

令和 6 年 2 月 1 日

会員各位

一般社団法人 日本病院薬剤師会
学術委員会委員長 島田 美樹
令和 5 年度学術第 5 小委員会委員長 藤原 久登

「回復期病棟における薬剤師のためのかかわり方ガイド」について

平素より、日本病院薬剤師会の活動にご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

高齢化が進む日本において回復期病棟の重要性が増しています。そこに従事する薬剤師は、患者の在宅復帰、社会復帰を目指すため服薬支援を行い、そして治癒を目的とした薬物療法だけでなく、QOL を最大限に高めることなど様々な役割が求められています。一方で回復期病棟は薬剤師にとって診療報酬上インセンティブのない病棟区分となっているため、一般病棟で行われている薬剤管理指導業務の多くが実施できていない現状があります。また、最大 180 日という長期間のリハビリテーションを受けることができる専門病棟は海外を見渡しても他に類を見ず、国内特有の医療制度であるが故に、回復期病棟の薬剤師に関する情報は十分とはいえず、その指針となるものもありませんでした。

この度、令和 5 年度学術第 5 小委員会では「回復期病棟のかかわり方ガイド」を作成いたしました。本ガイドが、今後の回復期病棟に従事する薬剤師の一助となること、また、回復期に従事していない薬剤師にとっても回復期病棟をより深く知っていただき、急性期から回復期そして地域へとつながるシームレスな薬物治療を実現するためにご活用いただければ幸いです。

回復期病棟における 薬剤師のための かかわり方ガイド

編集 | 日本病院薬剤師会 令和5年度学術第5小委員会



一般社団法人

日本病院薬剤師会

Japanese Society of Hospital Pharmacists

はじめに

回復期リハビリテーション病棟は、急性期の治療を終えた患者が自宅や社会への復帰を目指す病棟であり、2000年4月に保険点数上制度化されました。また、地域包括ケア病棟は2014年4月に新設された病棟であり、回復期リハビリテーション病棟の役割でもあるポストアキュートとともに、在宅や介護施設で療養中の患者の入院が必要になった際に受け入れるサブアキュートの役割も担っています。現在、回復期病棟と呼ばれるこれらの病棟において薬剤師の役割は多岐にわたっています。ポリファーマシーの改善や副作用早期発見など薬学的ケアのほか、患者の服薬管理能力に応じた薬剤の選択や服薬タイミングの調整、調剤方法の変更などがあり、服薬ケアの立案も必要とされています。さらには患者背景、生活モデルに合わせた処方提案が求められる場面も少なくありません。薬剤選択はガイドラインや標準治療を理解したうえで、退院先の医療・介護環境の経済的な理由を考慮した選択を余儀なくされることもあり、状況に応じた薬剤適正使用が求められます。薬剤師は、患者や多職種から得られた情報を総合的に加味し、在宅復帰、社会復帰を目指す患者の服薬支援を行うという大切な役割を担っており、そのため、高齢化が進む日本において、その役割の重要性が年々増しています。

一方で現在、回復期病棟は薬剤師にとって診療報酬上インセンティブのない病棟区分となっているため、一般病棟で行われている薬剤管理指導業務の多くが実施できていないのが現状です。また、最大で180日という長期間をかけてリハビリテーションを受けることができる専門病棟は海外を見渡しても他に類を見ず、国内特有のユニークな医療制度であるが故に、回復期病棟の薬剤師に関する情報は十分とはいえず、その指針はこれまで発せられてきませんでした。しかし、回復期病棟では在宅復帰、社会復帰を目指す患者の服薬支援を行い、そして治癒を目的とした薬物療法だけでなく、患者のQOLを最大限に高めることが薬剤師に求められています。今後さらに回復期病棟に従事する薬剤師の活躍が期待されており、その業務のあり方を示すべく、この度、回復期病棟のかかわり方ガイドを作成する運びとなりました。

本ガイドが、今後の回復期病棟に従事する薬剤師業務の一助になることを切に願います。

日本病院薬剤師会 令和5年度学術第5小委員会 委員長
藤原 久登

一般社団法人 日本病院薬剤師会

令和5年度学術第5小委員会

委員長

藤原 久登 昭和大学藤が丘病院薬剤部 / 昭和大学薬学部病院薬剤学講座

委員（五十音順）

岸本 真 霧島市立医師会医療センター薬剤部

小瀬 英司 順天堂大学医学部附属順天堂医院薬剤部

篠永 浩 三豊総合病院薬剤部

田中 絵里子 昭和大学藤が丘リハビリテーション病院薬局

中道 真理子 原土井病院薬剤部

溝神 文博 国立長寿医療研究センター薬剤部

Contents

1. 回復期病棟について	1
2. 回復期リハビリテーション病院と地域包括ケア病棟の違いについて	2
3. 薬剤師が回復期病棟に介入するタイミング	7
転院時、転棟時、入院時	7
入院中	9
退院時	11
4. 回復期病棟における多職種とのかかわり方	14
医師	15
看護師	17
セラピスト（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）	18
管理栄養士	20
医療ソーシャルワーカー	21
5. 回復期病棟における疾患別のかかわり方	22
脳血管障害	22
運動器疾患	23

廃用症候群	25
6. 回復期病棟におけるリハビリテーション栄養のかかわり方	27
7. 回復期病棟におけるリハビリテーション薬剤のかかわり方	30
8. 回復期病棟におけるポリファーマシーへのかかわり方	33
9. 回復期病棟における薬剤師介入に関するエビデンスについて	36
引用文献	40

1

回復期病棟について

ポイント

- 回復期病棟では在宅復帰を目指したADLの維持・向上が目的となる。
- 回復期病棟の入院期間は一般病棟と比べ長期間であり、患者の状況に合わせた積極的な薬物療法への介入を行う絶好の機会である。

回復期とは、広義では「患者の容態が危機状態（急性期）から脱し、身体機能の回復を図る時期」であり、英語表記では「convalescent phase」となる。狭義では「急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、日常生活動作（activities of daily living：ADL）の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する期間」である¹⁾。最大で180日という長期間をかけて病院でリハビリテーションを受けることができる専門病棟は海外を見渡しても他に類を見ず、国内特有の医療制度であり、英語表記は「kaifukuki」となる。従来の医療提供体制を見直すための制度である地域医療構想は、病床機能別に医療機関を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとに分けて、人口分布や医療需要の推計で必要とされた病床数にそれぞれの病床を調整する、といったものであるが、ここで挙げられている回復期とは後者（kaifukuki）である。地域医療構想の推計の中では、高度急性期と急性期病床は必要量に対して過剰である一方、急性期病床から回復期病床への転換は思うように進んでおらず、今後も「回復期病床の不足」という事態が予想されている。回復期機能をもつ医療機関が不足していけば、急性期を脱した患者はADLの低いまま在宅復帰や施設への転院を余儀なくされるため、リハビリテーションを十分に行える医療機関を確保することが課題となっている。

回復期機能を提供する病棟としては、回復期リハビリテーション病棟（以下、本文中は回リハ病棟と略す）と地域包括ケア病棟（以下、本文中は地ケア病棟と略す）がある。回復期病棟の入院期間は一般病棟と比べ長期間であり、患者の特徴を十分に把握できるため、薬剤の有効性・安全性の評価がしやすく、計画的、段階的に介入しやすい環境であるといえる。そのため、回復期病棟は患者の状況に合わせた積極的な薬物療法への介入を行う絶好の機会であり、それを逃してはならない。

2

回復期リハビリテーション病棟と 地域包括ケア病棟の違いについて

ポイント

- 回リハ病棟と地ケア病棟の入院目的の違いとして、前者は機能回復、後者は自宅復帰という点が挙げられる。
- 回リハ病棟では特定の機能回復が望める疾患に対し、最大180日という期間で集中的なリハビリテーションにより最大限の機能回復を果たすことが目的となる。
- 地ケア病棟では対象となる疾患に縛りはなく、最大60日という期間でポストアキュート、サブアキュート、在宅復帰支援という3つの役割を果たすことが目的となる。

2000年に回リハ病棟、2014年に地ケア病棟が新設された。本ガイド発出時点でそれぞれ全国に9万床を超える病床数があり、地域医療構想では今後更なる病床数の増加が期待されている。

■ 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の違いについて

どちらも在宅復帰支援を目的とした病棟であるという点は共通しているが、その違いは回リハ病棟の入院目的は機能回復であり、地ケア病棟の入院目的は自宅復帰という点にある。

回リハ病棟では脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の整形外科疾患、廃用症候群、急性心筋梗塞等の心大血管疾患といった特定の機能回復が望める疾患に対し、最大180日という期間で集中的なリハビリテーションにより最大限の機能回復を果たすことが目的となる。急性期では主に急性疾患に対する治療が中心となるが、回リハ病棟では疾患治療のみならず、機能回復を果たすことを含めた退院後の生活を意識した薬物療法の適正化が重要となる。急性期からの治療継続の可否や漫然投与されている薬剤の継続可否、多剤併用によるポリファーマシー状態の是正、機能回復を考慮した薬剤適正使用などが求められる。

一方、地ケア病棟では対象となる疾患に制限はなく、最大60日という期間で回復期機能（ポストアキュート）に加え、軽・中等症の急性疾患への対応が求められる急性期機能（サブアキュート）、在宅復帰支援機能という異なる機能を活かすことで、様々な状態に応じた

自宅復帰支援を行うことが目的となる。入院時から院内外の多職種と情報共有を行い、退院後を見据えた薬物療法の適正化を行うことで、入退院支援を中心とした積極的な薬学的介入が求められる。

■ 回復期リハビリテーション病棟の特徴

回リハ病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL の向上による寝たきりの防止と自宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟であり、回復期のリハビリテーションを要する状態の患者が常時8割以上入院している病棟と定義されている²⁾。入院期間は疾患や状態により異なるが、脳血管疾患や頸髄損傷などは最大180日、大腿骨や骨盤などの骨折は最大90日と急性期と比較して長く、リハビリテーションは1日最大9単位＝3時間（1単位＝20分）を行うことが可能であり、効果的なADL向上を図ることができる。回リハ病棟では、入院時又は転院時および退院時にはBarthel Indexや機能的自立度評価表（functional independence measure：FIM）が客観的なADL評価項目として測定され、入院中のリハビリテーションの効果判定が実施される。FIMを用いた実績指数は入院料の判定基準の一つとしても用いられる。

回リハ病棟の施設基準では医師や看護師、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）、社会福祉士、管理栄養士等の医療従事者の記載はあるが、「薬剤師」は明記されていない。また、回リハ病棟の入院料には薬剤料や薬剤管理指導料、病棟薬剤業務実施加算等が包括化されており、一般病棟と比較して病棟業務に必要な薬剤師を配置することが難しい状況にある。しかし、回リハ病棟は入院期間を考慮しても、患者の機能回復を目的とした薬学的介入を実施する絶好の場であるため、積極的な病棟配置による薬剤師の貢献が望まれる。

回リハ病棟入院料³⁾は看護師やリハビリテーション専門職等の医療従事者の配置人数や1日に受けられるリハビリテーションの単位数・種類、重症患者の割合などにより5段階に分類される（表1）。令和4年度の診療報酬改定では、新規入院患者の重症患者割合引き上げや第三者評価の認定を用いたプロセス評価への重点移動が示されている。また、回復期のリハビリテーションを要する状態について、「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」が追加されている（算定上限日数90日以内）。

表1 回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）＊令和4年度診療報酬改定

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5(※1)
医師	専任常勤1名以上				
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)		15対1以上 (4割以上が看護師)		
看護補助者	30対1以上				
リハビリ専門医	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤のPT2名以上、OT1名以上		
社会福祉士	専任常勤1名以上		-		
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい			
第三者評価	<u>受けていること が望ましい</u>	-	<u>受けているこ とが望ましい</u>	-	-
リハビリテーション実績指数等 の院内掲示等による公開	○				
データ提出加算の届け出	○		-		○
休日リハビリテーション	○		-		
新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	3割以上→ <u>4割以上</u>		2割以上→ <u>3割以上</u>		-
入院時に重症であった患者にお ける退院時の日常生活機能評価 ()内はFIM総得点	3割以上が4点(16点) 以上改善		3割以上が3点(12点) 以上改善		-
自宅等に退院する割合	7割以上				-
リハビリテーション実績指数	40以上	-	35以上	-	-
点数 ()内は生活療養を受ける場合	2,129点 (2,115点)	2,066点 (2,051点)	1,899点 (1,884点)	1,841点 (1,827点)	1,678点 (1,664点)

※1：入院料5については、届出から2年間に限り届け出ることができる。

(文献2より引用)

■ 地域包括ケア病棟の特徴

地ケア病棟は、急性期治療を経過した患者および在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う病棟と定義されている⁴⁾。入院期間は最大60日で、対象となる疾患に縛りはなく、期間内に自宅復帰を目指すことが入院の前提となる。リハビリテーションについては入院中の患者に対して1日平均2単位=40分の実施が求められる。地ケア病棟では下記に示す3つの役割が求められる。

