

高齢者の医薬品適正使用の指針（追補）の骨子（案）

総論編記載事項

はじめに

（１）指針（追補）の目的

ポリファーマシーにおける診療や処方の際の参考情報を提供することを意図して作成。

指針の主たる利用対象は医師、歯科医師、薬剤師とする。

服薬支援、情報共有等で看護師や他の職種が関わる場合、その職種と役割を記載する。

- 患者の療養環境ごとの留意点に関する追補。
- 「外来・在宅医療」、「急性期後の回復期・慢性期の入院医療」、「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）」の３部から構成される。

（２）患者の療養環境ごとの多剤服用の現状

患者の療養環境ごとの多剤服用とポリファーマシーの発生・リスクの特徴について、各種調査データを整理して記載。

- ① 外来・在宅医療
- ② 急性期後の回復期・慢性期の入院医療
- 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）

第１部 外来・在宅医療

１．外来・在宅医療での処方確認・見直しの考え方

患者の罹病疾患や老年症候群などの併存症、ADL、栄養状態、生活環境、さらに全ての使用薬剤の情報を十分に把握。服薬支援を行うスタッフからの情報の活用。

CGA を行うことが推奨される。患者本人・家族の意向を尊重しつつ、全ての使用薬剤に対して薬物治療の必要性を適宜再考する。

- 外来・在宅医療（特別養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等を含む）における処方確認・見直し
- 長期的な安全性と服薬アドヒアランスの維持、QOL 向上の視点
- 長期通院中（在宅の場合は長期療養中）の処方確認等

２．入院からの外来・在宅医療への移行時における留意点

- 専門医との協議・連携
- 多職種等からの情報収集と処方見直しプロセスの実施

- 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

3. 処方検討時の留意点

(1) 非薬物的対応の重要性の確認

- ケアの工夫、環境調整
運動療法、栄養管理、リハビリテーション、認知症ケア等
- 薬物療法への切り替えの検討

(2) ポリファーマシー関連の問題の評価

薬剤起因性老年症候群の有無、アドヒアランス不良、重複処方、腎機能低下、肝機能低下、低栄養、処方意図の不明な薬剤、相互作用

(3) 処方の優先順位と減量・中止 (指針(総論編)別表1及び追補別紙1を参照)

- 外来・在宅で想定される状況、例えば、転倒・骨折、せん妄、運動機能低下・便秘などのリスクへの注意(催眠鎮静薬・抗不安薬、抗コリン系薬、消化性潰瘍治療薬、認知症治療薬、高血圧治療薬、糖尿病治療薬 等)とモニタリング
→ 参考資料の事例集に詳細は記載

4. 多職種の役割、チームの形成

- 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
- お薬手帳等を活用した連携・協働
- 服薬アドヒアランスの改善

第2部 急性期後の回復期・慢性期の入院医療

1. 入院時の処方確認・見直しの考え方

患者の罹病疾患や老年症候群などの併存症、ADL、栄養状態、生活環境、さらに全ての使用薬剤の情報を十分に把握。服薬支援を行うスタッフからの情報の活用。CGAを行うことが推奨される。患者本人・家族の意向を尊重しつつ、全ての使用薬剤に対して薬物治療の必要性を適宜再考する。(再掲)

- 急性期の病状が安定してきた段階での処方確認・見直し
- 在宅や施設療養への療養環境移行に対する考慮
- 入院前の医師・薬剤師との情報共有

2. 入院中から退院までの留意点

- 専門医との協議・連携
- 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
- 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

- 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

3. 処方検討時の留意点

- (1) 非薬物的対応の重要性の確認 (第1部参照)
- (2) ポリファーマシー関連の問題の評価 (第1部参照)
- (3) 処方の優先順位と減量・中止 (指針(総論編)別表1及び追補別紙1を参照)
 - 急性期後の回復期・慢性期で想定される状況、例えば、急性期時の治療薬、長期使用薬、重複処方の見直しとモニタリング
 - 参考資料の事例集に詳細は記載

4. 多職種の役割、チームの形成

医師・歯科医師、薬剤師を中心として、看護師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など様々な職種による処方見直しチームを組織。

- 情報の一元化、減薬の方針等の情報共有、処方変更の効果や有害事象等の定期的なフォローアップ
- 服薬アドヒアランスの改善

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)

1. 入所時の処方確認・見直しの考え方

患者の罹病疾患や老年症候群などの併存症、ADL、栄養状態、生活環境、さらに全ての使用薬剤の情報を十分に把握。服薬支援を行うスタッフからの情報の活用。CGAを行うことが推奨される。患者本人・家族の意向を尊重しつつ、全ての使用薬剤に対して薬物治療の必要性を適宜再考する。(再掲)

- 介護老人保健施設、介護療養病床、介護医療院における処方確認・見直し
- 長期的な安全性と施設内の薬剤の管理、QOL向上の視点

2. 入所中から退所までの留意点

- 専門医との協議・連携 (必要に応じて)
- 多職種等からの情報収集と処方見直しプロセスの実施
- かかりつけ医への連絡調整
- 在宅に向けた服薬環境の調整 (在宅復帰の場合)
- 退所に向けた地域のかかりつけ医や薬剤師への情報の引継ぎ・連携 (在宅復帰の場合)
- 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 (在宅復帰の場合)

3. 処方検討時の留意点

- (1) 非薬物的対応の重要性の確認 (第1部参照)
- (2) ポリファーマシー関連の問題の評価 (第1部参照)

1 (3) 処方の優先順位と減量・中止（指針（総論編）別表 1 及び追補別紙 1 を参照）

- 2 ○ 第 1 部、第 2 部を参照する他、介護老人保健施設、介護療養病床、介護医療院で
3 想定される状況を踏まえた見直し（抗精神病薬、催眠鎮静薬、抗うつ薬、利尿
4 薬、NSAID、高血圧治療薬、ジゴキシン 等）
5 ○ 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
6 → 参考資料の事例集に詳細は記載
7

8 4. 多職種の役割、チームの形成

- 9 ○ 可能であれば、医師・歯科医師、薬剤師を中心とした多職種による処方見直しチ
10 ャームを組織。施設内外のスタッフの協力等。
11 ○ 地域包括ケアを担う医療・介護関係者等との協力、地域内の多職種での情報共有と
12 チームの形成
13 ○ お薬手帳等を活用した連携・協働
14 ○ 服薬アドヒアランスの改善
15
16

17 おわりに

18 ○ 患者・国民への啓発

19 患者と家族を含む一般の方への服薬の理解
20 ポリファーマシーなど患者・家族や介護職員では理解が難しいこと
21 薬剤の減量や中止により病状が改善する場合があることの意味
22 医療関係者からの丁寧な説明や情報提供が必要
23 自己判断による断薬や減薬の危険性に関する注意喚起
24 服薬状況を医師・薬剤師に正しく伝えることの啓発

- 25 ○ 患者本人・家族の意向を尊重した薬物治療の考え方（CGA、アドバンス・ケア・プ
26 ランニング等）