

平成29年度
患者のための薬局ビジョン推進事業
報 告 書

平成30年 3 月



公益社団法人 新潟県薬剤師会

目 次

はじめに.....	1
第1章 「なじらね訪問 服薬サポート」事業	3
第2章 介護サービスを活かした服薬サポート事業.....	13
第3章 ICT連携ツールを活用した患者情報の共有事業	27
第4章 市町村と連携した重複投薬者への訪問相談事業.....	39
おわりに.....	49
巻末.....	50

はじめに

この報告書は、新潟県が厚生労働省から受託した「平成29年度患者のための薬局ビジョン推進事業」を公益社団法人新潟県薬剤師会が再受託を受け実施した事業について取りまとめたものです。

平成28年度患者のための薬局ビジョン推進事業では、いわゆる残薬バッグを患者の残薬整理のツールとしてだけでなく、患者の服薬状況の把握や多職種連携のためのコミュニケーションツールの一つとしても活用し、訪問薬剤管理指導が必要な患者の掘り起こしを図りました。さらに訪問薬剤管理指導が必要な患者には薬局薬剤師が患者宅を訪問し、服薬状況や在宅医療サービスの利用状況等を把握し、患者に応じた服薬支援を行いました。こうした取組みにより、患者の服薬アドヒアランスが改善し、また得られた情報等を、医師を始めとする多職種に提供、共有することで多職種連携を図ることができました。

平成29年度患者のための薬局ビジョン推進事業では、「薬局薬剤師の在宅医療サービス推進強化事業～多職種連携によるなじらね訪問 服薬サポート～」として、

(1) 3つのアプローチによるモデル地区での事業対象者の拡大

ア、在宅医療・介護のICT連携ツールへの参加と参加機関との情報共有

イ、介護支援専門員からの働きかけ等（介護サービスを活かした服薬サポート）

ウ、医療保険者（市町村国保）との連携

(2) 事業参加薬局の拡大

(3) 実施事業の更なる周知・啓発

について検討を行い、薬剤師目線だけでなく、多職種の気づきから、薬剤師の介入による服薬支援が必要な患者を拡大していく事業に取り組みました。

「かかりつけ薬剤師・薬局」として、また「健康サポート薬局」として地域包括ケアシステムの一翼を担うためには多職種との連携が必要不可欠です。

本報告書が、来たる2025年に向けて県下すべての薬局が「かかりつけ薬局」となるべく研鑽していくための一助となることができれば幸甚です。

平成30年 3 月

公益社団法人新潟県薬剤師会

会 長 山 岸 美恵子

第 1 章

「なじらね訪問 服薬サポート」事業

背景・目的

平成28年度、新潟県薬剤師会は患者のための薬局ビジョン推進事業として、いわゆる残薬バッグ（以下、「おくすりバッグ」）を患者の残薬整理のツールとしてだけでなく、患者の服薬状況の把握や多職種連携のためのコミュニケーションツールの一つとしても活用し、訪問薬剤管理指導が必要な患者の掘り起こしを図った。さらに、訪問薬剤管理指導が必要な患者には薬局薬剤師が患者宅を訪問し、服薬状況や在宅医療サービスの利用状況等を把握し、患者に応じた服薬支援を行った。こうした取組みにより、患者の服薬アドヒアランスが改善し、また、得られた情報等を、医師をはじめとする多職種に提供、共有することで多職種連携を図ることができた。

一方、事業を進める中で、事業に参加した薬局（以下、「参加薬局」）における「おくすりバッグ」を渡す患者を選定する際の考え方や「おくすりバッグ」の活用意義等に関する理解が不十分であるとの課題が挙げられた。

そこで平成29年度は、平成28年度事業の拡充・展開を図り、薬局薬剤師の在宅医療への積極的な関与、多職種連携を推進することにより、患者の在宅療養の更なる充実を図ることを目的とした。

方 法

1. 「なじらね訪問 服薬サポート事業」参加薬局の募集

（1）「なじらね訪問 服薬サポート事業」の概要

「なじらね訪問 服薬サポート事業」（以下、「なじらね訪問」）では、事業に参加した薬局が「おくすりバッグ」（図1-1）を患者様に渡し、その患者宅を「なじらね訪問」して服薬状況を把握する。患者の選定方法については、平成28年度の課題を受け「お薬が飲めていないかも…」と思われる患者で、薬剤師のサポートにより服薬状況の改善が見られそうな方とした。

訪問して服薬状況に問題点があれば薬局薬剤師が改善策を提案し、必要に応じて多職種と連携、約1ヵ月後に再度訪問し、改善状況を確認する。参加薬局における対応フローを図1-2に示す。

参加薬局については、事業への参加を希望する薬局を手上げ方式で募集することとし、本事業に関する説明会への参加あるいは同説明会のDVD視聴を参加要件とした。なお、平成28年度事業より協力をいただいている「にいがた健康支援薬局」には引き続き事業への参加と協力を依頼した。



図 1-1 「おくすりバッグ」

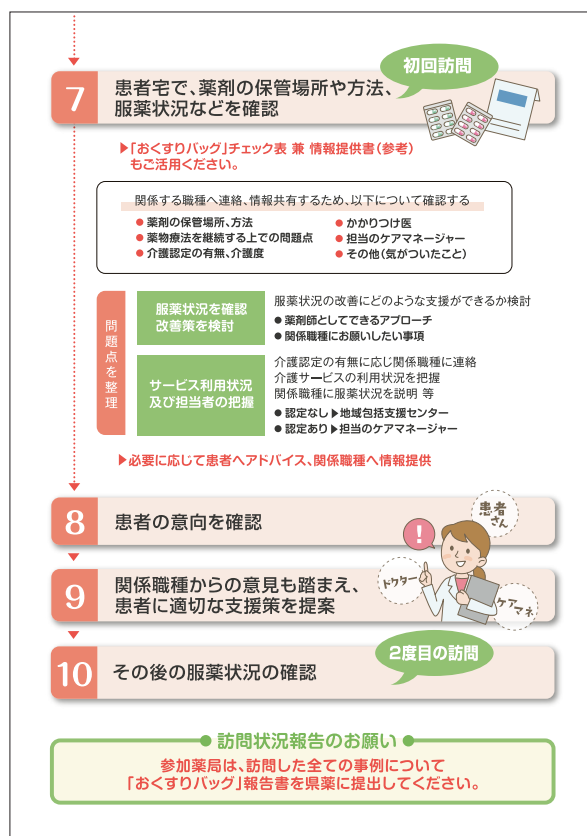
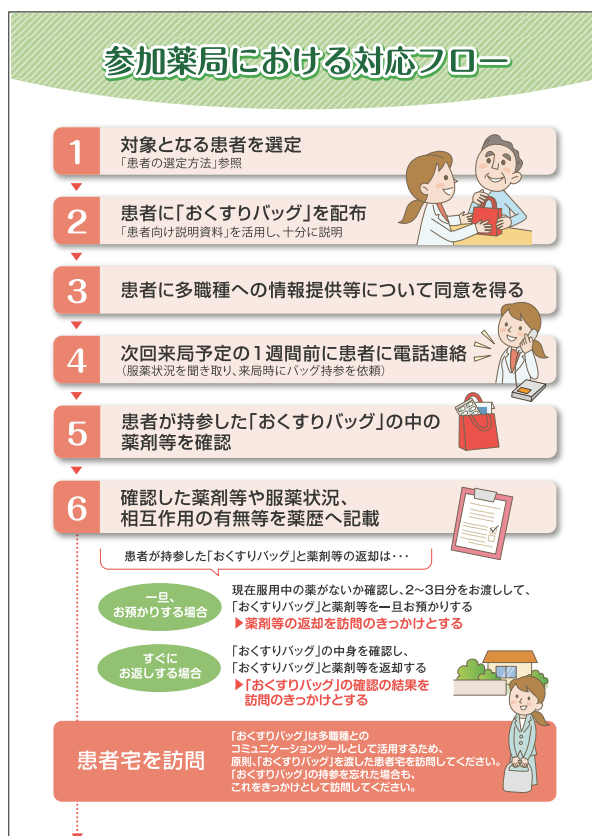


図 1-2 参加薬局における対応フロー

(2) 事業説明会の開催

参加要件となる「なじらね訪問 服薬サポート事業」説明会を県内3ヵ所で開催した(表1-1)。

表1-1 「なじらね訪問 服薬サポート事業」説明会 開催状況

	日 時	場 所	参加人数及び薬局数
新潟会場	8月30日(水) 19:30~21:00	新潟ユニゾンプラザ 大会議室	68人 57薬局
長岡会場	9月6日(水) 19:30~21:00	さいわいプラザ 中ホール	30人 29薬局
上越会場	9月6日(水) 19:30~21:00	上越市市民プラザ 第二会議室	30人 25薬局

2. 参加薬局による「なじらね訪問 服薬サポート事業」の実施

「おくすりバッグ」は参加薬局に5部ずつ配布した。「おくすりバッグ」を渡した患者宅へは原則、訪問していただき、訪問後、参加薬局は「おくすりバッグ」を渡した対象患者ごとに報告書を当会へ提出することとした。

参加薬局における「なじらね訪問」については、以下のとおり実施期間を限定し、事業への参加、協力を集中的に呼びかけた。

バッグ配布期間：平成29年11月6日から12月5日

3. 「なじらね訪問 服薬サポート事業」の周知啓発

県民に対して、薬局薬剤師が「なじらね訪問」として、患者宅を訪問し服薬状況を把握、患者の服薬支援や多職種連携を図る取組みを行っていること等について、参加薬局の取組みを中心に、以下のテレビ番組を通じて紹介、広報した。

○UX新潟テレビ21

番組名：「にいがたLive！ナマ＋トク」

放送日：平成30年1月29日(月)

放送内容：約7分

薬局薬剤師の訪問により認知症の早期発見につながった事例と介護支援専門員と薬剤師が連携して服薬支援を行った事例を紹介した。

○BSN新潟放送

番組名：土曜ランチTV「なじラテ」

放送日：平成30年3月10日(土)

放送内容：約10分

薬局の新たな取組みとして「なじらね訪問」や「にいがた健康支援薬局」による健康相談の応需について紹介した。

4. 「なじらね訪問 服薬サポート事業」参加薬局への支援

参加薬局における「なじらね訪問」の取組みを支援、推進するため、参加薬局メールマガジンを計6回配信した。事業内容の再確認や手順書、様式のダウンロード方法などを案内し、事業実施を参加薬局に呼びかけた。

また、参加薬局における取組み状況を把握するため、同メールマガジンを通じて実施状況を調査した。

結 果

1. 「なじらね訪問 服薬サポート事業」への参加

平成29年度、事業へ参加した薬局は219薬局（「にいがた健康支援薬局」180薬局を含む）であった。

2. 参加薬局による「なじらね訪問 服薬サポート事業」の実施

「なじらね訪問」を実施し、当会へ提出された報告書は39件（30薬局）であった。

報告の概要は以下のとおりであった（重複事例あり）。

- ・介護支援専門員等、介護担当者との連携につながった 同旨 14件
- ・訪問薬剤管理指導の実施につながった 1件
- ・医師との連携により処方変更となった 同旨 10件
- ・服薬カレンダーの導入等、服薬支援により患者の服薬状況が改善した 同旨 15件
- ・在宅での薬剤管理状況に問題があることが疑われたが、実際には家族の協力等により、適正に管理できていることが確認できた 同旨 8件

「なじらね訪問」実施報告から、以下の事例を抜粋して紹介する。

【事例A】

○患者の服薬状況の概要

一包化して、患者自身でお薬カレンダーにセットしている。

残薬は、朝食後37日分、夕食後62日分、就寝前93日分。

就寝前の気管支喘息治療剤は、服用しなくても支障がないと思っていた。

腰痛があり、外出しない。家族と同居しているが交流が少ない。うつや認知症、介護予防、食事改善が必要と考えられた。

○「なじらね訪問」での提案内容

医師に、就寝前の薬を夕食後とするよう処方変更を提案した。

吸入薬に使用開始日の記入を指導した。

本人の同意の上、地域包括支援センターに連絡し、介護認定の手続き、介護予防サービスの導入につながった。

○その後の状況

喘息の経過は良好。

薬剤師より、経過が良くても服薬を続ける必要があることを再度指導した。

介護保険の適用となり介護サービス導入までつながった。

【事例B】

○患者の服薬状況の概要

一包化調剤されている。

残薬は、朝食後28日分、昼食後63日分、夕食後36日分。

残薬について、医師から叱られたことがあり、残薬があっても申し出ない。

朝食が遅く、朝・昼兼用のことがあるため、昼食後の服薬ができないことが多い。

介護サービスなどを利用してみたいが、どうしたらよいか分からない。

○「なじらね訪問」での提案内容

主治医に残薬の状況を報告、残薬調整と処方変更（服用回数 1日3回→2回）を提案した。

お薬カレンダーの利用を提案した。

地域包括支援センターに相談し、介護保険について相談した。

○その後の状況

服用回数が1日2回となり、お薬カレンダーの導入もあり、服薬状況が改善された。

介護保険の適用となり介護サービス導入までつながった。

【事例C】

○患者の服薬状況の概要

以前入院していた時の薬剤が残っており、かかりつけ医も把握していなかった。

薬局では一包化していたが、自宅での薬の管理ができなくなっていた。

○「なじらね訪問」での提案内容

介護支援専門員と連携し、訪問薬剤管理指導の導入を提案した。

お薬カレンダーの利用を提案した。

○その後の状況

服薬状況の改善がみられた。

併用薬を整理したことで、本人の病識が高まった。

介護支援専門員も服薬状況を心配していたが、薬局からの情報提供により共有できた。

【事例D】

○患者の服薬状況の概要

狭心症治療薬は30日分の処方のうち23日分残っていた。

就寝前の睡眠導入剤は必ず服用している。

娘から指摘された物忘れについて、本人は受け入れがたい気持ちがある。

○「なじらね訪問」での提案内容

主治医に、内服薬を全て就寝前の服用に変更、一包化調剤することを提案した。

○その後の状況

服用時点をまとめ、一包化することで服薬状況は改善した。

主治医からは、介護サービス導入はもう少し様子を見ていこうとの話があった。

【事例E】

○患者の服薬状況の概要

患者より薬がないとの連絡があり、「なじらね訪問」、自宅から手つかずの薬が見つかった。

独居で、物忘れの症状もある。

○「なじらね訪問」での提案内容

薬の整理をして、服用時点ごとに一包化してお渡しした。

医師、介護支援専門員へ情報提供した。

現在、複数の医療機関を受診しているが、1つにまとめることを提案した。

○その後の状況

自分のことは自分でできるという思いが強い方なので、引き続き、介護支援専門員と連携して様子を見ることになった。

【事例F】

○患者の服薬状況の概要

残薬は、朝食後16日分、夕食後20日分。

老夫婦の二人暮らしで、薬は本人と息子夫婦（週2～3回様子を見に来る）が管理していた。

○「なじらね訪問」での提案内容

お薬カレンダーの活用、一包化薬への日付記載を提案した。

○その後の状況

息子夫婦がいない日は、飲み忘れがある。

担当の介護支援専門員と情報共有し、担当者会議へ参加した。

【事例G】

○患者の服薬状況の概要

来局時、残薬があり日数調製が頻回だったため、訪問。

自宅ではビニル袋、箱を活用して薬がきちんと管理されていたが、服用している薬剤の効果は把握していなかった。

自宅で血圧を測定しているが、主治医に伝えていないとのこと。

下剤の処方があるが、便秘になることが心配で服用量を調節できない。

○「なじらね訪問」での提案内容

服用している薬の薬効を説明した。

下剤は症状に合わせて調節できること、自宅で測定した血圧の記録を医師に見せるよう説明した。

○その後の状況

高血圧治療薬の日数調整が頻回だったため栄養士と連携が必要かと考えていたが、実際は家族が減塩に配慮し、バランスのとれた食事を作っており、栄養指導は必要ないことが確認できた。

参加薬局に行った実施状況の調査によれば、調査に回答した160薬局のうち、「おくすりバッグ」を渡した薬局は75薬局あった（図1-3）。しかし、訪問できなかった薬局は48薬局あり、その理由については「本人・家族の同意が得られなかった」が多かった（図1-4）。また、この薬局に、多職種との連携により訪問しやすくなると思うかを調査したところ、「そう思う」、「まあ、そう思う」と回答した薬局が全体の88%を占めた（図1-5）。

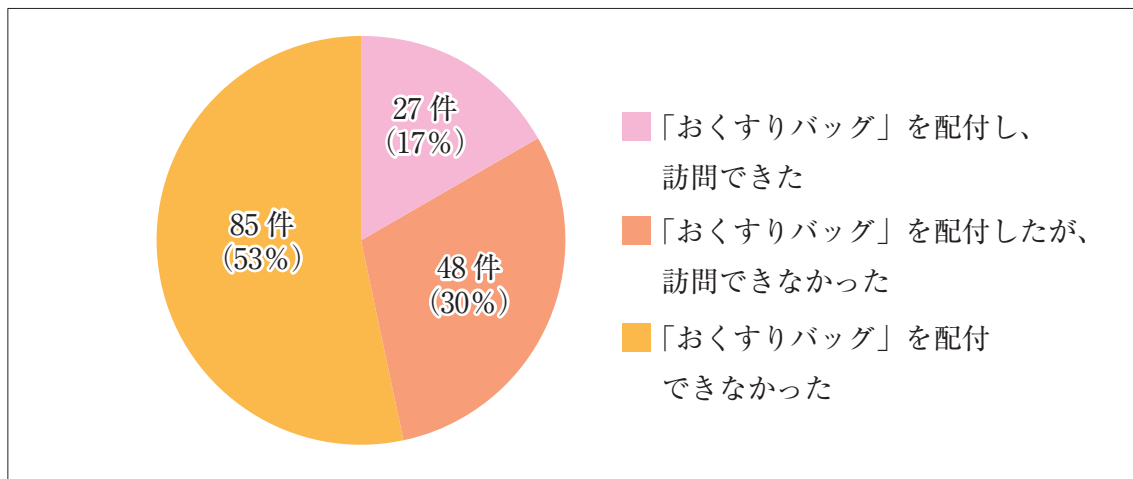


図 1-3 調査結果による「おくすりバッグ」の配布状況及び訪問状況（n=160）

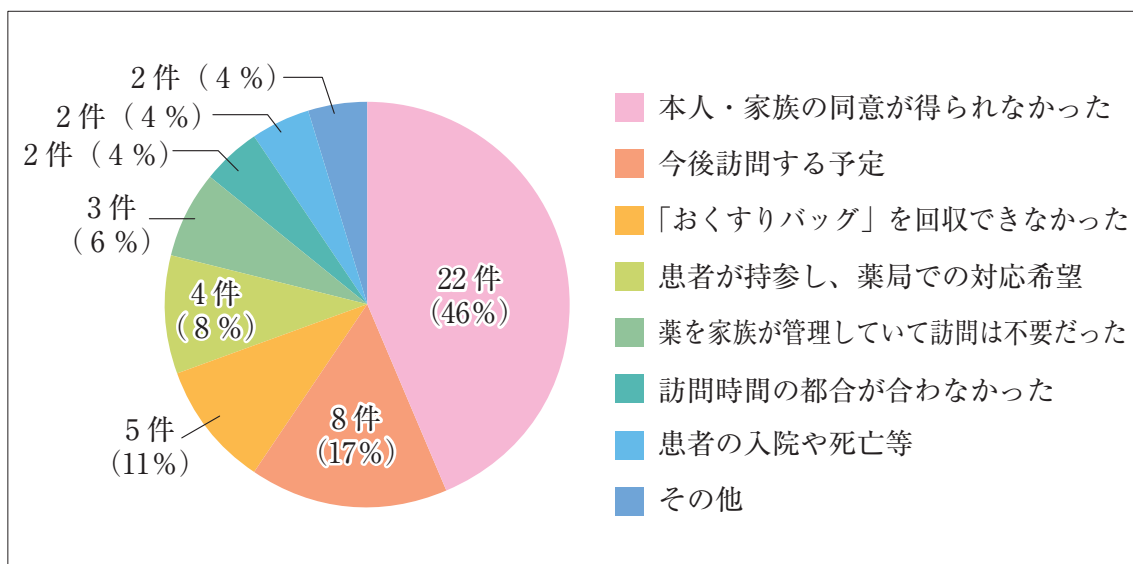


図 1-4 「なじらね訪問」できなかった薬局におけるその理由（n=48）

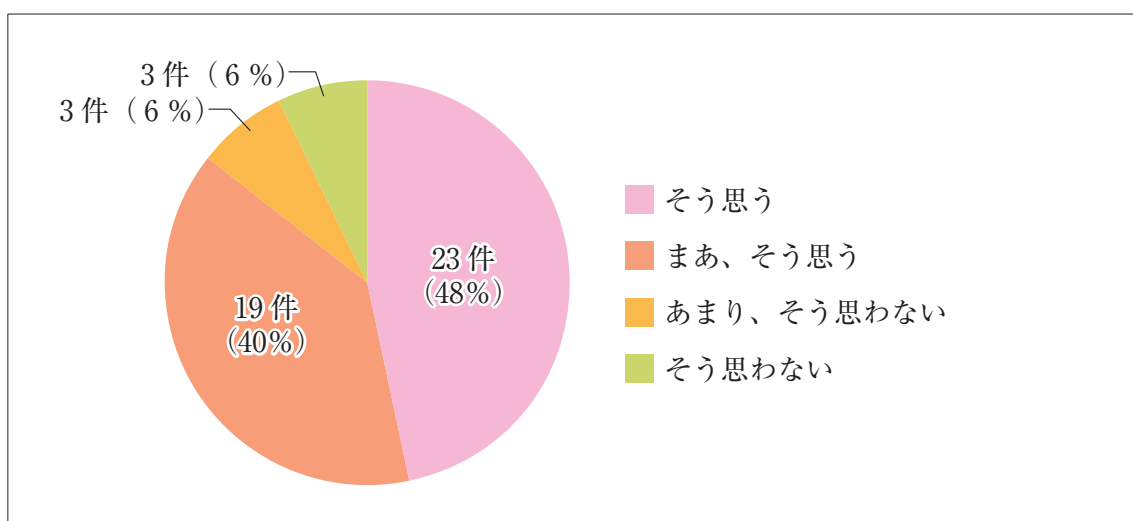


図 1-5 多職種との連携で訪問しやすくなると思うか？（n=48）

考 察

本事業において、「おくすりバッグ」は患者宅を訪問することを前提に、患者に渡してもらうこととした。実際に訪問につながった事例は39件と少なかったが、75薬局が患者に「おくすりバッグ」を渡すことができた。本人や家族の同意が得られず「なじらね訪問」できない事例が多くあったが、今後は、介護支援専門員や訪問看護師等の多職種と連携することで、「なじらね訪問」がやりやすくなることが期待される。

また、期間を限定したことで、服薬に問題があるのではないかと気になっている方が期間内に来局されない等、取組みにくくなった可能性もある。薬局薬剤師は常日頃から気になる患者がいれば、問いかけや、時に訪問して服薬状況を確認し、服薬支援を行う姿勢が必要であると考えられる。

各事例においては、薬局薬剤師が患者宅を訪問し服薬状況を確認することで、患者に寄り添った服薬支援につながり、さらに多職種とコミュニケーションをとるきっかけとなった。こうした取組みは薬局のかかりつけ機能を強化し、地域住民、多職種から頼られる存在を目指すための有用な手段となりうる。

「なじらね訪問 服薬サポート事業」への参加薬局は219薬局と少なかったが、このような取組みを行うことで、患者の一元的、継続的な服薬状況の把握につながることが分かった。今後は、地域包括ケアシステム下において多職種等と連携の上、薬局のかかりつけ機能を更に強化していきたい。

第 2 章

介護サービスを活かした服薬サポート事業

背景・目的

平成28年度事業は「おくすりバッグ」の取組みを薬局来局者中心に展開したため、介護サービスを受けている患者が少なかった。

平成29年度事業では地域包括支援システムの構築に当たり、多職種との顔の見える関係の構築が重要であることから、残薬が疑われる患者について介護支援専門員から情報を提供、必要に応じて「おくすりバッグ」を配付していただき、薬局薬剤師が訪問及び服薬サポートをする。介護サービス利用者へ「なじらね訪問 服薬サポート事業」を適用することで、訪問及び服薬サポートが必要な患者の掘り起こしを行うこととした。また、地域包括ケアシステムの中で、多職種間で情報を共有することにより残薬の解消を目指し、介護サービス担当者と連携して利用者の支援を図ることを目的とした。

方 法

以下の方法で、介護支援専門員から利用者へ「おくすりバッグ」を渡していただき、薬局薬剤師の「なじらね訪問 服薬サポート事業」を展開することとした。

1. 介護支援専門員への説明会の開催

介護支援専門員へ本事業の概要及び協力依頼を郵送した。さらに説明会（表2-1）を開催し、「なじらね訪問」に至る流れ、対象者等について説明し、協力を依頼した（図2-1）。説明用資材（多職種向けチラシ、患者向けリーフレット）を図2-2、2-3に示す。

表2-1 介護支援専門員の方への説明会開催状況

開 催 日	時 間	場 所	出 席 者
10月18日（水）	13：30～	坂井輪地区公民館 講座室1	介護支援専門員 6名
10月25日（水）	13：30～	坂井輪地区公民館 講座室2	介護支援専門員 9名
11月20日（月）	13：30～	新潟ユニゾンプラザ 小研修室1	介護支援専門員 12名
12月12日（火）	13：30～	新潟ユニゾンプラザ 小研修室3	介護支援専門員 21名

なお、「おくすりバッグ」を配付していただく対象者については、①介護支援専門員が関わっている利用者で、残薬のある、あるいは服薬に問題があると思われる方であり、②現在、居宅療養管理指導（薬剤師）を受けていない方とした。

