

## 入院患者への薬学的介入による処方適正化

【入院時処方内容】			
薬剤名（一般名）	規格	1回量 用法	
1	ロルノキシカム錠	4mg	1錠 朝夕食後
2	レバミピド錠	100mg	1錠 朝夕食後
3	テルミサルタン・ヒドロクロロチアジド配合錠(1)	AP	1錠 朝食後
4	ベザフィブラート徐放錠	200mg	1錠 朝夕食後
5	ジピリダモール錠	25mg	1錠 朝夕食後
6	酸化マグネシウム錠	250mg	2錠 朝夕食後
7	ラロキシフェン塩酸塩錠	60mg	1錠 朝食後
8	カルベジロール錠	10mg	2錠 夕食後
9	イミダフェナシン錠	0.1mg	2錠 夕食後
10	ミアンセリン塩酸塩錠	30mg	1錠 寝る前
11	アンプロキシソール塩酸塩徐放カプセル	45mg	1カプセル 寝る前

  

内服薬 : 11種類	薬剤管理 : 本人管理
服薬回数 : 3回	服薬支援 : なし

【退院時処方内容】			
薬剤名（一般名）	規格	1回量 用法	
1	セレコキシブ錠	100mg	1錠 朝夕食後
2	酸化マグネシウム錠	330mg	1錠 朝夕食後
3	カルベジロール錠	10mg	1錠 夕食後
4	イミダフェナシン錠	0.1mg	2錠 夕食後
5	レバミピド錠	100mg	1錠 朝夕食後
6	ミアンセリン塩酸塩錠	10mg	1錠 寝る前
7	アスピリン腸溶錠	100mg	1錠 朝食後
8	ランソプラゾール口腔内崩壊錠	15mg	1錠 夕食後

  

内服薬 : 8種類	薬剤管理 : 本人管理
服薬回数 : 3回	服薬支援 : 一包化+孫からの見守り

【患者情報】 90歳代 女性 入院患者 (入院期間 : 15日 )

診療科 : 内科

主疾患	左頭頂葉脳梗塞(急性期) 心房性期外収縮				
病歴	両側変形性膝関節症(20年前)、顔面麻痺(10年前)、白内障(両目 10年前)、高血圧症(不明)				
生活状況・入院契機など患者背景	入院前日の18:30より受け答え遅れあったが、自宅にて様子を見ていた。 入院当日の8:30頃、嘔気や言葉の出にくさが出現してきたため、救急車にて来院される。 CT・MRIにて左頭頂葉脳梗塞の診断され、加療目的の入院となる。				
認知症	あり	介護認定	あり	要介護2	
薬剤有害事象	なし	( )	副作用歴	なし	( )
アドヒアランス	やや不良	(ケアマネより飲み忘れの指摘あり)	アレルギー歴	なし	( )

### 【入院時情報】

入院当日採血

Alb 4.1g/dL、AST 23U/L、ALT 14U/L、ChE 314U/L、T-cho 256mg/dL、BUN 15.1mg/dL、  
SCr 0.46mg/dL、HbA1c 5.6%、Na 144mEq/L、K 3.5mEq/L、Ca 9.3mg/dL、Hb 12.2g/dL、  
Plt 15.4X10<sup>4</sup>/μL

## 【key word】

薬学的な管理の実施、定期的な処方見直し、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】

- \* 入院時より禁食・内服全中止となっていたが、その後、内服薬の再開にあたり、処方内容を検討することになった。
- ①高齢の本人が内服を管理しており、残薬がみられる。
  - ②以前はベザフィラート徐放錠を内服していたが、現在禁食中であるため、一時中止を検討する必要がある。
  - ③入院日よりベット上安静となるため、内服再開時のADLによってはラロキシフェン塩酸塩錠の血栓リスク上昇する可能性がある。
  - ④脳梗塞急性期から慢性期移行における血压管理が必要となっている。
  - ⑤訪室したところミアンセリン塩酸塩錠中止による不眠の訴えがあり、以前に内服していた睡眠薬を希望される。
  - ⑥特に痰がらみの症状はないが、アンブロキシール塩酸塩徐放カプセルが継続投与されている。

