

ポリファーマシー対策の進め方 (Ver2.1)

一般社団法人 日本病院薬剤師会

令和 6 年 4 月 15 日

目次

はじめに.....	1
1.ポリファーマシー対策の目的	1
2.具体的な業務.....	2
①入院患者に対する薬剤師の対応	2
1) 入院前	2
2) 入院時	2
3) 入院中	3
4) 退院時	3
5) 退院後	3
②医師・看護師等の多職種との連携・情報共有の方法.....	4
③薬剤管理サマリーの活用	4
④他施設との連携	4
⑤地域での取り組み	4
⑥職員に対する教育・啓発.....	5
⑦患者や家族等に対する教育・啓発.....	5
⑧その他	5
3.医療機能別での留意点	5
4.参考資料.....	6
おわりに	7
別添 1 業務手順書例	8
別添 2 薬剤管理サマリーおよび返書の記載事例.....	11
別添 3 薬剤管理サマリー（精神科版）および返書の記載事例.....	14

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関連問題が生じやすい状態にある。薬剤師には有効性・安全性等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）等も示され、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。

薬剤総合評価調整加算の算定要件では、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・安全性等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。さらに令和 6 年度診療報酬改定では、この多職種連携によるポリファーマシー対策をさらに推進する観点から算定要件の見直しが行われ、日常的な情報共有ができる機会を活用することを求めている。

そこで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、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た。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、ま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。

なお、Ver2.1 の進め方の主な改正内容は、①令和 6 年度診療報酬改定の告示・通知に基づき文言の統一と整理、②薬剤管理サマリーの更新、③薬剤管理サマリー（精神科版）の掲載を行なっている。