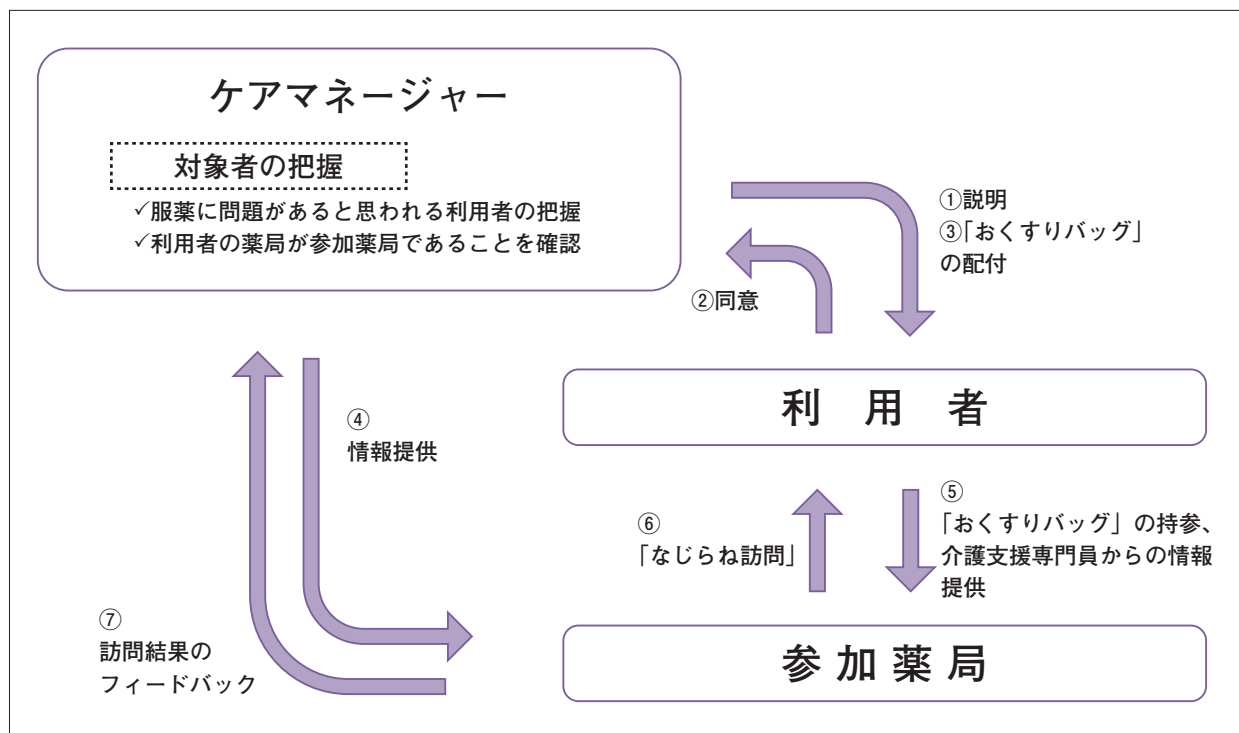


図 2-1 介護支援専門員と協力した「なじらね訪問」の概要

在宅医療・介護関係者のみなさまへ

薬の管理状況
残薬の状況

薬効の理解
の状況

副作用発現
の状況

OTC/
健康食品の
摂取状況

おくすりの
管理でつな
がる
地域包
括ケア

「おくすりバッグ」から
始める多職種連携

薬剤師は多職種の皆様と連携して、
患者・利用者さまを支えます

公益社団法人新潟県薬剤師会

新潟市中央区女池1-3-16 新潟県薬剤師会館内
TEL:025-281-7730 FAX:025-281-7735 <http://www.niiyaku.or.jp>

「おくすりバッグ」から
始める多職種連携

患者・利用者さまがきちんとおくすりを飲んでいるか、飲み合わせは大丈夫かなどを、薬局薬剤師が確認し、医師をはじめ看護士、ケアマネージャーや介護職の方々と情報を共有することで、患者・利用者さまの支援につながります。

「おくすりバッグ」から始める患者・利用者の服薬状況「おくすりの種類・用量・用法」「おくすりの飲み合わせ」を確認。

患者・利用者さまから薬剤師が「おくすりバッグ」をお預かりし、服薬状況を把握。

患者・利用者さま自宅

医師・薬剤師 看護士

ケアマネージャー ヘルパー

服薬状況や、おくすりの保管状況、処方薬剤師指導等の必要性に関する情報を関係職種に提供、連携。

服薬状況等の情報を共有することで、関係職種との連携、患者・利用者さまを支援。

それぞれがそれぞれの職種に
支えあっていることを
情報共有を通して、
患者・利用者さまを
支えていきます。

把握した服薬状況をもとに
薬剤師が提案できることの一例

- おくすりの管理方法が適切でない
おくすりの適切な管理方法をアドバイスします。
- 残薬が多くある
例えば、残っているおくすりに応じ、次回処方される量を調整するよう医師に提案します。また、飲み残しの原因を探り、飲み残しが少なくなるような対応を患者・利用者さまにアドバイスします。
- おくすりの効能・効果が分からず、飲んでいない
患者・利用者さまに丁寧におくすりの効果を説明し、必要に応じて想定される副作用の初期症状や対処法を伝えるなど、服薬の不安を取り除くお手伝いをします。
- 副作用が出て、転倒の恐れがある
副作用の発現状況を医師に報告し、患者・利用者さまの暮らしがより良くなるよう、処方変更などを提案します。
- 処方薬と同じ効果の市販のおくすりを飲んでいる
おくすりの効果を患者・利用者さまにお伝えし、重複している薬剤は数少ないようにアドバイスし、医師に情報提供します。

患者・利用者さまのおくすりの服薬の
お手伝いをします。

図 2-2 多職種向けチラシ



(外面)



(内面)

図 2-3 患者向けリーフレット (三ツ折り)

介護支援専門員には、事業への協力依頼を送付する際と、事業実施後に薬局との連携に関する実態調査を実施した。新潟県介護支援専門員協会の新潟市内の全会員312人を対象に郵送で調査を行った。

また、「なじらね訪問」参加薬局を募集するために実施した事業説明会に参加したが、「なじらね訪問 服薬サポート事業」へ参加申込みをしなかった64の保険薬局あてに郵送で本事業に関する調査を行った。

結 果

事業実施期間中に介護支援専門員から当会に情報提供があったのは14件、うち「なじらね訪問」を実施できた事例は4事例であった。

情報提供いただいたものの、参加薬局の訪問につながらなかった事例は10件であり、その理由としては、対象となった患者が施設に入所となったため、対象者から同意が得られなかったため、等であった。

1) 事例1及び2

○情報提供の経緯

二人暮らしの夫婦の薬について、介護支援専門員の方から情報提供があった。

夫の薬は家のあちらこちらにあり、妻は無くしてしまったと話すことがあることから情報提供に至った。

○「なじらね訪問」により得られた情報

家のあちらこちらに薬が保管されており、どこにあるか分からなくなっていた。

夫の薬について、ふらつきの副作用が発現していることが分かった。聞き取りにより、以前から、診療所（整形外科）より、リリカカプセルの院内処方を受けていた。病院に入院した際、ふらつきの副作用により処方中止となったが、退院後、診療所（整形外科）に受診、リリカカプセルが再処方となっていたことも分かった。

妻は現在、一包化調剤を受けており、服薬状況は問題がなかったが、薬の保管場所は一定ではなかった。

○薬剤師の指導内容

夫婦とも、薬を家のあちらこちらに置くのではなく、保管場所を決めると良い旨、指導した。

この二人の患者からは、薬の専門家である薬剤師から直接、薬の効果や保管管理等について説明・指導してもらえてよかった、との感想を得られた。

○多職種等との連携、フィードバックの内容

夫にふらつきの副作用が出ていることを薬剤師から処方医へ報告され、リリカカプセルは中止となった。

また、この夫婦については、介護支援専門員に訪問時の薬のチェックをお願いした。

○介護支援専門員との連携による有用性

介護支援専門員からの情報提供により、薬剤師が介入し、処方変更に至った。

普段、薬局と連携していない介護支援専門員にとって、このような相談、対応窓口があると服薬に関する問題解決に至りやすいと考えられた。

連携した介護支援専門員からは、今後、院外処方にとどまらず院内で調剤を受けている場合についても、薬剤師が関与してくれると良い、との感想を得た。

2) 事例3

○情報提供の経緯

服薬コンプライアンスが不良であると、介護支援専門員より情報提供があった。

○「なじらね訪問」により得られた情報

初期の認知症患者。処方朝、夕食後服用の薬であるが、最近追加になったドネペジル（朝、1回）が飲めていなかった。夕食後の薬は飲む習慣ができており飲み忘れは少ないが、認知症により新しい事が覚えられず、朝食後の服薬コンプライアンスが不良であった。

○多職種等との連携、フィードバックの内容

服薬への拒否はないことから、毎日声かけをして服薬を促すこととした。訪問介護を週3回利用していたことから、週3回は介護者に依頼し、残りの4日は薬剤師が訪問して声かけすることとした。今後は、訪問薬剤管理指導に移行すると考えられる。

○介護支援専門員との連携による有用性

訪問時、介護支援専門員は同行できなかったが、予め患者に話をしてもらっていたことから、薬剤師の訪問を受け入れてもらうことができた。

介護支援専門員との連携より、患者に関わる全ての介護サービスの担当者やサービスの時間帯を把握でき、薬局がその時間に合わせて訪問したり、利用している介護サービスと薬局薬剤師の訪問により服薬チェックを行うことができた。

介護支援専門員からは、薬剤師が頻繁に訪問していただいたおかげでは服薬できるようになり助かった、患者からは、普段調剤を受けている薬局の薬剤師が訪問してくれた、安心できたとの感想が得られた。

3) 事例4

○情報提供の経緯

服薬コンプライアンスが不良であったため、情報提供があった。

○「なじらね訪問」により得られた情報

本人は認知症で、服薬について家族の支援が得られない様子。

処方されている薬は高血圧治療薬で、朝食後服用の薬は6剤、夕食後は2剤、寝る前の眠剤。既に一包化、日付の印字は行っていたが、日付に関係なく服用していた。一包化されていても、薬の数が多きことへの抵抗感があるためか、朝食後の薬が指示どおり服用できていなかった。眠剤はきちんと服用できていた。

また、それぞれの薬の効果について、あまり把握していなかった。

○薬剤師の指導内容

薬を「おくすりバッグ」に入れて保管し、日付通りに服用するように説明した。

1 度目の訪問の際に残薬を整理し、2 度目の訪問で残薬をチェックした。若干、服薬状況は改善したが、まだ残薬がある状況であった。

血圧、心臓の薬の服薬の重要性を説明した。

○多職種等との連携、フィードバックの内容

家族の支援が得にくいため、服薬状況は薬剤師と介護支援専門員が双方で確認し、把握できた。

薬局から処方医へ、現在の服薬状況をフィードバックするとともに、朝の剤数が多いことで服薬できない可能性があることを伝え、夜の処方比重を置くよう処方内容の変更を提案した。

○介護支援専門員との連携による有用性

薬局は、以前、この方を訪問したことがあったが、患者、家族から受け入れてもらえなかった。今回、介護支援専門員が同行したことで、受け入れてもらえた。

介護支援専門員と薬剤師とが同時に訪問したことにより、その場で残薬の整理ができ、双方で服薬状況を把握、共有することができた。介護支援専門員からは、薬剤師との同時訪問でない場合は全部の薬を整理することは難しく、薬剤師と一緒に訪問してもらってよかった、との感想が得られた。

介護支援専門員に実施した事前調査及び事後調査の結果について、以下に示す。

【事前調査】 送付部数：312、回答数：90（回収率 28.8%）

1. 現在、連絡を取り合っている薬局の薬剤師はいますか？

いる場合は、連絡を取り合っている薬剤師の人数をお聞かせください。

現在、連絡を取り合っている薬局の薬剤師はいますか？との問いには、約 4 割の介護支援専門員が「いない」と回答している。約 6 割の方が薬剤師と何らかの連絡を取り合っていると回答しており、その内訳は「1 名」と回答された方が 35%、複数の薬剤師と連絡を取り合っているのは 23%と、全体の約 4 分の 1 であった。

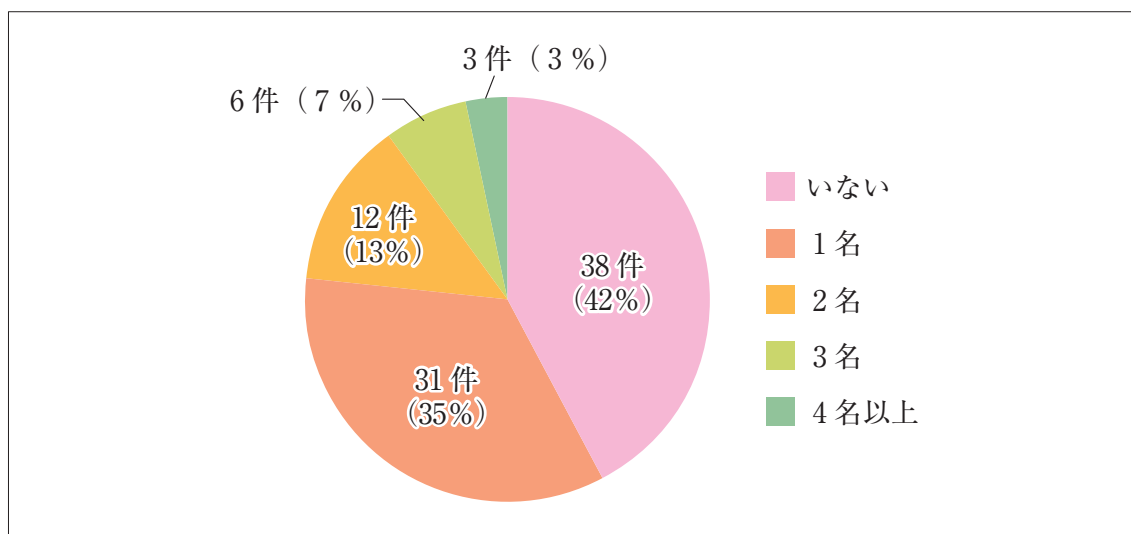


図 2-4 連絡を取り合っている薬剤師の人数（n=90）

2. 現在、担当されている介護（予防）サービス利用者様のうち、居宅療養管理指導（薬剤）が実施されている方の割合をお聞かせください。

介護支援専門員が現在担当されている介護（予防）サービス利用者様のうち、居宅療養管理指導（薬局）と実施されている方についての問いには、約5割の方が対象者がいたと回答した。

