

「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編(療養環境別)）」(案)  
お寄せいただいたご意見の概要とご意見に対する考え方

○意見件数：11 件

※意見の概要に記載された内容は、基本的にいただいたご意見から抜粋したものです。明らかな誤字や変換ミス等については、修正しております。

No.	ご意見の内容	厚生労働省の考え方
1	USA 並みに痛みどめを市販するのなら、医師の指示を出して処方して貰うことが不要にはなりませんか？ 頰椎と腰椎のヘルニアを CP (Cerebral Palsy : 脳性麻痺) の二次障害として持っている私さえ医師の指示に従っているが。痛み止めを市販し過ぎたのではないですかね。	貴重な御意見ありがとうございました。
2	高齢者の薬を減らす方針とのことかな？介護福祉士と福祉施設の話しかできない。 感じた中では、福祉施設の看護師のレベルが低すぎ、毎回派遣される医師が薬を必要以上に処方する傾向が強い気もする。 介護福祉士も薬の知識もないので、看護師や医師の処方にも何も疑いなく飲ませるから、薬の量も減らない。薬についても、飲まなくてもいいと言う話ばかり。 薬を減らす努力をしている施設には、減らした薬代の一定割合を支給する等して薬についての職員教育をしっかりと行う事を促してはどうだろうか。 介護福祉士とは言え、利用者の薬について何も知識がないのはどうだろうか？ 職員からこの薬について必要性を感じることができるようにするなど、絶対教育が重要だと思う。	貴重な御意見ありがとうございました。今後の施策の参考とさせていただきます。
3	処方確認・見直しの基本的な考え方が 11 ページに記載され、13 ページにかかりつけ医の留意点が挙げられている。 しかしながら、14 ページに、かかりつけ薬剤師が図示されているものの、その留意点に関する	貴重な御意見ありがとうございました。

	<p>記述が記載されていない。</p> <p>そして、15 ページに至り、看護・介護職のモニタリング支援が記述され、施設長（経営者）の役割が言及されている。</p> <p>医師が配置されていない療養環境における医薬品の適正使用の場面において、薬剤師が在宅や施設に出向き、積極的にモニタリングしていくことが、介護報酬請求上も求められている。これを明記すべきである。</p>	
4	<p>別表1 N. 骨粗鬆症治療薬</p> <p>「デノスマブ[プラリア皮下注]」に関する留意点の文末に「治療中止後、骨吸収が一過性に亢進し、多発性椎体骨折があらわれることがあるので、骨吸収抑制薬への切り替えを考慮する必要がある。」を追記願います。</p> <p>(理由)</p> <p>逐次療法が必要なことが添付文書に記載されていますので、上記の通り一文を追記する必要があると考えます。</p>	<p>中止を前提とした内容であり、高齢者の特性とは異なると考えます。</p>
5	<p>別表1 N. 骨粗鬆症治療薬</p> <p>「副甲状腺ホルモン製剤（テリパラチド[フォルテオ、テリボン皮下注]）」に関する留意点を、以下のように修正願います。</p> <p>「副甲状腺ホルモン剤（テリパラチド [フォルテオ、テリボン皮下注] ）は投与が 24 ヶ月までとされており、投与終了後に骨量が低下するため、他の薬剤への切り替えを考慮すること。活性型ビタミン D3 製剤との併用は高 Ca 血症のリスクがあるため避けることが望ましい。」</p> <p>(理由)</p> <p>投与終了後の骨量低下について報告がありますが、それと骨折発生との因果関係は示されており、 「…必須である」とまでは言えません。この場合、「…考慮すること」が適切と考えます。また、経口ビスホスホネート製剤との併用で作用が相殺される点については、テリボンではエビデンスがないため、削除を希望いたします。Ca 製剤は併用注意ではありませんので削除を希望します。なお、活性型ビタミン D3 製剤については、禁忌ではなく併用注意ですので、「…リスクがあるため避ける」ではなく「…リスクがあるため注意する」もしくは「…避けることが</p>	<p>ご指摘のとおり「…切り替えを考慮すること。」</p> <p>「…避けることが望ましい。」という記載へ改めます。</p>

	望ましい」が適切と考えます。	
6	5 ページにて非薬物的対応の重要性が記載されており、異論はありませんが、この指針の実効性を上げるためにも保険点数や報酬面での工夫を施すこともご検討ください。	貴重な御意見ありがとうございました。今後の施策の参考とさせていただきます。
7	<p>11 ページ 4 行目～6 行目</p> <p>有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅は、同じ性質をもった事業所です。いずれも、</p> <p>(1)介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）の指定を受けた事業所と、</p> <p>(2)指定を受けていない事業所があります。</p> <p>（有料老人ホームは(1)と(2)が半々、サービス付き高齢者向け住宅は(2)が約9割です。）</p> <p>いずれも、医師の配置はなく、入居者は、主に訪問診療によって、医療を受けています。</p> <p>(1)は看護職員の配置義務があり、</p> <p>(2)は配置義務はありません（保険外負担で看護職員を配置しているケースはあります）。</p> <p>したがって、看護職員の配置で切り分けるのであれば、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介護付きホーム、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と表記していただければ幸いです。</p>	施設の記載は一例を示したものであり、看護職員の配置で切り分けた記載ではありません。第1部の表題にあわせ、「在宅医療・特別養護老人ホーム等」という記載へ改めます。
8	<p>11 ページ 9 行目 処方確認・見直し</p> <p>介護付きホームを含む有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅の入居者は、在宅医療を受けつつも、他の専門外来を受診しているケースがあります。</p> <p>介護付きホームの入居者で、主治医が1人か2人以上かで比べてみると、主治医が1人だとお薬は6種類以下が多いが、2人以上になるとやっぱり7種類以上になるケースが多いという調査結果もあります。</p>	御指摘の点については既に、総論編において、複数の診療科・医療機関の受診によりポリファーマシーが形成されることを記載しています。