- ①急性期治療を経過した患者の受入れ（ポストアキュート）
- ②在宅で療養を行っている患者等の受入れ（サブアキュート）
- ③在宅復帰支援

①では繰り返す慢性心不全の急性増悪や脳卒中、誤嚥性肺炎、がんや大腿骨近位部骨折等

の手術等の急性期治療を経過して落ち着いた状態の患者への対応が求められ、②では肺炎、腸炎、尿路感染、圧迫骨折、脱水等や日常生活圏域単位の救急搬送を含む軽・中等症の急性疾患への対応が求められる。③では院内の地域連携室や入退院支援室と連携し、入退院支援/調整等を行い、地域内の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所と連携して円滑に在宅医療・介護事業へと繋ぐことが求められる。

地ケア病棟の施設基準においても看護師、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）等の医療従事者の記載はあるが、「薬剤師」は明記されていない。また、地ケア病棟の入院料には薬剤料や薬剤管理指導料、病棟薬剤業務実施加算等が包括化されており、回りハ病棟と同様に病棟業務に必要な薬剤師を配置することが難しい状況にある。しかし、患者の自宅復帰を目的とした上記の異なる役割を十分に発揮するためには、積極的な病棟配置による薬剤師の貢献が望まれる。

地ケア病棟入院料4)は重症患者の割合や在宅復帰率の他に、一般病棟から転棟した割合や自宅等からの受入れ割合の実績により4段階に分類される(表2)。令和4年度の診療報酬改定では②サブアキュート機能および③在宅復帰支援機能の強化が示された。

表2 地域包括ケア病棟入院料（施設基準）*令和4年度診療報酬改定

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、 <u>第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること</u> (ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。)							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数 200床未満	○		-		○		-	
室面積	6.4平方メートル以上				-			

	入院料 1	管理料 1	入院料 2	管理料 2	入院料 3	管理料 3	入院料 4	管理料 4
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8%以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 (許可病床数 <u>200床以上</u> の場合) (満たさない場合 <u>85/100</u> に減算)	-	-		6割未満 (許可病床数 <u>200床以上</u> の場合) (満たさない場合 <u>85/100</u> に減算)	-

自宅等から入棟した患者割合	<u>2割以上</u> (管理料の場合、10床未満は3月で <u>8人以上</u>)	いずれか1つ以上 (満たさない場合 <u>90/100</u> に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)	<u>2割以上</u> (管理料の場合、10床未満は3月で <u>8人以上</u>)	いずれか1つ以上 (満たさない場合 <u>90/100</u> に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)
自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>9人以上</u>		3月で <u>9人以上</u>	
在宅医療等の実績	○ (2つ以上)		○ (2つ以上)	

在宅復帰率	<u>7割2分5厘以上</u>	<u>7割以上 (満たさない場合 <u>90/100</u>に減算)</u>
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること <u>入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること</u> (許可病床数 <u>100床以上</u> の場合) (満たさない場合 <u>90/100</u> に減算)	

点数 (生活療養)	2,809点 (2,794点)	2,620点 (2,605点)	2,285点 (2,270点)	2,076点 (2,060点)
--------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

(文献3より引用)

3

薬剤師が回復期病棟に介入するタイミング

転院時、転棟時、入院時

ポイント

- 急性期からの転院・転棟時（ポストアキュート）と在宅からの入院時（サブアキュート）では情報収集方法や把握・検討すべき事項が一部異なる。
- 転院・転棟時には取得情報により急性期での治療状況を明確にし、急性期で開始・中止となった薬剤を含めた服用薬の継続可否について検討を行う必要がある。
- 在宅からの入院時には不足する情報を積極的に収集することで在宅療養中の治療状況を把握し、漫然投与されている薬剤やPIMsについて検討を行う必要がある。

薬剤師が介入する最初のタイミングとして、回復期病棟に入院となったタイミングがあげられるが、回復期病棟は患者や施設の属性により、患者の入院の在り方が異なることに注意が必要である。サブアキュートは急性期病棟と同じく「直接入院」となるが、ポストアキュートでは、急性期病棟からの受け入れを行う。これは、同一施設に急性期病棟と回復期病棟の双方を有する施設であれば「転棟」の扱いとなるが、回復期に特化した施設であれば、他施設からの「転院」を受け入れることとなる。それぞれの状況に応じて情報の入手先や対応が異なるため、違いをよく理解しておく必要がある。

■ ポストアキュートとして転院時、転棟時に必要な対応（表3）

急性期からの転院予定患者の薬剤関連情報については医療連携部門等と連携し、事前に診療情報提供書や薬剤管理サマリー、服薬情報提供書などを入手しておくことで円滑な対応が可能となる。急性期からの転棟予定患者の場合には、こうした情報が取得しやすいため、診療録などに記載することで多職種での情報共有を図る。転院時には速やかに患者および患者家族と面談し、持参薬の確認を行うが、既に入手している情報を参考に薬学的情報を丁寧に聴取する。取得すべき薬剤関連情報としては、服用中の薬剤に関する情報に加えて、現病歴および既往歴、急性期での治療状況と経過、アレルギー歴、副作用歴、服用状況などが挙げられる。急性期にて開始となった薬物治療を明確にし、入院中の継続可否について必要に応じて代替薬も含めた処方提案を行う。また、漫然投与されている薬剤を含めた多剤併用によるポリファーマシー状態をスクリーニングし、退院後に向けたモニタ

リングを開始することが望ましい。特に機能回復に影響を及ぼすことが予想される潜在的不適切処方（potentially inappropriate medications；PIMs）等については入院時に把握し、入院中の減薬等が可能かどうか多職種で検討を行う。一方、急性期中止されていた薬剤の有無についても把握し、再開の必要性についても検討を行う。薬剤の中止や変更を行った際には、急性期での病状再燃に注意しながら、多職種でモニタリングを行う。

■ サブアキュートとして入院時に必要な対応（表3）

在宅療養中の患者が入院する際には薬剤関連情報が不足する場合も多いため、不明な点があれば処方医療機関やかかりつけ薬局に問い合わせを行う。入院時には速やかに患者および患者家族と面談し、持参薬の確認を行うが、在宅療養中の薬剤服用状況を把握し、退院後を見据えた在宅環境での薬剤管理状況やかかりつけ薬局の有無などを把握しておく。漫然投与されている薬剤やPIMs、多剤併用によるポリファーマシー状態についてもスクリーニングを行い、入院時から退院後を見据えた処方検討およびモニタリングを開始する。在宅療養中の身体機能の悪化により相対的に過量になった薬剤の調整を必要とする事例が多いことにも注意する。

表3 転院時、転棟時、入院時に必要な対応

	転院時（ポストアキュート）	転棟時（ポストアキュート）	入院時（サブアキュート）
情報収集方法	診療情報提供書 薬剤管理サマリー お薬手帳等 医療連携部門 患者・家族との面談、持参薬確認	診療録等 急性期病棟担当者 患者・家族との面談	お薬手帳等 処方医療機関やかかりつけ薬局 患者・家族との面談、持参薬確認
把握すべき事項	急性期での治療内容（薬剤関連情報） 患者・家族の理解度・意向 退院後の療養環境		在宅療養中の治療内容（薬剤関連情報） 患者・家族の理解度・意向 退院後の療養環境
検討事項	急性期での治療及び薬物療法を含めたPIMs及びポリファーマシーの有無 多職種による全人的評価を用いた患者の生活機能の評価		在宅療養中の薬物療法におけるPIMs及びポリファーマシーの有無 多職種による全人的評価を用いた患者の生活機能の評価

転院時、転棟時、入院時に共通する必要な対応については、聴取事項としては前述した取得すべき薬剤関連情報の他に、未持参薬や一般薬の服用歴と服用状況、自宅等での薬剤管理状況、かかりつけ薬局の有無などが挙げられるが、同時に服用薬に関する処方意図や理解度、意向（例：減薬希望）を確認しておくことで入院中の薬剤適正使用に関する介入を効果的に行うことが可能となる。また、退院支援を円滑に行うために、退院後の療養環

境についても確認しておく。その他の患者情報（検査値やバイタルサイン、身体機能、認知機能、栄養状態、生活背景など）を各専門種から情報収集することで、多面的に評価する。評価方法としては国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health：ICF）や高齢者総合機能評価（comprehensive geriatric assessment：CGA）による全人的評価を用いることにより、退院後の患者の生活機能（心身機能・活動・参加）を考慮した介入を効果的に実施することが可能となる。

回復期病棟では一般病棟に比べ薬剤師の人員確保や配置が厳しい状況にあるが、持参薬鑑別については実施している施設が多く⁵⁾、入院時は薬学的介入を行うための重要なポイントとなることを意識されたい。回復期病棟に入院する患者は平均7種類以上の薬剤を服用しており、NSAIDsや催眠鎮静薬・抗不安薬、利尿薬などのPIMsに関して使用頻度が高い⁶⁾。持参薬評価のためのフォーマット等を活用することで、薬物有害事象やPIMsが疑われる場合には、必要に応じて減薬や代替薬の提案などを行う必要がある。

入院中

ポイント

- ADLに応じた薬剤の見直しが必要となる。
- リハビリテーション薬剤の実践や、副作用の初期兆候を見つけるためにリハビリテーション職との連携が重要となる。
- 入院期間が長い場合、ポリファーマシーのモニタリングが可能となる。
- 退院先を見据えた支援を行うことが重要である。

回復期病棟の入院期間は長く、特に回リハ病棟は最長180日が算定上限日数であり薬剤の有効性・安全性の評価がしやすく、計画的、段階的に介入することが可能である。また、回復期病棟は患者のADL向上を図る病棟であるため、入院から退院までの間、患者の変化する状態に合わせて薬剤の適正使用を考慮する必要がある。特に入院時、入院中の回診・カンファレンス時、退院時には積極的に介入することが望ましい。

患者のADL向上とQOL獲得を目的とした回復期病棟に従事する薬剤師はリハビリテーションの状況、ADLの改善状況を常に確認しながら、薬剤の適正を考え、処方アップデートを図っていく必要があるため、リハビリテーション職との連携がポイントになる。

リハビリテーション薬剤（以下、本文中はリハ薬剤と略す）で考えると、活動に影響を与える薬剤はフィジカル面、メンタル面ともに、鎮静と意欲向上のバランスを考慮する必

要がある。例を挙げると、鎮痛薬の処方控え、痛みが改善せずリハビリテーションが順調に進まないケース、不眠のタイプに対して適正な睡眠剤の使い分けができておらずリハビリテーション中に傾眠を訴えるケース、また、降圧コントロールが不良のケースでは血圧が高すぎるだけでなく低すぎてもリハビリテーションに影響を及ぼす。このように服用薬剤の効果によってリハ効率が低下してしまうので、リハビリテーションの視点から薬物治療の介入を行っていかなければならない。その場合、医師、看護師のみならず、セラピストからの情報も有用であるので、多職種との連携をとりながらリハ薬剤の実践に取り組んでいく必要がある。

また、高齢者では副作用の初期症状の訴えが少ない症例や、初期症状を捉えることが困難な症例、さらに原疾患やその合併症の症状と副作用の症状が判別しにくいケースがある。しかし、回復期病棟の入院期間は長いため、薬剤師は常に副作用発現の有無を念頭に置いて、症状などの聴取を行うことが重要となる。回診、カンファレンス時にはリハビリテーションの効果を高める薬剤、また副作用を含む悪影響を及ぼす薬剤のリストアップなどを行い、患者のアドヒアランスなどとともに多職種との患者情報共有を図る必要がある。

ポリファーマシーについても、入院、転棟、転院時点でスクリーニングを行った薬剤に対し、中止後に症状の悪化がないか、中止後の状態変化までフォローできるため、明らかな不要薬剤だけでなく処方意図不明な薬剤についても必要性を検討することができる。

さらに、患者の多くは服薬管理能力が低下しており、入院、転棟、転院時点で自己管理できている患者は少ない。必要な薬剤を処方していても適切に服薬できていなければ、薬効は発揮されないため、退院後の患者の環境について、よく見極める必要がある。施設退院であればどの程度サポートが行ってもらえるのか、自宅退院であれば、家族などの介助者に服薬管理の協力が得られるか、自宅退院の際に独居であれば服薬自己管理が必要となるが、必要に応じて訪問看護など社会的資源の導入を検討するなど、服薬管理のゴール設定を行う必要がある。生活機能の評価を行うには実際に病棟に出向き、患者の状態を薬剤師自身で確認することが必須である。服薬管理についても、正確に管理ができるのか、薬剤の保管状況、薬包や PTP シートを開封するための巧緻性が保たれているのか、薬剤師の目線から確認することが出来る。また、看護師やセラピストは患者と接する時間が薬剤師と比べて多いため、他職種からの情報を収集し、適切に薬剤管理を行っていく必要がある。上記の点を踏まえて表 4 を参考に対応を検討いただきたい。

表4 処方工夫と服薬支援の例

服用薬剤数を減らす	● 力価の弱い薬剤を複数使用している場合は、力価の強い薬剤にまとめる
	● 配合剤の使用
	● 対症療法的に使用する薬剤は極力頓用で使用する
	● 特に慎重な投与を要する薬物のリストの活用
剤形の選択	● 患者の日常生活動作（ADL）の低下に適した剤形を選択する
用法の単純化	● 作用時間の短い薬剤よりも長時間作用型の薬剤で服用回数を減らす
	● 不均等投与を極力避ける
	● 食前・食後・食間などの服用方法をできるだけまとめる
処方・調剤の一元管理	● 一包化
	● 服薬セットケースや服薬カレンダーなどの使用
	● 剤形選択の活用（貼付剤など）
	● 患者に適した調剤方法（分包紙にマークをつける、日付をつけるなど）
	● 嚥下障害患者に対する剤形変更や服用方法（簡易懸濁法、服薬補助ゼリー等）の提案
管理方法の工夫	● 本人管理が難しい場合は家族などの管理しやすい時間に服薬をあわせる
処方・調剤の一元管理	● 処方・調剤の一元管理を目指す（お薬手帳等の活用を含む）

