

短 報

高齢者における心理的孤独と薬剤の関連

多田 貴彦¹, 西尾 祐司², 田中 遼大³, 伊東 弘樹³¹ 株式会社なの花九州 永富調剤薬局, ² 株式会社シームス,³ 大分大学医学部附属病院 薬剤部

Association between Loneliness and Medication Use among Older Adults

Takahiko Tada¹, Yuji Nishio², Ryota Tanaka³ and Hiroki Itoh³¹ Nagatomi Pharmacy, Nanohana Kyushu Co., Ltd., ² SHEMS Co., Ltd.,³ Department of Clinical Pharmacy, Oita University Hospital

Received, January 14, 2025; Accepted, July 24, 2025

Abstract

Objective: This study identified older adults at risk of psychological loneliness by examining its association with polypharmacy and medication.

Methods: Psychological loneliness was assessed in 131 older adults at four community pharmacies in Ōita City, Japan, using the UCLA Loneliness Scale (LS). Participants were categorized into high (≥ 50), moderate (35-49), and low (< 35) loneliness groups. Comparisons were made for polypharmacy, medication classes, and patient characteristics using the Kruskal-Wallis and Fisher's exact tests (Bonferroni-corrected). Multiple regression analysis was also conducted.

Results: Polypharmacy rates were significantly higher in the high and moderate loneliness groups than in the low loneliness group ($p = 0.011, 0.008$). The high loneliness group showed significantly higher use of hypnotics and anxiolytics ($p = 0.005$). Regression analysis identified these medications as significantly associated factors ($p = 0.008$).

Discussion: Older adults prescribed multiple medications or benzodiazepines may experience psychological loneliness. Therefore, early diagnosis and support are essential.

Key words: older adults, Japanese version of the UCLA Loneliness Scale, loneliness, polypharmacy, benzodiazepines

緒 言

高齢者において、社会的孤立は死亡率を高め、また心理的孤独は心疾患や精神疾患といった健康被害のリスクを高めることが報告されている¹⁾。そのため世界保健機関 (WHO) は、それらの対策を世界共通の課題に掲げている²⁾。2022年に実施された国民生活基礎調査によると、日本国内において、65歳以上の高齢者のいる世帯では三世帯世帯が減少する一方で単独世帯・夫婦のみの世帯が増加しており³⁾、また2023年に実施された高齢者の住宅と生活環境に関する調査によると、日本国内の65歳以上の高齢者において、親しい友人・仲間がたくさんまたは普通にいるという人の割合が72.2%から46.8%に、毎日人と話をするという人の割合が90.2%から72.5%にと、2018年の前回調査と比較して双方において大幅な低下がみられ、ひとり暮らしの人については

その傾向が顕著となっている⁴⁾。このように近年社会的孤立および心理的孤独はともに高まっており、さらなる対策が求められている。日本国内における過去の取り組みとして、2008年に厚生労働省より孤立死対策のための報告書⁵⁾が公表された。また世界で最も早く2018年に孤独担当大臣を任命した英国にならい、日本国内においても2021年に孤独・孤立対策担当大臣が指名された。「孤独・孤立対策の重点計画」の策定(2021年)、「孤独・孤立対策官民連携プラットフォーム」の設立(2022年)、「孤独・孤立対策推進法」の成立(2023年)など、孤独・孤立対策は重要課題として認識されており、種々の支援策が提供されている。

現行の重点計画の基本理念は、孤独・孤立双方への社会全体での対応、および当事者や家族の視点に立った「つながり」を実感できる施策の推進となっている。とりわけ、悩みや困りごとが深刻化・複雑化する前に対応

する、孤独・孤立状態の予防の観点が重要視されている。

社会的孤立と心理的孤独とは相互に影響しうると考えられる一方で、それらの相関は強いものではないとの報告もある⁶⁾。社会的孤立は客観的な状態であり、各人の置かれた状況により推定できるものの、心理的孤独は当事者の主観的な感情であり、周囲の人々による把握が困難であるため、リスクとなる要因の特定が求められている。

