

減らすだけが正解じゃない！ ～患者中心の処方提案で挑むポリファーマシー～ グループワーク



症例1（在宅）

楠里 裕（クスリ ユタカ） 86歳 男性

あなたは、訪問薬剤管理指導を行っている薬局薬剤師です。

楠里さんは、糖尿病でA病院代謝内科、慢性腎臓病でA病院腎臓内科、大腸癌術後でB病院消化器外科、認知症でCクリニック脳神経外科通院していましたが、**通院が困難**となってきたため、訪問診療を開始することになりました。薬は自分で管理しており、**飲み忘れも多い**ようだったので、訪問医より訪問薬剤の依頼がありました。今日は初めての訪問です。

家族構成：長女家族と同居、日中は一人で過ごすことが多い

要介護3

ADL：自宅内は**つまり歩き可能だが、ふらつく**ので、横になっていることが多い、**過去3か月に転倒1回**あり。

HDS-R：**17点**

体重50kg, BP 128/68, P 80

検査データ：AST/ALT 15/10, **Cr 1.70mg/dl**, K 4.8mEq/l, **HbA1c 7.0%**



2

症例1の処方内容

1. アムロジピン錠 5mg 1回1錠 1日1回夕食後
2. エナラプリルマレイン酸錠 5mg 1回1錠 1日1回朝食後
3. グリメピリド錠1mg 1回2錠 1日1回朝食後
4. ランソプラゾールOD錠 15mg 1回1錠 1日1回朝食後
5. ロスバスタチン2.5mg 1回1錠 1日1回朝食後
6. 酸化マグネシウム 330mg 1回1錠 1日3回毎食後
7. ドキサゾシン錠 1mg 1回1錠 1日1回 就寝前
8. ドネペジル塩酸塩錠 5mg 1回1錠 1日1回 朝食後
9. プロチゾラムOD錠 0.25mg 1回1錠 1日1回就寝前

3

【課題1】

① 処方内容を評価してください。

- ・ 継続する理由が明確な薬
- ・ 追加情報が必要な薬
- ・ 変更・中止を検討したい薬

に分類してください。

② この患者さん／介護者から、どのような情報を聞きたいですか？

③ 介入候補に優先順位をつけてください。

1

症例1：それぞれの想い

■ 患者さんの想い

「薬は多くて面倒。でも、ずっと飲んできたから、なくなるのもちょっと怖い。」

「昼は薬を飲んだかどうか分からなくなる。」

「眠れないのが一番嫌。寝る前の薬は絶対に残してほしい。」

「最近、立ち上がった時にふらっとすることがある。」

■ 介護者（長女）の想い

「薬を減らしてほしいというより、父が一人でも安全に飲めるようにしてほしいです。」

「朝なら出勤前に確認できます。夜も確認できますが、昼は無理です。」

■ 担当医の概要

57歳男性、A在宅クリニックの医師。元外科医。

薬にはそれほどこだわりはないが、あまり内科的なアセスメントは得意ではなく、前医の処方をもそのまま継続することが多い傾向にある。

追加で収集したい情報

質問事項	
身長、体重、血中マグネシウム値	身長165cm、体重50kg。Mgは未評価のようです
検査値の情報	TG156, LDL 134, HDL46
処方薬は一包化で服用されているのか??	一包化ではなかった
どの服用時点で飲み忘れが多いのか。	昼の飲み忘れが多いみたいです
実際にどれだけ残薬があったのか。 薬はどこに管理されているのか。	残薬はまちまちで、1-3か月分あるようです。 薬の管理場所は本人の部屋（詳細不明）。
食欲、便通、夜間頻尿の程度、睡眠の状況について知りたいです。	食欲低下はなし、便通は2日に1回、夜間の排尿は3回くらい、睡眠は5-6時間はとれている。
サービス利用状況	週2回デイサービス
低血糖の症状	今のところは冷や汗や震え、嘔気などの症状はない

