

第3回 高齢者医薬品適正使用検討会

療養病床における薬剤使用に関するアンケート
集計結果まとめ

～日本慢性期医療協会～

【実施】平成29年5月

【対象】日本慢性期医療協会病院会員の薬剤部(科)長:1,024病院

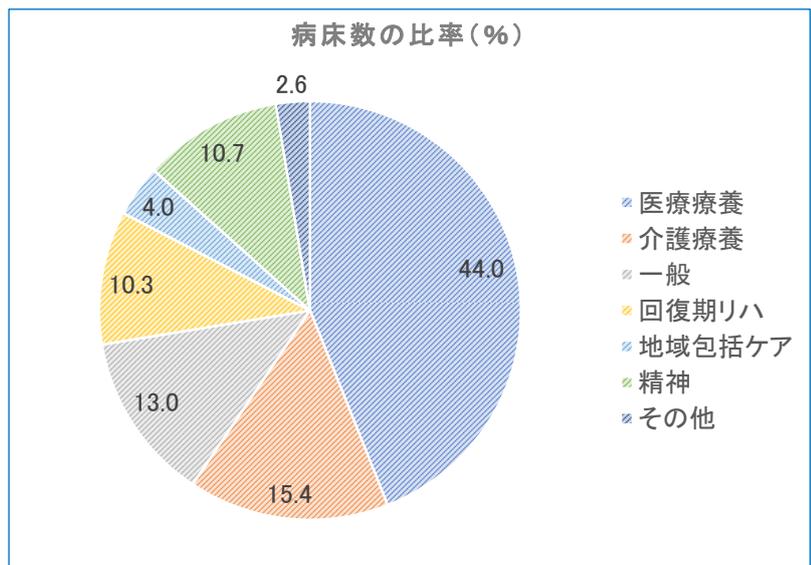
【回答】病院基本シート:320病院

病床種別シート:416病院(病床種別ごと)

1. 病床数

病床種別	病床数	比率(%)	病院数 (重複回答)
総病床数	61,161	100.0	320
医療療養	26,937	44.0	307
介護療養	9,397	15.4	118
一般	7,921	13.0	110
回復期リハ	6,309	10.3	110
地域包括ケア	2,447	4.0	73
精神	6,538	10.7	30
その他	1,612	2.6	32

病院基本シート

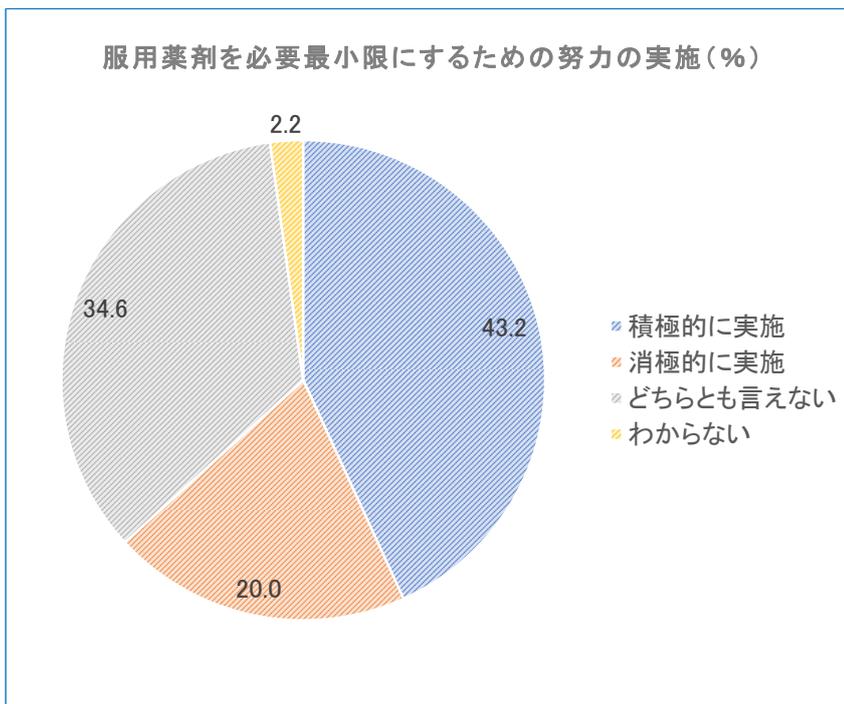


2. 薬剤師数

常勤	非常勤 (常勤換算数)	計	100床あたり 換算
1,058.0	138.9	1,196.9	2.0

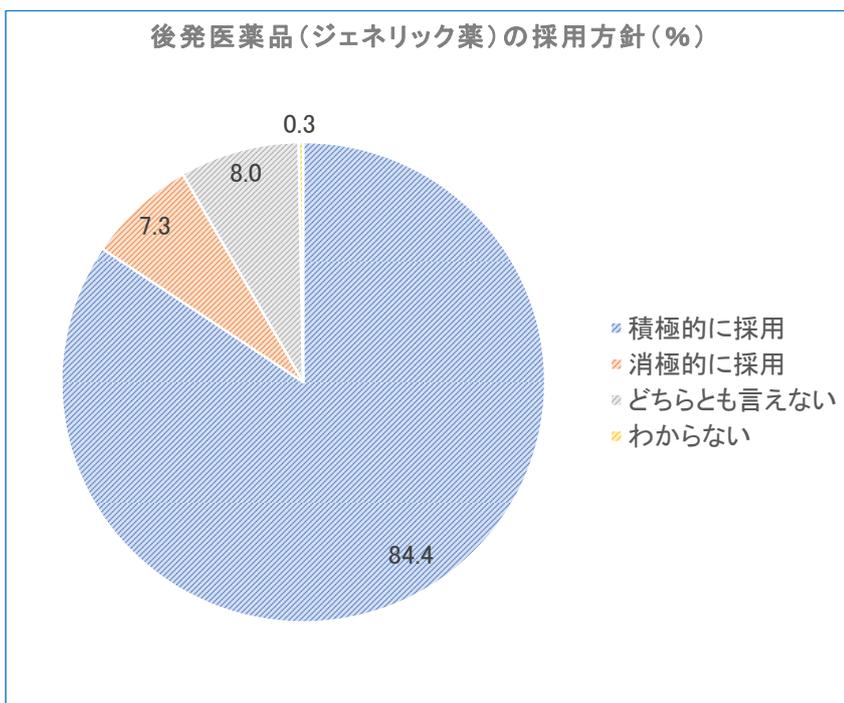
3.服用薬剤を必要最小限にするための努力の実施 (n=315病院)

	病院数	比率(%)
積極的に実施	136	43.2
消極的に実施	63	20.0
どちらとも言えない	109	34.6
わからない	7	2.2



4.後発医薬品(ジェネリック薬)の採用方針 (n=314病院)

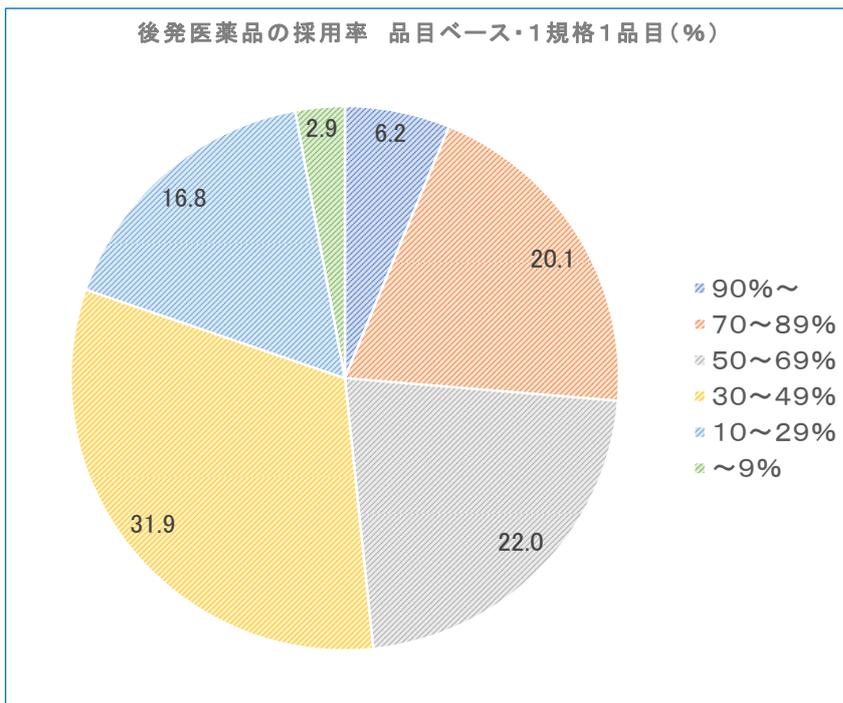
	病院数	比率(%)
積極的に採用	265	84.4
消極的に採用	23	7.3
どちらとも言えない	25	8.0
わからない	1	0.3



5.後発医薬品の採用率

5-1.品目ベース(1規格1品目) (n=273病院)

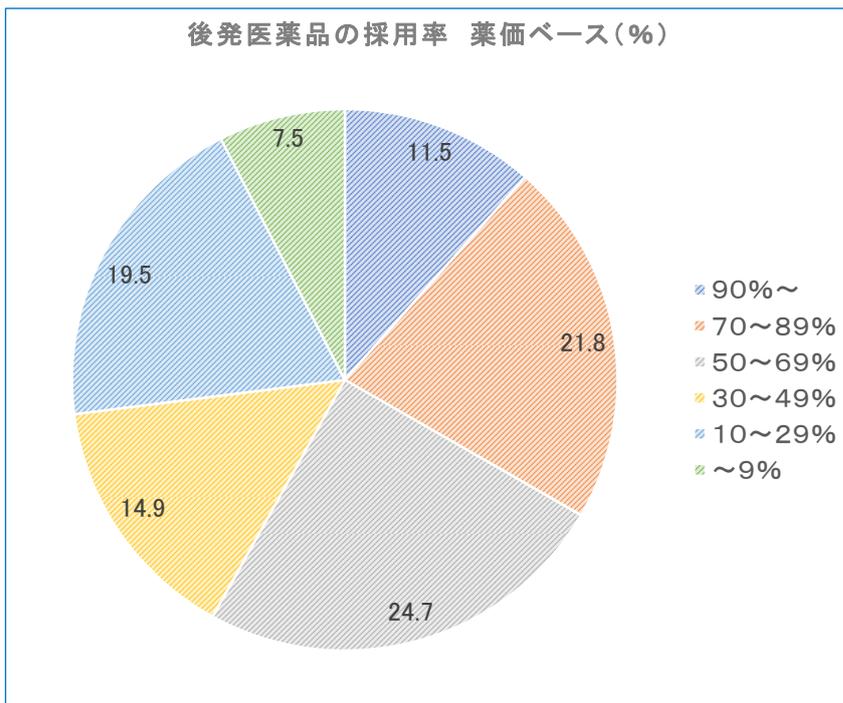
採用率	病院数	比率(%)
90%~	17	6.2
70~89%	55	20.1
50~69%	60	22.0
30~49%	87	31.9
10~29%	46	16.8
~9%	8	2.9



4

5-2.薬価ベース (n=174病院)

