

神戸市地域包括ケア推進部会

平成30年度第2回在宅療養者の服薬管理に関する専門部会議事要旨

日時：平成30年9月19日（水）10：00～12：00

場所：三宮研修センター5階 505会議室

出席者：別紙名簿のとおり

議題

- 1) 前回の振り返り（「平成30年度第1回在宅療養者の服薬管理専門部会」振り返り）
- 2) 「服薬支援体制」における課題および解決に向けた取組み
- 3) 市民PHRシステムについて

議事要旨

- 1) 前回の振り返り

●事務局

前回議事要旨について説明（資料3・4参照）

●委員

医療保険で導入していた在宅患者訪問薬剤管理指導について、介護保険の認定がおりた際、把握が難しいという話があったが、医療保険で請求したら、返戻されるか。

●委員

返戻される。医療保険で請求後、数ヶ月経過してから返戻されるので、もう一度介護保険で請求しようと思っても、今さら利用者に連絡はとれない。

特に、介護保険の2号被保険者の方でがん末期の方は、介護保険に切り替わっていることがわかった頃には亡くなっていることが多いこともあり難しい。

●委員

患者から、他の病院の残薬が沢山あると聞いた場合、その病院の医師に残薬を見せ相談するようアドバイスすることがよくある。しかし、病院の医師は忙しく、電子カルテで処理されることもあり、結局そのまま処方されてしまうことが多いのでどうにかならないかと思う。

●座長

病院の薬剤師としても、その点には問題意識を持っている。自身の病院では現在、お薬手帳以外に、前方・後方医療機関との連携のために、薬のことを情報共有できる連絡書を作成できないか議論している。

●委員

患者は、残薬があるということを自分では医師に言えないことが多い。その際、訪問看護師からクリニックや病院にFAX等で連絡することがあるが、クリニックに比べ病院の医師がすぐに確認することは難しい。お薬手帳に残数やコメント欄があれば、患者自身が言えなくても、そこに訪問看護師が記入することにより医師に残薬について伝えることができる。

2) 「服薬支援体制」における課題および解決に向けた取組み

●事務局

議題について説明（資料5参照）

①各職種・機関等において、服薬支援としてできること、実際にしていること

●委員

医師としては、処方する薬を必要最低限に減らすこと。また、可能な場合、できるだけ一度にまとめて内服できるよう処方を工夫している。

●委員

薬剤師としては、患者が服薬できていない状況を支援者間で情報共有することがまず大切だと考えている。介護サービスによる支援がないと服薬できないのであれば、医師に伝え処方の調整を依頼する。患者の知識不足が原因なのであれば、患者が理解できるように説明する。経済的な問題が原因であれば、公費負担の申請を検討したり、医師にジェネリックへの変更等を相談したりする。

●座長

患者から得た情報を元に、処方の変更を相談した場合、対応してもらえるか。

●委員

医師により対応は異なる。慎重に話し合いをしていくが、対応してもらえない場合もある。

●委員

病院では、入院時に服薬管理が困難な患者であれば入院中に整理をすることが多い。

また、退院カンファレンスに、退院支援を担当する薬剤師が参加する取組みをしている。

最近、訪問看護ステーションに対する看護指示書と同様に、薬局から訪問薬剤指導等指示書を出して欲しいとの依頼があるが、決まった様式がないため、病院としての様式を作成する方がよいと話し合っている。

●委員

訪問看護の現場では、病院からの退院時処方箋は、看護サマリーにも訪問看護指示書にもスペース上の問題もあり詳しく掲載されていないことが多い。入院前と処方箋が変更になっていることがあり、病院に問い合わせることがある。

また、お薬カレンダーの活用や家族の声かけにより服薬管理ができるようになる場合があるが、ひとり暮らしの場合、お薬カレンダーを活用しても服薬できないこともある。服薬を補助する機器や訪問介護員による服薬介助も上手くいかない場合があるので、処方する薬は必要最低限にして欲しいという思いがある。