## 【処方提案の具体的な内容】

- ①退院時に内服薬管理の見守りを同居の家族にお願いする。
- ②及び③一時的に内服を中止し、経過観察とする。
- ④第10病日目までの収縮期/拡張期血圧(mmHg) は、150-160/70-90程度へ上昇しているが、退院日までには120-140/60-70程度まで低下している。高齢のためARBではなくACEIの再開を提案した。また、退院時に四肢の浮腫は無く血圧も高血圧ガイドライン2014で推奨されている治療域で安定であるため、サイアザイド系薬は再開提案はしなかった。以前はカルベジロールを20mg内服していたが、10mg内服した時点で、HR50台前半であるため、以前の投与量ではなく10mgでの継続投与で良いかについて医師に相談・提案した。
- ⑤睡眠障害の対応と治療ガイドライン（じほう社）にて比較的催眠鎮静作用があり、せん妄等を引き起こしにくく、比較的高齢者不眠への安全性が高いとされているミアンセリン塩酸塩錠を適応外で内服していたが、再開するにあたり、転倒リスクを考慮して以前に内服していた30mgではなく、低用量の10mgで開始を医師へ提案した。
- ⑥入院時より内服中止しているが痰がらみはなかったため、医師にそのまま中止の継続提案を行なった。
- ⑦入院後にセレコキシブとアスピリンが併用で処方されており、消化管出血リスクが高いため、NSAIDs潰瘍予防のエビデンスのあるPPIの追加を提案した。

## 【多職種との関わり】

職 種	主な連携内容
医師	入院時に持参薬確認を行うとともに、代替薬の提案を行った。さらには、薬剤師の視点での処方提案を行った。入院中も患者状態に応じて処方提案を行った。
看護師	処方薬に対する看護師の観察項目を依頼した
かかりつけ医	退院時にかかりつけ医へ薬剤師による退院サマリーを提供した
保険薬局薬剤師	退院時にお薬手帳へ薬剤師による退院サマリーを貼付した
ケアマネジャー	入院時に自宅での薬の管理や残薬について情報を収集した

## 【減薬後の経過】

- ①今回の脳梗塞発症には、内服薬のコンプライアンス不良が原因の一つとなった可能性がある。同居の家族には、退院時に内服薬の説明・内服管理の手助けを依頼し、内服忘れ・間違いの発生を防ぐよう努めた。
- ②入院時以降にTG検査が行われず、ベザフィラートが中止のまま退院となったため、退院後にTG上昇が見られるようであれば再開の検討をかかりつけ医に情報提供した。
- ③幸いほぼ麻痺もほぼなく退院できることになったが、退院処方としてラロキシフェンは再開とならなかったため、かかりつけ医に退院時薬剤情報提供書を通じてラロキシフェン塩酸塩錠は必要に応じて再開していただくように情報提供した。
- ④そのまま降圧薬は再開せず経過観察とした。また、サイアザイド系薬を中止したが、退院時に四肢の浮腫は無く血圧も高血圧ガイドライン2014で推奨されている治療域で安定。以前はカルベジロールを20mg内服していたが、10mg内服した時点で、HR50回/分台前半。Drへ相談後、そのまま10mgで継続となる。
- ⑤ミアンセリン塩酸塩錠を30mgから10mgへ減量したことにより、傾眠での転倒リスクを軽減した。本人からも「睡眠薬を内服するようになり、よく眠れています。」と話されており、ふらつきなく不眠も解消され、経過良好となった。
- ⑥退院時までアンブロキシール徐放カプセルを中止していたが、痰がらみもなく経過良好であった。  
今回、当院での内服薬の変更を理由も含め薬剤管理サマリーに記載し、かかりつけ医師・かかりつけ薬剤師へ情報提供を行った。内服薬数を11種から8種へ減量しただけでなく、薬剤の用量の適正化により薬剤を内服する患者の負担軽減の一助となった。また、内服薬の一包化が、かかりつけの薬局で可能なことを患者・家族へ説明し、コンプライアンス改善・内服管理の負担軽減にも寄与できたと考えられる。