

令和元年度 厚生労働省 医薬・生活衛生局 医薬安全対策課 委託事業

# 高齢者の医薬品適正使用推進事業に係る 実態調査・検討一式

## 報告書

令和2年3月

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所



# 目 次

第1章 事業の概要.....	1
1. 事業の背景と目的.....	1
2. 事業の実施方法.....	2
第2章 アンケート調査結果.....	7
1. 医療機関の概要.....	7
2. 指針の活用状況.....	20
3. ポリファーマシーの回避・改善に向けた取組.....	32
4. 多職種連携によるポリファーマシーの回避・改善に向けた取組.....	61
第3章 ヒアリング調査結果.....	83
1. ひたちなか総合病院に対する調査結果.....	83
2. 東北大学病院に対する調査結果.....	89
3. 独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院に対する調査結果.....	95
4. 三豊総合病院に対する調査結果.....	103
5. 高知県後期高齢者医療広域連合、高知県国民健康保険課、全国健康保険協会高知支部に対する調査結果.....	111
第4章 まとめ.....	121
1. 医療現場におけるポリファーマシー対策の実態.....	121
2. 医療現場におけるポリファーマシー対策の課題と対応策.....	125

# 第1章 事業の概要

## 1. 事業の背景と目的

### (1) 事業の背景

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があることから、厚生労働省では、2017（平成29）年4月に「高齢者医薬品適正使用検討会」を設置し、安全性確保に必要な事項の調査・検討を進めている。当該検討会では、高齢者の薬物療法の適正化（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良い薬物療法を実践するための基本的留意事項として、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」を取りまとめ、2018（平成30）年5月に、各医療機関等で活用できるよう厚生労働省より通知した。また、患者の病態、生活、環境の移行に伴い関係者にとって留意すべき点が異なることから、患者の療養環境ごとの留意点を明らかにすることを目的に、当該指針の各論編（療養環境別）をとりまとめ、2019（令和元）年6月に厚生労働省より通知したところである。

### (2) 事業の目的

本事業では、今後のポリファーマシー対策に向け、高齢者に対する適切な薬物療法を更に推進していくことを目的に、「高齢者の医薬品適正使用の指針」の活用状況や各施設における多剤処方に対する取組状況の調査を行うとともに、地域でのポリファーマシー対策に関する好事例を横展開するための事例集を作成することにより、我が国の医療現場におけるポリファーマシー対策の実態を把握し、より良い薬物療法を実践するための基礎資料とする。

## 2. 事業の実施方法

### (1) 調査の実施体制

#### 1) 調査検討委員会の設置

本事業では、下記の委員から構成される調査検討委員会「高齢者の医薬品適正使用推進事業に係る実態調査・検討一式」を設置し、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、報告書の作成等の検討を行った。

#### ・調査検討委員会の委員名簿

◎ 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
桑田 美代子	医療法人社団慶成会 青梅慶友病院 看護部
○ 永井 尚美	武蔵野大学薬学部 教授
浜田 将太	一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部
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研究科 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

(◎は委員長、○は副委員長、敬称略、氏名五十音順)

#### ・調査検討委員会のオブザーバー

厚生労働省 医薬・生活衛生局 医薬安全対策課 課長補佐 花谷忠昭  
厚生労働省 医薬・生活衛生局 医薬安全対策課 副作用情報専門官 駒井信子  
厚生労働省 医薬・生活衛生局 医薬安全対策課 主査 井澤唯史

(敬称略)

#### ・検討委員会の開催実績

第1回 2019年9月19日 15:00～17:00

第2回 2020年1月30日 13:00～15:00

第3回 2020年3月5日 (書面開催)

## 2) 本事業の事務

本事業は厚生労働省から委託を受けた株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所が事務局となり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、報告書の作成、調査検討委員会の設置・運営等を行った。

### ・事務局担当者

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所 情報未来イノベーション本部 西尾文孝  
株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所 情報未来イノベーション本部 池永藍

## (2) アンケート調査

### 1) 調査対象

病床数 100 床以上<sup>\*</sup>の全病院 5,369 施設の薬剤部長。

※抽出時に 100 床以上であった病院を調査対象とした

### 2) 調査方法

1) の調査対象に自記式の紙の調査票を郵送で配布し、回答者は事務局に返送する。  
調査時期は 2019 年 12 月 3 日～2020 年 2 月 3 日である。

### 3) 主な調査項目

- ・ 調査対象の基本属性
- ・ 診療報酬の算定状況
- ・ 指針の活用状況等
- ・ 多剤処方の回避・改善に向けた取組
- ・ 多職種連携による多剤処方の回避・改善に向けた取組
- ・ 多剤処方への取組の成果

### 4) 回収状況

回収状況は以下の通りである。

図表 1 回収状況

発送数	回収数	回収率
5,369 件	1,629 件	30.3%

## 5) 追加調査の実施

上記の他、調査票の問9については、回答すべき人数として実人数と延人数のいずれかで回答すべきが曖昧であったことから、初回調査で調査期間を14日間と回答した病院を対象とし実人数で回答することを明記した上、郵送による追加調査を行った。調査期間は、2020年2月19日から2020年3月10日である。

また、調査票の問18については、ポリファーマシーに関する対応策の検討を具体的にを行うことを目的とした特別なカンファレンスにおいて実施されている内容を把握するために、問18で「個々の患者のポリファーマシー対応のための特別なカンファレンスが行われているか」の質問に対し、「はい」と回答した病院を対象とし、カンファレンスの内容を把握するために、郵送による追加調査を行った。調査期間は、2020年2月19日から2020年3月10日である。

追加調査の結果には、【追加調査結果】と示す。

図表 2 回収状況（追加調査）

	発送数	回収数	回収率
問9	256件	127件	49.6%
問18	78件	40件	51.3%

## 6) 集計方法

病床数や診療報酬の算定回数など数値を回答する設問において、平均値、標準偏差などの集計を行っているが、この際、無回答は集計対象から除外している。

### (3) ヒアリング調査

#### 1) 調査対象

取組内容や地域に偏りが生じないように、調査検討委員会の委員からの推薦や文献調査等に基づき5箇所の調査対象を選定した。

図表 3 調査対象

No	所在地	名称	取組の概要
1	茨城県ひたちなか市	株式会社日立製作所ひたちなか総合病院	調査対象である病院が運営する医療情報ネットワークを通じて、地域の医療機関・薬局と患者情報、服薬情報等を共有し、ポリファーマシー対策に役立てている
2	宮城県仙台市	東北大学病院	トレーシングレポートの活用により地域の薬局から処方見直しの提案を受け付ける取組
3	福岡県北九州市	独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院	医師会、薬剤師会、大学病院等による研究会の立ち上げによるポリファーマシー対策
4	香川県三豊市	三豊総合病院	院内への地域連携担当薬剤師の配置による薬薬連携を通じたポリファーマシー対策
5	高知県高知市	高知県後期高齢者医療広域連合、高知県国民健康保険課、全国健康保険協会高知支部	レセプトデータから重複投薬や多剤処方等の状態にある被保険者を抽出し医療機関への相談勧奨を通知する事業を、複数の保険者が連携して行う取組

#### 2) 調査方法

調査事務局の調査員 1~2 人が調査対象を訪問する実地調査により行った。実地調査にあたっては調査検討委員会から委員及び厚生労働省職員が同行することもあった。

調査時期は 2019 年 12 月 9 日~2020 年 2 月 26 日である。

#### 3) 主な調査項目

- ・基本属性
- ・関係主体
- ・取組内容
- ・取組の成果
- ・その他

#### (4) 事例集の作成

ヒアリング調査結果から、図などを活用し事例集としてまとめた。





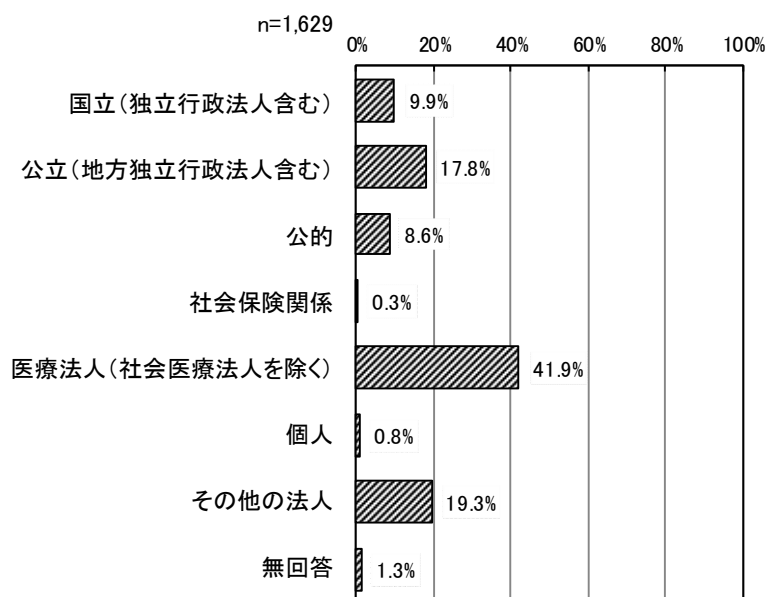
## 第2章 アンケート調査結果

### 1. 医療機関の概要

#### (1) 開設者 (①)

開設者については、「医療法人（社会医療法人を除く）」が41.9%で最も多かった。

図表 4 開設者



## (2) 許可病床数 (2)

病院全体の許可病床数は、「100～199床」が41.6%で最も多かった。平均値は、一般病床が211床、療養病床が39床、精神科病床が44床、結核病床が1床、感染症病床が0.6床であった。

図表 5 許可病床数

	調査数	0床	1549床	5059床	10059床	20059床	30059床	40059床	500床以上	無回答
② 許可病床数 1)一般病床	1629	347	68	165	399	168	171	107	177	27
	100.0	21.3	4.2	10.1	24.5	10.3	10.5	6.6	10.9	1.7
② 許可病床数 2)療養病床	1629	1042	116	184	194	44	12	6	4	27
	100.0	64.0	7.1	11.3	11.9	2.7	0.7	0.4	0.2	1.7
② 許可病床数 3)精神科病床	1629	1199	83	63	108	80	38	18	13	27
	100.0	73.6	5.1	3.9	6.6	4.9	2.3	1.1	0.8	1.7
② 許可病床数 4)結核病床	1629	1514	78	9	1	-	-	-	-	27
	100.0	92.9	4.8	0.6	0.1	-	-	-	-	1.7
② 許可病床数 5)感染症病床	1629	1437	165	-	-	-	-	-	-	27
	100.0	88.2	10.1	-	-	-	-	-	-	1.7
② 許可病床数 6)病院全体	1629	-	1	15	678	299	245	146	218	27
	100.0	-	0.1	0.9	41.6	18.4	15.0	9.0	13.4	1.7

	調査数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
② 許可病床数 1)一般病床	1602	211.02	215.52	0	1270
	16.7				
② 許可病床数 2)療養病床	1602	38.97	77.75	0	1024
	16.7				
② 許可病床数 3)精神科病床	1602	44.28	103.44	0	808
	16.7				
② 許可病床数 4)結核病床	1602	1.14	6.46	0	100
	16.7				
② 許可病床数 5)感染症病床	1602	0.55	2.01	0	26
	16.7				
② 許可病床数 6)病院全体	1602	295.96	193.48	42	1335
	16.7				

### (3) 平成30年度病床機能報告における医療機能別許可病床数(③)

平成30年度病床機能報告における医療機能別許可病床数の平均値は「高度急性期」が56床、「急性期」が131床、「回復期」が30床、「慢性期」が52床であった。

図表6 平成30年度病床機能報告における医療機能別許可病床数

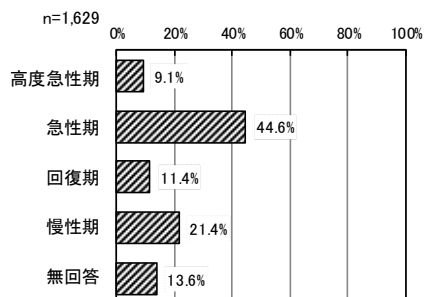
	調査数	0床	1 5 4 9 床	5 0 5 9 床	1 0 0 5 1 9 9 床	2 0 0 5 2 9 9 床	3 0 0 5 3 9 9 床	4 0 0 5 4 9 9 床	5 0 0 床 以上	無回答
③ 平成30年度病床機能報告において報告した医療機能別の許可病床数	1629	1090	191	32	36	27	23	16	73	141
1) 高度急性期	1000	66.9	11.7	2.0	2.2	1.7	1.4	1.0	4.5	8.7
③ 平成30年度病床機能報告において報告した医療機能別の許可病床数	1629	448	111	224	319	170	125	55	36	141
2) 急性期	1000	27.5	6.8	13.8	19.6	10.4	7.7	3.4	2.2	8.7
③ 平成30年度病床機能報告において報告した医療機能別の許可病床数	1629	837	270	241	129	9	2	-	-	141
3) 回復期	1000	51.4	16.6	14.8	7.9	0.6	0.1	-	-	8.7
③ 平成30年度病床機能報告において報告した医療機能別の許可病床数	1629	839	140	199	216	57	25	6	6	141
4) 慢性期	1000	51.5	8.6	12.2	13.3	3.5	1.5	0.4	0.4	8.7

	調査数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
③ 平成30年度病床機能報告において報告した医療機能別の許可病床数	1488	56.39	166.93	0	1123
1) 高度急性期	250				
③ 平成30年度病床機能報告において報告した医療機能別の許可病床数	1488	130.74	145.3	0	841
2) 急性期	250				
③ 平成30年度病床機能報告において報告した医療機能別の許可病床数	1488	30.08	44.09	0	340
3) 回復期	250				
③ 平成30年度病床機能報告において報告した医療機能別の許可病床数	1488	51.58	90.88	0	1024
4) 慢性期	250				

### (4) 主たる医療機能(③-2)

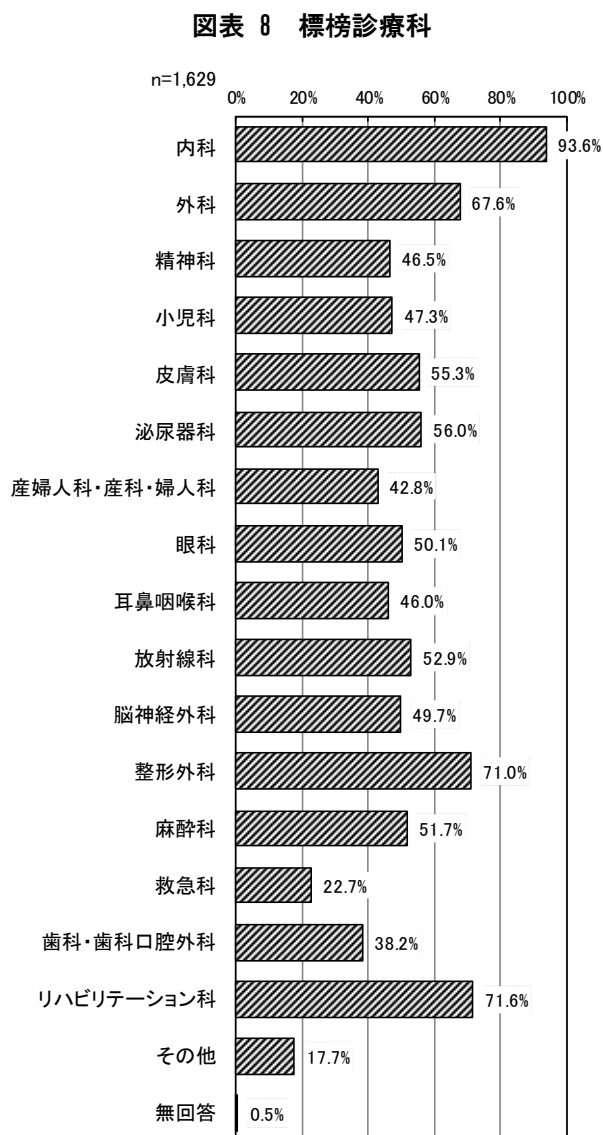
主たる医療機能については、急性期が44.6%で最も多かった。

図表7 主たる医療機能



## (5) 標榜診療科 (4)

標榜診療科については、内科が 93.6%で最も多く、ついでリハビリテーション科が 71.6%、整形外科が 71.0%、外科が 67.6%であった。



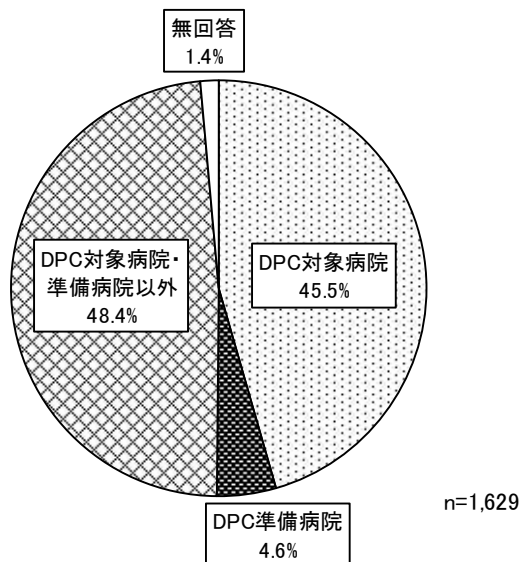
※その他として挙げられた主な回答は以下の通り。

- ・緩和ケア科
- ・トラベルクリニック
- ・腫瘍診療科
- ・腫瘍内科
- ・人工透析血管外科
- ・脳神経内科
- ・肺腫瘍内科
- ・病理診断科
- ・放射線診断科
- ・めまい外来
- ・リウマチ科
- ・臨床検査科

## (6) DPC 対応状況 (5)

DPC 対応状況については、「DPC 対象病院・準備病院以外」が 48.4%で最も多く、ついで「DPC 対象病院」が 45.5%であった。

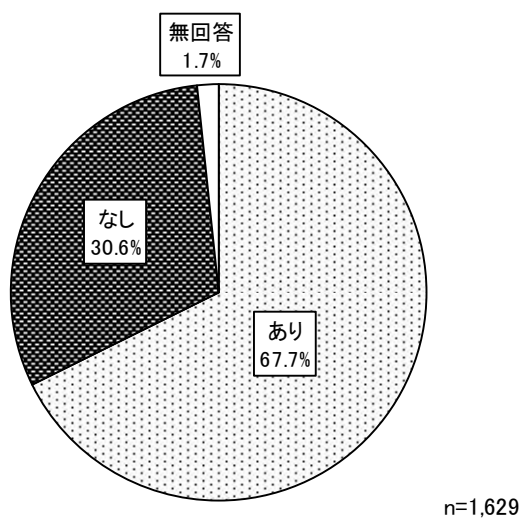
図表 9 DPC 対応状況



## (7) いわゆる門前薬局の有無 (6-1)

いわゆる門前薬局の有無については、「あり」が 67.7%、「なし」が 30.6%であった。

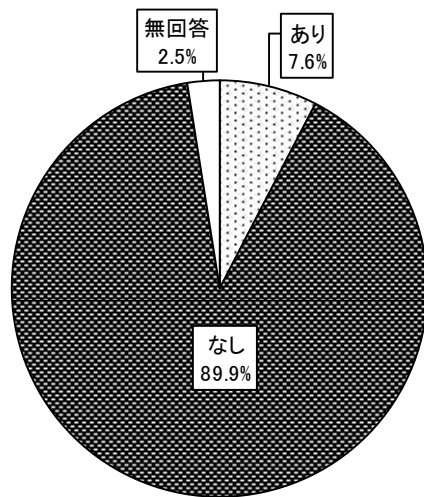
図表 10 いわゆる門前薬局の有無



## (8) 敷地内薬局の有無 (⑥-2)

敷地内薬局の有無については、「あり」が7.6%、「なし」が89.9%であった。

図表 11 敷地内薬局の有無



n=1,629

## (9) 職員数 (7)

常勤職員数の合計について職種別の平均人数をみると、医師 56.3 人、歯科医師 1.8 人、薬剤師 12.4 人、看護職員 222.4 人、その他職員 148.9 人であった。

図表 12 常勤職員数

	調査数	5 人 未 満	5 ～ 2 5 人 未 満	2 5 ～ 5 0 人 未 満	5 0 ～ 1 0 0 人 未 満	1 0 0 ～ 2 0 0 人 未 満	2 0 0 ～ 3 0 0 人 未 満	3 0 0 人 以 上	無 回 答
⑦ 職員数 常勤職員 1) 医師	1629	142	586	143	135	107	36	47	433
	100.0	8.7	36.0	8.8	8.3	6.6	2.2	2.9	26.6
⑦ 職員数 常勤職員 2) 歯科医師	1629	1117	71	1	3	4	-	-	433
	100.0	68.6	4.4	0.1	0.2	0.2	-	-	26.6
⑦ 職員数 常勤職員 3) 薬剤師	1629	481	529	142	42	2	-	-	433
	100.0	29.5	32.5	8.7	2.6	0.1	-	-	26.6
⑦ 職員数 常勤職員 4) 看護職員	1629	-	13	115	359	303	128	278	433
	100.0	-	0.8	7.1	22.0	18.6	7.9	17.1	26.6
⑦ 職員数 常勤職員 5) その他の職員	1629	1	16	123	376	423	148	109	433
	100.0	0.1	1.0	7.6	23.1	26.0	9.1	6.7	26.6
⑦ 職員数 常勤職員 6) 合計	1629	-	-	4	71	340	237	544	433
	100.0	-	-	0.2	4.4	20.9	14.5	33.4	26.6

	調査数	平均 値	標 準 偏 差	最 小 値	最 大 値
⑦ 職員数 常勤職員 1) 医師	1196	56.3	103.1	1	883
	16.7				
⑦ 職員数 常勤職員 2) 歯科医師	1196	1.8	9.9	0	178
	16.7				
⑦ 職員数 常勤職員 3) 薬剤師	1196	12.4	15.1	0	101
	16.7				
⑦ 職員数 常勤職員 4) 看護職員	1196	222.4	235.1	15	1369
	16.7				
⑦ 職員数 常勤職員 5) その他の職員	1196	148.9	124.7	4	1210
	16.7				
⑦ 職員数 常勤職員 6) 合計	1196	441.8	451.9	31	3073
	16.7				



非常勤職員数の合計について職種別の平均人数をみると、医師 38.3 人、歯科医師 1.3 人、薬剤師 1.1 人、看護職員 20.8 人、その他職員 41.3 人であった。

図表 13 非常勤職員数

	調査数	5人未満	5 ～ 25人未満	25 ～ 50人未満	50 ～ 100人未満	100 ～ 200人未満	200 ～ 300人未満	300人以上	無回答
⑦ 職員数 非常勤職員 1) 医師	1629	180	481	261	185	62	16	11	433
	100.0	11.0	29.5	16.0	11.4	3.8	1.0	0.7	26.6
⑦ 職員数 非常勤職員 2) 歯科医師	1629	1127	61	4	3	1	-	-	433
	100.0	69.2	3.7	0.2	0.2	0.1	-	-	26.6
⑦ 職員数 非常勤職員 3) 薬剤師	1629	1150	46	-	-	-	-	-	433
	100.0	70.6	2.8	-	-	-	-	-	26.6
⑦ 職員数 非常勤職員 4) 看護職員	1629	189	639	271	89	8	-	-	433
	100.0	11.6	39.2	16.6	5.5	0.5	-	-	26.6
⑦ 職員数 非常勤職員 5) その他の職員	1629	173	479	245	178	86	25	10	433
	100.0	10.6	29.4	15.0	10.9	5.3	1.5	0.6	26.6
⑦ 職員数 非常勤職員 6) 合計	1629	13	141	274	374	251	81	62	433
	100.0	0.8	8.7	16.8	23.0	15.4	5.0	3.8	26.6

	調査数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
⑦ 職員数 非常勤職員 1) 医師	1196	38.3	60.1	0	808
	16.7				
⑦ 職員数 非常勤職員 2) 歯科医師	1196	1.3	6.7	0	160
	16.7				
⑦ 職員数 非常勤職員 3) 薬剤師	1196	1.1	2.0	0	24
	16.7				
⑦ 職員数 非常勤職員 4) 看護職員	1196	20.8	19.9	0	166
	16.7				
⑦ 職員数 非常勤職員 5) その他の職員	1196	41.3	56.6	0	624
	16.7				
⑦ 職員数 非常勤職員 6) 合計	1196	102.7	111.9	0	1358
	16.7				

常勤換算人数の合計について職種別の平均人数をみると、医師 10.5 人、歯科医師 0.5 人、薬剤師 0.8 人、看護職員 13.6 人、その他職員 29.1 人であった。

図表 14 常勤換算人数

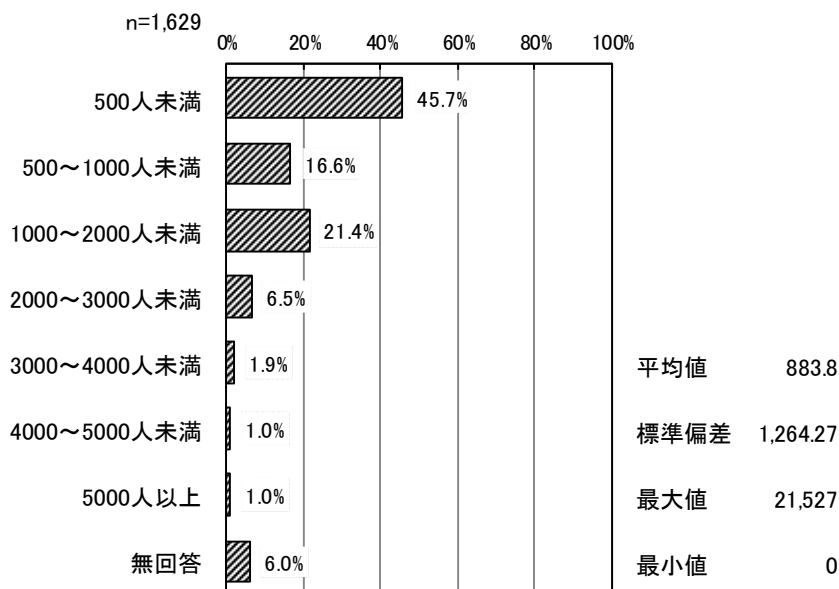
	調査数	5人未満	5<25人未満	25<50人未満	50<100人未満	100<200人未満	200<300人未満	300人以上	無回答
⑦ 職員数 常勤換算人数 1)医師	1629	715	397	45	19	10	7	3	433
	100.0	43.9	24.4	2.8	1.2	0.6	0.4	0.2	26.6
⑦ 職員数 常勤換算人数 2)歯科医師	1629	1180	12	2	1	1	-	-	433
	100.0	72.4	0.7	0.1	0.1	0.1	-	-	26.6
⑦ 職員数 常勤換算人数 3)薬剤師	1629	1171	25	-	-	-	-	-	433
	100.0	71.9	1.5	-	-	-	-	-	26.6
⑦ 職員数 常勤換算人数 4)看護職員	1629	339	675	150	30	2	-	-	433
	100.0	20.8	41.4	9.2	1.8	0.1	-	-	26.6
⑦ 職員数 常勤換算人数 5)その他の職員	1629	318	499	183	114	63	16	3	433
	100.0	19.5	30.6	11.2	7.0	3.9	1.0	0.2	26.6
⑦ 職員数 常勤換算人数 6)合計	1629	61	456	301	213	108	33	24	433
	100.0	3.7	28.0	18.5	13.1	6.6	2.0	1.5	26.6

	調査数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
⑦ 職員数 常勤換算人数 1)医師	1196	10.5	31.8	0	461.4
	16.7				
⑦ 職員数 常勤換算人数 2)歯科医師	1196	0.5	4.8	0	127.9
	16.7				
⑦ 職員数 常勤換算人数 3)薬剤師	1196	0.8	1.7	0	24
	16.7				
⑦ 職員数 常勤換算人数 4)看護職員	1196	13.6	14.4	0	143.4
	16.7				
⑦ 職員数 常勤換算人数 5)その他の職員	1196	29.1	46.0	0	567.4
	16.7				
⑦ 職員数 常勤換算人数 6)合計	1196	54.6	77.4	0	1088.7
	16.7				

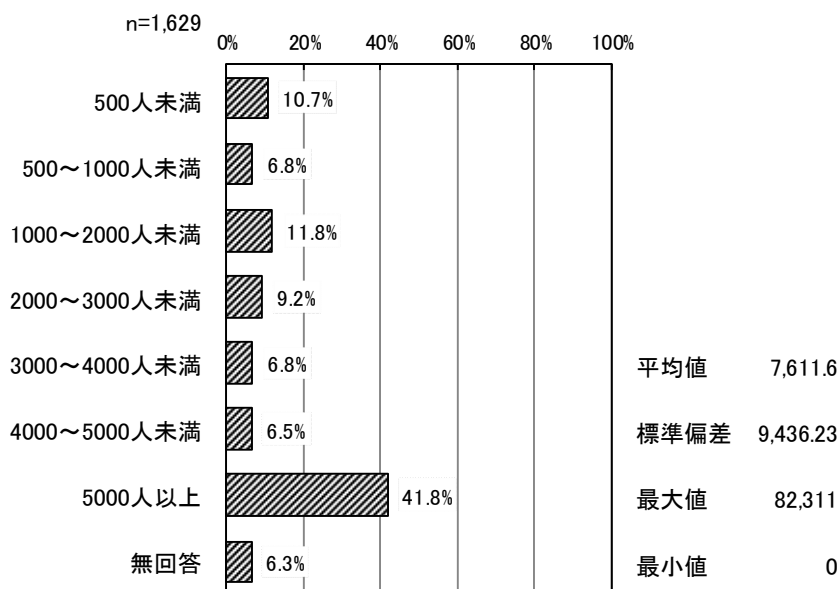
## (10) 外来患者数、入院患者数(⑧)

令和元年6月の1か月間の外来患者数のうち初診患者数の平均値は883.8人、再診延患者数の平均値は7611.6人であった。

図表 15 外来患者数のうち初診患者数 令和元年6月の1か月間

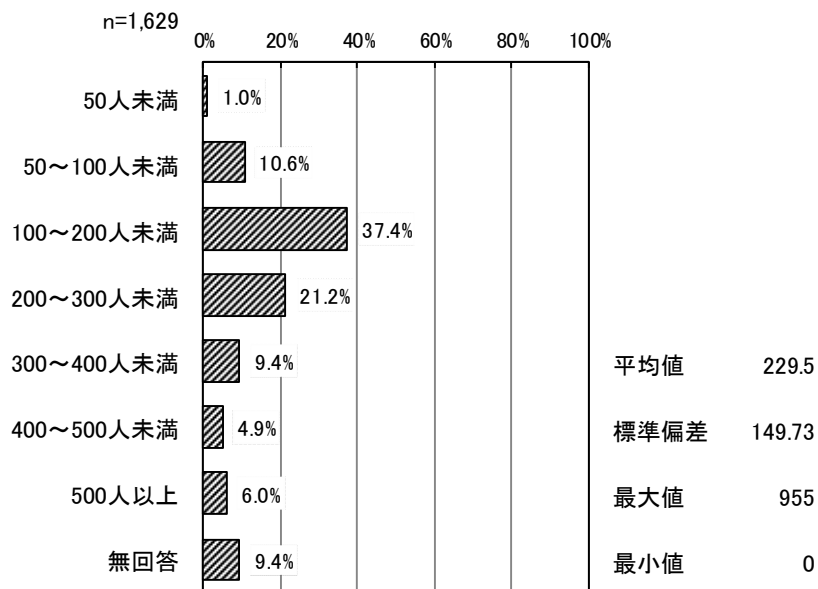


図表 16 外来患者数のうち再診延患者数 令和元年6月の1か月間



令和元年7月1日24時時点における入院患者数の平均値は、229.5人であった。

図表 17 入院患者数 令和元年7月1日24時時点



## (11) 診療報酬の算定状況(9)

令和元年6月の1か月間における診療報酬の算定状況について、薬剤総合評価調整加算の算定回数は平均で0.8回、薬剤総合評価調整管理料の算定回数は平均で0.6回であった。

図表 18 令和元年6月の1か月間における診療報酬の算定状況

	調査数	0回	1回	2回	5回	10回	50回	100回	250回	500回	1000回以上	無回答
⑨ 1) 処方料	1629	85	171	79	140	420	142	97	31	43	421	
	100.0	5.2	10.5	4.8	8.6	25.8	8.7	6.0	1.9	2.6	25.8	
⑨ 1-1) 処方料1 (18点)	1629	808	348	19	22	21	1	1	-	-	409	
	100.0	49.6	21.4	1.2	1.4	1.3	0.1	0.1	-	-	25.1	
⑨ 1-2) 処方料2 (29点)	1629	446	558	90	75	104	10	6	-	-	340	
	100.0	27.4	34.3	5.5	4.6	6.4	0.6	0.4	-	-	20.9	
⑨ 1-3) 処方料3 (42点)	1629	64	218	106	180	489	164	103	38	47	220	
	100.0	3.9	13.4	6.5	11.0	30.0	10.1	6.3	2.3	2.9	13.5	
⑨ 2) 処方箋料	1629	100	48	24	36	97	85	210	229	337	463	
	100.0	6.1	2.9	1.5	2.2	6.0	5.2	12.9	14.1	20.7	28.4	
⑨ 2-1) 処方箋料1 (28点)	1629	382	687	78	89	83	4	2	-	2	302	
	100.0	23.4	42.2	4.8	5.5	5.1	0.2	0.1	-	0.1	18.5	
⑨ 2-2) 処方箋料2 (40点)	1629	130	171	95	167	643	141	32	1	3	246	
	100.0	8.0	10.5	5.8	10.3	39.5	8.7	2.0	0.1	0.2	15.1	
⑨ 2-3) 処方箋料3 (68点)	1629	71	71	26	49	132	135	280	292	358	215	
	100.0	4.4	4.4	1.6	3.0	8.1	8.3	17.2	17.9	22.0	13.2	
⑨ 3) 薬剤総合評価調整加算	1629	925	277	1	-	-	-	-	-	-	426	
	100.0	56.8	17.0	0.1	-	-	-	-	-	-	26.2	
⑨ 4) 薬剤管理指導料	1629	170	140	89	107	482	211	182	15	-	233	
	100.0	10.4	8.6	5.5	6.6	29.6	13.0	11.2	0.9	-	14.3	
⑨ 5) 薬剤総合評価調整管理料	1629	1087	84	-	-	2	-	-	-	-	456	
	100.0	66.7	5.2	-	-	0.1	-	-	-	-	28.0	
⑨ 6) 連携管理加算	1629	1123	6	-	1	-	-	-	-	-	499	
	100.0	68.9	0.4	-	0.1	-	-	-	-	-	30.6	
⑨ 7) 在宅患者訪問薬剤管理指導料	1629	1121	21	-	3	-	-	-	-	-	484	
	100.0	68.8	1.3	-	0.2	-	-	-	-	-	29.7	
⑨ 8) 向精神薬調整連携加算(処方料への加算)	1629	1116	20	3	-	2	1	-	-	-	487	
	100.0	68.5	1.2	0.2	-	0.1	0.1	-	-	-	29.9	
⑨ 9) 向精神薬調整連携加算(処方箋料への加算)	1629	1112	20	2	2	2	1	1	-	-	489	
	100.0	68.3	1.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	-	-	30.0	
⑨ 10) 退院時共同指導料1	1629	1109	17	-	1	1	-	-	-	-	501	
	100.0	68.1	1.0	-	0.1	0.1	-	-	-	-	30.8	
⑨ 11) 退院時共同指導料2	1629	690	496	13	2	1	-	-	-	-	427	
	100.0	42.4	30.4	0.8	0.1	0.1	-	-	-	-	26.2	
⑨ 12) 退院前訪問指導料	1629	795	412	4	1	-	-	-	-	-	417	
	100.0	48.8	25.3	0.2	0.1	-	-	-	-	-	25.6	
⑨ 13) 退院後訪問指導料	1629	975	170	1	-	1	-	1	-	-	481	
	100.0	59.9	10.4	0.1	-	0.1	-	0.1	-	-	29.5	
⑨ 14) 診療情報提供料(I)	1629	51	297	132	159	431	201	152	8	-	198	
	100.0	3.1	18.2	8.1	9.8	26.5	12.3	9.3	0.5	-	12.2	
⑨ 15) 電子的診療情報評価料	1629	1089	21	3	-	4	-	-	-	-	512	
	100.0	66.9	1.3	0.2	-	0.2	-	-	-	-	31.4	
⑨ 16) 診療情報連携共有料	1629	942	197	6	4	1	-	-	-	-	479	
	100.0	57.8	12.1	0.4	0.2	0.1	-	-	-	-	29.4	
⑨ 17) 薬剤情報提供料	1629	406	484	177	138	123	30	10	1	-	260	
	100.0	24.9	29.7	10.9	8.5	7.6	1.8	0.6	0.1	-	16.0	
⑨ 18) 退院時薬剤情報管理指導料	1629	243	283	24	5	-	-	220	195	468	191	
	100.0	14.9	17.4	1.5	0.3	-	-	13.5	12.0	28.7	11.7	

