

# 病院におけるポリファーマシーの 取組等に係る実態調査について

今年度 一般社団法人福岡県病院薬剤師会に委託し、病院におけるポリファーマシー対策に係る実態調査を実施。

## 《目的》

- ・ 処方適正化への認識や取組状況、ノウハウ等について実態を把握する。
- ・ 処方適正化に取り組んでいない施設が今後取り組むに当たっての課題を把握する。
- ・ 取組実施・未実施施設の比較分析を行うことにより県の施策実施に向けての課題を明らかにする。



## 《調査方法》

- 書面調査 : 県内全病院456施設に依頼文送付  
Googleフォームによる調査により181施設から有効な回答あり(39.7%)
  - 実地調査 : 書面調査後に、先進的な取組を実施している4施設に対して実施
    - ・ 社会医療法人 原土井病院(476病床、薬剤師14人)
    - ・ 特定医療法人 社団 三光会 誠愛リハビリテーション病院(206病床、薬剤師3人)
    - ・ 独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO) 九州病院(575病床、薬剤師29人)
- ※ 1施設は希望により施設名非公表  
※ 薬剤師数は令和3年度時点

《書面調査の結果概要(課題については後述)》

○ ポリファーマシー対策の実施状況

- ・ 181施設のうち、実施施設は87施設(48.1%)
- ・ 長期療養型病院(60.9%)、地域医療支援病院(59.4%)では実施割合が高い
- ・ 未実施の94施設のうち「実施について検討を行う予定」である施設は51施設(54.3%)

○ 実施施設で確認された事項

- ・ 取組は、医療従事者の意識向上、患者満足度の向上、医薬品購入金額の減少に寄与
- ・ 病棟薬剤業務実施加算(※1)を算定している施設が多い
- ・ 薬剤管理指導料(※2)を算定している施設が多い
- ・ 対策のため既存のツールや独自のツールを活用している施設もある
- ・ ポリファーマシーに関して院外施設と連携している施設が多い(63.2%)

※1 病棟薬剤業務実施加算：病棟等において薬剤師が医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する業務を実施していることを評価した加算

※2 薬剤管理指導料：薬剤師が医師の同意を得て、薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導を行った場合に算定できる点数

## 《実地調査で確認した施設の特徴》

### ① 人員体制

- ・ 診療報酬とは関係なく、全病棟に薬剤師を配置
- ・ 患者の入退院を支援する院内部署に薬剤師を配置して処方適正化に努めている
- ・ 薬剤師から非薬剤師へのタスクシフトに積極的
- ・ 限られた薬剤師数で、効率的にポリファーマシー対策を実施

### ② 組織体制

- ・ 多職種カンファレンスが活発
- ・ 処方見直しチームが設置されている
- ・ 減薬や薬剤変更の対象となる患者がいた場合に、随時、主治医とカンファレンスを実施

### ③ 院外施設との連携

- ・ お薬手帳等で薬局への情報提供を積極的に実施
- ・ 施設間情報連絡書を速やかに発行する体制が整備されている

### ④ ツール、様式の整備

- ・ ツールを活用し、薬剤総合評価調整加算を漏れなく算定できている
- ・ 手順書やチェックシートなど、薬剤変更の際に参考とする資料を規定

### ⑤ その他

- ・ 病院全体でポリファーマシー対策に取り組む意識が高い
- ・ 対策の成果を病院内で共有することで継続した活動に発展
- ・ コスト意識を高め、医薬品購入費が著しく減少(▲300万円/月)

## 《調査報告書の結論(抜粋)》

- ポリファーマシー対策をさらに推進するために重要なこと
  - ・ 病棟における薬剤師業務の充実化を図ること
  
  - ・ 実施施設におけるノウハウ(各種ツールの活用方法、院外施設との連携方法等)を共有し、ポリファーマシー対策の効率化と質向上を図ること、及びその有用性に関するエビデンスを構築していくこと

令和4年度福岡県おくすり適正使用促進事業  
ポリファーマシー対策に係る調査報告書

2022/12/28

一般社団法人福岡県病院薬剤師会

ポリファーマシー対策をはじめとした高齢者等の薬物療法に関する安全対策については、厚生労働省では高齢者医薬品適正使用検討会、福岡県では医薬品適正使用促進連絡協議会において検討が加えられているところである。福岡県においては、処方適正化アプローチ事業、患者啓発事業、研修会の開催といった取り組みを通して、適正使用のための環境整備や患者や医療関係者への啓発が図られている。この度、令和4年度福岡県おくすり適正使用促進事業の一環として、病院における処方適正化(本調査では、ポリファーマシー対策に特化)に係る認識や取組状況、参考となる施設における導入方法などのノウハウ等についての実態を把握することを目的に調査を実施した。調査は、福岡県病院薬剤師会が福岡県から委託を受け、書面(アンケート)調査並びに実地調査を行った。ここには、調査を通して得られた結果と考察について報告する。

## 【方法】

### 1. 書面(アンケート)調査

福岡県内の各医療施設における処方適正化(ポリファーマシー対策)に係る認識や取組状況、ノウハウ等についての実態を明らかにすることを目的とし、以下の方法で調査を行った。

#### 1) アンケート調査票

調査に用いたアンケート調査票をファイル(別添資料 1\_アンケート調査票)に示す。本アンケートは、全施設を対象とした設問(問1~13)、ポリファーマシー対策実施施設(以下、実施施設)を対象とした設問(問14)、及びポリファーマシー対策未実施施設(以下、未実施施設)を対象とした設問(問15)から成る。なお、本調査では、問13(貴院ではポリファーマシー対策としてどのような取り組みを行っていますか)に「取り組んでいない」と回答した施設を未実施施設、その他の施設を実施施設として解析を行った。

#### 2) 対象施設

2022年8月に福岡県内の医療施設へアンケート調査票を郵送した。回答者は薬剤部門の責任者またはこれに代わる者とし、Google Forms (Google LLC, USA) を用いて回答データを収集した。

#### 3) 統計解析

実施施設及び未実施施設の施設背景(病院機能、診断群分類別包括評価制度[DPC]の対象有無、薬剤師数[常勤換算]、病棟薬剤業務実施加算の算定有無、薬剤管理指導料の算定有無)をFisherの正確確率検定を用いて比較した(単変量解析)。交絡因子を調整することを目的として、ポリファーマシー対策の実施を目的変数、ステップワイズ法(変数増減法)により選択された施設背景を説明変数として、多変量ロジスティック回帰分析を行った。さらに、薬剤総合評価調整

加算の算定状況により、各施設を実施施設（算定）、実施施設（実施しているが非算定）及び未実施施設（非算定）に分類し、施設背景との関係を視覚的に明らかにすることを目的として、レスポンス分析を行った。統計解析には IBM SPSS Statistics ver 28.0.1.0（IBM Corporation, USA）及び JMP Pro 16.0.0（SAS Institute Inc., USA）を使用し、危険率 5%未満（ $P < 0.05$ ）を有意差ありとした。

## 2. 実地調査

書面調査で把握したポリファーマシー対策を積極的に講じている医療機関のうち、先進的な取り組みを実施している施設を対象に、ポリファーマシー対策の取り組み内容やカンファレンスの実施状況等を確認することを目的とし、次の 4 施設を対象に実地調査を行った。

対象施設：A. 原土井病院

B. XXXXXXXXXX

C. 誠愛リハビリテーション病院

D. JCHO 九州病院

### 【結果】

#### 1. 書面(アンケート)調査

##### 1) アンケート回収率と回答データ

福岡県内の医療施設 456 施設へアンケート調査票を郵送したが、189 施設から回答データを回収した。このうち、算定状況が未回答であった施設（1 施設）、重複して回答した施設（1 施設）、及び薬剤総合評価調整加算を算定しているが問 13 に「取り組んでいない」と回答した施設（6 施設）を除外し、181 施設を本調査の解析対象とした（有効回答率 39.7%）。

回答データをファイル（別添資料 2\_回答データ）に示す。個人情報または特定の施設名等の要配慮情報を含む設問（問 1、問 2）を除く結果は、ファイルを参照されたい。

##### 2) 単純集計

全施設を対象とした設問（問 3～13）、実施施設を対象とした設問（問 14）、及び未実施施設を対象とした設問（問 15）の単純集計結果を、それぞれ別添資料 3 の表 1、表 2 及び表 3 に示す。

##### 3) 単変量解析

ポリファーマシー対策実施施設及び未実施施設における施設背景の単変量解析結果を別添資料 3 の表 4 に示す。実施施設では、未実施施設と比較して、病棟薬剤業務実施加算及び薬剤管理指導料の算定率が有意に高かった（ $P = 0.004$ ,  $P = 0.005$ ）。