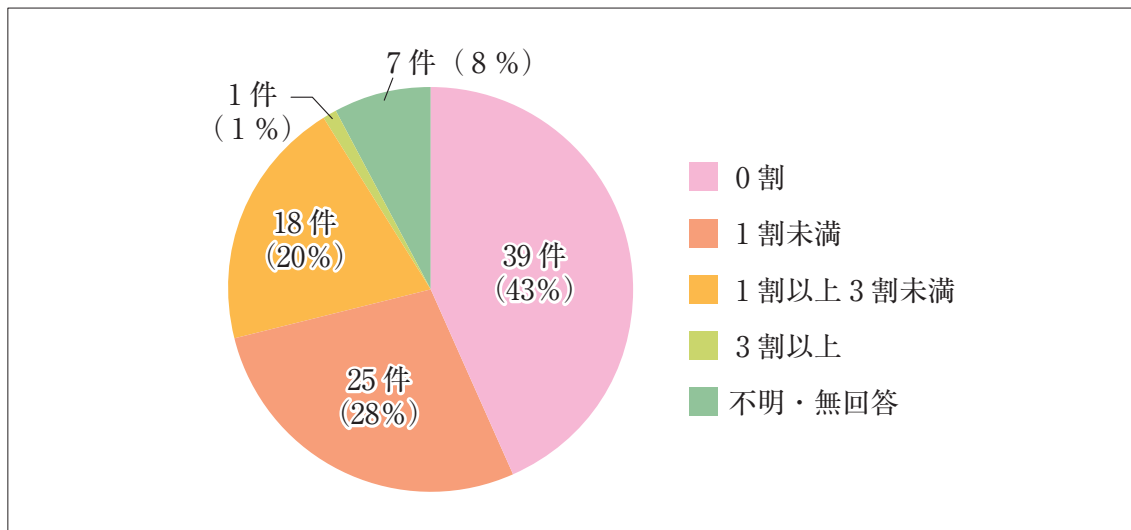


図2-5 担当している利用者のうち居宅療養管理指導を実施している割合（n=90）

3. 服薬に問題のある利用者様がいらした場合、現在、どのように対応されていますか？（複数回答可）

服薬に問題のある利用者様がいた場合の対応についての問いでは、複数回答でかかりつけ薬剤師・薬局に相談する、かかりつけ医に相談するとの回答が最も多く、それぞれ32%、31%であった。

その他としては、「訪問看護師に相談する、訪問看護師の導入を検討する」が多く、「家族、訪問介護との連携」、「家族から医師等へ相談してもらう」などが挙げられた。

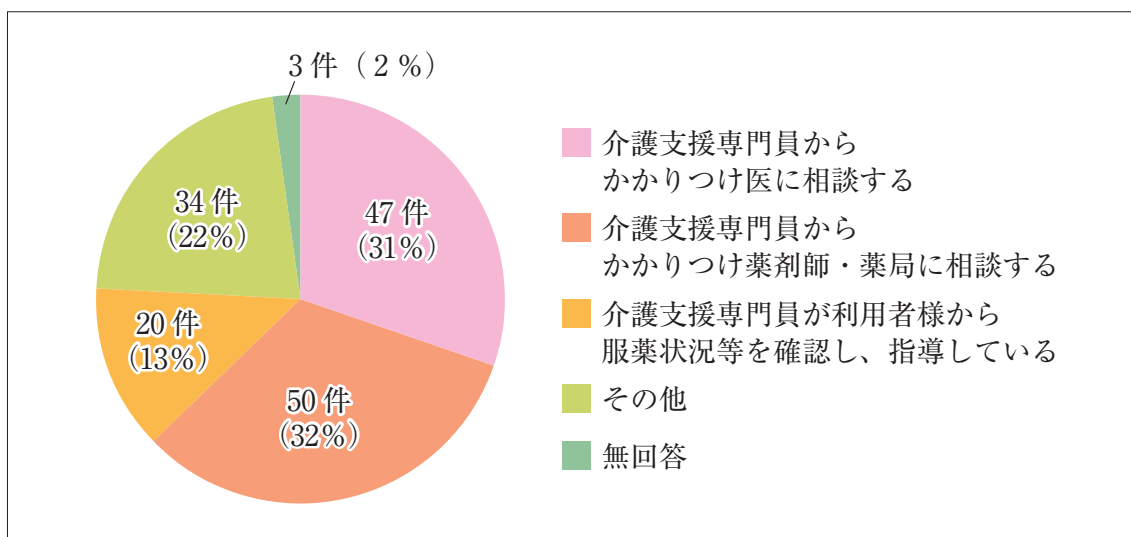


図2-6 服薬に問題がある利用者があった場合の対応（n=154）

【事後調査】送付数 273、回答数 122 (44.7%)

1. ご協力をお願いした期間中において、情報提供の対象とした「服薬に問題のある」方について、お聞かせください。

本事業の実施期間中に情報提供の対象とした「服薬に問題のある方」について48%の方が「いた」と回答していた。しかしながら、実際に「なじらね訪問」を実施できたのは4事例にすぎなかった。

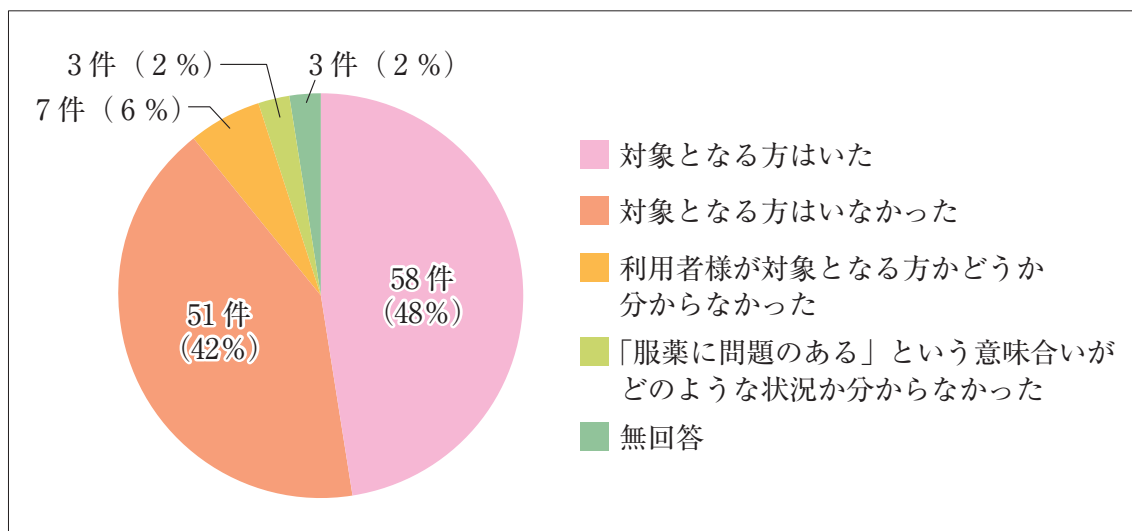


図 2-7 情報提供の対象者の状況 (n=122)

2. 新潟県薬剤師会への情報提供に至らなかった理由をお聞かせください。(複数回答有)

「薬局以外の施設等に相談した」との回答が全体の33%、「直接、薬局へ相談した」が25%であった。薬局以外の相談先として、訪問看護ステーション、医療機関等の回答が多かった。

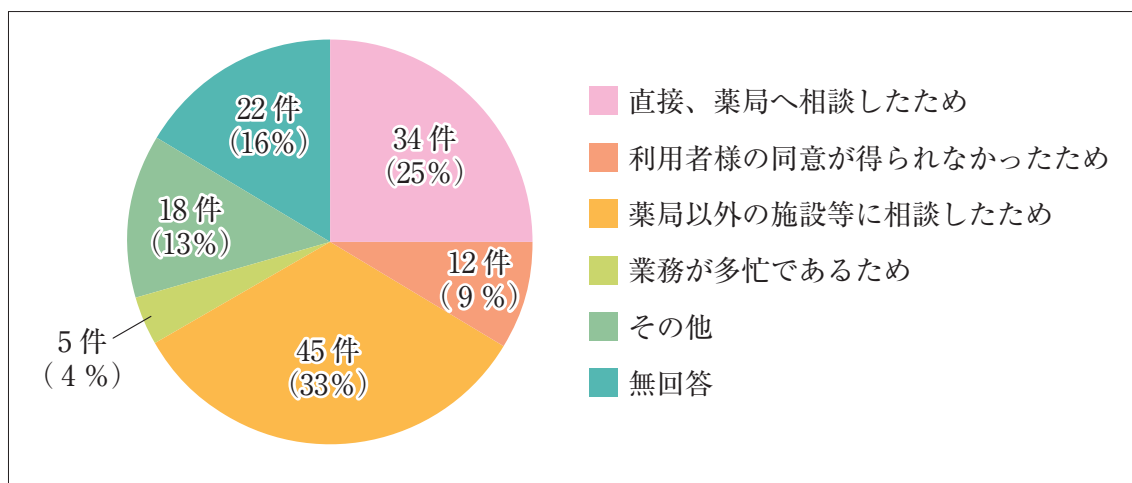


図 2-8 情報提供に至らなかった理由 (n=136)

3. 利用者様が、薬の自己管理ができなくなった場合、どのように対処されていましたか？

109件の回答のうち、訪問看護を利用すると回答した方が57件で、薬局を利用するとの回答50件を上回った。その他、訪問介護、ヘルパーを利用する、医師に相談するなどの回答や、一包化、お薬カレンダーの導入など、具体的な服薬支援を行うという回答もあった。

4. その他、本事業にお気づきの点があればお聞かせください。

以下の意見が挙げられた。

- ・ 今後も必要と思われる方がいたらお願いしたい
- ・ 事業終了後も継続してこのような制度が利用できるとよい
- ・ 主治医から居宅療養管理指導導入の指示を得るのが大変なので、それがスムーズに行えるようになるとうありがたい
- ・ 居宅療養管理指導との違いが分かりにくく利用に至らなかった
- ・ 医師からの指示でないと残薬がたくさんある人でもなかなか薬剤師さん（知らない人）が家に来ることを嫌がる人が多い。必要性を感じている人はすでに薬剤師さんを活用している。導入の仕方が課題
- ・ もう少し早い時期に説明会を実施すると、他業務との調整がつくのかと思います
- ・ 事業についての周知活動が遅すぎる。継続的な事業でないと効果に疑問がある

【保険薬局調査】 送付数 64、回答数 56（87.5%）

1. 薬剤師が患者宅を訪問することは、患者の服薬状況（OTC医薬品やサプリメント等も含む）等の把握、患者の医薬品適正使用、残薬解消等につながると考えられますか？

「薬剤師の患者宅訪問」に関しては、8割を超える薬局の方がその意義、メリット等について肯定的にとらえられていた。

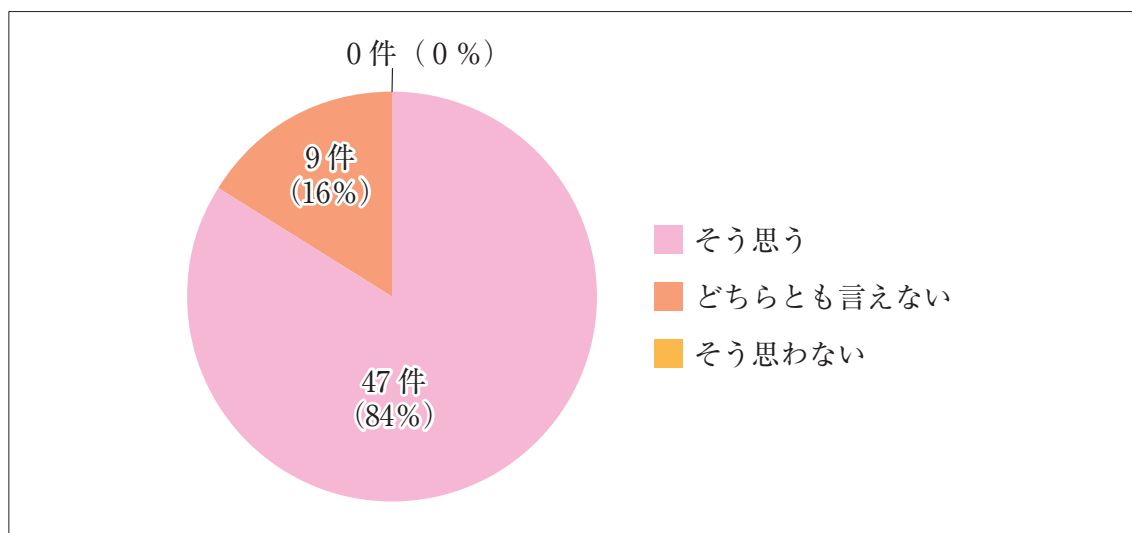


図2-9 薬剤師の訪問により服薬状況等の把握等につながると思うか（n=56）

2. 本事業で行った患者宅を訪問する取組みの必要性について、貴薬局のお考え及び実施状況についてお聞かせください。

55%の薬局が「必要な取組みだが、実施していない」と回答しており、「必要な取組みであり、実施している」と「必要な取組みだが、最優先ではない」がそれぞれ20%と続いた。

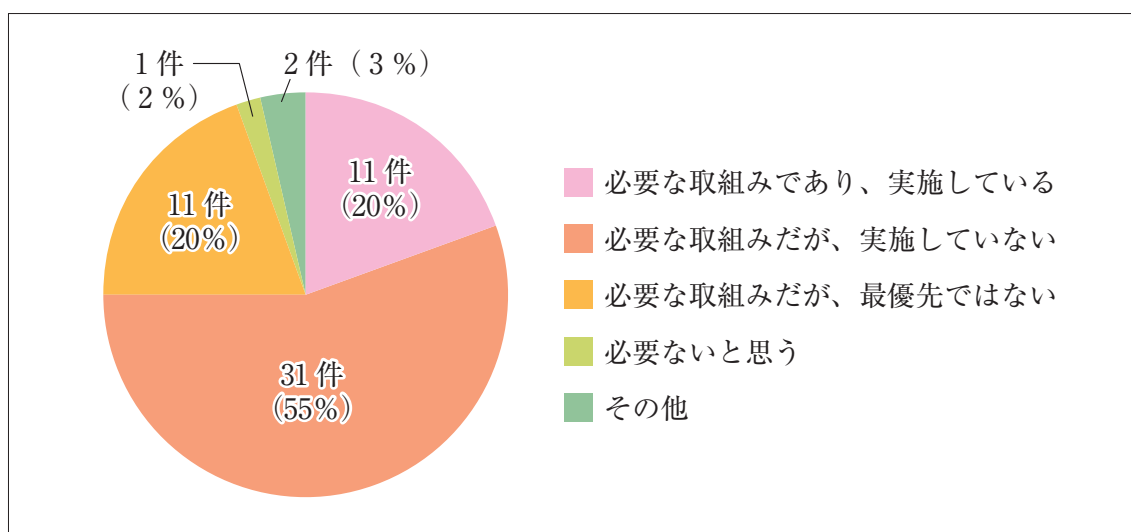


図 2-10 患者宅を訪問する取組みの必要性 (n=56)

3. 貴薬局で患者宅を訪問する取組みを実施していない理由をお聞かせください。(複数回答可)

患者宅訪問を実施していない理由として、「人力的余裕がないため」、「時間的余裕がないため」がそれぞれ約4割を占めていることが分かった。

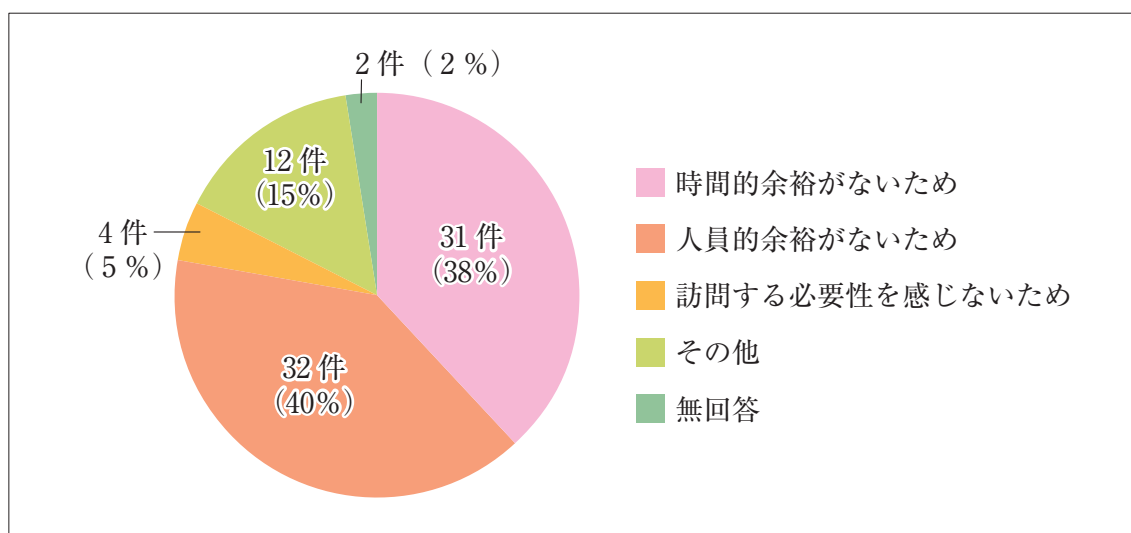


図 2-11 患者宅を訪問する取組みを実施していない理由 (n=81)

4. 多職種（訪問看護師や介護支援専門員等）から、貴薬局の患者様の自宅を訪問し、服薬状況等を確認してほしいと依頼があった場合、訪問できますか？

多職種から患者宅訪問依頼があれば、8割を超える薬局が訪問できると回答している。

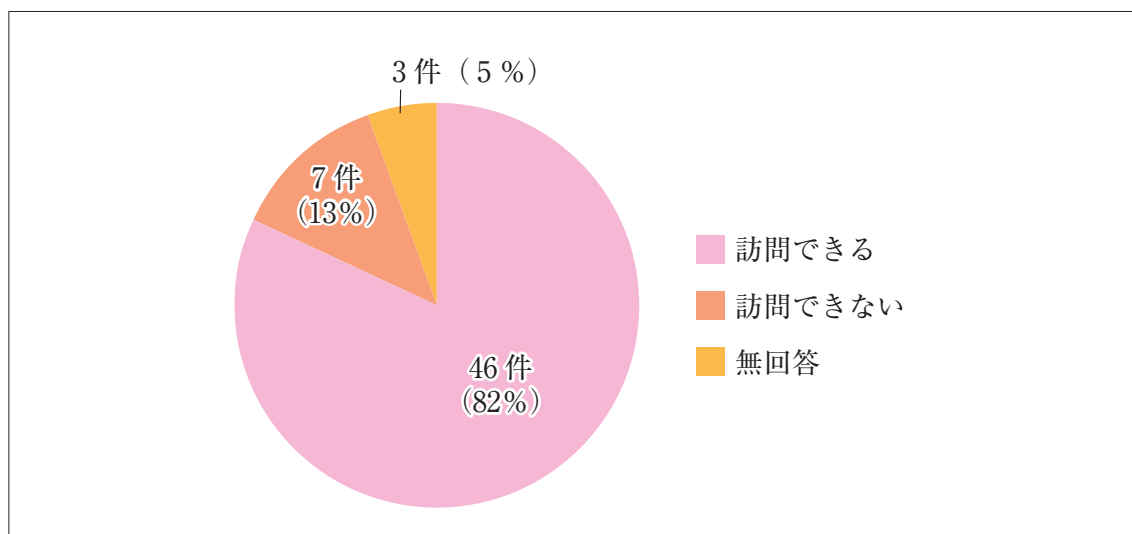


図 2-12 多職種から依頼があった場合、患者宅を訪問できるか (n=56)

5. 4で訪問できない場合、どのような対応が必要とお考えですか？

人員や時間の問題による場合が多い、との回答が多かった。他に、患者や介護支援専門員と連絡を取り合う、他の薬局に依頼する等が挙げられた。

考 察

本事業で介護支援専門員に実施した事前調査では、約6割の方が現在薬局の薬剤師と連絡を取り合っていると回答しており、本事業に係る情報提供が期待されたが、約5割の利用者は既に居宅療養管理指導（薬局）が導入されており、残りの43%も対象外と回答している。また、事後調査では約4割の方が対象者がいたと回答しているが、既に薬局に直接相談していたり、利用者様の同意が得られなかった等、様々な理由により、実際に当会に情報提供があった事例は14件、うち「なじらね訪問」につながった事例は4事例にすぎなかった。

介護支援専門員向けに開催した説明会への参加人数も少なく、この取組みは介護支援専門員の皆さまにあまり浸透しなかったと考えられた。

薬剤師が多職種との連携を図るためには、「なじらね訪問」等、薬局の薬剤師が患者の服薬状況の把握や服薬支援を積極的に行い、また、多職種に対し、継続して周知、啓発することが必要である。

介護支援専門員へは、当初、「残薬のある、あるいは服薬に問題のあると思われる方」を対象と説明した。「服薬管理の困難」の事例では施設に入所されることが多く、また「おくすりバッグ」をきっかけとすることで残薬が多くある方のみを対象としていると思われた可能性がある。

「薬の自己管理が難しくなった方、あるいは薬の自己管理で心配のある方」についても情報提供をお願いすることで、服薬が困難になり始めた時期に薬剤師が関わり、早期対応が可能となると考

えられる。

介護支援専門員から、服薬に関する問題がある場合、患者、家族、介護支援専門員のみでは解決できなくても薬剤師が関わることで解決につながることが多いと評価をいただいた。また、今後も積極的に薬剤師が患者宅を訪問してほしい、介護支援専門員への同行もありがたいとの意見が挙げられた。継続して県内の介護支援専門員へ拡大したり、さらに訪問看護師へも働きかけを図っていきたいと考える。

本事業において「なじらね訪問」した事例では、入院時に副作用により中止となった薬剤が、退院後再処方となっており、訪問した薬剤師が副作用の発現に気づき情報提供、処方中止となり、医薬分業の重要性が示された。また、退院の際に、病院から薬剤サマリーが提供される等、病院と薬局とが連携、情報共有することで、同様の事例が未然に防止できると考えられた。今後、薬剤師が多職種と連携して服薬支援に関わることにより、かかりつけ機能の強化を図りたい。

調査において、事業実施時、薬剤師と連携の取れていた介護支援専門員は全体の40%強にとどまり、これまでは介護支援専門員と薬剤師とが十分連携が取れていない状況が明らかになった。薬の自己管理が難しくなった患者への対応について、薬局薬剤師に相談するなどの薬局の利用も選択肢に加わるよう、引き続き啓発していく必要があると考える。

「なじらね訪問」事業に参加しなかった保険薬局においても、患者宅を訪問することで服薬状況を把握し、医薬品の適正使用、残薬解消につながると考えており、75%の薬局が必要な取組みであると回答した。

一方、このような取組みを実施していない薬局は全体の75%であり、理由として時間的、人力的理由が挙げられた。しかし、多職種から服薬状況等を把握してほしいとの依頼があった場合、回答のあった薬局の約80%が訪問できると回答した。

薬局のかかりつけ機能を強化するために、今後も薬剤師が積極的に、患者の服薬状況の把握や服薬支援に介入する取組みを継続していく必要があると考える。

第 3 章

ICT連携ツールを活用した患者情報の共有事業

背景・目的

新潟市では医療介護のICT連携ツールである「Net4U」（以下、「SWANネット」）を導入し、医療、介護関係者の連携が図られている（図3-1）。新潟県薬剤師会が平成28年度に実施した「おくすりバッグ」の取組みを受け、多職種とより簡便に患者情報を共有、連携することに期待が寄せられたことから、平成29年度事業では、このSWANネットを活用し、薬局薬剤師が積極的に在宅医療に関与して、また、多職種と連携を図ることにより、患者の在宅療養の更なる充実を推進することを目的とした。



図3-1 SWANネットの概要

方 法

1. ICT連携ツールを活用した服薬支援を必要とする患者情報の共有

服薬サポートが必要と思われる患者について、SWANネットを活用して医師より薬局薬剤師が情報提供を受け、その情報をもとに薬局薬剤師が対象患者へ「なじらね訪問」を実施した。実施に当たっては病院（事例1）及び診療所（事例2、3）の医師の協力を得、3薬局の薬剤師が「なじらね訪問」を行った。

SWANネットを活用し、医師と薬剤師が当該患者の患者背景、治療方針、療養状況、服薬状況等の情報を共有することで、薬剤師が訪問時に適切な指導を行い、また訪問時に得られた療養の状況等を医師、多職種にフィードバックする等した。「なじらね訪問」を実施した薬剤師より報告書を提出してもらい、患者の在宅療養への事業効果を検証した。

2. 調剤実績アップロード機能付加の効果の検証

薬局のSWANネットに、調剤実績情報のアップロードを自動で行う調剤実績アップロード機能「Net4U CONNECT for NSIPS」（以下、「Net4U CONNECT」）を2薬局に導入し、SWANネット活用における利便性の向上等について検証した（図3-2）。

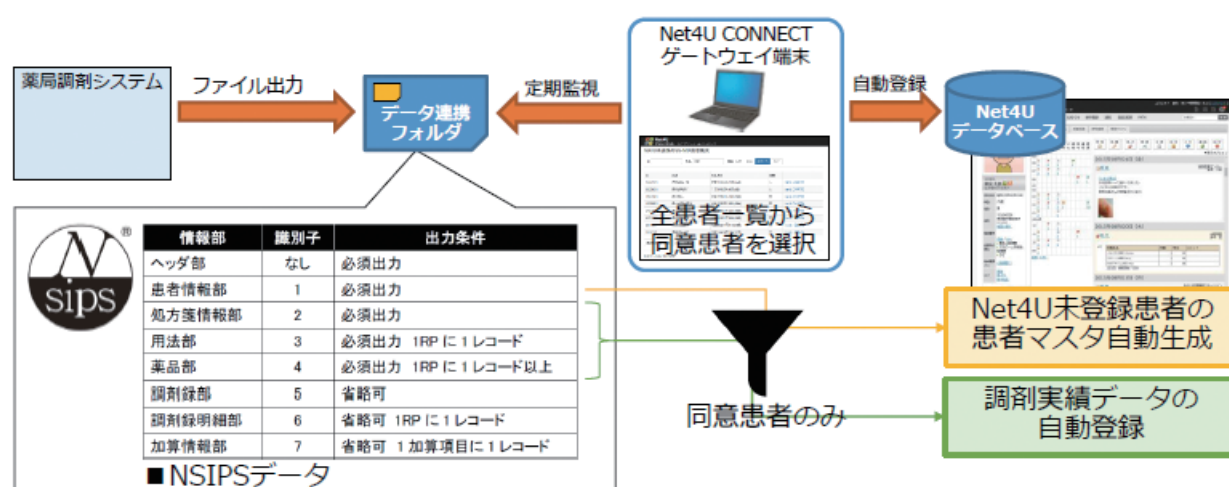


図3-2 Net4U CONNECTの機能概要

結 果

1. ICT連携ツールを活用した服薬支援を必要とする患者情報の共有

医師から3名の患者について情報提供があり、薬局薬剤師が「なじらね訪問」を実施した。事例を以下に示す。

【事例1】

○患者背景

71歳、男性

特発性肺線維症。

2017年2月下旬、オフエブカプセル使用開始。肝機能障害にて、3月下旬に中止。

2017年12月中旬、ピレスパ錠開始。

2017年12月下旬、入院。COPDの関与を考慮し、鎮咳効果を得る為スピオルトレスピマットを導入後、退院。

○病院から提供された情報

- ・特発性肺線維症の亜急性の進行に伴う咳嗽。
- ・ピレスパにより進行を抑制し、結果として咳が減ることを期待した。
- ・咳嗽（++）でCOPDが考慮され、スピオルトレスピマットが開始となった。
- ・手技の理解良好で、問題なし。
- ・吸入時のムセ等なく、適切なデバイスと考えられた。
- ・丁寧に指導しアドヒアランスが得られれば、良好な吸入の継続が期待できる。

