

ポリファーマシー対策の進め方 (Ver2.0)

一般社団法人 日本病院薬剤師会

令和 6 年 2 月 13 日

目次

目次	1
はじめに	2
1.ポリファーマシー対策の目的	2
2.具体的な業務	3
①入院患者に対する薬剤師の対応	3
1) 入院前	3
2) 入院時	3
3) 入院中	4
4) 退院時	4
5) 退院後	4
②医師・看護師等の多職種との連携・情報共有の方法	5
③薬剤管理サマリーの活用	5
④医療機関との連携	5
⑤地域での取り組み	6
⑥職員に対する教育・啓発	6
⑦患者や家族等に対する教育・啓発	6
3.医療機能別での留意点	6
4.参考資料	7
おわりに	8
別添 1 業務手順書例	9
別添 2 薬剤管理サマリーおよび返書の記載事例	12

はじめに

生理機能の低下、併存疾患を治療するための多剤服用等により、特に高齢者等においては薬物相互作用などの薬物関連有害事象などが生じやすい状態にある。薬剤師には有効性・安全性などの様々な視点で患者の薬物療法を適切に支援することが求められている。また、平成 28 年度診療報酬改定では、医療機関において、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を総合的に調整する取り組みを行い、処方薬剤数が減少した場合についての評価として、「薬剤総合評価調整加算」（入院）、「薬剤総合評価調整管理料」および「連携管理加算」（外来）が新設された。その後、「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（以下、日病薬））や「高齢者の医薬品適正使用の指針」（厚生労働省）なども示され、薬物療法の適正化とポリファーマシー対策の重要性が高まっている。

現在、診療報酬の算定要件では、6 種類以上の内服薬が処方されている入院患者に対して総合的な評価と処方見直しを促しており、必ずしも減薬が必須要件ではない。すなわち、「ポリファーマシー対策＝減薬」を意味するのではなく、薬剤の追加や変更の際、薬剤師が主体となって、有効性・安全性などの様々な視点で薬物療法の適正化を支援し、変更に伴う情報を多職種と共有していくことが重要である。

今回、日病薬ではガイドラインや指針を整理し、「ポリファーマシー対策の進め方」をまとめた。この進め方では、入院前から入院中、そして退院後に至るまで、病院薬剤師が多角的な視点から関与できるポイントを示している。しかしながら、これら全ての内容を実施することを求めているわけではなく、各施設の状況や人員に応じて、先ずは実施可能なポイントから開始することでポリファーマシー対策への意識・認識・知識を向上していただくとともに、多くの薬剤師が薬物療法の適正化とポリファーマシー対策に関与して頂くことを願う。

