

介護老人保健施設における 薬剤処方の見直しと連携

浜田 将太

医療経済研究機構 研究部 主任研究員

第4回高齢者医薬品適正使用ガイドライン作成WG

2018年4月19日

公益社団法人 全国老人保健施設協会（全老健）による

下記の調査研究事業の内容をご紹介します。

平成27年度 老人保健健康増進等事業

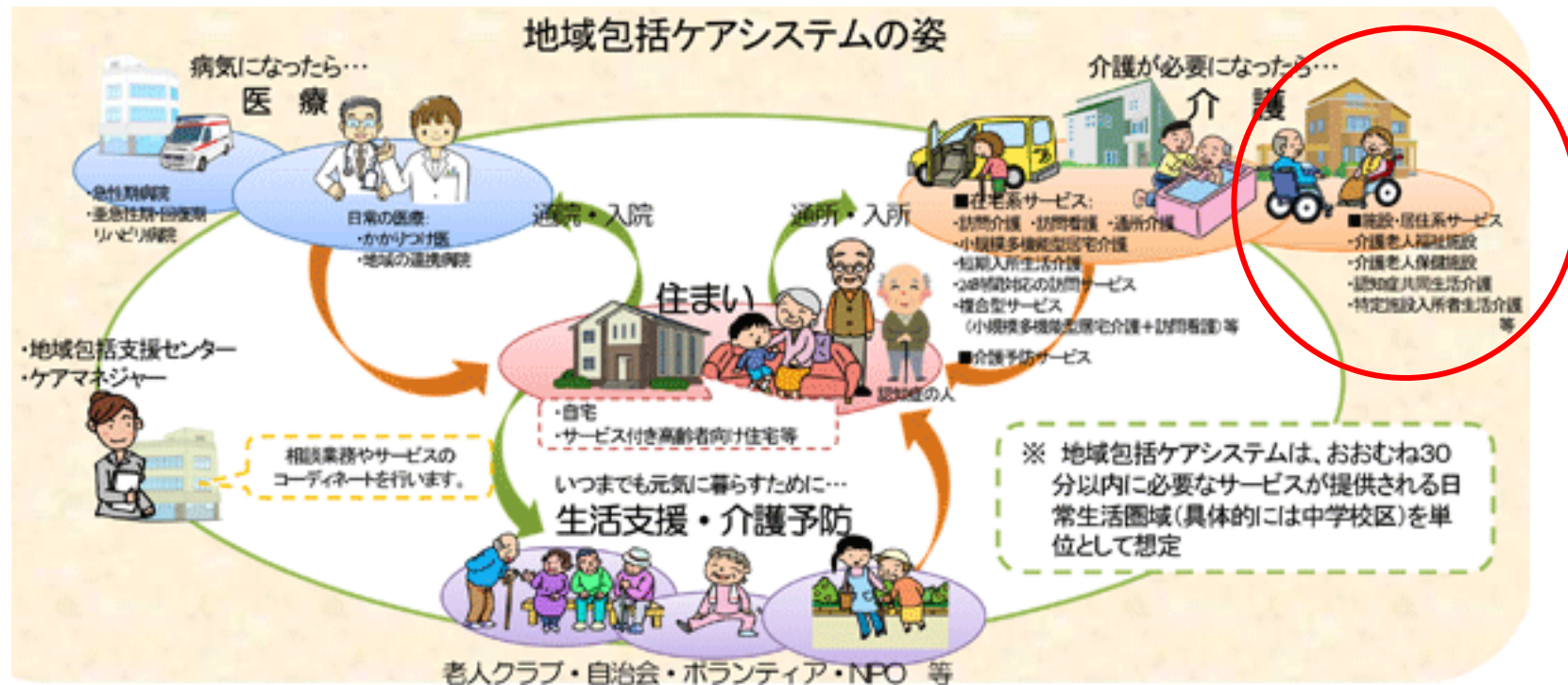
『介護老人保健施設における薬物治療の在り方に関する
調査研究事業』

平成28年度 老人保健健康増進等事業

『介護老人保健施設における薬剤調整のあり方と
かかりつけ医等との連携に関する調査研究事業』

介護老人保健施設（老健）

- 介護保険施設のひとつで、主に在宅復帰を担う。
- 介護サービスとともに、医療サービスも提供されるが、基本的には介護保険から支払いを受ける。



老健の薬物療法の特徴

- 処方を一元管理し、処方の全体像を把握できる。
- 入所後の生活習慣の改善や施設の薬剤管理による服薬アドヒアランスの改善により、減薬が可能となることがある。
- 薬剤にかかる費用のほとんどが介護保険に包括されているため、処方の見直し・減薬に対して経済的なインセンティブが働く。

調査概要

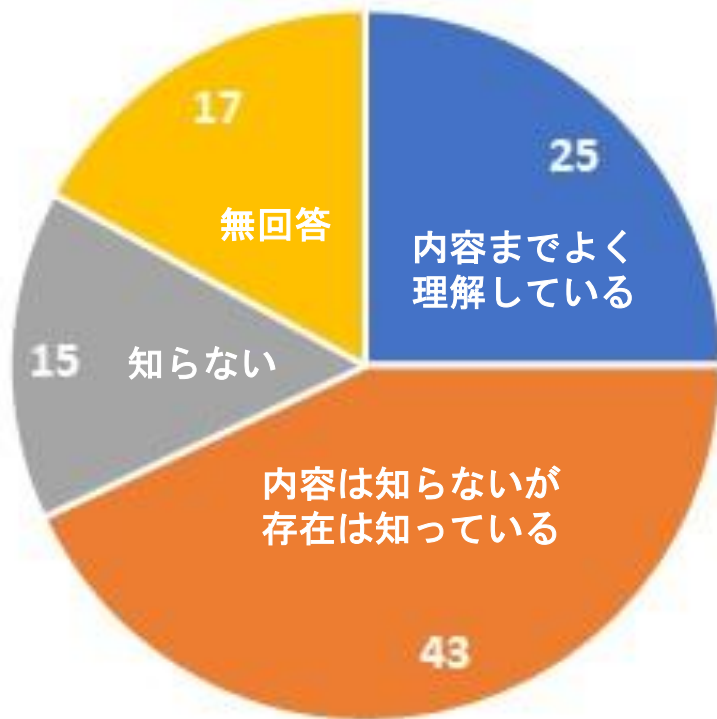
全老健加盟施設を対象とした質問紙調査（回収率：約20～25%）

- 施設医師の薬剤処方の見直し方針等
- 入所者の背景データ
- 入所時、入所1・2ヵ月後の処方データ
 - ほとんどの薬剤が介護保険に包括されるため、レセプトデータでは薬剤処方が把握できない。
- 施設医師と薬剤師やかかりつけ医との連携