海外において、心理的孤独と薬剤の関連について複数の報告がある。Vyasらは、カナダ国内において心理的孤独の強い65歳以上の高齢者はオピオイド、ベンゾジアゼピン系薬剤の服用率が高く、また多剤服用の該当率も高いと報告している⁷⁾。Kotwalらは、米国内において心理的孤独の強い65歳以上の高齢者は非ステロイド性抗炎症剤、ベンゾジアゼピン系薬剤、抗うつ薬の服用率が高く、また多剤服用の該当率も高いと報告している⁸⁾。これら薬学的見地により心理的孤独の強い高齢者を推定できれば、早期発見、早期介入へとつながり、健康被害を抑制することが可能となる。一方で日本国内における心理的孤独と薬剤の関連についてははまだ報告されていない。文化・生活様式や医療制度が他国と異なるため、海外での報告と同様の傾向が認められるかは不透明である。そこで本研究では日本国内における心理的孤独と多剤服用、服用薬剤との関連性について調査した。心理的孤独の程度に基づき対象者を「高度」「中等度」「軽度」の3群に分類し、薬剤の服用状況や生活背景との関係を比較検討することで、心理的孤独が高齢者の服薬傾向や生活環境に与える影響を探索的に明らかにする

ことを目的とした。

方 法

1. 研究対象

本研究は大分県大分市所在の永富調剤薬局のうち、主に一般内科の処方箋を応需している4店舗にて実施した横断研究である。調査期間は2022年2月1日から2月14日までとした。対象者は期間内に自身の処方箋を持参した患者のうち、社会とのつながりが孤独に影響することを考慮し、70歳以上の就業していない高齢者とした。調査は自記式質問法にて行い、事前に本研究の目的・内容を説明し同意を得た。調剤の待ち時間を利用して回答を求め、投薬時に質問紙を回収した。質問項目を自分で読んで回答を記載できない者、認知機能の低下等で質問項目の理解が困難と判断された者、急性疾患で受診している者は除外とした。

2. 心理的孤独の測定

本研究では、心理的孤独の程度に基づき対象者を振り分けるために、日本語版UCLA孤独感尺度(第3版)⁹⁾を用いた。調査に使用した質問紙を表1に示す。この尺度は、個人が自らの心理的孤独を主観的に評価する20項目の自己記入式質問票である。各項目は1点から4点のリッカート尺度で評価され、質問項目は心理統計学的に検証されており、合計点数が孤独感の強さを示す指標として用いられる。対象者は既報¹⁰⁾に準拠し、孤独感尺度の合計点数に基づいて、高度孤独群(50-64点)、中等度孤独群(35-49点)、軽度孤独群(20-34点)の3

表1 本研究で心理的孤独の測定に用いた日本語版UCLA孤独感尺度(第3版)

どのくらいの頻度で感じているかあてはまる番号ひとつに○をつけてください				
1. 決してない 2. ほとんどない 3. 時々ある 4. 常にある				
1. 自分は周りの人たちの中になじんでいると感じますか	1	2	3	4
2. 自分には人との付き合いがないと感じることがありますか	1	2	3	4
3. 自分には頼れる人が誰もいないと感じることがありますか	1	2	3	4
4. 自分はひとりぼっちだと感じる場合がありますか	1	2	3	4
5. 自分は友人や仲間のグループの一員だと感じる場合がありますか	1	2	3	4
6. 自分は周りの人たちと共通点が多いと感じることがありますか	1	2	3	4
7. 自分は誰とも親しくしていないと感じることはありますか	1	2	3	4
8. 自分の関心や考えは周りの人たちにはわからないと感じることがありますか	1	2	3	4
9. 自分を社会的で親しみやすいと感じますか	1	2	3	4
10. 自分には親しい人たちがいると感じますか	1	2	3	4
11. 自分は取り残されていると感じることがありますか	1	2	3	4
12. 他人との関わりは意味がないと感じることがありますか	1	2	3	4
13. 自分のことを本当によく知っている人は誰もいないと感じることはありますか	1	2	3	4
14. 自分は他の人たちから孤立していると感じることはありますか	1	2	3	4
15. 希望すれば自分と気の合う仲間は見つかると感じますか	1	2	3	4
16. 自分を本当に理解している人がいると感じますか	1	2	3	4
17. 自分は内気であると感じますか	1	2	3	4
18. 周りの人たちと一体感がもてないと感じることがありますか	1	2	3	4
19. 話し相手がいると感じますか	1	2	3	4
20. 頼れる人がいると感じますか	1	2	3	4

