

薬剤師間および多職種との情報連携に関する実態把握

（多職種間情報連携、ポリファーマシー対策チーム）

研究分担者 島崎 良知 東京都健康長寿医療センター薬剤科 科長

研究要旨

近年、高齢者におけるポリファーマシーの問題は、薬物有害事象やQOL低下の要因として医療上の重要課題と認識されており、入退院や在宅・施設間での療養環境の変化に伴い、薬剤情報が適切に共有されないことで処方調整が困難になることが指摘されている。本研究では、ポリファーマシー対策チームを有する病院薬剤師にWEB調査を行い、情報共有の現状を把握した。ポリファーマシー対策はマンパワーを要するため、主に大規模病院で実施され、CGAの定期的取得は業務的に困難であった。また薬局からの情報提供は薬剤調整に寄与し、電子的連携や診療報酬での支援が今後求められる。こうした背景から、病院薬剤師と薬局薬剤師の情報連携を強化する「薬物療法情報提供書」を作成することとし、本項では処方提案の要点について重点的に触れることとする。

A. 研究目的

本研究は、ポリファーマシー（多剤服用に伴う問題）に対する薬剤師間および多職種間の情報連携の実態を把握し、その改善に向けた基礎資料を作成し、情報共有様式・ガイド作成を目的としている。ポリファーマシーは、薬物有害事象や服薬アドヒアランスの低下などを含む薬物療法の包括的な適正化を求めるものであり、処方歴や病名だけではなく、認知機能や日常生活動作（ADL）、栄養状態、生活環境を含む高齢者総合機能評価（CGA）などの多角的な患者評価が重要である。また、医療機関と薬局間の情報連携の不足、情報提供の不十分さ、電子的な情報交換の欠如など、現状には多くの課題が存在する。そこで本研究では、病院および薬局の薬剤師、その他の医療従事者、ポリファーマシー対策チームを有する病院の薬剤師、および電子薬歴や薬剤管理指導支援システムを販売する事業者を対象とし

たアンケート調査を通じて、情報共有の現状を明らかにするとともに、病院薬剤師と薬局薬剤師の情報連携を強化し、幅広い情報の共有を可能とする「薬物療法情報提供書」の作成・提案を行い、情報共有様式および手法の改善を目指す。このパートにおいては処方変更の要点を中心に調査、記載を行うこととした。

<各年度の目標>

本目的を達成するために下記の小目標を立てる。

1. 薬剤師間の情報連携ツールに関する網羅的調査（2023年度）
2. 薬剤師間および多職種との情報連携に関する実態把握（2023年度）
3. 薬剤師間の情報連携ツール案の開発（2023年度～2024年度）
4. 薬剤師間の電子的情報連携の検討（2023年度～2024年度）

5. 情報連携ツールの試験導入および効果検証 (2024 年度)

6. ツールの使用に関するガイド作成・周知 (2024 年度)

## B. 研究方法

アンケート調査:

デザイン: 質問票を用いた WEB によるアンケート調査

調査方法: 日本老年薬学会、日本老年医学会、日本老年看護学会、日本老年歯科医学会、一般社団法人日本病態栄養学会、一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会に協力を要請し、会員等に対してメールで依頼を行い、QR コードからの電子入力対応とし WEB による回収とする。

以下の項目を調査する。

### ・薬剤師の情報連携に関するアンケート調査

基本情報 (勤務先の施設区分、年齢群、薬剤師としての経験年数、普段対応中の患者に対して、情報を収集しているもの)、薬剤師間の情報連携は薬物治療の向上につながるか、薬剤に関する情報提供書について、情報提供書の作成について、フィードバックについて、薬剤師同士の交流について、薬剤師間の情報交換のコミュニケーションツールについて、多職種との連携について

### ・多職種における薬剤師との情報連携に関するアンケート調査

基本情報 (職種、年齢群、職種の経験年数、施設の情報 (種類))、施設内に薬剤師の有無、施設外の薬剤師と情報交換したことの有無、施設外の薬剤師から情報提供について、薬剤に関する業務について、薬剤に関する患者からの問い合わせで困ったこと、薬剤師と情報交換の有無、薬剤師から患者に

