

分担研究報告書 2

入院時持参薬の処方変更に影響を及ぼす患者情報の解析

分担研究者	佐藤 秀昭	明芳会イムス三芳総合病院薬剤部
分担研究者	富岡 佳久	東北大学大学院薬学研究科
分担研究者	庄野 あい子	明治薬科大学 公衆衛生・疫学教室
分担研究者	中尾 裕之	宮崎県立看護大学
研究協力者	高塚 亮	明芳会イムス三芳総合病院薬剤部
研究代表者	今井 博久	国立保健医療科学院

研究要旨

「切れ目のない薬物療法」を実践するには、入院時の患者情報に基づいて持参薬を解析評価し、持参薬の中止、変更、減量などの処方変更を提案することが必要である。今回、患者情報に基づく持参薬の処方変更の現況を把握し、各職種の役割を明らかにし、薬剤師の専門性を発揮できる本質的な役割について検討した。

入院の契機となった疾患や既往歴、入院時の検査値や身体所見、自覚症状など多くの情報に基づき持参薬の処方変更が行われていることを明らかにした。また、処方変更および処方変更提案の根拠は、各職種の専門性で異なり、医師は治療にかかわる情報、薬剤師は薬物動態や副作用にかかわる情報に基づいていた。

チーム医療において、薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することは、薬物療法の質の向上と安全確保の観点から非常に有益である。外来から入院、入院から退院、そして退院後まで持参薬に関しても幅広く、多くの情報を収集し、収集した情報に基づいた処方の解析評価による処方変更提案は、薬剤の有効性を高め重篤な副作用を回避するための薬剤師の重要な役割になると確信する。すなわち、処方変更提案は、薬剤師の職能が進化するなかで薬剤師の専門職として、揺るぎなき地位を確保するための必須な役割である。

A. 研究目的

これからの薬物療法提供体制として、リファイナル処方の導入や地域医療における慢性疾患患者

の共同薬物治療管理¹⁾などを想定し、これからの「慢性疾患患者の薬物療法の有り方」について、薬剤師の本質的な役割は何か、医師でも看護師でもない、薬剤師の専門性を発揮する役割は何か、

その答えが求められている。本来、薬剤師は、医療法に「医療の担い手」として明記され、医療の担い手として“医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない（医療法 第1条の2）、さらに医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない（医療法 第1条の4）と明記されている。

薬剤師は、過去から現在、そして将来に亘りチーム医療の一員として、切れ目のない「質の高い安心・安全な薬物療法」の提供に一役を果すべきである。現況、薬物療法における薬剤師の役割分担について、最初からはっきり決めている施設は多くないだろう。薬剤師は各施設の医療現場の状況と医師・看護師、患者等とのコミュニケーションにより意思の疎通を図り、多くの信頼関係築き、長い時間を費やしながらかつ薬剤師各人の能力に応じた責任ある役割を担うべきである。

近年、医療の急激な高度化、医師の業務負担の軽減化など時代の要望に適切に対応した医療のあり方が問われている。このような現況を背景に「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会の中間報告において、コメディカル等の専門性の発揮とチーム医療の重要性が明記された。さらに、厚生労働省に設置された「チーム医療推進に関する検討会」の報告書（平成22年3月）を踏まえて、薬剤師が実施することができる（薬剤師を積極的に活用することが望ましい）業務の具体例が、平成22年4月30日付の厚生労働省医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」が出された。すなわち、薬剤師選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に対し、積極的に処方提案すること、薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案することなど、これからの薬剤師の本質的な役割といえる9項目が明記された。

入院時持参薬は、多くの施設で使用されており、施設ごとに使用される頻度は異なっている。現況、長期服用している生活習慣病の薬は、入院中そのまま持参薬を使用し、入院の契機となった傷病の治療に係わる薬剤は、入院する病院において入院中に処方されている場合が多い。切れ目のない「質の高い安心・安全な薬物療法」を確保するには、入院時の患者情報に基づいて持参薬を解析評価し、持参薬の中止、変更、減量などの処方変更を提案することが必要である。今回、患者情報に基づく持参薬の使用状況を把握し、各職種の役割を明らかにし、薬剤師の専門性を発揮できる本質的な役割について検討した。

B. 研究方法

1. 調査対象資料

当院（明芳会 イムス三芳総合病院）は、地域の急性期医療に対応した地上9階建ての新病院（病床数238床、診療科19科、救急センター、内視鏡センター、がん化学療法室を備え、常勤医29人）である²⁾。平成25年9月1日から平成26年2月までに当院を退院し、病棟薬剤業務を実施した患者1199人の「病棟薬剤業務シート」を調査資料とした^{2, 3)}。

2. 調査項目

1) 患者の基本情報

退院患者の入院診療科、持参薬の有無、持参薬の剤数、入院の契機となった疾患、年齢、性別、入院時診断名、既往歴、副作用歴、認知症、介護認定、お薬手帳、健康食品、喫煙、飲酒の各有無について調査した。また、患者入院時の自覚症状（訴え）についても調査した。

2) 入院時患者の検査所見

入院時の血液学検査(WBC, RBC, Hb, PLT)、生化学検査(TP, ALB, ZTT, ALP, AST, ALT, γ GTP,

LDH、BUN、CR、TC、HDL、LDL)、電解質 (Na、K、Cl、Ca) などについて調査した。

3) 処方変更の調査項目

処方変更の内容は、処方薬追加、処方薬の中止、処方薬変更、処方薬の用量の増減、用法変更について調査した。

処方変更の根拠は、検査値、身体所見、自覚症状、薬学管理、アドヒアランス、治療方針の6項目、更に検査値については、血球化学検査値、凝固・線溶系検査、生化学検査(蛋白、酵素低分子化合物、糖質・糖代謝、脂質、電解質)、感染、尿検査に分類し調査した。

4) 薬剤師による情報提供による処方変更の事例

C. 研究結果

I 持参薬の処方変更有無と各年齢層における患者数

持参薬の処方変更について検討した結果、持参薬の有る患者983人中259人(26.3%)に処方変更があった(表-1-1, 1-2)。持参薬の有る患者は、70歳~89歳が162人(63%)と集中していた(図1-1)。持参薬の有無と各年齢層での患者数割合を比較した結果、図-1-2に示すように、各年齢層で大きな差は認められなかった(図-1-2)。

表-1-1 入院時持参薬の処方変更の有無

入院時持参薬を有	患者：983人	
持参薬の処方変更有	患者：259人	
持参薬の処方変更無	患者：724人	

表-1-2 入院患者の既往歴と持参薬の処方変更

	処方変更の有る患者	処方変更の無い患者
慢性疾患の既往歴の有る患者	201人 (77.6%)	542人 (74.90%)
慢性疾患の既往歴の無い患者	58人 (22.8%)	182人 (25.10%)

図-1-1 持参薬の処方変更有無の各年齢層での患者数の比較

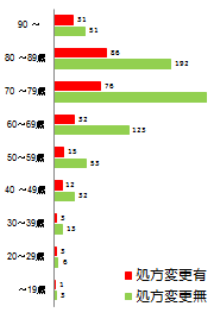
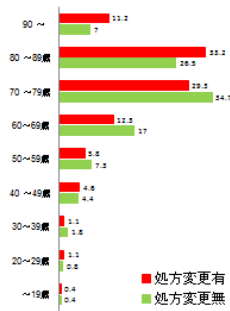


図-1-2 持参薬の処方変更有無の各年齢層での患者数の割合の比較



II 持参薬の処方変更有無と持参薬剤数

持参薬の剤数は、1剤~8剤に783人、持参薬を有す患者の74%を占めた。1剤~8剤で処方変更の有る患者は178人、処方変更の無い患者は554人で各69%、76%を占めた。処方変更の有る患者は、持参薬が4~6剤有す患者に多く259人中95人と37%を占めた。処方変更が無い患者は、持参薬が3~5剤有す患者に多く724人中228人(28%)を占めた(図-2-1)。

持参薬が1~3剤は、処方変更の無い患者の割合が高い、持参薬が4~6剤は、処方変更の有る患者に高い割合が認められた(図-2-2)。

図-2-1 持参薬の剤数と処方変更有無の患者数の比較

■ 処方変更無 ■ 処方変更有

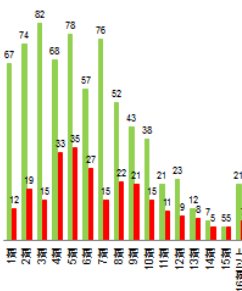
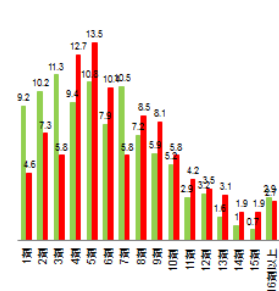


図-2-2 持参薬の剤数と処方変更有無の患者数割合の比較

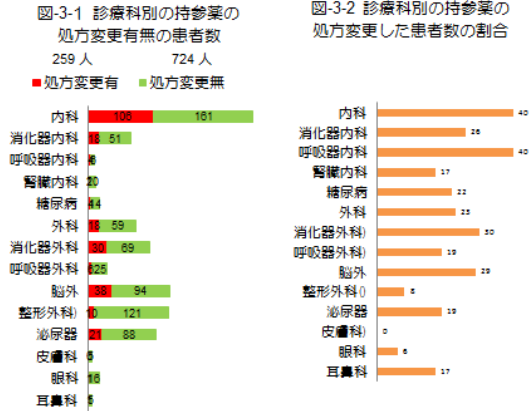
■ 処方変更無 ■ 処方変更有



III 各診療科における持参薬の処方変更有無の患者数

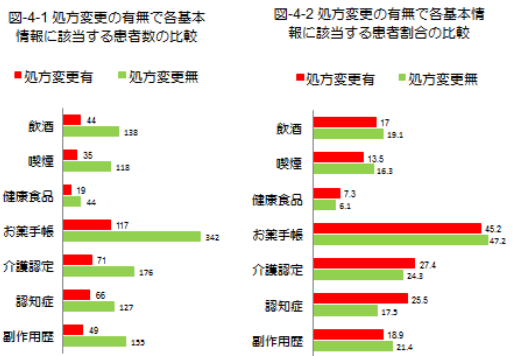
入院診療科ごとに持参薬の処方変更の有る患者数と無い患者数を比較した結果、処方変更の多い診療科は、総合内科、呼吸器内科、消化器外科、

脳外科が30%と高い割合を示した。逆に、処方変更の少ない診療科は、整形外科、皮膚科、眼科で10%以下の割合であった(図-3-1)。



IV 持参薬の処方変更の有無と患者の基本情報 (副作用歴、認知症、介護認定、お薬手帳、健康食品、喫煙、飲酒)

持参薬の処方変更の無い患者は、有る患者数と比較して全ての基本情報において多い患者数を認めた(図-4-1)。しかし、各総患者数での割合で比較すると、介護認定、認知症を受けている患者は、商法変更の有る患者が高い割合を示した(図-4-2)。



V-1 慢性疾患と持参薬の処方変更の有無 (高血圧、喘息、糖尿病、脂質代謝異常、心疾患)

慢性疾患を有す患者は、持参薬の処方変更の有った患者が201人(77.6%)、処方変更の無かった患者が542人(74.9%)であったことから、持参薬の

処方変更に慢性疾患のかかわりが認められなかった(表-2)。

表-2 持参薬の処方変更有無の患者で入院の契機となった患者数とその割合

持参薬の処方変更有る患者数	既往歴の有患者数	既往歴の有る患者数の割合
259人	13人	5.02%
持参薬の処方変更無い患者数	既往歴の有患者数	既往歴の有る患者数の割合
724人	33人	4.56%

