

1 高齢者の医薬品適正使用の指針（案）

2 （追補）

3 （療養環境編）

4 （各論編（療養環境ごとの留意点））

5 （各論編（療養環境編））

6
7 はじめに

8 （1）指針（追補）の目的

9 「高齢者の医薬品適正使用の指針」（本指針）は、ポリファーマシー^{※1}に
10 おける診療や処方の際の参考情報を医療現場等へ提供することを意図して
11 作成された。つまり、単なる減薬ではなく、高齢者の薬物療法の適正化（薬
12 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）を目指
13 すためのものである。そして、今般の追補(P)では、患者の病態、生活、環
14 境の移行に伴い関係者にとって留意すべき点が変わることを念頭に、患
15 者の療養環境ごとの留意事項を明らかにすることを目的とした。

16 療養環境を「外来・在宅医療・特別養護老人ホーム等の常勤の医師が配
17 置されていない施設」、「急性期後の回復期・慢性期の入院医療」、「その
18 他の療養環境（常勤の医師が配置されている介護施設 等）」の3部に分け、
19 各療養環境に特徴的な点として、処方確認・見直しの考え方、療養環境移
20 行時や移行後の留意点、処方検討時の留意点等について記載した。

21 なお、急性期の入院医療に関する留意事項については、本指針（総論編）
22 を御参照いただきたい。また、本指針（総論編）に記す「処方見直しの基本
23 的な考え方及びフローチャート」は、各療養環境のいずれにも関係する共
24 通の留意事項として、御参照いただきたい。

25 追補の主たる利用対象は総論編と同様、医師、歯科医師、薬剤師とする
26 が、とりわけ追補で対象としている療養環境では、服薬支援、情報共有等
27 で看護師や他の職種の間わりも重要である。そのため、医師、歯科医師、
28 薬剤師以外の職種が関与する場合、その職種と役割を記載した。なお、患
29 者、家族などの方々については総論編同様、医薬品の服用等に関して自己
30 判断せずに、気になる点があれば医療関係者に御相談願いたい。

31 ※1：多剤服用の中でも害をなすものを特にポリファーマシーと呼ぶ。ポリ
32 ファーマシーは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連し
33 た薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問
34 題につながる状態である。

1 (2) 患者の療養環境ごとの多剤服用の現状

2 高齢者の多剤服用自体は必ずしも本指針の定義するポリファーマシーと
3 は限らないが、多剤服用はアドヒアランスの低下や薬物間相互作用の問題
4 等につながるリスク因子のひとつであり、処方の確認・見直しの際の目安
5 となる。また、処方薬剤種類数が多いことと「特に慎重な投与を要する薬
6 物」(Potentially Inappropriate Medications : PIMs) の処方の間には関
7 連がある。我が国における療養環境別の多剤服用の現状を以下に示す。

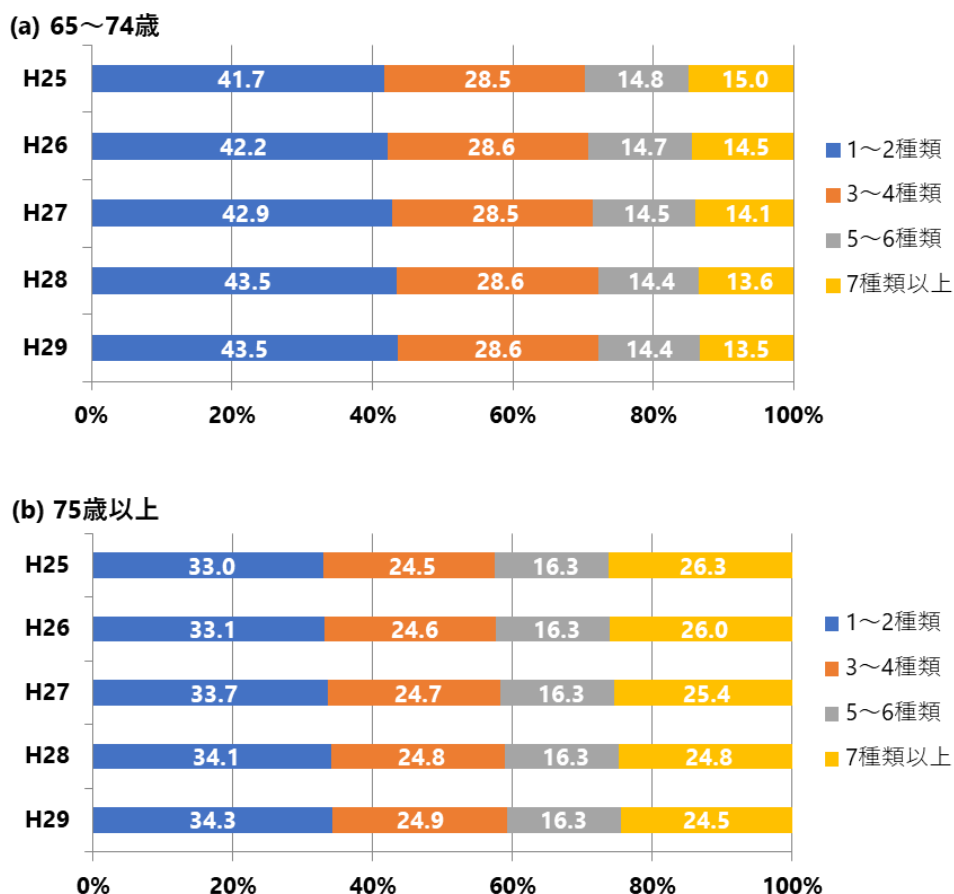
8 9 ① 外来・在宅医療・特別養護老人ホーム等の常勤の医師が配置されてい 10 ない施設

11 全国の保険薬局における処方調査によると、65～74歳の3割及び75
12 歳以上の4割でそれぞれ5種類以上の薬剤が処方されており、ここ数
13 年で大きな変化はない(図1)。保険薬局585施設を対象とした別の調
14 査によると、PIMsの処方は高齢者の約1/4でみられ、ベンゾジアゼピ
15 ン系催眠鎮静薬/抗不安薬や非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)が多く
16 使われている¹。また、一般病院の外来で慢性疾患を治療中の65歳以
17 上の患者において、一般用医薬品やサプリメントの定期的な使用は約
18 1/3にみられ、そのうち、それらの使用を医師に伝えていたのは約30%
19 に過ぎなかったことが報告されている²。

20 薬剤師が訪問している在宅療養患者において、内服薬剤種類数は中
21 央値で7種類であったという報告がある³。薬剤師が訪問時に薬物有害
22 事象を見つけるケースでは、催眠鎮静薬・抗不安薬、精神神経用剤、そ
23 の他の中枢神経系用薬のいずれかが被疑薬に含まれることが多く³、薬
24 物有害事象と関連する因子の一つとして、内服薬剤種類数が多いこと
25 が示唆されている³。首都圏の一市町村において、75歳以上の在宅療養
26 患者及び特別養護老人ホーム入所者を対象に1ヵ月間の処方調査(頓
27 服の内服薬を含む)を行ったところ、それぞれ約6割及び約4割で6
28 種類以上の処方がみられた⁴。よく使われているPIMsは両方で共通し
29 ており、催眠鎮静薬、利尿薬、H₂受容体拮抗薬、糖尿病治療薬及びNSAIDs
30 が多かった⁴。

1
2
3

図1 同一の保険薬局で調剤された薬剤種類数（／月）の推移
(a) 65～74歳、(b) 75歳以上
(社会保障診療行為別調査／統計)

