

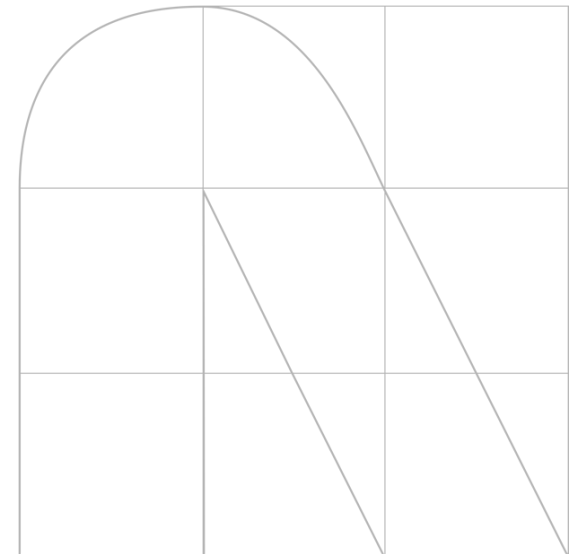
令和6年度厚生労働省医薬局医薬安全対策課委託事業 高齢者の医薬品適正使用推進事業に係るアウトカム創出調査一式 事業の進捗状況報告

2024年12月11日

株式会社NTTデータ経営研究所

1

事業概要



調査検討会の設置要綱

1. 設置目的

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所は「高齢者の医薬品適正使用推進事業に係るアウトカム創出調査一式」の調査研究を実施するにあたり、事業設計、調査設計、調査の実施、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり調査検討会を設置する。

2. 実施体制

- (1) 本調査検討会は、委員 8 名（うち委員長 1 名）で構成する。
- (2) 委員長が必要と認めるときは、調査検討会において、関係者から意見を聴くことができる。

3. 調査検討会の運営

- (1) 調査検討会の運営は、株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所が行う。
- (2) 前号に定めるものの他、調査検討会の運営に関する事項その他必要な事項については、調査検討会が定める。

調査検討会の委員名簿

- 秋下 雅弘 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター センター長
- 岡本 充子 社会医療法人近森会 理事 統括看護部長 老人看護専門看護師
- 野村 香織 公立大学法人福島県立医科大学先端臨床研究センター 准教授
- 橋場 元 公益社団法人日本薬剤師会 常務理事
- 浜田 将太 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構研究部
担当部長
- 溝神 文博 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター薬剤部
長寿医療研修センター長寿医療研修部 高齢者薬学教育研修室長
- 美原 盤 公益社団法人全日本病院協会 副会長
- 宮川 政昭 公益社団法人日本医師会 常任理事
- 委員長 (計8名, 氏名五十音順 敬称略)

WG（※）の委員名簿

- 秋下 雅弘 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター センター長
- 野村 香織 公立大学法人福島県立医科大学先端臨床研究センター 准教授
- 浜田 将太 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構研究部
担当部長
- 溝神 文博 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター薬剤部
長寿医療研修センター長寿医療研修部 高齢者薬学教育研修室長
- 委員長 （計4名，氏名五十音順 敬称略）

※WGはデータ分析について詳細に検討するために設置いたします

調査検討会のオブザーバー

厚生労働省医薬局医薬安全対策課

副作用情報専門官 岩井 遥香

主査 松川 莉奈

主査 上田 健太

(敬称略)

事務局担当者

N T T データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエーションユニット

マネージャー 西尾文孝

シニアコンサルタント 林高穂

コンサルタント 田島将太郎

コンサルタント 和智俊弥

スタッフ 高野麗

事業の背景と目的

事業の背景

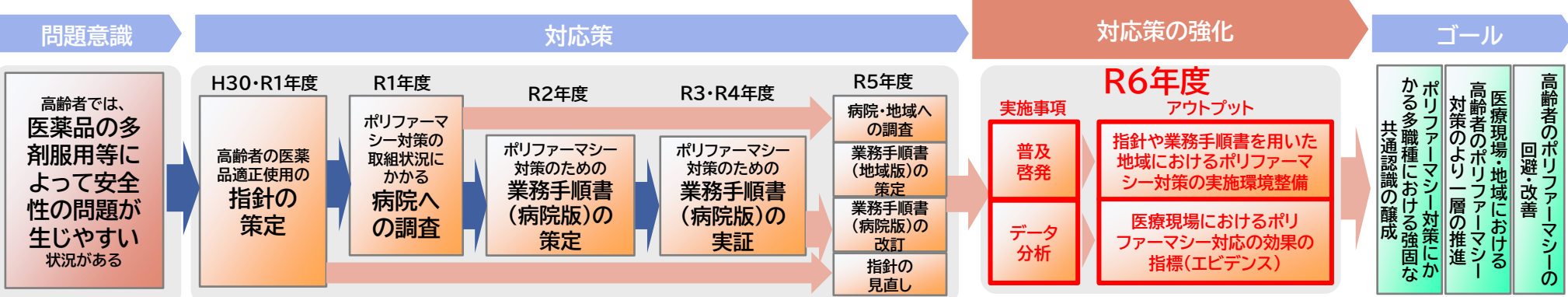
高齢化の進展に伴い、加齢による生理的な変化や複数の併存疾患を治療するための医薬品の多剤服用等によって、安全性の問題が生じやすい状況があることから、厚生労働省では、平成29 年 4 月に「高齢者医薬品適正使用検討会」（以下「検討会」という。）を設置し、安全性確保に必要な事項の調査・検討を進めている。

同検討会では、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）を目指し、高齢者の特徴に配慮したより良い薬物療法を実践するための基本的留意事項として、平成30 年 5 月に「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」、令和元年 6 月に「同指針（各論編(療養環境別)）」を、令和 2 年度にポリファーマシー対策に関する業務手順書及び様式事例集として「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（以下「業務手順書等」という。）を作成した。これらの指針や業務手順書等は、令和 3 年度及び令和 4 年度の高齢者医薬品適正使用推進事業として病院や地域において試験的に活用し課題等の洗い出しを行った後、令和5年度に当該成果を踏まえた地域における業務手順書等を新たに追加するなどの見直しが進められている。

令和 5 年 1 月から電子処方箋の運用が開始され、重複投薬を確認しやすい環境が整備される中、「新経済・財政再生計画 改革工程表2023」（令和 5 年12月21日経済財政諮問会議）においても「業務手順書等の活用を進め、実施成果のデータを得ながら、病院や地域における取組を推進。」することが記載されるなど、引き続き重要な課題となっている。医療現場におけるポリファーマシー対策業務においては、多職種が対策の重要性を理解し連携する必要があるが、ポリファーマシー対策業務の効果について十分なエビデンスが創出されておらず、強固な共通認識が醸成されづらい。

事業の目的

本事業では最新の指針や業務手順書等を用いた地域における普及啓発活動を通じてポリファーマシー対策の実施環境整備を図るとともに、医療介護データの分析を通じて医療現場におけるポリファーマシー対策業務の効果に係るエビデンスを入手することを目的とする。



事業の論理的枠組み

実施する業務
(①②)

アウトプット
成果物

アウトカム
今後期待する社会の具体的な変化

ゴール
社会課題の解決

①ポリファーマシー対策の普及啓発

- 調査対象地域（2地域）において、指針や業務手順書を用いてポリファーマシー対策を普及啓発する

指針や業務手順書を用いた地域におけるポリファーマシー対策の実施環境整備

- 普及啓発用資材
 - 全国で使用できるポリファーマシー対策にかかる資材
- 普及啓発に資する情報
 - 指針や業務手順書に従いポリファーマシー対策や普及啓発を進める上での一連のプロセス
 - 対策の成功・失敗要因
 - 今後の課題抽出・対応策等

医療現場におけるポリファーマシー対応の効果の指標（エビデンス）

- データ分析結果
 - ポリファーマシーに関する基礎情報
 - 医療現場におけるポリファーマシー状況の改善を測るための指標の検討結果

多職種における強固な共通認識の醸成
ポリファーマシー対策にかかる

- 全国でポリファーマシー対策を新たに始める地域が増えること
- 地域におけるポリファーマシー対策に協力する主体が増えること
- ポリファーマシー対策を効率的・効果的に行う地域が増えること

- 医療現場でのポリファーマシー対策の精緻化
- 今後のポリファーマシー対策に関する調査研究の進展

高齢者のポリファーマシー対策のより一層の進展
医療現場・地域における

高齢者のポリファーマシーの回避・改善

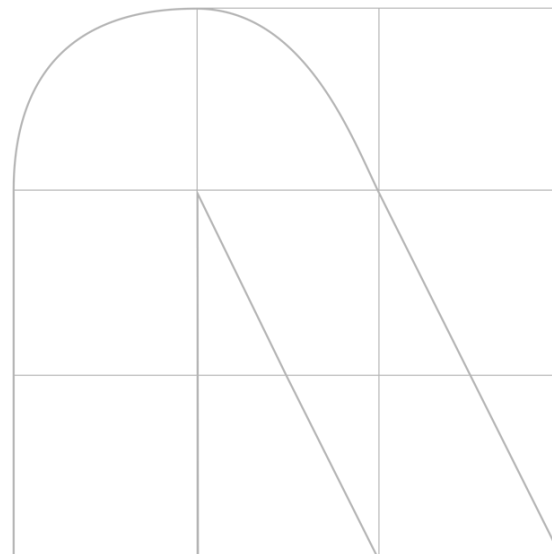
スケジュール



2

地域における普及啓発の中間報告

- ・ 指針・業務手順書の普及啓発の概要
- ・ 調査対象地域における実施体制
- ・ 普及啓発用資材の概要
- ・ アンケート調査の概要
- ・ 本業務（普及啓発）における実施事項と今後の予定



