3. 高齢者医療への薬物療法の問題—特に治療の差し控えと不適な服薬管理

葛谷 雅文

Key words : 高齢者, 服薬管理能力, 服薬アドヒアランス, 薬剤の差し控え

(日老医誌 2013 ; 50 : 494-497)

高齢者薬物療法の二つの問題点

高齢者医療においても薬物療法は最もよく使用されている治療法であることは間違いない。高齢者医療における薬の問題点としては大きく分けると二つに分けることができる。一つは医療の現場で問題になる多剤投与、さらには長期処方による薬物副作用の問題である。もう一つは必要な薬物療法が、種々の原因により適切に実施されないケースである。このケースも疾病のコントロール不良または十分な予防ができずに新たな疾病発症につながる可能性がある。今回いくつかの高齢者薬物療法に対する疑問を今まで自分たちが実施してきた調査結果を元に報告する。

高齢者で多剤投与は減るのか？

名古屋市で在宅療養中の 65 歳以上の高齢者のコホート調査 (n=1,875) より、前期、後期、超高齢者の薬剤数を層別化し検討した (図 1A)。6 種類以上の服薬をしている割合は明らかに 85 歳以上の高齢者では減少していた¹⁾。多剤 (6 種類以上の服薬) になりにくい因子を多重ロジスティック解析により抽出したところ、後期高齢者、超高齢者 (前期と比較し)、認知症の存在は関連する因子として選択された¹⁾。

高齢者で薬剤使用に対する差し控えはあるのか？

高齢者において頻度の多い疾患 (虚血性脳血管障害の既往、認知症、うつ、糖尿病、高血圧) に対して使用される標準的薬剤 (それぞれ抗血小板薬または抗凝固薬 :

抗血栓療法、アセチルコリンエステラーゼ阻害剤、抗うつ薬、各種抗糖尿病薬またはインスリン、各種降圧剤) の使用率を検討したところ、虚血性脳血管障害の既往に対する抗血栓療法、認知症に対するアセチルコリンエステラーゼ阻害剤、抑うつ状態における抗うつ剤の使用は前期高齢者に比較すると超高齢者では使用が有意に少なかった (図 1B)¹⁾。これ自体は大雑把な調査であり、例えば認知症でもアルツハイマー型認知症の比率が検討されているわけではないし、各種疾患の重症度が把握されているわけではないので、解釈には注意が必要なことは申し添えておきたい。

服薬管理ができない要介護高齢では服薬アドヒアランスが低下しているのでは？

服薬自己管理能力は訪問看護師により簡単な二つの質問 (薬剤取扱い能力と服薬に関する記憶力) により把握されたが、調査できた 1,772 名の内、1,091 名が自己管理能力困難と判定された。また、それら 1,091 名の内、他に服薬管理を補助する者がいるのは 929 名であった²⁾。服薬アドヒアランスが 80% 未満の割合は自己管理ができないものに多く 14.7% に及んだ (図 2A)。その内服薬管理補助者がいないケースではさらに 23.5% が服薬アドヒアランスが 80% 未満であった (図 2B)。

服薬自己管理ができず、適切な補助がないと健康障害につながるのではないかと

3 年間の縦断調査で自己管理ができない対象者で有意に入院する割合が多く、また生命予後も悪かった (図 2C)²⁾。一方自己管理困難事例において補助の有無別に検討すると、入院は両群で相違なかったが、死亡に関しては補助がある方が高かった。これは、補助者が付いている対象者の方が、より重度の疾病を背景に抱え、身体機能障害が進行した対象者であることが推測される。実際

図1 A. 前期, 後期, 超高齢者別服薬薬剤数分布. B. 各種病態に対する薬剤使用と年齢との関連—multivariate logistic analysis (前期高齢者との比較). 数字はオッズ比と95%信頼区間を表す.

に, これを背景因子で調整し, Cox 比例ハザードモデルで解析すると死亡に関しては服薬管理が自立している対象者に対して, 服薬管理困難, さらに補助の有無はリスク要因になっていなかったが, 入院に関しては服薬が自立している対象者に比較し服薬困難で, かつ補助がない群では相対リスクが1.32 (95% 信頼区間 (CI): 1.01~1.73) と有意に高かった²⁾.

服薬アドヒアランスの低下に関連する要因は?

服薬アドヒアランス 80% 未満に関連する因子を多重ロジスティック回帰で検討すると (表 model 1), 独居 (オッズ比 (OR): 2.00, 95%CI: 1.35~2.95), 抑うつ状態 (geriatric depression scale-15 得点 ≥ 11) (OR: 1.61, 95%CI: 1.02~2.54), 服薬自己管理困難 (OR: 2.04, 95%CI: 1.37~3.05) であった³⁾. さらに服薬自己管理困難者を服薬補助者の有無で分けると (表 model 2), 服薬援助者なし (OR: 3.20, 95%CI: 1.92~5.34), 服薬援助者あり (OR: 1.64, 95%CI: 1.05~2.54) であった³⁾. このことは服薬補助者がいたとしても服薬管理自立者に比較してアドヒアランスが悪いということを意味している.

