

**回復期の病棟に求められる  
病院薬剤師の業務事例集**  
(ver2)

令和3年12月1日  
一般社団法人日本病院薬剤師会

# はじめに

日本病院薬剤師会学術第1小委員会（以下、本委員会）は、「地域包括ケアシステムの回復期における病院薬剤師と薬局薬剤師との連携に関する調査研究」をテーマに令和元年度に編成され、これらの調査・研究を行ってまいりました。その調査研究を進める中で、回復期の病棟での薬剤師業務において薬局薬剤師との連携により有益な結果につながったとされる事例が多数収集され、平成30年12月1日に公開された「回復期の病棟に求められる病院薬剤師の業務事例集」に加えるべき有益な事例でありました。

そこで、ver2として公開すべく本委員会において収集した事例の内容を精査し、回復期の病棟において急性期から回復期への移行時の関わりや回復期の病棟において病院薬剤師が薬局薬剤師と連携して関与することにより、最終的に患者において有益な結果につながったと考えられる事例をピックアップしたのち、以下の6つに分類し、事例集として公開する運びとなりました。会員の皆様の業務の参考にしていただければ幸いです。

- 1) 処方見直し（急性期から回復期への移行時の関わり等）
- 2) 在宅療養への関わり（かかりつけ薬局を意識した連携等）
- 3) 薬物療法のフォローアップ（入院から在宅への継続的なフォローアップ等）
- 4) プレアボイド（薬局薬剤師からの疑義照会等）
- 5) 医療連携（トレーシングレポート・返書の活用等）
- 6) その他

最後に、事例をご報告いただきました皆様および本委員会の活動にご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。

日本病院薬剤師会 学術委員会委員長 島田 美樹  
学術第1小委員会委員長 岸本 真

# 目次

## 1 「処方見直し」(急性期から回復期への移行時の関わり等)

- 1-1： 回復期移行時に発見した薬物有害事象疑いに対して処方提案を行い、  
重篤化を回避した事例…………… P 1
- 1-2： 回復期移行時にポリファーマシーに対し減薬を提案，退院時にかかりつけ医、  
かかりつけ薬局に対して薬剤管理サマリーを用いた情報提供を行った事例…………… P 2

## 2 「在宅療養への関わり」(かかりつけ薬局を意識した連携等)

- 2-1： 複数の薬局を利用している患者に，病院薬剤師がかかりつけ薬局を持つことを提案，  
服薬管理にかかりつけ薬局の訪問支援をえられアドヒアランスが良好となった事例…………… P 3
- 2-2： 患者・介助者だけで退院後の服薬管理が困難と考えられる患者に対して，  
かかりつけ薬局による訪問支援について病院薬剤師が退院時に調整を行った事例…………… P 4

## 3 「薬物療法のフォローアップ」(入院から在宅への継続的なフォローアップ等)

- 3-1： 特殊な処方意図がある薬剤の情報を，薬剤管理サマリーを用い  
かかりつけ薬局と共有することで，継続したフォローアップにつながった事例…………… P 5
- 3-2： 入院中に出血傾向に対し抗凝固療法の変更を提案，変更後の出血傾向の経過を  
薬剤管理サマリーを用いてかかりつけ薬局と連携し，フォローアップを行った事例…………… P 6

## 4 「プレアポイド」(薬局薬剤師からの疑義照会等)

- 4-1： 薬剤管理サマリーを参考に薬局薬剤師の入院中追加薬の処方漏れを防いだ事例…………… P 7
- 4-2： 薬剤管理サマリーを参考に薬局薬剤師が入院中減量された薬剤が  
減量前の用量での処方に対して疑義照会を行った事例…………… P 8

## 5 「医療連携」(トレーシングレポート・返書の活用等)

- 5-1： 薬局薬剤師からの薬剤管理サマリー返書で得られた情報を基に  
患者に適した用法への処方変更につながった事例…………… P 9
- 5-2： 薬局薬剤師からのトレーシングレポートで得られた情報を基に用法の調整が行われ，  
服薬アドヒアランス向上につながった事例…………… P10

## 6 「その他」

- 6-1： 退院後訪問へ病院薬剤師が同行することにより，  
介護者の服薬状況も含めた患者の生活環境に合わせた支援を行った事例…………… P11
- 6-2： 地域包括ケア病棟へのレスパイト入院に対して  
多職種協働で薬物療法の調整を行った事例…………… P12

### 掲載施設一覧(50音順)

医療法人 育和会 育和会記念病院

霧島市立医師会医療センター

三豊総合病院

長野県立信州医療センター

医療法人 紅萌会 福山記念病院

## 1-1

# 回復期移行時に発見した 薬物有害事象疑いに対して処方提案を行い、 重篤化を回避した事例

【年齢・性別】 80歳代 女性  
 【生活環境】  
 (入院前) 週2回デイサービスを利用しながら在宅にて生活 3人暮らし(夫、娘と同居)  
 (退院後) 在宅(入院期間28日) 3人暮らし(夫、娘と同居) 入院前と同じ  
 【主病名】 アテローム血栓性脳梗塞 高血圧症 脂質異常症  
 【既往歴】 子宮筋腫 虫垂炎 大腸癌 卵巣嚢腫 眼底出血 白内障 左被殻出血

## 背景

朝5時過ぎトイレ後に眩暈、嘔気、嘔吐出現。治まらないため、9時過ぎ当院受診。MRIにて左小脳虫部～半球の梗塞を認め入院(医療療養病棟)。血栓治療に関する点滴治療施行し、症状増悪なく経過。7日後にリハビリテーション強化目的のため回復期リハビリテーション病棟に転棟。

## 薬剤師の介入内容

回復期リハビリテーション病棟入棟後、薬剤管理指導業務を開始した。リハビリテーション中に血圧が高くなるため(収縮期血圧140～150mmHg)、オルメサルタン錠が追加となり、服用後は収縮期血圧120～130mmHgで落ち着く。服薬指導時(day15)に動悸、頭痛、カリウム値の低下を認めた。芍薬甘草湯を在宅では自己判断で1日1回の服用に留めていたが、入院後は1日3回内服しており、芍薬甘草湯による低カリウム血症の可能性があるため主治医に中止とカリウムの補正を提案した。

