

# 医師の処方権と「ポリファーマシー」

渡島医師会  
ななえ新病院

## 木村 格

6年振りに臨床に戻って強く感じるということがいくつかありますが、その中でも難しいと感じることに「ポリファーマシー（多剤投与）」の問題があります。

国立病院機構宮城病院で定年を迎える少し前でしたが、機構本部理事長から勧めがあり、厚生労働省社会保険審査会の委員を引き受けて、2期6年間、窓から国会議事堂が正面に眺められる霞が関厚生労働省ビルの18階で毎日仕事をしていました。ある時「高齢者医薬品適正使用検討会」の資料をいただきました。長期に治療を受けてきた高齢者は内服薬剤数が極端に増えて「ポリファーマシー」による相反作用や副作用（有害事象）、飲み忘れなど内服コンプライアンス低下が認められており、医師だけではなく薬剤師など多職種連携によってこれを対策しなければならぬという内容だったと記憶します。毎日山のような資料があがってくる仕事場ですから記憶は不鮮明ですが、治療側面のみならず国民医療費高負担など財政面の問題もあってとても大切だと感じていましたが、後日自身に関わってくるとは予測もしませんでした。

審査会委員任期中は臨床から離れていたこともあり、終了後は医師として残された時間をできるだけ患者の傍で、自分が高齢者になった今こそ自分が受けたい高齢者医療をやりたい、これまでの病院管理者や専門医、研究者よりも現場で働きたいと考えていました。縁があり、現在「総合内科医」プラス「脳神経内科医」として働いています。

ポリファーマシーの問題は当初からあり、総合病院から転院される多くの方は、内科、外科、整形外科など複数の診療科を併診して10種類から時には20を超える内服薬を持参されます。眼科や皮膚科を受診していた方はこれに外用薬が加わります。各薬剤残量数もバラバラで、処方通り内服できておらず、時には都合の良いものだけを選んで内服している例も少なからずあります。

とにかく薬の数が多いたことが問題で、1つでも減らせないか検討しますが、各専門医が試行錯誤して積み上げてこられた処方を簡単に中止できず、無理に変更すると病態増悪を招くリスクもあります。パーキンソン病ではドーパミン製薬の急な中止による悪性症候群、重症筋無力症でのクリーゼ（呼吸抑制）が知られていますが、抗血栓薬を外科的処置のために中止して深部静脈血栓症が再発した苦い経験もありました。初診では薬剤数がどんなにも継続

するという原則を学びました。

病状が悪化して内服ができず、消化管出血で経管から薬物注入ができなくなると、止む無く内服を中止しますが、必ずしも状態や検査成績が悪くならないこともあります。向精神薬、精神安定薬や睡眠薬、時には複数の降圧薬などを減量・中止すると意識や意欲・注意力など高次脳機能障害が改善することも経験します。高齢者にとって過剰の降圧は慢性的な脳循環障害、意欲低下による摂食障害による低栄養を招き、望ましくありません。

3年が経過した今でも、他医療機関や他診療科の薬は変更しにくく、短期間では不可能ですが、そのまま継続する危険もあります。患者さんのこれまでの病態の経過、現症を丁寧に見て、時間をかけて話し合いながら適正化する他には道はなさそうです。胃管から薬剤を注入している場合は、患者さんの意思が反映されにくく、一層責任が生じます。診察や検査には限界があり、時間的制約もある中で、いかに「足し算的に新たな投薬」をせずに、処方を最小限で維持し、開始した薬剤も惰性的に継続せず、「引き算の処方」として減量や中止の可能性を検討する努力が必要と感じます。とにかくポリファーマシーはこれまでの処方の結果ですから、改善するのは医師の役割になります。

国立病院機構栃木医療センターでは多剤処方解消を目的に専門外来が作られ、主治医以外の医師・薬剤師など多職種で対策して成果を挙げています。医療は多職種によるチームワークでなされ、医師の役割が少しずつ変化しています。看護師や臨床工学技士など専門職によって医師の仕事が分担、補完されて、医師本来の仕事に専念できるようになっています。薬剤師も処方のアドバイスや支援ができるようになっていますが、薬の処方は医師の最も大切な権利であり仕事ですから、医師自身が責任をもってやらなければなりません。

多職種によるポリファーマシー対策は必要かもしれませんが、しかし処方への安易な介入によって「医師の処方権」の根幹が揺るがされることのないように、一人ひとりの医師自らが積極的に正していくことがより重要なのではないかと感じます。処方をする時はいつでも、結果としてポリファーマシーにならないように、開始する時、増量や追加処方をする時も最小限にすることを、常に意識し、実行していくことが大切であると感じる今日この頃です。