高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015の 認知度と活用

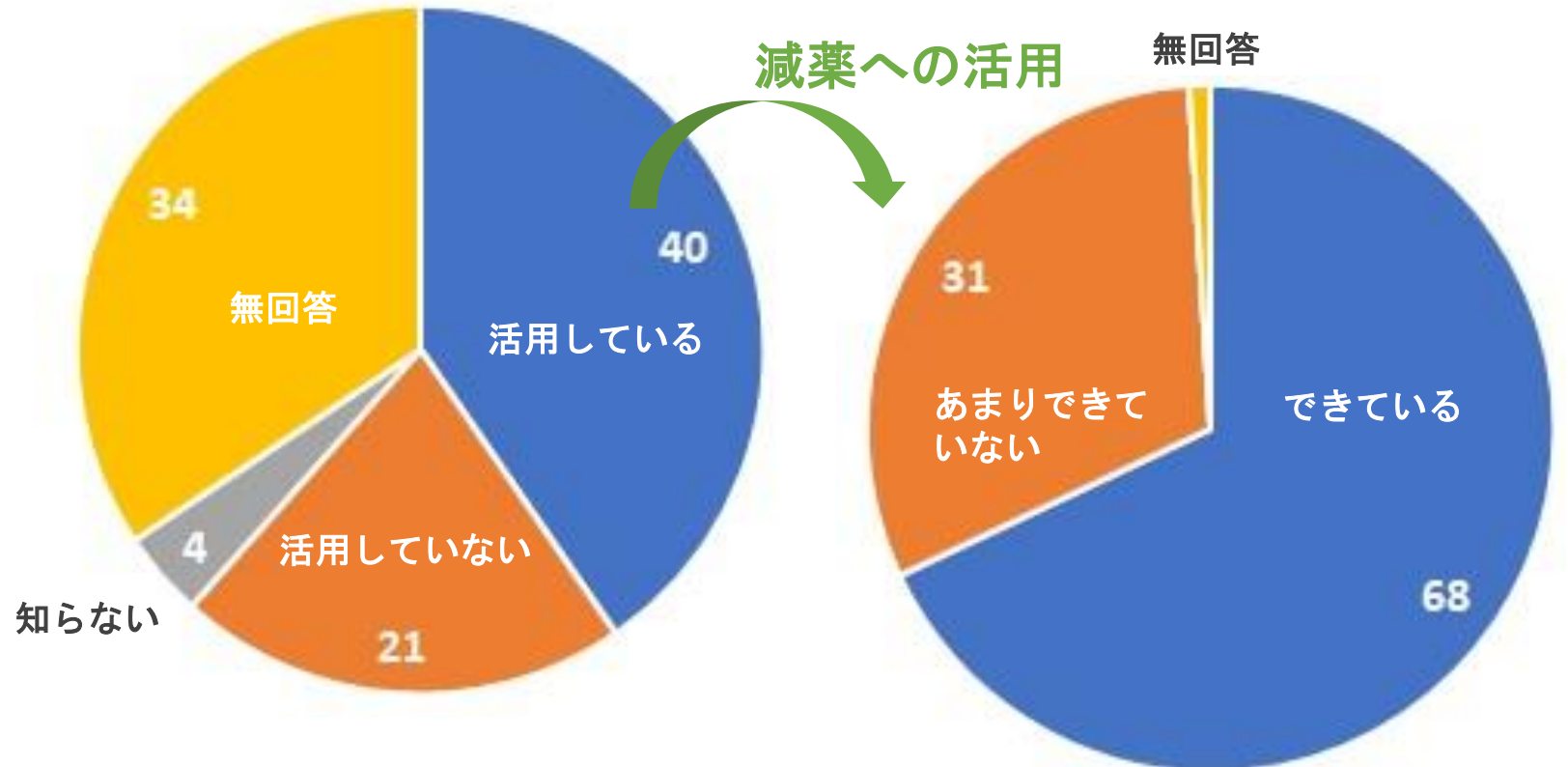
H27年度調査

ガイドライン発表後すぐ



H28年度調査

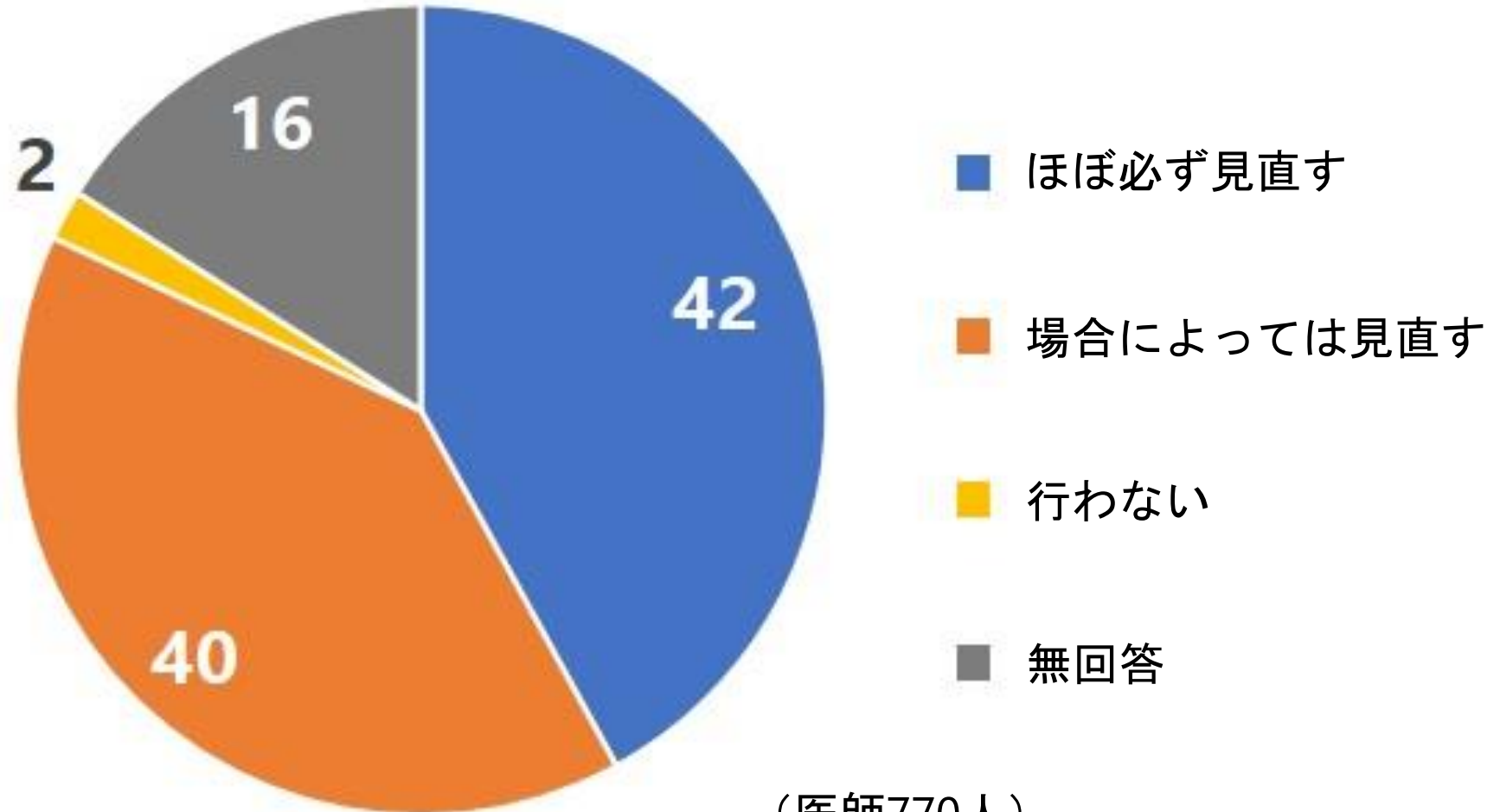
ガイドライン発表後 約1年



薬剤処方の見直し

- 処方の見直し状況ときっかけ
