

認知症の医療と福祉の連携 IN 守山・野洲
実施報告書

平成 28 年 3 月

一般社団法人 守山野洲医師会

認知症の医療と福祉の連携 IN 守山・野洲

先日、「第 15 回認知症の医療と福祉の連携 IN 守山野洲」が開催されました。年 4 回、木曜日の午後 6 時から藤本直規先生のご指導、事務局である藤本クリニックの奥村典子さんはじめ多くのスタッフの皆さんのご協力のもとに平成 24 年から始まって今日まで活動は継続し、会は大きく発展して来ています。

現在増え続ける高齢者と認知症患者さんの生活を支えるためには医師だけの診療では困難であり、医療、介護にかかわる多くの職種の方々との連携、情報の共有は欠かせないのが現状です。そこで「認知症の医療と福祉の連携」を実現するために私たち医師が中心となり歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャーなどの介護スタッフさらに行政や家族会の方々など多くの職種の方々とグループワークを通じて互いに顔を突き合わせ、認知症の勉強や事例検討などで各々の立場からの自由に意見交換をすることで顔の見える関係づくりが進み、いろいろな垣根を取り払って話が出来るまでになり、仲間意識、信頼関係が深まって来ています。

まず、守山野洲医師会藤井義正元会長が平成 24 年に「医師のイメージを払拭しよう。親しみやすい医師目指そう」をモットーに現場で手をつなぎ合っのチームケアを開始、続いて、堀出直樹前会長は「医師はチームリーダーとしてまとめる責務を果たすべき」と積極的にに関わり、介護スタッフをはじめ多くの方々とのコミュニケーションを図り、意見を取り入れ、認知症専門医が不足する中、専門医でない医師でもこの会で知識経験の向上を図っていくことが出来ると全力で医師会会員に協力をするように努めてきました。

今後は「認知症の医療と福祉の連携」の裾野をもっと広くすることが必要だと私たち医師会は考え、藤本先生が進めている「出前講座」、すなわち、外に出て市民レベルで認知症を正しく広く知ってもらう運動を推し進めようと思っています。地域医師会ならこそできる学区、町単位の「認知症出前講座」、また、身近な企業での「若年認知症を含めての認知症出前講座」を推し進めて行きながら 2020 年に向けて多くの認知症の患者さんとその家族が安心して暮らせる医療と福祉を作っていくつもりです。私たち医師会に今後ともご支援ご鞭撻のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

守山野洲医師会会長 福田正悟

認知症の医療と福祉の連携 IN 守山・野洲

実施報告書

平成 28 年 3 月

一般社団法人 守山野洲医師会

目 次

1. 開催趣旨	1
2. 実施内容	2
(1) 開催概要	2
(2) 講義・グループワークの内容と記録	3
①概要 (3)	
②各回の主な内容 (5)	
③第 12～15 回の資料および記録 (12)	
・第 12 回 H27.5.7 (12)	
・第 13 回 H27.8.20 (23)	
・第 14 回 H27.11.26 (37)	
・第 15 回 H28.2.25 (48)	
(3) アンケートのまとめ	57
(4) 認知症にかかる医療と介護の連携 滋賀県大会	65
3. 全体のまとめ (考察)	68

1. 開催趣旨

2003 年から「顔が見えて話せる会」を目指す「滋賀県認知症ケアネットワークの会」の活動を開始し、保健所圏域全てに「地域版認知症ケアネットワークを考える会」を設立した。それを礎として、2012 年からは、顔が見えて話せるだけではなく、「考え方の共有化」をめざし、事例検討を中心として具体的な方向性を考える場として、「認知症の医療と福祉の連携 IN 守山・野洲」を継続している。

4 年度目を迎えた IN 守山・野洲は、24～26 年度の活動において積み重ねてきた多くの量的・質的な実績を踏まえて、双方向型・継続型の多職種連携の土台に、多くの専門職の参加を受け入れ、拡大軌道にのっている。本年度、IN 守山・野洲は、“準備された多職種連携を学ぶために集まる場”から、それぞれの現場にとって何が必要か、何が不足しているか、何があればより連携が進むのか、など、“参加者自身が持つ課題を持ち寄り、持ち帰るために集まる場”へと進化するものとなった。

今日、現場で一緒に活動する専門職それぞれが、行政や団体等で実施される認知症ケアや多職種連携に関する研修を受けられる環境が整い、全国的にも受講者数が増えている状況にある。しかし、受講者の声に多いものに、「学んだ内容を明日からの業務でどう実践していくか」というものがある。

IN 守山・野洲では、同じような研修を提供するのではなく、それらの研修と現場とのつなぎ役・架け橋として機能させていくことを目指していきたい。

2. 実施内容

(1) 開催概要

		開催日	参加人数	職 種
24年度	第1回	H24.9.20	18名	医師10 行政・包括7 看護1
	第2回	H24.12.6	15名	医師10 行政・包括5
	第3回	H25.2.7	14名	医師8 行政・包括5 看護1
25年度	第4回	H25.5.23	43名	医師7、病院8、行政・包括9、CM19
	第5回	H25.8.22	36名	医師7、看護1、介護1、CM17、包括3、行政2、他5
	第6回	H25.11.28	41名	医師9、看護2、CM17、包括4、行政3、他6
	第7回	H26.1.30	44名	医師8、歯科医師8、薬剤師1、行政・包括7、CM17、他（PT、OT、MSW）3
26年度	第8回	H26.4.24	50名	医師7、歯科医師6、看護2、介護8、CM13、包括5、行政1、その他8
	第9回	H26.7.24	59名	医師9、歯科医師2、看護3、介護13、CM20、MSW1、包括6、行政2、他3
	第10回	H26.10.23	65名	医師12、歯科医師2、薬剤師2、介護14、CM24、包括4、行政3、他4
	第11回	H27.2.19	54名	医師8、歯科医師1、薬剤師3、看護4、介護10、CM17、MSW1、包括4、行政2、他4
27年度	第12回	H27.5.7	66名	医師11、薬剤師5、看護1、介護19、CM18、包括6、行政3、その他2
	第13回	H27.8.20	61名	医師12、薬剤師7、看護3、介護9、CM21、包括5、行政2、他2
	第14回	H27.11.26	68名	医師9、歯科医師10、薬剤師3、看護4、介護14、CM14、包括3、行政4、他4（アンケート未記入4）
	第15回	H28.2.25	54名	医師8、歯科医師1、薬剤師3、看護4、介護10、CM17、MSW1、包括4、行政2、他4

[会場と実施時間] 守山駅前コミュニティホール 18:00～20:00

[実施主体] 守山野洲医師会（事務局：藤本クリニック）

(2) 講義・グループワークの内容と記録

本年度は、認知症の理解、疾患別の概要や特徴をテーマに、医師からの講義と、それに関するGWを基本としたこれまでの形式から、抗認知症薬・向精神薬の分野、口腔ケアの分野、また、共通の課題でもある自動車運転について順にテーマとして設定し、より実践的・現場密着の課題について多職種で学び、考える構成とした。

① 概要

第12回 講義+GW

テーマ：講義：抗認知症薬について（講師：ハーモニー薬局 森篤子 薬剤師）

- 認知症治療薬（ドネペジル／ガランタミン／リバスティグミン／メマンチン）
- 事例検討（グループワーク）

第13回 講義+GW

テーマ：講義：向精神薬について（講師：みのり薬局 村杉未穂 薬剤師）

- 向精神薬の服用
- BPSDの薬物治療について
- 事例検討（グループワーク）

第14回 講義+GW

テーマ：講義：認知症の人と口腔ケアについて

（講師：モリタ歯科医院 森田潤 歯科医師／滋賀県歯科衛生士会 青木由美 歯科衛生士）

- 認知症の人と口腔ケア
- 事例検討（グループワーク）

第15回 講義+GW

テーマ：講義：認知症の人の運転について

（講師：北野医院 北野先生／滋賀県警察本部交通部運転免許課 谷口昇氏）

- 認知症の人と運転
- 事例検討（グループワーク）

【参考：H24～26 年度 第 1 回～第 11 回まで】

第 1 回 GW テーマ：多職種連携（模擬事例）

- 事例①：80 歳 女性 高血圧症、糖尿病
- 「ライフサポートモデル」、オレンジプランの解説
- それぞれの職種や立場からできること、を討論

第 2 回 グループ討議 テーマ：DVD「認知症者と家族への対応」について

- 「認知症者と家族への対応(H24 年度厚労省老健事業)」の DVD 教材の視聴
- DVD の内容や使い方等に関する討論

第 3 回 GW テーマ：多職種連携（模擬事例）

- 事例①：80 歳 女性 高血圧症、糖尿病
- 困っていること、悩み、求めていることなどを討論

第 4 回 グループ討議 テーマ：「認知症になっても普通に暮らし続けられる守山・野洲のために」

- テーマに対して、何が必要か、どんなことができればいいと思うか、について意見交換
- 出された意見を整理、討論（ブレインストーミング）

第 5 回 GW テーマ：多職種連携（模擬事例）

- 事例②：78 歳 男性 独居、糖尿病
- それぞれの職種や立場からできること、支援のための連携などを討論

第 6 回 GW テーマ：家族支援（模擬事例）

- 事例③：83 歳 男性 血管性認知症（認知症ケア事例集より）
- 家族に伝えなければならないこと、誰が誰にどのように伝えるか、などを討論

第 7 回 グループ討議 テーマ：DVD「認知症者と家族への対応」について

- 「認知症者と家族への対応(H24 年度厚労省老健事業)」の DVD 教材の視聴
- 多職種による DVD の内容（認知症の人・家族とのコミュニケーション）等に関する討論

第 8 回 講義+GW テーマ：アルツハイマー型認知症

- 「アルツハイマー型認知症」の概要と特徴的な症状の講義
- 事例についての情報と生活のしづらさの整理／具体的なケアや関わりの持ち方について討論

第 9 回 講義+GW テーマ：レビー小体型認知症

- 「レビー小体型認知症」の概要と特徴的な症状の講義
- 事例についての情報と生活のしづらさの整理／具体的なケアや関わりの持ち方について討論

第 10 回 講義+GW テーマ：前頭側頭型認知症

- 「前頭側頭型認知症」の概要と特徴的な症状の講義
- 事例についての情報と生活のしづらさの整理／具体的なケアや関わりの持ち方について討論

第 11 回 講義+GW テーマ：脳血管性認知症

- 「脳血管性認知症」の概要と特徴的な症状の講義
- 事例についての情報と生活のしづらさの整理／具体的なケアや関わりの持ち方について討論

② 各回の主な内容

第12回 H27.5.7 講義+GW

(資料は p.12～)

抗認知症薬について 講師：森篤子 薬剤師（ハーモニー薬局）

冒頭、全体像と運営意図、その日の予定を最初に提示した上で、スタートする。第12回目は、認知症治療薬について、森篤子薬剤師による講義、続いて、薬剤療法に関する多職種連携での支援について事例検討（グループワーク）を行った。

①全体像：企画運営側の意図を伝えることも重要

第12回（27年度第1回）
認知症の医療と福祉の連携IN守山・野洲

- 1 守山野洲医師会会長より 挨拶
- 2 事務局（藤本クリニック）より本日の説明など
- 3 グループワーク
- 4 総括

今日は抗認知症薬について
ハーモニー薬局の皆さまからの講義の後に
グループワークをします

受付でお伝えしましたグループ番号のテーブルにお座り下さい。
早く到着された皆様は、資料等に目を通していただくとありがたいです。

今年度は、「お薬のこと」「口腔ケアのこと」「認知症と運転のこと」を
テーマとして、ご専門の皆さまからの講義をいただきます。
あわせて、例年通りにグループワークも行います。
もちろん、グループリーダーは医師の先生方をお願いをして、医療
と福祉の繋がりがより深いものになりますよう、みんなで頑張って
いきましょう。よろしくお願ひいたします。

※事例検討書式等の無断でのご使用はお断りします

②予定：当日の進行予定を 予め開示、説明する

本日の予定

講義
テーマは「抗認知症薬を服用して間もない、
2ケースの様子の変化です。
薬の効果や逆の効果などについても話し合い、
ケアの工夫や報告の内容などを話し合いましょう

・時間が来ましたら、各グループより発表

アンケート記入で終了です

③講義：認知症治療薬に について説明

認知症治療薬について

ハーモニー薬局
森 篤子

抗認知症薬の種類

- ・ アセチルコリンエステラーゼ阻害剤 (AChEI)
アリセプト(ドネペジル)
レミニール(ガランタミン)
リバスタッチ・エクセロン(リバスタチグミン)
- ・ NMDA受容体拮抗剤
メマリー(メマンチン)

ガランタミン	リバスタチグミン	メマンチン	
①アセチルコリンエステラーゼ阻害作用 ②グルタミン受容体拮抗作用 ③Aβ阻害作用	①アセチルコリンエステラーゼ阻害作用 ②グルタミン受容体拮抗作用 ③Aβ阻害作用	①NMDA受容体拮抗作用	
中 高	特 中 高	特 中 高	
悪心 嘔吐	過剰副反応 皮膚症状	浮腫性めまい 頭痛 便秘	
1日2回	1日1回	1日1回	
用量：6mg(AR) 増量：18mg 用量：18mg	初期用量：4.5mg 増量：4.5mgずつ増量 維持用量：15mg (最大)	初期用量：5mg 増量：5mgずつ増量 維持用量：20mg (最大)	
3割 50割 (増量/分投)	随時増	随時増	
Onset Time T1/2	9.97±2.88(5mg) 3.05±1.10(15mg) 89.3±38.0(5mg)	47.3±6.3(15mg) 約1.0(5mg) 9.4±7.0(8mg)	8.27±3.31(15mg) 約0.1(15mg) 随時増
CYP 代謝酵素	3A4, 2D6	3A4, 2D6	CYP11による代謝はわずか CYP2D6による代謝は多い

④GW：事例紹介（模擬事例）

ケース 2

- ・ 4週間前に抗認知症薬開始
- ・ 過活動でじっとしていることができなかった人が、
少しは座って過ごすことができるようになった。
- ・ しかし、今度は座っていると昼間から眠ることが多
くなり、夜間にウロウロすることが目立ってきた。
- ・ また、足取りも危なく、ふらふらすることもみられる
ために目が離せないと家族は困っている。
- ・ 他の薬剤服用はなし

⑤GW：ワークシート (共通のシートで効率的なワーク)

この状況での関わりを考えましょう

薬の影響を どうとらえるかを 話し合いましょう	
ケアの工夫として 考えること 家族へのサポート等	
今の状況を医師へ、 報告するとしたら、 何を伝えますか	
医師の立場なら、 どんな情報が必要か と思いますか	

講義および GW の様子

森薬剤師の講義



グループワークの様子



交通免許センター警察官 発表



医師 発表



第 13 回 H27.8.20 講義 + GW

(資料は p.23～)

向精神薬について 講師：村杉未穂 薬剤師（みのり薬局）

第 13 回では、前回の認知症治療薬 4 剤に加えて、BPSD と向精神薬について、村杉未穂薬剤師による講義、続けて、多職種でのアプローチ、支援、連携についての GW を行った。

講義および GW の様子

村杉薬剤師の講義



アイスブレイク



グループワークの様子



第 14 回 H27.11.26 講義 + GW

(資料は p.37～)

認知症の人と口腔ケアについて 講師：森田潤 歯科医師（モリタ歯科医院）

青木由美 歯科衛生士（滋賀県歯科衛生士会）

14 回目は、認知症の人の口腔ケアと多職種での支援について、森田潤歯科医師、青木由美歯科衛生士による講義、続いて、GW を行った。

講義および GW の様子

森田歯科医師の講義



青木歯科衛生士の講義



アイスブレイク



グループワークの様子



歯科医師 発表



医師 発表



第 15 回 H28.2.25 講義+GW

(資料は p.48～)

認知症の人と運転について 講師：北野充 先生（北野医院）

谷口昇 氏（滋賀県警察本部交通部運転免許課）

薬剤 2 回、口腔ケア 1 回に続いて、最近の制度改正や報道でも注目を集めている自動車運転を取り上げ、今日的な動向と医療とケアによる支援のあり方をテーマとした。北野充先生、谷口昇氏からの講義のあと、それぞれのグループに分かれての GW が進められた。

講義および GW の様子

福田医師会長 挨拶



北野先生の講義



アイスブレイク



グループワークの様子



西村医師と運転免許センターの人



運転免許センターの人とのグループワーク



福田会長発表



運転免許センター谷口さんまための挨拶



衛藤副会長発表



津田副会長発表



野々村市民病院院長発表



藤井先生発表



小西先生発表



北野先生発表



木築先生発表



サポート医認知症対策チーム

守山野洲医師会の認知症サポート医で構成する認知症対策チームは、IN 守山野洲の企画やコーディネートをはじめ、認知症施策の進捗や現場の多職種のニーズをマッチングさせるために欠かせないプレーンである。



西村医師（守山市民病院名誉院長）

堀出前医師会長（現滋賀県医師会認知症担当理事）

福田医師会長（ふくだ医院）

藤井元医師会長（藤井医院）

津田副医師会長（津田医院）

衛藤副医師会長（衛藤クリニック）

北野元副医師会長（北野医院、現滋賀県医師会理事）

藤本医師会監事（藤本クリニック診療所型認知症疾患医療センター）

毎回、進行係をする藤本医師

（藤本クリニック診療所型認知症疾患医療センター）

熱心なグループワークによって時間が足りない中で、“受けっ放し”にならない講義・GW とするための確かな総括は、参加者のテーマ消化に欠かせない。

長年、認知症専門医として守山野洲医師会の仲間と認知症対策を考えてきた。



毎回のテーマ、グループワークの仕方、テーマにあった事例シートを作成している奥村看護師

（藤本クリニック診療所型認知症疾患医療センター）

“顔が分かる”から“ともに連携する仲間”になるきっかけとなるアイスブレイクのやり方も考えている。

“3 年がかりの地域作り”を考えた土台作り、その上に何を積み重ねていくか、現場と地域の底上げを目指す視点が、「IN 守山・野洲」を陰から支えている。

第12回（27年度第1回） 認知症の医療と福祉の連携IN守山・野洲

- 1 守山野洲医師会会長より挨拶
- 2 事務局（藤本クリニック）より本日の説明など
- 3 グループワーク
- 4 総括



今日は抗認知症薬について
ハーモニー薬局の皆さまからの講義の後に
グループワークをします

受付でお伝えしましたグループ番号のテーブルにお座り下さい。
早く到着された皆様は、資料等に目を通していただけるとありがたいです。

今年度は、「お薬のこと」「口腔ケアのこと」「認知症と運転のこと」を
テーマとして、ご専門の皆さまからの講義をいただきます。
あわせて、例年通りにグループワークも行います。
もちろん、グループリーダーは医師の先生方をお願いをして、医療
と福祉の繋がりがより深いものになりますよう、みんなで頑張っ
ていきましょう。よろしくお願いいたします。

* 事例検討書式等の無断での使用はお断りします

1

本日の予定

講義

テーマは「抗認知症薬を服用して間もない、
2ケースの様子の変化です。
薬の効果や逆の効果などについても話し合い、
ケアの工夫や報告の内容などを話し合いましょう

- ・時間が来ましたら、各グループより発表

アンケート記入で終了です

3

平成27年度認知症の医療と福祉の連携IN守山野洲 予定

5月7日木曜日18時～

抗認知症薬について 講義+GW

講師 薬剤師さん

8月20日木曜日18時～

BPSDに対応する向精神薬について 講義+GW

講師 薬剤師さん

11月26日木曜日18時～

認知症の人と口腔ケアについて 講義+GW

講師 歯科医/歯科衛生士さん

H28年2月25日木曜日18時～

認知症の人と運転について 講義+GW

講師 北野先生

日程は決定/場所はコミュニティーホールです。

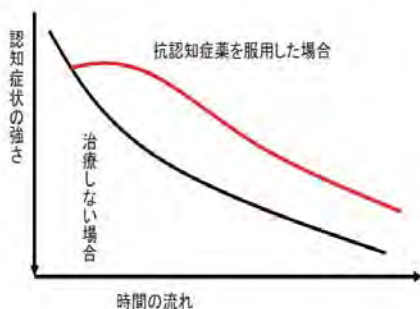
2

認知症治療薬について

ハーモニー薬局
森 篤子

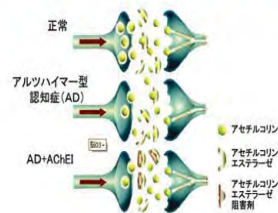
4

抗認知症薬は進行を遅らせる



5

アセチルコリンエステラーゼ阻害剤(AChEI)の概念



7

抗認知症薬の種類

- ・ アセチルコリンエステラーゼ阻害剤 (AChEI)
アリセプト(ドネペジル)
レミニール(ガランタミン)
リバスタッチ・エクセロン(リバスタグミン)
- ・ NMDA受容体拮抗剤
メマリー(メマンチン)

6

アリセプト(ドネペジル)

- ・ 脳内の神経伝達物質(アセチルコリン)の量を維持する
⇒アセチルコリンエステラーゼ阻害作用(AChEI)
- ・ 国内で約10年間、唯一の抗認知症薬であった
- ・ 現在はジェネリック医薬品も発売されている
- ・ 3mgで開始し、1～2週間後に5mgに増量維持、
高度になると10mgまで増量可

