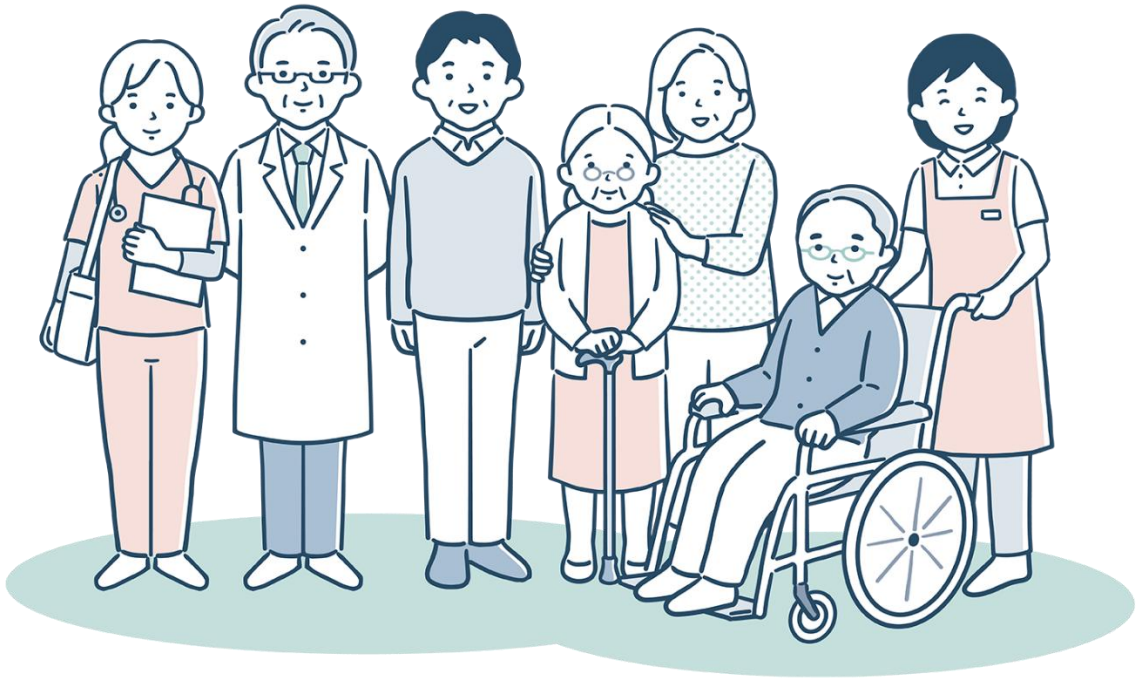
別添2

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

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

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

出典：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

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化する
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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P2

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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P3～4

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

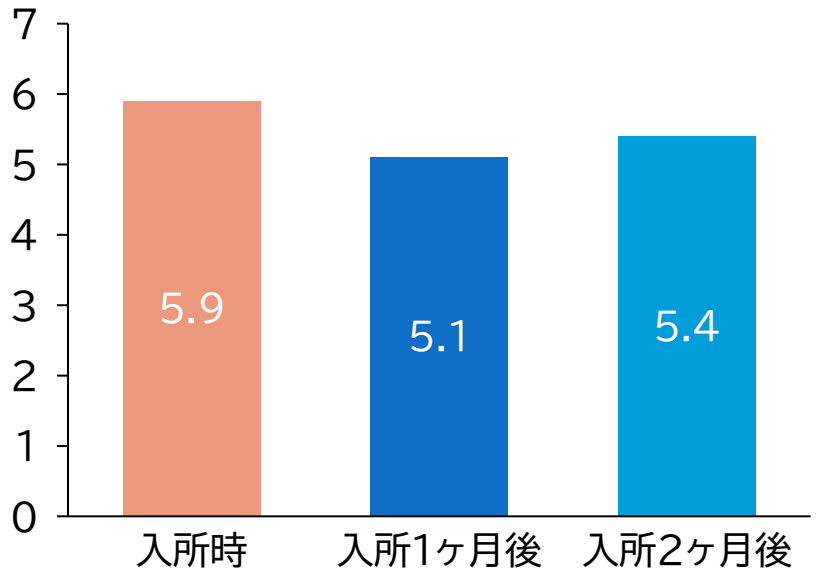
回復期リハ病棟・地域包括ケア病棟の入院者対象調査	・ 入院以降、薬剤種類数に大きな変化なし
地域包括ケア病棟に係る調査	・ 在宅・生活復帰支援に向けたポリファーマシー対策に取り組んでいる施設は約20%
医療療養病床に係る調査	・ 医療療養病床では入院後、定期内服薬の減少傾向がみられる

