

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

令和元年度 老人保健健康増進等事業「認知症対応力向上研修のあり方に関する調査研究事業」において一部修正

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

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

認知症施策推進大綱の概要

－令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定－

基本的考え方

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進

① 普及啓発・本人発信支援

② 予防

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

▶▶ 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

具体的な施策の5つの柱

認知症の人や家族の視pointsの重視

[DVD]

薬剤師の役割

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

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

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



本人 薬局・
薬剤師

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

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

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ときのみには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。

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も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。

買い物へは行くが、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。

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て多い疾患
- 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）

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**

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かった。

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。

認知機能障害と行動・心理症状(BPSD)

認知機能障害

- 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

行動・心理症状(BPSD)

- 抑うつ
- 興奮
- 徘徊
- 睡眠障害
- 妄想

ほか

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

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

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。

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

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

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

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：

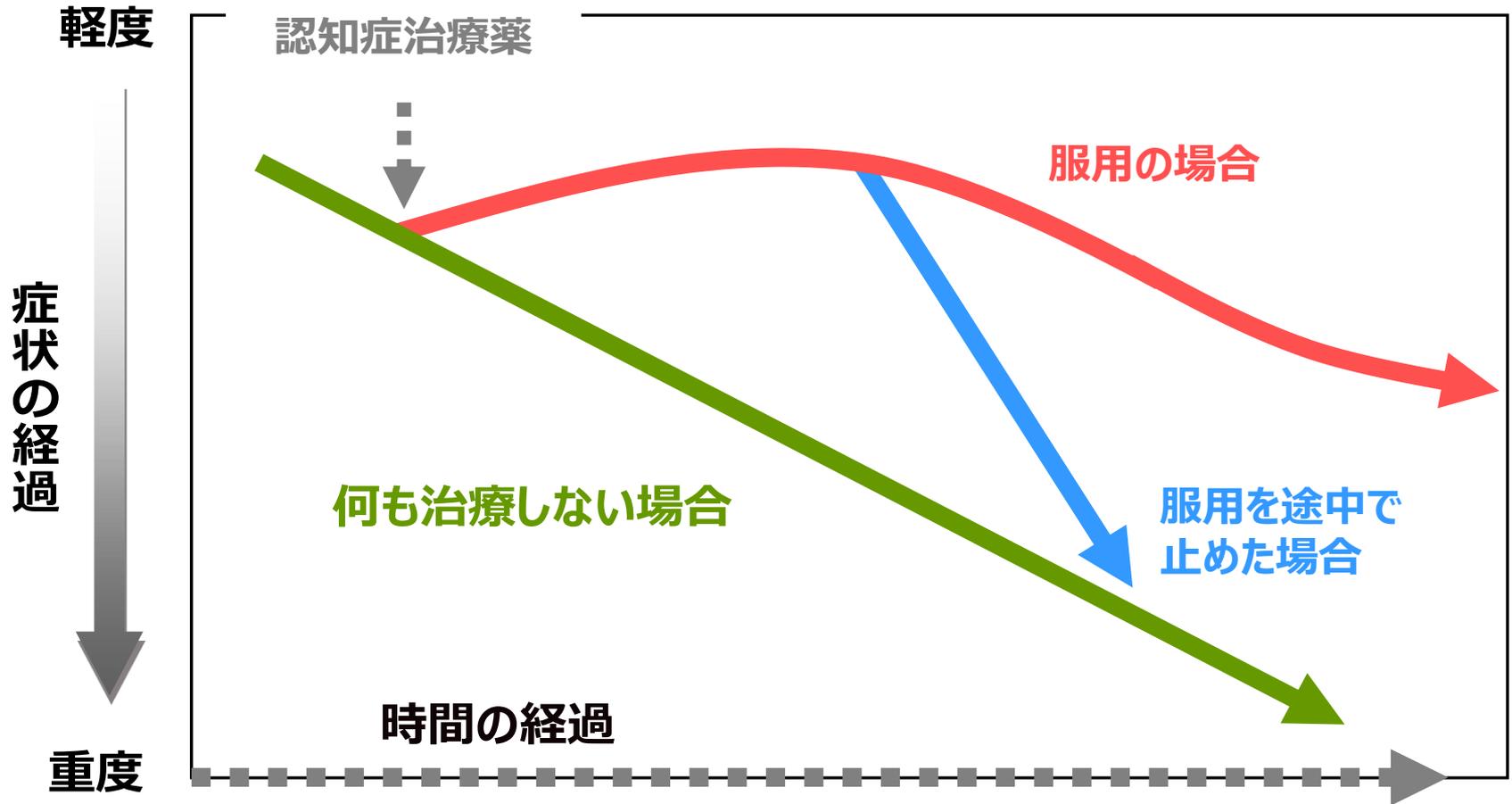
- 薬剤性イベントが理解できる
- 認知症の薬物治療について理解できる
- BPSDおよび用いられる医薬品について理解できる
- 認知症の人への対応について理解できる

[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	ドネペジル	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

認知症治療薬の効果



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
<ul style="list-style-type: none">●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	<ul style="list-style-type: none">●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

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

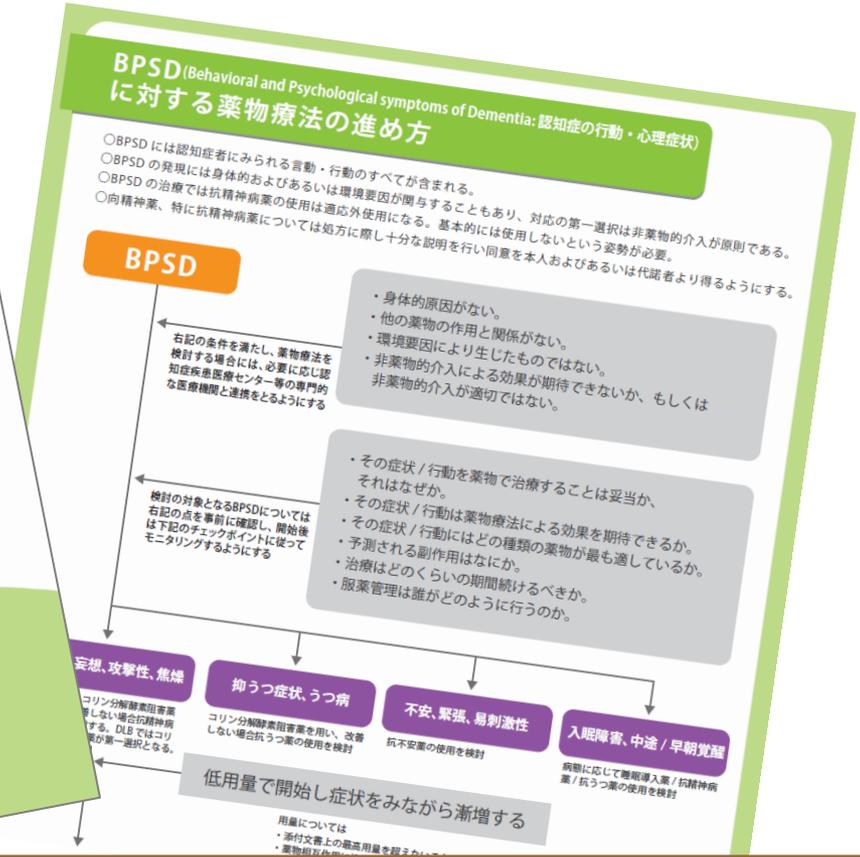
BPSDに対する医薬品使用②

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]

