

2025年3月20日

かかりつけ医・かかりつけ薬剤師のための
医薬品適正使用セミナー

ポリファーマシーの最前線

大阪大学大学院医学系研究科 老年看護学
竹屋 泰

ポリファーマシーを意識した対策

高齢者の薬物治療

本邦の薬物療法に関するガイドラインなど

2005年 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2005



2015年 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015



2017年 医師・薬剤師連携ガイド
日本老年薬学会設立



2018年 高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）



2019年 高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編）



2020年 JAPAN FORTA list



2024年 多職種連携推進のための在宅患者訪問薬剤管理指導ガイド
日本版抗コリン薬リスクスケール
高齢者施設の服薬簡素化提言



2024年? 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015改訂版



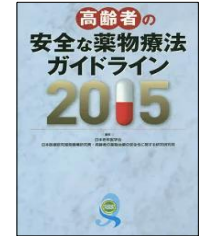
演者作成

高齢者の薬物療法に関するガイドなど

2005年 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2005



2015年 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015



2017年 医師・薬剤師連携ガイド
日本老年薬学会設立



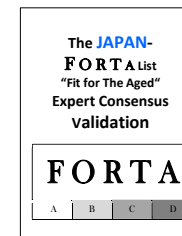
2018年 高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）



2019年 高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編）



2020年 JAPAN FORTA list



2024年 多職種連携推進のための在宅患者訪問薬剤管理指導ガイド
日本版抗コリン薬リスクスケール
高齢者施設の服薬簡素化提言



2025年? 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015改訂版



本日の内容

1. ポリファーマシーとMultimorbidity

2. 今年度の三つの報告

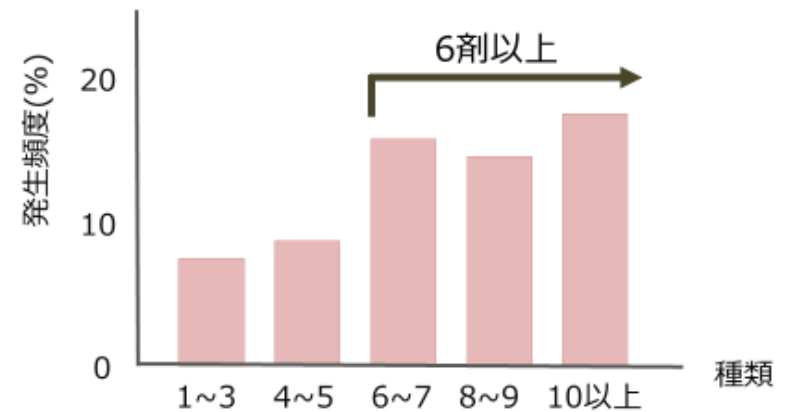
- ・ 日本版抗コリン薬リスクスケール
- ・ 高齢者施設の服薬簡素化提言
- ・ 高齢者総合機能評価(CGA)に基づく診療・ケアガイドライン

Polypharmacyのおさらい

Polypharmacy

何剤からPolypharmacy? (1)

服薬数と薬物有害事象発現頻度



・病院入院患者2412名

Kojima T et al. Geriatr Gerontol Int, 12:761-761, 2012

薬物療法の妥当性（1）

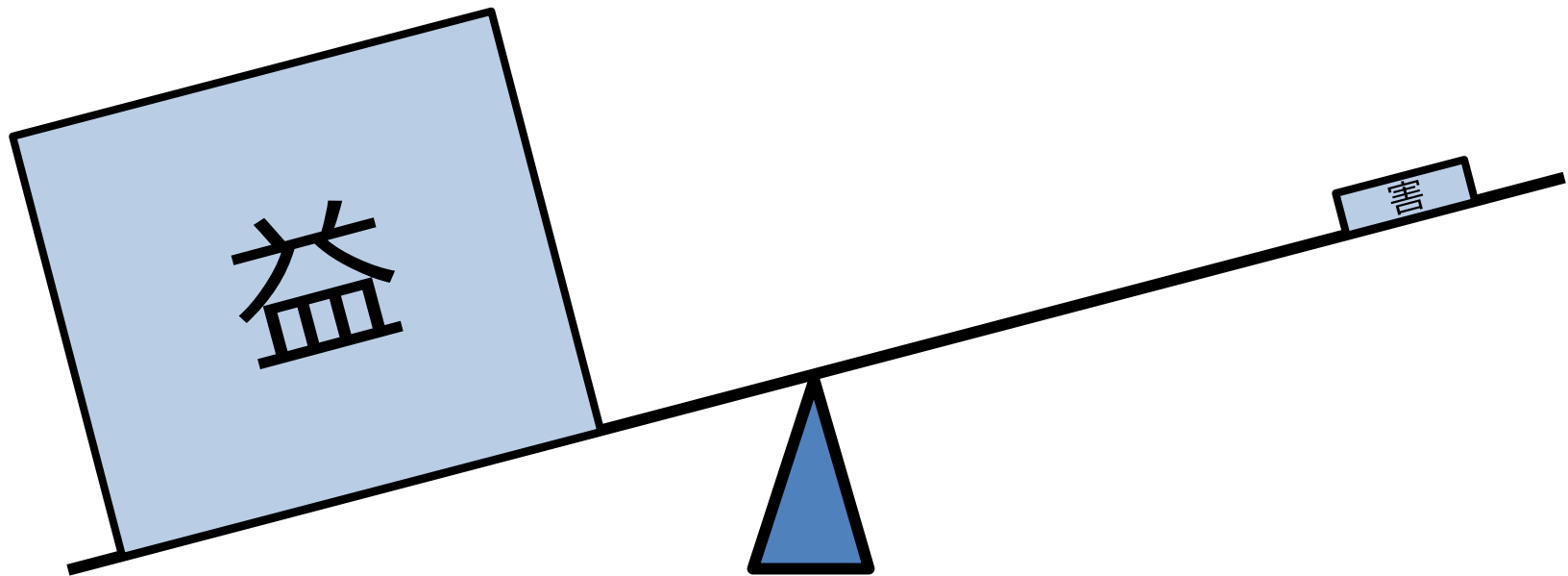
益と害のバランスで決まる



薬物療法の妥当性 (2)

益が大きく、害が小さい

理想的な薬物療法



生命予後

QOL

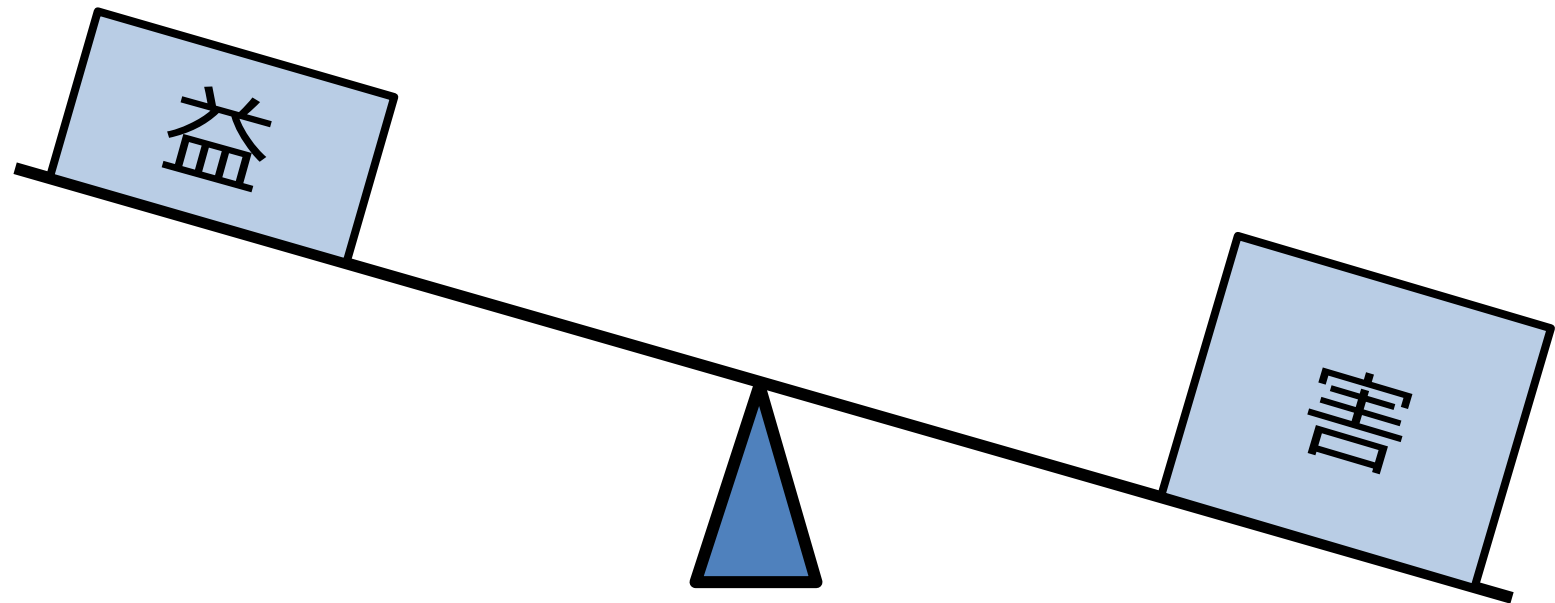
患者の希望

医療経済

実際の薬物療法

益が小さく、害が大い

例：薬物有害事象の出現や不確実な有効性、高価薬など



生命予後

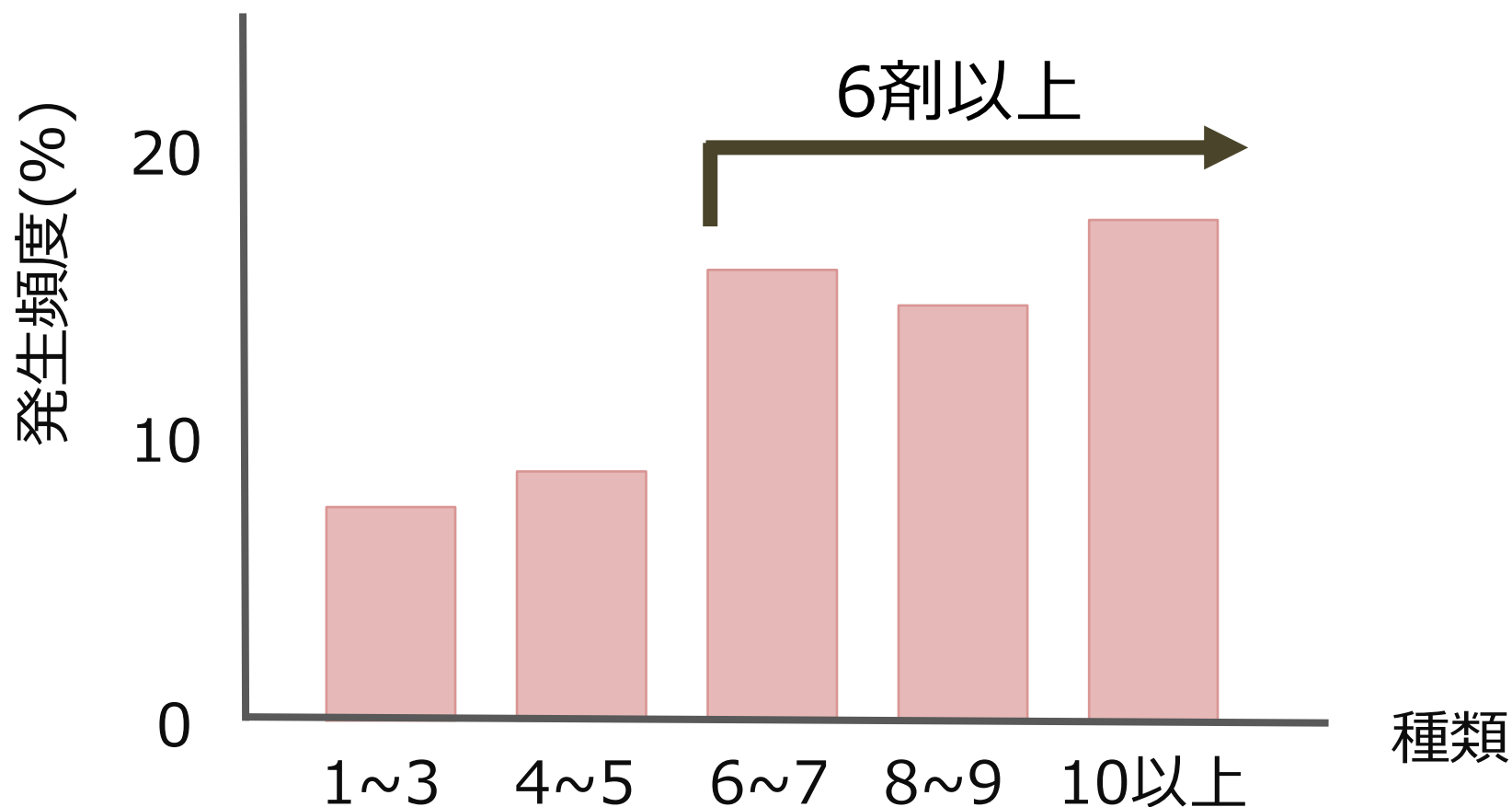
QOL

患者の希望

医療経済

何剤からPolypharmacy? (1)

服薬数と薬物有害事象発現頻度



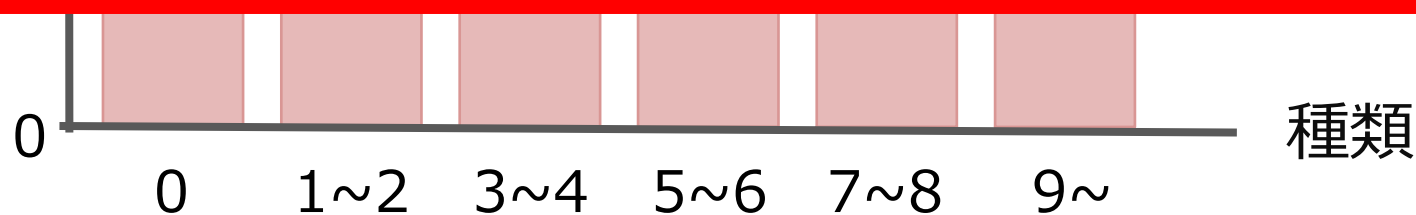
・病院入院患者2412名

何剤からPolypharmacy? (2)

