

(埼玉県委託事業)

令和5年度

薬局のかかりつけ機能強化推進事業

報告書

認知症対応薬局の推進

令和6年3月

一般社団法人埼玉県薬剤師会

目 次

1. 背景	P. 1
2. 目的	P. 1
3. 薬剤師認知症対応力向上研修会の実施	P. 1
4. アンケート調査の実施	P. 2
5. アンケート調査の結果	P. 2
6. 考察	P. 7
※ 資料	P. 8
・ 令和 5 年度薬剤師認知症対応力向上研修会資料	
・ 令和 5 年度薬剤師認知症対応力向上研修会アンケート	

1. 背景

平成 27 年 1 月に厚生労働省が策定した「認知症施策推進総合戦略」（新オレンジプラン）では、認知症の人の意思が尊重され、出来る限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることが出来る社会の実現を目指している。

また、令和 6 年 1 月 1 日には、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（共生社会）の実現を推進することを目的として、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行された。

対面による服薬指導や医薬品販売、店頭でのさまざまな相談など、高齢者と接する機会が多い薬剤師が、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とともに、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。

平成 28 年度以来、「埼玉県薬剤師認知症対応力向上研修会」を毎年開催してきたが、今年度も引き続き、「患者のための薬局ビジョン」に掲げる「かかりつけ薬剤師・薬局」の充実及び普及を推進する観点から、認知症に対応できる薬剤師の育成強化を図るため、具体的な事例検討（スモールグループディスカッション）を含めた研修会を実施することとした。

2. 目的

薬局薬剤師が認知症の疑いのある人の徴候にいち早く気づき、家族や医療機関につながぐことで、かかりつけ医をはじめとする他職種と連携して患者や家族を支える役割を果たすことを目的に、認知症に対応できる薬剤師の育成強化を図る。

3. 薬剤師認知症対応力向上研修会の実施

下記のとおり実施した。

研修内容は、一般社団法人埼玉県医師会から推薦された認知症サポート医と埼玉県薬剤師会所属の薬剤師を講師とした講義形式の研修に加えて、実践形式の研修としてグループワーク（事例検討）を実施した。

対象者は、県内で勤務（開設を含む）する薬剤師とし 36 名が修了した。

令和 5 年度薬剤師認知症対応力向上研修会

日程：令和 5 年 10 月 29 日（日）12：30～16：35

形式：ウェスタ川越 活動室 1・2

内容：(1) 基本知識及び地域・生活における実践について（90 分）（資料 1）

自治医科大学附属さいたま医療センター 講師 崎山 快夫

(2) かかりつけ薬剤師の役割について（30 分）（資料 2）

（一社）埼玉県薬剤師会 社会保険委員会 委員 武笠 真由美

(3) 事例検討（薬局業務における実践）（100 分）（資料 3）

（一社）埼玉県薬剤師会 理事 加藤 美奈子

4. アンケート調査の実施

令和 5 年度薬剤師認知症対応力向上研修会受講者を対象に、研修会の効果を検証するためのアンケート調査を実施した。(資料 4)

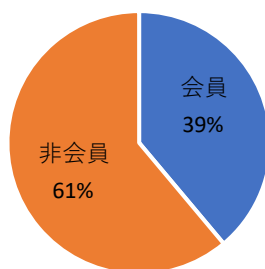
5. アンケート調査の結果

受講者 36 名中 36 名から回答があった。

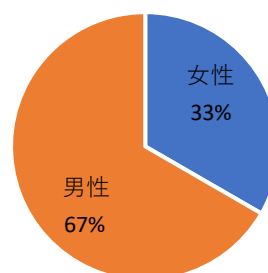
Q1. 埼玉県薬剤師会会員区分

会員	14
非会員	22

Q1 埼玉県薬剤師会会員区分



Q2 性別



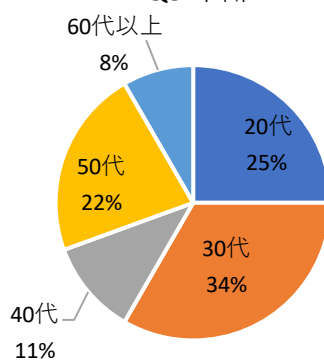
Q2. 性別

女性	12
男性	24

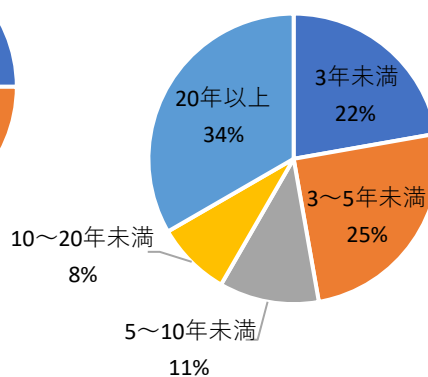
Q3. 年齢

20代	9
30代	12
40代	4
50代	8
60代以上	3

Q3 年齢



Q4. 経験年数

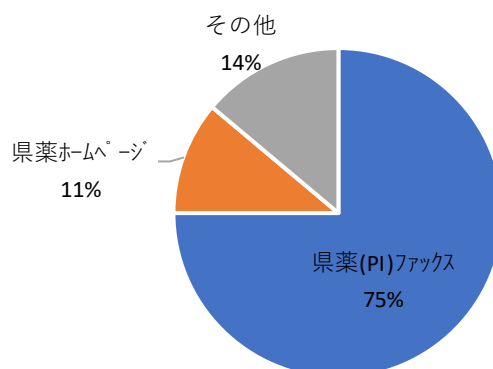


Q4. 経験年数

3年未満	8
3～5年未満	9
5～10年未満	4
10～20年未満	3
20年以上	12

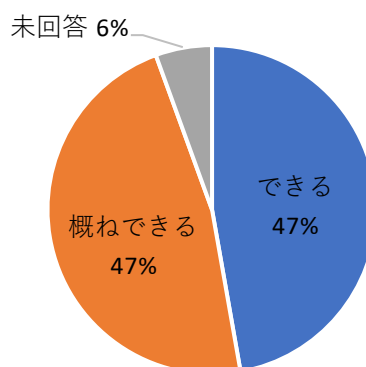
Q5. 研修会を何で知ったか？

県薬 (PI) ファックス	27
県薬ホームページ	4
その他	5



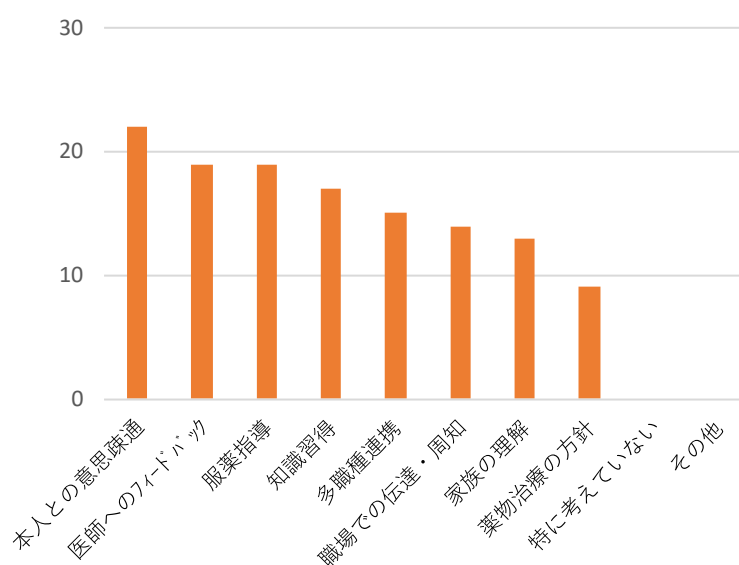
Q6. 業務に役立てることが出来ますか？

できる	17
概ねできる	17
未回答	2



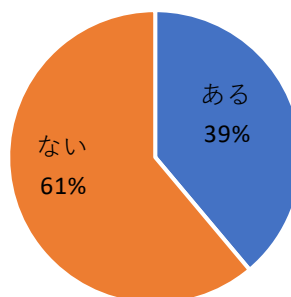
Q7. 明日からどのような行動をしようと考えているか？（複数回答可）

本人との意思疎通	22
医師へのフィードバック	19
服薬指導	19
知識習得	17
多職種連携	15
職場での伝達・周知	14
家族の理解	13
薬物治療の方針	9
特に考えていない	0
その他	0