注) 1. 5. 6. 9. 10. 15. 16. 19. 20は逆転項目(評定は1=4, 2=3, 3=2, 4=1に換算)

群に分類した。

3. 患者背景の調査

年齢、性別、生活保護受給の有無については質問票の回答日時点でのレセプトデータより抽出し、家族構成、介護サービス受給の有無に関しては口頭により回答を求めた。

4. 服用薬剤の調査

薬剤服用歴およびお薬手帳より抽出し、その他の服用薬剤の有無に関しては口頭により回答を求めた。薬効および処方日数から臨時処方と判断された総合感冒薬や抗生物質等については、研究者が集計時に服用薬剤から除外した。

高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015 では、高齢者の多剤服用が薬物有害事象の危険因子と明記されている¹¹⁾。本研究では6剤以上の薬を服用している者を多剤服用と定義した。点眼薬や局所作用型貼付剤などの、薬物相互作用により薬物動態や反応性が変化する可能性が低い外用薬は対象外とし、経皮吸収型全身作用製剤は対象とした。配合剤については薬効成分に基づいて計数した。

薬効は日本標準商品分類番号に従って分類し、複数の薬効に分類されているものに関しては番号の小さいほうを採用した。例外として、精神神経用剤に分類されているエチゾラム、クロチアゼパムは使用実態を考慮し催眠鎮静剤・抗不安剤に分類した。

5. 統計解析

心理的孤独と患者背景、多剤服用および服用薬剤との関連性を評価するために、連続変数については Kruskal-Wallis 検定、名義変数については Fisher の正確検定 (Bonferroni 補正) を用いて解析した。また、心理的孤独に影響を与える因子を調べるために、孤独感尺度の点数を目的変数とした重回帰分析を実施した。なお、説明

変数には既報¹⁰⁾を参照し、心理的孤独に影響を及ぼす可能性が高いと考えられる患者背景因子や薬剤関連因子 (多剤服用、脳神経系治療薬、慢性疾患治療薬) を選択した。因子間の多重共線性は、分散拡大係数 (Variance Inflation Factor : VIF) により確認した。

統計解析には R および R コマンダーの機能を拡張した統計ソフトウェアである EZR (v1.55) を使用し¹²⁾、 $p < 0.05$ を統計学的有意差ありとして判定した。

6. 倫理的配慮

本研究は、研究対象者本人の自由意思で、口頭にて同意を得て実施した。人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針に基づき個人情報保護に最大限留意し、株式会社北海道医薬総合研究所における倫理審査委員会 (承認番号: 2021087) の承認を得て行った。

結 果

調査期間中に質問紙を交付した患者 134 名のうち、質問項目を自ら読んで回答できなかった 3 名を除く 131 名を本研究の分析対象とした。孤独感尺度の合計点数は中央値 36 点 (四分位範囲: 29-42 点) であった。孤独感尺度の合計点数に基づく分類の結果、9 名が高度孤独群 (50-64 点)、63 名が中等度孤独群 (35-49 点)、59 名が軽度孤独群 (20-34 点) に該当した。

1. 各孤独群における患者背景の比較

各孤独群における患者背景 (年齢、性別、家族構成、介護サービス受給の有無、生活保護受給の有無) を多重比較で検討した結果、生活保護受給の該当者数は高度孤独群で 3 名 (33.3%)、中等度孤独群で 1 名 (1.6%)、軽度孤独群で 2 名 (3.4%) であり、高度孤独群と中等度孤独群 ($p = 0.016$)、および高度孤独群と軽度孤独群 ($p = 0.044$) において、有意差が認められた (表 2)。

表 2 各孤独群における患者背景の比較

	高度孤独群 $n = 9$	中等度孤独群 $n = 63$	軽度孤独群 $n = 59$	p 値		
				高度 vs. 中等度	高度 vs. 軽度	中等度 vs. 軽度
年齢 (歳)	72 (71-87)	79 (74-84.5)	77 (73-81)	1.000	1.000	0.280
性別 (女性)	4 (44.4)	37 (58.7)	35 (59.3)	1.000	1.000	1.000
独居	2 (22.2)	22 (34.9)	12 (20.3)	1.000	1.000	0.320
介護サービス受給	3 (33.3)	12 (19.0)	11 (18.6)	1.000	1.000	1.000
生活保護受給	3 (33.3)	1 (1.6)	2 (3.4)	0.016*	0.044*	1.000

データは中央値 (四分位範囲) または患者数 (%) で示す。年齢は Kruskal-Wallis 検定を、その他の項目は Fisher の正確検定および Bonferroni 補正を用いて群間比較を行った。*: $p < 0.05$

表 3 各孤独群における多剤服用の比較

	高度孤独群 $n = 9$	中等度孤独群 $n = 63$	軽度孤独群 $n = 59$	p 値		
				高度 vs. 中等度	高度 vs. 軽度	中等度 vs. 軽度
多剤服用	9 (100)	48 (76.2)	29 (49.2)	0.566	0.011*	0.008*

データは多剤服用の患者数 (%) を示す。解析は Fisher の正確検定および Bonferroni 補正を用いて群間比較を行った。*: $p < 0.05$

2. 各孤独群における多剤服用の比較

各孤独群と多剤服用の該当率を多重比較で検討した結果、高度孤独群、中等度孤独群、軽度孤独群における多剤服用の該当者数は、それぞれ9名(100%)、48名(76.2%)、29名(49.2%)であり、高度孤独群と軽度孤独群 ($p = 0.011$)、および中等度孤独群と軽度孤独群 ($p = 0.008$) において、有意差が認められた(表3)。

3. 各孤独群における薬効群別服用率の比較

各孤独群における薬効群別の服用率について検討した結果、催眠鎮静剤・抗不安剤、抗うつ剤・精神神経用剤、消化性潰瘍用剤、下剤・浣腸剤、骨代謝疾患用剤、血液凝固・血小板凝集阻止剤、アレルギー用薬、および

主として真菌に作用するものにおいて、群間で差が認められた。催眠鎮静剤・抗不安剤に分類された薬剤は全てベンゾジアゼピン系薬剤であり、全例が定期服用であった。多重比較で検討した結果、高度孤独群、中等度孤独群、軽度孤独群における催眠鎮静剤・抗不安剤の服用者数はそれぞれ6名(66.7%)、18名(28.6%)、8名(13.6%)であり、高度孤独群と軽度孤独群 ($p = 0.005$) において有意差が認められた。また、血液凝固・血小板凝集阻止剤は6名(66.7%)、20名(31.7%)、12名(20.3%)であり、同様に高度孤独群と軽度孤独群 ($p = 0.025$) において有意差が認められた(表4)。

表4 各孤独群における薬効群別服用率の比較

	高度孤独群 <i>n</i> = 9	中等度孤独群 <i>n</i> = 63	軽度孤独群 <i>n</i> = 59	<i>p</i> 値		
				高度 vs. 中等度	高度 vs. 軽度	中等度 vs. 軽度
催眠鎮静剤・抗不安剤	6 (66.7)	18 (28.6)	8 (13.6)	0.156	0.005*	0.147
抗てんかん剤	1 (11.1)	0	2 (3.4)	0.380	1.000	0.700
抗パーキンソン剤	1 (11.1)	0	1 (1.7)	0.380	0.750	1.000
解熱鎮痛消炎剤	3 (33.3)	15 (23.8)	6 (10.2)	1.000	0.270	0.170
抗うつ剤・精神神経用剤	3 (33.3)	3 (4.8)	4 (6.8)	0.069	0.132	1.000
その他の中枢神経系用薬	1 (11.1)	5 (7.9)	9 (15.3)	1.000	1.000	0.780
骨格筋弛緩剤	0	1 (1.6)	0	1.000	1.000	1.000
無機質製剤	1 (11.1)	3 (4.8)	1 (1.7)	1.000	0.750	1.000
鎮暈剤	0	2 (3.2)	1 (1.7)	1.000	1.000	1.000
眼科用剤	0	13 (20.6)	11 (18.6)	0.590	1.000	1.000
不整脈用剤	0	0	1 (1.7)	1.000	1.000	1.000
利尿剤	1 (11.1)	9 (14.3)	5 (8.5)	1.000	1.000	1.000
血圧降下剤	8 (88.9)	49 (77.8)	42 (71.2)	1.000	1.000	1.000
虚血性心疾患用剤	2 (22.2)	7 (11.1)	2 (3.4)	0.940	0.250	0.500
高脂血症用剤	6 (66.7)	36 (57.1)	31 (52.5)	1.000	1.000	1.000
鎮咳剤・去痰剤	0	5 (7.9)	7 (11.9)	1.000	1.000	1.000
気管支拡張剤	0	1 (1.6)	3 (5.1)	1.000	1.000	1.000
止しゃ剤・整腸剤	0	1 (1.6)	2 (3.4)	1.000	1.000	1.000
消化性潰瘍用剤	8 (88.9)	42 (66.7)	26 (44.1)	0.778	0.082	0.052
健胃消化剤・制酸剤	3 (33.3)	11 (17.5)	10 (16.9)	1.000	1.000	1.000
下剤・浣腸剤	3 (33.3)	7 (11.1)	3 (5.1)	0.313	0.081	0.977
利胆剤	1 (11.1)	0	1 (1.7)	0.380	0.750	1.000
鎮吐剤	1 (11.1)	1 (1.6)	4 (6.8)	0.710	1.000	0.590
ホルモン剤・抗ホルモン剤	2 (22.2)	5 (7.9)	3 (5.1)	0.630	0.380	1.000
骨代謝疾患用剤	0	12 (19.0)	3 (5.1)	1.000	1.000	0.078
泌尿器官用剤	3 (33.3)	13 (20.6)	10 (16.9)	1.000	1.000	1.000
痔疾用剤	0	3 (4.8)	1 (1.7)	1.000	1.000	1.000
鎮痛・鎮痙・収斂・消炎剤	3 (33.3)	31 (49.2)	20 (33.9)	1.000	1.000	0.300
ビタミン剤	2 (22.2)	27 (42.9)	16 (27.1)	0.890	1.000	0.260
血液凝固・血小板凝集阻止剤	6 (66.7)	20 (31.7)	12 (20.3)	0.189	0.025*	0.649
痛風治療剤	2 (22.2)	12 (19.0)	5 (8.5)	1.000	0.690	0.360
糖尿病用薬	4 (44.4)	14 (22.2)	12 (20.3)	0.640	0.600	1.000
他に分類されない代謝性医薬品	0	4 (6.3)	3 (5.1)	1.000	1.000	1.000
腫瘍用薬	0	1 (1.6)	1 (1.7)	1.000	1.000	1.000
アレルギー用薬	1 (11.1)	14 (22.2)	4 (6.8)	1.000	1.000	0.063
漢方製剤	2 (22.2)	9 (14.3)	7 (11.9)	1.000	1.000	1.000
主として一般細菌に作用するもの	0	3 (4.8)	3 (5.1)	1.000	1.000	1.000
主として真菌に作用するもの	2 (22.2)	1 (1.6)	1 (1.7)	0.120	0.130	1.000