8

レミニール(ガランタミン)

- ・AChEI作用に加え、ニコチン受容体増強作用(APL作用)あり
⇒神経細胞を刺激する
- ・軽度から中等度の進行抑制
- ・8mgから開始、4週後には増量し、16mg～24mgで維持

9

メモリー(メマンチン)

- ・神経細胞膜を増強する(保護作用)
- ・AChEIとの併用が可能
- ・興奮性アミノ酸(グルタミン酸)の抑制効果
⇒易怒性・攻撃性に一定の効果あり
- ・中等度～高度に適応
- ・5mgから開始し1週間ごとに5mgずつ増量、20mgで維持

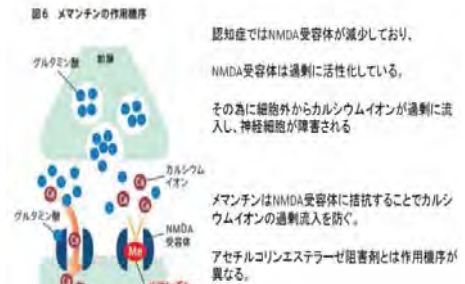
11

リバスタッチ/イクセロン (リバスティグミン)

- ・AChEIに加え、ブチルコリンエステラーゼ阻害作用(BChEI)あり
- ・唯一の貼り薬
- ・内服ができない場合にも連続投与可能
- ・介護者の管理が必要
- ・4.5mgから開始、4週間ごとに4.5mgずつ増量し、18mgで維持

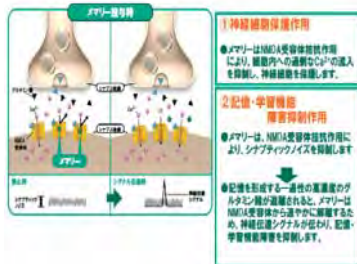
10

メモリー メマンチン® の特徴



12

メモリーは、世界唯一のNMDA受容体拮抗作用機序とするアルツハイマー型認知症治療剤



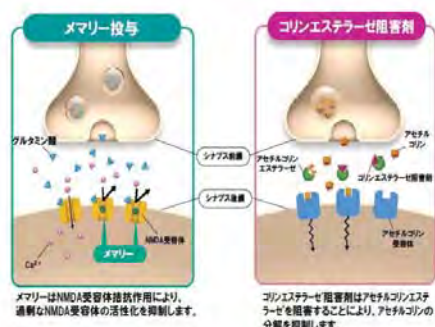
13

軽度～中等度ADに対する治療アルゴリズム



15

メモリーとコリンエステラーゼ阻害剤の作用機序



14



16

一般名	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	①アセチルコリンエステラーゼ阻害作用 ②ニコチン受容体の増強作用 (AP5作用)	①アセチルコリンエステラーゼ阻害作用 ②ニコチン受容体の増強作用 (AP5作用)	①アセチルコリンエステラーゼ阻害作用 ②ニコチン受容体の増強作用 (AP5作用)	①NMDA受容体拮抗薬
適応	軽・中・重	軽・中・重	軽・中・重	軽・中・重
主な副作用	悪心・嘔吐・下痢	悪心・嘔吐	過剰部位皮膚症状	浮腫性めまい・頭痛・便秘
用法	1日1回	1日2回	1日1回	1日1回
用量	初回用量: 3mg (1-2回) 維持用量: 5mg 最大用量: 10mg	初回用量: 8mg (4回) 維持用量: 16mg 最大用量: 24mg	初回用量: 4.5mg 4回4.5mgずつ増量 維持用量: 15mg (最大)	初回用量: 3mg 1回5mgずつ増量 維持用量: 20mg (最大)
剤型	錠剤・OD錠・細粒・ゼリー	錠剤・OD錠・内服液 (分注)	貼付剤	錠剤
Cmax Tmax T1/2	9.97±2.08 (5mg) 3.00±1.10 (5mg) 88.3±38.0 (5mg)	47.3±8.3 (8mg) 約1.0 (8mg) 9.4±7.0 (8mg)	8.27±2.31 (18mg) 約8.0 (18mg) 貼付剤	28.86±3.65 (20mg) 6.0±3.8 (20mg) 71.3±12.6 (20mg)
CYP 代謝経路	3A4, 2D6	3A4, 2D6	CYPによる代謝はわずか	CYPで代謝されない

※特許: 日本興発薬製薬会社 47: 1013-1016, 1017

17

ケース1

- 4週間前に抗認知症薬開始
- じっとしていた人がおぼつかない足取りで動くようになり、食事も何とか自力で食べられるようになった。
- 今まではデイサービスでの入浴は、浴室へ移動すると介助を受けながら入浴していたが、最近はお風呂へ誘うと、首を横に振り、「いやだ！ いかない！」と大声で抵抗する。
- 自宅での入浴はしていないが、服薬前よりは表情が明るくなったと妻は喜んでいますが、動くことも増えたので、みていないと危ないと話す。
- 他の薬剤服用はなし

19

アルツハイマー治療薬

適切な剤形が選択されているか確認してください

【アリセプト】

錠・D錠・内服ゼリー: 3mg, 5mg, 10mg 細粒: 0.5% ドライシロップ: 1%



【レミニール】

錠・D錠: 4mg, 8mg, 12mg 内服液: 0.4%



【メマリー】

錠・OD錠: 5mg, 10mg, 20mg



18

この状況での関わりを考えましょう

薬の影響を どうとらえるかを 話し合いましょう	
ケアの工夫として 考えること 家族へのサポート等	
今の状況を医師へ、 報告するとしたら、 何を伝えますか	
医師の立場なら、 どんな情報が欲しいと 思いますか	

20

ケース 2

- 4週間前に抗認知症薬開始
- 過活動でじっとしていることができなかった人が、少しは座って過ごすことができるようになった。
- しかし、今度は座っていると昼間から眠ることが多くなり、夜間にウロウロすることが目立ってきた。
- また、足取りも危なく、ふらふらすることもみられるために目が離せないと家族は困っている。
- 他の薬剤服用はなし

21

あなたのグループは、抗認知症薬の効果をどのように受け止めて話すことができましたか。

23

この状況での関わりを考えましょう

薬の影響を どうとらえるかを 話し合いましょう	
ケアの工夫として 考えること 家族へのサポート等	
今の状況を医師へ、 報告するとしたら、 何を伝えますか	
医師の立場なら、 どんな情報が欲しいと 思いますか	

22

この状況で関わりを考えましょう グループ②

ケース 1

薬の影響をどうとらえるか話し合しましょう	じっとしていた人→行動的になった 抵抗？自己表現ができるようになった 言葉のやりとりができるようになった 認知症薬はアセチルコリンエステラーゼ阻害薬かと思われる
ケアの工夫として考えること家族へのサポート等	転倒の危険性・誤嚥、異食・家族負担は増大 言葉のやりとり、会話ができるようになったのなら幅を広げられるように対応する 大声で抵抗＝本人も辛いのでは →なぜそう反応されるのか探る。デイでの対応の仕方の問題なのか、入浴が嫌いなのか原因を探る。 体調も関わってくる。発言にもヒントがあるのでは？
今の状況を医師へ、報告するとしたら、何を伝えますか	活動的になったこと 急に怒る、気持ちの浮き沈みがある BPSD があるかどうか 言葉のやりとりができる ずっと大声を出しているならドクターへも伝える
医師の立場ならどんな情報が欲しいと思いますか	BPSD 含め、環境変化はあるのか 薬以外の原因があるのか せん妄があるのか(BPSD 以外に) 薬の量を増やしている段階なのか、最大量服用中なのかによるが状況報告は必要

ケース 2

薬の影響をどうとらえるか話し合しましょう	昼夜逆転 座って過ごせるようになった ふらつく、足取りが悪くなった 目が離せない
ケアの工夫として考えること家族へのサポート等	転倒、誤嚥、昼夜逆転 見守りが必要となっている
今の状況を医師へ、報告するとしたら、何を伝えますか	眠気、ふらつきのあること 薬の種類、量の把握は必要
医師の立場ならどんな情報が欲しいと思いますか	せん妄(活動低下するような) 別の病気(脳梗塞、硬膜下血腫)も疑われるなら CT など検査も必要。それも含めて薬の量を検討

あなたのグループは、抗認知症薬の効果をどのように受け止めて話すことができましたか。

その都度 Dr へ情報を伝え、薬の調整をしてもらうことが大事。 Dr は日常の様子は把握しにくい、個人差もある。 薬だけでなく対応によっても BPSD などおちつく事もある。他の要因もあることを知っておく。
--

この状況で関わりを考えましょう グループ③

ケース 1

薬の影響をどうとらえるか話し合しましょう	抑制効果による変化
ケアの工夫として考えること家族へのサポート等	日中は活動的に過ごして、夜間眠れるように昼夜逆転を改善させる。(見守り、付き添いでよく動いてもらう) デイサービスを利用
今の状況を医師へ、報告するとしたら、何を伝えますか	夜、眠れない 家族への介護疲労
医師の立場ならどんな情報が欲しいと思いますか	食事の摂取量 脱水 バイタルサイン

ケース 2

薬の影響をどうとらえるか話し合しましょう	活動的になった(移動、食事) 表情明るくなった 意欲低下が改善されて、見守りが必要な状態に 自分の意志が伝達できる
ケアの工夫として考えること家族へのサポート等	どのような生活を望まれるか家族の意向を確認 デイの職員は入浴の声かけ、サポートを工夫したケア デイの回数を増やして活動的に過ごしてもらう 日中、見守りの家族の介護負担を減らす
今の状況を医師へ、報告するとしたら、何を伝えますか	服薬前後の違いを報告 前に出来ていたこと今は？ 前に出来なかったこと今は？
医師の立場ならどんな情報が欲しいと思いますか	服薬出来ているのか、効果の有無を知りたい 環境変化があったのか 服用前の症状を確認して、効果が診たい

あなたのグループは、抗認知症薬の効果をどのように受け止めて話すことができましたか。

状況、症状をよく観察して薬の量、内容(種類)を細かに調整する必要がある。

この状況で関わりを考えましょう グループ④

ケース 1

薬の影響をどうとらえるか話し合しましょう	体が動くようになった 抵抗するようになった 表情が明るくなった アクティブな方向に効いている(良くも悪くも)
ケアの工夫として考えること家族へのサポート等	動きを利用する、うながす 見守って一緒に動く デイの看護師の関わり
今の状況を医師へ、報告するとしたら、何を伝えますか	大声を出す、抵抗による介護負担の増大 動くようになった反面、危険も伴う。
医師の立場ならどんな情報が欲しいと思いますか	介護者が他にどれ位いるか？ 妻の理解がどれ位のものか？

ケース 2

薬の影響をどうとらえるか話し合しましょう	落ち着くようになった 昼夜逆転
ケアの工夫として考えること家族へのサポート等	昼間の作業を増やす(関わり、サービスの増加) 見守りの部分を妻以外が担う 環境整備
今の状況を医師へ、報告するとしたら、何を伝えますか	家族と一緒に Dr に伝える
医師の立場ならどんな情報が欲しいと思いますか	事前に打ち合わせ、相談がある方が良い 自宅の状況は？

あなたのグループは、抗認知症薬の効果をどのように受け止めて話すことができましたか。

・その家族が変化をどのように受け止めるか 状態は薬で変わったという変化は受け止めているが、悪い方向に進んでしまった時の対応 ・薬の効果はある、しかしそのことで家族が困ることもある 良い点と悪い点がある。良い方向にもっていく。 薬については Dr と相談し、必要なサービスを入れる。 変化を本人がどのように感じているか？確認することも必要 ・家族の思いと本人の思いの折り合いが難しい 薬の効果、変化について誰が見ても分かるように記録すること、伝えることが必要 ・時間帯でどう変化があるか？まとめて Dr に報告することが必要

この状況で関わりを考えましょう グループ⑤

ケース 1

薬の影響をどうとらえるか話し合いましょう	活動性が増した、改善した 入浴に対して感情、表情、表現できるようになった 自分で食事ができる 反面、転倒のリスクなど家族の負担は増える
ケアの工夫として考えること家族へのサポート等	家族への説明(薬の効果) 入浴→デイではなく家で入浴できればベター 無理矢理入れるより良いのでは？ 色々な方法を提示する 動くことで「転倒」のリスク→環境整備、サービス、家族の見守り
今の状況を医師へ、報告するとしたら、何を伝えますか	活動性など 本人の情報 「イヤダ」本人の意志？副作用？
医師の立場ならどんな情報が欲しいと思いますか	本人の情報だけでなく家族の状況の情報 Dr としては家族が疲れないような対応をしていきたい

ケース 2

薬の影響をどうとらえるか話し合いましょう	活動性の低下、昼夜逆転 →薬の効果？
ケアの工夫として考えること家族へのサポート等	ショート、グループホーム →家族の介護負担へのサポート
今の状況を医師へ、報告するとしたら、何を伝えますか	薬の投与時間への疑問 活動性、足取りが危ないこと→家族の負担 昼夜逆転
医師の立場ならどんな情報が欲しいと思いますか	本人の状態の情報 家族の情報 →バランスをとって Dr は判断したい 本人：家族＝ 3：7

あなたのグループは、抗認知症薬の効果をどのように受け止めて話すことができましたか。

本人の安定した状態も大切であるが家族の過度な介護負担の軽減のために、抗認知症薬は有効。 薬のさじ加減は難しい。 本人：家族＝ 3：7 のバランスで判断 家族が倒れたら介護が出来ない 家族に相談して薬を調整

この状況で関わりを考えましょう グループ⑥

ケース 1

薬の影響をどうとらえるか話し合しましょう	じっとしていた人→動くようになった →薬が効いて自分の感情が出せるようになった。 プラス効果。動くことで食欲増す。 デイ入浴→羞恥心がでてきたが恥ずかしいと言えない。うまく表現できない。感情的になりやすい。 表情明るく→受け身から積極性出てきたが動くこと増えて危ない→これまで動けておらず体力低下しており、体がついていかない。 意志が出る、怒る→普通のことだが家族が困る
ケアの工夫として考えること家族へのサポート等	食事をこぼす、誤嚥→介助内容が多くなる 思っていることが一言で伝わらないことでストレス。 コミュニケーションが更に必要。思った通りに受け止めてもらえず双方ストレス。 ヘルパー→感情出てきて、恥ずかしい。利用したくないという思いも出てくる。 本人と家族のストレス軽減への対応 1人で背負わないこと！みんなで！
今の状況を医師へ、報告するとしたら、何を伝えますか	家族→この薬のままで良いのか？効いているのは分かるが元気になってこけたりしないか？常にそばで見えていないといけないのか？薬を減らした方が良いのでは？(活動的になり転倒などのリスクも高まってきていることに対する不安) 認知症の薬のみで様々な症状出てきている →漢方薬などの使用もあり。
医師の立場ならどんな情報が欲しいと思いますか	風呂への抵抗について→良くなっているのか？抵抗がひどくなるようであれば抗精神薬の使用も検討必要 4W前～スタート→経過を見ないといけない 全身状態、食べるようになり動けるようになった。このまま上手くいけば1ヶ月もすれば肉体的にも良くなってきている。

ケース 2

薬の影響をどうとらえるか話し合しましょう	少し座って過ごすことができる→悪い症状として捉える方が良いかも 昼間から眠ることが多くなった→昼夜逆転。効きすぎているのか、薬が合わないのか。 夜間ウロウロ→何か見えるのか、不安なのか、目的があるのか 全てを薬の副作用と簡単に捉えない。
ケアの工夫として考えること家族へのサポート等	薬が維持量なのか、初期量なのか。 夜間ウロウロ→環境整える、電気つけておく。 全ての症状を薬の副作用
今の状況を医師へ、報告するとしたら、何を伝えますか	
医師の立場ならどんな情報が欲しいと思いますか	

あなたのグループは、抗認知症薬の効果をどのように受け止めて話すことができましたか。

・全ての症状を薬の副作用として簡単に捉えない。 症状や行動の1つ1つをみる。 ・症状に対して、デイ、ケアマネなど様々な立場の人が関わり、その様子を家族に伝えることも大事。 ・デイで出来ているか、家では出来ないこと、ほとんど寝てる デイ→活動の場 家→休養の場 なのかもしれない。デイで疲れているのかも。Drは細かな情報が欲しい 療養手帳活用している人が多い。 デイ→Drへの情報源にもなっている。
--

この状況で関わりを考えましょう グループ⑦

ケース 1

薬の影響をどうとらえるか話し合しましょう	家族が喜んでいるので服薬は良いこと。 活性化してきている。生活の困りごとには支援で。
ケアの工夫として考えること家族へのサポート等	転倒予防→環境整備 排泄→自分で行くようになるかもしれない トイレなどの目印を 入浴→デイではなく自宅での入浴に切り替える 福祉用具、HH、住改など家族と一緒にケアができる方法 入浴以外から始める→手浴、足浴 どうしたいのか本人に訊いてみる →上手に伝えることができない 家族が休める時間の確保も必要(SS、DS)
今の状況を医師へ、報告するとしたら、何を伝えますか	以前に比べて活動的になった 介護抵抗の内容と家族の負担について (支援者の負担について)
医師の立場ならどんな情報が欲しいと思いますか	食事の好みの変化 排泄状況(排尿、排便の量、性質) 頭や身体をぶつけたり、転倒による怪我など身体状況の変化 更衣の状況

ケース 2

薬の影響をどうとらえるか話し合しましょう	昼夜逆転→昼は起きて夜は寝てもらう方がよい 家族にとって 24 時間目が離せなくなった 今まで出来ていたことが出来なくなってくるかも 転倒の危険性あり
ケアの工夫として考えること家族へのサポート等	DS の利用など昼は活動してもらう 夜間にウロウロ→トイレを探している？ トイレの位置が分かるようにトイレの明かりを付けておく DS の利用以外、生活リズムの作り方
今の状況を医師へ、報告するとしたら、何を伝えますか	
医師の立場ならどんな情報が欲しいと思いますか	

あなたのグループは、抗認知症薬の効果をどのように受け止めて話すことができましたか。

薬の作用が人によって違う (同じ薬、同じ量であっても) 薬の量を増やすたびに、家族や支援者や Dr と情報を共有し今後のことを考えていく 家族から主治医に情報が提供されにくい 家族は、薬の量が変わることで本人が変化(悪い方)するのではないかと不安を持っていることがる
--

この状況で関わりを考えましょう グループ⑧

ケース 1

薬の影響をどうとらえるか話し合しましょう	良い点・・・良く動くようになった。表情が明るくなった。話すことが多い。意思疎通がしやすい。通じやすい。元気に動かれることが多い。 悪い点・・・入浴を拒否する。逆に動くので危ない。怒りっぽくなる。 怒りっぽくなる＝思っていることを言えるようになる →どちらをとっていか
ケアの工夫として考えること家族へのサポート等	意思疎通がしやすくなっているのに逆にくこと、伝えることを増やす 転倒に気をつける 動きやすい環境を整える(歩行器、手すり) 家族へは 良い点は伝え良かったと伝える 動かれていることは良いことなので、環境を整えたり伝え方や声かけの仕方を一緒に考える 入浴に対して 「お風呂に入ろう」では何をするのか分からない 1 つずつの手順をしていく 服を脱ぐ→脱いだら入ろうか 温泉と言う
今の状況を医師へ、報告するとしたら、何を伝えますか	良い点、悪い点をそのまま伝える 時系列(この時間には～される、どうした時に怒ったか) 4 週間の経過を伝える
医師の立場ならどんな情報が欲しいと思いますか	早めに言ってほしい 骨折とかしてからでは遅いから。

ケース 2

薬の影響をどうとらえるか話し合しましょう	良い点・・・座って過ごせる(落ち着いている) 悪い点・・・昼から寝る、ふらふらする、夜にウロウロ 実際にあったこと→薬の服用をしたら傾眠状態になった。何週間にわたって経過を見て Dr に報告した。抜けきるまでの間に大混乱。 めまい(本人より) 薬を減らしてから活動的になった、兼ね合いが難しい
ケアの工夫として考えること家族へのサポート等	
今の状況を医師へ、報告するとしたら、何を伝えますか	何時にこうなったということを伝えたいが、服用時間が分からない(朝の服用 6 時でも 10 時でも朝) 医者の方から、薬の服用の変更があっても言わない →DS の方では分からない。変化があっても医者への電話はしにくい。まずは、ケアマネさんへ伝える。 特に大病院はしにくい。
医師の立場ならどんな情報が欲しいと思いますか	変化があったときには電話してほしい。 普段と違うことに気づいてもらって、大体それが当たっている。

あなたのグループは、抗認知症薬の効果をどのように受け止めて話すことができましたか。

効果はわかりにくい人が多い。 血圧はわかりやすい。 副作用がある人もあるが(便秘、下痢)
--

この状況で関わりを考えましょう グループ⑨

ケース 1

薬の影響をどうとらえるか話し合しましょう	活動的になってきた 意志を表現するようになった 表情が明るくなった 危ない場面が出てきた(目が離せない)
ケアの工夫として考えること家族へのサポート等	できることはしてもらう。家族にもそのことを伝える。 在宅では危険なものを取り除く。 入浴は関係性を作ったりして徐々に進めていく。
今の状況を医師へ、報告するとしたら、何を伝えますか	様子を伝える 家族が困っていること 活動的になったが服薬を続けても良いのか？ 全体の生活でも大声は出すのか？
医師の立場ならどんな情報が欲しいと思いますか	効果があるのか→様子を具体的に伝える 正しく服薬できているのか 副作用は出ていないのか

