

令和5年度厚生労働省委託事業

「薬局における疾患別対人業務ガイドライン作成のための調査業務」

薬局における疾患別対応マニュアル

～患者支援の更なる充実に向けて～

【精神疾患(認知症)】

令和6年3月

ガイドライン作成委員会・精神疾患に関する作業部会

ガイドライン作成委員会

氏名	所属・役職
朝倉 俊成	新潟薬科大学薬学部 教授 －糖尿病に関する作業部会 委員長
飯島 裕也	イイジマ薬局 開設者
石井 均	奈良医科大学医師・患者関係学講座 教授
川上 純一	公益社団法人日本病院薬剤師会 副会長
高井 靖	医療法人三重ハートセンター 診療支援部長 －心血管疾患に関する作業部会 委員長
竹内 尚子	湘南医療大学薬学部医療薬学科地域社会薬学 准教授 －精神疾患に関する作業部会 委員長
寺田 智祐	京都大学医学部附属病院 教授・薬剤部長 －脳卒中に関する作業部会 委員長
橋場 元	公益社団法人日本薬剤師会 常務理事
益山 光一 (○)	東京薬科大学薬学部薬事関係法規研究室 教授
宮川 政昭	公益社団法人日本医師会 常任理事
米村 雅人	国立がん研究センター東病院薬剤部 副薬剤部長 －がんに関する作業部会 委員長

(○：委員長、敬称略)

精神疾患に関する作業部会

氏名	所属・役職
井深 宏和	公益社団法人日本薬剤師会 理事
栗原 正亮	有限会社みわ薬局 代表取締役
黒沢 雅広	一般社団法人日本精神薬学会 理事長 昭和大学附属烏山病院 薬局長
斎藤 庸男	さいとうクリニック 院長
真田 建史	昭和大学精神医学講座 准教授
鈴木 弘道	アルテ薬局 管理薬剤師
竹内 尚子 (○)	湘南医療大学薬学部医療薬学科地域社会薬学 准教授
中田 裕介	合資会社中田薬店ゆう薬局 管理薬剤師
成井 繁	グッドファーマシー株式会社湘南あおぞら薬局藤沢店 管理薬剤師
橋場 元	公益社団法人日本薬剤師会 常務理事

(○：委員長、敬称略)

精神疾患(認知症)

はじめに.....	1
第1章 総論.....	4
《薬剤師の関わり方、治療目標》.....	4
Q1-1 認知症の患者に対する薬剤師の役割、治療の目標は何か。.....	4
第2章 疾患・治療の特徴.....	6
《認知症について》.....	6
Q2-1. 認知症の発症原因・症状は何か。.....	6
Q2-2. 認知症の治療方法は薬物治療以外にもあるか。.....	8
第3章 処方監査・調剤におけるポイント.....	9
《処方監査・調剤における留意点》.....	9
Q3-1. 調剤可否の判断方法について教えてほしい。.....	9
Q3-2. 処方設計における注意事項・医師への処方提案のポイント：処方薬剤を見直す際に有用性や忍容性以外にポイントはありますか。.....	10
第4章 患者情報の確認・服薬指導・フォローアップにおけるポイント.....	11
《患者情報の確認》.....	11
Q4-1. 収集すべき患者情報：今まで薬局を利用していた患者に認知症治療薬が処方された。改めて収集する情報はあるか。.....	11
Q4-2. 情報収集の方法：いつも患者一人で来局するが、本人からの聴取で十分か。.....	12
Q4-3. お薬手帳への記録や薬剤情報提供文書の作成のポイントを教えてほしい。.....	13
Q4-4. 患者状態の確認のポイント：患者との関わりの中で認知症を疑うポイントにはどのようなものがあるか。.....	14
《疾患の特性に配慮した服薬指導・フォローアップのポイント》.....	15
Q4-5. 認知症の患者に話をする際の基本的な注意点を教えてほしい。.....	15
Q4-6. 認知症患者の家族や入居施設スタッフと接する際の注意点を教えてほしい。.....	16
Q4-7. 服薬指導のポイント：抗認知症薬の服薬指導のポイントはなにか。.....	17
Q4-8. 認知症の周辺症状（BPSD）にはどのような薬剤が使われるか。.....	18
Q4-9. 服薬状況の確認のポイント：服薬状況の確認からアドヒアランス不良と判断した際の介入にはどのようなものがあるか。.....	20
Q4-10. 交付薬剤の説明のポイント：服薬指導時は納得して帰宅した患者から「薬をもらっていない」と連絡があったが、どのような対応をすればよいか。.....	22

Q4-11. 抗精神病薬や抗てんかん薬が処方されたということは、高齢発症の精神疾患やてんかんと認識して服薬指導をしてよいか。	23
第5章 地域医療連携.....	24
《地域包括ケアシステム》	24
Q5-1. 処方医との連携のポイントを教えてほしい。	24
Q5-2. 多職種と連携するきっかけにはどのようなものがあるか。	25
第6章 総括	26

はじめに

【作成の背景】

人口減少・少子高齢社会が到来し、当面の間、医療ニーズが極大化される中、少子化により医療従事者の確保はさらに困難となっていくことが予想されており、地域包括ケアシステムを機能させていくことが必要です。薬局薬剤師は薬の専門家として、入院医療において入退院支援を通じた医療機関との連携を推進したり、外来医療、在宅医療において多職種と連携を図りつつ薬物療法に対応するなど、地域医療を担う一員としての役割を果たすことが期待されています。

