

# JCHO 下関医療センターにおけるポリファーマシー適正化の取り組みの紹介と 薬剤管理サマリー返信用トレーシングレポートの運用について

令和2年6月4日 JCHO下関医療センター薬剤部

高齢者の薬物療法では、加齢に伴う生理的变化による薬物動態の変化、複数の併存疾患をそれぞれ治療するため投与された複数の薬剤による薬物相互作用や薬物有害事象の増加、服薬管理能力の低下した患者の存在など多数の問題が顕在化しています。こうした状況をうけ、厚生労働省は平成30年5月に、通知「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）について」を発出し、高齢者の医薬品適正化を進めるよう医療機関等に要請しています。

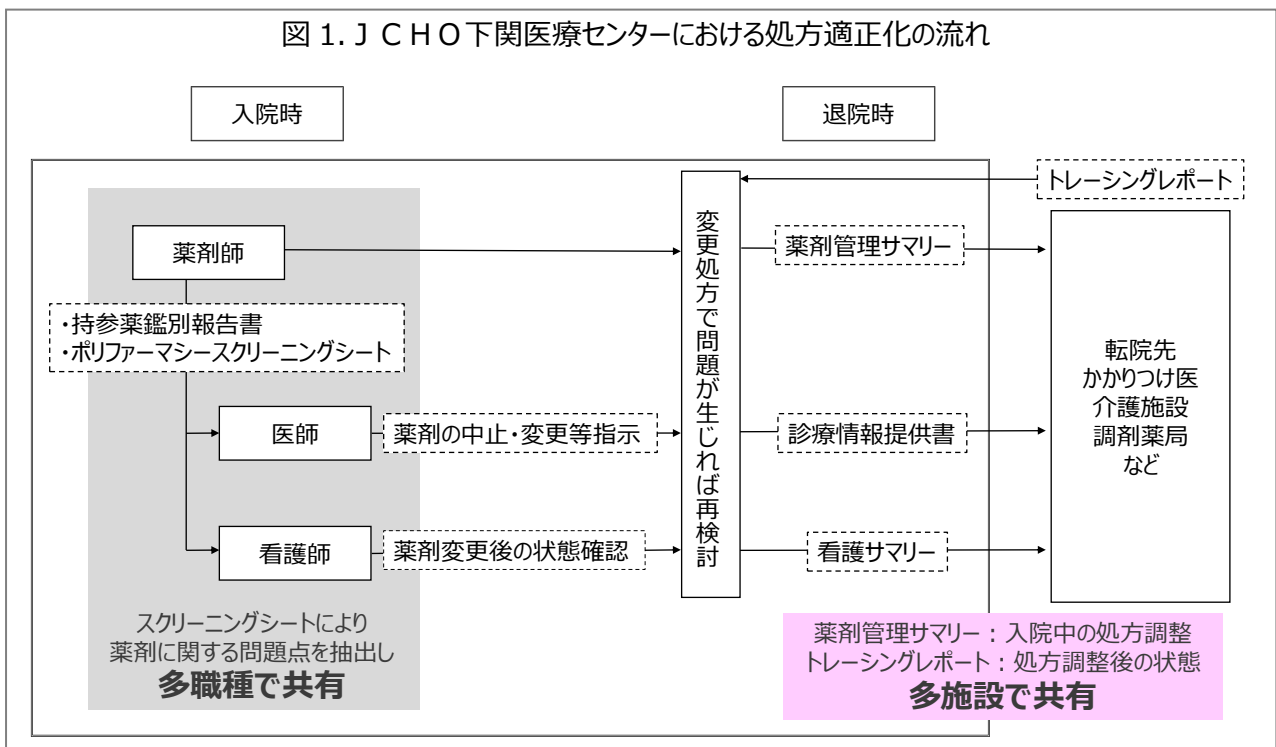
当院では、この指針に則り、医師、薬剤師、看護師等の多職種が連携し、処方の適正化を推進していますが、ポリファーマシー適正化を進めていくには、入院中に処方内容の見直しを行うこととともに、退院後も地域と協働してフォローできる体制を整える必要があります。

## 1. 当院における処方適正化の取り組みについての紹介

職種間や地域での連携を十分に取っていくことを可能とするため、当院では Microsoft Access<sup>®</sup>を使用し、入院中における薬剤の評価と処方調整について一元管理できるシステムを構築しました。