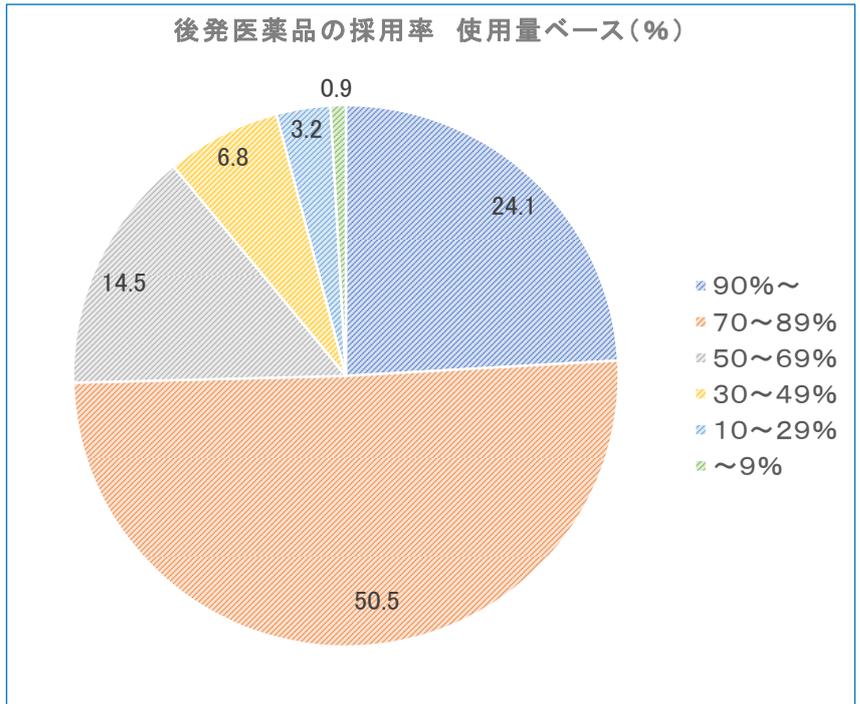
採用率	病院数	比率(%)
90%~	20	11.5
70~89%	38	21.8
50~69%	43	24.7
30~49%	26	14.9
10~29%	34	19.5
~9%	13	7.5



5

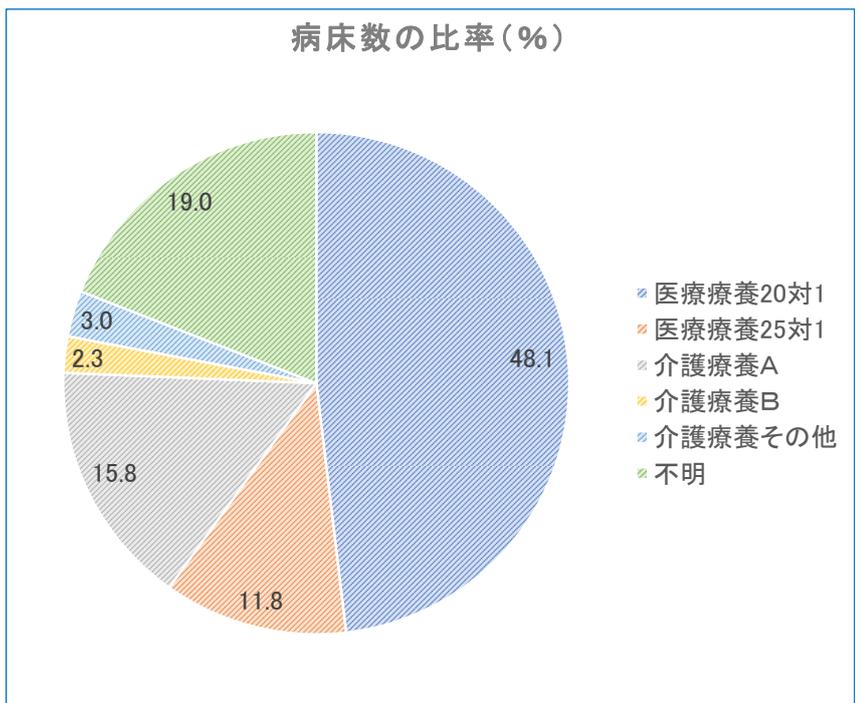
5-3.使用量ベース (n=220病院)

採用率	病院数	比率(%)
90%~	53	24.1
70~89%	111	50.5
50~69%	32	14.5
30~49%	15	6.8
10~29%	7	3.2
~9%	2	0.9



1. 病床種別と平成29年5月1日現在の病床数・入院患者数

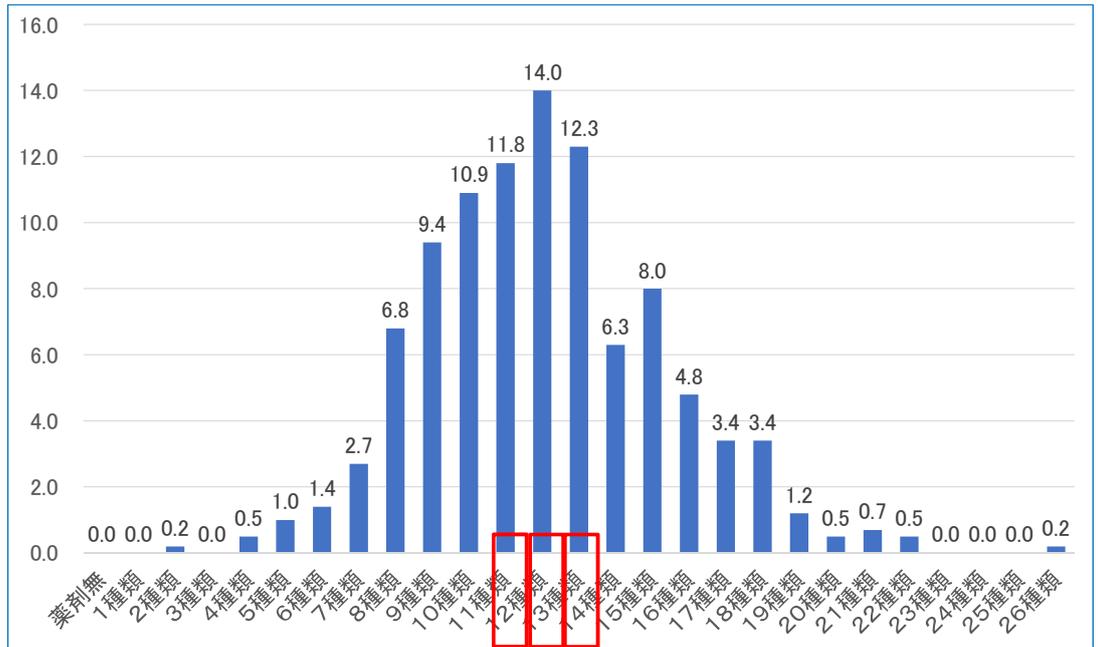
病床種別	病院数	病床数	入院患者数
医療療養20対1	218	17,887	16,784
医療療養25対1	62	4,370	4,022
介護療養A	67	5,869	5,563
介護療養B	9	868	832
介護療養その他	13	1,101	1,042
不明	47	7,081	6,296
計	416	37,176	34,539



※「不明」は、医療療養病床、介護療養病床を病院の一部で運営している病床

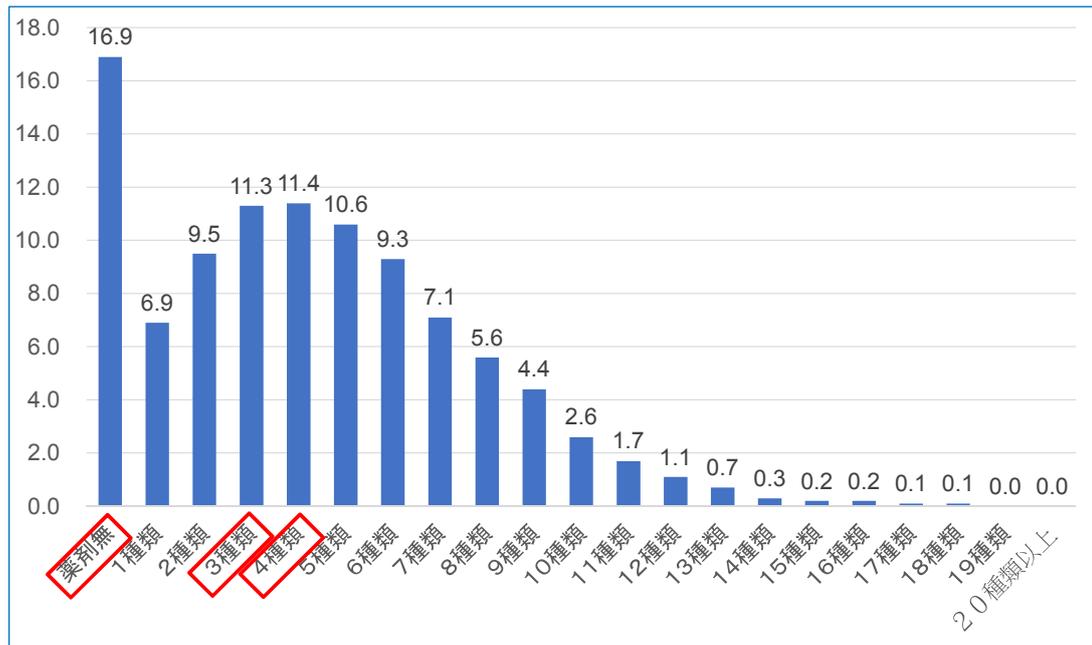
2. 平成29年5月1日現在、最も多くの定期内服薬を服用した患者の薬剤の種類 (n=414病院)

定期内服薬の種類	病院数	比率(%)
薬剤無	0	0.0
1種類	0	0.0
2種類	1	0.2
3種類	0	0.0
4種類	2	0.5
5種類	4	1.0
6種類	6	1.4
7種類	11	2.7
8種類	28	6.8
9種類	39	9.4
10種類	45	10.9
11種類	49	11.8
12種類	58	14.0
13種類	51	12.3
14種類	26	6.3
15種類	33	8.0
16種類	20	4.8
17種類	14	3.4
18種類	14	3.4
19種類	5	1.2
20種類	2	0.5
21種類	3	0.7
22種類	2	0.5
23種類	0	0.0
24種類	0	0.0
25種類	0	0.0
26種類	1	0.2