服薬数と転倒発生頻度

5剤以上

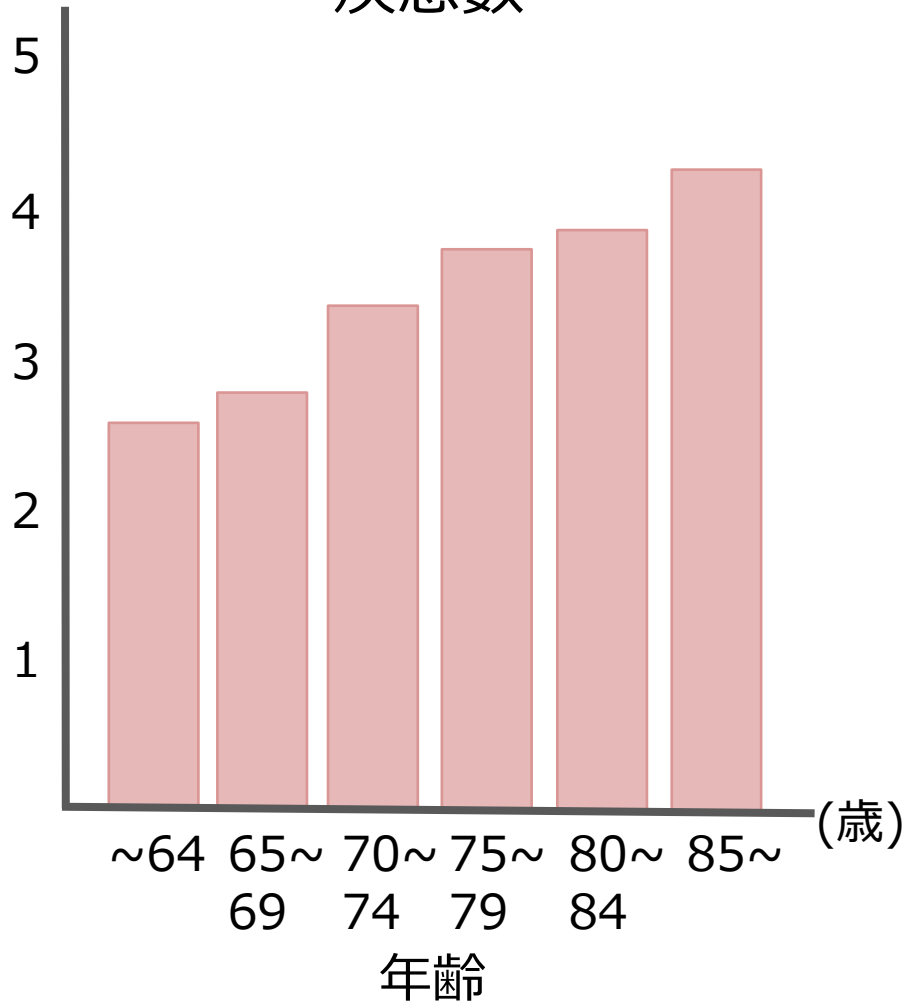
単に服用する薬剤数が多いことではなく
それに関連して薬物有害事象のリスク
増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス
低下などの問題につながる状態



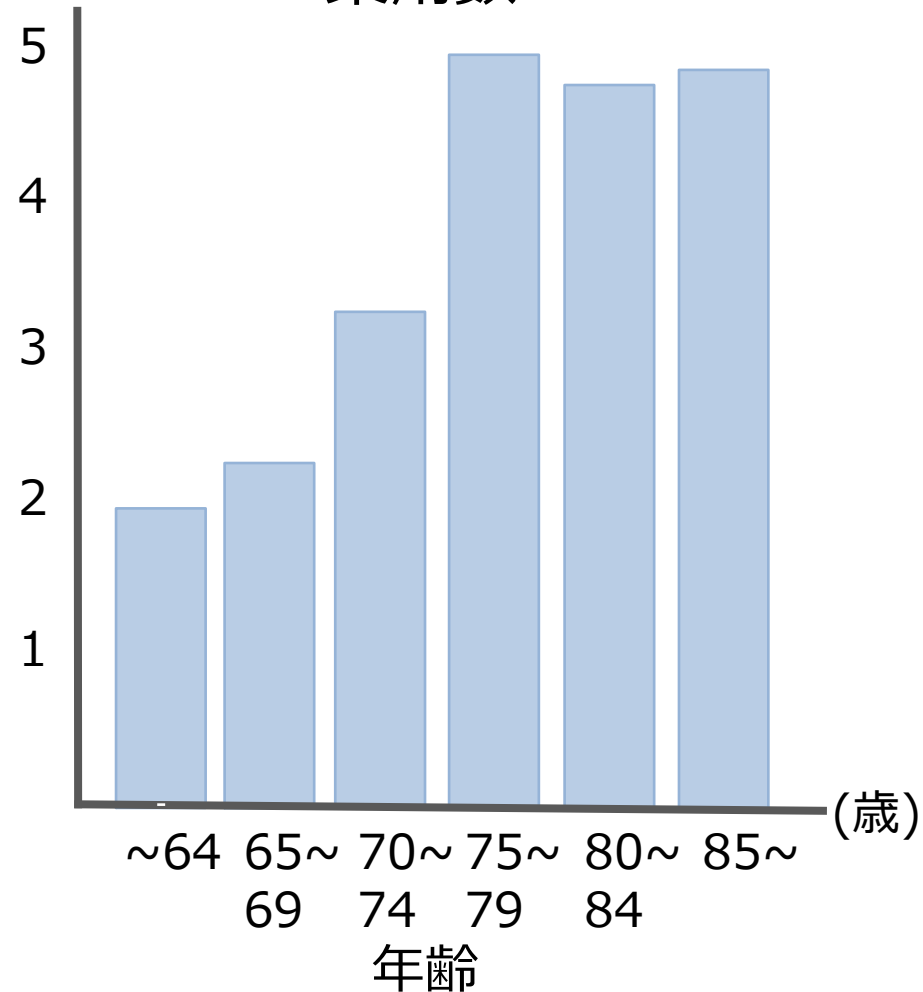
・診療所通院患者165名

外来患者の疾患数と薬剤数

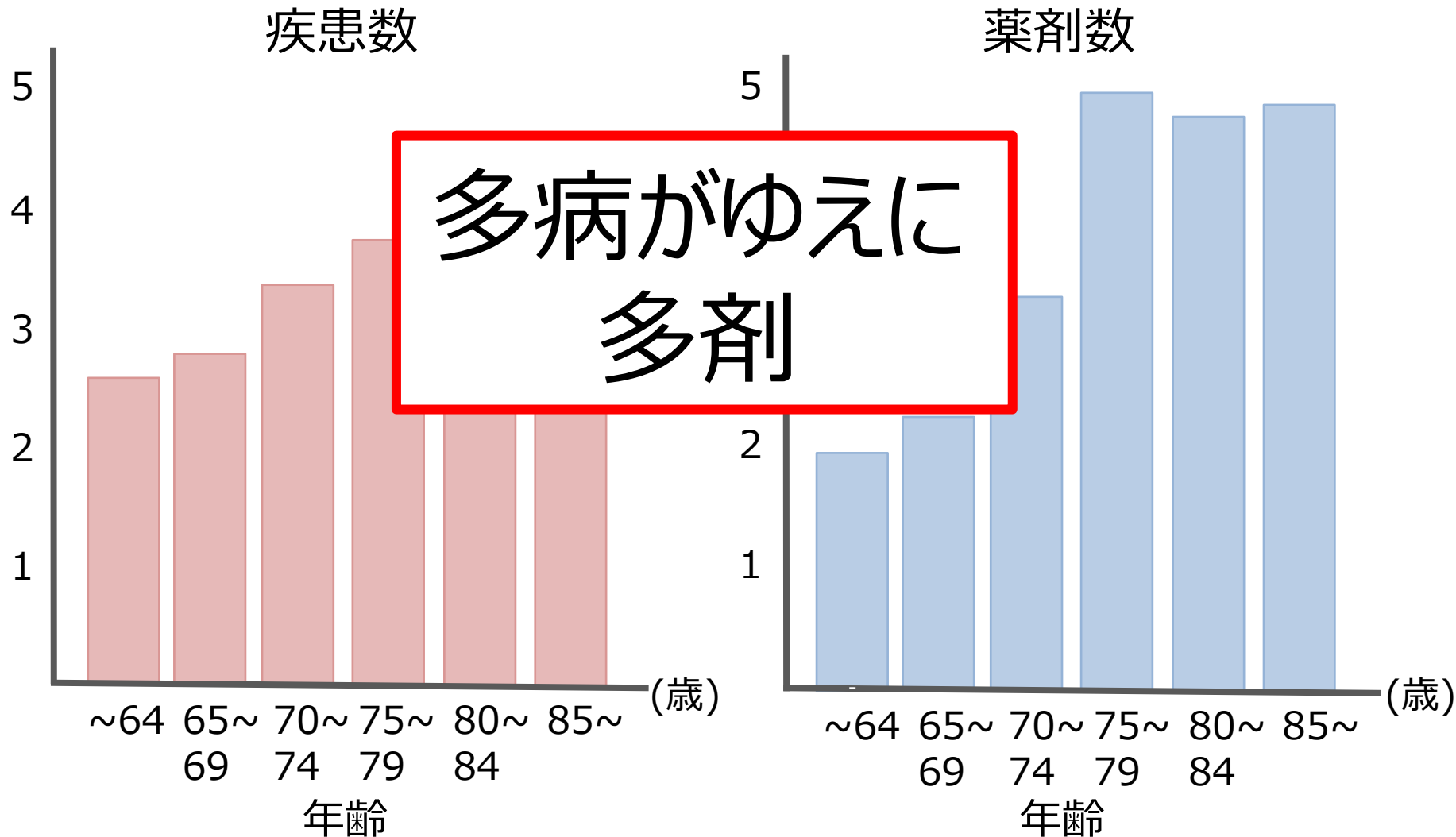
疾患数



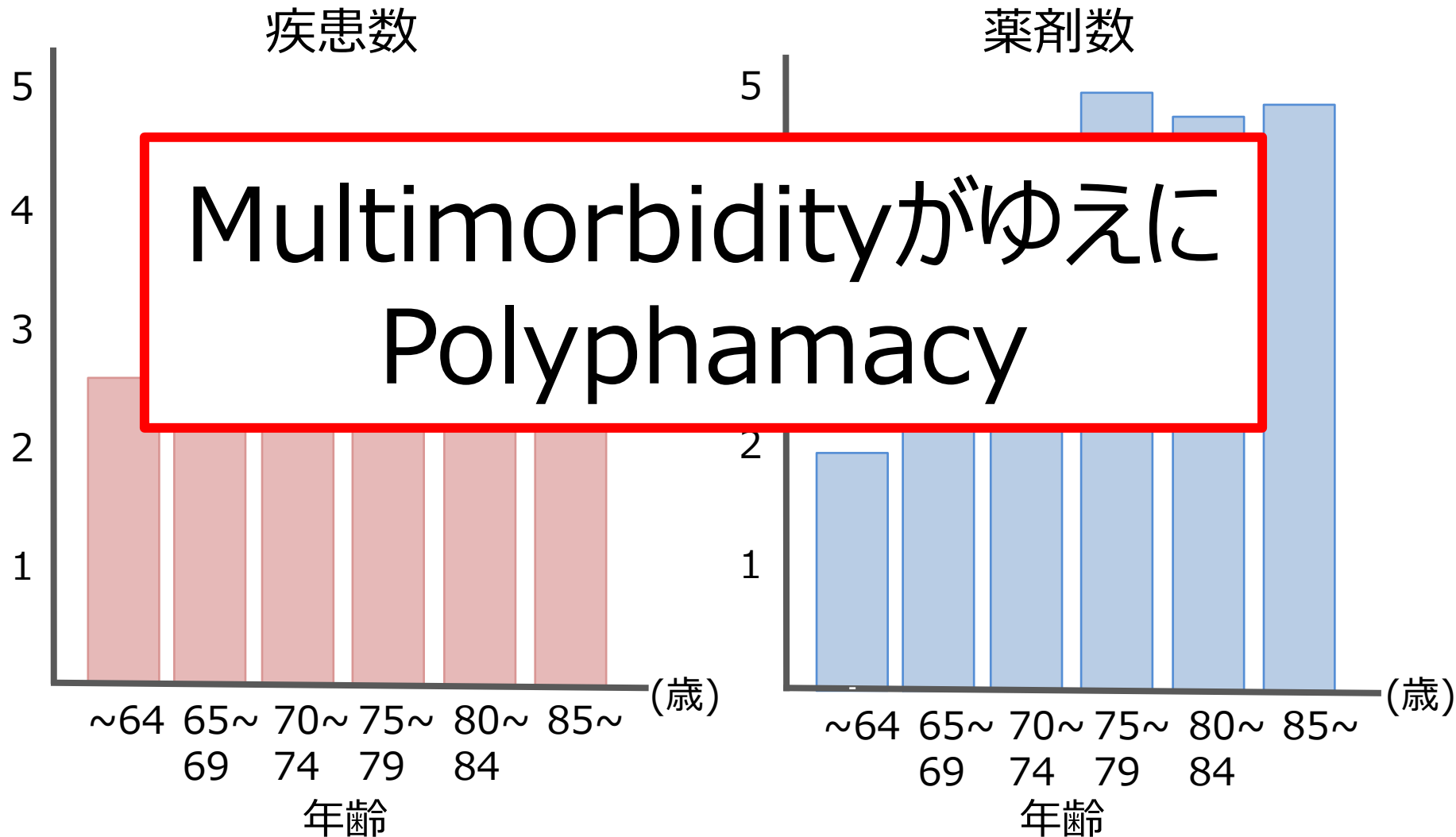
薬剤数



外来患者の疾患数と薬剤数



外来患者の疾患数と薬剤数



Polypharmacyの上流にあるもの

Multimorbidity

Multimorbidityとは？

MULTIMORBIDITY

When **someone**
has **two or more**
long-term
health conditions.