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

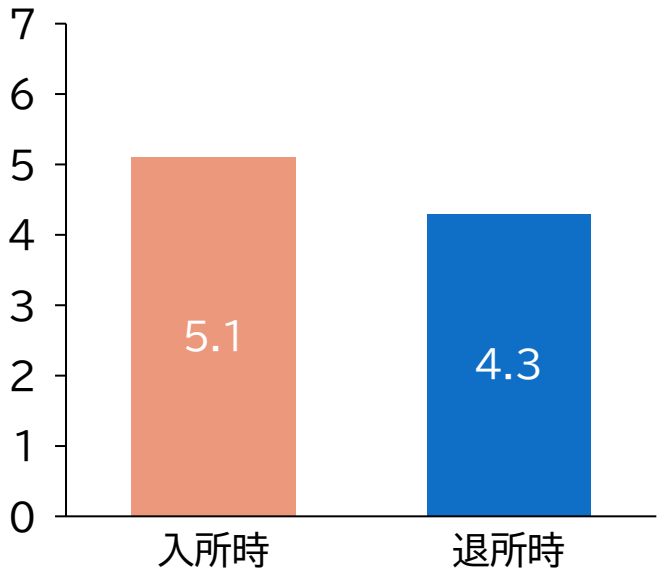
患者の療養環境ごとの多剤服用の現状③

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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P5

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）

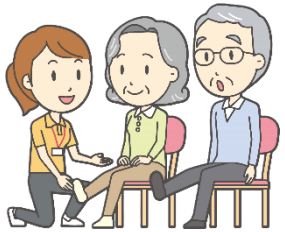
食事

運動

睡眠

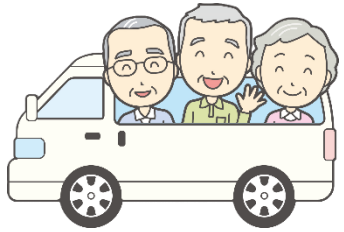
非薬物的対応（共助・公助の例）

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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P5～P6

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）

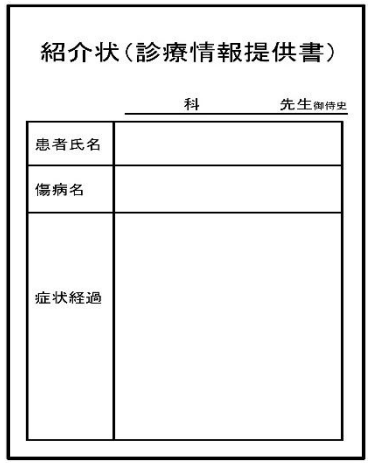
看護師	・服用管理能力の把握、服薬状況の確認、服薬支援 ・ADLの変化の確認、多職種へ薬物療法の効果や薬物有害事象に関する情報提供とケアの調整等
理学療法士・作業療法士	・薬物有害事象、服薬に関わる身体機能、ADLの変化の確認
介護福祉士	・服薬状況や生活状況の変化の確認

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P7

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



薬剤情報提供書の活用

お薬手帳の活用

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P7～P8

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

（例）服薬アドヒアランス低下の対応策

服薬方法の工夫

看護師等が服薬管理

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P8

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

定期的に実施	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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P10

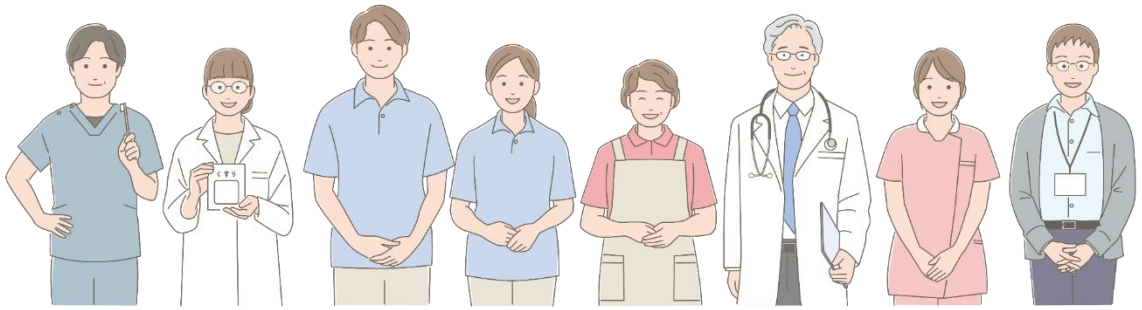
処方確認・見直しの考え方

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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P10

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

薬剤の追加、減薬、維持について判断する

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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P10

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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P10～P11

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

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

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

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

外来・在宅医療への移行時における留意点

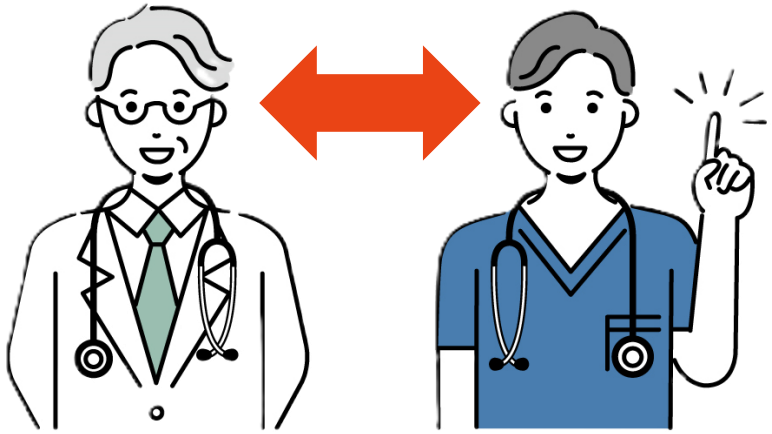
地域のかかりつけ医は専門医と協議・連携

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

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

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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P13

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

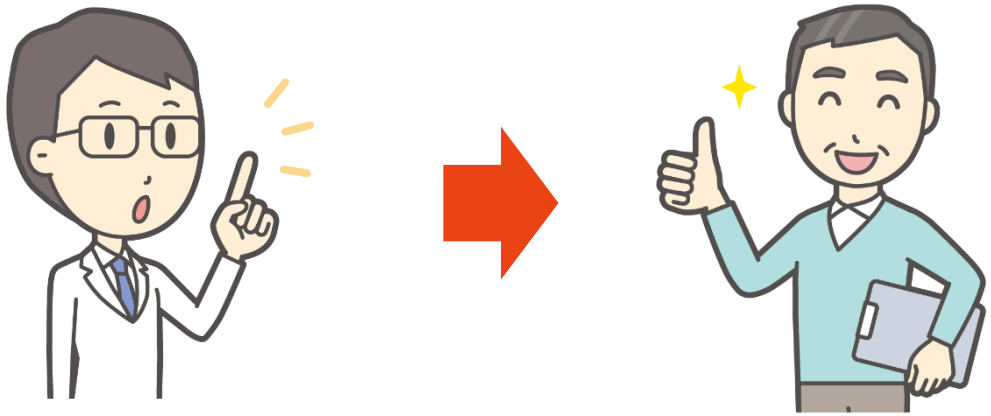
出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P13

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	施設長に対して

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



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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P14

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が変更となった場合

急性期で追加した薬剤

↓

減量・中止できる
薬剤の検討

急性期で中止した薬剤

↓

再開する薬剤の検討

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P16

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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P16

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

情報共有

薬剤師

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P16

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

協議・連携

専門医

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

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	非薬物的対応

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

食事

運動

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	協議すべき事項
• 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	• 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

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

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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P19

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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P19～P20

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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P22

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

認知症やサルコペニアなどを伴う

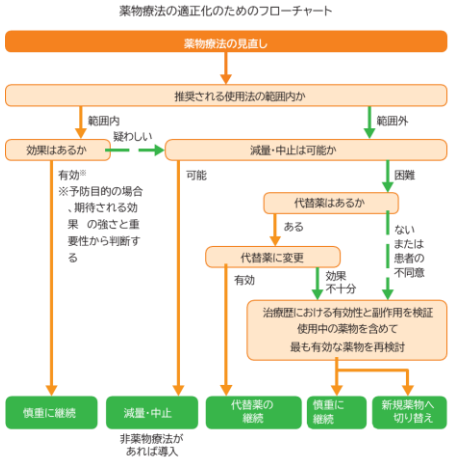
- 転倒リスクを回避し、無理のないリハビリテーション提供のために薬物有害事象の被疑薬の変更・中止の同意を得る
- 必要な薬剤の追加や服用しやすい剤型への変更も検討

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P22

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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P22～P23

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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P23～P24

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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P23～P24

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

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いない場合

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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P23～P25

