

認知症の人への服薬介助の工夫

川崎幸クリニック院長 杉山 孝博

認知症の人への服薬管理は、認知症の特徴をよく知った上でさまざまな工夫が必要です。介護の原則を活かし、認知症の人ならではの服薬の難しさを乗り越える工夫を紹介します。

服薬管理の問題は、認知症の人すべてに起こり得る 服薬管理、3つの問題

認知症を、「記憶力・理解力・判断力・推理力・学習能力などの知的機能の低下によってもたらされる生活障害」ととらえ、「精神症状で発症し、身体的症状を合併し、最終的に寝たきりになって死に至る疾患」ととらえるなら、服薬管理の問題は認知症の人の100%に見られる問題です。

服薬管理の問題は、以下の3点にまとめることができます。

- ① 医師の指示通りに間違いなく服薬できるか、「コンプライアンス」の問題
- ② 薬を飲んだのに「まだ飲んでいない」と要求する問題
- ③ 服用を嫌がって飲まない問題

認知症の介護において最大の問題は、症状の理解の難しさにあります。今言ったことも忘れてしまうひどいもの忘れ、家族の顔すら忘れてしまう失認、金銭・物に対するはげしい執着、身近な介護者には強く出て、ほかの人にはしっかりと対応するという特徴など、認知症の人の示す多彩な症状を、介護者は理解できずに振り回されてしまうのが一般的です。その難しさに伴って、服薬管理の問題も起きますのです。

服薬管理、3つの問題

- ① 医師の指示通りに間違いなく服薬できるか、「コンプライアンス」の問題
- ② 薬を飲んだのに「まだ飲んでいない」と要求する問題
- ③ 服用を嫌がって飲まない問題

「事実」についての2つの原則

認知症の人の介護者が知っておかなければならない2つの原則があります。

原則1 記憶になれば本人にとっては事実でないこと

原則2 本人が思ったことは本人にとっては絶対的な事実であること

周りの者には客観的な真実であっても、当人にとっては記憶障害のために真実でない、ということが認知症では日常的に起こり得るのです。この原則が理解できないと、事実確

認のため、介護のエネルギーと時間を無益に使うことになり、混乱が増すばかりで介護者は消耗してしまいます。

「記憶になればその人にとって事実ではない」ということは、認知症の人だけでなく、普通の人にも当てはまるものです。見知らぬ人から「先日貸した金を返せ」と言われても、記憶になればお金を借りたことは誰も認めないでしょう。これは当然のことと言えます。

しかし、実際にお金を借りていても、交通事故やてんかんの大発作などのため逆行性健忘になり、記憶を失った人はどうでしょうか？借りたことを覚えていないため、同じ態度をとるに違いありません。これもまた、本人にとっては当然のことなのです。

食事をしたことを忘れて「食べてない!」、服薬したことを忘れて「薬を飲んでいない!」、無実な人間に「私の大切な着物をお前が隠した!」などと言う場合も、「本人の世界では、それが事実である」と一旦認めた上で、本人を安心させるような対応をするのがよいでしょう。

「事実」についての2つの原則

原則1 記憶になれば本人にとっては事実でないこと

原則2 本人が思ったことは本人にとっては絶対的な事実であること

「残存能力を尊重しつつ、支える」 介護の原則を活かした、服薬介助の工夫とは？

服薬を確実にするための工夫

知的機能の低下に伴って、多種類の薬を指示通り服用することが次第に困難になります。進行すると、1種類の薬を1日1回服用することも難しくなります。

だからと言って、介護者が全面的に管理し始めるのは必ずしも適切ではありません。認知症が進行しても、本人は「自分はまだできる」と思っているので、プライドを傷つけることになります。

介護の原則は、「要介護者の残存能力をできるだけ尊重して、できない部分をさりげなく支えること」です。次にあげるような工夫が数多くあります。

服薬を確実にするための工夫

- ①一包化して間違いなく飲めるようにする
- ②「服薬ボックス」あるいは「おくすりカレンダー」などを使う
- ③テーブルに、「薬をのみましたか」と書いた紙を置く
- ④家族がタイミングをみて電話する
- ⑤訪問薬剤指導を利用する
- ⑥服薬時刻を外れてもよいので、訪問介護やデイサービス利用時に服薬