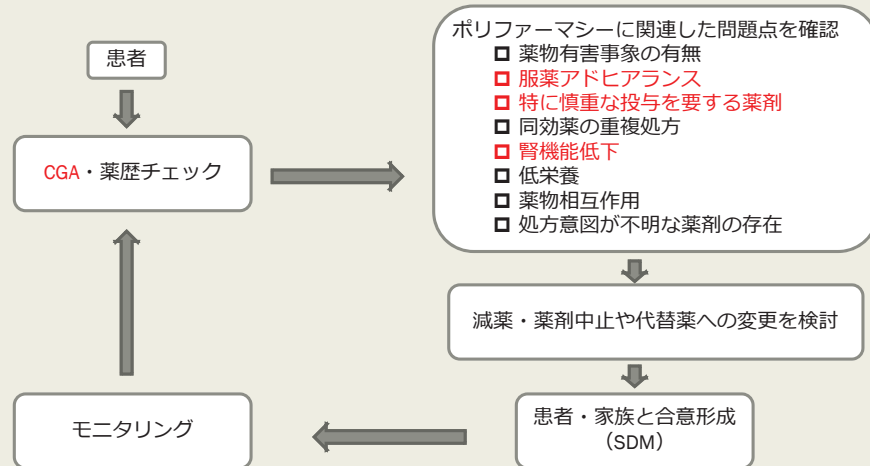
グループワーク1（35分）

- 事前課題で検討したことをグループ内で共有し、医師への情報提供書を作成してください。

発表1（15分）

- それぞれのグループで話し合ったことを共有してみましょう

減薬プロセス



症例1の検討、解説

- 86歳男性
- 高血圧 (BP 128/68)
- 糖尿病 (HbA1c 7.0%)
- CKD (Cr 1.70)
- 認知症
- 大腸癌術後
- 脂質異常症
- 不眠症
- 疼痛?
- HDS-R 17点
- 薬は自己管理、飲み忘れが多い
- 本人・家族、減薬希望がありそう

1. アムロジピン錠 5mg 1T1×
2. エナラプリルマレイン酸錠 5mg 1T1×
3. グリメピリド錠 1mg 2T1×
4. ランソプラゾールOD錠 15mg 1T1×
5. ロスバスタチン2.5mg 1T1×
6. 酸化マグネシウム 330mg 3T3×
7. ドキサソシン錠 1mg 1T1×
8. ドネペジル塩酸塩錠 5mg 1T1×
9. プロチゾラムOD錠 0.25mg 1T1×

治療目標を確認する

高血圧：75歳以上では150/90mmHg未満（日本高血圧学会ガイドライン）

糖尿病：HbA1c 7.5-8.5%程度を目標とする（日本糖尿病学会）

患者の特徴・健康状態 ^(注1)	カテゴリーI		カテゴリーII	カテゴリーIII
	① 認知機能正常かつ ② ADL自立		① 軽度認知障害～軽度認知症 または ② 手段的ADL低下、基本的ADL自立	① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤（インスリン製剤、SU薬、グリニド薬など）の使用	なし ^(注2)	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり ^(注3)	65歳以上75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%) 8.5%未満 (下限7.5%)

特に慎重な投与を要する薬物

α遮断薬	受容体サブタイプ非選択的α ₁ 受容体遮断薬	テラゾリン、プラゾシン、ウラビジル、ドキサソシンなど	起立性低血圧、転倒	可能な限り使用を控える。 代替薬：(高血圧)その他の降圧薬 (前立腺肥大症)シロドシン、タムスロシン、ナフトビジル、植物製剤など	エビデンスの質：中 推奨度：強	[1] [37] [47]
睡眠薬	ベンゾジアゼピン系睡眠薬・抗不安薬	フルラゼパム、ハロキソラム、ジアゼパム、トリアゾラム、エチゾラムなどすべてのベンゾジアゼピン系睡眠薬・抗不安薬	過鎮静、認知機能低下、せん妄、転倒・骨折、運動機能低下	長時間作用型は使用するべきでない。トリアゾラムは健忘のリスクがあり使用するべきでない。ほかのベンゾジアゼピン系も可能な限り使用を控える。使用する場合最低必要量をできるだけ短期間使用に限る	エビデンスの質：高 推奨度：強	[1] [7] [8] [9] [10]

腎機能障害で配慮すべき薬剤

緩下薬	酸化マグネシウム	酸化マグネシウム	腎機能低下	高Mg血症	高用量の使用は避ける。低用量から開始し、血清Mg値をモニターする。血清Mg値上昇時は使用を中止する。代替薬：他の作用機序の緩下薬	エビデンスの質：低 推奨度：強	[57] [58]
糖尿病薬	スルホニル尿素(SU)薬	クロルプロバミド、アセトヘキサミド、グリベンクラミド、グリメピリド		低血糖とそれが遷延するリスク	可能であれば使用を控える。代替薬としてDPP-4阻害薬を考慮	エビデンスの質：中 推奨度：強	[1] [38] [59]

調整を検討すべき薬剤

優先度	薬剤	評価・確認すべき点	想定される対応
● 高	グリメピリド 1 mg 2錠 朝食後	86歳、認知機能低下、服薬不安定、HbA1c 7.0%。食事摂取量、低血糖の有無を確認	減量・中止を優先的に検討。必要なら低血糖リスクの低い治療へ
● 高	プロチゾラムOD 0.25 mg 就寝前	ふらつき・転倒リスク。睡眠状況、長期服用、本人の希望を確認	漸減を検討。ただし本人が継続を希望するなら相談。
● 中～高	ドキサソシン 1 mg 就寝前	ふらつきとの関連。起立時血圧、前立腺肥大等の適応を確認	適応が乏しい／起立性低血圧があれば減量・中止
● 中	ランソプラゾールOD 15 mg 朝食後	潰瘍・GERD等の適応、開始理由、服用期間を確認	明確な継続適応がなければ中止を検討
● 中	酸化Mg 330 mg 毎食後	CKD、血清Mg、便秘の程度、昼薬の飲み忘れ	必要なら継続。ただし用法・薬剤の簡素化を検討
● 低	エナラプリル 5 mg 朝食後	K 4.8、腎機能・Kの推移。アルブミン尿心不全等の適応	腎保護を期待して継続が望ましい。
● 低	ロスバスタチン 2.5 mg 朝食後	一次/二次予防、ASCVD既往、予後、本人の治療目標	基本的に継続。予後が迫って利益が限定的なら中止を検討
● 低	アムロジピン 5 mg 夕食後	BP 128/68。ただし家庭血圧・起立時血圧を確認	基本的に継続。服用時点の統一を検討
● 低	ドネペジル 5 mg 朝食後	効果、副作用、認知症の経過、本人・家族の評価	効果・忍容性に問題なければ継続

14

服薬支援

- 認知機能低下がある→ご家族の見守りを提案しても良い。ケアマネと連携するのも良い。服薬カレンダーやお薬ケースなどの検討。
- 服用回数が多い→服薬簡素化を検討
- 服薬数が多い→一包化を提案

処方提案時に意識してほしいこと

1. 処方内容の否定から始めない
2. 疑義内容を端的に述べる
3. 薬剤師の提案事項を用意しておく（できれば2つ以上）
4. 提案事項には根拠をつけ加える（添付文書、インタビューフォーム、ガイドラインなど）

減薬における医師とのコミュニケーション

- 責めない（責められると防衛的になる）
- 患者さんの思いを伝える橋渡しとなる（医師は患者さんの希望に弱い）
- 一度に介入しなくてもよい（優先順位をつける、自分の中で将来的なプランを持つのも良い）
- 一包化や服薬簡素化は提案しやすいかも（患者さんの飲みやすさを理由にして）

