



# マツダ病院におけるポリファーマシーに対する取り組み

第32回薬薬連携研修会

2023.11.16

マツダ病院 薬剤部

# 本日の内容

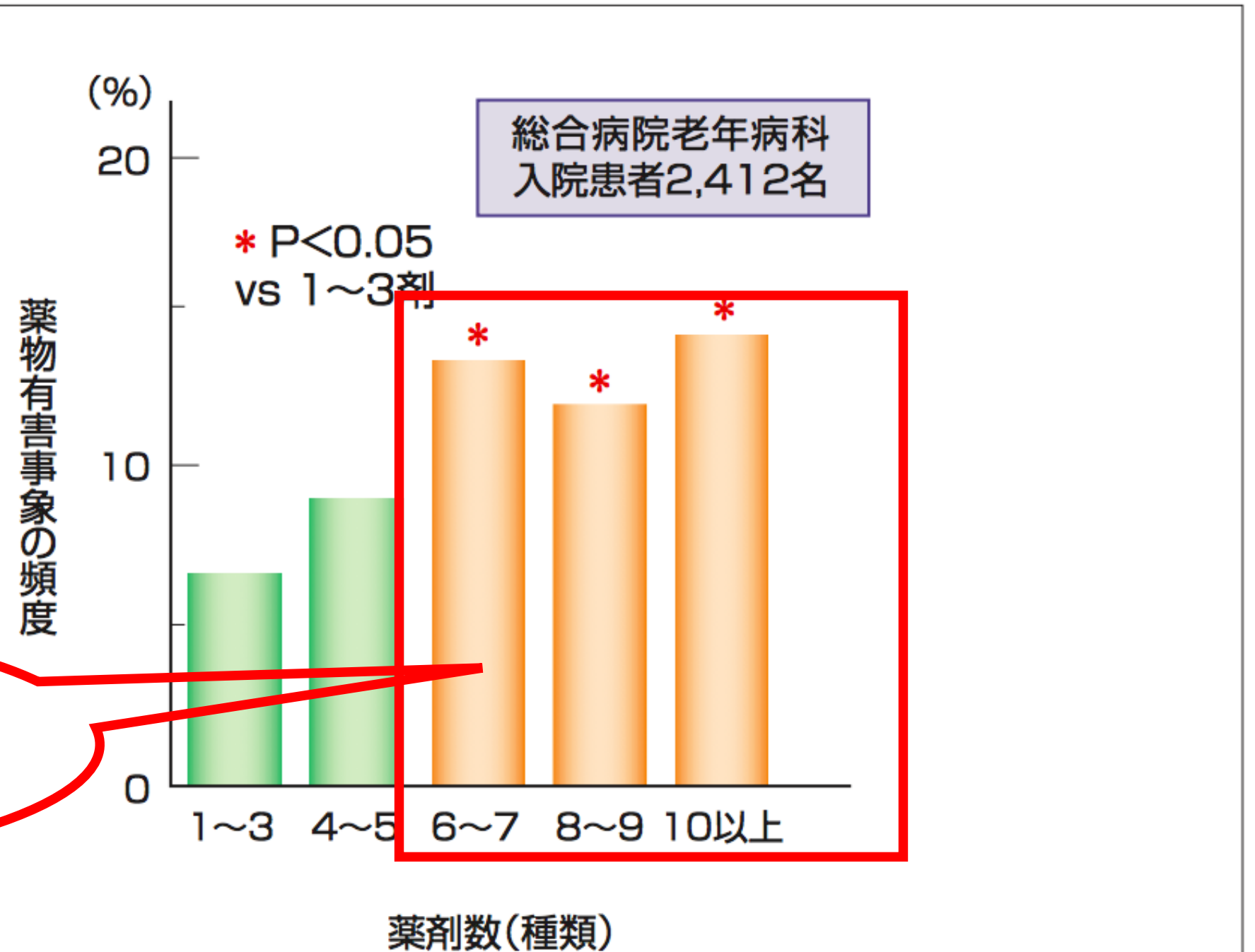
1. ポリファーマシーとは
2. 当院での取り組み紹介
3. 院外処方方の調査
4. 摂食嚥下支援チームの取り組み紹介
5. まとめ

# ポリファーマシーとは

単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象の増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態

図1 服用薬剤数と薬物有害事象の頻度

- 何剤からポリファーマシーとするかについての厳密な定義はない。
- 薬物有害事象は薬剤数にほぼ比例して増加し、6種類以上が特に薬物有害事象の発生増加に関連したというデータもある。



厚生労働省『高齢者の医薬品適正使用の指針』.2018.