その結果、芍薬甘草湯は中止となり、L-アスパラギン酸カリウム散が追加となった。中止後、動悸と頭痛の症状は軽減した。

退院時に自宅に芍薬甘草湯が大量に余っていることも判明したため、薬局との連携を目的に薬剤管理サマリーをお薬手帳に添付し、今回の変更の経緯と入院中の服薬状況について情報提供を行った。

## 介入時処方内容

day15時点の処方薬		
アムロジピンベシル酸塩口腔内崩壊錠5mg	1回1錠	1日1回 朝食後
ロスタチンカルシウム口腔内崩壊錠5mg		1日1回 夕食後 (day3追加)
シロスタゾール錠100mg		1日2回 朝夕食後 (day7追加)
オルメサルタンメドキシミル口腔内崩壊錠20mg		1日1回 夕食後 (day14追加)
芍薬甘草湯		1回1包 1日1回 朝昼夕食後
センシド錠	1回2錠	1日1回 就寝前

### 【検査値】

	day0	day10	day17
カリウム (mEq/L)	3.6	2.5	2.9
総コレステロール (mg/dL)	258	142	158

## 介入後処方内容

day18時点の処方薬		
アムロジピンベシル酸塩口腔内崩壊錠5mg	1回1錠	1日1回 朝食後
ロスタチンカルシウム口腔内崩壊錠5mg		1日1回 夕食後
シロスタゾール錠100mg		1日2回 朝夕食後
オルメサルタンメドキシミル口腔内崩壊錠20mg		1日1回 夕食後
センシド錠		1回2錠 1日1回 就寝前
L-アスパラギン酸カリウム散	1回1g	1日2回 朝夕食後 (day18追加)

### 【検査値】

収縮期血圧 (mmHg)	120～130
拡張期血圧 (mmHg)	60～70
	day27
カリウム (mEq/L)	4.5

L-アスパラギン酸カリウム散はカリウム値が正常域に入ったため、中止となった。(10日間の服用)

## 委員会コメント

在宅における服薬アドヒアランス不良を把握し、入院後の服薬アドヒアランス改善による有害事象の発生を病院薬剤師が発見した事例。

患者の自己判断にて、服薬回数の変更や中止をしているケースでは、入院後の服薬アドヒアランス改善が症状の好転につながる場合もあるが、この事例のように薬物有害事象を引き起こすこともある。

この事例では、医師、看護師やセラピストと患者の症状を共有し、適切な薬物治療に寄与できている。さらに、残薬の状況、入院中の処方変更を記した薬剤管理サマリーをお薬手帳に貼付することにより、薬局薬剤師だけでなく、医師など他の職種にも伝達できると考える。

## 1-2

## 回復期移行時にポリファーマシーに対し減薬を提案、退院時にかかりつけ医、かかりつけ薬局に対して薬剤管理サマリーを用いた情報提供を行った事例

【年齢・性別】 82歳 女性

【生活環境】

(入院前) 在宅にてADL自立していた 独居

(退院後) 在宅 (入院期間86日) 独居

【主病名】 骨盤骨折 右上腕骨通頸骨折 高血圧症

【既往歴】 腰椎圧迫骨折 虚血性腸炎 両膝変形性膝関節症 右肘部管状候群手術 狭心症

## 背景

自宅にて階段より転落し受傷。右上腕骨通頸骨折・骨盤骨折にて急性期病院入院。手術後、リハビリテーション継続目的により、当院回復期リハビリテーション病棟に入院。在宅では内科はかかりつけのクリニックで内服加療、外科は当院で通院中であった。急性期病院では横になると咳がでるとのことで、麦門冬湯が処方開始となった。

## 薬剤師の介入内容

入院時の持参薬管理の際、複数の医療機関から服用中の内服薬が13剤とハイパーポリファーマシーであることが判明したため、詳細な薬歴・処方意図を確認し医師に減薬について提案を行った。

入院時カンファレンスにて、患者、患者家族に減薬と症状があれば薬を再開する旨について説明し、患者の状態を考慮して7剤が減量方針となった。その後、薬剤師が中止後の症状について経過観察を行い、症状の再燃や自覚症状の変化は認めなかった。また、独居であり自己管理が必要であるため、自己管理できるよう支援を行った。さらに多職種カンファレンス時には、セラピストからリハビリテーション時の疼痛の増悪がなく鎮痛薬の服用中止がリハビリテーションに支障がないことも報告があった。

退院時には薬局に対してポリファーマシーへの介入に関する情報(中止薬の経緯と経過、服薬支援)共有を目的に、薬剤管理サマリーの作成およびお薬手帳を用いて情報提供を行った。

## 介入時処方内容

A 病院の処方薬		
ランソプラゾール口腔内崩壊 15mg	1回1錠	1日1回 朝食後
アルファカルシドール錠0.5 μg		1日1回 朝食後 (前医にて中止)
オルメサルタン メドキシミル口腔内崩壊錠20mg		1日1回 夕食後 (隔日)
アトルvastatinカルシウム錠10mg		1日2回 朝夕食後
酸化マグネシウム錠330mg	1回2錠	1日2回 朝夕食後
7デバシリン酸ナトリウム水和物顆粒10%	1回1.2g	1日3回 朝昼夕食後 (day7中止)
ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg	1回1錠	1日3回 朝昼夕食後
テブレノンカプセル50mg	1回1CP	1日3回 朝昼夕食後
ニコランジル錠5mg	1回1錠	1日3回 朝昼夕食後
リマプロストアルファデクス錠5 μg	1回1錠	1日3回 朝昼夕食後
葛根湯	1回2.5g	頭痛時 (day7中止)
B 病院の処方薬		
エリデカルシドールカプセル0.75 μg	1回1CP	1日1回 朝食後
ミロガバンベシル酸塩錠10mg	1回1錠	1日2回 朝夕食後 (day7中止)
メコバラミン錠500 μg		1日3回 朝昼夕食後 (day7中止)
リマプロストアルファデクス錠5 μg		1日3回 朝昼夕食後
C 病院の処方薬		
麦門冬湯	1回3g	頭痛時 (day7中止)

## 【入院時の処方提案】

- めまいの訴えがなく、アデノシン三リン酸二ナトリウム、ベタヒスチン中止
- ランソプラゾール服用により、テブレノン中止
- 痛み、しびれの訴えなく、ミロガバン、メコバラミン中止 (リマプロスト内服を提案)
- 頭痛の訴えなく、葛根湯中止
- 咳症状なく、麦門冬湯中止
- オルメサルタンは急性期病院で中止 (要観察となる)

