Towa Communication Plaza

東和コミュニケーションプラザ

特集 **認知症医療最前線**

座談会

持続的な認知症医療のために必要なこと

―認知症患者の服薬管理と貼付剤の利活用―

わが国の認知症および軽度認知障害（MCI）患者数は今後、後期高齢者数増に伴って増加すると予測されています（図１参照）。認知症は要介護状態になる要因の一つとされていて、経済や医療保険の観点からみてもわが国の国民的課題となっています。本特集では、認知症医療の専門家お三方をお招きして、これからの認知症医療のあり方、認知症患者の服薬管理と貼付剤の利活用についてお聞きしました。司会は香川大学医学部精神神経医学講座・中村祐先生にお願いしました。

- 高齢者の単独世帯（独居）の増加と認知症
- 超高齢化による社会問題をどう解決するか
- 認知症治療薬処方の実情と貼付剤の活用について
- 「リバルエン®LA パッチ」と他剤の使い分けは？

医療法人社団彰耀会メモリークアクリニック湘南
理事長・院長
内門 大丈 先生

社会福祉法人シナプス
埼玉精神神経センター
理事長
丸木 雄一 先生

川崎医科大学　認知症学
教授
和田 健二 先生

国立大学法人香川大学医学部
精神神経医学講座
教授
司会 **中村 祐** 先生

座談会

持続的な認知症医療のために必要なこと

―認知症患者の服薬管理と貼付剤の利活用―

川崎医科大学 認知症学
教授
和田 健二 先生

国立大学法人香川大学医学部
精神神経医学講座
教授
司会 **中村 祐 先生**

社会福祉法人シナプス
埼玉精神神経センター
理事長
丸木 雄一 先生

医療法人社団彰耀会メモリー
ケアクリニック湘南
理事長・院長
内門 大丈 先生

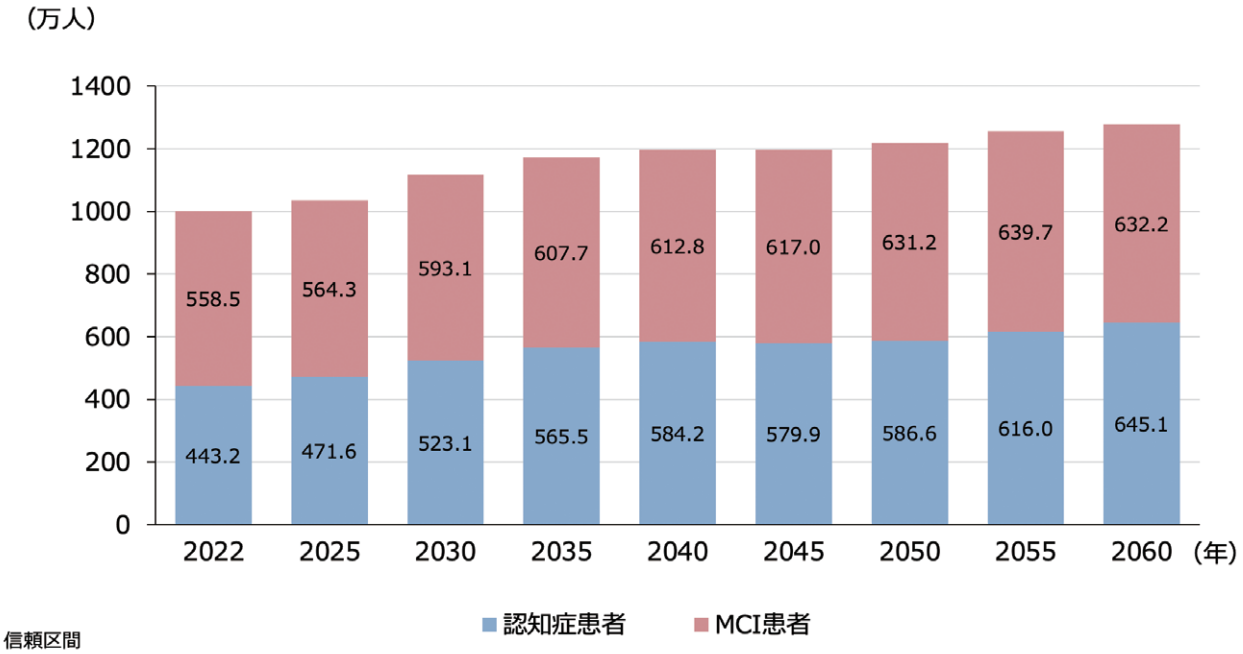
わが国の認知症および軽度認知障害（MCI）患者数は今後、後期高齢者数増に伴って増加すると予測されています（図１参照）。認知症は要介護状態になる要因の一つとされていて、経済や医療保険の観点からみてもわが国の国民的課題となっています。本特集では、認知症医療の専門家お三方をお招きして、これからの認知症医療のあり方、認知症患者の服薬管理と貼付剤の利活用についてお聞きしました。司会は香川大学医学部精神神経医学講座・中村祐先生にお願いしました。

高齢者の単独世帯（独居）の増加と認知症

中村　今日は認知症医療にお詳しい３人の先生方と、これからの認知症医療のあり方、認知症患者の服薬管理等について議論していきたいと思います。統計を見ると2022年の認知症患者数は約443万人、軽度認知障害も加えると患者数合計は1000万人を超えていて、さらに高齢化が進む2040年には患者数合計は1197万人となり、200万人近く増加すると推計されています。その中で問題だと考えているのは、独居の認知症高齢者が増え続けている点です（図２参照）。病院に加えて介護分野にまたがって様々な課題が浮き上がってきますが、丸木先生、この問題についていかがお考えでしょうか。