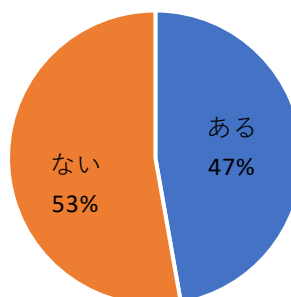
Q8. 地域ケア会議の参加歴

ある	14
ない	22



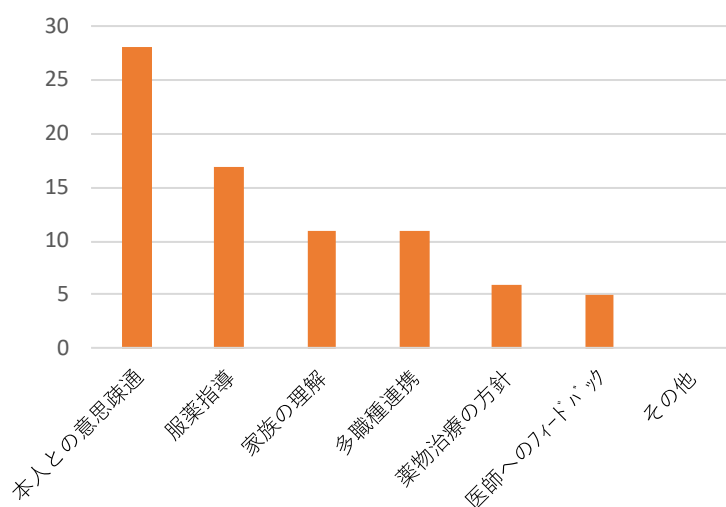
Q9. 認知症サポーター養成講座の受講歴

ある	17
ない	19



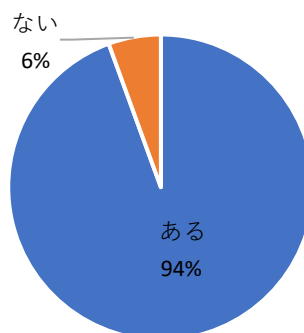
Q10. 認知症患者の対応で苦慮すること（複数回答可）

本人との意思疎通	28
服薬指導	17
家族の理解	11
多職種連携	11
薬物治療の方針	6
医師へのフィードバック	5
その他	0



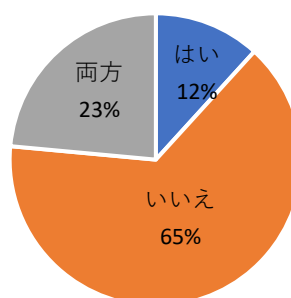
Q11. 日常業務で認知症患者に対応したことがあるか

ある	34
ない	2



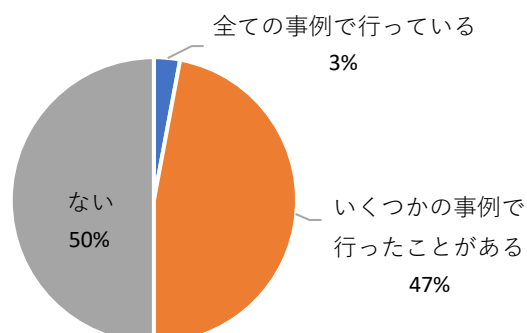
Q12. （上記Q11であると回答した34人）その患者はかかりつけか

はい	4
いいえ	22
両方	8



Q13. （上記Q11であると回答した34人）認知症患者の対応に際し、他職種との連携、調整を行ったことがあるか

全ての事例で行っている	1
いくつかの事例で行ったことがある	16
ない	17

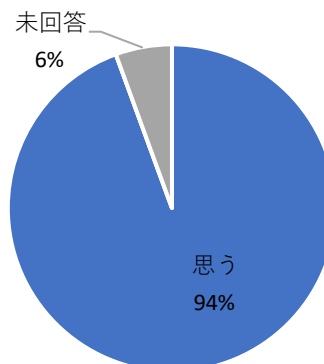


Q14. 日常業務で認知症患者に対応した事例

1	残薬調整など（50代 女性）
2	用法、用量を間違えないように薬袋に記入（60代 男性）
3	認知症と思われる患者様がいらっしゃった際に情報提供等ができなかった（20代 女性）
4	本人のまだらな変化、来局当日は許可してくれたことが翌日にはわからなくなり、大声で怒鳴るなどあった。処方日数、内容の変化でお会計が変わることが認められない。（30代 女性）
5	医療機関で話を聞いてもらっている等であまり詳細が聞き取れない。リバスチグミンテープ長期使用の方には使用状況・大まかな体調チェック、皮膚のトラブル等で終わってしまう。→少しずつ観察して寄り添えるように服薬指導をしていきたい。
6	独居で認知症だと認めたくない患者さんへの一包化など支援の提案（20代 女性）
7	お薬手帳の管理が出来ない（40代 男性）
8	メマンチンがいきなり出ていたため、疑義をしたがそのままメマンチン処方になった（20代 男性）
9	結果が出る前に患者さんが死亡リタイアしてしまいました。（50代 女性）
10	患家にて多職種連携を行い、コンプライアンスが上がった（30代 女性）
11	処方変更時に患者や家族から状況を確認するのに困難だった（30代 女性）
12	患者が一包化を希望せず、スムーズな服薬指導を望むのに対し、アドヒアランス不良で、医師が、一包化指示をすることがある。（20代 男性）
13	本人・家族が”認知症”と思っていない。薬が増量・変更するごとに、本人・家族よりクレームが入ること。病院・薬局での説明を理解しない（拒否傾向）（50代 女性）
14	講義であった、小銭が出せない方や服装の季節感がない方がいます。成功例としては、不安そうにしていた方に声をかけて、地域包括に繋げました（30代 女性）
15	多剤服用者が残薬を多く持参し、間違い、抜けがあり一包化にて対応。それでもコンプライアンス悪くDrに処方変更し減薬提案しました。薬局トイレにて、男性が座面を上げずに放尿し、掃除が必要になりました。（50代 女性）
16	一包化を提案してコンプライアンス改善した（30代 女性）
17	本人に会わせたがらない、自分たちでどうにかしようとする（40代 女性）
18	服薬の管理の難しさ（50代 男性）
19	2回分をまとめて1回分で服薬している可能性がある患者さんの対応に困っています（30代 女性）
20	家族の介護放棄と困った時のみ相談、対応ができない。（60代以上 男性）

Q15. まだ当研修を受講していない薬剤師に受講を勧めようと思うか

思う	34
思わない	0
未回答	2



研修会の感想

1	良い研修でした（60代以上 男性）
2	とても勉強になりました。ありがとうございます。（30代 女性）
3	とても内容が良かったです。役に立ちました。（50代 男性）
4	とても勉強になったため（30代 女性）
5	グループディスカッションが勉強になりました。（50代 男性）
6	とても勉強になりました。ありがとうございました。（20代 男性）
7	様々な地域、年代の方とディスカッションをすることができて視野が広がられた。“気付き”から“つなぐ”に移行していくことが難しいと思っていたので、日常業務に取り入れていこうと思えた。（20代 女性）
8	勉強になりました。参加して良かったです。（50代 女性）
9	認知症の方に対しての対応がわかった（60代以上 男性）
10	患者さん家族に目がいきがちであったが、本人が治療の中心であることが認識できた（40代 男性）
11	今後の為になりました。（20代 男性）
12	大変勉強になりました。ありがとうございました。（20代 女性）
13	すぐ利用できるポリファーマシーフォーマットを得られたのは大きかったです（30代 女性）
14	グループワークを行い、有意義な時間を過ごすことができ良かった（40代 女性）
15	グループワークで他薬局のお話を聞けて非常に勉強になりました。私も自己研鑽を続けていきたいと思います。（30代 男性）
16	分かりやすく理解できました。また薬局でもフィードバックして役立てようと思います（30代 女性）
17	日々、一つずつ試行錯誤しながら業務に励んでいこうと思いました。（30代 女性）
18	グループワークが良かった（40代 男性）
19	どのような流れで医師やケアマネに報告して良いか分かったから。（20代 女性）
20	改めて認知症を学べ、大変貴重な時間だった。（20代 男性）
21	午前中の時間帯に開催して欲しかったです。インフルエンザ等が大流行している時期のグループワークは考えて欲しかったです。（30代 女性）
22	とても参考になりました。ポリファーマシー対策、早速とりかかります。（50代
23	認知症の当事者の声と症例検討のグループワークで大変勉強になりました。今日学んだことを日々の業務に活かしたいと考えております。（30代 女性）
24	初めて集合研修に参加したので、とても新鮮でした。グループワークで他の方の考えが聞けてとても有意義でした。（30代 女性）
25	とても有意義な時間となりました。（20代 男性）
26	基本知識などよくまとまっているのですごく理解しやすかったです。とても勉強になりました。（50代 女性）
27	知識を得ることができて有意義な研修会でした。有難うございました。（30代 女
28	年齢的に家族が介護が必要だったりすることもあり、他のスタッフよりは知識を持っている方ですが、見直しをすることができました。また経験の浅い薬剤師にも研修を勧めたり、知識の共有をしたいと思います。（50代 女性）

6. 考察

研修会参加者について、昨年度は経験年数 10 年以上の参加者が約 7 割だったが、今年度は 10 年未満が約 6 割と逆転し、年齢層別では 20 代から 30 代の若手薬剤師の参加者が約 6 割で 40 代以上を上回った。今年度より SNS（LINE）での周知を開始した。研修会を知るきっかけでは県薬（PI）FAX が約 7 割の結果ではあったが、SNS 発信が若手参加者の増加の要素になっているのかの分析が必要と思われる。次年度のアンケート項目を再考して検証したい。

明日からどのような行動をしようと考えているかという問いに対して、「特に考えていない」が 0%、業務に役立てることができるかの問いでは 94% が「できる」と回答しており、研修会の参加が何かしらの行動意欲につながったと考えられる。また、具体的な行動として、知識習得（4 位）より上位に医師へのフィードバック、服薬指導（同数 2 位）が来ており、研修会での学びが対人業務への意識強化につながったことが示唆された。

ほとんどの参加者において認知症患者への対応をしたことがある（94%）中で、その患者がかかりつけ患者ではなかった（65%）ことから、講義項目に「かかりつけ薬剤師の役割」を重点として盛り込んだことは一定の意義があったと考えられる。

研修会の感想（28 名）から同じ意味合いの単語を拾うと、「勉強」「分かった」「知識を得る」「学べ」が計 15 回、「グループディスカッション」「グループワーク」が 7 回、また行動を示唆する言葉「取り入れる」「すぐ利用する」「フィードバックして」「早速とりかかります」「知識の共有をしたい」が 5 回カウントされた。この結果から、今回の研修の内容として、参加者にとって知識習得の満足度は高く、講義に加えてグループワークを取り入れた構成は効果的であり、研修後の行動意欲にもつながると考えられた。

今回、定員 100 名のところ参加者が 36 名だったことから、昨年度に引き続き、埼玉県内の全ての薬局で認知症患者に対応できるよう、1 薬局に 1 名は同研修を受けた薬剤師が在籍するような体制を目指して、継続的に研修会を開催し、かかりつけ薬剤師・薬局として認知症患者や家族を支えられる薬剤師を育成していく必要がある。

基本知識 編

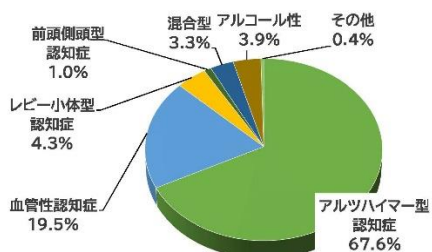
ねらい：認知症に関する基本的な知識を理解する

到達目標：

- 認知症の主な原因疾患及びその症状や経過等を理解する
- 認知症の診断基準及びアセスメントのポイントを理解する
- 薬剤師にとって必要な診断・アセスメントの知識について理解する

認知症の原因疾患

【基本知識2】



「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(平成25年5月報告)を引用

認知症の診断 (ICD-11)

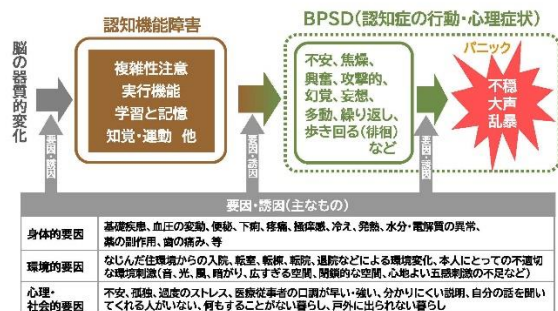
【基本知識4】

- A** 認知領域(記憶、実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知)のうち2つ以上が以前のレベルから低下しているという特徴を持つ後天的な脳症候群である。
- B** 認知機能の低下は正常加齢によるものではなく、日常生活活動の自立を有意に妨げる。
- C** 利用可能な根拠に基づき、認知機能障害は脳に影響する神経学的あるいは医学的な状況、外傷、栄養欠乏、特定の物質や薬剤の慢性的使用、重金属やその他の毒物によるものと考えられる。