## 介入後処方内容

ランソプラゾール口腔内崩壊 15mg	1回1錠	1日1回 朝食後
アルファカルシドール錠0.5 μg		1日1回 朝食後
アトルvastatinカルシウム錠10mg	1回0.5錠	1日1回 夕食後 (隔日)
酸化マグネシウム錠330mg	1回1錠	1日2回 朝夕食後
ニコランジル錠5mg		1日3回 朝昼夕食後
リマプロストアルファデクス錠5 μg		1日3回 朝昼夕食後
ピコスルファートナトリウム内用液0.75%	1回10滴	便秘時
葛根湯	1回2.5g	頭痛時 (再開)

## 【その後の対応】

- 酸化マグネシウム錠を中止 (day32)  
ピコスルファート頓用に変更
- 葛根湯は頭痛の訴えがあり、本人希望により再開
- オルメサルタン錠中止後は血圧変動なく良好

## 委員会コメント

ポリファーマシーに対して、入院時に詳細な薬歴の確認および処方意図の確認を行い、医師へ処方提案を行った事例。処方変更に対する経過観察をセラピストを中心に、多職種カンファレンスで共有することで経過観察がしっかりとなされている。さらに、前医で中止された降圧薬の必要性に関しても再度検討が行われている。症状がなく、漫然投与されていた薬剤に対して中止と独居であるため自己管理に対する支援をしっかりと行い薬剤管理サマリー、お薬手帳に情報を記載することでかかりつけ薬局のみならず医師に対しても変更の経緯を伝達できており、処方をもとにもどらないよう配慮されている事例といえる。

## 2-1

## 複数の薬局を利用している患者に、病院薬剤師がかかりつけ薬局を持つことを提案、服薬管理にかかりつけ薬局の訪問支援をえられアドヒアランスが良好となった事例

【年齢・性別】 70歳代 男性  
 【生活環境】  
 (入院前) 妻と二人暮らし  
 (退院後) 妻と二人暮らし  
 【主病名】 腰痛 パーキンソン病  
 【既往歴】 前立腺癌 認知症 便秘症

### 背景

パーキンソン病による歩行障害で転倒を繰り返し、腰痛、体動困難により緊急入院となった。明らかな骨折などは認められなかったが、歩行困難により現状では自宅での生活ができないため地域包括ケア病棟へ転棟し、退院調整を行うこととなった。要介護2。

### 薬剤師の介入内容

初回面談時に残薬および、身体機能の低下があり、妻と一緒に薬剤管理をしていたが飲み忘れが頻発していた。さらに、複数の医療機関と複数の薬局を利用していることが発覚した。入院時MMSE13点と著明な認知機能低下を認め、訪問薬剤管理指導の必要性を考え地域連携薬剤師チームの介入となった。主治医・ケアマネジャーと調整を行い、患者の希望からかかりつけ薬局を調整するとともに各薬局に連絡、訪問薬剤管理指導を利用することとなり退院した。

かかりつけ薬局からの薬剤管理指導報告書からお薬BOXの利用と妻の支援により服薬アドヒアランスが良好となった旨の報告を受けた。退院3ヵ月後に再度入院した際、持参した残数を確認したところバラつきは見られず、服薬アドヒアランス良好な状況を確認した。再度退院したのち、かかりつけ薬局から夫婦による薬剤管理が可能となったことから自立支援を目的として訪問薬剤管理指導を一旦中止し、薬局で経過を継続的にフォローしている旨の報告を受けた。

※地域連携薬剤師チーム(三豊総合病院)

薬剤部所属の薬剤師数名より構成。入退院支援のフォロー及び地域連携室との情報共有、薬剤管理サマリー等を用いた施設間での薬学的情報共有体制の管理等を行っている。かかりつけ薬局からの介入情報報告書・トレーニングレポート・訪問薬剤管理指導報告書等の情報を円滑に医師または多職種にフィードバックしながら、入院・外来患者に関する相談応需等も行っている。

### 介入時処方内容

ビカルタミド錠 80mg	1回1錠	1日1回 朝食後
レボドパ・カルビドパ配合錠	1回2錠	1日1回 朝食後
レボドパ・カルビドパ配合錠		1日1回 昼食後
レボドパ・カルビドパ配合錠	1回1錠	1日1回 夕食後
レボドパ・カルビドパ配合錠	1回2錠	1日1回 就寝前
(レボドパ・カルビドパ配合錠は午前8時から4時間毎内服)		
酸化マグネシウム錠330mg	1回2錠	1日1回 就寝前
セレコキシブ錠 100mg	1回1錠	1日2回 朝夕食後
ロチゴチン貼付剤 9mg	1回1枚	24時間貼付

### 介入後処方内容

介入時処方内容と同じ

【病院薬剤師の提案内容】

かかりつけ薬局に対して「一包化調剤」および「お薬BOX」を用いた薬剤管理方法を提案。

### 委員会コメント

複数の薬局を利用している患者に、病院薬剤師がかかりつけ薬局を持つことを提案し、訪問薬剤管理指導を実施することで服薬アドヒアランスが良好となった事例。

本事例の問題点は、複数薬局利用、本人の認知機能・身体機能の低下、妻の認識不足などが考えられる。また、服薬が正しくできていないが故にパーキンソン病の症状が悪化したと考えられる。病院薬剤師が中心となり、かかりつけ薬局を患者と共に決め、その後の情報連携が行われた。本患者の退院後の服薬管理が正しくできるようになったことで訪問薬剤管理指導も必要なくなるまで安定した。非常に理想的な連携・在宅へのアプローチができていた事例であると考えられる。

## 2-2

## 患者・介助者だけで退院後の服薬管理が困難と考えられる患者に対して、かかりつけ薬局による訪問支援について病院薬剤師が退院時に調整を行った事例

【年齢・性別】 80歳代 男性

【生活環境】

(入院前) 妻と二人暮らし (妻は入院中のため独居)

