

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

報 告 書

令和7年（2025年）3月

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

目次

第1章 事業の概要.....	1
1. 事業の背景と目的	1
2. 事業の実施概要	2
(1) 調査検討会の設置・運営	2
(2) WGの設置・運営	4
(3) 地域における業務手順書の運用調査	5
(4) 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 調査・検討（別紙3）	7
第2章 今後の課題.....	10
1. 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役割 の地域版業務手順書への追記	10
2. ポリファーマシー対策のアウトカムの導出	11
3. 全国におけるポリファーマシー対策の実態調査の実施	11
4. 普及啓発資材の改善	11
別紙1-1：埼玉県における普及啓発の取組結果報告書	
別紙1-2：広島県における普及啓発の取組結果報告書	
別紙2：普及啓発資材	
別紙3：データ分析結果報告書	
参考資料1-1：埼玉県アンケート調査票	
参考資料1-2：広島県アンケート調査票	
参考資料2-1：埼玉県アンケート調査結果	
参考資料2-2：広島県アンケート調査結果	
参考資料3：埼玉県におけるポリファーマシー対策の運用ルール	
参考資料4-1：広島県で使用された普及啓発資材①（宮川委員作成）	
参考資料4-2：広島県で使用された普及啓発資材②（広島県薬務課作成）	

第1章 事業の概要

1. 事業の背景と目的

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「地域における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」を新たに追加するなどの見直しが進められた。

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。

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指標を入手することを目的とする。

2. 事業の実施概要

(1) 調査検討会の設置・運営

本事業では、下記の8名の委員から構成される調査検討会を設置し、事業設計、調査設計、調査の実施、報告書の作成等に関する検討を行った。

・調査検討会の委員

○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 2025年2月28日時点)

・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

・事務局担当者

エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット
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

・調査検討会の開催実績

第1回調査検討会

- ・開催日程 令和6年8月8日（木）15：30－17：00
- ・検討内容 事業概要の説明、地域における指針・業務手順書の普及啓発の検討、データ分析の検討

第2回調査検討会

- ・開催日程 令和6年12月3日（火）10：00－12：00
- ・検討内容 地域における普及啓発の中間報告、データ分析の中間報告

第3回調査検討会

- ・開催日程 令和7年2月28日（金）13：00－15：00
- ・検討内容 地域における普及啓発結果の報告、データ分析結果の報告、報告書のとりまとめ

(2)WG の設置・運営

本事業では、下記の 4 名の委員から構成される WG を設置し、医療現場におけるポリファーマシー対応の効果の指標に関する検討を行った。

・WG の委員

- | | |
|--------|--|
| ○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 2025 年 1 月 27 日時点)

・オブザーバー、事務局担当者

前述の調査検討会と同じである。

・WG の開催実績

第 1 回 WG

- ・開催日程 令和 6 年 9 月 24 日 (火) 13 : 00－15 : 00
- ・検討内容 事業概要の説明、データ分析結果の検討、今後の方針の検討

第 2 回 WG

- ・開催日程 令和 6 年 11 月 13 日 (水) 13 : 00－15 : 00
- ・検討内容 事業概要、データ分析結果の検討

第 3 回 WG

- ・開催日程 令和 7 年 1 月 27 日 (月) 13 : 00－15 : 00
- ・検討内容 データ分析結果の検討、ポリファーマシー状況の改善を測るための指標の検討

(3) 地域における業務手順書の運用調査

1) ポリファーマシー対策に係る普及啓発資材（別紙 2）の作成

調査対象地域において活用すること等を目的に、高齢者の医薬品適正使用の指針「総論編」、高齢者の医薬品適正使用の指針「各論編（療養環境別）」、業務手順書（地域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）の内容を抜粋し普及啓発資材（資材と表す）を調査事務局（エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所）が作成した。

本資材は調査対象地域である埼玉県の埼玉県薬剤師会が主催する薬剤師を対象とした研修会の中で、ポリファーマシー対策の普及啓発活動の一環として本資材の全ての内容が活用されたほか、地域薬剤師会が主催する会議体においても同様に活用された。

広島県では、広島県健康福祉局薬務課が主催する医療従事者を対象とした研修会の中で、ポリファーマシー対策の普及啓発活動の一環として本資材の一部の内容が活用された。

なお、本資材については、調査検討会での議論の中で、

- ・ポリファーマシーの背景にある問題や、ポリファーマシーへの取組み方も重要であり、業務手順書の内容のみではなく、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）、（各論編（療養環境別））」の内容が必要。
- ・資材を用いた説明を受ける対象者、説明を行うシチュエーション等を明確化すべき。
- ・多職種が理解しやすいように具体的な場面を仮定した説明や、地域における好事例を追加すべき。

等の意見が出た。全国で利用できる資材とするためには、上記の意見等を踏まえ、今後更なる検討が必要である。

2) 地域における業務手順書の運用調査（別紙 1-1、1-2、参考資料 1-1～4-2）

【埼玉県】

① 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

埼玉県では、県から委託を受けた県薬剤師会が 2018 年からポリファーマシー対策を実施してきたが、医師に対する処方変更提案の難易度が高いこと、地域住民へのポリファーマシー対策の周知不足等が課題であった。本事業でも県薬剤師会が主体となって事業を進め、県全体の会議体として県薬剤師会の社会保険委員会委員、地域単位の会議体として地域薬剤師会の会議体が活用された。県全体の会議体において、地域ポリファーマシーコーディネーターとして県薬剤師会の社会保険委員が選定された。地域ポリファーマシーコーディネーターは県全体の会議体に参加し、各地域で薬剤調整を支援する者（以下、薬剤調整支援者）を任命するとともに、その一部は地域の会議体の議長を務め、会議体の進行や啓発資材（別紙 2）を活用した事業説明を行った。薬剤調整支援者は薬局薬剤師が任命され、従前の取組により地域で合意が得られていた手順に沿ってポリファーマシー対策（医師への情報提供等）を実施した。

普及啓発活動については、県全体および地域単位でそれぞれ実施された。

②対策の成功・失敗要因

埼玉県薬剤師会内の既存の会議体を活用した県全体および地域単位の会議体の運用、地域ポリファーマシーコーディネーターや薬剤調整支援者の選出、県単位および地域単位での普及啓発活動が行われた。

県薬剤師会が主体となって実施したこと、既存の会議体を活用したこと等が、比較的短期間での意思決定が可能となった要因と考えられる。

一方で、特に県全体の会議体や普及啓発活動において、医師を含む薬剤師以外の多職種の参画がなかったこと等により、処方見直しの円滑化などの改善には至らなかった。

③今後の課題抽出・対応策等

今後、市町村などの自治体と協力し、医師を含め多職種で、実際に処方見直しを円滑化するための課題（医師への情報提供の方法等）を解決する必要がある。

【広島県】

① 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

広島県では広島県健康福祉局薬務課が主体となって事業を進めた。これまで、広島県地域保健対策協議会、広島市域ポリファーマシー対策事業においてポリファーマシー対策が推進されてきたが、医師、薬剤師、看護師、介護職など多職種の理解と協力が課題であった。また、広島市域の取組みには県が関与しておらず、取組み内容に地域差があった。このため、本事業の実施にあたり、県全体の会議体として多職種・学識経験者、ポリファーマシー対策に関わる関係者とともに、広島市域の医師会・薬剤師会も参加する新しい会議体を設置した。

この会議体において、地域ポリファーマシーコーディネーターは医師（総合診療医※）と薬剤師の2名体制とし、医師のコーディネーターは地域の処方医の相談役を務め、薬剤師のコーディネーターは地域会議体の議長を務め対策の方向性を示すこと、薬剤調整支援者は原則かかりつけ薬剤師とすることを決定した。また地域住民・患者・家族向けの啓発が必要であるとの意見が出た。

普及啓発活動は県単位で実施した。

※医師の委員から、総合診療医を紹介し減薬に繋がった事例が報告されたため、総合診療医に役割を任命することとなった。県全体での会議体において、まずはこの体制での有効性について検証を行う予定としている。総合診療医は人数・所在する地域も限られるが、実際の処方医からの相談件数が予測できないため、実施可能な地域から取り組む方針である。検証結果を踏まえて、実施地域を拡大するための方針についても整理・検討する。（広島県における整理であり、他地域においても地域ポリファーマシーコーディネーターが必ず総合診療医でなければならないわけではないことに留

意が必要である。)

② 対策の成功・失敗要因

医師、薬剤師だけでなく、多職種が関わる会議体を新設したことで、地域ポリファーマシーコーディネーター・薬剤調整支援者等に関する認識を多職種間で共有できた。特に、県単位の関係団体と市単位の関係団体が一堂に会する機会を創出したことで、ポリファーマシー対策に関して議論を深めることができた。

一方、多職種が関わる会議体の新設にあたり以下の課題があった。

- ・ 各関係団体への説明および会議体への参加同意取得等事務的な手続きに時間を要したこと
- ・ 業務手順書には地域ポリファーマシーコーディネーターや薬剤調整支援者の具体的な業務内容の記載がなく、各役割を明確化する必要があったこと
- ・ 会議体で議論したところ、地域ポリファーマシーコーディネーターや薬剤調整支援者が何をすべきか、どのような者が適任なのか等について様々な意見が出たため、関係者の合意形成に時間を要したこと

これらの要因により、本事業の期間内には、地域ポリファーマシーコーディネーターや薬剤調整支援者の任命や、地域単位での会議体設置・普及啓発活動には至らなかった。

③ 今後の課題抽出・対応策等

今後、地域ポリファーマシーコーディネーターおよび薬剤調整支援者の任命を始めとした地域単位での取組みを進めるとともに、既存資材の配布にとどまらない患者・家族向けの普及啓発活動等を実施する必要がある。

(4) 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調査・検討（別紙3）

東京都八王子市の2019年度医療・介護連結データの分析及びNDBオープンデータにより高齢者への薬剤処方状況を分析し、ポリファーマシー状況の改善を測るための指標を検討した。

データ分析は、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の浜田将太 担当部長と連携して進めた。

①ポリファーマシーに関する基礎情報

抗コリン薬、薬剤起因性老年症候群の原因薬、高齢者に特に慎重な投与を要する薬物(PIMs)に該当する薬剤について分析を行った。

②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（例）の検討結果

個々の医療現場等において活用できる、または活用しやすい指標は様々であると考えられる。このため、本事業の成果としては、個別的・限定的な指標ではなく、個々の臨床現場等に適した指標を設定できるようにすることを意図して「指標（例）」と表現し、処方頻度の高さ、安全性の観点でのメリットの大きさ、指標の作成容易性の高さ、代替薬剤・代替療法があるという4つの観点を重視した。また、指標（例）の活用方法として、地域（自治体、保険者等）や医療機関、介護施設等で経時的にモニタリングする等の活用方法や、個々の患者においてポリファーマシー対策に取り組む際の着眼点としての活用を想定している。

具体的な指標（例）となり得る薬剤については、以下のとおり。

個人属性	指標として活用できる薬剤例
全て	睡眠薬・抗不安薬、抗コリン薬、抗精神病薬、非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）、抗不整脈薬
90 歳以上	睡眠薬・抗不安薬、利尿薬、便秘薬
要支援 1, 2	睡眠薬・抗不安薬、利尿薬、便秘薬
要介護認定あり	抗精神病薬、利尿薬、便秘薬
認知症診断あり	抗精神病薬、利尿薬、便秘薬

療養環境	指標として活用できる薬剤例
全て	睡眠薬・抗不安薬、抗コリン薬、抗精神病薬、非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）
在宅	利尿薬、 α 遮断薬、制吐薬、糖尿病薬、第一世代 H1 受容体拮抗薬、抗不整脈薬
特養	利尿薬、 α 遮断薬、制吐薬、糖尿病薬、第一世代 H1 受容体拮抗薬

「地域におけるポリファーマシー対策の始め方・進め方（以下、地域版業務手順書）」ではポリファーマシー対策の成果把握のモニタリングを行うことが求められており、今回検討した指標（例）は、このモニタリング指標としての活用が期待される。

今回提示した指標（例）および活用例を参考に、地域や医療・介護現場等での薬剤処方実態に応じて指標を設定することが重要である。

ポリファーマシー対策に関わる全ての関係者が当事者意識を持ち、これらを活用することでポリファーマシー対策の一層の推進が期待される。

第2章 今後の課題

1. 地域ポリファーマシーコーディネーター・薬剤調整支援者の役割の地域版業務手順書への追記

地域版業務手順書には、地域ポリファーマシーコーディネーターや薬剤調整支援者（以下、コーディネーター等という。）の具体的な役割が記述されていない。この理由は地域版業務手順書に具体的な記述をすることで地域における取り組みを制限する恐れがあったためである。

しかしながら、地域版業務手順書にコーディネーター等の具体的な役割が記述されていないことにより、調査対象地域においてコーディネーター等の役割について検討する必要が生じ、役割の任命等が円滑に進まない要因となった。

今後は今回の調査検討地域における検討結果を踏まえ、コーディネーター等の役割について、具体的な事例を地域版業務手順書へ追記することが課題と言える。これによりコーディネーター等を設置・運用する地域においてより円滑に対応が進むことが期待される。

なお本事業の結果を踏まえ、コーディネーター等の役割として記載する事例としては、以下が考えられる。

○地域ポリファーマシーコーディネーター

- ・ 地域ポリファーマシーコーディネーターが会議体の議長を務めること
- ・ 地域ポリファーマシーコーディネーターが薬剤調整支援者を任命すること
- ・ 医師と薬剤師の地域ポリファーマシーコーディネーターを設定した上で、医師の地域ポリファーマシーコーディネーターは地域の処方医の相談役を担い、薬剤師の地域ポリファーマシーコーディネーターは地域会議体の議長を務め、対策の方向性を示すこと
- ・ 地域ポリファーマシーコーディネーターが自治体や地域の医師会・薬剤師会・中核病院などの理解を得ながら、地域でのポリファーマシー推進のあり方を検討し、実行すること
- ・ 地域ポリファーマシーコーディネーターが地域の看護および介護の関係団体、保険者などとの連携を深めること

○薬剤調整支援者

- ・ 普段の業務において、主体的にポリファーマシー対策に取り組むこと
- ・ 他職種と積極的なコミュニケーションを図ること
- ・ 患者との対話を重視し、日頃から医師との連携を強化すること

2. ポリファーマシー対策のアウトカムの導出

本事業で調査対象地域とした埼玉県、広島県ではポリファーマシー対策を行うための体制整備が行われたが、これは患者個人のポリファーマシーが回避または減少するという最終的なアウトカムを目指すためのプロセスと位置付けられる。

今後は、地域でのアウトカムを確認できるよう調査検討を進めることが課題である。

3. 全国におけるポリファーマシー対策の実態調査の実施

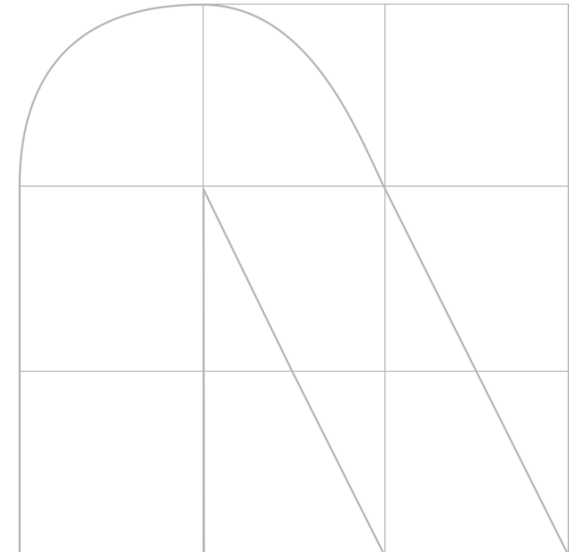
全国規模でポリファーマシー対策を推進するためには、全国のポリファーマシー対策の実施状況を継続的に把握することが必要である。そのためには、全国各地域におけるポリファーマシー対策の実態調査を行い、現状を把握することが課題である。

4. 普及啓発資材の改善

本事業では、作成した普及啓発資材を調査対象地域で活用したが、全国で活用するためには、業務手順書だけでなく「高齢者の医薬品適正使用の指針」の内容も網羅する必要がある。また地域ポリファーマシーコーディネーターや薬剤調整支援者の具体的な役割を示し、多職種がイメージしやすい対策成功事例を掲載するなどの工夫が必要である。

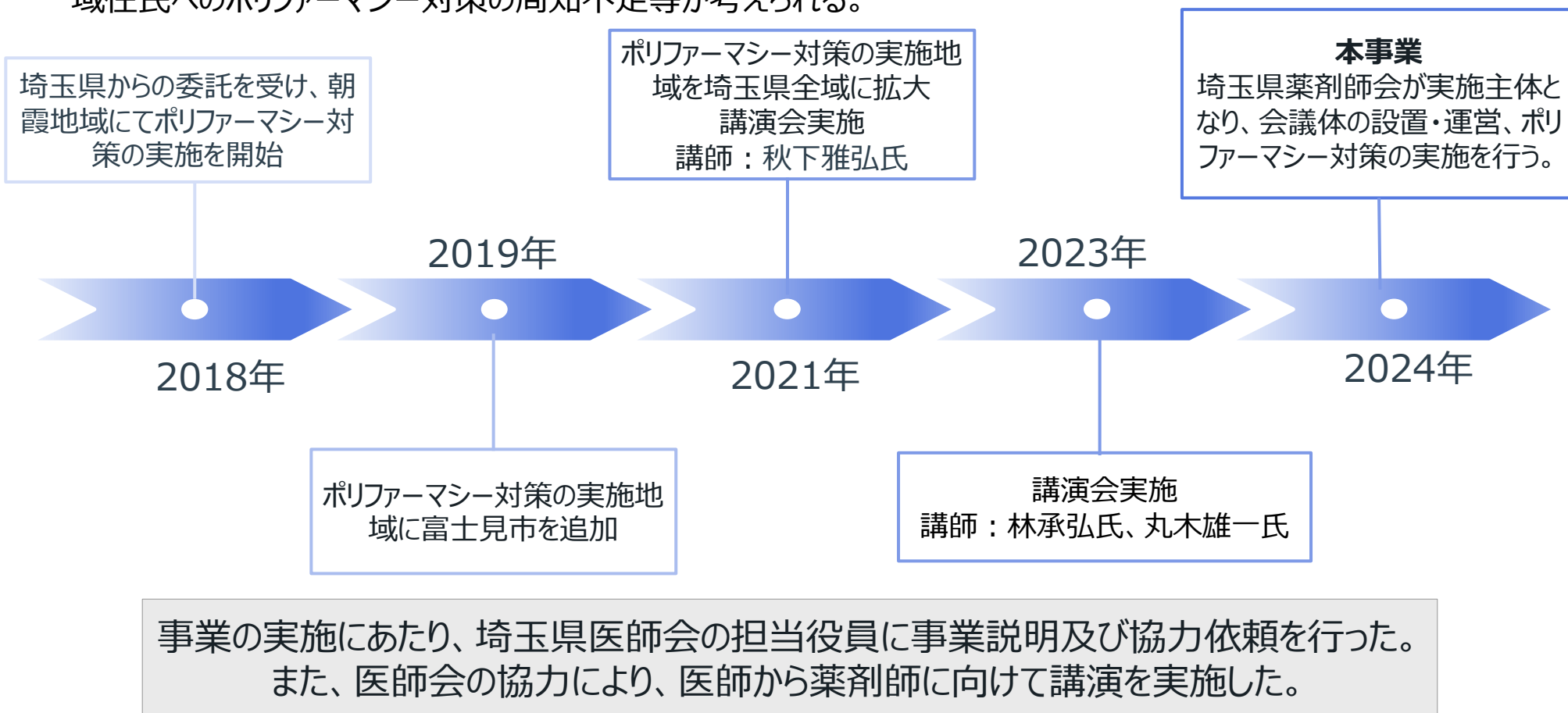
さらに医療従事者向けの普及啓発だけでなく、地域住民向けの普及啓発も行う必要があるが、患者のアドヒアランスが低下しないように配慮しつつ実施することが課題である。

埼玉県における普及啓発の取組結果報告書



埼玉県：これまでのポリファーマシー対策に係る取組

- 本事業と同様に、埼玉県から委託された埼玉県薬剤師会が2018年からポリファーマシー対策を実施しており、これまで対象地域を拡大してきた。
- 本事業前から埼玉県医師会の協力を得ており、医師から薬剤師に向けた普及啓発活動を展開している。
- 一方で、これまでの取組が十分進まなかった理由としては、医師に対する処方変更提案の難易度が高いこと、地域住民へのポリファーマシー対策の周知不足等が考えられる。



埼玉県：会議体（県全体）の概要と成果

- 既存の会議体（埼玉県薬剤師会の社会保険委員会）を本事業における県全体の会議体として活用し、業務期間中に全2回の会議を行い、ポリファーマシー対策について検討した。

埼玉県における県全体の会議体の運用結果（会議の概要）

	第1回	第2回
日程	2024年11月14日（木）	2025年1月16日（木）
参加者	埼玉県薬剤師会 社会保険委員会委員 10名（※全て保険薬局の薬剤師である）	
目的	① 事業のタイムスケジュールの共有 ② 普及啓発活動の実施方法の検討	① 本事業の進捗状況及び問題点の共有

成果	実施事項 2か月に1度の会議を通じて、各地域の進捗や課題を共有し、スムーズな情報交換を実現した。 決定事項 - 県全体の会議体は既存の会である社会保険委員会を利用して運営する。 - 地域ポリファーマシーコーディネーターは社会保険委員会の委員が行う。 - 薬剤調整支援者は地域ポリファーマシーコーディネーターが任命する。 - 地域の薬剤師会の単位で地域の会議体の運営や普及啓発活動を行う。 その他 - アンケート回答者全員（N=7）から「ポリファーマシー対策への意欲が高まった」との評価を頂いた。
----	---

埼玉県：普及啓発活動（県全体）の概要

- 埼玉県では既存の研修を利用し、参加者に対して普及啓発活動を行った。

県単位での普及啓発活動

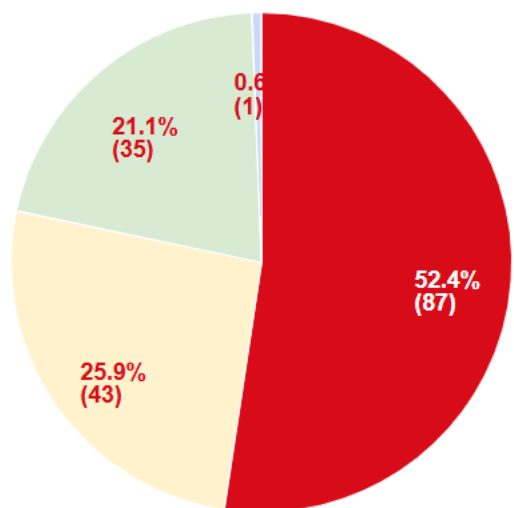
	第 1 回	第 2 回
実施方法	県薬剤師会主催の研修を利用して実施	
日程	2024年11月17日（日）午前	2024年11月17日（日）午後
参加職種	薬剤師	
人数	75人	
使用資料	普及啓発資材（別紙2）の全ての内容	
備考	第1回、第 2 回は同じ会場・別研修で実施	

埼玉県：普及啓発活動（県全体）の成果

- 県全体での普及啓発活動を通じて、地域における普及啓発活動のモデルを構築することができた。
- また、薬剤師のポリファーマシー対策に対する意識向上を実現することができた。

ポリファーマシー対策を実際に行おうと思うか

■ 新たに行おうと思う ■ 受講がきっかけではないが行おうと思う ■ 既に行っている
■ （これまで行っておらず）今後も行わない



普及啓発活動の参加者からのご意見等

- 手順書の内容を改めて周知・共有することで、知識の標準化につながった。
- 多職種との積極的なコミュニケーション、患者との対話、日頃からの医師との連携の重要性を再確認できた
- ポリファーマシーはもともと問題だと思っていた。対策することへ、自分の気持ちの中でハードルが下がった。
- 薬剤師会でも市民に対する講演会でポリファーマシーについての内容を入れて取り組み始めたところです。外来の患者さんへの声掛けを始めていこうと思っています。

埼玉県：会議体（地域）の概要・成果・課題

- 埼玉県では地域の会議体を通じて、ポリファーマシー対策の運用を進め、好事例の共有や多職種連携の強化を図った。

地域の会議体の概要

対象期間	11月14日-2月14日
地域数	7 地域 ※地域薬剤師会の単位で実施
延べ実施回数	11回
延べ参加人数	124人 (薬剤師以外の参加：行政 1 名、歯科医師 1 名)
議題 (例示)	- ポリファーマシー対策の運用ルール - 好事例の共有 - 普及啓発活動の実施方法

課題

- 活動期間が短く、地域会議体（薬剤師会）への説明と薬剤師に対する普及啓発活動しか実施できなかった地域が多いこと。
- 他職種を巻き込むには具体的にどう運用するのか、連携の方法なども含め事前に検討する必要があること。
- 市町村行政を巻き込む必要があること。

会議体での成果

<実施事項>

- ✓ 認知症対応力向上研修にて、好事例を基にグループワークを行い、各地域で活用された。
- ✓ 三師会の正副会長会議でポリファーマシー対策事業の説明を行い、協力していただけることになった。
(秩父市)
- ✓ 蓮田市地域包括支援センター感染症対策委員会で行政にポリファーマシー対策普及活動を行い、訪問看護研修会で他職種へポリファーマシー対策普及活動と事例検討を行った。(蓮田市)

<決定事項>

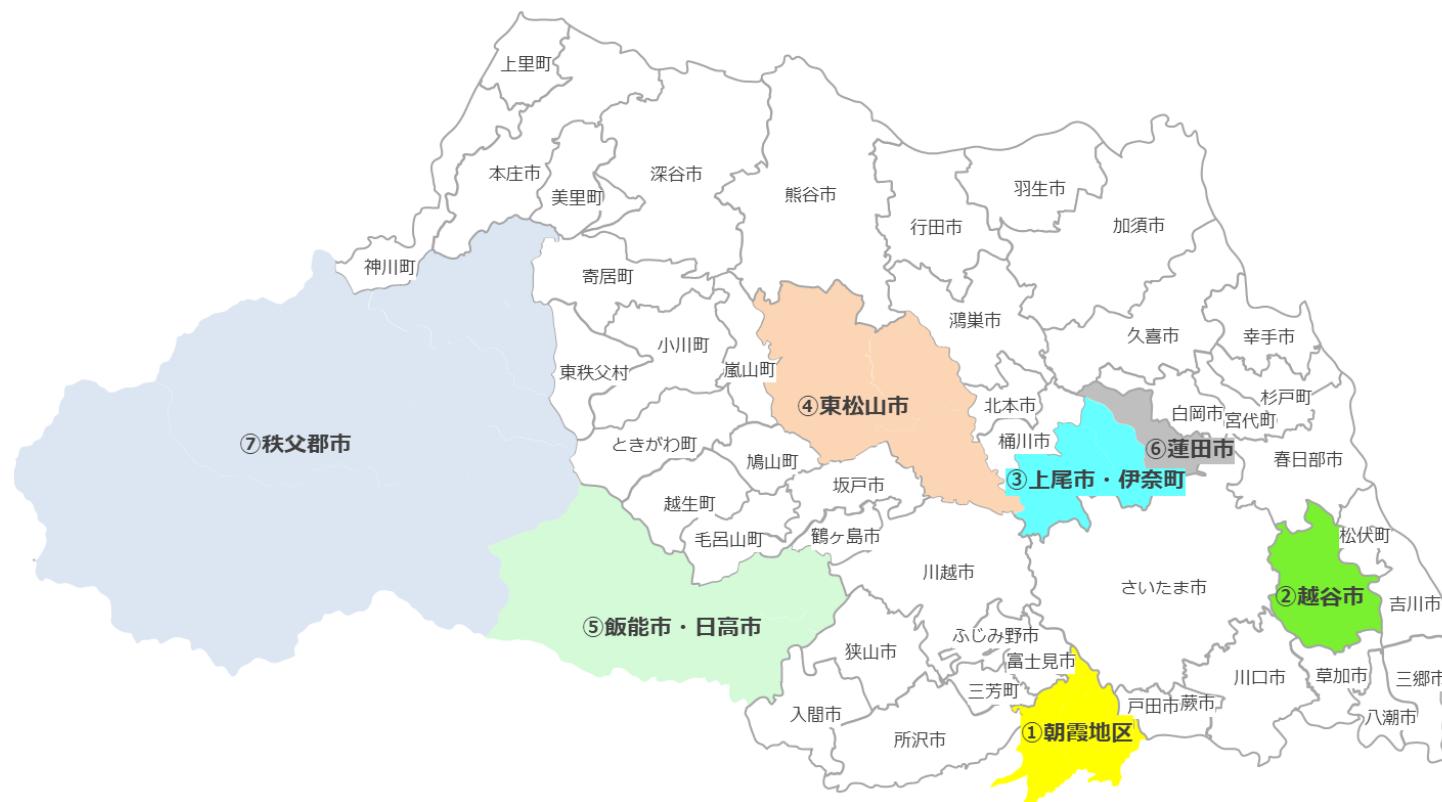
- ✓ ほとんどの地域が埼玉県薬剤師会の運用ルール（参考資料3）に準じた運用を行うこととなった。
(医師会に運用ルールの説明を行い、理解を得ている。)
- ✓ 薬剤調整支援者を薬局から 1 名以上としていた地域もあった。(上尾市・伊奈町)

（参考）埼玉県における会議体（地域）の実施地域

実施地域※

- ① 朝霞地区
- ② 越谷市
- ③ 上尾市・伊奈町
- ④ 東松山市
- ⑤ 飯能市・日高市
- ⑥ 蓮田市
- ⑦ 秩父郡市

※地域薬剤師会の単位である



埼玉県：普及啓発活動（地域）の概要

- ・ 本事業では、4地域で計8回の普及啓発活動を実施し、多職種が参加した地域もあった。
- ・ 一部地域では行政と連携した取り組みも行われた。

地域単位での普及啓発活動

地域数	4 地域
実施主体	埼玉県薬剤師会、越谷市薬剤師会、蓮田市薬剤師会、飯能地区薬剤師会
延べ回数	8回
職種	行政、薬剤師、看護師・助産師・保健師・准看護師、介護従事者、言語聴覚士、作業療法士、ケアマネジャー、事務スタッフ
延べ参加人数	136人
使用資料	普及啓発資料（別紙2）の全ての内容

多職種への普及啓発活動

実施できた地域

- ・ 研修の一部にポリファーマシー対策事業に係る時間を確保してもらい、行政・多職種に普及啓発活動を行った。（蓮田市）

埼玉県：地域ポリファーマシーコーディネーターの概要

- 埼玉県では、ポリファーマシー対策の専門知識を持つ既存の委員が、地域ポリファーマシーコーディネーターとしての役割を担うこととなった。
- 10名の地域ポリファーマシーコーディネーターのうち4名は地域会議体の議長を務め、うち3名が普及啓発資材（別紙2）を使用した事業説明も合わせて行った。（※）

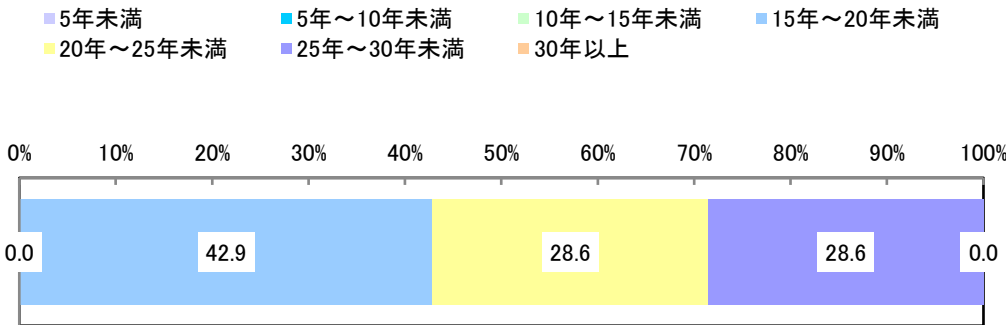
地域ポリファーマシーコーディネーター

任命方法	社会保険委員会の委員を任命した。
任命理由	これまでポリファーマシー対策事業を所管してきた委員会の委員であり、ポリファーマシー対策に関するノウハウを熟知しているため。
職種	薬剤師（保険薬局）
人数	10名

所属する地域薬剤師会

朝霞地区薬剤師会、越谷市薬剤師会、秩父郡市薬剤師会、蓮田市薬剤師会、坂戸鶴ヶ島市薬剤師会、飯能地区薬剤師会、深谷市薬剤師会、上尾伊奈地域薬剤師会、春日部市薬剤師会、東松山薬剤師会

業務経験年数



（※） 残る6名のうち3名は議長は務めず、地域会議体において普及啓発資材（別紙2）を使用して事業説明を行った。残る3名は地域会議体への関与はなかった。

埼玉県：薬剤調整支援者の概要

- 埼玉県では地域ポリファーマシーコーディネーターが、薬剤調整支援者の任命を行った。

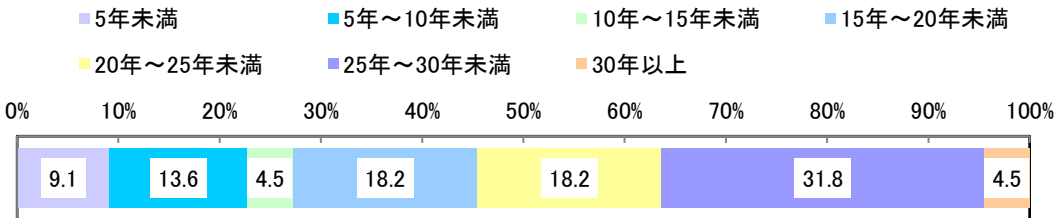
薬剤調整支援者

任命方法	地域ポリファーマシーコーディネーターからの任命
任命理由	- ポリファーマシー対策に興味がある人・積極的な人 - ポリファーマシー対策事業に賛同を得られた人 - 会議体メンバーの薬局から1名
職種	薬剤師
人数	48名

所属薬剤師会の内訳

深谷：2名、蓮田：5名、越谷：4名、坂戸鶴ヶ島：5名
飯能：2名、東松山：5名、上尾・伊奈：8名、秩父：5名
朝霞：12名

業務経験年数



埼玉県：薬剤調整支援者の成果①

- 本事業の実施により、事業実施前に連携していた5つの職種について、連携が増えた薬剤調整支援者の割合は66.7%～100%であった。

国の事業の実施前における主な連携職種と、連携しているとの回答者において事業実施前と比較して連携が増えたか
(薬剤調整支援者による回答結果)

	n=22	1.事業実施前の主な連携職種	1.の回答のうち、本事業実施前と比較して連携が増えた職種	
医師		72.7%		n=16
歯科医師		4.5%		n=1
薬剤師		50.0%		n=11
看護職員(看護師・助産師・保健師・准看護師)		27.3%		n=6
介護関係者		13.6%		n=3
その他		0.0%		n=0

埼玉県：薬剤調整支援者の成果②と課題

- 埼玉県では、ポリファーマシー対策の推進に向け、薬剤調整支援者の任命を行い、薬剤師の意識向上や多職種との協力関係の強化が見られた。
- 一方で、処方見直しの円滑化に関しては慎重な意見が多く、さらなる改善の余地があることが示唆された。
- 運用面において、会議体で合意した運用ルール（参考資料3）に基づき、ポリファーマシーコーディネーターと薬剤調整支援者による患者への多剤服用の有無、転倒の有無、睡眠状況の確認等ポリファーマシー対策が実施された。

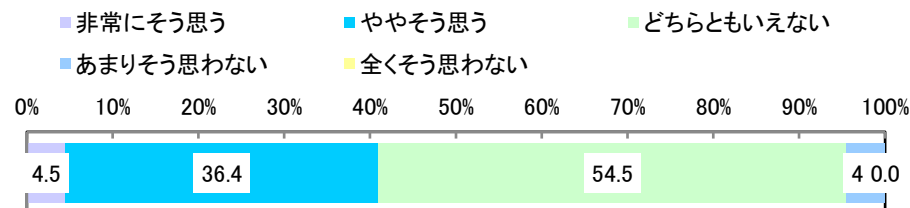
薬剤調整支援者が実施すべき事項として挙げられた意見

- 多職種との積極的なコミュニケーションを図る。
- 患者との対話を重視し、日頃から医師との連携を強化する。
- 普段の業務において、主体的にポリファーマシー対策に取り組む。

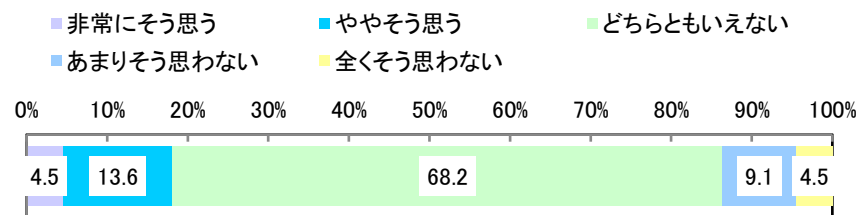
成果

- これまでポリファーマシー対策事業に関わったことがない31名を薬剤調整支援者に任命することができた。
- 普及啓発活動による手順書の内容等の共有により、知識の標準化を図ることができた。
- ポリファーマシーコーディネーターによるポリファーマシー対策の実施が7件、薬剤調整支援者による実施が22件報告された。

○他職種が協力的になったか。



○処方見直しが円滑になったか。



課題

- 全体として他職種との協力関係は向上したが、処方見直しの円滑化には慎重な意見が多く、改善の余地がある。
- 「どちらともいえない」との回答割合が高かったが、薬剤調整支援者が、処方見直しの事例を取り扱う機会が限定的であったため本事業の効果を判別するに至らなかった可能性がある。
- 薬剤師だけでなく、医師を始めとした他職種への働きかけが重要になると考えられる。

令和6年度の取組のまとめ

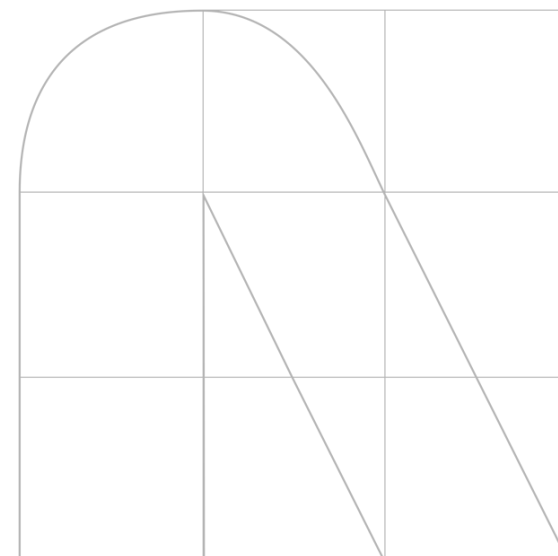
- 埼玉県においては、埼玉県薬剤師会内の既存の会議体を活用し、県全体の会議体・地域単位の会議体の運用、地域ポリファーマシーコーディネーター及び薬剤調整を支援する者の選出、県単位及び地域単位での普及啓発活動を行うことができた。
- 埼玉県薬剤師会が主体となって実施したこと、既存の会議体を活用したこと等により、比較的短期間での意思決定等が可能であった。
- 一方で、特に県全体の会議体・普及啓発活動において、医師を含めた薬剤師以外の職種の参画がなかったこと等が課題として挙げられる。
- 今後は、市町村など自治体と協力しながら医師を含め多職種で、実際に処方見直しを円滑化するに当たっての課題（医師への情報提供の方法等）を解決する必要がある。

NTT DATA

株式会社NTTデータ経営研究所

Lighting the way
to a brighter society

広島県における普及啓発の取組結果報告書



広島県：これまでのポリファーマシー対策に係る取組

- 広島県では、多職種・多機関連携を通じてポリファーマシー対策を推進し、医薬品の適正使用と健康増進に取り組んできた。

本事業

	2017年度～2022年度	2018年度～	2024年度～
事業名	広島県地域保健対策協議会	広島市域ポリファーマシー対策事業	高齢者医薬品適正使用推進事業に係る地域調査
目的	多剤投与に起因する問題について、多職種・多機関での問題意識の共有を図り、課題解決に向けた検討を行うこと	ポリファーマシー対策により、地域の医薬品適正使用を推進し、被保険者の健康増進と医療費適正化を図る	ポリファーマシー対策の環境整備を進め、展開拡大や課題整理を行い、施策検討に必要な情報を得る
関わった職種	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員、大学、行政	医師、薬剤師、全国健康保険協会、行政	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護従事者、大学等学識経験者、行政
実施事項	患者・多職種へのアンケート調査、多職種が薬局に対して気軽に相談できる「おくり相談シート」の作成、運用。研修会・啓発活動の実施	レセプトデータから抽出した対象者に広島市からお知らせ文書を送付し、医療機関や薬局に持参されたタイミングで処方の見直し等を実施。地域住民に対して「通いの場」等を活用した指導相談を実施。研修会・啓発活動の実施	広島県を実施主体 とし、ポリファーマシー対策に係わる会議体、ポリファーマシーコーディネーター、薬剤調整支援者の設置・運用、普及啓発活動の実施

広島県：会議体（県全体）の概要①

会議体設置の背景

- ✓ 県の「広島県地域保健対策協議会（地対協）」では多職種連携のもとポリファーマシー対策を進めてきたが、十分な進展が見られなかった。
- ✓ 対策推進には、医師、薬剤師、看護職、介護職など多職種の理解と協力が課題となっていた。
- ✓ 県以外の広島市域でも対策が行われていたが、内容に地域差があった。

会議体設置の際の留意点

- ✓ 多職種・学識経験者による構成とし、ポリファーマシー対策に関わる関係者を含める。
- ✓ 県が関与していなかった広島市域の取組や課題を把握するため、広島市域の医師会・薬剤師会も参加機関に含める。（参加機関は参考資料3-2参照）

広島県：会議体（県全体）の概要②

- 新たな会議体（令和6年度広島県高齢者医薬品適正使用推進に関する調査・検討会）の設立を行い、2回の会議を行った。
- 多職種等が集まり、地域におけるポリファーマシー対策の方向性を検討した。

広島県における県全体の会議体の概要

	第1回	第2回
会議体名	令和6年度広島県高齢者医薬品適正使用推進に関する調査・検討会	
日程	2024年12月9日（月）	2025年2月13日（木）
参加者	20名 (委員15名/16名、オブザーバー2名、事務局3名)	18名 (委員13人/16人、オブザーバー2名、事務局3名)
職種	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護従事者、大学等学識経験者、行政	
議題	- 地域におけるポリファーマシー対策の実施について - これまでのポリファーマシー対策に関する取組の情報共有について - 対象地域・地域ポリファーマシーコーディネーター・薬剤調整支援者の考え方について（意見交換）	地域におけるポリファーマシー対策について

広島県：会議体（県全体）の成果

- ・ 会議体の設置・運用により、参加者における意識向上などの成果が得られた。
- ・ 地域ポリファーマシーコーディネーターの役割が決定された。

成果・決定事項

成果

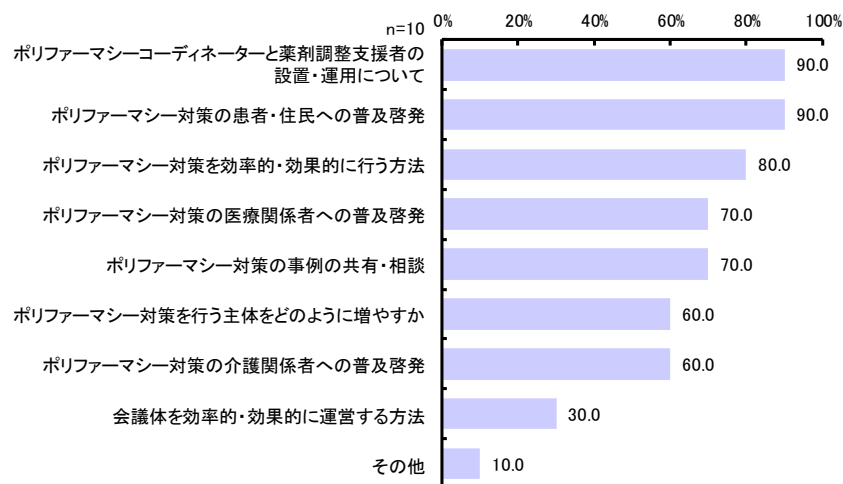
- ✓ 業務手順書を用いた説明により、参加者に対策の進め方のイメージを持たせることができた。
- ✓ 地域における会議体の設置や役割の任命には至らなかったが、次年度に向けた準備を整えることができた。

決定事項

- ✓ 地域ポリファーマシーコーディネーターを 医師（総合診療医※） および 薬剤師 とし、実施対象地域に配置。
医師コーディネーター：地域の処方医の相談役を担う。
薬剤師コーディネーター：地域会議体の議長を務め、対策の方向性を示す。
- ✓ 薬剤調整支援者は 原則かかりつけ薬剤師とする。

※医師の委員から、総合診療医を紹介し減薬に繋がった事例が報告されたため、総合診療医に役割を任命することとなった。県全体での会議体において、まずはこの体制での有効性について検証を行う予定としている。総合診療医は人数・所在する地域も限られるが、実際の処方医からの相談件数が予測できないため、実施可能な地域から取り組む方針である。検証結果を踏まえて、実施地域を拡大するための方針についても整理・検討する。（広島県における整理であり、他地域においても地域ポリファーマシーコーディネーターが必ず総合診療医でなければならないわけではないことに留意が必要である。）

今後議論すべき事項



会議体参加者からのご意見

業務手順書について

- ・ 「コーディネーターは会議体の議長を務める」等の具体的な業務内容がイメージできる記載をしてほしい
- ・ 役割の具体的な業務例を明示してほしい。

会議体に新たに参加すべき職種・団体

- ・ 栄養士、一般市民

全国でポリファーマシー対策の普及に必要なこと

- ・ 地域住民、医療従事者双方への啓発活動を行う
- ・ 関係団体が共通認識のもと協力する
- ・ 医療関係者・介護施設も含めて、相互で気軽に情報交換できるツール・環境が必要である

広島県：会議体（県全体）での課題

- 新たな会議体の設置、役割の明確化に時間を要した。
- 次年度は手順書の有効性・地域ポリファーマシーコーディネーター及び薬剤調整支援者の効果の検証を行う。

事業開始当初の課題

課題対応時に苦労した点

新たな会議体の設置

- ✓ 既存の会議体の構成機関からなる新たな会議体を新設（16機関より構成）した。
- ✓ 会議体設置にあたって、構成機関に改めて本事業の趣旨等を説明し、会議体への参加同意を得る等の**事務手続きに時間を要した**。

役割の明確化

- ✓ 手順書には地域ポリファーマシーコーディネーターや薬剤調整支援者の具体的な業務内容の記載がなく、各役割を明確化する必要があった。
- ✓ そのため、県の会議体で議論したところ、地域ポリファーマシーコーディネーターや薬剤調整支援者が何をすべきか、どのような者が適任なのか等について様々な意見が出たため、関係者の**合意形成に時間を要した**。

残存課題

調査対象地域を選定し、業務手順書の有効性や
地域ポリファーマシーコーディネーター・薬剤調整支援者の効果の検証を行う。

広島県：普及啓発活動（県全体）の概要・課題

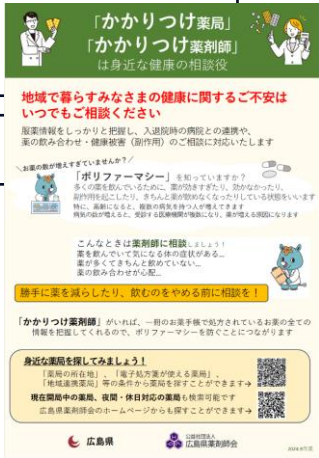
- 医療従事者向けに研修会を実施し、また県民向けに啓発資料を配布することで、ポリファーマシーの普及啓発を行った。

医療従事者向け普及啓発活動

実施方法	県が開催する研修会で普及啓発活動を行った
日程	令和7年2月10日（月）
参加人数 職種	127名 （医師14名、歯科医師2名、薬剤師90名、看護師2名、介護支援専門員12名、行政職員7名）
使用資材	普及啓発資材（別紙2）の一部を使用した薬務課作成資料（参考資料4-2）と講演者独自資料（参考資料4-1）

県民向け普及啓発活動

実施方法	県が作成した普及啓発資料を配布した
実施者	14団体 （地域薬剤師会など）
日程	「薬と健康の週間（令和6年10月17日-23日）」を活用
実施方法	- 各地区薬剤師会が主催する健康祭り等で来場者に配布 - 保険薬局で配布
配布枚数	7120枚



残存課題

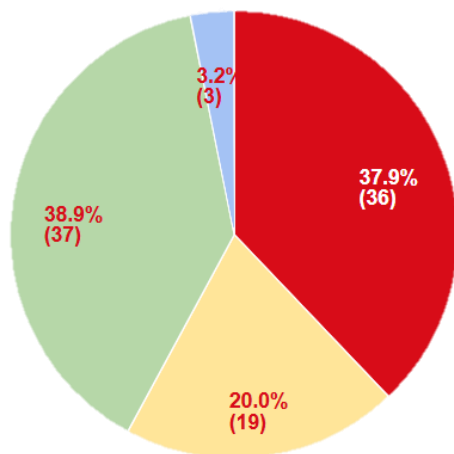
- 地域でのポリファーマシー対策には、患者や家族へポリファーマシーの周知を行うことが重要である
- 次年度以降は、医療・介護関係者に加え、患者・家族向け講演会の実施を予定する

広島県：普及啓発活動（県全体：医療従事者向け）の成果

- 普及啓発活動を通じて、ポリファーマシー対策の実施意向が高まることが確認された。
- 今後は具体的な事例紹介や支援策の充実を図り、さらなる行動促進を目指す。

ポリファーマシー対策を実際に行おうと思うか

■ 新たに行うと思う ■ 受講がきっかけではないが行おうと思う ■ 既に行っている
■ （これまで行っておらず）今後も行わない



普及啓発活動の参加者からのご意見等

普及啓発活動で有用と感じた内容

具体的な方法や何が必要かわかった
抗コリン薬の総量という概念

普及啓発活動が有用と感じなかった理由

具体的な事例の紹介が多くあれば、具体的なアクションを起こすことができる。

全国でポリファーマシー対策を普及させるために必要なこと

医師とのコミュニケーションが必要不可欠
在宅へ移行(退院)する前の薬の整理が必要
患者さんやご家族の興味を引く必要がある

令和6年度の取組のまとめ

- 広島県においては、既存の会議体の構成機関からなる新たな会議体を新設（16機関より構成）・運用、地域ポリファーマシーコーディネーター・薬剤調整支援者の役割等の整理、県全体の普及啓発活動を実施することができた。一方、地域単位での会議体の設置・普及啓発活動、地域ポリファーマシーコーディネーター・薬剤調整支援者の任命までは至らなかった。
- 医師、薬剤師のみならず、多職種が関わる会議体を新設したことで、地域ポリファーマシーコーディネーター・薬剤調整支援者等に係る認識を多職種間ですりあわせることができた。特に、県単位の関係団体と市単位の関係団体が一堂に会する機会を創出したことで、ポリファーマシー対策に関して議論を深めることができた。
- 一方で、会議体の新設にあたり、各関係者への説明や会議体への参加同意取得等事務的な手続きに時間を要した。また、業務手順書には地域ポリファーマシーコーディネーターや薬剤調整支援者の具体的な業務内容の記載がなく、各役割を明確化する必要があったため、県の会議体で議論を重ね、関係者の合意形成に時間を要したことが課題であった。
- 今後は地域ポリファーマシーコーディネーターおよび薬剤調整支援者の任命を始めとした、地域単位での取り組みを進めるとともに、既存資材の配布にとどまらない患者・家族向けの普及啓発活動等を実施していく。

NTT DATA

株式会社NTTデータ経営研究所

Lighting the way
to a brighter society

地域におけるポリファーマシー対策の 普及啓発用資材

2024年12月19日

※本資材は、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」（本事業）において、埼玉県及び広島県が業務手順書に基づいたポリファーマシー対策の普及啓発活動実施の際に試行的に活用したものである。

目次

1

ポリファーマシーの概念と高齢者が抱える問題点

2

ポリファーマシーに係る問題

3

ポリファーマシー対策の始め方

4

ポリファーマシー対策の進め方

5

様式事例集

1

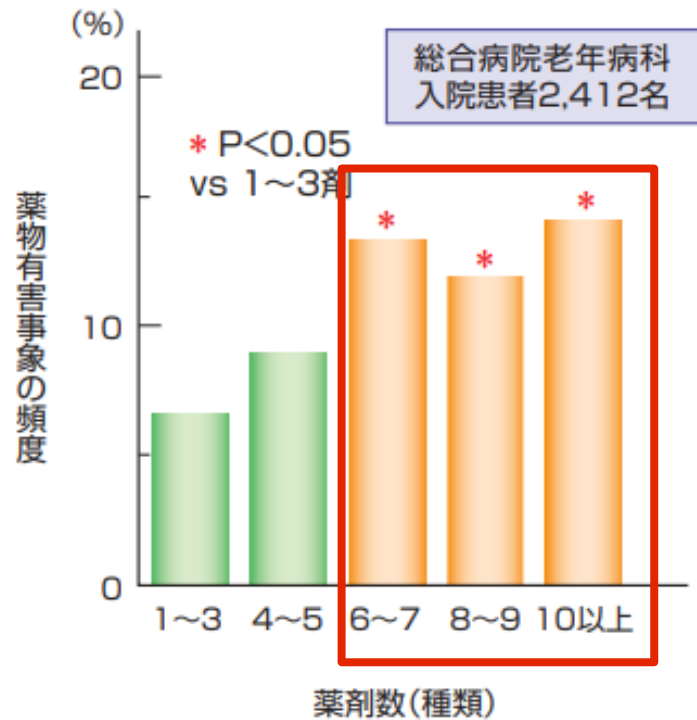
ポリファーマシーの概念と 高齢者が抱える問題点

- ポリファーマシーとは
- 高齢者が抱える問題点
- 加齢により引き起こされる変化
- 複数医療機関・多科受診によるポリファーマシーの形成

ポリファーマシーとは

ポリファーマシーとは単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して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の低下等の問題につながる状態。

服用薬剤数と薬物有害事象の頻度



6種類以上の服薬が有害事象発生に関連

ポリファーマシーとは
多剤服用のうち害のある状態

何剤からポリファーマシーとするか厳密な定義はない。

※左図はあくまでデータの1つであり、6種類以上の服用により必ずしもポリファーマシーが生じるわけではない。

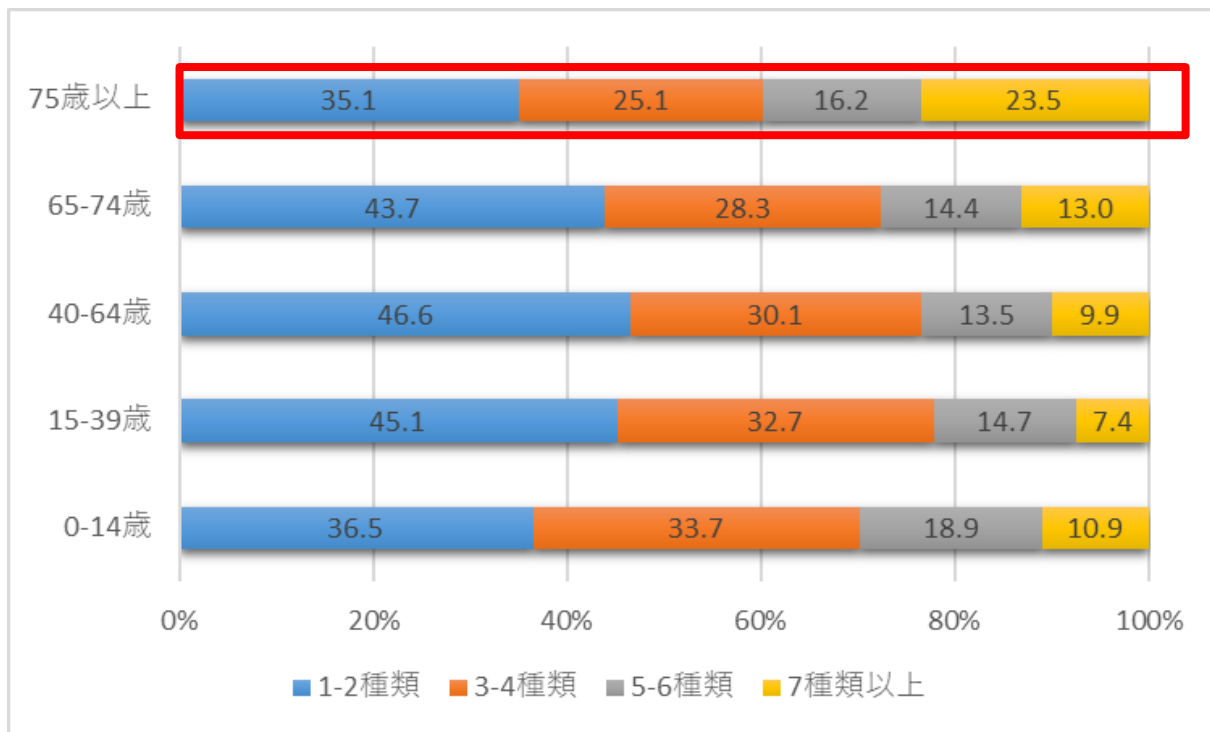
一律の剤数/種類数にのみ着目するのではなく、
安全性の確保等からみた処方内容の適正化が
求められる

※本資料におけるポリファーマシーの定義は「高齢者の医薬品適正使用の指針」に準じる

高齢者が抱える問題点

75歳以上は多剤服用になりやすい傾向にある

同一の保険薬局で調剤された薬剤種類数（/月）



✓ 75歳以上の4人に1人が7種類以上の薬剤を処方されている。

高齢者が抱える多剤服用の具体的問題

患者が抱える問題

- 複数医療機関の受診により、**患者自身**が処方状況を**管理**できていない。
- 処方薬増加に伴い**副作用**が起こりやすくなることを把握していない。
- 患者自身がポリファーマシー状態にあることを把握していない。

医学的問題

- 高齢者は生活習慣病や老年症候群が重なりやすい。
- 治療や症状緩和のため、**薬の処方が増え、副作用や相互作用のリスク**が高まる。
- 重複処方による**副作用や相互作用のリスク**。

社会的問題

- 複数の診療科や医療機関の受診で、処方薬の全体が把握されず、管理が難しくなる。
- 医療関係者間の連携が取れていない。

加齢により引き起こされる変化

代謝や排泄は加齢の影響を受けやすく、薬物の消失能力（薬物クリアランス）に関わる

	加齢に伴う生理学的変化	一般的な薬物動態の変化
吸収	消化管運動機能低下 消化管血流量低下 胃内pH上昇	最高血中濃度到達時間延長 （薬剤によっては血中濃度上昇あるいは低下）
分布	体脂肪率増大 体内水分量減少 血漿中アルブミン濃度低下	脂溶性薬物の分布容積増大（血中半減期延長） 溶性薬物の分布容積減少 酸性薬物の蛋白結合率低下
代謝	肝重量減少 肝血流量低下 薬物代謝酵素活性低下	肝クリアランス低下 ※相互作用の影響も重要
排泄	腎血流量低下 糸球体濾過量低下 尿細管分泌低下	腎クリアランス低下 ※高齢者で特に影響が大きい

複数医療機関・多科受診によるポリファーマシーの形成

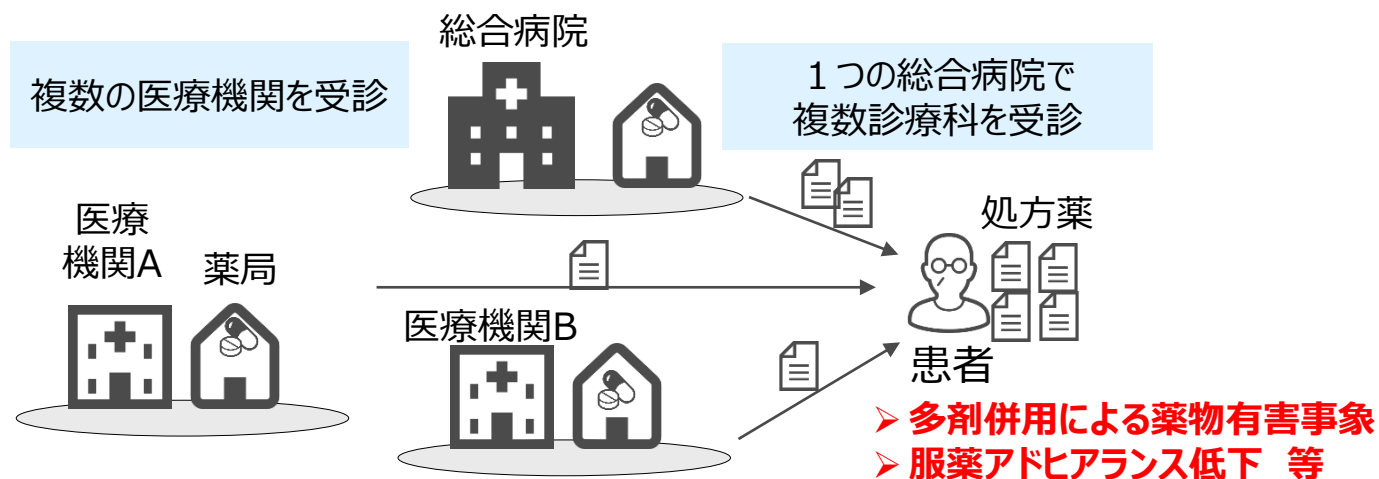
複数医療機関・診療科を受診することでポリファーマシーが発生するケースがある

ポリファーマシー形成に至る例

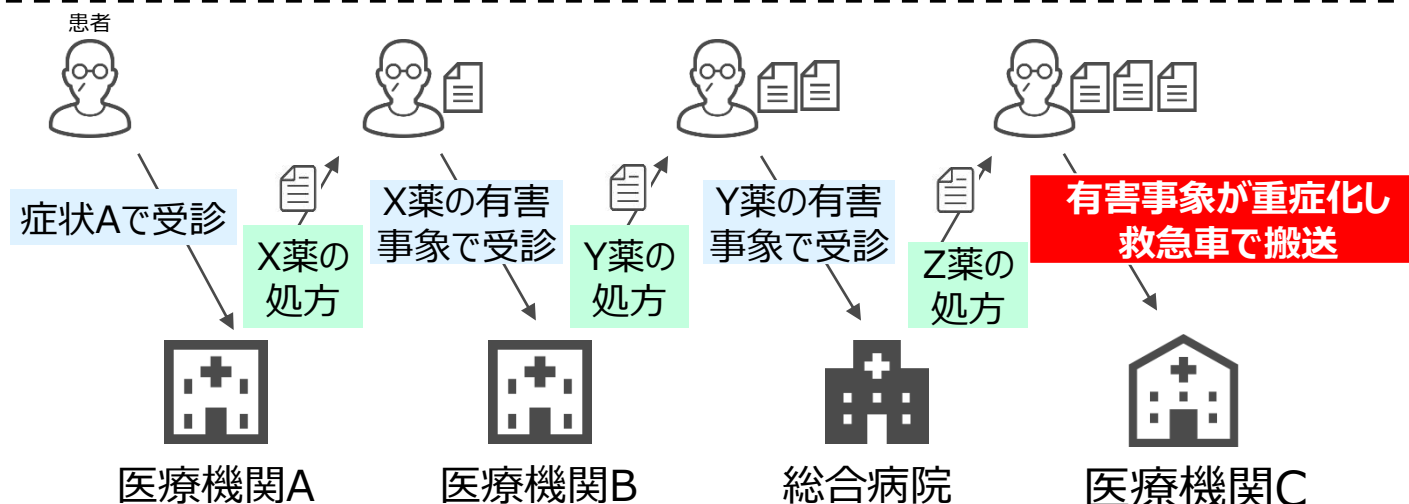
発生する要因

- ✓ かかりつけ医、かかりつけ薬剤師・薬局による医薬品情報の一元管理が行われていない
- ✓ 医療機関同士の連携が取れていない

多病による複数医療機関
の受診



処方カスケードの発生



2

ポリファーマシーに係る問題

- 高齢者への薬物投与時の留意事項
- 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
- 処方見直しのタイミングの考え方

高齢者への薬物投与時の留意事項

投与量の調節や重複処方・相互作用の管理を行うことが重要となる

薬剤投与量の調整

- **少量から開始**し、効果と有害事象をモニタリングしながら徐々に増量
- 薬剤の代謝経路（腎排泄）に応じて、患者の**腎機能を考慮して調整**

薬剤の確認・見直し

- 同種同効薬の**重複処方を医療機関や薬局で確認**
- **相互作用**を起こす可能性がある薬剤は必要に応じて**処方の適正化**

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

高齢者の変化を単なる加齢と捉えるのではなく、薬剤との関係性を疑うことが重要となる

薬物起因性老年症候群の主な症状



ふらつき・転倒



抑うつ



記憶障害



食欲低下



せん妄



便秘



排尿障害
尿失禁

単なる加齢として見過ごされてしまう
ことが多い

高齢者の薬物有害事象

高齢者に多い症候（老年症候群）として現れることも多く、見過ごされがちであることに注意が必要

患者 評価

- 生活に変化が出たり、新たな症状が出現したりする場合は、薬剤が原因ではないかと疑う

薬剤の 見直し

- 薬剤との関係が疑わしい症状・所見があれば処方チェック
- 中止・減量をまず考慮
- より安全な薬剤があれば切換えを検討

モニタリング

- 薬の変更後、患者の症状や副作用を観察する
- 他職種と情報を共有し、確認する

薬剤起因性老年症候群と主な原因薬剤

症状	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、抗うつ薬、てんかん治療薬、抗精神病薬（フェノチアジン系）、パーキンソン病治療薬（抗コリン薬）、抗ヒスタミン薬（H ₂ 受容体拮抗薬含む）、メマンチン
記憶障害	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）、抗うつ薬（三環系）、てんかん治療薬、抗精神病薬（フェノチアジン系）、パーキンソン病治療薬、抗ヒスタミン薬（H ₂ 受容体拮抗薬含む）
せん妄	パーキンソン病治療薬、睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬（三環系）、抗ヒスタミン薬（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
抑うつ	中枢性降圧薬、β遮断薬、抗ヒスタミン薬（H ₂ 受容体拮抗薬含む）、抗精神病薬、抗甲状腺薬、副腎皮質ステロイド
食欲低下	非ステロイド性抗炎症薬（NSAID）、アスピリン、緩下剤、抗不安薬、抗精神病薬、パーキンソン病治療薬（抗コリン薬）、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）、コリンエステラーゼ阻害薬、ビスホスホネート、ビグアナイド
便秘	睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン）、抗うつ薬（三環系）、過活動膀胱治療薬（ムスカリン受容体拮抗薬）、腸管鎮痙薬（アトロピン、ブチルスコポラミン）、抗ヒスタミン薬（H ₂ 受容体拮抗薬含む）、αグルコシダーゼ阻害薬、抗精神病薬（フェノチアジン系）、パーキンソン病治療薬（抗コリン薬）
排尿障害・尿失禁	抗うつ薬（三環系）、過活動膀胱治療薬（ムスカリン受容体拮抗薬）、腸管鎮痙薬（アトロピン、ブチルスコポラミン）、抗ヒスタミン薬（H ₂ 受容体拮抗薬含む）、睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン）、抗精神病薬（フェノチアジン系）、トリヘキシフェニジル、α遮断薬、利尿薬

処方見直しのタイミングの考え方

療養環境移行時も処方見直しの好機である

急性期

- 急性期の病状とは別の、安定している症状に対する服用薬については、**相互作用等による薬物有害事象を防ぐ**ためにも、優先順位を考慮して**見直しを検討**
- また、急性期の病状の原因として薬物有害事象が疑われる場合、薬剤は可能な限り中止して経過観察

療養環境移行時

- 薬剤の見直し（追加した薬剤の減量・中止、中止した薬剤の再開など）について、包括的に検討
- 特に、退院・転院、介護施設への入所・入居、在宅医療導入、かかりつけ医による診療開始等の療養環境移行時には、**移行先における継続的な管理を見据えた処方の見直し**

慢性期

- 長期的な安全性と服薬アドヒアランスの維持、服薬過誤の防止、患者や家族、介護職員などのQOL向上という観点での処方
- 漫然と処方を継続しないよう、常に見直し

処方の工夫と服薬支援

服薬アドヒアランス低下の原因

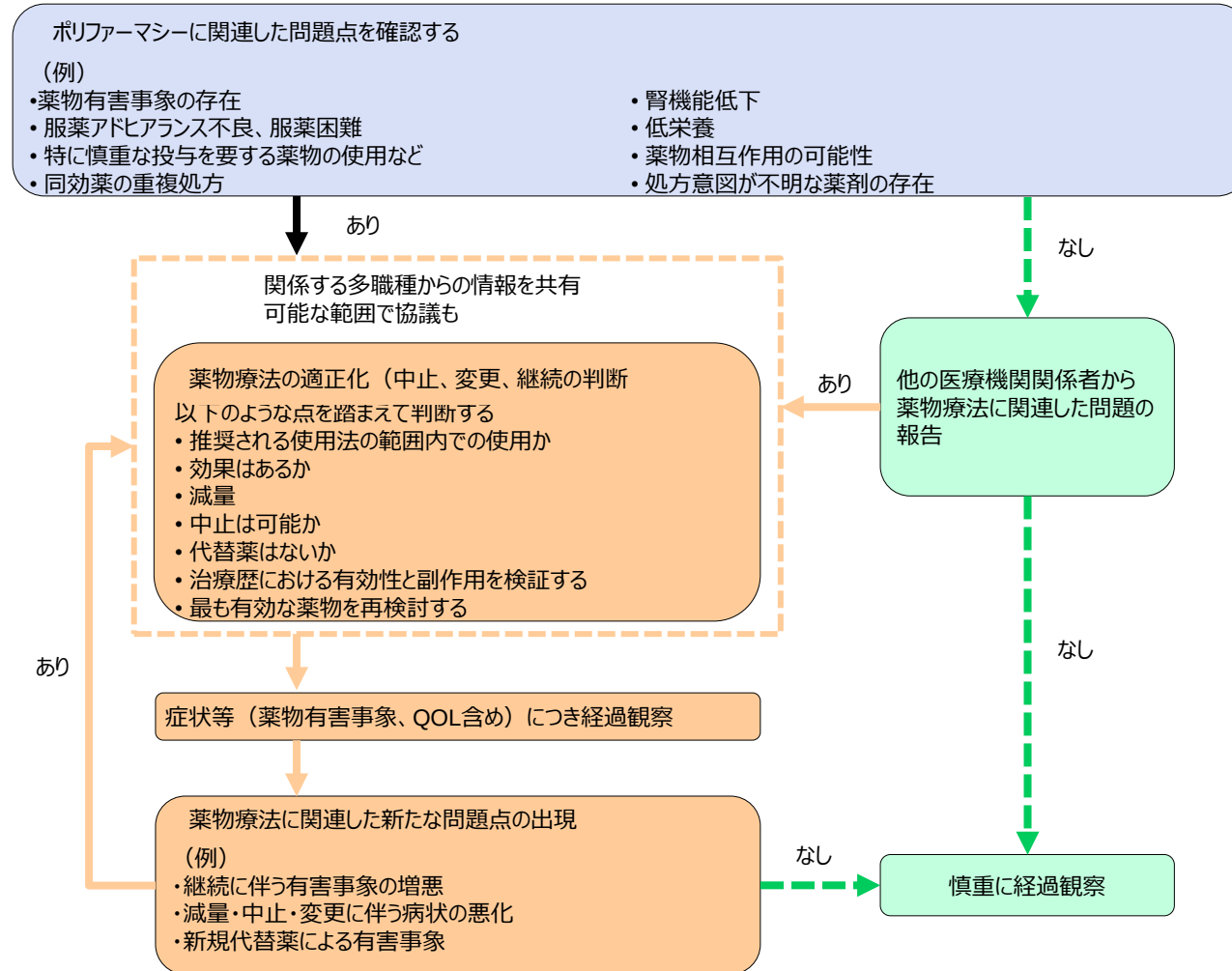
- 服用管理能力低下
 1. 認知機能の低下
 2. 難聴
 3. 視力低下
 4. 手指の機能障害
 5. 日常生活動作（ADL）の低下
- 多剤服用
- 処方の複雑さ
- 嚥下機能障害
- うつ状態
- 主観的健康感が悪いこと
（薬効を自覚できない等、患者自らが健康と感しない状況）
- 医療リテラシーが低いこと
- 自己判断による服薬の中止
（服薬後の体調の変化、有害事象の発現等）
- 独居
- 生活環境の悪化

処方工夫と服薬支援の主な例

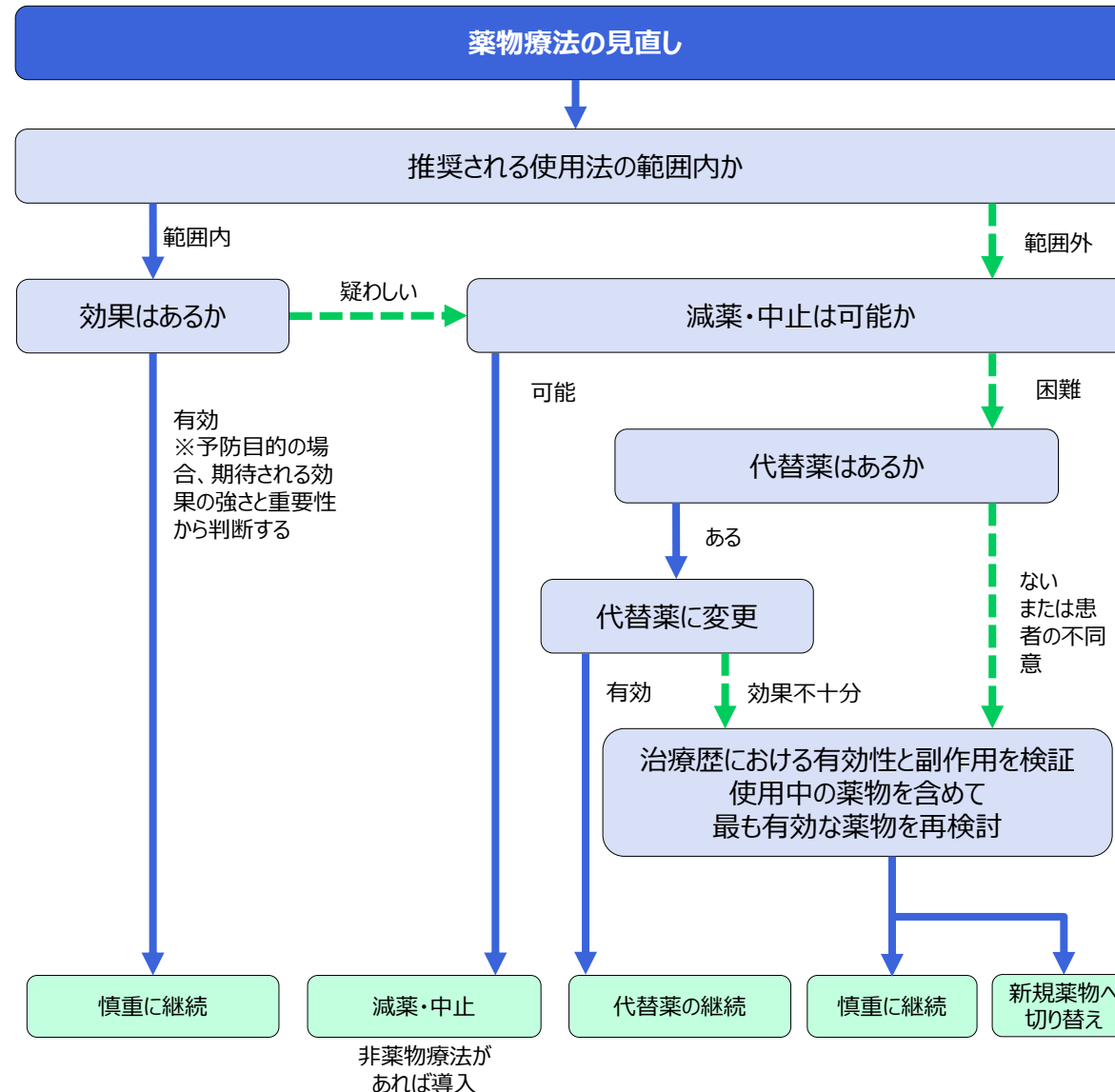
服薬薬剤数を減らす	●力価の弱い薬剤を複数使用している場合は、力価の強い薬剤にまとめる ●配合剤の使用 ●対症療法的に使用する薬剤は極力頓用で使用する ●特に慎重な投与を要する薬物のリストの活用
剤型の選択	●患者の日常生活動作（ADL）の低下に適した剤形を選択する
用法の単純化	●作用時間の短い薬剤よりも長時間作用型の薬剤で服用回数を減らす ●不均等投与を極力避ける ●食前・食後・食間などの服用方法をできるだけまとめる
調剤の工夫	●一包化 ●服薬セットケースや服薬カレンダーなどの使用 ●剤形選択の活用（貼付剤など） ●患者に適した調剤方法（分包紙にマークをつける、日付をつけるなど） ●嚥下障害患者に対する剤形変更や服用方法（簡易懸濁法、服薬補助ゼリー等）の提案
管理方法の工夫	●本人管理が難しい場合は家族などの管理しやすい時間に服薬をあわせる
処方・調剤の一元管理	●処方・調剤の一元管理を目指す（お薬手帳等の活用を含む）

処方見直しのプロセス

病状、認知機能、ADL、栄養状態、生活環境、内服薬（他院処方、一般用医薬品等、サプリメントを含む）、薬剤の嗜好など多面的な要素を高齢者総合機能評価（CGA）なども利用して総合的に評価



薬物療法適正化のためのフローチャート



3

ポリファーマシー対策の始め方

- ・ ポリファーマシー対策を始める前にすべきこと①
- ・ ポリファーマシー対策を始める前にすべきこと②
- ・ 身近なところからはじめる方法①
- ・ 身近なところからはじめる方法②
- ・ ポリファーマシー対策を始める際のキーマン
- ・ 薬剤調整を支援する者（薬剤調整支援者）とは
- ・ 地域ポリファーマシーコーディネーターとは

※ **3** ～ **5** は「地域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」に基づいて作成した資料である

ポリファーマシー対策を始める前にすべきこと①

患者やその家族と多職種との関係を構築する

関係構築をする対象

	患者や患者家族	医療従事者等
目 的	- ポリファーマシーの問題点を理解してもらう - 共にポリファーマシー対策に取り組んでももらう	多職種の連携強化によってポリファーマシー対策を効果的に進める
取 組	かかりつけ医やかかりつけ薬剤師などが患者と日頃から気軽に相談できる関係を構築する	医師や薬剤師等の医療従事者や介護関係者がお互いに日頃から顔の見える関係を築き、連携して対応できる環境を構築する

ポリファーマシー対策を始める前にすべきこと②

患者やその家族への説明資材を準備する

目的

患者や患者家族にポリファーマシーの問題を理解してもらう

説明資材の例

一般社団法人くすりの適正使用協議会
ウェブサイト

「あなたのくすりいくつ飲んでいますか」

の中にあるパンフレット・ポスター・動画のリンク

パンフレット



ポスター



出典：一般社団法人くすりの適正使用協議会ウェブサイト「あなたのくすりいくつ飲んでいますか」
より <https://www.rad-ar.or.jp/knowledge/post?slug=polyparmacy>

多職種役割・連携

高齢者の生活の質向上を共通の目的として、多職種での連携が重要となる

多職種での連携

目的

- ポリファーマシー対策にかかる役割の理解と実践
高齢者の日常生活の様子を反映した処方・服薬支援が求められる。

職種の役割

- 医師・歯科医師・薬剤師
処方の確認と見直しの中心的役割
- 多職種
服薬状況の管理、服薬支援

連携方法

- 訪問
異なる職種が患者宅に同時に訪問
- 相談・情報共有
電話、FAX、情報共有ツールの活用
- ケア会議の活用
サービス担当者会議、施設内ケア会議への医師等の参加による処方確認と見直し

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 ADL の変化の確認、薬物療法の効果や薬物有害事象の確認、多職種へ薬物療法の効果や薬物有害事象に関する情報提供とケアの調整
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、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	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

身近なところから始める方法①

小規模から始める

近隣の診療所と薬局とで 取り組む際の具体例

対象者

- ・ サービス付き高齢者住宅に居住する高齢者
- ・ 訪問診療を受けている患者
- ・ 介護老人保健施設に入所する高齢者

実施者

- ・ 診療所と近隣の薬局薬剤師

実施内容

- ・ 残薬などの問題を解消するための介入にあわせてポリファーマシー対策を実施

職員の意欲を高める具体例

方法

- ・ 職員間で行う勉強会でポリファーマシーをテーマに取り上げる

効果

- ・ 関係者の学びの機会が増える
- ・ ポリファーマシー対策への理解が深まる
- ・ 協力意識が高まることによって、仲間を作りやすくなる

既にある仕組みやツールを活用する

施設	職種	既存のツール	ポリファーマシーの視点の導入例
病院等	医師・歯科医師	診療情報提供書	・処方見直し内容やその理由の記載欄を加える。 ・薬剤師が薬剤等に関するサマリーを記載できる欄を設ける。
	薬剤部の薬剤師	入院時持参薬の記録様式	ポリファーマシーが疑われる旨のチェック欄とその判断理由の記載欄を加える。
		日本病院薬剤師会作成の薬剤管理サマリー等	処方見直し内容やその理由を記載する。
		お薬手帳	処方見直し内容やその理由を記載する。
		電子処方箋	処方状況を把握し、処方の見直しを行う。
		診療情報提供書	薬剤師が薬剤等に関するサマリーを記載できる欄に処方見直し内容やその理由を記載する。
	看護師	看護サマリー	服薬状況を把握し、処方見直し内容やその理由の記載欄を加える。
	事務職員等	電子カルテ	ポリファーマシーの観点も踏まえて電子カルテを運用する。 例：PIMs に該当する薬剤の処方時に警告メッセージの設定を行う。
	多職種	退院時カンファレンス	退院時カンファレンスの際、処方見直し内容やその理由を関係者に伝える。
薬局	薬局薬剤師	服薬情報等提供書（トレーシングレポート）	患者の意向、処方見直し案やその理由の記載欄を加え、記載する。
		お薬手帳	処方状況を把握し、一般用医薬品等を含む服用情報について記載する。
		入院前・入院時の薬剤情報提供書（入院前・入院時薬剤サマリー）	かかりつけ患者が入院するときに服用状況を記載する。
		薬剤管理サマリー返書	病院からの薬剤管理サマリーに対する返書。
		電子処方箋管理サービス	処方薬の服用期間や投与経路を確認することで重複投薬等を防止する。
	多職種	オンライン資格確認	マイナンバーカードを活用して患者の処方薬の履歴を把握する。

ポリファーマシー対策を始める際のキーマン

患者単位と地域単位とでキーマンは異なる

患者単位の取組

- 患者の処方薬の状況を把握し、調整を行う
- 医療機関や薬局との情報共有を行う

**薬剤調整を支援する者※
(薬剤調整支援者)**
を中心に行う

地域単位の取組

- 地域への普及啓発を行う
- 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※
を中心に行う

※「地域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」において便宜的に使用した用語であり、制度等において設置を義務付けるものではない

薬剤調整を支援する者（薬剤調整支援者）とは

ポリファーマシー対策の中心的存在である

薬剤調整を支援する者（薬剤調整支援者）に求められること

必要なスキルや経験、能力	- ポリファーマシー対策に関する一定の知識を有する者 - 個別の患者の処方状況・服薬状況を把握している者
想定される職種	かかりつけ医、かかりつけ薬剤師 等
役 割	患者と関わりのある医療機関や薬局等に働きかけ（処方変更の提案等）を行うことを通じて患者を支援する
具体的な活動例	- 担当患者の相談に応じる - 患者の療養場所が変わってもポリファーマシー対策を一元管理する - 患者に関わる医療機関や薬局へ処方変更の提案等を行う

地域ポリファーマシーコーディネーターとは

地域のポリファーマシー対策を主導する旗振り役である

地域ポリファーマシーコーディネーターに求められること

必要なスキルや経験、能力	地域のポリファーマシー対策の旗振り役としてリーダーシップを発揮できる者
想定される職種	中核病院の地域連携室に所属する医療従事者、地域の薬剤師会に所属する薬剤師 等
役 割	- 自治体や地域の医師会・中核病院などの理解を得ながら、地域でのポリファーマシー推進のあり方を検討し、実行する - 地域の薬剤師会や看護や介護の関係団体、保険者などとの連携を深める
具体的な活動例	- 会議体で議長を務める - 地域でのポリファーマシー対策の方向性を示す - 関係者の意見を調整する

4

ポリファーマシー対策の進め方

- ・ ポリファーマシー対策の一連の流れ

＜場面ごとの対策＞

- ・ ①外来・在宅医療を受けている患者に実施する
- ・ ②医療機関から退院した患者に実施する
- ・ ③自治体や保険者と協力して実施する
- ・ ④多職種で協力して対応する

ポリファーマシー対策の一連の流れ

6つのSTEPに沿ってポリファーマシー対策を進める

実施内容	
STEP1	会議体で地域での全体方針を議論する
STEP2	地域の現状を把握する
STEP3	地域住民の理解を深める
STEP4	地域の医療・介護関係者等の理解を得る
STEP5	地域で啓発活動を行う
STEP6	成果をモニタリングする

ポリファーマシー対策の一連の流れの例

6つのSTEPに沿ってポリファーマシー対策を進める

	実施内容の詳細	実施内容の例
STEP1	■ 会議体を設置する ■ 会議体の構成を検討する ■ 会議体の進め方を検討する	地域ポリファーマシーコーディネーターが中心となり、自治体・医師会・薬剤師会等の関係者と会議体を設置してポリファーマシー対策の全体方針を定期的に議論する
STEP2	■ 対象患者を把握する ■ 把握方法を検討する ■ 地域の困りごとを把握する	医療・介護関係者にアンケート調査を行うことで地域のポリファーマシー対策の現状を把握する
STEP3	■ 理解を深める方法を検討する ■ 開催場所を検討する	自治体や薬剤師会等がポリファーマシー対策の理解を深めるイベントを行う
STEP4	■ 処方医への事前説明を行う ■ 他の医療従事者への説明を行う	地域の処方医と多職種に対して訪問やWEB会議システムを活用した説明、講演会を行うことでポリファーマシー対策の理解を得る
STEP5	■ 主導する主体を確認する ■ 啓発活動内容を検討する	医師会や薬剤師会が中心となり医療・介護関係者に対してポリファーマシー対策の理解を得るために啓発活動を行う
STEP6	■ モニタリング方法を検討する ■ モニタリング指標を検討する	指標を定め、成果のモニタリングを行う ※指標の例：患者数・年齢・疾患、対象患者の処方薬剤数・服用回数の推移、処方見直しの理由等

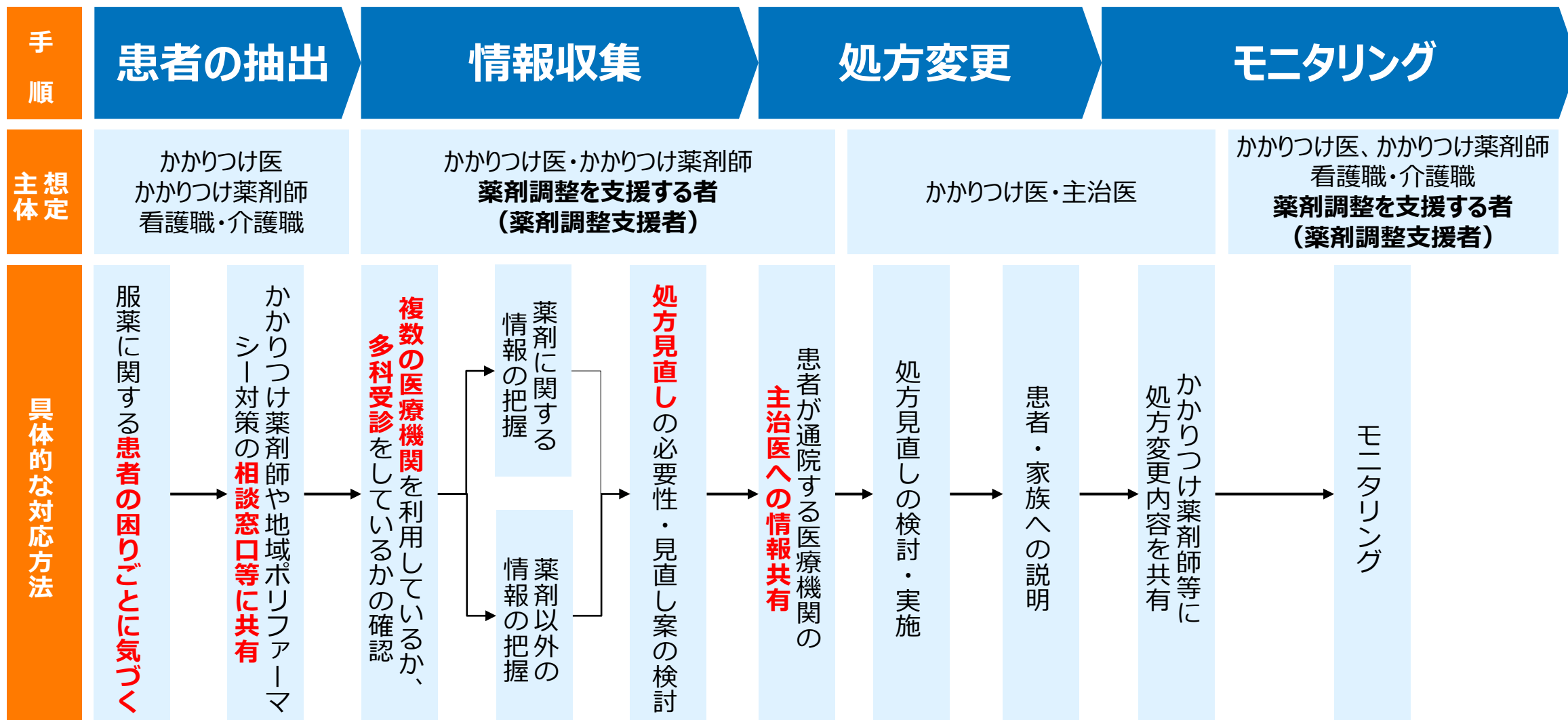
場面ごとの対策例 ①外来・在宅医療を受けている患者に対応する

医療関係者の気づきが重要で、関わりのある医療機関や薬局と連携する

外来・在宅医療を受けている患者の対応方法の概要

誰が中心となる？	かかりつけ医やかかりつけ薬剤師等のポリファーマシー対策について一定の知識がある医療専門職
対象患者の見つけ方は？	かかりつけ医、かかりつけ薬剤師等が、看護師・保健師、ケアマネジャー、介護職などの気づきをもとに抽出する
対策方法は？	- 一人の対象患者に対して、一人の薬剤調整を支援する者を必要に応じて定める - 患者の処方状況・服薬状況を把握し、処方見直しの方策を検討する - 当該患者に関わりのある医療機関や薬局等に働きかけ（処方変更の提案 等）を行う
留意点は？	ケアマネジャー、介護職が、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師と連携が取りづらい場合は、訪問看護師等が気づきを拾い上げ、かかりつけ医・かかりつけ薬剤師と連携することも考えられる

場面ごとの対策例 ①外来・在宅医療を受けている患者に対応する



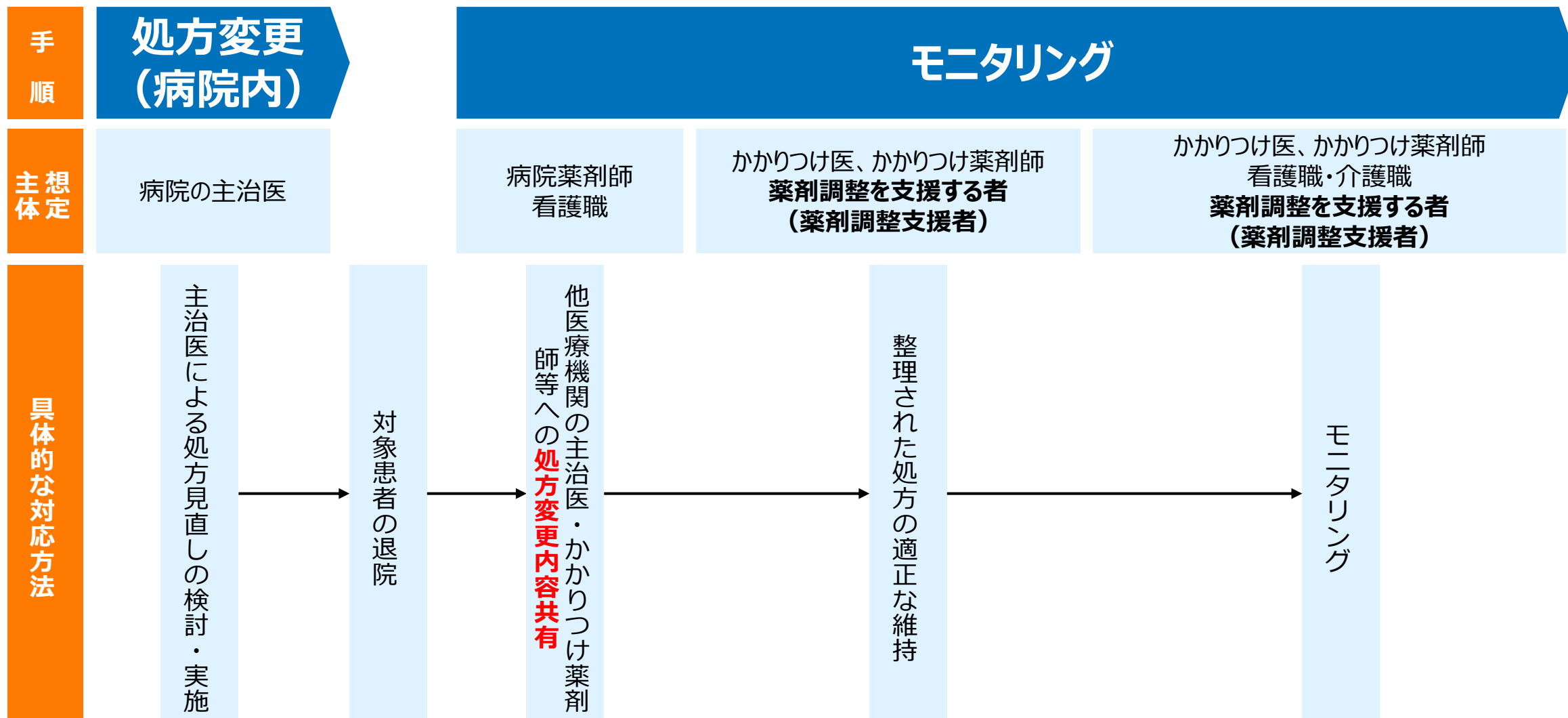
場面ごとの対策例 ②医療機関から退院した患者に対応する

中核病院から、地域の診療所やかかりつけ薬剤師、薬剤調整を支援する者（薬剤調整支援者）への情報共有が重要

医療機関から退院した患者の対応方法の概要

誰が中心となる？	患者が入院していた中核病院と退院後のフォローアップを担当する診療所
対象患者の見つけ方は？	退院時カンファレンス実施時、退院調整実施時等
対策方法は？	- 退院時に、診療所へ薬剤情報を提供する「薬剤管理サマリー」の様式や運用ルールを地域で定める - 服用薬を一元的に管理している担当者に対しても処方整理の理由を共有する - 処方変更経緯を理解した担当者が、退院後、入院時整理された処方が地域で適正に維持されているかについてモニターし、その結果を関係者に共有する

場面ごとの対策例 ②医療機関から退院した患者に対応する

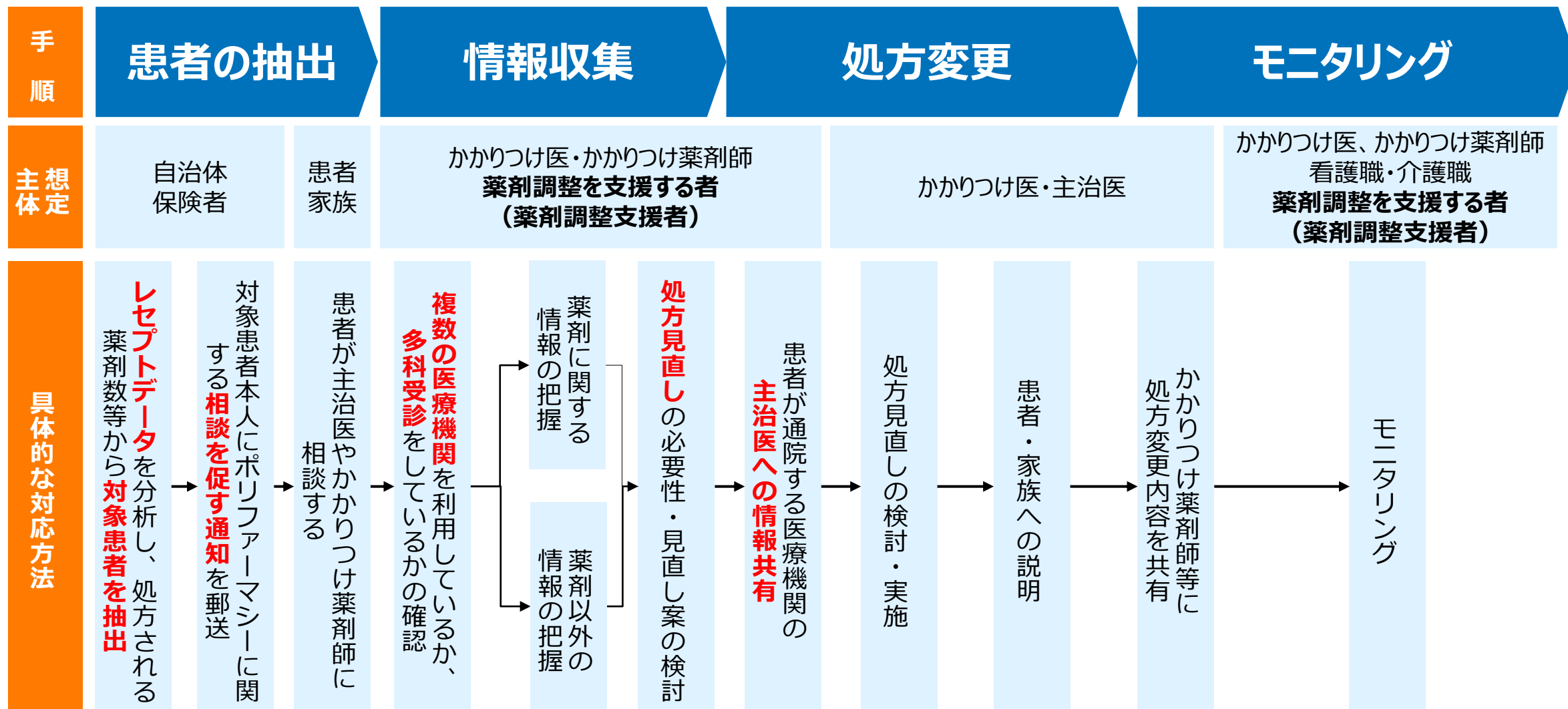


場面ごとの対策例 ③自治体や保険者と協力して対応する レセプトデータ等から対象患者を抽出し、患者に伝える

自治体や保険者と協力して対応する方法の概要

誰が中心となる？	自治体・保険者
対象患者の見つけ方は？	自治体や保険者がレセプトデータ等の分析を通じて行う
対策方法は？	- 対象患者本人に、ポリファーマシーに関して相談を促す通知を郵送 - 主治医やかかりつけ薬剤師に処方情報を共有し、必要に応じて処方変更について患者に呼び掛ける - 患者や患者家族に対する普及・啓発活動もあわせて実施

場面ごとの対策例 ③自治体や保険者と協力して対応する



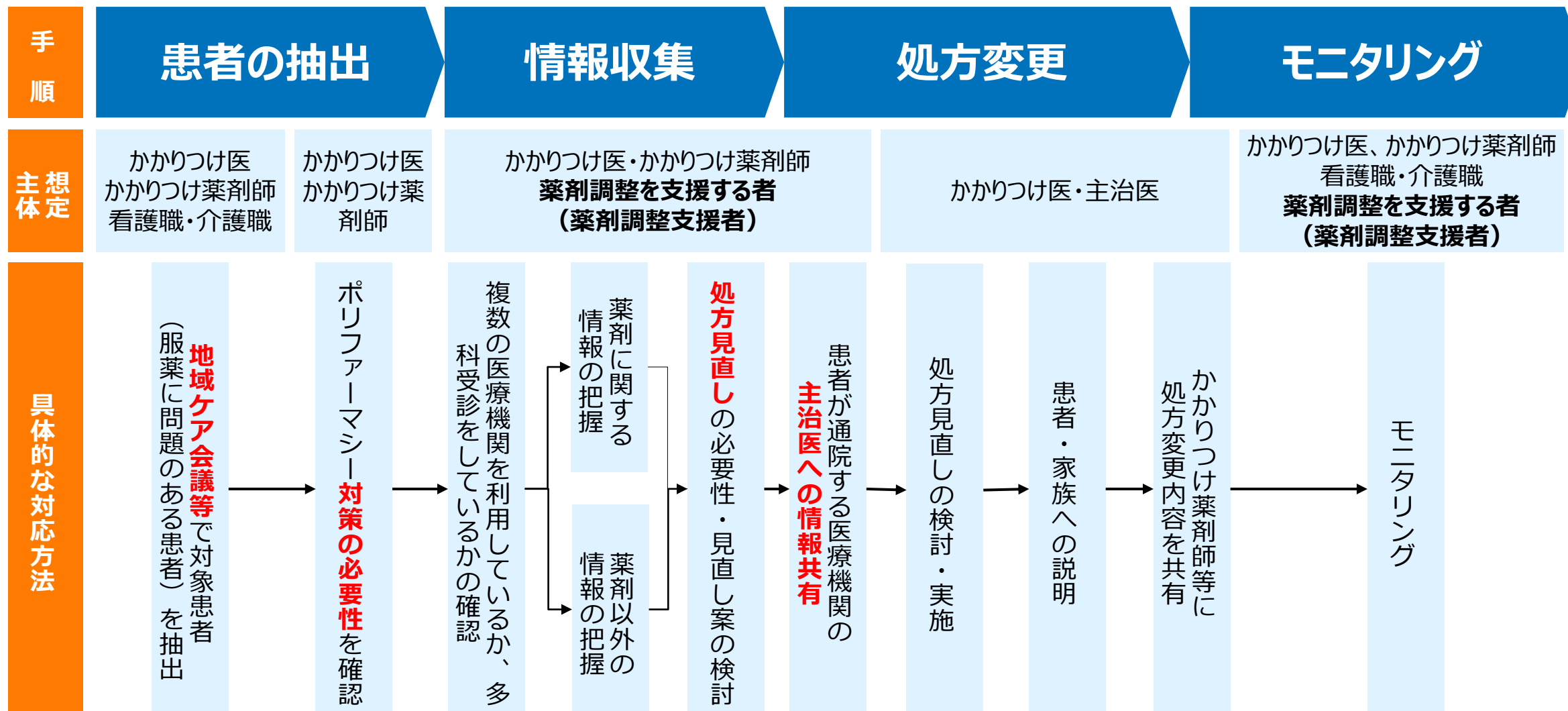
場面ごとの対策例 ④多職種で協力して対応する

会議体の場で多職種が連携し、対象患者の抽出等の対策を行う

多職種で協力して対応する方法の概要

誰が中心となる？	・ 地域ケア会議等の出席者
対象患者の見つけ方は？	・ 地域ケア個別会議等、多職種が集まる会議体の場
対策方法は？	・ かかりつけ医やかかりつけ薬剤師等に情報の連携を行い、ポリファーマシー対策の必要性の判断を促す
留意点は？	・ 地域ケア個別会議等にポリファーマシー対策に関する知識をもつ者が定期的に参加する仕組みを設けることも有効である

場面ごとの対策例 ④多職種で協力して対応する



5

様式事例集

- ポリファーマシー対策で使用する様式の事例一覧
- ポリファーマシー対策で使用する様式の具体的な事例

ポリファーマシー対策で使用する様式の事例一覧

番号	様式カテゴリー	様式タイプ	作成主体
1	規程の作成	高齢者薬物療法適正化委員会規程	国立長寿医療研究センター
2		ポリファーマシー対策チーム運営要領	国立長寿医療研究センター
3		高齢者医薬品適正使用推進委員会規程	広島市
4		ポリファーマシー対策の推進に関する連携協力協定書	広島市
5	ポリファーマシーが疑われる 患者の抽出	入院前情報提供書	三豊総合病院
6		持参薬評価テンプレート	東京大学医学部附属病院
7		持参薬評価表	国立長寿医療研究センター
8		訪問薬剤管理指導報告書	三豊総合病院
9		服薬情報提供書	東北大学病院
10		服薬情報提供書	富山労災病院
11	処方見直し結果の 情報提供	施設間情報提供書	JCHO 九州病院
12		薬剤管理サマリー	日本病院薬剤師会
13		薬剤管理サマリー	三豊総合病院
14		退院時のお薬について	JCHO 九州病院
15	処方見直し後の状況把握	介入状況報告書	三豊総合病院

出典：厚生労働省ホームページ, https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_41542.html より

ポリファーマシー対策で使用する様式の具体的な事例

服薬情報提供書（東北大学病院）

FAX: 東北大学病院薬剤部0室 X00-X000-X0000
FAXの流れ: 保険薬局→薬剤部→地方医師

東北大学病院 御中

報告日: 2021年 月 日

服薬情報提供書(患者の多剤併用・重複投薬等に係る報告)

担当医 科 先生 御机下	保険薬局名: 所在地:
交付年月日 2021年 月 日	電話番号:
処方No.	FAX番号:
患者ID:	担当薬剤師名:
患者名:	印
☐ かかりつけ薬剤師 ☐ 非	
☐ この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 ☐ この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思いますので報告いたします。 MMWIN関連情報(☐ MMWIN登録患者(☐ 検査値 ☐ カルテ情報 ☐ その他()) * 当院ではMMWINへの患者登録を推進しております。本レポート作成時に利用したMMWINのカルテ情報の状況を記載ください。	

下記の通り多剤併用・重複投薬等の状況についてご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

①【受診中の医療機関、診療科等に関する情報】				②【現在服用中の薬剤一覧】			
番号	保険医療機関名	診療科	処方医氏名	効能効果	医薬品名(先発医薬品名)	服用開始時期	①の番号
1							
2							
3							
③【重複投薬等に関する状況】							
①の番号	医薬品名(先発医薬品名)		服用開始日				
④【副作用の恐れがある患者の症状及び関連する医薬品名】							
①の番号	症状	関連する医薬品名					

【上記内容補足・その他特記事項】

【薬剤師としての所見・提案事項】

☐ このレポートはMMWINに登録済みです。

薬剤管理サマリー（日本病院薬剤師会）

薬 剤 管 理 サ マ リ ー

作成日

部中

様の退院時処方・薬学的管理事項について連絡申し上げます。

生年月日 _____ 歳 性別 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg
入院開始 _____ ~ _____ 日 退院 _____ 日 担当医 _____

基本情報	該当薬剤		発現時期		発現時の状況等（検査値動向含む）	
	□ なし	□ あり				
禁忌薬	☐	☐				
アレルギー歴	☐	☐				
副作用歴	☐	☐				
腎機能	SCr	mg/dL	eGFR	mL/min/1.73m ²	（検査項目）	m ²
その他必要な検査情報						
入院中の服薬管理	☐ 自己管理 ☐ 1日配薬 ☐ 1回配薬 ☐ その他（ ）					
投与経路	☐ 経口 ☐ 経管（経鼻・胃瘻・食道瘻・経嚥）					
調剤方法	☐ P T P ☐ 一包化 ☐ 簡易懸濁 ☐ 粉砕 ☐ その他					
服薬状況	☐ 良好 ☐ 時々忘れる ☐ 忘れる ☐ 拒薬あり ☐ その他					
退院後の薬剤管理方法	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他（ ）					
一般用医薬品・健康食品等	☐ なし ☐ あり（ ）					

