

# A1-⑥その他「高齢在宅患者に対するポリファーマシー是正への取り組み」 梶原診療所 坂上美香( )

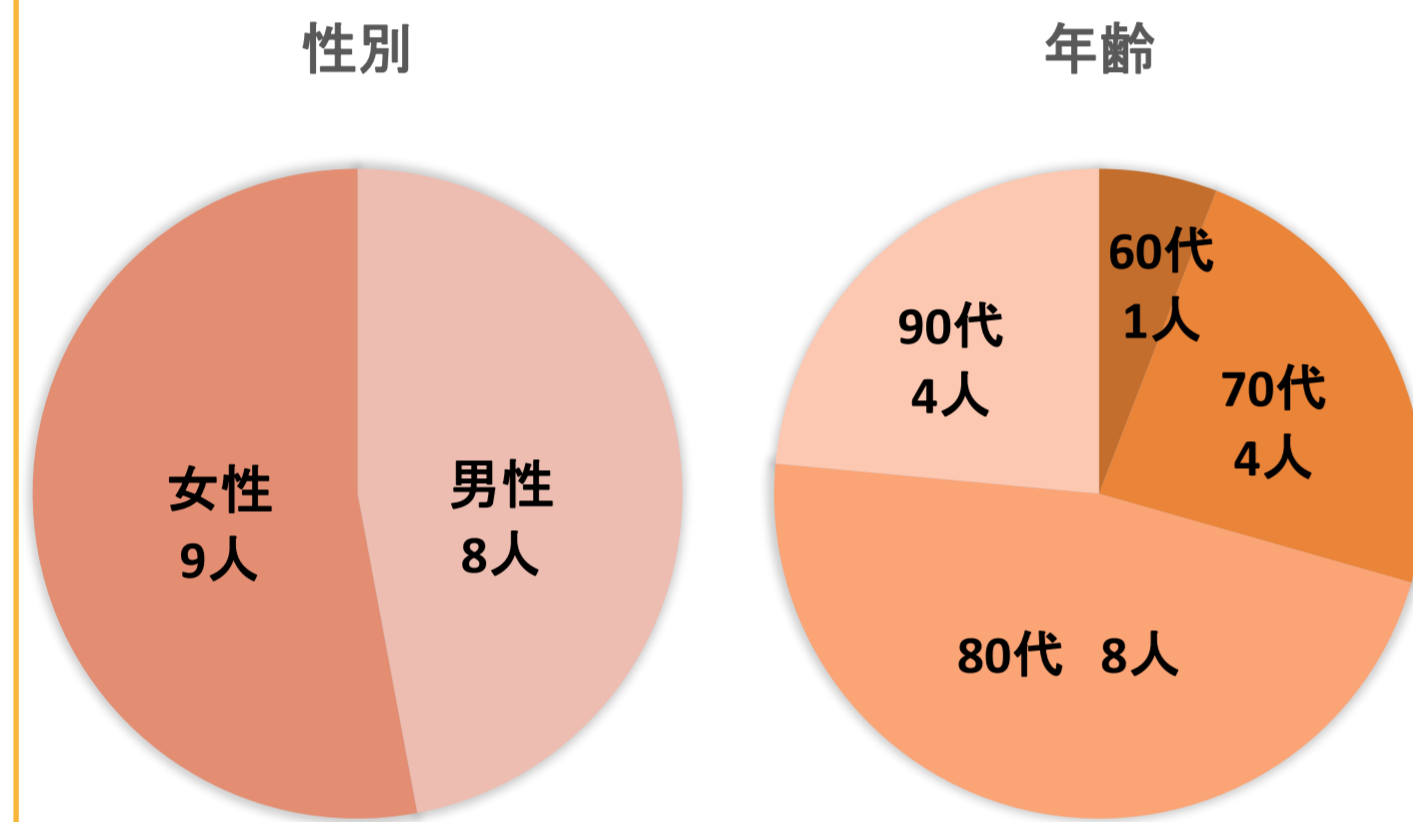
## <Cover Letter>

厚生労働省の高齢者の医薬品適性使用の指針案によると、ポリファーマシーとは多剤服用の中でも害をなすものとされる。何剤以上、という決まった定義はないが、5-10剤以上とすることが多く、不適切処方概念を含む場合が多い。高齢者にポリファーマシーが目立つが、これは高齢者ほど多くの慢性疾患を抱えているためであり、疾患ごとに薬物治療すると、必然的にポリファーマシーが生じることになる。内服薬剤数が増えると、薬物有害事象が増え入院率が上がる<sup>1)</sup>、高齢者でポリファーマシーは転倒の危険因子である<sup>2)</sup>、アドヒアランスの低下につながる<sup>3)</sup>、といった報告がこれまでにあり、問題視されている。

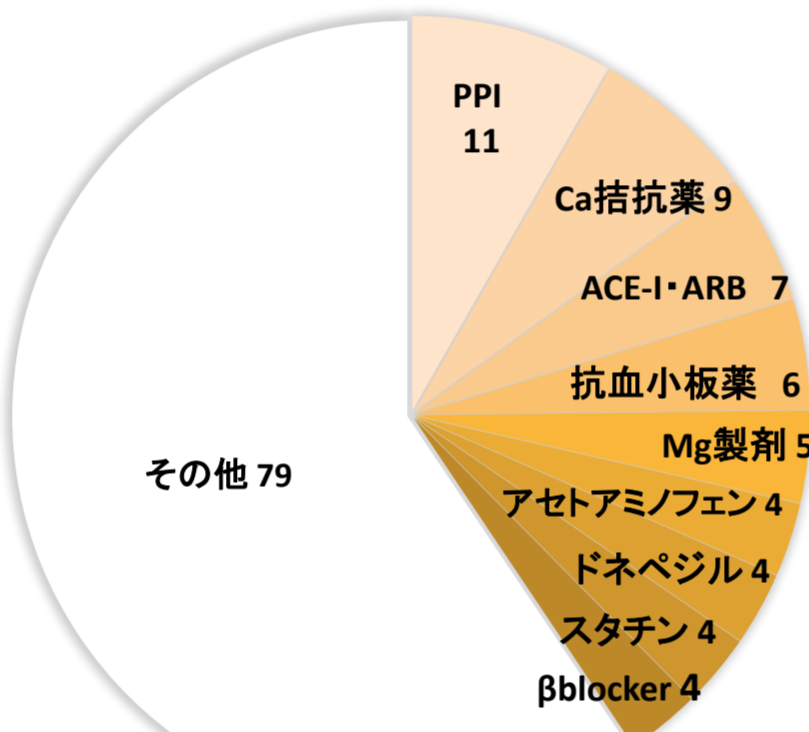