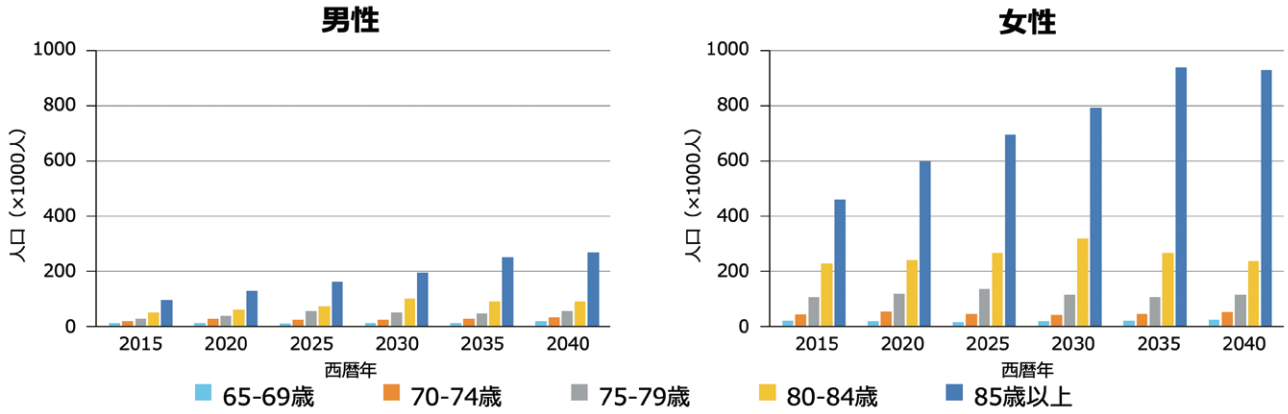
丸木　独居が増えてきて、介護保険を受け入れている方はいいのですが、要介護認定はされたが介護サポートをまったく使っていない人が一定程度います。医療提供側の視点で言うと、このような患者さんの投薬等の対応が難しい。介護サポートが入っていない場合、適切に服用することが難しいため、私は、「介護保険でちゃんとカバーされるまでお薬は出せませんよ」と言うこともありました。

内門　たしかに介護保険で医療と介護につながりますが、実際、まだサービスを利用していない人も結構いますね。そのようなケースでは、私どもでまず訪問看護を導入して、週１回でも、見守りやバイタル含めて



CI：信頼区間
- 2022年の4地域（久山町、中島町、中山町、海士町）から得られた認知症およびMCI者の性年齢階級別有病率が2025年以降も一定と仮定して推計した。
- 2025年以降の性年齢階級別人口分布の出典：国立社会保障・人口問題研究所、日本の将来推計人口：性年齢階級別人口分布・出生中位（死亡中位）推計（https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp_zenkoku2023.asp）

図１　認知症および軽度認知障害（MCI）患者数の将来推計
参考：内閣官房 認知症施策推進関係者会議（第２回）令和６年５月８日
資料９『認知症及び軽度認知障がいの有病率並びに将来推計に関する研究報告書



性・年齢階級別有病率と国立社会保障人口問題研究所の「日本の世帯数の将来推計」（全国推計）（2018年推計）における性・年齢階級別単独世帯高齢人口の将来推計値との積和を求め、さらに二宮らの示す認知症高齢者数の将来推計値で補正した場合の性・年齢階級別単独世帯高齢者数の将来推計（性・年齢階級別有病率が不変と仮定した場合）（注：認知症であり、かつ単独世帯である場合には、施設移行のリスクが高まることが確認されているので、実際の有病者数はこれよりもやや低くなるものと考えられるが、85歳以上の単独世帯認知症高齢者数の将来に向けての増加の勢いはこのグラフに準ずるものと予測される）。
粟田主一：老年精神医学会雑誌31(5)：451-459、2020.

図２　性・年齢階級別単独世帯認知症高齢者数の将来推計
出典：厚生労働省 わが国の独居認知症高齢者数について
https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001011998.pdf

内服の状況を確認するプロセスを経て、人によってはデイサービス等を利用するようになった事例もあります。いずれにしてもこれからは単独世帯、老老介護、認認介護で、特に遠方に家族が住んでいるような患者さんのケースをどうサポートしていくかというのは課題としてありますね。

和田　私も認知症の治療を進めていく上で高齢者の独居等は課題と感じています。今度の認知症ガイドラインでもこのような切り口はなかったです。たしかに「地域とつながりましょう」というような支援の紹介や、診断後支援には触れられていますが、独居、老老、認認介護をどう区分して対処したらいいかの内容はありません。将来的にはこういった問題も認知症ガイドラインで取り上げていかないといけないなと思っています。

丸木雄一 先生

中村　高齢者は認知機能の低下などに伴い服薬アドヒアランスが低下するのは間違いのないところです。高齢者の投薬、服薬管理の課題への対処(図３参照)はいろいろありますね。在宅医療をやっておられる内門先生のところでは、どのような対処をされていますか。

内門　訪問診療ではまずは「お薬カレンダー」の活用でしょうか。ただ、丸木先生のおっしゃる通りアドヒアランスに不安があるため、私は基本的に独居の人に認知症治療薬を出すことには慎重です。

中村　丸木先生はいかがですか。

丸木　処方はおおむね朝１回の薬にしています。例えばガランタミンは出せません。メマンチンは夜だから出さない。患者さんもかかりつけ医から高血圧の薬等をもらって、朝１回だけ飲んでいるケースが多い。ですから服薬管理について、私の場合は、大きめのカレンダーを用意して、処方された薬を全てカレンダーに貼るよう伝えています。それで家族などが電話で、「今日は○月○日だけど、まだカレンダーに薬が貼ってあるか？あるなら今飲んでね」というふうに確認してもらいます。こうすると意外に遠隔の家族でも毎日の服薬管理がうまくいくようになると思っています。