- 入所後の処方変更の実態
- 薬の自己管理

入所時の処方の見直し

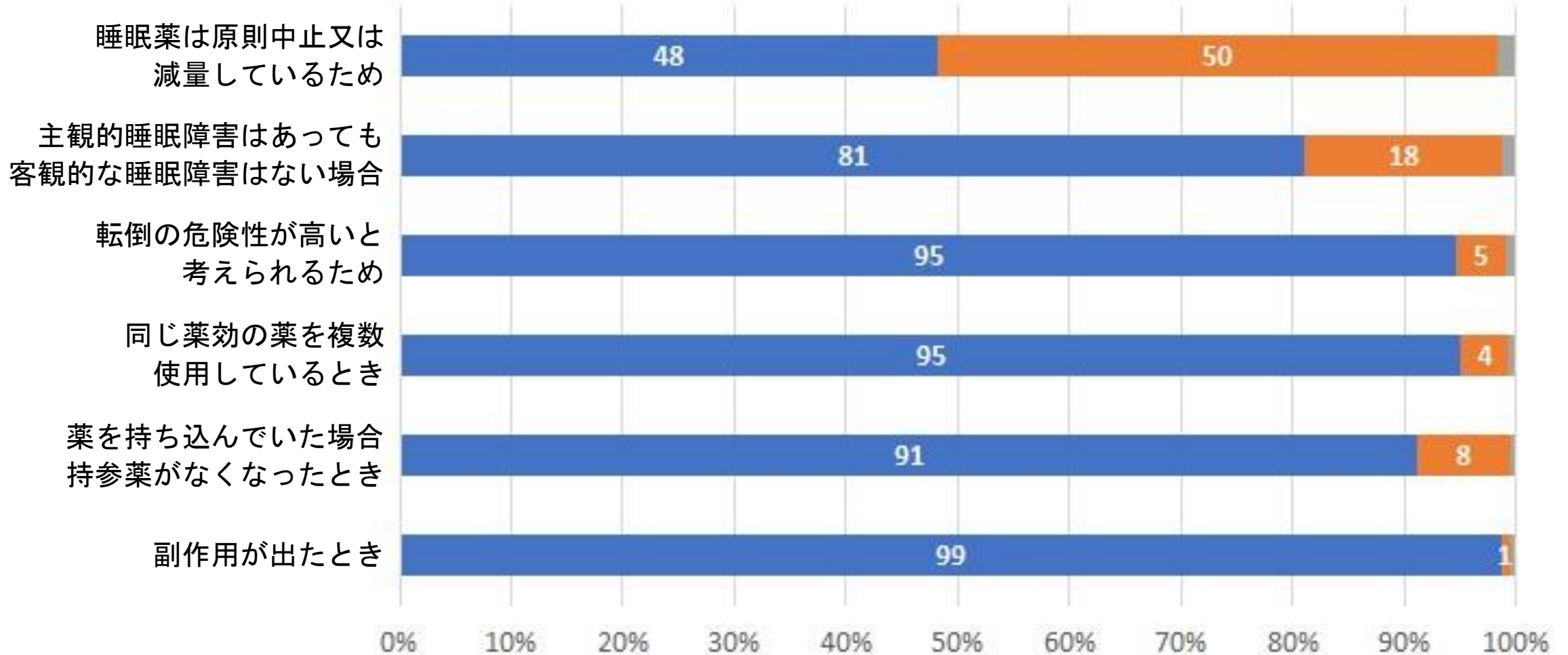


(医師770人)

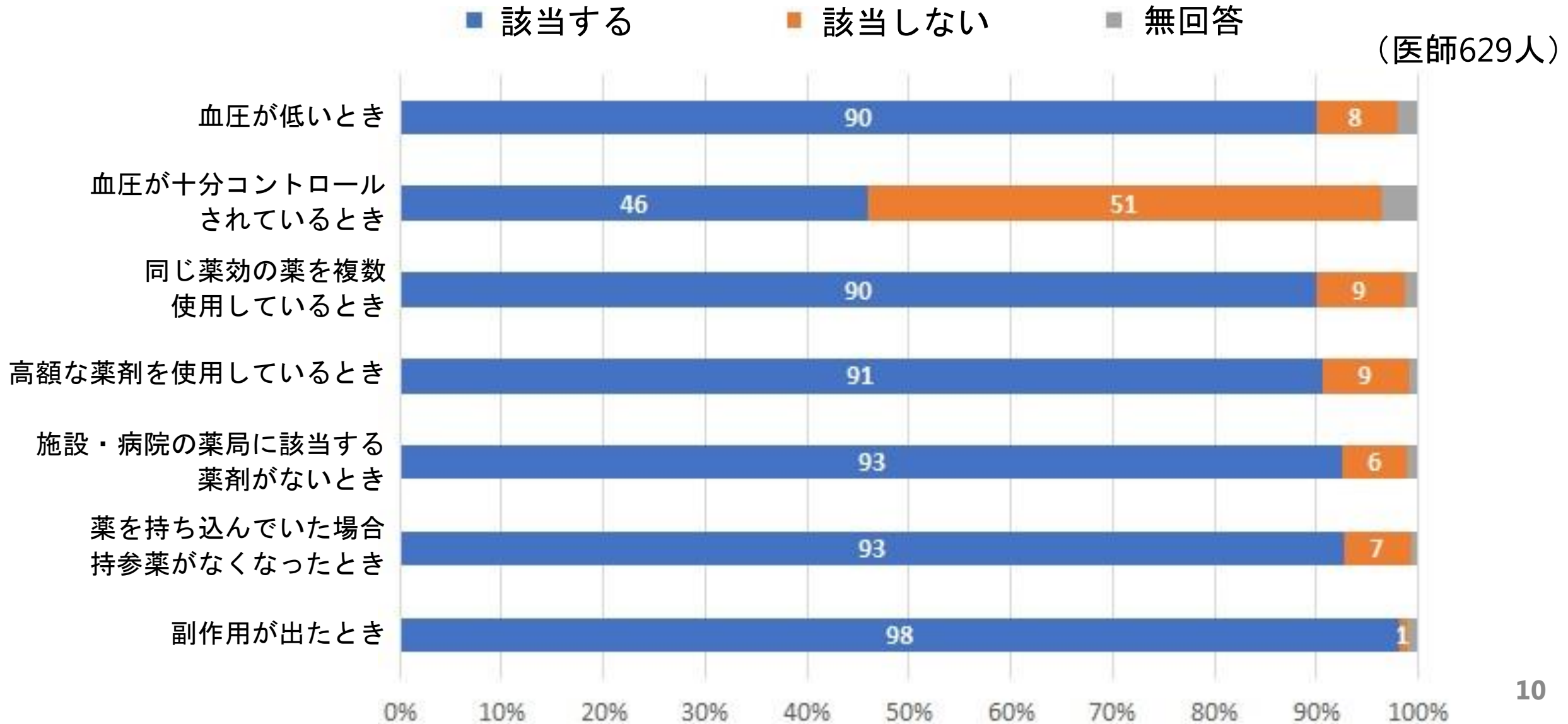
睡眠薬の見直し

■ 該当する ■ 該当しない ■ 無回答

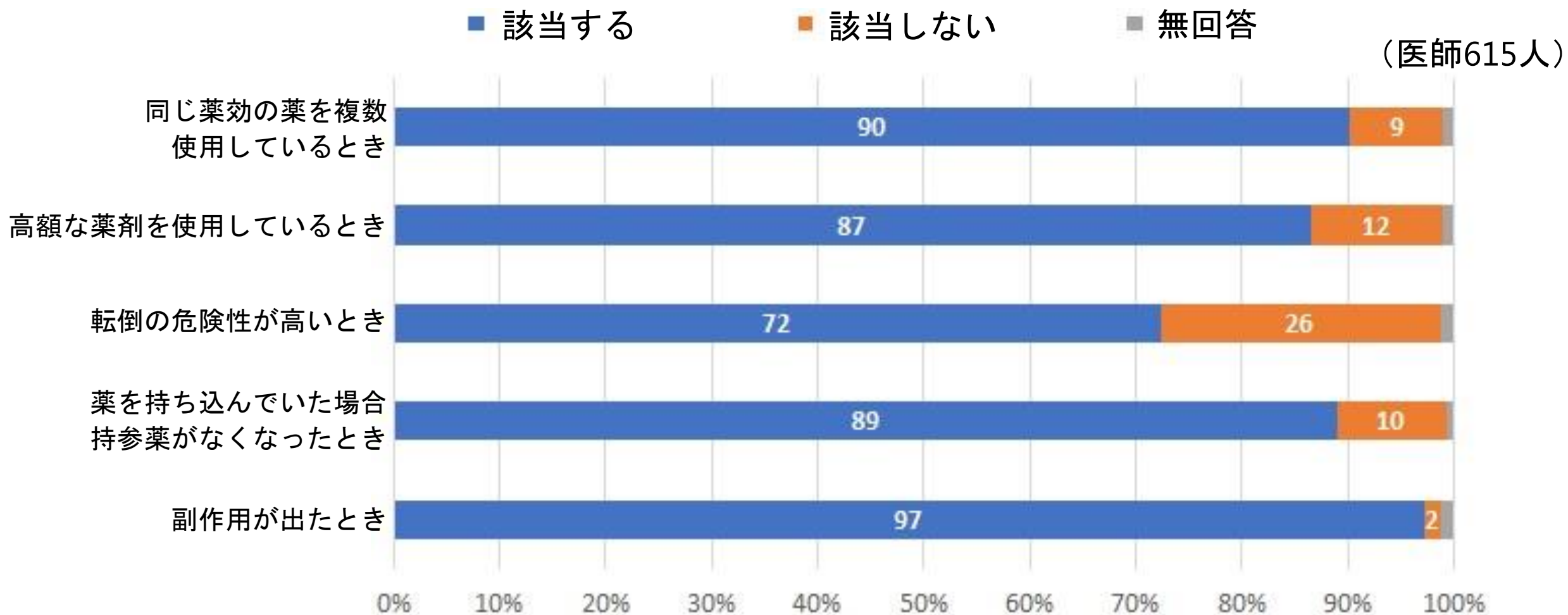
(医師629人)



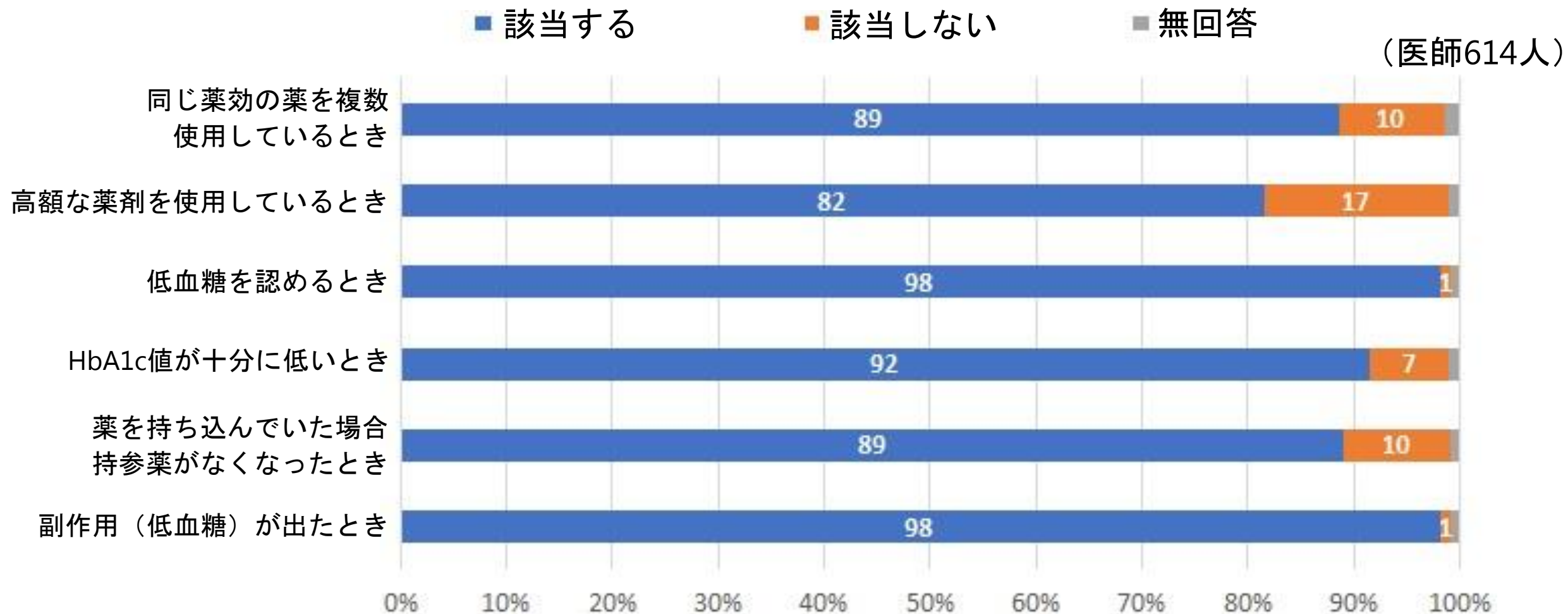
降圧薬の見直し



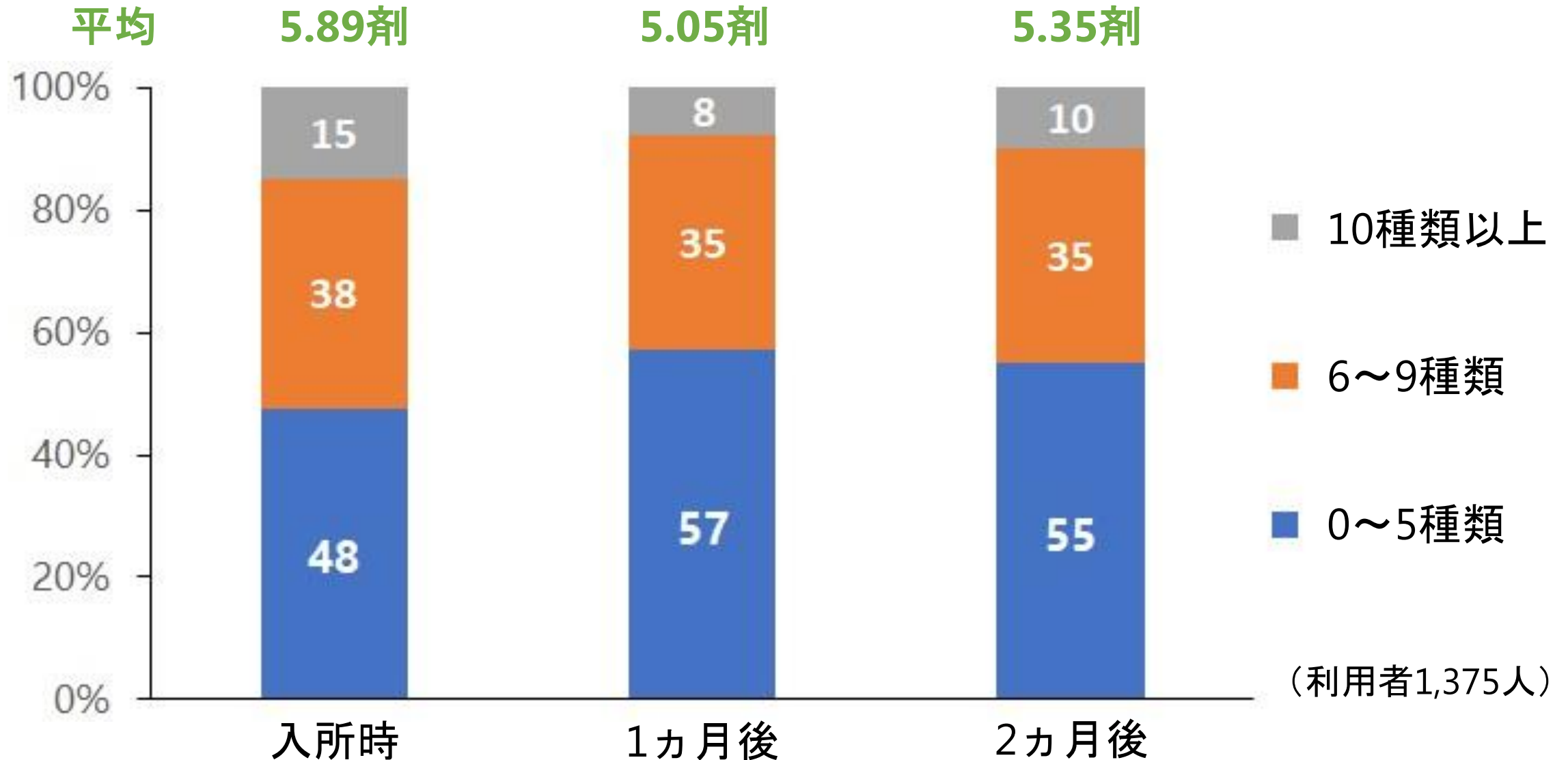
抗凝固薬の見直し



糖尿病用薬の見直し



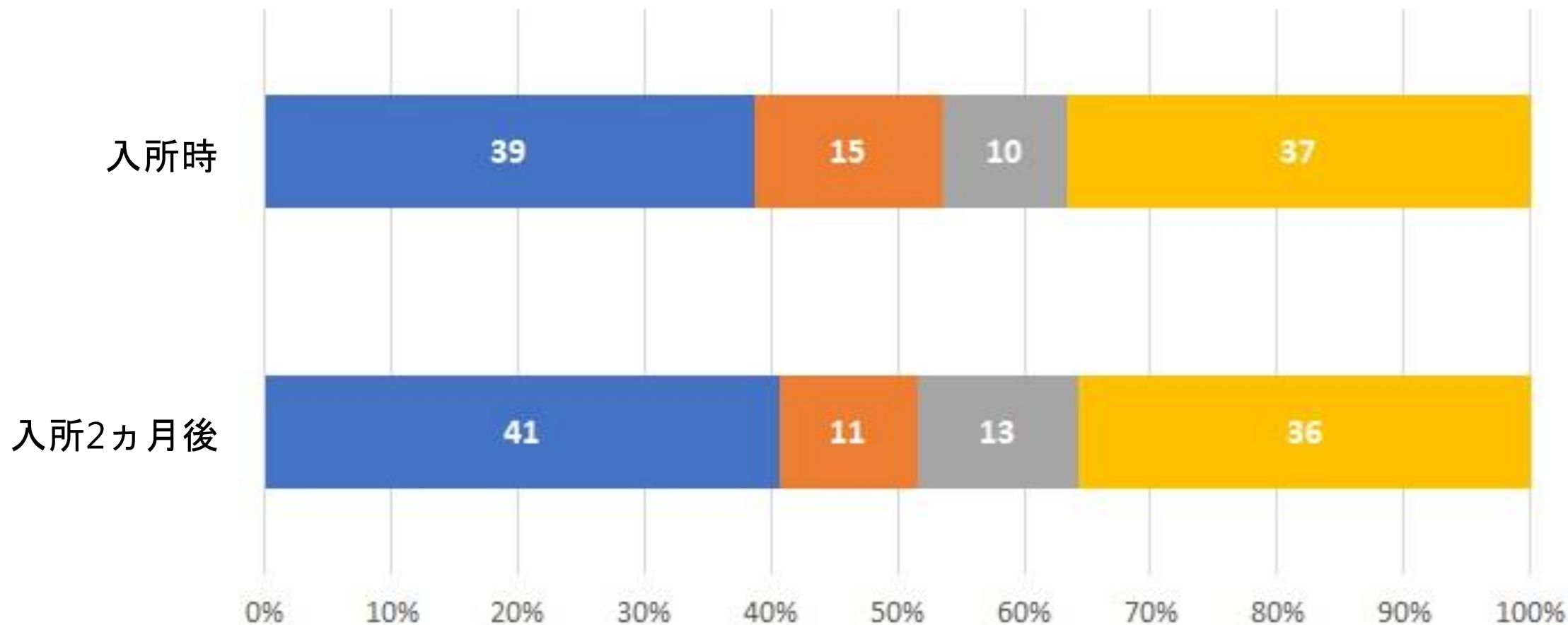
薬剤種類数の変化



心房細動患者への抗血栓薬の処方

■ ワルファリン ■ DOAC ■ 抗血小板薬のみ ■ なし

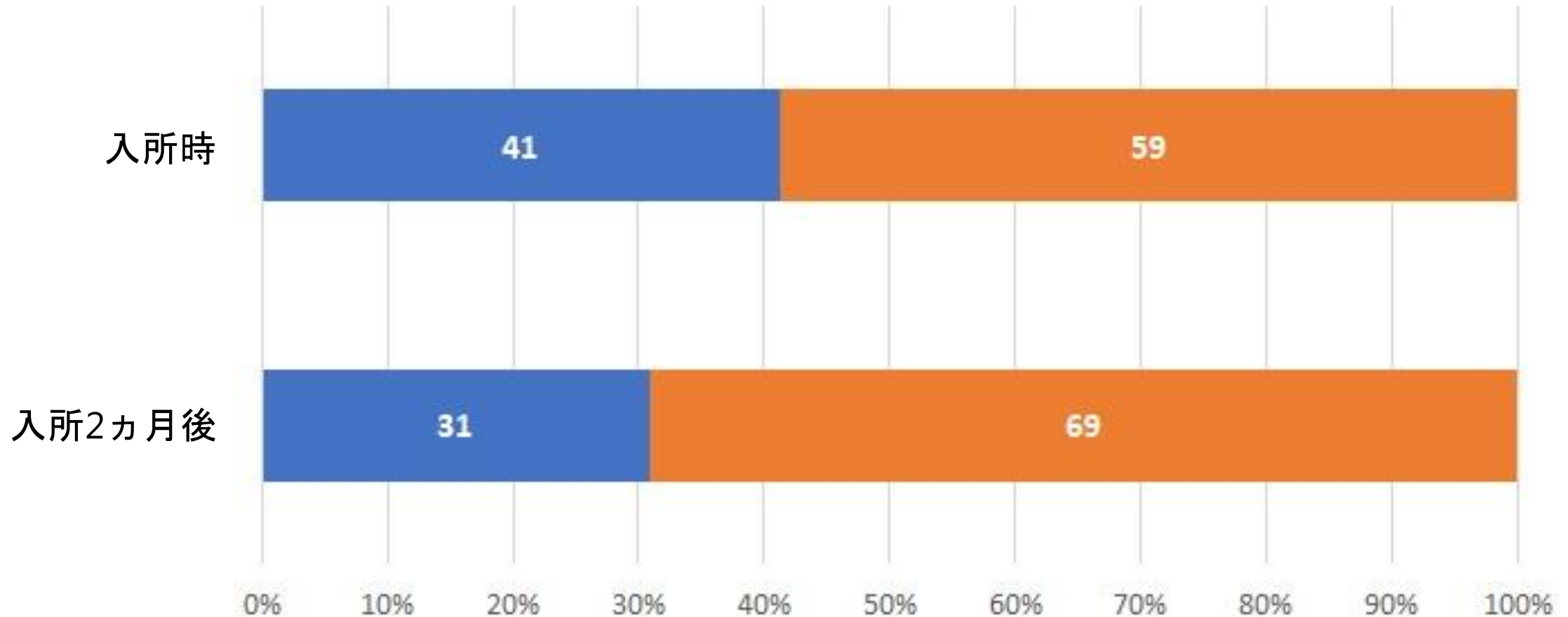
(入所者101人)



