

薬局に求められる医療費適正化に向けた考え方

# 有料老人ホームでの減薬の取り組み

—質を保ってクスリを減らす

株式会社らいふ 取締役 小林 司

summary

株式会社らいふは指定医療機関および教育研究機関との共同により、有料老人ホームの入居者の状態に応じた減薬効果を明らかにするための研究事業に取り組んでいる。

入居者の背景情報と薬剤使用やQOLの情報が紐づけられ、経時的にデータとして得られる環境は、減薬プロジェクトに限らず、高齢者医療の研究の基盤として有用である。2020年1月現在、34/48施設、全入居者約1,800名に対して減薬を中心とした薬剤の適正使用に取り組み、そのデータを教育研究機関に提供している。2020年上半期に、その結果が研究論文として発表される予定である。

## はじめに

株式会社らいふ（以下、当社）は、「高齢介護弱者の救済」「生きる力を引き出す介護」を事業理念として、1都3県（東京、神奈川、千葉、埼玉）で、48軒の有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅を運営しており、入居者数は2,383名、そのうち約7割が認知症である。入居者数の平均年齢は87.6歳、平均要介護度は2.38で、入居者1人あたりの毎食前・食後の服用薬剤数は平均7.2剤である。

現在当社は、東京大学大学院薬学系研究科、たかせクリニックと共同で、有料老人ホームの入居者の状態に応じた減薬効果を明らかにするための研究事業を実施している。科学的根拠に基づくQOLやADLの評価と、詳細な経時的変化をとらえる研究はこれまで行われておらず、今後の政策立案にも影響を及ぼす成果が期待できる。すでに1,800例以上の

データが収集され、まもなく新しい知見を報告できる状況にある。

筆者らはこの成果を広く波及させるための検討を行い、認知症高齢者の課題である残薬の問題や、認知症の心理・行動症状(BPSD)、せん妄などに対し最適な対策などを提案できるものと期待している。

## 施設における減薬の取り組み

当社は2018年12月より、入居者の認知症高齢者への減薬の取り組みを開始した。施設管理者、ケアマネジャー、本社スタッフに加え、たかせクリニックをはじめ社外の指定医療機関および教育研究機関にも協力いただいて、筆者がプロジェクトオーナーとなり、減薬プロジェクトチームを発足した。

## 1 減薬の意義

現在、厚生労働省が策定している「高齢者の医薬品適正使用の指針」に則り、当社も指定医療機関と連携して、医薬品の適正使用に取り組んでいる。超高齢社会の突入に際し、高齢者に対する薬物療法の需要はますます高まっている一方、加齢に伴う生理的变化により薬物動態や薬物反応が一般成人と異なるため薬物血中濃度が上昇しやすく、有害事象や薬物相互作用が起こりやすい。

また、入居者の多くは認知機能の低下がみられる。認知症の症状は、ご存じの通り中核症状とBPSDに大別される。抗認知症薬は、中核症状に対する進行抑制を主な目的として処方されている。BPSDに対しては、まず適切なケアやリハビリテーション、周囲の環境調整といった非薬物療法が望ましく、それでも改善しない場合に向精神薬を低用量から使うこととされている。しかし、実際は多くの薬剤が不適切に処方されているケースが多いのが現状といえる。

上記を踏まえ、「安全な薬剤選択」「多剤併用の回避」「服薬頻度の低減」を大きな方針として入居者の

薬剤とケアの最適化を図ることとした。これらの取り組みを継続することにより、介護サービスのより一層の品質向上を実現し、入居者に安心・安全な生活の場を提供し、QOLの維持・向上を目指す。

## 2 「認知症高齢者減薬取組みプロジェクトチーム」の概要

2018年10月に、認知症の症状悪化の予防を目的として「認知症高齢者減薬取組みプロジェクトチーム」を発足した(図)。事業責任者である筆者をプロジェクトオーナーとし、施設管理者やケアマネジャー、看護師とともに、社外の有識者にも参画いただいた。

多剤を服用している入居者の薬剤とケアの最適化を図るとともに、専用の記録にて継続的にその内容を調査することにより、入居者のQOLや認知機能、ADLがどの程度変化するのかを定量・定性両面から調査・分析し、最終的にその結果を共同研究として発表する計画となっている(表1)。減薬に対する取り組みの究極の目的は、QOLの維持・向上にある。この目的を達成すべく、また入居者や家族、地域の

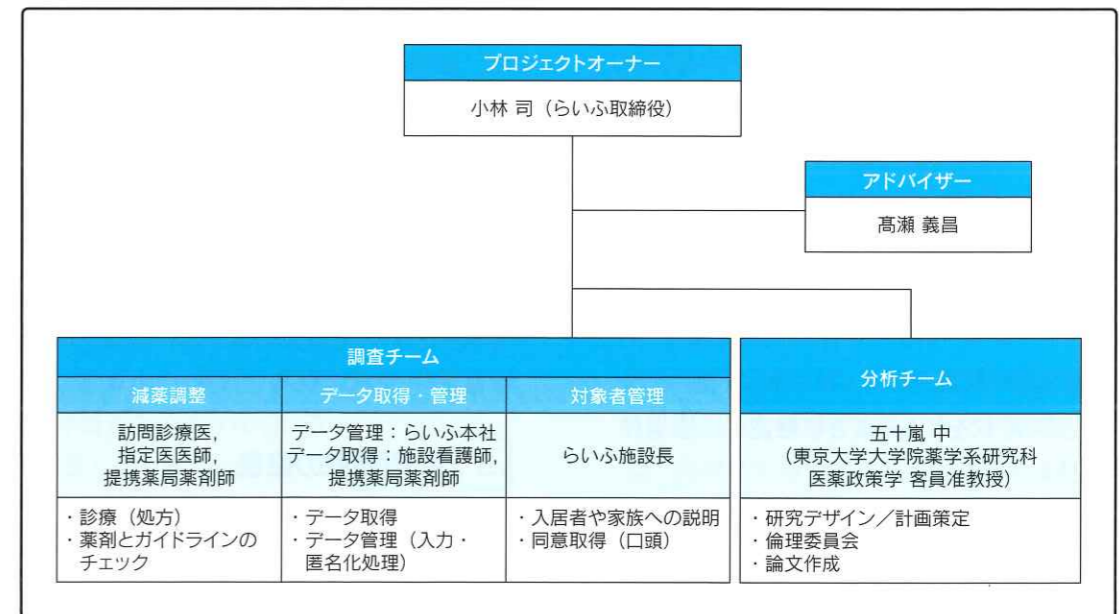


図 「認知症高齢者減薬取組みプロジェクトチーム」の実施体制

表1 認知症高齢者減薬取組みプロジェクトにて作成するドキュメント

大分類	小分類	作成担当	内容
入居者向け文書	取り組み解説資料	らいふ本社	入居者に対する取り組み解説のポスター
調査データ	調査結果(データA)	施設看護師	MMSE・EQ-5D・Barthel Indexの調査結果
	調査結果(データB)	施設薬剤師	MMAS-8の調査結果
	調査データ一覧	らいふ本社	患者のモニタリング用シート
分析結果	研究計画書	五十嵐	研究デザインの詳細
	分析結果	五十嵐	分析結果
	論文	五十嵐	結果まとめ・論文化

表2 高齢者で汎用される薬剤の基本的な留意点  
——催眠鎮静薬・抗不安薬

ベンゾジアゼピン系催眠鎮静薬(プロチゾラム(レンドルミン)、フルニトラゼパム(ロヒプノール、サイレース)、ニトラゼパム(ベンザリン、ネルボン)など)は、過鎮静、認知機能の悪化、運動機能低下、転倒、骨折、せん妄などのリスクを有しているため、高齢者に対しては、特に慎重な投与を要する。長時間作用型(フルラゼパム(ダルメート)、ジアゼパム(セルシン、ホリゾン)、ハロキサゾラム(ソメリン)など)は、高齢者では、ベンゾジアゼピン系薬剤の代謝低下や感受性亢進がみられるため、使用するべきでない。また、トリアゾラム(ハルシオン)は健忘のリスクがあり使用はできるだけ控えるべきである。  
非ベンゾジアゼピン系催眠鎮静薬(ゾピクロン(アモバン)、ゾルピデム(マイスリー)、エスゾピクロン(ルネスタ))も転倒・骨折のリスクが報告されている。その他ベンゾジアゼピン系と類似の有害事象の可能性もある。ベンゾジアゼピン系抗不安薬(アルプラゾラム(コンスタン)、ソラナックス)、エチゾラム(デパス)などは日中の不安、焦燥に用いられる場合があるが、高齢者では上述した有害事象のリスクがあり、可能な限り使用を控える。

【厚生労働省「高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)について」(平成30年5月29日医政安発0529第1号・薬生安発0529第1号)より】

住民に浸透するよう、プロジェクトメンバーが一丸となって、認知症のスクリーニングテストや薬剤調整などに取り組んでいる。今後もプロジェクトを継続し、進捗状況を発信していきたいと考えている。

### 1) 認知症のスクリーニングテスト

ミニメンタルステート検査(MMSE)、バーセル・インデックス、バイタリティ・インデックス、EQ-5Dを用いた「認知症の状態チェックシート」を用い、入居者の認知症の症状を3カ月ごとに確認し、服薬情報とともに分析している。

### 2) 代表的な薬剤の調整とその留意点

例えば催眠鎮静薬・抗不安薬は、高齢者の医薬品適正使用の指針(表2)などを参考に各薬剤のリスクを考慮し、ベンゾジアゼピン系では漸減、非ベンゾ

ジアゼピン系も極力使用は避ける。また、鎮痛薬は漫然投与されやすいが、症状をみて中止を試みる。リスベリドンは錐体外路症状が出やすいため、使用する場合も少量で短期間に留めるとよいだろう。

脂質異常症治療薬は、脂質異常に伴う疾患発症のリスク回避のために内服するが、年齢に応じて中止も考慮し、胃腸薬は症状に応じて短期間の使用に留める。薬剤調整に至った代表的な例を表3に示す。

### 3) プロジェクトにおける施設スタッフの反応

現在解析中のため詳細な成果をここで示すことはできないが、施設スタッフが薬剤調整によって起こりうる変化を事前に把握することで、医師や薬剤師に適切な情報提供を行うことが可能となった。また、減薬過程において入居者が大きく体調を崩したといった経験はしていない。

施設スタッフが入居者について「精神状態が改善した」「傾眠がちだったが日中元気に過ごせるようになった」という経験を得たことにより、これまで医師や薬剤師に任せきりであった薬の効果や副作用に施設スタッフが関心をもつようになったことは大きな成果の一つといえる。

## 3 共同研究の意義

### 1) 不適切使用は「経済性」「有効性」「安全性」の問題

高齢者における薬剤の不適切な使用や多剤併用に関しては、すでにさまざまな研究が存在する。多剤

表3 筆者が経験した薬剤調整の例

症例	処方内容(変更前)	処方内容(変更後)	経過・転帰など
88歳男性	ロスバスタチン錠2.5mg 1回1錠 1日1回 ドネペジル錠10mg 1回1錠 1日1回 メマンチン錠20mg 1回1錠 1日1回 エソメプラゾールCap20mg 1回1Cap 1日1回 リスベリドン細粒1% 1回1mg(成分量) 頓用	メマンチン錠20mg 1回1錠 1日1回 アリピプラゾール散1% 1回2mg(成分量) 1日2回	①大きな声をあげる、②対人トラブル——などがあつたものの、薬剤の調整後、落ち着きを取り戻し、大声をあげたり、対人トラブルを起こすこともなく、笑顔で他者と会話ができるようになった。
91歳女性	ラメルテオン錠8mg 1回1錠 1日1回 バルプロ酸錠200mg 1回1錠 1日2回 ドネペジル錠10mg 1回1錠 1日1回 酸化マグネシウム錠330mg 1回2錠 1日2回 センノシド錠0.5mg 1回1錠 1日1回 ピコスルファート錠2.5mg 1回3錠 1日1回 リスベリドン細粒1% 1回0.5mg(成分量) 頓用	バルプロ酸錠100mg 1回1錠 1日2回 ルビプロストンCap24μg 1回1Cap 1日2回 アリピプラゾール散1% 1回1mg(成分量) 頓用(症状が落ち着いたら中止)	這いずり回り、夜間は眠れず、大声で奇声をあげることから、精神病院に入院していた。通院をやめて薬剤を調整してから、車椅子の自走や会話もできるようになり笑顔が多くなった。奇声や夜間の這いずりは全くなり、落ち着いている。

併用の問題は、単に経済的な問題に留まらず、①有害事象の危険性を増大させる安全性上の問題、②相互作用などに伴う効果減弱という有効性の問題——など臨床的な有用性にも大きく影響する。不適切な薬剤の投与により本来期待されている効果が発揮できないことを考慮すれば、薬剤自体の価値も引き下げることに繋がりがかねない。

このような点から、適正使用に対するニーズは極めて高く、実際に薬剤の処方数と有害事象リスクの関係を評価した研究や、種々のエビデンスをもとにした高齢者向けの薬物使用に関するガイドラインが発行されていることは周知の通りである。

### 2) 減薬を包括的に評価した研究は少数

実際の医療・介護施設において、薬を減らすことの有用性を包括的に評価したような研究は限られており、介護事業者としてはここに課題を感じていた。「薬が多い人と少ない人とでは、多い人のほうが有害事象は多く発生した」ことを観察するだけでなく、「薬が多い人に減薬を施した際に、医療の質(例えば、患者のQOLやADL)を維持・改善できる」ことを視野に入れた評価が今求められている。

また、減薬という取り組みを広めていく際に、減薬に伴う薬剤費の削減は当然の帰結として考えられる。しかし、コストだけに注目して薬剤を減らすことは、「安くはなったが、質も低下した」という批判に耐えられない。治療の質が保たれることを示して

初めて、単なる「薬減らし」ではない最適化が可能と考える。そして患者のQOLやADLを保ちつつ、薬剤の使用を最適化できているかどうかを評価するためには、単なる支払いのデータだけではなく、実際の現場から複合的なデータを得ることが必須条件となる。しかし、これまでこのようなデータを断面(1回限り)でなく、経時的に取得することはハードルが高く、実現できていなかった。

### 3) これまでの限界を克服したプラットフォーム

今回の共同研究では、経時的に記録されているQOL・ADLのデータと、薬剤使用状況データや介護サービス利用状況データを統合したうえで、減薬の経済的な有用性だけでなく、臨床的な有用性の定量化を目指している。

入居者の背景情報と薬剤使用やQOLの情報が紐づけられ、なおかつそのようなデータが経時的に得られる環境は、減薬プロジェクトに限らず、高齢者医療の研究の基盤として有用である。レセプトデータに代表される請求や支払いに関する情報の場合、患者の病態(例えば、認知症の重症度など)との結び付けが困難な側面がある。また一時点のみでの調査は、簡便に実施できる反面、長期的な変動や介入の効果推計には不向きといえる。今回の共同研究で構築したプラットフォームによって得られるデータはこれらの限界を克服しており、薬剤の適正使用に留まらず、治療の真の有用性を明らかにできると確信し

ている。

医療費の6割近くを占める高齢者の医療費と、医療費を上回るペースで増え続ける介護保険支出に関して、支出の適正化が重要なことは論を待たない。ややもすると、費用削減のみをターゲットにした取り組みに矮小化しがちな領域において、医療の質まで視野に入れた研究が実施できることは、医療保険、介護保険の今後の方向性において重要であることはもちろん、社会保障政策全体の検討においても有意義な知見になると考えている。

### おわりに ——薬剤師へのメッセージ

介護施設での薬剤の適正使用においては、各入居者が契約する薬局や医師との連携、特に刻々と変化する入居者のADLの情報共有と、それに対する処

方方針の共通認識が必須となることはいうまでもない。該当する症状が消失しているにもかかわらず漫然と処方が続けたり、新たな症状が現れた際に新たな薬剤を追加したりするような方法は、すでに多数の薬剤を服用する入居者にとってもそれを管理する介護施設の職員にとっても負担となる。

当社における薬剤の適正使用に関する取り組みにおいても、開始する際には薬局薬剤師および医師と面談し、この取り組みの意義を説明して協力を仰いだ経緯がある。ただ、残念ながらすべての薬局、医師から協力を得られたわけではない。旧態依然とした処方方針に確固たる信念をもち、減薬により症状が悪化するリスクにのみ着目する方がいたのも現実である。薬局薬剤師の皆さんには、医師からの指示に漫然と従うのではなく、薬剤の先にある入居者の姿を思い描いたうえで、薬のスペシャリストとして高齢者や要介護者の健康増進に大いに寄与していただくことを切望する。

ここがキモ! → いまはこうする

薬事 2020年1月 臨時増刊号

# 肝疾患 vs. 薬物療法

肝機能評価&薬物性肝障害マネジメントに強くなる



編集 齋藤 英胤 (慶應義塾大学薬学部薬物治療学 教授)

定価(本体3,800円+税)/B5判/312頁/2020年1月刊

副作用モニタリングで腎機能ばかり気にしていませんか?

安全な治療を完遂するために、いまこそ肝薬物療法に強くなろう!!

多様な働きをもつ特殊な臓器である肝臓について、肝機能と病態・症状の結びつきや、薬物代謝を理解することは、薬物療法を適切に行うためのカギとなります。そこで本臨時増刊号では、薬物療法で肝となる肝薬物療法の必須知識を紹介し、すぐに使える薬物性肝障害へのアプローチ、各肝疾患への薬物療法を詳説します。

株式会社じほう <https://www.jiho.co.jp/> 〒101-8421 東京都千代田区神田猿樂町1-5-15 猿樂町SSビル TEL.03-3233-6333 FAX.0120-657-769  
〒541-0044 大阪府中央区伏見町2-1-1 三井住友銀行高麗橋ビル TEL.06-6231-7061 FAX.0120-189-015

薬局・薬剤師発の費用対効果評価とは?  
——安全性・有効性の、さらに一歩先

薬局に求められる医療費適正化に向けた考え方

## セルフメディケーション推進による医療経済効果とは?

日本OTC医薬品協会 廣川 暢幸, 黒川 達夫

### summary

健康寿命の延伸や医療経済問題を背景に、セルフメディケーション推進は政府の政策に度重ねて掲げられ、国是といえるものとなった。しかし、その具体的な推進力と期待されたスイッチOTC医薬品の拡大やセルフメディケーション税制は、それぞれ大きな課題に直面している。

諸外国のOTC医薬品の活用状況を参照しつつ、セルフメディケーションを力強く進めるうえでの現状と課題を国民目線で論じ、経験を踏まえ改善の方向性を探る。

### はじめに —— OTC 医薬品を巡る最近の社会情勢

超高齢社会を迎え、人生100年時代といわれる現代において、国民が将来の生活に不安を感じることなく、活力のある社会を創っていくことが求められている。

『経済財政運営と改革の基本方針2019(骨太の方針2019)』では、「一般用医薬品等の普及などによりセルフメディケーションを進めていく」とされ、自民党の総合政策集2019 J-ファイルにおいては「OTC医薬品(検査薬を含む)を活用したセルフケア・セルフメディケーション(自己健康管理)の推進」が明記された。また、2019年12月に取りまとめられた全世代型社会保障検討会議の中間報告では、「人生100年時代において国民の安心を確保するため、医療を取り巻く課題を踏まえ、健康を望む国民一人一人の自

主的な取組を可能とする環境を整備するとともに、地域包括ケアシステムの構築、さらには地域共生社会の実現に向けた取組を進めることが重要である。疾病予防・早期対応から病気を抱えた後もその生活を支える医療のあるべき姿を見据え、地域医療の基盤を維持していくことが必要である」として、「平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸へ向けた予防・健康づくりの強化、セルフケア・セルフメディケーションの推進、ヘルスリテラシーの向上」が掲げられた。

さらに、時を同じくして規制改革推進会議では、新たに「保険外医薬品(スイッチOTC等)の選択を拡大する」という重点課題が設けられた。「医療サービスへの多様なアクセスを可能とするために、医療用医薬品から一般用医薬品への転用、スイッチOTC化を促進するとともに、OTC類似の医療用医薬品の取り扱いも含めた医薬品にかかわる保険適用のあり方を総合的に検討していく」とされている。