ケース 2

薬の影響をどうとらえるか話し合しましょう	活動性が落ちている 副作用の影響か？ →ふらつき、眠気 昼夜逆転 転倒の危険性が出ている 薬が効きすぎているか？(薬の効果の過程と捉える) 4W 経過している →量が増量の最大量である(アリセプト)
ケアの工夫として考えること家族へのサポート等	日中の活動を促す→座ってできる(仕事)をしてもらう 眠前薬を医師に相談する →ふらつきがあるので大丈夫か？
今の状況を医師へ、報告するとしたら、何を伝えますか	日中の様子 夜間、不眠 ふらつき 日中の眠気
医師の立場ならどんな情報が欲しいと思いますか	副反応 内服状況

あなたのグループは、抗認知症薬の効果をどのように受け止めて話すことができましたか。

過活動でじっとしている人→動くようになった じっとしていることが出来なかった人→座って過ごすようになった →逆になっていることを良い効果と捉えるのか？ 気がついたことや生活で変化していることを細かく先生に伝えることが大切 今までなかった動きができたのでケアの仕方を工夫していくことが大切 家族だけでは中々、対応の仕方に困るので支援関係者からのアドバイスも必要である 家族や介護者の思いと違う効果となつて出ることもある 本人の意志なのか、家族の思いでの必要な処方の仕方となるのか？
--

第13回（27年度第2回） 認知症の医療と福祉の連携IN守山・野洲

- 1 守山野洲医師会会長より 挨拶
- 2 事務局（藤本クリニック）より本日の説明など
- 3 グループワーク
- 4 総括



今日は**向精神薬**について
みのり薬局の皆さまからの講義の後に
グループワークをします

受付でお伝えしましたグループ番号のテーブルにお座り下さい。
早く到着された皆様は、資料等に目を通していただけるとありがたいです。

今年度は、「お薬のこと」「口腔ケアのこと」「認知症と運転のこと」をテーマとして、ご専門の皆さまからの講義をいただきます。
あわせて、例年通りにグループワークも行います。
もちろん、グループリーダーは医師の先生方をお願いをして、医療と福祉の繋がりがより深いものになりますよう、みんなで頑張っていきましょう。よろしくお願いたします。

* 事例検討書式等の無断でのご使用はお断りします

1

本日の予定

・講義

・向精神病薬の服用について等を検討します。

・時間が来ましたら、各グループより発表

アンケート記入で終了です

3

平成27年度認知症の医療と福祉の連携IN守山野洲 予定

11月26日木曜日18時～

認知症の人と口腔ケアについて 講義+GW

講師 歯科医/歯科衛生士さん

H28年2月25日木曜日18時～

認知症の人と運転について 講義+GW

講師 北野先生

日程は決定/場所はコミュニティーホールです。

2

B P S Dに対応する向精神薬について

みのり薬局
村杉 未穂

4

今日の内容

◎ B P S Dとは

◎ B P S Dの薬物治療について

～抗精神病薬・抗うつ薬・抗不安薬・睡眠導入薬～

◎ まとめ

5

BPSDとは



7

B P S Dとは

定義

認知症において頻繁に見られる知覚・思考内容・気分・行動の障害【国際老年精神医学会（IPA）】

6

B P S Dとは

定義

認知症において頻繁に見られる知覚・思考内容・気分・行動の障害【国際老年精神医学会（IPA）】

判断力低下
コミュニケーション低下

不安・焦燥・自責
攻撃・拒否

行動の異常（なぐる・蹴る・たたく）
心理症状（妄想・幻覚・抑うつ）

8

薬物療法にいたるまで

第一選択は、非薬物的介入

身体的な原因がない
併用薬の作用と関係がない

向精神薬の投与を検討

9

今日の内容

◎ B P S Dとは

◎ B P S Dの薬物治療について

～抗精神病薬・抗うつ薬・抗不安薬・睡眠導入薬～

◎ まとめ

11

向精神薬について

筋弛緩作用、錐体外路症状などによる転倒
強い鎮静作用による運動機能の低下

転倒につながる

認知症の症状が悪化する

寝たきりになる

薬は、できるだけ飲みたくない、飲ませたくない

ガイドラインができました!!

薬の選択を考える
副作用をモニタリングしながら使う

10

BPSDの治療に使用される 主な向精神薬と使い方の留意点

抗精神病薬

幻覚・妄想・攻撃性・焦燥

- ◎ 非薬物的介入と組み合わせる
- ◎ 多剤併用は、できるだけしない
- ◎ 中等度から重度のBPSD、に焦燥、興奮、攻撃性または精神病症状を治療の対象とする
- ◎ EPS(錐体外路症状)、遅発性ジスキネジアの出現がより少ない非定型型
- ◎ 抗精神病薬を用いる場合は、増量しない。多少症状が残っていても日常生活に支障がない程度の維持量を検討する
- ◎ 副作用(歩行障害、嚥下障害、構音障害、寡動、無表情、起立性低血圧、過鎮静など)がみられるときは、直ちに減量あるいは中止する

12

抗精神病薬の選択

フェノチアジン系・
ブチロフェノン系

・ウインタミン
・ベゲタミン
・セレネース
・オーラップ

非定型抗精神病薬

・リスパリドン
・ルーラン
・ジプレキサ
・セロクエル
・エビリファイ

糖尿病・肥満あり
錐体外路症状(DLBや
パーキンソン病あり)
鎮静効果が弱い

注意事項
体重増加
血糖値異常

13

抗うつ薬の選択

分類	薬品名	想定される使用	特徴
SSRI	ルボックス・デプロメール	うつ症状	体重増加や認知機能・睡眠に対する悪影響が少ない
	パキシル	F T Dの脱抑制 情動行動 食行動異常	抗うつ作用と抗不安作用を併せ持つ
	ジェイゾロフト		相対的に認容性が高い
	レクサプロ		漸増必要なし・Q T延長例に禁忌
SNRI	トレドミン	うつ症状	尿閉注意
	サインバルタ	うつ症状・心気症状	粉砕不可
NaSSA	リフレックス・レメロン	うつ症状・抗不安作用・睡眠障害・食欲改善効果	眠気が出やすい・寝る前投与
三環系	アモキシサン	うつ症状(SSRI無効時)	心筋梗塞回復初期禁忌・抗コリン作用
四環系	テトラミド	せん妄・不眠	せん妄に伴う睡眠障害に有効
異環系	レスリン・デジレル	焦燥・不眠	せん妄に伴う睡眠障害に有効

15

BPSDの治療に使用される 主な向精神薬と使い方の留意点

抗うつ薬

抑うつ症状・食行動異常

- ◎ SSRI・SNRI
 - ・第一選択薬
 - ・用量は漸増すること
 - ・初期の消化器症状を回避するため食後投与とする
 - ・効果発現に2～4週間かかる
 - ・痙攣・せん妄・眠気 → 転倒しやすい
 - ・SNRIは慢性疼痛に有効!?
- ◎ NaSSA
 - ・抗ヒスタミン作用 → 眠気・倦怠感 数日で消失することが多い
 - ・口渇・便秘・痙攣
- ◎ 三環系・四環系・異環系
 - ・抗コリン作用が強い
 - ・眠気・口渇・便秘・痙攣

14

BPSDの治療に使用される 主な向精神薬と使い方の留意点

抗不安薬

不安・緊張・易刺激性

- ◎ 不安が強い場合に使用検討
- ◎ 高齢者では過鎮静・運動失調・転倒・認知機能の低下リスクが高まるため、
継続使用するべきではない
- ◎ ベンゾジアゼピン系 → 急性狭隅角緑内障・重症筋無力症には禁忌(B Z P系)

16

抗不安薬の選択

分類	薬品名	想定される使用	特徴
BZP系	ワイバックス	不安・緊張・易刺激性	高齢者でも薬物動態に変化少ない
	デパス		連用後に中断すると反跳性不安
	リーゼ		低力価で高齢者に使いやすい
非BZP系	セディール	不安・緊張・易刺激性	高齢者には低用量で開始 BZP系からの切替時はBZP系漸減

17

睡眠導入薬の選択

分類	薬品名	想定される使用	特徴
ω1受容体作動薬	マイスリー	入眠障害	非BZP系
	アモバン		非BZP系・苦み
	ルネスタ		非BZP系・苦み・食直後回避
	ドラール	中途覚醒・早期覚醒	翌朝持ち越しに注意
メラトニン受容体作動薬	ロゼレム	入眠障害	ルボックス・デプロメルと併用禁忌

19

BPSDの治療に使用される 主な向精神薬と使い方の留意点

睡眠導入薬

入眠障害・中途覚醒

- ◎ 認知症患者では、昼夜逆転が生じやすく非薬物的介入が優先される
- ◎ BZP系の薬剤をすでに使用している場合には、漸減・非BZP系薬剤の使用を考慮
- ◎ 代謝・排泄機能低下による持ち越し効果、転倒等に注意を要する

18

今日の内容

◎ B P S Dとは

◎ B P S Dの薬物治療について

～抗精神病薬・抗うつ薬・抗不安薬・睡眠導入薬～

◎ まとめ

20

まとめ

- ◎ B P S Dは薬物治療だけでは対処できない
- ◎ B P S Dの薬物治療は、介護者（家族・多職種）が薬の効果と必要性を理解し、副作用をモニタリングしながら行う必要がある。

第一選択ではない

適応外使用

処方意図の共有

効果と副作用のモニタリング

- ◎ 薬剤師からの提案
モニタリングの具体的事項を共有してみては・・・

21

ケース1

- ・ 特養に入居して1年経過した90歳の男性 入居時、MMSE10点
- ・ アルツハイマー型認知症と診断されており、ドネペジル（10）とメマンチン（20）を内服している
- ・ 立ち上がりはできるが、ふらつきがあるため、現在は車いすを使っている。（この1か月で2回転倒した）
- ・ 2週間前から、入浴と排泄介助や更衣をいやがるようになっており、大声や手を振り払う動作が激増している。
- ・ 食事は変わらず全量摂取。夜間にも大声で怒ることが頻繁になってきた。
- ・ 他の薬剤服用はなし
- ・ スタッフは関わり方を検討しながら実践しているが、なかなかケアの方法が見いだせていない。

23

モニタリング項目

副作用	反応	具体的症状
高血糖	血糖値上昇	のどが渇く、多飲、多尿、脱力感、倦怠感
低血糖	血糖値低下	ふらつき、動悸、冷汗、嘔気、震え
錐体外路障害	ドパミン低下	嚔下しづらい、無表情、言葉が聞き取りにくい
錐体外路障害	ドパミン低下	小股歩行、振え、よだれがでている、転倒
抗コリン作用	アセチルコリンの働きを阻害	便秘、のどが渇く、口臭がする、眼が渇く、動悸
抗ヒスタミン作用	ヒスタミン受容体遮断	眠気、便秘、のどが渇く、口臭がする
抗ヒスタミン作用	グレリン分泌	体重が増える
抗セロトニン作用	グレリン分泌	体重が増える

22

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。 話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？→【 】 グループナンバー【 】	
①処方をしてもらったほうが良いと思う理由	→処方してもらいました。どんなことに気をつけましたか
②処方をしてもらわない方がいいと思った理由	→処方してもらいませんでした。どんなことに気をつけましたか

24

ケース2

- 在宅で息子夫婦と同居している70歳の女性 半年前のMMSE10点
- アルツハイマー型認知症と診断されており、ドネペジル(10)とメマンチン(20)を内服している
- 自力歩行をしているが、ふらつきが多く、この1か月で2回転倒した。(杖は持ってるだけの状態)
- 2週間前から、入浴と排泄介助や更衣をいやがるようになっており、大声や手を振り払う動作が激増している。
- 食事量は変わらず全量摂取。夜間にも、大声で怒ることが頻繁になってきた。
- 他の薬剤服用はなし
- サービスは利用していない(本人いやがる)
- 家族はとても疲れている

25

ケース1、ケース2の両方を検討したことを受けて、
向精神病薬についてどのように受け止めますか。グループナンバー【 】

27

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合しましょう。 話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？→【 】 グループナンバー【 】	
①処方してもらったほうが良いと思う理由	→処方してもらいました。どんなことに気をつけますか
②処方してもらわない方がいいと思った理由	→処方してもらいませんでした。どんなことに気をつけますか

26

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。

話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？ → 【 ① 】

グループナンバー 【 1 】

① 処方してもらったほうが良いと思う理由 ・夜間の大声 - 個室？ 多床室？ スタッフの対応は可？ - 処方しても移動手段が車いすのため転倒のリスクは軽減 ・介護の抵抗の状況 ・「目的」・夜間おこる } 夜間に寝てもらおう ・日中も不機嫌	→ 処方してもらいました。どんなことに気をつけますか ・日中の立位や移乗場面のふらつき ・食事時の誤嚥 ・食思や食事摂取量の変化 ・軽いお薬から処方する
② 処方してもらわない方がいいと思った理由 ・特養のためスタッフが対応可能では - ケアの工夫重ねてきたが対応難しい ↓ - 薬の処方(副作用はスタッフの見守りでカバーできる)	→ 処方してもらいませんでした。どんなことに気をつけますか ・高齢で合併症がある ・食事摂取量の減少の可能性もある ・生活リズムつけるために日中は離床して活動的に過ごす ・原因を探す(急激な変化に対して) ・認知症薬の副作用の可能性も検討する(減量) ・ケアの工夫

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。

話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？ → 【 ② 】

グループナンバー 【 1 】

① 処方してもらったほうが良いと思う理由 ・家族が夜間眠り疲労軽減ができる (目的) 夜間に寝てもらおう	→ 処方してもらいました。どんなことに気をつけますか ・在宅の場合微調整が難しい ・中途覚醒したらふらつき転倒する
② 処方してもらわない方がいいと思った理由 ・自力歩行できる力は維持してもらいたい ・認知症薬の調整を行ってからでもいいのでは... ・サービスを使いたがらない原因を探る ③介護申請してサービス利用をすすめる → ヘルパー・訪問導入する ↓ - 薬なしでもいいけるかも	→ 処方してもらいませんでした。どんなことに気をつけますか ・強い介護拒否にケアの工夫で対応するが、難しい場合は薬の処方も検討 - 周辺の環境調整を優先

ケース1、ケース2の両方を検討したことを受けて、向精神薬についてどのように受け止めますか。 グループナンバー 【1】

・軽い抗うつ剤や睡眠導入剤から試みる ・向精神薬の使用は慎重に(副作用多い) ・いきなり強い薬の影響で本人が動けなくなる(食べられなくなる)ような事態は作らない ・対象者は高齢 慎重に

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。

話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？ → 【 ② 】

グループナンバー 【 2 】

① 処方してもらったほうが良いと思う理由 ・認知症の薬の副作用とは考えにくい ・夜間スタッフが手薄になることによる事故の危険性がある ・ふらつきは年齢による筋力低下? ・抗うつ薬の処方になる	→ 処方してもらいました。どんなことに気をつけますか ・夜間入眠できるように日中活動 ↑ ・入浴・排泄介助など介護抵抗についてモニタリングし原因を取り除く努力をする ・服薬量
② 処方してもらわない方がよいと思った理由 ・高年齢 ・2W前から症状悪化 介護抵抗であり人の目があるため抵抗の原因をまず、突き止める。それに対応して日中活動を増やす	→ 処方してもらいませんでした。どんなことに気をつけますか ・事故防止(転倒防止) ・他の利用者とのトラブル

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。

話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？ → 【 ① 】

グループナンバー 【 2 】

① 処方してもらったほうが良いと思う理由 ・家族が疲れている(夜間不眠) ・年齢がまだ若い	→ 処方してもらいました。どんなことに気をつけますか ・家族への薬の効果の説明(過大な期待を抱かないように) ・転倒事故防止 ・介護保険申請 サービス利用へつなげる ・家族の身体・精神的状態 虐待防止
② 処方してもらわない方がよいと思った理由	→ 処方してもらいませんでした。どんなことに気をつけますか ・転倒事故防止

ケース1、ケース2の両方を検討したことを受けて、向精神薬についてどのように受け止めますか。 グループナンバー 【2】

・今現在大変な時は使って良いかも ・原因を取り除いても症状が改善されない時も使って良い

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。

話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？ → 【 ② 】

グループナンバー 【 3 】

① 処方してもらったほうが良いと思う理由 ・施設なので、他の利用者への影響	→ 処方してもらいました。どんなことに気をつけますか ・転倒のリスク ↑ ・腎機能 ↓ 蓄積 継続投与 による副作用
② 処方してもらわない方が良かった理由 ・車いすのストレスが原因かも ・メマンチンの減薬を先に	→ 処方してもらいませんでした。どんなことに気をつけますか ・ストレスを減らす介護の工夫 ・活気がなくなり、食事が減ること

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。

話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？ → 【 ① 】

グループナンバー 【 3 】

① 処方してもらったほうが良いと思う理由 ・夜間家族の負担無軽減 ・疲れている ・ ・昼も夜も薬を使う → まず家族	→ 処方してもらいました。どんなことに気をつけますか ・睡眠導入剤の投与時間 ・薬の管理をきちんとできるか
② 処方してもらわない方が良かった理由 ・急激な変化 CT撮影 高腹下血腫の判断 ・便秘などの有無 家族は把握しにくい ・投与した効果を把握しにくい	→ 処方してもらいませんでした。どんなことに気をつけますか ・他の症状の有無を観察 ・尿失禁など ・便秘の対応は？

ケース1、ケース2の両方を検討したことを受けて、向精神薬についてどのように受け止めますか。 グループナンバー 【3】

・Ptの背景・環境によって施設と住宅で違う ・落ち着いて過ごせるのであれば使用を検討してみる ・先にBPSDの原因の究明
--

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。

話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？ → 【 ② 】

グループナンバー 【 4 】

① 処方してもらったほうが良いと思う理由 ・今までスタッフのケアを受けている。色々サービスが入っている。特養に入っている。対策が取られている。 ・周りの人とかかわりを持って生活をしてもらいたい ・ふらつき・転倒がある。興奮しやすい性格(攻撃・拒否) ・夜に大声で怒る ・他の薬剤の服用がない ・薬の副作用の発現が見られる	→ 処方してもらいました。どんなことに気をつけますか ・リスベリドンを処方してもらいました ・意識レベルのチェック ・血液検査(血糖値) ・動き・会話・表情のチェック
② 処方してもらわない方がいいと思った理由 ・もう少しスタッフの対応を考えてみる	→ 処方してもらいませんでした。どんなことに気をつけますか ・スタッフ・入居者さんへの攻撃を注意する。

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。

話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？ → 【 ① 】

グループナンバー 【 4 】

① 処方してもらったほうが良いと思う理由 ・家族が疲れている ・夜間に大声を出す → 睡眠障害あり ・2週間前から入浴・排泄介助 更衣を嫌がる → 上手にできなくなりイライラしている ・薬によって不安を取ればサービス導入も可能になるかも	→ 処方してもらいました。どんなことに気をつけますか ・ふらつき・転倒に注意する ・抗不安剤・睡眠剤を服用 → 副作用・効果のチェックをどうするか ・抑肝散などの漢方も考える ・副作用について家族に説明しておく ・アリセプトを減量することも一つの方法
② 処方してもらわない方がいいと思った理由 ・在宅でサービスが入っていない。まずはサービスを入れることを考える ・サービスを入れることを考える → 本人は嫌っている。家族は疲れている ↑ どのように導入するかが問題	→ 処方してもらいませんでした。どんなことに気をつけますか ・本人に無理強いさせない ・サービス導入についてしっかり説明 → 理解してもらう ・ある程度の時間を取って → 無効なら薬を使う方に方向を変える ・本人が信頼しているケアマネ・訪問さんに話を聞いてもらうことで落ち着かせる(イライラの原因を知る)

ケース1、ケース2の両方を検討したことを受けて、向精神薬についてどのように受け止めますか。 グループナンバー 【4】

・患者さん個々の状態を考え、薬物治療以外を考えてみる。 → 無理なら症状に合わせた薬を選ぶ。副作用・効果のアセスメントを行う
--

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。

話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？ → 【 ② 】

グループナンバー 【 5 】

① 処方してもらったほうが良いと思う理由 ・夜間の安定により睡眠が確保でき、ケアの方法を見いだせる	→ 処方してもらいました。どんなことに気をつけますか ・しっかり食事摂取しているため過食に注意 体重増加 → 使うタイミング注意 ・言動のチェック必要
② 処方してもらわない方がいいと思った理由 ・車いすの移動であり何とかケアができる ・現在服用している薬の開始時期の確認 モニタリングが先	→ 処方してもらいませんでした。どんなことに気をつけますか ・他の入所者とのトラブルの有無 確認 ・従来薬の見直し ・2週間前 — 原因の見極め 脱水など 他の病気？ 環境

