■ 患者背景と生活環境を考慮した在宅での薬学管理 —— ❶

服薬管理能力

恩田 光子

大阪薬科大学 臨床実践薬学研究室 准教授

Key Points

- 認知症患者の服薬アドヒアランスには，治療薬に対する患者や家族の満足度，患者と医師（医療者）との関係なども影響する．
- 認知症治療の現場では，医師，患者，家族いずれも服薬管理に関する専門家の関与を必要としている．
- 薬剤師による薬学的な管理指導の内容に対する理解度が高いケアマネジャーは，ケアプランへ管理指導を組み入れる傾向にある．
- 薬剤師は，他職種や家族では見逃しがちな患者の日常生活動作，quality of lifeに対する薬の影響を評価し，薬物治療の適正化に向けた支援を行う．
- 薬剤師が医師と患者情報を共有しながら処方を極力簡素化することにより，認知症患者とその家族へのケアに貢献できる．

在宅認知症患者にかかわる薬物治療の課題

厚生労働省の統計値によると，日本の総人口に占める65歳以上人口の割合は，2015年に25%を超えると推定されており，認知症患者数も11.1万人（1996年）から38.3万人（2008年）と急増している（図1）．

認知症治療では，薬の継続的な服用が重要であり，服薬アドヒアランスの維持が治療効果，ひいては，患者・介護者双方のquality of life（QOL）改善の鍵を握っている．わが国の臨床現場において，アルツハイマー型認知症の治療にもっとも長い使用実績を有するドネペジルを例にとると，ドネペジルの服薬が初診のアルツハイマー型認知症患者と介護者のQOLにもたらす効果を検討した調査では，患者・介護者双方でQOLが改善したことが確認されている[1]．また，ドネペジルの投与によりアルツハイマー型認知症の言語記憶機能障害の進行は抑制されないが，注意・集中力および情報処理能力・速度の低下が抑制されるとの報告がある[2]．

このように，ドネペジルの臨床効果は複数の調査研究で実証されているが，アドヒアランスの維持が難しいとの指摘もある．大学附属病院内で実施された後ろ向き調査では，調査対象患者の53.1%が2年間の調査期間中にドネペジルの服用を中断しており，中断の主な理由として，主治医の変更，無効，消化器症状に関連する副作用の発現をあげている[3]．また，別の調査では，3ヵ月以上投与を継続

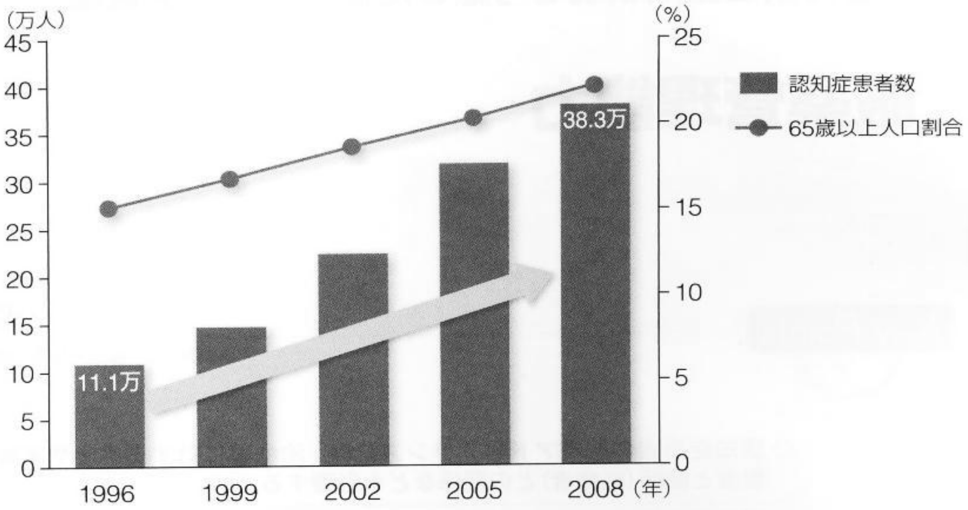

図1 65歳以上人口割合および認知症患者数の推移

(厚生労働省統計より作成)

したケースで，調査対象になった家族の約半数が，記憶の改善よりも意欲の改善や情緒の安定を評価していた一方で，服用を開始してから3ヵ月以内に中断するケースでは，中断理由として頭痛や気分不快などによる服薬拒否，易怒・興奮・不穏，幻覚妄想状態の悪化などをあげている[4]．

