

## ポリファーマシーについて

ポリファーマシーとは、**薬の多剤併用**という意味で、一般に合併症の増加や薬の副作用発症と共に多剤併用になってきます。どこからが多剤となるのかは症例によって異なるのですが、参考資料によると、薬による副作用発生の危険度が増すとされているのが、**6つ以上の慢性疾患が併存、9種類以上の薬の服用、1日12個以上の薬の服用**とされているので、**9種類以上または1日12個以上の薬を飲んでいる**というのがポリファーマシーの**一応の目安**かもしれません。

多剤併用は高齢者で多く見られ、その分、副作用も出やすくなり問題となっています。全国でも多剤併用によるリスクを減らすための多くの研究会や検討会が実施されているところです。

私も以前勤務していた薬局で訪問指導に行っていたご高齢の患者さんが15種類の薬を服用していたのですが、風邪をひいたというので葛根湯エキスが処方され、それを飲んだ途端に、尿閉になったという事例を経験しました。

最近、私が関わっている薬局でポリファーマシー対策について医師から相談を受けたというので、私なりに調べてまとめてみました。世の中、もっと具体的に方策が進んでいると思うのですが、私の知識の整理という意味で公開しておきます。ある書籍を見ていましたら、『**薬の追加はたやすいが、薬を減らすのは難しい**』とありました。従って、いざ減らすとなると単純な作業ではなさそうですが、薬剤師の立場から医師に提言できる分野でもありそうです。

### 【準備段階】

1) 患者が利用している薬剤(処方薬、OTC 医薬品)ならびに健康食品も含めたすべての情報をリストアップし、すぐに、どこでも見られるようにしておくこと。

○電子カルテや電子薬歴を見れば、直ぐにそれらの情報が見られるようにしておく等。

○変更については**患者の話も聞き、同意を得てから**進めることが重要。

### 【認識段階】

2) 全ての薬の一般名称と薬効分類を認識していること。

○後発医薬品が一般名称化しているので、先発医薬品の商品名のみでの認識は併用時に危険。

○各薬剤の薬効の認識は同効薬の重複や相反薬効薬の重複を知るのに役立つ。

3) 現在処方されている薬が、現在の病状に合っているかどうかを確認すること。

○元々の病気が治っているにも関わらず、その時の薬が**漫然と投与**されていないか確認。

4) 処方されている薬の副作用と相互作用を知ること。

○副作用は作用機序別に大きく三つに分類されるので機序に応じた対応ができる。

#### ①薬理作用の延長型

・本来持つ薬の作用の過剰反応なので頻度が高い。減量または他薬変更。

#### ②薬物毒性型

・長期間または多量投与された際に生じる臓器への直接障害。減量または中止。

#### ③薬物過敏型

・薬に対するアレルギー反応によるもので、少量でも起こりうる。即、中止。

- ・頻度は少ないが、その症状は重篤になりやすい。半年以内に発症しやすい。
- 相互作用**は薬物－薬物間や薬物－疾患間で生じる。**特に重篤な症状を引き起こす組合せ**に注意する。
  - ・**薬物－薬物間**の情報は、添付文書における**警告**、相互作用での**併用禁忌**の対象薬剤。
  - ・**薬物－疾患間**の情報は、添付文書における**警告**、**禁忌**の対象疾患。

## 5) 加齢に伴う薬物動態学、薬力学の変化による有害事象の増加を理解すること。

### ○薬物動態学的変化

- ・腎機能低下による薬物排泄低下：腎排泄型薬剤は血中濃度が高くなる。
  - ☛腎機能は加齢の影響を受けやすい。場合によってはeGFRを参考にして、**必要に応じて用量調整**する。
- ・肝機能低下による薬物代謝低下：肝消失型薬剤は血中濃度が高くなりやすい。

### ○薬力的変化

- ・薬物動態学的変化に伴う薬物血中濃度の増加により**薬効や副作用が強くなる**。
- ・加齢により薬の**標的の感受性が変化**する場合がある。
  - \*感受性が増大する；ベンゾジアゼピン系(せん妄増加等に)、抗コリン薬など
  - \*感受性が低下する； $\beta$ 遮断薬、 $\beta$ 刺激薬など

## 6) 滝の水が落ち続けるように、絶えず薬が追加・変更されていないか気がつくこと。

- 薬が原因で生じた副作用を**新たに発生した病気**と勘違いして処方していないか？
- 薬が原因で生じた**副作用を軽減するために**、新たに処方していないか？

## 【実施段階】

### 7) 利益の無い薬は中止する。

- 副作用が薬効を上まわるような薬は中止する。またはより穏和な作用の薬への変更。

### 8) 現在の病気に適応していない薬は中止する。

- 認識段階3)の実施。逆にいうと、**現在の病状に合った薬のみを処方**すること。

### 9) より毒性の少ない薬への変更を試みる。

- 同じ薬効群の薬でも作用の穏和な薬を検討する。
  - ・実施段階7)の「利益の無い薬は中止する」も検討する。
- 高齢者に有害事象を起しやすい薬剤はできる限り処方を避ける。
  - ・長時間作用型のベンゾジアゼピン系薬剤では患者の認知機能低下、転倒等の有害事象も起しやすい等。

### 10) できる限り、1つの病気に1つの薬を1日1回使う。合剤も考慮し処方の単純化をはかる。

- 煩雑な服薬方法は誤った服用につながりかねず、副作用発症の危険性を増す。

### 11) その他の工夫

- 処方する医師の数をできるだけ減らす**：医師が増えると薬の種類も増える傾向あり。
- 非薬物療法の導入検討**：不眠に対して夕方以降のカフェイン摂取を避けるなど。

以上は「提言-日本のポリファーマシー2012年」家庭医病院総合医教育研究会編の中の記事をピックアップしてまとめてみました。(終わり)