そのような状況の中、厚生労働省は、今後の薬局薬剤師の業務及び薬局の機能のあり方並びにそれを実現するための方策を検討するため、「薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループ」を開催し、令和4年7月に議論のとりまとめを公表しました (https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_26701.html)。

当該とりまとめでは、今後、薬局薬剤師が地域包括ケアシステムを支える重要な医療職種として活躍するために、薬局薬剤師業務について対人業務をさらに充実させることが重要であることが指摘されています。

本マニュアルは、令和5年度厚生労働省委託事業「薬局における疾患別対人業務ガイドライン作成のための調査業務」として、薬局における対人業務の充実に向けた参考としていただけるよう、医療計画における5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）ごとに対人業務としての対応をまとめたものです。

【本マニュアルのねらい・想定読者】

本マニュアルは、全国の薬局における対人業務の質の均てん化を目指して作成しています。各疾患の患者に対して実施することが期待される、基本的な対応についてまとめました。

本マニュアルには、薬局薬剤師の方にとってはもちろんのこと、薬局における登録販売者や管理栄養士などの他職種や、薬局の連携先となる医療機関等の関係者にとっても参考となる情報を記載しています。地域の連携体制構築に向けてもご活用ください。

マニュアルの作成方針

- 薬局薬剤師は、その専門性を発揮して、外来診療や在宅医療において、診療ガイドラインに沿った薬物療法が適切に実施され、患者の治療や生活を支援することが期待されています。
- そのため、本マニュアルでは、疾患別の特性や特徴を踏まえた対人業務に焦点を当て、かつ、薬物療法のみならず、生活習慣の改善等も含めた対応について記載しています。
- 薬物療法そのものの詳細は診療ガイドラインをご参照ください。また、疾患に共通して求められる対応に関しては、日本薬剤師会や各関連学会等から発行されている各種資料をご活用ください。

【マニュアルの構成・内容】

本マニュアルの構成は、大きく以下に分かれています。各章において、薬局薬剤師が遭遇しやすい疑問や困りごとに「ポイント」としてQ&A形式で記載しています。第3章・第4章は、薬局における対応のフローに沿って解説しています。

第1章 総論	疾患対策の意義や治療における薬剤師の役割・目標等を解説しています。
第2章 疾患・病態や治療方針の特徴	診療ガイドラインを踏まえた疾患・病態や治療方針の特徴を解説しています。
第3章 処方監査・薬剤調製におけるポイント	処方監査や薬剤調製におけるポイントを解説しています。
第4章 患者情報の収集・服薬指導・フォローアップにおけるポイント	患者情報の収集と、疾患の特性に応じた服薬指導・フォローアップのポイントについて解説しています。
第5章 地域医療連携	地域の医療機関や関係機関等との連携など、対人業務の充実のために必要な取組を中心に解説しています。
第6章 総括	第1章から第5章までを総括しています。

なお、本マニュアルは、疾患ごとに、診療ガイドラインを踏まえた薬局における対人業務についてまとめています。多くの薬局において遭遇しやすい状況を想定して記載しており、医薬品の適応外使用に関しては取り扱っていません。詳細を知りたい場合は、最新の診療ガイドラインをご確認ください。

参考

- 対人業務のうち「フォローアップ」は、ただ漫然と実施するのではなく、患者情報の収集、処方監査、調剤設計、服薬指導の中で、薬剤師が必要であると判断した患者に対して実施するものです。様々な要因を抱えた患者一人ひとりについて問題点を見つけ、それに対する目標を明確化し、フォローアップすることが重要です。
- 日本薬剤師会が作成し公表した「薬剤使用期間中の患者フォローアップの手引き」(第1.2版: 日本薬剤師会)を基に、厚生労働科学研究費補助金「薬剤師の職能のための薬学的知見に基づく継続的な指導等の方策についての調査研究」(令和2～4年度)(研究代表者: 益山光一教授)において、調剤後のフォローアップ事例の収集及び手引きの改訂や、フォローアップによる効果検証などが行われ、その成果を基に、「薬剤使用期間中の患者フォローアップ(研究班版)」が公表されています。ぜひあわせてご参考ください。

【マニュアルの活用に向けて】

本マニュアルは薬局薬剤師のみならず、多くの関係者において参考としていただける情報を掲載しています。次のような形での活用を想定しています。

活用例

薬局での活用

- ✓ 薬局において、対人業務の実務の中で不明点や困ったことが生じた際に、該当する章・ポイントを参照する。
- ✓ 薬局において、人材育成などの研修や勉強会の資料として活用する。

地域での活用

- ✓ 地域の関係機関との研修や勉強会の資料として活用する。

大学等での活用

- ✓ 薬学部において、対人業務に対する理解を深めるための教材として活用する。(例:実習前の事前課題として活用する等)

第1章 総論

《薬剤師の関わり方、治療目標》

Q1-1 認知症の患者に対する薬剤師の役割、治療の目標は何か。

【回答】

認知症の診療ガイドラインにおける治療目標の一つとして、認知機能の改善と生活の質の向上を治療目的とし、そのために早い段階から認知症を有しつつ生活する方法として社会資源の利用につなげることとされている。それらを踏まえた上で、薬剤師には認知症の兆候に気づき早期介入を図ること、生活状況等の確認、服薬アドヒアランスを高める支援、薬剤の副作用による周辺症状の評価等を行うことが求められる。

