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。

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

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。

目　　次

第１章　ポリファーマシー対策の始め方 1

１．　ポリファーマシー対策を始める前に 1
（１）　院内の現状を把握する 1
（２）　院内の理解を深める 2
（３）　院外関係施設の理解を得る 2

２．　身近なところから始める方法 3
（１）　担当者を決める 3
（２）　小規模から始める 3
（３）　対象患者は対応可能な範囲で決める 4
（４）　既にある仕組みやツールを活用する 4

３．　ポリファーマシー対策を始める際の課題と対応策 6
（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」 6
（２）　「多職種連携が十分でない」 6
（３）　「お薬手帳がうまく活用されていない」 7
（４）　「ポリファーマシーであるかを判断することが難しい」 7
（５）　「医師が自科以外の処方薬を調整することが難しい」 8
（６）　「病態全体をとらえることが難しい」 8
（７）　「見直し後の処方内容をかかりつけ医へフィードバックする体制が構築されていない」 9
（８）　「患者の理解が得られない」 9

第２章　ポリファーマシー対策の進め方 10

１．　ポリファーマシー対策の体制づくり 10
（１）　ポリファーマシーの概念を確認する 10
（２）　ポリファーマシー対策の目的を確認する 10
（３）　資料を取りそろえる 10
（４）　運営規程をつくる 11
（５）　人員体制をつくる 11
（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 12
（７）　ポリファーマシー対策の成果をモニタリングする 14
（８）　ポリファーマシー対策のデジタル化を進める 14

（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

第１章　ポリファーマシー対策の始め方

１．ポリファーマシー対策を始める前に

一律の剤数／種類数のみに着目するのではなく、安全性の確保等からみた処方内容の適正化が求められることを理解し、ポリファーマシー対策に取組む必要がある。

- 薬剤によっては、急な中止により離脱症状が発現したり、罹患疾患を悪化させる場合もある。薬物療法の適正化のためのフローチャート（→**総論編 p.9 図 4-2**）や薬剤ごとの「高齢者で汎用される薬剤の基本的な留意点」（→**総論編 p.19 以降別表 1**・**各論編 p.33 以降別表 1** を参照）を十分考慮する。
- 処方・剤形の工夫（→**総論編 p.16 表３** を参照）・非薬物的対応（→**各論編 p.5** を参照）・服薬アドヒアランスの改善（→**各論編 p.8** を参照）などが可能かどうか、逆に過少医療が疑われる場合は処方追加も含め、検討する。

（１）院内の現状を把握する

ポリファーマシー対策を始める前に、対象患者数の把握や職員の意識調査を行うと、介入対象を絞り込みやすくなり、対策導入後のアウトカム評価も行いやすくなる。

- 現場の職員がポリファーマシーや多剤服用に関して実際に困っていることを把握することが、対策に取組むモチベーションの向上やアウトカム評価につながることもある。

⇒導入前に把握する事項については、p.14「**第２章１．（７）ポリファーマシー対策の成果をモニタリングする**」を参照

表１　ポリファーマシーに関して現場で困っていることの例

・入院時の持参薬に実際には服用していない薬剤が含まれている
・服用薬剤数が多く、看護師による服用方法の説明・管理が難しい
・ポリファーマシーに関連してせん妄や転倒が発生する

（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

2．身近なところから始める方法

（1） 担当者を決める

担当者を明確にすると、情報が一元的に集まり効率的に業務を行える。

- 担当窓口となる医師や薬剤師を配置して情報を集約しつつ、業務が集中しないよう、担当者のチーム内でコミュニケーションを取りながら進める。

（2） 小規模から始める

ポリファーマシー対策に関心のある仲間で小規模に取組をはじめると、活動やモチベーションを維持しやすい。

- 研修会でポリファーマシーをテーマに取り上げるなど、職員の学びの機会を増やし、ポリファーマシー対策への理解が深まることで協力する意識が高められ、仲間をつくりやすくなる。

⇒学びの機会を増やす方法については、**p.2「第１章１.（２）院内の理解を深める」**、**p.25「第２章２.（３）職員への啓発活動を行う」**を参照

- 事前の意識調査に基づいて各部門から関心の高い職員を推薦してもらうとよい。
- 主治医[1]が病棟薬剤師、看護師と連携の上、処方見直しを検討する方法もある。

⇒主治医を中心として小規模で処方見直しを検討する方法については、**p.16「第２章２.（１）図２」**、**p.18「第２章２.（１）4)」**を参照

[1]本文中の「主治医」については、断りがな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。

（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

・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。

表３　病棟横断的な専門医療チームの例

・栄養サポートチーム（NST）	・緩和ケアチーム
・皮膚・排泄ケアチーム	・認知症ケアチーム
・褥瘡対策チーム	・せん妄対策チーム

表４　既存ツールへのポリファーマシー対策の取り入れ方

職種	ツール	活用方策
医師・歯科医師	診療情報提供書	・処方見直し内容やその理由の記載欄を加える。 ・薬剤師が薬剤等に関するサマリーを記載できる欄を設ける。
薬剤部等の薬剤師	入院時持参薬の記録様式	ポリファーマシーが疑われる旨のチェック欄とその判断理由の記載欄を加える。
	薬剤管理サマリー[3]	処方見直し内容やその理由を記載する。
	お薬手帳	処方見直し内容やその理由を記載する。
	診療情報提供書	薬剤師が薬剤等に関するサマリーを記載できる欄に処方見直し内容やその理由を記載する。
看護師	看護サマリー	処方見直し内容やその理由の記載欄を加える。
事務職員等	電子カルテ	電子カルテをカスタマイズし、ポリファーマシー対策の視点を取り入れる。 (例) PIMs に該当する薬剤の処方時に警告メッセージが出るようにする。
薬局薬剤師	服薬情報提供書	患者の意向、処方見直し案やその理由の記載欄を加え、記載してもらうようにする。

[3]日本病院薬剤師会作成の薬剤管理サマリー等

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ー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。

（３）「お薬手帳がうまく活用されていない」

・お薬手帳の活用については、表５に挙げる課題と対応策のほか、**各論編 p.8** に挙げるお薬手帳の活用方法や留意点も考慮すべきである。

表５　お薬手帳がうまく活用されていない課題とその対応策や活用方法

課題		課題への対応策	活用方法
患者側	・持参しない ・１冊にまとめていない	・日頃から患者教育[7]を行う ・啓発パンフレットの配布・活用	体調変化や一般用医薬品等についても記載する
医師・薬剤師側	患者がお薬手帳を持参しているか確認漏れがある	入院時・外来来院時のチェックリストにお薬手帳を含める	検査値、処方変更の理由なども記載する

・今後、オンライン資格確認等システムや電子版お薬手帳などにより薬剤情報を電子的・一元的に管理する方法の活用も期待される。

（４）「ポリファーマシーであるかを判断することが難しい」

・ポリファーマシーが疑われる状態であるか、スクリーニング方法を活用しながら判断する。

⇒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

[7]受診の際にお薬手帳を必ず携帯することや１冊にまとめて管理することなど、有効な活用方法について指導する。

（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

• 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。

（7） 「見直し後の処方内容をかかりつけ医[9]へフィードバックする体制が構築されていない」

・院内の医師と医師会との関係性なども総合的に活用して、地域医師会に対しポリファーマシー対策の啓発活動を行うなど、日頃から円滑な関係性を築いておく。

⇒地域への情報提供内容については、**p.8**「**表６**」を参照

・病院は、かかりつけ医だけでなく、かかりつけの薬剤師・薬局にも薬剤管理サマリーなどで情報提供を行い、見直し後の処方が維持されていることを確認・報告してもらえる連携を構築できるとよい。

⇒地域との連携体制づくりについては、**p.12**「**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

（8） 「患者の理解が得られない」

⇒患者への説明や理解を得る方法については、**p.20**「**第２章２.（１）５）ウ）患者・家族の意向を確認する**」を参照

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

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

・「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）
※特に慎重な投与を要する薬物(PIMs)リスト、開始を考慮するべき薬物のリストも掲載されている

（4） 運営規程をつくる

- ポリファーマシー対策チームが独立していること[10]が望ましいが、医療安全のための委員会など他の組織がその機能を担うことも可能である。

⇒設置規程の例については、「様式事例集①、②」を参照

（5） 人員体制をつくる

- 多職種連携における各職種の役割[11]（→**各論編 p.7** を参照）や目的を決めることで、効率的・効果的な運営を行う。
- 中小病院など人員的な制約がある場合、主治医[12]、薬剤師、看護師など最小限のメンバー構成としたり、既存の医療チーム活動にポリファーマシーの視点を加えるなど柔軟に検討する。
- 特に薬剤師は、ポリファーマシーの取組の主体となり、カンファレンスにおいて医師等との調整などにかかわっていくことが期待される。
- カンファレンスの準備、調整、司会進行、議事録作成などの事務局機能については、医療職種以外の事務職員が担うことでもよい。

⇒既存チーム活動への視点の加え方については、**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

[10]ポリファーマシー対策チームは病院組織上の設置義務がある組織ではないが、対策を進めていく上で、委員会を設置し活動の成果を報告することを通じて、院内の理解を深めることにもつながるため、院内組織に位置づけられるとよい。

[11]情報収集、対象患者の抽出、カンファレンスの司会進行、議事録作成、電子カルテへの記録など、専門性を要しない業務は持ち回りで行うことで継続的な運営やチームのモチベーション向上にもつながる。

[12]本文中の「主治医」については、断りがな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。

（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。

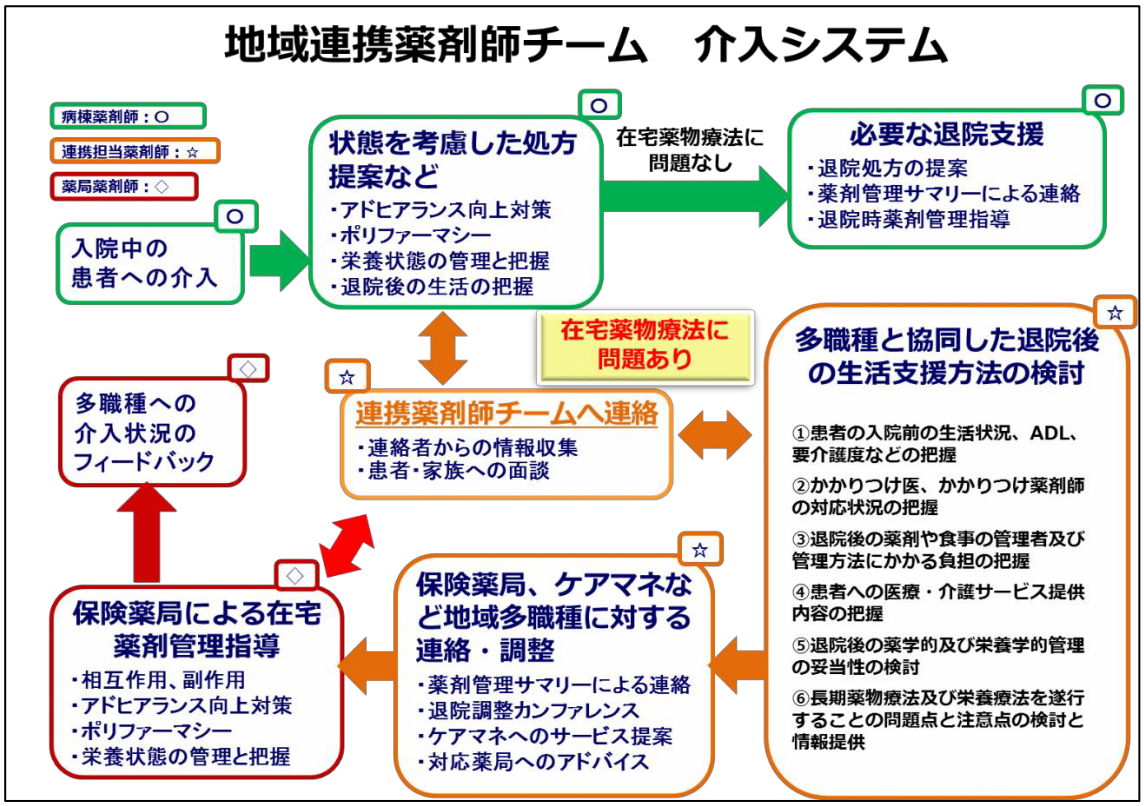
[14]介護施設との連携として、老人保健施設を利用する高齢者へのサポートを目的として、老人保健施設と連携している薬局と連携してポリファーマシー対策を進めることも考えられる。

[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。

図１　地域連携を担当する薬剤師によりポリファーマシー対策への協力体制を構築している例



（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の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

• 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を扱うことから、院外関係者へ情報提供を行う際等には、「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

や「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン[20]」を踏まえ、必要な対応をとる。

（9） 費用について考慮する

- 要する費用は人件費が主であるが、電子カルテをカスタマイズする場合[21]にはその費用も見込む。
- 診療報酬上の評価による収益や薬剤購入費の減少による利益とポリファーマシー対策にかかる人件費[22]との差額を示すことができると費用面に関する院内の理解が得やすくなる。

[20]ガイドライン（第 5.1 版）：https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/000730541.pdf

[21]電子カルテシステムのカスタマイズにかかる費用としては、初期費用、一定期間あたりの運用費用、メンテナンス費用などが挙げられる。

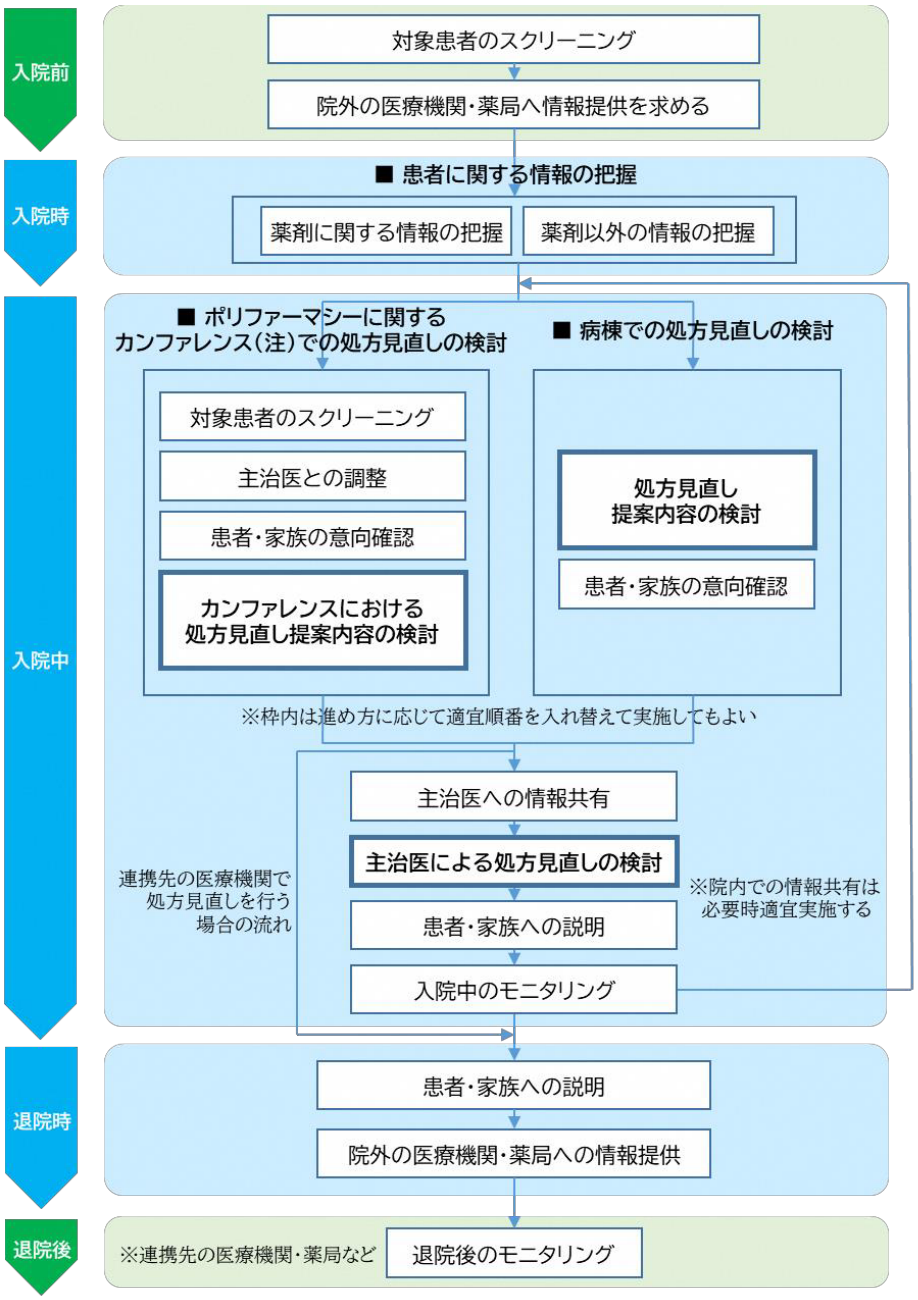
[22]ポリファーマシー対策の業務に費やす時間としては、病棟薬剤師１人あたり１日１時間かかるとの報告がある。