(単位：回)

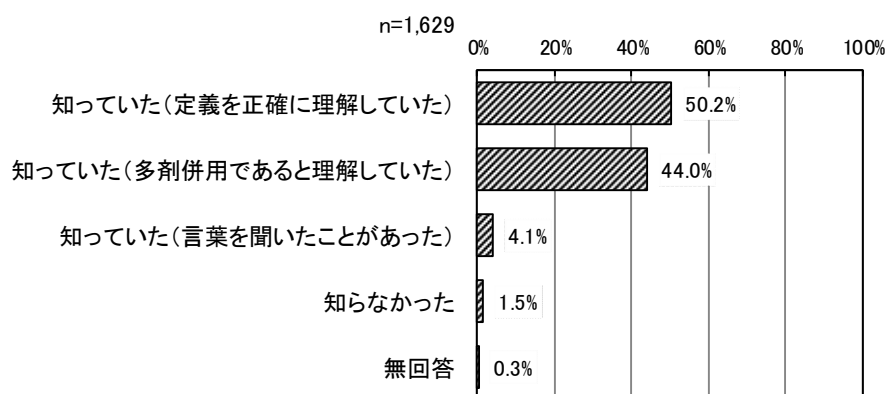
	調査数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
⑨ 1) 処方料	1208 4.0	722.7	2032.8	0	31914
⑨ 1-1) 処方料1 (18点)	1220 4.1	8.3	49.1	0	1200
⑨ 1-2) 処方料2 (29点)	1289 4.3	36.8	112.7	0	1325
⑨ 1-3) 処方料3 (42点)	1409 4.7	715.3	2068.0	0	30682
⑨ 2) 処方箋料	1166 3.9	3648.1	4216.0	0	40273
⑨ 2-1) 処方箋料1 (28点)	1327 4.4	33.0	248.3	0	6535
⑨ 2-2) 処方箋料2 (40点)	1383 4.6	250.0	528.2	0	11549
⑨ 2-3) 処方箋料3 (68点)	1414 4.7	3378.0	3887.7	0	36680
⑨ 3) 薬剤総合評価調整加算	1203 4.0	0.8	2.4	0	30
⑨ 4) 薬剤管理指導料	1396 4.7	426.8	551.3	0	3586
⑨ 5) 薬剤総合評価調整管理料	1173 3.9	0.6	10.0	0	293
⑨ 6) 連携管理加算	1130 3.8	0.1	1.6	0	50
⑨ 7) 在宅患者訪問薬剤管理指導料	1145 3.8	0.2	2.8	0	55
⑨ 8) 向精神薬調整連携加算(処方料への加算)	1142 3.8	1.3	30.1	0	997
⑨ 9) 向精神薬調整連携加算(処方箋料への加算)	1140 3.8	2.3	39.9	0	1064
⑨ 10) 退院時共同指導料1	1128 3.8	0.5	12.9	0	427
⑨ 11) 退院時共同指導料2	1202 4.0	3.1	14.0	0	444
⑨ 12) 退院前訪問指導料	1212 4.1	1.2	3.2	0	50
⑨ 13) 退院後訪問指導料	1148 3.8	2.1	47.9	0	1600
⑨ 14) 診療情報提供料(I)	1431 4.8	360.3	497.6	0	3224
⑨ 15) 電子的診療情報評価料	1117 3.7	0.9	13.6	0	399
⑨ 16) 診療情報連携共有料	1150 3.9	1.4	7.8	0	207
⑨ 17) 薬剤情報提供料	1369 4.6	616.5	1802.3	0	27107
⑨ 18) 退院時薬剤情報管理指導料	1337 4.5	84.1	140.8	0	1302

## 2. 指針の活用状況

### (1) ポリファーマシーに関する理解度 (問1)

ポリファーマシーに関する理解度については、「知っていた (定義を正確に理解していた)」が 50.2%、ついで「知っていた (多剤併用であると理解していた)」が 44.0%であった。

図表 19 ポリファーマシーに関する理解度

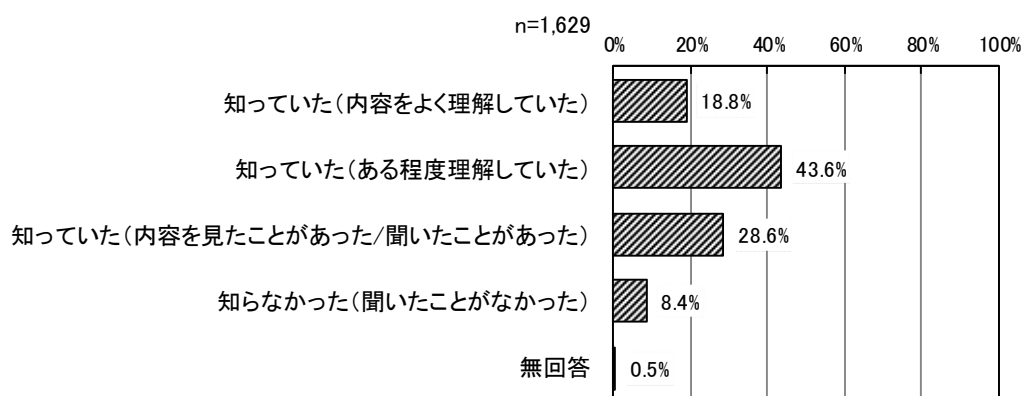


### (2) 指針の理解度 (問2)

指針\*の理解度については、「知っていた (ある程度理解していた)」が 43.6%であった。

\*高齢者の医薬品適正使用の指針 (総論編) もしくは高齢者の医薬品適正使用の指針 (各論編 (療養環境別)) を指す。以下においても同様。

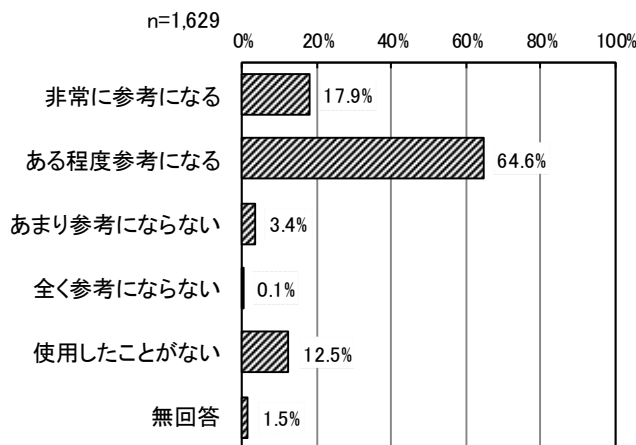
図表 20 指針の理解度



### (3) 指針がどの程度参考になるか (問3)

指針がどの程度参考になるかについては、「ある程度参考になる」が64.6%であった。

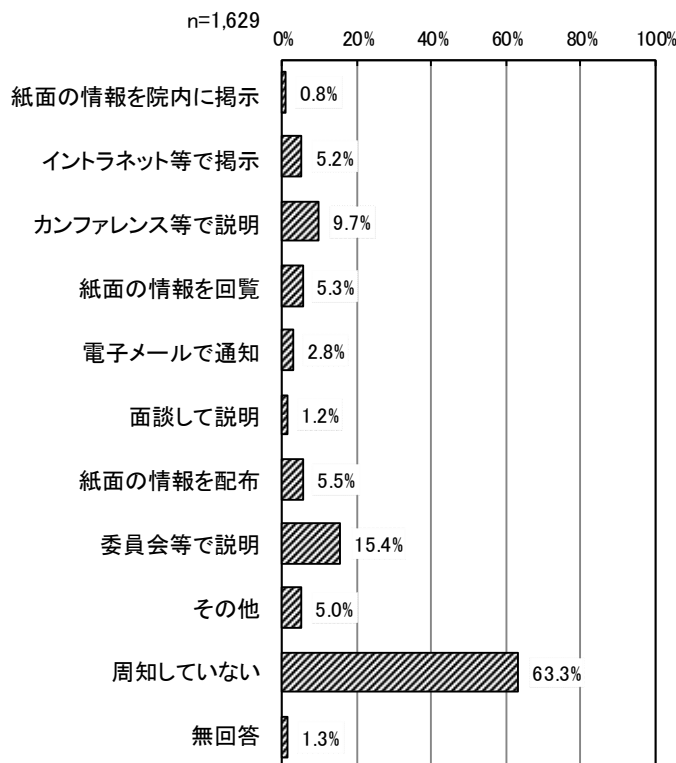
図表 21 指針がどの程度参考になるか



### (4) 院内における指針の周知方法 (問4)

院内における指針の周知方法については、「周知していない」が63.3%で最も多く、それ以外では「委員会等で説明」が15.4%で最も多かった。

図表 22 院内における指針の周知方法



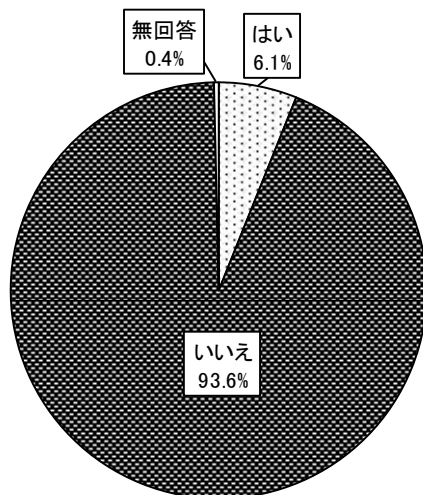


## (5) 手順書の有無 (問 5)

手順書\*が存在するかについては、「いいえ」が 93.6%であった。

※指針の内容を引用したポリファーマシーの解消を目的とした手順書やその他の規程類（電子カルテシステムに指針の内容を取り込み、薬剤を処方する際に自動的にアラートが表示される仕組みを構築している場合や、指針の内容を参考にしてポリファーマシーの回避・改善を行うべき対象患者を抽出するための様式を作成・運用している場合等も含む）を指す。

図表 23 手順書の有無

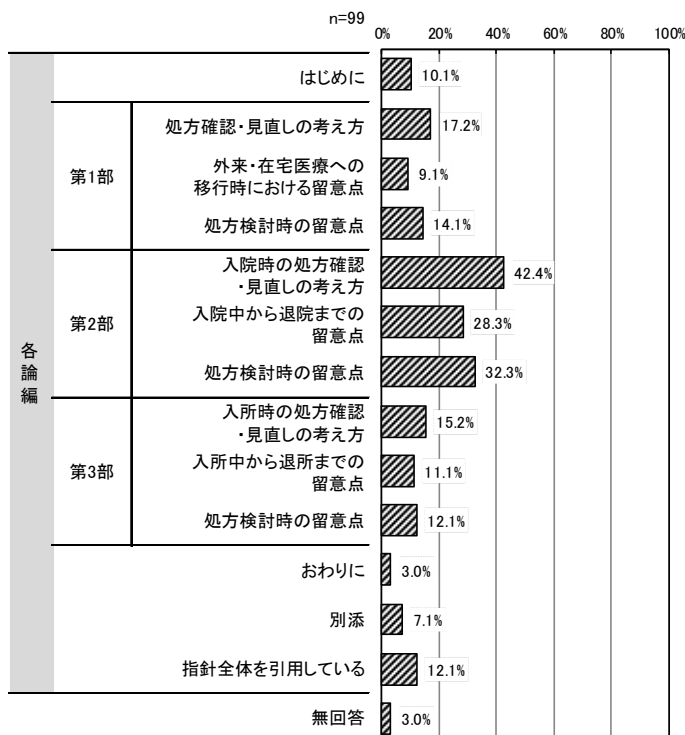
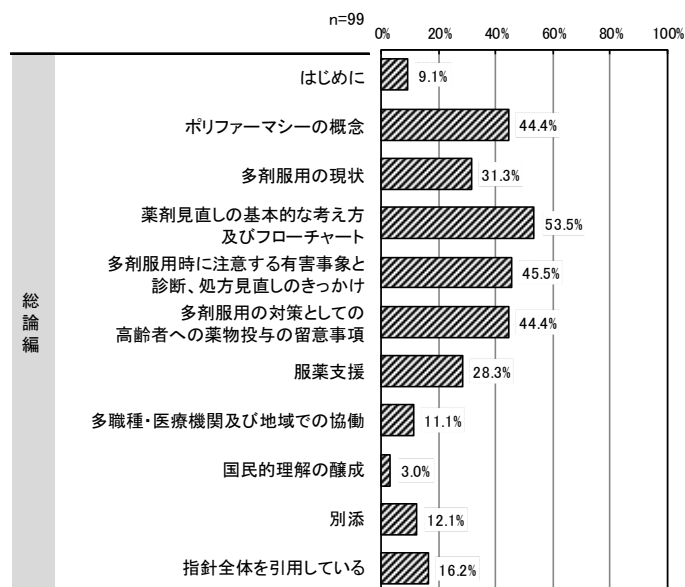


n=1,629

## (6) 手順書において参考にした指針の部分 (問 5-2)

手順書において参考にした指針の部分については、「総論編 薬剤見直しの基本的な考え方及びフローチャート」が 53.5%と最も多く、ついで「総論編 多剤服用時に注意する有害事象と診断、処方見直しのきっかけ」が 45.5%であった。

図表 24 手順書において参考にした指針の部分

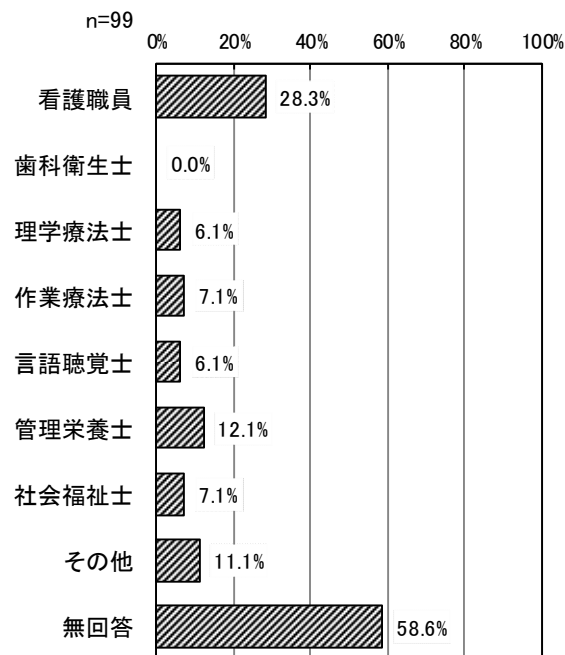


※無回答は、総論編、各論編のいずれにも回答しなかったことを表す。

(7) 手順書に果たすべき役割が記載されている職種 (問 5-3)  
※医師、歯科医師、薬剤師以外

医師、歯科医師、薬剤師以外で、手順書に果たすべき役割が記載されている職種については、看護職員が 28.3% で最も多かった。

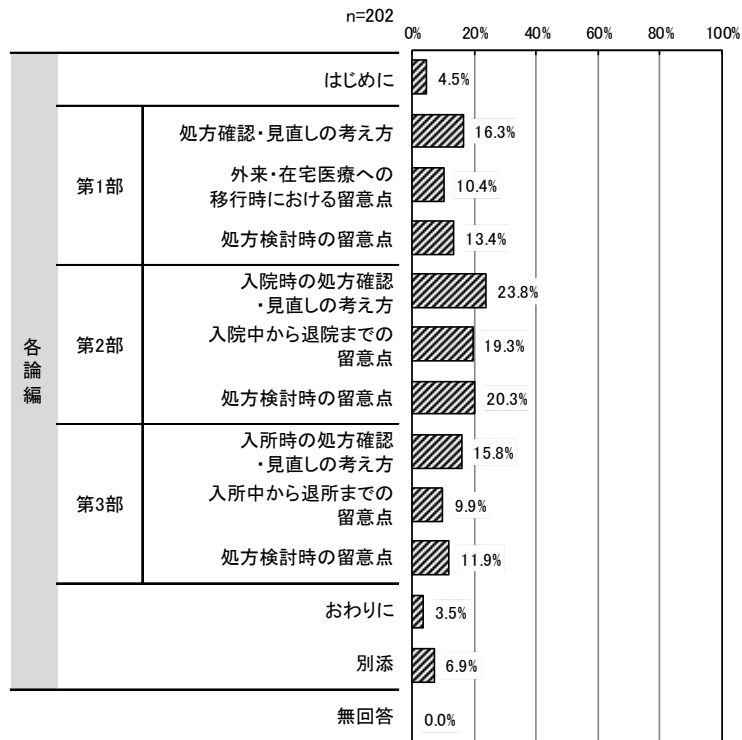
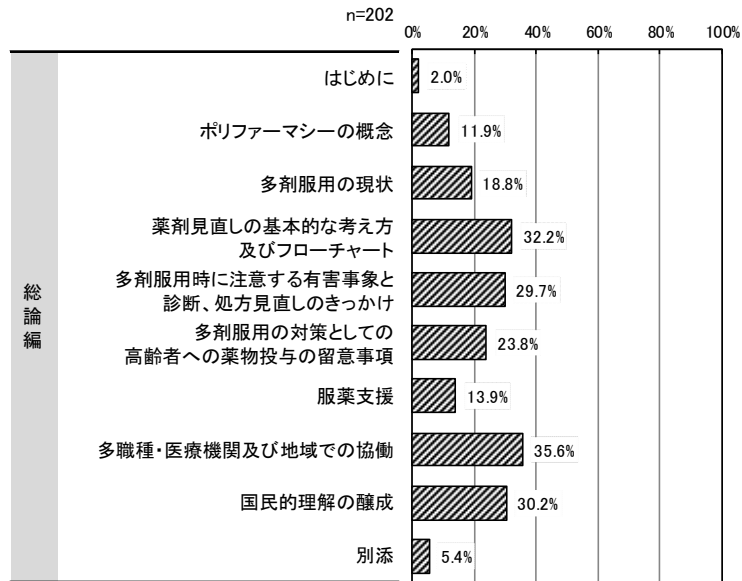
図表 25 手順書に果たすべき役割が記載されている職種



## (8) 指針のうち改善すべきと考える箇所（問6）

指針のうち改善すべきと考える箇所については、「総論編 多職種・医療機関及び地域での協働」が 35.6%、「総論編 薬剤見直しの基本的な考え方及びフローチャート」が 32.2%であった。

図表 26 指針のうち改善すべきと考える箇所



## (9) 指針を改善すべき理由 (問 6-2)

指針を改善すべき理由として挙げられた事項は以下の通りである。

図表 27 指針を改善すべき理由

### ○総論編 はじめに

- ・内容が簡素な割に冗長である

### ○総論編 ポリファーマシーの概念

- ・もっとはっきりとした概念を示さないと行動につながりづらい
- ・有害事象が生じなければ、10 剤、20 剤と薬を服用してもポリファーマシーとならないのか。また高齢者だけがポリファーマシーの対象なのかと思う

### ○総論編 多剤服用の現状

- ・多剤服用の現状について、かなり正確なデータを用いて分析されていると思うが、6 剤までの服薬剤数までは細かく分けて表示されている反面、7 剤以上が全て一括りとなっている点について、もう少し細かく表示して欲しい。また、できればどのような種類の薬が多く含まれているかも示して欲しい
- ・有害事象報告に関する当院の分析では、薬剤数としては 6、7 剤以上ではなく、5 剤以上で有害事象報告が増加している。6、7 剤以上でチェックすべきと捉えられることがないよう表現を工夫すべきである

### ○総論編 薬剤見直しの基本的な考え方及びフローチャート

- ・ポリファーマシー対策の重要な役割を担う医師や薬剤師の具体的な役割や行動が明文化されていないように感じる。医師以外の職種から医師に対して協力を仰ぎにくい
- ・図 4-1 の処方見直しのプロセスについて、誰が行うべきものを明確にして欲しい
- ・患者の転院時に持参する診療情報提供書の記載例等を示してもらえれば、図 4-1 の情報共有が円滑に行えると考える。なお診療情報提供書について薬の情報は処方薬の名称のみを記載している場合が多く見受けられる。処方した経緯や転院後の処方変更の可能性についても記載して欲しいと考えている

### ○総論編 多剤服用時に注意する有害事象と診断、処方見直しのきっかけ

- ・有害事象と相互作用をもう少し詳しく、チャート等で見やすくして欲しい

### ○総論編 多剤服用の対策としての高齢者への薬物投与の留意事項

- ・留意事項が多すぎる

### ○総論編 服薬支援

- ・服薬管理能力を正しく把握するためには一定の基準が必要だが、具体的なスケール等が示されていないので具体性が乏しい

### ○総論編 多職種・医療機関及び地域での協働

- ・ポリファーマシーについては患者や家族の理解の他、医療従事者全体への教育が必要と思われる。特に、多職種・医療機関及び地域での協働については、今後強化していくべき分野であり、具体的な方法を文章だけでなくフロー等で示すことも必要ではないかと考える。医療従事者全体への教育が国民への理解へつなげると考える
- ・医療機関及び地域での協働に用いることができる具体的な方策や制度などを示して欲しい
- ・飲み忘れに対する罪悪感から仮に飲み忘れがあっても、患者が本当の事を言わず、残薬が貯まる傾向がみられる。薬剤のチェック機能がかかりつけの薬局において上手く機能していない。患者が残薬について抵抗無く言えるようにすることが、多剤併用を減らす一歩と考える

### ○総論編 国民的理解の醸成

- ・日本人の性格として薬が多ければ安心するような傾向が見られ、国民にポリファーマシーを理解してもらえるような記述があればよいと思う
- ・他職種の協力体制が十分でなく、国が率先して行動していることをもう少し強めに示すべきと考える。また薬局の取り組みについても地域においてばらばらであり、いわゆる門前薬局では不十分と考える

### ○総論編 別添

- ・実例も欲しい
- ・サマリーや簡易な図表にまとめたものがあると良い

### ○各論編 はじめに

- ・地域包括ケアを担う医療・介護関係者間での情報共有は重要だが、どちらかという医療から介護、病院から地域への方向の情報提供を中心に述べられている印象を受ける。情報共有は双方向であるべきと思うので、地域から病院へのフィードバックや、サブアキュートにおける介護から医療への情報提供などについての言及があっても良い。また今後の課題として、ICT を活用した地域医療ネットワークについての記載もあれば参考になる

### ○各論編 第1部 処方確認・見直しの考え方

- ・実態として、診療情報提供書、お薬手帳などの情報が入り難い時がある

### ○各論編 第1部 外来・在宅医療への移行時における留意点

- ・実態として、自院だけの問題ではなく開業医とも協働で考え処方しなければ改善できないケースがある

### ○各論編 第1部 処方検討時の留意点

- ・薬効についてさらに詳細に記載されていると他職種に伝達しやすい
- ・処方検討時に、何が不必要なのかを考えて、薬の処方内容をスリム化することが必要と考える

### ○各論編 第2部 入院時の処方確認・見直しの考え方

- ・大まかな内容となっており、今後ポリファーマシーをより進めていくためには、より細かな内容にしていくべき

### ○各論編 第2部 入院中から退院までの留意点

- ・処方見直しプロセスの実施の中に、薬剤を中止することによる他剤への影響のリスクが記載されていてもよい
- ・実際は、退院後に元の薬に戻らないようにすることが重要であるが、内容が乏しく感じられる

### ○各論編 第2部 処方検討時の留意点

- ・急性期病院において入院前から入院中に継続していた医薬品の情報を正確に回復期、慢性期に伝達することから連携が始まると考える
- ・外部の専門医が処方し継続している薬を切ることがなかなか出来ない現状がある。院外の医師へ連絡をとるのが具体策ならばそれを表記してもらえると実施しやすい。連絡を受ける側にとっても良いのではないかと考える

### ○各論編 第3部 入所時の処方確認・見直しの考え方

- ・医師の治療方針等の方向性を理解した上で、ポリファーマシーについて考えていくべき

### ○各論編 第3部 入所中から退所までの留意点

- ・表7における薬の変更点、服薬に関する注意点は、薬剤師が薬剤情報提供書として発信する方がいい

### ○各論編 第3部 処方検討時の留意点

- ・減量、中止後の留意すべき点が、もう少し詳しい方がいい

### ○各論編 おわりに

- ・患者、国民への啓発の重要性の部分について、具体性がない

#### ○各論編 別添

- ・別表 1 高齢者で汎用される薬剤の基本的な留意点については、表形式で薬剤名と解説を分けてほしい。対象薬物を見つけにくいいため
- ・薬効群ごとに目次があると見やすいと思う
- ・事例集の充実が、まだ十分に組み込んでない施設にとって推進する材料になると考える



## (10) 指針に関する要望（問7）

指針に関する要望として挙げられた事項は主に以下の通りである。

図表 28 指針に関する要望

### ○薬品・薬剤

- ・介護施設（看取り）で内服が中止になることも多いが、終末期にどうしても服用が必要になるものの指針があればと思う
- ・各学会の意見をすり合わせて実務に近い指針としてほしい（BZP系薬剤の減薬について、退薬症候を避けるため具体的な期間例・Ca拮抗剤の年齢ごとの目標設定等）
- ・使用を控えるよう記載のある薬剤について、高齢者に推奨される代替の薬剤や治療法の指針がほしい
- ・PIM抽出のためのチェックシートなどがあれば活用したい

### ○内容のわかりやすさ・量・具体性

- ・もう少しわかりやすく、ボリュームの少ない「何をすべきか」に絞った指針があるとよい
- ・多忙な業務中に読む量として多い。視覚的にわかりやすい資料にしてほしい
- ・簡潔にすべき
- ・定義をはっきりさせること。この指針では単にポリファーマシーと言っているが「高齢者におけるポリファーマシー」と文章中で一度は示す必要があると思われる
- ・「ポリファーマシー」という呼び名が、何を意味するのか分かりづらいネーミングに感じます。「多剤服薬問題」「多剤服薬」とか、聞いた瞬間に何かを連想できるネーミングがいいと思う
- ・以前、日本医師会で作成していた「糖尿病治療のエッセンス」のような、実際に業務として実施していく上でのポイント部分のみをまとめたダイジェスト版があった方が、普及するのではないかと

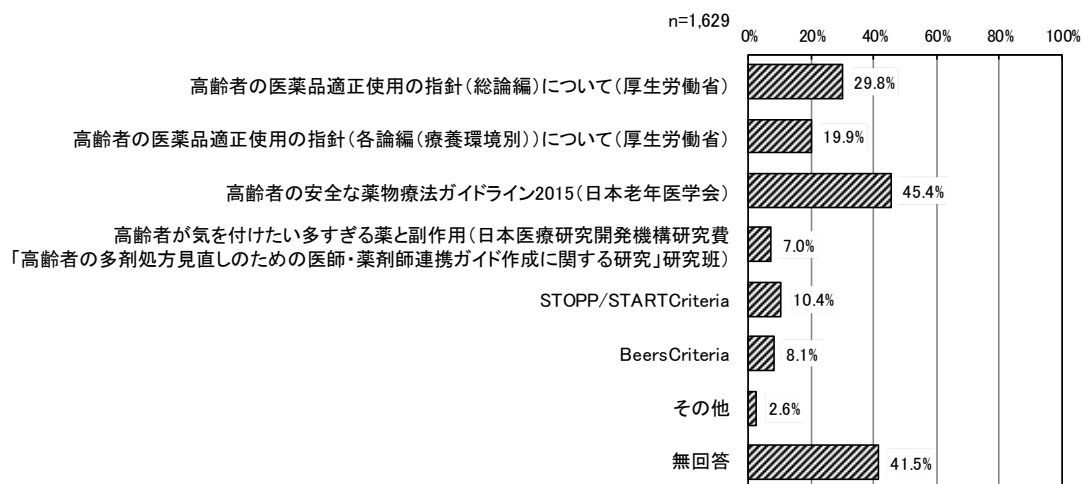
### ○その他

- ・継続的な更新を望む
- ・本調査が指針の内容を理解するいい機会になった
- ・事例の積み重ねが役立つと感じた
- ・高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015とのすみわけが不明確

## (11) ポリファーマシーへの対応を目的として参照している文献・資料(問8)

ポリファーマシーへの対応を目的として参照している文献・資料については、「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015（日本老年医学会）」が 45.4%で最も多かった。

図表 29 ポリファーマシーへの対応を目的として参照している文献・資料



※その他として挙げられた主な回答は以下の通り。

- ・「お薬の上手な減らし方」
- ・「ポリファーマシー見直しのための医師、薬剤師連携ガイド」

### 3. ポリファーマシーの回避・改善に向けた取組

#### (1) 調査期間における患者数およびポリファーマシーの回避・改善の状況 (問9 1)～7))

##### <追加調査結果>

追加調査の問9の1)～7)に回答のあった病院の中には、調査期間が14日でない回答も見られたため、調査期間が14日間であり、1)～7)の全てに回答のあった病院のみを集計対象とした。

外来患者については、調査期間中の患者数は合計で208,743人、このうちポリファーマシーの回避・改善を行うか否かを判断する対象となる患者数は17,368人、このうち回避・改善を行うべきと判断された患者数は1,447人であった。

図表 30 調査期間の患者数およびポリファーマシーの回避・改善の状況（外来患者）（実人数）

【追加調査結果：全体像】

	調査数	合計	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
問9 1)調査期間の患者数 ①外来患者	61	208743	3479.1	989.5	5080.3	3	29055
問9 2)ポリファーマシーの回避・改善を行うか否かを判断する対象となる患者数 ①外来患者	61	17368	289.5	0.0	1060.1	0	7805
問9 3)2)のうち回避・改善を行うべきと判断された患者数 ①外来患者	26	1447	55.7	1.0	174.8	0	871
問9 4)3)のうち回避・改善がなされた患者数 ①外来患者	15	24	1.6	0.0	3.1	0	12
問9 5)3)のうち指針を活用した患者数 ①外来患者	15	5	0.3	0.0	0.7	0	2
問9 6)4)のうち多職種連携により取組を実施した患者数 ①外来患者	7	1	0.1	0.0	0.4	0	1
問9 7)4)のうち状態の改善が認められた患者数 ①外来患者	7	4	0.6	0.0	0.8	0	2

図表 31 (参考) 調査期間の患者数およびポリファーマシーの回避・改善の状況 (外来患者)  
(実人数)

【追加調査結果：図表 30 のうち問 9 2)について 0 と回答した施設を除いた集計結果】

	調査数	合計	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
問9 1)調査期間の患者数 ①外来患者	26	118590	4561.2	2294.5	6344.1	33	29055
問9 2)ポリファーマシーの回避・改善を行うか否かを判断する対象となる患者数 ①外来患者	26	17368	668.0	138.0	1545.6	1	7805
問9 3)2)のうち回避・改善を行うべきと判断された患者数 ①外来患者	26	1447	55.7	1.0	174.8	0	871
問9 4)3)のうち回避・改善がなされた患者数 ①外来患者	15	24	1.6	0.0	3.1	0	12
問9 5)3)のうち指針を活用した患者数 ①外来患者	15	5	0.3	0.0	0.7	0	2
問9 6)4)のうち多職種連携により取組を実施した患者数 ①外来患者	7	1	0.1	0.0	0.4	0	1
問9 7)4)のうち状態の改善が認められた患者数 ①外来患者	7	4	0.6	0.0	0.8	0	2

図表 32 (参考) 調査期間の患者数およびポリファーマシーの回避・改善の状況 (外来患者)  
(実人数)

【追加調査結果：問 9 2)、問 9 3)において 0 と回答した施設を除いた集計結果】

	調査数	合計	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
問9 1)調査期間の患者数 ①外来患者	15	66715	4447.7	1113.0	7538.5	33	29055
問9 2)ポリファーマシーの回避・改善を行うか否かを判断する対象となる患者数 ①外来患者	15	12528	835.2	80.0	1998.5	1	7805
問9 3)2)のうち回避・改善を行うべきと判断された患者数 ①外来患者	15	1447	96.5	5.0	224.4	1	871
問9 4)3)のうち回避・改善がなされた患者数 ①外来患者	15	24	1.6	0.0	3.1	0	12
問9 5)3)のうち指針を活用した患者数 ①外来患者	15	5	0.3	0.0	0.7	0	2
問9 6)4)のうち多職種連携により取組を実施した患者数 ①外来患者	7	1	0.1	0.0	0.4	0	1
問9 7)4)のうち状態の改善が認められた患者数 ①外来患者	7	4	0.6	0.0	0.8	0	2

図表 33 (参考) 問 9 への回答についての電話ヒアリング結果 (外来患者)

- ・ 75 歳以上 6 剤以上の方を対象患者として抽出したものが 60 人で、さらに、「東大方式 持参薬評価テンプレート」のリスト項目に基づく抽出後が 9 人である。
- ・ 回避・改善を行うべきと判断された患者数、改善がなされた患者数は外来患者においては追跡が難しい。
- ・ 対象患者は処方が出ている人の数であり、6 剤以上の服用が基準である。

図表 34 対象患者の条件（外来患者）（問9 2-2）

<p><b>○年齢や薬剤種類数</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2 剤以上服用している患者すべて</li> <li>・ 6 剤以上服用の患者</li> <li>・ 6 種類以上服用している患者</li> <li>・ 7 錠以上服用している患者</li> <li>・ 75 歳以上かつ 7 錠以上服用している患者</li> <li>・ 65 歳以上かつ 6 剤以上</li> <li>・ 65 歳以上</li> <li>・ 向精神薬の剤数</li> </ul> <p><b>○その他</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 情報提供にもとづく</li> <li>・ 決まった条件はない</li> </ul>
--

入院患者については、調査期間中の患者数は合計で 34,436 人、このうちポリファーマシーの回避・改善を行うか否かを判断する対象となる患者数は 6,370 人、このうち回避・改善を行うべきと判断された患者数は 1,125 人であった。

図表 35 調査期間の患者数およびポリファーマシーの回避・改善の状況（入院患者）（実人数）  
【追加調査結果：全体像】

	調査数	合計	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
問9 1)調査期間の患者数 ②入院患者	85	34436	435.9	200.0	901.2	3	6268
問9 2)ポリファーマシーの回避・改善を行うか否かを判断する対象となる患者数 ②入院患者	85	6370	80.6	9.0	261.1	0	2144
問9 3)2)のうち回避・改善を行うべきと判断された患者数 ②入院患者	64	1125	19.4	3.0	53.2	0	288
問9 4)3)のうち回避・改善がなされた患者数 ②入院患者	54	239	4.9	2.0	9.3	0	57
問9 5)3)のうち指針を活用した患者数 ②入院患者	54	95	1.9	0.0	3.7	0	15
問9 6)4)のうち多職種連携により取組を実施した患者数 ②入院患者	47	106	2.5	1.0	4.1	0	19
問9 7)4)のうち状態の改善が認められた患者数 ②入院患者	47	102	2.4	1.0	3.1	0	13

図表 36 (参考) 調査期間の患者数およびポリファーマシーの回避・改善の状況(入院患者)  
 (実人数)【追加調査結果：図表 35 のうち問 9 2)について 0 と回答した施設を除いた集計結果】