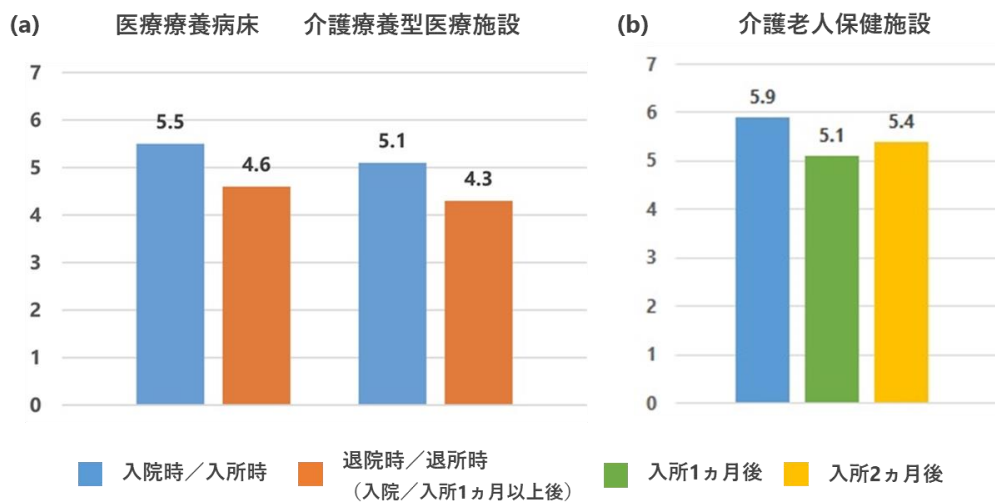


4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17

② 急性期後の回復期・慢性期の入院医療

地域包括ケア病棟において、在宅・生活復帰支援に向けたポリファーマシー対策に取り組んでいる施設は約20%であり、今後の取り組みの増加が期待される⁵。医療療養病床等では、図2に示すとおり、入院後、定期内服薬の減少がみられている。(注) 具体的な薬剤について本年度の調査結果を盛り込む予定(2月中)。

1 図2 (a) 医療療養病床及び介護療養型医療施設⁶並びに (b) 介護老人保健
 2 施設⁷における定期(内服)薬の平均薬剤種類数の変化



3
 4
 5
 6
 7
 8
 9

③ その他の療養環境（常勤の医師が配置されている介護施設 等）

介護療養型医療施設及び介護老人保健施設においても、入所後に定期内服薬の薬剤種類数の減少がみられている（図2）^{6,7}。介護老人保健施設では、8割以上の医師が利用開始時に薬物治療の見直しを行うという調査結果もある⁷。

10
 11

参考文献

- 12 1) Suzuki Y, et al: Prescription of potentially inappropriate
 13 medications to older adults. A nationwide survey at dispensing
 14 pharmacies in Japan. Arch Gerontol Geriatr. 2018; 77: 8-12.
 15 2) Masumoto S, et al: Factors associated with the use of dietary
 16 supplements and over-the-counter medications in Japanese elderly
 17 patients. BMC Fam Pract. 2018; 19(1): 20.
 18 3) 恩田光子 ほか: 在宅患者における薬物治療に伴う副作用—全国調査か
 19 らの考察—. 薬剤疫学 2016; 21(1): 1-11.
 20 4) 高齢者医薬品安全使用推進事業に係る調査研究 報告書. 平成 31 年 3
 21 月 30 日. (予定)
 22 5) 地域包括ケア病棟協会: 平成 30 年度地域包括ケア病棟の機能等に関す
 23 る調査. 2018 年 10 月 4 日.
 24 6) 日本慢性期医療協会: 療養病床における薬剤使用に関するアンケート
 25 集計結果まとめ. 第 3 回高齢者医薬品適正使用検討会. 平成 29 年 7 月

1 14日.

2 7) 全国老人保健施設協会：介護老人保健施設における薬物治療の在り方
3 に関する調査研究事業 報告書. 平成 28 年 3 月.

4 5 (3) 各療養環境において共通する留意点

6 ポリファーマシー対策として、現在服用している処方の確認・見直し
7 を検討する過程において、アドバンス・ケア・プランニング (Advance
8 Care Planning: ACP) (以下「ACP」という。)の実践、非薬物的対応の視
9 点や患者を共に支える多職種連携は重要である。これらについて、各
10 療養環境において共通する留意点として以下に示す。

11 12 ① ACP が実践されている場合における薬物療法の適正化

13 ACP は今後の医療やケアについて患者本人が家族等や医療・ケアチー
14 ムと繰り返し話し合うプロセスであり (一般の方に向けた愛称は「人
15 生会議」)、病期に応じて様々な手法がとられる。ポリファーマシー対
16 策を含む薬物療法の適正化についても、患者・家族の意向を確認・尊重
17 することが重要である。

18 19 ② 非薬物的対応の重要性

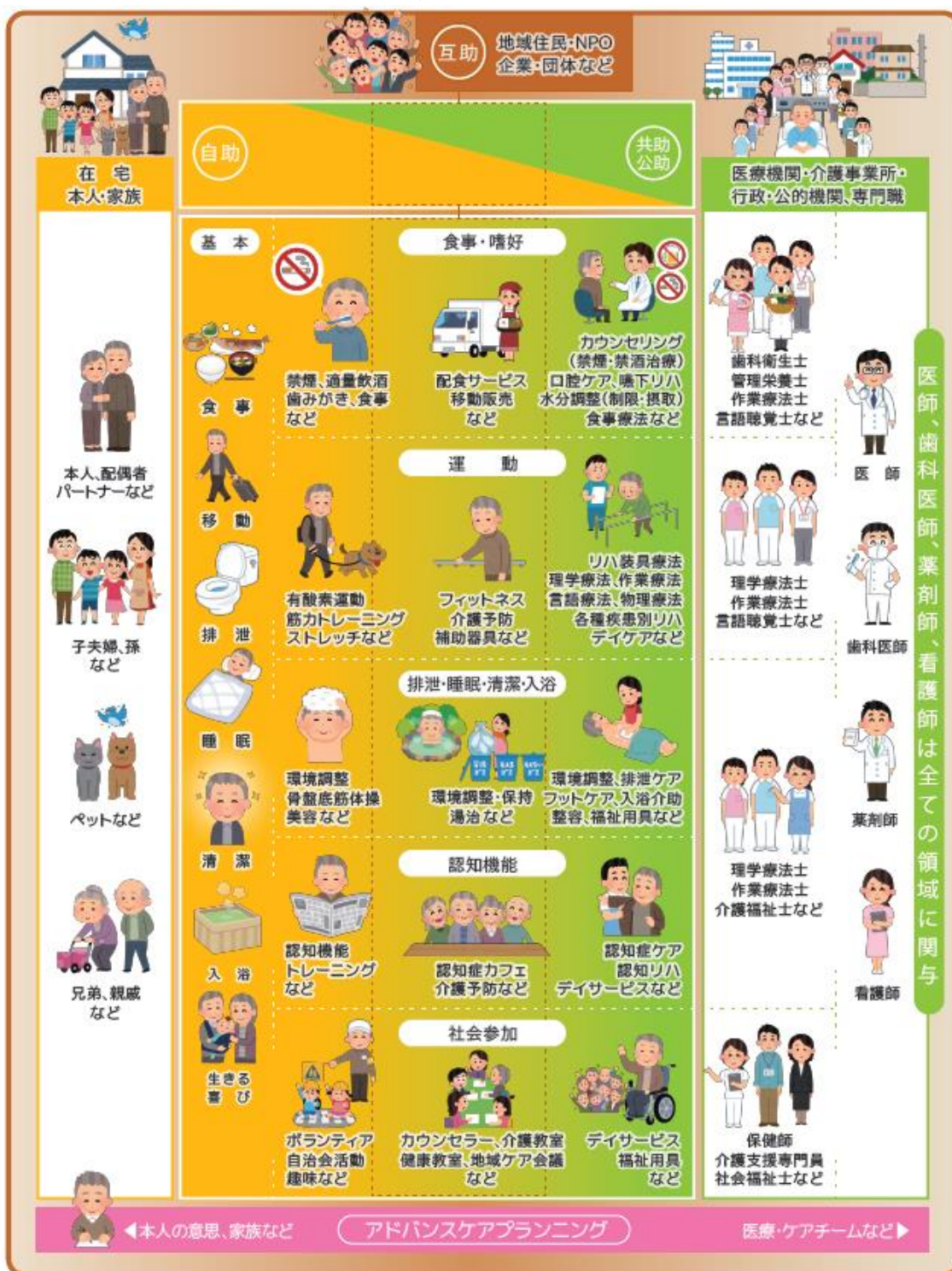
20 ○ 生活習慣の改善、環境調整、ケアの工夫

21 高齢者の日常生活において、薬物療法以外の手段による疾病の予防
22 と治療、健康増進を実行することなどは、薬物療法と同様に重要であ
23 る。それらは自助・互助としての生活習慣の改善、環境調整、ケアの
24 工夫や、専門職が実施する運動療法、食事療法、心理療法、リハビリ
25 テーションなど多岐にわたる (図 3)。