(退院後) 妻と二人暮らし

【主病名】 うっ血性心不全の増悪

【既往歴】 脳動脈瘤クリッピング後 慢性腎臓病 鉄欠乏性貧血 睡眠時無呼吸症候群 憩室出血

### 背景

うっ血性心不全の急性増悪のため入院された。症状が安定し、自宅退院に向けてリハビリテーション継続のため回復期病棟へ転棟となった。

要介護1にて介護サービス利用あり。MMSE:21点、認知機能の低下あり。

食事摂取や排泄などの日常動作は概ね自立。

### 薬剤師の介入内容

入院後、飲み忘れや紛失が見られ、本人に自覚があり妻も要介護2と介助が必要な状況であった。退院後の家族管理は困難なため医療ソーシャルワーカーより訪問薬剤管理指導導入について相談があり、病院薬剤師が訪問薬剤管理指導について説明。本人の同意を得られたため、病院薬剤師から主治医の了承を得て、担当ケアマネジャーへ連絡した。さらに、かかりつけ薬局に対して訪問薬剤管理指導の依頼するとともに、退院時に訪問薬剤管理指導依頼書及び薬剤管理サマリーにて情報提供を行った。

退院後、薬局より定期的に訪問薬剤管理指導報告書をFAXしてもらうことにより情報共有を行った。

訪問薬剤管理指導導入後、かかりつけ薬局にてアドヒアランス向上のため泌尿器科と循環器内科の薬を一包化、受診日が異なるため一包化できない日数分の薬剤については薬局で保管管理となったことや、夫婦で訪問薬剤管理指導を導入することとなったことが報告された。

### 介入時処方内容

循環器内科の処方薬		
トルバタン口腔内崩壊錠 7.5mg	1回2錠	1日1回 朝食後
ボノブラザンフマル酸塩錠 10mg	1回1錠	
クエン酸第一鉄ナトリウム錠 50mg		1日1回 昼食後
アゾセמיד錠 60mg	1回2錠	1日1回 夕食後
ワルファリンカリウム錠 1mg	1回1錠	1日2回 朝夕食前
一硝酸イソソルビド錠 20mg	1回2錠	1日2回 朝夕食後
カルベジロール錠 1.25mg	1回1個	
ホリスフレシル酸Ca <sup>2+</sup> リ-20%25g	1回0.5錠	
アミオダロン塩酸塩速崩錠 100mg	1回2錠	
酸化マグネシウム錠 330mg	1回1錠	1日1回 就寝前
スボレキサント錠 15mg	1回1錠	
泌尿器科の処方薬		
ミラベグロン錠 25mg	1回2錠	1日1回 朝食後
コハク酸ソリフェナシン口腔内崩壊錠 2.5mg	1回1錠	
シロドシン口腔内崩壊錠 4mg	1回1錠	1日2回 朝夕食後

### 介入後処方内容

介入時処方内容と同じ

### 委員会コメント

患者やその介助者だけで服薬管理が困難な状況であるのに対して、病院薬剤師が退院時にかかりつけ薬局に連絡し訪問支援を依頼した事例。

高齢者は、複数の医療機関を受診するため多剤併用となっており、服薬自体が煩雑になっていることが多くみられる。入院中は全ての医療機関の処方状況を把握できても、退院後は困難になることがある。

退院後の薬剤に関する問題点を解決するために、かかりつけ薬局による訪問支援はとて有用である。かかりつけ薬局が薬剤管理を行うことで副作用や効果の継続的な確認、一般用医薬品を含めた服薬情報を一元的、継続的に把握し、残薬解消なども可能となる。

## 3-1

## 特殊な処方意図がある薬剤の情報を、 薬剤管理サマリーを用いかかりつけ薬局と共有することで、 継続したフォローアップにつながった事例

【年齢・性別】 86歳 男性

【生活環境】

(入院前) 妻と二人暮らし

(退院後) 妻と二人暮らし

【主病名】 レスパイト入院

【既往歴】 誤嚥性肺炎(1年以内に4回の入院歴あり) 急性胆嚢炎 胃がん術後 気管支喘息  
腰椎圧迫骨折 脊柱管狭窄症 慢性胃炎 難治性逆流性食道炎 不眠症 鬱病

### 背景

妻と二人暮らし、要介護4、運動付デイサービスを週4回利用。食事はおかゆ、きざみ食を妻が介助し摂食。妻の介護疲れにより今回地域包括ケア病棟へレスパイト入院となった。

### 薬剤師の介入内容

入院時、言語聴覚士より誤嚥のリスクはあるが食事摂取は今まで通りと評価された患者。

医師、看護師、言語聴覚士とのカンファレンス時に薬剤師より咳を誘発させるほうが肺炎予防につながるため持参した鎮咳薬の中止を提案、前回入院時に咳反射の誘発を考慮し少量のエナラプリル錠を追加したが、今回入院時に持参がなく中止されていることを報告、エナラプリル錠の再開を提案した。

エナラプリル錠2.5mg投与開始後、血圧は130~140/70mmHg台から120台/65mmHgへと低下が見られたが、著しいバイタルの変化や有害事象は見られず服用継続となった。カルボシステイン錠は喀痰正常の調整作用を期待し治療量へ増量となった。

プロチゾラム錠は高齢で夜間ふらつきも認めため、嚥下機能低下や転倒リスクを考慮し、漸減中止を提案した。せん妄ハイリスク患者であることを踏まえ、せん妄対策としてトラゾドン錠12.5mgの追加、プロチゾラム錠0.25mgを漸減中止することを目標にプロチゾラム錠0.25mgを0.5錠へ減量、スボレキサント錠15mgの併用を提案した。なおスルピリド錠は経過観察となった。

吸入薬は自身で吸入薬をセット、吸入後のうがいの必要性について理解良好であったが、ステロイド吸入薬の口腔内への薬剤残留を防止するため、吸入を食前に行うこととした。その情報を看護師と共有し、患者への吸入指導の統一を図った。

退院時には、薬剤師からカンファレンス内容および変更点をかかりつけ薬局へ薬剤管理サマリーとして情報提供した。退院後かかりつけ医からの処方を受けかかりつけ薬局より、今回の治療内容を踏まえた継続したフォローアップを実施する旨の返書があった。

### 介入時処方内容

ボノブラザンフマル酸塩錠 10mg	1回1錠	1日1回 朝食後
L-カルボシステイン錠 500mg		1日1回 昼食後
フルボキサミンマレイン酸塩錠 25mg		1日2回 朝夕食後
スルピリド錠 50mg		
オロパタジン塩酸塩錠 5mg	1回2錠	1日3回 朝昼夕食後
ジブ・ロイソ・ジヒド・ロゲイン配合剤錠	1回1錠	1日1回 就寝前
プロチゾラム錠 0.25mg	1回2吸入	疼痛時
アセトアミノフェン錠 500mg		1日2回 朝夕
フルチカゾン125μg/ホルモロル吸入薬		