V-2 既往歴と持参薬の処方変更の有無

疾患(患者重複有)ごとに処方変更の有無の患者数の割合を比較した結果、心疾患が各32.4%と22.8%、糖尿病が27.2%と19.3%と差が認められた。脂質代謝、喘息、高血圧、既往歴については、大きな差は認められなかった(図-5)。さらに、入院の契機となった疾患と既往歴とのかかわりについて検討した結果、図-6-1に示すように持参薬の有る983人中937人(95.3%)に既往歴とのかかわりが認められなかった(図-6-1)。しかし、総合内科、糖尿病、脳外科は、既往歴が入院の契機となっている患者が数名認められた(図-6-2)。

図-5 持参薬の処方変更の有無で各既往歴に該当する患者割合の比較

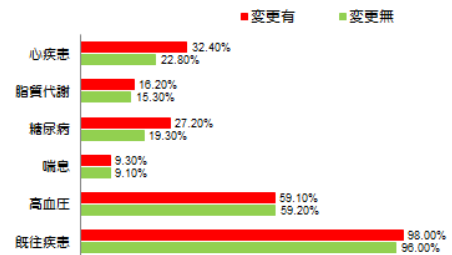


図-6-1 入院の契機となった疾患と既往歴とのかかわりの割合の比較 (%)

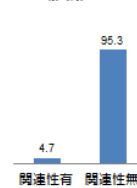
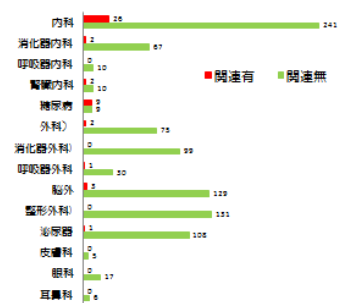


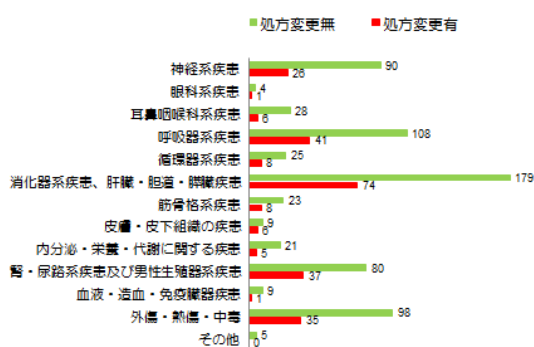
図-6-2 入院の契機となった疾患と既往歴のかかわりの有る患者数と無い患者数の比較



V-3 入院の契機となった疾患の診断群分類ごとの処方変更

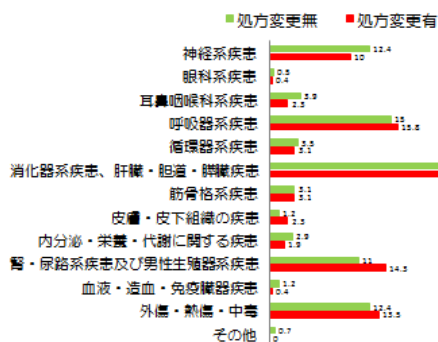
処方変更の有無に係らず多くの患者は、消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患の患者が各74人と179人、神経系疾患の患者が各26人と90人、呼吸器系疾患の患者が各41人と108人、腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患の患者が80人と37人、外傷・熱傷・中毒患者が35人と98人と入院の契機となった疾患の診断群に属していた(図-7-1)。

図-7-1 入院の契機となった疾患の診断群分類ごとの処方変更有無での患者数の比較



入院の契機となった疾患の診断群分類ごとの処方変更有無の患者数の割合を比較した結果、図-7-2に示すように、消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患、腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患は、処方変更の有無で各28.6%と24.7%、14.3%と11%と処方変更有が高い値を示した。神経疾患は、10%と12.4%と処方変更の無が高い値を示した。

