

高齢者の医薬品適正使用ガイドライン（総論編）骨子

はじめに

ガイドラインの目的、位置づけ、対象及び活用について記載する。

- ・高齢者の薬物療法の適正化（薬物有害事象の回避、服薬アドヒアランスの改善、過少医療の回避）が目的であること。
- ・医療の質を向上させ、患者の健康に資すること、また患者の理解、啓発を伴う必要があることなど「患者中心」の考え方を強調する。
- ・ガイドラインの利用者としては、「医師、歯科医師、薬剤師を中心とし、看護師等他の医療職」を想定したものとすることとして記載する。（患者、その家族などは対象としていないもの。）
- ・ガイドラインを使用する際の対象患者の範囲は、75歳くらい以上に焦点をあてて作成するものとする。

0 ポリファーマシーの概念

ポリファーマシーの概念、高齢者の薬物療法の現状について記載する。

- ・高齢者で薬物有害事象が増加する要因（疾患上、機能上、社会的要因）を記載する。
- ・ポリファーマシーの問題点（薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、アドヒアランス低下等）を記載する。
- ・患者の病状、病態、環境により処方は変化するので、何剤から多剤服用とするかについて厳密な定義はないことを記載する。
- ・一律の剤数／種類数の削減目標を設定することを目指すよりも、安全性の確保等からみた適正な処方内容が重要であることを記載する。

（検討会）

「ポリファーマシー」は多剤服用の中でも害をなすもの、「多剤服用」とは異なるので、その旨記載し、ガイドラインの中でも書き分ける。

1 多剤服用の現状

複数施設で処方されている薬剤を含めた服用薬の全体像

担当する高齢者の服用薬の実態の全体像を把握するための参考として、高齢者における処方剤数、受診機関数、薬局数等のポリファーマシーの現状をイメージできるデータを紹介する。

入院時、退院時の処方変化のイメージ（典型例）

在宅復帰、施設入所といったケア移行の場面での処方変化のイメージ（典型例）

モデルケースの提示により、いかにポリファーマシーが作られ、逆に解消されうるのかをイメージできる事例を、イラストを用いて紹介する。

2 薬剤見直しの基本的な考え方及びフローチャート

安全な薬物療法の観点から、減薬・変更の必要性などの処方見直しの一般原則

あらゆる現場で共通にみられる基本的な処方見直しを行うタイミングを記載する。

病期毎の見直しのタイミングの留意事項は、4(4)に記載する。

担当する高齢者毎に、病態と生活機能、生活環境、患者の意思・嗜好(一般用医薬品、いわゆる健康食品の使用も含む。)などから、高齢者総合機能評価(CGA)の観点も含めて、総合的に判断することが重要であることを記載する。

見直しのクライテリアとしては、日本老年医学会の「薬物療法ガイドライン」に記載された基本的考え方(予防薬のエビデンス 対症療法の有効性 薬物療法以外の手段 処方薬剤の優先順位)を参考にすることを記載する。

薬物動態からみた対処法(高齢者の薬物動態の特徴を考慮して、少量投与、投与間隔の延長、腎機能の測定等を実施)を考慮することを記載する。

単に薬剤数のみならず、処方内容の見直しに重点を置くことを記載する。

(検討会)

嗜好と一般用医薬品の服用状況の記載は分けた方がよいのではないか。

非薬物療法の重要性

高齢者 ADL を低下させないよう、日常生活のケア、非薬物療法も考慮する旨を記載する。

具体的なアプローチ方法を各種ガイドラインの引用により紹介する。

(糖尿病、高血圧の食事・運動療法、BPSD の非薬物的介入等)