自分だったらこう処方する

薬剤	変更前	変更後	理由
アムロジピン	5 mg 夕食後	5 mg 朝食後へ変更	継続。朝にまとめて服薬を簡素化
エナブラリル	5 mg 朝食後	継続	K 4.8は要注意だが、適応・蛋白尿、Kの再検結果を確認してから判断
グリメピリド	2 mg 朝食後	1mgに減量	86歳、認知機能低下、服薬・食事が不安定でHbA1c 7.0%。低血糖回避を優先
ランソプラゾール	15 mg 朝食後	中止 ※適応なしを確認	長期継続の明確な適応がなければ終了
ロスバスタチン	2.5 mg 朝食後	継続	少なくとも初回訪問で急いで中止する必要性は低い。一次/二次予防を確認
酸化Mg	330 mg 毎食後	660 mg 朝食後などへ集約	便秘があり必要と仮定。昼薬をなくすことを優先。ただしMg値・便通をモニター
ドキサソシン	1 mg 就寝前	中止	ふらつきの原因となり得る。降圧目的のみなら優先的に整理
ドネペジル	5 mg 朝食後	継続	現時点で明確な有害事象がなく、単なる薬剤数削減目的では中止しない
プロチゾラム	0.25 mg 就寝前	0.125 mgへ減量	ふらつき・転倒リスクから見直したいが、長期使用なら急な中止を避け、本人と相談して漸減もしくは、オレキシン受容体拮抗薬などへの置換

18

症例2（施設）

能見 杉代（ノウミ スギヨ） 73歳 女性

あなたは、訪問薬剤管理指導を行っている施設担当の薬局薬剤師です。

能見さんは、202X年に左小脳出血で血腫除去術施行されました。入院中に急変し、胸骨圧迫、気管挿管実施、脳膿瘍摘出+脳室ドレナージ術施行されています。その後、状態安定し、呼吸器離脱、胃瘻造設されました。リハビリにより、車椅子乗車、発語可能なレベルまで回復したため、X+1年にリハビリ目的で老健入所しました。

施設看護師から、「日中眠っていることが多く、リハビリ中にも眠ってしまいます。」「身体を掻いて傷になってしまふことがあります。」という相談が薬剤師（あなた）に入りました。

医療処置：胃瘻、膀胱留置カテーテル

家族構成：夫と2人暮らしだった

ADL：ベッド上生活、車いす乗車可能

高次脳機能障害あるが、簡単なコミュニケーションはとれる



体重60kg, BP 108/74, P 74

検査データ：AST/ALT 16/12, Cr 0.69mg/dl, LDL 110, HDL 55, TG 97

19

症例2の処方内容

1. ベラパミル塩酸塩錠 40mg 1回1錠 1日2回朝夕食後
2. リクシアナOD錠30mg 1回1錠 1日1回朝食後
3. アムロジピンOD錠 5mg 1回1錠夕食後
4. プラバスタチンNa錠 10mg 1回1錠 1日1回夕食後
5. イーケプラDS 500mg 1日2回朝夕食後
6. オロパタジン塩酸塩錠 5mg 1回1錠 1日2回朝夕食後
7. ウブレチド錠 5mg 1回1錠 1日1回朝食後

20

症例2：それぞれの想い

■ 患者さんの想い

高次脳機能障害のため、はっきりと意思を示すことができないが、かゆいのは嫌だなあ、と思っている。

■ 介護者（夫）の想い

元気になったら家に連れて帰りたいと思っているが、薬が多くて、大変そうだなあ、と感じている。

■ 担当医の概要

68歳男性、循環器内科出身。心血管イベント予防を重視している。

処方変更には慎重で、薬剤師から提案する際には、問題点だけでなく具体的な変更案とその理由を示してほしいと考えている。

【課題2】

① 処方内容を評価してください。

- ・ 継続する理由が明確な薬
- ・ 追加情報が必要な薬
- ・ 変更・中止を検討したい薬

に分類してください。

② この患者さん／介護者から、どのような情報を聞きたいですか？

③ 介入候補に優先順位をつけてください。

追加で収集したい情報

質問事項	
抗凝固薬について：心房細動や血栓症の既往、出血症状の有無	心房細動は病院からの診療情報には記載ありませんでした。
かゆみについて：どこが、いつ、どのくらいかゆいか。発疹や乾燥の有無、オロパタジンの効果	全身、特に首のあたりが湿疹になっており、かゆそうでした。乾燥もあります。オロパタジンの効果ははっきりとしません。
入浴	施設では週2回、介助で入浴しています
胃ろうでの投薬方法（簡易懸濁法）について	1日3回、半固形栄養剤投与後に簡易懸濁で投与されています。
てんかんについて：発作の既往、最終発作時期、イーケブラ開始時期	病院からの診療情報には記載ありませんでした。
排尿について：ウブレチドの開始理由、尿道カテーテルの留置理由	病院からの診療情報には記載ありませんでした
夜の睡眠状況	夜はよく眠れているようです
介護者から現在悩んでいること、大変なことを伺いたい	自宅に連れて帰りたいけど、今の感じだと難しいかな、と感じている

グループワーク2（35分）

- 事前課題で検討したことをグループ内で共有し、医師への情報提供書を作成してください。

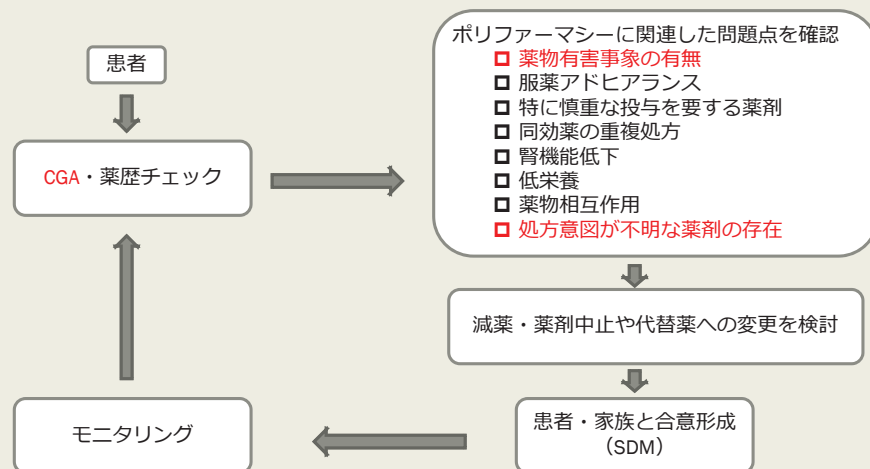
発表2（15分）

- それぞれのグループで話し合ったことを共有してみましょう

症例2の検討

- 73歳女性
小脳出血後
高血圧（BP108/74）
胃瘦栄養
尿道カテーテル留置
 - ADLはベッド上
 - 薬は夫管理
 - 減薬希望は不明
1. ベラパミル塩酸塩錠 40mg 2T2×
 2. リクシアナOD錠 30mg 1T1×
 3. アムロジピンOD錠 5mg 1T1×
 4. プラバスタチンNa錠 10mg 1T1×
 5. イーケブラDS 500mg 2T2×
 6. オロパタジン塩酸塩錠 5mg 2T2×
 7. ウブレチド錠 5mg 1T1×

減薬プロセス



薬物有害事象の有無

- 傾眠傾向→どうしてだろうか？基礎疾患のせいかな？
イーケブラ、オロパタジンは眠くなる可能性あり
- 全身の痒み→原因は？薬剤性？
前医の評価は？
- 過降圧の疑い：75歳未満では130/80mmHg未満（脳卒中治療ガイドライン2021）
血圧の記録を行い、降圧薬の減量が可能か検討

処方意図が不明な薬剤の存在

リクシアナ：心房細動があったのか？

イーケブラ：てんかんがあったのか？

ウブレチド：尿道カテーテルが入ってるのに？

情報が無い場合は、問い合わせることを厭わない。

処方意図が不明な薬剤の存在

リクシアナ：周術期の血栓防止目的だった

イーケブラ：周術期のけいれん発作防止目的でてんかん発作は確認できなかった。

ウブレチド：レガシー（遺産）処方だった

情報が無い場合は、問い合わせることを厭わない。

服薬支援

- 自宅退院を見据えた用法に（回数(は)できるだけ少なく）
- 一包化も検討
- 施設の場合、家族への説明が不十分な場合があるので、適宜情報共有をする

処方提案時に意識してほしいこと

1. 処方内容の否定から始めない
2. 疑義内容を端的に述べる
3. 薬剤師の提案事項を用意しておく（できれば2つ以上）
4. 提案事項には根拠をつけ加える（添付文書、インタビューフォーム、ガイドラインなど）

アサーティブネストレーニングで用いられるスキル DESC法（伝えたいことを整理するフレームワーク）

①Describe : D



状況を客観的、
具体的に伝える

②Express : E



状況に対する自分
の気持ちを伝える

③Specify : S



解決策や妥協案を
明確に提示する

④Choose : C



相手の肯定、否定
の両方の答えに対
する選択肢を用意

石井充章先生よりスライド提供

33

薬剤師が医師との電話でのコミュニケーションを円滑化するために重要な項目

電話の基本的なビジネスマナーを守る

患者情報に基づいた**推奨**と**代替案**を準備してから電話する

冒頭に電話の目的を簡潔に説明する

医師だけでなく、**事務職員**や**看護師**も**尊重**する

時間がかかりそうな相談の場合は、まず相手の都合が良い時間を聞いて、後でかけ直す

薬剤師が取るべきは、**Assertiveness（主張的態度）**である

会話の最後に、この相談で決まったことを復唱し確認する

もし推奨が受け入れられなくても、感謝の意を伝えて会話を終える

難しい医師とのコミュニケーション

- 否定せず、持ち上げる
- 外堀から攻める（看護師さんや事務員さんを味方にする）
- 難しければ、適当なところで撤退する
- 自分にできることはここまで、と割り切る
- 一度に介入しなくてもよい（優先順位をつける）
- できるだけ仲良くなる

自分だったらこう処方する

優先度	薬剤	評価・確認すべき点	この症例での結末
● 高	イーケブラ 500 mg 1日2回	傾眠への関与。開始理由、痙攣発作歴、最終発作、継続適応を確認	休業可能と判断 → 傾眠が改善
● 高	リクシアナOD 30 mg/日	抗凝固薬の適応を確認。AFやVTE治療目的なのか、単なるDVT予防目的なのか	DVT予防目的のみで継続適応なし → 休業
● 中～高	ウブレチド 5 mg/日	尿閉に対する開始経緯、尿カテーテル留置中の継続意義	抜去困難なら中止検討 排尿機能を再評価 → 尿カテーテル離脱へ
● 中	オロパタジン 5 mg 1日2回	掻痒への効果と傾眠への関与。皮膚所見・掻痒の原因を確認	効果と有害事象を踏まえて継続/変更を判断
● 要評価	ベラバミル 40 mg 1日2回	適応、不整脈の有無、BP 108/74、P 74	適応と血圧・脈拍から継続の必要性を再評価
● ～ ● 低	アムロジピン 5 mg/日	BP 108/74で降圧薬が必要か、血圧推移を確認	急いで変更せず、長期的な適応を再評価
● ～ ● 低	プラバスタチン 10 mg/日	一次/二次予防、ASCVD既往、今後の治療目標	急いで変更せず、長期的な適応を再評価

36