

2017.10.26 モデル事業実施自治体意見交換会

平成29年度モデル事業実施自治体意見交換会 資料

平成29年10月26日(木)

資料2-1

# 服薬指導の取組

(薬剤師と連携しレセプト等を活用した訪問指導)

---



北海道北見市保健福祉部国保医療課

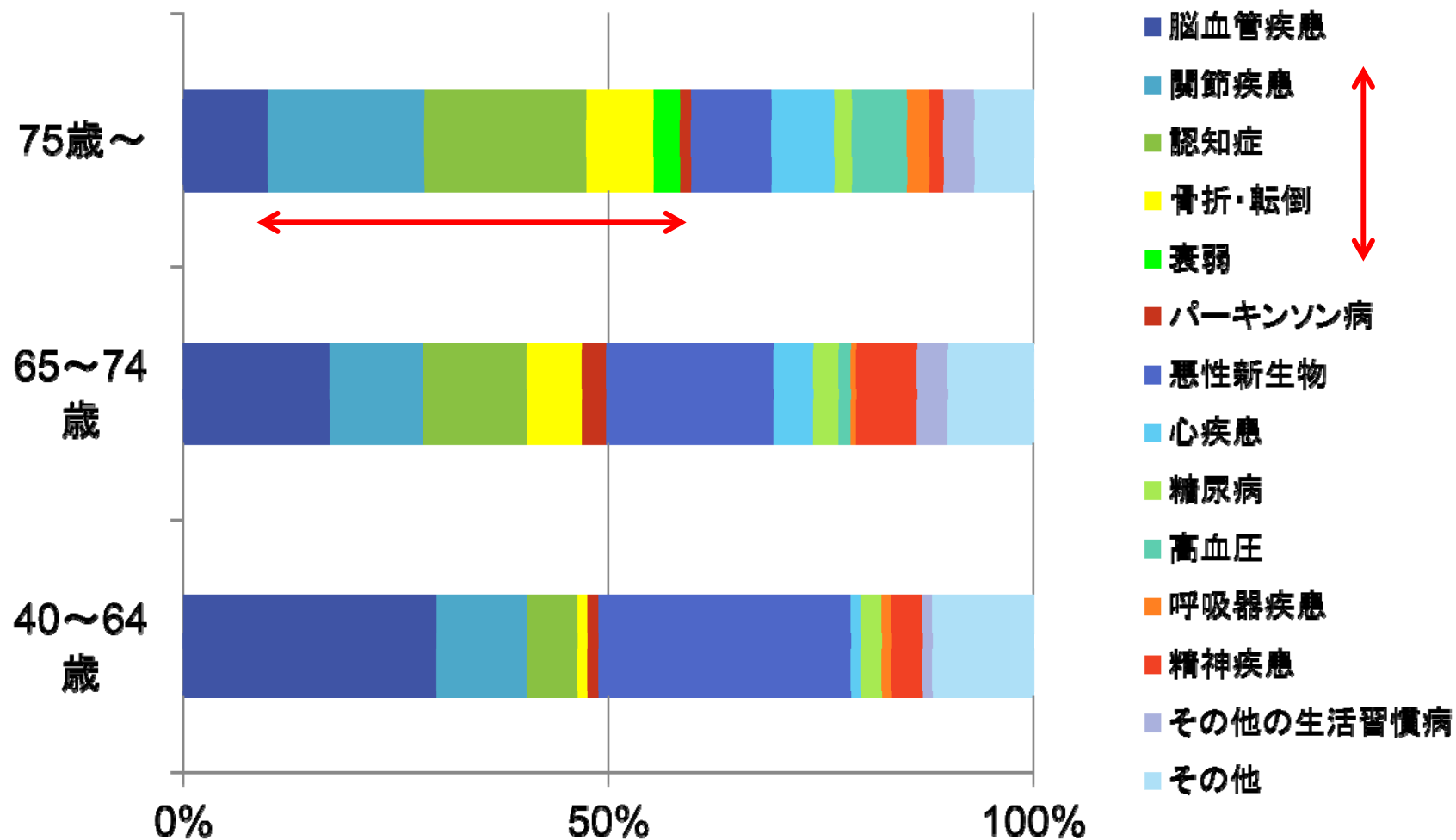
特定健診係長（保健師） 阿部 香理

## 北海道北見市の概要

人口	119,194人	H29.3月末
国保被保険者数(加入率)	29,142人(24.4%)	H29.3月末
後期高齢者被保険者数(加入率)	19,069人(16.0%)	H29.3月末
高齢化率	31.34%	H29.3月末
65歳以上の単身または2人以上世帯数(割合)	20,279世帯(33.1%)	H29.3月末
介護認定率	19.7%	H29.3月末
一人当たり医療費(国保)	267,640	H28年度
一人当たり医療費(後期)	872,835	H28年度
後発医薬品数量シェア(国保)	71.2%	H28年度
後発医薬品数量シェア(後期)	67.3%	H28年度
外来の院内処方割合(医師会会員)	21.9%	
医師会、栄養士会等関係機関との連携	特定健診・保健指導事業(当初より重症化対策事業の位置づけで連携) CKD医療連携システムの構築 人材育成研修会企画運営(特保、CKD、DM性腎症等) 市民講演会開催(CKD普及啓発)	