# 高齢者で薬物有害事象が増加する要因

- 複数の疾患に罹患したり、突発的な身体的不調への対症療法が行われたりすることにより多剤併用となることがあり、薬物相互作用が起きるリスクが高い。
- 高齢に伴う身体的不調に対して、市販薬やサプリメントに頼る傾向にあり、処方薬との相互作用が起きるリスクが高い。
- 薬物代謝・排泄機能などの生理的機能の低下により、薬物血中濃度が上昇しやすく、体内への蓄積が起こりやすい。

# 薬剤師の介入

高齢者に起こりやすいポリファーマシーに薬剤師が介入。  
薬剤の適正使用を推進することが重要。

多剤併用による有害事象発生、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下などの  
安全性の問題(=ポリファーマシー)に介入するポイント

## □ 減薬

- 可能な限り用法を統一
- 一包化等の工夫
- 服薬カレンダー、お薬ケース等の利用

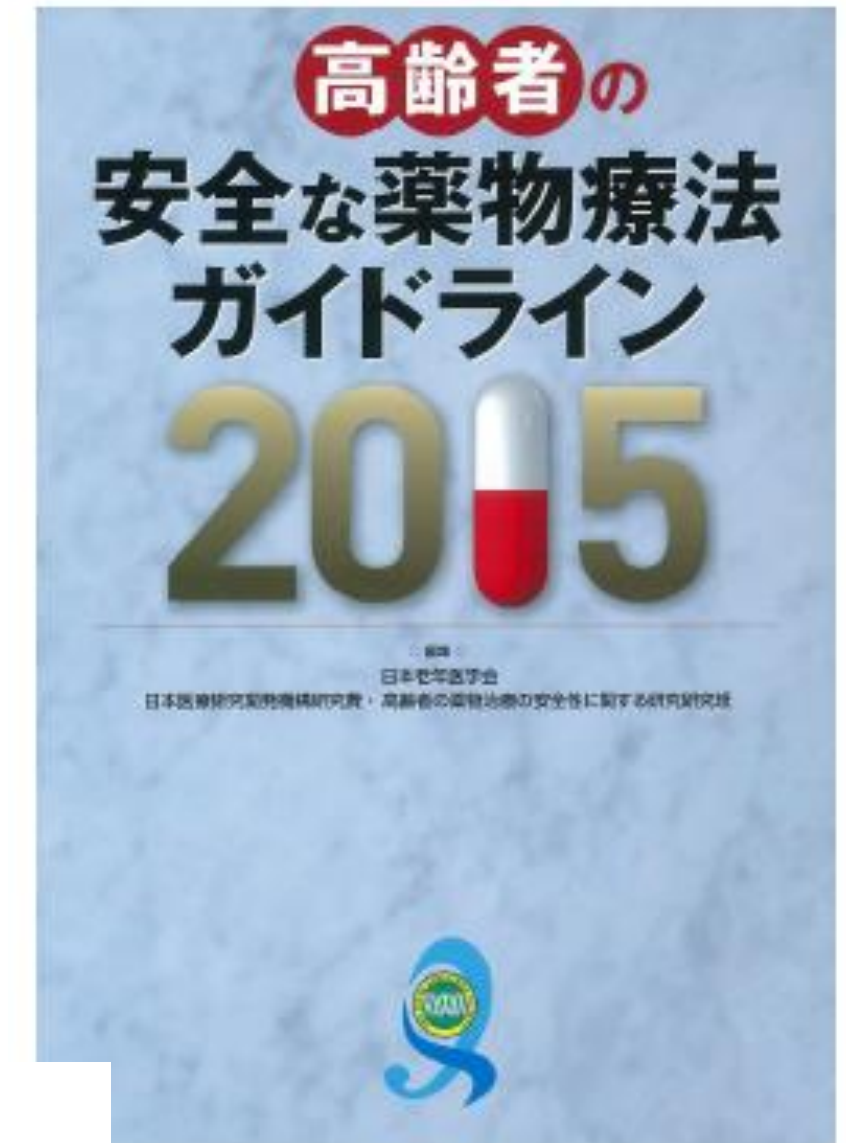
今回は、**減薬**に焦点を当てる。

# 本日の内容

1. ポリファーマシーとは
2. 当院での取り組み紹介
3. 院外処方方の調査
4. 摂食嚥下支援チームの取り組み紹介
5. まとめ

# 減薬に対する当院での取り組み紹介

- 入院患者に対して薬剤選択・減薬提案については各薬剤師の判断に委ねていた。
- 高齢者(75歳以上)のPIMs (potentially inappropriate medications) に着目して統一した対応ができるように取り組んだ。  
PIMsとは「潜在的に不適切な処方」
- ガイドラインの「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」を参考に、マツダ病院でまず着目すべき医薬品を選定



日本老年医学会

参考としたガイドライン

日本老年医学会『**高年齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015**』

# 疾患別の減薬指針

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』

※治療上注意すべき点や「慎重な投与を要する薬物リスト」をエビデンス付きで解説

疾患毎に詳しい解説があり、勉強になります。  
まだ読まれてない方は、ぜひ参考にしてみてください

## <領域>

精神疾患 (BPSD、不眠症、うつ病)

神経疾患 (認知症、パーキンソン病)

呼吸器疾患 (COPD、肺炎)

循環器疾患 (不整脈、心不全)

高血圧

腎疾患 (腎不全)

消化器系疾患 (便秘、GERD)

糖尿病

脂質異常症

泌尿器疾患 (過活動膀胱、前立腺肥大症)

筋骨格系疾患 (骨粗鬆症、関節リウマチ)



# 特に慎重な投与を要する薬物のリスト

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』

抗精神病薬、抗うつ薬、スルピリド

ベンゾジアゼピン系睡眠薬・抗不安薬

非ベンゾジアゼピン系睡眠薬

パーキンソン病治療薬

H1受容体拮抗薬

H2受容体拮抗薬

制吐薬

酸化マグネシウム

経口ステロイド薬

非選択的 $\beta$ 遮断薬

抗血小板薬、アスピリン

複数の抗血栓薬（抗血小板、抗凝固薬）の併用

ジゴキシン

ループ利尿薬、アルドステロン拮抗薬

非選択的 $\alpha$ 1受容体遮断薬

NSAIDs+アセトアミノフェン

オキシブチニン、ムスカリン受容体拮抗薬

SU薬、ビグアナイド薬、チアゾリジン薬、 $\alpha$ -グルコシダーゼ阻害薬、

SGLT2阻害薬

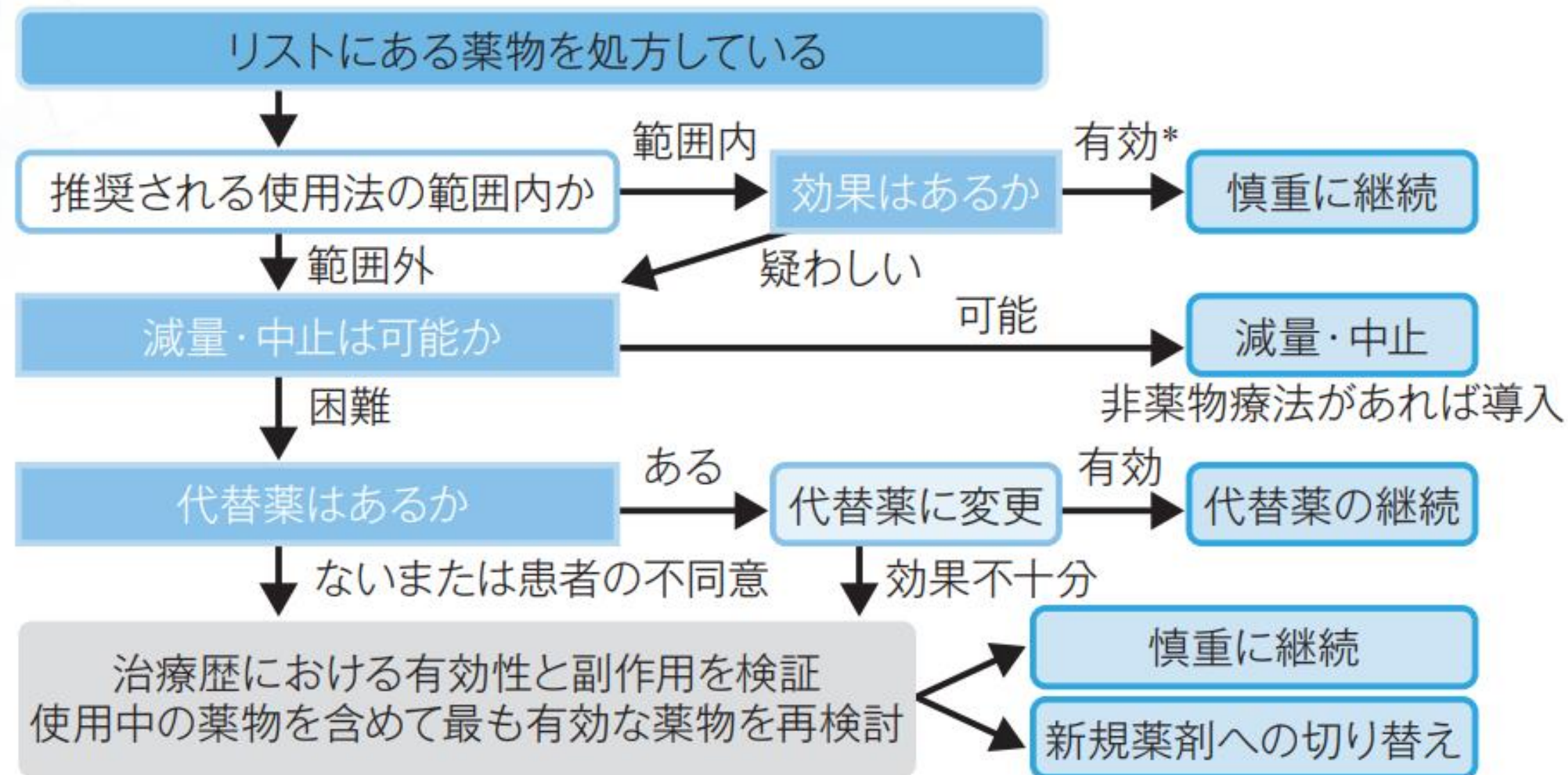
# <特に慎重な投与を要する薬物のリストの対象患者(ガイドライン推奨)>

- 薬物有害事象のハイリスク群である75歳以上の高齢者
- 75歳未満であっても、フレイルあるいは要介護状態の高齢者
- 慢性的に投与(特に1ヶ月以上の長期投与)されている患者