和田　何の薬でもいいですが、持病があって習慣的にずっと飲み続けてきた人は、認知症になってもうまく一緒に飲み続けられる場合があります。認知症になった途端、「さあ飲んで」と言っても、なかなか飲む習慣がない人はちょっと難しいですよね。

中村　それは逆に言うと、歳をとったら認知症になる前から医療機関に定期的に通って、自分の悪いところがあればきちんと薬を飲む習慣があるという人が、独居になっても耐性が高いということですね。つまりある程度認知機能が下がっても、服薬はいわゆる慣習としてできるわけです。

和田　そういう意味ではやはり生活習慣病等の「かかりつけ医」は大事です。

中村　とにかく、認知症になる前に定期的に診てもらう習慣が必要だということですね。処方の際、そういうかかりつけ医がいるかどうかのチェックも大事です。発症したら、かかりつけ医の処方薬に私たち専門医の認知症の薬がオンされるし、そこはかかりつけの先生が処方を引き継いでもいい。また、認知症になってから服薬をするようになった方については、周りのサポー

服薬アドヒアランスをよくするための工夫として、貼付剤の選択や家族などの管理しやすい時間に服薬をあわせる等があげられています。

服用薬剤数を減らす	●力価の弱い薬剤を複数使用している場合は、力価の強い薬剤にまとめる ●配合剤の使用 ●対症療法的に使用する薬剤は極力頓用で使用する ●特に慎重な投与を要する薬物のリストの活用
剤形の選択	●患者の日常生活動作（ADL）の低下に適した剤形を選択する
用法の単純化	●作用時間の短い薬剤よりも長時間作用型の薬剤で服用回数を減らす ●不均等投与を極力避ける ●食前・食後・食間などの服用方法をできるだけまとめる
調剤の工夫	●一包化 ●服薬セットケースや服薬カレンダーなどの使用 ●剤形選択の活用（貼付剤など） ●患者に適した調剤方法（分包紙にマークをつける、日付をつけるなど） ●嚥下障害患者に対する剤形変更や服用方法（簡易懸濁法、服薬補助ゼリー等）の提案
管理方法の工夫	●本人管理が難しい場合は家族などの管理しやすい時間に服薬をあわせる
処方・調剤の一元管理	●処方・調剤の一元管理を目指す（お薬手帳等の活用を含む）

図３　高齢者への服薬支援と処方の工夫
出典：高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)厚生労働省(2018年５月)
https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/kourei-tekisei_web.pdf

トが重要となりますが、その方々の負担も考えないといけませんね。

内門大丈 先生

超高齢化による社会問題をどう解決するか

中村　今やわが国は人口の４人に１人が65歳以上の高齢者が占めている超高齢社会です。さらに人口のボリュームゾーンである団塊ジュニア約800万人が2040年の後半には後期高齢者になって、医療・介護負担がさらに増大すると見込まれています。いわゆる2040年問題、こういった労働人口の減少と現役世代が減ってくることで、高齢者介護をどう支援していくかが社会全体で対応するべき課題であるとされています。この問題は今後の認知症医療においても同様だと思っています。

丸木　その対策として言われているのは、定年延長等働く期間を長くするということと、外国人労働者の力を借りるといったことですね。実際に今、外国人が相当介護現場に入っています。介護者のほとんどが外国人だというような施設もあるようです。当面、2040年までが問題なので、今から15年間をいろんな対策で何とか乗り越えるということが、一番大事かなと思っています。

中村　もう一つ、介護離職を含め、ビジネスケアラーの問題が注目されています（図４参照）。これも統計ですが、2030年には家族を介護する833万人のうち、約４割（約318万人）が仕事をしながら家族等の介護に従事する者（ビジネスケアラー）となると予測されています。

内門　今後、働き手が減少していく中で介護離職の防止、つまり仕事と介護の両立や、治療と仕事の両立をどう支援していくかも大切になってきますね。療養・就労両立支援指導料で言えばがんや脳卒中、パーキンソン病等から始まりましたが、令和４年から若年性認知症も加わりました。支援をしていく上では、例えば認知症で仕事を失ったとき、ビジネスケアラーになったとき、どういう社会支援が利用できるかといったこ