対する相談や問い合わせの有無、今まで薬剤師から情報を受け取った際に不要と感じた情報の有無、薬剤師と連携することに対して不足している理由、どのようなツールがあれば薬剤師との情報交換が向上

### ・ポリファーマシー対策チームを有する病院の担当薬剤師へのアンケート調査

医療機能について、どの機能を持っているか、薬剤師情報、病床数、病棟薬剤業務実施加算について、ポリファーマシー担当の薬剤師はいるか、「問合せ簡素化プロトコル」を病院で作成し運用しているか、病院内で多剤併用や PIMs 投与などの患者を自動的に抽出するツールはあるか、保険薬局からの情報提供について、地域研修会の実施について、薬剤調整をするカンファレンスについて、薬剤師の患者聴き取り時について、薬剤調整カンファレンス時について。薬剤調整時について、外部との情報を共有について

### ・電子薬歴・薬剤管理指導支援システムに関するアンケート調査

事業者名 (企業名)、提供している主な製品やサービス名、利用者の主なターゲット、システムの薬剤師利用状況、情報提供書作成について、情報連携について、ポリファーマシー対策について

アンケート調査期間: 2024 年 2 月 1 日～2024 年 2 月 15 日で実施した。

(倫理面への配慮)

本研究は、国立長寿医療研究センターの倫理・利益相反委員会の承認 (受付番号: 1671-2) を得て実施された。

## C. 研究成果

本研究では、昨年度行ったアンケート調査結果を基礎に、高齢者の薬物療法の継続性と安全性を確保するため、入院・退院・在宅・介護施設といった療養環境の移行時に必要な「薬物療法情報提供書」および「薬物療法情報回答書」の標準化を検討した。その中でも、薬剤適正化の中核に位置づけた「処方変更の要点」に関する部分が重要である。

「処方変更の要点」として、単なる薬剤調整の記録にとどまらず、「なぜその薬を中止／変更／開始したのか」「今後どのような観察が必要か」「再開を検討すべきかどうか」といった薬剤選択に至る老年学的根拠と経過の可視化を目的とした記載整備を行った。

以下の老年薬学的観点を踏まえた処方変更プロセスを例示する。

### ① 薬剤リスト把握とリスク評価

保険診療の薬剤に加え、OTC薬、健康食品、サプリメントまで含めた全薬剤の使用状況をリスト化し、日本版抗コリン薬リスクスケール、PIMs、PPOsの観点から評価する体制を整備。例えば、夜間せん妄や転倒が見られる症例であれば、抗ヒスタミン薬や睡眠薬の中止を行うなど、薬剤性せん妄を発生させない対応が必要となる。

### ② 服薬アドヒアランスと服薬支援評価

一包化の有無、服薬管理者（本人、家族、施設）、服薬回数、剤形の適切性などを評価し、服薬支援の難易度に応じた変更を提案。たとえば、1日4回投与の内服薬を患者の生活状況医に応じて、2回投与に集約、または切替え剤を選択することで、アドヒアランスが改善した例も報告されている。

### ③ 老年症候群と生活背景を含めたCGA

### の活用

処方変更を検討するにあたり、認知機能（DASC-21など）、ADL（Barthel Index）、栄養（MNA-SF）、排尿・嚥下機能、社会的背景（独居か同居か、介助者の有無など）を多職種チームで評価した上で、薬剤が引き起こしている可能性のある症状との関連性を検討することが重要となる。

### ④ 処方簡素化、削減

複数科の処方が見直されていない症例では、主治医と重複・継続について十分な協議を行った上で、薬剤数を減らす、用法の単純化が可能となる症例は多い。これにより、服薬アドヒアランス向上、有害事象の低減につながることもある。

### ⑤ 患者の理解を重視した処方の共有

高齢者に対する治療そのものが生活の一部であるという認識に立ち、患者本人の生活の質（QOL）を最優先に考える必要がある。薬剤の変更や中止については、単に医療的判断として提示するのではなく、調整理由、期待される効果について、患者及び家族が十分に理解・合意できるよう丁寧に説明を行うことが求められる。このように対話を通じて、処方調整が一方的な決定ではなく、患者中心の医療の一環であることを体現することが、薬剤師にとって重要な責務である。

