

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

総括研究報告書

切れ目のないポリファーマシー対策を提供するための
薬剤師間の情報連携の推進に資する研究

研究代表者 溝神 文博 国立長寿医療研究センター 薬剤部・薬物治療管理主任

研究要旨

本研究では、ポリファーマシー対策に資する情報連携ツールとして「薬物療法情報提供書」を開発した。従来の「薬剤管理サマリー」は薬剤情報に限定される印象が強く、多職種間での処方見直しや包括的な情報共有には不十分であった。そこで本ツールでは、高齢者総合機能評価（CGA）の視点を取り入れ、認知機能、ADL、栄養、社会的背景などを網羅的に記載可能とする構成とした。特に、療養環境の移行（高度急性期～慢性期・在宅）に応じた処方調整や服薬支援体制に関する情報を明示的に記載し、薬剤の中止・再開に関する判断材料を明確化することで、薬物療法の継続性と安全性を支援する。さらに、「切れ目のないポリファーマシー対策を提供するための薬物療法情報提供書作成ガイド」を策定し、作成時の留意点や多職種連携の要点を整理した。情報提供書の電子化については、Claris FileMaker Goを用いたアプリケーションを開発し、紙媒体やFAX主体の現状に対して電子的情報共有の基盤構築を試みた。今後は、ガイドとツールのさらなる普及と現場実装を通じて、地域全体でのシームレスな薬物療法支援体制の構築が求められる。

○研究分担者

帝京平成大学 薬学部 教授 亀井美和子
藤田医科大学 医学部 薬物治療情報学
准教授 水野 智博
昭和大学 薬学部病院薬剤学講座 准教授
藤原 久登
東京都健康長寿医療センター 薬剤科 薬
剤科長 島崎 良知
東京大学医学部附属病院 講師 小島 太
郎
大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻
看護実践開発科学講座 教授 竹屋 泰

○研究協力者

東京都健康長寿医療センター センター長
秋下 雅弘
国立長寿医療研究センター 理事長 荒井
秀典
株式会社 Confie 代表（Healthtech/SUM
統括ディレクター） 上田 悠理
株式会社スギ薬局 DI 室 薬剤師 神保
美紗子
霧島市立医師会医療センター 薬剤部 部
長 岸本 真
上越地域医療センター病院 薬剤科 薬局
長 宮川 哲也
国立病院機構 三重中央医療センター 薬

剤部 医薬品情報管理主任 鈴木 亮平
国立病院機構 長良医療センター 薬剤部
薬剤師 岩田 あやみ
国立国際医療研究センター 企画戦略局
研究開発連携室 研究開発専門職 眞中
章弘
藤田医科大学 医学部 薬物治療情報学 助
教 長谷川 章
大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻
看護実践開発科学講座 助教 糺屋絵理子
国立長寿医療研究センター 歯科口腔外科
部 歯科医師 中村 純也
国立長寿医療研究センター リハビリテー
ション科部 統括管理士長 伊藤 直樹
国立長寿医療研究センター フレイル研究
部 研究員 木下 かほり

A. 研究目的

ポリファーマシーは、単に薬剤数の多さだけでなく、薬物有害事象や服薬アドヒアランスの低下などを含む包括的な薬物療法の適正化が求められる問題である。これに対応するためには、多職種での連携が不可欠であり、処方歴や病名のみならず、認知機能、日常生活動作（ADL）、栄養状態、生活環境などを含む高齢者総合機能評価（CGA）を用いた多角的な患者評価と介入が重要である。国立長寿医療研究センターの高齢者薬物療法適正化チーム（医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士）をモデルケースとして、多職種でのポリファーマシー対策の重要性が強調されている。

しかし、2018年に発出された高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）や、2020年に改定された薬剤総合評価調整加算にもかかわらず、対応できている施設は少なく、薬

剤師が CGA などの多角的な患者情報を踏まえた処方見直しに十分に対応できていない現状がある。地域でのポリファーマシー対策においても、薬局が持つ情報が少なく、病院との情報共有が重要であるにもかかわらず、十分に行われていない。

退院時薬剤情報連携加算が 2021 年に導入されたが、退院時薬剤情報管理指導料全体の 3.8%にとどまっており、情報提供が十分とは言えない。また、薬局からの処方見直し情報としてのトレーシングレポートは、薬剤師間での用語であり、医師や他の職種には認識されておらず、処方検討に影響を与えている。さらに、病院薬剤部と薬局間の情報共有がほぼ FAX で行われており、電子的なやり取りが行われている施設はほとんどなく、情報提供・活用の障害となっている。

本研究の目的は、これらの課題に対応するために、CGA を含むツールの開発、用語の検討およびその情報共有の仕組みを構築することである。

2023 年度の調査結果から、病院薬剤師が使用する情報連携ツールの掲載率は 2%に留まり、薬局薬剤師も 63%であった。特に高齢者の CGA に関する項目はわずか 7%の病院でしか記載されていなかった。CGA は、医療的評価（既往歴、薬歴、栄養状態など）、機能評価（ADL、IADL、服薬管理能力など）、神経心理的評価（認知機能、意欲など）、社会的評価（家族背景、介護状況など）を含む多面的評価であり、ポリファーマシー対策には不可欠である。視察結果から三豊総合病院では CGA を反映した薬剤管理サマリーを使用し、他施設や薬局との連携を行っているが、その普及にはさらなる取り組み

そこから、2024 年度は下記の内容を目標とした：①薬剤師間の情報連携ツールの開発、②薬剤師間の電子的情報連携の検討、③情報連携ツールの試験導入および効果検証、ツールの使用に関するガイド作成・周知これにより、多職種連携によるシームレスなポリファーマシー対策を実現し、高齢者に対する包括的な薬物療法の適正化を図ることを目指す。

薬剤のある 27,724 人に対して、2023 年 11 月 13 日にスマートフォンのプッシュ通知を送信し、2023 年 11 月 15 日を回答の期限として情報を収集した。プッシュ通知に記載された URL をクリックすると調査画面に誘導される仕様となっており、プッシュ通知を閲覧した 2,442 人 (8.8%) のうち、記載の URL をクリックした 805 人 (2.9%) に対して、調査の趣旨および倫理的配慮の説明を文章にて行い、チェックボックスの「同意する」をクリックしたものを同意とみなした。調査画面はクラウド型ビジネス情報システム構築サービス kintone (サイボウズ株式会社、東京) を用いて作成し、調査画面にて調査の趣旨および倫理的配慮の同意が得られた 556 人 (2.0%) を対象として、「おくすり問診票」を参考に設定した項目について調査を行い、重複回答は除外した。対象患者の使用薬剤等に関しては、2023 年 5 月 1 日から 2023 年 10 月 31 日の期間 (6 カ月) に薬局で調剤された薬剤を対象として、電子お薬手帳アプリ「harmo」の利用履歴からデータを抽出した。

③ 情報連携ツールの試験導入および効果検証、ツールの使用に関するガイド作成・周知

情報連携ツールに関するガイドを班員とともに作成した。

そして、情報連携ツールに関する社会実装の試験導入として「Claris FileMaker Go (日本語)」で利用できるアプリケーションの開発を目指した。

また、ツールの周知に関しては、プレスリリースを行うこととした。

(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

① 薬剤師間の情報連携ツールの開発

まず、検討を行った項目、情報連携ツールの名称であるが、情報提供書の名称を「**薬物療法情報提供書**」と統一した。この名称は、従来「薬剤管理サマリー」として知られている情報提供書に代わるものである。「薬剤管理サマリー」という名称は、薬剤の管理に焦点を当てた印象を与え、内容が薬剤の管理に限定されていると誤解される可能性がある。しかし、ポリファーマシー対策においては、薬物療法にとどまらず、高齢者総合機能評価をはじめとする患者の全体像を把握し、多職種間で幅広い情報を共有することが不可欠である。このような背景を踏まえ、ポリファーマシー対策に必要な情報を包括する「**薬物療法情報提供書**」という名称を採用した。

薬物療法情報提供書に関する利用・対象者などを下記に示す。

1. 目的

切れ目のないポリファーマシー対策を提供し、患者の薬物療法の継続性と安全性を確保するため、薬物療法に関する情報提供を標準化する。本ガイドを活用することで、医療現場での情報共有がより効果的かつ円滑に進むことを目指している。

2. 利用者

主に病院薬剤師が薬物療法情報提供書を作成し、急性期、回復期、慢性期等の医療現場における状況を考慮して活用することを

想定している。

3. 主な患者対象

主に高齢者を対象としており、医療環境としては急性期病院、回復期病院、慢性期病院などの医療機関を想定している。

4. 主な情報提供先

薬剤師が受け取ることを想定しているが、医師・歯科医師、看護師、管理栄養士、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、医療ソーシャルワーカー（MSW）などの多職種も連携して情報を受け取ることを想定している。

5. 主な情報提供方法

Excel 版、PDF 版、FileMakerGo 版などの電子媒体を用いることで迅速な情報共有が可能である。現状では紙媒体や FAX も広く使用されている。そのため紙媒体での利用も想定されるが、患者を通じた情報提供はやむを得ない場合をのぞき極力避けること。

次に、情報連携ツールの項目内容であるが、下記のような結果となった。

薬物療法情報提供書の作成において、患者の安全と治療の継続性を支えるために、正確に必要な情報を漏れなく記載することが求められる。しかし、薬剤師が単独ですべての情報を把握し、評価するのは現実的ではない。そのため、多職種からの情報収集と連携が不可欠であり、高齢者総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment : CGA）の考え方をもとに、医師・歯科医師、看護師、管理栄養士、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、医療ソーシャルワーカー（MSW）などからの情報を集約することが重要となる。

薬物療法情報提供書の作成では、薬剤師のみが閲覧する文書ではなく、多職種で共有することを前提に作成を行っていただきたい。高度急性期、急性期、回復期、慢性期の各フェーズに応じて、記載内容や重点を変化させる必要があり、詳細は 8.療養環境移行時の注意点を参照していただきたい。高度急性期では急変リスクを考慮した迅速な対応が重視され、急性期では治療の安定化に向けた処方調整が重要になる。一方、回復期ではリハビリテーションと並行して服薬管理を見直し、慢性期や在宅医療に移行する場合には、服薬支援体制や家族のサポートが求められる。薬物療法情報提供書には、これらの移行フェーズごとの処方変更の要点を明確に記載し、次の担当者がスムーズに治療を引き継げるよう心がけていただきたい。また、入院中に中止した薬物の再開が必要かどうか、あるいは新たに開始した薬物の中止を検討するかなど、明確に示すことが重要である。

薬物療法情報提供書では、①～⑩の内容を評価し、記載する。

【各項目の概要】

薬物療法情報提供書の作成に関しては、「おくすり問診票」を活用していただきたい。

（ア）患者の基本情報

患者の基本情報は治療計画の基礎となるため、正確に記載することが求められる。これらのデータは常に最新のものを反映し、患者の状態を的確に把握できるようにする必要がある。

（イ）老年症候群

老年症候群は、薬物療法の選択に影響を与えるため、正確に把握する必要がある。評価に関しては、「おくすり問診票」を活用し、

医師や看護師、リハビリ専門職などからの評価を適宜反映し、薬剤が起因しているかどうかの評価を行う。

(ウ) 認知症診断

患者の認知症の診断のあるなしを記載する。認知症が見られる場合、服薬管理に対する支援の必要性があり、家族や介護者の関与についての確認が重要である。

(エ) 日常生活活動（ADL）

患者がどの程度日常生活を自立して送れているかを記載する。自立、一部介助、全介助のいずれかを明確にし、生活能力に応じた服薬支援を検討する。

(オ) 要介護認定

患者の要支援・要介護の度合いを反映し、それに基づいた服薬支援の必要性を評価する。介護者や支援者の関与が重要な場合、備考欄への明記が重要となる。

(カ) 退院後の生活環境

退院後の生活環境（施設、自宅、家族同居など）を記載し、環境に合わせた服薬管理を提案する。施設での療養の場合、医療・介護スタッフによる管理体制を考慮し、自宅療養の場合は家族のサポートが必要かどうかを明確にする。

(キ) 栄養（体重減少、栄養補給経路）

体重減少の有無、摂食方法（経口、経腸栄養、静脈栄養）などの栄養情報を正確に記載する。これにより、栄養状態に応じた薬物療法の調整が可能となる。

(ク) 退院後の服薬管理

服薬管理者が誰であるかを明確にし、調剤方法・管理方法についても示す。服薬アドヒアランスの問題がある場合、その原因や対策を記載する。

(ケ) 処方調整内容の要点（変更点・要介入）

入院中に中止または開始した薬物を明確に記載し、退院後に再開すべき薬や中止を検討する薬について提案する。処方の経過を記録し、次の担当者がスムーズに対応できるようにする。

(コ) 療養環境移行時の注意点

退院後に引き続き対応が必要な問題点や、未解決の課題を記載することで、次の担当者が適切なケアを提供できるようにする。特に服薬管理に関する引き継ぎは、治療の一貫性を保つために重要である。

薬物療法情報提供書は、詳細版も作成しており、提供内容が多い場合には詳細版を使用していただきたい。

薬物療法情報回答書は、主に薬物療法情報提供書を受け取った薬剤師が記載を行い、なるべく早い時期に返信することが望ましい。以下に作成の進め方（図2）、薬物療法情報提供書（表1、別添1、2）、回答書（表2、別添3）を示す。

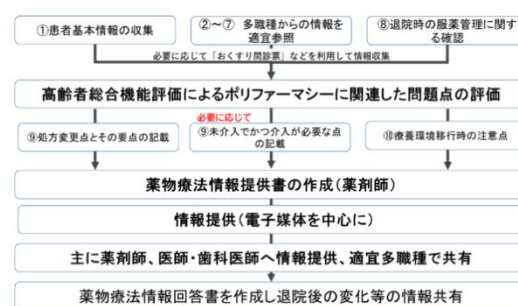


図2 薬物療法情報提供書作成の進め方

表1 【薬物療法情報提供書】

①	患者氏名			病院名			担当薬剤師		
	生年月日			主治医			診療科		
	性別	☐ 男	☐ 女	年齢			歳	入院住所	
	身長	cm	体重	kg	TEL			FAX	
現病歴									
既往									
②	老年症候群	☐ 傾眠傾向 ☐ 食欲低下 ☐ 便秘		☐ 胃うつ・意欲低下 ☐ 転倒（6ヶ月以内） ☐ 口乾乾燥		☐ ふらつき・めまい ☐ 排泄障害 ☐ 嚥下機能低下		☐ 認知機能低下 ☐ なし	
③	認知症診断	☐ あり		☐ なし					
④	日常生活活動（ADL）	☐ 自立		☐ 一部介助		☐ 全介助			
⑤	要介護認定	☐ 施設		☐ 自宅（ ☐ 独居 ☐ 夫婦二人暮らし ☐ 複数世代同居）					
⑥	退院後の生活環境	☐ 施設		☐ 医療機関					
⑦	栄養	体重減少 （1ヶ月以上2.0%以上の減少）		☐ あり ☐ なし					
⑧	栄養補助経路	☐ 経口（ ☐ 普通食 ☐ 嚥下調整食）		☐ 経腸栄養		☐ 静脈栄養			
	予定管理者	☐ 本人 ☐ 本人と家族		☐ 家族等（本人以外）					
	調剤方法	☐ 施設 ☐ 訪問スタッフ		☐ その他（ ☐ ）					
	管理方法	☐ PTP		☐ 一包化		☐ 一部一包化			
	調剤後の服薬拒否	☐ 薬投 ☐ お薬BOX ☐ お薬カレンダー		☐ その他（ ☐ ）					
	服薬管理の問題点	☐ なし ☐ 薬が取り出しにくい ☐ 薬の説明が聞き取りにくい		☐ 薬が見えにくい ☐ 薬が飲みこみにくい ☐ その他（ ☐ ）					
	服薬介助	☐ 必要 ☐ 必要（ ☐ 一部介助 ☐ 全介助）		☐ 必要 ☐ 必要（ ☐ 一部介助 ☐ 全介助）					
	介助が必要な薬	☐ 内服薬 ☐ 注射薬 ☐ 外用薬（ ☐ 吸入 ☐ 点眼・点鼻 ☐ 貼付 ☐ 軟膏 ☐ 坐薬）		☐ 内服薬 ☐ 注射薬 ☐ 外用薬（ ☐ 吸入 ☐ 点眼・点鼻 ☐ 貼付 ☐ 軟膏 ☐ 坐薬）					
	服薬時の工夫	☐ なし ☐ あり（ ☐ 粉砕 ☐ セラーとろみ ☐ 経管投与 ☐ 経腸栄養 ☐ その他（ ☐ ）		☐ なし ☐ あり（ ☐ 粉砕 ☐ セラーとろみ ☐ 経管投与 ☐ 経腸栄養 ☐ その他（ ☐ ）					
	その他	☐ 入退院時の薬剤情報 別添 ☐ 検査値 別添		☐ 検査値 別添					
⑨	中止した薬	☐ なし ☐ あり（ ☐ ）		☐ なし ☐ あり（ ☐ ）					
⑩	開始した薬	☐ なし ☐ あり（ ☐ ）		☐ なし ☐ あり（ ☐ ）					
⑪	中止した再発の検討が必要な薬	☐ なし ☐ あり（ ☐ ）		☐ なし ☐ あり（ ☐ ）					
⑫	開始した調整の検討が必要な薬	☐ なし ☐ あり（ ☐ ）		☐ なし ☐ あり（ ☐ ）					
⑬	服用中だが調整の検討が必要な薬	☐ なし ☐ あり（ ☐ ）		☐ なし ☐ あり（ ☐ ）					
⑭	注意を要する薬剤（PM・処方カスケード等）	☐ なし ☐ あり（ ☐ ）		☐ なし ☐ あり（ ☐ ）					
⑮	経過および理由								
⑯	療養環境移行時の注意点	☐ 服薬管理 ☐ 処方の未介入の問題 ☐ 継続的な問題							

ご不明な点等ございましたら、担当までお問い合わせください。

表2 【薬物療法情報回答書】

病先	施設名			担当薬剤師			先生
貴院からの薬物療法情報提供書に対する回答書を作成しました。ご確認ください。							
①	患者氏名	生年月日		年齢	性別	☐ 男 ☐ 女	
②	退院後に変化した老年症候群	☐ 傾眠傾向 ☐ 食欲低下 ☐ 便秘		☐ 胃うつ・意欲低下 ☐ 転倒（6ヶ月以内） ☐ 口乾乾燥		☐ ふらつき・めまい ☐ 排泄障害 ☐ 嚥下機能低下	
③	老年症候群の改善・不安・悪化などの詳細						
④	管理者	☐ 本人 ☐ 本人と家族		☐ 家族等（本人以外）			
	調剤方法	☐ 施設 ☐ 訪問スタッフ		☐ その他（ ☐ ）			
	管理方法	☐ PTP		☐ 一包化		☐ 一部一包化	
	調剤後の服薬拒否	☐ 薬投 ☐ お薬BOX ☐ お薬カレンダー		☐ その他（ ☐ ）			
	服薬管理の問題点	☐ なし ☐ 薬が取り出しにくい ☐ 薬の説明が聞き取りにくい		☐ 薬が見えにくい ☐ 薬が飲みこみにくい ☐ その他（ ☐ ）			
	服薬介助	☐ 必要 ☐ 必要（ ☐ 一部介助 ☐ 全介助）		☐ 必要 ☐ 必要（ ☐ 一部介助 ☐ 全介助）			
	介助が必要な薬	☐ 内服薬 ☐ 注射薬 ☐ 外用薬（ ☐ 吸入 ☐ 点眼・点鼻 ☐ 貼付 ☐ 軟膏 ☐ 坐薬）		☐ 内服薬 ☐ 注射薬 ☐ 外用薬（ ☐ 吸入 ☐ 点眼・点鼻 ☐ 貼付 ☐ 軟膏 ☐ 坐薬）			
	服薬時の工夫	☐ なし ☐ あり（ ☐ 粉砕 ☐ セラーとろみ ☐ 経管投与 ☐ 経腸栄養 ☐ その他（ ☐ ）		☐ なし ☐ あり（ ☐ 粉砕 ☐ セラーとろみ ☐ 経管投与 ☐ 経腸栄養 ☐ その他（ ☐ ）			
	退院後の服薬管理に関する状況						
	⑤	退院後のフォローアップ状況、処方変更点、報告事項、不明点など					

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

施設に当たっては、
☐ 薬剤の問題を尋ねています。
☐ 施設内掲示にて包括問題を尋ねています。

施設名	住所	担当薬剤師
TEL	FAX	

② 薬剤師間の電子的情報連携の検討

1. 患者背景および薬剤の使用状況

対象患者 556 名（回収率：2.0%）の背景および薬剤の使用状況を表 3 に示す。

表 3. 患者背景および薬剤の使用状況

	薬剤調整希望あり (n=127)	全体 (n=556)
患者背景		
年齢（歳）	60.1±14.7	60.0±13.5
小児（15歳未満、名）	2 (1.6%)	6 (1.1%)
成人（15歳以上65歳未満、名）	72 (56.7%)	327 (58.8%)
高齢者（65歳以上、名）	53 (41.7%)	223 (40.1%)
性別（男/女）	82/45	332/224
副作用歴（名）	60 (47.2%)	194 (34.9%)
アレルギー歴（名）	53 (41.7%)	226 (40.6%)
一般用医薬品・サプリメント・健康食品の使用（名）	73 (57.5%)	310 (55.8%)
薬剤の使用状況 [※]		
処方医療機関数（施設）	1.9±1.2	1.8±1.0
処方箋枚数（枚）	8.6±5.4	7.7±5.0
かかりつけ薬局（名）	73 (57.5%)	341 (61.3%)
内服薬（剤）	9.5±5.9	7.6±5.0
多剤併用（内服薬の使用薬剤数が6剤以上、名）	93 (73.2%)	333 (59.9%)
注射薬（剤）	0.1±0.3	0.1±0.4
外用薬（剤）	1.9±2.3	2.0±2.4
薬剤の管理方法		
自己管理（名）	112 (88.2%)	496 (89.2%)
家族等の支援を受けての自己管理（名）	10 (7.9%)	48 (8.6%)
家族や施設等の支援者が薬剤を管理（名）	5 (3.9%)	12 (2.2%)
一包化の活用（名）	31 (24.4%)	82 (14.7%)
ボックス・カレンダーの活用（名）	44 (34.6%)	199 (35.8%)
薬剤に関する不安・悩み		
全体（名）	81 (63.8%)	232 (41.7%)
薬の飲み忘れ（名）	112 (88.2%)	161 (29.0%)
薬を取り出しづらい（名）	18 (14.2%)	41 (7.4%)
薬が飲み込みづらい（名）	15 (11.8%)	29 (5.2%)
その他（名）	18 (14.2%)	42 (7.6%)

[※]：2023年5月1日から2023年10月31日の期間（6カ月）に調剤された薬剤

年齢は 60.0±13.5 歳（男性：59.7%、女性：40.3%）、範囲は 5 歳から 96 歳であった。副作用歴を 34.9%、アレルギー歴を 40.6%が有し、一般用医薬品・サプリメント・健康食品を使用している患者は 55.8%であった。薬剤調整については、22.8%が希望ありと回答し、4.4 人に 1 人の割合で現在の薬物療法を見直してほしいという必要があることが明らかとなった。

薬剤の使用状況としては、過去 6 カ月間で一人あたり 1.8±1.0 施設の医療機関を受診し、7.7±5.0 枚の処方箋が交付されていた。61.3%がかかりつけ薬局を持ち、内服薬の使用数は 7.6±5.0 剤、6 剤以上の薬剤を内服している多剤併用の患者は 59.9%であった。

薬剤の管理方法については、89.2%が自己管理している一方で、2.2%は家族や施設等の支援者が薬剤を管理していた。調剤方

法として一包化を活用している患者は14.7%であり、35.8%はボックスやカレンダーを使用して服薬アドヒアランスを確保できるように管理していた。

薬剤に関する不安・悩みは、全体として41.7%が何らかの薬剤に関する不安・悩みがあると回答し、薬剤調整の希望がある患者の63.8%であった。薬の飲み忘れという残薬に関する不安・悩みが主であり、薬を取り出しづらい、薬が飲み込みづらいといった身体機能的な項目が続いた。その他にも説明が聞き取れない等の不安・悩みを抽出することができた。

2. 薬剤調整の希望

薬剤調整の希望があった127名の内訳として、薬剤数を減らしてほしいという減薬に関する希望が40.9%と最も多く、服用回数を減らしてほしい（25.2%）、内服方法（飲みづらさ等）を調整してほしい（14.2%）、管理方法を工夫してほしい（11.8%）といった服薬自体の負担を軽減してほしいという希望が多い傾向にあった。また、医療従事者とのコミュニケーションが必要な副作用を相談したい（21.3%）、薬剤の説明をしてほしい（5.5%）といった希望もあることが明らかとなった。内服薬の使用薬剤数が6剤以上の多剤併用群では、薬剤数を減らしてほしいという減薬の希望が多い（49.5%）傾向であった。

3. 自覚症状

老年症候群や薬物有害事象として問題となる自覚症状を表4に示す。

表4. 自覚症状

	高齢者 ^{a)} (n=223)	多剤併用 ^{b)} あり (n=333)	薬剤調整希望あり (n=127)	全体 (n=556)
全体	141 (63.2%)	240 (72.1%)	102 (80.3%)	359 (64.6%)
めまい・ふらつき	41 (18.4%)	114 (34.2%)	47 (37.0%)	148 (26.6%)
嚥下障害	56 (25.1%)	87 (26.1%)	35 (27.6%)	129 (23.2%)
口渇	49 (22.0%)	91 (27.3%)	44 (34.6%)	128 (23.0%)
眠気	32 (14.3%)	74 (22.2%)	40 (31.5%)	113 (20.3%)
うつ	34 (15.2%)	79 (23.7%)	39 (30.7%)	103 (18.5%)
便秘	41 (18.4%)	59 (17.7%)	29 (22.8%)	85 (15.3%)
排尿障害	47 (21.1%)	51 (15.3%)	26 (20.5%)	76 (13.7%)
転倒	22 (9.9%)	34 (10.2%)	15 (11.8%)	50 (9.0%)
もの忘れ	13 (5.8%)	26 (7.8%)	14 (11.0%)	39 (7.0%)

