

Regular Article

ポリファーマシーの要因と対策に関する倫理的考察

浅井篤* (東北大学大学院医学系研究科)

田中雅之 (東北大学大学院医科学専攻)

大北全俊 (東北大学大学院医学系研究科)

尾藤誠司 (国立病院機構東京医療センター)

大西基喜 (青森県立保健大学大学院健康科学研究科)

門岡康弘 (熊本大学大学院生命科学研究部)

Abstract:

ポリファーマシーとは患者に多数の薬が処方されている状態である。5～9種類の薬物が併用されている状況を指すことが一般的である。様々な定義があるが、使用薬物数の多さ、不適切さ、有害性が問題視されている。転倒、機能低下、骨折、腎機能障害、入院、死亡および薬物有害事象等の増加があり、ポリファーマシーの悪影響は多岐に渡る。薬物のアンダーユース、患者の支払い負担や国民医療費全体の増大も引き起こす。ポリファーマシーは医学・医療の発展と超高齢社会の必然的結果でもあると思われる。本論ではポリファーマシー問題を増悪させ得る要因を指摘し、将来の薬物処方および使用状況を改善し得る幾つかの手がかりに言及する。

キーワード：ポリファーマシー、医療倫理、超高齢社会、医学教育、減薬

Polypharmacy refers to the use of multiple medications by a patient. In general, it refers to the simultaneous use of 5-9 types of medication. Although many definitions exist, the large number of medications used, inappropriate prescriptions, and toxicity have been raised as issues. The negative effects of polypharmacy are diverse, and include increased incidence of falls, functional decline, fracture, renal dysfunction, hospitalization, death, and adverse drug events. Polypharmacy also leads to drug underuse, economic burden on patients, and increase in overall national medical expenses. Polypharmacy can be considered an inevitable result of advances in medicine and a super-aging society. In this study, we point out various trends relating to health and medical care which may exacerbate the polypharmacy problem, and discuss measures which could potentially improve the future state of prescription and medication use.

Keywords: polypharmacy, medical ethics, super-aging society, medical education, deprescription

* Corresponding Author (E-mail: aasai@med.tohoku.ac.jp)

1. はじめに

ポリファーマシー (polypharmacy、多剤併用、多剤処方、多剤服用) とは患者に多数の薬が処方されている状態で、一般的に 5 から 9 種類の薬物が併用されている状況を指す⁽¹⁾。複数の薬物の同時使用は医学的に適切な場合もあれば不適切なこともある⁽²⁾。厚生労働省はポリファーマシーを「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」としている⁽³⁾。他にも様々な定義があるが、基本的に使用薬物の数の多さ、不適切さ、有害性が問題視されている。本論ではポリファーマシー問題を多面的に検討し、この問題を解決するために、我々が試みるべきことを考察する。

ポリファーマシー状態にある全患者に問題が生じるわけではないが、転倒、機能低下、脆弱性悪化、骨折、腎機能障害、入院、死亡および薬物有害事象の発生頻度が増加すると報告されている。患者の内服アドヒアランス低下による薬物のアンダーユースおよび残薬増加、患者の支払い負担や国民医療費全体の増大も引き起こす。世界中で様々な調査が行われ対策も取られ成果もあげているが、抜本的な解決には至っていない^(1, 4-9)。ポリファーマシーは、多剤服用が患者の症状に大きく関わっている場合は、もはや疾病とみなして治療されるべきとの主張もある⁽¹⁰⁾。

ポリファーマシーは医学・医療の発展と人口の高齢化の必然的結果ともいえる。医学医療が人間の心身の健康維持、疾患治療、苦痛緩和、そして生命維持と長寿実現のために生み出され発展してきたのであれば、その主要手段である薬物の使用数と種類と使用頻度と使用対象者数が増加し続けるのは極めて当然だろう。以前は 4、5 種類以上の

薬物を患者が使用していれば処方数が多いと認識されたが、同状態は今や極めて一般的な状態となっている。患者が診療指針に従って治療されれば、患者の薬物療法は容易に多数で複雑なものになる⁽²⁾。

ポリファーマシー問題は、複数の疾患に罹患している患者数の増加、多数の診療ガイドラインの存在、そして加齢に伴う心身の異常を効果的に治療できる薬物の増加によって、今後ますます対応が難しい課題になると予想されている⁽¹¹⁾。日本における多疾患併存状態 (multimorbidity) の有病割合に関する疫学調査では、65 歳以上の高齢者においては 62.8% と報告されている⁽¹¹⁾。加えて、多疾患併存状態の患者は、ポリファーマシー・服薬回数増加・受診や検査頻度の増加・ライフスタイルの変化といった治療に関連する患者側の負担 (治療負担) が増大しやすい傾向にあると報告されている⁽¹²⁾。以下、ポリファーマシー問題を増悪させ得る要因を指摘し、続いて将来の薬物処方および使用状況を改善し得る幾つかの手がかりを指摘する。

論を進める前に本論文の内容の倫理的側面について説明したい。我々はポリファーマシー問題及びその対応策を検討することは、倫理的な営みに含まれ得ると考える。海外では 2010 年以降、生命医療倫理系雑誌に同問題をテーマにした複数の論考が発表され、一般医療関連雑誌にもポリファーマシー、薬物療法または減薬の倫理というテーマで本問題に対する倫理的アプローチが展開されている^(10, 13-17)。

多剤が併用されている状態が診療上許容できるものか否かの判断は、単に医学的薬学的観点からの評価だけで下すことができず、患者の選好に基づいた治療のゴール、情報開示の適正性、患者の

QOL、薬物治療がもたらす利益と不利益のバランスを考慮することが必須となる。患者診療の目的を最低限の介入、つまり最小限の有害事象リスクだけで実現しようとする儉約的医療 (parsimonious medicine) は、患者にとっての最善を実現するという医療の基本的な倫理原則に基づいており、与益 (善行、仁恵) 原則と無害原則遵守が重要となる。そして減薬によるポリファーマシー状態解消は、まさに儉約的医療の一例となる^(14,18)。また、Reeveら及び Le Couteur らは Beauchamp と Childress の生命医療倫理の4原則を適用してポリファーマシー問題を論じており、四原則を勘案しバランスを取ることによって倫理的で全人的に適切な薬物療法を実現することができる^(13,15,19)。

このように、ポリファーマシー問題を解決するには、後述する薬物療法適正化と減薬介入テクニックの活用や向上だけでなく、医療の規範や理想像、目的を倫理的観点から改めて問う必要がある。高齢患者の不眠や関節痛、皮膚搔痒感、便秘などの老化に伴う生理現象を治療の対象と考えるのか否かも、医学・医療的観点からだけで解決できる問題ではなく、関係者の認識や意向、医療資源の適正使用に基づいた社会的議論も必要になるだろう。

本質的にポリファーマシー問題を考察するためには、我々はどのような医療の在り方を理想とし望ましいとするのか、どのような規範を医療において設定するのか、何を目的とするのかを倫理的観点から再吟味することが肝要であろう。このように、患者の最善となる満足できる医療を実現するためには患者に害を与え得るポリファーマシー状態を極力解消する必要があり、その対策を正当化するためにも医のプロフェッショナリズムを含め倫理的吟味が不可欠だと考える。

2. ポリファーマシーを増悪させる要因

本セクションでは、ポリファーマシー問題を増悪させ得る要因について先行研究を参考にしつつ列挙する。一般市民、患者とその家族、彼等の診療にあたる医療専門職、彼等の働く場である医療現場と医療制度、そして製薬会社などそれぞれに関わる問題が指摘されているが、我々の考えでは、それらはすべて密接に関わり相互に作用し合っており、相互排他的な分類が難しい。ポリファーマシー問題を誰かまたは何かの、単一の原因に帰することも不可能だと考える。また一つだけを切り取って論じても意味がない。なぜなら社会は個人に影響し、個人は社会に影響する。社会の構成員の願望や行動が製薬会社や医療界を動かし、新薬や新技術がさらに個々人の生き方にインパクトを与え、選択肢を増やす。さらに患者と医師それぞれの認識・態度・行動は両者の相互作用の結果であり、お互いに切り離し難い⁽²⁰⁾と考えるからだ。したがって、細かくカテゴリーを分けることなく、今まで指摘されている要因および我々の見解を記載していく。しかし、おおまかに患者・家族側、医師、医療の現場制度、製薬会社、社会全体という流れで論じる。

2-1. 主に患者側に帰せられる要因

ポリファーマシー問題を悪化させる主に患者側に帰せられる要因には、患者の処方願望とその背景にある非現実的な薬物療法への期待に満ちた信念や個人的経験がある。ポリファーマシー促進因子または減薬のバリアとして、薬は必要または利益があるという患者の認識や期待、将来の利益を得たいという希望、服用から得られる心理的な利益、減薬に対する漠然とした恐怖や不安、過去に使用中断によって生じた症状悪化の経験、そして