データは各薬効群における服用者数 (%) を示す。解析は Fisher の正確検定および Bonferroni 補正を用いて群間比較を行った。
*: $p < 0.05$

4. 孤独感尺度の点数に影響を与える因子の同定

患者背景因子（年齢、性別、独居、生活保護受給）、薬剤関連因子（多剤服用、催眠鎮静剤・抗不安剤、抗パーキンソン剤、抗うつ剤・精神神経用剤、血圧降下剤、高脂血症用剤、糖尿病用薬）を説明変数として重回帰分析を実施した結果、孤独感尺度の点数と関連する有意な因子として催眠鎮静剤・抗不安剤が同定された（ $p = 0.008$ ）。一方、多剤服用については有意水準には達しなかったが、 $p = 0.053$ と一定の関連が示唆された（表5）。

考 察

本調査における孤独感尺度の点数の中央値（四分位範囲）は36（29–42）点であった。これは当該孤独尺度を開発した際⁹⁾に評価した対象者における平均値42.2点より低く、また本調査における対象者の四分位範囲を上回る99名（75.6%）がこの平均値を下回っていた。この理由として、先の報告⁹⁾では地域住民を無作為に抽出した集団を対象としていたが、本調査では定期的な通院や処方箋調剤を目的に薬局を利用する高齢者を対象としていたことが挙げられる。他者との日常的な交流や医療機関との接点と比較的多い集団であったことから、心理的孤独がある程度緩和されていた可能性が考えられた。

本研究において、高度孤独群は中等度および軽度孤独群と比較し、生活保護を受給している高齢者の該当率が有意に高値を示した。生活保護受給高齢者は、経済的困窮や社会参加への制約により他者との交流機会が減少し、社会的孤立に陥りやすい。こうした社会経済的要因は、心理的孤独の増大につながる主要な背景となりうるかと推察された。しかし、本研究では生活保護受給者のサンプル数が非常に少なく、統計的に十分な考察は困難であった。今後は生活保護受給者に焦点を当てた調査を実施し、経済的要因と心理的孤独の関連性について、より詳細な検討が求められる。

高度および中等度孤独群は軽度孤独群と比較し多剤服

用の該当率が有意に高値を示した。高齢者は複数の慢性疾患や精神的ストレスを抱えることが多く、医療機関を受診する機会が増加することが指摘されている¹³⁾。本研究における多剤服用は、そうした疾患負荷の高さを反映している可能性が高く、単に服用薬剤数の多寡のみでは捉えきれない複合的な健康状態を示唆する指標と考えられる。また、多剤服用に伴う副作用や薬物相互作用は、身体機能や認知機能の低下など生活活動への影響を及ぼし^{14,15)}、それが社会とのつながりの希薄化や外出機会の減少につながることも懸念される。こうしたつながりの希薄化が、心理的孤独の増大につながる可能性も否定できない。多剤服用と孤独感尺度の点数においては、 $p = 0.053$ と有意水準には達しなかったものの、一定の関連が示唆された。この結果は、背景にある疾患の多さと多剤服用が社会参加を制限し、心理的孤独の増大に関与している可能性を示唆している。特に高齢者は、身体的・精神的負担が日常生活機能や人間関係に直結しやすく、薬物治療の最適化と心理的支援の両面からの介入が重要である。ただし、本研究は因果関係を直接的に示すものではないため、多剤服用と心理的孤独の関連性については慎重に検討する必要がある。臨床的には心理的孤独の把握と薬剤適正化との連携が求められる。

高度孤独群は軽度孤独群と比較し、血液凝固・血小板凝集阻止剤の服用率が有意に高かった。この理由として、心理的孤独に伴う慢性的なストレスや炎症反応によって心血管系の負担が増大し、その結果として血液凝固・血小板凝集阻止剤の服用率が高い値を示した可能性が考えられた¹⁰⁾。一方で、脳血管疾患や心疾患の存在自体が外出機会の減少や社会的孤立を招き、心理的孤独の増大につながっている可能性も否定できない。本研究では、血液凝固・血小板凝集阻止剤に関しては、先行研究の知見が限られているため重回帰分析の対象外としており、今回の結果は交絡因子を調整していない単変量解析に基づくものである。今後は多変量解析や疾患構造に關