一般的に，服薬アドヒアランスとの関連要因としては，年齢，疾病の重症度，合併症，処方内容，後発医薬品への代替などがあり，自己判断による服薬中断の理由として，服薬の必要性に対する認識不足が指摘されている．一方，認知症患者の服薬アドヒアランスには，認知機能障害の程度，「服用しやすさ」を含めた治療薬に対する患者や家族(介護者)の満足度，家族の協力，患者と医師(医療者)との関係なども影響するため，医療関係者には，薬物治療の効果と安全性を確保するための幅広くきめ細やかな対応が求められる．

医療・介護現場からの薬剤師へのニーズ

認知症治療の現場では，患者のうち30%はかかりつけ医に認知症と診断され，診断後，53%はかかりつけ医院で治療を継続しており，医師は患者の服薬管理に困っているとのデータがある[5]．また，認知症外来に初診で訪れた患者や家族の情報ニーズに関する調査では，全体の半数以上が服薬管理や金銭管理に何らかの介助を必要としていることが確認されている[6]．さらに，認知症高齢者が居住するグループホームでは，ケア責任者の半数が不安を感じている内容が「与薬についての判断(とくに頓服薬の使用)」であるにもかかわらず，3割のグループホームにおいて，ケア担当者が与薬について医療者に終日相談できる体制になっていないとの報告がある[7]．

以上のような背景を踏まえると，薬剤師が認知症患者や家族を支援するために関与できる内容は多岐にわたっており，積極的な取り組みによる成果が期待できる．実際に，薬局

薬剤師が注意深く患者情報を収集し，認知症や薬物治療に対する患者・家族の理解を高めることに主眼をおいた服薬指導を行うとともに，介護者の与薬負担を軽減するために医師と患者情報を共有しながら処方の簡素化を図ることで，認知症患者とその家族へのケアに貢献できたことが示唆されている[8]．とくに，向精神薬の変更時などは，患者の状態に留意し，中核症状の状態に応じた支援を行うことにより，BPSD（behavioral and psychological symptoms of dementia）を軽減できる可能性も示唆されている[9]．また，ドネペジル内服ゼリーのニーズに関する評価調査では，60%の介護者が在宅認知症患者の与薬時の負担として「拒薬」をあげていることもあり，服薬ゼリー使用のメリットとして，「服薬しやすさ」による服薬アドヒアランスの向上や介護者の「与薬しやすさ」が報告されている[10]．

実効ある服薬管理を実現するために（今後薬剤師が取り組むべき課題）

1 キーパーソンとの連携強化によるタイムリーな問題把握

薬剤師が単独で認知症患者や家族から必要な情報を収集し，かつタイムリーに関与するのには限界があり，他職種との協力が不可欠である．医師，訪問看護師のほか，患者宅を頻繁に訪れ日常生活を支援しているホームヘルパーは，患者の生活背景や服薬状況をもっとも身近で把握し得る重要なキーパーソンである．したがって，服薬状況に問題を感じた時には，遠慮なく薬剤師に連絡してもらえるよう，日頃からホームヘルパーとの交流に努めることによって，服薬状況をタイムリーに把握することも有効である．

一方，居宅を訪問した際に，ホームヘルパーが次のような事項を認識した場合には，患者の服薬率を実際より低く見積もる傾向にあるとの報告がある[11]．

①患者の認知力低下を感じている．
②朝食や昼食を抜いた時に薬を飲まないことがある．
③自分の意思で薬を飲まないことがある．
④家の中に多くの薬が残っている．

したがって，今後薬剤師は，ホームヘルパーからの情報を参考に，重点的に関与すべき患者を抽出し，各種ツール（たとえばMEMS（medication events monitoring system）や，モリスキースケールなどの自己記入式評価尺度など）を用いて服薬状況を客観的に評価し，調剤方法の工夫や分割調剤などを有効活用することで服薬アドヒアランスの改善に努めることが求められる．

2 薬物治療にかかわる潜在的リスクの把握と効果的な関与

服薬アドヒアランスの確保とともに，今後薬剤師が積極的に関与すべき事項として，薬物治療の潜在的リスク（potentially inappropriate medication；PIM）の把握と，それに対する効果的な介入がある．海外の報告では，薬剤師が65歳以上の在宅療養患者の薬剤調査（home medicines review HMR）を実施し，2003年版Beer's Criteriaに照らして催眠鎮静薬および抗コリン薬に起因するPIMの抽出を試み，薬剤師の介入による改善効果を客観的に評価している[12]．筆者らが，認知症治療のためドネペジルを服用している患者を対象にして実施した調査[13]でも，65歳以上の調査対象者の総処方件数に占める抗不安薬および催眠鎮静薬の処方件数の割合は約40%であったことから，今後国内においても，PIMの実態把握とそれに対する薬剤師の関与について，具体的かつ実践的な手法を考案することが必

要ではないかと考える．

また，訪問薬剤管理指導を受けている認知症治療薬服用患者を対象にした予備的調査[13]では，患者の服薬状況はおおむね良好で，この背景には，訪問薬剤師による薬カレンダーの作成，薬箱への入れ替え，一包化などの手段による服薬支援が功を奏していることが確認された．また，服薬状況との関連要因として，「住居環境」や「居宅における薬の保管管理者」があげられ，施設入居者や，施設関係者が服薬管理をしている患者の服薬状況が良好，逆に服薬アドヒアランスの不良な患者は「独居」「薬を自己管理している」「一戸建て住居に居住している」という傾向にあることが示唆された．

一方，薬剤師が訪問した際，施設入所者に比べて自宅療養患者のほうが，患者の認知機能や身体機能についてより多くの項目を確認できていることが示唆された[13]．このことから，施設入居者では，服薬に起因した認知機能の低下や身体機能の悪化を薬剤師が確認しにくく，服薬状況自体は良好であっても，服薬による問題点発見の機会において自宅療養患者と差があることが懸念される．

以上から，薬剤師は施設入所者に対しても，より積極的に訪問薬剤管理指導の業務内容を充実させることが重要ではないかと考える．

3 訪問業務の機会拡充

全国18の都道府県から768人のケアマネジャー（CM）の協力を得て行った調査[14]では，薬剤師による管理指導をケアプランへ組み入れた経験を有していたCMは全体の24%，薬剤師がケアプランにかかわることが必要と回

表1 在宅介護に関する薬剤師業務の認知度および必要性（意識）

業務（略称）※	*N*	認知度（%）	必要であると強く思う（%）	必要であると思う（%）	どちらともいえない（%）	必要だと思わない（%）	まったく必要だと思わない（%）
①薬の宅配	574	68.3	27.7	42.0	27.2	1.9	1.2
②薬の整理整頓	577	55.8	36.4	40.9	20.3	1.6	0.9
③服薬相談	581	86.4	41.1	41.8	15.7	1.2	0.2
④医療機器（材料）の供給	564	22.9	20.9	35.3	36.0	5.0	2.8
⑤褥瘡ケア	558	34.4	26.9	38.7	28.7	3.0	2.7
⑥処方提案	576	67.9	49.1	35.4	14.4	0.9	0.2
⑦カンファレンスへの参加	571	43.6	32.6	37.3	26.6	2.5	1.1
⑧臨時訪問，相談応需	576	32.6	32.1	39.6	24.3	3.0	1.0
⑨居室の衛生管理	574	29.4	26.5	38.7	30.3	3.7	0.9

略称※　　業務内容
①薬の宅配：定期的に利用者宅を訪問し薬をもってくる
②薬の整理整頓：居室内の薬の整理整頓や残った薬の処理などをする
③服薬相談：利用者や家族と直接話をして，服薬に関するいろいろな相談を受ける
④医療機器（材料）の供給：吸引機や吸入器などの医療機器や販売やレンタル，およびそれにかかわるカテーテル類などの医療材料の販売をする
⑤褥瘡ケア：褥瘡の状態に応じて医薬品や医療材料の提案をする
⑥処方提案：副作用や相互作用をチェックし，副作用の可能性があれば医師と相談し，処方を提案する
⑦カンファレンスへの参加：退院する際のカンファレンスに参加する
⑧臨時訪問，相談応需：ケアプランに組み込んでいなくても臨時的に訪問し，医療保険の一部負担で薬の整理や患者の相談を応需できる
⑨居室の衛生管理：消毒薬や衛生材料の相談や販売をしたり，また居室内や施設内の消毒や衛生管理のアドバイスをする

（文献15）より著者作成）

答したCMは全体の57.4%，管理指導の内容について理解していると回答したCMは全体の25.9%であった．管理指導をケアプランへ組み入れた経験の有無に関連していたのは，管理指導の内容に対するCMの理解度であり，理解度が高いCMはケアプランへ管理指導を組み入れる傾向にあることが確認された．

管理指導の具体的な項目ごとにCMの認知度および必要性（薬剤師が居宅で実施する必要があるとの意識）について質問したところ，「①薬の宅配」，「②薬の整理整頓」，「③服薬相談」，「⑥処方提案」の4業務において認知度が50%を超えていたが，「④医療機器（材料）の供給」，「⑤褥瘡ケア」，「⑦カンファレンスへの参加」，「⑧臨時訪問，相談応需」，「⑨居室の衛生管理」の5業務では認知度が50%未満であった．また，必要性については，すべての業務について“必要性あり”との回答が50%を超えており，もっとも“必要性あり”との回答が多かったのは「⑥処方提案」（84.5%）で，もっとも低かったのは「④医療機器（材料）の供給」（56.2%）であった．また，管理指導の項目別認知度と必要性（意識）との対応をみると，すべての項目において，認知度が高いと必要性（意識）も高いという結果であった（**表1**）[15]．

一方，管理指導をケアプランに組み入れる意思はあったが実際には組み入れられなかった主な理由として，「家族が薬剤師の訪問のメリットを理解できなかった」「他の職種が薬を持ってくるので必要ない」との回答が上位を占めていた（**図2**）[14]．

以上から，今後薬剤師は，居宅療養管理指導が単なる「薬の宅配」ではなく，他職種や介護者では見逃しがちな患者の日常生活動作，QOLに対する薬の影響を専門的な目で評価しつつ，薬物治療を適正に行うために必要な支援を行うものであるということを再認識することが必要であろう．そして，日常業務を通したCMや患者・家族との接点を最大限に活用し，薬学的な管理指導への理解を深めてもらうことにより，訪問業務の機会を拡充していくよう努めることが求められているのではないかと考える．

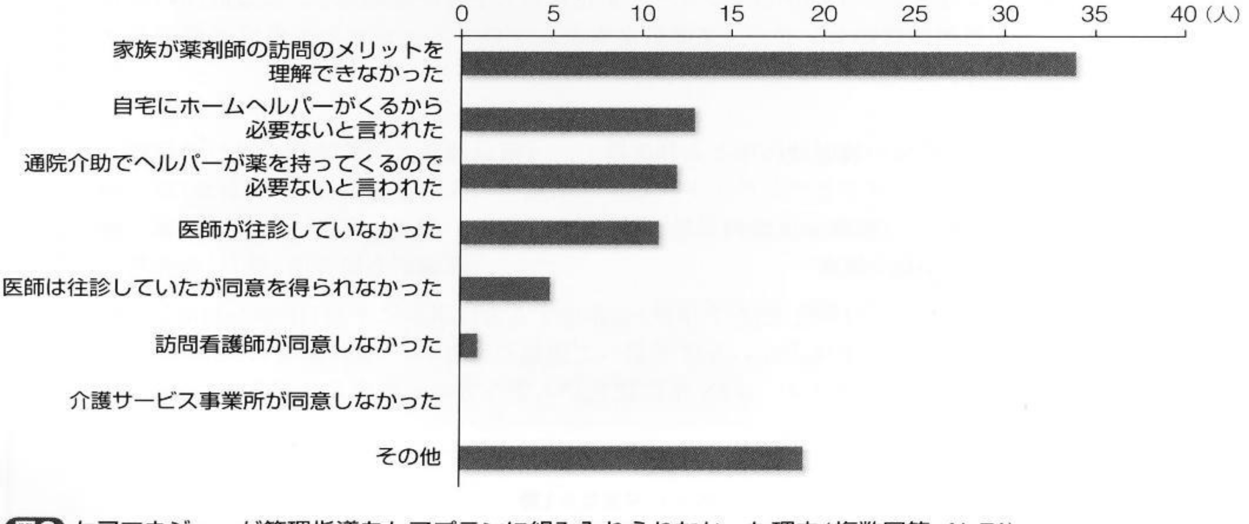

図2 ケアマネジャーが管理指導をケアプランに組み入れられなかった理由（複数回答：N=74）

（文献14）より引用）

引用文献

1) 安田朝子ほか：認知症専門医診療におけるドネペジル塩酸塩によるアルツハイマー型認知症の包括的健康関連QOL指標の変化に関する研究．老年精神医学雑誌，22：1433-1445, 2011.
2) 荻野あずみほか：アルツハイマー型認知症の記憶・認知機能障害に対するdonepezilの効果内容と効果出現の関連因子について．臨床精神薬理，10：93-101, 2007.
3) Umegaki H, et al : Discontinuation of donepezil for the treatment of Alzheimer's disease in geriatric practice, International Psychogeriatr, 20 : 800-806, 2008.
4) 塩塚慎一ほか：外来通院患者への塩酸ドネペジール投与の効果判定の試み：投与継続例と中止例の比較検討．日本老年医学会雑誌，38：133, 2001.
5) 阪本 栄ほか：当地区における認知症高齢者に対する在宅支援の現状と対策－大阪狭山市におけるアンケート結果から．大阪医学，43：35-44, 2011.
6) 平川仁尚ほか：地域の認知症外来の実態および初診患者・家族の情報ニーズ．ホスピスケアと在宅ケア，18：313-317, 2010.
7) 石井美紀代ほか：認知症高齢者グループホームにおける頓服薬処方の現状と与薬時の不安について．西南女学院大学紀要，15：15-23, 2011.
8) 谷 博子ほか：薬局薬剤師の認知症患者とその家族への関与．日本薬剤師会雑誌，60：799-803, 2008.
9) 野口 代ほか：服薬拒否，抑うつ症状のある認知症高齢者に対する精神機能把握とBPSD軽減への取り組み．認知症ケア事例ジャーナル，1：44-51, 2008.
10) 羽生春夫ほか：ドネペジル塩酸塩内服ゼリーに関する医師，コ・メディカル，患者家族のニーズおよび評価．新薬と臨牀，59：349-355, 2010.
11) 畑中典子ほか：在宅患者のアドヒアランスに及ぼす背景因子の解析－真の服薬率とヘルパーの推定する服薬率の比較－．薬学雑誌，129：727-734, 2009.
12) Castelino RL, et al : Drug Burden Index and potentially inappropriate medications in community –dwelling older people : the impact of Home Medicines Review, Drugs Aging, 27 : 135-148, 2010.
13) 七海陽子ほか：訪問薬剤管理指導を受けている認知症治療薬服用患者の属性及び服薬アドヒアランスとの関連要因に関する予備的研究．薬学雑誌，132：387-393, 2012.
14) 七海陽子ほか：「薬剤師による居宅療養管理指導」のケアプランへの組み入れに関する研究～ケアマネージャー調査からの考察～．薬学雑誌，130：1573-1579, 2010.
15) 七海陽子ほか：「薬剤師による居宅療養管理指導」に対するケアマネージャーの理解度改善に関する研究．社会薬学，29：20-28, 2011.

information

東京理科大学　第28回 薬学講座

期　　日：2012年10月20日(土)10：30 ～ 17：00
会　　場：東京理科大学神楽坂校舎１号館17階記念講堂
主　　催：東京理科大学生涯学習センター，東京理科大学薬学部同窓会，公益財団法人日本薬剤師研修センター，文部科学省がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン採択事業

プログラム

- 原発事故に伴う環境の放射能汚染と人体影響　(東京理科大学薬学部 教授)小島周二
- スポーツファーマシストとアンチ・ドーピング活動　(東京都薬剤師会 副会長)原　博
- 今後の薬剤師像　(医薬品医療機器総合機構 審査マネージメント部 部長)磯部総一郎
- 個別化医療と*in silico*創薬　(理論創薬研究所 所長)吉森篤史

日本薬剤師研修センターの単位認定(３単位)を希望する方は事前に下記HPからお申し込みください(インターネットを使えない方は下記へご連絡ください)．受付締切は2012年10月10日(水)とさせていただきます．なお，単位認定が不要な方の事前申込は必要ありません．

お問い合わせ先
東京理科大学生涯学習センター
〒162-8601 新宿区神楽坂1-3 双葉ビル1階
FAX：03-3267-9462　Fax 03-3267-2048
E-mail：manabi@admin.tus.ac.jp　http://www.tus.ac.jp/manabi/