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision), WHO

認知症の症状と要因・誘因

【基本知識6】



永田久美子「11 認知症高齢者の理解とケアの変遷」正木治恵 監修「改訂版老年看護学」日本放送出版協会

認知症の概念

【基本知識1】

認知症とは

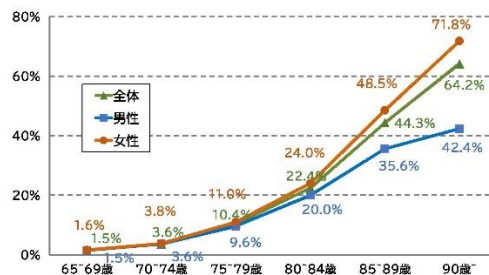
『一度正常に発達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態』

※ 認知機能の低下は、せん妄や他の精神疾患(うつ病や統合失調症など)では説明されない。

※ 各診断基準で記憶障害は必須条件ではなく、早期に記憶が保たれている場合もあることに配慮すべきとしている。

年齢階級別の認知症の有病率

【基本知識3】



※平成24年時点の推計は厚生労働科学研究費補助金「認知症対策総合研究事業」(都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応)平成24年度総合研究報告書による。平成30年時点の推計は三本医務研究開発機構「認知症研究開発事業」(健康長寿社会の実現を目指す大規模認知症コホート研究(研究代表者二宮教授))において認知症に基盤調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町のデータ解析の当初の結果である。

認知機能の障害

【基本知識5】

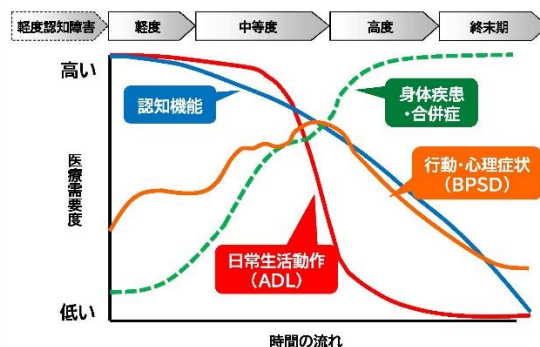
記憶	以前に言ったことを忘れて同じことを何度も言う、物を置いた場所を忘れて捜しまわる等
実行機能	自発的に、計画的に、効果的に、合目的に行為を遂行することが困難、個々の認知機能を使いこなすことが難しい等
注意	注意が持続できない、必要な刺激だけに注意を向けられない、複数の事柄に注意を振り分けられず、同時進行が困難等
言語	呼称の障害、流暢性の障害、理解の障害、復唱の障害等
社会的認知及び判断	他者の思考や感情を類推できない、同情や共感の喪失等
精神運動速度	情報処理速度の低下、思考や作業に時間がかかる
視覚認知又は視空間認知	知っている人の顔や物を見ても分からない、片側の視野が見えにくい、図形の模写が困難、道に迷う等

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision), WHO

変性疾患の場合の認知症の経過

【基本知識7】

認知症の進行とともに医療需要度は変化する



アルツハイマー型認知症の診断

【基本知識8】

- 典型的には最初に**記憶障害**が**潜行性**に出現する
- ゆっくりではあるが着実に以前の認知機能のレベルから悪化し、疾患の進行とともに他の認知領域(実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知)の障害を伴ってくる
- しばしば疾患の初期の段階で抑うつ気分やアパシーのような行動・心理症状を伴い、より進行した段階で精神病症状、易刺激性、攻撃、錯乱、歩行や移動の異常や痙攣を来す可能性がある
- 遺伝子検査で陽性であること、家族歴、徐々に認知機能が障害されることはアルツハイマー型認知症であることを強く示唆する

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision), WHO

アルツハイマー型認知症の早期発見のポイント

【基本知識10】

【初期に多い症状】

- **記憶障害**が目立つことが多い。
(同じことを何度も尋ねる、約束事を忘れる、同じものを買うなど)
- **遂行機能障害**を周囲に気づかれる。
(仕事でミスが増えた、料理が順序良くできなくなったなど)
- 日付や場所の**見当識障害**が目立つこともある。
(受診日に通院しない、外出先で迷うなど)
- **精神症状**が先行する、もしくは伴うことも多い。
(意欲や興味が低下する、何事にも自分で取り組まなくなったなど)

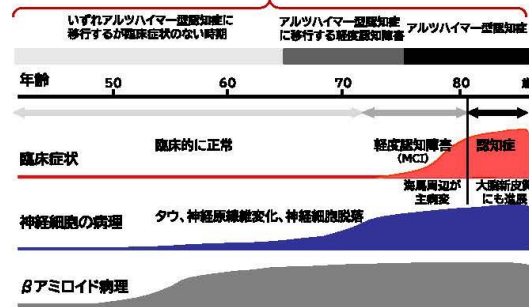
【特徴的な所見】

- 麻痺などの神経学的所見はない。
- 取り繕いや振り返り症候がある。
- 病識がないもしくは乏しい。

アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症

【基本知識9】

臨床症状が出現する前からアルツハイマー病変化は潜在的に進行している
これらのすべての時期がアルツハイマー病



血管性認知症の診断

【基本知識11】

- 認知機能障害の発症が1回以上の脳血管障害の**イベント**と時間的に関連している
- 認知機能障害は典型的には**情報処理速度、複雑性注意、前頭葉性実行機能**において最も顕著である
- 病歴、身体診察、神経画像検査から認知機能障害を十分に説明できる**脳血管障害が存在する証拠**がある

※ 虚血性又は出血性の脳血管疾患により脳実質が損傷されることに起因する

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision), WHO

血管性認知症の早期発見のポイント

【基本知識13】

【初期に多い症状】

- 記憶障害よりも**遂行機能障害**が目立つ。
(記憶力はある程度保っているが、携帯電話が使えなくなった、料理が順序良くできなくなったなど)
- 動作の**緩慢さ**、意欲や自発性の低下、抑うつ、傾眠などが脳血管障害のエピソード後に持続する。

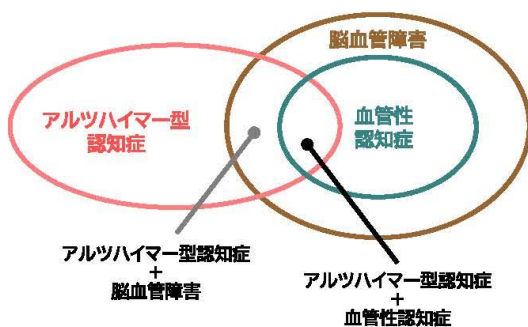
【特徴的な所見】

- 脳血管障害に伴う**局所症状**(麻痺、嚥下障害など)を認める。
- 脳血管障害を起こすたびに**階段状**に悪化している。
- **斑状認知機能障害**、歩行障害や構音障害など。

※ 多発性ラクナ梗塞やビンスワンガー病といった深部白質の虚血性疾患(小血管病)では、脳卒中との関連がはっきりせず緩徐に進行することがある。

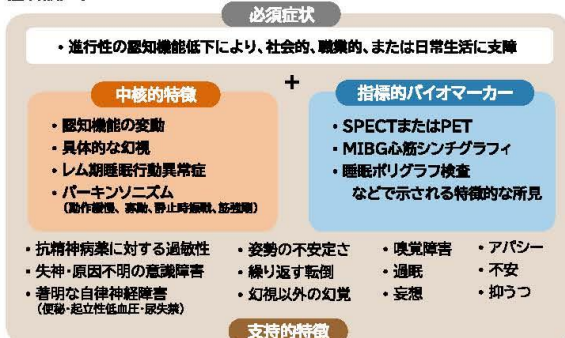
脳血管障害と認知症の関係

【基本知識12】



レビー小体型認知症(DLB)の臨床症状

【基本知識14】



認知症疾患診療ガイドライン 医学書院, 2017年, McKeith, I.G et al.: Neurology, 89: 88-100, 2017より作成

レビー小体型認知症の早期発見のポイント

【基本知識15】

【初期に多い症状】

- **もの忘れに対する自覚がある**
(動揺性があり注意障害を伴う点でもアルツハイマー病と異なる)
- **人物や小動物、虫など幻視や錯視**
(鮮明で生々しい幻視にもかかわらず本人は困惑していない)
- **レム睡眠行動障害**
(大声の囁言、眠っているときの激しい体の動き)
- **動作緩慢や歩行障害に伴う易転倒性**
- **便秘や起立性低血圧などの自律神経症状**
- **嗅覚の障害、抑うつ、不安、妄想など**

【特徴的な所見】

- 症状の**日内変動**がある。
- 質問や支持動作への**反応が緩徐**である。
- 取り繕いや振り返り症候がない。

前頭側頭葉変性症(FTLD)の概念

【基本知識16】

- 1) 定義: 主として初老期に発症し、大脳の前頭葉や側頭葉を中心に神経変性を来し、人格変化や行動障害、失語症、認知機能障害、運動障害などが緩徐に進行する
- 2) 分類: 前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration: FTLD)
 - 行動障害型前頭側頭葉型認知症 (behavioral variant frontotemporal dementia: bvFTD)
 - 言語障害型前頭側頭葉型認知症
 - 意味性認知症 (semantic dementia: SD)
 - 進行性非流暢性失語症 (progressive non-fluent aphasia: PNFA)
- 3) 特徴:
 - ・頻度は、ADの10分の1以下で性差はない。
 - ・高齢で発症する例も存在するが、70歳以上で発症する例は稀である。家族歴を有することがある。
 - ・bvFTDとSDは指定難病(平成27年から)

公益財団法人難病医学研究財団 / 難病情報センター

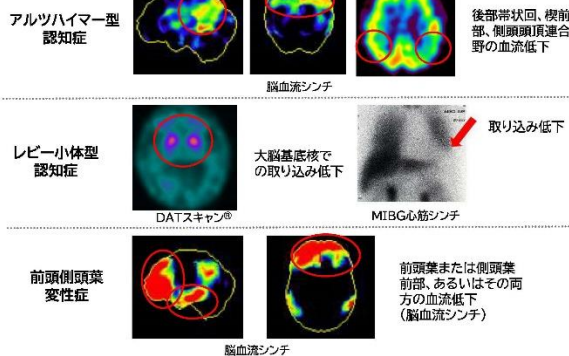
画像診断の意義と重要性

【基本知識18】

- 『高齢者でもの忘れがあるから認知症である』と容易に診断せずに、診断には必ず器質性の脳病変の有無を検出する必要がある。
- 疾患によっては、確定診断には、脳波検査や他の画像検査(SPECTやPET、ダットスキャン®、MIBG心筋シンチなどの核医学検査を含む)、神経心理学的検査、血液検査、髄液検査などが必要となる。
- 自院で頭部CT検査や脳MRI検査などが施行できない場合には、施行が可能な施設への依頼や認知症サポート医や専門医との連携を検討する。

