

高齢者薬物療法の実際

無理のないやさしい治療を考える

フジ虎ノ門健康増進センター

齊尾武郎

saio@ppp.bekkoame.ne.jp

2005/12/10:くすり勉強会@共立薬科大の資料を大幅に修正



Caution!

- ウェブサイトに収載するため、温和な表現に変更しました(2006/01/6)。

バーチャル多剤併用例(1)

- 80代女性・喘息、両変形性膝関節症、腰部脊柱管狭窄症、うつ病
 - ー 主訴:腰部の激痛、抑うつ気分(いずれもコントロール不良)
 - ー Rx)鎮痛薬3種, 骨粗しょう症用薬1種, 喘息薬3種, 抗うつ薬2種, 抗不安薬1種, 睡眠薬1種, 降圧薬2種, 便秘薬2種:計15剤
 - ー プラス週数回の鎮痛剤注射
- コンプライアンスはよい。(むしろ、それが問題)
- 多科受診していたが、現在は一般内科のみ。
- 薬剤数を減らすと種々の身体症状出現(身体表現性障害と判断)
- 方針:「医者を処方」:支持的精神療法と環境調整。
- 結果:医師患者関係は比較的良好。症状取れず。
- その後:内科的精神科医を受診し、適応外使用の薬にて疼痛管理をしたところ、うつ病は寛解し、処方数は1種類(降圧薬のみ)となった。精神医学の正式な病名の用い方とは異なるが、一種の「仮面うつ病(身体疾患起因性)」と“診断”された。

バーチャル多剤併用例(2)

- 80代女性、DM、胃潰瘍、骨粗しょう症、狭心症、高血圧
 - 主訴:不眠、腰痛
 - Rx)抗潰瘍薬2種、骨粗しょう症薬2種、狭心症治療薬2種、経口糖尿病薬2種、睡眠薬2種、鎮痛薬2種、降圧薬3種:計15種
- 自覚症状はほとんどない。鎮痛薬を飲み忘れることが多いが、特に疼痛の増強はない。
- いったいいくつの病院、診療科目を定期受診しているのか見当もつかないが、総合診療医の把握した範囲で15種を常時服用中。ただし、患者さんがそのときの気分で服薬を毎回調整している。
- 方針:フォローのみ。型にはめる管理型の医療は困難。
- 転帰:肺炎で入院するも短期間で改善。薬剤の種類は3種類(経口糖尿病薬1種、降圧薬2種)になった。外来で複数科を受診し、3ヶ月ほどでほぼ、入院前と同じ数の薬となった。

バーチャル多剤併用例(3)

- 70代女性、身体表現性障害、不眠
 - 主訴:不眠、手足のしびれ、呼吸困難、頻尿、めまい、頭痛
 - Rx)抗血小板薬2種、抗不安薬4種、睡眠薬3種、潰瘍薬2種、鎮痛薬2種、ビタミン剤その他(耳鼻科処方)3種:計16種
- 40歳代から不定愁訴が持続。現在の処方某大学病院総合診療部による。主治医が精神疾患を疑い、同大学病院精神科を総合診療部より紹介受診するも、高名な医師による「精神科の病気ではない」との診断にて、総合診療部単科で治療することとなった。家族は主治医より、「精神科が精神疾患ではないと言っているので、身体疾患なのではないかと説明されているという。縁あって、プライマリケア医を受診した。
- 患者さんが症状をうったえるたびに、抗不安薬の種類が増えている。
- 方針:主治医に診断名と使用する薬剤に関するサジェスションについて診療情報提供を行った。
- 転帰:総合診療医より、プライマリケア医へ主治医が替わることとなった。症状は続いているが、毎週通院しており、居場所を見つけたかのように他患の「世話焼き」をしている(それはそれで病院側には頭痛の種)。

