

# 医療タイムス

週刊医療界レポート

2017.9/4 No.2317

特集

## 20年目の神戸医療産業都市 理化学研究所とともに



### 特別企画

横浜市共催シンポジウム

自宅で安心して暮らせるために  
横浜発 多職種協働の目指すもの

### タイムスレポート

保険外サービスでしかできない施設を標榜  
脳血管障害に特化したリハビリを実施する  
脳梗塞リハビリセンター用賀

### Top News

概算要求、6年連続30兆円超 厚労省  
臍帯血無届け投与で逮捕、初の立件 愛媛県警など

# 冬の時代の診療所経営

## 多剤投与とかかりつけ医

後期高齢者になっても、患者の専門医指向は強い。多くの家族もそれを後押しする。あちらこちら具合が悪くなり数カ所の医療機関にかかった結果、20種類もの多剤投薬になっている人が家族に付き添われて減薬の相談に来られる。「どれを飲めばいいのか分からない」「先生が自動的に出して困る」「副作用が心配だ」など異口同音にいわれる。あたかも被害者のように「薬漬けにされた」と医者が悪者になる。そもそも、それぞれの医療機関を選んだのは自分たちであるのに…。

外来通院が可能で認知症がない人なら、減薬の希望に寄り添うことができる。しかし独居の認知症であれば、誰がどうやって服薬管理をするのか考え込んでしまう。家族が同伴していれば説明できるが認知症本人だけでは、一生懸命に説明してもその場で忘れてしまう。あるいは在宅対応になりそうな人であれば、部屋中に散乱している薬やインスリンを眺めては途方に暮れることもある。このように国民皆保険制度の柱であるフリーアクセスの陰の部分年々大きくなっていることを肌で感じている。

かつては独居高齢者や認知症は珍しいものであった。しかし今や「独居の認知症」が標準になろうとしている。地域包括ケアの掛け声に介護界のほうは積極的だ。しかし医療あつての介護である。

そして医療の中で大きな割合を占めるのが薬剤であるのが現状だ。薬剤管理抜きに地域包括ケアを論じることに違和感を覚える。薬がないのが一番だろうが、認知症の本質は「不安」であり、どうしても多重受診や多剤投与になりがちだ。

そんな中、日本老年学会が最近、多剤投与のリスクや高齢者にふさわしくない薬剤を発信し続けていることは、医学会という団体が社会的使命を果たしている点で評価できる。一方、厚生労働省も7剤以上への多剤投与へのペナルティを課すと同時に逆に2剤以上の



医療法人社団裕和会理事長  
長尾クリニック(尼崎市)院長 **長尾 和宏**

1958年香川県生まれ。東京医科大学卒業、医学博士、日本慢性期医療協会理事、日本尊厳死協会副理事長、関西国際大学客員教授、東京医科大学客員教授、近著「平穩死・10の条件」「胃ろうという選択、しない選択」「平穩死という親孝行」など。  
クリニックHP <http://www.nagaoclinic.or.jp>  
長尾和宏オフィシャルサイト <http://www.drnagao.com/index.html>

減薬に対してインセンティブを与えている。当然ながら待ったなしの医療費抑制が主目的である。しかしこうした政策誘導だけでは、患者や医師の行動変容は期待できない。私はどうせやるのであれば、国民運動のレベルにまで高めないと多剤投与は解消しないと感じる。要は中途半端な政策なのである。国は医療費抑制よりも高齢者の尊厳を守るという強い姿勢を示すべきだと考える。

さて、このような時代における診療所経営を考えてみたい。多剤投与の解消には医療機関の一元化ないし二元化がファーストステップだ。特にフレイルやロコモが進行した時がそのきっかけになるだろう。厚労省や日本医師会は「かかりつけ医」を推進しているが、特に高齢者にはさまざまな点で利益がある。減薬の第一歩は処方の一元化である。であれば「かかりつけ医」というものを、高齢者に理解してもらうために多剤投与の現状を逆に利用するという発想を持ってはどうか。例えば「減薬を希望する人は近くでかかりつけ医を見つけよう」という政府広報をしたほうが医療費削減にもなるだろう。世の中には「減薬外来」なる看板を掲げている診療所があるという。以前、このコラムに「かかりつけ医科の新設を」と書いたが決して冗談ではない。できるならば「減薬外来」も診療科に加えてはどうだろうか。決して厚労省の提灯持ちではないが、それくらいの発想の転換を期待している。