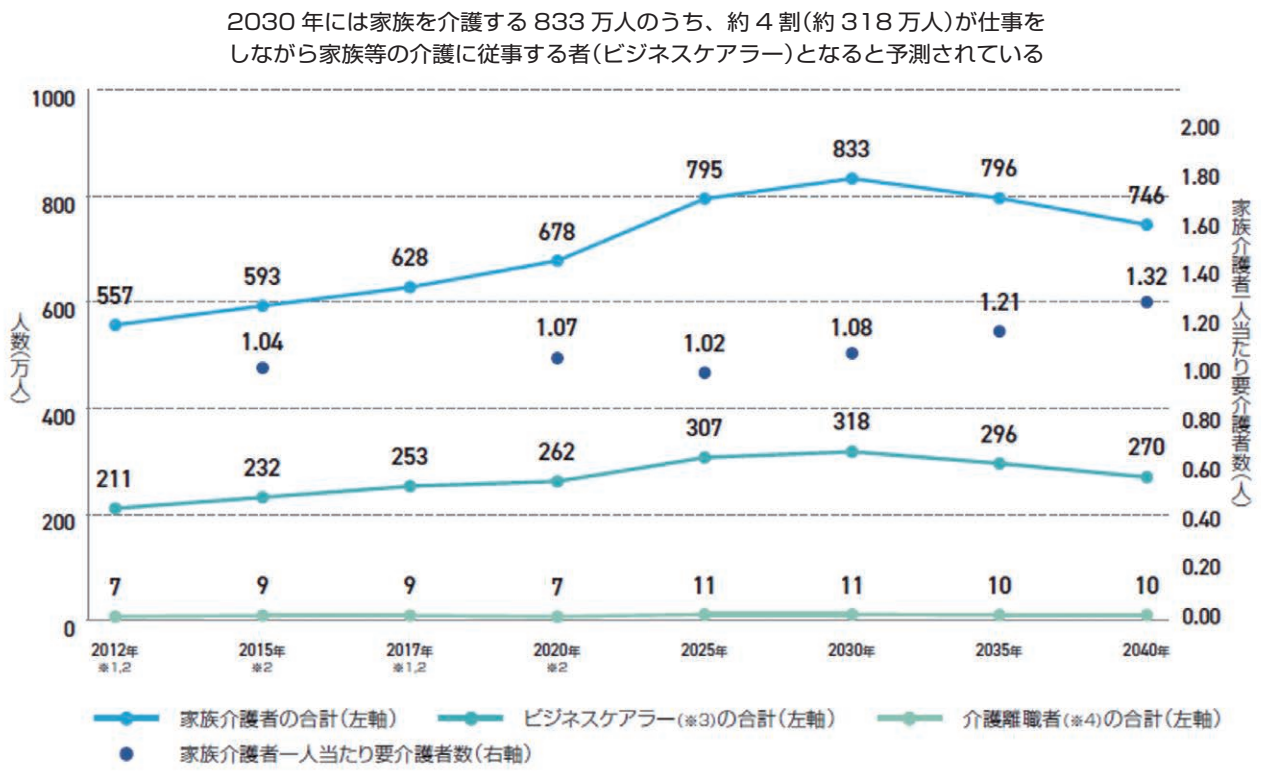


図４　ビジネスケアラーに関連する指標の推移
仕事と介護の両立支援に関する経営者向けガイドライン（経済産業省）より

和田健二　先生

とを、本人や家族も勉強する機会をつくることも一つの対策としてあるかと思います。

中村　この問題、和田先生はどうお考えですか。

和田　介護離職、今はたぶん 10 万人弱ですかね。現状ではその多くは女性だと思います。私の患者さんや家族の方でも女性が多いです。離職は経済的、社会的影響も大きいので、相談があれば、「仕事を継続しながら介護できるようにするための方法を模索しましょう」と申し上げています。そういった中でいろいろなところとつなげている。その一つにピアサポート※があります。本人やご家族にピアサポートの中でいろいろな出会いをしてもらい、仕事を継続しながら介護をしていくという気持ちをキープしていただいています。

※ピアサポート（Peer Suport）障害や病気、アルコール依存等同じような悩みを持つ人たち同士で支えあう活動のこと。

中村　丸木先生、いかがですか。

丸木　現実的に介護離職が相当あることは承知していますが、介護離職は介護や病気の種類によってさまざまなケースがあると思います。ただ本当に働きたい人は辞めていないのではないでしょうか。そこはいろんな法制度を利用して努力しているようです。私も実際、「福祉の施設を利用したらどうか」といったアドバイスをしたこともありました。

和田　老老介護になっている人の家族の場合でも、例えば「お父さんがちょっと見てくれるから」というふうに複数人で介護を行っていると、メインで介護しているお子さんが離職しなくても済むケースもあるようです。

内門　実際、私のところでも、ショートステイ機能を利用するとか、介護制度をできるだけ活用して週末だけみるということで、仕事を続けている介護者さんもいますね。

認知症治療薬処方の実情と貼付剤の活用について

中村　ここまでわが国の高齢化の中で認知症にかかる対応にもいろいろな選択肢があるとご指摘いただきました。次に認知症の薬物治療の現状について少し議論をしていきます。認知症治療薬については、抗アミロイドβ抗体薬が出てきていますし、基本となるコリンエステラーゼ阻害薬においても、週２回投与という「リバルエン®LA パッチ」が登場し、処方の選択肢も増えてきている状態にあると思います。まずは先生方の認知症治療薬処方の実情と「リバルエン®LA パッチ」の使用感をお伺いしたいと思います。