お薬カレンダーが薬局で安く手に入るのを助かっている。介護保険の単位数や経済的な事情で毎週訪問できないような患者には2つ使って2週間分セットしておくことがある。

●委員

ケアマネジャーは、服薬管理に関して、まず訪問看護師や薬剤師による服薬支援をプランに位置づけて依頼をするが、経済的な問題等でできないことがある。その場合、訪問介護員がお薬カレンダーや服用後の空袋の確認による服薬支援をする等工夫をしている。しかし、サービスがない日の飲み忘れが多いなど確実な服薬管理をしていくことは難しい。

●委員

地域包括支援センターは、介護度の低い方（要支援の方）に関わることが多いが、早い段階から服薬管理の習慣をつけてもらいたいと思っている。介護度が高くなると介護保険のサービスが沢山使えるようになるが、お薬カレンダーの活用等服薬管理の習慣がついていれば重度になった時も対応できるのではないかと考えている。

居宅療養管理指導をプランに位置づけることをケアマネジャーと相談することもあるが、まだ全体の1割ぐらいにとどまっている。

また、患者支援に関わる職員が福祉・介護職等、医療系以外の職種が多いので、資料の回覧等、薬に関する勉強の機会を職員が持てるような取組をしている。

●座長

薬に関する講習会等、知識を得る機会を薬剤師会の協力を得てもてれば良いかもしれない。

②服薬支援を行う上で、困っていること、各職種・機関等において対応に限界を感じていること

●委員

自分が処方した薬と違い他の医師が処方した薬は減らすことが難しい。入院は薬を見直すチャンスだと思う。

また、介護職が介護現場の大きなマンパワーとして服薬支援をしている。しかし、どうしても誤薬が起こるが、大きな影響のある誤薬ではなかったとしても、軽く考えられてはいけないし、怒られたとショックを受けられてもいけないし、対応に悩むことがある。

また、ほとんどが眠剤や下剤だが、過剰に服薬している場合の調整はいつも難しいと感じる。

●委員

患者が定期受診以外に突発的な受診をした場合、処方箋がくるまで状況が把握できない。基本的には訪問支援をしている薬局が服薬管理をしているが、突発的に受診し他の薬局で調剤をした場合、それを把握することはできない。また、定期的にくるはずの処方箋が入院によりこなかったことがあるが、そのような情報を共有できないのは困る。

服薬支援ロボは、時間にならないと薬が出てこない仕組みだから、過剰に服薬する人には効果があるが服薬しない人には効果がない。また、過剰に服薬する人の中には、薬を出すために服薬ロボを壊そうとする人もいる。眠剤の場合、服薬する時間が一定ではないが、一定の時間にしか出てこないのので、患者が困ることがある。また、薬を取り出した時間等をスマホで確認できる仕組みがあるが、その後に内服が確実にできているか最終的な確認はできない。服薬支援の一部が器械化していくのは、コスト面を考えると良いことだと思うが、現段階では課題もある。

服薬カレンダーを複数枚数使うことはすごく良いと思う、薬剤師が複数枚数セッティングしておいて、必要なタイミングで、他の職種に出してもらおうことがある。そうすると、薬局の介入する回数が減ってコストが下がる。また、複数枚服薬カレンダーを使用することについては、普通用法は朝、昼、晩、眠前でありポケットも4つだが、それ以上の回数で服薬しなければいけないこともあるので、それにも対応でき良い方法だと思う。訪問薬剤管理指導を導入していただければ、何とか飲めるように工夫することもできるので、服薬支援に困っている場合は薬剤師に相談してもらえれば確実だと思う。

●委員

病院では心不全等で入退院を繰り返している患者の多くが、在宅での服薬が不十分で、体調管理ができなくなって再入院している。年齢や病状により制度の適応外であるとか、経済的な問題により、介護保険・医療保険によるサービスを使用しない人も多く、病院として支

援に悩むことがある。病院側も在宅で患者が確実に服薬管理する支援方法についてノウハウを持っていれば、入院中から在宅の生活を見越して支援していけると思う。

●委員

訪問看護では過量服用の問題に困っている。落ち着くために頓服を一度に内服してしてしまうなどがある。そのため、自宅で管理するのではなく、薬局で薬を保管して、患者が薬局に行って内服するという方法ができないかと期待している。

