

医薬安発 0731 第 1 号
令和 8 年 7 月 31 日

各 $\left(\begin{array}{c} \text{都 道 府 県} \\ \text{保健所設置市} \\ \text{特 別 区} \end{array} \right)$ 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医薬局医薬安全対策課長
(公 印 省 略)

高齢者におけるポリファーマシー対策の普及啓発資材について

医療行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

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にあることから、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、高齢者の薬物療法の安全確保に必要な事項の調査・検討を進めており、これまでに「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）」、「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」及び「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」を取りまとめてきたところです。

今般、ポリファーマシー対策の考え方・取り組み方をこれまで以上に普及啓発するため、本年 6 月に開催された同検討会での議論を経て、別添 1～4 のとおり、「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）」、「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」及び「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」に関する普及啓発資材を新たに作成しました。

高齢者の薬物療法に関する安全対策を推進するため、普及啓発資材について貴管下の医療機関、薬局及び関係団体においてご活用いただきますよう、周知方お願いいたします。

別添1

ポリファーマシー対策の普及啓発資材

高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編の概要



2026年3月31日確定版

普及啓発資材の利用対象者

主な利用対象は医師、歯科医師、薬剤師とし、
看護師等の多職種も対象とする。

用語集

用語	解説
薬物有害事象	薬剤の使用後に発現する有害な症状又は徴候であり、薬剤との因果関係の有無を問わない概念として使用している。薬剤との因果関係が疑われる又は関連が否定できないものとして使用される「副作用」とは区別している。※1
ポリファーマシー	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を指す。※2
高齢者総合機能評価(CGA)	疾患の評価に加えて、日常生活活動度(ADL)、手段的ADL、認知機能、気分・意欲・QOL、社会的背景等を系統的に評価する手法である。※3

※1・2 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 用語集より抜粋

※3 高齢者総合機能評価(CGA)に基づく診療・ケアガイドライン2024,長寿医療研究開発費「高齢者総合機能評価(CGA)ガイドラインの作成研究」研究班,日本老年医学会,国立長寿医療研究センター P2より抜粋

目次

はじめに	4
1. ポリファーマシーの概念	5
2. 多剤服用の現状	7
3. 薬剤見直しの基本的な考え方及びフローチャート	10
4. 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	16
5. 多剤服用の対策としての高齢者への薬物投与の留意事項	17
6. 服薬支援	22
7. 多職種・医療機関及び地域での協働	24
8. 国民的理解の醸成	26
9. 参考資料	27

はじめに

指針作成の 背景

- 特に75歳以上の高齢者の増加に伴い、薬物療法の需要が高まっている
- しかし、高齢者は加齢による生理的変化の影響で一般成人と薬物動態が異なるため、薬物相互作用や薬物有害事象が問題となりやすい

指針作成の 目的

- 高齢者の薬物療法を適正化すること
- 高齢者の特徴に配慮した薬物療法を実践するガイダンスとして診療・処方・調剤などの参考とされること
- ポリファーマシー対策に関わる職種に理解を深めてもらうこと

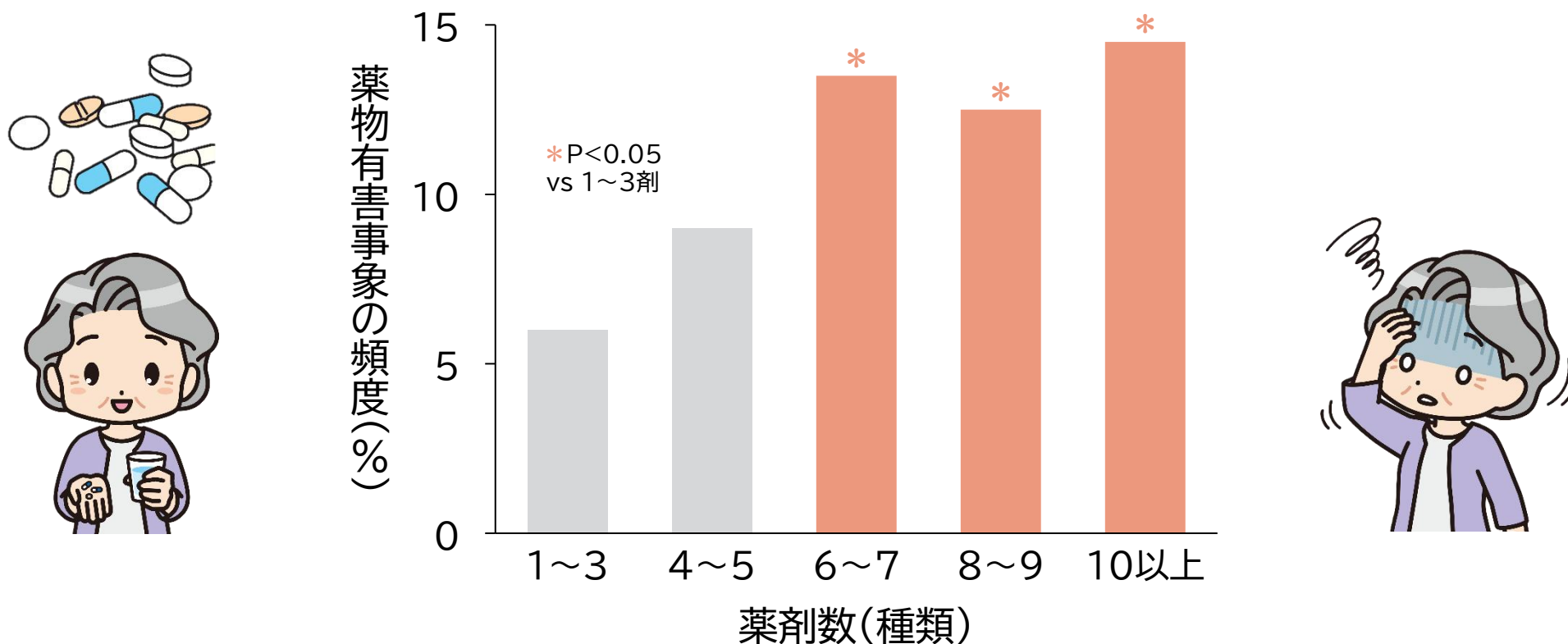
1.ポリファーマシーの概念

ポリファーマシーとは？

多剤服用の中でも害をなすものを特にポリファーマシーと呼び、本指針でも両者を使い分けた。ポリファーマシーは、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低下等の問題につながる状態である。

1.ポリファーマシーの概念

服用薬剤数が6種類以上になると薬物有害事象の発生頻度が高まる

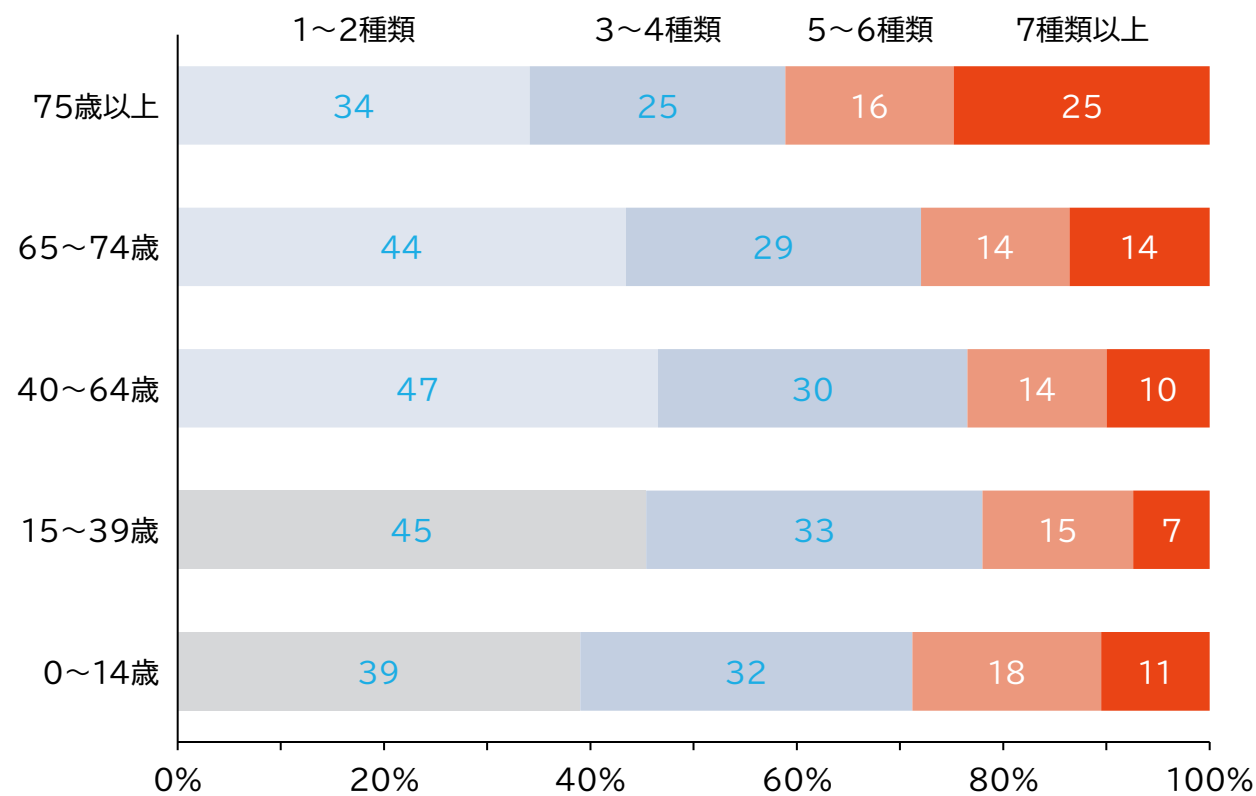


出典:高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編 P3

指針に記載の出典:高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015(日本老年医学会)より改変引用

2.多剤服用の現状①

高齢になるほど服用薬剤数が多くなり薬物有害事象が発生しやすくなる



出典:高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編 P4

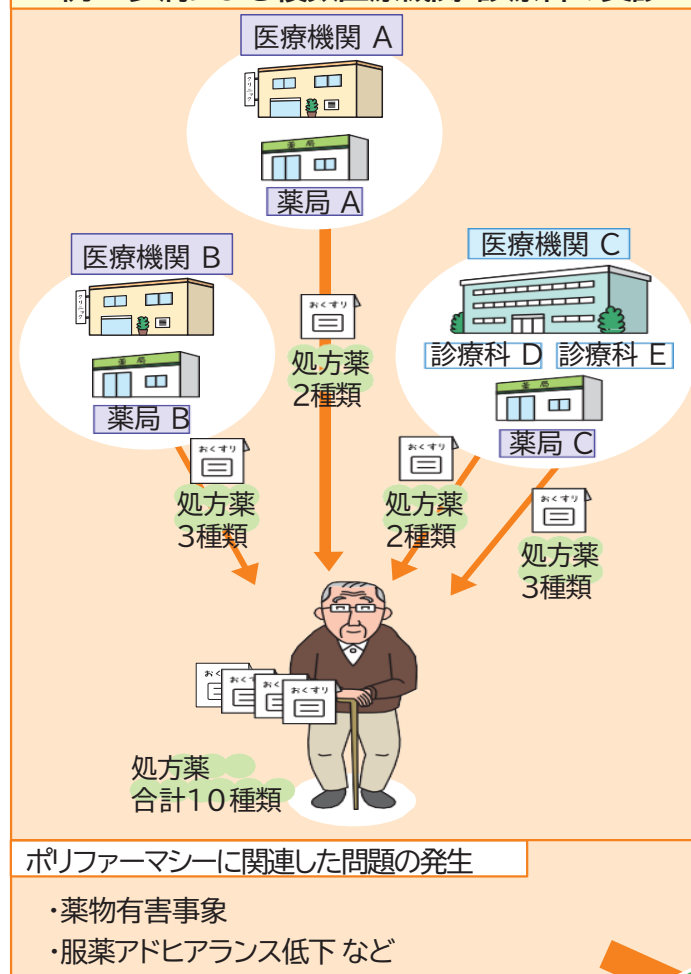
指針に記載の出典:同一の保険薬局で調剤された薬剤種類数(／月)(平成 28 年社会医療診療行為別統計)

令和7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」調査検討会

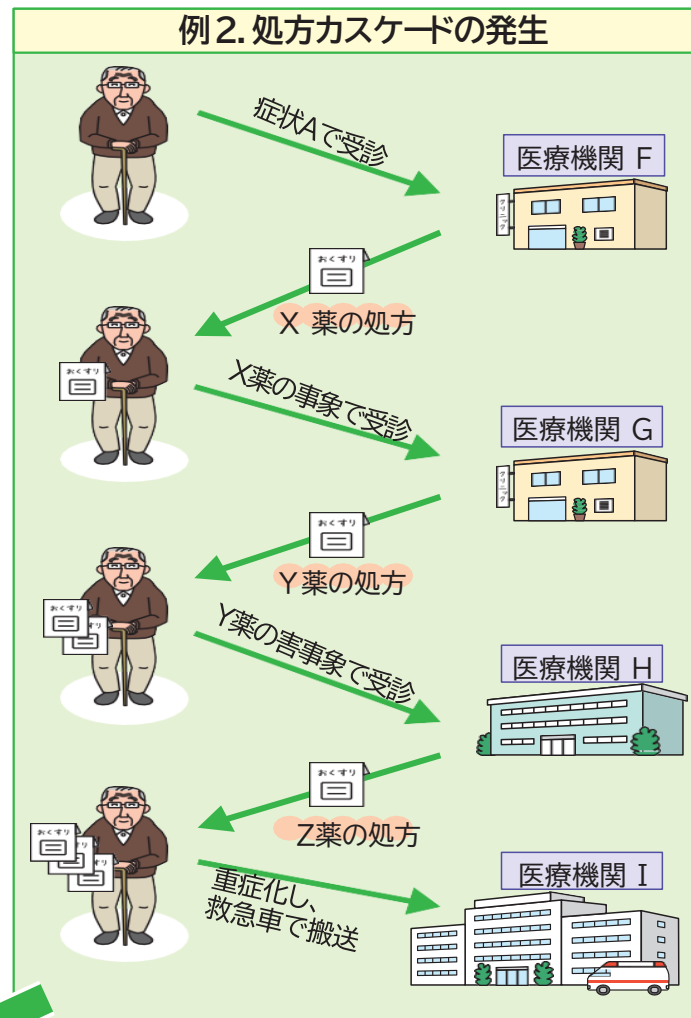
2. 多剤服用の現状②

処方状況が一元管理されない、ポリファーマシーが形成されやすい

例1. 多病による複数医療機関・診療科の受診



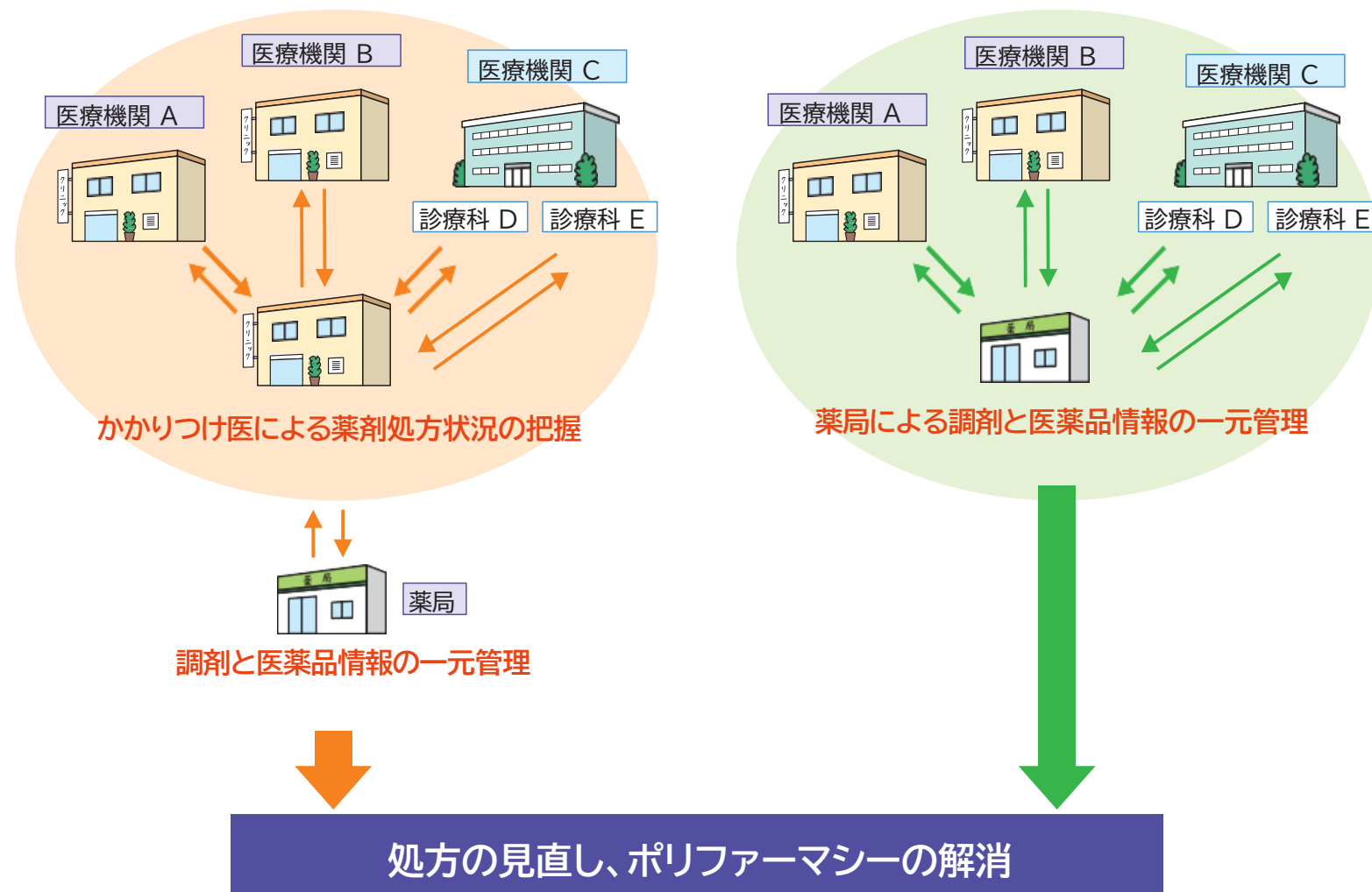
例2. 処方カスケードの発生



出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編 P4

2.多剤服用の現状②

処方状況を把握し一元管理することで、ポリファーマシーが解消される



3.薬剤見直しの基本的な考え方及びフローチャート

まず、フローチャートに沿って
処方を見直す



出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編 P8

フローチャート(処方見直しのプロセス) 高齢患者

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

ポリファーマシーに関連した問題点を確認する

- (例)・薬物有害事象の存在
・服薬アドヒアランス不良、服薬困難
・特に慎重な投与を要する薬物の使用など
・同効薬の重複処方
- ・腎機能低下
・低栄養
・薬物相互作用の可能性
・処方意図が不明な薬剤の存在

あり

なし

関係する多職種からの情報を
共有可能な範囲で協議も

図4-2 フローチャート参照

薬物療法の適正化(中止、変更、継続の判断)

以下のような点を踏まえて判断する

- ・推奨される使用法の範囲内での使用か
- ・効果はあるか
- ・減量・中止は可能か
- ・代替薬はないか
- ・治療歴における有効性と副作用を検証する
- ・最も有効な薬物を再検討する

あり

他の医療関係者から薬
物療法に関連した問題
の報告

なし

あり

病状等(薬物有害事象、QOL 含め)につき経過観察

薬物療法に関連した新たな問題点の出現

- (例)・継続に伴う有害事象の増悪
・減量・中止・変更に伴う病状の悪化
・新規代替薬による有害事象

なし

慎重に経過観察

慎重に経過観察

3.薬剤見直しの基本的な考え方及びフローチャート①

処方薬剤は以下の観点から見直すことができる

高齢者総合機能評価(CGA)

認知機能、ADL、生活環境、患者の薬剤嗜好性などを総合的に評価

生理機能のモニター

消失経路が腎排泄の薬剤は投与量・投与間隔に注意

処方の優先順位を再考

薬物療法のエビデンス、薬物療法以外の選択肢、治療の優先順位を確認・検討



3.薬剤見直しの基本的な考え方及びフローチャート②

非薬物療法の検討も忘れない

非薬物 療法の例

- 生活習慣病に対して食事・運動・睡眠等の非薬物療法が有用な場合がある
- 認知症の行動・心理症状に使用される薬剤はADLに影響する薬物有害事象が起きやすいため、まずは、非薬物療法が推奨される



3.薬剤見直しの基本的な考え方及びフローチャート③

専門医には薬物療法のリスク評価と協調的な意思決定が求められる

薬物療法のリスクとベネフィットを考慮する

- 薬物有害事象のリスクがあるか
- より良いアウトカムが得られるか



他の医師や他職種と連携が必要



3.薬剤見直しの基本的な考え方及びフローチャート④

処方見直しのプロセスに沿って薬物ごとに必要性を再考する

全ての薬剤の把握と総合的評価

処方薬の把握に加えて、CGAを実施

ポリファーマシー関連の問題の評価

薬物有害事象、腎機能、服薬状況などを評価

処方の適正化の検討

フローチャートを参照して薬物療法を適正化



3.薬剤見直しの基本的な考え方及びフローチャート⑤

処方適正化は注意して行う

- 日常生活を考慮して薬剤変更や代替薬を検討する
- 変更した代替薬による有害事象の有無を経過観察する
- 他職種との情報共有により処方を適正化する



4.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

老年症候群の症状や所見が表れたら薬剤起因性も疑う

ふらつき・転倒



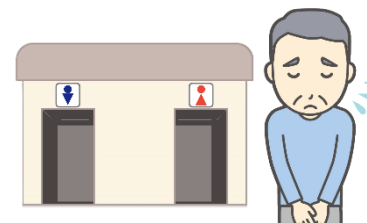
せん妄



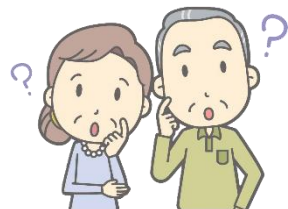
食欲低下



排尿障害・尿失禁



記憶障害



抑うつ



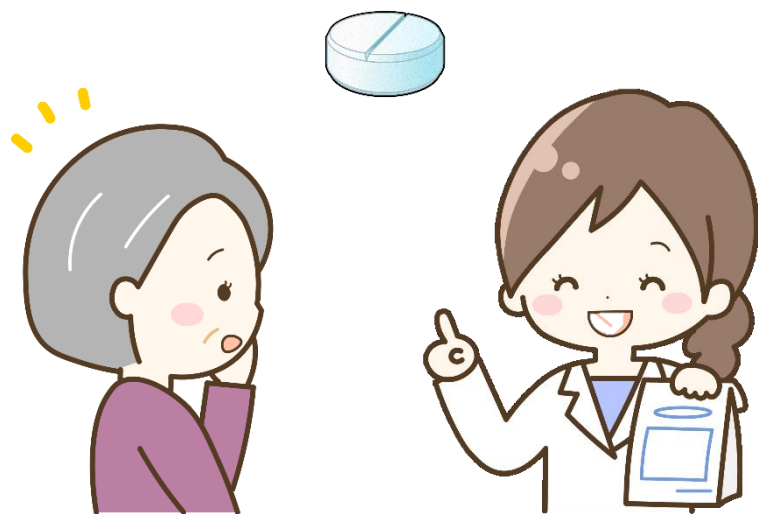
便秘



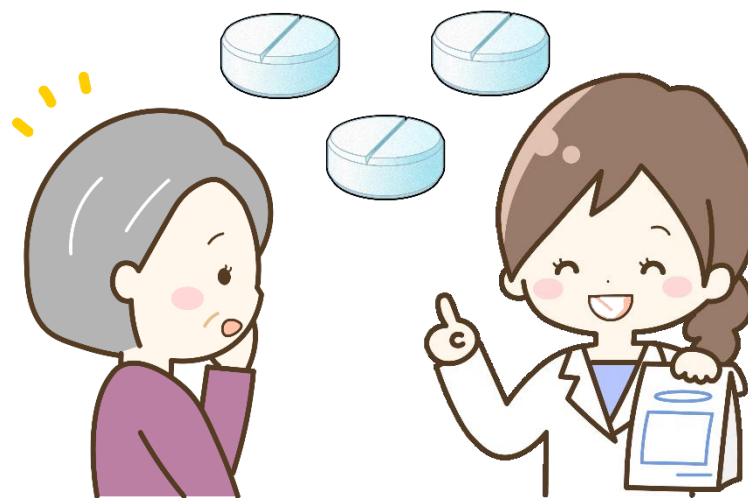
5.多剤服用の対策としての高齢者への薬物投与の留意事項①

加齢による腎臓等の機能低下を考慮して用量を決める

少量から開始する



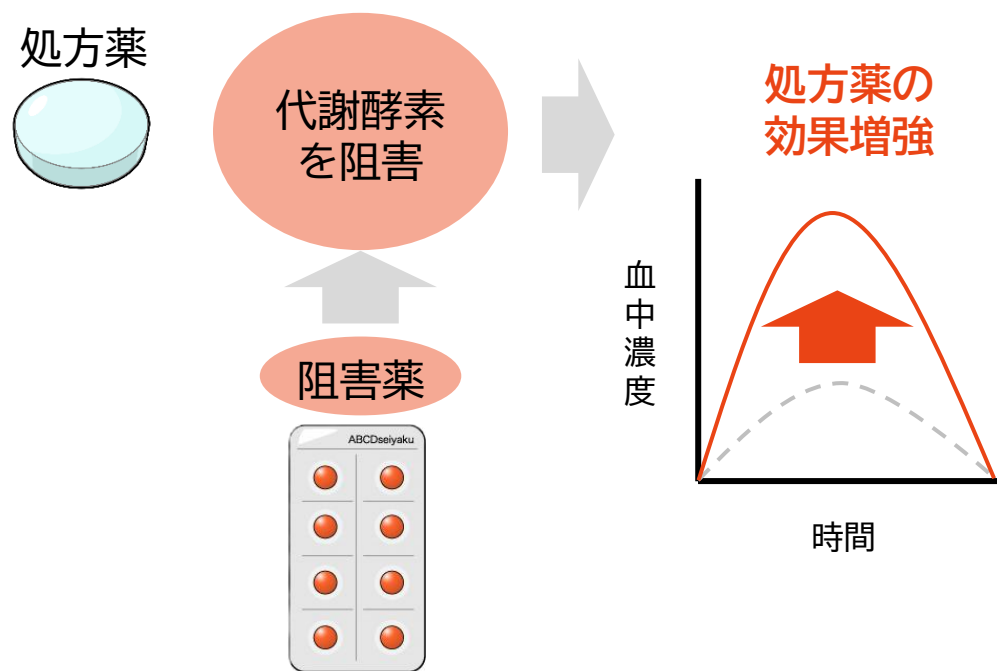
徐々に増量する



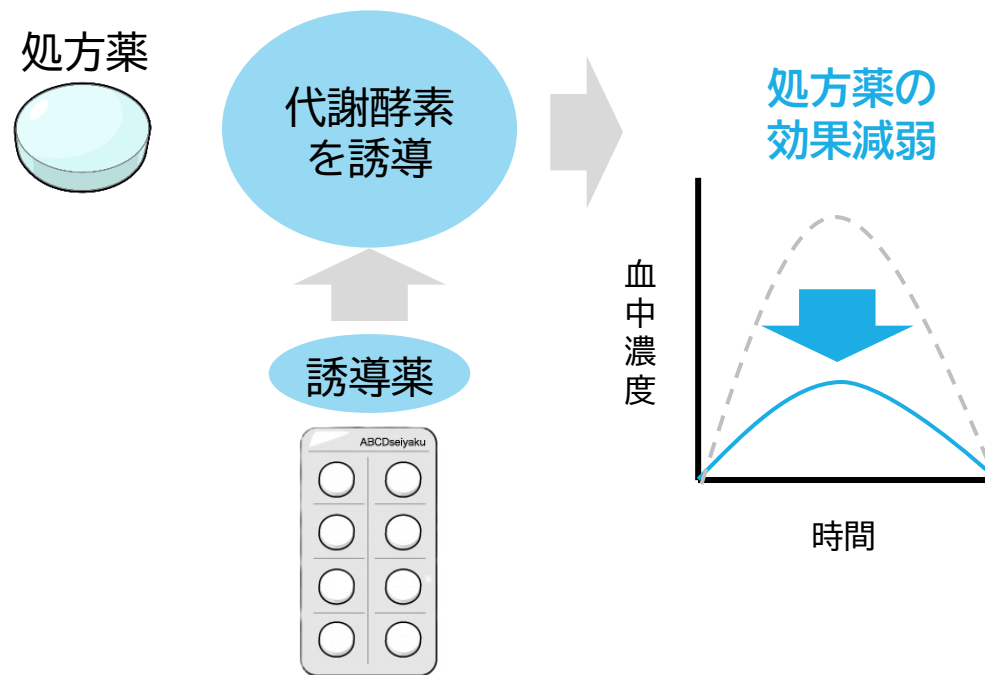
5. 多剤服用の対策としての高齢者への薬物投与の留意事項②

相互作用の影響を理解する

(例) 処方薬の代謝酵素を阻害する薬剤が存在する



(例) 処方薬の代謝酵素を誘導する薬剤が存在する



5.多剤服用の対策としての高齢者への薬物投与の留意事項③

重複処方と相互作用に注意する

重複処方の確認

薬効群毎に同種同効薬の重複処方がないか確認

相互作用の回避

相互作用のリスクがある場合は、処方の経緯等を考慮し、有害作用のモニター、中止、減量、代替薬への変更を検討



5.多剤服用の対策としての高齢者への薬物投与の留意事項④

疾患横断的な薬剤の使用や一般用医薬品等の併用に注意する

最小限の使用

消炎鎮痛薬や抗微生物薬等の薬剤は漫然とした使用を避け、最小限の使用に留める

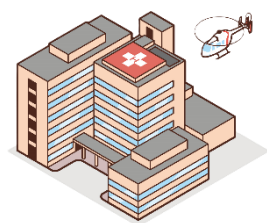
使用状況の把握

一般用医薬品や健康食品の使用状況は患者や家族、介護職員等にも把握を促し確認する



5.多剤服用の対策としての高齢者への薬物投与の留意事項⑤

処方の見直しには3つのタイミングがある



急性期

急性期に使用する薬剤と定期服用薬の優先順位を考慮して見直しを検討



療養期

急性期に追加した薬剤の減量・中止等、移行先での管理も含め、包括的に処方見直しを検討



慢性期

外来通院患者も含め、簡便な処方を心がけ、漫然と処方を継続しないよう常に見直し

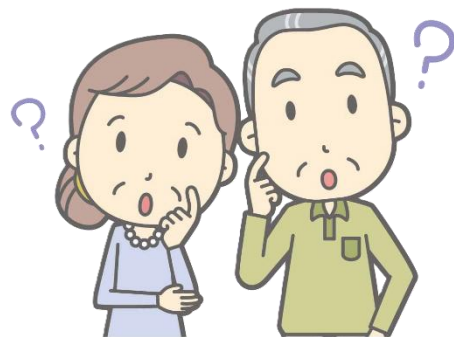
6.服薬支援①

服薬アドヒアランス低下の要因を理解する

要因の例



視力低下



認知機能の低下



独居



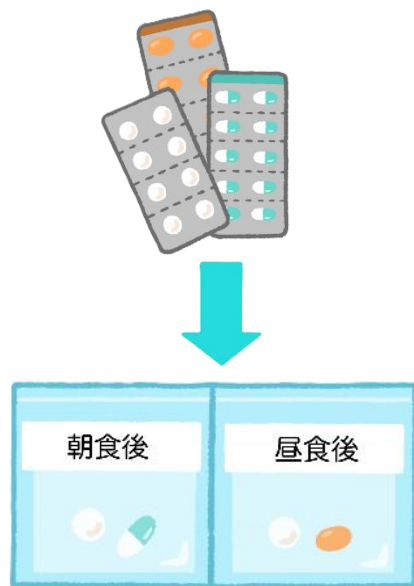
多剤服用

患者家族、薬剤師、看護師、介護職員(ケアマネジャー等)から生活状況を確認する

6.服薬支援②

処方および服薬支援の方法を工夫する

(例)服用タイミングをまとめ、用法を単純化する



(例)家族や看護師等が服薬支援・管理する

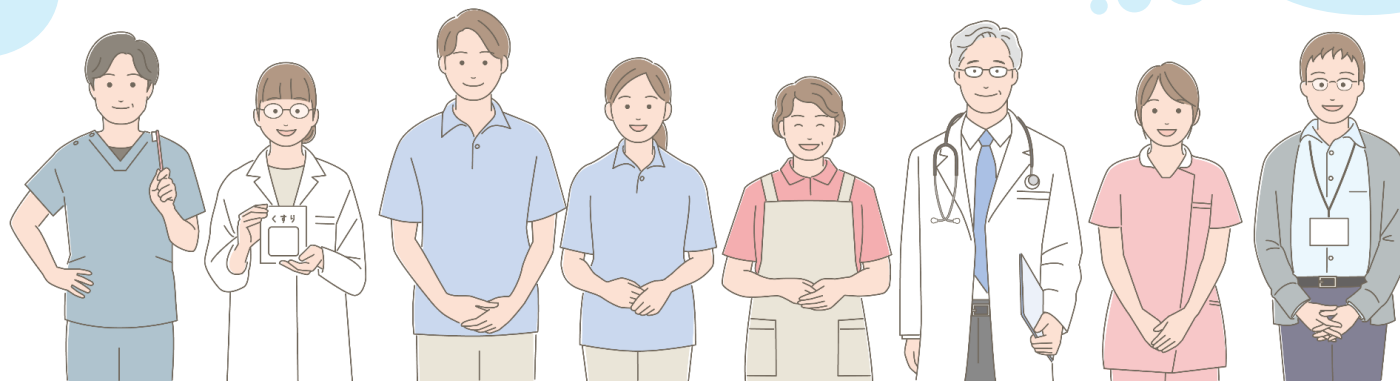


7. 多職種・医療機関及び地域での協働

薬物療法は多職種間・職種内の協働が重要である

医師・歯科医師・
薬剤師が中心的な
役割を担う

(例)看護師は
服薬状況等を把握し
多職種で共有する

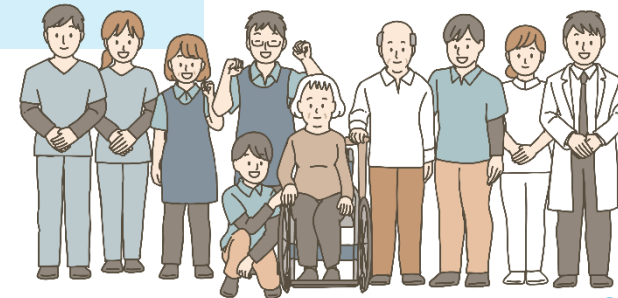


7.多職種・医療機関及び地域での協働

医療機関や地域の薬局、介護サービス等と協働する

協働の例

- ・ 入退院時には、入院前・退院後のかかりつけ医と連携
- ・ 病院の薬剤師も地域の薬局薬剤師と連携
- ・ 介護施設・在宅医療等の現場でも多職種チームを形成
- ・ 訪問看護師と在宅対応薬剤師が連携し服薬状況等を確認