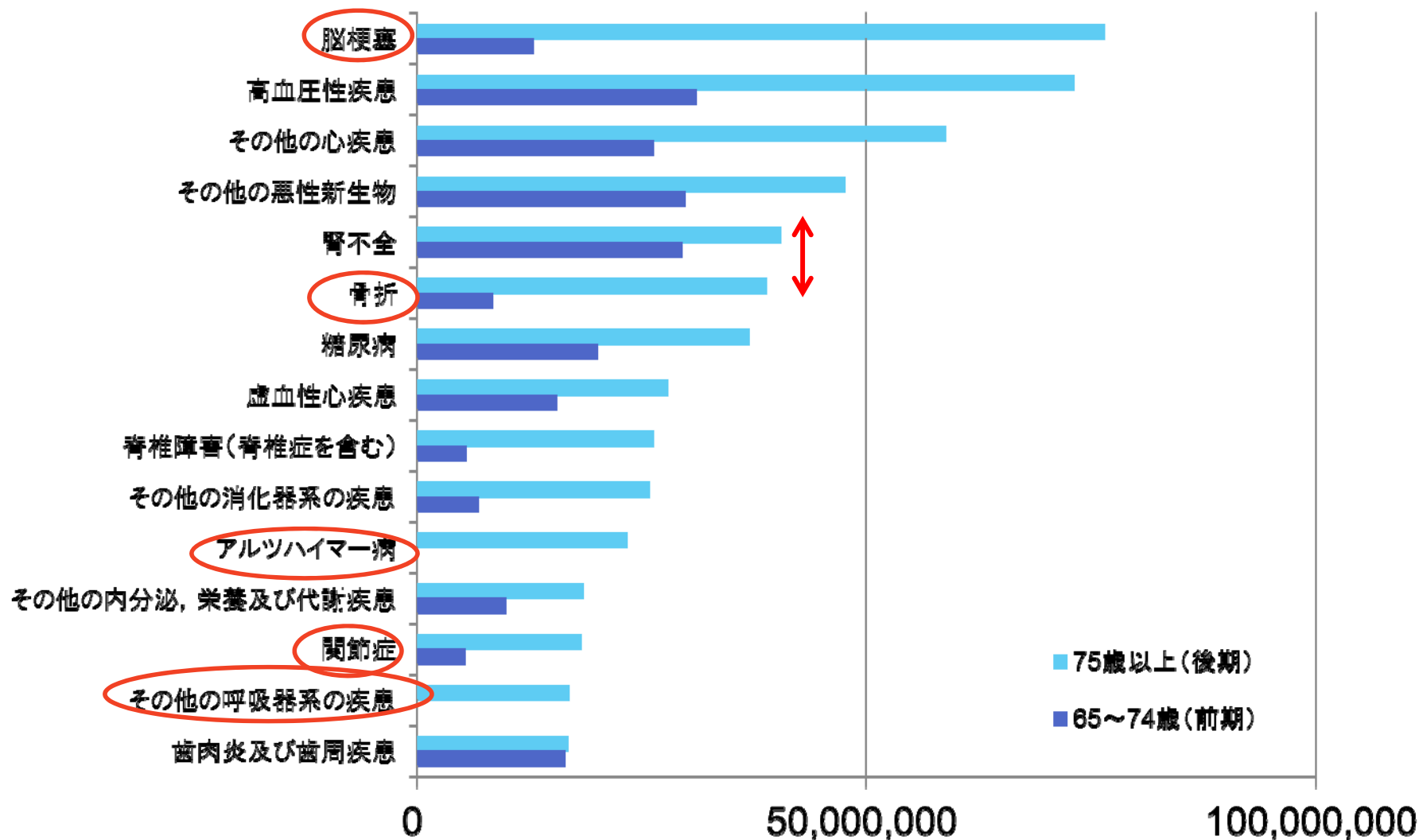
# 高齢者の健康課題 ①介護要因（年齢別）

H27年度



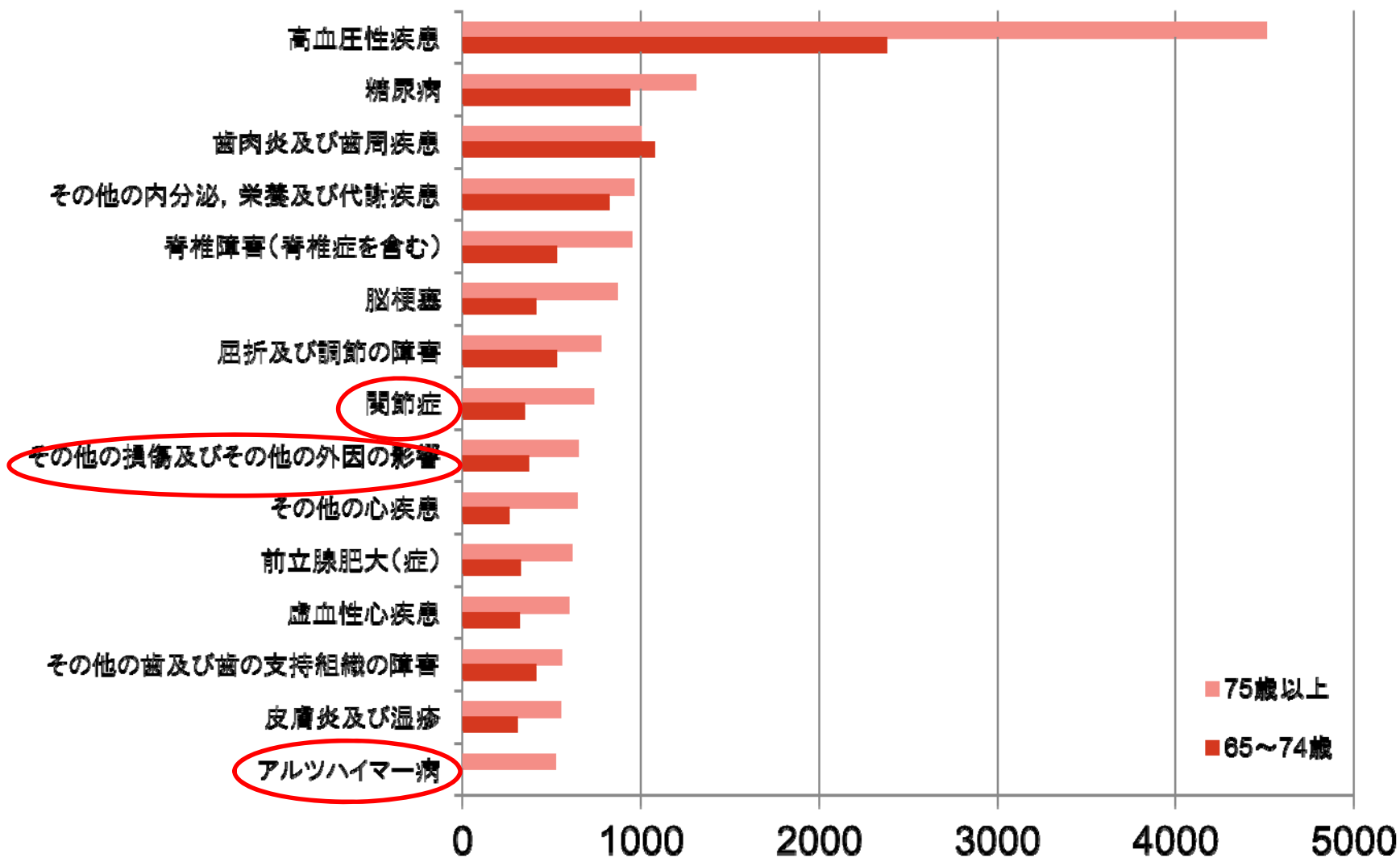
# 高齢者の健康課題 ②ひと月あたり医療費（上位15疾患）

H29. 5



# 高齢者の健康課題 ③ひと月あたり件数（上位15疾患）

H29. 5



## 服薬指導の取組へ

### 取組に至った背景

- ◆医療保険者：①当市では医療費は後発医薬品の普及などもあり減少傾向だが、高齢者の慢性疾患、多疾患治療など、高齢者の調剤給付費は課題
  - ②健診事後など保健活動の中で、高齢者だけの世帯の服薬管理が心配される事例を把握する機会の増加
  - ③CKD医療連携において、高齢者の腎機能にあった処方内容と異なる事例を把握し、調整となる事例を把握する機会の増加
  - ④従前の重複・頻回受診者訪問指導事業では、改善効果（手ごたえ）の実感なし。しかし、保険者には医科、歯科、調剤レセ、健診結果など膨大な情報あり(強み)
- ◆薬剤師会：①後発医薬品の普及、残薬調整、眠剤と転倒など高齢者への処方内容と介護要因を考慮した薬学管理の必要性の高まり
  - ②高齢化に伴い多疾患治療（多剤投薬）や認知機能を考慮した薬学管理、在宅指導の流れ
  - ③薬局の新たな位置づけ健康サポート薬局普及の動き（行政サービスとの繋がり）
  - ④現在個別の薬局での管理体制では、患者の薬の情報の一元管理が困難な状況

### 取組の特徴(方針)

- 保険者と薬剤師が、互いの役割・責任を明確化し、連携を強化する取組とする  
（当初より今後、いつどこで誰が何をすることで服薬の問題を防ぎ・減らさせるのかを考え実施）
