メマンチンWEBセミナー

2024年2月29日（木）

人生100年時代における認知症と薬剤師の役割・対応

東京大学大学院医学系研究科老年病学（老年病科）
小川　純人

ＣＯＩ開示

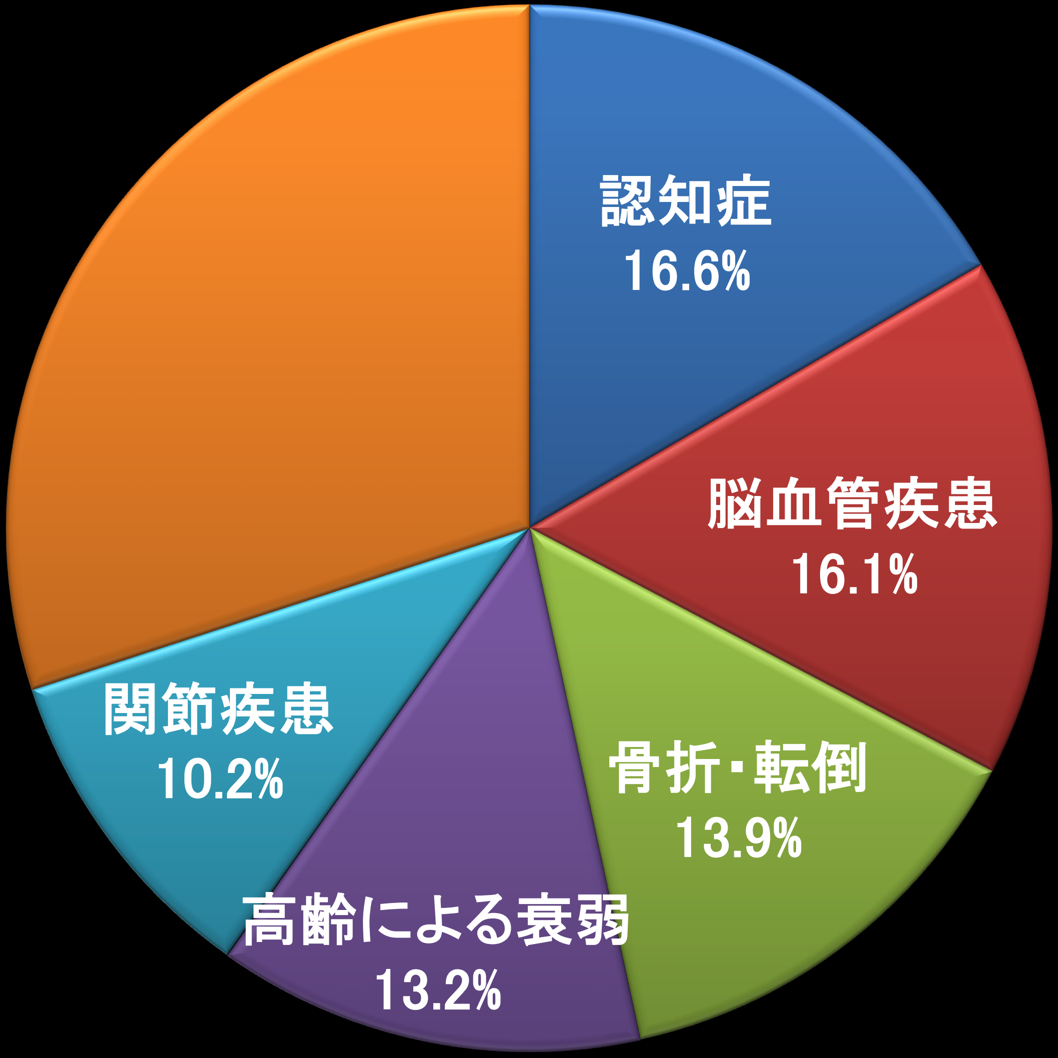
筆頭発表者名： 小川純人

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などとして

1.顧問	なし
2.株保有・利益	なし
3.特許使用料	なし
4.講演料	田辺三菱製薬、第一三共
5.原稿料	なし
6.受託研究・共同研究費	なし
7.奨学寄付金	なし
8.寄付講座所属	なし
9.贈答品などの報酬	なし

介護が必要となった主な原因疾患

＜要支援＋要介護＞



2022(令和4年)国民生活基礎調査 厚生労働省

高齢者の疾患･病態上の特徴

- 複数の疾患を有する
- 症状が非定型的である
- 薬物に対する反応性が異なる
- 老年症候群が増加する
- 認知機能など生活機能が低下しやすい

基本的ADLおよび手段的ADL(IADL)の評価

（Barthel Index）

（男性、女性とも100点満点）

（Lawton & Brody）

（男性、女性とも8点満点）

高齢者総合的機能評価

（Comprehensive Geriatric Assessment, CGA）

疾患の評価（一般的評価）に加えて、

1）身の回りの動作の自立
2）家庭での生活手段の自立
3）物忘れ、認知症の程度
4）行動異常の程度
5）抑うつなど気分障害、意欲
6）家族の介護能力、介護負担
7）在宅環境

1)–7)などを総合的に評価し、個人の生活、個別性を重視したケアを選択する

1935年 英国 女医ウォーレン ⇒ 1984年 米国 医師ルーベンスタイン
開発時から退院支援の要素があり、さらにこの作業の過程において、新しいコメディカル職種の誕生、車イスなどの補助具も開発された。

入院中総合機能評価(CGA)とアウトカム改善

傾向スコア（Propensity-matched analysis）をマッチさせた、わが国における脳卒中のDPC対応病院入院患者

338,720名中　　53,861名　　53,861名

	non-CGA[a]	CGA	*p*
Primary outcomes			
14-day mortality	0·9% (505/53,861)	0·7% (365/53,861)	< 0·001
30-day mortality	2·1% (1157/53,861)	1·8% (993/53,861)	< 0·001
In-hospital mortality	4·1% (2213/53,861)	3·6% (1928/53,861)	< 0·001
Length of hospital stay, days—median (interquartile range)	20 (12–36)	20 (12–35)	> 0·999
Long-term hospitalization (> 60 days) 長期入院	10·1% (5229/53,861)	8·7% (4536/53,861)	< 0.001
Secondary outcomes			
Readmission within 180 days of discharge	16·4% (8493/51,648)	16·7% (8681/51,933)	0·118
Length from discharge to readmission, days—median (interquartile range)	67 (25–139)	65 (23–134)	0·076
Rehabilitation リハビリテーション導入率	24·9% (12,871/51,648)	30·3% (15,742/51,933)	< 0·001
Home health care 在宅医療導入率	7·6% (3940/51,648)	8·3% (4311/51,933)	0·001

Hosoi T, Ogawa S et al. eClinicalMedicine (2020)

255,139名中　　39,354名　　39,354名

Group	Outcome	Non-CGA group	CGA group	Risk difference (95% CI)	*p*
All patients	退院時ポリファーマシー率（人数（%））	3,492 (34·3)	12,963 (32·9)	1·3 (0·68 to 2·00)	<0·001
	退院時処方数（SD）	3·84 (2·27)	3·76 (2·24)	0·08 (0·05 to 1·11)	<0·001

Hosoi T, Ogawa S et al. eClinicalMedicine. (2022)

CGA:comprehensive geriatric assessment

高齢者に対する処方の原則

1．可能な限り非薬物療法を用いる
2．処方薬剤の数を最小限にする
3．服用法を簡便にする
4．明確な目標とエンドポイントに留意して処方する
5．生理機能に留意して用量を調節する
6．必要に応じて臨床検査を行う
7．定期的に処方内容を見直す
8．新規症状出現の際はまず薬物有害事象を疑う

処方の工夫と服薬支援の主な例

服用薬剤数を減らす	● 力価の弱い薬剤を複数使用している場合は、力価の強い薬剤にまとめる ● 配合剤の使用 ● 対症療法的に使用する薬剤は極力頓用で使用する ● 特に慎重な投与を要する薬物のリストの活用
剤形の選択	● 患者の日常生活動作(ADL)の低下に適した剤形を選択する
用法の単純化	● 作用時間の短い薬剤よりも長時間作用型の薬剤で服用回数を減らす ● 不均等投与を極力避ける ● 食前・食後・食間などの服用方法をできるだけまとめる
調剤の工夫	● 一包化 ● 服薬セットケースや服薬カレンダーなどの使用 ● 剤形選択の活用(貼付剤など) ● 患者に適した調剤方法(分包紙にマークをつける、日付をつけるなど) ● 嚥下障害患者に対する剤形変更や服用方法(簡易懸濁法、服薬補助ゼリー等)の提案
管理方法の工夫	● 本人管理が難しい場合は家族などの管理しやすい時間や服薬をあわせる
処方・調剤の一元管理	● 処方・調剤の一元管理を目指す(お薬手帳の活用を含む)

厚生労働省　高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)(2018)

ポリファーマシーとは

単に服用する薬剤数が多いことではなく、
それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、
服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態

平成30年5月　高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）より

ポリファーマシーに伴う主な問題点

- 服薬の過誤
- 処方・調剤の過誤
- 薬物相互作用
- 医療費の増大
- 服薬に伴うQOL低下

高齢者で薬物有害事象が増加する要因

疾患上の要因

- 複数の疾患を有する→多剤服用、併科受診
- 慢性疾患が多い→長期服用
- 症候が非定型的→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）→過量投与
- 認知機能、視力・聴力の低下→アドヒアランス低下、誤服用、症状発現の遅れ