##### 4) 多変量ロジスティック回帰分析

多変量ロジスティック回帰分析の結果を別添資料 3 の表 5 に示す。ポリファーマシー対策（実施）に影響する有意な因子として、病棟薬剤業務実施加算を算定していること（OR = 2.360, 95%CI: 1.153-4.929,  $P = 0.019$ ）、薬剤管理指導料を算定していること（OR = 2.417, 95%CI: 1.109-5.529,  $P = 0.026$ ）、及び長期療養型病院であること（OR = 3.304, 95%CI: 1.272-9.124,  $P = 0.014$ ）が検出された。

## 5) 薬剤総合評価調整加算の算定状況

ポリファーマシー対策実施未実施及び薬剤総合評価調整加算算定状況を別添資料 3 の図 1 に示す。実施施設のうち、薬剤総合評価調整加算を算定している施設は 48 施設 (55.2%)、非算定の施設は 33 施設 (37.9%)、及び算定の対象外の施設は 6 施設 (6.9%) であった。

## 6) コレスポンド分析

ポリファーマシー対策実施未実施及び薬剤総合評価調整加算算定状況と、施設背景とのコレスポンド分析の結果を別添資料 3 の図 2 に示す。実施施設 (算定) と地域医療支援病院及び病棟薬剤業務実施加算、実施施設 (非算定) と長期療養型病院、及び未実施施設 (非算定) と一般病院が近傍 (原点から同一方向) に位置することが示された。

## 7) 病院機能別の解析

病院機能別のポリファーマシー対策実施未実施及び薬剤総合評価調整加算算定状況を別添資料 3 の図 3 に示す。実施施設における薬剤総合評価調整加算の算定率は、特定機能病院では 100% (1/1 施設)、地域医療支援病院では 79.0% (15/19 施設)、一般病院では 58.5% (24/41 施設)、長期療養型病院では 35.7% (5/14 施設)、及び精神科病院では 10.0% (1/10 施設) であった。

病院機能別の薬剤師数内訳を別添資料 3 の図 4 に示す。薬剤師数 1~5 名が占める割合は、特定機能病院では 0% (0/4 施設)、地域医療支援病院では 3.1% (1/32 施設)、一般病院では 73.6% (67/91 施設)、長期療養型病院では 91.3% (21/23 施設)、及び精神科病院では 100% (24/24 施設) であった。

## 2. 実地調査

4 施設に見られた特徴は以下の通りである。

### A. 原土井病院

多職種カンファレンスが活発

診療報酬とは関係なく、全病棟に薬剤師を配置

薬剤師から非薬剤師 (1 名) へのタスクシフトに積極的

ツールも活用し、薬剤総合評価調整加算を漏れなく算定できている

### B. [REDACTED]

手順書、チェックシート、薬剤変更の際に参考とする資料を規定

減薬や薬剤変更の対象となる患者がいた場合に、随時、主治医とカンファレンスを実施

薬剤管理サマリーやお薬手帳で薬局への情報提供を積極的に実施

薬剤師でなくても可能な業務は非薬剤師 (1 名) にタスクシフト

上記取り組みにより、限られた薬剤師数 (4 名) で、効率的にポリファーマシー対策を実施

### C. 誠愛リハビリテーション病院

多職種カンファレンスが活発

ポリファーマシー対策の成果を病院内で共有することで継続した活動に発展

コスト意識を高め、ポリファーマシー対策を実施することで医薬品購入費が著しく減少 (300 万円/月)

診療報酬に関わらず、病棟に薬剤師を配置

薬剤師でなくても可能な業務は非薬剤師 (2 名) にタスクシフト

上記取り組みにより、限られた薬剤師数 (3 名) で、効率的にポリファーマシー対策を実施

## D. JCHO 九州病院

多職種カンファレンスが活発

小児科病棟でのポリファーマシーカンファレンスの実施

処方見直し (CMR) チームが設置されている

病院全体でポリファーマシー対策に取り組む意識が高い

施設間情報連絡書を速やかに発行する体制が整備されている

入退院支援センターに薬剤師を配置して処方の適正化に努めている

薬剤師でなくても可能な業務は非薬剤師 (5名) にタスクシフト

### 【考察】

#### 1. 書面(アンケート)調査

回答を得、解析対象とした福岡県内の医療施設の約半数 (48.1%) がポリファーマシー対策を実施していることが明らかとなった (別添資料 3 の図 1)。ポリファーマシー対策に取り組むようになったきっかけは「薬剤総合評価調整加算の新設」が最も多く (36.8%)、診療報酬上の評価がポリファーマシー対策の普及に一定の効果を上げていることが示唆された (別添資料 3 の表 2 問 14-3)。また、「薬剤部の責任者発案」が 18.4%、「薬剤師 (責任者以外) 発案」が 3.4% を占めていたことから、ポリファーマシー対策実施の起点として、薬剤師が重要な役割を果たしていることが示された。しかし、院長発案、院長以外の医師発案も合計すると 22.9% であることから、医師の関与が重要であると言える (別添資料 3 の表 2 問 14-3)。「ポリファーマシー対策に取り組んで、どのような効果が得られていますか」という設問に対しては「医療従事者のポリファーマシーへの意識向上」と回答した施設が最も多く (54.0%)、次いで「患者満足度の向上」が多かった (43.7%) ことから、ポリファーマシー対策の実施が、医療者の意識変革や患者のアドヒアランス向上に寄与していることが示唆された (別添資料 3 の表 2 問 14-8)。

令和 3 年 3 月 31 日発出「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<sup>1)</sup>」について「知っていて、対策するにあたって活用している」と回答した施設は 34 施設 (18.8%) であった (別添資料 3 の表 1 問 11)。また、「入院時にスクリーニングツールを用いて処方見直しを行っている」と回答した施設は 17 施設 (9.4%) であり、高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015 や東大病院持参薬評価テンプレートが使用されていた (別添資料 3 の表 1 問 13)。これらのツールは、ポリファーマシー対策を新たに開始する施設における課題解決や取り組みを行っている施設の業務効率化に役立つものである<sup>1)</sup>。しかしながら、本調査では利用率が低かったことから、ツールの具体的活用事例を周知・共有し、利活用をさらに進めていくことが重要と考えられた。

ポリファーマシーに関する院外施設との連携内容は、「退院時に医療機関に減薬の理由を伝えている」が 26 施設 (29.9%)、「退院時に薬局に減薬の理由を伝えている」が 31 施設 (35.6%)、及び「服薬情報提供書 (トレーシングレポート) 等を活用している」が 23 施設 (26.4%) であり、3 割程度の医療施設では院外施設との連携を行っていることが示された (別添資料 3 の表 2 問 14-6)。減薬の理由を処方元の医師と薬局が共有することによって、減薬した薬剤の意図しない再処方を未然に防ぐことや、減薬後の患者状態の変化を退院後も継続的にモニタリングすることが可能となる。トレーシングレポート等を活用し、院外施設との連携をより一層深めていくことが重要であろう。

「ポリファーマシーの患者を抽出するためのデータ解析を行っている」と回答した施設は 1 施設 (0.6%)、「ポリファーマシーを回避・改善する機能を持った電子システムを運用している」と

回答した施設は 0 施設であったことから、現状ではこうした取り組みはほとんど行われていないことが示された（別添資料 3 の表 1 問 13）。データ解析やシステム化により、介入対象となる患者の検出やアラートの発出が可能となれば、ポリファーマシー対策の飛躍的な効率化に繋がる可能性がある。しかしながら、このような取り組みに関する報告はこれまでにないことから、各医療施設がデータ解析やシステム化の検討を行い、その有用性を評価する必要がある。

単変量解析の結果から、実施施設では未実施施設と比較して、病棟薬剤業務実施加算及び薬剤管理指導料の算定率が有意に高かった（別添資料 3 の表 4）。単変量解析で問題となる交絡因子を調整することを目的として多変量ロジスティック回帰分析を行った結果、実施施設に特徴的な因子として、病棟薬剤業務実施加算を算定していること、薬剤管理指導料を算定していること、及び長期療養型病院であることが検出された（別添資料 3 の表 5）。病棟薬剤業務実施加算及び薬剤管理指導料を算定している施設では、入院時の持参薬確認や入院中の患者処方への薬学的介入を業務として行っており、ポリファーマシー対策を行うための人的・組織的体制が整っていることが考えられた。また、長期療養型病院では、高齢で多剤を併用している患者が多くポリファーマシー対策のニーズが高いことや、入院期間が長く慎重な薬剤調節が可能であることが考えられた。これらの特徴を有する医療施設では、ポリファーマシー対策を開始しやすい環境にある可能性があることから、実施施設のノウハウを共有し、未実施施設におけるポリファーマシー対策開始を支援することが重要である。一方で、病棟薬剤業務実施加算や薬剤管理指導料を算定できていない施設では、まずは病棟における薬剤師業務の充実化に取り組み、ポリファーマシー対策を開始するための基盤を構築することが必要と考えられた。