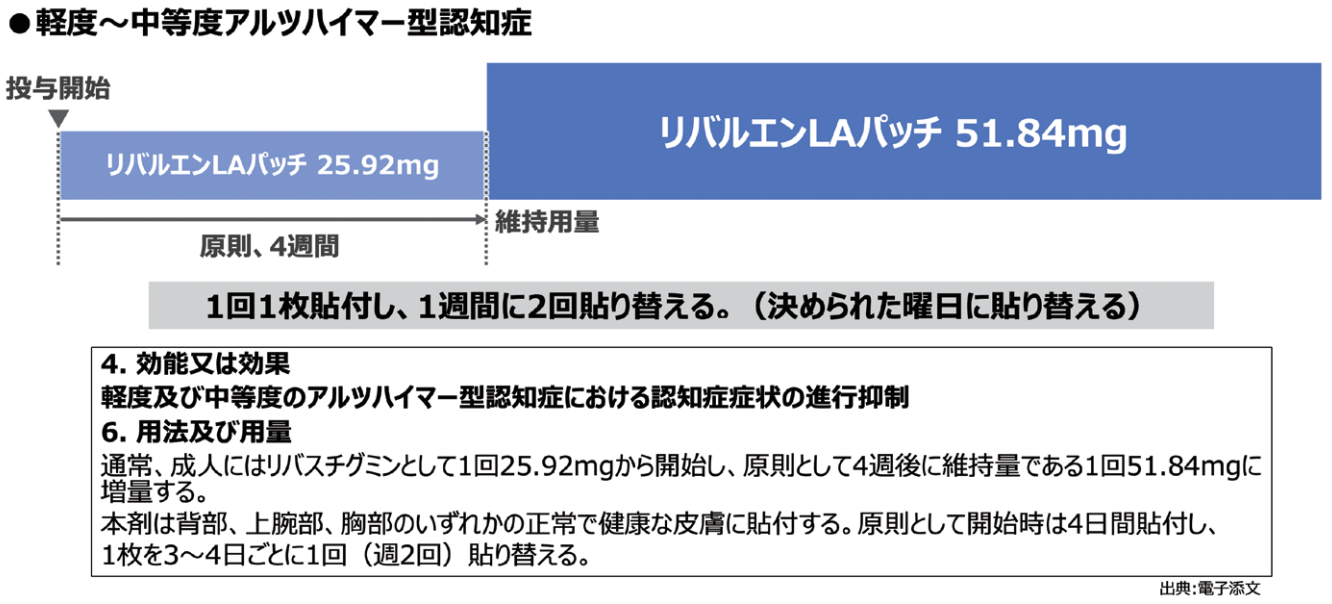


図５　リバルエン®LA パッチの効能・効果、用法及び用量（出典：電子添文）

リバルエン®LA パッチ

本D.I.は2025年5月作成（第1版）の電子添文に基づいたものです。「禁忌を含む使用上の注意」の改訂に十分ご留意下さい。

販売名	〔和　名〕	リバルエン®LAパッチ25.92mg リバルエン®LAパッチ51.84mg
	〔洋　名〕	RIVALUEN® LA PATCH 25.92mg RIVALUEN® LA PATCH 51.84mg
一般名		リバスチグミン（Rivastigmine）
日本標準商品分類番号		87119
承認番号	パッチ25.92mg	30700AMX00065
	パッチ51.84mg	30700AMX00066
承認年月	パッチ25.92mg	2025年3月
	パッチ51.84mg	2025年3月
薬価収載		2025年5月
販売開始		2025年5月
貯法		室温保存
有効期間		2年

2. 禁忌（次の患者には投与しないこと）

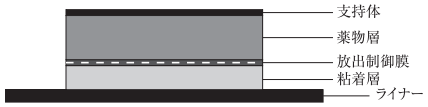
2.1 本剤の成分又はカルバメート系誘導体に対し過敏症の既往歴のある患者

3. 組成・性状

3.1 組成

販売名	リバルエンLAパッチ 25.92mg	リバルエンLAパッチ 51.84mg
1枚中の有効成分	リバスチグミン・・・・・・・25.92mg	リバスチグミン・・・・・・・51.84mg
添加剤	トコフェロール、アクリル酸2-エチルエステル・酢酸ビニル共重合体溶液、メタクリル酸ブチル・メタクリル酸メチルコポリマー、ポリイソブチレンヘプタン溶液、ポリブテン、ポリエステルフィルム、ポリエチレンフィルム	

3.2 製剤の性状

販売名		リバルエンLAパッチ 25.92mg	リバルエンLAパッチ 51.84mg
性状		無色～淡黄色であり、透明～やや不透明な膏体層を半透明な支持体に展延したテープ剤	
外形	断面図		
	平面図		
大きさ		約3.7cm×3.1cm 面積：10.80cm²	約5.1cm×4.3cm 面積：21.60cm²

4. 効能又は効果

軽度及び中等度のアルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制

5. 効能又は効果に関連する注意

5.1 アルツハイマー型認知症と診断された患者にのみ使用すること。

5.2 本剤がアルツハイマー型認知症の病態そのものの進行を抑制するという成績は得られていない。

5.3 アルツハイマー型認知症以外の認知症性疾患において本剤の有効性は確認されていない。

5.4 他の認知症性疾患との鑑別診断に留意すること。

5.5 国内臨床試験において、本剤の貼付により高頻度に適用部位の皮膚症状が認められている。本剤の使用が適切であるか、本剤の特性を十分に理解した上で慎重に判断すること。

5.6 25.92mg製剤は、リバスチグミンを有効成分とする1日1回貼付の9mg製剤に相当するため、慎重に投与することが推奨される患者については、1日1回貼付の4.5mg製剤より投与を開始し4.5mgずつ18mgまで漸増することを考慮すること。

6. 用法及び用量

通常、成人にはリバスチグミンとして1回25.92mgから開始し、原則として4週後に維持量である1回51.84mgに増量する。

本剤は背部、上腕部、胸部のいずれかの正常で健康な皮膚に貼付する。原則として開始時は4日間貼付し、1枚を3～4日ごとに1回（週2回）貼り替える。

7. 用法及び用量に関連する注意

7.1 本剤の1回あたりの貼付枚数は原則1枚とし、貼付期間は4日間を超えないこと。週2回行う本剤の貼り替えのタイミング（曜日）は原則固定すること。［14.2.6参照］

7.2 リバスチグミンとして25.92mgは有効用量ではなく、漸増又は一時的な減量を目的とした用量であるので、維持量である51.84mgまで増量すること。

7.3 副作用（特に消化器系障害）に注意しながら、本剤の忍容性が良好と判断される場合にリバスチグミンとして51.84mgへ増量すること。

7.4 休薬期間が4日以上の場合は、原則として初回貼付用量（25.92mg）から投与を再開すること。投与再開後は再開時の用量を2週間以上投与し、忍容性が良好であることを確認した上で増量すること。休薬期間が4日未満の場合、休薬前と同じ用量または休薬前に忍容であった用量で投与を再開すること。

7.5 コリンエステラーゼ阻害作用を有する同効薬（ドネペジル又はガランタミンの経口剤又は貼付剤、リバスチグミンの1日1回投与の貼付剤）と併用しないこと。

7.6 医療従事者又は介護者等の管理のもとで投与すること。

8. 重要な基本的注意

8.1 定期的に認知機能検査を行う等患者の状態を確認し、本剤投与で効果が認められない場合、漫然と使用しないこと。

8.2 アルツハイマー型認知症は、自動車の運転等の機械操作能力を低下させる可能性がある。また、本剤は主に投与開始時又は増量時にめまい及び傾眠を誘発することがある。このため、自動車の運転等の危険を伴う機械の操作に従事しないよう患者等に十分説明すること。

8.3 本剤の貼付により皮膚症状があらわれることがあるため、貼付箇所を毎回変更すること。皮膚症状があらわれた場合には、ステロイド軟膏又は抗ヒスタミン外用剤等を使用するか、本剤の減量又は一時休薬、あるいは使用を中止するなど適切な処置を行うこと。［14.2.5参照］

8.4 本剤を同一箇所に貼付・除去を繰り返した場合、皮膚角質層の剥離等が生じ、血中濃度が増加するおそれがあるため、貼付箇所を毎回変更すること。［14.2.5参照］

8.5 本剤の貼り替えの際、貼付している製剤を除去せずに新たな製剤を貼付して過量投与となり、重篤な副作用が発現するおそれがある。貼り替えの際は先に貼付している製剤を除去したことを十分確認するよう患者及び介護者等に指導すること。［13.1参照］

8.6 嘔吐あるいは下痢の持続により脱水があらわれることがある。脱水により、重篤な転帰をたどるおそれがあるので、嘔吐あるいは下痢がみられた場合には、観察を十分に行い適切な処置を行うこと。［11.1.7参照］

8.7 アルツハイマー型認知症患者では、体重減少が認められることがある。また、本剤を含むコリンエステラーゼ阻害剤の投与により、体重減少が報告されているので、治療中は体重の変化に注意すること。

9. 特定の背景を有する患者に関する注意

9.1 合併症・既往歴等のある患者

9.1.1 洞不全症候群又は伝導障害（洞房ブロック、房室ブロック）等の心疾患のある患者

迷走神経刺激作用により徐脈又は不整脈が起こるおそれがある。

9.1.2 心筋梗塞、弁膜症、心筋症等の心疾患、電解質異常（低カリウム血症等）等のある患者、QT延長又はその既往歴・家族歴のある患者

徐脈、房室ブロック、QT延長、Torsade de pointes等が起こるおそれがあるため、重篤な不整脈に移行しないよう観察を十分に行うこと。［11.1.1参照］

9.1.3 胃潰瘍又は十二指腸潰瘍のある患者、あるいはこれらの既往歴のある患者

胃酸分泌量が増加し、胃潰瘍又は十二指腸潰瘍を誘発又は悪化させるおそれがある。

9.1.4 尿路閉塞のある患者又はこれを起こしやすい患者

排尿筋を収縮させ症状を誘発又は悪化させるおそれがある。

9.1.5 てんかん等の痙攣性疾患又はこれらの既往歴のある患者

痙攣閾値を低下させ痙攣発作を誘発させるおそれがある。

9.1.6 気管支喘息又は閉塞性肺疾患、あるいはこれらの既往歴のある患者

気管支平滑筋の収縮及び気管支粘液分泌の亢進により症状を悪化させるおそれがある。

9.1.7 錐体外路障害（パーキンソン病、パーキンソン症候群等）のある患者

線条体のコリン系神経を亢進することにより、症状を悪化させるおそれがある。

9.1.8 低体重の患者

消化器系障害（悪心、嘔吐等）を発現しやすくなるおそれがある。

9.3 肝機能障害患者

9.3.1 重度の肝機能障害患者

治療上やむを得ないと判断される場合にのみ投与すること。血中濃度が上昇するおそれがある。また、重度の肝機能障害患者を対象とした臨床試験は実施していない。［16.6.1参照］

9.5 妊婦

妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。動物実験（ラット、ウサギ）において、リバスチグミン又はその代謝物の胎児への移行が認められている。

9.6 授乳婦

治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。動物実験（ラット）において、乳汁中への移行が報告されている。

9.7 小児等
小児等を対象とした臨床試験は実施していない。

10. 相互作用
本剤は、主にエステラーゼにより加水分解され、その後硫酸抱合を受ける。本剤のチトクロームP450（CYP）による代謝はわずかである。

10.2 併用注意（併用に注意すること）

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
コリン作動薬 アセチルコリン カルプロニウム ベタネコール コリンエステラーゼ阻害剤 アンベノニウム ジスチグミン ピリドスチグミン ネオスチグミン等	コリン刺激作用が増強され、コリン系副作用（悪心、嘔吐、徐脈等）を引き起こす可能性がある。	本剤と同様にコリン作動性作用を有している。
抗コリン作用を有する薬剤 トリヘキシフェニジル ピロヘプチン マザチコール ビペリデン等 アトロピン系抗コリン剤 ブチルスコポラミン アトロピン等	本剤と抗コリン作用を有する薬剤のそれぞれの効果が減弱する可能性がある。	本剤と抗コリン作用を有する薬剤の作用が相互に拮抗する。
サクシニルコリン系筋弛緩剤 スキサメトニウム等	サクシニルコリン系筋弛緩剤の作用が過剰にあらわれるおそれがある。	本剤がコリンエステラーゼを阻害し、脱分極性筋弛緩剤の分解を抑制する。
非ステロイド性消炎鎮痛剤	胃潰瘍又は十二指腸潰瘍を誘発又は悪化させるおそれがある。	コリン系の賦活により胃酸分泌量が増加する。

11. 副作用
次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

11.1 重大な副作用
11.1.1 QT延長（1%未満）、**狭心症、心筋梗塞、徐脈、房室ブロック、洞不全症候群**（いずれも頻度不明）［9.1.2参照］

11.1.2 脳卒中、痙攣発作（いずれも頻度不明）
一過性脳虚血発作、脳出血及び脳梗塞を含む脳卒中、痙攣発作があらわれることがある。

11.1.3 食道破裂を伴う重度の嘔吐、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃腸出血（いずれも頻度不明）

11.1.4 肝炎（頻度不明）

11.1.5 失神（頻度不明）

11.1.6 幻覚、激越、せん妄、錯乱（いずれも頻度不明）

11.1.7 脱水（頻度不明）
嘔吐あるいは下痢の持続により脱水があらわれることがあるので、このような場合には、補液の実施及び本剤の減量又は投与を中止するなど適切な処置を行うこと。［8.6参照］

11.2 その他の副作用

	5%以上	1～5%未満	1%未満	頻度不明
感染症				尿路感染
血液及びリンパ系障害			貧血	好酸球増加症
代謝及び栄養障害		食欲減退		糖尿病
精神障害			不眠症、幻視、易怒性	うつ病、落ち着きのなさ、不安、攻撃性、悪夢、興奮
神経系障害				浮動性めまい、頭痛、傾眠、振戦、錐体外路症状
心臓障害		期外収縮	不整脈、心房粗動	頻脈、心房細動
血管障害			高血圧	
胃腸障害		悪心、嘔吐	腹痛	下痢、胃炎、消化不良、膵炎
皮膚及び皮下組織障害	接触性皮膚炎		蕁麻疹	発疹、湿疹、紅斑、そう痒症、多汗症、アレルギー性皮膚炎、水疱
腎及び尿路障害				血尿、頻尿、蛋白尿、尿失禁
全身障害				疲労、無力症、けん怠感
適用部位障害	適用部位紅斑、適用部位そう痒感	適用部位浮腫、適用部位皮膚炎、適用部位発疹、適用部位水疱、適用部位腫脹	適用部位皮膚剥脱、適用部位湿疹、適用部位蕁麻疹	適用部位疼痛、適用部位亀裂、適用部位反応、適用部位刺激感、適用部位過敏反応
臨床検査		体重減少		肝機能検査異常、コリンエステラーゼ減少、血中アミラーゼ増加
その他			しゃっくり、耳鳴	転倒・転落、末梢性浮腫、縮瞳

詳細は電子添文をご参照のうえ、改訂に十分ご留意下さい。

13. 過量投与
13.1 症状
外国における経口投与及び国内外における経皮投与による過量投与例では、嘔吐、悪心、下痢、腹痛、めまい、振戦、頭痛、失神、傾眠、錯乱状態、幻覚、多汗症、徐脈、高血圧、けん怠感及び縮瞳等が認められている。重篤例では、筋力低下、痙攣、呼吸停止などが発現し、致死的な転帰に至る可能性がある。［8.5参照］

13.2 処置
過量投与時には、速やかに本剤をすべて除去し、その後24時間はそれ以上の貼付を行わない。重度の悪心、嘔吐には制吐剤の使用を考慮すること。また、大量の過量投与時には、アトロピン硫酸塩水和物を解毒剤として使用できる。最初にアトロピン硫酸塩水和物として1～2mgを静脈内投与し、臨床反応に応じて投与を追加する。解毒剤としてスコポラミンの使用は避けること。

14. 適用上の注意
14.1 薬剤交付時の注意
14.1.1 使用するまでは小袋内で保管すること。

14.1.2 小児の手及び目の届かない、高温にならない所に保管すること。

14.2 薬剤貼付時の注意
14.2.1 本剤は、背部、上腕部又は胸部の正常で健康な皮膚で、清潔で乾燥した体毛が少ない、密着した衣服を着用してもこすれない箇所に貼付すること。

14.2.2 貼付箇所の皮膚を拭い、清潔にしてから本剤を貼付すること。

14.2.3 皮膚の損傷又は湿疹・皮膚炎等がみられる箇所には貼付しないこと。

14.2.4 貼付する箇所にクリーム、ローション又はパウダーを塗布しないこと。

14.2.5 皮膚刺激を避けるため、貼付箇所を毎回変更し、繰り返し同一箇所には貼付しないこと。［8.3、8.4参照］

14.2.6 原則、1回につき1枚のみ貼付し、週2回貼付、1回の貼付期間は4日間を超えないこと。［7.1参照］

14.2.7 本剤が剥がれた場合は、その時点で新しい製剤に貼り替え、予定していた次の貼り替え日に改めて新しい製剤に貼り替えを行うこと。

14.3 薬剤貼付後の注意
14.3.1 貼り替え後も本剤の成分が残っているので、使用済みの製剤は接着面を内側にして折りたたみ、小児の手及び目の届かない所に安全に廃棄すること。

14.3.2 本剤を扱った後は、手を眼に触れず、手を洗うこと。

22. 包装
〈リバルエンLAパッチ25.92mg〉
8枚［1枚×8］

〈リバルエンLAパッチ51.84mg〉
8枚［1枚×8］

中村　祐　先生

丸木　「リバルエン®LA パッチ」が上市されて、私自身、週２回の投与スケジュールだと聞いて、例えば私が今まで処方することを避けていた独居患者に対して処方ができるのではないか、と私なりに使うメリットがすぐイメージできました。また、投与間隔が異なるので他のお薬と競合もしないですね。現在、これまで使えなかった独居の患者さんを中心に 20 数例使っているところです。

中村　患者さんやそのご家族等から具体的な反応があったらご紹介ください。

丸木　実は本剤、介護施設での評判がいいです。介護施設では週に２回お風呂に入るわけですが、お風呂に入る前に剥がして、出たら貼るという対応ができるので喜ばれていますね。一つ皮膚症状が心配でしたが、適切な予防と処置を行うことによって今のところ１例も皮膚症状が出ていなくて、現場のケアマネさんやヘルパーさんから感謝されています。

中村　ちなみに皮膚障害への対策に使用する製剤は、乾きやすいものだとより使いやすいと思います。内門先生は、「リバルエン®LA パッチ」についていかがでしょうか。

内門　私どものような専門医のところに来られる患者さんは、認知症の治療にも意欲的な方が多くいらっしゃいます。そのような中で「リバルエン®LA パッチ」が出てくる前、認知症治療薬の内服剤、貼付剤においては、デイリー製剤のみで、独居の人には服薬管理上使うのが難しいのと、残薬の問題がありました。このような状況を改善するためにも、週２回貼り替えるタイプに切り替えていくのもありだと思いました。

