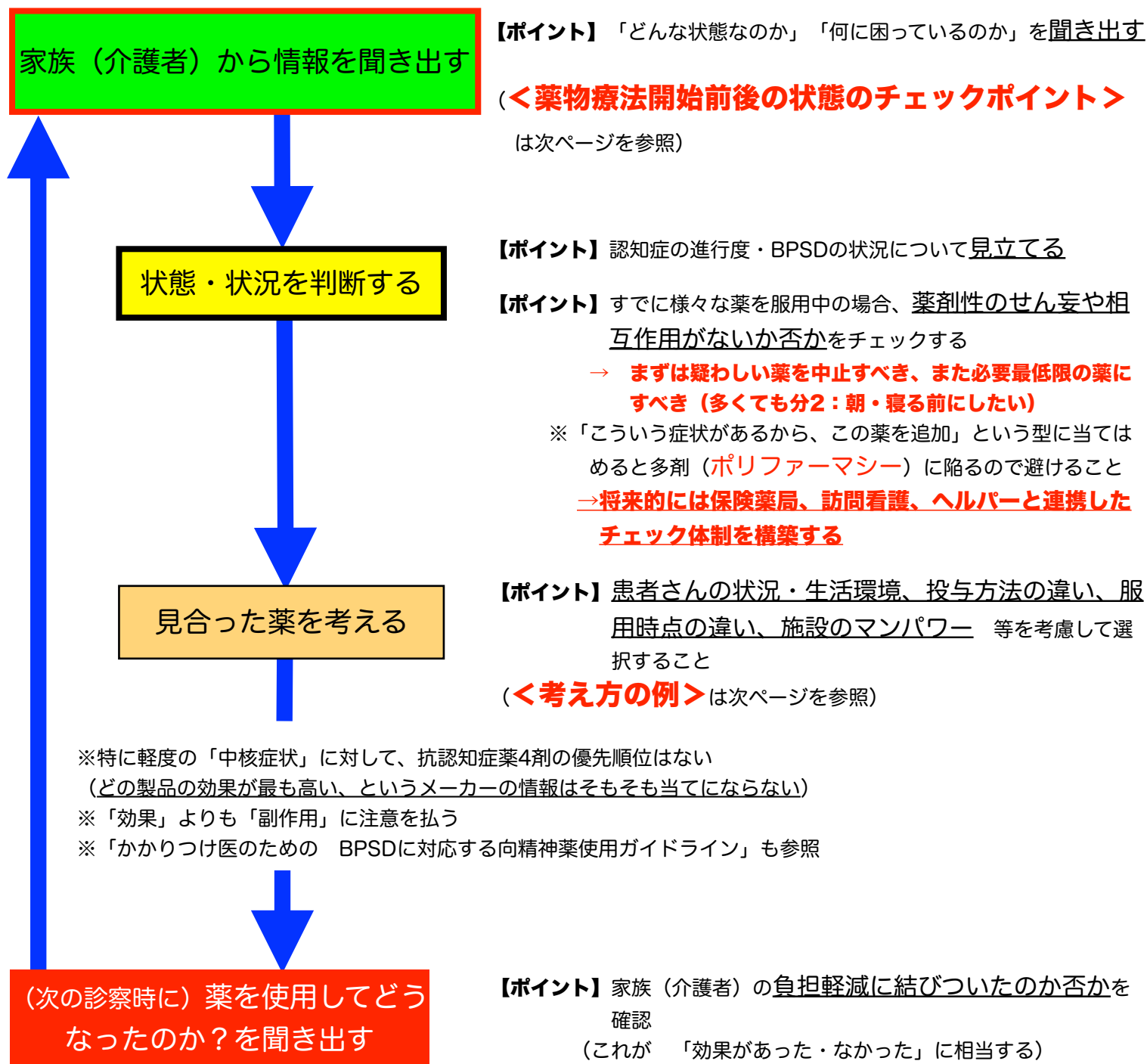


<長谷川式認知症スケール（HDS-R）を実施するときの留意点>

1. **薬効判定の全てではない**（＝絶対視すべきでない）：薬効評価するなら ADAS-Jcog が望ましい
 ※大きく点数が変化するなら、点数が変動する前に生活状況が変化しているはずなので、必ず確認を
 ※「数点→10数点」ならば臨床的な意味は大きい、数点の範囲での変動は ほとんど意味を成さない
2. **入院中に実施する意義は低い**：認知症を「医学的なモデル」に一律当てはめないように気をつける
3. **特に「家族（介護者）に対するねぎらい」「今後の見通し」のために活用すべき**

<認知症治療薬（対症療法薬）の処方の流れ>



<薬物療法開始前後の状態のチェックポイント>

- ・日中の過ごし方の変化の有無
- ・夜間の睡眠状態（就床時間、起床時間、夜間の排尿回数など）の変化
- ・昼間の覚醒度や眠気の程度
- ・服薬状況（介護者 / 家族がどの程度服薬を確認しているかなど）の確認
- ・食事の摂取状況
- ・排尿、排便（便秘・下痢の有無、特に便秘）
- ・（特に制限を必要としない限り）水分の摂取状況（体重（kg）×（30～35）mL/日 が標準）
- ・パーキンソン様症状の有無（寡動、前傾姿勢、小刻み / すり足歩行、振戦、仮面用顔貌、筋強剛など）
- ・転倒しやすくなっていないか
- ・減量・中止できる薬がないか検討（減量は漸減を基本）

<考え方の例>

- ・**経済性** : 薬価ではドネペジル錠の後発品が優先される（特に老健）
 - ・**独居なのか、同居なのか** : 服薬に関して、ヘルパーが介助？家族が介助？
 - ・**抗認知症薬の処方がほぼ無意味の事例** : 寝たきり、食事摂れない、重症（＝本能のみに近い生活状況）

 - ・**初診HDS-Rが21点前後** : 1日2回服薬できるならレミニール錠だが高価→まずはドネペジル錠を
 - ・**攻撃性、易怒性** : 「ドネペジル錠+抑肝散、またはクエチアピン錠」になってしまうなら、レミニール錠単独がよい

 - ・**攻撃性のない、意欲減退の状態** : ドネペジル錠
 - ・**施設側が複数回の服薬を嫌がる** : 1日1回のドネペジル錠
 - ・**どうしても薬を飲みたがらない** : 最低限の薬剤数に減らす→1日1回朝（または昼）のドネペジル錠
- ※「ドネペジル錠 **夕**または**寝る前**投与」は、**夜間興奮で寝られなくなるため不適**
- ・**薬を吐き出す** : 最低限の薬剤数に減らす→1日1回のドネペジル錠、または1日1回貼り変えるリバスタッチパッチ（必ずヒルドイドソフト軟膏の処方をして！）

 - ・**中核症状 <<< BPSD** : メマリー錠がよいが、めまいに注意（増量は10mgまで大丈夫）

 - ・**せん妄?** : すでに処方されている薬剤（ステロイド剤、向精神薬 等）によるものかもしれない
※症状に対し別の薬を「ON」せず、「OFF」をまず考える
→まず「薬剤性せん妄」を疑うように心がける
 - ・**過鎮静になっていないか?** : BPSDは通常2～3ヶ月で落ち着くはずなので、抗精神病薬・抗不安薬・睡眠導入剤を漫然と使用せず、減量→中止を