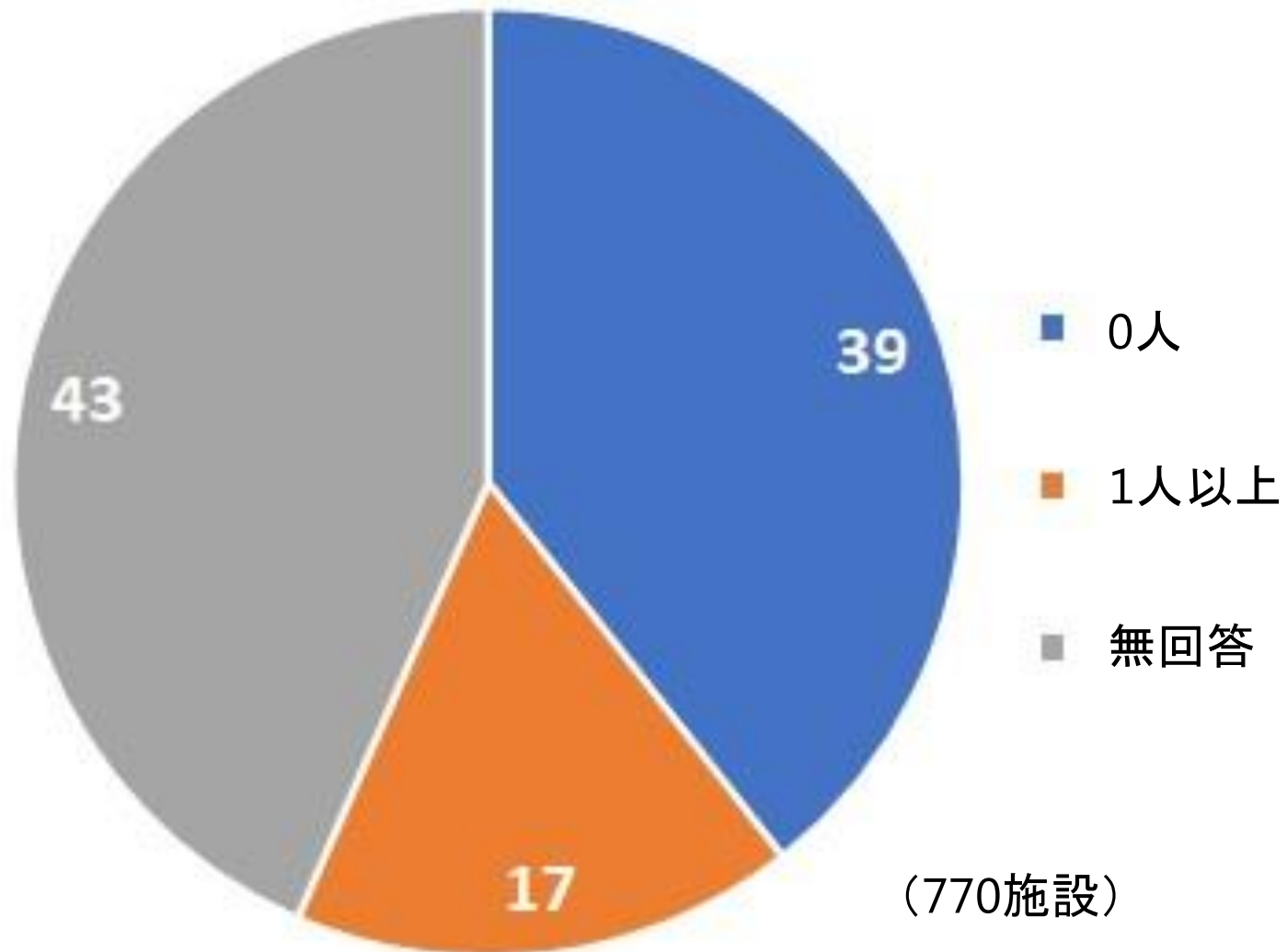
アルツハイマー型認知症患者への抗認知症薬の処方

■ あり ■ なし

(入所者230人)



薬を全て自己管理している入所者数



まとめ①：薬剤処方

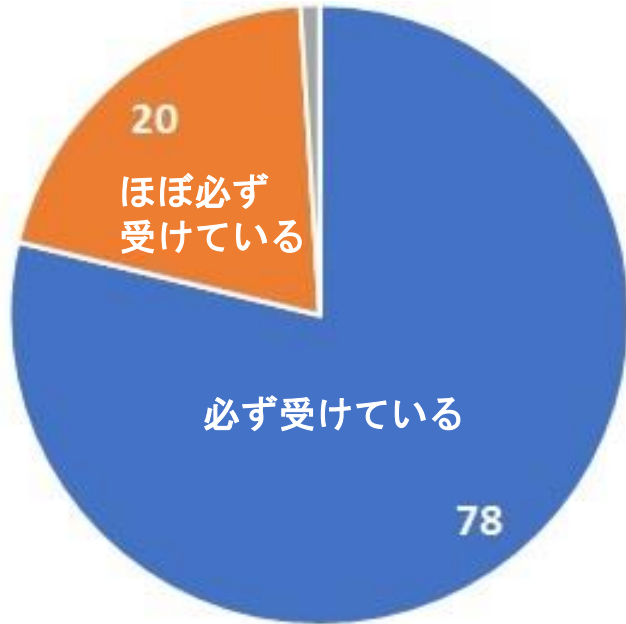
- 全体として、処方の見直し・減薬へ取り組まれている。
 - ただし、処方内容については、より詳細な検討が必要である。
- 様々な状況が、処方の見直しのきっかけとなる。
 - 有害事象が発現したとき、そのリスクが高いとき
 - 持参薬がなくなったとき など
- 退所後を見据えた処方設計も重要である。
 - 入所中はちゃんと服薬できていても、実際には服薬管理能力が低かったり、退所後に服薬支援体制が整っていない場合も考えられる。