	調査数	合計	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
問9 1)調査期間の患者数 ②入院患者	64	27984	482.5	191.5	1037.2	3	6268
問9 2)ポリファーマシーの回避・改善を行うか否かを判断する対象となる患者数 ②入院患者	64	6370	109.8	23.5	300.0	1	2144
問9 3)2)のうち回避・改善を行うべきと判断された患者数 ②入院患者	64	1125	19.4	3.0	53.2	0	288
問9 4)3)のうち回避・改善がなされた患者数 ②入院患者	54	239	4.9	2.0	9.3	0	57
問9 5)3)のうち指針を活用した患者数 ②入院患者	54	95	1.9	0.0	3.7	0	15
問9 6)4)のうち多職種連携により取組を実施した患者数 ②入院患者	47	106	2.5	1.0	4.1	0	19
問9 7)4)のうち状態の改善が認められた患者数 ②入院患者	47	102	2.4	1.0	3.1	0	13

図表 37 (参考) 調査期間の患者数およびポリファーマシーの回避・改善の状況(入院患者)  
 (実人数)【追加調査結果：問 9 2)、問 9 3)について 0 と回答した施設を除いた集計結果】

	調査数	合計	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
問9 1)調査期間の患者数 ②入院患者	54	26330	537.3	200.0	1119.8	3	6268
問9 2)ポリファーマシーの回避・改善を行うか否かを判断する対象となる患者数 ②入院患者	54	5533	112.9	23.0	319.5	1	2144
問9 3)2)のうち回避・改善を行うべきと判断された患者数 ②入院患者	54	1125	23.0	4.0	57.2	1	288
問9 4)3)のうち回避・改善がなされた患者数 ②入院患者	54	239	4.9	2.0	9.3	0	57
問9 5)3)のうち指針を活用した患者数 ②入院患者	54	95	1.9	0.0	3.7	0	15
問9 6)4)のうち多職種連携により取組を実施した患者数 ②入院患者	47	106	2.5	1.0	4.1	0	19
問9 7)4)のうち状態の改善が認められた患者数 ②入院患者	47	102	3.5	2.0	3.2	1	13

図表 38 (参考) 問 9 への回答についての電話ヒアリング結果(入院患者)

- ・ 75 歳以上 6 剤以上の方を対象患者として抽出し、さらに、「東大方式持参薬評価テンプレート」のリスト項目に基づき抽出している。
- ・ 対象患者は処方が出ている人の数であり、6 剤以上の服用が基準である

図表 39 対象患者の条件（入院患者）（問 9 2-2）

**○年齢や薬剤種類数**

- ・ 2 剤以上服用している患者全て
- ・ 6 剤以上を服用、多院からの持参
- ・ 6 剤以上服用、入院時持参薬を 1 剤以上中止
- ・ 6 錠以上服薬
- ・ 65 歳以上
- ・ 59 歳、抗生剤 2 錠以上服用患者
- ・ 70 歳、6 錠以上服用している患者
- ・ 75 歳以上 6 錠以上（ADL 低下しやすい、副作用が起こりやすい）
- ・ 75 歳以上かつ 8 錠以上服用している患者
- ・ 7 種類以上服用している患者
- ・ 7 錠以上内服、うち腎機能など中止が望まれる状態を有している人
- ・ 7 錠以上服薬
- ・ 80 歳以上 8 錠以上服用
- ・ 8 錠以上服用している患者
- ・ 高齢
- ・ 多剤服用
- ・ 15 剤以上服用
- ・ 向精神薬の剤数
- ・ 過去 4 週間以上 6 剤以上服用している患者
- ・ 75 歳以上または、75 歳未満の介護保険受給者で 6 剤以上

**○患者ごとの処方内容や生理機能**

- ・ 指針にて減薬が必要な薬剤を服用しているか
- ・ 腎機能低下
- ・ 問題のあるポリファーマシーに対して
- ・ 精神科病棟において退院時に服用薬剤が減少した患者
- ・ 同種同効薬の重複
- ・ 期間内に転倒した患者

**○その他**

- ・ 高コスト
- ・ 新規入院
- ・ 地域包括ケア病棟に入院中で特定医師が主治医の患者
- ・ 服薬中の全ての患者
- ・ 同法人老健施設への退院予定患者
- ・ 決まった条件はない。入院時に検討

- ・ 向精神薬多剤投与の減算に当てはまる患者
- ・ 患者家族からの訴えがあれば行う
- ・ 薬剤を持参した患者



## (2) ポリファーマシーの回避・改善に至らなかった理由 (問 9 8)

図表 40 ポリファーマシーの回避・改善に至らなかった理由 (外来患者)

### ○方針や規定の未整備

- ・ 外来患者の処方に関与していない
- ・ 外来では介入できていない
- ・ 処方に薬剤師が関与していない
- ・ 医師の判断
- ・ 患者状態の変化を避けるため
- ・ 個々の患者で代謝、分布が異なるためポリファーマシーの取組は困難
- ・ 高齢者のポリファーマシーに向けた対策や規定などをまだ構築していない
- ・ ポリファーマシーを回避、改善するための取組を規定していないため
- ・ 取組の規定がなく、医師が個々で取り組んでいる場合は集計する方法がなく現状把握も困難なため

### ○リソース不足

- ・ 多数の患者を待ち時間等にも気配りしつつ診察する中で、患者の同意のもと減薬する作業について、ポリファーマシーの回避、改善を検討、熟考するまで時間を割けないと思われる
- ・ 特に外来診察中は、医師も薬剤師も時間に追われるため、問い合わせを嫌がる傾向がある
- ・ 人員不足

### ○連携不足

- ・ 外来患者は調整薬局との打ち合わせなしに取り組みはできない
- ・ 薬薬連携トレーシングレポートがない

図表 41 ポリファーマシーの回避・改善に至らなかった理由 (入院患者)

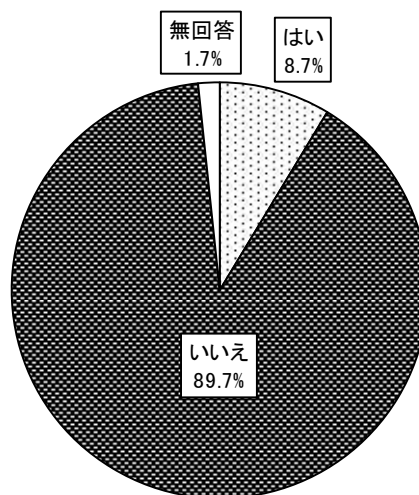
- ・ 1つ減らしても、別の薬剤が追加になり、種類に変化はない
- ・ 2錠中止しても、症状により1錠以上追加となる
- ・ 一旦中止したが、再開となった
- ・ 患者状態の変化を避けるため
- ・ 採用薬剤や患者の重症度によって改善できなかった
- ・ 循環器科用薬で服用が必要なため
- ・ 入院中に処方が増えたため
- ・ 院内でのルール決め、周知が行われていない
- ・ 提案したが主治医が対応を行わないため

- ・ 紹介元の病院に戻すので、そちらで調整をしてもらいたいため主治医（開業医）の処方意図がわからないため
- ・ 他院からの紹介患者で、患者が他院へ戻る場合、処方医が気を使って入院中は減薬しても退院時は紹介元の処方に戻してしまう
- ・ 退院後、自宅に薬があるため
- ・ 退院まで時間がなく、薬を見直すまでに至らない
- ・ 患者の服薬希望が強い
- ・ 人員不足
- ・ 薬剤師の人員不足のため、病棟での活動も限定的とならざるを得ない実状がある。その中で透析へ移行する患者の内服薬を医師と連携して見直していきたいと考えてはいる
- ・ 6 剤以上の薬剤どれも独立した効能で必要度が高い
- ・ 症状により必要であったため
- ・ 薬剤数が多い症例であっても明らかな有害事象はさほど認められない
- ・ この期間において該当者なし
- ・ 新規入院患者では、6 錠以上の方がいなかった

### （3）外来患者のポリファーマシー回避・改善のための取組の規定・運用をしているか（問 10）

外来患者のポリファーマシー回避・改善のための取組の規定・運用をしているかについては、「いいえ」が 89.7%であった。

図表 42 外来患者のポリファーマシー回避・改善のための取組の規定・運用をしているか

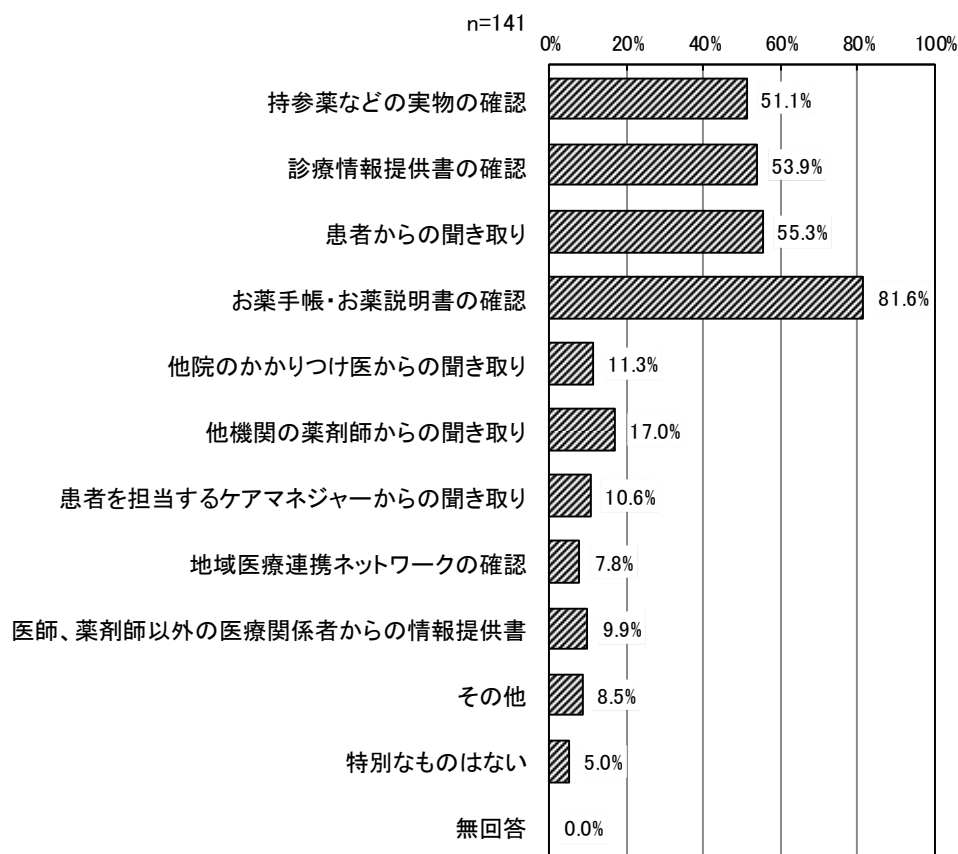


n=1,629

#### (4) 外来患者の全ての処方薬を把握する方法（問10-2）

外来患者の全ての処方薬を把握する方法については、「お薬手帳・お薬説明書の確認」が81.6%で最も多かった。

図表 43 外来患者の全ての処方薬を把握する方法



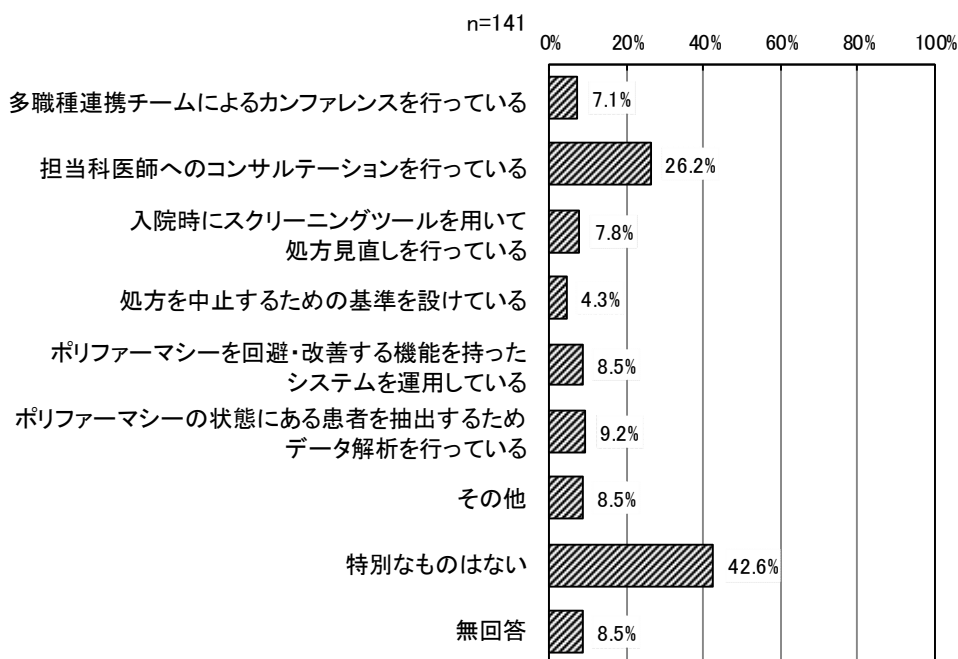
※その他として挙げられた主な回答は以下の通り。

- ・カルテ
- ・服用薬剤調整支援料に関する情報提供書

## (5) 外来でポリファーマシーを回避・改善するための具体的な取組（問 10-3）

外来でポリファーマシーを回避・改善するための具体的な取組については、「特別なものはなし」が 42.6%と最も多く、ついで「担当科医師へのコンサルテーションを行っている」が 26.2%であった。

図表 44 外来でポリファーマシーを回避・改善するための具体的な取組



※その他として挙げられた主な回答は以下の通り。

- ・かかりつけ薬局薬剤師（門前薬局）からのトレーシングレポート

※具体的な内容として挙げられた主な回答は以下の通り。

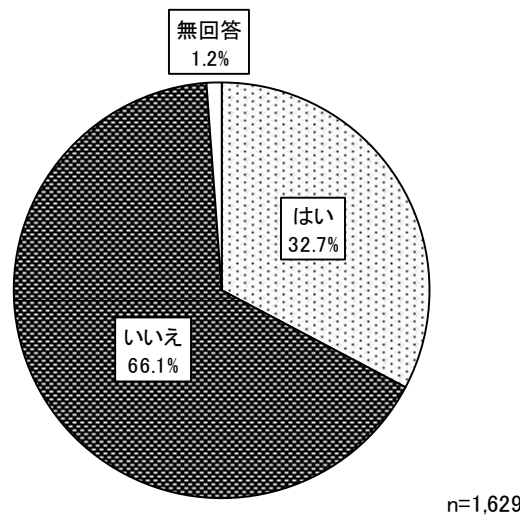
- ・服用薬剤調整支援料に関する情報提供書をもとに、多職種連携チームにてカンファレンスを行い、担当医へコンサルテーションを行っている
- ・向精神薬が多剤併用状態にある患者を調べ、主治医へ使用状況をフィードバックしている
- ・薬局よりポリファーマシー対策として報告された処方提案（患者からの聞き取り等）をコピーして医師へ渡している

## (6) 入院患者のポリファーマシー回避・改善のための取組の規定・運用をしているか（問 11）

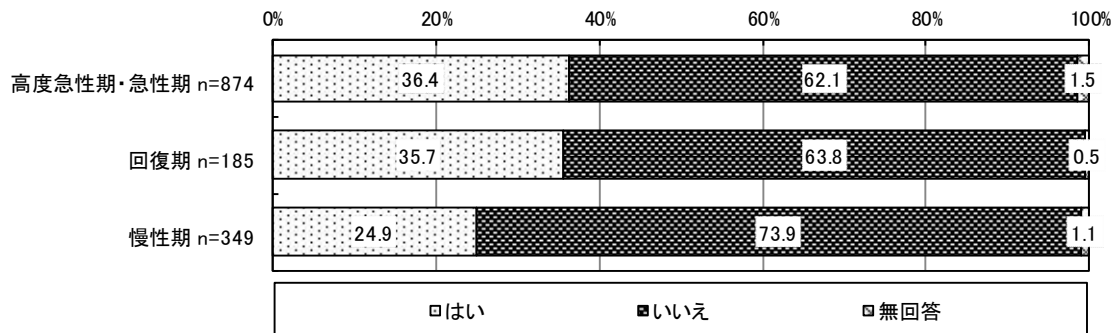
入院患者のポリファーマシー回避・改善のための取組の規定・運用をしているかについては、「いいえ」が 66.1%であった。

また、医療機能別にみると、慢性期では 24.9%と、高度急性期・急性期（36.4%）、回復期（35.7%）と比べ、規定・運用されている割合が低かった。

図表 45 入院患者のポリファーマシー回避・改善のための取組の規定・運用をしているか



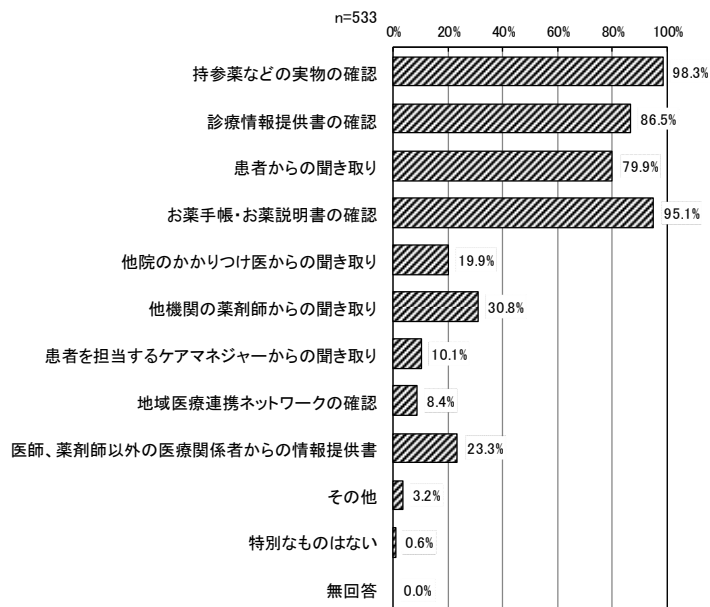
図表 46 入院患者のポリファーマシー回避・改善のための取組の規定・運用をしているか（医療機能別）



## (7) 入院時に患者の全ての処方薬を把握する方法 (問 11-2)

入院時に患者の全ての処方薬を把握する方法については、「持参薬などの実物の確認」が98.3%で最も多く、ついで「お薬手帳・お薬説明書の確認」が95.1%であった。

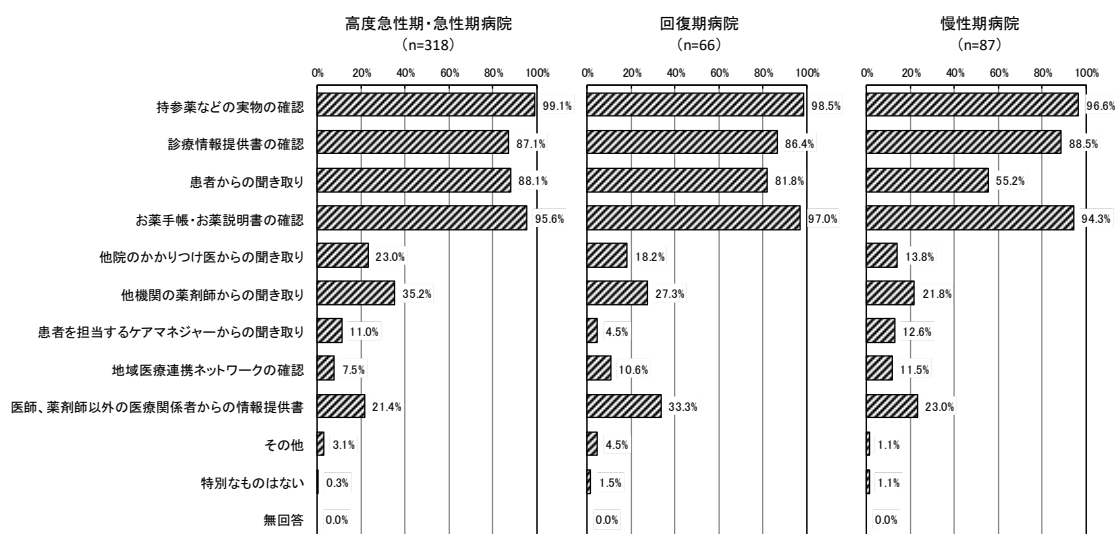
図表 47 入院時に患者の全ての処方薬を把握する方法



※その他として挙げられた主な回答は以下の通り。

- ・血液データの確認

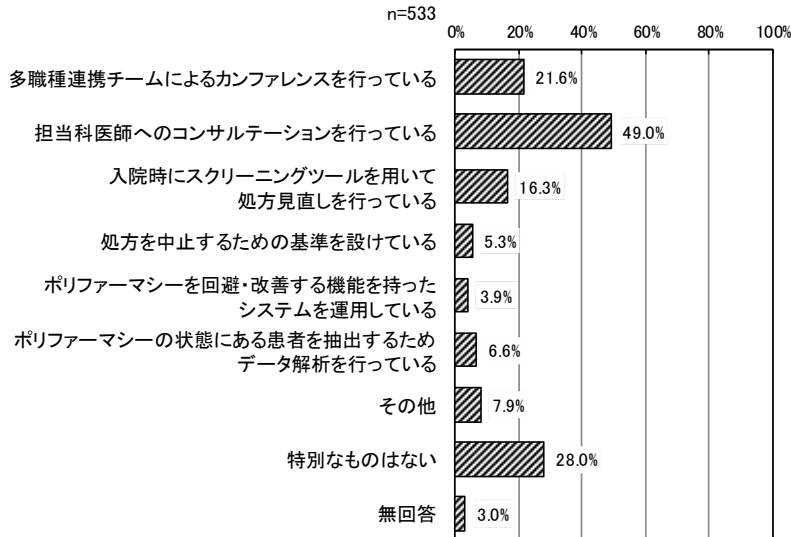
図表 48 入院時に患者の全ての処方薬を把握する方法 (医療機能別)



## (8) 院内でポリファーマシーを回避・改善するための取組（問 11-3）

院内でポリファーマシーを回避・改善するための取組については、「担当科医師へのコンサルテーションを行っている」が49.0%で最も多かった。

図表 49 院内でポリファーマシーを回避・改善するための取組



※その他として挙げられた主な回答は以下の通り。

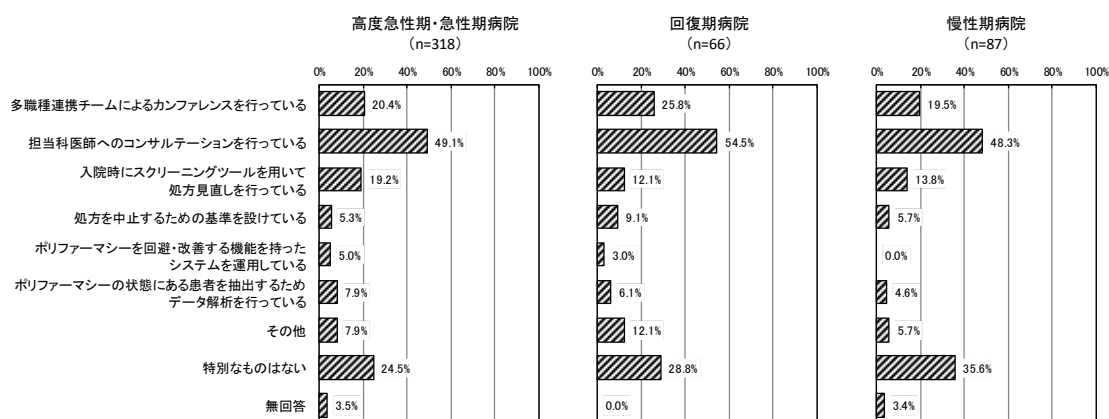
- ・抗精神病薬の多剤処方をチェック、診療情報の会議への報告
- ・医師と薬剤師の減薬チームで隔週で処方薬の見直しを行っている
- ・入院時に、持参薬が6錠以上ある患者はカルテに付箋を貼っている
- ・薬剤管理指導業務の一環として処方変更を医師へ提案
- ・採用薬の見直し等
- ・毎月の薬事委員会で前月分の薬剤総合評価調整、加算、件数を確認している

※また、取組の具体的な内容は以下の通り。

- ・同効薬について、服用種類を減らしたり、服用の必要性のない薬や重要性の低い薬について、医師と薬剤師で相談して中止を検討する
- ・カルテ記入により医師へ情報提供
- ・入院前に既往歴、検査値を確認し、全て処方の必要性を見直す
- ・多院の重複処方、持参薬の日数が多い薬剤の医師への報告
- ・入院時に持参薬鑑別書を作成し、持参薬の内容を担当医へ提示し、重複の回避、見直しを行う
- ・入院時に転倒、転落チェック薬リストとABCスコアを作成。転倒しやすい薬と、抗コリン作用の負荷量を数値化し、カルテに記載している

- ・多職種連携チームでカンファレンスを行い対応している
- ・主治医と減薬チームとの間でプロトコルを決め、患者の同意を得た段階で減薬を行い、カンファレンスの内容をカルテに残している
- ・向精神薬が多剤併用状態にある患者を調べ、主治医へ使用状況をフィードバックしている
- ・血圧やDMについて数値化し、適正を確認。向精神、下剤、胃薬、整腸剤、ビタミン剤は重複で中止
- ・多剤併用率、具体的に減薬となった理由について薬剤師より説明する
- ・医事係より前月分退院した患者の入院時持参薬剤数

図表 50 院内でポリファーマシーを回避・改善するための取組（医療機能別）





## (9) ポリファーマシー回避・改善のための取組における工夫や課題(問 12-1)

図表 51 ポリファーマシー回避・改善のための取組における工夫や課題

### ○工夫

- ・ 医師との委員会で相談して指針となるもの（マニュアル）について考えていきたい
- ・ 入院時にスクリーニングを実施
- ・ お薬手帳の運用の徹底
- ・ お薬手帳を病院ごとではなく一冊にまとめるよう、患者に指導している
- ・ 持参薬鑑別時、処方切り替え時を狙って削減を試みている
- ・ 医師からの要望があれば、薬剤師から提案する
- ・ 入院時、6錠以上の患者の服薬記録等を確認する
- ・ 患者、家族への正しい理解を促すための教育。チームを院内で結成し院内の委員会として病院内全体として対応を行っている
- ・ 入院時に、入院前服用薬を病棟の担当薬剤師が十分に把握し、入院中処方、退院処方を一元管理している
- ・ 院内・ポリファーマシー改善の委員会の活動と持参薬設計 PBPM を活用する。院外・地域 PBPM の展開とネットワークの活用をする
- ・ 長期投与されている患者や薬剤数の多い患者の処方に関して薬剤科内で情報共有し、検討している
- ・ 抗生剤の適正使用
- ・ 定期的な処方の見直しと、医師への情報提供
- ・ 患者情報内にポリファーマシー対象と分かる記載をしている

### ○課題

- ・ 課題として、持参薬の薬剤師による確認が十分に行えていない。多職種連携が十分でない
- ・ 薬剤師の確保
- ・ お薬手帳がうまく活用されていないため、他の医療機関の処方薬の把握が困難である
- ・ アドヒアランスが悪い患者が多い
- ・ 合併症を抱えて入院してくる患者が多く、その多剤処方を査定することが難しい
- ・ ポリファーマシーの概念もいろいろで、患者によって個々に対応せざるを得ないため、対応は各担当薬剤師の力量に応じたものになっている。各薬剤師が問題意識を持ち、各ツールを使えるよう指導はしているが、すべてのスタッフが同じようにできているわけではない
- ・ 人員不足のため、対象患者の抽出や、検討する時間を作れないことが課題

- 複数の医療機関から処方されているケースが多く処方意図が分かりにくいので、かかりつけ薬局で過去の処方から意図などを継続的に評価し効果や副作用などを総合的に評価する必要がある
- 医師にとって自科以外の処方薬を調整するのは難しいと感じる。薬剤師は病態全体をとらえることが難しいと考える。従って、薬剤師が減薬の根拠となり得る情報を持つことで医師へ働きかける流れが理想である
- ポリファーマシーに対する医師及び患者への周知、教育
- お薬手帳を活用していない医院、診療所等があり、情報が一元化されない。持参薬確認の際に苦勞している
- 精神科においては特に言えることだが、医療スタッフが特に少なく、とりあえず薬を出しておく、ということがポリファーマシーにつながっているように思う
- 減薬に成功した場合、かかりつけ医へのフィードバック制が地域単位で構築されていない。処方医ではないという理由で中々内服の中止がなされない
- ポリファーマシーを回避、改善するかどうかを判断するための時間を充分に取ることが難しい

## (10) ポリファーマシー回避・改善のための取組を規定しない理由(問 12-2)

図表 52 ポリファーマシー回避・改善のための取組を規定しない理由

### ○リソース不足

- ・リーダーとなる医師が不在
- ・現在の薬剤師数では業務拡大が難しい
- ・人員不足のため、規定の作成や運用に時間を割けないため

### ○院内の理解が進んでいない

- ・病院全体での取り組みがない
- ・ポリファーマシーに対して医師の理解が不足している

### ○医療機能上の特徴により

- ・当院の特徴として、癌治療を最優先に行っているため、副作用対策で使用する降圧剤、胃腸薬、向精神薬などを回避することが困難である
- ・入院中の短期間ではポリファーマシーの問題に介入することは現実的に難しい
- ・重症や短期入院では対応できない
- ・常勤医師が少なく、また非常勤医師は院内にいる時間が短いため、ポリファーマシーを改善、回避する取り組みを行えず規定する時間も持てない。さらに常勤医師であっても当院に赴任する期間は短いため、提案をしても他の医師の処方に変更を加えず、継続し他院へ移っていく

### ○他の業務で代替している

- ・病棟薬剤業務を実施しているが、ポリファーマシーとして規定に従った業務を開始していない
- ・お薬手帳を活用して病院薬剤師、薬局薬剤師が薬歴管理をしているため
- ・処方内容のチェック、処方提案は行っているがポリファーマシーの回避、改善の規定はない
- ・入院患者に対し、薬剤管理指導業務や病棟薬剤業務を通じて関わっているため、その中でポリファーマシーについても対応している

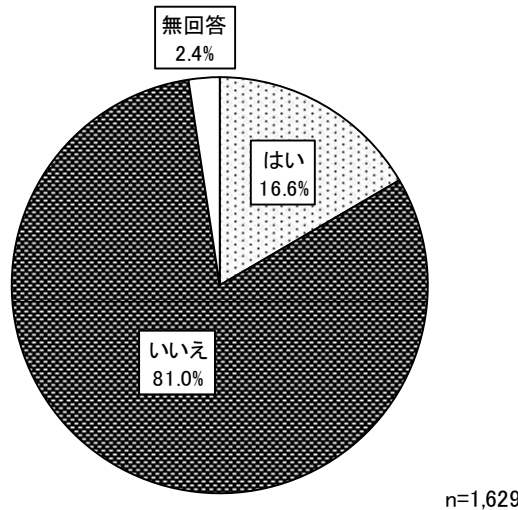
### ○その他

- ・明文化していないがシステムに組み込んでいる。現在、業務手順書の改定作業中
- ・薬剤師の個のスキルによる。特に臨床的判断はマニュアル化できないため
- ・病院としての基本方針を検討中のため

**(11) 高齢者に処方されることが多い特定の薬効群に関するポリファーマシー回避・改善のための取組の有無 (問 13)**

高齢者に処方されることが多い特定の薬効群に関するポリファーマシー回避・改善のための取組があるかについては、「いいえ」が81.0%であった。

**図表 53 高齢者に処方されることが多い特定の薬効群に関するポリファーマシー回避・改善のための取組の有無**



**(12) ポリファーマシーの回避・改善を行っている特定の薬効群 (問 13-2)**

**図表 54 ポリファーマシーの回避・改善を行っている特定の薬効群のうち主なもの**

・催眠鎮静剤	・高脂血症用剤	・ビタミン剤
・解熱鎮痛消炎剤	・去たん剤	・鉄化合物製剤
・抗パーキンソン剤	・消化性潰瘍用剤	・その他の無機質製剤
・精神神経用剤	・健胃消化剤	・糖尿病用剤
・その他の中枢神経系用薬	・下剤、浣腸剤	・アレルギー用薬
・血圧降下剤	・その他の消化器官用薬 (制吐剤)	・抗生物質製剤

(13) 主な薬効群とポリファーマシーの回避・改善のための取組の概要、工夫、課題 (問 13-3)

図表 55 主な薬効群とポリファーマシーの回避・改善のための取組の概要、工夫、課題

薬効群	取組の概要	取り組む上での工夫	取り組む上での課題
催眠鎮静剤	認知症、せん妄リスクの高い患者に用いる睡眠薬の推奨リストを作成している。	認知症ケアチームも同じリストを活用している。入院時の不眠時指示書にも反映させている。	推奨リストに掲載する薬剤の絞り込みを行うこと
	リハビリ職、看護師、医師と相談しながら患者の夜間から早朝の状態や副作用が出ていないか等を注意深く観察している。	診察結果を患者に伝えた上でよく相談し、患者に決定してもらう。	患者の拒否感が強いことが多い。
解熱鎮痛消炎剤	他職種、特にセラピストと情報共有し、リハビリ中の疼痛状況から減量や中止を提案している。	他職種との情報共有を積極的に行う(カンファレンス等)。	他職種等で同じ評価ができるように評価手順等を作成する必要がある。
	入院治療におけるクリティカルパスで規定している薬剤と持参薬が重複することが特に注意している。	全ての入院患者の持参薬を確認しており、入院後処方される薬剤との薬効重複を必ず確認している。	同左
	入院時または入院中に鎮痛剤を使用している場合、内服開始の理由、今の疼痛状況、内服開始前後での痛みの評価を行い、定期内服の必要性、必要に応じて頓用または中止を検討。	患者本人やリハビリ科の情報より、ADL、QOLが低下しない程度に減薬を検討。痛みの原因によって、鎮痛剤の種類(多剤から単剤、作用時間など)を検討する。痛みが強くなければ中止も検討。	鎮痛薬を服用することで、痛みへの不安を解消しているケースもあり、患者本人の承諾や理解がないといった中止しても再開があり、中止/頓用への変更が難しい。中止後(退院時)の経過を追うことが非常に難しいため、今後の課題である。高齢者の頑固さ、家族の過剰な心配も課題。
	整形外科で入院中の患者に対し、持参薬、当院処方薬で一包化にて他の薬剤と一緒に鎮痛薬が処方されているなど、漫然と投与されている例に対し、処方の必要性があるか見直しを行った。	患者に対し、痛みの度合いを確認するとともに服用薬の薬効についての理解度の確認も合わせて行った。痛みのコントロールができていない場合、主治医に確認し、必要時のみ服用するなど用法の変更を行い、入院中はQOLの変化がないことを確認した。	入院中は薬剤師の介入があるが、退院後はかかりつけ医のところでは処方が元に戻るなどの例も見られた。患者自身も症状も変わらないなら毎回服用する方が面倒くさくないなど、減量の継続の難しさを感じた。病院～かかりつけ医～かかりつけ薬剤師の連携が必要である。
	疼痛管理状況と投与期間の確認。	定時内服の場合、頓用へ代替、経過観察している。	NSAIDsの中止について不安を訴える患者が多く、念のため処方して欲しいなどの要望がある。疼痛に関する不安を完全になくすことは困難であるが、デメリットも十分に指導していく事が課題と考えられる。
	併用による副作用の増大を防ぐ。	お薬手帳、カルテ等のチェック、患者への聞き取り	薬歴チェックに時間がかかる。