- 服薬に関する地域（集団）課題の明確化、個人への介入と効果評価、環境整備、人材育成を行い、地域全体の波及効果を期待する取組とする
- 顔のみえる関係を構築の目指す（互いの役割と職能を理解し、信頼し活用し合える関係に）



# 服薬指導の取組

## 事業目的

高齢者の生理機能や病態に対応した処方や調剤、服薬管理による**適正な治療の実施**と、健康管理に対する**自己管理意欲**の向上を図るとともに、**医療費適正化**の推進を図ることを目的とする。

## 取組の内容

対象者に対し、**薬剤師**（原則対象者が利用している保険薬局）や**保健師**が訪問指導を実施し、服薬に関する健康課題等の解決に向け、医療機関や薬局間調整を行うとともに、家族や介護支援専門員等への**今後の支援・協力**について、情報共有等連携を行う。

## 対象者

[STEP1]

H27～28年度： **4** か所以上の医療機関を3か月以上**継続**している者（重複・多受診者）

H29年度： **3** か所以上の医療機関を3か月以上**継続**している者（重複・多受診者）

[STEP2]

上記のうち、重複投与、併用禁忌薬、併用回避薬、高齢者使用回避薬、過剰投与、薬物有害事象（疑）、残薬（疑）などの**服薬に関する課題のある者**

※H29より、道広域連合より「**重複投薬者名簿**」の提供あり。



## 対象者抽出と事前連絡

### 抽出①

- 被保険者受診データの提供を、毎月**広域連合**へ依頼。
- 受診者、受診医療機関名、調剤薬局名の情報と重複投薬者名簿の提供受領
- 当市において、毎月データをぶつけて、**重複・多受診の継続者**を抽出
- 重複投薬者名簿から「**継続的に処方を受けている者**」を抽出