高齢者薬物療法(慢性期)の優先順位

- 抗けいれん薬、インスリン、甲状腺末
 - 経口糖尿病薬、抗心不全薬、喘息治療薬、抗パ剤
 - 鎮痛剤(積極的に痛み止めを使う)、制吐剤
 - 下剤、止しゃ薬、消化性潰瘍治療薬、咳止め(ただし、かなり症状が強いつきのみ)
 - 抗うつ薬、抗精神病薬(より良く生きる)、止痒薬、降圧薬
 - ステロイド(本当に必要な人はどのくらいいるのか?)
 - 高尿酸血症治療薬、高脂血症治療薬、その他:プラセボ(乳糖)、ビタミン剤、消化酵素、止血剤、抗血栓薬、抗不整脈薬
- 活動性の高い年齢層での薬物療法とは異なる。**
寝たきり(寝かせきり)か、自立しているかでも異なる

結局、中心は対症療法であろう。

高齢者薬物療法のコツ(1)

- 副作用を利用する
 - 眠気の出る薬(抗ヒスタミン剤など)は眠前に使う
- 抗コリン作用のある薬が複数にならない工夫
 - 完全にゼロにするのは無理。
 - むしろ、副作用としての抗コリン作用を治療に活用する方策を考える。
- 飲み薬よりも貼り薬や目薬、塗り薬で対処
 - 「やり過ぎ治療」: プラセボ効果
- 一包化の方が良い
 - 大病院では薬剤師が一包化に否定的態度
 - 一包化の前提条件として、薬剤数を減らす必要あり。
- 耳鼻科、眼科、皮膚科などでの内服薬に注意
 - 心がけて聞き出さねばならないと、話してくれません。
- 泌尿器疾患は薬物療法の限界を考慮
- 迷ったら薬を止める。

高齢者薬物療法のコツ(2)

- 心気的な人ではpolypharmacyになりやすく、薬を出さないと不満を持ちがち。
 - 自分が出さなくても、他の医者が「しっかり」処方してくれる。
 - (毎度同じことを訴える場合でも)症状との付き合い方を一緒に考えていく。
- 薬効のバッチリある薬を多剤投与するよりは少量のプラセボ点滴のほうがマシ。
 - 通院だけが社会との接点のことも……
 - 維持リハも同様の意味合い。
- 4ヶ月に1回は処方を洗い直すこと。
 - サプリやOTCを忘れない(これは年1回チェック)
- **臓器別専門医**からの引継ぎが難問
 - 専門医の処方理解しにくいことが多い。
 - 「血圧が90台、よく転ぶ」高齢者のカプトリルをカットしたら……
 - 下血のある高齢者の抗血小板薬をカットしたら。。。。
 - 引き継いだあとの管理のしかたが分からない以上は、折をみて処方を減らしていく(半年以内でケリをつける)
 - 抗がん剤を処方したまま後方病院に送る愚。

高齢者薬物療法のコツ(3)

- 困ったときの漢方薬
 - 合方はすなわち多剤投与
 - 悩んだらとりあえず気剤(香蘇散、半夏厚朴湯)
- 看護の知恵: 罨法(湯たんぽ、水枕など)
- 病院の近隣に住んでいるなら、服薬通院という方法も。
 - しかし、そこまでしても飲まねばならぬ薬はほとんどない。
 - 薬よりも食生活のほうがずっと大切。
- 「製剤」という概念は、薬学出身者以外は怪しいと思うべし。
 - 認知症の人に「ふりかけ」をしていた病院
 - 服薬しない患者さんにその薬を注射しようとしていたナース

迷ったら薬を切る

- 患者さんの自己判断に任せない
 - 心気的な患者さんの場合、使える薬がなくなってしまう
 - 耳鼻科(抗生物質多用)、皮膚科(薬物アレルギーを疑われることによる断薬)が難関
- 急激に中止すると危険な薬(死ぬことも少なくない)もある
 - ステロイド(ショック)
 - 抗精神病薬(悪性症候群)、抗けいれん薬(重積発作)
 - これ以外は全部をいっぺんにやめてみるのも手(ただし、入院してからにする:断薬入院の勧め)
- 時間が許せば1種類ずつ減らす
 - ただし、結局ふんぎりがつかず、ズルズルと多剤併用になりがち
 - 急性期病院の医師は、高齢者は数週間単位のショートステイを利用したり、介護保険施設に長期入所する可能性があることを知った上で処方せよ。

