

令和元年度 厚生労働科学研究費補助金(認知症政策研究事業)  
認知症の人やその家族の視点を重視した認知症高齢者にやさしい薬物療法のための研究  
分担研究報告書

認知症高齢者にやさしい薬物療法のための研究  
研究分担者 小島太郎 東京大学医学部附属病院 老年病科

研究要旨

認知症者が地域においてどのような疾患を有し、どのような治療を受けているか、具体的なデータは少ない。本研究では自治体(保険者)から認知症者(被保険者)に薬物療法の適正化に向けた処方提案の効果を検討する予定であったが、要介護度や薬剤について実態調査を行うべく、広島県呉市在住の高齢認知症者の医療レセプトデータおよび介護データの解析を行った。

本年度は横断的調査を行った。その結果、65歳以上の認知症者では平均服薬数が約3剤ほど非認知症者より多く、半数以上が6種類以上のポリファーマシーであり、薬剤数はより若い年代にて差が大きかった。また、要支援1、2の群で薬剤数が多い傾向にあった。認知症者でも機能障害が少なく、前期高齢者ではポリファーマシーになりやすいことが示唆された。

A. 研究目的

認知症患者は併存疾患や症状緩和のためにポリファーマシーとなりがちで、薬物有害事象のリスクが高いと考えられる。逆に、アドヒアランス不良や病識欠如、ネグレクト等に関連して過少医療となる可能性もあるが、処方状況を含めて薬物療法の実態はよくわかっていない。そのような認知症者における薬物療法の実態と取り組みの成果を調査解析し、認知症者と家族の視点も踏まえた適正な薬物療法へのステップを検討すべく、今年度は地域在住の医療でレセプトデータおよび介護データをもとに認知症の頻

度や薬剤数に関する実態調査を行った。

B. 研究方法

データの解析を行うにあたり、呉市の医療レセプトデータを取り扱う株式会社データホライゾン(本社 広島県広島市)の協力のもと、広島県呉市(担当:福祉保健課健康政策グループ)と共同研究を行う研究契約の締結を行ったあと、同市在住の認知症者の処方実態を調査することとした。具体的には患者属性のほか、所属保険者(国民健康保険または後期高齢者)、薬剤種類数、受診医療機関数、調剤薬局数、院内処方の有

無、主要疾患の有無、さらには介護保険データから要介護状態区分、認定状況の変動、介護保険請求額、介護保険利用者負担額、公費請求額、障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)、認知症高齢者の日常生活自立度などを調査した。

今年度は2017年4月30日時点で65歳以上の高齢市民全体のうち、国民健康保険あるいは後期高齢者医療の保険証を有する者のうち認知症者を抽出し、その属性や薬剤数について検討した。

集計レセプトは2017年4月の医科入院外・調剤とし、通院した医療機関の数と利用した保険薬局の数も調査対象とした。薬剤数のカウントは頓服薬や短期のみ使用する薬剤を除くために14日以上処方されている内服薬を対象とした。複数の医療機関において同一の処方がなされている場合には1種類として集計を行った。

認知症者の特定には、ICD10において「認知症」の病名を含むものおよびピック病やアルツハイマー病など認知機能障害をきたす神経変性疾患を対象とした。

#### (倫理面への配慮)

本研究1は、東京大学医学部研究倫理審査委員会にて審査され、匿名化されたデータの解析を行い個人情報を取り扱う可能性がないことが確認された。過去のレセプトデータを取り扱うことからオプトアウトにより参加者の同意は直接とらず研究を行うこととした。研究情報の公開は東京大学医学部附属病院のホームページにて行った (<http://geriatrics.umin.jp/outpatient/information.php#200108>)

## C. 研究結果

解析対象は国民健康保険(国保)あるいは後期高齢者医療(後期)に加入している67,236名であり(国保39.4%、後期60.6%)このうち3710名(5.5%)が認知症であった。

表1. 対象者の属性

	認知症あり(n=3710)	認知症なし(n=63578)
男性	31.3%	41.1%
平均年齢	84.1±6.8歳	76.8±7.7歳
後期高齢医療	92.8%	58.8%
医療機関数	1.6±0.8 中央値1 (1-7)	1.2±1.0 中央値1 (1-11)
利用薬局数	0.8±0.6 中央値1 (1-5)	0.6±0.6 中央値1 (1-6)
平均薬剤数	6.1±4.0	3.4±3.7
6種以上の比率	54.9%	26.1%

認知症の頻度は5.5%であり、表1のとおり認知症者と非認知症者と比較したところでは、平均年齢が高く(84.1±6.8歳 vs 76.8±7.7歳)、平均薬剤種数が多かった(6.1±4.0剤 vs 3.4±3.7剤)。

図1. 年齢と薬剤数6種以上の頻度の関係

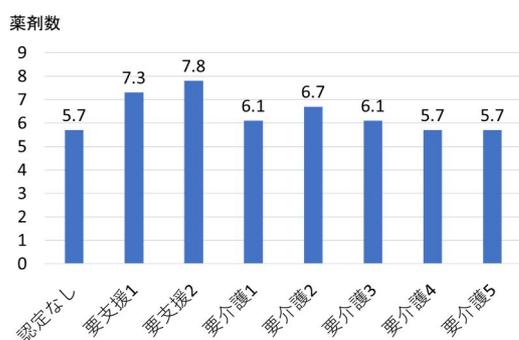


次に、ポリファーマシーの頻度について年齢群ごとの分布を検討したところ、図1のとおり6剤以上の頻度は認知症者で多く(54.9% vs 26.1%)、特に年齢の低い群(65歳~69歳)では顕著であった。

また、要介護度ごとの平均薬剤数につい

て検討を行ったところ、図2の通り要支援1や要支援2では高い傾向がみられ、要介護度の高くなると低くなる傾向が観察された。

図2 .