NICE National Institute for
Health and Care Excellence

それぞれの複数疾患が同程度の重篤性を持ちながら、患者に対して複雑に影響を与えていることが特徴で、1つの主となる疾患があって、従となる併存疾患が多い状態とは区別される場合がある。

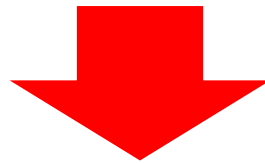
NICE Multimorbidity Guidelineより抜粋

Multimorbidityとは？

Multi Morbidity

たくさんの

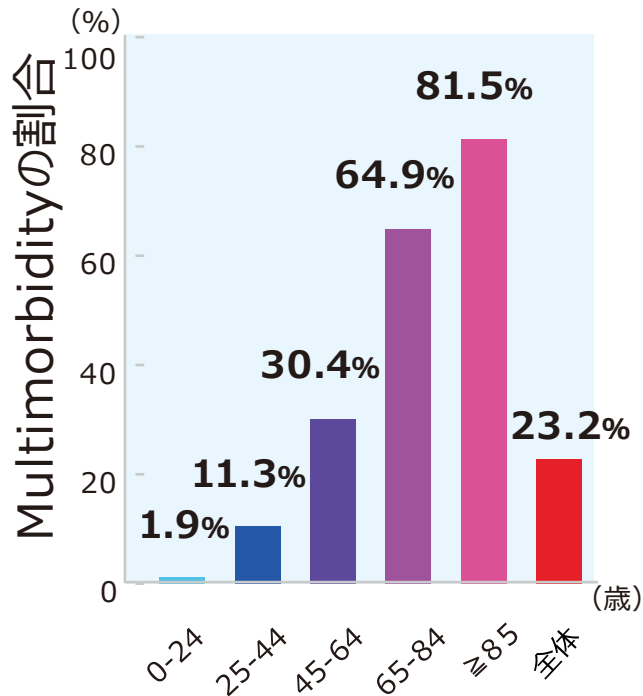
疾患



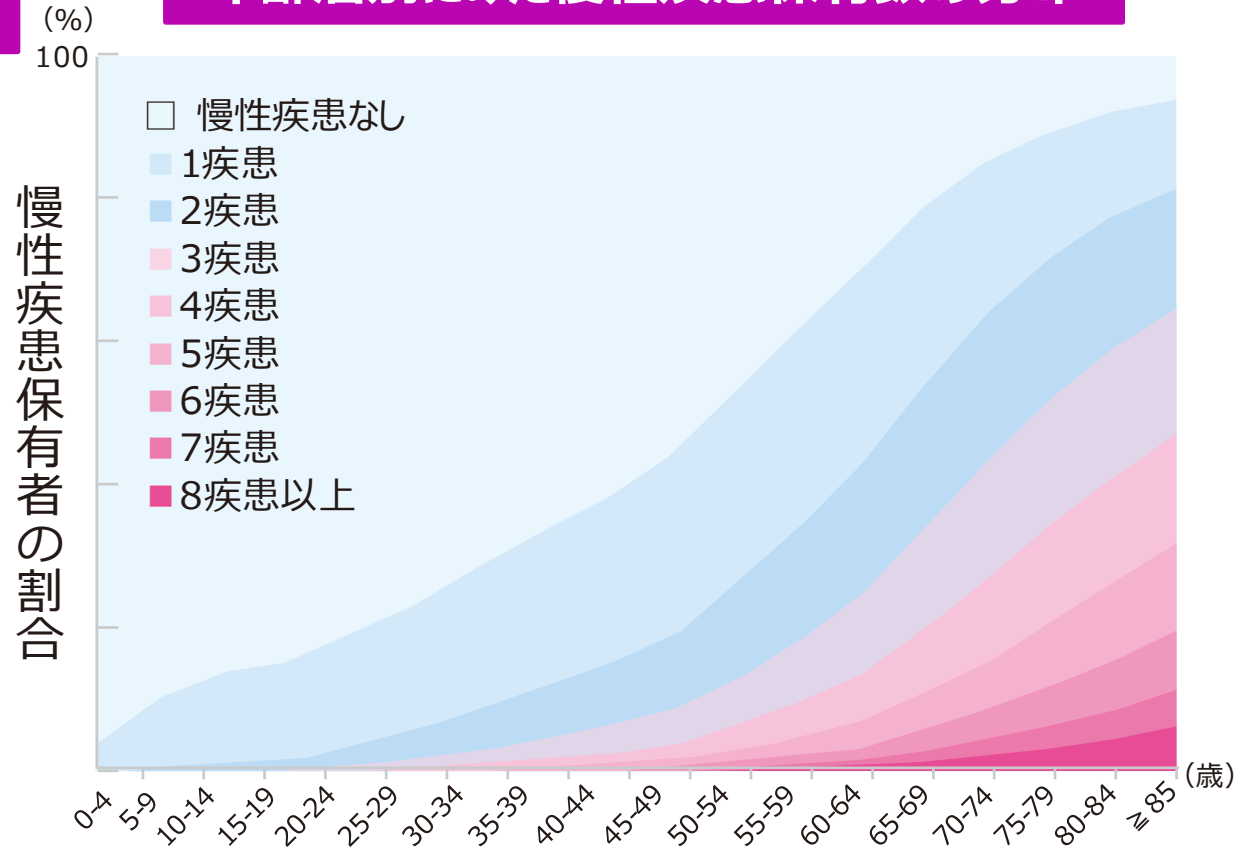
多疾患罹患
多病

高齢者とMultimorbidity

年齢層別にみた Multimorbidityの割合



年齢層別にみた慢性疾患保有数の分布



〈調査概要〉

英国スコットランド人1,751,841名。英国アバディーン大学Primary Care Clinical Informatics Unit のデータセットを用いた横断研究。2007年3月時点、スコットランドにおいて314の医療行為に関する記録を有する一般人口のデータベースから40疾患のデータを抽出し、Multimorbidityの割合を検討した。

Multimorbidityとは？

MULTIMORBIDITY

When **someone**
has **two** or
more
long-term
health conditions.



NICE National Institute for
Health and Care Excellence

それぞれの複数疾患が同程度の重篤性を持ちながら、患者に対して複雑に影響を与えていることが特徴で、1つの主となる疾患があって、従となる併存疾患が多い状態とは区別される場合がある。

Multimorbidityの問題点

現行の診療ガイドラインのみでは
対応が困難

β遮断薬は？

抗血栓薬は？

荷重運動は？

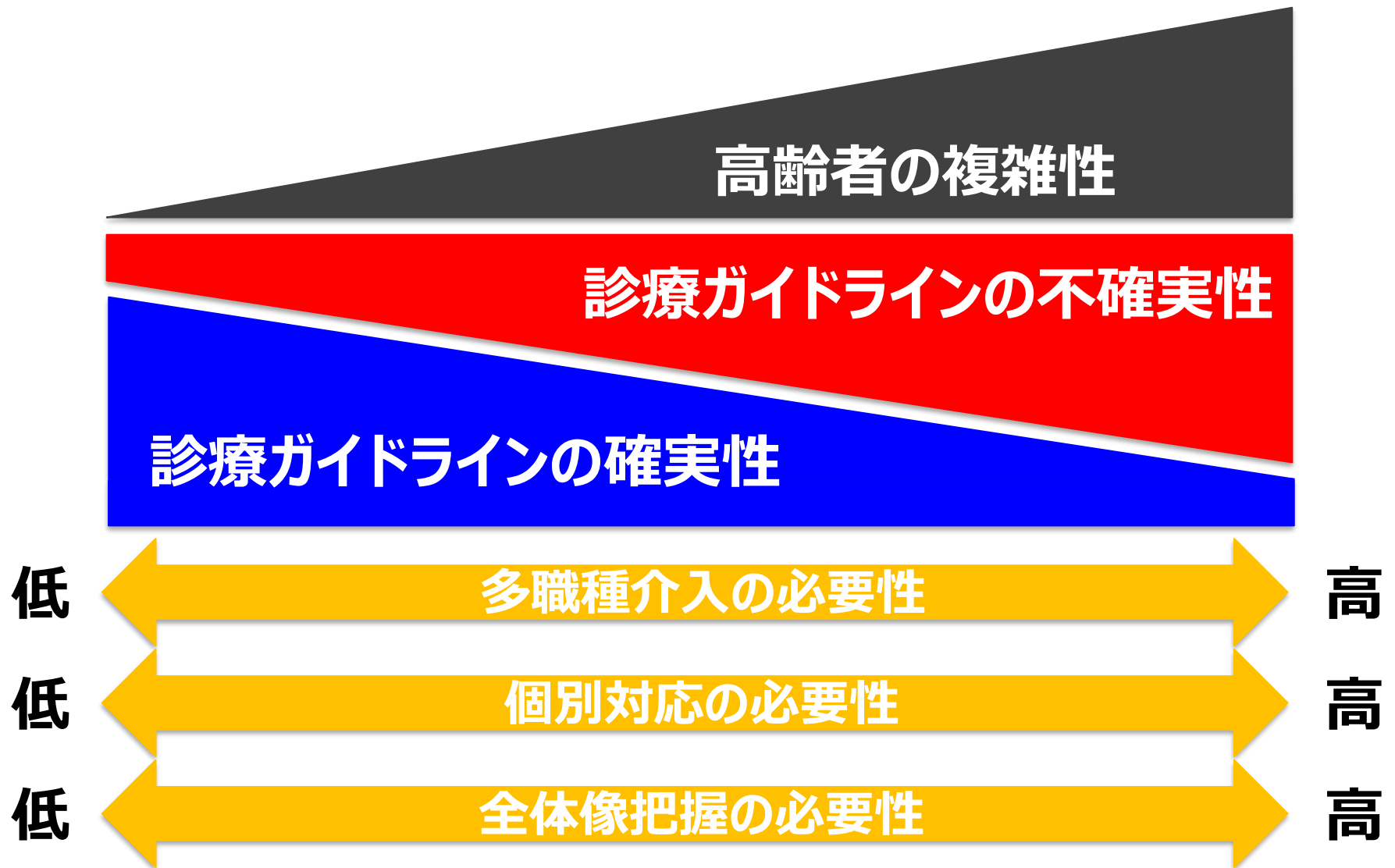
診療ガイドラインの目的とは？

「医療者と患者の意思決定の支援」

そのために、

①エビデンスのシステマティックレビューを行い、②益と害のバランスに基づいて推奨度を決定する

高齢者の複雑性と対応



今年度の三つの報告 (1)

日本版抗コリン薬リスクスケール



日本版抗コリン薬リスクスケール

日本版抗コリン薬リスクスケール作成ワーキンググループ

作成：一般社団法人 日本老年薬学会 日本版抗コリン薬リスクスケール作成ワーキンググループ
協力：一般社団法人 日本老年医学会





日本版抗コリン薬リスクスケール

日本版抗コリン薬リスクスケール作成ワーキンググループ

作成：一般社団法人 日本老年薬学会 日本版抗コリン薬リスクスケール作成ワーキンググループ
協力：一般社団法人 日本老年医学会



日本版抗コリン薬リスクスケールとは？

高齢者の薬物治療の安全性を高めるために日本老年薬学会が開発した新しい評価ツール。このスケールは、日本で使用されている抗コリン作用を有する薬物が示す、抗コリン性の有害事象のリスクを相対的に評価することで、複数の薬を使用する高齢者のポリファーマシー対策に役立つ

本スケールでは抗コリン作用を少しでも有する薬は全て「抗コリン薬」と表現しています

抗コリン薬とは？

抗コリン薬とは、抗コリン作用をもつ薬物の総称で、アセチルコリンという神経伝達物質の作用をブロックし、多くの身体機能に影響を与える薬物。

- M1受容体：主に中枢神経系に位置し、認知機能や胃酸分泌を調節
- M2受容体：心臓に多く存在し、心拍数や心筋に作用
- M3受容体：平滑筋や腺体に位置し、収縮や分泌を促進
気管支喘息や過活動膀胱の治療使用
- M4受容体：中枢に位置し、ドーパミンの放出を調節し、神経興奮を抑制
- M5受容体：中枢と血管内皮に存在し、ドーパミン放出や血管の拡張に関与

抗コリン薬は病状を改善する効果がある一方で、様々な副作用を引き起こす可能性もある。

作成経緯



- 海外では各国の状況を踏まえた数多くの抗コリン薬リスクスケールが開発されており、抗コリン性の薬物有害事象のリスク評価に広く利用されている。
- 日本では臨床的視点に基づくリスクスケールが存在しておらず、国内の医療現場において海外のリスクスケールをそのまま適用することには限界がある。
- 日本老年薬学会では、医師、歯科医師、薬剤師、基礎薬学研究者の合計15名からなる「日本版抗コリン薬リスクスケール作成ワーキンググループ」を立ち上げ作成を行った。

対象



- 高齢者を主な適用対象とするが、若年者でも基礎疾患によっては薬物有害事象の危険が高まることもあり、**適用対象に年齢上の区分は設けない。**
- あるゆる医療介護現場で使用されることを想定して作成されており、利用対象は薬剤師、医師・歯科医師、看護師やその他の医療介護専門職全般である。

使い方



2つの側面を評価することを推奨

1. 個々の薬物のリスク評価

各薬物が持つ抗コリン作用によるリスクの強さをスコア1から3で評価を行う。

高いスコアの薬物を使用している場合は、より低いスコアの薬物に切り替えるなど検討を行う。

2. 総合的なリスク評価（総抗コリン薬負荷）

高齢者は複数疾患に罹患しており複数の薬物が処方されていることが多く、それぞれの薬物のスコアを合算し、患者の総抗コリン薬負荷を算出する。薬物療法全体の抗コリン作用によるリスクを把握することが可能となる。

作成方法（文献検索）



対象文献の選定

- システマティックレビューやメタアナリシスなどの国際的な前向き研究プロトコルの登録のためのオンラインデータベースであるPROSPERO
(http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42017076510)に登録された既報に倣い、調査を実施した。
- Hanlonらの文献¹⁾はこの方法で、2017年9月までの文献を調査しており14文献がリスクスケールの文献として該当していた。
- 2017年10月から2023年3月として検索した。

1) Hanlon P, et al. *The Annals of Family Medicine*. 2020;18(2):148-55.