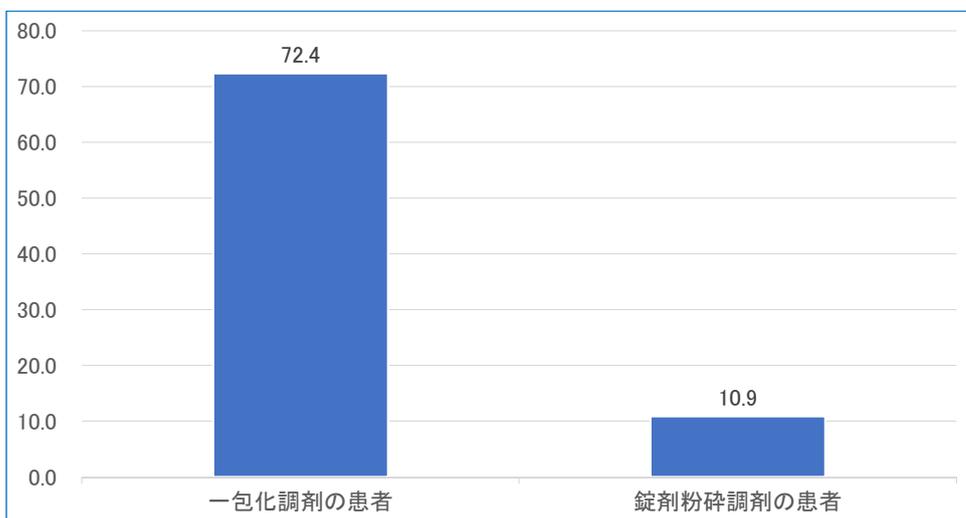
3. 平成29年5月1日現在の入院患者における定期内服薬の種類数毎の患者数 (n=33,469人)

定期内服薬の種類	患者数	比率(%)
薬剤無	5,650	16.9
1種類	2,297	6.9
2種類	3,194	9.5
3種類	3,786	11.3
4種類	3,807	11.4
5種類	3,551	10.6
6種類	3,109	9.3
7種類	2,371	7.1
8種類	1,873	5.6
9種類	1,475	4.4
10種類	885	2.6
11種類	567	1.7
12種類	367	1.1
13種類	220	0.7
14種類	114	0.3
15種類	82	0.2
16種類	61	0.2
17種類	25	0.1
18種類	20	0.1
19種類	5	0.0
20種類以上	10	0.0



4. 平成29年5月1日現在の入院患者における「一包化調剤の患者」と「錠剤粉碎調剤の患者」(n=33,469)

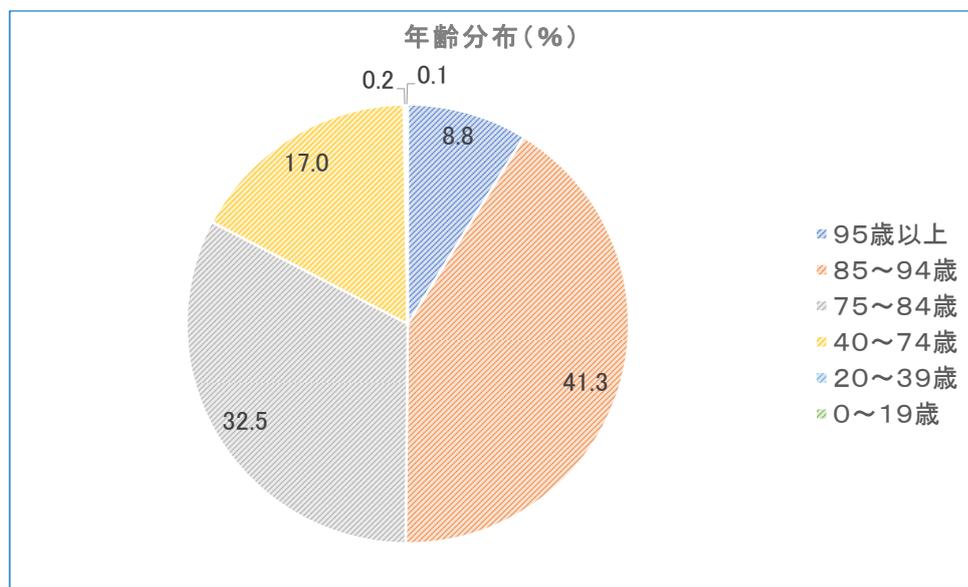
	患者数	比率(%)
一包化調剤の患者	24,229	72.4
錠剤粉碎調剤の患者	3,652	10.9



5. 平成29年2月1日～平成29年4月30日において、**1か月以上の入院を経て退院した全患者**の入院時と退院時の定期内服薬の種類数(入退院とも院内転棟を除く)(n=4,036人)

5-1. 年齢分布 (n=4,036人)

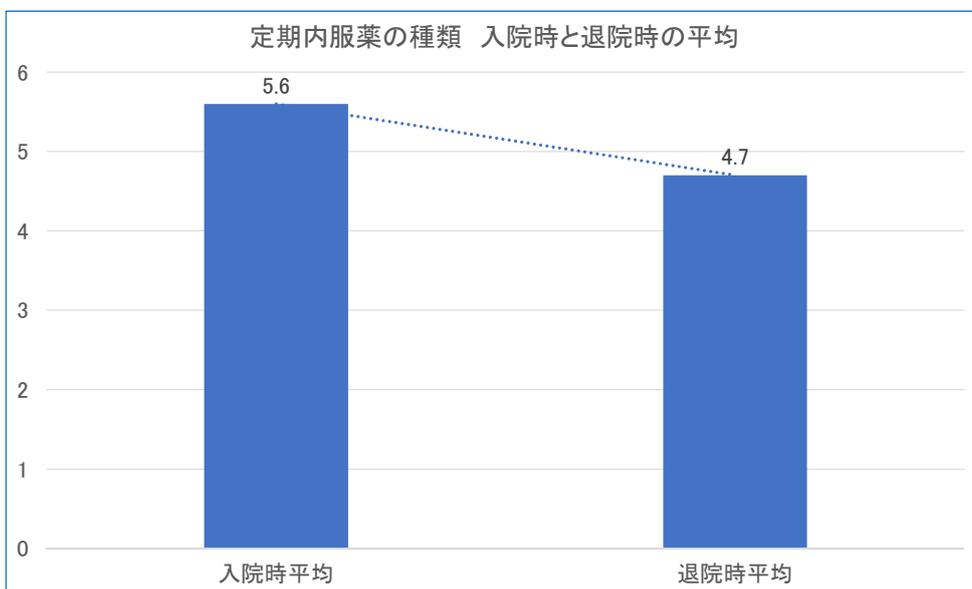
年齢分布	患者数	比率(%)
95歳以上	357	8.8
85～94歳	1,665	41.3
75～84歳	1,313	32.5
40～74歳	688	17.0
20～39歳	9	0.2
0～19歳	4	0.1



平均: 82.9歳
最高: 106歳
最低: 17歳

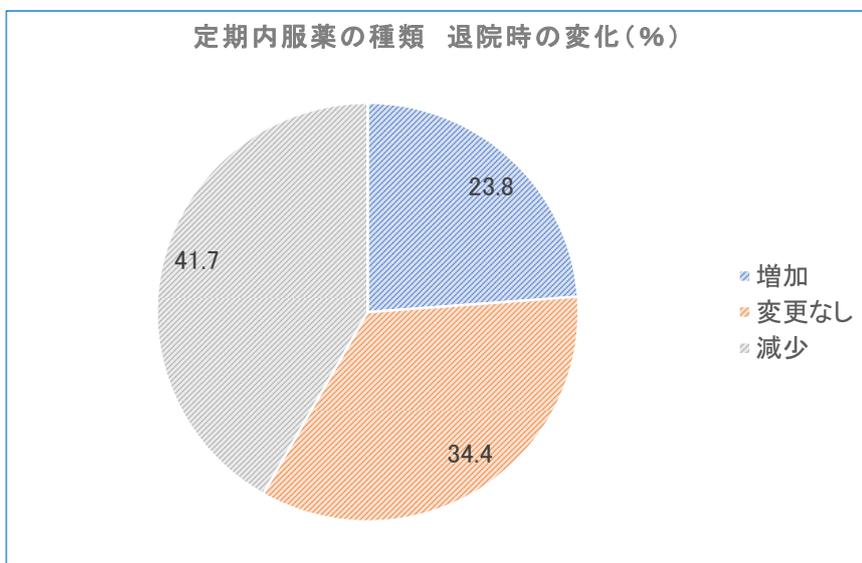
5-2. 定期内服薬の種類 **入院時と退院時の平均** (n=4,036人)

入院時平均	退院時平均
5.6	4.7



5-3. 定期内服薬の種類 **退院時の変化** (n=4,036人)

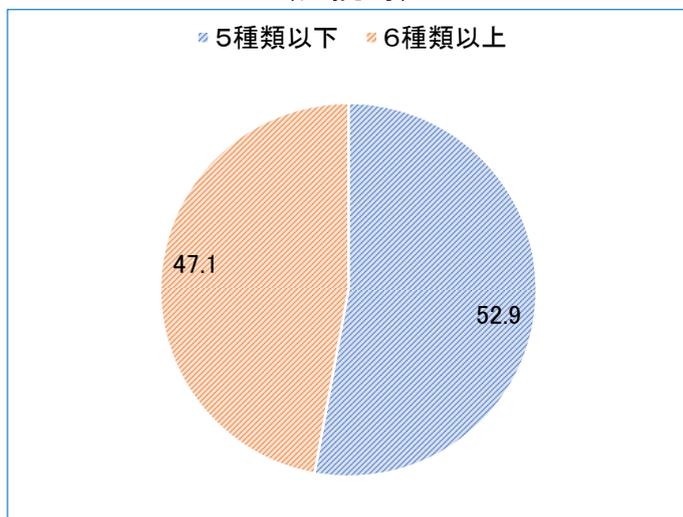
	患者数	比率(%)
増加	962	23.8
変更なし	1,390	34.4
減少	1,684	41.7



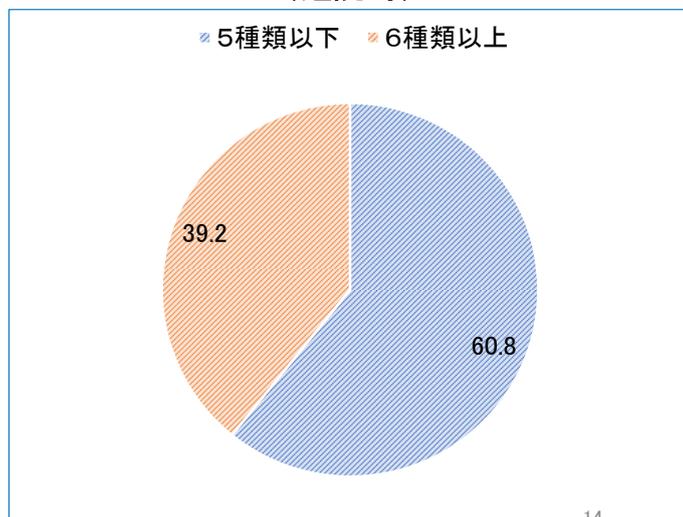
5-4. 定期内服薬の種類 **5種類以下と6種類以上の対比** (n=4,036人)

	入院時	退院時
5種類以下	2,136人(52.9%)	2,454人(60.8%)
6種類以上	1,900人(47.1%)	1,582人(39.2%)

〈入院時〉



〈退院時〉



5-5. 定期内服薬の種類 **入院時と退院時の比較** (n=4,036人)