#### D. 考察

過去にわれわれが高齢外来患者で検討した結果では、平均年齢  $77.7 \pm 7.0$  歳に対し平均薬剤数は  $3.2 \pm 2.8$  剤であり (Kojima T, Geriatr Geront Int 2012)、本研究の全体の対象者とほぼ同等の薬剤数であり、本対象者の平均薬剤数は他の研究と比較して差異はないと考えられた。

一方、今回検討した認知症者では薬剤数は非認知症者と比較して約 3 剤の差があった。一般に抗認知症薬は単剤の治療で行われるため、認知症者では抗認知症薬におけるプラス分以外に他の薬剤を内服していると示唆される。特にフレイルや要介護状態となる高齢者では多疾患を合併しており、多疾患とともにフレイルがポリファーマシーの一因とも考えられる。そのような意味ではポリファーマシーの是正がフレイルや要介護状態の予防に有用となる可能性があり、次年度に縦断研究を行い介護認定との関連を検討していきたい。

逆に近年の研究ではポリファーマシーによ

り薬物有害事象が増加するだけでなく、フレイル (Veronese N, JAMDA 2017, Saum KU, J Am Geriatr Soc 2017)、やサルコペニア (Konig M, J Gerontol A Bio Med Sci 2017) なども増加することが報告されており、要介護のリスクとなる可能性が示唆されている。

今回の検討では薬剤の種類についての検討が行えていない。薬剤の種類、とりわけ抗認知症薬や BPSD 治療薬がどのように処方されているか、検討が必要である。BPSD 治療薬の中には抗精神病薬や抗うつ薬など、potentially inappropriate medication (PIM)、すなわち「特に慎重な投与を要する薬剤が処方されているケースがみられており、その使用頻度は現在の認知症診療における薬剤適正化の実態をみるよい指標となりうる。ポリファーマシーの実態を調べるうえでは生活習慣病治療薬や老年症候群 (便秘、不眠、尿失禁など) の治療薬についての検討も必要であり、次年度ではこれらの検討についても行っていく予定である。

#### E. 結論

認知症者はポリファーマシーの頻度が高く、特に前期高齢者・要支援レベルでその傾向が強いことが明らかとなった。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) Hamada S, Ohno Y, **Kojima T**, Ishii S, Okochi J, Akishita M. Prevalence of cytochrome P450-mediated potential drug-drug interactions in residents of intermediate care facilities for older adults in Japan. Geriatr Gerontol Int. 19:513-517, 2019.
- 2) **Kojima T**, Matsui T, Suzuki Y, Takeya Y,

Tomita N, Kozaki K, Kuzuya M, Rakugi H, Arai H, Akishita M. Risk factors for adverse drug reactions in older inpatients of geriatric wards at admission: Multicenter study. Geriatr Gerontol Int.20:144-149, 2020.

3) Hamada S, **Kojima T**, Sakata N, Ishii S, Tamiya N, Okochi J, Akishita M. Drug costs in long-term care facilities under a per diem bundled payment scheme in Japan. Geriatr Gerontol Int. 19:667-672, 2019

## 2. 学会発表

1) **Kojima T**. (Lecture) Drug-related frailty: How can we prevent it? 2nd International Association of Gerontology and Geriatrics Master Class on Ageing in Southeast Asia. (マニラ、フィリピン)5月28日

2) 小島太郎. (ジョイントシンポジウム) Multimorbidity 高齢者の診療手引きに必要な内容はどのような項目か. 第61回日本老年医学会学術集会(仙台)6月8日

3) 小島太郎(ジョイントシンポジウム) Medication Review を行うには ~ Potentially

Inappropriate Medication と薬剤起因性老年症候群 ~ . 第61回日本老年医学会学術集会(仙台)6月9日

4) Kojima T. (Lecture) Health Care Services for Older People. Management of polypharmacy. 10th International Association of Gerontology and Geriatrics Master Class on Ageing in Asia. (長春、中国)6月15日

5) 小島太郎(教育講演) 高齢者の薬物療法とポリファーマシー. 第1回日本在宅医療連合学会学術集会(東京)7月15日

6) 小島太郎(スポンサードシンポジウム) 「認知症患者の血管リスク管理: 益と害を考える」高齢者の抗血栓療法. 第10回日本脳血管・認知症学会学術集会(東京)8月3日

7) 小島太郎(教育講演) 認知症、認知機能低下とポリファーマシー対策. 第9回日本認知症予防学会学術集会(名古屋)10月18日

H. 知的財産権の出願・登録状況  
なし