作成に用いた既存のリスクスケール一覧



スケール名	出版年	評価方法	対象薬剤数	疾患特異性の有無
ADS	2006	文献レビューおよびエキスパートオピニオン 既存の薬理学的評価を加味	127	無し (療養施設入居者を対象)
ABC	2006	文献レビューおよびエキスパートオピニオン 既存の薬理学的評価を加味	27	無し
ACoB	2008	文献レビューおよびエキスパートオピニオン 既存の薬理学的評価を加味	88	有 (認知症)
CrAS	2008	文献レビューおよびエキスパートオピニオン 既存の薬理学的評価を加味	60	無し (65歳以上を対象)
ARS	2008	文献レビューおよびエキスパートオピニオン 既存の薬理学的評価を加味	49	無し (65歳以上を対象)
AAS	2010	文献レビューおよびエキスパートオピニオン 既存の薬理学的評価を加味	99	有 (パーキンソン病)
ALS	2011	文献レビューおよびエキスパートオピニオン 既存の薬理学的評価を加味	49	有 (ADもしくは認知機能低下)
mARS	2014	文献レビューおよびエキスパートオピニオン 既存の薬理学的評価を加味	61	無し
AIS	2017	文献レビューおよびエキスパートオピニオン 既存の薬理学的評価を加味	128	有 (精神疾患)
AEC	2017	文献レビューおよびエキスパートオピニオン 既存の薬理学的評価を加味	60	有 (認知症)
ACB	2018	文献レビューおよびエキスパートオピニオン 既存の薬理学的評価を加味	151	無し
BAAS	2019	文献レビューおよびエキスパートオピニオン 既存の薬理学的評価を加味	125	無し
KABS	2019	文献レビューおよびエキスパートオピニオン 既存の薬理学的評価を加味	138	無し
Swe-ABS	2023	文献レビューおよびエキスパートオピニオン 既存の薬理学的評価を加味	104	無し
Chew-AAS	2008	薬理学的なコリン活性測定のみで作成	22	無し
Yamada-ABS	2023	薬理学的なコリン活性測定のみで作成	96	無し

作成方法（スコア決定プロセス）



平均点算出（アルゴリズム1、2）

リストの記載件数および、スコアに関する平均点およびバラツキを考慮した上でスコアを算出した。

デルファイ法

平均点算出で決定できない薬物は、専門家による投票を行った。1薬物ごとに議論を行い、6名の委員のうち、5名が同じ点数の場合、同意とし点数を確定した。なお、1度の投票で合意に至らなかった場合は、再度議論を行い、投票を繰り返した。

スコア決定に関するプロセスの例

医薬品名	点数確定方法	確定した点数	スコア平均	リスト記載件数 1 点	リスト記載件数 2 点	リスト記載件数 3 点	リスト記載件数 合計
プロクロルペラジン	アルゴリズム1	2	1.8	2	7	0	9
レボメプロマジン	デルファイ法	2	2.4	0	7	4	11
ヒドロキシジン	アルゴリズム2	3	2.8	1	1	10	12
ジフェンヒドラミン	アルゴリズム1	3	2.8	0	2	10	12
プロメタジン	アルゴリズム2	3	2.8	1	0	9	10
アリメマジン	デルファイ法	2	1.7	3	2	1	6
クロルフェニラミン	アルゴリズム1	3	2.8	0	2	11	13
シプロヘプタジン	アルゴリズム1	3	2.7	0	3	8	11

掲載薬物とスコア



158薬物を掲載

- **スコア3 : 37薬物** (一般用医薬品 : 15薬物[40.5%]を含む)
- **スコア2 : 27薬物** (一般用医薬品 : 4薬物[14.8%]を含む)
- **スコア1 : 94薬物** (一般用医薬品 : 17薬物[19.1%]を含む)

既存の16リスクスケールと比較して記載件数が最も多い結果となった。これは日本で特異的に使用されている医薬品を含めたためである。また、スコア0に関しては非掲載とした。

日本版抗コリン薬リスクスケール 1



薬効群	薬効群中分類	薬物	スコア
睡眠薬	ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬 (超短時間型)	トリアゾラム	1
睡眠薬	ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬 (中間型)	エスタゾラム	1
睡眠薬	ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬 (中間型)	フルニトラゼパム	1
睡眠薬	ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬 (長時間型)	フルラゼパム	1
抗不安薬	ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬 (中間型)	アルプラゾラム	1
抗不安薬	ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬 (長時間型)	クロラゼプ	1
抗不安薬	ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬 (長時間型)	クロルジアゼボキシド	1
抗不安薬 抗てんかん薬	ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬 (中間型)	ロラゼパム	1
抗不安薬 抗てんかん薬	ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬 (長時間型)	ジアゼパム	1
抗てんかん薬	ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬	クロナゼパム	1
抗てんかん薬	バルビツール酸系薬	フェノバルビタール	1
抗てんかん薬	主にNaチャネル阻害薬	カルバマゼピン	2
抗てんかん薬	複合作用薬	バルプロ酸	1

日本版抗コリン薬リスクスケール 2



薬効群	薬効群中分類	薬物	スコア
パーキンソン病治療薬	レボドパ含有製剤	カルビドパ/レボドパ	1
パーキンソン病治療薬	レボドパ含有製剤	レボドパ	1
パーキンソン病治療薬	ドパミン遊離促進薬	アマンタジン	2
パーキンソン病治療薬	ドパミン受容体刺激薬	プラミベキソール	1
パーキンソン病治療薬	ドパミン受容体刺激薬	プロモクリプチン	1
パーキンソン病治療薬	ドパミン受容体刺激薬	ロチゴチン	1
パーキンソン病治療薬	副交感神経遮断（抗コリン）薬	トリヘキシフェニジル	3
パーキンソン病治療薬	副交感神経遮断（抗コリン）薬	ビペリデン	3
パーキンソン病治療薬	モノアミン酸化酵素（MAO-B）阻害薬	セレギリン	1
パーキンソン病治療薬	カテコール-O-メチルトランスフェラーゼ（COMT）阻害薬	エンタカポン	1

日本版抗コリン薬リスクスケール 3



薬効群	薬効群中分類	薬物	スコア
定型抗精神病薬	フェノチアジン系抗精神病薬	クロルプロマジン	3
定型抗精神病薬	フェノチアジン系抗精神病薬	プロクロルペラジン	2
定型抗精神病薬	フェノチアジン系抗精神病薬	プロペリシアジン	2
定型抗精神病薬	フェノチアジン系抗精神病薬	フルフェナジン	2
定型抗精神病薬	フェノチアジン系抗精神病薬	ベルフェナジン	2
定型抗精神病薬	フェノチアジン系抗精神病薬	レボメプロマジン	2
定型抗精神病薬	ブチロフェノン系抗精神病薬	ハロペリドール	1
非定型抗精神病薬	多元受容体作用抗精神病薬 (MARTA)	クロザピン	3
非定型抗精神病薬	多元受容体作用抗精神病薬 (MARTA)	オランザピン	2
非定型抗精神病薬	多元受容体作用抗精神病薬 (MARTA)	クエチアピン	2
非定型抗精神病薬	多元受容体作用抗精神病薬 (MARTA)	アセナピン	1
非定型抗精神病薬	セロトニン・ドパミン拮抗薬 (SDA)	パリペリドン	1
非定型抗精神病薬	セロトニン・ドパミン拮抗薬 (SDA)	ブロナンセリン	1
非定型抗精神病薬	セロトニン・ドパミン拮抗薬 (SDA)	リスペリドン	1
非定型抗精神病薬	ドパミンD ₂ 受容体部分作動薬 (DPA)	アリピプラゾール	1
抗精神病薬	その他の抗精神病薬	ゾテピン	2
気分安定薬	リチウム	リチウム	1

日本版抗コリン薬リスクスケール 4



薬効群	薬効群中分類	薬物	スコア
抗うつ薬	セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI)	デュロキセチン	1
抗うつ薬	セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI)	ベンラファキシン	1
抗うつ薬	選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)	パロキセチン	2
抗うつ薬	選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)	エスシタロプラム	1
抗うつ薬	選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)	セルトラリン	1
抗うつ薬	選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)	フルボキサミン	1
抗うつ薬	三環系抗うつ薬	アミトリプチリン	3
抗うつ薬	三環系抗うつ薬	アモキサピン	3
抗うつ薬	三環系抗うつ薬	イミプラミン	3
抗うつ薬	三環系抗うつ薬	クロミプラミン	3
抗うつ薬	三環系抗うつ薬	トリミプラミン	3
抗うつ薬	三環系抗うつ薬	ナルトリプチリン	3
抗うつ薬	三環系抗うつ薬	ドスレピン	2
抗うつ薬	三環系抗うつ薬	ロフェプラミン	2
抗うつ薬	四環系抗うつ薬	セチプチリン	2
抗うつ薬	四環系抗うつ薬	マプロチリン	2
抗うつ薬	四環系抗うつ薬	ミアンセリン	2
抗うつ薬	ノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ薬 (NaSSA)	ミルタザピン	1
抗うつ薬	その他の抗うつ薬	トラゾドン	1

日本版抗コリン薬リスクスケール 5



薬効群	薬効群中分類	薬物	スコア	一般用医薬品のみ○ 一般用医薬品+医療用医薬品◎ 表記がないものは医療用医薬品のみ
筋弛緩薬	中枢性筋弛緩薬	チザニジン	3	
筋弛緩薬	中枢性筋弛緩薬	エペリゾン	2	
筋弛緩薬	中枢性筋弛緩薬	クロルゾキサゾン	2	○
筋弛緩薬	中枢性筋弛緩薬	バクロフェン	2	
筋弛緩薬	中枢性筋弛緩薬	メトカルバモール	1	◎
制吐薬・鎮量薬	鎮量薬	ジフェニドール	3	
制吐薬・鎮量薬	中枢性制吐薬・鎮量薬	ジメンヒドリナート	3	
制吐薬・鎮量薬	ムスカリン性コリン受容体拮抗薬	スコポラミン	3	○
片頭痛・慢性頭痛治療薬	トリプタン系薬（5-HT _{1B/1D} 受容体作動薬）	スマトリプタン	1	
片頭痛・慢性頭痛治療薬	トリプタン系薬（5-HT _{1B/1D} 受容体作動薬）	ゾルミトリプタン	1	
片頭痛・慢性頭痛治療薬	トリプタン系薬（5-HT _{1B/1D} 受容体作動薬）	ナラトリプタン	1	

日本版抗コリン薬リスクスケール 6



薬効群	薬効群中分類	薬物	スコア
強心薬	ジギタリス製剤	ジゴキシン	1
狭心症治療薬	硝酸薬	一硝酸イソソルビド	1
狭心症治療薬	硝酸薬	硝酸イソソルビド	1
狭心症治療薬	その他の冠拡張薬	ジピリダモール	1
抗不整脈薬	Naチャンネル遮断薬（クラスⅠa群）	ジソピラミド	2
抗不整脈薬	Naチャンネル遮断薬（クラスⅠa群）	キニジン	1
抗不整脈薬	クラスⅢ群	アミオダロン	1
降圧薬	アンジオテンシン変換酵素（ACE）阻害薬	カプトプリル	1
降圧薬	アンジオテンシン変換酵素（ACE）阻害薬	トランドラプリル	1
降圧薬	アンジオテンシン変換酵素（ACE）阻害薬	ベナゼプリル	1
降圧薬	Ca拮抗薬	ジルチアゼム	1
降圧薬	Ca拮抗薬	ニフェジピン	1
降圧薬	β遮断薬	アテノロール	1
降圧薬	β遮断薬	ベタキソロール	1
降圧薬	β遮断薬	メトプロロール	1
降圧薬	血管拡張薬	ヒドララジン	1
利尿薬	浸透圧利尿薬	イソソルビド	1
利尿薬	K保持性利尿薬	トリアムテレン	1
利尿薬	ループ利尿薬	フロセミド	1

日本版抗コリン薬リスクスケール 7



薬効群	薬効群中分類	薬物	スコア	一般用医薬品のみ○ 一般用医薬品+医療 用医薬品◎ 表記がないものは医療 用医薬品のみ
鎮咳薬	中枢性非麻薬性鎮咳薬	クロペラスチン	2	
鎮咳薬	中枢性非麻薬性鎮咳薬	デキストロメトルファン	1	◎
鎮咳薬	中枢性麻薬性鎮咳薬	コデイン	1	◎
鎮咳薬	鎮咳去痰薬	グアイフェネシン	1	◎
気管支喘息治療薬	テオフィリン薬（キサンチン誘導体）	テオフィリン	2	◎
消化管疾患治療薬	攻撃因子抑制薬	アトロピン	3	
消化管疾患治療薬	攻撃因子抑制薬	チキジウム	3	◎
消化管疾患治療薬	攻撃因子抑制薬	ブチルスコポラミン	3	◎
消化管疾患治療薬	攻撃因子抑制薬	プロパンテリン	3	
消化管疾患治療薬	腸管運動抑制薬	ロペラミド	1	◎
消化管疾患治療薬	ヒスタミン（H ₂ ）受容体拮抗薬	シメチジン	2	
消化管疾患治療薬	ヒスタミン（H ₂ ）受容体拮抗薬	ニザチジン	1	◎
消化管疾患治療薬	ヒスタミン（H ₂ ）受容体拮抗薬	ファモチジン	1	◎
消化管疾患治療薬	プロトンポンプ阻害薬	ランソプラゾール	1	
消化管疾患治療薬	防御因子配合剤	ジサイクロミン	3	◎
消化管運動機能改善薬	オピオイド作動薬	トリメブチン	1	◎
消化管運動機能改善薬	ドパミン受容体拮抗薬	ドンペリドン	1	
消化管運動機能改善薬	ドパミン受容体拮抗薬	メクロプラミド	1	

日本版抗コリン薬リスクスケール 8



薬効群	薬効群中分類	薬物	スコア	一般用医薬品のみ○ 一般用医薬品+医療 用医薬品◎ 表記がないものは医療 用医薬品のみ
副腎皮質ステロイド	副腎皮質ステロイド	コルチゾン	1	◎
副腎皮質ステロイド	副腎皮質ステロイド	デキサメタゾン	1	◎
副腎皮質ステロイド	副腎皮質ステロイド	トリアムシノロン	1	◎
副腎皮質ステロイド	副腎皮質ステロイド	ヒドロコルチゾン	1	◎
副腎皮質ステロイド	副腎皮質ステロイド	プレドニゾン	1	◎
副腎皮質ステロイド	副腎皮質ステロイド	メチルプレドニゾン	1	
頻尿・過活動膀胱治療薬	選択的ムスカリン受容体拮抗薬 (抗コリン薬)	イミダフェナシン	3	
頻尿・過活動膀胱治療薬	選択的ムスカリン受容体拮抗薬 (抗コリン薬)	ソリフェナシン	3	
頻尿・過活動膀胱治療薬	選択的ムスカリン受容体拮抗薬 (抗コリン薬)	トルテロジン	3	
頻尿・過活動膀胱治療薬	選択的ムスカリン受容体拮抗薬 (抗コリン薬)	フェソテロジン	3	
頻尿・過活動膀胱治療薬	抗コリン+Ca拮抗作用薬	オキシブチニン	3	
頻尿・過活動膀胱治療薬	抗コリン+Ca拮抗作用薬	プロピペリン	3	◎
頻尿・過活動膀胱治療薬	その他の頻尿・過活動膀胱治療薬	フラボキサート	3	◎