図-7-2 入院の契機となった疾患の診断群分類ごとの処方変更有無での患者数の割合比較



VI 持参薬の処方変更有無と基準範囲外検査値

基準外検査値を有す患者は、図-8-1に示すように持参薬の処方変更の有無に係らずすべての検査値で基準範囲外が認められた。

持参薬の処方変更を有す患者は、肝機能検査値のTP, ALB, AST, ALT で基準範囲外検査値を示した患者数の割合が、各38.1%、42.6%、27.4%、16.7%と処方変更の無い患者28.4%、34.9%、13.5%、10.6%と比較し高い割合を示した。腎機能検査値のBUNは、持参薬の処方変更を有す患者の41.2%が基準範囲外検査値を示し、処方変更の無い患者の27.3%と比較し高い割合を示した。その他、Na, Kの電解質、HbA1c、PLTで処方変更の有る患者は、処方変更の無い患者と比較し高い割合を示した(図-8-2)。

図-8-1 処方変更の有無での各基準範囲外検査値を有した患者数の比較

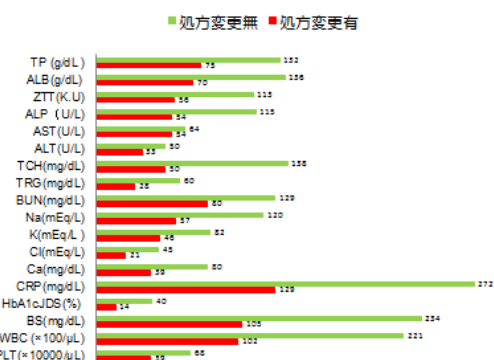
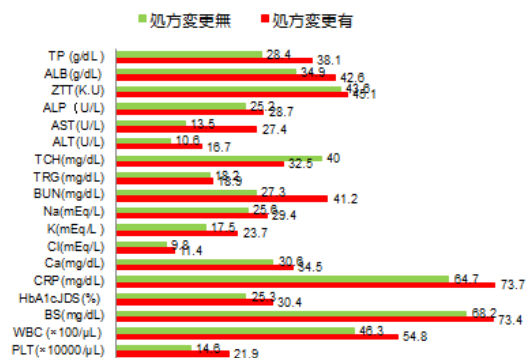


図-8-2 処方変更の有無での各基準範囲外検査値を有した患者数の割合比較



VII 職種による持参薬の処方変更

持参薬は、処方医が患者一人ひとりの検査所見、身体所見、自覚症状などの根拠に基づき判断し処方変更される。処方変更件数は、医師の判断による変更が244件、薬剤師の情報提供による変更が15件であった。

医師と薬剤師による持参薬の処方変更は、中止が241件と全件数の93%を占めた(図-9-1、図-10-1)。持参薬の処方中止の根拠として、医師は入院の契機となった疾患の治療の妨げを挙げていた。その他根拠不明が131件あった(図-9-2)。薬剤師は、重複投与、投与禁忌、注射と重複、手術など薬学管理、血圧低下、意識障害による低血糖の可能性の身体所見、患者の訴えなどを根拠とした持参薬の処方変更を提案していた(図-10-2)。

図-9-1 医師の判断による持参薬の処方変更内容

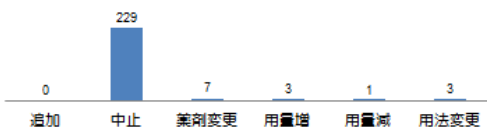


図-9-2 医師の判断による処方中止の根拠

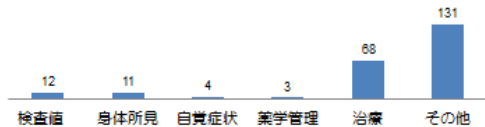


図-10-1 薬剤師の情報提供による処方変更の内訳

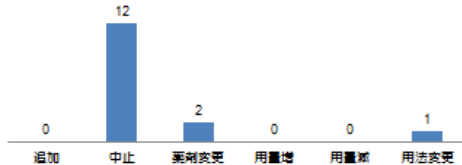
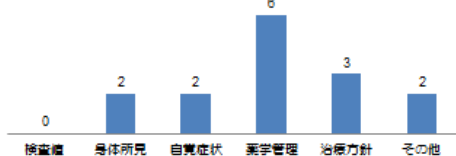