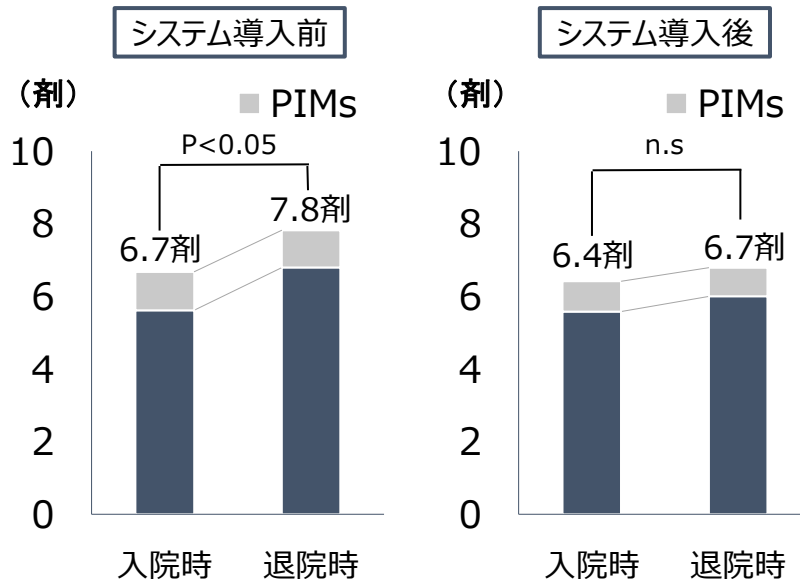
このシステムにより、①入院時持参薬をポリファーマシースクリーニングシート（別紙1）によって評価し多職種間で薬物療法における問題点を共有すること。②入院中の処方調整歴を記録すること。③退院時に薬剤管理サマリー（別紙2）を発行し、保険薬局や転院先、かかりつけ医等と薬剤情報を共有すること。が可能となりました。

（図1）



このシステム導入の前後で入院期間中の服用薬剤数の変化について調査したところ、システム導入前群 (n=34) では、入院時から退院時にかけて服用薬剤数の有意な増加がみられた (p=0.026) のに対し、システム導入後群 (n=24) では有意な服用薬剤数増加はみられず (p=0.214)、システムの導入が入院中のポリファーマシー適正化に寄与したものと考えられました (図2)

図 2.処方適正化支援システム前後の薬剤数変化の比較



paired t-test

PIMs : potentially inappropriate medications(高齢者の安全な薬物治療ガイドライン2015より)

## 2. 薬剤管理サマリー返信用レポートの運用について

地域で連携してポリファーマシー適正化を推進するためには、当院からの一方向的な薬剤情報提供だけでなく、保険薬局の先生方からも貴重な情報やご意見を頂き、双方向的な情報共有を行うことが必要と考えております。

これを実現するため、退院時薬剤管理サマリー発行時に返信用トレーシングレポート（別紙 3）の雛型を添付し、この様式を用いて返信して頂くことで、より効率的に情報共有を行えないかと考えております。

具体的な運用としましては、患者様の退院時にかかりつけ薬局の先生宛に退院時薬剤管理サマリーと返信用トレーシングレポートをFAX等で送付させていただきますので、内容にご不明な点がある場合は返信用トレーシングレポートに照会内容をご記入の上、FAXにてご返信ください。当薬剤部にて確認の上、回答させていただきます。特にご不明な点がない場合には次回患者様が来局時に来局日及び退院後の状態について簡単にお知らせ頂ければ幸いです。

保険薬局の先生方におかれましてはご多忙のことと存じますが、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

# 入院時に発行

ポリファーマシースクリーニングシート

実施日 2019年9月18日

生年月日 昭和 年 月 日生 年齢 性別 担当  
 年 月 日生 歳 女 竹村 有美

定期服用  
薬剤数

8

剤

頓服、臨時薬を除く定期服用薬剤数6剤以上かつ以下の項目に1つ以上該当する場合、検討対象とする。

検討対象

- なし  あり  不明 患者や家族から服薬困難の訴えや薬剤調整の希望あり
- なし  あり  不明 服薬管理能力の低下あり(認知力低下や視力障害、難聴、手指の機能障害など)  
認知症あり
- なし  あり 同効薬の重複投与の観点から、検討対象となる薬剤あり
- なし  あり 効果や副作用の観点から、検討対象となる薬剤あり  
フェキソフェナジン内服中も、現在アレルギー症状ないようです。  
ドンペリドン内服中も、現在消化器症状ないようです。
- なし  あり 薬物相互作用の観点から、検討対象となる薬剤あり
- なし  あり 患者の疾患や肝・腎機能の観点から、検討対象となる薬剤あり  
Scr 0.77 mg/dL eGFR 52 mL/min/1.73m eCcr 28.3 ML/min  
肝硬変の既往、AST,ALT,ALP,ALB,T-Bil,PT(%)等から肝機能について確認。
- なし  あり  65歳未満 65歳以上で高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」に該当する薬剤あり