薬効群	取組の概要	取り組む上での工夫	取り組む上での課題
抗パーキンソン剤	震えがあり服用している寝たきりの方が多い。服用していて症状がある場合は効果が乏しいと考え中止、減量提案している。	服用の効果が、患者自身で実感がない場合（訴えが難しい）、中止してみても、悪化あれば再開という形で、1度中止を試すよう促している。	一般内科の医師がそのまま処方変更しないケースも多い。
	処方されている入院患者のリスト（ピペリデン換算値）を作成し、主治医、病棟へ毎月配布する。	転倒、せん妄、口腔内乾燥、便秘等、副作用が発生した場合は中止提案を行う。	患者が中止を拒否することがある。
精神神経用剤	ベンゾジアゼピン系睡眠薬を服用している場合、服用歴の確認。患者の面談を行い、減薬、中止、他剤への変更を行う。	減薬方法の提案、他剤への変更案を医師と協議し、より副作用が少なく依存の低い薬剤へ変更している。	本人の同意が得られない場合がある。減薬中止、変更を行っても、もとの処方に戻る場合がある。
	3種以上の向精神薬の併合や、高齢者での投与量・腎機能などを必ず確認し、医師へ報告している。	ガイドラインなどを用いて医師へ情報提供を行い、減量などを行った場合は、担当看護師へ伝え、経過観察を行う。他科受診や他院への受診で薬が多く処方されている場合、お薬手帳や退院時薬剤情報により情報提供を行っている。	患者の不安や、こだわりを取り除くこと。医師によっては、減らすことのリスクもあり患者個別の対応が必要。
	転倒転落のリスク軽減に向け、向精神薬複数使用患者について主治医に確認し処方見直しを提案する。	ベンゾ系より、非ベンゾ系睡眠薬への変更。複数処方されている場合は、可能な限り1剤への減薬。以上を担当薬剤師が主治医に提案する。	高齢者においては、特定の薬効群ではなく、ファモチジン、レボフロキサシン等腎機能低下患者に注意が必要な汎用薬剤について投与中止、減量等の提案を実施している。
	薬剤数ではなく、各種換算値において把握するようにしている。ベンゾジアゼピン系薬剤を減らす（入院時、確認する）。	電子カルテでクロルプロマジン換算値及び、その変動を見ることができる	家族が理解していない場合がある。
	薬剤数、投与量のチェック。処方内容変更後は症状確認を薬局においても行っている。	減量、減薬、投与方法、及び向精神薬以外の薬剤への変更。	特に高齢者患者においては、症状確認をすることが困難な場合が多く、家族とともに取り組む体制をつくる必要があると思われる。
その他の中枢神経系用薬	長期療養・寝たきりの患者への投与中止	長期療養で本人との意思の疎通ができない場合投薬を中止し、スタッフによる要様子観察。	抗認知症薬投与のために追加されていた薬剤について中止または、減薬の見落としに注意していく。
	寝たきり、意思疎通が難しくなった時など必要性を考慮し中止を検討。	他職種との情報共有により患者の状態を把握する。	家族の気持ち。中止はあきらめられたと感じることもある。

薬効群	取組の概要	取り組む上での工夫	取り組む上での課題
血圧降下剤	毎日の血圧測定の値を確認し、収縮期血圧が100を下回ることが多ければ、降圧剤を削除提案している。また、薬剤削除後は、「高血圧治療ガイドライン」を参考に目標血圧内でモニタリングしていく。	自宅での服薬コンプライアンスや、血圧の値も考慮している。	退院後、自宅での血圧がどう変化したのかを追うことができていない。
	当院には地域包括ケア病棟があり、入院期間が長期となる患者は塩分制限により降圧剤が不要となるケースが多い。日々のバイタルサインの確認から看護師と相談し中止や減量を提案している。	薬剤師による日々の服薬指導や病棟業務により、降圧剤による有害事象の早期発見につながるを考える。薬剤管理指導算定のできない病棟だが、薬剤師を配置する事でポリファーマシーを回避・改善につながっている。	降圧剤と分類しても循環器系の病歴が不明瞭であることから担当医に中止や減量を提案しても不安があることがある。きちんとした病歴や院内の専門医との連携が必要である。
	血圧が低すぎないか、患者の自覚症状（めまい、起立性低血圧など）がないか、電解質異常がないか等を確認し、必要時、提言をしている。	薬剤師自身の判断だけでなく、患者自身の要望を聞いた上で減薬、もしくは中止するか検討している。	2剤以上服用していた場合どちらを減薬した方がいいのか判断する場合。
	持参薬を正確に服用させ（処方に従って）入院中の血圧の状況を看護師の記録から確認。	血圧が低い場合は看護師に相談、状態の確認を依頼する。	血圧は変動があり、減量までもっていけない場合もある。
高脂血症用剤	入院時、採血データより腎機能確認。腎障害がある場合、主治医へ減量の依頼。	常に採血データを意識する必要がある。気になれば主治医へ採血を依頼。	調剤薬局では採血データの情報収集が難しい。処方医でない処方薬の場合、多忙の中、採血を依頼することが難しいケースもある。
去たん剤	急性期からの入院患者は、2、3種類の去たん剤を内服しているため、減薬または中止原則1種類とする。	気切の有無、吸引の回数、たんの性状を確認状況に合わせた去たん剤の選択。	たんの量が多いことで去たん剤を介する傾向がいまだにある。
消化性潰瘍用剤	高齢者の安全な薬物使用ガイドラインを参考に転倒、転落の危険性ありの一覧表を作成し院内に配布。	入院している患者の多くは80歳以上の高齢者。転倒、転落が多発しているため、ポリファーマシーについても焦点を転倒、転落予防にしている。	資料を作成し、医療安全委員会で承認をうけ院内に配布したが実践に結びついていないのが不明。
	多数の患者に処方されているが、患者個々の推奨投与量一覧表を活用し、患者に適した投与量のチェックを行い、処方医に適宜情報提供している。	採血施行があれば、検査値をチェックし、その都度患者個々に適した投与量を算出し、投与量が適切かどうかをチェックし、用量変更や、継続の必要性について検討してもらえるよう提案している。	長期服用となるケースが多い薬剤のため、処方見直しのタイミングがつかみづらい点がある。またNSAIDsや抗血栓薬との併用ですぐに処方追加となる困難さがある。
	入院時にPPI減薬スクリーニング（アルゴリズムより）	アルゴリズム作成	PPI開始時期、開始理由が不明なことが多い。
	入院時、持参薬鑑別や情報提供書で投薬内容を確認し、重複が見つかった際には、必要性の有無を主治医に確認。	入院時のタイミングが最も変更しやすいため、タイミングを逃さない。	必要性の判断が難しい場合がある（処方理由等の情報不足）。

薬効群	取組の概要	取り組む上での工夫	取り組む上での課題
消化性潰瘍用剤（続き）	複数の胃薬が処方されていれば一剤に極力まとめるようにしている。特に H2 ブロッカーやPPIが処方されていれば他の胃薬は中止するようにしている。	薬剤師から積極的に医師へ働きかけを行う。処方発行後の問い合わせでは変更されないため事前に医師へ情報が伝わるようにしている。	別の医療機関の薬剤が処方されていた場合に他の医療機関との連携を取ることが難しい。
	PPIとH2ブロッカーが重複している場合、主治医に疑義照会し、どちらかの薬剤の中止を提案する。	処方内容、患者の状態等の確認を行う。	夜間、休日等の薬剤師不在時の対応。
	内視鏡を行い、疾患がなく、症状改善が認められれば、中止検討。	入院時に内視鏡検査実施の有無を確認。状態把握を行い、中止提案を行う。	検査実施がない場合、中止提案を行うことは難しい。内科以外の診療科では、中止判断が難しく、検査提案をすることも難しく、積極的な中止提案が難しい。
	胃粘膜保護剤、制酸剤等、重複処方されがちなものをお薬手帳から把握する。	院内処方と必ず向き合わせる。持参薬での重複もなるべくお薬手帳に情報として載せてフィードバックする。	お薬手帳の活用
	複数の医療機関から処方された持参薬の中にPPI、H2ブロッカー、胃粘膜保護薬、健胃薬があった。医師に提案し、PPIのみの処方となった。	お薬手帳などで重複投与や薬歴を把握しながら前医の処方理由を含めて確認した。処方理由が判然としない薬剤を継続服用している場合には、その薬剤の中止を検討した。	処方変更後のモニタリングについて注意する。減量中止の際は、病状悪化に備えて緩徐に実施する。自己管理できる患者には、十分な説明を行い同意を得て持参薬の変更を行なう。
	胃腸薬がいつどのような目的で処方されたのかを確認し、一時的に処方されたものか、他の薬の副作用予防か、消化性潰瘍の治療かを特定する。	既往歴や処方の経緯を患者や家族から聞き取るようにする。合わせてお薬手帳や紹介状なども確認し、より多くの所から情報を取るようにする。	患者や家族が処方の経緯を覚えておらず既往歴も不明な場合、消化性潰瘍の歴がないか不安で中止の判断ができない。
	薬剤の切り替え、削減後、食事形態などを工夫し、食事摂取量の改善を図っている。	栄養部など他部署との協力	栄養部など他部署との協力
	鎮痛剤などと併用しているケースが多いため、鎮痛剤の減量、中止に合わせ胃腸薬も減量、中止する。	PPIに長期使用を防ぐために中止、変更の提案を行うとともに採用品目を少なくする。	患者の同意が得られないケースもあり、又、医師がなかなか減量、中止に同意しない。
健胃消化剤	食事がすすまない、下痢症状等で処方された薬が、症状が治まっても漫然と投与されていた。症状を看護師からこまめに聞き取り、対応する。投与中止となるが病状変化なし。	症状をこまめに聞き取り、不要なものは屯用に変更したり投与を中止する。	患者の症状をこまめに把握することが困難なため看護師の協力が必要である。



薬効群	取組の概要	取り組む上での工夫	取り組む上での課題
健胃消化剤 (続き)	高齢者においては、複数の消化器用薬を服用していることが多い。また、鎮痛薬とセットで服用していることも多いため、鎮痛薬を減らす、同効薬を一つに絞るなどして減薬を図った。	患者自身も服用による症状の改善を実感していることが少なく、まずは減量してみても変化がないことを確認しながら調整を行った。特に鎮痛薬を減らすことにより合わせて胃粘膜保護薬を減らすこともできるので、効果的と考える。	この系統の薬剤を退院後に処方復活する例が多く見られた。減薬理由がうまく伝わっていない(確認されていない)、患者希望(念のためにもらっておくなど)など、継続的に実施していく難しさがある。
下剤、浣腸剤	マグネシウム、製剤を使用する患者は3か月に1回定期的に血清マグネシウム値を測定し、高マグネシウム血症を発見するようにしている。	医師及び薬剤師が検査データをチェックするようにしている。	他の下剤に変更した場合、効果が低かったり患者同意が時に得られない(理解度が低い)ことがある。
	便秘による下剤の使用で現在注目されているのが、刺激性下剤であり、その耐性により用量が増加していくという問題がある。酸化 Mg は比較的安全であるとうたわれているが、高齢者で腎機能が低下していると高い Mg 血症になりやすいという弊害がある。そうならないようにするため。	医師に血清 Mg 値を図るよう促す。	刺激性下剤、塩類下剤などは安価なため使用しやすいという観点がある。
	入院してすぐは調整できないので、一定の期間継続後、減量にむけた取り組みを行う。	減量方法も急に削除するのではなく、徐々に減量するか調節可能なコメントを入れる。	病棟スタッフに向けて勉強会を実施。
その他の消化器用薬(制吐剤)	薬剤管理指導時に患者の状態を聞き取り、症状がなければ医師が中止の要請を行う。	患者との円滑なコミュニケーションが必要になる。	常に問題意識を持って患者と向き合えば、特別な手段も必要なく対応可能と思う。
ビタミン剤	長期の漫然投与である。ビタミン剤の必要性を評価し、中止を検討する。	本人へ内服の意味、あるいは内服がいらぬ理由を説明し、納得が得られるようにする。	患者本人の納得が得られず、元の内容に戻ってしまうことがある。
鉄化合物製剤	血液検査値から RBC、HGB、HCT 値のみで安易に貧血と判断(特に鉄欠乏性)せず、MCU、MCT、Zn、フェリチン値などを調べて適切に対応する。中止することで、胃腸症状の改善につながった。	貧血症状が確認された際の対応について、検査結果から病態をチェックし必要なら医師と検討する。	フェリチン値など検査が外注になっているものは、検査結果が届くまで時間がかかってしまうため早めの対応が困難。
その他の無機質製剤	利尿剤や甘草を含む漢方を内服している場合などでカリウムの補正を行う場合が多く、利尿剤を減薬、中止することでカリウム製剤をあわせて減量や中止をすることができ、医師へ処方提案を行っている。	該当する薬剤の減量や中止ができないか、施設等へ連絡を行い、症状を確認した上で医師へ処方提案を行う。また減薬後の電解質のチェックを行うために採血の提案もあわせて行っている。データを薬剤師が確認している。	特定の漢方薬などでは、現場から中止に反対の意見が出ることも多く、中止や減量ができず低カリウム血症のためのカリウムを補正することになっている。
糖尿病用剤	高齢者の糖尿病薬のガイドラインをふまえて HbA1c を確認して適正に使用する。	検査値の確認	医師の薬の使用に対する姿勢

薬効群	取組の概要	取り組む上での工夫	取り組む上での課題
糖尿病用剤 (続き)	病棟薬剤師が処方確認し、高齢者、HbA1c (6.5%以下) の場合、PPP4 阻害薬などの変更を処方提案する。	持参薬確認を行い、処方の妥当性について評価している。	外科系における持参薬を確認しても、内科系の薬については介入は難しいと考えている。
	入院時 6 錠以上 28 日以上定期内服の患者を薬剤識別連絡票から抽出。カンファレンスの中で、高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c 値) を参考に、入院時の低血糖症状またはそのエピソード等について確認し減量検討している。減薬可能は理由を主治医に説明。納得されれば減薬となる。服薬能力、自己注射手技等も考慮している。	Hba1c 目標値を 5~6 代と考えて投与されているケースが多く、血糖値のエピソードが繰り返されているケースもあり、退院後の生活環境を考慮して減薬または処方変更を提案。入院前後での血糖値、食事量の変化に注意しながら、病棟で血糖値発作が起こらないよう厳重に管理している。	インスリン、SU 剤、グリニドを含む場合は、専門医への紹介、モニタリングを要する。専門医以外の方が HbA1c の目標値を低く設定していることが多い。院内ではインスリン患者は必ず専門医受診するよう働きかけたいが、専門医も件数が多すぎて対応できない数になる可能性がある。退院後の血糖値症状回避のために退院後の生活を視野に入れて減薬に取り組む。
アレルギー用薬	入院中にせん妄が出た患者について中止を提案する。	DST カンファレンスで提案し、チームで処方提案を行う。	退院後のフォロー
抗生物質製剤	高齢者は腎機能低下が危惧されるため、腎排泄薬剤の減量検討や、他剤との飲み合わせに注意する。	薬局にオーダーがきた際に、高齢や定期処方を確認し、腎機能低下等が心配な場合は、医師に疑義照会をする。	腎機能低下に伴う減量と、抗菌薬の効力発揮用量とのジレンマ。

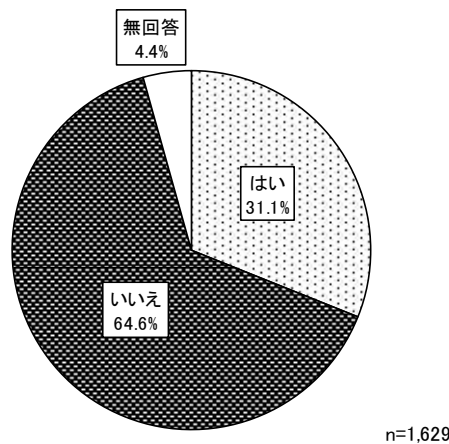
## (14) 日常業務におけるPIMsの意識的な回避の有無(問14)

日常業務でPIMs<sup>※</sup>を意識的に回避しているかについては、「いいえ」が64.6%であった。

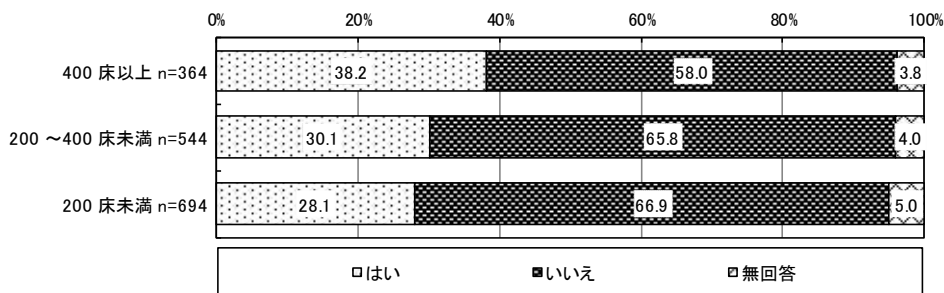
許可病床数別にみると、許可病床数が多いほど「はい」の回答が多かった。医療機能別にみると、高度急性期・急性期(34.6%)、回復期(29.7%)、慢性期(26.4%)の順に「はい」の回答が多かった。

※Potentially Inappropriate Medications(特に慎重な投与を要する薬剤)。一般的には高齢者に対してベネフィットよりもリスクが高いと考えられていることから、治療方針に関わらず使用中止を検討する必要がある薬剤である。

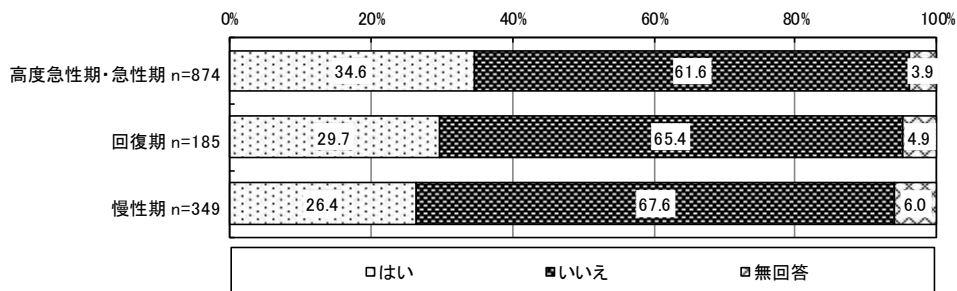
図表 56 日常業務でPIMsを意識的に回避しているか



図表 57 日常業務でPIMsを意識的に回避しているか(許可病床数別)



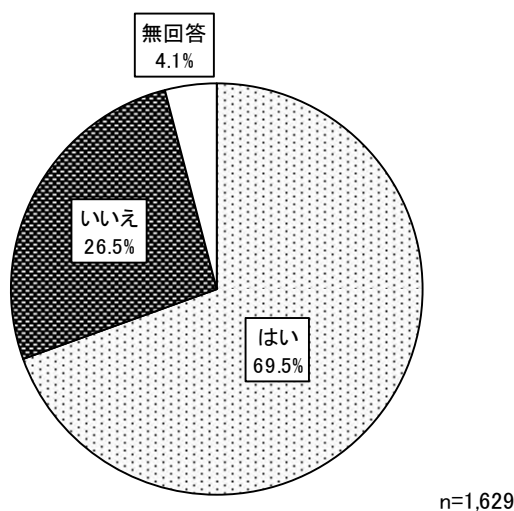
図表 58 日常業務でPIMsを意識的に回避しているか(医療機能別)



**(15) 退院患者の処方薬の情報を患者の退院後のケアを行う職種に提供しているか (問 15)**

退院患者の処方薬の情報を患者の退院後のケアを行う職種に提供しているかについては、「はい」が 69.5%であった。

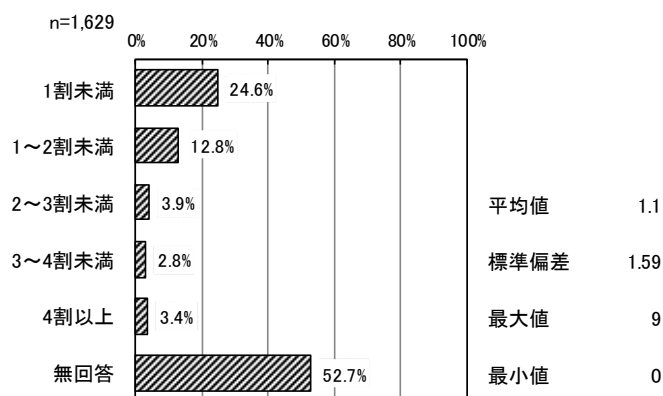
**図表 59 退院患者の処方薬の情報を患者の退院後のケアを行う職種に提供しているか**



**(16) 過去1年間におけるポリファーマシー解消のための処方の見直しを患者・家族から拒否された割合 (問 16 1))**

過去1年間におけるポリファーマシー解消のための処方の見直しを患者・家族から拒否された割合については、1割未満が 24.6%と多く、ついで1~2割未満が 12.8%であった。

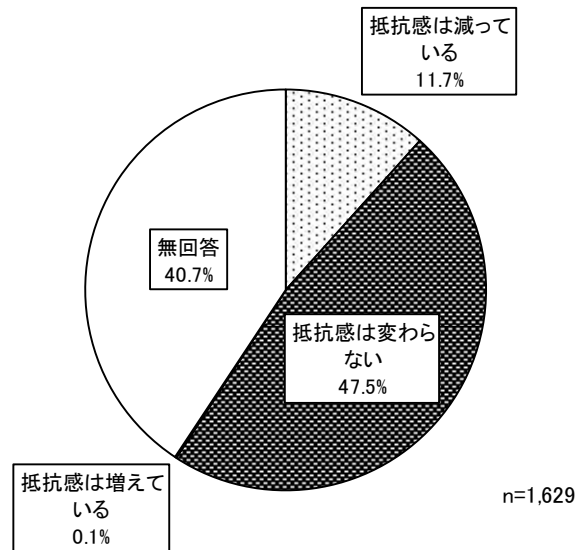
**図表 60 過去1年間におけるポリファーマシー解消のための処方の見直しを患者・家族から拒否された割合**



### (17) 指針の発出前と比較した処方見直しに対する患者・家族の抵抗感の変化 (問 16 2))

指針の発出前(約3年前)と比較した処方見直しに対する患者・家族の抵抗感の変化については、「抵抗感は変わらない」が47.5%で最も多かった。

図表 61 指針の発出前と比較した処方見直しに対する患者・家族の抵抗感の変化



### (18) 患者・家族に処方見直しを勧める際の工夫点 (問 16 3))

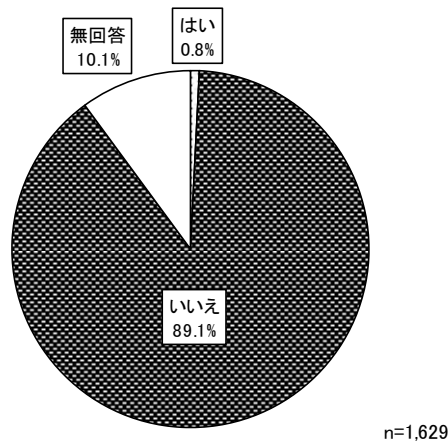
図表 62 患者・家族に処方見直しを勧める際の工夫点

- ・薬を多く服用することの不利益を伝え、理解を得る
- ・連携している医師にアンケート調査を行い、入院中に入院前の処方を見直してよいか調査し同意を得た後、入院前に患者にその旨を伝え同意を得ている
- ・現在の薬の作用で具合が悪くなり入院してしまった可能性を強く伝える
- ・主治医を通して説明する
- ・分かりやすく説明する
- ・リスクとベネフィットを包み隠さず説明し、その上で治療の方向性を共有することで同意を得る。不安を与えないよう有害事象が起きた時の対応を説明する
- ・薬を一回止めてみて問題があればすぐ再開できることを伝える。定時処方を頓服に変えて、一時的には様子を見る
- ・患者のベッドサイドへ行き理解が得られるよう説明する

**(19) 患者・家族に処方見直しを勧めるための手順書の有無 (問 16 4)**

患者・家族に処方見直しを勧めるための手順書を策定しているかについては、「いいえ」が 89.1%であった。

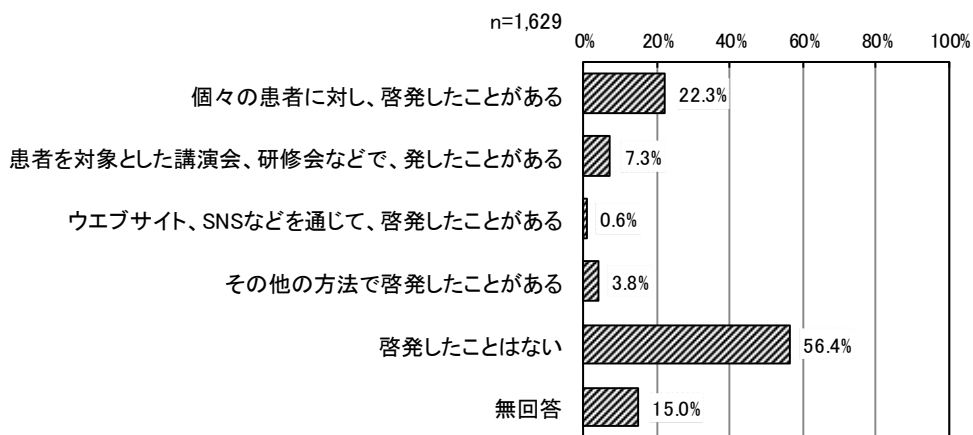
**図表 63 患者・家族に処方見直しを勧めるための手順書の有無**



**(20) ポリファーマシーに関する患者・家族、一般の方への啓発活動の状況 (問 17)**

ポリファーマシーに関する患者・家族、一般の方への啓発活動の状況については、「啓発したことはない」が 56.4%で最も多く、ついで「個々の患者に対し、啓発したことがある」が 22.3%であった。

**図表 64 ポリファーマシーに関する患者・家族、一般の方への啓発活動の状況**



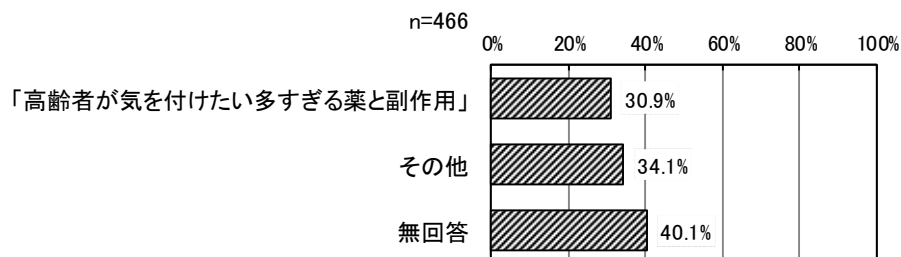
※その他として挙げられた主な回答は以下の通り。

- ・病院広報紙にポリファーマシーについて掲載
- ・近隣にある多世代交流サロンにおいて地域住民向けにポリファーマシーの講演を行った
- ・市の広報誌、ラジオ出演

## (21) 患者・家族、一般の方への啓発活動で使用した資料（問 17-2）

患者・家族、一般の方への啓発活動で使用した資料として「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」の使用については、30.9%であった。

図表 65 患者・家族、一般の方への啓発活動で使用した資料



※その他として挙げられた主な回答は以下の通り。

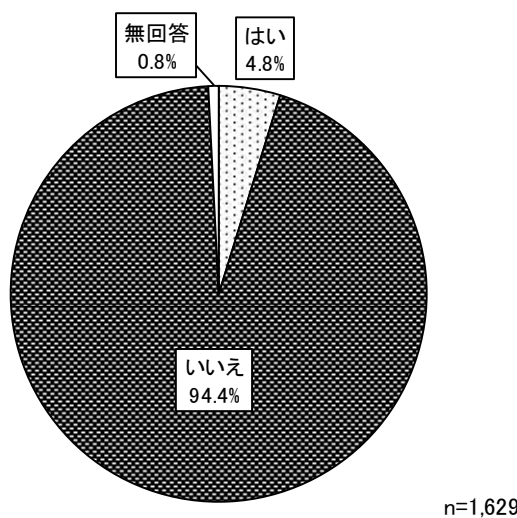
- ・「安全な薬物療法ガイドライン」
- ・「薬の作用が手に取るようにわかる本」
- ・「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015」「高齢者の医薬品適正使用の指針（続論編）」
- ・「高齢者の医薬品適正使用の指針」
- ・「老年薬学ハンドブック」
- ・ガイドライン（老年医学会）
- ・インターネット等
- ・業者からの情報

#### 4. 多職種連携によるポリファーマシーの回避・改善に向けた取組

##### (1) 個々の患者のポリファーマシー対応のための特別なカンファレンスが行われているか (問18)

個々の患者のポリファーマシー対応のための特別なカンファレンスが行われているかについては、「いいえ」が94.4%であった。

図表 66 個々の患者のポリファーマシー対応のための特別なカンファレンスが行われているか

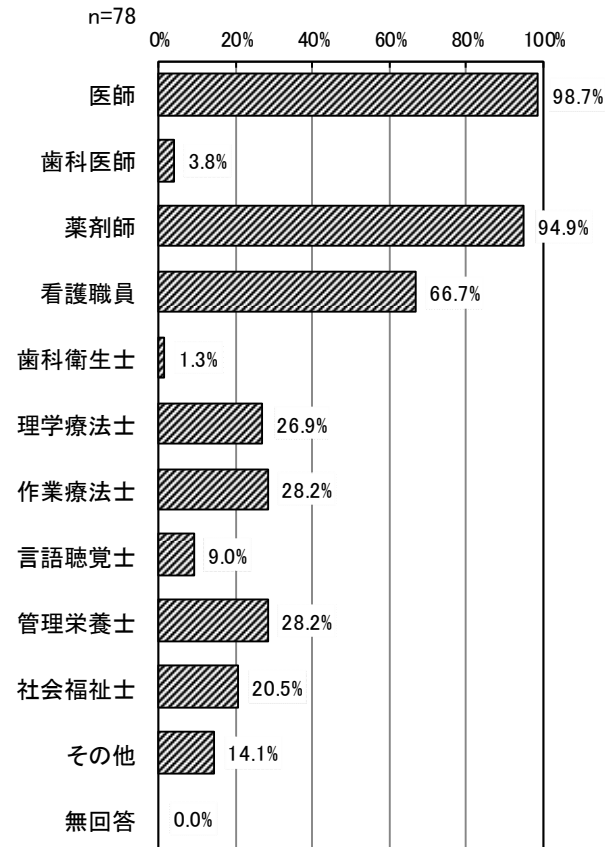




## (2) 特別なカンファレンスのメンバー構成 (問 18-2 1))

特別なカンファレンスのメンバー構成については、医師が98.7%で最も多く、ついで薬剤師が94.9%であった。

図表 67 特別なカンファレンスのメンバー構成



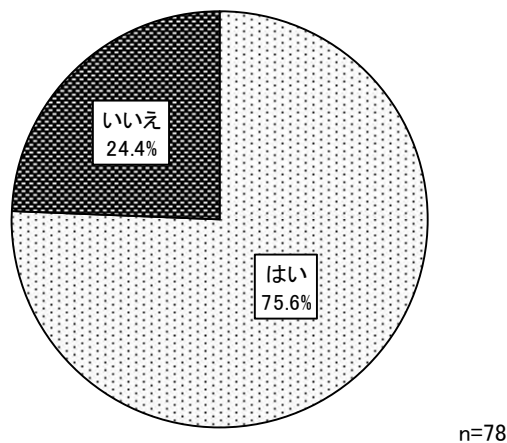
※その他として挙げられた主な回答は以下の通り。

- ・事務長

### (3) 特別なカンファレンスの定期的な開催の有無 (問 18-2 2))

特別なカンファレンスが定期的に開催されているかについては、「はい」が75.6%であった。

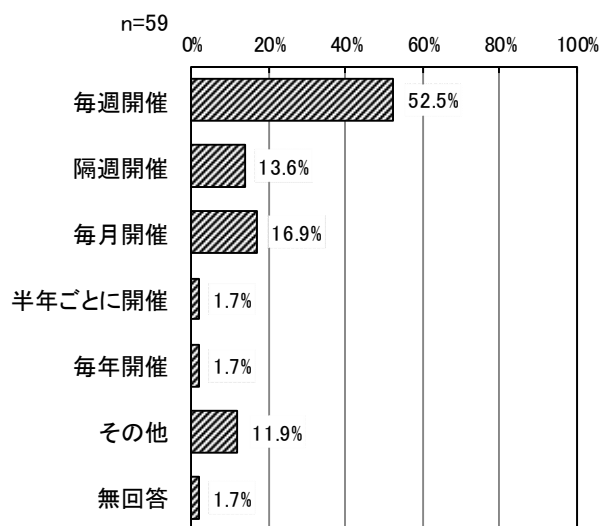
図表 68 特別カンファレンスの定期的な開催の有無



### (4) 特別なカンファレンスの開催頻度 (問 18-2 3))

特別なカンファレンスの開催頻度については、「毎週開催」が52.5%で最も多かった。

図表 69 特別なカンファレンスの開催頻度



※その他として挙げられた主な回答は以下の通り。

- ・入院時のリハビリカンファレンスの際

## (5) 特別なカンファレンスの開催事由 (問 18-2 4))

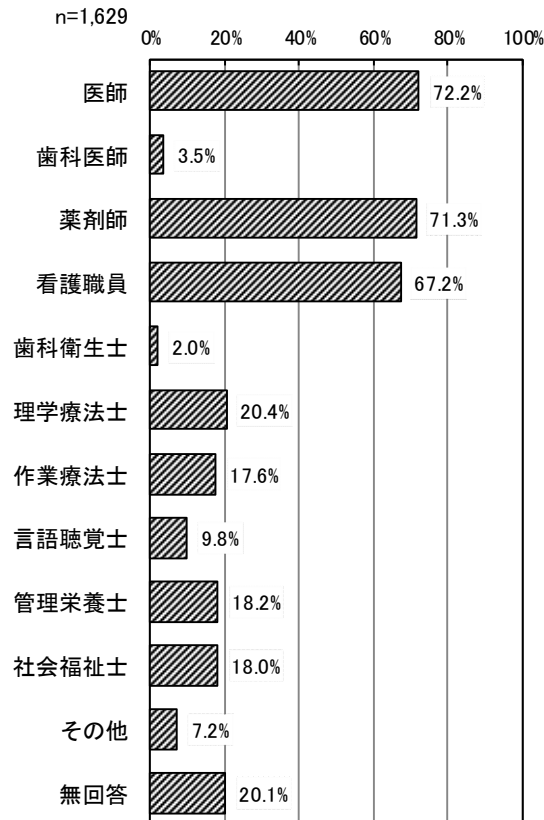
図表 70 特別なカンファレンスの開催事由

- ・ 必要時に開催
- ・ 入院時にスクリーニングを行い必要時に開催している
- ・ 特に問題となる患者がいる場合

## (6) 通常のカンファレンスでポリファーマシーが議題となる場合のメンバー構成 (問 18-3 1))

通常のカンファレンスでポリファーマシーが議題となる場合のメンバー構成については、医師が 72.2%で最も多く、ついで薬剤師が 71.3%、看護職員が 67.2%であった。

図表 71 通常のカンファレンスでポリファーマシーが議題になる場合のメンバー構成



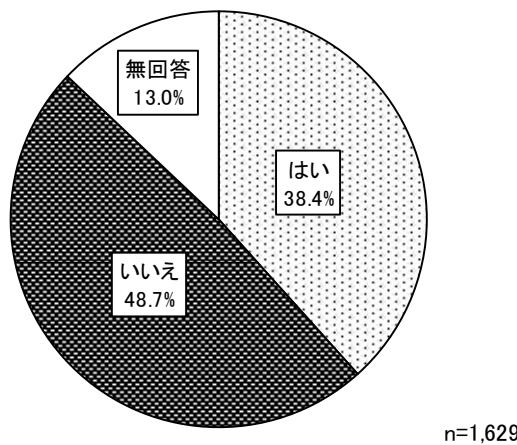
※その他として挙げられた主な回答は以下の通り。

- ・ 精神保健福祉士
- ・ 医療事務職員
- ・ 放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、事務長
- ・ 介護支援専門員