私は診療した患者に対して、deprescribing protocol<sup>4)</sup>などを参考に積極的に処方整理を行うように心がけている。今回1年間の訪問診療にて初回から介入した患者において処方整理を行った結果を報告し、総合的に考察する。

【対象】X年3月からX+1年2月までに梶原診療所での訪問診療を開始した患者で筆者が主担当医として介入した患者17例。処方されていた薬を処方薬剤数として計算。なお、該当する期間に訪問診療を開始した患者のうち統計から除外したのは、①癌終末期患者(一般的な慢性疾患に対するポリファーマシーへの介入とは異なる薬物治療管理となるため除外)、②開始後の訪問回数が4回以下で訪問終了となり外来通院再開となった患者(十分な介入ができなかったため)。

## 【患者背景】



訪問診療開始時(ポリファーマシー介入前)の処方薬剤のべ数



17人の患者へそれぞれ2~16剤、合計133剤(平均7.8剤/人)が処方されていた。

## 【結果】

表 介入による合計処方数の変化

減薬	増減無	増加
-1剤 7人	3人	+1剤 1人 整腸剤
-2剤 2人		+2剤 1人 βblocker H2blocker
-6剤 1人		+6剤 1人
-7剤 1人		血糖降下薬・降圧薬・EPO製剤

## ■減薬した薬剤と減薬した理由■

- ①抗菌薬 5剤 非結核性抗酸菌症の治療終了時期をすぎたが投与されていた例、一過性痰に対する少量EM投与が継続されていた例で中止(合計2症例)
- ②頻尿改善薬 4剤 効果がないのに使用されていた例、薬剤性尿閉をおこした例で中止(合計3症例)
- ②胃薬(PPI、レバミピド) 3剤 胃の症状が改善しているのに処方されていた例で中止(合計3症例)
- ③漢方薬 2剤 効果がないのに投与されていた例で中止(合計2症例)
- ④抗アレルギー薬 2剤 症状がないのに投与されていた例で中止(合計2症例)
- ⑤ビタミン剤 2剤 効果判定されずに投与されていた例で中止(合計2症例)
- ⑥その他 各1剤 去痰薬、抗血小板薬(PCI後1年以上たっているのにDAPTが続いていた例でSAPTへ変更)、各種降圧薬、各種血糖降下薬、スタチン、整腸剤、ウルソデオキシコール、鎮痛薬など

X+1年3月までの観察にて、いずれにおいても減薬に伴う有害事象はなかった。5人の患者で服薬回数が減り、7人の患者(うち2人は独居、5人は家族と同居しているが介護環境が整っていない)で内服忘れが無くなり、アドヒアランスが向上した。

## <考察>

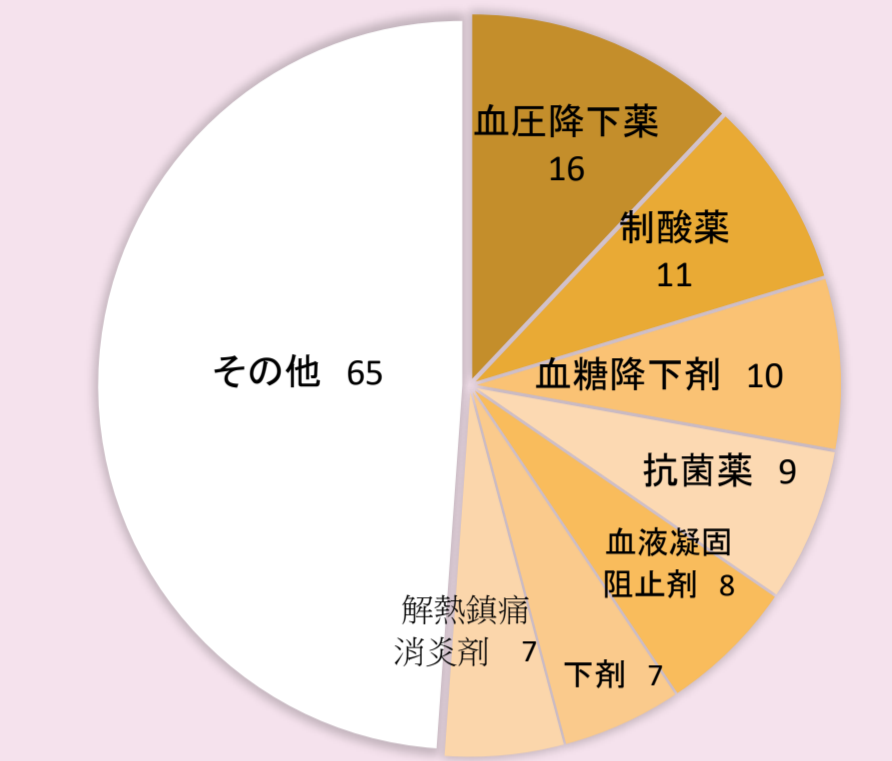
まず、対象とした患者の背景をみると、60代の1例をのぞいた16例が後期高齢者だった。男女比はほぼ同じだった。

ポリファーマシーへの介入前の処方薬剤ではPPIが最も多かった。なお、2021年度の医薬品市場統計は以下の表のようにになっている<sup>5)</sup>。診療開始時の処方数を薬効名でも集計し(グラフ参照)、これと比較した。

表 2021年度の医薬品市場統計(薬効名) <sup>5)</sup>より

順位	薬効名	売上金額(百万円)
1	抗腫瘍薬	1653260
2	糖尿病治療剤	635525
3	免疫抑制剤	516134
4	抗血栓症薬	429364
5	眼科用剤	363622
6	制酸剤、鼓腸及び潰瘍剤	351640
7	そのほかの中樞神経用剤	297533
8	レニン-アンジオテンシン系作用剤	285292

グラフ 訪問診療開始時(ポリファーマシー介入前)の薬効名でのべ数



抗腫瘍薬や免疫抑制薬は薬価が高いことや、在宅療養を中心とするの訪問診療導入患者では利用が少ないことをふまえると、今回の患者の処方内容は、医薬品市場統計と上位の薬剤はほぼ一致する。2021年度の医薬品市場統計では、血圧降下薬については8位にレニン-アンジオテンシン系作用剤が記載されており、作用機序によって集計が分けられていることをふまえると、作用機序を分けなければより上位に入るだろう。罹患数の多い慢性疾患に用いられる薬であるがゆえに使用される頻度が多くなっていると考えられる。しかしこれらの薬は導入される長期にわたって服用されやすい薬であり、こうした薬の漫然とした処方が不必要な処方が続いてしまう背景になっている可能性がある。

今回、介入によって多くの患者で減薬に成功した。減薬した薬の内容について検討する。減薬した理由としては、①治療の終了時期をすぎているのに投与されている②治療効果判定をされないまま投与されている③高齢になりADL低下や余命の短縮が起こっているが治療目標の見直しを行わずに投与され続けている④副作用に伴う中止の4つに大きく分けられた。なかでも、②治療効果判定をされないまま投与されている例が多かった。しかし特定の薬が多く患者で減薬できた、ということにはなかった。すなわち、患者の個別の状態に応じて細かな処方整理が減薬につながったと考える。

減薬による有害事象は今回発生しなかった。減薬の効果としては、1年以内の短期間で確認される範囲にとどまるが多くの患者でアドヒアランスが向上した。アドヒアランス向上のための工夫として、A服薬数を減らす、B服用法の簡便化(内服タイミングをまとめる)、C介護者が管理しやすい服用法にする、D剤形の工夫、E一包化、F服薬カレンダーの利用、があげられる<sup>6)</sup>。今回は減薬によりA、B、Cが達成され、またE、Fも積極的におこなったことが多くの患者でアドヒアランスの向上につながった。今回対象とした患者では、Dは行わなかったが、筆者は終末期の患者や脳血管疾患などで嚥下機能が低下した患者など患者に合わせてOD錠や粉薬や貼付薬の使用を考慮するようにしている。また、認知症の進行により毎日の投薬が困難な患者では、薬によっては週1回や月1回製剤の利用を訪問看護師などを導入して行うように調整している。

在宅医療での減薬介入は研究が進んでおらず、エビデンスは不足している。しかし、今回少数例での検討ではあるがアドヒアランス向上という明確な効果が得られた。

## <Next Step>

長期的なポリファーマシー介入における効果(有害事象の減少、入院率の低下、転倒の減少等)について、対象とした症例で観察を続ける。

<参考文献> 1) Lu WH, et al. Effect of polypharmacy, potentially inappropriate medications and anticholinergic burden on clinical outcomes: a retrospective cohort study. CMAJ 2015;187(4):E130-E137. 2) Kojima T, et al. Polypharmacy as a risk for fall occurrence in geriatric outpatients. Geriatr Gerontol Int. 2012 Jul;12(3):425-30. 3) Gellad W F, et al. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. Am J Geriatr Pharmacother. 2011 Feb;9(1):11-23. 4) Ian A Scott, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. JAMA Intern Med. 2015;175:827. 5) IQVIA. "トップライン市場データ". <https://www.iqvia.com/ja-jp/locations/japan/thought-leadership/topline-market-data> (参照2022-3-26). 6) 日本老年医学会. 健康長寿診療ハンドブック. メジカルビュー社. 2011. 6) 日本老年医学会. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015. メジカルビュー社. 2015.