

漫然投与に対する対応

## 抗コリン系抗パーキンソン薬の漫然投与と副作用に対する対応

### 【入院時処方内容】

	薬剤名（一般名）	規格	1回量	用法
1	エナラプリル錠	5mg	2錠	朝食後
2	アムロジピン口腔内崩壊錠	2.5mg	1錠	朝食後
3	プラバスタチン錠	5mg	2錠	朝食後
4	クロルプロマジン錠	100mg	1錠	朝食後
5	ピペリデン錠	1mg	3錠	朝食後
6	レボメプロマジン錠	5mg	2錠	就寝前

内服薬：6種類	薬剤管理：朝食後薬はデイケアで管理
服薬回数：2回	服薬支援：一包化

### 【退院時処方内容】

	薬剤名（一般名）	規格	1回量	用法
1	エナラプリル錠	5mg	2錠	朝食後
2	アムロジピン口腔内崩壊錠	2.5mg	1錠	朝食後
3	プラバスタチン錠	5mg	2錠	朝食後
4	クロルプロマジン錠	100mg	1錠	朝食後
5	クロルプロマジン錠	50mg	1錠	夕食後
6	レボメプロマジン錠	5mg	2錠	就寝前

内服薬：5種類	薬剤管理：朝夕食後薬はデイケア、デイサービスで管理
服薬回数：3回	服薬支援：一包化

【患者情報】 80歳代 女性 入院患者 （入院期間： 369日 ）

診療科：精神科

主疾患	統合失調症、高血圧、脂質異常症				
病歴	統合失調症（43年前）				
生活状況・入院契機など患者背景	訪問看護、ヘルパー派遣等の援助を得て、アパートで単身生活。外来に2週間に1度通院し、ほぼ毎日当院デイケアに通所。幻聴等異常体験は残存していることが疑われるが、表面的には著変ない状態が続いていた。入院前、ほぼ毎日通所していたデイケアを連絡なしに休むこともあり、職員が連絡し午後から通所するなど、調子に多少不安定な面が見られた。年末年始にかけて、訪問看護、ヘルパー派遣が途切れ、デイケアも休みとなるため、休養のため入院となる。				
認知症	なし		介護認定	不明	
薬剤有害事象	なし	( )	副作用歴	あり	( )
アドヒアランス	良好	( )	アレルギー歴	なし	( )

### 【入院時情報】

入院時の検査値は TP：6.38g/dL TG：81mg/dL HDL コレステロール：70mg/dL LDL コレステロール：146mg/dL HbA1c：6.1% 血清クレアチニン値：0.45mg/dL 肝機能・電解質等：正常 血圧：140/73mmHg HR：66回/分 DIEPSS（Drug-Induced Extrapyramidal Symptoms Scale:薬原性錐体外路症状評価尺度）は歩行、動作緩慢、流涎、筋強剛、振戦、アカシジア、ジストニア、ジスキネジアの個別症状8項目と概括重症度1項目の全9項目で構成されており、各項目を0（なし）から4（重度）の5段階で評価を行うものであるが、個別症状および概括重症度0と、錐体外路症状は見受けられない。

## 【key word】

定期的な処方見直し

## 【処方見直し前の問題点】

服薬指導時、DIEPSS：個別症状および概括重症度 0 と錐体外路症状は見受けられなかったが、ピペリデン 3 mg が継続投与されており、その必要性に疑問を感じた。  
入院に伴い便秘が強くなり、生活の変化に加え、ピペリデンの副作用も要因の一つとして疑った。  
またピペリデンの投与量が多い割に投与回数が 1 日 1 回と少ないため、1 日の中での血中濃度の偏りが予想された。  
認知機能の低下も見られたが、精神症状による認知機能の低下や年齢による認知機能の低下の可能性に加え、ピペリデンの副作用による認知機能低下も一部影響している可能性を考えた。また、ピペリデンは精神症状に対して多少悪影響を及ぼす場合があるため、不必要なピペリデンが減れば元々の精神症状も改善する余地があると考えた。  
抗精神病薬が 2 種類併用されている点については、極少量のレボメプロマジンの主剤のクロルプロマジンにまとめて単剤化することも考えたが、まずはピペリデンを減量する方が患者にとってのメリットが大きいため、ピペリデンの減量を優先して処方の提案を行った。  
また、クロルプロマジンやレボメプロマジンは定型抗精神病薬であるが、低力価で錐体外路症状が生じにくい上に比較的少量の使用であったことや、長年精神症状が安定している薬剤であることなどの状況を考慮し、この時点で主剤を非定型抗精神病薬に変更する必要性は低いと判断した。

## 【処方提案の具体的な内容】

錐体外路症状が観察されないため、現在ではピペリデンの必要性が低下している可能性があることや、副作用として便秘や認知機能低下に悪影響を及ぼしている可能性があることから、医師へピペリデンの漸減を提案した。  
もし減量により錐体外路症状が発現した場合は、投与回数を 1 日 2 回に変更することで血中濃度が低下する時間帯を減少させ、少ないピペリデンで効率的に錐体外路症状に対応することとした。

## 【多職種との関わり】

職種	主な連携内容
医師	現在の状態を共有し、状態に合わせた処方提案
看護師	病棟での様子や生活状況、錐体外路症状の有無などの情報を共有する
デイケアスタッフ	外来での様子の共有、退院後の朝夕食後薬の服薬支援
デイサービススタッフ	退院後の朝夕食後薬の服薬支援

## 【減薬後の経過】

ピペリデンが漸減中止となったが、錐体外路症状は出現しなかった。ピペリデン減量前はセンシド頓用の使用などがあったが、ピペリデンが漸減中止後は便秘が解消した。ピペリデン中止後は、本人からも「頭がすっきりした。」などの発言が聞かれ、抗コリン薬による認知機能低下を軽減できたと考えられる。  
ピペリデン減量後は精神症状は安定していたが、高齢で単身生活が困難となってきたため、サービス付き高齢者住宅への入所を勧められ、その頃から環境の変化への不安や、幻聴や体感幻覚を訴え、不眠や拒食が出現したためクロルプロマジンが 100→150 mg に増量となった。増量後も錐体外路症状は出現しなかった。その後、本人が高齢者住宅への退院に理解を示すようになり退院となったため、まだ処方整理を行う余地が残っていたが、以後は外来医師に対応してもらうこととした。具体的には、少量のレボメプロマジン主剤のクロルプロマジンにまとめて単剤化、夕食後と就寝前をまとめて服薬回数を減少、プラバスタチンの必要性の検討等を提案した。  
退院後の服薬管理はデイケアやデイサービスで行うこととなった。