

薬第 15 号
令和 3 (2021) 年 4 月 6 日

一般社団法人栃木県医師会長
栃木県病院協会会長
一般社団法人栃木県私的病院協会会長
一般社団法人栃木県薬剤師会長
一般社団法人栃木県病院薬剤師会長

} 様

栃木県保健福祉部薬務課長 小林 由典

「病院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」
について (通知)

このことについて、令和 3 (2021) 年 3 月 31 日付け医政安発 0331 第 1 号及び薬生安発 0331 第 1 号により、厚生労働省医政局総務課医療安全推進室長及び医薬・生活衛生局医薬安全対策課長から連名で通知がありましたので送付します。つきましては、貴会員に周知いただきますようお願いいたします。

薬事審査担当
TEL: 028-623-3120
FAX: 028-623-3121

医政安発 0331 第 1 号
薬生安発 0331 第 1 号
令和 3 年 3 月 31 日

各

都 道 府 県
保健所設置市
特 別 区

 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室長
（公印省略）

厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課長
（公印省略）

「病院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」
について

医療行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

高齢化の進展に伴い、加齢による生理的な変化や複数の併存疾患を治療するための医薬品の多剤服用等によって、安全性の問題が生じやすい状況にあることから、平成 29 年 4 月に「高齢者医薬品適正使用検討会」を設置し、高齢者の薬物療法の安全確保に必要な事項の調査・検討を進めており、これまでに「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」及び「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」を取りまとめたところです。

今般、検討会での議論を経て「病院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」を取りまとめましたので、貴管下医療機関等において、医薬品に係る医療安全推進のため、ご活用いただきますよう、周知方お願いいたします。

なお、「病院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」で使用している用語については、下記のとおり、併せて留意をお願いします。

記

1. 「薬物有害事象」は、薬剤の使用後に発現する有害な症状又は徴候であって薬剤との因果関係の有無を問わない概念です。
2. 「ポリファーマシー」は、単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態をいいます。

はじめに

本書は、ポリファーマシー^{*}対策の取組を始める際や業務運営体制を体系的に構築・運営する際に役立てていただくため、以下の2つを目的としてとりまとめたものである。

1つ目は、ポリファーマシー対策を始める病院が取組初期に直面する課題を解決するためのスタートアップツールとして活用してもらうことを目的としており、この内容を第1章にまとめた。2つ目は、ポリファーマシー対策をある程度進めている病院が業務手順書を整備し、業務をより効率的に行う参考資料として活用してもらうことを目的としており、この内容を第2章にまとめた。なお患者が地域に戻る際に地域包括ケアシステムを担う医療・介護関係者との連携が欠かせないことから、地域の関係施設との連携についても記載している。

本書は、高齢者の医薬品適正使用の指針（以下、指針）を活用し、ポリファーマシー対策の取組を進めるツールとして作成されたものであることから、主たる利用対象は医師、歯科医師、薬剤師を中心としながらも、広くポリファーマシー対策にかかわる医療関係者も利用対象として想定している。また、病院を対象としたものであるが、診療所等においても適用できる内容については活用していただき、ポリファーマシー対策が進展することを期待する。

※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の低下等の問題につながる状態を指す。

なお、「薬物有害事象」は、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。

* 本文では、指針・総論編及び各論編（療養環境別）で参照すべき箇所を「総論編 p.●を参照」「各論編 p.●を参照」などとして示している。本書とあわせてご確認いただきたい。

(9) 費用について考慮する	15
2. ポリファーマシー対策の実施	16
(1) 入院患者へ対応する	16
(2) 外来患者へ対応する	24
(3) 職員への啓発活動を行う	25
(4) 医療機能による違いを考慮する	26
3. 様式事例集	27
第3章 本書の検討体制	28

(2) 院内の理解を深める

院内勉強会やカンファレンスでポリファーマシーを取り上げ、院内の理解を深めることで協力者を増やし、連携しやすくなる。

- ・医療安全研修、医薬品安全研修など参加が義務づけられている既存の勉強会や、病棟でのカンファレンスでポリファーマシー対策や症例（→各論編 p.37 別表2を参照）を取り上げると効果的である。

⇒職員への啓発活動については、p.25「第2章2.（3）職員への啓発活動を行う」を参照

- ・管理者は、ポリファーマシーの趣旨を理解し、ポリファーマシーに対する施設の基本方針を策定、共有する。

(3) 院外関係施設の理解を得る

地域の医療機関・薬局に対し、ポリファーマシー対策を始めることに理解を得て、処方見直しの取組が継続されるようにする。

- ・院内の取組であっても、院外関係施設の理解を得ていないとポリファーマシー対策を行った患者が退院後に元の処方に戻ってしまう場合がある。これを回避するためにもポリファーマシー対策を始める前に地域の医療機関・薬局にも取組を理解してもらうことが重要である。

⇒地域との連携体制づくりについては、p12「第2章1.（6）地域包括ケアシステムを担う医療・介護関係者等との連携体制をつくる」を参照

⇒地域と連携すべき情報については、p.8「表6」を参照

(3) 対象患者は対応可能な範囲で決める

病棟・診療科、対応時間、対象患者の優先順位をつけることで活動を導入・維持しやすくなり、目的も明確になる。

- ・対象患者の抽出方法として、担当看護師や病棟薬剤師など、患者の状況を日々把握している立場から提案してもらう方法もある。

⇒対象患者のスクリーニング方法については、p.19「第2章2.(1)5)ア)処方見直し対象患者をスクリーニングする」を参照

表2 対象患者の抽出条件の例

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・薬剤起因性老年症候群（→総論編 p.10 表1を参照）が疑われる場合・特に慎重な投与を要する薬物（PIMs（Potentially Inappropriate Medications））が処方に含まれる場合・入院時転倒スクリーニングの結果、リスクが認められる場合 |
|--|

(4) 既にある仕組みやツールを活用する

既に病院で活動している医療チームや既存ツール（表4）にポリファーマシーの視点を導入することで取組みやすくなる場合もある。

- ・病棟横断的な専門医療チーム（→表3を参照）のほか、入院前支援チーム、退院支援チームなどの活動に、各医療チームに関連したポリファーマシー対策の視点を加える²と、チーム活動とポリファーマシー対策の成果が有機的に結びつき、ポリファーマシー対策を効率的かつ効果的に行うことができる。また、既存のカンファレンスでの検討事項にポリファーマシーの視点を加える方法もある。

²例えばNSTの場合、ポリファーマシーによって食欲低下や嚥下障害が起きている場合、ポリファーマシーの解消によりこれらの問題点が解消されることで栄養状態の改善につながる。

3. ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策

(1) 「人員不足で、対象患者の抽出や、検討する時間を作れない」

- ・ポリファーマシー対策にかかる業務量を見える化し、事務職員や医師事務作業補助者などが医療職の代わりに行える業務を整理し、タスクシフティングする⁴。
- ・電子カルテをカスタマイズし、ポリファーマシーが疑われる症状のカルテ記載や、年齢、処方薬数、薬剤種類などの条件から、対象患者を自動的に抽出できるようにする。
- ・直接集まってカンファレンスを行う時間が設けにくい場合、電子カルテや院内メールなどを介して検討内容を事前共有し、カンファレンスを短時間で行えるよう工夫する。

(2) 「多職種連携が十分でない」

- ・各職種がポリファーマシー対策における役割⁵（→各論編 p.7 表1 及び p.54 別表3を参照）を明確にすることで、患者の生活の質（QOL:Quality of Life）の維持向上という共通の目的のもとに、処方見直しに有用な情報を共有する多職種連携・協働⁶を図りやすくなる。

（より具体的な対応策）

- ・ポリファーマシー対策の担当者が、他の多職種によるチームカンファレンスに積極的に参加し連携を図る。
- ・電子カルテにカンファレンス内容を記載し、多職種で情報共有して連携を図る。
- ・院内の既存の医療チーム活動の中にポリファーマシー対策の要素を含める。

⇒p.4「第1章2.（4）既にある仕組みやツールを活用する」を参照

- ・ポリファーマシー対策の相談窓口を見える化する。

⇒p.3「第1章2.（1）担当者を決める」を参照

⁴その他の例として、ポリファーマシー対策チームの助言などによりプロトコルをあらかじめ策定しておくPBPM(Protocol Based Pharmacotherapy Management)を導入することで、チームの介入に拠らず処方見直しを進めることが可能になる場合もある。

⁵管理栄養士であれば食欲や栄養状態の改善、理学療法士であればADL(Activities of Daily Living)やリハビリテーションの効果、事務職であれば患者の在院日数の短縮など、各職種に応じた役割や目的がある。

⁶薬剤師は入院予定の患者の情報をいち早く入手し、退院後のフォローを行うため、地域連携室やソーシャルワーカーとの連携を深めることが求められる。

(5) 「医師が自科以外の処方薬を調整することが難しい」

- ・総論編 p.8 図 4-1 及び p.9 図 4-2 に示すフローチャートに沿って慎重に検討する⁸。その上で、他科の処方医に処方見直しを提案する際には、表6に示す事項を明示して提案するとよい。また、処方元の医師に処方意図や処方見直しにより起こりうる問題について照会し、助言や連携を得るとよい。

表6 他科の処方薬を見直す際の確認事項

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・処方見直しの明確な理由・処方見直しの手順・処方見直しにより起こりうる問題・処方見直しにより問題が起こった後の対応策、フォローアップ体制 |
|---|

(6) 「病態全体をとらえることが難しい」

- ・患者の既往歴や処方歴などの情報をより多く把握することに加え、潜在的な病態がある可能性を考慮し、高齢者総合機能評価（CGA）等による日常生活機能を踏まえて処方を見直す優先順位を判断する。

⁸総合診療医（総合内科医）や老年内科医がポリファーマシー対策を統括することや、複数の診療科の薬剤に詳しい薬剤師が処方調整の助言を行うことも考えられる。

第2章 ポリファーマシー対策の進め方

1. ポリファーマシー対策の体制づくり

(1) ポリファーマシーの概念を確認する

- ・多剤服用とは、単に服用する薬剤数が多いことを指す。
- ・ポリファーマシーとは、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り、何剤からポリファーマシーとするかについての厳密な定義はない。

⇒ポリファーマシーの概念については、「総論編 p.2」を参照

(2) ポリファーマシー対策の目的を確認する

- ・高齢者は加齢による生理的な変化や複数の併存疾患を治療するための医薬品の多剤服用等によって安全性の問題が生じやすい状況があることから、薬物療法の適正化（薬物有害事象の回避、服薬アドヒアランスの改善、過少医療の回避）を目指し、高齢者の特徴に配慮したよりよい薬物療法を実践して問題の解消・改善を図ることがポリファーマシー対策の目的である。
- ・入院前及び退院後の医療機関・薬局とも連携を取り、処方意図や退院後の方針について確認しながら進める必要もあることから、地域包括ケアシステムにかかわる医療関係者との連携までを自院におけるポリファーマシー対策の取組として捉え、目的に含めることが望ましい。

(3) 資料を取りそろえる

表7 取りそろえておくべき資料

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」・「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」・「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」（2016年10月日本老年医学会） <p>※特に慎重な投与を要する薬物(PIMs)リスト、開始を考慮すべき薬物のリストも掲載されている</p> |
|---|

(6) 地域包括ケアシステムを担う医療・介護関係者等との連携体制をつくる

- ・地域包括ケアシステムを担う医療・介護関係者等¹³との連携は、継続的な医療・介護を患者へ提供するために自院から地域への連携だけでなく、医療分野、介護分野¹⁴、地域包括支援センターなど地域からのポリファーマシー対策に関する相談を受けるなど双方向の関係を築くことが重要である。
- ・個別の医療機関・薬局に連携の協力を求めるだけでなく、地域の医師会や薬剤師会¹⁵に対し、自院でのポリファーマシー対策への取組について理解を求めるようにする。
- ・地域ケア個別会議などの地域における多職種連携のための会合や、各職能団体や地方自治体が主催する研修会などに出向き、自院のポリファーマシー対策を説明し協力を求め、担当者（特に薬剤師¹⁶）の顔を覚えてもらい窓口として機能できる体制を構築するとよい¹⁷。

(地域連携室を活用する仕組みをつくる)

- ・地域連携室が患者から得る情報、患者に渡す情報にポリファーマシー対策の視点を加える。またポリファーマシー対策の担当者が地域連携室から情報を得る仕組みをつくる。仕組みづくりにあたり、地域連携室に薬剤師が助言を行う。

(地域連携を担当する薬剤師を配置する)

- ・既存業務との兼任で入退院時の患者のフォローアップを担当する薬剤師を配置し、地域の医療介護職種などとの間でポリファーマシー対策への協力体制を構築し、効果を上げている病院もある。

¹³連携先としては、医療分野の職能団体、病院、診療所、薬局など個別の医療関係施設がある。また、介護分野として、介護支援専門員の所属する職能団体、個別の介護事業所・施設も連携先となる。

¹⁴介護施設との連携として、老人保健施設を利用する高齢者へのサポートを目的として、老人保健施設と連携している薬局と連携してポリファーマシー対策を進めることも考えられる。

¹⁵地域の医師会からポリファーマシー対策への理解を得ることは、個別の診療所と調整を行うよりも円滑に話が進む場合がある。また、地域の医師会によるポリファーマシー対策への理解が進むと院内医師におけるポリファーマシー対策への意欲が向上する場合がある。行政の参加で連携がうまくいく場合もあり、可能な限り行政にも声をかけるとよい。

