

## 服薬アドヒアランス不良患者における薬剤再評価

【入院時処方内容】				【退院時処方内容】			
薬剤名（一般名）		規格	1回量 用法	薬剤名（一般名）		規格	1回量 用法
1	酸化マグネシウム錠	330mg	1錠 毎食後	1	酸化マグネシウム錠	330mg	1錠 毎食後
2	ランソプラゾールOD錠	15mg	1錠 朝食後	2	ランソプラゾールOD錠	15mg	1錠 朝食後
3	ジアゼパム錠	5mg	1錠 就寝前	3	ニコランジル錠	5mg	1錠 朝・夕食後
4	フロセミド錠	40mg	1錠 朝食後	4	アムロジピンOD錠	2.5mg	2錠 夕食後
5	ニコランジル錠	5mg	1錠 朝・夕食後	5	イソロイシン・ロイシン・バリン顆粒	4.15g/包	1包 毎食後
6	プロチゾラムOD錠	0.25mg	1錠 就寝前	6	ウルソデオキシコール酸錠	100mg	1錠 毎食後
7	アムロジピンOD錠	2.5mg	2錠 夕食後	7	大建中湯	2.5g/包	1包 毎食後
8	バルサルタン錠	40mg	2錠 夕食後	8	インスリンアスパルト		医師時の指示通り
9	スピロラクトン錠	25mg	2錠 朝食後	9	インスリングルルギン		朝4単位
10	イソロイシン・ロイシン・バリン顆粒	4.15g/包	1包 毎食後				
11	ウルソデオキシコール酸錠	100mg	1錠 毎食後				
12	セレコキシブ錠	100mg	1錠 朝・夕食後				
13	大建中湯	2.5g/包	1包 毎食後				
14	インスリンアスパルト		医師の指示通り				
15	インスリングルルギン		朝4単位				

  

内服薬：13種類	薬剤管理：本人管理※1
服薬回数：4回	服薬支援：一包化

※1 奥様の介入を嫌がり、アドヒアランス不良も自己管理

  

内服薬：7種類	薬剤管理：本人管理※2
服薬回数：3回	服薬支援：一包化とお薬ケース※3

※2 ご本人納得の上奥様による確認もあり  
 ※3 ご本人と管理方法相談のうえ

【患者情報】 70 歳代 男性 入院患者 （入院期間：9 日 ）

診療科：消化器外科

主疾患	腸閉塞				
病歴	高血圧、肝機能障害、不眠症、狭心症疑い				
生活状況・入院契機など患者背景	ADLは、ご自宅では日常生活はご自身で行っていた。奥様と二人で暮らしていたが、薬剤管理に関して奥様が口を挟むのを嫌がっていた。会話への返答はややゆったりしている感じはあり、認知機能は軽度低下していた。				
認知症	なし		介護認定	なし	
薬剤有害事象	なし	( )	副作用歴	なし	( )
アドヒアランス	極めて不良	( )	アレルギー歴	なし	( )

## 【入院時情報】

血圧(入院時) 110/50 mmHg 体温 37.2℃ 脈拍数 50 回/日 体重 55.4kg

血液検査 : AST 152U/L ALT 150U/L LDH 321U/L ALP 650U/L BUN 35mg/dL HbA1c7.5%

Scr 1.22mg/dL e-GFR 45.0mL/min/1.73 m<sup>2</sup> CG 式よりクレアチニークリアランス 47.9mL/min

白血球 7800 個/ $\mu$ L CRP 0.23mg/dL

## 【key word】

薬学的な管理の実施、入院時の持参薬鑑別、薬歴聴取による処方提案、多職種との連携

退院指導時の情報提供によるアドヒアランスの向上・維持

## 【処方見直し前の問題点】

奥様と二人で暮らしていたが、薬剤管理に関して奥様が口を挟むのを嫌がっていた。  
薬剤に対する理解力は不良で、薬剤名もわかっていなく、薬剤を別の薬剤の薬袋に入れてしまうような状況であった。  
認知機能は軽度の低下があった。処方薬が不足すると、処方医関係なく他院からでも薬剤の処方を受けていたため、混乱をきたし服薬アドヒアランスの問題があった。  
インスリン製剤は低血糖症状をきたし、インスリン単位数を自己調節。自己調節により血糖コントロールも正しく行えていない様子であった。

## 【処方提案の具体的な内容】

●ポリファーマシー  
各薬剤の必要性を考慮し、整理する方針となった。プロチゾラム・ジアゼパムは元々自己調節していたため一度中止。フロセミド・スピロラクトンは下腿浮腫改善しているため、一度中止。血圧コントロール良好なため、バルサルタンは一度中止。疼痛も現在ないとのことで、セレコキシブも中止。入院中の経過を見ながら必要に応じて再開の方針となった。インスリン製剤は、入院中はスライディングスケールとし、退院後速やかにかかりつけ医受診し、処方調節の方針となる。

●薬剤理解度の低さ  
薬剤をPTPシートで管理していたが、前回退院時の退院処方箋の薬剤の残数も10日程度で大きくずれてしまっていたため、一包化とした上で、入院中から薬剤管理の練習を行った。退院時には奥様にも服薬指導を実施し、アドヒアランス維持に努めた。

## 【多職種との関わり】

職種	主な連携内容
医師	服薬アドヒアランス情報の伝達、アドヒアランス考慮の上の処方提案
看護師	服薬アドヒアランス情報の伝達、副作用モニタリング継続の依頼
保険調剤薬局	お薬手帳を使った薬剤変更情報の伝達

## 【減薬後の経過】

減薬後、不眠や浮腫、疼痛の出現はなく、血圧に関しても130~110/60~40mmHg程度で推移し、特に体調変化もなかったため、処方整理されたままで退院となった。退院後はアドヒアランスは保っていたものの、腸閉塞による手術を拒否されていることもこともあり、消化管運動促進薬等（酸化マグネシウム、センノシド、ピコスルファート）の追加があり、薬剤数としては上昇してしまっている。しかしながら、一度の中止により薬剤の再評価が行えたことや転倒・転落リスクの高いベンゾジアゼピン系薬剤を中止できたこと、アドヒアランス向上を行えたことに対して一定の成果があったと考える。  
退院時にはお薬手帳シールに中止薬剤に関する中止理由などを記載し、退院後も継続して薬局薬剤師からも薬物治療を見守ってもらえるように情報提供を行った。また、薬剤部の連絡先も記載し、必要であればすぐに連携を取れるような形とした。