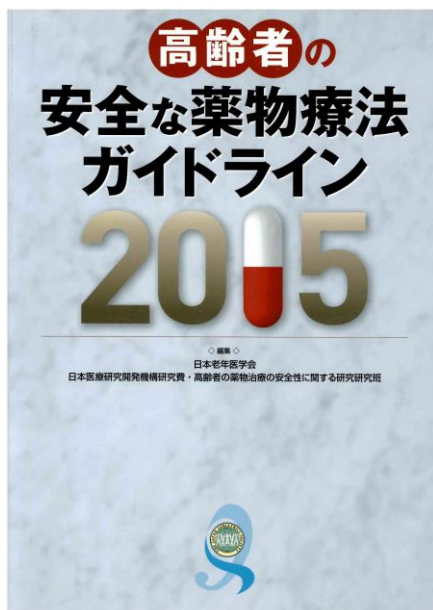


「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015」発行：日本老年医学会  
[www.jpn-geriat-soc.or.jp](http://www.jpn-geriat-soc.or.jp) > other > pharmacotherapy\_guideline\_2015

「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」や「開始を考慮すべき薬物のリスト」等が掲載された、高齢者薬物療法の安全性を高める目的で作成されたガイドライン



## 目次

<b>I</b>	<b>ガイドライン改訂にあたって</b>	6
<b>II</b>	<b>高齢者薬物療法の注意点</b>	
1	薬物有害事象の回避	12
2	服薬管理・支援と一元管理	17
<b>III</b>	<b>高齢者の処方適正化スクリーニングツール</b>	22
	「特に慎重な投与を要する薬物」のリスト	
	「開始を考慮するべき薬物」のリスト	
<b>IV</b>	<b>領域別指針</b>	
1	精神疾患(BPSD、不眠症、うつ病)	40
2	神経疾患(認知症、パーキンソン病)	52
3	呼吸器疾患(COPD、肺炎)	68
4	循環器疾患(抗不整脈薬、抗血栓薬、心不全)	76
5	高血圧	89
6	腎疾患(腎不全[CKD])	95
7	消化器系疾患(便秘、GERD)	101
8	糖尿病	112
9	脂質異常症	117
10	泌尿器疾患(排尿障害[過活動膀胱、前立腺肥大症])	120
11	筋骨格疾患(骨粗鬆症、関節リウマチ)	130
12	漢方薬・東アジア伝統医薬品	139
13	在宅医療	152
14	介護施設の医療	156
15	薬剤師の役割	165

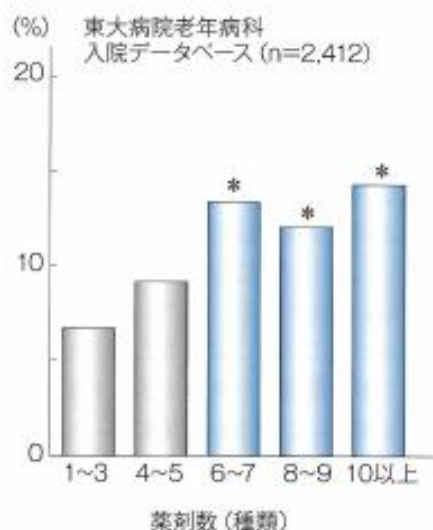
## 多剤併用の対策

まず、多剤併用を回避するような処方態度を心がけることが大切である。表3に基本的考え方を示す。若年成人や前期高齢者で示された予防医学的エビデンスを、目の前の後期高齢者や要介護高齢者に当てはめることは妥当か？ ほかに良い薬がないという理由で、症状の改善がみられないのに漫然と継続していないか？ 患者の訴えに耳を傾けるのではなく、それほど効くとも思われない薬を処方することで対処していないか？ 食事、運動や睡眠などの生活習慣に見直す点はないか？ 特に考慮すべき点は、薬剤の優先順位である。

例えば10種類の薬剤を服用している患者がいれば、理論的には1～10番まで優先順位があるはずであり、本来、主治医は優先順位を決定できなければならない。そのためには、日

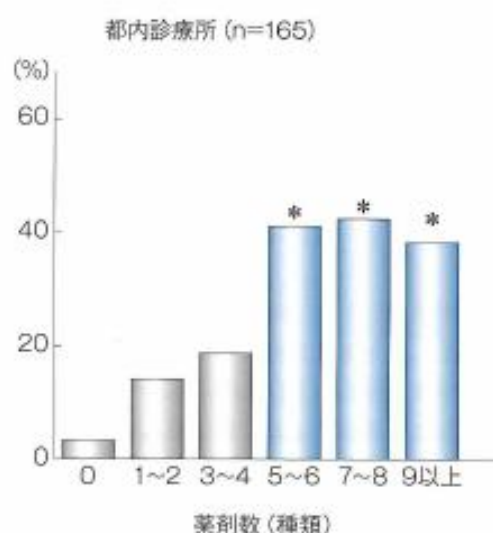
図1 多剤処方と薬物有害事象および転倒の発生リスク

### 1) 薬物有害事象の頻度



(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 761-2. より引用)

### 2) 転倒の発生頻度



(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 425-30. より引用)

表3 多剤併用を避けるために

多剤併用はどのようにしたら改善できるであろうか？  
ただの数合わせで、処方薬を減らすことは論外である。表に示した点にしたがって、各薬剤の適応を再考してみようことを勧める。  
特に、処方薬剤に優先順位をつけて、必要性の低いものを中止する努力が最も求められる。

予防薬のエビデンスは妥当か？

対症療法は有効か？

薬物療法以外の手段は？

優先順位は？