入院時処方	別紙あり 処方医専属機関：		別紙あり 退院処方に薬価添付	
	□ なし	□ あり	□ なし	□ あり
退院時処方				

※患者情報で伝達が必要とする内容を記載すること（項目名、薬剤の科名、医師の処方署名等）/入院中の薬剤の追加、減量、中止で伝えたい内容）

特記事項

処方方法に注意を要する薬剤 ☐ なし ☐ あり

※下記には現在の処方内容のうち、処方方法が特異な薬剤（例：速効剤用いない薬剤、投与回数が決められている薬剤等）や継続投与で継続必要な薬剤（例：持続性、持続性、持続性）を記載しています。費用に上乗せされる薬剤等は参考値にて示します。

※ご不明な点がございましたら、下記薬剤師までお問い合わせください。

病院

〒

住所、電話番号等を記載してください

TEL

FAX

薬剤師

出典：厚生労働省ホームページ, https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_41542.html より

ポリファーマシー対策の普及啓発活動に関するご説明は以上となります。

ご清聴ありがとうございました。

※最後にアンケートへのご協力をよろしくお願いいたします。

令和6年度厚生労働省医薬局医薬安全対策課委託事業

NTT DATA
Trusted Global Innovator

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 データ分析結果報告書

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

01

事業概要

事業の背景と目的

事業の背景

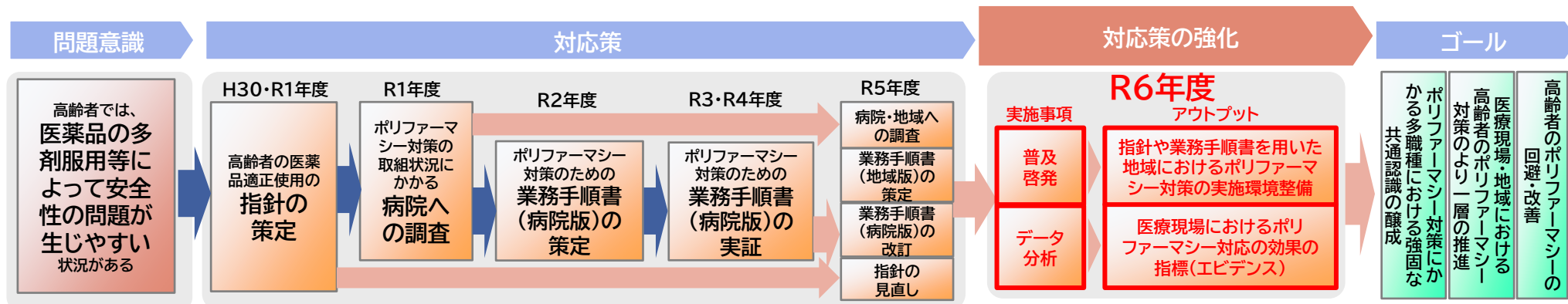
高齢化の進展に伴い、加齢による生理的な変化や複数の併存疾患を治療するための医薬品の多剤服用等によって、安全性の問題が生じやすい状況があることから、厚生労働省では、平成29年4月に「高齢者医薬品適正使用検討会」（以下「検討会」という。）を設置し、安全性確保に必要な事項の調査・検討を進めている。

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。



スケジュール



分析実施体制

WG委員

○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)

分析実施体制

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

N T Tデータ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット

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

02

分析方針・方法

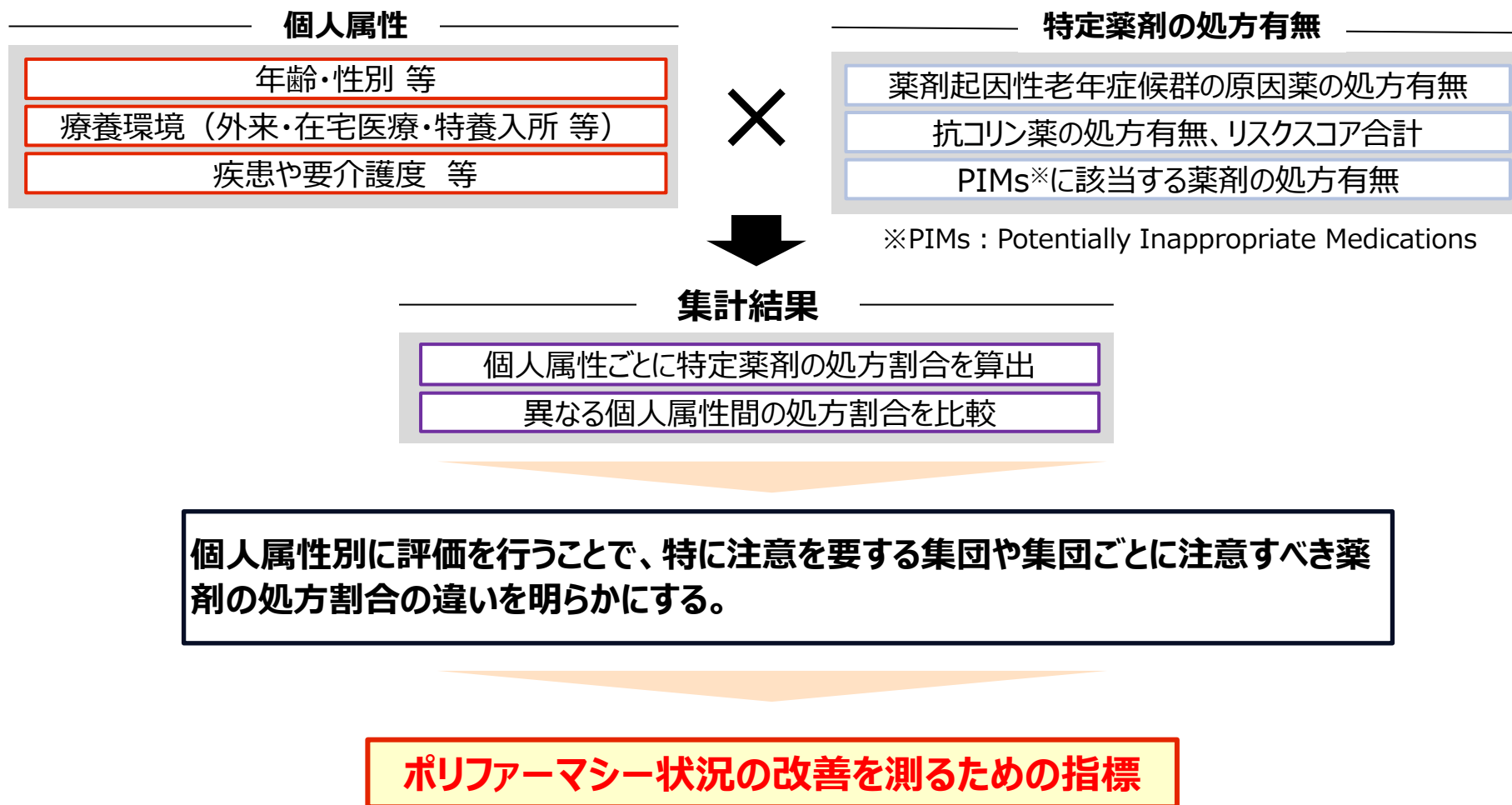
ポリファーマシー状況の改善を測るための指標の検討方針

本事業のデータ分析の目的

- データ分析により高齢者における薬剤処方状況を分析し、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。
- 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、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とされている薬剤（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。

データ分析の方針

- 医療介護関係のビッグデータ（医療保険・介護保険のレセプトデータ、NDBオープンデータ）を分析し、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。



分析データの基本情報①

研究デザイン

- ・ 横断研究

データソース

- ・ 自治体（東京都八王子市）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）で、下記のすべてを満たす人を選択

対象者の選択基準と療養環境の定義

- ・ 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	対象患者数
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（在宅）	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	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	対象患者数
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	7月に入院サービスの利用ありかつ8月に入院サービスの利用なし	8月～10月の3ヵ月間	1,206

分析データの基本情報②

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）
 - ✓ 薬剤起因性老年症候群の原因薬（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、2024年）
 - ✓ PIMsに該当する薬剤（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン、2015年）

評価指標

- 処方薬剤種類数（一般名レベルで集計、処方期間の考慮なし（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÷分析対象者数）
- 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）

分析手法

- 個人属性別の記述統計（特性別のクロス集計）

NDBオープンデータによる処方傾向の分析に用いた薬剤

- NDBオープンデータに含まれる上位100品目の薬剤（2019年度および2022年度（最新））

分析に使用した抗コリン薬

- 分析に使用した代表的な抗コリン薬を示す。
- 分類は「日本版抗コリン薬リスクスケール（2024年）※」より設定した。

※一般社団法人 日本老年薬学会 作成

分析に使用した抗コリン薬（抜粋）

代表的な分類	代表的な薬剤
睡眠薬	トリアゾラム、フルラゼパム 等
抗不安薬	アルプラゾラム 等
抗てんかん薬	カルバマゼピン、バルプロ酸 等
パーキンソン病治療薬	レボドパ、アマンタジン 等
抗精神病薬（定型・非定型）	クエチアピン、リスペリドン 等
抗うつ薬	デュロキセチン、アミトリプチリン 等
筋弛緩薬	エペリゾン、チザニジン 等
制吐薬・鎮暈薬	ジフェニドール 等
カルシウム拮抗薬	ニフェジピン、ジルチアゼム 等
ヒスタミンH2受容体拮抗薬	ファモチジン 等
利尿薬	フロセミド 等
気管支喘息治療薬	テオフィリン 等
鎮咳薬	デキストロメトルファン 等
血管拡張薬	硝酸イソソルビド 等
β遮断薬	アテノロール 等

分析に使用した薬剤起因性老年症候群の原因薬のグループ

- 分析に使用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（各グループごとの該当薬剤分類）

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		

本スライドに示す薬剤分類に該当するすべての薬剤が薬剤起因性老年症候群の原因薬とは限らない。詳細は「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」を参照のこと。

分析に使用した高齢者に特に慎重な投与を要する薬物（PIMs）に該当する薬剤

- 分析に使用したPIMsに該当する薬剤の詳細を下に示す。
- 分類は「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」に記載されている「特に慎重な投与を要する薬物」より設定した。PIMsに該当する薬剤のうち、併存疾患等によらずPIMsである薬剤を対象とした。ただし、認知症患者への抗精神病薬の処方を含めた。

分析に使用したPIMsに該当する薬剤

分類	代表的な一般名
抗精神病薬（定型、非定型）（認知症診断あり）	ハロペリドール、クロルプロマジン、リスペリドン 等
睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン系睡眠薬・抗不安薬、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬）	フルラゼパム、ジアゼパム、ゾルピデム 等
抗うつ薬（三環系抗うつ薬）	アミトリプチリン、クロミプラミン 等
スルピリド	スルピリド
抗パーキンソン病薬（抗コリン薬）	トリヘキシフェニジル、ビペリデン 等
利尿薬（ループ利尿薬、アルドステロン拮抗薬）	フロセミド、スピロノラクトン 等
α遮断薬（受容体サブタイプ非選択的α1受容体遮断薬）	テラゾシン、プラゾシン 等
第一世代H1受容体拮抗薬	すべての第一世代H1受容体拮抗薬
H2受容体拮抗薬	すべてのH2受容体拮抗薬
制吐薬	メトクロプラミド、プロクロルペラジン 等
糖尿病薬（SU薬、ビグアナイド薬、チアゾリジン薬、α-グルコシダーゼ阻害薬、SGLT2阻害薬）	メトホルミン、ピオグリタゾン 等
過活動膀胱治療薬（オキシブチニン、ムスカリン受容体拮抗薬）	オキシブチニン、ソリフェナシン 等
NSAIDs	すべてのNSAIDs

NDBオープンデータ基礎情報・分析に使用した薬剤

- PIMsに該当する薬剤や抗コリン薬など、ポリファーマシー対策の改善の指標となる可能性の高い薬剤を選択して分析を行った。

データ基礎情報（75歳以上人口）※

	全体（万人）	男性（万人）	女性（万人）
2019年度	1,849	729	1,120
2022年度	1,936	766	1,171

※各年度の基礎情報の出典は以下の通りである
2019年度：令和2年度版高齢社会白書
2022年度：令和5年度版高齢社会白書

分析に使用した薬剤

薬効分類名称	薬剤
催眠鎮静剤，抗不安剤	ロラゼパム（0.5 mg錠）
	アルプラゾラム（0.4 mg錠）
	ゾルピデム（5 mg錠）
	ブロチゾラム（0.25 mg錠）
抗パーキンソン剤	トリヘキシフェニジル（2 mg錠）
	ビペリデン（1 mg錠）
精神神経用剤	エチゾラム（0.5 mg錠）
	クエチアピン（25 mg錠）
その他の中枢神経系用薬	チアプリド（25 mg錠）
鎮けい剤	エペリゾン（50 mg錠）
	チザニジン（1 mg錠）
利尿剤	フロセミド（20 mg錠）
消化性潰瘍用剤	ファモチジン（20 mg錠）
	スルピリド（50 mg錠）
その他の泌尿生殖器官及び肛門用薬	ソリフェナシン（5 mg錠）
	イミダフェナシン（0.1 mg錠）
抗ヒスタミン剤	クロルフェニラミン（2 mg錠）

03

分析結果

03-1

基礎集計結果

※基礎集計は、分析対象データに収載されている対象者の性別、年齢、療養環境別の対象患者割合および薬剤処方種類数（受診医療機関数別を含む）を集計したものである

基礎集計結果①

- 分析データの性年齢階層別の個人属性の特性を示す。
- 全体の41.5%が75～79歳であり、90歳以上の73.5%は女性であった。

性年齢階層別の個人属性の特性

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%

基礎集計結果②

- 分析データの療養環境別の個人属性の特性を示す。
- 外来の43.8%は75～79歳で、在宅の41.2%、特養の39.6%は90歳以上であった。
- 入院前、入院後で個人属性に大きな差は認められなかった。

療養環境別個人属性の特性

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)
性別	男性	42.8%	26.0%	18.9%	47.5%	46.9%
	女性	57.2%	74.0%	81.1%	52.5%	53.1%
年齢	75～79歳	43.8%	9.4%	13.5%	32.9%	38.1%
	80～84歳	31.6%	19.0%	18.6%	31.2%	30.6%
	85～89歳	17.2%	30.4%	28.3%	23.3%	20.0%
	90歳以上	7.5%	41.2%	39.6%	12.5%	11.3%
要介護度	介護認定なし	74.5%	7.0%	0.0%	52.9%	47.0%
	要支援1、2	11.2%	6.0%	0.0%	13.2%	12.8%
	要介護1、2	11.8%	43.0%	6.5%	19.7%	21.3%
	要介護3～5	2.5%	44.0%	93.5%	14.2%	18.9%
認知症診断	あり	9.2%	53.9%	58.7%	17.3%	21.1%
	なし	90.8%	46.1%	41.3%	82.7%	78.9%

基礎集計結果③

- 処方薬剤種類数別の個人属性の特性を示す。
- 全体の約半数が6種類以上の薬剤を処方されており、要支援 1 , 2 の患者の34.3%が10種類以上の薬剤が処方されていた。

処方薬剤種類数別の個人属性の特性

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%

基礎集計結果④

- 受診医療機関数が1以下と2以上の平均処方数、6種類以上が処方されている患者の割合を示す。
- 受診医療機関が2以上になると、平均処方数は約3種類多かった。

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%

03-2

分析結果：抗コリン薬

分析結果：抗コリン薬①

抗コリン薬の処方薬剤種類数

- 外来では約3割、在宅、特養では約半数の患者で処方されていた。
- 外来では要介護度が高くなるほど抗コリン薬の処方薬剤種類数が多くなる傾向があった。

療養環境ごとの抗コリン薬の処方薬剤種類数別患者割合

個人属性	外来				在宅				特養			
	0種類	1種類	2種類	3種類以上	0種類	1種類	2種類	3種類以上	0種類	1種類	2種類	3種類以上
全体	66.3%	24.0%	7.2%	2.5%	47.9%	31.3%	14.0%	6.8%	49.2%	31.3%	12.9%	6.5%
男性	67.0%	24.0%	6.8%	2.2%	48.5%	32.2%	13.4%	6.0%	45.3%	33.1%	13.9%	7.7%
女性	65.8%	24.0%	7.5%	2.7%	47.7%	31.0%	14.2%	7.1%	50.2%	30.9%	12.7%	6.3%
75～79歳	69.8%	22.0%	5.9%	2.3%	41.5%	30.5%	17.5%	10.6%	42.4%	30.7%	16.1%	10.7%
80～84歳	65.9%	23.9%	7.6%	2.6%	46.9%	29.6%	14.7%	8.9%	51.9%	28.6%	13.1%	6.4%
85～89歳	61.6%	26.9%	8.9%	2.7%	47.6%	32.9%	12.8%	6.8%	46.3%	31.9%	14.7%	7.2%
90歳以上	57.9%	29.5%	9.8%	2.8%	50.1%	31.1%	13.8%	5.0%	52.4%	32.4%	10.5%	4.7%
認定なし	70.0%	22.2%	6.0%	1.8%	50.8%	24.6%	14.8%	9.8%	該当なし			
要支援1、2	57.0%	29.3%	9.7%	3.9%	54.1%	31.8%	10.2%	3.8%				
要介護1、2	55.7%	28.5%	10.8%	5.0%	46.9%	33.5%	13.5%	6.1%	48.5%	30.3%	17.2%	4.0%
要介護3～5	47.1%	31.5%	14.7%	6.7%	47.6%	30.2%	14.9%	7.4%	49.3%	31.4%	12.6%	6.7%
認知症診断なし	67.0%	23.7%	6.9%	2.4%	47.0%	30.9%	15.3%	6.9%	50.0%	32.3%	12.1%	5.6%
認知症診断あり	58.9%	26.8%	10.2%	4.0%	48.7%	31.7%	12.9%	6.7%	48.7%	30.6%	13.5%	7.2%

分析結果：抗コリン薬②

総抗コリン薬負荷

- 総抗コリン薬負荷は外来と比較し、在宅、特養で高い傾向であった。
- 総抗コリン薬負荷 2 以上の患者割合は約10～30%であり、在宅、特養で高い傾向であった。

療養環境ごとの総抗コリン薬負荷別患者割合

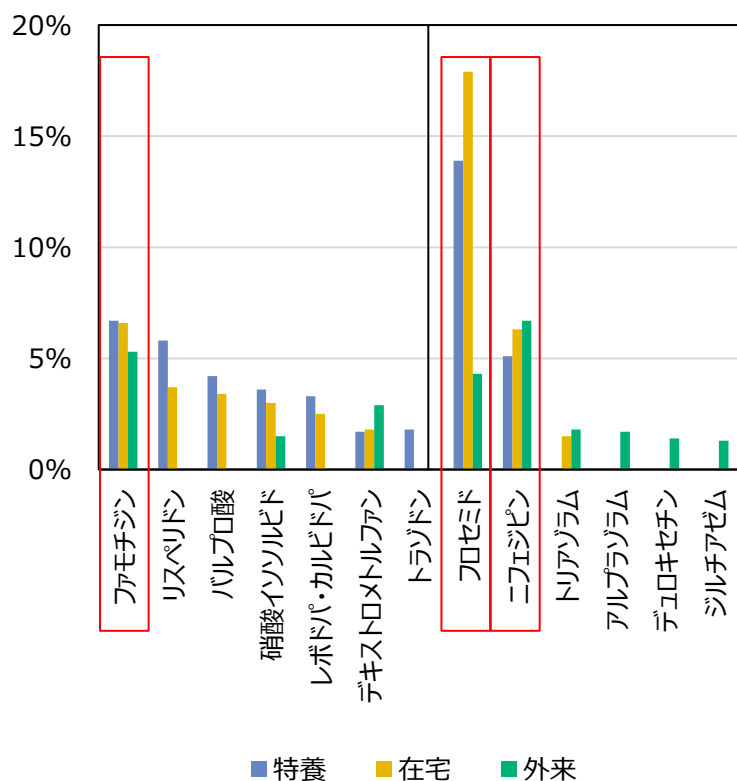
個人属性	外来				在宅				特養			
	0	1	2	3以上	0	1	2	3以上	0	1	2	3以上
全体	66.3%	20.6%	7.7%	5.4%	47.9%	26.3%	13.4%	12.3%	49.2%	25.0%	13.6%	12.2%
男性	67.0%	21.1%	7.4%	4.6%	48.5%	26.4%	15.0%	10.1%	45.3%	25.8%	15.3%	13.6%
女性	65.8%	20.3%	7.9%	6.1%	47.7%	26.3%	12.9%	13.1%	50.2%	24.8%	13.1%	11.9%
75～79歳	69.8%	18.6%	6.6%	5.0%	41.5%	23.2%	17.9%	17.5%	42.4%	26.3%	14.6%	16.6%
80～84歳	65.9%	20.5%	7.8%	5.7%	46.9%	23.3%	16.1%	13.7%	51.9%	23.3%	12.4%	12.4%
85～89歳	61.6%	23.4%	9.1%	6.0%	47.6%	28.5%	11.4%	12.5%	46.3%	23.5%	15.6%	14.7%
90歳以上	57.9%	26.2%	10.3%	5.6%	50.1%	26.8%	12.7%	10.4%	52.4%	26.5%	12.3%	8.8%
認定なし	70.0%	19.0%	6.7%	4.4%	50.8%	19.7%	13.7%	15.8%	該当なし			
要支援1、2	57.0%	25.9%	9.7%	7.4%	54.1%	28.7%	10.8%	6.4%				
要介護1、2	55.7%	24.4%	11.0%	8.9%	46.9%	29.0%	12.5%	11.5%	48.5%	23.2%	19.2%	9.1%
要介護3～5	47.1%	27.3%	13.3%	12.2%	47.6%	24.4%	14.6%	13.3%	49.3%	25.1%	13.2%	12.4%
認知症診断なし	67.0%	20.4%	7.4%	5.2%	47.0%	27.7%	14.0%	11.3%	50.0%	26.9%	12.6%	10.5%
認知症診断あり	58.9%	22.9%	10.2%	8.0%	48.7%	25.1%	13.0%	13.2%	48.7%	23.7%	14.3%	13.4%

分析結果：抗コリン薬③

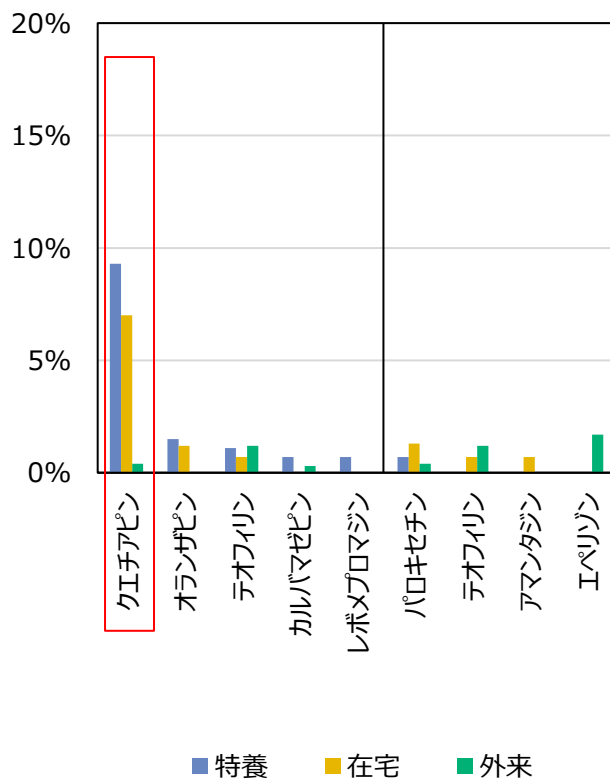
抗コリン薬負荷別個別薬剤の処方割合

- 一部の抗コリン薬の処方割合は療養環境ごとに数%～10%程度の差がみられた。
- 在宅、特養で処方割合が高い薬剤はフロセミド、次いでクエチアピン、ファモチジンであり、外来で処方割合が高い薬剤はニフェジピン、ファモチジンであった。

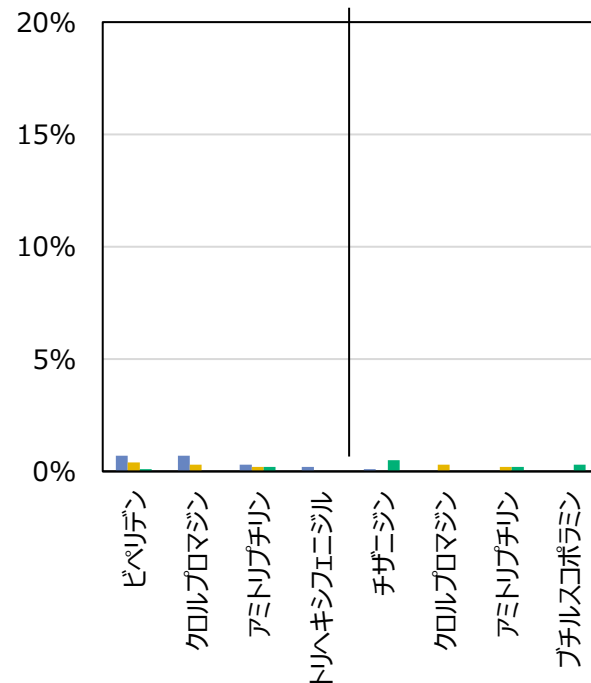
抗コリン薬負荷 1



抗コリン薬負荷 2



抗コリン薬負荷 3



分析結果：抗コリン薬④

集団全体への総抗コリン薬負荷への寄与が大きい薬剤（抗コリン薬負荷×処方数の値の上位10剤）

- 総抗コリン薬負荷への寄与が大きい薬剤分類の上位5位はカルシウム拮抗薬、利尿薬、抗精神病薬、ヒスタミンH2受容体拮抗薬、筋弛緩薬であった。

個人属性別の抗コリン薬負荷への寄与が大きい薬剤上位10剤

個人属性	1位	2位	3位	4位	5位	6位	7位	8位	9位	10位
全体	ニフェジピン	ファモチジン	フロセミド	エベリゾン	デキストロメトルファン	テオフィリン	クエチアピン	トリアゾラム	アルプラゾラム	硝酸イソソルビド
男性	ニフェジピン	ファモチジン	フロセミド	エベリゾン	デキストロメトルファン	テオフィリン	硝酸イソソルビド	トリアゾラム	一硝酸イソソルビド	ジルチアゼム
女性	ニフェジピン	ファモチジン	フロセミド	エベリゾン	デキストロメトルファン	クエチアピン	テオフィリン	トリアゾラム	アルプラゾラム	デュロキセチン
75～79歳	ニフェジピン	ファモチジン	エベリゾン	デキストロメトルファン	フロセミド	テオフィリン	トリアゾラム	アルプラゾラム	チザニジン	デュロキセチン
80～84歳	ニフェジピン	ファモチジン	フロセミド	エベリゾン	デキストロメトルファン	テオフィリン	トリアゾラム	アルプラゾラム	クエチアピン	デュロキセチン
85～89歳	フロセミド	ニフェジピン	ファモチジン	エベリゾン	デキストロメトルファン	クエチアピン	テオフィリン	硝酸イソソルビド	トリアゾラム	アルプラゾラム
90歳以上	フロセミド	ニフェジピン	ファモチジン	クエチアピン	硝酸イソソルビド	デキストロメトルファン	テオフィリン	トリアゾラム	エベリゾン	ジルチアゼム
介護認定なし	ニフェジピン	ファモチジン	エベリゾン	フロセミド	デキストロメトルファン	テオフィリン	トリアゾラム	アルプラゾラム	チザニジン	アテノロール
要支援1、2	ニフェジピン	フロセミド	ファモチジン	エベリゾン	デキストロメトルファン	テオフィリン	トリアゾラム	デュロキセチン	アルプラゾラム	硝酸イソソルビド
要介護1、2	フロセミド	ニフェジピン	ファモチジン	クエチアピン	デキストロメトルファン	硝酸イソソルビド	エベリゾン	テオフィリン	レボドパ・カルビドパ	デュロキセチン
要介護3～5	フロセミド	クエチアピン	ファモチジン	ニフェジピン	レボドパ・カルビドパ	リスベリドン	バルプロ酸	硝酸イソソルビド	デキストロメトルファン	オランザピン
認知症診断なし	ニフェジピン	ファモチジン	フロセミド	エベリゾン	デキストロメトルファン	テオフィリン	トリアゾラム	アルプラゾラム	硝酸イソソルビド	チザニジン
認知症診断あり	クエチアピン	フロセミド	ニフェジピン	ファモチジン	リスベリドン	デキストロメトルファン	レボドパ・カルビドパ	硝酸イソソルビド	バルプロ酸	テオフィリン
外来	ニフェジピン	ファモチジン	フロセミド	エベリゾン	デキストロメトルファン	テオフィリン	トリアゾラム	アルプラゾラム	硝酸イソソルビド	デュロキセチン
在宅	フロセミド	クエチアピン	ファモチジン	ニフェジピン	リスベリドン	バルプロ酸	硝酸イソソルビド	パロキセチン	レボドパ・カルビドパ	オランザピン
特養	クエチアピン	フロセミド	ファモチジン	リスベリドン	ニフェジピン	バルプロ酸	硝酸イソソルビド	レボドパ・カルビドパ	オランザピン	テオフィリン
入院前	フロセミド	ニフェジピン	ファモチジン	硝酸イソソルビド	デキストロメトルファン	テオフィリン	クエチアピン	エベリゾン	トリアゾラム	リスベリドン
入院後	フロセミド	ニフェジピン	ファモチジン	エベリゾン	テオフィリン	デキストロメトルファン	硝酸イソソルビド	クエチアピン	アルプラゾラム	リスベリドン