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

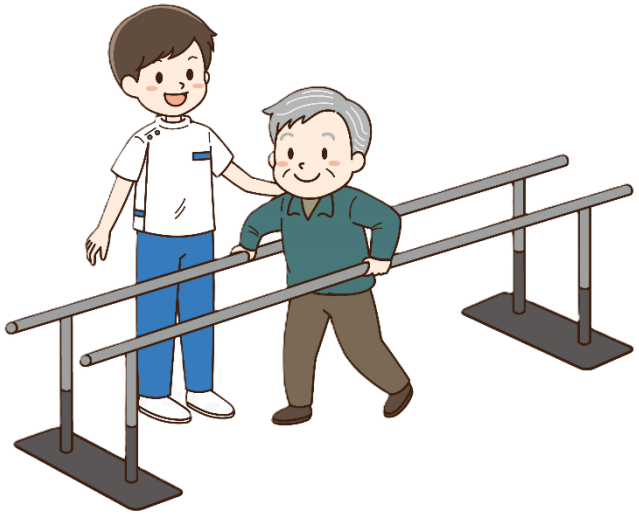
患者本人や施設の服薬補助者が服用管理しやすい処方へ見直しを検討する

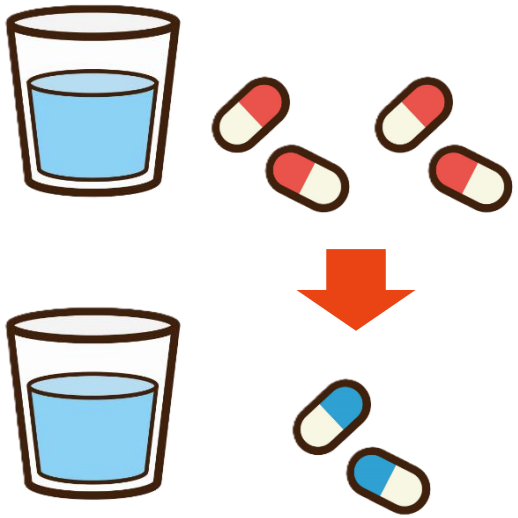
出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P25

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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P25