専門医の立場からの考え方

急性期や方針決定期など専門医療が重視されるべき病期・局面の存在について記載する。

他の専門医・歯科医師との連携および非専門領域への対応の困難さについて記載する。

一般的な考え方のフロー

日本老年医学会「薬物療法ガイドライン」に記載のフローチャート(P.23)を参考に紹介する。

これに加えて、患者の病態、生活環境、生理機能確認等の総合的な判断を踏まえたフローチャートを検討する。

国民的理解の醸成

「多すぎる薬と副作用」のパンフレットを参考に、医薬品の適正使用について、国民的理解の向上を図る必要性について記載する。

将来薬物療法を受けずにすむよう、ポリファーマシーのリスクや非薬物療法の啓発の重要性について記載する。

3 多剤服用時に注意する有害事象と診断、処方見直しのきっかけ

薬剤起因性老年症候群と薬物有害事象

代表的な薬剤起因性老年症候群(老年症候群として認識されている症状において薬物有害事象が疑われる症状)の各症状を記載する(有害事象の用語は統一する。)
 (項目例 項目立てとするかはさらに精査)
 ・もの忘れ、せん妄、転倒、倦怠感
 ・うつ
 ・便秘、排尿障害
 ・食欲不振
 ・たちくらみ、めまい、失神 など
 「薬疹」、「薬剤性腎障害」などについても追記する。
 「高齢者で何を注意すべきか」、薬物有害事象が出たときの対応策について記載する。
 代表的な薬剤起因性老年症候群と主な原因と疑われる薬剤の表を作成する(「高齢者のポリファーマシー 多剤併用を整理する知恵とコツ」の表 1-2 を参考にする。)

表：薬剤起因性老年症候群と主な原因薬剤

(「高齢者のポリファーマシー 多剤併用を整理する知恵とコツ」の表 1-2 を参考)

表 1-2 薬剤起因性老年症候群と主な原因薬剤

症 候	薬 剤
ふらつき・ 転倒	降圧薬(特に中枢性降圧薬、 α 遮断薬、 β 遮断薬)、睡眠薬、抗不安薬、三環系抗うつ薬、抗てんかん薬、フェノチアジン系抗精神病薬、抗パーキンソン病薬(トリヘキシフェニジル)、抗ヒスタミン薬
抑うつ	中枢性降圧薬、 β 遮断薬、ヒスタミン H_2 受容体拮抗薬、抗不安薬、抗精神病薬、抗甲状腺薬
認知機能 障害	降圧薬(中枢性降圧薬、 α 遮断薬、 β 遮断薬)、睡眠薬・抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、三環系抗うつ薬、抗てんかん薬、フェノチアジン系抗精神病薬、抗パーキンソン病薬、抗ヒスタミン薬(ヒスタミン H_2 受容体拮抗薬含む)
せん妄	抗パーキンソン病薬、睡眠薬、抗不安薬、三環系抗うつ薬、抗ヒスタミン薬(ヒスタミン H_2 受容体拮抗薬含む)、降圧薬(中枢性降圧薬、 β 遮断薬)、ジギタリス、抗不整脈薬(リドカイン、メキシレチン)、気管支拡張薬(テオフィリン、アミノフィリン)、副腎皮質ステロイド
食欲低下	非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)、アスピリン、緩下剤、抗菌薬、ビスホスホネート系薬、抗不安薬、抗精神病薬、トリヘキシフェニジル
便 秘	睡眠薬・抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、三環系抗うつ薬、膀胱鎮痙薬、腸管鎮痙薬(ブチルスコポラミン、プロパンテリン)、ヒスタミン H_2 受容体拮抗薬、 α -グルコシダーゼ阻害薬、フェノチアジン系抗精神病薬、トリヘキシフェニジル
排尿障害・ 尿失禁	三環系抗うつ薬、腸管鎮痙薬(ブチルスコポラミン、プロパンテリン)、膀胱鎮痙薬、ヒスタミン H_2 受容体拮抗薬、睡眠薬・抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、フェノチアジン系抗精神病薬、トリヘキシフェニジル、 α 遮断薬、利尿薬