# 退院時に発行

## 薬剤管理サマリー

作成日: 令和1年9月17日

〇〇病院 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: 昭和 年 月 日 ( 歳) 性別: 女性 身長: 146cm 体重: 36.2kg (9/17) 体表面積: 1.19m<sup>2</sup>  
入院期間: 平成 年 月 日 ~ 令和1年9月20日 ( 日間) 担当医:

		薬剤名	発現時期	症状等
基本情報	アレルギー歴	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	2000年頃	皮疹
	副作用歴	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	2010年	肝障害
現疾患・既往		狭心症、レビー小体型認知症		
腎機能		Scr 0.41mg/dL	eGFR 104.9mL/min/1.73	Ccr 53.2mL/min
その他の検査情報等				
投与経路		<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管( <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> PEG-J <input type="checkbox"/> PTEG <input type="checkbox"/> 腸瘻)		
調剤方法		<input type="checkbox"/> PTP <input checked="" type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> 粉碎 その他( )		
入院中の服薬管理		看護師管理		
退院後の薬剤管理方法		医療従事者		
OTC・健康食品等		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )		

### 【入院時持参薬】

錠 1錠 1日1回 朝食後	錠 mg「 」1錠 1日1回 朝食後
錠 1錠 1日1回 昼食後	錠 mg「 」6錠 1日3回 毎食後
錠 mg 2錠 1日2回 朝夕食後	錠 mg「 」1錠 1日1回 夕食後
顆粒 3包 1日3回 毎食後	mg「 」1個 1日2回
外用液10% 1本 1日1回	1枚 1日1回

### 【退院時処方】

- 顆粒(医療用 2包 1日2回 朝食後2時間・就寝前)
- 錠 mg「 」1錠 1日1回 朝食後  
錠 mg「 」1錠 1日1回 朝食後  
錠 mg「 」1錠 1日1回 朝食後  
錠 mg 1錠 1日1回 朝食後  
OD錠 mg「明」1錠 1日1回 朝食後
- 錠 mg 1錠 不眠時

### 【入院中の薬剤調整】

日付	変更内容	理由
9/17	中止	症状ないため 中止
9/18	中止	症状ないため 中止
9/19	変更	夜間せん妄出現したため 中止し 頓服へ変更

特記事項

独立行政法人 地域医療機能推進機構 下関医療センター  
〒750-0061 下関市上新地町3-3-8 TEL083-231-5811

薬剤師: 竹村 有美

〇〇御中

退院時に薬剤管理サマリーとともに発行  
→保険薬局にて患者状態確認後、返信

令和〇年〇月〇日

〇〇様(ID:〇〇〇 入院期間:令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日)の退院時処方・薬学的管理事項について別紙の通り、ご連絡申し上げます。

内容にご不明な点がございましたら、**1. 確認事項**にご記入の上、FAXにて下関医療センター薬剤部(083-235-7904)宛にご送信ください。当薬剤部より回答させていただきます。

また、患者様が来局されましたら、**2. 来局確認**にご記入の上、本用紙にてご連絡頂けますと幸いです。

下関医療センター薬剤部 薬剤師:〇〇〇〇  
〒750-0061 下関市上新地町3丁目3-8  
(TEL)083-231-5811 (FAX)083-235-7904

トレーシングレポート(服薬情報提供書)

**1. 確認事項**

- なし →患者様が来局されましたら、**2. 来局確認**にご記入の上、FAXにてご送信下さい。  
 あり →下欄に内容をご記入頂き、FAXにてご送信ください。

**2. 来局確認**

来局日: 年 月 日

**【退院時処方より処方内容の変更】**

- なし  
 あり →お手数でなければ下記に変更点についてご記入いただくと幸いです。

応需薬局名(連絡先):

担当薬剤師: