

入院患者を対象とした薬剤調整支援者による ポリファーマシー対策の実施状況と影響の検討

研究代表者：国立長寿医療研究センター 溝神文博

事業の背景と目的

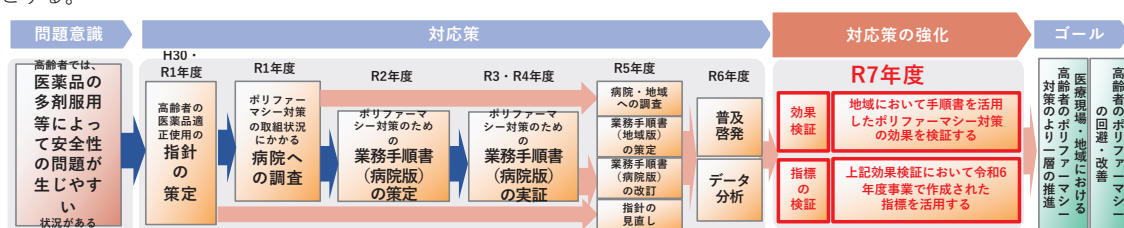
事業の背景

高齢化の進展に伴い、加齢による生理的な変化や複数の併存疾患を治療するための医薬品の多剤服用等によって、安全性の問題が生じやすい状況があることから、厚生労働省では、平成29年4月に「高齢者医薬品適正使用検討会」（以下「検討会」という。）を設置し、安全性確保に必要な事項の調査・検討を進めている。

同検討会では、高齢者の薬物療法の適正化（薬物有害事象の回避、服薬アドヒアランスの改善、過少医療の回避）を目指し、高齢者の特徴に配慮したより良い薬物療法を実践するための基本的留意事項として、平成30年5月に「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」、令和元年6月に「同指針（各論編 療養環境別）」を、令和2年度にポリファーマシー対策に関する業務手順書及び様式事例集として「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」（以下「病院版業務手順書等」という。）が作成された。これらの指針や業務手順書等は、令和3年度及び令和4年度の高齢者医薬品適正使用推進事業として病院や地域において試験的に活用し課題等の洗い出しを行った後、令和5年度に当該成果を踏まえた「地域における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（以下「地域版業務手順書等」という。）を新たに追加するなどの見直しが行われた。令和6年度は、新たに作成された地域版業務手順書を用いた、地域におけるポリファーマシー対策の実施環境整備を図るとともに、医療現場におけるポリファーマシー状況の改善を測るための指標の選定に係る調査・検討が進められている。

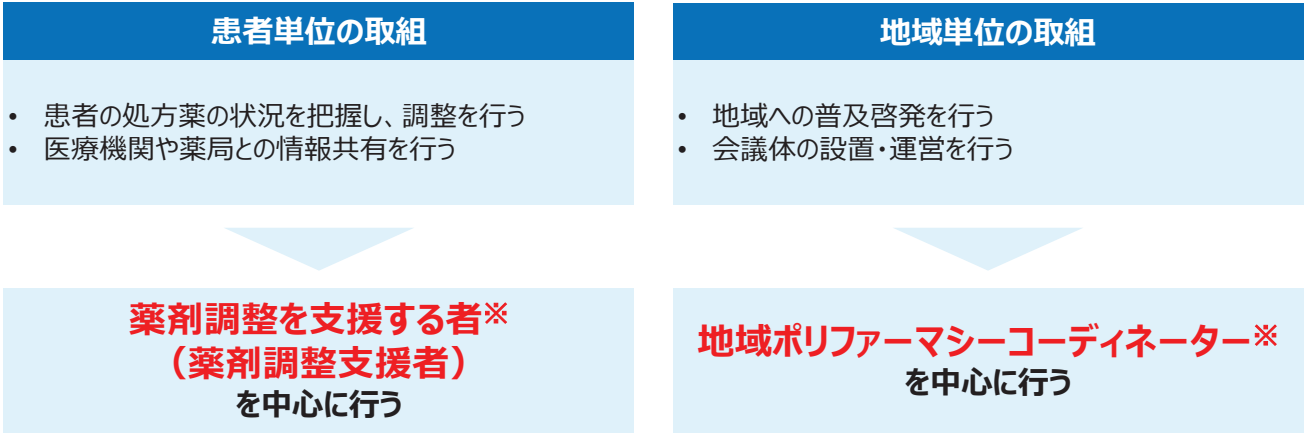
事業の目的

本調査ではポリファーマシー対策について一定の普及・啓発がなされた地域において、実務的な内容を含めたより一層のポリファーマシー対策業務の推進を図るとともに、令和6年度に得られた指標の検証を行い、より強固なポリファーマシー対策業務の効果に係るエビデンスの入手を目的とする。



ポリファーマシー対策を始める際のキーマン

患者単位と地域単位とでキーマンは異なる



※「地域における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」において便宜的に使用した用語であり、制度等において設置を義務付けるものではない

3

薬剤調整を支援する者（薬剤調整支援者）とは

ポリファーマシー対策の中心的存在である

薬剤調整を支援する者（薬剤調整支援者）に求められること

必要なスキルや経験、能力	- ポリファーマシー対策に関する一定の知識を有する者 - 個別の患者の処方状況・服薬状況を把握している者
想定される職種	かかりつけ医、かかりつけ薬剤師 等
役 割	患者と関わりのある医療機関や薬局等に働きかけ（処方変更の提案等）を行うことを通じて患者を支援する
具体的な活動例	- 担当患者の相談に応じる - 患者の療養場所が変わってもポリファーマシー対策を一元管理する - 患者に関わる医療機関や薬局へ処方変更の提案等を行う

4

背景

- 平成29 年 4 月に「高齢者医薬品適正使用検討会」を設置し、安全性確保に必要な事項の調査・検討を進めている。
- 同検討会では、高齢者の薬物療法の適正化を目指し、平成30 年 5 月に「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」、令和元年 6 月に「同指針（各論編(療養環境別)）」を、令和 2 年度にポリファーマシー対策に関する業務手順書及び様式事例集として「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」を作成した。
- 令和 5 年度に当該成果を踏まえた「地域における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（以下、地域版業務手順書）を新たに追加するなどの見直しが進められた。
- 令和6年度には、地域版業務手順書を広島県、埼玉県で運用を行い、会議体の作成に至ったが、ポリファーマシーたる地域高齢者への効果検証までには至らなかった。

5

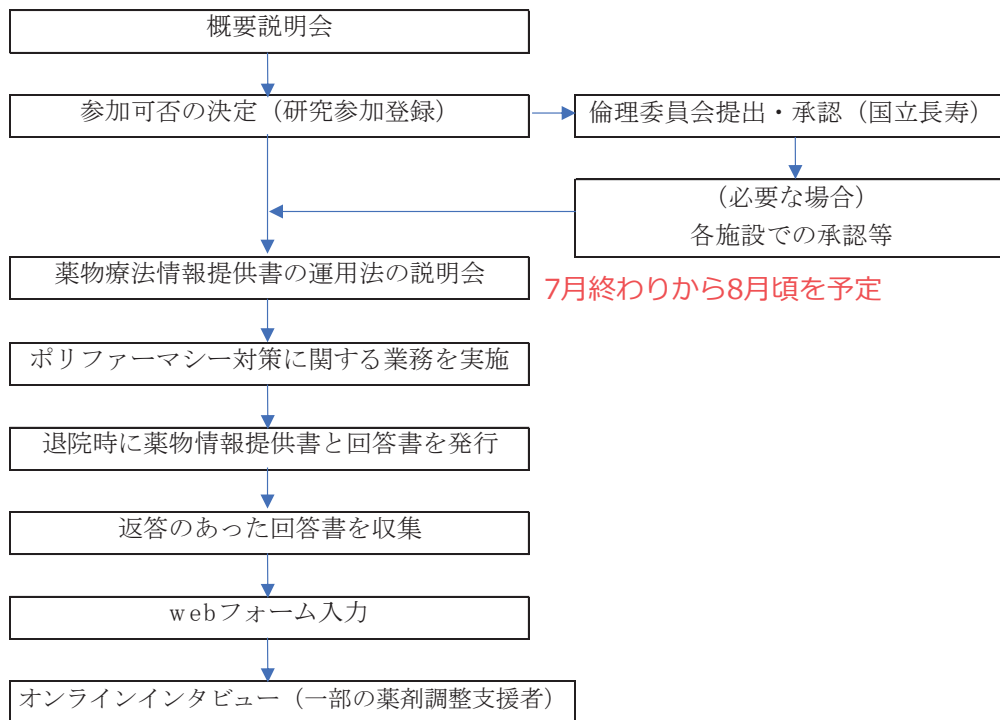
目的

本事業は、令和5年度に作成された「**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（病院版業務手順書）**」および「**高齢者の医薬品適正使用の指針**」を活用したモデル事業である。病院において薬剤調整支援者（主に病院薬剤師）が中心となり、**かかりつけ医及び薬局薬剤師等へ向けて「薬物療法情報提供書」**を発行する情報共有の実装実態を**薬剤調整支援者へのアンケートおよびインタビュー**を用いて明らかにする。下記を調査対象とする。

- ① **退院時における服薬情報の継続的な共有**
- ② **情報共有に伴う現場での実務的負担や課題の把握**

6

参加予定者の流れ図



7

概要

1. 対象施設：病院
2. 対象地域：埼玉県、広島県、香川県（観音寺市、三豊市）
3. 薬剤調整支援者：主に病院薬剤師
本事業では、主に薬剤師の薬剤調整支援者に焦点をあてて実施する
4. 調査期間：6ヶ月（組入期間：3～4カ月）

報告書の関係で調査期間が短くなる可能性あり

8月	9月	10月	11月	12月	1月
入院でのポリファーマシー対策・ 「薬物療法情報提供書と回答書」発行					
返答のあった回答書を収集					

5. 対象患者：75歳以上で4週間以上の定期内服が6種類以上、かつ退院時薬剤情報連携加算の対象者で、自宅に退院した者（転院、施設退院を除く）

8

概要

6. 薬剤調整支援者の業務内容

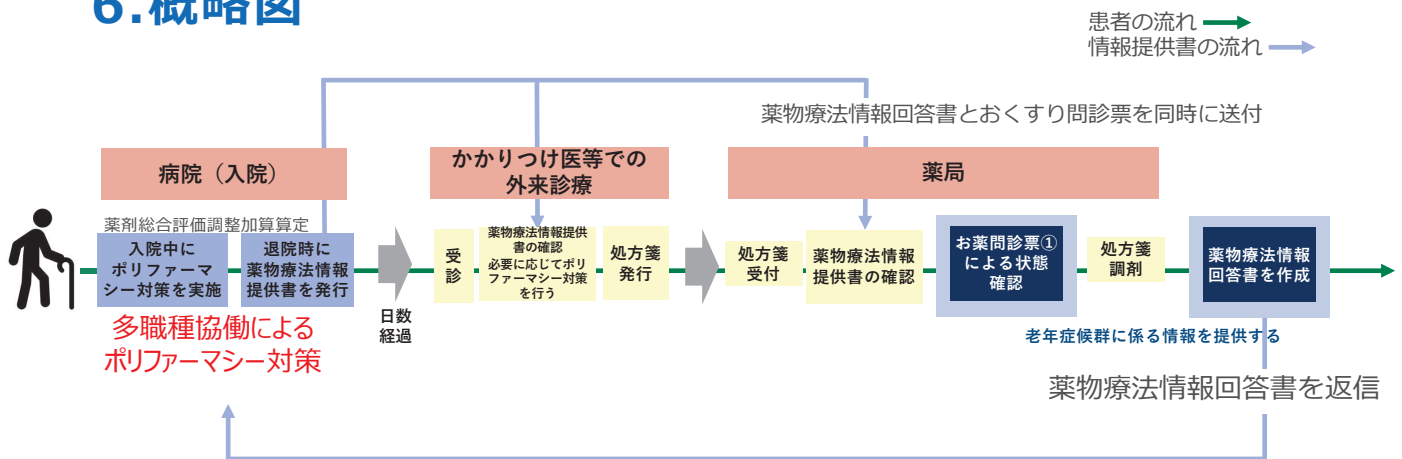
- ① ポリファーマシー対策※を通常診療内で実施
(※多職種連携の実施等を客観的に担保するため、薬剤総合評価調整加算、薬剤調整加算等で評価されている業務とする)
- ② 「薬物療法情報提供書と回答書」のかかりつけ医および薬局等への発行。
(※内容等を客観的に担保するため、退院時薬剤情報連携加算で評価されている提供書等とする)
- ③ 老年症候群聴取用におくすり問診票も添付。webフォームから必要項目を入力

7. 実施内容

- ① 薬剤調整支援者にガイドと薬物療法情報提供書の運用法について説明会を実施
- ② 入院中にポリファーマシー対策を行い、薬物情報提供書と同時に回答書（おくすり問診票も添付）を薬局・医療機関へお渡しください。
- ③ その後、任意の期間（1-2ヶ月程度）後に薬物療法情報回答書を薬局・医療機関から可能であれば回収してください（強制ではありません）
- ④ webフォームから必要項目を入力（各病院に入力する薬剤調整支援者を設置（1名でも複数名でも可）

9

6. 概略図



・ 調査項目

薬剤調整支援者に対してのアンケートに回答していただきます（量的研究）

薬剤調整支援者の一部の方には1時間のオンラインセッション（集計結果をもとにした半構造化インタビュー）に参加していただきます（質的研究）

10

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

編集：厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業
切れ目のない医療を提供するための

病院薬剤師間の情報連携の推進に資する研究(23IA1001)研究班

研究代表者：国立長寿医療研究センター 溝神 文博

版数：第1版 作製日：2025年3月

11

2 [薬物療法情報提供書]作成時の留意事項

—[薬物療法情報提供書]—

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

ご不明な点等ございましたら、担当までお問い合わせください。

各項目の概要

- ① 患者の基本情報
- ② 老年症候群
- ③ 認知症診断
- ④ 日常生活活動(ADL)
- ⑤ 要介護認定
- ⑥ 退院後の生活環境
- ⑦ 栄養(体重減少、栄養補給経路)
- ⑧ 退院後の服薬管理
- ⑨ 処方調整内容の要点(変更点・要介入)
- ⑩ 療養環境移行時の注意点

12

【薬物療法情報回答書】作成時の留意事項

【薬物療法情報回答書】

氏名	施設名	担当薬剤師	先生
貴院からの薬物療法情報提供書に対する回答書を作成しました。ご確認ください。			
① 患者氏名	生年月日	年齢	性別 男 女
②	退院後に発生した老年症候群 ☐ 傾眠傾向 ☐ 抑うつ・意欲低下 ☐ ふらつき・めまい ☐ 食欲低下 ☐ 転倒 (6ヶ月以内) ☐ 排便障害 ☐ 認知機能低下 ☐ 便秘 ☐ 口腔乾燥 ☐ 嚥下機能低下 ☐ なし		
③	退院後の服薬管理 管理書 ☐ 本人 ☐ 本人と家族 ☐ 家族等 (本人以外) 服薬方法 ☐ 処方 ☐ 訪問スタッフ ☐ その他 () 管理方法 ☐ 薬袋 ☐ 薬箱 ☐ 薬箱ラベリング ☐ その他 () 服薬状況 ☐ 良好 ☐ 一部のみ忘れあり ☐ 不良 服薬障害 ☐ なし ☐ あり (状況など) () 服薬管理の問題点 ☐ なし ☐ 薬を取り出しにくい ☐ 薬の服用が聞き取りにくい 服薬補助 (介助が必要な薬) ☐ 不要 ☐ 必要 (一部介助 ○ 全介助) 服薬時の工夫 ☐ 内服薬 ☐ 注射薬 ☐ 外用薬 (吸入 ○ 点眼・点鼻 ○ 貼付 ○ 軟膏 ○ 坐薬) ☐ なし ☐ あり (粉砕 ○ テーブルとろみ ○ 経管投与 ○ 薬基製剤 ○ その他)		
④	退院後のフォローアップ状況、処方変更点、報告事項、不明点など		

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

施設名 TEL FAX

各項目の概要

作成時期

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

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

作成に関して

老年症候群、服薬管理に関する内容が中心であり、「おくすり問診票」を活用することで、チェック項目の多くを網羅できるため、ご活用いただきたい。

各項目に関して

- ① 患者の基本情報
- ② 老年症候群
- ③ 退院後の服薬管理
- ④ 退院後のフォローアップ状況、処方変更点、報告事項、不明点など

おくすり問診票について

記入日： 年 月 日

おくすり問診票

フリガナ お名前 生年月日 年 月 日 (歳) 性別

わかる範囲でお答えください。

問診票の記入について教えてください。 ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他介護者 ()

1 過去に副作用を経験したことがありますか？
☐ なし ☐ あり ()

2 アレルギー歴はありますか？
☐ なし ☐ あり ()

3 一般用医薬品・サプリメント・健康食品を使用していますか？
☐ なし ☐ あり (商品名:)

4 おくすりはだれが管理していますか？
☐ 自分 ☐ 自分と家族等 ☐ 家族等 ☐ 施設 ☐ その他 ()

5 おくすりを使用するときに介助が必要ですか？
☐ いいえ ☐ はい (一部介助が必要 ☐ すべて介助が必要) ☐ はいの場合 介助が必要な内服薬 ☐ 点滴 ☐ 外用薬 (複数回答可) ☐ 注射薬

6 おくすりの管理方法について工夫していることはありますか？ (複数回答可)
☐ 1包化 ☐ おくすりBOXやカレンダー ☐ その他 () ☐ なし

7 おくすりについて困っていることはありますか？ (複数回答可)
☐ くすりの数み忘れ ☐ くすりが見えない ☐ くすりの説明が聞き取れない
☐ くすりを取り出しづらい ☐ くすりがかみ込みにくい ☐ その他 () ☐ なし

8 おくすりを飲むときに工夫をしていますか？
☐ なし ☐ あり (粉砕 ☐ テーブルとろみ水で服用 ☐ オブラート ☐ 経管投与)

9 おくすりに関する質問などを希望されますか？ (複数回答可)
☐ いいえ ☐ はい ☐ はいの場合 飲む回数減らしたい 飲む回数を減らしたい
☐ 飲みにくい薬を調製してほしい 管理方法を工夫してほしい
☐ くすりの説明してほしい 副作用かどうか相談したい

裏面もあります

くすりの副作用チェック

下記の症状が直近1ヶ月以内であるかどうかをお答えください。

なお、本人に聞き取り・確認することができない場合は下記にチェックを入れてください。
☐ 本人に聞き取り・確認することができない。

1 日中の眠気が続くことがありますか？
☐ いいえ ☐ はい
 1日の睡眠時間 時間

2 この2週間で、わけもなく疲れたような感じがしますか？
☐ いいえ ☐ はい

3 周りの人から「いつも同じことを聞く」などのもの忘れがあると書われますか？
☐ いいえ ☐ はい

4 食欲が低下したと感じますか？
☐ いいえ ☐ はい

5 ふらつきやめまいを感じることはありますか？
☐ いいえ ☐ はい
☐ 目が回る感じ ☐ フワフワ・ユラユラしているような感じ

6 過去6ヶ月で便秘したことがありますか？
☐ いいえ ☐ はい

7 排便に関して困難を感じますか？
☐ いいえ ☐ はい
 1日の排便回数 合計 回 (日中 回 夜 回)

8 排便に関して困難を感じますか？
☐ いいえ ☐ はい
 排便回数 日に 回

9 口の渇きが気になることがありますか？
☐ いいえ ☐ はい

10 お薬や汗物等でむせることがありますか？
☐ いいえ ☐ はい

ご回答ありがとうございました

国立長寿医療研究センター
 National Center for Geriatrics and Gerontology