^{a)}：65歳以上

^{b)}：内服薬の使用薬剤数が6剤以上

全体として64.6%が自覚症状を有し、高齢者の63.2%、多剤併用のある72.1%、薬剤調整の希望がある80.3%であった。項目別にはめまい・ふらつきが最も多く、浮動性めまいが20.3%、6.3%が回転性めまいであった。嚥下障害や口渇といった薬剤の内服方法や剤形についての評価が必要な項目が続き、便秘や排尿障害といった自律神経の障害が疑われる症状を呈していた。眠気やうつ、もの忘れといった症状も抽出することができ、これらの症状を的確に評価して、適切な薬物療法を支援していく必要性が示された。

③ 情報連携ツールの試験導入および効果検証、ツールの使用に関するガイド作成・周知

薬物療法情報提供書のガイドのタイトルは、「切れ目のないポリファーマシー対策を提供するための薬物療法情報提供書作成ガイド」（別添4）とした。

項目は以下の通りである。

1. 薬物療法情報提供書に関して
2. 『薬物療法情報提供書』作成時の留意事項
3. 高齢者総合機能評価（CGA）とポリファーマシー対策
 - 1) 薬剤起因性老年症候群
 - 2) 日常生活活動（ADL）
 - 3) 認知機能

図 4 Claris FileMaker Go (日本語)を用いた
薬物療法情報提供書

また、ツールの周知に関しては、プレスリリースを 2025 年 3 月 31 日に行った。

(<https://www.ncgg.go.jp/hospital/kenshu/news/20250331.html>)

D. 考察

① 薬物療法情報提供書およびガイドに関して

本研究では、ポリファーマシー対策の一環として、薬物療法に関する情報を多職種で共有可能とする「薬物療法情報提供書」の開発を行った。これは、従来の「薬剤管理サマリー」に代わるものであり、単なる薬剤情報の共有にとどまらず、患者の生活背景や高齢者総合機能評価（CGA）を含む広範な情報の共有を目的としたツールである。特に入退院や施設・在宅間の療養環境の移行時においては、薬物療法の連続性を維持し、有害事象の回避とアドヒアランスの確保を図るうえで重要な役割を果たすと考えられる。

しかし、実臨床においては、こうした情報共有が十分に実施されていない。たとえば、退院時薬剤情報連携加算の算定率は 2021 年時点でわずか 3.8%に過ぎず、現場での情

報提供が極めて限定的である。また、共有される情報も処方薬のリストに留まりがちで、認知機能、ADL、栄養状態、服薬支援体制といった処方の妥当性判断に必要な情報は、多職種間で共有されていないことが多い。

さらに、病院薬剤師と地域薬局との連携も FAX 依存であり、電子的かつ迅速な情報連携体制の構築には至っていない。情報共有のニーズと実際の提供内容の間には乖離があり、薬剤師が提供する情報が多職種のニーズを十分に満たしていないという構造的課題も明らかとなった。

このような背景を踏まえ、本ガイドでは「薬物療法情報提供書」の標準様式を策定し、CGA の視点を取り入れた包括的な情報を記載可能とする構造を採用した。記載項目は、処方薬の変更点だけでなく、退院後の服薬管理、生活環境、介護支援の状況などを含み、患者の全体像に基づく処方の見直しを可能とする内容である。これにより、療養環境の移行に伴う処方調整の継続性を担保し、次の医療提供者がスムーズに情報を引き継ぐことを目的としている。

今後の課題としては、本ツールの普及促進と現場への実装支援が挙げられる。具体的には、薬剤師を対象とした研修の実施、地域連携パスとの統合、電子カルテやレセプトとの連動、FileMakerGo や PDF・Excel による電子的活用の推進が求められる。さらに、実装効果の検証や導入施設でのベストプラクティスの蓄積により、エビデンスベースの展開が期待される。

本ガイドが多職種の連携を促し、患者中心の薬物療法を実現するためのインフラとして活用されることで、ポリファーマシーに起因するリスクの低減に寄与することが期待される。情報の寸断を防ぎ、療養環境に応じた適切な薬物療法の提供を支える枠組みとして、今後の運用と改善の継続が不可欠である。

② 薬剤師間の電子的情報連携の検討

おくすり問診票の電子化を行い試験的に電子お薬手帳に実装し、その効果を検証するため解析を行った。その結果、処方を持続的に見直し、ポリファーマシー解消に向けた処方の適正化に向けて取り組んでいく必要がある。本研究では、外来患者等の服薬に関わる情報（副作用歴、アレルギー歴、一般用医薬品・サプリメント・健康食品の使用、薬剤の管理方法、服薬方法、薬剤調整の希望、自覚症状等）を情報収集することができるスクリーニングツールとして、先行研究で作成した「おくすり問診票」の有用性が確認できたことから、ポリファーマシー対策に有効な介入方法について検討を行っていくための一助になるものと考え。多剤併用や薬剤調整の希望がある患者の多くが、自覚症状や不安・悩みを抱えていることが明確となり、これらの問題を予め聴取して的確に評価していくことが、ポリファーマシー解消に向けて重要である。回収率が2.0%と低く、非回答バイアスを考慮に入れる必要がある点、「おくすり問診票」を用いた実際の介入効果（薬物療法の適正化等）や患者毎の背景（ハイリスク薬などの使用薬剤、疾患、診療科等）が考慮できていない点については、本研究の限界であり今後検

討していくべき課題であるが、実臨床に即した結果が得られたことから、本研究の成果は広く適応可能と考える。

③ 情報連携ツールの試験導入および効果検証、ツールの使用に関するガイド作成・周知

「切れ目のないポリファーマシー対策を提供するための薬物療法情報提供書作成ガイド」は、従来の処方情報提供書に比べて、記載内容を高齢者総合機能評価（CGA）の各要素にまで拡張しており、薬剤起因性老年症候群やADL、認知機能、栄養、社会的背景といった包括的な観点から薬物療法の適正化に資する内容構成となっている。加えて、多職種（医師、歯科医師、看護師、管理栄養士、リハビリ専門職）との連携や療養環境の移行フェーズ（高度急性期～慢性期）に応じた記載の変化を促す構成も、今後の地域包括ケア時代のニーズに即した設計である。さらに、薬物療法情報提供書を Claris FileMaker Go で運用するアプリケーションとして試験開発した点は、従来の紙媒体・FAX 主体であった薬剤師間の情報連携の課題に対する、実効性の高い電子的解決策として提案を行った。電子化は単なる利便性の向上にとどまらず、記載の統一、記録の検索性、情報の時系列把握など、データの質と活用性の両立を可能とする。今後は、こうした電子ツールを活用した実装モデルの展開や、地域での運用事例の蓄積が求められる。

一方で、ガイドおよびツールの普及に関しては、2025年3月31日にプレスリリースを行ったものの、実際の現場での利用促進にはさらなる働きかけが必要である。特に、薬剤師個人のスキルや施設のICT環境

の差異によって導入可否が左右される可能性があり、研修機会の提供や導入支援体制の構築が不可欠である。また、多職種連携の実効性を高めるためには、薬剤師以外の医療職に対するツールの有用性の周知と、共有フォーマットとしての受容性を高める工夫が求められる。

E. 結論

ポリファーマシー対策に必要な情報連携ツールとして、薬物療法情報提供書を開発した。これは、従来の薬剤管理サマリーに代わる多職種共有ツールとして、高齢者総合機能評価（CGA）を取り入れ、療養環境に応じた処方調整や服薬支援情報を含む形とした。「切れ目のないポリファーマシー対策を提供するための薬物療法情報提供書作成ガイド」を用いて今後普及に務めることが大切である。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. 鈴木亮平、浜田将太、糝屋絵理子、田

口怜奈、神保美紗子、竹屋泰、溝神文博、在宅医療における多職種による情報共有および服薬管理・薬物療法に関する業務の実態調査、医療薬学、51（1）、35-45、2025.

2. 渡部智貴、溝神文博、佐野洋介、山東崇紀、勝海学、市野貴信 電子お薬手帳アプリへのポリファーマシー対策のための「おくすり問診票」実装に向けた予備的検討 日本病院薬剤師会雑誌 2025 in press.

3. 小島太郎. 高齢者総合機能評価（CGA）とポリファーマシーの薬剤調整 月刊薬事 67 巻 1 号 31-36、2025

2. 学会発表

1. 小島太郎「多職種による薬剤見直しにおける医師の役割」第66回日本老年医学会学術集会. 名古屋、2024年6月

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

送付先：

薬物療法情報提供書

別添 1

患者氏名				病院名				担当薬剤師			
生年月日				主治医				診療科			
性別	男	女	年齢	歳	病院住所						
身長	cm		体重	kg	TEL			FAX			
現病歴											
既往											
老年症候群 複数選択可			傾眠傾向		抑うつ・意欲低下		ふらつき・めまい		認知機能低下		
			食欲低下		転倒（6ヶ月以内）		排尿障害		なし		
			便秘		口腔乾燥		嚥下機能低下				
認知症診断			あり		なし						
日常生活活動（ADL）			自立		一部介助		全介助				
要介護認定			なし		あり（ ）						
退院後の生活環境			施設		自宅（ 独居 夫婦二人暮らし 複数世代と同居 ）		医療機関				
栄養	体重減少 （6カ月間で2-3kg以上の減少）		あり		なし						
	栄養補給経路		経口（ 普通食 嚥下調整食 ）		経腸栄養		静脈栄養				
退院後の服薬管理	予定管理者		本人		本人と家族		家族等（本人以外）				
			施設		訪問スタッフ		その他（ ）				
	調剤方法		PTP		一包化		一部一包化				
	管理方法		薬袋		お薬BOX		お薬カレンダー		その他（ ）		
	服薬拒否		なし		あり 状況など（ ）						
	服薬管理の問題点 複数選択可		なし		薬を取り出しにくい		薬の説明が聞き取りにくい				
			薬が見えにくい		薬が飲みこみにくい		その他（ ）				
	服薬介助		不要		必要（ 一部介助 全介助 ）						
介助が必要な薬 複数選択可		内服薬		注射薬		外用薬（ 吸入 点眼・点鼻 貼付 軟膏 坐薬 ）					
服薬時の工夫 複数選択可		なし		あり（ 粉碎 ゼリー・とろみ 経管投与 簡易懸濁 その他 ）							
処方調整内容の要点 入退院時の薬剤情報 別添 検査値 別添											
変更点	中止した薬		なし	あり（ ）							
	開始した薬		なし	あり（ ）							
要介入	中止したが再開の検討が必要な薬		なし	あり（ ）							
	開始したが調整の検討が必要な薬		なし	あり（ ）							
	服用中だが調整の検討が必要な薬		なし	あり（ ）							
	注意を要する薬剤（PIMs・処方カスケード等）		なし	あり（ ）							
経過および理由											
療養環境移行時の注意点											
服薬管理 処方の未介入の問題 継続的な問題											

ご不明な点等ございましたら、担当までお問い合わせください。

薬物療法情報提供書

患者氏名				病院名			担当薬剤師		
生年月日				主治医			診療科		
性別	男	女	年齢	歳	病院住所				
身長	cm		体重	kg	TEL			FAX	
現病歴									
既往									
老年症候群			傾眠傾向 食欲低下 便秘		抑うつ・意欲低下 転倒（6ヶ月以内） 口腔乾燥		ふらつき・めまい 排尿障害 嚥下機能低下		認知機能低下 なし
			複数選択可						
認知症診断			あり		なし				
日常生活活動（ADL）			自立		一部介助		全介助		
要介護認定			なし		あり（ ）				
退院後の生活環境			施設 自宅（ 独居 夫婦二人暮らし 複数世代と同居 ） 医療機関						
栄養	体重減少 （6カ月間で2-3kg以上の減少）		あり なし						
	栄養補給経路		経口（ 普通食 嚥下調整食 ） 経腸栄養 静脈栄養						
退院後の服薬管理	予定管理者		本人 施設		本人と家族 訪問スタッフ		家族等（本人以外） その他（ ）		
	調剤方法		PTP		一包化		一部一包化		
	管理方法		薬袋		お薬BOX お薬カレンダー		その他（ ）		
	服薬拒否		なし		あり 状況など（ ）				
	服薬管理の問題点		なし		薬を取り出しにくい 薬が見えにくい		薬の説明が聞き取りにくい その他（ ）		
			複数選択可						
	服薬介助		不要		必要（ 一部介助		全介助 ）		
介助が必要な薬		複数選択可		内服薬 注射薬 外用薬（ 吸入 点眼・点鼻 貼付 軟膏 坐薬 ）					
服薬時の工夫		複数選択可		なし あり（ 粉碎 ゼリー・とろみ 経管投与 簡易懸濁 その他 ）					
薬物療法に関わる高齢者総合機能評価の特記事項									
入退院時の薬剤情報 別添									
検査値 別添									

裏面にも記載事項あり

送付先：

薬物療法情報提供書

処方調整内容の要点		
変更点	中止した薬	なし
		あり ()
	開始した薬	なし
		あり ()
要介入	中止したが再開の検討が必要な薬	
	なし	あり ()
	開始したが調整の検討が必要な薬	
	なし	あり ()
	服用中だが調整の検討が必要な薬	
	なし	あり ()
	注意を要する薬剤（PIMs・処方カスケード等）	
	なし	あり ()
経過および理由		
療養環境移行時の注意点		
服薬管理 処方の未介入の問題 継続的な問題		
ポリファーマシー対応に関する事項		

ご不明な点等ございましたら、担当までお問い合わせください。

薬物療法情報回答書

別添 3

宛先	施設名		担当薬剤師	先生
----	-----	--	-------	----

貴院からの薬物療法情報提供書に対する回答書を作成しました。ご確認ください。

患者氏名		生年月日		年齢		性別	男	女
------	--	------	--	----	--	----	---	---

退院後に变化した老年症候群		傾眠傾向		抑うつ・意欲低下		ふらつき・めまい		認知機能低下	
		食欲低下		転倒（6ヶ月以内）		排尿障害		なし	
複数選択可		便秘		口腔乾燥		嚥下機能低下			
老年症候群の改善・不変・悪化などの詳細									
退院後の服薬管理	管理者	本人		本人と家族		家族等（本人以外）			
		施設		訪問スタッフ		その他（ ）			
	調剤方法	PTP		一包化		一部一包化			
	管理方法	薬袋		お薬BOX		お薬カレンダー		その他（ ）	
	服薬状況	良好		一部のみ忘れあり		不良			
	服薬拒否	なし		あり 状況など（ ）					
	服薬管理の問題点	なし		薬を取り出しにくい		薬の説明が聞き取りにくい			
	複数選択可	薬が見えにくい		薬が飲みこみにくい		その他（ ）			
服薬介助	不要		必要（ ）		一部介助 全介助 ）				
介助が必要な薬	複数選択可		内服薬		注射薬		外用薬（ 吸入 点眼・点鼻 貼付 軟膏 坐薬 ）		
服薬時の工夫	複数選択可		なし		あり（ 粉碎 ゼリー・とろみ 経管投与 簡易懸濁 その他 ）				
退院後の服薬管理に関する状況									
退院後のフォローアップ状況、処方変更点、報告事項、不明点など									

※ 個人情報保護にかかる同意について下記の項目いずれかをチェックしてください。
 返信に当たっては、

- ☐ 患者の同意を得ています。
- ☐ 施設内掲示にて包括同意を得ています。

施設名	住所	担当薬剤師
TEL		FAX

切れ目のない
ポリファーマシー対策を提供するための
薬物療法情報提供書
作成ガイド

編 集

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

切れ目のない医療を提供するための病院薬剤師間の
情報連携の推進に資する研究（23IA1001）研究班

研究代表者

国立研究開発法人

国立長寿医療研究センター 溝神文博

版数：第 1 版 作製日：2025 年 3 月

はじめに

入院から退院、さらには在宅医療や介護施設への移行に至るまで、切れ目のない薬物療法に関する情報共有は、ポリファーマシー対策の実現において極めて重要である。ポリファーマシーとは、単に処方薬の数が多いことを指すのではなく、「薬物に起因する不適切な問題全般」を意味する。そのため、重複投与や薬物有害事象の回避、服薬アドヒアランスの向上、療養環境に合わせた服薬支援など、薬物療法の適正化に向けた多面的な取り組みが必要である。加えて、薬物に関する情報だけでなく、患者の生活背景や療養環境に関する情報の収集と共有も不可欠である。しかしながら、複数の医療機関を受診する患者や、入退院に伴う療養環境の変化により、情報が寸断され、適切な情報共有が行われないケースがしばしば見受けられる。薬物療法に関する情報提供は主に薬剤師が担う。積極的な情報提供を促すため保険診療点数において、退院時薬剤情報連携加算が情報提供に対する加算として認められた。しかし、本加算は 2021 年で退院時薬剤情報管理指導料全体の 3.8%と十分に情報提供されているとは言い難い。また、情報提供内容は薬剤の使用に関する情報に限定されることが多く、ポリファーマシーの処方見直しに必要な、高齢者総合機能評価に関する情報である認知機能や日常生活活動、栄養状態や社会的背景など、薬物療法を取り巻く周辺情報の共有がほとんど行われていないのが現状である。一方で、多職種が求める情報の大半は、「処方見直し」や「薬物療法の有効性・安全性」に関連する内容である。これに対し、薬剤師が提供する情報は、こうしたニーズを十分に満たしていない。その結果、薬剤師から多職種への情報提供が限定的であるだけでなく、情報ニーズの不一致が効果的な連携の障壁となっている。加えて、病院薬剤部と薬局間の情報共有がほぼ FAX であり電子的なやりとりが行われている施設はほとんどなく情報提供・活用の障害となっている。

このような課題を背景に、厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「切れ目のないポリファーマシー対策を提供するための薬剤師間の情報連携の推進に資する研究（23IA0101）」研究班では、切れ目のないポリファーマシー対策を実現するため、高齢者総合機能評価を含む薬物療法に関する情報提供書の統一、およびその情報共有の仕組みを構築することを目的して本ガイドの作成に至った。本ガイドが、薬剤師をはじめとする医療従事者の多職種連携を促進し、患者の薬物療法の安全性と有効性の向上に寄与することを期待している。

2025 年 3 月

国立研究開発法人

国立長寿医療研究センター

溝神文博

研究班 作成メンバー

研究代表者

溝神文博（国立長寿医療研究センター 薬剤部／高齢者薬学教育研修室 室長）

研究分担者（50 音順）

亀井美和子（帝京平成大学 薬学部 教授）
小島太郎（国際医療福祉大学 医学部 教授／東京大学大学院医学系研究科）
島崎良知（東京都健康長寿医療センター 薬剤科 薬剤科長）
竹屋 泰（大阪大学 大学院医学系研究科 教授）
藤原久登（昭和大学藤が丘病院 薬剤部 薬剤部長／昭和大学 薬学部 准教授）
水野智博（藤田医科大学 医学部 准教授）

研究協力者（50 音順）

秋下雅弘（東京都健康長寿医療センター センター長）
荒井秀典（国立長寿医療研究センター 理事長）
伊藤直樹（国立長寿医療研究センター リハビリテーション科部 統括管理士長）
岩田あやみ（国立病院機構長良医療センター 薬剤部 薬剤師）
上田悠理（株式会社 Confie 代表（Healthtech/SUM 統括ディレクター））
大森尚美（一般社団法人 日本病院薬剤師会）
岸本 真（霧島市立医師会医療センター 薬剤部 部長）
木下かほり（国立長寿医療研究センター フレイル研究部 研究員）
糀屋絵理子（大阪大学 大学院医学系研究科 助教）
篠永 浩（三豊総合病院 副薬剤部長）
神保美紗子（株式会社スギ薬局 DI 室 薬剤師）
菅田和也（一般社団法人 日本病院薬剤師会）
鈴木亮平（国立病院機構三重中央医療センター 薬剤部 主任薬剤師）
天白宗和（国立長寿医療研究センター 薬剤部 薬剤師／高齢者薬学教育研修室）
中村純也（国立長寿医療研究センター 歯科・歯科口腔外科 歯科医師）
長谷川章（藤田医科大学 医学部 助教／
国立長寿医療研究センター 高齢者薬学教育研修室 外来研究員）
眞中章弘（国立国際医療研究センター 企画戦略局 研究開発連携室 研究開発専門職）
宮川哲也（上越地域医療センター病院 薬剤科 薬局長）

目次

1. 薬物療法情報提供書に関して	1
2. 『薬物療法情報提供書』作成時の留意事項	2
3. 高齢者総合機能評価（CGA）とポリファーマシー対策	
1) 薬剤起因性老年症候群	7
2) 日常生活活動（ADL）	10
3) 認知機能	12
4) 栄養	14
5) 社会的要素	18
4. 服薬管理	20
5. 処方変更の要点	22
6. 処方変更に対する中止・再開等の情報提供	27
7. 経過観察に関する事項	31
8. 療養環境移行時の注意点	33
1) 高度急性期病院・病棟	34
2) 急性期病院・病棟	37
3) 回復期病院・病棟	39
4) 慢性期病院・病棟	42
9. 多職種連携の重要性	
1) 医師	45
2) 歯科医師	47
3) 看護師	49
4) 管理栄養士	52
5) リハビリテーション専門職	54
10. 電子的情報連携についての今後	56
薬物療法情報提供書 作成例	59



薬物療法情報提供書に関して

本ガイドでは、情報提供書の名称を「薬物療法情報提供書」と統一している。この名称は、従来「薬剤管理サマリー」として知られている情報提供書に代わるものである。「薬剤管理サマリー」という名称は、薬剤の管理に焦点を当てた印象を与え、内容が薬剤の管理に限定されていると誤解される可能性がある。しかし、ポリファーマシー対策においては、薬物療法にとどまらず、高齢者総合機能評価をはじめとする患者の全体像を把握し、多職種間で幅広い情報を共有することが不可欠である。このような背景を踏まえ、ポリファーマシー対策に必要な情報を包括する「薬物療法情報提供書」という名称を採用した。

本ガイドでは、薬物療法情報提供書の概要、作成手順、各項目の詳細な解説、および多職種間での情報共有の考え方についても記載している。薬物療法情報提供書は Excel 版、PDF 版、FileMakerGo 版の 3 種類を作成した。情報提供の状況に応じて使い分けていただきたい。また、薬物療法情報提供書の内容をより詳細に記載したい場合には薬物療法情報提供書（詳細版）も利用していただきたい。

薬物療法情報提供書に関する利用・対象者などを下記に示す。

1. 目的

切れ目のないポリファーマシー対策を提供し、患者の薬物療法の継続性と安全性を確保するため、薬物療法に関する情報提供を標準化する。本ガイドを活用することで、医療現場での情報共有がより効果的かつ円滑に進むことを目指している。

2. 利用者

主に病院薬剤師が薬物療法情報提供書を作成し、急性期、回復期、慢性期等の医療現場における状況を考慮して活用することを想定している。

3. 主な患者対象

主に高齢者を対象としており、医療環境としては急性期病院、回復期病院、慢性期病院などの医療機関を想定している。

4. 主な情報提供先

薬剤師が受け取ることを想定しているが、医師・歯科医師、看護師、管理栄養士、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、医療ソーシャルワーカー（MSW）などの多職種も連携して情報を受け取ることを想定している。

5. 主な情報提供方法

Excel 版、PDF 版、FileMakerGo 版などの電子媒体を用いることで迅速な情報共有が可能である。現状では紙媒体や FAX も広く使用されている。そのため紙媒体での利用も想定されるが、患者を通じた情報提供はやむを得ない場合をのぞき極力避けること。

薬物療法情報提供書の作成において、患者の安全と治療の継続性を支えるために、正確で必要な情報を漏れなく記載することが求められる。しかし、薬剤師が単独ですべての情報を把握し、評価するのは現実的ではない。そのため、多職種からの情報収集と連携が不可欠であり、高齢者総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment：CGA）の考え方をもとに、医師・歯科医師、看護師、管理栄養士、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、医療ソーシャルワーカー（MSW）などからの情報を集約することが重要となる。

薬物療法情報提供書の作成では、薬剤師のみが閲覧する文書ではなく、多職種で共有することを前提に作成を行っていただきたい。高度急性期、急性期、回復期、慢性期の各フェーズに応じて、記載内容や重点を変化させる必要があり、詳細は 8. 療養環境移行時の注意点を参照していただきたい。高度急性期では急変リスクを考慮した迅速な対応が重視され、急性期では治療の安定化に向けた処方調整が重要になる。一方、回復期ではリハビリテーションと並行して服薬管理を見直し、慢性期や在宅医療に移行する場合には、服薬支援体制や家族のサポートが求められる。薬物療法情報提供書には、これらの移行フェーズごとの処方変更の要点を明確に記載し、次の担当者がスムーズに治療を引き継げるよう心がけていただきたい。また、入院中に中止した薬物の再開が必要かどうか、あるいは新たに開始した薬の中止を検討するかなど、明確に示すことが重要である。

薬物療法情報提供書では、①～⑩の内容を評価し、記載する。詳しい内容は各章を参照していただきたい。また、薬物療法情報提供書は、詳細版も作成しており、提供内容が多い場合には詳細版を使用していただきたい。