## フレイルとは・・・

加齢に伴い、身体的問題(筋力低下、低栄養など)や精神的問題(認知機能障害、うつなど)、社会的問題(独居、経済的困窮など)を抱えた要介護の一步手前の虚弱な状態のこと

図1 「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」の使用フローチャート1



\*: 予防目的の場合、期待される効果の強さと重要性から判断する

# 《マツダ病院》ポリファーマシー予備軍として後期高齢者＋PIMsに着目

## •抗精神病薬

錐体外路症状、過鎮静、認知機能低下、口内乾燥、便秘のリスク

## •ベンゾジアゼピン系睡眠薬

過鎮静、認知機能低下、せん妄、転倒・骨折のリスク

## •NSAIDs、アセトアミノフェン

腎機能低下、上部消化管出血のリスク

## •利尿薬

腎機能低下、起立性低血圧、転倒、電解質異常のリスク

## •制吐剤

ドパミン受容体遮断作用によるパーキンソン症候群のリスク

## •H1受容体拮抗薬

認知機能低下、せん妄、口腔乾燥、便秘のリスク

## •H2受容体拮抗薬

腎機能低下、起立性低血圧、転倒、電解質異常のリスク

「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」には、抗血小板薬や糖尿病薬など、減薬することが患者にとってリスクであり、減薬提案が困難な薬剤もある

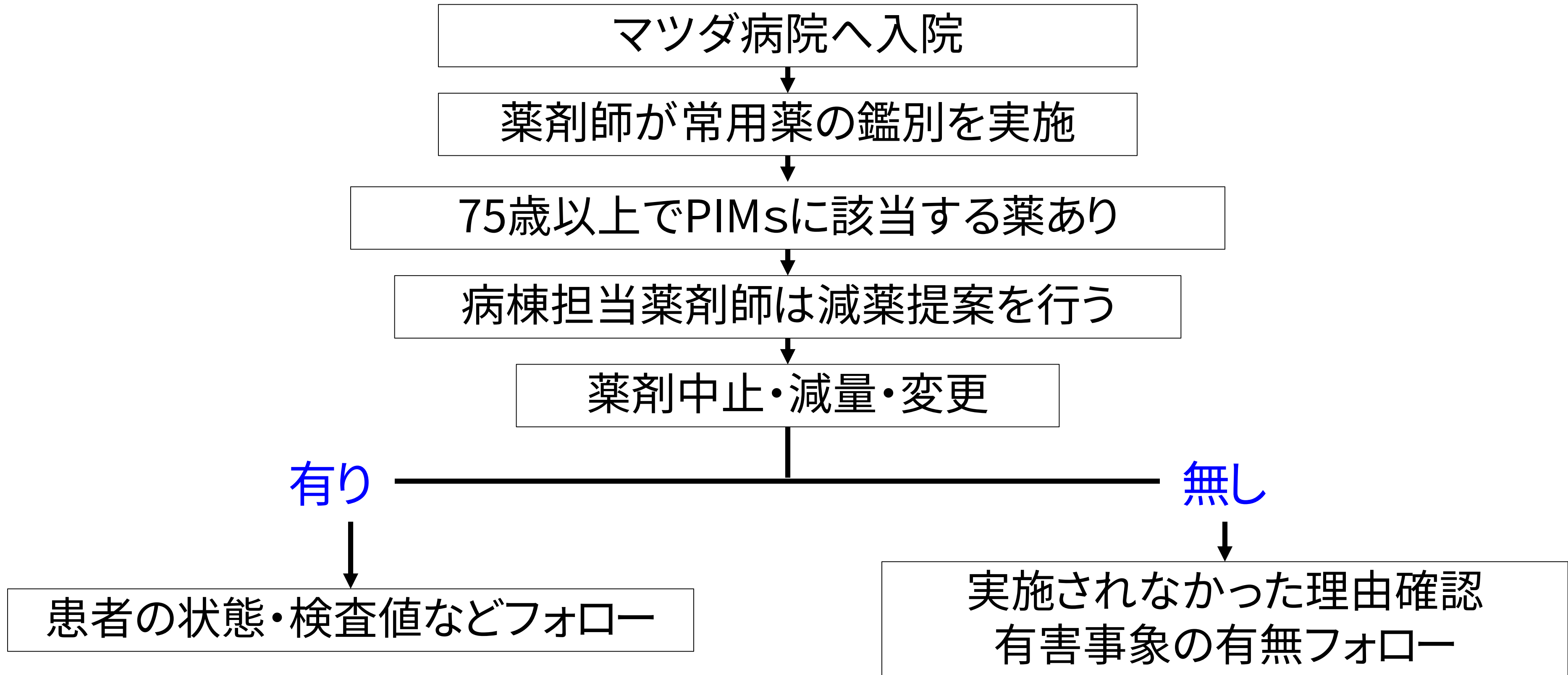
→まずは、薬剤師が減薬後の症状モニタリングができる薬剤に着目して減薬提案対象とした

# 対象外とする患者の基準

減薬することで原疾患の悪化など患者のリスクが高くなると予想される  
下記の処方についてはあらかじめ減薬提案を行わないルールとした

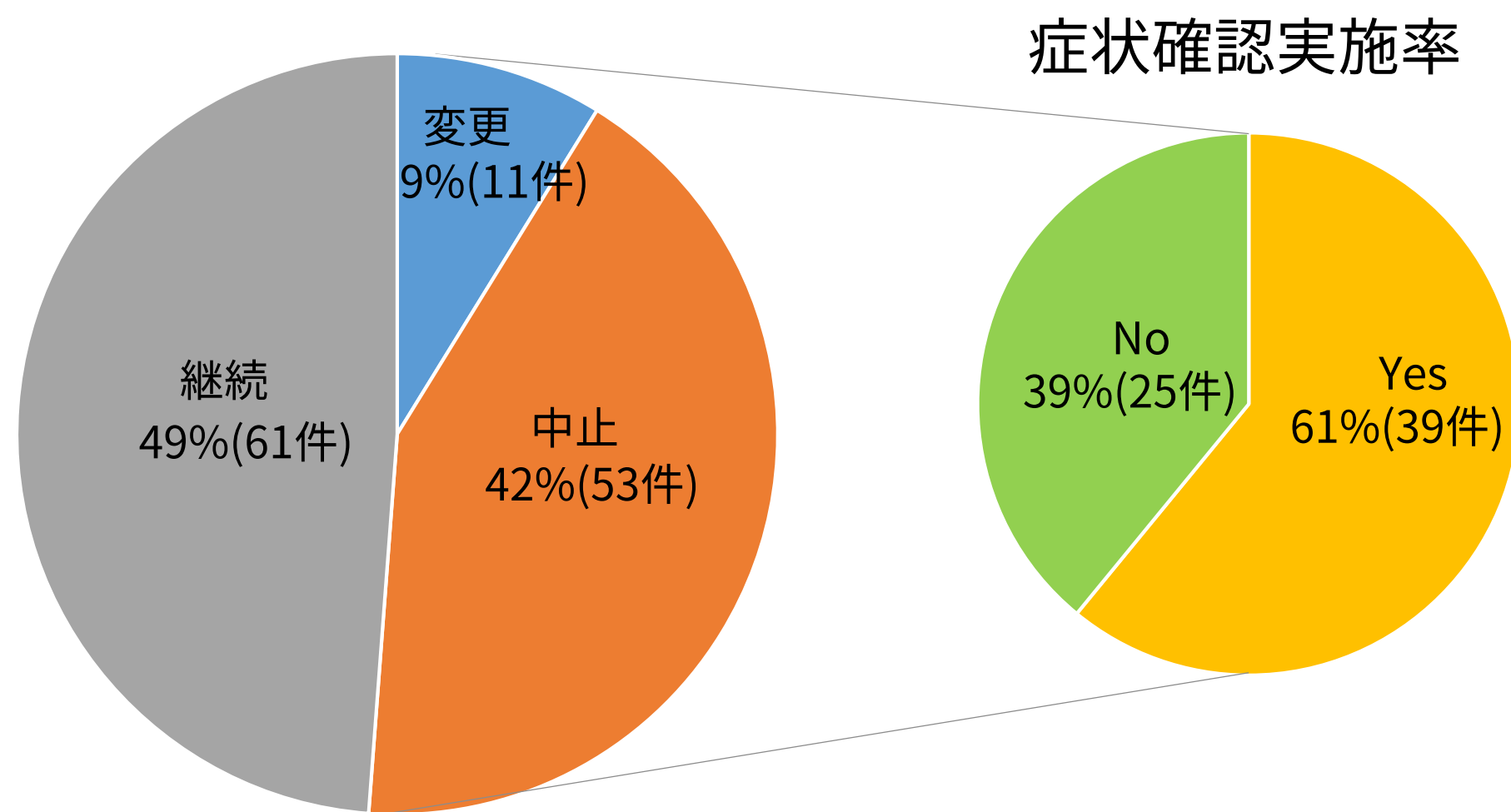
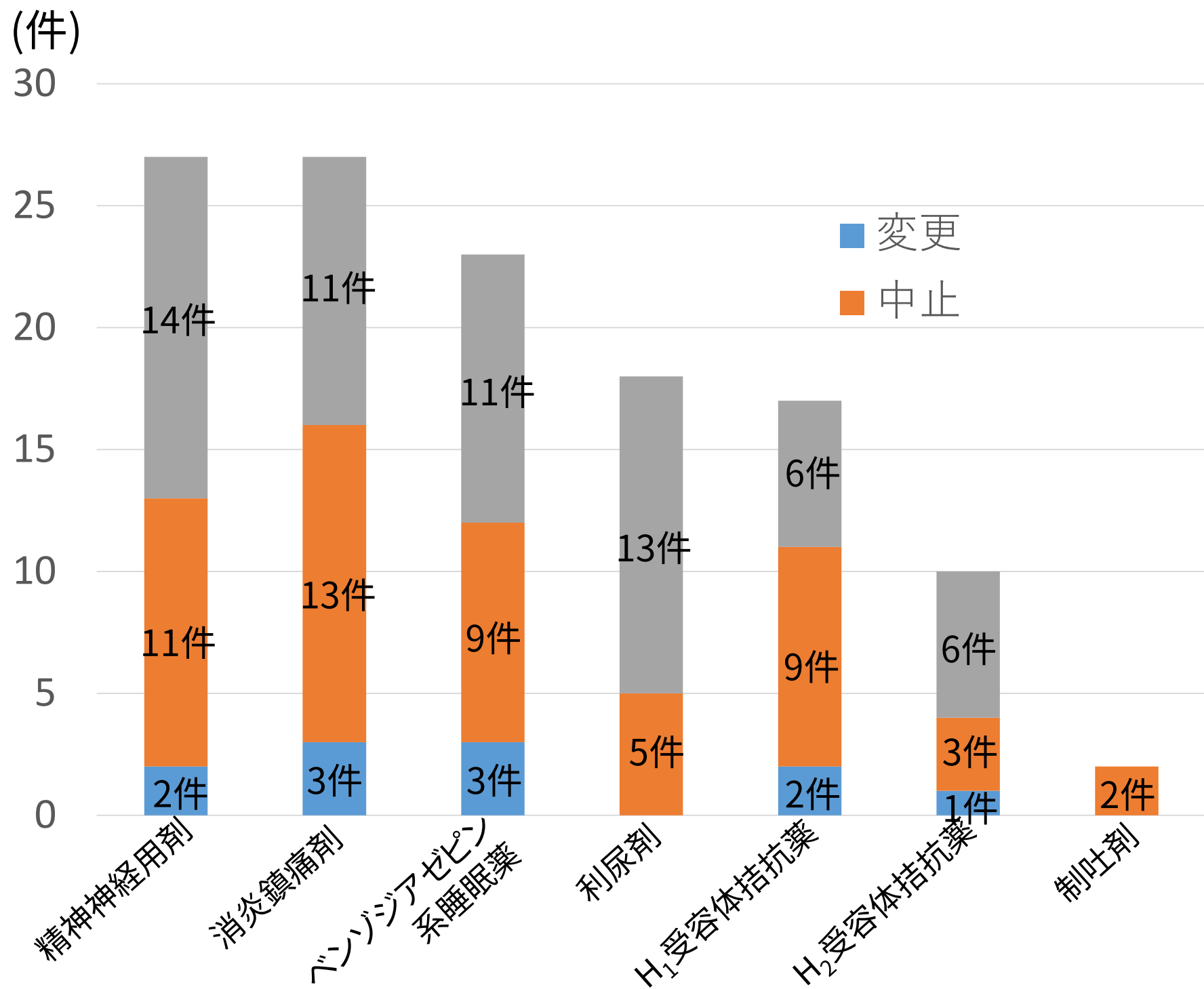
- ✓ 精神科介入中の患者のベンゾジアゼピン系睡眠薬、抗精神病薬
- ✓ ベンゾジアゼピン系睡眠薬を痙攣、不安に対して使用している患者
- ✓ 心疾患合併患者の利尿剤
- ✓ 外用剤、臨時処方、頓服薬

# マツダ病院でのPIMsに注目した減薬提案フロー



# PIMsに対する提案結果

PIMs内服中の患者について医師へ情報提供し、薬剤変更は9%(11件)で、薬剤中止は42%(53件)、継続は49%(61件)であった。また、薬剤変更・中止後の症状確認実施率は61%(39件)であった(症状確認は1回/週の頻度で実施)。



調査期間: 2022.12.13~2023.1.31  
 対象患者: 75歳以上の患者223名(短期入院を除く)

# PIMs減薬・変更提案症例紹介 (入院)

# 【症例1】

X日

90歳女性、腎盂腎炎治療にて当院に転院  
転院前の病院でデエビゴ<sup>®</sup>、トラゾドンが開始となっていた。そのほかの常用薬なし。  
(開始理由の詳細は不明であるが、認知症あり、恐らく不眠・不穏に対して処方)。

X+1日

電子カルテにて、医師にトラゾドン中止を提案(中止とはならなかった)

X+10日

理学療法士より、活動性低下が見られ、リハビリの意欲が低下していると薬剤師へ情報提供。  
→デエビゴ<sup>®</sup>、トラゾドンが影響しているのでは？  
→転院前の病院で初めて処方された薬剤であり、睡眠状況良好であるため、再度、中止を提案

X+14日

中止後、活動量upし、リハビリが順調に。  
また、夜間せん妄、不眠なく経過。

- 他職種と情報共有し、患者のADLを考慮した提案ができた!
- 薬剤師目線だけだと、せん妄・不眠の有無の評価で留まってしまう
- 他職種の目線でも考える必要があると感じた事例
- 中止後評価もできた



# 【症例2】

X日

76歳男性、自宅で転倒し、右肩腱板断裂。手術目的で当院に入院。

常用薬としてリスミー<sup>®</sup> 2mg服用中。

転倒のエピソードあり、転倒転落リスクの低いデエビゴ<sup>®</sup> 5mgへ変更した方がいいのでは？

→デエビゴ<sup>®</sup> 5mgへ変更提案。

X+31日

デエビゴ<sup>®</sup> 5mgへ変更。

X+35日

リハビリ継続目的で転院。

退院指導の際、患者からデエビゴ<sup>®</sup> 5mgへ変更後に入眠困難、1時間おきに中途覚醒があると訴えあり。

→転院先の病院に、薬剤管理サマリにて、デエビゴ<sup>®</sup> 10mgへの増量等の薬物調整を依頼。

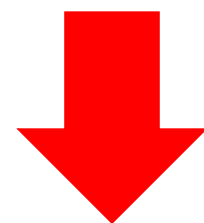
転倒転落のリスクは下がったと思われるが、不眠傾向となってしまった。  
→PIMs以外に変更してみて症状悪化があったが提案はすべき症例。  
ダメだった際も、その後のフォローが大切。

# 本日の内容

1. ポリファーマシーとは
2. 当院での取り組み初紹介
3. 院外処方方の調査
4. 摂食嚥下支援チームの取り組み紹介
5. まとめ

# 院外処方調査

実際の当院院外処方はどうのような処方内容になっているのか、そして、その中で減薬できそうな事例はないかを電子カルテで調査し、医師へ提案してみました(PIMsは関係なし)。



外来処方で、長期投与薬剤の中に漫然と投与されている薬は無いかな？

**結果：13件処方提案し、薬剤変更となったのは6件**

# 減薬提案症例紹介（院外処方）

# 【症例3】

72歳男性 #食道早期癌(EMR後)胃癌術後 #狭心症

電子カルテのみで調査・提案

X年3月

上肢の痒み、鼻水にてデザレックス®処方開始

X+1年1月

レボセチリジン5mgに変更

以降、レボセチリジン5mgに関するカルテ記載なく、症状の記載もなし

X+4年11月

\*カルテ調査を実施

この時点での腎機能はCCr=30-45mL/minと低下。添付文書上では2.5mg/日を隔日投与。

過量投与は傾眠等の副作用リスクが上昇する。

投与開始理由であった、上肢の痒み・鼻汁の症状なければ中止してもよいのでは？

→レボセチリジン5mgの中止を提案

提案日+7日

レボセチリジン5mgが中止されていることを確認

# 【症例4】

83歳男性 #乳がん術後 #萎縮性胃炎

電子カルテのみで調査・提案

X年1月

レンドルミン<sup>®</sup>処方開始

X+6年4月

ベルソムラ<sup>®</sup>に変更

変更日+28日

ベルソムラ<sup>®</sup>内服でふらつきあり、レンドルミン<sup>®</sup>に変更

以降、レンドルミン<sup>®</sup>に関するカルテ記載なく、症状の記載もなし

X+11年6月

\*カルテ調査を実施

レンドルミン<sup>®</sup>開始して長期間経過しており、漫然投与となっている。転倒等のリスクがあり、高齢であるため推奨できない。中止できないか？

→レンドルミン<sup>®</sup>の中止を提案

→中止にはならなかった。

中止にはならなかったが、年齢や副作用リスクを考慮して減薬提案！

# 減薬提案しなかった症例紹介 (院外処方)

# 【症例5】



薬剤師

アリナミンFを長期服用していることを確認。  
今も必要な薬剤か？

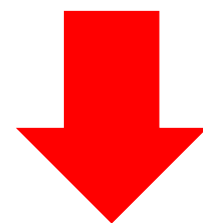
電子カルテのみで調査・提案

カルテを確認すると・・・

胃切除していた。  
→アリナミンFは必要であった。

胃切除によるビタミンB1欠乏

胃切除後はビタミンB1の分解や吸収不全が起こりやすい。ビタミンB1が欠乏すると脚気やウェルニツケ脳症を発症する可能性がある。



減薬提案せず



# 目次

1. ポリファーマシーとは
2. 当院での取り組み紹介
3. 院外処方方の調査
4. 摂食嚥下支援チームの取り組み紹介
5. まとめ

# 摂食嚥下支援チームの取り組み

当院では、医師、看護師、薬剤師など多職種でチームを構成し、患者さんの病状に対して各職種の専門性を活かして積極的にアプローチしています。  
多職種チームの1つに、『摂食嚥下支援チーム』があります。