### 抽出②

- 国保連合会**KDBシステム**において、一人ずつ**レセプト**を呼び出し、印刷
- 重複・多受診者レセプト（医科、歯科、調剤）を**薬剤師**複数で2重チェック
- （長期精神疾患治療者、悪性新生物治療者等を除き）**対象者の選定と指導内容検討**

### 事前連絡

- 保健師より**文書**を郵送後、直接**電話**
- 日程の**事前調整**
- 日程調整前に文書を読み、早々に対象者から電話や来庁もあり（**反応良好**）



## 服薬指導の実施と事後

### 訪問①

- 基本的に処方をしている薬局**薬剤師**が、保健師と訪問（当日**訪問前打合せ**）
- **全処方薬、市販薬、健康食品**、お薬手帳、管理状態、残薬、保管方法など確認
- 体調、**検査値確認**（治療効果）、**家族やケアマネ**など支援体制確認
- **アセスメント項目**に基づき、**転倒**の有無や**口腔機能**の低下、食事や睡眠、外出方法など生活面も確認

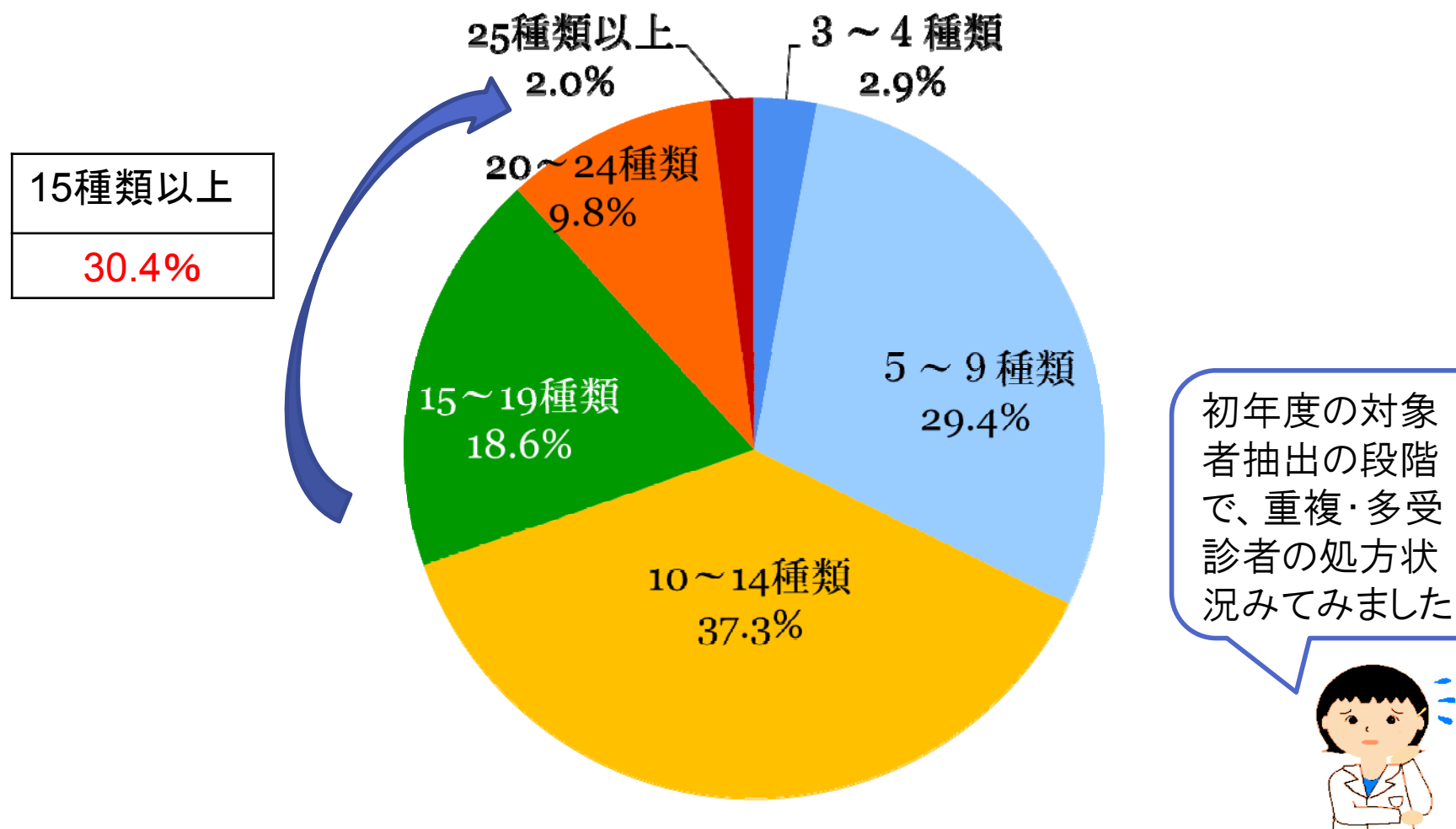
### 訪問②

- 薬物療法に関する**薬学管理的指導**の実施、**服薬調整の承諾**
- 特に、転倒や、ふらつき、めまい、慢性皮膚炎悪化による不眠や行動制限など、薬の影響などが**生活の質**を下げている場合は、要注意。
- **指導媒体**を使って食生活、口腔ケア等**保健指導の実施**、家族への指導

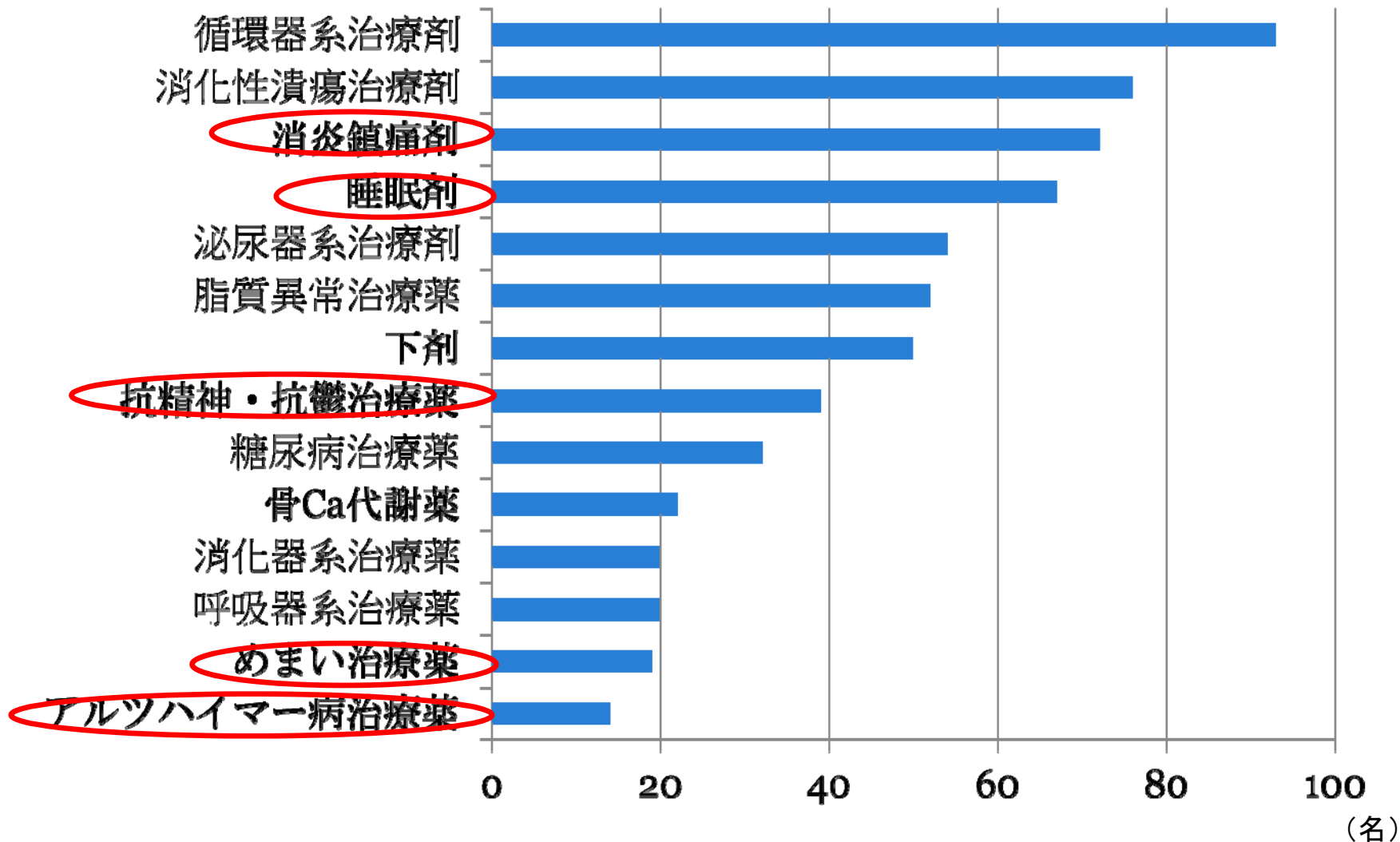
### 訪問後

- 医療機関や、薬局間で**情報共有と服薬調整**
- 担当地区包括支援センター**介護支援専門員**等に継続介入等依頼
- 後日、本人や家族へ訪問や電話で（**質的**）改善確認と、レセで（**量的**）改善確認  
※介入後は処方内容変更、薬手帳の整理、症状改善など改善率100%の事業