### 介入後処方内容

エナラプリルマレイン酸塩錠 2.5mg	1回1錠	1日1回 朝食後
ボノブラザンフマル酸塩錠 10mg		1日3回 朝昼夕食後
L-カルボシステイン錠 500mg		1日2回 朝夕食後
フルボキサミンマレイン酸塩錠 25mg		
スルピリド錠 50mg	1回1錠	1日1回 就寝前
オロパタジン塩酸塩錠 5mg	1回0.5錠	1日2回 朝夕
スボレキサント錠 15mg		
トラゾドン塩酸塩錠 25mg		
フルチカゾン125μg/ホルモロル吸入薬		

### 委員会コメント

病院薬剤師が誤嚥性肺炎予防のエナラプリル錠を処方提案し退院したが、処方意図を伝えなかったことにより、必要な薬剤が中止されてしまうことを教訓として示すことができた事例。

今回は改めて処方の再開を医師へその目的とともに提案し、退院へと移行した。他にも嚥下機能低下や転倒リスクを考慮するなど、退院後の患者の生活を見据えた処方提案が行われている。退院時はカンファレンス内容及び処方変更点をかかりつけ薬局へ薬剤管理サマリーとして情報提供することで、治療内容を踏まえた継続したフォローアップが実施できている。

地域包括ケアシステムの中で病院薬剤師は退院した時点で関わりが終了するのではなく、しっかりとその薬物療法を地域の薬局薬剤師へ繋ぐことが必要であると考えられる。

## 3-2

## 入院中に出血傾向に対し抗凝固療法の変更を提案、変更後の出血傾向の経過を薬剤管理サマリーを用いてかかりつけ薬局と連携し、フォローアップを行った事例

【年齢・性別】 80歳 男性

【生活環境】

(入院前) 孫夫婦と三人暮らし

(退院後) 孫夫婦と三人暮らし

【主病名】 消化管出血

【既往歴】 腸ヘルニア 心房細動 高血圧症 うっ血性心不全 高尿酸血症 逆流性食道炎

### 背景

非弁膜症性心房細動に対してワルファリンおよびアスピリン腸溶錠を内服中の患者。

夜間に血便を認めたがそのまま就寝、早朝から昼にかけて鮮血の混じった排便が続くため、孫夫婦に連れられて来院。精査の結果、S状結腸にポリープを認めたため内視鏡的粘膜切除術を実施。退院に向けた内服の調整のため地域包括ケア病棟に入院となった。

### 薬剤師の介入内容

初回面談時に左手甲に大きなあざを認めた。PT-INR3.44とワルファリンを再開する際には用量を調整する必要があると考えたが、入院前はワルファリン用量が安定せず頻繁に調整していた。そこで、用量調整が必要なく、高齢者の非弁膜症性心房細動に対して出血リスクの低いエドキサバン錠を腎機能低下 (CLcr35mL/min) を認めたため、1日30mgで主治医へ処方提案を行った。抗凝固療法はアスピリン腸溶錠およびワルファリンからエドキサバン錠に変更となり、経過良好であったため退院となる。

退院指導時に薬剤管理サマリーを用いてかかりつけ薬局へ抗凝固療法の変更経緯を伝えた。

かかりつけ薬局から返書にて、かかりつけ医を受診の結果、エドキサバン錠は継続となったことと、退院後は下血や皮下出血もなく経過良好であることが報告された。また、入院前はワルファリンを3.25mg~3.75mg/dayで頻繁に増減しており、自宅での服薬アドヒアランスも安定しなかったが、抗凝固療法変更後は服薬アドヒアランス良好であり、かかりつけ薬剤師に対して患者から「安心した」との報告があった。

### 介入時処方内容

フロセミド錠 20mg	1回1錠	1日1回 朝食後
アゾセミド錠 30mg		
フェブキソスタット錠 10mg		
テルミサルタン錠 20mg		
アスピリン腸溶錠 100mg		
ワルファリンカリウム錠 1mg	1回3錠	1日1回 夕食後
ワルファリンカリウム錠 0.5mg	1回0.5錠	
ランソプラゾール口腔内崩壊錠 15mg	1回1錠	1日3回 朝昼夕食後
ベラパミル塩酸塩錠 40mg		1日1回 就寝前
ゾルピデム酒石酸塩錠 5mg		1日1回 就寝前

### 介入後処方内容

フロセミド錠 20mg	1回1錠	1日1回 朝食後
アゾセミド錠 30mg		
フェブキソスタット錠 10mg		
テルミサルタン錠 20mg		
エドキサバン錠 30mg		
ランソプラゾール口腔内崩壊錠 15mg	1日1回 夕食後	
ベラパミル塩酸塩錠 40mg		1日3回 朝昼夕食後
ゾルピデム酒石酸塩錠 5mg		1日1回 就寝前

### 委員会コメント

病院薬剤師が副作用モニタリングにより患者の出血傾向に気づき、抗凝固薬の再調整をおこなった事例。

入院前からのワルファリンの頻繁な用量変更を聴取し、直接作用型経口抗凝固薬(DOAC)への変更を行っている。

回復期病棟から療養施設に転院する場合には、経済的な理由からDOACをワルファリンに変更するケースも散見される。本事例のようにワルファリンの用量変更が多く、INRが安定しない非弁膜症性心房細動患者においては、DOACに変更することも非常に有効な方法である。さらには薬剤管理サマリーを用いてかかりつけ薬局においても情報を共有し、継続的なフォローアップが可能となった。回復期病棟の薬剤師が患者の安心安全に貢献することができた優良事例である。

## 4-1

## 薬剤管理サマリーを参考に 薬局薬剤師の入院中追加薬の処方漏れを 防いだ事例

【年齢・性別】 80歳代 男性

【生活環境】

(入院前) 妻と二人暮らし

(退院後) 妻と二人暮らし

【主病名】 腹壁癒痕ヘルニア

【既往歴】 右変形性膝関節症 人工膝関節全置換術後 胆のう癌 胃癌 高血圧症 心房細動  
間質性肺炎 肺気腫 鉄欠乏性貧血

### 背景

進行胆嚢癌で肝S4a+5切除、リンパ節郭清を施行したが、腹壁癒痕ヘルニアを発症した。ヘルニアのサイズが経時的に大きくなり腹部の強い張りを自覚するようになり、ADLの低下も認められたため、手術目的にて入院。術後、状態安定のためリハビリテーション目的で地域包括ケア病棟へ転棟となった。