不定愁訴を見破るコツ

- 症状の訴えと本人の活動状況に隔たりがあるとき
- 他覚的所見よりも症状が派手なとき
- 本人をとりまく社会的な状況が困難なとき
 - 幽体離脱的診察:ときどきでいいので、診察している自分と患者の様子を外から観察しているつもりになる(精神療法の大家・神田橋先生の本)

不定愁訴をみたら、まずは一般的な全身チェック、社会状況のチェック(身なりをみれば察しがつく:シャーロック・ホームズ)。

- 付き添い者の様子を見る(介護業者の雇用者なのか、家族か)
- 癌はどこかに潜んでいるだろう。しかし、深追いは禁物(有症状の癌だけを探求すればよい)
- 訴訟社会なので、防衛的医療をする医師も少なくない。

高齢者の薬物療法本

- 建前ばかりで役に立たないものも多い。
 - 多剤投与の問題を解決する方策が提示されないままに、多数の執筆者による臓器別・疾患別薬物療法が書かれているだけ。
 - どの本も同じ内容を同じ執筆陣で書いている。
- 必須の医薬品を効き過ぎるから使わないという愚
 - 効かない薬をこそ使うべからず。
- 老年症候群の本質は、老化現象、自覚症状、領域横断的問題、多臓器・多運動器障害、社会的孤立など。
 - いったん医学をあえて忘れると解決する
 - 看護療法の出番
- 患者を守ることのできる(腹をくった)医師にしか高齢者を診ることはできないが、、、そういう立場の医師の書いた本は少ない。
 - 研修医や立場の弱い勤務医では他の医師の処方のカットすることができず、患者を守れない。
 - ベテランになると経営上・政治的な方向性、不勉強などがあだとなる。



命よりも大切なもの

- 生命予後の改善よりも、生活の質の改善が優先される。
 - 大腿頸部骨折のオペを命がけでやる。
 - 寝たきり(寝かせきり)になれば、数年で死も。
 - その間、QOLは極めて低くなる。
 - 消化器癌の転移による腎後性腎不全に透析？
 - Bed bind状態で患者は1ヶ月生きたが……
 - 癌の化学療法後の寝たきり(現在はそういう事例は稀だろうが)
 - じょく創の痛みにモルヒネが効かない
 - 仙骨ブロックで安らかに(じょく創、陰部癌)
- 医者の出前を積極的に
 - 医者の都合で入院させるな、看護師の都合で退院日を決めるな。

虚弱高齢者はやっぱり貧乏なのです

- 不潔な生活環境で集団生活
 - 施設内感染が起こらないほうが不思議
- 替えの上着、冬の毛布のない老人
- お金を貯めても騙し取られる。
 - 残念ながら社会保障関連産業も。
- お金を持っても子供があてにする。
- 病院に支払う金以外にも通院には交通費がかかる。
 - 病院に支払う金を気にする患者さんが増えてきた。
- 年金は孫の小遣いに使いたい。
- ハンセン病の重い教訓は生かされているか？
 - 閉鎖環境での集団生活と施設内・施設外産業
- 寒い部屋で寝かせきりの在宅老人
- ケアマネが人権を守る安全弁になっていないのではないか。
- 冷めたゴハンに茶碗いっぱいの薬という現実。
- 実は健康な高齢者はとても多い！元気な老人は病院には来ないだけ。
 - 歳を取るのは不幸なことではない。

まとめ

- 自覚症状もないのに薬を出すのは高齢者には要らぬ世話かも。
- 自覚症状だらけの場合は我慢してもらうことも大切。
 - 我慢してもらえる医師患者関係をつくる。
 - 家族や親戚が周りで大騒ぎしているときは難儀
- 5剤程度までは許容、継続的に使う薬は4ヶ月ごとに見直し。
- 生命予後よりも生活の質。
 - ただし、「ないものねだり」「わがまま」は適宜コントロール。
- 他院、他科にかかっていることを告白してもらえる関係を築く。
- 「日にち薬」「歳の取りかたを覚える」などの言葉を使って、症状をやりすごしているうちに消退するのを期待する。
- 副作用の糊塗のための投薬という愚を避けるには、細かい症候学的な判断が必要(実はこれこそが名医の領域)。
 - その症状は原疾患の悪化か、薬の副作用か、別の疾患の合併か、一時的なものか、命に関わるものか(トリアージの思想)