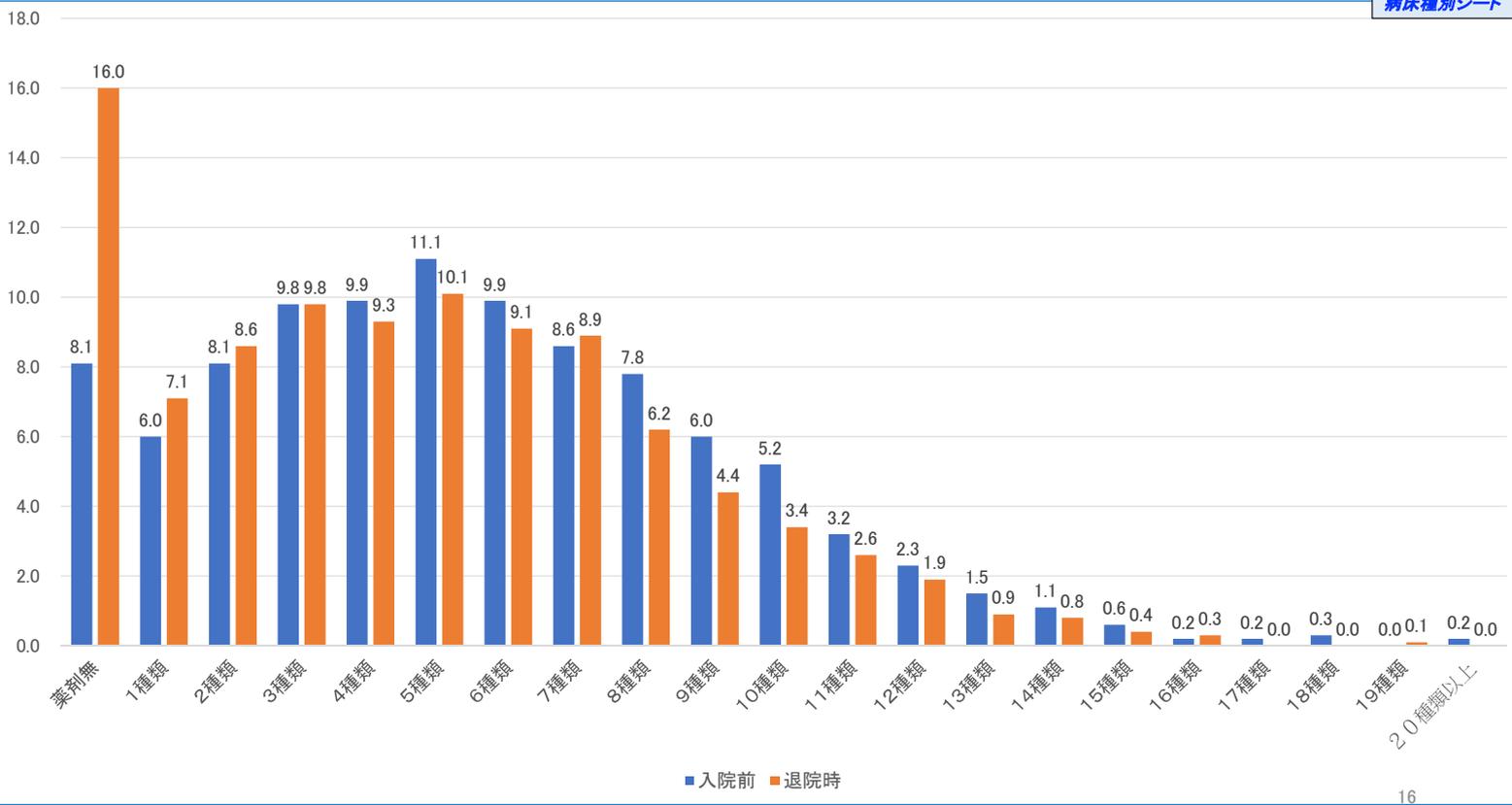
【入院時】

種類	患者数	比率 (%)
薬剤無	326	8.1
1種類	241	6.0
2種類	328	8.1
3種類	396	9.8
4種類	399	9.9
5種類	446	11.1
6種類	401	9.9
7種類	348	8.6
8種類	313	7.8
9種類	242	6.0
10種類	208	5.2
11種類	131	3.2
12種類	91	2.3
13種類	59	1.5
14種類	44	1.1
15種類	24	0.6
16種類	10	0.2
17種類	9	0.2
18種類	11	0.3
19種類	2	0.0
20種類以上	7	0.2



【退院時】

種類	患者数	比率 (%)
薬剤無	644	16.0
1種類	286	7.1
2種類	347	8.6
3種類	394	9.8
4種類	374	9.3
5種類	409	10.1
6種類	369	9.1
7種類	360	8.9
8種類	249	6.2
9種類	178	4.4
10種類	139	3.4
11種類	105	2.6
12種類	77	1.9
13種類	37	0.9
14種類	33	0.8
15種類	16	0.4
16種類	12	0.3
17種類	1	0.0
18種類	1	0.0
19種類	3	0.1
20種類以上	2	0.0

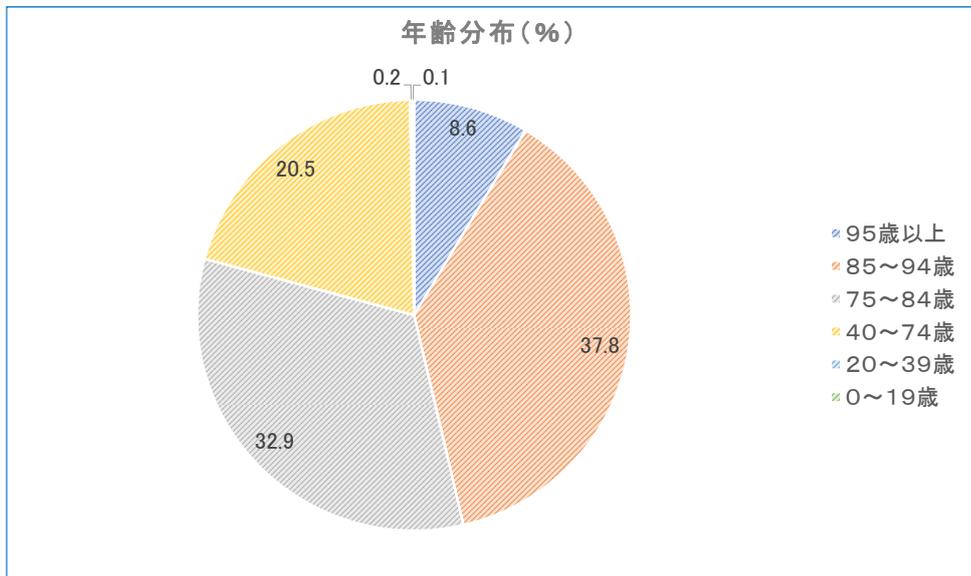


6.平成28年11月1日から30日までの1か月間に入院し、**継続して入院している全患者**の入院時と平成29年5月1日時点の定期内服薬の種類数（院内転棟を除く）（n=1,530人）

6-1.年齢分布（n=1,530人）

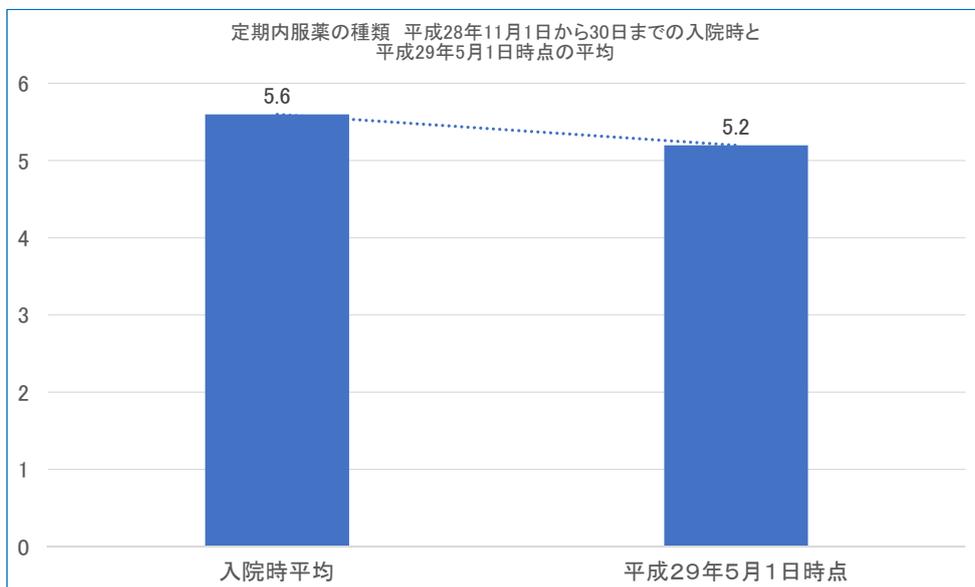
年齢分布	患者数	比率(%)
95歳以上	131	8.6
85～94歳	578	37.8
75～84歳	504	32.9
40～74歳	313	20.5
20～39歳	3	0.2
0～19歳	1	0.1

平均:82.0歳
最高:106歳
最低:10歳



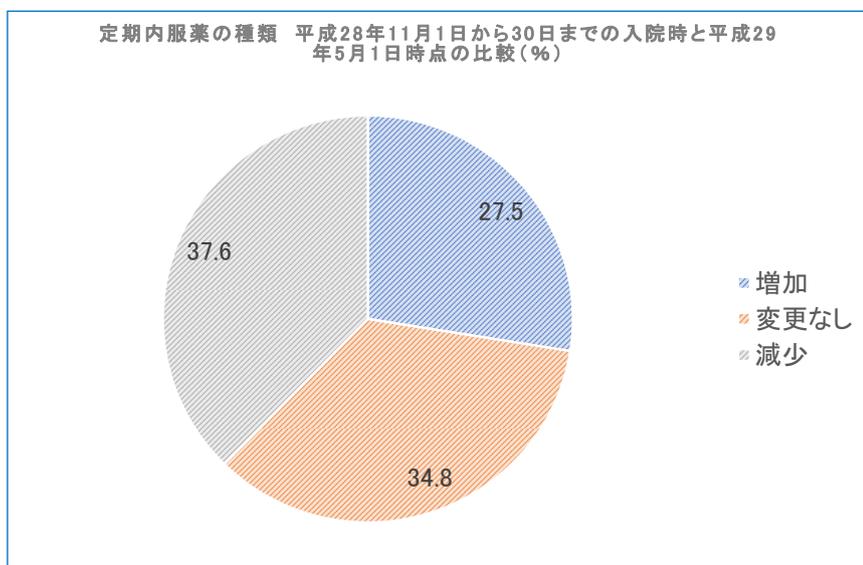
6-2. 定期内服薬の種類 **平成28年11月1日から30日までの入院時と平成29年5月1日時点の平均** (n=1,530人)

入院時平均	平成29年5月1日時点
5.6	5.2



6-3. 定期内服薬の種類 **平成28年11月1日から30日までの入院時と平成29年5月1日時点の比較** (n=1,530人)

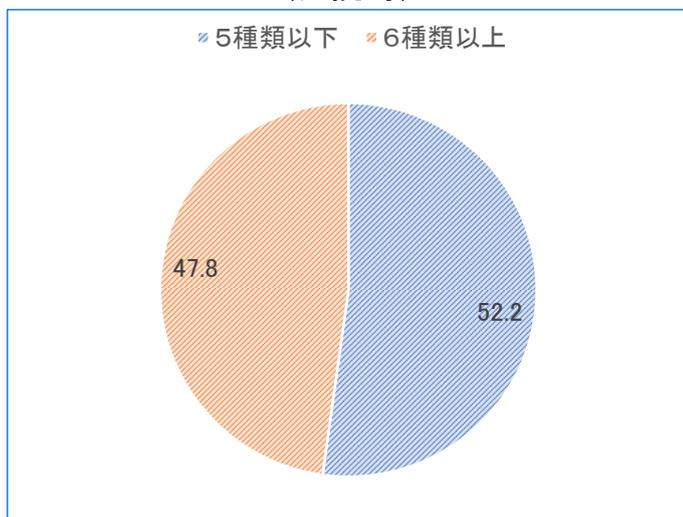
	患者数	比率(%)
増加	421	27.5
変更なし	533	34.8
減少	576	37.6



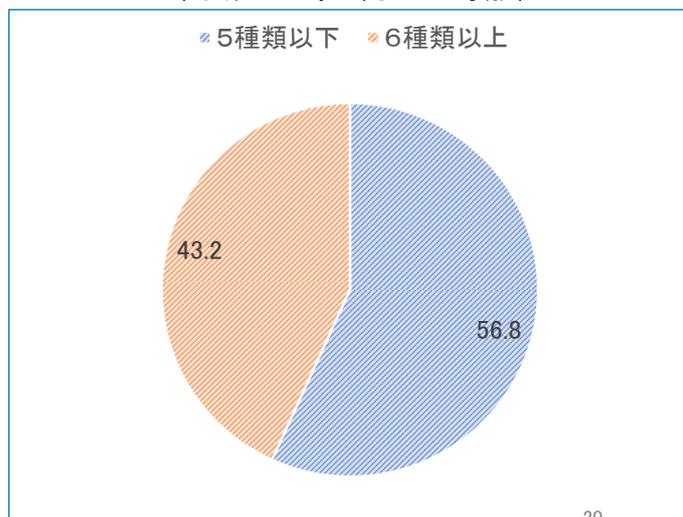
6-4. 定期内服薬の種類 **5種類以下と6種類以上の対比** (n=1,530人)

	入院時	平成29年5月1日時点
5種類以下	799人(52.2%)	869人(56.8%)
6種類以上	731人(47.8%)	661人(43.2%)

〈入院時〉



〈平成29年5月1日時点〉



6-5. 定期内服薬の種類 **平成28年11月1日から30日までの入院時と平成29年5月1日時点の比較** (n=1,530人)

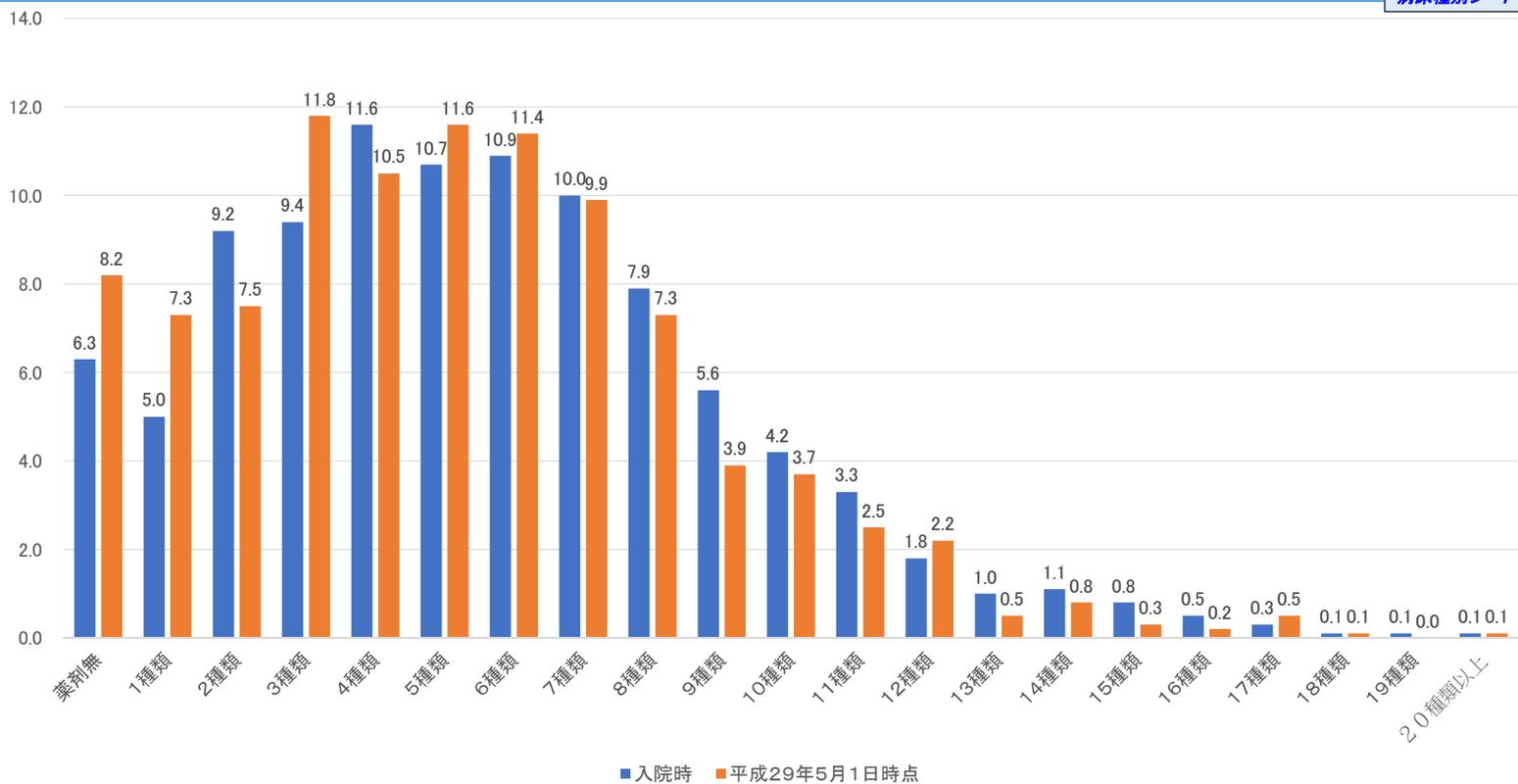
【入院時】

種類	患者数	比率(%)
薬剤無	97	6.3
1種類	76	5.0
2種類	140	9.2
3種類	144	9.4
4種類	178	11.6
5種類	164	10.7
6種類	167	10.9
7種類	153	10.0
8種類	121	7.9
9種類	86	5.6
10種類	64	4.2
11種類	51	3.3
12種類	28	1.8
13種類	15	1.0
14種類	17	1.1
15種類	12	0.8
16種類	8	0.5
17種類	5	0.3
18種類	2	0.1
19種類	1	0.1
20種類以上	1	0.1



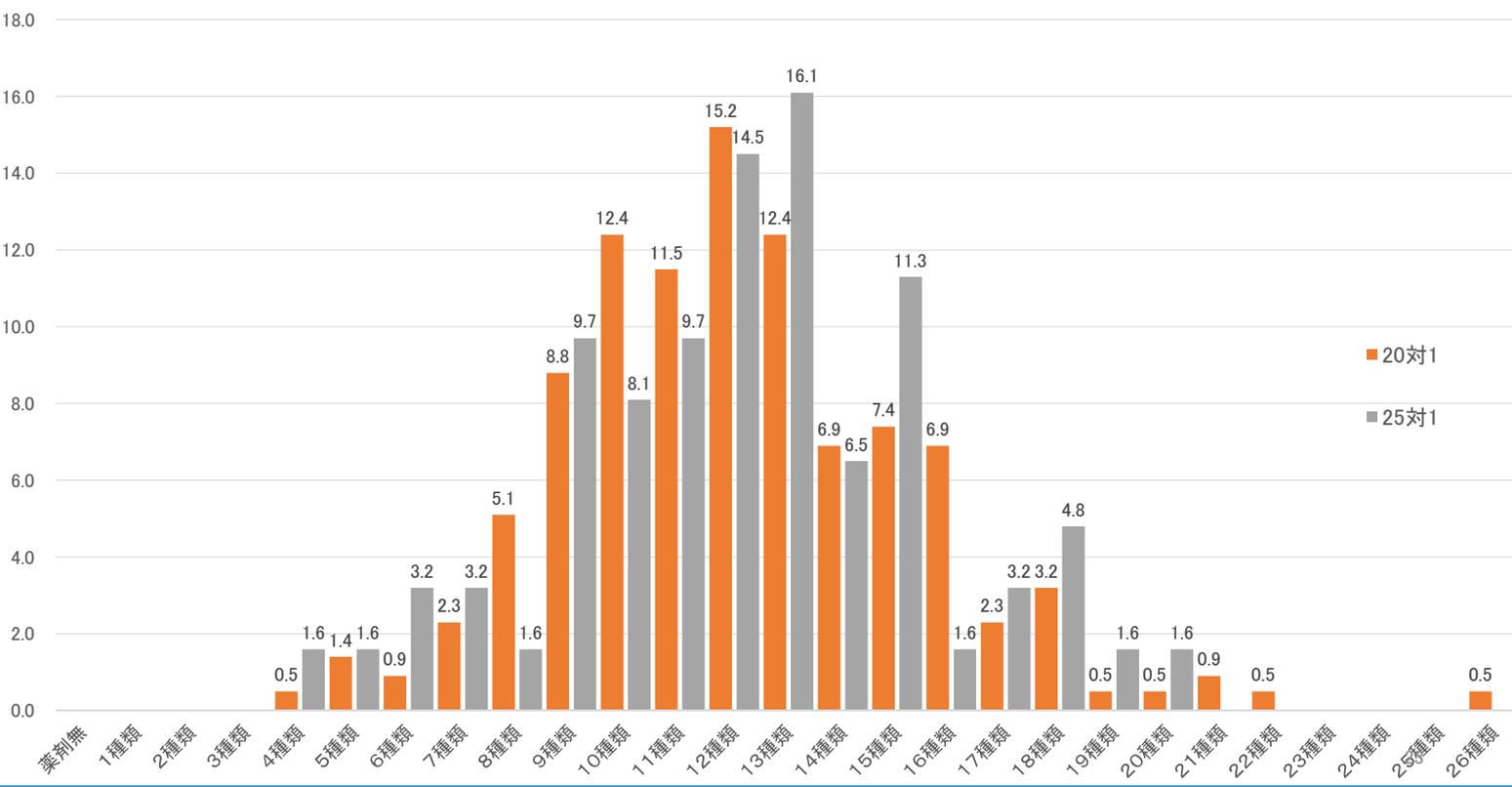
【平成29年5月1日時点】

種類	患者数	比率(%)
薬剤無	126	8.2
1種類	111	7.3
2種類	114	7.5
3種類	180	11.8
4種類	161	10.5
5種類	177	11.6
6種類	174	11.4
7種類	151	9.9
8種類	111	7.3
9種類	60	3.9
10種類	57	3.7
11種類	38	2.5
12種類	33	2.2
13種類	7	0.5
14種類	12	0.8
15種類	5	0.3
16種類	3	0.2
17種類	7	0.5
18種類	1	0.1
19種類	0	0.0
20種類以上	2	0.1



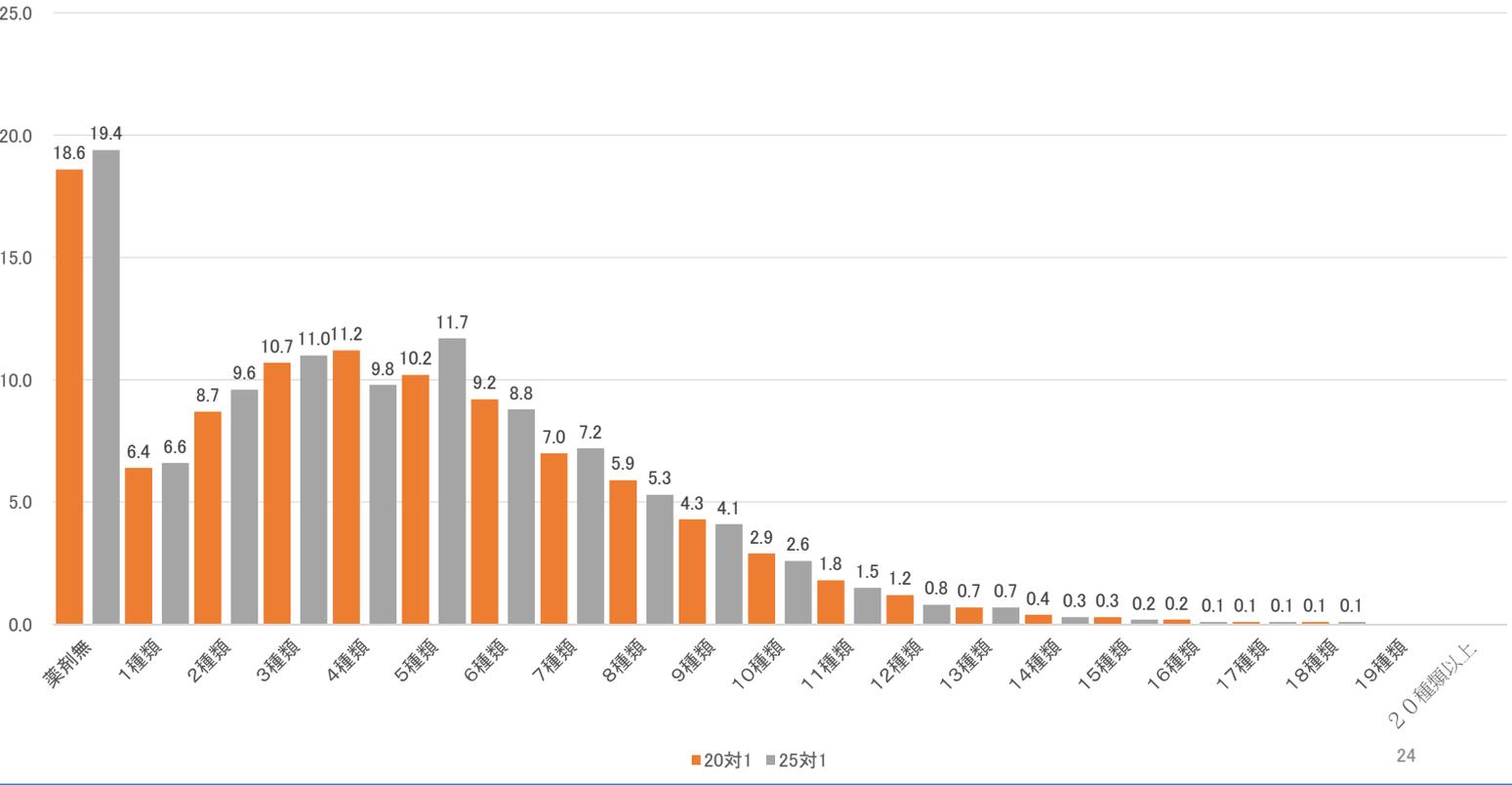
【全体・20対1・25対1の比較①】

平成29年5月1日現在、最も多くの定期内服薬を服用した患者の薬剤の種類(比率(%))



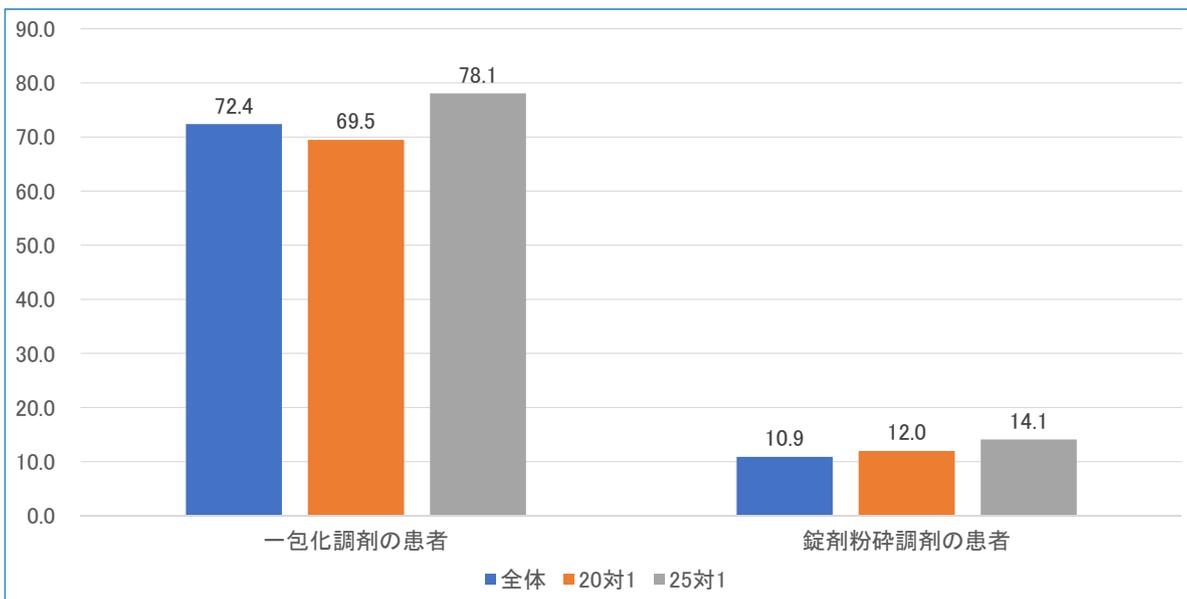
【全体・20対1・25対1の比較②】

平成29年5月1日現在の入院患者における定期内服薬の種類数毎の患者数(比率(%))



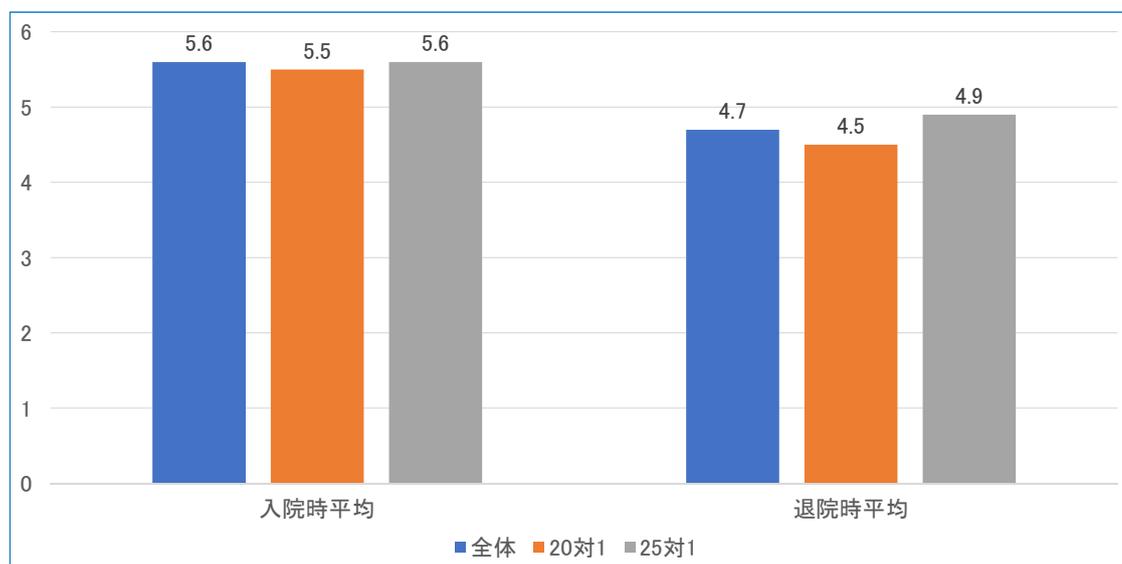
【全体・20対1・25対1の比較③】

平成29年5月1日現在の入院患者における「一包化調剤の患者」と「錠剤粉砕調剤の患者」(比率(%))

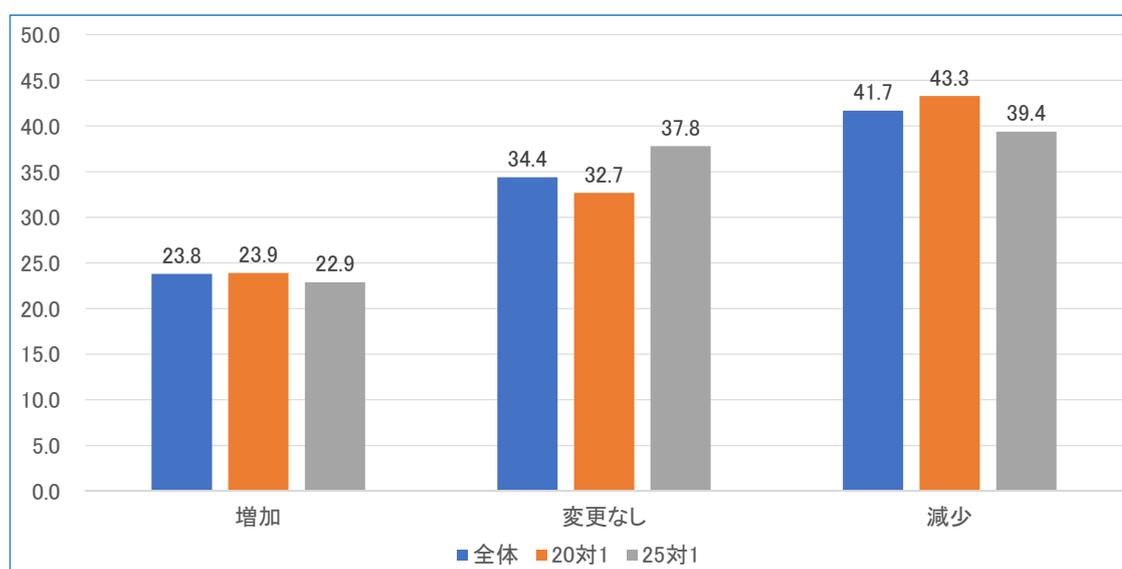


平成29年2月1日～平成29年4月30日において、1か月以上の入院を経て退院した全患者の入院時と退院時の定期内服薬の種類数（入退院とも院内転棟を除く）

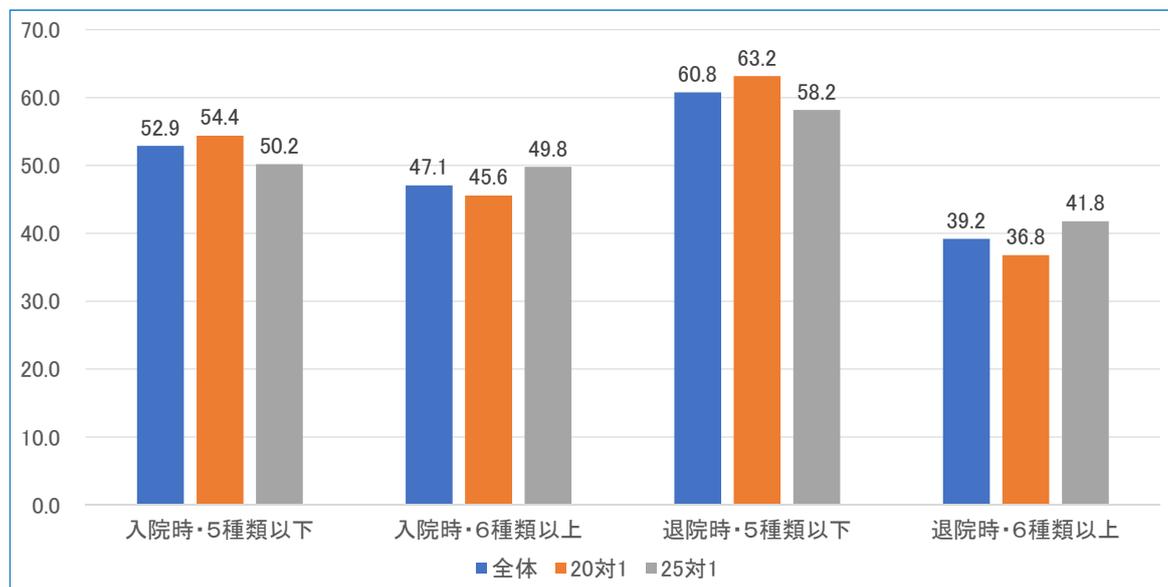
【全体・20対1・25対1の比較④】 定期内服薬の種類 入院時と退院時の平均



【全体・20対1・25対1の比較⑤】 定期内服薬の種類 退院時の変化(比率(%))



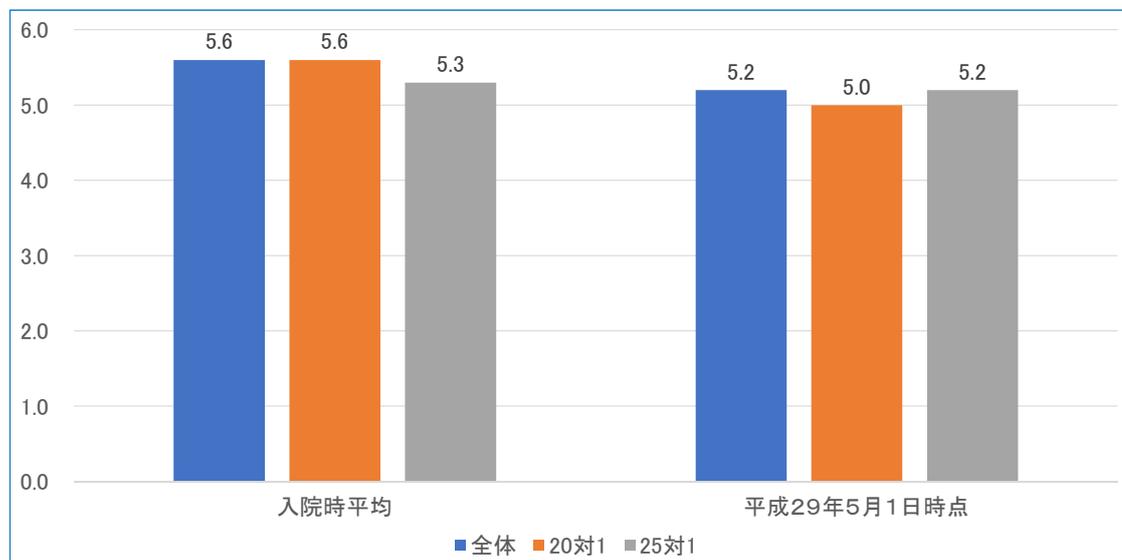
【全体・20対1・25対1の比較⑥】 定期内服薬の種類「5種類以下と6種類以上」
入院時と退院時の対比(比率(%))



平成28年11月1日から30日までの1か月間に入院し、**継続して入院している全患者**の入院時と平成29年5月1日時点の定期内服薬の種類数（院内転棟を除く）

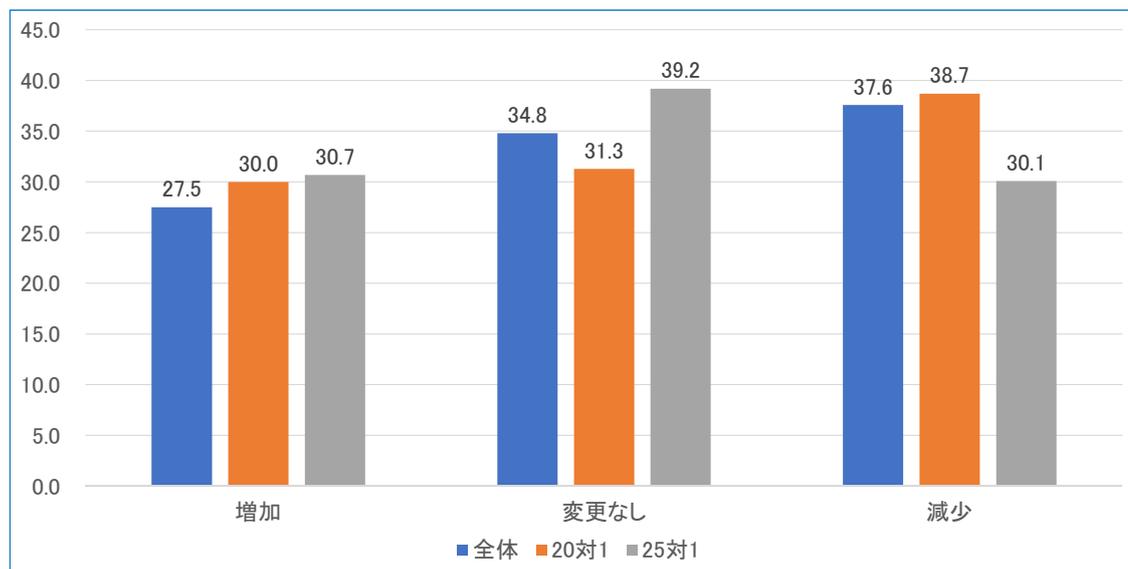
【全体・20対1・25対1の比較⑦】

定期内服薬の種類 平成28年11月1日から30日までの入院時と平成29年5月1日時点の平均



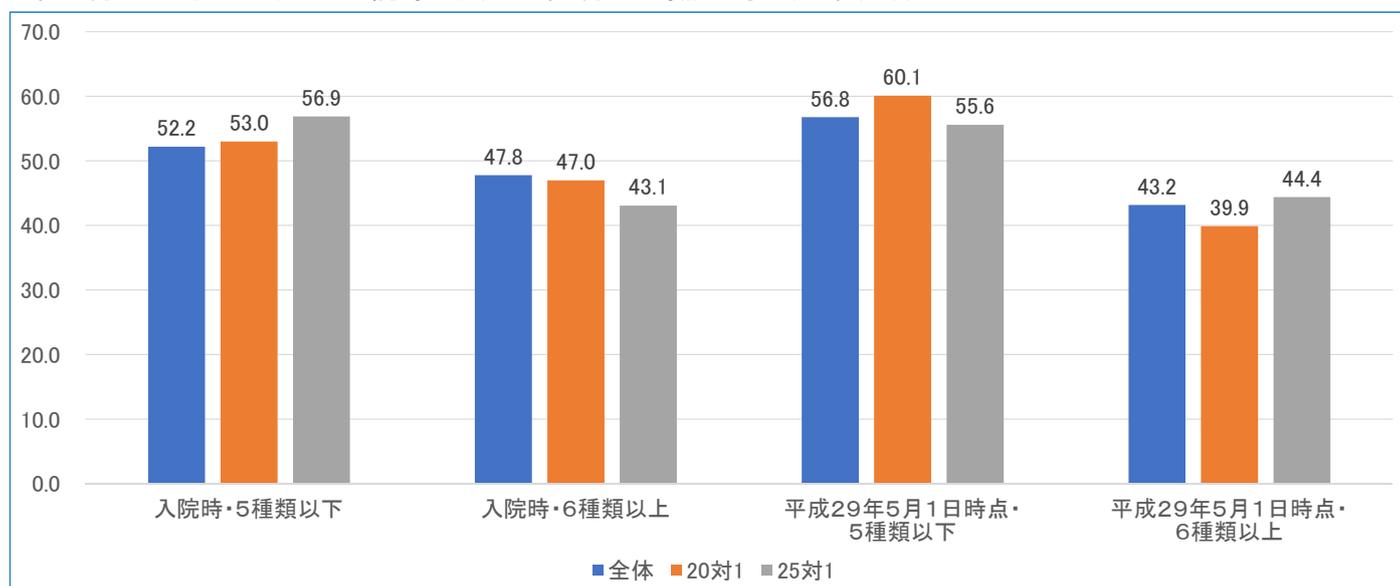
【全体・20対1・25対1の比較⑧】

定期内服薬の種類 平成28年11月1日から30日までの入院時と平成29年5月1日時点の比較(比率(%))



【全体・20対1・25対1の比較⑨】定期内服薬の種類「5種類以下と6種類以上」

平成28年11月1日から30日までの入院時と平成29年5月1日時点の対比(比率(%))



自由記載欄の主な意見

Q1.服用薬剤を必要最小限にするためにどのような努力をしていますか？

⇒医師と薬剤師の連携

- ・薬剤師から医師への提案
- ・入院時から持参薬の見直し
- ・持参薬から院内処方に切り替える際の見直し

Q2.ポリファーマシーなど高齢者医薬品使用に関する意見

⇒情報一元化とまとめ役となる医師の必要性

- ・入院を機に減薬を見直していく
- ・薬を求める患者も多いので、患者の理解も必要

Q3.入退院の間で患者の薬剤数が増えたのはなぜですか？

- ・感染症のため
- ・他科受診のため
- ・疼痛の軽減ため

Q4.入退院の間で患者の薬剤数が減ったのはなぜですか？

- ・入院加療によって状態が改善したため
- ・リハビリや介護の介入によって、眠剤等が不要となった
- ・同種同効の薬剤を減らしたため

32

フリーアンサー（抜粋）

Q1.服用薬剤を必要最小限にするためにどのような努力をしていますか？（1）

1	週に1回、医師と薬剤師でポリファーマシーについてのミーティングを行っている。
2	持参薬から当院処方に切り替えるまでに、薬剤師が薬剤の重複や検査値の確認などを行い、医師に削減の提案を行う。
3	持参薬からの切り替え時に可能な限り減薬する。
4	患者の症状が薬剤による副作用と思われる場合、薬剤の減量を速やかに行っている。また他院からの持参薬を当院採用薬へ切り替える際、必要最小限の薬剤に抑えている。
5	「入院時情報提供書」の内容を確認した上で主治医と相談し、数日毎に処方の見直しを行っている。
6	入院時に「持参薬鑑別書」をしっかり作り、主治医と減薬について(患者の状態も含め)相談する。痛み止めであれば屯用を使用する方向で検討する。
7	入院時の状況や検査値などを確認し、薬剤の必要性について医師に相談している。
8	入院時に前医の処方を確認し、漫然と同一の処方が行われないよう見直しをする。
9	入院時カンファレンスなどの際、持参薬の見直しを行い、減薬可能であれば継続せず、経過や検査値のデータを見ながら検討している。
10	定期処方をできるだけ減らし、処方の都度、内容を見直す。入院患者の持参薬の見直しも行う。
11	主に長期入院の入院・転棟時に、不要な薬剤がないかを医師と共に検討している。また、調整・減薬を行った際は、服薬指導などでその後の経過を継続して確認している。
12	外来診療に薬剤師が関与し、薬剤の必要性を評価し、医師に処方提案をしている。

33

フリーアンサー（抜粋）

Q1. 服用薬剤を必要最小限にするためにどのような努力をしていますか？（2）

13	看護科とも連携 。検査データを確認し、薬剤の継続が必要かどうか、医師に確認することがある。
14	服薬指導、検査値、バイタルなど、看護師からの提案により、主治医に連絡している。
15	検査値などから腎機能を客観的に判断し、適正な薬物使用量となるようチェックしている。
16	回診に同行し、患者の状態把握や他職種との意見交換を行い、薬剤の必要性について検討している。病院としても6剤以下の内服剤数にすることを目標としおり、他職種に周知し、患者にもその方針を伝えている。
17	全職員対象にポリファーマシーに関する研修会（講師：老年科医師）開催。 医局会にて医師へ説明を行う。家族が減薬について疑問を抱いている場合は、面談して説明する。
18	向精神薬や精神病薬の重複投与を回避している。
19	薬事審議会に議題 として取り上げ、どの医師の処方が多いのかをグラフで表示し、対策を検討している。定期処方時に高齢者のポリファーマシーの問題を紹介し、処方薬の見直しを医師に依頼している。
20	投与理由・根拠が不明確な処方や検査値が改善されているのに漫然と投与されている処方は、見直すように努めている。主治医のみならず 薬剤師も、薬剤管理指導を通して見直すべき薬剤について処方提案 を行っていくよう努めている。
21	薬剤の使用理由を把握。 本人・家族への説明 （薬を求める患者が多い。）
22	年齢や病気の進行具合によって、認知症・骨粗鬆症の薬は削減することが多い。
23	ジェネリック薬を使用。主治医に処方を提案。
24	平成28年度からスタートした「 薬剤総合評価調整加算 」について、院内で周知している。

34

フリーアンサー（抜粋）

Q2. ポリファーマシーなど高齢者医薬品使用に関する意見（1）

1	薬による副作用を薬でカバーしている処方が多々見られる。
2	一般病床からの持参薬は、腎機能に配慮されていないケースが年々増え、多剤服用となっている患者が多くなっているように思われる。
3	高齢者の入院時、以前から継続されている定期薬なのか、臨時で使用されていたのか、情報提供がまだまだ不十分なケースもみられる。退院時の情報提供の重要性はもとより、各施設間での連携の充実も重要となる。
4	一概に剤数だけを見てポリファーマシーだというのではなく、必要な薬剤だけが投与されているのであれば、剤数が多いことは特別に問題視するものではない。
5	単に減薬するのではなく、使用薬剤の影響を医師と確認しながら取り組むことが大切だと考える。
6	栄養科や検査科など、コメディカルとの連携も重要。
7	お薬手帳の活用、一包化の推進、配合剤の活用 などで薬剤の数を減らし、かつ服用がしっかりできるように工夫している。
8	患者が複数の診療科を受診している場合、 まとめ役となる医師が必要 。
9	薬を一元管理するため、「 かかりつけ医 」や「 かかりつけ薬剤師 」を充実させるべきだと思う。かかりつけ以外で診察・投薬した場合は、患者の自己負担金が増えるようにしてはどうか。
10	精神神経系薬剤は中止、変更しづらい、と考える医師が多い 。
11	高齢者患者の場合、薬を処方されることが医師の心配りであると思う傾向が強く、減薬されると自分は配慮されていないのだと不安になり、怒りをあらわにされる場合もある。 高齢者の意識改革 も重要だと思われる。

35

フリーアンサー（抜粋）

Q2. ポリファーマシーなど高齢者医薬品使用に関する意見（2）

12	ポリファーマシーにおいて薬剤師は大きなウェイトを占めるが、 医師、患者本人、ご家族の理解 も同じくらい重要である。
13	当院に入院する患者の薬剤を確認すると、長年漫然と投与されている薬がとて多いとを感じる。ただし、 外来では患者の観察が困難なため、医師が中止した がらないことも理解できる。入院患者の状態を観察しながら薬剤の調節ができる場合は、積極的に実施すべきだと考えます。
14	通院や在宅では改善がなかなか難しいので、 入院を機に見直す ということも考えられる。
15	当院は中小病院であり、自宅退院や施設への入所までサポートする役割を担っているため、患者の生活背景を考えた薬の見直しが必要であると考えている。
16	高齢者は複数の医療機関や診療科を受診しているため、それぞれの専門医から処方される薬を整理する「 総合診療医 」が もっと必要 であると思う。また、薬剤師も最近、専門薬剤師となる傾向が高まっているが、高齢者に処方された薬剤を総合的に判断し、患者や他職種にアドバイスできるようなジェネラリストが求められていることをもっと理解すべきだと思う。
17	薬剤師は、使用されている薬剤が患者にとって必要かどうかを見極める力をもっと身に付けるべきである。
18	高齢者の生理機能の加齢変化を考慮し、薬物動態を踏まえた処方が重要であると考えます。
19	加齢とともに複数の疾患を合併することから多剤併用が多くなり、重複投与薬物間の相互作用のリスクが問題となる。このため、 病棟薬剤師による入院患者への薬学的モニタリングが重要 となる。
20	患者からの訴えがあると、医師に薬を要求してしまうことが多々あると思う。しかし、患者の訴えに応じてばかりいはいけないと思うようになった。一度出した薬を中止するのはとても難しい。

36

フリーアンサー（抜粋）

Q2. ポリファーマシーなど高齢者医薬品使用に関する意見（3）

21	高齢者に対する薬剤の使用品目数や、用量はなるべく減少させるべきであることは承知していても、薬剤の減少による体調変化の危惧や、他科による処方薬の評価が困難であることなどを理由に、実際には実施できない例が多い
22	以前より過剰な薬剤投与は問題となっていたが、 使用しやすいガイドラインが発表 され、また社会的理解や患者側の理解によって薬剤の適正使用が進んできたと考えている
23	定期的に医療機関で内服薬の見直しを行わなければ、服用薬剤数が増える傾向にあり、 ポリファーマシーに関する院内教育が急務 と感じている
24	病態を見極めて 多職種 でポリファーマシーを実践していくことが大切だと思う
25	患者様自身に対するポリファーマシーの問題点、啓発活動 を行う。MRからのポリファーマシーに関する情報を増やせるように働きかける
26	複数の病院や診療科を受診している患者さんも多く、 医師は自分の専門分野以外の科からの処方 はなかなか 変更しにくい ため、減らせるケースは少ない
27	慢性期病院で受け入れる患者はある程度症状の安定した状態で入院となる。 医師は専門外の処方 については継続使用する傾向にあるので、服用薬剤を必要最小限にするには、 薬剤師の積極的な関与 が必要と考える
28	重複して類似薬が処方されている、相互作用により副作用が出現するなどを考えて医師に処方提案していけるかが重要だと思います。
29	総合診療医 が交通整理をしていかないといけない。また開業医と病院の病診連携の強化も強く望む。

37

フリーアンサー（抜粋）

Q3. 入退院の間で患者の薬剤数が増えたのはなぜですか？

1	入院時の持参薬以外に一時中止されていた薬が見つかり、再開したため。
2	急性期病棟へ入院となり、必然的に薬が増えた。
3	感染症等を発症したため。
4	心不全や高血圧などのフォローが入院時に行われていないケースがあるため。
5	回復期リハビリの患者は訴えができるため、減薬が難しい。
6	慢性疼痛の痛みが軽減しない場合、神経障害性疼痛治療薬や鎮痛補助薬、非麻薬性鎮痛薬が増加する。
7	長期入院で排便コントロールをつけるため、下剤が追加されることが多い。
8	持参薬の配合錠を単剤に変更したため。
9	患者の訴えがあった場合や入院中に新たな病気が発症した場合。
10	薬に対する執着が強い患者は訴えが多く、減らした薬を再開することが多い。また、皮膚科や整形外科など、内科以外を受診したときに薬剤数が増えることが多いです。
11	入院中に他科を受診し、薬剤が増えた。
12	夜間せん妄のため安定剤の使用など。
13	緩和ケア目的で入院された患者の場合、鎮痛剤が増えることがある。
14	臨時薬がそのまま定期薬になる場合が多い。
15	環境の変化による不眠や症状悪化による場合。

38

フリーアンサー（抜粋）

Q4. 入退院の間で患者の薬剤数が減ったのはなぜですか？

1	入院によって食事と生活が改善し、病態が安定したため。
2	療養病棟に移って症状が落ち着き、退院に向け、薬剤師が主治医と減薬を検討している。
3	食事療法と運動療法により状態が改善されたため、糖尿病治療薬の減量・中止・休薬ができた。
4	リハビリの積極的な介入により、眠剤に頼らず睡眠を十分にとれるようになったため。
5	リハビリの結果、鎮痛剤の必要がなくなった。
6	リハビリの実施により、整形外科の痛み止めと胃薬が中止となった。
7	降圧剤の減少が多い。
8	原疾患が軽快したり、頓服での対応で可能となった。
9	複数の診療科から同系統の薬剤（胃薬など）が処方されていたため、それを一本化した。
10	同種同効薬はできる限り減らす方向で取り組んでいる。
11	他院や他科での重複投与を整理。
12	高齢者の身体・症状について理解し、処方方を考慮した。
13	高齢者に対するスタチン製剤の削減。嚥下困難となり、内服中止など。
14	転院患者の場合、そもそも前医で処方されていた剤数が多かった。
15	漫然投与と思われる薬剤（過度の鎮静に対する精神薬など）を減らした。

39

ポリファーマシーに関する5つの提言

1. 国民的啓蒙活動
2. 多職種連携での取り組み推進(特に医師と薬剤師)
3. PST(Polypharmacy Support Team)の設置
4. 製薬会社・薬剤卸業者等の取り組み
5. 診療報酬でのインセンティブ