各認知症の典型的な機能画像

【基本知識20】



加齢に伴う生理的健忘の特徴

【基本知識22】

生理的健忘と病的健忘の鑑別点の要点

	生理的健忘	病的健忘 (アルツハイマー型認知症)
もの忘れの内容	一般的知識など	自分の経験した出来事
もの忘れの範囲	体験の一部	体験した全部
進行	進行・悪化しない	進行していく
日常生活	支障なし	支障あり
自覚	あり	なし
学習能力	維持されている	新しいことが覚えられない
日時の見当識	保たれている	障害されている
感情・意欲	保たれている	易怒性、意欲低下

前頭側頭葉変性症の早期発見のポイント

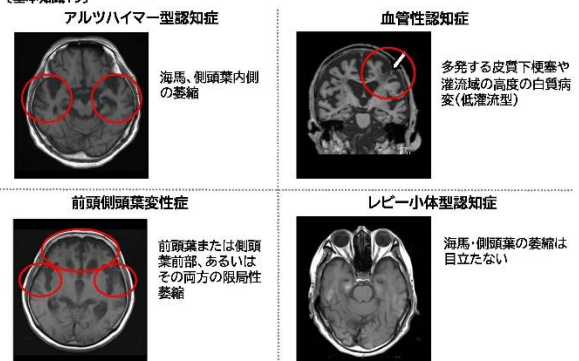
【基本知識17】

初期には記憶障害は目立たず、神経学的所見は特に認めない

分類	初期に多い症状	特徴的な所見
行動障害型 前頭側頭葉認知症	・脱抑制的行動 ・常同行為 (時刻表的生活・反復行為) ・食行動異常 (過食・嗜好変化・口唇傾向) ・無関心・共感の欠如	・病識の欠如 ・「我が道を行く行動」 ・診察中の立ち去り行為 ・社会のルールが守れない
意味性認知症	・言葉の意味が分からない (「利き手」「季節」など) ・物や人の名前が出てこない	・会話が迅速になる ・質問の意味が理解できない
進行性非流暢性失語症	・発話自体がゆっくりで努力性になる	・発話の開始が困難となる (会話中のどもりや途切れ)

各認知症の典型的なMRI画像

【基本知識19】



認知症診断のフローチャート

【基本知識21】

認知症の疑い・認知機能障害の疑い



軽度認知障害

(MCI: Mild Cognitive Impairment)

【基本知識23】

定義・分類

- 正常と認知症の中間の状態。記憶障害を主体とする健忘型MCIとその他の障害による非健忘型MCIに分類される

健忘型MCIの特徴

- ① 記憶障害の訴えが本人または家族から認められる
- 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

(Petersen RC et al. Arch Neurol 2001)

特徴

- 軽度認知障害から認知症へのコンバージョンは専門医による追跡では9.6%/年、地域研究では4.9%/年。一方で正常なレベルに回復する人もいる。

(Mitchell AJ, Acta Psychiatr Scand. 2009)
(Shimada H et al. J Am Med Dir Assoc. 2017)

若年性認知症

【基本知識24】

- 認知症は高齢者の病気だと思われがちだが、実際は若い世代でも発症することもある。
- 65歳未満の人が発症する認知症を総じて「若年性認知症」と言う。
- 働き盛り世代や子育て世代の人に発症するため本人だけでなく、家族の生活への影響が大きい。
- 若年性認知症について正しく理解し、早期の気づきと対応、及び適切な支援に繋げることが重要である。

若年性認知症の症状の特徴

【基本知識25】

若年性認知症の注意すべき症状の特徴は以下の通り

- 初期のサインが見逃されやすい
- 症状の個人差が大きい
- 抑うつ状態に陥りやすく、不安感が強い
- 介護やケアを受けることへの抵抗感が強い
- 進行が早い傾向がある
- 認知機能の低下と身体機能の低下が並行しない
- 社会的役割や達成感を希求している

※ 確定診断を受けた時には、既に症状が進行していることが少なくない

せん妄の特徴

【基本知識26】

定義

- 身体的な要因や薬剤の要因によって急性に出現する意識・注意・知覚の障害であり、症状には変動性がある。

特徴

- 診察する時期によって状態が大きく変化する。
- 高齢者の有病率が高いにもかかわらず、医療従事者でもせん妄の症状が認識されないことも多い。
- 精神疾患や認知症患者では見逃されることが多い。
- 過小評価され、対応が遅れ症状が遷延する傾向がある。

留意点

- 原則可逆性であり、診断と鑑別、治療が重要である。
- 安全な治療・療養環境の確保、適切な検査、精神症状に隠れた身体疾患の鑑別、全身の診察を怠らない。

せん妄とアルツハイマー型認知症の違い

【基本知識27】

	せん妄	アルツハイマー型認知症
発症	急激(数時間～数日)	潜在性(数か月～数年)
経過の特徴	変動性、短時間	慢性進行、長時間
初期症状	注意集中困難、意識障害	記憶障害
注意力	障害される	通常正常である
覚醒水準	変動する	正常
誘因	多い	少ない
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	関与しない

うつ病の特徴

【基本知識28】

特徴

- 高齢者では、加齢や心理社会的要因、身体的要因が重なるため頻度も高いが、診断されずに見逃されることが多い。
- 認知症発症のリスクであり、認知症に併存することもある。

診断

- 以下の症状のうち5つ以上が2週間持続(少なくとも1つは、1)または2))
- 1) 抑うつ気分
 - 2) 興味、喜びの著しい減退
 - 3) 体重減少、食欲の減退
 - 4) 不眠
 - 5) 精神運動性の焦燥/制止
 - 6) 易疲労性/気力の減退
 - 7) 思考力や集中力の減退/決断困難
 - 8) 無価値観/罪責感
 - 9) 死についての反復思考、自殺念慮

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

留意点

- 高齢者では、悲観的思考、精神運動激越、心気症、身体症状、精神症状、うつ病性仮性認知症などが特徴である。
- 自殺の可能性や社会的孤立、身体疾患の影響などへの配慮が重要。

うつ病とアルツハイマー型認知症の違い

【基本知識29】

	うつ病(仮性認知症)	アルツハイマー型認知症
発症	急性(週か月単位)	緩徐で潜在性
経過と特徴	比較的短期、変動性	長期、進行性
自覚症状	存在する、強調する(能力の低下を痛感する)	欠如することが多い(能力の低下を痛感する)
身体症状	摂食障害、睡眠障害	ないことが多い
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
見当識障害	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

薬剤による認知機能の低下

【基本知識30】

特徴

- 認知機能低下に服用している薬剤が影響している可能性があり、肝・腎機能障害、多剤併用の高齢者、認知症や神経変性疾患などで出現しやすい。

症状

- 潜在性もしくは亜急性に発症する。
- 服用により経時的に認知機能障害が変化する。
- 注意力の低下が目立つ。(せん妄に類似した症状)
- 薬剤の中止により認知機能障害は改善する。

留意点と対応

- 市販薬の内服や健康食品の摂取などを確認する。
- 薬剤の変更や用量増減後の変化について聴取する。
- 服薬アドヒアランスを確認する。
- 原因となる薬剤が明らか場合は処方医へ照会する。

認知機能低下を誘発しやすい薬剤

【基本知識31】

薬剤の影響を常に念頭に置いた適切な対応が重要である

向精神薬	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	抗てんかん薬
鎮静薬	循環器病薬(ジギタリス、利尿剤、一部の降圧剤など)
抗うつ薬	鎮痛薬(オピオイド、NSAIDs)
抗不安薬	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(過活動性膀胱治療薬)
	消化器病薬(H ₂ 受容体拮抗薬、抗コリン薬)
	抗喘息薬
	抗アレルギー薬(抗ヒスタミン薬)

認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会に一部追加

アルコール関連障害（精神・神経の疾患）

〔基本知識32〕

特徴

- アルコール依存症など長期の多量飲酒が、中枢神経の機能や構造変化をもたらす、精神症状や神経症状を呈する。

症状

ウェルニッケ脳症

- ビタミンB1欠乏により、意識障害・眼球運動障害・失調性歩行障害などが、と急速(1日～数日)に出現する。

※ ビタミン補投により可逆的であるが、見過ごされるとコルサコフ症候群に移行する。

コルサコフ症候群

- 健忘(前向き・逆行性)・失見当識・作話を認め、回復は困難。

アルコール性認知症(アルコール関連認知症)

- 長期の多量飲酒が、間接的な血管リスクや脳の萎縮などリスクとなり認知症症状を呈する。

※ アルコール以外に認知症の原因がない場合、アルコール性認知症とされる。

記憶障害のアセスメント

〔基本知識33〕

● 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
- ・ 気になったニュースや出来事 など

● 昔の記憶

- ・ 生年月日
- ・ 出生地
- ・ 学校時代の話
- ・ 過去の仕事や社会的な役割 など

※ 内容によっては、予め介護者から問診票などで情報を得てから、本人と面接する。可能であれば認知症のスクリーニング検査の実施を検討する。

見当識障害のアセスメント

〔基本知識34〕

- 今日の年月日、曜日
- 今の時間、午前・午後
- 今の季節
- 自宅の住所
- 今いる場所の認識(病院名や建物の名前)
- 家族の認識(同伴者の続柄や名前)

※ 通常は質問式であり、質問内容や状況によっては、診察の会話の中でさりげなく確認することを考慮する。

※ 施行が可能であれば認知症のスクリーニング検査の実施を検討する。

判断・実行機能障害のアセスメント

〔基本知識35〕

● 家族からの情報

- ・ 気候にあった服を着ているか
- ・ 適切に着替えや入浴をしているか
- ・ 料理の味付けや段取りはどうか
- ・ いつも同じ料理ばかりではないか
- ・ 買い物は適切に行えているか
- ・ 貴重品や金銭管理は行えているか など

● 本人への質問

- ・ 日常生活で以前と比べて困ることはないか
- ・ 火事に会ったらどうするか
- ・ 道で、宛名が書いてあり、切手は貼ってあり、封もしてある手紙を拾ったらどうするか など

改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)

〔基本知識36〕

No.	質問内容	配点	記入
1.	お名前はいつですか？(2年までの歳は正確)	0 1	
		年	0 1
		月	0 1
		日	0 1
2.	今日は何時の何月何日ですか？何曜日ですか？(何月日、何日が正確でそれ以外は無)	0 1	
3.	私たちが今いるところはどこですか？(場所的にあれば正確、5秒以内で答えられれば可)	0 1 2	
4.	この5枚のカードの裏面を覚えてください。あとでまた見ますのでよく覚えておいてください。(以下の場所のいずれか1つで、覚えたカードの裏面を覚えてください) 1: a) 花 b) 鳥 c) 魚 d) 動物 e) 昆虫 f) 果物 g) 野菜 h) 人物 i) 乗り物 j) 建物 k) 風景	0 1	
5.	100から7を減算してください。(93)	0 1	
6.	100から7を減算してください。(96)	0 1	
7.	私がこれから言う数字を逆から覚えてください。(6-4-5, 3-2-1-4) (正確な数字を覚えてください)	2-4-5	
8.	先ほど覚えてもらった数字をもう一度覚えてください。(6-4-5, 3-2-1-4) (正確な数字を覚えてください)	9-2-5-3	
9.	先ほど覚えてもらった数字をもう一度覚えてください。(6-4-5, 3-2-1-4) (正確な数字を覚えてください)	0 1 2	
		3 4 5	
10.	覚えていた数字の数を数えてください。(6-4-5, 3-2-1-4) (正確な数字を覚えてください)	0 1 2	
		3 4 5	

認知症トータルケア 日本医師会雑誌 第147巻・特別号 (2)

地域・生活における実践 編

ねらい：認知症の人の地域における生活を支えるために必要な支援の基本、活用できる医療・介護等の施策、地域連携の重要性を理解する

到達目標：

- 認知症ケアの考え方とかかりつけ薬剤師の役割を理解する
- 認知症の人が医療・介護等の施策や制度を活用するために必要な情報やポイントを理解する

高齢者に対する適切な医療提供の指針

～認知症高齢者の医療とケアの基本～

〔地域実践1〕

1. 「高齢者の多病と多様性」
2. 「QOL維持・向上を目指したケア」
3. 「生活の場に則した医療提供」
4. 「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」
5. 「患者の意思決定を支援」
6. 「家族などの介護者もケアの対象に」
7. 「患者本人の視点に立ったチーム医療」

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)(H22-長寿-指定-009)研究班

認知症の人の医療とケアの目標

〔地域実践2〕

1. 生活機能の1日でも長い維持
2. 行動・心理症状(BPSD)の緩和
3. 家族の介護負担の軽減

日本老年医学会ニュースレター 第1回認知症の医療と介護 総合的機能評価の観点からより抜粋

認知症の人のケアとコミュニケーション

〔地域実践3〕

パーソンセンタードケア

- 認知症の人の「その人らしさ」を尊重し、その人の視点や立場に立って理解し、ケアを行おうとする基本的な認知症ケアの視点
- 認知症をもつ人の行動や状態を、疾患、性格傾向、生活背景、健康状態、心理、社会的背景など多角的な面から捉えて理解しようとする

パリエーション療法

- 認知症の人の言動を否定せずに感情を共有し、行動の背景や理由を理解しながら関わる手法

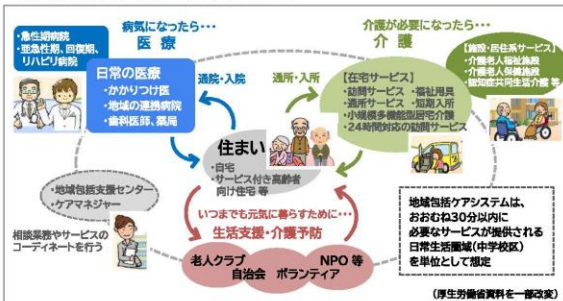
ユマニチュード

- 「見る」「触れる」「話す」「立つ」の4つの柱を使って働きかけることで、お互いを尊重し合い認知症の人とポジティブな関係を築こうとするケア技法

地域包括ケアシステム

〔地域実践5〕

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期まで続けることができる。



認知症ケアパス

〔地域実践7〕

認知症ケアパスとは

『認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの』

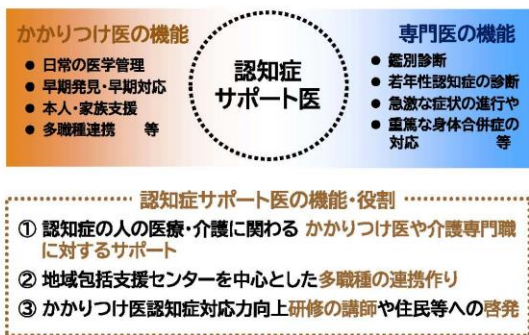
(認知症施策推進大綱より引用)

- ・ 認知症ケアパスを地域ごとに確立し、認知症に関する基礎的な情報や具体的な相談先・受診先の利用方法等が明確に伝わるようにする。
- ・ 認知症ケアパスは、医療・介護関係者間の情報共有のツールでもあり、サービスが切れ目なく提供されるように医療機関でも積極的な活用が望まれる。

認知症サポート医

〔地域実践9〕

地域における「連携の推進役」を期待されている



認知症の介護者への注意点やアドバイス

〔地域実践4〕

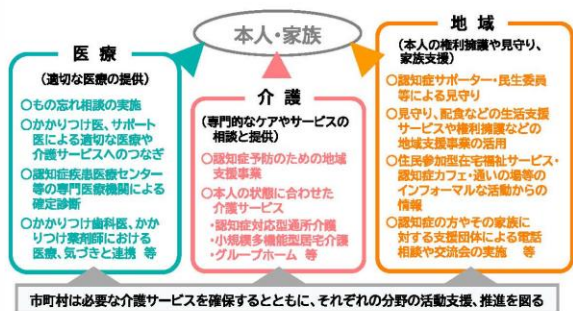
- 認知症の方の特性を理解し、現存する心身の能力を活かしながら、本来の本人らしさなるべく保つ。
- 本人の負担になるような日常生活の変化・変更は避け、本人の希望を尊重した生活の継続性を重視する。
- 本人のペースでゆっくりと安心感を大切にする。
- 本人が希望をもって充実した暮らしが継続できるように生活支援面で配慮する。

認知症の人への支援体制

～医療・介護・地域の連携～

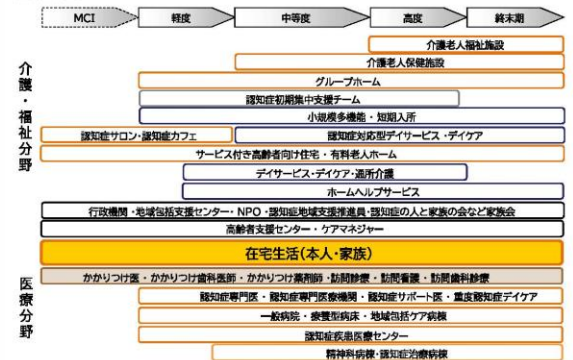
〔地域実践6〕

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



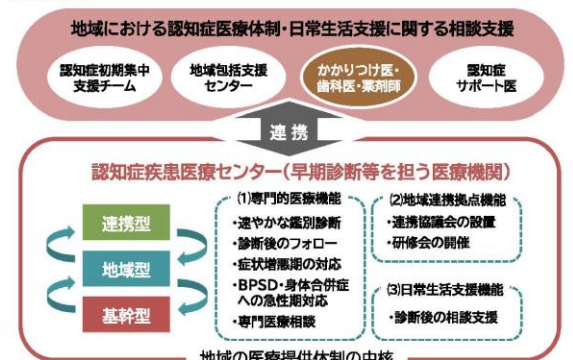
標準的な認知症ケアパス：社会資源の整理

〔地域実践8〕



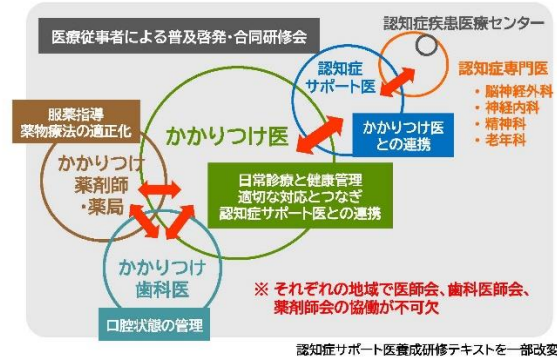
認知症疾患医療センター

〔地域実践10〕



認知症医療連携のイメージ

【地域実践11】



医師・歯科医師・薬剤師の連携の意義

【地域実践12】

かかりつけ薬剤師・薬局

- ・服薬遵守の意義について共有することができる。
- ・薬剤の副作用や日常生活に対する影響の説明ができる。

かかりつけ医

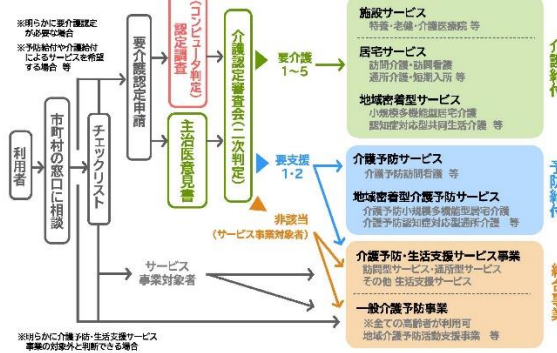
- ・生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる。
- ・BPSDに関連する要因についての情報が得られる。
- ・服薬状況の確認ができる。
- ・治療に関する本人・家族の満足度がより上がる。
- ・具体的に薬剤の副作用の説明ができる。

かかりつけ歯科医

- ・口腔健康管理(口腔ケア・セルフケアを含む)の確認ができる。
- ・歯科治療に関する本人・家族の協力や満足度が向上する。

介護サービスの利用の手続き

【地域実践13】



介護給付(介護保険サービス)

【地域実践14】

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

【地域実践15】

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

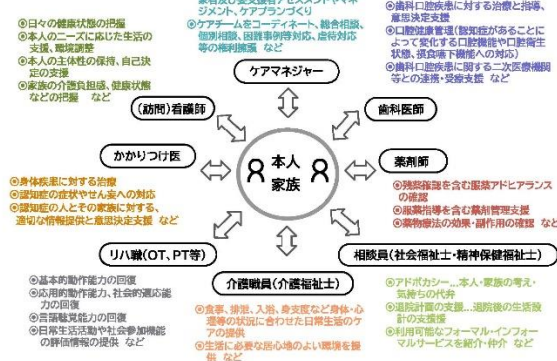
予防給付と地域支援事業

【地域実践16】

介護給付 (要介護1～5)	
予防給付 (要支援1・2)	
対象となる介護予防・日常生活支援総合事業(要支援1・2、それ以外の者)	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
包括的支援事業	○ 生活支援サービス(配食等)多様な民間事業者・非営利団体等の地域資源を活用
	○ 介護予防支援事業(ケアマネジメント)
	○ 一般介護予防事業
任意事業	○ 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(医療・介護の連携共有と切れ目のない提供体制等)
	○ 認知症対応型支援事業(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)