連携

管理医師 × かかりつけ医

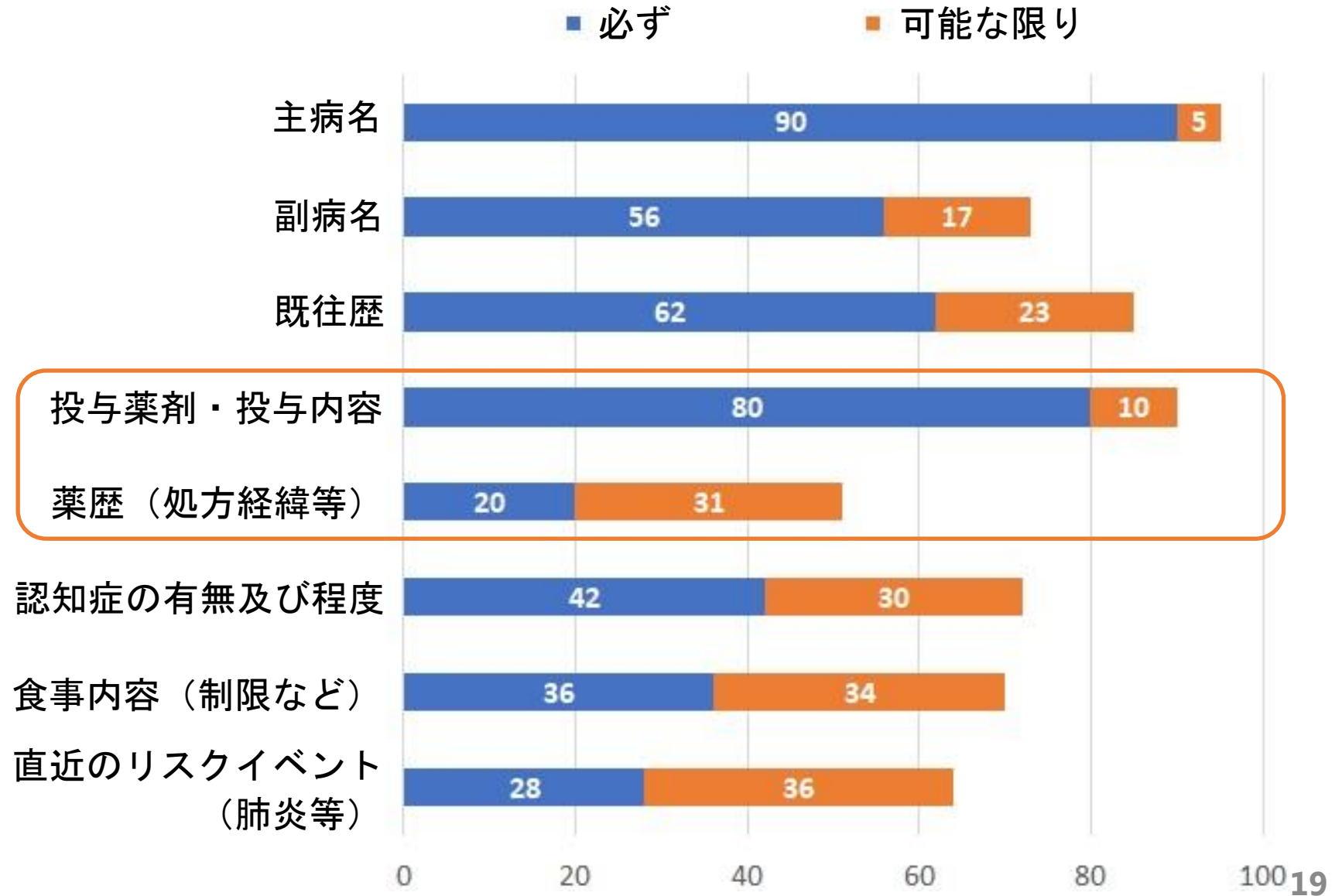
管理医師 × 老健の薬剤師

かかりつけ医からの情報提供：入所時

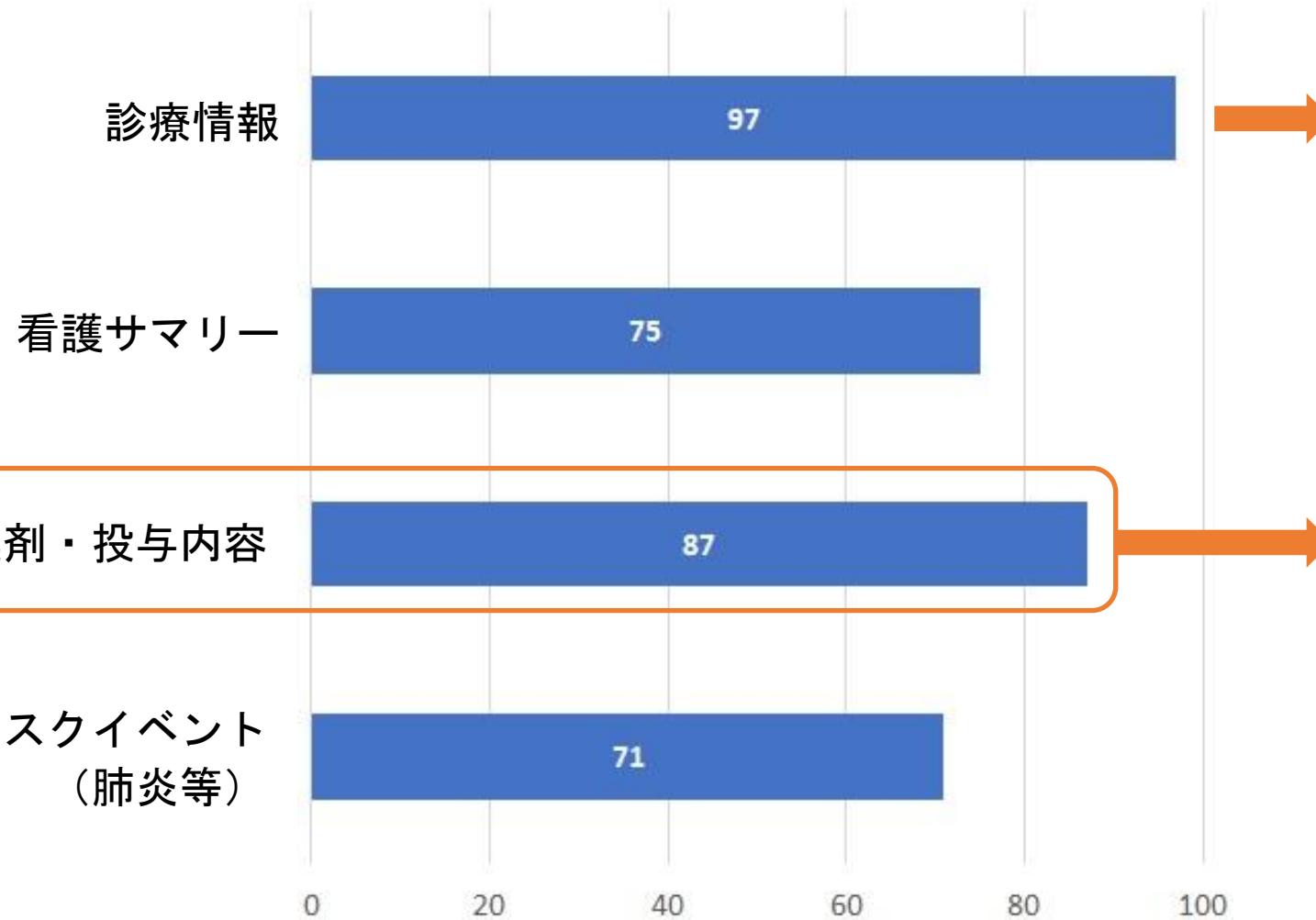


方法	割合
書面	98%
- 統一書式を活用	61%
面会・電話	7%

必ずする または ほぼする の合計



かかりつけ医への情報提供：退所時



方法	割合
書面	96%
- 統一書式を活用	86%
面会・電話	5%

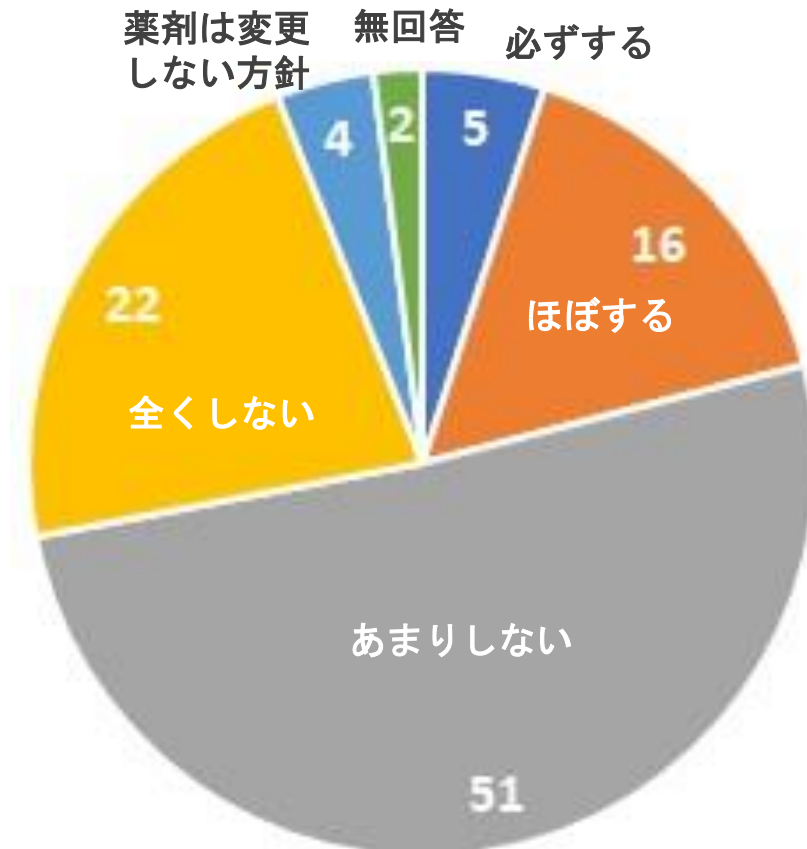
必ずする または ほぼする の合計

方法	割合
書面のみ	69%
特に説明しない	24%
面会・電話等	3%

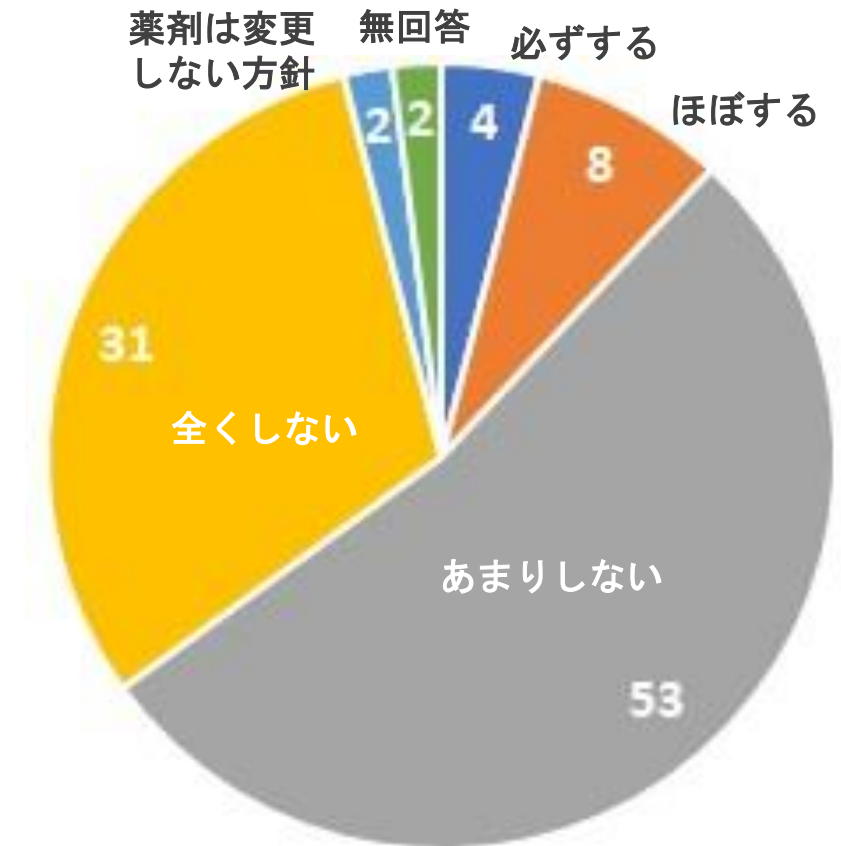
必ずする または ほぼする の合計

薬剤の中止・変更についての説明

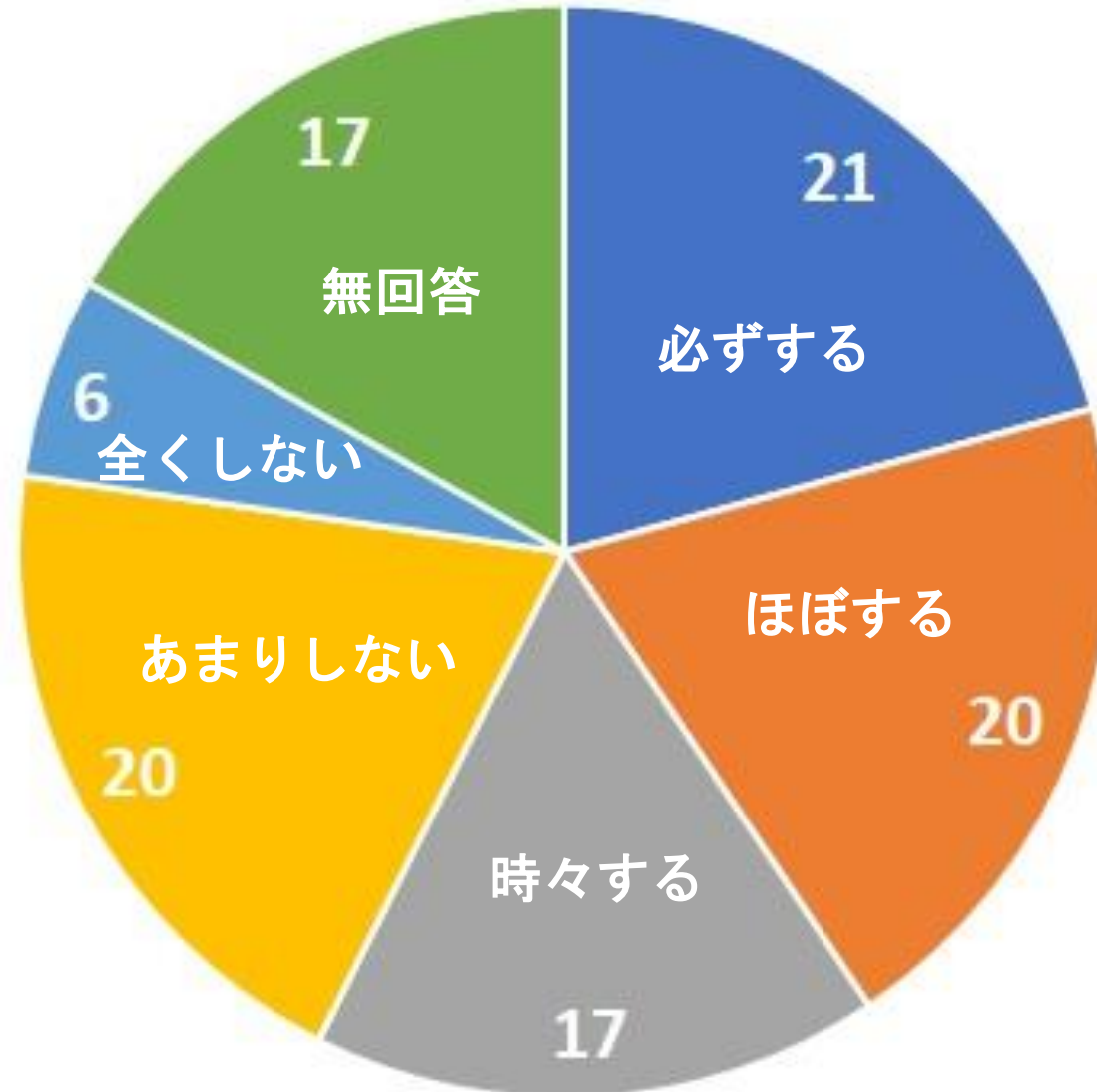
薬剤の中止・変更の可能性を
かかりつけ医に説明し
理解を得るようにしている



薬剤を中止・変更する際
中止・変更前にかかりつけ医に
説明している



減薬理由の診療情報提供書への記載



減薬した際の反応

- ほぼ毎回
- 時々
- ほとんど（全く）ない
- 無回答



薬剤師との連携①

	医師が薬剤師に 求めているか	薬剤師が行っているか
【入所時】		
持参薬の管理	65%	66%
入所時の持参薬の 継続の適切性の評価	57%	50%
【入所中】		
服薬に伴うリスク評価	58%	47%
副作用の発現の有無の確認	61%	53%
ハイリスク薬の薬学的管理	65%	55%

薬剤師との連携②

	医師が薬剤師に 求めているか	薬剤師が行っているか
【入所中】		
薬剤の見直し（同効品またはジェネリックへの切り替えを含む）に際しての連携・助言	71～80%	68～78%
定期処方薬の変更があった場合の確認・疑義照会	76%	72% (理由が不明な場合)
【退所時】		
かかりつけ医への薬剤情報提供における連携・助言 (入所時から薬剤の変更があった場合)	38%	35%

まとめ②：連携

• 老健の医師とかかりつけ医との連携

- 書面でのやり取りが中心
- 老健から在宅へと連続した医療を提供するためには、入所中の処方変更の理由などをかかりつけ医と共有し、理解を得る必要がある。

• 老健の医師と老健の薬剤師との連携

- 薬剤師には処方の見直しや有害事象の確認や評価も求められており、さらなる医薬連携や情報共有が期待される。