	<p>(東京大宅医学部秋下教授と全国特定施設事業者協議会(当時)の調査研究。秋下先生に論文にもしていただきました。)</p> <p><a href="https://www.kaigotsuki-home.or.jp/news/category/information/2013/914">https://www.kaigotsuki-home.or.jp/news/category/information/2013/914</a></p> <p>したがって、複数の医師にかかっている場合には、より注意して、情報共有とかかりつけ医が調整しなければならない点を加筆していただければ幸いです。</p>	
9	<p>16 ページ 4 行目～7 行目</p> <p>当協会では、2019 年 3 月 2 日に介護医療連携セミナー「ポリファーマシーを考える」を開催しました。</p> <p>その際も意見が出ましたが、指針案に記載のとおり、経営者、施設長がポリファーマシーの趣旨を理解することは、大変重要であると考えています。</p> <p>経営者、施設長の意識啓発のため、指針に明記することについて、賛同するとともに、感謝申し上げます。</p>	<p>貴重な御意見ありがとうございました。</p>
10	<p>28 ページ 2 行目</p> <p>患者・国民への啓発の重要性について、賛同します。</p> <p>当協会・介護付きホームでのポリファーマシーの取り組みでも、課題は医師とご家族にあるという意見が多くあります。</p> <p>患者・国民への正しい啓発について、国や関係団体からの取り組みをお願い申し上げます。(当協会としても、ご協力させていただきます。)</p>	<p>貴重な御意見ありがとうございました。今後の施策の参考とさせていただきます。</p>
11	<p>現在満 100 歳、要介護 5 の母が 99 歳であった昨年 7 月末に、骨折のため入院していた病院から認知症の介護療養病棟である高名な X 病院に転院した。多剤併用解消のため、10 年近く使用していたデパス 3 錠を入院日に中止した。その際、薬剤師は関与しなかったとの説明を後に受けた。リフレックス 2 錠やガスター、糖尿病薬などの他の持参薬はなくなるまで服用させた後に中止した。入院 3 日目から大声を出し、極端な不眠、頻尿、自律神経失調症状、体重減少、消化器症状など本人は具合が悪い、頭が変、どうにかなりそう、と訴えるが、老年科の主治医は認知症のせいとして常駐する精神科医にも診てもらっていなかった。9 月 10 日の家族面談後に精神科医が診ることになったが、デパスを入院日に中止したことを家族が知ったのは 10 月後半で</p>	<p>貴重な御意見ありがとうございました。今後の施策の参考とさせていただきます。</p>

あり、突然の変調の原因を知る由もなかった。

レボトミンなどの薬を使用し、10月末には昼夜逆転は解消したものの、焦燥感、興奮から絶えず大声を出し続けた。デパスの中止と大声との因果関係はない、との病院の説明に対して、家族は離脱反応ではないか？との疑問を持ち納得しなかったため、病院の方針に従わない、として退去を求められた。12月末に認知症治療病棟の急性期病院に転院したが、離脱反応との説明や治療はなく、2月に慢性期病院に転院となり、いまだに大声を出し続けては疲れ果ててフーッと肩で息をしている。本人は声を出したくて出しているわけではなく、止められる方法があれば教えてくれ、助けてくれ、と訴える。近くの特養に申請中だが、この大声では個室であっても入れて貰えないだろう、とのことで遠くの病院に入院中です。

今回の医薬品適正使用検討会での資料には薬物療法及びその適正化は患者・家族の意向を尊重しなければならない、と書かれているが、去年の時点であれば、必須ではなかったのでしょうか。薬物有害事象が起こった場合、病院は管轄官庁なりに報告の義務はあるのでしょうか？ないのであれば実態の調査は行われているのでしょうか。院長は厚生省のガイドラインはガイドライン、我々には経験がある、と胸を張った。ベンゾジアゼピンの急な中止は離脱反応を招く、と去年のガイドライン総論に記載されていたが、そんなことは承知していると。

セカンドオピニオンを求めようとしても、重篤な離脱反応の治療をどこで行っているのか、専門医はいるのか、素人が検索をしても分からない。認知症治療病棟の先生ならばご自分の専門ではなくとも専門外来なり専門医を探すことは出来るのではないかと、思うが、なかなか先生に申し上げることも難しく、100歳を超えて最期の時を穏やかに安静に過ごして欲しいとの家族の思いはかなえられそうにない。

ベンゾジアゼピン系の薬の危険性について、厚生省は先頭に立って病院関係者のみならず、一般国民に警鐘を鳴らすべくメディアも一致して啓蒙活動をもっとすべきではないか。そして恐

ろしい離脱反応から回復できるよう専門家の育成、専門外来の設置など出来ることを率先して行うべきではないでしょうか。日本で開発された薬だから、などと製薬会社に遠慮するような厚生政策ではないことを信じたいと思います。

ベンゾジアゼピン系の薬の処方制限をかけただけでは薬剤有害事象発生の抑制にはなりません。国民である患者本位で患者の救済に一步踏み出すのが厚生省の役割ではないでしょうか。委員会に患者や家族は名を連ねていませんが、現状を良くご存じの先生方、関係者の皆様のご尽力により、現に苦しんでいる患者を助ける方策を一刻も早く提言して頂きたく、今回のパブリックコメントの機会に要望したいと思います。