地域の多職種の役割

【地域実践17】



情報共有ツール

【地域実践18】

認知症の医療連携の推進のための情報共有ツールのひな形

「情報共有ツール」のコンセプト

- ✓ 認知症の人にとって使いやすい、持つことで安心する、必要な情報を共有できる
- 「ご本人の視点」を重視した情報共有ツールを自市で、全体的な推進地域を単位し、ご本人・ご家族・有識者との議論をもとに作成。
- ✓ ひな形を参考に各自自治体を中心に関係機関と協議しながら地域の状況に合わせた情報共有ツールを作成し、活用。

情報項目

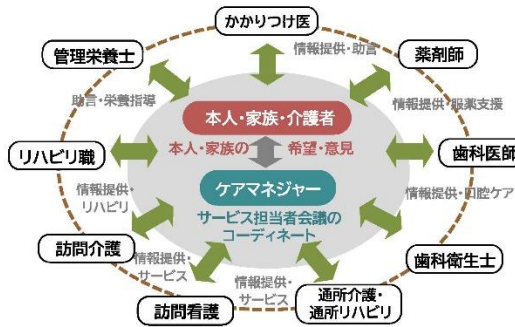
- (1) 使い方(内容の目録と記入に当たっての注意)
- (2) 同意書
- (3) わたし自身①:ご本人の基本情報
- (4) わたし自身②:ご本人の経歴・趣味等の人らしさを示す項目
- (5) わたしの医療・介護①:医療機関
- (6) わたしの医療・介護②:支援に関わる者・機関のリスト
- (7) わたしの医療・介護③:病名と医療機関
- (8) わたしの医療・介護④:処方内容と処方目的
- (9) わたしの医療・介護⑤:血圧・体重
- (10) わたしの医療・介護⑥:利用しているサービス状況
- (11) わたしの認知症の状況①:認知機能検査(MMSE又はHDS-R)
- (12) わたしの認知症の状況②:日常生活活動の変化
- (13) わたしの認知症の状況③:最近私になっていること、困っていること
- (14) わたしのこれからのこと①:今後の医療・介護への希望
- (15) 添削欄

認知症の医療連携、情報共有ツールの開発に関する調査研究事業
情報共有ツール等は、国立長寿医療研究センターのホームページからダウンロード可能
このツールは、認知症の医療連携の推進のための情報共有ツールのひな形です。

ケアマネジャーと多職種の連携

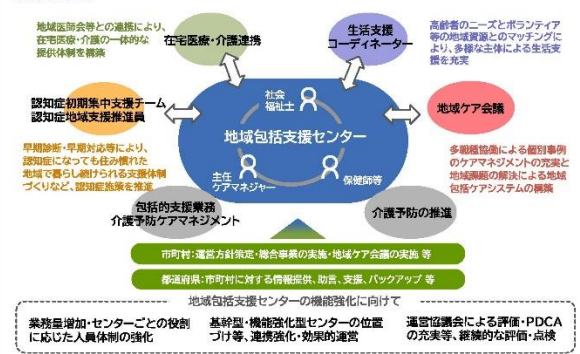
【地域実践19】

サービス担当者会議での情報共有と多職種の協働が重要



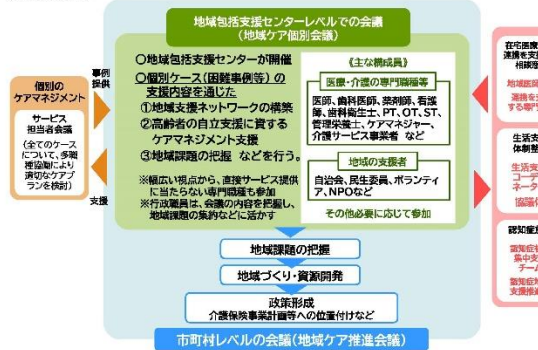
地域包括支援センター

【地域実践20】



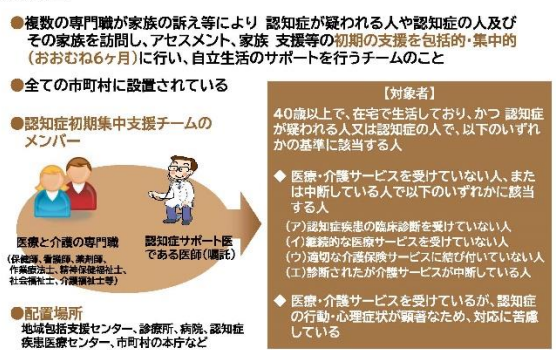
地域ケア会議

【地域実践21】



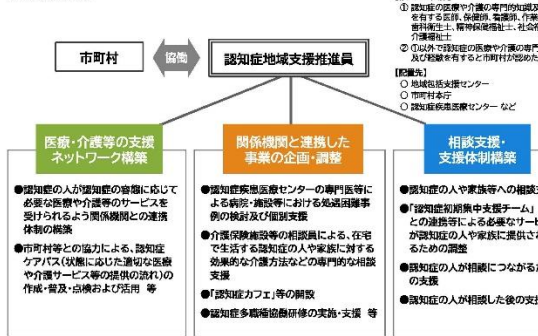
認知症初期集中支援チーム

【地域実践22】



認知症地域支援推進員

【地域実践23】



認知症カフェ・ピア活動

【地域実践24】

認知症カフェ

- 〇 認知症の人やその家族が地域で孤立しないために、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場

家族介護教室や家族同士のピア活動

- 〇 認知症の人と家族の会
- 〇 その他の家族支援・介護者支援の会

認知症の人同士のピア活動

- 〇 認知症の本人交流会、本人ミーティング
- 〇 認知症の本人が認知症の人の相談にのる活動

認知症の人と家族への支援

【地域実践25】

支援内容	具体例
治療や症状への対処法	知識情報を得る場、家族教室、介護講習会、認知症カフェ、相談窓口
介護者の心身の休息	デイサービス・ショートステイの活用、介護・リフレッシュ休暇、保養所
介護者の健康	家族の心身の健康の維持、健康診断、受診や治療の支援
同じ立場の人と話せる場	家族会や家族の集いの場、情報交換、家族同士のピア活動
偏見・差別に対する啓発	地域の人への認知症の知識の啓発、家族支援の啓発
経済的な支援制度	就労継続支援、介護費用の軽減、税の減免、介護手当等

認知症サポーター/キャラバン・メイト/チームオレンジ

【地域実践26】

【認知症サポーターとは】

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職場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、全国的な地域団体等
目的: 地域、職場における「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」を養成する。
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、地域団体等
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

【チームオレンジとは】

認知症サポーターがチームを組み、認知症の人や家族に対する生活面の早期からの支援等を行う取り組み。認知症の人もメンバーとして参加する。

薬剤師認知症対応力向上研修

令和3年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

1. かかりつけ薬剤師の役割 編

2. 基本知識 編
3. 薬局業務における実践 編
4. 地域・生活における実践 編

埼玉県薬剤師会
社会保険委員会 委員
武笠 真由美

1

◆背景と目的

埼玉県 薬局のかかりつけ機能強化推進事業

【目的】

薬局薬剤師の資質向上により、地域包括ケアシステムを担う機関の一つである薬局のかかりつけ機能の強化を図る

埼玉県薬剤師会へ事業委託(4事業)

認知症対応薬局
の推進ポリファーマシー
対策の推進

在宅医療の推進

オンライン服薬
指導の推進

2

薬剤師認知症対応力向上研修
研修全体の目的・意義

- 認知症の人や家族を支えるための**かかりつけ薬剤師・薬局の役割**を理解する。
- 認知症の**本人や家族の視点**を重視したアプローチと**早期発見・早期対応**の重要性を理解する。
- 認知症の**病態や症状、治療・ケア、制度**に関する基本的な知識を理解する。
- 認知症の人の状況に応じた**薬学的管理・服薬指導**および、**相談対応を含む医薬品提供**を通じて、**多職種連携**によって認知症の人と家族の**生活を支えていくこと**を理解する。
- **かかりつけ薬剤師・薬局として、地域の中で関係機関等と連携して対応**の重要性を理解する。

令和4年3月版テキスト P.2

3

かかりつけ薬剤師の役割 編

ねらい：認知症の人や家族を支えるために
かかりつけ薬剤師ができることを理解する

到達目標：

- 認知症施策推進大綱等の**施策の目的**を踏まえ、**かかりつけ薬剤師の役割**を理解する
- **認知症の人の本人視点**を重視したアプローチの**重要性**を理解する
- **早期発見・早期対応**の意義・重要性を理解する

令和4年3月版テキスト P.2

4

【役割 1】

動画 ①

本人の声を聴いてみる

血管性認知症 レビー小体型認知症 アルツハイマー型認知症

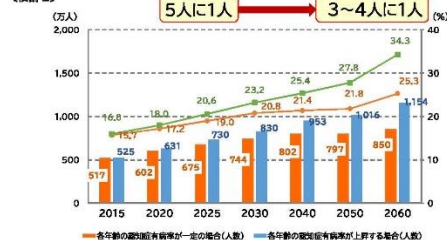
認知症の人の視点

令和4年3月版テキスト P.4

5

認知症高齢者数の推移

【役割 2】



『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

令和4年3月版テキスト P.4

6

認知症施策の推進について

【役割 3】

- 高齢化の進展に伴い、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、認知症の人は約700万人(65歳以上高齢者の約5人に1人)となる見込み。
- 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるよう公的支援が必要。
- 2025年に向け、認知症の人の負担が軽減され、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。



令和4年3月版テキスト P.5

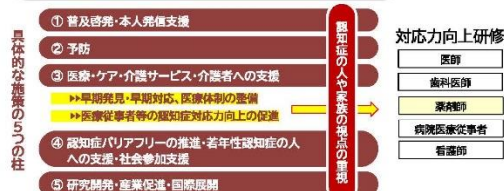
7

認知症施策推進大綱の概要

【役割 4】

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送ら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



令和4年3月版テキスト P.6

令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定

8

早期発見・早期対応の意義

〔役割 5〕

- 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
- 進行性の認知症であっても、より早期からの適切な薬物療法により**進行抑制や症状緩和**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**となる
- 病気の進行に合わせたケアや諸サービスの利用により、**日常生活の質の維持向上**や**家族の介護負担が軽減**できる

令和4年3月版テキスト P.8

かかりつけ薬剤師・薬局の役割

〔役割 7〕

- 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等と連携**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