## 【摂食嚥下支援チームの目標】

患者さんの誤嚥性肺炎を防止し、食事摂取状況を改善する。

## 【薬剤師としての取り組み】

食事摂取に影響を及ぼす可能性のある薬剤を抽出し、必要に応じて薬剤変更・中止を提案

## 【嚥下機能低下や食思不振に影響を及ぼす可能性のある薬剤】

抗精神病薬、抗認知症薬、抗パーキンソン病薬、抗不眠薬、筋弛緩薬、鉄剤、抗てんかん薬

出典：野原幹司, 薬からの摂食嚥下臨床実践メソッド, じほう(2020)

# 介入事例紹介 (食事摂取量への影響)

# 【症例6】

X日

95歳男性、腰痛、食欲不振にて当院に入院

X+37日

貧血(Hb値:7.5 g/dL)に対してフェルム<sup>®</sup>処方開始

X+44日

フェルム<sup>®</sup>開始となったあたりから食思不振が悪化している(10割→3割程度に低下)。

フェルム<sup>®</sup>の影響か？

→フェルム<sup>®</sup>中止(Hb値:9.2 g/dL)

X+85日

食思不振は改善していない様子(3割程度)。

処方開始日や薬剤の特徴を考慮して、食思不振の被疑薬となった。

フェルム<sup>®</sup>は鉄イオンにより悪心嘔吐・食欲不振を引き起こしやすいと言われている。

※参考)フェロ・グラデュメット<sup>®</sup>は上記の症状を引き起こしにくい。

今回の症例では中止後も食思不振の改善が見られず、ほかの要因検索となった。

原因をつきとめるためにも、食思不振・嚥下障害を引き起こす薬を薬剤師が理解しておくことが必要。

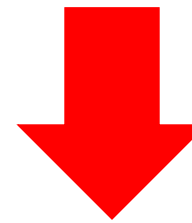
# 本日の内容

1. ポリファーマシーとは
2. 当院での取り組み紹介
3. 院外処方方の調査
4. 摂食嚥下支援チームの取り組み紹介
5. まとめ

# 【まとめ1】

ポリファーマシーとは・・・

単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象の増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態



- ポリファーマシー解消は、薬剤適正使用に繋がる。
  - 薬剤師として入院/外来ともに関わることに意義がある。
  - 薬剤師としての視点から患者さんの生活をサポートすることが大切。
  - ポリファーマシー状態を起こさないように、常に処方内容を見る！
- 処方箋を見るだけでなく、患者さんやご家族、医療関係者と連携することが重要。

## 【まとめ2】 <減薬提案のポイント>

### ✓ 漫然と投与されていないか？

長期で服用している間に、患者さんの年齢も上がる。

前回通りとせずに、腎機能などに注意して処方内容を確認すること。

### ✓ 現在の症状や処方目的は？

処方目的を確認し、一時的な症状に対して処方され、そのまま継続されていないか？

その症状は現在あるのか、患者や家族から聴取する。

### ✓ 日本老年医学会『高齢者の安全な薬物療法ガイドライン』などを参考にして減薬提案を

ガイドラインを参考にして、減薬提案する基準（年齢、着目する薬剤）を設けてる。

さらに、フロー作成や薬歴を記載する際のひな形を作成すると業務効率化に繋がる。

## 【まとめ3】 <薬剤師が定期介入する際のポイント>

- ✓ 提案後、薬剤中止・変更・投与量変更した場合の症状確認  
患者の症状が再発・増悪していないかなどの確認。
- ✓ 提案したが変更されずに、薬剤を継続している患者の症状確認  
該当薬剤による有害事象が発生していないか確認。  
症状悪化や有害事象が認められた場合は、もう一度提案してみる!
- ✓ 患者や家族の減薬に対する意思を確認  
症状がない等で、中止を希望している薬剤はないか確認。



## 【まとめ4】 <減薬提案する際に感じたこと>

- ✓ 業務が多忙で、時間がない

薬歴に記載する用のひな形を作成し、効率化する。

- ✓ 提案したら医師が嫌がるではないか？

医師も減薬できるのであればしたいと考えているが、診察時間が短いため、十分に薬剤に関して聴取できていない可能性がある。

患者さん・家族から聴取した情報や検査値などを元に、根拠を持って提案することがポイント。

- ✓ 提案しても毎回処方継続になる

提案することで、医師も患者のどのような症状・検査値に着目して投与継続するか、また多剤併用について考えるきっかけとなる。

提案時は変更されなくても、医師が中止可能と判断したタイミングで中止されることもある。

# 保険薬局の先生方へのお願い

当院で減薬提案して薬剤中止あるいは変更になった後、早期に退院してしまい症状確認が不十分であることがあります。また、入院中に減薬提案できなかった場合もあります。

薬剤管理サマリに、薬剤の変更内容等を記載していますので、**退院後の継続的な症状確認のフォローを**お願いします。また、**減薬可能そうな薬剤があれば、ぜひ減薬提案もお願い致します。**

直接患者さん・ご家族と話をされる中での気づき、処方開始理由と現在の症状や検査値などからの処方提案は適正な薬物治療に重要です。積極的なトレーシングレポート・疑義照会をお待ちしています。

ご不明点等あれば、当院薬剤部にご連絡いただければと思います。



ありがとうございました