（文献7より引用）

退院時

ポイント

- ADLを考慮した薬剤数や用法、剤形の見直し、適切な薬剤管理方法の導入等退院後も薬物療法を継続しやすい環境を整えておくことが重要である。
- 退院時指導では患者の理解力に応じて、家族や主たる服薬支援者にも丁寧に実施することで、退院後の服薬アドヒアランス向上に努める。
- 入院中に実施できなかった処方見直し案等も含めた情報を提供することで、患者の生活の場を支える医療・介護従事者が適切な薬物治療を継続できるよう支援する。

退院を迎えるまでに、入院中に情報収集した患者や家族の在宅復帰への意思や理解度、家族の受け入れ状況等から退院後の生活環境や介護者の関与度を見据えた介入を実施しておきたい。認知機能や嚥下機能の低下を考慮した薬剤数や用法の整理、適切な薬剤管理方法の導入、服用しやすい剤形への見直しなど退院後も薬物療法を継続しやすい環境を整え

ておくことが重要である。また、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と評価を退院時まで実施しておくことで円滑な退院支援が可能となる。施設等へ退院する場合には金銭的な面で薬剤の使用に制限が生じる場合もあることに注意する。こうした退院支援に必要な薬学的情報については病院の医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker：MSW）や地域のケアマネージャーなど多職種で共有しておくことが重要である。情報共有の場として退院前カンファレンスへの参加も有効であるが、病院薬剤師はカンファレンスへの参加のみではなく、かかりつけ薬局など退院後の支援に関わる医療従事者の参加を促す役割を果たすこと望ましい⁹⁾。こうした働きかけは地域の薬局と地域連携室との連携強化に繋がり、円滑な入退院支援をより促進すると考えられる。

■ 患者・家族に対する退院時指導

入院前からの処方内容の変化について途中経過を踏まえ、退院時薬剤情報提供書やお薬手帳などの既存ツールを効果的に活用して丁寧に説明する。また、患者の理解力に応じて、家族や主たる服薬支援者にも同様に説明と指導を行う。患者や家族の同意が充分に得られていない場合、退院後の服薬アドヒアランス低下や自己調整などによる病態の悪化、身体機能の低下などが生じる可能性があることに注意する。薬剤起因性の再入院を防止するためにも、退院時の指導は重要となる。

■ 退院時の情報提供対応

薬剤関連の情報提供対象としては、かかりつけ薬剤師（薬局）だけでなく、転院先の薬剤師や必要に応じて医師、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。医療・介護従事者に対して情報提供する際には、お薬手帳や薬剤管理サマリーなどの既存ツールを用いて、退院時処方の内容や入院中の薬剤使用情報について情報提供を行う。また、退院後の薬剤治療に関する情報（急性期に投薬した薬剤の投与期間など）や入院中に実施できなかった処方見直し案とその理由等も含めて記載することで、院外の医療・介護従事者が適切な薬物治療を継続できるよう支援する。こうした情報にはICF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も含めることが望ましい。特に退院後、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する場合には、PIMs等の機能回復に影響を及ぼす薬剤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ージャーと共有しておくことも重要である。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。

人員配置等の問題により入院中に十分な介入が実施できない施設もあるが、退院時指導

については実施している施設も多く⁵⁾、在宅復帰支援という回復期病棟の目的を果たすためにも次に繋ぐための退院時の関わりは必須である。

4

回復期病棟における多職種とのかかわり方

回復期病棟では患者の ADL の維持向上・在宅復帰を目指し、各分野の専門職が医療・介護サービスを提供している。適正な薬物療法を行うためには、患者の日常生活などに関する情報を持ち、服薬状況の管理や服薬支援を担う多職種との連携が必要となる。表 5 に各職種の主な役割を示す。

表 5 回復期病棟における薬剤に関連する多職種の役割

職種	役割
医師	急性期で開始した薬物療法の導入期および維持期のフォローアップ ※タスク・シフト/シェアの推進がなされており、回復期では「処方提案」が薬剤師として重要
看護師	服薬管理能力の把握、服薬状況の確認、服薬支援 ADL の変化の確認、薬物療法の効果や薬物有害事象の確認、多職種への薬物療法の効果や薬物有害事象に関する情報提供とケアの調整
歯科衛生士	口腔内環境や嚥下機能を確認し、薬剤を内服できるかどうか（剤形、服用方法）、また薬物有害事象としての嚥下機能低下等の確認
理学療法士 作業療法士	薬物有害事象、服薬に関わる身体機能、ADL の変化の確認 自助具や PTP シート開封などの服薬支援
言語聴覚士	嚥下機能を評価し、内服可能な剤形や服用方法の提案 薬物有害事象としての嚥下機能低下等の評価
管理栄養士	食欲、嗜好、摂食量、食形態、栄養状態等の変化の評価
社会福祉士	入院（所）前の服薬や生活状況の確認と院内（所内）多職種への情報提供、退院（所）に向けた退院先の医療機関・介護事業所等へ薬剤に関する情報提供
介護福祉士	服薬状況や生活状況の変化の確認
介護支援専門員	各職種からの服薬状況や生活状況の情報集約と主治の医師、歯科医師、薬剤師への伝達、薬剤処方の変更内容を地域内多職種と共有

（文献 8 より引用、一部改変）

医師

ポイント

- 回復期病棟の薬剤師が医師に対して行うべき重要な関わりは処方提案である。
- 薬学的管理や薬物療法に関する説明は医師に対して処方提案につながる業務となる。
- 回復期病棟で処方提案につながる内容としては、開始用量と維持用量が異なる医薬品、投与期間に制限がある医薬品、定期的な検査が必要な医薬品、急性期病院で導入された睡眠導入薬、ポリファーマシー、退院後の患者環境がある。

回復期病棟の患者の多くは、急性期から14日以下で回復期病棟へ入院してくるため、急性期で開始した薬物療法の導入期および維持期のフォローアップを担うこととなる。回復期病棟における医師へのかかわり方について、厚生労働省医政局長通知の「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」¹⁰⁾に提示されている業務のうち、特にポイントとなるのは以下の4つの業務である。

- ・病棟等における薬学的管理
- ・薬物療法に関する説明
- ・医師への処方提案
- ・事前に取り決めたプロトコルに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更

なかでも薬剤師の医師に対する最も重要なかかわり方としては「処方提案」である。回復期病棟の薬剤師が医師に対して行うべき処方提案については、以下の①～⑥のポイントについて留意する必要がある。

①開始用量と維持用量が異なる医薬品

急性期で導入した内服薬で、適応病名によっては開始用量と維持用量が異なり、一定期間服用後に維持用量への変更が必要な医薬品がある。維持用量の変更には、減量が必要となる医薬品（リバーロキサバンなど）と増量が必要となる医薬品（ドネペジル、セマグルチドなど）があるため、注意を要する。

急性期病院での在院日数の短縮により、維持用量に変更する前に、回復期病棟を有する施設に転院するケースが多くなってきている。回復期病棟の薬剤師は薬剤管理サマリーや持参薬確認からの情報より当該医薬品があることを把握した際には、維持用量への変更が適切に実施できるように、医師へ処方提案を行う必要がある。

②投与期間に制限がある医薬品

急性期で導入した内服薬で、プロトンポンプ阻害薬など適応病名によって投与期間に制限

のある医薬品に関しては、一定期間服用後に中止もしくは用量の変更が必要となってくる。急性期病院での在院日数の短縮により、中止または用量変更前に回復期病棟を有する施設に転院となる。回復期病棟の薬剤師は当該医薬品に関して、医師に対して中止または用量の変更に関する処方提案を行う必要がある。

③定期的な検査が必要な医薬品

医薬品の中には、クロピドグレルやチアマゾールなど添付文書上に定期的な検査の実施が記載されているものがある。それぞれ重篤な副作用につながる前に、副作用の兆候を把握するために必要となっている。検査の時期についても具体的に明記されているため、回復期病棟の薬剤師は当該医薬品を使用している患者が入院した際には、開始日や前回の検査日などの情報を確認し、継続した検査のスケジュール等についての提案を医師に行う必要がある。継続的なフォローアップにより、予期せぬ副作用から患者を守るためにも重要である。

④急性期で導入された睡眠導入薬

睡眠導入薬（ベンゾジアゼピン系など）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。回復期病棟を有する施設ではある程度の入院期間があるため、中止・変更後のフォローアップを行い易い。しかしながら、医師は持参薬については、その内容を変更せず継続する傾向があるため、眠剤の見直しについては、薬剤師から医師へ積極的に提案することが求められる。

⑤ポリファーマシー

先の項でも示したように、医師は持参薬については、そのまま変更せずに継続する傾向があり、ポリファーマシー状態であっても継続するケースがある。回復期病棟を有する施設ではある程度の入院期間があるため、中止・変更後のフォローアップまで行えるため、ポリファーマシー改善に関する処方提案を薬剤師から医師へ積極的に行うことが期待される。

⑥退院後の患者環境を考慮した処方内容に関する処方提案

患者の退院・転院先によっては、1日の薬剤費が制限されているケースもある。そのような場合には、入院中から薬剤師が処方を評価し、不要な薬剤の中止やより安価な代替薬への変更などを医師に提案することが求められる。このように、退院後の患者の予後、経済性など、患者背景全てにおいて包括して処方を考える必要がある。転院先の患者環境を踏まえ、薬剤費を考慮した薬剤調整を行うことが地域完結型の医療制度を円滑に進めるために求められる薬剤師の重要な役割である。

看護師

ポイント

- 回復期病棟に入院している患者における薬剤自己管理導入のための服薬指導には看護師からの期待が寄せられており、患者のためにも積極的に実施することが重要である。
- 服薬指導等から得られた情報や提案した内容を看護師とも共有することで、看護師業務のクオリティを高め、結果的に患者へ還元されるため、積極的な連携が重要となる。

看護師は患者に最も長くかかわる職種である。回復期病棟における看護師へのかかわりについては、看護師の薬剤師に対するニーズを把握することが必要である。回復期病棟に従事する多職種への調査研究によると¹¹⁾、特に要望が大きい薬剤師業務として以下の①～⑦が挙げられた。患者に直接関連する①～⑥については、服薬指導から得られた情報や提案した内容を看護師とも共有することにより、看護師業務のクオリティを高めることにもつながり、結果的に患者へ還元されるため積極的に連携に取り組むことが重要となる。

① 薬剤自己管理導入時の服薬指導

回復期病棟に入院している患者の病状悪化や再発の予防、在宅復帰・社会復帰には薬剤自己管理が一つのポイントとなる。薬剤自己管理導入時の薬剤師による服薬指導に期待が寄せられており、積極的な実施が求められる。実際に患者が自己管理できているかどうかについては、多くの施設において看護師がその役割を担っているため、薬剤師は服薬指導の内容および患者の理解度について看護師へ情報提供するとともに、日々の自己管理状況についての情報を看護師から薬剤師はフィードバックをもらうことで、薬剤自己管理につながるまで継続的にかかわることができる。

② 処方変更時の服薬指導

処方変更時の服薬指導に関しては、病棟で処方薬を患者に服用時に渡す任を多くの施設で看護師が担っているため、看護師が説明をしているケースが多い。抗がん薬や特殊な医薬品に関しては薬剤師が重点的に服薬指導を行っているが、回復期病棟の看護師からは処方変更の全例に対して薬剤師による実施が期待されている。薬剤師法第25条の2にあるように、薬剤師は調剤した薬剤の適正な使用のため、患者又その看護を行っている者に対して、必要な情報を提供するとともに、必要な薬学的知見に基づく指導を行う義務があるため、積極的に取り組んでいく必要がある。

③ 副作用のモニタリングに関する服薬指導

薬剤師法第 25 条の 2 では、患者の当該薬剤の使用状況を継続的かつ的確に把握するとともに、患者又その看護を行っている者に対し必要な情報を提供し、および必要な薬学的知見に基づく指導を行うことを薬剤師に義務付けている。したがって、②処方変更時の服薬指導と同様に積極的に取り組む必要がある。

④ 薬剤の服用（使用）状況の確認

日々の薬剤の服薬（使用）状況の確認は、看護師が行っているケースが多い。薬剤師の目線で確認することにより、仮に服薬状況が悪い場合、それが運動機能に関連したものであれば自助具の提案する、嚥下障害に関連したものであれば、簡易懸濁法を提案するといった服薬支援の観点からアプローチすることもできる。場合によっては「⑤薬剤の変更や追加の提案」につながることもあるため、積極的に取り組まなければならない。

⑤ 薬剤の変更や追加の提案

前項「4. 回復期病棟において多職種とのかかわり方・医師」を参照。

⑥ 薬剤使用に関連する検査の提案

前項「4. 回復期病棟において多職種とのかかわり方・医師」を参照。

⑦ 病棟内の医薬品の適正管理

医薬品の適正管理は薬剤師の基本的な業務である。病棟で保管されている定数配置薬等の適正管理に関する業務は必須業務である。

セラピスト(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)

ポイント

- リハビリテーション専門職には理学療法士、作業療法士、言語聴覚士がおり、それぞれの特徴を理解したうえで、薬剤適正使用の連携に取り組む必要がある。
- PTPシート開封や自助具の操作など、服薬にかかわる動作のリハビリテーションも行われる。
- セラピストと連携することで、日常生活に近い場面での薬剤評価を行うことが可能になる。

回復期病棟は在宅復帰を目指し、集中的なリハビリテーションを提供する病棟である。よって、回復期ではセラピストによるリハビリテーションこそが治療の主であり、彼らとの関わりは積極的に取り組んでいかなければならない。

リハビリテーション専門職には理学療法士、作業療法士、言語聴覚士がおり、それぞれが独自の専門性をもってリハビリテーションを提供している。薬剤師は患者の ADL 変化に合わせて薬物治療の適正を見極める必要があるが、そのためにはセラピストとの協議が重要となる。

理学療法士はケガや病気などで身体に障害のある人や障害の発生が予測される人に対し、起居動作、座位保持、立位、歩行など基本的動作の維持・回復を目指すことによって、最終的には QOL の改善向上を目指す専門職である。意識レベルや鎮痛・鎮静レベル、呼吸・循環動態などに影響を及ぼす薬剤は多く、これらの薬剤の評価は日常生活の中でこそ評価が重要となる。薬剤師はベッドサイドでの患者面談だけでなく、リハビリテーション中の患者の情報を把握することにより、より良い理学療法プログラムに貢献することも可能であると考えられる。

作業療法士は人の日常生活にかかわるすべての目的ある活動を治療、指導、援助を行う専門職である。食事や排泄などの基本的能力のみでなく、買い物や家事などの手段的日常生活動作 (Instrumental Activities of Daily Living : IADL)、仕事や趣味など、日常生活に必要な応用動作・社会適応能力の回復を目指し、患者が自分らしい生活を送ることをサポートする。服薬行動は日常基本動作の中でも IADL に分類され、身体の麻痺などが残存する患者には困難なことも多い。PTP シートや一包化フィルムの開封、点眼動作や自助具の扱いなど、正しい薬の服薬に必要な動作について、具体的支援を行うリハビリテーションも作業療法士の分野となる。在宅復帰に向けた服薬自己管理能力の向上には、作業療法士との連携が有用である。

言語聴覚士は他のリハビリテーション専門職 (理学療法士、作業療法士) に比べて国家資格化が遅く有資格者数は少ないが、コミュニケーションや摂食嚥下に問題を抱える患者に専門的サービスを行う職種である。特に、嚥下の問題については薬剤師が評価しなくてはならない機能であり、言語聴覚士が行っている患者の経口摂取の見立て、食形態や食事姿勢の提案、誤嚥予防の方法などは、薬剤の内服にも関わってくる。一方で、嚥下機能に影響を与える薬剤などは薬剤師が積極的に提供すべき情報であり、患者にとって安全かつ有効な内服方法を選択するためにも薬剤師と言語聴覚士は協議が必要である。

また、生活場面における問題の原因に関し、薬剤の副作用を疑う症状は多岐にわたる。ふらつき・転倒、記憶障害、せん妄、抑うつ、食欲低下、排泄コントロール、嚥下障害、運動失調、皮膚の掻痒などが加齢にともなう症状か、薬剤起因性老年症候群かを薬剤師は見分ける必要があり、セラピストと連携することは薬物治療の適正化につながると考えられる。

管理栄養士

ポイント

- 栄養療法と薬物療法は生活の一部となり健康状態を形成する。
- 栄養療法に影響を及ぼす薬物療法を考慮する必要がある。
- 管理栄養士と薬剤師の共通の言語として生活機能を評価するICFを用いる。

栄養障害は生活機能を低下させる要因として多くの栄養関連項目がICFに含まれる。薬剤もまた、疾患に関連した薬物療法により、直接的に生活機能に影響を及ぼす可能性や栄養状態に関連して悪影響を及ぼす可能性がある。栄養療法と薬物療法は共に口から体内に取り込まれ健康状態を形成する。栄養摂取と服薬は生活の一部となるため生活機能を評価するICFが管理栄養士や薬剤師の共通の言語となる。経口からの栄養素摂取不足には、一時的な静脈栄養の提案が考えられる。薬物療法の利用・代謝に及ぼす影響により、摂食や食欲、味覚等の感覚、嚥下咀嚼への影響、消化吸収への影響、栄養素代謝の影響、生理機能への影響を考慮する必要がある（「回復期病棟におけるリハビリテーション栄養のかかわり方についての項目」を参照）。明確に解明されていない点も多くあるが、ICFによる活動や参加の状態を管理栄養士と共有することで予防的、治療的に栄養状態改善に寄与できる¹²⁾。

回リハ病棟に対して2020年度診療報酬改定では、入院料1での管理栄養士の病棟配置規定が努力義務から専任配置へ、入院料2～6では管理栄養士の配置が努力義務となった。患者の栄養状態を踏まえたリハビリテーションや、リハビリテーションに応じた栄養管理の推進を図ることを目的としている。また回リハ病棟入院料1については、リハビリテーション実施計画書等への管理栄養士の参画や計画書の栄養関連項目の記入が必須となった。管理栄養士は、栄養士法において「傷病者に対する療養のための栄養改善上、必要な給食管理・栄養指導を行い、個人の身体状況、栄養状態に応じた高度の専門的知識および技術を要する」と定義されている。病院機能評価では、看護師やセラピストらと同じく“回復期のリハビリテーションに関わる職員”として位置付けられ、その専門性の発揮が求められている。回リハ病棟における管理栄養士の役割は栄養ケアにマネジメントであり、その専門性は、栄養評価、栄養療法の立案と実践、摂食嚥下機能を考慮した食事提供、入院前後の生活を踏まえた指導と支援の4項目に大別される。

医療ソーシャルワーカー

ポイント

- 医療ソーシャルワーカーは生活の場に最も近い職種である。
- 退院前後の生活の現状を把握するために医療ソーシャルワーカーと協働する必要がある。
- 生活の場で薬物療法の効果を高める情報を共有できる。

MSWとは、患者が病気や怪我および後遺症による障害などから生じる生活課題（経済的・社会的・精神的など）を患者自身が解決し、安心して治療を受けることができ、また、現実的で実現可能な望む生活を送ることができるように、社会福祉の立場から支援する専門職種である¹³⁾。MSWは他職種とは異なり、客観的指標を用いて支援の成果を確認していくというよりは患者や家族などの主観的指標を用いて、成果をとらえていくことが多い。したがって、ICFでは患者それぞれの社会的背景や個人因子・環境因子などの項目を考慮して患者の望む生活を支援する。薬剤師は疾患に関連した薬物療法の観点からより医療の分野で活動しているとすると、MSWは患者の生活の分野に最も近いところで活動している職種である。薬物療法は処方されたら即座に開始され、順調に継続されるものではない。良好な薬物療法が継続されるには、個人的因子や環境因子などの背景因子が大きく関わっている。個人的因子からは、薬物療法に対する姿勢や依存、思い込みなどが関連する。環境因子では、経済状況、薬物療法を支援する家族の存在や社会制度を確認することができる。また、背景因子や社会参加の状況から、患者の生きがいを見出すことができ、適正な薬物療法の先にあるゴール（目標）を垣間見することができる。

回りハ病棟の入院時には、どのような生活の場で薬物療法を行っていたのかを把握し、受傷後に変化した点を考慮して退院後の薬物療法の実現可能性を模索する。退院先が自宅ではなく介護施設や療養病院になった場合には、インスリンなどの医療のスキルを必要とする薬剤などは施設によっては医療を再現できない場合がある。また、医薬品のコストによって退院先の可能性が狭くなることがある。自宅に退院する場合にも家族の経済的・精神的な負担を考慮する必要がある。背景因子は、薬物療法の再現性に大きく関与する。

これまで疾患モデルを主体とした薬物療法の現場にいた薬剤師からはMSWとの関連は遠く、お互いが必要と感じるにはかなりの距離が存在していた。しかし、患者のQOLを見据えた薬物療法の実践のために多職種との距離感は各々等しくいつでも相談できる距離感が必要であり、MSWとの距離感も例外ではない。

5

回復期病棟における疾患別のかかわり方

脳血管障害

ポイント

- 服薬管理上の問題として、片麻痺による身体面の影響のほか、注意障害や記憶障害、半側空間無視、失語症など様々な高次脳機能障害への配慮が必要となる。
- 急性期を脱した後の患者は服薬に対するアドヒアランスが低いことが多いため、抗血栓薬など長期投与が必要な薬剤について十分な説明を行わなければならない。
- 再発予防のため、脳血管疾患のトリガーとなった要因を検討し、フォローを行うことも必要である。

脳血管障害は悪性新生物・心疾患・老衰について死因の上位を占める病態である。また脳細胞の壊死によりさまざまな後遺症を残すことも知られている。脳血管疾患の後遺症は、半身麻痺をはじめ言語障害や視覚障害、感覚障害など多岐にわたり、どのような後遺症が現れるかは損傷部位と程度による。後遺症の度合いによっては寝たきりのADLになることもあるため、回りハ病棟では脳血管障害は最長180日のリハビリテーションが認められており、医師、看護師、薬剤師、セラピスト、栄養士、義肢装具士、MSWなど、多職種が関わる包括的なチーム医療として治療にあたることが望まれる。

薬剤師の視点では、服薬管理上の問題がいくつか挙げられる。片麻痺による巧緻性障害ではPTPシートの開封や点眼動作などが困難となることがあり、一包化や自助具の支援を考慮する必要がある。身体面のみでなく高次脳機能障害を抱える患者では、注意障害による内服薬の重複、記憶障害による内服忘れなど、内服の自己管理方法に配慮を要することが多い。他にも半側空間無視や失語症による服薬管理修得の延長など、他の疾患とは異なる問題点を抱える患者が多くなるため、服薬支援には様々な工夫を様子する。セラピストとも協同しながら薬剤の選択を行いつつ、どうしても服薬管理が困難な場合には看護師やMSWに相談し、他者に介助を求めることも必要となる。

薬物治療の適正化においても、脳梗塞では抗血栓薬の導入が開始されることが多いため、リスクとベネフィットを十分に考慮し、患者や患者家族に対しても丁寧な説明が望まれる。急性期における抗血栓薬導入直後では副作用モニタリングの期間も十分とはいええず、回復期病棟ではDAPT（Dual Anti-Platelet Therapy）からSAPT（Single Anti-

Platelet Therapy) への移行期間に関わることもあるため、薬剤師は治療の妥当性を評価する必要がある。

また、脳梗塞の再発予防には抗血栓薬の長期投与が推奨されているが、これらの薬は服薬の効果が実感しにくく、服薬アドヒアランスの低下にもつながりやすい。出血に対するリスクの指導のみでなく、継続投与の必要性も十分に説明する必要がある。

再発予防を目標とするためには脳血管疾患のトリガーとなった要因を検討し、それに対するフォローも行わなければならない。高血圧や糖尿病、脂質異常症などの危険因子については患者の生活習慣が大きく関わる疾患である。回復期病棟に入院中のADL変化を確認しつつ、患者の在宅での状況を想定しながら薬物治療を調整していく必要がある。

運動器疾患

ポイント

- 運動障害に伴う身体機能・運動機能の低下は、医薬品を服薬する際や使用する際に問題となるため、患者が実際に薬を使用する場面に合わせて評価を行う必要がある。
- 患者の身体能力に合わせた自助具を提案することも有効であるが、実際の使用状況を評価し、問題があるようであれば調整する必要がある。
- 患者のADLを把握しながら服薬支援を行うことが必要なため、セラピストとも協働することが必要である。

整形外科が対象としている運動器疾患は、日本整形外科学会によると「整形外科は運動器の疾患を扱う診療科。身体の芯になる骨・関節などの骨格系とそれを取り囲む筋肉やそれらを支配する神経系からなる「運動器」の機能的改善を重要視して治療する外科であり、背骨と骨盤というからだの土台骨と、四肢を主な治療対象としている。」とされており、運動障害に対する治療も対象となっている。

運動障害のある患者では、何らかの身体機能・運動機能の低下がみられ、そのことが体力、筋力、筋肉量、骨密度、内臓機能などの低下にもつながり、立位・歩行の障害、バランス能力の低下、巧緻性・協調性の低下、易疲労性、食欲低下などが起こる。具体的には動作や歩行時のふらつきや転倒しやすい状態となる、ボタンかけや箸の使用が困難となるなどの症状が挙げられる。このように低下した機能に対して理学療法を中心としたリハビリテーションが実施されるが、患者によってはリハビリテーションを行っても、健常な状

