

薬局業務における実践 編

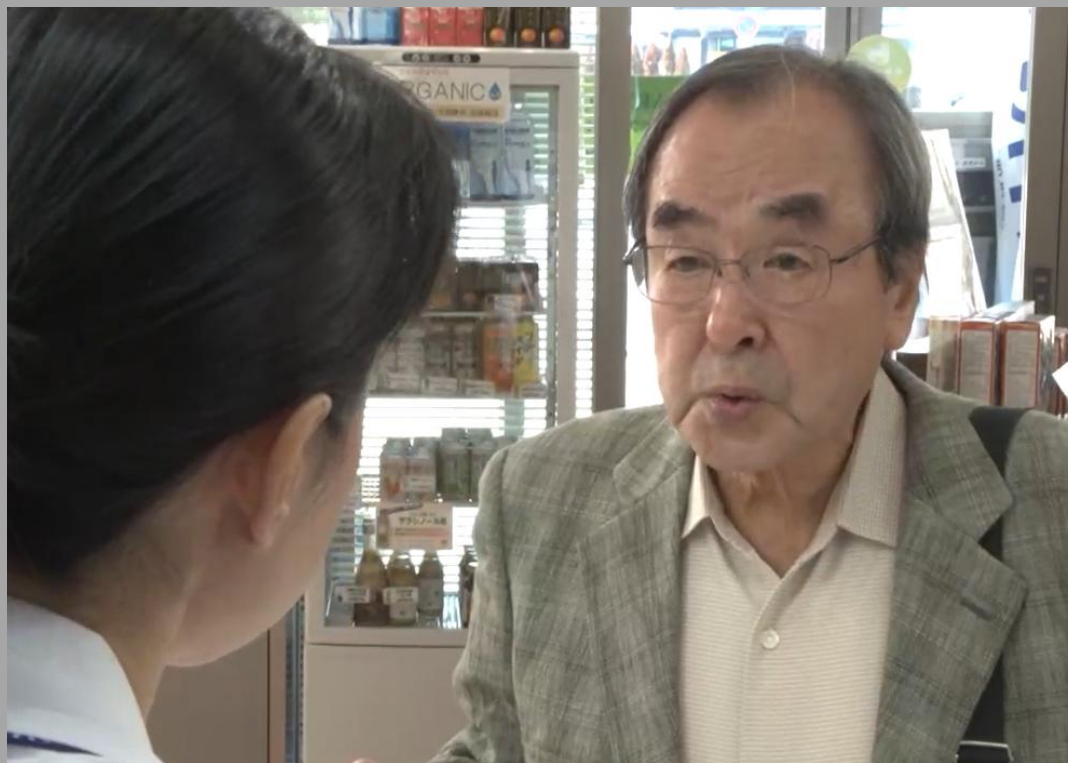
ねらい：認知症の気づき及び具体的な対応の原則を踏まえた、薬局業務や多職種連携について理解する

到達目標：

- 症状に配慮した薬局業務のポイントを理解する
- 認知症の人への説明や服薬指導についての原則・具体的な方法について理解する
- 多職種連携におけるかかりつけ薬剤師の役割について理解する
- 本人・家族への対応及び実践上のポイントを理解する

〔薬局実践1〕

動画 ① かかりつけ薬剤師の役割



かかりつけ薬剤師・薬局に求められる 認知症対応の3つのポイント

〔薬局実践2〕

「気づき」・「つながり」・「支える」

- 服薬指導、地域の中での認知症の徴候のある人に対する「気づき」
- かかりつけ医等との連携により早期発見・早期対応への「つながり」
- 在宅医療を含め適切な薬物療法（薬学的管理）を実施し、治療と生活を「支える」
（状態や状況に応じた適宜の服薬指導等）

認知症の薬物療法の検討と実施

〔薬局実践3〕

薬物療法の必要性
を十分に検討

十分な説明を
行った上で開始

薬物療法における主なポイント

- ◎ 診断後、現在の服薬内容を確認
- ◎ 薬物療法による必要性を十分に検討
- ◎ 服薬の自己管理・遵守、および環境の確認
- ◎ 本人(家族や介護者を含め)への説明と同意
- ◎ 見直しを含めた継続的な評価

コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

〔薬局実践4〕

	ドネパジル	ガランタミン	リバスチグミン
作用機序	AChE*阻害 *アセチルコリンエステラーゼ	AChE阻害/ ニコチン性ACh 受容体刺激作用	AChE阻害/ BuChE*阻害 *ブチルコリンエステラーゼ
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度
一日用量	3-10mg	8-24mg	4.5-18mg
初期 投与法	3mgを1－2週投与後 5mgで維持	8mgで4週投与後 16mgで維持	4週ごとに4.5mgずつ 増量し18mgで維持
用法	1日1回	1日2回	1日1回
半減期	70－80 時間	5－7 時間	2－3 時間
代謝	CYP	CYP	非CYP
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)
その他	DLBが適応 (2014) 貼付剤発売 (2023)		1ステップ漸増法 が承認 (2015)

コリンエステラーゼ阻害薬の使用上の注意点

〔薬局実践5〕

1. アルツハイマー型認知症に使用(ドネペジルはDLBにも可)
2. 洞不全症候群、房室伝導障害は要注意
投与前に心電図をとることが望ましい
3. 気管支喘息、閉塞性肺疾患の既往
4. 消化性潰瘍の既往、非ステロイド系消炎剤使用中の場合
5. 消化器症状出現時は減量・中止を検討

重大ではないが頻度の高い副作用

食欲不振、嘔気
嘔吐、下痢、便秘、頻尿、腹痛
興奮、不穏、不眠、眠気
歩き回り(徘徊)、振戦、頭痛
唾液分泌過多、顔面紅潮、皮疹

メマンチンの特徴

〔薬局実践6〕

	メマンチン
作用機序	グルタミン酸受容体の拮抗薬
病期	中等度～重度
一日用量	20mg
投与法	5mgから1週間ごとに5mgずつ増量し 20mgで維持
用法	1日1回
半減期	55－70時間
代謝	非CYP
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)
その他	コリンエステラーゼ阻害薬と併用可

メマンチンの使用上の注意点

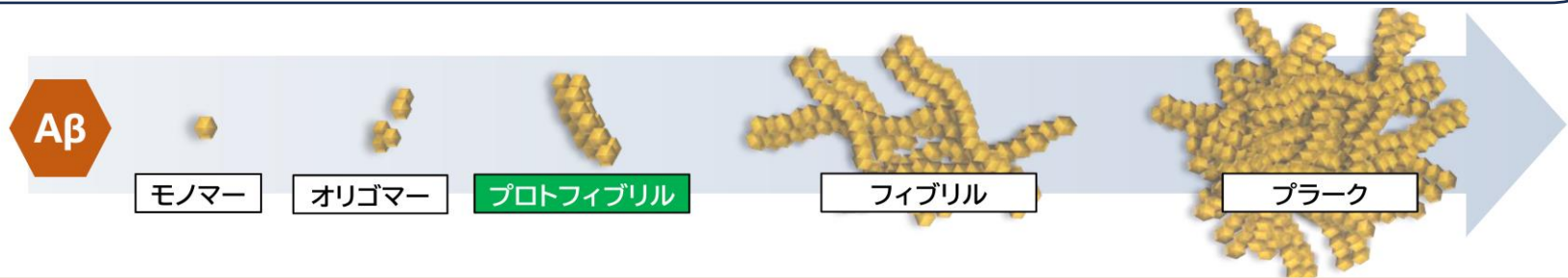
〔薬局実践7〕

- 副作用：
 - ・ 浮動性めまい
 - ・ 便秘
 - ・ 体重減少
 - ・ 頭痛
 - ・ 傾眠
- チトクロームP450 による代謝を受けにくいため薬物相互作用が少ない

