

ポリファーマシー



もくじ

ポリファーマシーとは

どんな現状？

なにがいけないの

どことなくすりが

スクリーニング

どうすれば？

まとめ

ポリファーマシーとは

明確な定義はないが、服用する薬剤の数が5剤以上であることと言われることが多い

我が国では、6剤以上が目安とされることが多い

5剤未満でも不適切処方や有害事象があれば問題となる

Onoue H, et al. Trends in Polypharmacy in Japan: A Nationwide Retrospective Study. *J Am Geriatr Soc*. 2018.
日本老年医学会雑誌56巻4号(2019:10)

どんな現状？

高齢化に伴い、フレイルや認知機能の低下、多疾患併存、複数医療機関の重複受診などが懸念されている

65~79歳で16.7%、80歳以上で32.7%がポリファーマシーといわれる

ポリファーマシーの割合の増加は2012年まで続いた後、2013年以降は減少に転じており、診療報酬改定などの政策変化の影響が示唆されている

なにがよくないの

＜薬物有害事象/相互作用の増加＞

出血、低血糖、腎障害、電解質異常、過鎮静など

＜転倒・骨折＞

中枢神経作用薬、降圧薬、抗コリン薬などでふらつきや起立性低血圧

＜服薬アドヒアランスの低下＞

服薬数/回数の増加による飲み忘れ、重複、自己中断など

＜処方カスケード＞

薬剤の副作用により追加処方となされる

＜医療安全上の問題＞

重複処方、薬剤誤投与、入退院時の薬剤不整合など

薬物有害事象 (ADEs: adverse Drug Events)

高齢者が入院に至る要因として、ADEsは11.7-18%

内訳; 転倒19.4-20.9%、低血圧7.6-33.5%、せん妄7.3-12.9%、出血8-30.2%

原因薬剤で多いのは、抗血栓薬11.5-30.2%、利尿薬14.7-30.2%、RAA系阻害薬7.5-8.9%

PIMs; potentially inappropriate medications

「潜在的に不適切な薬剤」

まだ有害事象をおこしていないが、継続していると今後起こす可能性が高いもの

具体例

薬剤		
(非)ベンゾジアゼピン系	ジアゼパム、エチゾラム ゾルピデム、ゾピクロン	転倒、せん妄、認知機能低下、 依存
抗コリン薬	第一世代抗ヒスタミン薬	尿閉、口渇、便秘
三環系抗うつ薬	アミトリプチリン	抗コリン作用、不整脈
NSAIDs	ジクロフェナク、インドメタシン	消化管出血、腎障害
SU薬	グリメピリド、グリベンクラミド	低血糖
一部の循環器薬	ジゴキシン、 α 1遮断薬	中毒、起立性低血圧
制酸薬、胃薬の長期使用	長期のPPI、H2ブロッカー	感染、低Mg、腎障害、骨折
抗精神病薬	リスペリドン、クエチアピン	錐体外路症状、死亡率上昇

PIMs検出ツール

STOPP/START criteria

Beers criteria

高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2025

STOPP 一部抜粋

Appendix 1

Screening Tool of Older Persons' Prescriptions (STOPP) version 3.

The following prescriptions are potentially inappropriate to use in patients aged 65 years and older.

Section A: Indication of medication

1. Any drug prescribed without a clinical indication.
2. Any drug prescribed beyond the recommended duration, where treatment duration is well defined.
3. Any duplicate drug class prescription for daily regular use (as distinct from PRN use) e.g., two concurrent NSAIDs, SSRIs, loop diuretics, ACE inhibitors, anticoagulants, antipsychotics, opioid analgesics (optimisation of monotherapy within a single drug class should be observed prior to considering a new agent).

Section B: Cardiovascular System

1. Digoxin for heart failure with normal systolic ventricular function (no clear evidence of benefit)
2. Verapamil or diltiazem with NYHA Class III or IV heart failure (may worsen heart failure with reduced ejection fraction i.e., HFREF).
3. Beta-blocker in combination with verapamil or diltiazem (risk of heart block).
4. Ventricular rate-limiting drugs i.e., beta blocker, verapamil, diltiazem, digoxin with bradycardia (< 50/min), type II heart block or complete heart block (risk of complete heart block, asystole).
5. Beta-blocker as monotherapy for uncomplicated hypertension i.e., not associated with angina pectoris, aortic aneurysm or other condition where beta-blocker therapy is indicated (no firm evidence of efficacy).
6. Amiodarone as first-line antiarrhythmic therapy in supraventricular tachyarrhythmias (higher risk of major side-effects than beta-blockers, digoxin, verapamil or diltiazem).
7. Loop diuretic as first-line treatment for hypertension unless there is concurrent heart failure requiring diuretic therapy (safer, more effective alternatives available).
8. Loop diuretic for dependent ankle oedema without clinical, biochemical or radiological evidence of heart failure, liver failure, nephrotic syndrome or renal failure (leg elevation and