「①指針・業務手順書の普及啓発」の業務概要

目的	調査対象地域において、普及啓発用資材なども活用しながら指針や業務手順書を用いて地域におけるポリファーマシー対策や普及啓発を試行的に行い、指針や業務手順書に従いポリファーマシー対策を進める上での一連のプロセスの整理、ポリファーマシー対策の成功要因・失敗要因の整理、今後の課題抽出・対応策等を整理し、今後の普及啓発に資する情報を得ること。
本業務の成果物を作成後、今後期待するアウトカム	- 全国でポリファーマシー対策を新たに始める地域が増えること - 地域におけるポリファーマシー対策に協力する主体が増えること - ポリファーマシー対策を効率的・効果的に行う地域が増えること
調査対象地域	埼玉県、広島県
普及啓発の進め方 (調査対象地域の実施事項)	- 調査対象地域においてポリファーマシー対策に係る会議体の設置・運営を行う。 - 地域ポリファーマシーコーディネーター・薬剤調整を支援する者（薬剤調整支援者）の設置・運用を行う。 - ポリファーマシー対策の普及啓発活動として、普及啓発資材を用いて、調査対象地域内の医療関係者に対して基本的にオンラインでの勉強会、研修会などの活動を行う。 - 上記普及啓発効果を確認するため、普及啓発前後における医療関係者の意識や行動の変化を把握するためのアンケート調査等を行う。 - 上記取組にかかる一連のプロセス、成功要因・失敗要因、今後の課題抽出・対応策などを報告書にとりまとめ報告する。
普及啓発結果の総括 (調査事務局の実施事項)	調査対象地域による報告内容をもとに、普及啓発の取組にかかる一連のプロセス、成功要因・失敗要因、今後の課題抽出・対応策などをとりまとめる。

調査対象地域の選定（参考資料：埼玉県における実施体制等）

（参考）埼玉県における実施体制等

応募目的		・ ポリファーマシーについて広く地域に周知し、多剤・重複処方の解消事例を増やすことにつなげる。
都道府県内の病院、診療所、薬局のそれぞれの施設数の概数		病院 500施設 診療所 3700施設 薬局 3200施設
地域の協力体制	応募時点で賛同が得られている関係者	・ 一般社団法人埼玉県薬剤師会
	（上記以外で）今後、賛同が見込まれる関係者	・ 埼玉県医師会、各地域におけるケアマネジャーや訪問看護師
応募時点で都道府県内で実施しているポリファーマシー対策の概要（都道府県内の一部の地域であっても良い）		■ 事業内容（一般社団法人埼玉県薬剤師会に委託し、事業を実施） ■ これまでの事業実績 対象患者① 市町村国保からの通知※を受け取った患者（薬局薬剤師に相談） 対象患者② 医師への情報提供が必要と薬局薬剤師が判断した患者 ※保険者努力支援制度の重複・多剤投与者に対する取組を活用 市町村国保から重複・多剤処方者を対象に、通知を送付 I. 薬局薬剤師が対象患者から服薬状況や体調などを聴き取り II. 薬局薬剤師が聴き取りした情報を医師に提供 III. 医師が処方を確認し、必要に応じて新たに処方 IV. ポリファーマシーの解消 ○令和3年度：薬局薬剤師が聴き取りした患者 49人（うち、通知持参 0人） ⇒ 19人が処方変更【処方薬削減数 0～4剤（平均 1.8剤/人）】 ○令和4年度：薬局薬剤師が聴き取りした患者 76人（うち、通知持参 20人） ⇒ 37人が処方変更【処方薬削減数 0～6剤（平均 1.5剤/人）】 ○令和5年度：薬局薬剤師が聴き取りした患者 104人（うち、通知持参 17人） ⇒ 49人が処方変更【処方薬削減数 0～5剤（平均 1.4剤/人）】
ポリファーマシー対策に係る会議体の設置・運営に関して、どのような進め方を予定しているか		・ 既存の会議体を利用して実施する。
地域ポリファーマシーコーディネーター・薬剤調整を支援する者（薬剤調整支援者）の設置・運用に関して、どのような進め方を予定しているか		・ 会議において、どのように設置・運用するべきか検討する。
ポリファーマシー対策の普及啓発活動の実施に関して、どのような進め方を予定しているか		・ 会議において、医療関係者や地域住民に対して、どのような普及啓発活動が効果的か検討する。

調査対象地域の選定（参考資料：広島県における実施体制等）

（参考）広島県における実施体制等

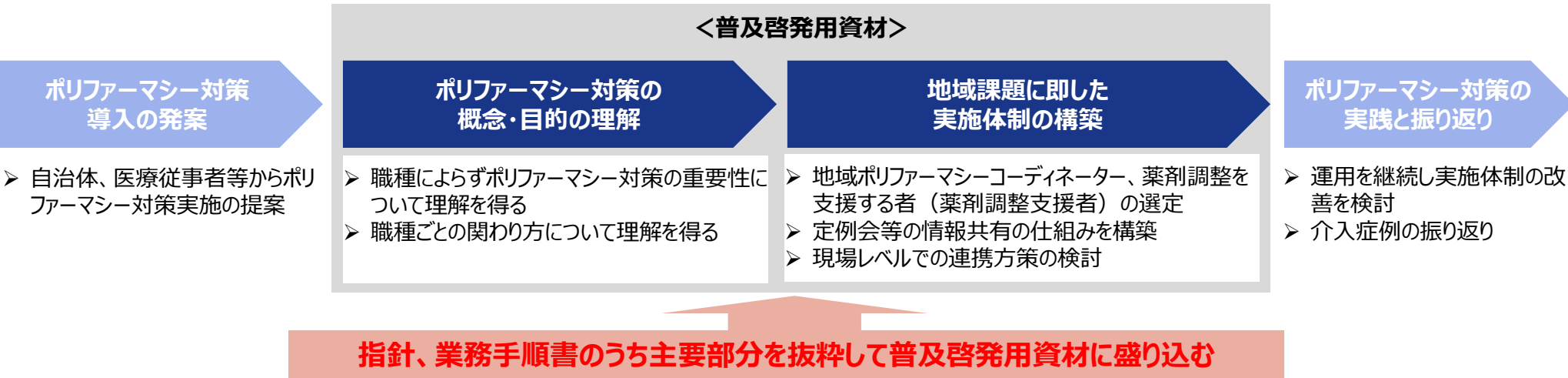
応募目的		- これまでの取組から、医療機関と薬局、医療機関同士、薬局同士の情報連携に課題を感じているところ。 - 地域版手順書を活用し、多職種をつなぐ地域ポリファーマシーコーディネーターや薬剤調整を支援する者（薬剤調整支援者）の関わり等により、これらの課題を解消し、地域におけるポリファーマシー対策をより一層推進するため。
都道府県内の病院、診療所、薬局のそれぞれの施設数の概数		病院 231施設 診療所 2,574施設 薬局 1,576施設 ※休止中の施設を含む。
地域の協力体制	応募時点で賛同が得られている関係者	- 一般社団法人広島県医師会 - 公益社団法人広島県薬剤師会 - 広島市域薬剤師会（一般社団法人広島市薬剤師会、一般社団法人安芸薬剤師会、一般社団法人安佐薬剤師会、広島佐伯薬剤師会） - 一般社団法人広島県病院薬剤師会
	（上記以外で）今後、賛同が見込まれる関係者	一般社団法人広島県歯科医師会、公益社団法人広島県看護協会、広島県訪問看護ステーション協議会、一般社団法人広島県介護支援専門員協会等に協力を依頼する予定。
応募時点で都道府県内で実施しているポリファーマシー対策の概要（都道府県内の一部の地域であっても良い）		- 市町国保被保険者等の服薬状況を分析の上、服薬指導等が必要と思われる重複・多剤服薬者を対象に、医療機関や薬局への服薬相談を勧奨する事業を実施（重複：20市町、多剤：19市町）。 - 平成30年3月に、広島市域薬剤師会は、広島市内医師会（3医師会）及び広島市と協定を締結し、平成30年度より研修会や啓発活動を実施中。また、地域住民に対しても、「通いの場」等を活用した指導相談を実施。 - 平成29年度から令和4年度まで、広島県地域保健対策協議会において、ポリファーマシーをテーマとした調査・検討や研修会を実施。 - 令和4年度の高齢者医薬品適正使用推進事業に広島市薬剤師会が採択され、指針及び病院版業務手順書を地域で活用し、地域で活用する上での課題等を整理。
ポリファーマシー対策に係る会議体の設置・運営に関して、どのような進め方を予定しているか		- 令和6年度は県が中心となりポリファーマシー対策を検討する会議体を設置予定。 - 令和7年度以降の会議体は検討中。
地域ポリファーマシーコーディネーター・薬剤調整を支援する者（薬剤調整支援者）の設置・運用に関して、どのような進め方を予定しているか		上記会議体において、県内における実施地域の選定、選定地域における地域ポリファーマシーコーディネーター等の設置・運用について検討予定。
ポリファーマシー対策の普及啓発活動の実施に関して、どのような進め方を予定しているか		多職種を対象とした研修会を開催予定。

