

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7月14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併用薬剤の種類は、60歳前後を境に低年齢層に比較して増大する傾向があり、75歳以上でより多い傾向があること。
- 多剤服用（ポリファーマシー）の患者に複数医療機関の受診傾向があること。
- 通常成人の用法用量においても、高齢者では注意が必要となる副作用が存在すること、また、高齢者の生理的な機能や状態に基づく薬物動態により、増強される作用・副作用があること。
- 服用薬剤の種類が多くなることにより、特に6剤以上で、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) 高齢者向けの用法・用量が設定されている内服薬剤は限定的である。特に、糖尿病、高血圧、催眠鎮静に関する薬剤において、せん妄等による二次的な安全性の問題を回避し、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ため、薬剤学的なエビデンスを収集する必要がある。
- (2) 高齢者の内服薬の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) 多剤服用のアウトカムをレセプト情報・特定健診等情報データベース(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、内服薬の処方種類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）がそれぞれの立場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働し、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高齢者の内服薬の多剤服用に関する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には、次の点に留意するべきである。
 - ① 検討が必要な薬剤の薬効群を考慮：経口血糖降下剤、循環器用薬（高血圧治療剤、高脂血症治療剤、経口抗凝固剤・抗血小板剤）、認知症治療剤、睡眠導入剤・抗不安薬等（重複処方に共通する問題）、抗菌剤。
 - ② 薬剤数調整の適切な対応の基本的な考え方（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応を整理
 - 急性期、回復期、入院、外来、在宅などの各医療現場の特徴に応じた薬剤数調整／処方変更の考え方
 - 院内の病棟間における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・薬局での薬剤数調整の考え方
 - 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
- (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、総論的なものから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、在宅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、多様な職種間で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・薬剤師間等のそれぞれのレベルでの患者の薬剤・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（薬剤管理の方法。転倒、睡眠、体調などの状況を含む。）、状況変化に応じた患者情報。
- 処方情報・服薬アドヒアランスの状況
- 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）に係る処方医師の認識
- 腎クリアランス値等の処方量の適切性の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→薬剤師等）
 - 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→薬剤師等）
 - 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
- (3) 電子版お薬手帳等を活用した処方・調剤情報の一元的・継続的な把握、患者の服薬アドヒアランスの状況について、多職種を含めた情報共有を支援する仕組み。
- (4) 医療機関や薬局の機能に応じて、保険者等と連携し、多剤服用情報をフィードバックする等の適正化の取組み。

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、教育段階からの高齢者の多剤服用に対する意識付けが必要である。多職種連携して、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の薬物療法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、議論を深めてはどうか。