

性を考慮すると、これらのリストに載っている薬物が状況によっては適応があり、適切である可能性は否定できない。また、これらのリストに載った薬物の影響は、そもそもそれほど大きくない可能性もある。薬物有害事象による入院や救急外来受診を調査した大規模な研究では、ワルファリン、インスリン、抗血小板薬、経口血糖降下薬の4種類が薬物有害事象の原因の67%を占めるとされ、Beers criteriaなどで有害事象の危険性が高い薬物と判定された薬物は薬物有害事象の原因の10%以下を占めるにすぎなかった¹³⁾。

最後に、医療慣行は国や医療システムによって異なっており、これらのリストが作成された国や医療システム以外で用いるにあたっては多くの注意が必要である。また、医学は日進月歩であり、日々新しいエビデンスが付け加えられており、今日までは広く用いられていた薬物に重大な有害事象の危険性があることが発見されることもまれではない。

こうした問題点を考慮し、本稿で紹介した3つの有害事象の危険性が高い薬物リストについては、あくまで危険性が高い薬物を見つけ出すためのスクリーニングツールであると位置づけて用いるのが賢明であると思われる。これらのリストは医師の判断を超えるものではなく、個々の患者への適応にあたってそれぞれ個別に医師が判断することが必要である。幸い、本稿で紹介した3つの有害事象の危険性が高い薬物リストでは、それぞれの薬物についてどのような有害事象の危険性が高いためにリストに載ったかということが明示されているため、それを判断材料として用いることが重要である。

引用文献

- 1) 鳥羽研二ほか：薬剤起因性疾患。日老医誌，36：181-185，1999。
- 2) 秋下雅弘ほか：大学病院老年科における薬物有害作用の実態調査。日老医誌，41：303-306，2004。
- 3) Beijer HJ, et al : Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR) : a meta-analysis of observational studies. Pharm World Sci, 24 : 46-54, 2002.
- 4) Gurwitz JH, et al : The incidence of adverse drug events in two large academic long-term care facilities. Am J Med, 118 : 251-258, 2005.
- 5) Gurwitz JH, et al : Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA, 289 : 1107-1116, 2003.
- 6) Kojima T, et al : High risk of adverse drug reactions in elderly patients taking six or more drugs : analysis of inpatient database. Geriatr Gerontol Int, 12 : 761-762, 2012.
- 7) American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel : American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc, 60 : 616-631, 2012.
- 8) Gallagher P, et al : STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther, 46 : 72-83, 2008.
- 9) 日本老年医学会 編：高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2005，メジカルビュー社，2005。
- 10) Beers MH, et al : Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. Arch Intern Med, 151 : 1825-1832, 1991.
- 11) American Geriatrics Society : American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Available from : <http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/clinical_guidelines_recommendations/2012>
- 12) Spinewine A, et al : Appropriate prescribing in elderly people : how well can it be measured and optimised? Lancet, 370 : 173-184, 2007.
- 13) Budnitz DS, et al : Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. N Engl J Med, 365 : 2002-2012, 2011.

巻 頭 言

「認知症専門医」は誰？： 「認知症特別委員会」設置について

| 淵野勝弘 日本精神神経学会理事
| Katsuhiko Fuchino

2015年9月23日、シルバーウィーク連休の最終日に東京で臨時代議員総会が開催された。公益社団法人になって初めての臨時代議員総会であり、学会として最重要課題を承認しなければならなかった。その課題とは2020年4月の日本専門医機構（以下、機構）による新たな専門医制度の発足に向けての移行措置、その詳細な取り決め事項の承認であった。これまで多くの学会が長年にわたり行ってきた専門医の認定や更新の仕組みを見直し、機構の考える制度に合わせるというのは、あまりに強引であり私としてはどうしても受け入れられないところがある。

最近の国の動向をみると、昨年6月の医療法改正に伴い、本年10月からは医療事故調査制度が施行され、労働安全衛生法の改正に伴い12月からはストレスチェックが義務化されるようになる。さらには行政の効率化、国民の利便性の向上などを理由に12桁のマイナンバーが通知されている。国民のため、患者のためであれば本当によい事であるが、国が我々を徐々に管理しているように見えるのは私だけであろうか。

2015年9月20日、敬老の日を前に総務省は人口推計を発表した。65歳以上の高齢者は3,384万人、このうち80歳以上は初めて1,000万人を超えた。65歳以上の高齢者が総人口に占める割合も26.7%となり人数・割合とも過去最高を更新した。推計では2040年に36.1%に達する見込みであり、社会保障費の膨張への対応が急務となる。高齢化などに伴って当然医療費（2014年概算医療費約40兆円）も上昇している。今後の医療提供体制においては医療の無駄を削減するため地域包括ケアを推し進め、総合診療医や特定看護師を増やす施策である。複数の専門医療機関受診による医療資源の浪費を抑えるため、医師を使うより特定行為のできる看護師を育てるつもりである。

ところでタイトルである「認知症専門医」は誰？につい

てであるが、機構においては医師は19の基本診療領域いずれかの専門医資格を取得することが求められている。そしてさらに専門分化したサブスペシャリティ領域専門医研修に進むとしている。「認知症専門医」という言葉はマスコミが作ったものであり、実在しない。2008年、「認知症疾患医療センター」事業の再開に伴い、その設置基準の人員配置に専門医1名以上の要件がある。その専門医とは「日本老年精神医学会もしくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師」とある。2012年の厚労省調査では認知症高齢者と軽度認知症者の合計は862万人を超え、現在も増加している。かかりつけ医やサポート医の支援や介護サービスの利用など整備は進んでいるが患者や家族が本当に希望しているのは認知症を専門に診察してくれる医師は誰なのか、どこに受診すればよいのかということである。機構の設立の大きな目的の1つにある、患者の視点に立った、患者にわかりやすい制度でなければならない。認知症に関する専門医はどの領域に入るのだろうか。

2012年9月、国は認知症施策として「オレンジプラン」を公表した。施設や精神科病院に入るのではなく地域、在宅で支える介護サービスに重点が置かれた。しかし、在宅にあまりこだわり過ぎた結果、入所や病院への入院が必要な状態の者まで適正な処遇が受けられなくなった。医療を扱ったことがない老健局が認知症医療の施策を行うことには無理がある。2014年11月の「認知症サミット日本後継イベント」の安倍総理の発言を受け、2015年1月27日、新たな国家戦略として「新オレンジプラン」が発表された。介護だけではなく精神科医療の重要性が示されている。特に当学会としてもこれまで以上に精神科医の認知症診療への関与が求められ、委員会の設置は大変意義あるものと考えている。