社会的要因

- 過少医療→投薬中断

高齢者の安全な薬物治療ガイドライン2015

高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015

15 薬剤師の役割

1. CQ：薬物有害事象を回避するために薬剤師はどのように関与するのが有効か？
薬物有害事象の多くは、過量および過少投与、相互作用、薬物治療のノンアドヒアランスが原因であることが多く、薬学的管理（薬識の確認、残薬確認、薬歴管理、相互作用の確認、処方設計などの薬剤師の包括的な介入）の実施により、未然回避、重篤化の回避が可能となる。（エビデンスの質：中、推奨度：強）

2. CQ：漫然と繰り返し使用されている薬を薬剤師が見直すことは有効か？
漫然と繰り返し使用されている薬を薬剤師が定期的に「見直す」ことで薬剤数の削減、薬物有害事象や医療費の抑制につながる。（エビデンスの質：高、推奨度：強）

3. CQ：薬物関連問題に対して薬剤師はどのように取り組むべきか？
薬剤師の処方見直しや薬学的管理の実施により薬物関連問題（処方誤り、薬物有害事象、相互作用等）の発生頻度が低下する。（エビデンスの質：高、推奨度：強）

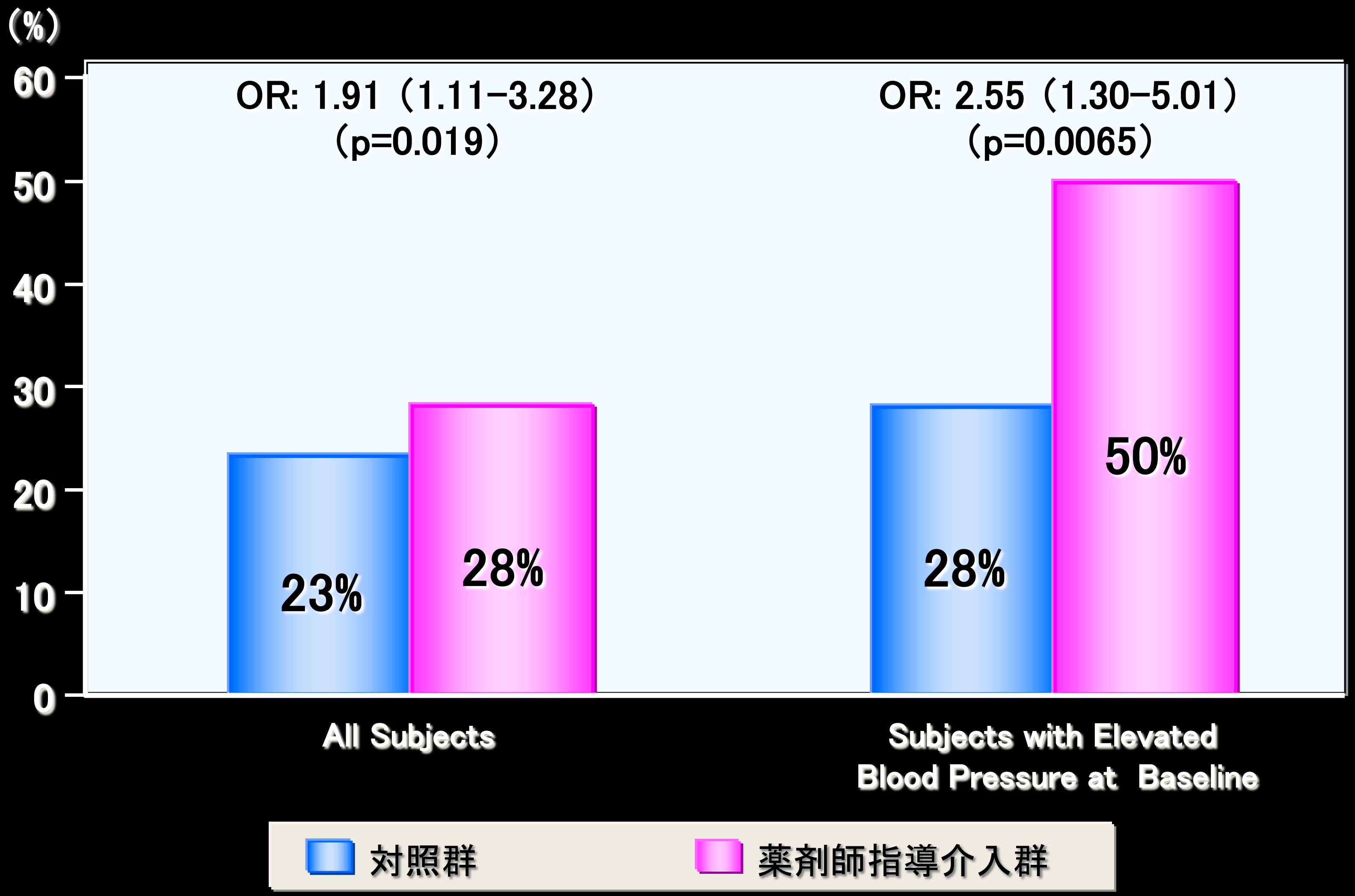
4. CQ：用法など複雑な処方に対して薬剤師が医師に提言することは有効か？
薬剤師が処方を見直し、医師に提言することで処方の複雑さを軽減できる。
（エビデンスの質：低、推奨度：強）

5. CQ：多剤併用に対して薬剤師が介入することで医療費および薬物有害事象の発現の軽減に有効か？
多剤併用における薬剤師の包括的介入は、医療費削減するとともに薬物有害事象の発現を低下させる。（エビデンスの質：中、推奨度：強）

高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015

6. CQ：薬物治療のアドヒアランスを改善するために薬剤師はどのような関わりが有効か？
   薬剤師による電話カウンセリングが、薬物治療のアドヒアランスを改善し死亡率を減少させる。（エビデンスの質：高、推奨度：強）
7. CQ：薬剤師が在宅における薬物関連問題や薬物治療のアドヒアランス向上に対して訪問薬剤管理指導を行うことは有効か？
   薬剤師が訪問薬剤管理指導を積極的に行うことは、薬物関連問題の減少、薬物治療のアドヒアランスの向上につながる。
   （エビデンスの質：高、推奨度：強）
8. CQ：薬剤師による入院時持参薬の鑑別及び薬歴聴取は有効か？
   薬剤師が入院時持参薬の鑑別及び薬歴聴取を行い処方提案することで、処方の適正化が行える。（エビデンスの質：高、推奨度：強）
9. CQ：薬剤師による退院時服薬指導は有効か？
   薬剤師が退院時に積極的な情報提供を行うことで薬物治療のアドヒアランスが維持され再入院回数の減少につながる。
   （エビデンスの質：低、推奨度：強）

薬剤師の指導介入により1年間で10%以上の収縮期血圧低下を示した患者の割合



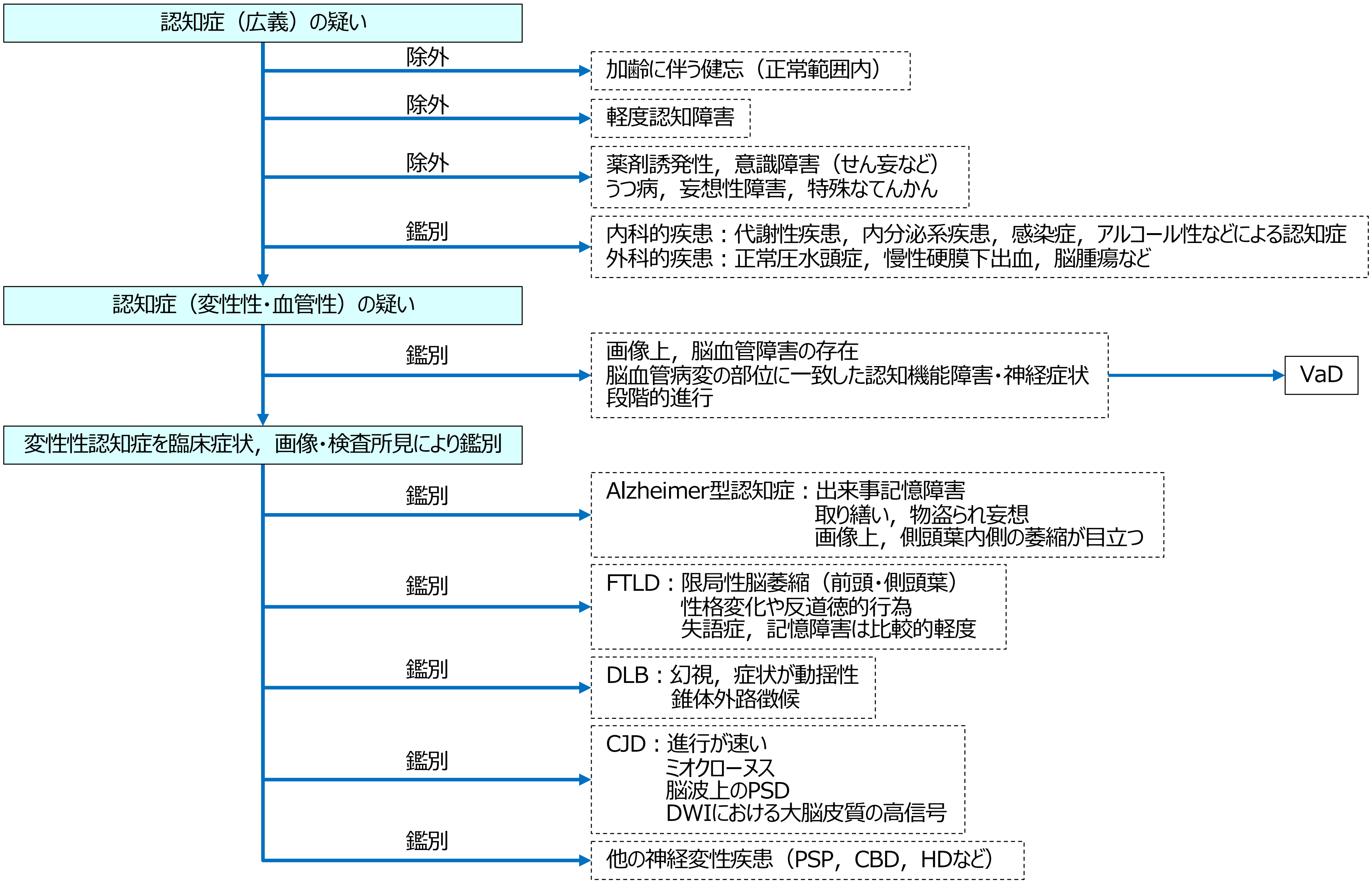
カナダでプライマリーケアチームに薬剤師が加わって指導介入を行った。

Simpson SH et al., Diabetes Care 34:20−26 (2011)