出典：秋下雅弘『高齢者のポリファーマシー：多剤併用を整理する「知恵」と「コツ」』、南山堂、2016

4 多剤服用の対策の留意事項

(1) 減薬・変更する際の留意点

一般論として、どのような薬剤から減薬・変更していくかなど対象薬剤の選抜順位の考え方を記載する。

変更、半減、隔日投与、漸減、中止等の判断の基本的考え方など減薬・変更する際の手段を記載する。

減薬・変更した際の病状変化の観察や検査値判断の留意点などについて記載する。

復活投与する際の判断基準について記載する。

その他の留意点を記載する。

(2) 高齢者への薬物投与の留意点

加齢に伴う薬物動態と薬力学の変化

吸収分布代謝排泄 (ADME) 薬力学、薬物クリアランスの考え方を記載する。

・重要な項目について具体的な薬剤例をあげる。

腎機能の評価のポイント

クレアチニン・クリアランス (CCr) と腎糸球体濾過量 (eGFR) とその違いと注意点、新たな指標としてシスタチン C の利用可能性について記載する。

・eGFR は、標準体格当たりの指標なので、CCr との相違点についても記載する。

・eGFR ($/1.73\text{m}^2$) の小柄な患者における問題点を記載する。

・筋肉量に依存するクレアチニンの問題点とシスタチン C の有用性を記載する。

腎排泄型の薬剤と腎機能からみた投与量

具体的な薬剤を例示し、表を作成する。

Giusti-Hayton 法について解説する。

薬物相互作用の種類と対応の考え方

薬力学的相互作用と薬物動態学的相互作用について記載する。

特に CYP の関与する相互作用の考え方について記載する。

相互作用の回避、マネジメントの仕方について記載する。

薬剤の特性に合わせた開始用量や投与量調整方法

薬物動態パラメータ (PK/PD) や薬理作用など、薬剤の特徴を踏まえることの重要性について記載する。

少量から様子を見ながら漸増するか、抗菌薬のように漸増せずに必要量を最初から投与するか、1 回量調整か投与間隔調整か、の標準的な考え方を定量的な情報の活用 の意義も含めて記載する。

(3) 高齢者で汎用される薬剤の使用と併用の基本的な留意点

各疾患領域の学会ガイドラインでの勧告のポイントを横断的に整理して簡潔に記載する。
高齢者の受療行動・服薬パターンの特徴(複数疾患が併存しうる、長期にわたる服用で変更を拒みがち等)について記載する。

高頻度で処方・併用される薬剤について、一般的な留意事項として薬剤の選択、併用注意等を簡潔に記載する。また、薬剤起因性老年症候群の表に含まれないもの(出血リスク、肝腎障害など)代謝・排泄の観点から組合せに注意を要する薬物相互作用について、表の作成などを検討する。

「3 薬剤起因性老年症候群」の表を引用し、老年症候群の同一の症状を呈する組合せに注意すべきであることを記載する。

以下の各論は、「かかりつけ医の手引き」(日本医師会) P.10 の内容に用量を考慮した内容を追記することも検討する。

催眠鎮静薬・抗不安薬、抗うつ薬(スルピリド含む)

同種同効薬同士の重複処方の確認

高齢者の特性を考慮した薬剤選択

投与量に関する注意

他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意

高血圧治療薬

同種同効薬同士の重複処方の確認

高齢者の特性を考慮した薬剤選択

投与量に関する注意

他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意

糖尿病治療薬

同種同効薬同士の重複処方の確認

高齢者の特性を考慮した薬剤選択

投与量に関する注意

他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意

脂質異常症治療薬

同種同効薬同士の重複処方の確認

高齢者の特性を考慮した薬剤選択

投与量に関する注意

他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意

抗凝固薬

同種同効薬同士の重複処方の確認
高齢者の特性を考慮した薬剤選択
投与量に関する注意
他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意

消化性潰瘍治療薬

同種同効薬同士の重複処方の確認
高齢者の特性を考慮した薬剤選択
投与量に関する注意
他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意

その他の疾患横断的に使用する薬剤

下記の薬剤は、抗菌薬・抗ウイルス薬を除き慢性的な症状や状態に対して使用する薬物であり、使用に関しては最小限に留めるよう留意し、非薬物療法の考慮も同時に検討する旨記載する。
また、薬物投与に伴う有害事象の可能性も考慮する旨記載する。

消炎鎮痛剤 NSAID

同種同効薬同士の重複処方の確認
高齢者の特性を考慮した薬剤選択
投与量に関する注意
他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意