①一包化して間違いなく飲めるようにする

薬の飲み忘れ・飲み間違いは、認知症の人の初期の段階に見られる混乱です。幾種類の薬を服用時刻ごとにセットして間違いなく飲むのは、認知症でない高齢者でも簡単なことではありません。

介護者がさりげなくセットの手伝いできれば、それが自然でよいやり方です。

介護者にセットする余裕がなく、本人も望まない場合には、「薬局でまとめてくれるそうだから頼みましょうよ」「先生も勧めていますよ」などと話して、一包化するようにしましょう。医師の指示があれば、調剤薬局などで、服用時刻を印刷して、一包化してくれます。

ただし、一包化には、若干の費用がかかります。診療報酬では、56日分までは1週間ごとに300円、57日分以上は2,700円が調剤料に加算されると決められています。例えば、4週間分の薬を一包化すると、加算が1,200円となり、1割負担の人であれば120円、3割負担であれば360円、余計に支払うことになります。

また、一包化の不便な点は、途中で薬の内容が変わったとき、服用中止になった薬を抜き出すのが難しいことです。

しかし、一包化すれば、ヒートシール*に関する問題も無縁になります。ヒートシールのまま切り離して1回分をまとめると、破いて取り出すとき手間だったり、薬を落としたりしてなくしたりしがちです。中には、ヒートシールのまま服用して喉や食道を傷つけ、緊急治療が必要になるケースもあります。一包化してしまえば、こういう問題がなくなるのです。

*ヒートシール：薬をアルミなど薄い金属やフィルムで1錠ずつ包装したもの



訪問薬剤師が自作したもの

②「服薬ボックス」あるいは「おくすりカレンダー」などを使う

薬袋に、「朝」「昼」「夕」「寝る前」というふうに目立つように記載して、適時、袋から取り出すのもよいのですが、認知症の進行具合によっては、それを目に入りやすい状態にしておかないと服用しなくなる場合があります。

曜日や日付が分かる段階の人であれば、「服薬ボックス」あるいは「おくすりカレンダー」「おくすりポケット」を使うと、該当時刻の薬服用の有無が確認できるので、有用です。市販品を購入するのもよいし、薬剤師や看護師などが自ら作って使うこともあります。

1日1回のみ服用であれば、大きなカレンダー（暦）に薬を貼っておくだけで上手くいく可能性もあります。

以上の場合も一包化しておくのと、扱いやすく間違えにくいのです。



市販のおくすりポケット

③テーブルに、「薬をのみましたか」と書いた紙を置く

認知症には、耳で聞いたことはすぐ忘れてしまうが、眼で見て繰り返し確認できることは通じやすい、という特徴があります。見やすい位置に、「薬をのみましたか」などと書いた紙を置いておくと、認知症の人が自分で服薬を確認する場合があります。ただし、書いた文章に関心を持たなくなったら、効果はなくなります。

④家族がタイミングをみて電話する

埼玉県に住む家族が、川崎に住む父親に毎朝電話して、「今日の分の薬がありますか。あったら今すぐ飲んでね」と電話することで、服薬が確実にできたケースがありました。

⑤訪問薬剤指導を利用する

医療保険では、主治医の指示により、薬剤師が自宅に訪問して「在宅患者訪問薬剤管理指導」する制度があります。専門職である薬剤師が、薬を自宅に配達し、残薬などを調べて服薬状況を把握、適切に服薬できるように工夫や指導をしてくれるのです。

また、その結果は医師に報告されることになっています。

「在宅患者訪問薬剤管理指導料」は、5,500円を月2回に限り算定できるとされているので、自己負担が発生します。

⑥服薬時刻を外れてもよいので、訪問介護やデイサービス利用時に服薬

いろいろ工夫しても、認知症の人が一人では服薬管理ができなくなる時期が必ず来ます。家族が介助することができればよいのですが、ひとり暮らしの人などでは難しくなります。