普及啓発用資材の概要

●普及啓発用資材の目的

- 普及啓発用資材を使用したオンラインセミナー等を通して、地域におけるポリファーマシー対策の普及啓発を行う。

●普及啓発用資材の位置づけ



アンケート調査の概要

目的	- 調査対象地域において実施する以下①～③の実施効果を確認すること。 ①ポリファーマシー対策に係る会議体の設置・運営 ②地域ポリファーマシーコーディネーター・薬剤調整を支援する者（薬剤調整支援者）の設置・運用 ③ポリファーマシー対策の普及啓発活動の実施
普及啓発効果を確認するための考え方	① 会議 1回目 ← 期間 が空く → 会議 最終回 アンケート ② 地域ポリファーマシーコーディネーター・ 薬剤調整を支援する者の設置・運用 アンケート ③ 普及啓発活動 アンケート → ポリファーマシー対策 への意識・行動の変 化等を把握する 開始 → 終了 時系列
調査対象者	①：県全体、地域のそれぞれの会議体の主催者・参加者 ②：「地域ポリファーマシーコーディネーター」「薬剤調整を支援する者（薬剤調整支援者）」 ③：普及啓発活動の受講者
調査内容	【①の質問事項】 - 県全体の会議体主催者：回答者の基本属性、県全体の会議体の運営体制・運営状況、地域での会議体の運営状況、その他 - 地域の会議体主催者：回答者の基本属性、地域の会議体の運営体制・運営状況、その他 - 会議体参加者：回答者の基本属性、回答者のポリファーマシー対策に対する意識の変化、会議体に対する意識、その他 【②の質問事項】 - 回答者の基本属性、役割に任命されたことによる多職種連携の変化、役割に任命されたことによる自身の業務の変化、ポリファーマシー対策の実施事項 【③の質問事項】 - 回答者の基本属性、普及啓発への意識、回答者のポリファーマシー対策に対する意識の変化

本業務（普及啓発）における実施事項と今後の予定

【事務局の実施事項】

● 都道府県との連絡・調整

- ・ 8/27広島県、9/11埼玉県と今後の進め方について打ち合わせ
- ・ 11/22に埼玉県と状況確認のための打ち合わせを実施

● 資材の作成

- ・ 事務局にて普及啓発用資材案を作成し、10/17-10/25に委員の皆様にご確認いただいた
- ・ 委員意見反映版（資料2）を11/13に埼玉県に提供した

● アンケート調査票の作成

- ・ 事務局にて調査票案を作成し、10/30-11/5に委員の皆様にご確認いただいた
- ・ 委員意見反映版（参考資料2-1～2-5）を11/13に埼玉県に提供した
- ・ アンケート調査票については参考資料2-1～2-5で確定とさせていただきたい

埼玉県の実施事項

本事業の検討状況

● 11/14 本事業実施に向けた会議 概要

会議名	社会保険委員会
参加者	埼玉県薬剤師会 社会保険委員 11名
議題	① 事業のタイムスケジュール ② 普及啓発活動の実施方法
備考	社会保険委員会は県全体の会議体である 次回は1月9日を予定

普及啓発活動

● 県民向け

実施方法	ポリファーマシー対策に関する既存の冊子※を健康窓口で配布
------	------------------------------

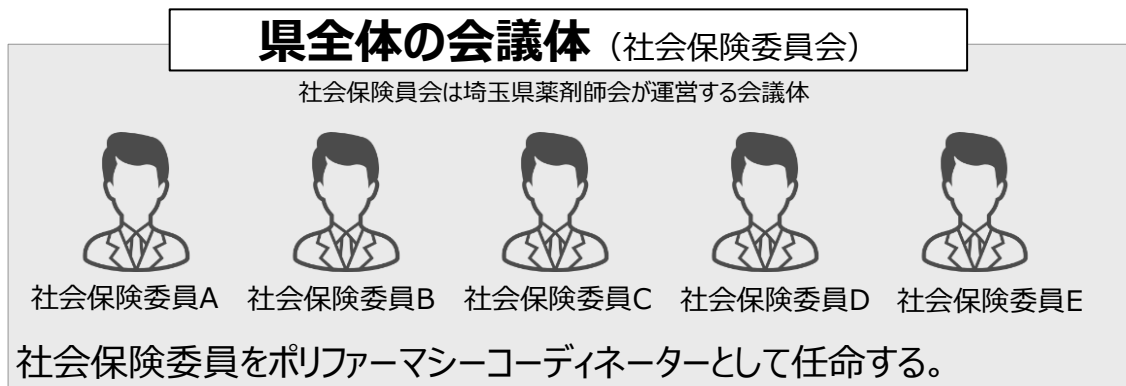
※（一社）くすりの適正使用協議会作成のリーフレット

● 医療従事者向け

実施方法	埼玉県薬剤師会の研修の一部として実施（本事業で作成の普及啓発用資材使用）
日程	11月17日
所要時間	20分程
対象人数	薬剤師・75名
開催方法	対面

埼玉県 地域調査 概要

- ・ 本事業における会議体は地域の薬剤師会役員会とする。
- ・ 社会保険委員をポリファーマシーコーディネーターとして任命し、各地域の役員会で薬剤調整支援者や普及啓発活動に関する議論を行う。



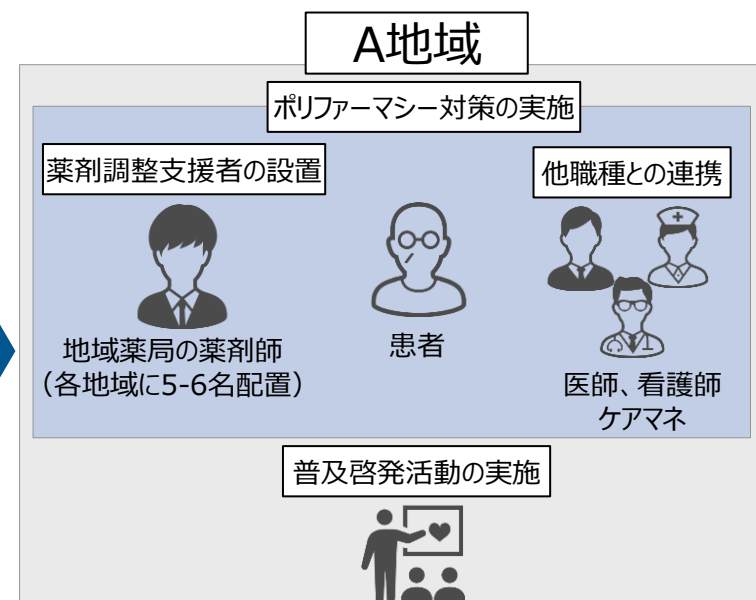
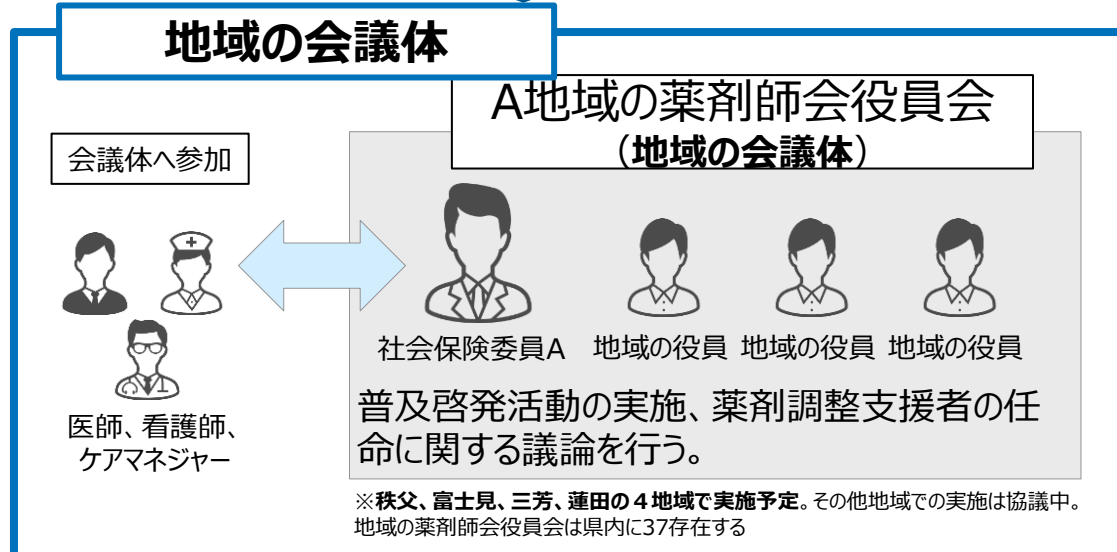
本事業に関わる検討

本事業のスケジュールや進め方の全体的な検討

普及啓発活動の実施



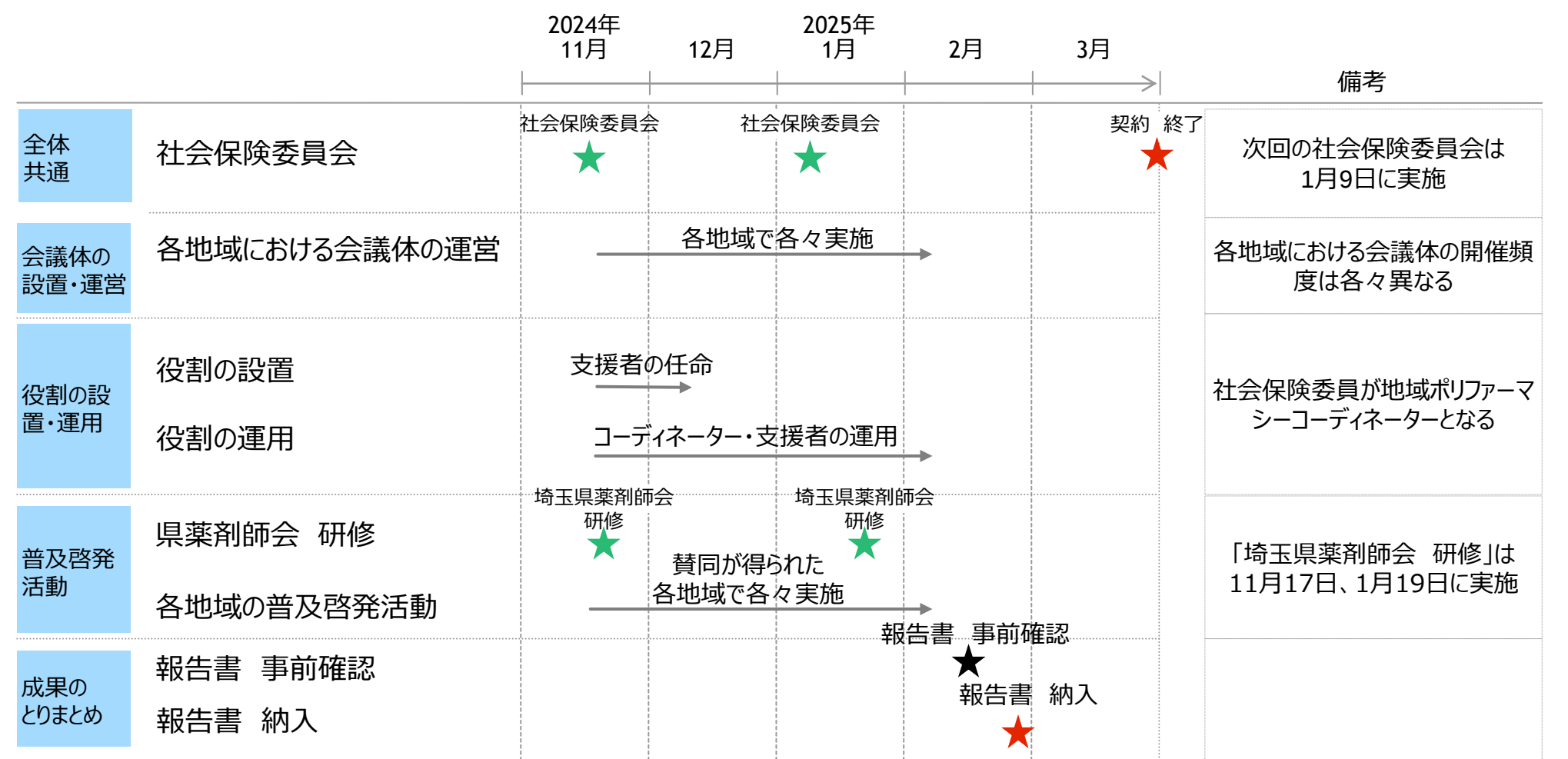
薬剤師会主催の研修会にて実施



※複数地域での会議体運営を予定しており、詳細な実施方法は各地域により異なる。

埼玉県タイムスケジュール

- 2月上旬までの本事業を試行的に行う期間とし、2月中旬に向けて成果報告書の作成を行う。



広島県の実施事項と今後の予定

本事業の検討状況

● 12/9 本事業実施に向けた会議を予定

会議名	令和6年度広島県高齢者医薬品適正使用に関する調査・検討会
議題 (予定)	① これまでの市・県でのポリファーマシー対策について意見交換と課題の共有 ② 国委託事業の実施地域について ③ 地域ポリファーマシーコーディネーター・薬剤調整支援者の選定について ④ 普及啓発について
備考	次回は2月を予定

● 参加機関 一覧

区分	機関
関係団体	一般社団法人広島県医師会
	一般社団法人広島県歯科医師会
	公益社団法人広島県薬剤師会
	公益社団法人広島県看護協会
	広島県訪問看護ステーション協議会
	一般社団法人広島県介護支援専門員協会
	一般社団法人広島市医師会
	一般社団法人安芸地区医師会
	一般社団法人安佐医師会
	一般社団法人広島市薬剤師会
	一般社団法人安佐薬剤師会
	一般社団法人安芸薬剤師会
学識経験者	広島大学大学院医系科学研究科
	広島大学病院薬剤部
行政	広島県健康福祉局薬務課

広島県の実施事項と今後の予定

普及啓発活動

● 県民向け

実施方法

「薬と健康の週間」で県が作成した啓発資料を配布（10月17日-23日）

● 医療従事者向け

実施方法

研修会にて実施予定

日程

2月を予定

● 県民向け啓発資料



「かかりつけ薬局」 「かかりつけ薬剤師」 は身近な健康の相談役



**地域で暮らすみなさまの健康に関するご不安は
いつでもご相談ください**

服薬情報をしっかりと把握し、入退院時の病院との連携や、
薬の飲み合わせ・健康被害（副作用）のご相談に対応いたします

＼お薬の数が増えすぎていませんか？／



「ポリファーマシー」を知っていますか？
多くの薬を飲んでいるために、薬が効きすぎたり、効かなかったり、
副作用を起こしたり、きちんと薬が飲めなくなったりしている状態をいいます
特に、高齢になると、複数の病気を抱える人が増えてきます
病気の数が増えると、受診する医療機関が複数になり、薬が増える原因になります

こんなときは**薬剤師に相談**しましょう！
薬を飲んでいて気になる体の症状がある...
薬が多くてきちんと飲んでいない...
薬の飲み合わせが心配...



勝手に薬を減らしたり、飲むのをやめる前に相談を！

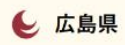
「かかりつけ薬剤師」がいれば、一冊のお薬手帳で処方されているお薬の全ての
情報を把握してくれるので、ポリファーマシーを防ぐことにつながります

身近な薬局を探してみましょう！

「薬局の所在地」、「電子処方箋が使える薬局」、
「地域連携薬局」等の条件から薬局を探すことができます→

現在開局中の薬局、夜間・休日対応の薬局も検索可能です
広島県薬剤師会のホームページからも探すことができます→



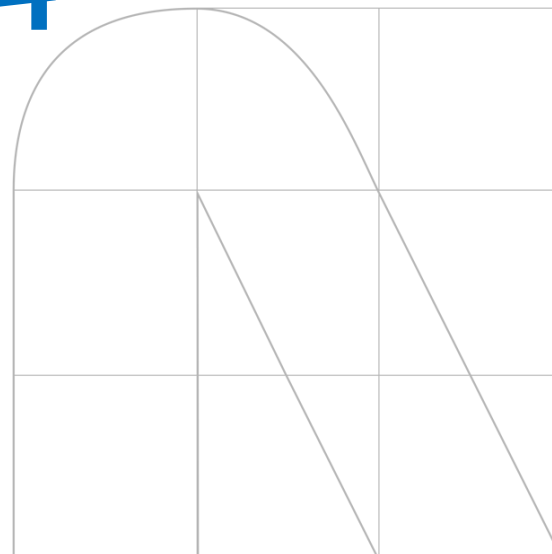


2024.9作成

3

データ分析にかかる説明資料

- データ分析の概要
- データ分析の方法
- データ分析結果
- 今後の方針

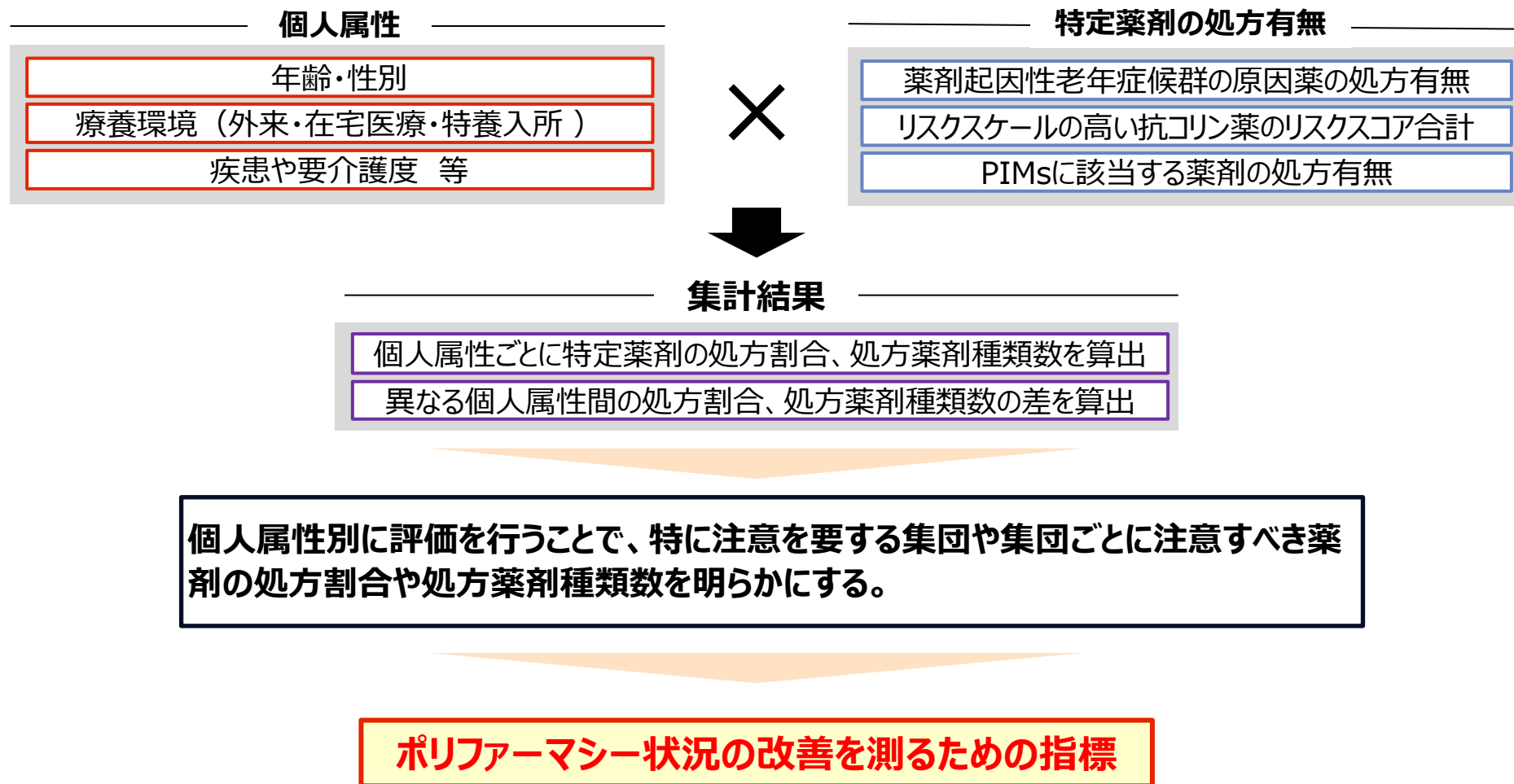


「②データ分析」の業務概要

本業務の成果物を作成後、今後期待するアウトカム	- 医療現場でのポリファーマシー対策の精緻化 - 今後のポリファーマシー対策に関する調査研究の進展
目的	- データ分析により高齢者の処方状況を分析し、ポリファーマシー状況の改善を測るための指標を検討する。 - 高齢者は多剤服用になりやすい傾向があり、薬剤による副作用や相互作用の発生リスクが高いため、医療・介護現場においてポリファーマシーを回避することが重要である。 - ポリファーマシー対策が有効かどうかを測るためには、プロセス（薬剤の処方状況）とアウトカム（有害事象の回避）の把握が必要であるが、医療現場においては、長期的なアウトカムの改善を網羅的に確認することが難しく、まずはプロセス（薬剤の処方状況）の改善を確認することが重要と考えられる。 - また、本事業ではビッグデータを用いて分析する制約上アウトカムを適切に設定することが困難であることから、高齢者に有害事象を引き起こしやすい薬剤（PIMsなど）の処方状況を分析し、ポリファーマシーの状況（プロセス）の改善を測るための指標について検討する。
分析の進め方	- 本事業が設置する調査検討会で分析方針を検討する。 - 浜田委員に分析を担当いただく。 - 途中、調査検討会とは別にデータ分析に詳しい委員で構成するWGを開催し、分析結果について検討する。
分析で使用するデータ	八王子市のレセプトデータ（前述の浜田委員が所属する医療経済研究機構に既にデータがあり、使用可能であるため）、NDBオープンデータ

データ分析の基本的な考え方

- 医療介護関係のビッグデータ（NDBオープンデータ、医療保険・介護保険のレセプトデータ）を解析し、ポリファーマシーが生じやすい薬剤の処方状況の整理などを通じて、医療・介護現場におけるポリファーマシー状況の改善を測るための指標を検討する。



データ分析の方法（デザイン、データソース、分析対象、療養環境の定義）

研究デザイン

横断研究

データソース

自治体（八王子市）の医療・介護連結データ（2019年度のデータ）

分析対象

後期高齢者医療制度加入者のうち75歳以上の高齢者（N=66,307）のうち、下記のすべてを満たす人を選択

療養環境の定義

- ・ ベースライン期間（4月～9月）が確保できる人
- ・ 薬物治療の評価期間（下記）がデータベース上で確保できる人
- ・ 薬物治療の評価期間中に入院や介護医療院/介護老人保健施設入所がない人（療養環境の区分①の場合）
- ・ 療養環境の区分が複数に重複しない人（療養環境の区分①の場合）

療養環境の区分①	条件	薬物治療の評価期間	N
A. 外来	9月～11月の各月にBやCに該当するサービスの利用なし	9月～11月の3ヵ月間	55,002
B. 在宅療養	9月～11月の各月に訪問診療サービスの利用あり	10月の1ヵ月間	2,621
C. 特別養護老人ホーム（特養）入所者	9月～11月の各月に特養の入所サービスの利用あり	10月の1ヵ月間	1,519

療養環境の区分②	条件	薬物治療の評価期間	N
A. 入院前	11月に入院サービスの利用ありかつ10月に入院サービスの利用なし	8月～10月の3ヵ月間	1,355
B. 入院後	11月に入院サービスの利用ありかつ10月に入院サービスの利用なし	8月～10月の3ヵ月間	1,206

データ分析の方法（分析対象薬剤、評価指標、個人属性、解析手法）

分析対象薬剤

- レセプトにより特定可能な薬剤
 - ✓ 抗コリン薬（日本版抗コリン薬リスクスケール、日本老年薬学会、2024年）（第1回WGで検討）
 - ✓ 薬剤起因性老年症候群の原因となる薬剤（第2回WGで検討）

※高齢者の安全な薬物療法ガイドラインに基づくPIMsに該当する薬剤についての評価は今後実施予定

評価指標

- 処方薬剤種類数（一般名レベルで集計、処方期間を考慮できない（頓服薬も含む、通常局所作用を期待する薬剤や一過性に使用される薬剤は除外））
- 処方割合（該当薬の処方患者数÷解析対象者数）
- 総抗コリン薬負荷（各薬剤抗コリン薬負荷の合計値）、抗コリン薬種類数

分析対象患者の個人属性

- 層別化に用いるもの：年齢、性別、要介護度、認知症の診断の有無（ICD-10コード）、療養環境
- その他：障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、診断（ICD-10コード）

解析手法

- 個人属性別の記述統計（特性別のクロス集計）

解析対象者の基本属性①

➤ 解析対象者の基本属性は下記の通りである。

個人属性		全体(n=59,142)	男性(n=24,506)	女性(n=34,636)	75～79歳(n=24,528)	80～84歳(n=18,156)	85～89歳(n=10,661)	90歳以上(n=5,797)
性別	男性	41.4%			44.9%	43.7%	37.7%	26.5%
	女性	58.6%			55.1%	56.3%	62.3%	73.5%
年齢	75～79歳	41.5%	44.9%	39.0%				
	80～84歳	30.7%	32.4%	29.5%				
	85～89歳	18.0%	16.4%	19.2%				
	90歳以上	9.8%	6.3%	12.3%				
要介護度	認定なし	69.6%	77.7%	63.8%	86.6%	72.4%	49.2%	25.9%
	要支援1、2	10.7%	7.8%	12.8%	5.4%	11.7%	18.8%	15.7%
	要介護1、2	13.0%	10.3%	15.0%	5.6%	11.4%	21.8%	33.1%
	要介護3～5	6.7%	4.2%	8.5%	2.4%	4.5%	10.3%	25.4%
認知症診断あり		12.4%	9.3%	14.6%	5.5%	11.3%	20.2%	30.6%
障害高齢者の日常生活自立度	自立/I	69.6%	77.8%	63.8%	86.6%	72.4%	49.2%	25.9%
	A	10.5%	8.5%	11.9%	5.4%	11.8%	18.3%	13.6%
	B	14.3%	10.2%	17.2%	5.8%	12.0%	24.0%	39.6%
	C	5.6%	3.5%	7.2%	2.1%	3.8%	8.5%	21.0%
認知症高齢者の日常生活自立度	自立/I	85.5%	90.3%	82.1%	95.0%	88.5%	75.6%	53.9%
	II	10.2%	7.5%	12.1%	3.6%	8.6%	17.5%	29.4%
	III、IV、M	4.3%	2.3%	5.8%	1.4%	2.9%	6.9%	16.7%
診断	心房細動	8.8%	11.7%	6.7%	7.4%	9.1%	10.5%	10.6%
	喘息/COPD	12.8%	13.8%	12.1%	12.7%	13.1%	12.6%	12.3%
	がん	13.3%	19.4%	9.1%	13.2%	14.6%	12.9%	10.5%
	認知症（再掲）	12.4%	9.3%	14.6%	5.5%	11.3%	20.2%	30.6%
	うつ	6.4%	4.1%	8.0%	5.6%	6.2%	7.4%	8.2%
	糖尿病	35.2%	41.5%	30.7%	35.1%	37.8%	35.1%	27.4%
	心不全	21.5%	24.4%	19.5%	16.2%	21.2%	27.1%	34.5%
	虚血性心疾患	21.6%	25.2%	19.0%	17.8%	22.3%	25.6%	27.9%
	パーキンソン病	2.0%	2.1%	2.0%	1.8%	2.2%	2.5%	1.9%
	脳卒中	14.3%	16.5%	12.8%	12.4%	15.1%	16.4%	16.2%
	骨折	9.6%	4.7%	13.0%	6.6%	9.2%	13.2%	16.3%

解析対象者の基本属性②

- 解析対象者の療養環境別の基本属性は下記の通りである。

解析対象者の療養環境別基本属性

個人属性		外来 (n = 55,002)		在宅 (n = 2,621)		特養 (n = 1,519)		入院前 (n = 1,355)		入院後 (n = 1,206)	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
性別	男性	23,538	42.8%	681	26.0%	287	18.9%	644	47.5%	566	46.9%
	女性	31,464	57.2%	1,940	74.0%	1,232	81.1%	711	52.5%	640	53.1%
年齢	75～79歳	24,077	43.8%	246	9.4%	205	13.5%	446	32.9%	460	38.1%
	80～84歳	17,376	31.6%	497	19.0%	283	18.6%	423	31.2%	369	30.6%
	85～89歳	9,434	17.2%	797	30.4%	430	28.3%	316	23.3%	241	20.0%
	90歳以上	4,115	7.5%	1,081	41.2%	601	39.6%	170	12.5%	136	11.3%
要介護度	介護認定なし	40,953	74.5%	183	7.0%	0	0.0%	717	52.9%	567	47.0%
	要支援1、2	6,187	11.2%	157	6.0%	0	0.0%	179	13.2%	154	12.8%
	要介護1、2	6,472	11.8%	1,127	43.0%	99	6.5%	267	19.7%	257	21.3%
	要介護3～5	1,390	2.5%	1,154	44.0%	1,420	93.5%	192	14.2%	228	18.9%
認知症診断	あり	5,036	9.2%	1,412	53.9%	891	58.7%	235	17.3%	255	21.1%
	なし	49,966	90.8%	1,209	46.1%	628	41.3%	1,120	82.7%	951	78.9%