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>

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。

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、ジキタリス）
	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）

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

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

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**

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

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

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**

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 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**

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

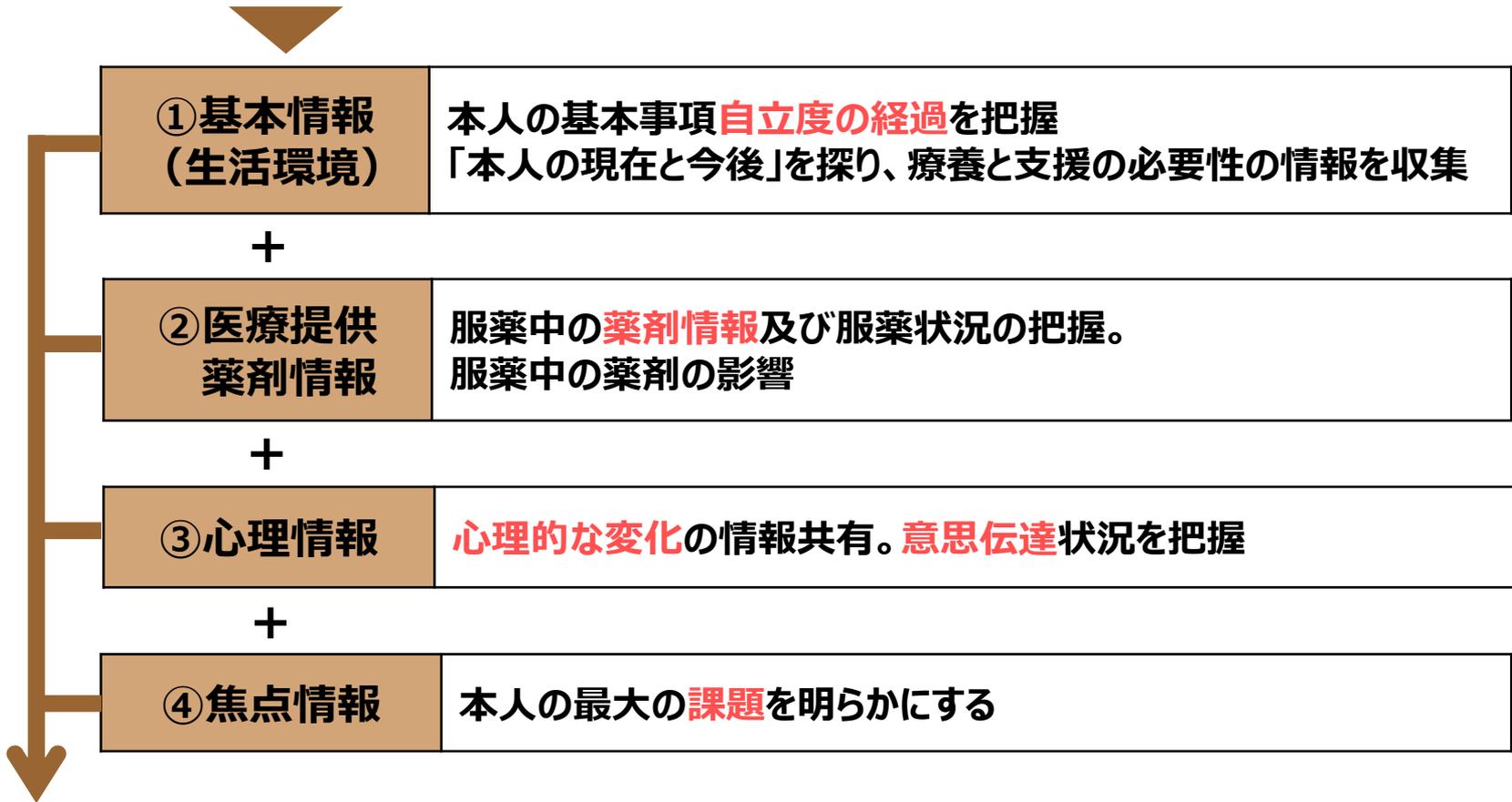
家族が認知症を疑うきっかけとなった変化

(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%

「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



認知症の情報収集

認知症の「気づき」を明らかにしてつなげる

多職種連携（つなげる）

未診断、放置の防止

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

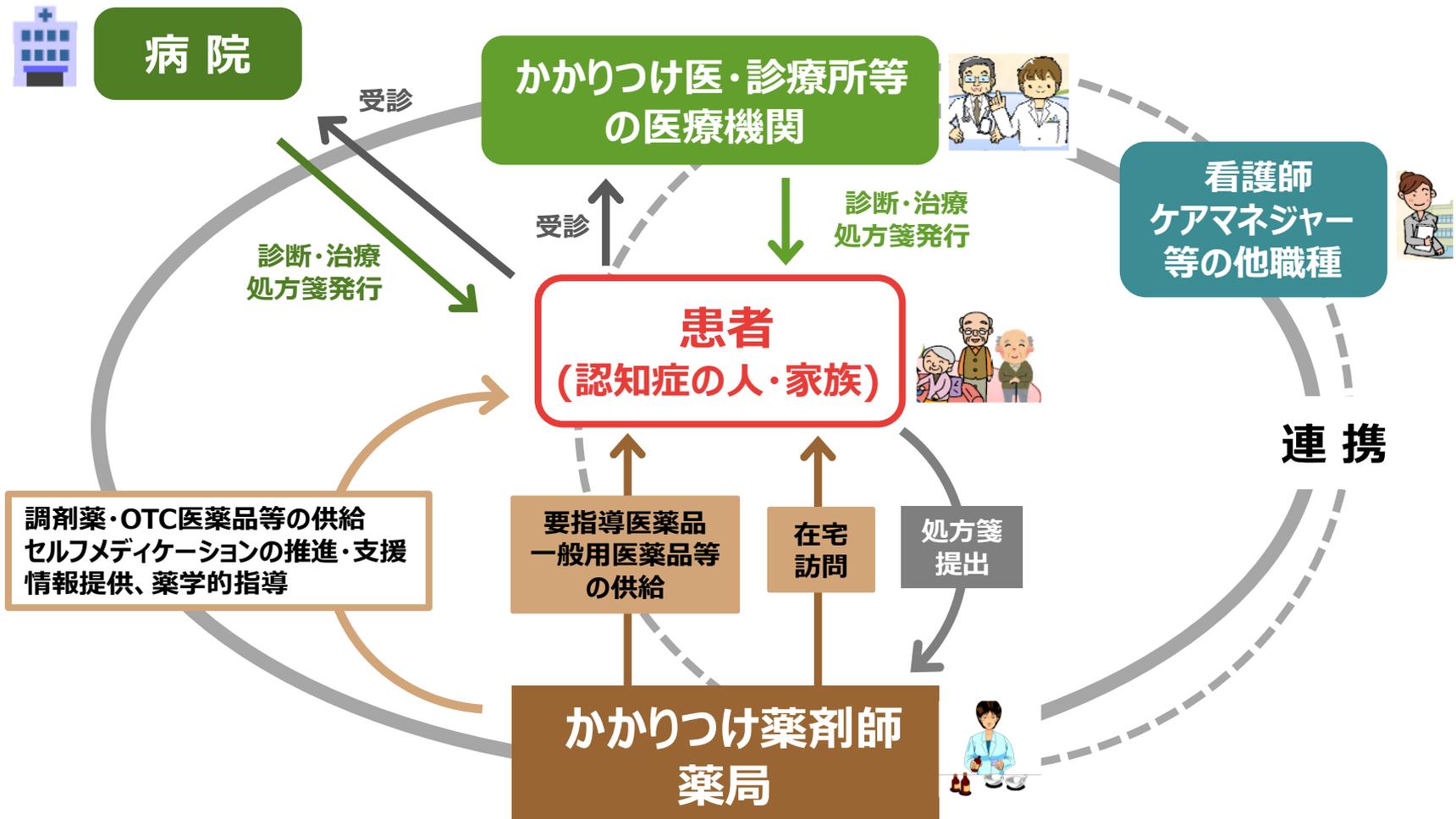
- * 生活習慣病の治療薬を含め、本人・家族に対する服薬確認に加え、看護師・介護職員等から服薬状況の確認ができる