訪問介護や訪問看護、デイサービスなどを利用している場合には、ヘルパーや看護師、デイサービスのスタッフが服薬介助するのが現実的です。「食前や食後30分に訪問はできませんよ」などと懸念する声も出てくるでしょうが、「必要な薬を飲むか飲まないか」と考えれば、服用時刻をずらしても飲むことのほうが重要です。「食間」になっても差し支えありません。

デイサービスでの服用は、はじめから昼食後の処方のできるかどうかを医師や薬剤師に相談し、また、1日3回服用の薬がある場合には、援助体制に合わせて、1日2回にできるかを医師に相談するとよいでしょう。

「まだ飲んでいない!」「苦い!」「毒が盛られている!」 認知症ならではの服薬の難しさを、どう乗り越えるか

薬を飲んだのに「まだ飲んでいない」と要求する場合

記憶障害のため飲んだことを忘れて、「飲んでいない」と要求するケースはしばしば見られます。「原則1 記憶になれば本人にとっては事実でない」の通り、本人にとっては「飲んでいない」ことが事実なので、「もう飲んだからだめ」という言葉では説得できません。かと言って、薬を余計に飲ませれば副作用が出てくるし、医師に追加処方してもらうこともできません。

「飲んでいない」というこだわりに対しては、市販のビオフェルミン錠やサプリメント

錠剤を、「先生が出してくれた、よく効く薬よ」と言って与えるのがよい方法です。これなら何錠服薬しても問題ないし、要求に応じた方が早くこだわりがとれるのです。

服用を嫌がって飲まない場合

認知症の人の中には、「毒を盛られている」という被害妄想のため、服薬しない人もいます。「自分は病気ではないから薬は飲まない」と言って拒否することもあります。

また、錠剤やカプセルは一気に飲み込めば味を感じませんが、飲み込みに時間がかかると口の中で溶けだして、苦みや嫌な味を感じることもあります。吐き出してしまい、以後服薬を拒絶することにもつながります。

普通の人はいちいち我慢して服用しているだけで、本当は苦いものは嫌なのです。まして、服薬の意味を理解できない認知症の人にとっては、不快そのものでしょう。

「薬を飲まないで血圧が上がって脳卒中になりますよ」「症状が良くなったからといって中止すると胃潰瘍が再発しますよ」など、私たちはある意味「脅されて」服用しているわけですが、認知症の人にはこのような脅しに通じないことが多いため、服薬のすすめ方に工夫が必要となるのです。

また、身体的な衰弱が進行すると嚥下障害が出てきて、錠剤やカプセルが飲み込めなくなることが起こってきます。剤型を飲みやすい形に変えることが必要です。

以上のような特徴を踏まえた上で、個々の人にあわせ、次のような対応をするとよいでしょう。

服用を嫌がって飲まない場合

- ①介護者以外の者が上手にすすめる
- ②どうしても必要な薬にしぼる
- ③すすめ方を工夫する
- ④食べ物に混ぜる
- ⑤味を考える
- ⑥飲みやすい剤型にする
- ⑦貼付薬、坐剤、軟膏・クリームに変える
- ⑧薬の副作用や、新しい病気が出現を疑う

①介護者以外の者が上手にすすめる

「原則2 本人が思ったことは本人にとっては絶対的な事実である」の通り、「この薬は毒である」「私は病気ではない」といった思い込みも本人にとっては事実です。それが間違いだとなんか納得させることは難しいでしょう。

こうした思い込みは、「身近な人に対して症状が強くなる」特徴があるので、介護者が犯人とされたり、介護者の言うことは特に聞かなかつたりします。介護者が説得すればするほど混乱がひどくなりやすいのです。

そういう時には、介護者以外の身内の人、ケアマネジャー、介護スタッフ、訪問看護師、

医師などが本人の気持ちを受け止めながら、上手に勧めると服薬する場合があります。

②どうしても必要な薬にしぼる

多種多量の薬が処方されて飲みきれない場合があります。その時には、医師に「本人が飲みきれないので、どうしても必要な薬にしぼってください」と事情を話し、減らしてもらうことも重要です。家族などから言われたい限り、医師は処方を変えようとしません。

③すすめ方を工夫する

丁寧に説明することによって服用してくれればそれでよいが、「飲まないダメでしょう」「先生に言いつけますよ」などといってしまうと、本人はますます服用を拒否するようになります。

「これは、〇〇先生が出してくれた良く効く薬よ」というように、主治医の名前などを出すと聞いてくれることがあります。

また、「私が飲んだらすごく調子が良くなったから、お母さんも飲みましょうよ」と言って、用意しておいた偽薬を、本人と一緒に飲むようなシナリオを実践すると上手くいくことがあります。

④食べ物に混ぜる

強く拒否する人に無理やりに服用させるのは、現実的には難しいため、どうしても飲ませなければならぬ薬にしぼった上で、食べ物に混ぜて服用させることも必要になります。

筆者もある患者に、利尿剤と強心剤を、粉砕したり水に溶かしたりして、食べ物に混ぜた上で服用させ、心不全を改善させたことがあります。激しい精神症状をコントロールするため、強カトランキライザーを食べ物とともに与えることも珍しいことではありません。

⑤味を考える

散剤や単純な錠剤では苦い薬も、糖衣錠やカプセルにすれば苦味を感じなくなります。または、抗生物質、咳止めの薬、かゆみ止めの薬などを、小児用のシロップあるいはドライシロップにすると、苦くもなく飲みやすくなります。筆者もしばしばこの処方を行っています。

⑥飲みやすい剤型にする

薬には、錠剤、カプセル、散剤、細粒・顆粒、内用液、シロップ、ドライシロップ、ゼリー、吸入、軟膏・クリーム、ローション、貼付、点眼・点鼻、坐剤、注腸、浣腸、注射などの剤型や投与方法があります。

同じ錠剤でも、口の中ですぐ溶ける口内溶解錠や、1日1回の服用で済ますことのできる除放剤などといったものもあります。1日2～3回服用している薬が、1日1回でよくなれば管理は楽になるでしょう。

錠剤やカプセルが飲めなくなったら、粉砕（医師の指示があれば薬剤師がしてくれる）するか、散剤などに変更するとよいでしょう。散剤だとむせる場合には「服薬ゼリー」（市

販されている) やオブラートを使うか、前項のようにシロップやドライシロップに変更するのも有効です。

認知症治療薬に関して言えば、アリセプトは細粒、ドライシロップとゼリーの剤型があるし、レミニールでは内服液があって便利です。口内溶解錠であるアリセプトD錠やレミニールOD錠は口の中で唾液だけですぐ溶けます。メマリー錠は錠剤しかありませんが、アリセプトなどと併用することでより効果をあげるといわれています。

⑦貼付薬、坐剤、軟膏・クリームに変える

狭心症の血管拡張剤や喘息の気管支拡張剤、鎮痛剤などは、貼付薬や軟膏・クリームに変更すると内服薬を減らすことができる。痛みや便秘に対しては坐剤や浣腸が有効な場合があります。

認知症治療薬に関しては、リバスタッチおよびイクセロン（メーカーが違うので名前が違うが成分、剤型は同じ）という貼付薬があって、薬が徐々に吸収されるため胃腸障害などの副作用が少ないといわれています。アリセプトやレミニールとなどほぼ同様の作用を持つため、併用はできませんが、服薬が困難になった場合や副作用が出やすい人には便利です。

⑧薬の副作用や、新しい病気が出現を疑う

「薬を飲むと気持ちが悪くなるので飲まない」という場合には、副作用や新たな病気が出ている可能性があります。筆者の経験でも、薬を嫌がっている患者の血液検査をしたところ、薬物性肝炎を起こしているのを発見したことが一度ありました。

漫然と飲み続けしないで、医師に報告して指示を受けるようにしましょう。

工夫の元は、薬の知識

こうして見てきた服薬管理の問題は、認知症の人の100%に見られるようになる問題です。認知症の特徴を良く知った上で、さまざまな工夫をしなければいけません。ときには、「ドラマ仕立て」で対応する必要さえあるのです。

そうした工夫の元になるのは、薬に関する知識です。医療関係者だけでなく、福祉サービス担当者も、薬に関することをより多く知っておきたいものです。

(出典：杉山孝博：服薬介助の問題はこう解決する！、特集1 認知症の方に対するケア現場で行う介助の工夫、雑誌「認知症ケア最前線」Vol.41,56-62、2013、(株)QOLサービス、2013.10 を一部改変・追加)

インターネットで「川崎幸クリニック」を検索。「クリニック概要」→「院長のご挨拶」を開くと、本文章も含めて、杉山の書いた様々な文章のファイルが見られます

参考：1. アルツハイマー型認知症の治療薬について

川崎幸クリニック院長 杉山 孝博

1999年から使われていたアリセプト（塩酸ドネペジル）に加えて、2011年になって、メマリー錠（メマンチン塩酸塩）、レミニール（ガラントミン臭化水素酸塩）、リバスタッチおよびイクセロン（リバスタチグミン）の3種類の治療薬が相次いで保険診療で使用可能となりました。これら4種類の薬はすでに世界70以上の国と地域で承認されているので、日本もやっと世界と同じレベルに達したと言えます。

治療薬について、以下の基本的な知識を持つことは大切です。

- (1)治療薬というものの、アルツハイマー病の原因であるアミロイド・ベータの沈着を予防したり、除去するものではなく、認知症の症状をわずかに改善する効しかないことを理解しましょう
- (2)アリセプト、レミニール、リバスタッチ・イクセロンは、コリンエステラーゼ阻害薬という同系統の薬剤なので併用できません。したがって、アリセプトの服用をしていた人が他の薬剤に変更する場合は、アリセプトを中止して、その薬剤の開始量から始めて維持量まで持っていくことになるため、薬剤の効果が切れてしまう期間が生じます
有効量に達するまでに、アリセプトは1週間、メマリーは3週間、レミニールは4週間、リバスタッチ・イクセロンは12週間かかります
- (3)副作用としては、アリセプト、レミニール、リバスタッチ・イクセロンでは吐き気や嘔吐、食欲不振、下痢、腹痛など消化器症状が主で、メマリーでは消化器症状はなくて、めまい、便秘、体重減少、頭痛などがあります。リバスタッチ・イクセロンでは貼付部位のかぶれもあります
- (4)メマリーはアリセプト、レミニール、リバスタッチ・イクセロンと併用することでより効果をあげるといわれています
- (5)保険診療では、認知症の進行度により、使用できる薬剤が決まっています
アリセプト：軽度、中等度および高度のアルツハイマー型。
レミニール、リバスタッチ・イクセロン：軽度および中等度
メマリー：中等度および高度
- (6)それぞれの薬剤には、さまざまな剤型が用意されているので、特徴を理解して使用すると有用です
アリセプト：錠剤、口内溶解錠、細粒、ドライシロップ、内服ゼリー剤
レミニール：錠剤、口内溶解錠、液剤
メマリー：錠剤
リバスタッチ・イクセロン：貼付剤
- (7)標準的な処方の仕方は次の通りです
アリセプト：1日1回3mgから開始し、1～2週間後に5mgに増量。場合によっては、5mgを4週間以上服用後に10mgに増量することも。
レミニール：1日4mgを2回服用し、4週間後に8mgを1日2回服用するのが基本。場合によっては、4週間以上服用後に12mg1日2回に増量する

ことも可能。

メモリー：1日1回5mgから開始し、1週間ごとに5mgずつ増量し、維持量として1日1回20mgを服用する。

リバスタッチ・イクセロン：貼付剤で、1日4.5mgから開始し、4週間ごとに、9mg、13.5mgのように増量して、18mgが維持量となる。

(8) 川畑 信也医師による「抗認知症薬使用の手順」は次の通りです

①おとなしいタイプの初診アルツハイマー型認知症（軽度から中等度）では、アリセプト、レミニールあるいはリバスタッチ・イクセロンのコリンエステラーゼ阻害薬が第一選択である。中等度の段階では、その後の臨床経過でメモリーの併用が選択肢になる。