薬物療法情報回答書は、主に薬物療法情報提供書を受け取った薬剤師が記載を行い、なるべく早い時期に返信することが望ましい。

以下に作成の進め方（図 1）、薬物療法情報提供書（表 1）、回答書（表 2）を示す。

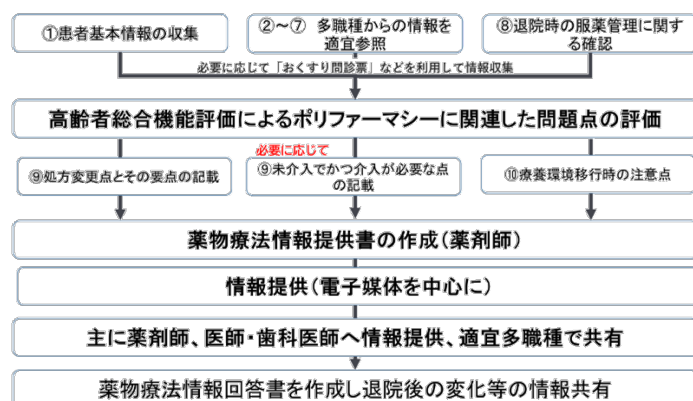


図 1 薬物療法情報提供書作成の進め方

表 1

【薬物療法情報提供書】

①	患者氏名				病院名			担当薬剤師		
	生年月日				主治医			診療科		
	性別	☐ 男 ☐ 女	年齢	歳	病院住所					
	身長	cm	体重	kg	TEL			FAX		
	現病歴									
既往										
②	老年症候群		☐ 傾眠傾向 ☐ 抑うつ・意欲低下 ☐ ふらつき・めまい ☐ 認知機能低下 ☐ 食欲低下 ☐ 転倒（6ヶ月以内） ☐ 排尿障害 ☐ なし ☐ 便秘 ☐ 口腔乾燥 ☐ 嚥下機能低下							
③	認知症診断		☐ あり ☐ なし							
④	日常生活活動（ADL）		☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助							
⑤	要介護認定		☐ なし ☐ あり（ ）							
⑥	退院後の生活環境		☐ 施設 ☐ 自宅（ ☐ 独居 ☐ 夫婦二人暮らし ☐ 複数世代と同居） ☐ 医療機関							
⑦	栄養	体重減少 （6カ月間で2-3kg以上の減少）	☐ あり ☐ なし							
	栄養	栄養補給経路	☐ 経口（ ☐ 普通食 ☐ 嚥下調整食） ☐ 経腸栄養 ☐ 静脈栄養							
⑧	退院後の服薬管理	予定管理者	☐ 本人 ☐ 本人と家族 ☐ 家族等（本人以外） ☐ 施設 ☐ 訪問スタッフ ☐ その他（ ）							
		調剤方法	☐ PTP ☐ 一包化 ☐ 一部一包化							
		管理方法	☐ 薬袋 ☐ お薬BOX ☐ お薬カレンダー ☐ その他（ ）							
		服薬拒否	☐ なし ☐ あり 状況など（ ）							
		服薬管理の問題点	☐ なし ☐ 薬を取り出しにくい ☐ 薬の説明が聞き取りにくい ☐ 薬が見えにくい ☐ 薬が飲みこみにくい ☐ その他（ ）							
		服薬介助	☐ 不要 ☐ 必要（ ☐ 一部介助 ☐ 全介助）							
		介助が必要な薬	☐ 内服薬 ☐ 注射薬 ☐ 外用薬（ ☐ 吸入 ☐ 点眼・点鼻 ☐ 貼付 ☐ 軟膏 ☐ 坐薬）							
		服薬時の工夫	☐ なし ☐ あり（ ☐ 粉碎 ☐ ゼリー・とろみ ☐ 経管投与 ☐ 簡易懸濁 ☐ その他）							
⑨	要介入	処方調整内容の要点		☐ 入退院時の薬剤情報 別添 ☐ 検査値 別添						
		変更点	中止した薬 ☐ なし ☐ あり（ ）							
		変更点	開始した薬 ☐ なし ☐ あり（ ）							
		変更点	中止したが再開の検討が必要な薬 ☐ なし ☐ あり（ ）							
		変更点	開始したが調整の検討が必要な薬 ☐ なし ☐ あり（ ）							
		変更点	服用中だが調整の検討が必要な薬 ☐ なし ☐ あり（ ）							
⑩	療養環境移行時の注意点	☐ 服薬管理 ☐ 処方の未介入の問題 ☐ 継続的な問題								
		経過および理由								

ご不明な点等ございましたら、担当までお問い合わせください。

【各項目の概要】

薬物療法情報提供書の作成に関しては、「おくすり問診票」を活用していただきたい。

「おくすり問診票」<https://www.ncgg.go.jp/hospital/navi/documents/monshin.pdf>

① 患者の基本情報

患者の基本情報は治療計画の基礎となるため、正確に記載することが求められる。これらのデータは常に最新のものを反映し、患者の状態を的確に把握できるようにする必要がある。

② 老年症候群

老年症候群は、薬物療法の選択に影響を与えるため、正確に把握する必要がある。評価に関しては、「おくすり問診票」を活用し、医師や看護師、リハビリ専門職などからの評価を適宜反映し、薬剤が起因しているかどうかの評価を行う。

③ 認知症診断

患者の認知症の診断の有無を記載する。認知症が見られる場合、服薬管理に対する支援の必要性があり、家族や介護者の関与についての確認が重要である。

④ 日常生活活動（ADL）

患者がどの程度日常生活を自立して送っているかを記載する。自立、一部介助、全介助のいずれかを明確にし、生活能力に応じた服薬支援を検討する。

⑤ 要介護認定

患者の要支援・要介護の度合いを反映し、それに基づいた服薬支援の必要性を評価する。介護者や支援者の関与が重要な場合、備考欄への明記が重要となる。

⑥ 退院後の生活環境

退院後の生活環境（施設、自宅、家族同居など）を記載し、環境に合わせた服薬管理を提案する。施設での療養の場合、医療・介護スタッフによる管理体制を考慮し、自宅療養の場合は家族のサポートが必要かどうかを明確にする。

⑦ 栄養（体重減少、栄養補給経路）

体重減少の有無、摂食方法（経口、経腸栄養、静脈栄養）などの栄養情報を正確に記載する。これにより、栄養状態に応じた薬物療法の調整が可能となる。

⑧ 退院後の服薬管理

服薬管理者が誰であることを明確にし、調剤方法・管理方法についても示す。服薬アドヒアランスの問題がある場合、その原因や対策を記載する。

⑨ 処方調整内容の要点（変更点・要介入）

入院中に中止または開始した薬物を明確に記載し、退院後に再開すべき薬や中止を検討する薬について提案する。処方の経過を記録し、次の担当者がスムーズに対応できるようにする。

⑩ 療養環境移行時の注意点

退院後に引き続き対応が必要な問題点や、未解決の課題を記載することで、次の担当者が適切なケアを提供できるようにする。特に服薬管理に関する引き継ぎは、治療の一貫性を保つために重要である。

表2 【薬物療法情報回答書】

宛先	施設名			担当薬剤師			先生
----	-----	--	--	-------	--	--	----

貴院からの薬物療法情報提供書に対する回答書を作成しました。ご確認ください。

①	患者氏名		生年月日		年齢		性別	☐ 男 ☐ 女
---	------	--	------	--	----	--	----	---

②	退院後に变化した老年症候群		☐ 傾眠傾向	☐ 抑うつ・意欲低下	☐ ふらつき・めまい	☐ 認知機能低下
	複数選択可		☐ 食欲低下	☐ 転倒（6ヶ月以内）	☐ 排尿障害	☐ なし
		☐ 便秘	☐ 口腔乾燥	☐ 嚥下機能低下		
		老年症候群の改善・不変・悪化などの詳細				

③	退院後の服薬管理	管理者	☐ 本人	☐ 本人と家族	☐ 家族等（本人以外）	
			☐ 施設	☐ 訪問スタッフ	☐ その他（ ）	
		調剤方法	☐ PTP	☐ 一包化	☐ 一部一包化	
		管理方法	☐ 薬袋	☐ お薬BOX	☐ お薬カレンダー	☐ その他（ ）
		服薬状況	☐ 良好	☐ 一部のみ忘れあり	☐ 不良	
		服薬拒否	☐ なし	☐ あり	状況など（ ）	
		服薬管理の問題点	☐ なし	☐ 薬を取り出しにくい	☐ 薬の説明が聞き取りにくい	
			☐ 薬が見えにくい	☐ 薬が飲みこみにくい	☐ その他（ ）	
		服薬介助	☐ 不要	☐ 必要（ ☐ 一部介助 ☐ 全介助）		
		介助が必要な薬	☐ 内服薬 ☐ 注射薬 ☐ 外用薬（ ☐ 吸入 ☐ 点眼・点鼻 ☐ 貼付 ☐ 軟膏 ☐ 坐薬）			
服薬時の工夫	☐ なし	☐ あり（ ☐ 粉砕 ☐ ゼリー・とろみ ☐ 経管投与 ☐ 簡易懸濁 ☐ その他）				
退院後の服薬管理に関する状況						

④	退院後のフォローアップ状況、処方変更点、報告事項、不明点など				
---	--------------------------------	--	--	--	--

※ 個人情報保護にかかる同意について下記の項目いずれかをチェックしてください。
返信に当たっては、
☐ 患者の同意を得ています。
☐ 施設内掲示にて包括同意を得ています。

施設名	住所	担当薬剤師
TEL		FAX

【各項目の概要】

薬物療法情報提供書の回答書となる薬物療法情報回答書は、薬物療法情報提供書を受け取り、患者対応を行った薬剤師が記載することが望ましい。下記にその詳細を示す。

●作成時期

受け取り手が薬局である場合：退院後の初回の調剤時に確認を行い、回答書を作成することが望ましい。

受け取り手が病院・施設である場合：病院・施設での状況を踏まえて、なるべく早い段階で確認を行い、回答書を作成することが望ましい。

なお、2回目以降の情報提供に関しては本様式を利用することも可能ではあるが、「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」及び「地域における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_41542.htmlに掲載のある様式を参考にして用いることも可能である。

●作成に関して

作成に関しては、老年症候群、服薬管理に関する内容が中心であり、「おくすり問診票」(<https://www.ncgg.go.jp/hospital/navi/documents/monshin.pdf>)を活用することで、チェック項目の多くを網羅することができるため活用していただきたい。

●各項目に関して

① 患者の基本情報

患者の基本情報は正確に記載する。

② 老年症候群

老年症候群は、薬物療法の選択に影響を与え、薬剤が原因であることもあるため、正確に把握する必要がある。退院後の老年症候群の有無はもちろん、改善・不変・悪化といった変化を伝えることが重要であるため、その状況に関しては、下段の「詳細」に記載していただきたい。

③ 退院後の服薬管理

退院後の服薬管理について予定していたとおりに実施できているのか、変化があるのかを明記する。また、服薬状況が良好か、あるいは不良となっているのか、状況を確認し記載すること。その他、特記事項に関しては、退院後の服薬管理に関する状況に説明を加えていただきたい。

④ 退院後のフォローアップ状況、処方変更点、報告事項、不明点など

薬物療法情報提供書の伝達事項（要介入の薬剤、療養環境移行時の注意点、ポリファーマシー対応に関する事項など）に関してどのようなフォローアップをしているか記載し、処方の変更点などがあれば記載。また、その他報告事項や情報提供書に対する不明点などあれば記載していただきたい。

3 高齢者総合機能評価（CGA）と ポリファーマシー対策

3.1) 薬剤起因性老年症候群



Key Points

- ・老年症候群とは加齢に伴い増加する高齢者特有の症状で、転倒や不眠、便秘、尿失禁などが挙げられる。
- ・老年症候群の症状の訴えがあるとき、必ず治療薬により改善しうる病状かどうか、適格に評価する。
- ・新規に顕在化した症状が直近で開始した薬の副作用、すなわち薬剤性老年症候群である可能性を考慮する。

高齢者では、生活習慣病や臓器障害（心不全や呼吸不全、腎不全など）の治療を行うほか、老年症候群に対する対応が必要である。老年症候群とは、加齢に伴い出現しやすい身体症状・精神症状のことで、原因は同じ症状でも患者によりさまざまであり、通常薬物を中心とした治療を要する病態である。代表的なものでは、転倒や尿失禁、物忘れ、やせ、食欲低下などであり、他にもふらつき・歩行障害、便秘、不眠、褥瘡等非常に多数ある。これら老年症候群の原因は必ずしも疾患と診断することができないものが多いが、複数の臓器障害が関与していたり、原因が判別できなかったりする。老年症候群は寿命を短縮させるインパクトのある症状であり、単に高齢者にとって困った症状であるだけでない。また、治療のために薬が増えることで薬物有害作用の可能性が高くなる。

近年、これらの老年症候群の中には、マネジメントのためのガイドラインも発刊されている。不眠症¹⁾や便秘²⁾、慢性疼痛³⁾、褥瘡⁴⁾などはガイドラインが出ており、もの忘れについては認知症のガイドライン⁵⁾、「やせ」についてはサルコペニアのガイドライン⁶⁾がその症状の鑑別や治療に有用と考えられるため、各ガイドラインにおける推奨について確認されたい。

しかしながら、高齢者の訴える症状は病態を正確に反映していない場合がある。例えば、高齢者が「眠れない」というときに、安易に不眠症であるから睡眠薬が効果的と考えて処方がされるべきではない。日中の昼寝が原因で夜眠れなくなっている場合には、必ずしも夜に長時間の睡眠は必要ではない。また、「眠れない」という理由が不眠ではなく、夜間頻尿が原因の場合には、睡眠薬の使用以前に泌尿器系疾患の鑑別が必要である。

同様に便秘症にしても、数日に一回であっても形状は硬便でなければ、定義上は便秘とはいえない。排便の習慣は個々に異なる場合もあり、頻度のみならず固さの評価が必要である。

近年、ブリストル便性状スケール（Bristol Stool Form Scale: BSFS）⁷⁾による絵で見せる評価法が使用されている。

前述の通り、これらの症状の中にガイドラインが確立されたものが出てきたことから有効な薬物療法が提供可能となったものが多くなったが、症状自体の原因が薬物により惹起されているものもある。これらの有害事象を薬剤起因性老年症候群と呼ぶ。国内の報告では、老年症候群の症状の治療薬を使用した 105,552 名のうち、8,347 名(7.9%)において薬剤起因性老年症候群の可能性が示唆された⁸⁾。薬剤起因性老年症候群の治療のためには、被疑薬の減量・減薬が必要であるが、その副作用と考えられる症状に対し誤ってその症状の治療薬を追加した場合には、十分な改善は見込みにくい。不要な薬物を追加した分だけ新たな有害事象の確立が高くなり、実際に薬物有害事象を発症した場合には、副作用を別の薬で直そうとし、かえって病状を悪化させてしまう現象、いわゆる処方カスケードという状態になる。

表 1 に示す通り⁹⁾、多彩な薬物により老年症候群に分類される症状が出現しうが、その中でも向精神薬や抗コリン作用を有する薬物で起こりやすいことが示されており、これらの薬物は日本老年医学会による「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015」¹⁰⁾では、特に慎重な投与を有する薬物（Potentially inappropriate medication: PIM）に分類されるものを多く含む。向精神薬は抗コリン作用を有するものも多い。

表 1. 老年症候群の症候とその被疑薬 青字：向精神薬、緑字：抗コリン作用を有する薬物

症候	薬物
ふらつき・転倒	●睡眠薬、抗不安薬、抗精神病薬（フェノチアジン系） ●抗うつ薬（三環系）、抗パーキンソン病薬（トリヘキシフェニジル）、抗ヒスタミン薬 ●降圧薬（特に中枢性降圧薬、α遮断薬、β遮断薬）、抗てんかん薬、メマンチン
抑うつ	●抗不安薬、抗精神病薬 ●H2 ブロッカー ●中枢性降圧薬、β遮断薬、抗甲状腺薬
記憶障害	●睡眠薬、抗不安薬（ベンゾジアゼピン）、抗精神病薬（フェノチアジン系） ●抗うつ薬（三環系）、抗パーキンソン病薬、抗ヒスタミン薬（H2 ブロッカー含む） ●降圧薬（中枢性降圧薬、α遮断薬、β遮断薬）、抗てんかん薬
せん妄	●睡眠薬、抗不安薬 ●抗うつ薬（三環系）、抗ヒスタミン薬（H2 ブロッカー含む） ●抗パーキンソン病薬、降圧薬（中枢性降圧薬、β遮断薬）、ジギタリス、副腎皮質ステロイド、抗不整脈薬（リドカイン、メキシレチン）、気管支拡張薬（テオフィリン、ネオフィリン）
食欲低下	●抗不安薬、抗精神病薬、SSRI、ChE 阻害薬 ●トリヘキシフェニジル ●非ステロイド性消炎鎮痛薬（NSAID）、アスピリン、緩下剤
便秘	●睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン）、抗精神病薬（フェノチアジン系） ●抗うつ薬（三環系）、膀胱鎮痙薬、腸管鎮痙薬（ブチルスコポラミン、プロパンテリン）、H2 ブロッカー、トリヘキシフェニジル ●αグルコシダーゼ阻害薬
排尿障害・尿失禁	●睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン）、抗精神病薬（フェノチアジン系） ●抗うつ薬（三環系）、腸管鎮痙薬（ブチルスコポラミン、プロパンテリン）、膀胱鎮痙薬、H2 ブロッカー、トリヘキシフェニジル ●α遮断薬、利尿薬

日本老年薬学会では、「日本版抗コリンリスクスケール」を作成したが¹¹⁾、この中で抗コリン作用を有することが示されている 158 の薬物を 1～3 点に分類し、各患者の薬物に応じて加点した合計値が高いものにおいて抗コリン薬に伴う有害事象の発生リスクが高いとしている。症状の中には便秘や転倒、食欲低下、もの忘れ、せん妄、口腔機能異常（口喝、嚥下困難）、排尿困難（尿閉・尿失禁）など複数の老年症候群が含まれている。特にエビデンスの数としては、認知機能低下や運動機能障害、口腔機能異常などが多かった。

新たな老年症候群と思われる症状が患者で見られた場合、あるいはこれらの治療薬が新たに処方箋に登場した際には、もともとの処方の抗コリン負荷の強さを確認し、新規薬物の追加よりも抗コリン負荷に関与する薬物の減量・減薬をすべきである。薬歴上、被疑薬の追加・増量などと症状の出現が一致する場合には特に疑わしい。

文献

- 1) 三島和夫編集、睡眠薬の適正使用・休薬ガイドライン、じほう、2014
- 2) 日本消化管学会編集、便通異常症ガイドライン 慢性便秘症、南江堂、2023
- 3) 厚生労働行政推進調査事業費補助金（慢性の痛み政策研究事業）「慢性疼痛診療システムの均てん化と痛みセンター診療データベースの活用による医療向上を目指す研究」研究班、慢性疼痛診療ガイドライン作成ワーキンググループ、慢性疼痛診療ガイドライン、シービーアール、2023
- 4) 日本褥瘡学会編集、褥瘡予防・管理ガイドライン、照林社、2022
- 5) 日本神経学会 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会編集、認知症疾患診療ガイドライン 2017、医学書院、2017
- 6) サルコペニア診療ガイドライン作成委員会編集、サルコペニア診療ガイドライン 2017 年版、ライフサイエンス出版、2020
- 7) Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. Scand J Gastroenterol. 32:920-924, 1997
- 8) Hasegawa S, Mizokami F, Mizuno T, et al. Investigation of geriatric syndromes associated with medication in Japan using insurance claims data. Geriatr Gerontol Int 24:61-67, 2024
- 9) 厚生労働省：高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）（平成 30 年 5 月 29 日付け医政安発 0529 第 1 号・薬生安発 0529 第 1 号）
- 10) 日本老年医学会/日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物療法の安全性に関する研究 研究班編集、高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015、メジカルビュー社、2015
- 11) 日本老年薬学会編集、日本版抗コリン薬リスクスケール、<https://www.jsgp.or.jp/wp/wp-content/uploads/2024/05/anticholinergic-risk-scale.pdf> 2024 年 10 月 13 日アクセス

3.2) 日常生活活動（ADL）



Key Points

- ・日常生活活動（Activities of Daily Living：ADL）は、自立した生活を送るための基本的な活動であり、基本的 ADL と手段的 ADL に分かれる。
- ・ADL の評価には、Barthel Index（BI）や Functional Independence Measure（FIM）が用いられ、BI は「できる ADL」、FIM は「している ADL」を評価する。
- ・手段的 ADL の評価には、Lawton の IADL 尺度、Frenchay Activities Index（FAI）などがある。Lawton は 8 項目、FAI は 15 項目で評価する。
- ・高齢者ではポリファーマシーにより薬原性の症状が生じ、ADL が低下することがあるため、副作用を考慮した服薬管理が重要である。

3.2.1 日常生活活動（Activities of Daily Living：ADL）とは

ADL は、人間が独立して生活するために行う基本的な、しかも各人に共通に毎日繰り返される一連の活動や行為の総称である¹⁾。ADL には基本的 ADL と手段的 ADL（Instrumental ADL：IADL）がある。基本的 ADL とは日常生活を送る上で必要な移乗や排泄、食事といった基本的な活動であり、IADL は社会生活を営むために必要な買い物や家事、公共交通機関の利用などより複雑な活動のことである。基本的 ADL の自立度は家庭復帰の目安となり、IADL の自立度は生活環境への適応状態を指す²⁾。

●ADL の評価

ADL の評価には、普及度が高く信頼性・妥当性の検証がなされている Barthel Index（BI）や Functional Independence Measure（FIM）がよく用いられる。

BI³⁾ は食事、移動、移乗、階段昇降、トイレ動作、入浴、更衣、整容、排泄、排便の 10 項目を行わせ、自立、部分介助、全介助の 3 段階 100 点満点で評価する（できる ADL の評価）。絶対的な基準値はないが、「100 点 = 自立」、「60 点 = 部分自立」、「40 点 = 大部分介助」、「0 点 = 全介助」を意味すると言われている。

FIM⁴⁾ はセルフケア、排泄コントロール、移乗、移動からなる 13 項目の運動項目と、コミュニケーション、社会認知からなる 5 つの認知項目の合計 18 項目からなる。BI は“できる ADL”を評価するのに対して、FIM は実際の ADL 場面の介助量を評価する“している ADL”の評価法である。採点は 7 段階（1～7 点）で、合計 126 満点となる。7・6 点は 1 人で行える状態、5 点は監視が必要な状態、4～1 点は介助をどの程度行うかによって採点する。

●IADL の評価

Lawton の IADL 尺度、Frenchay Activities Index (FAI) などがある。

Lawton の IADL 尺度⁵⁾では、電話の使用、買い物、食事の支度、家屋維持、洗濯、外出時の移動、服薬、家計管理の 8 項目 8 点満点で評価し、得点が高い方が自立度は高い。原著では性差を勘案して男性では食事の支度、家屋維持、洗濯を除外した 5 項目を評価すると記載があるが、近年では、性差を勘案することは必ずしも妥当ではないとして、両性とも 8 項目で評価することも可能である。

FAI⁶⁾は 15 項目に対して最近 3 か月、6 か月の実践頻度から 0～3 点の合計 45 点で評価する。点数が高い方が活動的である。

3.2.2 ADL と薬物療法の関係

高齢者における疾患の特性により、ポリファーマシーになることも多く、薬物の服用が新たな薬原性の症状を引き起こし、ADL の低下の原因になることがある。薬物の副作用が ADL の低下に大きく影響を与え得ることを考慮した服薬管理が必要である⁷⁾。

副作用として薬剤性パーキンソニズムのある薬物を服用した場合を例に説明を加える。薬剤性パーキンソニズムは、パーキンソン病と症状が酷似しており、筋固縮、安静時振戦、無動・寡動、姿勢反射障害が発生する。また、病状の進行が比較的早いという特徴がある。今までスムーズにできていたボタンのかけはずしが振戦によって困難になったり、トイレに行こうとして立ち上がって、歩き始めようとしても足が前に出なかったり（すくみ足）、方向転換ができなく突進するような現象を認めることがある。これらの症状が薬物の影響によるものと疑われた場合には、主治医と相談の上対応を考える必要がある。このような場合でも、投薬前の ADL を明確に把握しておくことで、変化をいち早く把握でき、早急な対応が可能となる。

薬物療法情報提供書の ADL の評価は、「自立、一部介助、全介助」と非常に簡略化して記載している。情報の提供を受けた際には、ADL のどの場面で介助が必要なのかを、直接本人や家族から聞き取り、服薬情報から想定される副作用に関連する ADL、IADL の項目について掘り下げた評価を行うことを推奨する。

文献

- 1) 今田 拓、ADL 評価について-その本質への検討、総合リハビリテーション、3(8)：643-651、1975
- 2) 内山 靖 他 編集、「ADL」に関わる評価指標の臨床活用、臨床評価指標入門、協同医書出版社、260-262、2010
- 3) Mahoney FI, Barthel DW. FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. Md State Med J. 14:61-65, 1965
- 4) 千野直一 他 編著、脳卒中の機能評価 SIAS と FIM (基礎編)、金原出版、83-133、2012
- 5) Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 9:179-186, 1969
- 6) 蜂須賀研二 他、応用的日常生活動作と無作為抽出法を用いて定めた在宅中高年齢者の Frenchay Activities Index 標準値、リハビリテーション医学、38:287-295、2001
- 7) 日本薬剤師会 編著、高齢者ケア薬剤管理マニュアル ADL と薬剤、薬事日報社、39-45、1999

3.3) 認知機能



Key Points

- ・服薬アドヒアランスの低下が疑われる高齢者に対しては、その原因として認知機能低下を疑う。
- ・認知機能とともに日常生活活動（Activities of Daily Living：ADL）を評価し、日常生活にどのような支障が生じているか具体的に把握する。
- ・認知機能低下の原因となる個々の薬物のリスクを把握すると同時に、抗コリン作用など薬物療法全体のリスクにも注意する。
- ・認知症者に対しては、服薬遵守が可能な環境の確認と整備を行う。

認知機能の評価は高齢者総合機能評価（CGA）の構成要素の中でもコアとなる項目であり、特に薬剤師の場合、処方見直し（medication review）の際に推奨される。

3.3.1 認知機能について

患者との日常診療におけるルーチンの会話から、早期の認知機能低下を発見することは必ずしも容易ではない。従って、例えば外科手術などの目的で入院してきた患者の認知機能低下が、入院して初めて明らかになるというケースは決して少なくない。病棟薬剤師の場合、持参薬確認の際の残薬カウントなどによる服薬アドヒアランスの低下が認知機能低下を発見するきっかけとなりうる。認知機能の障害について、高齢者はこれらの症状を隠す傾向にあり、家族や介護者からの情報も重要である。認知機能評価の一般的なスクリーニング検査には、患者本人を対象とした MMSE (mini-mental state examination) や改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)、家族や介護者を対象とした DASC-21 (ダスク-21) や ABC 認知症スケールなどがあり、また Mini-Cog (ミニコグ) のような極めて簡便なツールも有用である。このような検査が難しい場合でも、何気ない世間話の流れの中で、「今日は何曜日でしたか?」「今の総理大臣は誰でしたっけ?」など、患者の興味や関心に合わせた質問を工夫することで、患者に嫌悪感を抱かせずに患者の認知機能を推測することができる。特に、認知症の原因疾患として最も多いアルツハイマー病では、早期に時間の失見当識と記憶力障害が出現するため、これらに関する前述のような質問は有用である。また、認知機能の評価と同時に ADL を評価し、その認知機能低下によって日常生活にどのような支障が生じているかを具体的に把握することも重要である。認知機能低下の重症度によっては術後の処方や手術適応の見直しを検討しなければならない場合もあり、認知機能低下が疑わしい場合には、必ず医師や看護師など多職種で情報を共有することが大切である。

3.3.2 薬剤性認知症

認知機能低下は様々な薬物で引き起こされ、薬剤性認知症の原因となるが、中でも複数科受診の場合に起こりやすい抗コリン作用の重積による認知機能低下は、薬剤師が最初に気づくことも多い。2024 年 5 月、日本老年薬学会より、日本版抗コリン薬スケールが発表され、158 種類の抗コリン作用を有する薬物が掲載されている。入院は複数科からの処方を整理する良い機会であり、認知機能低下を疑った場合には、薬物療法全体の抗コリン作用によるリスクを把握し、薬物が原因として疑わしければ、医師と相談し速やかに薬物の変更または中止を検討する。

3.3.3 認知症者の服薬支援

認知症者は比較的初期から服薬管理が困難になる。飲み忘れだけでなく、意図せぬ過量投与などによる事故を回避するため、内服回数を減らす、一包化する、服薬カレンダーを利用するなど、あらゆる手段を用いて服薬支援を行うが、実際には介護者による支援が必要となる場合が多い。そのため、介護者にも配慮した処方工夫が必要であり、1 日 1 回であれば、必ずしも朝食後などに拘る必要はなく、介護者に都合が良いタイミングとなるよう柔軟に対応すべきである。そのためには患者と介護者の生活環境を詳しく知る必要があり、看護師などと情報を共有する。

3.3.4 情報提供

処方の変更が行われた場合には、退院先の医療機関と退院後の予定管理者に対する情報提供は必須である。これを怠ると、退院後にまた元の処方に戻ってしまうケースも少なくない。認知機能低下と ADL 障害について具体的に記載し、処方見直しを行った理由について情報提供を行う。

3.4) 栄養



Key Points

- ・食欲不振、消化器症状、口腔内症状、嚥下障害を生じている場合は、その原因となる薬剤処方がないか確認する。
- ・食事摂取量減少や体重減少がみられる場合、経腸栄養剤の処方による経口的栄養補助（Oral Nutrition Supplement：ONS）も検討する。
- ・低栄養の診断にいたる前の段階で（食事摂取量の減少、体重減少、炎症状態の亢進など）対処することが望ましいため、高齢者総合機能評価（CGA）の低栄養スクリーニングや定期的な体重測定は非常に重要である。

3.4.1 高齢者における栄養面での課題

高齢者では複数の要因により食事摂取量が減少しやすく、低栄養のリスクが高くなる。とくに疾患を有する状態では栄養上の問題が蔓延しており、消耗性疾患に食欲不振が加わると、急速に低栄養を生じる^{1,2)}。自立した生活が可能な地域在住高齢者の低栄養有病率は10%未満とされるが、身体機能の低下や健康状態の悪化とともに低栄養の有病率は増加し、急性期病棟やリハビリテーション病棟では高齢患者の3分の1以上が低栄養であるとされている³⁾。加齢に伴う食事摂取量の減少および/または食欲不振として定義される加齢による食欲低下（Anorexia of Aging）は、低栄養のみならず、不良な予後を引き起こすため重要である^{4,5)}（図1）。

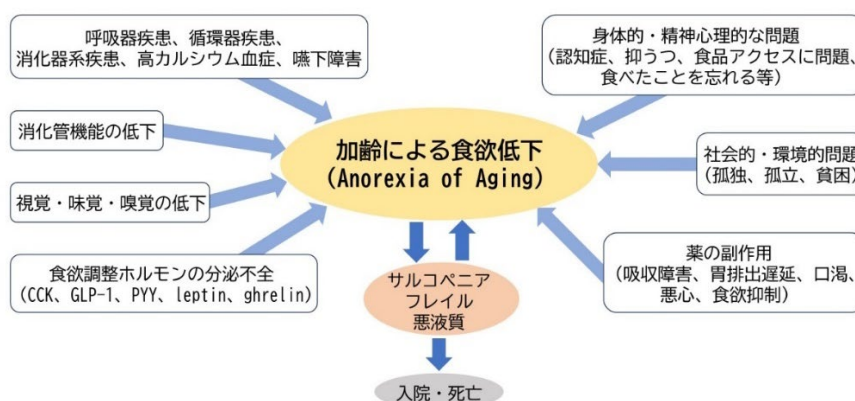


図1 加齢による食欲低下（Anorexia of Aging）

3.4.2 体重減少

定期的な体重測定と、その変化をとらえることは非常に重要である。Ottery らは低栄養のリスクを早期発見するために、過去1か月間の体重減少を評価すべきとし、1か月間に5%以上の体重減少は6か月間に10%以上の体重減少と同レベル、1か月間に3%以上の体重減少

は 6 か月間に 6%以上の体重減少と同レベルにとらえ、さらに 2 週間で同等の体重減少が生じた場合は、さらにリスクが高まることを指摘している⁶⁾。

3.4.3 低栄養の診断：GLIM 基準

低栄養の診断は、GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) 基準を用い、スクリーニングと診断的アセスメントの 2 段階で行う^{7,8)} (図 2)。

スクリーニングでは MNA[®]-SF (Mini Nutritional Assessment Short-Form)⁹⁾や MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)¹⁰⁾などの“検証済みのツール”を使用する。

スクリーニングで“低栄養リスクあり”と判断された場合、診断的アセスメントへ進む。「表現型 (phenotypic criteria)」の 3 項目および「病因 (etiologic criteria)」の 2 項目を評価し、表現型 3 項目のうち 1 項目以上、および病因 2 項目のうち 1 項目以上該当した場合に、低栄養と診断する。なお、「表現型」のうち“筋肉量の減少”について、コンセンサスの得られた測定方法は未だ無いものの、GLIM 基準では二重エネルギー吸収法 (DXA)、生体インピーダンス法 (BIA)、CT、MRI などの体組成測定法による筋肉量測定を推奨しており、これらが使用できない場合は下腿周囲長で代用可能としている。筋肉量のカットオフ値は、我が国では AWGS 2019 (Asian Working Group on Sarcopenia) 基準¹¹⁾を用いる。

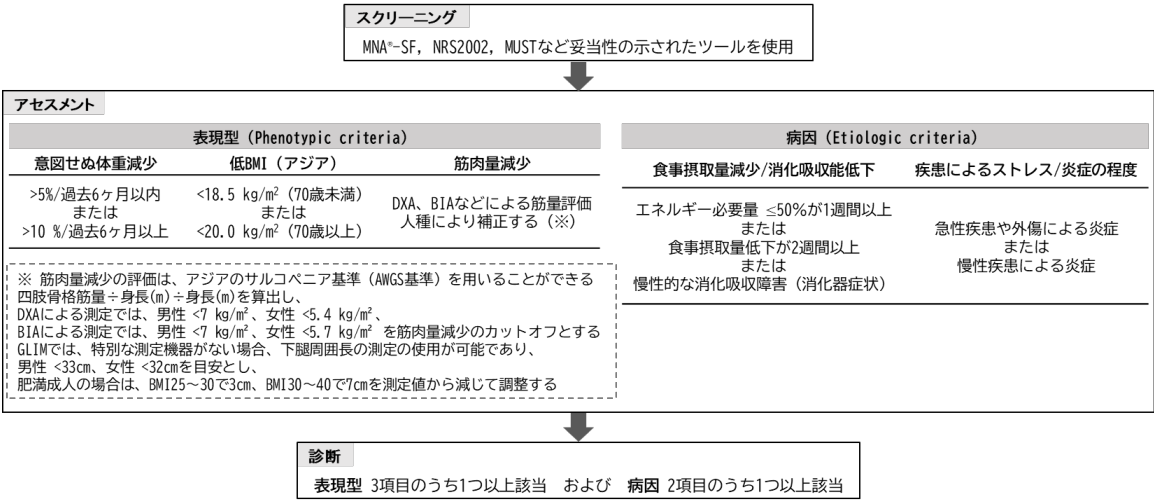


図 2. GLIM 基準による低栄養の診断基準

3.4.4 主観的包括的栄養評価 (SGA)

主観的包括的栄養評価 (Subjective Global Assessment : SGA) は 1980 年代に開発された主観的指標を用いたツールで、体重変化、食事摂取量の変化、消化器症状、機能制限、栄養必要量を変化させる疾患の有無、身体的所見を評価し、栄養状態良好・中等度低栄養・重度低栄養の 3 段階に分類する¹²⁾。多くの医療機関で入院時評価に用いられており、SGA を用いてスクリーニング (リスクのある者のふるい分け) とアセスメント (栄養状態の詳細な評価)

の2つを同時に行っている。GLIM 基準による低栄養診断手順が推奨されていることは強調しておきたいが、入院時に評価された SGA の結果がある場合は、これも参考にできる。

3.4.5 低栄養の原因となりうる薬物

食欲不振、嘔気・嘔吐、摂食嚥下障害、便秘、下痢などの症状によって、栄養摂取、消化・吸収、排泄が阻害されると低栄養をきたしやすい。そのため、これらの副作用を生じる薬物を使用している場合は注意が必要である。これらの薬物については、「厚生労働科学研究費補助金 長寿科学政策研究事業 薬学的視点を踏まえた自立支援・重度化防止推進のための研究班作成 在宅医療で遭遇しやすい薬剤起因性老年症候群の原因薬の一覧」¹³⁾が参考になる。

また、薬物に起因する口腔内症状も食欲低下や摂食嚥下障害による食事摂取量減少につながり、低栄養の要因となり得る。抗菌薬、解熱消炎鎮痛薬、抗てんかん薬、抗がん剤、葉酸代謝拮抗薬（メトトレキサート等）などは薬物性口内炎の原因となる。口腔機能が低下すると、薬物の口腔内残留（とくに舌下、口腔前庭、義歯床下）が生じやすく、潰瘍が形成されることがある。免疫力が低下した高齢者では、抗菌薬、抗がん剤長期投与、吸入ステロイド薬使用により、口腔カンジダ症を発症しやすくなる¹⁴⁾。

前述した、低栄養の診断基準には該当せずとも、食事摂取量減少や体重の減少傾向を認める場合、放置してしまうと低栄養に移行する可能性が高いため、薬物の投与内容の確認と見直し、経腸栄養剤を用いた経口的栄養補助（Oral Nutrition Supplements: ONS）による低栄養対策を検討する。

3.4.6 摂食嚥下機能と服薬

摂食嚥下機能低下は、簡易嚥下状態評価票（Eating Assessment Tool: EAT-10）にて短時間でスクリーニングできる。嚥下の問題による体重減少・食欲不振、液体・固形物・錠剤の嚥下状態、嚥下に対する苦痛、食べる喜びへの影響、嚥下時の喉の違和感、摂食時の咳、嚥下時のストレスといった10項目の質問で構成され、嚥下障害の疑いの有無を判定する¹⁵⁾。服薬困難な際の薬の服薬方法は倉田なおみ編著「介護施設・在宅医療のための食事状況から導く、薬の飲み方ガイド」の「摂食嚥下機能低下時の服用に関するアルゴリズム」に示されている¹⁶⁾。

文献

- 1) Morley JE. Anorexia of ageing: a key component in the pathogenesis of both sarcopenia and cachexia. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*. 8(4):523-526, 2017
- 2) Agarwal E et.al. Malnutrition in the elderly: a narrative review. *Maturitas*. 76(4):296-302, 2013
- 3) Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical nutrition*. 38(1):10-47, 2019
- 4) Morley JE, Silver AJ. Anorexia in the elderly. *Neurobiology of aging*. 9(1):9-16, 1988
- 5) Merchant RA, Woo J, Morley JE. Editorial: Anorexia of Ageing: Pathway to Frailty and

- Sarcopenia. J Nutr Health Aging. 26(1):3-5,2022
- 6) Ottery FD. Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. Nutrition. 12(1 Suppl):S15-9,1996
 - 7) Cederholm T, Jensen GL, Correia M, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clinical nutrition. 38(1):1-9,2019
 - 8) Barazzoni R, Jensen GL, Correia M, et al. Guidance for assessment of the muscle mass phenotypic criterion for the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) diagnosis of malnutrition. Clin Nutr. 41(6):1425-1433,2022
 - 9) Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging. 13(9):782-788,2009
 - 10) MAG. The "MUST" explanatory booklet.
http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_explan.pdf
 - 11) Chen LK, Woo J, Assantachai P, et al. Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. J Am Med Dir Assoc. 21(3):300-307,2020
 - 12) Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? JPEN J Parenter Enteral Nutr. 11(1):8-13,1987
 - 13) 厚生労働科学研究費補助金 長寿科学政策研究事業 薬学的視点を踏まえた自立支援・重度化防止推進のための研究班、在宅医療で遭遇しやすい薬剤起因性老年症候群の原因薬の一覧、2024
 - 14) 薬学的視点を踏まえた自立支援・重度化防止推進のための研究(22GA1005)研究班 多職種連携推進のための在宅患者訪問薬剤管理指導ガイド、2024
 - 15) Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Ann Otol Rhinol Laryngol. 117(12):919-924,2008
 - 16) 倉田なおみ、介護施設・在宅医療のための「食事状況から導く、薬の飲み方ガイド」、社会保険研究所、2023

3.5) 社会的要素



Key Points

- ・社会的要素（家族支援、経済状況、地域資源）が高齢者の生活の質（QOL）と服薬管理に影響を与える。
- ・退院後の生活環境は、高齢者の服薬管理に直接影響を与える重要な社会的要素である。
- ・転倒リスクや介護者負担を減らすための環境改善と多職種連携が不可欠である。

3.5.1 高齢者における社会的要素と服薬管理への影響

高齢者の健康と生活の質（Quality Of Life：QOL）には、社会的要素が大きな影響を与える。社会的背景の評価は健康と QOL の維持に欠かせない要素であり、適切な把握と支援が求められる。また、その内容は多岐にわたるため簡便に評価する指標が乏しく、社会的ネットワークの規模や質を評価するためのツールとして Lubben Social Network Scale（LSNS）がある。このスケールは高齢者の社会的孤立を評価するために開発されたもので、家族や友人との交流頻度や支援関係を測定し、孤立リスクの高い個人を特定する助けとなる。社会的要素の評価に関する具体的な項目を表 1 に示す。家族関係、介護者の支援、自宅環境、要介護認定の有無、地域医療や福祉資源の活用状況、さらに財産や経済状況といった要因を包括的に評価することが必要である。特にこれらの要素が整っていない場合、精神的・身体的健康が悪化し、服薬の継続や治療の一貫性にも支障が生じるリスクが高い。

表 1 社会的要素の項目とその評価内容

項目	評価内容
家族関係	家族構造、家族との関係性、家族からのサポートの有無や質
介護者	介護者の存在、介護者の負担度、介護者の健康状態など
自宅環境	居住環境、安全性、バリアフリーの有無、住環境の快適性など
要介護認定	自立（非該当）、要支援 1～2、要介護 1～5 の 8 区分 日常生活の自立度と介護が必要な程度
地域医療福祉資源	利用可能な地域の医療・福祉サービス 地域コミュニティのサポート体系など
財産	経済状況、財産、年金、その他の収入源に関する情報
経済状況	本人およびその家族の経済的な状況や、 介護に関する費用の支払い能力

高齢者総合機能評価（CGA）に基づく診療・ケアガイドライン 2024¹⁾より引用

また、SDH (Social Determinants of Health: 健康の社会的決定要因) という概念がある。SDH とは、病気の背景には生物学的な要因だけでなく、教育、就業、生活環境、社会環境などの社会的要因が存在することを示す言葉である。この視点は、高齢者の健康課題を包括的に理解するうえで重要であり、社会的背景が服薬管理や治療継続に与える影響を評価する際に欠かせない枠組みである。

3.5.2 退院後の生活環境と服薬管理

退院後の生活環境は、高齢者の服薬管理に直接影響を与える重要な社会的要素である。自宅での生活形態（独居、夫婦二人暮らし、複数世代同居）によって服薬支援策を柔軟に設計する必要がある。特に独居や夫婦のみで暮らす場合、服薬忘れのリスクが高まる。複数世代との同居がある場合でも、家族間の連携が不十分だと逆に服薬ミスが生じる可能性があるため、注意が必要である。

施設入所の場合は、看護師や介護スタッフが服薬管理を行うが、医師の指示が複雑な場合には対応が難しくなることもある。そのため、処方方を簡素化することで対応しやすくすることが求められる²⁾。医療機関では、患者の症状管理に重点が置かれるため、薬物の調整が比較的容易である一方、退院後のフォローが途絶えると服薬アドヒアランスが低下するリスクがある。薬剤師は、これらの生活環境を評価し、患者ごとの生活スタイルに合った服薬支援策を提案することが重要である。

3.5.3 介護度と転倒リスクへの対応

要支援・要介護の認定は、服薬管理にも大きな影響を与える。自立度が高い場合は自己管理が求められるため、服薬忘れが発生するリスクがある。一方、要介護度が高い場合には、介護者が服薬をサポートするが、介護者への負担が増えることで支援が不十分になる可能性もある。こうした場合、薬剤師は簡便な剤形や服薬スケジュールの見直しを提案し、管理を効率化する工夫を行う。

また、自宅での転倒リスクも服薬管理に影響を与える。転倒による骨折や入院が、服薬中断や健康状態の悪化を招く恐れがあるため、転倒防止のための住環境整備が不可欠である。特に、薬物の副作用でふらつきや立ちくらみが生じる場合、バリアフリー化や手すりの設置などの環境改善が必要である。薬剤師は、患者宅の訪問や家族との連携を通じて、住環境を総合的に評価し、具体的な対応策を提案する役割を果たすことが求められる。

文献

- 1) 長寿医療研究開発費「高齢者総合機能評価 (CGA) ガイドラインの作成研究」研究班編、高齢者総合機能評価 (CGA) に基づく診療・ケアガイドライン 2024、南山堂、2024
- 2) 高齢者施設の服薬簡素化提言ワーキンググループ、高齢者施設の服薬簡素化提言、日本老年薬学会雑誌、7(S2):1-14、2024

**Key Points**

- ・ 認知機能や身体機能、社会的背景を含めた多岐にわたる情報（3. 高齢者総合機能評価の項目参照）を収集し、患者の服薬管理能力を評価する。
- ・ 患者状態や療養環境の変化に合わせた服薬管理を再考する。
- ・ 療養環境移行時には情報を適切に引継ぎ、服薬管理に対する介入を継続的に行う。

4.1 入院前の服薬管理評価

入院時には、初回面談および持参薬鑑別を通じて服薬管理評価を行う。この時、常用薬を全て持参しているとは限らず、単に持ち込まれた薬物を確認するだけでは常用薬の把握が不十分な場合もあり、注意を要する。また、服薬管理は認知機能や難聴、視力低下、手指機能の低下などの身体機能とも関連しており、服薬に与える影響を確認しておく必要がある。さらに、服薬管理は患者と家族または介護者の生活に組み込まれた習慣であり、暮らしの評価と結びつけることも重要である。療養環境とともに管理者は誰で、どのように管理しているのか、どのような介助が必要なのか、そして、患者や介護家族が抱える問題点を確認する。訪問看護やデイサービスなどを利用して服薬管理を行っていることもあり、利用中の介護サービスも確認できると尚良い。よって、患者や介護家族へのヒアリングはもとより、診療情報提供書や看護サマリーなども含め、複数の情報源を確認する必要がある。

このように、単に常用薬とその残薬、管理方法などを確認するだけではなく、療養環境や介護サービスの利用状況などの社会的背景を含めた多岐にわたる情報を収集し、評価することが重要となる。

4.2 退院後の療養環境を見据えた服薬管理評価

入院時に収集した情報とその評価をもとに、退院後の生活を見据えた服薬管理を考える必要がある。しかし、高齢者は脳血管障害などの疾患や入院というイベントそのものによって身体機能が変化することも多く、退院後の療養生活はその変化に合わせたものを検討する必要がある。よって、個々の生活スタイルに深くかかわる服薬管理についても、退院後の療養場所や利用する介護サービス、服薬支援を行う介護者とその生活、服薬時に必要な介助や工夫、その他注意事項などを考慮し、再考することが重要となる。

4.3 薬物療法情報提供書作成のポイント

療養環境移行時には服薬管理に関する情報についても情報提供が必要があるが、高度急性期・急性期病院と回復期・慢性期病院では、実行可能な服薬管理への介入は異なる。

★高度急性期・急性期病院

一般的に在院日数が短く、服薬管理を再考することまでは困難であり、入院前の服薬管理の評価に留まる場合も多いと考えられる。このような場合でも、入院時に得た情報とそれに基づく評価を行い、介入を要する問題点、退院時点での患者状態と服薬時の注意事項などを回復期・慢性期病院に情報提供する。

★回復期・慢性期病院

退院後の療養生活を見据えた服薬管理の再考を行い、服薬管理上の注意点や引き続き介入を要する問題点などを、地域生活を支える保険薬局などの医療機関へ情報提供する。

このように、高度急性期・急性期→回復期・慢性期→地域生活と上流から下流へ情報を適切に引き継ぎ、服薬管理に対する継続的な介入が望まれる。

4.4 情報提供の主な内容

管理者	退院後の療養場所と服薬管理者（訪問看護やデイサービスなどの介護サービスによる管理も含む）
調剤・管理方法	管理能力の評価、退院後に予定または推奨される調剤・管理方法
服薬拒否	服薬拒否の有無とその状況、対応方法など
服薬管理の問題点	認知機能・聴力・視力・手指機能・嚥下機能などの機能低下によって生じる服薬管理上の問題点
服薬介助	服薬に介助を要する薬物の有無と介助内容、服薬時の工夫（ゼリーやとろみの使用、粉砕、簡易懸濁など）
その他	上記項目に関する詳細な内容など

文献

- 1) 厚生労働省：高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）（平成 30 年 5 月 29 日付け医政安発 0529 第 1 号・薬生安発 0529 第 1 号）
- 2) 厚生労働省：高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））（令和元年 6 月 14 日付け医政安発 0614 第 1 号・薬生安発 0614 第 1 号）

5 処方変更の要点



Key Points

- ・患者背景を十分に理解し、患者や家族とコミュニケーションの上での薬剤調整
- ・多職種が連携し、患者を中心に据えた包括的かつ個別化された医療の実現
- ・処方変更後の安全性・有効性を確保する綿密な経過観察

高齢者薬物療法の適正化の本質は、患者個々の健康状態や生活背景に合わせた薬剤選択を行い、薬効とリスクのバランスを最適化して生活の質を向上させることである。したがって、以下の要点を踏まえた処方変更を検討することが推奨される。

●薬剤リストの作成と評価

すべての薬物、OTC 医薬品、サプリメントをリスト化し、薬物名、用法用量、服用開始日、処方期間、受診医療機関、副作用の有無などを記載する。特に慎重な投与を要する薬物（Potentially Inappropriate Medications：PIMs）や日本版抗コリン薬リスクスケール対象薬物、開始を考慮すべき薬物（Potential Prescribing Omissions：PPOs）についても十分に確認し、対応する。

●服薬アドヒアランスに関連する事項の確認

かかりつけ薬局やお薬手帳の利用状況を確認し、服薬アドヒアランスや服薬管理能力（自己管理、家族管理、他者管理など）についても確認する。

●老年症候群など薬物以外の情報の検討

認知機能、日常生活活動（Activities of Daily Living：ADL）、栄養状態、生活環境、介護状況、排尿機能、情緒、患者・家族の希望、などを確認するために、高齢者総合機能評価を活用し、多面的な要素の情報収集・検討を行う。

●重複処方・不要な薬物の削減

処方の簡素化を図るため、重複処方や不要な薬物を中止することが最も基本的な方法である。長期間使用されている薬物の中には、現在の適応に合致しないものや、生理機能の低下により副作用のリスクが高まるものが含まれている場合があり、これらを見直すことでリスクを低減し、適切な薬物療法の維持につなげる。

●服薬回数の最適化の提案

高齢者にとって、1日に何度も薬を服用することは大きな負担である。特に認知機能が低下している高齢者では、服薬回数の多さが服薬ミスの原因となる可能性が高い。さらに、医療機関の限られた人的資源で服薬管理を行うためには、可能な限り服薬回数を2回程度に抑えることが重要である。

●患者との懇切丁寧なコミュニケーションを基礎にした処方提案

高齢者薬物療法においては、患者の生活の質（QOL）を最優先に考える必要がある。処方薬の調整や変更の理由を患者および家族が理解し、納得することが重要である。また、薬剤調整に伴う不安や懸念にも耳を傾け、安心感を提供することが求められる。適切なコミュニケーションを通じて、患者と家族が安心して治療に取り組めるよう支援し、薬剤調整がQOL向上に寄与することを明確に伝えることが医療従事者の重要な役割である。

●多職種カンファレンスの活用

病棟内で行われる医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、リハビリテーション専門職などが集まる定期的なカンファレンスを通じて、患者の状況や治療計画について情報共有し、今後の治療計画について協議する。

●処方変更後の経過観察

処方変更後は、患者の健康状態や薬物療法の効果、副作用を定期的にモニタリングする。予期しない副作用や期待された効果が得られない場合には、速やかに対応することが求められる。入院期間が短い場合には、他医療機関へ経過観察を依頼するなど、患者の安全に十分配慮する必要がある。

高齢者薬物療法では、薬剤調整が必要となる局面が多いが、一部の薬物については、当該疾患の治療を担当する主治医に判断を委ねることが適切であり、主治医に必要な情報を提供し、慎重に検討を依頼することが重要である。ポリファーマシー対策は個別性が高いため、治療の目標を明確にすることが求められ、主治医や医療従事者が考える現時点での最適な治療法と、患者および家族が重視する目標との間で認識を共有する必要がある。特に、中止や変更の判断が難しい症例では、患者や家族の意向を十分に汲み取りつつ、主治医の判断を尊重して薬剤調整を進めることが重要である。

上記内容を踏まえ、次に具体的な症例を通じて、処方変更のプロセスと考慮する点について提示する。

症例 1

【患者基本情報】

既往歴：大腿部頸部骨折、不眠症、高血圧、高脂血症、便秘症
 81 歳 女性 体重 45kg 162mmHg/91mmHg eGFR:60mL/min/1.73m²

【入院前】

1. アムロジピン錠 5mg 1錠 分1 朝食後
2. エナラプリル錠 5mg 1錠 分1 朝食後
3. ロスバスタチンカルシウム錠 2.5mg 1錠 分1 夕食後
4. セレコキシブ錠 100mg 2錠 分2 朝夕食後
5. レバミピド錠 100mg 2錠 分2 朝夕食後
6. ブロチゾラム錠 0.25mg 1錠 分1 寝る前
7. アレンドロン酸ナトリウム錠 35mg 1錠 分1 週1起床時

【退院時】

1. エナラプリル錠 5mg 1錠 分1 朝食後
2. ロスバスタチンカルシウム錠 2.5mg 1錠 分1
3. アレンドロン酸ナトリウム錠 35mg 1錠 分1 週1起床時

<処方薬剤変更の要点>

(中止提案)

セレコキシブ錠：半年前的大腿骨頸部骨折手術後から開始。

疼痛の訴えがなく、血圧やや高め。中止後、142mmHg/75mmHg まで低下。

レバミピド錠：セレコキシブ錠中止に伴い、同時に中止。

アムロジピン錠：便秘の訴えあり。血圧は安定しているので中止。

(用法変更)