ポリファーマシー対策実施施設のうち、薬剤総合評価調整加算を算定している施設は 55.2%、非算定の施設は 37.9%であったことから（別添資料 3 の図 1）、各施設を実施施設（算定）、実施施設（非算定）、及び未実施施設（非算定）に分類し、コレスポンデンス分析により施設背景との関係を視覚的に明らかにすることを試みた。コレスポンデンス分析の結果、実施施設（算定）と地域医療支援病院、実施施設（非算定）と長期療養型病院、未実施施設（非算定）と一般病院が近傍（原点から同一方向）に位置したことから、ポリファーマシー対策実施未実施及び薬剤総合評価調整加算算定状況と病院機能との間に関連があることが示唆された（別添資料 3 の図 2）。この結果をもとに、これらの因子に着目した詳細な解析を行うこととした。

病院機能別の解析結果から、地域医療支援病院ではポリファーマシー対策実施率が高く（59.4%）、実施施設における薬剤総合評価調整加算の算定率も高い（79.0%）ことが示された（別添資料 3 の図 3）。一方で、長期療養型病院ではポリファーマシー対策実施率は高い（60.9%）が、実施施設における薬剤総合評価調整加算の算定率は低い（35.7%）こと、及び精神科病院では薬剤総合評価調整加算の算定率は極めて低い（10.0%）ことが明らかとなった（別添資料 3 の図 3）。これらの結果は、上述のコレスポンデンス分析の結果と一致した（別添資料 3 の図 2）。薬剤師数 1～5 名が占める割合は、長期療養型病院では 91.3%、及び精神科病院では 100%であることから（別添資料 3 の図 4）、薬剤師のマンパワーの不足が一因となって、薬剤総合評価調整加算を算定できていない可能性が考えられた。未実施施設を対象とした設問では、ポリファーマシー対策に取り組むにあたっての課題として「薬剤師の人員不足で対象患者の抽出や検討する時間を作れない」が 75.5%で最も多かったこと（別添資料 3 の表 3 問 15-1）、及び行政支援として薬剤師の人員確保や配置基準の見直しに関する要望が複数挙げられていたこと（別添資料 3 の表 3 問 15-2）からも、薬剤師のマンパワー不足の問題がネックとなって、ポリファーマシー対策の実施及び薬剤総合評価調整加算の算定に踏み切れない施設が多いことが考えられた。後述するが、実施調査を行った施設においては、一部の薬剤師業務の非薬剤師へのタスクシフトが行われてお

り、こうした工夫が効を奏しているものと考えられる。

本調査では、行政支援として医療者及び患者のポリファーマシーに関する認知向上に向けた講演会・広報活動の実施や、ポリファーマシー対策の取り組み内容（好事例）の情報共有が要望されていた（別添資料3の表3問15-2）。厚生労働省が行う高齢者医薬品適正使用検討会では、ポリファーマシー対策に積極的に取り組んでいる施設における具体的取り組み事例が紹介されている<sup>2)</sup>。こうした活動を積極的に行うことで、医療者及び患者のポリファーマシーに関する問題意識を喚起するとともに、実施施設におけるノウハウを共有し各医療施設において効率的で質の高いポリファーマシー対策を実践すること、及びその有用性に関するエビデンスを創出し将来的な各種加算の増点や薬剤師の配置基準の見直しに繋げることが必要と考えられる。

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査<sup>3)</sup>（令和3年7月1日時点の状況に関する調査。以下、特別調査と呼ぶ。）では、「入院時にポリファーマシーを解消するための取組を実施していますか」という質問に対して、全国の病院（351施設）の35.3%（124施設）が「実施している」と回答している。また、同特別調査では、「実施している」と回答した施設（124施設）のうち、令和3年4月～6月の3ヶ月間において薬剤総合評価調整加算を1回以上算定した施設は71.8%であった<sup>3)</sup>。本調査におけるポリファーマシー対策実施率は48.1%、実施施設における薬剤総合評価調整加算の算定率は55.2%であるが、本調査と特別調査では、ポリファーマシー対策の実施状況、及び薬剤総合評価調整加算の算定状況に関する設問の内容が異なるため、これらの結果を単純に比較することは難しい。九州山口地区の病院を対象とした調査<sup>4)</sup>（令和2年2月～4月に実施）では、有効回答施設（216施設）の19.4%（42施設）が「薬剤総合評価調整加算を算定している」と回答しており、算定率は100床あたりの薬剤師数が2名未満の施設では11.5%、2名以上4名未満の施設では18.3%、4名以上6名未満の施設では25.0%、及び6名以上の施設では27.8%であった。本調査で示唆された薬剤師のマンパワー不足の問題をより詳細に検討するためには、薬剤師数のデータをカテゴリ値ではなく数値として取得し、上記報告のように病床数あたりの薬剤師数に基づいた解析を行う必要がある。また、ポリファーマシー対策実施の程度を評価できるデータ（薬剤総合評価調整加算算定件数等）を取得し、アウトカムに含めることも重要である。

本調査では、福岡県の医療施設におけるポリファーマシー対策の実態を明らかにした。本調査のオリジナリティーとしては、多変量ロジスティック回帰分析によりポリファーマシー対策実施施設の特徴を明らかにしたこと、病院機能に着目し詳細な解析を行ったこと、及び多くの設問に自由記載欄を設け現場の生の意見を集約したことが挙げられる。

## 2. 実地調査

先進的な取り組みを実施している4施設への実地調査によって、幾つかの共通した点が見られた。薬剤総合評価調整加算の算定条件ではあるものの主治医や多種職カンファレンスが活発に行われている点で、これらのカンファレンスを行うためには、薬剤師の病棟配置が望ましい。実際に、病棟薬剤業務実施加算あるいは薬剤管理指導料等の診療報酬の有無に関わらず病棟へ薬剤師を配置する施設も見られた（原土井病院、誠愛リハビリテーション病院）。薬剤師数が対策に影響する大きな要因であることが明らかになったが、これを克服する手段として、非薬剤師へのタスクシフティングの人的工夫が挙げられた。4施設総てで非薬剤師の雇用によりポリファーマシー対策に取り組んでいた。診療報酬上や医薬品費削減などの経済的メリットもあろうが、各

施設での特徴的な取り組みを見ると、医薬品の適正使用への医療施設としての責任感や義務感も感じられる。処方を見直す対象患者の抽出ツールの開発、手順(書)やチェックシート作成、ポリファーマシーカンファレンスの実施、処方見直しチームの設置など、が挙げられるが、このようなノウハウは新たにに取り組む施設にとって参考になると思われる。一方で、診療報酬上の薬剤師配置基準やポリファーマシー対策に対する診療報酬の費用対効果の低さについて言及があり、推進するための課題の一つであると考えられた。

ここで、各施設からの特徴のある幾つかのコメントを列挙すると、  
医療従事者のポリファーマシーへの意識が向上したことでどんな影響がありましたか？

>>>> 薬剤師は処方提案しやすくなり、モチベーションが上がりました。

>>>> 患者満足度が向上しました。

意識を向上させる工夫はありますか？

>>>> 多くの場面でポリファーマシー対策について啓発していくことが重要です。

これからポリファーマシー対策に取り組む施設に対して、助言をお願いします。

>>>> とにかく1例を多職種で取り組んで成功体験を得ることです。

薬剤師のモチベーション向上にもポジティブに働くことも確かで、どのように院内で実施に対する合意を形成していくか、は重要な問題であり、ここに挙げた例を参考に推進していくことが望まれる。

## 【結論】

書面調査の結果から、福岡県内の医療施設におけるポリファーマシー対策の実施率は48.1%であること、実施施設における薬剤総合評価調整加算の算定率は55.2%であることが明らかとなった。また、先進的な取り組みを実施している4施設への実地調査において、診療報酬の有無に関わらず病棟へ薬剤師を配置しており、非薬剤師へ積極的にタスクシフティングを行っていることや施設毎のノウハウの詳細がわかった。

ポリファーマシー対策をさらに推進するためには、病棟における薬剤師業務の充実化を図るとともに、実施施設におけるノウハウ（各種ツールの活用方法、院外施設との連携方法等）を共有し、ポリファーマシー対策の効率化と質向上を図ること、及びその有用性に関するエビデンスを構築していくことが重要である。

本調査で得られた結果を有効に活用して、福岡県におけるポリファーマシー対策の充実化に向けた取り組みが行われることを期待する。

## 【引用文献】

- 1) 厚生労働省：「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」について、医政安発 0331 第 1 号、薬生安発 0331 第 1 号、令和 3 年 3 月 31 日。
- 2) 厚生労働省：第 14 回高齢者医薬品適正使用検討会資料、[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_21992.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21992.html)、令和 4 年 12 月 9 日参照。
- 3) 中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会：令和 2 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和 3 年度調査）の報告案、<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000860750.pdf>、令和 4 年 12 月 9 日参照。
- 4) 遠山泰崇, 井上真：九州山口地区における薬剤師によるポリファーマシー対策の調査・研究, 九州薬学会雑誌, 75, 103-108 (2021).

## 令和4年度福岡県おくすり適正使用促進事業

## ポリファーマシー対策に係る実態調査

(注)本調査ではポリファーマシーを「薬剤数に関連して薬物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等の問題につながる状態」と定義します。

## ご回答方法

- ・薬剤部門の責任者またはこれに代わる先生がご回答いただきますようお願いいたします。
- ・あてはまるチェックボックス (□) にチェックを入れてください。
- ・ ( ) 内には文言をご記入ください。

## 1. 貴院の名称、電話番号及びメールアドレスをご記入ください。

- ・名称 ( )
- ・電話番号 ( )
- ・メールアドレス ( )

## 2. 回答者名をご記入ください。 回答者氏名 ( )

## 3. 貴院の所在地 (2次医療圏) を選択してください。

- 福岡・糸島     粕屋     宗像     筑紫     朝倉     久留米
- 八女・筑後     有明     飯塚     直方・鞍手     田川     北九州
- 京築

## 4. 1) 貴院の病院機能を選択してください。

- 特定機能病院     地域医療支援病院     一般病院     長期療養型病院
- 精神科病院     その他 ( )

## 2) 貴院の病床を選択し、病床数を記入してください。(複数回答可)

- 一般病床 ( ) 床     療養病床 (医療) ( ) 床
- 療養病床 (介護) ( ) 床     精神科病床 ( ) 床
- 感染病床 ( ) 床     結核病床 ( ) 床

## 3) 診断群分類別包括評価制度 (DPC) を導入していますか。

- はい (DPC 病院)     準備中 (DPC 準備病院)     いいえ

## 5. 貴院の薬剤師数 (常勤換算) を選択してください。

- 1~5 名     6~10 名     11~20 名     21~40 名     41 名以上

6. 病棟薬剤業務実施加算の算定状況を選択してください。  算定  非算定  算定の対象外

7. 薬剤管理指導料の算定状況を選択してください。  算定  非算定  算定の対象外
8. 薬剤総合評価調整加算 (100点) の算定状況を選択してください。  
 算定  非算定  算定の対象外
9. 薬剤調整加算 (150点) の算定状況を選択してください。  
 算定  非算定  算定の対象外
10. 退院時薬剤情報連携加算 (60点) の算定状況を選択してください。  算定  非算定
11. 令和3年3月31日(医政安発0331第1号,薬生安発0331第1号)発出「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」を知っていますか。  
([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_17788.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17788.html))  
 知っていて、対策するにあたって活用している。  
 知っているが、活用はしていない。  知らなかった。
12. 入院時に患者の処方薬を把握する方法を選択してください。(複数回答可)  
 持参薬の確認  診療情報書の確認  患者からの聞き取り  
 お薬手帳・薬剤情報書の確認  かかりつけ医からの聞き取り  
 他院・薬局の薬剤師からの聞き取り  担当ケアマネージャーからの聞き取り  
 地域医療連携ネットワークの確認  
 医師・薬剤師以外の医療関係者からの情報提供書  特別なものはない  
 その他 ( )
13. 貴院ではポリファーマシー対策としてどのような取り組みを行っていますか。(複数回答可)  
(取り組んでいる場合、当設問回答後14へ。取り組んでいない場合、当設問回答後15へ)  
 多職種連携チームによるカンファレンスを行っている  
参加職種： 薬剤師  医師  看護師  その他 ( )  
 担当科の医師への処方提案を行っている  
 入院時にスクリーニングツールを用いて処方見直しを行っている  
使用しているツール  
 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015  STOPP criteria  
 Beers criteria  東大病院持参薬評価テンプレート  その他 ( )  
 処方を中止するための基準を設けている  
中止基準：( )  
 ポリファーマシーを回避・改善する機能を持った電子システムを運用している  
 ポリファーマシーの患者を抽出するためのデータ解析を行っている  
 その他 ( )  
 取り組んでいない



7) ポリファーマシー対策で薬局と連携していますか。  はい  いいえ  
差し支えなければ、連携している薬局名をお教えてください（複数可）  
薬局名：（ ）

8) ポリファーマシー対策に取り組んで、どのような効果が得られていますか。（複数回答可）  
 診療報酬算定額の増加  医薬品購入金額の減少  
 医療従事者のポリファーマシーへの意識向上  患者満足度の向上  
 特別なものはない  その他（ ）

9) 貴院にある診療科の中でポリファーマシー対策に取り組めていない診療科や病床がある場合、その理由をお答えください。（複数回答可）  
 薬剤師不足  入院日数が短い  医師の考え  
 薬剤を使用することが少ない  その他（ ）

#### 1 5. ポリファーマシー対策に取り組んでいない施設

1) 取り組むにあたっての課題は何かを教えてください。（複数回答可）  
 薬剤師の人員不足で対象患者の抽出や検討する時間を作れない  
 多職種連携が十分でない  
 お薬手帳がうまく活用されていない  
 ポリファーマシーであるかを判断することが難しい  
 医師が自科以外の処方薬を調整することが難しい  
 病態全体をとらえることが難しい  
 見直し後の処方内容を医師（もしくは他の医療スタッフ）へフィードバックする体制が構築されていない  
 患者の理解が得られない  
 病院間で採用している薬が異なる  
 その他（ ）

2) ポリファーマシー対策に取り組む上で、行政への支援として求めるものを記載してください。（ ）

3) ポリファーマシー対策に取り組む将来的な見通しについて教えてください。  
 今年度中に実施予定である・予定している内容（ ）  
 来年度中に実施予定である  
 実施について検討を行う予定である  
 実施する予定はない

ご回答いただきまして、ありがとうございました。

表1. 全施設を対象とした設問の単純集計 (n=181)

(1/3)

質問	回答	回答数	割合	
問3 貴院の所在地（2次医療圏）を選択してください。	福岡・糸島	54	(29.8%)	
	粕屋	10	(5.5%)	
	宗像	6	(3.3%)	
	筑紫	9	(5.0%)	
	朝倉	4	(2.2%)	
	久留米	16	(8.8%)	
	八女・筑後	15	(8.3%)	
	有明	5	(2.8%)	
	飯塚	9	(5.0%)	
	直方・鞍手	3	(1.7%)	
	田川	3	(1.7%)	
	北九州	41	(22.7%)	
	京築	6	(3.3%)	
問4-1 貴院の病院機能を選択してください。	特定機能病院	4	(2.2%)	
	地域医療支援病院	32	(17.7%)	
	一般病院	91	(50.3%)	
	長期療養型病院	23	(12.7%)	
	精神科病院	24	(13.3%)	
	その他（※1）	7	(3.9%)	
	※1 詳細（自由記載）			
ケアミックス病院	5	-		
回復期リハビリ病院	1	-		
一般・療養混合	1	-		
問4-2 貴院の病床を選択し、病床数を記入してください。（複数回答可）	一般病床	なし	44	(24.3%)
		1～19床	1	(0.6%)
		20～49床	20	(11%)
		50～99床	37	(20.4%)
		100～299床	53	(29.3%)
		300～499床	16	(8.8%)
		500床以上	10	(5.5%)
	療養病床（医療）	なし	104	(57.5%)
		1～19床	3	(1.7%)
		20～49床	24	(13.3%)
		50～99床	21	(11.6%)
		100～299床	28	(15.5%)
		300～499床	1	(0.6%)
		500床以上	0	(0%)
	療養病床（介護）	なし	175	(96.7%)
		1～19床	0	(0%)
		20～49床	2	(1.1%)
		50～99床	3	(1.7%)
		100～299床	1	(0.6%)
		300床以上	0	(0%)
	精神病床	なし	147	(81.2%)
		1～19床	1	(0.6%)
		20～49床	2	(1.1%)
		50～99床	8	(4.4%)
		100～299床	20	(11%)
		300～499床	3	(1.7%)
		500床以上	0	(0%)
感染病床	なし	170	(93.9%)	
	1～19床	10	(5.5%)	
	20～49床	1	(0.6%)	
	50床以上	0	(0%)	
結核病床	なし	177	(97.8%)	
	1～19床	2	(1.1%)	
	20～49床	2	(1.1%)	
	50床以上	0	(0%)	
問4-3 診断群分類別包括評価制度（DPC）を導入していますか。	はい（DPC病院）	64	(35.4%)	
	準備中（DPC準備病院）	7	(3.9%)	
	いいえ	110	(60.8%)	
問5 貴院の薬剤師数（常勤換算）を選択してください。	1～5名	116	(64.1%)	
	6～10名	23	(12.7%)	
	11～20名	23	(12.7%)	
	21～40名	12	(6.6%)	
	41名以上	7	(3.9%)	

表1. 全施設を対象とした設問の単純集計 (n=181)

(2/3)

質問	回答	回答数	割合
問6 病棟薬剤業務実施加算の算定状況を選択してください。	算定	56	(30.9%)
	非算定	90	(49.7%)
	算定の対象外	35	(19.3%)
問7 薬剤管理指導料の算定状況を選択してください。	算定	132	(72.9%)
	非算定	27	(14.9%)
	算定の対象外	22	(12.2%)
問8 薬剤総合評価調整加算(100点)の算定状況を選択してください。	算定	48	(26.5%)
	非算定	112	(61.9%)
	算定の対象外	21	(11.6%)
問9 薬剤調整加算(150点)の算定状況を選択してください。	算定	47	(26.0%)
	非算定	113	(62.4%)
	算定の対象外	21	(11.6%)
問10 退院時薬剤情報連携加算(60点)の算定状況を選択してください。	算定	65	(35.9%)
	非算定	116	(64.1%)
問11 令和3年3月31日発出「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」を知っていますか。	知っていて、対策するにあたって活用している。	34	(18.8%)
	知っているが、活用はしていない。	131	(72.4%)
	知らなかった。	16	(8.8%)
問12 入院時に患者の処方薬を把握する方法を選択してください。(複数回答可)	持参薬の確認	177	(97.8%)
	診療情報書の確認	167	(92.3%)
	患者からの聞き取り	140	(77.3%)
	お薬手帳・薬剤情報書の確認	180	(99.4%)
	かかりつけ医からの聞き取り	42	(23.2%)
	他院・薬局の薬剤師からの聞き取り	86	(47.5%)
	担当ケアマネージャーからの聞き取り	19	(10.5%)
	地域医療連携ネットワークの確認	11	(6.1%)
	医師・薬剤師以外の医療関係者からの情報提供書	28	(15.5%)
	特別なものはなし	0	(0%)
	その他(※2)	4	(2.2%)
	※2 詳細(自由記載) 入院指示箋	1	-
	保護者からの聞き取り	1	-
	家族からの聞き取り	1	-
	上記項目で不明な点があれば処方元や調剤元などに問い合わせる	1	-
問13 貴院ではポリファーマシー対策としてどのような取り組みを行っていますか。(複数回答可)	多職種連携チームによるカンファレンスを行っている。(※3)	40	(22.1%)
	担当科の医師への処方提案を行っている。	77	(42.5%)
	入院時にスクリーニングツールを用いて処方見直しを行っている。(※4)	17	(9.4%)
	処方を中止するための基準を設けている。(※5)	4	(2.2%)
	ポリファーマシーを回避・改善する機能を持った電子システムを運用している。	0	(0%)
	ポリファーマシーの患者を抽出するためのデータ解析を行っている。	1	(0.6%)
	その他(※6)	2	(1.1%)
	取り組んでいない	94	(51.9%)
	※3 参加職種		
	薬剤師	40	-
医師	36	-	
看護師	38	-	
その他(※7)	21	-	
※7 詳細(自由記載)			
MSW	1	-	
PSW管理栄養士	1	-	
PT OT ST 管理栄養士 MSW	1	-	
SW、栄養士	1	-	
セラピスト、管理栄養士、ソーシャルワーカー	1	-	
リハ	1	-	
リハビリ、事務	1	-	
リハビリスタッフ、栄養士	1	-	
リハビリスタッフ、管理栄養士	1	-	
リハビリテーション科、MSW	1	-	
栄養士 リハビリ	1	-	
栄養士、理学療法士	1	-	
栄養士、理学療法士、MSW、臨床工学士	1	-	
栄養士、理学療法士、社会福祉士	1	-	
管理栄養士	1	-	
管理栄養士、リハビリ技師	1	-	

表1. 全施設を対象とした設問の単純集計 (n=181)

(3/3)

質問	回答	回答数	割合
	管理栄養士、言語聴覚士	1	-
	検査技師、栄養士	1	-
	社会福祉士、リハビリ職、栄養士	1	-
	理学療法士、社会福祉士、管理栄養士	1	-
	連携室 理学療法士	1	-
※4 使用しているツール	高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015	15	-
	STOPP criteria	1	-
	Beers criteria	1	-
	東大病院持参薬評価テンプレート	6	-
	その他 (※8)	1	-
	※8 詳細 (自由記載)		
	持参薬鑑別書	1	-
※5 中止基準 (自由記載)	重複投与、過量投与、副作用 (腎機能低下等含む)	1	-
	基準は設けていないが、極力減らす様にしている。	1	-
	65歳以上、6剤以上 東大病院持参薬評価テンプレート	1	-
	東大病院持参薬評価テンプレート、高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015を参考にした独自基準で薬の種別や数値等にて減薬する規準です。内容が多いため記載できません。	1	-
※6 詳細 (自由記載)	持参薬確認時に、抗血小板薬や解熱鎮痛剤、消化性潰瘍治療薬等の重複投薬を記載。処方意図がわかる場合、備考に内容を記載。重複投薬や処方意図不明な薬や不要な薬はその内容を記載。	1	-
	主治医自身、および回診等で、できるだけ服薬薬剤の量、数を減らすように努力している。特に施設の特徴から、向精神薬・神経薬の過剰投与には気をつけている。	1	-

表2. ポリファーマシー対策実施施設を対象とした設問の単純集計 (n=87)

(1/3)

質問	回答	回答数	割合	
問14-1 ポリファーマシー対策を実施している診療科を選択してください。(複数回答可)	内科	68	(78.2%)	
	外科	28	(32.2%)	
	整形外科	37	(42.5%)	
	眼科	8	(9.2%)	
	耳鼻咽喉科	5	(5.7%)	
	皮膚科	7	(8.0%)	
	精神科	15	(17.2%)	
	産科・婦人科	5	(5.7%)	
	歯科・歯科口腔外科	2	(2.3%)	
	小児科	4	(4.6%)	
	泌尿器科	15	(17.2%)	
	放射線科	2	(2.3%)	
	脳神経外科	18	(20.7%)	
	麻酔科	5	(5.7%)	
	救急科	4	(4.6%)	
	リハビリテーション科	19	(21.8%)	
	その他(※1)	6	(6.9%)	
※1 詳細(自由記載)	総合診療科、緩和ケア科	1	-	
	緩和ケア科	1	-	
	重症心身障害児(者)施設	1	-	
	循環器科、消化器科	1	-	
	人工透析科	1	-	
	入院患者全てを対象	1	-	
	問14-2 ポリファーマシー対策を実施している病棟を選択してください。(複数回答可)	一般病棟	53	(60.9%)
		回復期リハビリテーション病棟	23	(26.4%)
地域包括ケア病棟		28	(32.2%)	
療養病棟		26	(29.9%)	
精神科病棟		11	(12.6%)	
その他(※2)		5	(5.7%)	
※2 詳細(自由記載)		緩和ケア病棟	2	-
	全病棟	1	-	
	重症心身障害児(者)施設	1	-	
	介護医療院	1	-	
問14-3 ポリファーマシー対策に取り組むようになったきっかけを教えてください。	薬剤総合評価調整加算の新設	32	(36.8%)	
	院長発案	11	(12.6%)	
	医師(院長以外)発案	9	(10.3%)	
	薬剤部の責任者発案	16	(18.4%)	
	薬剤師(責任者以外)発案	3	(3.4%)	
	その他(※3)	8	(9.2%)	
	未回答	8	(9.2%)	
	※3 詳細(自由記載)	薬剤部の責任者および責任者以外の両方	1	-
		薬剤師の職能として当然(行える範囲で)	1	-
		薬剤師	1	-
		薬剤総合評価調整加算の新設、薬剤部の責任者発案	1	-
		以前より、薬剤師として、その必要性を感じ、自主的に実施	1	-
病院の方針		1	-	
呼吸器内科		1	-	
特になし	1	-		
問14-4 病院としてポリファーマシー対策を実施することをどのように決めたかお答えください。	院長など経営陣の判断	25	(28.7%)	
	病院内の委員会の決定(※4)	16	(18.4%)	
	その他(※5)	31	(35.6%)	
	未回答	15	(17.2%)	
	※4 委員会名	薬事委員会	7	-
		薬事審議会	2	-
		医療整備委員会 薬事委員会	1	-
		処方に関する会議	1	-
		チームカンファレンス	1	-
		薬剤適正使用委員会	1	-
医薬品安全管理委員会		1	-	
TQM委員会		1	-	
※5 詳細(自由記載)	特になし	2	-	
	薬局長の判断	2	-	
	以前からの薬剤科の取り組み	1	-	

表2. ポリファーマシー対策実施施設を対象とした設問の単純集計 (n=87)

(2/3)

質問	回答	回答数	割合
	医局会にて提案	1	-
	医師とコ・メディカルスタッフとの会議	1	-
	何十年も前から院長の方針で。カンファ等の対策決定は調整加算新設時に委員会です。	1	-
	各医師、薬剤師間で実施している	1	-
	主治医の考え	1	-
	診療報酬改定時の対応の一つとして、循環器カンファレンスを利用した	1	-
	担当医が自主的に行い、回診等で院長を含めて確認している。	1	-
	特に決めていない	1	-
	病院としての公式な対策ではない	1	-
	病院としての実施は決定していないが、個々で判断している。	1	-
	病院としての取り組みはしていない	1	-
	病院としての対策は実施していない	1	-
	病院としての明確な対策は無い	1	-
	病院全体として行っていない。	1	-
	部門独自の判断で行っている	1	-
	薬剤科からの提案	1	-
	薬剤科の判断	1	-
	薬剤師が各医師にその都度提案している。	1	-
	薬剤師と医師の間で協議して	1	-
	薬剤師主導（ただし、薬剤師数不測の為、中々算定までできず）	1	-
	薬剤室の役割として必須業務の	1	-
	薬剤総合評価調整加算の新設により、複数の診療科の部長に了承を取り、カンファレンスでポリファーマシーについて議題として、挙げてもらうこととした。	1	-
	薬剤部主導	1	-
	薬剤部主導で開始しました。	1	-
	薬剤部内で	1	-
	薬剤部内での発案による	1	-
問14-5	ポリファーマシー対策のための処方提案理由をお答えください。（複数回答可）	68	(78.2%)
	服薬困難・薬剤調整希望	58	(66.7%)
	服薬管理能力の低下	74	(85.1%)
	同種同効薬の重複	47	(54.0%)
	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」が処方	55	(63.2%)
	効果・副作用	52	(59.8%)
	薬物相互作用	61	(70.1%)
	疾患・腎機能・肝機能	32	(36.8%)
問14-6	ポリファーマシーに関する院外施設との連携内容等について教えてください。（複数回答可）	4	(4.6%)
	連携していない	4	(4.6%)
	入院前に薬局に持参薬の整理を行ってもらっている	31	(35.6%)
	入院前に医療機関に持参薬の整理を行ってもらっている	26	(29.9%)
	退院時に薬局に減薬の理由を伝えている	23	(26.4%)
	退院時に医療機関に減薬の理由を伝えている	8	(9.2%)
	服薬情報提供書（トレーシングレポート）等を活用している	2	-
	その他（※6）	1	-
	※6 詳細（自由記載）お薬手帳の活用	1	-
	退院時にお薬手帳に情報を記載している	1	-
	お薬手帳を持参されている場合は、処方内容を記載。	1	-
	門前調剤薬局の薬剤師が院内の委員会に参加して頂いている。	1	-
	退院時薬剤情報書や薬剤管理サマリーに記載している	1	-
	退院時処方情報	1	-
	お薬手帳にも記載	1	-
問14-7	ポリファーマシー対策で薬局と連携していますか。	15	(17.2%)
	はい	67	(77.0%)
	いいえ	5	(5.7%)
	未回答	21	(24.1%)
問14-8	ポリファーマシー対策に取り組んで、どのような効果が得られていますか。（複数回答可）	24	(27.6%)
	診療報酬算定額の増加	47	(54.0%)
	医薬品購入金額の減少	38	(43.7%)
	医療従事者のポリファーマシーへの意識向上		
	患者満足度の向上		

表2. ポリファーマシー対策実施施設を対象とした設問の単純集計 (n=87)

(3/3)

質問	回答	回答数	割合
	特別なものはない	15	(17.2%)
	その他 (※7)	4	(4.6%)
	※7 詳細 (自由記載) 内服薬の整理ができた。	1	-
	本当に必要な薬剤使用について適正化	1	-
	医療費削減	1	-
	何十年も前から当院院長のポリシーとして取り組んでいたため、比較できない。	1	-
問14-9 貴院にある診療科の中でポリファーマシー対策に取り組めていない診療科や病床がある場合、その理由をお答えください。(複数回答可)	薬剤師不足	28	(32.2%)
	入院日数が短い	17	(19.5%)
	医師の考え	24	(27.6%)
	薬剤を使用することが少ない	1	(1.1%)
	その他 (※8)	4	(4.6%)
	※8 詳細 (自由記載) かかわるタイミングが少ない	1	-
	眼科では内服薬が殆ど処方されない	1	-
	まだ試行中のため、これからマニュアル化	1	-
	病院内でポリファーマシーに対する意識が低い	1	-

表3. ポリファーマシー対策未実施施設を対象とした設問の単純集計 (n=94)

質問	回答	回答数	割合
問15-1 取り組むにあたっての課題は何かを教えてください。(複数回答可)	薬剤師の人員不足で対象患者の抽出や検討する時間を作れない	71	(75.5%)
	多職種連携が十分でない	26	(27.7%)
	お薬手帳がうまく活用されていない	4	(4.3%)
	ポリファーマシーであるかを判断することが難しい	20	(21.3%)
	医師が自科以外の処方薬を調整することが難しい	60	(63.8%)
	病態全体をとらえることが難しい	20	(21.3%)
	見直し後の処方内容を医師（もしくは他の医療スタッフ）へフィードバックする体制が構築されていない	21	(22.3%)
	患者の理解が得られない	12	(12.8%)
	病院間で採用している薬が異なる	14	(14.9%)
	その他（※1）	8	(8.5%)
	※1 詳細（自由記載） 急性期病院では対応することが難しい	1	-
	対象となる患者がほとんどいないため	1	-
	紹介元医師に返す際に処方内容を変える事を主治医が躊躇う、嫌がる	1	-
	服用薬は特殊なものが多く、現在安定しているものについては処方の変更可能なものが多い	1	-
	多剤服用している処方が少ない傾向にあること。入院時より医師が判断して中止する傾向が多い	1	-
	処方内容の見直し、処方提案等は適時行っているが、本格的な体制作りが十分できていない。	1	-
	薬剤管理指導業務にあたり、個々の薬剤師が適正処方の判断を行っている。当院では回復の見込みのない疾患をお持ちの方が多数であり、肝不全・腎不全・心不全・気切、全介助、脳梗塞に伴う半身まひ、認知症末期、等それらを複数持ち合わせた患者様がほとんどである。そのため、各疾患に対応するためにはどうしても処方が多くなりがちである。人員不足により不可能であり、当院の特性として「ポリファーマシー」のみフォーカスされることについては疑問を抱く。	1	-
準備中	1	-	
問15-2 ポリファーマシー対策に取り組む上で、行政への支援として求めるものを記載してください。	病院薬剤師の人員確保	1	-
	薬剤師確保（病院薬剤師）	1	-
	薬剤師の人員確保を支援してほしい	1	-
	薬剤師の人員および人員確保にむけた給料	1	-
	精神科薬剤師の配置基準の見直し。150人に1人では調剤監査と薬剤管理指導以外の業務が十分に行えない。	1	-
	病院配置の薬剤師人数を処方箋枚数ではなく、現状の薬剤師業務に合わせて配置するようにしてほしい。薬剤師業務をすることで直接的に点数を発生させる仕組みにしてほしい。病院の薬剤師の数が多くても少なくても病院の収益に影響が少ないため、中小病院では薬剤師の配置は最低限になってしまう。	1	-
	回復期・包括ケア病棟に常勤薬剤師配置を条件に設定して欲しい	1	-
	地域包括ケア病棟の診療報酬加算（ほぼ包括病棟で薬剤師活動の点数化がないため、薬剤師評価が得られない）	1	-
	診療報酬を上げてほしい	1	-
	少人数体制の医療機関でも対応できる加算体制	1	-
	ある程度専門の科に精通した薬剤師に対して、医師への処方提案の在り方を診療報酬上で明確にすること	1	-
	点数の増点	1	-
	患者及び医師への啓発及び、医科点数の減点	1	-
	薬剤調整加算要件の緩和（現状カンファレンス必須の緩和、等）	1	-
	お薬手帳活用・携帯義務化の推進、診療報酬上の評価	1	-
	ポリファーマシー対策での好事例を基に、より詳細な取り組み等の資料配付。	1	-
	ポリファーマシーに対する認知を上げるための講演会の実施など	1	-
	一般の人々に向けて、認知度を高めるための広報活動	1	-
	医師の薬に対する理解。（専門も大事だが他の科との連携を図ってほしい）	1	-
	患者の使用薬局を一本化させるために「かかりつけ薬剤師」などの施策をより充実させてほしい。	1	-
	薬剤師の視点・リスクマネージャーとしての業務を明確にする	1	-
	代替案を提示しても出荷調整により購入できない事があるため、医薬品の安定供給	1	-
	薬剤費の患者負担が多くないので、薬をたくさんもらうことに躊躇ない高齢患者が多い印象。残薬あるのにもらっていくと言われれば処方された薬を渡さないわけにもいかない。多剤併用の背景に患者負担の軽さもあって個人的には思う。逆に負担割上げれば必要な薬だけ大事に服用してくれると思う。（前職の調剤薬局での個人的感想です）	1	-
①ポリファーマシーに対する医療者・患者の認知度の現状把握、啓発の継続			
②お薬手帳活用のさらなる促進に向けた情報一元化、ICTの積極活用（=地域医療単位でのICT活用の促進）			
紙媒体のお薬手帳・電子お薬手帳だけでも媒体が異なり、服用薬剤の把握に手間がかかる。お薬手帳に未記載の情報もあり手間を要する。ポリファーマシーに限った話題ではないが、お薬手帳情報にQRコードを付ける、電子お薬手帳のデータ連携の精度を高めるなど、ICT積極活用により効率的な薬剤把握につなげたい。それが結果として薬剤師の人員確保につながり、ポリファーマシー対策への注力に繋がらう。	1	-	
オンラインなど活用して双方向で話し合いができるようなシステムを整えてほしい	1	-	
65歳以上の患者が少ない	1	-	
特になし	1	-	
無	1	-	
問15-3 ポリファーマシー対策に取り組む将来的な見通しについて教えてください。	今年度中に実施予定である	0	(0%)
	来年度中に実施予定である	3	(3.2%)
	実施について検討を行う予定である	51	(54.3%)
	実施する予定はない	39	(41.5%)
	未回答	1	(1.1%)

表4. ポリファーマシー対策実施施設及び未実施施設における施設背景の単変量解析

		ポリファーマシー対策				P value
		実施施設 (n=87)		未実施施設 (n=94)		
病院機能	特定機能病院	1	(1.2%)	3	(3.2%)	0.346
	地域医療支援病院	19	(21.8%)	13	(13.8%)	
	一般病院	41	(47.1%)	50	(53.2%)	
	長期療養型病院	14	(16.1%)	9	(9.6%)	
	精神科病院	10	(11.5%)	14	(14.9%)	
	その他	2	(2.3%)	5	(5.3%)	
診断群分類別包括評価制度 (DPC)	DPC病院	36	(41.4%)	28	(29.8%)	0.121
	非DPC病院	51	(58.6%)	66	(70.2%)	
薬剤師数（常勤換算）	1～5名	52	(59.8%)	64	(68.1%)	0.078
	6～10名	8	(9.2%)	15	(16.0%)	
	11～20名	15	(17.2%)	8	(8.5%)	
	21～40名	9	(10.3%)	3	(3.2%)	
	41名以上	3	(3.4%)	4	(4.3%)	
病棟薬剤業務実施加算	算定あり	36	(41.4%)	20	(21.3%)	0.004
	算定なし	51	(58.6%)	74	(78.7%)	
薬剤管理指導料	算定あり	72	(82.8%)	60	(63.8%)	0.005
	算定なし	15	(17.2%)	34	(36.2%)	

(Fisherの正確確率検定)

表5. ポリファーマシー対策（実施）に影響する因子の検討

	オッズ比（95%信頼区間）	<i>P</i> value
病棟薬剤業務実施加算（算定）	2.360（1.153, 4.929）	0.019
薬剤管理指導料（算定）	2.417（1.109, 5.529）	0.026
長期療養型病院	3.304（1.272, 9.124）	0.014

（多変量ロジスティック回帰分析）

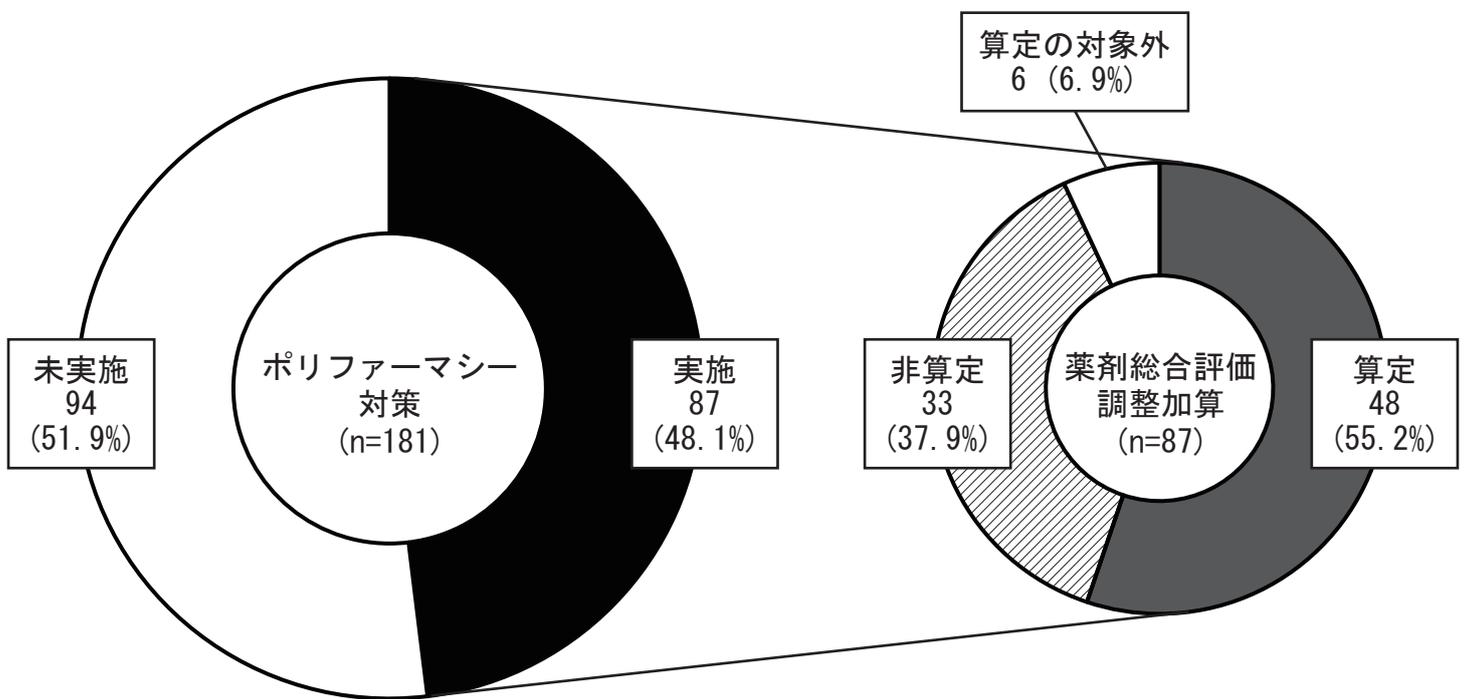


図1. ポリファーマシー対策実施未実施及び薬剤総合評価調整加算算定状況

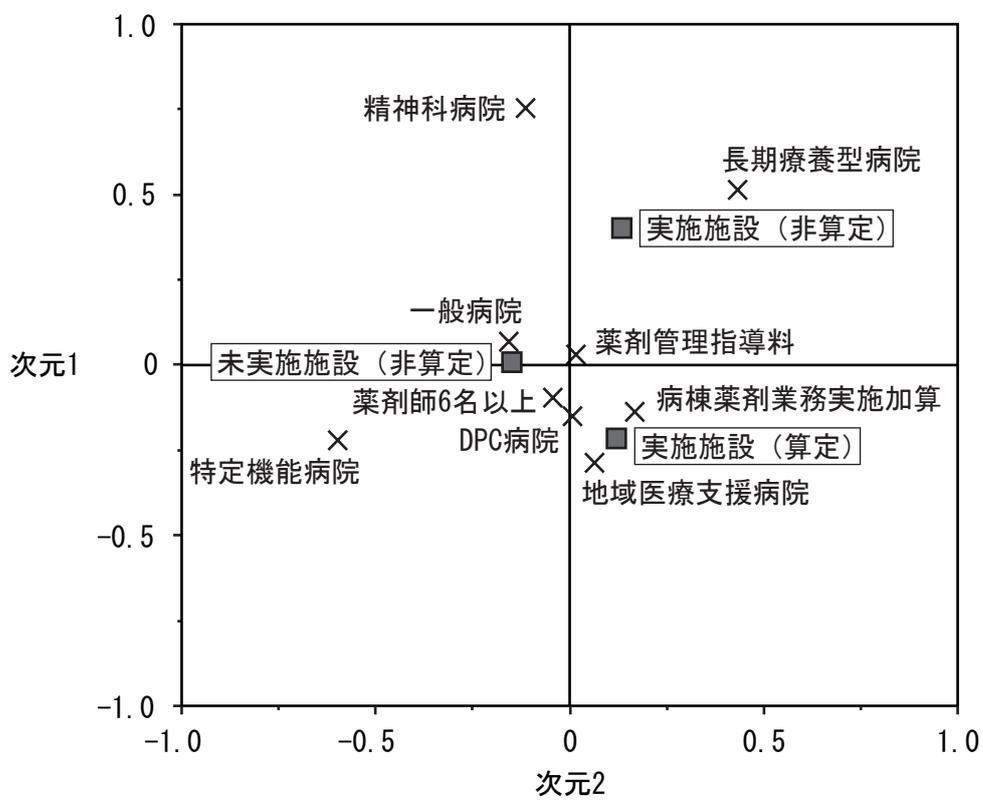
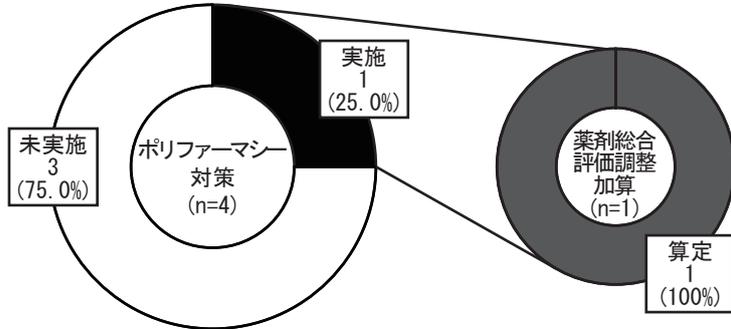
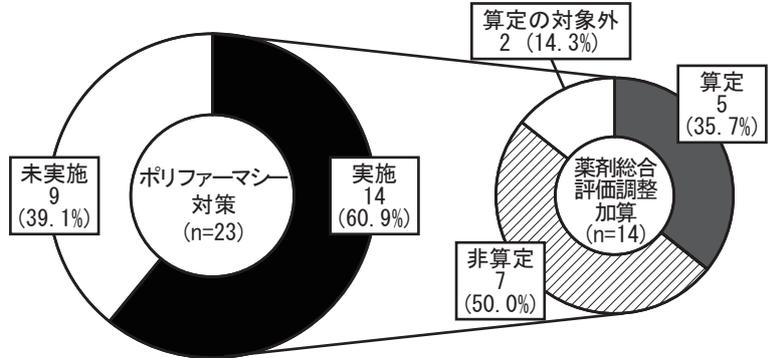


図2. ポリファーマシー対策実施未実施及び薬剤総合評価調整加算算定状況と施設背景とのコレスポネンス分析

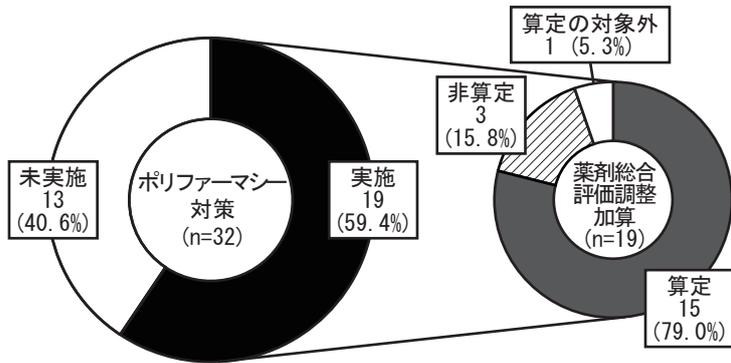
A. 特定機能病院



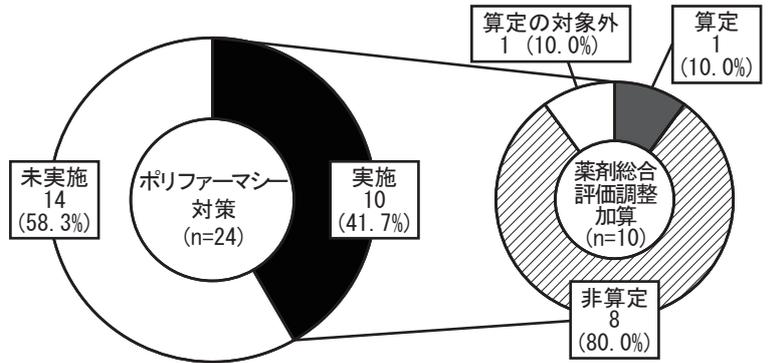
D. 長期療養型病院



B. 地域医療支援病院



E. 精神科病院



C. 一般病院

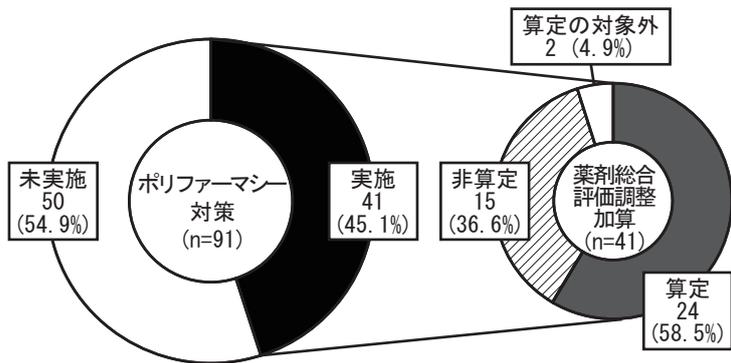


図 3. 病院機能別のポリファーマシー対策実施未実施及び薬剤総合評価調整加算算定状況

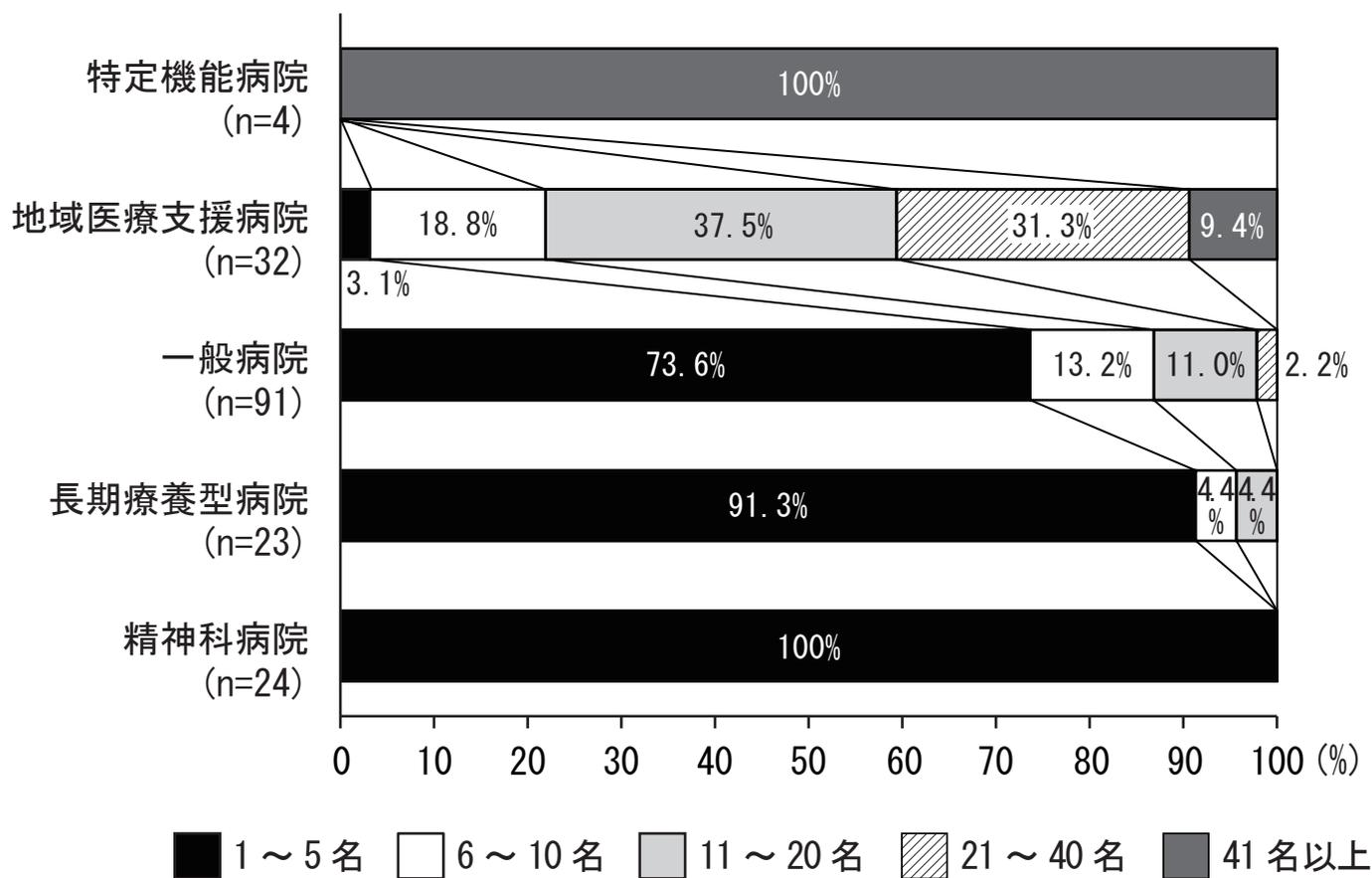


図 4. 病院機能別の薬剤師数内訳