STOPP 一部抜粋

セクションA: 薬剤の適応

1. 臨床的な適応がないにもかかわらず処方されている薬剤。
2. 推奨投与期間を超えて処方されている薬剤。

治療期間が明確に定められている場合には、推奨される投与期間を超えて継続している薬剤は中止を検討すべきである。

3. 同一薬効分類に属する薬剤の重複処方を、毎日定期的に使用している場合。

ただし、頓用(PRN)使用は除く。

セクションB: 心血管系

1. ジゴキシン

収縮期心室機能が正常な心不全に対するジゴキシン。

明確な有益性を示すエビデンスがないため。

2. ベラパミル／ジルチアゼム

NYHA心機能分類Ⅲ度またはⅣ度の心不全に対するベラパミルまたはジルチアゼム。

心不全、特に**左室駆出率低下を伴う心不全(HFrEF)**を悪化させる可能性があるため。

3. β遮断薬とベラパミル／ジルチアゼムの併用

β遮断薬とベラパミルまたはジルチアゼムの併用。

房室ブロックなどの心ブロックを生じるリスクがあるため。

START 一部抜粋

Screening Tool to Alert to Right Treatment (START), version 3.

Unless an elderly patient's clinical status is end-of-life and therefore requiring a more palliative focus of pharmacotherapy, the following drug therapies should be considered where omitted for no valid clinical reason(s). It is assumed that the prescriber observes all the specific contraindications to these drug therapies prior to recommending them to older patients.

Section A: Indicated drugs.

1. Where a drug is clearly indicated and considered appropriate in the particular clinical context and there is no clear contraindication, that drug should be initiated as per formulary guidelines for dose and duration.

Section B: Cardiovascular System

1. Antihypertensive therapy where systolic blood pressure > 140 mmHg and /or diastolic blood pressure > 90 mmHg, unless established moderate or severe physical frailty in whom the threshold for therapy is 150 mmHg systolic pressure and/or 90 mmHg diastolic pressure.
2. Statin therapy with a documented history of coronary, cerebral or peripheral vascular disease, unless the patient's status is end-of-life or established moderate or severe frailty.
3. Angiotensin Converting Enzyme (ACE) inhibitor with coronary artery disease.
4. Beta-blocker with symptomatic coronary artery disease.
5. Angiotensin Converting Enzyme (ACE) inhibitor for heart failure with reduced ejection fraction.
6. Cardio-selective beta-blocker (bisoprolol, nebivolol, metoprolol or carvedilol) for stable heart failure with reduced ejection fraction.
7. Mineralocorticoid receptor antagonist (spironolactone, eplerenone) in heart failure without severe renal function impairment i.e., eGFR > 30 ml/min/m².
8. SGLT-2 inhibitors (canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin, ertugliflozin) in symptomatic heart failure with or without reduced ejection fraction regardless of diabetes being present or not.
9. Sacubitril/valsartan in heart failure with reduced ejection fraction causing persistent heart failure symptoms despite optimal dose of ACE inhibitor or Angiotensin Receptor Blocker (Sacubitril/valsartan to replace ACE inhibitor or Angiotensin Receptor Blocker).

START 一部抜粋

セクションA: 適応のある薬剤

1.

薬剤の適応が明確で、当該患者の臨床状況において適切と考えられ、明確な禁忌がない場合には、用量および投与期間についてはフォーミュラリー（採用薬・標準治療指針）の推奨に従って、その薬剤を開始すべきである。

セクションB: 心血管系

1. 降圧薬

収縮期血圧が **140 mmHg超** および／または拡張期血圧が **90 mmHg超** の場合には、降圧薬による治療を行うべきである。

ただし、中等度または重度の身体的フレイル（虚弱）が確立している患者では、治療開始の基準を **収縮期血圧150 mmHg以上** および／または**拡張期血圧90 mmHg以上** とする。

2. スタチン

冠動脈疾患、脳血管疾患、または末梢血管疾患の既往が記録されている場合には、スタチン療法を行うべきである。

ただし、患者が終末期である場合、または中等度もしくは重度のフレイルがある場合を除く。

3. ACE阻害薬

冠動脈疾患（CAD）がある場合には、ACE阻害薬を使用すべきである。

Beers Criteria 一部抜粋

TABLE 2 (Continued)

Organ system, therapeutic category, drug(s) ^a	Rationale	Recommendation	Quality of evidence ^b	Strength of recommendation ^b
Digoxin for first-line treatment of atrial fibrillation or heart failure	Use in atrial fibrillation: should not be used as a first-line agent because there are safer and more effective alternatives for rate control. Use in heart failure: evidence for benefits and harms of digoxin is conflicting and of lower quality; most (but not all) evidence concerns use in HFrEF. There is strong evidence for other agents as first-line therapy to reduce hospitalizations and mortality in adults with HFrEF. In heart failure, higher dosages are not associated with additional benefits and may increase the risk of toxicity. Use caution in discontinuing digoxin among current users with HFrEF, given limited evidence suggesting worse clinical outcomes after discontinuation. Decreased renal clearance of digoxin may lead to an increased risk of toxic effects; further dose reduction may be necessary for those with Stage 4 or 5 chronic kidney disease.	Avoid this rate control agent as first-line therapy for atrial fibrillation. Avoid as first-line therapy for heart failure. See rationale for caution about withdrawal in long-term users with HFrEF. If used for atrial fibrillation or heart failure, avoid dosages >0.125 mg/day.	Atrial fibrillation; heart failure: low Dosage > 0.125 mg/day: moderate	Strong