26 高齢者は、薬物有害事象によって、ふらつき、転倒、食欲低下、便
27 秘、抑うつ、認知機能低下といった老年症候群が生じることがあり、
28 そのリスク回避のためにも、薬物療法に先んじて患者の状態に応じた
29 実施可能な手段を講じることが推奨される。

30 認知症の高齢者に対する非薬物的対応としては、認知症ケア、認知
31 機能訓練、認知刺激、認知リハビリテーション、運動療法、芸術療法、
32 回想法などが一般的に行われ、環境調整、介護者に対するサポート、
33 介護保険サービスの導入なども効果的である。特に BPSD の治療にあ
34 たっては、薬剤の使用により錐体外路症状や過鎮静など ADL に影響を
35 与える薬物有害事象が生じやすいため、緊急対応が求められる場合を
36 除き、まずは非薬物的対応を行うことが望ましい。

図3 代表的な非薬物的対応



2
3
4
5

○ 薬物療法への切り替えの検討

非薬物的対応では効果が不十分またはそれらの実施が困難と考えられた場合、薬物療法への切り替えを検討する。なお、緊急対応が必要なBPSD、疼痛、急性疾患等に対しては、非薬物的対応に加えて薬物

療法も必要な場合が多い。例えば非薬物的対応を実施したにも関わらず生活に支障を来す痛みがある場合には、消炎鎮痛薬を頓服で使用することも考慮する。

○ 薬物療法からの切り替えの検討

認知症治療薬、催眠鎮静薬・抗不安薬、消炎鎮痛薬等を長期間服用しても状態の改善が認められない場合は、非薬物的対応への切り替えを検討するとともに、減薬または薬物療法の中止を考慮する。

③ 多職種の役割、連携

○ 地域包括ケアを担う医療・介護関係者等との協力、施設内又は地域内の多職種での情報共有とチームの形成

処方の確認・見直しは、医師、歯科医師、薬剤師が中心となるが、QOLの維持向上を共通の目的として、高齢者の日常生活の様子等に関する有用な情報を持ち、服用状況の管理や服薬支援も担う他職種との連携が必要である。表1に各職種の役割を示す。

表1 各職種の役割

職種	役割
看護師	服用管理能力の把握、服薬状況の確認、服薬支援 薬物療法の効果や薬物有害事象の確認
歯科衛生士	口腔内環境や嚥下機能を確認し、薬剤を内服できるかどうか（剤形、服用方法）、また薬物有害事象としての嚥下機能低下等の確認
理学療法士 ・作業療法士	薬物有害事象、服薬に関わる身体機能、日常生活動作（ADL）の変化の確認
言語聴覚士	嚥下機能を評価し、内服可能な剤形や服用方法の提案 薬物有害事象としての嚥下機能低下等の評価
管理栄養士	食欲、嗜好、摂食量、食形態、栄養状態等の変化の評価
社会福祉士等	入院（所）前の服薬や生活状況の確認と院内（所内）多職種への情報提供、退院（所）に向けた退院先の医療機関・介護事業所等へ薬剤に関する情報提供
介護福祉士等	服薬状況や生活状況の変化の確認
介護支援専門員	各職種からの服薬状況や生活状況の情報集約と主治の医師、歯科医師、薬剤師への伝達、薬剤処方の変更内容を地域内多職種と共有

1
2 地域の多職種が日常的に連携する方法として、異なる職種が同時
3 に患者宅を訪問するほか、電話やFAXによる相談、情報共有ツール
4 の活用などが行われている。また、サービス担当者会議や施設内で
5 開催されるケア会議に医師、歯科医師、薬剤師が参加し、患者の療
6 養状態を共有した上で処方を確認し、必要に応じて見直すことも有
7 効な方法である。その場合、医師、歯科医師は医療・介護サービス
8 を提供するスタッフに対し、薬物療法を行う上での留意点、観察す
9 べき症状、服薬支援の方法を具体的に伝えるように努める。

10
11 ○ 地域包括ケアを担う医療・介護関係者等との留意点の共有 等

12 疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らし
13 い生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係職種が
14 連携して、包括的かつ継続的な医療・介護を提供することが必要とな
15 る。かかりつけ医を中心とした訪問診療など、一元化された形での診
16 療により、効果的かつ日々の変化に対応しやすい医療が提供可能とな
17 る。そのため、患者が退院・退所する場合には、入院・入所中に各職
18 種が共有していた情報を、地域の多職種と共有することが望ましい。
19 医師、歯科医師からの診療情報提供書に加えて、薬剤師から薬局薬剤
20 師に向けた薬剤情報提供書など、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師
21 会等と情報を提供するための手段等をあらかじめ策定しておき、療養
22 環境移行時に起こりうる処方変更に関する情報を共有する工夫が必要
23 である。このように地域での効果的かつ安全な薬物療法が実践でき
24 るよう、医師、歯科医師、薬剤師は、かかりつけ機能を発揮し、療養
25 環境の移行時にも医療情報が途切れないように配慮したい。

26 また、患者が入院・入所した場合でも、退院・退所により再び地域
27 に戻って来るため、退院・退所の際にはこれまでの医療・介護のスタ
28 ッフによるサービスが再開されることが望まれる。

29
30 ○ お薬手帳等を活用した連携・協働

31 療養の場を問わず、お薬手帳を活用した医師、歯科医師、薬剤師、
32 その他の医療スタッフの連携・協働が望まれる。薬剤を適正に処方す
33 るためには、医師、歯科医師、薬剤師は、患者の状態を把握し、その
34 時点で服用している全ての薬剤を把握することが不可欠であり、患者
35 が医療機関や薬局で薬剤を受け取る際にお薬手帳を活用するよう促
36 す必要がある。また、処方された薬剤の他、一般用医薬品等の使用状

1 況を把握することも重要である。さらに、病名、血圧等の所見、肝・
2 腎機能等の検査値、処方変更の理由などもお薬手帳等へ適宜記入する
3 ことが望ましい。

5 ○ 服薬アドヒアランスの改善

6 医師、歯科医師、薬剤師は、患者および家族、医療・介護スタッフ
7 からの情報を基に服薬状況を評価するとともに、処方内容のみならず、
8 服薬アドヒアランス上の問題点の有無を確認する視点も必要である。
9 認知機能低下や難聴、視力低下などによりアドヒアランス^{※2}の維持が
10 困難な場合には、その原因を考察し、服薬の維持・改善に努めるべく
11 服薬を支援する方法を具体的に提案した上で処方の見直しを行う。な
12 お、具体的な処方の工夫や服薬支援については、本指針（総論編）の表
13 3を御参照いただきたい。

14 服薬アドヒアランスを維持するためには、早めに家族などの互助も
15 取り入れ、習慣化することが望ましい。残薬が多い場合には、処方日
16 数の調整だけでなく、残薬が発生する要因を聞き出し、服薬環境に合
17 わせた服用回数の調整を行う必要もある。認知症の高齢者では、服用
18 状況を管理できない可能性が高いため、服薬補助者を決めて、残薬と
19 空包の確認を習慣化するなどにより、在宅等でも管理可能な期間を延
20 長することができる。また、服薬補助者による管理が難しい場合は、
21 薬剤を服薬カレンダーへセットするなどの方法によって、アドヒア
22 ランスを確認することが望ましい。本人または服薬補助者が、お薬手帳
23 を用いて医師、歯科医師、薬剤師に服薬状況を伝えることで、残薬を
24 確認できるだけでなく、医師、歯科医師は症状と薬効との関係を把握
25 し、必要に応じて処方を見直し、服薬を継続させることが可能となる。

26
27 ※2：アドヒアランスとコンプライアンス：服薬遵守に対する用語と
28 して、医師、歯科医師、薬剤師による指示を守って服薬するコンプ
29 ライアンスに対して、患者の理解と意思に基づいて行われるアドヒ
30 アランスを用いるのが最近では一般的である。しかし、理解や意思
31 決定の困難な患者ではコンプライアンスに該当する場合もある。