8.国民的理解の醸成

薬剤の適正な使用法の知識を普及させることが重要

一般向けパンフレットの活用



ポリファーマシーのリスクや非薬物療法の啓発



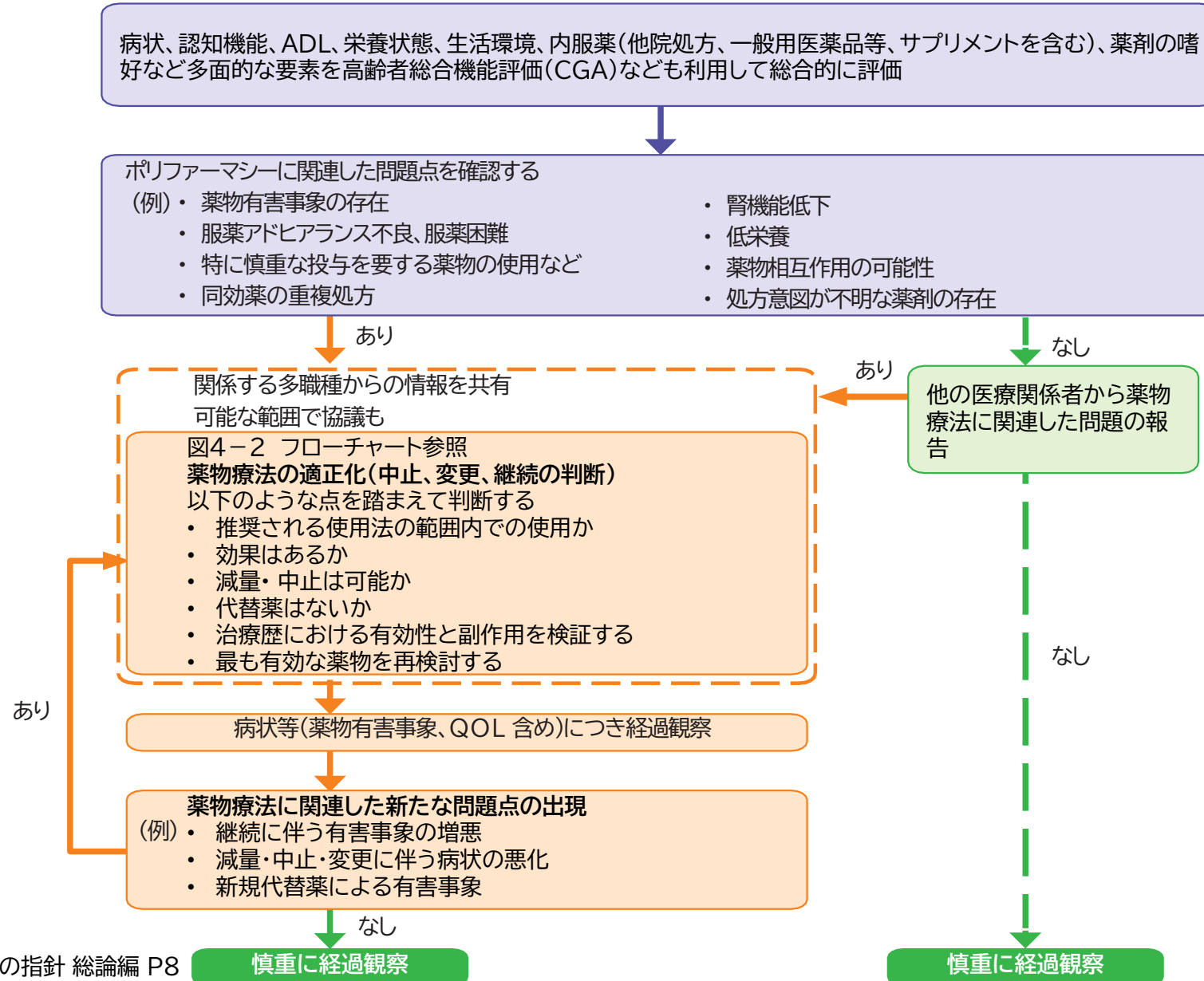
出典:高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編 P17

指針に記載の出典:高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用 日本老年医学会, 日本老年薬学会等

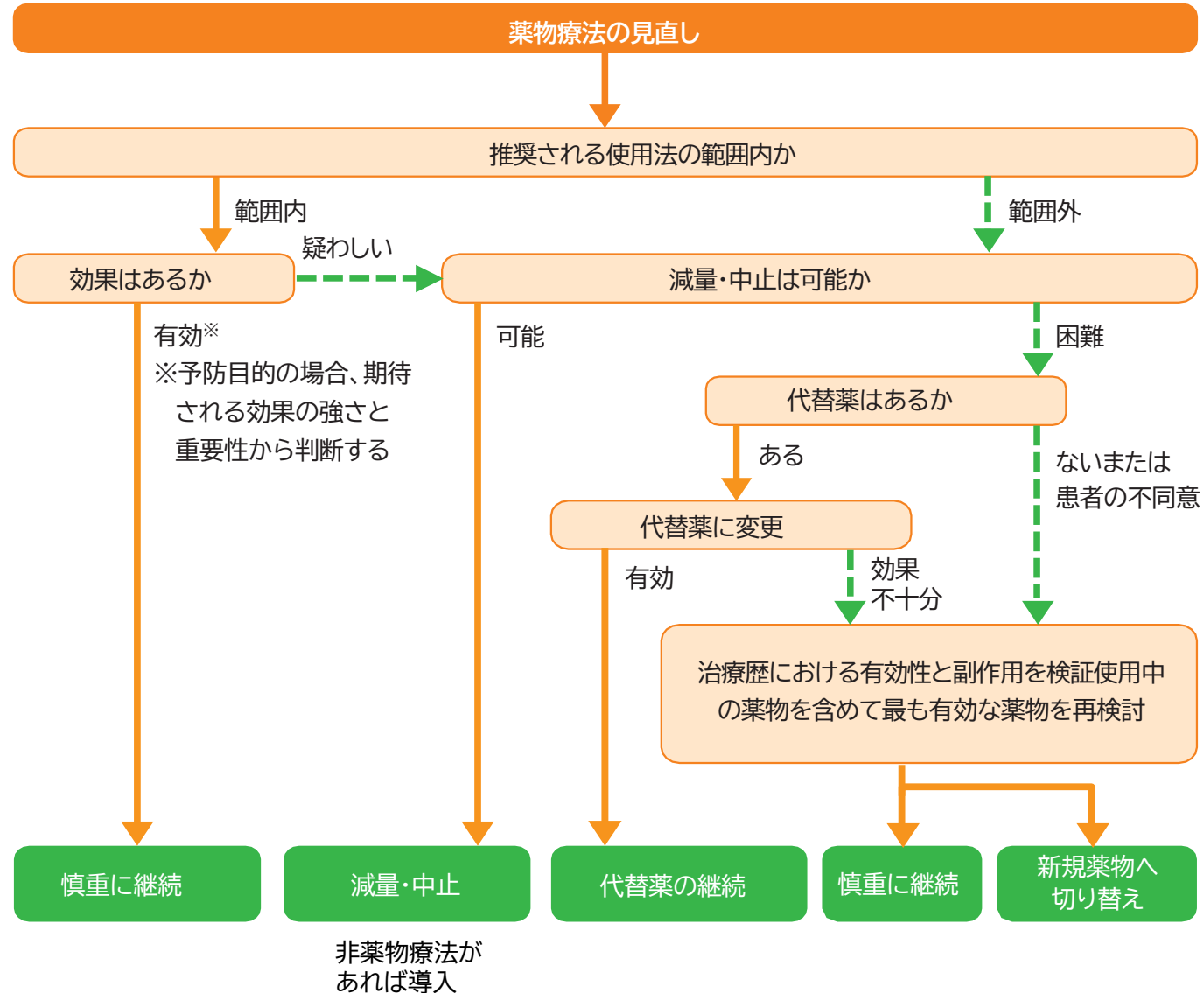
令和7年度 厚生労働省医薬局医薬安全対策課委託事業 「高齢者の医薬品適正使用推進事業に係るアウトカム創出調査一式」 調査検討会

参考資料

フローチャート(処方見直しのプロセス) 高齢患者



薬物療法の適正化のためのフローチャート



出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編 P9

指針に記載の出典：高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015(日本老年医学会)より引用

表1 薬剤起因性老年症候群と主な原因薬剤

症 候	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(H2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(H2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(H2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(H2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(H2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(H2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

表1は、単剤でみられる薬剤起因性老年症候群を記載したもの。薬剤の併用による有害事象は、別添の別表1(p.19)及び別表2(p.31)の各薬効群の記載を参照する。

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編 P10

指針に記載の出典：高齢者のポリファーマシー多剤併用を整理する「知恵」と「コツ」(秋下雅弘)より改変引用

表2 服薬アドヒアランス低下の要因

- 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じない状況)
- 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

表3 処方工夫と服薬支援の主な例

服用薬剤数を減らす	・ 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
剤形の選択	・ 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)

別表1 高齢者で汎用される薬剤の基本的な留意点 (薬効群と代表的薬剤の一般名[販売名の例])

A. 催眠鎮静薬・抗不安薬	加齢により睡眠時間は短縮し、また睡眠が浅くなることを踏まえて、薬物療法の前に、睡眠衛生指導を行う。必要に応じて催眠鎮静・抗不安薬が用いられるが、ベンゾジアゼピン系薬剤は、高齢者では有害事象が生じやすく、依存を起こす可能性もあるので、特に慎重に投与する薬剤に挙げられている。	
	高齢者の特性を考慮した薬剤選択	ベンゾジアゼピン系催眠鎮静薬(ブロチゾラム[レンドルミン]、フルニトラゼパム[ロヒプノール、サイレース]、トラゼパム[ベンザリン、ネルボン]など)は、過鎮静、認知機能の悪化、運動機能低下、転倒、骨折、せん妄などのリスクを有しているため、高齢者に対しては、特に慎重な投与を要する。長時間作用型(フルラゼパム[ダルメート]、ジアゼパム[セルシン、ホリゾン]、ハロキサゾラム[ソメリン]など)は、高齢者では、ベンゾジアゼピン系薬剤の代謝低下や感受性亢進がみられるため、使用するべきでない。また、トリアゾラム[ハルシオン]は健忘のリスクがあり使用はできるだけ控えるべきである。非ベンゾジアゼピン系催眠鎮静薬(ゾピクロン[アモバン]、ゾルピデム[マイスリー]、エスゾピクロン[ルネスタ])も転倒・骨折のリスクが報告されている。その他ベンゾジアゼピン系と類似の有害事象の可能性もある。ベンゾジアゼピン系抗不安薬(アルプラゾラム[コンスタン、ソラナックス]、エチゾラム[デパス]など)は日中の不安、焦燥に用いられる場合があるが、高齢者では上述した有害事象のリスクがあり、可能な限り使用を控える。
	投与量、使用方法に関する注意	漫然と長期投与せず、少量の使用にとどめるなど、慎重に使用する。ベンゾジアゼピン系薬剤は、海外のガイドラインでも投与期間を4週間以内の使用にとどめるとしていることも留意すべきである。ベンゾジアゼピン系薬剤は急な中止により離脱症状が発現するリスクがあることにも留意する。
	他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意	多くの薬剤は主にCYP3Aで代謝されるため、CYP3Aを阻害する薬剤との併用はなるべく避けるべきである。CYPの関与する主な相互作用は、別表4(p.34)を参照。メラトニン受容体作動薬ラメルテオン[ロゼレム]は、CYP1A2を強く阻害する選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)のフルボキサミン[デプロメール、ルボックス]との併用は禁忌である。また、オレキシン受容体拮抗薬スボレキサント[ベルソムラ]は、併用によりCYP3Aでの代謝が阻害され、作用が著しく増強するため、クラリスロマイシン[クラリス、クラリシッド]などCYP3Aを強く阻害する薬剤との併用は禁忌である。

B. 抗うつ薬 (スルピリド 含む)	高齢者のうつ病の治療には、心理社会的要因への対応や臨床症状の個人差に応じたきめ細かな対応が重要である。高齢者のうつ病に対して、三環系抗うつ薬は、特に慎重に使用する薬剤に挙げられている。	
	高齢者の特性を 考慮した薬剤選択	三環系抗うつ薬(アミトリプチリン[トリプタノール]、アモキサピン[アモキサン]、クロミプラミン[アナフラニール]、イミプラミン[トフラニール]など)は、SSRIと比較して抗コリン症状(便秘、口腔乾燥、認知機能低下など)や眠気、めまい等が高率でみられ、副作用による中止率も高いため、高齢発症のうつ病に対して、特に慎重に使用する。 スルピリド[アビリット、ドグマチール]は、食欲不振がみられるうつ状態の患者に用いられることがあるが、パーキンソン症状や遅発性ジスキネジアなど錐体外路症状発現のリスクがあり、使用はできるかぎり控えるべきである。 SSRI(セルトラリン[ジェイゾロフト]、エスシタロプラム[レキサプロ]、パロキセチン[パキシル]、フルボキサミン[デプロメール、ルボックス])も高齢者に対して転倒や消化管出血などのリスクがある。
	投与量、使用方法 に関する注意	痙攣、緑内障、心血管疾患、前立腺肥大による排尿障害などの身体症状がある場合、多くの抗うつ薬が慎重投与となる。 三環系抗うつ薬とマプロチリン[ルジオミール]は、緑内障と心筋梗塞回復初期には禁忌であり、三環系抗うつ薬とエスシタロプラムはQT延長症候群に禁忌である。 スルピリドは使用する場合には50mg/日以下にし、腎排泄型薬剤のため腎機能低下患者ではとくに注意が必要である。褐色細胞腫にスルピリドは使用禁忌である。 SSRIは急な中止により離脱症状が発現するリスクがあることにも留意する。
	他の薬効群の薬剤 との相互作用に 関する注意	SSRIの使用に当たっては、CYPの関与する相互作用などを受けやすいため、併用薬に注意が必要である。特にフルボキサミンはCYP1A2を、パロキセチンはCYP2D6を強く阻害し、併用禁忌の薬剤もあることから、注意が必要である。 CYPの関与する主な相互作用は、別表4(p.34)を参照。また、非ステロイド性抗炎症薬や抗血小板薬との併用は出血リスクを高めることがあるため注意が必要である。

C. BPSD 治療薬	BPSDの原因となりうる心身の要因や環境要因を検討し、対処する。薬剤がBPSDを引き起こすこともあるため、関連が疑われる場合、まずは原因薬剤の中止を検討する。これらの対応で十分な効果が得られない場合は薬物療法を検討する。	
	高齢者の特性を 考慮した薬剤選択	薬物療法としては、症状に応じた薬剤の使用を検討する。 抗精神病薬は、幻覚、妄想、焦燥、興奮、攻撃などの症状に対して使用を考慮してもよいが、抗精神病薬のBPSDへの使用は適応外使用であることに留意する。定型抗精神病薬（ハロペリドール[セレネース] クロルプロマジン[コントミン] レボメプロマジン[ヒルナミン、レボトミン]など）の使用はできるだけ控え、非定型抗精神病薬（リスペリドン[リスパダール] オランザピン[ジプレキサ] アリピプラゾール[エビリファイ] クエチアピン[セロクエル]など）は必要最小限の使用にとどめる。 抑肝散が使用されることがあるが、甘が含まれるため、偽アルドステロン症による低カリウム血症に注意する。 抗うつ薬が認知症のうつ状態に用いられる場合がある。三環系抗うつ薬は、認知障害のさらなる悪化のリスクがあるためできる限り使用は控えるべきである。
	投与量、使用方法 に関する注意	抗精神病薬は、認知症患者への使用で脳血管障害および死亡率が上昇すると報告があるため、リスクベネフィットを考慮し、有害事象に留意しながら使用する。認知機能低下、錐体外路症状、転倒、誤嚥、過鎮静等の発現に注意し、低用量から効果をみながら漸増する。効果が認められても漫然と続けず、適宜漸減、中止できるか検討する。 半減期の長い薬剤は中止後も有害事象が遷延することがあるので注意が必要である。 非定型抗精神病薬には血糖値上昇のリスクがあり、クエチアピンとオランザピンは糖尿病患者への投与は禁忌である。 ブチロフェノン系（ハロペリドールなど）はパーキンソン病に禁忌である。 抗精神病薬や抗うつ薬の多くは肝代謝であり、高齢者では通常量より少ない量から開始することが望ましい。また、てんかん発作の閾値の低下を起こすことがある。
	他の薬効群の薬剤 との相互作用に 関する注意	抗精神病薬や抗うつ薬の多くは主にCYPによる肝代謝を受け、CYPの関与する相互作用に注意が必要である。CYPの関与する主な相互作用は別表4(p.34)を参照。

D. 高血圧治療薬	高齢者においても降圧目標の達成が第一目標である。降圧薬の併用療法において薬剤数の上限は無いが、服薬アドヒアランス等を考慮して薬剤数はなるべく少なくすることが推奨される。	
	高齢者の特性を考慮した薬剤選択	Ca拮抗薬(アムロジピン[ノルバスク、アムロジン]、ニフェジピン[アダラートCR]、ベニジピン[コニール]、シルニジピン[アテレルク]など)、ARB(オルメサルタン[オルメテック]、テルミサルタン[ミカルディス]、アジルサルタン[アジルバ]など)、ACE阻害薬(イミダプリル[タナトリル]、エナラプリル[レニベース]、ペリンドプリル[コバシル]など)、少量のサイアザイド系利尿薬(トリクロルメチアジド[フルイトラン]など)が、心血管疾患予防の観点から若年者と同様に第一選択薬であるが、高齢患者では合併症により降圧薬の選択を考慮することも重要である。 α遮断薬(ウラピジル[エブランチル]、ドキサゾシン[カルデナリン]など)は、起立性低血圧、転倒のリスクがあり、高齢者では可能な限り使用を控える。 β遮断薬(メトプロロール[セロケン]など)の使用は、心不全、頻脈、労作性狭心症、心筋梗塞後の高齢高血圧患者に対して考慮する。ACE阻害薬は、誤嚥性肺炎を繰り返す高齢者には誤嚥予防も含めて有用と考えられる。 サイアザイド系利尿薬の使用は、骨折リスクの高い高齢者で他に優先すべき降圧薬がない場合に特に考慮する。
	投与量、使用方法に関する注意	過降圧を予防可能な血圧値の設定は一律にはできないが、低用量(1/2量)からの投与を開始する他、降圧による臓器虚血症状が出現した場合や薬物有害事象が出現した場合に降圧薬の減量や中止、変更を考慮しなければならない。
	他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意	Ca拮抗薬の多くは主にCYP3Aで代謝されるため、CYP3Aを阻害する薬剤との併用に十分に注意する。CYPの関与する主な相互作用は、別表4(p.34)を参照。

E. 糖尿病 治療薬	高齢者糖尿病では安全性を十分に考慮した治療が求められる。特に75歳以上やフレイル・要介護では認知機能や日常生活動作(ADL)、サポート体制を確認したうえで、認知機能やADLごとに治療目標を設定※すべきである。 ※2016年に日本糖尿病学会・日本老年医学会の合同委員会により高齢者の血糖コントロール目標(HbA1c値)が制定	
	高齢者の特性を考慮した薬剤選択	高齢者はシックデイに陥りやすく、また低血糖を起こしやすいことに注意が必要である。インスリン製剤も、高血糖性昏睡を含む急性病態を除き、可能な限り使用を控える。 SU薬(グリメピリド[アマリール]、グリクラジド[グリミクロン]、グリベンクラミド[オイグルコン、ダオニール]など)のうち、グリベンクラミドなどの血糖降下作用の強いものの投与は避けるべきであるが、他のSU薬についてもその使用はきわめて慎重になるべきで、低血糖が疑わしい場合には減量や中止を考慮する。 SU薬は可能な限り、DPP-4阻害薬への代替を考慮する。 メトホルミン[グリコラン、メトグルコ]では低血糖、乳酸アシドーシス、下痢に注意を要する。 チアゾリジン誘導体(ピオグリタゾン[アクトス])は心不全等心臓系のリスクが高い患者への投与を避けるだけでなく、高齢患者では骨密度低下・骨折のリスクが高いため、患者によっては使用を控えたほうがよい。 α-グルコシダーゼ阻害薬(ミグリトール[セイブル]、ボグリボース[ベイスン]、アカルボース[グルコバイ])は、腸閉塞などの重篤な副作用に注意する。SGLT2阻害薬(イプラグリフロジン[スーグラ]、ダパグリフロジン[フォシーガ]、ルセオグリフロジン[ルセフィ]、トホグリフロジン[デベルザ、アプルウェイ]、カナグリフロジン[カナグル]、エンパグリフロジン[ジャディアンス])は心血管イベントの抑制作用があるが、脱水や過度の体重減少、ケトアシドーシスなど様々な副作用を起こす危険性があることに留意すべきである。高度腎機能障害患者では効果が期待できない。また、中等度腎機能障害患者では効果が十分に得られない可能性があるため投与の必要性を慎重に判断する。尿路・性器感染のある患者には、SGLT2阻害薬の使用は避ける。発熱・下痢・嘔吐などがあるときないしは食思不振で食事が十分摂れないような場合(シックデイ)には必ず休薬する。
	投与量、使用方法に関する注意	高齢者では、生理機能が低下しているため、患者の状態を観察しながら、低用量から使用を開始するなど、慎重に投与する。腎機能が低下している患者については、別表3(p.33)を参照。
	他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意	インスリン製剤やSU薬以外でも複数種の薬剤の使用により重症低血糖の危険性が増加することから、HbA1cや血糖値をモニターしながら減薬の必要性を常に念頭においておくべきである。SU薬やナテグリニド[ファスティック、スターシス]は主にCYP2C9により代謝されるので、CYP2C9阻害薬との併用に注意する。CYPの関与する主な相互作用は、別表4(p.34)を参照。 SGLT2阻害薬は脱水リスクの観点から利尿薬との併用は避けるべきである。

F. 脂質異常症治療薬	生活習慣の指導に重点を置きつつ薬物治療を考慮する必要がある。	
	高齢者の特性を考慮した薬剤選択	スタチン(ロスバスタチン[クレストール]、アトルバスタチン[リピトールピタバスタチン[リバロ]、など)投与により、65歳以上74歳以下の前期高齢者において心血管イベントの一次予防、二次予防の両者共に有意な低下を認めたため、特に高LDL血症に対してはスタチンが第一選択薬として推奨される。 75歳以上の後期高齢者では、スタチンによる心血管イベントの二次予防の有意な低下が認められている一方、一次予防の有効性は証明されておらず、一次予防目的の使用は推奨されない。 スタチン以外の薬剤については十分なエビデンスがないため、慎重な投与を要する。
	投与量、使用方法に関する注意	スタチンの使用においては、高齢者においても筋肉痛や消化器症状、糖尿病の新規発症が多いとされており、これらに対する注意が必要である。
	他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意	スタチンとフィブレート系薬剤(フェノフィブレート[リピディル、トライコア]、ベザフィブレート[ベザトール]、クリノフィブレート[リポクリン]、クロフィブレート)の併用は横紋筋融解症の発症リスクがあり、腎機能低下例には原則併用禁忌である。 シンバスタチン[リポバス]、アトルバスタチンは主にCYP3A、フルバスタチン[ローコール]は主にCYP2C9で代謝されるため、これらのCYP阻害薬との併用によりスタチンの血中濃度が増加する可能性があり、その有害作用に注意を要する。 CYPの関与する主な相互作用は、別表4(p.34)を参照。 また、肝取り込みトランスポーターであるOATPを阻害するシクロスポリン[ネオオーラル]はスタチンの血中濃度を増加させる。 特にロスバスタチン、ピタバスタチンはシクロスポリンとの併用は禁忌である。

G. 抗凝固薬	高齢者では抗凝固薬投与時の出血リスクが高いことに配慮し、リスク・ベネフィットバランスを評価して投与の可否を判断すべきである。複数の抗血栓薬等の長期(1年以上)併用療法はなるべく避ける。	
	高齢者の特性を考慮した薬剤選択	直接作用型経口阻害薬(DOAC)(アピキサバン[エリキュース]、ダビガトラン[プラザキサ]、リバーロキサバン[イグザレルト]、エドキサバン[リクシアナ])は、アジア人ではワルファリンと比較して消化管出血のリスクは少ないとされ、高齢患者では使用しやすい薬剤であると思われる。ただし、高度の腎障害のある患者にDOACは使用禁忌である。
	投与量、使用方法に関する注意	DOACの抗血小板薬との併用療法においては、出血リスクが上昇するため、冠動脈ステント留置後など投与せざるを得ない場合においても長期間投与は避けるべきである。脳卒中のリスク評価にはCHA ₂ DS ₂ -VAScスコアが、抗凝固薬投与時の出血リスクの評価にはHAS-BLEDスコアがそれぞれ有用である。このほか、高齢患者ではがんや転倒の既往、ポリファーマシーも大出血のリスクとされる。 ワルファリン[ワーファリン]は定期的にPT-INRを確認することにより抗凝固作用がモニターできるが、DOACはモニターができないため、定期的に腎機能を確認し、用量が適正であるか見直しが必要である。
	他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意	ワルファリンおよびDOACはそれぞれ、併用薬との相互作用に十分注意が必要である。CYPの関与する主な相互作用は、別表4(p.34)を参照。リバーロキサバンは強いCYP3A(あるいはP糖蛋白)阻害薬である複数の薬剤が併用禁忌に指定されている。ダビガトランやエドキサバンはP糖蛋白阻害薬との相互作用に注意が必要である。特にダビガトランは強力なP糖蛋白阻害薬であるイトラコナゾールは併用禁忌である。 ワルファリンはビタミンKを多く含む食品や健康食品の摂取にも注意が必要であり、納豆、クロレラ、青汁に関しては摂取しないように指導する。

H. 消化性潰瘍治療薬	消化性潰瘍治療薬は特に逆流性食道炎(GERD)において長期使用される傾向にあるが、薬物有害事象も知られており、長期使用は避けたい薬剤である。	
	高齢者の特性を考慮した薬剤選択	プロトンポンプ阻害薬(PPI)(エソメプラゾール[ネキシウム]、ランソプラゾール[タケプロン]、ラベプラゾール[パリエット]、オメプラゾール[オメプラール])は、その有効性に関する報告が多く、第一選択として使用される。 H₂受容体拮抗薬も有効な治療薬であるが、腎排泄型薬剤であることから腎機能低下により血中濃度が上昇し有害事象の生じる可能性が高くなる。また、高齢者ではせん妄や認知機能低下のリスクの上昇があり、可能な限り使用を控える。 ボノプラザン[タケキャブ]はPPI同様に強力な胃酸分泌抑制作用があり、PPI使用時の注意に準じた経過観察を考慮する。
	投与量、使用方法に関する注意	PPIは安全性が高い薬剤であるが、長期投与により大腿骨頸部骨折などの骨折リスクの上昇やクロストリジウム・ディフィシル感染症のリスクが高まることが報告されている。さらに長期使用によるアルツハイマー型認知症のリスクの上昇についても報告がある。 H₂受容体拮抗薬(ファモチジン[ガスター]、ニザチジン[アシノン]、ラニチジン[ザンタック])は、腎排泄型であり、腎機能が低下している患者の使用の際に注意する(代表的腎排泄型薬剤は別表3:p.33を参照)。
	他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意	PPIはCYP2C19で代謝されるが、代謝における同酵素の寄与率は薬剤により異なる。難治性GERDや重症の食道炎、NSAIDs内服による消化管出血リスクの高い症例を除いては、8週間を超える投与は控え、継続する場合にも常にリスクを考慮する。CYPの関与する主な相互作用は、別表4(p.34)を参照。 H₂受容体拮抗薬のうち、シメチジン[タガメット]は複数のCYP分子種を阻害することから、薬物相互作用に注意を要する。