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。

話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？ → 【 ① 】

グループナンバー 【 5 】

① 処方してもらったほうが良いと思う理由 ・家族の負担軽減につながる ・本人がサービスを嫌がる	→ 処方してもらいました。どんなことに気をつけますか ・しっかり食事摂取しているため過食に注意 体重増加 使うタイミング注意 ・ふらつき 転倒に注意 ・夜間 → 睡眠薬併用 ・言動のチェック必要 ・使う場合 日常生活に支障がない量で
② 処方してもらわない方がいいと思った理由 ・サービスの利用により使用しなくても安定するのでは？ ・転倒のリスクが高い ・現在服用している薬の開始時期の確認 モニタリングが先	→ 処方してもらいませんでした。どんなことに気をつけますか ・サービスの導入をすすめる、家族の負担軽減を図る ・従来薬の見直し ・2週間前 — 原因の見極め 脱水など 他の病気？ 環境 ・杖 → 歩行器できるか？ でも使えないかも

ケース1、ケース2の両方を検討したことを受けて、向精神薬についてどのように受け止めますか。 グループナンバー 【5】

・副作用が心配なため 安易に使いたくない ・家族の負担が大きい 不安がある場合には向精神薬を使いたい ・専門医だけでは対応しきれない サポート医が対応できるようにしていけるとよい ・ケース2 出来るだけ薬を使い 安定した後に サービス利用につなげたい

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。

話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？ → 【 ② 】

グループナンバー 【 6 】

① 処方してもらったほうが良いと思う理由	→ 処方してもらいました。どんなことに気をつけますか
② 処方してもらわない方がいいと思った理由 ・認知症薬を再調整する(減量を含めて) ・90歳 高齢なので ・施設なのでケアの取り組み再チェック モニタリング ・2週間前からの原因精査	→ 処方してもらいませんでした。どんなことに気をつけますか ・昼間に起きてもらうような働きかけをする ・BPSDが出る原因の追究 24時間シートをつける ・薬の副作用を考える ・入居時のMMSEしか出ていないので再度チェックしてみる。入居して1年経っているので(医師の診察)

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。

話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？ → 【 ① 】

グループナンバー 【 6 】

① 処方してもらったほうが良いと思う理由	→ 処方してもらいました。どんなことに気をつけますか
・在宅で家族が疲れているので ・若いし腎機能も良好かと思うので ・サービスを利用し日中は起きてもらう(昼夜逆転を解消する) ・サービスを受けることで本人も家族も気分転換になる	・医師の診察、MMSEの再チェック ・転倒に注意する(住環境の調整)→他の原因はないのか?認知症以外の転倒理由 ・本人が行きたくするようなデイサービスを探す(拒否のないように)
② 処方してもらわない方がいいと思った理由	→ 処方してもらいませんでした。どんなことに気をつけますか

ケース1、ケース2の両方を検討したことを受けて、向精神薬についてどのように受け止めますか。

グループナンバー 【6】

・できれば使用したくない。最小限にとどめたい。 ・医師にはケアマネからはなかなか言いづらい。→ 薬局に相談すると薬剤師から医師に話すこともできる。ミニカンファなどをもって意見を聞く ・その人の取り巻く環境によって対応が変化する。在宅か、施設か。年齢70歳か90歳か。 ・内服をしていると変更・減らすのは難しい ・薬は第一選択ではないが、家族が疲れている等の理由がある場合は選択する必要がある。 ・有効性を把握する。副作用も把握する。 ・先生がどんな思いで処方しているかを家族・本人・サービス担当者が理解すること ・サービス担当者が薬剤の理解をしておくことが必要 ・家族への端的な様子観察方法を教える?
--

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。

話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？ → 【 ② 】

グループナンバー 【 7 】

① 処方してもらったほうが良いと思う理由 ・2週間も続いている ・夜間も眠れておらず本人もケアスタッフも疲れている ・集団生活で他の入居者にも影響が考えられる ・ケアの方法が見いだせていない	→ 処方してもらいました。どんなことに気をつけますか ・副作用(嚥下障害・転倒) ↑ 全量摂取しているので ・モニタリングをして薬を止めるか替える
② 処方してもらわない方がいいと思った理由 ・昼間の活性化(日中活動の増加)・ケアで何とかなるかもしれない ・認知症の進行によるものと判断しケアを変えることができる ・ドネペジルとメマンチンの副作用が出てくるかもしれない	→ 処方してもらいませんでした。どんなことに気をつけますか ・日中の活動を活性化(外に出す、活性化の時間帯をずらす) - AMIはウトウトしていてもPMIは起きている → 夜寝やすいように

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。

話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？ → 【 ① 】

グループナンバー 【 7 】

① 処方してもらったほうが良いと思う理由 ・家族が疲弊する ・70歳と若く体力があるので危険 ・サービス利用を嫌がっている ・息子夫婦働き盛り 夜間だけでも寝てほしい ・転倒の危険が高い	→ 処方してもらいました。どんなことに気をつけますか ・服薬出来ているかの確認 家族ができるか ・家族が観察する点(モニタリング項目)を薬剤師が指導できているか
② 処方してもらわない方がいいと思った理由 ・サービスを利用していないのでケアの可能性はある ・家族が本人の抵抗に対応できない(本人が薬を嫌がったり家族が薬に抵抗があるのでは) ・本当に本人がサービスを嫌がっているかどうかはわからない	→ 処方してもらいませんでした。どんなことに気をつけますか ・家族指導

ケース1、ケース2の両方を検討したことを受けて、向精神薬についてどのように受け止めますか。 グループナンバー 【7】

・すぐに薬じゃない。まずケア ・ケアをする余裕(環境・人材)があるか ・長期戦(いろいろな選択肢がある)短期戦(薬)で異なる ・生命力(年齢)による ・介護でどうしようもない時は薬を使ったほうが良い ・寝られていないので薬を使っても寝させてあげたい ・どういう生活を送りたいかで異なる
--

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。

話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？ → 【 ① 】

グループナンバー 【 8 】

① 処方してもらったほうが良いと思う理由 ・スタッフはわかり方を検討しているが、なかなかのこと。睡眠はしっかりとれているか、とれていないなら睡眠薬を利用するのも検討できるか。	→ 処方してもらいました。どんなことに気を付けますか ・アリセプトを処方してBPSDがあるなら処方を検討
② 処方してもらわない方がいいと思った理由 ・怒ること、アリセプト飲んでと怒ることが多くメモリーでおさまった方に出会うことがある。アリセプトは合う方と合わない方がいる。 ・ふらつきがあるのがアリセプトによるものなのか。	→ 処方してもらいませんでした。どんなことに気を付けますか ・元気がなくなるかどうか。 ・次の方法をおさまらなければ考える。 ・入浴と排泄介護をいやがっている。たたかれたけどスタッフがだきつかれると安心してお風呂に入られた。いつもではないが。 ・夜間の怒りがアリセプトでおさまるか。 ・2週間前からなぜ嫌がるようになったのか。薬が増えたのはいつか。

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。

話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？ → 【 ② 】

グループナンバー 【 8 】

在宅・同居 家族が疲れている

① 処方してもらったほうが良いと思う理由 ・在宅で夜間の大声あると、近所からの通報があったりと在宅にいつくなくなる。どういう時間にこういう症状があるかなど伝えることある。(抗精神薬の処方を期待し) ・日中・夜間の過ごし方は？ ←Dr.は情報を収集することはなかなかないので、ケアの方から伝えてほしい。ケアマネは1日の過ごし方をDr.に伝える。Dr.に処方してもらえないならケアで頑張ってサービスを調整していくしかない。	→ 処方してもらいました。どんなことに気を付けますか ・薬の出しすぎ(量・症状はどうか)になっていないか。精神科のDr.がよく出される。 ・日中のサービスに結びつける。
・在宅が継続できるようにDr.に相談。サービスの導入で日中活発に。 ・医師の側が周りの話をきちんと聞けるように。Dr.が変わっていくこと。社会的問題。 → 行政がどう誘導するか	
② 処方してもらわない方がいいと思った理由 ・サービスをいやがるケース。家族はひどく疲れている。毎日デイの職員が通ったがかたくなに行かず。(1年くらい拒否された)脱水になり入院になってDr.から外に出なあとと言われ行くようになられた。かかりつけ医からアリセプトの処方あり。 ・アリセプトを止めてサービスを入れてもらう。	→ 処方してもらいませんでした。どんなことに気を付けますか

ケース1、ケース2の両方を検討したことを受けて、向精神薬についてどのように受け止めますか。

グループナンバー 【8】

・認定Nsが在宅にいてくれるとありがたいと思う。認定Nsが地域とつながってくると開業医も変わっていくように思う。← 行政の人に伝えたいこと ・アリセプト飲んでた方、風邪ひいて抗生物質(錠剤)出されて状態悪化。暴言・ふさぎ3日続いた。抗生物質飲まず1WLで落ち着いた。 ・アリセプトを飲んで気分が悪くなりアリセプトを2日やめて暴力的になられた方もいた。その方に応じた服薬の調整を。 ・レビー小体の方の薬の調整、Dr.の方 とても難しい。レビー小体の方の対応 どこまでDr.が勉強できているか ← 行政に ・向精神薬の使い方 難しいのでかかりつけ医もしっかり勉強していく必要がある。 ・向精神薬使いすぎて良くなかった例はあるか?あまりない。 ・精神科の方 とても環境が大事 転倒から痛み → 精神状態悪化 → 入院など ・若年認知症の方 薬飲んでないのに 飲んでると → 心臓悪化 → 入院 ・向精神薬使ってほしい? → 出来るだけ使わない方がいいか 状態に応じて(家族の負担など)うまく使ってほしい モニタリングのポイントを教えてもらえるとありがたい。薬剤師さんの役割大事だと思った
--

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。

話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？ → 【 ② 】

グループナンバー 【 9 】

① 処方してもらったほうが良いと思う理由 ・夜間寝かせたい	→ 処方してもらいました。どんなことに気をつけますか
② 処方してもらわない方がいいと思った理由 ・車いすで押さえられたから怒っている。 アセスメントできる？ ・90歳で高齢 足弱っている？ 部屋でなんとかできないかな ・もともと車いす？ アリセプトで興奮？	→ 処方してもらいませんでした。どんなことに気をつけますか ・過介助になっていないか？ スタッフのペースになっちゃってない？ 本人と了解をとってみる (??なら良いかな ← 興奮しているのが本人にとってつらいなら) ・元気な人 施設の事情 活動を促すケアができる？ ・昼間傾眠なのは？ ← その時間に声をかけるなどのケア ・生活歴のリサーチしてこの人の得意なことをしてもらう ・何が嫌なのかをさぐろう

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。

話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？ → 【 ① 】

グループナンバー 【 9 】

在宅・同居 家族が疲れている

① 処方してもらったほうが良いと思う理由 ・夜間少量 日中切れるもの ・夜間は寝てもら 失禁 少し興奮をおさえる ・家族疲れている ・家族疲れている 夜間寝る 日中も大変なんじゃ？ おいかけないと ・徘徊してるんじゃ？ ドネペジルの減っているのはないのか？ 興奮 非定型 ジブレキサorセロクエル	→ 処方してもらいました。どんなことに気をつけますか ・サービスの利用 ・失禁あるのかな？ 少し ・ショートないで1日の様子をつかんでから考える
② 処方してもらわない方がいいと思った理由	→ 処方してもらいませんでした。どんなことに気をつけますか

ケース1、ケース2の両方を検討したことを受けて、向精神薬についてどのように受け止めますか。 グループナンバー 【9】

・睡眠導入薬 ・抗うつ ・本人が薬に対して懐疑的(特にシンの人) 「下剤だけが好き」という人がいた どうしたら良いのでしょうか？ 「むずかしいよね」 ・今まで現場で見てきた薬が何をやるものなのかわかりました 使い分けがあるんだ！！を学んだね	非定型 抗不安薬
--	------------------------

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。

話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？ → 【 ② 】

グループナンバー 【 10 】

① 処方してもらったほうが良いと思う理由	→ 処方してもらいました。どんなことに気をつけますか
② 処方してもらわない方がいいと思った理由 ・転倒したことで骨折 頭を打っているかもしれないので、まず身体的に病気がないか確認が必要 ・2週間前からBPSDが出ているので メマンチン ふらつき	→ 処方してもらいませんでした。どんなことに気をつけますか ・施設スタッフの対応を考えてみよう

この状況で、向精神薬が必要かどうかについて、2つのパターンを話し合います。

話し合いの結果、皆さんのグループは①か②どちらを選びましたか？ → 【 ① 】

グループナンバー 【 10 】

① 処方してもらったほうが良いと思う理由	→ 処方してもらいました。どんなことに気をつけますか ・夜間起きてきたときはふらつきによる転倒が考えられるので注意してください ・本人のサービス拒否があるので家族の支援サポートができる情報を提供する ・薬剤師さんの訪問 ケアマネ(経験のある)依頼
② 処方してもらわない方がいいと思った理由	→ 処方してもらいませんでした。どんなことに気をつけますか

ケース1、ケース2の両方を検討したことを受けて、向精神薬についてどのように受け止めますか。

グループナンバー 【10】

最終手段 ！

継続的に内服するものではなく 一時的 症状に応じて調整していく薬

日常生活をおよぼすBPSDは入院でが理想

第14回（27年度第3回） 認知症の医療と福祉の連携IN守山・野洲

- 1 守山野洲医師会会長より 挨拶
- 2 事務局（藤本クリニック）より本日の説明など
- 3 グループワーク
- 4 総括



今日は**認知症の人と口腔ケア**についての
講義の後に
グループワークをします

受付でお伝えしましたグループ番号のテーブルにお座り下さい。
早く到着された皆様は、資料等に目を通していただくとありがたいです。

今年度は、「お薬のこと」「口腔ケアのこと」「認知症と運転のこと」をテーマとして、ご専門の皆さまからの講義をいただきます。
あわせて、例年通りにグループワークも行います。
もちろん、グループリーダーは医師の先生方をお願いをして、医療と福祉の繋がりがより深いものになりますよう、みんなで頑張っていきましょう。よろしくお願いたします。

*事例検討書式等の無断でのご使用はお断りします

1

本日の予定

- ・講義
- ・認知症の人と口腔ケアについて等を検討します。
- ・時間が来ましたら、各グループより発表

アンケート記入で終了です

3

平成27年度認知症の医療と福祉の連携IN守山野洲 今後の予定

H28年2月25日木曜日18時～

認知症の人と運転について 講義+GW

講師 北野先生

日程は決定/場所はコミュニティーホールです。

2

第14回（27年度第3回） 認知症の医療と福祉の連携IN守山・野洲

口腔ケアについて

モリタ歯科医院 森田 潤
滋賀県歯科衛生士会 青木 由美

4

口腔ケアの定義

（2010 財団法人8020推進財団「入院患者に対するオーラルマネージメント」より）

狭義:口腔衛生管理に主眼をおいた口腔保健指導、口腔清掃、義歯清掃を中心とするケア

広義:狭義の口腔ケアに加え、口腔機能(摂食、咀嚼、嚥下、構音、唾液分泌など)の維持・回復にも注目した予防、歯科治療、リハビリテーションのあらゆる段階を包括したケア

入院患者に対する

口腔ケア＝口腔清掃（歯科疾患、誤嚥性肺炎の予防）
+ **歯科治療、機能訓練、食支援**
（食べる事、話す事の回復と維持、栄養の確保）

5

口腔ケア(清掃)の担い手

- ・セルフケア **日常的口腔ケア(清掃)**
- ・家族や介護職によるケア
- ・医療職によるケア
- ・歯科衛生士、歯科医師による**専門的口腔ケア(清掃)**
(POHC: Professional Oral Health Care)

(社)日本歯科医師会 日本歯科総合研究機構
高齢者の口腔機能管理 H20.5 より一部改変

7

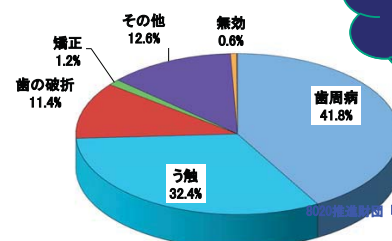
要介護高齢者の日常生活における関心事 (施設で楽しいこと)について

	1位	2位	3位
特別養護老人ホーム (9施設 n=773)	食事 44.8%	行事参加 28.0%	家族訪問 25.3%
老人保健施設 (13施設 n=1324)	食事 48.4%	家族訪問 40.0%	行事参加 35.2%
老人病院 (9病棟 n=362)	食事 40.0%	家族訪問 39.4%	テレビ 28.3%
療養型病院 (1施設 n=50)	食事 55.1%	家族訪問 55.1%	テレビ 30.0%

6

80-20

抜歯の主原因



喪失原因の第1位は
歯周病！

8020推進財団「永久歯の抜歯原因調査報告」(平成17年)より

8



9



歯周病の治療

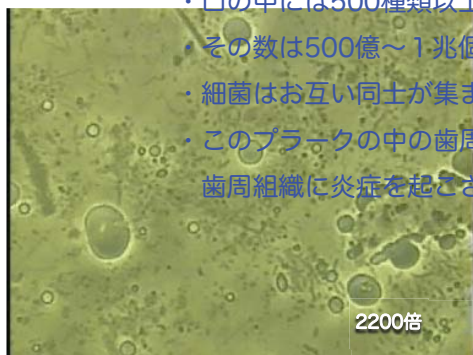
- ・セルフケアの指導
- ・スケーリング・ルートプレーニング
- 3～4ヶ月毎のメインテナンス
(歯科衛生士によるPMTCなど)

口腔内細菌の除去

11

口腔内細菌

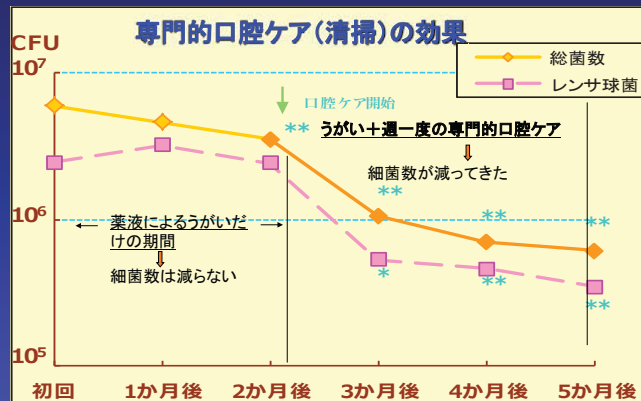
- ・口の中には500種類以上の細菌が棲んでいる
- ・その数は500億～1兆個
- ・細菌はお互い同士が集まって塊を作る
- ・このプラークの中の歯周病原性細菌が歯周組織に炎症を起こさせる



2200倍

10

専門的口腔ケア(清掃)の効果



咽頭細菌数の推移

小川昭也・厚生省平成10年度老人保健強化推進特別事業報告書 1999 (浜松市口腔保健医療センター)を改定

12

高齢者の肺炎

1、市中肺炎

飛沫による感染。外因性感染

2、院内肺炎

医療機関、福祉施設等で基礎疾患を有し免疫能が低下した高齢者が多く発症、外因性感染

3、誤嚥性肺炎

内因性感染、顕性誤嚥と不顕性誤嚥による。大部分が不顕性誤嚥

13

誤嚥性肺炎の原因菌

・市中肺炎の原因菌

細菌

- 肺炎レンサ球菌
- 黄色ブドウ球菌
- インフルエンザ菌
- 緑膿菌
- レジオネラ菌
- 結核菌などの抗酸菌
- マイコプラズマ
- 肺炎クラミジア

ウイルス

- RSウイルス
- インフルエンザウイルス
- アデノウイルス
- ライノウイルス

・誤嚥性肺炎の原因菌

口腔常在菌

- ピリダニレンサ球菌 (st. Miller) グループ等
- バクテロイデス属 (バクテロイデス・フラジリス等)
- 黄色ブドウ球菌 (メチシリン耐性株)
- カンジダ・トリコモナス
- フリバネキリウム・ミクロプラズマ
- マイコプラズマ・コクシオバクテリウム
- キャプノバクテリウム
- ペプトストレプトコッカス
- モラクセラ・カタラーリス
- アクチノマイセス・イスラエリ (ヘリコバクター・ピロリ)

院内肺炎の主な原因微生物

- 黄色ブドウ球菌
- 大腸菌などの腸内細菌
- 緑膿菌

肺炎は誤嚥性肺炎

介護予防テキスト「介護予防に関するテキスト等調査研究委員会編 社会保険研究所 2001 P222,225を改定

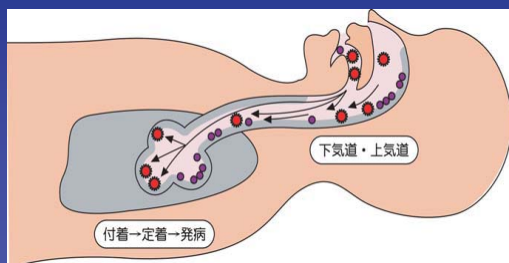
15

顕性誤嚥 (macro aspiration)

食道に入るべきものが誤って気道にとり込まれる。明らかな誤嚥。

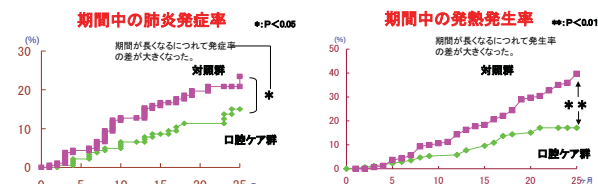
不顕性誤嚥 (silent aspiration)

むせなど他覚的に誤嚥の兆候がとらえられない誤嚥。無意識のうちに唾液、微生物などが気道にとり込まれることをmicro aspiration といいます。



14

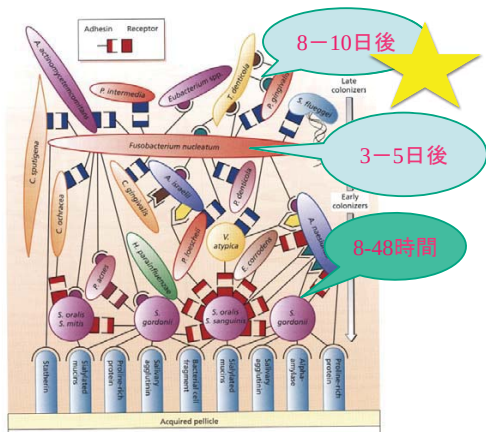
口腔ケア(清掃)は誤嚥性肺炎を予防します



- ・全国11カ所の特別養護老人ホームで専門的口腔ケアを行う人と行わない人にかけて、2年間にわたり追跡調査を行いました。
- ・その結果、専門的口腔ケアを行った人は、行わなかった人に比べ、肺炎にかかった人数、肺炎による死亡者数、発熱者数が統計的に明らかに低いという結果が得られました。(肺炎の診断は医師が行いました。)

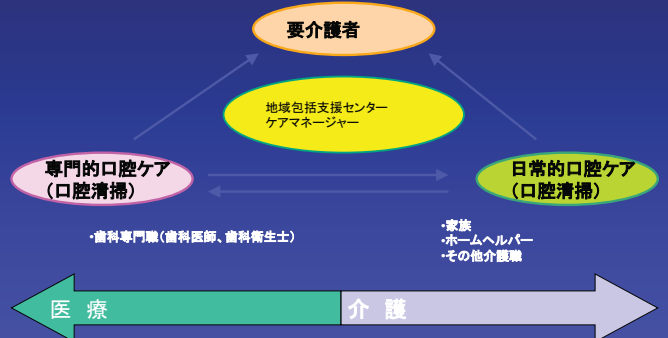
要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究：米山武義、吉田光由他 日歯医学会誌2001

16



歯周病を重症化させる細菌が登場するのに要する期間：10日間⁷

口腔ケア(清掃)定着のための協力体制



(社)日本歯科医師会・在宅歯科保健医療ガイドライン¹⁹
口腔ケア定着のための協力体制(5)改善

効果的・効率的な口腔ケア(清掃)

(ただし施設入所者での研究結果)

本人または介護者による日常の口腔清掃

+

歯科衛生士などによる週1回のお口の清掃を中心とした専門的口腔ケア

口腔衛生状態の改善(文獻3)、口臭の改善(文獻3)、肺炎発症者数、肺炎による死亡者数の減少(文獻1)、発熱者数(文獻1、3)、発熱日数(文獻2)の減少、口の中の細菌数(文獻3)、のどの細菌数(文獻2)の減少。薬液によるうがいだけでは効果が低く、歯磨きなどの物理的な清掃法が効果的(文獻2)

文獻1: 米山武典, 西田光由他: 要介護高齢者に対する口腔衛生の設備性肺炎予防効果に関する研究. 日本歯学雑誌2001.
文獻2: 石川昭雄: 社会福祉施設等入所者口腔内状態改善研究モデル事業報告書(浜松市口腔保健推進センター). 厚生省平成10年度老人保健強化推進特別事業. 1999.
文獻3: 足立英枝子他: 専門的口腔清掃は特別養護老人ホーム要介護者の発熱を減らした. 老年歯科医学. 2000.

18

肺がん末期患者(74才)
食事はカステラとマグロの刺身を時々
歯磨きは1日0回



20

歯科医院にて専門的口腔ケア(清掃) 1回/月



21

胃がんにて胃全摘、その後脳梗塞(78才)
食事は経腸栄養
歯磨きは介助にて



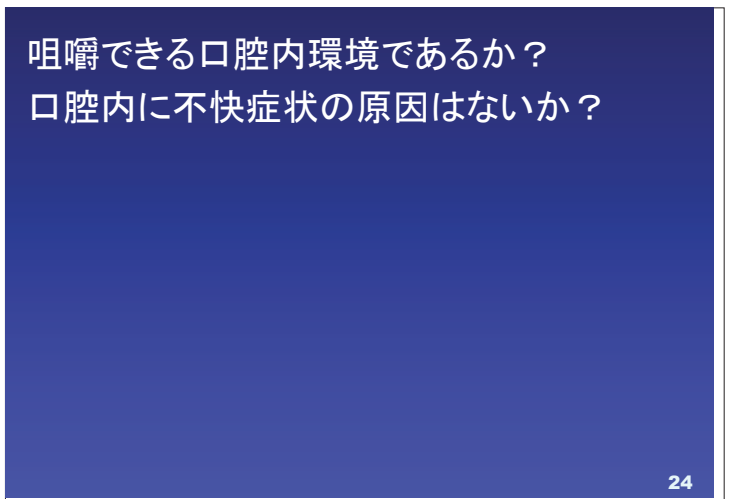
23

胃がんにて胃全摘、その後脳梗塞(78才)
守山市民病院に入院中
食事は経腸栄養
歯磨きは介助にて



22

咀嚼できる口腔内環境であるか？
口腔内に不快症状の原因はないか？



24

Eilers J, Berger A, Petersen M. Development, testing, and application of the oral assessment guide. *Oncol Nurs Forum* 1988; 15(3): 325-330. 8巻号. June Eilers, RN, PhDが翻訳および発行の許可を申請しています。 * [a]は、[/]で表現しています。

25

27

26

28

29

31

30

32

デンタルフロスによる清掃



33

歯ブラシの交換時期

毛先が開いた歯ブラシ



未使用の歯ブラシ



35

個人の口腔清掃用具の保管



34

姿勢・体位への配慮

- ・体圧(体重)のかかる支持基底面を出来るだけ広くする
- ・脊椎や四肢は無理なく楽で自然な状態を保つ
- ・身体とベッド、椅子等との空間を無くす
- ・圧迫部の保護に努める
- ・患者の好む体位にする

社) 日本歯科医師会 日本歯科総合研究機構
高齢者の口腔機能管理 H20.5 より

36

便利な開口具

アングルワイダー



ミニワイダー



37

経管栄養中の人への口腔ケア

- ・時間を決めて行う
- ・経管栄養剤を注入後、しばらくは座位または半座位にし、1時間程してから口腔ケアを行う(逆流防止)
- ・自浄作用が低下しているため口腔内は汚染しやすい(積極的な口腔ケア)
- ・意識障害がある場合は、清拭及びブラッシングで行う



39

うがいができない人への口腔ケア

重度の麻痺がある人、意識レベルが低い人などはいがいがすることができず誤嚥する危険性が高いので、うがいは避けて以下の方法で対処する。

・洗い流す

顔を横に向けて吸い飲みなどで洗い流す

・清拭

湿らせたガーゼなどで歯の表面や口腔内の粘膜を拭き取る

38

よだれの多い人への口腔ケア

摂食・嚥下障害を伴っている場合が多い

- ・口腔ケア時の誤嚥に注意
- ・口腔ケア時の体位に注意
- ・吸引しながら行う
- ・あまり多いようなら、ややうつむきにしてタオルで拭きながら行う

40

口が開かない人への口腔ケア

口が開かない原因について調べる

- ・関節リウマチ、顎関節症、腫瘍や炎症、関節の拘縮などが原因の場合は無理に開かせない。
- ・認知症等で非協力の場合はバイトブロック、開咬器等の器具を使用。

41

開口してくれない時の便利グッズ



バイトブロック

42

ケース1

- ・ Aさん 78歳男性 5年前に前頭側頭型認知症と診断を受けたことだが、治療はないとことで、その後は継続的な治療は受けられていない。1ヶ月前まで誤嚥性肺炎で3週間ほど入院をしており、退院に向けて、初めて介護認定を申請した。肺炎で入院したのは今年に入って2回目。
- ・ 隣家に娘家族が住んでいるが、関係性は悪く、食事を運ぶ程度の支援があるだけの状態で基本的には一人で暮らしている。
- ・ 最近の状況は、日中は自転車で、自宅→公園→スーパー、スーパー→公園→自宅と日に何度も行き来をしている。入浴や更衣は娘に強くすすめられても1週間に2回くらいのペースとなっている。
- ・ 現在、自宅にいるときは、何度(1時間に少なくとも3回から5回くらいはある)も義歯を外しては義歯安定剤を多量に塗ってはめるといふ行為を繰り返しており、それを大量に買うためにスーパーへ出かけている様子。娘によると、義歯は洗わずに「ただ、塗ってはめるだけ」が繰り返されているとのこと。
- ・ 食事の偏りも多く、甘いお菓子を好んで食べており、「詰め込み食べ」をしてはムセも多く、咀嚼もそこそこ飲み込んでいるらしい。

43

Aさんについて、認知症の症状を整理した上で、**口腔ケア支援も含みながら**、どのようなことが具体的に必要とされるのかなど、本日の講義も踏まえて支援内容とそれを必要とする理由を話し合ってみましょう

支援内容	→この支援を必要とする理由
支援内容	→この支援を必要とする理由
支援内容	→この支援を必要とする理由
支援内容	→この支援を必要とする理由

44

Aさんについて、認知症の症状を整理したうえで、口腔ケア支援も含みながら、どのようなことが具体的に必要とされるのかなど、
本日の議議も踏まえて支援内容とそれを必要とする理由を話し合ってみましょう

第2G

支援内容 はずれにくい義歯にかえる	→ この支援を必要とする理由 ・義歯安定剤を多量に使っているから ・歯肉を傷つけているかもしれない
支援内容 介護保険を使って、ケアマネ・ヘルパー・歯科Dr.・ 認知症Dr.も入る（環境を整える）	→ この支援を必要とする理由 ・ピック病だから同じことを繰り返す ・本人に指導する人が必要
支援内容 口腔内のアセスメントを行う ケアマネから歯科Dr.歯科衛生士にアセスメントを依頼する → プランニング	→ この支援を必要とする理由 ・誤嚥性肺炎のコントロールができるか
支援内容 ケアマネから家族に協力依頼 娘との関係が悪くなっている理由を把握 衛生的パターンを入れる	→ この支援を必要とする理由 ・家族の協力なくしては複雑なケアは難しい ・誤嚥性肺炎が起こっている原因を分かてもらうことが必要 ・娘との関係改善が必要

Aさんについて、認知症の症状を整理したうえで、口腔ケア支援も含みながら、どのようなことが具体的に必要とされるのかなど、
本日の議議も踏まえて支援内容とそれを必要とする理由を話し合ってみましょう

第2G

支援内容 生活を整える → そして口腔ケア ヘルパーが入る	→ この支援を必要とする理由 ・動き回る、寝たきりによる誤嚥性肺炎ではないから、食事の食べ方などが問題と考えられる
支援内容 活動性を保ちながら、薬の使用も考える 認知症の進行経過を把握していく	→ この支援を必要とする理由 ・生活を変えると精神状態が不安定になるかもしれない
支援内容 規則正しい生活にする 家から出るデイサービスなど(歯科衛生士が入っているデイサービスとか)	→ この支援を必要とする理由 ・動けるということを維持する必要がある
支援内容 歯科検診の利用	→ この支援を必要とする理由 ・本人が拒否する可能性があるから、きっかけが必要
支援内容 食事の指導	→ この支援を必要とする理由 ・詰め込み食べをする理由は何か(一人食べだから?)

Aさんについて、認知症の症状を整理したうえで、口腔ケア支援も含みながら、どのようなことが具体的に必要とされるのかなど、
本日の議議も踏まえて支援内容とそれを必要とする理由を話し合ってみましょう

第3G

支援内容	→ この支援を必要とする理由
・娘以外の支援 ・誤嚥・口腔ケア・詰め込み食べ ・徘徊(買い物に何度も行く) ・更衣	・元々食べ方が詰め込むような食べ方なのか? 義歯が合っていない? ・嚥下の体操→誤嚥の低下
支援内容	→ この支援を必要とする理由
・義歯の安定 ・公園に行く理由を知る	

Aさんについて、認知症の症状を整理したうえで、口腔ケア支援も含みながら、どのようなことが具体的に必要とされるのかなど、
本日の議議も踏まえて支援内容とそれを必要とする理由を話し合ってみましょう

第5G

支援内容	→ この支援を必要とする理由
・安定剤を多量に付けている→附着して→義歯が合っていない のではないかとあった義歯を作る ヘルパーなどに入ってもらい口腔への	
・義歯 ・自転車で行き来する	→ この支援を必要とする理由
・デイサービスに行つて規則的生活 2腕訓練など受ける 口腔ケアできる - グループホーム歯科介入出来るがデイではナースとなる	→ この支援を必要とする理由
歯科衛生士少ない ナースなどの代行	→ この支援を必要とする理由

→ 前頭葉からくる症状にて
医師にかかって治療へと進める

← 家人の介入もない

→ 訪問看護での口腔ケア
歯科住診もある

食事どのように食べているか確認する

Aさんについて、認知症の症状を整理したうえで、口腔ケア支援も含みながら、どのようなことが具体的に必要とされるのかなど、本日の議議も踏まえて支援内容とそれを必要とする理由を話し合ってみましょう

第5G

支援内容 ・デイスサービス	→ この支援を必要とする理由 ・口腔機能訓練・口腔ケア・バタガラ体操 ・食事の状況の確認・食事の食べ方を指導できる。 ・入浴と着替え ・だらだら食べの改善ができる。
支援内容 ・義歯の評価	→ この支援を必要とする理由 ・フィッティングの評価 ・細菌の付着
支援内容 ・家族の問題	→ この支援を必要とする理由 ・家族がはずせない ・家族への介入は難しい
支援内容 ・認知症専門医にかかる	→ この支援を必要とする理由 ・常動行動を改善させる

Aさんについて、認知症の症状を整理したうえで、口腔ケア支援も含みながら、どのようなことが具体的に必要とされるのかなど、本日の議議も踏まえて支援内容とそれを必要とする理由を話し合ってみましょう

第6G

支援内容 ・入浴 平日毎日 デイスサービス ・口腔ケア ・食事見守り 食介 食事形態見直し	→ この支援を必要とする理由 ・娘さんの指示 関係悪く指示入りにくい 早期なら常動行為に組み込めるのでは
支援内容 ・義歯を作り直す ・歯科医に連れてもらう or 往診 ・新たなルーティーンを作る ・残っている歯は有?無? 安定剤の種類 夜ははずして寝るかはめておくかはケースバイケース 部分ははずしてが良い	→ この支援を必要とする理由
支援内容 ・娘さんに病気(認知症・肺炎の予防)の理解を求める	→ この支援を必要とする理由 ・サ担で医師から説明 (土)(日)
支援内容 ・STIによる嚥下訓練	→ この支援を必要とする理由 ・誤嚥性肺炎を繰り返している

Aさんについて、認知症の症状を整理したうえで、口腔ケア支援も含みながら、どのようなことが具体的に必要とされるのかなど、本日の隣鑑も踏まえて支援内容とそれを必要とする理由を話し合ってみましょう

第7G

支援内容 ・医療へつなげる(認知症専門医等)	→ この支援を必要とする理由 ・認知症の治療 DMはないか? 高血圧はないか?
支援内容 ・歯科医受診 口腔内トラブルのアセスメント	→ この支援を必要とする理由 ・義歯が合っていない可能性がある 口腔内トラブルが解消できれば義歯の安定剤を塗る行為がなくなるかも ・歯周病の疑い ・嚥下障害の可能性
支援内容 ・地域包括への相談・介入 (ケアマネ) ・徘徊の有無? ・自転車の危険性は?	→ この支援を必要とする理由 ・娘さんの理解を求める ・介護認定はどうだったか ケアマネをつけるか ・どのサービスを使っていくか進める
支援内容 ・デイサービス・ヘルパーの利用	→ この支援を必要とする理由 ・身体保清 ・口腔ケア ・食事の偏り ・日中の居場所の確保

Aさんについて、認知症の症状を整理したうえで、口腔ケア支援も含みながら、どのようなことが具体的に必要とされるのかなど、本日の隣鑑も踏まえて支援内容とそれを必要とする理由を話し合ってみましょう

第8G

支援内容 ・環境・生活習慣の改善 ・食生活改善	→ この支援を必要とする理由
支援内容 ・デイサービス利用	→ この支援を必要とする理由 ・自宅→公園→スーパーのリズムを崩す ・生活環境の改善 ・食生活の改善
支援内容 ・かかりつけ歯科医院への受診 口腔セルフケア ヘルパー 歯科衛生士 家族への指導	→ この支援を必要とする理由 ・義歯の調整(しっかり噛めないと誤嚥する) ・甘いものを食べてしまうので ブラークコントロール
支援内容 ・食事指導(栄養士) 何を食べているか知らないといけない	→ この支援を必要とする理由 ・介護食・ペースト食などを考えてみる 咀嚼力はどうか
支援内容 ・ヘルパー利用	→ この支援を必要とする理由 ・生活のサポートを行うことと日常生活を知ることができ今後の援助に活かせる
支援内容 ・お菓子屋さんへの連絡	→ この支援を必要とする理由 ・あまり買いすぎないようにお店の人に気をつけてもらう

Aさんについて、認知症の症状を整理したうえで、口腔ケア支援も含みながら、どのようなことが具体的に必要とされるのかなど、
本日の読書も踏まえて支援内容とそれを必要とする理由を話し合ってみましょう

第9G

支援内容 ・介護認定を急ぐために認定調査を早める	→ この支援を必要とする理由 ・適切な支援内容を早く受けていただく
支援内容 ・かかりつけ(在宅)医を探す ・歯科医(かかりつけ医) 情報収集	→ この支援を必要とする理由 ・医師の介入が急がれるから(家族・本人の認知症への理解) ・食事方法の指導 ・義歯の適合 装着の指導 清掃の指導
支援内容 ・第三者の介入 民生委員の介入を進める ・地域の見守り 自治会 ケアマネージャー	→ この支援を必要とする理由 ・家族関係の改善
支援内容 ・専門医を確定させる	→ この支援を必要とする理由 ・治療薬を選択と服薬 → 認知症による繰り返し行動の抑制
支援内容 ・口腔ケアの実施（歯科医師・歯科衛生士）	→ この支援を必要とする理由 ・感染症の予防

第15回（27年度第4回） 認知症の医療と福祉の連携IN守山・野洲



- 1 守山野洲医師会会長より 挨拶
- 2 事務局(藤本クリニック)より本日の説明など
- 3 グループワーク
- 4 総括

今日は「認知症の人の運転」についての
講義の後に
グループワークをします

受付でお伝えしましたグループ番号のテーブルにお座り下さい。
早く到着された皆様は、資料等に目を通していただくとありがたいです。

今年度は、「お薬のこと」「口腔ケアのこと」「認知症と運転のこと」をテーマとして、ご専門の皆さまからの講義をいただきます。
あわせて、例年通りにグループワークも行います。
もちろん、グループリーダーは医師の先生方をお願いをして、医療と福祉の繋がりがより深いものになりますよう、みんなで頑張っていきましょう。よろしく願っています。

* 事例検討書式等の無断での使用はお断りします

1

第15回 認知症の医療と福祉の連携IN守山・野洲

認知症の人と運転

北野 医院
北野 充

3

平成28年度認知症の医療と福祉の連携IN守山野洲 予定

5月12日木曜日18時～

事例提供+GW 藤井先生

8月25日木曜日18時～

事例提供+GW 福田先生

11月17日木曜日18時～

事例提供+GW 衛藤先生

H28年2月23日木曜日18時～

事例提供+GW 津田先生

28年度は医師からの事例提供を元にして、各グループで検討を行います。

ご案内は差し上げますが日程の調整をお願いいたします。

場所はコミュニティーホールです。

2

図1-2-6-5 年齢層別交通事故死者数の推移



高齢者白書(平成27年)から

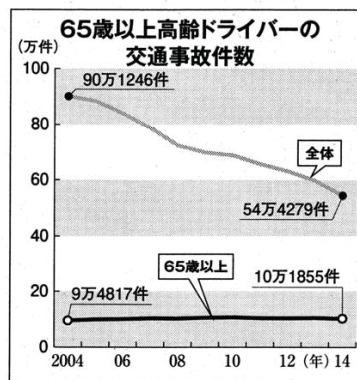
4

運転行為とは

視覚や聴覚器官から入力される感覚情報の処理、注意機能による情報の選択、作業記憶による選択された情報の操作や長期記憶からの情報検索、思考による問題解決や推論といったほとんどすべての認知機能が関与する複雑な作業である。

認知症疾患治療ガイドライン2010

5



週刊朝日 2015年 10/2号 から

7

運転免許保有者(平成26年)

1. 平成26年末現在の運転免許保有者は、約8,208万人で、前年に比べて約22万人増加した。
2. 保有率(運転免許適齢人口に対する割合)は、74.8%である。
3. 65歳以上の高齢者の保有者は、約1,640万人で、前年に比べて105万人増加した。
4. 65歳以上の高齢者の保有率は、約50%である。
5. 運転免許保有者全体の高齢保有者の占める割合は、約20%である

