

ポリファーマシー解決の事例として

国立病院機構栃木医療センター内科

医長 矢吹 拓

●はじめに●

本日は「ポリファーマシー解決の事例として」というテーマで、当院の取り組みについてお話しさせていただきます。「ポリファーマシー」というテーマは最近よく取り上げられ、1つのトピックになっています。日本国内の取り組みでは、2015年に老年医学会から「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」が発表されたのは記憶に新しいと思います。ポリファーマシーへの取り組みの気運が高まっており、各学会などではシンポジウムが開催されたり、ワーキンググループが立ち上がったりと各地で盛り上がりを見せ、メディアでも取り上げられることが増えてきました。一方、週刊誌やメディアの報道のなかには、明らかに悪意がありそうな報道も見受けられ、薬の害ばかりが不適切に取り上げられていることには心を痛めています。安易で短絡的な減薬にならないように注意しながら、私達ができる取り組みは何かを模索しているところです。今回は当院の「ポリファーマシー外来」という多職種連携でのポリファーマシーへの取り組みをご紹介します。

●「ポリファーマシー外来」の開設●

私たちがポリファーマシーについての問題意識を持つようになったのは、内科で定期的に行っている勉強会がきっかけでした。以前から普段の診療のなかで内服薬が多いことや、薬による副作用や相互作用が原因で入院になる患者さんを多く診療する機会がありました。勉強会でポリファーマシーという概念が紹介され、その害や是正への取り組みを知るなかで、高齢者を取り巻く1つの大きな問題として考えるようになりました。2013年には、当院の内科におけるポリファーマシーの実態を横断的に調査しましたが、内科入院患者さんの平均内服薬剤数が5.1種類で、65歳以上の高齢者に限ると平均6.2種類と平均で5種類を上回っている状態でした。ポリファーマシーが非常に身近かつ頻度の高いテーマであることを再認識しました。当初、内科医の間ではポリファーマシーの概念が浸透し、徐々に取り組みを進めていましたが、院内の他診療科や多職種、地域の医療機関に広げていくことはなかなか難しい問題でした。これは、患者さんを取り巻く関係者それぞれの薬剤への考え方が異なる

ることや、他の先生の処方を調整すること、医師の処方に物申すことがタブー視されている状況などが関係していると思いました。

そんななか、80代の女性がポリファーマシー状態で当院に入院され、内服薬を継続したところ重篤な健康被害が出て不幸な転帰をたどった症例を経験しました。当時、入院中に担当した主治医は、かかりつけ医と連絡を取り、その処方内容の継続について問い合わせを行いました。また、病棟薬剤師も処方の問題点に気付いていましたが、最終的には処方への介入は為されませんでした。全ての内服薬剤の継続に加えて、入院中に新たな薬剤が追加され、重篤な有害事象が発症してしまったのです。事後検証してみると、薬剤の重複や不適切な薬剤の組み合わせが複数認められ、発症した有害事象も薬剤によることが明確でした。医療安全部門で検討しましたが、入院時から適切に介入することができれば防ぎ得た有害事象であり、何かしらの再発防止策が必要との結論になりました。この問題への対処のため、薬剤師や看護師も含めた多職種での介入システムを整備する必要があると考え、2014年10月に「ポリファーマシーチーム」という多職種連携チームを発足させました。どんな取り組みが効果的かを関係者で話し合い、入院患者さんにある一定の基準を設けてスクリーニングを行い、該当患者さんを内科医が診察して、投薬について見直す「ポリファーマシー外来」という取り組みを開始することになりました。

開設にあたり、院内で複数回勉強会を開催し、概念や活動内容の啓蒙活動を行いました。また、医局会で全医師に取り組みの案内と理解を呼びかけたり、近隣医療機関や薬剤師会などで勉強会を開催し、取り組みについて案内を行いました。さらに、患者さん、ご家族に対する説明、同意文書やパンフレットの作成を行っています。

実際には、当該病棟に入院した患者さん全例に対して、看護師・薬剤師が、スクリーニング基準の65歳以上、1週間以上の入院見込み、内服薬5種類以上を確認しています。該当した場合に、患者さんおよびご家族に、パンフレットを用いて概要を説明し、同意が得られた場合には、もともとの処方医療機関に地域連携室職員が診療情報提供書の送付を依頼します。その後、「ポリファーマシー外来」の予約枠を取得し、担当薬剤師が受診までに詳細な既往歴や内服薬剤の内容、処方経緯を確認し、処方解析を行います。「ポリファーマシー外来」では、主に総合内科医が患者さん、ご家族と面談、診察を行いながら、薬剤エビデンスと患者さん、ご家族の薬への思いや希望を元に薬剤の見直しを行っています。薬剤調整後は病棟看護師や医師、薬剤師が多角的に体調変化を確認し、医師は適宜フォローアップしながら段階的な薬剤調整を行っています。複数回面談を重ねて調整していく方も多く、退院時には地域医療連携室を介して、処方元医療機関に診療情報提供および「ポリファーマシー外来」の取り組み概要を送付しています。

●患者さんのアウトカムが改善したのか検証が必要●

結果と今後の課題です。2015年の1年間を通して活動し、当初は整形外科病棟から試験的に開始し、現在は地域包括ケア病棟でも介入を行っています。実際に介入した患者さんは47名で平均年齢80.5歳、平均基礎疾患が6.7疾患と多疾患併存いわゆるMultimorbidityでした。介

入前の内服薬剤は平均9種類だったのに対して、介入後には平均5.0種類と、約4種類薬が減っていました。薬剤全体だと、422薬剤を評価し237剤の薬剤を中止、中止率は実に56.2%と高い数字となりました。詳細を見ると、今回介入した患者さんの多くは整形外科の入院患者さんで、生活習慣病の合併が多く、経口血糖降下薬や降圧薬を服用しているケースが多く見られました。興味深かったのは、睡眠薬を70%中止したことです。多くの患者さんが転倒による骨折で入院していたため、担当医が睡眠薬に対してはリスクと考え積極的に介入した結果と思われます。逆に便秘薬などの対症療法的な薬剤は、入院中の臥床がちな生活や食生活の変化などから中止率は低い結果でした。また、面談しましたが介入しなかったケースも9例ほどありました。

介入を通して、「体調が良くなった」「薬の量が減ってほっとした」などの好意的なフィードバックも多く頂いています。また、院内他診療科の医師や近隣医療機関からも、「薬が増えすぎていてどうしたら良いかわからなかったので助かった」という声や「ポリファーマシーだからちょっと診てほしい」などの依頼も徐々に出てくるようになりました。

一方、介入開始から1年を越えていくつかの課題も出てきています。1つ目は、同意取得・介入率の低さです。実際にスクリーニング陽性の患者さんは120名でしたが、そのうち同意が得られた方は61名と約半数、更に実際に介入に至ったのは47名と当初の40%にとどまっています。「薬を減らして大丈夫か不安」「かかりつけの先生に怒られないか」などの患者さん、ご家族の不安や、概要を聞いたうえで介入を希望しないというケースがあります。2つ目は介入にあたっての負担です。実際の面接時間は、最低でも30分、なかには1時間程度を要することもまれではありません。複雑に絡まり合った薬剤1つ1つを丁寧に評価しながら、各薬剤のエビデンスと患者さんの思いを確認し結論を出していく作業には多くの手間と時間がかかります。3つ目は、患者さんにとって重要なアウトカムが介入によって改善したかが未検証だということです。実は過去の研究でも、介入によって患者さんの真のアウトカムを改善したという結果は十分証明されておらず、2014年のコクランレビューでも同様の結果です。

重要なのは「薬剤数を減らす」ことだけに執着するような単純な思考ではなく、薬剤の効果や副作用、患者さんや周囲の思いについて、丁寧な手順を通して話し合う機会を持つことだと思います。「ポリファーマシー＝悪」の構図はよく見られますが、全て一律に介入するのはバランスが悪いと思っています。適切な情報提供がされたうえで、患者さんが納得していればポリファーマシーの状態であってもそれは介入すべきではないかもしれません。もちろん、多くの場合、患者さん自身が十分な薬剤についての知識がないことも実感しています。これは処方医および薬剤師の説明が不十分という側面もあるかもしれません。今回、ご紹介した患者さんのような不幸な転帰をたどってしまう方を少しでも減らすために、各地での取り組みが進むことを願っています。

当院におけるポリファーマシー外来の概要を紹介させて頂きました。まだまだ始まったばかりの取り組みで、試行錯誤の部分も多い段階ですが、諸先生方の参考になれば幸いです。