図-10-2 薬剤師の情報提供による処方変更の根拠



D 考察

チーム医療において、薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することは、薬物療法の質の向上と安全確保の観点から非常に有益である。外来から入院、入院から退院、そして退院後まで「切れ目のない薬物療法」の過程において、多くの情報を収集し、収集した情報に基づいた処方の解析評価による処方提案は、薬剤の有効性を高め重篤な副作用を回避するための薬剤師の重要な役割である。すなわち、処方提案は、薬剤師の職能が進化するなかで薬剤師が専門職としての揺るぎなき地位を確立するための必須な役割である。

薬剤業務シートによる調査から、入院患者の26% (持参薬患者983人中使用変更患者は259人) に処方変更が行われていた。処方変更の多い診療科は、総合内科、呼吸器内科、消化器外科、脳外科、で、逆に処方変更の少ない診療科は、整形外科、泌尿器科、眼科であった(図-3)。さらに、脂質代謝異常症、喘息、高血圧症、心疾患、糖尿病の既往歴のある患者は、持参薬の処方変更の有無に差が認められ(図-5)、持参薬の処方変更は、入院の契機となった傷病とのかかわりが強く示唆された。このことは図-6に示すように、入院の契機となった疾患は、95.3%の患者が既往歴とのかかわりの無いことが認められたことから考えられる。また、図-7-2に示すよう、入院の契機となった傷病の診断群分類では、持参薬処方変更の有無に大きな差が認められなかった。しかし、消化器系、生殖器系疾患、外傷などの傷病は僅かな差が認められた。このことから、持参薬の使用変更は、経口摂取の可否、意識の有無など入院時の患者状態(身体所見、自覚症状)、検査値など多くの情報が複合的に影響すると考えられる。

持参薬は、入院の契機となった疾患、入院時の検査値や身体所見、自覚症状など多くの情報に基づき処方変更の有無が判断される。平成23年、(一

般) 日本病院薬剤師会将来計画委員会(日病薬と略す)の診療所委員会で実施した「外来処方せんの変更に影響を及ぼす要因」について調査した結果、患者の訴えた自覚症状、検査所見などは、処方変更に影響を及ぼすことを報告している⁴⁾。さらに、今井らは、慢性疾患患者(高血圧症、糖尿病、脂質代謝異常症)の外来患者の処方変更は、血圧、HbA1c値、LDL値が正常になり治療の質を高めることを報告している⁵⁾。また、各職種の職務(目的)により必要とする患者情報が異なるので、患者の自覚症状、身体所見、検査所見の患者情報の確認について、医師、看護師と協議しておく必要が有ると考える。

薬剤師は「治療薬の有効性」を判定するためには、薬剤の選択と投与量の設定が適正かどうかを判断するための腎機能の検査値やTDMなど薬物動態に関連する情報が必要である。「治療薬の安全性」を確保するためには、患者の全身的な視点から治療薬による副作用症状(自覚症状、身体所見)、肝機能の検査値などの情報が必須である。すなわち、切れ目のない「質の高い安全な薬物療法」の提供には、各職種の専門性を発揮した持参薬の処方提案の重要性が指摘された。医師による持参薬の処方変更の件数は243件、その内訳は薬剤の中止が229件と全体の94%を占め、処方変更が7件、投与量の増量が3件、減量1件、用法変更が3件であった。薬剤師の情報提供による処方変更は、15件、その内訳は使用中止が12件、薬剤変更2件、用法変更1件であった。薬剤師の持参薬の処方変更提案は、件数は少ないが医師と内訳の類似傾向が認められた。薬剤師の処方提案の理由として、血圧低下、意識障害、疼痛などの身体所見、吐気、腰痛などの自覚症状、重複投与、投与禁忌、K値の低下、手術前投与中止薬などの薬学管理など多くの情報に基づいていた。しかし、検査値は、持参薬の使用変更提案へのかかわりが認められなかった。このことは、患者の入院時に薬剤師が不在、患者の初期治療が優先される。すなわち、患

者の病状が安定後、身体所見、自覚症状検査値などの情報が考慮され処方設計されることによると考える。

D. 結論

チーム医療において、薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することは、薬物療法の質の向上と安全確保の観点から非常に有益である。外来から入院、入院から退院、そして退院後まで「切れ目のない薬物療法」を実践する際に、持参薬に関しても幅広く、多くの情報を収集し、収集した情報に基づいた処方の解析評価による処方変更提案は、薬剤の有効性を高め重篤な副作用を回避するための薬剤師の重要な役割である。すなわち、処方変更提案は、薬剤師の職能が進化するなかで薬剤師が専門職としての揺るぎなき地位を確立するための必須な役割である。

文献

- 1) 中井 清人、河原 敦：米国薬剤師の薬物療法マネージング- Collaborative Drug Therapy Management (CDTM)による取り組み. 医療薬学, 37(3), p133-143 (2011).
- 2) 佐藤 秀昭：病院紹介, 薬事新報, 2820, p89-93 (2014).
- 3) 佐藤 秀昭：病棟薬剤業務の導入により薬物療法はどのように変わったか 薬物療法の質の向上を図る, innovative pharmacist 1(2), p10-11 (2013)
- 4) (一般) 日本病院薬剤師会診療所委員会：外来処方せんの変更に影響を及ぼす薬剤師業務等に関する調査報告. 日病薬誌 49(1)：13-18, 2013
- 5) 論文投稿準備中
- 6) 厚生労働省「チーム医療の推進について」(チーム医療の推進に関する検討会報告書).

2010. 3. 19)

- 7) DPC点数早見表 診断群分類樹形図と包括点数・対象疾患一覧、医学通信社(2015)

F. 健康危険情報

無し

G. 研究発表

無し

資料 持参薬の処方変更と処方変更提案

1. 医師	1. 追加 2. 中止 3. 薬剤変更 4. 再開 5. 用量増 6. 用量減 7. 用法変更	1. 検査値 2. 身体所見 3. 自覚症状 薬学管理 5. アドヒアランス 6. 治療指針 その他	4. 7. 処方変更の根拠
1	2	1	PT-INR高値のため
1	2	1	血糖不安定なため
1	2	1	血尿(++)のため
1	2	1	血糖低いため
1	2	1	血清カリウム値高値の為
1	2	1	出血傾向のため
1	2	1	高カリウム血症のため
1	2	1	出血による入院のため
1	2	1	血清カリウム値低値のため
1	2	1	PT-INR高値のため、APTT過延長のため
1	2	1	乳酸アシドーシス疑いの為
1	2	1	尿酸値高値、血圧高値の為
1	5	1	低カリウム血症の為
1	6	1	腎障害のため
1	2	2	血圧安定していた為
1	2	2	腸炎のため
1	2	2	イレウス(消化管閉塞)のため
1	2	2	誤嚥性肺炎の可能性があるため
1	2	2	嚥下機能低下の為
1	2	2	誤嚥性肺炎のため
1	2	2	誤嚥性肺炎のため
1	2	2	経口摂取不良の為
1	2	2	経口投与不可
1	2	2	腸閉塞のため
1	2	2	吐血のため
1	5	2	血圧高値の為
1	5	2	けいれん発作のため

1	2	3	胃痛
1	2	3	入院時はきけがあるため
1	2	3	食欲不振及び状態悪化傾向のため
1	2	3	主症状の為
1	2	4	脳出血のため投与禁忌
1	2	4	消化器症状の副作用(+)のため
1	2	4	前立腺切除術により適応外となるため
1	2	6	食事が摂れていないため中止
1	2	6	状態悪化のため
1	2	6	状態悪化のため
1	2	6	禁食のため
1	2	6	脳梗塞のため
1	2	6	内服不可のため
1	2	6	内服不可能なため
1	2	6	全身状態悪化しているため
1	2	6	経口摂取不可能のため
1	2	6	全身状態悪化のため
1	2	6	Dr.の指示により
1	2	6	全身状態悪化の為
1	2	6	内服不可能なため
1	2	6	全身状態悪化の為
1	2	6	内服不可能のため
1	2	6	臨床症状より必要ないため
1	2	6	状態悪化のため
1	2	6	手術のため
1	2	6	全身状態悪化のため
1	2	6	ペースメーカー埋め込み手術行うため
1	2	6	注射剤にて対応の為
1	2	6	病態のため
1	2	6	全身状態悪化の為
1	2	6	不明
1	2	6	呼吸状態悪化のため
1	2	6	全身状態悪化のため
1	2	6	検査で食事摂取不可能のため
1	2	6	イレウスの為

1	2	6	状態悪化の為
1	2	6	全身状態悪化のため
1	2	6	誤嚥のため
1	2	6	全身状態悪化の為
1	2	6	全身状態悪化の為
1	2	6	オペのため
1	2	6	術前投与中止
1	2	6	オペのため
1	2	6	胆のう炎のため
1	2	6	脳出血の為
1	2	6	術前中止
1	2	6	点滴抗生剤に切り換えの為
1	2	6	全身状態悪化のため
1	2	6	誤嚥性が疑われるため
1	2	6	経口困難のため
1	2	6	OPEのため
1	2	6	オペのため
1	2	6	術前中止
1	2	6	気切しているため
1	2	6	内服不可
1	2	6	イレウスのため
1	2	6	嚥下困難
1	2	6	出血病態のため
1	2	6	病態(イレウス)のため
1	2	6	絶飲食の為
1	2	6	術前処置
1	2	6	全身状態悪化の為
1	2	6	手術のため
1	2	6	全身状態悪化の為
1	2	6	全身状態悪化の為
1	2	6	胃切除のため
1	2	6	OPEのため
1	2	6	OPEのため
1	2	6	CF施工のため
1	2	6	全身状態悪化の為

1	2	6	服用不可のため
1	2	6	消化管出血疑いのため
1	2	6	肺炎の為
1	2	6	全身状態悪化の為
1	3	6	脳梗塞疑いの為
1	3	6	Div.より切り替え
1	3	7	先発が良いため
1	3	7	持参セレベント50より切り換え
1	3	7	採用薬品がないため

2. 薬剤師	1. 追加 2. 中止 3. 薬剤変更 4. 再開 5. 用量増 6. 用量減 7. 用法変更	1. 検査値 2. 身体所見 3. 自覚症状 4. 薬学管理 5. アドヒアランス 6. 治療指針 7.その他	処方変更の根拠
2	0	1	腎機能
2	0	1	CKIに基づくメバロチンの継続の可否についての提案
2	2	2	血圧低値のため
2	2	2	意識障害、低血糖のおそれがある為
2	0	2	鎮痛剤の処方なかったためロキソプロフェンの内服開始を提案
2	2	3	服用すると吐気を感じると患者より申告あり
2	7	3	腰痛あるため
2	0	3	ビソルボンの処方提案
2	2	4	薬効重複の為
2	2	4	うっ血性心不全に禁忌の為
2	2	4	重複投与のため
2	2	4	注射で持参薬投与しているため
2	3	4	カリウム値低値のため、ダイエットからの変更を提案
2	2	4	OPEのため
2	0	4	手術前中止薬等なし
2	0	4	テグレートールの服用回数の変更を提案
2	2	6	静脈栄養投与するため
2	2	6	脳出血のため
2	3	6	ワーファリンから切り替え
2	2	7	本人の希望により
2	2	7	本人の希望により

