



2021年9月9日放送

多職種連携によるポリファーマシー対策

栃木医療センター 内科
副部長 矢吹 拓

ポリファーマシーは、高齢化時代を迎えた現代において、全世界的な問題となっているのは皆様もご承知おきのとおりです。ポリファーマシーが様々な薬物相互作用や薬物有害事象、また医療費増大や服薬アドヒアランスの低下を引き起こすことは広く知られており、ポリファーマシーそのものが良くないのか、もしくはポリファーマシー状態になってしまう方の特性なのか分かりませんが、何かしらの対策が必要とされています。日本でも高齢者を中心に、薬を多く飲んでいる方に注目が集まるようになり、ポリファーマシーに対しての様々な取り組みが行われるようになりました。テレビなどでも注目されているのは皆さんもご存知かもしれません。

例えば、日本老年医学会は2015年に高齢者の安全な薬物療法ガイドラインを改訂し、リスクの高い薬剤に言及していますし、厚生労働省も2018年に発表した高齢者の医薬品適正使用の指針の中で、ポリファーマシーを取り扱っています。

本日は多職種連携をテーマに以下の3点についてお話しさせていただきたいと思います。

1点目は、ポリファーマシーに対する多職種連携介入にはどのようなものがあり、その効果はどの程度あるかという点です。2点目は、ポリファーマシーに対する多職種連携介入における課題は何か、そして3点目は多職種連携介入に今後期待することは何か、この3点についてお話していきたいと思います。それではよろしく願いいたします。

多職種連携介入と効果

まず1点目ですが、多職種連携介入とはどんなものでその効果はどの程度あるかといったことについてお話していきたいと思います。

多職種連携介入は近年 IPW (Interprofessional Work) とも呼ばれ、医療福祉のどの分野においても重要性を増している内容です。特に薬物療法においては、処方する医師や歯科医師と調剤業務を行う薬剤師とが中心的な役割を果たしています。また、現場で薬を飲む服薬

においては看護師や介護福祉士なども役割を果たしています。特に服薬支援を考えると、服薬状況や服薬管理能力、また患者や家族の希望や考え方などについて、現場で薬を飲む際に関わっている職種が重要な情報を持っていることも多いので、一緒に関わっていく必要があります。患者を取り巻く多職種が情報共有し、それぞれの患者に適した介入を考えていく必要があります。

ポリファーマシーに対して多職種で介入する方法の中で、最も一般的なのは多職種チームミーティングです。このミーティングに参加する職種は、研究によっても異なりますが、多くの場合には医師・薬剤師・看護師また施設のスタッフや患者代表など多岐にわたります。また多くの場合には、病院内で行われるものが多いですが、中には地域や施設で行われているものもあり、それぞれのミーティングには特性があります。病院で行われる介入においては、国内外で多くの実践がされています。

例えば、多職種カンファレンスによって患者の病状や処方薬を検討するだけでなく、服薬状況や生活背景また患者家族の希望などを確認し、それぞれの患者の個別性に合わせて介入する方法や、減薬ラウンドと言われるカンファレンス前後に病棟ラウンドを行い、患者との話し合いを通して処方の見直しを行うような介入も行われています。

本邦で行われている事例では、例えば国立長寿医療研究センターでは医師・薬剤師だけでなく、看護師・歯科衛生士・理学作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・社会福祉士など非常に多職種からなる処方適正化チームが介入することで、有意に薬剤数が減ったということが報告されています。

私が勤務している栃木医療センターでも、2015年からポリファーマシー外来と呼ばれる入院患者を対象とした多職種連携を通じた介入を開始しています。この介入では、薬歴などの患者情報収集を薬剤師が行い、さらに実際の減薬にあたっての患者コミュニケーションを医師が行なっています。また、減薬後に症状が変化しないか症状の経過のフォローアップを看護師が行い、さらには介入前後の診療情報のやり取りを地域連携の事務職員が行う多職種が関わるような介入を行っています。この介入を通して、やはり前後で有意に薬剤減薬に繋がっていることが明らかになっています。