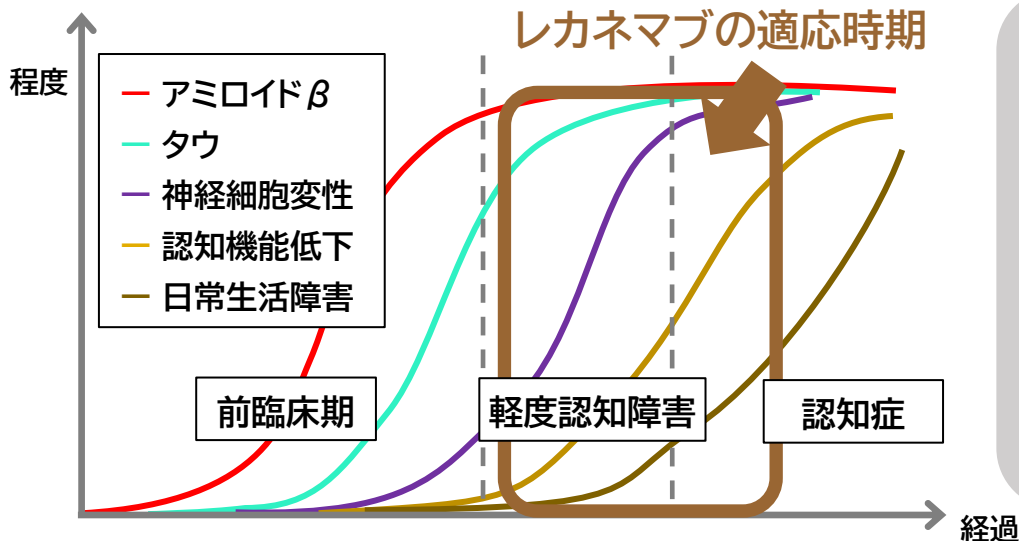
アルツハイマー病 抗アミロイド β 抗体薬 レカネマブ

〔薬局実践8〕

レカネマブは、アルツハイマー病(AD)の病態で重要な役割をはたすアミロイド β (A β)蛋白のうち、毒性が示唆されるA β プロトフィブリルに選択的に結合し、脳内のA β プロトフィブリルやA β プラークを減少させると考えられている



アルツハイマー病による「軽度認知障害」及び「軽度の認知症」(＝早期AD)において進行抑制効果をもたらすとされている



- ◎ アミロイドPETか脳脊髄液検査、又は同等の診断法によりA β 病理が存在することを示唆する所見を確認する必要がある
- ◎ 検査所見でA β 病理が示唆されても、無症候の場合や、逆に症状が中等度以上の場合には適応ではない
- ◎ ADの進行を完全に停止させたり、完全に治癒させるものではない。投与後は、6ヵ月毎を目安に症状の評価を行い、有効性が期待できない場合は中止すること

レカネマブ投与における注意

〔薬局実践9〕

- ◎ 2週間ごとに約1時間かけて点滴静注で投与
- ◎ インフュージョンリアクション(輸注反応;頭痛、悪寒、発熱、吐き気、嘔吐等) がみられた場合、次回以降投与前に抗ヒスタミン薬や抗炎症薬などの予防的投与を考慮

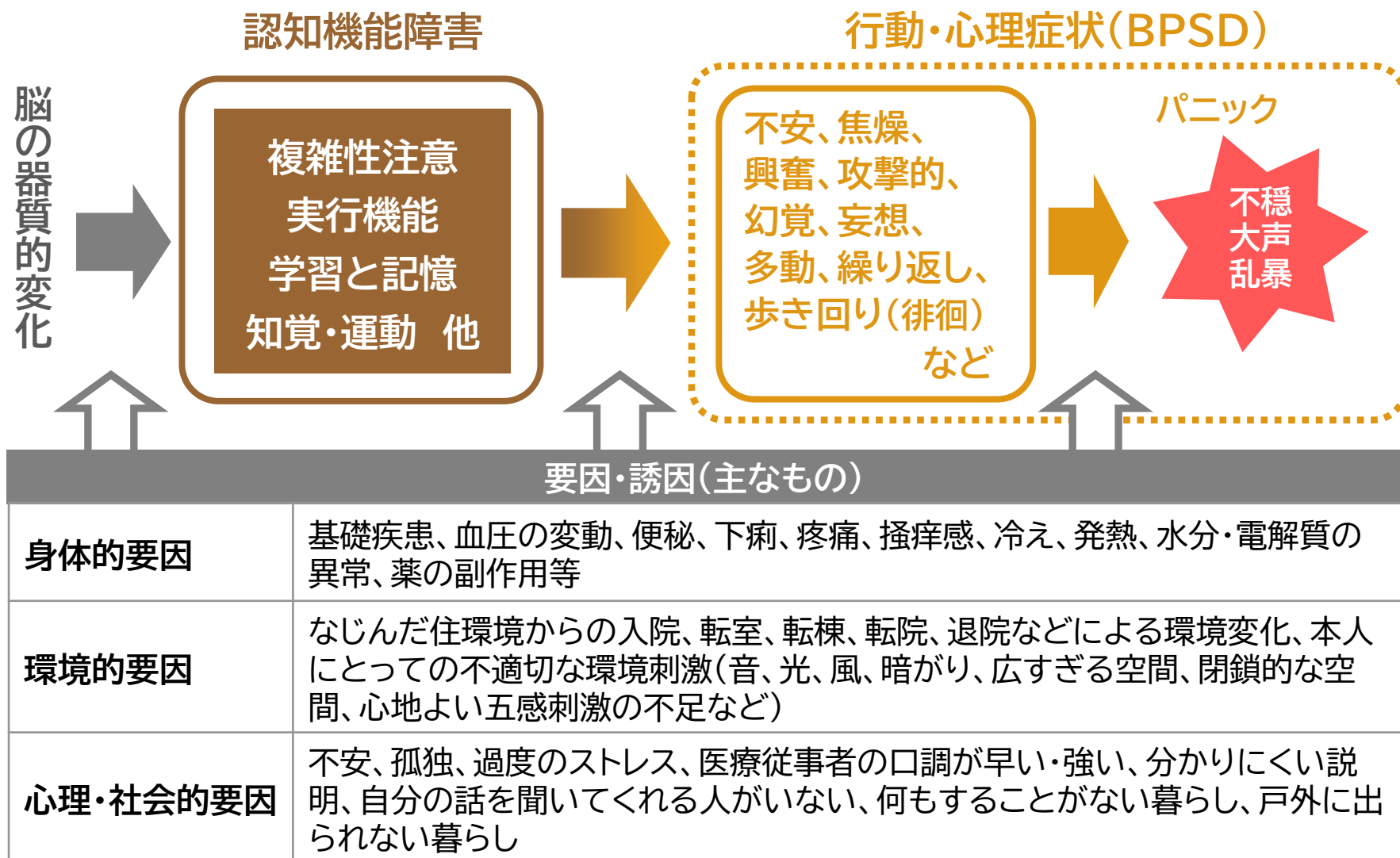
- ◎ 投与により、アミロイド関連画像異常(ARIA)があらわれることがある。
ARIA-浮腫/滲出液貯留(ARIA-E)、ARIA-脳微小出血・脳表ヘモジデリン沈着症・脳出血(ARIA-H)がある。