表5 孤独感尺度の点数を目的変数とした重回帰分析結果

	推定値	標準偏回帰係数	95% 信頼区間		有意確立 p	VIF
			下限	上限		
年齢	0.011	0.008	-0.232	0.254	0.928	1.209
性別（女性）	-1.914	-0.103	-5.149	1.319	0.243	1.147
独居	0.567	0.028	-3.038	4.173	0.755	1.166
生活保護受給	6.491	0.148	-1.576	14.559	0.113	1.280
多剤服用	3.472	0.180	-0.057	7.001	0.053	1.265
催眠鎮静剤・抗不安剤	3.382	0.250	0.869	5.895	0.008*	1.298
抗パーキンソン剤	-1.060	-0.045	-5.329	3.208	0.623	1.235
抗うつ剤・精神神経用剤	-0.160	-0.006	-5.333	5.012	0.951	1.217
血圧降下剤	0.828	0.103	-0.640	2.298	0.266	1.259
高脂血症用剤	-1.156	-0.101	-3.181	0.867	0.260	1.168
糖尿病用薬	0.943	0.084	-1.033	2.921	0.346	1.161

VIF : variance inflation factor, * : $p < 0.05$, $R^2 = 0.122$

する追加検討を通じて、より詳細な検証が求められる。

ベンゾジアゼピン系薬剤については、高度孤独群において服用率が有意に高く、重回帰分析においても孤独感尺度の点数と有意な関連性を示した薬剤であった。この背景には、心理的孤独と不安や不眠の関連性が反映されていると考えられる¹⁰⁾。ベンゾジアゼピン系薬剤は、不安の軽減や睡眠の改善に有効である一方、高齢者における依存性や認知機能低下、転倒リスク増加などの問題を伴うことが知られている。ベンゾジアゼピン系薬剤の服用が心理的孤独を助長する可能性が示唆され、これは高齢者医療における重要な課題といえる。ただし、本研究では因果関係を直接的に示すことはできないため、ベンゾジアゼピン系薬剤と心理的孤独の関連性については慎重に検討する必要がある。臨床的には対症療法にとどまらず、社会的支援を含めた包括的な介入が求められる。

以上より、心理的孤独の高い高齢者において、ベンゾジアゼピン系薬剤の服用率、多剤服用の該当率が高値を示したことは、薬学的見地により心理的孤独を推定する手がかりとなり得ることを示唆しており、臨床の現場における心理的孤独の早期発見や介入がいかに重要であるかを改めて示している。

本研究にはいくつかの限界がある。まず、研究デザインが横断研究であるため、心理的孤独とベンゾジアゼピン系薬剤、多剤服用の間にある因果関係を直接的に示すことはできない。さらに、調査期間が2週間と短く、対象となった来局者が高齢者の代表的集団を十分に反映しているとは限らない点が挙げられる。次に、調査段階で匿名性が完全には担保されていないため、「いつも利用している薬局の従業員に心理的孤独を知られたくない」というバイアスが生じた可能性がある。また、本研究で使用した薬効分類は日本標準商品分類番号に基づいているが、そこから推定される高齢者の健康状態が実際の臨床像と一致しない場合がある。さらに、服用薬剤の抽出に際し、総合感冒薬や抗生物質など一部の薬剤については、研究者の判断により臨時処方とみなして除外した。しかし、総合感冒薬に含まれる抗ヒスタミン薬は、高齢者の認知機能や不安感に影響を及ぼす可能性があり、心理的孤独の主観的評価に一定の影響を与えることが懸念される。本研究では、総合感冒薬を一律に臨時処方として除外したため、当該薬剤の影響を受けていた可能性を見落としている可能性がある。また、調査対象者の負担を考慮して調査項目を最小限に抑えたため、心理的孤独に影響しうる共変量が不足していた可能性も否定できない。加えて、本研究は通常の外来業務と並行して調査を実施したため、対象者数には制約があり、サンプルサイズが限定的であった。このことは統計的検出力に影響を及ぼした可能性があり、将来的には、より大規模な研究による再検証が求められる。今後は、縦断的な調査や心

理的孤独への介入研究を行うことで、心理的孤独とベンゾジアゼピン系薬剤、多剤服用との因果関係をより詳細に解明することが求められる。また、経済的背景や家族構成、社会参加状況など多面的な因子をあわせて評価することで、これらの関連性をより正確に把握できると考えられる。

本研究では、心理的孤独と薬剤の関連性を検討し、ベンゾジアゼピン系薬剤の服用率や多剤服用の該当率が、心理的孤独の程度によって異なることを示した。日常診療の現場では、患者が抱える心理的孤独を察知するのは容易ではない。そのため、本研究の知見は「心理的孤独を見落としがちである」という臨床現場の課題を再認識する契機ともなりうる。高齢者が抱える不安や悩みを早期に拾い上げ、社会的支援や地域活動への参加を提案できる体制を整備することが肝要である。

利益相反

本論文に関して、開示すべき利益相反状態は存在しない。

引用文献

- 1) National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System, The National Academies Press, Washington, DC, 2020, <<https://doi.org/10.17226/25663>>, cited 16 February, 2024.
- 2) World Health Organization, Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief, <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749>>, cited 16 February, 2024.
- 3) 厚生労働省, 2022 (令和4)年 国民生活基礎調査の概況, <<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/index.html>>, cited 16 February, 2024.
- 4) 内閣府, 令和5年度 高齢社会対策総合調査 (高齢者の住宅と生活環境に関する調査)の結果 (全体版), <https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/r05/zentai/pdf_index.html>, cited 16 February, 2024.
- 5) 厚生労働省, 2008年高齢者等が一人でも安心して暮らせるコミュニティづくり推進会議 (「孤立死」ゼロを目指して) —報告書—の公表について, <<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/03/h0328-8.html>>, cited 16 February, 2024.
- 6) Coyle CE, Dugan E, Social isolation, loneliness and health among older adults, J Aging Health, 2012, 24, 1346-1363.
- 7) Vyas MV, Watt JA, Yu AYZ, Straus SE, Kapral MK, The association between loneliness medication use in older adults, Age Ageing, 2021, 50, 587-591.
- 8) Kotwal AA, Steinman MA, Cenzer I, Use of high-risk medications among lonely older adults: results from a nationally representative sample, JAMA, 2021, 181, 1528-1530.
- 9) 舩田ゆづり, 田高悦子, 臺有桂, 高齢者における日本語版 UCLA 孤独感尺度 (第3版) の開発とその信頼性・妥当性の検討, 日地域看護会誌, 2012, 15, 25-32.
- 10) Chi C, Hoque F, Loneliness and its impact: an overlooked epidemic, Am J Hosp Med, 2024, 8, 1-5.
- 11) 日本老年医学会・日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物

- 治療の安全性に関する研究研究班：高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015, メジカルビュー社, 東京, 2015, p14-16.
- 12) Kanda Y, Investigation of the freely-available easy-to-use software 'EZR' (Easy R) for medical statistics, Bone Marrow Transplant, 2013, 48, 452-458.
- 13) 後藤浩志, 武藤正樹, 池田俊也, 丸木一成, 保険薬局調剤データベースを用いた多剤服用の実態調査—全年齢を対象とした薬剤数, 薬効分類別薬剤数の検討—, 日老薬会誌, 2021, 3, 56-64.
- 14) 秋下雅弘, 高齢者の薬物療法：ポリファーマシーとフレイルへの配慮, 日内会誌, 2019, 109, 545-549.
- 15) Larson EB, Kukull WA, Buchner D, Reifler BV, Adverse drug reactions associated with global cognitive impairment in elderly persons, Ann Intern Med, 1987, 107, 169-173.