● 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

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



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
- 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

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)

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

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、

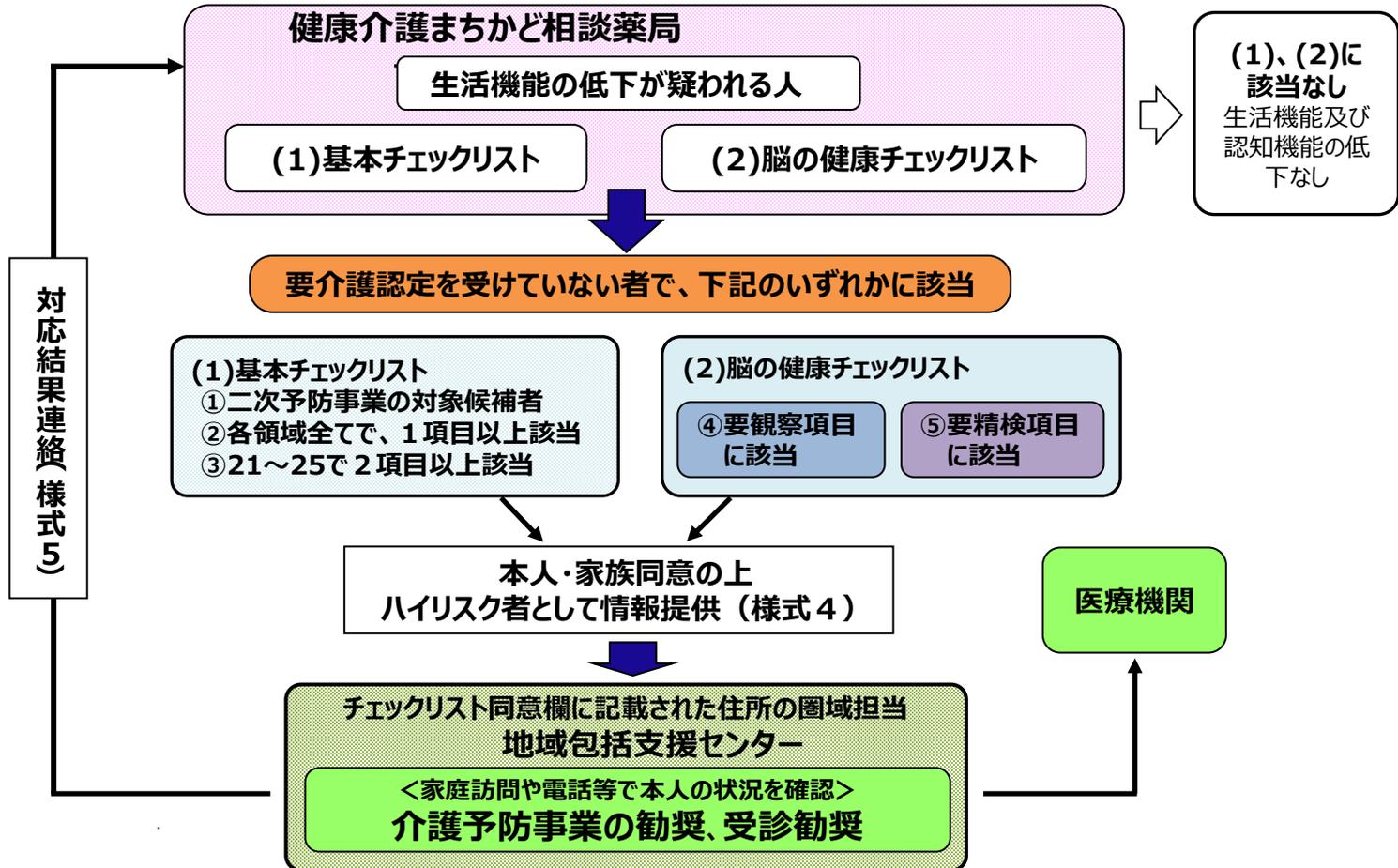
- 前回と同じ処方なのに覚えていない
- 話の取り繕いがある
- 財布に千円札や小銭があるにもかかわらず
一万円札で支払う