個人属性別処方薬剤種類数

- ほとんどの個人属性で処方薬剤種類数が6種類以上の者が半数以上を占めていた。
- また、全体の20%以上の患者が10種類以上の薬剤を処方されていた。

個人属性別処方薬剤種類数別の人数割合

個人属性	0種類	1種類	2種類	3種類	4種類	5種類	6種類	7種類	8種類	9種類	10種類以上	6種類以上
全体	6.8%	5.4%	7.8%	8.5%	9.2%	9.5%	9.2%	8.4%	7.5%	6.4%	21.3%	52.8%
男性	7.3%	5.5%	8.2%	8.4%	9.1%	9.7%	9.3%	8.2%	7.5%	6.4%	20.4%	51.7%
女性	6.4%	5.2%	7.5%	8.6%	9.3%	9.4%	9.2%	8.5%	7.5%	6.4%	22.0%	53.5%
75～79歳	8.3%	6.6%	9.3%	9.6%	10.0%	9.6%	8.8%	7.6%	6.6%	5.5%	18.0%	46.5%
80～84歳	6.1%	4.8%	7.3%	8.0%	9.2%	9.5%	9.2%	8.5%	7.9%	6.5%	22.9%	55.0%
85～89歳	5.0%	4.1%	6.0%	7.5%	8.0%	9.2%	9.7%	8.7%	8.3%	7.7%	25.7%	60.1%
90歳以上	5.7%	4.0%	6.1%	7.5%	8.3%	9.8%	10.1%	10.2%	8.4%	7.7%	22.3%	58.7%
介護認定なし	8.0%	6.3%	9.2%	9.5%	10.0%	9.9%	9.2%	7.8%	6.8%	5.7%	17.6%	47.1%
要支援1、2	3.0%	2.6%	3.8%	5.3%	7.0%	8.2%	8.8%	9.6%	9.4%	8.0%	34.3%	70.1%
要介護1、2	4.5%	3.3%	4.9%	6.4%	7.4%	8.5%	9.3%	9.0%	8.5%	8.1%	30.2%	65.1%
要介護3～5	4.5%	3.5%	5.7%	7.8%	8.5%	10.1%	10.6%	10.3%	9.5%	7.6%	22.0%	60.0%
認知症診断なし	7.3%	5.5%	8.1%	8.7%	9.3%	9.4%	9.1%	8.2%	7.3%	6.3%	20.8%	51.7%
認知症診断あり	2.8%	4.4%	5.6%	7.6%	8.9%	10.1%	10.1%	9.4%	9.0%	7.1%	25.0%	60.6%
外来	7.0%	5.5%	7.9%	8.6%	9.2%	9.5%	9.1%	8.2%	7.3%	6.3%	21.4%	52.4%
在宅	3.3%	3.9%	5.5%	7.2%	8.5%	8.7%	10.3%	11.3%	10.3%	7.8%	23.2%	62.9%
特養	5.0%	4.1%	6.9%	10.1%	10.5%	13.0%	12.2%	9.6%	8.4%	6.5%	13.7%	50.4%
入院前	6.3%	2.5%	3.8%	5.3%	6.2%	8.3%	7.2%	7.8%	9.1%	7.8%	35.5%	67.4%
入院後	6.1%	3.3%	4.7%	5.8%	6.5%	7.1%	7.9%	8.0%	7.5%	7.6%	35.6%	66.6%

個人属性別処方薬剤種類数（受診医療機関数別）

- 6種類以上の薬剤を処方されている患者の割合は受診医療機関が1以下と比較し、受診医療機関2以上の患者は同属性で20～30%程度高かった。また、処方薬剤種類数も2～3種類程度多い傾向であった。

受診医療機関数別処方薬剤種類数と6種類以上の割合

個人属性	受診医療機関数1以下		受診医療機関数2以上	
	平均処方数	6種類以上の割合	平均処方数	6種類以上の割合
全体	4.5	34.8%	7.4	62.7%
男性	4.3	33.2%	7.3	62.2%
女性	4.6	35.9%	7.5	63.0%
75～79歳	3.7	25.7%	6.9	57.3%
80～84歳	4.6	35.1%	7.6	64.3%
85～89歳	5.2	44.1%	8.1	69.4%
90歳以上	5.5	47.3%	7.9	70.5%
介護認定なし	3.7	26.2%	6.9	57.7%
要支援1、2	5.7	50.6%	8.8	75.8%
要介護1、2	5.8	50.4%	8.8	75.8%
要介護3～5	6	52.6%	8.1	73.0%
認知症診断なし	4.2	32.4%	7.3	61.7%
認知症診断あり	5.6	47.4%	8.3	71.8%
外来	4.2	31.7%	7.4	62.5%
在宅	6.5	58.8%	7.8	72.6%
特養	5.4	45.7%	6.9	64.7%
入院前	5.9	49.0%	8.9	74.3%
入院後	5.3	47.8%	8.9	72.5%

抗コリン薬種類数および総抗コリン薬負荷

- どの個人属性でも3割以上の患者が抗コリン薬を1種類以上処方されている。要介護度3～5、在宅患者、特養入所患者の10%以上が総抗コリン薬負荷が3以上であった。
- 年齢や要介護度が高いほど抗コリン薬が処方されており、総抗コリン薬負荷が高い傾向にある。

抗コリン薬種類数および総抗コリン薬負荷

個人属性	抗コリン薬種類数				総抗コリン薬負荷			
	0種類	1種類	2種類	3種類以上	0	1	2	3以上
全体	65.0%	24.5%	7.7%	2.8%	65.0%	21.0%	8.1%	5.9%
男性	66.2%	24.3%	7.1%	2.4%	66.2%	21.3%	7.7%	4.9%
女性	64.2%	24.6%	8.1%	3.1%	64.2%	20.8%	8.4%	6.7%
75～79歳	69.3%	22.2%	6.1%	2.5%	69.3%	18.7%	6.8%	5.2%
80～84歳	65.2%	24.1%	7.9%	2.9%	65.2%	20.6%	8.1%	6.1%
85～89歳	59.9%	27.5%	9.4%	3.2%	59.9%	23.8%	9.5%	6.8%
90歳以上	55.9%	30.1%	10.6%	3.4%	55.9%	26.4%	10.9%	6.8%
介護認定なし	69.9%	22.2%	6.0%	1.8%	69.9%	19.0%	6.7%	4.4%
要支援1、2	57.0%	29.4%	9.7%	3.9%	57.0%	25.9%	9.8%	7.3%
要介護1、2	54.3%	29.3%	11.3%	5.1%	54.3%	25.1%	11.3%	9.3%
要介護3～5	48.0%	31.1%	14.0%	6.9%	48.0%	25.7%	13.6%	12.6%
認知症診断なし	66.3%	24.0%	7.2%	2.5%	66.3%	20.6%	7.7%	5.4%
認知症診断あり	55.7%	28.2%	11.1%	4.9%	55.7%	23.4%	11.2%	9.6%
外来	66.3%	24.0%	7.2%	2.5%	66.3%	20.6%	7.7%	5.4%
在宅	47.9%	31.3%	14.0%	6.8%	47.9%	26.3%	13.4%	12.3%
特養	49.2%	31.3%	12.9%	6.5%	49.2%	25.0%	13.6%	12.2%
入院前	56.2%	27.1%	11.4%	5.3%	56.2%	23.5%	10.9%	9.4%
入院後	55.6%	27.9%	10.6%	5.9%	55.6%	23.2%	12.5%	8.6%

薬剤起因性老年症候群の原因薬のグループ

- 分析対象とした薬剤起因性老年症候群の原因薬のグループを示す。
- 分類は「在宅医療で遭遇しやすい 薬剤起因性老年症候群の原因薬の一覧」より設定した。

※出典 厚生労働科学研究費補助金 長寿科学政策研究事業 薬学的視点を踏まえた自立支援・重度化防止推進のための研究（22GA1005）研究班

薬剤起因性老年症候群の原因薬のグループ

グループ名	薬剤起因性老年症候群の原因薬の分類
グループ1（認知機能低下）	認知機能低下を引き起こす可能性のある薬剤
グループ2（めまい・転倒）	めまい・転倒を引き起こす可能性のある薬剤
グループ3（錐体外路障害）	錐体外路障害を引き起こす可能性がある薬剤
グループ4（食欲不振）	食欲不振を引き起こす可能性がある薬剤
グループ5（嚥下機能低下）	嚥下機能低下を引き起こす可能性がある薬剤
グループ6（口腔乾燥）	口腔乾燥を引き起こす可能性がある薬剤
グループ7（排尿障害）	排尿障害を引き起こす可能性がある薬剤
グループ8（便秘）	便秘を引き起こす可能性がある薬剤
グループ9.1（過鎮静）	睡眠障害を引き起こす可能性がある薬剤(過鎮静)
グループ9.2（不眠）	睡眠障害を引き起こす可能性がある薬剤(不眠)

薬剤起因性老年症候群の原因薬の分類一覧

各グループごとの該当薬剤分類一覧

グループ1 (認知機能低下)	グループ2 (めまい・転倒)	グループ3 (錐体外路障害)	グループ4 (食欲不振)	グループ5 (嚥下機能低下)	グループ6 (口腔乾燥)	グループ7 (排尿障害)	グループ8 (便秘)	グループ9.1 (過鎮静)	グループ9.2 (不眠)
降圧薬（中枢性降圧薬）	降圧薬（中枢性降圧薬）	抗精神病薬	非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）	抗精神病薬	抗精神病薬	抗うつ薬（三環系）	制吐薬	降圧薬（中枢性降圧薬）	パーキンソン病治療薬
降圧薬（α遮断薬）	降圧薬（α遮断薬）	認知症治療薬	便秘薬	抗うつ薬	抗うつ薬	過活動膀胱治療薬（ムスカリン受容体拮抗薬）	抗コリン薬	降圧薬（αβ遮断薬）	ステロイド薬
降圧薬（β遮断薬）	降圧薬（β遮断薬）	抗うつ薬	パーキンソン病治療薬（抗コリン薬）	消化管機能改善薬	消化管機能改善薬	腸管鎮痙薬	抗精神病薬	降圧薬（α遮断薬）	抗うつ薬（SSRI・SNRI）
睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン作動薬）	睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン作動薬）	消化管機能改善薬	抗うつ薬（SSRI・SNRI）	睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン受容体作動薬）	睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン受容体作動薬）	抗ヒスタミン薬（第一世代のみ）	抗うつ薬（三環系）	抗ヒスタミン薬（第一世代のみ）	気管支拡張薬
パーキンソン病治療薬（抗コリン薬）	抗うつ薬	てんかん治療薬	ビスホスホネート	パーキンソン病治療薬（抗コリン薬）	筋弛緩薬	抗精神病薬（フェンチアジン系）	パーキンソン病治療薬（ドパミン補充薬・ドパミン受容体作動薬）	睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン作動薬）	インターフェロン
抗うつ薬（三環系）	てんかん治療薬	双極性障害治療薬	ビグアナイド	ステロイド薬	利尿薬	降圧薬（α遮断薬）	オピオイド	抗うつ薬	
てんかん治療薬	抗精神病薬		睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン受容体作動薬）	筋弛緩薬	抗がん剤	睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン受容体作動薬）	化学療法薬	抗精神病薬	
抗精神病薬（フェンチアジン系）	パーキンソン病治療薬（抗コリン薬）		抗精神病薬	利尿薬	抗コリン薬	その他	循環器作用薬	てんかん治療薬	
抗ヒスタミン薬（第一世代のみ）	抗ヒスタミン薬（第一世代のみ）		コリンエステラーゼ阻害薬	抗コリン薬	抗ヒスタミン薬（第一世代のみ）		利尿薬（高アルドステロン薬・ループ利尿薬）	認知症治療薬	
ヒスタミンH2受容体拮抗薬	ヒスタミンH2受容体拮抗薬			抗ヒスタミン薬（第一世代のみ）	ヒスタミンH2受容体拮抗薬		制酸薬	鎮痛治療薬	
	認知症治療薬			ヒスタミンH2受容体拮抗薬	吸入抗コリン薬		吸着薬、陰イオン交換樹脂、脂質異常症薬（胆汁酸吸着薬）	双極性障害治療薬	
				双極性障害治療薬	抗不整脈薬		止痢薬		
				抗がん剤			鉄剤		
							NSAIDs		

薬剤起因性老年症候群の原因薬の主な薬剤分類と対応グループ

➤ 薬剤起因性老年症候群に含まれる主な薬剤分類と対応グループを示す。※1

薬剤起因性老年症候群の原因薬の主な薬剤分類（表側）と対応グループ（表頭）

	グループ1 (認知機能低下)	グループ2 (めまい・転倒)	グループ3 (錐体外路障害)	グループ4 (食欲不振)	グループ5 (嚥下機能低下)	グループ6 (口腔乾燥)	グループ7 (排尿障害)	グループ8 (便秘)	グループ9.1 (過鎮静)	グループ9.2 (不眠)
抗うつ薬（三環系）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
抗精神病薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン作動薬）※2	○	○		○	○	○	○		○	
パーキンソン病治療薬（抗コリン薬）	○	○		○	○			○		○
抗ヒスタミン薬（第一世代のみ）	○	○			○	○	○		○	
ヒスタミンH2受容体拮抗薬	○	○			○	○				
てんかん治療薬	○	○	○						○	
降圧薬（中枢性降圧薬、α遮断薬、β遮断薬）	○	○					○※3		○	
抗コリン薬※4					○	○※5		○		
認知症治療薬		○	○						○	
利尿薬					○	○		○		
双極性障害治療薬			○		○				○	

※1：薬剤分類が同じでもグループごとに該当する薬剤が異なる場合あり
 ※2：てんかん治療薬と重複する場合は睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン作動薬）に分類
 ※3：α遮断薬のみ
 ※4：パーキンソン治療薬と重複する場合はパーキンソン治療薬に分類
 ※5：吸入抗コリン薬を含む

薬剤起因性老年症候群の原因薬の評価方法：処方割合

- 薬剤起因性老年症候群の原因薬の処方割合を算出し、下記に示す個人属性の分類内で比較を行った。
- 処方割合は該当薬の処方患者数÷解析対象者数で算出し、各個人属性の分類内で**処方割合の差が10%以上の個人属性を一定以上の差あり**と判断した。

個人属性の分類

性別

- ・ 男性
- ・ 女性

認知症診断の有無

- ・ 認知症診断なし
- ・ 認知症診断あり

年齢

- ・ 75～79歳
- ・ 80～84歳
- ・ 85～89歳
- ・ 90歳以上

療養機関区分①

- ・ 外来（9～11月）
- ・ 在宅
- ・ 特養

要介護度

- ・ 介護認定なし
- ・ 要支援1、2
- ・ 要介護1、2
- ・ 要介護3～5

療養機関区分②

- ・ 入院前
- ・ 入院後

処方割合の差の判定基準

(例) 個人属性別の薬剤分類別の処方割合

個人属性	対象者数	薬剤分類①	薬剤分類②
介護認定なし	41,136	2.8%	6.8%
要支援1、2	6,344	5.9%	12.0%
要介護1、2	7,698	7.2%	15.8%
要介護3～5	3,964	5.5%	19.6%
認知症診断なし	51,803	7.2%	12.6%
認知症診断あり	7,339	5.5%	18.7%

処方割合に10%以上の差あり

※ 処方割合に10%以上の差があるグラフをハイライト表示

薬剤分類②は介護認定で処方割合に一定以上の差あり

薬剤起因性老年症候群の原因薬の薬剤分類別処方割合

- 処方割合が一定以上（便宜的に「全体」の処方割合が5 %以上）の薬剤分類別の処方割合を示す。
（なお、抗精神病薬は「全体」の処方割合は5 %未満であるが、処方割合が高い個人属性を含むため示している。）

個人属性別の薬剤分類ごとの処方割合

個人属性	便秘薬	睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン作用薬）	非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）	抗不整脈薬	ビスホスホネート	利尿薬	循環器作用薬	コリンエステラーゼ阻害薬	ヒスタミンH2受容体拮抗薬	認知症治療薬	降圧薬（β遮断薬）	鎮痛治療薬	抗コリン薬	抗精神病薬
全体	25.9%	23.1%	16.5%	11.7%	10.1%	8.7%	8.0%	7.9%	7.8%	6.6%	6.6%	6.1%	5.5%	3.7%
男性	23.9%	17.8%	13.3%	13.0%	2.2%	8.4%	9.1%	6.9%	7.5%	5.3%	7.9%	5.2%	6.0%	2.4%
女性	27.3%	26.9%	18.7%	10.8%	15.7%	8.9%	7.2%	8.7%	8.0%	7.6%	5.7%	6.7%	5.1%	4.6%
75～79歳	18.4%	21.3%	16.9%	10.3%	8.5%	5.2%	6.7%	4.2%	7.2%	3.2%	6.1%	5.8%	5.0%	2.7%
80～84歳	25.8%	23.9%	17.1%	12.1%	10.9%	7.7%	8.4%	8.1%	7.9%	6.6%	6.9%	6.5%	5.8%	3.4%
85～89歳	33.5%	25.0%	16.3%	13.8%	11.8%	12.3%	9.4%	13.0%	8.5%	11.2%	7.2%	6.8%	5.7%	4.9%
90歳以上	44.3%	24.8%	12.9%	12.6%	11.5%	20.1%	9.2%	13.9%	8.9%	12.7%	7.0%	4.4%	5.8%	6.2%
介護認定なし	19.3%	21.4%	16.6%	11.1%	8.8%	5.8%	7.5%	3.5%	7.5%	2.4%	6.3%	5.4%	4.9%	1.8%
要支援1、2	32.9%	33.4%	21.6%	15.7%	17.4%	12.0%	10.0%	5.3%	9.4%	3.5%	8.1%	10.0%	7.0%	2.5%
要介護1、2	37.1%	25.3%	14.9%	12.7%	12.2%	15.8%	9.5%	27.1%	8.2%	25.8%	7.5%	7.2%	6.9%	7.7%
要介護3～5	61.8%	19.4%	10.0%	9.6%	8.3%	19.6%	7.1%	21.1%	7.8%	18.7%	5.0%	4.1%	5.9%	17.0%
認知症診断なし	23.9%	23.5%	17.2%	11.9%	10.2%	8.1%	8.1%	1.9%	7.8%	0.5%	6.7%	6.3%	5.3%	2.3%
認知症診断あり	40.2%	20.4%	11.5%	10.1%	9.2%	13.0%	7.3%	50.9%	7.6%	49.9%	5.8%	4.2%	6.3%	13.6%
外来	23.0%	23.2%	17.0%	11.9%	10.3%	7.8%	8.0%	7.1%	7.8%	5.8%	6.7%	6.2%	5.5%	2.6%
在宅	57.9%	24.0%	10.6%	11.5%	9.5%	23.7%	7.7%	20.6%	7.5%	18.7%	5.6%	5.3%	5.9%	15.6%
特養	74.7%	19.0%	6.4%	6.3%	3.8%	17.2%	6.4%	17.0%	7.8%	14.7%	3.7%	2.0%	3.7%	20.6%
入院前	31.8%	20.5%	12.1%	11.4%	7.9%	12.7%	7.0%	7.4%	7.3%	6.5%	6.8%	5.2%	4.7%	3.6%
入院後	29.3%	20.0%	9.8%	12.1%	7.8%	12.8%	7.5%	8.3%	5.8%	6.4%	6.8%	5.1%	5.7%	4.1%