## みえてきた課題 ①重複・多受診者（102名）の内服薬処方数



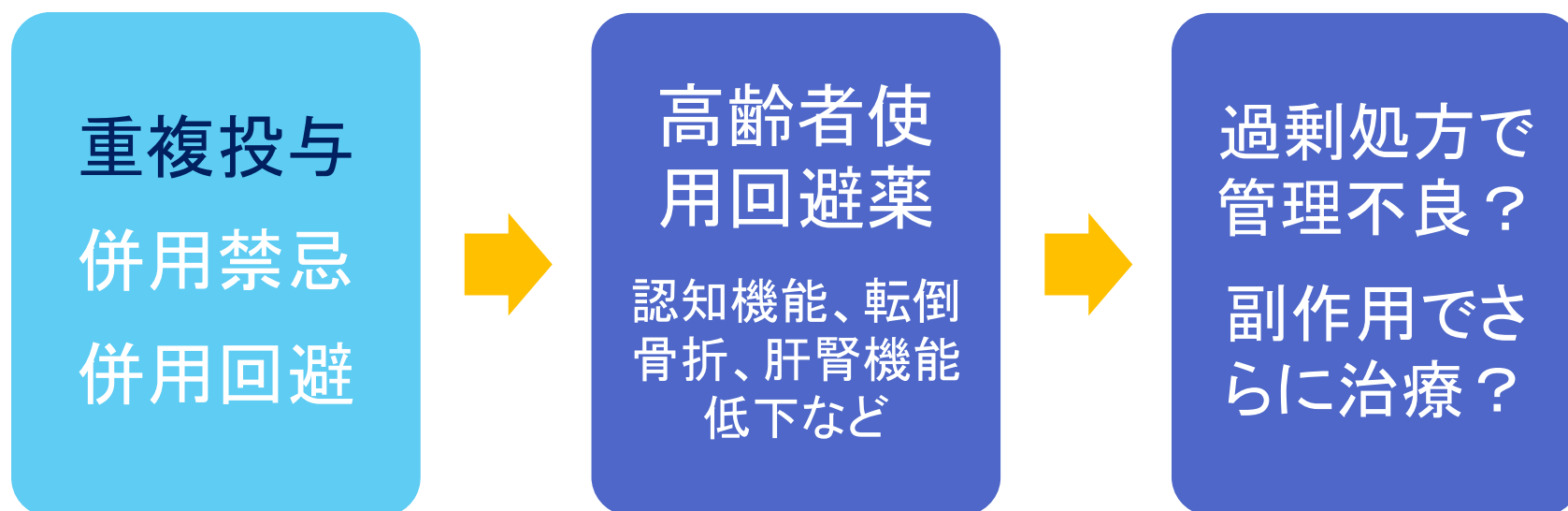
## みえてきた課題 ②重複・多受診者（102名）の内服薬処方内容



## 対象者抽出のステップと結果（量的変化）



全レセだからみえる！  
薬剤師だからわかる！  
本当のお薬の課題



	対象者	受診医療機関平均	処方内服薬平均	実施後月平均変化(剤/円)
H27	7名	5.0か所	14.1種類	3.5剤 / 12,350円 減
H28	4名	4.0カ所	17.5種類	4剤 / 14,000円 減
H29 (10月現在)	17名	3.4カ所	14.4種類	—

## 取り組みからみえたこと①：地域課題の明確化

### [現状]

- 重複投薬者等対象者が想定以上に**少なかった**
- 重複・多受診者であっても、健康被害が心配される治療や受診行動の者、薬剤管理指導の必要な者が**少なかった**
- 3か所以上の医療機関の受診（**多受診**）は、**15錠以上の多剤**の傾向にあった
- **高齢者は意図せず**、症状を全ての医療機関で説明し重複している場合も多く、**入院**が処方増加、残薬発生のきっかけの場合あり



### [結果・考察]

- ① 医療機関、薬局において**日頃から、服薬確認が徹底**されている結果
- ② 当市ではお薬手帳の定着による効果あり
- ③ 今後も**専門科が異なる医療機関**の複数受診による多剤処方の確認、**入院後**の処方内容の変更や残薬なども**外来医療現場**で確認が必要（過剰投薬、残薬、誤服用、誤嚥の危険性）

## 取り組みからみえたこと②：情報の一元化

### [現状]

- 当市の傾向（地域実情）として、**院内処方内容**はお薬手帳に記載や**添付がない**。
- ジェネリックと先発医薬品の**名称が混在**し、患者や家族が重複に気づけない  
（医療機関毎薬局毎のお薬手帳でなかなか気づけない）
- 医療現場では、薬の効果や検査値の悪化の要因となる**市販薬、健康食品の使用**について、**情報が不足**



### [結果・考察]

- ① **院内処方**の内容も、**お薬手帳**に添付・記載・薬袋を挟むなどし、**情報を一元化** ※入院きっかけにインスリン注射の処方が重複し、低血糖発作の事例あり
- ② **院内外処方（全体把握）**により、重複処方・併用禁忌・回避薬の改善
- ③ 訪問当日の薬剤師による市販薬、健康食品の確認により、**即日改善**。  
**医療現場**においても市販薬、健康食品の確認（アセスメント）は必要！

## 取り組みからみえたこと③：残薬

### [現状]

- 「嚥下困難」「認知機能低下」「多剤」「視力低下」「生活実態（食事回数、外出回数、睡眠時間）と処方回数が不一致」「外用薬はお風呂後だけ」、その他「退院時に処方された」「良くなったがそのまま」などが主な要因
- 自己管理が困難なのか、または処方内容（形状や回数）が生活実態に不一致なのか、理由により解決方法や支援内容が異なるため、なかなか本人だけでは改善できない



### [結果・考察]

- ① [薬局調整] 形状の変更、一包化、ゼリー使用、小物を活用した保管方法の提案、入院後の処方確認などによる残薬の改善、残薬回収を紹介
- ② [医薬調整] 嚥下機能、食事回数、外出、睡眠時間など実態に合わせた処方へ変更
- ③ [生活指導] 口腔ケア（唾液腺マッサージ）指導による改善、活動量をあげるため介護予防事業の紹介と参加による眠剤減量

## 取り組みからみえたこと④：副作用（薬剤有害事象）

### [現状]

- 長期処方により、過鎮静、筋弛緩作用、転倒歴、中枢神経系刺激の症状があり、**新たな症状への治療の開始や入院**に繋がっていた
- めまい、ふらつきによる**転倒経験者**が想像以上に多く、**入院や介護状態**のリスクとなる高齢者使用回避薬の処方と一致している
- **薬の影響**と思われる自覚症状（めまい、ふらつき、口渇、便秘、湿疹・掻痒感による不眠など）で、**生活の質が低下**している者も多い



### [結果・考察]

- ① 薬剤師による自覚症状と副作用についての説明と**改善策の提示**で即日解決へ
- ② 薬の変更により、症状の軽減（改善）  
※ 薬剤性パーキンソンニズムの改善、パーキンソン病患者への回避薬中止による症状軽減事例あり
- ③ 薬の調整による**介護状態などの予防**が可能（特に転倒、過鎮静、脱水、口渇）



## 取り組みからみえたこと⑤：家族（キーパーソン）の協力体制

### [現状]

- 高齢の患者自身が薬を管理している（しかし、紛失・残薬・重複あり）
- 家族であっても、重複・多受診、頻回受診の受診状況を知らない。また、薬の処方内容、服薬管理が適切かの情報が不足している多い



### [結果・考察]

- ①治療（服薬）情報と、課題を共有（協力の必要性）
- ②保管方法の工夫や家族協力で、飲み忘れや、紛失、残薬、服薬回数の自己調整の改善
- ③家族に対して、多剤による弊害や副作用、高齢者の特徴などの薬の管理に関する情報提供

## 取り組みからみえたこと⑥：保健・医療・介護の連携

### [現状]

- 独居や高齢者世帯では、不安から**医療依存度**が高く、頻回受診や、重複・多受診の傾向にあった。また、**相談者**なく、薬の自己調整も多くみられた。
- 自己の健康課題の解決に繋がる**サービスの情報が不足**していた。



### [結果・考察]

- ①院内処方の内容も、**お薬手帳**に添付・記載し、**薬局薬剤師**の知識を活用した薬の管理、相談の勧め（**かかりつけ薬局**）
- ②地区担当**包括事業所**と連携し、薬の管理指導に関する介入へ
- ③保健師による症状緩和、疾病悪化予防の**生活指導の実施**
- ④適切な**介護予防事業**や、**介護サービス**の紹介と活用（情報提供）

## 取り組みからみえたこと⑦：地域への波及効果

### [現状]

- 高齢者の腎機能を評価した処方内容に変更がされていない場合が多い
- お薬手帳の活用（情報の一元化）し、多職種が確認し合うことで、薬の健康課題を防げる事例も多い



### [結果・考察]

多職種との取組結果の共有から、

- ①薬の影響や慢性疾患治療の長期化によりCKDの進展が心配される方のお薬手帳に、腎機能レベルシール貼付や、検査値を挟むことの効果の普及へ  
（継続的な病態把握、治療効果の確認、適切な服薬管理）
- ②ほかの医療機関や薬局から、薬剤調整（改善）、取り組みの照会増へ
- ③当市CKD医療連携に弾み！

# CKD進展抑制の取り組み ～お薬手帳に腎機能記載、検査値を挟むことを推奨



血液学		生化学		報告書	
項目名	結果	項目名	結果	項目名	結果
白血球数 WBC	9890	TP	7.0	#クレアチニン-U	0.44
赤血球数 RBC	508	A/G	1.30	#Fβ <sub>2</sub> (LDL-C)	97
血小板数 PLT	165	ALB	3.5	#NA <sup>+</sup> -U	30
ヘマトクリット Ht	49.8	A/G	1.81	#K <sup>+</sup> -U	14
MCV	98	ALB	64.4	#CL <sup>-</sup> -U	31
MCH	32.5	α <sub>1</sub>	3.1	#スイノンGFR	68.4
MCHC	33.1	α <sub>2</sub>	5.8	#HBA1C (NGSP)	5.5
血小板数 PLT	165	β <sub>2</sub>	10.3	#NON HDL-C	120
網状赤血球 RRA	0.1	γ	16.2		
B	0.2	総ビリルビン T-Bil	0.3		
E	1.3	直接ビリルビン D-Bil	0.4以下		
NEUTR	44.6	TTT	0.5-6.5		
Seg	4.8	ZTT	2.3-12.0		
L	49.1	AST (GOT)	28		
Mon	4.8	ALT (GPT)	59		
その他1	0.0	ALP	285		
その他2	0.0	LDH	154		
EBL	0.0	コリンエステラーゼ ChE	32		
赤血球 大小不均	(-)	新-GT Y-GT	30-78		
赤血球 変形性	(-)	LAP	59-140		
赤血球 多量性	(-)	ACP	113		
赤血球 有核	(-)	αCPK	2.7-7.5		
(全血比重)	1.052	アルドラーゼ ALD	14.4以下		
尿検査		総胆汁酸 TBA	39-134		
尿糖	(-)	アミラーゼ AMY	70-109		
尿蛋白	(-)	血糖 (空腹時) BS	150-219		
尿潜血	(-)	総コレステロール T-Cho	165		
尿pH	6.5	#HDL-Cho	45		
尿比重	1.008-1.034	エステル型 コレステロール	100-185		
尿ケトン体	(-)	コレステロール %	74-82		
尿潜血反応	(-)	α-Lipo 蛋白 α-LP	1-18		
尿白濁	(-)	中性脂肪 TG	113		
尿比重	(薬液) 21-200	遊離脂肪酸 FFA	0.10-0.81		
尿pH	(薬液) 4.0-10.0	総胆汁酸 T-Bil	350-800		
尿潜血	(薬液) 0.1-1.0	尿蛋白	150-250		
尿アミラーゼ	(薬液) 0.1-1.0	尿酸 UA	6.1		
赤血球	/HPF	尿素窒素 BUN	11.4		
白血球	/HPF	#クレアチニン CREA	0.92		
扁平上皮	/HPF	Na	141		
移行円柱	/HPF	K	3.6		
顆粒円柱	/HPF	Cl	104		
その他1	/HPF	Ca	9.1		
その他2	/HPF	IP			
		Mg			
		Cu			
		Fe			
		TIBC - 比色			
		UIBC - 比色			
		CRP			
		RF定価			