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。

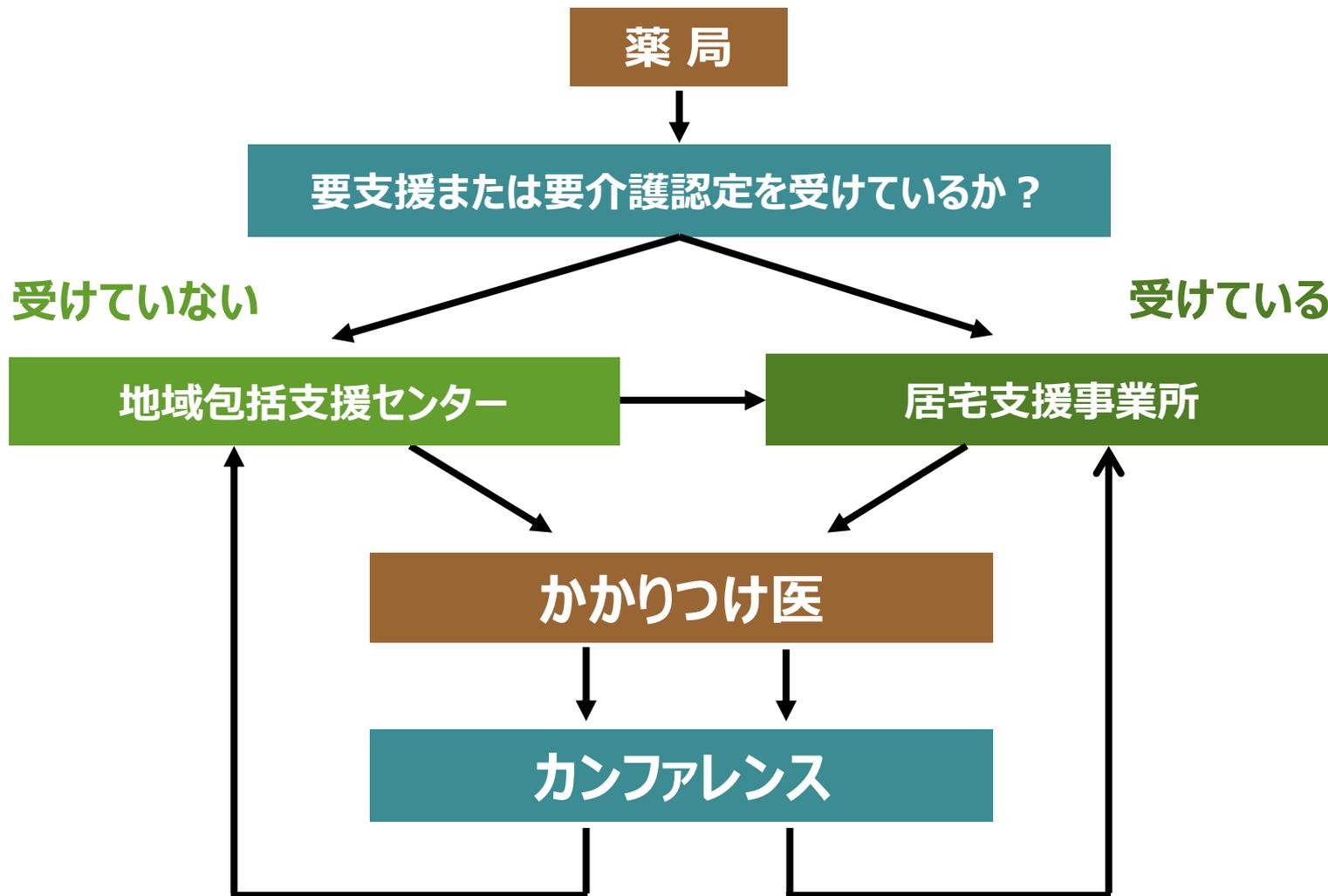
(参考) 薬局窓口での気づきのチェックポイント
静岡県薬剤師会認知症ネットワークチーム症例検討会
仙台市薬剤師会認知症WG薬局における認知症の気づき場面集 など

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



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

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。

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。

事例2-②

Rp.
 バイスン 0.2mg 3T
 3x 毎食前
 ダオニール錠 1.25mg 1.5T
 2x 朝夕食前(1-0.5)
 アーチスト錠 10mg 1T
 プラビックス錠 25mg 1T
 1x 朝食後
 アダラートL錠 10mg 2T
 メチコバル錠 250 μ 2T
 2x 朝夕食後

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

Rp.
 ネシーナ錠 25mg 1T
 ダオニール錠 1.25mg 1T
 アーチスト錠 10mg 1T
 プラビックス錠 25mg 1T
 アダラートCR錠 20mg 1T
 アリセプトD錠 5mg 1T
 1x 朝食後
 デイサービス通所時服用

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

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

事例3-① (90歳代 女性)

病名	<p>①老人性認知症の悪化、左大腿骨頸部骨折、寝たきり状態</p> <p>②骨粗鬆症、腰椎圧迫骨折、腰痛症、変形性股関節症</p> <p>③うつ血性心不全、狭心症、胃潰瘍、両変形性膝関節症</p>	
治療経過	<p>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。</p> <p>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。</p>	
処方	<p>ブロプレス（4） 1T 1x</p> <p>パリエット（10） 1T 1x</p> <p>ラシックス（40） 1T 1x</p> <p>フェルム1c 1x</p> <p>アーガメートゼリー50g 2x</p> <p>ニューレプチル細粒 10% 0.02g 2x</p> <p>リスパダール内用液 1mg/ml 1ml 頓用</p>	<p>アロシトール（100） 1T 1x</p> <p>エビスタ（60） 1T 1x</p> <p>マーロックス3.6g 3x</p> <p>アレロック（5） 1T 1x</p> <p>酸化マグネシウム1.5g 3x</p> <p>ニトロダームTTS</p>

事例3-②

平成X年 4月8日	<p>有料老人ホーム入居</p> <p>入居後、入れ歯を投げる（数回）、食事がおいしいを連発、独語、ベッドをたたく、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。</p>
4月23日	<p>不穏時リスパダール1mg/ml 1ml 服用開始</p> <p>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</p>
5月8日～	<p>セロクエル（25）1T 1x V.D.S 開始</p> <p>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。</p> <p>（12日：セロクエル(25) 2T 2x、18日：セロクエル(25) 3T 3x)</p>
6月8日	<p>セロクエル（25）4T 3x（1-1-2）</p> <p>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。</p> <p>リスパダール内用液頓用は、ほとんど使用していない。</p>

事例3-③

	投与前	開始後	増量後
A 陽性症状	17	17	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

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「つながり」
- 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）

