

平成 26 年度  
保険薬局の一般用医薬品供給における認知症指導に関わる  
国際比較調査・研究事業

一般社団法人 上田薬剤師会 日豪学術交流委員会委員長 飯島裕也  
(〒 386-0016 長野県上田市国分 994-1 TEL : 0268-22-6130)

### 1. 事業実施の背景と目的

平成 12 (2000) 年 4 月からスタートした介護保険制度は着実に普及し、平成 23 (2011) 年には利用者は 434 万人に達しており、創設当初の目的である「介護の社会化」は一定の成果を果たしたといえる。その一方で、今後、要介護認定率や認知症発症率が急速に高まる後期高齢者人口が急増することにより、認知症対策も急務である。

わが国において、認知症の人ならびに、正常と認知症との中間状態の軽度認知障害(MCI)をあわせると、65 歳以上の 4 人に 1 人が認知症ならびにその予備軍とされており、今後の高齢化の進展に伴って、さらに増加が見込まれている。また、認知症は、要介護状態に陥る原因疾患の一つであるとともに、介護保険サービスの利用者の半数は認知症に罹患しているとされ、認知症対策は、介護予防対策の一つとしても重要である。

厚生労働省「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」においては、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こととし、薬剤師の認知症対応力向上が、認知症の早期診断・早期対応のための体制整備として盛り込まれた。

認知症の人が安心して地域で生活するためには、社会全体で認知症の人とその家族を支える仕組みが必要であるが、医療に関わる専門家もそのスキルを生かして、認知症に関わることが必要である。薬剤師は、くすりの専門家として治療薬を服用している認知症の人の薬剤管理に関わるだけでなく、かかりつけ薬局機能のもとで、認知症に関わる以下の役割を果たすことが期待される。

- ① 認知症の人に対する適切な薬剤管理、介護用品、医療用品の供給
- ② 薬局店頭での認知症早期スクリーニングと地域の医療機関、地域包括支援センター等への適切な紹介
- ③ 医薬品の副作用や類似疾患との鑑別、糖尿病患者など認知症ハイリスク者への早期のサポート

上田薬剤師会では、認知症や高齢者医療、在宅医療においても、国の施策に対応する形で、薬剤師スキルアップを目指して薬剤師教育に取り組んできた。また、オーストラリア薬剤師会との提携のもとで薬剤師研修をはじめとする各種事業にも取り組んできた。

そこで、本事業においては、薬局薬剤師の認知症や高齢者の在宅医療に関する知識やスキルアップを目指して、オーストラリア薬剤師会で行っている高齢者ケアに関わる薬剤師研修をもとに日本版研修プログラムを作成し、ワークショップを開催することとした。事業においては、研修プログラムの開発、ワークショップの実施とその評価、研修プログラムに基づく、消費者アセスメントチェックリストの作成と実際の利用と有用性の評価を目的とした。

## 2. 事業実施の方法

### (1) 事業実施体制

事業実施に当たっては、上田薬剤師会役員のほか、外部の有識者（アドバイザー）からなる委員会を組織した。

アドバイザー

小林 大 高（新潟薬科大学健康推進連携センター 教授、共同研究者）

Lily Bee Jin Chong（オーストラリア薬剤師会 在宅薬剤レビュー（MHR）  
専門薬剤師、共同研究者）

坂 卷 弘 之（東京理科大学経営学部 教授）

井 益 雄 （い内科クリニック 院長）

### (2) 実施経緯

#### ① 研修プログラムの作成

オーストラリア薬剤師会 (Pharmaceutical Society of Australia; PSA) との共同により、ワークショッププログラムを開発した。PSA で実施しているワークショップは、在宅薬剤管理レビュー (Home Medicine Review ; HMR) をベースにしており、オーストラリアにおいて HMR を実施する資格を取得するための研修プログラムであり、100 時間程度の内容を含む。わが国において、集合研修として実施するためには 2 日程度の内容とする必要があり、認知症の薬剤レビューに特化した内容に組み替え、わが国での認知症対策や承認されている医薬品等に合わせた研修プログラムと資材を作成した。

作成に当たっては、共同研究者の Lily Bee Jin Chong 氏との議論をもとに英語版を作成し、日本語版に翻訳した。

作成した研修資材の一部を報告書末尾に添付した。

#### ② ワークショップの開催と評価

平成 26 年 11 月 23 日（日）および 24 日（月・祝日）に開催した。

ディレクター：坂卷 弘之（名城大学薬学部教授）

飯島 康典（上田薬剤師会会長）

講師：Lily Chong（オーストラリア薬剤師会）

また、上記参加者からアンケートによる評価を受けた。アンケートの作成は、PSA と共同で行い、薬剤師の生涯教育への参加状況や考え方について共通質問項目とした。

### ③ 日本版アセスメントプログラム（チェックリスト）の作製と服薬指導の実施

研修プログラムに含まれる内容から、薬局店頭におけるチェックポイントを整理し、チェックリストを作成した。チェックリストを用いて6名の患者に服薬指導を行い、定性的な評価を行った。

## 3. 実施結果

### (1) ワークショップ開催

ワークショッププログラムは以下の通りである。

#### 地域社会における認知症ケアに関するワークショッププログラム 第1日目

8:45am	<b>WELCOME</b> －開会	
9:00am	<u>背景、認知症の病型</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>はじめに、本コースの目的</li> <li>日本における医療現場の背景</li> <li>認知症の病型</li> </ul>	
10:30am	<b>MORNING TEA</b> －ティータイム	
11:30am	<u>認知症の病型（続）</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の病型</li> <li>認知症に関する俗説</li> <li>その他の認知症に関する情報資料および学習資料</li> <li>認知症の評価および診断</li> </ul>	30分
1:00pm	<b>LUNCH</b> －ランチタイム	
2:00pm	<u>認知症の評価と診断（続）</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>評価および診断検査</li> <li>認知機能評価の完遂に関する実践演習</li> <li>検査結果の解釈</li> <li>介護者へのケア</li> <li>ミニケーススタディディスカッション</li> </ul>	60分
3:00pm	<b>AFTERNOON TEA</b> －ティータイム	
3:30pm	<u>認知症に対する薬剤使用</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤誘発性認知機能障害</li> <li>認知症治療における薬剤使用</li> <li>ミニケーススタディディスカッション</li> </ul>	30分
5:00pm	<b>CLOSE OF DAY</b> －1日目終了	

#### 第2日目

8:45am	<b>WELCOME</b> －2日目開始	
9:00am	<u>認知症の行動心理症状（BPSD）</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>BPSDの評価</li> <li>BPSDに対する非薬物療法および薬物療法</li> <li>ミニケーススタディディスカッション</li> </ul>	
10:30am	<b>MORNING TEA</b> －ティータイム	
11:00am	<u>認知症における薬剤レビューに関する考慮事項</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤レビューにおいて考慮すべき問題</li> <li>最適な薬物療法サイクル</li> <li>メインケーススタディディスカッション</li> </ul>	30分
12:50pm	<u>総括</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>質問</li> <li>評価</li> </ul>	
1:00pm	<b>CLOSE OF DAY</b> －2日目終了	

## (2) ワークショップの評価

ワークショップは、全国から33名の薬剤師が参加した。ワークショップに対する評価は、日豪比較のため、一部PSAと共通項目とした。

### ① 参加者の属性

性別は、男19名(57.6%)、女14名(42.4%)、年齢平均39.5歳で、職業としては、保険薬局の薬剤師が全体の60.6%を占めていた。その他には、学生、大学教員が含まれていた。OTC医薬品販売経験あるものが24名(72.7%、未回答のものを含む、以下同じ)、登録販売士の指導経験があるもの5名(15.2%)であった。

#### 参加者の職業

保険薬局の薬剤師	調剤中心の薬剤師	病院薬局	その他
20	8	1	5
60.6%	24.2%	3.0%	15.2%

### ② 生涯教育の受講状況 (PSA との共通質問)

研修を定期的に受けているとするものが最も多かった。また、教育を受けるためのプログラムとしては、講習会や研修会が最も多かった。薬剤師免許を維持するために継続教育の必要性については、「同意する」との意見が最も多かった。

専門性やスキル向上について関心ある項目として多かったものは、OTC販売のカウンセリング能力、医者や患者とのコミュニケーションスキルが多く、ついで、在宅医薬品レビュー(HMR)のプロセスであった(複数回答)。

自己学習やスキルアップのために活用する機会としては、「ワークショップグループでファシリテーターと症例に取り組むことで、症例について議論し、他の人の意見を聞く機会を得る」が最も多く、ついで「興味のあるトピックの講義に出席する」であった。

あなたは現在生涯教育においてどれに最もあてはまりますか

研修を受けてはいない	研修を定期的に受けている	自分自身で努力して学んでいる
1	21	7
3.0%	63.6%	21.2%

最新の知識を得るためさらに多くの教育を受ける上でどの過程を希望しますか

講習会や研修会	認定講習会または専門講座	学位課程での学習
23	10	1
69.7%	30.3%	3.0%

薬剤師免許を維持するために継続教育が必要だと考えますか

全く同意しない	やや同意しない	どちらでもない	やや同意する	全く同意する
0	1	1	9	19
0.0%	3.0%	3.0%	27.3%	57.6%

専門性やスキル向上について関心ある項目(複数回答可)

OTC販売の カウンセリン ク能力	在宅医薬品レ ビュー(HMR) のプロセス	包括的医薬品 レビューや報告 書のまとめ方	病理検査値の理解 と活用の仕方と医 薬品レビューの評 価	医者や患者と のコミュニケーションスキル	病態管理や医薬品 の使用について特定 専門分野に興味があ る。
23	22	15	19	23	9
69.7%	66.7%	45.5%	57.6%	69.7%	27.3%

自己学習、やスキルアップのために活用する機会としてどのようなものがよいと考えますか(複数回答可)