¹⁶患者の通院・入院・在宅のどの場面でも切れ目ない薬物療法を提供できるように、薬局薬剤師と病院薬剤師が情報を共有し、入院・退院をしてからも充実した医療が受けられるようサポートをする体制が重要である。

¹⁷自院が主催する会合や研修会に連携先の関係者を招くなどの交流や、地域医療支援病院における地域の医療従事者への研修の一環として行うことも有効である。

(7) ポリファーマシー対策の成果をモニタリングする

- ・ポリファーマシー対策の成果をモニタリングし、活動の改善や活動に対する理解や職員モチベーション向上につなげる。
- ・モニタリングの指標は院内で把握可能な内容のほか、連携する医療機関・薬局などに対するアンケート調査を行ってもよい。

表8 成果把握のためのモニタリング指標

<ul style="list-style-type: none">・処方見直しの対象となる患者数・年齢・疾患などの特性の推移・対象患者の処方薬剤数・服用回数の推移、処方見直しの理由・診療報酬の算定状況の推移（薬剤総合評価調整管理料、薬剤総合評価調整加算、薬剤調整加算など）・薬剤費の推移・ポリファーマシー対策に関する地域における活動回数（勉強会、会合など）・ポリファーマシーに関与した職員数（職種、人数）・ポリファーマシーやその必要性に対する職員の理解度・関心度・処方見直しを行った患者に対する退院後の処方内容の維持状況・処方見直しを行った患者に対する退院後の処方見直しに起因する問題発生状況

(8) ポリファーマシー対策のデジタル化を進める

- ・電子カルテシステム、電子版お薬手帳や情報通信端末等のツールの活用により、ポリファーマシー対策の実施に伴う業務¹⁸をより効率的に行えるようになると期待される。
- ・なお、疾病情報などの個人情報扱うことから、院外関係者へ情報提供を行う際には、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス¹⁹」

¹⁸ポリファーマシー対策の対象となる患者の抽出、多職種間での医療情報共有・意思決定、患者が服用している薬剤の把握などを行う際に活用が期待される。

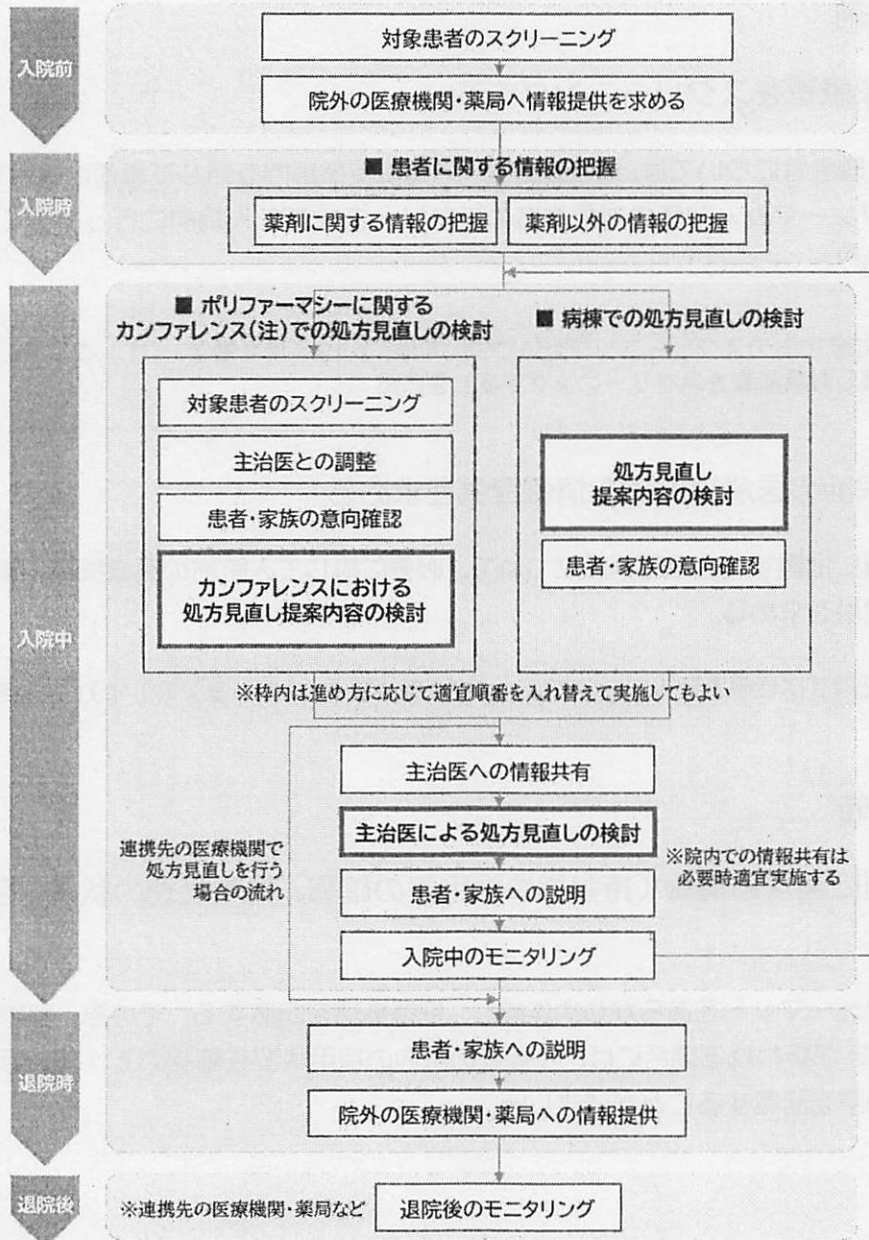
¹⁹平成 29 年 4 月 14 日付け個情第 534 号・医政発 0414 第 6 号・薬生発 0414 第 1 号・老発 0414 第 1 号個人情報保護委員会事務局長・厚生労働省医政局長・医薬・生活衛生局長・老健局長通知別添

2. ポリファーマシー対策の実施

(1) 入院患者へ対応する

- ・主治医²³が処方見直しの判断を行う場合とカンファレンスなどで対応する場合がある。

図2 入院患者への対応の流れ



注:「ポリファーマシーに関するカンファレンス」には、既存の医療チームカンファレンスなどでポリファーマシーについて検討する場合も含む

²³本文中の「主治医」については、断りが無い限り入院中の主治医を指し、病院外の主治医は「かかりつけ医」として表記し、区別している。

表9 薬剤に関して把握すべき情報の例

<ul style="list-style-type: none">・持参薬、持参していない処方薬（薬剤名、用法・用量、処方期間、処方医療機関）、一般用医薬品やサプリメントの把握・各薬剤の服用歴（中止薬の有無を含む）・副作用歴、アレルギー歴・服薬アドヒアランス・かかりつけの薬剤師・薬局の有無・服用管理能力の把握（自己管理、家族管理、自己管理+家族管理など）・お薬手帳の活用状況