正しい服薬の仕方を伝えることはできるが、実際に服薬するのは患者なので、その行動を変えることは非常に難しいと限界を感じている。

また、在宅療養している心不全の方の中には、服薬していることで安心して、食事や水分管理等ができていないことがある。また、生活習慣の改善は難しいからと、それを薬の増量により調整しようとして、脱水とオーバーフローを繰り返す場合があるので難しいと感じる。

●座長

アドヒアランスを守り、確実に服薬してもらうことに注意がいくが、過量服用の問題も非常に重要だと思う。救急搬送される患者の中でも、定番の中毒物質だけではなく、日常処方されたお薬を、過量に服用して運ばれてくる患者が結構いる。

●委員

心不全で入退院を繰り返す人の中で、入院中は確実に服薬し病状が良くなるが、退院したら、何回もお手洗いに行きたくないという理由で、自分で利尿剤の服薬をやめ病状が悪化し再入院になる患者がいる。医師に服薬支援方法を相談するが対応してもらえないこともある。

また、認知症の方は、曜日も日にちもわからなくなっているので、服薬の管理・確認が難しい。お薬カレンダーにセットしても、目についたところから手にとって内服してしまうので服薬管理に活用できないことがある。

●委員

最終的に、本人が服薬するかしないかという点ではサービスではどうしようもなく、支援の限界を感じている。しっかりしていそうな患者でも視力の問題などで不安を感じながら服薬管理をしている。患者が服薬管理できないということを医師にどのように伝えていくか、処方変更により自己管理できるのであれば、それをしてもらえるように医師と情報交換することが必要だが、その機会を持ちにくいことに限界を感じている。

●座長

本日欠席の歯科医師会、介護福祉士会から事前に意見をもらっているので紹介する。

歯科医師としては、訪問歯科診療時にお薬手帳を見て、処方する際に薬が重複しないようにしている。診察時、口腔・顔面領域に薬の副作用と思われる症状がある場合は、処方した医師に処方の変更・中止等の相談をするようにしている。また、困り事としては、複数の科から大量の薬が処方されているが、お薬手帳に記載されていないことがあり、最新の服薬状況の把握ができないこと。改善策としては、SNSを利用した連絡方法等による職種間での情報共有や連携の改善などがある。

介護福祉士としては、服薬確認、見守り、声かけのしやすさから一包化が良いと考えている。訪問介護員として、できることできないことがあり気をつけているが、実際の支援の1つとして、お薬カレンダーを利用して服薬支援をしている。困り事としては、服薬回数等により服薬介助ができない時間帯の支援方法。訪問介護員が薬に対する知識がないまま服薬介助している現実があること。服薬回数に応じた分包に医療機関によってはなかなか対応できないこと。患者が、「苦い」「必要性を感じない」等の理由で服薬を拒否する場合や薬が一包化されていない場合、様々な剤形や種類の服薬を介助することは難しいと感じる。