I. 消炎鎮痛薬	NSAIDsは上部消化管出血や腎機能障害、心血管障害などの薬物有害事象のリスクを有しており、高齢者に対して特に慎重な投与を要する薬剤の一つである。	
	高齢者の特性を考慮した薬剤選択	NSAIDs(セレコキシブ[セレコックス]、ロキソプロフェン[ロキソニン]、ロルノキシカム[ロルカム]、ジクロフェナク[ボルタレン]など)の使用はなるべく短期間にとどめるとともに、上部消化管出血の危険があるため、プロトンポンプ阻害薬やミソプロストール[サイトテック]の併用を考慮する。 セレコキシブ、メロキシカム[モービック]等の選択的 COX-2阻害薬はNSAIDs潰瘍発生のリスクの低減が期待できるため、特に消化性潰瘍の既往のある高齢者でNSAIDsを使用せざるを得ない場合に使用を考慮する。 アセトアミノフェン[カロナール]はNSAIDsには分類されないが、消化管出血や腎機能障害、心血管障害などの薬物有害事象のリスクがNSAIDsに比べて低いと考えられるため、高齢者に鎮痛薬を用いる場合の選択肢として考慮される。
	投与量、使用方法に関する注意	NSAIDsは腎機能を低下させるリスクが高いため、軽度の腎機能障害を認めることが多い高齢者においては、可能な限り使用を控え、やむを得ず使用する場合でもなるべく短期間・低用量での使用を考慮する。また、心血管疾患のリスクも高めるため、これらの基礎疾患を合併する高齢者への投与についても注意が必要である。NSAIDsの外用剤と内服薬の併用や、NSAIDsを含有する一般用医薬品等との併用でも薬物有害事象が問題となる可能性があるため、注意が必要である。 アセトアミノフェンを高用量で用いる場合は肝機能障害のリスクが高くなるため注意が必要である。一般用医薬品等を含めて総合感冒剤等に含まれるアセトアミノフェンとの重複にも注意する。 いずれの鎮痛薬を用いるにしても、疼痛の原因・種類を評価した上でその内容に応じた治療を行うことが重要であり、適切な評価を行うことなく鎮痛薬を漫然と継続することは避けるべきである。
	他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意	抗血小板薬や抗凝固薬、糖質ステロイドの併用患者ではNSAIDs潰瘍のリスクが上昇するため、これらの薬剤を使用する場合は、なるべくNSAIDsの変更・早期中止を検討する。レニン・アンジオテンシン系阻害薬(ARB、ACE阻害薬など)、利尿薬(フロセミド[ラシックス]、アゾセミド[ダイアート]、スピロラクトン[アルダクトン]、トリクロルメチアジド[フルイトラン]など)とNSAIDsの併用により腎機能低下や低ナトリウム血症のリスクが高まるため、これらの併用はなるべく避けるべきである。

J. 抗微生物薬 (抗菌薬・抗ウイルス薬)	急性気道感染症のうち感冒や、成人の急性副鼻腔炎、A群β溶血性連鎖球菌が検出されていない急性咽頭炎、慢性呼吸器疾患等の基礎疾患や合併症のない成人の急性気管支炎(百日咳を除く)、および軽症の急性下痢症については、抗菌薬投与を行わないことが推奨されている。一方、高齢者は上記の感染症であっても重症化する恐れがあることに注意が必要である。	
	高齢者の特性を考慮した薬剤選択	細菌感染症が想定され抗菌薬を開始する場合は、原則的にはその細菌感染症の想定されるまたは判明している起因菌に感受性を有する抗菌薬を選択する必要がある。不必要に広域なスペクトラムを有する抗菌薬の長期使用は、薬剤耐性菌の増加に繋がる恐れがあるため注意が必要である。
	投与量、使用方法に関する注意	治療期間についても、原則的には感染症の種類毎の標準的な治療期間を遵守する。治療期間が短すぎる場合には治療失敗や再発の恐れが、また治療期間が不必要に長過ぎる場合は薬剤耐性菌の増加に繋がる恐れがあるため注意が必要である。 投与量に関しては、疾患や抗菌薬の種類毎に標準的な投与量を遵守するが、高齢者では腎機能や肝機能が低下している場合も多いため、それらの状況に応じて適切な用法・用量の調整を行う。ただし、急性疾患では、まず十分量を投与し有効性を担保することが、治療タイミングを逸しないためにも肝要であり、高齢者であるからといって少なすぎる投与量で使用した場合、有効性が期待できないだけでなく、薬剤耐性菌の増加に繋がる恐れもあるため注意が必要である。投与量を調整する場合、一回投与量を減ずるか、または投与間隔を延長するかの判断は、薬理作用等の薬剤特性を考慮して行う。例えば、フルオロキノロン系抗菌薬(ガレノキサシン[ジェニナック]、シタフロキサシン[グレースビット]、レボフロキサシン[クラビット]、トスフロキサシン[オゼックス]など)等の濃度依存性抗菌薬の場合は、一回投与量は減ずること無く、投与間隔を延長するほうがよいと考えられる。 バンコマイシン塩酸塩やアミノグリコシド系抗菌薬(カナマイシン)、フルオロキノロン系抗菌薬、セフェピム[マキシピーム]、アシクロビル[ゾビラックス]などの薬剤については、腎機能の低下した高齢者では薬物有害事象のリスクが高いため特に注意が必要である。
	他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意	マクロライド系抗菌薬(クラリスロマイシン[クラリス、クラリシッド]、エリスロマイシン[エリスロシン])やアゾール系抗真菌薬(イトラコナゾール[イトリゾール]、ミコナゾール[フロリード]、ボリコナゾール[ブイフェンド]、フルコナゾール[ジフルカン])は、CYPの阻害作用が強く、この経路で代謝される他の薬剤の血中濃度が上昇し薬物有害事象が問題となる恐れがある。CYPの関与する主な相互作用は、別表4(p.34)を参照。カルバペネム系抗菌薬は、バルプロ酸ナトリウム[デパケン]と併用した場合、バルプロ酸の血中濃度が低下するため併用禁忌である。 フルオロキノロン系抗菌薬はNSAIDsとの併用で痙攣誘発の恐れがあるため注意が必要である。 テトラサイクリン系抗菌薬(ミノサイクリン[ミノマイシン])

J. 抗微生物薬 (抗菌薬・抗ウイルス薬)	他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意	ドキシサイクリン[ビブラマイシン]、アクロマイシン)、フルオロキノロン系抗菌薬は、アルミニウムまたはマグネシウム含有薬剤、鉄剤との同時服用で、キレートを形成し吸収が低下するため、併用を避けるか、服薬間隔を空ける必要がある。 ワルファリンは抗菌薬との併用時に抗菌薬の腸内細菌抑制作用によりビタミンK産生が抑制され、抗凝固作用が増強する恐れがあるため、血液凝固能を注意深くモニタリングし必要に応じ用量を調整する必要がある。 抗HIV薬、抗HCV薬は、薬物相互作用が問題となる組み合わせが多岐にわたり、かつ血中濃度の変動も大きいものが多いため、問題がないかどうか個別に注意深く確認する必要がある。
--------------------------	----------------------	--

K. 緩下薬		便秘の原因となる薬剤(表1:p.10を参照)を使用している場合は、原因となる薬剤の変更・中止を検討する。水分制限がある疾患でなければ、水分摂取を促し、食物繊維を取り入れた食事療法と適度な運動で改善を図る。
	高齢者の特性を考慮した薬剤選択	マグネシウム製剤(酸化マグネシウム)は浸透圧下剤として用量調節しやすく、頻用されているが、高齢者は腎機能が低下しており、高マグネシウム血症に注意が必要である。 ルビプロストン[アミティーザ]は、クロライドチャネルアクチベーターであり、血清中電解質に影響なく便をやわらかくさせるため、硬便のため排便困難となっている症状に使用を検討する。 ナルデメジン[スインプロイク]は、オピオイド誘発性の難治性便秘であれば使用を検討する。
	投与量、使用方法に関する注意	マグネシウム製剤を使用する場合は、低用量から開始し、高用量の使用は避ける。定期的に血清マグネシウム値を測定し、高マグネシウム血症の症状である悪心・嘔吐、血圧低下、徐脈、筋力低下、傾眠などの症状がある場合はマグネシウム製剤の中止と受診をすすめる。 刺激性下剤は長期連用により耐性が生じて難治性便秘に発展することがある。また、センナなどに含まれるアントラキノン誘導体は大腸運動異常や偽メラノーシスを引き起こす。刺激性下剤の使用は頓用にとどめるべきである。
	他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意	マグネシウム製剤は、フルオロキノロン系・テトラサイクリン系抗菌薬などの吸収を低下させるため、これらの薬剤との服用間隔を2時間程度空ける必要がある。

L. 抗コリン系薬	抗コリン作用を有する薬剤は、口渇、便秘の他に中枢神経系への有害事象として認知機能低下やせん妄などを引き起こすことがあるので注意が必要である。		
	投与量、使用方法に関する注意	認知機能障害の発現に関しては、ベースラインの認知機能、電解質異常や合併症、さらには併用薬の影響など複数の要因が関係するが、特に抗リン作用は単独の薬剤の作用ではなく服用薬剤の総リン負荷が重要とされ、有害事象のリスクを示す指標としてAnticholinergic risk scale (ARS)などが用いられることがある。 抗コリン系薬剤の多くは急な中止により離脱症状が発現するリスクがあることにも留意する。	
	他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意	抗コリン作用を有する薬物のリストとして表にまとめた。列挙されている薬剤が投与されている場合は中止・減量を考慮することが望ましい。	
		抗精神病薬	フェノチアジン系抗精神病薬(クロルプロマジン[コントミン]、レボメプロマジン[ヒルナミン、レボトミン]など)、非定型抗精神病薬(オランザピン[ジプレキサ]、クロザピン[クロザリル])
パーキンソン病治療薬		トリヘキシフェニジル[アーテン]、ビペリデン[アキネトン]	
抗不整脈薬		ジソピラミド[リスモダン]	
骨格筋弛緩薬		チザニジン[テルネリン]	
過活動膀胱治療薬(ムスカリン受容体拮抗薬)		オキシブチニン[ボラキス]、プロピペリン[バップフォー]、ソリフェナシン[ベシケア]など	
腸管鎮痙薬		アトロピン、ブチルスコポラミン[ブスコパン]など	
制吐薬		プロクロラペラジン[ノバミン]、メトクロプラミド[プリンペラン]	
H ₂ 受容体拮抗薬		すべてのH ₂ 受容体拮抗薬(シメチジン[タガメット]、ラニチジン[ザンタック]など)	
H ₁ 受容体拮抗薬		すべての第一世代H ₁ 受容体拮抗薬(クロルフェニラミン[アレルギン、ネオレスタミン、ビスミラー]、ジフェンヒドラミン[レスタミン]など)	
抗精神病薬	フェノチアジン系抗精神病薬(クロルプロマジン[コントミン]、レボメプロマジン[ヒルナミン、レボトミン]など)、非定型抗精神病薬(オランザピン[ジプレキサ]、クロザピン[クロザリル])		
※高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015に列挙されている抗リン作用のある薬剤、Anticholinergic risk scale にstrongとして列挙されている薬剤および、Beers Criteria 2015のDrugs with Strong Anticholinergic Propertiesに列挙されている薬剤のうち日本国内で使用可能な薬剤に限定して作成			

別表2 その他の特に慎重な投与を要する薬物のリスト

分類	薬物(クラス又は一般名)	推奨される使用法	主な薬物(有害事象・理由)
抗パーキンソン病薬	パーキンソン病治療薬(抗コリン薬)(トリヘキシフェニジル[アーテン]、ビペリデン[アキネトン])	可能な限り使用を控える。 代替薬:L-ドパ	認知機能低下、せん妄、過鎮静、 口腔乾燥、便秘、排尿症状悪化、尿閉
ステロイド	経口ステロイド薬(プレドニゾロン、メチルプレドニゾロン[メドロール]、ベタメタゾン[リンデロン]など)	慢性安定期のCOPD患者には使用すべきでない。 増悪時、Ⅲ期以上の症例や入院管理が必要な患者では、プレドニゾロン40mg/日を5日間投与が勧められる。	呼吸筋の筋力低下および呼吸不全の 助長、消化性潰瘍の発生
ジギタリス	ジゴキシン[ジゴシン、ハーフジゴキシン]	0.125mg/日以下に減量する。高齢者では 0.125mg/日以下でもジギタリス中毒のリスクがあるため、血中濃度や心電図によるモニターが難しい場合には中止を考慮する。	ジギタリス中毒
利尿薬	ループ利尿薬(フロセミド[ラシックス]など)	必要最小限の使用にとどめ、循環血漿量の減少が 疑われる場合、中止または減量を考慮する。 適宜電解質・腎機能のモニタリングを行う。	腎機能低下、起立性低血圧、転倒、 電解質異常
β 遮断薬	アルドステロン拮抗薬(スピロノラクトン[アルダクトンA]、エプレレノン[セララ])	適宜電解質・腎機能のモニタリングを行う。 特にK高値、腎機能低下の症例では少量の使用にとどめる。	高K血症

出典:高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編 P31

分類	薬物(クラス又は一般名)	推奨される使用法	主な薬物(有害事象・理由)
α 遮断薬	受容体サブタイプ非選択的 α 1受容体遮断薬(テラゾシン[ハイトラシン、バソメット]、プラゾシン[ミニプレス]、ウラピジル[エブランチル]、ドキサゾシン[カルデナリン]など)	可能な限り使用を控える。 代替薬:(高血圧)その他の降圧薬(前立腺肥大症)、シロドシン[ユリーフ]、タムスロシン[ハルナール]、ナフトピジル[フリバス]、植物製剤など	起立性低血圧、転倒
第一世代 H ₁ 受容体拮抗薬	H ₁ 受容体拮抗薬(第一世代)	可能な限り使用を控える。	認知機能低下、せん妄のリスク、 口腔乾燥、便秘
制吐薬	メトクロプラミド[プリンペラン]、プロクロルペラジン[ノバミン]、プロメタジン[ヒベルナ、ピレチア]	可能な限り使用を控える。	ドーパミン受容体遮断作用により、パーキンソン症状の出現・悪化が起きやすい。
過活動膀胱治療薬	オキシブチニン(経口)[ポラキス]	可能な限り使用しない。 代替薬:他のムスカリン受容体拮抗薬	尿閉、認知機能低下、せん妄のリスクあり。口腔乾燥、便秘の頻度が高い。
	ムスカリン受容体拮抗薬(ソリフェナシン[ベシケア]、トルテロジン[デトルシトール]、フェソテロジン[トビエース]、イミダフェナシン[ウリトス、ステーブラ]、プロピペリン[バップフォー]、オキシブチニン経皮吸収型[ネオキシテープ])	低用量から使用。前立腺肥大症の場合は α 1受容体遮断薬との併用。必要時、緩下剤を併用する。	口腔乾燥、便秘、排尿症状の悪化、尿閉
骨粗鬆症治療薬	活性型ビタミンD3製剤(アルファカルシドール[アルファロール、ワンアルファ]、エルデカルシトール[エディロール])	アルファカルシドールは1 μ g/日以上との投与は控える。	サプリメントを含むCa製剤との併用で高カルシウム血症による認知機能低下やせん妄などを引き起こすことがあるので注意が必要である。

出典:高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編 P32

別表3 代表的腎排泄型薬剤

薬効分類	薬物名
抗菌薬	フルオロキノロン系抗菌薬(レボフロキサシン他)、バンコマイシン塩酸塩、アミノグリコシド系抗菌薬(ゲンタマイシン硫酸塩)、他
抗ウイルス薬	バラシクロビル塩酸塩アシクロビル、オセルタミビルリン酸塩、他
H ₂ 受容体拮抗薬	ファモチジン、ラニチジン塩酸塩、他
糖尿病治療薬	メトホルミン塩酸塩、シタグリプチンリン酸塩水和物、アログリプチン安息香酸塩、他
不整脈治療薬	シベンゾリンコハク酸塩、ジソピラミド、ピルシカイニド塩酸塩、他
抗凝固薬	ダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩、リバーロキサバン、他
高尿酸血症治療薬	アロプリノール
強心配糖体	ジゴキシン、メチルジゴキシン、他
精神・神経疾患治療薬	炭酸リチウム、スルピリド、リスペリドン、アマンタジン塩酸塩、メマンチン塩酸塩、他

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編 P33

別表4 CYPの関与する基質、阻害薬、誘導薬の代表例(特に高齢者での使用が想定され注意が必要な薬物)

CYP分子種	基質 (阻害薬や誘導薬からの相互作用を受ける薬物)	阻害薬 (基質の血中濃度を上昇させる薬物等)	誘導薬 (基質の血中濃度を低下させる薬物等)
CYP1A2	チザニジン、ラメルテオン、デュロキセチン	フルボキサミン、シプロフロキサシン、メキシレチン	
CYP2C9	ワルファリン、フェニトイン、グリメピリド、グリベンクラミド、ナテグリニド、ジクロフェナク、セレコキシブ、フルバスタチン	ミコナゾール、フルコナゾールアミオダロン、ブコローム	リファンピシン
CYP2C19	ボリコナゾール、オメプラゾール、ランソプラゾール	フルボキサミン、ボリコナゾール、フルコナゾール	リファンピシン
CYP2D6	デキストロメトルファン、ノルトリプチリン、マプロチリン、メトプロロール、アトモキセチン、トルテロジン	パロキセチン、テルビナフィン、シナカルセト、ミラベグロン、デュロキセチン	
CYP3A 注1, 2)	トリアゾラム、アルプラゾラム、プロチゾラム、スボレキサント、シンバスタチン、アトルバスタチン、ニソルジピン、フェロジピン、アゼルニジピン、ニフェジピン、リバーロキサバン、チカグレロルエプレネン	イトラコナゾール、ボリコナゾール、ミコナゾール、フルコナゾール、クラリスロマイシン、エリスロマイシンジルチアゼム、ベラパミル、グレープフルーツジュース	リファンピシン、リファブチン、フェノバルビタール、フェニトイン、カルバマゼピン、セントジョーンズワート

※ 基質(相互作用を受ける薬物)は、そのCYP分子種で代謝される薬物である。基質の薬物は、同じ代謝酵素の欄の阻害薬(血中濃度を上昇させる薬物等)、誘導薬(血中濃度を低下させる薬物等)の薬物との併用により相互作用が起これる。一般に血中濃度を上昇させる阻害薬との組み合わせでは基質の効果が強まって薬物有害事象が出る可能性があり、血中濃度を低下させる誘導薬との組み合わせでは効き目が弱くなる可能性がある。なお、多くの場合、基質同士を併用してもお互いに影響はない。

※ 上記薬剤は2倍以上あるいは1/2以下へのAUCもしくは血中濃度の変動による相互作用が基本的に報告されているものであり、特に高齢者での使用が想定され、重要であると考えられる薬剤をリストアップしている。抗HIV薬、抗HCV薬、抗がん薬など相互作用を起こしうる全ての薬剤を含めているものではない。組み合わせによっては5倍以上、場合によっては10倍以上に血中濃度が上昇するものもある。

※ 本表はすべてを網羅したものではない。実際に相互作用に注意すべきかどうかは、医薬品添付文書の記載や相互作用の報告の有無なども確認して個別の組み合わせごとに判断すること。

注1 ベンゾジアゼピン系薬やCa拮抗薬は主にCYP3Aで代謝される薬物が多い。本リストでは、そのなかでも CYP3Aの寄与が高いことが良く知られている薬物を例示した。

注2 消化管吸収におけるCYP3A、P糖蛋白の寄与は不明瞭であることが多く、また両方が関与するケースもみられることに注意を要する。またCYP3Aの阻害薬については、P糖蛋白も阻害する場合が多い。

出典:高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編 P34

[別紙] 薬物動態、腎機能低下時及び薬物相互作用について

1 加齢に伴う薬物動態および薬力学の変化

▶薬物動態

薬物動態は、吸収(Absorption)、分布(Distribution)、代謝(Metabolism)、排泄(Excretion)のADMEと略称されるステップにより規定される。それぞれ加齢により以下(表1)のような影響を受けるが、特に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)に関わるので重要である。

一般に、多くの薬物は体内曝露量と効果・薬物有害事象の関連性が高く、その体内曝露量を規定する因子として濃度時間曲線下面積(Area Under the Curve; AUC)がある。薬物を投与した場合、AUC=投与量/全身(あるいは経口)クリアランスの関係があるため、高齢者で肝クリアランスや腎クリアランスの低下に伴う全身(あるいは経口)クリアランスの残存率に応じて減量することにより、理論的には肝機能や腎機能が正常な場合と同じAUCを維持できる。これは、後述する腎機能低下時の投与設計(Giusti-Hayton法)やCYPの阻害によるAUCの変化などの考え方の基本となる。

▶薬力学

薬物血中濃度が変動しなくても、加齢に伴い標的分子へ反応性が変化する薬物もある。 β 受容体刺激薬に対する感受性低下、抗不安薬や睡眠薬、抗コリン薬に対する感受性亢進などが知られている。

表1 加齢に伴う生理学的変化と薬物動態の変化

	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	脂溶性薬物の分布容積増大(血中半減期延長)
	体内水分量減少	水溶性薬物の分布容積減少
	血漿中アルブミン濃度低下	酸性薬物の蛋白結 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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編 P35

2 クレアチニン・クリアランスによる腎機能評価

腎排泄型薬物の投与量設定には、適切な腎機能評価が重要であり、不適切な腎機能評価は過量投与や過少投与につながる。腎機能評価は実測のクレアチニンクリアランス(Ccr)で行うことが理想であるが、実臨床において全例測定することは非現実的である。また、腎機能低下があっても、高齢者の場合、血清クレアチニン値(SCr)は正常範囲内であることが多い。したがって、薬物投与量を設定する際は、SCrだけで判断せず、Cockcroft-Gault式(CG式)による推算Ccr、または推算糸球体濾過量(eGFR)による腎機能評価が必要である。ただし、CG式による推算Ccrは肥満患者では腎機能を過大評価してしまうこと、またJaffe法で測定されたSCrを基準に作成された式であるため、本邦のほとんどの施設で採用されている酵素法で測定されたSCrを用いる際は、実測SCrに0.2を加えて計算する必要がある点に留意する。

3 推算糸球体濾過量(eGFR)による腎機能評価

標準化eGFR(単位:mL/min/1.73m²)は、各患者の体格が一律1.73m²であると仮定した場合の腎機能であり、特に体格の小さい高齢女性等では腎機能の過大評価に伴う過量投与につながるため、そのままでは投与量設定には適さない。したがって、eGFRを投与量設定に用いる際には、個々の患者の体表面積に合わせたeGFR(個別化eGFR)を用いる必要がある。なお、薬物の投与量が体重や体表面積あたりで設定されている場合には、既に体格を考慮している投与量のため、対応する腎機能としては標準化eGFR(単位:mL/min/1.73m²)を用いる。

4 クレアチニンを用いた腎機能評価の問題点とシスタチンCの有用性

SCrは、長期臥床、サルコペニア・フレイルなど筋肉量が少ない患者では、腎機能を反映しないことが多い。このような患者では、筋肉量に影響されないシスタチンCを用いた腎機能推算式が有用である(表2)。

5 薬剤投与量の簡便な設定方法(Giusti-Hayton法)

腎機能低下患者に対する腎排泄型薬剤の投与量を設定する簡便な方法としてGiusti-Hayton法がある。下記の式で求められる補正係数(G)を常用量に乗算することで対象患者に対する至適投与量を、または投与間隔を除することにより延長すべき投与間隔を算出することができる。下記の式において、一般に腎機能正常者のCcrは100mL/minとして考える。また、Ccrの代わりにeGFRを用いてもよい。

$$\text{補正係数(G)} = 1 - \text{投与薬剤の尿中未変化体排泄率}^{\ast} \times 1 - \left(\frac{\text{対象患者のCcr}}{\text{腎機能正常者のCcr}} \right)$$

※ 静脈内投与時の値を使用する、または経口投与時の値を使用する際は生物学的利用率(F)で除することにより補正したものを用いる

※ 代謝物が活性を有する場合は、代謝物の尿中排泄率も考慮する

例:ファモチジン(常用量40mg/日、尿中未変化体排泄率80%)をCcr 50mL/minの患者に投与する場合、投与補正係数Gは、 $1 - 0.8 \times 0.5 = 0.6$ となる。補正係数から、この患者では $40\text{mg/日} \times 0.6 = 24\text{mg/日}$ を投与することで腎機能正常者とほぼ同じ血中濃度になる。

出典:高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編 P36

表2 各種腎機能評価方法とその特徴

腎機能評価方法	特徴・注意点
クレアチニン・クリアランス(CG式) $Ccr = \frac{(140 - \text{年齢}) \times \text{体重}}{72 \times \text{SCr}}$ ※女性は、0.85を乗ずる	● 酵素法(本邦での測定法)で測定されたSCrを用いる際は、実測値に0.2を加えて代入 ● 筋肉量が少ない患者では腎機能を過大評価 ● 肥満患者では腎機能を過大評価
標準化eGFR(SCrから算出) $eGFR = 194 \times \text{Scr}^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287}$ ※女性は、0.739を乗ずる	● 個々の患者の体格は考慮しない式のため、薬剤投与量設定には適さない場合が多い ● 筋肉量が少ない患者では腎機能を過大評価
個別化eGFR(SCrから算出) $\text{個別化eGFR} = \text{標準化eGFR} \times \frac{\text{患者の体表面積}}{1.73}$	● 薬剤投与量設定に適している ● 筋肉量が少ない患者では腎機能を過大評価
標準化eGFR(シスタチンCから算出) 男性:eGFR = $(104 \times \text{CysC}^{-1.019} \times 0.996^{\text{年齢}}) - 8$ 女性:eGFR = $(104 \times \text{CysC}^{-1.019} \times 0.996^{\text{年齢}} \times 0.929) - 8$	● 個々の患者の体格は考慮しない式のため、薬剤投与量設定には適さない場合が多い ● 筋肉量の影響を受けない ● HIV感染、甲状腺機能異常、シクロスポリンなどの薬剤投与の影響を受ける可能性がある
個別化eGFR(シスタチンCから算出) $\text{個別化eGFR} = \text{標準化eGFR} \times \frac{\text{患者の体表面積}}{1.73}$	● 薬剤投与量設定に適している ● 筋肉量の影響を受けない ● HIV感染、甲状腺機能異常、シクロスポリンなどの薬剤投与の影響を受ける可能性がある

出典:高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編 P37

6 薬物相互作用の種類

薬物相互作用の発現機序には、薬物動態学(pharmacokinetics)的相互作用と薬力学(pharmacodynamics)的相互作用がある。

薬物動態学的相互作用は、薬物の吸収、分布、代謝、排泄が他の薬物により影響を受け、血中濃度が変動することによって過剰な効果の発現(中毒)や効果の減弱が起こる場合をいう。代表的なものには、肝臓での薬物代謝酵素活性の阻害などがある。薬物相互作用の約40%が代謝部位での薬物動態学的相互作用であることが報告されており、その相互作用の多くがシトクロム P450(CYP)を介した機序であるが、トランスポーターを介した重要な相互作用の報告も増えている。薬力学的相互作用は、薬物の体内動態(血中濃度)には変化はないが、受容体などの作用部位での相互作用や同様の薬効の重複などによって、効果の増強や減弱が起こる場合である。気管支拡張薬と気管支収縮作用を有する β 受容体遮断薬の併用による喘息症状の悪化、中枢神経抑制薬の併用による傾眠、抗ドパミン作用を有する薬剤の併用による薬剤性パーキンソニズム、抗コリン作用を持つ薬物の併用による口渇、排尿障害、便秘などがあげられる。

7 CYPの関与する相互作用

CYP分子種の薬物代謝への寄与はCYP3A、CYP2D6、CYP2C、CYP1A2の分子種で90%以上を占めている。特にCYP3Aはヒト小腸および肝臓における最も主要なCYPであり、CYPにより代謝される薬物のうち約50%に関係する。あるCYP分子種による消失(クリアランス)の寄与が高い基質(代謝を受ける薬物)でも、臨床用量ではそのCYP分子種を阻害しない場合が多く、代謝の寄与の程度と阻害の程度は別に考える必要がある。

薬物代謝酵素の活性変化による相互作用については、in vivo状況下(ヒトに投与した状況下)で基質薬の消失(クリアランス)に該当の代謝酵素がどの程度寄与しているのかと、阻害薬あるいは誘導薬が該当の代謝酵素の活性をどの程度阻害あるいは増大するのかを評価することが重要となる。

8 相互作用の回避とマネジメント

薬物相互作用は、単に治療効果の減弱あるいは増強のみならず、時として重大な有害作用をおよぼすことがあり、その評価と回避が重要な位置づけとなる。相互作用による血中濃度の変化の大きさが、どの程度効果や薬物有害事象に影響するかは、薬剤および症例個別に考える必要がある。常に相互作用に関する認識を持ち、最新の情報の収集に努め、患者個別に相互作用を評価することが、薬物療法の安全性確保の観点から重要な要件となる。

相互作用を起こす可能性のある薬剤の組み合わせが処方されている場合、処方の経緯、患者背景、相互作用により起こり得る作用の重篤度、代替薬に関する情報などを考慮して、効果及び有害作用のモニター、中止、減量、代替薬への変更等を行い、処方の適正化を図ることが重要である。

本資料の検討体制

本資料は、厚生労働省医薬局医薬安全対策課による委託事業である「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」（受託者：株式会社NTTデータ経営研究所）において設置された調査検討会における検討に基づき取りまとめたものである。本資料の作成にあたっては以下の委員より多大なご協力を頂いた。