- ◆ 投与前のMRI確認が必要。5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が見られた場合は投与不可。
- ◆ 抗血小板剤や抗凝固薬服用時、脳出血の副作用を増強させる可能性があり、注意が必要。(急性期脳梗塞対応に関しては、日本脳卒中学会の静注血栓溶解(rt-PA)療法適正治療指針追補を参照)
- ◆ ARIAは投与開始から14週間以内に多く、開始後初期は特に注意深い観察が必要。無症状のことも多いが、5、7、14回目の投与前にはMRI撮像が必要。また、それ以降も定期的または疑わしい症状があれば、MRI検査を実施する。画像異常の程度や症状の程度を評価し、一時投与休止や、中止を考慮。
- ◆ (APOE遺伝子型がε4の場合、その数に応じてリスクが上昇することが知られている)

- アミロイドPET、髄液検査、MRI等の必要な検査及び管理が実施可能な医療施設又は当該医療施設と連携可能な医療施設において投与を行うこと
- ADに関する十分な知識及び経験を有し、本剤のリスク等について十分に理解があり、管理・説明できる医師の下で投与を行うこと

認知症の症状と要因・誘因（再掲）

〔薬局実践10〕



行動・心理症状(BPSD)への対応

〔薬局実践11〕

- 身体疾患の有無のチェックと治療
(脳血管障害、感染症、脱水、便秘など)
- 薬物の副作用や急激な中断のチェック
- 不適切な環境やケアのチェックと改善
(騒音、不適切なケアなど)
- 介護サービスの利用



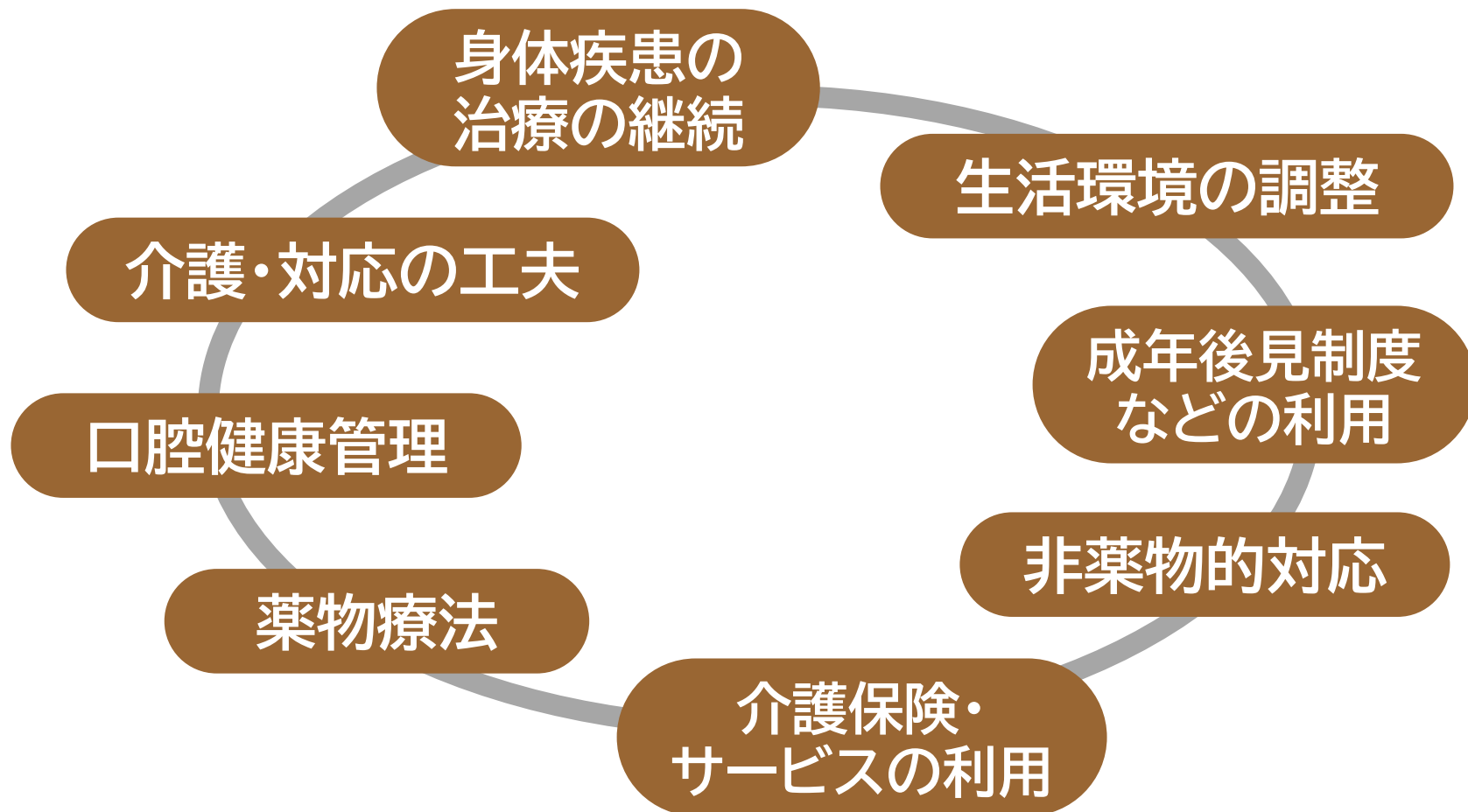
改善がみられない場合は、

- ▶ ガイドラインに沿った薬物治療
- ▶ 専門医に紹介

認知症のマネジメント(トータルケア)

〔薬局実践12〕

医学的な対応の継続の他、利用可能なサービスの導入
や制度の活用を考慮したトータルケアの視点がポイント



認知症の非薬物的対応

〔薬局実践13〕

- ◆ 運動療法
- ◆ 音楽療法
- ◆ 回想法
- ◆ 認知機能訓練・認知刺激・認知リハビリテーション
- ◆ 作業療法
- ◆ 日常生活活動訓練
- ◆ 栄養療法
- ◆ コミュニケーションや感覚器への支援(補聴器等)
など

非薬物療法(主なもの)