服薬管理援助者がいるにもかかわらず服薬アドヒアランスが悪い要因は?

この疑問を解くために主介護者要因を検討したところ, 服薬アドヒアランスが悪い要因として要介護者が男性であり (OR: 1.90, 96%CI: 1.18~3.06), 介護者自体の主観的健康状態が不良 (OR: 2.09, 95%CI: 1.11~3.94) が上がった. すなわち, 主介護者が男性であり, しかも主介護者の健康状態がすぐれない要介護者の服薬管理には注意を要することを示唆している.

結 論

前期高齢者に比較すると後期, 超高齢者では多剤投与は有意に少なかった. 前期に比較し, 後期高齢者では有意ではないものの, 超高齢者では 1) 脳血管障害の既往者への抗血栓療法, 2) 認知症に対するアセチルコリンエステラーゼ阻害剤の使用, 3) 抑うつ状態への抗うつ剤の投与が控えられていた. 一方, 糖尿病ならびに高血圧に対する投薬は前期高齢者と比較し, 統計的な有意な差は認められなかった.

在宅療養中の要介護高齢者では服薬管理が十分できず, しかも管理援助者が居ない場合は, 服薬アドヒアラ

図2 A. 服薬管理評価別 80% 未満の服薬アドヒアランス率. B. 服薬自己管理困難者における服薬管理補助者の有無別 80% 未満の服薬アドヒアランス率. C. 服薬管理評価別 3年間の入院経験および死亡率. D. 服薬自己管理困難者における服薬管理補助者の有無別 3年間の入院経験および死亡率. 有意差検定は回 X 乗検定による.

表1 服薬アドヒアランス不良 (アドヒアランス 80% 未満) との関連因子 (Logistic Regression Analysis)

	多変量*				多変量（服薬援助 アリ群に限った解析）**	
	model 1		model 2		Odds ratio	95%CI
	Odds ratio	95%CI	Odds ratio	95%CI		
要介護者因子						
男性（vs 女性）	0.86	0.61－1.23	0.89	0.62－1.28	—	
年齢（continuous variable）	0.99	0.97－1.02	0.99	0.97－1.02	—	
独居（vs 同居あり）	2.00	1.35－2.95	1.94	1.31－2.86	1.38	0.59－3.25
GDS-15（range：0-15）（vs score 0-5）						
軽度うつ（6-10）	1.22	0.85－1.77	1.25	0.86－1.81	—	
うつ（≥11）	1.61	1.02－2.53	1.68	1.06－2.66	—	
認知症（vs 認知症なし）	1.34	0.91－1.97	1.56	1.04－2.36	—	
服薬管理状態（vs 自己管理可能）						
自己管理困難	2.04	1.37－3.05	—	—	—	
管理援助（－）	—	—	3.20	1.92－5.34	—	
管理援助（＋）	—	—	1.64	1.05－2.54	—	
介護者因子						
男性（vs 女性）	—	—	—	—	1.90	1.18－3.06
年齢（continuous variable）	—	—	—	—	1.00	0.98－1.02
主観的健康状態（vs 良好）						
そこそこ	—	—	—	—	0.90	0.54－1.49
不良	—	—	—	—	2.09	1.11－3.94

GDS-15 : geriatric depression scale-15

*多重解析に投入した因子は単変量解析で有意となった項目で, 表に Odds ratio, 95%CI が「記載されている項目」. **服薬自己管理困難者で服薬補助者が存在する 929 名の解析. 文献 3) より改編

ンスが低下し、入院のリスクになっている。しかし、服薬援助者が居たとしても自己管理可能な要介護高齢者に比較すると、なお服薬アドヒアランスは低下している。服薬援助者が男性、援助者自体の健康不良の場合は特に要介護者のアドヒアランスが低下する。

No potential conflicts of interest were disclosed.

文 献

- 1) Kuzuya M, Masuda Y, Hirakawa Y, Iwata M, Enoki H, Hasegawa J, et al.: Underuse of medications for chronic diseases in the oldest of community-dwelling older frail Japanese. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 598–605.
 - 2) Kuzuya M, Hirakawa Y, Suzuki Y, Iwata M, Enoki H, Hasegawa J, et al.: Association between unmet needs for medication support and all-cause hospitalization in community-dwelling disabled elderly people. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56: 881–886.
 - 3) Kuzuya M, Enoki H, Izawa S, Hasegawa J, Suzuki Y, Iguchi A: Factors associated with nonadherence to medication in community-dwelling disabled older adults in Japan. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 1007–1009.
-