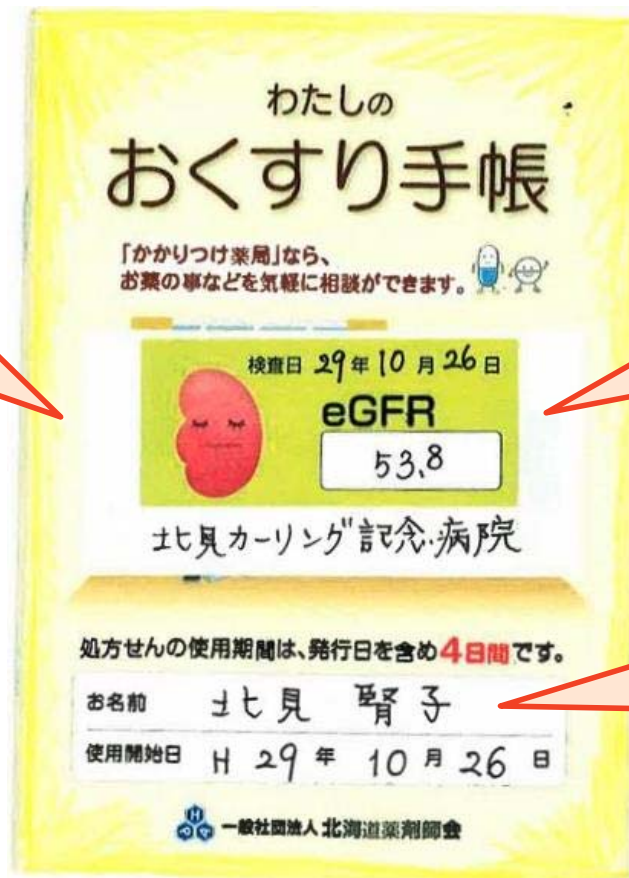
調剤薬局に行かれる方は  
薬剤師さんにも見せてください

第2尿・随時尿 ID. 4745  
身長 165.7 cm  
体重 79.6 kg  
摂取食塩量 0.24 g/日

その他、講師依頼があり、検査結果や病態にあった食事や生活指導の院内学習会も開催（薬剤師さんも参加！）

## CKD進展抑制の取り組みへ（各々の役割と責任）

CKD連携医から  
「可愛いデザイン  
のシール」の要望  
あり作成



他院の医師、  
薬剤師がお薬と  
腎機能を評価し  
治療

CKDの概念の  
普及と患者自身  
の健康管理へ  
寄与



## 保健事業評価の視点(ガイドライン12p)

評価の構造	評価の視点・内容	評価
ストラクチャー (実施体制は整っているのか)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・達成したい目標に向けて関係者の理解得られているか。</li> <li>・保健指導の実施体制が構築できたか(内製・委託)</li> <li>・委託の場合十分に事業を実施できる事業者であるか。</li> <li>・保険者等との連携、協力体制ができているのか、</li> </ul>	○
プロセス (うまく運営できているのか)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業実施手順書を作成し、関係者間で共有できているか。</li> <li>・募集、初回実施、継続、評価の各段階でチェックしているか。</li> <li>・対象者に合わせた内容で準備できているか。</li> <li>・参加者の健康状態を事前に把握、指導者に提供できるか。</li> </ul>	○
アウトプット (ちゃんと実施できたか)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画した事業が実施できたか。</li> <li>・狙ったセグメントの対象者が参加できているか。</li> <li>・最後まで継続できたか。</li> <li>・実施回数、人数が計画通りか。</li> </ul>	○
アウトカム (結果が出せているか)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・目的とした成果があがっているか。 関心度、生活習慣、健康状態(検査値)、療養状況、医療費</li> </ul>	○

## 今後にむけて ～ 職能を活かし合い、患者を支援

### ◆医療現場

- ①情報の一元化 お薬手帳の活用（**院内外**処方の情報、**検査値**、**腎機能**等の情報）
- ②問診内容 **入院**による薬の変更や処方追加の有無、健康食品・市販薬の使用  
他院・他薬局のお薬の内容と手帳の有無、転倒やふらつき・口渇など新たな症状等の有無  
※特に、併用回避薬、高齢者使用回避薬などの確認と自覚症状の有無
- ③情報提供 **残薬回収**、**訪問薬学管理**の実施内容、健康食品や市販薬と処方薬との関係の情報、行政等の**保健介護サービス**の紹介

### ◆保険者

- ①データの活用 **レセ情報**を使った重複投薬者等の情報を活用した**保健指導**と**改善評価**
- ②住民教育 高齢者へ**お薬手帳の活用法**、健康食品等の相談先としての**薬局の活用**など情報提供、適正な服薬管理の工夫の紹介等
- ③連携の構築 薬剤師からの助言指導が受けられる**体制（関係）の構築**
- ④情報発信 **関係機関**への取組報告 ⇒**新たな展開**への期待！





ご清聴ありがとうございました