日本版抗コリン薬リスクスケール 9



薬効群	薬効群中分類	薬物	スコア
抗血栓薬	クマリン系薬（ビタミンK拮抗薬）	ワルファリン	1
痛風発作寛解・予防薬	痛風発作寛解・予防薬	コルヒチン	1
糖尿病治療薬	ビグアナイド（BG）類	メトホルミン	1
免疫疾患治療薬	免疫抑制薬	アザチオプリン	1
免疫疾患治療薬	免疫抑制薬	シクロスポリン	1
免疫疾患治療薬	免疫抑制薬	メトトレキサート	1

日本版抗コリン薬リスクスケール 10



薬効群	薬効群中分類	薬物	スコア	一般用医薬品のみ○ 一般用医薬品+医療 用医薬品◎ 表記がないものは医療 用医薬品のみ
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第一世代）	カルビノキサミン	3	○
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第一世代）	クレマスチン	3	◎
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第一世代）	クロルフェニラミン	3	◎
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第一世代）	ジフェニルピラリン	3	○
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第一世代）	ジフェンヒドラミン	3	◎
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第一世代）	シプロヘプタジン	3	
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第一世代）	ヒドロキシジン	3	
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第一世代）	フェニラミン	3	○
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第一世代）	プロメタジン	3	◎
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第一世代）	アリメマジン	2	◎

日本版抗コリン薬リスクスケール 11



薬効群	薬効群中分類	薬物	スコア	一般用医薬品のみ○ 一般用医薬品+医療用医薬品◎ 表記がないものは医療用医薬品のみ
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第二世代）	メキタジン	3	◎
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第二世代）	セチリジン	2	◎
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第二世代）	エピナスチン	1	◎
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第二世代）	エメダスチン	1	
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第二世代）	オロパタジン	1	
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第二世代）	ケチフェン	1	◎
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第二世代）	デスロラタジン	1	
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第二世代）	フェキソフェナジン	1	◎
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第二世代）	ルパタジン	1	
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第二世代）	レボセチリジン	1	
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第二世代）	ロラタジン	1	◎

日本版抗コリン薬リスクスケール 12



薬効群	薬効群中分類	薬物	スコア	一般用医薬品のみ○ 一般用医薬品+医療用医薬品◎ 表記がないものは医療用医薬品のみ
その他	抗コリン薬	ベラドンナ	3	○
抗菌薬	グリコペプチド系薬	バンコマイシン	1	
抗菌薬	リンコマイシン系薬	クリンダマイシン	1	
抗菌薬	広域ペニシリン系薬	アンピシリン	1	
鎮痛薬	非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）	セレコキシブ	1	
麻薬類似薬	その他のオピオイド	トラマドール	2	
麻薬	モルフィナン系オピオイド	オキシコドン	1	
麻薬	モルフィナン系オピオイド	モルヒネ	1	
麻薬	フェニルペリジン系オピオイド	フェンタニル	1	
麻薬	その他のオピオイド	メサドン	2	
麻薬	その他のオピオイド	タペンタドール	1	

日本版抗コリン薬リスクスケール OTC



日本版抗コリン薬リスクスケール該当医薬品 上位10品目

薬効群	薬効群中分類	薬物	スコア	販売品目数
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第一世代）	クロルフェニラミン	3	1538 (15.2%)
アレルギー疾患治療薬	ヒスタミン（H ₁ ）受容体拮抗薬（第一世代）	ジフェンヒドラミン	3	672 (6.6%)
鎮咳薬	中枢性麻薬性鎮咳薬	コデイン	1	455 (4.5%)
副腎皮質ステロイド	副腎皮質ステロイド	プレドニゾロン	1	268 (2.6%)
鎮咳薬	中枢性非麻薬性鎮咳薬	デキストロメトルファン	1	146 (1.4%)
鎮咳薬	鎮咳去痰薬	グアイフェネシン	1	126 (1.2%)
その他	抗コリン薬	ベラドンナ	3	96 (0.9%)
副腎皮質ステロイド	副腎皮質ステロイド	コルチゾン	1	88 (0.9%)
副腎皮質ステロイド	副腎皮質ステロイド	ヒドロコルチゾン	1	77 (0.8%)
制吐薬・鎮暈薬	ムスカリン性 コリン受容体拮抗薬	スコポラミン	3	63 (0.6%)

PMDA 一般用医薬品・要指導医薬品情報検索にて検索<https://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/otcSearch/>
（2024年5月7日検索） 母数を要指導医薬品、第1～3類医薬品の10138とした。

販売されている10138医薬品のうち、3808医薬品（37.6%）が該当

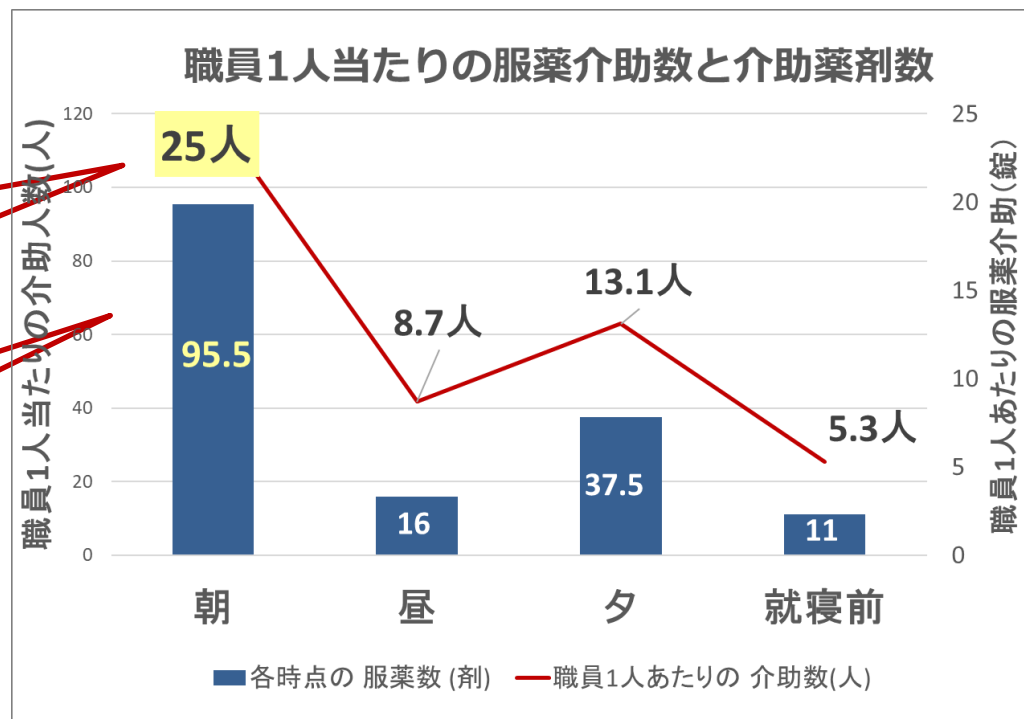
今年度の三つの報告 (2)

高齢者施設の服薬簡素化提言



施設看護師・介護職が抱える業務（1）

- 対象：2018 年10 月16-23日までの調査期間における、被服薬介助入居者51 人
- 調査項目：服薬介助業務負荷の実態 → 加えて、服用時点変更による業務負荷軽減の可能性を検討した



1人の職員が
入居者25人の
服薬を介助

1人の職員が
95.5剤を扱う

職員の少ない時間帯に
服薬介助が多い
↓
特に**朝**に集中する介助負荷を
軽減する必要あり

施設看護師・介護職が抱える業務 (2)

医療安全上の問題

医療事故の約200倍！



医療事故
年間5,313件

- 1位 治療・処置 32.4%
- 2位 療養上の世話(転倒含む) 31.1%
- 3位 その他 13.1%
- 4位 ドレーン・チューブ 7.8%
- 5位 **薬剤 7.7%**

日本医療機能評価機構2022年医療事故年報

医療現場のヒヤリハット 年間1,018,480件

- 1位 **薬剤 31.7%**
- 2位 療養上の世話 21.9%
- 3位 ドレーン・チューブ 14.6%

日本医療機能評価機構2022年医療事故年報



介護事故
半年8,541件

- 1位 転倒 57.7%
- 2位 転落 11.2%
- 3位 誤嚥 3.4%
- 4位 衝突 3.4%
- 5位 **誤薬 1.3%**

平成 20 年4 月～9 月全国市区町村報告
出典：三菱総合研究所 平成21年3月

介護現場のヒヤリハット

→データなし

介護現場では報告されていない
潜在的な薬剤のインシデントが
多数存在している可能性がある



高齢者施設の服薬簡素化提言

高齢者施設の服薬簡素化提言ワーキンググループ

作成：一般社団法人 日本老年薬学会 日本版抗コロナ薬リスクスケール作成ワーキンググループ

協力：一般社団法人 日本老年医学会

公益社団法人 全国老人保健施設協会



目的・作成経緯



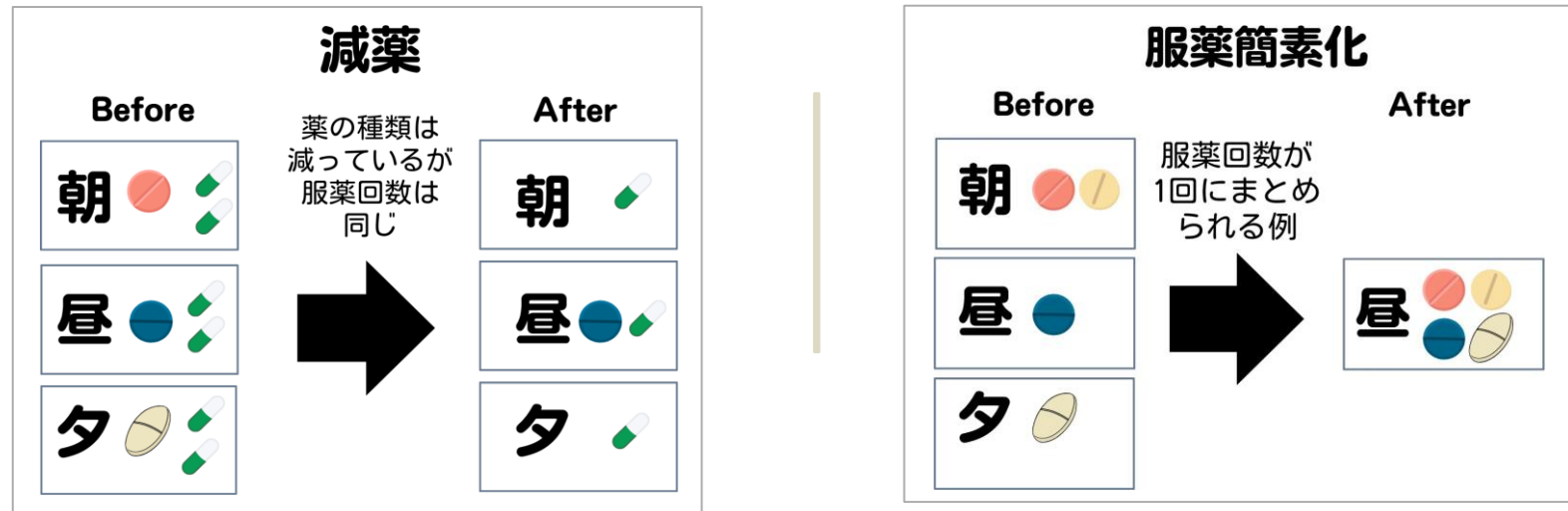
ポリファーマシーに対して処方見直し（medication review）を行い、必要最小限の服薬数にすることが求められる。ただ、上手く処方見直しを行えたとしても数種類の薬剤が残れば服薬管理の問題は依然として残る。

ではどうすればよいか？服薬回数を減らし、できれば1日1回にすることである。それも、高齢者施設の特性を考慮すると、最も職員の多い昼に服薬を集中させるのが最善ではないのか？このような意見が高齢者施設とそこに関わる医療介護職種から集まり、日本老年薬学会では、2023年9月に本ワーキンググループを結成してこの仮説の検討を開始した。

服薬簡素化とは

本提言において、服薬簡素化とは、服薬回数を減らし、可能なら昼1回にまとめることを指す。服薬簡素化は本来「ポリファーマシー対策」に含まれるものだが、本提言は薬剤種類数を減らす減薬とは独立して「服薬簡素化」に焦点をあてたものである。減薬との対比を図1に示す。

減薬と服薬簡素化の対比



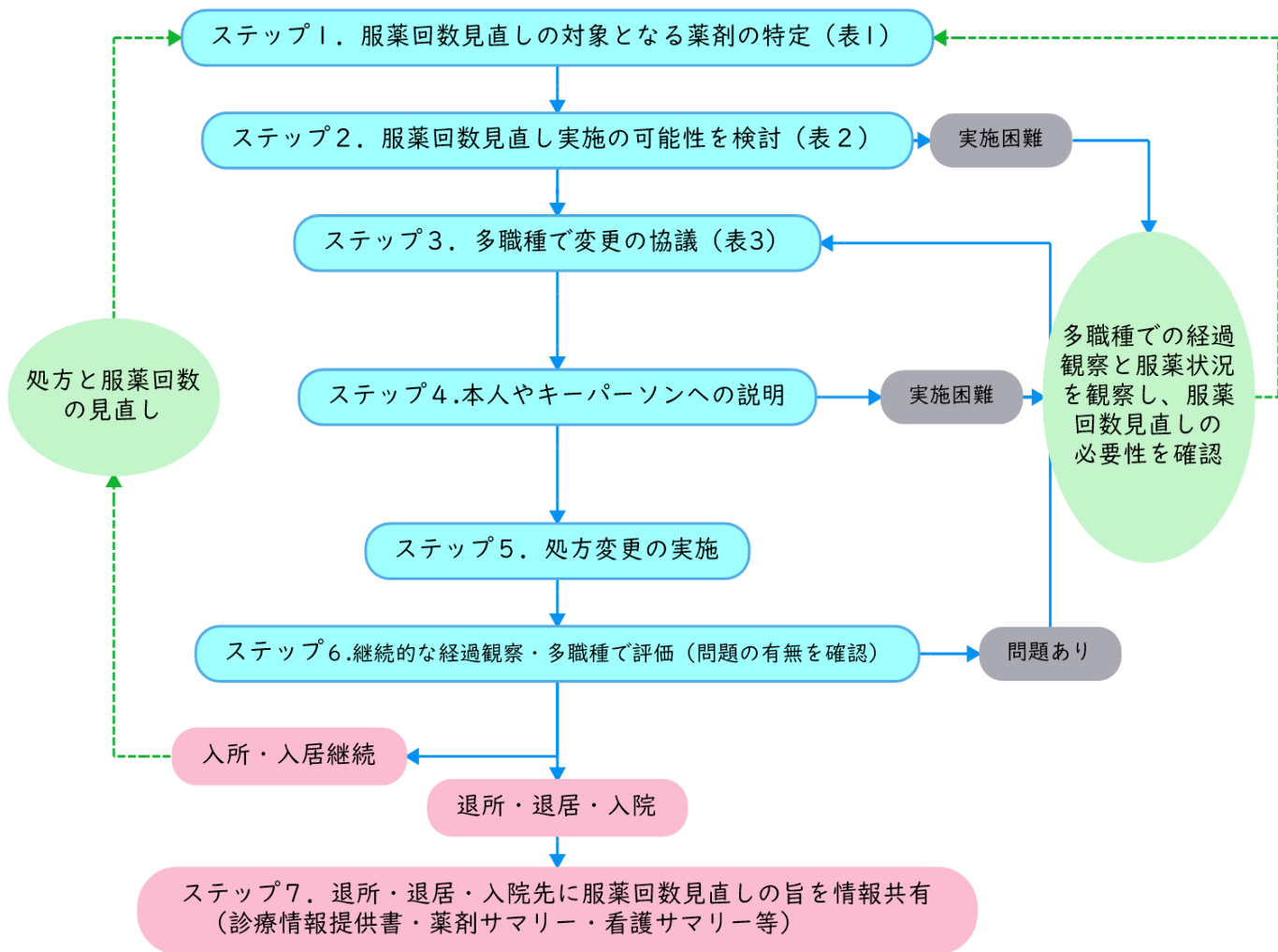
最終分析対象とした文献 16件の分類



分類	概要
1. 薬物治療の複雑性の実態	海外の実態調査より、高齢者施設における薬物治療の複雑性は比較的高い
2. 薬物治療の複雑性の影響	MRCI（薬物治療の複雑性を定量的に評価する方法）を用いて評価した場合、投与頻度が薬物治療の複雑性への寄与が最も大きい
3. 服薬簡素化介入やその効果	高齢者施設における薬物治療の複雑性は入院リスクと関連する
4. 服薬介助負担	薬剤師を中心とした介入により、おおむね有害事象の増加なく、投与回数の減少や服薬介助負担の軽減が期待できる

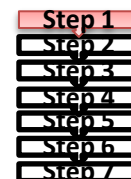
高齢者施設の服薬簡素化 フローチャート

- ◆ 対象者：高齢者施設のすべての入所/入居者
- ◆ 使用者：高齢者施設のすべての医療介護職
- ◆ 服薬簡素化とは、服薬回数を減らし、可能なら昼1回にまとめることを指す
- ◆ フローチャート適用と並行して処方見直し等のポリファーマシー改善を行う





服薬簡素化の対象となる薬剤の例

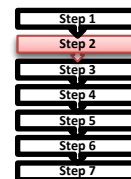


対象	服薬簡素化の方法	例
薬剤ごと	投与回数が変更可能な薬剤	添付文書上、投与回数が調整可能な薬剤の中には、1日2～3回投与から1日1回にまとめられることがある。
	持続性製剤への変更	1日2～3回投与の薬剤の中には、1日1回投与の持続性製剤（経口剤から持続性貼付剤等への変更も含む）に切り替えることで、服用回数を減らせる場合がある。
処方全体	服薬タイミングの統一	1日1回投与の薬剤の中には、時間やタイミングを変更できる薬剤があり、投与のタイミングを昼食後や就寝前等に統一できる。

ステップ 2



服薬簡素化の対象となる薬剤の特定や実施前に考慮すべき事項

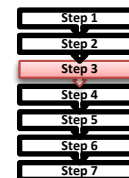


- ① 添付文書に従った用法や用量を逸脱しないか
- ② 安全性に問題はないか（副作用等）
- ③ 薬効の増強または低下がないか（薬物相互作用・食品との相互作用等）
- ④ 本人にとって大きな不利益はないか（錠剤が多くて飲み込めない、採血増加、費用増加等）
- ⑤ 施設にとって大きな不利益はないか（職員負担増加、費用増加等）
- ⑥ 本人やキーパーソンへ説明し承諾が見込めるか

ステップ3



高齢者施設の服薬簡素化フローチャートに沿った職種別の主な役割



職種	簡素化の対象となる薬剤の特定と検討（ステップ1～3）	簡素化の実施と評価（ステップ4～7）
医師	医学的評価に基づく簡素化の対象となる薬剤の特定・実施可能性の検討（安全性の考慮、本人や施設への不利益等）	処方変更の実施、本人やキーパーソンへの説明、変更後の効果や薬物有害事象の確認と共有、多職種への懸念事項の共有
薬剤師	薬学的評価に基づく簡素化の対象となる薬剤の特定・実施可能性の検討（添付文書・インタビューフォームの確認、相互作用の考慮等）、処方変更の提案	本人やキーパーソンへの説明や理解の補足、変更後の効果や薬物有害事象の確認と共有、多職種からの情報の統合、多職種への懸念事項の共有
看護師	多職種との情報共有（服薬状況、服用管理能力、服薬介助の実施状況、ADLや生活状況、服薬管理に対する支援側の負担や問題等）服薬状況や管理能力に沿った剤形・投与回数、服用方法の提案	本人やキーパーソンへの理解の補足、処方変更に伴う症状や薬物有害事象の確認と多職種への共有、ADLや生活状況の変化の把握とケアの調整
介護福祉士 社会福祉士 介護支援専門員等	多職種との情報共有（服薬介助の実施状況、薬の飲み込みにくさや落薬・拒薬の詳細、入所・入居前の服薬や生活状況、服薬介助に対する支援側の負担や問題等）	処方変更に伴う服薬状況や生活状況の変化の確認と多職種への共有、退所・退居時の医療機関・介護事業所等への薬剤に関する情報提供
歯科医師 歯科衛生士	口腔内環境や嚥下機能の評価、内服可能な剤形・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確認
言語聴覚士	歯科医師 歯科衛生士	処方変更に伴う身体機能、嚥下機能等の変化の把握と共有
管理栄養士	食欲、嗜好、摂食量、食形態、栄養状態等に関する情報共有	処方変更に伴う食欲、嗜好、摂食量、食形態、栄養状態等の変化の把握と共有

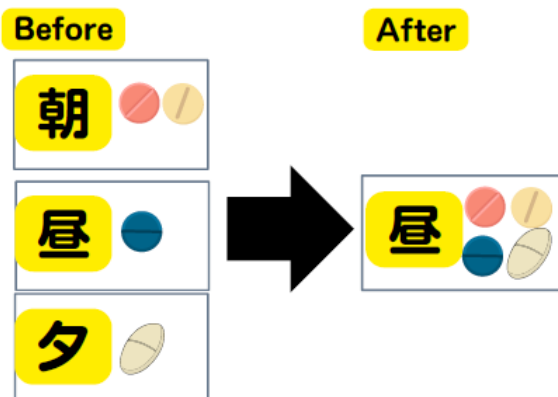
本人やキーパーソンへの説明

- 服薬簡素化を実施する際には本人やキーパーソンへの説明が重要となる。本人やキーパーソンから十分な理解が得られていない場合、服薬間違いや服薬拒否、薬物治療への不信等が生じる原因となり得る。
- 本人の理解度や医療者への信頼感は服薬アドヒアランスに大きく影響するとの報告もあり、多職種での丁寧な対応が望まれる。
- 在宅復帰を目標とする場合も服薬簡素化の有用性は高いと考えられるが、本人やキーパーソンの理解不足により誤薬や服薬アドヒアランスの低下が生じる可能性を考慮した説明が必要。

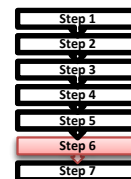


処方変更の実施

- 処方変更時、本人やキーパーソン、多職種間でも情報を共有する。
- 処方変更を実施する際には変更時点を明確にする。翌日から変更となる場合もあれば、現在処方されている薬剤を飲み切った時点から変更となる場合もあるため、多職種間で確実共有する。
- 施設ごとの調剤に関する状況（外部委託等）を考慮し、係る費用や労力に無理のない対応を実施する。



継続的な経過観察・多職種で評価



- ・服薬簡素化実施後は本人の処方変更に関する理解度や服薬状況を確認する。
- ・多職種で病状の経過等について継続的にフォローアップする。
- ・服薬簡素化の影響について再検討する必要があり、多職種カンファレンス等を活用して、定期的に協議する体制を整えておくことが望ましい。
- ・施設ごとの職員配置や業務時間により、多職種でのカンファレンス等を実施することが難しい場合は、各職種間の情報共有方法（朝礼での引継ぎ等）についても事前に取り決めておくこととスムーズ。



退所・退去・入院先に服薬簡素化の旨を情報共有

退所・退居・入院先に服薬簡素化の内容を情報共有する際には、退所・退居・入院時点の薬剤情報のみならず、服薬簡素化の検討内容等についても共有し、継続的な介入が得られるようにする。



高齢者施設の服薬簡素化の概要

理由1 誤薬・医療安全



服薬回数が多いと誤薬事故が起こりやすくなる。

理由2 本人の負担



服薬回数が多いと本人の負担が大きくなる。

理由3 職員の負担



服薬回数が多いと職員の負担が増える。

服薬回数を減らすメリット



服薬回数を減らすことで、服薬ミスを減らせるため、医療安全的にメリットとなる。また本人及び職員の負担を減らすことができる。

注意すべき点



すべての処方が服薬回数を減らせるわけではない。服薬回数を変更できないものも多くある。必ず医師・歯科医師や薬剤師の指示で実施する。

実施のポイント



円滑に進めるために服薬簡素化フローチャートを参考にしながら多職種で実施する。

今年度の三つの報告 (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

CGAのガイドライン

約20年ぶりの改定です



対象

本ガイドラインは、医師だけでなく高齢者に関わる医療介護福祉関係の多職種向けに先性されており、利用対象は医療介護福祉専門職全般である。

CGAのタイミング

担当医は初診時、入院時、退院前、病状の変化時などに実施してほしい。看護師は入院、退院支援、訪問看護の導入、高齢者施設の入所・入居に際して、その他の専門職は療養環境の変化時には実施することが望ましい。**薬剤師は、特に処方見直し (medication review) に際して実施することが推奨される。**

CGAのガイドライン

約20年ぶりの改定です

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

Comprehensive
Geriatric
Assessment

南山堂

対象

本ガイドラインは、医師だけでなく高齢者に関わる医療介護福祉関係の多職種向けに先性されており、利用対象は医療介護福祉専門職全般である。

CGAのタイミング

担当医は初診時、入院時、退院前、病状の変化時などに実施してほしい。看護師は入院、退院支援、訪問看護の導入、高齢者施設の入所・入居に際して、その他の専門職は療養環境の変化時には実施することが望ましい。薬剤師は、特に処方見直し (medication review) に際して実施することが推奨される。

高齢者を診るうえで重要な評価ツール

高齢者総合機能評価

基本的ADLと手段的ADL

基本的ADL



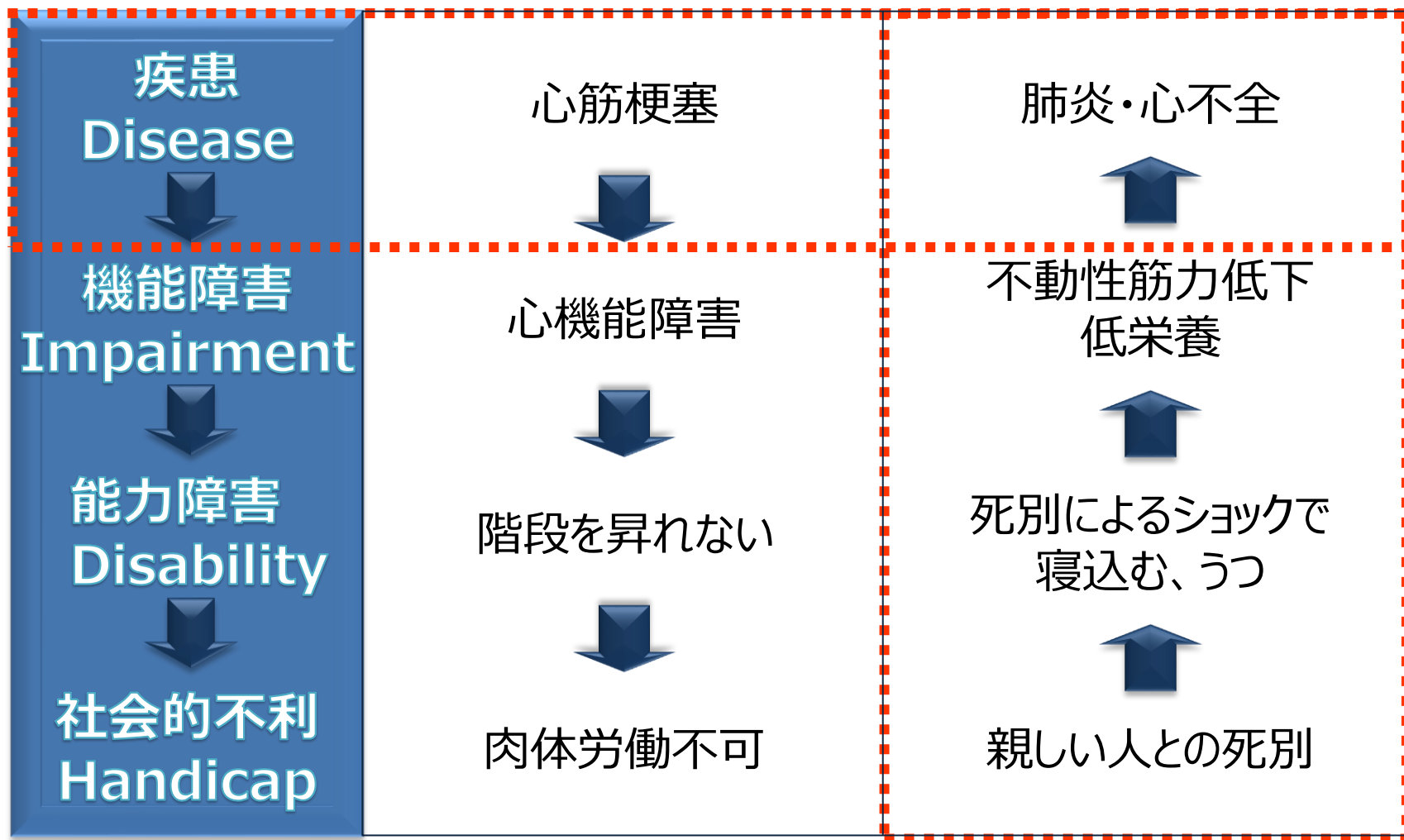
- ・介護が必要かどうかの判定
- ・満点でも独居は出来ない

手段的ADL

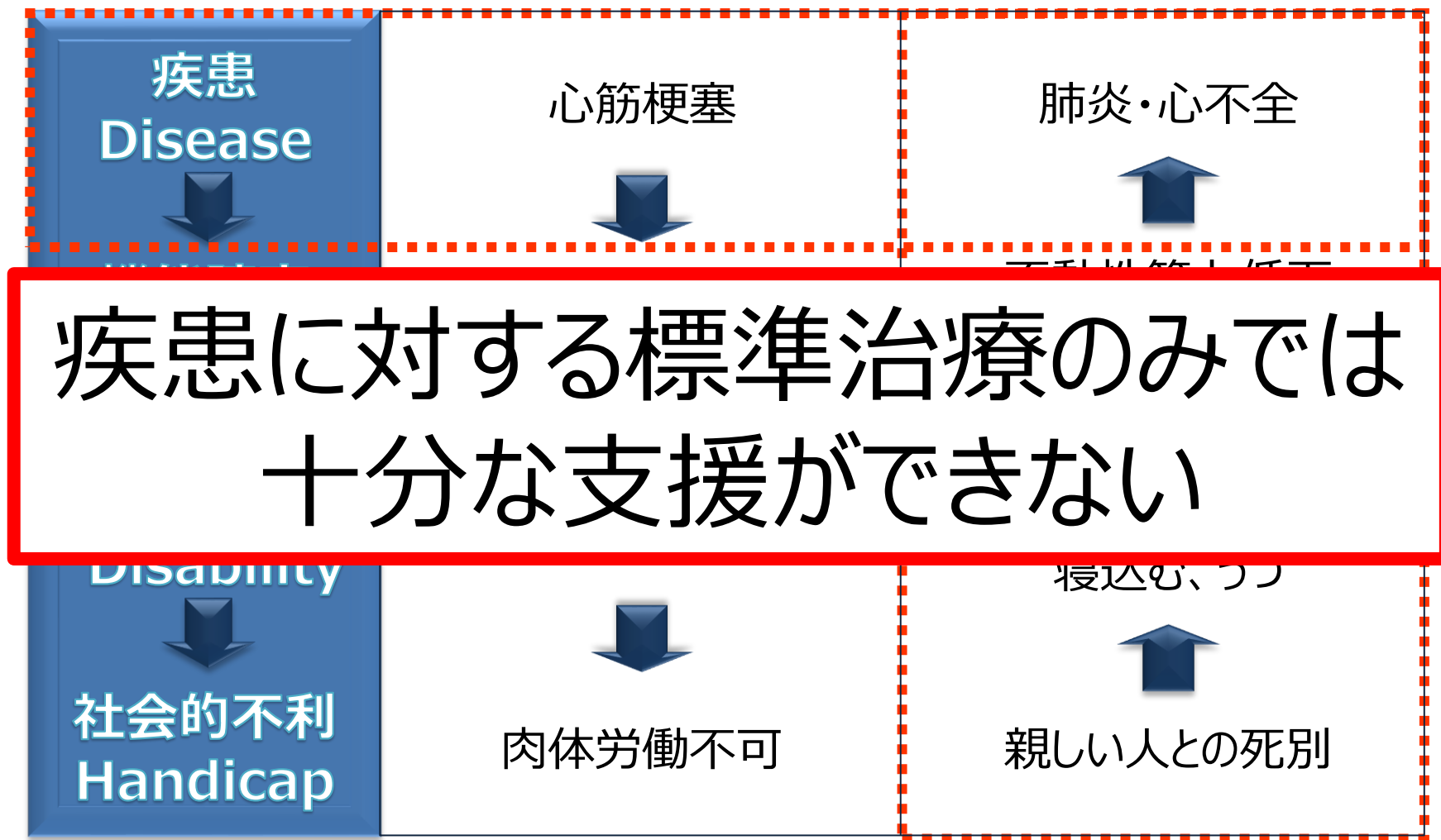


- ・支援が必要かどうかの判定
- ・満点ならば独居可能

高齢者の病態



高齢者の病態



Comprehensive Geriatric Assessment

高齢者総合機能評価

疾患の評価に加え、日常生活機能評価として日常生活活動度 (ADL)、
手段的日常生活活動度 (IADL)、認知機能、気分、社会的要素・
家庭環境などを、確立した一定の評価手技にそって測定・評価し介入すること

評価の目的

疾病を含めた高齢者個人の全体像を把握する

基本的構成成分

- ① ADL : Activities of Daily Living
- ② IADL : Instrumental ADL
- ③ 認知機能
- ④ 気分 (抑うつ・意欲)
- ⑤ コミュニケーション
- ⑥ 社会的環境 (人的環境・介護環境)

老年医学の母

Marjory Warren 博士



外科医。1935年に慢性疾患患者収容施設の責任者に着任。主な患者は、脳卒中後遺症、下肢切断後遺症の寝たきり

老年医学者は「二流の専門医、四流の施設で三流の患者の世話をする」

目標：ベッドから起き上がり歩かせること

患者を生活機能で5群に分類

- ① 機能障害が軽度で離床可能
- ② 失禁はないが寝たきり
- ③ 失禁がある
- ④ 錯乱状態にあるが他に迷惑を及ぼさない
- ⑤ 他の患者と分ける必要がある認知症

居住空間の改善

- ・ 明るい色調
- ・ 階段や廊下の手すり
- ・ 明るい照明
- ・ 取手のないスイング式ドア
- ・ 低いベッド
- ・ 卓上テーブル
- ・ ラジオ用イヤホン

チーム構築とスタッフ教育

- ・ 医師
- ・ 看護師
- ・ 理学療法士
- ・ 作業療法士
- ・ 言語療法士
- ・ 社会福祉士
- ・ 足療法士など

自立支援の機器開発 ・歩行器 ・車いす ・リハビリ用具

結果：寝たきりの病床数は714床から240床へ、退院率は3倍に上昇

基本的ADLと手段的ADL

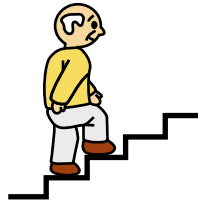
基本的ADL



移乗



移動



階段昇降



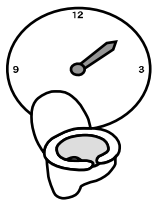
食事



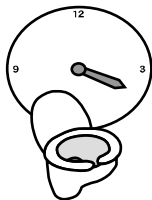
入浴



トイレ
動作



排尿



排便



更衣



整容

- 介護が必要かどうかの判定
- 満点でも独居は出来ない

手段的ADL



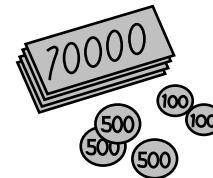
電話の使用



買い物



食事の支度



金銭管理



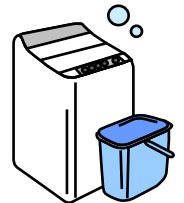
掃除



交通機関
の利用



服薬管理



洗濯

- 支援が必要かどうかの判定
- 満点ならば独居可能

Barthel Index

	点数	質 問 内 容	得点
1 食事	10 5 0	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える 部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) 全介助	
2 車椅子から ベッドへの移動	15 10 5 0	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む) 軽度の部分介助または監視を要する 座ることは可能であるがほぼ全介助 全介助または不可能	
3 整容	5 0	自立(洗面、整髪、歯 磨き、ひげ剃り) 部分介助または不可能	
4 トイレ動作	10 5 0	自立(衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む) 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 全介助または不可能	
5 入浴	5 0	自立 部分介助または不可能	
6 歩行	15 10 5 0	45M 以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず 45M 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 歩行不能の場合、車椅子にて 45M 以上の操作可能 上記以外	
7 階段昇降	10 5 0	自立、手すりなどの使用の有無は問わない 介助または監視を要する 不能	
8 着替え	10 5 0	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 上記以外	
9 排便コントロール	10 5 0	失禁なし、浣腸、生	
10 排尿コントロール	10 5 0	失禁なし、収尿器	

100点満点
100点未満は「基本的ADLの低下」と判断

100

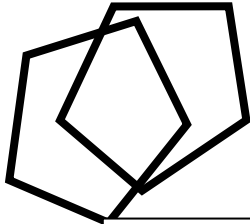
Instrumental ADL (IADL)

項 目	採点	男性	女性
A 電話を使用する能力			
1. 自分から電話をかける(電話帳を調べたり、ダイヤル番号を回すなど)	1	1	
2. 2, 3 のよく知っている番号をかける	1	1	
3. 電話に出るが自分からかけることはない	1	1	
4. 全く電話を使用しない	0	0	
B 買い物			
1. 全ての買い物は自分で行う	1	1	
2. 小額の買い物は自分で行える	0	0	
3. 買い物に行くときはいつも付き添いが必要	0	0	
4. 全く買い物はできない	0	0	
C 食事の準備			
1. 適切な食事を自分で計画し準備し給仕する		1	
2. 材料が供与されれば適切な食事を準備する		0	
3. 準備された食事を温めて給仕する、あるいは食事を準備するが適切な食事内容を維持しない		0	
4. 食事の準備と給仕をしてもらう必要がある		0	
D 家事			
1. 家事を一人でこなす、あるいは時に手助けを要する(例: 重労働など)		1	
2. 皿洗いやベッドの支度などの日常的仕事はできる		1	
3. 簡単な日常的仕事はできるが、妥当な清潔さの基準を保てない		1	
4. 全ての家事に手助けを必要とする		1	
5. 全ての家事にかかわらない		0	

E 洗濯		
1. 自分の洗濯は完全に行う	1	
2. ソックス、靴下のゆすぎなど簡単な洗濯をする	1	
3. 全て他人にしてもらわなければならない	0	
F 移送の形式		
1. 自分で公的機関を利用して旅行したり自家用車を運転する	1	1
2. タクシーを利用して旅行するが、その他の公的輸送機関は利用しない	1	1
3. 付き添いがいたり皆と一緒に公的輸送機関で旅行する	1	1
4. 付き添いか皆と一緒に、タクシーか自家用車に限り旅行する	0	0
5. まったく旅行しない	0	0
G 自分の服薬管理		
1. 正しいときに正しい量の薬を飲むことに責任が持てる	1	1
2. あらかじめ薬が分けて準備されていれば飲むことができる	0	0
3. 自分の薬を管理できない	0	0
H 財産取り扱い能力		
1. 経済的問題を自分で管理して(予算、小切手書き、掛金支払い、銀行へ行く)一連の収入を得て、維持する	1	1
2. 日々の小銭は管理するが、預金や大金などでは手助けを必要とする	1	1
3. 金銭の取り扱いができない	0	0

**男性は5点満点、女性は8点満点
男性5点未満、女性8点未満は
「手段的ADLの低下」と判断**

Mini-Mental State Examination (MMSE)

	質問内容	点数	回答	得点					
1	今日は平成何年ですか。 今の季節は何ですか。 今は何月ですか。 今日は何日ですか。 今日は何曜日ですか。	各1点 (合計5点)	年 曜日 月 日		7	次の文章を繰り返す。 「みんなで、力を合わせて綱を引きます。」	1点		
2	ここは、何県ですか。 ここは、何市ですか。 ここは、何病院ですか。 ここは、何階ですか。 ここは、何地方ですか。	各1点 (合計5点)	県 市 階		8	(3段階の命令) 「右手にこの紙を持ってください」 「それを半分に折りたたんでください」 「机の上においてください」	各1点 (合計3点)		
3	検者は物品名3個の名前を1秒間に1個ずつ言う。その後被検者に繰り返させる。	各1点 (合計3点)			9	(次に文章を読んで、その指示に従ってください)「目を閉じなさい」	1点		
4	100から順に7を引く(5回まで)。	各1点 (合計5点)			10	(なにか文章を書いてください)	1点		
5	上で示した物品名を再度復唱させる。	各1点 (合計3点)			11	(次の図形を書いてください) 	1点		
6	(時計をみせながら) これは何ですか。 (鉛筆をみせながら) これは何ですか。	各1点 (合計2点)			カットオフ値=23/24点				
								得点合計	

改訂版長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)

1	お年はいくつですか? (2年までの誤差は正解)			0	1
2	今日は何年の何月何日ですか? 何曜日ですか? (年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ)	年 月 日 曜日		0 0 0 0	1 1 1 1
3	ここはどこですか? (自発的に答えれば2点。5秒おいて3つの選択肢から答えが出れば1点)		0	1	2
4	これから言う3つの言葉を言ってみて下さい。後でまた聞きますのでよく覚えて下さい。 a)桜・b)猫・c)電車 もしくは a)梅・b)犬・c)自動車	a b c		0 0 0	1 1 1
5	100から7を順番に引いて下さい。 (100-7は?, さらに7を引くと?と質問する。間違えたら終わる。)	(93) (86)		0 0	1 1
6	私がこれから言う数字を逆から言って下さい。 (3桁逆唱に失敗したらうち切る)	2-8-6 9-2-5-3		0 0	1 1
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください (自発的に回答があれば2点、回答がない場合以下のヒントを与えて正解であれば1点) a) 植物 b) 動物 c) 乗り物	a b c	0 0 0	1 1 1	2 2 2
8	これから5つの品物を見せます。それを隠しますので何があったかを言ってください。 (時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの)		0	1	2
9	知っている野菜の名前を出来るだけ多く言ってください。(途中でつまり約10秒間待ってもでない場合はそこでうち切る) 0~5=0点、6=1点、7=2点、8=3点、9=4点、10=5点		0 3	1 4	2 5

カットオフ値=21/20点

Geriatric Depression Score (GDS15)

- | | |
|-----------------------------------|----------|
| 1. 毎日の生活に満足していますか | (はい、いいえ) |
| 2. 毎日の活動力や周囲に対する興味が低下したと思いますか | (はい、いいえ) |
| 3. 生活が空虚だと思いますか | (はい、いいえ) |
| 4. 毎日が退屈だと思ふことが多いですか | (はい、いいえ) |
| 5. たいていは機嫌良く過ごすことが多いですか | (はい、いいえ) |
| 6. 将来への漠然とした不安にかられることがありますか | (はい、いいえ) |
| 7. 多くの場合は自分が幸せだと思いますか | (はい、いいえ) |
| 8. 自分が無力だなあと思ふことが多いですか | (はい、いいえ) |
| 9. 外出したり何か新しいことをするよりも、家にいたいと思いますか | (はい、いいえ) |
| 10. なによりもまず、物忘れが気になりますか | (はい、いいえ) |
| 11. 今生きていることが素晴らしいと思いますか | (はい、いいえ) |
| 12. 生きていても仕方ないという気持ちになることがありますか | (はい、いいえ) |
| 13. 自分が活気にあふれていると思いますか | (はい、いいえ) |
| 14. 希望がないと思ふことがありますか | (はい、いいえ) |
| 15. 周りの人が、あなたより幸せそうに見えますか | (はい、いいえ) |

**11点以上「非常に抑鬱的」、
10～6点「抑鬱傾向あり」と判断**

はい=0点、いいえ=1点 : 1, 5, 7, 11, 13 はい=1点、いいえ=0点 : 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15

Vitality Index

1	起床 (Wake up)	いつも定時に起床している	2
		起こさないと起床しないことがある	1
		自分から起床することが多い	0
2	意思疎通 (Communication)	自分から挨拶する、話しかける	2
		挨拶、呼びかけに対し返答や笑顔がみられる	1
		応答がない	0
3	食事 (Feeding)	自分で進んで食べようとする	2
		促されると食べようとする	1
		まったく食べようとしない	0
4	排泄 (On and Off Toilet)	いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは、自分で排泄排便を行う	2
		時々尿意・便意を伝える	1
		排泄にまったく関心がない	0
5	リハビリ・活動 (Rehabilitaion, Activity)	自らリハビリテーションに向かう、活動を求める	2
		促されて向かう	1
		拒否、無関心	0

カットオフ値=8/7点

点

やる気スコア

	全くない	少し	かなり	大いに
1 新しいことを学びたいと思いますか？	3	2	1	0
2 何か興味を持っていることがありますか？	3	2	1	0
3 健康状態に関心がありますか？	3	2	1	0
4 物事に打ち込めますか？	3	2	1	0
5 いつも何かしたいと思っていますか？	3	2	1	0
6 将来のことについて計画や目標を持っていますか？	3	2	1	0
7 何かをしようとする意欲はありますか？	3	2	1	0
8 毎日張り切って過ごしていますか？	3	2	1	0
	全く違う	少し	かなり	まさに
9 毎日何をしたらいいのか誰かに言ってもらわなければなりませんか？	0	1	2	3
10 何事にも無関心ですか？	0	1	2	3
11 関心をひかれるものなど何もないですか？	0	1	2	3
12 誰かに言われないと何もしませんか？	0	1	2	3
13 楽しくもなく、悲しくもなく、中間くらいの気持ちですか？	0	1	2	3
14 自分自身にやる気がないと思いますか？	0	1	2	3

カットオフ値=16/15点

うつとアパシーの違い

	うつ	アパシー
背景病態	主として機能性	主として器質性(前頭葉機能)
症状	抑うつ気分, 興味, 喜びの喪失	意欲低下, 無関心
認知症との関係	家族よりも本人が自覚的に認知機能の低下を訴える	血管性認知症に伴いやすい
評価法	GDS15など	意欲の指標, やる気スコアなど
治療法	SSRI, SNRI, 四環系抗うつ薬など	脳循環改善薬, シンメトレルなど (抗うつ薬は効かない)

SSRI : 選択的セロトニン再取り込み阻害薬, SNRI : セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬

MNA[®]-SF

氏名:

性別: 年齢: 体重: kg 身長: cm 調査日:

下の口欄に適切な数値を記入し、それらを加算してスクリーニング値を算出する。

スクリーニング

A 過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そしゃく・嚥下困難などで食事が減少しましたか？

- 0 = 著しい食事量の減少
1 = 中等度の食事量の減少
2 = 食事量の減少なし

B 過去3ヶ月間で体重の減少がありましたか？

- 0 = 3 kg 以上の減少
1 = わからない
2 = 1~3 kg の減少
3 = 体重減少なし

C 自力で歩けますか？

- 0 = 寝たきりまたは車椅子を常時使用
1 = ベッドや車椅子を離れられるが、歩いて外出はできない
2 = 自由に歩いて外出できる

D 過去3ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか？

- 0 = はい 2 = いいえ

E 神経・精神的問題の有無

- 0 = 強度認知症またはうつ状態
1 = 中程度の認知症
2 = 精神的問題なし

F1 BMI (kg/m²) : 体重(kg)÷[身長(m)]²

- 0 = BMI が19 未満
1 = BMI が19 以上、21 未満
2 = BMI が21 以上、23 未満
3 = BMI が23 以上

BMI が測定できない方は、F1 の代わりに F2 に回答してください。
BMI が測定できる方は、F1 のみに回答し、F2 には記入しないでください。

F2 ふくらはぎの周囲長(cm) : CC

- 0 = 31cm未満
3 = 31cm以上

スクリーニング値

(最大: 14ポイント)

12-14 ポイント: 栄養状態良好

8-11 ポイント: 低栄養のおそれあり (At risk)

0-7 ポイント: 低栄養

推奨アセスメント簡易版-CGA7-

- ① 外来または診察時や訪問時に被検者の挨拶を待つ
- ② 「これから言う言葉を繰り返して下さい。(桜、猫、電車)」「後で聞きますから覚えておいてくださいね」
- ③ 外来の場合「ここへどうやってきましたか?」それ以外「普段一駅離れた町へどうやって行きますか?」
- ④ 「先ほど覚えていただいた言葉を言って下さい」
- ⑤ 「お風呂は自分1人で入って洗うのも手助けは要りませんか?」
- ⑥ 「洩らすことはありませんか?」「トイレに行けないときは尿瓶を自分で使えますか?」
- ⑦ 「自分が無力だと思いますか?」

調査内容		出典	正否	大まかな解釈
①	意欲	Vitality Index	自分から進んで挨拶をする=○ 返事はするまたは反応なし=×	挨拶意欲の欠如 →趣味・レクリエーションすらしていない可能性が大きい
②	認知機能	HDS-R	可能=○ 不能=× (④の項目は省略)	復唱が出来ない →失語・難聴などなければ中等度以上の痴呆が疑われる
③	IADL	IADL尺度	自分で移動出来る=○ 付き添いが必要=×	付き添いが必要 →タクシーも自分で使えなければ虚弱か中等度以上の痴呆が疑われる
④	認知機能	HDS-R	ヒントなしで全部可能=○ 上記以外=×	遅延再生が出来ない →軽度の痴呆が疑われる。可能ならば痴呆の可能性は低い
⑤	ADL	Barthel Index	自立=○ 部分・全介助=×	入浴・排泄の両者が出来ない →要介護状態の可能性が高い。入浴と排泄が自立していれば他の基本的ADLは自立していることが多い
⑥	ADL	Barthel Index	失禁なし+集尿器自立=○ それ以外=×	
⑦	情緒・気分	GDS	いいえ=○ はい=×	無力であると思う →うつ傾向がある

目次

CGA総論

各論

I. CGAの各要素とそのツールの効果

- ① スクリーニング
- ② ADL（基本的ADL, 手段的ADL）
- ③ 認知機能
- ④ うつ
- ⑤ 意欲
- ⑥ QOL
- ⑦ 社会的要素
- ⑧ フレイル／栄養

II. CGAを用いた老年疾患・老年症候群の管理

- ① フレイル／低栄養
- ② 認知症
- ③ ポリファーマシー
- ④ Multimorbidity
- ⑤ 糖尿病
- ⑥ 高血圧, 心疾患
- ⑦ （誤嚥性）肺炎
- ⑧ 骨折
- ⑨ 外科手術（周術期）
- ⑩ 悪性腫瘍

3

ポリファーマシー

| CQ | II-3

高齢者のポリファーマシーに対し、CGAの実施は有用か？

ステートメント

高齢者のポリファーマシーに対してCGAを行うことを提案する.

エビデンスの強さ

B

推奨度

2

(合意率 : 88.9%)

II. CGAを用いた老年疾患・老年症候群の管理

□ 作成グループにおける、推奨に関連する価値観や好み

抽出された文献が一つのみであり、死亡率や入院、身体機能/ 認知機能の変化には有意差が認められなかった。一方で、QOLの維持および薬剤の適正化が遂行されたことから、これらのアウトカム項目を重要視した。

□ 推奨の強さに影響する要因

①アウトカム全般に関する全体的なエビデンスが強い	
2 : いいえ	1件のクラスターRCTにより実証されたエビデンスであるが、複数のエビデンスが存在しない。死亡率や入院率など、設定されたアウトカムに関する結果が得られていない。
②益と害とのバランスが確実（コストは含めない）	
1 : はい	1件のクラスターRCTを基に検討しているが、CGAの実践により16週後のQOL低下の抑制以外に薬剤の見直しが推進されるなど、複数の効果が認められた。死亡率や入院率、ADLには有意差は認められないながら、有害事象に関する報告もなく有益である。
③患者の価値観や好み、負担の確実さ	
2 : いいえ	抽出された文献が1件のみであり、ばらつきが生じ得ない。
④正味の利益がコストや資源に十分見合ったものかどうか	
1 : はい	実際のコストは検討されていないが、介入群ではCGAの実践や老年科医のコンサルト以外の介入はなく、高額な医療の提供はなされていない。

□ 推奨度 2（弱い）：「行うこと」を提案する。

4 Multimorbidity

| CQ | II-4

Multimorbidityの高齢者に対し、CGAの実施は有用か？

ステートメント

Multimorbidityの高齢者に対してCGAを行うことを推奨する。

エビデンスの強さ

B

推奨度

1

(合意率 : 77.8%)

II. CGAを用いた老年疾患・老年症候群の管理

□ 作成グループにおける，推奨に関連する価値観や好み

抽出された文献が2件と少なかったが，入院日数や死亡率，フレイル発症など多面的な効果が確認できたこと，さらにコストや有害事象の確認を重要視した。

□ 推奨の強さに影響する要因

①アウトカム全般に関する全体的なエビデンスが強い	
2：いいえ	お互いに関連する2件のRCTが本CQの関連論文として抽出されており，エビデンスが少ないために強いとは言えない。
②益と害とのバランスが確実（コストは含めない）	
1：はい	入院日数や死亡率，フレイル発症の低下を認めるなど望ましい効果が複数認められる一方，望ましくない効果は特に認められていない。
③患者の価値観や好み，負担の確実さ	
2：いいえ	研究では触れられていないが，現実にはCGAの実践は日常診療の中に含まれてもよいものであり，患者の価値観や好み，負担に多大な差がない。
④正味の利益がコストや資源に十分見合ったものかどうか	
1：はい	コストの上昇を認めないことが報告されている。

□ 推奨度

1（強い）：「行うこと」を推奨する。

Ⅲ. 医療介護現場，関係職種によるCGAの利用

| CQ | Ⅲ-3

高齢者において薬剤師がCGAを用いた処方見直し（medication review）を行うことは有用か？

ステートメント

高齢者において，薬剤師がCGAを用いた処方見直し（medication review）を行うことを提案する.

エビデンスの強さ

C

推奨度

2

（合意率：100%）

Polypharmacy対策は未だ不十分

阪大病院のもの忘れ外来で、

X0歳代 女性

高血圧、脂質異常症、慢性心房細動、陳旧性脳梗塞に対して〇〇内科通院中。
6か月ほど前より、何度も同じことを言ったり、怒りっぽくなってきたとのことで紹介受診。

<処方>

テルミサルタン 40mg 朝

アムロジピン 5mg 朝

リバーロキサバン 10mg 朝

アトルバスタチン 5mg 朝

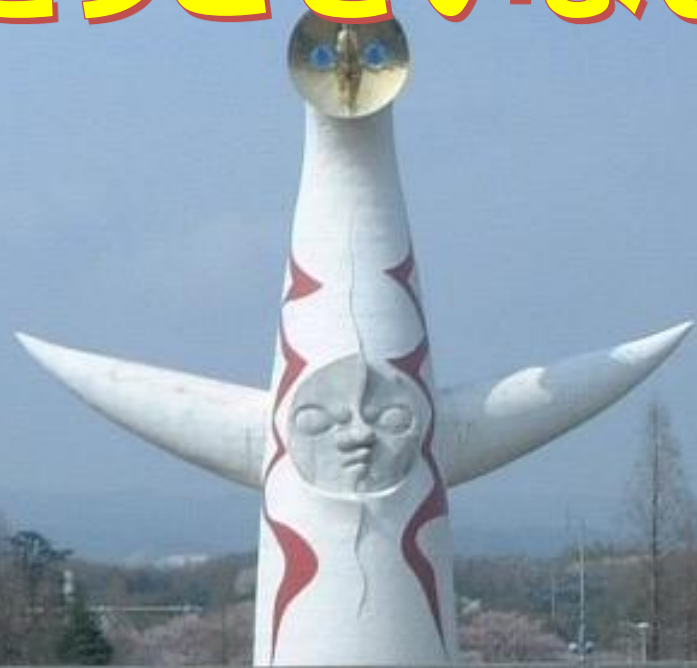
エソメプラゾール 10mg 朝

「お薬は余っていませんか？」と聞くと娘さんから「どれも100錠以上余っています」との返答があり、〇〇内科の主治医に、この旨情報提供書にて書面で情報共有した。

ところが・・・

次回の外来で、90日分の薬剤が処方されており、カルテ上にも記載なし

ご清聴ありがとうございました



2025年3月20日