Central nervous system

Beers Criteria 一部抜粋

ジゴキシン:心房細動・心不全での第一選択使用

心房細動(AF):より安全で有効な代替薬があるため、第一選択薬としては避ける。

心不全(主にHFrEF):有効性・有害性のエビデンスは不十分で、第一選択薬としては避ける。
HFrEFでは、入院・死亡を減らす他の治療薬のエビデンスが強い。

投与量:高用量でも追加の利益は期待できず、中毒リスクが高まるため、使用する場合は**0.125 mg/日を超えない**。

腎機能低下:腎クリアランス低下により中毒リスクが高まるため、CKDステージ4~5ではさらなる減量が必要な場合がある。

HFrEFで長期使用中の場合:中止後に臨床転帰が悪化する可能性を示す報告があるため、中止は慎重に行う。

エビデンスの質:AF・心不全＝低い、0.125 mg/日超＝中等度。推奨の強さ＝強い。

高齢者の 安全な薬物療法 ガイドライン 2025

◇ 編集 ◇
日本老年医学会
高齢者の安全な薬物療法ガイドライン作成委員会





☒ 正誤表

老年医学

薬物療法

高年齢者の安全な 薬物療法ガイドライン2025

■編集

日本老年医学会

定価 1,650 円(税込) (本体 1,500 円+税)

B5判 172ページ 2色

2025年7月4日刊行

ISBN978-4-7583-0497-9



カートに入れる

どうすれば？

- ① **服用している薬をすべて確認する** 処方薬だけではなく、市販薬やサプリメントなども含めて
- ② **それぞれの薬を評価する** 処方理由、効果はあるのか、副作用、相互作用、必要性
- ③ **中止・減量する薬を決める** 特に効果や必要性が低い、副作用のリスクが高い薬を優先
- ④ **中止・減量の方法を決める** 離脱症状に中止、taperingも検討
- ⑤ **患者をフォローする** 症状悪化や離脱症状がないか、患者自身がどう感じているか
必要であれば、減薬の中止や薬剤の再開を検討

大切なこと

一方的に「この薬はやめましょう」と決めつけない

~「薬を減らしたい」のか、「薬をやめるのが怖い」のかによって、進め方は変わる

年齢だけではなく、QOL、本人の希望、治療の目標を考慮する必要がある

~「薬をやめることによる利益・リスク」と「薬を続けることによる利益・リスク」を比較する

若い時には有益だった薬でも、高齢になり治療目標が変わると以前ほど利益が大きい場合がある

~「昔から飲んでいるから続ける」のではなく、「今の患者にとってこの薬を飲み続ける意味は何か？」

私見

カルテ記載は丁寧に

~丁寧なプロブレムの記載、入院中の薬剤/中止している薬剤も明確に(退院前など確認)

ご本人、ご家族への説明

~とくに入院患者さん

退院時の紹介元への診療情報への記載も丁寧に

~患者-かかりつけ医、医療機関同士の信頼関係



まとめ

ポリファーマシーはさまざまな有害事象をきたしうる

処方適正化は、以下の一連のプロセスで

薬を確認する → 必要性・リスクを評価する → 中止・減量する薬を選ぶ
→ 安全に減量する → 経過をフォローする

大切なのは、安全、QOL、本人の希望を考慮しながら「必要な薬を残し、不要な薬を減らす」こと
~必要な処方の漏れ、も忘れずに~

Take home message

ただ薬を減らすのではなく、一人ひとりに寄り添った「処方最適化」を



薬剤総合評価調整加算について

- 処方変更理由や服薬状況等の薬剤情報が適切に共有されないことによりポリファーマシー対策が途切れてしまうことを防止する観点（転院・退院等があっても継続的な薬物治療を行う観点）から、病院薬剤師による施設間の薬剤情報連携が充実されるよう、薬剤総合評価調整加算の要件及び評価を見直す。

現行

【（医科点数表）薬剤総合評価調整加算】

薬剤総合評価調整加算 100点

注1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。

- イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合
- ロ 精神科棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合

改定後

【（医科点数表）薬剤総合評価調整加算】

薬剤総合評価調整加算 160点

注1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。

- イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導及び**情報連携を行った場合**
- ロ 精神科棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導及び**情報連携を行った場合**

現行

【（医科点数表）退院時薬剤情報管理指導料】

注2 保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、**退院時薬剤情報連携加算**として、60点を所定点数に加算する。

改定後

【（医科点数表）退院時薬剤情報管理指導料】

注2 削除

退院時薬剤情報管理指導料：保険薬局への情報提供のみ

薬剤総合調整加算：転院先・転所先・保険薬局等へ情報提供先が**拡大**