令和4年3月版テキスト P.10

認知症の人とかかりつけ薬剤師・薬局

〔役割 8〕

多職種連携、地域包括ケアシステムの中で

- 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

令和4年3月版テキスト P.12

介護サービスの利用の手続き

〔地域実践13〕

令和4年3月版テキスト P.122

かかりつけ薬剤師が関わることの効果

〔役割10〕

- 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

令和4年3月版テキスト P.14

認知症の本人の視点を重視したアプローチ

〔役割11〕

- ① **その人らしく**存在していられることを支援
- ② “分からない人”とせず、**自己決定を尊重**
- ③ 治療方針や診療費用等の相談は**家族も交える**
- ④ 心身に加え**社会的な状態など全体的に**捉えた治療方針
- ⑤ **家族やケアスタッフ**の心身状態にも配慮
- ⑥ **生活歴を知り**、生活の継続性を保つ治療方針とする
- ⑦ **最期の時まで**の継続性を視野においた治療計画

薬歴
を遡って読んでみる

在宅訪問
してみる

ケアマネ
と話をしてみる

地域包括
に相談してみる

その人のことを、もっと知るためのアプローチ

令和4年3月版テキスト P.14

かかりつけ薬剤師に期待される役割 ～認知症医療の特殊性と望まれる対応～

〔役割17〕

背景
必要性

- 認知症に対する誤解と偏見が根深い
→ 地域や医療現場での啓発や気づき
- 増加する認知症患者に対応する専門医・専門医療機関等が少ない
→ 地域の医療機関・薬局での対応や連携
- 医療のみでの対応には限界がある
→ 医・歯・薬の連携、介護、行政、地域との連携

- 認知症の早期発見・早期対応の**重要性の理解**
- 認知症の診断、治療・ケア、連携に関する**知識の習得**
- 認知症の人と家族を支える方法の理解と**地域での実践**

令和4年3月版テキスト P.20

薬剤師としての認知症対応力向上

気づき 共生 予防 つなぎ

すべては、**その人に関心をもつこと**から始まります

令和4年3月版テキスト P.16

薬局業務における実践 編

ねらい：認知症の気づき及び具体的な対応の原則を踏まえた、薬局業務や多職種連携について理解する

到達目標：

- 症状に配慮した薬局業務のポイントを理解する
- 認知症の人への説明や服薬指導についての原則・具体的な方法について理解する
- 多職種連携におけるかかりつけ薬剤師の役割について理解する
- 本人・家族への対応及び実践上のポイントを理解する

認知症のマネジメント(トータルケア)

【薬局実践15】

医学的な対応の継続の他、利用可能なサービスの導入や制度の活用を考慮したトータルケアの視点がポイント



高齢の認知症の人への薬物療法の注意点と原則

【薬局実践19】

高齢者では有害事象が生じやすく、忍容性も低下することから、認知症の人の薬物療法においては以下の点に留意する。

- ① 薬剤によっては、若年成人投与量の1/2～1/4量の少量から投与することを検討する
- ② 薬効は短期間で評価する
- ③ 服薬方法を単純化する
- ④ 多剤併用を避け、処方方はシンプルにする
- ⑤ 服薬を本人以外に介護者にも確認する

認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会

服薬の継続管理におけるポイント

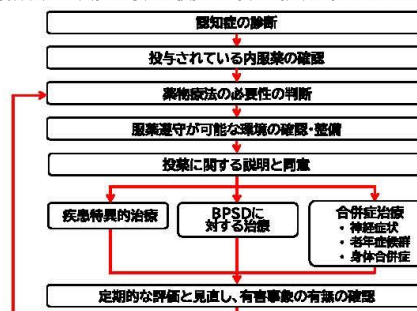
【薬局実践21】

- 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)を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

認知症の薬物療法のフローチャート

【薬局実践3】

薬物療法の必要性を十分に検討し、十分な説明を行ったうえで開始する。



認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会

高齢者で薬物有害事象が増加する要因

【薬局実践18】

高齢者の薬物有害事象には多くの要因が関連している。

要因	特徴	現状
疾患上の要因	・複数の疾患を有する ・慢性疾患が多い ・症状が非典型的	・多剤併用、複数科受診 ・長期服用 ・誤診に基づく誤投薬 ・対症療法による多剤併用
機能上の要因	・臓器予備能の低下(薬物動態の加齢変化) ・認知機能の低下 ・視力・聴力の低下	・症状発現の遅れ ・過量投与 ・誤服用 ・アドヒアランス低下
社会的要因	・過少医療	・投薬中断

日本医師会『超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き』改定・引用

認知症の人の服薬を支える視点

【薬局実践20】

- 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

認知症の人への対応・コミュニケーション

【薬局実践23】

- 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

「気づき」から「つなげる」ための情報収集

【薬局実践32】

家族や医療者・介護者の気づき



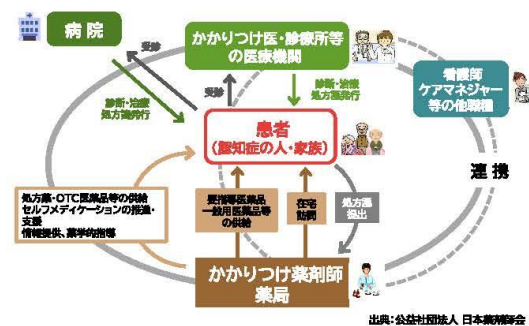
多職種連携の意義

【薬局実践34】

- 生活状況に関する具体的・客観的な情報が共有できる
 - *1 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
- 服薬遵守の意識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 かかりつけ薬剤師・薬局による医薬品の一元的管理

【薬局実践35】



カンファレンス等でのかかりつけ薬剤師の役割

【薬局実践36】

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
飲み忘れ時の対処方法 |
| ④ 効果確認 | ⑨ その他の服薬支援事項 |
| ⑤ 相互作用 | |

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)

徴候からの気づきとつなぎ

【薬局実践37】

～かかりつけ医・地域包括支援センター等への連携～
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等の利用勧奨など、支援ルートに乗せることで、地域でのネットワーク作りにも役立つ

薬局 → かかりつけ医 ①

【薬局実践38】

薬局での様子から把握

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定例検討会
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

薬局 → かかりつけ医 ②

【薬局実践39】

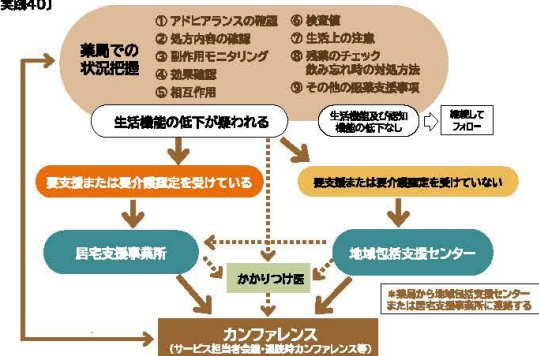
服薬状況からの気づき

- 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
- ・ 服薬確認が困難などときには、貼付剤への変更を提案する。

薬局 → 地域包括支援センター

【薬局実践40】



事例（経過）

【薬局実路41】

(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-9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-8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、カレンダー薬剤（一包化を1週間分のカレンダーにセット）開始となる。
X-7年	便秘症を発症し、入院。退院後介護保険の申請と同時に、ケアマネジャーと相談の上、隣人にカレンダー薬剤の服薬確認を声掛けしてもらうようになる。
X-4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、認知症治療薬の処方開始。薬剤師と医師が協働を行い、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、血糖値、血圧、認知症、全て安定して落ち着いている。

事例（処方等）

【薬局実路42】

(80歳代 女性)

Rp.

- ①【錠】ボグリボース錠 0.2mg 3T 3× 毎食前
- ②【錠】グリベンクラミド錠 1mg 1.5T 2× 朝夕食前(1-0.5)
- ③【錠】カルベジローラ錠 10mg 1T 【錠】クロビドグレル錠 25mg 1T 1× 朝食後
- ④【錠】ニフェジピン徐放錠(12時間持続) 10mg 2T 【錠】メコバラミン錠 250μg 2T 2× 朝夕食後

本人管理
一包化カレンダー
カレンダー(本人管理)

- ・服薬コンプライアンス不良に
- ・血糖コントロール不良、便秘発症

Rp.

- ① ネシーナ錠 25mg 1T
- 【錠】グリメピリド錠 1mg 1T
- 【錠】カルベジローラ錠 10mg 1T
- 【錠】クロビドグレル錠 25mg 1T
- 【錠】ニフェジピン徐放錠(24時間持続) 20mg 1T
- 【錠】ドネペジル塩酸塩OD錠 5mg 1T 1× 朝食後

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

情報連携ツール

【薬局実路43】

処方医等との連携と情報共有

薬剤師 ↔ 処方医等

- ・薬剤がBPSDに影響を与えている事もあるので、認知症の人に対する薬剤管理等について、関係者間で情報共有を行う。
- ・トレーシングレポート、DBCシート等を活用

DBCシートとは

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フィードバックを行う(右図参照)。

	投与前	開始後	増量後
A 陽性症状	17	17	8
1 いらいり 怒り 大声 暴力	3	2	1
2 介薬拒否 入浴拒否	3	2	1
3 帰宅拒否 外出拒否	1	1	1
4 不眠	2	1	0
5 徘徊	2	1	0
6 自己指示 コール無視	2	2	1
7 焦り	1	1	1
8 妄想 幻見 幻聴	1	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 歩行不安定	1	1	1
3 尿意 頻尿 頻尿低下 無尿感	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 歩行障害	3	2	1
3 小歩み歩行	1	0	0
4 嚥下不安 むせる	2	1	0
5 失調 転倒(PD)	0	0	0

出典：セロクエル投与前後のDBC Sheet (福岡市医師会作成)

かかりつけ薬剤師・薬局に求められる認知症対応の3つのポイント

【薬局実路2】

「気づき」・「つながり」・「支える」

- 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発見・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」(状態や状況に応じた適宜の服薬指導等)

認知症対応力向上研修 グループワーク

事例検討（気づき・連携）

（一社）埼玉県薬剤師会
社会保険委員会

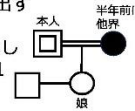
Aさんの背景（気づき・連携）

【患者背景】
79歳 男性
川越市 一戸建て
独居（半年前に妻が他界）



娘（さいたま市在住）
月に2回くらい顔を出す

【要介護度】：なし
【障害自立度】：J1



【病歴】
脳梗塞、高血圧症、高脂血症

【服薬管理】
薬は自分で管理している

Aさんの服用薬剤

- Rp.1 バイアスピリン錠100mg 1錠
アムロジピン錠5mg 1錠
アトルバスタチン錠10mg 1錠
分1 朝食後
- Rp.2 オルメサルタン錠20mg 1錠
分1 夕食後

Aさんの家庭血圧

	4月13日	5月18日	6月8日
血圧	122/70	125/68	144/90
脈拍	73	71	78

ある日のAさんの様子（6月15日）

- ・もともと月1回 奥様と来局
- ・奥様が亡くなった後、娘さんが連れてくるようになった。

- ・娘さんから「残薬がバラついていて、薬を飲み間違えているようだ。」（残薬持参）
- ・本人は「ちゃんと飲んでるが・・・」

- ・確認すると残薬にバラつきあり。
- ・医師に報告し、一包化で交付。



ある日のAさんの様子（7月13日）

- ・ある日、タクシーで一人で来局
- ・いつものように相談コーナーで血圧を測定



	7月13日
血圧	151/88
脈拍	83

- ・帰りのタクシーを呼んだが、自宅の住所がわからない。

グループで考えてみましょう!!

テーマ『気づき・連携』

認知症を疑わせる患者さんの行動や様子は？
患者さんを支えるためにどうするか？
どんな職種の人に対してどのような対応を取りますか？

グループワークを始めよう！

※まず初めに自己紹介をしましょう

役割を決める！①進行係 ②発表者

グループの中で意見を出し合い、まとめる

グループからの発表

所要時間：2分

Bさんの背景（ポリファーマシー）

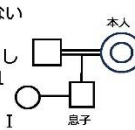
【患者背景】
83歳 女性
日高市 一戸建て
夫婦二人暮らし



息子（秩父市在住）
20年くらい会っていない

【要介護度】：なし
【障害自立度】：J1

【認知症高齢者の
日常生活自立度】I



【病歴】
高血圧症、高脂血症、糖尿病
腰部脊柱管狭窄症、便秘症、
不眠症

【服薬管理】
薬は自分で管理している

Bさんの服用薬剤

A病院 (さいたま薬局)	トラゼンタ錠5mg	1回1錠	1日1回朝食後
	ファモチジンD錠10mg	1回1錠	1日2回朝夕食後
	アジルバ錠20mg	1回1錠	1日1回朝食後
	アムロジピン錠5mg	1回1錠	1日1回朝食後
	アトルバスタチン錠10mg	1回1錠	1日1回夕食後
Bクリニック (さいたま薬局)	酸化マグネシウム錠500mg	1回1錠	1日3回朝昼夕食後
	プロチゾラム錠0.25mg	1回1錠	1日1回就寝前
	セレコキシブ錠100mg	1回1錠	1日2回朝夕食後
	レバミド錠100mg	1回1錠	1日3回朝昼夕食後
	フレガバリンOD錠75mg	1回1錠	1日2回朝夕食後
Cクリニック (コバトン薬局)	ミヤBM錠	1回1錠	1日3回朝昼夕食後
	マーズレンS配合顆粒	1回0.5g	1日3回朝昼夕食後
	モサプリドクエン酸塩錠5mg	1回1錠	1日3回朝昼夕食後
D医院 (コバトン薬局)	エチゾラム錠0.5mg	1回1錠	1日1回就寝前

Bさんの検査値データ

項目	値	単位	基準値
白血球	4.90	$\times 10^3/\mu\text{L}$	3.25~8.57
血色素量	11.4	g/dL	11.1~15.5
血小板	162	$\times 10^3/\mu\text{L}$	148~336
AST	28	U/L	10~37
ALT	16	U/L	5~40
BUN	21.8 H	mg/dL	8.0~20.0
血清クレアチニン	0.84 H	mg/dL	0.34~0.79
eGFR	49.2 L	mL/min/1.73m ²	60以上
HbA1c	6.4 H	%	4.6~6.2
LDL	97	mg/dL	40~139
ナトリウム	143	mEq/L	138~147
カリウム	4.1	mEq/L	3.3~4.8
血圧	138/85	mmHg	
身長・体重	154cm・48kg		

Bさんの治療経過

【A病院】
7年前から高血圧症、高脂血症、糖尿病にて治療薬を服用していた。

【Bクリニック】
4年前から腰の痛みで受診し、NSAID s等を開始。

【Cクリニック】
2か月前、胃腸の調子がすぐれないとのことでCクリニック受診

【D医院】
1か月前、眠れないと訴えあり。近くの医院を一人で受診

ある日のBさんとのやりとり（1）

夫婦で来局

薬剤師：薬はしっかりと飲んでいますか？

本人：きちんと飲んでます。

(ご主人が呟いた。)

・実は半年前に飼っていた猫が亡くなって、
その頃から元気がない気がする。

・体調が思うように改善しないと思うとすぐに病院に行こうとする。

ある日のBさんとのやりとり（2）

(1) から1か月後、夫婦で来局

薬剤師：実は、飲み忘れしたりして薬が残っていませんか？

本人：きちんと飲んでます。

(ご主人が呟いた。)

自分は健康だと言って、時々薬を飲まない事がある。
毎回、確認はしていないけど・・・。先日は料理の手順
も曖昧で、一人にして出かける事もできない。

薬剤師：効能が似た薬も多く入っていますし、
処方を見直してもらった方が良いかもしれませんね。

テーマ『ポリファーマシーの原因と解消方法』

自分たちは「さいたま薬局の薬剤師」という立場で
グループで考えてみましょう!!

- ・薬剤師としてどんなアプローチができるか。
- ・家族、他職種とどのような連携が必要か。
- ・医師への情報提供書の提出をイメージしてまとめてみましょう。

グループワークを始めよう！

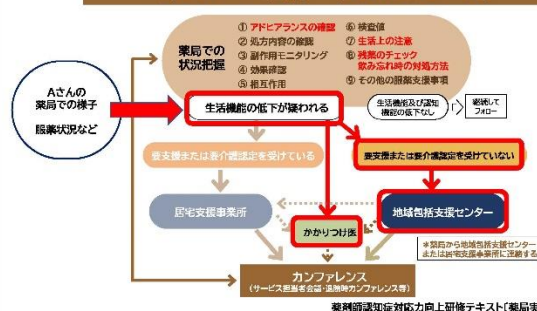
役割を決める！①進行係 ②発表者

グループの中で意見を出し合い、まとめる

グループからの発表

所要時間: 2分

気づき → 連携 (Aさんのケース)



薬剤師認知症対応能力向上研修テキスト(薬局実践40)を改定

要介護認定を受ける流れ



※要介護認定において「非該当」と認定された方でも、市区町村が行っている地域支援事業などにより、生活機能を維持するためのサービスや生活支援サービスが利用できる場合があります。
お住まいの市区町村又は地域包括支援センターにご相談下さい。

参考：厚生労働省 介護サービス利用までの流れ

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

生活自立 の程度	ランクJ	- 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており自力で外出する - 交通機関等を利用して外出する - 隣近所へな外出する
家族 の支援	ランクA	- 国内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない - 介助により外出し、日本中をのんびり歩き回ったり遊んだり生活する - 外国の観光が少なく、日本中をのんびり歩いたりの生活をしている
福祉 サービスの 受給状況	ランクB	- 国内での生活は何らかの介助を要し、日本中へベッド上の生活が主体であるが、概ね定着 - 車いすに移動し、食費、雑用はベッドから離れて行う - 介助により車いすに移動する
福祉 サービスの 受給状況	ランクC	1日中ベッド上で過ごし、雑用、食事、着替において介助を要する - 自力で寝起きを行う - 自力では履脱がうまくない

※判定に当たっては、補綴具や自働具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

参考：厚生労働省 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

認知症高齢者の日常生活自立度

[illegible]

参考：厚生労働省 認知症高齢者の日常生活自立度

薬物療法の適正化のためのフローチャート



(高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015 (日本老年医学会) より引用)

外来・在宅でモニタリングが必要と考えられる状況の例

- NSAIDsを長期に服用している場合
- 抗コリン作用を有する薬剤等を長期に服用している場合
- 便秘を患っており、下剤を服用している場合
- 骨粗鬆症治療薬を服用している場合（顎骨壊死の予防）
- 催眠鎮静薬・抗不安薬を長期に服用している場合
- 認知症治療薬を使用している場合、BPSDで抗精神病薬等を服用している場合
- 高用量の利尿薬を服用している場合
- 残薬が多い（服薬アドヒアランスが悪い）場合
- 処方理由の不明な薬剤を服用している場合
- 複数の医療機関からの投与期間が重複している場合

厚生労働省 高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）より抜粋

<参考>

- ・厚生労働省 高齢者の医薬品適正使用の指針
各論編（療養環境別）
- ・高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015
（日本老年医学会）
- ・厚生労働省
介護サービス利用までの流れ
障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）
認知症高齢者の日常生活自立度

令和5年度埼玉県薬剤師認知症対応力向上研修会
アンケート

あてはまるところにチェックしてください。

- ## 1. 埼玉県薬剤師会会員区分

☐ 会 員 ☐ 非会 員

- ## 2. 性別

☐ 男性 ☐ 女性

- ### 3. 年代

☐ 20代 ☐ 30代 ☐ 40代 ☐ 50代 ☐ 60代以上

4. 薬剤師としての経験年数

☐ 3 年未満 ☐ 3 年～5 年未満 ☐ 5 年～10 年未満

☐ 10 年～20 年未満 ☐ 20 年以上

5. この研修会を何で知りましたか？

☐ 県薬ファックス(PI ファックス) ☐ 県薬ホームページ ☐ その他

6. 本日の研修を明日からの業務に役立てることができますか？

☐ できる ☐ 概ねできる ☐ できない

7. 本日の研修を受講し、明日からどのような行動をしようと考えていますか？（複数回答可）

☐ 本人との意思の疎通 ☐ 家族の理解 ☐ 医師へのフィードバック ☐ 服薬指導

□ 多職種連携 □ 薬物治療の方針 □ 知識習得 □ 職場での伝達・周知

☐ 特に考えていない ☐ その他()

8. 地域ケア会議に参加したことがありますか？

☐ ある ☐ ない

9. 認知症サポーター養成講座を受講したことがありますか？

☐ ある ☐ ない

10. 認知症患者と対応で苦慮することは何ですか？（複数回答可）

☐ 本人との意思の疎通 ☐ 家族の理解 ☐ 医師へのフィードバック ☐ 服薬指導

☐ 多職種連携 ☐ 薬物治療の方針 ☐ その他()

11. 日常常務で認知症患者に対応したことはありますか？

☐ ある ☐ ない(「ない」の場合、問 15 へ)

12. その患者はかかりつけですか？

☐ はい ☐ いいえ ☐ かかりつけの患者とそうでない患者両方

13. 認知症患者の対応に際し、多職種との連携、調整を行ったことがありますか？

☐ すべての事例で行っている ☐ いくつかの事例で行ったことがある ☐ ない

14. 日常の業務で認知症患者に対応した事例（成功例や困っている事例など）

〔

〕

15. まだ、認知症対応力向上研修を受講していない薬剤師に受講を進めようと思いますか？

☐思う ☐思わない(理由:)

16. 研修会の感想

〔

〕