6

高齢ドライバーの特性

- 1) 身体的特性
- 2) 心理的特性
- 3) 運転的特性
- 4) 社会的特性

鈴木春男 千葉大学名誉教授の資料から

8

身体的特性

- a) 視力
 - ①動体視力の低下、②視野が狭くなる、③コントラスト感度の低下、④暗順応の低下、⑤眩惑の増大
- b) 聴力が低下する
- c) 反射的反射反応にムラが見られる
- d) 判断の速さと正確さが低下する
- e) 体力と衝撃耐性の低下
- f) 疲労回復力の低下
- g) 注意力の配分や集中力の低下

鈴木春男 千葉大学名誉教授の資料から

9

認知症と自動車事故

- 1) 認知症患者の23～47%がその経過中に、1回以上の自動車事故を経験している。
- 2) 認知症患者の11%が運転しており、そのうち16%が運転中に事故を起こしていた(日本老年学会の調査)。
- 3) 認知症患者は同年齢の健常者に比して、2.5～4.7倍自動車事故を起こすリスクが高い。
- 4) 一度事故を起こし、その後運転を継続していた認知症患者の40%が、再び事故を起こしている。

11

心理的特性と運転的特性

- 2) 心理的特性
 - a) 複雑な情報を同時に処理することが難しい
 - b) 運転が自分本位となり、相手に甘えがち
- 3) 運転的特性
 - a) 過去(若いとき)の経験にとらわれる
 - b) 意識と行動のミスマッチ
 - c) 「慣れ」と「だらう運転」
 - d) 小さい車に乗り換えることで身体機能の低下はカバーできると考えている
 - e) 高齢者に見られる個人差

鈴木春男 千葉大学名誉教授の資料から

10

認知症疾患治療ガイドライン 2010

CQ 3E-2

認知機能検査で自動車の運転適性を予測することは可能か

12



13

認知症の運転行動

- A) アルツハイマー病
 - ・運転中に行き先を忘れる
 - ・駐車や幅寄せが下手になる
- B) 前頭側頭葉型認知症
 - ・交通ルールの無視
 - ・運転中のわき見
 - ・車間距離が短くなる
- C) 血管性認知症
 - ・運転中にぼーっとするなど注意散漫となる
 - ・ハンドルやギアチェンジ、ブレーキペダルの運転操作が遅くなる

15

認知症患者の運転で 危険を示すサイン

- ・センターラインを超える
- ・路側帯に乗り上げる
- ・車庫入れ(指定枠内への駐車)に失敗する
- ・普段通らない道に出ると、急に迷ってしまう
- ・普段通らない道に出ると、パニック状態になる
- ・車間距離が短くなる

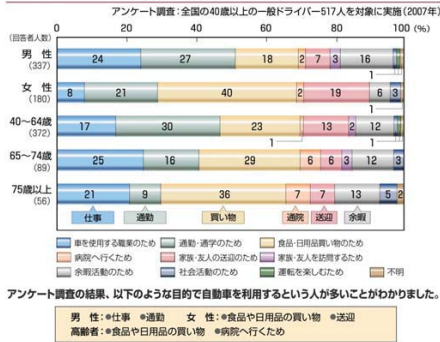
14

円滑な運転中止に向けて ①

- 1. 認知症が疑われる場合、早めに医療機関を受診をし、正確な診断を受ける。
- 2. 「認知症の症状の進行により、車を安全に運転することは難しくなる」という事実を、本人と家族など周囲の方々と理解し、共有する。
- 3. 話し合いをする際に、家族や周囲の方々が、本人の運転の目的や運転に対する意味づけを理解する。

16

「あなたは、どのような目的で運転しますか？」



「家族介護のための支援マニュアル」から

17

円滑な運転中止に向けて ②

4. 「運転の代替」を検討する

a. 自動車が移動手段として必要な場合

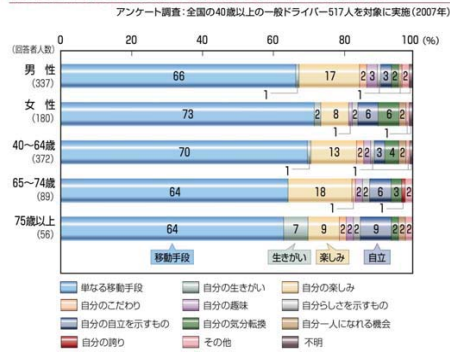
具体的に、本人の運転の代わりとなる手段の確保について考える。

b. 運転することが楽しみや生きがいである場合

運転の代わりとなるような趣味の講座や健康づくり教室など新たな楽しみや生きがいにつながる活動、本人と話し合いながら、地元で探す。

19

「自動車を運転することはどのような“意味”がありますか？」



18

運転の代替手段を確保する

- ・公共交通機関（コミュニティバス・福祉バスなど）
- ・病院や福祉施設の送迎バス
- ・集合バス・デマンドバス（予約制乗り合いバス）
- ・乗合タクシー・デマンドタクシー（予約制乗合タクシー）
- ・介護タクシー・福祉タクシー
- ・自家用有償旅客運送（市町村やNPO法人などによる有償の運送サービス）など

20

新たな楽しみや生きがいを探す

- ・生きがいづくり活動、デイサービス
- ・趣味の講座、娯楽の場
- ・運動・体操、健康作り教室
- ・ふれあいサロン、いきいきサロン、茶話会
- ・入浴・温泉施設への送迎付きサービス
- ・賃農園での活動

21

認知症の運転中止に向けて

- 1) 認知症の、運転は危険である。
- 2) 認知症の運転中止はことさら難しい。
- 3) 運転中止ができた場合、その喪失感にも目の向けるべきである。
- 4) 認知症は、交通事故の要因となるが、高齢者交通事故の原因の全てではない。

23

認知症疾患治療ガイドライン 2010

CQ 3E-2

認知機能検査で自動車の運転適性を予測することは可能か

推奨

認知機能検査から認知症者の運転適性を予測できるほど、両者の関連性は明確なものではない。さらに検査結果から安全なドライバーか否かを判定するカットオフ得点を明確にした研究はほとんどなく、今後の研究が待たれる（グレードC1）。

22

認知症の人と運転

滋賀県警察本部交通部運転免許課

谷口 昇

24

平成27年中の県内の交通事故

発生件数
5,879件
 前年対比 -719件 (-10.9%)

死者数
73人
 前年対比 +10人 (+15.9%)

傷者数
7,625人
 前年対比 -920人 (-10.8%)



25

高齢死者の状態別

自動車運転中 14人 (前年比+6人)

自動車同乗中 5人 (前年比+3人)

歩行中 9人 (前年比-1人)

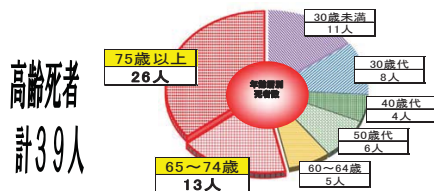
自転車乗車中 8人 (前年比-1人)

バイク乗車中 3人 (前年比-3人)

27

高齢者の交通事故

- 高齢者(65歳以上)の死者が全死者の半数以上(53.4%)を占めています。



26

高齢ドライバーの交通事故

- 平成27年中の高齢者(65歳以上)が自動車(原付含む、特殊車を除く)を運転中に第1当事者となった事故の件数は902件(−87件)と減少しましたが、それにより亡くなった方は**23人(前年比+5人)**と増加しました。

28

高齢者の交通事故の原因



29

質問票

- ・ 過去5年以内において、病気(病気の治療 に伴う症状を含みます。)を原因とし、又は原因は明らかでないが、意識を失ったことがある。
- ・ 過去5年以内において、病気を原因として、身体の一部が、一時的に思い通りに動かせなくなったことがある。
- ・ 過去5年以内において、十分な睡眠時間を取っていないにもかかわらず、日中、活動している最中に眠り込んでしまったことが週3回以上ある。
- ・ 過去1年以内において、次のいずれかに該当したことがある。
 飲酒を繰り返し、絶えず体内にアルコールが入っている状態を3日以上続けたことが3回以上ある。
 病気の治療のため、医師から飲酒をやめるよう助言を受けている
- ・ 病気を理由として、医師から、運転免許の取得又は運転を控えるよう助言を受けている。

31

一定の病気等に係る運転者対策 (平成26年6月施行)

- 免許取得・更新時に病気等の症状に関する「**質問票**」の提出義務 (虚偽申告の場合)
1年以下の懲役または30万円以下の罰金
- 医師が一定の病気に該当すると認知した場合
医師による任意の届出制度
- 交通事故の状況等から一定の病気に該当する疑いがあると認められる場合
免許の効力の暫定停止処分

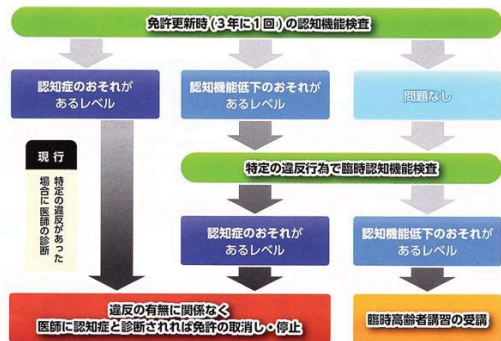
30

道交法改正後の 75歳以上の運転者の認知症対策 (平成29年3月施行予定)

- 75歳以上の運転者が、更新時の認知機能検査で「認知症のおそれがある」と判断されれば、違反の有無にかかわらず医師の診断(臨時の適性検査)が義務づけられます。現行制度においては、認知症の疑いであっても、特定の違反があった場合に限り医師の診断を受けることとされています。
- 75歳以上の運転者が、「認知機能低下のおそれがある」「問題なし」であっても、認知機能が低下した場合に行われやすい違反行為をした場合には「臨時認知機能検査」が行われます。違反行為は政令で定められますが、逆走や信号無視などが想定されています。現行制度では、違反をしても次の更新時まで検査を受けなくてもよいとされています。
- 臨時認知機能検査の結果、「認知症のおそれがある」場合は医師の診断を受け、認知症と判断されれば免許の取消し・停止となり、「認知機能低下のおそれがある」場合は「臨時高齢者講習」を受講しなければなりません。
- 臨時認知機能検査を受けなかったり、臨時高齢者講習を受講しなかった場合は、免許の取消し又は停止の処分が行われます。

32

道交法改正後の75歳以上の 運転者の認知症対策の流れ



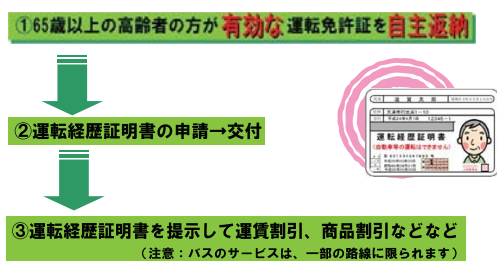
33

運転経歴証明書の提示で提供されるサービス

サービス提供者	サービス提供の内容	問い合わせ窓口など
☆☆ 運転経歴証明書の提示で提供されるサービス ☆☆ (サービスの概要をご紹介します。詳細はそれぞれの窓口へお問い合わせください)		
一般社団法人 滋賀県タクシー協会	滋賀県タクシー協会加盟のタクシー事業者による運賃10%割引	TEL 077-585-8261
滋賀県個人タクシー協同組合	滋賀県個人タクシー協同組合加盟の個人タクシー事業者による運賃10%割引	TEL 077-524-7301
有限会社新栄梱包運輸 「ニイサカタクシー」	運賃10%割引 (本社・高月営業所)	TEL 0749-63-8156

35

自主返納支援制度



34

～ 運転適性相談窓口 ～

警察では、下記の病気により、自動車等の運転に支障がある方又は、病気にかかっていること等を理由に自動車等の運転に不安がある方及びそのご家族の皆さん等のために運転適性相談窓口を設けております。

- ・統合失調症
- ・てんかん
- ・再発性の失神
- ・無自覚性の低血糖症
- ・そううつ病
- ・重度の眠気の症状を呈する睡眠障害
- ・その他運転に支障のあるもの
- ・認知症

36

模擬事例

- ・70歳男性 MMSE23点 息子家族と同居 隣県に結婚して娘家族がいる。
- ・初期のアルツハイマー型認知症と診断を受けた直後で、抗認知症薬が開始された。
- ・運転歴は20歳からで、事故や違反はない
- ・現在も、毎日、琵琶湖岸まで出かけて、そこで湖岸を散歩することが日課となっている。帰り道にスーパーにも寄ることがある。妻と一緒に出かけることもあるが、同乗していて不安に思ったことはないという。
- ・最近、嫁いでいる娘が、ニュースを見て、運転をやめるように電話をしてきた。同居の息子家族は、アルツハイマー型認知症と診断されたことも知らないが、娘には妻が伝えていた。
- ・主治医からは、「運転中止の方向へ」と言われているが、本人には、自覚はない。また、妻も「夫に車をやめてもらおうと、買い物に不便がでる」と言っている。
- ・今回、心配をした娘が包括支援センターに電話で問い合わせをしてきた。
- ・介護保険は未申請

37

グループワーク2

- ・次を考えてみましょう！
グループワーク1で選んだ方針で、Aさんをサポートする場合、どのような手段が考えられますか？様々な面から考えてみましょう。
どちらを選びましたか？
()運転中止に向けてのアプローチをした方がいい
()すぐさま、運転中止の方向へはアプローチしない

議論の内容

39

グループワーク1

- ・最初に考えてみましょう！
Aさんに「運転中止に向けてのアプローチをした方がいい」と思いますか？それとも、「すぐさま、運転中止の方向へはアプローチしない」ですか？各グループで議論して下さい。

運転中止に向けてのアプローチをした方がいい	すぐさま、運転中止の方向へはアプローチしない
議論の内容	議論の内容

38

グループワーク 1

- ・ 最初に考えてみましょう！

Aさんに「運転中止に向けてのアプローチをした方がいい」と思いますか？

それとも、「すぐさま、運転中止の方向へはアプローチしない」ですか？

各グループで議論してください。

運転中止に向けてのアプローチをした方がいい	すぐさま、運転中止の方向へはアプローチしない
議論の内容 ・ もっと低くても運転している人も ・ 徐々にアプローチしたらよい ・ 見通しを本人や家族に持ってもらう ・ 主治医が「運転中止の方向」と言っている ・ 買い物は車なくてもなんとかなるのでは ・ 家族は何らかの不安を持っている ・ 何かあってからでは相手も本人も不幸 ・ 事故につながると怖い ・ 相談時にどんな症状があったのか	議論の内容 ・ MMSEがそんなに低くない ・ 低下の恐れのあるレベル ・ 事故・違反はないから ・ 滋賀の人なので車がないと不便 ・ まだ70歳だから ・ 買い物を他の家族に頼むのはむずかしい？ ・ 本人の生きがいがないならないか ・ GPSを車につけた ・ 車の買い替えができないことにした（廃車にした） ・ 止めろと言われても止められない
・ 介護保険未申請 ・ 車を運転するというのはそれだけ責任がある。運転は説得してでもやめる方がよい。アルツハイマーの進行度があるのでは？運転を止めて進行してしまうこともあるのだからたちまちすぐにはやめる必要はないのでは？進行の具合とか個性も考えて ・ 他人に確実に迷惑をかけるので家族は止めてほしい。ただ、交通手段がなくなることも事実 ・ 家族で話し合っこの時間帯とか天候とか取り決めをして運転してもらっていることもある。 ・ 事故が一番心配。本人はなかなかやめないが車検のタイミングとかでやめるようにPR	

運転中止に向けてのアプローチをした方がいい	すぐさま、運転中止の方向へはアプローチしない
・ この方は琵琶湖岸に行くこと、スーパーに行くことが日課になっているし ・ 滋賀県は不便 ・ このケースについては運転はやめる方向でアプローチすることは必要 ・ 年々レベルはダウンするので、生活に支障が出てきた時点で、家族で話し合い、段階を踏んでやめてもらう方向でアプローチ	
・ 運転中止のアプローチはすぐに行く ・ アプローチはすぐにするが、他に趣味を見つけていながらアプローチしていく ・ 本人の思いを考え、すぐにしない。運転しなくてもいい方向に持っていく ・ 本人自覚はない。生活にも困る。 ・ 少しずつバス・歩行に移していく ・ 趣味をなくすとやりがいをなくしてしまう ・ 主治医に「ダメ」と言ってもらう	
・ アルツハイマー型認知症と診断されたら免許失効（取消し） ・ てんかんは2年間発作なければ運転できる。 ・ 軽度であれ受診し、医師からの指示で運転を止めていくことができた ・ 認知症で取り消した件数は少ない ・ 3.6% 認知症第一分類 ・ 法律上	
・ 家族が認知症と知って車を運転させていたということがわかれば家族にも責任はある （結論） ・ 時間を追って代替案を出しながら中止の方向へ持っていく方がよいのでは。	・ 何か問題が起こるまではこのままでよいのでは ・ 認知症が進んで閉じこもりになってしまうのでは ・ 進んでしまってからやめさせるのは難しいかな?とは思いますが ・ 生活リズムがくずれてしまうのではないかな 明らかな問題(帰ってこれないことがあったよがあればやめないとはいけませんが)

運転中止に向けてのアプローチをした方がいい	すぐさま、運転中止の方向へはアプローチしない
	・ 本人の思い ・ 家族の思いがわからない ・ 止めたら認知症進まないか ・ 事故が起こると本人・家族 責任問われる ・ 病状が進む前に納得できるのがよい
・ 本人は若いし奥さまも助手席にいて慣れておられ危険を感じていない可能性がある。 ・ 年をとるほど運転中止ができなくなる ・ 自尊心もあり、手段もなくなるので、運転中止した後の生活も考えながらアプローチ ・ 本人に判断能力があるうちに中止の決断をしてもらう	
・ 進行性の病気なので早いうちから運転を止めていく方がよい ・ 何かきっかけで病院受診しているので、よいきっかけなので今の段階でアプローチした方がよい。 ・ 運転に自信があるので、すぐにやめるように言うと逆効果になる ・ 認知症でなくても高齢なのでよいきっかけかも。いずれは免許を返さないといけないので ・ 認知症が進行していくと運転がダメになることの理解ができなくなるので今の初期段階でのアプローチが必要 ・ 運転という環境が便利な社会 ・ 認知症でなくても歳を重ねていくことで判断力が低下していると自覚している ←小西先生 ・ 事故は自分だけでなく他人を巻き込み家族にも迷惑をかけることになる	・ 診断が??もしかして違うかも。半年～1年様子を見てよいのでは ・ MMSEの点数の評価が要るのでは?