1 第1部 外来・在宅医療・特別養護老人ホーム等の常勤の医師が配置されていない施設

第1部では、外来、自宅やサービス付き高齢者向け住宅等における在宅医療、特別養護老人ホームおよび有料老人ホーム、グループホーム等の常勤の医師が配置されていない施設における考え方及び留意事項について記す。

1. 処方確認・見直しの考え方

○ 処方確認・見直し

医師、歯科医師が初診患者を診療する際に、問診やお薬手帳から処方経過も含めた処方薬剤の情報を収集するが、正確に医師、歯科医師に報告されない場合や、お薬手帳に全ての薬剤情報が記載されていない場合がある。定期的・継続的に外来通院する患者であっても、他院での治療・処方経過をその都度報告するとも限らないため、定期的の確認を行う必要がある。

在宅医療を始めるにあたっては、診療情報提供書やお薬手帳などを活用し、全ての処方薬剤を把握する必要がある。在宅医療継続中は、かかりつけ医が総合的に医学的管理を行っているため、外来通院時よりも処方薬剤の把握が容易であるものの、一般用医薬品等の使用状況は本人等が申告しないと確認することが困難であるため、患者や家族、介護スタッフ等からよく聴取して把握する必要がある。一方、特別養護老人ホームなどの施設では、施設スタッフが服薬支援を行うため、一般用医薬品等の使用状況を確認する作業は比較的確実に行われている。

外来・在宅医療の診療を担当する地域の診療所においては、かかりつけ医として、身体機能や認知機能、家庭環境などの患者背景を把握していることが多い。そのため、高齢者総合機能評価（CGA）などの手法を用いて身体機能や認知機能、気分・意欲、家庭環境、社会背景の評価を行うとともに、家族、介護支援専門員、訪問看護師、介護スタッフなどからも情報を得て、服薬アドヒアランスの低下や服薬困難な状況の有無についても確認し、治療方針や処方の見直しの検討を定期的に行うことが期待される。

処方を見直す際には、必要に応じて ACP 等を通じて、患者本人の価値観に基づく意思決定支援を行うほか、認知症や意識障害等により患者が意思表示できない場合には、意思決定支援者としての家族等や医療・ケアチームとともに支援していくことが求められる。

薬物有害事象の出現時などにおいて、ポリファーマシーが確認された場合、処方の減量・中止を検討する。特に高齢者における薬物有害事象は薬

1 剤起因性老年症候群のように発現がわかりにくいこともあるため、発現し
2 たあらゆる症状と薬物有害事象との関連性を考慮し、処方の見直しを行う。

3 4 ○ 長期的な安全性とリスク・ベネフィットバランスの視点

5 医師、歯科医師は、疾患による症状の有無や重症度を適宜観察し、薬剤
6 の追加、減薬、維持について判断する。特に ADL や機能障害の有無、心理
7 状態など、高齢患者の予後に影響を与えうる因子については、必要に応じ
8 て CGA を行うなどして変化を観察することが望まれる。歩行障害や認知
9 機能障害がある場合、予防目的に使用している薬剤によるリスクが増大
10 し、ベネフィットが減弱することがあるため、薬剤によるリスク・ベネフ
11 イットバランスを考えながら治療方針を見直すことが重要である。

12 薬剤師は、処方内容の確認・疑義照会にとどまらず、患者の服用管理の
13 実態や、必要に応じて、肝・腎機能等の検査結果の把握に努める。また、
14 医師、歯科医師が確認しにくい情報（残薬や他院通院、家庭環境の変化、
15 一般用医薬品等の使用状況など）の収集を積極的に行い、医師、歯科医師
16 に報告することが求められる。

17 患者が自宅等の居宅で療養する場合、服薬補助者がいる時間帯に確実に
18 服薬させる体制を整えるなど、患者本人の日常生活の実態も考慮した
19 服薬アドヒアランスの維持を目指すことが望まれる。一方、特別養護老人
20 ホームなどの施設では、施設スタッフが服薬支援を行っているため、外来
21 通院や居宅での療養時よりも、服薬アドヒアランスが確認しやすい状況
22 にある。

23 居宅は生活の場として QOL を最も高く維持できる快適な環境であり、
24 居宅に可能な限り長く過ごせるようにすることも重要である。疾患の効
25 果的な治療を目標にするだけでなく、療養環境の整備、メンタルケア、栄
26 養管理や口腔ケアを含めたヘルスケア、緩和ケア等を行うことが重要で
27 ある。また、薬物有害事象によるふらつき・転倒などの QOL を低下させる
28 症状の治療にも配慮し、薬剤服用期間中の状態を継続的に把握して、定期
29 的に処方内容を確認する必要がある。

30 31 ○ 長期通院中（在宅の場合は長期療養中）の処方確認 等

32 患者の状態が安定している期間は同じ薬剤を継続する場合も多いが、長
33 期療養中に他院から処方されている薬剤が変更される場合や疾患や身体機
34 能の変化により、薬剤の種類や量の変更が必要になることや、処方の変更
35 に伴って服薬状況が変化することもある。そのため、療養環境の変化を問
36 わず常に全ての使用薬剤を把握し、必要に応じて処方内容を見直すように

1 努める必要がある。

2
3 **2. 入院からの移行時における留意点（図4）**

4 ○ **専門医との協議・連携**

5 地域のかかりつけ医は、退院前カンファランス等を活用して病院の専
6 門医から処方内容を含めた治療の状況及び処方理由を的確に引き継ぎ、
7 疾患の状態と療養の状況を総合的に評価し、退院後の生活にあわせた処
8 方を検討する。また、退院後、身体機能に変化が認められた場合には、処
9 方薬剤の追加・変更または中止について検討するとともに、患者の状態が
10 安定している場合であってもそれまでの処方を継続する必要性を評価す
11 る。その際、医師、歯科医師の専門領域が異なるために処方見直しの判断
12 が難しい場合には、病院の専門医との連携を検討することが望ましい。

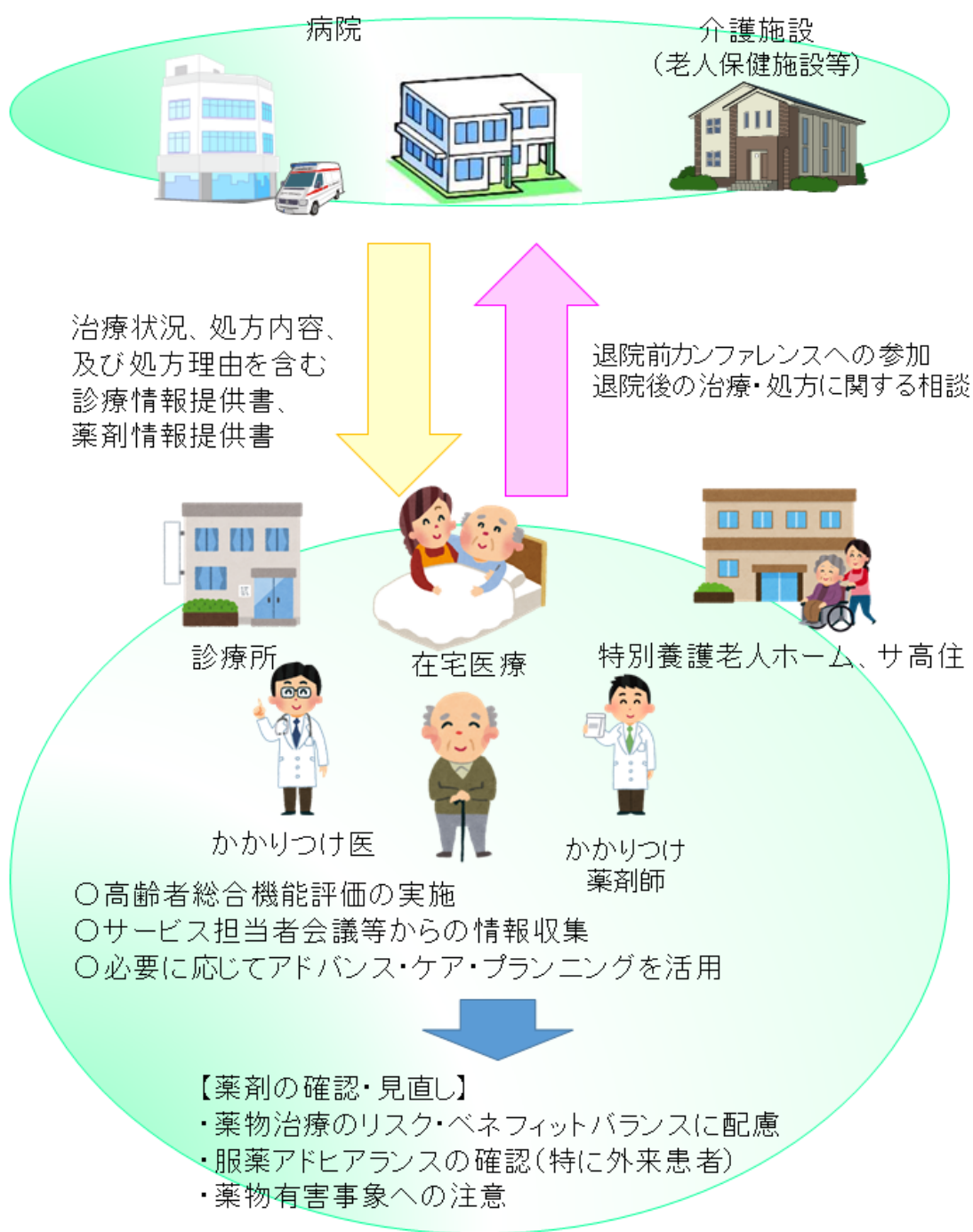
13
14 ○ **多職種等からの情報収集と処方見直しプロセスの実施**

15 退院後、高齢者の生活機能や支援体制によっては、入院中と同じ薬剤を
16 管理し服用することが困難となる場合があり、このような場合には服薬
17 アドヒアランスの低下とともに病状が悪化する可能性を考慮する必要が
18 ある。また、退院後に活動量や食事量が増加するなど、生活状況が変化す
19 ることに伴って、処方の見直しが必要になることもある。そのため、患者
20 の治療やケアにかかわる多職種とサービス担当者会議等を通じて情報を
21 共有し、療養環境に合わせた処方の見直しや服薬支援の方法を検討する
22 必要がある。

23

1

図4 外来・在宅医療への移行時における留意点



2

3. 処方検討時の留意点

(1) ポリファーマシー関連の問題の評価

外来や在宅医療の場合、診療科・医療機関が複数あるために全体像を把握できていないことが多く、お薬手帳などで重複処方や薬歴を把握しながら、処方理由も含めて確認することが重要である。

7

1 なお、療養環境の移行を繰り返す過程で、前医への確認を経ても処方理
2 由が判然としない薬剤を継続服用している場合には、薬剤の中止を検討す
3 ることが望ましい。

4 5 (2) 処方の優先順位と減量・中止

6 ○ 外来・在宅で想定される状況とモニタリング

7 外来・在宅医療においては、医師をはじめとする多職種にとって処方
8 変更後の効果や薬物有害事象を詳細にモニタリングすることが難しい
9 ため、特に減量・中止は、病状悪化に備えて緩徐に実施することが求め
10 られる。また、患者本人が薬を管理しなければならないことが多いため、
11 服薬アドヒアランスを確認しつつ、効果と薬物有害事象の評価を行うこ
12 とが重要となる。

13 外来・在宅医療では、要支援・要介護の状況や車の運転等の日常生活に
14 関する状況も考慮する必要がある。

15 また、一般用医薬品等の使用は、医薬品との併用で注意が必要な場合
16 もあることから、含有成分を確認した上で使用中止も検討する必要があ
17 る。

18 外来・在宅療養において想定される状況の例を表2に記す。

19
20 **表2 モニタリングが必要と考えられる状況の例**

- NSAIDs を有する薬剤などを長期に使用している場合
- 抗コリン作用を有する薬剤等を長期に使用している場合
- 便秘を患っており、下剤を使用している場合
- 骨粗鬆症治療薬を使用している場合（顎骨壊死の予防）
- 催眠鎮静薬・抗不安薬を長期に使用している場合
- 認知症治療薬を使用している場合、BPSD で抗精神病薬等を使用している場合
- 高用量の利尿薬を使用している場合
- 残薬が多い（服薬アドヒアランスが悪い）場合
- 処方理由の不明な薬剤を長期にわたり使用している場合
- 複数の医療機関からの投与期間が重複している場合

21 22 ○ 施設で想定される状況とモニタリング

23 施設において減薬するためには、看護・介護職のモニタリング支援が
24 必要になるため、看護・介護職向けの定期的な勉強会や日々の業務にお

1 いて、薬物療法に関する積極的な情報提供を行うとともに、減薬する際
2 は、できる限り減薬のタイミングや減薬後のモニタリングの内容や方
3 法について明確に伝えることが重要である。

4 また、施設長(経営者)は、施設の運営を統括し、その方針について入
5 居者と家族へ説明し理解を求める立場にある。そのため、施設長がポリ
6 ファーマシーの趣旨を理解した上で、職員及び提携する外部の医師、歯
7 科医師、薬剤師とポリファーマシーに対する施設の基本方針を策定、共
8 有することが望ましい。

1 第2部 急性期後の回復期・慢性期の入院医療

第2部では、急性期後の医療のうち、主に回復期の医療を担う地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟等と、主に慢性期の医療を担う医療療養病棟や障害者病棟等での入院医療における考え方及び留意事項について記す。

1. 入院時の処方確認・見直しの考え方

○ 処方確認・見直し

回復期・慢性期では、前医からの情報提供に加えて病棟配置の各専門職から得た情報を基に、入院担当医が病状、認知機能、栄養状態、入院前の生活環境等の多面的要素について、CGA等を利用して総合的に評価した上で処方することが求められる。一方で、急性期病院の入院前における慢性疾患のための処方が、急性期の病状や治療に伴い変更または中止されることもある。このため、急性期に追加した薬剤のうち、病状の安定に伴い減量・中止できる薬剤の有無や、急性期中止した薬剤の再開などについての検討が求められる。処方を見直す際は、必要に応じてACP等を通じて患者本人の価値観に基づく意思決定支援を行い、認知症や意識障害等により、患者が意思表示できない場合には、意思決定支援者としての家族等や医療・ケアチームとともに支援をしていくことになる。

○ 在宅や施設療養への療養環境移行に対する考慮

急性期では医師、歯科医師、薬剤師などの医療スタッフによって服薬コンプライアンスが確保されるが、回復期・慢性期では、その後の療養環境移行を考慮した処方見直しの検討が求められるため、特に長期処方となることが想定される在宅医療へ移行する場合には、認知機能の低下等によるアドヒアランスの低下に留意する必要がある。処方見直しに際しては、患者本人・家族等を交えた入退院支援カンファランス等を通じて、服用管理能力の把握と移行先での生活やサポートする同居者の有無を見据えた工夫や服薬支援を考える必要があり、急性期病院の入院前から関わっていた介護支援専門員等からの情報が有用となる。

○ 入院前の医師、歯科医師、薬剤師との情報共有

回復期・慢性期病棟への入院に際しては、表3に示すとおり急性期病院に入院した時のCGAや、専門医からの病状や治療方針などの情報に加えて、急性期病院入院前における状況等についても共有しておくことが望ましい。

1

表3 情報共有が望まれる事項

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院入院時のCGA ・急性期における処方内容 ・治療の中心となる薬剤および観察項目とその対応 ・急性期における病状や専門医の治療方針 ・急性期における生活支援の内容とアセスメント ・今後の療養環境を想定した増悪時の対応 ・急性期病院入院前の状況（CGA、生活支援、処方状況） |
|---|

2

3

4 2. 入院中から退院までの留意点（図5）

5 ○ 専門医との協議・連携

6 回復期・慢性期は急性期に比べて入院期間が長くなることを考慮の上、
 7 イニシアティブを持つ入院担当の医師が疾病ごとの専門医と協議し、継続
 8 が必要な薬剤と減薬可能な薬剤の有無について検討し、処方見直し後の患
 9 者の観察項目を共有する。加えて、その疾患の増悪時の対応などに対し、
 10 十分に連携する必要がある。

11

12 ○ 院内多職種等からの情報収集と処方見直しプロセスの実施

13 処方が確定した後も、日々の病棟業務において、薬剤師、看護師、理学
 14 療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、介護職種などの医療・介
 15 護スタッフは患者の状態を把握し、変化が認められた場合は入院担当の医
 16 師に連絡する必要がある。

17 ポリファーマシーによる影響が疑われた場合には、入院担当の医師・歯
 18 科医師は薬剤師やその他の職種と共に退院後の生活に大きな影響を及ぼす
 19 と考えられる事項（表4）等について、評価と非薬物的対応（図3）を検討
 20 する。また、専門医療チーム（表5）や、病棟配置の薬剤師や他職種と連
 21 携して、リハビリテーションや栄養管理、認知症ケア等を包括的に患者へ
 22 提供することも重要である。

23

1 **表4 入院中に評価・対応すべき退院後の生活に影響を及ぼす事項**

- ・ 血圧低下や覚醒レベルの低下の有無
- ・ 摂食・服薬に必要な嚥下機能の有無
- ・ サルコペニアや栄養過多等の有無
- ・ 認知機能の低下レベルやBPSDの有無
- ・ 服薬アドヒアランスの低下の有無
- ・ 睡眠障害の有無

2

3

表5 病棟横断的な専門医療チームの例

- ・ 栄養サポートチーム (NST)
- ・ 褥瘡対策チーム
- ・ 認知症ケアチーム
- ・ 皮膚・排泄ケアチーム
- ・ 緩和ケアチーム

4

5

○ **退院に向けた地域のかかりつけ医や薬剤師との連携、情報の引継ぎ**

6

7

8

9

10

11

12

13

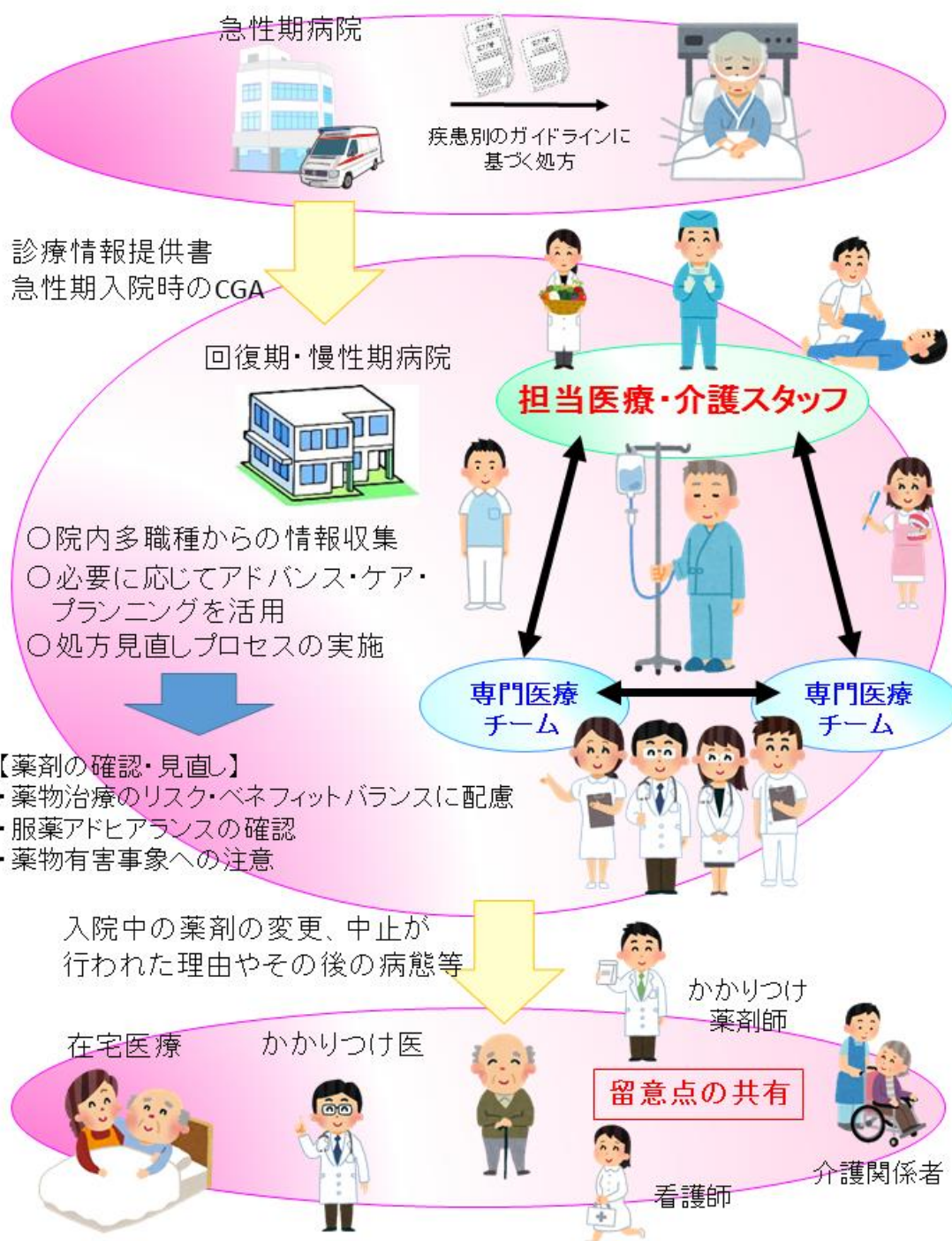
14

15

退院時には、入院中に薬剤の変更、中止が行われた理由や処方変更後の状態について、地域のかかりつけ医や薬剤師に十分に情報提供する必要がある。入院中に変更した薬剤がコミュニケーション不足により変更前の処方に戻されることは避けたい。また、急性期病院に入院する以前に複数の医師、歯科医師が処方していた場合、入院前の療養環境に戻っても適正な服薬が維持されるように、退院に向けて、今後の処方を取りまとめる医師、歯科医師を決めておくことが推奨される。さらに、退院後の療養において留意すべき観察事項や増悪時の対応などについて関係者間であらかじめ協議を行っておくことが望ましい。

1

図5 回復期・慢性期病棟への入院時における留意点



2

3

4

3. 処方検討時の留意点

5

(1) ポリファーマシー関連の問題の評価

6

回復期・慢性期病棟への入院時は、診療科・医療機関が複数関わることにより生じた重複処方や、前医への確認を経ても処方理由の把握が判然

7

1 としない処方¹の整理を行う良い機会である。身体機能や活動性の低下に
 2 伴い薬物有害事象（過降圧、低血糖、転倒、せん妄など）が起こりやす
 3 くなるため、「現在の患者の状態」に対応した処方であるかを評価するこ
 4 とが重要である。

6 (2) 処方の優先順位と減量・中止

7 ○ 回復期・慢性期で想定される状況とモニタリング

8 回復期・慢性期移行時には、病態の変化に伴い、これまで見られな
 9 かった薬物有害事象が発現することがあるため、特に一度見直した処方
 10 あっても評価をあらためて行うべきである。それまで必要であった薬物
 11 療法でも、表6に記すような身体機能や活動の低下により薬物有害事象
 12 のリスクが増大してベネフィットを上回ると考えられた場合は、処方内
 13 容の変更を検討する。さらに、複数の同種同効薬を使用する場合、薬効
 14 の重複に伴い薬物有害事象のリスクが高くなることも考慮し、必要に応
 15 じて一部の薬剤の減量・中止を検討する。また、薬物有害事象の発現を
 16 伴わない PIMs や処方理由が不明確な処方²は処方見直しの対象からは見
 17 落とされがちではあるが、薬物有害事象の未然回避、重篤化防止の観点
 18 から対応を行うことが推奨される。

19 処方の検討は、常に患者の状態に合わせて評価を繰り返し行うべきで
 20 ある。また、その後の療養環境も見据えて、適切な薬物療法を継続させ
 21 るための服薬支援も同時に行うことが望ましい。

23 表6 回復期・慢性期で想定される薬物有害事象とその留意点

使用する医薬品	想定される薬物有害事象 ^{※3} 及び留意すべき点
高血圧治療薬	ストレス軽減や活動性の低下により血圧が過度に降下する 場合がある。転倒リスクや意欲低下、認知機能低下につ ながる恐れがあり、環境に合わせた薬剤の選択が必要で ある。
糖尿病治療薬	食生活の変化や体重減少によるインスリン感受性亢進に より、血糖が過度に降下する場合がある。低血糖や低血糖 に関連した認知機能低下、転倒・骨折を避けるために、薬 剤の種類と量、必要性について再検討を行う。
抗凝固薬	腎機能低下による薬効過多、身体機能低下による転倒リス クなど出血リスクが高まる時期である。出血リスクと梗塞 リスクのリスク・ベネフィットバランスを評価し、必要性 について再検討を行う。

NSAIDs などの消炎鎮痛薬	骨折後などの患者では、やむを得ず使用する事が多いが、NSAIDs は腎機能を低下させるリスクが高いため、短期間かつ低用量で使用する事が望ましく、頓服を含めた使用方法に関する検討を繰り返し行う。
緩下薬	入院安静に伴い便秘となり、緩下薬を長期使用する機会が多く、マグネシウム製剤では高マグネシウム血症、刺激性下剤では耐性による難治性便秘に留意する。マグネシウム製剤や刺激性下剤以外の緩下薬の使用を含めて、適宜再検討を行う。
催眠鎮静薬・抗不安薬	環境移行に伴い不眠になることがある一方で、リハビリテーションなどの日中活動や環境改善の影響で催眠鎮静薬・抗不安薬が無くても眠れるようになることがある。なるべく短期、少量の使用にとどめるなど、慎重に使用する。特にベンゾジアゼピン系薬剤では急な中止により離脱症状が発現するリスクがあることにも留意する。

- 1 ※3:同種・同効薬を複数使用する場合、薬物有害事象のリスクがさらに高まる。

1 第3部 その他の療養環境（常勤の医師が配置されている介護施設 等）

2
3 第3部では、常勤の医師が配置されている介護施設（介護老人保健施設、介護
4 療養型医療施設、介護医療院^{※4}）における考え方及び留意事項について、これら
5 の施設が有する在宅復帰・在宅療養支援の機能、長期療養や看取りの機能に配慮
6 しつつ、記す。

7 ※4：介護医療院：2018年4月に創設された「日常的な医学管理」「看取り・
8 ターミナル」「生活施設」の機能を備えた介護保険施設。介護療養病床（療
9 養機能強化型）相当のⅠ型、介護老人保健施設相当以上のⅡ型の類型が設け
10 られている。

11 12 1. 入所時の処方確認・見直しの考え方

13 ○ 処方確認・見直し

14 入所前には、支援相談員や介護支援専門員等が、入所予定者の情報を把
15 握し、利用目的等を確認することになる。その際、支援相談員、薬剤師等
16 は診療情報提供書やお薬手帳などから服薬状況を確認し、得られた情報を
17 医師、歯科医師等と共有する。また、残薬を把握するために、移行元の医
18 療機関の医師、歯科医師や薬剤師に服薬内容および最近の薬の変更の有無
19 などの情報提供を求めるとともに、患者の自宅を訪問して直接服薬状況を
20 確認することが推奨される。様々な理由で薬剤情報が入手できない場合は、
21 患者が持参した薬剤の鑑別を薬剤師が行う等により、処方されている薬剤
22 の情報を的確に入手することが求められる。

23 また、入所前の本人や家族に対して、ポリファーマシー対策の重要性や
24 様々な非薬物的対応（図3）の提供について十分に説明し、理解を得てお
25 くことが望ましい。

26
27 入所時にあっては、入所前の薬物療法を正確に把握するとともに、必要
28 に応じて入所後の療養に適した薬物療法を検討する観点から、処方の確認・
29 見直しの検討を必ず行うべきである。

30 在宅復帰・在宅療養を支援する場合は比較的入所期間が短いことが想定
31 されるため、服薬内容に関連した薬物有害事象の有無を積極的に確認すべ
32 きである。例えば、ポリファーマシーに、認知症とサルコペニアが伴う場
33 合には、食欲が出る適切な栄養管理とともに、転倒等のリスクを回避しつ
34 つ、無理のない機能回復・生活回復リハビリテーションや認知症リハビリ
35 テーションを提供するために、薬物有害事象の被疑薬となっている薬剤の
36 変更又は中止について丁寧に説明して同意を得ることが望ましい。同時に、

1 必要な薬剤の追加や比較的使用しやすい剤形への変更などについても検討
2 する必要がある。

3 一方、長期療養や看取りを主とする場合は、認知症や意識障害等で本人
4 の意思表示ができない場合であっても、ACP を通じて本人の価値観に寄り
5 添い、意思決定支援者としての家族等や医療・ケアチームが繰り返し話し
6 合いながら、人生の最終段階における医療・ケアの意思決定に関するプロ
7 セスの実践が推奨される。

9 ○ 長期的な安全性とリスク・ベネフィットバランスの視点

10 在宅復帰を目指す場合か、長期療養や看取りを目的とする場合かに関わ
11 らず、患者本人の価値観を最大限尊重して、処方見直しの際の意思決定を
12 支援する必要がある。その際は、必要に応じて ACP を通じて、総論編のフ
13 ローに従って処方の見直しを実施することになる。

14 また、長期療養や看取りを目的とする場合には、身体機能の低下に伴い
15 薬物有害事象のリスクが増大したり、内服薬の服用が困難になることも想
16 定されるため、リスク・ベネフィットバランスの観点から、本人あるいは
17 家族と価値観を共有した上で薬剤の中止を検討することが必要となる。

19 2. 入所中から退所までの留意点（図6）

20 ○ 専門医及びかかりつけの医師、歯科医師、薬剤師との協議・連携（必要 21 に応じて）

22 処方見直しの必要があると判断した場合は、可能な限り入所前に処方
23 行っていた医療機関の専門医又はかかりつけ医に連絡し、患者の病態や日
24 常生活に関する情報も含めて情報交換を実施する。

26 ○ 多職種等からの情報収集と処方見直しプロセスの実施

27 処方見直し後の経過観察は多職種が関わって実践することが望ましい。
28 多職種がそれぞれの役割を踏まえて、患者の状態の変化を捉える必要があ
29 り、そのためには、医師、歯科医師による処方見直しの内容を、他職種と
30 確実に情報共有するとともに、薬物有害事象のモニタリング方法を共有す
31 る必要がある。例えば、高血圧治療薬であれば血圧、糖尿病治療薬であ
32 れば血糖等の測定頻度に関する指示、ベンゾジアゼピン系薬剤や認知症治療
33 薬であれば、活動性や摂食機能の改善の有無、異常行動の出現の有無等の
34 モニタリングすべき項目とその評価指標について、それぞれ共有しておく
35 ことが求められる。その際、病状が変化した場合の報告体制の構築と緊急
36 時の対処法の共有も重要である。

1
2 ○ **在宅に向けた服薬環境の調整**

3 退所前においては出来る限り自宅訪問を行い、薬の保管場所、服薬方法、
4 服用時間等を確認し、服薬が確実になる方法を検討する。例えば、施設の
5 支援相談員や介護支援専門員は、家族が服薬確認できる時間帯を確認し、
6 医師、歯科医師の指示の下、それに合わせて毎食後1日3回の処方を夕食
7 後1回にまとめ、それを地域の介護支援専門員と共有する、といった方法
8 が挙げられる。家族や訪問・通所サービスの専門職等の介護者が服薬支援
9 を行う場合には、在宅復帰時に担当の介護支援専門員に対して処方内容と
10 家族が対応できる時間帯についての情報に加えて、薬剤の種類、服薬タイ
11 ミングの他、突然中止すると病状の急激な悪化を招く可能性のある薬剤の
12 情報等を提供することが望ましい。

13
14 ○ **退所に向けたかかりつけ医や薬剤師との連携、情報の引継ぎ**

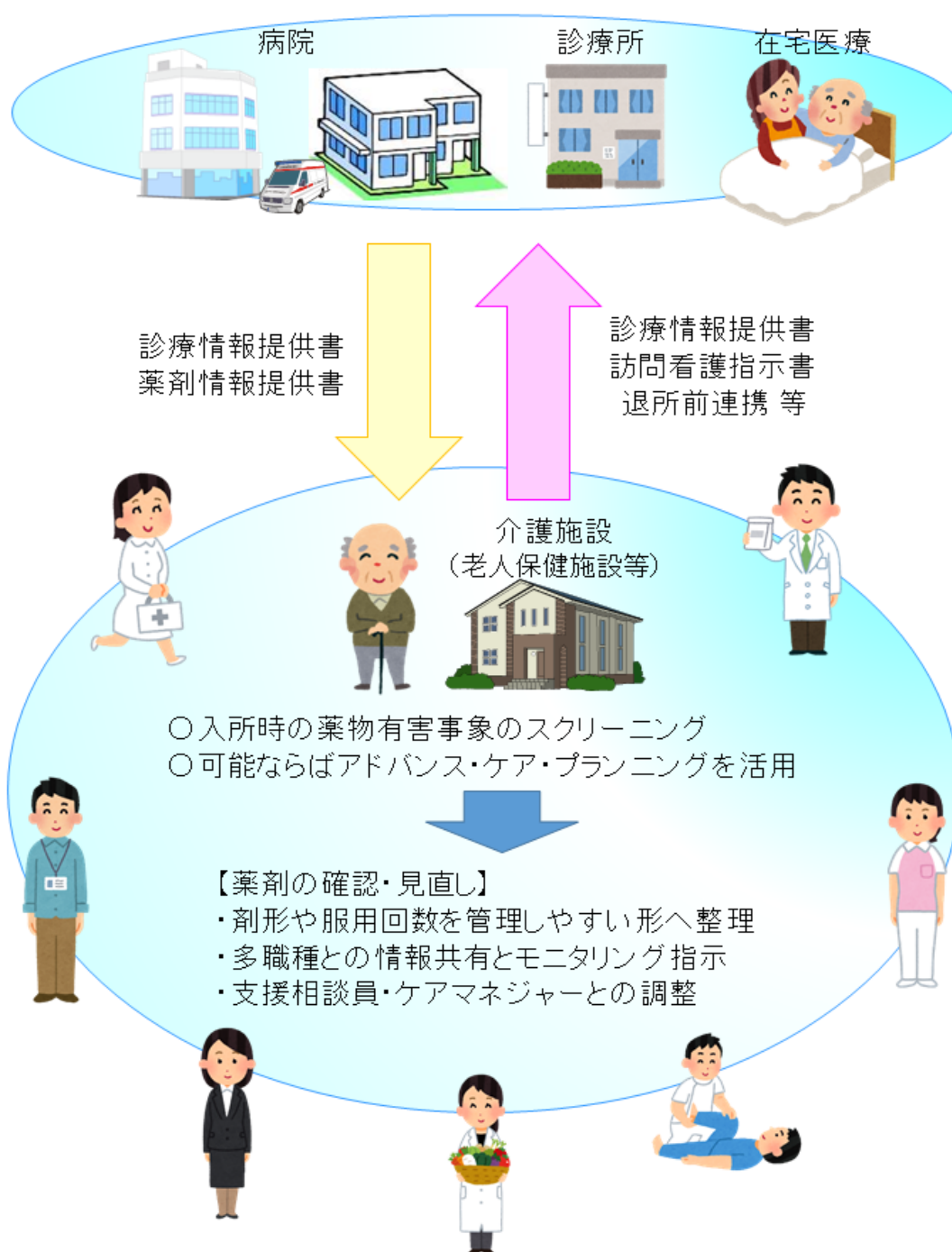
15 入所中に薬剤の変更又は中止が行われた場合には、その理由や変更後の
16 病態について、診療情報提供書を用いる等により地域のかかりつけ医や薬
17 剤師に十分な情報提供を行う必要がある。入所前のかかりつけ医等がいな
18 い場合は、退所に向けて、今後の処方の取りまとめを行う医師、歯科医師
19 などの連携先を決めておくとともに、退所後の療養において留意すべき観
20 察事項や増悪時の対応などについて関係者間であらかじめ協議を行って
21 おくことが望ましい。

22
23 **表7 介護老人保健施設と在宅医療の間の連携ツール**

連携ツール	情報発信元： 介護老人保健施設	情報の受取り： 在宅医療関係者	薬剤に関する記述内容
診療情報提供書	管理医師	在宅かかりつけ医	薬の変更点・服薬に関する注意点
訪問看護指示書	管理医師	訪問看護師	服薬に関する注意点や薬物有害事象の観察のポイント
看護サマリー	看護師	地域の介護支援専門員	服薬に関する注意点や薬物有害事象の観察のポイント
退所前連携	支援相談員あるいは 介護支援専門員	地域の介護支援専門員	服薬方法に関する注意点
お薬手帳	薬剤師	かかりつけ薬剤師/ 本人	服薬方法・変更された薬剤の内容
在宅アドバイス書	多職種	本人	服薬に関する注意点

1

図6 その他の療養環境への入退所時における留意点



2

3. 処方検討時の留意点

(1) ポリファーマシー関連の問題の評価

第3部の療養環境は在宅に比べて高齢者介護に精通した多職種がより手厚く関わるため、処方見直し後のモニタリングや長期療養の視点で処方の見直し等を行いやすい環境にある。そのため、在宅復帰

7

1 を目指す場合や、長期療養や看取りを目的とした場合などにおいて、薬剤
2 の種類や服用回数など、患者本人や施設の服薬補助者が服用管理しやす
3 い処方への見直しを検討することが求められる。

4 5 (2) 処方の優先順位と減量・中止

6 ○ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院で想定される 7 状況とモニタリング

8 在宅復帰を目指す場合においては、非薬物的対応による減薬の可能性
9 を検討することが重要である。例えばリハビリテーションの介入により
10 疼痛緩和がなされた場合には、消炎鎮痛薬を減らすことが可能な場合が
11 ある。また、認知症短期集中リハビリテーションの開始により催眠鎮静
12 薬・抗不安薬の減量や中止が可能な場合がある。

13 さらに、退所後の療養環境の変化も踏まえ、アドヒアランスの観点か
14 ら処方薬剤の優先順位を評価し、減量・中止を検討することも必要とな
15 る。特に、長期療養や看取りを行う場合は、ACP を通じて本人の価値観
16 に基づく意思決定支援を行い、処方の確認・見直しの検討を行うことが
17 重要となる。

18 19 ○ 各施設の処方環境の下での薬物有害事象のリスクの確認

20 介護老人保健施設等で想定される薬物有害事象のリスクについては、
21 回復期・慢性期と同様に療養環境の移行に伴う病態の変化が想定される
22 とともに、医療・介護スタッフによるモニタリングが可能な環境にある
23 ことから、第2部の表6（P.21）を御参照いただきたい。

24

1 おわりに

2 ○ 患者・国民への啓発の重要性

3 医療関係者がポリファーマシーに取り組んでも、患者と家族を含む一般の
4 方の理解と協力がなければポリファーマシーの解消にはつながらない。した
5 がって、一般の方は本指針の利用対象ではないものの、本指針の基本的内容
6 を患者・国民に啓発していくことが何より重要である。

7

8 ○ 平易で丁寧な説明と注意喚起

9 啓発に際しては、ポリファーマシーの問題についての理解が患者・家族に
10 は難しい場合もあることを踏まえて、医療関係者からの丁寧な説明や情報提
11 供が必要である。病状や療養環境にもよるが、薬物有害事象のリスクだけで
12 なく、薬剤の減量や中止により病状が改善する場合があるため、すべての病
13 状に対して薬物療法を必要とする場合ばかりではないといった点について、
14 具体的でわかりやすい言葉を用いて説明するように心がけることが重要とな
15 る。一方で、自己判断による減薬や中止の危険性に関して注意喚起を行うと
16 ともに、服薬状況を医師、歯科医師、薬剤師に正しく伝えることの重要性に
17 ついても患者・家族に繰り返し理解を求める必要がある。

18

19 ○ 患者・家族の意向を尊重

20 最後に、薬物療法およびその適正化は患者・家族の意向を尊重して行わな
21 ければならないことを強調しておきたい。意向を直接確認することはもとよ
22 り、CGA等で得られる生活状況や生活機能、日常の訴えや意見などの情報から
23 患者・家族の意向を推測することが求められる。また、患者・家族の意思決定
24 支援のためにもACPの考え方と手法を積極的に取り入れることも推奨される。