中村　患者さんの反応はどうですか。

内門　毎日貼っていた人が、週２回貼り替えに切り替えたところ、「ずいぶん楽になります」というふうに感想をもらしてくれる人もいるということで、やはり週２回貼付タイプ、結構使えるのではないかと思っているところです。また、訪問看護が週１回だけという方であっても、ご家族が「週１回だけなら様子を見に行ける」ということもあり、介護サービスとご家族のサポートを組み合わせて服薬管理してもらっているケースもあります。あとは、感覚的なものだと思いますが、「内服薬は嫌だけど貼付剤ならいい」みたいな人も結構いたりしますね。

中村　和田先生、ご意見はいかがですか。

和田　私は効果面などを期待して個人的にリバスチグミンの成分を気に入って使っています。内門先生がおっしゃったように、内服薬を嫌がる人がある程度いるんですよね。もうこれ以上服薬数を増やしたくないとかで、「では貼り薬にしますか？」と聞くと、それに飛びつかれるご本人、ご家族がいます。貼付剤というものはそういった意味では必要な選択肢だと思っています。ただこと貼付剤に関しては、内服薬に比べてやはり残薬が多くなりがちなところもあるわけですね。その理由をご家族に聞いてみると、「本人が貼らしてくれない」とか「うっかり忘れてしまう」と言う。そういった意味では週に２回の「リバルエン®LA パッチ」なら少しは貼り忘れも減る、そして家族の介護負担も減るのかな、と思っているところです。

中村　週２回ということから「毎日飲んでいる薬があるのに週２回の薬があるとややこしいのではないか」と感じられる先生が多いそうですが、そのあたりについて先生方はどうお考えですか。

丸木　そこは特に気に掛けるポイントではないと思っていて、私の場合、毎日貼るものから切り替える時も、「週２回、火曜と金曜に貼ってください」と具体的に指示をすれば、２回貼付に抵抗を持つ人はほとんどいないです。内門先生の言う通り、少し離れた所に住む家族が服薬管理をしていることもあるので、実際に管理している方からすると、週２回の薬が入ってもそんなに負担になっていないんじゃないかと思っています。

中村　内門先生はどうですか。

内門　私も、「週２日だから面倒だ、リズムが狂う」といったことを言われたことはあまりありませんね。長年、生活習慣病の治療薬を毎日服用されている方でも、そこに認知症治療薬が追加になると、その新しい薬の使い方が分からない、ということもあるので、週２回で介護サポートなどと組み合わせて活用することが出来ている。実際に毎日製剤から切り替えても問題はないですね。

中村　なるほど。お二方の答えが今日の議論の一番ミソなところです。結局、何が問題になるかと言うと、週２回の薬というのは今までわが国にほとんど存在しなかった。だから週２回の服薬管理のリズムというのは、医師も看護師もみんなあまり経験したことがないわけです。つまり慣れていないということから、どうしても「食わず嫌い」になりがちなんですね。実際、やってしまうとそれほど問題ではないのが実感できるはずです。

「リバルエン®LA パッチ」と他剤の使い分けは？

内門　丸木先生、一つ質問していいですか。ここまで議論してきた「リバルエン®LA パッチ」ですが、他にもコリンエステラーゼ阻害薬がある中でどのように使い分けをされていますか。

丸木　途中でも申し上げましたが、私は「リバルエン®LA パッチ」は他剤と相対するようなことはないと思っています。例えば介護者がしっかりついているような方で「この人だったら毎日しっかり使えるな」と判断できる時にはいずれの薬剤も使用できますが、毎日貼り替えることが難しいようなコンプライアンスの心配がある場合には週２回のリバルエンに切り替えるのが妥当だと思いますね。私の場合、患者さんの日々の使用感を聞いて変えているということが多いです。

内門　家族が同居されていても、毎日欠かさず確認することに苦労するケースもあるみたいですね。コンプライアンス以外にも検討するケースはありますか。

丸木　75 歳以上の高齢者の認知症の場合でしょうか。リバルエンというよりも貼付剤として、という話にはなりますが、やはり食欲は高齢者では特に大切になってきますので、多剤を飲んでいる場合には貼付剤が良いように思います。

中村　内門先生はどう使い分けしますか。

内門　効果を早く得たいか、慎重にしたいか、ですかね。リバスチグミンは半減期が短くて、週２回のリバルエンでも剥がせば血中濃度がすぐに下がるため、より慎重に進めたい時に選んでいます。

中村　和田先生はどうでしょうか。

和田　確かに、リバスチグミンはそんなに急がずに基礎固めをしていき、生活基盤も良くなっていくような感触を持っています。

私は特に 80 とか 85 を超えた超高齢者になると特に慎重に進めたいので使っていますね。

中村　様々な議論がありましたが、認知症治療薬の選択肢が多いことは、患者さんとご家族の状況によって使い分けられるということですので喜ばしいですね。

ここまで議論してきた「リバルエン®LA パッチ」（図５および P7 ～ 8 DRUG INFORMATION 参照）も、週２回の新たな選択肢として認知症患者に対する有用な選択肢の一つになっていくはずです。

× ×

認知症関連対策は、これからの超高齢社会、認知症基本法が謳う「共生社会」を目指していく上で、積極的に進めていかなければいけないということは明白です。今日は、よりよい認知症医療につなげていく上での示唆に富んだ、非常に濃い内容で議論いただきました。長時間にわたってありがとうございました。

（座談会収録　2025 年 11 月３日）

東和薬品
東和コミュニケーションプラザ　特集号　2026 年３月発行（DC-006154）
編集・発行　東和薬品株式会社　〒571-8580　大阪府門真市新橋町 2-11

バックナンバーはこちら