こういった多職種連携介入は、睡眠薬や抗不安薬などの不適切薬剤の減薬や、処方薬全体の減薬に繋がると報告がある一方で、これらの介入がその後の死亡や再入院などの患者の臨床アウトカム改善には十分繋がっていないということも報告されています。私たちの介入においても、薬剤数や潜在的不適切処方の減薬には繋がりましたが、患者アウトカム効果は十分示されておらず今後の課題と考えています。

多職種連携介入の課題

2 番目にポリファーマシーに対する多職種連携介入における課題について述べていきたいです。ポリファーマシー介入における多職種連携の課題は何だと思いますか？現場で皆様はどんな課題を感じていらっしゃるのでしょうか？私は、そもそもこの問題に多職

種で関わることそのものが、ハードルが高いのではないかと感じています。その理由として、1つ目は医師と薬剤師の関係性の問題が挙げられるかもしれません。実はポリファーマシーに対する介入研究は、海外のものでは薬剤師主導によるものが非常に多いのです。というのも国内外問わずポリファーマシーに対する問題意識は薬剤師の方が高く、医師はこの問題をそれほど重視していない傾向が見られています。そういった意味では、多職種連携を実施するための第一歩は、身近なところで一緒に取り組むことができる医師を探してみるということが重要になるかもしれません。

医師以上に看護師や施設職員を巻き込んでいくことは非常に困難です。これらの職種は、薬については医師や薬剤師にお任せという考え方を持っている方が多いです。自分事と考えていないとチームとして関わろうと思ったり、具体的なアクションを考えたりということには繋がらないことが多いです。

とはいえ、実際のところを服薬している現場に行き、実際の様子を見ている立場の職種が介入に参加することは重要です。施設や病院では施設職員や看護師がその役割を果たしますし、自宅では家族やヘルパーが重要な役割を果たしています。こういった職種をチームの中に入れていくためには、どんな小さなことでも薬に対する困りごとや情報集め現場の意見を聞く姿勢を持つことが重要です。相談しても良い、相談しやすい窓口に徹することでポリファーマシーの問題をそれぞれの職種が意識していくことが第一歩だと思っています。

多職種連携介入に今後期待すること

3番目に、多職種連携介入に今後期待することについて述べたいと思います。多職種がポリファーマシーの問題を意識することは非常に重要です。各職種間でこの問題意識を共有することは、組織や地域の文化をつくることになり、自然と処方を増やさない文化を構築することができる可能性があります。

例えばある施設で、施設の看護・介護スタッフがポリファーマシーへの問題意識を持っていると、施設の高齢者に起こった様々な問題に対して安易な対症薬指示を求めにくくなるかもしれません。また新規に起こった症状に対しては、薬が原因ではないかと現場から疑うことで、処方カスケードを未然に防ぐことができる可能性もあります。減薬そのものが個人に与える影響はそれほど大きくない可能性はありますが、一方でそういった組織文化が形成されることは、間接的ではありますが重要なポイントです。

米国で老年医学会から提唱されている有効な他職種連携のための5箇条として以下の5項目が提唱されています。1つ目は「目的とゴールを共有すること」、2つめとして「役割と責任を明確化すること」、3つ目は「それぞれのメンバーの適切な貢献があること」、4つ目は「活動における協力と調整を行うこと」、5つ目が「関係性の継続を通じた相互信頼関係の醸成」です。多職種連携の在り方は、それぞれの現場ごとに最適解が異なると思います。まずは身近な仲間を作ることから始めてみると良いかもしれません。

ここまで多職種連携によるポリファーマシー対策ということでお話しさせていただきました。今回はポリファーマシー対策という観点でお話ししましたが、医療全体において多職種連携は必須のスキルです。近年 IPW や IPE (Interprofessional Education) と呼ばれ、連携のための活動や教育も推奨されています。医師や薬剤師は IPW において時に障壁になりやすい存在とも言われています。多くの職種が関われば、意見が違うことは当然ですが、一方で様々な意見が出ることによって、組織やチームの多様性が増し、きめ細やかな対応ができることもまた重要です。ぜひ先生方の現場ごとに素敵な多職種連携を作り上げていただけたら幸いです。