医師、家族、友人からの影響があった⁽²⁰⁻²³⁾。心疾患の家族を持つ患者は不適切と判断された心疾患予防薬の減薬に抵抗感を持つという報告がある⁽²⁴⁾。

患者は薬物内服によって安心感を得るという指摘もある⁽²⁵⁾。「日本人は根っからの薬好き」と国民性を指摘する論者もいる⁽²²⁾。さらに沢山の薬を出して、点滴して、注射して、検査してくれるのが「いいお医者さん」という日本の患者の認識、「薬がでるのが当然」という彼等の考えが理由とされる場合もある⁽²⁶⁾。

薬好き、薬がないと不安、薬ももらって初めて満足するという患者やその家族の態度の根底にはすべての病気に対して薬が存在しているという期待があると想像される⁽²⁶⁾。この期待は一般市民、患者とその家族のみならず、社会全体で共有されている可能性がある。一部の医療専門職も信じているかもしれない。中東には原因となる病原体の種類に関係なく、抗生物質が患者の回復を早め全ての感染症を撲滅するという信念があり、それが患者の抗生物質処方への要求を生み、医療提供者に不必要で不適切な処方要求や、患者の抗生物質の自己処方に繋がっているという指摘もある⁽²⁷⁾。現代人の飽くなき「健康欲」と「長生き欲」が、結果として上記のような状況を引き起こしていると推測される⁽²⁸⁾。なぜなら薬は自分と墓場の間の障壁だと信じる人々もいるからだ⁽²¹⁾。これらの要因は患者の嗜好や信念、認識や価値観に影響し、患者の自律を尊重した選択を実現する際に問題となる。

2-2. 主に医師に帰せられる要因

ポリファーマシー問題を悪化させる主に医師に帰せられる要因には医療提供者、主に医師の使命感や自己満足、患者の苦痛に対する共感性とやさしさ、知識不足による処方変更によって生じる病

状悪化への不安、減薬の結果に対する責任回避、様々な理由による減薬躊躇、現状維持志向、そして現場の制約がある。

高齢者は年齢の10の位と同じ数の疾患を持つともいわれる。不調を聞いた医師の多くは、すべてを取り除いてあげたいと思うので薬の種類が増えるという指摘がある⁽²⁴⁾。医師は患者の症状について時間不足で十分相談に乗れず、非薬物療法を説明できないので、かわりに薬を出すという⁽²⁹⁻³¹⁾。不必要な薬を要求する患者を説得するよりは、言われるままに処方した方が楽だという態度もある⁽³²⁾。予防投与の薬物を中断した場合にどうなるかわからず病状悪化を恐れて減薬に二の足を踏む、他の医師が開始した薬は止めにくい、患者や家族が薬物使用継続を希望している時には止めにくいことも報告されている⁽³³⁾。

加えて高齢者に将来の動脈硬化に起因する虚血性疾患や脳卒中等の疾患発生予防を目的とした高血圧や脂質異常、糖尿病、高尿酸血症などに対する薬物投与（予防的治療）の中止を提案することが、患者に見捨てられたという感情を生起させるのではないかという懸念が、医師の中に強い。患者と生命予後について議論する困難さ、処方を促進するガイドライン遵守に対する医師側の義務感による処方が、予防投与薬物の減薬を困難にしている^(4,34)。患者の処方願望については、医師の「患者は薬を欲している」という認識が、実際の患者の処方希望よりも大きな問題だという見解もある⁽³⁵⁾。加えて現状維持を好む偏った傾向と、自らの行為によって害が生じることよりも不作為によって害が生じる方を進んで受け入れる傾向も減薬不実施の原因になっている⁽³⁶⁾。

ある日本人開業医は、医師には処方を減らすという「波風」を立てたくないという気持ちがある

と報告し、ある精神科医は医療専門職の患者の苦痛への共感とやさしさ、患者の苦痛への理解を示すための追加処方、症状悪化の先手を取るための増薬、時間がないための減薬先送り等が、ポリファーマシーを存続させ減薬を困難にしていると報告している^(37, 38)。受診した患者のポリファーマシーに介入する責任を持つのは、自分ではなく、患者が受診している他の医師であるという認識もある⁽³⁹⁾。たしかに複数の医師に受診している患者の処方内容を誰が責任を持って管理するのかを決めるのは難しい。

医師が所属し強い影響を受けていると推察される医療現場の雰囲気がポリファーマシー助長に一役買っていると思われる。医療文化は「何かをやる (Do something)」ことを是とする医療文化と言われる。医療現場においては何かをすること自体が、患者にも家族にも重要視されがちである^(26, 40)。医療文化は、何か形として目に見えることを行うことを大切にする文化だと言えるかもしれない。このような空気の中では、あるものを使わないのは、不開始にしる中止にしる大変難しいと思われる。

医学教育の問題もある。医学部教育でも卒後臨床研修においても、薬を如何にやめるかについては減多に教育されないし、学ばれてもいないとの指摘がある⁽⁴¹⁾。筆者らも含め、多くの場合に現役医師は減薬方法の正式な教育を受けたことがないであろう。以上の要因は、医師の減薬に関する知識、インタビュースキル、責任感や共感能力等に関わる医のプロフェッショナルリズムに関わる領域だと思われる。

2-3. 主に社会全体の方向性に起因する要因

現代社会の状況、科学の進歩、医療政策もポリ

ファーマシー問題に影響している。医療政策や製薬会社の悪影響も指摘されている。近年では個人の生活で薬物が最も重要な位置を占めており、加齢に伴う病的ではない脆弱化や生理機能の低下、喪失体験や対人関係ストレスから生じる悲嘆や抑うつなどの情緒的变化、そして社会規範から逸脱した行為は、多くの場合、医療、特に薬物療法で介入すべき問題と見なされる形で医療化され、医学的介入の閾値は低下し続けている。疾患リスク、つまりある疾患に罹患する可能性がある状態それ自体が疾患と見なされ、発病リスクコントロール目的でますます多くの薬物が症状のない患者に使用されている⁽⁴²⁻⁴⁴⁾。いわゆる「患者予備軍」を患者として、薬物療法を開始している現状がある。診療ガイドラインでは疾患の境界線はますます広げられ、薬物療法の必要性が過度に強調される傾向がある⁽⁴⁵⁾。

正常値を数年ごとに狭めて病気を増やし、患者予備軍を増やし、リスクを過大評価し、リスクの存在自体を疾患とする考え方を取り続けていけば、ポリファーマシー状態にある患者は増加するばかりだろう。予防的薬物治療を受ける患者が増加すれば深刻な合併症の発生リスクを低減できる利益がある一方、薬物治療の副作用は一定の頻度で発生し患者に害を及ぼし、また合併症予防の絶対的リスクの低減はわずかな場合が多く、有リスク者でも実際に合併症を発症する患者は少数派に属する⁽²⁸⁾。したがって治療閾値低下によるポリファーマシーは適切な場合もあれば不適切な場合もあり、その判断は患者自身の価値判断に拠るところが大きいと思われる。

巧みなマーケティングとインターネット上の情報によって病気に対する不安や健康願望を掻き立てられた人々が、自ら診断を求めていくボトムア

ップの医療化「自己の医療化 (self-medicalization)」も指摘される⁽⁴⁶⁾。今や多くの市民が巷に溢れる医療情報の奴隷になっている感があり、今後、人工知能と情報通信技術を用いた医療が発展するに伴い、医療情報に振り回され、強迫的に薬を求める人々は増えていくことが危惧される^(47, 48)。

加えて国民皆保険制度を持っている日本のような国では、原則的に受診したい機関に希望する時に受診でき、公的医療保険（自己負担 1 割の後期高齢者医療制度、自己負担に上限がある高額療養費制度）の恩恵で患者が受ける経済的負担が抑制されている。出来高払い制度は医師に薬をより多く処方するように仕向け、不作為に対する訴訟対策（「やれることはすべてやった」という証拠作り）からも処方されるだろう^(31, 49)。上記の社会全体の方向性は、医療の在り方と目的、理想像に関わる問題であり、また医療専門職の利益相反の問題、医療制度の規範つまり正義・公正に関わる問題である。

3. ポリファーマシーに対抗する手がかり

今まで行われて来た有効性が証明されている減薬介入を継続することは言うまでもなく不可欠である。その上で、筆者らはポリファーマシーに対抗する手がかりとして、効果が期待できる3つの切り口があると考えます。以下、今まで採用されてきた対策を簡潔に紹介した上で、筆者らが効果を期待する3つの方針を提示します。

3-1. 今までに行われてきて有効性が示されている、または期待されている介入方法

今までに行われてきて有効性が示されている、または期待されている介入方法には次のようなアプローチがある。内容や役割が重複する場合もあ

るが、大別すると以下の10通りの対応法が試みられている^(3, 5, 9, 16, 50, 51)。1) お薬手帳（患者の薬剤服用歴を手帳に記載し一元管理するもの）を関係者および医療機関間で共有し、複数医療機関における同一効能の薬物の重複投与を避ける。2) 不適切な処方に対して薬剤師から医師に助言し、処方内容を修正する。薬剤師が他の医療専門職と綿密な情報交換を行い適切な薬物療法を勘案し提案する。在宅ケアチームに薬剤師を加え、医薬連携によって処方を見直す。病院薬剤師、保険薬局薬剤師、介護施設薬剤師によるポリファーマシー患者への介入を行う。3) 1990年代初頭から国内外で策定されている不適切処方検出を目的とした各種規準及びツールを活用し、不適切処方に対する気づきを高め減薬の機会を得て処方を整理する。4) 処方カスケード（医師が薬の副作用を新規疾患の症状と誤認し、別の薬を追加投与してしまい服用数が増大すること）を、薬の副作用だと認識できるようにして予防する。5) 患者とその家族、医師が薬物使用について意見交換し共同意思決定するためのポリファーマシー専門外来を別途設置する。6) 患者が入院した際に、薬剤師、介護スタッフ、看護師、医師を含む多職種が連携し、多職種ケースカンファレンスを持つなどして処方の適正化を図る。7) アドバンス・ケア・プランニング（「人生会議」）の場において薬物療法の適正化についての話し合い、患者・家族の意向の確認・尊重する。8) 使用薬物に優先順位をつけ、優先性が低いものの減量・中止を検討する。9) 規則正しい食生活と排泄、十分な睡眠、適度な運動等、非薬物療法を積極的に導入する。10) 多疾患併存患者の診療を継続的に担当するかかりつけ医と、患者の各疾患を別途診療する専門医の間の連携を強化し情報を共有する。

これらの多くの試みは薬物使用適正化に効果的だと判定され、減薬や処方調節によって患者の状態が改善したという多くの症例報告が公表されている^(5,9,50,51)。一方、不適切処方検出ツールの使用のみでは効果は限定的である、多疾患併存患者の症状への影響はわかっていない、患者の選好、費用、利便性、生命予後が勘案されていない等の報告もある^(5,52)。

3-2. 方針1：薬を減らしたい患者の意向を汲み取り可能な限り尊重する

日本の高齢者は、健康であると自己評価している人であっても多種類の薬を処方されており、内心では薬の副作用が心配で、できれば減らしてほしいと考えている、しかし実際には言い出せないでいるという指摘がある。医師への信頼がときに遠慮につながり「薬を減らしたい」という希望を言えないと報告されている⁽³¹⁾。同様に最近の調査では、過半数の高齢患者は、かかりつけ医に勧められた場合には、進んで減薬すると回答しており、また約三分の二の患者は使用薬物数を減らしたいと考えていた^(20,53)。

予防的治療を受ける自覚症状のない患者には短期的な利益はなく、薬の副作用による害及び生活の質（QOL）低下が生じる可能性がある。しかも非常に長期間薬物療法を受けることが期待されている。加えて予防的効果は必ずしも大きなものではない⁽²⁸⁾。したがって薬物療法の全体的な利益は不確定である。このような状況では患者自身だけが彼らの人生において何が大切かを述べることができるだろう⁽³⁴⁾。現在の苦痛を伴う症状に対しても将来の疾患発症予防に対しても、薬を使わないという個人的な価値判断があってもよい。したがって患者の意向を可能な限り汲み取り可能な限り

尊重することが重要であり、薬物療法を望まない人々の処方数を減らす努力をすべきだろう。

また、患者は薬剤を減量あるいは中止する意向を表明する前に、関連する知識や情報を得ておくべきである。たとえば、薬剤の副作用や相互作用によって引き起こされる数々の悪影響をよく理解して減薬を望むなら、患者は健康やQOLを自ら守ることができる。あるいは、現代医療の不確実性そして限界について理解するなら、薬物療法に対する期待は現実的で合理的なものになるだろう。このような患者教育や啓発は、ポリファーマシーを抑制するための手段であろう。ここで説明した姿勢はまさに患者の自律尊重、自己決定支援を基礎にしたアプローチである。今までのアプローチに比べ一層患者の薬物不使用の希望を尊重するものとなる。

3-3. 方針2：医学教育および臨床家の処方および減薬に関する再教育を行う

患者医師関係や担当医の態度は、患者の処方薬に対する信念に影響するという複数の報告がある^(20,27,54)。しかし上述のように、薬の中止や差し控えについての教育を大部分の医師は受けていない⁽⁴¹⁾。担当医がポリファーマシーの害を自覚しており、できるだけ減薬しようという態度で患者に接すれば、患者も減薬に応じる可能性がある。しかし現状では既に述べた様々な理由から医師が減薬に積極的ではない。したがって、医師はポリファーマシーの危険と減薬の有効性に関する教育を改めて受ける必要がある。処方カスケードについても熟知し、負のスパイラルに陥らないようにすべきだろう。患者と共感的にしっかり薬について話す機会を積極的に持つようしなければならない。加えて薬物処方時に「念のため」という理由で胃

薬等を処方するのも控えるべきだろう。薬物療法に代わる非薬物療法についても熟知しなければならないし、治療法がないときにはないと正直に言える姿勢が求められる⁽³⁴⁾。いずれにせよ安易な処方はなくさなくてはならない。ここで言及した対策は、単に減薬規準を提示するだけでなく、医師の知識と技能を習得し好ましい姿勢を涵養するという医のプロフェッショナルリズムに関わる対策である。教育は一定の価値観や信念を次世代や他者に伝達する行為という側面を持っており、当該教育は、患者診療の目的を最低限の介入つまり最小限の有害事象リスクだけで実現しようとする儉約的医療（parsimonious medicine）は重要であるという価値観、倫理観に基づいている⁽¹⁸⁾。

3-4. 方針3：時間、人員、精神的、経済的観点から見た医療現場のゆとりの確保

上記3-2と3-3の2つの方策を実施可能にするためには、その基盤として、あらゆる意味でゆとりのある医師の存在が必須の前提条件となる。そのためには時間、人員、精神的側面、そして経済状況を含むあらゆる面での余裕が必要となる。短時間、たとえば一人の患者あたり5分で診療を終えなければ予約時間内に全員の患者を診られないとしたら、患者と薬や薬の副作用、内服状態についてしっかり話す時間は確保できないし、減薬の必要性やその具体的手続き、詳細な症状観察方法の説明は尚更困難になる。一施設に来院する多くの外来患者や入院患者を少人数の医師スタッフで診療している場合も同様で、多忙な診療環境では患者やその家族からの要望や懸念の聴取や率直な意見交換や難しいだろう。担当医師に精神的なゆとりがないと医師自身が冷静で寛容になれない場合もあり、また複雑な多疾患併存多剤併用患者の

処方箋にあえて介入しようという意欲は湧きづらいと思われる。患者の医学的観点からは合理的とは言い難い処方要求にも、トラブルを避けるために、希望されている薬剤が無効であると説明することなく、求められるままに処方箋を書いてしまう可能性も小さくない。感情的余裕を持ち、笑顔で、ポリファーマシーの問題点についてゆっくり説明し、患者側も自らの信念や希望や懸念を遠慮なく言える状況が医療現場になければならない。このようなゆとりのある医療現場、多数の患者を診察しなくても経済的に破綻する心配のない状況を実現することが重要になる。プライバシーを保つことが可能な個室でポリファーマシーについてじっくり話し合うためには診療スペースの余裕も必要であろう。

多数の薬を処方されている患者が紹介状を持たずに自分の初診外来に機会受診をすると、多くの医師は途方に暮れるのではないかと想像する。その患者がどんな疾患を持ち、どんな状態で、どのような経緯と理由で現行の多剤併用処方に至り、何が疾患の症状で何が薬の副作用か短時間では把握困難だからだ。つまり「身元不明の薬」（筆者のひとり田中の命名）が多すぎるのが原因となる。そして当該主訴に対して追加処方すべきなのか、減薬すべきなのかが悩ましい問題となる⁽¹⁰⁾。しかし、医師に気持ちの上で余裕と時間的なゆとりを持って、じっくりと対応できれば適切なポリファーマシー解決策を見いだせる可能性は高まる。本方策はこれからの日本の医療のひとつの在り方を示したものであり、ひとりひとりの患者を尊厳ある存在として大切にすることを基本にしつつ、医療制度や受診行動に対する介入の妥当性について再吟味しようとするものである。

4. おわりに：ポリファーマシーへの処方箋

本論では現代医療で大きな問題になっているポリファーマシーの要因をレビューした。その上で、同問題を改善させ得る、患者の意向、医学教育、そして医療現場のゆとりに関連した3つの手がかりに言及した。これらは現時点で行われている現場の薬物療法適正化努力と共に役立つ可能性がある。最後に、すべての病気が薬で治るわけではなく、何でもかんでも薬で治そうという考え方、病院は薬をもらうところだという発想をやめるべきだという主張は大切である⁽⁵⁵⁾。また衰弱と喪失が人生の最終段階に苦痛をもたらすのは不可避である。医療は助けにはなるが役に立たないこともある。薬は失われていく人生の意味、帰属感、そして目的意識の回復の治療にはならない⁽¹⁷⁾。我々もこれらの医療の限界に関する意見に賛成する。

謝辞

論文最終版作成にあたって有益な示唆および助言をいただいた東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野の圓増文先生に感謝申し上げます。

参考文献

- 1) Joseph G. Ouslander, Bernardo Reyes. Clinical problems associated with the aging process. In J. Larry Jameson, Denis L. Kasper, Dan L. Long, et al. Edition. Harrison's principles of internal medicine 20th. 2018, McGraw-Hill Education, New York, p3429-3431.
- 2) Jacqui Wise. Polypharmacy: a necessary evil. British Medical Journal 2013; 347: f7033.
- 3) 厚生労働省 高齢者の医薬品適正使用の指針(各論 編療養環境)について. 2019年6月14日(医政安 発 0614 第1号)
- 4) Jan Schuling, Henkjan Gebben, Leonardus J.G. Veehof, et al. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. BMC Family Practice 2012;13:56.
- 5) 北和也 なぜポリファーマシーは問題なのか? 北和也編 今日から取り組む実践! さよならポリファーマシー 2016年 じほう、東京、p2-11.
- 6) 梶有貴 医療における“賢明な選択”の普及を目指して 薬学雑誌 2019; 139: 547-550.
- 7) 毎日新聞 2019年9月4日
- 8) 毎日新聞 2019年9月11日
- 9) 吉田英人 ポリファーマシーで困ったら一番はじめに読む本 2018年、じほう、東京
- 10) Christine Wieseler. When should iatrogenic polypharmacy be considered a disease? AMA Journal of Ethics 2018;20: E1133-1138.
- 11) Takuya Aoki, Yosuke Yamamoto, Tatsuyoshi Ikenoue, Yoshihiro Onishi, Shunichi Fukuhara. Multimorbidity patterns in relation to polypharmacy and dosage frequency: a nationwide, crosssectional study in a Japanese population Scientific Report 2018;8:3806, DOI:10.1038/s41598-018-21917-6.
- 12) Emma Wallace, Chris Salisbury, Bruce Guthrie, Cliona Lewis, Tom Fahey, Susan M Smith. Managing patients with multimorbidity in primary care. BMJ 2015;350:h176 doi: 10.1136/bmj.h176 20 January 2015.
- 13) Emily Reeve Petra Denig Sarah Hilmer, et al. The ethics of deprescribing in older adults. Bioethical Inquiry 2016; 13:581-590.

- 14) Jerry Gurwitz, Alok Kapoor, Paula Rochon. Polypharmacy, the good prescribing continuum, and the ethics of deprescribing. *Public Policy and Aging Report* 2018; 28: 108-112.
- 15) David Le Couteur, Gary Ford, Andrew McLachlan. Evidence, ethics and medication management in older people. *Journal of Pharmacy Practice and Research* 2010; 40: 148-152.
- 16) Hanan Khalil Prescribing for the elderly: ethical consideration. *Australian Journal of Primary Health* 2011; 17: 2-3.
- 17) Deborah Swinglehurst, Stefan Hjorleifsson, The Everyday Ethics of Burdensome Polypharmacy. *Public Policy & Aging Report*, 2018, Vol. 28, No. 4, 113–115.
- 18) Jon Tilburt, Christine Cassel. Why the ethics of parsimonious medicine is not the ethics of rationing. *JAMA* 2013; 27: 773, Gurwitz 2018.
- 19) Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics 7th edition*. Oxford: Oxford University Press.
- 20) E Reeve, J To, I Hendrix, et al. Patient barrier to and enablers of deprescribing: a systematic review. *Drugs and aging* 2013;30: 793–80.
- 21) Katharine A. Wallis, Abby Andrews, Michelle Henderson. Swimming against the tide: Primary care physicians' views on deprescribing in everyday practice. 2017; 15: 341-346.
- 22) 近藤誠 クスリに殺されない47の心得 2018年、アスコム、東京
- 23) 薬務薬制部病棟業務整備小委員会 薬務薬制部病棟業務整備小委員会研究会「ポリファーマシーの実態と薬剤師による介入について」を終えて。THPA; 2017: 110-114.
- 24) Clare H. Luymes, Rianne M.J.J. van der Kleij, Rosalinde K. E. Poortvliet, et al. Deprescribing potentially inappropriate preventive cardiovascular medication: Barriers and enablers for patients and general practitioners. *Annals of Pharmacology* 2016; 50 :446-454.
- 25) 高橋広喜 ポリファーマシーの現状と介入法、仙台医療センター医学雑誌 2018年；8：4-9.
- 26) 鳥集徹 医師・薬と正しく付き合う。週刊東洋経済 2016年9月24日、p 50-59.
- 27) Faten Alhomoud, Zainab Aljamea, Reem Almahasnah, et al. Self-medication and self-prescription with antibiotics in the Middle East. *International journal of infectious disease* 2017;57:3-12.
- 28) 名郷直樹 65歳からは検診・薬をやめるに限る。2017年、さくら舎、東京
- 29) 北澤京子 Choosing wisely で共同意思決定を促進する。薬学雑誌 2019；139：575-78.
- 30) Leonard J. Weber. *Pharmaceutics, issues in prescribing*. Bruce Jennings (Editor in Chief), *Bioethics* 4th edition. 2004, Macmillan Reference USA, Farmington Hills, p2380-2883.
- 31) NPO 法人高齢社会をよくする女性の会 「高齢者の服薬に関する現状と意識」実態調査、第5回高齢者医学品適正使用検討会 2017年12月22日、厚生労働省
- 32) Atsushi Asai, Yasuhiro Kadooka. Reexamination of the ethics of placebo use in clinical practice. *Bioethics* 2013; 27: 186-193.
- 33) L Djatche, S Lee, D. Singer, et al. How confident are physicians in deprescribing for the elderly and what barriers prevent deprescribing. *Journal of*