態に運動機能を回復することができないこともある。その際には、その時点でベストな身体機能を維持するようにリハビリテーションが行われ、その後の日常生活においても継続される。運動障害に伴う身体機能・運動機能の低下は、医薬品を服薬する際や使用する際に問題となる。どの程度問題となるかについては、患者が実際に薬を使用するシーンに合わせて評価を行う必要がある。気管支拡張薬のテープ剤を例に示すと、テープ剤を包装から取り出す、粘着部を保護しているシートをはがす、指定された貼付部位に粘着部を貼り付ける、しっかり押し付けて貼付するといった一連の動作がある。運動機能が低下すると、テープを包装から取り出す、保護シートをはがすについては、手の握力や細かい動きが可能かの評価、指定された貼付部位への貼り付けについては、腕を指定された貼付部位まで上げることができるかについての、腕および肩関節の可動域の評価等が必要となる。

高齢者の多くが慢性期疾患の症状をコントロールする目的で何らかの薬を服用（使用）しており、薬の効果が不十分であれば症状のコントロールや患者の日常生活の質に影響する。そのためにも、薬を使用する場面ごとに自力で全て可能なのか、一部介助をすることや少し工夫することで可能となるのか、全て介助が必要なのかといった、運動機能を基に評価を行ったうえで、自力でできることは最大限行っていくことが一つのポイントとなる。できるだけ自身で行うことにより、そのこと自体が身体機能維持のためのリハビリテーションとなるだけでなく、患者自身の達成感にもつながる。一つの手法としては、患者の身体能力に合わせて、その患者に最適な補助する器具である自助具を提案することが挙げられる。なお自助具は提案するだけでなく、実際の使用状況を評価し、問題があれば調整する必要がある。一方、運動障害の程度によっては、患者自身で薬を使用することが困難な場合、適切な介助者を設定する必要がある。その必要性を見極め、医師や訪問看護師、ケアマネージャー等に提案することも重要な任務である。介助者を設定した際には、介助者への薬の使用に関する必要な指導を行うことも重要である。

また、回復期病棟では整形外科術後患者のリハビリテーションも実施される。疼痛に対して使用される鎮痛薬は様々な種類があるが、術前後に用いられていた鎮痛剤の終了時期を検討することも回復期では重要である。リハビリテーションに応じて患者の安静度は変化していくため、鎮痛薬の調整は患者のADLを把握しながら行うことが必要であり、セラピストとも協働することが望ましい。

入院や要介護の原因の多くは脳血管障害や認知症であるが、関節疾患や骨折・転倒が原因となっている場合も多い。高齢者の転倒による骨折などが原因の入院では、転倒原因となる薬剤の検索や、骨密度の測定、骨粗鬆症治療薬の検討なども必要になる。

廃用症候群

ポイント

- 回復期病棟の廃用症候群は、他の疾患よりもFIM利得が低い。
- 入院前の状態よりもADLが低下していることが多いため、薬剤管理や嚥下機能についてフォローが必要となる。
- 低栄養と関連が深く、適切な栄養管理が重要である。
- 二次性サルコペニアを認めることが多く、早期のリハビリテーションが必要になる。

廃用症候群は「日常生活の活動性低下や安静を余儀なくされた際に生じる体力の低下や身体的・精神的諸症状の二次的障害」を総称した概念である。廃用症候群は不活発な生活習慣により緩徐に起こる場合と、疾患治療のために余儀なくされた短期間の安静・不動により急激に起こる場合がある。診療報酬上の廃用症候群は、ある起点からのADLの大きな低下で定義されるため、後者が対象となる。回復期病棟に入院している廃用症候群の患者は平均年齢が高く、脳血管障害や運動器障害の患者よりもFIM利得（入院時と退院時のFIMの改善点数）が低い。

高齢者の廃用症候群では入院加療によって入院前よりも状態が悪化することがあり、自宅では薬剤を自己管理出来ていた患者が出来なくなることも多い。そのため、身体機能のリハビリテーションのみでなく薬についてのフォローも必要となる。また、肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有した場合には、嚥下機能にも問題を抱えていることが多く、経口摂取が困難な状態で回復期に転院するケースも散見される。誤嚥性肺炎などで胃管を使用している際には、言語聴覚士によるリハビリテーションが重要だが、嚥下機能の改善を見ながら薬剤の剤形などを選択することが必要となる。

廃用症候群の問題点として、多くが低栄養と関連しており、適切な栄養管理が重要視されている。特に高齢者の廃用症候群の約9割が低栄養である。また、廃用症候群では二次性サルコペニアを認めることが多い。サルコペニアは加齢に伴う筋肉喪失と筋力低下や身体機能低下をきたす臨床的な概念であるが、同じく筋萎縮をきたす廃用症候群と病態が類似しているが、廃用症候群による筋萎縮は運動負荷によってある程度回復が見込めるのに対し、サルコペニアによる筋萎縮は運動単位の脱落に伴う神経原性変化があり、神経再支配によって代償されているために、運動負荷に極めて脆弱である点が異なる。そのため、二次性サルコペニア予防のためにも廃用症候群の患者においては、疾患の治療や患者を取り巻く環境対策とともに早期離床および機能訓練を進めて廃用の悪循環を断ち切る必要がある。また、廃用症候群は褥瘡を形成するリスクも高く、栄養管理が重要となる。以上の

点から、廃用症候群の薬剤管理において、薬剤師に必要な視点は、「低栄養・サルコペニア」であり、これらが薬剤関連においてポイントとなる。

回復期病棟に入院する廃用症候群への介入には、リハビリテーション、栄養管理の両面からアプローチする「リハビリテーション栄養（以下、リハ栄養）」の考え方が有用である。

次項の「回復期病棟におけるリハビリテーション栄養のかかわり方について」を参照。

6

回復期病棟における リハビリテーション栄養のかかわり方

ポイント

- 回復期病棟では、リハビリテーション栄養の概念が必須である。
- リハ栄養では、栄養や活動を双方向の視点で考慮する必要がある。
- 多職種でリハ栄養ケアプロセスを実践することを推奨する。

回復期病棟ではリハ栄養¹⁴⁾の概念が必須である。リハ栄養とは、ICFによる全人的評価、栄養障害・サルコペニア・栄養素摂取の過不足の有無と原因の評価、診断、ゴール設定を行った上で、障害者やフレイル高齢者の栄養状態・サルコペニア・栄養素摂取・フレイルを改善し、生活機能（心身機能・活動・参加）やQOLを最大限高める「リハからみた栄養管理」や「栄養からみたリハ」である。低栄養で生活機能が低下している場合には、栄養改善が治療となる。

リハ栄養では、リハ医療と栄養管理は相補的な関係にあり、リハビリテーション医療と栄養管理が同時に議論される¹⁵⁾。エネルギー出納の側面で見れば、リハビリテーションはエネルギーを消費する「Out」であり、栄養管理はエネルギーを供給する「In」である。この「Out」と「In」のバランスがとれることによって初めて良好な結果を得ることができる（図1）。リハ栄養を実践するためには、リハ栄養ケアプロセスがマネジメントサイクルとして推奨される（図2）。リハ栄養の手段には、栄養管理、リハビリテーション医療、リハビリテーション看護、理学療法、作業療法、言語聴覚療法、ソーシャルワーク、口腔リハ、薬剤調整などの補完・代替療法を含む。薬剤師も薬物療法の観点からリハ栄養を支援することが必要である。

回復期病棟においては低栄養やサルコペニアが広く認められ¹⁶⁾、栄養状態の改善や体重増加がADLの改善と関連することが報告されている¹⁷⁾。集中治療後の回復期のリハビリテーションにおいては少なくとも35kcal/理想体重kg/日が必要だとされ、超急性期、急性期と比較して必要エネルギーを増加させる必要がある。低栄養やサルコペニア患者には、その回復のために攻めの栄養療法¹⁷⁾の適応が望ましい。攻めの栄養療法では、低栄養やサルコペニアを改善させるためにエネルギー必要量として、エネルギー消費量に加え、エネルギー蓄積量を設定する。体重1kg当たりの貯蔵エネルギーはおおよそ7,500kcalとされているた

め、1kg 体重を増やすためのエネルギー蓄積量は 7,500kcal を定められた期間で除した値となる (例: 1kg/月の体重増加 \div 250kcal)。高齢者では 1kg の体重増加に必要なとされるエネルギーは 8,800~22,600kcal と高くなる。

リハ栄養ケアプロセスには、リハ栄養アセスメント・推論が含まれリハ栄養では特に食欲低下の原因、体重減少の原因、サルコペニアの原因の診断推論をすることが重要である¹⁸⁾。診断推論が不十分であると、リハ栄養診断以降のリハ栄養ケアプロセスも不十分となり、生活機能や QOL を最大限高めるリハ栄養介入を行うことは難しい。食欲低下の原因、体重減少の原因、サルコペニアの原因の診断推論には、薬剤師が主体となって介入するべき要因も少なからず存在する。リハ栄養における薬剤師の役割は大きく 3 点ある¹⁹⁾。

- ① 経口摂取、経腸栄養だけでは栄養摂取量が不十分な患者に対して十分に個別化された適切な静脈栄養処方の立案と提案 (直接的に栄養に関する貢献)
- ② 副作用として経口摂取あるいは栄養状態に悪影響を及ぼす薬剤があった場合、患者状態を総合的に勘案してその中止・減量の提案 (間接的に栄養に関する貢献)
- ③ リハ栄養を効率的に進めるための薬物療法の実践 (個々の患者に対する薬物療法の適正化)

回リハ病棟における薬剤師の職能の発揮は、リハ栄養を補完するリハ薬剤の実践が求められる。

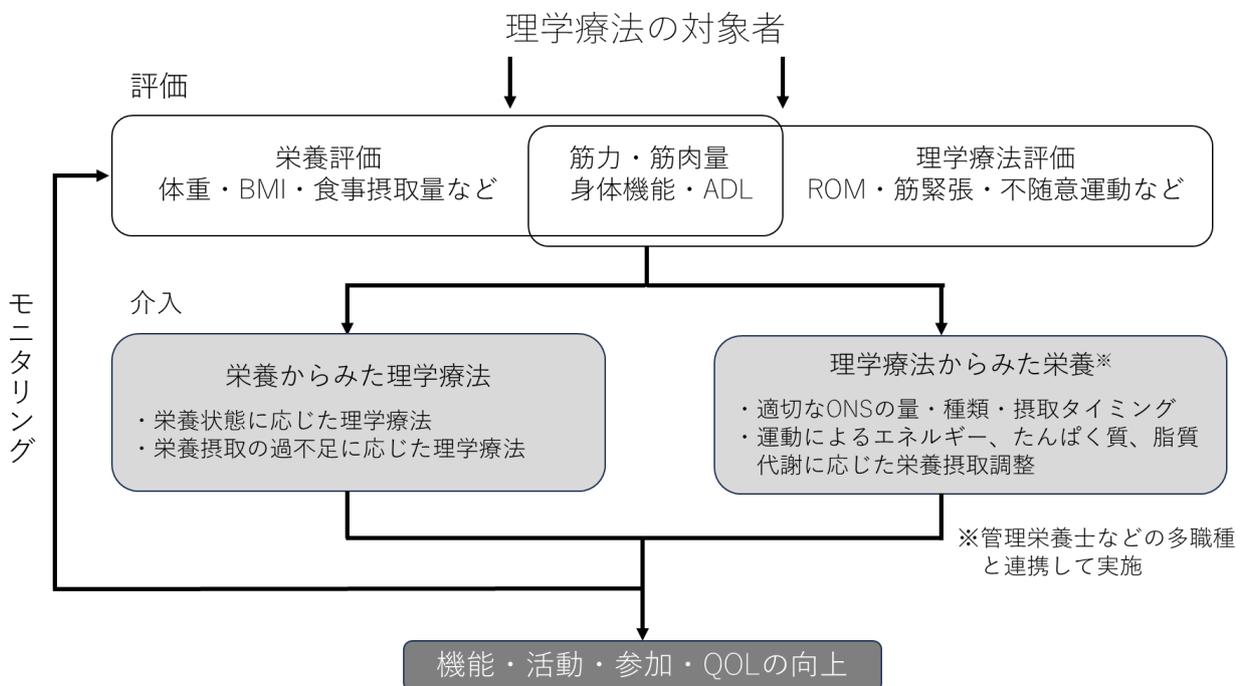


図1 栄養理学療法の概念図

(文献 20 より引用)

7

回復期病棟における リハビリテーション薬剤のかかわり方

ポイント

- 回復期病棟ではリハビリテーション薬剤の概念を理解することが必要である。
- リハビリテーション薬剤では、「暮らしが先にくる思考回路」で患者を全人的に評価することが求められる。
- リハビリテーション薬剤を実践するためには、スクリプト（特徴などをまとめた記述）を活用することが有用である。

■ リハビリテーション薬剤

リハ薬剤は、ICFによる機能、活動、参加の評価およびリハビリテーションでの訓練内容を考慮した薬物療法を行うことである²¹⁾。日常の薬物療法と併せて「リハからみた薬剤」や「薬剤からみたリハ」の考え方が必要である。「リハからみた薬剤」とは、薬剤の副作用で機能障害、活動制限、参加制約を認める場合の薬剤調整のことである。例えば、複数の降圧薬を使用している高血圧症の患者が起立性低血圧などで生活機能が低下している場合、減薬や休薬できる可能性は高いため、薬剤調整を行うことがこれにあたる。「薬剤からみたリハ」とは、薬剤の副作用で機能・活動・参加、QOLの低下を認めても、疾患の治療上、やむを得ない場合、薬物治療の内容を考慮したりハビリテーションを行うことである²¹⁾。複数の抗けいれん薬を使用している難治性てんかんの患者が薬剤調整を行っている場合、副作用で認知機能の低下や傾眠が起きていても、減薬や休薬は困難な可能性が高いため、環境の整備やリハビリテーションの見直しが必要となる。

リハ薬剤を実践するためには、ICFを用いて薬剤との関係性を評価することが重要である。つまり、薬剤が臨床検査値やバイタルなどに影響を及ぼしていないかどうかといった「薬が先にくる思考回路」で患者を評価するのではなく、薬剤が退院後の生活や社会参加に影響を及ぼしていないかどうかといった「暮らしが先にくる思考回路」で患者を全人的に評価することがリハ薬剤では求められる²²⁾（図3）。

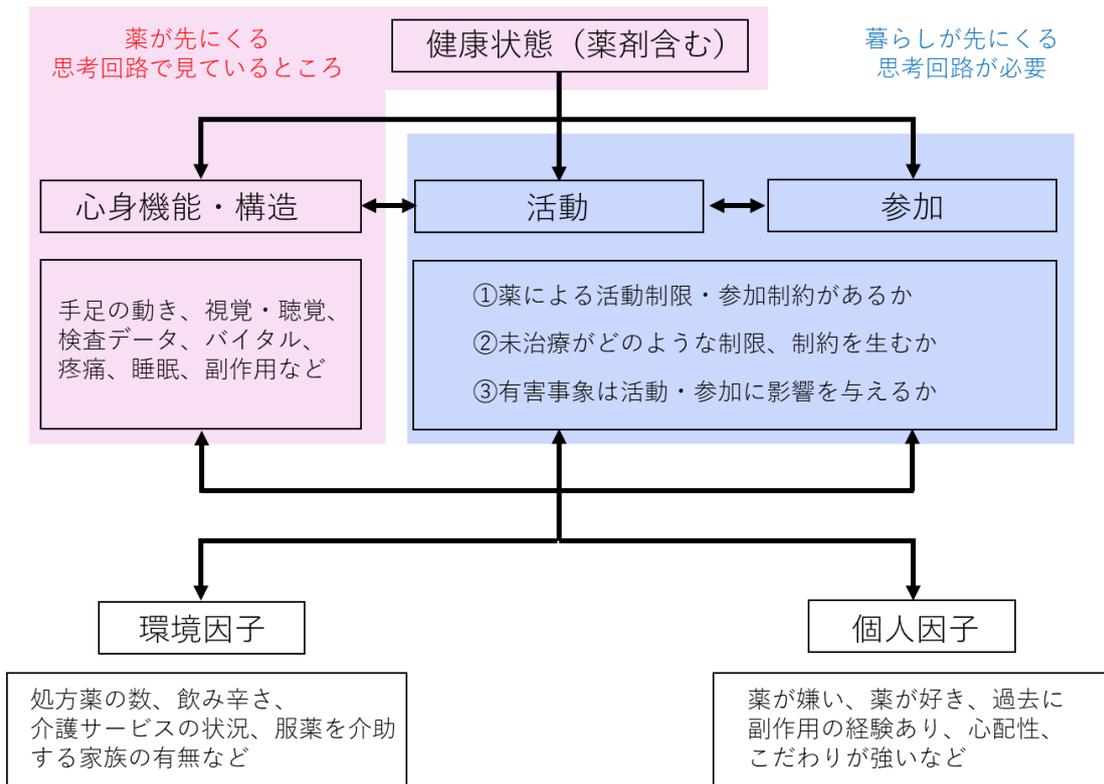


図3 薬剤とICFモデルとの関係性

(文献22より引用)

■ リハビリテーション薬剤マネジメント

リハ薬剤マネジメントは、ICFを意識して収集した情報を基に、アセスメントを経て実践されることになる。薬剤師はとかく薬物治療の結果に注目しがちである。しかし、リハ薬剤の目的はリハビリテーションに影響を及ぼす症状、すなわち、ふらつき、活動量低下、認知機能低下、嚥下機能低下などの原因となる薬剤の調整を行い、新たな薬剤を追加してADLを高めることである。

アセスメントの実施には、表6のリハ薬剤アセスメント実施のためのスクリプト(特徴などをまとめた記述)を活用することが有用である。手順としては、大項目、注項目、小項目と進めていく。運動を例にとると、移動・移乗、排泄、睡眠の中項目を検討する。検討後、小項目に移る。例えば、歩行に対して、ふらつきなどが認められれば、その原因となり得る薬剤を記載し、いつから服用していたかを経時的状況に記載する。このようなスクリプトを作成することで、患者の生活環境に配慮した薬剤マネジメントを行いやすくなる²⁰⁾。減薬や休薬が難しい場合でも、IADLやQOLが薬剤性によって低下していることをチームとして共有することは重要である。

最終的には、どこまでを実践するか「ゴール設定」を決定し、「介入」、「モニタリング」という工程を辿る。すなわち、リハ薬剤マネジメントは、マネジメントサイクルであるPDCAサイクルと処方見直しのプロセスを併せて、4段階で構成される²³⁾(図4)。

表 6 リハビリテーション薬剤アセスメント実施のためのスク립ト

大項目	中項目	小項目	薬剤（データ）	経時的状況
運動	移動・移乗	ふらつき、転倒、 筋力低下		
	歩行・階段・車椅子			
	ベッド・椅子			
	排泄	便秘、下痢、排尿障害		
	排便・排尿コントロール			
	睡眠	不眠症、過眠症（鎮静）		
認知	コミュニケーション 聴覚・視覚	聴覚障害、視力障害		
	社会認識、 記憶・社会的交流	記憶障害、せん妄、 抑うつ、意欲低下		
栄養	摂食障害	食欲低下、嚥下障害		
	嚥下、口腔内、味覚	味覚障害		

（文献 22 より引用）

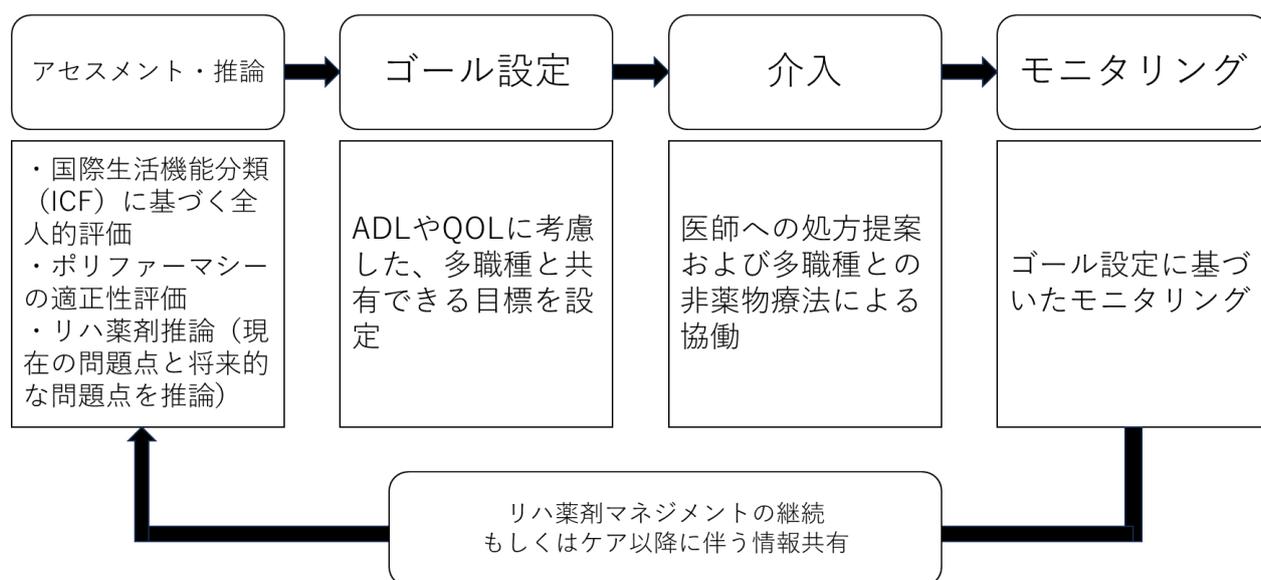


図 4 リハビリテーション薬剤マネジメント

（文献 23 より引用）

回復期病棟において生活機能や QOL を最大限高めることが大切である。しかし、生活機能低下の原因には、ポリファーマシーや薬剤が関連している場合もある。これを解消するためにはリハ薬剤の実践が必要不可欠である。リハ薬剤の実践には、薬剤師、医師、看護師、管理栄養士、セラピストなど多職種で取り組むことが重要である。

8

回復期病棟における ポリファーマシーへのかかり方

ポイント

- ポリファーマシーは薬剤のあらゆる不適切な問題とされる。
- 高齢かつ身体機能障害をもつことが多いため、有害事象の頻度が高い。
- 回復期病棟では、FIMなどのADL評価や多職種評価を踏まえ、総合的に処方を見直す必要がある。

■ ポリファーマシーとは

ポリファーマシーは、「poly」＋「pharmacy」で多くの薬を示す造語で、薬剤数が多いことをポリファーマシーとして捉えられてきた。ポリファーマシーの原因は、複数の慢性疾患に罹患していることが主な要因として挙げられ²⁴⁾、年齢とともに合併疾患数が増加し同様に処方薬剤数が増加し、1疾患あたり1.3剤増加すること示されている²⁵⁾。ポリファーマシーの薬剤の定義に関しては様々な議論があるが、海外では、111文献中51文献(45.9%)が5剤以上をポリファーマシーとしており、海外では最も一般的な定義である²⁶⁾。しかし、ポリファーマシーに関わる問題点としては、薬物有害事象の発現頻度が6剤以上で上昇²⁷⁾、処方の複雑化²⁸⁾、服薬アドヒアランスの低下²⁹⁾、薬物関連問題³⁰⁾など様々な問題と関連すると言われており厚生労働省の高齢者医薬品適正使用検討会において、ポリファーマシーは明確な数の定義ではなく「薬物有害事象や服薬アドヒアランスの低下、不要な処方、あるいは必要な薬が処方されないことや過量・重複投与など薬剤のあらゆる不適切な問題」がポリファーマシーと捉えるべきとされた³¹⁾。つまり、多剤併用のすべてが問題とはいえず、多剤併用の中でも害をなすものがポリファーマシーである。ポリファーマシーに陥る原因は、疾患や病状に対して治療が追加された場合や、患者が薬を希望して複数医療機関、複数診療科、複数薬局に受診することなどが考えられる。そのため、減薬を一律に行うことは難しく、処方内容だけでなく服薬支援や生活環境の調整などを考慮して総合的に処方を見直す必要がある。

■ 回復期病棟におけるポリファーマシーの問題点

ポリファーマシーと言っても患者ごと、また、その置かれている状況によっても薬物療法の必要性は異なり、問題のあるポリファーマシーに対するアプローチが求められる。例えば、①10 剤以上服用、②薬物有害事象の発現、③処方カスケードの存在、④服薬アドヒアランスの低下、⑤対症療法薬の漫然処方、⑥処方意図不明の薬の存在、⑦患者の過度な処方に対する欲求などの問題が考えられる。定期的に 10 剤以上服用している場合は、特に薬物有害事象の発生が高くなるとされている²⁶⁾。処方カスケードは、薬物有害事象を新たな疾患と勘違いをした結果、追加処方をする状態をさし、薬物有害事象を疑わない限り発見することが難しいのが特徴である。ポリファーマシーでは、特に薬物有害事象の発生が高くなるとされており²⁷⁾、日本の高齢者では 15.4%と報告されている³²⁾。さらにフレイル状態であれば、発生頻度は 33%にも達すると報告されている³³⁾。一般的に、回復期病棟に入院する患者は高齢かつ機能障害状態が多く、薬物有害事象の発現頻度は高いと考えられる。そのため、新たな症状が出現した時は、処方を追加する前に薬物有害事象を疑い、薬物の中止も考慮することが大切である。多くの薬物有害事象は非常に複雑で、薬歴の詳細が不明な場合や、因果関係を評価できないなど様々な問題から、薬物有害事象の臨床医からの報告が過小であることが示されている³⁴⁾。また、処方カスケードにつながる症状の多くは高齢者の場合、薬剤起因性老年症候群が多く頻用される薬で発生することが多い特徴にある(表 7)。これらの症状に対する対症療法薬は、処方が追加された後の評価が行われておらず漫然と処方され続けるケースや医療機関を渡り歩く結果、処方意図が不明な状態となることもあり、定期的な見直しが大切である。

■ 回復期病棟におけるポリファーマシーのかかわり方

上記の問題から回復期病棟におけるポリファーマシー問題は非常に多く、医師等からの情報では不足していることが予想される。日本での処方見直しのアプローチは、2018 年 4 月に厚生労働省が公表した「高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)」⁸⁾にて処方見直しのプロセスを示されている。重要な点として、ポリファーマシーに関連する問題を評価する前に、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把握を CGA などを用いて総合的に評価することが求められている。回復期病棟などでは、FIM や多職種評価などを用いると良い。ポリファーマシーの処方見直しには、関連する多職種からの情報共有と協議が必要であり、回復期病棟においても病棟カンファレンスなどを利用した評価を行うことが望ましい。

表7 薬剤起因性老年症候群と主な原因薬剤

症候	薬剤
ふらつき・転倒	降圧薬（特に中枢性降圧薬、 α 遮断薬、 β 遮断薬）、睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬、てんかん治療薬、抗精神病薬（フェノチアジン系）、パーキンソン病治療薬（抗コリン薬）、抗ヒスタミン薬（ H_2 受容体拮抗薬含む）、メマンチン
記憶障害	降圧薬（中枢性降圧薬、 α 遮断薬、 β 遮断薬）、睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン）、抗うつ薬（三環系）、てんかん治療薬、抗精神病薬（フェノチアジン系）、パーキンソン病治療薬、抗ヒスタミン薬（ H_2 受容体拮抗薬含む）
せん妄	パーキンソン病治療薬、睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬（三環系）、抗ヒスタミン薬（ H_2 受容体拮抗薬含む）、降圧薬（中枢性降圧薬、 β 遮断薬）、ジギタリス、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）、副腎皮質ステロイド
抑うつ	中枢性降圧薬、 β 遮断薬、抗ヒスタミン薬（ H_2 受容体拮抗薬含む）、抗精神病薬、抗甲状腺薬、副腎皮質ステロイド
食欲低下	非ステロイド性抗炎症薬（NSAID）、アスピリン、緩下剤、抗不安薬、抗精神病薬、パーキンソン病治療薬（抗コリン薬）、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）、コリンエステラーゼ阻害薬、ビスホスホネート、ビグアナイド
便秘	睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン）、抗うつ薬（三環系）、過活動膀胱治療薬（ムスカリン受容体拮抗薬）、腸管鎮痙薬（アトロピン、ブチルスコポラミン）、抗ヒスタミン薬（ H_2 受容体拮抗薬含む）、 α グルコシダーゼ阻害薬、抗精神病薬（フェノチアジン系）、パーキンソン病治療薬（抗コリン薬）
排尿障害・尿失禁	抗うつ薬（三環系）、過活動膀胱治療薬（ムスカリン受容体拮抗薬）、腸管鎮痙薬（アトロピン、ブチルスコポラミン）、抗ヒスタミン薬（ H_2 受容体拮抗薬含む）、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）、トリヘキシフェニジル、 α 遮断薬、利尿薬

（文献7より引用）

9

回復期病棟における 薬剤師介入に関するエビデンスについて

ポイント

- 回りハ病棟において、ポリファーマシーはADLや自宅退院、嚥下障害などに負の関連性が認められた。
- ポリファーマシーを改善することは、栄養状態やADLの改善につながることを示唆されている。
- 薬剤師が回復期病棟に介入することにより、医療の質や安全の向上、再入院の減少につながるなどの有用性が示されている。

地域医療構想では回復期病棟は病床数の増加を期待されており、回復期病棟における薬剤師介入に関するエビデンスの構築や発信は急務となっているが、一方でその数は多いとは言いがたい。その背景には、診療報酬の評価がなされていないことや、日本特有の医療制度であること、回復期病棟に入院する患者の疾患や背景が様々であり、評価が困難であることなどが挙げられる。しかしながら、これまでにいくつかの有用性が示されたデータがあるので紹介する。

■ 薬剤が患者アウトカムに及ぼす影響

回りハ病棟には高齢者が多く、生理機能の低下あるいは併存疾患を治療するための多剤服用等による薬物相互作用などにより、薬物有害事象が生じやすい状態にある。その結果、リハビリテーションに影響を及ぼすことが考えられ、リハビリテーションの効果を最大化することができない可能性がある。リハの効果을最大化するためにリハ薬剤の概念を用いて薬剤調整を行うことが必要である。本稿ではポリファーマシーやPIMsなどの薬剤が患者アウトカムに及ぼす影響を検討した研究をいくつか紹介する。

1. ADL・自宅退院など

回りハ病棟に入院している慢性腎不全合併脳卒中患者では、およそ33%にポリファーマシーが認められた。ポリファーマシーを呈している患者では、そうでない場合と比較して

運動に関する ADL の改善が有意に低値を示した³⁵⁾。また、高齢脳卒中患者における PIMs の使用は、運動に関する ADL の改善に負の影響を及ぼした³⁶⁾。入院期間中における服用薬剤数の増加は、リハビリテーションによる機能回復および自宅退院にいずれも負の関連性を示した³⁷⁾。回リハ病棟に入院している高齢脳卒中患者 849 人を対象とした研究では、ポリファーマシーは入院時に 43.8% に認められ、PIMs においては、64.8% に認められた。最も処方頻度が高かった PIMs は抗精神病薬、ベンゾジアゼピン系薬、プロトンポンプ阻害薬であった。退院時点におけるポリファーマシーは、運動 ADL、認知 ADL、エネルギー摂取量、自宅退院と負の関連性を示した。また、PIMs の使用は自宅退院と負の関連性を示した³⁸⁾。脳卒中発症後に回復期のリハビリテーションを必要とする高齢サルコペニアと診断された入院患者を対象とした研究では、入院時の PIMs は、退院時における運動 ADL および筋力と独立して負の関連性を示した³⁹⁾。入院時に大腿骨頸部骨折を呈した 65 歳以上の患者 11,073 名を対象としたリアルワールドデータベース研究では、6 剤以上服用している患者は 6 剤未満と比較して ADL の低下と入院期間の延長と関連していた⁴⁰⁾。急性期病院においてリハビリテーションを受けている患者を対象にポリファーマシーが ADL に与える影響を検討した研究では、ポリファーマシーを有している患者では、有していない患者と比較して、ADL が著しく低いことと関連していた。ADL の項目の中でもセルフケアおよび排泄の細項目の非改善に関連性が認められた⁴¹⁾。

2. 摂食嚥下機能・誤嚥性肺炎

抗コリン薬の副作用には口渇、転倒、せん妄、認知機能障害などが知られているが、中でも口渇は咳嗽反射が低下した高齢者にとっては、誤嚥性肺炎発症のリスクとなり得る。脳卒中発症後に回復期のリハビリテーションを必要とする高齢サルコペニアと診断された入院患者を対象とした研究では、入院時のポリファーマシーは退院時の嚥下機能および栄養状態と独立して負の関連性を示した⁴²⁾。

脳卒中後にリハビリテーションを受けている高齢者を対象に抗コリン活性スケール (Anticholinergic Risk Scale : ARS) を用いて抗コリン活性を評価し、入院中における摂食嚥下機能⁴³⁾ および誤嚥性肺炎の発症⁴⁴⁾ との関連性についての報告がある。その結果、入院中に ARS の増加は退院時の摂食嚥下機能と独立して負の関連性を示した。抗コリン薬では、クロルプロマジン、ヒドロキシジン、ハロペリドール、メトクロプラミド、リスペリドンなどの使用量が入院から退院までに大幅に増加していた。

3. 減薬が患者アウトカムに及ぼす影響

前項にて、ポリファーマシーや PIMs の使用は患者アウトカムを悪化させる可能性が示唆された。一方で、薬剤を減薬することで患者アウトカムが改善されるか否かまでは検討されていなかったが、近年は減薬が及ぼす影響についての報告が増えている。

脳卒中発症後に回復期のリハビリテーションを必要とする高齢サルコペニアと診断された入院患者を対象とした研究では、入院期間中にポリファーマシーからの薬剤数の変化は退院時のエネルギー摂取量およびタンパク質摂取量と独立して負の関連性を示した⁴⁵⁾。すなわち、ポリファーマシーの改善はエネルギー摂取量およびタンパク質摂取量の増加に関連することが明らかとなった。同様に入院期間中にポリファーマシーを解消すると退院時の運動 ADL および自宅退院と独立して正の関連性が示された⁴⁶⁾。すなわち、ポリファーマシーからの減薬は運動 ADL の改善および自宅退院率向上との関連性が認められた。回りハ病棟に入院している高齢者を対象に薬剤師主導により減薬となった群と減薬に至らなかった群とを比較してリハビリテーションによる ADL の改善を検討した。その結果、薬剤師主導による減薬は、ADL の改善と独立して正の関連性が認められた。特に、脂質異常症治療薬、抗精神病薬、催眠薬、NSAIDs の使用が入院中に有意に処方割合が減少した。したがって回りハ病棟において薬剤師主導による減薬は、リハビリテーションによる ADL の改善に寄与した⁴⁷⁾。

以上から、ポリファーマシーを解消することはリハビリテーションのアウトカムを改善することに繋がるということが明らかとなった。リハビリテーションの効果を最大化するには、高齢者の薬物療法は、適応症、禁忌、投与量、副作用、相互作用、治療期間などのさまざまな側面を考慮することで、これらの薬剤の使用を最適化することができる。そのなかで、減薬は不適切な処方を減らすための潜在的なアプローチの一つになりうるということがこれらの研究で示唆された。

■ 薬剤師の介入が患者アウトカムに及ぼす影響

現在、回復期病棟での薬剤師業務においては診療報酬上のインセンティブはなく、一般病棟と比較しても十分な業務ができているとは言いがたい。しかしながら、薬剤師の介入によって有用性を示した報告があるので紹介する。

1. アドヒアランスの向上

自宅退院を目指す回復期病棟において、薬剤の自己管理を目指す意義は大きい。多職種と協働し、内服自己管理アセスメントシートを用いて服薬管理に積極的介入を行った研究では、入院時に比較して有意に薬剤管理のレベルアップが認められた⁴⁸⁾。また、本研究では自己管理導入後、患者自身に日常生活に対する意欲や自信を引き出す効果が認められたとの評価も得られている。また、回りハ病棟を有する施設への調査においても、服薬支援を積極的に実施している施設の方が患者の自己管理率が高いという結果が報告されている⁵⁾。回復期病棟に従事する薬剤師の人数を増員して薬物療法に介入した場合、患者の服薬エラーを減少させた報告もある⁴⁹⁾。

2. 再入院の減少

回リハ病棟での薬剤師介入を調査した報告において、薬剤師が病棟へ積極的に介入している施設は非積極的介入の施設と比較して、有意に再入院を低下させる結果が得られている⁵⁰⁾。また地ケア病棟においても、薬剤管理指導業務を積極的に行った結果、業務開始前に比較して予期せぬ再入院を減少させており、薬剤師の服薬指導がアドヒアランスを向上させ、薬剤性の要因による再入院を減少させることが示唆された⁵¹⁾。

3. その他

回復期病棟は様々な職種が専門性を発揮する病棟であり、連携ツールを作成しリハビリテーション専門職との連携強化に取り組んだ報告がある。他職種間の相互理解が深まるとともに、リハ薬剤の推進と処方適正化がすすみ、FIM/薬価金額の有意な増加が認められた⁵²⁾。また、タスク・シェア/タスク・シフトの観点から回リハ病棟において事前プロトコルを作成し、処方修正などに取り組んだ研究では、アドヒアランスの維持向上および副作用の未然・重篤化回避、中止減量可能な薬剤の処方変更など薬剤師の専門性が発揮された結果となった。医師・薬剤師間のタスクシフトを行うことで、医師の負担軽減のみならず、患者にとって継続しやすい薬物療法や副作用の早期発見など、安全性の確保に有益であったことが示された⁵³⁾。

以上のように、回復期病棟では未だ薬剤師の介入が少ない状況ではあるが、薬剤師が積極的に病棟業務を行うことで、患者のアドヒアランス向上や再入院率の低下、適正な薬物治療に十分な貢献ができることが示されている。今後、薬剤師が回復期病棟へ積極的介入を行うとともに、新たなエビデンスの構築も期待される。

引用文献

- 1) 厚生労働省. 平成 30 年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理 (資料編)
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-shingikai-10801000-iseikyoku-soumuka/0000212393.pdf>
- 2) 回復期リハビリテーション病棟協会. 回復期リハビリテーション病棟のあり方 指針 第 1 版.
http://www.rehabili.jp/organization/links/point_vol-1.pdf
- 3) 厚生労働省. 令和 4 年度診療報酬改定の概要入院 II (回復期・慢性期入院医療)
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001079189.pdf>
- 4) 地域包括ケア病棟協会. 地域包括ケア病棟の病棟機能、地域包括ケア病棟を有する病院の病院機能、Person Flow Management (PerFM) <第 3 版>. <https://chiiki-hp.jp/gaiyou/52/>
- 5) 藤原久登, 濃沼政美, 湯本哲郎, 前田拓哉, 金田昌之, 綾部由紀乃, 飯田純一, 小島昌徳, 金田光正, 中山はるみ, 高尾良洋, 齋藤昌久, 加賀谷肇, 村山純一郎. 回復期リハビリテーション病棟と一般病棟の病棟薬剤業務の比較－回復期リハビリテーション病棟業務の特徴－. 日本病院薬剤師会雑誌. 2013; 49(9): 975-980.
- 6) 厚生労働省. 第 10 回高齢者医薬品適正使用検討会: 高齢者の療養環境別の多剤服用の実態調査.
<https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/000504090.pdf>
- 7) 厚生労働省. 高齢者の医薬品適正使用の指針 (総論編)
https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/kourei-tekisei_web.pdf
- 8) 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)
<https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/000568037.pdf>
- 9) 岸本真, 荒川隆之, 川崎美紀, 藤原久登, 溝神文博, 宮川哲也, 豊見敦. 地域包括ケア病棟または回復期リハビリテーション病棟の病院薬剤師と薬局薬剤師の医療連携における現状と課題. 日本病院薬剤師会雑誌. 2023; 59(6): 643-650.
- 10) 厚生労働省医政発 0930 第 16 号, 令和 3 年 9 月 30 日. 現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について. <https://www.jshp.or.jp/content/2021/1004-2.pdf>
- 11) 藤原久登, 濃沼政美, 湯本哲郎, 前田拓哉, 上手真梨子, 河原英子, 添田真司, 瀧本淳, 田村和敬, 中村雅敏, 金田光正, 高尾良洋, 齋藤昌久, 加賀谷肇, 村山純一郎. 回復期リハビリテーション病棟における薬剤師常駐の必要性と医師・看護師の潜在的なニーズの探索. 薬学雑誌. 2015; 135(8): 969-975.
- 12) 回復期リハビリテーション病棟協会. 高山仁子. 求められる管理栄養士像 管理栄養士必携 第 2 版; 2020
- 13) 中川美幸. 医療ソーシャルワーカーの視点. リハビリテーション薬剤実践マニュアル 生活機能を改善させる薬剤の選び方. 中道真理子, 若林秀隆, 中村直人編 中外医学社; 2023
- 14) 永野彩乃. リハビリテーション栄養の新定義: リハビリテーション栄養とは何か. リハビリテーション栄養. 2017; 1(1):11-16.
- 15) 若林秀隆編著. リハビリテーション栄養ポケットマニュアル. 医歯薬出版; 2018
- 16) 西岡心大, 高山仁子, 渡邊美鈴, 漆原真姫, 桐谷裕美子, 脇岡澄. 本邦回復期リハビリテーション病棟入棟患者における栄養障害の実態と高齢脳卒中患者における転帰, ADL 帰結との関連. 日本静脈経腸栄養学会雑誌. 2015; 30(5): 1145-1151.

- 17) 西岡心大, 中原さおり, 高崎美幸, 塩濱奈保子, 小蔵要司, 鈴木達郎, 横井(吉村)由梨, 二井麻里亜, 前田圭介, 若林秀隆. 攻めの栄養療法の概念と臨床への適用: 日本リハビリテーション栄養学会管理栄養士部会によるポジションペーパー. *リハビリテーション栄養*. 2022; 6(1): 77-93.
- 18) 若林秀隆, 前田圭介, 百崎良, 小蔵要司, 吉村芳弘, 藤原大, 小坂鎮太郎, 鈴木規雄. リハビリテーション栄養における診断推論: 日本リハビリテーション栄養学会管理栄養士部会によるポジションペーパー. *リハビリテーション栄養*. 2022; 6(2): 267-276.
- 19) 東敬一郎, 中道真理子, 中村直人, 永野彩乃, 藤原大, 吉村芳弘, 藤原大, 前田圭介, 若林秀隆. リハビリテーション栄養における薬剤師の役割: 日本リハビリテーション栄養学会によるポジションペーパー. *リハビリテーション栄養*. 2022; 6(2): 293-301.
- 20) 井上達朗, 中道真理子, 中村直人, 永野彩乃, 藤原大, 吉村芳弘, 藤原大, 前田圭介, 若林秀隆. 栄養と理学療法: 日本リハビリテーション栄養学会理学療法部会によるポジションペーパー. *リハビリテーション栄養*. 2021; 5(2): 226-234.
- 21) Hidetaka Wakabayashi. Rehabilitation pharmacotherapy: A combination of rehabilitation and pharmacotherapy. *Journal of general and family medicine*. 2018; 19: 43-44.
- 22) 中村直人. リハ薬剤アセスメント・推論. リハ薬剤マネジメント. 中道真理子, 中村直人, 若林秀隆編 南山堂; 2021
- 23) 中道真理子. リハ薬剤アセスメントとは. リハ薬剤マネジメント. 中道真理子, 中村直人, 若林秀隆編 南山堂; 2021
- 24) Fumihiko Mizokami, Yumiko Koide, Takeshi Noro, Katsunori Furuta. Polypharmacy with common diseases in hospitalized elderly patients. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*. 2012; 10(2):123-128.
- 25) Yusuke Suzuki, Masahiro Akishita, Hidenori Arai, Shinji Teramoto, Shigeto Morimoto, Kenji Toba. Multiple consultations and polypharmacy of patients attending geriatric units of university hospitals. *Geriatrics & Gerontology International*. 2006; 6(4):244-247.
- 26) Nashwa Masnoon, Sepehr Shakib, Lisa Kalisch-Ellett, Gillian E Caughey. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC geriatrics*. 2017; 17(1):230.
- 27) Taro Kojima, Masahiro Akishita, Yumi Kameyama, Kiyoshi Yamaguchi, Hiroshi Yamamoto, Masato Eto, Yasuyoshi Ouchi. High risk of adverse drug reactions in elderly patients taking six or more drugs: analysis of inpatient database. *Geriatrics & gerontology international*. 2012; 12(4): 761-762.
- 28) Nariman Mansur, Avraham Weiss, Yichayaou Beloosesky. Looking beyond polypharmacy: quantification of medication regimen complexity in the elderly. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*. 2012;10(4):223-229.
- 29) Emily R Hajjar, Angela C Cafiero, Joseph T Hanlon. Polypharmacy in elderly patients. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*. 2007;5(4):345-351.
- 30) Kirsten K Viktil, Hege S Blix, Tron A Moger, Aasmund Reikvam. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug - related problems. *British journal of clinical pharmacology*. 2007; 63(2):187-195.
- 31) 厚生労働省. 高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)について. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11125000-Iyakushokuhinkyoku-Anzentaisakuka/0000209385.pdf>

- 32) Taro Kojima, Toshifumi Matsui, Yusuke Suzuki, Yasushi Takeya, Naoki Tomita, Koichi Kozaki, Masafumi Kuzuya, Hiromi Rakugi, Hiroyuki Arai, Masahiro Akishita. Risk factors for adverse drug reactions in older inpatients of geriatric wards at admission: multicenter study. *Geriatrics & Gerontology International*. 2020; 20(2): 144-149.
- 33) Joseph T Hanlon, Carl F Pieper, Emily R Hajjar, Richard J Sloane, Catherine I Lindblad, Christine M Ruby, Kenneth E Schmader. Incidence and predictors of all and preventable adverse drug reactions in frail elderly persons after hospital stay. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2006;61(5): 511-515.
- 34) Corine M Hohl, Serena S Small, David Peddie, katherin Badke, Chantelle Bailey, Ellen Balka. Why clinicians don't report adverse drug events: qualitative study. *JMIR public health and surveillance*. 2018; 4(1): e9282.
- 35) Eiji Kose, Riku Maruyama, Susumu Okazoe, Hiroyuki Hayashi. Impact of Polypharmacy on the Rehabilitation Outcome of Japanese Stroke Patients in the Convalescent Rehabilitation Ward. *Journal of aging research*. 2016; 795782.
- 36) Eiji Kose, Toshiyuki Hirai, Toshiichi Seki, Hiroyuki Hayashi. Role of potentially inappropriate medication use in rehabilitation outcomes for geriatric patients after strokes. *Geriatrics & Gerontology International*. 2018; 18: 321-328.
- 37) Eiji Kose, Toshiyuki Hirai, Toshiichi Seki, Hiroyuki Hayashi. The association of increased drugs use with activities of daily living and discharge outcome among elderly stroke patients. *International journal of clinical pharmacy*. 2018; 40: 599-607.
- 38) Ayaka Matsumoto, Yoshihiro Yoshimura, Fumihiko Nagano, Takahiro Bise, Yoshifumi Kido, Sayuri Shimazu, Ai Shiraishi. Polypharmacy and potentially inappropriate medications in stroke rehabilitation: prevalence and association with outcomes. *International journal of clinical pharmacy*. 2022; 44: 749-761.
- 39) Ayaka Matsumoto, Yoshihiro Yoshimura, Fumihiko Nagano, Sayuri Shimazu, Ai Shiraishi, Yoshifumi Kido, Takahiro Bise. Potentially inappropriate medications are negatively associated with functional recovery in patients with sarcopenia after stroke. *Aging clinical and experimental research*. 2022; 34: 2845-2855.
- 40) Hiroki maki, Hidetaka Wakabayashi, Mariko Nakamichi, Ryo Momosaki. Impact of Number of Drug Types on Clinical Outcome in Patients with Acute Hip Fracture. *The journal of nutrition, health & aging*. 2019; 23: 937-942.
- 41) Tomoya Tachi, Manami Otsubo, Manabu Toyoshima, Azusa Murayama, Hayato Katsuno, Anri Ueno, Yoshihiro Noguchi, Satoshi Aoyama, Masahiro Yasuda, Takashi Mizui, Chitoshi Goto, Hitomi Teramachi. The association between polypharmacy and the efficiency of the functional independence measure in an acute-stage hospital: a retrospective cohort study. *Aging clinical and experimental research*. 2020; 33(4): 983-990.
- 42) Ayaka Matsumoto, Yoshihiro Yoshimura, Fumihiko Nagao, Takahiro Bise, Yoshifumi Kido, Sayuri Shimazu, Ai Shiraishi. Polypharmacy and Its Association with Dysphagia and Malnutrition among

- Stroke Patients with Sarcopenia. *Nutrients*. 2022; 14: 4251.
- 43) Eiji Kose, Toshiyuki Hirai, Toshiichi Seki, Michiyo Okudaira, Nobuhiro Yasuno. Anticholinergic Load Is Associated with Swallowing Dysfunction in Convalescent Older Patients after a Stroke. *Nutrients*. 2022; 14: 2121.
- 44) Eiji Kose, Toshiyuki Hirai, Toshiichi Seki. Assessment of aspiration pneumonia using the Anticholinergic Risk Scale. *Geriatrics & Gerontology International*. 2018; 18(8): 1230-1235.
- 45) Ayaka Matsumoto, Yoshihiro Yoshimura, Hidetaka Wakabayashi, Eiji Kose, Fumihiro Nagao, Takahiro Bise, Yoshifumi Kido, Sayuri Shimazu, Ai Shiraishi. Deprescribing Leads to Improved Energy Intake among Hospitalized Older Sarcopenic Adults with Polypharmacy after Stroke. *Nutrients*. 2022; 14(3): 443.
- 46) Eiji Kose, Ayaka Matsumoto, Yoshihiro Yoshimura. Association between deprescribing from polypharmacy and functional recovery and home discharge among older patients with sarcopenia after stroke. *Nutrition*. 2023; 111: 112040.
- 47) Eiji Kose, Hidetatsu Endo, Hiroko Hori, Shingo Hosono, Chiaki Kawamura, Yuta Kodama, Takashi Yamazaki, Nobuhiro Yasuno. Association of Pharmacist-led Deprescribing Intervention with the Functional Recovery in Convalescent Setting. *Pharmazie*. 2022; 77: 165-170.
- 48) 和田祥子, 平井利幸, 関利一. DPC 対象病院における回復期リハビリテーション病棟への薬剤師介入と内服薬自己管理がもたらす効果. 日本病院薬剤師会雑誌. 2012; 48(2): 185-988.
- 49) Rhohei Suzuki, Takako Uchiya, Takamasa Sakai, Masaaki Takahashi, Fumiko Ohtsu. Pharmacist's interventions in factors contributing to medication errors reduces medication errors in self-management of patients in the rehabilitation ward. *Journal of pharmaceutical health care and sciences*. 2022; 8: 37.
- 50) 岸本真, 荒川隆之, 藤原久登, 川崎美紀, 溝神文博, 酒向幸, 宮川哲也. 地域包括ケアシステムにおける回復期での薬物療法への病院薬剤師の関与並びに有用性の調査研究. 日本病院薬剤師会雑誌. 2019; 55(10): 1137-1142.
- 51) 岸本真, 屋敷大輔, 長ヶ原琢磨, 児玉和友. 地域包括ケア病棟を退院した患者の予期せぬ再入院回避にする病院薬剤師による服薬指導の貢献についての検討. 在宅薬学. 2022; 9: 36-39.
- 52) 西塚亨, 酒井照美, 小土井亮介, 濱崎厚志, 瀬戸口由梨, 島谷康司, 道原明. 病棟薬剤師とセラピスト間の連携強化に向けた取り組みと処方適正化の検討. 日本病院薬剤師会雑誌. 2021; 57(10):1073-1079.
- 53) 鈴木亮平, 打矢貴子, 酒井隆全, 長岡宏一, 見城昌邦, 金子真理子, 竹内裕喜, 饗場郁子, 高橋昌明, 大津史子. 回復期リハビリテーション病棟における薬剤師の処方支援の特徴 —医師・薬剤師間のタスク・シェア／タスク・シフトを推進する取り組みの現状調査—. 医療薬学. 2022; 48(10): 463-470.

回復期病棟における薬剤師のためのかかわり方ガイド

令和6年2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 令和5年度学術第5小委員会

日本病院薬剤師会 令和5年度学術第5小委員会

(日本病院薬剤師会 令和4年度学術第8小委員会)

「回復期病棟における薬剤師介入の有用性に関する調査研究」

委員長：藤原 久登

委員：岸本 真、小瀬 英司、篠永 浩、田中 絵里子、中道 真理子、溝神 文博