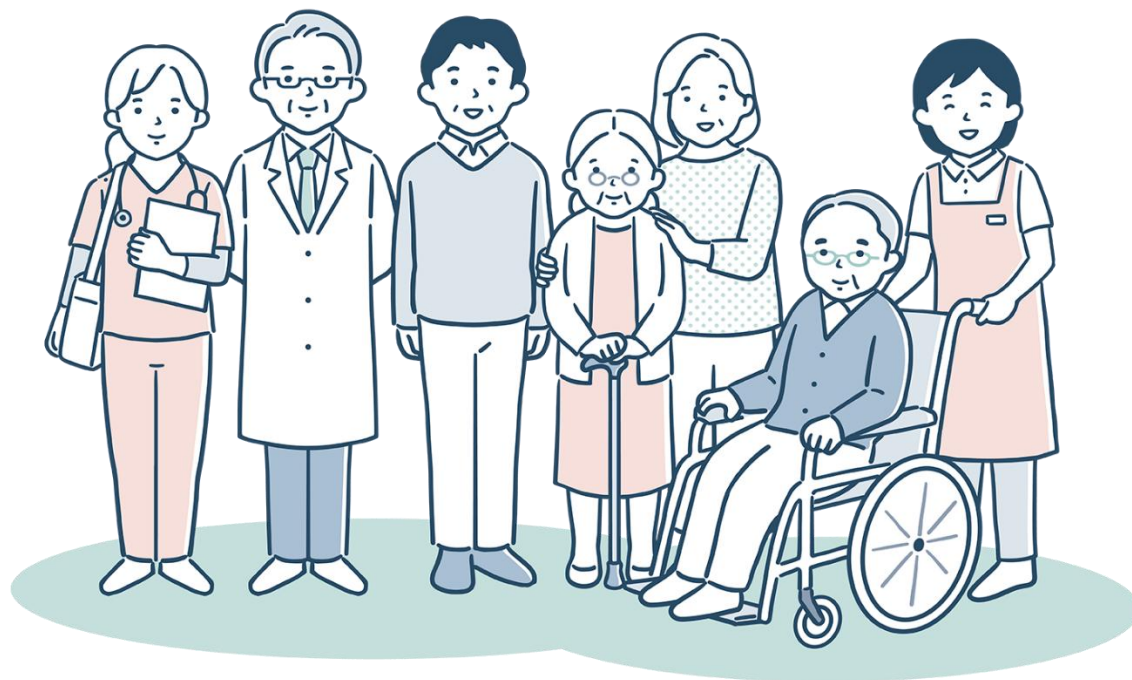
「高齢者の医薬品適正使用推進事業に係るアウトカム創出調査一式」調査検討会 委員一覧	
◎秋下 雅弘	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 理事長
岡本 充子	社会医療法人近森会 理事 統括看護部長 老人看護専門看護師
小島 太郎	国際医療福祉大学医学部 老年病学 教授 社会福祉法人邦友会 成田老年医療福祉センター センター長
野村 香織	福島県立医科大学 先端臨床研究センター 准教授
橋場 元	公益社団法人 日本薬剤師会 常務理事
浜田 将太	東京薬科大学 薬学部 薬剤疫学講座 教授
溝神 文博	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 薬剤部 長寿医療研修センター 長寿医療研修部 高齢者薬学教育研修室長
美原 盤	公益財団法人 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9名、敬称略、氏名五十音順）

別添2

ポリファーマシー対策の普及啓発資材

高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編(療養環境別)の概要



2026年3月31日確定版

普及啓発資材の利用対象者

主な利用対象は医師、歯科医師、薬剤師とし、
看護師等の多職種も対象とする。

用語集

用語	解説
薬物有害事象	薬剤の使用後に発現する有害な症状又は徴候であり、薬剤との因果関係の有無を問わない概念として使用している。薬剤との因果関係が疑われる又は関連が否定できないものとして使用される「副作用」とは区別している。※1
ポリファーマシー	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を指す。※2
PIMs	特に慎重な投与を要する薬物(Potentially Inappropriate Medications)のことである。※3
高齢者総合機能評価(CGA)	疾患の評価に加えて、日常生活活動度(ADL)、手段的ADL、認知機能、気分・意欲・QOL、社会的背景等を系統的に評価する手法である。※4
アドバンス・ケア・プランニング(ACP)	人生の最終段階における医療やケアについて患者本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合うプロセスである。(一般の方に向けた愛称は「人生会議」)※5

※1・2 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 用語集より抜粋

※3 高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編(療養環境別)P2より抜粋

※4 高齢者総合機能評価(CGA)に基づく診療・ケアガイドライン2024,長寿医療研究開発費「高齢者総合機能評価(CGA)ガイドラインの作成研究」研究班,日本老年医学会,国立長寿医療研究センター P2より抜粋

※5 高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編(療養環境別)P5より抜粋

目次

はじめに	4
1. 外来・在宅医療・特別養護老人ホーム等の常勤の医師が配置されていない施設	15
2. 急性期後の回復期・慢性期の入院医療	27
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)	36
4. おわりに	45
5. 参考資料	49

はじめに

指針(各論編(療養環境別))の目的

指針作成の 背景

- 患者の病態、生活、環境の移行に伴いポリファーマシーについて留意すべき点が変わる

指針作成の 目的

- 患者の療養環境ごとの留意事項を明らかにすること
- ポリファーマシー対策に関わる職種に理解を深めてもらうこと

患者の療養環境ごとの多剤服用の現状①

外来・在宅・特養等の常勤の医師が配置されていない施設の現状

保険薬局対象の調査(外来)

- 高齢者の約25%にPIMsの処方あり
- 一般用医薬品やサプリの使用を医師に伝えていたのは約30%

在宅患者を対象とした調査

- 内服薬剤種類数は中央値で7種類
- 薬物有害事象と関連する因子の一つに内服薬剤種類数の多さが示唆

特別養護老人ホーム入所者等 を対象とした調査

- 特別養護老人ホーム入居者の約40%が6種類以上処方あり



患者の療養環境ごとの多剤服用の現状②

急性期後の回復期・慢性期の入院医療の現状

回復期リハ病棟・地域包括ケア
病棟の入院者対象調査

- 入院以降、薬剤種類数に大きな変化なし

地域包括ケア病棟に係る調査

- 在宅・生活復帰支援に向けたポリファーマシー対策に取り組んでいる施設は約20%

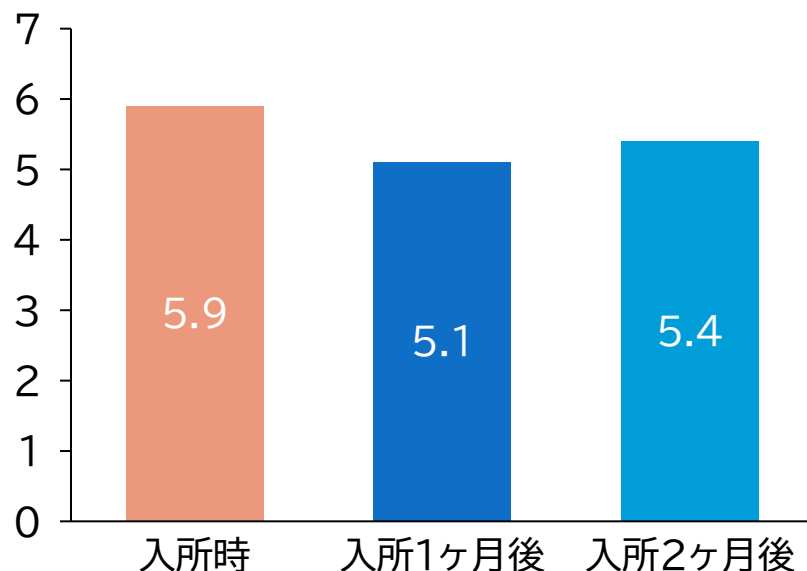
医療療養病床に係る調査

- 医療療養病床では入院後、定期内服薬の減少傾向がみられる

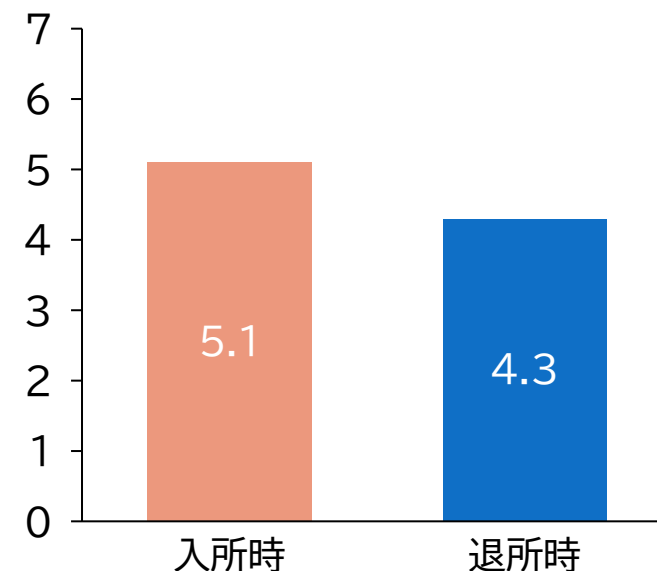
患者の療養環境ごとの多剤服用の現状③

常勤の医師が配置されている介護施設等では
入所後に内服薬が減少傾向にある

介護老人保健施設における内服薬数(平均)※1



介護療養型医療施設における内服薬数(平均)※2



出典:高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編(療養環境別)P4

※1 指針に記載の出典:全国老人保健施設協会:介護老人保健施設における薬物治療の在り方に関する調査研究事業 報告書, 平成28年3月

※2 指針に記載の出典:日本慢性期医療協会:療養病床における薬剤使用に関するアンケート集計結果まとめ, 第3回高齢者医薬品適正使用検討会, 平成29年7月14日

各療養環境において共通する留意点①

ACP等を通じ、
患者・家族の意向も尊重して薬物療法を適正化する

ACP(アドバンスト・ケア・プランニング)とは



人生の最終段階における
医療やケアについて患者本人が
家族等や医療・ケアチームと
繰り返し話し合うプロセスのこと

各療養環境において共通する留意点②

患者の状態に応じて非薬物的対応を検討する

非薬物的対応(自助の例)

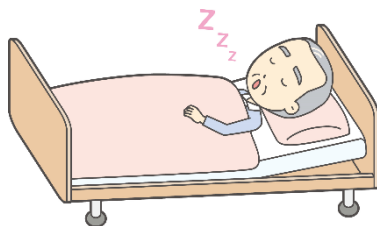
食事



運動



睡眠



非薬物的対応(共助・公助の例)

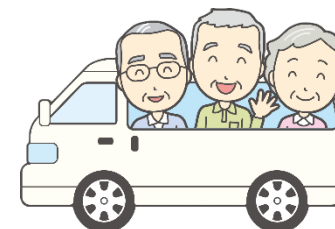
リハビリ



認知症ケア



デイサービス



出典:高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編(療養環境別)P6

各療養環境において共通する留意点②

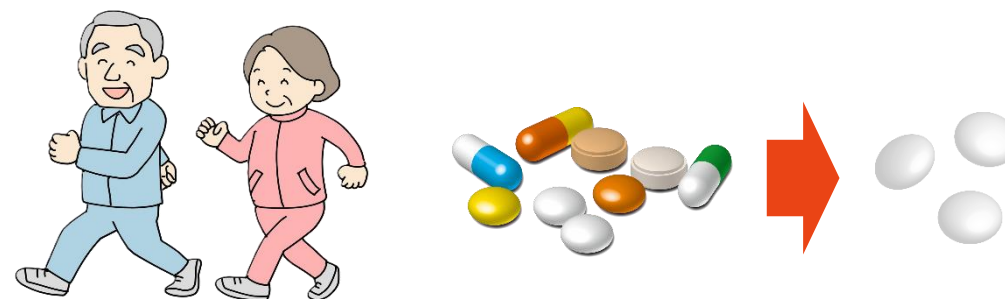
効果が不十分な場合は異なる対応を検討する

非薬物的対応の効果が不十分・実施困難な場合



薬物療法を検討する

薬物療法の効果が不十分な場合



非薬物的対応や服用薬剤の減薬、中止を検討する

各療養環境において共通する留意点③

服薬状況等の日常生活の様子を知る 他職種との連携が必要

各職種の役割(例)

看護師

理学療法士・作業療法士

介護福祉士

- 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、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等
- 薬物有害事象、服薬に関わる身体機能、ADLの変化の確認
- 服薬状況や生活状況の変化の確認

各療養環境において共通する留意点③

退院・退所時に対象者の医療情報を地域の多職種に共有する

診療情報提供書の活用

紹介状(診療情報提供書)	
科 先生 御待史	
患者氏名	
傷病名	
症状経過	

薬剤情報提供書の活用

お薬の説明書	
	
	
	
	

お薬手帳の活用

おくすり手帳	
	
おなまえ	
年 月 日 ~ 年 月 日	

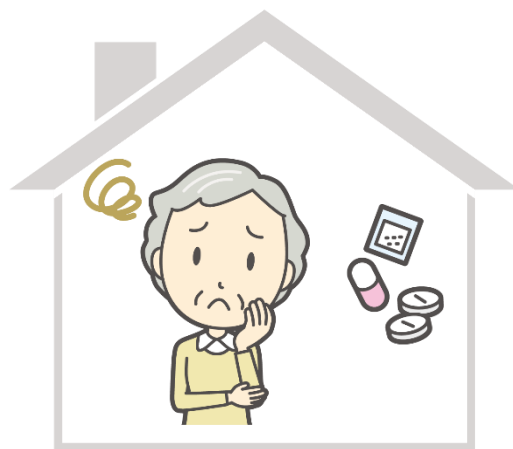
各療養環境において共通する留意点③

服薬アドヒアランス低下の要因を見つけ対応策を検討する

(例)服薬アドヒアランス低下の要因



嚥下障害



独居生活



服薬方法の工夫



看護師等が服薬管理

第1部

外来・在宅医療・特別養護老人ホーム等の 常勤の医師が配置されていない施設

処方確認・見直しの考え方

処方確認を行う場合は以下の観点を意識する

定期的実施

問診やお薬手帳だけでは全ての薬剤情報を収集できないことがある

全ての薬剤を把握

特に一般用医薬品等の使用状況は患者や家族、介護スタッフ等へ確認する

患者背景を確認

CGAを用いて身体・認知機能等の評価を行うとともに家族や介護支援専門員、訪問看護師等からも情報収集

薬物有害事象との関連を考慮

薬物有害事象の発現時にポリファーマシーが確認された場合、処方の減量・中止を検討



処方確認・見直しの考え方

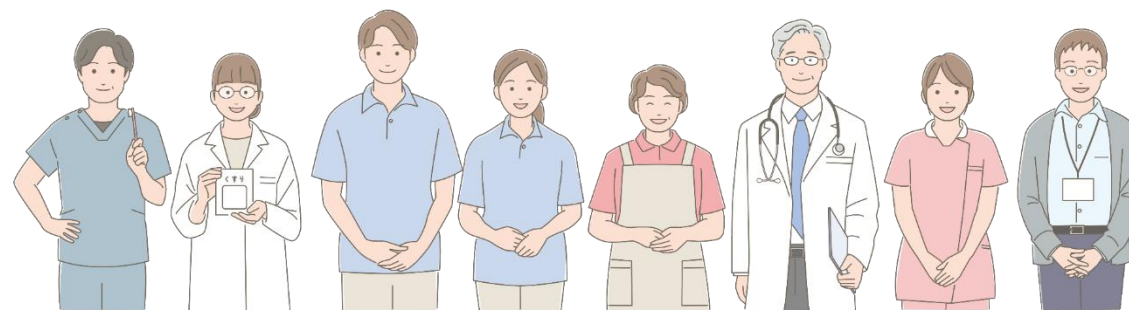
処方を見直す場合は患者等の意思決定を支援する

患者本人が意思決定できる場合



ACP等を通じて支援

患者本人が意思決定できない場合



意思決定支援者としての家族や
医療・ケアチームと共に支援

処方確認・見直しの考え方

医師・歯科医師は薬剤によるリスク・ベネフィットバランスを考え
治療方針を見直す

疾患症状の有無や重症度を観察

特に観察が望まれる因子(例)



- ADL
- 機能障害の有無
- 心理状態
- その他、高齢者の予後に影響を与えうる因子

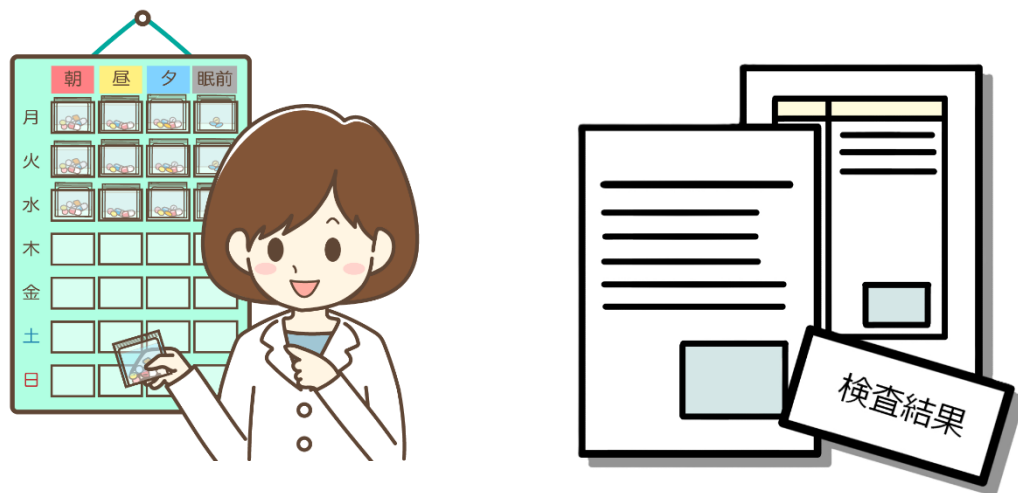
薬剤の追加、減薬、維持について判断する

処方確認・見直しの考え方

薬剤師は患者の状態や状況を把握し、医師・歯科医師に報告する

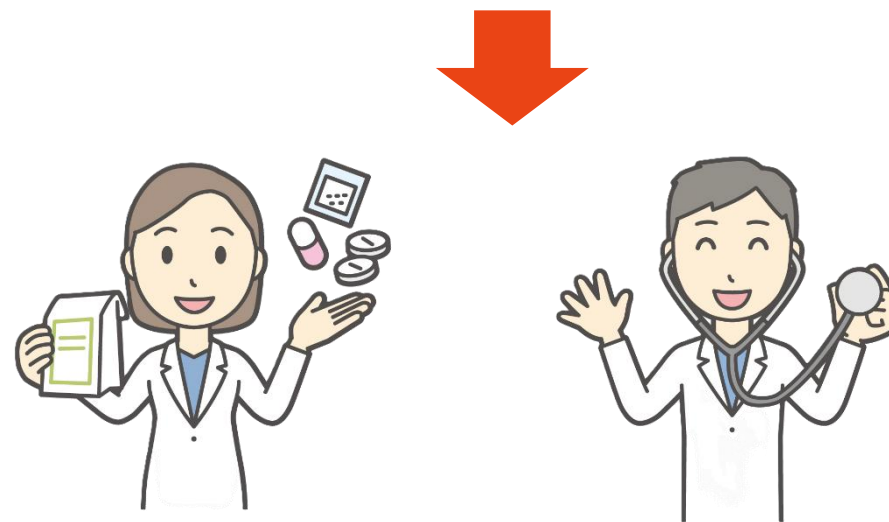
患者の状態を把握する

(例)服用管理の実態、肝・腎機能の検査結果



医師・歯科医師が確認しにくい情報を把握する

(例)残薬、他院通院、一般用医薬品等の服薬状況



処方確認・見直しの考え方

患者が自宅等の居宅で療養する場合、日常生活の実態を考慮する

日常生活の実態を考慮した例

- QOLを高く維持できる居宅で可能な限り長く過ごせる工夫を行う
- 療養環境の整備、メンタルケア、栄養管理・口腔ケア、緩和ケア等を行う
- 薬物有害事象の治療にも配慮し定期的に処方内容を確認



処方確認・見直しの考え方

療養環境の変化を問わず全ての使用薬剤を把握する

長期
療養中



他院からの処方の変更



疾患や身体機能の変化



服薬状況が変化することがあるため

使用薬剤の把握・見直しが重要

外来・在宅医療への移行時における留意点

地域のかかりつけ医は専門医と協議・連携

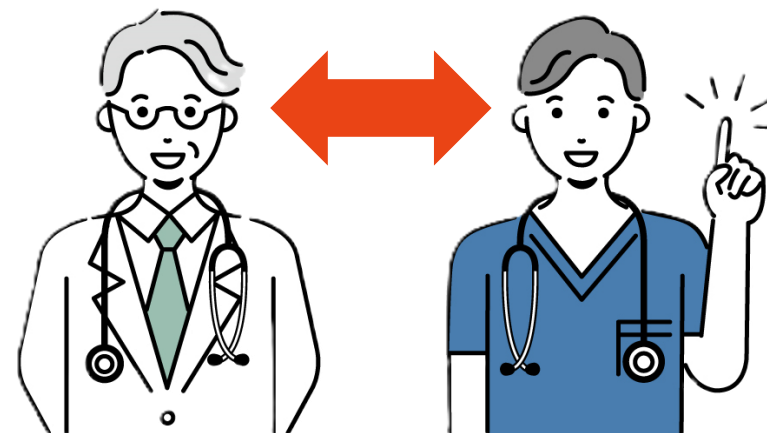
退院前の連携



専門医から治療の状況、処方理由を引き継ぎ
退院後の生活に合わせた処方を検討

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P11～P12

退院後の連携



専門領域が異なる場合は、専門医と連携して
処方の見直しを実施

外来・在宅医療への移行時における留意点

多職種等から情報収集を行い処方の見直しを検討

退院後

生活機能や支援体制が変化

生活状況が変化(活動量や食事量など)



服薬アドヒアランス低下
病状の悪化の可能性



- ・ サービス担当者会議等を通じた情報共有
- ・ 療養環境に合わせた処方の見直しや服薬支援の検討

処方検討時の留意点①

ポリファーマシーに関連した問題を評価

診療科が複数ある場合



お薬手帳などで重複処方・薬歴・処方理由を確認

前医に確認しても処方理由が判然としない場合



薬剤の中止を検討

処方検討時の留意点②

外来・在宅では効果・有害事象の詳細なモニタリングが特に重要

かかりつけ医と連携し、薬剤師が居宅を訪問して
状況を確認

日常生活の状況や一般用医薬品の使用状況なども
考慮



連携

処方検討時の留意点②

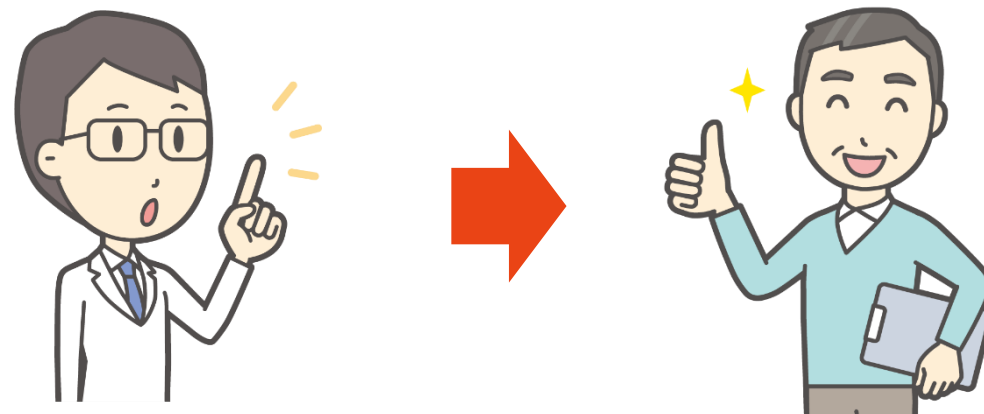
施設では看護・介護職等のモニタリング支援と施設長の理解が必要

看護・介護職に対して



勉強会等で薬物療法、減薬タイミング、モニタリング
の内容や方法を伝える

施設長に対して



ポリファーマシーの主旨を理解してもらう
施設の対策指針を策定・共有する

第2部

急性期後の回復期・慢性期の入院医療

入院時の処方確認・見直しの考え方

入院担当医は患者の状態・状況を評価し処方する

患者の状態・状況を評価する方法



前医や病棟の専門職からの情報を基に
CGA等を活用して総合的に評価

急性期で慢性疾患の処方に変更となった場合

急性期で追加した薬剤

急性期で中止した薬剤



減量・中止できる
薬剤の検討



再開する薬剤の検討

入院時の処方確認・見直しの考え方

処方を見直す場合は、患者等の意思決定を支援し、
退院後の療養環境を考慮する

- 家族や医療・ケアチームと共にACP等を通じた支援
- 患者の服薬管理能力を把握
- 退院後の生活やサポートする同居者の有無を見据えた工夫や支援
- 入院前から関わっていたケアマネジャー等から情報収集



入院時の処方確認・見直しの考え方

入院前に医師、歯科医師、薬剤師で情報共有する

情報共有が望まれる事項(例)

- ・ 急性期病院入院時のCGA
- ・ 急性期における処方内容
- ・ 治療の中心となる薬剤及び観察項目とその対応など



医師・歯科医師



薬剤師



情報共有

入院中から退院までの留意点

入院担当の医師は疾病ごとの専門医と協議・連携する

具体的な協議・連携事項

- ・ 継続が必要な薬剤と減薬可能な薬剤の有無
- ・ 処方見直し後の患者の観察項目
- ・ 疾患増悪時の対応



入院担当



専門医

協議・連携

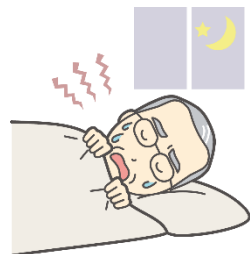
入院中から退院までの留意点

処方確定後も患者の状態に変化が認められた場合は医師と情報共有し、ポリファーマシーによる影響が疑われる場合は、退院後の生活に影響する事項を評価し、非薬物的対応を検討する

退院後の生活に影響する事項



血圧低下や覚醒レベルの低下



睡眠障害



認知機能の低下や
BPSD



運動



食事



睡眠

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P17～P18

入院中から退院までの留意点

退院に向け地域のかかりつけ医や薬剤師と連携する

共有すべき事項

- 入院中に薬剤の変更・中止が行われた理由
- 処方変更後の状態

協議すべき事項

- 今後の処方を取りまとめる医師(入院前に複数医師が処方していた場合)
- 退院後の療養で留意すべき観察事項
- 増悪時の対応

処方検討時の留意点①

ポリファーマシーに関連した問題を評価する

評価すべき事項

- 複数の診療科・医療機関が関わることで生じた重複処方があるか
- 前医に確認して処方理由が明確にわかるか
- 「現在の患者の状態」を考慮した処方であるか



処方検討時の留意点②

病態の変化に伴い新たな薬物有害事象が発現し得るため、
一度見直した処方でも改めて評価する

このような場合

リスクがベネフィットを上回る

身体機能や活動の低下により薬物有害事象のリスクが増大することがある

複数の同種同効薬

薬効の重複に伴い薬物有害事象のリスクが増大することがある

薬物有害事象を伴わない
PIMsがある

・
不明確な処方がある

処方見直しの対象から見落とされてしまうことがある
が、対応が推奨される



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)

※介護老人保健施設、介護医療院を指す

入所時の処方確認・見直しの考え方

支援相談員、薬剤師等は患者の入所前に以下の事項に留意する

服薬状況の把握・共有

診療情報提供書やお薬手帳等から把握し、医師・歯科医師等に提供

残薬の把握

処方元の医師等に服薬内容や薬の変更の有無などの情報提供を求めるとともに患者宅で直接確認

本人や家族の理解を得る

ポリファーマシー対策の重要性や非薬物的対応の提供について十分に説明し理解を得る

処方の確認・見直し

入所前の薬物療法を把握し、入所後の療養に適した薬物療法の観点から検討



入所時の処方確認・見直しの考え方

在宅復帰・療養支援の場合は短期入所が想定されるため
積極的に薬物有害事象の有無を確認する

(例)ポリファーマシーに他の疾患や症状を伴う場合



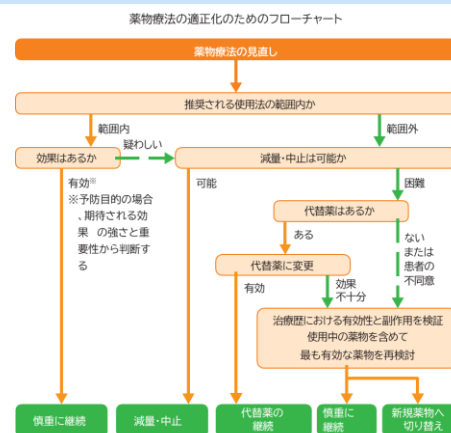
- ・ 転倒リスクを回避し、無理のないリハビリテーション提供のために薬物有害事象の被疑薬の変更・中止の同意を得る
- ・ 必要な薬剤の追加や服用しやすい剤型への変更も検討

認知症やサルコペニアなどを伴う

入所時の処方確認・見直しの考え方

処方見直しの際、患者本人の価値観を尊重して意思決定を支援する

意思決定の支援方法



(高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015(日本老年医学会より引用))

ACPを通じて、総論編のフローチャートに沿って
処方の見直しを実施する

長期療養・看取りの場合



リスク・ベネフィットバランスの観点から本人や家族
と価値観を共有の上、薬剤の中止を検討

入所中から退所までの留意点

処方を見直す場合は、前処方医と情報交換し、
処方見直し後の経過観察は多職種が関わり行う

- 可能な限り入所前に処方を行っていた専門医やかかりつけ医に連絡し、患者の病態や日常生活も含めて情報交換する
- 医師による処方見直しの内容と薬物有害事象のモニタリング方法を他職種と共有する



入所中から退所までの留意点

退所に向けて服薬環境を調整する

服薬環境を調整
する例

- 退所前に患者の自宅を訪問
- 薬の保管場所、服薬方法、服用時間等を確認し、服薬が
確実になる方法を検討
- ケアマネジャーには、服用方法のほか、中断すると症状
悪化の可能性のある薬剤の情報などを提供



入所中から退所までの留意点

入所中に薬剤が変更・中止された場合は
地域のかかりつけ医や薬剤師に情報提供する

入所前のかかりつけ医等がいる場合

紹介状(診療情報提供書)	
科 先生 御用印	
患者氏名	
傷病名	
症状経過	

おくすり手帳	
	
おなまえ	
年 月 日 ~ 年 月 日	

連携ツールを用いてかかりつけ医や薬剤師に
情報共有

入所前のかかりつけ医等がない場合



今後の処方を取りまとめる医師等を決めて、留意す
べき観察事項や増悪時の対応について協議

処方検討時の留意点①

常勤医師が配置されている施設では、処方の見直しを行いやすい

在宅復帰を目指す場合、長期療養・看取りを目的とする場合

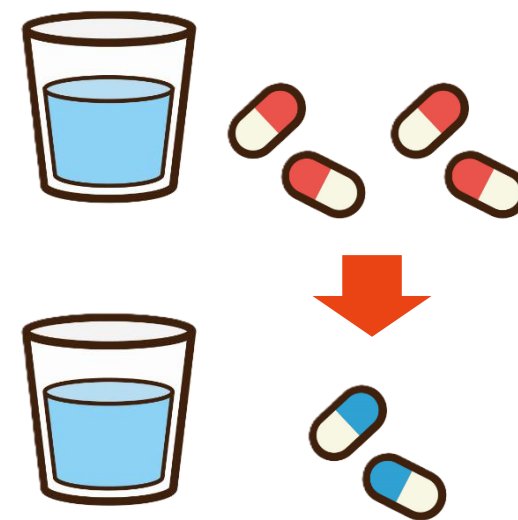
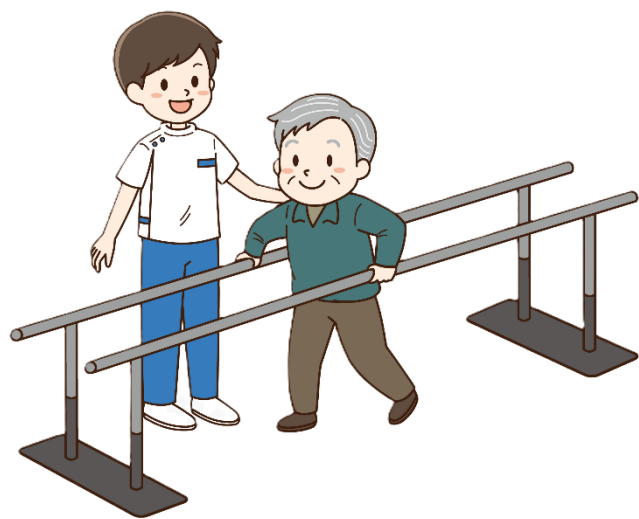


患者本人や施設の服薬補助者が服用管理しやすい処方へ見直しを検討する

処方検討時の留意点②

在宅復帰を目指す場合は非薬物的対応による減薬も検討する

(例)リハビリテーションで疼痛緩和された場合、消炎鎮痛剤を減らすことが可能



退所後の療養環境の変化も踏まえ、処方薬剤の優先順位を評価し、減量・中止を検討することも必要

おわりに

おわりに

指針の基本的な内容を患者・国民に啓発することが重要である

総論編



各論編



出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P27

おわりに

ポリファーマシーの啓発時は丁寧な説明や情報提供が必要である

情報提供の例

- 全ての病状に対して薬物療法を必要とする場合ばかりではないこと
- 自己判断による減薬や中止は危険であること
- 服薬状況を医師、歯科医師、薬剤師等に伝えること



おわりに

患者や家族の意向を尊重して薬物療法を適正化する



参考資料

図1 同一の保険薬局で調剤された薬剤種類数／月）の推移
 (a) 65～74 歳 (b) 75 歳以上
 (社会保険診療行為別調査／統計)

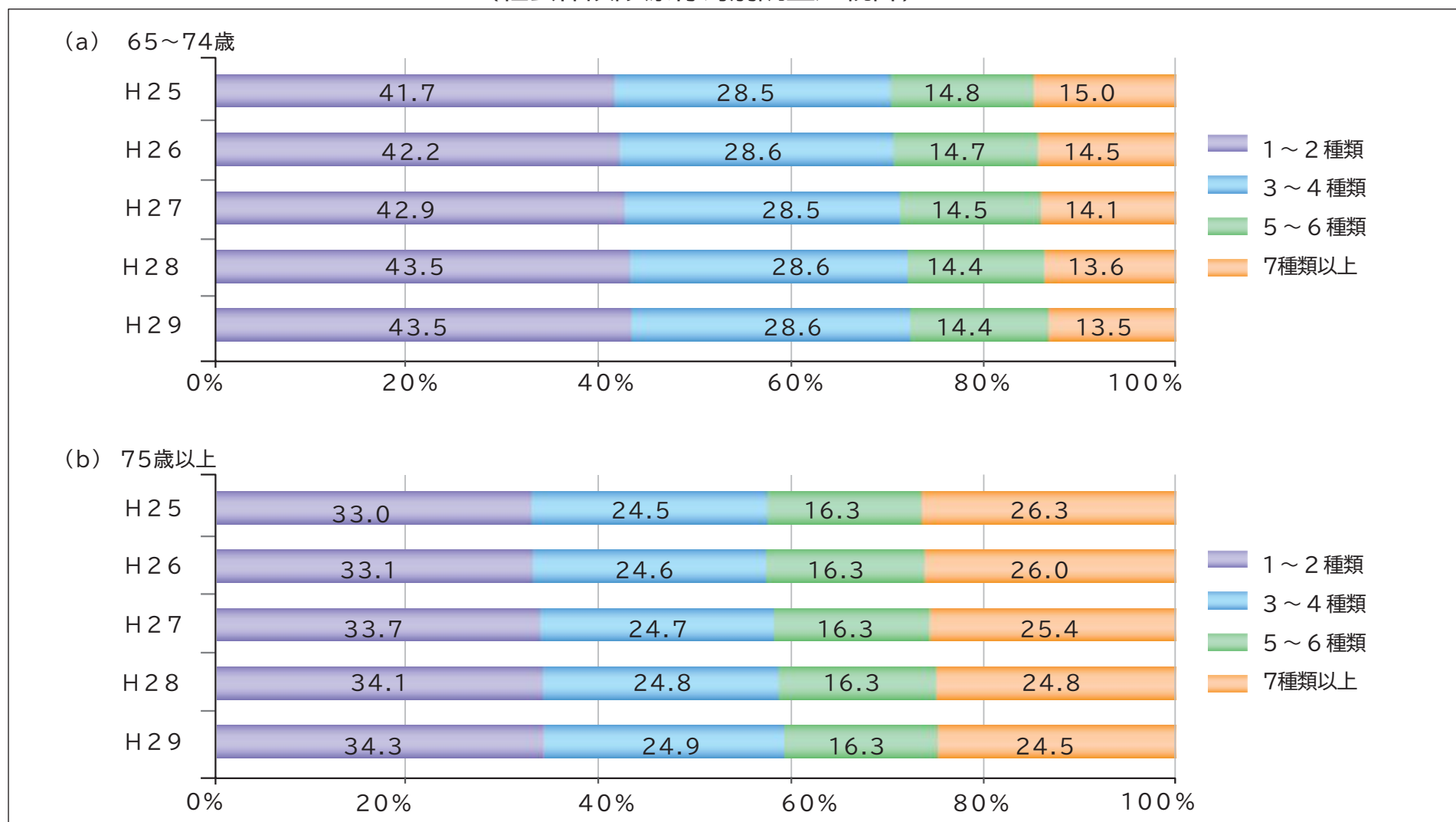
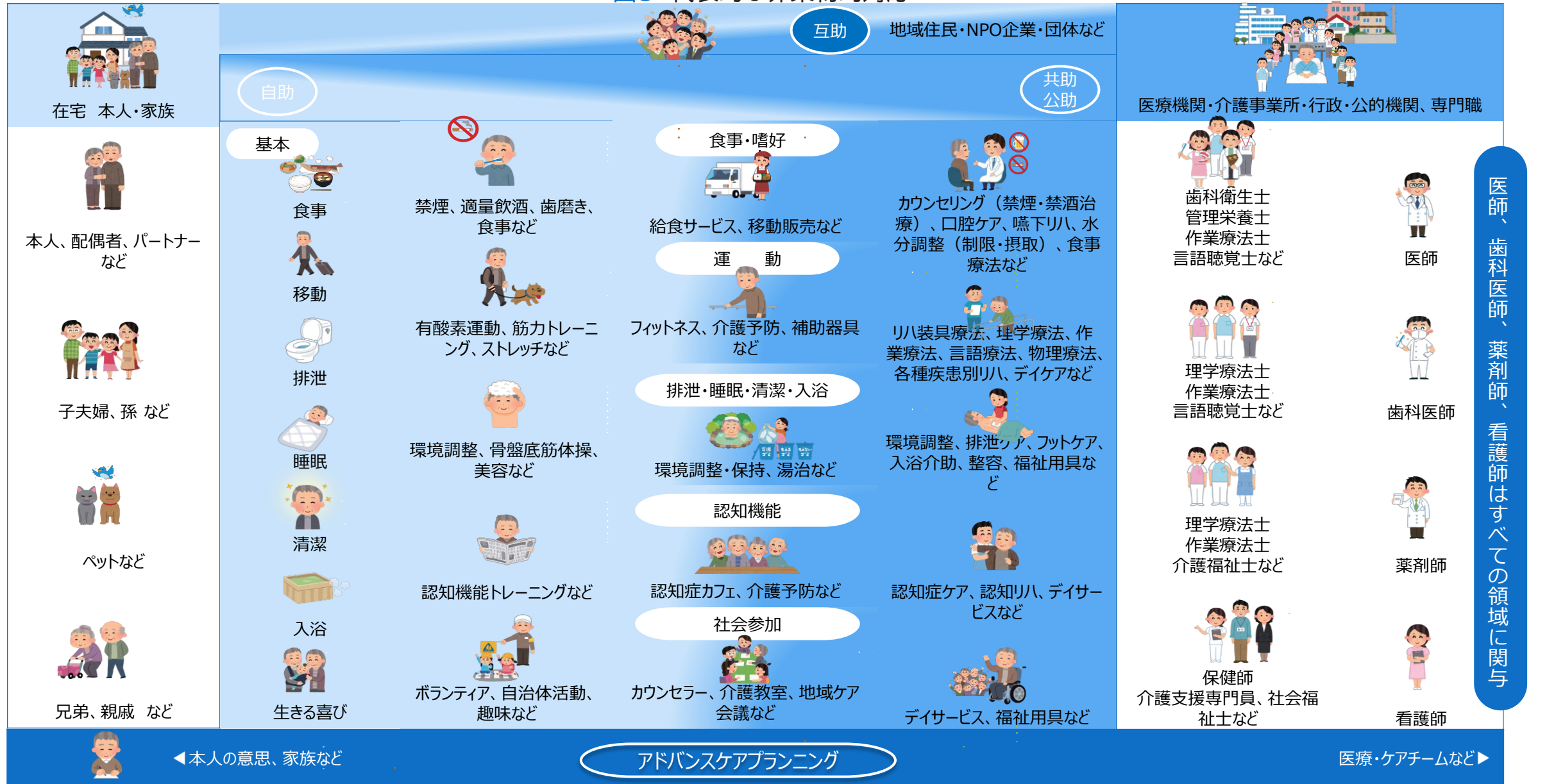


図3 代表的な非薬物的対応



医師、歯科医師、薬剤師、看護師はすべての領域に関与

表1 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
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

図4 外来・在宅医療等への移行時における留意点

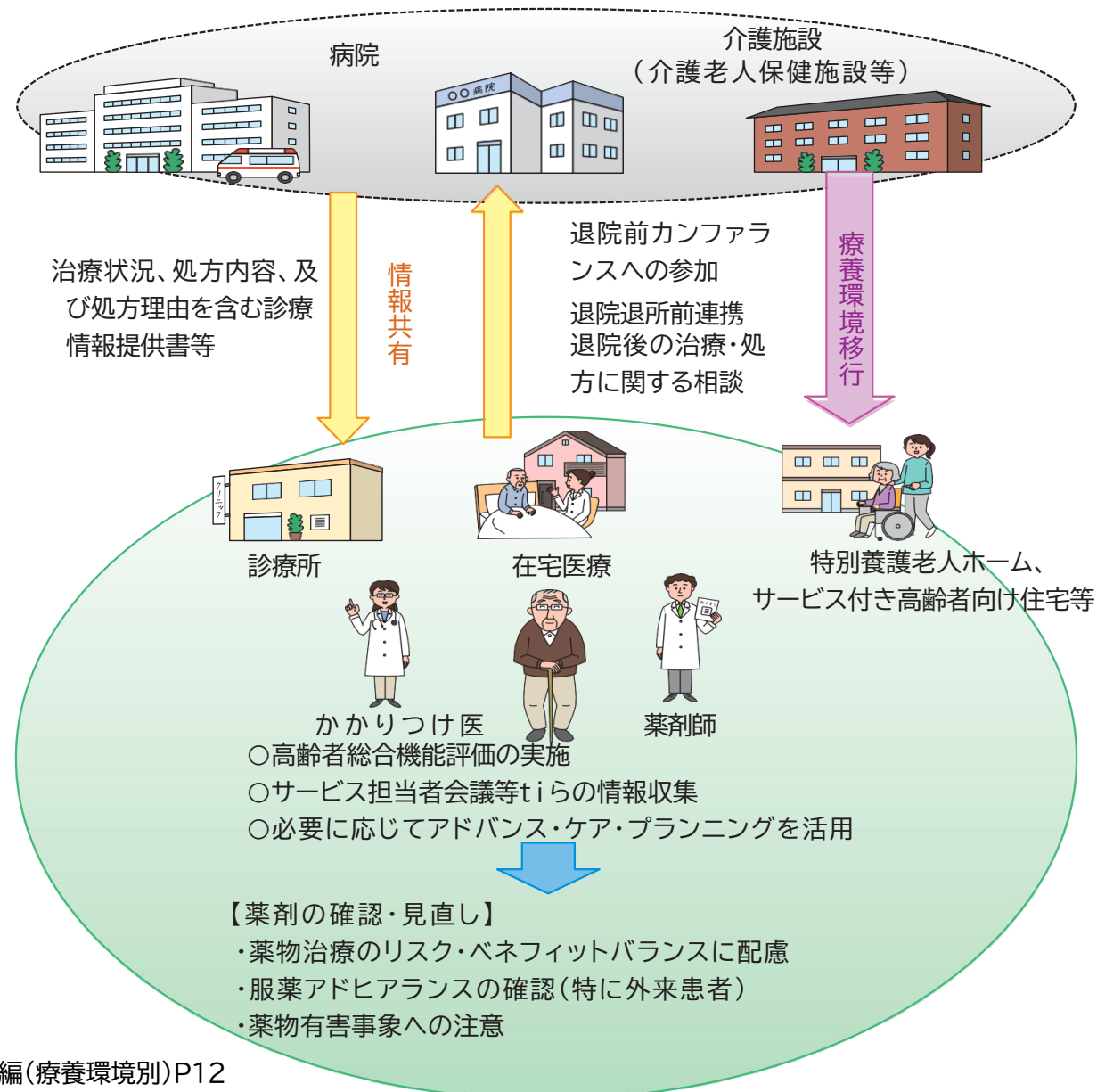


表2 モニタリングが必要と考えられる状況の例

- NSAIDsを長期に服用している場合
- 抗コリン作用を有する薬剤等を長期に服用している場合
- 便秘を患っており、下剤を服用している場合
- 骨粗鬆症治療薬を服用している場合(顎骨壊死の予防)
- 催眠鎮静薬・抗不安薬を長期に服用している場合
- 認知症治療薬を使用している場合、BPSDで抗精神病薬等を服用している場合
- 高用量の利尿薬を服用している場合
- 残薬が多い(服薬アドヒアランスが悪い)場合
- 処方理由の不明な薬剤を服用している場合
- 複数の医療機関からの投与期間が重複している場合

表3 情報共有が望まれる事項

- 急性期病院入院時のCGA
- 急性期における処方内容
- 治療の中心となる薬剤及び観察項目とその対応
- 急性期における病状や専門医の治療方針
- 急性期における生活支援の内容とアセスメント
- 今後の療養環境を想定した増悪時の対応
- 急性期病院入院前の状況(CGA、生活支援、処方状況)

表4 入院中に評価・対応すべき退院後の生活に影響を及ぼす事項

- 血圧低下や覚醒レベルの低下の有無
- 摂食・服薬に必要な嚥下機能の有無
- サルコペニアや栄養過多等の有無
- 認知機能の低下レベルやBPSDの有無
- 服薬アドヒアランスの低下の有無
- 睡眠障害の有無

表5 病棟横断的な専門医療チームの例

- 栄養サポートチーム
- 皮膚・排泄ケアチーム
- 褥瘡対策チーム
- 緩和ケアチーム
- 認知症ケアチーム

図5 回復期・慢性期病棟への入退院時における留意点

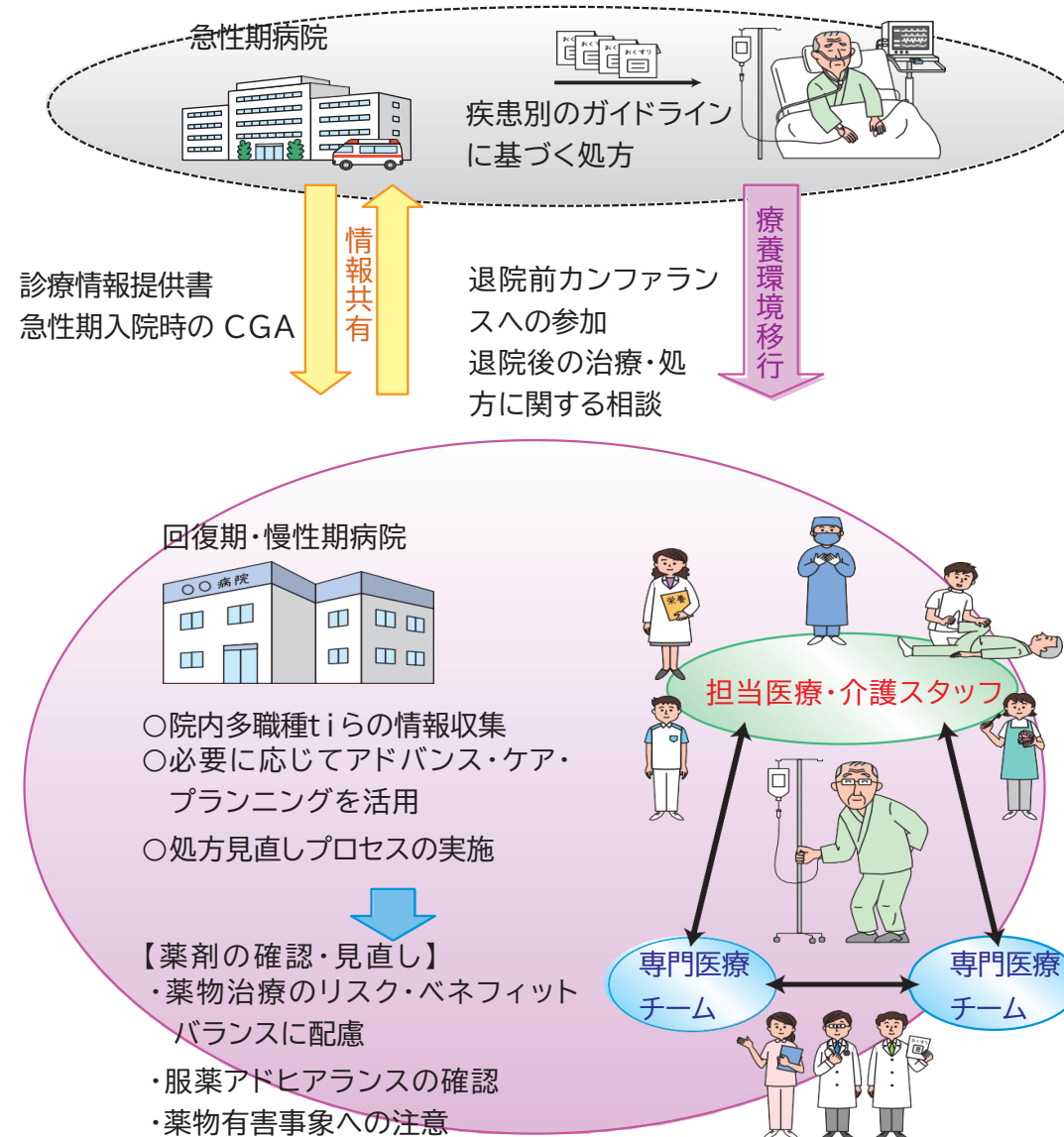


表6 回復期・慢性期で想定される薬物有害事象とその留意点

使用する医薬品	想定される薬物有害事象及び留意すべき点
高血圧治療薬	ストレス軽減や活動性の低下により血圧が過度に降下する場合がある。転倒リスクや意欲低下、認知機能低下につながる恐れがあり、環境に合わせた薬剤の選択が必要である。
糖尿病治療薬	食生活の変化や体重減少によるインスリン感受性亢進により、血糖が過度に降下する場合がある。低血糖や低血糖に関連した認知機能低下、転倒・骨折を避けるために、薬剤の種類と量、必要性について再検討を行う。
抗凝固薬	腎機能低下による薬効過多、身体機能低下による転倒などにより出血リスクが高まる場合がある。出血と梗塞のリスク・ベネフィットバランスを評価し、必要性について再検討を行う。
NSAIDsなどの 消炎鎮痛薬	骨折後などの患者では、やむを得ず使用する事が多いが、NSAIDsは腎機能を低下させるリスクが高いため、短期間かつ低用量で使用する事が望ましく、頓服を含めた使用方法に関する検討を繰り返し行う。
緩下薬	入院安静に伴い便秘となり、緩下薬を長期使用する場合が多く、マグネシウム製剤では高マグネシウム血症、刺激性下剤では耐性による難治性便秘に留意する。マグネシウム製剤や刺激性下剤以外の緩下薬の使用を含めて、適宜再検討を行う。
催眠鎮静薬 ・抗不安薬	環境移行に伴い不眠になることがある一方で、リハビリテーションなどの日中活動や環境改善の影響で催眠鎮静薬・抗不安薬が無くても眠れるようになることがある。なるべく短期、少量の使用にとどめるなど、慎重に使用する。特にベンゾジアゼピン系薬剤では急な中止により離脱症状が発現するリスクがあることにも留意する。

図6 その他の療養環境への入退所時における留意点

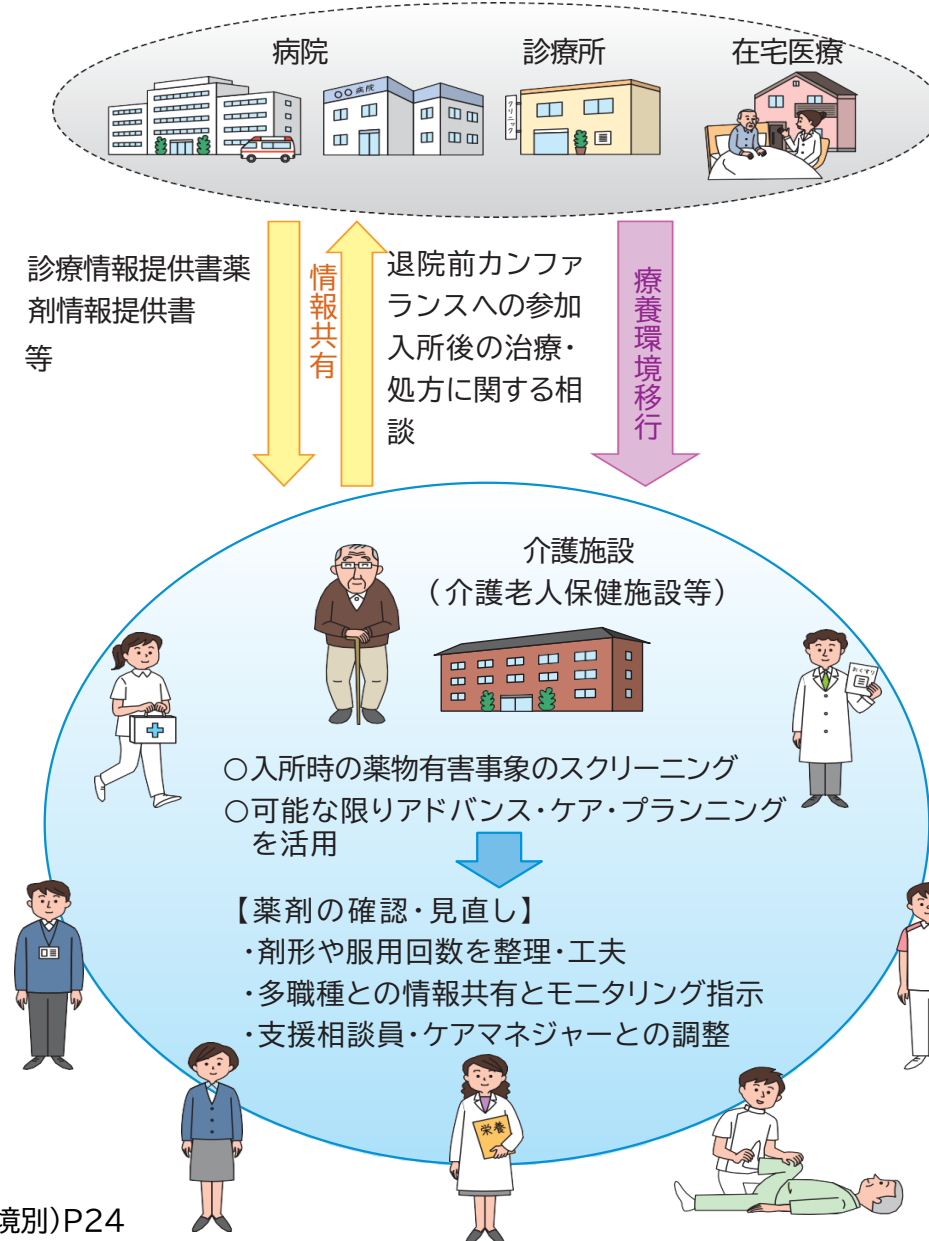
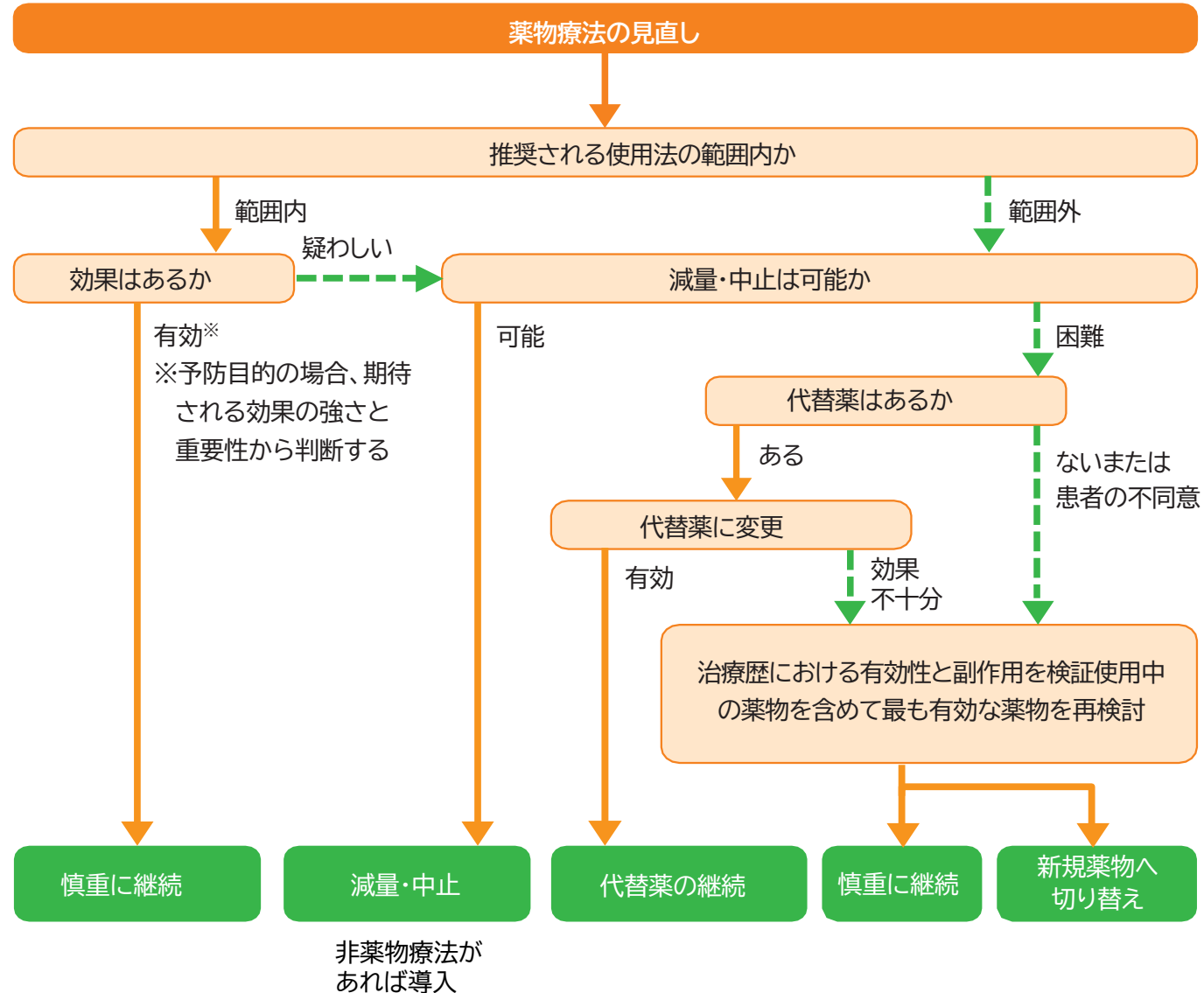


表 7 介護老人保健施設と在宅医療の間の連携ツール

連携ツール	情報発信元：介護老人保健施設	情報の受取り：在宅医療関係者	薬剤に関する記述内容
診療情報提供書	管理医師	かかりつけ医	薬の変更点・服薬に関する注意点
訪問看護指示書	管理医師	訪問看護師	服薬に関する注意点や薬物有害事象の観察のポイント
看護サマリー	看護師	地域の介護支援専門員	服薬に関する注意点や薬物有害事象の観察のポイント
退所前連携	支援相談員あるいは介護支援専門員	地域の介護支援専門員	服薬に関する注意点
お薬手帳	薬剤師	薬剤師/本人	服薬方法・薬の変更点
在宅アドバイス書	多職種	本人	服薬に関する注意点

薬物療法の適正化のためのフローチャート



出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編 P9

指針に記載の出典：高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015(日本老年医学会)より引用

別表2 事例集の1例(抜粋)

事例1:脳出血に伴い活動量が低下し薬物有害事象が発現した事例					
療養環境	回復期・慢性期環境移行時				
問題点	ADLの低下に応じた薬剤の見直しが行われていない				
患者背景	85歳 女性 高血圧症、糖尿病、心筋梗塞既往歴、心房細動、脂質異常症、鉄欠乏性貧血				
処方	介入前:合計7剤 服用回数4回	アムロジピン錠5mg アジルサルタン錠20mg ビソプロロール錠5mg ナテグリニド錠90mg テネリグリプチン錠20mg クエン酸第一鉄錠50mg プラバスタチン錠5mg	1回1錠(1日1錠) 1回1錠(1日1錠) 1回0.5錠(1日0.5錠) 1回1錠(1日3錠) 1回1錠(1日1錠) 1回1錠(1日1錠) 1回1錠(1日1錠)	1日1回 朝食後 1日1回 朝食後 1日1回 朝食後 1日3回 毎食直前 1日1回 朝食後 1日1回 朝食後 1日1回 朝食後	
	介入後:合計5剤 服用回数1回	アジルサルタン錠20mg ビソプロロール錠5mg テネリグリプチン錠20mg クエン酸第一鉄錠50mg プラバスタチン錠5mg	1回1錠(1日1錠) 1回0.5錠(1日0.5錠) 1回1錠(1日3錠) 1回1錠(1日1錠) 1回1錠(1日1錠)	1日1回 朝食後 1日1回 朝食後 1日1回 朝食後 1日1回 朝食後 1日1回 朝食後	
服薬管理	入院前	管理者:本人管理 管理方法:PTPシート	退院後	管理者:家族管理 管理方法:一包化	
経過	● 介入のきっかけ 心房細動があり抗凝固薬を投与されていたが、左脳出血にてA病院に入院となった。半身の重度感覚障害と麻痺が残存し、立位保持、座位保持などはかなりの介助を必要とする状態であり、リハビリ目的で復期病棟に転院となった。脳出血に伴う活動量の低下があり、血圧が日中90-110/60-70mmHg、HR65-75と低下しふらつきがみられていた。また、入院前HbA1c7.7%であったが、復期病棟入院後、食事量の減少もあり、血糖値も朝70-116mg/dL、昼120-138mg/dL、夕110-130mg/dL、HbA1c6.8%となり、自覚症状はみられないが、低血糖は頻に認めていた。 ● 介入のポイント 脳出血に伴う活動性の低下と低血圧がみられていたにもかかわらず、アムロジピンとアジルサルタンの2種類の降圧薬が継続して投与されており、立位・座位保持が困難であることから転倒リスクが高くアムロジピンを中止した。また、低血糖症状の自覚が無いものの低血糖もみられたため、ナテグリニド、テネリグリプチンのうち、アドヒアランスも考慮してナテグリニドを中止した。 ● 介入後の経過 アムロジピンの中止後、血圧が120-135/65-75mmHgと上昇し、起立性低血圧の症状も改善した。また、HbA1cも7.2%と上昇し低血糖がみられなくなり改善した。				

出典:高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編(療養環境別)P37 ※他の事例はp37~p52を参照

別表3 入院(入所)から退院(退所)までの多職種協働による薬剤調整＊

(*)実際の活動を踏まえた望ましい形の一つとして示したものであり、画一的に推奨するものではない。

職種	入院(所)前	入院(所)時	薬剤調整の実施	退院(所)前	退院(所)後 外来・在宅
入院(所)担当の 医師、歯科医師	(入院(入所)判定の実施)	(診療計画の決定) ・ 診察や CGA(ADL、栄養、嚥下機能、認知症機能等の評価)等の実施、各専門職からの情報収集で、本人・家族の多面的な要素の情報把握	(薬剤調整・処方の実施と多職種のコーディネート) ・ 家族への処方薬剤の情報および薬剤調整実施についての説明 ・ 処方の適正化と処方箋の発行 ・ 薬剤の剤形・用法・用量等を変更した薬剤に期待される効果の確認と多職種との共有 ・ 非薬物的対応の実施 ・ 経過観察における、治療による症状の変化や薬物有害事象のモニタリング方法の確認と多職種への伝達	(診療情報提供書の作成と多職種のコーディネート) ・ 薬剤調整の結果の評価とサマリーの作成 ・ 非薬物的対応の結果の評価とサマリーの作成 ・ かかりつけ医や地域内多職種への診療情報提供書の作成	かかりつけの医師、歯科医師 ・ 診療情報を活かした日常診療 ・ 左記入院(所)担当の医師、歯科医師に準じた日常的な薬物療法と非薬物的対応の見直し
	・ 高齢者本人・家族の多面的な要素の情報把握 ・ 前医師・歯科医師やかかりつけの医師・歯科医師・薬剤師との情報共有 ・ 全ての薬剤、特にPIMsの確認	・ 前医師・歯科医師や、かかりつけの医師・歯科医師・薬剤師から、薬物療法に関連した情報を聴取 ・ ポリファーマシーに関連した問題点の把握 ・ 腎機能等の生理機能の把握			
専門の医師、歯科医師	・ 入院(所)主治の医師、歯科医師からの問い合わせに対するアドバイス		・ 変更した薬剤の適切性の確認とモニタリング方法等の経過観察法の提案	・ 入院(所)主治の医師、歯科医師からの問い合わせに対するアドバイス	
入院(所)担当の 薬剤師	・ 全ての薬剤(一般用医薬品を含む)、特にPIMsや相互作用がある薬剤に加えて、サプリメントの把握 ・ 服薬状況の確認 ・ 薬剤師との情報共有	・ 服薬アドヒアランスや暮らしの評価で、服用管理能力を把握 ・ 薬物治療中の必要な検査値などを確認し、処方の優先順位を医師と相談し、最適な処方を主治医に提案 ・ 症状の確認と薬物有害事象の把握と担当医との情報共有	・ 変更した薬剤の投与量や併用薬剤等の適切性の確認 ・ 薬物相互作用及び薬物有害事象の回避 ・ 経過観察における、治療による症状の変化や薬物有害事象のモニタリング方法の提案 ・ 剤形や服用方法の工夫による服薬支援	・ 薬剤調整の結果の確認 ・ 服用管理能力に合わせた指導(家族指導) ・ 薬剤サマリー記載 ・ 薬剤師への情報提供	かかりつけの薬剤師 ・ 薬剤情報を活かした日常の関わり ・ 左記入院(所)担当の薬剤師に準じた日常的な薬剤処方と非薬物的対応の提案

出典:高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編(療養環境別)P54～P55

別表3 入院(入所)から退院(退所)までの多職種協働による薬剤調整＊

(＊)実際の活動を踏まえた望ましい形の一つとして示したものであり、画一的に推奨するものではない。

職種	入院(所)前	入院(所)時	薬剤調整の実施	退院(所)前	退院(所)後 外来・在宅
看護師	- 嚥下機能の聴取(食形態・摂取量の確認) - ADLの情報収集 - 服薬アドヒアランスの確認(残薬や服用方法の確認) - 家族への処方薬剤の情報及び薬剤調整実施についての説明と理解状況の確認 - 症状の確認と薬物有害事象の把握と担当医との情報共有		- 薬剤調整内容の確認と調整後の変化の把握 - 夜間睡眠状況の確認 - 日中、夜間活動状況の把握 - ADL・食事量の変化の把握 - 服薬状況の確認、服薬支援 - 院内多職種とのカンファランスと情報提供・共有・ケアの調整	- 看護サマリー記載 - 服用管理能力の把握 - 薬剤自己管理の開始と評価 - 家族への服薬指導の必要性について判断 - 地域スタッフへの情報提供	
歯科衛生士	薬物有害事象も含めた口腔環境や嚥下機能の確認		変更した薬剤の適切性の確認とモニタリング方法等の経過観察法の提案	口腔環境、ケアの情報提供	
理学療法士、作業療法士	- 服薬状況の聴取(剤形・服薬量・服薬動作の確認) - ADLの情報収集		- 薬剤調整にともなうリハビリテーション実施時における変化の確認 - 薬剤の影響を踏まえた日常生活上の指導 - 日中活動状況の把握 - 非薬物的対応の実施	- リハビリテーションサマリーの記載 - 生活指導(運動指導、動作指導、ADL指導など)記載 - 服用管理能力に合わせた指導(家族指導) - 環境調整、運動指導	

別表3 入院(入所)から退院(退所)までの多職種協働による薬剤調整＊

(*)実際の活動を踏まえた望ましい形の一つとして示したものであり、画一的に推奨するものではない。

職 種	入院(所)前	入院(所)時	薬剤調整の実施	退院(所)前	退院(所)後 外来・在宅
言語聴覚士	薬物有害事象を含めた嚥下機能の評価		薬剤調整にともなう嚥下機能の変化の把握	嚥下状態の情報提供	
管理栄養士	入院(所)前の食形態、摂取量の把握		薬剤調整にともなう栄養状態・摂食量変化の評価	食事内容の情報提供	
社会福祉士等 (医療機関の医療ソーシャルワーカーや施設の支援相談員)	- 以下の情報の把握及び得られた情報を医師、薬剤師等と共有在宅や施設・病院等の転院 ○服薬内容 ○残薬等の服薬状況 ○服薬支援状況 - 服薬支援に関わる家族・同居人に確認 - 生活課題のアセスメント - 社会資源や制度の活用状況の確認	- 薬剤についての家族の希望や、医師からの説明の理解状況の確認 - 生活上の課題を多職種に情報提供	医師、歯科医師、薬剤師、その他の院内多職種とのカンファランス開催と情報共有と制度上無理なく処方できる薬剤に対する情報提供	- カンファランスでの院内・地域内多職種への情報提供 - 地域内多職種のサービス導入の検討 - 社会資源・利用サービスに合わせた服薬支援を調整 - 退院(所)後の生活場면을想定したサービスの対応範囲の確認	- 生活状況の確認 - かかりつけの医師・歯科医師・薬剤師との情報共有
介護福祉士	・日常生活の活動状況の情報収集		- 夜間睡眠状況の確認 - 日中、夜間活動状況の把握 - ADL・食事量の変化の把握		
介護支援専門員(施設)	入所判定会議の実施	施設サービス計画立案	薬剤調整方針についてケアプランに記載	- ケアプランの一部としての薬剤調整の結果が服用支援等に反映されているか評価 - 退院先の医療・生活状況についての情報収集	かかりつけの医師・歯科医師・薬剤師との情報共有
介護支援専門員(在宅)	医療・生活情報を提供 (予定入院(所))	医療・生活情報を提供 (緊急入院(所))	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	- 退院先の医療・生活状況についての情報収集 - 生活状況をとりえたケアプランの立案	- 生活状況をとりえたケアプランの管理 - かかりつけの医師・歯科医師・薬剤師との情報共有

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編(療養環境別)P56～P57

別表3 入院(入所)から退院(退所)までの多職種協働による薬剤調整＊

(*)実際の活動を踏まえた望ましい形の一つとして示したものであり、画一的に推奨するものではない。

職 種	入院(所) 前	入院(所) 時	薬剤調整の実施	退院(所) 前	退院(所) 後 外来・在宅
医師、歯科医師、薬剤師が参照すべき総論編の図表等	【図4-1】 処方見直しのプロセス 【別表1】 高齢者で汎用される薬剤の基本的な留意点 【別表2】 その他の特に慎重な投与を要する薬物のリスト	【総論編 3.1 ○処方の優先順位と減量・中止】 各薬剤の適応を再考するポイント 【図4-1】 処方見直しのプロセス 【表1】 薬剤起因性老年症候群と主な原因薬剤 【表2】 服薬アドヒアランス低下の要因 【別表3】 代表的腎排泄型薬剤 【別紙】 薬物動態、腎機能低下時及び薬物相互作用について	【図4-1】 処方見直しのプロセス 【表3】 処方の工夫と服薬支援の主な例	【図5】 療養環境移行時における処方変化のイメージ	【図5】 療養環境移行時における処方変化のイメージ

本資材の検討体制

本資材は、厚生労働省医薬局医薬安全対策課による委託事業である「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」（受託者：株式会社NTTデータ経営研究所）において設置された調査検討会における検討に基づき取りまとめたものである。本資材の作成にあたっては以下の委員より多大なご協力を頂いた。

「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」調査検討会 委員一覧	
◎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 理事長
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
小島 太郎	国際医療福祉大学医学部 老年病学 教授 社会福祉法人邦友会 成田老年医療福祉センター センター長
野村 香織	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	東京薬科大学 薬学部 薬剤疫学講座 教授
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	公益財団法人 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9名、敬称略、氏名五十音順）

ポリファーマシー対策の普及啓発資材

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



普及啓発資材の利用対象者

主な利用対象は医師、歯科医師、薬剤師とし、
看護師等の多職種も対象とする。

用語集

用語	解説
薬物有害事象	薬剤の使用後に発現する有害な症状又は徴候であり、薬剤との因果関係の有無を問わない概念として使用している。薬剤との因果関係が疑われる又は関連が否定できないものとして使用される「副作用」とは区別している。※1
ポリファーマシー	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を指す。※1
薬剤調整を支援する者 (薬剤調整支援者)	ポリファーマシー対策に関する一定の知識を有し、地域での医療・介護提供において個別の患者の処方状況・服薬状況を把握し、当該患者の状態にあった適切な処方・服用を実現するために、当該患者のポリファーマシーの課題に対して責任をもって、当該患者に関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当該患者を支援する者※1 ※資材において便宜的に使用した用語である ※制度等において設置を義務付けるものではない
PIMs	特に慎重な投与を要する薬物(Potentially Inappropriate Medications)のことである。※2
高齢者総合機能評価 (CGA)	疾患の評価に加えて、日常生活活動度(ADL)、手段的ADL、認知機能、気分・意欲・QOL、社会的背景等を系統的に評価する手法である。※3

※1 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 用語集より抜粋

※2 高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編(療養環境別)P2より抜粋

※3 高齢者総合機能評価(CGA)に基づく診療・ケアガイドライン2024,長寿医療研究開発費「高齢者総合機能評価(CGA)ガイドラインの作成研究」研究班,日本老年医学会,国立長寿医療研究センター P2より抜粋

目次

1. ポリファーマシー対策の始め方	4
1. ポリファーマシー対策を始める前に	5
2. 身近なところから始める方法	11
3. ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策	15
2. ポリファーマシー対策の進め方	23
1. ポリファーマシー対策の体制づくり	24
2. ポリファーマシー対策の実施	33
3. 参考資料	50

1. ポリファーマシー対策の 始め方

1. ポリファーマシー対策を始める前に
2. 身近なところから始める方法
3. ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策

1. ポリファーマシー対策を始める前に

一律の剤数/種類数のみに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

薬物療法の適正化のための
フローチャートを考慮する

薬剤ごとの「高齢者で汎用される薬剤の
基本的な留意点」を考慮する



1. ポリファーマシー対策を始める前に

現場の職員がポリファーマシーに関して困っていることを把握する

ポリファーマシーに関して現場で困っていることの例

- ・ 入院時の持参薬に実際には服用していない薬剤が含まれている
- ・ 服用薬剤数が多く、看護師による服用方法の説明・管理が難しい
- ・ ポリファーマシーに関連してせん妄や転倒が発生する



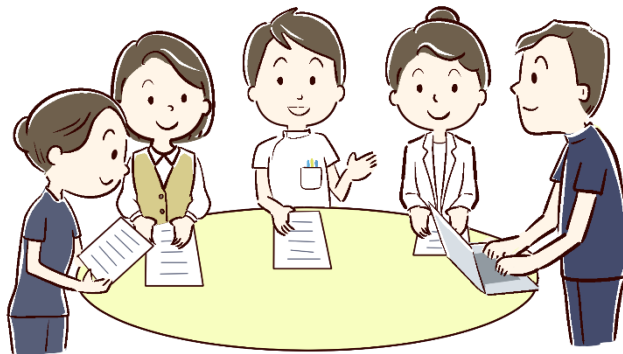
出典: 病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方 P1

1. ポリファーマシー対策を始める前に

院内および院外関係施設の理解を得る

院内の既存の勉強会や病棟での会議で
ポリファーマシー対策・症例を取り上げる

退院後に元の処方に戻ることを回避するために
院外関係施設の理解を得る



1. ポリファーマシー対策を始める前に

外来患者に対し、服用による体調不良の可能性が確認された場合、受診・相談を勧める

処方情報の確認



診療時の聞き取り



出典: 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 P3

1. ポリファーマシー対策を始める前に

患者やその家族との関係を構築する

患者となんでも相談できる関係を築く



薬剤の一元管理のため
かかりつけ薬剤師のいる薬局の利用を促す



1. ポリファーマシー対策を始める前に

患者やその家族への説明資材を準備する

パンフレット



ポスター



出典：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 P3

※パンフレット、ポスターについては、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.radar.or.jp/knowledge/post?slug=polypharmacy>

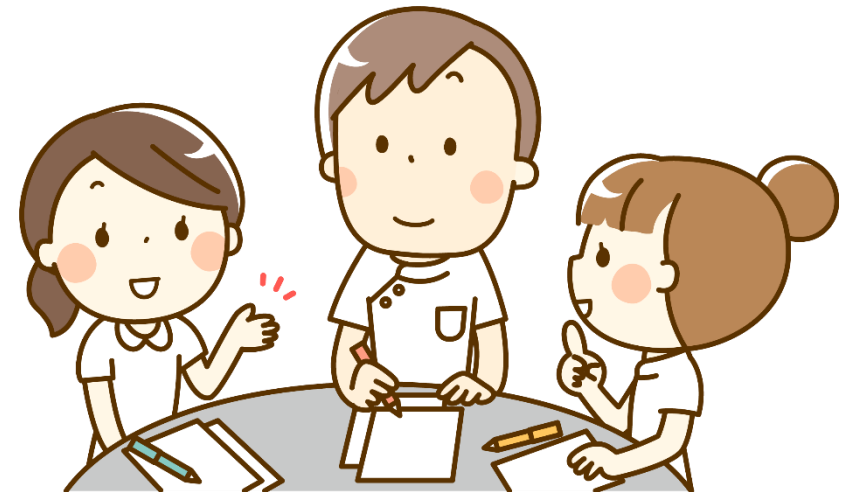
2. 身近なところから始める方法

担当者を明確にすると、情報が一元的に集まり、効率的に業務を行うことができる

担当の医師・薬剤師を配置して、情報を集約する



業務が集中しないよう
チーム内でコミュニケーションをとる



出典: 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 P4

2. 身近なところから始める方法

小規模から始めると取り組みやすい

研修会でポリファーマシーをテーマに取り上げる



主治医を中心として処方見直しを検討する



出典: 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 P4

2. 身近なところから始める方法

対象患者の優先順位をつけることで活動を導入・維持しやすい

対象患者の抽出条件の例

- ・ 薬剤起因性老年症候群が疑われる場合
- ・ 特に慎重な投与を要する薬物(PIMs)が処方に含まれる場合
- ・ 入院時転倒スクリーニングの結果、リスクが認められる場合



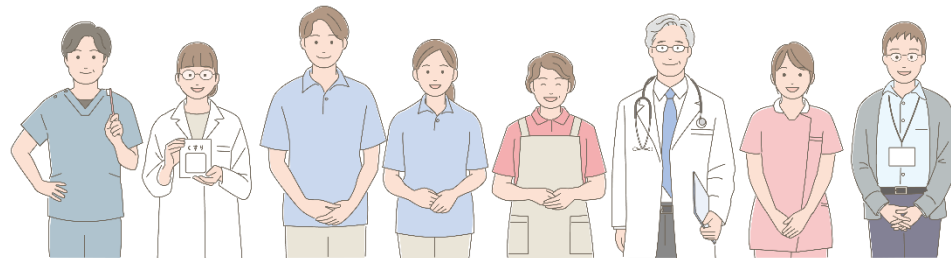
出典: 病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方 P5

2. 身近なところから始める方法

既にある仕組みやツールを活用すると取り組みやすい

各医療チームに関連した
ポリファーマシー対策を加える

栄養サポートチーム、緩和ケアチームなど



既存ツールの例

診療情報提供書



photo.jp - 98413841

おくすり手帳や薬剤管理サマリ等

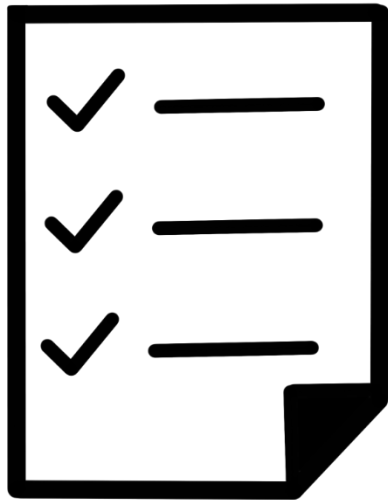


出典: 病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方 P5～P7

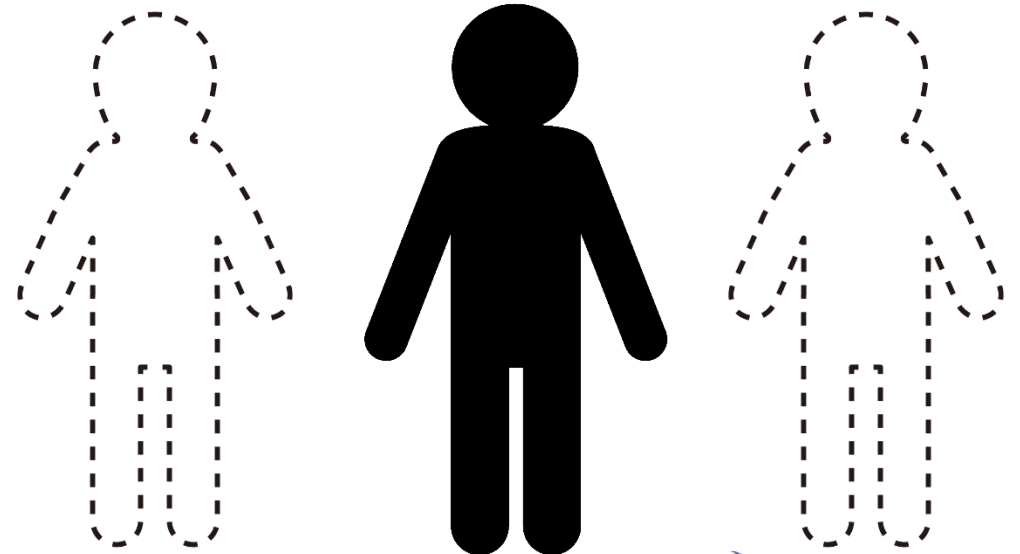
3. ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策

人員不足で、対象患者の抽出や検討時間を作れない場合、
タスク・シフト/シェアや自動抽出を行う

業務効率化に資するテンプレートを作成・活用する



ポリファーマシー対策の対象とする
年齢や薬剤数を限定する



出典: 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 P8

3. ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策

多職種連携が十分でない場合、役割を明確にする

多職種によるカンファレンスへの参加連携



電子カルテに会議の内容を記載し情報共有



3. ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策

患者の服用薬の一元的把握ができない場合、
お薬手帳の活用方法を考慮する

	課題	課題への対応策	活用方法
患者側	- 持参しない - 一冊にまとめていない	- 日頃からの患者教育 - 啓発パンフレットの配布	体調変化や一般用医薬品なども記載
医師・ 薬剤師側	お薬手帳の確認漏れ	受診時・来局時のチェックリストにお薬手帳を含める	検査値、処方変更の理由なども記載



※電子処方箋やマイナポータルと連携した電子版お薬手帳などにより
薬剤情報を電子的・一元的に管理する方法も活用

出典: 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 P9～P10

3. ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策

ポリファーマシーであることを判断することが難しい場合、
スクリーニングを活用しながら判断する

定量的条件の例



PIMsを服用している

定性的条件の例



処方見直しを希望している

3. ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策

医師が自科以外の処方薬を調整することが難しい場合、
処方元の医師に助言や連携を得るとよい

他科の処方薬を見直す際の確認事項

- 見直しの明確な理由
- 見直しの手順
- 見直しにより起こりうる問題
- 見直しにより問題が起こった後の対応策、フォローアップ体制



出典：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 P11

3. ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策

病態全体をとらえることが難しい場合、日常生活機能等を踏まえて見直しの優先順位を判断する

確認すべき事項

- 高齢者総合機能評価(CGA)
- 既往歴や処方歴



3. ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策

見直し後の処方内容をかかりつけ医にフィードバックする体制を構築するために、地域医師会等と日頃から関係を築く



3. ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策

患者や家族に処方見直しの同意を得るために工夫を行う

患者や家族に処方見直しの同意を得るための工夫

- その場で判断を求めない
- 一度に減量せず、必要に応じて時間をかけながら減量
- 患者・家族の意思、理解度等を確認しながらメリット・デメリットを具体的にわかりやすく説明



出典：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 P12

2. ポリファーマシー対策の 進め方

1. ポリファーマシー対策の体制づくり
2. ポリファーマシー対策の実施

1. ポリファーマシー対策の体制づくり

ポリファーマシーの概念を確認する

ポリファーマシーとは？

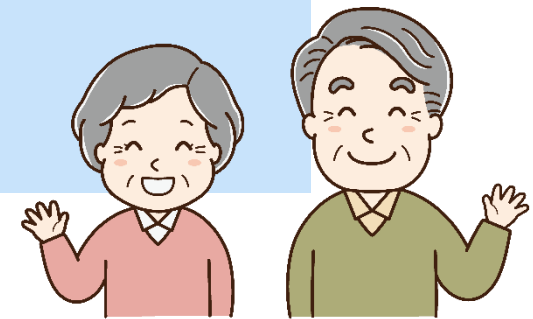
多剤服用の中でも害をなすものを特にポリファーマシーと呼び、本指針でも両者を使い分けた。ポリファーマシーは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態である。

1. ポリファーマシー対策の体制づくり

ポリファーマシー対策の目的を確認する

ポリファーマシー対策の目的

薬物療法の適正化を目指し、高齢者の特徴に配慮したよりよい薬物療法を実践して問題の解消・改善を図る



1. ポリファーマシー対策の体制づくり

資料を取りそろえる

取りそろえておくべき資料

- ・「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))」
- ・「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2025」

※ 特に慎重な投与を要する薬物(PIMs)リスト、開始を考慮すべき薬物のリストも掲載されている



出典: 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 P13～P14

1. ポリファーマシー対策の体制づくり

資料を取りそろえる

取りそろえておくべき資料

- ・「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))」
- ・「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2025」

※ 特に慎重な投与を要する薬物(PIMs)リスト、開始を考慮すべき薬物のリストも掲載されている



出典: 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 P13～P14

1. ポリファーマシー対策の体制づくり

運営ルールをつくる例

組織をつくる

ポリファーマシー対策チームを設置するか、他の組織がその機能を担うことも可能

内容を決める

大まかな内容でもよい

ルール共有の機会を設ける

ルールは必ずしも規定化・明文化する必要はなく朝礼や打合せの機会を活用しても良い



出典：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 P14

1. ポリファーマシー対策の体制づくり

病院内外での人的連携体制を構築する

人員体制をつくる



各職種の役割や目的を決める

地域包括ケアシステムを担う医療・介護関係者等との連携体制をつくる



地域ケア個別会議などに出向く

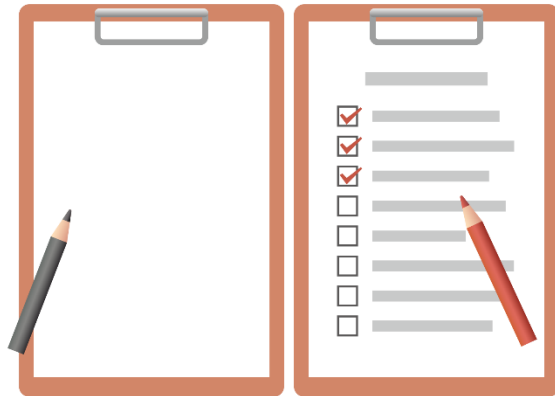
出典: 病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方 P14～P17

1. ポリファーマシー対策の体制づくり

活動の改善やモチベーション向上につなげるため
ポリファーマシー対策の成果をモニタリングする

モニタリング方法の例

医療機関・薬局向けの
アンケート調査



モニタリング指標の例

対象患者の処方薬剤数の減少



1. ポリファーマシー対策の体制づくり

デジタル技術を活用してポリファーマシー対策を進める

電子カルテシステム等



患者の抽出などの業務を
より効率的に行える

マイナ保険証

※マイナンバーカードの健康保険証利用



患者自身の処方薬の履歴がわかる

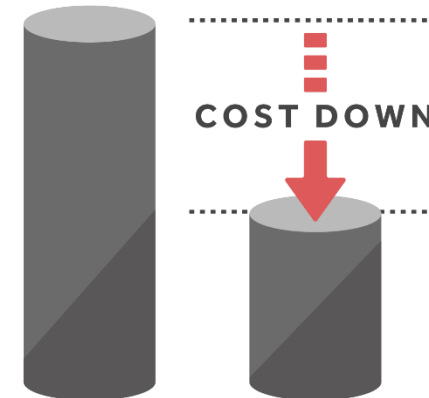
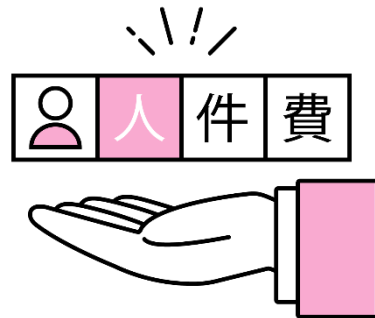
出典: 病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方 P18～P19

1. ポリファーマシー対策の体制づくり

費用について考慮する

人件費や電子カルテのカスタマイズにかかる費用を見込む

対策による利益と費用の差額を示し院内の理解を得る



2. ポリファーマシー対策の実施(入院患者)

院内の状況に応じて、入院患者への対応方法を検討する

主治医が処方見直しを行う



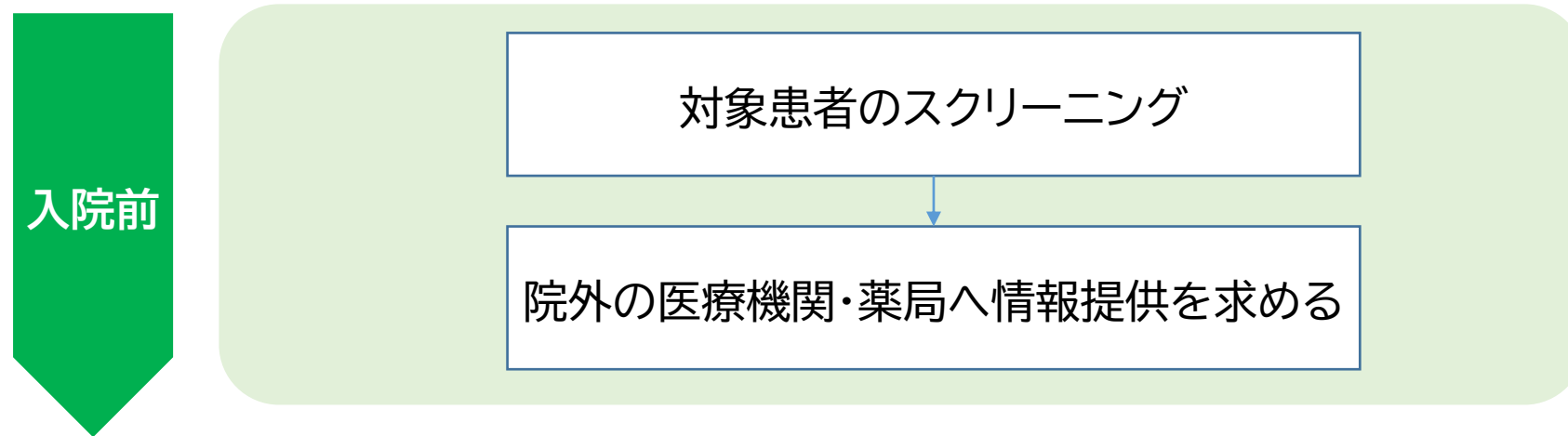
多職種で情報共有・意見交換等で見直しを行う



2. ポリファーマシー対策の実施(入院患者)

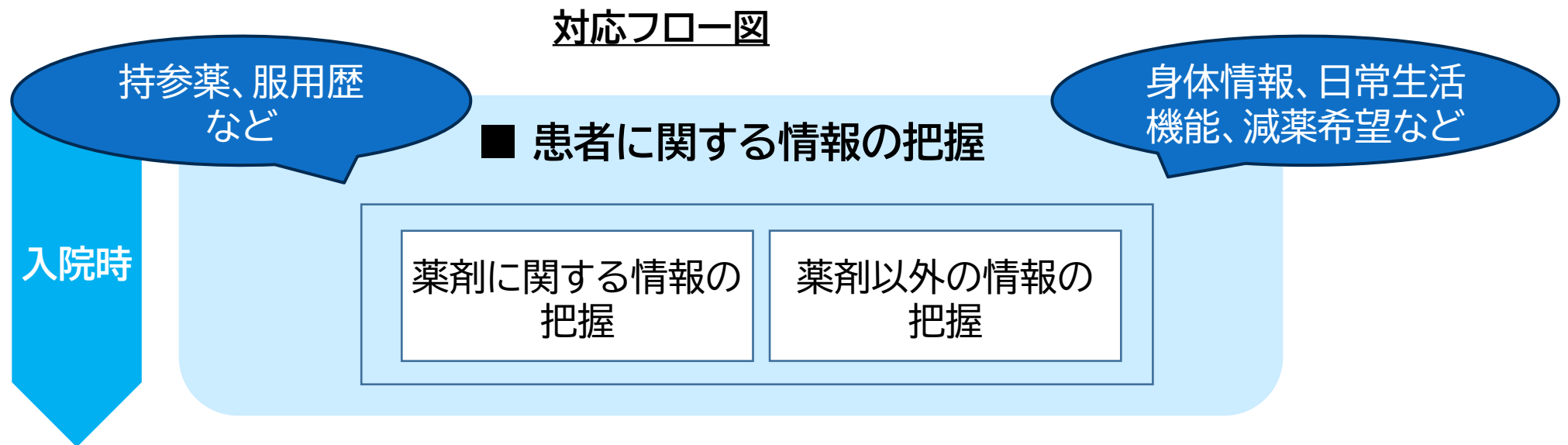
予定入院患者は事前にポリファーマシー対策の対象患者のスクリーニングを行う

対応フロー図



2. ポリファーマシー対策の実施(入院患者)

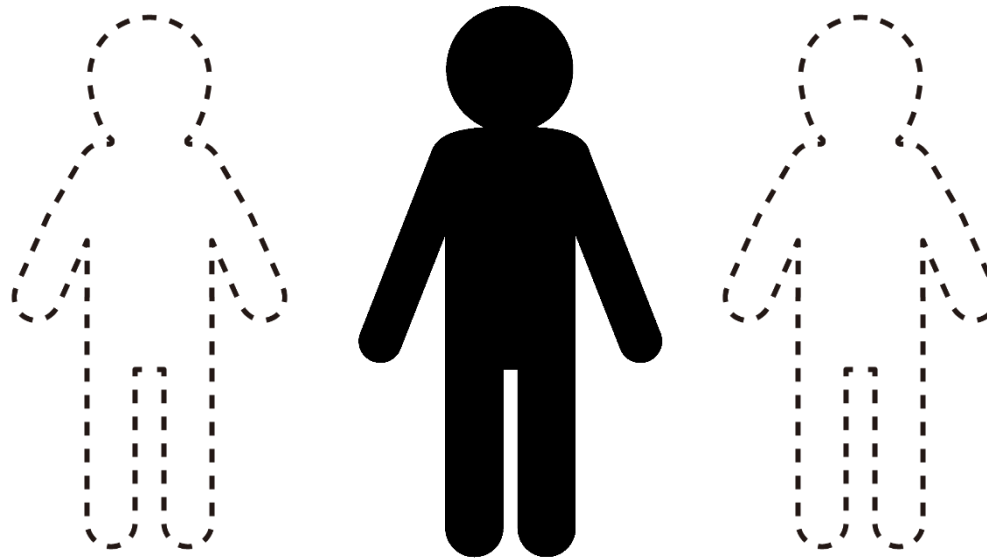
入院時は、記載フォーマットをあらかじめ作成し、必要となる情報を把握する



2. ポリファーマシー対策の実施(入院患者)

得られた情報を元に処方見直し対象患者をスクリーニングする

PIMsを使用しているなどの定量的条件や
患者や家族が処方見直しを希望しているなどの定性的条件でスクリーニング

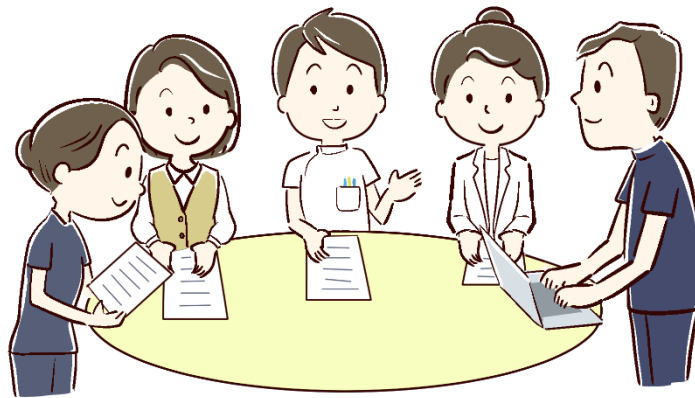


2. ポリファーマシー対策の実施(入院患者)

対象患者のスクリーニング後、主治医と調整する

主治医に対し、担当患者を対象とすることや
処方見直し内容を相談し同意を得る

かかりつけ医に対しても
処方見直しに対する理解を得る



診療情報提供書

紹介状(診療情報提供書)	
	科 先生名
患者氏名	
病名	
症状経過	

2. ポリファーマシー対策の実施(入院患者)

患者・家族の意向を確認する

処方見直しに理解を得るための説明や
ACPについても配慮

患者向け説明用パンフレットを使用するなどして
丁寧に根気強く説明



2. ポリファーマシー対策の実施（入院患者）

情報の共有・意見交換等において処方見直し案を提案する

減薬、中止、用法の見直しの対象とする薬剤や
薬剤を見直す優先順位を検討する



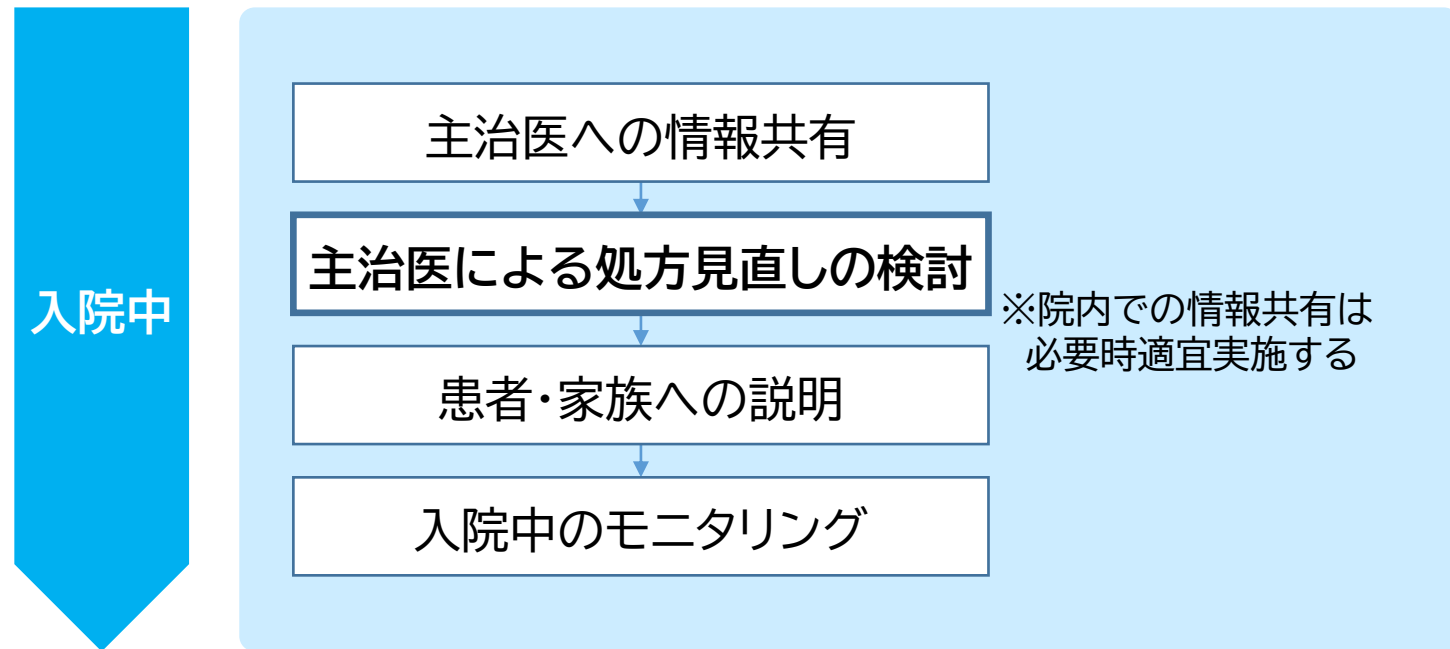
非薬物的対応への切り替えも含めて検討する



2. ポリファーマシー対策の実施(入院患者)

処方見直し案の提案後は、主治医により処方見直し案を検討し、患者等に説明し同意を得る

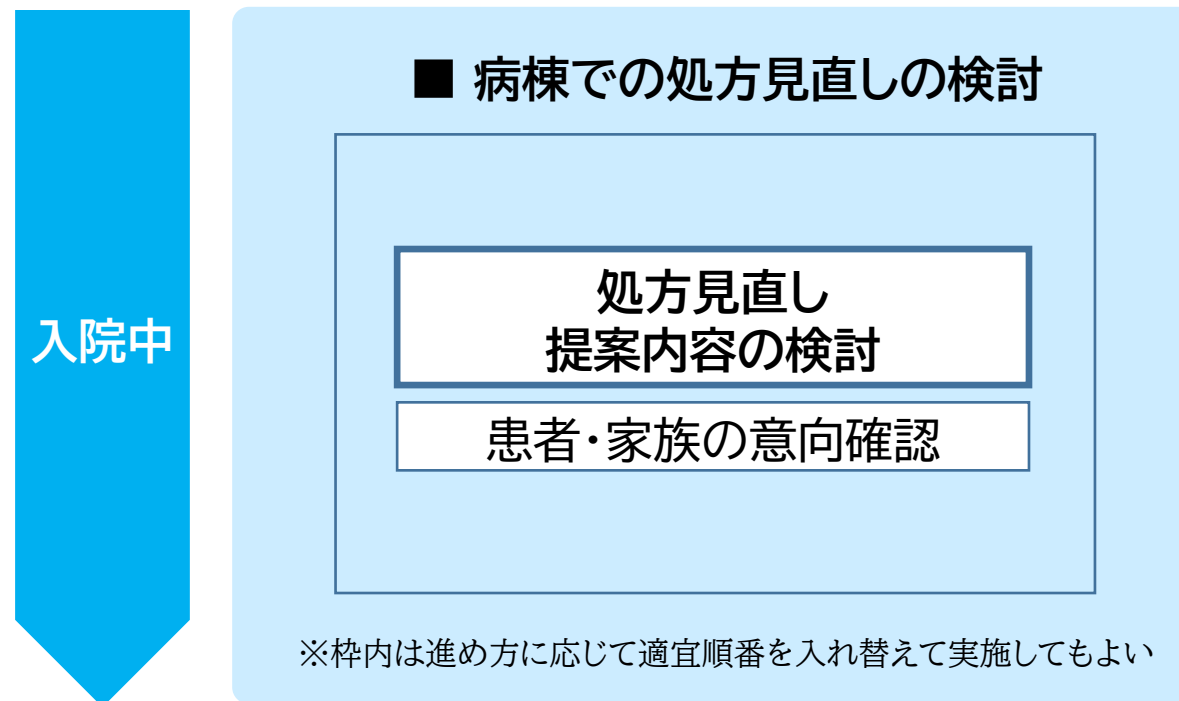
対応フロー図



2. ポリファーマシー対策の実施(入院患者)

入院中、早急な処方見直しを要する場合は、病棟主治医により
処方見直し案を検討する

対応フロー図



出典: 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 P23 (対応フロー図についてはP21)

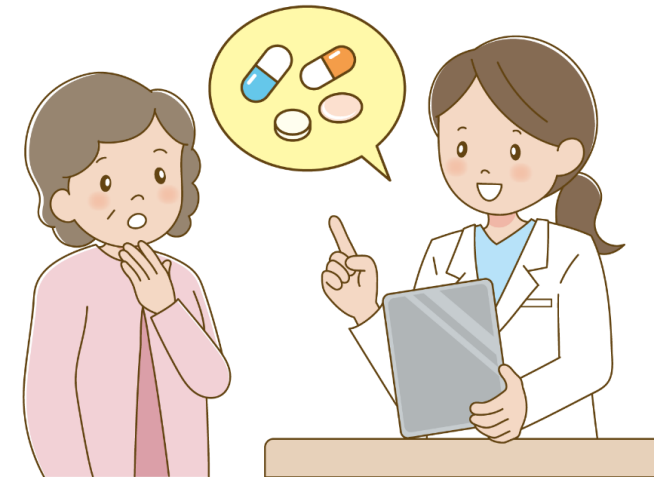
2. ポリファーマシー対策の実施（入院患者）

退院時には、患者・家族に対して処方見直しの内容や理由について説明する

文書化する



丁寧に説明を行う

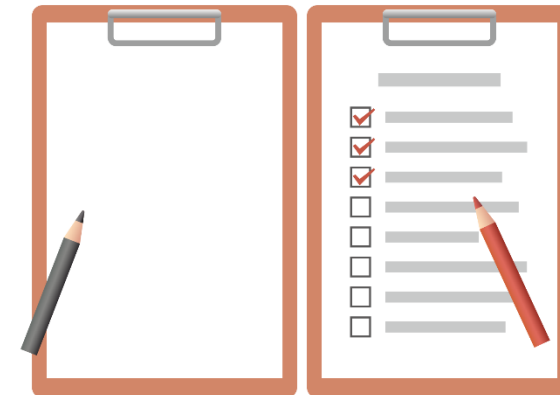
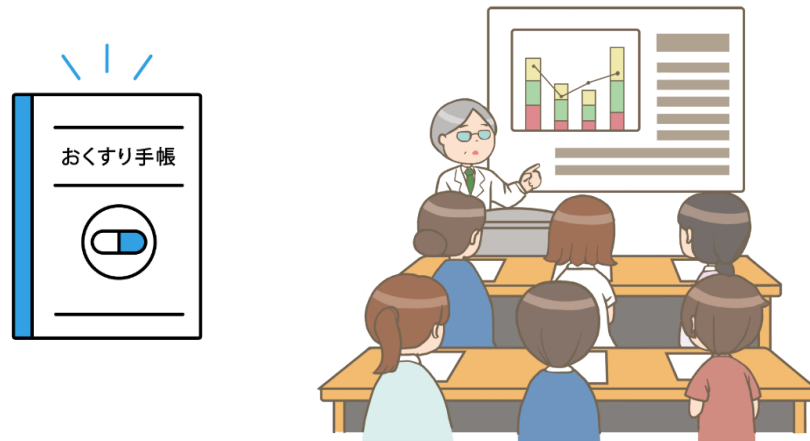


2. ポリファーマシー対策の実施(入院患者)

退院時には、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局、薬剤調整支援者等へ情報提供し、退院後もモニタリングを継続する

既存のツールや退院時カンファレンスを
活用して情報提供

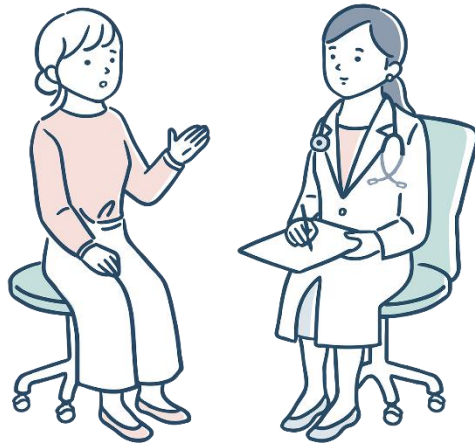
かかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局は
モニタリング事項についてフォローアップ



2. ポリファーマシー対策の実施(外来患者)

外来受診の目的によらず、処方見直しの考え方や他科へ処方見直しを依頼する対応などは共通である

他科や他の医療機関の処方が
ポリファーマシーの原因となっている場合



処方元の医療機関で見直しを
行ってもらえるように文書化して患者に伝える

院外の薬局から処方見直しの提案を受けた場合



相互に情報共有しながら処方見直しを検討する

2. ポリファーマシー対策の実施(外来患者)

受診前に看護師や事務職員が処方薬を確認することで、医師にポリファーマシー対策の必要性を伝えることができる



2. ポリファーマシー対策の実施(外来患者)

処方見直しを目的とした受診の場合、総合診療医、総合内科医、老年内科医などが担当する



2. ポリファーマシー対策の実施(外来患者)

処方見直し後のフォローアップを目的とした受診の場合、
処方が戻った理由や、処方見直しを行う薬剤がないか確認する



2. ポリファーマシー対策の実施

職員への啓発活動を行う

ポリファーマシー研修で取り上げる内容の例

- ポリファーマシーの概念や多剤服用の現状
- 薬剤起因性老年症候群について
- 患者の意思を尊重することの重要性
- 多職種の役割、連携について
- 経営的な観点(医療費に占める薬剤費の割合、診療報酬上の評価)



出典: 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 P30

2. ポリファーマシー対策の実施

医療機能によるポリファーマシー対策の違いを考慮する

急性期病院



職員体制が充実していることを活かし
入院の原因となった疾患以外に対する薬剤も見直す

回復期・慢性期病院

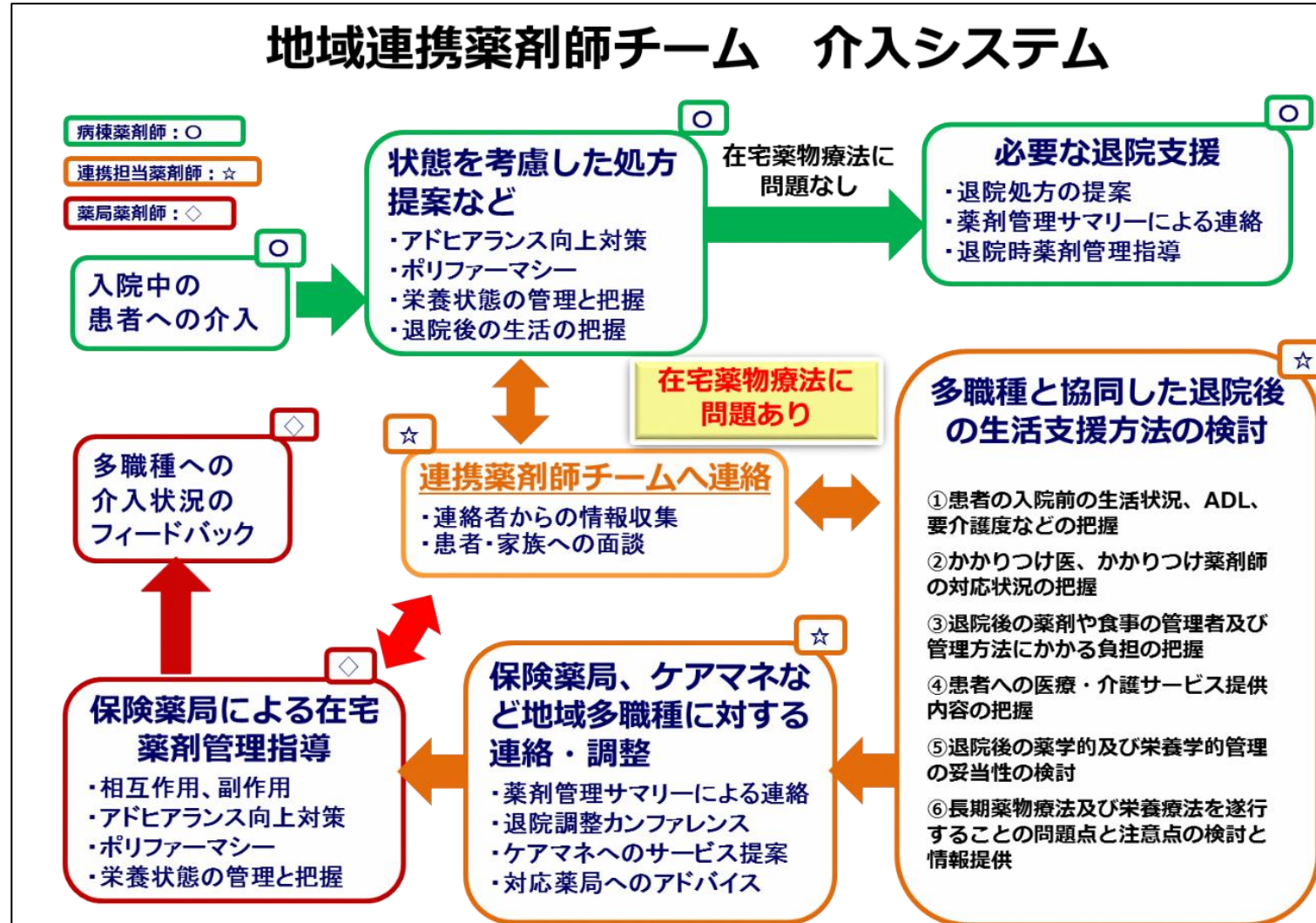


体制構築が困難な場合は
薬剤師が中心となって医師に提案する

出典: 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 P31

参考資料

図1 地域連携を担当する薬剤師によりポリファーマシー対策への協力体制を構築している例



出典：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 P17

表1 既存ツール等へのポリファーマシー対策の取り入れ方

職種	ツール等	活用方策
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。
薬剤部等の薬剤師	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。
	薬剤管理サマリー	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	薬剤師が薬局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(活用する) (例)PIMsに該当する薬剤の処方時に警告メッセージが出るようにする。
—	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。

出典：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 P6～P7

表2 各職種のポリファーマシー対策における役割

職種	役割
看護師	服薬管理能力の把握、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、摂食料、食携帯、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

表3 スクリーニング条件の例

定量/定性	例
定量的条件	直近1週間以内に特定の病棟に入院した一定の年齢(例:75歳)以上
	自院他院問わず、入院前に内服を開始して一定の期間(例:4週間)以上経過した内服薬が一定の種類数(例:6種類)以上処方されている
	一定の日数(例:10日)以上入院する予定がある
	一定の診療科数(例:2科)以上の診療科、または一定の医療機関数(例:2医療機関)以上の医療機関を受診している
	PIMsを服用している
定性的条件	患者や家族が処方見直しを希望している
	入院前の医療機関から処方見直しに関する依頼がある

表4 成果把握のためのモニタリング指標

モニタリング指標
処方見直しの対象となる患者数・年齢・疾患などの特性の推移
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
診療報酬の算定状況の推移(薬剤総合評価調整管理料、薬剤総合評価調整加算、薬剤調整加算、服用薬剤調整支援料など)
薬剤費の推移
ポリファーマシー対策に関する地域における活動回数(勉強会・会合など)
ポリファーマシーやその必要性にたいする医療・介護関係者の理解度・関心度
処方見直しを行った患者に対する退院後の処方内容の維持状況
処方見直しを行った患者に対する退院後の処方見直しに起因する問題発生状況

表5 薬剤に関して把握すべき情報の例

薬剤に関して把握すべき情報
持参薬、持参していない処方薬、一般用医薬品やサプリメントの把握
各薬剤の服用歴
副作用歴、アレルギー歴
服薬アドヒアランス
かかりつけ薬剤師・薬局の有無
服薬管理能力の把握
お薬手帳の活用状況

表6 薬剤以外に把握すべき患者情報の例

薬剤以外に把握すべき患者情報
年齢、身長、体重、既往歴、検査値、BMI
家族構成、生活状況、ADL等の日常生活機能
かかりつけ医・医療機関
介護の状況
服用薬に対する患者・家族の意見・嗜好
お薬手帳の活用状況

表7 ポリファーマシーに関する情報の共有・意見交換等の主な流れ

新たに処方見直しを行う患者に関する検討事項
処方内容、患者情報に関するプレゼンテーション
患者に関する各職種からの情報提供
処方見直し素案の検討
主治医へ提案する処方見直し案の決定
経過観察すべきモニタリング事項を決める(病棟看護師など関係職種はこの内容に基づきモニタリングする)
過去に処方見直しを行った患者に関する検討事項
一定期間前(例:一週間前)に処方見直しを行った患者のモニタリング

本資材の検討体制

本資材は、厚生労働省医薬局医薬安全対策課による委託事業である「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」（受託者：株式会社NTTデータ経営研究所）において設置された調査検討会における検討に基づき取りまとめたものである。本資材の作成にあたっては以下の委員より多大なご協力を頂いた。

「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」調査検討会 委員一覧	
◎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 理事長
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
小島 太郎	国際医療福祉大学医学部 老年病学 教授 社会福祉法人邦友会 成田老年医療福祉センター センター長
野村 香織	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	東京薬科大学 薬学部 薬剤疫学講座 教授
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	公益財団法人 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9名、敬称略、氏名五十音順）

別添4

ポリファーマシー対策の普及啓発資材

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



普及啓発資材の利用対象者

主な利用対象は医師、歯科医師、薬剤師とし、
看護師等の多職種も対象とする。

用語集

用語	解説
薬物有害事象	薬剤の使用後に発現する有害な症状又は徴候であり、薬剤との因果関係の有無を問わない概念として使用している。薬剤との因果関係が疑われる又は関連が否定できないものとして使用される「副作用」とは区別している。※1
ポリファーマシー	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を指す。※1
薬剤調整を支援する者 (薬剤調整支援者)	ポリファーマシー対策に関する一定の知識を有し、地域での医療・介護提供において個別の患者の処方状況・服薬状況を把握し、当該患者の状態にあった適切な処方・服用を実現するために、当該患者のポリファーマシーの課題に対して責任をもって、当該患者に関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当該患者を支援する者※1 ※本書において便宜的に使用した用語である ※制度等において設置を義務付けるものではない
地域ポリファーマシー コーディネーター	地域の医療・介護関係者たちの理解を得ながら協働し、地域全体のポリファーマシー対策の方針の検討等の中核を担う、地域のポリファーマシー対策の旗振りをする者※1 ※本書において便宜的に使用した用語である ※制度等において設置を義務付けるものではない。
PIMs	特に慎重な投与を要する薬物(Potentially Inappropriate Medications)のことである。※2
高齢者総合機能評価 (CGA)	疾患の評価に加えて、日常生活活動度(ADL)、手段的ADL、認知機能、気分・意欲・QOL、社会的背景等を系統的に評価する手法である。※3

※1 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 用語集より抜粋

※2 高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編(療養環境別)P2より抜粋

※3 高齢者総合機能評価(CGA)に基づく診療・ケアガイドライン2024,長寿医療研究開発費「高齢者総合機能評価(CGA)ガイドラインの作成研究」研究班,日本老年医学会,国立長寿医療研究センター P2より抜粋

目次

1. ポリファーマシー対策の始め方	4
1. ポリファーマシー対策を始める前に	5
2. 身近なところから始める方法	7
3. ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策	10
2. ポリファーマシー対策の進め方	17
1. ポリファーマシー対策の体制づくり	18
2. ポリファーマシー対策の実施	26
3. ポリファーマシー対策の場面ごとの実施例	31
3. 参考資料	36

1. ポリファーマシー対策の 始め方

1. ポリファーマシーを始める前に
2. 身近なところから始める方法
3. ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策

1. ポリファーマシー対策を始める前に

一律の剤数/種類数のみに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

薬物療法の適正化のための
フローチャートを考慮する

薬剤ごとの「高齢者で汎用される薬剤の
基本的な留意点」を考慮する



1. ポリファーマシー対策を始める前に

患者とその家族・医療従事者との関係構築と、患者とその家族のポリファーマシー理解を促す啓発資材の準備をする

患者や医療従事者と関係を築く

患者のポリファーマシー理解を促す資材を準備する



パンフレット



ポスター



出典：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 P1～P2

※パンフレット、ポスターについては、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きますか」より

<https://www.radar.or.jp/knowledge/post?slug=polypharmacy>

2. 身近なところから始める方法

小規模から始めると取り組みやすい

診療所と近隣にある薬局で
ポリファーマシー対策を行う



施設での勉強会でポリファーマシーを
テーマに取り上げる



出典: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 P3

2. 身近なところから始める方法

既にある仕組みやツールを活用すると取り組みやすい

地域におけるポリファーマシー対策チームの例

診療所と近隣薬局

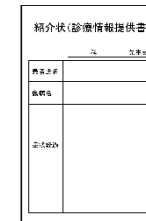


高齢者住宅に関わる多職種



既存ツールの例

診療情報提供書



おくすり手帳や薬剤管理サマリー等



出典：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 P4～P5

2. 身近なところから始める方法

患者の薬剤を一元的に把握する、薬剤調整を支援する者
(薬剤調整支援者)を決める

情報の一元管理、患者が相談しやすい環境づくり



薬剤調整支援者
(例: かかりつけ医、かかりつけ薬剤師)



地域の患者や家族

出典: 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 P6

3. ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策

多職種連携が十分でない場合、役割を明確にする

多職種によるカンファレンスに参加し
連携を図る



電子カルテに会議の内容を記載し
情報共有して連携を図る



3. ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策

患者の服用薬の一元的把握ができない場合、
お薬手帳の活用方法を考慮する

	課題	課題への対応策	活用方法
患者側	- 持参しない - 一冊にまとめていない	- 日頃からの患者教育 - 啓発パンフレットの配布	体調変化や一般用医薬品なども記載
医師・ 薬剤師側	お薬手帳の確認漏れ	受診時・来局時のチェックリストにお薬手帳を含める	検査値、処方変更の理由なども記載



※電子処方箋やマイナポータルと連携した電子版お薬手帳などにより
薬剤情報を電子的・一元的に管理する方法も活用

出典：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 P7～P8

3. ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策

効率的に対象患者の抽出を行う場合、デジタルやツールを活用する

デジタルツールを用いる

保険者における
レセプト分析

薬局における
電子薬歴システム



医療機関における
電子カルテ



お薬問診票を用いる

お薬問診票

出典：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 P8
※お薬問診票については、お薬問診票の様式(国立長寿医療研究センター)

https://www.ncgg.go.jp/hospital/overview/organization/documents/20230825_monshin.pdf

3. ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策

ポリファーマシーであることを判断することが難しい場合、
スクリーニングを活用しながら判断する

定量的条件の例



PIMsを服用している

定性的条件の例



処方見直しを希望している

3. ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策

医師が自科以外の処方薬を調整することが難しい場合、
処方元の医師に助言や連携を得るとよい。

他科の処方薬を見直す際の確認事項

- 見直しの明確な理由
- 見直しの手順
- 見直しにより起こりうる問題
- 見直しにより問題が起こった後の対応策、フォローアップ体制



出典：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 P9

3. ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策

特に診療所においては、患者の既往歴や処方歴などの把握に加え、潜在的な病態がある可能性を考慮し、日常生活機能を踏まえて判断する

確認すべき事項

- 高齢者総合機能評価(CGA)
- 既往歴や処方歴

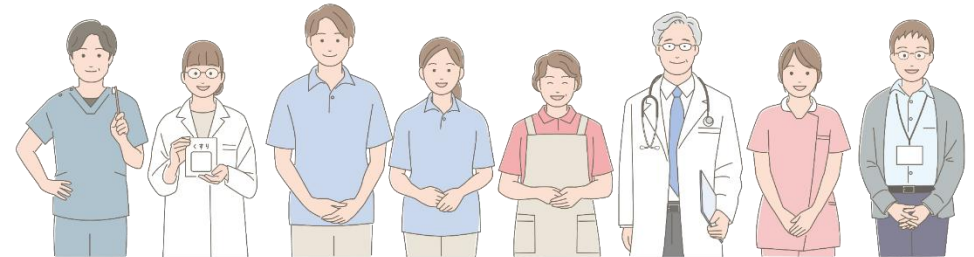
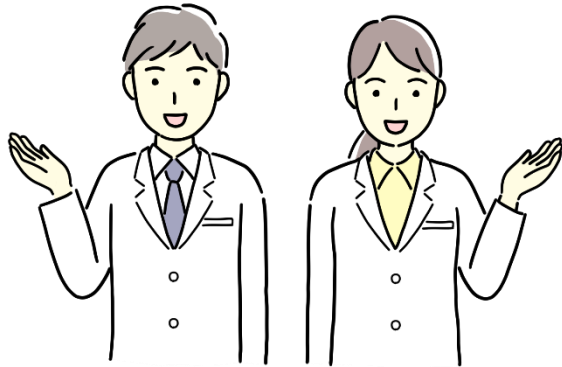


3. ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策

かかりつけ医や多職種と協力する関係を築く

見直し後の処方内容をかかりつけ医にフィードバックするために、日頃から関係を築く

人手不足の場合、自治体や保険者等との協力や既存の会議体を活用



2. ポリファーマシー対策の 進め方

1. ポリファーマシー対策の体制づくり
2. ポリファーマシー対策の実施
3. ポリファーマシー対策の場面ごとの実施例

1. ポリファーマシー対策の体制づくり

ポリファーマシーの概念を確認する

ポリファーマシーとは？

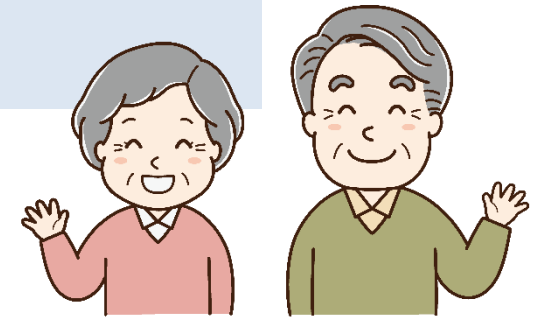
多剤服用の中でも害をなすものを特にポリファーマシーと呼び、本指針でも両者を使い分けた。ポリファーマシーは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態である。

1. ポリファーマシー対策の体制づくり

ポリファーマシー対策の目的を確認する

ポリファーマシー対策の目的

薬物療法の適正化を目指し、高齢者の特徴に配慮したよりよい薬物療法を実践して問題の解消・改善を図る



1. ポリファーマシー対策の体制づくり

資料を取りそろえる

取りそろえておくべき資料

- ・「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))」
- ・「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2025」

※ 特に慎重な投与を要する薬物(PIMs)リスト、開始を考慮すべき薬物のリストも掲載されている



出典: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 P11～P12

1. ポリファーマシー対策の体制づくり

地域全体でポリファーマシー対策を推進する担当者を決める

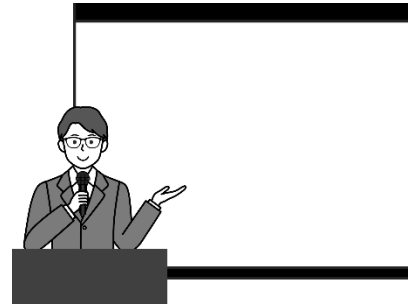


- 地域医療の主体の理解を得る
- 地域でのポリファーマシー推進の在り方を検討し、実行する
- 地域の関係団体や保険者等との連携を深める

地域ポリファーマシーコーディネーター(例:中核病院の医療従事者、地域の薬剤師)

1. ポリファーマシー対策の体制づくり

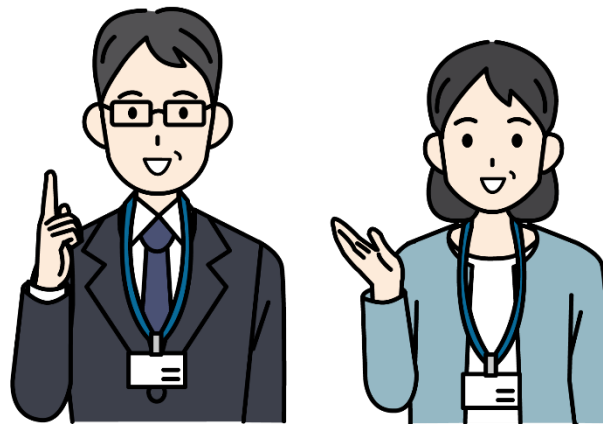
自治体や保険者がポリファーマシー対策に関わる



普及啓発



会議を主催



自治体、保険者



保険者による
対象患者の抽出

出典: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 P12～P13

1. ポリファーマシー対策の体制づくり

地域包括ケアシステムを担う医療・介護関係者等との連携体制をつくる

相談を受ける



地域ケア個別会議などに出向く



出典：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 P14

1. ポリファーマシー対策の体制づくり

デジタル技術を活用してポリファーマシー対策を進める

電子カルテシステム等



患者の抽出などの業務を
より効率的に行えるようになる

マイナ保険証※

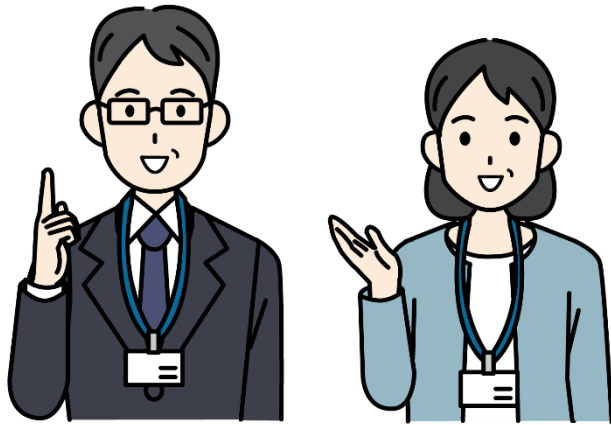
※マイナンバーカードの健康保険証利用



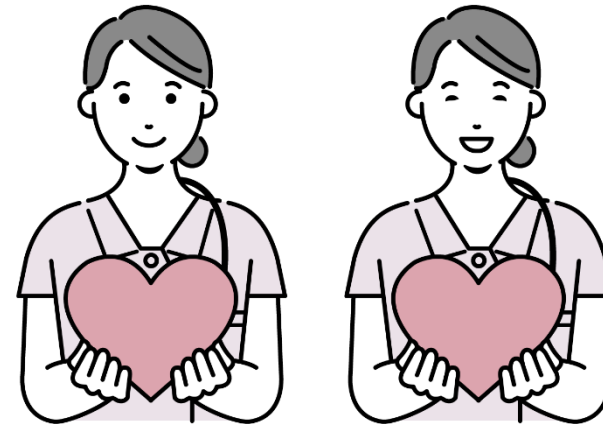
患者自身の処方薬の履歴がわかる

1. ポリファーマシー対策の体制づくり

ポリファーマシー対策のための費用は、自治体から支援を受けることや、参加者が負担することも視野に入れる



自治体



参加者

2. ポリファーマシー対策の実施

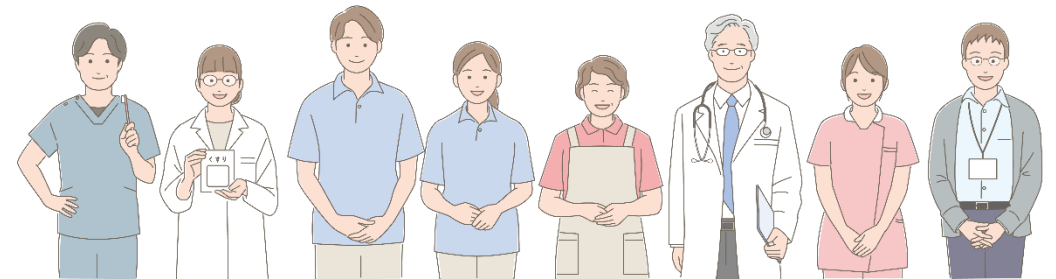
ポリファーマシー対策の全体的な方針を会議体で検討する

地域ポリファーマシーコーディネーターが
中心となって推進する



議題の例：地域の実態把握、情報連携のあり方など

会議体の構成員は地域の様々な関係者を含む
ことが考えられる



例：自治体、保険者、医師会、薬剤師会、
看護・介護関係者など

2. ポリファーマシー対策の実施

事前に対象患者数の把握や職員の意識調査を行うと、介入対象者を絞り込みやすくなり、アウトカム評価も行いやすい

服薬介助者にポリファーマシーの状況を確認する



服薬介助者の例: 患者家族、ケアマネジャー、介護事業者

医療・介護関係者にアンケートを行う

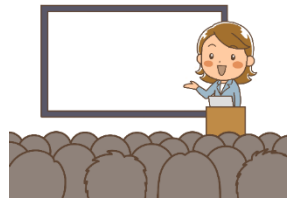


2. ポリファーマシー対策の実施

地域住民や地域の医療・介護関係者等の理解を得る

ショッピングセンターなど人が集まる場所で、
地域住民の理解を深める

ポリファーマシーの患者をみつけるにあたり
関係者への訪問による説明などを行い理解を得る



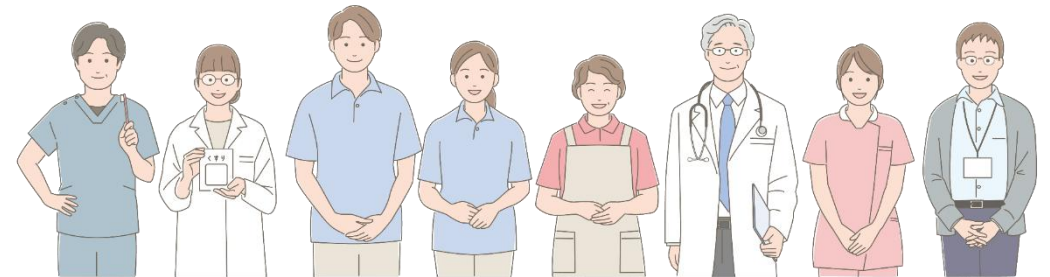
講演



お薬相談会



パンフレットの配布



2. ポリファーマシー対策の実施

地域で普及啓発活動を行う

地域ポリファーマシーコーディネーターによる
普及活動



医療・介護従事者向け(特に処方医、薬剤調整支援者)

薬剤調整支援者同士による検討会

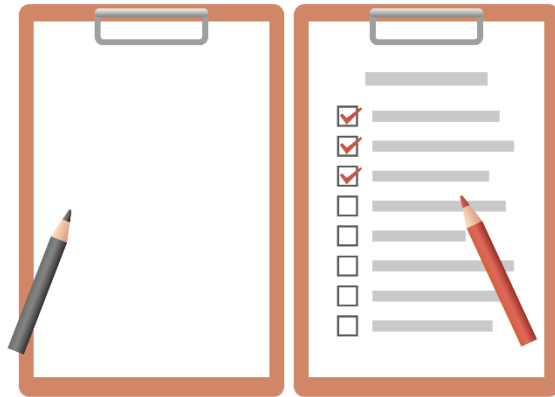


2. ポリファーマシー対策の実施

活動の改善やモチベーション向上につなげるため
ポリファーマシー対策の成果をモニタリングする

モニタリング方法の例

医療機関・薬局向けの
アンケート調査



モニタリング指標の例

対象患者のPIMs処方数の減少

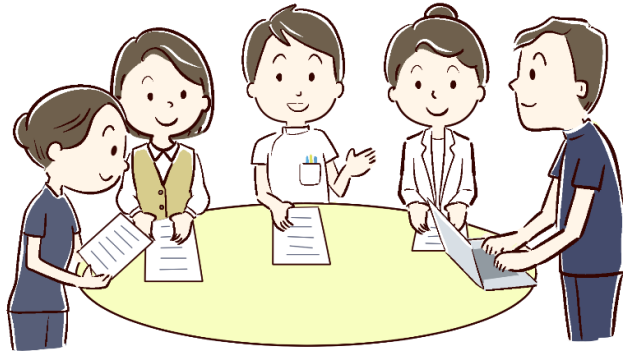


出典:地域における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方 P18～P19

3. ポリファーマシー対策の場面ごとの実施例

外来・在宅医療を受けている患者に対応する

医療専門職が中心となって対象を抽出する



看護師・ケアマネジャーなどの気づきをもとにかかりつけ医・かかりつけ薬剤師が対象を抽出

薬剤調整支援者が中心となり対応する

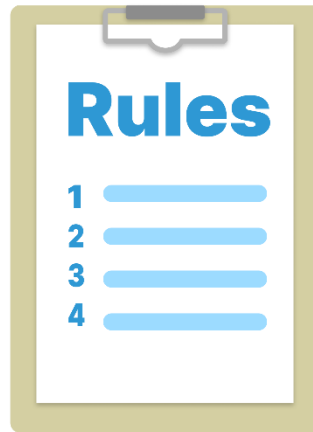


患者に関わりのある医療機関等に働きかける

3. ポリファーマシー対策の場面ごとの実施例

退院した患者に中核病院と診療所が中心となって対応する

退院時の情報共有ルールを地域で定める



中核病院から地域の診療所に情報連携する

薬剤調整支援者も処方整理の理由を把握する



処方内容が適切に維持されているかモニターする

3. ポリファーマシー対策の場面ごとの実施例

介護老人保健施設等で対応する

長期間医師の管理下にあり、
ポリファーマシー対策が行いやすい環境である



併設病院の医師・薬剤師と連携する



出典：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 P21

3. ポリファーマシー対策の場面ごとの実施例

自治体や保険者と協力して対応する

自治体や保険者がレセプトデータ等の分析を通じて
対象患者を抽出し、通知する



患者や患者家族に対する普及啓発活動を実施する



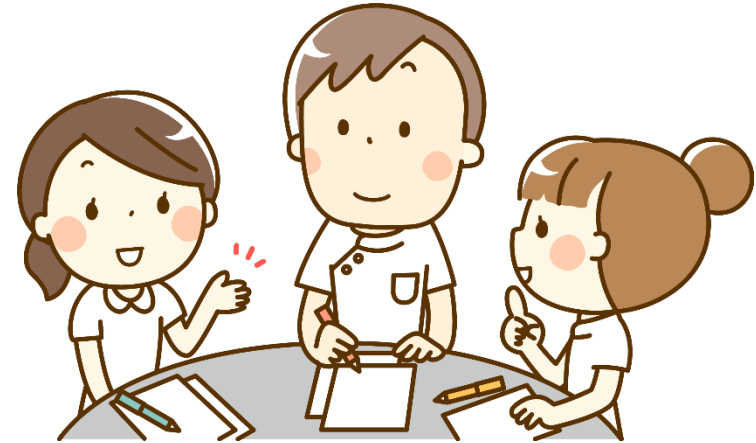
3. ポリファーマシー対策の場面ごとの実施例

多職種で協力して対応する

地域ケア会議等で対象者を抽出し
かかりつけ医等へ情報共有する



ポリファーマシー対策の有識者が定期的に
会議に参加する仕組みを設ける



3. 参考資料

表1 既存ツール等へのポリファーマシー対策の取り入れ方

職種	ツール等	活用方策
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。
薬剤部等の薬剤師	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。
	薬剤管理サマリー	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	薬剤師が薬局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(活用する) (例)PIMsに該当する薬剤の処方時に警告メッセージが出るようにする。
—	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。

出典: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 P4～P5

表2 各職種のポリファーマシー対策における役割

職種	役割
看護師	服薬管理能力の把握、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、摂食料、食携帯、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

表3 スクリーニング条件の例

定量/定性	例
定量的条件	直近1週間以内に特定の病棟に入院した一定の年齢(例:75歳)以上
	自院他院問わず、入院前に内服を開始して一定の期間(例:4週間)以上経過した内服薬が一定の種類数(例:6種類)以上処方されている
	一定の日数(例:10日)以上入院する予定がある
	一定の診療科数(例:2科)以上の診療科、または一定の医療機関数(例:2医療機関)以上の医療機関を受診している
	PIMsを服用している
定性的条件	患者や家族が処方見直しを希望している
	入院前の医療機関から処方見直しに関する依頼がある

表4 成果把握のためのモニタリング指標

モニタリング指標
処方見直しの対象となる患者数・年齢・疾患などの特性の推移
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
診療報酬の算定状況の推移（薬剤総合評価調整管理料、薬剤総合評価調整加算、薬剤調整加算、服用薬剤調整支援料など）
薬剤費の推移
ポリファーマシー対策に関する地域における活動回数（勉強会・会合など）
ポリファーマシーやその必要性に対する医療・介護関係者の理解度・関心度
処方見直しを行った患者に対する退院後の処方内容の維持状況
処方見直しを行った患者に対する退院後の処方見直しに起因する問題発生状況

図1 外来・在宅医療を受けている患者への対応フロー

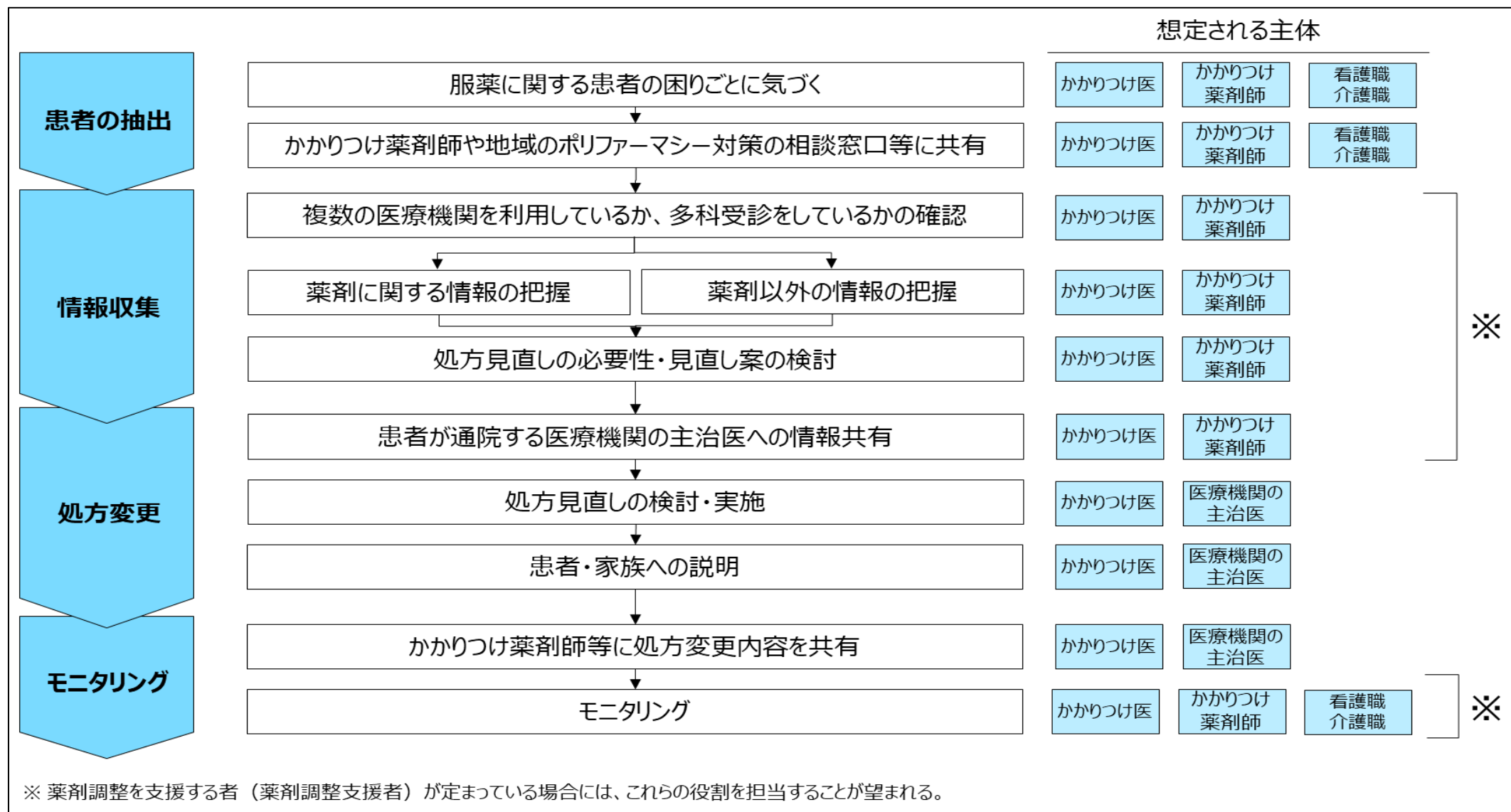


図2 退院患者への対応フロー

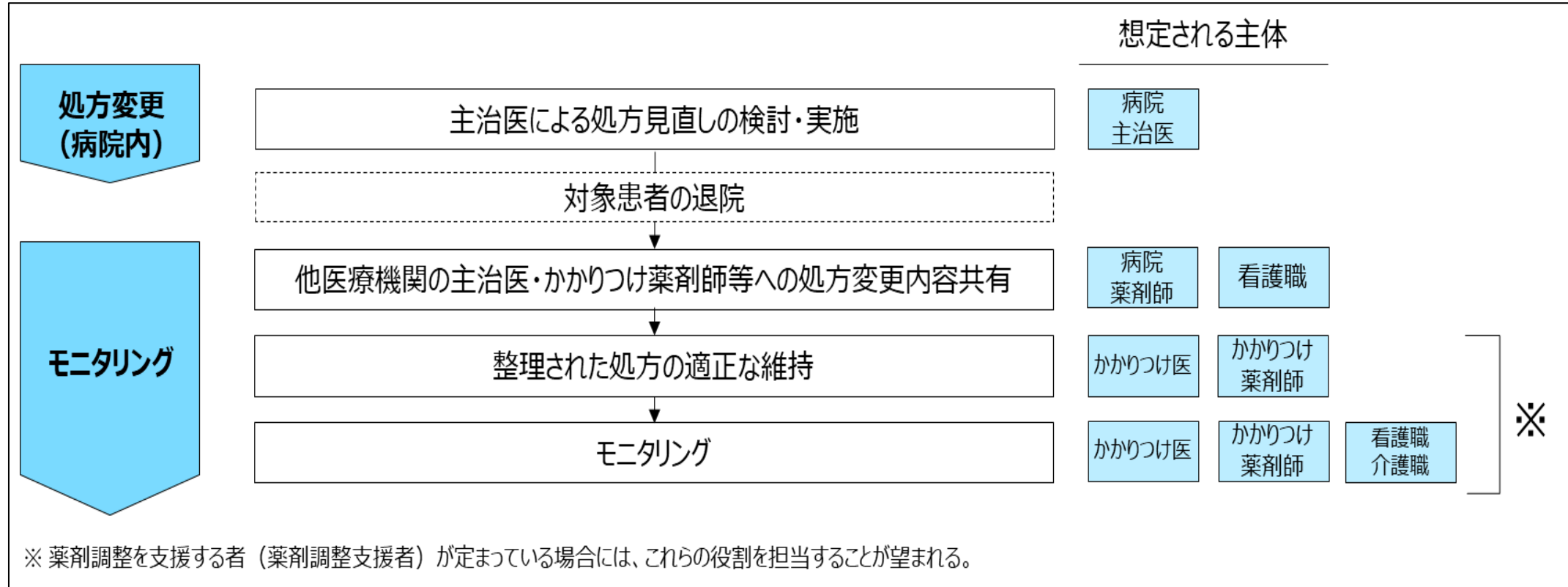
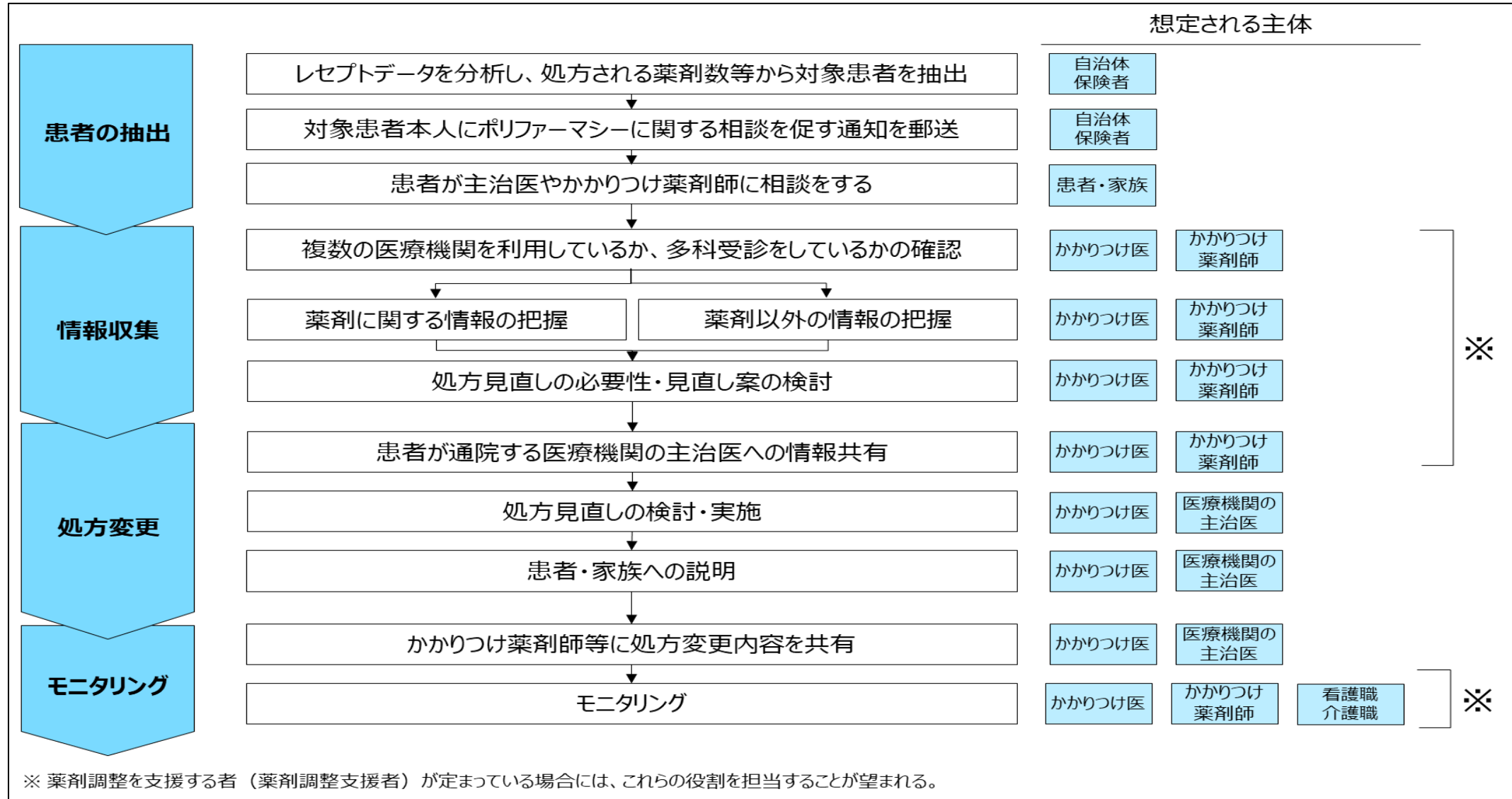
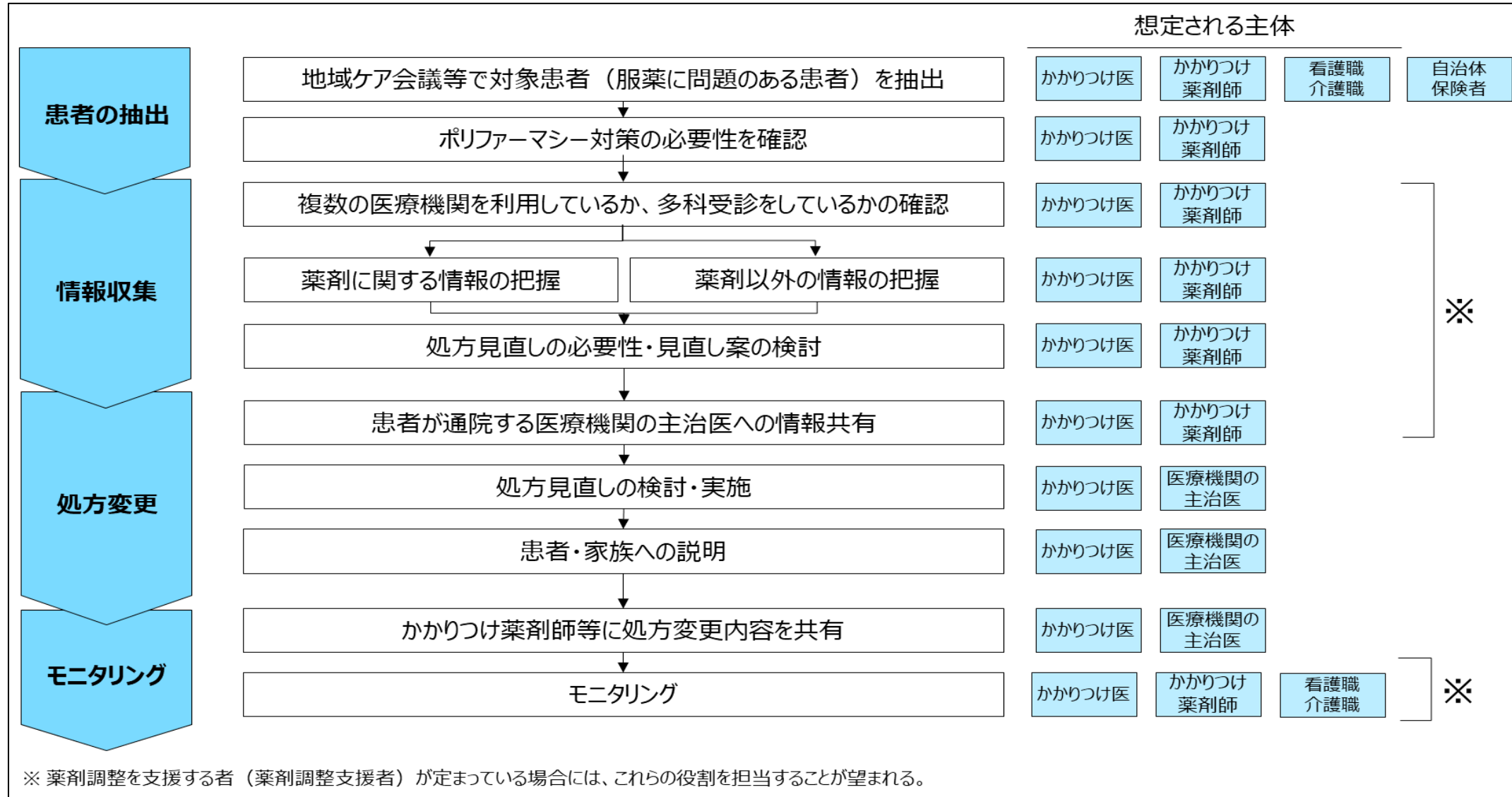


図3 自治体や保険者と協力する場合の対応フロー



出典：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 P22

図4 多職種で協力する場合の対応フロー



本資材の検討体制

本資材は、厚生労働省医薬局医薬安全対策課による委託事業である「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」（受託者：株式会社NTTデータ経営研究所）において設置された調査検討会における検討に基づき取りまとめたものである。本資材の作成にあたっては以下の委員より多大なご協力を頂いた。

「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」調査検討会 委員一覧	
◎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 理事長
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
小島 太郎	国際医療福祉大学医学部 老年病学 教授 社会福祉法人邦友会 成田老年医療福祉センター センター長
野村 香織	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	東京薬科大学 薬学部 薬剤疫学講座 教授
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	公益財団法人 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9名、敬称略、氏名五十音順）