- clinical pharmacy and therapeutics 2018; 43: 550-555.
- 34) Catherine Cross. Introducing deprescribing into culture of medication. *CMAJ* 2013; 185: E606.
- 35) Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open* 2014; 4: e006544.
- 36) Jesse Jansen, Stacy M Carter, Andrew J McLachlan, et al. Too much medicine in older people? Deprescribing through shared decision making *British Medical Journal* 2016; 353: i2893.
- 37) 小田倉弘典 開業診療の立場から 治療 2014 ; 12 : 1739-1743.
- 38) 松本俊彦 なぜ多剤併用になってしまうのかー精神科医の処方意図 月刊薬事; 58: 27-29.
- 39) Lisa Kouladjian, Danijela Gnjidic, Emily Reeve, et al. Health care practitioners' perspectives on deprescribing anticholinergic and sedative medications in older adults. *Annals of Pharmacology* 2016; 50: 625-636.
- 40) Atsushi Asai, Kuniko Aizawa, Yasuhiro Kadooka, et al. Death with dignity is impossible in contemporary Japan. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 2012; 22: 49-53.
- 41) Ranit Mishori. What needs to change to make deprescribing doable. *Family practice management* 2018, May
<https://www.researchgate.net/publication/325273952>
- 42) Johannes Collin. On social plasticity: the transformative power of pharmaceuticals on health, nature and identity. *Sociology of Health and Illness* 2016; 38:73-89.
- 43) Ray Moynihan, David Henry. The fight against disease mongering: generating knowledge for action *Plos Medicine* 2006; 3: 425-428.
- 44) Leon A. Assael. The pill culture, the pill society. *Journal of Oral Maxillofac Surgery* 2006; 64: 1331-1332.
- 45) Lynn Unruh, Thomas Rice, Pauline Vaillancourt Rosenau, et al. The 2013 cholesterol guideline controversy: would better evidence prevent pharmaceuticalization? *Health Policy* 2016; 120: 797-808.
- 46) 北中淳子 社会運動としての医療化ー医療人類学からみた日本の社会精神医学 日本社会精神医学雑誌 2013;22:294-300.
- 47) Atsushi Asai , Taketoshi Okita, Aya Enzo, et al. Hope for the best and prepare for the worst: Ethical concerns related to the introduction of healthcare artificial intelligence. *Eubios Journal Asian and International Bioethics* 2019; 29: 64-71.
- 48) 田中慎弥 孤独論 逃げよ、生きよ。2017、徳間書店、東京
- 49) Yasuhiro Kadooka; Atsushi Asai, Aya Enzo, et al. Misuse of emergent healthcare in contemporary Japan. *BMC Emergency Medicine* 2017;17:23.
- 50) 薬部薬剤部、一般社団法人日本老年薬学会他編 ポリファーマシー見直しのための医師・薬剤師連携ガイド 南山堂、東京、2018
- 51) 今井博久、徳田安春編 解消！ポリファーマシー 上手なくすりの減らし方 じほう、東京、2016
- 52) Eduard E. Vasilevskis, Avantika S. Shah, Emily K. Hollingsworth, et al. A patient-centered

deprescribing intervention for hospitalized older patients with polypharmacy: rationale and design of the Shed-MEDS randomized controlled trial. *BMC Health Services Research* (2019) 19:165. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3995-3>.

- 53) Qi K, Reeve E, Hilmer SN, et al. Older peoples' attitudes regarding polypharmacy, statin use and willingness to have statins deprescribed in Australia. *Int J Clin Pharm*. 2015; 37: 949-57.
- 54) Barbara Clyne, Janine A Cooper, Fiona Boland, et al. Beliefs about prescribed medication among older patients with polypharmacy. *British Journal of General Practice* 2017;37;949-957.
- 55) 秋下雅弘 薬は5種類まで 中高年の賢い薬の飲み方 PHP新書 2014年

(2020年9月9日受理／同年10月6日採択)