

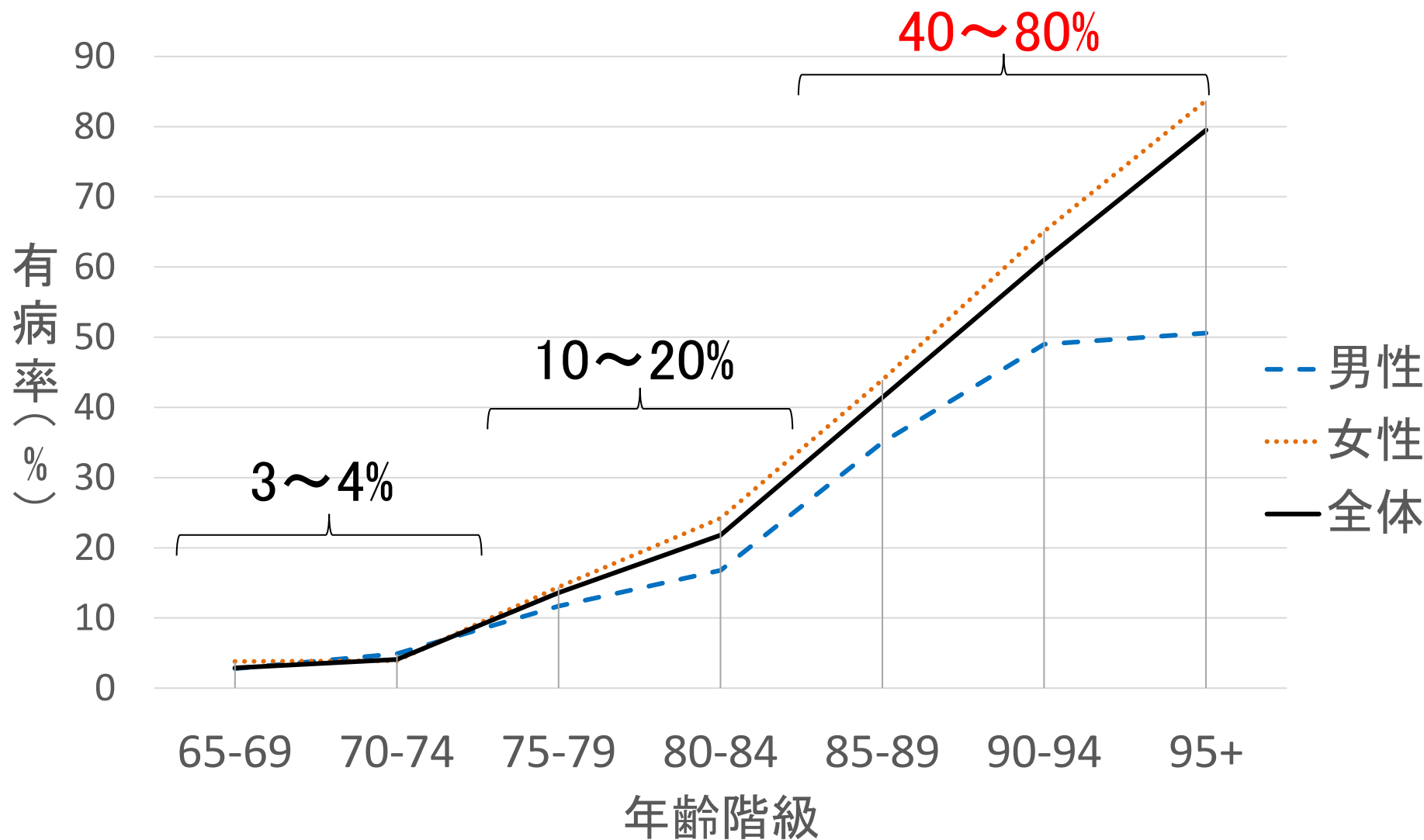
「認知症、 ポリファーマシーと適正処方」

地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター研究所
副所長 栗田 圭一

東京大学医学部附属病院 老年病科
講師 小島 太郎

認知症

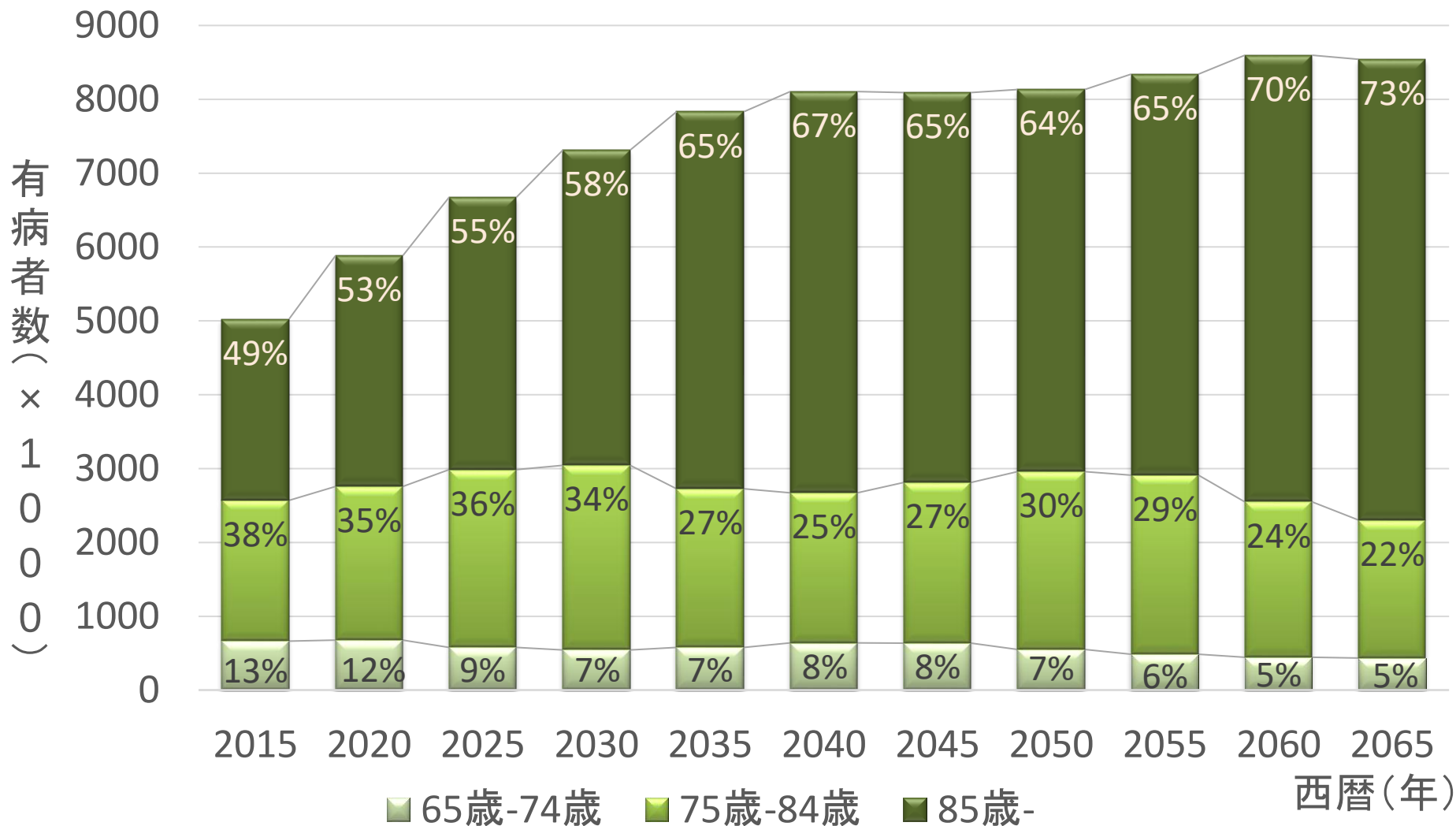
高齢者における認知症の年齢階級別有病率



朝田隆：都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応，平成24年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業（研究代表者朝田隆）報告書より作成

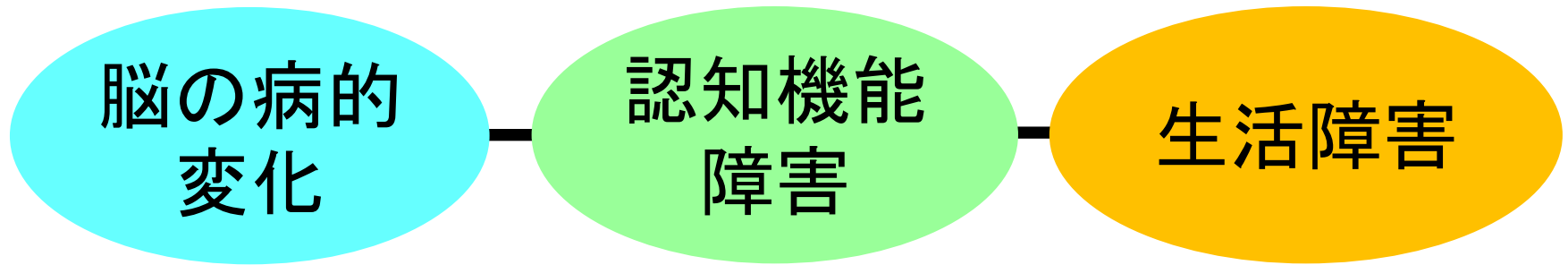
日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度応用研修会「認知症、ポリファーマシーと適正処方」 栗田主一、小島太郎

認知症高齢者数の将来推計と年齢階級別構成比

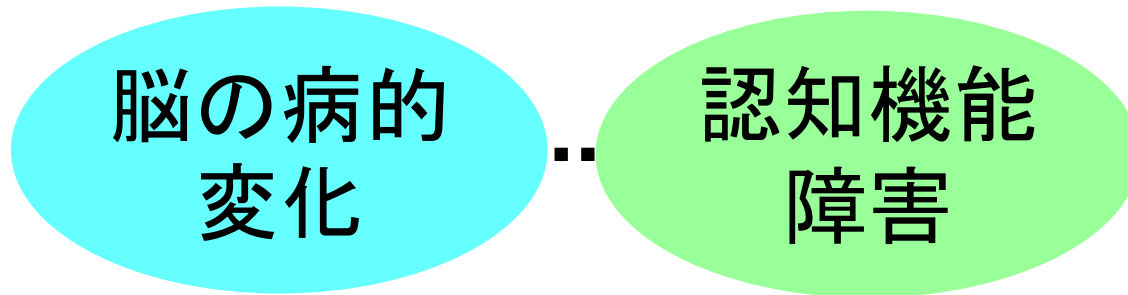


各年齢層の認知症有病率が一定と仮定し、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）・出生中位（死亡中位）推計」を用いて算出した。

認知症の概念



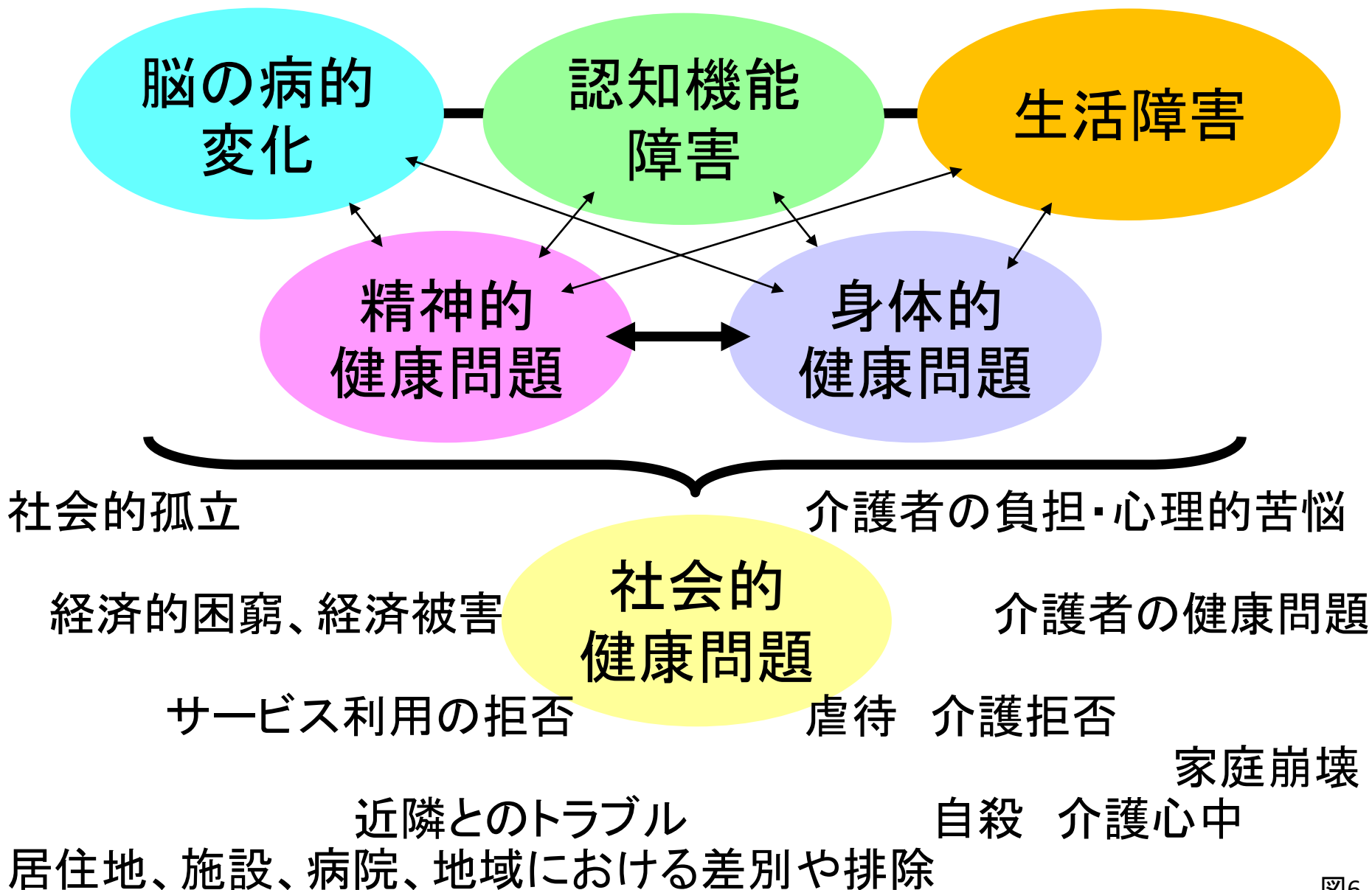
軽度認知障害の概念



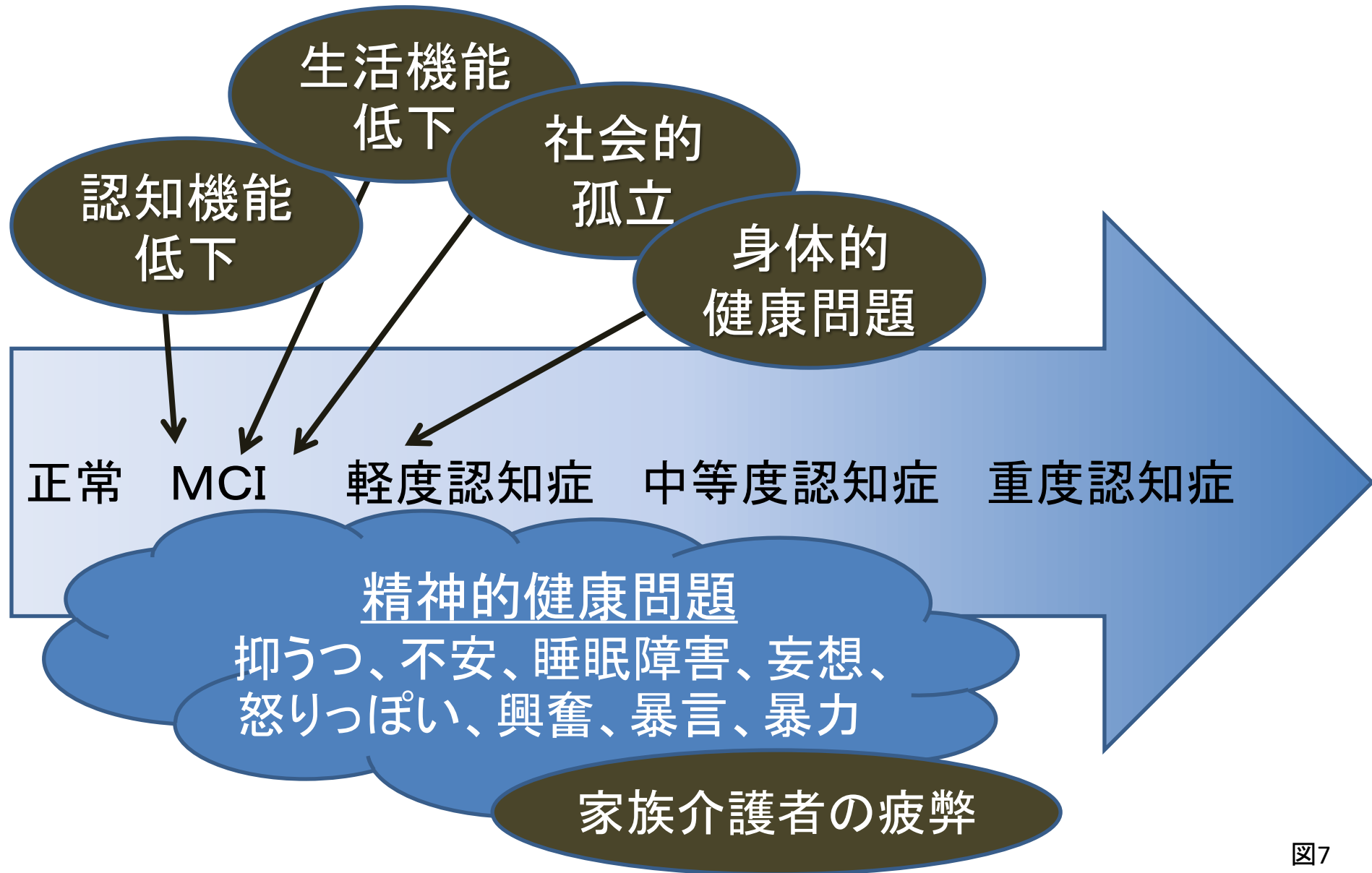
認知症の原因疾患

- 変性性認知症
 - アルツハイマー型認知症
 - レビー小体型認知症
 - 前頭側頭型認知症
 - 進行性核上性麻痺
 - 大脳皮質基底核変性症
 - 嗜銀顆粒病
 - 神経原線維型認知症
 - パーキンソン病
- 血管性認知症
 - 脳梗塞
 - 脳出血
 - 脳動脈硬化症
- 外傷性認知症
 - 脳挫傷
 - 慢性硬膜下血腫
- 腫瘍性
 - 脳腫瘍
- 物質・医薬品誘発性
 - アルコール関連障害
 - 一酸化炭素中毒
- 内分泌・代謝性
 - 甲状腺機能低下症
 - ビタミン欠乏症
 - 糖尿病
- 感染症
 - 神経梅毒
 - HIV感染症
 - プリオン病
- その他の認知症
 - 正常圧水頭症
 - ハンチントン病

認知症の一般的特徴



複雑化のプロセスは認知症の初期段階にはじまる



DSM-5：神経認知障害(NCD)

認知症および軽度認知障害の診断基準

認知症(Major NCD)

- ① 1つ以上の**認知領域**で以前の行為水準から有意な認知の低下がある。
- ② 毎日の活動において、認知欠損が**自立を阻害する**。
- ③ せん妄のみで起こっているのではない。
- ④ うつ病や統合失調症などの他の精神疾患では説明できない。

軽度認知障害(Mild NCD)

- ① 1つ以上の**認知領域**で以前の行為水準から有意な認知の低下がある。
- ② 毎日の活動において、認知欠損が**自立を阻害しない**(以前より大きな努力や工夫が必要かもしれない)。
- ③ せん妄のみで起こっているのではない。
- ④ うつ病や統合失調症などの他の精神疾患では説明できない。



脳の病的変化を同定する

認知症診断の基本的な手順

- ① 本人、家族、知人の話をよく聞き、**日常生活の様子にどのような変化**が認められたかを把握する。
- ② 臨床経過や本人の体験・表出などから、それがせん妄やうつ病ではないこと、認知症の臨床像に合致することを確認する。
- ③ どのような**認知領域**や**生活領域**に障害が認められるかを把握する。
 - ー 必要に応じてMMSEやHDS-Rなどの心理検査を活用する。
- ④ 脳の病的変化（認知症の原因疾患）を明らかにするための検査を実施する。

症例： 83歳、男性、要介護未認定

- 6年前から高血圧症で当院に通院している。
- 買い物や通院の際は自分で自動車を運転している。
- 妻によれば、1年前から同じことを何度も質問したり、置いた場所がわからなくなって探し物をしたり、朝の薬を飲み忘れることが多くなった。ATMで戸惑うことが多くなり、金銭管理は妻が行っている。入浴、着替え、トイレなど身の回りのことは自立している。
- 本人の身なりは整っており、態度も自然、感情も穏やかそうである。本人は、「もの忘れは自覚しているが、日常生活には特に支障を感じていない」、「自動車運転は続けたい」という。

身体医学的所見

➤ バイタル

- 血圧：140-90mmHg
- 脈拍：毎分80回（不整なし）

➤ 胸腹部理学的所見

- 異常なし

➤ 神経学的所見

- 運動麻痺（-）
- パーキンソン症状（-）
- 歩行障害（-）

➤ 血液検査

- 血液一般：正常
- 生化学：正常
- 甲状腺機能：正常
- ビタミンB1/B12/葉酸：正常

➤ 神経画像検査

- 両側側頭葉内側面に萎縮 図11



どのような認知領域に障害があるのか

- ① 複雑性注意(全般性注意)
 - － 3単語即時記憶、5物品記憶、数唱(順唱、逆唱)、連続7減算
- ② 遂行機能(ワーキングメモリ)
 - － 連続7減算、数唱(逆唱)、野菜名想起、3段階命令
- ③ 学習と記憶(近時記憶、遠隔記憶)
 - － 3単語遅延再生、年齢、自伝的記憶(生年月日、故郷の地名)
- ④ 見当識(時間、場所)
 - － 時間(年、月、日、曜日、季節)
 - － 場所(今いる場所、地名、都道府県名、地方名、今いる階)
- ⑤ 言語(自発話、喚語、言語理解、書字、読字)
 - － 自発話(流暢か、非流暢か)、物品名呼称、3段階命令
 - － 自発書字、音読、読解
- ⑥ 知覚・運動(視空間構成)
 - － 透視立方体図模写、重複5角形模写、姿位模倣(キツネ、ハト)
- ⑦ 社会的認知
 - － 心の理論、行動の選択

どのような生活領域に障害があるのか

手段的ADL(IADL)

- 買い物
- 交通機関の利用
- 金銭管理
- 電話の使用
- 食事の準備
- 掃除
- 洗濯
- 服薬管理

基本的ADL(BADL)

- 入浴
- 着替え
- 排泄
- 整容
- 食事
- 移動(室内、屋外)

認知症の重症度評価

	軽度	中等度	重度
記憶障害	近時記憶	遠隔記憶 (部分)	遠隔記憶 (全般)
見当識障害	時間	場所	人物
実行機能障害	問題解決	判断力(部分)	判断力(全般)
生活障害 (IADLとBADL)	IADL	BADL(部分)	BADL(全般)

所見のまとめ

- ① 1年前から、繰り返し言動、探し物、薬の飲み忘れなど健忘のエピソードが目立つようになった。
- ② せん妄やうつ病の臨床像ではなく、認知症の臨床像に合致する。
- ③ MMSE18点で、近時記憶障害、時間失見当識、注意・ワーキングメモリの障害、視空間構成障害を認め、服薬管理、金銭管理などのIADL障害を認めるが、BADL障害は認めない。
- ④ 神経学的異常所見は認めない。血液・生化学・甲状腺機能検査等に異常を認めない。頭部CTで海馬を含む側頭葉内側面に萎縮を認める。

診断としては、アルツハイマー型認知症（軽度）で矛盾はない。

アルツハイマー型認知症(AD)

- 老人斑、神経原線維変化、神経細胞の脱落を神経病理学的特徴とする認知症

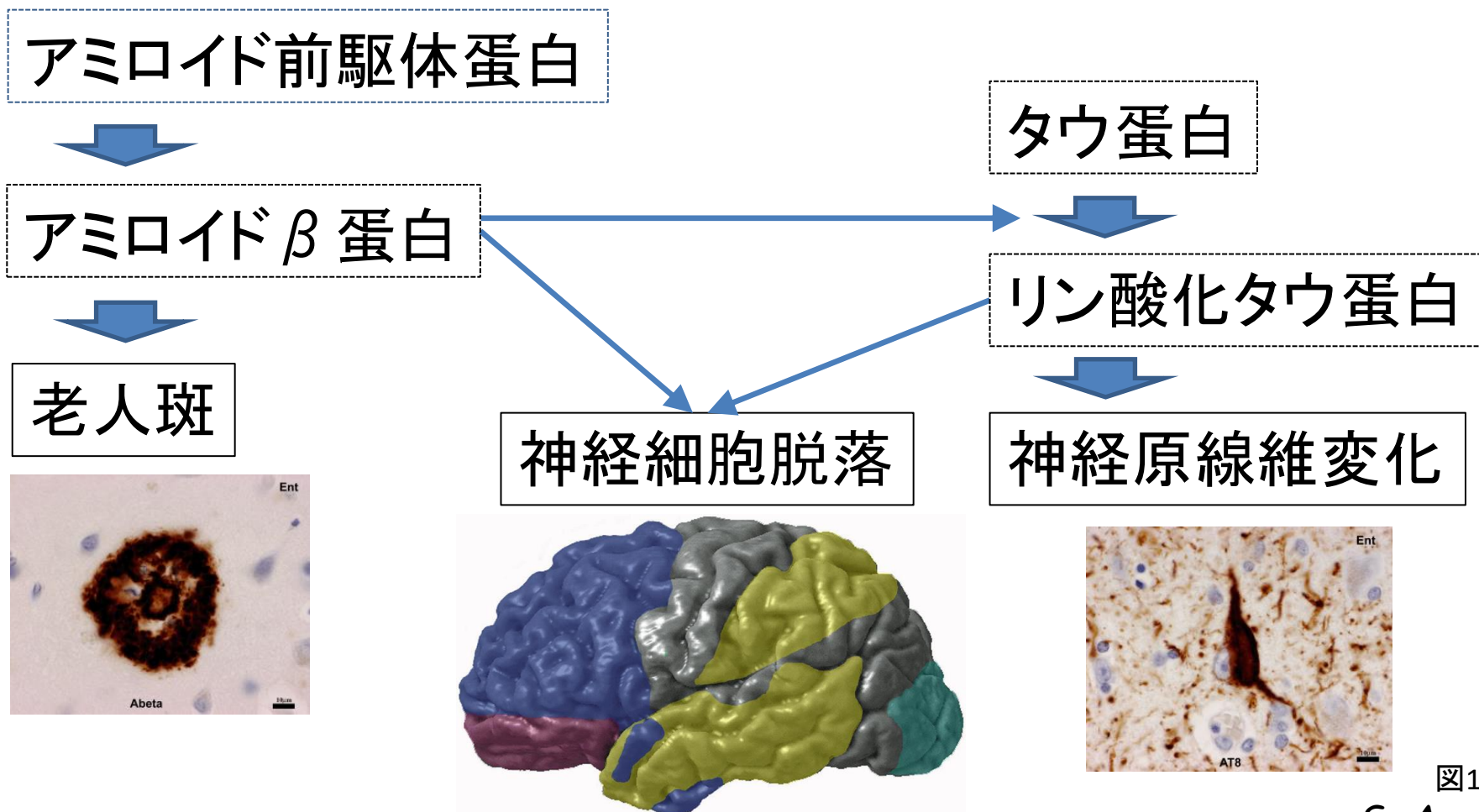
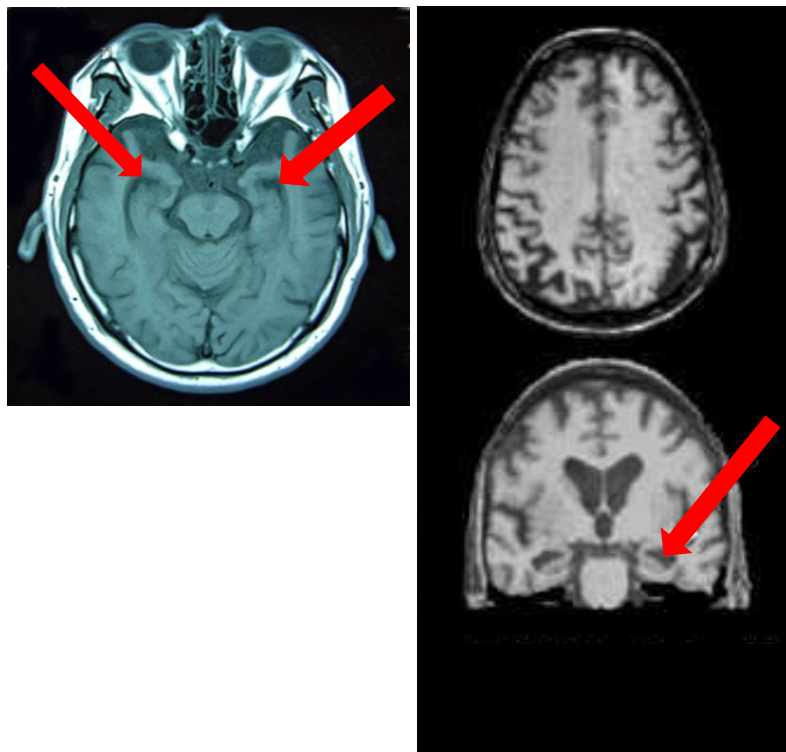


図16

S. Awata

アルツハイマー型認知症の画像所見

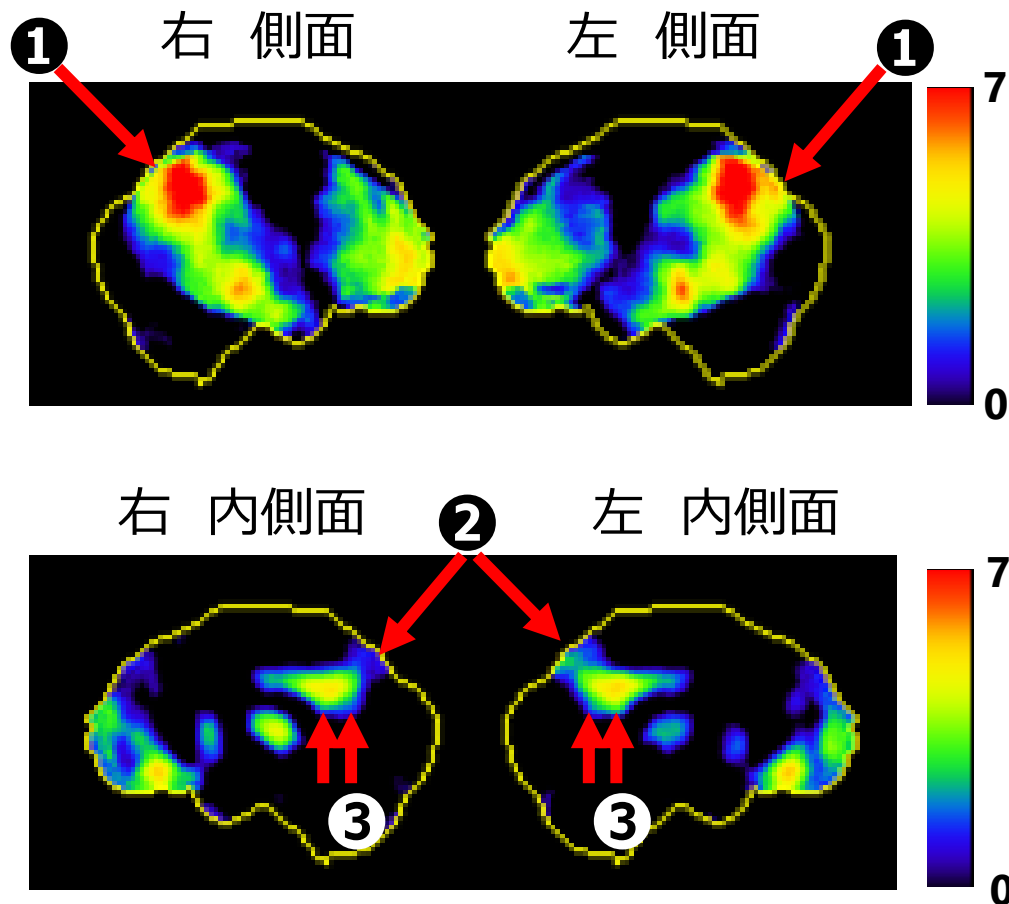
典型的なADのMRI画像



側脳室下角の拡大と海馬の萎縮

(認知症サポート医養成研修より引用)

典型的なADのSPECT画像



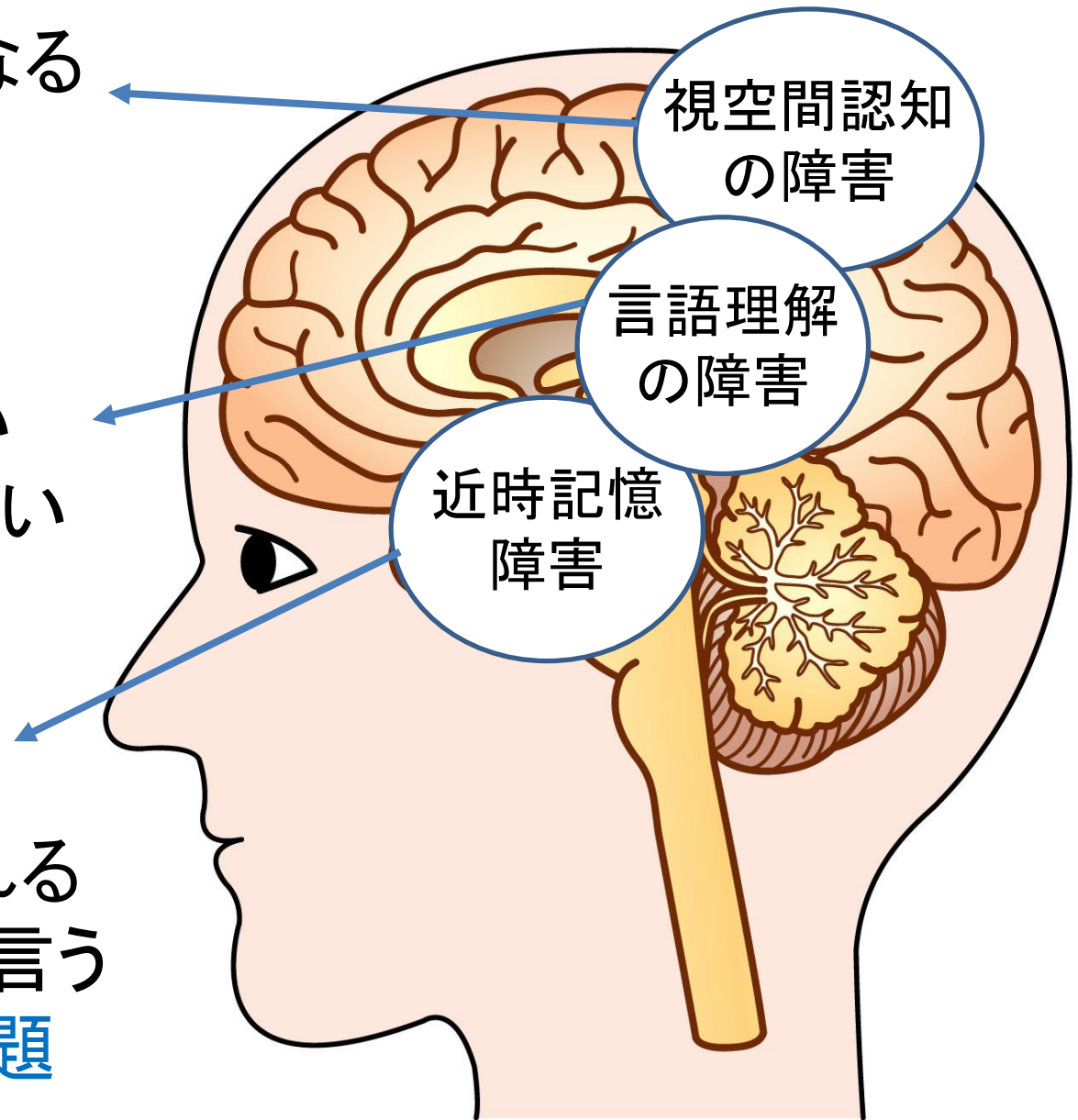
- ①頭頂側頭連合野 ②楔前部
③後部帯状回での血流低下

図17

道順がわからなくなる
図形模写課題
姿位模倣課題

会話を理解しにくい
会話がかみ合わない
3段階命令課題

探し物が増える
少し前のことを忘れる
同じことを繰り返し言う
3単語遅延再生課題



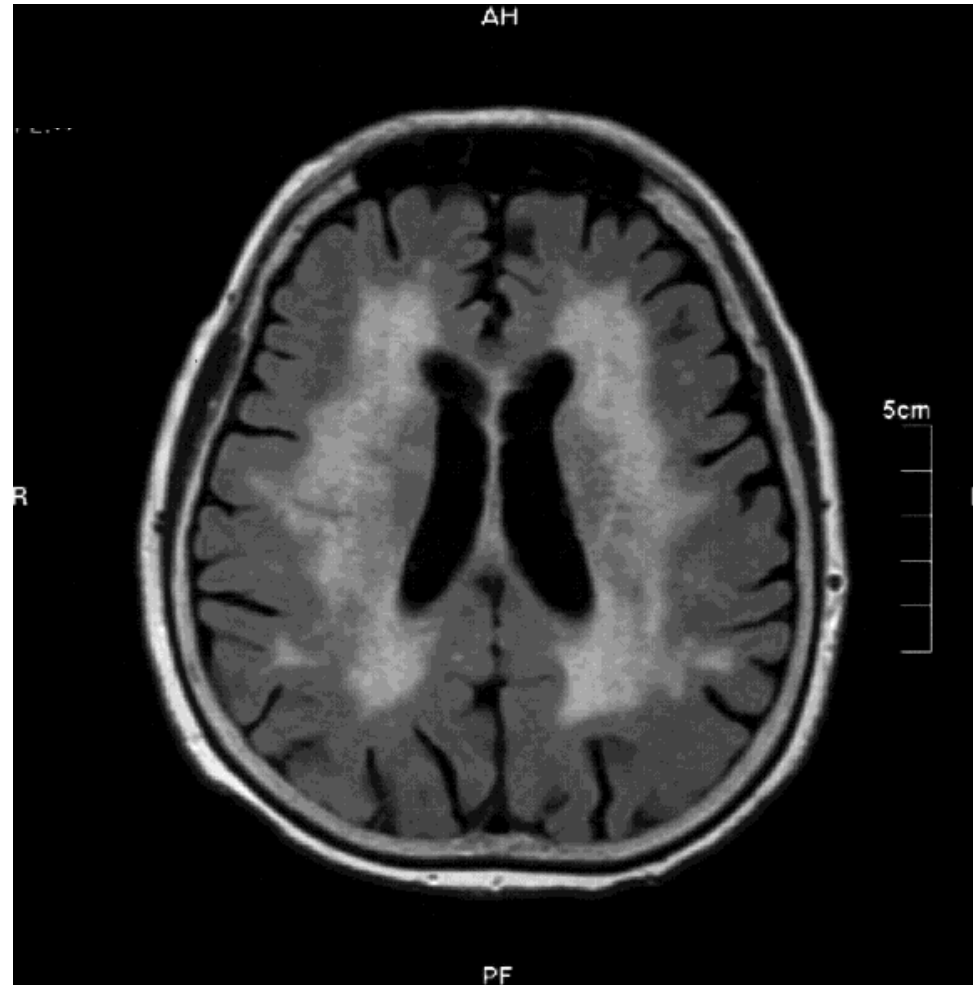
脳の障害部位と現れる認知機能障害（1）

血管性認知症 (VaD)