② おとなしいタイプの初診アルツハイマー型認知症（高度）では、コリンエステラーゼ阻害薬のなかで保険適応からアリセプトしか選択肢はない。その後、メモリーを併用する否かの選択が考えられる。

③初診時に易怒性不穏などの活発な周辺症状が目立つアルツハイマー型認知症では、まずメモリーかその他の抑制系薬剤を選択し、症状の安定化を図った後にコリンエステラーゼ阻害薬を併用する。

④ 外来通院中の再来アルツハイマー型認知症患者さんが中程度に進展した場合、現在使用している薬剤を増量するかメモリーの併用が選択肢になる。

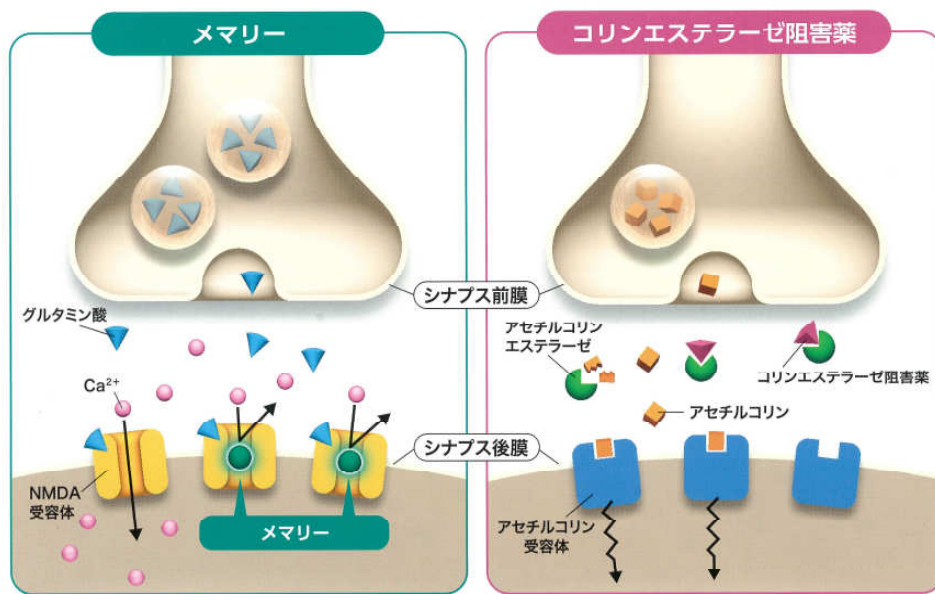
⑤ 外来通院中の再来アルツハイマー型認知症患者さんが高度に進展した場合、今まで使用していた薬剤がアリセプトなのかその他のコリンエステラーゼ阻害薬なのかでその後の方針はことなる。アリセプトならば10mgへの増量でよいが、レミニールやイクセロン・リバスタッチでは保険適応の問題からアリセプトあるいはメモリーに変更することになる。

(川畑 信也著：臨床医へ贈る 抗認知症薬・向精神薬の使い方—こうすれば上手に使いこなすことができる—、中外医学社、2012年5月 より)

参考2. アルツハイマー型認知症治療薬一覧



参考3. アルツハイマー型認知症治療薬の作用機序について



メマリーはNMDA受容体拮抗作用により、過剰なNMDA受容体の活性化を抑制します。
NMDA=N-methyl-D-aspartateの略
 NMDA受容体拮抗作用により、グルタミン酸濃度の上昇によりカルシウムイオン (Ca²⁺) が神経細胞内に過剰に流入して神経細胞が障害されるのを防ぐ。

コリンエステラーゼ阻害薬はアセチルコリンエステラーゼを阻害することにより、アセチルコリンの分解を抑制します。

Parsons CG, et al.: Neuropharmacology 2007; 53(6): 699-723より作図
 McGleeson BM, et al.: Br J Clin Pharmacol 1999; 48(4): 471-480より作図