イ) 薬剤以外の情報（患者情報、患者背景、病歴等の情報）を把握する

- ・記載フォーマットをあらかじめ作成し、把握事項を記載する。

表10 薬剤以外に把握すべき患者情報の例（→各論編 p.54 別表3も参照）

<ul style="list-style-type: none">・年齢、身長、体重、既往歴、検査値、BMI・家族構成、生活状況、ADL等の日常生活機能・かかりつけ医・医療機関・介護の状況（要介護度、使用サービス、担当ケアマネジャー）・服用薬に対する患者・家族の意見・嗜好（減薬希望など）²⁶
--

4) 入院中（病棟での処方見直しの検討）

- ・明らかに処方を見直す必要があり緊急性を要する場合や、入院前の医療機関から処方見直しを申し送られている場合などは、主治医の判断により処方見直しを行い、その結果をカンファレンス等で共有する。

²⁶減薬希望があっても医師に相談できず、自己判断で調整している患者がいることも考慮し、患者の話を傾聴し、信頼関係の構築に努めることが重要である。

方見直しを実施し、退院時の診療情報提供書に今後の処方見直し提案や処方変更内容についての申し送り事項（p.8 表6）を記載するなどして情報提供する³⁰。

ウ) 患者・家族の意向³¹を確認する

- ・薬剤に精神的に依存している場合など、処方見直しに否定的な考えを持つ患者や家族も少なくないことから、処方見直しに理解を得るための説明³²や ACP（Advance Care Planning）（→各論編 p.5 を参照）についても配慮する。
- ・処方見直しやポリファーマシーに対する患者や家族の理解³³が得られると、患者の服薬アドヒアランスが高まる効果も期待できる。
- ・患者向けの説明用パンフレット（例：「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」「あなたのくすり いくつ飲んでいますか？」）を使用するなどして丁寧に根気よく説明する。

エ) カンファレンスにおいて処方見直し案を提案する

- ・スクリーニングにより抽出された患者に対し、処方見直しのプロセス（→総論編 p.8 図 4-1 を参照）の考え方に沿って検討する。
- ・減量、中止、用法の見直しの対象とする薬剤や、薬剤を見直す優先順位の検討を行い、カンファレンス前に処方見直しの素案をとりまとめておくと、カンファレンスを効率的に進めやすくなる。
- ・処方見直しにあたっては、生活習慣の改善、環境調整、ケアの工夫などの非薬物的対応への切り替えも含めて検討する。（→各論編 p.5 を参照）

³⁰薬剤師から処方見直し案を記載した薬剤管理サマリーにより情報提供する方法もある。

³¹患者の理解が得られないと見直し前の薬を求めて他の医療機関を受診することも考えられることから、患者に対する丁寧な説明を行った上、ポリファーマシー対策への理解を得る必要がある。

³²患者・家族への説明や意見聴取では、患者が拒否することを想定して処方見直しのメリットやデメリットを踏まえ説明すると効果的な場合がある。

³³日頃から患者と家族を含む一般の方に対し、ポリファーマシーの問題について具体的でわかりやすい言葉を用いて説明し、理解と協力を求める必要がある。（→総論編 p.17、各論編 p.27 を参照）

ウ) 患者・家族へ説明する

- ・処方見直しを行う場合、患者・家族に対し処方見直し結果に関する説明を行い、同意を得る³⁴。この際、ポリファーマシーに関する啓発パンフレットなどを使用して患者や家族のポリファーマシーに対する理解を深められるとよい。処方変更に同意が得られない場合は、他の変更ないし継続を検討する。

エ) 院内で情報共有する

- ・処方見直しを行った場合には、関係する多職種が情報共有できるよう、電子カルテに処方見直しの内容や理由について記載する³⁵。

オ) 入院中にモニタリングする

- ・処方見直しを行った患者について、各職種が必要なモニタリング³⁶を行い、ポリファーマシーチームや主治医に情報共有する。(→各論編 p.54 別表3を参照)

7) 退院時、退院後

ア) 患者・家族へ説明する

- ・退院時に、実施した処方見直しについて必要な説明や服薬指導内容を文書化するなどして丁寧に行う。
- ・患者のお薬手帳を活用し、処方見直しを行った薬剤とその理由など(→p.8 表6を参照)、その他必要事項を記入する。

³⁴患者・家族向けに処方見直し結果を文書で交付することもよい。

³⁵カンファレンスでの検討事項、処方見直しの内容・理由、モニタリング事項、患者への説明内容など、記載すべき事項についてフォーマットを作成し活用するとよい。

³⁶患者の状態変化を継続して観察・記録できるよう、フォーマットを作成し情報共有すると、必要なモニタリングをもれなく効率的に行うことができる。

(2) 外来患者へ対応する

1) 外来患者⁴⁰への対応の考え方

- 一般的な受診、処方見直しを目的とした受診、処方見直し後のフォローアップを目的とした受診が考えられる⁴¹が、処方見直しの考え方や他科へ処方見直しを依頼する対応などは共通である。
- 他科や他の医療機関の処方がポリファーマシーの原因となっていると判断された場合には、患者に処方元の診療科や医療機関で処方見直しを行ってもらうよう伝え、検討内容をお薬手帳に書き込んだり、文書化した上で手渡すようにする。
- 自科の再診予定がある場合には、患者に対して全ての処方薬に関する情報提供を改めて依頼するとともに、処方見直しを行った場合はそれに伴うモニタリング事項を確認するようにする。
- 院外の薬局⁴²から処方見直しの提案を受けた場合は、病院の外来主治医と地域のかかりつけ医は相互に情報共有しながら処方見直しを検討する。

2) 受診目的に応じた対応策

ア) 一般的な受診の場合

- 処方見直しを目的としない一般的な受診であっても、受診前に看護師や事務職員が患者の処方薬を確認し⁴³、ポリファーマシーが疑われる場合⁴⁴には、医師がそのことを明確に認識できるよう工夫する。

イ) 処方見直しを目的とした受診の場合

- 総合診療医、総合内科医、老年内科医などが担当し、処方見直しの必要性を検討する。

⁴⁰外来部門に薬剤師が配置されていないことが一般的であるが、薬剤師が事前に薬についての聞き取りをすることで、外来診療を効率化し、患者の理解と定着も進みやすい場合がある。また、院内外の薬剤師に随時処方見直しの助言を求める仕組みをつくり活用することも考えられる。

⁴¹例外的に、歩行困難やその他の理由により患者の看護にあたっている家族などが代理で受診をする場合には、患者本人が受診する場合と比べポリファーマシーへの対応が難しくなることから、p.14「第2章1.(8)ポリファーマシー対策のデジタル化を進める」で記載したツールなどを補助的に活用することが考えられる。

⁴²患者の処方見直しに対する意向や生活習慣を踏まえた情報提供・処方見直しの提案が期待される。

⁴³電子処方箋の仕組みによる処方情報等の閲覧により確認する方法もある。

⁴⁴例えば、10剤以上の投薬が確認された場合、薬局からの服薬情報提供書でポリファーマシーが疑われる旨の報告がある場合があげられる。

(4) 医療機能による違いを考慮する

- 医療機能の違いにより患者の病状の安定度や、在院日数の長短、職員数などに違いがあるためポリファーマシー対策の実施において考慮すべきである。

(医療機能の違いによるポリファーマシー対策の違い)

- 急性期病院では、入院の原因となった疾患の治療（治療薬）が優先されるが、薬物有害事象を契機に入院する場合もあり、職員体制（診療科の種類、職員数）が充実していることを活かし、入院の原因となった疾患以外に対する薬剤について処方見直しを行う。
- 在院日数が短く処方見直しの経過観察が十分行えない場合は、処方見直しの提案を転院先の医療機関に提供し、転院先の医療機関において処方見直しを実施し、処方見直し後の経過観察を行う方法もある。
- 回復期・慢性期病院では、職員体制などの背景から委員会やカンファレンスの体制構築が困難であることが多いが、薬剤師が中心となって処方見直しの提案を医師に行うことにより、処方見直し後の経過観察を看護師と連携しながら対応できる場合がある。
- 急性期病院と回復期・慢性期病院それぞれのポリファーマシー対策における成果を、地域における取組に継続させるため、地域の医療機関、薬局、介護施設等に対して情報提供を行うことが重要である。

第3章 本書の検討体制

本書は、厚生労働省医薬・生活衛生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業務手順書等の検討・作成一式」(受託会社：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委員会における検討に基づき取りまとめたものである。本書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業務手順書等の検討・作成一式」
調査検討委員会 委員一覧

◎ 秋下 雅弘	一般社団法人日本老年医学会 理事長 東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座 教授
岡本 充子	社会医療法人近森会 統括看護部長
折口 秀樹	独立行政法人地域医療機能推進機構 (JCHO) 九州病院 健康診断部部长
篠永 浩	三豊総合病院 副薬剤部長
濱浦 睦雄	一般社団法人日本病院薬剤師会 理事 蕨市立病院 薬剤部長
○ 平井 みどり	兵庫県赤十字血液センター 所長
松浦 正樹	東北大学病院薬剤部 副薬剤部長
水上 勝義	公益社団法人日本精神神経学会 筑波大学大学院人間総合科学学術院 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
美原 盤	公益財団法人脳血管研究所美原記念病院 院長
◎ 委員長	○ 副委員長
(計 10 名、敬称略、氏名五十音順)	
その他執筆協力者	
末松 文博 (独立行政法人地域医療機能推進機構 (JCHO) 九州病院 薬剤部長)	

目 次

様式 01	高齢者薬物療法適正化委員会規程 P.1 国立長寿医療研究センター
様式 02	ポリファーマシー対策チーム運営要領 P.4 国立長寿医療研究センター
様式 03	持参薬評価テンプレート P.8 東京大学医学部附属病院
様式 04	持参薬評価表 P.10 国立長寿医療研究センター
様式 05	訪問薬剤管理指導報告書 P.12 三豊総合病院
様式 06	服薬情報提供書 P.14 東北大学病院
様式 07	施設間情報提供書 P.16 JCHO 九州病院
様式 08	薬剤管理サマリー P.19 日本病院薬剤師会
様式 09	薬剤管理サマリー P.22 三豊総合病院
様式 10	退院時のお薬について（お薬手帳を用いた情報 提供の例） P.24 JCHO 九州病院
様式 11	介入状況報告書 P.27 三豊総合病院

※： 様式の提供主体を各様式の下部に記載する

国立長寿医療研究センター高齢者薬物療法適正化委員会規程

(目的)

第1条 この規程は、国立長寿医療研究センターの病棟あるいは外来において、ポリファーマシー*に関連する薬物関連問題を適正化し、薬物療法が安全に施行できるようにすることを目的とする。

*ポリファーマシーは、6剤以上など一律の薬剤数で対応する患者を規定するのではなく、厚生労働省 高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)に準じ、「薬物有害事象、服薬アドヒアランス不良、不要な処方、あるいは必要な薬が処方されない、過量・重複投与など薬剤のあらゆる不適正問題を含む概念」とする。

(高齢者薬物療法適正化委員会の設置)

第2条 前条に定める目的を達成するため、高齢者薬物療法適正化委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

- (1) 委員会の委員長は病院長が指名する者とする。
- (2) 委員会は医師6名、看護部2名、薬剤部3名、栄養管理部1名、リハビリテーション科部1名、医療安全推進部1名、在宅医療・地域医療連携推進部1名、医事課1名の14名で構成し、委員は委員長が指名した者とする。委員の任期は1年とするが再任は妨げない。
- (3) 委員長は会務を統括し、会議を主催する。
- (4) 審議内容により委員長が指名する者を参加させることができる。
- (5) 委員会の所掌事務は、以下のとおりとする。
 - 一 ポリファーマシー対策のための調査・研究に関すること。
 - 二 ポリファーマシー対策にかかる以下の必要事項に関すること。
 - ① 服薬状況調査に関する事項
 - ② 薬物有害事象の発生状況の調査
 - ③ その他ポリファーマシー対策等に関すること。
- (6) 委員会は年1回開催することとし、委員長が招集する。ただし、委員長が必要と認める場合は、臨時に開催することができる。
- (7) 委員会は委員の過半数の参加をもって成立する。
- (8) 委員会の庶務は薬剤部が行うものとし、委員会で審議された事項について記録し、保管する。議事録の保管期間は3年とする。

(ポリファーマシー対策チームの設置)

第3条 委員会で決定された方針に基づき、組織横断的にポリファーマシー対策を行う組織として、院内にポリファーマシー対策チームを設置する。

- (1) チームのチームリーダーは委員会の委員長が兼任する。

様式 02

ポリファーマシー対策チーム運営要領

(国立長寿医療研究センター)