※ データバー：最小0%、最大100%

グループ別個人属性別の薬剤起因性老年症候群の原因薬の処方割合

- 処方割合に一定以上の差がある個人属性が多いグループはグループ4（食欲不振）であり、少ないグループはグループ9.2（不眠）であった。
- 当該薬の処方割合に一定以上の差がある薬剤が多い個人属性は介護認定であった。
- 入院前と入院後を比較すると、各グループの処方割合に一定以上の差はみられなかった。

グループ別個人属性別の処方割合

（該当薬の処方患者数÷解析対象者数）

個人属性	グループ全体	グループ1 (認知機能低下)	グループ2 (めまい・転倒)	グループ3 (錐体外路障害)	グループ4 (食欲不振)	グループ5 (嚥下機能低下)	グループ6 (口腔乾燥)	グループ7 (排尿障害)	グループ8 (便秘)	グループ9.1 (過鎮静)	グループ9.2 (不眠)
全体	74.2%	37.3%	37.5%	13.6%	56.6%	41.7%	48.4%	24.8%	32.3%	34.8%	10.0%
男性	70.3%	33.7%	34.3%	10.5%	48.3%	38.2%	45.3%	21.6%	31.9%	31.1%	8.6%
女性	77.0%	39.8%	39.8%	15.9%	62.5%	44.2%	50.6%	27.0%	32.5%	37.4%	10.9%
75～79歳	68.2%	34.5%	34.0%	9.5%	49.7%	37.5%	43.6%	23.1%	28.3%	31.8%	9.8%
80～84歳	75.3%	38.2%	37.8%	13.3%	57.4%	42.0%	49.1%	25.4%	32.1%	35.2%	10.4%
85～89歳	81.2%	40.9%	42.4%	19.6%	64.5%	46.5%	53.8%	26.9%	36.9%	39.3%	10.5%
90歳以上	83.2%	39.5%	42.3%	21.5%	69.2%	50.0%	56.2%	26.5%	40.8%	38.2%	8.3%
認定なし	68.5%	34.5%	32.8%	7.4%	49.3%	36.8%	44.0%	22.6%	28.5%	29.8%	8.0%
要支援1、2	85.2%	47.9%	45.1%	11.7%	67.7%	52.1%	60.2%	33.4%	40.3%	43.9%	13.5%
要介護1、2	87.9%	42.2%	48.9%	36.2%	74.5%	53.0%	57.7%	29.4%	41.1%	46.7%	14.6%
要介護3～5	89.6%	39.0%	51.5%	37.8%	80.4%	54.2%	56.7%	24.8%	41.2%	49.0%	16.0%
認知症診断なし	71.6%	37.2%	35.3%	6.8%	52.7%	40.7%	47.6%	24.7%	31.7%	32.5%	9.6%
認知症診断あり	92.3%	37.8%	53.2%	62.0%	84.4%	49.2%	53.5%	25.6%	36.3%	51.0%	12.6%
外来	73.0%	37.1%	36.4%	11.9%	54.7%	40.6%	47.5%	24.7%	31.6%	33.7%	9.8%
在宅	89.4%	40.9%	52.0%	36.6%	79.1%	58.8%	62.8%	27.2%	43.7%	50.0%	12.1%
特養	91.0%	37.3%	51.3%	37.5%	85.5%	52.0%	54.1%	23.1%	37.1%	48.7%	14.3%
入院前	83.8%	45.7%	47.0%	9.7%	66.7%	63.3%	59.8%	32.2%	42.4%	44.5%	15.1%
入院後	83.7%	41.8%	43.4%	9.5%	65.9%	62.8%	60.0%	30.4%	41.8%	41.8%	15.6%

※ データバー：最小0%、最大100%

ハイライト：個人属性の分類内での処方割合の差が10%以上

グループ別個人属性別の薬剤起因性老年症候群の原因薬の処方割合 (利尿薬、抗精神病薬、認知症治療薬を除く)

- 処方割合に一定以上の差がある個人属性が多いグループはグループ4（食欲不振）であった。
- 当該薬の処方割合に一定以上の差がある薬剤が多い個人属性は介護認定であった。
- 入院前と入院後と比較すると、各グループの処方割合に一定以上の差はみられなかった。

グループ別個人属性別の処方割合 (該当薬の処方患者数÷解析対象者数)

個人属性	グループ全体	グループ1 (認知機能低下)	グループ2 (めまい・転倒)	グループ3 (錐体外路障害)	グループ4 (食欲不振)	グループ5 (嚥下機能低下)	グループ6 (口腔乾燥)	グループ7 (排尿障害)	グループ8 (便秘)	グループ9.1 (過鎮静)	グループ9.2 (不眠)
全体	74.2%	37.2%	35.1%	5.2%	53.2%	35.4%	43.8%	24.8%	27.1%	32.2%	10.0%
男性	70.3%	33.7%	32.4%	4.1%	45.3%	32.2%	40.9%	21.6%	26.8%	29.2%	8.6%
女性	77.0%	39.8%	36.9%	5.9%	58.7%	37.7%	45.9%	27.0%	27.2%	34.3%	10.9%
75～79歳	68.2%	34.5%	32.8%	4.8%	47.8%	33.7%	41.0%	23.0%	25.2%	30.5%	9.8%
80～84歳	75.3%	38.2%	35.5%	5.1%	53.8%	36.4%	45.2%	25.3%	27.6%	32.7%	10.4%
85～89歳	81.2%	40.9%	38.5%	6.1%	58.9%	37.9%	47.4%	26.8%	29.8%	35.2%	10.5%
90歳以上	83.2%	39.5%	36.7%	5.4%	63.4%	35.4%	45.3%	26.4%	28.0%	32.1%	8.3%
認定なし	68.5%	34.5%	32.1%	3.8%	47.8%	32.9%	41.4%	22.6%	25.2%	29.0%	8.0%
要支援1、2	85.2%	47.9%	44.4%	6.9%	66.3%	45.4%	55.8%	33.4%	34.0%	43.1%	13.5%
要介護1、2	87.9%	42.2%	41.4%	8.3%	60.8%	41.0%	48.5%	29.4%	30.9%	38.7%	14.6%
要介護3～5	89.6%	38.8%	38.7%	10.1%	73.0%	35.5%	41.1%	24.6%	27.9%	34.8%	16.0%
認知症診断なし	71.6%	37.2%	34.7%	4.6%	52.2%	35.5%	44.1%	24.7%	27.0%	31.9%	9.6%
認知症診断あり	92.3%	37.7%	37.8%	9.0%	60.1%	35.3%	42.0%	25.5%	27.3%	34.3%	12.6%
外来	73.0%	37.1%	34.7%	4.8%	51.5%	35.4%	44.0%	24.7%	27.2%	31.9%	9.8%
在宅	89.4%	40.8%	40.1%	10.0%	71.8%	37.1%	45.4%	27.1%	26.6%	37.5%	12.1%
特養	91.0%	37.1%	37.9%	10.0%	80.1%	32.5%	36.5%	22.8%	23.8%	33.3%	14.3%
入院前	83.8%	45.5%	44.1%	9.7%	63.3%	46.9%	52.5%	32.1%	33.1%	41.1%	15.1%
入院後	83.7%	41.8%	40.0%	9.5%	62.8%	45.6%	53.0%	30.4%	33.0%	38.0%	15.6%

まとめ

①処方薬剤数

- ほとんどの個人属性で処方薬剤種類数が6種類以上の者が半数以上を占めていた。ただし、処方期間を考慮できない等の理由により、やや過大評価されている可能性がある（東京都での検討では5種類以上が約40%。Ishizaki T et al. Geriatric Gerontol Int, 2020）。
- また、受診医療機関が2つ以上になると、処方薬剤数は2～3種類多くなり、6種類以上の薬剤を処方される患者の割合が20～30%高かった。

→薬物治療の全体像の把握に努め、一元管理することがポリファーマシー対策の重要な観点の1つとなり得る。

②抗コリン薬

- 要介護度3～5、在宅療養者、特養入所者の10%以上が総抗コリン薬負荷が3以上であった。

③薬剤起因性老年症候群の原因薬

- 薬剤起因性老年症候群の原因となり得る薬剤に関して、処方割合の高い個人属性や薬剤、処方割合の差が大きな属性分類（介護度、療養環境）が明らかとなった。

→今後属性に応じた注意すべき薬剤等を整理し、ポリファーマシー状況の改善を測る指標を検討する。

今後の方針

① 下記対象薬剤の分析

- PIMsに該当する薬剤の処方傾向（高齢者の安全な薬物療法ガイドラインを用いて解析予定）

② 近年の処方傾向の分析

- NDBオープンデータを用いて近年の処方データの分析を行い、今回使用したデータと処方傾向の比較を実施

NTT DATA

株式会社NTTデータ経営研究所

Lighting the way
to a brighter society