運転中止に向けてのアプローチをした方がいい	すぐさま、運転中止の方向へはアプローチしない
・ 29年3月までゆっくりアプローチしていく。代わりの手段を考えないと難しい。 ・ 認知症の人は自ら返すことはしない。 ・ 運転以外の興味(楽しみ)を持つ。犬を飼う。介護保険申請(デイサービス) ・ どうして運転することが必要か、アセスメントして運転の代替、セニアカー ・ 家族だけでなく支援者を増やし(介護保険申請し)病院に何度も受診して皆でアプローチしていく	
・ 息子家族に運転の協力を得る ・ 息子家族に診断を伝える。一緒に外出する機会を増やす。 ・ 家族に病気の勉強・理解をしてもらう。今後どのようにするか話し合う。 ・ びわ湖まで出かけるのではなく、歩ける範囲で趣味を見つけてもらう ・ 家族で協力体制を作る(本人を含め) ・ 車に乗ることで何が得られるのか? ・ びわ湖に行ける他の方法を考える ・ 家族の関わりによってすぐ車に乗るのをやめる方もいる ・ 子供に迷惑をかけたくない。歳を重ねるにつれやめろ ・ 事故で怖い思いをして車に乗るのをやめる	・ 免許を交換する方向に持って行くか検討(認知症が進行しないうちに、本人の理解があるうちに) ・ もう一度主治医に再診察 ・ 必ず家人が隣に座ってもらう(息子)運転状況を確認してもらう ・ 介護申請→家族以外のサポートも必要 ・ 公共交通機関のサービスについて情報提供 ・ 家族の協力を得る
・ やめさせたい時にすぐにやめさせられないだろうから今から布石を打つ。自転車も危ない。 ・ 徐々にアプローチする→本人に意識してもらう。円滑にやめてもらうために。 ・ 言うべきことは言うしておく ・ 生きがいや買い物について考えておく ・ 小さい事故を繰り返していないか ・ 免許返納に向けての雰囲気づくり(関連のテレビを見てもらうとか) ・ 奥さんから「やめてほしい」言ってもらう。←奥さんにも納得してもらう。自主返納制度を利用してもらう	

運転中止に向けてのアプローチをした方がいい	すぐさま、運転中止の方向へはアプローチしない
・ 他の楽しみの提案。100歳体操。まだ若いので世話役として関わっていただけるように地域に働きかける ・ 息子さん家族を巻き込んで正しい病気への認識を持ってもらう ・ 介護保険の申請をしてもらう	・ 本人の思い、運転する意味合いを確認する ・ 家族の思いを確認していく。息子・妻。 ・ 車を持つ維持費よりレンタルの方が良いということもある（湖岸まで毎日行く。どこから？） ・ 散歩のルートは湖岸でないとダメなのか ・ 妻は運転できるのか？出来ないのか？→不便になるので運転しないのか ・ 介護保険申請しても要支援か ・ 家族の支援は、できることは、買い物について他の案は ・ リスクに対する情報提供（タイミングは？） ・ 住んでる場所による
・ 家族の状況を聞く→運転をやめさせたいと考えているか？ ・ 大丈夫かどうか確認する ・ 本人は自覚がないケースが多い。本人にもう一度主治医に診てもらう。実技講習にて本人に自覚していただく。 ・ 家族の理解	・ 生活にはたちまち支障がない。認知症の進行につながるのでは。 ・ 行動範囲が狭くなり、ひきこもり・社会性低下する。 ・ サインが出てきたときに止める。きつかけがないとやめられないのではないか？ ・ 家族が同乗する（条件を付けての運転）息子などしっかりとした人。 ・ 楽しみがなくなってしまう

運転中止に向けてのアプローチをした方がいい	すぐさま、運転中止の方向へはアプローチしない
	・ 他のグループはアプローチした方がいいか ・ リアルなケースだと運転しちゃう ・ 家族としてはやめてほしい。相談ある。 ・ 本人は行動狭くなる ・ アプローチしないで何か考えられるかを ・ 診断初期 ・ 事故にあった時は本人・家族の責任問われる。高額な賠償、危険運転致死。 ・ 娘が何らかのアプローチしてたかというのはある ・ やめたら認知症進まない ・ 23点はよくない。MMSE ・ 無事故 ・ 本人の思いはどうか ・ 抗認知薬飲んで事故した。事故後の対応上手くできず事故現場を立ち去り（ひき逃げ） ・ 取消しになって鍵隠しても車屋さんへ行って鍵が作れる ・ 本人の気持ち、家族の気持ちを聞く
	・ 介護保険のサービス ・ 家族の支援 ・ シニアカーの利用 ・ 自転車利用 ・ 車の免許返納に対し抵抗がある ・ モーリーカー ・ 交通機関の整備 ・ 他の移動手段 ・ 家族の支援（買い物など） ・ 軽度の時に本人納得の上やめてもらうことが理想 ・ 車のゲーム等で認知症の低下を防ぐ（シュミレーションゲーム）

【全体を通じて】

1 27 年度、現場の課題から実践的なテーマ設定を

IN 守山・野洲の取り組みは、“同じ現場を持つ”多職種が互いに顔を知るための関係づくりの場であるだけでなく、常に同じ形（多職種連携）が現場で実践されることを意識して進めている。

そのために、企画・運営側では、3 年がかりの中長期の視点にたって、24～25 年度には、病気だけではなく、①「生活全般」をみていくこと（1 回目・4 回目）、本人の困り事や求めることを起点に、②「本人視点」を持つこと（3 回目・4 回目）、そして、連携のための③「パス」のイメージ作り（5 回目）、④「家族支援」（6 回目）、⑤「コミュニケーション」全般（7 回目）と展開してきた。続く 26 年度は、2 か年で築いた土台の上で、「認知症の疾患別」の理解と事例検討（⑧～⑪回目）を行った。

そして、本年度は、多職種に共通する具体的な課題として、薬物療法（抗認知症薬、向精神薬）や口腔ケア、また、認知症の人の生活に密接にかかわる自動車運転の課題について、テーマとして取り上げた。

2 積み上げられた多職種のつながりをベースに新たな課題の解決力を

①顔の見える関係、から、同じ課題を考える関係に：

- 認知症の人や家族でも多くの情報に触れることができるようになり、薬物療法や口腔管理に関する基礎的な知識や、多職種連携を通じての対応方法を身に着けることが必要との観点からテーマ設定した。
- 多職種連携による“課題解決力の向上”は、これまでの“関係づくり”で育まれた「このことは、あの人に聞いてみればいい」、「あの先生だったら知っているから聞いてみよう」という“つながり”を実感することである。

②直接的なケア技術から、細部の領域・生活課題解決へ：

- 本年度は、認知症の基本的な理解、多職種の関係づくりから一歩進んだ、薬剤や口腔管理、車の運転といった、細部の領域・生活課題に着目した。
- 専門職個人のレベルアップ、専門職の関係づくりは、具体的な領域、生活課題における“複数の専門職の目を必要とする課題”の解決のためでもある。それを体感するテーマ設定とした。

③定番の雰囲気作りは：

- 24～26 年度に続き、本年度も、様々なアイスブレイクによって、短時間ながら緊張感を取り払い、よい雰囲気作りを行うことも継続した。
- 個人ごとの関係づくりから、法人間の信頼、職種間の理解につながり、担当者が代わっても、新しい人が入っても、自分が違う地域に行っても、同じような関係を築ける“連携の入り口”の役割を果たしていると考え。

(3) アンケートのまとめ

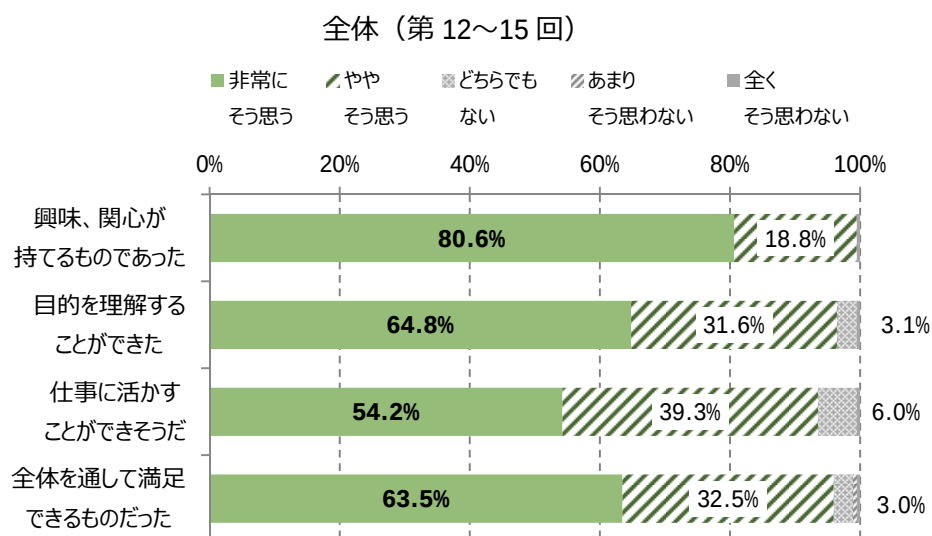
平成 27 年度に開催した第 12 回（H27.5.7）～第 15 回（H28.2.25）では、昨年度と同様に GW 開催後にアンケート調査を実施した。以下、その結果を整理する。

① IN 守山・野洲について

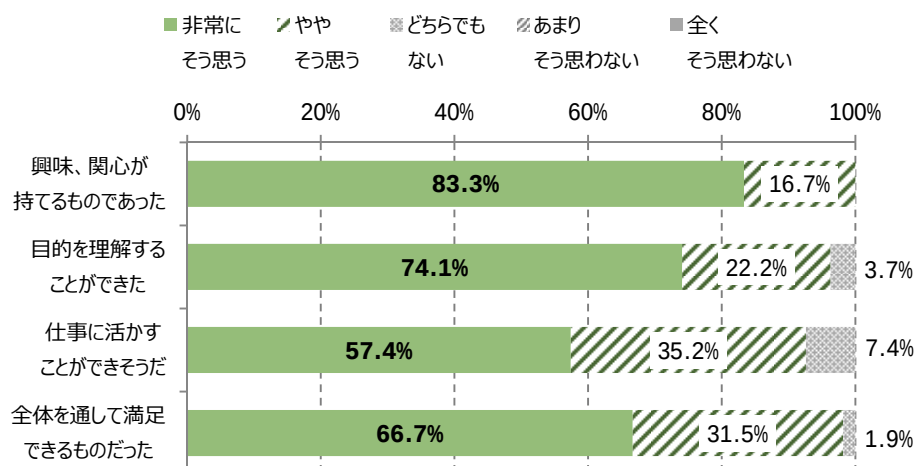
本年度は、薬物療法に関する第 12、13 回、口腔ケアに関する第 14 回、自動車運転に関する第 15 回の IN 守山・野洲の参加者の全体評価をまとめる。

『GW の内容が興味、関心が持てるものであった』については、「非常にそう思う」が 80.6%、「ややそう思う」が 18.8%であった。以下、『目的を理解することができた』は、「非常にそう思う」が 64.8%、「ややそう思う」が 31.6%、『仕事に活かすことができそう』は、「非常にそう思う」が 54.2%、「ややそう思う」が 39.3%、『全体を通して満足できるものだった』は、「非常にそう思う」が 63.5%、「ややそう思う」が 32.5%という結果であった。

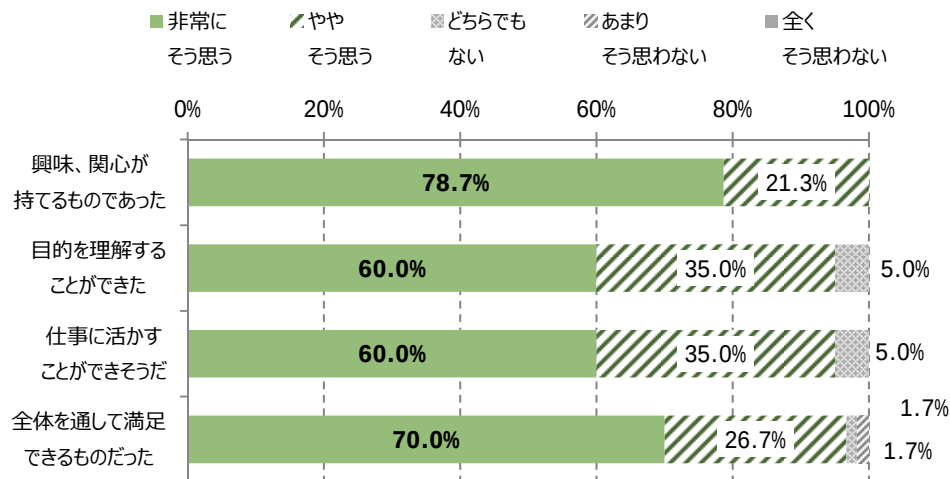
いずれの設問にも、「あまりそう思わない」、「全くそう思わない」の評価はなく、概ねポジティブな評価となったといえる。



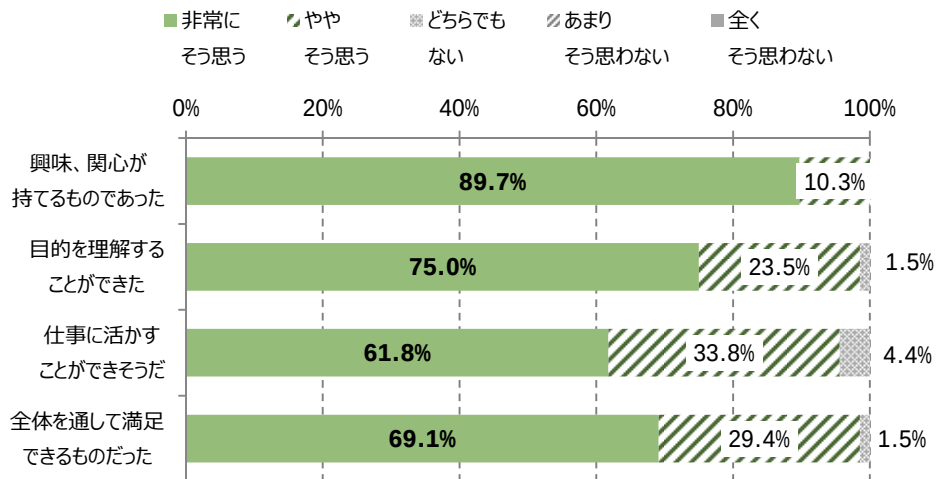
第 12 回（H27.5.7 抗認知症薬について）



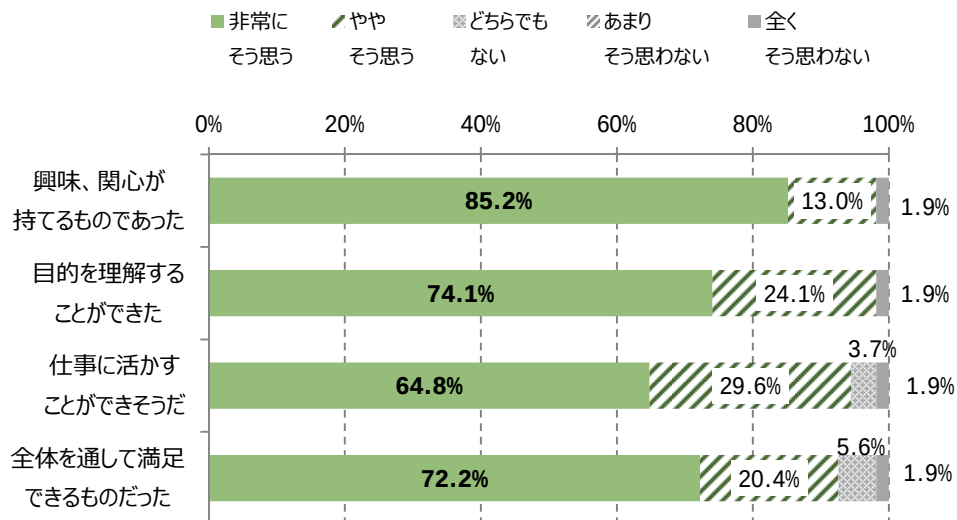
第 13 回 (H27.8.20 向精神薬について)



第 14 回 (H27.11.26 認知症の人と口腔ケアについて)

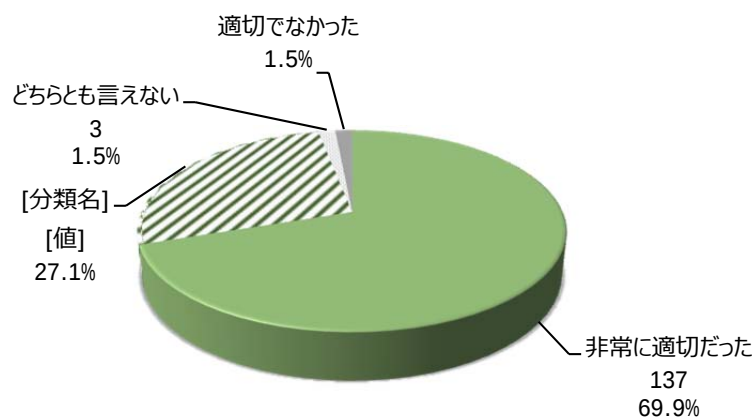


第 15 回 (H28.2.25 認知症の人の自動車運転)



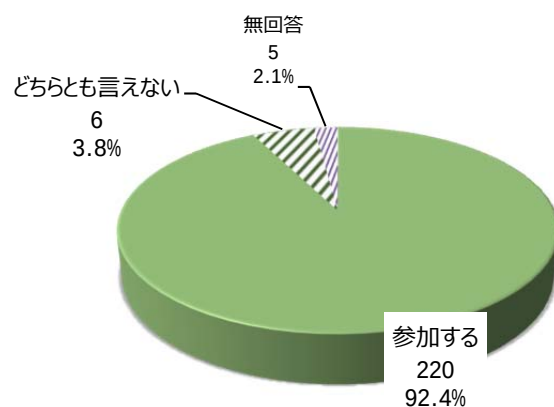
② 時間配分について（n182；有効回答）

GW の当日の時間配分について、「非常に適切であった」が 137 人（69.9%）と最も多く、次いで「まあまあ適切だった」が 53 人（27.1%）、「どちらとも言えない」、「適切でなかった」がともに 3 人（1.5%）であった。



③ 今後の IN 守山・野洲への参加意向（延べ参加者 n238）

今後も「認知症の医療と福祉の連携 IN 守山・野洲」への参加を希望するか、について、「参加する」が 220 人（92.4%）とほとんどを占め、「どちらとも言えない」が 6 人（3.8%）、「参加しない」は 0 人であった。



④ 自由記述

(第12回 H27.5.7 抗認知症薬について)

初めて参加、出席させて頂きましたが大変勉強になりました。薬のことだけでなく、その周辺の状況などがとても重要であること。ありがとうございました。

日々、認知症の診察や認知症の方と接しておりますがこれほど多職種で事例を検討したことはありませんでした。自分の考えの再確認にもなりまして、とても有意義な時間でした。

職種によるそれぞれの考え方が勉強になりました。

介護職とケアマネ、ドクターと違う職種の方から話をすることができ、職種の違う方の視点も話を聞くことができて勉強になりました。

いろんな症状を見の中で、一方向からだけでなく、いろんな可能性に目を向けることに気づかされます。

話しやすい雰囲気が良かったです。

今回の今の状況を医師へ報告するとしたら、医師の立場ならどんな情報が欲しいか

→とても興味深く、ケアマネとして視点を改めて考える機会となりました。

色々な職種の方や、ドクターとも意見交換ができる場はあまりないので楽しく参加でき勉強になりました。藤本先生や奥村さんのしかけが良い形で表れているのだろなあとと思います。

多職種が集まり、フラットに話せて大変有効な時間でした。

薬の処方についてもっと関心を持ち、把握していくことが大切だと思いました。薬の効果、副作用について医師、薬剤師との連携が必要だと思いました。

初めて参加させて頂きましたが、医師の方も話やすく、話しやすい雰囲気でグループワークもできてほっとしました。内容もとても為になりました。医師自身も情報を知りたいということが分かり、なるほどなあと思うことばかり。また参加させて頂きます。

普段聞くことのない医師や薬剤師の方の話を聞き、意見交換ができて貴重な時間を過ごすことができた。

認知症の薬というと、一番関わりの多い薬ですが、この2つのケースの中だけでもたくさん考えるところがありました。立場によって様々な見方、受け止め方があることも毎回感じています。今回特に、情報共有の大切さということを実感しています。

今回のケースは難しかったと思う。

情報共有が必要であり、主治医との連携に頑張ろうと思いました。次回も出席させて頂きます。

日頃の医療ケアに携わる方々の「生」のお話が聞けて、また熱心に携わっておられることも「生」で感じ大変勉強になりました。

普段会話することのない人たちの意見が聞けて良かったです。

多職種、各意見が聞けて楽しく、参考になります。企画内容良かったです。

初めて参加しました。とても参考になりました。いろんな職種の方の話を聞くことができて良かったです。

参加者が増えていて、とても心強く思いました。

認知症の勉強のつもりで参加しました。説問の仕方そのものが仕事をしていく上で大切な考え方だと思いました。ドクターと勉強会を一緒にしたのは初めてで、横の繋がりを大切にしてくださっていることを知り、とても良かった。

業務上、認知症についての知識を必要とするので、今回学んだことを仕事に活かしていきたいと思います。

初めて参加させてもらい、フラットな状況で話せるのが良かった。

いつもドクターの考えておられることを聞くことができてとても良い時間だと思う。

ドクターが提供してほしい情報が少し理解出来たので今後参考にしながら情報提供をしたいと思います。

薬の効果、服薬の量、様子さまざまで元気になったのは良いけど、家人への不安や心配が増えることがあるのを知れた。なかなか薬について聞くことができないので良い勉強になった。

班分けの構成によってグループワークの内容が全く変わってくることがおもしろい。リーダーとなる先生の性格や人間性によってかなり雰囲気が変わります。楽しい時間です。

忙しい仕事の中、薬の勉強まで手が届かない中で貴重な時間と薬の説明が受けられ、今後の仕事に活かせれば嬉しいです。

専門用語すぎて難しい箇所もあった。今回初めて参加したが、たくさんの医師が参加されたことに驚いた。医師は、とっつきにくい印象があったが、そうばかりではないことが分かったことが今日一番の学びでした。

(第 13 回 H27.8.20 向精神薬について)