解決策については、地域包括ケアシステムの連携の中で、専門職として職種間で相互の役割を理解し認識を共有することが必要。

③困り事は、どの職種・機関等とどのような連携ができれば、また、どのような仕組みが出来れば改善していくことができると考えているか

●委員

ポリファーマシーについては、医師が勉強会等により認識を広めていくこと。また、同じ効果の薬が重複して処方されている場合等、薬局側から処方医に伝えてもらえば良い。

●座長

処方目的を職種間で共有し理解することや、重複している若しくは削除できる薬剤を把握するための情報共有が大事だが、医師として情報収集にはお薬手帳を使っているか。

●委員

お薬手帳と患者からの聞き取りで情報収集している。

●座長

医療機関同士の、例えば診療情報提供書による処方情報では十分ではないということか。

●委員

紹介の患者に関しては医療機関同士で診療情報提供書により正確に薬剤情報を把握できる

が、紹介関係のない病院から処方された薬は、お薬手帳や聞き取り以外からは把握ができない。

●委員

薬剤情報の一元化については、かかりつけ薬局を持つことに勝るものはないと思う。かかりつけ薬局の活用をすすめるためには、クリニックや病院が、門前薬局ではなくかかりつけ薬局を利用していいのだと伝えることが大切だと思う。また、報酬改定等、かかりつけ薬局の活用を促進するような体制の構築も必要。また、かかりつけ薬局について、他職種や市民の周知を図ることが必要。かかりつけ薬局が決まれば、すべての服薬内容を薬剤師が把握できるようになる、そういうシステムになれば、薬剤師も処方医に意見を言いやすくなる。ポリファーマシー対策には何よりかかりつけ薬局の推進が大切だと思う。

●委員

複数の病院やクリニックから薬が処方され、調剤する薬局が複数あると、服薬内容全体を把握しているのが患者しかいないということがある。かかりつけ薬局で薬を全部もらう仕組みがあれば管理しやすくなると思う。

●座長

病院において、退院調整の時に、かかりつけ薬局の有無を確認することはあるか。

●委員

ないと思う。現時点では、在宅医や、訪問看護ステーション、ケアマネジャーのことは退院調整で意識的に確認しているが、かかりつけ薬局については確認項目にも入っていない。

●座長

かかりつけ薬局の有無を確認項目にして、病院が把握し、退院後の支援について連携していくことが必要である。

●委員

病棟の看護師は、退院後の服薬に関する相談であれば、病院の薬剤師よりも、かかりつけ薬局の薬剤師に相談したいと思う、しかし、その窓口がないのが現状なので、かかりつけ薬局の把握は必要なことだと思う。

●委員

ポリファーマシー対策についてはかかりつけ薬局の活用が大切だと思うが、がんのターミナル期の方には、必要な薬を調剤できたり、24時間対応や配達をしてくれる薬局を選ぶので、かかりつけ薬局ではないところを紹介することもある。一方、訪問看護ではお薬手帳で調剤

している薬局を確認して、連携のための連絡をとることがある。

過量服薬の患者については悩んでいる。精神疾患や認知症で服薬支援は必要だが、歩ける方に関しては、薬局で薬を預かってもらって、通って服薬できるようになれば良いのではないかと思う。ADLの低下を予防できるし、患者の社会の拡がりも期待できる。在宅での服薬では、訪問看護が配薬しても、1日で3日分服薬してしまうなど、患者が間違えて過剰に服薬してしまうこともあるので、薬局に行くことによりそれを防ぐことができる。

●委員

ケアマネジャーから相談を受けて、薬局で預かった薬を患者に飲みに来てもらう方法をとったことは実際にある。

●委員

かかりつけ薬局を持ってもらうことが、一番解決につながると思う。薬のことは医師への相談も薬剤師から話をした方が他職種よりスムーズだと思う。患者にあわせ、服薬支援にいろいろな工夫をしている薬剤師がいるが、それはかかりつけ薬局だからできることだと感じる。

ケアマネジャーは、薬剤情報をとるが、調剤している全ての薬局の把握まではしていないと思う。アセスメントをする際、薬局についても意識して情報収集し、その中で可能であれば、かかりつけ薬局への集約を主治医と相談しながらできればと思う。

●委員

福祉・介護職が薬について勉強する機会をつくるという件だが、全員に研修を受けてもらうのは時間的にも厳しく、大変難しい。そのため、見てすぐわかる簡単な資料を配布するなどの工夫ができれば良いのではないか。また、ケアマネジャーや地域包括支援センター職員が使う、利用者基本情報の様式があるが、現在は薬局の欄がない。薬局の欄ができれば意識して情報がとれるようになると思う。

●座長

薬の理解のための啓発資料について、個別薬剤の薬効について作成するのは困難だが、剤形情報であれば可能である。また、本日出た意見を、今後、職種間の連携を含めて図式化して整理できると良い。

●アドバイザー

これから神戸方式でいろいろな仕組みを変えていくことは可能だと思う。結核治療であれば薬局DOTSとして、1回ずつ薬局に飲みに来てもらうことがあるので、他の治療でもでき