### (7) 通常のカンファレンスの定期的な開催の有無 (問 18-3 2))

通常のカンファレンスが定期的に開催されているかについては、「はい」が 38.4%、「いいえ」が 48.7%であった。

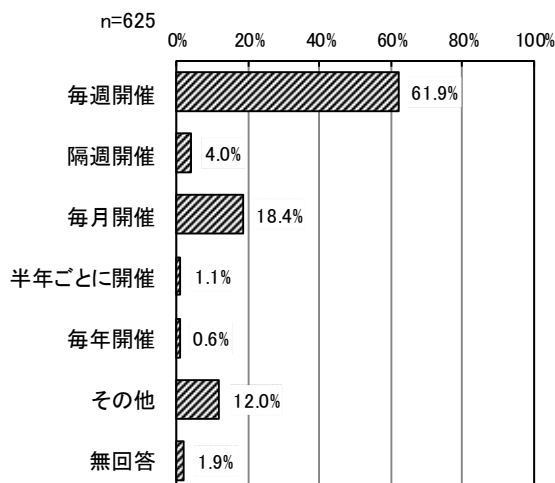
図表 12 通常のカンファレンスの定期的な開催の有無



## (8) 通常のカンファレンスの開催頻度 (問 18-3 3))

通常のカンファレンスの開催頻度については、「毎週開催」が 61.9%で最も多かった。

図表 73 通常カンファレンスの開催頻度



※その他として挙げられた主な回答は以下の通り。

- ・病院で毎週開催され、月に一度薬剤師も参加。入院患者については医師も参加
- ・入院時に
- ・一人の急性期入院患者につき 3 回
- ・必要に応じて
- ・病棟により頻度が異なる

## (9) 通常のカンファレンスの開催事由 (問 18-3 4))

図表 74 通常カンファレンスの開催事由

### ○日常的／定期的

- ・回復期にリハビリテーション病棟における回診に同行し提案している
- ・各診療科のケーススタディ等
- ・患者ごとの定期的カンファレンス
- ・退院前に
- ・入院された時に前医からの処方を見直しを心がける
- ・入院時 (又は入院前相談の時点で) 個人的に薬剤師から他部署の職員に働きかけ、必要であれば定期的に栄養・摂食カンファレンスなどにおいて発言する
- ・入院判定会議が開催された場合、他剤服用している患者の処方薬 (依頼元の現在処方) を減らすことが可能か検討することがある
- ・年に 1~2 回程度、医薬品安全管理に関する研修の中で話題にあげる

### ○必要な時のみ

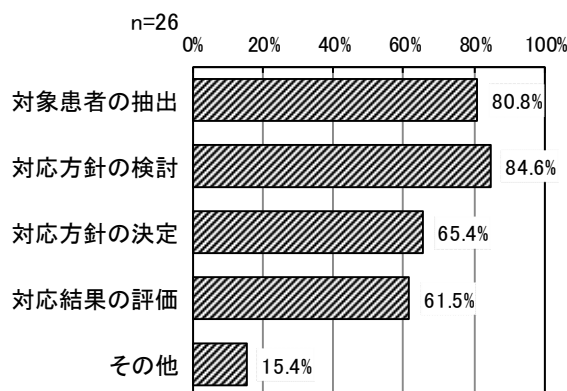
- ・ 医師や看護師から要請があった時のみ
- ・ 患者サポートなどで患者から薬剤について相談があった時や、服薬指導、外来受診時に相談があった時など
- ・ 患者に対し、不利益が出る恐れがある場合
- ・ 気になった事例が発生した時
- ・ 個々の患者について必要時
- ・ 独居時、アドヒアランス不良時
- ・ 問題となるケースが発生した時
- ・ 問題となる症例の相談があった時
- ・ 薬剤管理導業務で薬剤師が把握した場合、医師への問い合わせや看護師に情報提供する
- ・ リハビリカンファレンスの中で時折話題となる
- ・ 話題になったその都度

## <追加調査結果>

### (10) 特別なカンファレンスの実施内容について（追加調査 問 18-3 5）

個々の患者のポリファーマシー対応のための特別なカンファレンスの実施内容については、「対応方針の検討」が84.6%で最も多く、ついで「対象患者の抽出」が80.8%であった。

図表 75 特別なカンファレンスの実施内容【追加調査結果】



※その他として挙げられた主な回答は以下の通り。

- ・どの程度の量、どの程度の期間で減薬するか検討するための部会
- ・他施設への情報提供（変更内容の伝達）
- ・転倒した患者
- ・回復期リハ病棟入院中の患者について
- ・退院後の情報提供

## (11) 特別なカンファレンスに取り組む上での工夫点 (問 18-4)

図表 76 特別なカンファレンスに取り組む上での工夫点【追加調査結果】

### ○多職種連携

- ・ 病棟担当薬剤師と協力してカンファレンスの時間、各職種の負担軽減に努めている
- ・ 多職種への周知・理解を求めている
- ・ 多職種で意見を出す
- ・ 病棟看護師との連携

### ○システムやツールによる対応

- ・ カンファレンス内での検討事項を電子カルテへ記載し、処方変更後に注意すべき情報を一緒に記載することで、すべてのスタッフに確認してもらえるように工夫している
- ・ 電子カルテに特別のテンプレートを作成してもらった
- ・ ある程度簡単なフォーマットを作成し、報告の手間を少なくしている
- ・ 短時間のカンファレンスとなるよう情報シートの作成

### ○対象患者

- ・ 10 剤以上を服用の患者に対して実施
- ・ 対象者は本人及び主治医から同意が得られた抗精神病薬を 2 剤以上服用している患者
- ・ 院内の正式な委員会として位置付け他職種が参加する。安全性を最優先に SCAP 法の半分の量について時間をかけて調整している。
- ・ 減薬など提案後経過がみられる症例に限定する
- ・ 整形外科入院患者のうち、予定入院期間が 2 週間以上で 2 診療科以上から 6 剤以上の内服薬を処方されている患者を薬剤師が抽出している。患者の同意を得て、総合診療科と薬剤師で患者をフォローしている

### ○その他

- ・ ゴール設定を明確にしておく
- ・ 薬剤師が予め情報収集してカンファレンスでプレゼンテーションする
- ・ 患者への聞き取り、検査値などをそろえ、薬剤師より提案を行う。専門医にあらかじめ減薬・調整の是非を聞いておく
- ・ 入院時、薬歴をチェックする際、薬剤数を記録し、ポリファーマシー検討患者が分かるようにしている
- ・ 参加する薬剤師が少なくとも 1 例以上介入事例としてカンファレンスに提示することで、カンファレンスの活性化と薬剤師のスキルアップにつながるよう工夫している
- ・ 基本的には薬剤師が対応し、対応困難な事例をカンファレンスで検討する
- ・ 減薬が目的ではなく、あくまで処方の適正化であることを意識する
- ・ 現時点で問題が顕在化していなくても、潜在的风险を考慮して取り組む



## (12) 特別なカンファレンスに取り組む上での課題点 (問 18-5)

図表 17 特別なカンファレンスに取り組む上での課題点【追加調査結果】

### ○リソース

- ・時間がかかる
- ・基本的に薬のことは医師・薬剤師が詳しく他はあまり詳しくない
- ・情報収集に時間がかかる
- ・総合診療科の医師のマンパワーが不足している

### ○知識

- ・薬剤師以外の職種における薬の知識の向上
- ・専門医がいないと分からないのでこのまま継続となることが多い
- ・薬剤師により介入する内容やレベルに偏りが生じる部分がある。ただし、半年ほど続けてきて解消されつつあると感じている

### ○連携

- ・病院の協力体制が必要
- ・職員等のポリファーマシーへの理解
- ・目標・目的の共有

### ○患者の理解

- ・患者の減薬への希望の有無
- ・本人の思いや主治医の判断が優先される為、症例数が伸び悩んでいる。退院の段階で打ち切る例もある。試験的に薬剤師が訪問するなどして何とか続けた例もある
- ・患者教育の必要性

### ○その他

- ・週1回のカンファレンスでは、対象患者の入院期間が短いと対応できない
- ・担当医に対して対応案を示しても回答がない場合がある。対応案をカルテ記載するだけでなく、直接検討依頼する必要がある
- ・現時点では、退院後の評価ができない
- ・処方意図や契機が不明な薬剤や、患者本人が高齢・認知症で服薬管理や日々の服用状況についての情報を入手しにくいケースがある
- ・最終的には主治医任せとなるため、活動がそのまま生かされないことが多い

### (13) 特別なカンファレンスを実施したことによるメリット (問 18-6)

図表 78 特別なカンファレンスを実施したことによるメリット【追加調査結果】

#### ○連携

- ・各職種で協働することで介入できるが増える
- ・多職種での連携が進む
- ・医師の専門的な視点や社会的背景を理解した上での薬の選択、薬剤師の薬に対する広い知識が加味される。薬を見直すチャンスになるし、チームになると主治医が対応してくれやすい
- ・薬削減後の注意点を多職種にも気にしてもらえる
- ・医師同士のコミュニケーションの場、情報交換の場になり、患者により良い適切な薬を投与できる
- ・薬の必要性について病棟担当薬剤師が個々に判断していたことが多くの者の視点で検討できる
- ・医師とのカンファレンスを通じて、処方意図等について直接聞くことで理解が深まった点
- ・ソーシャルワーカー、病棟との情報共有が密になった
- ・各職種の視点から意見を出し合えること
- ・特に高齢者の処方複雑なため多職種で多面的な視点で評価することで危険な見落としを減らすことができる
- ・多職種での視点を取り入れることができる。ポリファーマシーの重要性を共有できる

#### ○薬剤師のスキルアップ

- ・経験の浅い薬剤師にとっては、医師に自分の考えを説明する機会が増えることで疑義照会の質が向上したこと
- ・薬剤師が順次交代で参加しているが、医師の意見に触れることで教育的効果がある。結果として薬剤師の臨床能力向上が期待できる

#### ○啓蒙

- ・病院全体の意識・理解の向上
- ・対象患者の担当医に対して対応案を示すことが、結果として啓蒙になる
- ・医師と薬剤師が連携して、処方見直しを実施できる。入院期間中に経過を観察できる。医師の意識が変わる。必要のない薬を日頃から見直そうという姿勢
- ・主治医へのポリファーマシーの意識付け

#### ○その他

- ・地域包括ケア病棟の薬剤費の軽減、服薬管理の負担軽減
- ・離脱させることなく、抗精神病薬剤数で 40%程度減薬。BPRS は不変。DIEPSS や QTC が改

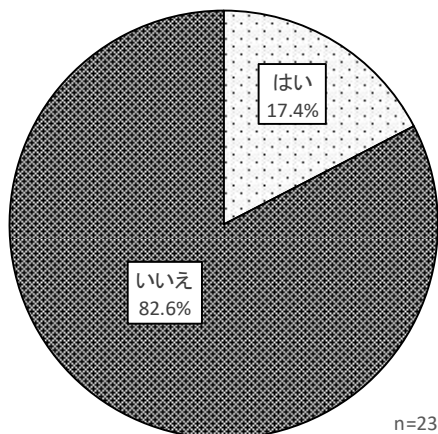
善するなど、QOL 向上に寄与。コストも削減できている。プログラム外でも、ガイドラインより少量での調整が見られるようになり、コンセプトが周知されつつあると思われる

- ・ポリファーマシー抑制、退院時の薬剤師サマリー、情報の徹底ができた

#### (14) 特定の疾患に限定して特別なカンファレンスを行うことがあるか (問 18-7)

特定の疾患に限定した特別なカンファレンスの実施の有無については、「いいえ」が82.6%、「はい」が17.4%であった。

図表 79 特定の疾患に限定した特別なカンファレンスの実施の有無【追加調査結果】



#### (15) 「特定の疾患」の具体名 (問 18-7 2))

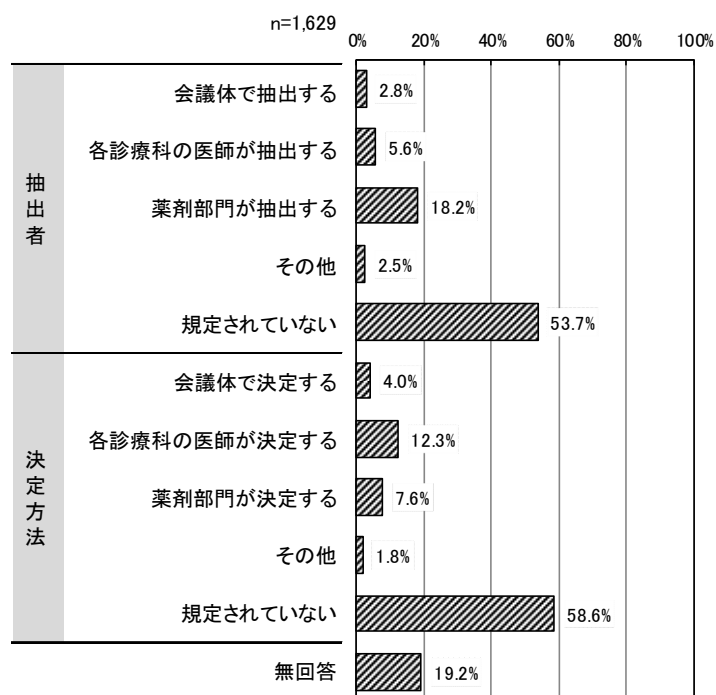
図表 80 「特定の疾患」の具体名【追加調査結果】

- ・統合失調症
- ・認知症、せん妄
- ・双極性障害
- ・人格障害
- ・心不全
- ・糖尿病

## (16) ポリファーマシーを回避・改善する対象となる患者の抽出者と決定方法（問19）

ポリファーマシーを回避・改善する対象となる患者の抽出者、決定方法については、「規定されていない」が53.7%、58.6%であった。ついで、抽出者については「薬剤部門が抽出する」が18.2%、決定方法については「各診療科の医師が決定する」が12.3%であった。

図表 81 ポリファーマシーを回避・改善する対象となる患者の抽出者と決定方法



※その他として挙げられた主な回答は以下の通り。

### 【抽出者】

- ・ 会議で決定した内容を主治医にリコメンデーションの後主治医が決定

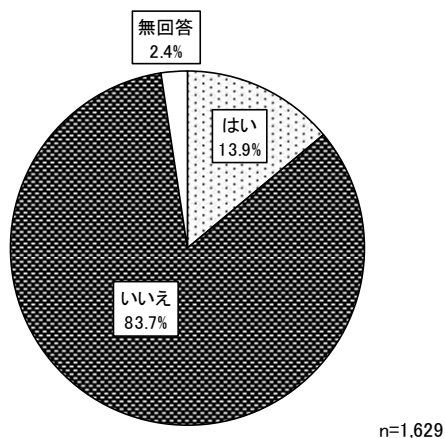
### 【決定方法】

- ・ 医師、医事課と共働

### (17) 他施設とポリファーマシー回避・改善に関する連携をしているか(問20)

他施設とポリファーマシー回避・改善に関する連携をしているかについては、「いいえ」が83.7%であった。

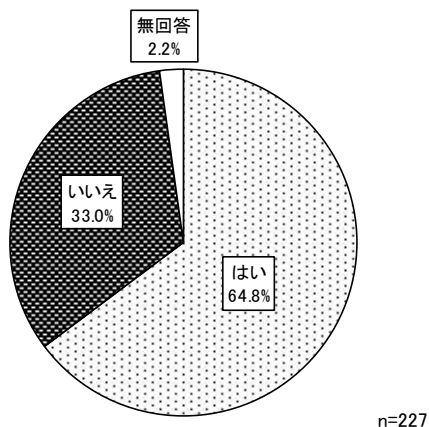
図表 82 他施設とのポリファーマシー回避・改善に関する連携の有無



### (18) 同一法人内に医療施設があるか(問20-2)

同一法人内の医療施設があるかについては、「はい」が64.8%であった。

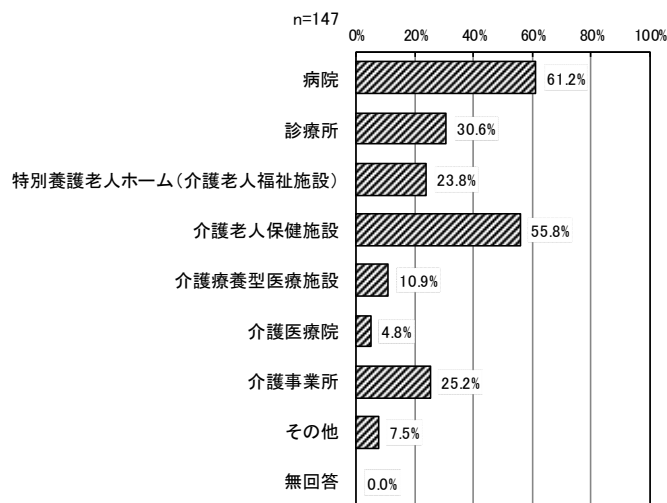
図表 83 同一法人内の医療施設の有無



## (19) 同一法人内の施設の種類 (問 20-2-2)

同一法人内の施設の種類については、病院が 61.2%で最も多く、ついで介護老人保健施設が 55.8%であった。

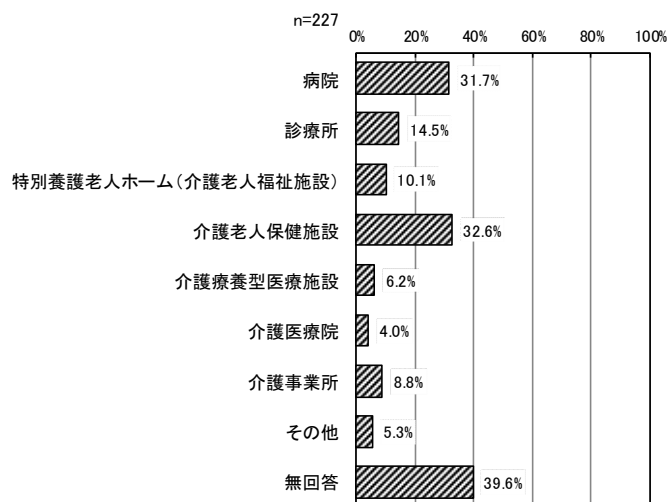
図表 84 同一法人内の施設の種類



## (20) 連携先となる同一法人内の施設 (問 20-3 1)

連携先となる同一法人内の施設については、介護老人保健施設が 32.6%で最も多く、ついで病院が 31.7%であった。

図表 85 連携先となる同一法人内の施設



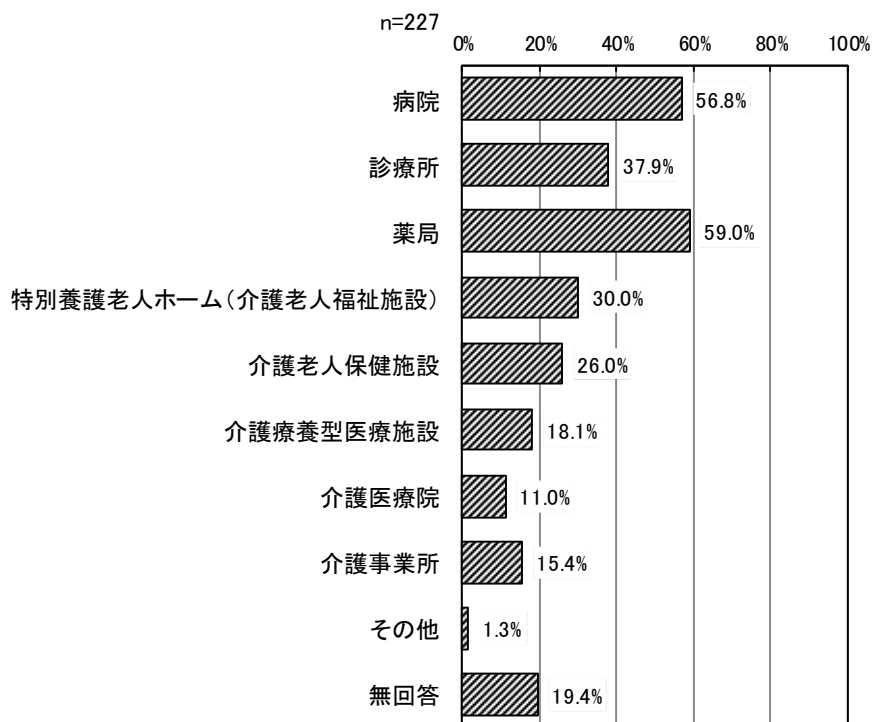
※その他として挙げられた主な回答は以下の通り。

- ・有料老人ホーム
- ・グループホーム

## (21) 連携先となる他法人の施設 (問 20-3 2)

連携先となる他法人の施設については、薬局が 59.0%で最も多く、ついで病院が 56.8%であった。

図表 86 連携先となる他法人の施設



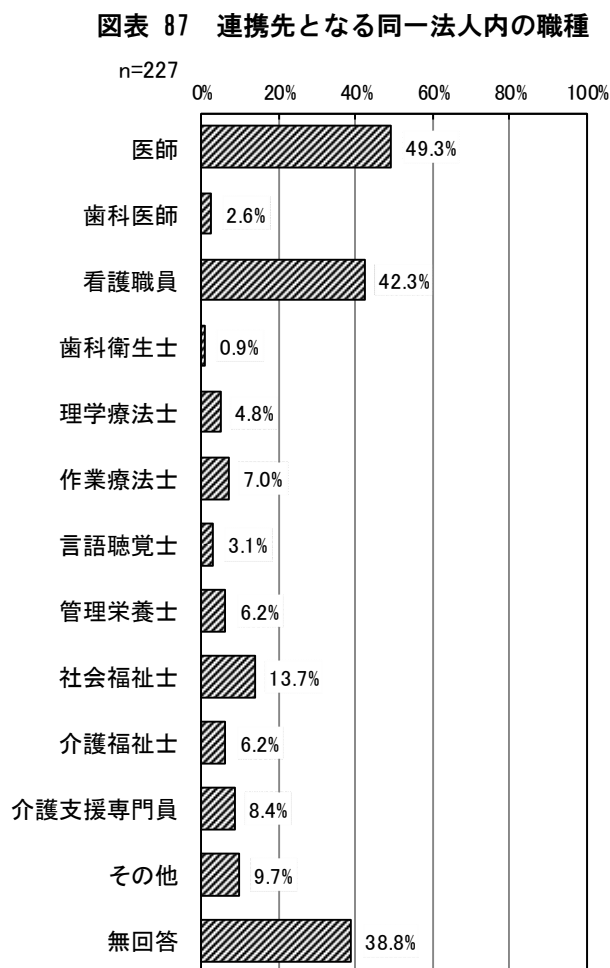
※その他として挙げられた主な回答は以下の通り。

- ・有料老人ホーム
- ・グループホーム



## (22) 連携先となる同一法人内の職種（問 20-4 1）

連携先となる同一法人内の職種については、医師が 49.3%で最も多く、ついで看護職員が 42.3%であった。



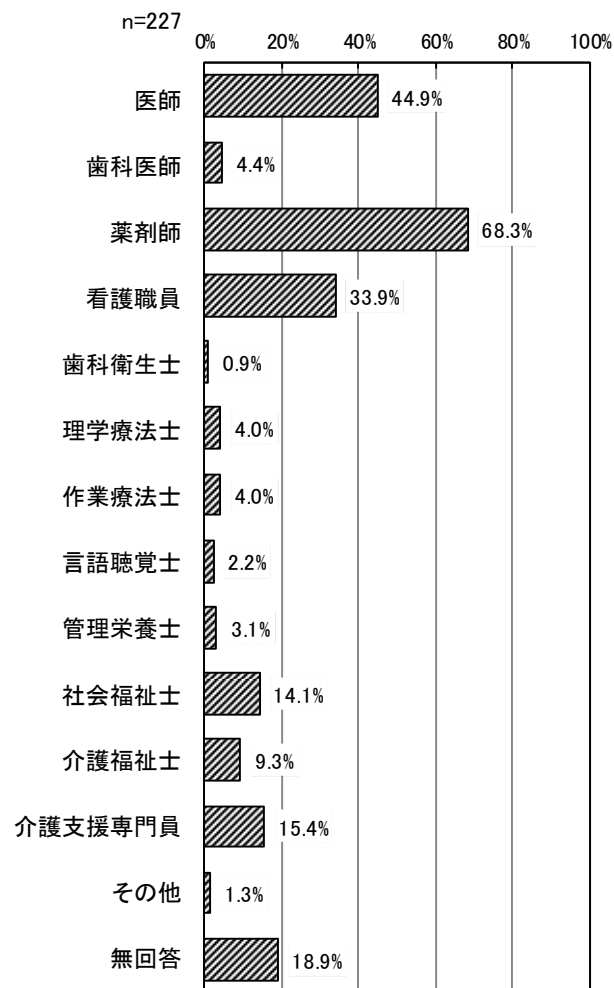
※その他として挙げられた主な回答は以下の通り。

- ・事務
- ・薬剤師

### (23) 連携先となる他法人の職種（問 20-4 2）

連携先となる他法人の職種については、薬剤師が 68.3%で最も多く、ついで医師が 44.9%であった。

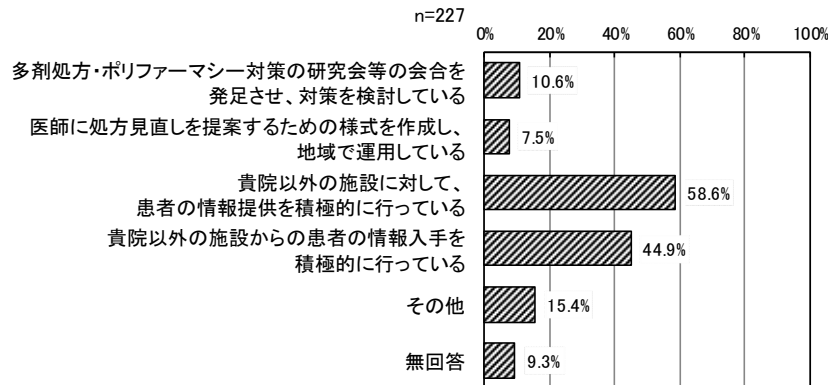
図表 88 連携先となる他法人の職種



## (24) 連携内容 (問 20-5)

連携内容については、「貴院以外の施設に対して、患者の情報提供を積極的に行っている」が 58.6%で最も多く、ついで「貴院以外の施設からの患者の情報入手を積極的に行っている」が 44.9%であった。

図表 89 連携内容



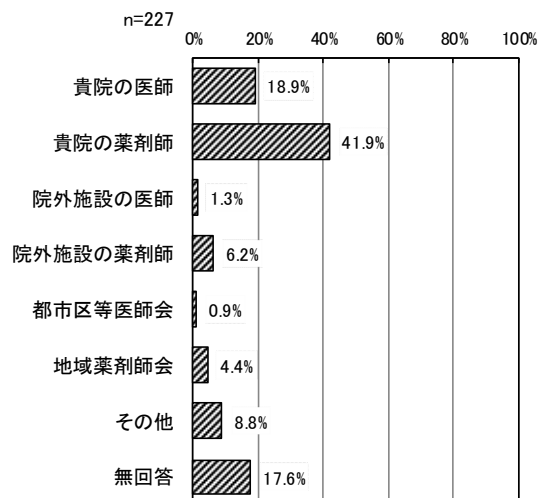
※その他として挙げられた主な回答は以下の通り。

- ・対策の実施実績と方法を共有し、アドバイスをもらう
- ・調剤薬局薬剤師との勉強会

## (25) 連携の発案者 (問 20-6)

連携の発案者については、「貴院の薬剤師」が 41.9%で最も多かった。

図表 90 連携の発案者



※その他として挙げられた主な回答は以下の通り。

- ・看護師
- ・地域連携室
- ・自治体の地域包括ケア連携推進協議会

## (26) 連携の取組内容 (問 20-7)

図表 91 連携の取組内容

### ○多剤処方・ポリファーマシー対策の研究会等の会合を発足させ対策を検討している医療機関における取組

- ・地域の医師会、薬剤師および基幹病院の医師や薬剤師のキーパーソンが世話人となった研究会を2017年4月に立ち上げ、講演会と全員参加型のワークショップを年に2回ずつ開催してきた。研究会では、さらに、各施設で高齢者の処方適正化の取り組みを行い、成果はオープンにして地域で共有できるシステムとしていくという方針を立てている。取組の中心的役割を担う病院では、毎週1回医師、薬剤師、看護師が参加するポリファーマシー・カンファレンスを開催し、処方の適正化を行っている。退院時には、病棟担当薬剤師が処方見直し理由などの入院中の薬に関する患者情報を記載した「施設間情報提供書」(A4版あるいはお薬手帳版)を毎月約200件作成し、転院先病院やかかりつけ医、かかりつけ薬局に送っている。その後実施した薬局薬剤師を対象としたアンケート調査では、「退院後に、かかりつけ医で処方が出た際に、入院前のDo処方で処方され削除漏れに気づき、疑義照会できた。」など、見直した薬が退院後に再度処方される問題に対して、薬局薬剤師が介入することで改善する可能性が示唆された。現在、複数の病院と薬剤師会で、入院時に患者情報を薬局から病院に提供する取り組みも始めることとしており、入退院時に医療機関と薬局の薬剤師が連携して患者の薬物療法に関する情報の共有化を実現したいと考えている。
- ・地域拠点型の認知症疾患医療センターであるため地域全体と連携あり。
- ・自院の薬剤師、医師と薬局薬剤師、他病院の薬剤師とでポリファーマシーに関する症例検討会(SGD)を行っている(3~4か月毎)。
- ・他施設や地域薬剤師会と薬薬連携を進める中で、ポリファーマシーが話題として上がり、ポリファーマシーに関する研修会を病院薬剤師と薬局薬剤師を対象に開催した。
- ・地域内の病院、薬局の薬剤師に声かけを行い、患者に関する問題点を話し合った結果、ポリファーマシー対策を中心に連携を行っていくと方針を決定。研修会の実施、退院時薬剤サマリーの作成と運用、薬局からのトレーシングレポートの作成と運用方法の確立をし、開始したばかりである。成果は今後収集したい。

### ○医師に処方見直しを提案するための様式を作成し、地域で運用している

- ・地域の薬剤師会とポリファーマシーの勉強会を開催。ポリファーマシーに関する情報提供書を作り、提案に使用できるよう地域の薬剤師会に情報提供を行っている。

- ・地域医療支援病院に承認された年に地域医療連携部へ薬剤師を配置することで退院後の生活を考えて減薬などの再処方設計を提案できるようになった。また、病院主治医と地域開業医の両方に働きかけて、ポリファーマシー対策へ徐々にコンセンサスを得ていった。入院時の薬剤見直しを病院の方針とし、医師会協力の上で病院、医師会、薬剤師会合等の研究会を発足させ、ポリファーマシー対策を中心とした研修会を継続している（5年目）。その間、市内での「薬剤情報提供書」の書式を統一したり、診療情報提供書へ添付するなどの運用法にも、行政を巻き込んで統一した。市内の医療機関が協力し、コンセンサスを得たもの（医師会、薬剤師会、病院）を行政がまとめる流れが最良と考える。
- ・市内の薬局からの処方提案を受け付けるトレーシングレポートの様式を作成し、薬剤師会と合議して運用開始した。ただし、ポリファーマシーに関するトレーシングレポートの実績は無い。
- ・県病院薬剤師会と県薬剤師会とで統一した様式のトレーシングレポート（服薬情報提供書）を作成し、2019年10月より運用している。自院ではまだ1例しか受け取っていないが、患者情報の共有化のため有用であると考えている。

#### ○自院以外の施設に対して、患者の情報提供を積極的に行っている

- ・地域でITネットワークを構築して、地域薬剤師会と残薬解消PBPMを作成。対象患者は当院の外来受診者である。2017～2018年の2年間で10500剤の削減が見られた。薬価試算で2600万円となった。その他にも薬局主体型のモデルも構築している。今後は、地域拠点病院主体型モデルを腎機能や呼吸器領域で進化させる予定である。
- ・薬剤サマリーを作成し、入院中の経過や、入院前の薬剤の情報を転院先病院や、入所施設に対して作成して渡している。
- ・薬剤管理サマリーに入院時のポリファーマシー対策について記載し情報提供を行っている。

#### ○自院以外の施設からの患者の情報入手を積極的に行っている

- ・急性期医療機関または診療所との連携の中で、患者情報を共有する目的で連携している。地域医療ネットワークで電子カルテ情報の共有も図っている。
- ・地域連携担当薬剤師を創設し、他職種や院外薬局からの相談窓口を設置した、研修会等の企画や健康イベント参加を通して、ケアマネジャーや薬局からの認知度が向上した。それにより薬局から相談を受け、医師に電子カルテ上で情報を伝えることで、次回外来時の処方に内容が反映されるようになった。対象患者としては2019年に50人程度介入しており、介入事例では退院後のフォローが可能となっただけでなく、再入院時には介入報告書等により退院後の服薬管理が分かり、的確な治療に貢献していると考えられる。

## 第3章 ヒアリング調査結果

### 1. ひたちなか総合病院に対する調査結果

#### (1) 基本情報

##### 1) 調査対象

ひたちなか総合病院薬剤部

##### 2) 調査対象の概要

ひたちなか総合病院は、株式会社日立製作所が設置する病院である。常陸太田・ひたちなか二次医療圏に所在するが、当医療圏は医師偏在指数が全国で 335 医療圏中 315 位で、看護師数は全国ワースト 13 位で医療過疎地域と言える。

病床数は 302 床、病床稼働率は約 90%、外来患者数は 1 日あたり約 700 人、院外処方率 97%、平均在院日数約 11 日、DPC 対象病院（入院基本料 7:1）である。

#### (2) 取組の概要とポイント

ひたちなか総合病院が主体となり電子カルテの一部を「ひたちなか健康 IT ネットワーク」と称する地域医療情報ネットワークを通じて、地域の医療機関、薬局等に閲覧専用で公開している。公開の目的は、検査値の経過を必要な時にいつでも確認できるようにすることで、医療の質の向上や新型インフルエンザなどの感染症の蔓延、東日本大震災などの災害時へ備えることである。

ひたちなか健康 IT ネットワークの本来の目的は、ポリファーマシー対策に特化したものではないが、地域の医療機関や薬局がネットワークを通じて処方内容や検査値を確認し、処方見直しの提案を行える運用を実現している点がポイントと言える。

#### (3) 取組の目的

ひたちなか市には中国や東南アジアなどグローバルな市場を持つ企業が多く、ひたちなか総合病院は新型インフルエンザの上陸と蔓延に備える必要があると判断し、2013 年に ISO22301 を取得した。この取得に際し、ひたちなか総合病院と地域の医療機関、薬局との間で患者情報の連携が上手くいかないという課題が挙げられた。

その課題を解消するため、①ひたちなか総合病院の理念である「患者を護る病院」として新型インフルエンザの蔓延時や災害時にも患者を守る体制を構築すること、②地域包括ケアシステムの進展への対応として、医療介護連携のツールとして役に立てること、③地域の医療機関や薬局との連携ツールとして活用することによる医療の質の向上を図ることを主な目的としてネットワークを構築することとなった。

このため、活用の仕方によりポリファーマシーへの対応が可能となっている。

## (4) 取組内容

### 1) 取組体制

ひたちなか総合病院は、2001年にISO9001 2000版の認証を国内医療機関として初めて受け、調剤業務のICT化の推進を20年近く継続するなど、ICT化への理解が高い医療機関であると言える。2014年9月にひたちなか健康ITネットワークによる地域への情報公開を開始し、情報公開へ同意した患者数は、2015年の339人から、2016年に1950人、2017年に2719人、2018年に3436人、2019年に4129人、2020年に4524人と年々増加している。2020年時点では、1か月間のアクセス数は12,000件、蓄積したデータ量は8年分となっている。ひたちなか健康ITネットワークは、インターネット回線を使用しておりセキュリティ対策としてファイアウォールを使用している。ネットワークにログインする際の認証方法はPC上に認証のためのアプリケーションをインストールした上、付与されたIDとパスワードを入力するものであり、カードを使用するものではない。

ひたちなか健康ITネットワークの運営およびシステム運用費用の負担は、全てひたちなか総合病院が自己資金で行っている。具体的な事務面、技術面での運営は、ひたちなか総合病院TQM統括経営支援センター情報システム係の担当者1人（その他の業務を兼務）の体制で行っており、導入費用はSS-MIX2出力のための機器と作業費用で400万円、機器保守料は年間11万円となっている。

ひたちなか健康ITネットワークに患者情報を掲載するには、薬局が服薬指導時に患者から書面で同意を得た後、患者情報をひたちなか総合病院に報告する事で患者情報を公開する仕組みである。