生理的健忘と病的健忘の違い

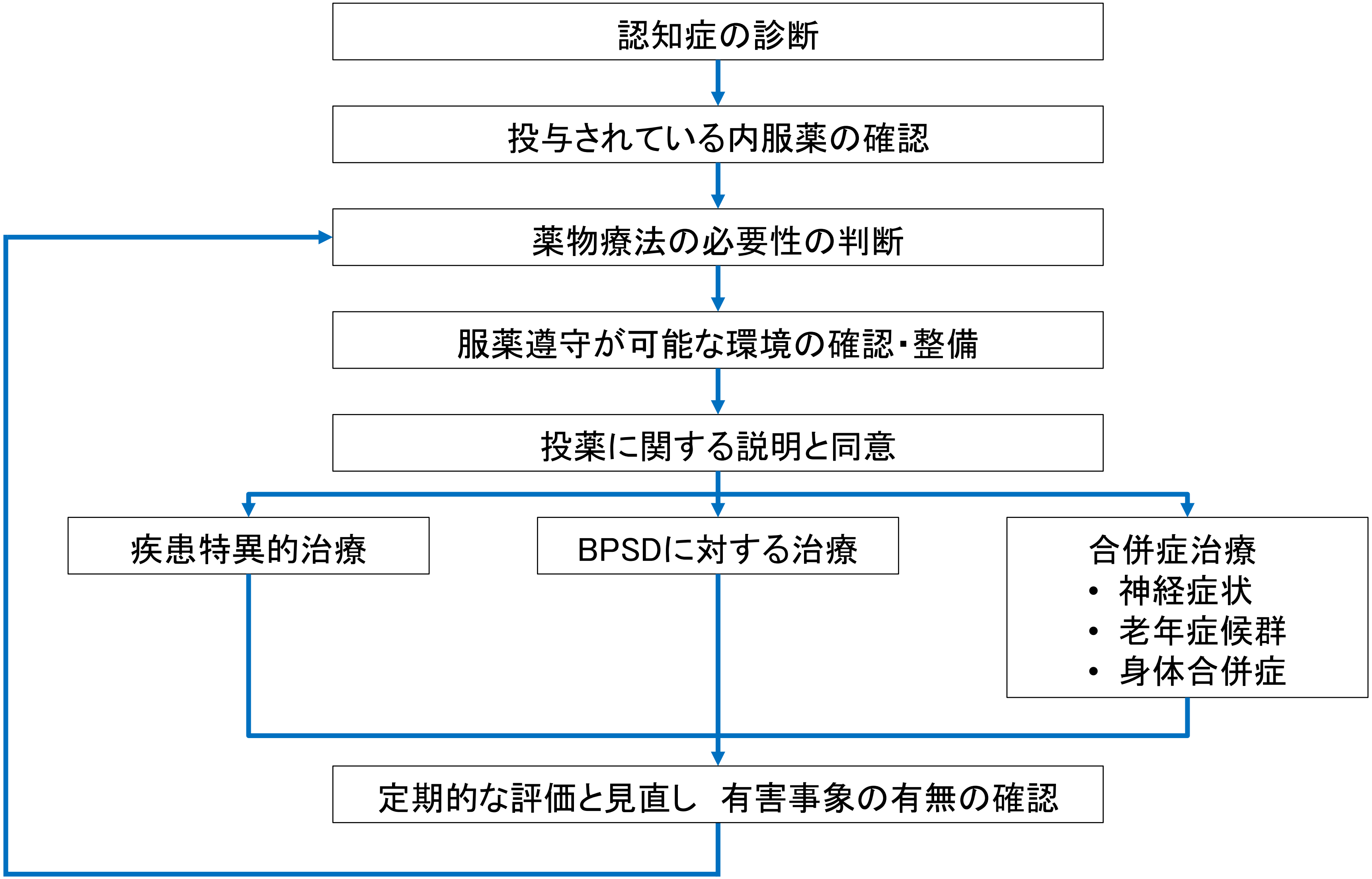
	生理的健忘	病的健忘
物忘れの内容	一般的な知識など	自分の経験した出来事
物忘れの範囲	体験の一部	体験した全体
進行	進行、悪化しない	進行していく
日常生活	支障なし	支障あり
自覚	あり	なし（病識低下）
学習能力	維持されている	新しいことを覚えられない
日時の見当識	保たれている	障害されている
感情・意欲	保たれている	易怒性、意欲低下

認知症診断のフローチャート



［監修：日本神経学会／編集：「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会, 認知症疾患診療ガイドライン2017, p.37, 医学書院］

認知症の薬物療法フローチャート



［監修：日本神経学会／編集：「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会，認知症疾患診療ガイドライン2017，p.63，医学書院］

Alzheimer型認知症治療薬の特徴

薬剤	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
分類	ピペリジン系	アルカロイド系	カルバメート系	アダマンタン誘導体
作用機序	AChE阻害	AChE阻害 nAChRアロステリック増強作用	AChE阻害/BuChE阻害	NMDA受容体拮抗
適用	①軽～中等度5mg ②重度10mg	軽～中等度24mg	軽～中等度18mg	中等～重度20mg
用量	①3mg（2週） →5mg ②5mg（1月） →10mg	8mg（1月） →16mg（1月）→24mg	①4.5mg（1月） →9mg（1月） →13.5mg（1月） →18mg ②9mg（1月）→18mg	5mg（1週） →10mg（1週）→15mg（1週）→20mg
用法	1日1回	1日2回	1日1回 パッチ剤	1日1回
半減期（時間）	70～80	5～7	3.4	60～80
最高濃度到達（時間）	3～5	0.5～1	8	1～7
代謝	肝臓 CYP3A4，2D6	肝臓 CYP2D6，3A4	非CYP	腎排泄

副作用については，各薬剤の添付文書とCQ3A-6（65頁）を参照.

［監修：日本神経学会／編集：「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会，認知症疾患診療ガイドライン2017，p.227，医学書院］

認知症治療薬処方の有無と骨折リスクとの関連

傾向スコア（Propensity-matched analysis）をマッチさせた
わが国におけるアルツハイマー型認知症患者122,399名

NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）解析

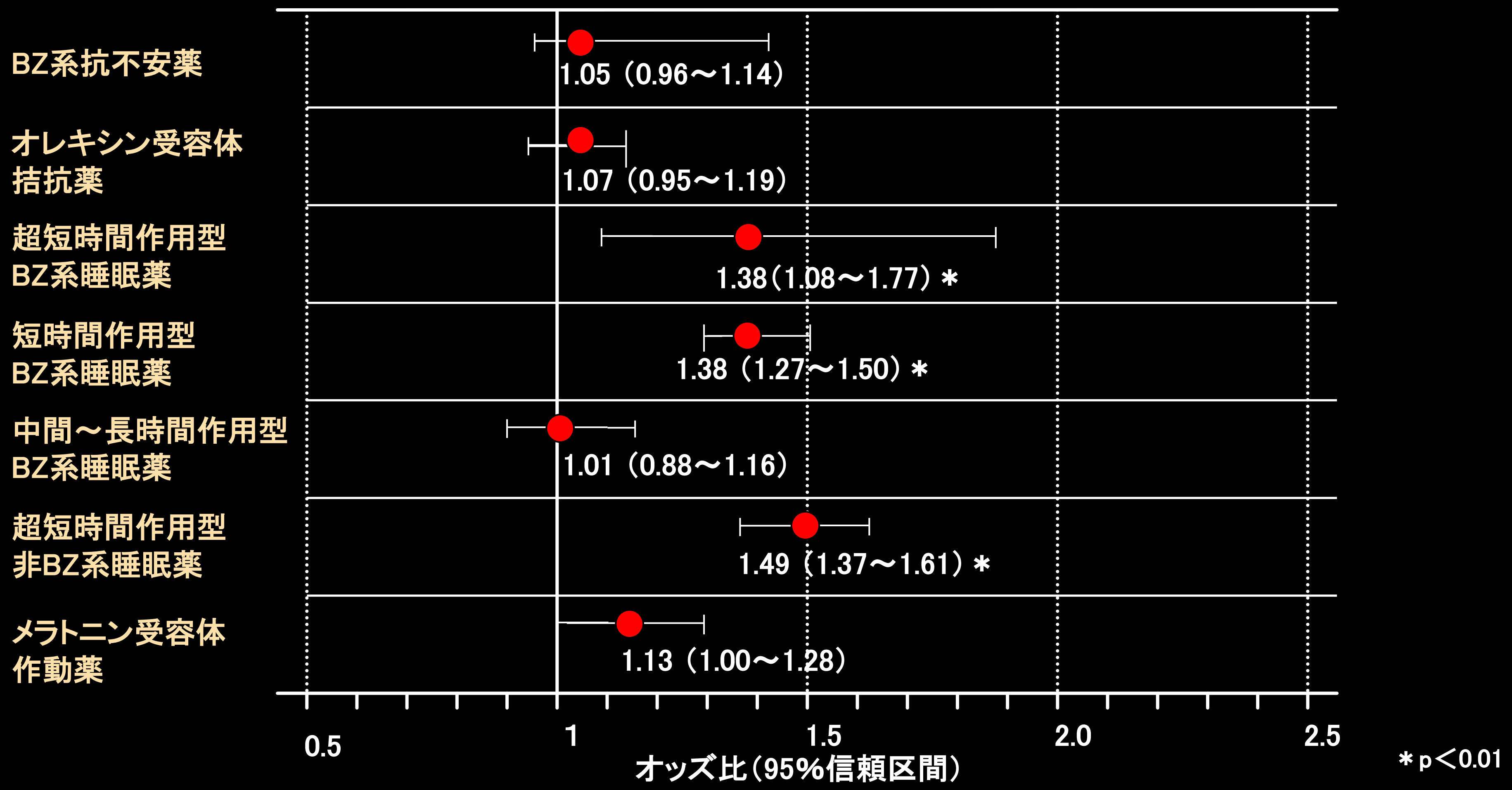
骨折	認知症治療薬 処方なし	認知症治療薬 処方あり	リスク差 (95% CI)	*p*値
大腿骨近位部骨折, n (%)	4,877 (4.0) 1.33/100 person-year	2,294 (1.9) 0.63/100 person-year	−2.1% (−2.2 to −2.0)	<0.001
椎体骨折, n (%)	8,045 (6.6) 2.27/100 person-year	7,965 (6.5) 2.24/100 person-year	−0.1% (−0.3 to 0.1)	0.51
橈骨骨折, n (%)	717 (0.6) 0.20/100 person-year	1,177 (1.0) 0.32/100 person-year	0.4% (0.3 to 0.4)	<0.001
全骨折, n (%)	12,875 (10.5) 3.52 /100 person-year	10,998 (9.0) 3.00/100 person-year	−1.5% (−1.8 to −1.3)	<0.001

