

H29. 6. 27

長尾和宏 (ながお・かずひろ)
東京医大卒業後、大阪大第二内科入局。平成7年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで「人を診る、総合診療を目指す。医学博士。近著「病気の9割は歩くだけで治る!」「薬のやめどき」「痛くない死に方」はいずれもベストセラー。関西国際大学客員教授。58歳。



Dr.

和の町医者日記



減薬シリーズ⑥

「なにかきつかけがないと、薬が減らせません」。そんな声を患者さんからよく聞きます。

3カ所の医療機関に通院している80代の認知症の方がいました。高血圧と糖尿病では近所のクリニックへ、狭心症では専門病院へ、そして脳梗塞の後遺症と認知症では脳外科へ通院。計17種類にも及ぶ投薬に、家族は「ずっと何とかしたいと思っていたぞうです。」

ある日、自宅で転倒し、家族が救急車を要請したところ、腰椎圧迫骨折の疑いで1カ月ほど入院することになりました。家族は紙袋いっぱい薬を持参し、担当医に「減薬の相談に乗ってほしい」と嘆願しました。幸いにも担当医は外科だけで

なく、さまざまな診療科目のトレーニングを積んだ総合診療医。安静にしていた1週間に、担当医から病状説明の機会がありました。その場で、減薬の相談にも応じてくれたのです。

まず、それぞれ2種類あった血圧と糖尿病の薬を1種類ずつに減らしました。コレステロールと尿酸の薬も「不要」とし、2種類ずつ投与されていた「血液をさらさらにする薬」も睡眠薬も半分にしました。抗認知症薬も中止し、17種類あった薬は6種類に。

新たに痛み止めと骨粗鬆症の薬が加わったため、結局8種類になりましたが、入院を機に処方数は半分以下になりました。なにより抗認知症薬を中止したおかげで、本人は穏やかになり、家族は大喜び。このように、何らかの理由で入院したときは減薬のチャンスです。

退院後、在宅医療に移行するときは減薬のチャンスとなります。退院前にカンファレンスが必要開催され、私も出席しています。退院後の生活を支えるため、ケアマネジャーや訪問看護師らも同席することになっています。

「減薬の相談」を家族があらかじめ担当医に申し出ていたため、十数種類もの薬をその場で半分に減薬できたこともありま。親切な担当医が、入院中に各科の専門医と相談し、全ての薬に優先順位をつけてくれてい

退院前カンファレンス 入院を終えて患者が自宅療養を希望する場合、病院の担当医と自宅療養を担当する医師との間で、患者の病状などを共有する場。退院前に病院内で行われることが多い。医師同士が直接話し合うことで、円滑に在宅医療に移行できる。

たのです。

各専門医は医学会が定めた診療ガイドラインに従って薬を処方します。しかし、ガイドラインはあくまで標準指針にすぎず、個別性や多剤投与の回避が最大限に考慮されるべきです。そもそも減薬に「絶対」はありません。各専門医の意向や、本人と家族の希望を総合し、話し合いで決めるものだと考えます。

密室で一方的に決めることは抵抗がある医師もいます。そうであれば、退院前カンファレンスや退院後に自宅で行われるケア会議など、医師や看護師、本人、家族で自由に話し合える場が減薬のチャンスです。医師はまず減薬で何か不都合なことが起こらないかどうかを心配します。しかし、皆で話し合って決めたということであれば、少しは気が楽になるのです。

介護施設に入所する際も大きなチャンスだと思います。施設に入所される方の主治医を依頼される場合がありますが、10種類以上の薬を持ち込む人は決して珍しくありません。施設に入るということは、薬を処方する医師を一元化することでもあります。病院でのカンファレンス同様、入所時に皆で話しあうことで減薬が容易になります。このような転機があれば、それを減薬のチャンスと捉えましょう。

入退院時や施設入所時がチャンス

減薬のきっかけ