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、断りがな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。

1）入院患者への対応方針を考える

・病院の人員体制や緊急性などに応じて、主治医を中心とした日常のチーム医療の中で処方見直しを行う[24]か、ポリファーマシーに関するカンファレンスで処方見直しを行うかが分かれる。

2）入院前

ア）対象患者をスクリーニングする

・予定入院患者については、地域連携室や入退院支援部門を通じて事前に情報を把握し、ポリファーマシー対策の対象患者のスクリーニングを入院前に行っておくことが望ましい[25]。

⇒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

イ）入院前の医療機関等へ情報提供を求める

・入院時に把握すべき患者情報について、必要に応じて入院前の医療機関・薬局に対し情報提供を求める。

⇒把握すべき患者情報については、**p.17「第２章２.（１）３）ア）イ)**」を参照

3）入院時

ア）薬剤に関する情報（持参薬や服用薬の確認、薬剤管理の状況）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。その際、薬物有害事象や PIMs が疑われる場合には、持参薬の院内の採用状況を確認の上、薬剤師による代替薬の案を記載することが望ましい。

---

[24]一般に、高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編・各論編）に記載のある典型的な症例などのポリファーマシー対策は主治医・担当薬剤師を中心としたチーム医療での対応が期待されるが、複雑な症例についてはポリファーマシーチームへのコンサルトやカンファレンスでの検討が必要になることが多い。

[25]こうした業務を効率的に実施するためには、入退院部門へ薬剤師を配置する方法も推奨される。

表９　薬剤に関して把握すべき情報の例

- 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）

- 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。

5）入院中（ポリファーマシーに関するカンファレンスでの処方見直しの検討）

ア）処方見直し対象患者をスクリーニングする

・入院前・入院時に把握した情報に基づき、対象患者のスクリーニングを行う[27]。

表 11　スクリーニング条件の例

（定量的条件）
- 直近１週間以内に特定の病棟に入院した一定の年齢（例：75 歳）以上
- 自院他院問わず、入院前に内服を開始して一定の期間（例：４週間）以上経過した内服薬が一定の種類数（例：６種類）以上処方されている[28]
  ※薬剤種類数は目的に応じて 10 種類以上などに限定してもよい。
- 一定の日数（例：10 日）以上入院する予定がある
- 一定の診療科数（例：２科）以上の診療科、または一定の医療機関数（例：２医療機関）以上の医療機関を受診している
- PIMs を服用している

（定性的条件）
- 患者や家族が処方見直しを希望している
- 入院前の医療機関から処方見直しに関する依頼がある

イ）主治医[29]と調整する

・主治医に対し、カンファレンスで担当患者を対象とすることや処方見直し内容について相談し同意を得る。

・かかりつけ医[29]に対しても事前に処方意図を確認し、処方見直しに対する理解を得ることが望ましい。難しい場合は、主治医と相談して、もしくは主治医の判断により処

[27]スクリーニングは薬剤師が行うことが望ましいが、事務職員などがスクリーニングを行う場合は、判断基準を客観的に規定しておく。

[28]服用薬剤数など単一の指標だけでは限定的なスクリーニングに留まることから、効率的・効果的に抽出するために「東大方式持参薬評価テンプレート」などを活用するとよい。

[29]本文中の「主治医」については、断りがな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。

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）

表 12　ポリファーマシーに関するカンファレンスの主な流れ

（新たに処方見直しを行う患者に関する検討事項）
- 処方内容、患者情報に関するプレゼンテーション
- 患者に関する各職種からの情報提供
- 処方見直し素案の検討
- 主治医へ提案する処方見直し案の決定
- 経過観察すべきモニタリング事項を決める（病棟看護師など関係職種はこの内容に基づきモニタリングする）

（過去に処方見直しを行った患者に関する検討事項）
- 一定期間前（例：一週間前）に処方見直しを行った患者のモニタリング

⇒処方見直しのモニタリング方法については、**p.14「第２章１.（７）ポリファーマシー対策の成果をモニタリングする」**を参照

- 急性期病院では在院日数が短いため、自院では処方見直し案の検討までを行い、転院先の医療機関に対して処方見直し案とその理由を記載して処方見直しの検討を依頼することも考えられる。

６）入院中（処方見直し案の提案後の対応）

ア）主治医へ情報共有する

- 処方見直し案は主治医に直接報告したり、電子カルテの掲示板機能や直接電子メール等で連絡する。病棟薬剤師や担当看護師などからの情報共有でもよい。

イ）処方見直しの実施を検討する

- 主治医が提案を受けて処方見直しをするかどうか決定する。

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。

イ）退院時の院外関係施設へ情報提供する

- かかりつけ医や転院先の医療機関、かかりつけの薬剤師・薬局に対し、既存のツール（→**p.5 第１章２.（４）表４既存ツールへのポリファーマシー対策の取り入れ方**を参照）や退院時カンファレンス[37]などを活用し、処方見直しに関する情報提供を行う[38]。（→**各論編 p.54 別表３**を参照）
- 継続的な医療・介護を提供する目的で、移行する療養環境先に応じて求められる処方見直しに関する情報を関係者に共有する。（→**各論編各章**を参照）

ウ）退院後にモニタリングする

- かかりつけ医や転院先の医療機関、かかりつけの薬剤師・薬局は、処方見直し後のモニタリング事項についてフォローアップを継続する[39]。

[37]WEB 会議システムを利用すると、院外の多職種も参加しやすくなることがある。ただし医療情報を扱うことになることから、p.14 のセキュリティに関する事項を踏まえる必要がある。

[38]情報提供を行うことにより、1)患者が次に利用する医療機関において情報不足により処方が元に戻ることは回避できる、2)次に利用する医療機関が処方見直しを行う際の情報収集作業や検討をし直す手間を省くことができる、3)次に利用する医療機関が患者の処方見直し後のモニタリングを適切に行うことができる、などの効果がある。また、院内で検討した処方見直し案を転院先へ申し送る場合も含まれる。

[39]例えば、薬局が処方医療機関に対し、服薬情報提供書などを活用して処方見直し後のモニタリング事項について情報提供する。また、服薬支援のための情報端末などを活用し、自宅での服薬状況を把握する。

（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。

ウ）処方見直し後のフォローアップを目的とした受診の場合

・診察時に経過観察事項を確認し、処方が元に戻った場合にはその理由が何か、現時点で処方見直しを行う薬剤はないかを確認する。

（３） 職員への啓発活動を行う

・各職場内の勉強会[45]などで取り上げてポリファーマシー対策の必要性を理解してもらうほか、医療安全研修など院内全体の研修の機会に取り上げ、受講後のアンケート調査を介して職員の意識調査や潜在的なポリファーマシー対策の必要性を検討する機会にもなる。

表１３　ポリファーマシー研修で取り上げる内容の例[46]

・ポリファーマシーの概念や多剤服用の現状（→**総論編 p.2**、**各論編 p.2** を参照）
・薬剤起因性老年症候群について（→**総論編 p.10** を参照）
・患者の意思を尊重することの重要性（→**各論編 p.27** を参照）
・多職種の役割、連携について（→**総論編 p.16**、**各論編 p.7** を参照）
・経営的な観点（医療費に占める薬剤費の割合、診療報酬上の評価）

（啓発活動の方法）

・研修会[47]、症例報告を含めたスライドでの啓発活動や、啓発資料の院内掲示板への掲示などを少なくとも年に１回の頻度で行う[48]。これらは院内への啓発活動となるだけでなく、ポリファーマシー対策チームの活動のアウトカム評価にもなる。

---

[45]例えば、薬剤部であれば薬剤部長等の役職者からポリファーマシー対応の重要性を部員に啓発すると効果的である。

[46]施設の状況に応じて、院長がポリファーマシー対策を推進していることや地域でのポリファーマシー対策の取組状況についても含めるとよい。

[47]研修会を行う場合には、ポリファーマシーの総論と、対策などの各論会に分け、ｅラーニングでいつでも繰り返し受講できるようにできるとよい。

[48]経営者・管理者にも研修会への出席を求め、ポリファーマシー対策への理解を得るよう努める。

（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。

３．様式事例集

・ポリファーマシー対策で使用する様式の例として、別紙の様式事例集に以下を示す。

〇規程の作成

①高齢者薬物療法適正化委員会規程（国立長寿医療研究センター）

②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）

〇ポリファーマシーが疑われる患者の抽出

③持参薬評価テンプレート（東京大学医学部附属病院）

④持参薬評価表（国立長寿医療研究センター）

⑤訪問薬剤管理指導報告書（三豊総合病院）

⑥服薬情報提供書（東北大学病院）

〇処方見直し結果の情報提供

⑦施設間情報提供書（JCHO 九州病院）

⑧薬剤管理サマリー（日本病院薬剤師会）

⑨薬剤管理サマリー（三豊総合病院）

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）

〇処方見直し後の状況把握

⑪介入状況報告書（三豊総合病院）

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　健康診断部部長
	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）

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

様式事例集

令和３年３月

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

様式 01

高齢者薬物療法適正化委員会規程

（国立長寿医療研究センター）

令和２年７月１日規程第１５８号

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。

（２）チームメンバーは、老年内科部、循環器内科部、整形外科部、リハビリテーション科部、代謝内科部、看護部、薬剤部、管理栄養部の中から委員長が指名した者で構成する。
（３）ポリファーマシー対策チームカンファレンスは、原則として第４週を除き、週１回の定例会とする。ただし、必要に応じ、臨時ポリファーマシー対策チームカンファレンスを開催することができる。
（４）ポリファーマシー対策チームの所掌事務は以下のとおりとする。
一　病院のポリファーマシーに関する情報収集。
二　ポリファーマシー対策等の対策立案と実施の推進に関すること。
三　ポリファーマシー対策のための患者及び職員への啓発と教育の推進に関すること。
四　ポリファーマシー症例に対する対応の提言等に関すること。
五　その他、チームリーダーが必要と認める事項に関すること。
六　その他、委員会が必要と認める事項に関すること。

（５）ポリファーマシー対策チームカンファレンスの開催連絡、記録及びその他の庶務は、薬剤部が行う。

附　則　　この規程は、令和２年７月１日から施行する。

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）

ポリファーマシー対策チーム運営要領

【目的】
ポリファーマシー対策チームは院内の薬物療法適正化、特にポリファーマシーに関して情報収集・監視・教育・指導および介入の役割を担う。

【構成】
ポリファーマシー対策チームは、老年内科（代謝内科を含む)、循環器内科、リハビリテーション科、薬剤部、看護部、栄養管理部から指名されたメンバーで構成される。

【運営】
チーム運営に関する事務局は薬剤部が担当する。チームリーダーは、●●とする。
院内のポリファーマシー患者に対するカンファランスを行い、薬物有害事象やアドヒアランスの不良などポリファーマシー関連する問題に対して状況を把握し、主治医に対し助言を行う。主に薬剤部で院内のポリファーマシー患者に対する監視を行い、適宜カンファランスを行うものとする。また、必要に応じてコンサルテーション等に応じることとする。
また、年間の処方の動向などを把握するとともに院内での有害事象の発生状況の動向を把握することとする。

【ポリファーマシーについて】
院内で対応するポリファーマシー患者は、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」として捉え、多剤併用患者の中でも薬が害をなしている患者に対応することとする。
問題のあるポリファーマシー例
・薬物有害事象の発現・処方カスケード
・10 剤以上服用（Super-polypharmacy）
・一次予防・対症療法の漫然処方
・処方意図が不明な薬の存在
・必要な薬が処方されていない
・服薬アドヒアランスの低下
・患者が処方を欲する場合など

【カンファランス】
第 4 週の火曜日を除く、毎週火曜日　8：45～　症例カンファランス

・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

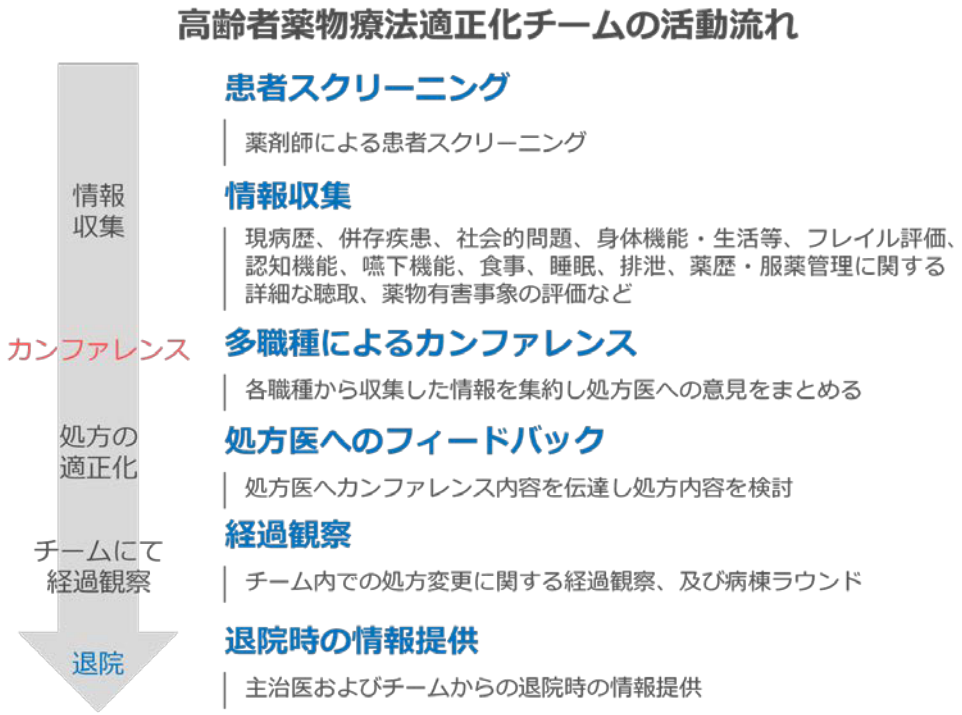
リハビリテーション科
① 理学療法：歩行や座位などの身体機能に関する評価、訓練、運動時のバイタルサインの状況把握
② 作業療法：ADL(日常生活動作）の評価、認知機能の障害の程度の把握
③ 言語聴覚療法：嚥下機能の評価と評価に基づく剤形の選択、経口からの服薬に関する摂食嚥下の状況把握
④ 日常生活に必要な動作や認知機能、摂食嚥下における服薬の影響の有無、食事、服薬方法等を含め入院中、退院後の生活スタイルの状況に対する情報提供及び介入

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

③ 服薬に関連した有害事象の観察(バイタルサイン、体重計測 etc)
④ 入院中の患者の生活（主に睡眠、排泄）に関する情報（服薬に関する患者や家族の思い、退院先や退院後に関する情報）

栄養管理部
① 治療食による管理において投薬治療が削減できるケースについて検討、提案。
② 栄養補助食品の利用などから、改善可能な例について検討、提案。
③ 必要に応じて、栄養サポートチームや摂食嚥下チーム等と連携。

薬剤部



【議事録などの保管に関して】
議事録などチームの運営に関わる書類は、電子カルテ内の●●●に保管するものとする。

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/

※各論編・事例１を参考に作成(85 歳女性、脳出血入院時)

■持参薬評価テンプレート（東京大学医学部附属病院作成）

持参薬	アムロジピン錠５ｍｇ　１回１錠（１日１錠）１日１回　朝食後 アジルサルタン錠２０ｍｇ　１回１錠（１日１錠）１日１回　朝食後 ビソプロロール錠５ｍｇ　１回 0.5 錠（１日 0.5 錠）１日１回　朝食後 ナテグリニド錠９０ｍｇ　１回１錠（１日３錠）１日３回　毎食直前 テネリグリプチン錠２０ｍｇ　１回１錠（１日１錠）１日１回　朝食後 クエン酸第一鉄錠５０ｍｇ　１回１錠（１日１錠）１日１回　朝食後 プラバスタチン錠５ｍｇ　１回１錠（１日１錠）１日１回　朝食後
一般用医薬品･サプリ	なし
副作用歴	なし
アレルギー歴	なし
食品との相互作用	なし
お薬手帳の活用	●あり（持参）　○あり（未持参）　○なし
かかりつけ薬局	▲▲▲
薬剤管理方法	●自己管理　○自己管理＋家族の支援　○家族管理　○その他
特記事項	なし
薬剤総合評価	入院時に 6 種類以上の内服薬を服用しており、かつ下記の 1 つ以上の項目に該当する場合は、医師とともに多剤併用に関する薬剤調整の必要性について協議する。 薬剤調整に関する検討の必要性　●あり　○なし
	入院時の内服薬剤数 7 種類 （頓用薬や服用 4 週間未満の内服薬を除き、同一銘柄は 1 種類と計算） ○患者や家族から服薬困難の訴えや薬剤調整の希望あり ○65 歳以上で、高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」に該当する薬剤あり ●服薬管理能力の低下あり（認知力低下や視力障害、難聴、手指の機能障害など） ●同効薬の重複投与の観点から、多剤併用に関して検討対象となる薬剤あり ●効果や副作用の観点から、多剤併用に関して検討対象となる薬剤あり ○薬物相互作用の観点から、多剤併用に関して検討対象となる薬剤あり ○患者の疾患や肝・腎機能などの観点から、多剤併用に関して検討対象となる薬剤あり
	上記該当項目に関する詳細 左脳出血で入院となったことから、今後、ADL、服薬管理能力の低下が予想される。「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」ではないが、降圧薬、血糖降下薬が複数投与されている。

薬剤総合評価

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。

※各論編・事例１を参考に作成(85 歳女性、脳出血入院時)

■持参薬評価

病棟：　　ID：xxxxxxxx

名前：○○　○○　　様

薬剤師：××

副作用歴	✔なし　○あり（　）
アレルギー歴	✔なし　○あり（　）
一般用医薬品･サプリ	✔なし　○あり（　）
お薬手帳の活用	○なし　✔あり（持参）　○あり（未持参）
薬剤管理方法	✔自己管理　○自己管理＋家族の支援　○家族管理　○その他
入院目的	○眼科，歯科，短期検査目的　←該当する場合、聴取はここまでで結構です。
かかりつけ薬局	どの医療機関の処方箋でも同じ薬局から薬をもらっていますか？ ✔もらっている　○決まった薬局には行っていない
調整希望	患者や家族から服薬困難の訴えや薬剤調整 ○希望あり　✔希望なし
生活状況	ここ半年の間に転倒しましたか？　✔なし　○あり ここ半年の間に緊急（予約外）で病院を受診しましたか？○なし　✔あり
処方機関	処方機関数　1　施設　【○不明の場合はチェック】 処方機関名：●●
薬剤総合評価 入院時に 6 種類以上の内服薬を服用しており､かつ右記の 1 つ以上の項目に該当する場合は､医師とともに多剤併用に関する薬剤調整の必要性について協議する。 薬剤調整に関する検討の必要性 ○なし　✔あり	入院時の内服薬剤数　7　　種類 （頓用薬や服用 4 週間未満の内服薬を除き、同一銘柄は 1 種類と計算） ○65 歳以上で、高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」に該当する薬剤あり ✔服薬管理能力の低下あり（認知力低下や視力障害、難聴、手指の機能障害など） ✔同効薬の重複投与の観点から、多剤併用に関して検討対象となる薬剤あり ✔効果や副作用の観点から、多剤併用に関して検討対象となる薬剤あり ○薬物相互作用の観点から、多剤併用に関して検討対象となる薬剤あり ○患者の疾患や肝・腎機能などの観点から、多剤併用に関して検討対象となる薬剤あり　【自動入力】個別化 eGFR：xx mL/min/1.73m^2 上記該当項目に関する詳細 左脳出血で入院となったことから、今後、ADL、服薬管理能力の低下が予想される。「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」ではないが、降圧薬、血糖降下薬が複数投与されている。

調整希望

薬剤総合評価

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

※各論編・事例2を参考に作成(84歳女性、在宅医療への移行時)

訪問薬剤管理指導報告書

●● 病院
▲▲ 先生侍史
◆◆ 様の訪問薬剤管理指導状況について連絡申し上げます。

報告日　● 年　● 月　●日
処方箋発行日　● 年　● 月　●日

現住所	××市○○町			保険薬局　名称・所在地 ■■薬局○○店 ××市○○町			
生年月日	昭和●年　●月　●日						
性別	女	年齢	84　歳				
電話番号	xxx−xxx−xxxx			電話番号	xxx−xxx−xxxx	FAX番号	xxx−xxx−xxxx
介護度	申請中　区変中　要支援　1・2 要介護　1・2・3・④・5			担当薬剤師	◆◆　印		

(主治医・多職種)依頼書の要約	アルツハイマー型認知症があるが、家族は以前の一人暮らしへ戻ることを希望。服薬確認が必要
訪問の目標	本人および訪問スタッフの介助で服薬管理できること
目標達成のために やるべきこと	服薬数・服用時点の調整、服薬状況の確認、処方変更に伴う現疾患の悪化・副作用発現状況の有無

既往歴 現疾患	AD,2型DM、HT,PD,不眠、脂質異常症、脳梗塞	薬剤管理状況	(配薬ボックス・お薬カレンダー・その他) なし
他科受診	有り(　　)・(無)	患者主訴	なし
併用薬品	有り(　　)・(無)	調剤方法	[一包化(完全分包・別包あり)・粉砕・簡易懸濁・その他] 一包化
サプリメント・嗜好	有り(　　)・(無)	キーパーソン	配偶者・(娘)・息子・(ケアスタッフ)・その他(　　)

各種症状の確認

味覚異常　□あり　□疑い　☑なし　□不明	胃部症状　□あり　□疑い　☑なし　□不明	
嚥下障害　□あり　□疑い　☑なし　□不明	下痢症状　□あり　□疑い　☑なし　□不明	
脱水　□あり　□疑い　☑なし　□不明	便秘症状　□あり　☑疑い　□なし　□不明	
その他(浮腫や口腔乾燥などの身体症状)	なし	
使用した評価ツール	フレイルからだチェック(□使用(＊別途添付)　☑使用せず)　その他(　　)	
以前よりできなくなったことがある(ADL)	特になし	

各種身体症状確認による薬学的評価を記載

指導内容　説明・指導対象者　本人・配偶者・(娘)・息子・(ケアスタッフ)・その他(　　)

朝食を摂らない場合でも時間で薬を服用させるか、遅れて朝食を摂るタイミングで薬を服用させるよう指導した。
毎食後服用の薬については、昼食後服用分との時間が近くなる場合は、まとめて2回分服用させないよう指導した。

報告事項

服薬遵守率　約 33 %(処方日数　30 日のうち残薬　20 日分)

朝食は介護サービスを受ける朝10時に朝食兼昼食で摂ることが多く、朝食後の薬はほどんど服用できていない状況でした。
朝食後として処方されている薬剤に現疾患治療に必要な薬が多いため、服用時点を昼食後に変更することが可能でしたら調整をお願いします。
(食事による影響を受ける薬剤がないことから、家族・ケアスタッフには、朝食を摂らなくても薬だけ服用しても構わない旨、説明しています。)
また、毎食後服用となっているレボドパ・カルビドパ配合錠につきましても、可能でしたら服用タイミングの調整をお願いします。

服用状況等も含めた総合的な薬学的評価による処方提案内容を記載

備考欄

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。

※各論編・事例3を参考に作成(85歳男性、在宅医療)

FAX:東北大学病院薬剤部DI室　xxx-xxx-xxxx
FAXの流れ:保険薬局→薬剤部→処方医師

東北大学病院　御中

報告日:2021年　●　月　●　日

服薬情報提供書(患者の多剤併用・重複投薬等に係る報告)

担当医　消化器内　科 ××　先生　御机下	保険薬局名:　■■薬局　××店 所在地:　××町
交付年月日　2021年　●月　●日	電話番号:　xxxx-xx-xxxx
処方No.　xxxx	FAX番号:　xxxx-xx-xxxx
患者ID:　x-xxx-xxxx 患者名:　●●　様	担当薬剤師名:　××　印 ☑かかりつけ薬剤師　☐非

☑この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。
☐この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われますので報告いたします。

MMWIN関連情報(☐MMWIN登録患者(　☐検査値　☐カルテ情報　☐その他(　　))

＊:当院ではMMWINへの患者登録を推進しております。本レポート作成時に利用したMMWINのカルテ情報の状況を記載ください。

下記の通り多剤併用・重複投薬等の状況についてご報告いたします。 ご高配賜りますようお願い申し上げます。

①【受診中の医療機関、診療科等に関する情報】

番号	保険医療機関名	診療科	処方医氏名
1	医療機関A	内科	◆◆Dr
2	貴院(医療機関B)	消化器内科	××Dr
3	医療機関C	胃腸科	△△Dr

③【重複投薬等に関する状況】

①の番号	医薬品名(先発医薬品名)	服用開始日
1	ゾルピデム錠5mg	●/●～
2	ブロチゾラムOD錠0.25mg	×/××～
2	ラメルテオン錠8mf	◆/◆～
3	トリアゾラム錠0.125mg(頓用)	△/△～

④【副作用の恐れがある患者の症状及び関連する医薬品名】

①の番号	症状	関連する医薬品名
1	食欲不振	リセドロン酸
1，2，3	便秘	クエチアピン他

②【現在服用中の薬剤一覧】

効能効果	医薬品名(先発医薬品名)	服用開始時期	①の番号
高血圧	ニフェジピン徐放錠20mg	●/●～	1
胃粘膜保護	レバミピド錠100mg	●/●～	1
睡眠薬	ゾルピデム錠5mg	●/●～	1
骨粗鬆症	リセドロン酸錠17.5mg	●/●～	1
食欲不振		××～	2
認知症	ドネペジOD錠5mg	××～	2
PPI	ランソプラゾール錠15mg	××～	2
抗精神病薬	クエチアピン錠100mg	××～	2
睡眠薬(BZ)	ブロチゾラムOD錠0.25mg	××～	2
睡眠薬	ラメルテオン錠8mg	◆/◆～	2
緩下薬	酸化マグネシウム錠250mg	△/△～	3
睡眠薬(BZ)	トリアゾラム錠0.125mg	△/△～	3

重複投薬に関する記載欄

副作用の可能性がある医薬品の記載欄

【上記内容補足・その他特記事項】

元より高血圧があり医療機関Aを受診していたが、食欲不振から医療機関Bへの入退院を繰り返していた。
さらに便秘傾向が強くなったため医療機関Cを受診していた。
3つの医療機関からの処方薬はそれぞれ別の薬局で調剤され、お薬手帳も薬局ごとに管理されていた。
認知症の進行に伴い、訪問看護・在宅医療の導入となり、各医療機関の受診経緯等が情報提供され、重複処方が判明。

【薬剤師としての所見・提案事項】

食欲不振はリセドロン酸、ドネペジルによる薬物有害事象と考えられます。骨粗鬆症や認知症の治療に必要な薬ですが一度、処方継続の可否についてご検討頂けますと幸いに存じます。
また、高齢者に特に慎重な投与を要する薬物とされる催眠鎮静薬のブロチゾラム、ゾルピデム、トリアゾラム、クエチアピン等の処方につきまして、便秘の要因である可能性、転倒のリスク因子となり骨粗鬆症もあることから骨折に至る可能性もありますので処方薬の漸減等、ご検討頂けますと幸いに存じます。

☐ このレポートはMMWINに登録済みです。

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行えるよう、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、粉砕の有無など）
・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。

施設間情報提供書

xxxx/xx/xx
Page 1/ 2

▲▲ 御中

【情報提供元施設】

フリガナ	○○ ○○	名称	独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院
患者名	○○ ○○	所在地	〒806-8501 福岡県北九州市八幡西区岸の浦 1 丁目 8-1
		電話番号	●●-●●●●-●●●●
性別	○	FAX 番号	●●-●●●●-●●●●
生年月日	xxxx/xx/xx	薬剤師名	×× ××

当該患者さんに交付された文書
☑薬剤情報提供書 □その他( )

診療科／担当医／入院期間
【入院期間】 xxxx/xx/xx ～ xxxx/xx/xx 【診療科】 ○○ 【主治医】 ◆◆ ◆◆ 【担当医】 ◆◆ ◆◆ 【老年内科】 ◆◆ ◆◆

入院目的(疾患名やその治療・手術での入院、検査入院、指導入院 等)
右大腿骨頚部骨折(x/x 右 BHA 施行)

経過(検査結果推移や退院後フォローが必要な内容)
平素より大変お世話になっております。 当院では、多職種で協働し、入院中に薬剤総合評価を実施しています。 この度、患者様のご年齢・身体機能・生活状況等を考慮した服用薬の見直しを検討致しましたのでご報告させていただきます。 当院入院中は、心療内科の医師もフォローし、経過を観察されていました。 ▼××医院 リナクロチド錠 0.25mg 1 回 1 錠(1 日 1 錠) 1 日 1 回:朝食前 ラベプラゾール錠 10mg 1 回 1 錠(1 日 1 錠) 1 日 1 回:朝食後 ガランタミン錠 4mg 1 回 1 錠(1 日 2 錠)・・・(★1) 1 日 2 回:朝夕食後 メコバラミン錠 500 μg 1 回 1 錠(1 日 3 錠)・・・(★2) モサプリド錠 5mg 1 回 1 錠(1 日 3 錠)・・・(★2) 1 日 3 回:毎食後 ビベグロン錠 50mg 1 回 1 錠(1 日 1 錠)・・・(★2) 1 日 1 回:夕食後 ▼××病院 アセトアミノフェン錠 200mg 1 回 1 錠(1 日 3 錠)・・・(★3) 1 日 3 回:毎食後 d-クロルフェニラミン錠 2mg 1 回 1 錠(1 日 2 錠)・・・(★2) 1 日 2 回:朝夕食後(x/xx～10 日分) 【コメント】 ★1.ガランタミン中止 症状コントロール不良、情緒不安定であることから心療内科医師の指示で中止となりました。 医師よりご家族へ説明され、了承を得ています。 ★2. メコバラミン・モサプリド・ビベグロン・d-クロルフェニラミン中止 症状ないため、中止となっています。中止後に問題となる症状は認めません。 ※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。

処方見直しを行った旨の記載

処方変更・減薬した理由

施設間情報提供書

▲▲ 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ィス錠 5mg 1 回 1 錠(1 日 1 錠)
1 日 1 回:夕食後

処方変更・減薬した理由

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。

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(粉砕・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。

様式 08

薬剤管理サマリー

（日本病院薬剤師会）

本様式は 2018 年 1 月 15 日時点での最新版であり、取扱については下記の日本病院薬剤師会のウェブサイトを参照されたい。

https://jshp.or.jp/cont/18/0115-1.html

※各論編・事例5を参考に作成（79歳男性、急性期病院入院時）

作成日 xxxx/xx/xx

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

基本情報

			該当薬剤	発現時期	発現時の状況等（検査値動向含む）
禁忌薬	☑ なし	☐ あり			
アレルギー歴	☑ なし	☐ あり			
副作用歴	☑ なし	☐ あり			

腎機能	SCr	xx	mg/dL	eGFR	xx	mL/min/1.73m²	体表面積（DuBois式）	x.xx	m²	
その他必要な検査情報										

入院中の服薬管理	☐ 自己管理	☐ 1日配薬	☑ 1回配薬	☐ その他 （	← 入院中の服薬管理
投与経路	☑ 経口	☐ 経管（経鼻・胃瘻・食道瘻・腸瘻）			
調剤方法	☐ ＰＴＰ	☐ 一包化	☑ 簡易懸濁	☑ 粉砕	☐ その他
服薬状況	☐ 良好	☐ 時々忘れる	☐ 忘れる	☐ 拒薬あり	☐ その他 ← 服薬状況
退院後の薬剤管理方法	☐ 本人	☑ 家族	☐ その他 （ ）		← 退院後の薬剤管理方法
一般用医薬品・健康食品等	☑ なし	☐ あり （ ）			

入院時持参薬

☐ 別紙あり　処方医療機関：　××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
エンタカポン錠１ｍｇ　１回１錠（１日４錠）
　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
ゾニサミド錠25mg　１回１錠（１日１錠）１日１回　朝食後
プラミペキソール徐放錠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
エソメプラゾールカプセル20mg　１回１Cap(1日1Cap)1日１回　朝食後
ブロムヘキシンシロップ0.08% 1回５mL（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
ブロチゾラム錠0.25mg　１回１錠(１日１錠)１日１回　寝る前（１錠追加可）

← 入院時持参薬

退院時処方

☐ 別紙あり　退院処方に薬情添付　☐ なし　☑ 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
エンタカポン錠１ｍｇ　１回１錠（１日４錠）
　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
プラミペキソール錠0.5mg　１回1錠(1日3錠)
　１日３回　７時,14時,18時
ブロムヘキシンシロップ0.08%　１回５mL（１日15mL）
　１日３回　７時,14時,18時
酸化ﾏｸﾞﾈｼｳﾑ錠330mg 1回2錠(1日4錠)1日2回　7時,18時
ゾルピデム錠5mg　1回1錠（1日1錠）1日1回　22時

← 退院時処方

特記事項

※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、家族が各薬剤を粉砕し水に混ぜて内服させていたため、プラミペキソールを粉砕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、プラミペキソール徐放錠は粉砕可能な同成分のプラミペキソール錠へ変更、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ブロッカーと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、レム睡眠行動障害など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ゾルピデムへ変更しています。
タムスロシン、ブロムヘキ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、疾患治療の必要性と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ます。そのほか、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、投与間隔が設けられている薬剤等）や維持量まで増量が必要な薬剤（例：ドネペジル、ラモトリギン等）を記載しています。貴院における薬物療法の参考にして下さい。

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、作用が減弱しますので、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します。

服用日や服用間隔等の注意事項を記載

※ご不明な点がございましたら、下記薬剤師までお問い合わせください。

○○ **病院**

〒●●●-●●●●
住所、電話番号等を記載してください
ＴＥＬ●●-●●●●-●●●●　ＦＡＸ●●-●●●●-●●●●

薬剤師 ××

※各論編・事例5を参考に作成（79歳男性、急性期病院退院後）

作成日 xxxx/xx/xx

薬剤管理サマリーについて（返書）

○○　病院

担当薬剤師　　××　　先生

拝啓　平素より大変お世話になっております。

貴院発行の　　○○　○○　　様の薬剤管理サマリーを受け取りました。

☑ 情報提供ありがとうございました。継続的薬学的支援のため有効に活用させていただきます。

※ 特に有用であった事項、今後情報共有が必要と思われる事項等ありましたらご記入ください。

具体的に：

ご家族が粉砕投与されている事実までは把握しておりませんでした。新たに処方薬が追加される際は、OD錠など水に混ぜて服用させやすい剤形の提案をさせて頂こうと思います。

問題点の早期発見と改善につなげる連携が図れるような内容を記載

☑ 以下の事項についてご報告申し上げます。

☐ 以下の事項について不明な点がありましたのでお知らせください。

レボドパ・カルビドパ配合錠の服用タイミングについては、現在も遵守できているようです。
舌の黒色変化も認めておりません。

血圧については110/75mmHgであり、降圧薬は追加せず、経過観察されています。
胃部不快感の訴えも特になく経過されています。
睡眠については、生活環境が変わったことから良好のようです。希望があるため継続しておりますが
今後漸減などの処方提案も検討できればと思います。

引き続きフォローさせて頂きます。よろしくお願いいたします。

報告・照会内容

※ 個人情報保護にかかる同意について下記の項目いづれかをチェックしてください。

返信に当たっては、

☐ 患者の同意を得ています。

☑ 施設内掲示にて包括同意を得ています。

◆◆　　薬局　〒×××-××××
●●市■■ x-xx
ＴＥＬ●●-●●●●-●●●●　ＦＡＸ●●-●●●●-●●●●

薬剤師 △△

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、粉砕の有無など）
・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。

※各論編・事例8を参考に作成(84歳女性、急性期病院)

薬剤管理サマリー

作成日　xxxx/xx/xx

担当薬剤師名　○○　印

患者ID	xx-xxxx-xx	性別	女	生年月日	S.xx.xx.xx	入院日 xxxx/xx/xx	予定退院日 xxxx/xx/xx	入院期間	xx	診療科 循内、糖内、整形
氏名	▲▲ ▲▲ 様	年齢	1900/3/24 歳	身長	xxx (cm)	体重	xx (kg)	担当		

次回当院予約日	xx/xx	退院時処方日数	14	定期内服数	7	代表面積	x.xx

退院時の定期服用内服数を記載

管理状況	☑自己	☐看護師			
薬物アレルギー・副作用歴	☑なし	☐あり（　　）			
調剤形態	☐PTP	☑一包化	☐粉砕	☐簡易懸濁	☐その他（　　）
投与経路	☑経口	☐経管	☐その他（　　）		
退院後の予定管理者	☑自己	☐家族	☐医療介護スタッフ	☐その他（　　）	
退院後の生活環境	☐医療機関	☑自宅(独居)	☐自宅(夫婦二人暮し)	☐自宅(複数世代と同居)	☐施設
	☐その他（　　）				

入院後の追加薬剤:
ピコスルファート内用液、エスゾピクロン、カルベジロール(増量)
イバンドロン酸(静注)
デュラグルチド皮下注

入院後の中止薬剤:
メトホルミン、エルデカルシトール、L-アスパラギン酸カルシウム、エチゾラム、スルピリド、ブロチゾラム
ボグリボース、グリメピリド、レバミピド、酸化マグネシウム、アムロジピン、リセドロン酸

入院中の薬剤追加・中止情報を記載

特記事項(退院後の注意事項・投与方法に注意を要する薬剤等)

退院後の主な注意点(複数選択可)　☑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　☐フレイル・低栄養　☑生活環境　☐その他（　　）

服用管理の注意点(複数選択可)　☑飲み忘れ　☑残薬　☐残数ばらつき　☐自己調整　☐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　☐問題なし

ポリファーマシー対策含めた退院後の主な注意点、服薬管理に関する注意点をチェック

ポリファーマシーに関するチェックボックス

入院中の経過及び伝達事項

入院時、腎機能がeGFR 27mL/min/1.73m^{2}と低下していること、、高齢者に特に慎重な投与を要する薬物を多数服用していることからも、処方全体の見直しを行いました。なお、患者は目が悪く、服用薬剤数と服用回数が多いことから減薬を希望されていました。
血糖コントロールは良好であり、退院後のアドヒアランスを考慮して、デュラグルチド皮下注によりコントロールする方針となっています。自己注射手技は問題なく習得できています。
処方については一包化をお願いいたします。