興味のあるトピックの講義に出席する	興味のあるトピックの講義に出席し、理解度を確認できる評価を受ける	興味のあるトピックに関する文献を読み、理解度を確認できる評価を受ける	習得している知識を応用できる症例研究をテーマにした講義に出席する	オンライン講座+評価+症例研究というようなながれの講座を受講する	症例研究を通して、自分自身で回答をみつけて自己研鑽する	ワークショップグループでファシリテーターと症例に取り組むことで、症例について議論し、他の人の意見を聞く機会を得る
20	17	5	14	7	6	22
60.6%	51.5%	15.2%	42.4%	21.2%	18.2%	66.7%

③ ワークショップ評価

各基調講演に対する評価について、教材内容、時間の長さ、仕事に対する有用性のそれぞれで評価し、結果は概ね良好なものであった。

	①教材			②時間			④有用性		
	良い	普通	悪い	長い	普通	短い	役立つ	まあ役立つ	役立たない あまり
1-1..基調講義「地域社会における認知症ケア」	24	7	0	2	28	1	26	4	1
	72.7%	21.2%	0.0%	6.1%	84.8%	3.0%	78.8%	12.1%	3.0%
1-2..基調講演「認知症の病型」	24	7	0	2	28	1	26	4	1
	72.7%	21.2%	0.0%	6.1%	84.8%	3.0%	78.8%	12.1%	3.0%
1-3.基調講演「認知症の評価と診断」	24	7	0	2	28	1	26	4	1
	72.7%	21.2%	0.0%	6.1%	84.8%	3.0%	78.8%	12.1%	3.0%
1-4.症例研究「認知症に対する薬剤使用」	24	7	0	2	28	1	26	4	1
	72.7%	21.2%	0.0%	6.1%	84.8%	3.0%	78.8%	12.1%	3.0%
1-5.基調講演「認知症の行動心理症状(BPSD)」	24	7	0	2	28	1	26	4	1
	72.7%	21.2%	0.0%	6.1%	84.8%	3.0%	78.8%	12.1%	3.0%
1-6.基調講演「認知症における薬剤レビューに関する考慮事項」	24	7	0	2	28	1	26	4	1
	72.7%	21.2%	0.0%	6.1%	84.8%	3.0%	78.8%	12.1%	3.0%

	1	2	3
①全体としての評価 (よい、どちらともいえない、わるい)	28	4	0
	84.8%	12.1%	0.0%
②他で開催されているワークショップやセミナーと比較して (よい、どちらともいえない、わるい)	23	6	0
	69.7%	18.2%	0.0%
③参加者(対象者) (よい、どちらともいえない、わるい)	22	7	1
	66.7%	21.2%	3.0%
④参加者(人数) (多い、ちょうどよい、少ない)	1	30	0
	3.0%	90.9%	0.0%
⑤全体の時間配分 (長い、ちょうどよい、短い)	14	15	1
	42.4%	45.5%	3.0%
⑥同じワークショップがもう一度あったとしたらもう一度参加したいか (強くそう思う、そう思う、そう思わない)	20	11	0
	60.6%	33.3%	0.0%
⑦同じワークショップがもう一度あったとしたら、他人への参加を勧めるか (強くそう思う、そう思う、そう思わない)	24	7	0
	72.7%	21.2%	0.0%

### (3) 日本版アセスメントプログラム（チェックリスト）の作製と服薬指導の実施

PSA 研修資料および「認知症サポーター養成講座標準教材」などを参考に以下のチェックポイントを作成した。

#### 認知症に似た症状の副作用を起こす可能性のある薬

◎ 処方箋以外にも、一般用医薬品（OTC）や健康食品についても考慮しましょう。

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・抗コリン作用薬</li> <li>・抗痙攣薬</li> <li>・抗うつ薬</li> <li>・パーキンソン病治療薬</li> <li>・抗精神病薬</li> <li>・リチウム</li> <li>・オピオイド鎮痛薬</li> <li>・コルチコステロイド</li> <li>・鎮静薬</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・抗生物質</li> <li>・抗不整脈薬</li> <li>・血圧治療薬</li> <li>・化学療法</li> <li>・セントジョーンズワート</li> <li>・インスリンおよび糖尿病治療薬</li> <li>・抗炎症薬</li> <li>・制酸薬/逆流性疾患治療薬</li> <li>・アルコール</li> </ul> |
|---|---|

（オーストラリア薬剤師会ワークショップ資料より）

#### 認知症と区別すべき疾患

◎ 処方箋薬、もの忘れ以外の症状、最近起きたこと（ころんだ、頭を打ったなど）、わかる場合は、検査値等から推察しましょう。

- ・甲状腺機能低下症
- ・ビタミン B12 および D 欠乏症
- ・低ナトリウム血症
- ・高カルシウム血症
- ・せん妄、抑うつ
- ・感染症
- ・宿便、疼痛
- ・頭部外傷
- ・慢性硬膜下血腫
- ・甲状腺ホルモン異常
- ・副甲状腺ホルモン異常

#### 【参考となる検査値】

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・全血球数（FBC）</li> <li>・赤血球沈降速度（ESR）</li> <li>・肝機能および腎機能</li> <li>・電解質</li> <li>・血清カルシウム</li> <li>・リン酸塩</li> <li>・甲状腺機能</li> <li>・血清 B12</li> <li>・葉酸値</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・血清ビタミン D 値</li> <li>・血糖</li> <li>・白血球、蛋白質、糖質の尿検査</li> <li>・梅毒血清学的検査</li> <li>・ライム病抗体価</li> <li>・HIV 検査</li> <li>・重金属分析</li> <li>・腰椎穿刺</li> </ul> |
|---|--|

（オーストラリア薬剤師会ワークショップ資料より）

- ・甲状腺機能：TSH freeT4…甲状腺機能低下症
- ・血糖：glu…血糖異常
- ・肝機能：ALT AST  $\gamma$ GTP T-Bil アンモニア…肝性脳症
- ・栄養関連：ビタミン B12 ビタミン B1 アルブミン…ビタミン B12 欠乏症、Wernicke 脳症
- ・腎機能：Cr…腎性脳症
- ・感染症：WBC CRP ……各種感染症
- ・電解質：Na K Cl Ca ……電解質異常、脱水など、副甲状腺機能障害
- ・呼吸器：酸素飽和度 ……低酸素血症

上記のチェックポイントを参考にしながら、4名の患者における薬剤レビューを実施した。ただし、対象となったものは通常保険調剤を受けている患者である。

① 80代・女性

認知症以外の主たる疾患は高血圧。認知症の状況（DASC-21）は、記憶の1項目で4点があるものの、生活機能に障害領域なし。アセスメント実施時の残薬はなく、その他の服薬管理上の問題としては、薬剤保管と服用薬剤の理解不足があった。

アセスメントを行い、薬剤の内容に関する説明、服薬方法に関する説明、薬剤の保管方法の説明、残薬の確認、服薬カレンダー等の利用、一包化の実施、一般用医薬品との飲み合わせの確認を行った。

② 70代・男性

認知症の状況（DASC-21）は、認知機能、生活機能に障害領域なし。アセスメント実施時、9品目中5品目について30～100%の残薬があり、残薬理由としては、患者が服薬量を自己調節と飲み忘れがであった。その他の服薬管理上の問題としては、服用薬剤の理解不足があった。薬剤の内容に関する説明、服薬方法に関する説明を行った。

③ 70代・男性

認知症の状況（DASC-21）は、問題解決・判断力の1項目で4点、身体的ADLの1項目で4点。他にパーキンソンがあり、症状の違いを注意してアセスメントを実施した。アセスメント実施時、9品目中8品目について1～7%の残薬、残薬理由としては、患者が服薬量を自己調節と飲み忘れがであった。その他の服薬管理上の問題としては、服用薬剤の理解不足があった。薬剤の内容に関する説明、服薬方法に関する説明、薬剤の保管方法の説明、残薬の確認、一包化の実施、嚥下補助剤・ゼリー剤の推奨を行った。

④ 100代・女性

認知症の状況（DASC-21）は、記憶の1項目で3点、問題解決・判断力の全項目で4点、家庭内外のIADLの全項目で4点、身体的ADLの1項目で4点、3項目で3点。アセスメント実施時、残薬ならびにその他の服薬管理上の問題はなかったが、薬剤の内容に関する説明、服薬方法に関する説明、薬剤の保管方法の説明、残薬の確認、一包化の実施、一般用医薬品との飲み合わせの確認を行った。



参考 認知症アセスメント項目 (DASC-21)

認知機能	記憶	質問 01 もの忘れが多いと感じますか
		質問 02 1年前と比べてもの忘れが増えたと感じますか
		質問 03 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
		質問 04 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか
		質問 05 自分の生年月日がわからなくなることがあります
	見当識	質問 06 今日が何月何日かわからないときがありますか
		質問 07 自分のいる場所がどこかわからなくなることがあります
		質問 08 道に迷って家に帰ってこれなくなることがあります
	問題解決 判断力	質問 09 電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか
		質問 10 一日の計画を自分で立てることができますか
	生活機能	家庭外の IADL
質問 12 一人で買い物はできますか		
質問 13 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		
家庭内の IADL		質問 14 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
		質問 15 電話をかけることができますか
		質問 16 自分で食事の準備はできますか
身体的 ADL①		質問 17 自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか
		質問 18 入浴は一人でできますか
身体的 ADL②		質問 19 着替えは一人でできますか
		質問 20 トイレは一人でできますか
		質問 21 身だしなみを整えることは一人でできますか
		質問 22 食事は一人でできますか
		質問 23 家のなかでの移動は一人でできますか

4. 考察とまとめ

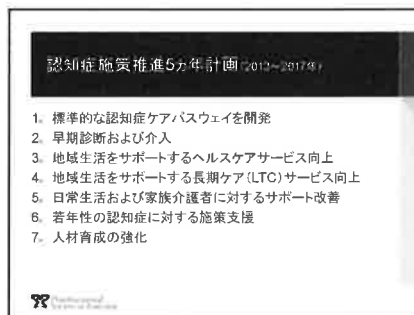
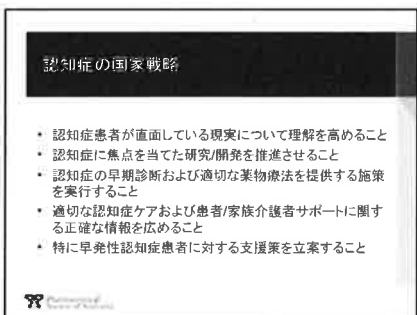
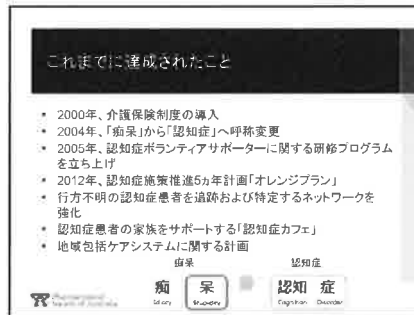
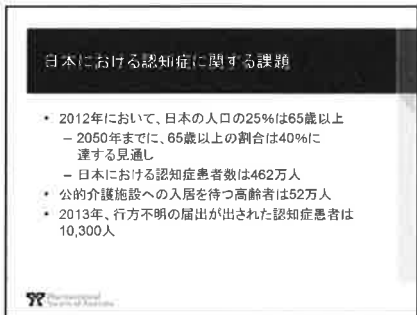
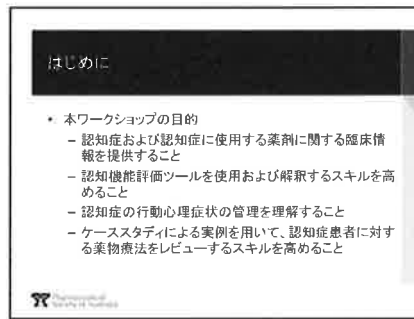
薬剤師の認知症への取り組みは、今後重要性を増していくことが確実視されている。厚生労働省の新オレンジプランにおいても、薬剤師のかかわりが明記される中、薬剤師の認知症への取り組みのためのスキルアップが必要である。そのための研修プログラム作成も求められるが、わが国においては、必ずしも体系的な認知症研修プログラムは作成されているとはいいがたい。

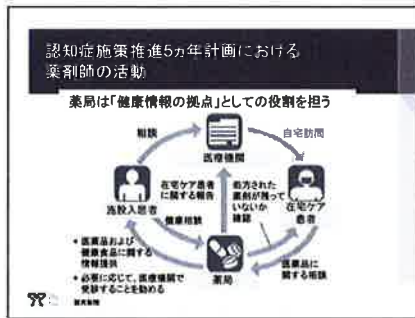
今回、PSA との共同で作成した研修プログラムにおいては、認知症の病型、評価、診断から、薬物治療、行動心理症状 (BPSD)、薬剤管理レビューまでの、薬剤師が認知症に関わるための一連の知識を盛り込んだものとなった。これらの知識については、薬剤師の業務に基づくものである必要がある。例えば、病型の知識は、治療薬が病型別の効能・効果となる中、治療薬の処方動機を理解するためにも必要であることはいうまでもなく、他の疾患や副作用との鑑別においても重要である。

一方、薬剤師は診断に関わるものではないが、アセスメントの実施においては、スクリーニング方法の知識は必要である。しかしながら、認知症の方については、特に自尊心を傷つけることの無いよう、慎重なコミュニケーションが必要である。スクリーニング方法としては、いくつかの手法があるが、実際に、来局した消費者のアセスメントにつなげるためには、どのように消費者とコミュニケーションすべきか等について検討すべきと思われる。

いずれにしても、研修プログラム、ワークショップに関しては、参加者からは良好な評価が得られたといえる。今後、研修を通して得られた知識・スキルが現場での薬剤師業務にどのように影響を与えているかについての検討も必要である。

研修資料（抜粋）



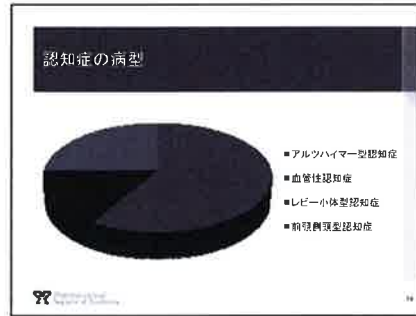


- ### 認知症施策推進5か年計画における薬剤師の活動
1. 認知症に関する情報提供
  2. 地域生活をサポートするLTCサービスに関する情報提供
  3. 日常生活および家族介護者に対するサポート
  4. 早期に診断および介入ができるように認知機能の低下を発見すること
  5. 認知症サポーターになること
  6. 医療連携ができるように地域の認知症ケアリーダーになること
  7. 認知症ケアの研究および研修に携わること

- ### 研修項目
- ・ 認知症の異なるタイプの特徴
  - ・ 認知症の一般的なタイプにおける相違を解説
  - ・ 認知症のリスク因子を認識



- ### 認知症
- ・ 一連の症状の集合
    - 対象物の認識が困難
    - 言語障害
  - ・ 進行性の記憶喪失および知的機能低下
    - 軽度認知機能障害
    - 実行機能の喪失
  - ・ 日常生活での作業に支障をきたす
- 



- ### 認知症のリスク因子
- |                  |                                     |
|------------------|-------------------------------------|
| 年齢および性別          | >85歳<br>女性(アルツハイマー型) 男性(血管性、レビー小体型) |
| 家族歴              | 兄弟・姉妹、子ども、両親                        |
| 心臓の健康状態<br>不良    | 高血圧、コレステロール<br>・ 異常                 |
| 生活スタイルなど<br>他の状況 | 喫煙、大量飲酒<br>・ 糖尿病、ビタミンD低値            |
| その他              | 睡眠障害、前頭側頭型                          |

Pharmaceutical Society of Australia

## 認知症の評価と診断




PSA Australia

## 研修項目:

- 認知症の早期発見がもたらす有益性を考察
- 認知症診断に用いる検査を解説
- 認知機能障害を引き起こす薬剤、または悪化させる薬剤を認識

## 認知症の警告徴候


- 進行性で頻回の記憶喪失
- 問題解決能力および計画能力の悪化
- 慣れている作業に支障が生じる
- 言語障害(単語に関連する障害)
- 見当識障害(時間および場所)
- 物をなくしたが、足跡をたどることができない
- 性格または行動の変化
- 自発性/意欲喪失、引きこもり



## 早期診断


早期の発見および診断がもたらす有益性:

- 病氣に対する理解および受容が得られる
- より早く治療を開始できる
- 症状の進行および介護施設への入居を遅らせる
- 併存疾患およびリスク因子の管理
- 終末期の判断など、今後の計画
  - 経済的および法的問題
  - 医学的判断、ケアの選択肢
  - 事前指示書



## 診断の障害

- 早期徴候を「通常の加齢現象」の一部と考える
- 問題の否認
- 不名誉
- GP(かかりつけの医師)側の要因
- 居住型ケアの現場における見落とし



## 認知症、せん妄または抑うつ

認知症	せん妄	抑うつ
通常は慢性な症状の発現	急激に発現(数時間から数日)	通常は数日から数週間かけて発現
数か月から数年かけて悪化、悪化	通常は短時間一過性から数日	少なくとも2週間以上持続(数ヶ月〜数年間持続する可能性もある)
近頃の記憶および長期の記憶がともに影響を受ける	近頃の記憶よりも集中力や注意力が影響を受ける	近頃の記憶が影響を受け、場合もあるが、長期の記憶は通常は影響を受けない
現在の場所や場所が分からない	時刻や場所の認識にばらつきがある	通常は現在の時刻や場所を認識している
病状によって日中に症状が変動	通常は意識に明るい場所で悪化する、はっきりと悪化できる時期がある	悪化することが多いが、日中は改善する

## せん妄

- 医学的な緊急事態

症状は以下の通り:


- 急性の混乱状態
- 動揺性の意識障害
- 幻覚症状



## うつ病


症状は以下の通り:

- 悲しみ、無気力、罪悪感、絶望感
- 記憶障害および認知機能低下を引き起こすこともある
- アルツハイマー病患者の17%に大うつ病が認められる




### 認知症のスクリーニング

- 無症候性患者に対するスクリーニングの実施には賛否両論が存在する
  - スクリーニングの必要性または潜在的な有益性を確認
- 誰にスクリーニングを行うのか
  - 心血管系疾患、脳卒中、糖尿病を有する60歳以上の患者
  - ダウン症候群、学習障害を有する40歳以上の若年患者
  - 長期間の神経変性状態（パーキンソン病など）を有する患者
  - 記憶障害を有している高齢者、または記憶障害について経過観察中の高齢者
  - 記憶の引き金（メモリーリガー）が認められない患者




### ケーススタディ

かかりつけ患者の1人に放心または混乱症状が徐々に進行していることに気が付きました。





- そのかかりつけ患者に対して、どのようにアプローチしますか？
- さらにどのような情報を収集しますか？
- そのかかりつけ患者が、これらの症状を一切認めない場合、どのように対処しますか？
- 認知および行動に突然の変化が生じた場合、どのように対処しますか？



### 評価および診断検査


- 記憶テスト
- 臨床検査
- 遺伝子検査
- 画像検査

### 認知機能評価



以下の状況下で実施される：

- 様々な現場で—プライマリケア、専門の物忘れ外来、急性治療および介護施設
- 様々な目的で—スクリーニング、診断、病期分類および経過観察
- 様々な認知領域に対する評価で—記憶、言語、実行機能、注意力、知覚、日常生活活動




### 記憶テスト

- ミニメンタルステート検査 (MMSE)
- 一般医向けの認知機能評価 (GPCOG)
- アルツハイマー病評価尺度の認知サブスケール (ADAS-Cog)
- Mini-Cog検査
- 記憶障害スクリーニング検査 (MIS)
- ローランドユニバーサル認知症評価スケール (RUDAS)

### 日本人集団に特異的な評価

- 長谷川式認知症スケール改訂版 (HDS-R)
- ミニメンタルステート検査 日本版 (MMSE-J)



オーストラリア  
薬剤師会

## 認知症に対する薬剤使用



PSA 2016/2017

### 研修項目

- 認知症の治療選択肢を概説
- アルツハイマー病の薬物療法を解説
- 認知症のリスク軽減戦略を確認
- 認知症の薬剤使用に関する問題を確認


### 治療を開始する前に

可逆的な原因を除外

- 健康状態
  - 甲状腺機能低下症、ビタミンB12およびD欠乏症、低ナトリウム血症、高カルシウム血症
  - せん妄、抑うつ
  - 感染症
  - 宿便、疼痛

### 薬剤誘発性認知機能障害

- 薬剤使用による認知機能障害の誘発または増悪
  - 抗コリン負荷を考慮
  - 複数の薬剤使用はリスクを増大させる
- 薬剤の副作用(電解質異常など)による認知機能障害誘発の可能性



### 認知機能障害の原因になりうる薬剤

- 抗コリン作用薬
- 抗悪性腫瘍薬
- 抗うつ薬
- パーキンソン病治療薬
- 抗精神病薬
- リチウム
- オピオイド鎮痛薬
- コルチコステロイド
- 鎮静薬
- 抗生物質
- 抗不整脈薬
- 血圧治療薬
- 化学療法
- 生薬  
(セントジョーンズワートなど)
- インスリンおよび糖尿病治療薬
- 抗炎症薬
- 副腎薬/逆流性疾患治療薬
- アルコール

### 抗コリン負荷

表1 薬剤の抗コリン作用に関する情報提供の例(薬剤-抗コリン作用の強さによる分類)


薬剤	抗コリン作用	抗コリン作用	抗コリン作用	抗コリン作用	抗コリン作用
アトロピン	強	強	強	強	強
...	...	...	...	...	...

### 認知症に対する薬剤使用

- 認知症状および非認知症状に対する治療
- 重複する可能性のある作用:
  - 不眠症治療(非認知症状)が認知症状の緩和に役立つ場合がある
  - 抗コリンエステラーゼ薬は、機能的および行動的有益性とともにより認知症状に対する作用も有する

### アルツハイマー病(AD)治療

- 治療選択肢
  - コリンエステラーゼ阻害薬
  - メマンチン
- アルツハイマー病の治療、またはその進行自体が変化することはない
- 認知機能と行動症状に中等度の改善
- 何らかの有益性が生じる場合、通常は、治療開始から3〜6か月目に効果が認められる



### コリンエステラーゼ阻害薬

コリンエステラーゼ阻害薬	特性	副作用
ドネペジル	中枢神経作用 1日1回投与	胃腸障害、不眠、悪臭、筋肉痛、頭痛、眩暈、中樞神経系障害
リバステグミン	中間作用 5cm <sup>2</sup> パッチにより服用 量での段階的な加減が可能	悪心、嘔吐、食欲不振、下痢、腹痛、めまい、頭痛、中枢神経系障害および精神障害、熱射、発汗増加、疲労
ガランタミン	経口の阻害薬 発熱対策が利用可能: 1日1回投与	悪心、嘔吐、食欲不振、下痢、腹痛、めまい、頭痛、不眠、疲労、眩暈、けいこ、寒熱

### コリンエステラーゼ阻害薬


薬剤名	開始用量	最大用量
ドネペジル	5mg/日	10mg/日
リバステグミン	1.5mg 1日2回 または5cm <sup>2</sup> パッチ	6mg 1日2回または 10 cm <sup>2</sup> パッチ
ガランタミン	8mg/日	24mg/日

### メマンチン

- 神経伝達物質であるグルタミン酸がもたらすダメージから脳細胞を保護
- 中等度から重度のアルツハイマー病に使用
- 一般に良好な忍容性
- ワルファリンを服用している患者にはINRの綿密なモニタリング


### その他の治療選択肢

- 併用療法
  - コリンエステラーゼ阻害薬とメマンチン
  - 進行性AD患者に有益
- NSAID(非ステロイド性抗炎症薬)
  - 脳内の炎症因子レベルを低減
  - 心血管リスクが増大するため非推奨
- エストロゲン
  - 脳血流量の増進
  - AD治療には非推奨
- スタチン系薬剤
  - コレステロール値低下
  - AD患者に有益性を示すエビデンスはほとんどない



### 血管性認知症

- 血管性認知症治療に対して承認された薬剤はない
- 新たな脳卒中発症を防ぐことが管理目標
- 脳卒中減少は、以下により達成される:
  - 高血圧のコントロール
  - 高脂血症のコントロール
  - 血糖のコントロール
  - 生活スタイルの管理 (喫煙、アルコール多量摂取、肥満など)



### レビー小体型認知症

認知、精神および運動症状のコントロールを目的とした治療:

- 運動機能低下
  - 最小有効量のレボドパミンカルビドパ
- 幻覚および興奮
  - 必要な場合のみ、非定型抗精神病薬 (リスペリドンまたはクエチアピンなど)
- 不安および抑うつ
  - 選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)
- レム睡眠行動障害
  - 低用量クロナゼパム、専門医の監視

### 前頭側頭型認知症

行動障害のコントロールを目的とした治療:

- 第一選択治療
  - 選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) または
  - セロトニン/ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI)
- 効果が認められない場合、非定型抗精神病薬 (リスペリドンまたはクエチアピンなど) を試みる


### 薬療法

- 記憶機能の強化
- アルツハイマー病のリスク軽減を示す所見
- 限られた研究実績: 慎重に使用するべき
- 例:
  - ビタミンEおよびC
  - イチゴ
  - 炭酸
  - ビタミンB<sub>12</sub>
  - オメガ3脂肪酸



Pharmaceutical Society of Australia

## 認知症の行動心理症状 (BPSD)



PSA 2019 2020

### 研修項目


- 認知症の行動心理症状を解説
- 認知症の行動心理症状に対する非薬物療法を考察
- 認知症の行動心理症状に対する薬物療法を総括

### 認知症の行動心理症状 (BPSD)

- 一連の症状の大きな集合
- 認知症患者の90%に影響
- 主症状は以下の通り:
  - 興奮/攻撃性
    - 絶叫、呼びつけ、言語的暴力
  - 妄想/幻覚症状
    - 誤った思いこみ、幻聴
  - その他
    - 徘徊、付きまとい行為、日没現象


### BPSDの評価

- 行動の特徴付け
- 患者に対する検査
- 使用薬剤リストのレビュー
- スタッフ間の連携に関する評価
- 患者の精神病歴および社会歴のレビュー
- 定期的に患者を再評価




### 非薬物療法

- 行動的アプローチ
- 感情
- 認知
- 感覚刺激
  - 音楽
  - 光
  - 動物
  - 人形




### 非薬物療法の制約

- 非薬物療法を実施する上での障害
  - 財源
  - 政府助成の不足
  - 知識および研修不足
  - スタッフレベルの低さ
  - 薬剤療法の方が優れているとする認識
- 限定的な研究実績



### BPSDに対する抗精神病薬

- 精神病症状は多くの認知症患者に発現
- 安全性に関する考慮事項:
  - 総合的評価
  - 標的とする特異的症状
  - リスクベネフィット分析
  - 観察
  - レビュー
  - インフォームドコンセント




### BPSDに対する抗精神病薬

- 最も効果が得られる症状は以下の通り:
  - 身体的攻撃性、暴力的行為、敵意
  - 興奮
  - 精神病症状 (幻覚、妄想)
- BPSDの重症例に限り使用
- 薬剤を処方し、その投与が開始される前に、他に行動症状の原因が存在しないか確認
- 低用量から投与を開始し、定期的にレビューしながら可能な限り早く中止する




### BPSDに対する抗精神病薬

- 抗精神病薬で効果が認められない行動症状
  - 徘徊、ベーンシング障害
  - 無感情、抑うつ気分
  - 不適切な排泄動作
  - 呼びつけ、叫び声
  - 断続的または状況特異的行動




### BPSDに対する薬物療法

症状	薬剤選択
興奮 攻撃性 精神病症状	抗精神病薬 その他:抗癌薬
抑うつ	抗うつ薬
不安感	ベンゾジアゼピン系薬
睡眠障害	睡眠薬





### 抗精神病薬の定期使用に対するレビュー

- 定期使用
  - 抗精神病薬を複数剤使用している場合
  - 不明瞭または非顕在的な「標的行動」
  - 12週を超える抗精神病薬の使用
- 臨時使用
  - 抗精神病薬の臨時処方に対する不完全な指示
  - 抗精神病薬の臨時処方の定期化または頻度増加




### Antipsychotic Review Checklist (抗精神病薬レビューチェックリスト)

### 関連症状に対する管理

- 疼痛
- 失業
- 便秘
- 歯科疾患
- 転倒
- コミュニケーション





### ケーススタディ Brenda氏

Brenda (75歳)は、あなたが勤務する高齢者ケア施設の新規の入居者。彼女は認知症と診断され、現在アリセプトを10mg/日服用。本日、椅子を倒ったとき、彼女の不安症状が認められ、投薬時、あなたに言語的暴力を発した。




### ケーススタディ Brenda氏

- 彼女の行動の変化について、どのような原因が考えられますか？
- 彼女の状態をどのように評価しますか？
- どのような情報の入手を試みますか？
- どのような提案を行いますか？



### 認知症における薬剤レビューに関する考慮事項

- アドヒアランス
- 治療期間、有効性、妥当性、相互作用、副作用
  - 認知症および行動障害
  - 合併症
- 薬剤投与に関する問題
- 薬剤服用の負担、処方量の低減
- 薬剤費
- その他の医療機関への紹介