制度編

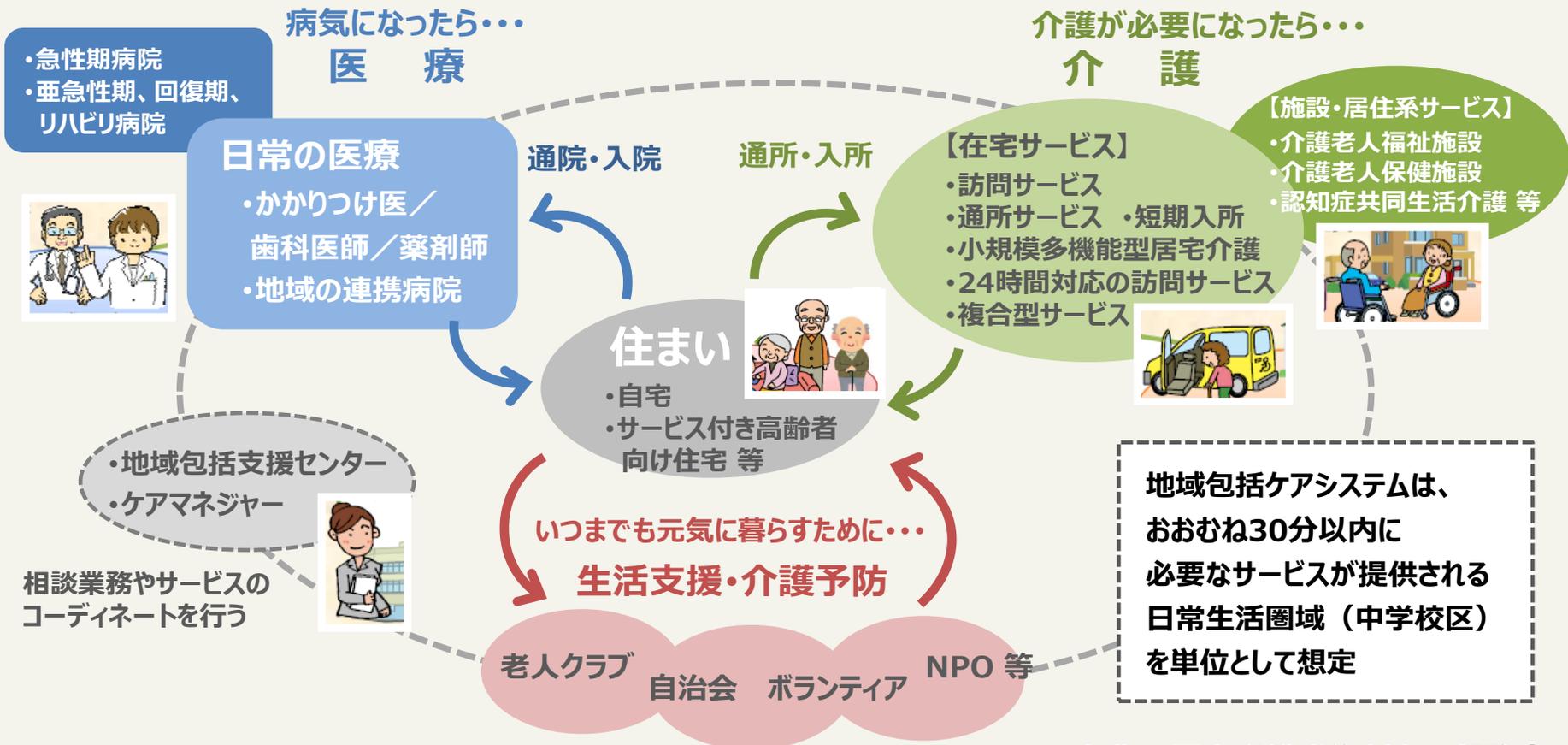
**ねらい：認知症の人を支えるための医療・介護、
地域が連携した生活支援の重要性を
理解する**

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**

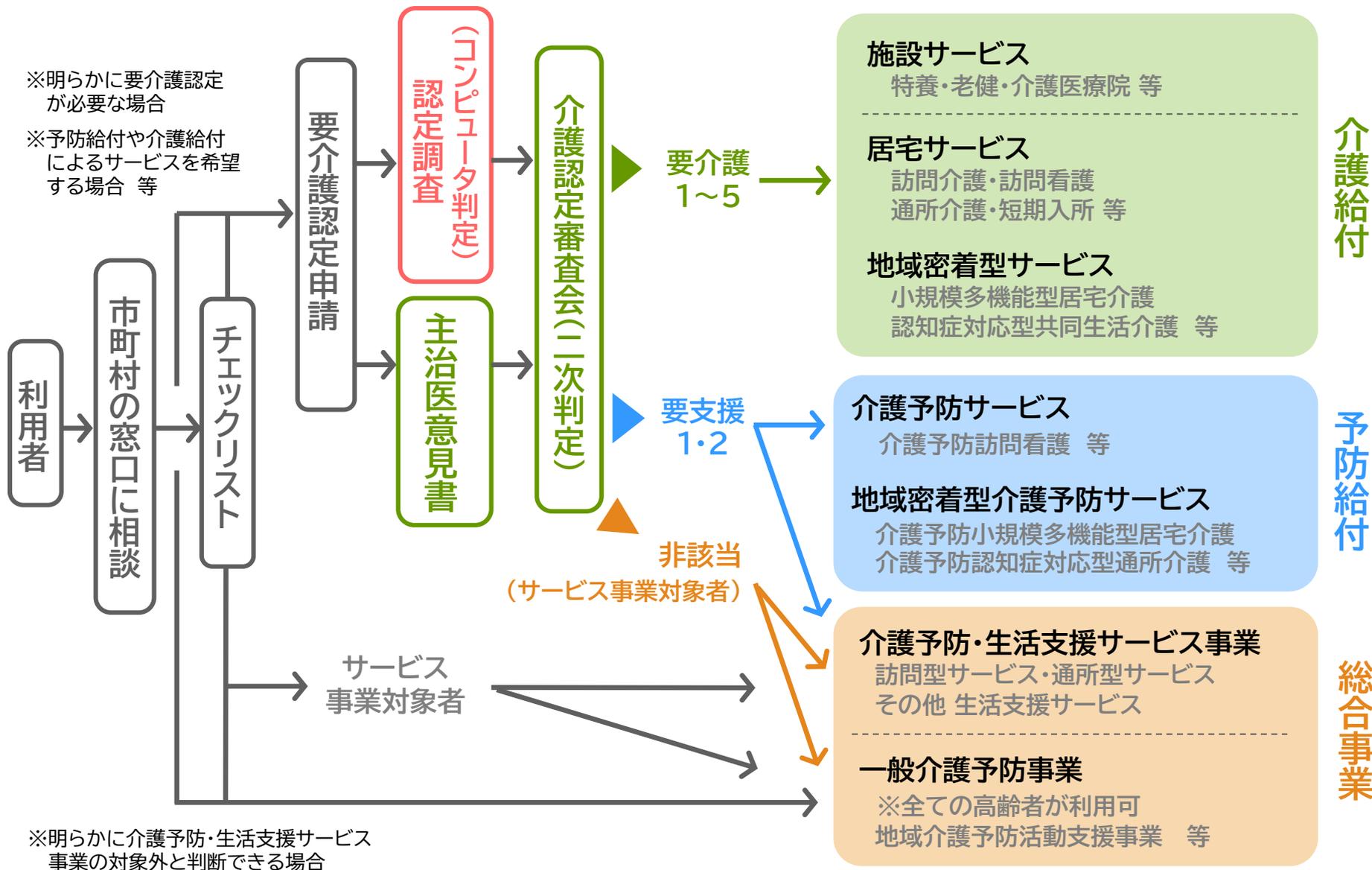
地域包括ケアシステム

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



[制2]