### ⑥ 多職種連携の構築

高齢者の多面的な健康課題に対応するためには、医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、リハビリテーション専門職（PT・OT・ST）など、専門領域の異なる職種が患者情報を共有し、治療方針を検討することが不可欠である。定期的開催されるカンファレンスは、こうした情報の集約と意思決定の場

として機能し、薬物療法を含む全人的ケア方針の合意形成がスムーズになる。また多職種の見点からの気づきが処方設計や介入内容の精度向上につながり、結果として患者にとってより安全で適切な支援が実現できる。

一方、薬剤調整カンファレンスについては、実際には薬剤調整目的だけではない退院支援や他のチーム活動内にある可能性が高く、医療従事者の人手不足や働き方の考え方の移り変わりなどの要因も絡み合い、継続するにはかなりの努力を要することは想像に難くない。今回のアンケート調査項目で薬剤調整カンファレンスに定期的に参加する医療従事者人数と薬剤総合評価調整加算件数（0-5件、6-10件、11-15件、16件以上）について、追加解析をした。群間におけるカンファレンス出席人数の中央値（四分位範囲）は、0-5件群 4人（3-6.5）、6-10件群 9人（4.5-11）、11-15件群 8人（6.25-9.75）、16件以上群 6.5人（5-7.75人）であった（図1）。Kruskal-Wallis検定の結果、統計学的有意差は認められなかった（ $\chi^2=7.688$ ,  $df=3$ ,  $p=0.0529$ ）が、効果量（ $\epsilon^2=0.223$ ）は大きく、加算取得件数においては、カンファレンス出席に一定の影響を及ぼしている可能性が示唆された。

Steel-Dwass 検定による群間の多重比較では、有意な差は認められなかった（全比較において  $p>0.05$ ）が、加算取得件数が6件以上の群（6-10件群、11-15件群、16件以上群）において、出席人数の中央値が0-5件群に比べ高い傾向がみられた。このことは加算取得のためのカンファレンスもあるが、前述のように退院支援やチーム活動内に薬剤調整を落とし込むなど、増え続ける会議を整理しながら人的資源の有効活用を行っている表れと考えられる。ただ

し、サンプルサイズが限られており、また多重比較では有意な群間差を認めなかったことから、本結果は探索的な示唆にとどまる。今後は、より多施設を対象とした検討を通じて、加算取得とチーム医療体制の関連性を明らかにする必要がある。

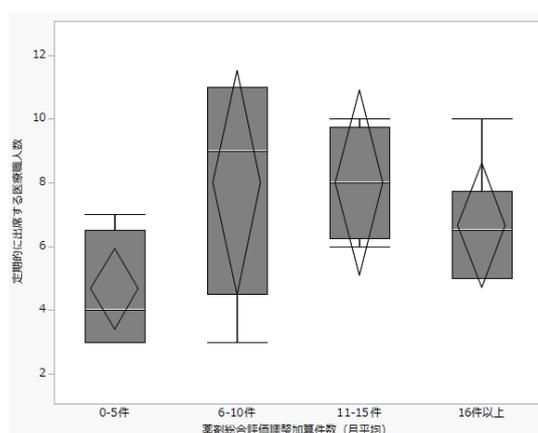


図1. 薬剤調整カンファレンス参加数  
(薬剤総合評価調整加算数別)

### ⑦ 処方変更後の経過観察

薬剤の変更や中止を行った後は、その効果や副作用の有無について、患者の全身状態を含めて継続的に観察することが不可欠である。想定外の有害事象の出現や、期待された治療効果が得られない場合には、迅速な見直しや追加対応が求められる。近年は入院期間の短縮化が進んでいるため、退院後の経過を追うことが困難なケースも多く、必要に応じて地域の医療機関や薬局と連携し、経過観察の継続を依頼する体制を整えることが重要である。

本ガイドで提示した例は、医師・看護師・栄養士・リハビリ職・MSW等の多職種カンファレンスにおける議論の出発点としても機能すると考えられ、処方変更支援が、単なる薬剤の見直しにとどまらず、高齢者個別性に応じた QOL 向上のためのケアマネジメントの一環として定着することが期待さ

れる。

ガイドの作成において、「5. 処方変更の要点」のパートを担当した。

#### D. 考察

高齢者における処方変更は、単なる減薬や薬剤調整にとどまらず、「なぜその薬を中止するのか」「どの薬を維持すべきか」「その変更は患者にとってどのような意味を持つのか」といった臨床的かつ倫理的問いに対して、明確な根拠と患者中心の視点に基づいて応えるべきである。特に高齢者では、加齢に伴う薬物動態・薬力学の変化、併存疾患、認知機能やADL低下、さらには支援体制の不安定さといった複合的要因により、薬剤適正性は一様ではなく、画一的な減薬がむしろ害を及ぼす可能性もある。したがって、処方変更の要点は、薬を変えることについての根拠を示すこと、その影響を多面的に把握し、医療・介護の現場と共有する情報共有方法の構築にある。

このような課題に対応するツールとして今回作成したものが薬物療法情報提供書である。これは、従来の薬剤管理サマリーでは伝えにくい処方変更の意図や中止・継続判断の背景を、患者の生活機能や認知機能、服薬支援、社会的支援などの情報とともに併せて記述できる様式である。この提供書の記載によって、薬剤投与歴一覧ではなく、「なぜこの薬をやめることにしたのか」「この薬の継続はどのような文脈で重要と判断されたか」といった決定プロセスを共有できるようになる。薬剤師は、この書式を通じて、患者個別のアセスメントに基づく処方調整の根拠を表出し、多職種および地域の薬局や訪問診療スタッフに対して継続的なケアの方向性を示す役割を担うことができる。

たとえば、認知機能低下が進んでいる高齢者において、過活動膀胱治療薬のような抗コリン作用を有する薬剤が継続投与されている場合、その中止は認知症進行や転倒リスク軽減の観点から妥当である。当センターにおいてもよくある話だが、その変更理由が共有されなければ、施設入所時や在宅医療の場で再処方となる可能性がある。薬物療法情報提供書において、「○月○日カンファレンスにて抗コリン薬による認知機能悪化リスクが議論され、家族・医師・薬剤師合意の上で中止した」と明記されていれば、処方履歴と判断内容が明確になり、再処方リスクは大きく低減される。また、「代替として夜間頻尿に関して非薬物療法（排尿誘導・就寝時間調整）を導入予定」など、今後の対応も記述されていれば、医療の継続性と患者支援の実現性は格段に高まる。さらに、薬物療法情報提供書の大きな意義は、処方変更後の経過をフィードバックする回答書と組み合わせることで、処方変更の経過を薬剤師が把握できる点にある。たとえば、変更後に出現した有害事象、副作用の軽減、服薬負担の変化、本人の生活満足度などが回答書を通じて、見える化されることで、薬剤師は処方調整の影響を情報として蓄積し、次回以降の薬学的介入にフィードバックすることができる。これはまさに、薬剤師が処方提案からフォローアップまで一貫して関わる薬学的マネジメントの実践そのものであり、多職種連携の中での専門性をより明らかにできるものだと思う。

現在、東京都健康長寿医療センターでは、地域包括病棟・整形外科病棟を中心とした小規模運営とは異なるがポリファーマシーカンファレンスで得られた処方変更の判断と背景を、薬剤管理サマリーやお薬手帳への記載などを通じて丁寧に記録・伝達する工

夫はすでに進んでいる。

今後、この情報提供書様式が標準化・全国展開されることにより、処方変更における情報の可視化と連続性がさらに高まり、再処方や服薬事故の予防に大きく寄与することが期待される。結局のところ、処方調整とは、薬剤数ではなく、「その薬がこの患者にとって本当に必要か」を問い直す医療的な考えであり、薬剤師がその根拠を多職種と共有できるかどうかはその成否を分ける。薬物療法情報提供書は、その問いに対する可視化された文書であり、情報連携を通じて処方変更の「質」を保証するための実践的ツールとなる。高齢者ケアの複雑性に対応

する上で、今後の薬剤師の活動における中核をなす仕組みとして、さらに発展させていくべき取り組みであると考えている。

#### F. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし