MSD

Move

vol.13

変化にいち早くMOVEするための情報誌

CATCH THE "MOVE"

三豊総合病院　ポリファーマシーチーム

地域全体で取り組むポリファーマシー対策

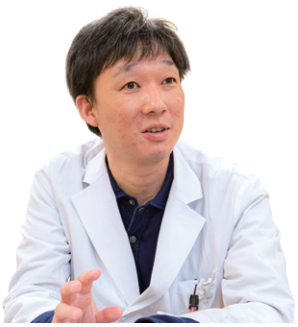
高齢者を対象としたポリファーマシー対策については、2017年に「高齢者医薬品適正使用検討会」が設置され、後に「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」および「高齢者の医薬品適正使用の指針［各論編（療養環境別）］」がまとめられました。

さらに、2020年には同検討会の議論を経て「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」が取りまとめられ、翌2021年には厚生労働省がモデル事業として「高齢者医薬品適正使用推進事業」を実施、特定の病院において指針・業務手順書を実際に運用し、有効性の検証と課題の抽出が行われました。

そのモデル病院として選ばれたのが「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・様式事例集」（厚生労働省）で各種ツールが紹介されている三豊総合病院（香川県観音寺市）で、同事業の最終報告書はウェブ上に公開されています。

今回は、地域全体で取り組むポリファーマシー対策について、三豊総合病院のポリファーマシーチームと、観音寺・三豊薬剤師会の矢野禎浩会長にお話をうかがいました。

三豊総合病院
薬剤部　副薬剤部長
篠永　浩 先生



三豊総合病院
薬剤部　薬剤師
陶山 泰治郎 先生

観音寺・三豊薬剤師会
会長
矢野 禎浩 先生

三豊総合病院
総合内科　内科主任部長
藤川 達也 先生

- ■ 2種類のカンファレンスと薬薬連携
- ■ 薬局との双方向による情報共有は年間1,000件超
- ■ 入院中は患者さんの薬を調整する絶好のチャンス

2種類のカンファレンスと薬薬連携

――ポリファーマシー対策を始めるきっかけとなった出来事・背景についてお聞かせください。

篠永先生　2016年度の診療報酬改定において、減薬の取り組みを評価した「薬剤総合評価調整加算」が新設されましたが、2020年度に同加算が多職種によるカンファレンスを評価する体系に改められたことが大きなきっかけとなりました。当院は観音寺市や三豊市を含む西部保健医療圏の基幹病院として、地域連携の中核を担っています。2010年から地域薬剤師会とともに「薬薬連携研修会」を立ち上げ、当院と地域薬剤師会で関係性を築いてきましたが、具体的にポリファーマシー対策に取り組み始めたのは2017年からです。まず、私自身を他の業務と兼務で「地域連携担当薬剤師」として配置し、陶山先生に院内のポリファーマシー対策の中心的な役割を担っていただくことにしました。その後、2020年に複数名の薬剤師による地域連携チームと多職種によるポリファーマシーチームを立ち上げ、地域連携を踏まえたポリファーマシー対策に取り組むことになりました。

――ポリファーマシーチームが組織化されたプロセスと病院内での位置付けについて教えてください。

陶山先生　以前の薬剤総合評価調整加算では、6種類以上の薬を服用している患者さんが、退院時に2種類以上減薬したら算定できるというアウトカム評価に限定されており、多職種連携カンファレンスの要件もありませんでした。そのため、INRなどの検査値を確認しながら自動的に減薬するような仕組みを作りましたが、当時は患者さんの状態を総合的に評価する活動までには至っていませんでした。1人だけでは、できることに限界があったからです。

篠永先生　当院における2019年度のポリファーマシー対策の状況を見ると、6種類以上の薬を服用していた患者さん753人のうち、薬剤総合評価調整加算を算定できたのは70名だけでした。適切な介入を行うためには、個人の努力だけではどうしても限界があると判断し、2020年度に医師、薬剤師、看護師、リスクマネージャー、理学療法士、言語聴覚士、管理栄養士で構成するポリファーマシーチームを立ち上げました。ポリファーマシーチームは病院組織図にも明記されており、総合内科医である藤川先生がチームリーダーとして牽引してくれています。

三豊総合病院　薬剤部　副薬剤部長　**篠永 浩** 先生

――ポリファーマシーチームの活動内容についてご説明いただけますでしょうか。

篠永先生　大きく分けると「チームカンファレンス」と「病棟（個別）カンファレンス」（**図1**）があります。前者は週1回のスクリーニングとカンファレンス、その後のフォローアップを行います。後者はチームカンファレンスの対象から漏れた患者さん、特定の薬剤と検査値で抽出された患者さんに対し、病棟担当薬剤師と協働して随時介入を行います。処方提案も病棟担当薬剤師とともに主治医に提案します。また、退院時の「薬剤管理サマリー」（後述）による情報提供および薬剤総合評価調整加算の算定の対応は病棟担当薬剤師が実施します。患者さんが退院した後の薬薬連携のフォローは地域連携チームの役割です。カンファレンスには、研修医の先生にも入っていただいています。

陶山先生　病棟担当薬剤師は、各医師との信頼関係が構築されているため、処方変更などを提案しやすい環

図1 ■ 病棟（個別）カンファレンス用　特定薬剤と検査値のマッチング

薬効	検査項目	抽出検査値
ワルファリン	INR	1.5未満または2.5超
尿酸降下薬	尿酸	男性（3.7mg/dl） 女性（2.6mg/dl）
新規抗凝固薬	CLcr	15mL/min未満
NSAIDs	CLcr	30mL/min未満
ビスホスホネート製剤	CLcr	30mL/min未満
フィブラート系製剤	Scr CLcr	2mg/dl未満 40mL/min未満
ビグアナイド系製剤	推算GFR	30mL/min/1.73m²未満
MARTA	HbA1c	6.0%超
活性型VD3製剤	Ca	10.5mg/dl超
抗血小板薬 新規抗凝固薬	Hb	7g/dl未満

薬効	検査項目	抽出検査値
高カリウム血症治療薬	K	3.6mmol/L未満
利尿剤 ループ サイアザイド系 サイアザイド類似	K Na	3.0mmol/L未満 130mmol/L未満
甘草含有漢方	K	3.0mmol/L未満
経口カリウム製剤	K	4.8mmol/L超
MRA	K	5.5mmol/L超
ACE 阻害薬 ARB ARNI	K	5.5mmol/L超
トルバプタン	Na	148mmol/L超

出典：三豊総合病院ご提供資料

境が整っています。ポリファーマシーチームのカンファレンスで俎上に載せられた内容を病棟担当薬剤師に伝え、主治医に提案してもらうという流れです。

藤川先生　医師も抗生剤の投与量などについて病棟薬剤師に相談することが多く、彼らの意見を信頼しています。彼らから処方提案を受ければ、断ることはまずありません。電子カルテのアラートやメールで「減薬を提案します」と指摘されるよりは、病棟薬剤師との連携によってポリファーマシー対策を進めるほうがスムーズでしょう。

――ポリファーマシーチームのカンファレンスに研修医を参加させているのはなぜですか。

藤川先生　研修医も当直などで急性期の患者さんに薬を処方するケースがあります。しかし、処方した薬を開業医の先生に引き継いだり、薬を止めたりするタイミングについてあまり考慮されていないケースが散見されました。そのため、チームカンファレンスに参加して薬の止め時や減量のタイミングについて、多職種とともに学んでもらっています。「減薬こそ価値がある」という考え一辺倒ではなく、連携先の開業医の先生や薬局とのつながりも大切にしながら、薬物療法のマネジメントができる医師になってもらいたいと考えています。

薬局との双方向による情報共有は年間1,000件超

――持参薬の確認からスクリーニングまでの実際の流れをお聞かせください。

篠永先生　持参薬鑑別時に、ベンゾジアゼピン系薬剤など特定の薬剤に注意喚起が出る設定になっています。スクリーニングのツールは「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」（STOPP-J）や厚生労働省の「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」などを参考に陶山先生がまとめました。具体的には、▽内服常用薬6種類以上▽退院日未定▽PIMs（潜在的な不適切処方）▽検査値▽同効薬重複▽減薬希望▽せん妄リスク▽転倒リスク▽日常生活動作▽認知機能▽嚥下機能▽バイタルサイン▽栄養状態――など、多職種が評価した情報を電子カルテから抽出して、スクリーニングしています。スコア化についても検討しましたが、他疾患がなく骨折した患者さんと慢性心不全の高齢患者さんの骨折ではADLが大きく異なることなどから、各項目も並列で捉え、総合的に判断しています。

――入院前の患者さんの服薬状況などを、かかりつけ医の先生や薬局から入手されていますか。

篠永先生　地域の医療機関や薬局との情報共有は「薬剤管理サマリー」（図2）と「介入状況報告書」（図3）を運用しています。

後者は、薬局の先生方にフォローしていただいた状況を報告してもらうトレーシングレポートとしても機能しています。2020年に地域連携チームを組織化してからは薬剤管理サマリーの発行件数、介入状況報告書の受領件数がともに倍増しており、薬局との双方向による情報共有は年間1,000件を超えるようになりました。

図2 ■ 薬剤管理サマリー

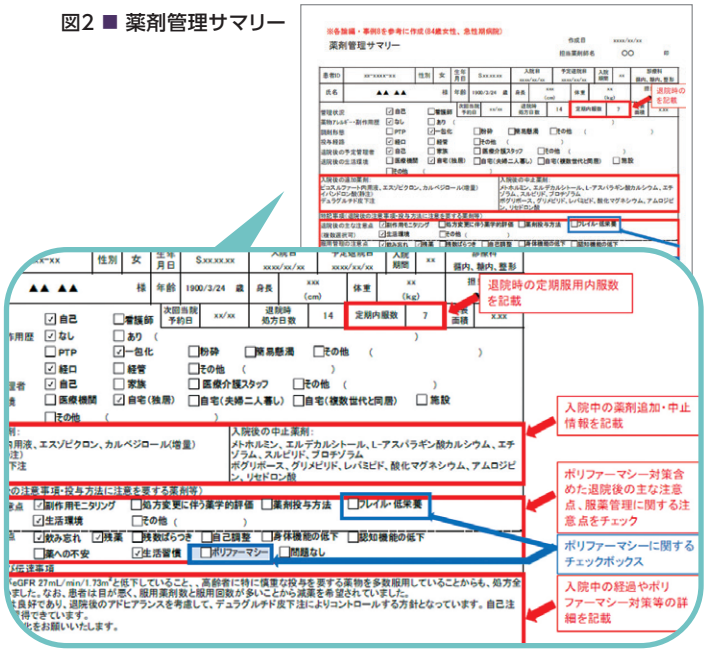
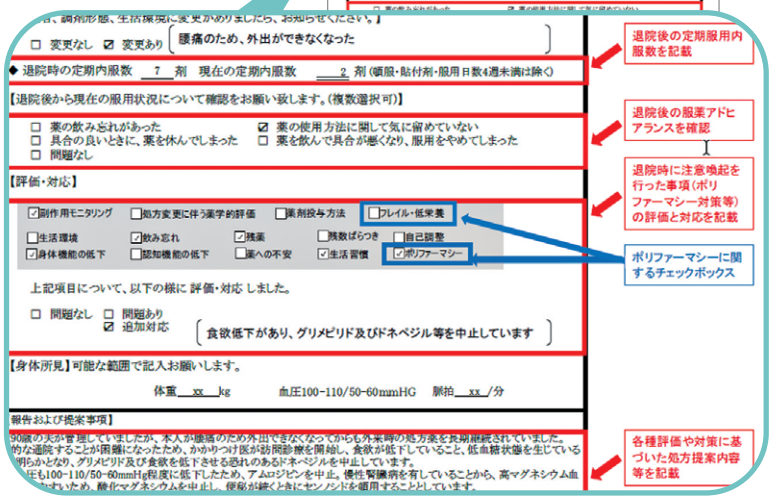


図3 ■ 介入状況報告書



出典：三豊総合病院ご提供資料（図2、図3）

矢野先生　薬剤管理サマリーには、生活背景や入院の理由、退院時の状況など、細かな情報まで記載されているので、患者さんが来局する前に確認しておくと、患者さんとのコミュニケーションにとても役立ちます。薬剤師会の中でも「薬剤管理サマリーには必ず返信するように」と伝えています。返信を続けることで、双方向のコミュニケーションが深まることを期待しています。

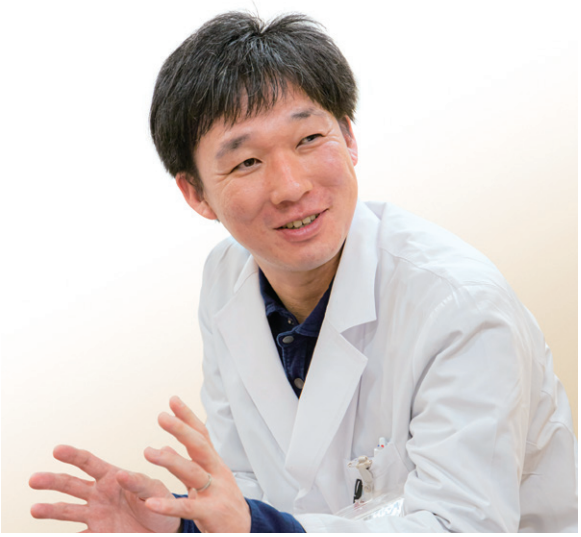
――地域連携薬局の算定要件に「月30回以上の医療機関への連絡」が含まれたことも、トレーシングレポートへの取り組みにつながっているのでしょうか。

矢野先生　観音寺市と三豊市で地域連携薬局の認定を受けている薬局は7軒と少なく、専門医療機関連携薬局の認定を受けている薬局はありません。しかし、地域連携薬局の算定要件をクリアできない薬局は、今後生き残ることが難しいと考えています。調剤報酬の「地域支援体制加算」も近い将来、地域連携薬局の算定要件と整合性を取ってくると予想しています。地域包括ケアシステムの中で必要とされる薬局となるためには、このような基準を満たせる薬局にならなければなりません。

――かかりつけ医の先生とのコミュニケーションも薬局と同じような状況でしょうか。

篠永先生　基本的に主治医からの退院時サマリーや診療情報提供書をベースとして、それらに補足する形で薬剤師から薬剤関連の情報を提供させていただいています。当院はDPC病院ということもあり、退院時や転院時に持参薬が豊富にあるという状況にはありません。細かな薬剤情報を外部の医療機関に提供することで、不安を軽減する意図もあります。

藤川先生　かかりつけ医の先生が処方していた薬剤を当院で調整した場合は、退院時のサマリーのほか、ポリファーマシーカンファレンス資料を送付するよう統一しています。実は、ポリファーマシー対策に取り組む際に、地区医師会を通じてアンケートを実施したところ、回答していただいた医師全員から、入院中のポリファーマシー対策について合意が得られました。また、ポリファーマシー対策を拡充していく際に重要だと思う項目については「薬剤の情報共有」という回答が最多でした。その一方、約4割の医師が「高齢者の医薬品適正使用の指針」などについて認識していないことも明らかになりました。



三豊総合病院　薬剤部　薬剤師　**陶山 泰治郎** 先生

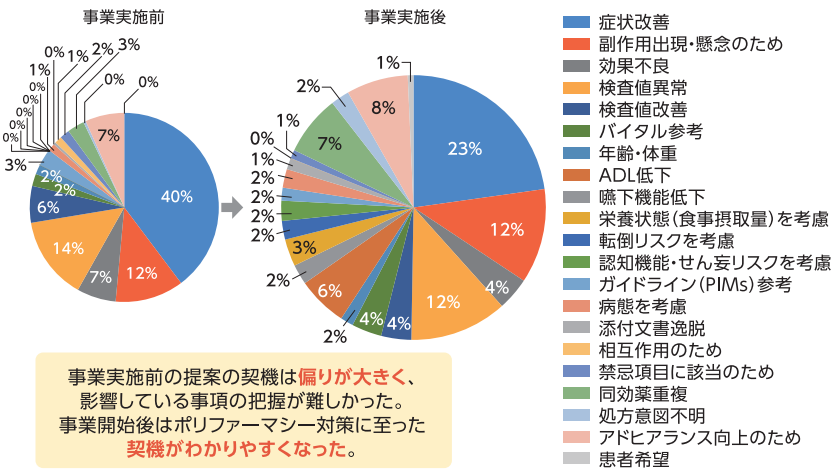
篠永先生　このアンケート結果が、その後のポリファーマシー対策を推進する自信となりました。

藤川先生　主治医個人の意見ではなく、ポリファーマシーチームや組織（病院）としての提案ということも、受け入れていただいた理由の1つだと思います。医師個人ではなく、薬剤部からの発信でもありません。多職種で各種ガイドラインを踏まえた結果ということが重要だと認識しています。

――処方提案の契機の約4割が「症状改善」とうかがいました。これはどのようなことを意味しているのでしょうか。

篠永先生　先ほども触れたように、各種指針や検査値とのマッチングを踏まえて対象患者と介入内容を検討していますが、40%が「症状改善」というデータは厚生労働省のモデル事業である「高齢者医薬品適正使用推進事

図4 ■ 高齢者医薬品適正使用推進事業実施後の処方提案状況（処方提案の契機）



事業実施前の提案の契機は**偏りが大きく**、影響している事項の把握が難しかった。
事業開始後はポリファーマシー対策に至った**契機がわかりやすくなった**。

出典：三豊総合病院ご提供資料

業」の実施前に集計したものであり、グラフにあるように事業実施後は23%にまで減少しています（図4）。

「症状改善」の意味は、“現時点で症状が改善しているため薬を止めたらどうですか?”という提案です。モデル事業実施前は、処方提案理由の偏りが目立ちましたが、実施後は均等に近付いています。この背景としては、高齢者医薬品適正使用推進事業への参加をきっかけに、多職種の評価を組み込んだスクリーニングツールを作成したことで、ポリファーマシーの課題をより多角的に分析できるようになった点が大きいと思います。

藤川先生　処方提案の契機が均等に近付いているのは、薬剤師を中心としたポリファーマシーチームの成果だと思います。確かに、症状が改善しているにもかかわらず、漫然と投与を続けてしまうケースは少なくありません。これは、患者さん側も「薬を止めたら症状がまた悪くなるのではないか?」と不安があるため、医師側がなかなか止められないということもあると感じています。その点、ポリファーマシーチームの処方提案はその理由も丁寧に説明しますので、患者さんへの説得材料にも使えます。医師側も、処方する際には「こうなったら止めていいですよ」ということをセットにして説明する必要があります。

篠永先生　以前は薬剤師中心の視点でスクリーニングしていましたが、現在は薬剤師以外も含む多職種の視点が入っています。そのため、ADLの低下や転倒リスク、栄養状態、嚥下機能、排便の状況などが見える化されたことも大きな変化につながりました。

――症状改善で止めた薬剤は、どのような薬効が多かったのでしょうか。

陶山先生　処方提案を行った薬剤を薬効分類別にまとめましたが、このうち症状改善に限定すると消化器官用薬が多いという印象です（図5）。

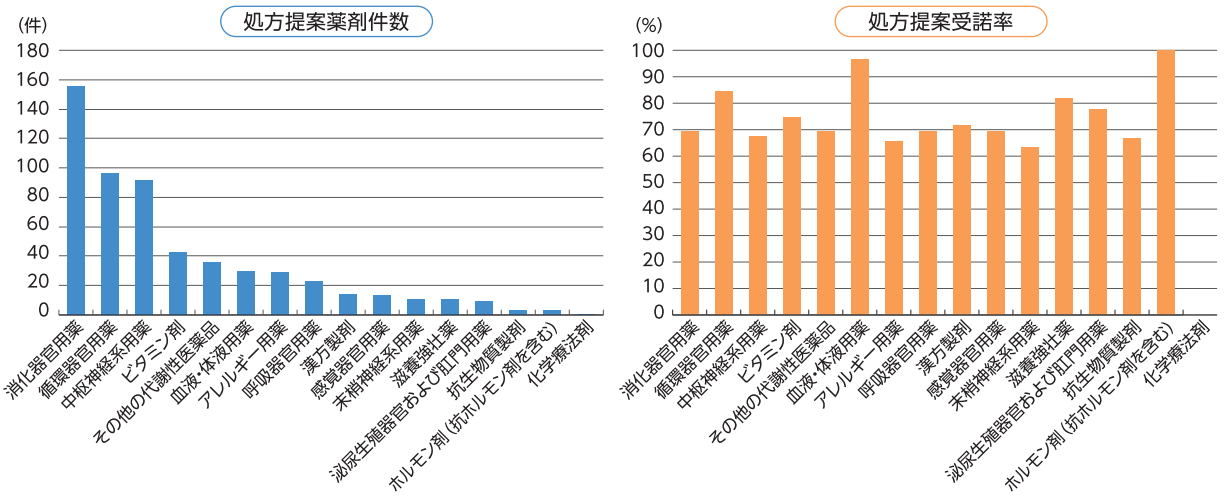
藤川先生　PPIやH_2ブロッカーは病態に関連して減薬できないケースもありますが、防御因子増強薬など補助的に処方される薬剤は処方提案しやすいです。ほかにも、去痰剤や抗めまい薬など、対症療法的に処方されている薬剤が長期間使われているようなケースも、介入のターゲットになります。

――薬剤総合評価調整加算等の診療報酬の算定状況はどのようになっていますか。

篠永先生　ポリファーマシーチームを組織化してからは月に10件前後で推移していましたが、各種ツールの改善やタスクシェアなどに取り組んだ結果、月20件以上の算定となりました。その間、チームカンファレンス件数や介入患者数も大幅に増えました。さらに特筆すべきことは、退院後の状況を調査した結果、薬局から返書報告があった64件のうち92.2%（59件）が当院で実施したポリファーマシー対策を継続していたことです。地区医師会や薬剤師会との協働・連携によって、退院後も継続したポリファーマシー対策が可能であることを確認できました。

矢野先生　藤川先生が先ほど指摘されていたように、特に高齢の患者さんの中には、薬を飲むことで安心する方が少なくありません。実際に「元に戻してほしい」という患者さんもいます。このようなときに、病院から送っていただいた薬剤管理サマリーが役立ちます。患者さんに減薬した理由を説明し、対策を継続できるようにしています。

図5 ■ 高齢者医薬品適正使用推進事業実施後の処方提案状況（薬効分類別）



処方提案を行った薬剤の上位品目は**消化器官用薬、循環器官用薬、中枢神経系用薬**であった。
処方提案受諾率では**ホルモン剤、血液・体液用薬、循環器官用薬**で高い傾向が見られた。

出典：三豊総合病院ご提供資料

三豊総合病院　総合内科　内科主任部長　**藤川 達也** 先生

入院中は患者さんの薬を調整する絶好のチャンス

――退院時の処方選択について工夫していることはありますか。

篠永先生　ポリファーマシー対策が実施された患者さんについては、減薬や休薬したことによる不都合が生じていないか確認し、薬剤管理サマリーに盛り込むようにしています。PIMsを参考にしながら、薬物有害事象の軽減および継続可能な薬物療法を目的に対策を行い、入院中に可能な限りのフォローアップを実施します。急性期病院という立場上、対策実施から退院までの期間は短くなります。退院後のモニタリングはかかりつけ医の先生や薬局の薬剤師が行いますので、前述した薬剤管理サマリー等で情報共有を徹底することに尽きます。

――薬を減らすことや変更することについて、医師から患者さんにどのように説明していますか。

藤川先生　患者さんの不安を取り除くために、薬を止めてもすぐに調子が悪くなることはないといったことを、各薬剤の特性を踏まえてお伝えしています。私が研修医時代に上司から「入院中は患者さんの薬を調整する絶好のチャンス」と言われたことを思い出します。外来診療の場合は1～2か月ごとにしか変化を診られませんが、入院中は毎日･24時間、状況の変化を診ることができますので、薬を調整してもお互いに不安になることは少ないと思います。

――ポリファーマシー対策をどのように地域に拡大したのでしょうか。

篠永先生　先ほど藤川先生も触れていた、アンケートによる意向調査を実施することから始めました。薬剤に関する情報を共有してほしいというニーズがあったので、チームカンファレンスで使用した資料もセットにして共有するようにしています（**図6**）。

一方、地域薬剤師会向けのアンケートでは、75%の薬剤師がポリファーマシーの疑われる患者さんを抱えており、ポリファーマシー対策を意識した業務を実施したい薬局が多いこともわかりました。現場の課題としては、患者さんに起きている症状が薬物有害事象かどうか、処方箋の情報だけではわからないという意見がありましたので、情報共有のほかにも、定期的にポリファーマシー関連の研修会を地域で開催しています。藤川先生に講演していただいたり、薬局に発表をお願いする場合もあります。

――薬剤管理サマリーについて、日本病院薬剤師会が推奨しているフォーマットではなく、病院独自のものを使用している理由について教えてください。

篠永先生　基本的には汎用性のある日本病院薬剤師会のフォーマットを活用したほうが良いと考えています。そのため、当院の薬剤管理サマリーは同会のものをモディファイして作成しました。具体的には、ポリファーマシー対策の内容やADLなど、追加したい項目をプラスしただ

図6 ■ ポリファーマシーカンファレンス資料

薬剤管理サマリーとともにカンファレンス資料を、かかりつけ医/薬局に送付

患者ID	XXX	患者名	XXX	年齢	88歳	性別	女
主治医	A 医師	入院病棟	B 病棟	入院日	2021/6/29	退院予定日	2021/7/12
入院病名	HCC						
既往	HCC、HBV既感染、胆嚢結石、骨粗鬆症、L1圧迫骨折						
副作用歴	なし	アレルギー歴	アルコール	一般用医薬品・サプリ	なし		
処方機関	当院（A 医師）		C医院				
調剤対応薬局	第健調剤薬局			お薬手帳	あり		
生活環境	自宅（複数世代と同居）		薬剤管理方法	家人管理			
患者の薬剤への理解度	やや問題あり		薬剤調整希望の有無	無			
ADL（BarthelIndex）	40		嚥下	とろみ必要			
転倒（目：ハイリスク）	Ⅱ	なし	CONUT	4（軽度栄養障害）			
HDS-R	18		せん妄	無			
検査値	推算Ccr値	AST	ALT	尿酸	カリウム	ナトリウム	
	24.36	18	9	0.9	4.5	136	

薬剤総合評価		入院時の内服薬剤数	極端
		0	0
入院時に６種類以上の内服薬を服用しており、かつ下記の１つ以上の項目に該当する場合は、薬剤調整の必要性をポリファーマシーカンファレンスにて協議する。	○	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
	○	服薬管理能力（認知機能や身体機能など）の低下あり	
	○	同効薬の重複投与あり	
		効果・副作用の観点から検討の必要あり	
	○	相互作用の観点から検討の必要あり	
		疾患や肝・腎機能などの観点から検討の必要あり	

調整を提案する薬剤	提案内容	提案理由	変更の有無
プロチゾラム	定期内服から頓用へ変更	症状改善のため	有り
ドキサゾシン	減量または中止	血圧やや低めで推移しており、転倒のリスクもあ	有り

上記提案内容に関する詳細

継続	入院時の内服薬剤	用量	用法	リスト該当薬	定期内服薬
○	ドキサゾシン錠2mg「EMEC」	1錠	1日1回　夕食後	○	○
○	バイアスピリン錠100mg	1錠	1日1回　夕食後	○	○
○	アムロジピンOD錠5mg「NS」	1錠	1日1回　朝食後		○
○	トリクロルメチアジド錠2mg「YD」	1錠	1日1回　朝食後		○
○	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「ﾀｲﾖｳ」	1錠	1日1回　朝食後		○
○	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」	4錠	1日2回　朝夕食後		○
	レバミピド錠100mg「オ-ツカ」	2錠	1日2回　朝夕食後		○
○	ウルソデオキシコール酸錠100mg「トーワ」	6錠	1日3回　毎食後		○
○	ヘパアクト配合顆粒 4.5g	3包	1日3回　毎食後		○
○	プロチゾラムOD錠0.25mg「ﾀｲﾖｳ」	1錠	1日1回　眠前	○	○
○	ブランドルニー7.40mg	1枚	1日1回		

- 患者背景（病歴など）
- 処方機関・かかりつけ薬局
- 生活環境など

- ADL：Barthel index（BI）
- 嚥下機能
- 転倒リスク
- 栄養状態
- 認知機能・せん妄
- 基準検査値からの逸脱

- 処方提案内容や根拠
- 持参薬および入院後の服用薬
- PIMsの有無

出典：三豊総合病院ご提供資料

観音寺・三豊薬剤師会　会長　**矢野 禎浩** 先生

けです。年に1回程度の頻度で改訂を重ねています。

――厚生労働省の「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・様式事例集」には、薬剤管理サマリーと並んで三豊総合病院の「訪問薬剤管理指導報告書」が事例として掲載されています。これは薬局からのどのようなフィードバックを期待して作られたのでしょうか。

篠永先生　入院はあくまでも短期間ですので、退院後の長期間にわたる経過フォローが重要となります。それを踏まえて入院中にチェック・注意していたことを退院後もフォローしていただける形式にしています。具体的には、各種身体症状確認による薬学的評価のチェック欄に加え、服用状況等も含めた総合的な薬学的評価による処方提案をしていただけるように、フリーコメント欄も設けています。

――ポリファーマシー対策が医師の負担軽減（働き方改革）につながった事例があれば教えてください。

篠永先生　当院では、2016年から医師と病棟薬剤師の間でPBPM（プロトコールに基づく薬物治療管理）を導入し、処方入力支援や疑義照会の簡略化および代行修正、ハイリスク薬の投与前説明・処方提案などを実施しておりますが、ポリファーマシー対策も薬剤師による医師の業務負担軽減策だと捉えています。薬剤師が病棟に配置されている効果について、2021年8月に常勤医師にアンケート調査を実施したところ、1週間当たりの医師1人の業務削減時間は、院内PBPMが69.0分、院外PBPMが50.3分、入院時病棟薬剤業務が68.3分、入院中病棟薬剤業務が57.8分、ポリファーマシー対策が46.5分でした。この結果から、1週間で医師1人当たり4～5時間の業務負担を軽減できていることがわかりました。

藤川先生　PBPMを導入してから7年が経過しました。いまでは当たり前のように支援してもらっており、負担が軽減されていることを実感しながら診療しています。時間的な負担軽減だけでなく、処方の質の改善にも寄与しています。

――今後の目標についてお聞かせください。

陶山先生　チーム医療が診療報酬で評価されるようになり、病院内には数多くの医療チームが組織化されるようになりました。ポリファーマシーチームとしては、既存のチームだけにとどまらず、FLS（Fracture Liaison Service：骨折リエゾンサービス）や褥瘡対策チームなど、多くの医療チームと連携しながら処方の適正化に協力していきたいと考えています。

矢野先生　三豊総合病院との薬薬連携をさらに充実させることに加えて、行政や他の職能団体と連携し、ポリファーマシー対策を地域の中で進めていきたいと思います。

篠永先生　医師会や薬剤師会の先生方とはすでに良い関係を築くことができています。今後は、行政を絡めて地域全体のポリファーマシー対策に取り組んでいきたいと思います。2021年度の高齢者医薬品適正使用推進事業では、当院が指針（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）を基にモデル事業を実施しました。また、2022年度は4つのモデル地域で検証を行っています。その結果を踏まえ、2023年度には指針を見直し、さらに使いやすいものにアレンジしたいと考えています。

藤川先生　目標は2つあります。1つは、幅広い診療科の先生方に、ポリファーマシーチームの提案を受け入れていただけるような環境を作ることです。もう1つは、ポリファーマシーとは減薬ありきではない、ということを地域全体に浸透させることです。すべての患者さんに適正な処方ができるようになれば、そもそも“ポリファーマシー”という言葉はなくなります。まずは、研修医を含めた医師が適正な処方を意識できるよう、啓発活動を続けていきます。

三豊総合病院

2023年6月作成
OTH23PH7814