○訪問時に確認してほしいと言われた事項

吸入指導の実施（手技と理解度の確認）

○SWANネットで共有した情報（病院→薬局）

吸入チェックリスト

入院中のレスピマット導入時の吸入指導の結果

○SWANネットで共有した情報（薬局→病院）

吸入指導の実施報告（吸入手技について、その他補足情報）

○その後の経過

頓服の鎮咳薬の効き目が日によってバラつくことをフィードバックした。

医師より「吸入コントロール悪化の影響では？」とのコメントがあったため、「①吸入操作の観察より、一連の手技に問題ない、②原疾患の増悪による影響が大きいのでは」と回答した。

次回来局時、吸入は継続できていることを確認した。

この事例では患者情報、入院中の吸入指導内容、吸入チェックリスト（図3-3）を薬局が把握した上で、患者宅を訪問、吸入指導を実施し、吸入手技に焦点を絞って指導、確認する事ができた。SWANネットを活用して患者背景を把握した上で、院内で使用されるチェックシートにより吸入手技を確認したことで、病院と同等の治療効果の確認が実施できた。

ID 氏名	吸入チェックリスト：レスピマット 【スピリーバ・スピオルト】 1日 回 / 1回 吸入 併用吸入薬：無・有（ ）
--------------	---

チェック項目	日付	サイン	／	／	／	／
評価方法 ○:できる △:確認が必要 ×:できない						
① 残りの回数を確認する(残が0になっていない)						
② キャップが閉じた状態 で、下の部分を右に180度回転させる						
③ キャップを開け、息を軽く吐き出す						
④ 目線を水平 にし吸入薬をくわえ、 唇でしっかりと密閉 する(このとき、横に付いている通気孔を塞がない)						
⑤ 息を吸い込むと 同時に 薬剤を1回噴霧し、 3秒ほどかけてゆっくりと深呼吸する感じ で吸入する						
⑥ 吸入後、吸入薬を離して口を閉じ、 5秒程度 息を止める(苦しければ5秒を待たずに息をしてよい)						
⑦ 指示されている回数吸入する(②～⑥を繰り返す)						
⑧ 吸入口をティッシュで拭き、吸入薬はキャップを閉める						
⑨ 吸入後、 のどがいがいとくちがいがい をする						
★ 吸入チェック継続の必要性	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

日付	サイン	コメント欄
／		
／		
／		
／		
／		
／		

(A8F0134) 20170501 師長承認

図3-3 吸入チェックリスト

【事例 2】

○患者背景

- ・ 76歳 男性 要介護 5 夫婦で二人暮らし
- ・ 脳梗塞後遺症（左麻痺）、2 型糖尿病、膵癌の疑い
- ・ 平成27年 5 月、入浴しようとしたところ、左上下肢の麻痺と呂律不良で病院に搬送。脳梗塞（右被殻～放線冠）の診断で脳神経外科に入院。保存的療法施行。左上下肢に麻痺がのこりリハビリを開始。その後、左上下肢の麻痺は残存したものの車椅子移乗、フリーハンドでの歩行は短距離であれば可能となった。在宅療養へ。
- ・ 平成29年 3 月頃より、体調悪化で歩行困難、絶食状態に陥り、毎日点滴を施行。
- ・ 平成29年10月、食事摂取は介護食や柔らかいパンなどを摂取できるようになったが、両下肢むくみがひどい状態。
- ・ 介護サービス 訪問看護（月、水、木、金）、訪問入浴（土）
- ・ 本人、家族は「在宅生活を継続したい。自宅でのリハビリをしたい。」との意向。

○医師から提供された治療方針に関する情報

- ・ 患者の意向通り、現在の在宅生活を継続させたい。
- ・ 訪問看護が毎週トルリシティ皮下注アテオスを施行。普段使いなれない薬剤なので、治療効果を確認したい。
- ・ 介護食等は摂取可能だが両下肢むくみがひどい状況。腎機能・むくみ悪化のため点滴（ソルデム 3 A、アミグランド）を毎日から、週 3 回に変更した。
- ・ 体調悪化してから血圧は正常値に戻り、高血圧、高脂血症、高尿酸血症の内服は中止している。
- ・ 血液検査結果などの臨床検査値、処置薬、処方内容

○訪問時に確認してほしいと言われた事項

- ・ 血糖値、むくみの状態、食事状況、血圧。
- ・ 薬剤管理、副作用の確認
- ・ その他、服薬状況、薬の効果・副作用、バイタル（SpO₂など）

○訪問看護から提供された情報

- ・ 退院時情報提供書
- ・ その他、看護内容、食事、生活状況、訪問時の血糖値、むくみの状況

○薬剤師のアセスメント及び情報共有した情報

- ・ 食事・栄養摂取状況について確認し、点滴施行日及び非施行日の摂取カロリーを計算、概ね適正と判断。
- ・ 訪問看護の際の血糖値を確認。血糖値が高齢者糖尿病の血糖コントロール目標の範囲内であ

ることから、薬剤師の視点からも現治療を継続可能であると評価できた。

- ・腎機能悪化予防のため、降圧目標の維持、急激な血圧変動の有無、むくみの有無を確認。訪問看護が入らない曜日に訪問し、血圧、むくみの状況を確認し、医師に訪問入浴後の血圧を報告。切れ目なく血圧を報告することで、腎機能のモニタリングを実施できた。
- ・その他、服薬状況及び嚥下機能の確認、残薬調整の内容、薬剤に関する使用上の注意についても情報提供を行った。

○その後の経過

多職種との連携で薬学的アセスメント、情報提供を行い、医師の治療方針決定の判断材料を提供することができ、治療継続している。

患者は在宅療養を継続でき、訪問看護の際に引き続き血糖測定をしてもらうようになった。

本事例では、SWANネットにより、医師、看護師、薬剤師が血糖値、血圧等の情報を共有することができた。また、アップロードされた内容について多職種が閲覧するまでの期間は短かった。

医師、多職種から、在宅療養中に定期的に血糖値を確認、情報共有できたこと、薬剤師から薬剤に関して、薬理作用、副作用、保管方法等の情報提供があったことで、適切に治療ができ良かった、との評価がいただけた。

SWANネットには、「薬学的管理指導計画書」や「訪問薬剤管理指導報告書」等のフォーマットが用意されており、これを活用することにより簡便に情報共有でき、また、その情報に関するコメントのやり取りを容易に行うことができた。

さらに、本事例においては医師が患者に同意を得、薬剤師が患者をSWANネットに新規登録し、医師、看護師を招待した。薬局からSWANネットへの患者登録を拡大し、つなげることができた。

【事例 3】

○患者背景

76歳、女性

- ・治療中の病名：脂質異常症、不安神経症、うつ状態、便秘症、逆流性食道炎、骨粗鬆症、軽度認知機能障害
- ・一人暮らし、長女が買い物などには連れて行ってくれるが、あまり頼りたくない。
- ・以前から薬は重複傾向あり、残薬確認、薬の管理方法について確認に数回訪問していた。
- ・毎食後薬はお薬ボックスに2週間分入れておく、それ以外の薬はバケツ型の容器に入れてあるが、寝室などの状況は不明。

○医師から提供された治療方針に関する情報

- ・金銭管理、服薬管理ができず、ほとんど外出せず引きこもり状態、家の中でいつも探し物をしているという。睡眠導入剤を多用し、またアルコール依存状態にあるため、生活機能低下

が顕著である。幻視、レム睡眠行動異常が疑われるため、レビー小体型認知症を疑い、アリセプトを継続している。他人とのかかわりに拒否的であり、キーパーソンである長女も困っている。

○訪問時に確認してほしいと言われた事項

- ・生活状況を含めた関わりをしてほしい。

○SWANネットで共有した情報（医師→薬局）

- ・現病歴、既往歴
- ・患者サマリ

○SWANネットで共有した情報（薬局→診療所）

- ・訪問した際の服薬状況、管理状況、併用薬（OTC医薬品含む）
- ・調剤した内容（調剤実績アップロード）

○その後の経過

- ・特定の薬への執着が強い状況は変わらない、アルコール依存の状況もご本人からは聞き出せていない。訪問指示を受けたため、今後も訪問しながら管理方法など検討していく。
- ・長女が地域包括支援センターに相談された。

本事例では、医師から、薬局薬剤師の「なじらね訪問」により服薬状況も含め、生活全般を確認してくることが期待されたが、薬局薬剤師のみの訪問では一人暮らしの実態がつかみきれなかった。また、患者の特定の薬への執着が強く、状況を改善することが難しかったが、OTC医薬品に関しても確認することができた。

2. 調剤実績アップロード機能付加の効果の検証

本事業では、2薬局へNet4U CONNECTを導入した。Net4U CONNECTによりレセプトコンピュータの対象患者の情報から調剤実績が自動アップロードされる。

これまでは薬歴ソフトの画像データ等をアップロードしていたため一目で情報を閲覧することができなかったが、調剤実績が文字データとしてアップロードされるようになり、処方内容の見やすさが改善された（図3-4、図3-5）。

多職種からは、見やすくなった、分かりやすくなったとの感想がいただけた。

共有カルテ 診断名 アレルギー 検査結果 参照履歴 患者サマリ

カレンダーの表示/非表示
日別 月別

所見	処方	検査	文書	招待	メモ
2018年					
02					
01					
2017年					
12	2	1			
11					
10	3				
09					
08					
07					
06					
05	2				
04	1				
03					
02					

延長 (1年)

所見 処方 検査 文書 招待 メモ

あなたと 4 人が既読です コメント 0 件

処方

[全体に公開]

病院の処方です

あなたと 4 人が既読です コメント 0 件

2017年04月19日 (水)

処方

[全体に公開]

診療所処方、アップロードしました

あなたと 3 人が既読です コメント 0 件

処方内容 患者さまとのやりとり 併用薬品 2次元ポケット

疑義照会 保険情報 指導アニメ 処方比較

薬歴イメージ 分包イメージ

1

調剤日 2017/03/14 受付番号 32

医療機関 診療所 医師名 Dr. 処方日 2017/03/14 時刻 12:14

酸化マグネシウム錠 250mg 「ケンエー」 3錠 1 情報

メトホルミン塩酸塩錠 250mg MT 「ニプロ」 3錠 Hi 1 情報

内服 分3 毎食後 30日分

センノサイド錠 12mg 1錠 1 情報

般指 センノシド錠 12mg

屯服 便秘時 12回分

ジャヌビア錠 50mg 1錠 Hi 1 情報

内服 分1 朝食後 30日分

アムロジピンOD錠 2.5mg 「トーワ」 2錠 1 情報

般指 アムロジピン口腔内崩壊錠 2.5mg

内服 分1 朝食後 40日分

センノサイド錠 12mg 2錠 1 情報

般指 センノシド錠 12mg

内服 分1 寝る前 30日分

プラバスタチンNa錠 5mg 「トーワ」 1錠 1 情報

般指 プラバスタチンNa錠 5mg

内服 分1 夕食後 30日分

ケンエーG洗腸液 50% 60mL 10個 1 情報

外用 洗腸通じのない時 1調剤

強力ボステリザン (軟膏) 120g 1 情報

外用 1日2回塗布 1調剤

1回1個

基本料 1

基準調剤加算

後発医薬品調剤体制加算

受付履歴

2017/04/05 18:21:42

図 3-4 Net4U CONNECT導入前のSWANネット画面

The screenshot displays the Net4U CONNECT SWAN Net interface. At the top, there are tabs for '共有カルテ' (Shared Medical Record), '診断名' (Diagnosis Name), 'アレルギー' (Allergy), '検査結果' (Test Results), '参照履歴' (Reference History), and '患者サマリ' (Patient Summary). Below these is a 'カレンダーの表示/非表示' (Calendar Display/Hide) section with a '日別 月別' (Daily/Monthly) view. The calendar shows dates from 2018 to 2017, with icons indicating prescriptions. The main area shows a list of prescriptions (#1 to #5) with columns for '医薬品名' (Drug Name), '用量' (Dosage), '単位' (Unit), and 'コメント' (Comment). The interface also includes icons for '所見' (Findings), '処置' (Treatment), '処方' (Prescription), '検査' (Test), '文書' (Document), '招待' (Invite), and 'メモ' (Memo).