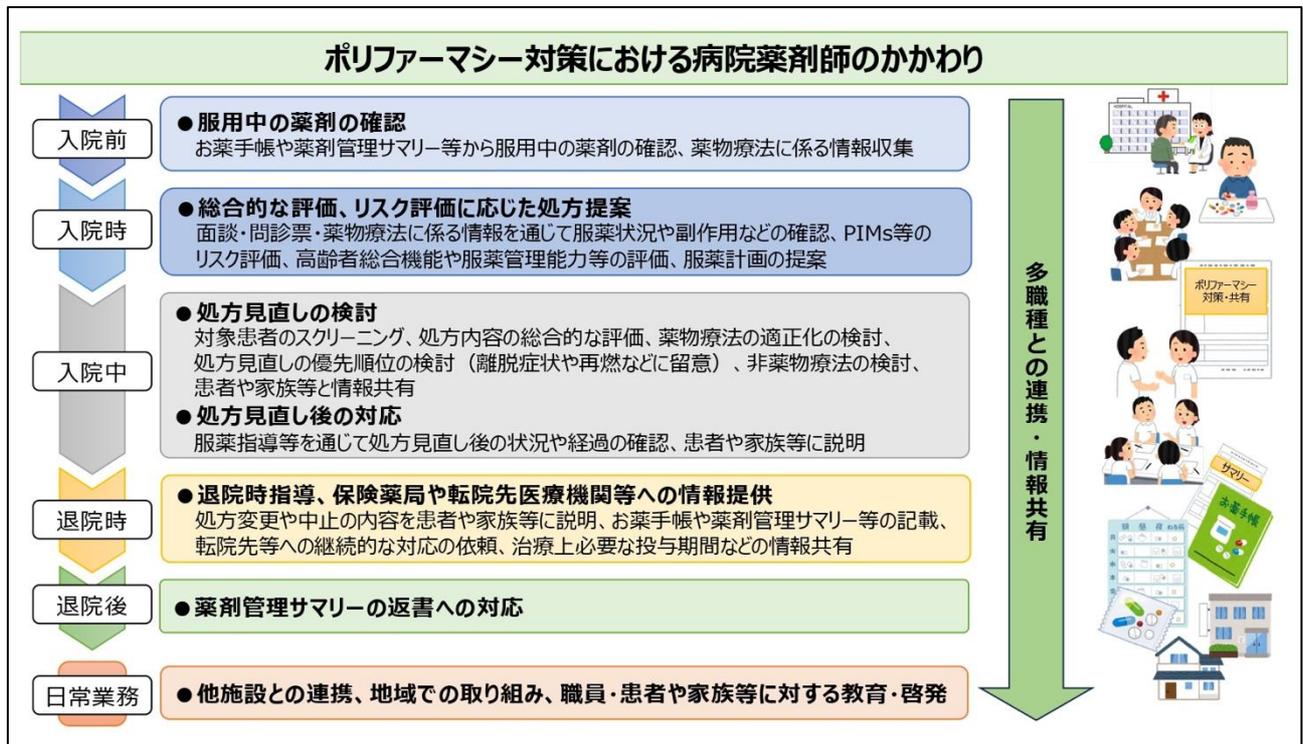
1.ポリファーマシー対策の目的

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問題のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下、さらに過少処方（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。
- ・ 入退院支援部門や他の医療機関や薬局、介護保険施設等と連携し、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、医療機関や薬局、介護保険施設等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。
- ・ リスク評価を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の調整を提案する。

○処方見直し後の対応

- ・ 服薬指導や病棟薬剤業務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。
- ・ 処方見直し後、多職種と共有した患者情報をもとに、必要に応じて処方内容の再評価を行う。

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、転院先の医療機関や薬局、介護保険施設等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、転院先の医療機関・介護保険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

- 電子カルテの処方見直し用テンプレートや掲示板機能、電子カルテ内における多職種宛メールの活用。
- 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）」（別添 3）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 他施設との連携

- ・ ポリファーマシー対策を地域に繋げるため、医療機関や薬局、介護保険施設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

- ・ 個別の医療機関や薬局、介護保険施設等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、薬物関連問題、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、参考資料（「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」等）を活用して、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。
- ・ 向精神薬の減薬に対して不安を訴える場合は、短期的・中長期的なリスクに分けて説明する方法もある。

⑧その他

- ・ 関連ガイドライン等を参考にして、ポリファーマシー対策に関する手順書を作成し、医療機関内に周知し活用する。
- ・ 関連ガイドライン等の更新、または医療機関内における多職種間での日常的な情報共有方法が更新された場合には、手順書を定期的に見直して院内に周知する。

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、介護保険施設等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（Minds ガイドラインライブラリ参照）
<https://minds.jcqhc.or.jp>
- ・ 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（令和 5 年度改訂版）の発出について
<https://www.jshp.or.jp/activity/guideline/20231012-1.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（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？（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>
- ・ 「医薬品の安全使用のための業務手順書」作成マニュアル(平成 30 年改訂版)
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000903657.pdf>

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、転院先の医療機関や薬局、介護保険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4月15日作成(Ver.2.1)

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問題のリスク増加、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、教育や啓発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、入院前服薬情報提供書、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、薬物関連問題、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、介護保険施設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、副作用の被疑薬の中止、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 多職種間で薬物関連問題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、新たな薬物関連問題の有無等、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、新たな薬物関連問題、療養上の問題点の有無等のモニタリングを行う。また、薬物関連問題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 医師または薬剤師は、処方変更後の病状や経過および評価した内容を診療録等に記載する。

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、介護保険施設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よう努める。

【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/20240415-1-1.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 いくつ飲んでいきますか？：くすりの適正使用協議会参照
<https://www.rad-ar.or.jp>
- 「医薬品の安全使用のための業務手順書」作成マニュアル(平成 30 年改訂版)
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000903657.pdf>

【改廃】

1. 本手順書は、定期的な見直しを行う。
2. 改定の際は、〇〇委員会にて承認を得て行う。

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

作成日

薬 剤 管 理 サ マ リ ー

○×薬局 担当薬剤師様 御中

下記患者様の入院中の薬学的管理・支援等について共有させていただきますので引き続き支援の程お願いいたします。

基本情報								
氏名	日病 太郎		性別	男	生年月日	1930/8/8	年齢(歳)	93
身長(cm)	155	体重(kg)	50	体表面積BSA(m ²)(Du Bois式)		1.47		
入院日	2023/7/1		退院日(予定日)	2023/8/12		入院期間	42 日	
入院時の病棟	一般病棟		退院時の病棟	地域包括ケア病棟	主治医	渋谷 次郎	診療科	整形外科

今回の入院の目的・病名等		
右大腿骨転子部骨折	← 今回の入院目的・主病名等を記載	→ 入院時の状況进行评估

入院時情報 (薬学的総合評価)								
服薬管理状況	<input type="checkbox"/> 自己管理	<input type="checkbox"/> 看護師管理	<input checked="" type="checkbox"/> 介助者(家人等含む) 管理	<input type="checkbox"/> その他				
調剤方法	<input checked="" type="checkbox"/> PTP等	<input checked="" type="checkbox"/> 一包装	<input type="checkbox"/> 簡易懸濁	<input type="checkbox"/> 粉碎	<input type="checkbox"/> その他	酸化マグネシウムのみPTP		
投与経路	<input checked="" type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管						
認知機能低下の有無	<input type="checkbox"/> 無		<input checked="" type="checkbox"/> 有	指標としたツール	病名判断	アルツハイマー型認知症		
アドヒアランス状況	<input type="checkbox"/> 良好		<input checked="" type="checkbox"/> 多少問題あり	カレンダー使用	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> その他		
副作用・アレルギー歴	なし							
お薬情報ツールの確認	お薬手帳	持参	薬剤管理サマリー	無	その他	血圧手帳		

検査情報					
腎機能 (測定日)	2023/8/10	SCr(mg/dL)	0.9	Ccr(CG式:mL/min)	36.3
その他特筆すべき検査情報	標準化eGFR(mL/min/1.73m ²)		59.3	個別化eGFR(mL/min)	50.3
服用薬に関連した検査情報を入力・記載※SCr・標準化eGFRと性別・体重・身長等必要事項を入力すれば自動計算					

持参薬情報	8	剤	処方医療機関	A	△△病院	B	××クリニック	C
施設	医薬品名		1日量	用法	入院後転帰	転帰の理由等	転倒リスク	高齢者リスク
A	アムロジピン5mg		1錠	朝食後	継続		有と評価	無と評価
A	バルサルタン錠80mg		1錠	朝食後	中止	血圧低値	有と評価	無と評価
A	ファモチジン錠20mg		2錠	朝夕食後	減量	腎機能障害あり		有と評価
A	酸化マグネシウム錠330mg		2錠	朝夕食後	継続			非該当
B	メマンチン錠10mg		1錠	朝食後	継続			無と評価
B	エチゾラム錠0.5mg		1錠	寝る前	中止	転倒骨折にて入院	有と評価	有と評価
B	トリアゾラム錠0.25mg		1錠	寝る前	代替	転倒・認知症へのリスクに由来	有と評価	有と評価
B	フルスルチアミン・B2・B6・B12配合剤カプセル		3Cap	毎食後	中止	処方意図不明	無と評価	
↑ ↑ ↑ ↑ ↑								
入院時持参薬の情報や入院後の転帰(理由) やリスク評価を入力※必ずしもすべてのリスク評価を入力する必要はない								