入院中の経過やポリファーマシー対策等の詳細を記載

入院時処方内容(持参薬)	退院時処方内容
■■ 内服薬・外用薬 ■■	■■ 内服薬・外用薬 ■■
循環器内科)	循環器内科)
カルベジロール錠2.5mg　1回1錠(1日2錠)1日2回　朝夕食後	カルベジロール錠2.5mg　1回2錠(1日4錠)1日2回　朝夕食後
カンデサルタン錠4mg　1回1錠(1日1錠)1日1回　朝食後	カンデサルタン錠4mg　1回1錠(1日1錠)1日1回　朝食後
アムロジピン錠5mg　1回1錠(1日1錠)1日1回　朝食後	スピロノラクトン錠25mg 1回1錠(1日1錠)1日1回　朝食後
スピロノラクトン錠25mg* 1回1錠(1日1錠)1日1回　朝食後	アゾセミド錠60mg　1回1錠(1日1錠)1日1回　朝食後
フロセミド錠20mg*　1回1錠(1日2錠)1日2回　朝昼食後	リバーロキサバン錠10mg 1回1錠(1日1錠)1日1回　朝食後
リバーロキサバン錠10mg* 1回1錠(1日1錠)1日1回　朝食後	低用量アスピリン錠100mg 1回1錠(1日1錠)1日1回　朝食後
低用量アスピリン錠100mg* 1回1錠(1日1錠)1日1回　朝食後	ラベプラゾール錠10mg　1回1錠(1日1錠)1日1回　朝食後
ラベプラゾール錠10mg　1回1錠(1日1錠)1日1回　朝食後	
糖尿病内科)	糖尿病内科)
グリメピリド錠1mg*　1回1錠(1日1錠)1日1回　朝食後	デュラグルチド皮下注キット(0. 75mg) 週1回皮下注射
メトホルミン錠250mg*　1回1錠(1日2錠)1日2回　朝夕食後	エスゾピクロン錠1mg　1回1錠　不眠時頓用
ボグリボース錠0. 3mg*　1回1錠(1日3錠)1日3回　毎食直前	ピコスルファート内用液0. 75% 1回10～15滴　便秘時頓用
スルピリド錠50mg*　1回1錠(1日2錠)1日2回　朝夕食後	
酸化マグネシウム散0. 33g* 1回1包(1日3包)1日3回　毎食後	
ブロチゾラム錠0. 25mg* 1回1錠(1日1錠)1日1回　就寝前	
レバミピド錠100mg　1回1錠(1日3錠)1日3回　毎食後	
エチゾラム錠0. 5mg*　1回1錠(1日3錠)1日3回　毎食後	
整形外科)	整形外科)
リセドロン酸錠17. 5mg 1回1錠(1日1錠)1日1回　起床時(週1回)	イバンドロン酸ナトリウム水和物注　月1回静注
エルデカルシトールカプセル0.75μg1回1錠(1日1錠)1日1回　朝食後	
L-アスパラギン酸カルシウム錠200mg1回1錠(1日6錠)1日3回　毎食後	
＊は高齢者に特に慎重な投与を要する薬物リストに記載のある薬剤	

ご不明な点は当院薬剤部までご連絡下さい　三豊総合病院　薬剤部
〒769-1695 香川県観音寺市豊浜町姫浜708　TEL xxxx-xx-xxxx(代)/FAX xxxx-xx-xxxx

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、粉砕の有無など）
- 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

○○　○○　　様　　（　xxxxxxxx　）

○○科　　○階○病棟

退院日　：xxxx/xx/xx
薬剤師名：××　××
医師名　：◆◆　◆◆

退院時にお持ち帰りになるお薬と内容

退院時処方

低用量アスピリン錠　100mg　1回1錠(1日1錠)
アムロジピンOD錠　2.5mg　1回1錠(1日1錠)
フェブキソスタット錠　20mg　1回1錠(1日1錠)
[糖]グリメピリドOD錠　1mg　1回2錠(1日2錠)
　1日1回：朝食後

[糖]メトホルミン錠　250mg　1回1錠(1日2錠)
　1日2回：朝夕食後

ウルソデオキシコール酸錠　100mg　1回1錠(1日3錠)
　1日3回：朝昼夕食後

モンテルカスト錠　10mg　1回1錠(1日1錠)
　1日1回：寝る前

リセドロン酸錠　17.5mg　1回1錠(1日1錠)
　1日1回：起床時（週1回火曜日）

x/xx～
レバミピド錠　100mg　1回1錠(1日3錠)　1日3回：毎食後

x/xx～（x/x～増量）
酸化マグネシウム錠　330mg　1回1錠(1日2錠)　1日2回：朝夕食後

xx/xx～
ポリスチレンスルホン酸カルシウム（5g/包）　1回1包(1日3包)　1日3回：朝昼夕食後

お薬の変更点とその理由

中止・開始薬
その理由

★制酸剤による貧血悪化の影響を考慮され、ボノプラザン⇒レバミピドへ変更となり
★高K血症に対して、ポリスチレンスルホン酸カルシウムが開始となりました。
★高K血症持続のため、バナナ（便秘予防）中止⇒酸化マグネシウムへ変更となりました。

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

退院時のお薬について

xxxx/xx/xx

○○　○○　　様　　（　xxxxxxxx　）

○○科　　○階○病棟

退院日　：xxxx/xx/xx
薬剤師名：××　××
医師名　：◆◆　◆◆

退院後の服薬上の注意点　　☐ 別紙参照

酸化マグネシウムは排便状況に応じて調節ください。

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）

ｶﾘｳﾑ
【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

様式 11

介入状況報告書

（三豊総合病院）

本様式は、薬剤管理サマリーによる他施設への情報提供の後、患者がかかりつけとしている薬局の薬剤師が、外来でのフォローアップを行う際に退院後の患者状況や薬局での介入状況について報告することで入院・外来でのシームレスな情報共有を行うことを目的としている。

退院後、患者が初めて外来受診した後にかかりつけの薬局へ訪局したタイミングで作成する。２回目以降の外来受診について継続した介入報告を行うことも可能である。

本様式の記入事項は以下の通りである。

- 退院後の薬剤管理状況や生活環境などに変化がないかどうか
- 内服薬剤数の状況
- 服薬アドヒアランス
- その他退院時に情報提供を行った注意を要する事項・服薬管理に関する注意点への介入状況や結果

記入の結果、退院時と比較して内服薬剤数が増加している場合や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）にて退院時に注意喚起されている場合はポリファーマシー対応を特に意識した薬学的介入を行う。

本様式は、かかりつけの薬局の薬剤師が作成した後、病院薬剤師及び入院時の担当医師へ情報提供を行う。

運用する上での留意点としては、内服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。また薬剤管理サマリーによりポリファーマシーに関する入院中の対応・検討内容やポリファーマシーに関するチェックボックスによる注意喚起情報を共有している場合は、薬局でのポリファーマシーへの対応状況について記載・報告を行う。

※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

三豊総合病院　御中

保険薬局　→　薬剤部　→　処方医師

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○○店 ××市○○町 2-1-12			
医師名	○○　先生御侍史				
院内担当薬剤師					
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 xx/xx	退院日 xx/xx	この情報を伝えることに対して患者様の同意を　☑ 得た　☐ 得ていない ☐ 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
☐ 具合の良いときに、薬を休んでしまった
☐ 問題なし
☑ 薬の使用方法に関して気に留めていない
☐ 薬を飲んで具合が悪くなり、服用をやめてしまった

【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　☐フレイル・低栄養

☐生活環境　☑飲み忘れ　☑残薬　☐残数ばらつき　☐自己調整

☑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、グリメピリド及びドネペジル等を中止しています)

【身体所見】可能な範囲で記入お願いします。

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ドネペ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ノ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ブ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、ブロチゾラムも中止しています。

☐ 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。

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