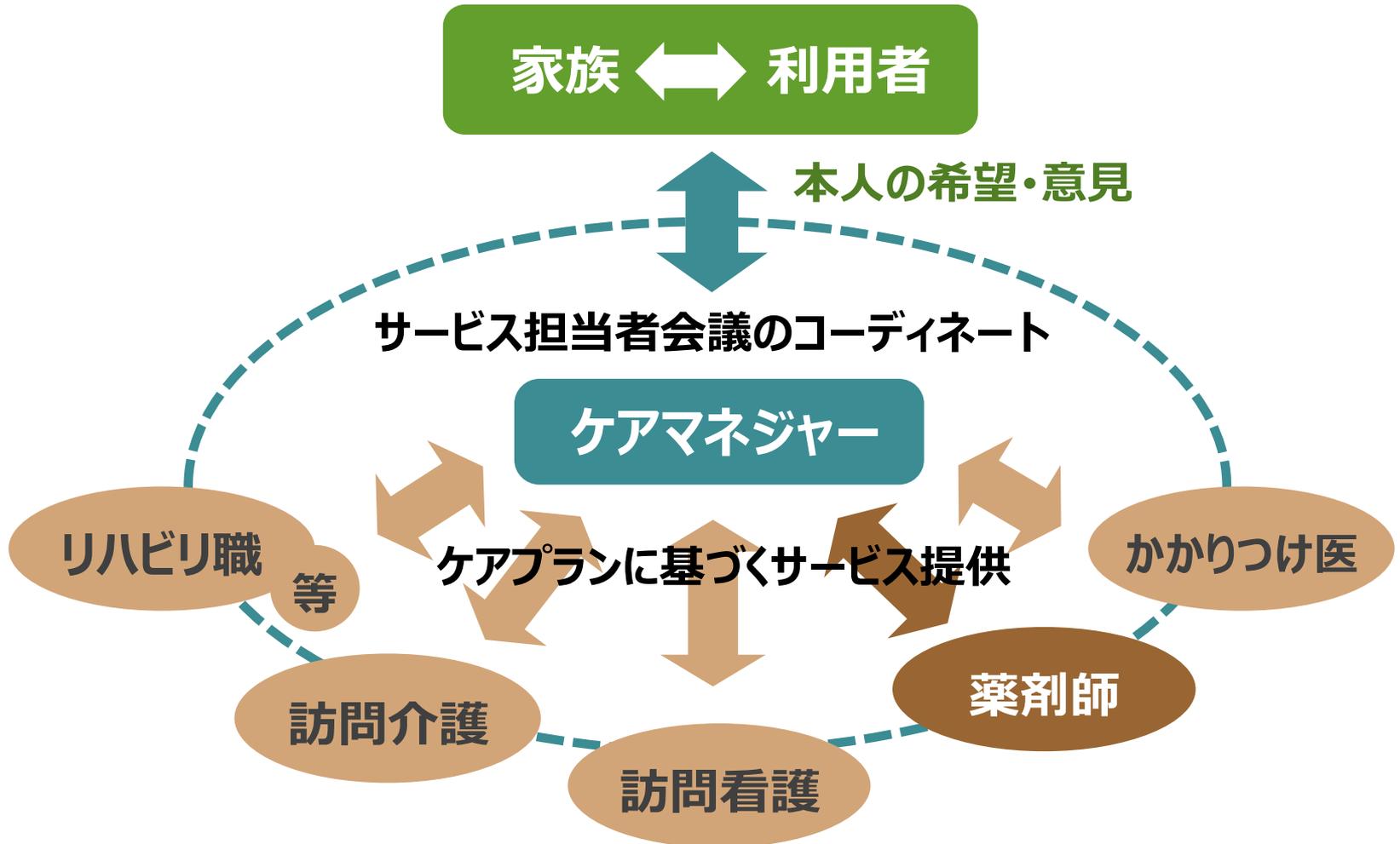
介護サービスの利用の手続き



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たすような症状・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たすような症状・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たすような症状・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

ケアマネジャーとの連携



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。

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

認知症サポート医とは



機能・役割

- 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**

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ぎ
- 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)

地域包括支援センター

総合相談・支援

虐待防止・早期発見、権利擁護

多面的（制度横断的）支援の展開

包括的・継続的マネジメント事業

- ・日常的個別指導・相談
- ・支援困難事例等への指導・助言
- ・地域でのケアマネジャーのネットワークの構築



主治医 ケアマネジャー

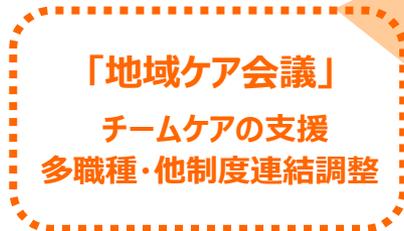
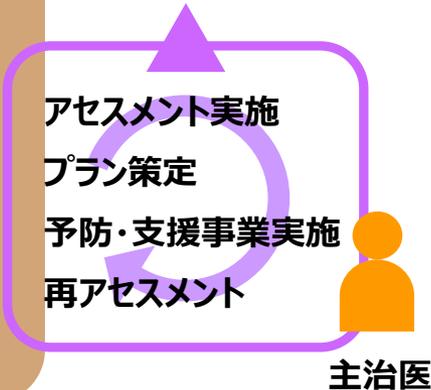
社会福祉士