るようになると思う。しかも、それがかかりつけ薬局だったら本当に良いと思う。

また、難しいことではあるが、将来的にはすべての薬局が終末期対応できるような連携をとれる体制ができれば良いと思う。フロー図を作って、連携の仕方がわかるようになると、支援者の連携が取りやすくなるのではないかと思う。

また現在、小学校で学校薬剤師による服薬に関する教育が始まっており、お薬手帳に関する内容も入っている。そういう教育を受けた子どもたちが大人になると、もう少し時代は変わると思う。

●アドバイザー

今回は連携についての話が中心だったが、服薬しやすい剤形や配合剤、服薬補助素材の活用なども、今後議論いただきたいと思う。かかりつけ薬局の推進については、国も力をいれているので、新たな動きがあれば、この会議に情報提供したい。

3) 市民PHRシステムについて

●事務局

「市民PHRシステム」についての説明（資料6参照）

●委員

資料に「市民にとってのメリット」とあるが、デメリットは何を想定しているか。

●事務局

一つ目は情報漏洩。国が定める総務省のガイドライン、学術団体が定めるもの、市のポリシーにも準拠したセキュリティ対策はとっているが、いかにシステムを堅牢なものにしてもリスクはゼロにはできないので、それが一番大きなリスクだと思っている。

また、職種間の情報共有の観点から、多職種間で連携できるプラットフォームをそのシステム内につくって情報共有すると良いのではないかと思った。ただ、個人情報の漏洩の問題があるので、患者が持っている端末を活用するのが現実的ではないかと感じた。

●委員

どのぐらいの登録数を想定しているか。

●事務局

このサービスは2019年1月公開予定なので、2019年3月末までに3,000人の会員登録を目指している。翌年度には1万人ぐらいの登録を考えている。先行事例では、大体人口の0.5～10%ぐらいなので、低いほうに焦点を合わせるとすると、1.5万人ぐらいが妥当だと考え

ている。

●委員

ビッグデータとして集めると考えると、多ければ多いほど良いが目標とする登録数はあるのでは。

●事務局

多いほうが良いが、個人の色々な情報を横断的に紐づけているところがこのデータベースで管理するデータの他にはない価値なので、数自体は数万あれば、十分高度な研究の解析に耐え得る質はあると考えている。

●委員

機密性を考えると、ある程度制限があるのかもしれないが、できれば神戸の企業が活用できる、敷居の低いシステムを作って欲しい。

●事務局

基本的に健康に対する理念を共有できる企業であれば、最低限の規約の中でどの企業も参画いただける仕組みにしている。参加する企業を行政が決めると不公平感が出てしまうので、「健康創造都市K O B E 推進会議」という会議体の中で判断する仕組みにしている。

●委員

登録する市民の同意をとるということだが、実際にはどのように同意をとるか。

●事務局

申し込みの際、ウェブ上で同意をとる。

●委員

それでは、そのPRはインターネット上で行うのか。

●事務局

インターネット上で行うが、市の広報媒体を使って、インターネット上以外のPRもしていく。

●委員

では対象者は、ある程度若い年齢層を想定しているか。

●事務局

メインターゲットは40歳から65歳ぐらいを想定している。これから病気になるリスクが高い人たちを中心にサービスを開始する予定。ただし、こういう技術は、高齢者が利活用できるものも沢山あるので、高齢者が利用できるサービスも提供する。

●委員

それは、高齢者のサポートの様なサービスを考えているか。

●事務局

高齢者の支援者が活用できる仕組みを考えている。高齢者が実際にスマホを使うのではなく、その支援者に連携や情報共有で活用していただければと考えている。

●委員

多職種間でプラットフォームを活用できるのはとても良いと感じたが、それは患者の家族が中心になって、そこに支援者が登録していくというイメージか。

●事務局

そのとおり。本人がいないところで、その人の健康情報を共有することは、法律上も厳しいと思うので、患者もしくは家族、代理人を中心に組み立てた方が安全だと考えている。

●委員

直ちに、現在服薬している高齢者が利用できるというより、これからの疾病予防を前提としたモデルということがわかった。