患者や家族の中には初期では認知症と認識していないことがあり、薬剤師が他疾患の服薬状況、日常会話から認知症なのではと気づくことがある。薬局において現金を用いてスムーズに支払いできるかなども注目ポイントである。

物忘れやできないことを隠そうとするが、強く指摘することなく、社会的支援の窓口につなぐことが薬剤師の役割の一つである。薬局が家族からの相談窓口となり、相談へのハードルを下げることも大切である。

【解説】

認知症は加齢による身体の変化の一部とも捉えられおり、薬物治療を施行しても完治することは難しい。認知機能の改善と生活の質の向上をめざし、認知症の進行を少しでも遅らせ、できるだけ住み慣れた場所での生活を続けられるようにすることが治療の目標となる。また周辺症状や精神症状への対症療法として薬物治療を施行していることが多くなる。

家族が認知症かな？と思った時は地域包括支援センターに相談するところから始まる

名称は地域により異なるが、インターネットで検索すれば居住地域の支援センターを知ることができる。現在、2025年を目途とした地域包括ケアシステムの運用が進んでおり、様々な社会的資源が整えられている。認知症患者は患者が住み慣れた地域でその人らしく暮らしていけるよう、介護保険の認定手続き、生活サービスなど、その人に合った支援について相談することができる。老々介護でインターネットを活用できない場合、薬局が相談窓口として機能することが期待される。

認知症治療の難しさから、発症予防策は話題となるが、決定的なものではなく、生活習慣病対策、ストレス対策などが重要である。

薬剤師の役割の一つとして、薬物治療の管理がある。薬物治療の妥当性や安全性の確認、効果

の最大化に資するアドヒアランスの維持・向上策を検討・実行することである。患者の生理機能の変化を確認し、漫然投与となっていないか、より安全な薬物治療はあるのか、より適切な剤形はあるのか等について医師と協議することが期待される。

【参考】

すぐに役立つ！ 認知症の治療とケア 基本から実践まで 第2版(高瀬義昌編、じほう、2017)

第2章 疾患・治療の特徴

《認知症について》

Q2-1. 認知症の発症原因・症状は何か。

【回答】

認知症は「通常、慢性あるいは進行性の脳疾患によって生じ、記録、施行、見当識、理解、計算、学習、言語、判断など多数の高次脳機能障害からなる症候群」とされている。これらの中核症状が進行する中で不安・焦燥、うつ状態、幻覚・妄想、徘徊、興奮・暴力、不潔行為、せん妄などの周辺症状を呈することがある。アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、脳血管性認知症、前頭側頭葉変性症が四大認知症と呼ばれており、それぞれで原因が異なる。

・アルツハイマー型認知症

アルツハイマー型認知症の発症機序は完全には明らかになっていないが、加齢に伴い脳に蓄積するアミロイドβタンパクやタウタンパクが関与し、神経細胞が傷害され脳に萎縮がおきると考えられている。

・レビー小体型認知症

レビー小体型認知症では脳の中にレビー小体が出現することで正常な神経細胞が減少していく。

・脳血管性認知症

脳血管性認知症の多くは脳梗塞や脳出血などの脳血管障害が原因で、虚血や圧迫により脳細胞が傷害されることにより起こる。

・前頭側頭葉変性症

前頭葉や側頭葉に局限した神経細胞の脱落が見られ、残存神経細胞にはタウタンパク等の異常たんぱくが蓄積されていることが知られているが、なぜこのような変化が起こるかは解明されていない。

認知症では、物忘れに始まり、見当識障害、失行・失認・失語などの中核症状だけでなく、周辺症状（徘徊、せん妄、暴力・暴言、など）、精神症状（うつ状態、幻覚・妄想、不安・焦燥など）の症状を呈する。時間の経過とともにこれらの症状が進行し、できないことが増えていく。

認知機能検査には改訂長谷川式簡易知能評価(HDS-R；Hasegawa's Dementia Scale-Revised)やミニメンタルステート検査(MMSE；Mini Mental State Examination)がある。HDS-Rは30点満点中20点以下で認知症の疑いがあるとされており、MMSEは30点満点中23点以下で認知症の疑いがあるとされ、27点以下で軽度認知障害の疑いとされている。

生活習慣病による動脈硬化は脳梗塞を引き起こし、脳血管性認知症の原因となる。また糖尿病、

高コレステロール血症などの生活習慣病はアルツハイマー型認知症のリスク要因とされている。

【解説】

アルツハイマー型認知症による認知機能の低下と加齢による認知機能の低下は異なる。加齢に伴う認知機能の低下は、通常、部分的な「物忘れ」であり、病識が保たれ、日時の見当識が保たれるなど、日常生活へ支障をきたすことは少ない一方、認知症では、物事自体を忘れてしまい、食事したことを忘れる、日時・場所がわからなくなるなどの症状がみられるが、患者には病気の自覚がなく、忘れていたことも自覚していない。身体的に問題ない場合は、徘徊する、「いじめられている、物を取られる」などの作話をするなどで、介護を行う家族に負担がかかることもある。物忘れ等の兆候があっても、家族も加齢によるものと思いがちだが、医療従事者等と早期に医療や介護に関する相談をすることが重要である。

脳血管性認知症の場合、脳梗塞・脳出血などのイベント後に症状が出現する。きっかけが明らかかな分、患者も物忘れを自覚でき、後遺症による身体的な不自由さもあると、自信喪失している場合もある。人から見られたくないなど、人との接触を避けがちになるが、これによりうつ症状、不安などの精神症状が生じる可能性がある。周りの声掛け・サポートが重要である。患者が孤立しないよう注意することは薬剤師の役割として重要である。

認知機能検査では認知症の診断とならない状態、いわゆる軽度認知機能障害の患者も服薬管理に問題を抱えていることが少なくない。患者とのやりとりを通じて、患者の服薬管理に課題があると考えられた場合には、必要に応じて患者宅に訪問して、実際に自分の目で確認することも重要である。

【参考】

認知症疾患診療ガイドライン 2017、日本神経学会監修

Q2-2. 認知症の治療方法は薬物治療以外にもあるか。

【回答】

認知刺激、音楽療法、運動療法、回想法、光療法、アロマセラピー、鍼治療等があるが、有効性に関する結論はでておらず、議論され続けている。周辺症状に対しては非薬物治療を中心とし、精神症状や行動障害の緩和だけを目的とせず、必要に応じて介護者にも介入することが重要である。

患者とのコミュニケーションは重要とされている。できないことが増えていく中で、患者自身も不安・いらだちがあるのは当然のことである。それが怒りや焦りとなっていることを理解して、患者と対話する。

【解説】

認知症の治療には薬物治療と非薬物治療がある。

【参考】

認知症疾患診療ガイドライン 2017

第3章 処方監査・調剤におけるポイント

《処方監査・調剤における留意点》

Q3-1. 調剤可否の判断方法について教えてほしい。

【回答】

身体機能の変化や体調の変化に従い、併用薬の変更、追加等が行われることが考えられるため、お薬手帳から併用薬を確認する。残薬把握に努め、極端に溜め込むことのないよう適宜残薬調整を行う。

【解説】

一般的に高齢者は多病であるため併用薬に注意が必要である。薬物間相互作用に注意を払い、また腎機能低下時には有害事象が生じやすいため注意する必要がある。お薬手帳で併用薬の最新情報を入手し、血液検査の結果を持っている場合には積極的に確認する必要がある。

なお、日本腎臓病薬物療法学会のホームページでは GFR 推算式とクレアチニンクリアランス推算式が計算できる。

【参考】

日本腎臓病薬物療法学会ホームページ <https://www.jsnp.org/egfr/>

Q3-2. 処方設計における注意事項・医師への処方提案のポイント:処方薬剤を見直す際に有用性や忍容性以外にポイントはるか。

【回答】

高齢者には嚥下機能の低下が認められ、最終的に服薬できなくなることがあることに注意する。徐放性製剤を使用する場合は、粉碎ができないため、嚥下機能低下時に継続が困難となる恐れがあることに注意する。また、配合剤は服用薬剤数を減らせるが、有害事象が生じた場合には被疑薬の推定が困難となることに注意する。

【解説】

当該患者の薬物治療の全体を把握する。院内処方をしている医療機関の処方情報についても漏れなく把握する。

加齢や認知症の進行に伴い飲み間違い・飲み忘れ、嚥下機能低下、拒薬が懸念される。

薬物治療が継続された場合には、副作用の早期発見に努め、日常生活動作（ADL）の変化に伴う薬物治療の妥当性を評価する。例えば患者の嚥下機能に対して処方剤形が適切か評価し、必要に応じて医師に剤形変更を提案することも考慮する。

飲み間違い・飲み忘れ

治療域が狭い薬物治療が行われている場合には特に注意が必要である。

嚥下機能低下

加齢による嚥下機能の低下が考えられる。自宅や施設で嚥下困難となった場合、その場で粉碎や溶解による投与が必要になる場合があるため、製剤学的な工夫による徐放性製剤や腸溶剤は注意が必要である。粉碎や溶解による投与に対応できる剤形選択が理想である。

嚥下機能低下による服薬への影響は錠剤を飲みこめなかったり、粉薬でむせて飲みにくかったりなど患者によって異なる。また家族が錠剤を分割したり、粉碎したりしている場合もあるため、家族や介護者からの情報が大切になる。

拒薬

認知症の進行に伴い拒薬が見られることがある。状況に応じて処方医と情報共有する。

第4章 患者情報の確認・服薬指導・フォローアップにおけるポイント

《患者情報の確認》

Q4-1. 収集すべき患者情報:今まで薬局を利用していた患者に認知症治療薬が処方された。改めて収集する情報はあるか。

【回答】

認知症患者の治療においては、生活全般を包括的に見ていくことになる。起床時刻、食事の摂取状況、就寝時刻等の生活リズム、同居家族等服薬等をサポートしてもらえる人の有無、近所付き合い等の患者の周囲の背景、介護保険の受給状況等を収集する。

【解説】

認知症では徐々に認知機能の低下、ADLの低下が進行し、周辺症状や問題行動が目立つようになってくる。患者と家族の生活の質(QOL)を高め、認知症とともに生きる生活を支援するため、今後必要な支援が提供できるよう準備を進めることが大切である。

現在の薬物治療が患者の生活リズムに合っているのか、服薬管理や服薬行為を支えてもらえる人は身近にいるのか等について、同じ内容でも時期や質問の仕方を変えて、複数回に分けて丁寧に聴取することにより情報の精度を上げるよう努める。

Q4-2. 情報収集の方法:いつも患者一人で来局するが、本人からの聴取で十分か。

【回答】

できるだけ本人から情報収集することが、患者との信頼関係の構築につながる。本人からの情報収集にあたっては、複数回に分け、1回あたりの収集量が多くなりすぎないように配慮することが大切である。同じ内容でも時期や質問方法を変えて質問することで情報の精度が向上する。

その上で、介護者から客観的評価を得られると、総合的に判断してより核心をついた問題点を抽出できる。

【解説】

患者本人に敬意を払うことが大切である。できるだけ本人から聴取することで信頼関係の構築につながる。ただし、認知機能の低下により情報の処理が難しいことがあるため、一度に多くの情報収集を行わないよう留意する。アルツハイマー型認知症においては無難な返答や要領を得ない返答をする「取り繕い反応」と呼ばれる特有の症状を示す場合もあるため注意が必要である。

Q4-3. お薬手帳への記録や薬剤情報提供文書の作成のポイントを教えてください。

【回答】

お薬手帳には調剤上の工夫等を行った場合にはその情報も記入し、患者や多職種と情報共有する。薬剤情報提供文書は薬剤交付時以外にも、自宅に持ち帰ってから家族が見ることもあり、また介護職員が見ることもあるため、間接的な服薬指導のツールと考える。

【解説】

お薬手帳

調剤方法として一包化している場合には、どの薬剤を一包化しているのか、日付印字している場合にはその日付、医師から具体的な指示がなく薬学的判断に基づいて指示した事項(例えば頓服薬の使用回数の上限や使用間隔等)があれば、それらを記入することは調剤及び指導情報の可視化となるとともに情報共有が飛躍的に向上するものと考えられる。

薬剤情報提供書

副作用についてはよく起こり得るものについて、好発時期が知られている場合にはその情報、対処方法についても記載した方が服薬自己中断を防ぐことに効果的である。重篤な副作用についてはその前駆症状や初期症状について記載し、薬局や医療機関に連絡するボーダーラインを明確にすることが大切である。

剤形については、本人が噛み砕いて服用していることもあり、患者が施設入所している場合は嚥下機能の低下に伴い施設が破碎している場合や溶解して投薬している場合があることから、特に徐放性製剤については粉碎・溶解しないように注意喚起が必要である。

薬剤情報提供書の工夫例

ジェネリック医薬品のなかには先発薬にはない剤形を揃えていることがある。そのような情報を関係者で共有することで適切な剤形選択につながる。

例えばドネペジルの場合には下記のようにジェネリック医薬品にしかない剤形がある。

先発医薬品の剤形	ジェネリック医薬品のみにある剤形
錠剤、口腔内崩壊錠、細粒、ドライシロップ、内服ゼリー(カップ包装)	口腔内崩壊フィルム剤、内服ゼリー(エアープッシュ包装)、内用液(エアープッシュ包装)

【参考】

- ・ 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則 第十五条の十三
- ・ 調剤報酬点数表(厚生労働省)

Q4-4. 患者状態の確認のポイント:患者との関わりの中で認知症を疑うポイントにはどのようなものがあるか。

【回答】

患者との対応を通じて、徐々に認知機能が低下し非認知症から軽度認知障害へ進行する過程における変化や違和感を敏感に感じ取る。

【解説】

来局～処方箋提出

薬局を利用する場合、まずは処方箋を提出することは理解している。しかし、来局して受付まで来たはいいが、立ちすくんでいる場合は認知症を疑うサインである。また保険証の提示をはじめとした各種提出がスムーズにいかなくなることが増えることもある。

服薬指導時

アルツハイマー型認知症の症状の一つに「取り繕い反応」がある。質問をしても当たり障りのない言葉で返されたり、家族と一緒に来局している場合には質問を家族が答えるように促すことも少なくない。そのため、「意外としっかりしている」と判断してしまうこともある。どことなく会話が噛み合わないと感じることも多く、「ど忘れしちゃった」という言葉を使う場合には認知症を疑うサインである。

会計時

金銭管理は高度な知的行動である。毎回、少額の会計でも一万円札で支払う場合には認知症を疑うサインである。「細かいので支払って大丈夫ですよ」「急がなくて大丈夫ですよ」と声掛けしながら様子を見ていく。

周辺症状の変化

アルツハイマー型認知症の症状の経過として、元々の性格もあるが、こだわりが強くなったり、易怒性が見られたり、妄想、幻覚、徘徊が見られるようになることが多い。本人からそれとなく伺ったり、家族等が来局している時は、その方々から客観的な評価を聞き取ったりすることが大切である。

上記の認知症を疑うサインや精神症状や問題行動は、薬物治療の評価の参考になり得る。気になる事項は薬歴に記載して関係者で情報共有するとともに、経時的な変化を確認することで認知機能の低下を把握する一助となる。

【参考】

編集 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会・監修 日本神経学会：認知症疾患診療ガイド

《疾患の特性に配慮した服薬指導・フォローアップのポイント》

Q4-5. 認知症の患者に話をする際の基本的な注意点を教えてほしい。

【回答】

情報に優先順位をつけ、取捨選択を行い、患者の反応を確認しながら、ゆっくりと、簡単な言葉で、簡潔に伝えることを意識して話す。

【解説】

指導に時間をかけ、丁寧に説明する。視覚情報と聴覚情報を組み合わせて、必要に応じて薬袋に大きな字で用法や服用する薬剤数を追記することも必要になる。要領を得た返答を得られないこともあるが、否定的な言葉を使わないことがコミュニケーションを維持・向上する上で大切である。「でも」「逆に」は使用しないように注意する。

子ども扱いしないことや、同じことの繰り返しがあっても厳しく指摘したりしないことも意識する。嫌な思いをした記憶は、記憶の中でも留まりやすく、忘れにくいとされており、今後の信頼関係の構築に悪影響を及ぼす。

Q4-6. 認知症患者の家族や入居施設スタッフと接する際の注意点を教えてほしい。

【回答】

第一に認知機能が低下した患者と話すことを意識することが大切である。その上で、家族や介護職員が同席する場合は、以下の点に気を付ける。

家族が同席する場合

基本的には患者本人に質問して回答を得るが、家族が同席している場合には会話の時々で家族の顔を見て目を合わせて頷く。家族の思っていることとズレが生じている場合には、首を傾げたり首を横に振ったりと反応を示していることが多く、よく観察する。

自宅で介護している場合、家族も頑張っていて疲れている。家族への支援を忘れないようにする。

介護職員が同席する場合

上記同様、基本的には患者本人に質問して回答を得る。「職員さんから見ていかがですか？」等と客観的評価を得ることも大切である。

【解説】

アルツハイマー型認知症では、服薬すること自体を忘れていることもあり、家族やヘルパーなど他者のサポートが必要となる。家族や介護スタッフとの話し合いが中心になりがちだが、患者本人と話すことを意識することが大切である。また服薬支援の方法を決める際なども、患者の合意を得るようにする。自分のことを他人だけが話して決めることは、患者の自尊心を傷つける。

また、家族は患者から目を離すことができないため、自分自身の身体の不調への対応が遅れることがある。服薬介助に負担を感じるとの報告¹⁾もあるため、家族の体調にも気を配りながら、話を聞くことも重要である。

【参考】

- 1) 鈴木弘道ほか、介護者が感じる服薬介助負担のアンケート調査；社会薬学、Vol32(2)、48-53、2013

Q4-7. 服薬指導のポイント:抗認知症薬の服薬指導のポイントはなにか。

【回答】

患者本人あるいは高齢の配偶者に対する服薬指導の内容と、家族等に対する指導内容は処理できる情報量や求められる情報が異なることが多いことを意識し、必要な情報を整理して伝える。

【解説】

患者本人への服薬指導

処理できる情報量を考慮すると、薬効の説明は大まかなもので十分なことが多い。例えば抗認知症薬であれば「物忘れに対する薬」「物忘れが進みにくくする薬」程度で、薬理作用に基づいた細かい説明が必要な場合は少ない。「認知症」という言葉に抵抗を示す患者も少なくないため医師の説明内容を確認し、言葉の選択に注意する。副作用については、出現頻度の高いもののうち、継続服薬に影響を及ぼしそうなものや重篤なものの中で優先順位を検討し、特に優先順位が高いものに絞って説明するなど、情報量を調節し、理解を確認することが大切である。

上記以外の家族等への服薬指導

患者に説明する場合よりも情報量は多くなっても問題ない。副作用の説明の際には、どのような症状に注目すべきかを伝えると客観的評価の精度が高くなる。患者本人が服薬の大切さについて認識が薄く継続服薬が困難な場合には、家族の力が必要となることが多いが、家族が服薬を強要したり厳しく当たったりすることで患者と家族の関係を壊さないよう、注意深く指導を行うことが大切である。家族から「薬を飲んでくれなくてほんと嫌になっちゃう」「つい大きな声出しちゃうんです」などの発言があれば特に厳格な服薬管理を求めないように注意が必要である。処方を見直すことが必要と判断した場合には、医師に改めて医学的判断を求める。例えば、内服薬を飲み込みにくいために服用が進まない場合には貼付薬等の外用薬への処方変更を提案することも一つである。

認知症の進行に伴い、家族のみが来局するようになった場合に、家族が患者を放っておけないと急いで帰ようになってしまうことがある。そのような場合には、情報量の調節が必要となるので、再度優先順位をつけてスムーズな情報収集に努めることとなる。あるいは一度帰宅後に時間を設けてもらい、電話で説明することも検討する。

Q4-8. 認知症の周辺症状(BPSD)にはどのような薬剤が使われるか。

【回答】

非薬物治療が治療の中心ではあるが、焦燥、興奮、易刺激性には抑肝散、抑肝散加陳皮半夏、抗精神病薬や気分安定薬（抗てんかん薬）、抑うつや活気のなさには抗うつ薬やコリンエステラーゼ阻害薬、不安、緊張には抗うつ薬や抗不安薬、不眠には睡眠薬が使用されることがある。低用量で開始し、できるだけ速やかに効果と副作用を評価しながら投与すべきである。生理機能が低下した患者は特にふらつき等の有害事象に気をつけながら使用する必要があり、ベンゾジアゼピン受容体作動薬は筋弛緩作用があり転倒の危険性があるため、できるだけ使用を控える。

【解説】

認知症の行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)) は、認知機能障害を基盤として、身体的要因、環境的要因、心理的要因などの影響を受けて出現する。攻撃的な言動、脱抑制などの行動症状と、焦燥、興奮、不安、うつ、幻覚、妄想などの心理症状がある。

認知症の治療中に抗精神病薬、気分安定薬等が処方された場合、BPSD の興奮、攻撃性、妄想等に対する薬物治療が必要になった状態である可能性を念頭において確認する。

抗精神病薬

ガイドライン¹⁾ではリスペリドン、クエチアピン、オランザピン、アリピプラゾールが紹介されている。全般的にはふらつきや転倒に注意が必要であるが、リスペリドンは筋強剛、クエチアピンやオランザピンは過鎮静、アリピプラゾールは不眠に注意が必要である。

気分安定薬

精神科、心療内科領域では、抗てんかん薬を気分安定薬として使用することが少なくない。バルプロ酸やカルバマゼピンが用いられることがある。

抗うつ薬

抑うつ症状には SSRI や SNRI が使用される。薬剤の特性を用いてトラゾドンは催眠作用による睡眠深度や中途覚醒の改善、ミルタザピンは催眠作用や食欲亢進作用を期待して使用される。

抗不安薬

ベンゾジアゼピン受容体作動作用のある薬剤は、筋弛緩作用により転倒の危険性を高めるため、できるだけ使用しないことが推奨される。やむを得ず使用する場合には、有害事象に十分留意する必要がある。エスシタロプラム等の SSRI による抗不安作用を利用することも一つである。

睡眠薬

ベンゾジアゼピン系薬剤には筋弛緩作用があるため、オレキシン受容体拮抗薬やメラトニン受容体作動薬を優先して使用する。効果不十分な場合にはベンゾジアゼピン系薬剤が検討される。

NMDA 受容体拮抗薬

メマンチンには鎮静作用が認められるため、抗精神病薬が使用しにくい時に使用されることがある。めまいやふらつきには注意が必要である。

【参考】

- 1) 編集 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会・監修 日本神経学会：認知症疾患診療ガイドライン 2017
- 2) 平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究班：かかりつけ医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン(第 2 版)

Q4-9. 服薬状況の確認のポイント:服薬状況の確認からアドヒアランス不良と判断した際の介入にはどのようなものがあるか。

【回答】

飲み間違いへの対応が必要と判断した場合には、一包化調剤を検討するとともに、より適切と考える剤形を処方医に提案し医学的判断を求める。飲み忘れへの対応が必要と判断した場合には、多職種で連携しフォローする必要性があるため、介護保険の受給状況等の情報収集を行う。

【解説】

服薬状況の確認として、「飲み忘れはありますか?」と質問すると「飲み忘れがあります」とは答えにくい。そのため、「お薬はどのくらい残ってますか?」等と飲み忘れがあることを前提で質問することも大切である。あるいは“次回受診までの手元の薬のゆとり”として手元の残薬数を大まかに把握することにより残薬の増減を把握することも有効である。残薬を毎回持参してもらえ方にはアドヒアランスの評価とともに残薬調整もしやすい。

飲み間違いへの対処が必要と判断した場合

高齢者は多病（複数の疾患が併存している状態）と言われており、処方薬剤が多くなる傾向がある。また、治療の過程で複雑な用法用量となってしまった患者も少なくない。薬剤調製方法として一包化することによる飲み間違いの防止は一定の効果がある。また、薬物治療について改めて処方医に医学的判断を求めることも必要である。医師に提供する情報として、「〇割程度飲み間違いがある」や「〇〇と△△の配合剤が発売されている」ということを伝えて、医学的判断に必要な情報を提供する。

飲み忘れへの対処が必要と判断した場合

認知機能低下に伴い服薬あるいは服薬したことを忘れてしまう患者も少なくない。最近では老老介護世帯や独居世帯も増えており、服薬介助を受けにくい患者も少なくない。一般的に行われている対策と認知症患者の場合に考えられる更なる問題点を下表に挙げる。

講じている対策	更なる問題点
一包化調剤	そもそも服薬行為を忘れてしまう
分包紙への日付印字	見当識障害から今日の日付が分からない
服薬チェックシートを導入	シートの存在を忘れてしまう
お薬カレンダーの利用	そもそも服薬行為を忘れてしまう
服薬支援ロボットの活用	アラーム音を故障と勘違いしてしまう 服薬したことを忘れて「薬が出てこない」と故障を訴える
服薬後の分包紙あるいはPTPシートの保管依頼	忘れて捨ててしまう

1日1回の用法としてもらった	そもそも服薬行為を忘れてしまう
----------------	-----------------

今日の日付が分からない状況については、日付を表示する時計を置くことにより解消されたこともあるが、飲み忘れの改善に向けて薬剤師だけでは取り組みに限界があり、困難なことが多い。そのため、在宅サービスと連携する必要がある。当該患者の担当ケアマネジャーに連絡を取り解決に向けて相談する必要がある。担当者が不明な場合には当該患者の居住地を担当している地域包括支援センターに連絡することも一つの方法である。

Q4-10. 交付薬剤の説明のポイント:服薬指導時は納得して帰宅した患者から「薬をもらってない」と連絡があったが、どのような対応をすればよいか。

【回答】

正確な数量を交付していることを確認して、搜索場所を一緒に考える。来局時に持っていたバッグの中、他のバッグの中、車の座席下、自宅駐車場の周辺等の可能性を伝えて薬剤の有無を確認する。

【解説】

生じやすい状況

患者本人が一人で来局して薬剤を受け取った時はこのような状況が生じやすい。薬を受け取ったことを忘れてしまったり、しまった場所を忘れてしまったり、落としてしまったりと多くのことが考えられる。家族にも薬の管理の支援について話しておく。