### 薬剤師の介入内容

術前検査で心房細動が発覚し、アビキサバン錠を追加した患者。退院時にかかりつけ薬局へ薬剤管理サマリーを送付し、入院後追加となったアビキサバン錠の処方理由を伝えると共に服薬アドヒアランスの確認を依頼した。退院後、患者がかかりつけ医を受診し、かかりつけ薬局を訪局した際、薬局薬剤師がアビキサバン錠の処方漏れがあることを確認した。当院発行の薬剤管理サマリーを参考に、かかりつけ医へ疑義照会が実施され、アビキサバン錠が追加処方された。その際、退院後の自宅での服薬アドヒアランスが良好であることも確認され、それらの情報は病院へフィードバックされた。

### 介入時処方内容

フマル酸第一鉄徐放カプセル100mg	1回1CP	1日1回 朝食後
プレドニゾロン錠5mg	1回1錠	
レバミピド錠100mg		
アムロジピンベシル <sub>2</sub> 酸塩 <sub>2</sub> 錠5mg		
カルベジロール錠2.5mg		1日2回 朝夕食後
モサプリドクエン酸塩錠5mg	1日3回 朝昼夕食後	
酸化マグネシウム錠330mg		
酪酸菌製剤錠		
牛車腎気丸	1回2.5g	1日3回 朝昼夕食後2時間

### 介入後処方内容

フマル酸第一鉄徐放カプセル100mg	1回1CP	1日1回 朝食後
プレドニゾロン錠5mg	1回1錠	
レバミピド錠100mg		
アムロジピンベシル <sub>2</sub> 酸塩 <sub>2</sub> 錠5mg		
カルベジロール錠2.5mg		1日2回 朝夕食後
アビキサバン錠5mg	1日3回 朝昼夕食後	
モサプリドクエン酸塩錠5mg		
酸化マグネシウム錠330mg		
酪酸菌製剤錠	1回2.5g	1日3回 朝昼夕食後2時間
牛車腎気丸		

### 委員会コメント

病院と薬局間で薬剤師の連携により、重要な薬剤の処方が維持された事例。

退院後は最初のかかりつけ医での処方では退院時の逆紹介状(診療情報提供書)の記載を基に処方が行われるが、実際の退院処方と相違する状況が発生しうる。通常はかかりつけ薬局から処方箋発行元であるかかりつけ医に対して疑義照会がなされ、処方の修正が行われるにとどまり、病院に連絡が行くことは少ないと思われる。

本事例は病院薬剤師からの薬剤管理サマリーとアドヒアランスの確認依頼が奏功し、退院後の処方継続と病院へのフィードバックにつながった。情報提供にとどまらず、情報提供依頼まで含んだ連携を行うことで、退院後の情報を的確に確認することにつながるとと思われる。処方修正の経緯やアドヒアランス不良などの情報はお薬手帳を介して伝達することが難しい場合もあり、地域においてそれ以外の情報連携の手段をあらかじめ構築しておくことが重要である。

かかりつけ薬局では「一元的・継続的な薬学管理」が求められており、薬局において入院時退院時をまたがって継続的に的確な薬学管理を行うことがまさにこれにあたる。退院後に患者が適切な薬物療法を継続するために、退院時の情報提供は重要な意味を持つ。

## 4-2

## 薬剤管理サマリーを参考に 薬局薬剤師が入院中減量された薬剤が 減量前の用量での処方に対して疑義照会を行った事例

【年齢・性別】 76歳 男性

【生活環境】

(入院前) 独居

(退院後) 独居

【主病名】 脱水症 急性腎障害

【既往歴】 アルコール依存症 肺気腫 高血圧症 慢性心不全 大腸癌術後 早期胃癌ESD後  
心房細動

### 背景

食欲低下・全身倦怠感があり、かかりつけ医にて点滴を行い帰宅された。翌日倦怠感増悪し、血圧低下もみられたためかかりつけ医より当院へ紹介、回復期病棟にて入院加療となった。

### 薬剤師の介入内容

腎機能悪化を回避するため、エサキセレン錠が中止され、リバーロキサバン錠が入院時の15mgから10mgへ減量となった患者。

退院時に薬剤管理サマリーにてかかりつけ薬局へ変更内容について情報提供を行った。

退院後、患者がかかりつけ医を受診し、薬局を訪局した際、薬局薬剤師がリバーロキサバン錠が入院前の15mgで処方されていることを確認。退院時に提供されていた薬剤管理サマリーの情報を参考に、かかりつけ医へ疑義照会が実施され、リバーロキサバン錠は10mgへ減量となった。

薬局よりかかりつけ医への疑義照会についての報告と退院後の服用状況が概ね良好である旨の報告があった。

### 介入時処方内容

エロビキシバット水和物錠 5mg	1回2錠	1日1回 朝食前
リバーロキサバン錠 15mg	1回1錠	1日1回 朝食後
ピソプロロールフルマ酸塩錠 2.5mg		
エサキセレン錠 1.25mg		
ランソプラゾール口腔内崩壊錠 15mg		
アゾセミド錠 30mg		
リスベリドン口腔内崩壊錠 1mg		
ベンゾチアジン・B6・B12配合カプセル	1回1CP	1日2回 朝夕食後
ロラゼパム錠 0.5mg	1回1錠	1日3回 朝昼夕食後
スボレキサント錠 15mg		1日1回 就寝前
チオトロピウム・オロダテロール吸入薬	1回2吸入	1日1回 朝

### 介入後処方内容

エロビキシバット水和物錠 5mg	1回2錠	1日1回 朝食前	
リバーロキサバン錠 10mg	1回1錠	1日1回 朝食後	
ピソプロロールフルマ酸塩錠 2.5mg			
ランソプラゾール口腔内崩壊錠 15mg			
アゾセミド錠 30mg			
リスベリドン口腔内崩壊錠 1mg			1日1回 夕食後
ベンゾチアジン・B6・B12配合カプセル			1回1CP
ロラゼパム錠 0.5mg	1回1錠	1日3回 朝昼夕食後	
スボレキサント錠 15mg		1日1回 就寝前	
チオトロピウム・オロダテロール吸入薬	1回2吸入	1日1回 朝	

### 委員会コメント

入院時の検査値確認により服用薬の減量、中止を行うことができています。さらにかかりつけ薬局へ薬剤管理サマリーを送付することで、入院中の処方変更理由をもとに処方医へ疑義照会を行い、有害事象を未然に防ぐことができた事例。