チームアプローチ

主任ケアマネジャー 保健師等

予防給付・介護予防・
日常生活支援総合事業

予防給付・介護予防・
生活支援サービス

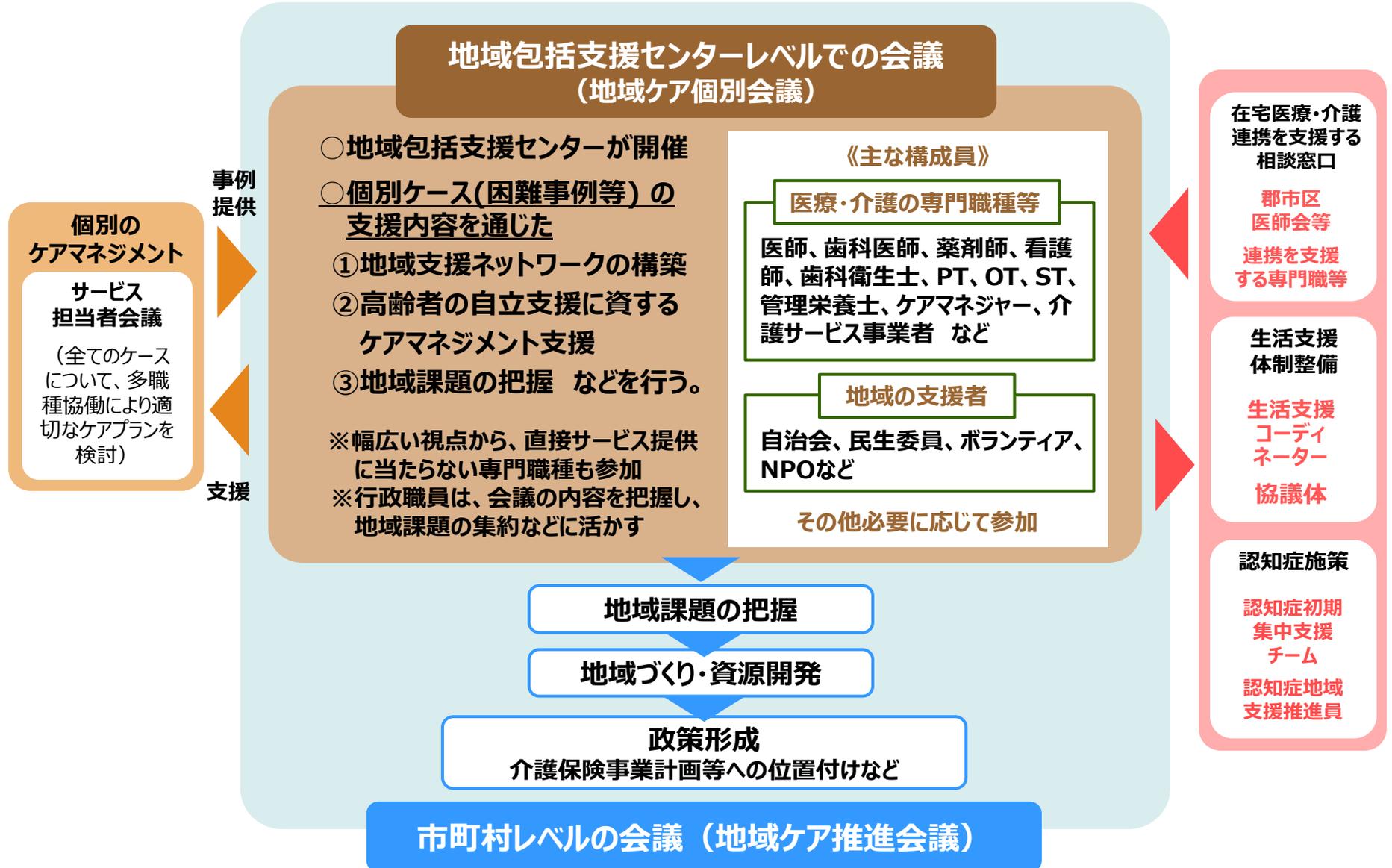


中立性の確保
人材確保支援

運営支援・評価
地域資源のネットワーク化

地域包括支援センター運営協議会

地域ケア会議



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

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

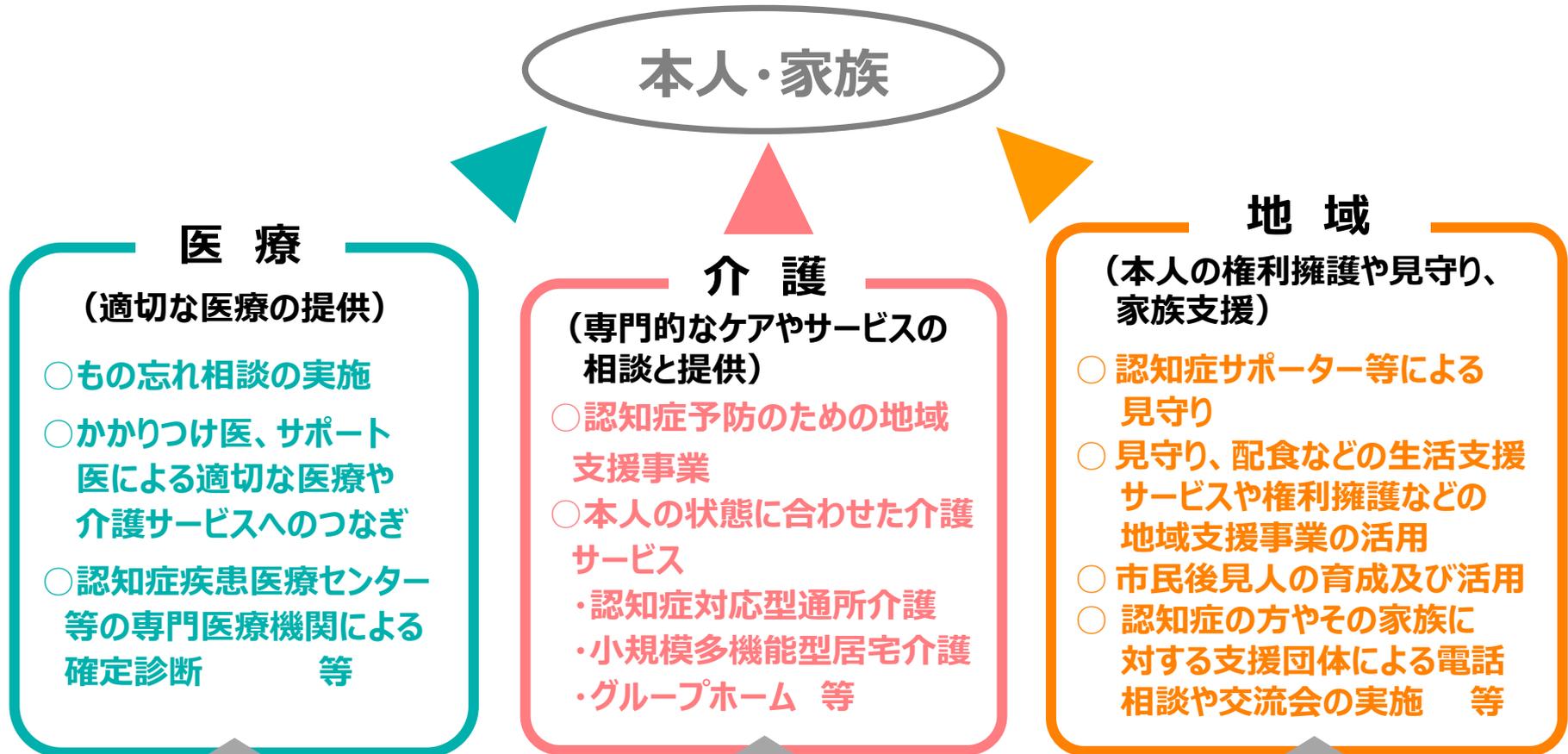
- ・グループホーム
- ・小規模・多機能ケア
- ・施設機能の地域展開
- ・ユニットケアの普及
- ☆事業者・従事者の専門性・資質の確保向上

終末期を視野に入れた
生活に配慮した医療サービス

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



市町村は必要な介護サービスを確保するとともに、それぞれの分野の活動支援、推進を図る。

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
小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護
認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護(H28～)
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、介護医療院(H30～)
介護療養型医療施設(~R5)

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、介護報酬設定が可能

- ▶▶ 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
- ▶▶ 認知症対応型通所介護
- ▶▶ 小規模多機能型居宅介護
- ▶▶ 看護小規模多機能型居宅介護
- ▶▶ 認知症対応型共同生活介護
- ▶▶ 地域密着型特定施設入居者生活介護
- ▶▶ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

予防給付と地域支援事業

介護給付（要介護1～5）

予防給付（要支援1・2）

地域支援事業

新しい介護予防・日常生活支援総合事業（要支援1・2、それ以外の者）

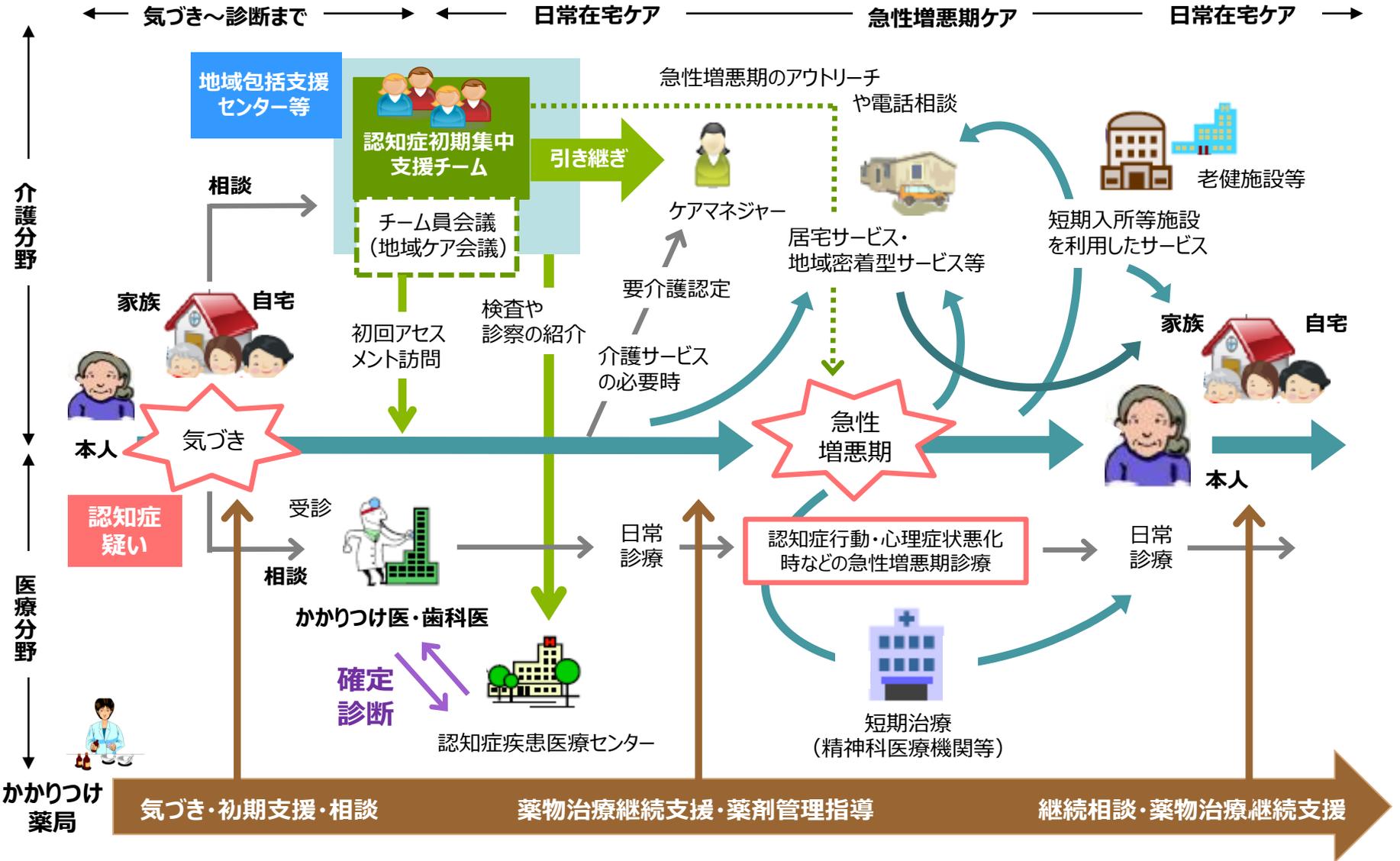
- 介護予防・生活支援サービス事業
 - ・訪問型サービス
 - ・通所型サービス
 - ・生活支援サービス(配食等)
 - ・介護予防支援事業(ケアマネジメント)
- 一般介護予防事業

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営（従来3事業に加え、地域ケア会議の充実）
- 在宅医療・介護連携推進事業
- 認知症総合支援事業（認知症初期集中支援推進事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等）
- 生活支援体制整備事業（コーディネーターの配置、協議体の設置 等）

任意事業

認知症ケアパス



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】



(歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、
作業療法士、精神保健福祉士、社会
福祉士、介護福祉士等)

(認知症サポート医嘱託可)

【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



【推進員の要件】

- ① 認知症の医療・介護の専門的知識及び経験を有する 医師、保健師、看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士
- ② ①以外で認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有すると市町村が認めた者

医療・介護等の支援ネットワーク構築

- 認知症の人が認知症の容態に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けられるよう関係機関との連携体制の構築
- 市町村等との協力による、認知症ケアパス（状態に応じた適切な医療や介護サービス等の提供の流れ）の作成・普及 等

認知症対応力向上のための支援

- ※関係機関等と連携し、以下の事業の企画・調整を行う
- 認知症疾患医療センターの専門医等による病院・施設等における処遇困難事例の検討及び個別支援
- 介護保険施設等の相談員による、在宅で生活する認知症の人や家族に対する効果的な介護方法などの専門的な相談支援
- 「認知症カフェ」等の開設
- 認知症ライフサポート研修など認知症多職種協働研修の実施 等

相談支援・支援体制構築

- 認知症の人や家族等への相談支援
- 「認知症初期集中支援チーム」との連携等による必要なサービスが認知症の人や家族に提供されるための調整

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、**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、診断しにくい
- 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

認知症の人の日常生活・社会生活における 意思決定支援ガイドライン

趣旨

認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方(理念)や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示し、これにより、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを目指すもの。

誰のための誰による意思決定支援か

認知症の人を支援するためのガイドラインであり、また、特定の職種や特定の場面に限定されるものではなく、認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による意思決定を行う際のガイドラインとなっている。

意思決定支援の基本原則

認知症の人が、意思決定が困難と思われる場合であっても、意思決定しながら尊厳をもって暮らしていくことの重要性について認識することが必要。

本人の示した意思は、それが他者を害する場合や本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り尊重される。

また、意思決定支援にあたっては、身近な信頼できる関係者等がチームとなって必要な支援を行う体制(意思決定支援チーム)が必要である。

意思決定支援のプロセス

人的・物的環境の整備

- ◎ 意思決定支援者の態度
- ◎ 意思決定支援者との信頼関係、立ち会う者との関係性への配慮
- ◎ 意思決定支援と環境

意思形成支援

:適切な情報、認識、環境の下で意思が形成されることへの支援

+

意思表明支援

:形成された意思を適切に表明・表出することへの支援

+

意思実現支援

:本人の意思を日常生活・社会生活に反映することへの支援

各プロセスで困難・疑問が生じた場合、
チームでの会議も併用・活用

意思決定支援のプロセスの記録、確認、振り返り

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

※1 借入金、訴訟行為、相続の承認・放棄等の事項(民13 I)

※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13 I に挙げられる、要同意の行為に限定されない

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）

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67.7%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71.7%**であった。
- 虐待の種別・類型(複数回答)では、身体的虐待 67.8% が最も多く、以下 心理的虐待 39.5%、介護等の放棄19.9%、経済的虐待 17.6% 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

認知症サポーター

[定義]

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対してできる範囲での手助けをする人

[キャラバンメイト養成研修]

実施主体

： 都道府県、市町村、全国的な職域団体等

目的

： 地域、職域における「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバンメイト」を養成

内容

： 認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラム等をグループワークで学ぶ。

[認知症サポーター養成講座]

実施主体

： 都道府県、市町村、職域団体等

対象者

： 〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等

〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等

〈学校〉小中高等学校、教職員、PTA等



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療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

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