抗菌薬・抗ウイルス薬

感受性等を考慮した薬剤選択と、治療上必要な最小限の期間の投与
投与量に関する注意
他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意

緩下薬

酸化マグネシウムの高マグネシウム血症に関する注意
大腸刺激性薬剤の耐性、薬剤性下痢に関する注意

BPSD 治療薬（アルツハイマー治療薬を含む）

BPSD ガイドラインを参考に記載する。

非薬物療法からの開始、必要に応じて薬物療法を併用
対症治療薬の選択肢
禁忌疾患（高血糖、肝機能障害）
抗精神病薬使用時の留意点

抗コリン薬

Anticholinergic risk scale (ARS) の表、考え方を記載する。

口渇、便秘、認知機能低下、過鎮静に注意

一般用医薬品(漢方製剤を含む)いわゆる健康食品(サプリメントを含む)医師の処方によらず、患者自身が購入し使用している一般用医薬品やいわゆる健康食品の把握。

一般用医薬品やいわゆる健康食品に関連する有害事象についての全般的な注意。

(4) 処方の見直しのタイミングの考え方

処方見直しのタイミングについて記載する。

(例えば、急性期患者であれば、症状が安定してきた段階で急性期症状とは別の安定している症状に対する服用薬の見直しを検討する。慢性期患者であれば、様態が安定してきた段階で急性期の薬剤の見直しを検討する等。)

移行先における継続的な管理を見据えた処方見直しの必要性について記載する。

(検討会)

急性期病院には急性期のみならず、慢性期の患者もいる。処方見直しの現場毎の議論は、病院機能による整理ではなく、あくまで患者の病態を考慮したものとすべき。一方で、退院時の調整や病院から地域といった施設間の連携のための現場の区分を書くことは差支えない。

5 服薬支援

服薬アドヒアランスの低下する要因は、患者によって異なるため、何が問題となっているか正しく評価することの重要性を記載する。

(1) 服用管理能力の把握

服薬アドヒアランスが低下する患者・介護者の要因及びその対応を記載する。

- ・認知機能の低下
- ・嚥下機能障害
- ・難聴
- ・視力低下
- ・手指の機能障害
- ・生活環境の評価(介護者の服薬介助力) など

(2) 処方の工夫と服薬支援

服用管理能力が低下している場合等の対応を記載する。

- ・薬剤数を少なくする
- ・用法の簡素化
- ・介護者が管理しやすい服用方法にまとめる
- ・調剤の工夫
- ・剤形の変更
- ・処方の一元化 など

6 多職種・医療機関及び地域を超えた協働

医師・歯科医師と薬剤師の協働、他職種との連携における原則論を記載する。

- ・一元的な情報の集約と医師をコアにした処方見直し検討のチームの考え方（入院、在宅）
- ・チームの処方医とのコミュニケーションのあり方
- ・減薬の効果などの患者の経過観察やフォローアップと処方・処方見直しのフィードバック
- ・チームにおいて、患者の生き方、治療の目標などの患者視点の反映の仕方

（検討会）

- ・処方医は通常見直しチームにいないので、「チームの処方医とのコミュニケーション」ではなく、「処方医とチームとのコミュニケーション」とすること。
- ・病院薬剤部の薬剤師と地域の薬局薬剤師の連携を盛り込んだ文章にすること。
 - ・場面ごとに関わる職種や役割が異なるので書き分けること。
 - ・情報の一元化とチーム編成は別の論点なので、分けて記載すること。
 - ・現場で訪問看護師と服薬状況を確認することも多い。訪問看護師医師、薬剤師の連携と医師への連絡・調整も重要なので、具体的に記載すること。

7 その他

緩和ケアで用いる医薬品についても、その特性を踏まえた記載について次年度以降検討するべきではないか。

薬効群別・注意薬剤一覧

高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015 から引用する。

商品名ではなく一般名での記載に変更、エビデンスの質・推奨度及び参考にしたガイドライン・文献は削除する。

参考文献

参考としたガイドライン、文献を記載する。