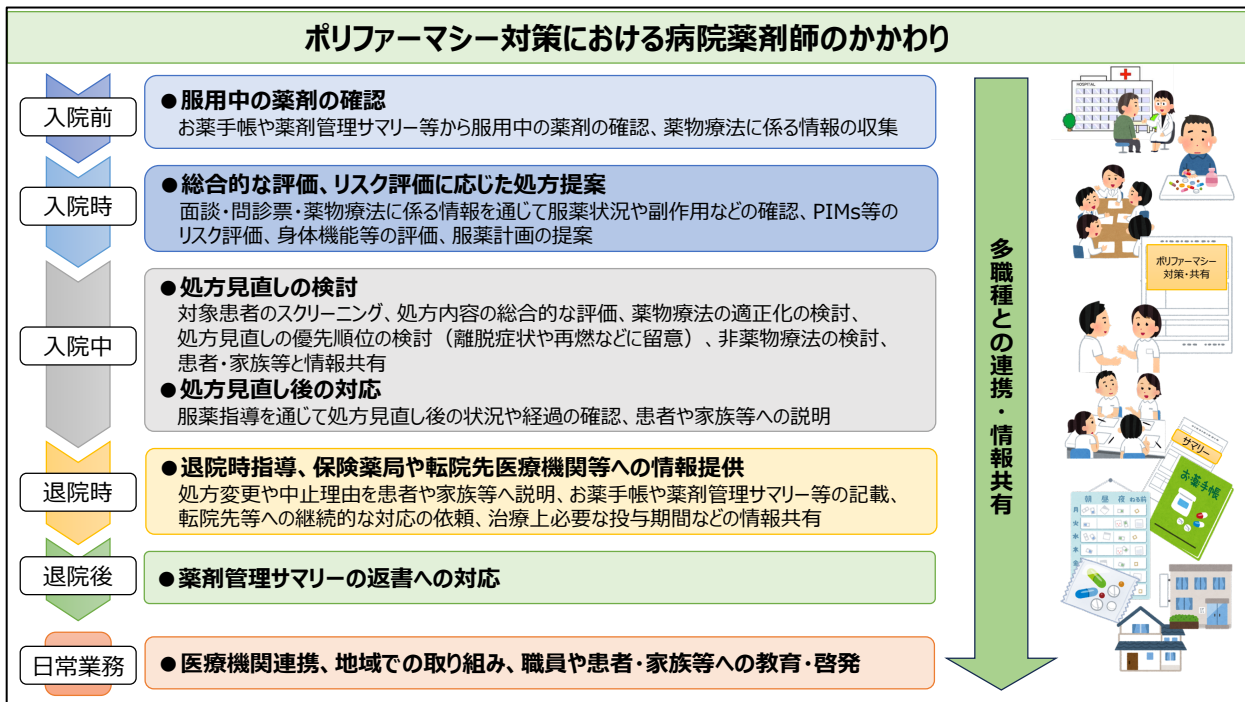
1.ポリファーマシー対策の目的

ポリファーマシー対策の目的は、薬物療法のみならず、薬物療法に関わる環境を含めた適正化である。ポリファーマシーとは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物関連有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下、さらに本来は治療のために必要な薬剤が処方されないといった問題につながる状態を指す。すなわち、ポリファーマシーは薬剤のあらゆる不適切な問題を指し、多剤併用の中でも害が利益を上回った状態である。そのため、ポリファーマシーに関連した問題は多岐にわたり、特に高齢者では生活習慣病や老年症候群等が重積し、それに伴う処方が増加してくるため 75 歳以上の約 25%が 7 種類以上、約 40%が 5 種類以上の薬剤が処方されている。

また、併存疾患の増加とともに、複数の診療科・医療機関の受診、ならびに複数の薬局で薬をもらうことにより、処方薬の全体が把握されないなどの問題も発生しやすい。さらに、処方が適正な状態であっても「飲めない」「飲まない」状態であれば適切な薬物療法が実施されないため、処方だけでなく服薬環境の調整なども同時に行う必要がある。

ポリファーマシーを解消するには、薬剤師間および医療関係者間の連携だけではなく、患者や介護者が正しく薬を理解する必要があり、薬剤師からの適切な情報提供が求められる。

2.具体的な業務



①入院患者に対する薬剤師の対応

1) 入院前

- 入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、お薬手帳や薬剤管理サマリー等から服用中の薬剤を確認する。
- 院内の入退院支援部門や院外施設（かかりつけ薬局や医療機関など）と連携し、薬物療法に係る情報（服薬状況、副作用、理解度、減薬意向など）を収集する。