医師	向精神薬の使い方は、入院の患者さんに使っているが、やはり過鎮静に問題があると思われる。実際経験もします。これを在宅で予防的に使うには頻回の訪問が必要と思われる、かかりつけ医が使うには訪問看護・訪問薬剤師また認知症限定ナース等の体制作りが必要と思っています。
医師	抗認知症薬についても(前回あったようですが) 勉強していきたい。
医師	今回は判断が難しいケースで面白く楽しく勉強ができました。他の疾患が隠れていることも考えなければならない、薬を一つ決めて使い慣れることが大切であるなど大変勉強になりました。
医師	今回はむずかしかったが勉強になった。
医師	今回は薬物療法についていろいろな考え方があることがわかりました。個々のケースにその症状に対応しての処方が必要であり、そのフォローも重要であることを理解させてもらえました。
医師	ケースを早めに教えてください。
医師	ケアマネさん・OTさんとワークをした中で、薬にこんな多様性があるんだという声を多く聞けました。だからこそ多職種での個々の症例での連携が必要と感じました。自グループと異なる結論を聞いても「それもそうだなあ」と許容的に聞けるようなグループワークができて今回は本当に勉強になりました。
薬剤師	とても勉強になりました。
薬剤師	はじめての参加でした。とても楽しい時間でした。
薬剤師	認知症治療薬と向精神薬の組み合わせについては医師の側も処方に迷うことが多く困っておられることがよく理解できた。薬剤師として処方設計にたずさわれるとうれしく思います。
薬剤師	他職種の方といろいろな意見を言い合える場を提供していただけることが貴重と思いました。
薬剤師	多職種の皆様とたくさん話ができて現場のお話も聞けて勉強になりました。
薬剤師	ケアの要点・処方意図・モニタリング事項等の共有が大切だと感じました。それを可能にするのが顔が見え何でも言える関係だと思っています。
介護職	同時ケースでも出てくる対応の仕方・考え方がこれだけの違いが出てくる。Dr.でも薬の使用を怖がられているのに驚きと安心感を持ちました。
介護職	向精神薬についてのグループワークが少し難しく感じた。ただ、みなさんの考えが聞けて良かったと思った。
介護職	最近デイで歯科医師をお招きし口腔ケアセミナーを開きました。皆さん???の点が多かったと思いますが大変興味深く聞いていただけました。
介護職	他職種の方と関われる機会をいただけてうれしく思います。現場でも役立てるよう頑張ります。
介護職	今回初めての参加でしたが他職種の方とのグループ討議もできてとても参考になりました。薬の作用や使い方など本人や家族の状況を知ることから始めることの大切さを改めて感じた。楽しい時間でした。
介護職	グループワークがとても勉強になった。
介護職	医師の先生の話聞いて勉強になりました。現場の役割を再認識し連携を大切にしていきたいと思いました。
介護職	多職種の方々と共通の話題について話しあうことでいろんな考え方や情報を知ることができるのでこの研修に参加できて良かったと思います。
介護職	日頃よりお薬は必要(その方に合ったもの)と思っていたので勉強になりました。
ケアマネ	各々参加者が自由に語れる雰囲気になってきている...そうですね。来てよかった。
ケアマネ	向精神薬について理解しやすかったです。
ケアマネ	向精神薬という副作用のことが先にありましたが、今日の講義で用途によっていろいろ使い分けがあることがわかりとても勉強になりました。こういう状態でなぜこの薬を使いどのような状態になったかという情報を共有していくことが大切だと教えていただきました。
ケアマネ	ケアマネジャーの参加が多い中、今日は医師の方に薬剤師の方がおられたのでわかりやすくグループワークできました。

ケアマネ	地域の在宅医さんとの身近な交流ができてとてもよい会だと思っています。
ケアマネ	グループワークが楽しかった。先生は気さくで話しやすく、薬の処方について学べた。認知症の対応に答えはないと思われる。
ケアマネ	ケースバイケースでその時々に合わせて処方やサービスも変えていくのもよいかと思う。色々な意見が聞けてとても勉強になりました。こういう状態でなぜこの薬を使いどのような状態になったかという情報を共有していくことが大切だと
ケアマネ	医師・薬剤師・訪問看護・特養の職員・・・多職種の参加で様々な意見が聞けて良かった。対応に優先順位により違ってくると思った。クスリはむずかしい・・・。
地域包括	向精神薬のことをこのような角度から学んだり話し合ったりすることが今までなかったためとても参考になった。
地域包括	薬の話になるといつい敬遠してしまう。得意な人とつながれば良いのでは・・・。
地域包括	少し難しかったです。
行政	毎回ケアの方・医療の方々のお話を聞くことは非常に勉強になります。事例に対しては自分の視野の狭さに気付かされたりととても勉強になりました。
行政	事例がよく考えられていてとても考えさせられました。
その他	多職種で地域の他の医療機関や施設関係者の方と情報交換でき非常に有意義に勉強ができました。(OT)

(第 14 回 H27.11.26 認知所の人と口腔ケアについて)

医師	歯科さんとぜひ連携し議論したい。
医師	できれば立食パーティができればと思います。
医師	多くの職種の人が集まってのグループワークがこれからも続けることを考えて下さい。
医師	歯科の先生、衛生士さんのお話が聞けて本当に新鮮でした。歯科と協力体制が取れると今よりも良くなることが多いのだらうなと感じました。
歯科医師	認知症という専門以外のことがよくわかりありがとうございました。
歯科医師	歯科医師の立場から出来る支援はしていきたいと思います。
歯科医師	歯科の部分をピックアップしてもらい今後もこちらの業務が少しでも全体の中に組み込まれるように努力が必要と感じた。
歯科医師	勉強になりました。
歯科医師	今回初めて参加させていただきました。グループワークで多職種の意見・知識を出し合うことで自分の知識を深めることができた。また、他の職種の方に歯科としての意見を知ってもらう機会になって良かった。
歯科医師	グループワークでのディスカッション形式が大変良く、多職種の専門職の意見が聞けて良かった。
歯科医師	口腔ケアは本人を含めて家族の方の協力が大切なので、口の中ばかりに気をとられず周囲環境にも興味を持って接することが重要だなと思います。
歯科医師	歯・口腔をテーマにいただきありがとうございました。これからますます認知症の方々に少しでもおいしく食べていただけるよう勉強していきたいと思っています。
看護師	色々な角度からの考え方やサポートなど参考になりました。
看護師	はじめて参加させていただきました。とても勉強になりました。今後活かしていきたいです。
介護職	日々認知症の方々と関わる仕事をしているので、他職種・他施設の方の話を聞いたり話し合うことでとても勉強になります。認知症の方への理解が深まることできればいいと思います。
介護職	口腔ケアということで義歯について知ることができた。
介護職	前頭葉側頭型認知症の疾患について普段聞けない先生方に貴重な勉強をさせていただきました。
介護職	多方面からの意見が伺えて良かったです。
介護職	8月にデいで口腔ケアセミナーを行いました。歯科医さんに来ていただき 40 分くらい時間をとって

	利用者の方に聞いていただきました。第2回がなかなか開けそうにありません。
介護職	直接歯科医の先生の話や医師の話が聞けて良かったです。
介護職	先生方が介護職の意見をたくさん聞いていただき、医療と福祉の連携を感じました。もっと関係が近づくとありがたいです。
介護職	ケースを見ていると思えば利用者さんが浮かんで来て、気をつけること・アプローチの必要性を考えてしまいました。出来ることからしていく、重くとらえすぎないようにとの言葉も考え直す基本にしたいと思いました。
介護職	歯科は大事だけどなかなか取り組みない分野なので今後も勉強していきたいです。
ケアマネ	口腔ケアは誤嚥性肺炎の予防として大切なケアである。今回は歯科医の先生に直接話が聞けて参考になった。(義歯の汚れ等について聞けた)
ケアマネ	前向きにケアプランを考えるよう後押ししてもらえます。口腔についても肺炎予防に積極的に取り組んでいきます。
ケアマネ	次回の運転についても楽しみにしております。本人への支援と共に家族への支援をどのようにしていけばよいか悩みは尽きません。また今後も家族支援へのアドバイス・ヒントをいただければと思います。
ケアマネ	口腔ケアの必要性について理解できました。
ケアマネ	他職種の方々と交流が持て、多方面からの見方を知ることができた。
ケアマネ	今現在在宅で歯科治療につなげる必要性のある方の支援をどのようにしていけばよいのかと悩んでいました。歯科の先生や衛生士さんと直にお話ができてたくさんのヒントをいただけたことに感謝します。
ケアマネ	歯科の先生より専門的な視点でのお話をたくさん聞けてよかったです。
地域包括	口腔ケアについては介護計画・ケアプランの中に上ってくることが少ないが、生きる上で非常に重要な支援の一つであることを改めて気づくことが出来た。今後認知症の人の行動や心をひもといていく場合の一つの側面として口腔環境を視点に入れていきたいと思った。ここに来ると自分だけでは気付けないポイントを多職種の方の視点から教えていただけるので本当に助かります。学びを深めてこれからのケアの向上に向けて頑張ろうと思います。このような場があること、運営して下さることに感謝します。
行政	本日初めて参加させてもらいましたが、知らないことばかりですごく勉強になった。
行政	認知症の人の支援にはまだまだできることがあることが分かりました。
その他	疾患による支援などいろんな面から患者様へのケアを考えることができて良かったです。(薬剤師)
その他	今後の在宅医療に口腔ケアの必要性を再認識しました。(薬剤師)
その他	普段あまり関わることのないケアマネ・地域包括支援センターの方などの話・意見を聞くことができてとても勉強になりました。街に根付いて支援をされている仕事がたくさんあることを知りました。家族だけでは難しいことが多々あり地域包括ケアの大切さを改めて感じる良い機会となり参加して良かったです。(薬学部生)
その他	多職種の方が集まって協議・意見を交えることで描く立場の様々な意見を聞くことができて勉強になりました。(医療機関相談員)
その他	ケアの中で何を大事にしないといけないかポイントを押さえて考えることができて良かったです。

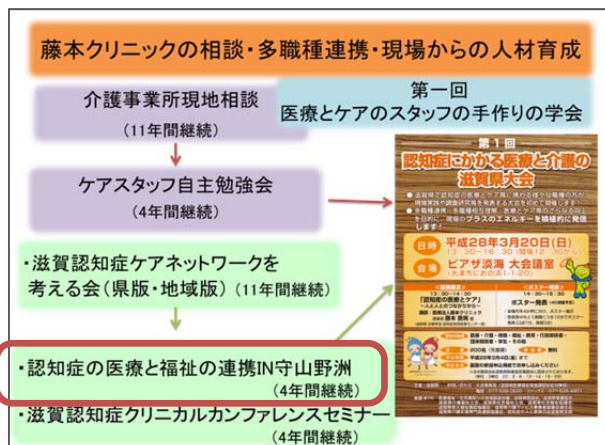
(第15回 H28.2.25 自動車運転)

医師	法令について詳しく教えてもらい大変良かったです。
医師	法的な問題を含め、心情的な感覚では許されない点も多い。運転のことについてとても勉強になりました。
薬剤師	とても勉強になりました。
薬剤師	はじめての参加でした。とても楽しい時間でした。

薬剤師	多くの職種の方の意見が聞け勉強になりました。特に医師の先生方のお話をお聞きする機会が持て、有意義な時間になりました。また参加させていただきたいと思います。
薬剤師	運転と認知症は身近な内容だと思います。家族や本人の気持ちと実際の危険な面を総合判断したいと改めて思いました。
薬剤師	多方面からの考え方が聞けてとても参考になりました。
介護職	難しい問題ではあったが、すごく良い意見が聞けて良かったと思います。
介護職	関心を持てる内容で楽しみにできる研修会でした。来年度迷っているのは定年を迎え研修への意欲が持ち続けられるか、わからないからです。出来るだけ周りの職員に参加してもらえるよう話をしていきたいです。
ケアマネ	顔の見える関係づくり、大変ありがたいです。（特に医師との関係性）今後も続けていただきたいです。
ケアマネ	毎回参加しています。実際に運転され、迷子になられた方がおられるので支援の参考になります。
ケアマネ	医師の先生方と普段の業務の中ではなかなか打ち解けた会話をする機会がなく、この研修でいろんな先生方と知り合うことができ、ありがたい場所で今後もぜひ参加したい。
ケアマネ	今回で学んだことを現場で活かしたいです。
ケアマネ	どうしても心配な事例は、谷口さんに相談させていただこうと思いました。
ケアマネ	大変勉強になりました。こんな事例たくさんあります。どうぞ相談に乗ってくださいませ。
ケアマネ	認知症・高齢者と運転の問題は今後ますます大きくなると思うが、GWの中でも答えを出すのは難しかったです。法律だけではなく生活のこと、生きがいのこと…。今回免許センターの谷口さんの話で法律的なことと生活の両面で考えていくことの大切さを教えていただけたことがとても良かったと思います。
ケアマネ	はじめて参加しました。今後も学ばせていただくためにいろいろな職種の方の意見を聴かせていただく機会に、参加したいと思います。
ケアマネ	野洲市内の開業医さんの参加が少ない…印象です。
行政	今回も大変勉強になりました。グループで話をするにより、いろいろな意見が聞けるのが良いです。
行政	普段行政の仕事をしており、なかなか聞けない現場の話を知ることができました。非常に勉強になりました。
行政	運転中止に向けての考え方・視点がわかった。どのような支援ができるか、いろいろ知ることができて参考になった。
その他	まさしく今悩んでいたことでした。相談先がわかりましたので実施します。（施設職員）
その他	北野先生の「説得ではなく納得していただく」という言葉に目からウロコでした。

(4) 認知症にかかる医療と介護の連携 滋賀県大会

[IN 守山野洲をはじめ、さまざまな種まきと継続した水やりが実った“医療・介護の連携”の共有の場]



第1回

認知症にかかる医療と介護の 滋賀県大会

- 滋賀県で認知症の医療とケア等に携わる様々な職種の方が、現場実践や調査研究等を発表する大会を初めて開催します！
- 多職種連携・多職種相互理解・医療とケア等のさらなる向上を目的に、現場のプラスのエネルギーを積極的に発信します！

日時 平成28年3月20日(日)
13:30~16:30 (開場12:30から)

会場 ピアザ淡海 大会議室
(大津市におの浜1-1-20)

＜基調講演＞	＜ポスター発表＞
13:30~14:30 「認知症の医療とケア」 ～人と人とのつながりから～ 講師：医療法人藤本クリニック 理事長 藤本 直規 氏 (滋賀県 診療所型 認知症疾患医療センター長)	14:30~16:30 ポスター発表 (40演題予定) ・会場内を4か所に分け、ポスター掲示 ・各座長のもと1演題につき10分でポスター発表(口述7分、質疑3分)



滋賀県健康づくりキャラクター
「しがのハグ&クミ」

参加対象者 医療・介護・保健・福祉・教育・行政関係者・団体関係者・学生・その他

定 員 200名(先着順)

申込期限 平成28年3月4日(金) まで

申込方法 裏面の参加申込用紙でお申し込みください

参加費 無料

※日本医師会生涯教育制度指定講習会に認定されております。
(単位：3単位 CC：2・6・13・14・15・29)

主催：滋賀県 お問い合わせ：大会事務局(滋賀県医療福祉推進課認知症対策係)
電話：077-528-3522 ファックス：077-528-4851

後援(順不同)： 医療福祉・在宅看取りの地域創造会議、滋賀県医師会、滋賀県看護協会、滋賀県介護福祉士会、滋賀県社会福祉士会、滋賀県社会福祉協議会、滋賀県老人福祉施設協議会、滋賀県介護サービス事業者協議会連合会、滋賀県介護支援専門員連絡協議会、認知症のひとと家族の会滋賀県支部

角野滋賀県健康医療福祉部次長による
認知症にかかる医療と介護の滋賀県大会の開催挨拶



挨拶：藤本大会長



挨拶：堀出滋賀県医師会認知症担当理事



基調講演：藤本大会長



ポスター発表

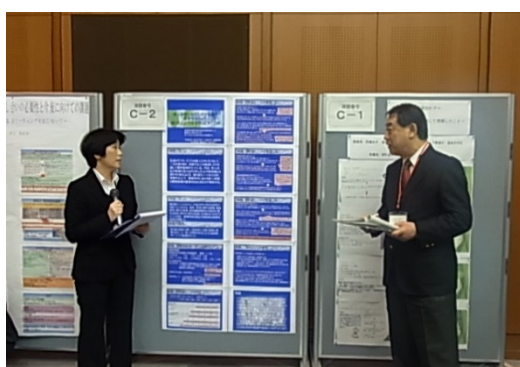
座長：藤井守山野洲元医師会長



座長：西村守山市民病院名誉院長
発表は、湖北医師会理事橋本先生



座長：藤井守山野洲元医師会長
発表は自主勉強会を続けてきた藤本クリニックスタッフ



発表者のまわりに多くの人が集まっている



座長：福田 守山野洲医師会長



座長：北野 守山野洲元副医師会長



座長：奥村 藤本クリニック診療所型
認知症疾患医療センター 副センター長
発表者は、ケアスタッフ自主勉強会グループの一人



3. まとめ（考察）

【IN 守山野洲 4 年間を振り返って】

今年度のテーマとしては、新オレンジプランで認知症研修が計画されている薬剤師、歯科医師の方たちに中心に関わって頂くことと、すなわち、投薬の方針が必ずしも統一されていない、抗認知症薬や抗精神病薬の基礎的知識の整理と議論、口腔ケアの基礎的知識の整理と議論、警察の方たちに加わって頂いての認知症の人と運転についての基礎的知識の整理と議論を行いました。参加人数も増え、議論もスムーズになっています。

また、この 4 年間の活動をベースに医師会の中に、藤本クリニック診療所型認知症疾患医療センターと医師会との協働で、この地域の地域での認知症支援に対して、医師会として独自に活動を計画しています。連携の会のつながりが、日常の連携に活かされています。目標は、“連携”を意識しない“連携”です。

【医師会と行政（守山・野洲）との協働】

1. 守山と野洲市の初期集中支援チーム員
(藤本クリニック 診療所型認知症疾患医療センター)
2. 地域包括推進会議及び地域ケア個別会議委員
(福田会長、衛藤副会長、藤本 診療所型認知症疾患医療センター長)
3. 介護保険運営会議及び地域包括支援センター運営会議
(福田会長、藤井元医師会長、衛藤副会長、藤本 診療所型認知症疾患医療センター長)

【医師会と行政（滋賀県）との協働】

1. 若年認知地域ケアモデルへの協力：企業研修、「仕事の間」への仕事の斡旋など
(堀出前会長、藤井元会長、北野元副会長など)
2. 認知症にかかる医療と介護の滋賀県大会での抄録募集、査読、採否判定、座長など
(福田会長、堀出県医師会理事、藤井元会長、北野元副会長、西村市民病院名誉院長、藤本 診療所型認知症疾患医療センター長、奥村 同副センター長 等)
大会長講演（藤本 診療所型認知症疾患医療センター長）
3. 2016 年度の予定は企業研修、町への出前講座、認知症と運転の市民公開講座など
4. 藤本クリニック診療所型疾患センターが独自に行ってきた介護現場へ出張して指導やグループワークを行う“現地相談”、“自主勉強会”を来年度も行っていく。

文責：藤本直規／奥村典子

(藤本クリニック診療所型認知症疾患センター長／副センター長)

【参考資料】

4 年間の継続が自然体でもたらした参加者の変化

発足 4 年目に当たる 27 年度の第 1～3 回（通算:は第 13～14 回）は、薬剤師や歯科医師が講義を行い、薬物や口腔ケアに関する事例検討を行った。第 4 回（同 15 回）のテーマは認知症と自動車運転で、講義／事例検討に連動させる形で、2016 年度は、市民公開講座を開催する予定だ。

「医師の方々の発表には、疾患特性、それを踏まえた多職種の介入、家族支援、サービス担当者会議などの要素がすべて入っていました。今はどの先生がグループを取りまとめても、視点が偏ることなく、幅広い議論ができます。それがこの 3 年間の成果です。

鮎寿司の話が出て流れが変わりましたね。冗談めいた話をしているようですが、実は好きな食べ物を利用して歯科受診を“常同行動”に組み込むという、非常に本質を突いた提案です。たとえばデイサービスの利用を拒絶する人に対しても、皆でこうした介入方法を模索することにより、何とか窮状を打開できると思います。

本人と家族の関係を多彩な視点でみることも重要です。娘さんの無理解を問題にしていた先生が、『本人の態度に問題があるのかもしれない』という意見が出た時に、『そうか』と納得していました。3 年前は疾患や薬の話に終始していたのに、今は家族関係について意見を交わし、しかも互いに聞く耳を持っている。そこが素晴らしいと思います」（藤本 藤本クリニック診療所型認知症疾患医療センター長）

これまで、事例検討には模擬事例を用いてきた。しかし 28 年度は、医師から提供される実例（困難例）を基に検討を行うという。変更の理由は何か。

「実例の場合、たとえば当事者の 1 人から、『この時はケアマネの動きが今一つだったんだよ』といった言葉が漏れると、言われた本人は気持ちが萎えてしまいますよね。それを懸念して、こちらで模擬事例を用意してきました。でも今なら、批判めいた言葉は出ないだろうし、仮にそれに近い発言があったとしても、『当時はこういう状況でした。私たちが限界だったんです』と答えられると思います。そういう話し合いができてこそ、本当の横並びの連携と言えるのではないのでしょうか」（奥村 同副センター長）

この日の会が始まる前、藤本先生が医師会の先生方に実例の提供を呼びかけた。和やかな打ち合わせの中、ものの 5 分ほどで事例を提供する 4 名が決まった。皆、快諾だった。確かに、次のステップに進む機は熟しているようだ。

～ エーザイ【LinkAge vol20】記事より ～

本報告書に編集されている、「IN 守山・野洲」で使用した全てのスライドおよび記入シートは、一般社団法人守山野洲医師会および医療法人藤本クリニック診療所型認知症疾患医療センターに著作権等の権利が帰属します。

スライドや記入シート等のツールの活用を希望される場合、また、内容に関するお問い合わせ等については、事務局までお願い致します。

認知症の医療と福祉の連携 IN 守山・野洲 実践報告書

平成 28 年 3 月

禁無断転載

一般社団法人 守山野洲医師会

〒524-0013 滋賀県守山市下之郷 3-2-5 すこやかセンター内

TEL 077-582-4113 FAX 077-583-7525

E-mail yamo-med@jungle.or.jp

事務局：医療法人藤本クリニック診療所型認知症疾患医療センター

(NPO 法人 もの忘れカフェの仲間たち) (企画・運営担当:奥村)

〒524-0013 滋賀県守山市梅田町 2-1 セルバ守山 303

TEL 077-582-6032 FAX 077-582-6040