NDB:nationwide health insurance claims database

Hosoi T, Ogawa S et al. Sci Rep. 13;6893 (2023)

認知症患者の睡眠薬服用と入院中骨折リスク

短時間作用型BZ系睡眠薬、超短時間作用型非BZ系睡眠薬は骨折と有意に関連していた



対象：日本の1,000以上の病院のDPCデータベースに登録された患者で2012年4月～2021年3月の間に入院した65歳以上の認知症または認知症関連疾患患者のうち、院内骨折した6,832名および年齢・性別をマッチさせた対照23,463名

方法：院内骨折した患者1人につき4人の同病院から無作為抽出した患者を対照として症例対照研究を行い、骨折に対する睡眠薬使用のリスクを多変量回帰分析により評価した。

DPC（Daignostic Procedure Combination;診断群分類別包括評価制度）

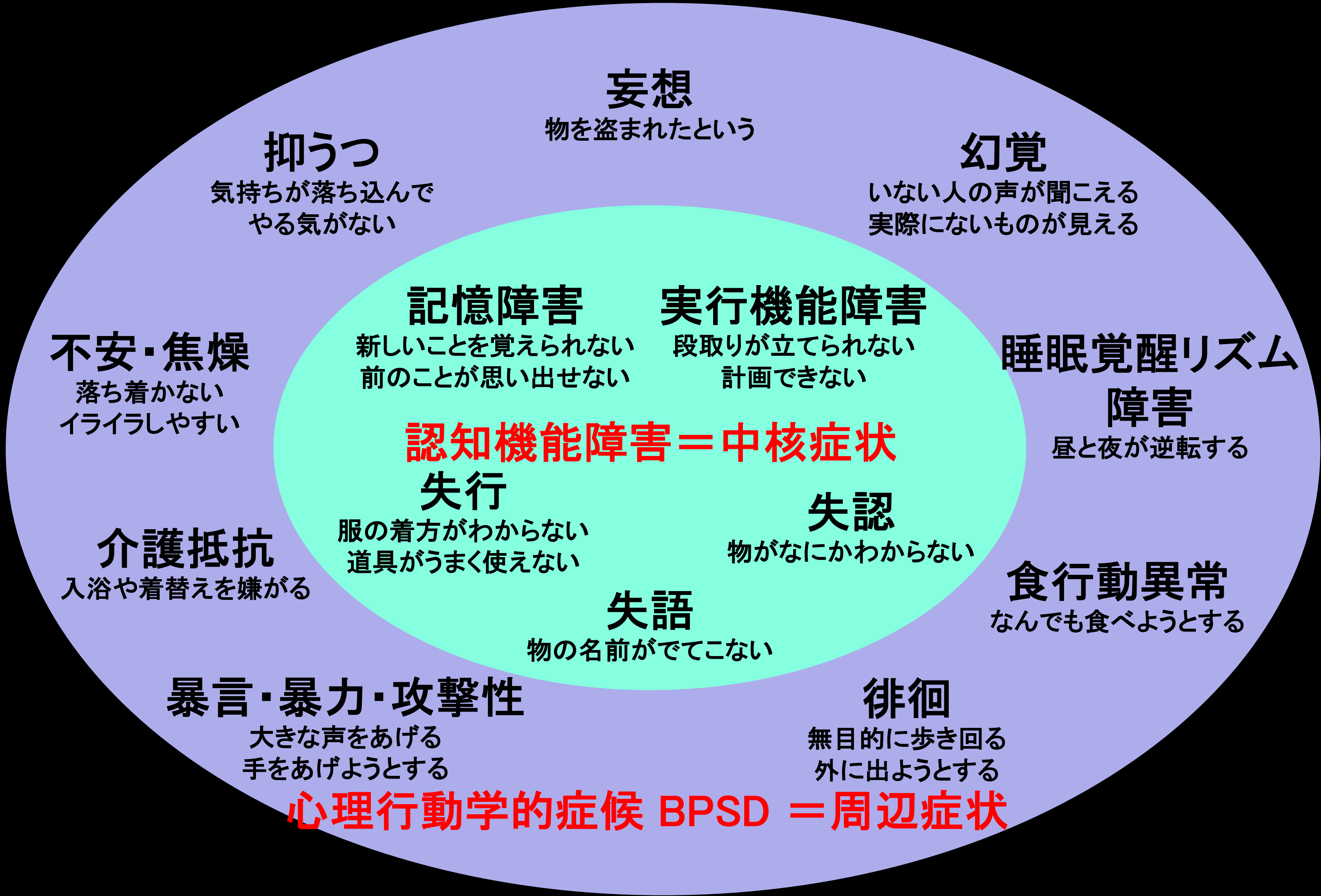
Matsumoto S, Ogawa S et al., **Geriatr Gerontol Int. (2023)**

認知症患者の骨粗鬆症治療状況

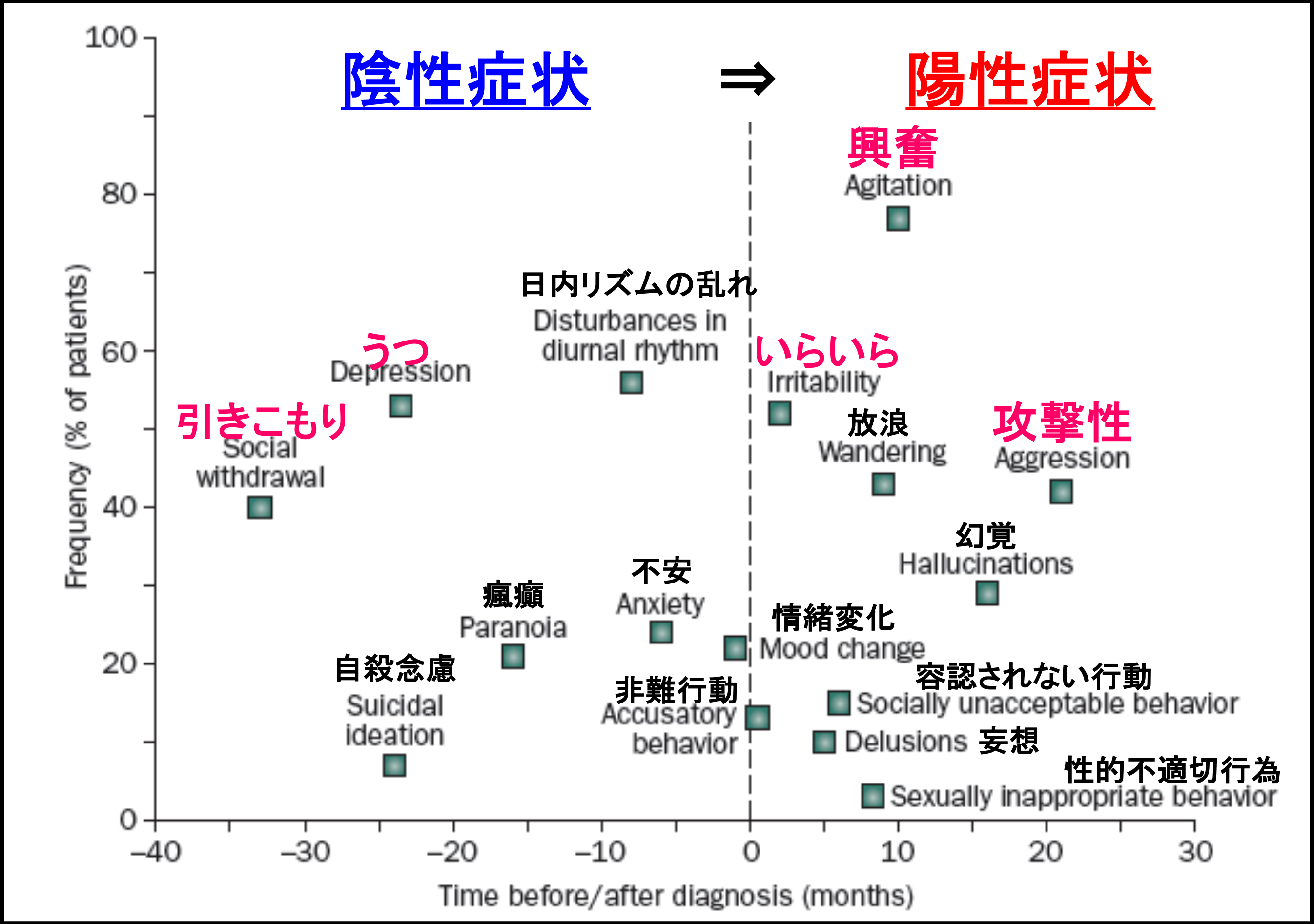
	非認知症高齢者（n=2,305）	認知症高齢者（n=305）	オッズ比
骨粗鬆症に関連した骨折頻度	6.9%	25.4%	2.53
骨粗鬆症治療薬の使用状況	12.0%	5.4%	0.34