・ポリファーマシー患者に対する処方提案

【ポリファーマシー対策チーム運営会議】

年1回 毎年5月3週火曜日

年度で対応した患者数と処方変化及びチーム運営に関する内容を協議する。

【各メンバーの役割】

老年内科

① 総合診療科としての処方に対する包括的なアプローチ

Multimorbid な患者における処方の優先順位の決定、年齢に応じた 処方量の変更、エンドオブライフを見据えた治療方針

② 高齢者総合機能評価（認知機能やフレイルなど）

認知機能やフレイル、サルコペニアの存在による処方の変更

③ 他科との連携に関して

院内他科、院外施設との連携、啓発

④ 退院先（在宅・施設）との連携に関して

退院支援との連携

循環器内科

① 循環器疾患診断の妥当性に関する評価・・・不適切処方薬の中止

② 循環器系薬剤内服による治療意義の判定・・・治療薬の変更や中止

③ 循環器系薬剤内服による治療効果判定・・・無効薬の中止や変更

④ 循環器系薬剤内服による有害事象対応・・・中止や代替薬への変更

リハビリテーション科

① 理学療法：歩行や座位などの身体機能に関する評価、訓練、運動時のバイタルサインの状況把握

② 作業療法：ADL(日常生活動作) の評価、認知機能の障害の程度の把握

③ 言語聴覚療法：嚥下機能の評価と評価に基づく剤形の選択、経口からの服薬に関する摂食嚥下の状況把握

④ 日常生活に必要な動作や認知機能、摂食嚥下における服薬の影響の有無、食事、服薬方法等を含め入院中、退院後の生活スタイルの状況に対する情報提供及び介入

看護師

① 服薬管理の際に問題となる患者の ADL や認知機能に関する情報収集

② 本人や管理者となりうる家族や介護者を含めた生活環境、社会的背景などの情報収集

様式 03

持参薬評価テンプレート

(東京大学医学部附属病院)

本様式は、入院患者の処方適正化に役立てることを目的として、東京大学医学部附属病院の薬剤部、老年病科、企画情報運営部などによるチームで作成し、2016年より運用している。

1. 病棟薬剤師は、持参薬の確認とともに、ポリファーマシーに関するスクリーニング評価を行い、その結果を電子カルテシステムより展開した持参薬評価テンプレートに記載する(紙で運用してもよい)。
2. 入院時に6種類以上(施設により適宜変更)服用しており、かつ7つの評価項目のいずれかに該当する場合は、薬剤調整に関する検討の必要性ありとし、その結果を担当医師と共有する。

詳細は、日本老年薬学会ウェブサイトを参照されたい。

<https://www.jsgp.or.jp/information/document/>

様式 04

持参薬評価表

(国立長寿医療研究センター)

本様式は、入院時持参薬を評価する際のポリファーマシーに関する聞き取りを行うことを目的としている。

本様式は、病院薬剤師が作成し、患者との面談の際に使用する。

様式 05

訪問薬剤管理指導報告書

(三豊総合病院)

本様式は、訪問薬剤管理指導の際に、薬物有害事象等の確認を行うことでポリファーマシー対策を含めた介入を行うことを目的としている。

訪問薬剤管理指導を実施する際、患者及び患者家族と面談する時点から活用することで効率的な介入が可能となる。

様式に記入する基本的な事項は以下の通りであるが、報告書に記載のある各種事項を確認しながら介入することで、薬効や副作用について各種身体症状を通して薬学的評価を行うことが可能となる。

- ・ 訪問の目標、目標達成のために行うべき事項
- ・ 既往歴、現疾患などの疾患にかかる情報
- ・ 併用薬品、薬剤管理状況などの薬剤にかかる情報
- ・ 症状にかかる情報

身体症状については味覚障害や嚥下障害など確認可能な具体的な症状を明記しており、薬物有害事象の有無を考慮しながら確認を行う。ポリファーマシー対策を行う際には多剤服用や重複投与、服薬アドヒアランス低下等への介入のみならず、薬物有害事象や過少医療の回避等を含めた薬物療法の適正化が重要であることから、薬学的視点から各種身体症状を確認することにより、より適切なポリファーマシー対策が期待できる。

介入を行った薬剤師は本様式を用いて主治医及びケアマネジャー、その他関連する医療スタッフへ報告を行う。

なお、身体症状を確認することで、これまで見過ごされていた事項が抽出された場合、その事項に対する薬学的評価を行った上で主治医及びケアマネジャーへ処方提案など含めた報告を行うことが求められる。

※様式記載の評価ツール「フレイルからだチェック」については三豊総合病院のウェブサイトを参照されたい。 <http://mitoyo-hosp.jp/department30.html>

様式 06

服薬情報提供書

(東北大学病院)

本様式は、保険薬局でポリファーマシーが疑われる場合に、処方見直しの提案に使用することを目的としている。

保険薬局の薬剤師が多剤服用等を確認し、重複投与や薬物有害事象の兆候が見られた場合に、本様式を利用して、処方見直しを主治医に提案したり、医療機関の医師または薬剤師へ情報提供する。

なお、保険薬局で薬剤師による薬学的管理や患者聞き取りによる把握が可能な多剤服用による重複投与や薬物有害事象に関する部分に特化しており、報告書を医師等が確認した際に課題の把握が容易となるようにしている。

様式 07

施設間情報提供書

(JCHO 九州病院)

本様式は、多職種でのカンファレンスにおいて処方見直しを行った理由など薬に関する患者情報を退院後に繋げ、その後のフォローアップの継続を他施設に依頼することを目的としている。

退院時の情報提供書作成を短時間で出来るよう、初回面談のテンプレート作成や全病棟の記録入力項目の統一などもあらかじめ行った上、入院時から情報提供書の項目を入力している。

様式に記入する基本的な事項は以下の通りであるが、必要な事項があれば追加する。特にカンファレンスで検討された今後の処方見直し案などがあれば記載する。

- ・退院時処方
- ・入院中に処方中止・追加・変更された理由および経緯
- ・退院後の服薬上の注意点
- ・アレルギーの有無
- ・副作用の経験の有無
- ・調剤上の工夫（一包化、別包、粉碎の有無など）
- ・その他（特筆すべきもの）

本様式は、病棟担当薬剤師が作成し、かかりつけ医や転院先医療機関、かかりつけの薬局・薬剤師宛に提供している。

九州病院では、かかりつけ医や転院先医療機関に対して、決して押し付けにならないよう「今後の処方見直し案も含めてご検討をお願いします」というような丁寧な書き方を意識している。

▲▲

御中

★3. アセトアミノフェン中止

術後は継続していましたが、疼痛軽減しており終了となりました。

【退院時内服薬】

リナクロチド錠 0.25mg 1回1錠(1日1錠)
1日1回:朝食前

エソメプラゾールカプセル 20mg 1回1C(1日1C)
1日1回:朝食後

バルプロ酸徐放顆粒 1回600mg(成分量として)(1日600mg)

トラゾドン錠 25mg 1回1.5錠(1日1.5錠)

オランザピン錠 2.5mg 1回1錠(1日1錠)

オランザピンザイデイス錠 5mg 1回1錠(1日1錠)
1日1回:夕食後

入院中、せん妄・興奮状態が続き、心療内科より薬剤追加されています。
誠に勝手ながら、入院中は上記処方内容で継続させて頂きました。
今後、在宅へ戻られた際には、再度ご検討頂けますと幸いです。



処方変更・減薬した理由

禁忌薬剤

なし

アレルギー歴

湿布でかぶれあり

副作用歴

薬剤性パーキンソン(原因薬剤不明)