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

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

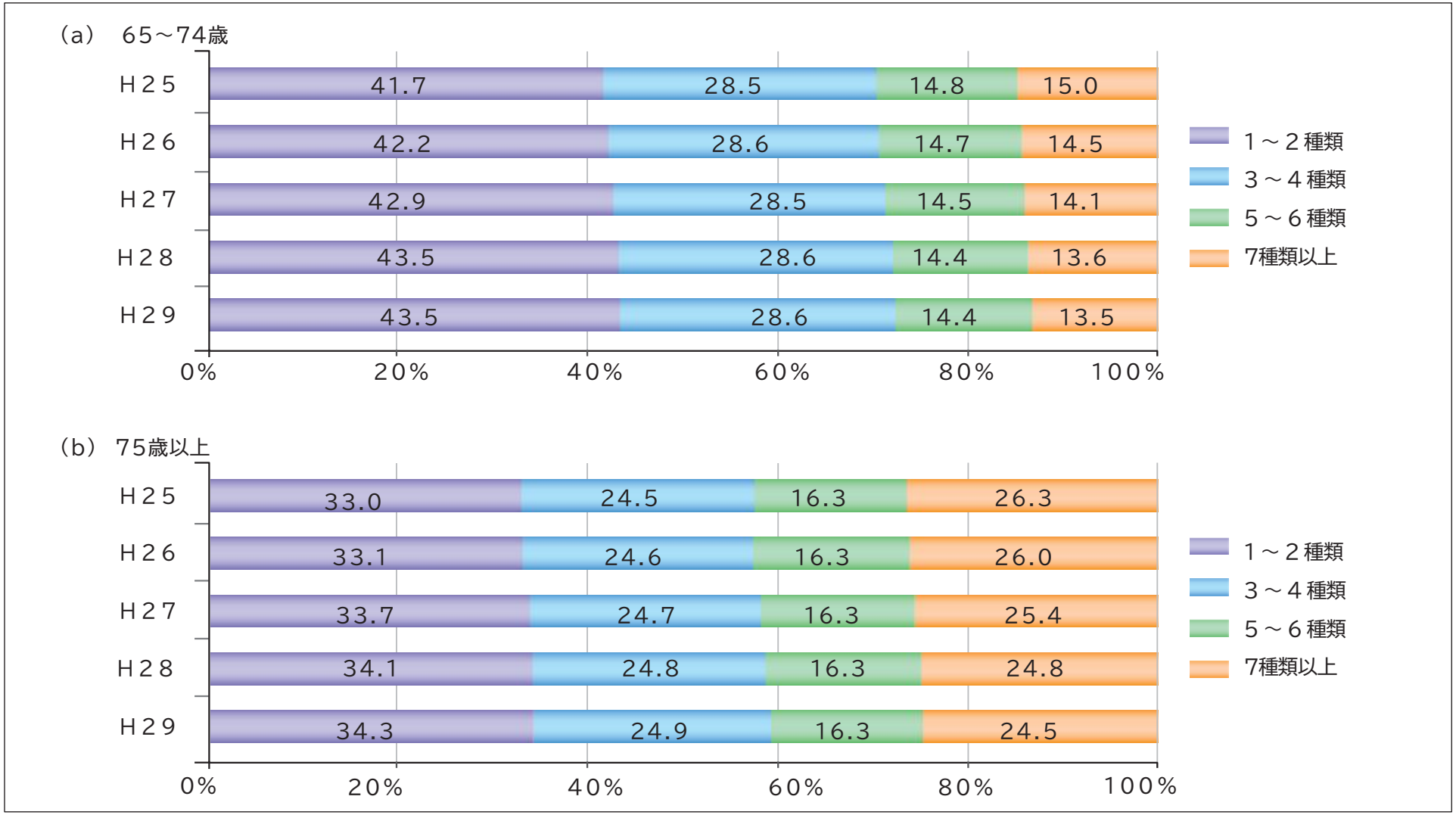
おわりに

患者や家族の意向を尊重して薬物療法を適正化する

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

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）



出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P3

図3　代表的な非薬物的対応

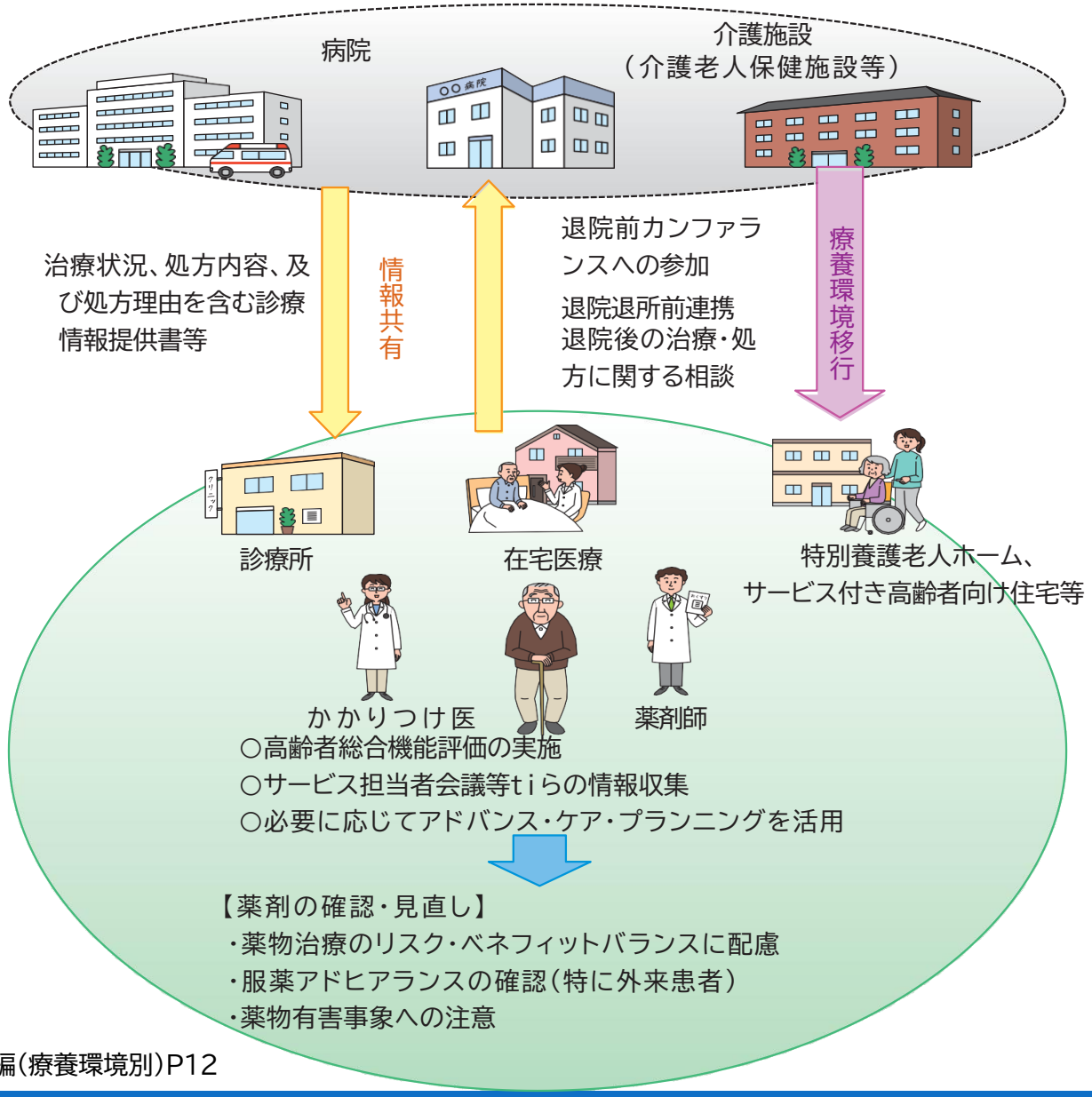
出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P6

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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P7

図４ 外来・在宅医療等への移行時における留意点



出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P12

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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編(療養環境別)P13

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・対応するべき退院後の生活に影響を及ぼす事項

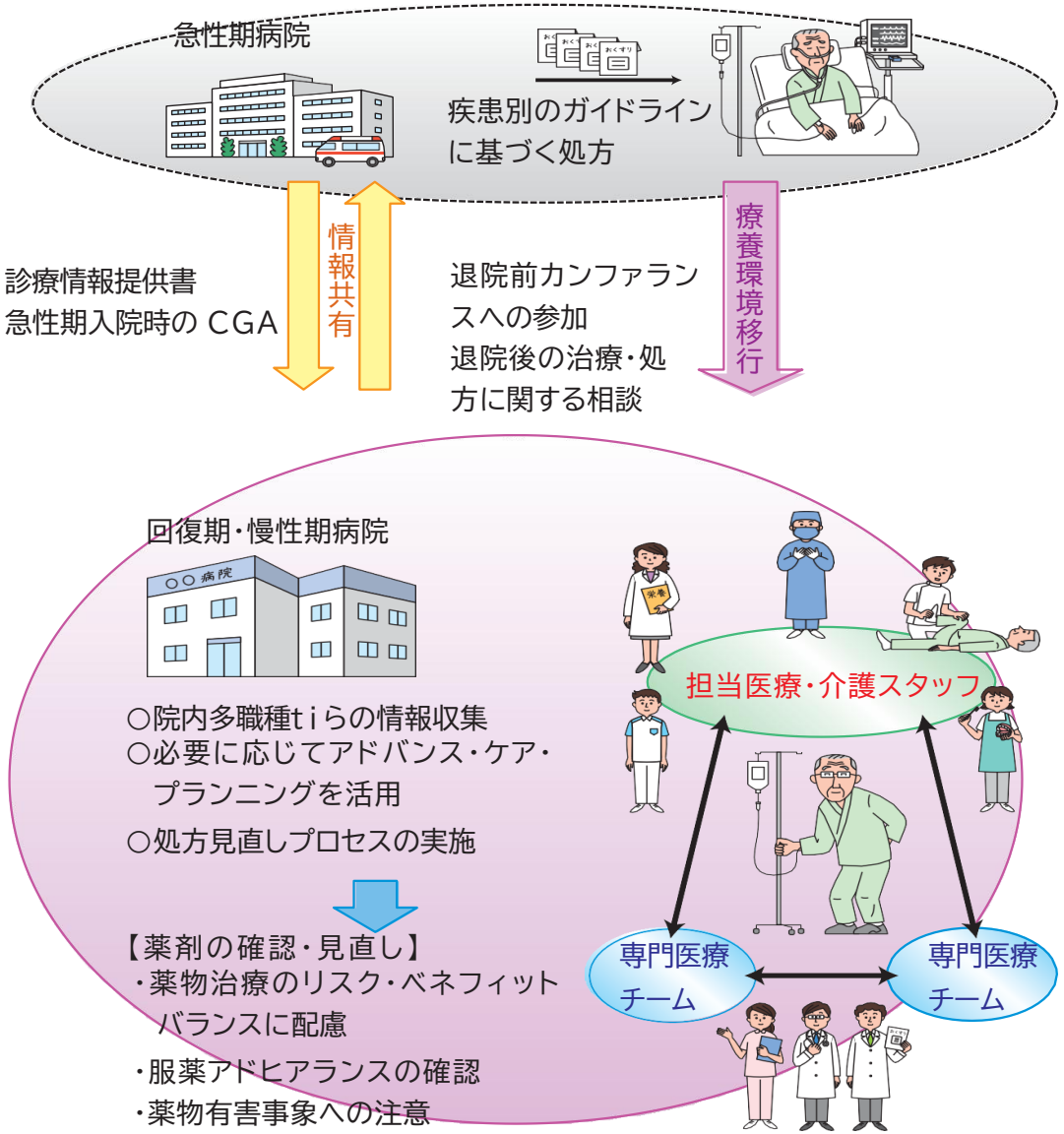
- 血圧低下や覚醒レベルの低下の有無
- 摂食・服薬に必要な嚥下機能の有無
- サルコペニアや栄養過多等の有無
- 認知機能の低下レベルやBPSDの有無
- 服薬アドヒアランスの低下の有無
- 睡眠障害の有無

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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P16～P17

図５ 回復期・慢性期病棟への入退院時における留意点



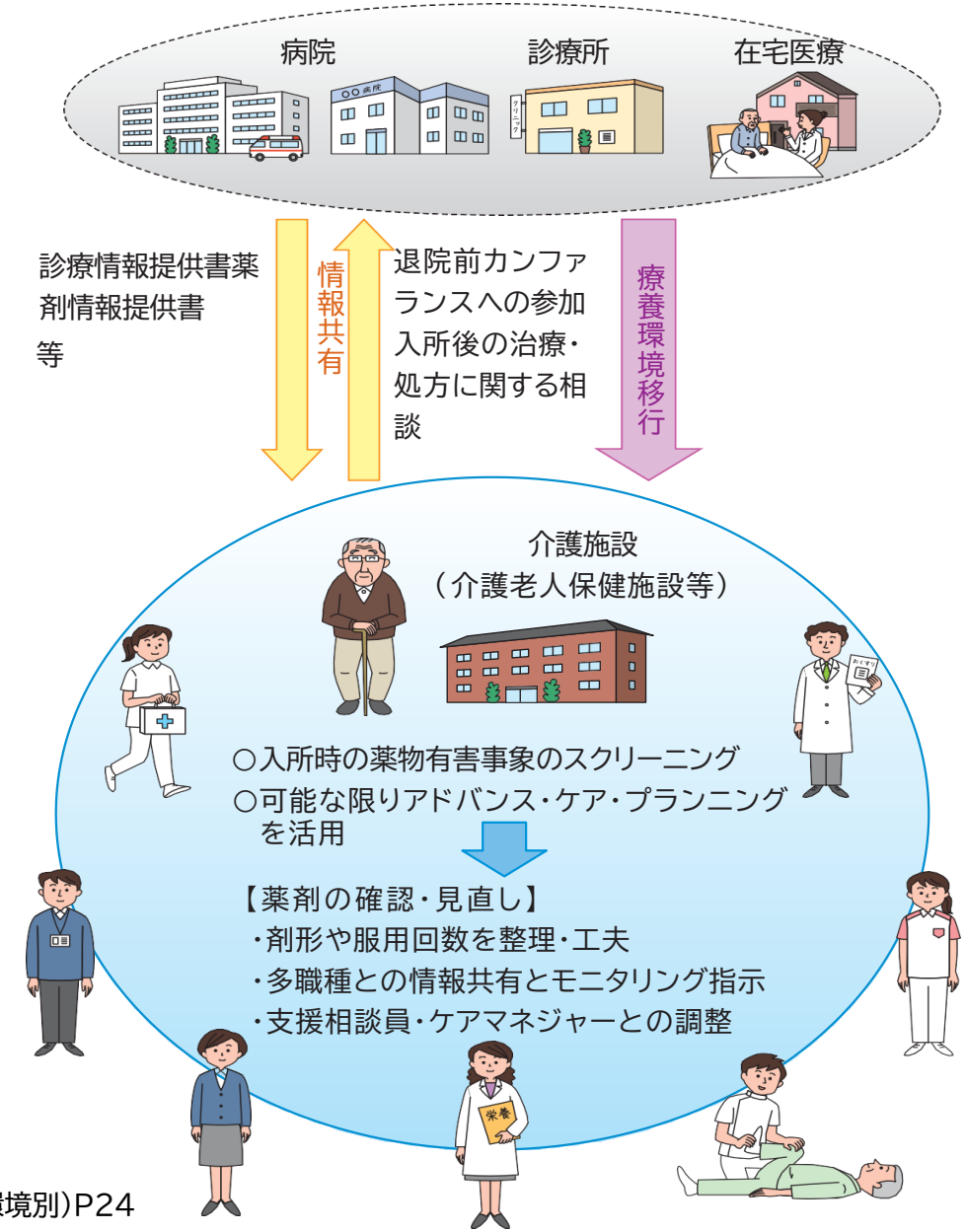
出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P18