Haasum Y, et al. Osteoporos Int.2012, 23:1061-1068

認知症の症候


妄想
物を盗まれたという
抑うつ
気持ちが落ち込んで
やる気がない
幻覚
いない人の声が聞こえる
実際にないものが見える
記憶障害
新しいことを覚えられない
前のことが思い出せない
実行機能障害
段取りが立てられない
計画できない
不安・焦燥
落ち着かない
イライラしやすい
睡眠覚醒リズム
障害
昼と夜が逆転する
認知機能障害＝中核症状
失行
服の着方がわからない
道具がうまく使えない
失認
物がなにかわからない
介護抵抗
入浴や着替えを嫌がる
食行動異常
なんでも食べようとする
失語
物の名前がでてこない
暴言・暴力・攻撃性
大きな声をあげる
手をあげようとする
徘徊
無目的に歩き回る
外に出ようとする
心理行動学的症候 BPSD ＝周辺症状

アルツハイマー型認知症の進行に伴う周辺症状（BPSD）の変化



Jost BC et al. J.Am.Geriatr.Soc, 1078-1081 (1996)

「私のお楽しみ帳」「みんなとつながる交換ノート」に期待するところ

「私のお楽しみ帳」に期待するところ

認知症の人が大好きな写真や昔の写真を貼り、日々の生活で楽しかったことや嬉しかったことを残していくことで、笑顔を取り戻し、家族との会話が増え、ご本人が穏やかになること

「みんなとつながる交換ノート」に期待するところ

家族のストレスや日々の介護に対する思いを打ち明けることで、介護への負担が減少し認知症の人への対応が優しくなり、穏やかな生活が送れるようになること

「私のお楽しみ帳」の活用例

記入例　楽しい出来事、うれしかったことなどを
こちらに書いておきましょう。

日　付	○　月　×　日（△）	天　気	くもりのち晴れ
場　所	家		
一緒にいた人	夫、娘、孫		

今日は家で私の誕生日会を開いてくれました。
娘と孫も来てくれました。
今日は泊まっていくそうです。
夕飯の後に、ケーキをみんなで食べました。
こんなに賑やかなのは久しぶりで、とても 楽しかった。

認知症のご本人が大好きな写真や昔のお気に入りの写真を貼り、日々の生活の中で楽しかったことやうれしかったことを日記風に記入し、読み返すたびに笑顔を取り戻し、家族との会話が増え、ご本人が穏やかになることを目的に作成しました。

「みんなとつながる交換ノート」の活用例

家族・介護者から　記入例

認知症の方やご自身について、気になったことや相談したいことなど、
医療スタッフに伝えたいことを何でも自由に記入してください。

記入者	娘	記入日	○ 月　× 日（△）

該当する項目にチェックしてください。

- ☑ 認知症の方について
- ☐ 介護について
- ☐ ご自身について
- ☐ その他

以前から、時々ご飯を食べ終えたばかりなのに
「ご飯はまだ？」と聞いてきましたが、「食べたでしょ」と
伝えると、納得してくれていました。
最近は聞き入れてくれず、頻度も増え対応に
困ってしまいます。
どうすればよいのでしょうか。

医療スタッフから　記入例

ご家族の記入内容に対して、患者さんについて、介護についてなど、
ご家族に伝えたいことを記入してください。

記入者	◆◆◆◆◆◆	記入日	○ 月　× 日（△）

症状が進行してしまうと、その時々で「自分は正しい、
この人が嘘をついている」などと思い込むようになること
があります。

覚えてないことを怒ったりせず、
「今用意しますね。」
「お茶を飲んで待っていてください。」
などと伝え、安心させてあげることが大切です。

もし食べすぎが心配な場合は、一食分の量を 減らし、
こういう時におにぎりなどを出して あげるといいでしょう。

・日々認知症の人を支えているご家族がストレスや思いを打ち明けたり、医師に相談したいことなどを記入し、診察時に持参することで、介護への負担が軽減し、認知症の人への対応が優しくなり、穏やかな生活を送っていただくことを目的にしています。
・医療スタッフの立場からは、家庭での様子が瞬時に読み取れることで、忙しい診察時間の短縮に繋がるというメリットがあると考えています。

認知症の人に接する時の心がけ

（記憶や理解はできない場合でも感情面は保たれていることが多い）

- ゆっくりと話すことから心掛ける
- 認知症の人は強い不安の中にいる
- 介護者が認知症の人の気持ちを理解し、安心できるように接することでBPSDは軽減・消失させることができる
- より身近な人に対して、認知症の症状がより強く出ることが多い
- 自分にとって不利なことは認めたがらない
- 症状の現れ方はまだらである（できる時とできない時がある）
- 記憶や理解はできなくても、認知症の人に「感情」は残っている
- 認知症の人に強く対応すれば、強い反応が返ってくる

杉山孝博: Medical Practice 29: 823-826 (2012)一部改変

認知症予防に向けた食事

まず、食物･栄養摂取バランスや摂取カロリーを適正化し
（高血圧、糖尿病、脂質異常症の食事療法を基礎に）

魚	１日１回　60～90g
緑黄色野菜	１日２回　葉物100g
果物	１日1回　グレープフルーツ1個など

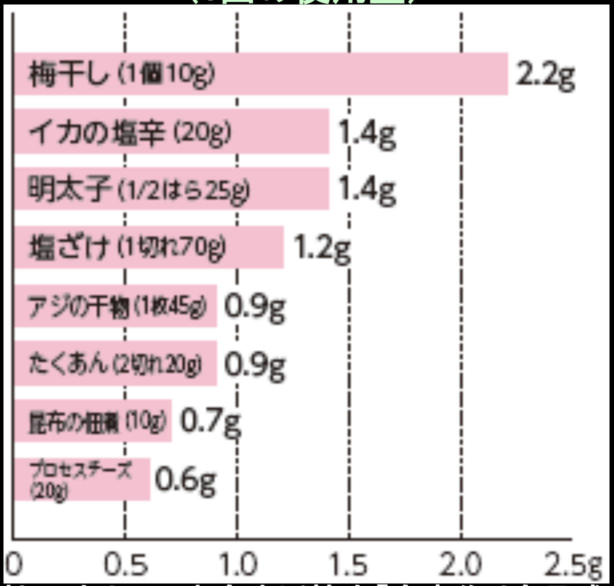
ビタミン、ミネラルの必要量を満たし、脂肪酸摂取バランスn-6/n-3比は3.0程度となる

Ogawa S. Geriatr Gerontol Int. Suppl 2, 17-22 (2014)

認知症予防に効果的な食品例

EPA･DHA	鯵、イワシ、サバ、サンマ、マグロ、ハマチ など
ビタミンC	アセロラ、レモン、いちご、グレープフルーツ、レバー、じゃがいも、さつまいも、れんこん など
ビタミンE	アボガド、かぼちゃ、玄米、さつまいも、春菊、たけのこ、にら、ピーナッツ、ほうれん草、サバ、サンマ など
βカロテン	青ネギ、アスパラガス、オクラ、かぼちゃ、小松菜、しし唐辛子、春菊、ピーマン、ほうれん草、トマト など