〔薬局実践14〕

- ◆ **運動療法** は、関節機能の改善、筋力の増強、全身耐久性の向上、動作の改善、転倒予防、痛みの緩和だけでなく、実行機能や視空間認知などの認知機能の改善にも効果がある
- ◆ **認知機能訓練** は、記憶、注意、問題解決など、認知機能の特定の領域に焦点をあて、個々の機能レベルに合わせた課題を紙面やコンピューターを用いて行う
- ◆ **音楽療法** は、不安や痛みの軽減、精神的な安定、自発性・活動性の促進、身体の運動性の向上、表情や感情の表出、コミュニケーションの支援、脳の活性化、リラクゼーションなどの効果がある
- ◆ **認知刺激** は、認知機能や社会機能の全般的な強化を目的に、通常はグループで活動やディスカッションなどを行う。集団リアリティオリエンテーションも含まれる
- ◆ **回想法** は、昔の懐かしい写真や音楽、昔使っていた馴染み深い家庭用品などを見たり、触れたりしながら、昔の経験や思い出を語り合う一種の心理療法である
- ◆ **認知リハビリテーション** は、個別のゴール設定を行い、目標に向けて戦略的に、セラピストが本人や家族に対して個人療法を行う

高齢者で薬物有害事象が増加する要因

〔薬局実践15〕

高齢者の薬物有害事象には多くの要因が関連している

要因	特徴	現状
疾患上の要因	・ 複数の疾患を有する ・ 慢性疾患が多い ・ 症状が非定型的	・ 多剤併用、複数科受診 ・ 長期服用 ・ 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) ・ 認知機能の低下 ・ 視力・聴力の低下	・ 症状発現の遅れ ・ 過量投与 ・ 誤服用 ・ アドヒアランス低下
社会的要因	・ 過少医療	・ 投薬中断

投薬に際して注意すべきこと

〔薬局実践16〕

- 薬の保管・管理と定期的な服薬ができること
(本人または介護者が行う)
- 薬の効果と副作用の観察が行えること
(本人が独居の場合は訪問看護や訪問介護などを利用して適宜支援と確認ができる)
- 定期的な受診と服薬指導が受けられること

認知症の人の服薬を支える視点

〔薬局実践17〕

- **認知症の徴候(初期サイン)を見逃さない視点**
⇒ 早期診断に結び付ける
- **治療の継続を図る視点**
⇒ 認知機能障害治療薬をドロップアウトさせない
- **BPSD悪化の主要因として薬剤を疑う視点**
⇒ 処方薬の治療効果と副作用の評価・観察から
処方医に情報提供・提案を行う

服薬の継続管理におけるポイント

〔薬局実践18〕

- **事前の服薬確認の環境調整**
 - ⇒ 独りでの服用をなるべく避ける
 - ⇒ 家族の介護負担を常に考慮する
- **服用している薬剤の整理、副作用への留意**
- **服用状況(回数など)をかかりつけ医と連携**
 - ⇒ 残薬とならないように工夫する
- **他職種に薬剤師の視点を伝達**
 - ⇒ 薬剤師による服薬支援の重要性等を共有する
- **地域の医療・介護資源の情報(連携先等)を保有**

薬局窓口での対応

〔薬局実践19〕

【初投薬時】初めて認知症の薬を飲む場合

● 本人が一人で来局した場合

- ・ 本人に『認知症かもしれない』という自覚があることや服薬開始の理解、生活環境を聞き取り疑問点があるときは本人の了解を得て家族に連絡する。できないこと、わからないことをさりげなく手助けして押しつけず、急かさず、その人のペースを守りながら説明する

● 家族と一緒に来局した場合

- ・ 本人が服薬について納得している場合は、通常の手順で説明する
- ・ 本人が十分納得していない場合は、まず、本人とゆっくり話して気持ちを聴き、服薬の同意を得てから説明する

【継続服用中】

● かかりつけ薬剤師が本人の様子で気づいた場合

- ・ 家族などから情報を集めて、本人の了解を得た上で処方医にフィードバックする

認知症の人への対応・コミュニケーション

〔薬局実践20〕

- 認知症の人への対応の心得 “3つの「ない」”
 - ・ 驚かせない
 - ・ 急がせない
 - ・ 自尊心を傷つけない
- コミュニケーションを高めるには
 - ・ 本人に寄り添い、本人の意思をくみ取るように意識する
 - ・ 本人だけでなく、介護家族への支援も重要

認知症の人・家族と接するときのポイント

〔薬局実践21〕

- ① 本人の**尊厳**を守り、**余裕**をもって見守るという認識で接する
- ② 本人の言うことを**否定**せず、**自然な笑顔**で接する
- ③ 本人の立場に**気を遣い**、**簡潔**に一つずつ確認しながら接する
- ④ 家族の話を聞き**共感**を示し、**積極的**にかかわりを持つという認識で接する
- ⑤ 本人と**向き合う姿勢**で接し、**現存機能**を**ほめる**ことを勧める

認知症の人への支援

〔薬局実践22〕

- もの忘れがあっても、充実感を持ち、安心して暮らせるように、**できる限りの服薬支援を行う**ことを本人に伝える
- もの忘れを自覚する**辛さを受け止め**、残された能力が十分あることを伝える
- 本人の前での、**家族への服薬説明は慎重に行う**
- 家庭の中で**何らかの役割**を持ってもらうこと、**社会参加や介護保険サービスの利用**を勧める
- 体調変化に**早めに気づき**、かかりつけ医に**フィードバック**をする