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ことがある。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ことが望ましく、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。

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P20

図６ その他の療養環境への入退所時における留意点



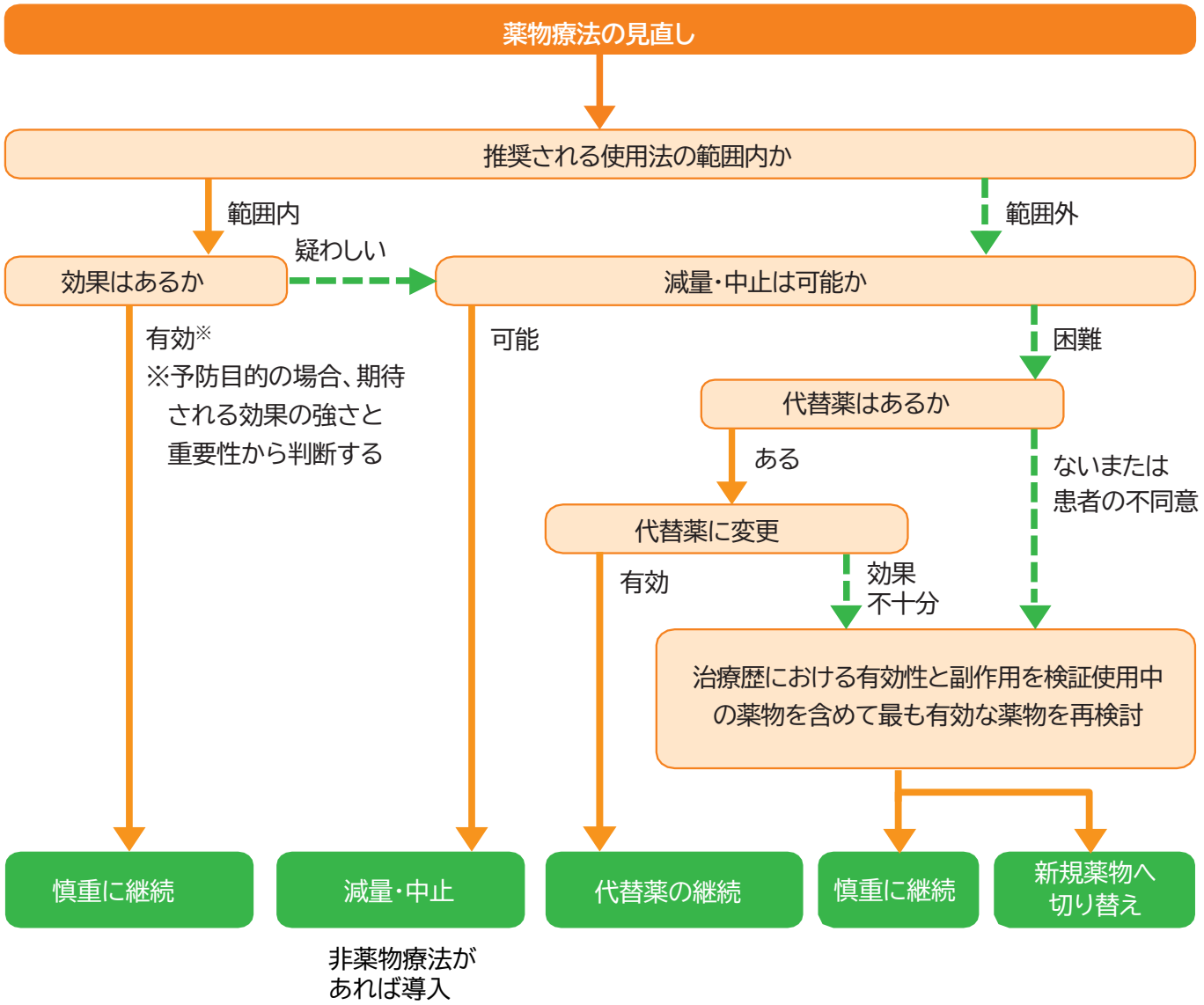
出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P24

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

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編（療養環境別）P25

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） ・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	（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 ・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	（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
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

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

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ttた指導(家族指導) • 環境調整、運動指導	

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
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(所) 元における 〇服薬内容 〇残薬等の服薬状況 〇服薬支援状況 • 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ttた服薬支援を調整 • 退院(所)後の生活場面を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 • 生活状況をとらえたケアプランの立案	• 生活状況をとら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

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

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）