ロスバスタチンカルシウム錠：服用時間の統一を目的とした調整。

(処方変更提案)

ブロチゾラム錠→レンボレキサント錠：朝のふらつきあり。患者・主治医と相談し変更。

5mg では朝方の怠さがあったため、2.5mg に減量。

<フォローアップが必要な点>

- ・疼痛管理：セレコキシブ錠中止における疼痛状況。
- ・便秘の有無：アムロジピン錠中止後の排便状況の改善。
- ・血圧の変動：セレコキシブ錠、アムロジピン錠中止後の経過観察。
- ・高脂血症：ロスバスタチン錠の用法変更後、検査値の推移
- ・睡眠状態：ブロチゾラム錠中止による有害事象、レンボレキサント錠減量後における朝の倦怠感や睡眠の質の確認。

症例 2

【患者基本情報】

既往歴：アルツハイマー型認知症、過活動膀胱、高血圧、心房細動
82 歳 女性 体重 55kg 151mmHg/82mmHg

【入院前】

1. アムロジピン錠 2.5mg 1 錠 分 1 朝食後
2. ドネペジル口腔内崩壊錠 5mg 1 錠 分 1 朝食後
3. ソリフェナシン錠 5mg 1 錠 分 1 夕食後
4. アピキサバン錠 2.5mg 2 錠 分 2 朝夕食後
5. エソメプラゾールカプセル 10mg 1C 分 1 朝食後
6. モビコール配合内用剤 LD 2 包 分 1 夕食後

【退院時】

1. アムロジピン錠 2.5mg 1 錠 分 1 朝食後
2. アピキサバン錠 2.5mg 2 錠 分 2 朝夕食後
3. エソメプラゾールカプセル 10mg 1C 分 1 朝食後
4. モビコール配合内用剤 LD

<処方薬剤変更の要点>

(中止提案)

ソリフェナシン錠：過活動膀胱の症状改善を目的に処方。

排尿症状は改善したが、副作用として口渇や便秘が出現。

メマンチン錠開始後に頻尿症状が改善されたため、ソリフェナシン錠を徐々に中止。

(処方変更提案)

ドネペジル錠→メマンチン口腔内崩壊錠：頻尿や夜間失禁の増加が見られ、中止を検討。

中等度アルツハイマー型認知症であり、ご家族の強い希望があったため中止せず、メマンチン錠への変更を実施。

<フォローアップが必要な点>

- ・ 認知機能：ドネペジル錠→メマンチン口腔内崩壊錠開始後の有効性・安全性の確認。
- ・ 排尿症状：ドネペジル錠、ソリフェナシン錠中止後の頻尿および夜間失禁の経過。
- ・ 便の性状：ソリフェナシン錠中止による便秘改善の確認。

文献

- 1) Thompson W, McDonald EG. Polypharmacy and Deprescribing in Older Adults. *Annu Rev Med.* 75:113-127, 2024
- 2) Hung A, Kim YH, Pavon JM. Deprescribing in older adults with polypharmacy. *BMJ.* 385:e074892, 2024
- 3) 病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方 chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgltclfindmkaj/https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/000762804.pdf
- 4) Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med.* 175(5):827-834, 2015
- 5) 厚生労働省：高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）（平成 30 年 5 月 29 日付け医政安発 0529 第 1 号・薬生安発 0529 第 1 号）
- 6) By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 71(7):2052-2081, 2023
- 7) O'Mahony D, Cherubini A, et. al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3 *Eur Geriatr Med.* 14(4):625-632, 2023
- 8) 日本老年医学会、高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015. メジカルビュー社、2015
- 9) Galvin R, Moriarty F, et. al. Prevalence of potentially inappropriate prescribing and prescribing omissions in older Irish adults: findings from The Irish Longitudinal Study on Ageing study (TILDA). *Eur J Clin Pharmacol.* 70(5):599-606, 2014
- 10) 木村琢磨、1. 老年症候群と高齢者総合機能評価、日内会誌、107:2420-2429、2018
- 11) Inouye SK, Studenski S, et. al. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc.* 55(5):780-791, 2007
- 12) 高齢者施設の服薬簡素化提言ワーキンググループ、高齢者施設の服薬簡素化提言、日本老年薬学会雑誌、7(S2):1-14、2024

6 処方変更に対する中止・再開等の情報提供

Key Points

- ・中止薬物の情報提供は「処方の先祖返り」の防止につながり、ポリファーマシー対策に有効である。
- ・再開薬物についての情報提供は「処方もれ」の防止につながり、患者安全に有効である。
- ・入院中に開始し退院後に中止の検討が望ましい薬物は、経緯と具体的な中止時期を薬物療法情報提供書に記載する。
- ・入院中に中止した薬物は、その経緯を薬物療法情報提供書に記載する。
- ・入院中に中止したが退院後再開の検討が必要な薬物は、経緯と具体的な再開時期を薬物療法情報提供書に記載する。

患者が入院して治療が始まると、開始・中止される薬剤、入院後中止されたが退院後に再開する必要のある薬剤、入院中に開始されたが退院後は不要となる薬剤がでてくる。治療の過程で転院・退院といった療養環境が変化すると、患者の薬物療法を担う医療機関も急性期病院から回復期病院、慢性期病院、在宅医療を提供する医療機関へと変化する。その際に、薬剤の中止・再開等に関する情報を十分に伝えることができれば、中止したはずの薬剤が再開されてしまうといった「処方の先祖返り」が発生する。入院中にポリファーマシーへの対策として中止した薬剤であれば再度ポリファーマシー状態となる。さらに副作用の原因薬剤として中止した薬剤であれば、原因薬剤の再開に伴う健康被害のリスクも高まる。一方、再開すべき薬剤が再開できておらず、症状悪化等につながることもある。したがって、療養環境が変わる際に、病院薬剤師はその先の医療を担う医療機関の病院薬剤師や薬局薬剤師に対して、薬剤の中止・再開等に関する情報提供を行うことは非常に重要である。ここでは主にポリファーマシー対策の視点から 3 つのケースについて情報提供のポイントについて解説する。

6.1 入院中に開始し退院後には中止を考慮する必要がある薬剤

入院による環境は生活リズムや食習慣の変化に起因する不眠・便秘等の症状を訴える患者が多い。特に睡眠導入薬（ベンゾジアゼピン系など）が処方され、退院後も漫然と処方されるケースがある。ベンゾジアゼピン系の睡眠導入薬については、本来は内服していなかったケースもあり、漫然と継続内服するのではなく、可能であれば中止、難しいようであればレンボレキサント等への変更を考量する必要がある。中止・変更にはフォローアップが必要不可欠であり、退院時に病院薬剤師が退院後のフォローアップを行う医療機関の病院薬剤師や薬局薬剤師に対して、当該薬剤について、開始となった理由と今後の中止・変更についての情報提供をあらかじめ行っておくことにより、不要な睡眠導入剤の漫然投与を防ぐことにつながる。

薬物療法情報提供書には、入院中に開始した経緯と退院後に中止が望ましい理由、具体的な中止時期を記載する。

・ゾルピデム口腔内崩壊錠 5mg :

入院後の入眠困難に対して服用開始となり連日服用。退院時には頓服。退院後、睡眠状況によっては中止について検討をお願いします。

・チアプリド錠 25 mg :

入院中、不穏・夜間せん妄にて内服開始。退院後、傾眠になるようであれば中止について検討をお願いします。

記載例 1

入院中に開始される薬剤には、手術後の疼痛に対して用いられるアセトアミノフェンやNSAIDs等の鎮痛薬がある。さらに、NSAIDs内服に伴う消化器症状等の有害事象を予防するためにPPIやボノプラザン錠が併用されていることがある。鎮痛薬については疼痛の状況に関わらず、漫然と継続されることがある。さらに鎮痛剤の有害事象対策の薬剤は鎮痛剤が中止された後も漫然と継続されることもある。当該薬剤の開始理由と今後の中止に関する情報提供を行うことが、漫然投与の防止に重要である。

・ロキソプロフェンナトリウム錠 60mg、エソメプラゾールカプセル 20mg :

術後疼痛に対してロキソプロフェン開始、
エソメプラゾールはNSAIDsの有害事象予防のため開始。
疼痛の経過に合せて中止について検討をお願いします。

記載例 2

6.2 入院中に中止し退院後も中止を考慮する必要がある薬剤

入院中に中止される薬剤の中には、ポリファーマシー防止の観点から中止されることが多い。この薬剤については退院後も中止が望ましい。しかしながら、退院後の医療機関での処方の際に「処方の先祖がえり」を起こしているケースがある。退院時に病院薬剤師が退院後のフォローアップを行う医療機関の病院薬剤師や薬局薬剤師に対して、中止となった薬剤について、中止理由や経緯を踏まえた情報提供をあらかじめ行っておくことにより、仮に処方内容が先祖返りしていたとしても、処方を受けた病院薬剤師や薬局薬剤師が疑義照会をかけることができる。

薬物療法情報提供書には、中止となった経緯を具体的に記載する。

・ファモチジン錠 10mg :

89 歳と高齢で PIMs として検出し認知機能低下を考慮して中止。
(ランソプラゾール錠 15mg を代替え薬として内服)

・メロキシカム錠 5mg :

長期内服中であったが退院時カンファレンスにて疼痛訴え無いため中止。

・アセトアミノフェン錠 200mg : 入院中に疼痛状況に合わせて減量ののち中止。

・テプレノンカプセル 50mg :

ランソプラゾール口腔内崩壊錠 15mg と重複内服のため中止。

・アデノシン三リン酸ナトリウム顆粒 10%、ベタヒスチン錠 6mg :

めまいの訴えなく両剤中止。

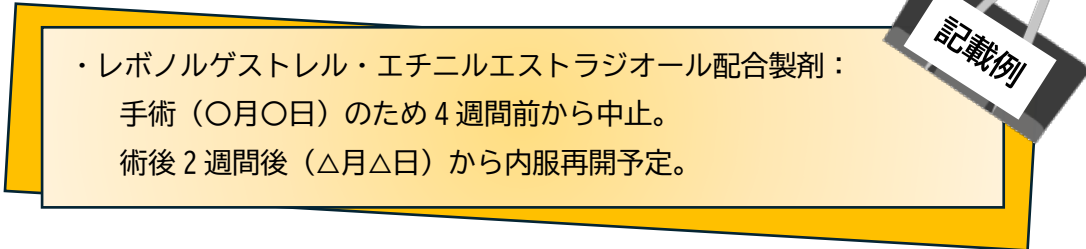
・オルメサルタン口腔内崩壊錠 20mg :

急性期病院で中止。

6.3 入院中に中止したが退院後再開が必要な薬剤

入院中に中止される薬剤の中には、手術・処置・検査が理由で中止されることがある。この薬剤については、一定期間の休薬後に再開が必要となる。抗血小板薬など術後の再開までの日数が短い薬剤であれば、入院中に再開することができるが、閉経後骨粗鬆症等に用いられる卵胞・黄体ホルモン配合剤では、術前4週間、術後2週間の休薬が必要であるため、当該薬剤を再開する前に退院・転院するようなケースもあるため、退院時に病院薬剤師が退院後のフォローアップを行う医療機関の病院薬剤師や薬局薬剤師に対して情報提供を行う必要がある。

薬物療法情報提供書には、入院中に中止した経緯と具体的な再開時期を記載する。



・レボノルゲストレル・エチニルエストラジオール配合剤：
手術（○月○日）のため4週間前から中止。
術後2週間後（△月△日）から内服再開予定。

文献

- 1) ポリファーマシー対策の進め方（Ver 2.1）：日本病院薬剤師会 令和6年4月15日
<https://www.jshp.or.jp/activity/guideline/20240415-1.html>
- 2) 回復期の病棟に求められる病院薬剤師の業務事例集：日本病院薬剤師会 平成31年1月17日
<https://www.jshp.or.jp/activity/guideline/20190117-1.html>
- 3) 多剤投薬の患者に対する病院薬剤師の対応事例集：日本病院薬剤師会 平成30年2月26日
<https://www.jshp.or.jp/activity/guideline/20180226-1.html>
- 4) 回復期の病棟に求められる病院薬剤師の業務事例集 ver2：日本病院薬剤師会 令和3年12月23日
<https://www.jshp.or.jp/activity/guideline/20211223-2.html>

7 経過観察に関する事項



Key Points

- ・嚥下機能低下や自己管理困難に配慮し、適切な剤型や服薬支援について情報提供を行う。
- ・処方変更の背景や観察ポイントを明確にし、安全な治療継続を実現できるよう情報提供を心がける。
- ・退院後のフォローアップ強化を念頭に、薬物変更後の患者状態の確認へとつなげる。

7.1 服薬能力と剤型選択の注意点

急性期疾患などの影響で、患者の服薬能力や薬剤管理能力が変化することがある。例えば脳血管疾患などでは嚥下能力が入院前に比べて著しく低下していることがある。このことを把握しないまま療養環境移行先にて不適切な剤型で投与すると、誤嚥性肺炎などのリスクが高まる。適切な剤型の選択には、患者の現在の能力に応じた判断が不可欠となり、情報提供が重要となる。また、疾患等の影響で今までは自己管理可能であった患者も、今後は自己管理が難しくなる場合がある。入院中は、食事・活動・服薬管理について医療従事者の管理下に置かれるが、退院後はそれらの管理を患者自身や家族で行わなければならない。そのため、患者の服薬管理能力や家族の支援状況を考慮し、入院中から退院後の生活環境における服薬管理状況を見据えて、1日の服用回数や服用薬剤数を見直す必要がある。特に在宅へ移行する際、その服薬管理についても考慮した情報提供や多職種連携が必要となる。

記載例

入院前	ニフェジピン L錠 10mg	2錠分 2朝、夕食後
	アピキサバン錠 2.5mg	2錠分 2朝、夕食後
	ファモチジン錠 20mg	2錠分 2朝、夕食後
退院時	アムロジピン口腔内崩壊錠 5mg	1錠分 1夕食後
	エドキサバン口腔内崩壊錠 30mg	1錠分 1夕食後
	ランソプラゾール口腔内崩壊錠 15mg	1錠分 1夕食後

脳梗塞再発にて入院。嚥下機能低下のため口腔内崩壊錠に変更し、経過良好。
片麻痺が強く残り、自己管理は困難。家族の協力はあるが負担軽減のため一回服用とする。退院後の服薬管理への継続的関与をお願いします。

前記のように、患者の病態とその変更理由などを添えて情報提供することで、療養環境移行後の服薬管理に関する注意点などを共有することができ、安全な薬物療法の継続が可能となる。

7.2 処方追加・変更での注意点

医療機能により薬物療法が追加または減量・中止されることは多々ある。薬剤師は常に処方の見直しを考慮すべきだが、その際に服薬開始の理由が不明だと、必要な薬が中止されてしまう可能性がある。一方、一定期間の服薬で服用を中止すべき薬剤など、その服用開始目的や開始時期などが不明だと、療養環境移行先では処方中止がされず、更なる移行を繰り返すことで漫然投与へと繋がってしまうことがある。例えば高齢者では睡眠薬が入院中に処方されることが多い。安易な睡眠薬の継続は、ふらつき・転倒、記憶障害、せん妄、便秘、排尿障害・尿失禁などの有害事象発生の可能性があり、療養環境移行の際にはその必要性を検討してもらう必要がある。

退院前日 シルニジピン錠 10mg 1錠分 1 朝食後 追加
オルメサルタン錠 20mg 1錠 中止

退院前日の血液検査にてカリウム値が少し高かったため、ARB を中止し CCB へ変更。ご本人の希望と当院の事情により退院。薬物変更後の血圧値などの経過観察、副作用発現の有無などご確認ください。

記載例

急性期病院を中心に在院日数が非常に短くなっており、自施設で薬物療養追加・変更後の患者状態の確認が十分にできないことが多くなっている。その場合、療養環境後の施設等にその後の状態を継続的に確認してもらう必要があるため、変更理由や時期、観察ポイントなどを情報提供することで、安全な薬物療法の継続が可能となる。

7.3 情報連携の重要性

施設間での情報共有が不十分の場合、入院中に見直された処方が療養環境移行後に元に戻るケースがある。転院・退院時には、病院薬剤師が薬物療法の変更理由や患者の状態、退院後の注意点を療養環境移行後の薬剤師に情報提供することが必要である。病院、薬局、介護老人保健施設など、各施設に所属する薬剤師同士の連携は、療養の場が変化する患者にとって、シームレスな医療提供体制を確保するために必要である。多職種が集まる退院時カンファレンスに参加できない場合でも、文書による情報共有が不可欠となる。また、退院後のフィードバックも、患者の薬物治療を支えるために重要である。患者が適切な薬物療法が継続できるよう、薬剤師が責任をもって情報連携を行っていただきたい。

8 療養環境移行時の注意点

療養環境の移行は、高度急性期から慢性期まで、それぞれの病棟で異なる課題に直面しており、適切な情報共有と連携が重要である。そのために薬物療法情報提供書の活用が欠かせない。しかし、各場面における問題点は状況によって異なるため、それぞれに応じた対応が求められる。特に、すべての情報が揃わないことも多いため、情報を正確かつ簡潔に引き継ぐことが大切である。

高度急性期病棟や急性期病棟では、入院期間が短く、患者の病態が急速に変化するため、迅速な対応が求められる。患者の既往歴や常用薬、急性期での薬剤変更の意図が特に重要であり、これらの情報が記録されない場合、次の療養環境で治療の一貫性が損なわれる可能性がある。例えば、手術後に一時的に中止した抗凝固薬などの再開時期について、明確な指示がないと、再開されないリスクが生じることもある。

一方、回復期や慢性期の病棟では、入院期間が長期化し、治療の安定化や患者の日常生活活動（ADL）の回復を支えるための薬物療法の調整が中心となる。また、処方変更や薬剤再評価の機会が増えるため、リハビリテーションの進行状況やポリファーマシー対策の進捗も含めた情報共有が欠かせない。例えば、リハビリに伴う転倒リスクを低減するため、睡眠薬や向精神薬の適正使用について記載することが有効である。

このように急性期では、時間的な制約から必要最小限の情報を迅速に記録・共有することが求められる。一方で、回復期や慢性期では、患者の回復や退院後の生活に向けた、より包括的で詳細な情報提供が重要である。この違いを意識し、それぞれの療養環境に応じた記録と情報共有を行うことが、移行の円滑化に繋がる。そのため、療養環境の特性を踏まえた薬物療法情報提供書の活用が必要であり、処方内容や有害事象に関する情報を簡潔かつ正確に記載し、多職種間で共有する仕組みを整備することが求められる。

8.1) 高度急性期病院・病棟



Key Points

- ・三次救急治療において、薬剤師は入院前の常用薬の情報収集、適切な薬物選定、投与量確認、急性中毒や感染症診療でのサポートを行い、医療チームで連携して患者の治療を支援する。
- ・高度急性期離脱後には、集中治療後症候群（post-intensive care syndrome：PICS）が発生する場合があります、身体、認知、および精神障害を考慮した服薬管理が必要となる。
- ・集中治療後症候群（post-intensive care syndrome：PICS）は患者だけでなく、家族にも影響する可能性があり、家族による服薬介助について一考が必要である。

8.1.1 三次救急治療と薬剤師の業務

三次救急においては、入院前使用薬が中止または追加で処方されることが多い。注射剤や外用剤で中止薬を代替している場合もある。患者と意思疎通が難しいことが多く、加えて病態の急激な変化に伴う使用薬の変遷が発生し、経過の随時整理・情報提供が、時に困難である。下記に三次救急治療における薬剤師の業務例を示す¹⁾。

①初期治療時

- ・情報収集：搬送された患者の常用薬や既往症の情報を本人、家族、処方元、または施設等から迅速に情報収集し、治療継続に必要な薬物や代替薬を医師に提案する。緊急手術が必要な場合、抗凝固剤や腎機能に影響する薬の使用状況を確認し、手術前に医師へ情報提供する。
- ・薬物の確認：限られた人員かつ口頭指示も多い初療時は、薬剤選択や投与量の誤りが発生しやすいため、薬剤師が適切な薬物と投与量の確認を行い、治療の適正化を支援する。
- ・蘇生支援：心停止治療では、アドレナリンやアミオダロンの適切な投与間隔を管理する。難治性の症例では必要な薬物の準備と投与速度の確認も行う。

②急性中毒治療

- ・中毒物質の特定：急性中毒患者の診療では、薬剤師が薬剤成分や有害反応を特定し、解毒法や投与速度などの情報を提供する。また、体内の中毒物質排泄に透析や血液吸着が有効かどうか判断する。
- ・情報検索：医薬品以外の生活用品や化学薬品などの中毒にも対応し、データベースを使って迅速に毒性や対処法を検索する。自然毒など医薬品と構造が類似するものに対しても推測をもとに対応を援助する。

③感染症治療

- ・治療薬選定：重症感染症患者に対し、服薬歴や病歴に応じて、適切な抗菌薬を選定する。過去の抗菌薬使用歴があれば、広域抗菌薬や多剤併用を提案し、ステロイド使用歴などに基き免疫機能の低下を推測して治療を適正化する。
- ・投与量提案：重症患者は病態により薬物動態が変動しやすいため、薬剤師は病態に応じた適切な投与量やタイミングを提案し、医師と協力して血中濃度をコントロールする。

④脳卒中治療

- ・脳梗塞治療：脳梗塞患者には tissue plasminogen activator が迅速に必要な場合があるため、薬剤師は在庫管理や投与手順の管理を徹底する。また、投与後の抗凝固剤の併用リスクや副作用の監視も行う。
- ・脳出血時の血圧管理：脳出血やくも膜下出血患者には適切な血圧管理が必要となる。日本脳卒中学会のガイドライン²⁾に基づき、適切な降圧薬の溶解や投与を支援し、抗痙攣薬使用時には投与経路や相互作用も確認する。

⑤外傷治療

- ・抗菌薬選定：外傷部位や感染リスクを考慮し、予防的な抗菌薬投与を行う。長期投与は耐性菌リスクがあるため、投与期間を慎重に判断する。
- ・破傷風予防：外傷による破傷風リスクがある場合は、患者の免疫状況を確認し、破傷風トキソイドや必要に応じ抗破傷風免疫グロブリンの投与提案を行う。

8.1.2 高度急性期病棟退所後のフォローアップと情報提供

急性期病棟では、重症患者の治療後に生じる後遺症として集中治療後筋力低下（intensive care unit-acquired weakness：ICU-AW）や集中治療後症候群（post-intensive care syndrome：PICS）が問題となる³⁾。集中治療後症候群は、集中治療後筋力低下の身体的障害に加え、精神的および認知的な後遺症を含む広範な障害の総称である。患者には集中力や記憶力の低下といった認知機能の障害が見られさらに抑うつ、不安、心的外傷後ストレス障害などの精神症状も発生する³⁾。現状、集中治療後症候群に対する効果的な予防・対策方法については未だ明らかとなっていない⁴⁾。従って「薬物療法情報提供書」を用い、集中治療後症候群に関連する症状を念頭においた情報提供が必要となる。

●集中治療後筋力低下（ICU-AW）：

筋力低下が認められる場合、自己注射製剤や吸入器使用時に介助が必要となる。食事内容の変化、誤嚥性肺炎対策が必要となる場合もあるため、併せて情報提供を行う。

●認知機能低下：

服薬コンプライアンスの低下に伴い、一包化の提案や服薬介助が必要となる。高齢者施設への移行が予想される場合、老年薬学会が提唱している服薬簡素化も検討する⁵⁾。

●精神障害：

抑うつ、不安、心的外傷後ストレス障害およびそれらに伴う睡眠障害による生活の質（Quality of life：QOL）の低下が憂慮される。さらに、集中治療後症候群による精神障害は患者本人のみならず、その家族にも発生する可能性がある（PICS-Family）⁶⁾。家族が介助者となる場合も多く、その精神的負担も考慮した服薬介助計画の提案が重要となる。

このように高度急性期離脱後に発生する集中治療後症候群は、その後の薬物療法に大きな影響を与えるため、適切な情報収集および提供を行い、患者およびその家族の生活の質の維持に努める必要がある。

文献

- 1) 救急・集中治療領域における薬剤師業務指針 <https://www.pharm-hyogo-p.jp/renewal/kyoutsumanual/km15.pdf> 2024年11月07日アクセス
- 2) 日本脳卒中学会．脳卒中治療ガイドライン 2021〔改定2023〕．2023. https://www.jsts.gr.jp/img/guideline2021_kaitei2023.pdf 2024年11月07日アクセス
- 3) 中村 謙介, 他 救急医療後症候群 PACS (Post-Acute Care Syndrome) の概念、日本在宅救急医学会誌、4：51-60、2020
- 4) 日本集中治療医学会、日本版敗血症診療ガイドライン 2020. <https://www.jsicm.org/pdf/jjsicm28Suppl.pdf> 2024年11月07日アクセス
- 5) 日本老年薬学会、高齢者施設の服薬簡素化提言、2024、<https://www.jsgp.or.jp/wp/wp-content/uploads/2024/05/jsgp-fukuyakukannsoka.pdf> 2024年11月07日アクセス
- 6) Dale MN, Judy D, Henry C, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. Crit Care Med. 40(2):502-509, 2012

8.2) 急性期病院・病棟



Key Points

- ・急性期では患者の病態に応じて薬物が追加・中止になるなど、頻繁に処方変更が行われるため、変更点を把握することが重要である。
- ・療養環境移行時には、急性期での薬物療法の変更点や薬物有害事象に関する情報などを整理して情報を引き継ぐことが重要である。
- ・薬物療法情報提供書を効率的に作成できるよう各薬剤師が日常業務の中で情報収集、準備を行うことが重要である。

8.2.1 急性期でのポリファーマシー対策

急性期の薬剤師は、薬物療法に関するさまざまな問題点に対して対応することが求められている。特に大学病院等の急性期では、ポリファーマシーの高齢患者の15.4%に有害事象が発生していたと報告されている¹⁾。そのため検査等が行いやすく、患者の状態を確認する医療従事者も充実している急性期では、薬物有害事象を発見する確率が高く、優先的に対応することが求められている。また、急性期におけるポリファーマシーに対する処方見直し内容としては、症状軽快に伴う薬物中止が最も多かったと報告されている²⁾。そのため、薬剤師は提供している薬物療法を評価し、処方見直しを行うことが大切である。

8.2.2 急性期における薬物療法情報提供書作成の流れ

急性期病院では入院の原因・契機となった疾患に対して集中的に治療が行われる。急性期病院における在院日数が短いいため薬物療法の調整やフォローアップを1つの病院で完結することは難しい。そのため、急性期退院後の担当者に情報を引き継ぐことが重要である。

薬物療法情報提供書に記載された高齢者総合機能評価、服薬管理等の項目は、患者の状態把握や処方見直しの際に役立つ情報のため初回面談時から情報収集を行う。急性期では病態の変化に合わせて薬物の追加、中止などの処方変更が頻繁に行われる。そのため、処方変更内容やその理由を日常業務中にまとめておくことで、薬物療法情報提供書の作成負担を軽減することができる。薬物療法情報提供書の作成時間に制限がある場合は、薬物有害事象に関わる問題点など患者への影響が大きく、優先順位の高い項目から記載することを考慮する。なお、急性期では急遽退院になることがあるため、医師や看護師、メディカルスタッフなどと退院の情報を共有することが大切である。

8.2.3 急性期から療養環境移行時に伝えるべきポイント

急性期では入院の原因・契機となった疾患に対して薬物が追加されたり、これまで内服していた薬物が中止されたりする。これらの処方変更の意図は、急性期退院後の担当者にとって薬物療法を評価する上で重要な情報である。さらに、高齢者において特に慎重な投与を要する薬物（Potentially Inappropriate Medications：PIMs）を患者の病態を考慮して継続している場合は、退院後の薬物療法を評価する薬剤師にとって重要な情報となるため、その処方意図を記載することが重要である。

①薬物有害事象に関する情報

薬物有害事象による処方見直しを行った際には、再び薬物有害事象を起こさないためにも処方見直しを行った薬物名やその理由などの情報を記載することが重要である。

②中止薬に関する情報

急性期では、患者の病態や内服困難な状況に応じて、入院前まで服用していた薬物が一部またはすべて中止となることが多い。薬物中止後の症状・状態悪化などのフォローアップを行うためにも、服用していた情報は重要であるため情報提供を行う。また、中止した薬物の中には長期予後を考慮すると再開が必要な薬物も含まれる。退院後に再開または検討が必要な場合には、その旨の情報提供を行うことが重要となる。

③追加した薬物・使用した薬物に関する情報

急性期で追加された薬物の処方意図や開始日、開始前後の関連する検査値は、退院後の担当者にとって薬物療法の有効性や薬物有害事象の評価を行う際に重要な情報であるため、薬物療法情報提供書に記載することが望ましい。また、頓服対応している薬物名や使用頻度が有用な情報になることがあるため記載することを検討する。

急性期では内服薬の他に注射剤を多く使用する。継続が必要な注射剤に関しては、薬物名、用法・用量、投与日を薬物療法情報提供書に記載することが望ましい。

④患者の身体機能や嚥下機能に応じた処方見直しに関する情報提供

急性期では、患者の疾患（脳卒中や大腿骨骨折等）によって身体機能や嚥下機能が大きく変化する。しかし、身体機能や嚥下機能の低下や回復状況に合わせた内服管理の工夫や適切な剤形の選択、退院後の生活環境に合わせた内服管理方法などの支援が十分行えないことも考えられる。そのため、急性期で行った支援内容や急性期退院後に必要となる支援内容を薬物療法情報提供書に記載し、担当者に引き継ぐことが重要である。

文献

- 1) Kojima T, Takeya Y, Arai H, Akishita M, et al. Risk factors for adverse drug reactions in older inpatients of geriatric wards at admission: Multicenter study. *Geriatr Gerontol Int*. 20(2) : 144-149, 2020
- 2) 瀧川美和、島崎良知、他 高齢者急性期病院におけるポリファーマシーカンファレンスに基づいた薬剤師による減薬提案の実態および効果に関する調査、日本老年薬学会雑誌、7：1-7、2024

8.3) 回復期病院・病棟



Key Points

- ・回復期病棟は急性期での治療を終えた患者が自宅や地域での生活への復帰を目指す病棟であり、一連の治療の経緯や流れを詳細に伝える必要がある。
- ・処方変更された薬物に関しては、処方意図が不明とならないよう変更理由などを共有することが重要である。
- ・回復期病棟入院中に評価した患者の生活機能や退院後の生活環境に関する情報を含めることが望ましい。

回復期病棟は主に急性期からの患者を受け入れ、集中的にリハビリテーションを行い、日常生活活動（Activities of Daily Living：ADL）を維持向上させ自宅復帰を目指す病棟である。回復期病棟退院時には自宅（療養）から急性期、急性期から回復期へケア移行していく期間の治療の経緯や流れを詳細に伝える必要がある。特に自宅（療養）から回復期までのケア移行期間は、入院の契機となった疾患によっては劇的に薬物療法が変化する時期でもあり、患者の薬物治療をシームレスに繋ぐためにも明確な情報連携が重要となる。さらに回復期病棟の入院期間は比較的長期であるため、薬剤調整が行われやすい環境である。急性期で導入された薬物治療の見直しや、ADL 上昇に伴う薬物の変更、また回復期病棟では単に早期に在宅復帰させるだけでなく、その後の生活を長く継続させることも目標にしているため、患者の退院先の環境に応じた薬物療法が考慮される¹⁾。このように複雑となりがちな処方変更は、薬物の変化を照らし合わせただけではその意図まで伝わりづらいため、変更理由などをしっかりと共有することが重要である。

8.3.1 ケア移行時に必要な処方意図の情報連携

回復期病棟退院時の薬剤関連の情報提供として、入院中に変更された処方に関する情報は、変更した理由や変更が行われた期間、処方の継続期間等を共有することが望ましい。回復期病棟は入院期間が長いため、症状が消失しているにもかかわらず、薬物が漫然と処方されているケースにも介入しやすい環境である。入院中に薬物有害事象や PIMs およびポリファーマシーに対する対応や評価を行い処方変更しても、退院後にその意図が十分に共有されなければ、かかりつけ医が不要な薬物の再開を行ってしまう可能性がある。それを防ぐためにも薬剤師同士が薬物療法に関する情報を共有し、処方鑑査ができる環境を整えておく必要がある¹⁾。

また、入院中に実施できなかった処方見直し案とその理由等も含めて記載することは、院外の医療・介護従事者にとって有益となる。①処方見直し案の詳細、②見直しが実施できな

かった理由、③今後の推奨事項などを共有することで、患者に適切な薬物治療が一貫して行われ、治療の質が向上する。

8.3.2 退院後の生活に向けた薬物治療に必要な情報共有

退院時に共有する情報の中には、回復期病棟入院中に評価した患者の生活機能や退院後の生活環境に関する情報を含めることも必要となる²⁾。薬の管理者が患者本人なのか、または他のキーパーソンが存在するかによって指導対象者や内容が変わるため、事前に情報を伝えていくことがスムーズな指導につながる。また、内服薬は自己管理が比較的容易であるが、注射薬（インスリン等）や点眼薬など複雑な操作が必要な薬物は介助が必要なケースもあるため、視力や聴力、巧緻性、認知機能、嚥下機能など、患者の薬剤管理に関する情報を伝えることも重要となる³⁾。その際、患者本人だけでは管理ができず、服薬介助や服薬確認などを協力してくれる家族がいる場合においては、服薬スケジュールの作成や薬物の保管方法、服薬タイミングなどの指導対象者が明確になるため、家族背景や家族が出来るサポート内容についてなどの情報も付記することが大切である。

また、嚥下機能に合わせて口腔内崩壊錠を選択した場合やアドヒアランス不良に対応するための薬物の用法簡素化を実施したケースでは、退院後の誤嚥リスクや服薬エラーなど患者の生活環境にも影響を与える可能性がある。そのため退院後のフォローアップ計画も含め、これらの情報を明記することが重要となる⁴⁾。こうした情報提供は一方方向性ではなく、疑問点や不明点の確認なども含めて双方向性に共有し合うことが望ましい。

8.3.3 回復期における薬物療法情報提供書作成時のポイント

回復期病棟から療養環境移行時に特に意識して情報提供すべきポイントを下記に示す。

① 回復期病棟入院中の薬剤調整に関する情報

回復期病棟には、認知機能障害や高次脳機能障害、嚥下機能の低下を有する患者が多く入院している。そのため、薬剤数や用法の整理、適切な管理方法の導入、服用しやすい剤形への見直しなど、入院時に行われた薬剤調整や管理の工夫は、退院後の在宅療養や施設での生活においても重要な基盤となる。退院後も回復期病棟で得られた治療効果を維持し、患者が自立した生活を送れるよう支援を継続することが求められるため、これらの情報を適切に共有することが重要である。

② リハビリテーションに影響を及ぼす薬剤情報

回復期病棟ではリハビリテーションの進行に合わせて薬物療法を調整が求められる。リハビリテーションを優先し薬物を変更する場合もあれば、必要な薬物の使用によりリハビリテーションが変更されるケースもある。そのため、リハビリテーションに影響を及ぼし中止された薬物や、薬物がリハビリテーションに及ぼす可能性についての評価、情報を付記することが望ましい。

③ポリファーマシー解消に向けた情報共有

ポリファーマシーに関連する問題を評価するには、認知機能や身体機能、栄養状態や社会環境などを含めた患者の全体像を把握することが求められる。そのため高齢者総合機能評価（CGA）などを用いて総合的に評価することが重要であるが、薬剤師のみでの情報収集は困難である。そのため、多職種間での情報共有や処方見直しの協議内容、病棟カンファレンスで行われた評価を活用し、ポリファーマシーの処方見直しを行うことが望ましい。

④薬物の管理方法

回復期病棟入院中に実施した薬剤師による指導内容や退院時の服薬管理方法、患者の服薬理解度を共有することは、退院後の服薬アドヒアランス低下や自己調整による病態悪化、身体機能の低下、薬剤起因性による再入院防止に重要である。

また、退院後の薬物治療に関する情報（急性期に投与された薬物の投与期間など）や入院中に実施できなかった処方見直し案とその理由を記載することで、院外の医療従事者による適切な薬物治療の実施につながることが期待される。

文献

- 1) 一般社団法人日本病院薬剤師会：「回復期病棟における薬剤師のためのかわり方ガイド」について、令和6年2月1日。 <https://www.jshp.or.jp/activity/guideline/20240201-1.pdf>，2024年9月16日アクセス
- 2) 篠永浩、入退院支援を再点検！退院後を見据えた薬学管理，退院後を見据えた入院中の薬剤管理，薬剤調整 ポリファーマシー対策、薬事、65(13)、91-94、2023
- 3) 藤原久登、入退院支援を再点検！退院後を見据えた薬学管理，入院時（退院前），他施設からの転院、薬事、65(13)：38-41、2023
- 4) 小坂鎮太郎、松村真司編 外来・病棟・地域をつなぐ ケア移行実践ガイド、医学書院、112-134、2022

8.4) 慢性期病院・病棟



Key Points

- ・療養病床等の慢性期病棟では再発予防や体力維持を目的とした長期に渡る療養支援が可能であり、ポリファーマシー対策に適した環境である。
- ・老年症候群や ADL、認知機能、栄養状態等を考慮した多職種によるポリファーマシー対策が退院後の生活機能の維持・向上に繋がる。
- ・療養環境移行時には家族及び生活の場のキーパーソンに対し、薬物療法に関連する経過観察のポイントをわかりやすく示すことが重要である。

療養病床等の慢性期では長期間の療養が可能であり、病状が比較的安定している患者が多い。こうした療養環境では再発予防や体力維持を目的とした長期にわたる支援が必要となるが、同時にポリファーマシー対策も実施しやすい環境であり、多職種協働による処方適正化が望まれる。こうした慢性期において実施されたポリファーマシー対策を切れ目なく繋ぐためのポイントを中心に下記に示す。

8.4.1 慢性期でのポリファーマシー対策

長期間の療養が可能な慢性期においてポリファーマシー対策を実施する際には、高齢者総合機能評価（CGA）等で評価した患者の生活機能や退院後の生活環境に関する情報を考慮しながら、処方変更後の経過観察も含め多職種で情報共有しながら進めることが重要である。認知機能や嚥下機能の低下を考慮した処方見直しや服薬簡素化対応、適切な薬剤管理方法の導入など退院後も継続可能な薬物療法についての検討が必要となる。施設等へ退院される場合には、金銭的な面で薬物の使用に制限が生じる場合もあることに注意する。退院後の生活機能の維持・向上、QOL 向上を見据えた対策が特に望まれる。

8.4.2 慢性期における薬物療法情報提供書作成の流れ

慢性期からのポリファーマシー対策を含めた薬物療法情報提供書の提供対象としては、かかりつけ薬剤師だけでなく、必要に応じてかかりつけ医師、看護師、リハビリテーション担当者、ケアマネージャーや退院後の患者の生活の場で服薬支援のキーパーソンとなる医療・介護従事者などが挙げられる。こうした多職種が薬物療法情報提供書を活用することで、退院後も継続したポリファーマシー対策が可能となることを想定した記載が必要であり、単に薬剤情報の記載のみでは不十分である。

高齢者総合機能評価を記載する際には、薬剤師単独で得た情報のみならず、多職種が日常業務で評価した情報を活用することが効率的である。日常生活活動や認知機能についてはセラピスト、栄養状態については管理栄養士、老年症候群については看護師等、施設に在駐

する多職種から得られる情報を共有することが可能な仕組みを検討しておく必要がある。既存の医療情報管理システム（電子カルテ等）が活用可能な場合は、必要となるデータ抽出が可能かどうかについても検討しておくことが望ましい。

入院中に行ったポリファーマシー対策については、薬剤情報のみならず、処方変更に至った経緯や変更後の状態、服薬管理の問題点や工夫に関する情報についても記載することで、退院後のフォローアップも適正に実施することが可能となる。また、入院中に実施できなかった処方見直しの内容や特に慎重な投与を有する薬物（Potentially inappropriate medication：PIM）等についても情報提供することで、院外の医療・介護従事者が退院後も継続したポリファーマシー対策が行えるよう支援する。退院後、生活機能の維持・向上、QOL向上のために外来・通所・訪問リハビリテーションを利用される場合には、特に PIMs 等の機能回復に影響を及ぼす薬物に関する情報をリハビリテーション担当者およびケアマネジャーと共有しておくことも重要である。

8.4.3 慢性期からの療養環境移行時に伝えるべきポイント

慢性期からの療養環境移行時に特に意識して情報提供すべきポイントを下記に示す。

①慢性期及び急性期において実施された薬物療法の内容

慢性期において実施されたポリファーマシー対策について、薬剤情報のみならず、その経緯や意図を示すことは重要だが、急性期において開始された薬物が継続投与されている場合についても、治療上必要な投与期間や注意点等を情報提供することで、薬物の漫然投与を防止することが可能となる。在宅等へ療養環境が移行した後は定期的な処方見直しが難しい状況も考えられるため、将来的に必要な処方見直しに関する情報についても共有しておくことが必要となる。急性期病院等からの情報については、院内の入退院支援部門等と連携し、入院時に情報収集しておくことが望ましい。

②生活機能に影響する薬物療法の内容

高齢者総合機能評価等で得られた生活機能情報（老年症候群や ADL、認知機能、栄養等）に影響を及ぼす可能性がある薬物療法の内容については、慢性期での処方見直しの有無を含め、その具体的な影響及び今後予想される状態についても記載しておくことが望ましい。こうした情報を共有しておくことで、療養環境移行後も患者の生活機能を考慮したポリファーマシー対策を検討することが可能となる。

③家族及び生活の場のキーパーソン（医療・介護従事者等）への経過観察ポイント

服薬管理等に関連する情報（管理方法、服薬介助の有無、工夫や問題点）以外にも、前述した①及び②で示した薬物療法に対する経過観察のポイントをわかりやすく示すことが重要となる。例えば、食事摂取に影響を及ぼす薬物をポリファーマシー対策として中止した場合には、対策実施前後の食事摂取量の変化や薬物中止後の病状を伝えることで、療養環境移行後の経過観察の目安となる。ポリファーマシー対策が実施できな

かった場合も、慢性期での食事摂取量や薬物中止により予想される効果と影響を伝えることで、療養環境移行後の経過観察及び介入の目安となる。

在宅等への療養環境移行後に目指すべき薬物療法とは、再入院の予防や生活機能の維持・向上に繋がる薬物療法であると考え。処方見直しの有無も含め、患者の生活機能と薬物が及ぼす影響の関連性を具体的に示し、経過観察のポイントを明確にすることで、家族等のキーパーソンがフォローアップしやすい情報提供を心掛けるべきである。

9 多職種連携の重要性

9.1) 医師



Key Points

- ・ 医師は病状やその治療状況について評価するが、患者の薬歴については薬剤師の情報提供が重要となる。
- ・ とりわけ医師が専門外の領域の薬物を変更することが困難なこともあり、多職種協働が必要となる。
- ・ 薬物見直しの際には、服薬管理や残薬の状況など、薬剤師の評価が反映されたものとする必要がある。

9.1.1 薬剤師と医師との連携

一般に、医師は自身の専門領域における処方については、頻回の処方を含む診療経験をもとに自身の判断を重視し、薬剤師など他の職種と協働した薬物療法を考えることは少ない。しかしながら、高齢患者の診療では多疾患や老年症候群と呼ばれる症状など複数の病態を治療する必要があり、必ずしも医師が専門とする領域での診療経験で対応できるわけではない。そのため、高齢患者の薬物療法を行う上では、医師・薬剤師それぞれの一般的な知識や経験に基づいて協働することが求められる。

薬物の見直しにあたっては、一般的な考え方の流れとして、①全ての薬物の把握と評価、②ポリファーマシー関連の問題の評価、③処方の適正化の検討という手順が厚労省による医薬品適正使用の指針¹⁾において提唱されている。具体的に見ていくと、まず全ての薬物の把握と評価として、受診診療科医療機関の把握、罹病疾患や老年症候群、ADL、生活環境、全ての使用薬物の把握があげられ、次に、ポリファーマシー関連の問題の評価として、多剤服用時に注意する有害事象とその診断、さらに、処方見直しのきっかけとして、薬剤起因性老年症候群に留意することがあげられ、そして実際に処方の適正化にあたっては、開始用量や投与量調整、薬物相互作用とその対応、基本的な留意点、疾患横断的に使用する薬物の留意点が述べられている。

これらのことは、薬剤師または医師が単独で行うことではなく、薬剤師と医師が連携しつつ、多職種との協力を得ながら行うことが現実的である。以下では、薬剤師と医師が連携する上で、医師が薬剤師へ要望したいことについて述べる。

9.1.2 各業務における薬剤師への要望

①全ての薬物の把握

医師がすべての処方薬を認識するツールとして、お薬手帳が一般的であるが、複数の医療機関に通院する患者において活用できる便利なツールとはいえ、院内処方を採用している通院先があったり、複数の処方箋薬局がありお薬手帳が複数あったりといった場合があり、お薬手帳が処方薬すべてを反映していない可能性がある。医師が患者の病状を把握する際には、診察や検査を通じて把握することが一般的であり、最初から薬歴を確認しにいく薬剤師の視点とは異なる。医師も必要に応じて薬の内容を確認していくが、薬剤師は医師が十分な把握ができていない前提で情報提供を実施することが望ましい。また、この中で薬物相互作用を生じさせる組み合わせの薬物や併用薬により用量調節が必要な薬物などは、医師の知識が十分でないことが多く、情報提供が望ましい。服薬アドヒアランスの確認も必要である。

②特に慎重な投与を要する薬物等に関する情報提供

厚生労働省による医薬品適正使用の指針¹⁾では、ポリファーマシー関連の問題では、薬物有害事象への確認や、薬剤起因性老年症候群の発見に留意することとされている。この点において、前述以外に医師から薬剤師に対して要望することとしては、いわゆる特に慎重な投与を要する薬物や薬剤起因性老年症候群の存在あるいはその被疑薬に関連する情報の提供である。この点においては、高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015²⁾や日本版抗コリン薬リスクスケール³⁾などを利用した確認が重要となる。

③処方の適正化の前提として

処方薬の服薬指導や処方薬の服薬状況確認、残薬の調整、などの基本的なことは、処方適正化の前提であるが、服薬管理の状況は医師に見過ごされがちである。そのため、医師から薬剤師にこれらについての情報提供を要望したい。飲み忘れの多い薬物が存在するにも関わらず病状が安定しているのであれば、その薬物を中止できる可能性があり、逆に必ず服用するよう説明することが適正化につながる。ポリファーマシーでは、中止すべき薬物があれば中止できるような働きかけが必要であるが、逆に服用を継続すべき薬物や追加が望ましい薬物があれば、むしろ継続や追加こそが薬物の適正化である。

文献

- 1) 厚生労働省：高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）（平成 30 年 5 月 29 日付け医政安発 0529 第 1 号・薬生安発 0529 第 1 号）
- 2) 日本老年医学会／日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物療法の安全性に関する研究 研究班編集、高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015、メジカルビュー社、2015
- 3) 日本老年薬学会編集、日本版抗コリン薬リスクスケール、<https://www.jsgp.or.jp/wp/wp-content/uploads/2024/05/anticholinergic-risk-scale.pdf> 2024 年 10 月 13 日アクセス

9.2) 歯科医師



Key Points

- ・オーラルフレイルに関する3学会合同ステートメントにおいて薬剤師との連携の重要性が追記された。薬物の口腔機能への影響について理解する必要がある。
- ・錠剤嚥下障害、PILL-5 は、薬剤師間で嚥下障害の重症度を伝達するためのツールとなりうる。
- ・薬物が原因となる嚥下障害も存在し、多剤内服と嚥下障害を合併する場合は常に意識する必要がある。

歯科関連の科が院内に存在するのは全病院の約2割と言われている。約8割の病院は歯科が存在しない。「口」を見る、「口」に関する情報を聞き取る可能性がある職種の連携として、薬剤師間の情報提供における口腔、嚥下に関する情報共有は非常に重要である。歯科医師の立場から知っていただきたい知識の整理として以下の3項目をあげる。

9.2.1 口腔機能への影響（口腔関連の薬物有害事象）

高齢者のポリファーマシーによる有害事象の1つに口渇や唾液分泌量の低下がある¹⁾。口渇や唾液分泌量の低下は歯周病、う蝕や口腔カンジダ症の発生、味覚障害、嚥下障害、構音障害とも関連し、高齢者の心身機能や生活の質の低下をもたらす。また骨粗鬆症治療薬が含まれることも多く、特にビスホスホネート製剤（BP 製剤）と口腔有害事象の知識はもっておくべきである。早期有害事象として、細胞増殖障害や薬物の直接の化学的刺激による粘膜障害がある。十分量の水で服用や、服用後30分臥床を避けるといった特徴的な服用方法から食道潰瘍は知られるところであるが、摂食嚥下障害患者においては口腔内に薬物が長時間残留停滞することもあり、食道粘膜同様、口腔粘膜潰瘍を生じた症例も数多く報告されている。晩期有害事象として、薬剤関連顎骨壊死（Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw, MRONJ）の情報があれば共有していただきたい。本来口腔、顎顔面領域に骨露出部はないはずであるが、口腔内あるいは口腔外からの骨露出が8週間以上持続し、BP製剤やデノスマブ製剤による治療歴がある場合に診断される²⁾。高齢者の生活の質を大きく阻害する疾患であり、即座に歯科専門職につなげるべき事象と考えられる。最後に抗血栓療法患者における口腔内出血をあげたい。歯周炎による歯肉出血は比較的にみられる所見ではあるが、たいてい局所に限局もしくはブラッシング後などである。全顎的にまたは口腔粘膜全体にみられる出血、自然出血に関しては全身状態によるものもしくは抗血栓療法による影響を疑う。特に、抗凝固薬内服患者、抗血栓薬を2剤服用中の患者では注意を要する。

回復期リハビリテーション病棟患者におけるポリファーマシーが口腔問題と関連するという報告³⁾もあり、ポリファーマシーの高齢者に対しては口腔へも目を向けていただきたい

い。その際は特に、口腔乾燥の有無、味覚障害の有無、口腔内の疼痛/出血の有無などを確認し、多職種、他施設への情報共有につなげてほしい。

9.2.2 錠剤嚥下障害

錠剤嚥下障害とは、薬の内服が難しくなり、本来飲み込んで胃腸に運ばれる薬が口腔、咽頭、食道に停滞してしまうことで、薬効に影響を与えたり、誤嚥や窒息を引き起こしたりする障害である。主な症状として、錠剤が喉につかえる、胸のあたりにつかえる、薬を飲むことに恐怖を感じる、処方された薬をすべて飲み切れない、調整しないと錠剤を飲むことができない、があり、これら5つの症状はPILL-5というアセスメントツール⁴⁾としても近年注目されている。摂食嚥下障害はもちろん、食道蠕動の低下、ポリファーマシー、形状や大きさが飲み込みにくい、など原因も様々である。薬効、誤嚥/窒息に加え、服薬コンプライアンスの低下、粘膜損傷（1. 薬物有害事象においても記載）にもつながりうるため、薬剤師が中心となり、対応（錠剤嚥下補助製品の使用や剤形、服用回数の変更などを処方医と相談）、情報共有すべき障害と考えられる。

なお、口腔内に残留しやすい部位としては、舌と下顎歯列の間（口腔底）、口唇と歯列の間（口腔前庭）の他、口蓋付着もよくみられるため確認してほしい。

9.2.3 薬剤性嚥下障害

高齢者の嚥下障害で比較的多いものが薬物の副作用による薬剤性嚥下障害である。2. 錠剤嚥下障害が嚥下障害⇒薬剤内服困難であるのに対し、3. 薬剤性嚥下障害は薬剤内服⇒嚥下障害である。抗不安薬や睡眠薬、抗てんかん薬による傾眠や筋力低下も摂食嚥下障害の原因となりうるが、特に問題となるのは抗精神病薬などのドパミン拮抗薬と言われている。嚥下・咳嗽反射には、大脳基底核のドパミンに誘導されて咽頭に放出されるサブスタンスPの濃度が重要であり、その濃度が低下すると反射が低下する。このドパミンをブロックしてしまうため、反射の低下を生じ、誤嚥の原因となる。ドパミン拮抗薬は、認知症の行動・心理症状に対してよく用いられるが、誤嚥の原因となる可能性があることを常に意識し情報共有する必要がある。

文献

- 1) 日本老年医学会. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015. 2015. https://www.jpn-geriatrics.or.jp/info/topics/pdf/20170808_01.pdf
- 2) 日本口腔外科学会. 薬剤関連顎骨壊死の病態と管理：顎骨壊死検討委員会ポジションペーパー2023. https://www.jsoms.or.jp/medical/pdf/work/guideline_202307.pdf
- 3) Nakamura J. Impact of polypharmacy on oral health status in elderly patients admitted to the recovery and rehabilitation ward. *Geriatr Gerontol Int.* 21(1):66-70, 2021
- 4) Nogah NZ, Ahmed B, Van PM, et al. Validation of the PILL-5: A 5-Item Patient Reported Outcome Measure for Pill Dysphagia. *Frontiers in Surgery.* 6:43, 2019

9.3) 看護師



Key Points

- ・ポリファーマシー対策では、薬物に注目するだけでなく、患者のADLや生活状況を踏まえた包括的な介入が必要である。
- ・看護師は、患者に直接関わる機会が多く、服薬状況や介助内容などを含めた生活情報を多く有する一方で、専門的な薬物知識が不足する傾向にあり、薬剤師との情報連携を求めている。
- ・「薬看連携」を通して、薬学的知識を基に患者の生活状況を加味することで、移行期を迎えた患者の生活に沿った、適切な服薬支援を提供することができる。

9.3.1 療養環境の移行に伴う服薬管理と看護

急性期を脱した患者の治療の中心は薬物療法であり、退院を機とした療養環境の移行に伴う服薬支援の見直しは不可欠である。特に、高齢者の場合、加齢に伴う機能低下や社会的背景からも服薬アドヒアランスは低い傾向にあり、単に処方されている薬物に注目するだけでなく、個々の生活に沿ったポリファーマシー対策によって、正しく服用することを支援する必要がある。

移行期において、受け入れ先の看護師は、入院先からの情報に基づき、援助内容を検討することとなるが、受け入れ先の看護師の情報源は、主に入院先の看護師が作成した「看護サマリー」となる。一般的に、看護サマリーには「服薬管理」の記載項目を設定しているものの、多くの看護ケアのうちの一つという位置づけであり、介助の要否といった簡易な記載に留まる。この点で、病院薬剤師からの服薬管理に対する詳細な情報は、受け入れ先の看護師にとって非常に重要なものとなる。

9.3.2 服薬支援における看護の視点と課題

看護師は、職種として対象の日常生活援助に関わる機会が多く、またコミュニケーションの機会も多いため、対象を「患者」として捉えるだけでなく、「生活者」として捉えることを重視している。服薬の場面においては、服薬介助に直接関わる機会が多く、服薬状況や介助の必要性、嚥下状況など、具体的な情報を多く有している。加えて、居宅の様子や家族の介護力など、患者の服薬アドヒアランスに関わる生活状況を熟知している。

一方で、専門的な薬物知識は不足する傾向にある。例えば、「声かけに対する反応が鈍くなった」、「視線が合わなくなった」、「以前簡単にできていたことが出来なくなった」など、日常の些細な変化をとらえることは出来るが、薬物有害事象との関連性を検討するに至ることが難しく、薬物に関わる専門知識の不足が大きな課題となっている。

9.3.3「薬看連携」を通して薬剤師に期待すること

移行期の患者に対する包括的な支援を目指して、薬学的知識に精通した薬剤師の支援に、患者の生活に精通した看護師の支援を加味する、「薬看連携」による協働に期待する。

具体的に、薬看連携を通した情報連携について自施設内・外に分けて記載する。

①自施設内での情報共有（表1）

自施設内の看護師との情報共有を積極的に行うことから情報連携を始める必要がある。特に、病棟専属の薬剤師と病棟看護師によって、定期的に患者カンファレンスを開催するなど、患者の情報を習慣的に共有することが重要である。看護師は薬剤師に対し、入院中に処方されている薬物の効果・効能、薬の相互作用、副作用を含む薬物有害事象に対する観察点などについての情報を求めている。一方、入院中の患者の服薬状況や介助の具体的内容、嚥下状況や薬に対する認識など、服薬状況の詳細を看護師は把握しており、薬剤師に対し情報を提供することが可能である。日常的な情報共有によって、看護師による服薬支援が充実するだけでなく、薬剤師による入院中の服薬指導、および退院時の薬物療法情報提供書の作成がよりスムーズになることが期待できる。

表1 自施設内での情報共有

自施設内での 情報共有	薬剤師→看護師	入院中に処方されている薬物について （効果・効能、薬の相互作用、副作用を含む薬物有害事象に対する観察点）
	看護師→薬剤師	入院中の服薬状況 介助の具体的内容 嚥下状況 患者の薬に対する認識 入院中の服薬に関するインシデント

②自施設外での情報共有（表 2）

前述の通り、受け入れ先の看護師は入院中の服薬管理に対する情報が不足している現状にある。そこで、看護師は薬剤師に対し、入院中に変更となった薬物の効果・効能、薬の相互作用、副作用を含む薬物有害事象に対する観察点などについての情報を求めている。一方、患者の居宅を訪問している訪問看護師は、入院前の服薬状況だけでなく、家族やキーパーソンの介護状況や入院前の居宅での生活状況、居住環境について情報を有している。患者が入院した際には、患者への問診だけでなく、在宅医療者からの情報収集を行い、退院時には地域の看護職に対し、是非積極的に情報を発信していただきたい。

表 2 自施設外での情報共有

自施設外への 情報共有	薬剤師→看護師	入院中に変更となった薬物について （効果・効能、薬の相互作用、副作用を含む薬物有害事象に対する観察点） 入院中の服薬状況や管理方法 入院中の服薬に関するインシデント
	看護師→薬剤師	入院前の服薬状況 介助の具体的内容 嚥下状況 患者の薬に対する認識 家族の介護状況 居住環境

9.4) 管理栄養士



Key Points

- ・低栄養や嚥下障害の要因となる副作用を示す薬物の情報提供は、処方見直しと副作用症状への栄養対策、いずれの検討においても重要である。
- ・薬物副作用の種類やその機序、処方される疾患に関する勉強会の開催は、薬剤師以外の職種による副作用発生の早期発見につながり、有意義である。
- ・ポリファーマシー対策のために食事摂取量減少・消化吸収能低下の観点、嚥下機能の観点から共有する情報が重要である。

9.4.1 食事摂取量減少、消化吸収能低下の観点から

副作用で食欲不振、嘔気・嘔吐、口内炎、口腔乾燥、摂食嚥下障害、便秘、下痢などの症状を生じる薬物の使用に関する情報共有は重要である。これらの症状により、栄養摂取、消化・吸収、排泄が阻害されると低栄養をきたしやすい。「3.4 栄養」で低栄養の診断基準について触れたが、食事摂取量の減少・消化吸収能の低下は低栄養の主な原因である¹⁾。とくに炎症状態が亢進する消耗性疾患では、疾患起因性の食欲不振が生じることに加え、エネルギー消費が亢進するため、急速に低栄養が進行する。消耗性疾患でなくとも、薬物に起因する症状がもととなり、必要なエネルギーや栄養素を摂取することができない状態が続くと、容易に低栄養に陥る。処方の見直しを積極的に進めることが望ましいが、投薬の継続が必要な場合は、それらの症状と付き合いながら、低栄養を予防するための食事の工夫、経口的栄養補助（ONS）の利用など、管理栄養士を含む専門家チームで話し合うことが重要である。

9.4.2 嚥下機能の観点から

嚥下とは、食べ物を認識して口腔に取り込み、食塊を形成し、口腔、咽頭、食道、胃へと送り込む一連の動作をさす。嚥下障害は、正常な嚥下が障害されることと定義され、一連の動作のどこかが障害されている状態である。嚥下障害の具体的な症状には「食べこぼす」「食事に時間がかかる」「なかなか飲み込まない（口腔内に溜める）」「丸飲みする（食べるペースが速い）」「むせる」「喉がゴロゴロする」「よだれが出る」「飲み込めない」「喉につかえる」「窒息」「誤嚥」などがある²⁾。

薬物による鎮静、抗コリン作用、錐体外路症状により嚥下障害を生じやすくなる。これらには、抗うつ薬、睡眠薬、抗不安薬、制吐剤、抗てんかん薬などがあり、薬剤起因性の嚥下障害は治すことができるため処方の見直しが重要である²⁾。一方、これらの処方見直しがない状態で患者が紹介になるケースもあろう。その場合は、摂食嚥下機能障害を起こしうる薬物の投与があるという情報提供が重要である。

嚥下機能障害では、機能にあった食形態調整が行われるが、通常、嚥下に配慮した食事は水分を多く含むため、容量に対する栄養量は低くなる。嚥下機能障害が薬物に起因している場合、薬物の見直しで嚥下機能の改善が見込める場合は、積極的に薬物見直しが行われるべきである。

9.4.3 期待すること

情報共有を円滑にするため、表 1 に示す例のような資料があると管理栄養士にとって有用である。さらに、表 2 のような「よく処方される薬物とその副作用」といった表を作成し、それを共通情報として連携施設の栄養管理部へ提供するのにもまた有意義である。

表 1. 低栄養を引き起こす可能性のある薬物

カルテID: XXXXXXX 氏名: XXXXXXXX 様 年齢: XX 歳 性別: XX	
以下の副作用を示す薬剤を使用中のため栄養状態にご注意ください	
☐ 食欲不振・嘔気・嘔吐	(薬剤名:)
☐ 便秘	(薬剤名:)
☐ 下痢	(薬剤名:)
☐ 口腔乾燥	(薬剤名:)
☐ 口内炎・潰瘍・びらん	(薬剤名:)
☐ 嚥下機能低下	(薬剤名:)
☐ その他 ()	(薬剤名:)

表 2. よく処方される薬物と副作用

分類	薬剤(一般名)	食欲不振	便秘	口腔乾燥	嚥下機能低下
非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs)	XXXXXXXX	○			
	XXXXXXXX	○			
	XXXXXXXX	○			
	XXXXXXXX	○			
	XXXXXXXX	○			
抗精神病薬	XXXXXXXX				○
	XXXXXXXX	○	○	○	○
	XXXXXXXX	○	○		
	XXXXXXXX				○
制吐薬	XXXXXXXX	○			
	XXXXXXXX		○		
	XXXXXXXX				

薬物に関する勉強会の開催も重要である。具体的に生じる副作用についてはもちろん、どのような疾患に処方されやすいか、どのような機序で副作用が生じるかなどを取り上げた勉強会が開かれれば、薬物名を丸暗記せずとも、怪しい薬物をざっくりイメージすることができるようになる。患者の疾患情報や投薬リストを見て、「もしかして」と思えば、薬物と副作用リストを確認することができるし、現在は症状を生じていなくとも今後注意が必要として、症例をチェックしておくことができる。認知症の高齢者などでは、自分の症状を具体的に表現できないことも多く、医療スタッフ側が注意深く観察しておかなければならないことも多い。症状の発生を管理栄養士が発見するケースもあろう。このように他職種に向けた情報提供によりポリファーマシーに対する認知が進めば、自然と多職種連携が生じていく。

文献

1) Cederholm T, Jensen GL, Correia M, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clinical nutrition. 38(1):1-9, 2019

2) 野原 幹、睡眠歯科の視点で行うポリファーマシー対策、睡眠口腔医学、7(1):2-7、2020

9.5) リハビリテーション専門職



Key Points

- ・ 薬剤師とリハビリテーション専門職の連携は、ポリファーマシー患者の服薬管理改善や生活の質向上に重要である。
- ・ 嚥下障害患者への薬剤調整のために、薬剤師とリハビリテーション専門職が連携し、安全な服薬を支援することが重要である。
- ・ 薬剤師による薬の一包化を含めた薬剤管理は、服薬の簡便化とリスク低減に重要である。
- ・ 認知機能が低下した患者には、服薬カレンダーを導入するなどの工夫をすることで服薬管理が効率化できる。
- ・ ポリファーマシーの患者においては、薬の影響で運動機能や認知機能が変動することがあるため、情報共有は特に重要である。

薬剤師とリハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）が連携することで、服薬管理や処方調整がより効果的に行われる可能性を秘めており、患者の健康管理において非常に重要である。特に、ポリファーマシーが問題となる患者に対しては、日常生活活動の改善や生活の質の向上に大きく寄与すると思われる。

9.5.1 嚥下困難な患者への対応

嚥下障害を持つ患者に対して、リハビリテーション専門職はどのような形態であれば嚥下できるのかについて評価している。これらの情報を薬剤師と共有することによって、薬を嚥下しやすい形状（粉末や液体に変更するなど）に調整することが可能なかを検討することができる。薬剤師とリハビリテーション専門職が連携することで患者が安全に薬を服用ができる可能性が向上する。

9.5.2 複数の処方薬の管理

複数の医療機関から処方された薬を、毎回服用分だけ取り出すことは患者にとって大変な作業である。脳血管疾患や高齢により手指機能が低下した患者にとっては、なおさらである。それらの薬を薬剤師が整理し、一包化することで、服薬が容易になり、飲み忘れや重複投薬のリスクが軽減される。特に、ポリファーマシーの患者においては、薬の種類が多いため、適切な整理と一包化が薬物療法の効果を最大化し、副作用のリスクを低減する上で非常に重要である。また、患者が市販薬を使用している場合、薬剤師がその安全性を確認し、医師に適切な処方を依頼することで、薬物相互作用のリスクを低減できる。ポリファーマシー

の患者においては、市販薬の併用による相互作用のリスクが特に高いため、薬剤師の役割が重要である。

一包化や市販薬の管理も含めた情報を薬剤師から提供されることによって、リハビリテーション専門職からも患者への説明が容易になるため非常に重要な項目である。

9.5.3 認知機能に配慮した服薬支援

認知機能が低下しているポリファーマシーの患者に対して、薬剤師とリハビリテーション専門職が協力して、服薬回数や服薬時間を調整することで、患者の負担を減らすことができる。例えば、服薬カレンダー（お薬ロボットを含む）を導入することで、複雑な服薬スケジュールが簡素化されるため、認知機能の低下した患者においても服薬管理がさらに効率的になる。

9.5.4 ポリファーマシーの管理とリハビリテーションプランの最適化

薬剤師がリハビリテーション専門職に患者の生活状況や服薬後の体の状態について情報を提供することで、リハビリテーションプランがより効果的に立案できる。ポリファーマシーの患者においては、薬の影響で運動機能や認知機能が変動することがあるため、こうした情報共有は特に重要である。

9.5.5 期待すること

薬剤師とリハビリテーション専門職の連携は、ポリファーマシーの管理においても重要な役割を果たす。協力により患者の服薬管理がより適切に行われ、治療効果の最大化が期待される。一方で、リハビリテーション専門職が、連携の必要性を感じているものの、担当の薬剤師を知らずうまく連携が取れないなど十分な連携が図れていない現状もある。まずは、双方が顔の見える関係作りを行うためにも、カンファレンスやさまざまな会議への薬剤師の積極的な参加が望まれる。

10 電子的情報連携についての今後



Key Points

- ・紙媒体や FAX に依存する情報共有が連携の遅れや誤情報の伝達を招いている可能性がある。
- ・異なるシステムの非互換性が情報統合を妨げる要因となる。
- ・セキュリティや IT リテラシーの不足、導入コストが電子化の障害となっている。

10.1 電子的情報連携の現状における課題

電子的情報連携の現状における課題は非常に多く、多岐にわたる。課題を表1に整理した。薬剤師間における情報共有は依然として紙媒体や FAX、といったアナログに依存している。その理由の一つに、処方箋の送信に FAX が利用されていることが大きく影響していると考えられる。しかし、これらの情報伝達手段は、薬剤師を含む多職種間の連携を阻害していると言える。紙媒体を使用する場合、情報は患者に渡されることが多く、患者が確実に医療者へ届けるとは限らない。また、紙の情報は手作業で電子カルテや他のシステムに転記される必要があり、その過程でヒューマンエラーが生じやすい。FAX は即時性があるが、受信後に再転記する必要があり、誤送信や確認漏れのリスクも伴う。また、PDF 形式の情報提供も、見た目はデジタルであっても内容の編集が難しく、再入力が必要になることから、実際の運用はアナログ的になってしまう。

これらの手段に共通する課題は、情報が一方的に提供されがちで、フィードバックや意見交換が不足する点にある。薬剤師が提供する情報が他職種に適切に活用されなければ、治療の効果が損なわれ、連携の機会が失われる恐れがある。さらに、各医療機関や薬局が異なるシステムを使用しているため、情報の統合が難しく、患者の治療や服薬管理に関する一貫性が失われるリスクが高まる。また、電子システムの導入には高いコストがかかるうえ、IT リテラシーの不足が普及を妨げている。また、セキュリティとプライバシーの課題が多い。電子的な情報共有では、患者の個人情報や安全に管理するための厳格な対策が必要だが、現場での徹底が難しい場合もある。これらの課題を解決するためには、表1に示す通り、効率的な情報共有手段と双方向の連携体制を整えることが求められる。

表 1. 電子的情報連携の現状における課題

	課題	影響・リスク
紙媒体への依存	患者経由の場合、確実に医療者へ届かないリスク。 手作業での転記が必要で、ヒューマンエラーが発生しやすい。	情報伝達の遅延 誤情報の伝達 治療の遅れ
FAX の利用	即時性はあるが、受信後に再転記が必要でアナログ作業が発生。 誤送信や確認漏れのリスクがあり、受信確認も必要。	転記ミス 作業負担増加 情報漏えいのリスク
PDF の利用	PDF 形式での情報提供は編集が難しく、受け取り側で再入力が必要。 デジタル形式であっても、運用がアナログ的。	データ更新の手間 転記ミス リアルタイム共有の妨げ
システムの互換性 ツールの不統一	病院・薬局で異なるシステムが使われているため、情報の統合や連携が難しい。 薬剤師が複数のシステムに対応する負担が大きい。	重複処方や誤処方のリスク 治療計画の不整合 作業負担の増加 作業の煩雑化
情報共有不足	一方向的な情報提供が多く、フィードバックや意見交換不足。 リアルタイムの情報共有ができず、対応が遅れる。	情報不足 連携不足 ケアの質低下
運用コストと リテラシー不足	システム導入に高いコスト。 医療従事者の IT リテラシー不足が普及の障害。	導入の遅れ 従来手法への依存 業務効率低下
セキュリティと プライバシー	電子的情報共有への不安から、セキュリティ対策が不十分。 患者情報を安全に扱うため、厳格な運用が必須。	情報漏えい 法的問題への対応不足

10.2 電子的情報連携の今後

今後、現場で求められるのは、課題となっている情報伝達の非効率性とシステム間の不整合を解消する具体的な取り組みである。紙媒体や FAX の使用を最小限に抑え、電子的なプラットフォームへの移行を推進する必要がある。特に、病院、薬局、在宅医療機関間での情報の一貫性を確保するため、共通のフォーマットを使用し、システム間の互換性を高めることが求められる。情報の双方向性も重要なポイントである。薬剤師が提供する情報が他職種から即座に確認され、リアルタイムでフィードバックを受け取れる仕組みの導入が必要である。さらに、患者情報の一元管理を実現することも欠かせない。電子カルテ、服薬管理システム、地域包括ケアシステムを連携・統合し、必要な情報を迅速かつ正確に共有できる体制を整えることが求められる。これにより、重複処方の防止や治療計画の一貫性が確保され、

患者に対するケアの質が向上する。

このように、効率的な情報共有と多職種連携の促進は、医療現場全体の作業負担を軽減し、治療の質を高めるための鍵となる。薬剤師をはじめとする全ての職種がリアルタイムで情報を共有できる仕組みを導入し、各機関が協力して情報の互換性と一貫性を維持することが重要である。



薬物療法情報提供書 作成例

Case 1

送付先：

薬物療法情報提供書

作成日：

患者氏名	大山 一郎			病院名	ながいき病院			担当薬剤師	平和 良太郎		
生年月日	1954年 4月 11日			主治医	長寿 太郎			診療科	脳神経内科		
性別	男	年齢	70 歳	病院住所	東京都〇〇区〇〇町X-X						
身長	165 cm	体重	57.7 kg	TEL	0123-456-XXX		FAX	0123-456-XXX			
現病歴	入院3日前から体動困難となり来院。高CK血症を認め、横紋筋融解症の診断にて入院となった。半年前にも抗パーキンソン病薬の自己中断による横紋筋融解症での入院歴あり。										
既往	レビー小体型認知症（MMSE: 25/30、Hoehn-Yahr重症度分類: 2度）、身体表現性障害、不眠症、高血圧、慢性便秘、神経因性膀胱										
老年症候群	☐ 傾眠傾向 ☐ 食欲低下 ☒ 便秘			☐ 抑うつ・意欲低下 ☐ 転倒（6ヶ月以内） ☐ 口腔乾燥			☒ ふらつき・めまい ☒ 排尿障害 ☐ 嚥下機能低下			☒ 認知機能低下	
認知症診断	☒ あり			☐ なし							
日常生活活動（ADL）	☐ 自立			☒ 一部介助			☐ 全介助				
要介護認定	☐ なし			☐ 要支援（ 1 2 ）			☒ 要介護（ 1 2 3 4 5 ）				
退院後の生活環境	☐ 施設			☐ 医療機関							
	☒ 自宅（ ☐ 独居			☒ 夫婦二人暮らし ☐ 複数世代と同居）							
栄養	栄養補給経路 ☐ 経口（ ☒ 普通食 ☐ 嚥下調整食）			☐ 経腸栄養 ☐ 静脈栄養							
退院後の服薬管理	予定管理者 ☐ 本人 ☒ 本人と家族 ☐ 家族等（本人以外） ☐ 施設 ☐ 訪問スタッフ ☐ その他（ ）			調剤方法 ☐ PTP ☐ 一包化 ☒ 一部一包化 管理方法 ☐ 薬袋 ☒ お薬BOX ☐ お薬カレンダー ☐ その他（ ） 服薬拒否 ☒ なし ☐ あり 状況など（ ） 服薬管理の問題点 ☐ なし ☒ 薬を取り出しにくい ☐ 薬の説明が聞き取りにくい ☐ 薬が見えにくい ☐ 薬が飲みこみにくい ☐ その他（ ） 服薬介助 ☒ 不要 ☐ 必要（ ☐ 一部介助 ☐ 全介助） （ 介助が必要な薬 ） ☐ 内服薬 ☐ 注射薬 ☐ 外用薬（ ☐ 吸入 ☐ 点眼・点鼻 ☐ 貼付 ☐ 軟膏 ☐ 坐薬） 服薬時の工夫 ☐ なし ☐ あり（ ☐ 粉砕 ☐ ゼリー・とろみ ☐ 経管投与 ☐ 簡易懸濁 ☐ その他）							
処方調整内容の要点	☐ 入退院時の薬剤情報 別添 ☐ 検査値 別添										
変更点	中止した薬 ☐ なし ☒ あり（クロナゼパム、ニトラゼパム、エベリゾン、ロキソプロフェン） 開始した薬 ☒ なし ☐ あり（ ）										
要介入	中止したが再開の検討が必要な薬 ☒ なし ☐ あり（ ） 開始したが調整の検討が必要な薬 ☒ なし ☐ あり（ ） 服用中だが調整の検討が必要な薬 ☒ なし ☐ あり（ ） 注意を要する薬剤（PIMs・処方カスケード等） ☒ なし ☐ あり（ ）										
経過および理由	横紋筋融解症の要因として2つの可能性が考えられました。①直近に整形外科よりロキソプロフェンの新規処方があり、横紋筋融解症の被疑薬として中止しました。②薬物有害事象として体動困難を生じ、抗パーキンソン病薬中断による横紋筋融解症も考えられました。体動困難の被疑薬として、クロナゼパム、ニトラゼパム、エベリゾンを中止しました。										
療養環境移行時の注意点	● 服薬管理 ☐ 処方の未介入の問題 ☐ 継続的な問題 普段は問題なく服薬できるため自己管理は継続としましたが、有事でも服薬が中断されないようにする必要があり、奥様へ服薬確認を依頼しました。本人にも支援の必要性を説明し、了承を得ています。入院前、奥様は服薬状況を把握しておらず、目視により比較的容易に確認できる配薬ケースの使用を開始しております。退院後の服薬状況を確認いただき、継続的な服薬支援をお願いいたします。										

ご不明な点等ございましたら、担当までお問い合わせください。

検査値及び処方情報

Case 1

大山 一郎様

検査日：退院 3 日前

血圧：126mmHg/73mmHg

TP：7.1g/dL、Alb：4.1g/dL

AST：18U/L、ALT：31U/L、 γ -GTP：14U/L、LDH：416U/L、T-Bil：0.7mg/dL

BUN：16mg/dL、CRE：0.98mg/dL、eGER：58.6mL/min/1.73 m²

Na：139mmol/L、K：4.3mmol/L、Cl：102mmol/L、Mg：2.45mg/dL

RBC：410×10⁴/ μ L、WBC：67×10²/ μ L、Hb：13.1g/dL、Ht：39.4%、

Plt：21.8×10⁴/ μ L

入院時から退院時の処方変化

(神経内科)

1. アテノロール錠 25 mg	1 錠	分 1	朝食後	
2. ルビプロストンカプセル 24 μ g	2cp	分 2	朝夕食後	
3. 大建中湯	7.5 g	分 3	毎食後	
4. レボドパ・カルビドパ水和物配合錠 L100	3 錠	分 3	毎食後	
5. サフィナミドメシル酸塩錠 50 mg	1 錠	分 1	朝食後	
6. アマンタジン塩酸塩錠 50mg	2 錠	分 2	朝夕食後	
7. クロナゼパム錠 0.5m g	1 錠	分 2	朝夕食後	→中止
8. ニトラゼパム錠 5m g	0.5 錠	分 1	寝る前	→中止
9. スボレキサント錠 15m g	1 錠	分 1	寝る前	

(整形外科クリニック)

10. ロキソプロフェンナトリウム錠 60m g	3 錠	分 3	毎食後	→中止
11. エペリゾン塩酸塩錠 50m g	3 錠	分 3	毎食後	→中止

Case 2

送付先：

薬物療法情報提供書

作成日：

患者氏名	長良 太郎			病院名	ながいき病院		担当薬剤師	平和良太郎	
生年月日	1935/5/30			主治医	長寿太郎		診療科	高齢診療科	
性別	男	年齢	89 歳	病院住所	東京都〇〇区〇〇町X-X				
身長	155 cm	体重	49.5 kg	TEL	0123-456-XXX	FAX	0123-456-XXX		
現病歴									
主訴：呼吸困難。									
COPDのため、今年11月から在宅酸素（HOT）使用していたが、病識がなく、HOTを返却している。12/5に咳と痰がひどくかかりつけ医を受診。鎮咳去痰薬、抗生剤処方されたが、効果なく、2日後にSpO2低下のため、かかりつけ医を再度受診し、当院へ紹介となった。その後、入院となったが、帰宅願望が強く、1日で退院。退院2日後の夜にSpO2が大きく低下し、救急車で当院へ搬送され、再度入院となった。									
既往									
肺炎、高血圧症、心房細動、脂質異常症、高尿酸血症									
老年症候群	☒ 傾眠傾向 ☐ 抑うつ・意欲低下 ☐ ふらつき・めまい ☐ 食欲低下 ☐ 転倒（6ヶ月以内） ☐ 排尿障害 ☐ 認知機能低下 ☐ 便秘 ☐ 口腔乾燥 ☐ 嚥下機能低下								
認知症診断	☐ あり ☒ なし								
日常生活活動（ADL）	☒ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助								
要介護認定	☒ なし ☐ 要支援（1 2） ☐ 要介護（1 2 3 4 5）								
退院後の生活環境	☐ 施設 ☐ 医療機関 ☒ 自宅（ ☐ 独居 ☐ 夫婦二人暮らし ☒ 複数世代と同居）								
栄養	体重減少（6カ月間で2.5kg以上の減少） ☐ あり ☐ なし								
栄養補給経路	☒ 経口（ ☐ 普通食 ☒ 嚥下調整食） ☐ 経腸栄養 ☐ 静脈栄養								
退院後管理方法	予定管理者 ☐ 本人 ☒ 本人と家族 ☐ 家族等（本人以外） ☐ 施設 ☐ 訪問スタッフ ☐ その他（ ）								
薬剤管理	調剤方法 ☐ PTP ☒ 一包化 ☐ 一部一包化 管理方法 ☒ 薬袋 ☐ お薬BOX ☐ お薬カレンダー ☐ その他（ ） 服薬拒否 ☒ なし ☐ あり 状況など（ ） 服薬管理の問題点 ☐ なし ☐ 薬を取り出しにくい ☐ 薬の説明が聞き取りにくい ☐ 薬が見えにくい ☐ 薬が飲みこみにくい ☒ その他（ ） 服薬介助 ☒ 不要 ☐ 必要（ ☐ 一部介助 ☐ 全介助） （介助が必要な薬） ☐ 内服薬 ☐ 注射薬 ☐ 外用薬（ ☐ 吸入 ☐ 点眼・点鼻 ☐ 貼付 ☐ 軟膏 ☐ 坐薬） 服薬時の工夫 ☐ なし ☐ あり（ ☐ 粉碎 ☐ ゼリー・とろみ ☐ 経管投与 ☐ 簡易懸濁 ☐ その他）								

Case 2

処方調整内容の要点		● 入退院時の薬剤情報 別添	● 検査値 別添
変更点	中止した薬 ☐ なし ☒ あり（モサプリド、レバミピド、アゼルニジピン、アンブロキシソール、クラリスロマイシン） 開始した薬 ☒ なし ☐ あり（ ）		
要介入	中止したが再開の検討が必要な薬 ☒ なし ☐ あり（ ） 開始したが調整の検討が必要な薬 ☒ なし ☐ あり（ ） 服用中だが調整の検討が必要な薬 ☐ なし ☒ あり（トリアゾラム、エナラプリル） 注意を要する薬剤（PIMs・処方カスケード等） ☐ なし ☒ あり（トリアゾラム ）		
経過および理由			
持参薬14剤のうち、5剤中止し、9剤の内服で経過を見ています。 ○内服状況の評価 持参時の残薬の状況から、朝食後と夕食後薬にバラツキがありました。また、家族との会話で、朝は覚醒状態が悪く、朝昼兼用で食事を摂取し、朝食後薬は満足に内服できていない様子でした。そのため、眠剤以外の薬剤をすべて夕食後にまわしています。 ○降圧薬について 入院後に朝食後薬に含まれている降圧薬を継続して定期内服したところ、入院時は収縮期血圧130mmHg程度だったものが、入院中90-110mmHg程度で推移するようになりました。そのため、アゼルニジピンとエナラプリルの2剤だったものを、エナラプリルの誤嚥予防効果も期待し、アゼルニジピンを中止としました。ただ、エナラプリルのみにした後も、収縮期血圧が90-120mmHgの間で推移しているため、今後の血圧の推移によっては調整を検討してもよいと思います。 ○上部消化管治療薬について 上部消化管疾患治療薬に関しては、毎食後薬のモサプリド、レバミピドは朝食は服用できていなかったこと、朝食後薬の中にタケキャブが含まれていることから、モサプリド、レバミピドは中止としました。 ○その他の薬剤について 去痰薬のアンブロキシソール、用途不明（気道粘膜等の正常化作用を期待と推測）のクラリスロマイシンは主治医判断で中止となりました。			
療養環境移行時の注意点			
● 服薬管理 ● 処方の未介入の問題 ○ 継続的な問題 朝の覚醒状態が悪く、睡眠導入剤のトリアゾラムを減量検討しましたが、帰宅願望が強く、長期入院が困難なことが予想されたため、入院中の調整は断念しました。今後、かかりつけ医で減量、薬剤変更を検討していただければと思います。今後は、在宅診療に切り替えとなり、自宅での看取り予定とのことです。薬剤の管理は患者本人がされていまして、食事を摂取しないと飲めないという固定観念がある様子で、今後食事摂取ができなくなっていった際に、薬の内服のスキップが続くことが予想されます。食事摂取できなくなった際に、どの薬を優先して服用し、減薬をどこまで進めるかも課題となると考えます。			

ご不明な点等ございましたら、担当までお問い合わせください。

検査値及び処方情報

Case 2

長良 太郎様

検査日 12月20日

血圧：101mmHg/62mmHg

TP：6.4g/dL、Alb：3.0g/dL

AST：18U/L、ALT：11U/L、 γ -GTP：18U/L、LD：168U/L、T-Bil：0.54mg/dL

BUN：31.5mg/dL、CRE：1.53mg/dL、eGFR：33.59mL/min/1.73m²

Na：140mmol/L、K：5.0mmol/L、Cl：102mmol/L

RBC：331×10⁴/ μ L、WBC：57×10²/ μ L、Hb：11.1g/dL、Ht：35.2%、

Plt：19.9×10⁴/ μ L、MCV：106.3fL、MCH：33.5pg、MCHC：31.5g/dL

検査日 12月13日

T-Chol：103mg/dL、TG：52mg/dL、HDL：40mg/dL、LDL：53mg/dL

入院時から退院時の処方変化

1. アゼルニジピン錠 16 mg	1錠 分1 朝食後	→中止
2. タケキャブ錠 10 mg	1錠 分1 朝食後	→夕食後へ変更
3. フェブキソスタット錠 20 mg	1錠 分1 朝食後	→夕食後へ変更
4. ビソプロロールフマル酸塩錠 0.625 mg	2錠 分1 朝食後	→夕食後へ変更
5. エナラプリルマレイン酸塩錠 2.5 mg	1錠 分1 朝食後	→夕食後へ変更 調整を検討
6. エドキサバントシル酸塩水和物錠 30 mg	1錠 分1 朝食後	→夕食後へ変更
7. スピロラクトン錠 25 mg	1錠 分1 朝食後	→夕食後へ変更
8. モサプリドクエン酸塩錠 5 mg	3錠 分3 毎食後	→中止
9. レバミピド錠 100 mg	3錠 分3 毎食後	→中止
10. ロスバスタチン錠 5 mg	1錠 分1 夕食後	
11. ナフトピジル錠 75 mg	1錠 分1 夕食後	
12. アンブロキソール錠 15 mg	3錠 分3 毎食後	→中止
13. クラリスロマイシン錠 200 mg	2錠 分2 朝夕食後	→中止
14. トリアゾラム錠 0.125 mg	1錠 分1 眠前	→要調整の検討

送付先：

薬物療法情報提供書

作成日：

患者氏名	三豊 太郎			病院名	長寿総合病院		担当薬剤師	香川 花子	
生年月日	1939年5月27日			主治医	豊浜 泰次郎		診療科	総合診療科	
性別	男	☒ 女	年齢	85 歳	病院住所	香川県〇〇市〇〇町X-X			
身長	151 cm	体重	48 kg	TEL	0875-52-XXX	FAX	0875-52-XXX		
現病歴 主訴：倦怠感が強く、労作時の息切れがひどい、食思も低下傾向 心不全や腰痛症により複数の病院（当院、A整形外科医院、Bクリニック）を受診し、加療中。今回、心不全の増悪にて入院となるが、3か月前より飲み込み難さを実感しており、食事摂取量は低下傾向。また、日中に筋力低下に起因すると考えられるふらつきが生じている。 自宅では夫と二人暮らし。ADLは自立しているが、認知機能については低下傾向にあり、物忘れも進んできているとの訴えあり。薬剤の飲み忘れも散見される。薬剤起因性の老年症候群も視野に入れ、ポリファーマシー介入となった。									
既往 慢性心不全：2018年12月に当院にて診断、その後継続加療中 高血圧症：2004年1月に当院にて診断、その後継続加療中 腰痛症：2020年頃にA整形外科医院を受診し、薬剤による対症療法を継続中 花粉症・アレルギー性鼻炎：2022年頃にBクリニックを受診し、薬剤による対症療法を継続中									
老年症候群	☐ 傾眠傾向 ☒ 抑うつ・意欲低下 ☒ ふらつき・めまい ☒ 食欲低下 ☐ 転倒（6ヶ月以内） ☐ 排尿障害 ☒ 認知機能低下 ☐ 便秘 ☒ 口腔乾燥 ☒ 嚥下機能低下								
認知症診断	☐ あり ☒ なし								
日常生活活動（ADL）	☒ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助								
要介護認定	☒ なし ☐ 要支援（1 2） ☐ 要介護（1 2 3 4 5）								
退院後の生活環境	☐ 施設 ☐ 医療機関 ☒ 自宅（ ☐ 独居 ☒ 夫婦二人暮らし ☐ 複数世代と同居）								
栄養	体重減少（6カ月間で2.3kg以上の減少） ☐ あり ☒ なし 栄養補給経路 ☒ 経口（ ☒ 普通食 ☐ 嚥下調整食） ☐ 経腸栄養 ☐ 静脈栄養								
退院後管理方法	予定管理者 ☐ 本人 ☒ 本人と家族 ☐ 家族等（本人以外） ☐ 施設 ☐ 訪問スタッフ ☐ その他（ ） 調剤方法 ☐ PTP ☐ 一包化 ☒ 一部一包化 管理方法 ☒ 薬袋 ☐ お薬BOX ☐ お薬カレンダー ☐ その他（ ） 服薬拒否 ☒ なし ☐ あり 状況など（ ） 服薬管理の問題点 ☐ なし ☐ 薬を取り出しにくい ☐ 薬の説明が聞き取りにくい ☐ 薬が見えにくい ☒ 薬が飲みこみにくい ☒ その他（のみ忘れ） 服薬介助 ☒ 不要 ☐ 必要（ ☐ 一部介助 ☐ 全介助） （介助が必要な薬） ☐ 内服薬 ☐ 注射薬 ☐ 外用薬（ ☐ 吸入 ☐ 点眼・点鼻 ☐ 貼付 ☐ 軟膏 ☐ 坐薬） 服薬時の工夫 ☒ なし ☐ あり（ ☐ 粉碎 ☐ ゼリー・とろみ ☐ 経管投与 ☐ 簡易懸濁 ☐ その他）								
薬物療法に関わる高齢者総合機能評価の特記事項 FOIS：level 6（嚥下機能やや低下あり、概ね常食経口摂取可能） MMSE：24点（軽度認知障害あり、日常生活に大きな支障はなし）									
○ 入退院時の薬剤情報 別添									
○ 検査値 別添									

裏面にも記載事項あり

Case 3

送付先：

薬物療法情報提供書

作成日：

処方調整内容の要点	
変更点	中止した薬 ☐ なし ☒ あり（チザニジン、プロチゾラム共に中止、オロパタジンは屯用へ）
	開始した薬 ☐ なし ☒ あり（ピソプロロール、アゾセミド共に増量、レンボレキサント）
要介入	中止したが再開の検討が必要な薬 ☒ なし ☐ あり（）
	開始したが調整の検討が必要な薬 ☒ なし ☐ あり（）
	服用中だが調整の検討が必要な薬 ☐ なし ☒ あり（ロキソプロフェン、テプレノン）
	注意を要する薬剤（PIMs・処方カスケード等） ☐ なし ☒ あり（オロパタジン）
経過および理由	
心不全の増悪についてはβブロッカー及び利尿剤の増量にて経過良好となり、自宅への退院が決まりました。 3か月前より生じていた嚥下機能障害及び日中に生じていた筋力低下が要因と考えられるふらつきに対して、筋弛緩作用があるチザニジンについては中止、プロチゾラムについてはレンボレキサントへ変更、抗コリン作用により口渴を誘発する可能性があるオロパタジンについては屯用へ減量しております。退院時には嚥下機能に関して改善傾向が見られておりますが、引き続きフォローアップが必要と考えられます。薬剤変更による不眠症状や腰痛症の増悪などはみられておりません。A整形外科医院、Bクリニックに対しても本情報提供書にて今後のフォローアップを依頼致します。	
療養環境移行時の注意点	
● 服薬管理 ● 処方の未介入の問題 ● 継続的な問題 ADLについては自立しておりますが、認知機能についてはMMSEからも軽度認知障害（MCI）が疑われますし、物忘れも徐々に進んでいるようですので、服薬管理には継続した介入が必要と考えられます。循環器用薬及びエルデカルシトールについては、1日1回朝食後に用法の簡素化を行い、一包化対応をしております。また、薬剤管理についてはご家族にも服用状況の確認を依頼しておりますが、必要に応じてお薬カレンダーの導入など、夫婦二人で服薬管理が行えるようご支援下さい。 腰痛症に対するロキソプロフェン及びテプレノンについては定期服用されておりますが、疼痛の状況により今後屯用での使用も可能かと思われます。高齢であり、腎機能等の機能低下もみられておりますので、今後の調整をお願い致します。	
ポリファーマシー対応に関する事項	
今回、以下に示すポリファーマシー対策を検討・実施致しました。関係される医療スタッフやご家族とも共有しながら、フォローアップ頂ければ幸いです。 ・筋弛緩作用のある薬剤の中止：嚥下機能の低下、ふらつきによる転倒リスクを考慮し、チザニジン、プロチゾラム錠を中止しております。症状の改善状況含め、経過観察をお願い致します。 ・抗コリン作用のある薬剤の減量：嚥下機能及び認知機能の低下を考慮し、上記薬剤に加えて抗ヒスタミン薬を屯用へ減量しております。服用状況やアレルギー症状含め、経過観察をお願い致します。 ・NSAIDsの定期服用の見直し：加齢による腎機能低下もみられておりますので、定期服用されているNSAIDsについては腰痛症の症状により、屯用への減量が可能かご検討下さい。	

ご不明な点等ございましたら、担当までお問い合わせください。

検査値及び処方情報

Case 3

三豊 太郎様

検査日 ○月×日

血圧：128/82mmHg 心拍数：85 回/min

WBC：88×10²/μL、Hb：11.5g/dL、PLT：15×10²/μL、AST：19IU/L、ALT：18IU/L、

CRP：0.5mg/dL、K：4.4mEq/L、Na：145mEq/dL、Ca：8.5mg/dL、CLcr：42.3mL/min、

HDL：22mg/dL、LDL：121mg/dL、TG：98mg/dL、尿酸：8.1mg/dL、TP：6.3g/dL、

Alb：3.2g/dL、HbA1c：6.1%、

入院時から退院時の処方変化

(当院処方)

- | | | | | |
|----------------------|-------|-----|-----|---------|
| 1. ビソプロロール錠 0.625 mg | 1 錠 | 分 1 | 朝食後 | →2 錠へ増量 |
| 2. ニフェジピン CR 錠 40 mg | 1 錠 | 分 1 | 朝食後 | |
| 3. カンデサルタン錠 8 mg | 1 錠 | 分 1 | 朝食後 | |
| 4. アゾセミド錠 30 mg | 0.5 錠 | 分 1 | 朝食後 | →1 錠へ増量 |

(A 整形外科医院)

- | | | | | |
|-------------------------|-----|-----|------|-----------|
| 5. エルデカルシトールカプセル 0.75μg | 1cp | 分 1 | 夕食後 | →朝食後へ |
| 6. ロキソプロフェンナトリウム錠 60 mg | 2 錠 | 分 2 | 朝夕食後 | →調整の必要性あり |
| 7. テプレノンカプセル 50 mg | 2cp | 分 2 | 朝夕食後 | →調整の必要性あり |
| 8. チザニジン塩酸塩錠 1 mg | 3 錠 | 分 3 | 毎食後 | →中止 |

(B クリニック)

- | | | | | |
|------------------------|-----|-----|------|-------------------|
| 9. オロパタジン塩酸塩 OD 錠 5 mg | 2 錠 | 分 2 | 朝夕食後 | →屯用へ |
| 10. ブロチゾラム錠 0.25 mg | 1 錠 | 分 1 | 就寝前 | →レンボレキサント 5 mgへ変更 |

Case 4

作成日：

送付先：がんばるクリニック

薬物療法情報提供書

患者氏名	大山 太郎			病院名	ながいき在宅クリニック		担当薬剤師	平和良太郎	
生年月日	1939年3月15日			主治医	長寿太郎		診療科	総合診療内科	
性別	☒ 男 ☐ 女	年齢	85 歳	病院住所	東京都〇〇区〇〇町X-X				
身長	165 cm	体重	50 kg	TEL	0123-456-XXX		FAX	0123-456-XXX	
現病歴									
主訴：肺炎の治療目的として入院となった。									
既往									
・パーキンソン病（Hoehn & Yahr 5度） ・前立腺肥大症 ・過活動膀胱 ・起立性低血圧 ・混合型認知症 アルツハイマー型+レビー小体型 ・気管支喘息									
老年症候群		☐ 傾眠傾向 ☐ 抑うつ・意欲低下 ☒ ふらつき・めまい ☒ 食欲低下 ☐ 転倒（6ヶ月以内） ☒ 排尿障害 ☒ 認知機能低下 ☒ 便秘 ☒ 口腔乾燥 ☒ 嚥下機能低下							
認知症診断		☒ あり ☐ なし							
日常生活活動（ADL）		☐ 自立 ☒ 一部介助 ☐ 全介助							
要介護認定		☐ なし ☐ 要支援（1 2） ☒ 要介護（1 2 3 4 5）							
退院後の生活環境		☒ 施設 ☐ 医療機関 ☐ 自宅（ ☐ 独居 ☐ 夫婦二人暮らし ☐ 複数世代と同居）							
栄養		体重減少（6ヶ月間で2-3kg以上の減少） ☐ あり ☐ なし 確認できませんでした。 栄養補給経路 ☒ 経口（ ☐ 普通食 ☒ 嚥下調整食） ☐ 経腸栄養 ☐ 静脈栄養							
退院後管理		予定管理者 ☐ 本人 ☐ 本人と家族 ☐ 家族等（本人以外） ☒ 施設 ☐ 訪問スタッフ ☐ その他（ ） 調剤方法 ☐ PTP ☒ 一包化 ☐ 一部一包化 管理方法 ☒ 薬袋 ☐ お薬BOX ☐ お薬カレンダー ☒ その他（施設担当者による管理） 服薬拒否 ☒ なし ☐ あり 状況など（ ） 服薬管理の問題点 ☐ なし ☒ 薬を取り出しにくい ☐ 薬の説明が聞き取りにくい ☐ 薬が見えにくい ☒ 薬が飲みこみにくい ☐ その他（ ） 服薬介助（介助が必要な薬） ☐ 不要 ☒ 必要（ ☒ 一部介助 ☐ 全介助） 服薬時の工夫 ☒ 内服薬 ☐ 注射薬 ☒ 外用薬（ ☒ 吸入 ☐ 点眼・点鼻 ☐ 貼付 ☐ 軟膏 ☐ 坐薬） ☐ なし ☒ あり（ ☐ 粉碎 ☒ ゼリー・とろみ ☐ 経管投与 ☐ 簡易懸濁 ☐ その他）							
薬物療法に関わる高齢者総合機能評価の特記事項									
HDS-R：0点/30点 測定不可									
ADL 起立性低血圧もありベット上で寝たきり。経口摂取可（内服：とろみ水にて摂取）									
☐ 入退院時の薬剤情報 別添									
☐ 検査値 別添									

裏面にも記載事項あり

処方調整内容の要点	
変更点	中止した薬 ☒ なし ☐ あり ()
	開始した薬 ☐ なし ☒ あり (プロナンセリンテープ)
要介入	中止したが再開の検討が必要な薬 ☒ なし ☐ あり ()
	開始したが調整の検討が必要な薬 ☐ なし ☒ あり (下記参照)
	服用中だが調整の検討が必要な薬 ☐ なし ☒ あり (下記参照)
注意を要する薬剤 (PIMs・処方カスケード等) ☐ なし ☒ あり (下記参照)	
経過および理由 貴薬局にて担当いただいている施設に入所されている大山太郎様は●/●(day1)に誤嚥性肺炎の診断をされ入院されました。入院中、セフトリアキソンおよびスルバクタムナトリウム・アンピシリンナトリウムを用いて軽快となり●/▲(day20)に退院となりました。入院中に使用した抗生剤でアレルギーはありませんでした。入院当初より、吸入器以外の内服持参薬はすべて中止にて対応しておりました。指示は何とか通るようですが、吸入器の吸うタイミングが難しいと看護師より相談がありました。家族とも相談し、エアロチャンバーを購入いただき導入としております。1週間前より内服について再開となっております。内服は、とろみをつけて行っておりました。再開時、処方整理について主治医と相談しましたが退院日まで1週間ほどのため、変更後の経過観察が困難なことか持参薬の処方内容に変更なしとして退院となっております。なお、せん妄症状が認められたためプロナンセリンの外用薬の貼付にて対応しておりました。プロナンセリンの外用薬は1週間分、退院処方としております。	
療養環境移行時の注意点 ● 服薬管理 ● 処方の未介入の問題 ● 継続的な問題 パーキンソン病の進行に伴う嚥下機能低下、便秘症状、および起立性低血圧が考えられます。同時に、現状内服されている薬剤による増悪が懸念されます。 ● 嚥下機能低下・便秘症状：フェソテロジンによる抗コリン作用による口渇による嚥下障害や便秘リスクがあると考えます。 ● 起立性低血圧：シロドシンの薬効によるリスクがあると考えます。日頃はベット上ですが、せん妄などによる起立、転倒が懸念されます。また、腎機能低下があり高マグネシウム血症によるリスクもあると考えます。酸化マグネシウム中止1週間後の採血では正常値でした。 また、内服が困難となってきていると思われます。外用薬にできるものは切り替えの検討ができるかと思えます。また、エルデカルシトール内服による高カルシウム血症の懸念もありますので内服継続でしたら引き続きフォローアップお願いいたします。	
ポリファーマシー対応に関する事項 つきましては以下の提案をいたします。これらについてご一考いただきフォローアップいただけますと幸いです。 ・フェソテロジンの中止の検討: 抗コリン作用のリスクを考慮し、排尿状況を評価した上で、中止も選択肢の一つとして医師への提案をご検討ください。中止後、下剤についても調整をご検討ください。 ・シロドシン: 低血圧のリスクを考慮し、排尿状況を評価した上で、中止も選択肢の一つとして医師への提案をご検討ください。中止後の血圧の推移次第でミドトリンおよび ・採血の定期的なモニタリング: マグネシウム（継続であれば）およびカルシウムの評価、医師への定期的な測定依頼のご提案についてご検討ください。それぞれ起立性低血圧やせん妄のリスクと考えます。 ・ドネペジル: 貼付剤についてもご検討いただけると思えます。ご提案についてご検討ください。 ・内服タイミング: レボドパ・ベンセラジド製剤と酸化マグネシウムの同時服用によるレボドパ・ベンセラジド製剤の薬効低下が考えられます。内服タイミングについて離す工夫ができるか、施設管理者と医師に相談ください。また、酸化マグネシウムの処方変更についてのご提案についてもご検討ください。	

ご不明な点等ございましたら、担当までお問い合わせください。

検査値及び処方情報

Case 4

大山 太郎様

検査日 入院時 (●/● day 1)

血圧：100mmHg/52mmHg

TP：6.3 g/dL、Alb：2.2 g/dL、AST：21 U/L、ALT：18 U/L、 γ -GTP：24 U/L

LDH：180 U/L、T-Bil：0.8 mg/dL、BUN：28 mg/dL、Cr：1.5 mg/dL、eGFR：34.8 mL/min/1.73m²、

Na：138 mEq/L、K：4.8 mEq/L、Cl：104 mEq/L、血糖：110 mg/dL、HbA1c：6.1 %、

TG：120 mg/dL、WBC：15,800 / μ L、RBC： 3.7×10^6 / μ L、Hb：13.8 g/dL、Ht：45.0 %、

PLT：160,000 / μ L、MCV：98 fL、MCH：30 pg、MCHC：32.2 %、CRP：14.5 mg/dL

退院1日前 (●/▼ day 19)

血圧：105mmHg/51mmHg

TP：6.2 g/dL、Alb：2.7 g/dL、AST：22 U/L、ALT：20 U/L、 γ -GTP：30 U/L、LDH：140 U/L、

T-Bil：0.6mg/dL、BUN：30 mg/dL、Cr：1.3 mg/dL、eGFR：40.7 mL/min/1.73m²、

Na：136 mEq/L、K：4.2 mEq/L、Cl：104 mEq/L、Ca：8.5 mg/dL、血糖：115 mg/dL、WBC：

4,800 / μ L、RBC： 3.6×10^6 / μ L、Hb：14.2g/dL、Ht：44.0 %、PLT：150,000 / μ L、

MCV：97.1 fL、MCH：32 pg、MCHC：33.7 %、CRP：0.2 mg/dL

入院時から退院時の処方変化

- | | |
|--|-----------------------|
| 1. フルチカゾン DP オン酸エステル・ホモテロルマル 125 エアゾール 120 吸入 分2 1回2吸入 | |
| 2. リナクロチド | 2錠 分1 朝食前 |
| 3. レボドパ・ベンセラジド製剤 | 9錠 分4 3-3-2-1 毎食後・寝る前 |
| 4. ドネペジル 5mg | 1錠 分1 朝食後 |
| 5. タケキャブ 10mg | 1錠 分1 朝食後 |
| 6. エルデカルシトール 0.75 μ g | 1CP 分1 朝食後 |
| 7. ミドドリリン 2mg | 4錠 分2 朝・昼食後 |
| 8. ドロキシドパ 200mg | 3錠 分3 毎食後 |
| 9. フェソテロジン 4mg | 1錠 分1 夕食後 |
| 10. シロドシン 4mg | 2錠 分2 朝・夕食後 |
| 11. アゼラスチン 1mg | 4錠 分2 朝・寝る前 |
| 12. モンテルカスト 10mg | 1錠 分1 寝る前 |
| 13. 酸化マグネシウム 330mg | 1錠 分1 毎食後 |
| 14. ブロナンセリンテープ 40mg | 1枚 分1 貼付 →追加 |