入院中の経過			
日付	経過区分	医薬品名	経過の理由等
7/1	中止	フルスルチアミン・B2・B6・B12配合剤カプセル	処方意図不明、食事摂取良好のため一旦中止
7/1	中止	バルサルタン錠80mg	血圧90mmHg下回るため、バルサルタン中止
7/1	中止	エチゾラム錠0.5mg	転倒骨折にて入院、再転倒リスクを考慮し中止
7/1	変更	エスゾピクロン錠1mg	転倒、認知機能への影響等考慮しトリアゾラムより変更
7/1	追加	アセトアミノフェン錠200mg	疼痛コントロールのため3T 3×Nにて内服開始
7/1	減量	ファモチジン20mg	腎機能障害あり、ファモチジン10mg 1日1回に変更
7/5	追加	チアプリド25mg	入院後不穏あり1T 1×Aで内服開始
7/15	減量	アセトアミノフェン錠200mg	地域包括ケア病棟への転棟、疼痛軽減傾向のため2T 2×MAに減量
7/15	変更	エスゾピクロン錠1mg	チアプリド開始に伴い、夜間安眠のため定期服用から屯用へ変更
7/20	変更	アセトアミノフェン錠200mg	リハビリにて疼痛増強あり、2×MTに用法変更

8/2	変更	アムロジピン5mg	血圧100mmHg下回るため、アムロジピン2.5mgに減量
入院中の経過について記載※処方の変更・中止・変更等の経過や理由を記載することでその意図が明確となりポリファーマシー対策を築けることができる			

入院中の薬学的管理・支援に関する経過等

自宅にて廊下で転倒し、右大腿骨転子部骨折にあり、手術目的で入院。
再転倒等のリスクを考慮し、医師へ一部持参薬の変更について処方提案し、エテゾラム中止、トリアラムはエスゾピクロン錠へ変更となる。
血圧低値のため降圧剤の減量を提案。バルサルタン一時中止にて経過観察となる。処方意図不明のビタミン剤については経口食事摂取できているため、栄養士と相談し一旦中止となる。
入院時～疼痛コントロール目的にてアセトアミノフェン200mg 3T 3×NIにて内服開始。
入院時血液検査にて腎機能障害あり。ファモチジン減量基準にかかると、ファモチジン10mg 1日1回に減量。
入院後、不穏・夜間せん妄あり、チアプリド内服開始。内服にて落ち着き、夜間も良眠しています。それに伴い、エスゾピクロン錠は頓服へ変更。
地域包括ケア病棟へ転倒後、疼痛軽減傾向にて、アセトアミノフェン200mg 2T 2×MAに減量。リハビリ歩行訓練にて疼痛増強することあり、用法を2×MTに変更。変更にて疼痛自内です。
バルサルタン中止後も収縮期血圧100-110mmHg推移し、100mmHgを下回ること多く、リハビリ時ふらつきについて理学療法士より相談があり、転倒リスクあるため、アムロジピン5mg→アムロジピン2.5mgに減量。減量後、収縮期血圧110-120台推移し安定、ふらつきも落ち着いています。

入院中の薬学的管理・支援に関する具体的な内容を記載※入院中の経過に加えて具体的な支援内容等を記載することで経過がより明確になる

退院時処方	6	剤	服薬しない残薬の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 有の場合の対応	
医薬品名	1日量	用法	日数	特記事項
アムロジピン5mg	0.5錠	朝食後	14日	
ファモチジン10mg	1錠	朝食後	14日	
メマンチン10mg	1錠	朝食後	14日	
アセトアミノフェン200mg	2錠	朝昼食後	14日	減量検討中。疼痛状況に合わせて調節可。
酸化マグネシウム錠330mg	2錠	朝夕食後	14日	PTP調剤
チアプリド25mg	1錠	夕食後	14日	
エスゾピクロン錠1mg	1錠	不眠時	5回分	PTP調剤
				※PTP以外は一包化

退院時処方内容を記載※入院時からの支援の結果として現在服用している薬の情報が明確になる。必要に応じて「〇〇参照」など簡略化も可能

◆提供した本文書以外のお薬情報 <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 手帳シール(未持参のため) <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書 <input checked="" type="checkbox"/> その他				血圧手帳(更新)
薬剤総合評価調整加算	算定	対象薬	バルサルタン	総合ビタミン剤
薬剤調整加算	算定	対象薬		エテゾラム

退院後の薬学的管理・支援のフォローアップ依頼内容等

処方変更に伴う継続評価 アドヒアランスの改善 投与方法 ポリファーマシー対策 効果判定及び副作用モニタリング
 認知機能 身体機能 生活環境 その他

カロナールは疼痛状況に合わせて調節していきますよう説明しています。退院後、疼痛落ち着いているようでしたら、減量・頓用への変更について検討をお願いいたします。
血圧低めにてバルサルタン中止、アムロジピン減量しています。減量にて血圧110-120台推移し、ふらつきなどなく経過しています。引き続き退院後の血圧のモニタリングをお願いいたします。
入院中、不穏・夜間せん妄にてチアプリド内服開始となっています。退院後、傾眠になるようでしたら中止についてご検討をお願いいたします。

退院後のフォローアップ依頼内容を記載※中止した薬剤が安易に再開されないよう、支援内容が継続されるよう次の主たる担当者へ情報を共有することでポリファーマシー対策を築ける。参考にしたツール等を記載することで根拠を示すことも可能となる。

薬剤総合評価調整加算などの対象薬を共有することもできる

以上、ご不明な点がございましたら下記までご連絡ください。

〇〇病院	病院	〒150-0002 東京都渋谷区渋谷2丁目12番15号	担当薬剤師
		TEL: 03-●●●●-●●●● FAX: 03-●●●●-●●●●	◆◆
		Email: yakuzaibu@●●●●.△△.jp	▽▽

作成日

薬剤管理サマリー返書（情報提供・共有シート）

【薬剤管理サマリーの発行の経緯と返書のお願い】

当院では退院後の薬物療法支援を継続的なものにするため、サマリーを発行し、本用紙（返書）を活用することで双方向の情報提供・共有等の連携構築に努めています。

つきましては、退院後の薬物療法支援の状況等について、本用紙（返書）にてご報告いただければ幸いです。
また、患者さんの薬物療法支援に関して、不足の情報やご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせください。

〇〇 病院 担当薬剤師行

返書を有効活用することでその後の経過等、双方向の情報提供・共有が可能となる。
返書の提出により、支援に関する情報につながったことが明確となる
情報の共有者がわかるため、様々な視点でポリファーマシー対策が可能となる

日病 太郎 様について、

- 貴施設発行の薬剤管理サマリーを受け取りました。引き続き、サマリーに記載のフォローアップ内容について、継続支援を行います。
- 受け取ったサマリーのフォローアップ内容について、以下の職種と共有しております。

- 医師（かかりつけ医・主治医） 施設看護師 訪問看護師 ケアマネージャー リハビリスタッフ 栄養士
- 施設介護職（日常ケアに携わる者） 訪問ヘルパー 家人（主たるケアに携わる者） その他

以下の事項について、ご報告申し上げます。

- フォローアップ依頼内容の報告 追加情報の希望 退院後処方の変更 その他

術後疼痛は軽減しており、今回処方より1錠 疼痛時の屯用に変更となりました。
お薬情報は渋谷ケアセンターの担当ケアマネージャー ■ ○ 様へも共有しております。

フォローアップ内容の報告や追加情報を希望する場合、退院後に処方変更になった場合、退院後の様子など報告すべき内容を記載※依頼内容を

※ 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。

情報をQRコードに集約し活用することも可能



施設名 ○×薬局

〒 150-0043 東京都渋谷区□□□1-1-1 TEL:03-■■■■■-■■■■■
FAX:03-▽▽▽▽-▽▽▽▽/Email:○×pharma@△△.or.jp

担当薬剤師 ○○

以下、今後のサマリー普及、双方向の連携強化のためご回答いただければ幸いです。

- 特に有益だった事項 情報共有が必要と思われる事項 その他

鎮痛薬や降圧薬の減量理由を記載いただいたため、アセスメントポイントが共有できました。



問題点を共有し改善することでより良好な関係構築や連携強化につなげる

別添 3 薬剤管理サマリー（精神科版）および返書の記載事例

薬剤管理サマリー（精神科版）

ふりがな		●● ●●●●		入院日	△△△△/△△/△△	(③) 入院時持参薬の状況	
氏名	○○ ○○○	退院日	△△△△/△△/△△	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 入院時持参薬を記載			
ID	性別 男	生年月日	199X/●●/●●	処方医療機関： <input type="checkbox"/> 当院外来 <input checked="" type="checkbox"/> その他（○○○○クリニック） <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 手帳アプリ <input type="checkbox"/> マイナ保険証 <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 薬情			
担当医	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師	身長・体重	165 cm / 70 kg	処方薬：リスベリドン錠 _{40g} 1回2錠(1日4錠) 朝夕食後、ピベリデン錠 _{4g} 1回2錠(1日4錠) 朝夕食後、フルニトラゼ/ム錠 _{4g} 1回1錠 就寝前、ニトラゼ/ム錠 _{1g} 1回1錠 就寝前、ロラゼ/ム錠 _{4g} 1回1錠(1日3錠) 毎食後、ジスチグミン臭化物的 _{5g} 1回1錠 朝食後			
主病名・既往歴	統合失調症	入院理由	<input checked="" type="checkbox"/> 病状悪化 <input type="checkbox"/> 急薬による病状悪化 <input type="checkbox"/> 通院中断による病状悪化 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 初発 <input type="checkbox"/> その他 ()	(①) アレルギー歴・副作用歴など (②) 服薬管理情報 (③) 退院後の情報：退院時カンファレンス等 (④) 服薬アドヒアランス情報：拒薬・怠業理由			
喫煙 <input type="checkbox"/> 有 (本/日) <input checked="" type="checkbox"/> 無		飲酒 <input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" type="checkbox"/> 無		退院先 <input type="checkbox"/> 当院 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (入院前の○○○○クリニック)			
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 疑い(アレルギー歴・副作用歴等を記載)		退院後の服薬管理者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療従事者 <input checked="" type="checkbox"/> その他				
副作用歴	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (リスベリドン _{40g} /日でアカシジア) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 疑い()		退院後の問題点 退院後の問題点等を記載 睡眠状況、脱抑制の可能性、飲み忘れ、アカシジア、長期的な症状安定				
服薬状況	(入院前) <input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 拒薬傾向 <input type="checkbox"/> その他()	(入院中) <input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 拒薬傾向 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 毎日薬を飲むのが面倒 <input type="checkbox"/> 薬を飲むタイミングが難しい場面がある (飲み忘れる時間帯：朝 昼 夕 寝る前 その他) <input type="checkbox"/> 人前で薬を飲むことに抵抗がある <input type="checkbox"/> 家族や周囲の服薬確認に抵抗がある <input type="checkbox"/> 薬の量を自分で調節してしまうことがある				
薬剤投与方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 (普通錠 / 粉砕) <input type="checkbox"/> 経管 (粉砕 / 簡易懸濁法)		<input type="checkbox"/> 人前で薬を飲むことに抵抗がある <input type="checkbox"/> 家族や周囲の服薬確認に抵抗がある <input type="checkbox"/> 薬の量を自分で調節してしまうことがある				
処方状況	<input checked="" type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 内科 (退院時：(内科・精神科)は他院へ受診)		<input type="checkbox"/> 薬を飲む量が多いから <input type="checkbox"/> 薬を飲む回数が多いから <input type="checkbox"/> 飲み間違えてしまうから				
服用方法 (入院前)	<input type="checkbox"/> 本人管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input checked="" type="checkbox"/> 入院前の薬剤管理方法 <管理方法> <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> カレンダー <input type="checkbox"/> ボックス <input type="checkbox"/> ファイル <input type="checkbox"/> その他		<input checked="" type="checkbox"/> 薬による副作用があるから 錠の湿気/眠気/便秘/頭がぼーっとする/手の震え/体重増加/生理不順/ その他：()				
服用方法 (退院直前)	<input type="checkbox"/> 本人管理 (<input type="checkbox"/> 1日管理 <input type="checkbox"/> 3日管理 <input type="checkbox"/> 7日管理) 方法： <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> カレンダー <input type="checkbox"/> ボックス <input type="checkbox"/> ファイル <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 看護士管理 退院直前の薬剤管理方法		<input type="checkbox"/> 飲んでも効果を感じないから <input type="checkbox"/> 薬を飲まなくても再発しないと思うから <input type="checkbox"/> 薬を飲む時間が気になって活動を控える事があるから				
入院中の調剤方法	※当院入院中は、基本は全て一包装しております。 <input checked="" type="checkbox"/> 日付あり <input type="checkbox"/> 日付なし <input type="checkbox"/> その他		服薬アドヒアランスに関する情報、本人の薬に対する考えや困り事等を記載				
(⑤) 精神科薬剤の使用関連							
抗精神病薬の持続性注射剤	<input type="checkbox"/> 有 (薬剤：) <input checked="" type="checkbox"/> 無 使用部位 (右肩・左肩・右臀部・左臀部) 最終注射用量：		持続性注射剤を使用している場合は記載				
定期検査が必要な薬	<input type="checkbox"/> 有 (薬剤：) <input checked="" type="checkbox"/> 無 最終検査日：○/		TDMなどの定期検査が必要な薬剤がある場合は記載				
(⑥) DIEPSS評価							
日付：○/○ ◆歩行：0 ◆動作緩慢：1 ◆流涎：0 ◆筋強剛：1 ◆振戦：1 ◆アカシジア：3 ◆ジストニア：0 ◆ジスキジア：0							
(⑦) 肝機能・腎機能 (※退院前直近のデータ)				(⑧) 検査値			
肝機能	日付 ○/○ :AST (15) IU/L, ALT (14) IU/L, γ-GTP (20) IU/L 日付 ○/○ :SCr (0.78) mg/dl, eGFR (97.8) mL/min/1.73m ²			プロラクチン：9.2ng/mL 空腹時血糖：96mg/dL, HbA1c：5.6%			
腎機能	Topicsとなる検査			(⑨) 入院中の薬物治療経過/患者problem /服薬指導・介入の要点			
日付	薬剤変更の有無			服薬指導・介入の要点 (problemリスト)			
○/○	開始・増量 (薬剤名：) 減量・中止 (薬剤名：ロラゼ/ム減量、フルニトラゼ/ム中止) 変更 (薬剤名：) 理由：効果不十分 (副作用)・患者希望・拒薬・その他			患者problem) 脱抑制的な興奮(気分高揚、多弁)あり。ベンゾジアゼピン系薬剤がジアゼ/ム換算32.4gと多く、副作用による脱抑制(奇異反応)を疑う。 指導・介入の要点) 2週間ほどかけて漸減中止。ロラゼ/ム錠1回 _{4g} 毎食後→1回0.5mg 朝夕食後フルニトラゼ/ム錠1回 _{4g} 就寝前→漸減して中止 (合計でジアゼ/ム換算14.4g まで漸減)			
○/○	開始・増量 (薬剤名：) 減量・中止 (薬剤名：リスベリドン) 変更 (薬剤名：) 理由：効果不十分 (副作用)・患者希望・拒薬・その他			患者problem) ベンゾジアゼピン系薬剤の減量により、マスクされていたアカシジア (リスベリドンの副作用による錐体外路症状) が裏出(DIEPSS:3)。夜に強めとのこと。 指導・介入の要点) アカシジアと精神症状を見ながら1ヵ月かけて漸減。リスベリドン錠1回 _{40g} 朝夕食後→1回 _{40g} 朝夕食後減量でアカシジア3→0。精神症状も入院中は安定。			
○/○	開始・増量 (薬剤名：) 減量・中止 (薬剤名：ピベリデン減量、ジスチグミン中止) 変更 (薬剤名：) 理由：効果不十分 (副作用)・患者希望・拒薬・その他			患者problem) アカシジア改善しピベリデンの必要性低下。抗コリン性副作用の認知機能低下、口渇、頻尿(低緊張性膀胱)。作用機序の相反するジスチグミン併用。 指導・介入の要点) ピベリデンを1ヵ月かけて漸減。ピベリデン錠1回 _{4g} 朝夕食後→1回 _{4g} 夕食後その後ジスチグミンを中止するが排尿問題なし。			
/	開始・増量 (薬剤名：) 減量・中止 (薬剤名：) 変更 (薬剤名：) 理由：効果不十分・副作用・患者希望・拒薬・その他			入院中に行った服薬指導内容・変更理由・変更内容などがあれば記載 入院中に行った服薬指導の総括、申し送り事項・服薬指導上の注意点等を記載			
(⑩) 他医療機関への申し送り事項	興奮強く入院。脱抑制的な気分高揚や多弁が見られ、ベンゾジアゼピン系(Bz系)薬剤の量が多かったため、Bz系による脱抑制を疑い減量。Bz系減量に伴い興奮は改善するも、Bz系でマスクされていたアカシジア (リスベリドンによる錐体外路症状) が表出したため、リスベリドン減量にて改善 (→ピベリデンの必要性低下)。抗コリン性副作用 (認知機能低下による飲み忘れ、口渇、頻尿等) に対しピベリデンを減量し、その後ジスチグミンを中止。御本人は今後Bz系の処方要求を控えるとのこと。退院後は、睡眠の観察や睡眠衛生指導の実施、服薬状況やリスベリドン減量後の長期的な症状安定についてモニタリング頂けると幸いです。						

※ご不明な点がございましたら、上記担当薬剤師までお問い合わせください
 施設名：○○○病院 TEL：●●-●●●●-●●●● E-Mail：●●-●●●●-●●●●

作成日： ○○○○年 ○月 ○○日

薬剤管理サマリー（返書）

【薬剤管理サマリー発行の経緯と返書のお願い】

当院では入院-外来と切れ目のない薬物治療を展開し、精神疾患患者の地域移行を支えたいとの思いから、薬剤管理サマリーを他施設に発行しています。ご活用頂けると幸いです。

薬剤管理サマリーの内容がどのように有効活用されているかを確認するため、

是非、返書へのご記入・FAXをお願いします。

施設名： ○○○○病院

担当薬剤師

受け取った薬剤管理サマリーで有益であった情報に

患者名：

有益であった事項へのをお願いします。（複数可）

- アレルギー・副作用情報 (1) 飲酒・喫煙情報 (1) 服薬管理情報 (6)
- 調剤方法に関する情報 (2) 入院時持参薬情報 (3) 服薬アドヒアランス情報 (4)
- 持効性注射剤実施情報 (5) 定期検査が必要な薬剤に関する情報 (6) 副作用評価（DIEPSS情報） (6)
- 肝機能・腎機能情報 (7) 検査値情報 (8) 患者プロブレム情報 (9)
- 申し送り事項に関する情報 (10) ※ () 内の番号は薬剤管理サマリーの番号に対応しています

退院時薬剤サマリーの情報を活用して処方介入した事例がありましたか

処方介入事例あり

処方介入事例なし

情報共有が必要と思われる事項等がありましたら下記にご記入ください。

何とか眠れているようですが、脱抑制を生じにくい睡眠薬について聞かれましたのでオレキシン受容体拮抗薬などの紹介に加え、睡眠衛生指導を行いました。外来通院先の○○○○クリニックにも情報共有しております。

退院後の経過で、情報共有や介入が必要と考えられることなど

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。

以前見られた興奮もなく、アカシジアの訴えもありません。認知機能にも改善が見られ、説明の入りも良いですし、飲み忘れもほぼなくなりました。病状も安定しており今のところリスペリドン4mg/日で問題ないようです。

外来での支援状況や患者の様子などについて

※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に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： ○○○○薬局

〒○○○-××××

住所：

TEL：●●-●●●●-●●●● FAX：●●-●●●●-●●●●

担当薬剤師：□□ □□