

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

動画 ②

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〕

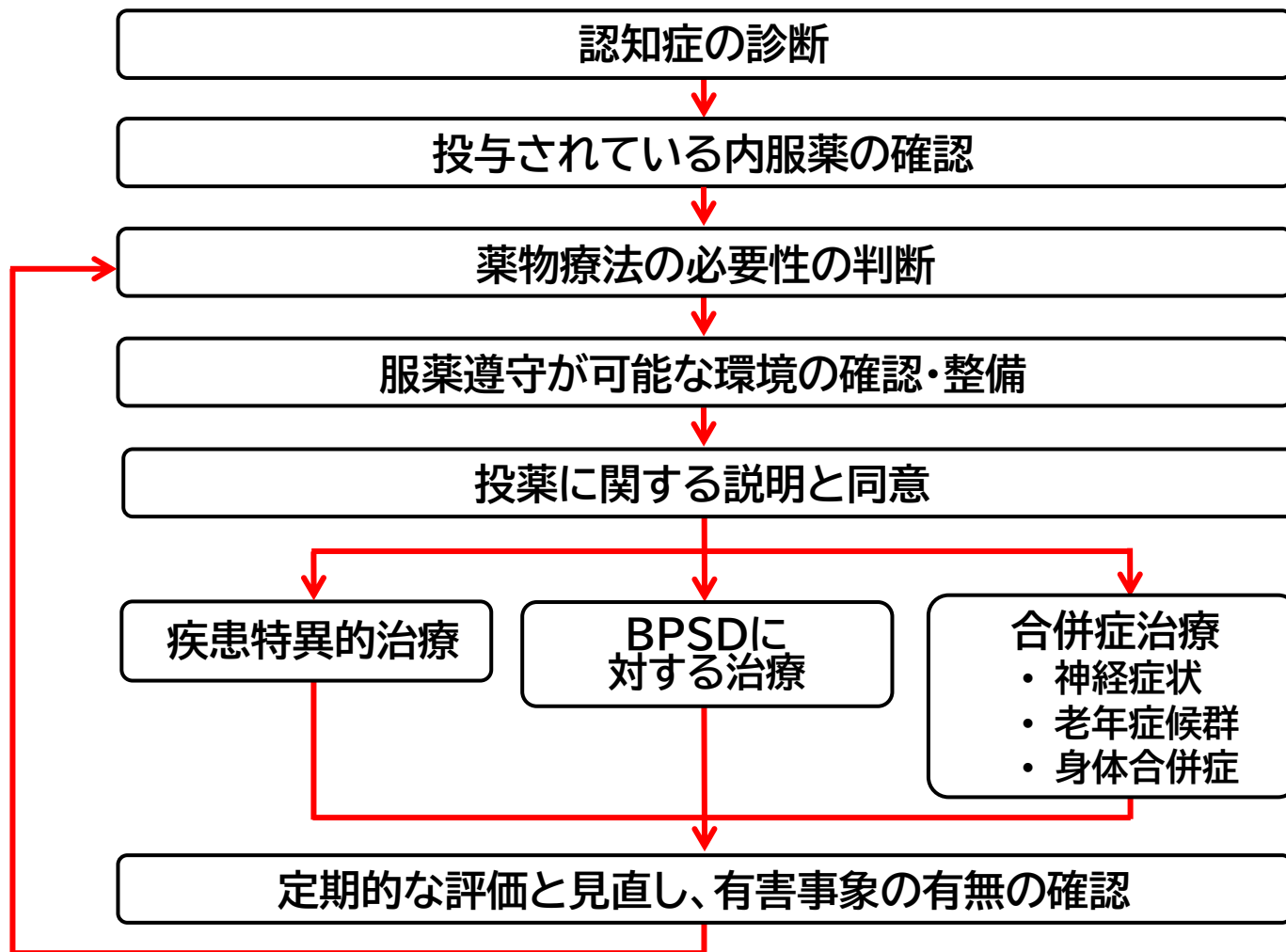
「気づき」・「つながり」・「支える」

- 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フローチャート

〔薬局実践3〕

薬物療法の必要性を十分に検討し、十分な説明を行ったうえで開始する。



アルツハイマー型認知症 認知症治療薬の薬理学的な差異

〔薬局実践4〕

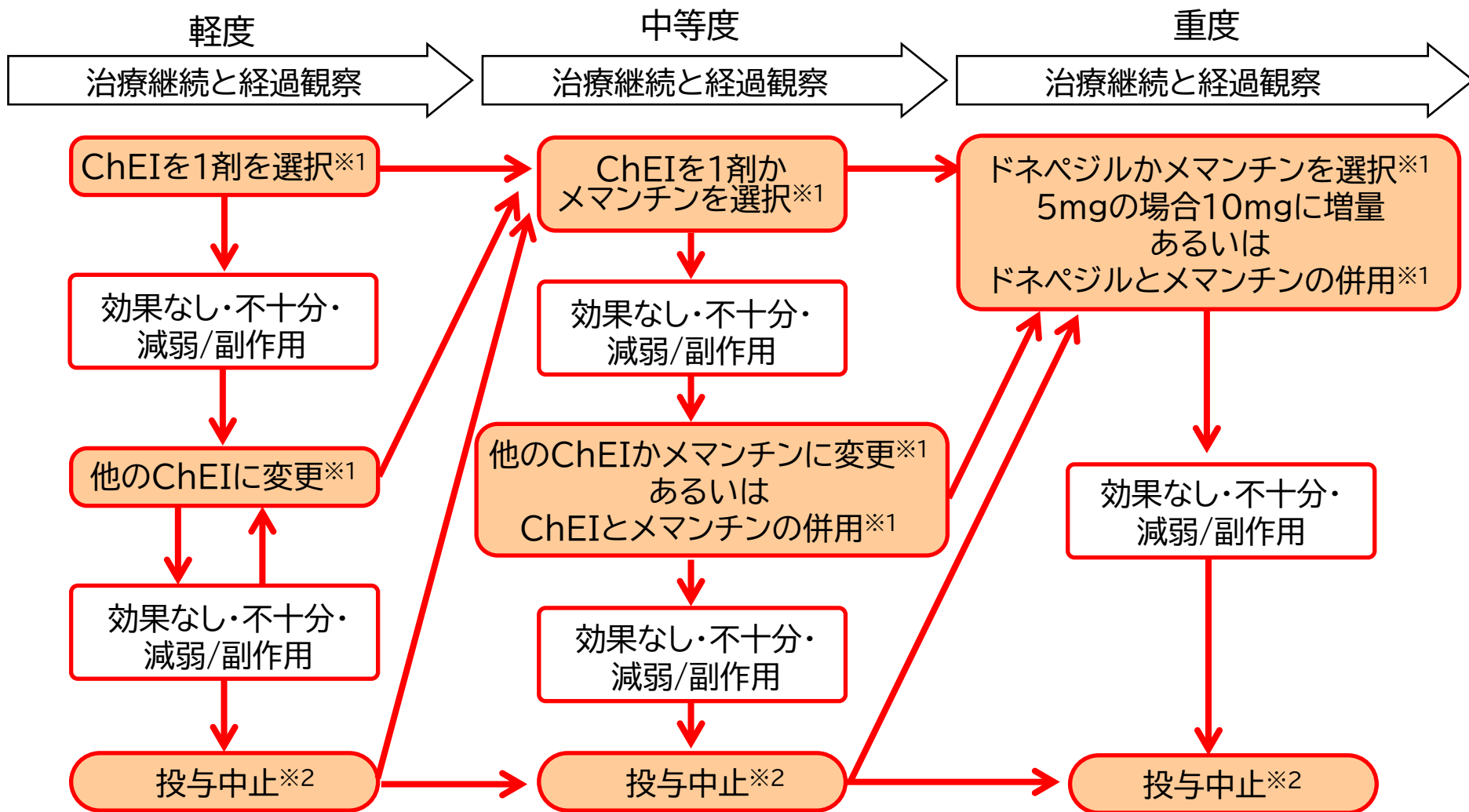
薬剤	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
分類	ピペリジン系	アルカロイド系	カルバメート系	アマンタジン誘導体
作用機序	AChE阻害	AChE阻害 + ニコチン性アセチルコリン受容体(nAChR)へのアロステリック増強作用	AChE阻害 + ブチリルコリンエステラーゼ(BuChE)阻害作用	NMDA受容体阻害
用量(/日)	5-10mg	16-24mg	4.5-18mg	10-20mg
用法(/日)	1回	2回	1回	1回
生体内利用率	100%	100%	~70%	100%
蛋白結合率	93%	17%	40%	45%
半減期(時間)	70-80	5-7	3.4	60-80
代謝	肝臓 (CYP3A4>2D6)	肝臓 (CYP2D6・3A4)	腎排泄	腎排泄
剤形の種類	錠剤、OD錠、細粒、ドライシロップ、ゼリー等	錠剤、OD錠、内用液	貼付剤	錠剤、OD錠、ドライシロップ

AChE: Cholinesterase, NMDA: N-methyl-D-aspartate

Noetzli M, and Eap CB. Clin Pharmacokinet. 2013 Apr;52(4):225-41. より引用

アルツハイマー型認知症 病期別の治療薬選択のアルゴリズム

【薬局実践5】



※1 薬剤の特徴と使用歴を考慮して選択 ※2 急速に認知機能低下進行例があり、投与中止の判断は慎重に

アルツハイマー型認知症 認知症治療薬の使用上の注意点

〔薬局実践6〕

コリンエステラーゼ阻害薬

- アルツハイマー型認知症に使用
(一部レビー小体型認知症にも適応あり)
- 心伝導障害や不整脈、失神、虚血性心疾患が併存する場合要注意。投与前後に心電図を施行することが望ましい
- 消化性潰瘍、尿路閉塞、気管支喘息、閉塞性肺疾患の併存や既往
- 非ステロイド系消炎剤使用中の場合
- 嘔気、嘔吐、下痢等の消化器症状が開始時・増量時に出現した際は減量や中止を検討。遷延時も影響を検討
- 活動性亢進に関連すると思われるBPSDの出現に注意
(興奮、不眠、不穏、幻覚など)

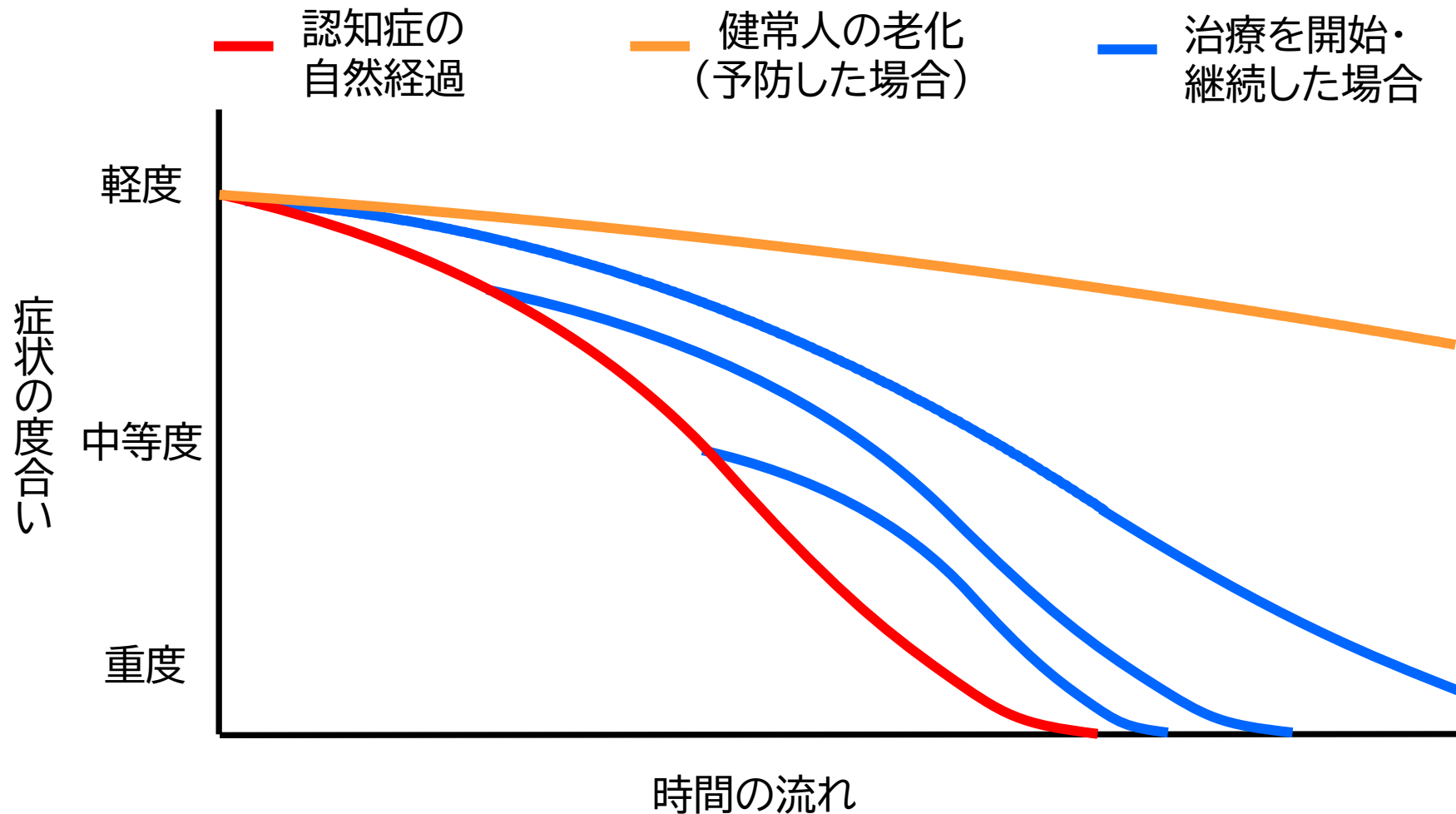
メマンチン

- アルツハイマー型認知症に使用
- てんかん または 痙攣の既往歴がある人は慎重に経過観察
- 腎機能障害がある患者
- 尿pHを上昇する因子を有する患者
- 高度な肝機能障害のある患者
- 投与開始初期や増量時にめまいや傾眠などの副作用を認めることがあるため患者の状態を注意深く観察

アルツハイマー型認知症 臨床症状の経過と薬物療法の効果

〔薬局実践7〕

早期診断や早期治療と適切な薬物療法の継続が重要である



※ 進行の速度や薬物の効果には個人差がある。

BPSDの4つの要因

〔薬局実践8〕

● 活動亢進が関わる症状

焦燥性興奮、易刺激性、脱抑制、徘徊、攻撃的行動など

● 精神病症状

幻覚(幻視、幻聴)、妄想(もの盗られ妄想、被害妄想)など

● 感情障害が関わる症状

不安、抑うつ、焦燥など

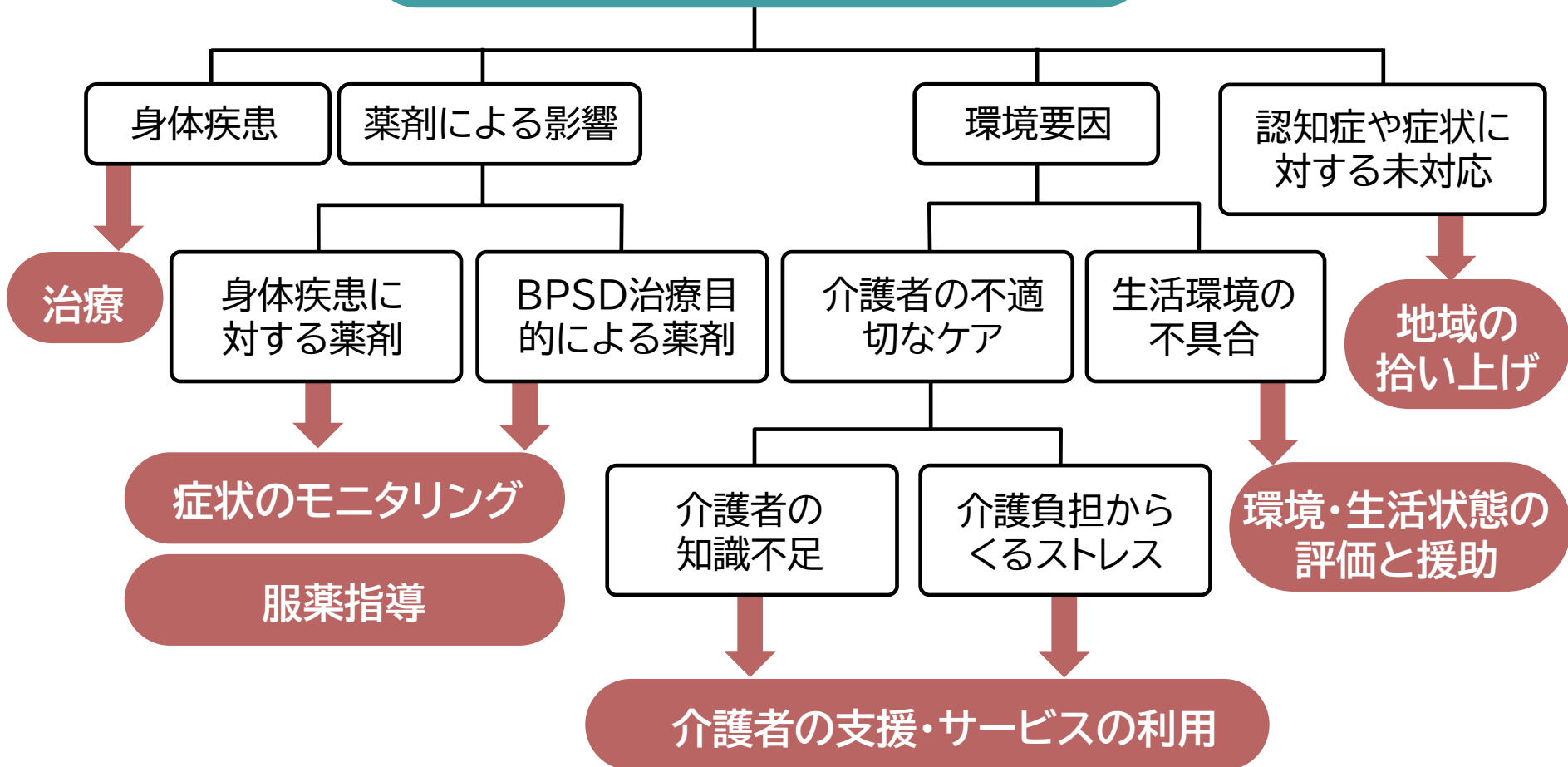
● アパシーが関わる症状

自発性や意欲の低下、情緒の欠如、周囲への興味の欠如など

BPSDの悪化の要因と対応

〔薬局実践9〕

BPSDの発生・悪化



BPSDに対する向精神薬使用ガイドライン

〔薬局実践10〕

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)

ガイドライン第2版の利用にあたって

- まずは非薬物的介入をご家族や介護スタッフと検討し実施すること。その上でもなお症状が改善しない際に薬物療法を考慮すること。
- 向精神薬（抗認知症薬、抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠導入薬）は、認知症専門医による診断と治療方針のもと使用されることを推奨する。
- 激しい BPSD で自傷・他害の危険があるもしくはご家族が衰弱しているような場合は、各地区の精神科緊急・救急システムもしくは認知症表態医療センターとのすみやかな連携を推奨する。
- したがって、本ガイドラインは認知症専門医受診までの一時的な使用、もしくは専門医受診後の継続投与に対応している。
- 継続使用で BPSD が軽快していると判断できる際は、常に減量・中止を検討し、長期使用は避けること。ただし、抗認知症薬の減量・中止に関しては、進行性疾患であることを鑑み、また中止後に認知機能障害が顕著したとの報告もあることから、専門医へのコンサルテーションおよびご家族の同意のもとに行うことを推奨する。
- なお、せん妄は BPSD に属さないため記載していない。せん妄の治療指針第2版（日本総合病院精神医学会）を参照されたい。

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作成

- 安全性に配慮した薬物療法
- 症状や状態に対応した薬剤選択
- 向精神薬の種類別の留意点
- 開始前後の確認要件や留意点
- 精神科救急、認知症疾患医療センター、認知症専門医との連携

BPSDの治療方針

〔薬局実践11〕

1. BPSDの原因の評価

- 身体疾患の有無
- ケアの質
- 薬剤性の精神症状
- 生活環境

2. 精神症状の緊急性の評価

- 大うつ病の状態（希死念慮の有無を問わない）
- 他者に危害を加える可能性が非常に高い妄想
- 自分自身や他者を危険にさらす原因となる攻撃性

3. BPSDへの対応

- 非薬物療法的介入の開始
- 介護保険サービスの導入
- 薬物療法の必要性を検討（必要な場合は開始）
- 対応困難であれば入院治療の適応を検討

BPSD治療アルゴリズム（全体の流れ）

BPSDに対する向精神薬使用ガイドライン（第2版）より

〔薬局実践12〕

非薬物的介入を最優先

特徴を探り、家族・介護スタッフとその改善を探る

薬物療法を開始する際の
確認要件

低用量で開始し、症状
を見ながら漸増する

薬物療法開始前後の
日常生活のチェック

- ◎ 他に身体的原因はない（特に、感染症、脱水、痛み など）
- ◎ 以前からの精神疾患はない（あれば精神科受診が望ましい）
- ◎ 服用中の薬物と関係ない
- ◎ 服薬遵守に問題ない
- ◎ 適応外使用も含めて当事者より十分なインフォームドコンセントが得られている

- ◎ 日中の過ごし方の変化
- ◎ 昼間の覚醒度の変化、眠気の有無
- ◎ 夜間の睡眠状態の変化
- ◎ 服薬状況の確認
- ◎ 水分、食事の摂取状況
- ◎ 嚥下障害や転倒傾向の有無
- ◎ パーキンソン症状の出現や悪化
- ◎ 排尿や排便の変化 など

BPSD治療アルゴリズム（薬剤の検討）

BPSDに対する向精神薬使用ガイドライン(第2版)より

〔薬局実践13〕

幻覚、妄想 焦燥、攻撃性	抗認知症薬の副作用を否定した上で、保険適用上の最大用量以下もしくは未服用の場合には、メマンチンやコリン分解酵素阻害薬の増量もしくは投与開始も検討可能だが、逆に増悪させることもあるので注意が必要である。 これらにより標的症状が改善しない場合は、その薬剤は減量・中止の上、抗精神病薬、抑肝散、や気分安定薬の使用を検討する。
抑うつ症状 アパシー(無為)	コリン分解酵素阻害薬を用い、改善しない場合抗うつ薬を検討する。
不安、緊張 易刺激性	抗精神病薬、抗不安薬、抗うつ薬の有効性が示唆されているが、抗不安薬は中等度以上の認知症では使用しない。
睡眠障害	睡眠覚醒リズムの確立のための環境調整を行った上で、病態に応じて睡眠導入薬/抗うつ薬/抗精神病薬の使用を検討する。
過食、異食、徘徊 介護への抵抗	抗精神薬の有効性を示唆するエビデンスは不十分で科学的根拠に乏しい。

かかりつけ医のためのBPSDに対する向精神薬使用ガイドライン(第2版)

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140619.pdf>

BPSDの薬物療法開始前後のチェックポイント

〔薬局実践14〕

- 日中の過ごし方、昼間の覚醒度の変化、眠気の有無
- 夜間の睡眠状態の変化
(就寝時間、起床時間、夜間の徘徊回数など)
- 服薬状況の確認
(介護者/家族がどの程度服薬を確認しているかなど)
- 水分の摂取状況(特に制限を必要としない限り)
- 口腔内の状況の確認
(口腔内の病変や副作用の有無)
- 食事の摂取状況や嚥下機能の変化
- 排便や排尿の変化
- パーキンソン症状
(振戦、筋硬直、寡動、小刻み歩行、前傾姿勢、仮面様顔貌など)
- 転倒傾向の有無 など

認知症のマネジメント(トータルケア)

〔薬局実践15〕

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



認知症の非薬物的介入

〔薬局実践16〕

認知症本人への介入

- 認知機能訓練、認知刺激、認知リハビリテーション
- 運動療法、マッサージ
- 音楽療法、作業療法、レクリエーション
- 回想法、支持的精神療法、バリデーショナル療法

介護者への介入

- 心理教育、スキル訓練
- 介護者サポート、ケースマネジメント、レスパイトケア
- 介護者のセルフケア、認知行動療法

認知症の非薬物療法

〔薬局実践17〕

認知機能訓練	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行う。
認知刺激	認知機能や社会機能の全般的な強化を目的とした活動やディスカッションなどの様々な関与を指す。認知に焦点をあてて正しい見当識などの情報を繰り返し教示する。
認知リハビリテーション	個別のゴール設定を行い、目標に向けて戦略的に行う個人療法
運動療法	多種多様なプログラムが存在し、有酸素運動、筋力強化訓練、平衡感覚訓練などを組み合わせて行うことが多い。
音楽療法	多種多様なプログラムが存在し、音楽を聴く、歌う、楽器を演奏する、リズム運動を行うなどの方法がある。
回想法	人生の歴史に焦点をあて、聞き手が受容的、共感的、支持的に傾聴することを通じて心を支える。
認知行動療法	認知のゆがみを修正することでストレスの軽減を図る技法。

高齢者で薬物有害事象が増加する要因

〔薬局実践18〕

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	<ul style="list-style-type: none">・複数の疾患を有する・慢性疾患が多い・症状が非定型的	<ul style="list-style-type: none">・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	<ul style="list-style-type: none">・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	<ul style="list-style-type: none">・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	<ul style="list-style-type: none">・過少医療	<ul style="list-style-type: none">・投薬中断

高齢の認知症の人への薬物療法の注意点と原則

〔薬局実践19〕

高齢者では有害事象が生じやすく、忍容性も低下することから、認知症の人の薬物療法においては以下の点に留意する。

- ① 薬剤によっては、若年成人投与量の1/2～1/4量の少量から投与することを検討する
- ② 薬効は短期間で評価する
- ③ 服薬方法を単純化する
- ④ 多剤併用を避け、処方シンプルにする
- ⑤ 服薬を本人以外に介護者にも確認する

認知症の人の服薬を支える視点

〔薬局実践20〕

- **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21]

- **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22〕

【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23〕

- 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24〕

- 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25〕

- 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

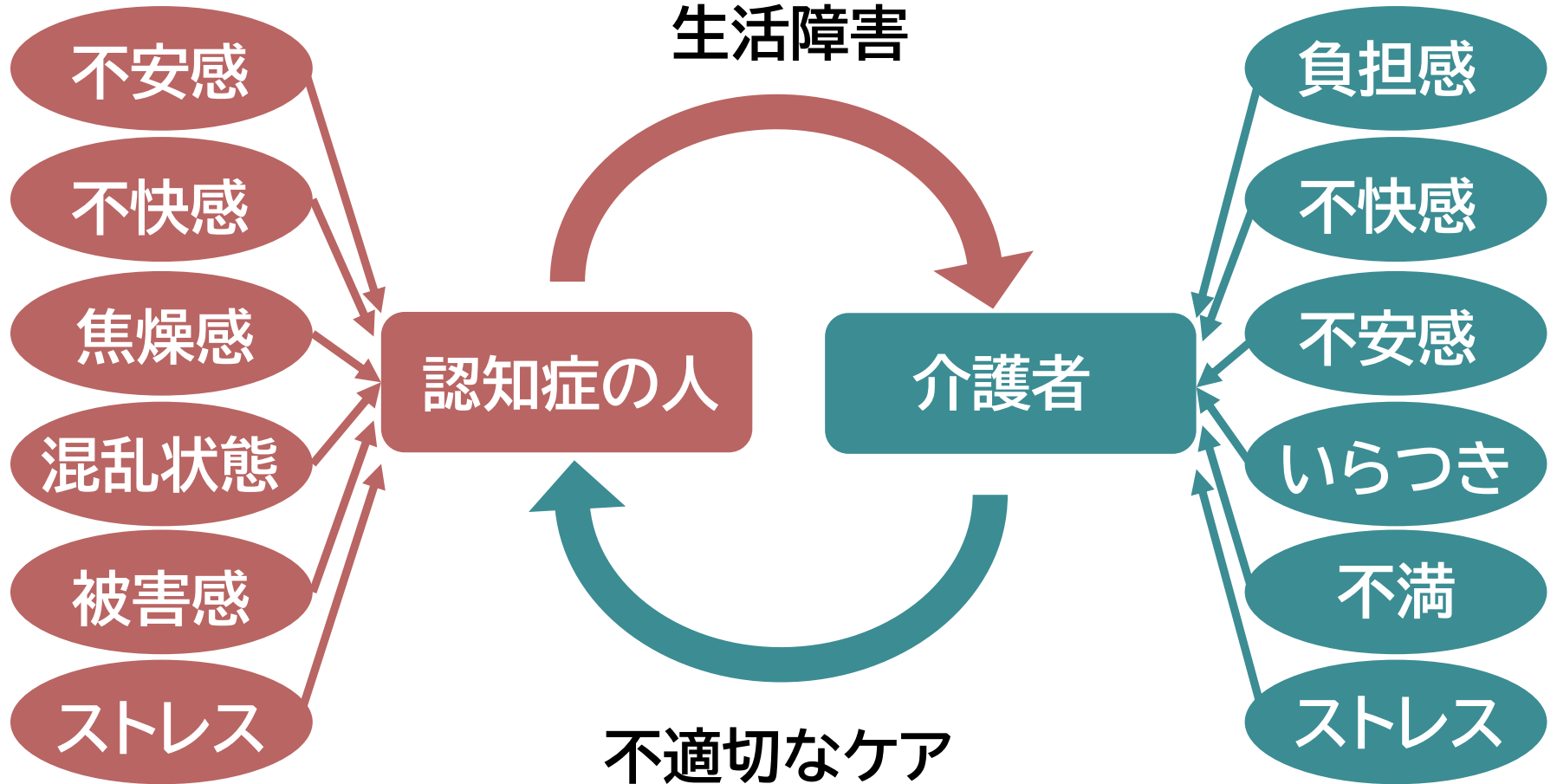
〔薬局実践26〕

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

認知症の人と介護者の間に起こる悪循環

〔薬局実践27〕

行動・心理症状(BPSD)
生活障害



介護者への支援

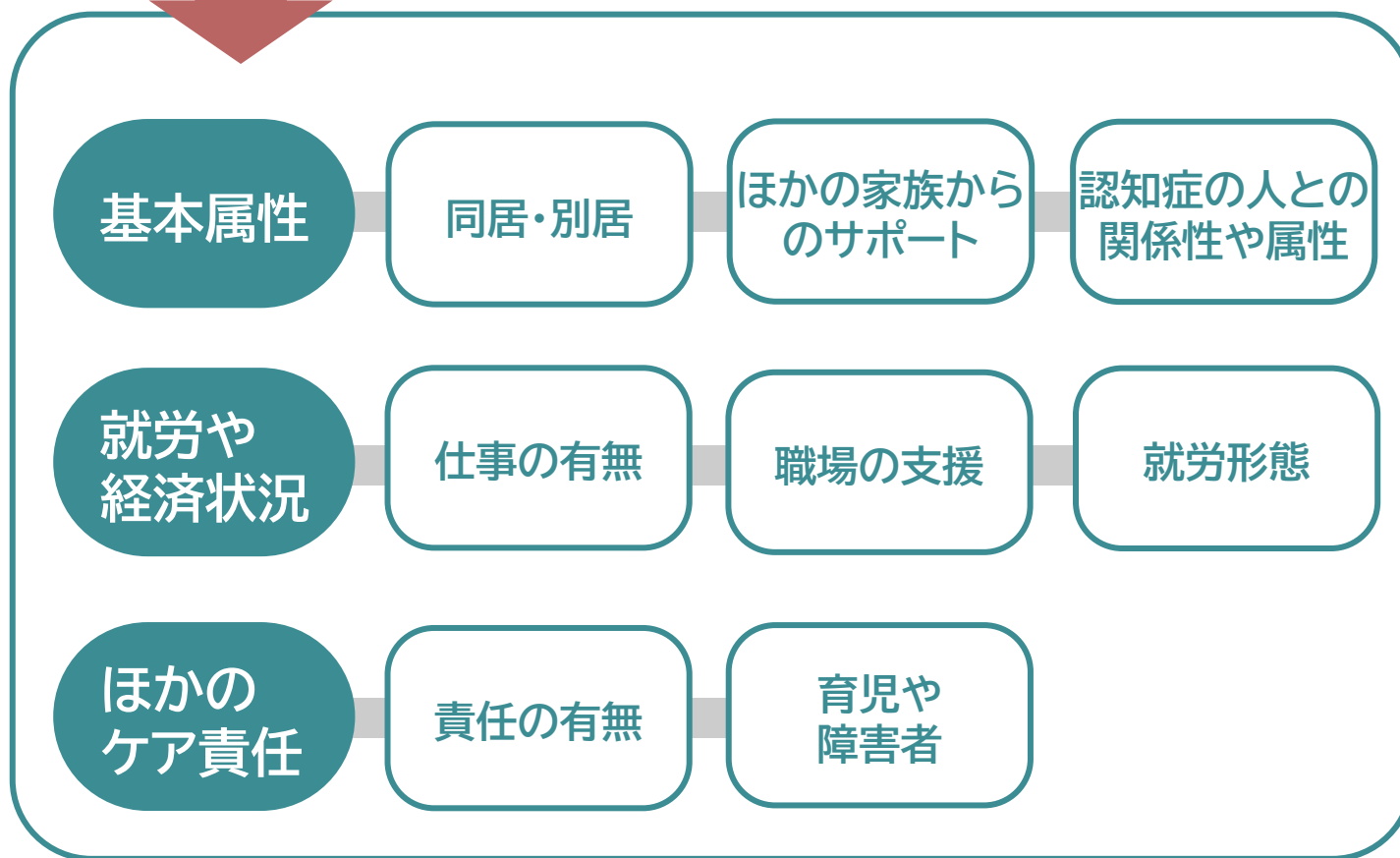
〔薬局実践28〕

- 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29〕

どの程度、介護にかかわりたいか？
かかわれるのか？



+

介護で一番たいへんなことはなにか

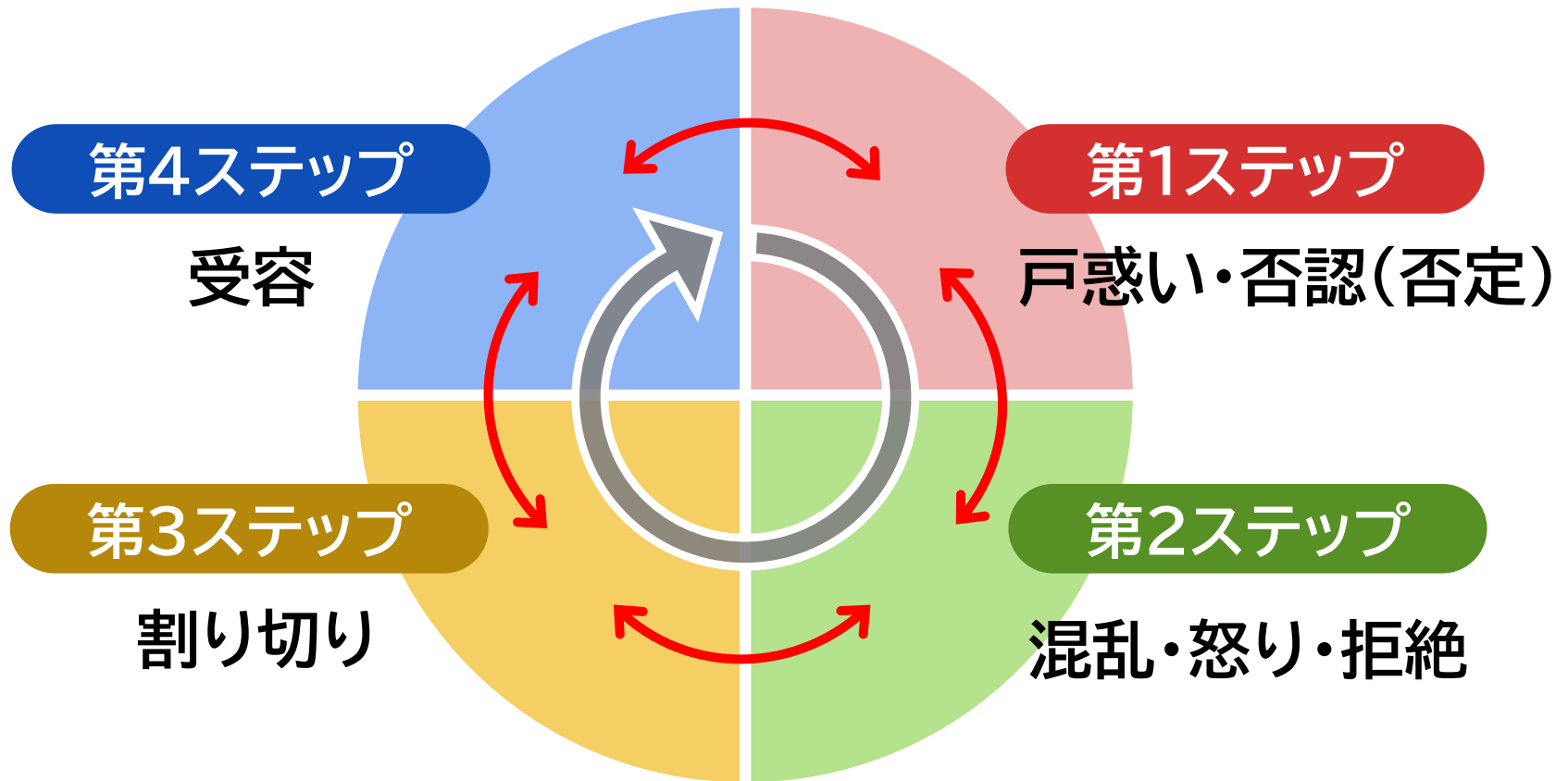
+

自分のためだけの時間が確保されているか

認知症の人の家族の心理的な変化

〔薬局実践30〕

家族介護者の4つの心理的ステップ



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である。

介護者の認知症の人に対する望まれる姿勢・態度

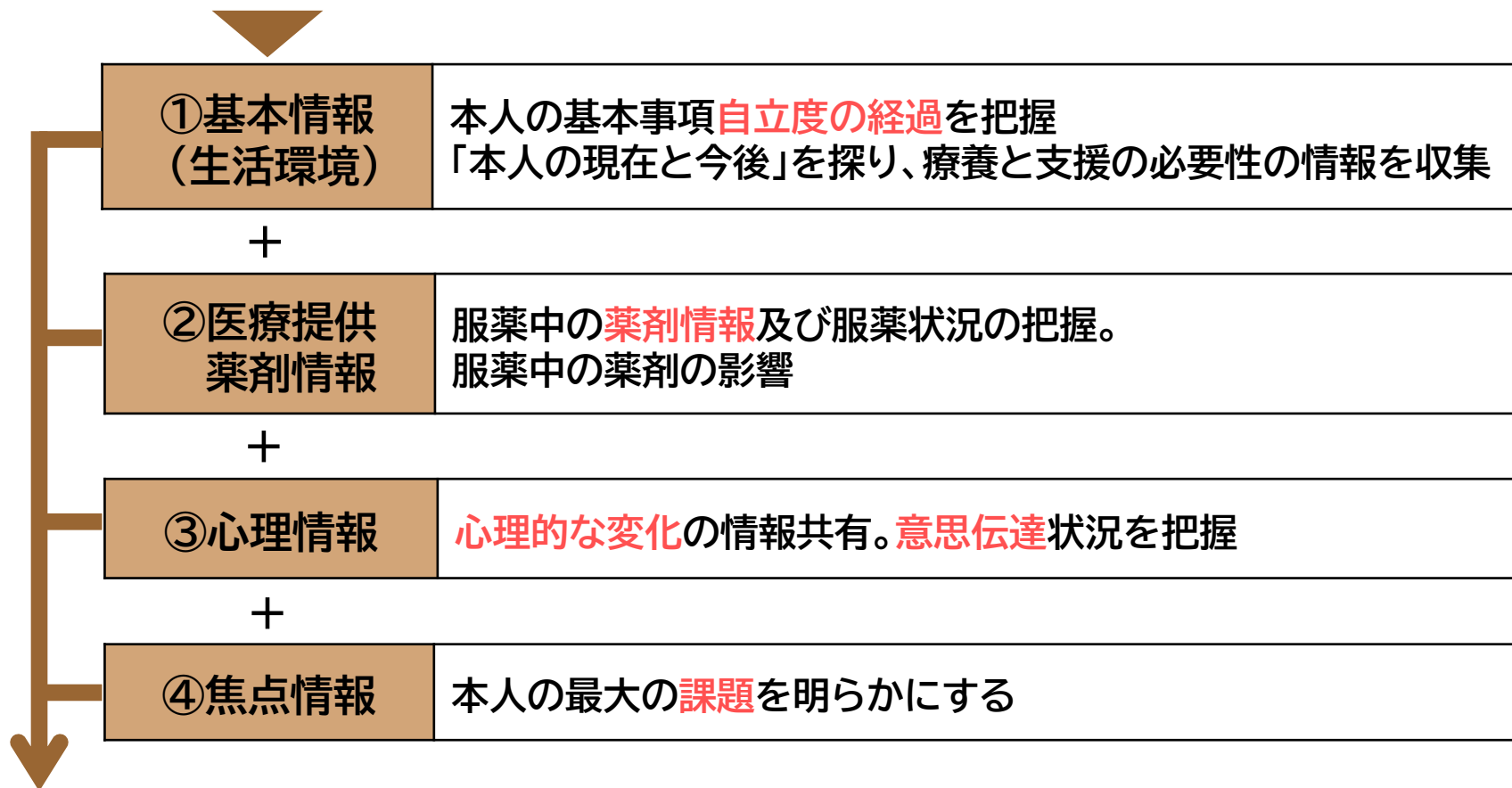
〔薬局実践31〕

- 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32〕

家族や医療者・介護者の気づき



認知症の情報収集

認知症の「気づき」を明らかにしてつなげる



多職種連携(つなげる)

未診断、放置の防止

動画 ③

地域における多職種連携

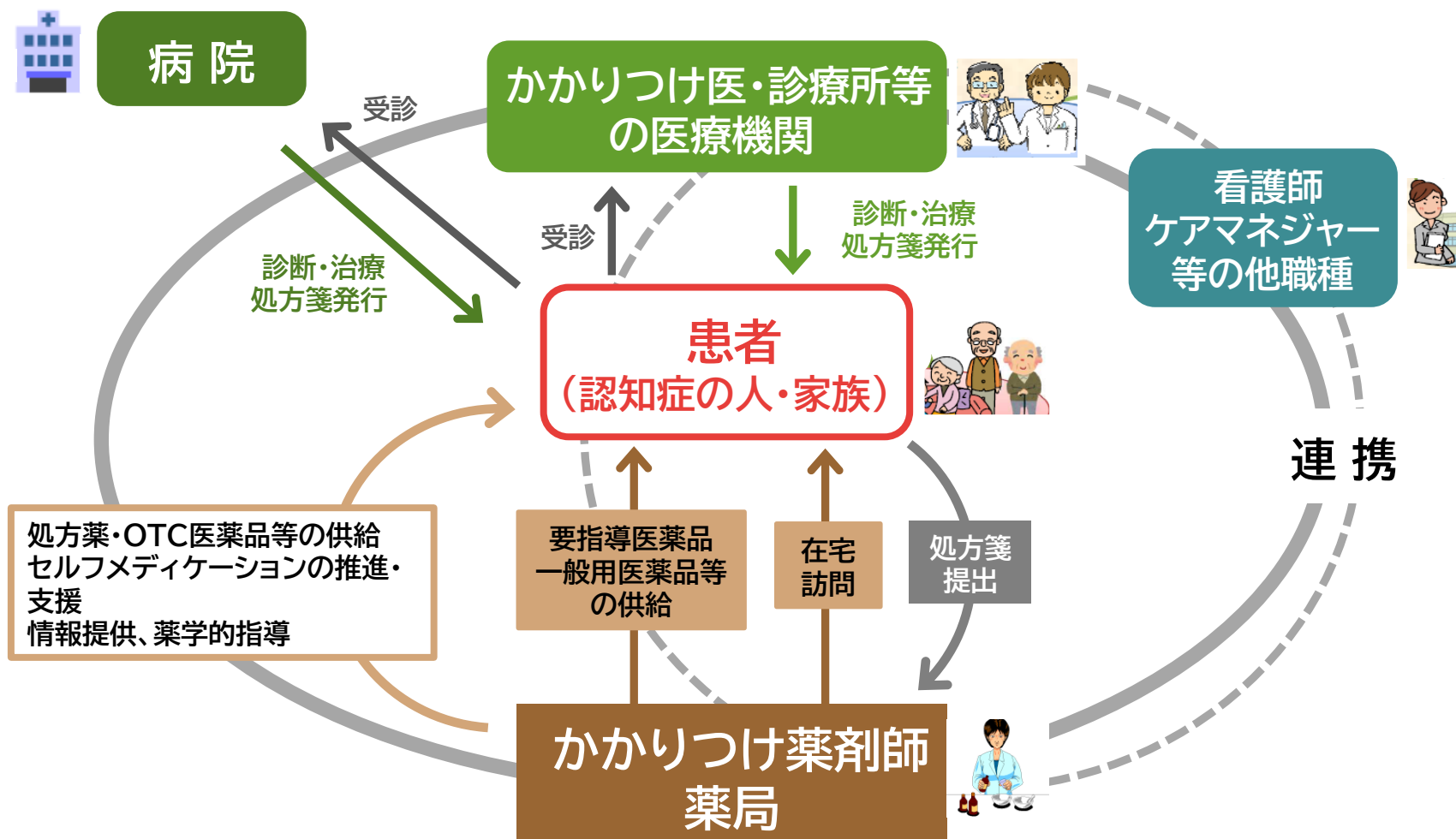
多職種連携の意義

〔薬局実践34〕

- **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35〕



出典：公益社団法人 日本薬剤師会

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36〕

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37〕

～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38〕

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
静岡県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

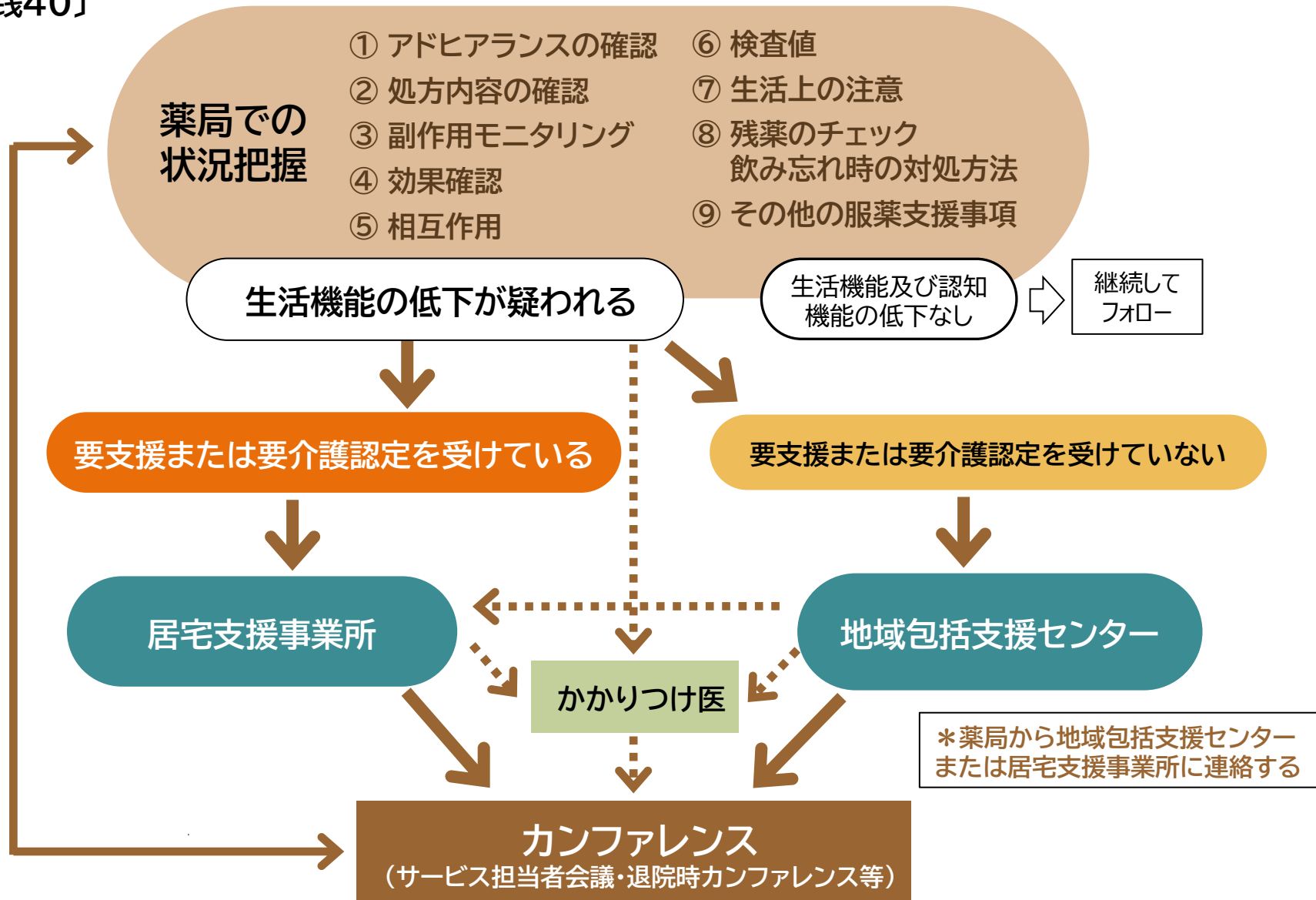
〔薬局実践39〕

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40〕



事例（経過）

〔薬局実践41〕

（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もので、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42〕

（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 250 μ 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

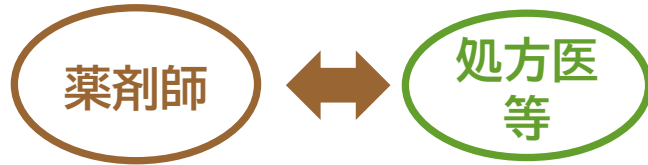
デイサービスでの管理

- ・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

情報連携ツール

〔薬局実践43〕

処方医等との連携と情報共有



- ・薬剤がBPSDに影響を与えている事もあるので、認知症の人に対する薬剤管理等について、関係者間で情報共有を行う。
- ・トレーシングレポート、DBCシート等を活用

DBCシートとは

BPSDに対して医師が処方した薬剤のモニタリングを行い、用量変更など処方設計フィードバックを行う(右図参照)。

	投与前	開始後	増量後
A 陽性症状	17	17	8
1 いらいら 怒り 大声 暴力	3	2	1
2 介護抵抗 入浴拒否	3	2	1
3 帰宅願望 外出拒否	1	1	1
4 不眠	2	1	0
5 徘徊	2	1	0
6 自己顕示 コール頻回	2	2	1
7 焦り	1	1	1
8 妄想 幻覚 独語	2	3	2
9 神経質	1	2	1
10 盗み 盗食 大食 異食	0	2	0
B 陰性症状	9	9	6
1 食欲低下	0	0	0
2 あまり動かない	1	2	1
3 昼寝 傾眠 発語低下 無表情	3	2	2
4 うつ状態(否定的発言 自殺)	3	3	2
5 無関心(リハビリ等不参加)	2	2	1
C 体幹バランス	6	3	1
1 体幹傾斜	0	0	0
2 易転倒性	3	2	1
3 小刻み歩行	1	0	0
4 嚥下不良 むせる	2	1	0
5 突進 振戦(PD)	0	0	0