交付していることの確認

一旦患者の主張を受け入れ、交付していることを確認する。確認方法には、理論在庫と実在庫に差が生じていないことの確認、薬剤交付時に数量確認して受取サインをもらってればその確認、監査時に写真撮影していればその確認等、自薬局の実情に合わせて行う。

搜索場所の検討

交付していることを確認できたら搜索場所を患者と一緒に考える。来局時に持っていたバッグの中、他のバッグの中、車の座席下、駐車場の周辺など、当日の行動を患者と一緒に振り返って場所を指摘し、探してもらう。冬季はこたつ周りに落ちていることも少なくない。

搜索しても見つからないとき

搜索しても見つからない時の対応を、あらかじめ薬局内で取り決めておく。一旦新しく交付し、見つけ次第返却してもらう、処方箋を再交付(この場合、医療保険の適応とならないこともあるため注意が必要)してもらって対応するなどの例がある。

【参考】

すぐに役立つ！ 認知症の治療とケア 基本から実践まで 第2版(高瀬義昌編、じほう、2017)

Q4-11. 抗精神病薬や抗てんかん薬が処方されたということは、高齢発症の精神疾患やてんかんと認識して服薬指導をしてよいか。

【回答】

高齢発症の精神疾患、てんかんの可能性はあるが、認知症の行動・心理症状（BPSD：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）に対する処方ということが多い。

【解説】

抗精神病薬

認知症患者に抗精神病薬が処方されたときには、BPSD に対する処方を念頭に置いて服薬指導を行う。「怒りっぽさがあるんですか？」や「イライラすることが多いんですか？」などと伺った方がスムーズな服薬指導になる。薬効の説明は患者から聞き取った症状や医師からの説明を踏まえた説明（「イライラを抑える作用」や「強いこだわりを改善する作用」など）をするようにする。もちろん、BPSD としての妄想に対する処方のこともあるため、臨機応変に対応する。

抗てんかん薬

精神科や心療内科領域では気分安定薬として処方されることが多い薬剤である。患者から聞き取った症状や医師からの説明を踏まえた説明（「感情の起伏を穏やかにする作用」や「イライラを抑える作用」）をする。もちろん、抗てんかん作用を期待して処方されることもある。高齢者てんかんの発作症状はけいれんを伴わないことが多く、意識障害、言葉が出ないといった症状や、発作後もうろうろ状態が続くことがある。患者家族等から「話しかけても反応がないことが多い」などの言葉が聞かれたら抗てんかん作用を期待した処方と認識して服薬指導した方がスムーズである。

【参考】

- 1) 平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究班：かかりつけ医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン(第 2 版)
- 2 日本てんかん学会：高齢者のてんかんに対する診断・治療ガイドライン

第5章 地域医療連携

《地域包括ケアシステム》

Q5-1. 処方医との連携のポイントを教えてほしい。

【回答】

有害事象の有無や服薬状況を報告しながら情報共有していくことにより連携が始まる。

【解説】

処方箋だけを介した関係では信頼構築は難しいことが少なくないため、医師、薬剤師で共通の情報を積み上げていくことが大切である。

Q5-2. 多職種と連携するきっかけにはどのようなものがあるか。

【回答】

一包化等の調剤上の工夫をしてもアドヒアランスの確保が困難な場合は、服薬管理や服薬介助を目的とした多職種連携が必要で、連携のきっかけとなる。

【解説】

飲み間違いや飲み忘れがある場合には一包化等の調剤上の工夫を施す。しかし、見当識や認知機能の低下により異なる服用時に服用してしまったり、服薬自体を忘れてしまったりすることがある。このような状況では、薬剤師だけの関わりでアドヒアランスを向上することが困難である。

介護保険サービスを受けている場合には、当該患者の担当ケアマネジャーに連絡を取り、現在利用している介護サービスの有無の確認や連携の必要性を説明する。

通所サービス・訪問サービスを利用している場合

看護師や介護士等に服薬介助が可能かどうか確認する。服薬介助が可能なタイミングを踏まえた薬物治療の設計が理想的である。服薬介助にあたり必要な調剤上の工夫はあるかを確認して、医師に処方提案する。

直接的な服薬介助が難しい場合には、服薬後の分包紙の空包確認を依頼してみる。患者本人が空包管理できれば、それによるアドヒアランスの評価ができる。

なお、介護保険サービスを受けていない場合には、居住住所を管轄する地域包括支援センターに相談するよう説明する。

第6章 総括

認知症患者における薬物治療で特に留意しなければならないことの一つ目は、高齢者としての薬学管理である。患者は高齢であることが多く、高齢者は多病（複数の疾患が併存している状態）のために複数の薬剤が併用されていることが多い。生理機能も低下していくため、嚥下機能の評価や腎機能等代謝・排泄機能の低下を考慮した剤形選択も重要となる。高齢者における薬物治療については「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015」（一般社団法人 日本老年医学会）を参考とされたい。

二つ目は認知症の進行に伴う認知機能低下によるアドヒアランス低下についての対策である。調剤方法や薬袋表示の工夫なども重要であり、在宅医療に介入することで是正を図ることも効果的である。独居あるいは老老介護のような状況の場合、薬剤師だけの頑張りでは十分なことが望めないことが増えてきており、多職種連携が重要となってくる。