



ようこそ！ もの忘れ外来へ

高齢者における多剤併用（ポリファーマシー）への対策

3月号、4月号では「てんかん」「心房細動」を取り上げ、認知症との関連を説明しました。高齢者ほど多くの身体疾患が現れやすく、それに連れて薬が増えてくることは以前から紹介しています。その結果、多剤併用による弊害が出現しやすく、認知症もその一つであること（48号、76・77号、100・101号）を指摘してきました。今回は多剤併用への対策としての減処方について紹介します。

日本では6種類以上の服薬を多剤併用と定義しています（日本老年医学会）が、5つ以上の投薬を受けた外来患者は、より少ない投薬を受けた患者と比較して、薬の副作用を経験するリスクが88%増加した。さらに、日常生活の活動性の減少と身体機能の低下、認知機能障害、転倒、尿失禁や栄養障害のリスクが高まった。65歳以上の高齢者への多剤併用は歩行速度に影響を及ぼすといった多くの警鐘を鳴らす報告があります。にもかかわらず、薬をやめることによって起こるかも知れない症状の悪化を心配する本人からの要望もあって、なかなか減処方が進みません。医師もそのような高齢者の心情を察して積極的になれないといったところが、多剤併用がまかり通る一番の原因だと思われます。

減処方（deprecating）という言葉は2003年にオーストラリアのマイケル・ウッドワード博士の論文に初めて登場しました。多くの国で高齢者への多剤併用が問題になっているということですね。彼は減処方へのプロセスを示しています（図1）。そして、このプロセスが順調に進むには、患者、医師、薬剤師のより良いコミュニケーションが必要なことも示唆しています。さらに、処方する医師にも問いかけます。「患者にとって何が最善かを判断するために、医療者は常に自問自答しなければならない。薬は必要か？量は正しいか？それは問題を引き起こすだろうか？」。

高齢者自身の不安が多剤併用を生み、それが認知症を含め、また更なる病気を引き起こす。こうした悪循環を断ち切るには、医療者側の心がけや努力だけでなく、家族の理解や支援も欠かせません。病院受診の後に持って帰ってくる「薬手帳」に目を通して、どのような薬を貰っているか、【図1】
多くないか、本当に指示通り服用しているか、さり気なく確認して下さい。そして疑問があれば「かかりつけ薬局」「かかりつけ医」に相談して下さい。

減処方(deprecating)とそのプロセス(JAMA, 2015)

「薬の負担を減らし、生活の質を向上させる」ために

- ①患者が服用している薬の理由を確認する
- ②減処方のリスクを理解する
- ③処方薬の長期および短期のリスクと利益を評価する
- ④減処方のための薬の優先順位をつける
- ⑤薬の中止を実行し、アウトカムの改善と副作用の発症を厳密に観察する

ドクター岡原の今月のひとこと！



平成30年度の診療報酬改定があり、保険点数が一部変わりました。この中には高齢者への多剤併用防止対策も盛り込まれています。具体的には診療所で「高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症」の4疾患の内2つ以上を有する方に7剤以上の薬を出した場合や、一定期間以上ベンゾジアゼピン系の抗不安薬・睡眠薬を長期にわたって継続して処方している場合などには処方料が減算されるようになりました。

診療報酬の仕組みは複雑でわかりにくいですが、薬のことで困った時は、いつも薬を貰っている「かかりつけ薬局」で遠慮なく尋ねてみましょう。施設の方は、「訪問薬剤管理指導」（医療保険）「居宅療養管理指導」（介護保険）などを利用すると、自分の施設に薬剤師が出向いて薬の相談に乗ってくれますよ。