上記項目発生時経緯

なし

薬歴情報

なし

調剤上の留意点(粉碎・別包 等)

特になし

服薬状況

【管理者】家族(入院中は看護師管理)

経過

不穏時:リスペリドン錠 0.5mg、不眠時:クエチアピン錠 12.5mg

特記事項(TDM、検査値、服薬指導時注意事項 等)

当院退院時点の情報をかかりつけの薬局(××薬局)へ提供しています。

※記載内容等で不明な点がございましたら、上記情報提供施設までご連絡下さい。

薬 剤 管 理 サ マ リ ー

▲▲
御中
○○ ○○

様の退院時処方・薬学的管理事項について連絡申し上げます。

生年月日	xxxx/xx/xx	歳	xx	性別	男	身長	xxx cm	体重	xx kg	
入院期間	xxxx/xx/xx	～	xxxx/xx/xx	日間	xx	担当医	◆◆医師			

基本情報	禁忌薬	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	該当薬剤						発現時の状況等 (検査値動向含む)	
	アレルギー歴	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり								
	副作用歴	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり								
	腎機能	Scr	xx	mg/dL	eGFR	xx	ml/min/1.73m ²	体表面積 (DuBois式)	x.xx	m ²	
	その他必要な検査情報										
	入院中の服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 1日配薬 <input checked="" type="checkbox"/> 1回配薬 <input type="checkbox"/> その他 ()									← 入院中の服薬管理
	投与経路	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 (経鼻・胃瘻・食道瘻・腸瘻)									
	調剤方法	<input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 一包装 <input checked="" type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input checked="" type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他									← 服薬状況
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 忘れる <input type="checkbox"/> 拒薬あり <input type="checkbox"/> その他									← 服薬状況
	退院後の薬剤管理方法	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()									← 退院後の薬剤管理方法
一般用医薬品・健康食品等	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()										

<input type="checkbox"/> 別紙あり 処方医療機関: xx医院 レボドパ・カルビドパ100mg配合錠 (1日8錠) 1日5回 1回1錠 7時, 1回2錠 10時,14時,18時, 1回1錠 22時 エンカボン錠1mg 1回1錠 (1日4錠) 入院時持参薬 1日4回 7時,10時,14時,18時 ロキサチジン75mg 1回1Cap (1日1Cap) 1日1回 22時 タムスロシンOD錠0.1mg 1回2錠 (1日2錠) 1日1回 朝食後 ソニサド錠25mg 1回1錠 (1日1錠) 1日1回 朝食後 フラミベキソール徐放錠0.375mg 1回4錠(1日4錠)1日1回 朝食後 バルサルタン錠80mg 1回2錠 (1日2錠) 1日1回 朝食後 エソメプラーソールカプセル20mg 1回1Cap(1日1Cap)1日1回 朝食後 プロムヘキシシンシロップ0.08% 1回5 mL (1日15mL) 1日3回 毎食後 酸化マグネシウム錠330mg 1回2錠(1日4錠)1日2回 朝食後と18時 プロチゾラム錠0.25mg 1回1錠(1日1錠)1日1回 寝る前 (1錠追加可)	<input type="checkbox"/> 別紙あり 退院処方に薬情添付 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり レボドパ・カルビドパ100mg配合錠 1回1錠 7時 1回2錠 10時 1回2錠 14時 1回2錠 18時 (1日7錠) 1日4回 エンカボン錠1mg 1回1錠 (1日4錠) 退院時処方 1日4回 7時,10時,14時,18時 タムスロシンOD錠0.1mg 1回2錠(1日2錠)1日1回 7時 フラミベキソール錠0.5mg 1回1錠(1日3錠) 1日3回 7時,14時,18時 プロムヘキシシンシロップ0.08% 1回5 mL (1日15mL) 1日3回 7時,14時,18時 酸化マグネシウム錠330mg 1回2錠(1日4錠)1日2回 7時,18時 ソルビデム錠5mg 1回1錠 (1日1錠) 1日1回 22時
---	---

※患者情報で伝達が必要と思う内容を記載すること (問題点、薬剤の評価、医師の処方意図等/入院中の薬剤の追加、減量、中止で伝えたい内容)

自宅で意識の変容があった頃から、家族が各薬剤を粉碎し水に混ぜて内服させていたため、フラミベキソールを粉碎して内服していたことで血中濃度が急激に上昇し意識状態が悪化したと考えられました。また、入院中は経鼻胃管を挿入したので薬剤はすべて散剤とし、フラミベキソール徐放錠は粉碎可能な同成分のフラミベキソール錠へ変更、投与回数も増やしています。

血圧は90-100/60-70mmHgであったため、バルサルタン錠は中止しています。

H2プロトンポンプ阻害薬とPPIが併用されていましたが、レボドパ・カルビドパ配合錠が酸性条件下で吸収が高まること、病歴からも既往歴はなく、現状では胃薬は必要ないと診断されたことから両剤とも中止しています。

睡眠薬については、ご本人や家族の強い希望があり、レム睡眠行動障害がないことから継続していますが、非ベンゾジアゼピン系のソルビデムへ変更しています。

タムスロシン、プロムヘキシシンについても減薬を試みましたが、水に混ぜて内服できる剤形であり、疾患治療の必要性和家族の希望から継続しています。

生活習慣や食事の変化によって血圧も変動すると思われるほか、胃部不快感・不眠の訴えなど、中止した薬剤による影響がないか、フォローアップをお願いいたします。

薬剤の評価、医師の処方意図、入院中の薬剤の追加、減量、中止の理由等

投与方法に注意を要する薬剤 なし あり

※下記には現在の処方内容のうち、投与方法が特殊な薬剤 (例: 連日服用しない薬剤、投与間隔が決められている薬剤等) や維持量まで増量が必要な薬剤 (例: ドナベジル、ラモトリギン等) を記載しています。且院における薬物療法の情報も記載して下さい。

レボドパ・カルビドパ配合錠は酸化マグネシウム錠と同じカップで溶解すると黒く変色し、作用が减弱しますので、別々に溶解し、服用させるタイミングをずらすように家族へ情報提供しています。また、モニタリング項目として、内服できず薬剤が口腔内にとどまることで舌が黒く変色していないかを患者の全身状態とともに確認するようお願いいたします。

服用日や服用間隔等の注意事項を記載

様式 09

薬剤管理サマリー

(三豊総合病院)

本様式は、日本病院薬剤師会が推奨する「薬剤管理サマリー」を参考に処方薬剤数、入院中の薬剤追加・中止情報、退院後の主な注意点、服薬管理に関する注意点などの項目を設けたもので、ポリファーマシー対応を含めた退院後のシームレスな薬剤関連情報を共有することを目的としている。