回復期においては、検査値などを再確認し、常用薬の用量調節を行うことも重要な業務である。これはサブアキュート入院においても同様であり、漫然と服用している常用薬の処方見直しの機会と捉えるべきである。また、入院中に適正化された処方が、退院後元に戻ってしまう事例がしばしばみられる。薬剤管理サマリーなどを有効に活用し、かかりつけ薬局と情報共有することにより、適正な薬物療法が継続されるよう働きかけることも病院薬剤師の重要な役割である。

## 5-1

## 薬局薬剤師からの薬剤管理サマリー返書で 得られた情報を基に 患者に適した用法への処方変更につながった事例

【年齢・性別】 70歳代 女性  
 【生活環境】  
 (入院前) 独居  
 (退院後) 独居  
 【主病名】 腰部脊柱管狭窄症  
 【既往歴】 糖尿病 パーキンソン病

### 背景

腰部脊柱管狭窄症にて手術を実施した。地域包括ケア病棟でリハビリテーションを実施して退院となった。

### 薬剤師の介入内容

入院中傾眠傾向によりエチゾラム錠は中止となったが、エスゾピクロン錠については患者の強い希望により継続服用となった。しかしながら、起床時間が遅く、食事は昼食と夕食の1日2回であり、朝のレボドパ・カルビドパ配合錠を服用できていないとかかりつけ薬局から薬剤管理サマリーの返書を用いて報告があった。

病院薬剤師から主治医へ服薬状況を報告し患者と話し合った結果、しばらくの間、処方変更は行わず、朝食後の薬剤は服用できるときのみ服用するよう指示があり、かかりつけ薬局に病院薬剤師から報告を行った。

その後、処方1日3回から1日2回へ減量となった。減量後、安静時振戦は観察されず、1日2回で継続服用となった。

### 介入時処方内容

レボドパ・カルビドパ配合錠	1回1錠	1日3回 朝昼夕食後
エスゾピクロン錠1mg		1日1回 就寝前
エチゾラム錠0.5mg		

### 介入後処方内容

レボドパ・カルビドパ配合錠	1回1錠	1日2回 昼夕食後
エスゾピクロン錠1mg		1日1回 就寝前

### 委員会コメント

患者の服薬に対する希望に応えながら、服薬状況に応じた処方の適正化が行われ、薬効の確認も行われた事例。エチゾラムの処方が削除になった経緯、エスゾピクロン錠の服用を強く希望しており処方を継続しているという処方方針について、薬局薬剤師と共有されていた結果と思われる。

入院中の服薬管理は多職種で確認を行うため維持されているが、退院後、独居で服薬を自己管理している場合、生活サイクルの変化で服薬が困難となることもあるため、退院後も継続的に管理できるようにサポート体制を構築することも重要である。

介入にあたっては、アドヒアランスの確保のみを目的とするのではなく、効果発現を伴った適切な薬物治療につなげていくことを意識しなければならない。

## 5-2

## 薬局薬剤師からのトレーシングレポートで得られた情報を基に用法の調整が行われ、服薬アドヒアランス向上につながった事例

【年齢・性別】 80歳代 男性

【生活環境】

(入院前) 妻・息子と三人暮らし

(退院後) 妻・息子と三人暮らし

【主病名】 食欲不振 ADL低下

【既往歴】 2型糖尿病 高血圧症 脂質異常症 心房細動 右大腿骨軟部腫瘍

### 背景

ADLの低下みられ寝たきり状態であったが、発熱みられ低栄養状態でもあったため当院に入院となった。状態安定後、自宅退院にむけて調整のため地域包括ケア病棟へ転棟となった。

また、入院中に介護保険申請を行い、要介護2の認定を受けた。

### 薬剤師の介入内容

退院時に訪問薬剤管理指導は希望しなかったが、薬剤管理サマリーを交付し、退院後も薬局薬剤師と継続的な情報共有を行っていた。

薬局からのトレーシングレポートにて、夕食後のイミダフェナシン錠のコンプライアンスが不良であるとの情報提供があった。イミダフェナシン錠は紹介元医療機関での処方内容（朝夕食後に各1錠服用）を継続していたが、服薬アドヒアランスの向上を目的に、病院薬剤師から医師へ現在の服用状況を伝え、1日1回のミラベグロン錠（1回2錠朝食後）へ処方変更となった。

後日、処方変更後は飲み忘れもなく服用できているとの報告を受けた。

### 介入時処方内容

テネリグリブチン臭化水素酸塩口腔内崩壊錠20mg	1回1錠	1日1回 朝食後
エドキサバン口腔内崩壊錠30mg		
イミダフェナシン錠0.1mg		1日2回 朝夕食後

### 介入後処方内容

テネリグリブチン臭化水素酸塩口腔内崩壊錠20mg	1回1錠	1日1回 朝食後
エドキサバン口腔内崩壊錠30mg		
ミラベグロン錠25mg		

### 委員会コメント

薬剤管理サマリーの情報をもとに、継続的に薬局薬剤師と患者の情報を共有し、服薬が困難なことをトレーシングレポートから病院薬剤師が医師へ処方提案した事例。

継続的な双方向の情報共有により、患者の薬物療法に対してシームレスにかかわることができている。トレーシングレポートの提出先や流れは病院ごとに異なるが、患者の薬物療法へ適切にフィードバックされるよう手順を定めておく必要がある。

## 6-1

## 退院後訪問へ病院薬剤師が同行することにより、 介護者の服薬状況も含めた 患者の生活環境に合わせた支援を行った事例

【年齢・性別】 72歳 男性

【生活環境】

(入院前) 母親 (90歳代, 要支援2), 弟 (60歳代, 日中仕事で不在) と三人暮らし

(退院後) 母親 (90歳代, 要支援2), 弟 (60歳代, 日中仕事で不在) と三人暮らし

【主病名】 慢性複雑性膀胱炎

【既往歴】 知的障害 左股関節人工骨頭置換術 脂質異常症

### 背景

慢性複雑性膀胱炎にて入院。症状は安定しリハビリテーション継続のため地域包括ケア病棟へ転棟した。入院前の生活状況は本人, 90歳代の母親 (要支援2), 60歳代の弟の3人暮らし。キーパーソンは同居の弟, 介護保険は未申請, 自宅では高齢の母親の介助で歩行器歩行をしていた。退院後は弟の協力を得られるということで入院中は看護師管理で服薬継続していた。また他のサービスについても弟より退院後, 自宅での様子を見てサービスを検討したいと申し出があり, サービス支援がないまま退院となった。

### 薬剤師の介入内容

退院2週間後に病院薬剤師が看護師と共に退院後訪問を実施した。入院中にプラバスタチン錠は退院後の生活を考慮し朝食後へ変更としていたが, 母親へ確認すると退院時渡した内服薬が継続されていないことが判明した。

さらに, 薬剤師が家庭の状況を確認したところ, 母親が抗血小板薬, 抗血栓薬を服用しており, 患者の入浴介助の際に転倒のリスクがあると判断した。

そこで, 薬剤師はケースワーカーへ状況の報告を行い, ケアマネジャーへ受診の手続きやサービスの見直しの依頼を行った。結果, 各種サービスの利用が始まった。

薬局薬剤師に対しては, 退院後訪問の状況を情報提供し, 今後も受診が中断されないよう定期受診を含めた服薬管理を依頼した。

※ 長野県立信州医療センターでは2019年12月より看護師による退院後訪問を開始している。

看護師からの強い要望もあり開始当初より地域包括ケア病棟担当の病院薬剤師も退院後訪問に同行している。

### 介入時処方内容

プラバスタチンナトリウム錠10mg	1回1錠	1日1回 夕食後
-------------------	------	----------

### 介入後処方内容

プラバスタチンナトリウム錠10mg	1回1錠	1日1回 朝食後
-------------------	------	----------

### 委員会コメント

病院薬剤師が退院後も在宅訪問し, 入院中の薬物療法が問題なく継続できているかを確認した事例。

入院中に退院後の生活を考慮し, 服薬タイミングを病院薬剤師の提案で変更している。在宅訪問時に患者の薬物療法のみでなく, 家族の薬物療法の問題点を把握し, 多職種と連携することで薬物有害事象の発生を未然に防止している。さらにこの情報を薬局薬剤師へ情報提供することで, 患者が継続して薬物療法が行えるよう実践できている。

退院後も入院中に行っていた薬物療法が継続できているか確認するためには, 症例によっては病院薬剤師が退院初期に実際に訪問し確認するなど, 必要に応じて在宅療養に適した薬物療法の支援を行い, それを薬局薬剤師へ繋げることが重要であると考えられる。

## 6-2

# 地域包括ケア病棟へのレスパイト入院に対して 多職種協働で 薬物療法の調整を行った事例

【年齢・性別】 80歳代 男性

【生活環境】

(入院前) 長男家族と4人暮らし

(退院後) 長男家族と4人暮らし

【主病名】 高度アルツハイマー型認知症

【既往歴】 慢性心不全 高尿酸血症 不眠症 気管支喘息

## 背景

認知症で在宅療養されていた患者。夏になると心不全が悪化し度々入院管理となっていた。ショートステイを利用するも暴力などの問題行動があり、サービスを利用できなかった。

今回は家族の介護疲れによりレスパイト入院となり、入院初日より看護師への暴力等があり対応しきれない行動が続いた。

## 薬剤師の介入内容

ケア拒否と暴力により入院継続困難な状態であった。そのため多職種カンファレンスを行い認知症治療薬および抗精神病薬の使用を勧める方針となった。

薬剤師は攻撃性があることから認知症治療薬としてはメマンチン、精神神経系薬剤としてクエチアピン錠とリスペリドン錠の使用を提案した。なおCLcrは27.97ml/minでありメマンチン錠は5mgで投与を開始した。

薬剤開始後は攻撃性、傾眠、呼吸状態、異常な口渇等について確認し、多職種（看護師、理学療法士、介護福祉士）で情報共有を行い、経過良好であった。非薬物療法においては、本人の意思を尊重しながらのケア介助を実施し、薬物療法と非薬物療法の併用により入院中の暴力や徘徊は軽減した。退院時には家族への退院時服薬指導を行い、家族の理解を得た。

今後認知症専門機関への受診予定もあったため、家族の了承を得て薬局薬剤師への薬剤管理サマリーの提供を行った。なお、メマンチン錠については入院中5mgで開始したため、今後腎機能を再評価し増量を検討提案いただくよう依頼した。

薬局薬剤師から「患者来局時に易怒性が強くなっている事を感じていた。今後かかりつけ医、家族と共に連携を図りながら薬物療法を提案していく」と連絡をもらった。

## 介入時処方内容

アンブロキソール塩酸塩口腔内崩壊錠 4.5mg	1回1錠	1日1回 朝食後
フェブキソスタット錠 2.0mg		
フロセミド錠 2.0mg	1回1.5錠	
ラメルテオン錠 8mg	1回1錠	
		1日1回 寝る前

## 介入後処方内容

フェブキソスタット錠 2.0mg	1回1錠	1日1回 朝食後
メマンチン塩酸塩口腔内崩壊錠 5mg		
フロセミド錠 2.0mg	1回1.5錠	
ラメルテオン錠 8mg	1回1錠	1日1回 寝る前
クエチアピン fumarate 塩酸塩錠 2.5mg	1回1錠	1日3回 朝昼夕食後
リスペリドン口腔内崩壊錠 0.5mg		不眠時

## 委員会コメント

地域包括ケア病棟へのレスパイト入院に対して多職種で情報共有し、薬物療法の調整を経て、非薬物療法との組み合わせによって認知症の症状が改善された事例。

患者や家族に発生する課題に対して、多職種からの多面的な提案が効果的なケアにつながるといわれており、その対処によって、患者・家族中心のケアが実現可能となる。認知症状が改善することにより、本人の日常生活の維持や家族の介護負担の軽減に寄与できただけでなく、薬局薬剤師へ情報提供を行うことで、今後の安全性・有効性の向上に寄与できた事例といえる。

回復期の病棟に求められる病院薬剤師の業務事例集 ver2

令和3年12月1日

発行 一般社団法人 日本病院薬剤師会

編集 日本病院薬剤師会 学術第1小委員会

日本病院薬剤師会 学術第1小委員会

「地域包括ケアシステム・回復期における病院薬剤師と薬局薬剤師との連携に関する調査」

学術委員会委員長：島田 美樹

学術第1小委員会委員長：岸本 真

委員：荒川 隆之，川崎 美紀，豊見 敦，藤原 久登，溝神 文博 宮川 哲也