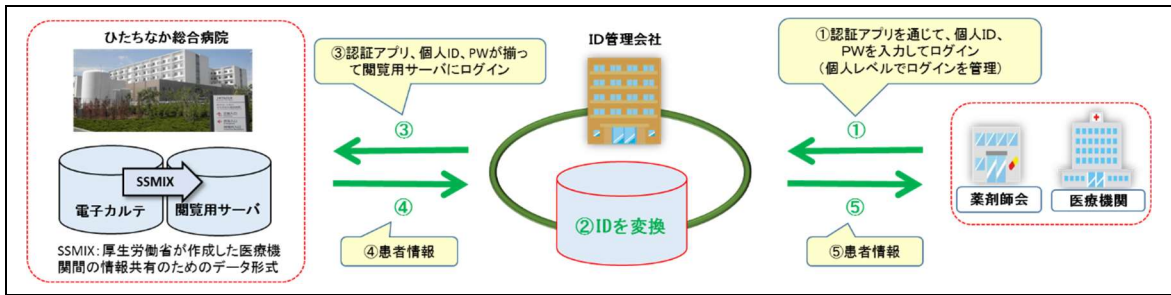
医療機関や薬局は、ネットワークへの参加申し込みを行い、施設登録が終了し、患者の同意が得られれば、ネットワークの利用が可能となる。具体的には同意者がひたちなか総合病院に届き、患者IDを紐づけた段階で可能となる。なお、前日の定時に届いたものを翌日登録している。登録作業は地域連携室のスタッフが実施している。

地域の医療機関や薬局がひたちなか健康ITネットワークを通じて閲覧可能な患者情報は、患者本人の属性（住所、年齢、生年月日、性別）、入退院期間、処方や検査値の履歴である。この中で注射処方の履歴を閲覧できることは抗がん剤のプロトコールの変遷とその効果や副作用も検査値から判断できることとなり特徴的なことと言える。

また、地域の医療機関や薬局からひたちなか総合病院への情報提供の方法としては、モニタリングレポートを使い報告するもの（内服抗がん剤モデルなど）や残薬解消モデルのように残薬状況報告シートを使い電子カルテに反映させるもの、吸入指導モデルのように指導依頼書を電子カルテから出力させその指導内容を電子カルテに報告するものがある。

地域の医療機関や薬局が提供した情報は、ひたちなか総合病院の薬局局を經由して電子カルテに登録される。

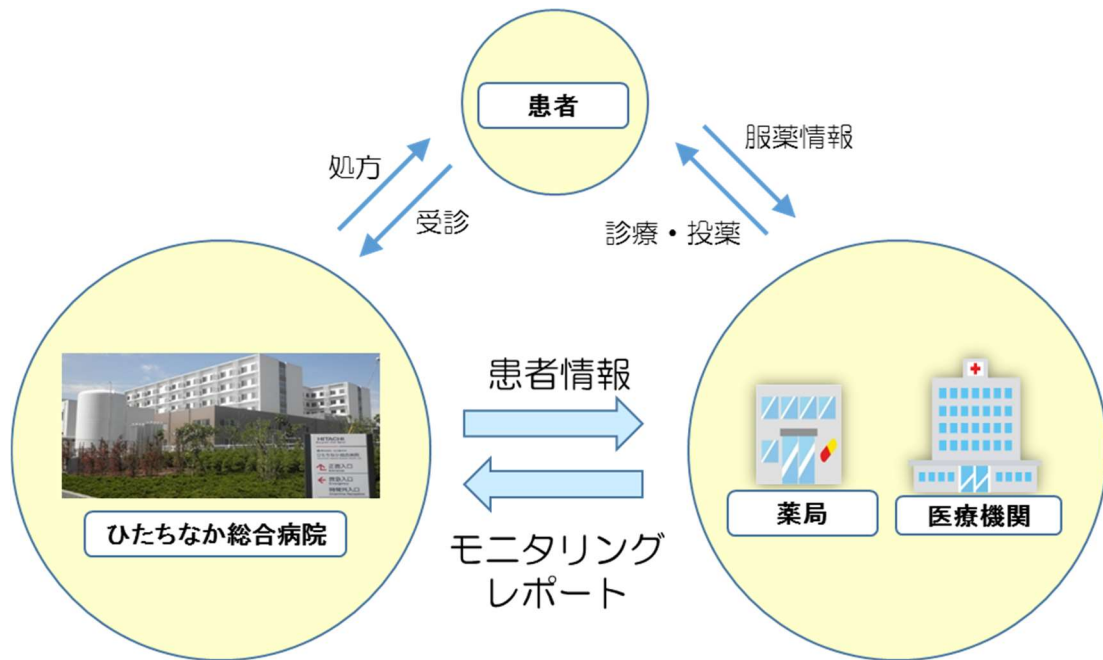
図表 92 ひたちなか健康 IT ネットワークの概要



## 2) 取組内容と成果

地域の医療機関や薬局が、ひたちなか健康 IT ネットワークを通じて患者情報を閲覧し、処方見直しが必要と判断した場合には、モニタリングレポートをひたちなか総合病院薬剤部に提出する。提出を受けた薬剤部では、対象患者を総合的に判断し、処方医に連絡し処方見直しを提案する。

図表 93 地域の医療機関・薬局とひたちなか総合病院との連携



検査値を公開した成果として、医師から「疑義照会の質が変わった」などの評価を得たり、処方見直しにつながる事例が生じている。具体的な事例は過去2年の間に約200例あり、検査値の確認をきっかけに処方見直しに至った具体例として以下が挙げられる。



図表 94 処方見直しにつながった事例

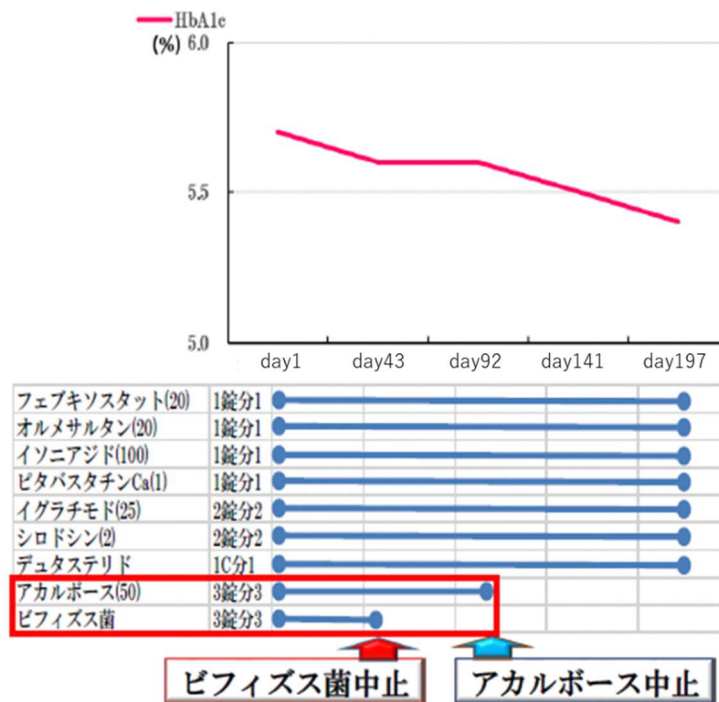
□患者情報

- ・患者：高齢男性
- ・処方内容：フェブキシostat 20mg、オルメサルタン 20mg、イソニアジド 100mg、ピタバスタチン Ca1mg、イグラチモド 25mg、シロドシン 2mg、アカルボース 50mg、デュタステリド、ビフィズス菌
- ・検査値：HbA1c=5.7%

□経緯

- ・ひたちなか総合病院を受診。その後、患者より調剤薬局に対し、必要最小限の処方を希望する旨、相談あり。
- ・調剤薬局が、ひたちなか健康 IT ネットワークを確認したところ、HbA1c の検査値が 5.7%と、基準値 (7.0%) 未満であり、アカルボース、ビフィズス菌の処方見直しを提案。なお患者の希望で、患者自身がひたちなか総合病院の処方医へ相談した。
- ・その後、ビフィズス菌、アカルボースを中止
- ・下図の通り、その後の HbA1c に問題は生じていない。

(参考：検査値の推移)



### 3) 取り組む上での工夫点

ひたちなか健康 IT ネットワークの導入前には、ひたちなか薬剤師会に対しアンケート調査を行うことで導入へ不安を感じる点についての実態把握を行った。その結果、ネットワークの操作性、セキュリティ、同意の取得方法、検査値の見方、処方への介入方法などが主な回答として得られた。

ひたちなか総合病院では導入にあたり、これらの不安の払拭を徹底して行った。具体的には、操作性やセキュリティシステムへの不安については、ひたちなか総合病院の職員が契約のため薬局を訪問した際に、時間をかけて安全性と操作方法の説明を行い、また随時、問い合わせに応じる体制を整えた。

検査値の活用と処方への介入については、特に多くの時間を費やした。検査値の評価については、ひたちなか総合病院の検査技師や医師に説明を依頼し、地域の医療機関や薬局への勉強会を定期的に行ってきた。処方への介入については、病棟薬剤師から具体例を紹介する勉強会を行った。これらを含めた地域に対する勉強会は年間 20 回程度行った。

### 4) 取り組む上での課題

ポリファーマシー対策を行っていく上で、ポリファーマシー対策に特化した業務フローモデルを詳細に作成していくことが必要であり、またモデルの作成後は地域に普及させていく事が重要と考えている。

### (5) その他

ひたちなか総合病院として今後検討を進めていきたい事項は以下の通りである。

- ・ひたちなか健康 IT ネットワークを活用した地域医療連携のさらなる拡大。特に救急・在宅場面での活用を視野に入れた利用方法の検討を行う予定である。しかし、地域包括ケアは市町村が中心となって整備すべきものであるため、市町村との情報連携を検討する。
- ・ひたちなか健康 IT ネットワークへスマートフォンやタブレットから連携できるようにし、在宅医療の現場での活用を可能とする取組を進める。
- ・ひたちなか総合病院は急性期病院であるため後方支援病院との情報連携に活用する。
- ・Society 5.0<sup>※1</sup>を意識した PHR<sup>※2</sup>への展開は将来の課題として常に意識する。

※1 サイバー空間（仮想空間）とフィジカル空間（現実空間）を高度に融合させたシステムにより、経済発展と社会的課題の解決を両立する、人間中心の社会（Society） 出典：内閣府ウェブサイト

※2 Personal Health Record。個人の健康状態や服薬履歴等を本人や家族が把握、日常生活改善や健康増進につなげるための仕組み

**図表 95 服薬モニタリングレポートの様式**

服薬モニタリングレポート

年 月 日

医療機関

(株)日立製作所 ひたちなか総合病院

診療科

科

担当医

様

薬局名

TEL

保険薬剤師



患者氏名	性 別	I D	
	男・女	生年月日	年 月 日
住所	TEL ( )		

●患者への承諾（有・無）

処方日	年	月	日	調剤日	年	月	日
項 目	内 容						

## ※情報内容項目

- A. 処方薬剤の服薬状況（コンプライアンス）に関する情報
- B. 併用薬剤の有無（一般用医薬品、民間薬、健康食品等を含む）
- C. 患者の訴え（アレルギー、副作用、重複、相互作用、等）に関する情報
- D. 症状等について家族、介護者等からの情報
- E. その他特記すべき事項（薬剤保管状況等）

## 2. 東北大学病院に対する調査結果

### (1) 基本情報

#### 1) 調査対象

東北大学病院

#### 2) 調査対象の概要

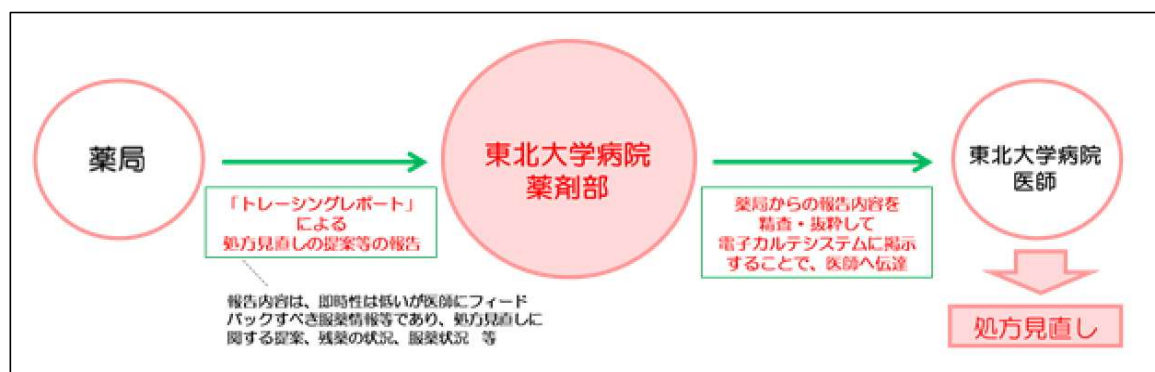
特定機能病院で、医科診療部門は 40 診療科、歯科診療部門は 13 診療科、病床数は 1160 床、職員数は医師 618 人（内研修医 39 人）、歯科医師 182 人（内、研修医 42 人）、看護職員 1224 人、薬剤師 78 人、その他 1187 人、計 3289 人である。臓器移植施設認定、エイズ拠点病院認定、災害拠点病院指定、がん診療連携拠点病院指定、小児がん拠点病院指定、総合周産期母子医療センター認定、造血幹細胞移植推進拠点病院指定、医療法上の臨床研究中核病院指定、がんゲノム医療中核拠点病院指定。

### (2) 取組の概要とポイント

東北大学病院薬剤部では、薬局が処方見直しの提案やその他、処方医である東北大学病院の医師にフィードバックすべき報告事項がある場合に、服薬情報提供書（以下、トレーシングレポートと表す）を用いて報告することができる取組（以下、本取組）を 2018 年 2 月に運用開始し、処方見直しに役立っている。

運用開始当初はこの取組に参加する薬局が少なく報告件数も少なかったが、2019 年 12 月に院外処方箋に関する東北大学病院への問い合わせの簡素化プロトコルの運用を新たに開始する際、その説明会に多くの薬局の参加が見込まれることに着目し、プロトコルにトレーシングレポートの活用を組み込むことで報告薬局および報告件数が大幅に増えた点がポイントと言える。この他、病院薬剤部が薬局と病院医師の間に入り、薬局への対応と病院医師に提供する情報の選別を行うことで円滑な連携が実現されている点もポイントと言える。

図表 96 取組の全体像



### (3) 取組の目的

本取組は、地域の薬局が処方見直しを提案したい場合等、東北大学病院の処方医に対して報告すべき事項が生じた場合に、トレーシングレポートを用いて簡潔に報告することを目的としている。トレーシングレポートで報告すべき事項には処方見直しの提案に関する事項、残薬報告、服薬状況が含まれており、これらの情報を基に東北大学病院がポリファーマシー対策を行うことが可能となっている。

### (4) 取組内容

#### 1) 取組体制

薬局がトレーシングレポートを提出する先は東北大学病院薬剤部 DI 室であり、送付手段は FAX である。DI 室の担当者は薬剤師 2 人である。

#### 2) 取組内容と成果

##### ・トレーシングレポートを用いて薬局から報告を受けることとなった経緯

当初、東北大学病院は抗がん剤の内服薬の調剤後のフォローアップを薬局にしっかりと行ってもらう事を目的として、2017 年 5 月より東北大学病院のウェブサイトで抗がん剤のレジメンを公開した。2018 年 2 月より、近隣にある薬局（10 施設程度）が東北大学病院に対し報告すべき患者情報を把握した際に報告する様式として、トレーシングレポートを作成し運用を開始した。

2018 年 7 月にはトレーシングレポートの対象を宮城県内の薬局まで広げたものの、病院が主催する説明会への参加率が低く対象薬局の大きな増加にはつながらず、参加薬局が少ないことが課題となっていた。

2019 年 12 月に、院外処方箋に関する東北大学病院への問い合わせを簡素化するプロトコルの合意を薬局との間で開始したが、東北大学病院で開催する説明会への参加をプロトコルに関する合意の条件としたところ、プロトコルにはトレーシングレポートの活用が組み込まれていることから、トレーシングレポートの運用について理解した薬局は 250 を超えた。また、合意書を取り交わした薬局は 160 を超え、本取組への参加薬局が少ないという課題は解消された。この説明会はピーク時には 2 週間に 1 回の頻度で行っていたが、現在は 2 か月に 1 回の頻度で行っている。説明会の 1 回あたりの所要時間は 30 分から 1 時間程度である。対象薬局が増えたことにより報告されるトレーシングレポートが急増し、トレーシングレポートを確認する東北大学病院薬剤部 DI 室の担当者の負担が大きくなっている。

なお上記の取組においては、宮城県薬剤師会に、会員薬局に対しトレーシングレポートの取組みについて周知するため FAX を送付してもらうという協力を得ている。

#### ・トレーシングレポートの運用方法

薬局から報告されたトレーシングレポートには必要事項が全て記載される適切な報告がある一方、例えば残薬調整時の理由が全く記載されていないなどの不適切な報告も含まれている。このため適切な報告だけを医師に情報提供するために、DI室の担当者が全てのトレーシングレポートを読んだ上、医師に情報提供すべきものを選別している。選別したトレーシングレポートは院内の電子カルテシステムの患者個人の記録のページに掲載し、医師が電子カルテを使用する際、参照できるようにしている。トレーシングレポートを活用してポリファーマシー解消にどのように取り組むかは個々の医師に委ねられている。なお不適切な報告があった場合には、薬局に対し問題点を指摘している。


#### ・トレーシングレポートの様式

トレーシングレポートの様式には、基本的な情報として、作成者である薬局の名称・所在地、連絡先、担当薬剤師名の情報や、宛先である担当医師名、患者名、情報共有について患者から同意を得ているか否かの状況、MMWIN<sup>※</sup>への登録状況などの情報の記入欄がある。

また報告事項として、「内服抗がん薬（化学療法）関連」、「服用薬剤調整支援に関する提案」、「疑義照会（修正あり・なし）」、「残薬報告」、「服薬状況」、「服薬指導内容」、「有害事象疑い（抗がん薬以外）」、「その他」のどの区分に該当するかをチェックした上、その詳細な内容を自由記述する欄が設けられている。この他、薬剤師としての所見、提案事項を記載する欄がある。

※良質な医療・介護が適切に提供される体制を確立し県民の安心と信頼を確保するために、宮城県内の医療情報や福祉情報を共有するための情報ネットワークである。

図表 97 トレーシングレポートの様式



FAX: 東北大学病院薬剤部 DI 室 022-717-7531  
 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: 年 月 日

### 服薬情報提供書

担当医 <span style="float: right;">科</span> <span style="float: right;">先生 御机下</span>	保険薬局 名称・所在地
交付年月日 年 月 日	電話番号:
処方 No	FAX 番号:
患者 ID: 患者名:	担当薬剤師名: <span style="float: right;">印</span> ( <input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師 <input type="checkbox"/> 非 )
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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るので報告いたします。	
MMWIN 関連情報 ( <input type="checkbox"/> MMWIN 登録患者 ( <input type="checkbox"/> 検査値 <input type="checkbox"/> カルテ情報 <input type="checkbox"/> 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。

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。  
 下記の通り、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。

<b>【報告事項】</b> <input type="checkbox"/> 内服抗がん薬 (化学療法) 関連 <input type="checkbox"/> 服用薬剤調整支援に関する提案 <input type="checkbox"/> 疑義照会 (修正あり・なし) <input type="checkbox"/> 残薬報告 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 服薬指導内容 <input type="checkbox"/> 有害事象疑い (抗がん薬以外) <input type="checkbox"/> その他 ( )
<b>【上記選択肢詳細内容】</b>
<b>【薬剤師としての所見・提案事項】</b>

## ・薬局からの報告件数と処方への反映率

2018年2月から2019年9月までの20か月間におけるトレーシングレポートの報告件数の累計は合計で350件、報告後の処方への反映件数は129件で、報告件数に占める割合（これを反映率と表す）は36.9%であった。報告内容別の反映率は、服用薬剤調整支援に関する提案については40.0%、残薬報告については59.7%と相応に高い。なお以下の図表には無いが、東北大学病院への問い合わせのプロトコルを簡素化したことによる効果として2020年1月では月に150件程度と取組件数が急激に増えた。なお残薬報告への対応として、残薬の調整を行っているが、場合により残薬が生じる要因の解決にまで介入することもある。

図表 98 2018年2月から2019年9月までのトレーシングレポートの報告件数（累計）と報告後の処方への反映件数（累計）と反映率

報告内容	報告件数	報告後の処方への反映件数	反映率
服用薬剤調整支援に関する提案	35	14	40.0%
残薬報告	67	40	59.7%
その他※	248	75	30.2%
合計	350	129	36.9%

※その他の事項として、内服抗がん薬（化学療法）関連、疑義照会、服薬状況、服薬指導内容、有害事象疑い（抗がん薬以外）などがある。

## ・取組の効果

薬局から、服用薬剤調整支援に関する提案など、今後の処方見直しに反映されるものも報告されている。また薬局からは、トレーシングレポートの運用を通じて病院と薬局との間の連携が密になり、お互いの意思疎通がしやすくなり良かったという声も聞かれている。またトレーシングレポートの運用を開始した後、クレームが起こるなどの何らかの問題は起こっていない。

## 3) 取り組む上での工夫点

薬局から報告されたトレーシングレポートには必要事項が全て記載される適切な報告がある一方、例えば残薬調整時の理由が全く記載されていないなどの不適切な報告も含まれている。このため適切な報告だけを医師に情報提供するために、DI室の担当者が全てのトレーシングレポートを読んだ上、医師に情報提供すべきものを選別している。これにより医師のトレーシングレポートへの信頼性を確保している。

2019年12月に院外処方箋に関する東北大学病院への問い合わせの簡素化プロトコルの運用を新たに開始した際、その説明会に多くの薬局の参加が見込まれることに着目



し、プロトコールにトレーシングレポートの活用を組み込むことで報告薬局および報告件数が大幅に増えたことも工夫点と言える。

#### 4) 取り組む上での課題

トレーシングレポートの運用開始当初の課題は、報告する薬局が東北大学病院の近隣の薬局に限定されていることであったが、前述した病院への報告のプロトコールの簡素化により参加薬局が増えたため、この課題は解消した。

FAX で報告を受けた内容はDI 室の担当者が全て確認しているが、2020 年 1 月から報告件数が増えたことにより確認作業の負担が以前より増えていることが課題である。また例えば、残薬調整する理由が書かれていないなどプロトコールを逸脱する質の低いレポートも増えてきた。この対応策として、今後、説明会を開催しトレーシングレポートの良い事例と悪い事例を提示することを通じてレポートの質を高めていくことを考えている。

トレーシングレポートの報告は現在、FAX で行われているが、今後は報告されたレポートを円滑に取り扱うことができるよう、電子データで報告が行えるようにすることを想定している。

#### 5) その他

今後、薬局からより多くのトレーシングレポートの報告を受けるためには、医療機関から病名や検査値などの情報をより多く提供し、意欲の高い薬局に数多く取り組んでもらうことが必要と考えられる。

### 3. 独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院に対する調査結果

#### (1) 基本情報

##### 1) 調査対象

独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院（以下、JCHO九州病院）薬剤部

##### 2) 調査対象の概要

JCHO九州病院は、福岡県北九州市八幡西区に所在し、災害拠点病院、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院などの指定を受けている。病床数575床（ICU病床16床/NICU病床15床/緩和ケア病床12床/HCU28床を含む）、診療科47科。薬剤部の体制は、薬剤師31人。

#### (2) 取組の概要とポイント

2017年4月に北九州八幡地区を中心とした地区医師会、薬剤師会、大学病院、基幹病院の医師や薬剤師が発起人・世話人となる「北九州高齢者薬物療法研究会」（以下、本研究会）が発足した。地域でのポリファーマシー対策には、連携先の医師や薬剤師をはじめとした多職種との理解と協力を得て、患者の情報をいかに共有していくかという点が重要となる。

本研究会は、講演会やワークショップの開催を通じ、参加者である地域の病院・診療所の医師や病院・薬局の薬剤師、その他の職種がポリファーマシー対策への理解を深め、顔の見える関係づくりを行い、各施設や薬局内にて高齢者の処方適正化を推進している。研究会という形で、医師や薬剤師など多くの主体を巻き込み、地域全体でポリファーマシー解消の取組を広げている点がポイントになる。

#### (3) 取組の目的

2015年に厚生労働省より発出された「患者のための薬局ビジョン」では、地域包括ケアシステムの中で、かかりつけ薬剤師・薬局が服薬情報の一元的・継続的な把握や在宅での対応を含む薬学的管理・指導などの機能を果たし、地域で暮らす患者本位の医薬分業の実現に取り組むことで、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、患者の薬物療法の安全性・有効性が向上することが記されている。また、2016年の診療報酬改定ではポリファーマシー対策の推進に対する評価として「薬剤総合評価調整加算・管理料」、2018年には「服用薬剤調整支援料」が新設されている。

このような背景の中、地域医療の将来を見据えて地域の多職種が協働でポリファーマシー対策を推進することを目的として、地域の医師や薬剤師の協力により本研究会は発足した。

## (4) 取組内容

### 1) 取組体制

本研究会の発起人・世話人である北九州市八幡地区を中心とした地区医師会、薬剤師会、大学病院、基幹病院の医師や薬剤師、大学教授など約 18 人。

### 2) 取組内容と成果

2017 年 4 月に「北九州高齢者薬物療法研究会」を発足。本研究会では、「各施設でできることを多職種にて話し合い、アイデアを出し合いながら一歩ずつでも高齢者の処方適正化に向けた取り組みを始める。各施設の取組についてオープンにし、できるところは地域全体で共通したシステムとする」ことを方針とし、3～4 回/年の講演会・ワークショップを定期的で開催している。初回の北九州高齢者薬物療法研究会設立記念講演会では地域における多職種 165 人が参加し、その後の講演会やワークショップも 100 人前後の病院・診療所の医師、病院・薬局の薬剤師等が参加している。特に実践段階に入った第 5 回定期セミナーでは、医師が日常診療で処方見直しに困っている症例を提示し、それをグループに分かれた医師と薬剤師が処方適正化に向けて検討するワークショップを行った。病院、診療所の循環器内科や泌尿器科などの専門医からの意見が挙げられ、参加者に共有された。

本研究会では、講演会・ワークショップにて定期的に参加者へのアンケート調査を行い、講演内容などに対し参加者が今後の業務への程度活用できると考えているか、ポリファーマシー対策を進める上での課題について意見や要望の聴取を行いながら毎回参加者の理解度や興味・ニーズに応じたテーマを設定している。さらに、病院・診療所の医師と病院・薬局の薬剤師が同じテーブルを囲みながら意見交換を行うことで、新たなアイデアの創出や顔の見える関係を作り、地域連携の輪を広げている。

JCHO 九州病院では、2017 年 10 月より整形外科病棟において毎週 1 回、医師、薬剤師、看護師が参加する「ポリファーマシー・カンファレンス」において処方適正化を行っており、退院時には薬剤師が転院先医療機関や薬局に処方変更や見直した理由などを記載した「施設間情報提供書」(以下、情報提供書)を送るようになった。その結果、転院先の回復期病院からも「施設間情報連絡書(返信用)」が届くようになり、双方向での情報提供が行われるようになった。さらに、2018 年からは、事前に JCHO 九州病院薬剤部および八幡地区を中心とした薬局を対象にアンケート調査を実施し、8 割以上の薬剤師が重要と回答した 7 項目が記載された、退院時に「お薬手帳へ貼付する情報提供書」を病棟薬剤師が作成するようになった。薬剤管理指導記録を情報提供書と共通する内容を中心に記載するよう全病棟で統一し、退院時には月 200 件程度の情報提供書がほぼ完成するよう運用した。結果的に、1 件当たりの平均退院指導時間は、情報提供書運用前の約 35 分から運用後約 30 分以下と短縮した。お薬手帳を用いた情報提供書の運用 6 か月後に、再度薬局薬剤師へ実施したアンケート調査からは、内容を確認した薬局の 9 割以上が服薬指導に役立っていると回答し、「病院退院時の処方内容と、かかりつけ医から出された処方異なる時などの

疑義照会にとても役立つ」などの意見も複数あり、病院で見直した処方が地域に戻った時に、元に戻ってしまうという課題に対し、有効に活用できることが示唆された。

現在、病院と薬局間の双方向での患者情報の共有を目指し、JCHO 九州病院、製鉄記念八幡病院と八幡薬剤師会が連携して、入院時に患者の持参薬や服薬状況などの必要な患者情報を薬局から病院薬剤部へ提供する取り組みも始めている。今後、地域での共通したポリファーマシー対策のシステムを構築するものとして、本研究会の中で各医療機関での成果を持ち寄りながら、地域での共通利用が可能な取組を他の医療機関や薬局へ徐々に活用範囲を拡大させていくことを予定している。

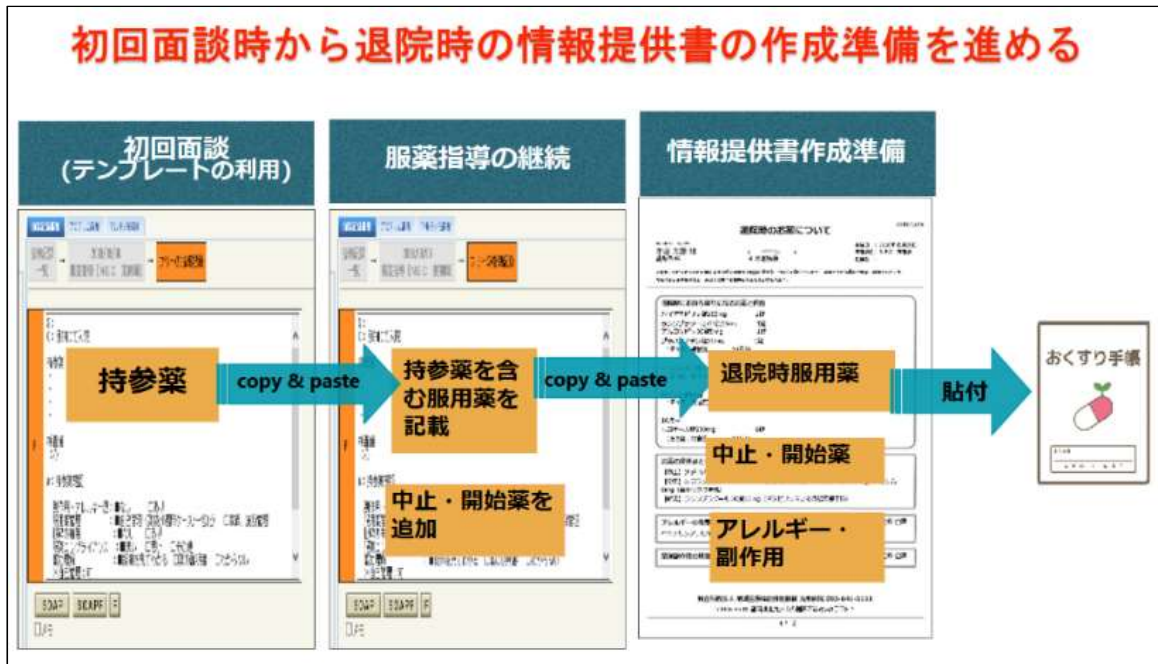
図表 99 北九州高齢者薬物療法研究会にて開催された講演会・セミナー及びテーマ

	開催タイトル	開催年月	開催テーマ
基本 ・ 総合  各論 ・ 応用  実践	第1回講演会	2017年4月	「地域完結型医療におけるポリファーマシー対策」他
	第1回定期セミナー	2017年7月	「高齢者の薬物療法適正化-ガイドラインの活用と医療介護連携を踏まえて-」
	第2回講演会	2017年10月	「～症例から紐解く～ 高齢者の薬物療法適正化 その2」他
	第2回定期セミナー	2018年3月	「高齢者薬物治療適正化における薬剤師の役割」
	第3回講演会	2018年6月	「日本の診療所でポリファーマシーを考える」他
	第3回定期セミナー	2018年8月	「高齢者薬物治療適正化～有害事象と老年症候群を踏まえての処方提案～」
	第4回講演会	2018年12月	「ポリファーマシーを医師と薬剤師でやっつけよう」他
	第4回定期セミナー	2019年3月	「高齢者総合機能評価（CGA 評価）を用いた処方見直し」
	第5回講演会	2019年9月	「改訂ガイドラインに基づく高齢者高血圧の治療戦略」他
	第5回定期セミナー	2020年2月	医師・薬剤師協働による患者中心の処方適正化

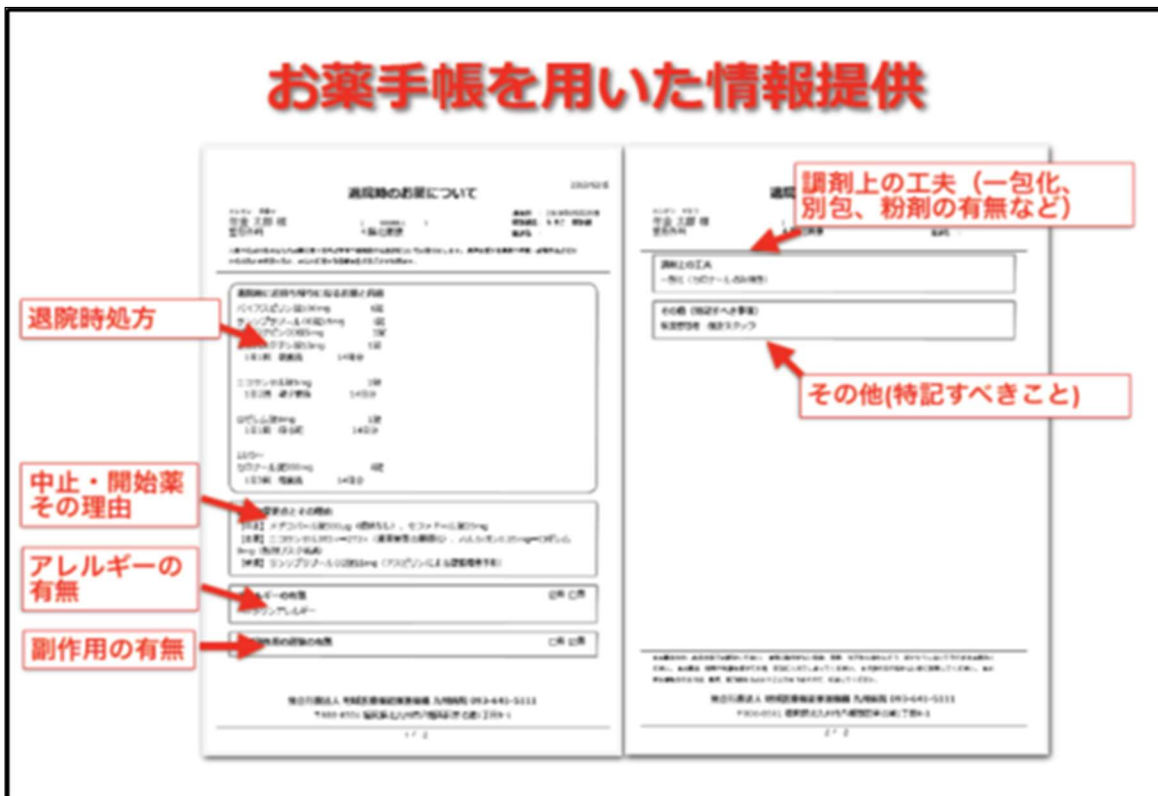
図表 100 北九州高齢者薬物療法研究会 参加者の意見・要望(一部抜粋)

- ・地域の健康講座でポリファーマシーの講義を行う時に大変参考になりました。
- ・多職種と連携し、協働で取り組むことが大切だと思いました。セルフメディケーション推進のきっかけとして薬剤師が関わっていただければと思います。医師と意見交換できるように学んでいきたい。
- ・開業医の立場からでは、腎機能・肝機能など血液データや病名さえも薬剤師の方に情報が伝えられていないことが心配されます。
- ・ワークショップ形式は非常に有意義。
- ・高齢者に対する向精神薬の使用についての話を聞きたい。
- ・ゆっくり時間を掛けて再度ワークショップをして欲しいです。
- ・たくさん症例を検討してみたいと思った。考える順番、ポイント、大変役に立った。
- ・今回の話は大変勉強になり、頑張っていく意思が改めて強くなった。

図表 101 お薬手帳に添付する施設間情報提供書の運用プロセス



図表 102 お薬手帳に添付する施設間情報提供書



図表 103 施設間情報連絡書(例)及び作成依頼状

施設間情報連絡書 (例)		年 月 日
記入日 2020年 2月 25日		FAX 送付のご案内 (送信枚数 2枚)
ID	****	保険薬局 名称/所在地 〇〇××薬局
フリガナ	ネンキン タロウ	北九州市八幡西区△△町□□□□
氏名	年金 太郎	TEL 093-123-0000
生年月日	M T C H R 2年 8月 ××日	担当薬剤師 八幡 花子
<b>患者基本情報</b>		
既往歴	家族構成	
糖尿病、高血圧、高脂血症、平伏狭心症他下症	同居 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ( )	
アレルギー歴	服薬管理者	
<input type="checkbox"/> あり ( ) <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
副作用歴	服薬状況	
<input type="checkbox"/> あり ( ) <input checked="" type="checkbox"/> なし	夕食後の残薬あり	
禁忌薬剤	健康食品	
<input type="checkbox"/> あり ( ) <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input checked="" type="checkbox"/> なし	
<b>服用薬 (薬剤名/用法用量/処方医療機関)</b>		
▼〇〇病院 (一包装)		
バイアスピリン錠100mg	1錠	
ランソプラゾールOD錠15mg	1錠	
アムロジピンOD錠5mg	1錠	
プラバスタチン錠10mg	1錠	1日1回:朝食後
カルベジロール錠2.5mg	1錠	1日2回:朝夕食後
酸化マグネシウム330mg	3錠	1日3回:朝食夕食後
ロゼレム錠8mg	1錠	1日1回:寝る前
▼××クリニック		
チラーヂンS錠50μg	1錠	1日1回:朝食後
<b>調剤上の工夫</b>		
一包装 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		服薬困難な剤型
粉砕 <input type="checkbox"/> あり ( ) <input checked="" type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり ( )
その他 ( )		<input checked="" type="checkbox"/> なし
フリーコメント (患者さんの訴え等何かあればご記載下さい)		
一包装にて調剤していますが、酸化マグネシウムは調節されているため別包にて調剤しています。チラーヂンはヒート調剤を行っています。		

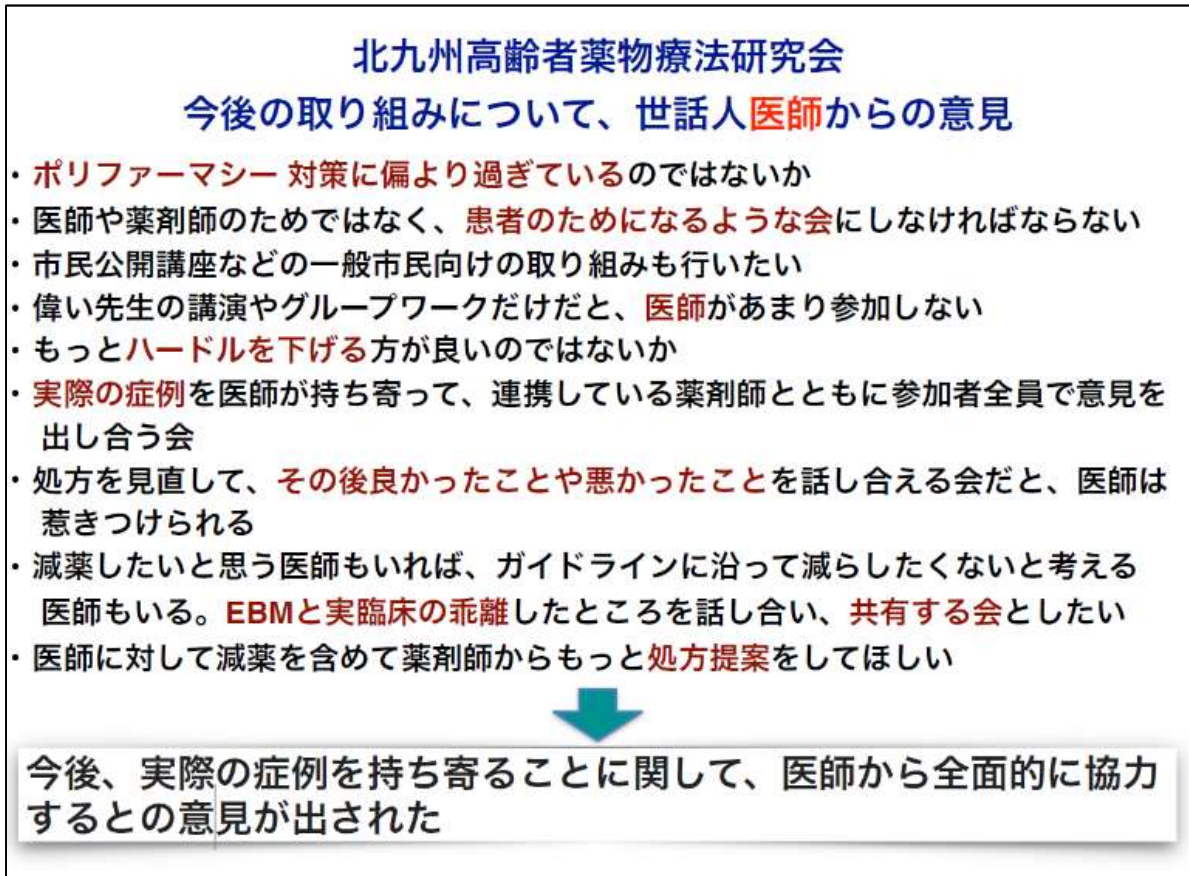
<p style="text-align: center;">御中</p> <p>件名 施設間情報連絡書の作成依頼 の件</p> <p>拝啓</p> <p>平素は大変お世話になっております。</p> <p>このたびは貴薬局かかりつけの 様(生年月日 年 月 日)が 当院へ入院する運びとなりました。(入院日 年 月 日)</p> <p>つきましては、誠に恐れ入りますが、 この患者様の施設間情報連絡書の作成をお願い申し上げます。</p> <p>なお、ご不明な点がありましたら下記へご連絡ください。 今後ともどうぞよろしくお願いたします。</p> <p style="text-align: right;">敬具</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>コメント</p> </div>	<p>送信元</p> <p>JCHO九州病院 薬剤部</p> <p>TEL [REDACTED]</p> <p>FAX [REDACTED]</p> <p>担当薬剤師</p>
---	---

### 3) 取り組む上での工夫点

本研究会の代表世話人である JCHO 九州病院薬剤部長の末松氏は、本研究会の発足に際し、2015 年から約 1 年近く八幡薬剤師会や八幡医師会などに声かけを行い、2016 年 12 月に世話人会を開催するに至った。薬局薬剤師と病院薬剤師の連携として、はじめから北九州市などの大規模な範囲で声かけを行うのではなく、地区の薬剤師会等の会合・祝賀会などの場に参加し、高齢者の薬物治療に対する地域連携への賛同が得られる主体に声かけをしながら関係づくりを積み重ねた。また、JCHO 九州病院に所属する老年医学会の専門医である医師の協力や、医師会、製鉄記念八幡病院の病院長など、賛同が得られた医師からのバックアップも取組を進める上で支えとなった。

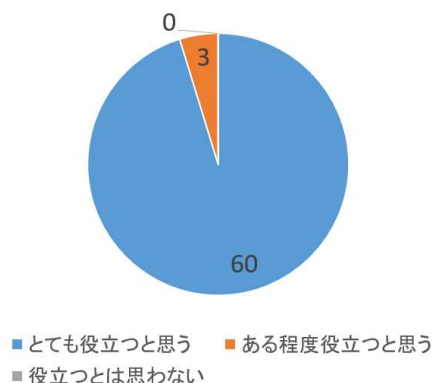
本研究会にて講演会やワークショップを続ける中、診療所の医師の参加者数が減少していった。そこで、本研究会の世話人会で今後の取組について話し合いを行い、地元の医師が講師となり、診療において実践的に役立つテーマでワークショップを行った。八幡医師会の会長・副会長をはじめ、医師が日常診療の場で処方見直しに苦労している症例を提示し、医師と薬剤師が処方適正化に向けたディスカッションを行い、参加者から好評を得ることができた。

図表 104 北九州高齢者薬物療法研究会世話人内での今後の取組についての検討内容

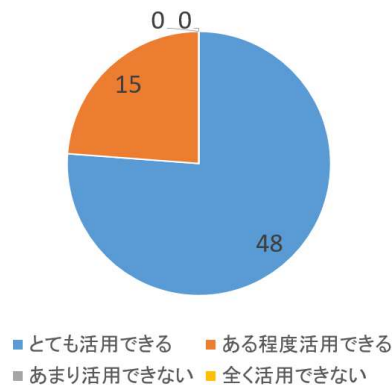


図表 105 第5回定期セミナー北九州高齢者薬物療法研究会 アンケート結果(一部掲載)

質問 4 今回のようなセミナーを続けることが、医師と薬剤師が連携した高齢者の処方適正化に役立つと思いますか？



## 質問5 今回のセミナーは、 今後の業務に活用できると思いますか？



### 4) 取り組む上での課題

地域で共通したポリファーマシー対策のシステムを大規模に構築・普及を進めることは、容易ではなく、できる範囲で実績をつくり関係者への啓発を続けることが重要になる。

### 5) その他

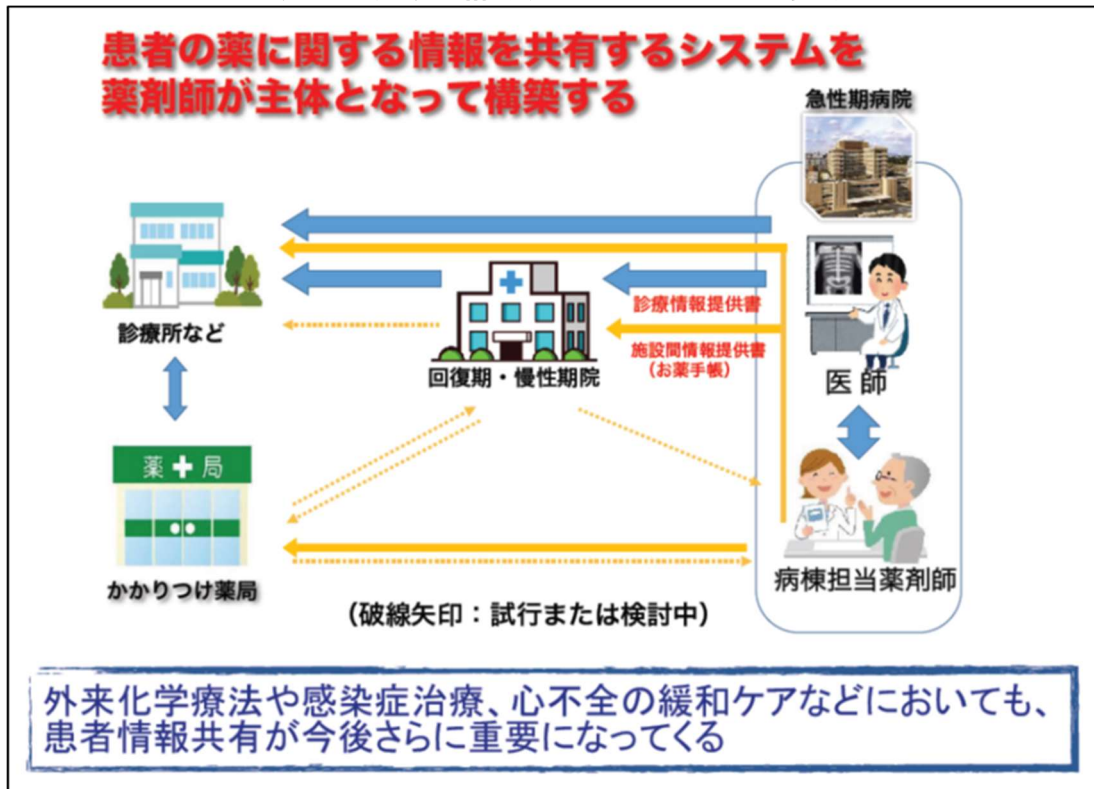
#### ・代表世話人からの声

服用しているすべての薬を評価でき、毎日患者の経過をみていくことのできる病院入院時は、処方見直しの絶好の機会であるが、減薬した理由などの情報を退院後につないでいくことが極めて重要である。また、ポリファーマシー対策は医師・薬剤師を中心に多職種が協働して地域全体で取り組むことで、より良い成果が得られるものと考えている。しかし、医師は極めて多忙で、他の医師の処方を変更することに対し抵抗感がある場合も少なくない。従って、薬剤師が医師と協力し処方適正化を図る必要がある。その際に配慮すべき点として、薬剤師が医師への処方提案や多職種と関わる際、共通目標である「患者がどうなりたいか」という点があることを理解し、薬剤師は薬学的な知見を活かしてどうすれば、その患者の望みがかなえられるかなど、常に「患者」を主語にした説明を行うことが多職種の理解を得るためにも重要である。

2016年に日本医療マネジメント学会のシンポジウムにて、薬剤師代表として多職種と意見交換を行った際、地域包括ケアにおける薬剤師の役割が十分見えていないという課題が見えたことが、本研究会発足の一つの契機となった。薬剤師の役割について、患者や多職種から十分な理解を得られているとは言えず、調剤をこなすだけといったようなイメージではなく地域医療における薬剤師の存在意義をより示していくためにも、本研究会をきっかけに顔の見える薬剤師として今後も情報を発信していく必要がある。



図表 106 施設間情報提供書の位置付け（参考）



図表 107 施設間情報提供書(お薬手帳へ貼付する情報提供書への変更前)（参考）

**薬剤師が作成する「施設間情報提供書」**

**処方変更・減薬した理由**

**処方適正化を行った患者の施設間情報連絡書**

## 4. 三豊総合病院に対する調査結果

### (1) 基本情報

#### 1) 調査対象

三豊総合病院薬剤部

#### 2) 調査対象の概要

三豊総合病院は、香川県西部に位置する観音寺市と三豊市を設立母体とした一部事務組合「三豊総合病院企業団」の運営による公立病院であり、西讃地域における地域医療支援病院、災害拠点病院などの指定を受けている。

病床数は482床（一般478床、感染症4床）、診療科29科、外来患者数は1日あたり約1,065人、1日あたり平均入院患者数は約437人。薬剤部の体制は、薬剤師24人、調剤助手3人。

### (2) 取組の概要とポイント

地域におけるポリファーマシー対策として、西讃地域の中核病院である三豊総合病院が主体となり、関係機関の協力を得ながら地域連携の体制整備と情報発信を進めている。三豊総合病院では、2017年に地域連携担当薬剤師1人を院内に配置することで、患者の情報を途切れることなく院内外の関係機関へ繋ぎ、退院後に薬学的な介入が必要と思われる症例のフォローを開始した。

その結果、院内外からの問い合わせの増加や、退院後の患者情報のフィードバックが行われるようになった。さらに、地域連携担当薬剤師が自ら地域の薬局薬剤師やケアマネジャー、医師等のいる場に直接赴き、ポリファーマシーに対する内容を含めた地域連携の重要性について説明を行い、地域の多職種と関係を築くことで、継続的な患者情報の共有が進められている。本取組では、院内における人員配置を踏まえ、地域連携室とは別に、外部とのつなぎ役である地域連携担当薬剤師を配置している点がポイントとなる。

### (3) 取組の背景と目的

2016年に、地域の拠点病院である三豊総合病院が中心となり情報発信やアクションを行うことでスムーズな地域の連携体制を構築することができないか、香川県薬剤師会より働きかけがあった。県薬剤師会のアンケート調査では、在宅患者訪問薬剤管理指導料（居宅療養管理指導料）の施設基準を満たしている施設は全体の約6～7割である一方、その中で実際に算定経験がある施設は約2割と少ない結果であった。三豊総合病院では、以前より服薬管理など薬に関連する問題を有する退院患者がいるものの、情報を地域の中で繋

ぐ機能が欠けていることについて課題意識があり、訪問薬剤師を導入する話があがっていた。

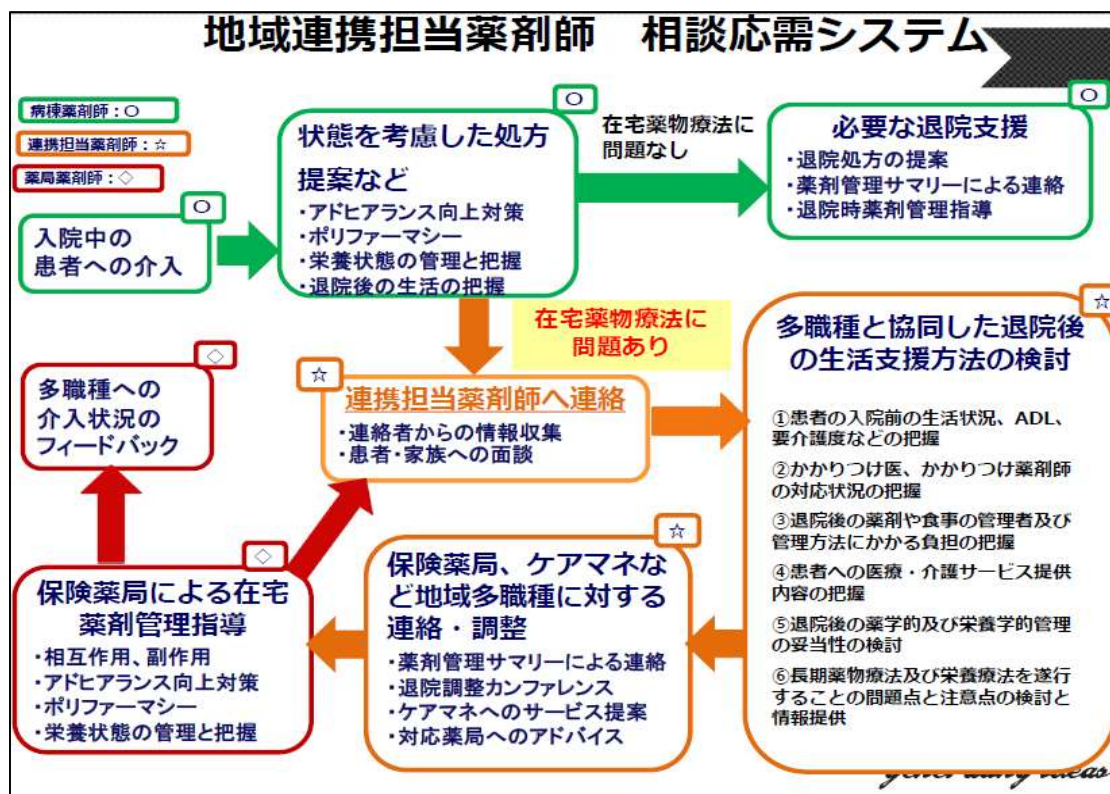
このような背景を踏まえ、地域における薬剤師をはじめとした専門職との連携を強化するため、2017年より院内に「地域連携担当薬剤師」1人を配置し、地域連携の推進の取組を開始した。

## (4) 取組内容

### 1) 取組体制

院内体制として、地域連携担当薬剤師1人による、入院患者から外来患者までを含めた相談窓口を設置。地域連携担当薬剤師は薬剤部に所属し、通常業務と兼務しながら基本的に相談応需と調整対応業務を主としている。

図表 108 三豊総合病院における地域連携薬剤師相談応需システム



### 2) 取組内容と成果

三豊総合病院では、地域連携担当薬剤師の相談窓口を設置し、外部と内部の薬剤に関する窓口が明確化することで、院内外からの問い合わせの増加や、退院後の患者情報のフィードバックが行われるようになった。さらに、地域連携薬剤師が自ら地域の薬局薬剤師やケアマネジャー、医師等のいる場に直接赴き、ポリファーマシーに対する内容を含めた地

域連携の重要性について説明を行い、地域の多職種と顔の見える関係を築くことで、継続的な患者情報の共有が進められている。

現在は、市の地域包括支援センターや外来受診で薬に関する問題を抱える患者の介入を依頼したいという連絡が、直接来るようになっており、相談件数も増加している。

#### ・入院から退院後までの地域連携担当薬剤師の関わりについて

入院前～入院時：複数の病棟担当薬剤師による入院前面談や連絡者からの情報収集を行い、円滑な患者情報・薬剤情報の取得を実施。その情報を地域連携薬剤師が院内に共有し、入院時には、病棟担当薬剤師による持参薬鑑別時のポリファーマシーに関するチェックを行い、入院早期からの患者介入を実施する。

入院時のポリファーマシーの鑑別について、見落としを防止するため薬剤数などをシステムで管理している。また、高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015 の指針等を参考に、薬剤部門としてポリファーマシー専用の指針・手順書の作成や独自のチェックリストの活用を行っている。鑑別結果が出た後に、対象患者についてどの点をモニタリングする必要があるかなど、有害事象について医師と病棟担当薬剤師が相談を実施する。病棟担当薬剤師の配置がない、地域包括ケア病棟などは地域連携担当薬剤師が中心となり、対象患者について医師との相談を行う。

入院中～退院時：薬物療法に問題がある患者に対しては、特に転棟や退院等のタイミングで、医師と地域連携薬剤師、病棟薬剤師が病棟内でディスカッションしながら方向性を決め薬物調整を行う。さらに、地域連携担当薬剤師は病棟薬剤師とともに各病棟のカンファレンス等に参加し、院内の多職種との生活支援方法を検討する。退院後も継続した地域連携を進めるにあたり、薬学的介入を行うための各種情報提供ツールを活用し、地域の薬局薬剤師やケアマネジャーなどの多職種との連絡・調整等を実施している。

退院後：情報提供を受けた薬局薬剤師は、ポリファーマシーをはじめ薬物療法に問題を抱える患者の状況を、窓口である地域連携担当薬剤師を直接通し継続的に報告する。

#### ・情報提供ツールについて

退院後の継続した地域連携による薬学的介入を行うための各種情報提供ツールとして、「トレーシングレポート(服薬情報提供書)：薬局で得られた情報を処方医に伝える文書」、「薬剤管理サマリー(薬剤師版の紹介状)：病院から薬局への患者情報提供および介入依頼時に活用」、「介入状況報告書(薬剤師版の返書)：薬局から病院へ介入状況を報告する際に活用」の3点を地域で作成した。

介入状況報告書を添付するようにし、フィードバックできるよう工夫することで、かかりつけの薬局薬剤師からの返信数は大幅に増加している。薬剤管理サマリイの発行件数は月に100件程度で推移している。

・外部連携先への協力依頼や関係づくりについて

トレーシングレポートなど、連携先の薬局へツールの導入を依頼する際には、服用薬剤調整支援料の算定要件に関する説明などを地域連携担当薬剤師にて丁寧に行い、薬剤師数の少ない薬局もある中でほとんどの薬局より協力を得ることができた。

薬局薬剤師より、在宅患者の訪問の方法についてわからないという声も少なくなかったため、制度の話、ケアマネジャーへの連絡方法等の具体的取組について直接説明を行った。1例が上手く行くと次の患者の受入がスムーズに進むようになった。病院から地域の薬局に依頼し訪問に至った事例は、2016年時点で年間2件であったが、地域連携担当薬剤師を配置した2017年には約3~4件/月、相談件数は年間100件程度と大幅に増加した。

図表 109 三豊総合病院で使用している情報提供ツール

## トレーシングレポート（観音寺・三豊版）

**【情報提供・提案内容(複数回答可)】**

<input type="checkbox"/> 処方内容に関する事項	<input type="checkbox"/> OTC・サプリメント
<input type="checkbox"/> 残薬・服用状況	<input type="checkbox"/> 検査値
<input type="checkbox"/> 副作用・アレルギー	<input type="checkbox"/> その他( )

↑

トレーシングレポート(服薬情報提供書)

医療機関: _____	保険薬局名・所: _____
先生御持史: _____	電話番号: _____
生年月日: _____	PAK番号: _____
患者名: _____	担当薬剤師名: _____

この情報を伝えることに対して患者の同意を 得た  得ていない  
 患者は処方箋への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告します。

処方箋に基づき調剤を行い、交付いたしました。  
 下記の通りご報告致します。  
 次回診察される際にはご確認願いますようお願い申し上げます。

**【情報提供・提案内容(複数回答可)】**

<input type="checkbox"/> 処方内容に関する事項	<input type="checkbox"/> OTC・サプリメント
<input type="checkbox"/> 残薬・服用状況	<input type="checkbox"/> 検査値
<input type="checkbox"/> 副作用・アレルギー	<input type="checkbox"/> その他( )

【注意】本用紙での情報伝達は、録音照会ではありません。録音照会は、処方箋への電話連絡にてお願い致します。

**【詳細】**

- ・ 残薬が余っているのので、次回日数の調整をお願いしたい。
- ・ この症状って、もしかして副作用かも？
- ・ ポリファーマシーを解消できるのでは？
- ・ 「最近、睡眠薬を飲まなくても眠れる日が増えたよ」
- ・ 「先生に伝えたかったんだけど、言いそびれちゃった」

※疑義照会ではありません。

- 106 -

図表 110 三豊総合病院で使用している情報提供ツール

使用する3点ツール

〈FAX送付状〉

〈薬剤管理サマリー〉〈介入状況報告書〉

**FAX送付状** 〇〇年〇〇月〇〇日

御座設名 御中 差出人 三豊総合病院 薬剤部 担当: \_\_\_\_\_

[FAX番号] \_\_\_\_\_ [電話番号] \_\_\_\_\_

薬剤管理サマリー(服薬支援に係る情報提供書)及び介入状況報告書

平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。  
今回、下記患者様に関して、服薬支援を賜りたく情報提供させていただきます。

対象患者: \_\_\_\_\_様

当院にて介入中に情報提供の必要があると判断された患者様になります。  
詳細については別紙「薬剤管理サマリー」をご参照下さい。

介入頂いた際には別途送付の「介入状況報告書」に介入状況や所見・提案事項などを  
ご記入頂き、当院薬剤部(FAX: 0875-52-6128)まで送信頂きますようお願いいたします。  
なお、今後必要に応じて定期的に服薬支援並びに薬剤管理頂けますと幸いです。  
※当院から呼びかけない場合も、今後の診療の参考にさせていただきますので、お手数  
ですがご協力下さい。

**薬剤管理サマリー**

患者氏名: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_

薬剤管理サマリー(服薬支援に係る情報提供書)の記入欄

介入状況報告書の記入欄

**介入状況報告書**

FAX: 三豊総合病院薬剤部 0875-52-6128 係長直通: 薬剤部 → 処方医師

三豊総合病院 部中 発行日: \_\_\_\_\_年〇〇月〇〇日

介入状況報告書 薬剤師 名称/所在地

患者氏名: \_\_\_\_\_ 先生御持参

患者ID: \_\_\_\_\_ 電話番号: \_\_\_\_\_ FAX番号: \_\_\_\_\_

患者番号: \_\_\_\_\_ 担当薬剤師: \_\_\_\_\_

この情報をお互いの方に対して患者の利益を □ 増し □ 減らない  
□ 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療と考慮とされるための報告します。

下記の通りに報告致します。ご記載頂きますようお願い申し上げます。

所見

医師の主治主診(複数回答可)

アドヒアランス  薬剤に対する理解度  薬剤投与方法  薬剤管理方法

副作用  身体機能障害  フォローアップ/モニタリング  服薬量

ポリファーマシー  CDRスコア/メント  他薬歴  その他: \_\_\_\_\_

介入事項

患者の理解度は解決したので、介入を終了します。  
 患者の理解度に対し、今後も引き続き介入していきます。

図表 111 在宅訪問薬剤管理指導の導入件数の推移

## 訪問薬剤管理指導 導入状況～

	介入件数	訪問指導導入件数	導入率
2017年度	65	35	53.8%
2018年度	70	28	40.0%

(訪問指導導入事例)		(訪問指導未導入事例)	
男性:女性	36:27	男性:女性	33:39
平均年齢	77.8±11.2	平均年齢	79.4±8.4
平均薬剤数	8.4±3.1	平均薬剤数	6.9±3.5

介入の契機となった職種

- 商標担当薬剤師
- 看護師
- 医師
- 退院調整カンファレンス
- 行政
- 調剤薬局
- MSW
- ケアマネ
- 訪問歯科医師

介入時点の介護保険の有無

- なし
- 申請中
- 要支援1
- 要支援2
- 要介護1
- 要介護2
- 要介護3
- 要介護4
- 要介護5

### 3) 取り組む上での工夫点

地域連携担当薬剤師として外部へ働きかけを行い、ケアマネジャーなどの職能団体、地域の医療介護連携協議会等に入ったことで地域連携の広がりに繋がった。実際、ケアマネジャー向けの勉強会やワークショップに地域連携担当薬剤師が入り、ポリファーマシーを含めた薬物治療全体の話や薬剤師の役割を周知する中で徐々に担当者と顔見知りとなり、地域連携担当薬剤師として窓口を設けることでケアマネジャーからの相談を受けやすくなった。医師会への地域でのポリファーマシー対策の取組の周知については、医療介護連携協議会の中で、地域連携の取組に理解のある医師より話を通してもらい、十分に説明を行った。

### 4) 取り組む上での課題

地域連携担当薬剤師として、地域と繋がるために、様々なところでの顔出しを行う状況に至るまでに苦労があった。地域の医療介護連携協議会に参画を要請されるようにするため、当院が主催する薬剤師会との共同勉強会に、地域の医療・介護現場で連携が求められる多職種を招聘した。また、その繋がりにて外部での講演を行う等の取組を、地道に積み重ねた。

### 5) その他

三豊総合病院では薬剤師の処方提案率が約 30%~40%と比較的高く、初回処方以外は約 1400~1500 件/月の処方を薬剤部にて作成したものを医師が確認を行っているため、処方に関するディスカッションを行いやすい環境ができている。処方提案にあたり、病棟医長・病棟師長・薬剤部が事前に作成・合意したプロトコールを診療科別に導入している。この導入にあたり、薬剤師の処方作成のリスクについて話し合い、ランダムチェック体制などを敷いた運用を行い、現在まで問題は起きていない。

病院の実態として、処方提案がなければ、詳細な薬物治療まで医師は手が回らない状況の中で、薬剤部内で提案書の記載について研鑽を重ね、徐々に医師や多職種に取組を理解されていった。

また、薬剤部全体で、転院や他の施設に行く全ての患者に対し、退院処方のサマリーを書くようにした結果、退院支援部門に薬剤師も患者の退院に関わるといった役割が認知され、MSW などから薬剤師へ直接相談が増えるようになった。

#### ・担当者の声

地域連携担当薬剤師の活動に対し、病院長をはじめとする経営層や薬剤部長の理解が活動を後押ししたと感じている。地域連携担当薬剤師の活動を開始するにあたり、取り組みの意義や薬剤部が外部と直接つながりを持つ窓口を設置することによるメリット、体制として通常業務との兼務にて行うことなどを、薬剤部長のサポートを受けながら病院長をはじめ経営層に説明を行い、活動に対する理解を得ることができた。取組を進めるにあたり

立ち上げ時には地域連携が具体的に進んでいる実感はなく、順風満帆で来たわけではなかったが、外部の勉強会などで刺激を受けながら取り組みを続けた。地域の薬局では、人員の問題よりやったことがないからできないという方が多いように感じ、実際の症例を通して一つの流れを作り理解してもらうことも必要と思われる。失敗ばかりだったが、都度修正しながらも動き続けることが大切だと感じている。

来年度から個人の「地域連携担当薬剤師」から、複数名での「地域連携担当薬剤師チーム」として体制を強化し、介入状況報告書に返信のない薬局に対し状況調査を実施するなど、活動をさらに広げることを予定している。さらに、多職種によるポリファーマシー対策のチームをつくり、病院全体でポリファーマシー対策へ積極的に取り組む体制の整備を進めている。

さらに、三豊観音寺地区では独自の健康サポート薬剤師の認定制度を設けており、地域の専門職との連携強化が進められる中で、地域住民に対するポリファーマシーの啓もう活動を行うことも視野に入れている。



図表 112 介入事例（参考）

## 実際の症例

83歳 女性 144.6cm 45.7kg BMI:21.9  
 #発熱  
 既往:脳梗塞、脂質異常症、両側変形性膝関節症術後、2型糖尿病

【入院時の持参薬】

薬名	用量	用法
・トラゼンタ錠5mg <sup>®</sup>	1錠分1	朝食後
・タケプロンOD錠15 <sup>®</sup>	1錠分1	朝食後
・フェロミア錠50mg <sup>®</sup>	1錠分1	夕食後
・メバロチン錠10 <sup>®</sup>	1錠分1	夕食後
・ガスモチン錠5mg <sup>®</sup>	3錠分3	毎食前
・グルベス配合錠330mg <sup>®</sup>	3錠分3	毎食直前
・ミノマイシンCP100mg <sup>®</sup>	2cp分2	朝夕食後
・ラニラピッド錠0.05mg <sup>®</sup>	1錠分1	朝食後
・ロキソロン錠60mg <sup>®</sup>	1錠	腰痛時
・ムコスタ錠100mg <sup>®</sup>	1錠	腰痛時
・メテコパール錠500 <sup>μg</sup> <sup>®</sup>	3錠分3	毎食後
・スーグラ錠50mg <sup>®</sup>	1錠分1	朝食後
・プレタールOD錠50mg <sup>®</sup>	2錠分2	朝夕食後
・バイアスピリン錠100mg	1錠	朝食後

入院時 VS,L/D)      退院時 VS,L/D)

脈拍数	117 回/min	8日後	64 回/min
血圧	106/82		95/58 mmHg
Hb	12.4 g/dL		11.5 g/dL
HbA1c	5.7%		
Cr	0.85 mg/dL		0.78 mg/dL

プレタール変更後、  
 ← 頻脈改善  
 } ← 疼痛なし  
 ← しびれなし  
 ← HbA1c:5.7%  
 ← 頻脈のため変更

頻脈改善!

### 処方カスケード

- 副作用「頻脈」
- DIG追加
- 多剤服用

図表 113 介入状況報告書の記載例（参考）

## 介入状況報告書

FAX:三豊総合病院薬剤科 0876-62-6128      保険番号 → 薬剤部 → 処方医師  
 三豊総合病院 科中      報告日 年 月 日

↑  
介入状況報告書

科	保険薬局(名称・所在地)
先生御侍史	
患者ID	電話番号      FAX番号
患者名	担当薬剤師

この情報を伝えることに対して患者の同意を  得た  得ていない  
 患者は処方箋への転写を拒否していますが、治療上重要と判断されるため報告します。

下記の通りご報告致します。ご確認いただけますようお願い申し上げます。

所見  
 退院後の主な注意点(複数回答可)  
 アドヒアランス     薬剤に対する理解度     薬剤投与方法     薬剤管理方法  
 副作用     身体機能改善     フレイル・サルボニア     転来薬  
 ポリファーマシー     OTC・サプリメント     検査値     その他( )

提案事項

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

### 退院後の注意点:ポリファーマシー

介入状況:  
 退院後、初めてのご来局時の処方内容は薬剤管理サマリーの内容と同様でありました。ご自宅で血圧と脈拍数を毎日測定されているようで、脈拍については80回/min前後で推移しているようです。また疼痛コントロールについても問題なく、HbA1cの数値も良好でした。

処方提案:  
 貧血も改善傾向とのことで、排便状況も問題ないとのことです。  
 フェロミアやガスモチンの減薬や中止についても今後経過を見ながらご検討下さい。

注)問題点に対し、定期的な介入をお願い致します。

## 5. 高知県後期高齢者医療広域連合、高知県国民健康保険課、全国健康保険協会高知支部に対する調査結果

### (1) 基本情報

#### 1) 調査対象

高知県後期高齢者医療広域連合、高知県国民健康保険課、全国健康保険協会高知支部（以下、協会けんぽ）

#### 2) 調査対象の概要

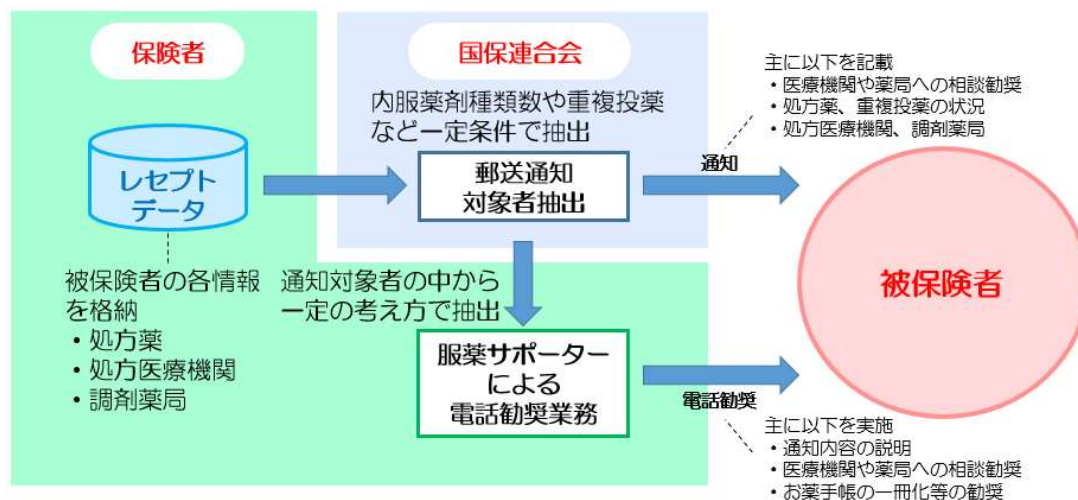
調査対象はそれぞれ後期高齢者医療制度、国民健康保険制度、全国健康保険協会管掌健康保険の高知県における運営組織である。以下では、各組織の冒頭に高知県の文字は記載せずに表記する。

### (2) 取組の概要とポイント

国民健康保険制度、後期高齢者医療制度、全国健康保険協会管掌健康保険の被保険者のうち、複数の医療機関から一定以上の種類の内服薬を処方されている人や重複投薬がある人等の条件によりレセプトデータから抽出し対象者とした上で、この対象者に対し、一定期間に利用した全ての医療機関、薬局や処方薬を記載した文書を郵送することにより、重複投薬や多剤処方について医療機関に相談することを促し、ポリファーマシーの発見と解決および医療費適正化を目指す取組である。

高知県内の県民の約8割をカバーする3つの保険者が連携している点、文書による通知に加え、より優先的に対応すべきと判断される対象者に対し、電話による勧奨を行っている点がポイントと言える。

図表 114 取組の全体像



### (3) 取組の目的

高齢者は処方薬が増えると転倒やふらつきといった有害事象が起こる場合があり、結果的に骨折等のリスクも高まる。また、重複投薬等にならないための対応策の一つであるお薬手帳が、例えば1人の被保険者が医療機関や調剤薬局ごとに複数のお薬手帳を保有するなど、適切に機能していない状況なども認識されている。さらに、高知県は県民1人当たりの医療費が全国で1、2位と高く、医療費適正化が大きな課題となっている。

このような背景のもと、被保険者の健康状態を維持・向上することや無駄な薬剤費を無くし医療費を適正化することを目的として、多剤投薬や重複投薬、相互作用等が生じる処方内容となっている被保険者を抽出し、郵送により通知するとともに医療機関や薬局へ相談するよう、電話にて勧奨する事業（以下、本事業）を行うものである。

### (4) 取組内容

#### 1) 取組体制

本事業を行うこととなったきっかけは、2017年度に後期高齢者医療広域連合で被保険者の骨折による医療費や患者数が全国平均よりも多く、骨折には、多剤服薬によるふらつき・転倒が要因の一つとして考えられるため、重複・相互作用等による健康被害への対策も含めて、適正服薬への取り組みについて検討を進めていたところ、高知県医事薬務課から適正服薬に関する通知事業を国民健康保険課、協会けんぽも含めた3保険者（以下、3保険者と表す）で連携して取り組んでもらいたいと提案があり、2018年1月から次年度の事業化に向けた検討を3保険者で開始した。

本事業を行うにあたり、通知対象となる被保険者の抽出条件を決める必要があるが、この検討において高知県薬剤師会の協力を得た。また、本事業の開始前には、被保険者からの問い合わせ対応も考慮して、県内市町村等に対して意見と協力を求めた。更に、初回の通知を送る前には、高知県医師会に説明し、協力を要請するとともに、医療機関への周知文書・ポスター等を送付した。

通知そのものの作成は、国民健康保険課、後期高齢者医療広域連合からは高知県国民健康保険団体連合会（以下、国保連合会）に委託し、データ分析業務については国保連合会からデータ分析会社に再委託されている。協会けんぽについては、データ分析会社に直接委託した。委託内容は通知対象者の抽出、通知の作成・発送等である。後期高齢者医療広域連合における事業費としては、2019年度予算で約17,000千円（通知数：1,500通×8回、服薬サポーターの配置に要する費用等）である。

また、被保険者に電話で医療機関や薬局への相談を勧奨する業務を行う職員を服薬サポーターと呼んでいるが、この服薬サポーターとして後期高齢者医療広域連合では専任の薬剤師1人を新たに雇用し、国民健康保険課では薬剤師等の医療系資格を保有しない事務職員1人を新たに雇用している。協会けんぽについては、被保険者が勤務中で日中不在がちであり、効率的な電話連絡が困難であることなどの理由から服薬サポーターは配置してい

ない。

## 2) 取組内容と成果

### 7) 郵送による通知とその効果

#### ・業務内容

通知対象者を抽出した上で、通知対象者に対し、封筒に特定の1か月間における対象者の処方薬、処方医療機関名、調剤薬局名等を記載した文書「お薬情報のお知らせ」とその文書の見方を示した説明資料（A4 1枚ずつ）を入れ、郵送により通知する。

「お薬情報のお知らせ」の説明資料の表面には、本通知の主旨が通知対象者に処方された全薬剤のうち重複投薬の状況や相互作用が懸念される薬剤の状況を通知する目的であることや、通知対象者は処方薬剤数が多い人や重複投薬のある人であること、本通知を受け取ったら薬局や病院に通知を持参の上、処方薬を確認してもらうことを勧奨する旨が記載されている。また裏面には「お薬情報のお知らせ」の見方の説明も記載されている。

図表 115 「お薬情報のお知らせ」の説明資料（左側が表面、右側が裏面）

### 『お薬情報のお知らせ』を活用しましょう！

**Q 『お薬情報のお知らせ』って、何ですか？**

**A あなたが使っているお薬について、問題がないか確認してもらうための通知です。**  
2つ以上の医療機関から、お薬が処方されている場合、お薬手帳が活用されていないと、同じ成分のお薬が重複していたり、飲み合わせが悪いなどの問題が起こることがあります。そのような問題がないか確認できるよう、お薬を一覧表にした通知です。

○の病院 → △の薬局 → 5種類 → 合計 10種類 → 〇の重なりが飲み合わせは大丈夫かな？

□の病院 → ×の薬局 → 5種類 → 〇の重なりが飲み合わせは大丈夫かな？

**Q どんな人を対象に通知を送っているのですか？**

**A お薬の数が多いや、重複したお薬がある方に送っています。**  
長期処方（14日以上）の内服薬が6剤以上ある方の中から選定して、送っています。この『お知らせ』が届いたからと言って、必ずしも問題があるわけではありませんが、薬局や病院で確認してもらうことをお勧めします。

**Q 『お薬情報のお知らせ』が届いたら、どうしたらいいのですか？**

**A 薬局や病院に『お知らせ』を持って行き、確認してもらいましょう。**  
薬局や病院に相談した場合、効果が同じお薬や飲み合わせが悪いお薬があれば、調整をしてくれます。（お薬の数が少なくなるとは限りません）

薬局  
お薬の重複などがないか確認しますね

このようにお知らせが届きました

高知県後期高齢者医療広域連合 事業課（電話：088-821-4665）

### 『お薬情報のお知らせ』の見方について

あなたが受診した医療機関名を記載しています。

お薬を受け取った薬局名を記載しています。病院などで、お薬を受け取った場合は、＜院内処方＞などの記載になります。

長期（14日以上）で処方されている内服薬の数を記載しています。

No.	医療機関名	処方薬剤名	薬名	投与量	投与日数	投与日	剤形	備考
1	あしあい病院	＜院内処方＞						
2	あしあい病院	＜院内処方＞						
3	まごクリニック	あなのはな薬局						
4	まごクリニック	あなのはな薬局						
合計							24	8

**この項目についてはこちら** 平成XX年XX月 時点の情報で通知書を作成しています。  
この項目は、お薬の重複や飲み合わせを確認するために記載されています。お薬が重複していたり、飲み合わせが悪い場合は、薬局や病院へ行って、お薬の重複や飲み合わせを確認してもらいましょう。

No.	薬剤名	投与量	日数	投与日	剤形	備考
1	カロナール錠200 200mg	2錠	5	9月29日	錠剤	○
	PL配合錠	3錠	5	10月6日	内服薬	
	エチドール錠5mg	1錠	14	10月31日	内服薬	
	ユベラNカプセル100mg	2カプセル	12	10月31日	内服薬	
	カルボスタイン錠250mg「チバ」	3錠	5	10月6日	内服薬	
	アモキシシリン錠500mg「オーパ」	2錠	12	10月31日	内服薬	
	ロキソプロフェンNaテープ100mg「三笠」10cm×14cm	21枚	1	10月31日	外用薬	○
	ペラプロストNa錠20g「サワイ」	2錠	12	10月31日	内服薬	
	セファロスピリン錠250mg「トーワ」	3カプセル	5	10月6日	内服薬	
2	注射液100mL「CHM」	1瓶	1	10月6日	注射薬	
	セファマシリン 注射用1g	1瓶	1	10月6日	注射薬	
3	カロナール配合錠	2錠	5	10月20日	内服薬	
	リチウム錠1mg	2錠	60	9月19日	内服薬	
	マイロトロン錠4単位	2錠	60	9月19日	内服薬	
	バシチン錠10mg「トーワ」	1錠	60	9月19日	内服薬	
	メキシチン塩酸塩カプセル100mg「JUG」	3カプセル	60	9月19日	内服薬	
	アムロロ配合錠「サワイ」	1錠	60	8月22日	内服薬	
	アモキシシリンOD錠20mg「トーワ」	1錠	60	9月19日	内服薬	○
	メロキシカム錠500μg「SW」0.5mg	3錠	60	9月19日	内服薬	
4	カロナール錠200 200mg	6錠	5	9月28日	内服薬	○
	カルボスタイン錠500mg「トーワ」	3錠	5	9月28日	内服薬	
	ピチアール内服錠	3錠	5	9月28日	内服薬	
	アモキシシリンカプセル250mg「日工」	3カプセル	5	9月28日	内服薬	
	オアキシリン配合錠250RS 375mg	3錠	5	9月28日	内服薬	

処方されたお薬の名称や数量などの情報を医療機関、薬局ごとに記載しています。No欄の番号は、上部記載の受診した医療機関・薬局のNo欄の番号と対になっています。

同じ成分のお薬、または類似薬を「○」で記載しています。



## ・通知対象者の抽出

通知対象者は3保険者が保有するレセプトデータから抽出条件に合致する者を、通知業務に要する業務量を考慮しつつ、一定数抽出している。3保険者で被保険者の年齢や人数等の構成が異なるため、抽出条件に多少の違いがある。

図表 117 通知対象者の抽出条件（高知県後期高齢者医療広域連合の例）

①	2 医療機関※以上から長期処方の内服薬が6 剤以上、処方されていること
②	入院レセプトデータは抽出に含めない
③	がん患者、精神疾患患者は除く
④	送付先が高知県外となる場合は除く
⑤	過去6 か月以内に通知した者は除く
⑥	①～⑤の条件にあてはまり、同種同効の薬を重複投薬されている場合もしくは、相互作用が発生しうる組み合わせの場合、通知する
⑦	⑥の条件での該当者が一定数に満たない場合には、長期処方の内服薬が10 剤以上の対象者で剤数が多い順に選定する

※同一医療機関で診療科が異なる場合は1 医療機関として計上

## ・通知の実施状況

通知の実施状況は保険者別に以下の通りである。

### <高知県後期高齢者医療広域連合>

2019 年度には4 月、5 月、7 月、8 月、10 月、11 月、1 月、2 月の各月で1500 通ずつを郵送した。なお、上記に示した月以外である6 月、9 月、12 月、3 月は後発医薬品の差額通知を郵送している。

### <国民健康保険課>

2018 年10 月から毎月、1000 通ずつ郵送している。

### <協会けんぽ>

2018 年度は12 月と1 月の各月で約2400 通ずつを郵送している。2019 年度は2 月下旬から3 月に郵送し、2400 通より少ない件数を郵送している。

## ・通知による効果

3 保険者のうち、協会けんぽでは、2018 年度に行った通知の効果を確認するため、通知対象者に対し郵送によるアンケート調査を行った。2396 人に調査票を配布し、721 人から回答を得た（回収率：30.1%）。この結果、「通知を見た」と回答した人は81.3%、「通知を見ていない」と回答した人は18.7%で、多くが通知を見ていたことが把握された。また通知を見た人のうち医療機関や薬局へ「相談済み」との回答は28.7%、「今後相談する予

定」との回答は7.2%で合わせて35.9%となっており、通知により対象者が相談するきっかけとなった点で一定の効果が認められたと言える。

なお、3 保険者それぞれで、通知後の一定期間後における処方見直しの実績（例えば、通知の半年後に処方薬が1 剤減ったこと）を、レセプトデータを用いて把握し、低減した薬剤費などを事業の効果として算出する方法については試行中であるものの、調査時点ではまだ確立した方法は見い出せてない状況である。（「4）取り組む上での課題」に詳細を記載している）

## 1) 電話による勧奨とその効果

### ・業務内容

服薬サポーターにより行われる業務内容は、郵送による通知対象者の一部に対し電話をかけ通知の内容について説明すること等であり、後期高齢者医療広域連合で実施されているポリファーマシーに関する事項としては以下の通りである。この他、後発医薬品の使用促進のための電話勧奨業務も行っている。なお、国民健康保険では、高知県国民健康保険課に服薬サポーターを配置しており、ほぼ同じ業務内容である。

図表 118 服薬サポーターによる業務内容（ポリファーマシー対策に関するもの）  
（高知県後期高齢者医療広域連合の例）

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>① 郵送による通知対象者の中から電話勧奨する対象者を選定する。</li><li>② 電話勧奨の対象者に電話をかけ、文書による通知の内容について説明するとともに、薬局・医療機関へ相談することを勧奨する。この際、お薬手帳の一冊化など服薬を適正化するための啓発も行う。</li></ol> |
|---|

### ・対象者の選定条件

電話勧奨の対象者の選定条件は勧奨業務を進めながら徐々に改善を進めてきた経緯があり、後期高齢者医療広域連合では現状、以下に示す条件で選定している。専任の薬剤師を雇用することにより、重複投薬の他にも、併用に注意すべき薬剤の組み合わせや慎重に投与を要する薬物（再委託先業者の検索システムを活用）といった薬学的な内容を踏まえた評価も行うことができる。また、国民健康保険課では対象者の電話番号は市町村から情報提供を受け把握している。

図表 119 電話勧奨の対象者の選定条件（高知県後期高齢者医療広域連合の例）

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>① 委託先から提供される 1 か月間の郵送による通知対象者の一覧から、内服薬を中心として重複投薬、相互作用に該当する薬剤を処方されている人を選定する。</li><li>② ①で選定した人について、通知対象者の処方薬を詳細に把握できるシステムを活用して、併用禁忌、慎重な投与を要する薬剤、薬価の高さ等、処方薬の詳細な内容から服薬サポーターが優先度が高いと判断した人を選定する。</li></ol> |
|---|

③ ②で選定した人の電話番号を電話帳から検索し、把握できた人を電話勧奨の対象者として選定する。なお電話番号を特定できる割合は②で選定した人のうち4～5割程度である。

・実施状況

電話勧奨の実施状況は保険者別に以下の通りである。なお、協会けんぽでは、前述の通り服薬サポーターを配置しておらず、電話勧奨は行っていない。

＜高知県後期高齢者医療広域連合＞

2018年10月から2019年10月までの期間の実績についてみると、この期間のうち9か月間で電話をかけた件数は合計で1202件、このうち電話がつながったのは597件(49.7%)であった。また、電話がつながった人からの回答として、その時点でまだ相談していない人は527件で、電話がつながった件数の88.3%を占めた。電話勧奨により医療機関や薬局へ相談する可能性が高いと服薬サポーターが判断<sup>※</sup>した件数は合計145件であり、まだ相談していない対象者の27.5%を占めた。

※電話をかけた相手が通知の内容を理解し「相談に行く」旨の答えを行った場合に相談する可能性が高いと判断したもの

図表 120 2018年10月から2019年10月のうち、9か月間における電話勧奨の状況  
(高知県後期高齢者医療広域連合)

	(A) 電話をかけた 件数	(B) 電話がつなが った件数	対象者からの回答		(D) 電話勧奨により 相談する可能性 が高い件数
			既に薬局に 相談した <sup>※</sup>	(C) 相談し ていない	
9か月 間の 合計	1202件	597件 (49.7% : B÷A)	70件	527件 (88.3% : C÷B)	145件 (27.5% : D÷C)
月平均	133.6件	66.3件	7.8件	58.6件	16.1件

※通知の送付時点から電話をした時点までの期間は、1週間から1か月程度である。

＜国民健康保険課＞

2019年4月から12月までの9か月間で電話をかけた件数は合計で849件、このうち電話がつながったのは261件(30.7%)であった。また、電話がつながった人からの回答として、その時点でまだ相談していない人は243件で、電話がつながった件数の93.1%を占めた。電話勧奨により医療機関や薬局へ相談する可能性が高いと服薬サポーターが判断<sup>※</sup>した件数は合計84件であり、まだ相談していない対象者の34.6%を占めた。

※電話をかけた相手が通知の内容を理解し「相談に行く」旨の答えを行った場合に相談する可能性が高いと判断したもの



図表 121 2019年4月から12月における電話勧奨の状況（高知県国民健康保険課）

	(A) 電話をかけた 件数	(B) 電話がつなが った件数	対象者からの回答		(D) 電話勧奨により 相談する可能性 が高い件数
			既に薬局に 相談した※	(C) 相談し ていない	
9か月 間の 合計	849件	261件 (30.7% : B÷A)	18件	243件 (93.1% : C÷B)	84件 (34.6% : D÷C)
月平均	94.3件	29.0件	2.0件	27.0件	9.3件

※通知の送付時点から電話をした時点までの期間は、1週間から1か月程度である。

#### ・電話勧奨による効果

後期高齢者医療広域連合、国民健康保険の例から、電話がつながった際、まだ相談していないと回答した対象者が大半を占めた。そのうち、3割程度の方が医療機関や薬局へ相談する可能性が高い結果となっていることから、一定の効果が期待できる。

### 3) 取り組む上での工夫点

3保険者が連携し、高知県内の県民の約8割をカバーすることで、高知県全体での取組として啓発を行っている。単一の医療機関や調剤薬局では複数の医療機関からの全処方内容を把握することは難しい場合があるが、レセプトデータを活用することで全処方の把握を実現している。

実施にあたっては、通知を送付しても、後発医薬品の差額通知と混同されるなどの例も確認されており、封筒をなかなか開けてもらえないという課題が認識された。このため3保険者で相談の上、封筒のデザインを事業開始後に変更した。また3保険者で被保険者の年齢や人数等の構成が異なるため、抽出条件に多少の違いを持たせている。

### 4) 取り組む上での課題

今後の課題の1つ目は、通知文書（「お薬情報のお知らせ」）だけを見ても、どの点が問題であるのかが分からない被保険者が多いと考えられることである。このため協会けんぽでは被保険者1人1人について処方状況を確認し、各人に合った通知文書となるよう検討を進める予定である。

2つ目は、電話勧奨をする際に使用する電話番号の把握が困難なことである。特に携帯電話の番号が把握できるとより効率的に勧奨することができるが、困難である。また電話をした際、高知県国民健康保険課や後期高齢者医療広域連合である旨を名乗ったとしても身構えられる方や、特殊詐欺の電話ではないかと疑う方がいる点も課題と言える。

3つ目は本事業の適切な効果検証の方法を確立することである。現時点における方法では、通知を持参した上で処方変更が行われたのか否かが不明である。通知から一定期間経過した時点において同種同効薬の減薬がみられた場合に減薬及び薬剤費の効果があつた

とすると考え方を前提にすれば一定の効果はみられている状況であるが、さらなる評価が必要である。

## 5) 取り組む上での課題

今後の展開として、今後、3 保険者と高知県、高知県薬剤師会とで協定を結んで、被保険者の同意のもと、保健師による被保険者訪問に薬剤師が同行して、通知の対象条件に合致する被保険者への服薬指導ができるようにすることを検討しているが、被保険者それぞれから同意を得ることが難しいといった課題がある。



## 第4章 まとめ

### 1. 医療現場におけるポリファーマシー対策の実態

#### (1) アンケート調査結果

##### 1) 指針の活用状況

###### ・指針の理解の状況

ポリファーマシーについて「知っていた（定義を正確に理解している）」と「知っていた（多剤併用であると理解していた）」のいずれかである病院は全体の9割を占め、高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）、同（各論編）について「知っていた（内容をよく理解していた）」と「知っていた（ある程度理解していた）」のいずれかである病院は6割を占めた。また6割の病院で指針はある程度参考にされている状況であった。指針の周知については6割の病院で周知されていなかった。

###### ・指針を引用して作成されている手順書の状況

指針を活用してポリファーマシーの解消を目的とした手順書が作成されている病院は1割とほとんど存在しなかったが、手順書が作成されている病院では、指針の総論編のうち参考にしていない部分については、「ポリファーマシーの概念」の他、「薬剤見直しの基本的な考え方及びフローチャート」、「多剤服用時に注意する有害事象と診断、処方見直しのきっかけ」、「多剤服用の対策としての高齢者への薬物投与の留意事項」などの処方の見直しに必要となる具体的な情報が多く参考にされていた。また各論編については、調査対象が100床以上の病院であることもあり、指針の第2部「急性期後の回復期・慢性期の入院医療」に掲載されている事項が、第1部や第3部などと比べると参考にされている割合が高かった。

###### ・指針の改善すべき箇所

指針のうち改善すべき箇所として、総論編では「薬剤見直しの基本的な考え方及びフローチャート」、「多剤服用時に注意する有害事象と診断、処方見直しのきっかけ」、各論編では第2部「急性期後の回復期・慢性期の入院医療」に掲載されている事項など、手順書で参考にされている事項が比較的多く挙げられていたが、これは処方の見直しなどの具体的な検討を行う上で必要な技術的な情報を、指針の改善によりさらに充実させて欲しいという考えの表れであると考えられる。

また総論編の「多職種・医療機関及び地域での協働」、「国民的理解の醸成」も改善箇所として比較的多く挙げられているが、今後、ポリファーマシーへの取組を進めていく上で、多職種連携や患者・家族・国民への啓発がより必要とされていることの表れであると考えられる。

## ・ 指針に関する要望

指針の内容に関する要望として、「学会の意見とも調整し実務に近い指針として欲しい」、「使用を控えるべき薬剤について、高齢者に推奨される代替の薬剤や治療法の指針も欲しい」、「PIM 抽出のためのチェックシートが欲しい」などの意見が挙げられた。

また指針の形式面での要望として分かりやすくすべきとの要望が挙げられた。分かりやすくする方法としては「文書の量を減らし簡潔にする」、「ポイントのみをまとめたダイジェスト版を作る」、「視覚的に分かりやすくする」などが挙げられた。

## 2) 多剤処方への対応状況

### ・ ポリファーマシーの回避・改善の状況

追加調査に有効な回答が得られた 61 施設の 2 週間における外来患者の実人数 (208, 743 人) のうち、ポリファーマシーの回避・改善を行うか否かを判断する対象となる患者数はその 1 割 (17, 368 人) であり、そのうち回避・改善を行うべきと判断された患者数は 1 割 (1, 447 人) であった。このうち回避・改善がなされた患者数は 2% (24 人) であった。

85 施設の 2 週間における入院患者の実人数 (34, 436 人) のうち、ポリファーマシーの回避・改善を行うか否かを判断する対象となる患者数はその 2 割 (6, 370 人) であり、そのうち回避・改善を行うべきと判断された患者数は 2 割 (1, 125 人) であった。このうち回避・改善がなされた患者数は 2 割 (239 人) であった。

### ・ 参考にされている文献・資料

ポリファーマシーへの対応のために最も多く参考にされていた文献・資料は、「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015」であった。

### ・ ポリファーマシーを回避・改善するための取組の規定・運用の状況

外来患者に対してポリファーマシーを回避・改善するための取組の規定・運用している病院は全体の 1 割と少なかった。

一方、入院患者に対してポリファーマシーを回避・改善するための取組の規定・運用している病院は全体の 3 割で外来患者より多かった。取組を規定・運用している病院において、入院患者の全ての処方薬を把握する方法として「持参薬などの実物の確認」、「お薬手帳・お薬説明書の確認」がほぼ全ての病院で行われており、「診療情報提供書の確認」、「患者からの聞き取り」も 8 割から 9 割と多くの病院で行われていた。医療機能別にみると、慢性期では規定・運用している病院が 2 割と、高度急性期・急性期、回復期が共に 4 割であるのと比べ、規定・運用されている割合が低かった。

また外来でポリファーマシーを回避・改善するための具体的な取組として「担当科医師へのコンサルテーションを行っている」が約半数の病院で行われていた。

#### ・特定の薬効群を対象としたポリファーマシーを回避・改善するための取組の状況等

特定の薬効群を対象としたポリファーマシーを回避・改善するための取組を行っている病院は全体の2割であった。具体的な薬効群としては、解熱鎮痛消炎剤、精神神経用剤、血圧降下剤、消化性潰瘍用剤などが挙げられた。

また日常業務でPIMsを意識的に回避している病院は全体の3割であった。許可病床数別にみると、許可病床数が多いほど意識的に回避している割合が多かった。医療機能別にみると、高度急性期・急性期(3割超)、回復期(3割弱)、慢性期(3割弱)の順に意識的に回避している割合が多かった。

#### ・患者や家族への啓発の状況

過去1年間で、患者や家族に対するポリファーマシーを解消するための処方見直しの働きかけを行った際、拒否されたケースの割合は約1割であった。3年前と比べた処方見直しに対する患者や家族の抵抗感は、半数の病院で変わらないと感じており、1割の病院で減っていると感じている。患者・家族へ処方見直しを勧めるための手順書は多くの病院で策定されていなかった。患者・家族を含む一般の方への啓発活動は6割の病院で行ったことがなく、3割の病院で何らかの方法で啓発したことがある状況であった。

#### ・院内におけるポリファーマシーに特化したカンファレンスの状況

院内におけるポリファーマシーに特化したカンファレンスが行われている病院は全体の5%とわずかながら存在した。カンファレンスで行われている内容は、「対応方針の検討」、「対象患者の抽出」が8割の病院で行われていた。カンファレンスを行う上での工夫点としては、「病棟担当薬剤師と協力してカンファレンスの時間、各職種の負担軽減に努めている」、「薬剤師が予め情報収集してカンファレンスでプレゼンテーションする」などが挙げられた。また課題としては、「基本的に薬のことは医師・薬剤師が詳しく他はあまり詳しくない」、「週1回のカンファレンスでは、対象患者の入院期間が短いと対応できない」などが挙げられた。

#### ・ポリファーマシーを回避・改善する対象患者の抽出者と決定方法

ポリファーマシーを回避・改善する対象患者の抽出者は半数の病院で規定されておらず、2割の病院で薬剤部門が抽出していた。対象患者の決定方法は6割の病院で規定されておらず、1割の病院で各診療科の医師が決定していた。

#### ・ポリファーマシーに関する他施設との連携状況

他施設との間でポリファーマシーの回避・改善に活用される情報の共有などの連携は、1割の病院で行われているものの、多くの病院では行われていなかった。

連携している病院のうち同一法人内の連携先は、3割が病院や介護老人保健施設であり、他法人の連携先は同6割が病院と薬局であった。一方、連携先となる職種については、同

一法人内の連携先職種は同半数が医師で、同 4 割が看護職員であり、他法人の連携先職種は同 7 割が薬剤師で、同 4 割が医師であった。

連携内容については、連携している病院のうち 6 割の病院が患者の情報提供を積極的に行っており、同 4 割の病院が患者の情報入手を積極的に行っていた。連携の発案者は、連携している病院のうち 4 割が病院の薬剤師、2 割が病院の医師であった。

## (2) ヒアリング調査結果

### ・ひたちなか総合病院

ひたちなか総合病院が主体となり電子カルテの一部を「ひたちなか健康 IT ネットワーク」と称する地域医療情報ネットワークを通じて、地域の医療機関、薬局等に閲覧専用で公開されていた。公開の目的は、検査値の経過を必要な時にいつでも確認できるようにすることで、医療の質の向上や新型インフルエンザなどの感染症の蔓延、東日本大震災などの災害時へ備えることである。

ひたちなか健康 IT ネットワークの本来の目的は、ポリファーマシー対策に特化したものではないが、地域の医療機関や薬局がネットワークを通じて処方内容や検査値を確認し、処方見直しの提案を行える運用を実現している点がポイントと言える。

### ・東北大学病院

東北大学病院薬剤部では、薬局が処方見直しの提案やその他、処方医である東北大学病院の医師にフィードバックすべき報告事項がある場合に、服薬情報提供書（以下、トレーシングレポートと表す）を用いて報告することができる取組を 2018 年 2 月に運用開始し、処方の見直しに役立てられていた。

運用開始当初は本取組に参加する薬局が少なく報告件数も少なかったが、2019 年 12 月に院外処方箋に関する東北大学病院への問い合わせの簡素化プロトコルの運用を新たに開始する際、その説明会に多くの薬局の参加が見込まれることに着目し、プロトコルにトレーシングレポートの活用を組み込むことで報告薬局および報告件数が大幅に増えた点がポイントと言える。この他、病院薬剤部が薬局と病院医師の間に入り、薬局への対応と病院医師に提供する情報の選別を行うことで円滑な連携が実現されている点もポイントと言える。

### ・北九州高齢者薬物療法研究会

2017 年 4 月に北九州八幡地区を中心とした地区医師会、薬剤師会、大学病院、基幹病院の医師や薬剤師が発起人・世話人となる「北九州高齢者薬物療法研究会」（以下、本研究会）が発足した。地域でのポリファーマシー対策には、連携先の医師や薬剤師をはじめとした多職種の理解と協力を得て、患者の情報をいかに共有していくかという点が重要となる。本研究会は、講演会やワークショップの開催を通じ、参加者である地域の病院・診療所の医師や病院・薬局の薬剤師、その他の職種がポリファーマシー対策への理解を深め、

顔の見える関係づくりを行い、各施設や薬局内にて高齢者の処方適正化を推進している。研究会という形で、医師や薬剤師など多くの主体を巻き込み、地域全体でポリファーマシー解消の取組を広げている点がポイントと言える。

#### ・三豊総合病院

地域におけるポリファーマシー対策として、西讃地域の中核病院である三豊総合病院が主体となり、関係機関の協力を得ながら地域連携の体制整備と情報発信を進めていた。三豊総合病院では、2017年に地域連携担当薬剤師1人を院内に配置することで、患者の情報を途切れることなく院内外の関係機関へ繋ぎ、退院後に薬学的な介入が必要と思われる症例のフォローを開始した。

その結果、院内外からの問い合わせの増加や、退院後の患者情報のフィードバックが行われるようになった。さらに、地域連携担当薬剤師が自ら地域の薬局薬剤師やケアマネジャー、医師等のいる場に直接赴き、ポリファーマシーに対する内容を含めた地域連携の重要性について説明を行い、地域の多職種と関係を築くことで、継続的な患者情報の共有が進められている。本取組では、院内における人員配置を踏まえ、地域連携室とは別に、外部とのつなぎ役である地域連携担当薬剤師を配置している点がポイントと言える。

#### ・高知県

国民健康保険制度、後期高齢者医療制度、全国健康保険協会管掌健康保険の被保険者のうち、複数の医療機関から一定以上の種類の内服薬を処方されている人や重複投薬がある人等の条件によりレセプトデータから抽出し対象者とした上で、この対象者に対し、一定期間に利用した全ての医療機関、薬局や処方薬を記載した文書を郵送することにより、重複投薬や多剤処方について医療機関に相談することを促し、ポリファーマシーの発見と解決および医療費適正化を目指す取組が行われていた。

高知県内の県民の約8割をカバーする3つの保険者が連携している点、文書による通知に加え、より優先的に対応すべきと判断される対象者に対し、電話による勧奨を行っている点がポイントと言える。

## 2. 医療現場におけるポリファーマシー対策の課題と対応策

#### ・指針の課題と対応の方向性

指針の改善事項として、指針のうち改善すべき箇所として、総論編では「薬剤見直しの基本的な考え方及びフローチャート」、「多剤服用時に注意する有害事象と診断、処方見直しのきっかけ」、各論編では第2部「急性期後の回復期・慢性期の入院医療」に掲載されている事項が挙げられたが、これらは処方の見直しに直接的に関わる部分であり、実務に必要な事項をより分かりやすく改善していくことが求められる。また、多職種連携や患者・家族・国民への啓発がより必要とされていることが窺えたことから、これらを改善していくことも求められる。



## ・院内のポリファーマシー対策の課題と対応の方向性

院内でのポリファーマシー対策が着実に進んでいくためには、医師、薬剤師など関係する全ての職種の連携が必要であり、その根拠としてポリファーマシー対策の取組を規定し運用することが有用であると考えられるが、ポリファーマシーの回避・改善のための取組の規定は外来患者に対しては1割、入院患者に対しても3割と多くの病院では規定されていない結果であった。規定しない理由としては、ポリファーマシーへの対策を行うことへの関係職種の理解不足、マンパワー不足や、規程の作成自体に時間を割けないという意見が挙げられた。この他、院内でのポリファーマシー対策を行う上での課題として、ポリファーマシーの対応は個々の薬剤師の力量に委ねられる、持参薬の薬剤師による確認が十分に行えていない、お薬手帳が上手く運用されていないなどが挙げられた。この対応として、関係職種がポリファーマシーに対する理解をより深めること、組織的に対応する体制を整備すること、より簡易にポリファーマシーへの対応を行うこと、患者や家族に対しお薬手帳を適切に活用してもらうことの周知が求められる。

この他、慢性期病院では、入院患者に対するポリファーマシーを回避・改善するための取組の規定・運用や、日常業務でPIMsの意識的な回避を行っている割合が他の医療機能の病院より少ないという傾向がみられたことから、さらなる取組が求められる。また、許可病床数別にみると、許可病床数が少ないほどPIMsを意識的に回避している割合が少ない状況が把握されたが、病床規模の小さい病院においてさらなる取組が求められる。

## ・院外との連携によるポリファーマシー対策の課題と対応の方向性

外来患者の全ての処方薬を把握する方法として、お薬手帳やお薬説明書を確認している病院が8割と多く、他院や他機関の医師や薬剤師、ケアマネジャー等からの聞き取りを行っている割合は少なかった。

患者がかかる多くの他の医療機関等に聞き取りを行うのは、通常業務による繁忙の中、困難であることが想定され、全ての処方薬を把握する方法としてはお薬手帳を確認することが現実的と考えられる。しかしながら一般にお薬手帳を複数保有する患者がいることも指摘されており、お薬手帳の適切な使用を啓発している取組も併せて行っていく必要がある。

## ・患者・家族、一般の方への普及啓発を行う上での課題と対応の方向性

3年前と比べた処方見直しに対する患者や家族の抵抗感は、約半数の病院（無回答を除くと8割の病院）で変わっておらず、患者・家族へ処方見直しを勧めるための手順書はほぼ全ての病院で策定されていない。また患者・家族を含む一般の方への啓発活動は6割の病院で行ったことがない状況である。

多剤服用のメリット、デメリットを十分に理解していない患者・家族、一般の方に対し、多剤服用に関する意識を高めてもらうため普及啓発を行うことが求められる。その際、根拠に基づいた説明を行うために「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」などの適切な資料を用いることが求められる。