本様式は、退院が決まった段階で、退院時指導用の情報提供用紙やお薬手帳貼付用の情報提供用紙の作成と同じタイミングで病棟担当薬剤師を中心に作成を開始する。

様式に記入する事項は以下の通りである。

- ・ 薬剤の管理状況や副作用歴・アレルギー歴
- ・ 調剤上の工夫（一包化、別包、粉碎の有無など）
- ・ 投与経路
- ・ 入院時持参薬
- ・ 退院時処方の内容
- ・ 入院中の経過
- ・ ポリファーマシー対応等により追加・中止となった薬剤情報
- ・ 退院後に注意を要する事項
- ・ 服薬管理に関する注意点など

ポリファーマシーに関するチェックボックス（次頁における「ポリファーマシーに関するチェックボックス」参照）を設けることで、受け手側もポリファーマシーを意識した介入が行える。

本様式は、病棟担当薬剤師が作成し、かかりつけの薬局の薬剤師及び転院・転所先の医療スタッフに対し情報提供を行う。

運用上の留意点としては、処方薬剤数を記載する欄を設けており、作成側もポリファーマシーを意識した作成を行うこと。また、ポリファーマシーに関する対応・検討内容を共有するため、ポリファーマシーに関するチェックボックス及び追加・中止となった薬剤情報の記載欄、詳細な内容を記載するための入院中の経過欄を設けている。

様式 10

退院時のお薬について（お薬手帳を用いた情報提供の例）

（JCHO 九州病院）

本様式は、A4 サイズの文書を縮小して印刷した上でお薬手帳に貼り付けるものであり、全ての病棟を対象に入院中の薬に関する患者情報を退院後に繋げ、その後のフォローアップの継続を他施設に依頼することを目的としている。

様式の作成は入院時から始められ、記入する基本的な事項は以下の通りである。

- ・退院時処方
- ・入院中に処方中止・追加・変更された理由および経緯
- ・退院後の服薬上の注意点
- ・アレルギーの有無
- ・副作用の経験の有無
- ・調剤上の工夫（一包化、別包、粉碎の有無など）
- ・その他（特筆すべきもの）

上記は地域の薬剤師会と共同でアンケートを実施し、保険薬局薬剤師と九州病院薬剤師の両者が80%以上必要と回答した項目である。

本様式は、病棟担当薬剤師が作成し、お薬手帳に貼り付けて患者に提供する。その後、患者がかかりつけ医や転院先医療機関、かかりつけの薬局・薬剤師などの医療従事者および介護者に対してお薬手帳を提示する。

退院時のお薬について

xxxx/xx/xx

〇〇 〇〇 様
〇〇科

(xxxxxxxx)
〇階〇病棟

退院日 : xxxx/xx/xx
薬剤師名 : xx xx
医師名 : ◆◆◆◆

退院後の服薬上の注意点

酸化マグネシウムは排便状況に応じて調節ください。

別紙参照

アレルギーの有無

アレルギーの有無

有 無

薬剤副作用の経験の有無

副作用の有無

有 無

調剤上の工夫

一包化 (酸化マグネシウム、血糖降下薬は別包)

調剤上の工夫 (一包化、別包、粉剤の有無など)

その他 (特記すべき事項)

加ウム
[mmol/L]
20xx/xx/x 4.9↑
20xx/xx/xx 4.4

その他(特記すべきこと)

独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院 XXX-XXX-XXXX

〒806-8501 福岡県北九州市八幡西区岸の浦1丁目8-1

※各論編・事例4を参考に作成(85歳女性、在宅医療)

FAX: 三豊総合病院薬剤部 XXXX-XX-XXXX

保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師

三豊総合病院 御中

報告日 __XX__年 __XX__月 __XX__日

返書(介入状況報告書)

診療科	■■	科	■■	保険薬局 名称・所在地	■■■薬局〇〇店		
医師名	〇〇	先生御侍史	×	××市〇〇町 2-1-12			
院内担当薬剤師				電話番号	xxx-xxx-xxxx	FAX番号	xxx-xxx-xxxx
患者ID	XX-XXXX-X		電話番号	xxx-xxx-xxxx	FAX番号	xxx-xxx-xxxx	
患者名	△△ △△		担当薬剤師	●● 印			
入院日	退院日	この情報を伝えることに対して患者様の同意を <input checked="" type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない					
XX/XX	XX/XX	<input type="checkbox"/> 患者様は医師への報告を拒否していますが、治療上重要だと考えられるので報告します。					

退院時に情報提供が必要と判断した患者様です。細やかなフォローアップお願い致します。

【管理者、調剤形態、生活環境に変更がありましたら、お知らせください。】

変更なし 変更あり (腰痛のため、外出ができなくなった)

◆ 退院時の定期内服数 7 剤 現在の定期内服数 2 剤 (頓服・貼付剤・服用日数4週未満は除く)

【退院後から現在の服用状況について確認をお願い致します。(複数選択可)】

薬の飲み忘れがあった 薬の使用方法に関して気に留めていない
 具合の良いときに、薬を休んでしまった 薬を飲んで具合が悪くなり、服用をやめた
 問題なし

【評価・対応】

副作用モニタリング 処方変更に伴う薬学的評価 薬剤投与方法 プレイル/低栄養
 生活環境 飲み忘れ 誤薬 残数ばらつき 自己調剤
 身体機能の低下 認知機能の低下 薬への不安 生活習慣 ポリファーマシー

上記項目について、以下の様に評価・対応しました。

問題なし 問題あり 追加対応 (食欲低下があり、グリメピリド及びビドネベジル等を中止しています)

【身体所見】可能な範囲で記入をお願いします。

体重 XX kg 血圧100-110/50-60mmHG 脈拍 XX /分

【報告および提案事項】

薬は90歳の夫が管理していましたが、本人が腰痛のため外出できなくなってからも外来時の処方薬を長期継続されていました。定期的な通院することが困難になったため、かかりつけ医が訪問診療を開始し、食欲が低下していること、低血糖状態を生じていることが明らかとなり、グリメピリド及び食欲を低下させる恐れのあるビドネベジルを中止しています。また、血圧も100-110/50-60mmHg程度に低下したため、アムロジピンを中止。慢性腎臓病を有していることから、高マグネシウム血症を起こしやすいため、酸化マグネシウムを中止し、便秘が続くときにセンソシドを頓用することとしています。夕食後からうとうとして就寝前にプロチゾラムを飲み忘れることが多いことも判明したため、プロチゾラムも中止しています。

退院後の定期服用内服数を記載

退院後の服薬アドヒアランスを確認

退院時に注意喚起を行った事項(ポリファーマシー対策等)の評価と対応を記載

ポリファーマシーに関するチェックボックス

各種評価や対策に基づいた処方提案内容等を記載

- 患者の問題点は解決しましたので、介入・報告を終了します。
- 患者の問題点に対し、今後も引き続き介入・報告をしていきます。