

京大病院 リスクマネージャーのみなさま、こんにちは。
 昨年8月に医療安全管理室に着任しました森下です。これまで主に診療所の家庭医として働きながら医学教育・研究に携わってきました。今後、大学病院の診療について医療安全の立場から学び、医療安全の教育・研究に関わっていくことができれば、と思っております。今回、医療安全分野の中でも着目されているトピックの1つ、 Medikation・リコンシリエーション（以下、「メドレク」：薬剤調整）について学んでみたので、ご紹介したいと思います。

ケアの移行期の「メドレク」：入院時の持参薬から見えること

診療所では、患者さんの入院が決まった時、「普段使っているすべての薬をお薬手帳と一緒に病院に持って行ってください。」と患者さんやご家族にお声がけしています。入院先の病棟でもそのような声掛けをされておられるかと思えます。入院時に、患者さんの薬剤を1箇所にまとめてみると、診療情報提供書には記載がない薬剤や内服されず残っている薬剤、患者さんが用量・用法を誤って服用していた薬剤や、複数の医療機関から重複処方されている薬剤が見つかる場合などが、あるのではないのでしょうか。

従来、入院時に患者さんの薬剤すべてを確認することは「持参薬確認」と呼ばれてきたかと思えます。しかし、近年、ご存じの方も多いと思うのですが、入院時、退院時（転院時）といったケアの場が変わるケアの移行期には、持参薬の内容や数を確認するだけでなく、「メドレク」：薬剤調整を行うことが重要だと考えられるようになってきました。

WHOの「メドレク」と5つのステップ

この「メドレク」には、幾つか定義があるようですが、WHOによって、「ケアの移行期に、医療者と患者さんが共に、使用しているすべての薬剤のリストを作り、その情報を新たなケアの現場に伝えるプロセス」と定義されています。そして、「メドレク」のプロセスは以下の5つのステップから成る、とされています。（参考文献：Action on Patient Safety, (The High5s Project-Standard Operating Protocol for Medication Reconciliation), Version 4, September 2014 より著者翻訳・改変）

- ステップ1** 入院時、できる限り最も詳しく正しい「薬歴」（これまで使用してきた薬剤リスト）を確認しましょう。
- ステップ2** この際、患者さんやご家族だけではなく、かかりつけ医などの診療機関、薬局等、異なる情報源にも問い合わせ、薬剤リストを作成しましょう。
- ステップ3** 入院処方指示を出す前に、これまでの服用薬剤（薬歴）を確認し、薬剤の中止、継続、用量の変更・調整を検討しましょう。
病院内で病棟が変わるなど、ケアの場が変わる際にも、同様の確認・調整をしましょう。
- ステップ4** 退院（転院）時には、患者さんやご家族、関わる医療者・医療機関に、現在使用している薬剤リストを送りましょう。薬剤リストの内容が入院前から変わった場合には、その変更理由についても知らせましょう。

ここで重要なポイントは、

- 1) 医療者だけではなく、患者さん・ご家族も薬歴の作成や薬剤の確認に関わること
 - 2) 薬歴と入院中の薬剤とを見比べ、内容を見直し調整をすること
 - 3) かかりつけ医、薬局等とのコミュニケーションを図ること
- ではないでしょうかと思います。

不要な薬、内服理由がわからない薬を見直すことは、多剤内服状態の改善や、経済的な負担軽減にもつながります。また、退院時に、次のケアの場で患者さんに関わる医療者に、薬歴情報や薬剤変更の理由を伝えることでケアの移行はより円滑になる可能性があります。これまで「メドレク」と言わずとも、さまざまなケアの移行期で、患者さんやご家族と共に薬剤調整をされてきたのではないかと思います。皆様がされてきた、ケアの移行期の「メドレク」にはどんなものがありますか？うまいこと事例や工夫、今感じている課題について職場で共有してみたいかと良いかもしれません。

以上、ケアの移行期における「メドレク」についてご紹介しました。