

## ポリファーマシーの減薬例

臨床的に意味のないポリファーマシー(多剤併用)は患者さんの副作用発症リスクを高めるばかりでなく、患者さんの医療費負担増、さらに国の医療費そのものの増加につながるため極力多種薬併用を減らすことが求められています。2024年度調剤報酬上(保険薬局)におけるポリファーマシー関連では「服用薬剤調整支援料1」があげられるでしょう。その内容は「内服を開始して**4週間以上経過した内服薬6種類以上**を保険薬局で調剤している患者に対して(中略)内服薬の種類が**2種類以上減少**し、その状態が**4週間以上継続**した場合に**月1回**に限り**125点**を算定する」とあります。一方、医療機関側でもポリファーマシー関連の算定要項がありますが今回は調剤薬局に限定します。以前に何人かの保険薬局薬剤師に尋ねたところ実際に算定する際のハードルは高く、提案のしやすい胃腸薬などが中心になるという話でした。ここではある患者さんのポリファーマシー減薬の可能性を検討してみましょう。

### 1) ある患者さん(70歳男性)の処方薬追加経緯

- |      |   |        |
|------|---|--------|
| 45歳頃 | 痛風発作、それ以来 <b>高尿酸血症治療薬</b> が処方され継続中      | (1種類目) |
| 49歳頃 | 高血圧を指摘され、それ以来 <b>高血圧治療薬</b> が処方され継続中    | (2種類目) |
| 53歳頃 | 陳旧性脳梗塞から発症した全身痙攣への <b>抗痙攣薬</b> が処方され継続中 | (3種類目) |
| 69歳頃 | 上記痙攣の悪化に伴う2種類の <b>抗痙攣薬</b> 追加や増量等あり継続中  | (5種類目) |
| 70歳頃 | 下肢浮腫に伴う静脈血栓予防目的で <b>抗凝固薬</b> が処方され継続中   | (6種類目) |
| 70歳頃 | 前立腺肥大に伴う <b>頻尿治療薬</b> が処方され継続中          | (7種類目) |

具体的な薬品名は伏せますが70歳近くまでは3種類の薬剤で病状を維持してきたものの一気に4種類の薬剤が増えて現在は全7種類となり調剤報酬でのポリファーマシー対象となる6種類以上になってしまっています。また高齢になるほど薬の種類が増えていることも分かります。

### 2) 現処方薬における現状把握

前述の薬剤師の話からすると胃腸薬から減薬となりますが本例には入っていません。であるならば**検査値と相関性がありそうな薬**からチャレンジすることになりそうです。患者さんから最近の検査値やさらに現症状をじっくりと聞き取るという地道な手法になりますから時間はかなりかかりそうです。

- 1. 高尿酸血症関連**: 尿酸値(標準値3.2~7.7mg/dL)は2021年付近から**6.0前後**を推移している。現在アロプリノール錠1日100mg1日1回朝食後服用中。低用量で検査値も比較的低い値を推移している。「高尿酸血症・痛風のガイドライン」の治療目標は6.0mg/dL以下なので現時点では難しいが食生活内容の再確認と是正によっては廃薬の可能性もあるかもしれない。
- 2. 家庭血圧**: 最近3ヶ月の収縮期高血圧100~115mmHg、拡張期血圧60~70mmHg。ただし病院内血圧は収縮期血圧で140mmHg前後、拡張期血圧も80mmHg前後になる場合が多い。本症例は**降圧薬治療中の白衣効果**を伴う高血圧患者と考えられ「高血圧管理・治療ガイドライン2025年版(以下、GL)」では診察室血圧のみが血圧コントロール不良の場合は脳心血管病イベント発生リスクにはならず、**診察室外血圧**をメインとした管理が推奨されるとされている(ちなみに降圧薬未治療で同様のケースを**白衣高血圧**と呼ぶが非高血圧と比較すると将来的な脳心血管病イベント発生リスクが高くなるとしている)。現在カンデサルタン錠1日2mg1日1回朝食後服用中。低用

量であり生活習慣改善も含めて廃薬の可能性を検討できる可能性はあると判断できるか？

3. **抗痙攣薬**：数年前からの焦点発作再発のため投与薬の調整を経てようやくたどり着いた処方のため3種類もある抗痙攣薬は1種類も中止はできないであろう。なにより焦点発作発症が患者にはトラウマとなっている点にも注意を払う必要がある。副作用で3種類の抗痙攣薬併用による日中の倦怠感、眠気などが生じるが焦点発作発症と比べると全く問題ないとの話も聴き取っている。
4. **抗凝固薬**：20年近く前に下肢大静脈血栓症で入院加療の病歴がありその再発の可能性あり。現在エコー検査で発見された膝下静脈内側縁にできている血栓は固化しており剥がれる可能性は非常に低い。リンパ浮腫もしくは下肢静脈弁不全による下肢浮腫の疑いがあり今後も下肢静脈血流の滞留による新たな血栓形成やそれに伴う肺塞栓リスクもあるので中止できないであろう。
5. **前立腺肥大薬**：この半年以内に夜間排尿で4～5回も起き不眠も続いていたため泌尿器科受診。MRI検査では前立腺の肥大はさほど大きくなく前立腺がんの兆候もみられない。前立腺肥大に伴う頻尿治療薬シロドシン4mg錠1日2錠1日2回朝夕食後が処方され、しばらくすると夜間頻尿は0～2回程度に減少する日が多くなった。一方、服用開始してから収縮期血圧が100mmHgを下回る日が度々でてくるようになったためカンデサルタン2mgを血圧が低ければ中止、血圧が上がれば復活という処方医の指示もあり家庭血圧計で1週間平均での血圧変化で服薬を調整中。
  - シロドシンはα遮断薬の一つですが前立腺に優位に存在するα1A受容体を阻害して作用を発揮します。一方で血管にもその受容体が存在するため血管拡張作用から血圧を下げます。

### 3) さて、処方薬の減薬はできるでしょうか？

1. **高尿酸血症薬**：アロプリノールは1日100mgで近年の検査値の推移が6.0mg/dL前後となっていますが前述したように治療目標値が6.0mg/dL以下なので、6.0mg/dL前後ではまだ難しいかもしれず、主治医からは薬を飲んでいるから検査値が低めになっているだけと言われているようです。ところで**高血圧と高尿酸血症には密接な関係**があると言われていますが、その理由として次のような説があります。

『高尿酸血症では尿酸による腎微小血管への刺激・傷害が血管内皮機能低下(血管拡張性のNO産生低下)を惹起し、腎での血液循環抵抗を増加して高血圧の誘因となる。一方の高血圧ではRAS系亢進や交感神経系亢進による腎輸出細動脈収縮に伴う腎髄質への血流不足(酸素不足→TCA回路活動不足→嫌気性の解糖系代謝亢進によるピルビン酸の蓄積→乳酸産生の亢進)による乳酸蓄積、それに伴う腎尿細管での乳酸と尿酸の交換促進(尿細管での尿酸再吸収促進)により血清尿酸値が上昇する』

2. **高血圧治療薬**：2025年に改訂されたGLでは高齢者の収縮期血圧の目標が従来の140mmHgから**原則130mmHg**に引き下げられましたが、現在の血圧100～115mmHgは十分に治療目標に当てはまります。泌尿器科処方のシロドシンの副作用の血圧低下を利用してカンデサルタンを中止できるかもしれません。

以上からカンデサルタンはおそらく**減薬できる**としても、その1種類が限界と思われる。従って「服用薬剤調整支援料1」の算定はできません。さらに減薬したとしても高血圧由来による陳旧性脳梗塞からの全般性発作と診断した専門医からは十分に血圧コントロールするように指示されており、かつ不眠は焦点発作の誘因になるため前立腺肥大症治療薬による夜間中途覚醒頻度の軽減と副作用ですが血圧の低下確認は今後の必須条件といえます。何が言いたいかわかりませんが**複数の専門医受診**によるポリファーマシーの減薬提案には薬剤師がどれだけ患者さんから情報を引き出せる能力を持てるかとそれに伴う深い洞察力が必要になるということです。さらに言えば、例えば今回アロプリノールを減薬にした際には期間を空けて血液検査が必要になりますが、その際には通常尿酸値だけでは無く複数の検査が併用されるため患者負担が生じる点も忘れてはいけなポイントになるでしょう。(終わり)