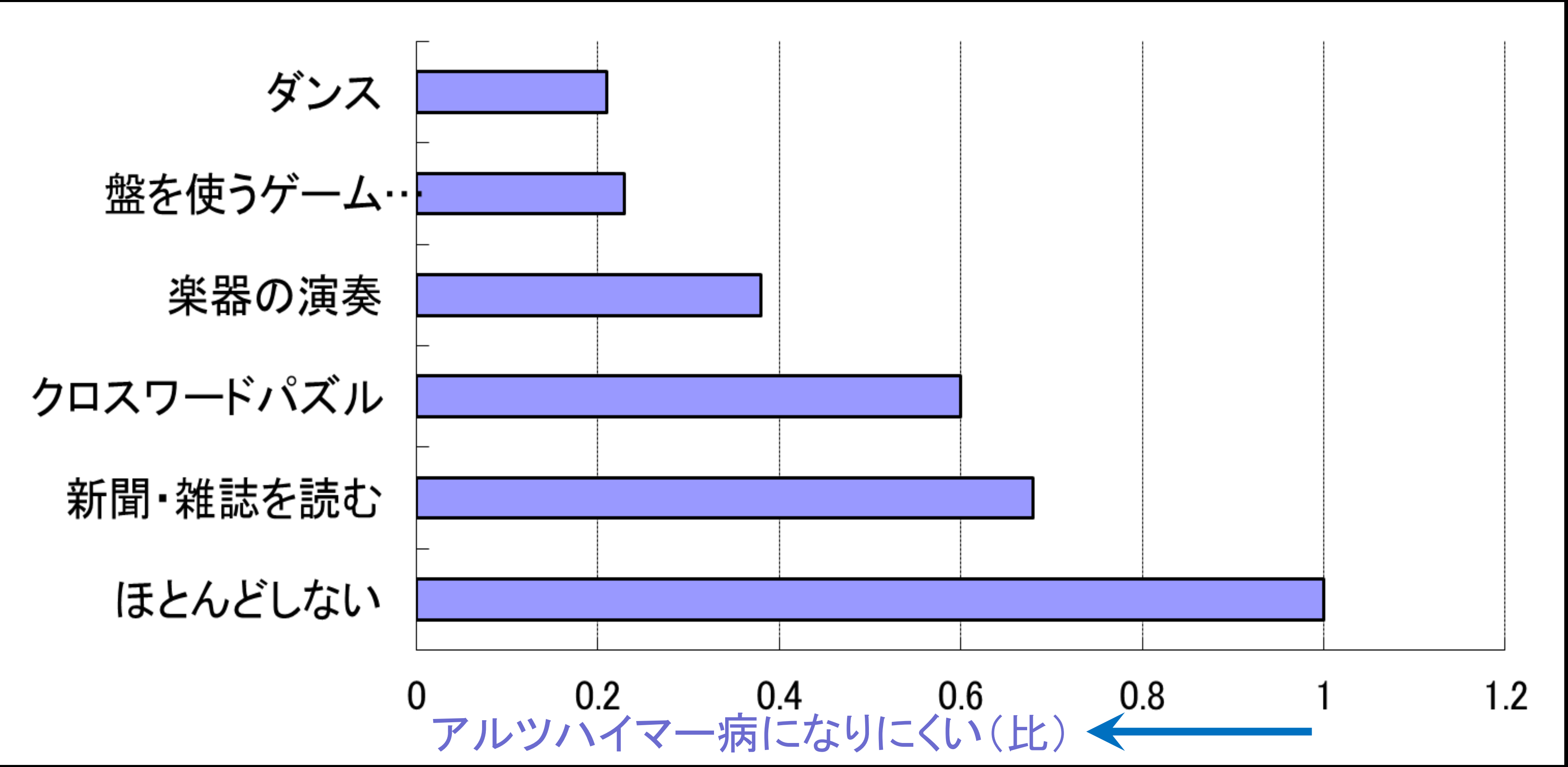
注意したい塩分の多い食品例
（1回の使用量）



（一般社団法人　日本食生活協会「食事作り食品成分表」）

趣味と認知症との関連

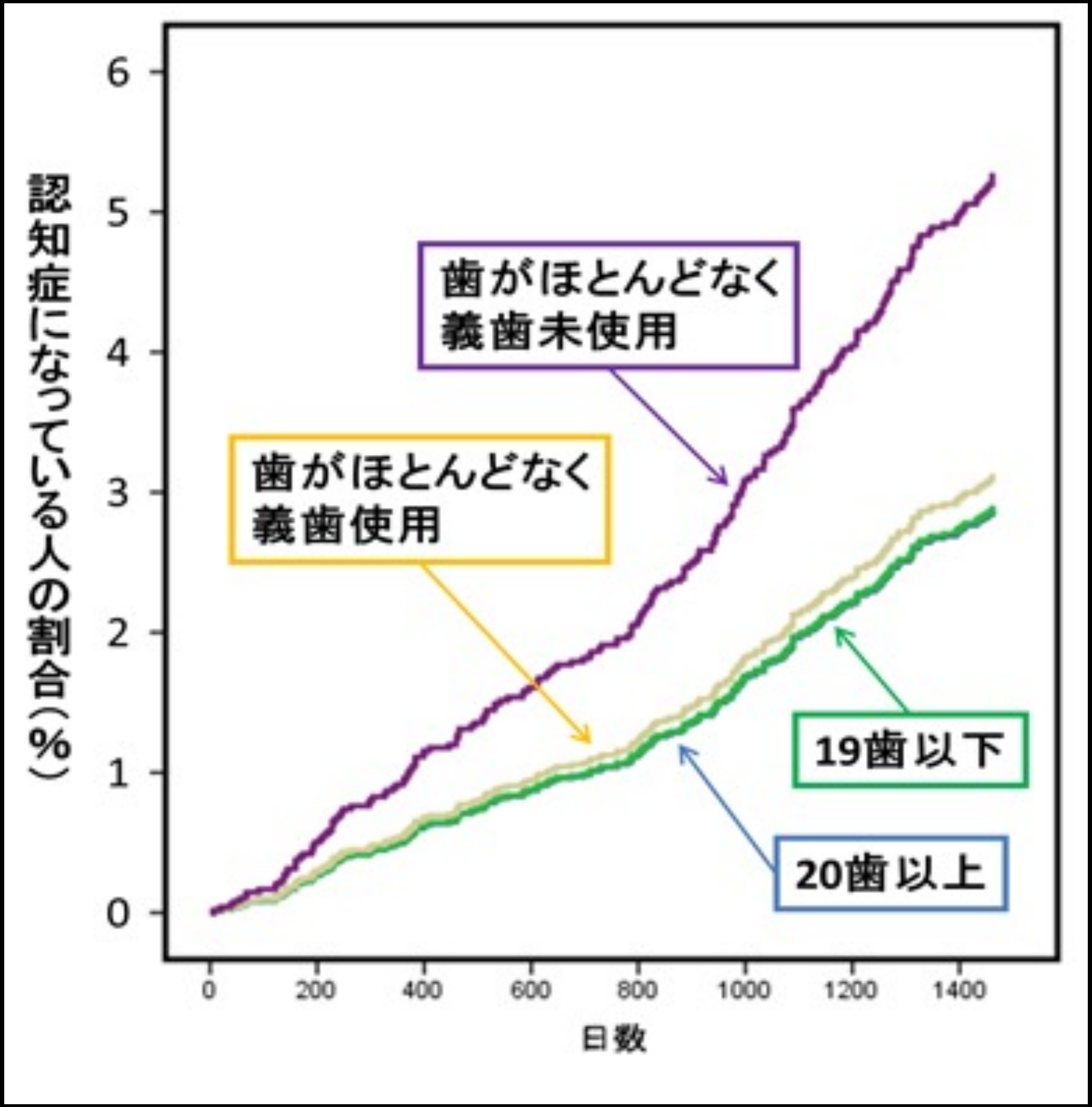
認知症を有していない75-85歳の488人を対象に5年間の追跡調査を行ったもの
(その間に101人が認知症を発症)



集中力を必要とする趣味のうち、特に「ダンス」「ボードゲーム」「楽器演奏」は、音楽に合わせて体を動かす、相手の出方を見て駒を動かす、譜面のとおりに演奏する、のように頭と体をうまく連動させる複雑な思考回路を必要とする

Verghese J, et al. N Engl J Med. 348:2508-2516 (2003)

歯数･義歯使用と認知症との関連性



Yamamoto et al. Psychosomatic Med. 74, 241-248 (2012)

メマンチン塩酸塩錠・OD錠「DSEP」 特徴

メマンチン塩酸塩錠・OD錠「DSEP」は、

メマリー®錠・OD錠の

オーソライズド・ジェネリック(AG)です。

オーソライズド・ジェネリック 《AG》 とは

- 「許諾を受けたジェネリック医薬品」という意味です。

新薬メーカーから許諾を得て製造した、原薬、添加物および製法等が新薬（先発医薬品）と同一のジェネリック医薬品や、特許使用の許可を得て、優先的に先行して販売できるジェネリック医薬品です。

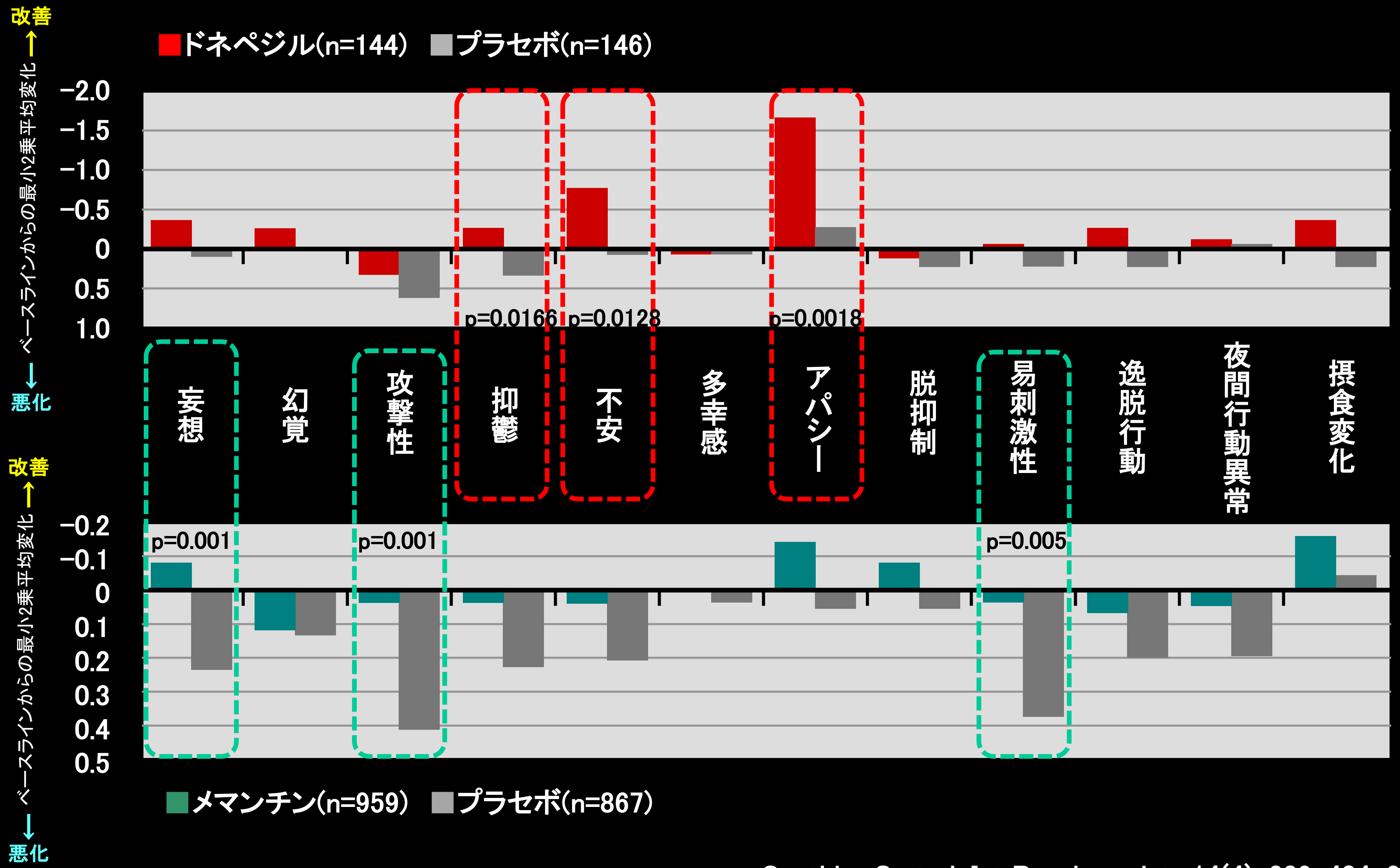
※AGとはAuthorized Genericの略です
※すべてのジェネリック医薬品にオーソライズド・ジェネリックがあるわけではありません。
※AGの公的な定義はありません

- 第一三共エスファのAGは、原薬、添加物・製法等も新薬と同一のジェネリック医薬品です。

新薬より低価格で使えるジェネリック医薬品。
その中には、原薬、添加物・製法等が新薬と同一のジェネリック医薬品もあります。
これをオーソライズド・ジェネリック医薬品（AG）といいます。
溶出試験や安定性試験、薬物動態は先発医薬品のデータを活用しています。

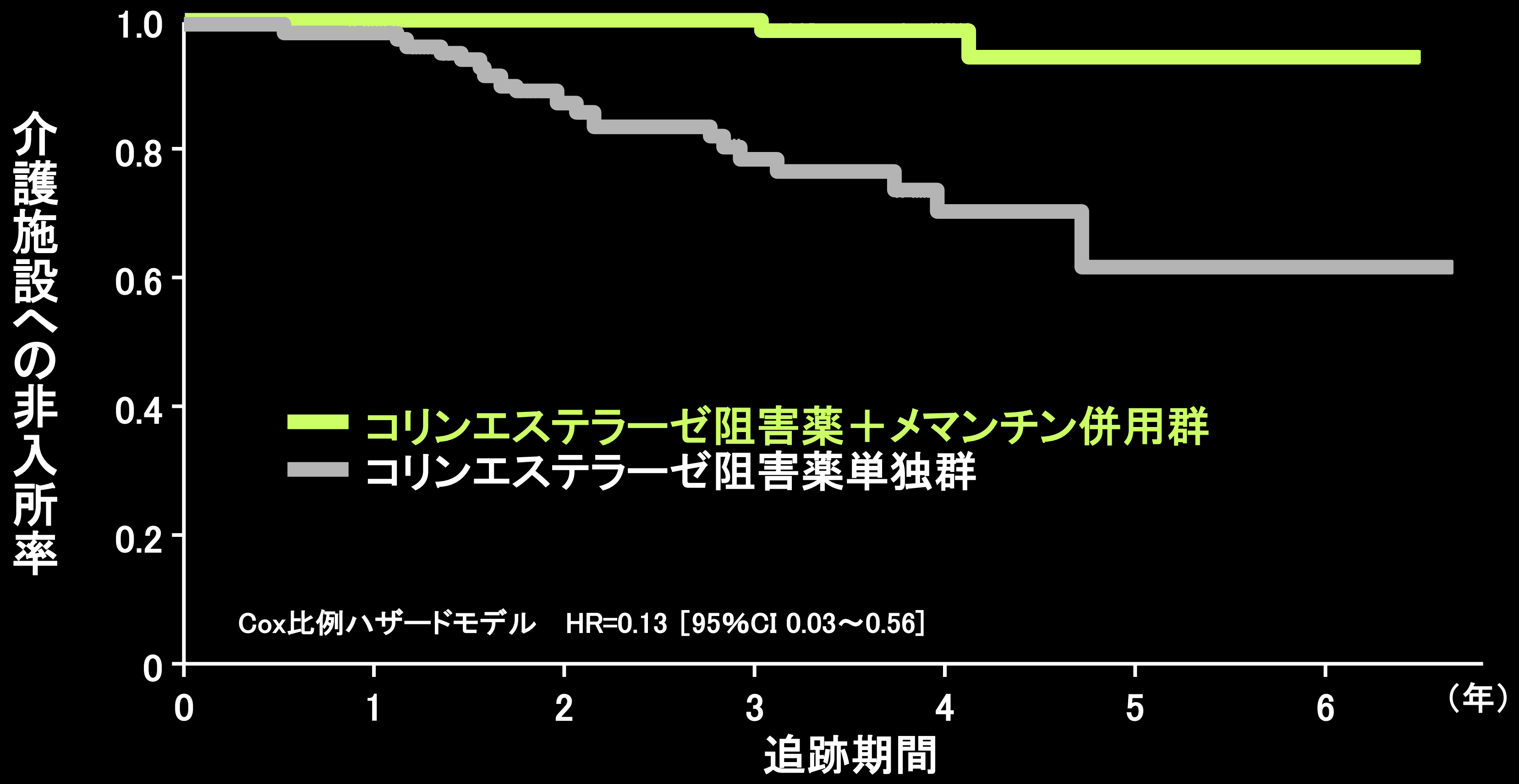
第一三共エスファ㈱ Webページより

ドネペジルとメマンチンのBPSDへの影響（NPI）



Gauthier S et al: Int Psychogeriatr 14(4): 389-404, 2002
Gauthier S et al: Int J Geriatr Psychiatry 2008; 23(5): 537-545

コリンエステラーゼ阻害薬とメマンチン併用による介護施設入所までの期間延長効果



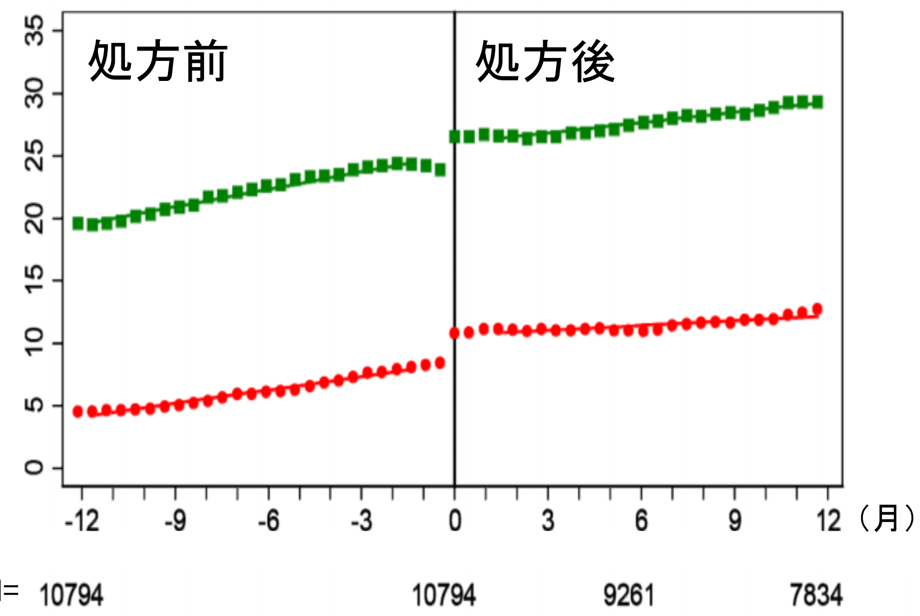
対 象 1997年以降に治療を開始し、1年以上追跡が可能であったアルツハイマー型認知症患者429例

方 法 メマンチン又はコリンエステラーゼ阻害薬使用の有無による介護施設入所又は死亡までの期間をレトロスペクティブに解析した。

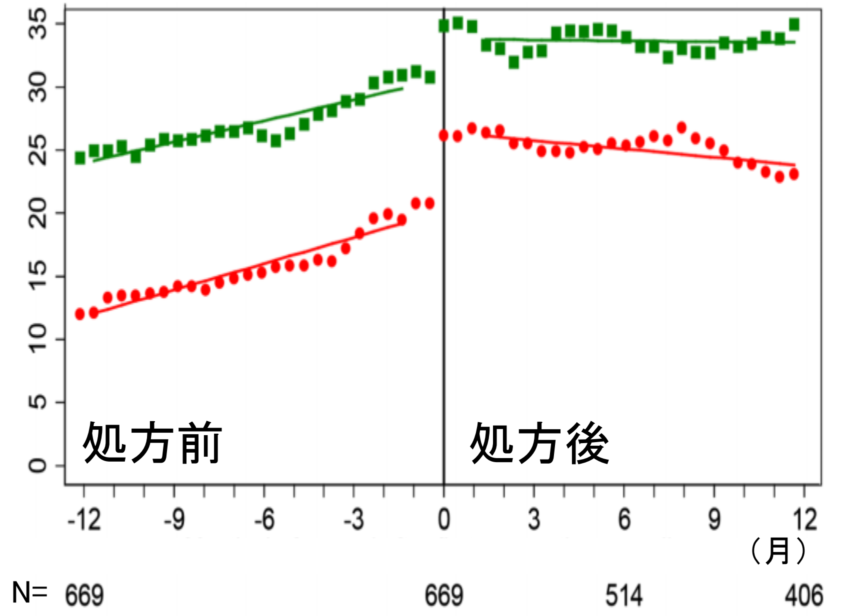
Lopez OL, et al：J Neurol Neurosurg Psychiatry 2009；80(6)：600-607

認知症治療薬投与による 抗精神病薬および抗うつ薬の処方率の変化

ChEI投与前後の
抗精神病薬および抗うつ薬の処方率



メマンチン投与前後の
抗精神病薬および抗うつ薬の処方率



	■抗精神病薬	■抗うつ薬
ChE阻害薬処方前の傾き（/年）	0.36	0.47
ChE阻害薬処方後の傾き（/年）	0.13	0.27
p値（傾きの変化）	<0.001	<0.001

	■抗精神病薬	■抗うつ薬
メマンチン処方前の傾き（/年）	0.69	0.56
メマンチン処方後の傾き（/年）	−0.22	−0.02
p値（傾きの変化）	<0.001	<0.001

対象 The Clinical Practice Research Datalink（CPRD）に登録されている1995～2011年における認知症患者（50349例）

方法 ChE阻害薬（10749例）、メマンチン（669例）のどちらかの服用開始時をゼロとし、服薬開始前後における抗精神病薬および抗うつ薬の服薬状況を評価

Martinez C. et al． BMJ 2013;3:e002080

第一三共エスファ　一般利用者向けサイト
病気について知る「認知症」

https://patients.daiichisankyo-ep.co.jp/dementia/

第一三共エスファ　一般利用者向けサイト
「認知症」サポート

第一三共エスファ株式会社

コーポレートサイト　検索　お問い合わせ

認知症　認知症について　予防・検査・治療　認知症の生活支援　認知症最前線

トップページ ＞ 病気について知る 認知症 ＞ 認知症の生活支援

認知症の生活支援

介護保険制度

介護保険制度は、介護を必要とする人を社会全体で支え合う仕組みです。介護保険の認定を受けている人は、1割負担(年収によっては2～3割)で各種介護サービスを利用することができます。

日常生活自立支援事業

日常生活自立支援事業とは、認知症の進行により判断能力が低下した人をお手伝いし、お住いの地域で自立した生活を安心して送れるようサポートする事業です。

成年後見制度

成年後見制度は、認知症などによって判断能力が不十分な場合、本人の代わりに適切な財産管理や契約行為の支援を行うための制度です。

介護する家族へのサポート

認知症の人の介護は一人ではできません。介護のプロのサービスの力を借り、肩の力を抜きながら進めていきましょう。悩みや不安を一人で抱え込まないようにすることが大切です。

https://patients.daiichisankyo-ep.co.jp/dementia/support/

第一三共エスファ　一般利用者向けサイト
認知症最前線

https://patients.daiichisankyo-ep.co.jp/dementia/topics/

がん情報サイト Assist アシスト®

認知症がある人のがん治療

高齢化が進み、認知症とがんを併発する人もいます。
がん治療を継続するためには服薬管理が重要となりますが、認知症があることで服薬管理が難しくなるケースは少なくありません。
認知症があるがん患者さんへの理解を深め、患者さんや家族に対する服薬指導と管理、コミュニケーション、意思決定支援のポイントを紹介します。

（第一三共エスファWEBサイトより）
https://oncology-assist.jp

認知症がある人のがん治療

監修　東京大学大学院医学系研究科老年病学　小川　純人　先生

INDEX

がん患者さんの主な精神症状

- ●高齢がん患者さんの特徴
- ●高齢がん患者さんに多い精神症状
- ●がんやがん治療に伴うせん妄の予防

精神症状がある人のがん治療に必要な観察・評価のポイント

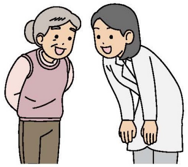
- ●がん治療による合併症、痛みなど
- ●栄養・水分摂取の状況（低栄養・脱水）
- ●がん治療に対する不安やストレス
- ●睡眠
- ●排泄
- ●療養環境や介護者の状況

認知症に伴う服薬アドヒアランスへの影響と対応

- ●認知症がある人の薬剤の自己管理
- ●認知機能障害に伴う服薬への影響
- ●出現する症状に合わせた服薬管理の工夫

認知症があるがん患者さんや家族（介護者）とのコミュニケーション

- ●患者さんの意思決定支援
- ●患者さんとのコミュニケーションで気をつけること
- ●非言語コミュニケーションによる痛みや症状の訴え



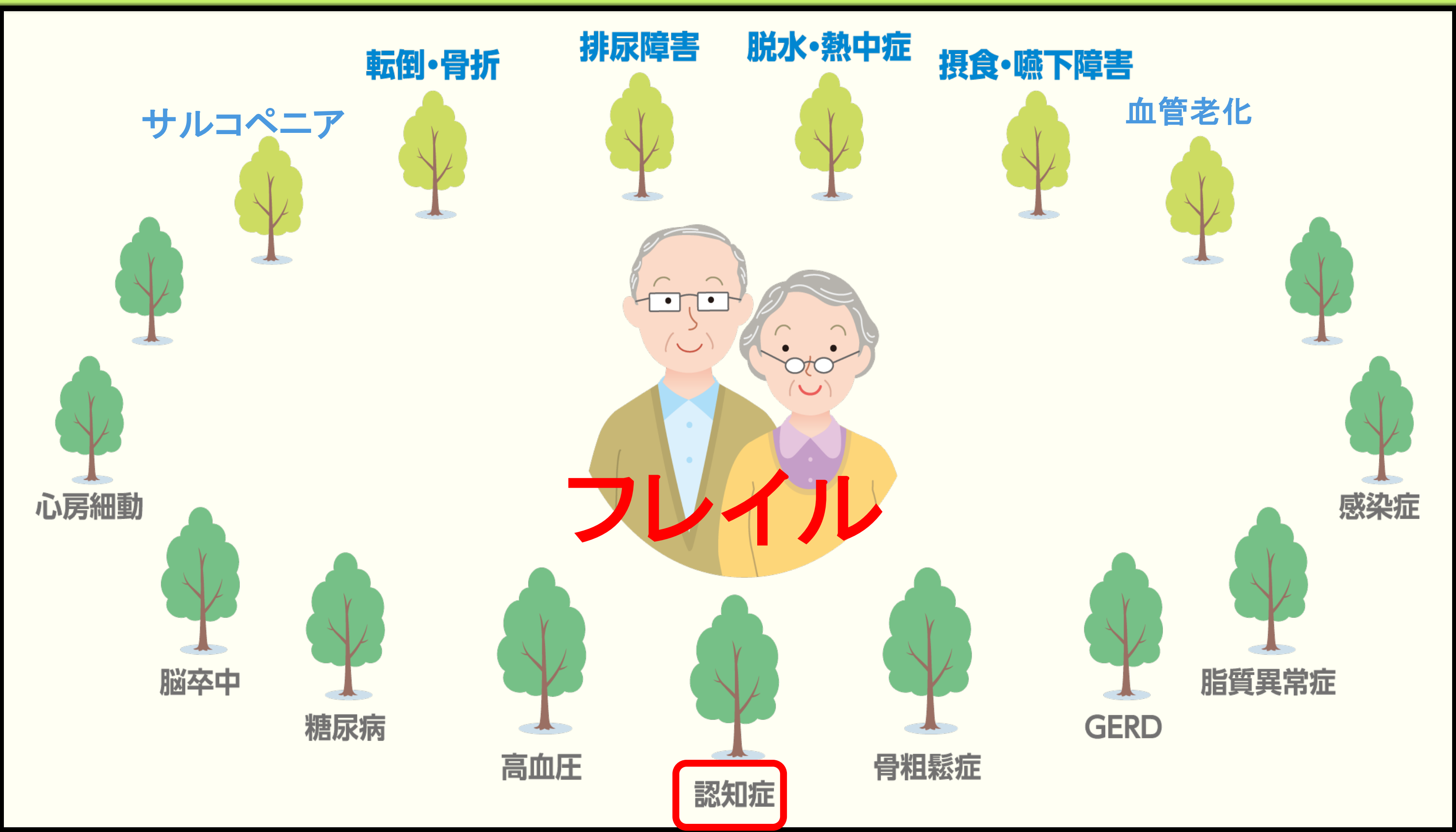
詳しくは、がん情報サイト Assist の
患者さんのためのアシスト
「認知症がある人のがん治療」をご覧ください。

がん情報サイト Assist アシスト®

がん情報サイト
Assist はこちら

https://oncology-assist.jp

Copyright © 2022DAIICHI SANKYO ESPHA CO., LTD. All Rights Reserved.

かかりつけ医による高齢者のトータルケア

高齢者は、多様な症候や疾患を抱えています。
これらの症候や疾患は相互に関連し、影響を与えることも多いため、俯瞰的な視野による
『木をみるのではなく森をみる』
ような包括的医療が望まれます