- 脳血管障害が原因となる認知症の総称
- 病変の局在によって臨床症状は多様
- NINDS-AIREN診断基準の分類
 - ① 多発梗塞性認知症
 - ② 戦略的脳部位の単一病変による認知症
 - ③ 小血管病性認知症 (皮質下血管性認知症)
 - ④ 低灌流性血管性認知症
 - ⑤ 出血性血管性認知症
 - ⑥ その他
- 経過
 - ・ 多発梗塞性認知症: 脳卒中を起こすたびに階段状に増悪
 - ・ 小血管病性認知症 (皮質下血管性認知症): 潜行性発症、緩徐進行
- 危険因子とその管理
 - ・ (中年期の高血圧に対する) 降圧療法、禁煙、身体運動、(中年期からの継続的な) 肥満予防が推奨される

皮質下血管性認知症の画像所見 (1/2)

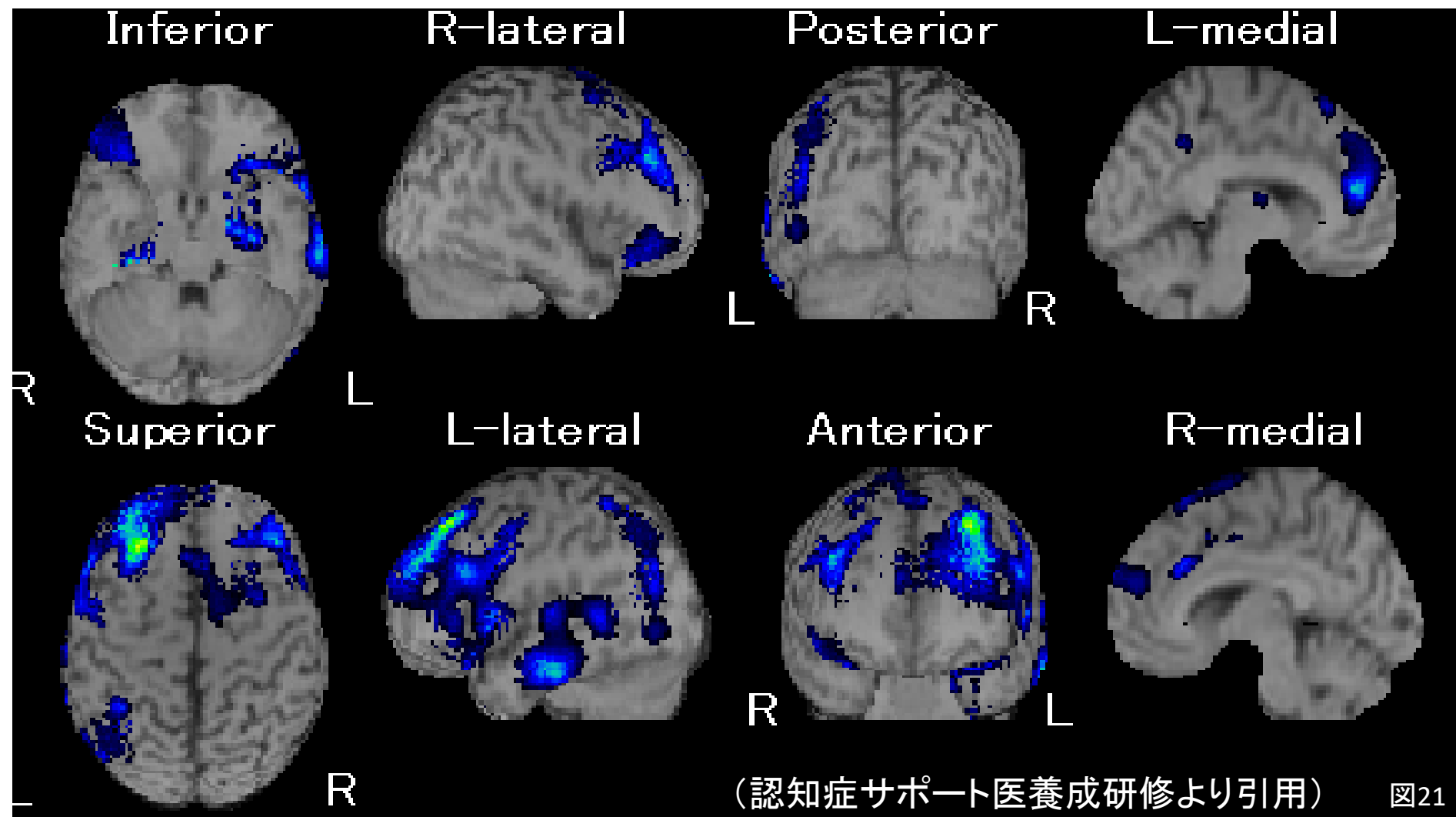
MRI

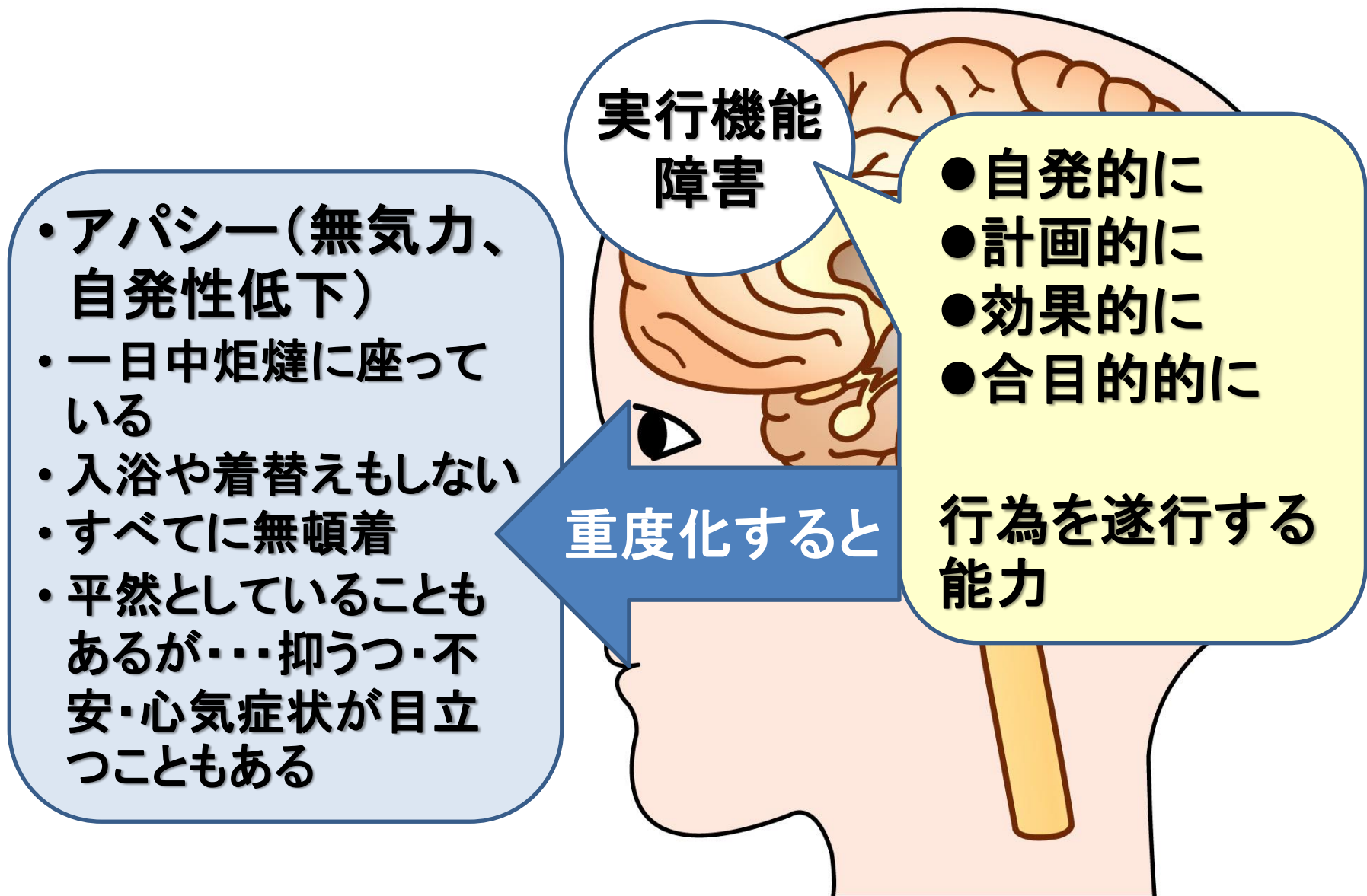


(認知症サポート医養成研修より引用) 図20

皮質下血管性認知症の画像所見 (2/2)

SPECT





脳の障害部位と現れる認知機能障害 (2)

一般的な治療原則

診断前から

- ・ 本人・家族の体験を積極的に傾聴、不安や心配を理解する

診断後には

- ・ 本人・家族の不安を配慮して、診断情報を丁寧に説明する
- ・ 今後も医療を継続すること、介護サービスなどの地域資源が利用できること、困りごとの相談に応じることを伝える

一般医学的管理

- ・ 身体的健康管理を行う(例:脱水症、便秘、低栄養、疼痛、生活習慣病)

薬物治療を開始する場合には

- ・ 期待される効果と限界、副作用と対応について説明する
- ・ 服薬管理体制を確認し、体制が確保されていない場合は、家族・地域包括支援センター等と連携して体制を確保する

図23

S. Awata

アルツハイマー型認知症の治療薬の特徴

	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
作用機序	AChE阻害	AChE阻害/ ニコチン性ACh 受容体刺激作用	AChE阻害/ BuChE阻害	グルタミン酸受 容体拮抗薬
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度	中等度～高度
一日用量	3－10mg	8－24mg 液剤あり	4.5－18mg 貼付剤	5－20mg
初期 投与法	3mgを1－2 週投与後 5mgで維持	8mgで4週投与 後16mgで維持	4週ごとに4.5mg ずつ増量し 18mgで維持	5mgから毎週 漸増
用法	1日1回	1日2回	1日1回	1日1回
代表的 副作用	消化器症状 （食欲減退、 悪心、嘔吐）	消化器症状（食 欲減退、悪心、嘔 吐）	貼付部位の紅斑 ・掻痒感、消化 器症状（食欲減 退、悪心、嘔吐）	めまい、傾眠 腎機能障害があ る場合には使用 に注意
認知症サポート医養成研修より引用（一部改変）				図24

行動・心理症状(BPSD)への対応

- 身体疾患の有無のチェックと治療
(脳血管障害、感染症、脱水、便秘など)
- 薬物の副作用や急激な中断のチェック
- 不適切な環境やケアのチェックと改善
(騒音、不適切なケアなど)
- 介護サービスの利用



改善が見られない場合は、

- ガイドラインに沿った薬物治療
- 専門医に紹介

認知症サポート医養成研修より引用(一部改変) 図25

認知症施策推進大綱(2019年6月)

◆ 基本的考え方

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していく。

- －「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる、という意味である。
- －「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味である。

◆ 具体的な施策

1. 普及啓発・本人発信支援
2. 予防
3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
4. 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
5. 研究開発・産業促進・国際展開

図26

地域の保健・医療・介護の連携体制

医療サービス

認知症疾患医療センター

専門医療

- ・ 専門医療相談
- ・ 鑑別診断
- ・ 急性期医療

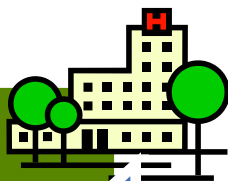
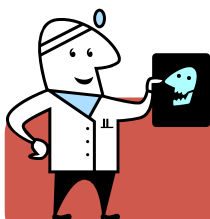
地域連携推進

- ・ 情報発信
- ・ 教育・研修
- ・ 連携協議会



認知症
サポート医

かかりつけ医



介護サービス

居宅介護
支援事業所



ケアマネジャー

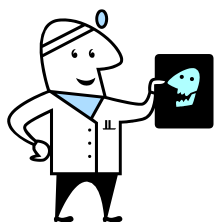


介護サービス
事業所

地域包括
支援センター



認知症サポート医養成研修より引用(一部改変) 図27



かかりつけ医の役割

- 認知症について深い理解をもち
- 日常診療の中で認知症の症状に気づき
- 本人・家族の不安をサポートし
- 必要に応じて専門医療機関等と連携しながら質の高い認知症疾患の診断を確保し
- 認知症の日常診療と健康管理を行い
- 保健・福祉・介護等の地域資源と連携しながら
- 家族や地域とのつながりの中で
- 長期にわたるパートナーシップを築く

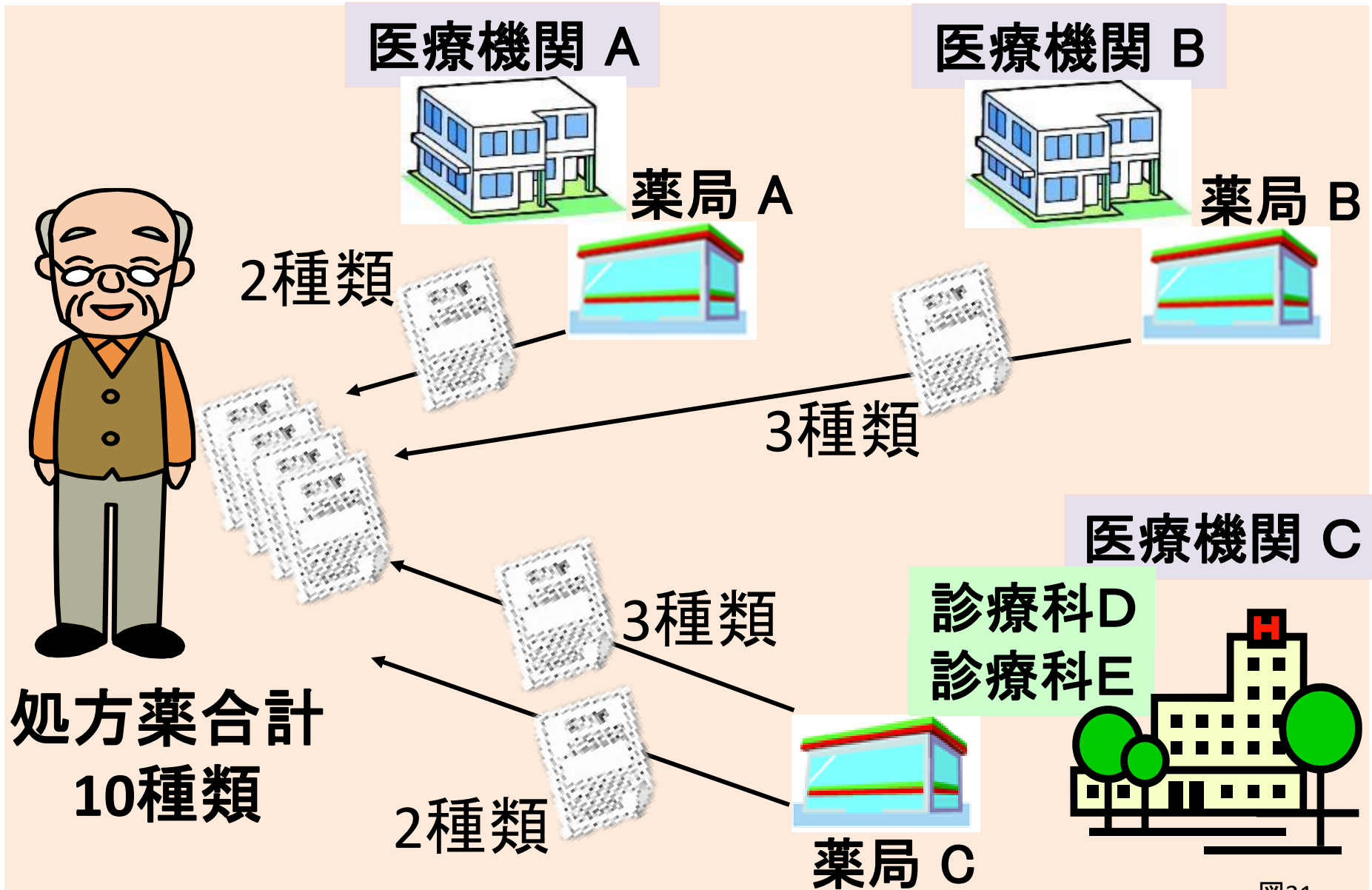


認知症サポート医に求められる役割

- ・ 地域連携の推進役、かかりつけ医への助言
- ・ 多職種と協働して、総合アセスメントを行い、情報を共有し、統合ケアの調整に関与する医師
 - － 総合的な医学的評価と一般的な認知症疾患の診断
 - － 専門的な医学的評価や複雑事例については、必要に応じて、認知症疾患医療センターと連携
 - － 継続医療が必要な場合には、かかりつけ医と連携
- ・ 地域に暮らす人々と協働して、認知症の本人・家族が尊厳ある生活を継続できるようにするための環境づくり・地域づくりに参画する医師

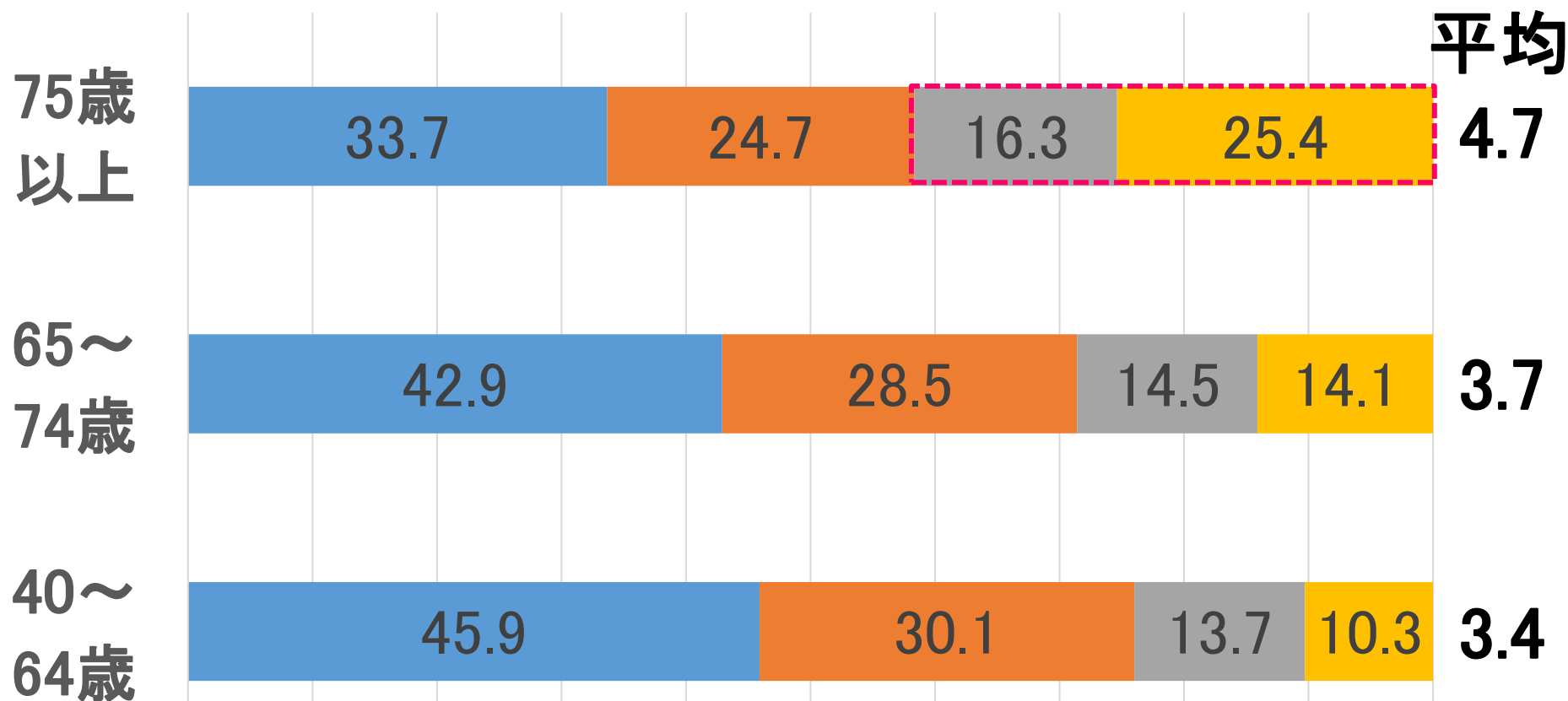
ポリファーマシーと適正処方

多剤服用の高齢者の例



年齢階級別にみた処方薬剤数

■ 1～2種類 ■ 3～4種類 ■ 5～6種類 ■ 7種類以上



注) 1人の患者が1か月に**1つの薬局**で受け取る薬剤数の割合(%)を示す

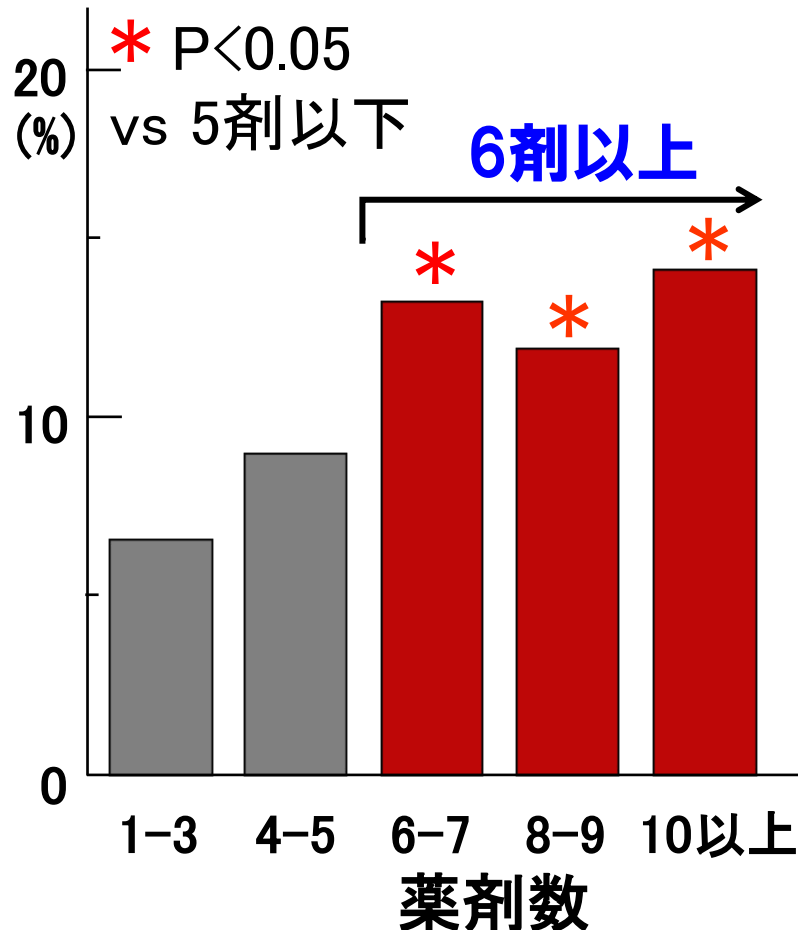
(厚生労働省「平成27年社会医療診療行為別統計」より)

図32

ポリファーマシーと薬物有害事象

1) 薬物有害事象の頻度

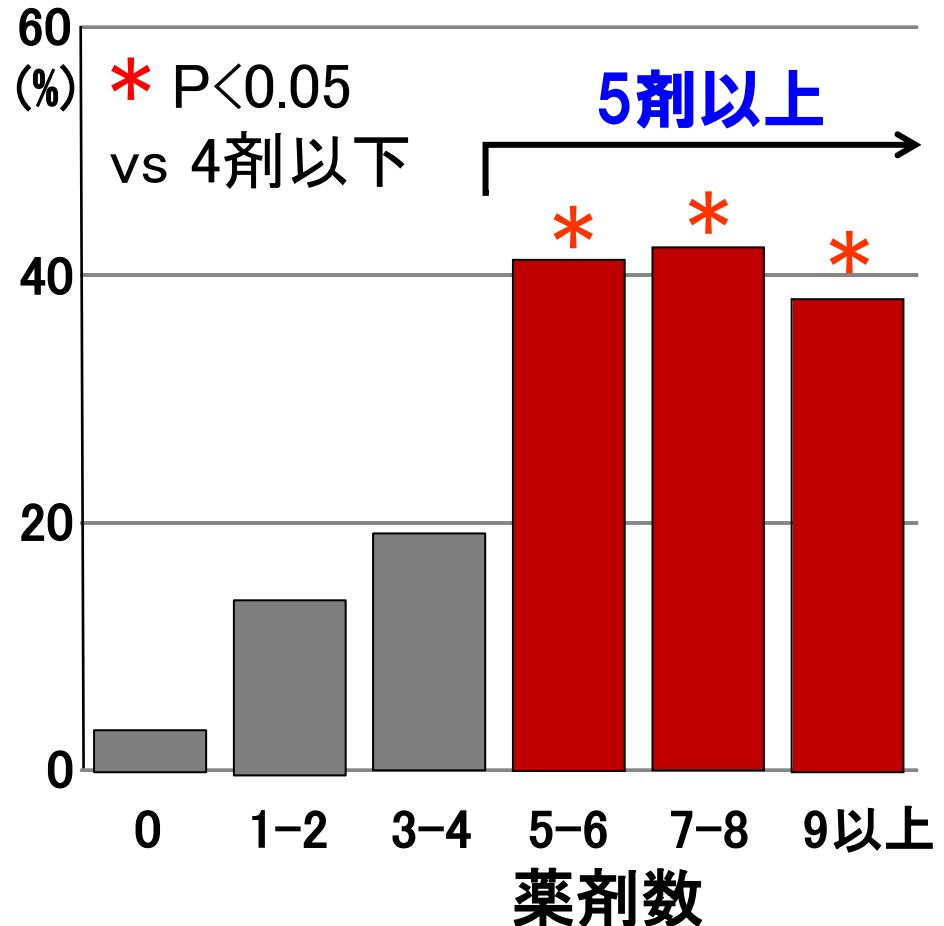
入院患者2,412名の解析



Kojima T, et al. Geriatr Gerontol Int. 2012

2) 転倒の発生頻度

都内診療所通院患者165名の解析



(Kojima T, et al. Geriatr Gerontol Int 2012)

ポリファーマシーは、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等の問
題につながる状態である。

厚生労働省 高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)より

生じる問題点

- 服薬の過誤
- 処方・調剤の過誤
- 薬物相互作用
- 医療費の増大 など

高齢者で薬物有害事象が増加する要因

疾患上の要因

- 複数の疾患を有する→多剤服用、併科受診
- 慢性疾患が多い→長期服用
- 症候が非定型的→診断に難渋し、
複数薬処方する場合も

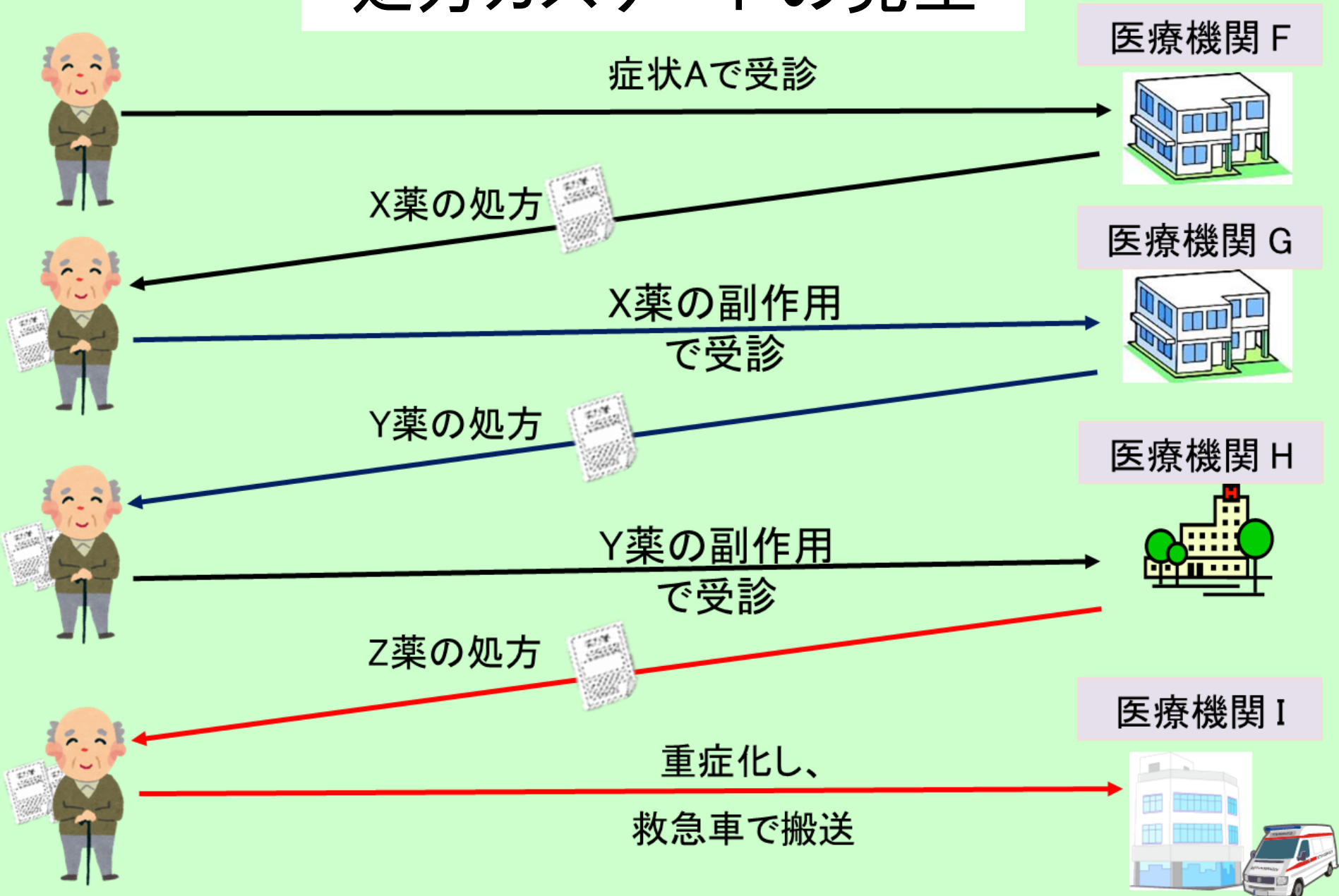
機能上の要因

- 臓器予備能の低下（薬物動態の加齢変化）
→過量投与
- 認知機能・視力・聴力の低下→服薬忘れ、誤服用

社会的要因

- 投薬中断
- 過少医療

処方カスケードの発生



薬剤起因性老年症候群と主な原因薬剤(1/2)

症 状	薬 剤
ふらつき ・転倒	降圧薬(特に中枢性降圧薬、α遮断薬、β遮断薬)、 <u>睡眠薬</u> 、 <u>抗不安薬</u> 、 <u>抗うつ薬(三環系)</u> 、抗てんかん薬、 <u>抗精神病薬(フェノチアジン系)</u> 、 <u>抗パーキンソン病薬(トリヘキシフェニジル)</u> 、 <u>抗ヒスタミン薬</u> 、メマンチン
抑うつ	中枢性降圧薬、β遮断薬、 <u>H2ブロッカー</u> 、 <u>抗不安薬</u> 、 <u>抗精神病薬</u> 、抗甲状腺薬
せん妄	抗パーキンソン病薬、 <u>睡眠薬</u> 、 <u>抗不安薬</u> 、 <u>抗うつ薬(三環系)</u> 、 <u>抗ヒスタミン薬(H2ブロッカー含む)</u> 、降圧薬(中枢性降圧薬、β遮断薬)、ジギタリス、抗不整脈薬(リドカイン、メキシレチン)、気管支拡張薬(テオフィリン、ネオフィリン)、副腎皮質ステロイド

薬剤起因性老年症候群と主な原因薬剤(2/2)

症 状	薬 剤
食欲低下	非ステロイド性消炎鎮痛薬(NSAID)、アスピリン、緩下剤、 <u>抗不安薬</u> 、 <u>抗精神病薬</u> 、 <u>トリヘキシフェニジル</u> 、 <u>SSRI</u> 、 <u>ChE阻害薬</u>
便秘	<u>睡眠薬・抗不安薬(ベンゾジアゼピン)</u> 、 <u>抗うつ薬(三環系)</u> 、 <u>膀胱鎮痙薬</u> 、 <u>腸管鎮痙薬(ブチルスコポラミン、プロパンテリン)</u> 、 <u>H2ブロッカー</u> 、 <u>αグルコシダーゼ阻害薬</u> 、 <u>抗精神病薬(フェノチアジン系)</u> 、 <u>トリヘキシフェニジル</u>
排尿障害 ・尿失禁	<u>抗うつ薬(三環系)</u> 、 <u>腸管鎮痙薬(ブチルスコポラミン、プロパンテリン)</u> 、 <u>膀胱鎮痙薬</u> 、 <u>H2ブロッカー</u> 、 <u>睡眠薬・抗不安薬(ベンゾジアゼピン)</u> 、 <u>抗精神病薬(フェノチアジン系)</u> 、 <u>トリヘキシフェニジル</u> 、 <u>α遮断薬</u> 、 <u>利尿薬</u>

Potentially Inappropriate Medication (PIM)

「高齢者に対して特に慎重な投与を要する薬物」

- 重篤な薬物有害事象がある、薬物有害事象が多い
- デメリットに比してメリットが小さい/良い代替薬がある
- 世界中に複数リストは存在 (Beers基準、STOPP、など)

ベンゾジアゼピン系睡眠薬	→ 転倒、骨折
スルホニル尿素薬	→ 低血糖
オキシブチニン	→ せん妄 など

高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015



高齢者の 安全な薬物療法 ガイドライン 2015

編集 日本老年医学会
日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物治療の安全性に関する研究研究経



2015年12月22日 発刊

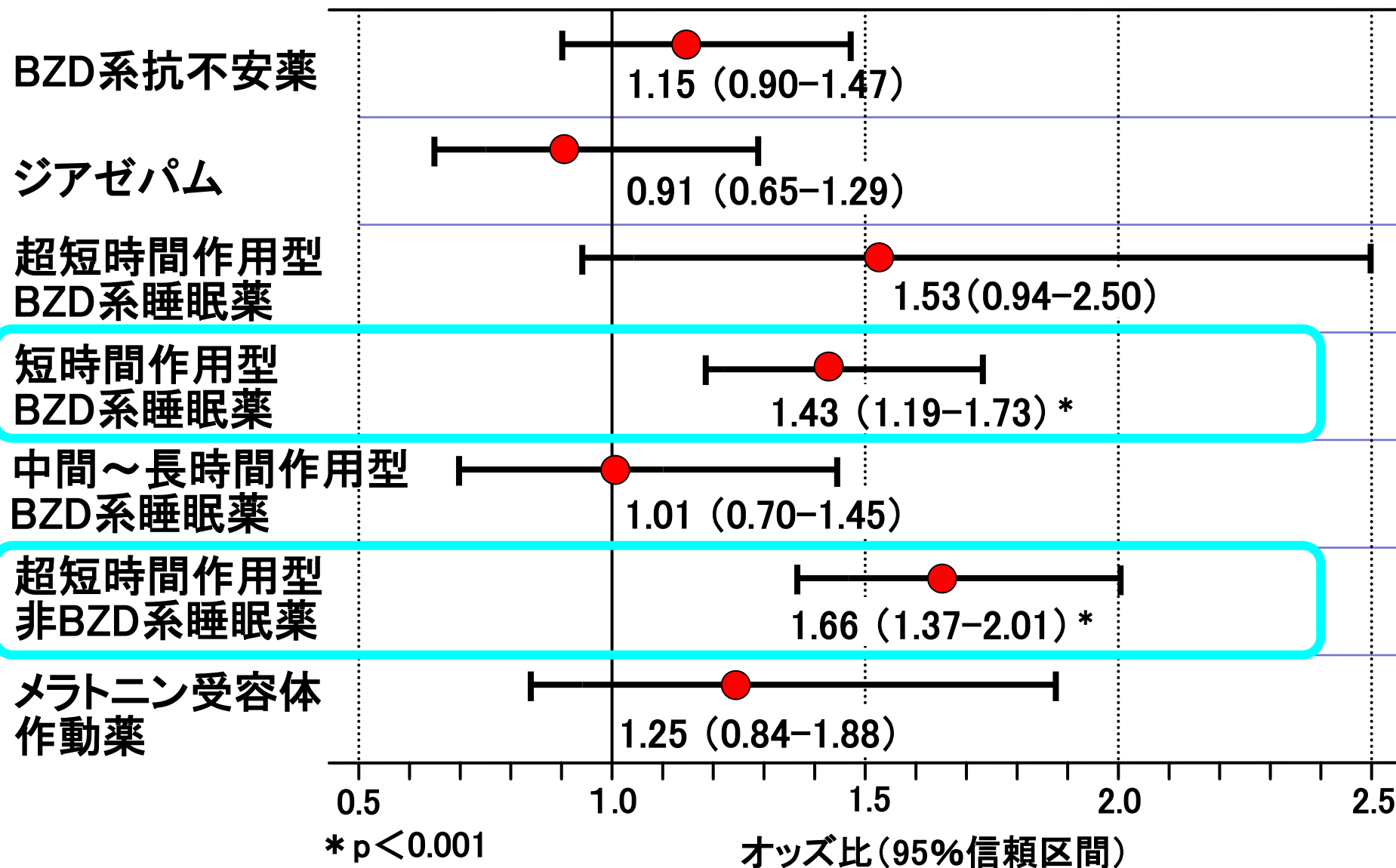
- ・ 本ガイドラインの対象「高齢者」は、
 - ・ 75歳以上
 - ・ 75歳未満でもフレイル
 - ・ 要介護・要支援の認定あり

投与中止につき検討すべき

薬剤のリスト* を掲載。

*: Kojima T, et al. *Geriatr Gerontol Int.* 2016

認知症患者の睡眠薬と転倒・骨折のリスク



Tamiya H, et al. *PLoS ONE* 2015より作図

高齢者の薬物有害事象の被疑薬の分類

5つの大学病院老年内科の高齢入院患者を対象

(1067名中172名に発症)

利尿剤	19例
降圧薬	18例
抗生剤	17例
経口糖尿病薬	11例
NSAIDs	10例
抗血小板薬	9例
抗凝固薬	9例
ベンゾジアゼピン系薬	9例
抗精神病薬	8例
抗うつ薬	6例
抗不整脈薬	5例

インスリン製剤	5例
ジゴキシン	5例
PPI	5例
α 遮断薬	4例
抗認知症薬	4例
抗コリン薬	3例
プレガバリン	3例
ステロイド剤	2例
ビタミンD製剤	2例
ほか	19例

Kojima T, et al. Geriatr Gerontol Int 2019

処方見直しのプロセス 1

高齢患者

病状、認知機能、ADL、栄養状態、生活環境、内服薬、(中略)を高齢者総合機能評価(CGA)なども利用して総合的に評価

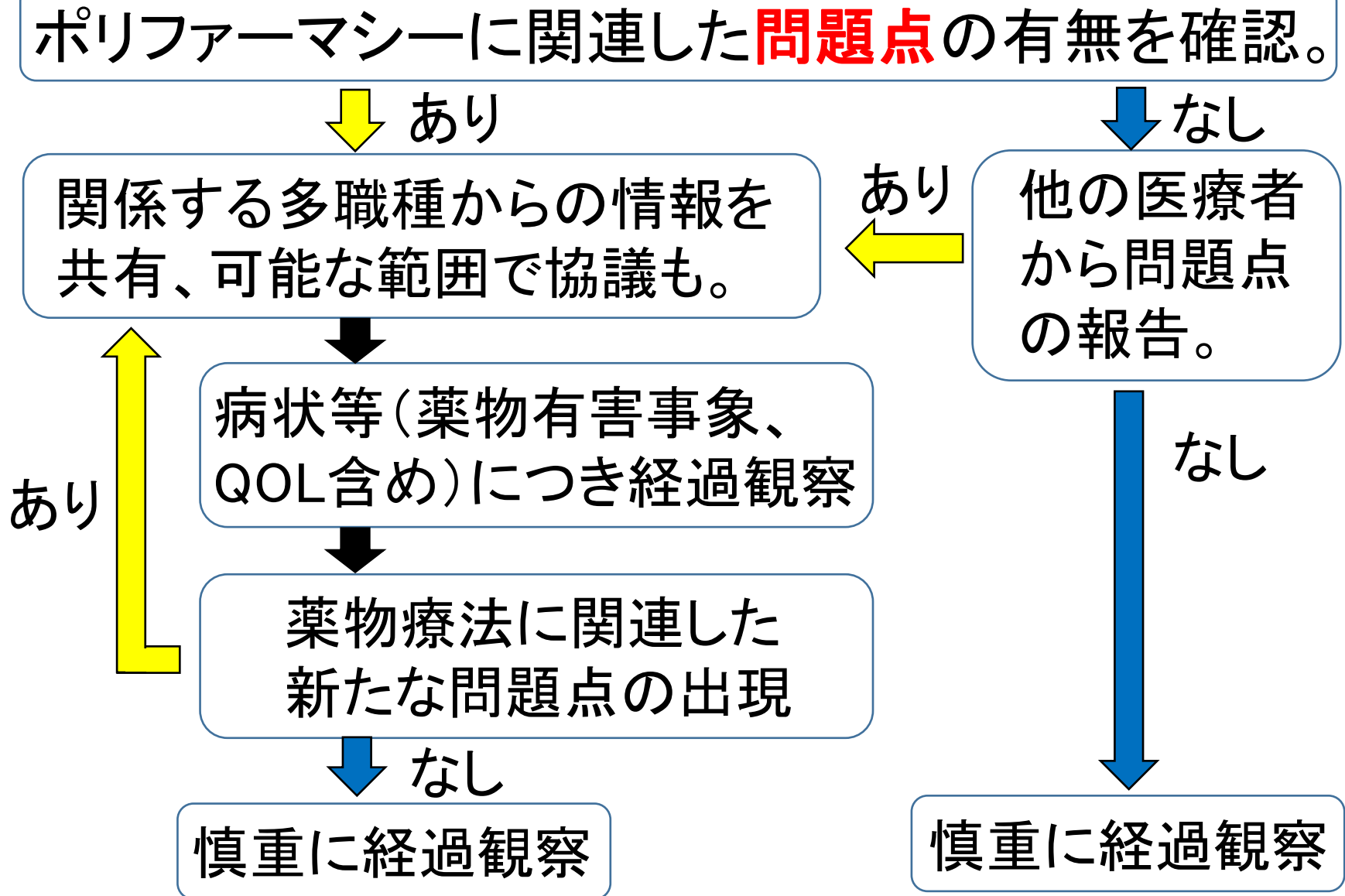


ポリファーマシーに関連した**問題点**の存在を確認する。

- 例
- ・ 薬物有害事象の存在
 - ・ 服薬アドヒアランス不良、服薬困難
 - ・ 特に慎重な投与を要する
薬剤の使用など
 - ・ 同効薬の重複処方
 - ・ 処方意図が不明な薬剤の存在
 - ・ 腎機能低下
 - ・ 低栄養
 - ・ 薬物相互作用の存在

厚生労働省 高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)より

処方見直しのプロセス 2



処方適正化のためのフローチャート

高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015

リストにある薬物を処方している

推奨される使用法の
範囲内か

範囲内

効果はあるか

有効*

慎重に継続

疑わしい

範囲外

減量・中止は可能か

可能

減量・中止

困難

非薬物療法があれば導入

代替薬はあるか

ある

代替薬に変更

有効

代替薬の継続

ないまたは
患者の不同意

効果不十分

治療歴における有効性と副作用を検証
使用中の薬物を含めて最も有効な薬物を再検討

慎重に継続

新規薬剤への切り替え

*: 予防目的の場合、期待される効果の強さと重要性から判断する

自立 ⇔ 「フレイル」 ⇒ 要介護

- 自立から要介護へと至る様々な過程を指す。



自立

- 身体的、精神的、社会的・経済的要素から成る。



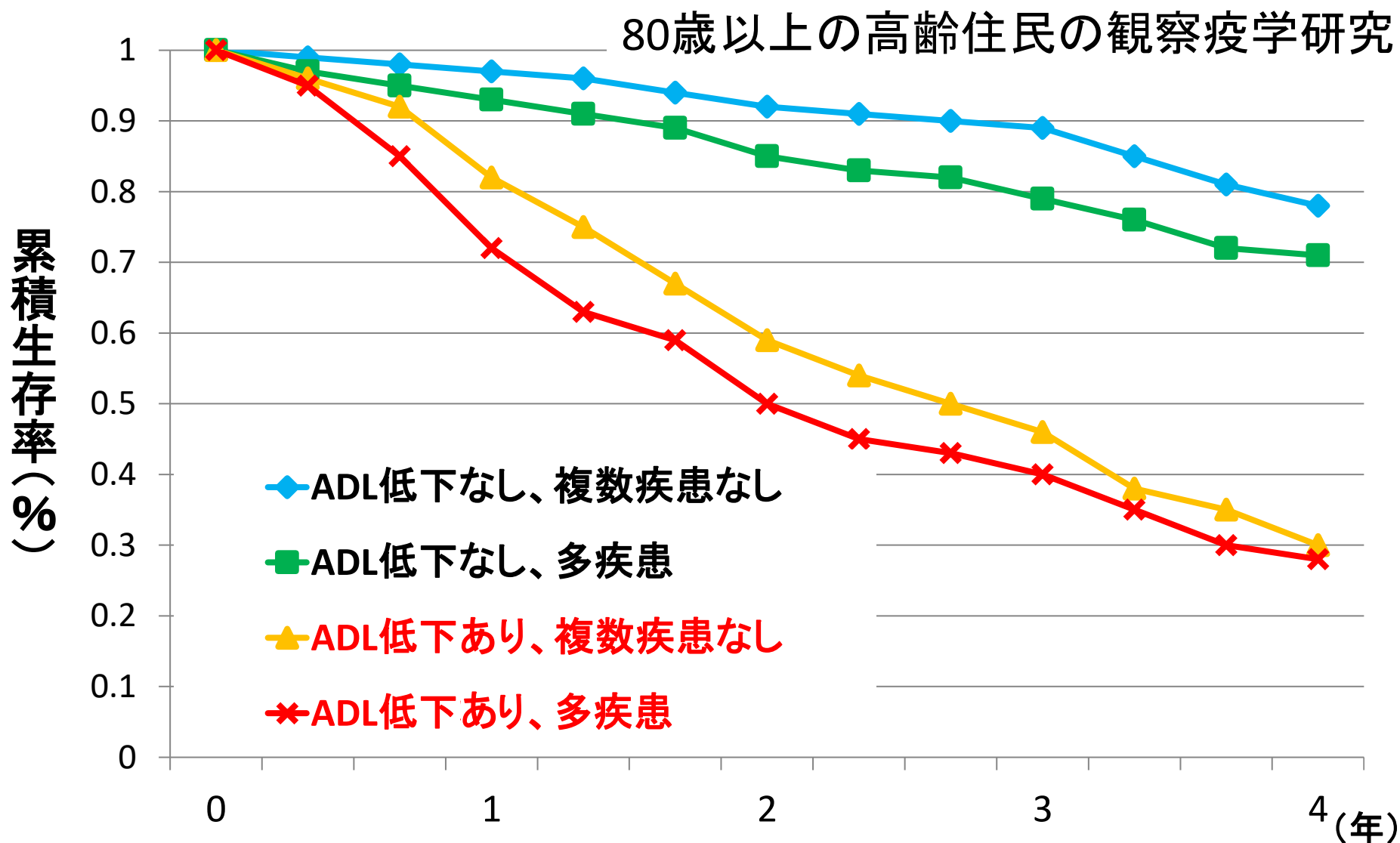
フレイル

- ・ 身体的：サルコペニア、ADL低下
- ・ 精神神経的：認知症、抑うつ
- ・ 社会的・経済的：独居(孤独)、貧困

要介護／障害



超高齢者では、ADL低下が予後に影響



Landi F, et al. J Clin Epidemiol 2010;63:752-9

図47

高齢者総合的機能評価

Comprehensive Geriatric Assessment : CGA

1. 日常生活動作 (Activities of Daily Living, ADL)

- 基本的 (Basic) ADL : Barthel Index
- 手段的 (Instrumental) ADL : Lawton's IADL

2. 認知機能

- 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)

3. 気分・意欲

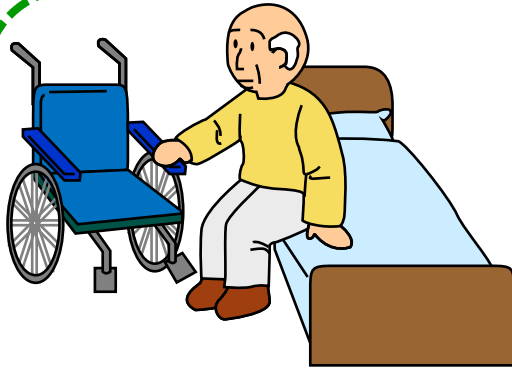
Geriatric Depression Scale (GDS)、意欲の指標

4. 社会的背景

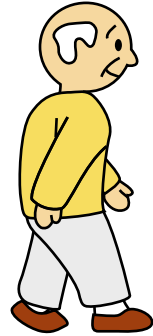
家族関係、自宅環境、財産、地域医療福祉資源

⇒ 結果に基づいて、個別性を重視した治療・ケアを選択する

基本的ADL（日常生活動作）



移乗

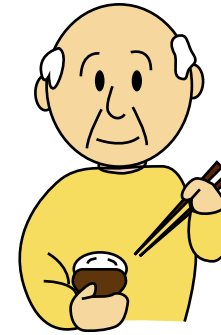


移動

移動



階段昇降



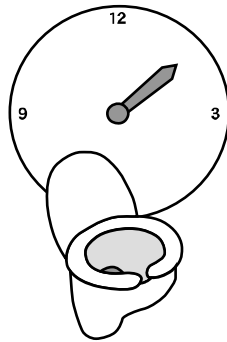
食事



入浴



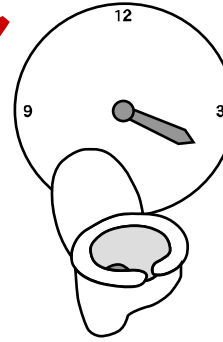
トイレ動作



排尿

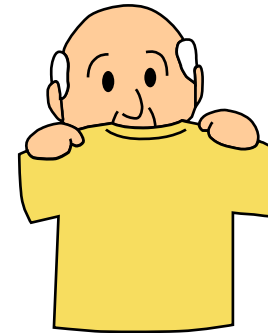
コントロール

セルフ
ケア

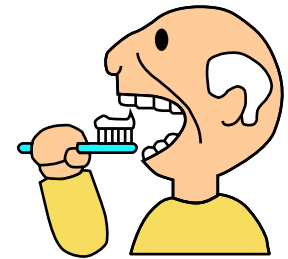


排便

コントロール



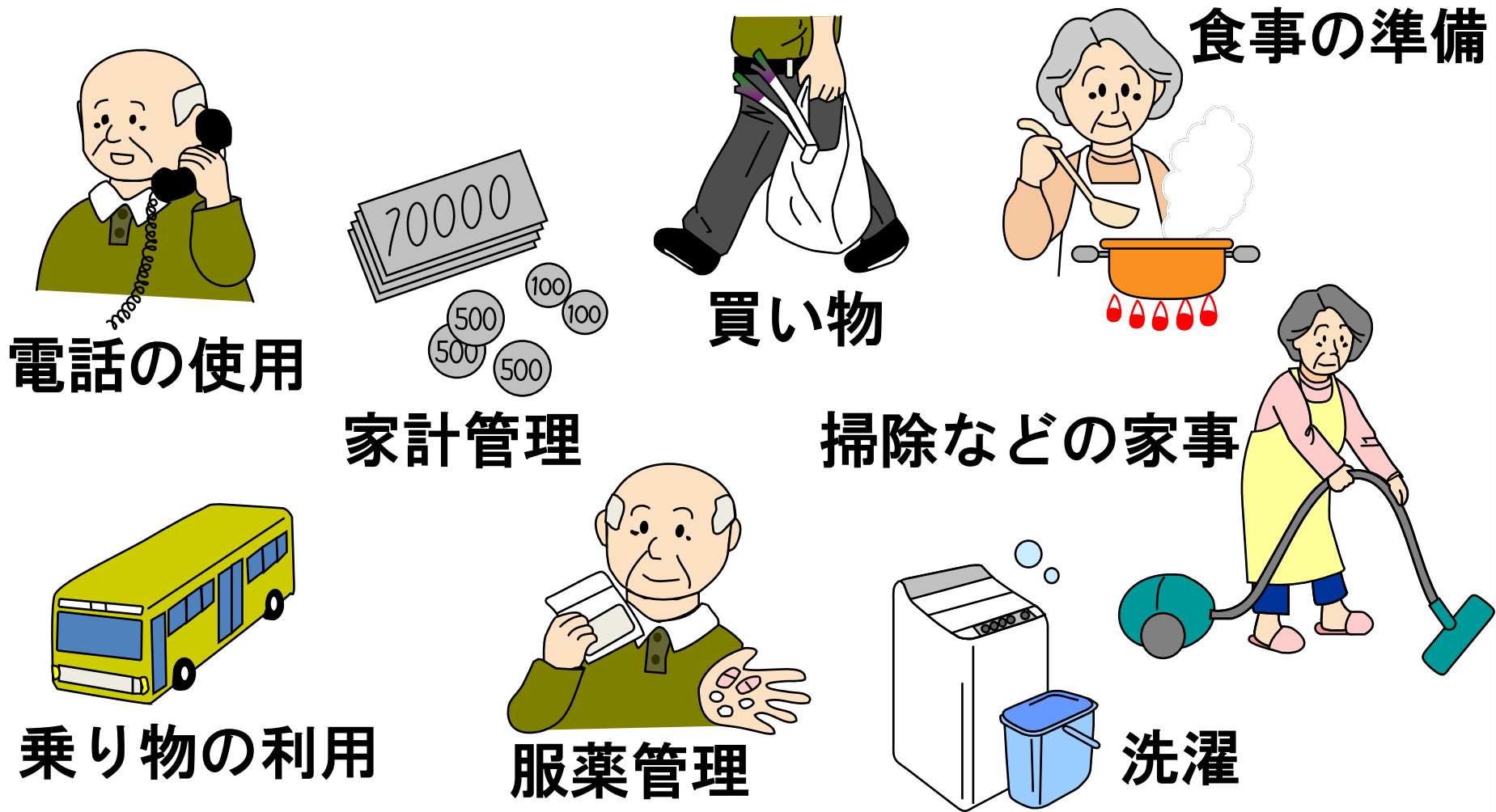
更衣



整容

（健康長寿診療ハンドブック 第20章 高齢者診療に用いる資料とその活用）

手段的ADL(日常生活動作)



(健康長寿診療ハンドブック 第20章 高齢者診療に用いる資料とその活用)

令和2年度診療報酬改定と薬剤管理

薬剤総合評価調整加算 100 点(退院時に1回)

[算定要件]

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、その内容が変更され、かつ、療養上必要な指導を行った場合

イを算定する患者について、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合、薬剤調整加算として150点を更に所定点数に加算

アドヒアランスをよくするための工夫

服薬数を少なく	降圧薬や胃薬など同効果2～3剤を、力価の強い 1剤か合剤 にまとめる
服用法の 簡便化	1日3回服用から2回あるいは 1回 への切り替え 食前、食直後、食後30分など服薬方法の混在を避ける
介護者が管理 しやすい服用法	出勤前、帰宅後などにまとめる
剤形の工夫	口腔内崩壊錠(OD錠)や貼付剤の選択
一包化調剤 の指示	長期保存できない、途中で用量調節できない欠点あり、緩下剤や睡眠薬など症状によって飲み分ける薬剤は別にする
服薬カレンダー、薬ケースの利用	

(日本老年医学会編;健康長寿診療ハンドブックより)

図52

一般向け啓発用パンフレットの作成

高齢者の薬との付き合い方

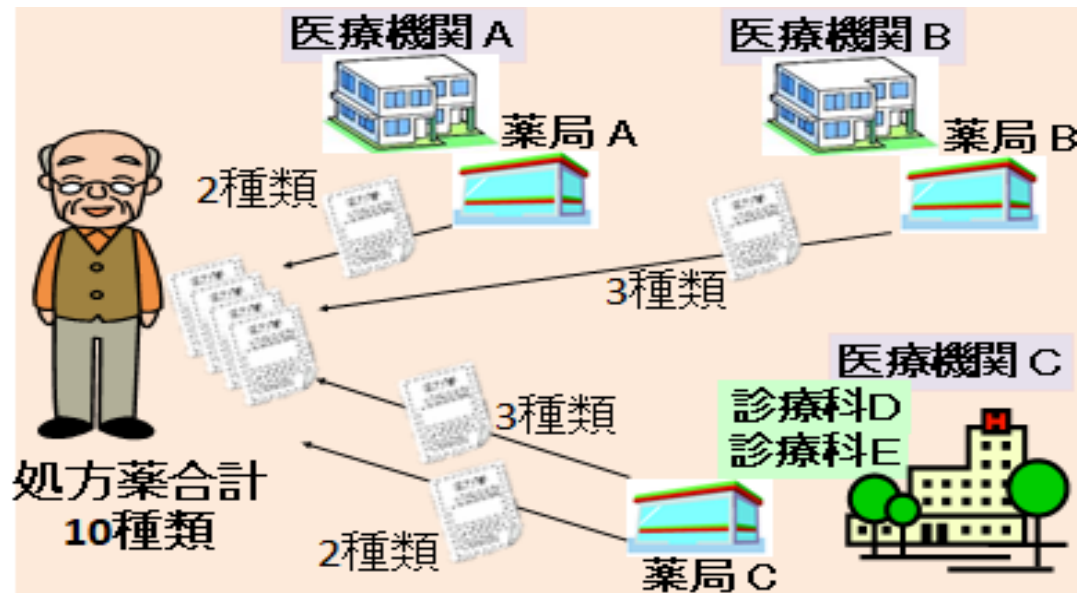
- ◆自己判断で薬の使用をやめない
- ◆使っている薬は必ず伝えましょう
- ◆むやみに薬を欲しがらない
- ◆若い頃と同じだと思わない
- ◆薬は優先順位を考えて最小限に

➡ **日本老年医学会の
HPに掲載**

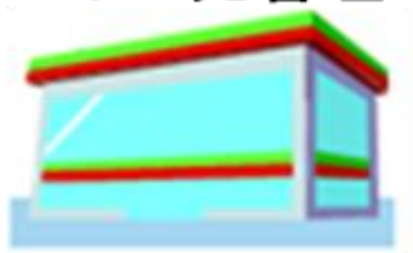
図53



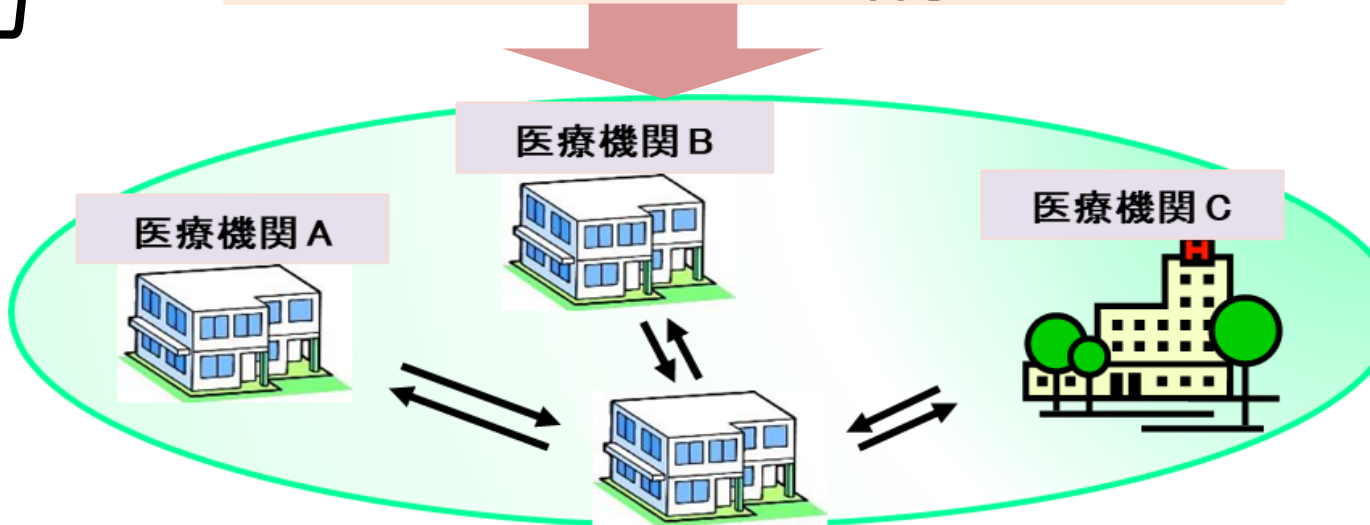
ポリファーマシー と適正処方



調剤と医薬品情報
の一元管理



薬局



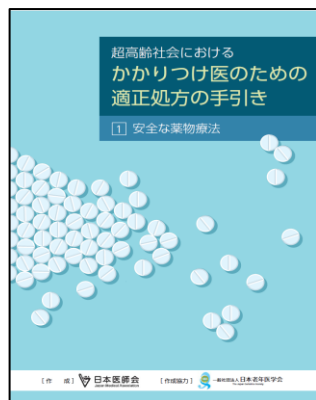
⇔ かかりつけ医による医療情報一元化

処方の見直し、ポリファーマシーの解消 図54

ポリファーマシーに関連した参考資料

超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き（日本医師会）

1.安全な薬物療法



2.認知症



3.糖尿病



4.脂質異常症



高齢者の医薬品適正使用の指針（厚生労働省）

総論編



各論編 （療養環境別）



https://www.med.or.jp/doctor/sien/s_sien/008610.html