

特 集

高齢者医療の現状と展望 —各領域のトピックス—

高齢患者のポリファーマシーの実態と問題点

—睡眠薬処方と転倒転落に着目して—

獨協医科大学 日光医療センター 薬剤部

岩瀬 利康

1. ポリファーマシーとは

ポリファーマシー (Poly Pharmacy) は、多くを意味する「Poly」と薬を意味する「Pharmacy」を合わせた造語で、多くの薬剤が処方されている状態や服薬をしている状態において、それらの薬剤の併用によって有害事象が起きている状態を指す。

しかしポリファーマシーは「多剤併用」や「多剤処方」などと表現されることもある。

多剤併用や多剤処方は、単に多くの薬剤が処方されていたり、多くの薬剤を服薬している状態を指すが、ポリファーマシーは多剤併用や多剤処方によって有害事象が起きている状態を指し、必要な薬剤が必要以上に処方・投薬されている状態や不必要な薬剤が処方・投薬されている状態も含み、本稿ではポリファーマシーと多剤併用、多剤処方は区別して使用する。

2. 高齢者の人口動向

総務省統計局のデータ (図1) によれば、平成25年9月15日現在推計の65歳以上の高齢者 (以下：高齢者と記載) 人口は3186万人 (平成25年9月15日現在推計) で、総人口に占める割合は25.0%となり、国民の4人に1人が高齢者となった。国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、この割合は今後も上昇を続け、平成47年には33.4%となり、3人に1人が高齢者になると見込まれており、今後も高齢者は増加すると考えられている。

3. 高齢者のポリファーマシーの実態

第311回中央社会保険医療協議会総会資料の年齢別に見た傷病数と投薬数のデータ (図2) によれば、高齢になるに従って平均傷病数と通院率は増加し、高齢になるほど投薬される薬剤数が増加していることが分かる。

高齢者の平均傷病数は2傷病以上で平均通院率は6割

以上、平均投薬数は3.5薬剤以上と高く、多くの高齢者に複数の薬剤が投薬され併用されている実態が分かる。

年齢階級別にみた薬剤種類別件数の構成割合・1件当たり薬剤種類数のデータ (図3) によれば、75歳以上の高齢者の20%以上に7種類以上の薬剤が投薬され、約40%以上に5種類以上の薬剤が投薬されている。75歳以上の高齢者1件当たりの薬剤種類数は4.4種類以上であり、多剤併用となっている実態がみえてくる。

多剤処方と薬物有害事象および転倒の発生リスクについての報告 (図4) によれば、東大病院老年病科の入院患者の解析では、薬物有害事象の頻度は薬剤数が6剤以上で高まり、都内診療所通院患者の追跡調査によれば、転倒の発生頻度は薬剤数が5剤以上で高くなる。

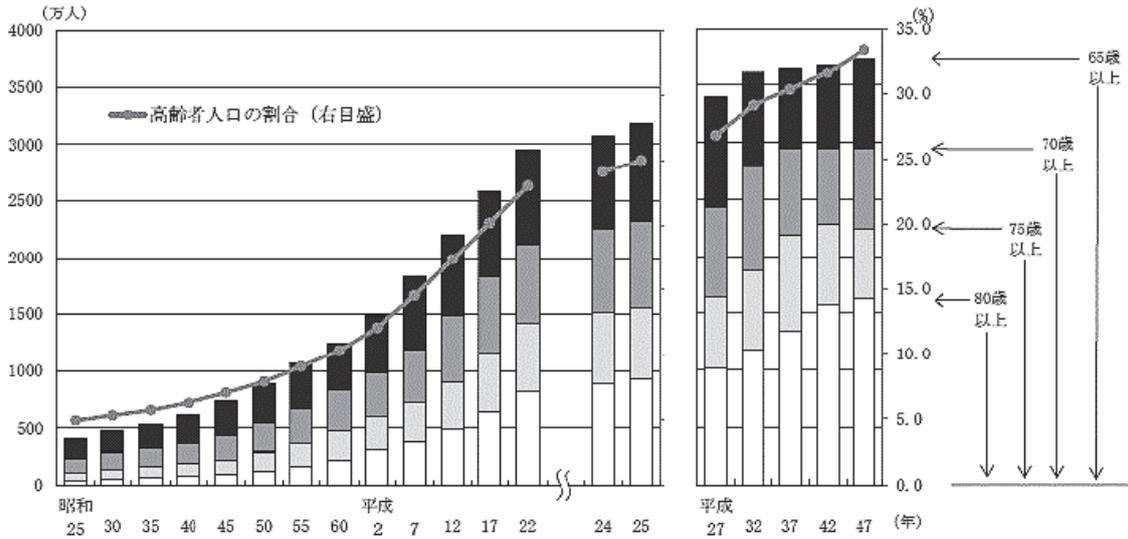
これらのデータより、薬剤数が5~6剤以上になるとポリファーマシーに陥りやすいと考えられる。

4. 高齢者の特徴

高齢者の特徴として、精神面では注意力、記憶力、理解力、意欲などの低下があり、感覚面では筋力低下とともに視力低下、聴力低下、認知機能の低下が挙げられる。

生活面では不規則な睡眠のとり方や不規則な食事の時間と量、ADLやQOLの低下などが挙げられ、社会面では核家族化の進行に伴う独居老人の増加や要介護者の増加、介護期間の長期化、介護する家族の高齢化、収入減などが挙げられる。

医療面では正確な病態や正確な医療情報が得難いことによる診療時間の増大、非定型的な症候が多いことによる誤診とそれに基づく誤投薬、対症療法の投薬による多剤処方、複数の慢性疾患と複数診療科への併診、薬剤の長期服用、薬剤のアドヒアランスの低下、誤った服薬などが高齢者の特徴でもあり問題点でもある。



資料：昭和25年～平成22年は「国勢調査」、平成24年及び25年は「人口推計」
 平成27年以降は「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」出生（中位）死亡（中位）推計（国立社会保障・人口問題研究所）から作成
 注）平成24年及び25年は9月15日現在、その他の年は10月1日現在

図1 高齢者人口及び割合の推移

統計トピックス No.72 統計からみた我が国の高齢者（65歳以上）—「敬老の日」にちなんで
 平成25年9月15日総務省一より引用
<http://www.stat.go.jp/data/topics/topi721.htm>

年齢別の傷病数と投薬数

- 年齢の上昇にしたがい、平均傷病数及び通院率が増加する。
- 年齢の上昇にしたがい、処方される薬剤数が増加する。

年齢別平均傷病数と通院者率

○ 高齢になるほど、平均傷病数および通院者率は増加する。

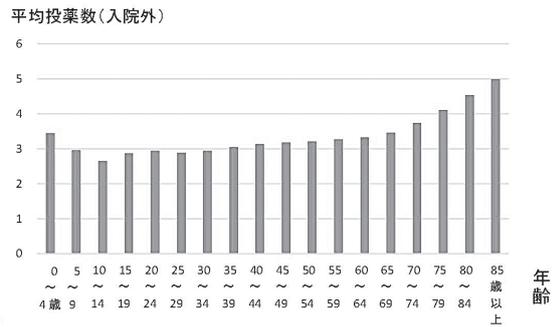


※通院者率
 = 通院者数 ÷ 世帯人員数 × 1,000
 ※ 通院者とは、世帯員（入院者を除く。）のうち、病気やけがで病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている者をいう。（往診、訪問診療を含む。）
 ※ 通院者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。

出典：平成25年 国民生活基礎調査を基に医療課で作成

年齢別平均投薬数

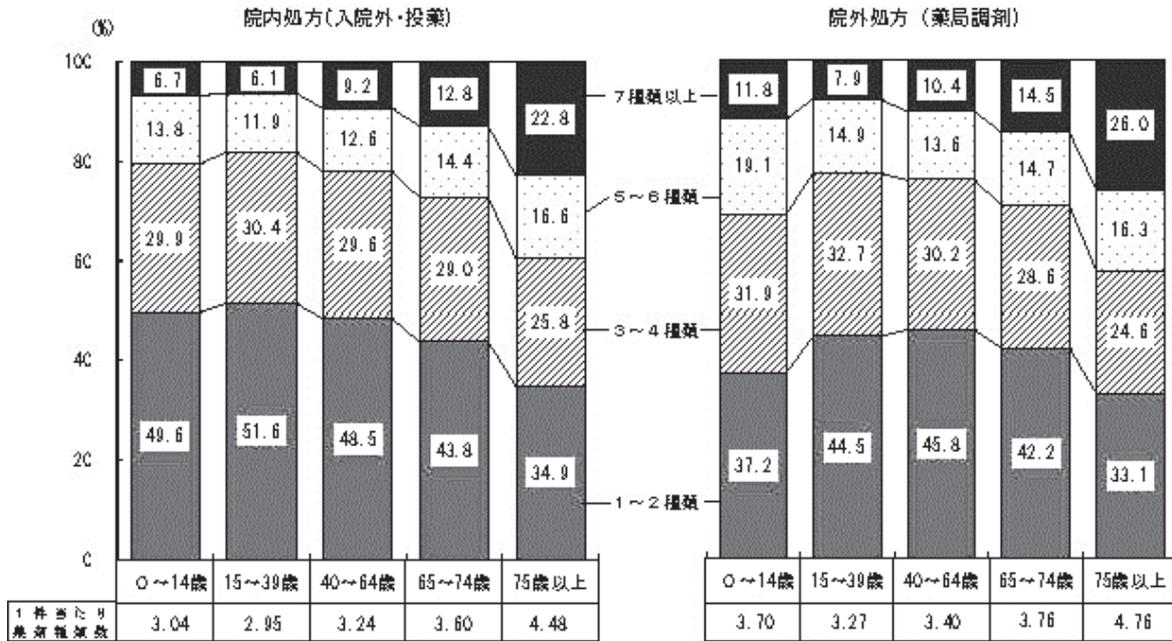
○ 高齢になるほど、投薬される薬剤数が増加する。



出典：社会保険医療診療行為別調査（平成26年6月審査分）第50表 20

図2

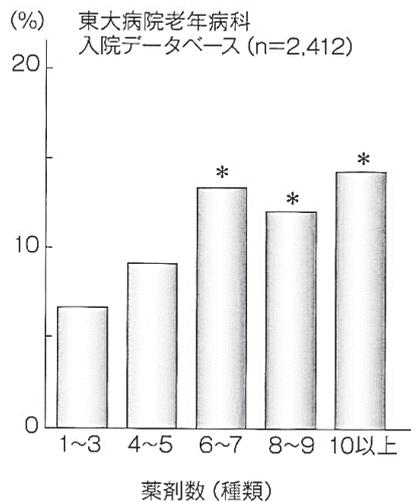
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000103301.pdf>
 中央社会保険医療協議会総会（第311回）資料より



注：1) 院内処方、診療報酬明細書(区外入院外)のうち診療行為「投薬」に薬剤の出現する明細書(「処方せん料」を算定している明細書及び「投薬」「注射」を包括した診療行為が出現する明細書を除く。)を累計の対象としている。また、診療行為「投薬」における薬剤の種類数で区分している。
 2) 院外処方、調剤報酬明細書のうち薬剤の出現する明細書を累計の対象としている。

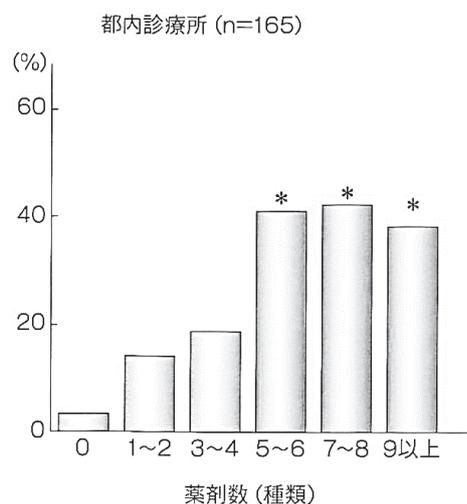
図3 年齢階級別にみた薬剤種類数別件数の構成割合・1件当たり薬剤種類数(平成26年6月審査分) 厚生労働省ホームページ平成26年社会医療診療行為別調査の概況 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/sinryo/tyosa14/dl/yakuzai.pdf>

1) 薬物有害事象の頻度



(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 761-2. より引用)

2) 転倒の発生頻度



(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 425-30. より引用)

図4 多剤処方と薬物有害事象および転倒の発生リスク 本老年医学会・高齢者薬物療法のガイドライン2015より

表1 添付文書にCYPの記載のある薬剤数

分類	CYP タイプ							CYP 総計
	CYP 1A2	CYP 2C9	CYP 2C19	CYP 2D6	CYP 2E1	CYP 3A4		
中枢神経系用薬	149	107	23	490	52	705	1526	
循環器官用薬	37	24		34		602	697	
消化器官用薬	49	41	34	39		149	312	
その他の代謝性医薬品	5	132	10	4		87	238	
血液・体液用薬	15	15	131			77	238	
腫瘍用薬	3	25		10		188	226	
化学療法剤	22	1	3	30		95	151	
アレルギー用薬				44		91	135	
抗生物質製剤		20	20			72	112	
呼吸器官用薬				52		48	100	
泌尿生殖器官及び肛門用薬	6	13	13	4		49	85	
感覚器官用薬				18		40	58	
ホルモン剤（抗ホルモン剤を含む）	4	3	4			44	55	
末梢神経系用薬	27					9	36	
総計	317	381	238	725	52	2256	3969	

5. 高齢者の薬物動態の変化

加齢に伴い高齢者の薬物動態も変化する。消化管機能は加齢により低下するが、一部の栄養素などを除けば概ね薬物吸収への影響は少ない。しかし、細胞内水分は減少して体内の脂肪量は増加するため、水溶性薬物の血中濃度は上昇しやすくなり、脂溶性薬物は脂肪組織に蓄積しやすくなる。また血液中の血清アルブミンは低下する傾向にあり、それに伴い薬物のタンパク結合率が減少し、薬物の総血中濃度に比して遊離型薬物の血中濃度が上昇することで、薬理作用が増強される傾向にある。

一般に薬物の代謝は主に肝臓で行われ、加齢に伴う肝血流や肝細胞機能の低下により肝初回通過効果や薬物代謝も低下し、特に肝代謝率の高い薬物では血中濃度が上昇しやすく、薬理作用の増強に注意が必要である。

多くの薬物の排泄は主に腎臓で行われるが、薬物によっては肝臓から胆汁排泄されるものもある。腎血流量は加齢により直線的に低下するため、加齢とともに腎排泄型の薬物は血中濃度が上昇しやすく、胆汁排泄型の薬物は閉塞性黄疸や肝障害時では血中濃度が上昇しやすくなる。

また薬物の血中濃度は同じでも加齢に伴い、組織レベルでの薬力学的な薬物反応性が変化する薬物もある。β遮断薬やβ刺激薬に対する感受性の低下や、ベンゾジアゼピンなどの中枢神経抑制薬や抗コリン系薬物に対する感受性の充進などがある。

このように高齢者では、一般的な常用量では薬理作用が強く現れやすくなり、結果として過量投与に陥り副作

表2 添付文書に高齢者の記載のある薬剤数

平成28年10月現在の保険収載医薬品 17999品目 大分類	高齢者
循環器官用薬	2,670
中枢神経系用薬	2,045
消化器官用薬	1,089
その他の代謝性医薬品	1,072
抗生物質製剤	794
血液・体液用薬	726
アレルギー用薬	631
腫瘍用薬	549
化学療法剤	450
呼吸器官用薬	438
外皮用薬	382
ホルモン剤（抗ホルモン剤を含む）	348
滋養強壮薬	307
泌尿生殖器官及び肛門用薬	285
感覚器官用薬	263
末梢神経系用薬	252
人工透析用薬	199
ビタミン剤	171
生物学的製剤	137
放射性医薬品	73
その他の個々の器官系用医薬品	13
歯科口腔用薬	10
その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品	2
細胞賦活用薬	2
その他の組織細胞機能用医薬品	1
総計	12,909

表3 獨協医科大学病院の調査対象睡眠薬

睡眠剤分類	睡眠剤分類	作用時間型	一般名	代表的販売名
睡眠薬	ベンゾジアゼピン系	超短時間	トリアゾラム	ハルシオン
		短時間	エチゾラム	デパス
			トフィソパム	グランダキシシ
			プロチゾラム	レンドルミン
			リルマザホン	リスミー
			ロラゼパム	ワンパックス
			ロルメタゼパム	エバミール
		中間	アルプラゾラム	コンスタン：ソラナックス
			エスタゾラム	ユーロジン
			ニトラゼパム	ネルボン：ベンザリン
			フルニトラゼパム	サイレース：ロヒブノール
		長時間	プロマゼパム	レキソタン
			クアゼパム	ドラル
			フルトプラゼパム	レスタス
	フルラゼパム		ダルメート	
	ロフラゼパムエチル		メイラックス	
	ゾピクロン		アモバン	
	非ベンゾジアゼピン系	超短時間	ゾルピデム	マイスリー
		エスゾピクロン	ルネスタ	
	抗ヒスタミン系	短時間	ヒドロキシジシパモ酸塩	アトラックス-P
メラトニン受容体作動薬	短時間	ラメルテオン	ロゼレム	
バルビツール系	超短時間	ベントバルビタールカルシウム	ラボナ	
	長時間	フェノバルビタール	フェノバル	
その他の睡眠薬	中間	トリクロホスナトリウム	トリクロリール	
抗不安薬	ベンゾジアゼピン系	長時間	オキサゾラム	セレナール
			クロキサゾラム	セパゾン
			クロルジアゼポキシド	バランス：コントロール
			ジアゼパム	セルシン：ホリゾン
			メダゼパム	レスミット
	その他の抗不安薬	短時間	タンドスピロン	セディール

用が出現しやすくなり、注意が必要である。

6. 添付文書に薬物代謝酵素 CYP と高齢者の注意記載のある薬剤

多剤併用や多剤処方では薬物相互作用が起りやすく、特に薬物代謝酵素チトクローム P450 (CYP) を介した薬物相互作用が問題となることが多い。

同一の CYP の活性を阻害あるいは誘導する薬物との併用により、代謝の抑制や亢進を受け、薬理作用の増強や減弱が起こることがある。また CYP で代謝される薬剤は多く、多剤併用や多剤処方では相互作用による過剰な薬効と副作用が発現しやすくなるだけでなく、逆に作用の減弱が現れることもあるため注意が必要である。

2016年10月現在の薬価基準収載薬剤全 17,999 品目の添付文書情報（じほう社 J-SET 医薬品情報）を用い

て、「CYP」の記載のある薬剤について調査した結果を（表1）に示した。

CYP のサブタイプ別の記載のある薬剤は、CYP3A4 が 2,256 品目と最も多く、CYP2D6 が 725 品目、CYP2C9 が 381 品目、CYP1A2 が 317 品目、CYP2C19 が 238 品目、CYP2E1 が 52 品目と続いた。

また薬効分類からみた CYP の記載のある薬剤は、中枢神経系用薬、環器官用薬、消化器官用薬、その他の代謝性医薬品などに多く、これらの薬剤は高齢者にも多く処方される薬剤であり、その相互作用には特に注意が必要である。

また添付文書に「高齢者」の注意記載のある薬剤（表2）は 12,868 品目で全体の 72% を占め、循環器官用薬が 2,670 品目、中枢神経系用薬が 2,045 品目、消化器官用薬が 1,089 品目、その他の代謝性医薬品が 1,072 品目

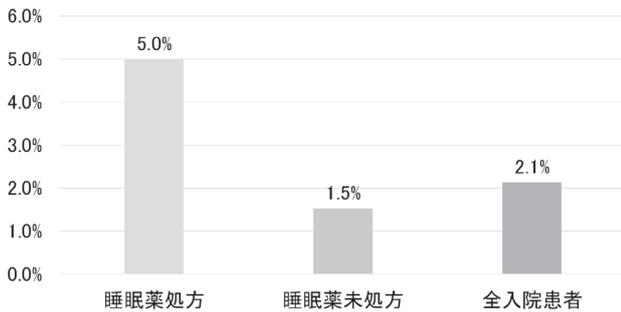


図5 獨協医科大学病院の睡眠薬処方の有無と転倒転落率

と続き、多剤併用は高齢者の有害事象を更に引き起こす可能性があり、ポリファーマシーとなることを示唆している。

薬効分類別の中枢神経系用薬、環器官用薬、消化器官用薬、その他の代謝性医薬品は、CYPによる相互作用が起こる確率の高い薬剤群であり、また高齢者への注意記載のある薬剤群でもあり、この4薬剤群の高齢者への処方や投薬時には、特にポリファーマシーを回避するための薬剤の確認と検討、高齢者への総合的な配慮が求められる。

7. 睡眠薬処方と転倒転落のポリファーマシー

(1) 獨協医科大学病院の睡眠薬処方と転倒転落に関するポリファーマシー¹⁾

平成26年度の獨協医科大学病院の睡眠薬処方の調査対象の睡眠薬を(表3)に示した。

睡眠薬は全入院患者24,445人の17.5%に処方されており、転倒転落を起こした患者522人の82.2%を60歳以上の高齢者が占め、全入院患者の患者数からみた転倒転落率は2.1%であった。

転倒転落を起こした患者の中で、睡眠薬が処方されていない睡眠薬未処方患者の転倒転落率は1.5%、睡眠薬が処方された睡眠薬処方患者の転倒転落率は5.0%であり、睡眠薬処方患者の転倒転落率は未処方患者と比べて3.3倍以上高かった(図5)。

また睡眠薬処方の転倒転落患者の中で、睡眠薬の単剤処方患者の転倒転落率は4.2%、2剤以上の睡眠薬が処方された睡眠薬併用処方患者の転倒転落率は10.6%であった。睡眠薬の併用処方患者の転倒転落率は単剤処方患者よりも2.5倍以上高く(図6)、併用剤数が増えるに従って転倒転落率も増大する傾向がみられた(図7)。これより睡眠薬の投薬と併用処方は、転倒転落率を高める危険因子の一つと考えられた。

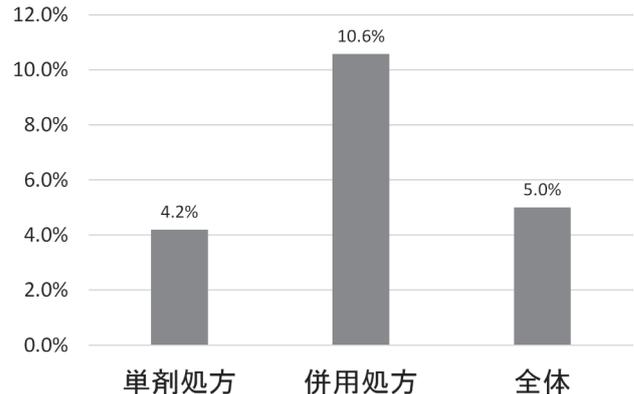


図6 獨協医科大学病院の睡眠薬処方の有無と転倒転落率

1年間の処方件数が100件以上の睡眠薬単剤処方における転倒転落率では、超短時間型のエスゾピクロンの転倒転落率が0.44%と最も低かった(図8)。

(2) 獨協医科大学日光医療センターの睡眠薬処方と転倒転落に関するポリファーマシー

平成27年度の獨協医科大学日光医療センターの睡眠薬処方の調査対象の睡眠薬を(表4)に示した。

睡眠薬は全入院患者3,869人の21.7%に処方されており、全入院患者の患者数からみた転倒転落率は3.6%、転倒転落件数からみた転倒転落率は4.9%であった。

転倒転落件数からみた睡眠薬処方患者の転倒転落率は12.3%、睡眠薬未処方の患者の転倒転落率は2.9%で、睡眠薬処方患者の転倒転落率は睡眠薬未処方患者と比べて4.2倍以上高かった(図9)。また睡眠薬処方患者における単剤処方患者の転倒転落率は9.6%、併用処方患者の転倒転落率は21.7%で、併用処方の転倒転落率は単剤処方よりも2.2倍以上、睡眠薬未処方患者の7.4倍以上高く(図10)、睡眠薬の併用剤数が2剤の転倒転落率は20.9%、3剤併用では26.7%、4剤併用は12.5%、5剤併用は14.3%であり(図11)、前述の獨協医科大学病院のデータと同様に、睡眠薬の併用処方は転倒転落のリスクを高める危険因子の一つと考えられた。

次に全医師73名の睡眠薬処方の作用時間別にみた併用処方の組合わせと、併用処方を行ったことのある医師数を調べた結果を図12に示した。1年間を通じて単剤しか処方しなかった医師は全体の25%(18人)、2剤併用の処方をしたことのある医師は22%(16人)、3剤併用の処方をしたことのある医師は30%(22人)、4剤併用の処方をしたことのある医師は23%(17人)であった。

睡眠薬処方において、入院当初から4剤を処方するようなケースはなく、追加投与を行っていくことで多剤併

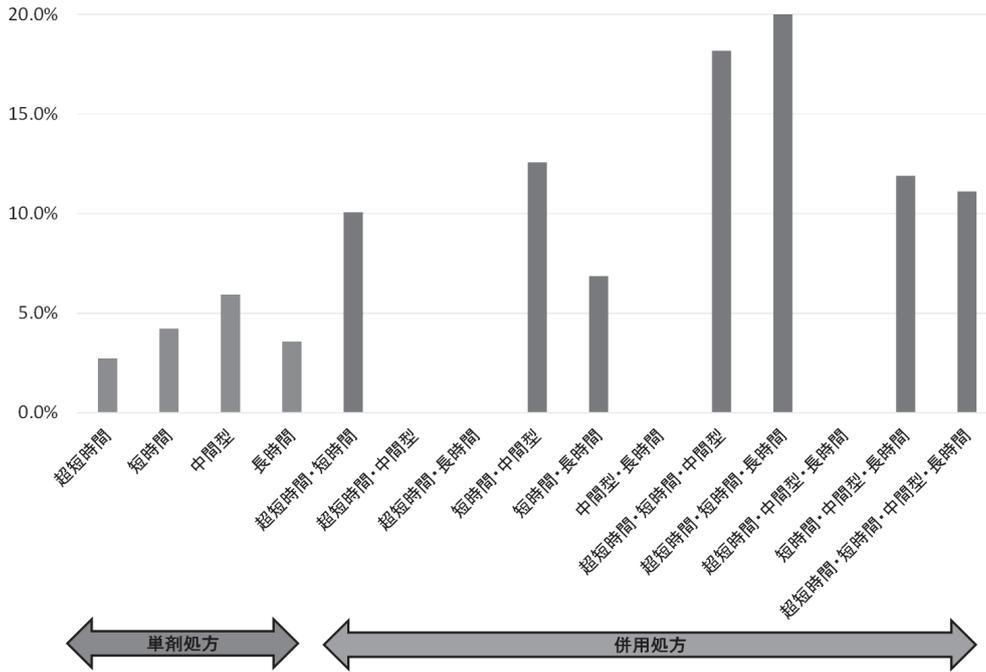


図7 獨協医科大学病院の睡眠薬の作用時間別併用処方と転倒転落率

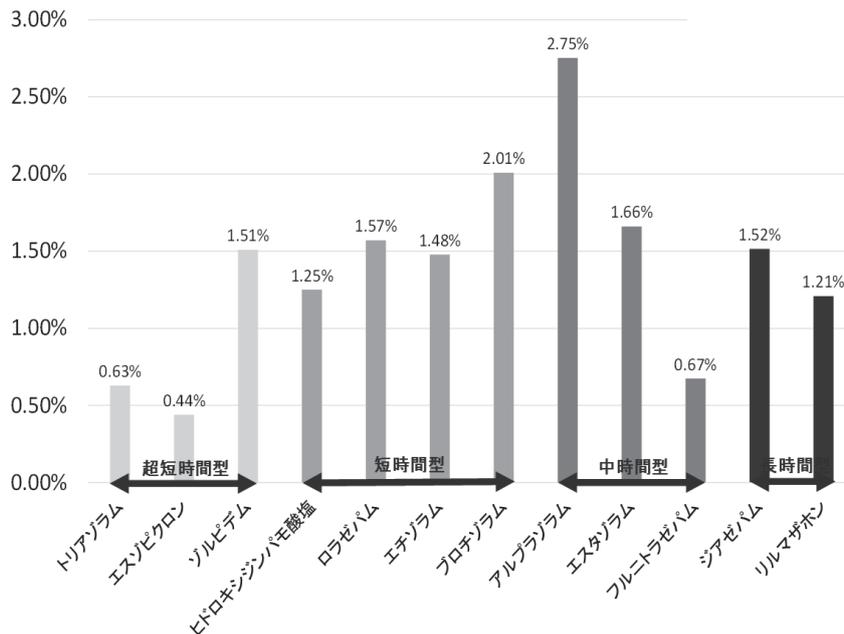


図8 獨協医科大学病院の処方件数100以上の単剤処方の作用時間と有効成分からみた転倒転落率

用となり、持参薬の中に含まれている睡眠薬とによって結果的に多剤処方や併用処方となるケースが多く見られた。

また睡眠薬投与の転倒転落率と転倒転落発生までの入院後の経過日数(図13)を調べると、入院日から2日目の間に極めて多くの転倒転落が発生しており、その時

の睡眠薬は病棟に配置されている睡眠薬が多く投薬されていることが分かった。

1年間に処方件数が200件以上の単剤処方における転倒転落をみると、エチゾラム、ゾピクロン、エスゾピクロン、エスタゾラム、ラメルテオン、フェノバルビタールについては転倒転落の報告が無く、各薬剤の特性から

表4 獨協医科大学日光医療センターの調査対象睡眠薬

睡眠剤分類	睡眠剤分類	作用時間	成分名	ジアゼパム換算
睡眠薬	ベンゾジアゼピン系睡眠薬	超短時間型	トリアゾラム	0.25
		短時間型	エチゾラム	1.5
			プロチゾラム	0.25
			リルマザホン	2
			ロラゼパム	1.2
			トフィソパム	125
		中間型	アルプラゾラム	0.8
			エスタゾラム	2
			ニトラゼパム	5
			フルニトラゼパム	1
		長時間型	クアゼパム	15
			ロフラゼパムエチル	1.67
		非ベンゾジアゼピン系睡眠薬	超短時間型	ゾピクロン
	短時間型		エスゾピクロン	2.5
			ゾルピデム	10
	抗ヒスタミン系睡眠薬	短時間型	ヒドロキシジンパモ酸塩	4---20
	メラトニン受容体作動薬	超短時間型	ラメルテオン	無し
	オレキシン受容体拮抗薬	短時間型	スボレキサント	無し
	バルビツール系睡眠剤	長時間型	フェノバルビタール	15
	その他睡眠薬	短時間型	トリクロホスナトリウム	無し
プロモバレリル尿素			500	
抗不安薬	ベンゾジアゼピン系抗不安薬	長時間型	クロルジアゼポキシド	10
			ジアゼパム	5
	その他抗不安薬	短時間型	タンドスピロン	25

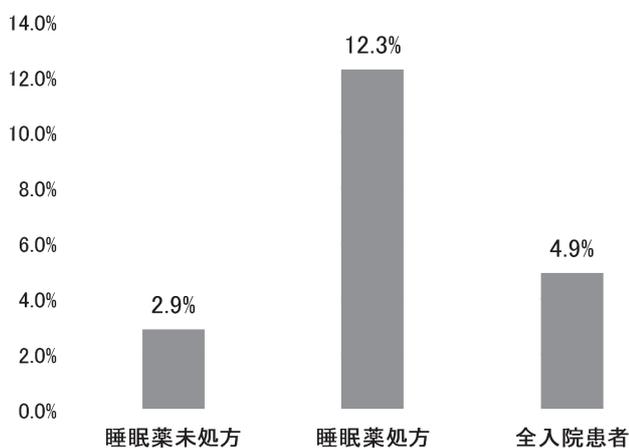


図9 日光医療センターの睡眠薬処方と転倒転落率

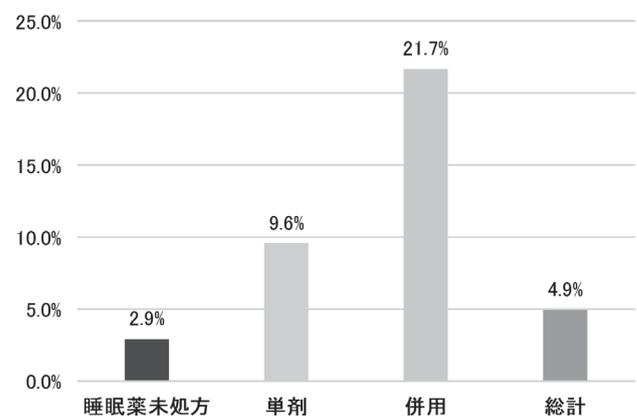


図10 日光医療センターの転倒転落件数からみた転倒転落率

エスゾピクロンが最も病棟配置薬として適していると考え院内の病棟配置薬と指示簿・指示の睡眠薬をエスゾピクロンに統一した(表5)。

(3) 両病院の睡眠薬処方と転倒転落の調査結果から転倒転落率は加齢ともに高くなり、睡眠薬が処方され

た患者の転倒転落率は睡眠薬未処方患者の転倒転落率と比べて高く、睡眠薬処方は転倒転落の危険因子の1つと考えられた。

また2剤以上の睡眠薬の併用処方患者の転倒転落率は単剤処方患者の転倒転落率と比べて高く、睡眠薬の併用処方は転倒転落のリスクを高めると言える。

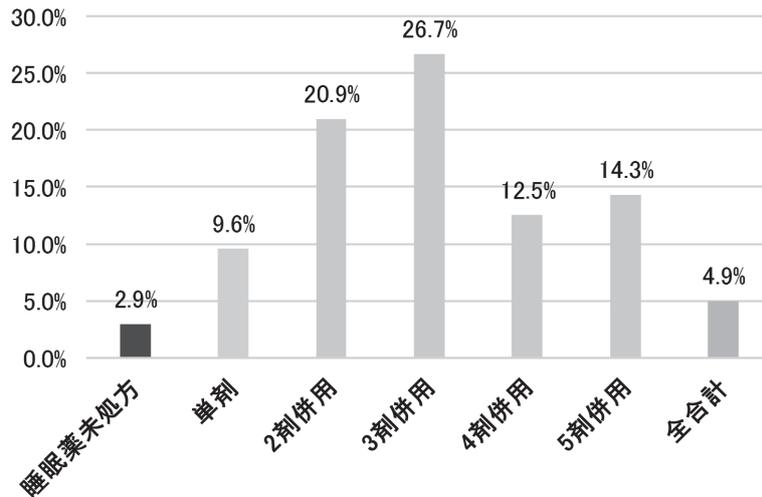


図 11 日光医療センターの単剤処方と併用処方剤数の転倒転落率

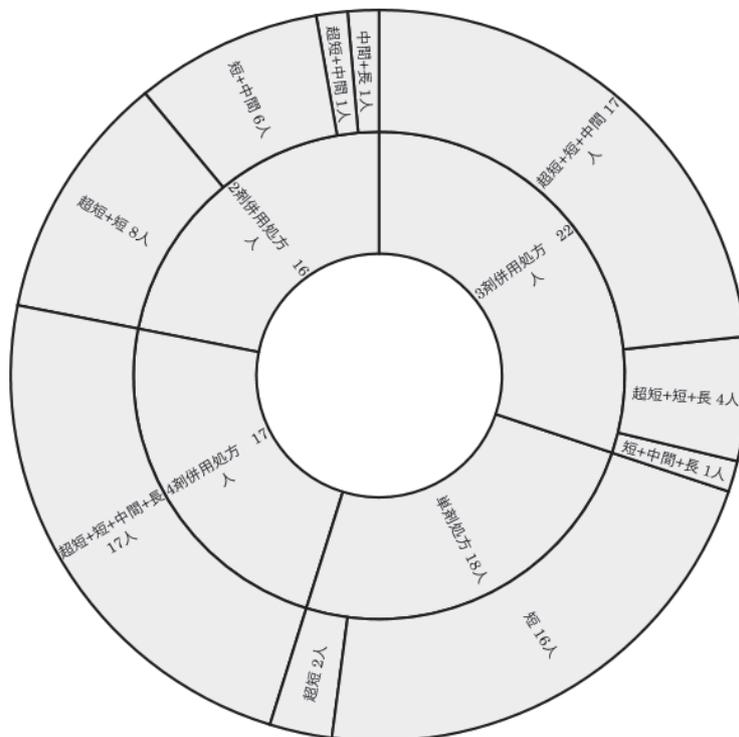


図 12 日光医療センターにおける 1 処方における作用時間別睡眠薬併用剤数と処方医師人数

入院患者において投薬が行われていない患者は稀で、入院による不眠の訴えに対して投薬した睡眠薬と入院の契機となった疾患の治療薬や持参薬との相互作用が起きる可能性は十分に考えられる。また持参薬の中に睡眠薬が含まれていることが把握されずに併用処方や過量投与となったケースもみられ、このようなケースは医療者側によって防止すべき問題であり、今後の課題として残った。

8. ポリファーマシーの問題点と対策

高齢者は、複数の慢性疾患、複数診療科への併診、対症療法による多剤処方、薬剤の長期投与などを特徴としている。

この要因として、複数の医療機関の医師から複数の処方が行われ、それを調剤する薬剤師によって個々の処方に対する投与量や相互作用などの確認は行われている

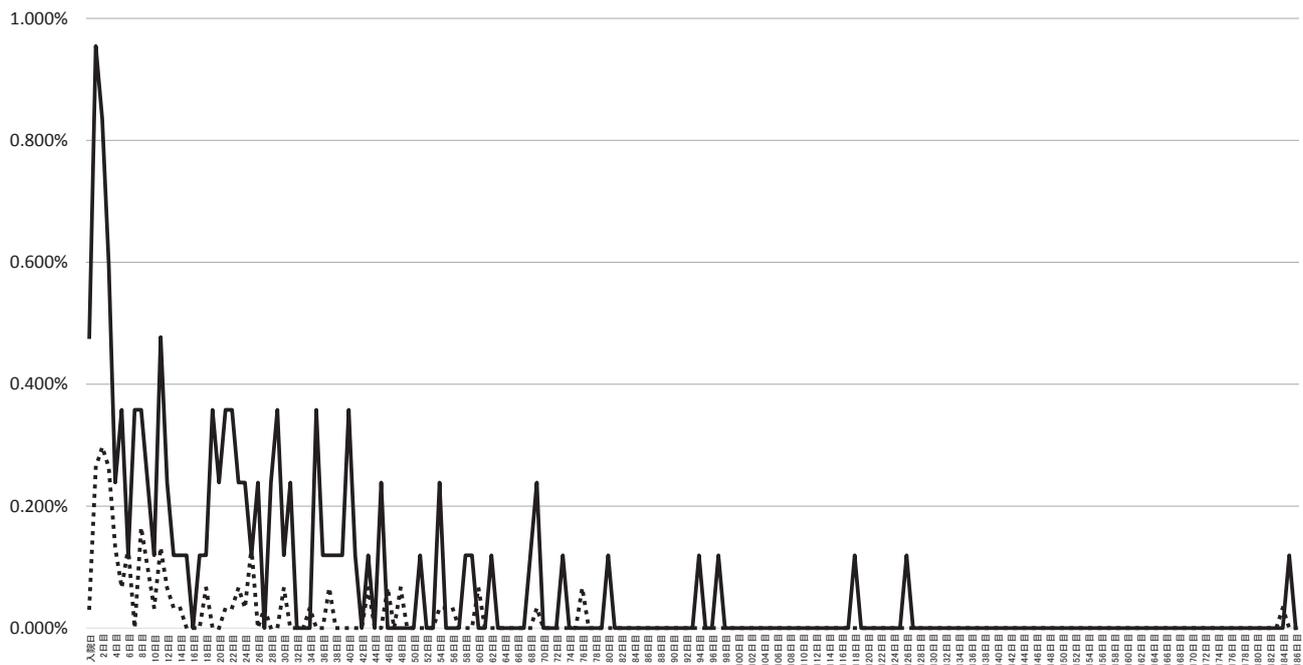


図 13 日光医療センターにおける転倒転落発生までの入院後の経過日数と睡眠薬投与の有無の転倒転落率
— 睡眠薬有り (実践) 睡眠薬無し (破線)

表 5 200 件以上の単剤処方において転倒転落の報告の無かった睡眠薬 (日光医療センター)

成分名	睡眠剤分類	作用時間と特徴	病棟配置薬としての適正
フェノバルビタール	バルビツール系睡眠剤	長時間型	×
エスタゾラム	ベンゾジアゼピン系睡眠薬	中間型	×
エチゾラム	ベンゾジアゼピン系睡眠薬	短時間型・筋弛緩作用が大・向精神薬指定	×
ラメルテオン	メラトニン受容体作動薬	超短時間型・作用発現に要 7 日間	×
ゾピクロン	非ベンゾジアゼピン系睡眠薬	超短時間型・向精神薬指定	△
エスゾピクロン	非ベンゾジアゼピン系睡眠薬	超短時間型	○

が、高齢者の服薬状況の把握の難しさから、高齢者が服薬しているすべての薬における相互作用や投与量の確認は十分とは言えない。

また薬剤の相互作用のデータは 2 剤によるものであり、3 剤以上の併用データはほとんど無く、3 剤以上の併用については推論を立てるしかない。

睡眠薬を例にして 3 剤併用時の作用動態のイメージモデルを図 14 に示した。

3 剤の個々の薬剤の血中濃度曲線のデータはあるが、3 剤を併用した時に太線の合成グラフのようになることを即座に推察することは難しい。

高齢者に複数の医薬品が処方されている現状は、極めて危険性が高い状態であることを医療者が強く再認識をすべき時にきていると思われる。

患者は複数の医師から処方された薬の良い点のみを信じて服薬することで多剤併用となり、それによる同効薬の重複投与や過量投与、加齢に伴う薬物動態の変化や薬物相互作用による薬理作用の増強などによる有害事象が発生してポリファーマシーに陥る。

また高齢者の症候は非定型的なことが多いために正確な診断がつけ難く、時には処方カスケードと呼ばれる薬の副作用を新たな疾患と誤り、さらにその誤診に対する薬を処方してしまうことが繰り返されることにより、最終的に重篤なポリファーマシーに陥ることがある。

たとえば血圧の高い高齢者に ACE 阻害剤を処方し、その副作用の空咳に対してコデインリン酸塩が処方され、その鎮咳薬の副作用として便秘が起これ、その便秘に対して下剤が処方されるケースや、または ACE 阻害

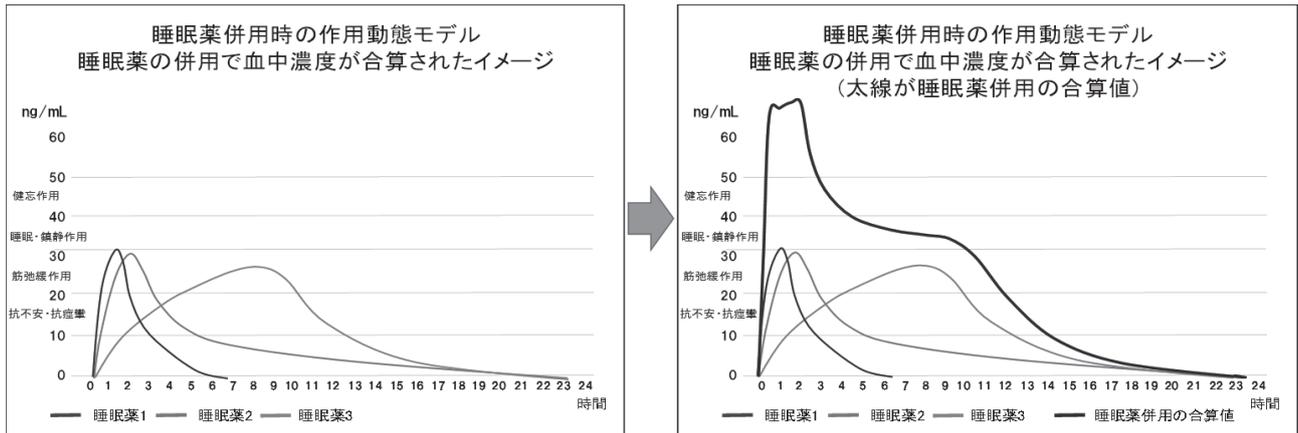


図14 睡眠薬の3剤併用時の作用動態のイメージモデル

剤の副作用の空咳に対して抗菌薬が投与され、その抗菌薬の副作用で下痢を起し、その下痢に対して止瀉剤が処方されるというケースなどが考えられる。

このようなケースではACE阻害剤の投与を変更することで、コデインリン酸塩や下剤、抗菌薬、止瀉剤など、本来は不必要な薬剤の投与は防げたことになる。

患者にとって、薬は単に複数の医療者から与えられるだけのものであり、患者がその妥当性を確認することなどはできない。

特に高齢者においては、通常の成人量の投薬であっても過量投与になってポリファーマシーに陥りやすくなる。

ポリファーマシーの防止には、多施設や多職種の医療者間の連携と情報の共有、処方情報や調剤情報、副作用の発現状況の把握などの医療情報と患者情報の一元管理、持参薬やサプリメントまでも含めた薬物相互作用の確認、初期の処方意図が分からないままでの漫然と繰り返される継続処方の見直し、高齢者にとってのハイリスク薬と不必要な薬剤の有無についての継続した確認、患者の服薬アドヒアランスの把握などが重要である。

平成28年度診療報酬改定では、6種類以上の薬剤が投薬されていると有害事象の発生が高まることから、6種類以上が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合などが評価され、入院中の患者における薬剤総合評価調整加算250点（退院時に1回）、外来患者における薬剤総合評価調整管理料250点（月1回に限り）や連携管理加算50点が新設

され、ポリファーマシーに取り組むための誘導政策が取られた。

また厚生労働省の高齢者医薬品適正使用検討会では、多剤服用（ポリファーマシー）対策に適正使用ガイドラインを作る方針を打ち出しており、今後に期待される。

9. おわりに

ポリファーマシーは医療者には何も被害が無く、ただ受け身の患者だけが被害に遭う薬害と類似している。薬害は薬ではなく、薬を使用する者によって引き起こされてきた歴史があり、薬は使い方一つで毒にも薬にもなることを忘れてはならない。

医師は疾病を診断する時、いろいろな病気を疑って推論していき、薬の副作用を疑うのは一番最後になる傾向がある。薬剤師は患者の症状を聞いた時、一番最初に薬の副作用を疑う傾向があり、看護師や介護関係者などの専門職もそれぞれの専門的視座から医療推論を行う。

このような多職種医療者間の密なるコミュニケーションと、情報の共有と連携によって、患者の全体を把握することがポリファーマシー解消のための第一歩と考える。

参考文献

- 1) 公益財団法人日本医療機能評価機構認定病院患者安全推進協議会：転倒・転落のリスクマネジメント—4つの視点と実践。患者安全推進ジャーナル別冊7：29-33, 2016。