

特集 服薬

～在宅編～

厚生労働省は「高齢者の医薬品適正使用の指針」を作成し、多剤服用などによる薬物有害事象の回避を目指すなかで、2018年度の介護報酬改定では「在宅」に減量の取組みを評価する加算を設けた。しかし、在宅では高齢者が複数の専門医にかかり、多量の薬を飲ってしまう

いる例も多くあり、服薬適正化はなかなか進んでいない。長尾クリニックの長尾和宏医師は在宅での服薬の現状を聞き、茨城県古河市でのケアマネと薬剤師が連携した在宅利用者の服薬支援の例を紹介する。

在宅の服薬適正化 減量等判断する 「在宅総合診療医」養成がカギ

長尾クリニック院長
長尾和宏氏

医療ニーズの高まる高齢者には、多くの薬剤が処方される多剤併用の傾向があり、日本はこの傾向が強いとされる。高齢者は薬物の代謝や排泄能力が低下するため、認知症のような症状がでたり、ふらつきなどの転倒(骨折)など、薬物有害事象を引き起こすこともあるとされている。徐々に服薬の適正化に向けた関心も高まってきた。日本慢性期医療協会理事や日本尊厳死協会副理事長、全国在宅療養支援診療所連絡会理事などを務める長尾和宏氏(医療法人社団裕和会理事長、長尾クリニック院長)に、在宅での服薬管理の現状と適正化に向けた取組を聞いた。



(ながお かずひろ)氏
1984年東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局、86年～大阪大学病院第二内科勤務。91年～開業、現任に至る。長尾クリニックで24時間365日の在宅1200人超の患者看取りをしてきた在宅医療の実践者。

在宅での多剤併用の現状と課題はありますか。

世界的に見ても日本は多剤併用が多くみられます。適切に処方されている場合もあるのですが、高齢者に対して過剰と思われる医療が提供され、薬物有害事象を引き起こしていると考えられる事例もあります。

厚労省でも「高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編・各論編)」が通知されるなど、見直しの機運が高まっています。背景に構造的な課題があげられ

えています。

例えば、「臓器や疾病」での専門医中心の医療提供体制と、医療のフリーアクセス

受診「多」への薬剤処方を求める患者心理・卒業教育のほとんどが学ばないカリキュラム」などです。敗量やふらつきなどが薬物有害事象によるものとは考えず、医療機関を受診し、明確な薬物中止の判断を持たない医師から、さらに多剤の薬剤が処方されるという悪循環(処方カスケード)を迎えているとあります。

飲み忘れなどによる薬物有害事象と社会保障費の無駄使いという意味でも問題が大きいです。

介護職やケアマネジャーに期待されるのはありますか。

医師には見えない日常での「インライン」サポート等(ちょっと様子がおかしい)「ポイントとして」の「ふらつきがある」などの変化を、在宅で日常的に利用者に接する介護やケアマネジャーに提供していきたいです。患者中心に、多職種が連携して服薬適正化に取り組まないといけません。

在宅での服薬適正化の方法とは。

総合診療医の育成にかかっていて思っています。レハルの高い日本の医療提供体制は、専門分野に強い医師によって支えられているのですが、少子高齢化とそれに伴う高齢者の慢性期医療ニーズに対応するためには、シネラリストである総合診療医が欠かせないから

です。私は「病一剤が基本」と考えており、どうしても必要な場合に薬剤を増やすという、引き算の薬剤処方を心掛けています。臓器や疾病での専門医は治療を優先する上で、より高いアウトカムを目指して、リスタのある薬剤でも使用してあげられますが、総合診療医は本診所その薬剤が高齢者本人の慢性疾患の薬を検討し、場合によっては薬剤の減量や中止を判断するのが役割だからです。

高齢者に求められる服薬適正化とは。

慢性的な医療ニーズを多く抱える高齢者に対して、急性期や若年者(同様の医療密度を提供することで薬物有害事象を引き起こして)でないか「重複処方がないか」「優先順位や必要性について本人や家族の意向を伺いながら決めていきます。具体的方法としては▽薬に優先順位をつけて、優先度の低い薬から減量・中止を考える▽1剤に複数の薬剤を含む合剤に変更する▽長時間持続する薬剤で服用回数を減らす▽食を基本にした服用方法の見直し(朝のみ、就寝前のみ

等)▽1回服用を一包化する

などです。私はこれまで1000人以上を在宅で看取りをしましたが、最期を迎える患者を前に、糖尿

病治療薬や降圧剤などの慢性疾患の薬剤処方について本人・家族の希望を尊重して本人利益と不利益を天秤にかけて、投与中止も含めて決める必要性を感じています。

後教育において「処方判断」は

教えられることも、どんな状況が薬の止め時なのかについては教育の機会が無く、多くの医者が減量や中止という課題に迷い悩んでいるのが現実です。

シネラリストとしての在宅総合診療医の養成が急務といわれるのも、そうした医療ニーズに合わせるという必要性からです。また、服薬適正化では医薬連携(医師と薬剤師)により、医師の処方判断を専門的に薬剤師がアドバイスするという取り組みが重要となりま

す。

また、その時点で処方されている薬剤の影響を観察しながら、適切に見直しを図ることが求められます。

現状で、在宅で服薬を見直すのは困難でしょうか。

シネラリストとしての志がある医師に出会えるかというところにかかっています。

全国的に広がりつつある地域包括ケア病棟などを有する病院では、ある程度規模のある病院であっても、地域の在宅医療に熱心

な医師が多く、こうした医療機関の医師に相談するのも一つの方法です。

また、患者自身に多剤併用によって薬物有害事象が発生するところがあると理解いたしたくても重要

要です。

医師にとって、患者に多剤服用で薬物有害事象が発生することも重要だと理解いたなければ、服薬適正化に取り組みやすい環境になりません。