医薬品名	用量	単位	コメント
酸化マグネシウム錠 250mg 「ケンエー」	3	錠	分3毎食後 30 日分
2.5mgアムロジピンOD錠 「トーフ」	2	錠	分1朝食後 30 日分
ジャヌビア錠 50mg	1	錠	
センノサイド錠 12mg	2	錠	分1寝る前 30 日分 センノサイドの長期連用は治療上必要なためと確認済み
プラバスタチンNa錠 5mg 「トーフ」	1	錠	分1夕食後 30 日分
ケンターG注射液 50% 60ml	20	個	

図 3 - 5 Net4U CONNECT導入後のSWANネット画面

また、これまでの方法では1枚の画像データとするため、処方内容が多い場合は不要項目を非表示にする、トリミングを行うなど、レイアウトの編集を行っており、1件当たり平均5分程度を要していた。自動アップロード機能では、ダイアログボックスで表示される確認の操作を行うのみでデータのアップロードが可能となった。アップロードに係る手間がなくなることで、薬局の入力の負担軽減につながった。

Net4U CONNECTを導入したうちの1薬局では診療所との共有患者は16名であった。同機能の導入前の平成29年10月～11月の処方情報の登録件数は2件であったのに対し、平成30年1月～2月の登録件数は13件であった。

考 察

1. ICT連携ツールを活用した服薬支援を必要とする患者情報の共有

今回のモデル事業により、薬局薬剤師は患者情報、治療方針、症状経過等を事前に把握し、「なじらね訪問」を実施できた。

事例1では、入院中に病院で使用する吸入チェックリストを在宅療養に応用することで、入院中と同等の薬物療法の効果を確認できると考えられる。

事例2では、医師の治療方針等を把握して訪問することで、薬物療法が適切か否かを薬剤師の視点で判断するとともに、切れ目のない患者の状態把握につながり、患者のよりよい在宅療養に貢献できた。また、薬剤師から薬剤に関する情報を発信し、多職種が閲覧することで共通理解が得られたことも有用であった。

事例3では、患者の生活状況を薬局薬剤師が把握することで、患者の在宅療養の支援を図った。薬剤師単独の訪問では、患者の生活実態を十分に把握することは難しいが、SWANネットを介して多職種が把握した情報を共有することで、多角的な視点での介入が可能となり、患者個々の生活に適した支援が可能となると考えられる。ICT連携ツールの活用により多職種による生活支援が活発化することに期待する。

今回のモデル事業実施により、在宅療養中の患者に対し、入院中から退院後へのシームレスな服薬指導を通じて効果的な薬物療法につなげることができたと考える。そのための連携ツールとして、SWANネットは非常に有用であった。地域包括ケアシステムにおいて、それぞれの職種が即時的に一つの情報を共有し、それぞれの立場からアセスメントを行うことができることは大変重要である。

ICT連携ツールは、一定のセキュリティが担保されていること、連絡時間と繁忙時期といった情報の受け手の都合にかかわらず情報提供が可能であること、テキストのみではなく画像データ等も送受信可能で情報の正確性を向上させることができることから、病院と薬局との情報共有ツールとしても有用であると考えられる。更には、病院内の医師や薬剤師等が直接、情報共有できる環境の整備が望まれる。

患者情報を共有したことにより、薬局薬剤師自身が患者へ何を提供することができるかを考えるきっかけになったとの感想も得た。

SWANネット等、ICT連携ツールは即時的に多職種が情報を確認できることから、地域包括ケアシステムにおける在宅療養をより安心できるものとするために有用であると考えられた。電話やFAX、メール等、その場の状況により適当なツールは異なるが、そのうちの一つとして、こうした連携ツールが活用できる。

2. 調剤実績アップロード機能付加の効果の検証

調剤実績自動アップロード機能「Net4U CONNECT」を活用することで薬剤情報が文字データとして共有され、多職種からは、見やすさが改善したとの評価を得たが、同時に服薬できない旨や注意すべき副作用等、服薬における注意事項等を記載してほしいとの意見も挙げられた。今後は、薬剤に関する他の情報も共有されることが望まれる。

この機能の導入により、患者の調剤実績を手間なしにアップロードすることが可能となり、共有した情報の件数は増加した。また、これまで要していたアップロードにかかる時間や業務負担の軽減につながった。

SWANネットに患者が登録され、常に最新の薬剤の情報がアップロードされていれば、SWANネットを救急時に服用薬剤が把握でき、円滑かつ適切な搬送・受入体制への活用できる。導入経費の負担が軽減され、Net4U CONNECTの利用が促進されることに期待する。

さらに、この機能を活用することで薬局から簡便に患者登録を行うことができた。現在、新潟市内でSWANネットを導入している施設は300件であるが、そのうち薬局は105件である。薬局が同機能を導入することにより、SWANネットへの登録患者数の増加につながることが期待できる。患者の同意取得や必要な情報は医師が介入する必要があるが、Net4U CONNECTは患者登録件数の拡大に有用であり、多くの患者のより良い在宅療養の支援につながると考えられる。

第 4 章

市町村と連携した重複投薬者への訪問相談事業

背景・目的

市町村国保では、以前より一部の地域で重複投薬・頻回受診者を対象に保健師、看護師等による訪問指導を実施している。重複投薬や頻回受診には様々な原因が考えられるが、この訪問指導に薬局薬剤師が同行し指導を行うことで、薬の一元的管理の必要性についての啓発や重複投薬となる原因を探り対応策等の提案を行うことができると考えられ、指導内容に薬剤師の視点が盛り込まれることでより充実した指導とすることが期待できる。

また、市町村により訪問指導対象者の選定方法は様々であるが、この選定作業に薬剤師が関与し、対象者選定に薬学的判断が加わることで、必要な方へ優先的に訪問指導を行われるよう働きかけることを目的とした。

方 法

1. 訪問対象者の抽出・選定

重複投薬・頻回受診者等の訪問指導事業について、長岡市では、レセプトデータから患者を抽出している。抽出条件は、「複数の医療機関を受診しており、同種同効薬の服薬日が重複する方」とされている。そこで、対象者が抽出された時点で実際に訪問する在宅保健師と薬剤師とで事前打合せ会議を開催し、指導内容の摺り合わせや確認を行った。

燕市においては、レセプトをデータ分析業者に委託して対象者を選定し、原則、抽出された方全員を訪問対象としている。抽出に当たっては「対象月で同系薬品の日数合計が60日を超える対象者」が抽出されていた。この対象者についてレセプトデータを参照し、薬剤師の観点から重複投薬等に該当するかを確認、薬学的に問題のある方を優先して訪問に同行することとした。

2. 訪問指導への薬剤師の同行

長岡市では、在宅保健師と委託契約し重複投薬・頻回受診者等の訪問指導事業を実施している。

燕市の場合は市の看護師が訪問指導を実施しており、通常は事前連絡なしに対象者を訪問する形式としているが、本事業においては、薬剤師が同行することについて、予め本人に同意を得て、同行することとした。

訪問に同行する薬剤師についてはそれぞれの市内に所在する薬局の薬剤師に協力を依頼した。なお、対象者が調剤を受けている薬局の薬剤師が同行しないよう配慮した。また、長岡市については、個人情報保護の観点から本事業に係る訪問に当たって長岡市が当会と委託契約を締結した上で同行することとした。

訪問指導実施までの流れを図4-1に示す。

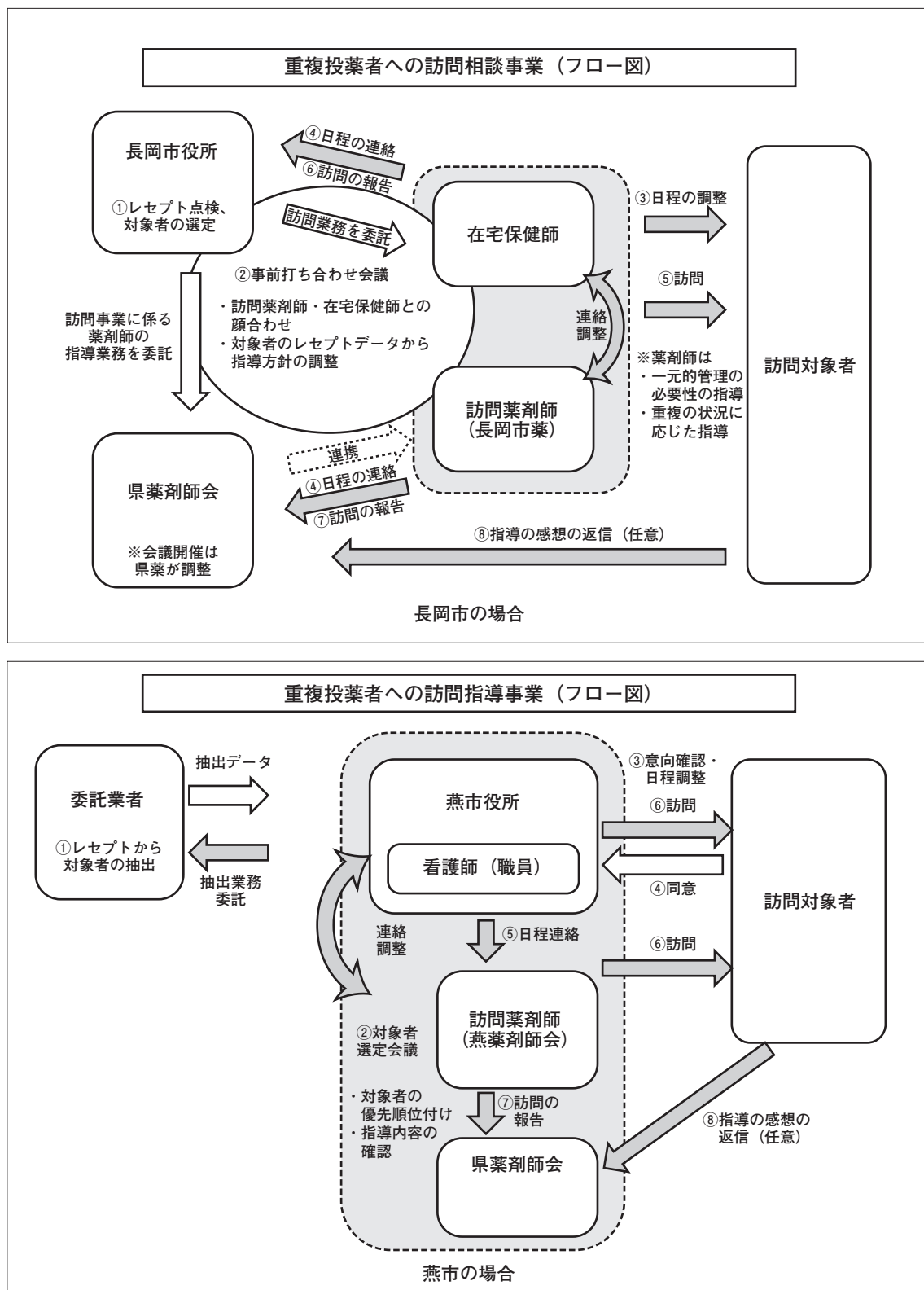


図 4-1 訪問指導実施までの流れ

本事業では、訪問指導への薬剤師の同行により薬の一元的管理の必要性を啓発することを目的の一つとした。そこで、訪問時に対象者に配付するための啓発資材を作成した（図 4-2）。また、訪問した対象者には、訪問指導への薬剤師の同行に関する感想について任意でアンケートにご協力いただいた。

また、長岡市については訪問後のレセプトデータを確認し、指導結果を検証することとした。

薬の飲みあわせ、だいじょうぶ？ 薬剤師のチェック機能を活用しましょう！

2種類以上の薬を一緒に飲むと効果が強くなったり、弱くなったりしてしまうことがあります。これを薬の**相互作用**といいます。1か所の医療機関であれば、今飲んでいる薬と、新たに処方された薬の相互作用のチェックは容易ですが、2か所以上の医療機関から薬が処方されている場合、このチェックができない場合があります。



チェック機能を活用するには



「かかりつけ薬局」あるいは 「かかりつけ薬剤師」を持ちましょう



どの病院・診療所で処方せんをもらっても、処方せんを持っていく薬局を1つ（かかりつけ薬局）に決めることにより、いつでも今飲んでいる薬との相互作用をチェックしてもらえます。また、「かかりつけ薬剤師」はすべての薬について正しく服用いただけるように管理します。相談しやすい「かかりつけ薬剤師」を一人決めることで、きめ細かいサポートを受けることもできます。



「お薬手帳」を1冊持ち、 医療機関や薬局で見てもらいましょう



薬局を1つに決めることができなくても、「お薬手帳」を1冊にまとめてもらいましょう。医療機関でどんな薬が処方されているのか、医療従事者に正確に伝えることができ、薬剤師は的確に相互作用をチェックできます。



薬剤師のチェック機能を活用すると・・・

- 薬の**相互作用**をチェックできます。
- 過去の副作用や、アレルギー歴を確認することができるので、**重大な副作用の予防**ができます。
- 同じ薬や類似の薬が**別の医療機関から処方されることを防ぐ**ことができます。

相互作用は処方された薬どうしのみではなく、市販薬や健康食品とでも起こる場合があります。飲んでいる市販薬や健康食品などについても「かかりつけ薬剤師」に相談したり、「お薬手帳」に記載するようにしましょう。