※抗精神病薬、睡眠薬・抗不安薬に色付け

小括

抗コリン薬の分析

- 外来では**約3割**、在宅、特養では**約半数**の患者が抗コリン薬を処方されていた。特に、外来では要介護度が高くなるほど処方割合、総抗コリン薬負荷が高い傾向にあった。
- 総抗コリン薬負荷2以上の患者割合は**約10～30%**であり、**在宅、特養**で高い傾向であった。

➡ 一定割合の患者で抗コリン薬が処方されている。また、他の個人属性と比較して要介護度が高い患者、在宅、特養の患者は総抗コリン薬負荷が高く、指標として活用できると考えられる。

- 抗コリン薬によっては療養環境ごとに数%～10%程度、処方割合に差がある。

➡ 療養環境に応じた抗コリン薬を指標として活用できると考えられる。

- 総抗コリン薬負荷への寄与が大きい薬剤分類の上位に該当する分類は**カルシウム拮抗薬、利尿薬、抗精神病薬、ヒスタミンH2受容体拮抗薬、筋弛緩薬**であった。

➡ 個別の薬剤の抗コリン薬負荷の他、上記薬剤に分類される抗コリン薬が指標として活用できると考えられる。

03-3

分析結果：薬剤起因性老年症候群の原因薬

分析結果：薬剤起因性老年症候群の原因薬①

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
- 重複するグループが7種類以上と多い薬剤分類は抗うつ薬、抗精神病薬、睡眠薬・抗不安薬であった。

	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			○		○				○	

本スライドに示す薬剤分類に該当するすべての薬剤が薬剤起因性老年症候群の原因薬とは限らない。詳細は「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」を参照のこと。

※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：本調査では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：本調査では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

© 2024 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. **NTT DATA** 30

分析結果：薬剤起因性老年症候群の原因薬②

全グループ

- 処方割合に10%以上の差がある個人属性が多いグループはグループ4（食欲不振を引き起こす可能性がある薬剤）、次いで、グループ3（錐体外路障害を引き起こす可能性がある薬剤）であった。

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%

※ 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

分析結果：薬剤起因性老年症候群の原因薬③

全グループ

(身体/認知機能の低下に伴い処方の多い薬剤である利尿薬、抗精神病薬、認知症治療薬を除いた場合)

- 処方割合に10%以上の差がある個人属性が多いグループはグループ4 (食欲不振を引き起こす可能性がある薬剤)であった。

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%

※ 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

分析結果：薬剤起因性老年症候群の原因薬④

グループ1（認知機能低下を引き起こす可能性のある薬剤）

- 認知機能低下を引き起こす可能性のある薬剤の処方割合をみると、睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン作動薬）の処方割合が他の薬剤と比べ大半の個人属性で高かった。
- 特に、要介護度で処方割合に10%以上の差がみられた。

グループ1（認知機能低下を引き起こす可能性のある薬剤）の薬剤分類別の処方割合

個人属性	対象者数	降圧薬（中枢性降圧薬）	降圧薬（α遮断薬）	降圧薬（β遮断薬）	睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン作動薬）	パーキンソン病治療薬（抗コリン薬）	抗うつ薬（三環系）	てんかん治療薬	抗精神病薬（フェノチアジン系）	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
全体	59,142	0.1%	3.0%	6.6%	23.1%	0.2%	0.3%	2.6%	0.1%	1.8%	7.8%
男性	24,506	0.2%	3.2%	7.9%	17.8%	0.2%	0.3%	2.6%	0.1%	1.5%	7.5%
女性	34,636	0.1%	2.9%	5.7%	26.9%	0.3%	0.4%	2.6%	0.1%	2.0%	8.0%
75～79歳	24,528	0.2%	2.3%	6.1%	21.3%	0.3%	0.3%	2.4%	0.1%	2.0%	7.2%
80～84歳	18,156	0.2%	3.2%	6.9%	23.9%	0.2%	0.4%	2.6%	0.1%	1.8%	7.9%
85～89歳	10,661	0.1%	4.0%	7.2%	25.0%	0.2%	0.4%	3.1%	0.1%	1.9%	8.5%
90歳～	5,797	0.1%	3.7%	7.0%	24.8%	0.1%	0.3%	2.4%	0.2%	1.2%	8.9%
介護認定なし	41,136	0.2%	2.5%	6.3%	21.4%	0.2%	0.3%	1.5%	0.1%	1.8%	7.5%
要支援1、2	6,344	0.2%	4.1%	8.1%	33.4%	0.2%	0.5%	2.7%	0.0%	2.0%	9.4%
要介護1、2	7,698	0.1%	4.5%	7.5%	25.3%	0.5%	0.7%	4.9%	0.2%	1.7%	8.2%
要介護3～5	3,964	0.1%	4.2%	5.0%	19.4%	0.7%	0.4%	8.5%	0.5%	1.5%	7.8%
認知症診断なし	51,803	0.2%	2.9%	6.7%	23.5%	0.2%	0.3%	2.1%	0.1%	1.8%	7.8%
認知症診断あり	7,339	0.1%	4.2%	5.8%	20.4%	0.5%	0.5%	5.8%	0.3%	1.8%	7.6%
外来	55,002	0.2%	2.9%	6.7%	23.2%	0.2%	0.3%	2.2%	0.1%	1.9%	7.8%
在宅	2,621	0.1%	4.2%	5.6%	24.0%	0.5%	0.7%	6.6%	0.3%	1.1%	7.5%
特養	1,519	0.0%	3.5%	3.7%	19.0%	0.8%	0.5%	8.6%	0.7%	1.3%	7.8%
入院前月	1,391	0.3%	4.0%	6.8%	20.5%	0.4%	0.4%	3.7%	0.2%	1.4%	7.3%
入院後月	1,150	0.1%	3.1%	6.8%	20.0%	0.3%	0.3%	3.6%	0.0%	1.3%	5.8%

※ 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

分析結果：薬剤起因性老年症候群の原因薬⑤

グループ2（めまい・転倒を引き起こす可能性のある薬剤）

- めまい・転倒を引き起こす可能性のある薬剤の処方割合をみると、睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン作動薬）の処方割合が他の薬剤と比べ大半の個人属性で高かった。
- 抗精神病薬の処方割合も一部の属性で高く、要介護度、認知症の診断、療養環境区分①で処方割合に10%以上の差がみられた。

グループ2（めまい・転倒を引き起こす可能性のある薬剤）の薬剤分類別の処方割合

個人属性	対象者数	降圧薬（中枢性降圧薬）	降圧薬（α遮断薬）	降圧薬（β遮断薬）	睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン作動薬）	抗うつ薬	てんかん治療薬	抗精神病薬	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	認知症治療薬
全体	59,142	0.1%	3.0%	6.6%	18.4%	3.9%	2.6%	3.7%	0.2%	1.8%	7.8%	2.2%
男性	24,506	0.2%	3.2%	7.9%	14.8%	2.5%	2.6%	2.4%	0.2%	1.5%	7.5%	1.7%
女性	34,636	0.1%	2.9%	5.7%	20.9%	4.8%	2.6%	4.6%	0.3%	2.0%	8.0%	2.5%
75～79歳	24,528	0.2%	2.3%	6.1%	17.4%	3.6%	2.4%	2.7%	0.3%	2.0%	7.2%	1.0%
80～84歳	18,156	0.2%	3.2%	6.9%	18.7%	3.9%	2.6%	3.4%	0.2%	1.8%	7.9%	2.1%
85～89歳	10,661	0.1%	4.0%	7.2%	19.7%	4.5%	3.1%	4.9%	0.2%	1.9%	8.5%	3.7%
90歳～	5,797	0.1%	3.7%	7.0%	19.2%	3.7%	2.4%	6.2%	0.1%	1.2%	8.9%	4.7%
介護認定なし	41,136	0.2%	2.5%	6.3%	16.9%	2.8%	1.5%	1.8%	0.2%	1.8%	7.5%	0.5%
要支援1、2	6,344	0.2%	4.1%	8.1%	26.3%	5.9%	2.7%	2.5%	0.2%	2.0%	9.4%	0.5%
要介護1、2	7,698	0.1%	4.5%	7.5%	20.8%	7.2%	4.9%	7.7%	0.5%	1.7%	8.2%	8.4%
要介護3～5	3,964	0.1%	4.2%	5.0%	16.4%	5.5%	8.5%	17.0%	0.7%	1.5%	7.8%	10.4%
認知症診断なし	51,803	0.2%	2.9%	6.7%	18.6%	3.5%	2.1%	2.3%	0.2%	1.8%	7.8%	0.1%
認知症診断あり	7,339	0.1%	4.2%	5.8%	16.9%	6.6%	5.8%	13.6%	0.5%	1.8%	7.6%	16.9%
外来	55,002	0.2%	2.9%	6.7%	18.4%	3.6%	2.2%	2.6%	0.2%	1.9%	7.8%	1.6%
在宅	2,621	0.1%	4.2%	5.6%	19.7%	7.6%	6.6%	15.6%	0.5%	1.1%	7.5%	9.8%
特養	1,519	0.0%	3.5%	3.7%	16.9%	5.7%	8.6%	20.6%	0.8%	1.3%	7.8%	9.5%
入院前月	1,391	0.3%	4.0%	6.8%	17.3%	3.6%	3.7%	3.6%	0.4%	1.4%	7.3%	2.4%
入院後月	1,150	0.1%	3.1%	6.8%	16.9%	3.7%	3.6%	4.1%	0.3%	1.3%	5.8%	1.5%

※ 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

分析結果：薬剤起因性老年症候群の原因薬⑥

グループ3（錐体外路障害を引き起こす可能性がある薬剤）

- 錐体外路障害を引き起こす可能性がある薬剤の処方割合をみると、抗精神病薬、認知症治療薬の処方割合が85歳以上の高齢者、要介護1以上、認知症診断あり、在宅、特養で他の薬剤と比べ高かった。
- 特に、要介護度、認知症診断、療養環境区分①で処方割合に10%以上の差がみられた。

グループ3（錐体外路障害を引き起こす可能性がある薬剤）の薬剤分類別の処方割合

個人属性	対象者数	抗精神病薬	認知症治療薬	抗うつ薬	消化管機能改善薬	てんかん治療薬	双極性障害治療薬
全体	59,142	3.7%	6.6%	1.4%	2.9%	1.1%	0.1%
男性	24,506	2.4%	5.3%	0.8%	2.2%	1.1%	0.1%
女性	34,636	4.6%	7.6%	1.7%	3.3%	1.1%	0.1%
75～79歳	24,528	2.7%	3.2%	1.2%	2.7%	1.0%	0.2%
80～84歳	18,156	3.4%	6.6%	1.3%	3.0%	1.0%	0.1%
85～89歳	10,661	4.9%	11.2%	1.6%	3.2%	1.5%	0.1%
90歳～	5,797	6.2%	12.7%	1.8%	2.4%	1.4%	0.0%
介護認定なし	41,136	1.8%	2.4%	0.9%	2.5%	0.5%	0.1%
要支援1、2	6,344	2.5%	3.5%	1.5%	4.8%	0.8%	0.1%
要介護1、2	7,698	7.7%	25.8%	2.8%	3.3%	2.5%	0.2%
要介護3～5	3,964	17.0%	18.7%	3.0%	2.4%	5.2%	0.1%
認知症診断なし	51,803	2.3%	0.5%	1.1%	2.9%	0.8%	0.1%
認知症診断あり	7,339	13.6%	49.9%	3.0%	2.8%	3.5%	0.1%
外来	55,002	2.6%	5.8%	1.2%	2.9%	0.8%	0.1%
在宅	2,621	15.6%	18.7%	3.5%	2.0%	4.7%	0.3%
特養	1,519	20.6%	14.7%	3.2%	1.2%	6.1%	0.0%
入院前月	1,391	3.6%	6.5%	1.0%	3.4%	1.9%	0.0%
入院後月	1,150	4.1%	6.4%	1.1%	3.0%	1.9%	0.4%

※ 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

分析結果：薬剤起因性老年症候群の原因薬⑦

グループ4（食欲不振を引き起こす可能性がある薬剤）

- 食欲不振を引き起こす可能性のある薬剤の処方割合をみると、便秘薬、睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン受容体作動薬）、NSAIDsの処方割合が他の薬剤と比べ大半の個人属性で高かった。
- 便秘薬、抗精神病薬、コリンエステラーゼ阻害薬は年齢（便秘薬のみ）、要介護度、認知症診断、療養環境区分①で処方割合に10%以上の差がみられた。

グループ4（食欲不振を引き起こす可能性がある薬剤）の薬剤分類別の処方割合

個人属性	対象者数	非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs)	便秘薬	パーキンソン病治療薬 (抗コリン薬)	抗うつ薬 (SSRI・SNRI)	ビスホスホネート	ビグアナイド	睡眠薬・抗不安薬 (ベンゾジアゼピン受容体作動薬)	抗精神病薬	コリンエステラーゼ阻害薬
全体	59,142	16.5%	25.9%	0.2%	2.7%	10.1%	3.0%	18.4%	3.7%	7.9%
男性	24,506	13.3%	23.9%	0.2%	1.7%	2.2%	3.8%	14.8%	2.4%	6.9%
女性	34,636	18.7%	27.3%	0.3%	3.3%	15.7%	2.5%	20.9%	4.6%	8.7%
75～79歳	24,528	16.9%	18.4%	0.3%	2.6%	8.5%	3.8%	17.4%	2.7%	4.2%
80～84歳	18,156	17.1%	25.8%	0.2%	2.6%	10.9%	3.2%	18.7%	3.4%	8.1%
85～89歳	10,661	16.3%	33.5%	0.2%	3.1%	11.8%	2.1%	19.7%	4.9%	13.0%
90歳～	5,797	12.9%	44.3%	0.1%	2.1%	11.5%	0.9%	19.2%	6.2%	13.9%
介護認定なし	41,136	16.6%	19.3%	0.2%	2.0%	8.8%	3.2%	16.9%	1.8%	3.5%
要支援1、2	6,344	21.6%	32.9%	0.2%	4.3%	17.4%	2.9%	26.3%	2.5%	5.3%
要介護1、2	7,698	14.9%	37.1%	0.5%	4.5%	12.2%	2.7%	20.8%	7.7%	27.1%
要介護3～5	3,964	10.0%	61.8%	0.7%	3.1%	8.3%	1.8%	16.4%	17.0%	21.1%
認知症診断なし	51,803	17.2%	23.9%	0.2%	2.5%	10.2%	3.1%	18.6%	2.3%	1.9%
認知症診断あり	7,339	11.5%	40.2%	0.5%	3.9%	9.2%	2.3%	16.9%	13.6%	50.9%
外来	55,002	17.0%	23.0%	0.2%	2.6%	10.3%	3.1%	18.4%	2.6%	7.1%
在宅	2,621	10.6%	57.9%	0.5%	4.1%	9.5%	1.5%	19.7%	15.6%	20.6%
特養	1,519	6.4%	74.7%	0.8%	2.9%	3.8%	1.6%	16.9%	20.6%	17.0%
入院前月	1,391	12.1%	31.8%	0.4%	2.0%	7.9%	2.4%	17.3%	3.6%	7.4%
入院後月	1,150	9.8%	29.3%	0.3%	1.8%	7.8%	1.9%	16.9%	4.1%	8.3%

※ 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

分析結果：薬剤起因性老年症候群の原因薬⑧

グループ5（嚥下機能低下を引き起こす可能性がある薬剤）

- 嚥下機能低下を引き起こす可能性がある薬剤の処方割合をみると、睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン受容体作動薬）の処方割合が他の薬剤と比べ大半の個人属性で高かった。
- 抗精神病薬は要介護度、認知症診断、療養環境区分①で処方割合に10%以上の差がみられた。
- 利尿薬は年齢、要介護度、療養環境区分①で処方割合に10%以上の差がみられた。

グループ5（嚥下機能低下を引き起こす可能性がある薬剤）の薬剤分類別の処方割合

個人属性	対象者数	抗精神病薬	抗うつ薬	消化管機能改善薬	睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン受容体作動薬）	パーキンソン病治療薬（抗コリン薬）	ステロイド薬	筋弛緩薬	利尿薬	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	双極性障害治療薬	抗がん剤
全体	59,142	3.7%	3.9%	2.6%	18.4%	0.2%	2.6%	2.3%	8.7%	5.5%	1.8%	7.8%	0.1%	1.8%
男性	24,506	2.4%	2.5%	2.1%	14.8%	0.2%	2.4%	1.9%	8.4%	6.0%	1.5%	7.5%	0.1%	2.7%
女性	34,636	4.6%	4.8%	3.0%	20.9%	0.3%	2.7%	2.6%	8.9%	5.1%	2.0%	8.0%	0.1%	1.3%
75～79歳	24,528	2.7%	3.6%	2.4%	17.4%	0.3%	2.8%	2.5%	5.2%	5.0%	2.0%	7.2%	0.2%	1.8%
80～84歳	18,156	3.4%	3.9%	2.8%	18.7%	0.2%	2.8%	2.5%	7.7%	5.8%	1.8%	7.9%	0.1%	2.0%
85～89歳	10,661	4.9%	4.5%	2.9%	19.7%	0.2%	2.2%	2.1%	12.3%	5.7%	1.9%	8.5%	0.1%	2.0%
90歳～	5,797	6.2%	3.7%	2.1%	19.2%	0.1%	1.9%	1.4%	20.1%	5.8%	1.2%	8.9%	0.0%	1.3%
介護認定なし	41,136	1.8%	2.8%	2.3%	16.9%	0.2%	2.1%	2.4%	5.8%	4.9%	1.8%	7.5%	0.1%	1.9%
要支援1、2	6,344	2.5%	5.9%	4.4%	26.3%	0.2%	3.2%	3.2%	12.0%	7.0%	2.0%	9.4%	0.1%	1.7%
要介護1、2	7,698	7.7%	7.2%	3.0%	20.8%	0.5%	3.8%	1.9%	15.8%	6.9%	1.7%	8.2%	0.2%	2.2%
要介護3～5	3,964	17.0%	5.5%	2.2%	16.4%	0.7%	3.9%	1.3%	19.6%	5.9%	1.5%	7.8%	0.1%	1.1%
認知症診断なし	51,803	2.3%	3.5%	2.6%	18.6%	0.2%	2.6%	2.5%	8.1%	5.3%	1.8%	7.8%	0.1%	1.9%
認知症診断あり	7,339	13.6%	6.6%	2.4%	16.9%	0.5%	2.3%	1.2%	13.0%	6.3%	1.8%	7.6%	0.1%	1.4%
外来	55,002	2.6%	3.6%	2.7%	18.4%	0.2%	2.6%	2.4%	7.8%	5.5%	1.9%	7.8%	0.1%	1.9%
在宅	2,621	15.6%	7.6%	1.9%	19.7%	0.5%	2.9%	0.8%	23.7%	5.9%	1.1%	7.5%	0.3%	1.1%
特養	1,519	20.6%	5.7%	1.2%	16.9%	0.8%	3.2%	0.6%	17.2%	3.7%	1.3%	7.8%	0.0%	0.3%
入院前月	1,391	3.6%	3.6%	2.9%	17.3%	0.4%	5.3%	1.0%	12.7%	4.7%	1.4%	7.3%	0.0%	1.7%
入院後月	1,150	4.1%	3.7%	2.9%	16.9%	0.3%	5.3%	1.2%	12.8%	5.7%	1.3%	5.8%	0.4%	2.6%

※ 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

分析結果：薬剤起因性老年症候群の原因薬⑨

グループ6（口腔乾燥を引き起こす可能性がある薬剤）

- 口腔乾燥を引き起こす可能性がある薬剤の処方割合をみると、睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン受容体作動薬）、抗不整脈薬の処方割合が他の薬剤と比べ大半の個人属性で高かった。
- 抗精神病薬は要介護度、認知症診断、療養環境区分①で処方割合に10%以上の差がみられた。
- 利尿薬は年齢、要介護度、療養環境区分①で処方割合に10%以上の差がみられた。

グループ6（口腔乾燥を引き起こす可能性がある薬剤）の薬剤分類別の処方割合

個人属性	対象者数	抗精神病薬	抗うつ薬	消化管機能改善薬	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	利尿薬	抗がん剤	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	吸入抗コリン薬	抗不整脈薬
全体	59,142	3.7%	3.9%	2.6%	23.1%	2.3%	8.7%	1.8%	4.7%	1.8%	7.8%	1.0%	11.7%
男性	24,506	2.4%	2.5%	2.1%	17.8%	1.9%	8.4%	2.7%	4.6%	1.5%	7.5%	1.7%	13.0%
女性	34,636	4.6%	4.8%	3.0%	26.9%	2.6%	8.9%	1.3%	4.9%	2.0%	8.0%	0.5%	10.8%
75～79歳	24,528	2.7%	3.6%	2.4%	21.3%	2.5%	5.2%	1.8%	4.3%	2.0%	7.2%	1.1%	10.3%
80～84歳	18,156	3.4%	3.9%	2.8%	23.9%	2.5%	7.7%	2.0%	5.1%	1.8%	7.9%	1.0%	12.1%
85～89歳	10,661	4.9%	4.5%	2.9%	25.0%	2.1%	12.3%	2.0%	5.0%	1.9%	8.5%	0.9%	13.8%
90歳～	5,797	6.2%	3.7%	2.1%	24.8%	1.4%	20.1%	1.3%	5.2%	1.2%	8.9%	0.7%	12.6%
介護認定なし	41,136	1.8%	2.8%	2.3%	21.4%	2.4%	5.8%	1.9%	4.2%	1.8%	7.5%	0.9%	11.1%
要支援1、2	6,344	2.5%	5.9%	4.4%	33.4%	3.2%	12.0%	1.7%	5.8%	2.0%	9.4%	1.4%	15.7%
要介護1、2	7,698	7.7%	7.2%	3.0%	25.3%	1.9%	15.8%	2.2%	6.3%	1.7%	8.2%	1.1%	12.7%
要介護3～5	3,964	17.0%	5.5%	2.2%	19.4%	1.3%	19.6%	1.1%	6.0%	1.5%	7.8%	0.5%	9.6%
認知症診断なし	51,803	2.3%	3.5%	2.6%	23.5%	2.5%	8.1%	1.9%	4.5%	1.8%	7.8%	1.0%	11.9%
認知症診断あり	7,339	13.6%	6.6%	2.4%	20.4%	1.2%	13.0%	1.4%	6.2%	1.8%	7.6%	0.6%	10.1%
外来	55,002	2.6%	3.6%	2.7%	23.2%	2.4%	7.8%	1.9%	4.7%	1.9%	7.8%	1.0%	11.9%
在宅	2,621	15.6%	7.6%	1.9%	24.0%	0.8%	23.7%	1.1%	5.6%	1.1%	7.5%	0.8%	11.5%
特養	1,519	20.6%	5.7%	1.2%	19.0%	0.6%	17.2%	0.3%	4.3%	1.3%	7.8%	0.1%	6.3%
入院前月	1,391	3.6%	3.6%	2.9%	20.5%	1.0%	12.7%	1.7%	3.5%	1.4%	7.3%	1.5%	11.4%
入院後月	1,150	4.1%	3.7%	2.9%	20.0%	1.2%	12.8%	2.6%	4.5%	1.3%	5.8%	1.4%	12.1%

※ 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

分析結果：薬剤起因性老年症候群の原因薬⑩

グループ7（排尿障害を引き起こす可能性がある薬剤）

- 排尿障害を引き起こす可能性がある薬剤の処方割合をみると、睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン受容体作動薬）の処方割合が他の薬剤と比べ大半の個人属性で高かった。
- 処方割合に10%以上の差がある個人属性はみられなかった。

グループ7（排尿障害を引き起こす可能性がある薬剤）の薬剤分類別の処方割合

個人属性	対象者数	抗うつ薬（三環系）	過活動膀胱治療薬（ムスカリン受容体拮抗薬）	腸管鎮痙薬	抗ヒスタミン薬（第一世代のみ）	抗精神病薬（フェノチアジン系）	降圧薬（α遮断薬）	睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン受容体作動薬）	その他
全体	59,142	0.3%	3.2%	0.9%	1.8%	0.1%	3.0%	18.4%	0.1%
男性	24,506	0.3%	3.2%	0.8%	1.5%	0.1%	3.2%	14.8%	0.1%
女性	34,636	0.4%	3.1%	1.0%	2.0%	0.1%	2.9%	20.9%	0.1%
75～79歳	24,528	0.3%	2.4%	1.1%	2.0%	0.1%	2.3%	17.4%	0.1%
80～84歳	18,156	0.4%	3.3%	1.0%	1.8%	0.1%	3.2%	18.7%	0.1%
85～89歳	10,661	0.4%	3.8%	0.5%	1.9%	0.1%	4.0%	19.7%	0.0%
90歳～	5,797	0.3%	4.5%	0.3%	1.2%	0.2%	3.7%	19.2%	0.1%
介護認定なし	41,136	0.3%	2.5%	1.1%	1.8%	0.1%	2.5%	16.9%	0.1%
要支援1、2	6,344	0.5%	4.4%	0.9%	2.0%	0.0%	4.1%	26.3%	0.0%
要介護1、2	7,698	0.7%	4.9%	0.5%	1.7%	0.2%	4.5%	20.8%	0.3%
要介護3～5	3,964	0.4%	4.8%	0.1%	1.5%	0.5%	4.2%	16.4%	0.1%
認知症診断なし	51,803	0.3%	2.9%	1.0%	1.8%	0.1%	2.9%	18.6%	0.1%
認知症診断あり	7,339	0.5%	4.9%	0.4%	1.8%	0.3%	4.2%	16.9%	0.2%
外来	55,002	0.3%	3.1%	1.0%	1.9%	0.1%	2.9%	18.4%	0.1%
在宅	2,621	0.7%	4.7%	0.2%	1.1%	0.3%	4.2%	19.7%	0.0%
特養	1,519	0.5%	3.1%	0.0%	1.3%	0.7%	3.5%	16.9%	0.0%
入院前月	1,391	0.4%	2.3%	0.6%	1.4%	0.2%	4.0%	17.3%	0.1%
入院後月	1,150	0.3%	3.1%	0.4%	1.3%	0.0%	3.1%	16.9%	0.1%

※ 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

分析結果：薬剤起因性老年症候群の原因薬⑪

グループ8（便秘を引き起こす可能性がある薬剤）

- 便秘を引き起こす可能性がある薬剤の処方割合をみると、抗コリン薬の処方割合が他の薬剤と比べ大半の個人属性で高かった。
- 利尿薬（抗アルドステロン薬・ループ利尿薬）は年齢、要介護度、療養環境区分①で処方割合に10%以上の差がみられた。

グループ8（便秘を引き起こす可能性がある薬剤）の薬剤分類別の処方割合

個人属性	対象者数	制吐薬	抗コリン薬	抗精神病薬	抗うつ薬（三環系）	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）	オピオイド	化学療法薬	循環器作用薬	利尿薬（抗アルドステロン薬・ループ利尿薬）	制酸薬	吸着薬、陰イオン交換樹脂、脂質異常症薬（胆汁酸吸着薬）	止痢薬	鉄剤	NSAIDs
全体	59,142	0.2%	17.5%	0.2%	0.3%	0.6%	1.6%	0.0%	8.0%	8.2%	0.5%	0.7%	0.3%	0.5%	0.7%
男性	24,506	0.3%	16.1%	0.2%	0.3%	0.7%	1.3%	0.1%	9.1%	8.0%	0.4%	1.0%	0.4%	0.5%	0.6%
女性	34,636	0.2%	18.6%	0.2%	0.4%	0.5%	1.8%	0.0%	7.2%	8.3%	0.6%	0.5%	0.2%	0.4%	0.8%
75～79歳	24,528	0.3%	16.7%	0.2%	0.3%	0.6%	1.7%	0.1%	6.7%	4.8%	0.6%	0.5%	0.3%	0.2%	0.8%
80～84歳	18,156	0.2%	17.7%	0.2%	0.4%	0.6%	1.7%	0.0%	8.4%	7.2%	0.5%	0.6%	0.3%	0.5%	0.7%
85～89歳	10,661	0.1%	19.0%	0.2%	0.4%	0.6%	1.6%	0.0%	9.4%	11.5%	0.5%	1.0%	0.2%	0.7%	0.6%
90歳～	5,797	0.0%	18.1%	0.2%	0.3%	0.3%	0.9%	0.0%	9.2%	19.6%	0.3%	0.9%	0.3%	0.9%	0.3%
介護認定なし	41,136	0.3%	16.4%	0.1%	0.3%	0.3%	1.5%	0.0%	7.5%	5.1%	0.5%	0.5%	0.3%	0.3%	0.8%
要支援1、2	6,344	0.1%	21.9%	0.2%	0.5%	0.8%	2.3%	0.0%	10.0%	11.1%	0.7%	1.0%	0.4%	0.8%	0.9%
要介護1、2	7,698	0.3%	19.6%	0.2%	0.7%	1.2%	1.7%	0.1%	9.5%	15.8%	0.3%	1.1%	0.4%	0.8%	0.4%
要介護3～5	3,964	0.1%	18.4%	0.6%	0.4%	1.9%	1.0%	0.0%	7.1%	20.3%	0.2%	1.1%	0.2%	0.8%	0.1%
認知症診断なし	51,803	0.3%	17.4%	0.2%	0.3%	0.5%	1.7%	0.0%	8.1%	7.5%	0.5%	0.7%	0.3%	0.4%	0.7%
認知症診断あり	7,339	0.1%	18.2%	0.4%	0.5%	1.2%	1.0%	0.0%	7.3%	13.3%	0.2%	0.7%	0.2%	0.7%	0.4%
外来	55,002	0.2%	17.6%	0.2%	0.3%	0.5%	1.6%	0.0%	8.0%	7.1%	0.5%	0.7%	0.3%	0.4%	0.7%
在宅	2,621	0.0%	16.7%	0.4%	0.7%	1.3%	1.1%	0.0%	7.7%	24.9%	0.1%	0.7%	0.2%	0.8%	0.0%
特養	1,519	0.1%	16.3%	0.7%	0.5%	0.9%	0.1%	0.0%	6.4%	18.0%	0.1%	0.9%	0.1%	0.5%	0.0%
入院前月	1,391	0.4%	14.7%	0.3%	0.4%	0.4%	1.9%	0.1%	7.0%	12.7%	0.3%	1.9%	0.1%	0.4%	0.2%
入院後月	1,150	0.9%	13.5%	0.0%	0.3%	0.7%	1.6%	0.2%	7.5%	12.7%	0.3%	0.9%	0.3%	0.8%	0.2%

※ 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

分析結果：薬剤起因性老年症候群の原因薬⑫

グループ9.1（睡眠障害を引き起こす可能性がある薬剤（過鎮静））

- 睡眠障害を引き起こす可能性がある薬剤(過鎮静)の処方割合をみると、睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン受容体作動薬）の処方割合が他の薬剤と比べ大半の個人属性で高かった。
- 抗精神病薬は要介護度、認知症診断、療養環境区分①で処方割合に10%以上の差がみられた。

グループ9.1（睡眠障害を引き起こす可能性がある薬剤（過鎮静））の薬剤分類別の処方割合

個人属性	対象者数	降圧薬（中枢性降圧薬）	降圧薬（αβ遮断薬）	降圧薬（α遮断薬）	抗ヒスタミン薬（第一世代のみ）	睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン作動薬）	抗うつ薬	抗精神病薬	てんかん治療薬	認知症治療薬	鎮痛治療薬	双極性障害治療薬
全体	59,142	0.1%	4.4%	3.0%	1.8%	18.4%	3.9%	3.7%	2.6%	2.2%	6.1%	0.1%
男性	24,506	0.2%	5.7%	3.2%	1.5%	14.8%	2.5%	2.4%	2.6%	1.7%	5.2%	0.1%
女性	34,636	0.1%	3.5%	2.9%	2.0%	20.9%	4.8%	4.6%	2.6%	2.5%	6.7%	0.1%
75～79歳	24,528	0.2%	4.0%	2.3%	2.0%	17.4%	3.6%	2.7%	2.4%	1.0%	5.8%	0.2%
80～84歳	18,156	0.2%	4.6%	3.2%	1.8%	18.7%	3.9%	3.4%	2.6%	2.1%	6.5%	0.1%
85～89歳	10,661	0.1%	4.8%	4.0%	1.9%	19.7%	4.5%	4.9%	3.1%	3.7%	6.8%	0.1%
90歳～	5,797	0.1%	5.0%	3.7%	1.2%	19.2%	3.7%	6.2%	2.4%	4.7%	4.4%	0.0%
介護認定なし	41,136	0.2%	4.1%	2.5%	1.8%	16.9%	2.8%	1.8%	1.5%	0.5%	5.4%	0.1%
要支援1、2	6,344	0.2%	5.9%	4.1%	2.0%	26.3%	5.9%	2.5%	2.7%	0.5%	10.0%	0.1%
要介護1、2	7,698	0.1%	5.4%	4.5%	1.7%	20.8%	7.2%	7.7%	4.9%	8.4%	7.2%	0.2%
要介護3～5	3,964	0.1%	3.8%	4.2%	1.5%	16.4%	5.5%	17.0%	8.5%	10.4%	4.1%	0.1%
認知症診断なし	51,803	0.2%	4.4%	2.9%	1.8%	18.6%	3.5%	2.3%	2.1%	0.1%	6.3%	0.1%
認知症診断あり	7,339	0.1%	4.3%	4.2%	1.8%	16.9%	6.6%	13.6%	5.8%	16.9%	4.2%	0.1%
外来	55,002	0.2%	4.5%	2.9%	1.9%	18.4%	3.6%	2.6%	2.2%	1.6%	6.2%	0.1%
在宅	2,621	0.1%	4.3%	4.2%	1.1%	19.7%	7.6%	15.6%	6.6%	9.8%	5.3%	0.3%
特養	1,519	0.0%	3.2%	3.5%	1.3%	16.9%	5.7%	20.6%	8.6%	9.5%	2.0%	0.0%
入院前月	1,391	0.3%	5.4%	4.0%	1.4%	17.3%	3.6%	3.6%	3.7%	2.4%	5.2%	0.0%
入院後月	1,150	0.1%	4.9%	3.1%	1.3%	16.9%	3.7%	4.1%	3.6%	1.5%	5.1%	0.4%

※ **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

分析結果：薬剤起因性老年症候群の原因薬⑬

グループ9.2（睡眠障害を引き起こす可能性がある薬剤（不眠））

- 睡眠障害を引き起こす可能性がある薬剤(不眠)の処方割合をみると、どの個人属性でも10%未満の処方割合であった。

グループ9.2（睡眠障害を引き起こす可能性がある薬剤（不眠））の薬剤分類別の処方割合

個人属性	対象者数	パーキンソン病治療薬	ステロイド薬	抗うつ薬 (SSRI・SNRI)	気管支拡張薬	インターフェロン
全体	59,142	4.1%	2.5%	2.7%	1.3%	0.0%
男性	24,506	3.8%	2.4%	1.7%	1.3%	0.0%
女性	34,636	4.4%	2.6%	3.3%	1.3%	0.0%
75～79歳	24,528	3.9%	2.7%	2.6%	1.2%	0.0%
80～84歳	18,156	4.3%	2.7%	2.6%	1.4%	0.0%
85～89歳	10,661	4.6%	2.1%	3.1%	1.2%	0.0%
90歳～	5,797	3.5%	1.9%	2.1%	1.1%	0.0%
介護認定なし	41,136	3.1%	2.1%	2.0%	1.3%	0.0%
要支援1、2	6,344	5.4%	3.2%	4.3%	1.5%	0.0%
要介護1、2	7,698	6.1%	3.7%	4.5%	1.2%	0.0%
要介護3～5	3,964	8.8%	3.9%	3.1%	1.1%	0.0%
認知症診断なし	51,803	3.8%	2.5%	2.5%	1.3%	0.0%
認知症診断あり	7,339	6.2%	2.3%	3.9%	1.0%	0.0%
外来	55,002	4.0%	2.5%	2.6%	1.3%	0.0%
在宅	2,621	5.0%	2.9%	4.1%	0.8%	0.0%
特養	1,519	7.9%	3.2%	2.9%	1.1%	0.0%
入院前月	1,391	3.1%	5.3%	2.0%	1.1%	0.0%
入院後月	1,150	3.3%	5.3%	1.8%	1.6%	0.0%

※ 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

分析結果：薬剤起因性老年症候群の原因薬⑭

薬剤分類別

- 薬剤起因性老年症候群の原因薬の薬剤分類のうち、グループ1～9.2の全対象者での処方割合が高い上位16種の薬剤分類を示す。
- 上位5分類は、便秘薬、睡眠薬・抗不安薬、抗コリン薬、NSAIDs、抗不整脈薬であった。
(同じ薬効分類名であっても、グループごとの対象薬の違い等のため、目安として考えること。)

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 動薬) ※1	抗コリン薬 ※2	非ステロイ ド性抗炎 症薬 (NSAID s) ※3	抗不整脈 薬	ビスホスホ ネート	利尿薬※4	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※5	降圧薬 (β遮断 薬)	鎮痛治療 薬	パーキンソ ン病治療 薬※6	降圧薬 (αβ遮断 薬)	抗精神病 薬※7
全体	25.9%	23.1%	17.5%	16.5%	11.7%	10.1%	8.7%	8.0%	7.9%	7.8%	6.6%	6.6%	6.1%	4.1%	4.4%	3.7%
男性	23.9%	17.8%	16.1%	13.3%	13.0%	2.2%	8.4%	9.1%	6.9%	7.5%	5.3%	7.9%	5.2%	3.8%	5.7%	2.4%
女性	27.3%	26.9%	18.6%	18.7%	10.8%	15.7%	8.9%	7.2%	8.7%	8.0%	7.6%	5.7%	6.7%	4.4%	3.5%	4.6%
75～79歳	18.4%	21.3%	16.7%	16.9%	10.3%	8.5%	5.2%	6.7%	4.2%	7.2%	3.2%	6.1%	5.8%	3.9%	4.0%	2.7%
80～84歳	25.8%	23.9%	17.7%	17.1%	12.1%	10.9%	7.7%	8.4%	8.1%	7.9%	6.6%	6.9%	6.5%	4.3%	4.6%	3.4%
85～89歳	33.5%	25.0%	19.0%	16.3%	13.8%	11.8%	12.3%	9.4%	13.0%	8.5%	11.2%	7.2%	6.8%	4.6%	4.8%	4.9%
90歳～	44.3%	24.8%	18.1%	12.9%	12.6%	11.5%	20.1%	9.2%	13.9%	8.9%	12.7%	7.0%	4.4%	3.5%	5.0%	6.2%
介護認定なし	19.3%	21.4%	16.4%	16.6%	11.1%	8.8%	5.8%	7.5%	3.5%	7.5%	2.4%	6.3%	5.4%	3.1%	4.1%	1.8%
要支援1、2	32.9%	33.4%	21.9%	21.6%	15.7%	17.4%	12.0%	10.0%	5.3%	9.4%	3.5%	8.1%	10.0%	5.4%	5.9%	2.5%
要介護1、2	37.1%	25.3%	19.6%	14.9%	12.7%	12.2%	15.8%	9.5%	27.1%	8.2%	25.8%	7.5%	7.2%	6.1%	5.4%	7.7%
要介護3～5	61.8%	19.4%	18.4%	10.0%	9.6%	8.3%	19.6%	7.1%	21.1%	7.8%	18.7%	5.0%	4.1%	8.8%	3.8%	17.0%
認知症診断なし	23.9%	23.5%	17.4%	17.2%	11.9%	10.2%	8.1%	8.1%	1.9%	7.8%	0.5%	6.7%	6.3%	3.8%	4.4%	2.3%
認知症診断あり	40.2%	20.4%	18.2%	11.5%	10.1%	9.2%	13.0%	7.3%	50.9%	7.6%	49.9%	5.8%	4.2%	6.2%	4.3%	13.6%
外来	23.0%	23.2%	17.6%	17.0%	11.9%	10.3%	7.8%	8.0%	7.1%	7.8%	5.8%	6.7%	6.2%	4.0%	4.5%	2.6%
在宅	57.9%	24.0%	16.7%	10.6%	11.5%	9.5%	23.7%	7.7%	20.6%	7.5%	18.7%	5.6%	5.3%	5.0%	4.3%	15.6%
特養	74.7%	19.0%	16.3%	6.4%	6.3%	3.8%	17.2%	6.4%	17.0%	7.8%	14.7%	3.7%	2.0%	7.9%	3.2%	20.6%
入院前月	31.8%	20.5%	22.2%	12.1%	11.4%	7.9%	12.7%	7.0%	7.4%	7.3%	6.5%	6.8%	5.2%	3.1%	5.4%	3.6%
入院後月	29.3%	20.0%	20.5%	9.8%	12.1%	7.8%	12.8%	7.5%	8.3%	5.8%	6.4%	6.8%	5.1%	3.3%	4.9%	4.1%

※1 グループ1を適用 ※4 グループ5を適用 ※7 グループ2を適用
※2 グループ8を適用 ※5 グループ3を適用
※3 グループ4を適用 ※6 グループ9.2を適用

小括

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薬に含まれる主な薬剤分類のうち、重複するグループが多い薬剤分類は**抗うつ薬、抗精神病薬、睡眠薬・抗不安薬**であった。
- 上記の薬剤分類のうち、**睡眠薬・抗不安薬、抗精神病薬**は所属する大半のグループにおいて処方割合が他の薬剤と比べ高かった。
- 特に、**抗精神病薬**は所属する複数のグループ（ただし全てではない）において**要介護度3～5、認知症診断あり、在宅、特養**で高い処方割合を示した。

➡ **睡眠薬・抗不安薬、抗精神病薬**は処方割合が高く、指標として活用できると考えられる。
さらに、抗精神病薬は個人属性、療養環境を考慮した指標として活用できると考えられる。

- 薬剤起因性老年症候群の原因薬のうち、**抗コリン薬、NSAIDs（特養を除く）、抗不整脈薬**は大半の個人属性で処方割合が他の薬剤と比べ高かった。
- **便秘薬、利尿薬**は**年齢、要介護度、認知症診断、療養環境**で、**コリンエステラーゼ阻害薬**は**要介護度、認知症診断、療養環境**で処方割合に10%以上の差があった。

➡ **抗コリン薬、NSAIDs、抗不整脈薬**は個人属性によらず指標として活用できると考えられる。
便秘薬、利尿薬は個人属性、療養環境を考慮した指標として活用できると考えられる。

03-4

分析結果：PIMsに該当する薬剤

分析結果：PIMsに該当する薬剤①

- 約半数の患者がPIMsに該当する薬剤を処方されており、特に在宅で62.5%と他の属性と比べ高い処方割合を示した。
- 処方割合が10%以上の属性がある薬剤分類は抗精神病薬、睡眠薬・抗不安薬、利尿薬、NSAIDsであった。
- 受診医療機関数が1以下と比較し、2以上では睡眠薬・抗不安薬、NSAIDsで処方割合に10%以上の差がみられた。
- また、療養環境で差がある薬剤として、α遮断薬、過活動膀胱治療薬、糖尿病治療薬等があった。

PIMsに該当する薬剤の処方割合

個人属性	いずれのPIMもなし	いずれかのPIMあり	抗精神病薬	抗精神病薬（認知症診断あり）	睡眠薬・抗不安薬	抗うつ薬	スルピリド	抗パーキンソン病薬（抗コリン薬）	利尿薬	α遮断薬	第一世代H1受容体拮抗薬	H2受容体拮抗薬	制吐薬	糖尿病薬	過活動膀胱治療薬	NSAIDs
全体	49.3%	50.7%	2.6%	12.4%	22.0%	0.3%	1.0%	0.2%	7.7%	2.4%	1.8%	7.9%	2.4%	6.9%	3.1%	16.5%
男性	53.6%	46.4%	1.8%	10.9%	16.4%	0.3%	0.6%	0.2%	7.5%	2.5%	1.5%	7.6%	1.8%	8.9%	3.1%	13.3%
女性	46.2%	53.8%	3.2%	13.0%	25.9%	0.4%	1.4%	0.3%	7.9%	2.3%	2.0%	8.2%	2.8%	5.5%	3.1%	18.7%
75～79歳	53.1%	46.9%	1.7%	11.4%	19.6%	0.3%	1.0%	0.3%	4.3%	2.0%	1.9%	7.4%	2.3%	7.9%	2.4%	16.9%
80～84歳	48.1%	51.9%	2.4%	12.0%	22.9%	0.4%	1.1%	0.2%	6.8%	2.5%	1.7%	8.0%	2.5%	7.6%	3.2%	17.2%
85～89歳	45.4%	54.6%	3.8%	13.4%	24.5%	0.4%	1.1%	0.2%	11.0%	3.2%	1.8%	8.6%	2.5%	5.6%	3.7%	16.3%
90歳以上	43.9%	56.1%	5.4%	12.3%	24.6%	0.3%	0.9%	0.1%	19.2%	2.7%	1.2%	9.0%	1.9%	2.9%	4.5%	12.8%
認定なし	53.0%	47.0%	0.9%	6.4%	20.0%	0.3%	1.0%	0.2%	4.7%	2.1%	1.8%	7.6%	2.0%	7.3%	2.4%	16.7%
要支援1、2	37.7%	62.3%	0.9%	3.3%	32.5%	0.5%	1.4%	0.2%	10.5%	3.4%	1.9%	9.5%	4.0%	7.0%	4.2%	21.6%
要介護1、2	42.3%	57.7%	6.4%	10.1%	25.0%	0.7%	1.3%	0.5%	15.3%	2.9%	1.6%	8.4%	2.9%	6.5%	4.9%	14.8%
要介護3～5	42.8%	57.2%	16.5%	22.2%	19.2%	0.4%	0.8%	0.7%	20.1%	3.1%	1.4%	7.9%	2.2%	4.0%	4.8%	9.6%
認知症診断なし	49.8%	50.2%	1.3%	該当なし	22.2%	0.3%	1.0%	0.2%	7.0%	2.4%	1.8%	8.0%	2.4%	7.1%	2.8%	17.2%
認知症診断あり	45.3%	54.7%	12.4%	12.4%	20.0%	0.5%	1.4%	0.5%	12.8%	2.7%	1.8%	7.7%	2.3%	5.5%	4.8%	11.4%
外来	49.9%	50.1%	1.6%	7.9%	22.0%	0.3%	1.0%	0.2%	6.6%	2.4%	1.8%	8.0%	2.4%	7.2%	3.0%	17.1%
在宅	37.5%	62.5%	14.7%	21.2%	24.0%	0.7%	1.1%	0.5%	24.8%	3.2%	1.0%	7.6%	1.7%	3.7%	4.6%	10.4%
特養	47.3%	52.7%	19.8%	23.5%	19.0%	0.5%	1.2%	0.9%	17.9%	2.7%	1.3%	7.8%	1.4%	3.0%	3.1%	5.5%
受診医療機関数1以下	61.0%	39.0%	3.3%	12.8%	14.9%	0.2%	0.5%	0.2%	8.7%	1.9%	1.1%	6.1%	1.0%	5.7%	2.0%	8.8%
受診医療機関数2以上	42.8%	57.2%	2.3%	12.0%	25.9%	0.4%	1.4%	0.3%	7.2%	2.7%	2.2%	9.0%	3.1%	7.6%	3.7%	20.7%

※ 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

分析結果：PIMsに該当する薬剤②

療養環境別処方割合（外来）

- 処方割合が10%以上の個人属性がある薬剤分類は抗精神病薬、睡眠薬・抗不安薬、利尿薬、NSAIDsであった。
- 抗精神病薬、睡眠薬・抗不安薬は要介護度、利尿薬は年齢、要介護度で処方割合に10%以上の差がみられた。

外来におけるPIMsに該当する薬剤の処方割合

個人属性	いずれのPIMもなし	いずれかのPIMあり	抗精神病薬	抗精神病薬（認知症診断あり）	睡眠薬・抗不安薬	抗うつ薬	スルピリド	抗パーキンソン病薬（抗コリン薬）	利尿薬	α遮断薬	第一世代H1受容体拮抗薬	H2受容体拮抗薬	制吐薬	糖尿病薬	過活動膀胱治療薬	NSAIDs
全体	49.9%	50.1%	1.6%	7.9%	22.0%	0.3%	1.0%	0.2%	6.6%	2.4%	1.8%	8.0%	2.4%	7.2%	3.0%	17.1%
男性	54.1%	45.9%	1.2%	7.5%	16.4%	0.3%	0.6%	0.2%	6.9%	2.5%	1.5%	7.6%	1.8%	9.1%	3.1%	13.6%
女性	46.8%	53.2%	1.9%	8.2%	26.1%	0.4%	1.4%	0.3%	6.4%	2.2%	2.1%	8.2%	2.9%	5.8%	3.0%	19.7%
75～79歳	53.3%	46.7%	1.3%	8.2%	19.5%	0.3%	1.0%	0.3%	4.1%	1.9%	1.9%	7.3%	2.3%	8.0%	2.4%	17.1%
80～84歳	48.5%	51.5%	1.5%	7.1%	22.9%	0.4%	1.1%	0.2%	6.3%	2.4%	1.8%	8.0%	2.5%	7.8%	3.2%	17.5%
85～89歳	46.2%	53.8%	2.0%	8.3%	24.6%	0.3%	1.0%	0.2%	9.7%	3.2%	1.8%	8.7%	2.6%	5.9%	3.7%	17.1%
90歳以上	44.3%	55.7%	2.8%	8.5%	25.8%	0.2%	0.9%	0.2%	15.7%	2.8%	1.4%	9.5%	2.3%	3.2%	4.4%	14.9%
認定なし	53.1%	46.9%	0.8%	5.9%	20.0%	0.2%	1.0%	0.1%	4.6%	2.1%	1.8%	7.6%	2.0%	7.3%	2.4%	16.7%
要支援1、2	37.8%	62.2%	0.9%	3.2%	32.5%	0.5%	1.4%	0.2%	10.2%	3.4%	1.9%	9.5%	4.1%	7.0%	4.3%	21.9%
要介護1、2	43.2%	56.8%	5.3%	8.0%	24.9%	0.6%	1.3%	0.6%	13.3%	2.9%	1.8%	8.5%	3.2%	6.9%	5.0%	15.8%
要介護3～5	41.2%	58.8%	11.2%	16.4%	18.8%	0.5%	0.5%	0.9%	19.8%	3.6%	1.7%	8.6%	3.4%	6.1%	6.2%	13.9%
認知症診断なし	50.2%	49.8%	0.9%	該当なし	22.1%	0.3%	1.0%	0.2%	6.3%	2.3%	1.8%	7.9%	2.4%	7.3%	2.8%	17.5%
認知症診断あり	46.8%	53.2%	7.9%	7.9%	20.7%	0.5%	1.5%	0.6%	9.6%	2.9%	2.0%	8.1%	2.8%	6.5%	5.1%	13.2%

分析結果：PIMsに該当する薬剤③

療養環境別処方割合（在宅）

- 処方割合が10%以上の個人属性がある薬剤分類は抗精神病薬、睡眠薬・抗不安薬、利尿薬、NSAIDsであった。
- 抗精神病薬は年齢、要介護度、認知症診断あり、睡眠薬・抗不安薬は要介護度、利尿薬は年齢で処方割合に10%以上の差がみられた。

在宅におけるPIMsに該当する薬剤の処方割合

個人属性	いずれのPIMもなし	いずれかのPIMあり	抗精神病薬	抗精神病薬（認知症診断あり）	睡眠薬・抗不安薬	抗うつ薬	スルピリド	抗パーキンソン病薬（抗コリン薬）	利尿薬	α遮断薬	第一世代H1受容体拮抗薬	H2受容体拮抗薬	制吐薬	糖尿病薬	過活動膀胱治療薬	NSAIDs
全体	37.5%	62.5%	14.7%	21.2%	24.0%	0.7%	1.1%	0.5%	24.8%	3.2%	1.0%	7.6%	1.7%	3.7%	4.6%	10.4%
男性	39.6%	60.4%	14.4%	23.7%	17.9%	0.6%	0.9%	0.7%	24.2%	3.1%	1.5%	6.6%	1.3%	5.4%	4.7%	8.1%
女性	36.8%	63.2%	14.7%	20.6%	26.2%	0.8%	1.2%	0.4%	24.9%	3.2%	0.8%	7.9%	1.9%	3.0%	4.6%	11.2%
75～79歳	38.6%	61.4%	19.1%	26.7%	22.8%	0.8%	1.6%	3.3%	15.4%	3.3%	2.0%	9.8%	3.3%	6.9%	3.7%	9.3%
80～84歳	35.2%	64.8%	21.3%	31.1%	23.9%	0.6%	0.8%	0.4%	19.9%	3.2%	0.6%	7.8%	2.4%	4.4%	4.0%	11.5%
85～89歳	37.4%	62.6%	14.6%	20.4%	24.6%	1.0%	1.4%	0.3%	23.6%	3.8%	1.5%	6.4%	1.5%	3.5%	4.8%	12.0%
90歳以上	38.5%	61.5%	10.6%	16.3%	24.0%	0.6%	1.0%	0.0%	30.0%	2.7%	0.6%	7.8%	1.2%	2.7%	5.0%	9.0%
認定なし	33.3%	66.7%	15.8%	16.9%	28.4%	1.6%	0.5%	3.8%	24.6%	4.4%	1.1%	5.5%	3.3%	3.8%	6.0%	15.3%
要支援1、2	35.0%	65.0%	2.5%	5.6%	33.1%	1.3%	2.5%	0.0%	20.4%	3.2%	0.6%	8.3%	3.2%	6.4%	0.6%	13.4%
要介護1、2	37.3%	62.7%	12.6%	18.3%	24.8%	0.9%	1.4%	0.2%	26.7%	3.1%	0.8%	7.8%	1.5%	4.1%	4.3%	10.1%
要介護3～5	38.8%	61.2%	18.1%	24.8%	21.3%	0.3%	0.8%	0.3%	23.5%	3.0%	1.2%	7.5%	1.5%	2.9%	5.3%	9.5%
認知症診断なし	35.4%	64.6%	6.9%	該当なし	29.3%	0.7%	0.9%	0.7%	28.4%	3.8%	0.6%	8.5%	2.5%	4.1%	4.5%	12.7%
認知症診断あり	39.4%	60.6%	21.2%	21.2%	19.5%	0.7%	1.3%	0.2%	21.7%	2.6%	1.3%	6.7%	1.1%	3.3%	4.7%	8.5%

分析結果：PIMsに該当する薬剤④

療養環境別処方割合（特養）

- 処方割合が10%以上の個人属性がある薬剤分類は抗精神病薬、睡眠薬・抗不安薬、利尿薬、H2受容体拮抗薬であった。
- 抗精神病薬は年齢、要介護度、睡眠薬・抗不安薬は要介護度、利尿薬は年齢で処方割合に10%以上の差がみられた。

特養におけるPIMsに該当する薬剤の処方割合

個人属性	いずれのPIMもなし	いずれかのPIMあり	抗精神病薬	抗精神病薬（認知症診断あり）	睡眠薬・抗不安薬	抗うつ薬	スルピリド	抗パーキンソン病薬（抗コリン薬）	利尿薬	α遮断薬	第一世代H1受容体拮抗薬	H2受容体拮抗薬	制吐薬	糖尿病薬	過活動膀胱治療薬	NSAIDs
全体	47.3%	52.7%	19.8%	23.5%	19.0%	0.5%	1.2%	0.9%	17.9%	2.7%	1.3%	7.8%	1.4%	3.0%	3.1%	5.5%
男性	46.3%	53.7%	19.9%	25.8%	17.1%	0.7%	0.3%	1.4%	13.9%	2.1%	0.7%	10.5%	1.4%	3.8%	2.8%	3.1%
女性	47.5%	52.5%	19.8%	23.0%	19.5%	0.4%	1.4%	0.7%	18.8%	2.8%	1.4%	7.1%	1.5%	2.8%	3.2%	6.1%
75～79歳	47.8%	52.2%	26.3%	31.5%	19.5%	0.5%	1.5%	2.0%	7.3%	4.4%	1.5%	10.2%	2.4%	4.4%	2.4%	4.9%
80～84歳	47.3%	52.7%	21.9%	27.0%	18.4%	0.4%	2.1%	2.1%	14.1%	2.8%	1.4%	5.3%	1.4%	3.5%	2.1%	4.9%
85～89歳	42.3%	57.7%	23.7%	29.0%	21.2%	0.5%	0.9%	0.7%	16.5%	2.6%	1.6%	8.6%	1.6%	4.7%	3.0%	6.3%
90歳以上	50.6%	49.4%	13.8%	15.0%	17.6%	0.5%	0.8%	0.0%	24.3%	2.2%	0.8%	7.5%	1.0%	1.0%	3.8%	5.5%
認定なし	該当なし															
要支援1、2																
要介護1、2	41.4%	58.6%	10.1%	13.3%	33.3%	2.0%	1.0%	0.0%	21.2%	2.0%	0.0%	10.1%	0.0%	5.1%	4.0%	6.1%
要介護3～5	47.7%	52.3%	20.5%	24.0%	18.0%	0.4%	1.2%	0.9%	17.7%	2.7%	1.3%	7.6%	1.5%	2.8%	3.0%	5.5%
認知症診断なし	48.7%	51.3%	14.6%	該当なし	22.0%	0.5%	1.4%	0.8%	19.6%	3.7%	1.1%	8.6%	1.6%	2.5%	3.0%	5.3%
認知症診断あり	46.2%	53.8%	23.5%	23.5%	16.9%	0.4%	1.0%	0.9%	16.7%	2.0%	1.3%	7.2%	1.3%	3.3%	3.1%	5.7%

※ 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

分析結果：PIMsに該当する薬剤⑤

個別薬剤（睡眠薬・抗不安薬）

- PIMsに該当する薬剤のうち、処方割合が他の薬剤より高い睡眠薬・抗不安薬の療養環境別の処方割合を示す。
- **在宅**が最も処方割合が高く、**外来**では**年齢が高くなるほど**処方割合が高かった。
- 外来、在宅では**男性よりも女性**、**要介護1～5よりも要支援1，2**で処方割合が高かった。

睡眠薬・抗不安薬の処方割合

個人属性	睡眠薬・抗不安薬		
	外来	在宅	特養
全体	22.0%	24.0%	19.0%
男性	16.4%	17.9%	17.1%
女性	26.1%	26.2%	19.5%
75～79歳	19.5%	22.8%	19.5%
80～84歳	22.9%	23.9%	18.4%
85～89歳	24.6%	24.6%	21.2%
90歳以上	25.8%	24.0%	17.6%
認定なし	20.0%	28.4%	該当なし
要支援1、2	32.5%	33.1%	
要介護1、2	24.9%	24.8%	33.3%
要介護3～5	18.8%	21.3%	18.0%
認知症診断なし	22.1%	29.3%	22.0%
認知症診断あり	20.7%	19.5%	16.9%

在宅が最も処方割合が高い

男性よりも**女性**の方が高い

外来では**年齢が高い**患者で高い

要支援1，2の患者で高い
(フレイルに相当する状態の患者で高い)

分析結果：PIMsに該当する薬剤⑥

個別薬剤（α遮断薬、過活動膀胱治療薬）

- PIMsに該当する薬剤のうち、α遮断薬、過活動膀胱治療薬の療養環境別の処方割合を示す。
- 外来や特養と比較して、**在宅**で処方割合が高かった。
- α遮断薬は**在宅の要介護認定がない患者、在宅と特養の認知症診断がない患者**で処方割合が高かった。

α遮断薬、過活動膀胱治療薬の処方割合

個人属性	α遮断薬			過活動膀胱治療薬		
	外来	在宅	特養	外来	在宅	特養
全体	2.4%	3.2%	2.7%	3.0%	4.6%	3.1%
男性	2.5%	3.1%	2.1%	3.1%	4.7%	2.8%
女性	2.2%	3.2%	2.8%	3.0%	4.6%	3.2%
75～79歳	1.9%	3.3%	4.4%	2.4%	3.7%	2.4%
80～84歳	2.4%	3.2%	2.8%	3.2%	4.0%	2.1%
85～89歳	3.2%	3.8%	2.6%	3.7%	4.8%	3.0%
90歳以上	2.8%	2.7%	2.2%	4.4%	5.0%	3.8%
認定なし	2.1%	4.4%	該当なし	2.4%	6.0%	該当なし
要支援1、2	3.4%	3.2%		4.3%	0.6%	
要介護1、2	2.9%	3.1%		5.0%	4.3%	
要介護3～5	3.6%	3.0%	2.7%	6.2%	5.3%	3.0%
認知症診断なし	2.3%	3.8%	3.7%	2.8%	4.5%	3.0%
認知症診断あり	2.9%	2.6%	2.0%	5.1%	4.7%	3.1%

α遮断薬、過活動膀胱治療薬は**在宅**で処方割合が高い

α遮断薬は**在宅の要介護認定がない患者、在宅と特養の認知症診断がない患者**で処方割合が高い

分析結果：PIMsに該当する薬剤⑦

個別薬剤（制吐薬、糖尿病薬、第一世代H1受容体拮抗薬）

- PIMsに該当する薬剤のうち、制吐薬、糖尿病薬、第一世代H1受容体拮抗薬の処方割合を示す。
- 外来と比較して、**在宅や特養では処方割合が低かった。**
- また、**年齢が高くなるほど処方割合が低かった。**

制吐薬、糖尿病薬、第一世代H1受容体拮抗薬の処方割合

個人属性	制吐薬			糖尿病薬			第一世代H1受容体拮抗薬		
	外来	在宅	特養	外来	在宅	特養	外来	在宅	特養
全体	2.4%	1.7%	1.4%	7.2%	3.7%	3.0%	1.8%	1.0%	1.3%
男性	1.8%	1.3%	1.4%	9.1%	5.4%	3.8%	1.5%	1.5%	0.7%
女性	2.9%	1.9%	1.5%	5.8%	3.0%	2.8%	2.1%	0.8%	1.4%
75～79歳	2.3%	3.3%	2.4%	8.0%	6.9%	4.4%	1.9%	2.0%	1.5%
80～84歳	2.5%	2.4%	1.4%	7.8%	4.4%	3.5%	1.8%	0.6%	1.4%
85～89歳	2.6%	1.5%	1.6%	5.9%	3.5%	4.7%	1.8%	1.5%	1.6%
90歳以上	2.3%	1.2%	1.0%	3.2%	2.7%	1.0%	1.4%	0.6%	0.8%
認定なし	2.0%	3.3%	該当なし	7.3%	3.8%	該当なし	1.8%	1.1%	該当なし
要支援1、2	4.1%	3.2%		7.0%	6.4%		1.9%	0.6%	
要介護1、2	3.2%	1.5%		6.9%	4.1%		1.8%	0.8%	
要介護3～5	3.4%	1.5%	1.5%	6.1%	2.9%	2.8%	1.7%	1.2%	1.3%
認知症診断なし	2.4%	2.5%	1.6%	7.3%	4.1%	2.5%	1.8%	0.6%	1.1%
認知症診断あり	2.8%	1.1%	1.3%	6.5%	3.3%	3.3%	2.0%	1.3%	1.3%

制吐薬、糖尿病薬、第一世代H1受容体拮抗薬は、外来と比較して**在宅や特養で処方割合が低い。**

制吐薬、糖尿病薬、第一世代H1受容体拮抗薬は**90歳以上の患者で処方割合が低い。**

小括

PIMsに該当する薬剤の分析

- 約半数の患者がPIMsに該当する薬剤を処方されていた。処方割合が高い薬剤分類は**睡眠薬・抗不安薬、抗精神病薬（外来を除く）、利尿薬、NSAIDs（在宅を除く）**であった。
- **抗精神病薬**は認知症診断があり、要介護度が高い患者で処方割合が高い傾向にあった。
- 特に処方割合が高い薬剤は**睡眠薬・抗不安薬**であり、処方割合が高い個人属性・療養環境は女性、要支援 1, 2、在宅であった。また、外来では年齢が高い患者の処方割合が高かった。

➡ 上記に分類される薬剤は、属性を考慮した指標として活用ができる。
睡眠薬・抗不安薬の処方に関して、外来の80代以上の患者での減薬の余地が大きいと考えられる。また、フレイル相当の状態の患者への処方に留意する必要があると考えられる。

- **α遮断薬、過活動膀胱治療薬**は外来や特養と比較して、在宅で処方割合が高かった。
- また、**α遮断薬**は要介護認定がない患者、認知症診断がない患者で処方割合が高かった。

➡ α遮断薬が在宅療養患者に対して新たに処方されることは少ないと考える。外来で比較的状态が良い患者に処方されていた薬剤が、そのまま継続して在宅療養患者に処方されている可能性がある。

- **NSAIDs**は外来と比較して、在宅や特養では処方割合が低かった。また、**制吐薬、糖尿病薬、第一世代H1受容体拮抗薬**は外来と比較して在宅や特養、90歳以上の患者で処方割合が低かった。

➡ 上記の薬剤は必要に応じて、一定程度、減薬されている可能性がある。

03-5

分析結果：NDBオープンデータ

分析結果：NDBオープンデータ

- 分析対象とした薬剤の2019年度と2022年度の総処方錠数の変化率は、最大で+41.9%であった。また、年間の1人あたりの錠数※に換算した場合の最大の変化錠数は-2.5錠であった。
- 上位100品目に含まれる薬剤の品目数はエペリゾン、ソリフェナシン、イミダフェナシンで4～7品目増えていた。
(集計対象とした品目数の変化や品目間でのシェアの変化等の影響もあることから、処方数の変化率は目安として考えること。)

NDBオープンデータ分析結果

薬効分類名称	薬剤	上位100品目数		変化数	総処方錠数（百万錠）		変化率（%）	1人あたりの錠数		変化錠数
		2019年度	2022年度		2019年度	2022年度		2019年度	2022年度	
催眠鎮静剤、 抗不安剤	ロラゼパム（0.5 mg錠）	2	2	0	30.3	31.5	3.9	1.6	1.6	0
	アルプラゾラム（0.4 mg錠）	5	5	0	75.8	72.4	-4.5	4.1	3.7	-0.4
	ゾルピデム（5 mg錠）	13	16	3	132.7	153.4	15.6	7.2	7.9	0.7
	プロチゾラム（0.25 mg錠）	14	11	3	185.1	169.5	-8.4	10.0	8.8	-1.2
抗パーキンソン 剤	トリヘキシフェニジル（2 mg錠）	9	9	0	7.6	7.3	-3.7	0.4	0.4	0
	ビペリデン（1 mg錠）	3	3	0	12.2	11.9	-2.5	0.7	0.6	-0.1
精神神経用剤	エチゾラム（0.5 mg錠）	10	10	0	262.9	227.0	-13.6	14.2	11.7	-2.5
	クエチアピン（25 mg錠）	5	6	1	36.1	50.4	39.5	2.0	2.6	0.6
その他の中枢神 経系用薬	チアプリド（25 mg錠）	6	4	-2	43.0	40.4	-6.2	2.3	2.1	-0.2
鎮けい剤	エペリゾン（50 mg錠）	10	14	4	78.3	111.1	41.9	4.2	5.7	1.5
	チザニジン（1 mg錠）	10	11	1	32.8	45.4	38.3	1.8	2.3	0.5
利尿剤	フロセミド（20 mg錠）	5	6	1	174.8	165.3	-5.4	9.5	8.5	-1.0
消化性潰瘍用 剤	ファモチジン（20 mg錠）	8	10	2	131.6	158.8	20.7	7.1	8.2	1.1
	スルピリド（50 mg錠）	4	4	0	56.3	55.5	-1.4	3.0	2.9	-0.1
その他の泌尿生 殖器官及び肛 門用薬	ソリフェナシン（5 mg錠）	2	9	7	53.2	47.6	-10.6	2.9	2.5	-0.4
	イミダフェナシン（0.1 mg錠）	4	9	5	59.2	44.6	-24.7	3.2	2.3	-0.9
抗ヒスタミン剤	クロルフェニラミン（2 mg錠）	4	3	-1	11.2	11.6	4.0	0.6	0.6	0

※総処方錠数を75歳以上人口（各年度の高齢社会白書より引用）で除した値

小括

NDBオープンデータを用いた処方傾向の分析

- 2019年度と直近のデータである2022年度の、ポリファーマシー対策の改善の指標となり得る薬剤の処方傾向には大きな差は認められなかった。

➡ 今回用いた東京都八王子市の2019年度のデータは現状を一定程度反映しているとみなし、指標の検討に用いることは問題ないと考えられる。ただし、全国状況と八王子市の状況が同様であることを確認したものではないことに留意が必要である。

04

ポリファーマシー状況の改善を測るための指標の検討

ポリファーマシー状況の改善を測るための指標（例）の選定方法

- データ分析結果から、ポリファーマシー状況の改善を測るための指標は、「**患者属性**」、「**薬剤**」、「**処方状況**」（処方割合、処方薬剤種類数、投薬期間、投与量、使用量 等）を組み合わせたものが良いと考えられた。
- 個々の地域や療養環境等において活用できる、又は活用しやすい指標は様々であると考えられる。このため本事業の成果としては、個別的・限定的な指標ではなく、個々の状況に適した指標を設定できるようにすることを意図して「**指標（例）**」と表現する。
- 指標（例）については、地域（自治体、保険者等）や医療機関、介護施設等で経時的にモニタリングする等の活用方法を想定している。また、「高齢者の医薬品適正使用の指針」や関連学会の提案とともに、個々の患者においてポリファーマシー対策に取り組む際の着眼点としての活用も可能である。

$$\text{指標（例）} = \text{個人属性・療養環境} \times \text{薬剤} \times \text{処方状況}$$

- また、指標（例）は以下の4つの観点を重視して提示した。

- ① 処方頻度が高い（処方割合が他の薬剤や個人属性と比べて高いこと。処方割合が低い場合は、見直す対象が少なく評価が難しい可能性がある。）
- ② 安全性の観点でメリットが大きい（単独でリスクが高い薬剤であるか。）
- ③ 指標の作成容易性が高い（指標を集計する際に容易に実施できるか。）
- ④ 代替薬剤・代替療法がある（代替薬剤・代替療法がないと見直しが進まず指標として不適切である可能性がある。）

指標となり得る薬剤例

➤ 前項の4つの観点を踏まえ、個人属性、療養環境ごとに指標となり得る薬剤例を提示する。

個人属性ごとに指標となり得る薬剤例

個人属性	指標として活用できる薬剤例
全て	- 睡眠薬・抗不安薬 - 抗コリン薬 - 抗精神病薬 - NSAIDs - 抗不整脈薬
90歳以上	- 睡眠薬・抗不安薬 - 利尿薬 - 便秘薬
要支援1,2	- 睡眠薬・抗不安薬 - 利尿薬 - 便秘薬
要介護認定あり	- 抗精神病薬 - 利尿薬 - 便秘薬
認知症診断あり	- 抗精神病薬 - 利尿薬 - 便秘薬

療養環境ごとに指標となり得る薬剤例

療養環境	指標として活用できる薬剤例
全て	- 睡眠薬・抗不安薬 - 抗コリン薬 - 抗精神病薬 - NSAIDs
在宅	- 利尿薬 - α遮断薬 - 制吐薬 - 糖尿病薬 - 第一世代H1受容体拮抗薬 - 抗不整脈薬
特養	- 利尿薬 - α遮断薬 - 制吐薬 - 糖尿病薬 - 第一世代H1受容体拮抗薬

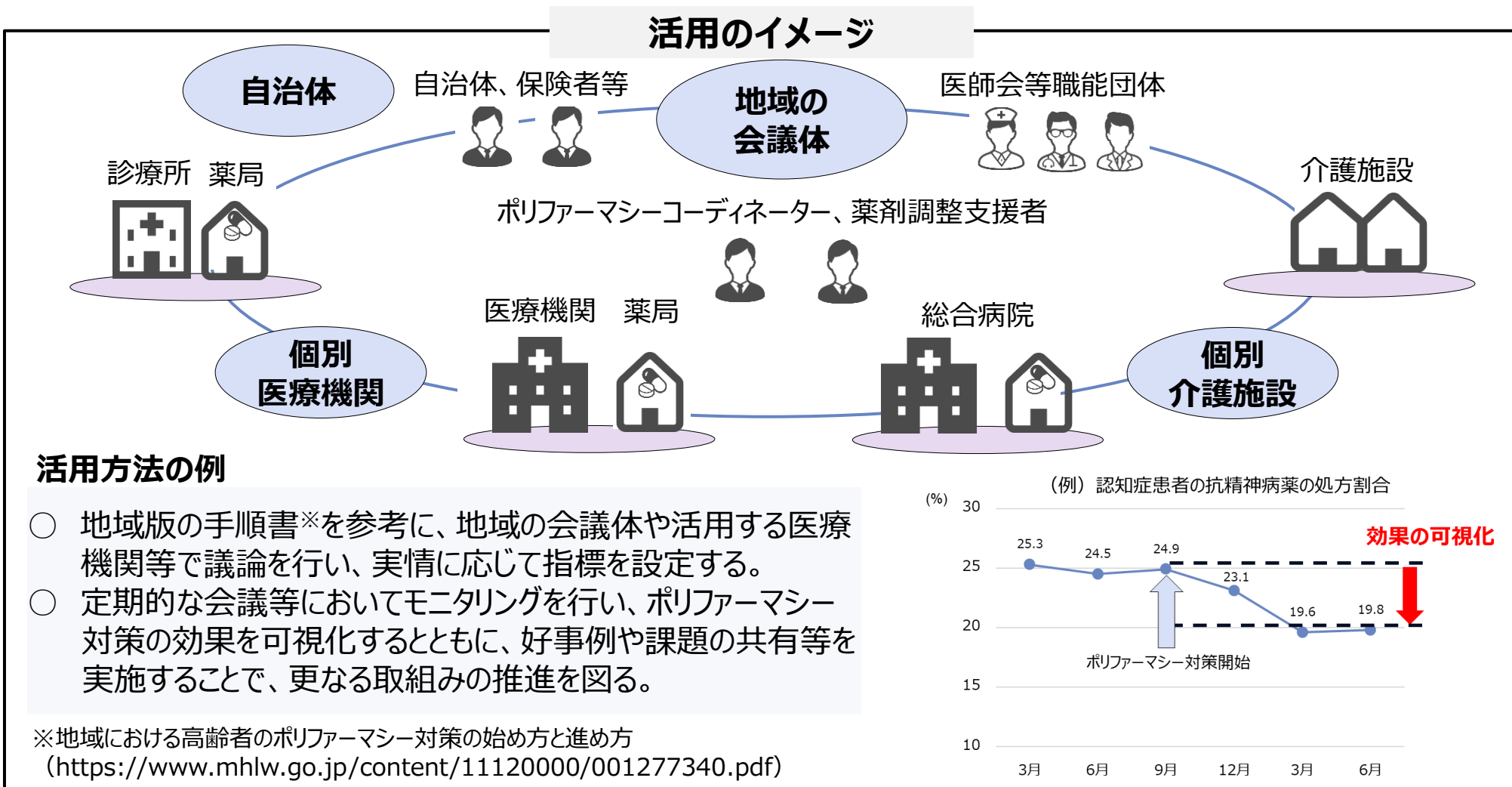
※より正確な指標づくりには、クロス集計等によって、対象とする個人属性を絞り込むこともできる

（例：90歳以上では女性の割合が高いため、90歳以上に注意すべきなのか、女性に注意すべきなのかを判別する）

指標となり得る薬剤を用いた、地域等様々な単位での活用例

- 例えば、地域単位の会議において、指標（例）を参考に、各地域の実情に応じた指標を定め、経時的にモニタリングする等の活用方法が考えられる。

※類似の事例として、外来の感染症対策・抗菌薬の適正使用の観点から、医療従事者が地域の医師会等が開催するカンファレンスに参加し、各医療機関における抗菌薬の使用状況を報告する取組みがあり、診療報酬上評価されている。



指標となり得る薬剤を用いた、地域等様々な単位での活用例

➤ 地域や医療機関、介護施設等の単位で指標となり得る薬剤を用いた活用例を以下に示す。

※以下に示す活用例は参考である。実際に活用する際は現場に応じて薬剤や対象を設定することが望ましい。

地域

- ① **抗精神病薬**を指標とすることを提示し、経時的な**処方量**のモニタリングを行い、地域に所在する病院全体の状況を把握する。
- ② 地域の薬局で調剤されている**抗精神病薬**の**総量**をモニタリングし、複数地域における地域差を確認する。
- ③ 地域ごとの**抗コリン薬負荷 2 以上**の薬剤の**年間使用量**を確認し、ポリファーマシー対策を重点的に行うべき地域を選定する。

医療機関※

- ① **90歳以上の認知症患者**において**抗精神病薬**が処方されている患者数を毎月モニタリングする。
- ② 病棟ごとの**睡眠薬・抗不安薬**の**使用量**を毎月モニタリングする。
- ③ **外来患者全体**の**NSAIDs**の**投薬期間**をモニタリングする。

在宅医療・ 介護施設等※

- ① **在宅療養患者全体**の**利尿薬**の**処方割合**を定期的にモニタリングする。
- ② **特養入所者全体**の**抗精神病薬**の**処方割合**をモニタリングし、施設間で比較を行う。

※ 今回は入院患者および特養以外の介護施設の患者データを用いた分析は行っていないが、指標づくりの考え方は共通するものであり、その他の療養環境も同様に指標づくりやその活用が期待される。

(参考) 指標となり得る薬剤を用いた個人単位での着眼点としての活用例

➤ 個人単位で指標となり得る薬剤を用いた活用例を以下に示す。

※以下に示す活用例は参考である。実際に活用する際は現場に応じて薬剤や対象を設定することが望ましい。

全て

- ① **睡眠薬・抗不安薬**を処方する際は必要性を十分に確認し、定期的に見直す。
- ② **抗コリン薬**の**処方薬剤数**、**総抗コリン薬負荷**を定期的を確認する。
- ③ **NSAIDs**を継続的に処方している患者の症状を確認し減薬を検討する。

個人属性別
(90歳以上や認知症等)

- ① **90歳以上の患者**が使用している**便秘薬**の種類を見直す。
- ② **認知症患者**に対する**抗精神病薬**の処方を見直す。

療養環境別
(外来・在宅医療・
介護施設等)

- ① **在宅療養患者**の**利尿薬**の処方を定期的に見直す。
- ② **在宅**で**α遮断薬**を使用している患者に、どのような疾患に対して処方されているか確認する。
- ③ **介護施設**への入所の際に**抗精神病薬**の必要性について検討する。
- ④ 食欲のない**特養入所者**の**便秘薬**の種類を見直す。

総括

- 医療介護関係のビッグデータ（東京都八王子市の医療保険・介護保険のレセプトデータ、NDBオープンデータ）を分析し、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した。
- 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とされている薬剤として抗コリン薬、薬剤起因性老年症候群の原因薬、PIMsに該当する薬剤のリストを用いて、薬剤の処方状況を評価した。
- 分析結果から、処方頻度の高さ、安全性の観点でのメリットの大きさ、指標の作成容易性の高さ、代替薬剤・代替療法があるという4つの観点を重視し、ポリファーマシー状況の改善を測るための指標（例）として「患者属性・療養環境」、「薬剤」、「処方状況」組み合わせて検討した上で、ポリファーマシー状況の改善を測るための指標（例）を提示した。
- 地域版の手順書ではポリファーマシー対策の成果把握のモニタリングを行うこととなっており、今回検討した指標（例）は当該モニタリング指標としての活用が期待される。
- 今回提示した指標（例）および活用例を参考に、地域や医療・介護現場等での薬剤処方実態に応じて指標を設定することが重要である。
- ポリファーマシー対策に関わる全ての関係者が当事者意識を持って活用することで、ポリファーマシー対策の一層の推進につながると考えられる。

