

## 高齢者の医薬品適正使用に関する検討課題と今後の進め方について（案） （平成 29 年 6 月 23 日）

### 高齢者医薬品適正使用検討会

#### 1. 高齢者の薬物療法の現状と分析

高齢者の薬物療法の安全性を確保する観点から、これまでに得られている調査研究の範囲の中で薬物療法の現状を整理すると、次のような傾向が見られている。

- 高齢者の薬物療法における薬剤の種類は、60歳前後を境に低年齢層に比較して増大する傾向があること、
- 多剤併用の患者に多施設の受診傾向があること、
- 通常成人の用法用量において、高齢者では注意が必要となる副作用が存在すること、
- 薬剤の種類が多くなることにより、薬剤関連の有害事象の頻度が高くなる傾向があること

今後、さらに高齢者の医薬品適正使用を推進するための対策を検討するにあたり、その基礎となる十分なエビデンスを以下の点に留意して収集・分析する必要がある。

- (1) 高齢者の生理的な機能や状態に基づく薬物動態や安全性のプロファイルを考慮して、高齢者のための用法・用量が設定されている薬剤は限定的である。特に、糖尿病、高血圧、催眠鎮静に関する個々の薬剤については、せん妄等による二次的な安全性の問題を回避するため、薬剤学的なエビデンスに基づき、個々の薬剤について高齢者に対する適切な用法・用量の情報提供を充実させる必要がある。
- (2) 多剤併用の安全対策を検討する上で、高齢者の薬剤の多剤服用（ポリファーマシー）の実態を示すデータ、多剤服用と副作用の増加等との直接的な関係を示すデータ等は、国内では、限定的である。今後、多剤服用の実態や組合せの傾向等と副作用に関する分析・評価をより大規模に行う必要がある。
- (3) このため、多剤服用のアウトカムを大規模なレセプト（NDB）等の医療関係データベースから調査・分析することも一案であり、行政において調査・分析を積極的に支援する必要がある。
- (4) 同時に、病院・施設内、在宅、診療所等のそれぞれの医療現場において、薬剤処方数の増減が生じやすい患者・治療環境の事例、副作用の低減等に効果のあった医療機関及び薬局での事例（学会ガイドライン、STOPP クライテリア、プレアボイド等）の収集と分析を行う必要がある。

## 2. 高齢者の多剤服用（ポリファーマシー）対策のためのガイドライン等

高齢者の薬物動態等を踏まえた投与量の調整（止めどき、減らしどき）や薬物相互作用による多剤服用時の副作用の発生による問題を防止するため、医薬関係者（医師、薬剤師、看護師等）のそれぞれのレベルで参照できる医薬品の適正使用情報を充実すべきである。

- (1) 各専門領域の学会等と協同し、高齢者の薬物療法、関連する領域毎の診療ガイドライン等の各学会の取組みを包含した国レベルでの包括的な薬剤の適正使用ガイドラインを作成する必要がある。
- (2) ガイドラインを作成する際には、次の点に留意するべきである。
  - ① 特に検討が必要な薬剤の領域を考慮： 糖尿病、循環器（高血圧、血栓）、認知症、催眠鎮静.....
  - ② 薬剤数調整の適切な対応の基礎の考え方（画一的にあてはめるガイドライン等の困難さを考慮する）
  - ③ 患者が置かれたさまざまな医療現場に応じた対策を整理
    - 急性期、回復期、入院、外来などの各医療現場に適した薬剤数調整／処方変更の考え方
    - 院内での病棟間での薬剤数調整の考え方（医師→医師、薬剤師→薬剤師）
    - 複数医療機関間・薬局での薬剤調整の考え方
  - ④ セルフメディケーションや栄養補助食品等（検討対象範囲を要検討）も含めた安全対策
  - ⑤ 残薬対策（処方日数制限に関する議論）についてはこのガイドラインでは主眼としない
- (3) 上記1に掲げるエビデンスが収集・分析される毎に、それに基づき、段階的にガイドラインを増補し、改訂する必要がある。

## 3. 多様な医療現場の多職種連携の下での情報収集、管理及び共有

高齢者の患者は、その疾病等の状況に応じて、急性期、回復期、入院、外来、介護などの多様な医療現場にまたがり、治療を受けることが想定される。このため、高齢者に対する薬剤の適正使用を促すには、多様な現場、多様な職種間の患者の服薬情報等の共有が円滑に行われる必要がある。このため、医療機関間、医療機関・薬局間、医師・医師間、医師・他職種間、薬剤師・薬剤師間のそれぞれのレベルでの患者毎の薬剤・服薬・疾病等の状況に関する基本情報を管理し、共有するシステムを構築するための検討が必要である。

(1) 共有される情報の内容

- 患者の状況（高齢者のお一人様薬剤管理などを含む）、状況変化に応じた患者情報・処方情報
- 継続的な投薬が必要と考えているもの、将来的に投薬中止も考えられるもの（減らし時、止め時等を含め）に係る医師の認識
- 腎クリアランス値等の処方量の適切性を評価に資する診断情報

(2) 情報共有の方向性

- 急性期病院から診療所／在宅への処方情報の提供（医師→医師、薬剤師→薬剤師）
- 診療所／在宅から急性期病院への処方情報の提供（医師→医師、薬剤師→薬剤師）
- 院内や在宅等の現場での医師を含めた多職種による横断的かつ一元的な高齢者薬物療法適正化チームの形成

#### 4. 高齢者の薬剤使用に関する医薬関係者の理解・意識の向上

- (1) 現役の医薬関係者（医師、薬剤師、看護師等）だけでなく、医学生等にも、教育段階からの多剤投薬・高齢者薬物療法に対する意識付けが必要である。多職種連携して、高齢者の薬物療法の安全対策に取り組むには、従来の医師及び薬剤師のみならず、看護師も含む高齢者薬剤を理解する人材の育成や確保が課題である。
- (2) 医学薬学的に適切な情報に基づき、薬剤を減らすことの意義など、その伝え方も含め、患者の視点からの選択に資するよう、患者・家族にわかりやすい情報の提供に医薬関係者は努めなければならない。逆に、患者が自己判断で服薬をやめないように患者に啓発する機会を確保することも検討課題である。

#### 5. 今後の進め方について

- (1) 上記の検討課題のうち、1及び2については、ガイドライン作成に必要なデータ収集の範囲の設定、内容の集中的な検討が必要となるため、検討会の下に、ワーキンググループを組織し、検討を行うこととしてはどうか。
- (2) 検討課題のうち、3及び4については、引き続き、本検討会で各構成員の所属する組織における取組みの実例等も研究しながら、議論を深めていくこととしてはどうか。