公益社団法人 新潟県薬剤師会

図 4-2 薬の一元的管理の啓発資料

結 果

1. 対象者のレセプトデータ及び訪問優先度の確認

長岡市では、以下の2名が訪問の対象となった。

Aさん（68歳、女性）

○患者の状況

2つの医療機関で精神神経用剤と催眠鎮静剤が処方されていた。レセプトデータの集計結果を表4-1に示す。

表4-1 Aさんの重複投薬の状況（長岡市）

		5月	6月	7月
診療所1 ⇒薬局Ⅰ	エチゾラム錠	28日分	28日分	28日分
診療所2 ⇒院内で調剤	ベンザリン錠	頓服14錠	頓服14錠	頓服14錠

エチゾラム、ベンザリンに関しては、適応症が異なる場合は重複して処方される場合も考えられるため、訪問時に、薬剤師より処方された経緯について話を伺うこととした。

Bさん（69歳、男性）

2つの医療機関で、それぞれ高尿酸血症の薬が処方され、1つの薬局で調剤されていた。レセプトデータの集計結果を表4-2に示す。

表4-2 Bさんの重複投薬の状況（長岡市）

		3月	5月	7月
病院3 ⇒薬局Ⅱ	クエン酸カリウム・クエン酸 ナトリウム水和物配合製剤	91日分	91日分	—
診療所4 ⇒薬局Ⅱ	フェブキソスタット製剤	60日分	60日分	60日分

クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム水和物配合製剤とフェブキソスタット製剤は、効能が異なる薬剤であり、薬効分類コードが同一であっても同種同効薬とは言い難いことから、検査は病院、普段の診察は診療所と住み分けをしている事例だと考えられた。

燕市については、45名の方が対象者として挙げられた。重複投薬の状況をレセプトデータを参照して確認したところ、このうち42名は受診する医療機関を変えたことによる重複処方となっている事例で、継続した重複投薬には該当しないと考えられた。

一方、以下の3事例については、薬剤師の介入が必要と考えられた。

Cさん

2月から8月まで継続して2つの医療機関で、トリアゾラムとエチゾラムを処方されていた（表4-3）。1医療機関からの処方日数も長く訪問指導が必要な事例と考えられた。

薬剤師が訪問指導に同行する場合は事前連絡して同意を得るが、この事例については、事前連絡することで指導を断られる可能性もあることから、薬剤師は同行せず、薬剤師の意見を反映した指導内容となるよう、訪問する看護師と調整することとした。

表4-3 Cさんの重複投薬の状況（燕市）

	医薬品	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
診療所5 →薬局Ⅲ	ハルシオン 0.25mg錠	1錠、14日	1錠、28日 1錠、14日	1錠、28日 1錠、14日	1錠、28日 1錠、14日	1錠、28日 1錠、14日	1錠、14日	1錠、14日
	デパス錠 0.5mg	1錠、14日	2錠、14日	2錠、28日 2錠、14日	2錠、28日 2錠、14日	2錠、28日 2錠、14日	2錠、14日	—
診療所6 →薬局Ⅳ	トリアゾラム錠 0.25mg「CH」	2錠、14日	1錠、28日 1錠、14日	1錠、28日 1錠、14日	1錠、28日 1錠、14日	1錠、28日	1錠、42日 1錠、14日	1錠、28日
	エチゾラム錠 0.5mg「トローワ」	1錠、14日	1錠、28日 1錠、14日	1錠、28日 1錠、14日	1錠、28日 1錠、14日	1錠、28日	1錠、42日	—

Dさん

2つの医療機関から、ニフェジピンCR20mg「日医工」とニフェジピンCR20mg「トローワ」が継続して処方されていた（表4-4）。商品名が異なるのは銘柄名処方でないためと考えられた。

2つの医療機関から継続して同一有効成分の医薬品が処方されていたので、薬剤師が同行し、訪問指導する対象とすることとした。

表4-4 Dさんの重複投薬の状況（燕市）

	医薬品	1月	3月	5月	6月	7月	8月
診療所7 →薬局Ⅴ	ニフェジピンCR錠20mg 「日医工」	1錠、56日	1錠、56日	1錠、56日	—	1錠、56日	—
診療所8 →薬局Ⅵ	ニフェジピンCR錠20mg 「トローワ」	1錠、56日	1錠、56日 1錠、28日	1錠、56日 1錠、28日	1錠、28日	1錠、28日	1錠、28日

Eさん

2つの医療機関からダントリウムカプセル25mgが処方されていた（表4-5）。2つの医療機関から継続して同一有効成分の医薬品が処方されていたので、薬剤師が同行し、訪問指導する対象とすることとした。

表4-5 Eさんの重複投薬の状況（燕市）

	医薬品	5月	7月	8月
診療所9 →薬局Ⅶ	ダントリウムカプセル25mg	1錠、56日	1錠、56日	1錠、56日
診療所10 →薬局Ⅷ	ダントリウムカプセル25mg	—	1錠、28日	1錠、28日

2. 薬剤師による訪問指導への同行

Aさん（長岡市）については、保健師は複数の内科を受診していることから医療機関をまとめることで医療費の削減につながる旨、指導することとした。実際に訪問した結果、エチゾラム、ベンザリンは異なる適応症のために処方されており、また、対象者が診療科も別と捉えていることから、受診する医療機関をまとめることも難しいと考えられた。

Bさん（長岡市）については、処方箋は診療所にまとめることで医療費の削減につながる旨、指導した。訪問の結果、病院で検査を実施、診療所のかかりつけ医より処方してもらっているとのことであったが、これまで通り受診したいとの意向だった。

燕市では、2名の対象者への訪問に同行する方針としたが、対象者本人の同意が得られなかったため、訪問指導への薬剤師の同行は実施できなかった。

訪問指導への薬剤師の同行に関する対象者（長岡市）へのアンケート結果を表4-6に示す。

表4-6 薬剤師の同行に関するアンケート結果

(1) 薬剤師の訪問以前にお薬に関して相談したいことがありましたか？
➡あった 0件、なかった 2件
(2) 薬剤師の説明は分かりやすかったですか？
➡分かりやすかった 1件、よく分らなかった 1件
(3) お飲みになられているお薬など（治療薬、市販薬、サプリメント等）に関する情報を一つにまとめることの必要性について理解できましたか？
➡よく理解できた2件、一部理解できないところがあった0件、全く理解できなかった0件
(4) 「薬剤師のチェック機能」に関するパンフレットはお役に立ちましたか？
➡役に立った2件、役に立たなかった0件
(5) かかりつけ薬剤師・薬局を持ちたいと思われましたか？
➡そう思った2件、よく分からない0件、そう思わなかった0件
(6) 今後も必要に応じて薬剤師による訪問指導を受けたいと思いますか？
➡そう思った0件、よく分からない1件、そう思わなかった1件

3. 訪問指導後の対象者の変容の検証

長岡市で薬剤師が訪問指導を行った対象者について、11月及び12月のレセプトデータを確認したところ、対象者の行動変容は見られなかった。

考 察

長岡市の対象者については、薬学的には必ずしも薬剤師の訪問同行が必要な事例ではないと考えられた。しかし、アンケート結果より薬剤師が同行することで、かかりつけ薬局・薬剤師、薬の一元的管理の必要性について説明し、一定程度の理解が得られたと考える。

燕市では、データ分析業者に委託して、訪問対象者を抽出していた。この抽出条件にある「同系

薬品」という概念が、同一有効成分であると考えられた。

本事業においては本来の重複投薬者への訪問指導にはつながらなかったが、対象者の選定条件（抽出条件）の設定と訪問時のアプローチの方法に課題があることが分かった。

本事業で実施した薬剤師の訪問指導の件数は少なかったが、市町村国保と薬局薬剤師が連携し、保健指導事業に取り組んだ成果は大きい。効率的な対象患者の抽出と効果的な指導のため、対象者の選定においては受診している医療機関数や処方されている薬剤の剤数、疾患名の重複等により候補者を抽出し、薬剤師がレセプトデータを確認する等の方法が適当ではないかと考えられた。

訪問時のアプローチの方法の課題としては、初対面の薬剤師の訪問で信頼関係の構築が難しいことが挙げられた。これについては、事前の同意取得の際に十分な説明等を行うことが有効なのではないかと考えられる。

併用すべきでない同種同効薬の処方等、薬学的に考えて重複投薬に該当する方を選定できるよう、薬剤師の関与が望まれる。また、訪問指導を担当する薬剤師と信頼関係を構築したうえで、薬学的観点からの指導につなげるように、訪問前の同意取得の際には十分な説明等を行うことが望ましいと考える。

おわりに

平成27年10月に厚生労働省が策定した「患者のための薬局ビジョン」は、「患者本位の医薬分業の実現に向けて、かかりつけ薬剤師・薬局の今後の姿を明らかにするとともに、団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）になる2025年、さらには2035年に向けて、中長期的視野に立って、現在の薬局をかかりつけ薬局に再編する道筋を提示するもの」とされ、「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ、と目指すべき医薬分業の姿も明確に示されました。

新潟県薬剤師会が実施した「平成29年度患者のための薬局ビジョン推進事業」では、平成28年度事業を踏まえ、介護支援専門員からも在宅療養における服薬支援が必要と思われる患者の情報提供をいただき、おくすりバッグの活用も含め、薬剤師の介入による服薬支援が必要な患者の掘り起こしの拡大に取り組みました。当初の想定よりも対象となる事例が少ないという結果でしたが、業務多忙、薬剤師不足等様々な問題を抱える中で、多職種からの呼びかけがあれば「なじらね訪問」に応じたい、と答えた薬局が8割を超えました。

新潟市が導入しているSWANネットを介した在宅医療・介護の連携では、医療機関と薬局での情報共有の在り方、方法等について検討し、かかりつけ医の協力の下、薬局薬剤師が患者登録を行い、医師や看護師を招待することで医師の負担軽減につながった事例や、調剤実績アップロード機能「Net4U CONNECT」の導入により、調剤実績が自動的にSWANネット上にアップロードされ、薬局薬剤師が薬剤情報のアップロードにかかっていた作業時間が大幅に軽減され、確認画面も見やすくなった事例等が報告されました。また、薬局薬剤師が病院内で使用していたチェックリストを共有し、吸入指導に取り組んだところ入院中と同様のシームレスな指導につながったとの事例も報告がありました。

医療保険者（市町村国保）との連携では、重複投薬、頻回受診の患者の抽出方法が、それぞれの市町村で異なっていたり、保健師、看護師等による訪問指導にも違いがあることが分かりました。効果的な指導のためには、抽出段階からの薬剤師の関与が重要であると考えられました。

平成29年度事業では、薬局薬剤師が「なじらね訪問 服薬サポート事業」に取り組み、3つのアプローチから多職種連携を図ったことにより、かかりつけ薬剤師、薬局の機能強化に向けた検証ができたものと考えます。

最後に、本事業でご協力を賜りました新潟県医師会、新潟県歯科医師会を始め、新潟市医師会、SWANネット運営協議会、新潟県介護支援専門員協会等の、多くの団体の皆様、また、モデル地区においてご協力を賜りました病院、診療所等多くの皆様に深く感謝申し上げますと共に、今後もより一層のご支援ご高配を賜りますようお願い申し上げます。

「にいがた健康支援薬局」をはじめとして本事業に参加された薬局の皆様には、ご協力をいただきありがとうございました。今後も、かかりつけ薬剤師・薬局の推進に向けてご理解、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

卷末

本事業の実施に当たり、多大なご協力をいただきました方々に厚く御礼申し上げます。

介護サービスを活かした服薬サポート事業

一般社団法人新潟県介護支援専門員協会

藤 本 綾 子 様
真 壁 泰 子 様
荒 木 薫 様

ICT連携ツールを活用した患者情報の共有事業

一般社団法人新潟市医師会 在宅医療推進室

済生会新潟第二病院

寺 田 正 樹 様
内 坪 誉 歳 様
斎 川 克 之 様
齋 藤 浩 生 様
小 柳 亮 様
安 達 哲 夫 様
舘 島 美智代 様
小 林 圭 輔 様
吉 田 智 彰 様

KOYANAGI真柄CLINIC

坂井輪診療所

おおぼり薬局

全快堂薬局寺地店

本町調剤薬局黒埼店

市町村と連携した重複投薬者への訪問相談事業

長岡市福祉保健部 国保年金課

長岡市薬剤師会（荻野薬局）

長岡市薬剤師会（大手薬局本所店）

燕市健康福祉部 保険年金課

県央薬剤師会（はいがた調剤薬局）

県央薬剤師会（みなみ調剤薬局）

猪 浦 了 様
佐 野 洋 輔 様
清 水 寛 生 様
外 石 紗耶香 様

事業担当者

「なじらね訪問 服薬サポート」事業

新潟県薬剤師会	常務理事	笠	原	敦	子
新潟県薬剤師会	理事	長	澤	貴	明
新潟県薬剤師会	常務理事	松	島	邦	明
新潟県薬剤師会	常務理事	桂		重	之
新潟県薬剤師会	理事	上	松	恵	子

介護サービスを活かした服薬サポート事業

新潟県薬剤師会	副会長	渡	邊		彦
新潟県薬剤師会	常務理事	桂		重	之
地域事業担当者		伊	藤	明	美
地域事業担当者		金	子	祥	大
地域事業担当者		高	津	真理	子

ICT連携ツールを活用した患者情報の共有事業

新潟県薬剤師会	副会長	渡	邊		彦
新潟県薬剤師会	常務理事	笠	原	敦	子
新潟県薬剤師会	常務理事	佐	藤	宏	之
新潟県薬剤師会	医薬分業委員会本部委員	荏	原	健	志
新潟県薬剤師会	医薬分業委員会本部委員	田	中	友	康
地域事業担当者		本	間	正	洋

市町村と連携した重複投薬者への訪問相談事業

新潟県薬剤師会	副会長	渡	邊		彦
新潟県薬剤師会	常務理事	佐	藤	宏	之
新潟県薬剤師会	医薬分業委員会本部委員	荏	原	健	志

新潟県薬剤師会 医薬分業委員会一同