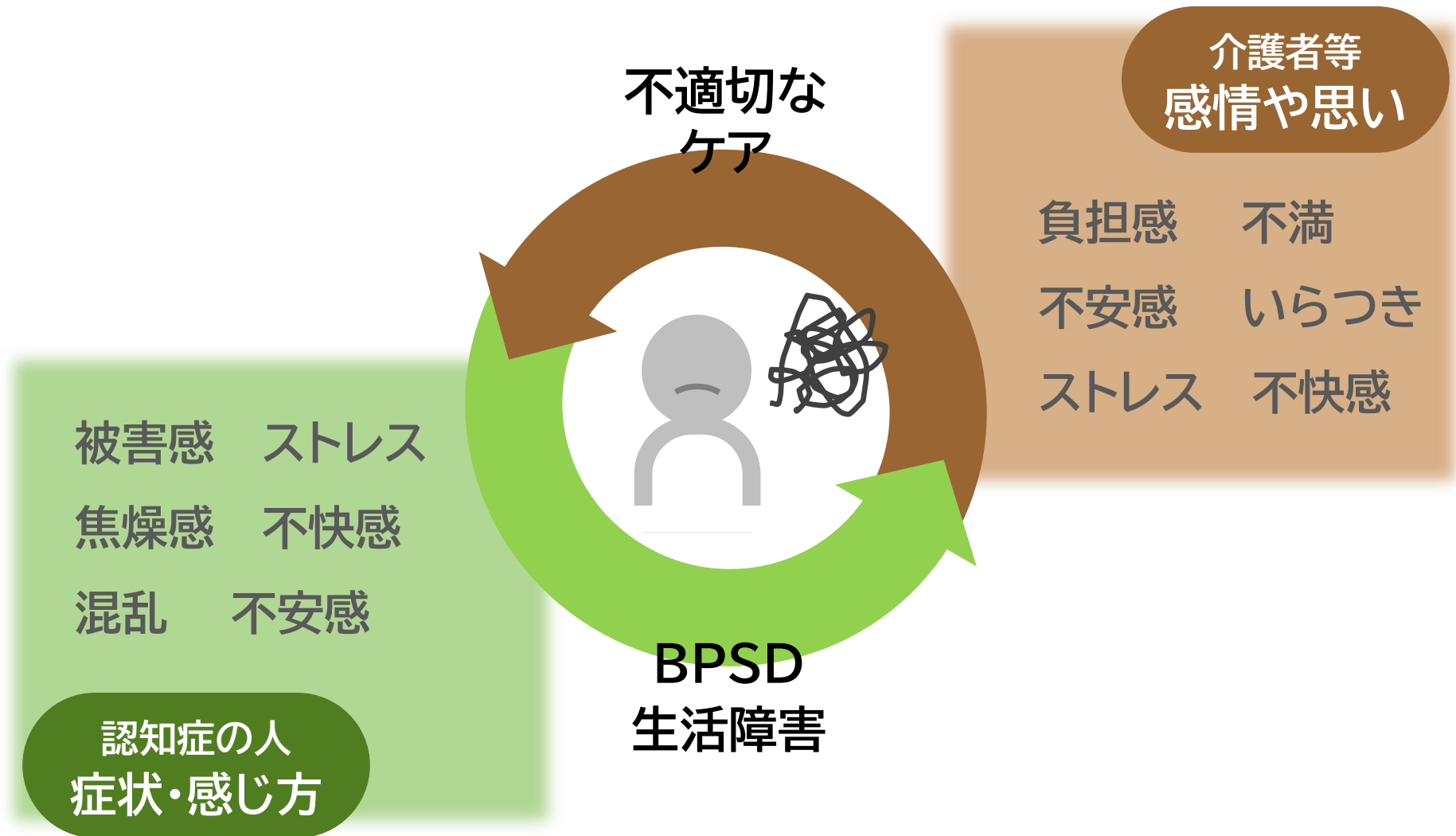
治療期間における視点や姿勢

〔薬局実践23〕

1. 本人は強い不安の中にいることを理解して接する
2. より身近な者に対して、認知症の症状がより強く出ることが多いという認識で接する
3. 感情面は保たれているという認識で接する
4. 認知症の症状は基本的に理解可能として接する
5. 現存している能力を最大限に活用する
6. いつもと様子が違うと感じたら、身体疾患や身体症状の影響を考慮する
7. 服薬アドヒアランスを確認する

不適切なケアとBPSDの負の関係

〔薬局実践24〕



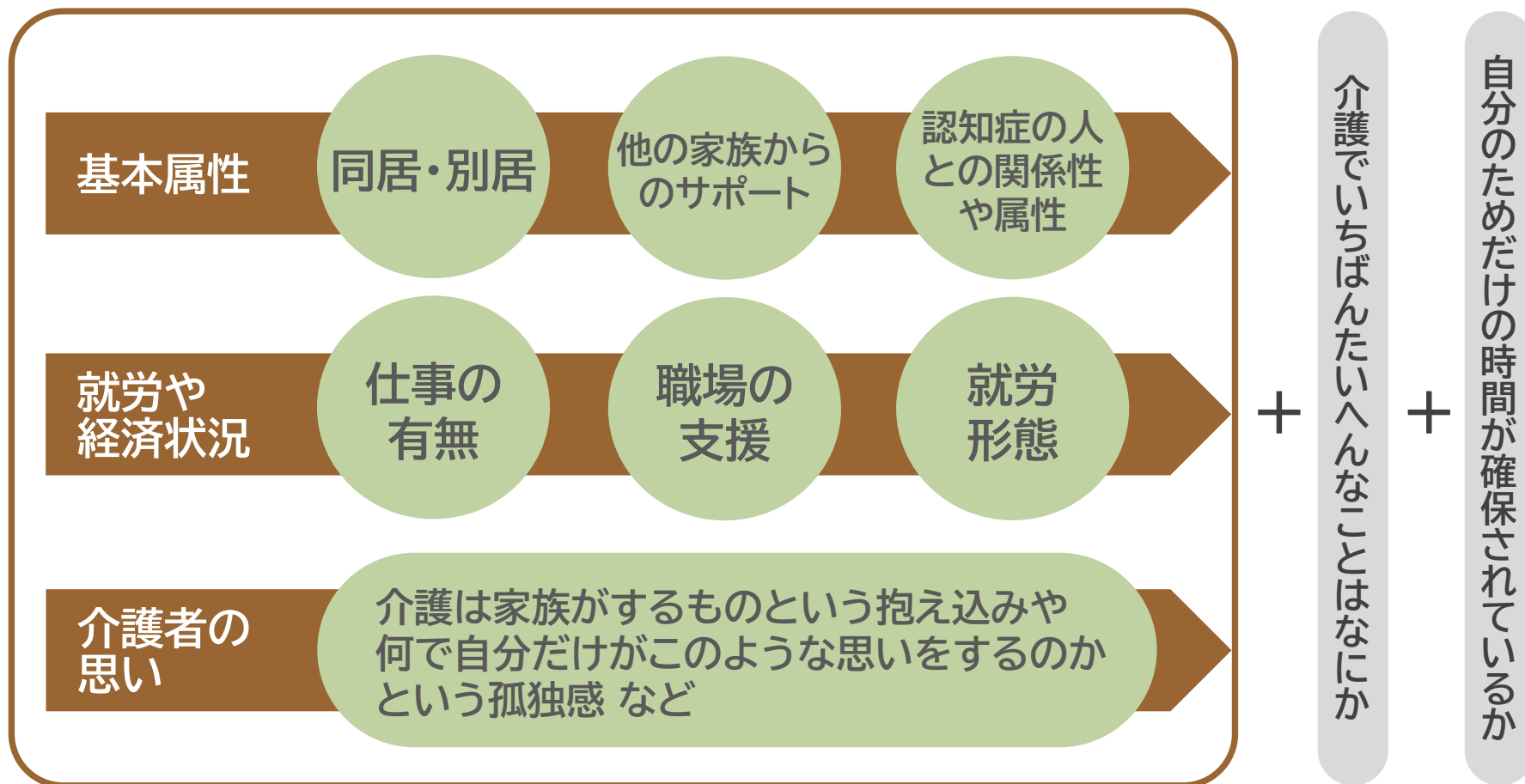
介護者への支援

〔薬局実践25〕

- かかりつけ医やケアマネジャー・ケアスタッフなどと協力し、認知症の人と家族を支えることを伝える
- 介護保険サービスなどの社会資源の活用を勧める
- 症状の変化や介護の状況、家族の不安などについて傾聴する
- 家族の負担や心理的变化に配慮し、適宜病状の説明を行い、治療・ケアをコーディネートする
- 家族の会や認知症カフェなど、介護仲間を紹介する

介護者の状況を知る

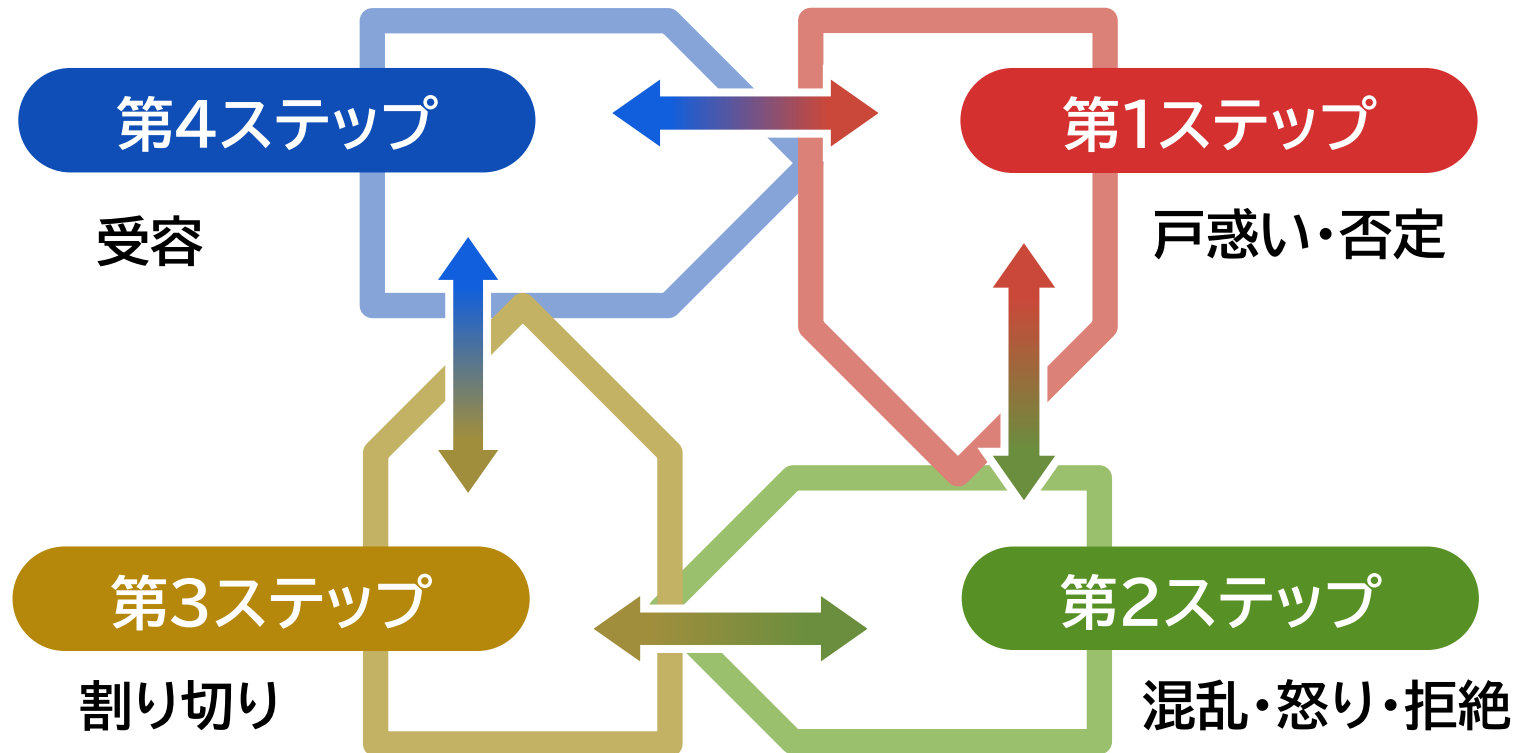
〔薬局実践26〕



認知症の人の家族の心理的な変化

〔薬局実践27〕

家族介護者の4つの心理的ステップ



- 何度か「受容」したようにみえても、再び新たな認知症の人の症状や出来事に直面するたびに「戸惑い」や「怒り」と「受容」の間を行き来する
- 心理的ステップのどの段階にいるかを周囲の人や支援者が理解した上で適切な支援に結びつけることが重要

介護者の認知症の人に対する望まれる姿勢・態度

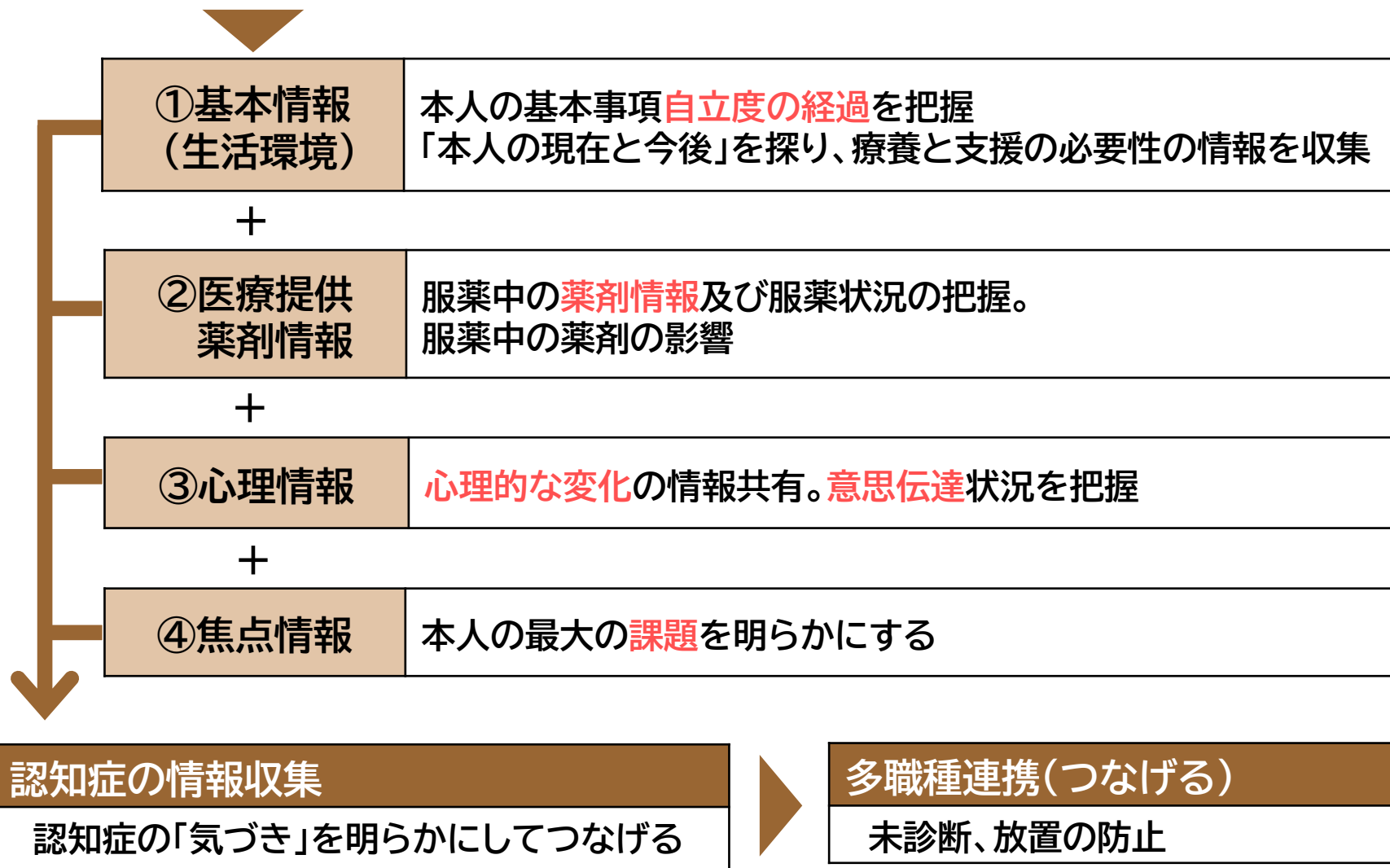
〔薬局実践28〕

- 本人の機能低下を理解し、出来ることに目を向ける
- 急速な進行と新たな症状の出現に注意する
- 簡潔で簡易な表現で依頼する・伝える
- 本人のリアクションに合わせて言い方を変更する
- 本人が出来ることを中心に任せる
- 障害に向かい合うことを強いない
- 穏やかで安定した支持的な態度を心がける
- 本人の負担になるような日常生活の変化・変更は避ける
- 本人にわかりやすい表現で簡単に説明し、希望を聞く
- 本人が障害のせいで嫌な思いをしないようにさりげなくサポートする

「気づき」から「つなげる」ための情報収集

〔薬局実践29〕

家族や医療者・介護者の気づき



〔薬局実践30〕

動画 ② 地域における多職種連携



多職種連携の意義

〔薬局実践31〕

- 生活状況に関する具体的・客観的な情報が共有できる

- *1 独居の認知症高齢者ではケアマネジャーを含めた介護職員からの情報は欠かせない。特にアルツハイマー病では“取り繕い”が特徴であるため、本人以外から情報を得る必要がある。
- *2 本人への服薬指導で、生活状況を把握できていれば、本人の訴えに振り回されることが減る

- 服薬状況の確認ができる

- * 生活習慣病の治療薬を含め、本人・家族に対する服薬確認に加え、看護師・介護職員等から服薬状況の確認ができる

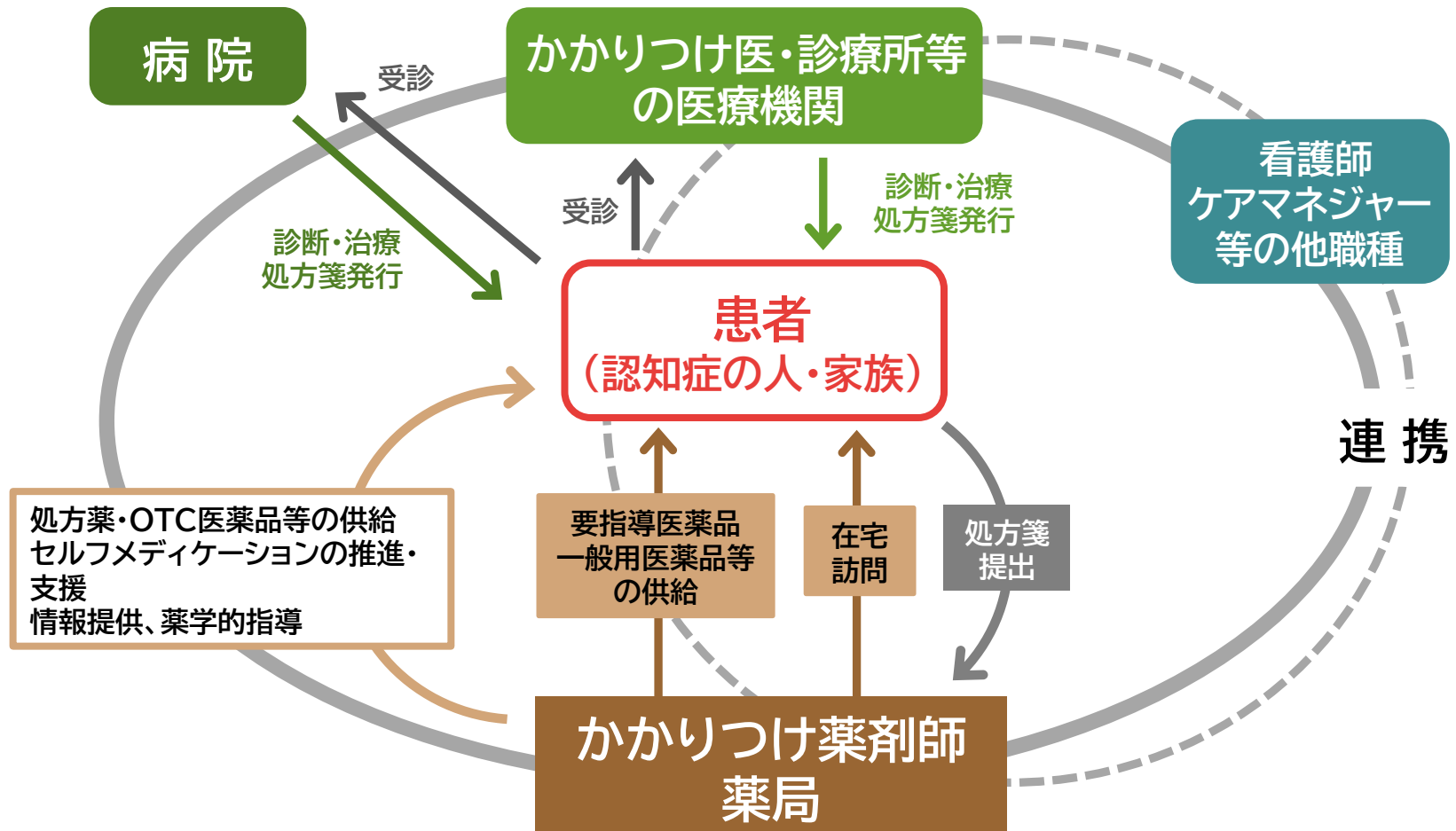
- 服薬遵守の意義について共有することができる

- 生活状況がわかれば、より具体的に薬剤の副作用やADL・IADLに対する影響の説明ができる

- BPSDに関連する要因についての情報が得られる

多職種連携の中での かかりつけ薬剤師・薬局による医薬品の一元的管理

〔薬局実践32〕



カンファレンス等でのかかりつけ薬剤師の役割

〔薬局実践33〕

薬剤師が日常業務において把握していること

- ① アドヒアランスの確認
- ② 処方内容の確認
- ③ 副作用モニタリング
- ④ 効果確認
- ⑤ 相互作用
- ⑥ 検査値
- ⑦ 生活上の注意
- ⑧ 残薬のチェック
飲み忘れ時の対処方法
- ⑨ その他の服薬支援事項

カンファレンス

(サービス担当者会議、退院時カンファレンス等)

徴候からの気づきとつながぎ

〔薬局実践34〕

～かかりつけ医・地域包括支援センター等への連携～

徴候に気づいてからつながぐルートは大きく分けて2つ

薬局 ➡ かかりつけ医

認知症の徴候に気づいた対象者をかかりつけ医につなぐことにより、いち早く、確実に治療を開始することができる

薬局 ➡ 地域包括支援センター

認知症スクリーニングにより、ハイリスクとされた方を地域包括支援センターにつなぐことにより、医療だけでなく介護予防事業等の利用勧奨など、支援ルートに乗せることで、地域でのネットワーク作りにも役立つ

薬局 ➡ かかりつけ医 ①

〔薬局実践35〕

薬局での様子から把握

薬局で服薬指導の際に、

- 前回と同じ処方なのに覚えていない
- 話の取り繕いがある
- 財布に千円札や小銭があるにもかかわらず一万円札で支払う

などの様子が見られたために、処方元のかかりつけ医に情報提供したところ、再診の際に認知症の診断がなされ、治療開始に結び付いた

(参考) 薬局窓口での気づきのチェックポイント
静岡市薬剤師会認知症ネットワークチーム症例検討会
仙台市薬剤師会認知症WG薬局における認知症の気づき場面集 など

薬局 ➡ かかりつけ医 ②

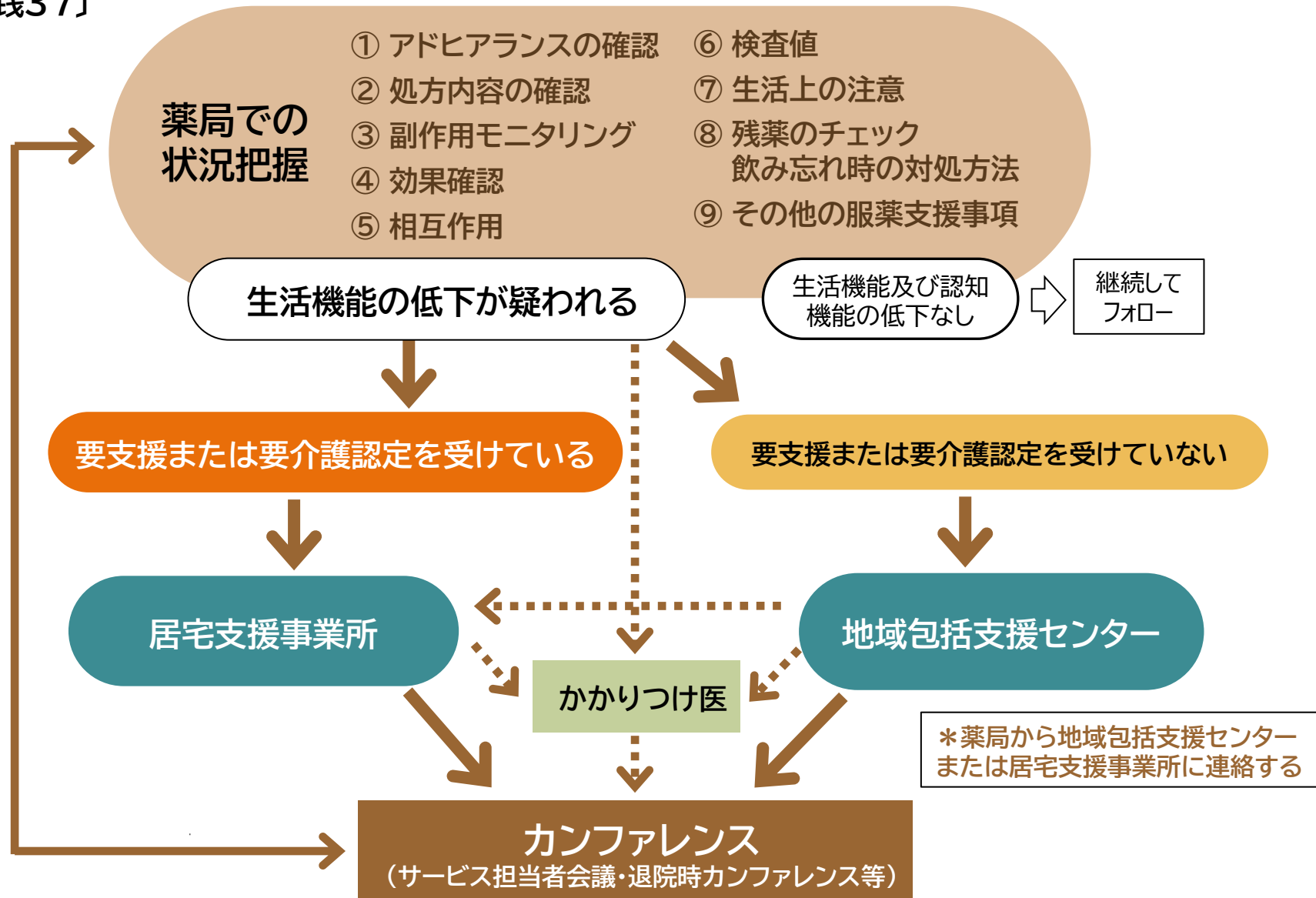
〔薬局実践36〕

服薬状況からの気づき

- 服薬状況の確認から一包化や剤形変更を提案し服薬支援を行う
 - ・ 飲み忘れや飲み間違いに対し、**一包化**を提案する。
 - ・ 飲み込みがうまくできないときは、口腔内崩壊錠などへの**剤形変更**
 - ・ 服薬確認が困難なときには、**貼付剤への変更**を提案する

薬局 ➡ 地域包括支援センター

〔薬局実践37〕



事例（経過）

〔薬局実践38〕

（80歳代 女性）

X-10年	血圧、糖尿病の治療で夫とともに主治医を受診し、2週間に1度定期的に通院。同時に薬局もかかりつけとして利用。
X-9年	夫が入退院を繰り返すようになり、薬の飲み間違いが多くなってきた。薬剤師が、医師に相談し、一包化開始となる。
X-8年	夫が亡くなり、そのあたりから薬の飲み忘れが多くなり、薬剤師が医師に相談、カレンダー調剤（一包化を1週間分のカレンダーにセット）開始となる。
X-7年	脳梗塞を発症し、入院。退院後介護保険の申請と同時に、ケアマネジャーと相談の上、隣人にカレンダー調剤の服薬確認を声掛けしてもらうようになる。
X-4年	さらに飲み忘れが多くなり、主治医がもの忘れ外来も兼ねていたので、認知症の検査を行い、認知症と診断。同時に、認知症治療薬の処方開始。薬剤師と医師が協議を行い、処方を1日1回にし、服薬支援をデイサービスで行うことにした。デイサービスの無い日曜日だけ、デイサービス職員から1日分薬を渡し、自宅で服用してもらっている。その後、血糖値、血圧、認知症、全て安定して落ち着いている。

事例（処方等）

〔薬局実践39〕

（80歳代 女性）

Rp.

- ① 【般】ボグリボース錠 0.2mg 3T 3× 毎食前
- ② 【般】グリベンクラミド錠 1mg 1.5T
2× 朝夕食前(1-0.5)
- ③ 【般】カルベジロール錠 10mg 1T
【般】クロピドグレル錠 25mg 1T
1× 朝食後
- ④ 【般】ニフェジピン徐放錠(12時間持続) 10mg 2T
【般】メコバラミン錠 250μ 2T
2× 朝夕食後

本人管理
一包化カレンダー
カレンダー(隣人管理)

- ・ 服薬コンプライアンス不良に
- ・ 血糖コントロール不良、脳梗塞発症

Rp.

- ① ネシーナ錠 25mg 1T
【般】グリメピリド錠 1mg 1T
【般】カルベジロール錠 10mg 1T
【般】クロピドグレル錠 25mg 1T
【般】ニフェジピン徐放錠(24時間持続) 20mg 1T
【般】ドネペジル塩酸塩OD錠 5mg 1T
1× 朝食後
デイサービス通所時服用

デイサービスでの管理

- ・ 服薬コンプライアンス良好
- ・ 血糖コントロール良好
- ・ 認知症併発するもADL良好