2) 入院時

- 患者や家族等の面談、問診票、薬物療法に係る情報を通じて、服薬状況や副作用などを確認する。
- 持参薬確認時は、「薬剤起因性老年症候群と主な原因薬剤（高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編））」などの参考資料を参照して PIMs 等のリスク評価を行う。
注：潜在的に不適切な処方(PIMs : potentially inappropriate medications)
- 不明な点がある場合は、処方医療機関やかかりつけ薬局に問い合わせを行う。
- 高齢者総合機能評価（認知機能、日常生活動作など）、バイタルサイン、検査値、腎機能、栄養状態、生活環境、患者の薬剤選択嗜好、服薬管理能力などを多職種協働で評価する。
- 特に向精神薬を長期間使用している場合には、患者背景や精神疾患の有無など慎重に確認する。
- 得られた情報（症状、副作用、療養上の問題点、リスク等）を総合的に評価し、入院後の服薬計画を医師等に提案し多職種と情報共有する。
- リスク評価に応じた処方提案を効率的に行うため、必要に応じて持参薬評価フォーマット等を活用する。

3) 入院中

○処方見直しの検討

- ・ 入院前・入院時に収集した情報をもとに対象患者をスクリーニングする。
- ・ 処方内容を総合的に評価し、薬物療法の適正化の検討と処方見直しの優先順位を検討する。
- ・ 非薬物療法（生活習慣の改善・環境調整・ケアの工夫など）も考慮して検討する。
- ・ 減薬スケジュールや処方変更する際の留意事項を多職種、患者や家族等と情報共有する。
- ・ 向精神薬を減薬・減量する場合、起こり得る離脱症状、不安感、症状再燃などに留意して投与量を調整する。

○処方見直し後の対応

- ・ 服薬指導を通じて処方見直し後の状況や経過を確認する。
- ・ 患者や家族等に対して、服薬指導を通じて処方見直し後の説明を行う。
- ・ 処方見直しに関する情報を多職種で共有するため、内容・理由・経過等をカルテに記載する。

4) 退院時

○基本的事項について

- ・ 退院時指導の際は、入院中の処方変更や中止の内容も含めて患者や家族等に説明する。
- ・ 適切な薬物療法が継続できるように、必要事項をお薬手帳や薬剤管理サマリー等に記載する。
- ・ 作成した薬剤管理サマリー等は保険薬局や転院先医療機関、介護施設の関係者に提供する。
- ・ 退院後の患者の生活の場や患者の理解力に応じて、主たる服薬支援者にも情報提供する。

○追加の情報提供について

以下は、漫然投与防止の観点からポリファーマシー対策を継続的に実施するために有用と考えられる。

- ・ 入院中の処方見直しが完結できない場合、転院先医療機関や施設等に対する継続的な対応の依頼。
- ・ 治療期に投薬した薬剤の維持期における治療上必要な投与期間などの情報共有。
- ・ かかりつけ医への薬剤の追加・減量・中止薬等の情報提供。
- ・ 向精神薬の追加や減薬（介入途中を含む）の際の情報共有。
- ・ 常勤医師や常勤薬剤師がいない施設へ入所する際の服薬支援者への情報提供（相談・連絡体制の構築を含む）。

5) 退院後

- ・ 薬剤管理サマリーの返書から得られた情報を多職種と情報共有する。
- ・ 生活の場の多様化にも考慮しつつ、能動的な情報収集、共有、情報提供を行う。

②医師・看護師等の多職種との連携・情報共有の方法

- ・ ポリファーマシーに限定したカンファレンスに限らず、以下の事例や業務手順書（別添 1）を参考に各施設の状況に応じて、多職種との総合的な評価や情報共有体制を構築し、カルテ等に記載する。

患者評価・処方評価の方法

- 各病棟カンファレンスや各診療科カンファレンスの活用。
- 朝会などのミーティングの活用。
- 既存の医療チームのカンファレンスが終了した後の時間を活用。

情報共有の方法

- 電子カルテの掲示板機能や処方見直し用のテンプレートの活用。
- 電子カルテ未導入施設における多職種が共有できる帳票の作成とカルテ内保存。
- 病棟等における日常的な多職種協議の活用。

③薬剤管理サマリーの活用

- ・ 入院中の処方の追加・変更・中止等の理由や経過、現在の服薬状況などを記載（別添 2）することで、退院後の処方見直し評価の重要な情報源になるとともに適切な治療を継続することができる。
- ・ 精神科医療においては、「薬剤管理サマリー（精神科版）」を用いることで、服薬アドヒアランスや精神科領域に必要な薬剤情報を共有することができる。
- ・ 積極的にサマリーに対する返書を活用するとフォローアップ体制やお互いの関係性を構築することができる。
- ・ 既存の医療情報管理システム（電子カルテ等）から、基本情報や検査データ・処方データを薬剤管理サマリーに自動反映させることで、効率的にサマリーを作成することができる。
- ・ 薬剤管理サマリー発行の優先条件（患者年齢・疾患・処方薬・退院先等）を予め定めることで、効率的にサマリーを作成することができる。
- ・ タスクシフト・シェアの観点では、医療機関の状況に応じて、診療情報提供書等の薬物療法に関する部分について薬剤管理サマリーで補完することができる。

④医療機関との連携

- ・ ポリファーマシー対策を地域に繋げるため、医療機関や保険薬局、介護施設・事業所等に情報提供が必要である。
- ・ お薬手帳や薬剤管理サマリーを活用し、さらに地域の既存ツールを活用した連携を検討する。
- ・ 薬学的な情報連携を円滑に行うため、医療連携部門に薬剤師を配置することも有用である。

⑤地域での取り組み

- ・ 個別の医療機関・薬局に連携の協力を求めるだけでなく、地域の医師会や薬剤師会に対し、ポリファーマシー対策への理解を求めることも必要である。
- ・ 行政や地域医師会・薬剤師会等とポリファーマシー関連の研修会を企画し、情報共有を図ることで、医療機関や地域での現状を把握し、具体的な目標を共有することができる。
- ・ 多職種とのコミュニケーションを重視し、地域や職能団体の連絡会にも参加して情報共有を行う。

⑥職員に対する教育・啓発

- ・ 概念や多剤服用の現状、薬剤起因性老年症候群、意思尊重の重要性、多職種連携、経営的視点、他施設との連携を取り上げる。
- ・ 既存の院内勉強会（医薬品の安全使用のための研修会など）や部署内勉強会・多職種カンファレンスを活用する。
- ・ 複数回の DVD 上映や e-ラーニングを活用することで多くの職員がいつでも受講することが可能となる。
- ・ 研修後には意識調査アンケートなどを実施することで、ポリファーマシー対策の必要性を認識する機会に繋がる。
- ・ 症例を共有することで、意識の醸成とスキルアップに繋がる。

⑦患者や家族等に対する教育・啓発

- ・ 服薬指導や退院時指導を通じて、患者の病識や治療への理解度を高める。
- ・ 減薬時は患者や家族等の同意を得るため、処方見直しの内容を文書で情報提供して説明することは、理解を深め不安の解消に繋がる。
- ・ 院内掲示、エビデンスや参考資料（「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」など）を活用し、医療者と患者や家族間でポリファーマシー対策の必要性を共有する。
- ・ 減薬に対する不安を訴えられる場合は、短期的・中長期的なリスクに分けて説明する方法もある。

3.医療機能別での留意点

- ・ 患者の病状の安定度や在院日数、医療資源の充実度などを考慮して取り組む。
- ・ 回復期・慢性期病院など医療資源が限られてポリファーマシー対策が困難な場合においても、急性期病院からの情報提供内容を活用して取り組む。
- ・ 医療機能に応じて、退院後の生活背景を考慮した処方見直しを行う。
- ・ 地域の医療機関で処方を見直した場合、その結果を退院後の医療機関や薬局に情報提供するだけでなく、情報連携の観点から紹介元の医療機関に情報共有する。

4. 参考資料

- ・ 高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000208848.html>
- ・ 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/stf/newpage_05217.html
- ・ 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
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17788.html
- ・ 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015
<https://minds.jcqhc.or.jp/n/med/4/med0233/G0000860>
- ・ 多剤投薬の患者に対する病院薬剤師の対応事例集
<https://www.jshp.or.jp/activity/guideline/20180226-1.html>
- ・ 「薬剤管理サマリー（改訂版）」の活用について
<https://www.jshp.or.jp/activity/guideline/20180115-1.html>
- ・ 薬剤管理サマリー（精神科版）について
<https://www.jshp.or.jp/activity/guideline/20230807-1.html>
- ・ 高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用
<https://minds.jcqhc.or.jp/n/pub/1/pub0233/G0000950>
- ・ あなたのくすり いくつ飲んでいますか？（一般社団法人くすりの適正使用協議会）
<https://www.rad-ar.or.jp>
- ・ 自己回答形式の「おくすり問診票」
<https://www.ncgg.go.jp/hospital/news/20230829-1.html>

おわりに

病院薬剤師が取り組むポリファーマシー対策の進め方について解説した。薬物療法の適正化を支援するためには、処方の開始、増量、減量、中止等あらゆる場面において必要な薬剤情報や留意点を多職種で共有するために薬剤師が積極的に関与することが求められる。また、患者に寄り添った対応が重要であり、日常生活への影響を考慮することで、より安心安全な薬物療法の提供が可能となる。さらに、一つの医療機関のみでは対応できないことも多いため、薬剤管理サマリーや返書を活用し、かかりつけ薬局や転院先の病院・介護施設等との相互の情報共有・提供が重要である。

最後に、今回示した内容を全て網羅しなければ、ポリファーマシー対策が行えないということではなく、施設の状況に応じて日常業務の中で実施可能なポイントから一歩ずつ開始していただくことが効果的である。今後、各地域や医療機関でポリファーマシー対策をさらに推進していただきたい。

一般社団法人 日本病院薬剤師会
ポリファーマシー対策に関する特別委員会
令和6年2月13日作成(Ver.2.0)

委員長 武藤 浩司
委員 篠永 浩
 澁田 憲一
 濱浦 睦雄
 別所 千枝
 溝神 文博
 渡部 学

別添 1 業務手順書例

ポリファーマシー対策に関する業務手順書

【目的】

ポリファーマシーとは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物関連有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下の問題につながる状態をいうが、それだけではなく、本来は治療のために必要な薬剤が処方されないといった問題にもつながりうるものであり、適切に対策を行う必要がある。本手順書は、●●病院において、ポリファーマシーに関して薬物療法の有効性、安全性の確保等の観点から、多職種連携の下で薬物療法の適正化を行うための標準的な業務について定めるものである。

本手順書に基づき、医療機関内で発生するポリファーマシーに関連する問題を解決するために、状況の把握、情報収集と評価、処方内容の見直し、啓発や教育活動等を行うこととする。

【多職種連携】

医師・薬剤師・看護師をはじめとして、必要に応じて患者に関わる管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等（以下、多職種）が連携して、次の「ポリファーマシー対策の実施」に基づき、患者の状態に合わせたポリファーマシー対策を行う。

なお、多職種間での情報共有については、●●●●（※●●は、医療機関の状況に応じて、診療カンファレンス、電子カルテのテンプレートや掲示板、電子カルテ内における多職種宛メール、その他の日常的な情報共有の手段等を記載する。）等、日常的な情報共有ができる機会を活用して行うこととする。

【ポリファーマシー対策の実施】

1. 情報収集と情報共有

- ① 医師または薬剤師は、必要に応じて診療情報提供書、お薬手帳、薬剤管理サマリー等を参照して、患者が服用中の薬剤を確認する。
- ② 医師または薬剤師は、関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要する薬剤等の確認を行う。
- ③ 医師または薬剤師は、患者や家族等から服薬状況、薬物関連有害事象、理解度、減薬意向等を確認し、必要に応じて他の医療機関や薬局等と連携して薬物療法に係る情報を収集する。
- ④ 医師は、ポリファーマシーの可能性、類似した薬効や相互作用を有する処方内容等について、必要に応じて薬剤師に照会を行う。また、薬剤師は、必要に応じて医師に情報提供を行う。

2. 処方内容の見直しの検討と評価

- ① 医師は薬剤師や看護師等と連携し、処方内容を総合的に評価する。必要に応じて非薬物療法（生活習慣の改善、環境調整、ケアの工夫等）を考慮した上で、薬物療法の適正化と処方内容の見直し（適切な用量への変更、薬物関連有害事象の被疑薬の中止、より有効性・安全性の高い代替薬への変更等）を検討する。
- ② 多職種間で薬物療法における薬物関連有害事象のリスクを共有する。この際、必要に応じて医師への情報提供や薬剤師へ確認・問い合わせを行う。
- ③ 処方内容の見直しが必要な場合は、医師または薬剤師は、患者や家族等に対し、処方内容の変更や中止等の理由および注意すべき点を説明する。
- ④ 医師または薬剤師は、処方内容の見直しの要点（変更内容、理由、経過等）を診療録等に記載し、処方内容を変更する際の留意事項を多職種で共有する。

3. 処方内容の見直し後の観察と再評価

- ① 医師または薬剤師は、日常診療や服薬指導等を通じて、病状の変化、新たな薬物関連有害事象の有無等、処方内容の見直し後の患者の状況や経過を確認する。
- ② 看護師等は、それぞれの観点で処方内容の変更による病状の変化、新たな薬物関連有害事象、療養上の問題点の有無等のモニタリングを行う。また、薬物関連有害事象の可能性を観察した場合には、医師または薬剤師に情報提供を行う。
- ③ 多職種で患者の病状や経過を確認し、必要に応じて処方内容の再評価を行う。

4. 退院時の情報連携

- ① 医師または薬剤師は、退院に際して患者や家族等に対し、入院中の処方内容の変更や中止等の理由および療養上必要な注意すべき点を説明する。
- ② 医師または薬剤師は、退院後も適切な薬物療法が継続できるように、必要に応じて診療情報提供書、お薬手帳、薬剤管理サマリー等に薬物療法に関連した情報ならびに処方内容の見直しの要点を記載し、患者の退院先に応じて医療機関や薬局等へ情報提供を行う。

【啓発活動】

- ① 職員等に対する医薬品の安全使用のための研修会等を活用し、ポリファーマシー対策を理解するための研修会を開催する。
- ② 患者や家族等に対し、院内掲示ならびに診療や各種指導を通じて、ポリファーマシー対策の必要性に関する理解を求めるとともに努める。

【その他】

- ・ 上記の内容を実施するほか、下記の指針等を参考にして業務を実施する。
 - 高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）：厚生労働省参照
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000208848.html>
 - 高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））：厚生労働省参照
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05217.html
 - 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン：Minds ガイドラインライブラリ参照
<https://minds.jcqhc.or.jp/>
 - 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：厚生労働省参照
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17788.html
 - ポリファーマシー対策の進め方：日本病院薬剤師会参照
<https://www.jshp.or.jp/activity/guideline/20230911-1.pdf>
 - 高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用：Minds ガイドラインライブラリ参照
<https://minds.jcqhc.or.jp/>
 - あなたのくすり いくつ飲んでいますか？：くすりの適正使用協議会参照
<https://www.rad-ar.or.jp>

附則 本手順書は令和●●年●●月●●日から施行する。

●●病院 作成

別添 2 薬剤管理サマリーおよび返書の記載事例

薬剤管理サマリー

作成日 2023/6/●

●●●●● 御中
○○○○ 様の退院時処方・薬学的管理事項について連絡申し上げます。

生年月日	××××/××/××	××	歳	性別	女	身長	145	cm	体重	35	kg	
入院期間	××××/××/××	×	日間	担当医	□□□□							

	該当薬剤	発現時期	発現時の状況等 (検査値動向含む)
禁忌薬	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
アレルギー歴	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		アレルギー・副作用歴等を記載
副作用歴	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	ベタヒスチン	皮膚掻痒感
腎機能	SCr	××	mg/dL eGFR
その他必要な検査情報	K: 3.2mEq/L(O/×) → 4.0mEq/L(O/■)		
入院中の服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 1日配薬 <input type="checkbox"/> 1回配薬 <input type="checkbox"/> その他 ()		
投与経路	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 (経鼻・胃瘻・食道瘻・腸瘻)		
調剤方法	<input type="checkbox"/> PTP等 <input checked="" type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> 粉碎		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 忘れる <input type="checkbox"/> 拒薬あり <input type="checkbox"/> その他 ()		
退院後の薬剤管理方法	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()		
一般用医薬品・健康食品等	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		

<input checked="" type="checkbox"/> 別紙あり 処方医療機関: マクロニック	<input checked="" type="checkbox"/> 別紙あり 退院処方に薬情添付 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
<p style="text-align: center;">入院時持参薬</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ロキソプロフェンナトリウム60mg 3錠 毎食後 レバミピド錠100mg 3錠 毎食後 2. アスピリン100mg腸溶錠 1錠 朝食後 アムロジピンOD錠5mg 1錠 朝食後 ランソプラゾールOD錠15mg 1錠 朝食後 ドネペジル塩酸塩錠5mg 1錠 朝食後 プロセמיד錠40mg 1錠 朝食後 スルピリド錠50mg 1錠 朝食後 3. エチゾラム錠0.5mg 3錠 毎食後 ベタヒスチン錠6mg 3錠 毎食後 4. ロラタジン錠10mg 1錠 夕食後 5. フルニトラゼラム錠1mg 1錠 寝る前 トリアゾラム錠0.25mg 1錠 寝る前 <p style="text-align: right;">計 13剤</p>	<p style="text-align: center;">退院時処方</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. アスピリン100mg腸溶錠 1錠 朝食後 アムロジピンOD錠5mg 1錠 朝食後 ランソプラゾールOD錠15mg 1錠 朝食後 ドネペジル塩酸塩錠5mg 1錠 朝食後 アゾセמיד錠30mg 1錠 朝食後 2. スボレキサント錠 1錠 寝る前 3. ロキソプロフェンナトリウム60mg 2錠 朝夕食後 レバミピド錠100mg 2錠 朝夕食後 以上、30日分 4. センゾド錠12mg 2錠 便秘時 5回分 <p style="text-align: right;">計 8剤 + 頓服</p>

※患者情報で伝達が必要と思う内容を記載すること (問診票、薬剤の理由、医師の処方書内容/入院中の薬剤の追加、減量、中止で伝えない内容)

ふらつきによる転倒、骨折疑いで当院に搬送、大腿骨頸部骨折のため入院。持参薬鑑別にて、13剤服用、処方カスケードによるポリファーマシー状態を疑い、医師に処方提案。

○/○ (入院時)

ベタヒスチン中止 (めまい症状なし → 一時中止 → めまい症状の経過観察 → 中止)

ロラタジン中止 (皮膚掻痒なし、ベタヒスチンによる副作用による処方の可能性を医師と協議 → 一時中止 → 掻痒感の経過観察 → 中止)

スルピリド・エチゾラム (服用開始時期不明、ふらつきによる転倒骨折で入院、リスク薬剤の一時中止と減量を提案 → 離脱症状なし → 中止)

フルニトラゼラム・トリアゾラム (転倒リスク等を勘案して低リスク薬剤に処方提案 → 本人のこだわりあるため処方継続・経過観察)

○/△

手術施行。術後せん妄を認めたため、○/◆再度、睡眠剤を変更提案 (トリアゾラム → スボレキサントに変更 → 夜間安眠)

○/◇

AM術後リハビリ中、傾眠傾向があるとPTより情報提供・相談。フルニトラゼラムによる持ち越し効果によるリハビリ中の傾眠を医師に情報提供 → 一時中止 → 経過観察 → 以降、傾眠消失、夜間覚醒等もなく良眠。

○/●

ロキソプロフェン・レバミピド 2錠分2へ減量 (術後リハビリの進行に伴い、PTより疼痛軽減の情報得られたため、減量提案)

○/×

血清K値の低下 (3.2mEq/L) を認めたためプロセמידを漸減・中止、○/■より、アゾセמידに変更 (浮腫の増強等なし)

なお、浮腫の増強等が認められた場合は血清K値に留意しながら、利尿剤の増量や変更をご検討ください。引き続き薬物療法支援の継続をお願いいたします。

処方の追加・変更・中止等の理由や経過、現在の服薬状況を記載すると、退院後の薬剤評価の重要な情報源になる
治療期に投薬した薬剤の維持期の対応 (治療上必要な投与期間など) を記載することで、シームレスな薬物療法に繋がる

投与方法に注意を要する薬剤	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※下記には現在の処方内容のうち、投与方法が特殊な薬剤 (例: 連日服用しない薬剤、投与間隔が設けられている薬剤等) や維持薬まで増量が必要な薬剤 (例: ドネペジル、ラモトリギン等) を記載しています。貴院における薬物療法の参考にして下さい。</p>
---------------	--

退院 (転院後) の処方見直しに関する情報も記載可能

※ご不明な点がございましたら、下記薬剤師までお問い合わせください。

☆☆ 病院

TEL ●●-●●●●-●●●● FAX ●●-●●●●-●●●●

〒●●●-●●●● 住所、電話番号等を記載してください

薬剤師

作成日 2023/7/●

薬剤管理サマリーについて（返書）

☆☆ 病院

担当薬剤師 ○○ 先生

拝啓 平素より大変お世話になっております。

貴院発行の ○○ ○○ 様の薬剤管理サマリーを受け取りました。

情報提供ありがとうございました。継続的薬学的支援のため有効に活用させていただきます。

情報を受け取ったことを伝えることだけでも可

※ 特に有用であった事項、今後情報共有が必要と思われる事項等ありましたらご記入ください。

具体的に：

入院中の処方変更等の推移が記載されており、かかりつけ医（▽▽先生）とも情報共有できたため、現時点では再開等はなく、退院時処方を継続しています。サマリー記載の退院後の継続支援内容を継続させていただいています。

情報共有と改善のための連携が図れる内容を記載

以下の事項についてご報告申し上げます。

以下の事項について不明な点がありましたのでお知らせください。

痛みの消失に伴い、ロキソプロフェン、レバミピドは頓服処方になりました。現在、ほとんど服用されていません。

ベタヒスチン中止後、皮膚掻痒感は再発しておりませんが、皮膚乾燥が認められるため、かかりつけ医よりヘパリン類似物質クリームが処方され、保湿に努めています。

かかりつけ先生より、フルニトラゼパムの持ち越し効果によるふらつき、めまいであった可能性があるとの見解でした。現在は、スロレキサント継続でふらつき等もなく夜間良眠されています。

訪問看護による服薬確認を実施していただいておりますが時折、服薬忘れがあるようです。

訪問看護に限度があるためご家族、ヘルパーさんにも協力していただいています。

来月より訪問薬剤師指導に入る予定ですので引き続きフォローさせていただきます。

今後ともよろしく願いいたします。

報告や照会内容、結果報告などを記載する
特に継続的支援内容がある場合は、その結果やその後の状況などについてフィードバック
することで連携の強化やフォローアップ体制が整備に繋がる

※ 個人情報保護にかか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。

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。

●●●● 薬局

〒×××-××××
住所、電話番号等を記載してください

薬剤師 ★★

T E L ●●-●●●●-●●●● F A X ●●-●●●●-●●●●