

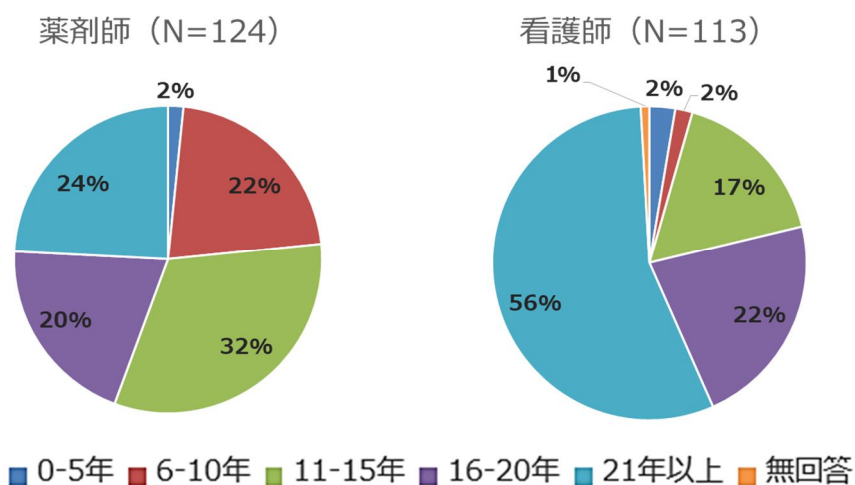
## 高齢者の服薬アドヒアランスに関する実態調査 -集計結果-

対象：436施設 872名

	回答数	回収率 (%)
薬剤師	124	28.4
看護師	113	25.9
合計	237	27.2

### 1. 回答者について

#### 1-2. 職務経験年数

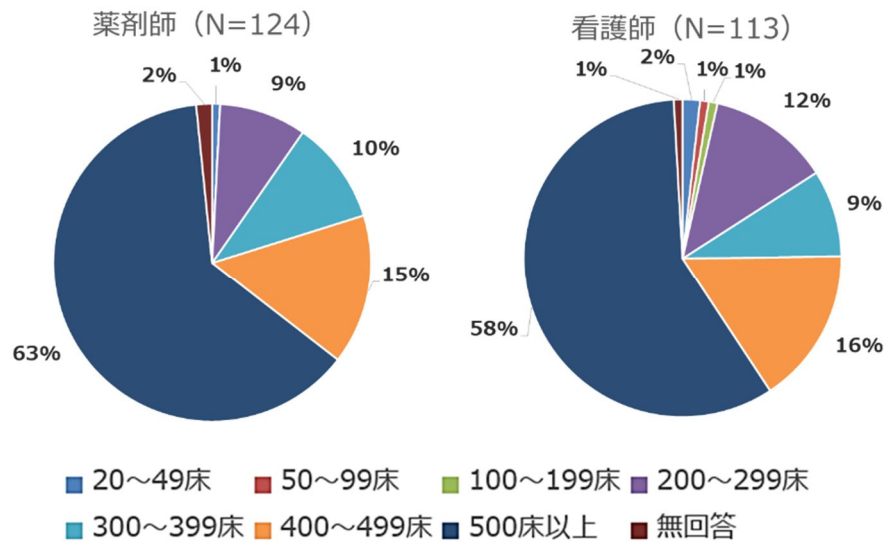


#### 1-3. 認定資格

薬剤師 (N=124)		看護師 (N=113)	
がん薬物療法認定薬剤師	56	がん化学療法看護認定看護師	92
がん専門薬剤師	38	がん看護専門看護師	3
外来がん認定薬剤師	13	緩和ケア認定看護師	1
その他	4	乳がん看護認定看護師	1
無回答	13	その他	1
		無回答	15

## 2. 所属施設について

### 2-1. 病床数



### 2-2. 抗がん剤投与に利用する外来化学療法室のベッド及びリクライニングシートを合わせた数

	薬剤師	看護師
中央値 (範囲)	20 (3-70)	20 (3-75)

### 2-3. 2018年度における外来化学療法室の1日平均抗がん剤注射投与患者数

	薬剤師	看護師
中央値 (範囲)	22 (1-140)	23.5 (2-175)

### 2-4. 経口抗がん薬単剤治療患者へ薬剤師又は看護師の介入の有無

N=237 (薬剤師: 124、看護師: 113)

	薬剤師	看護師
ある	110	93
ない	13	16
わからない	1	3
無回答	0	1

2-5. 薬剤師外来設置の有無

N=237 (薬剤師：124、看護師：113)

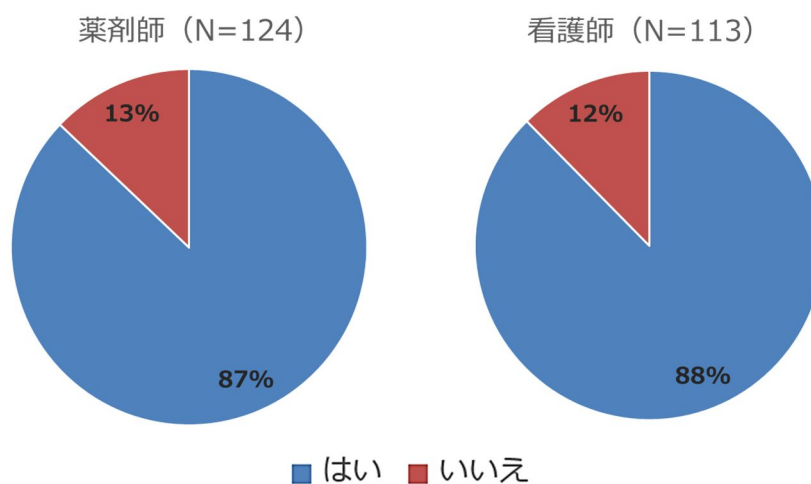
	薬剤師	看護師
ある	49	46
ない	73	64
わからない	1	3
無回答	1	0

2-6. 経口抗がん薬の服薬指導を行う職種(複数回答)

	薬剤師	看護師
薬剤師外来担当薬剤師	58	55
外来化学療法室薬剤師	55	56
外来化学療法室看護師	24	60
外来診察看護師	13	30
調剤室担当薬剤師	10	1
院内で指導は実施しない	6	2
その他の薬剤師	6	0
がん関連有資格薬剤師	6	3
病棟担当薬剤師	4	3
医師	3	1
看護外来担当看護師	1	0
がん関連有資格看護師	0	3
がん専門看護師外来	0	1
病棟看護師	0	1
がん相談員	0	1
確立していない	0	1

### 3. 高齢者(65歳以上)での経口抗がん薬のアドヒアランスについて

#### 3-1. アドヒアランス不良患者を経験したことがあるか



### 4. 高齢者(65歳以上)での経口抗がん薬のアドヒアランスについて

#### 4-1. アドヒアランス不良で経口抗がん薬治療に影響が出た経験はあるか

N=207 (薬剤師 : 108、看護師 : 99)

	薬剤師 (%)	看護師 (%)
はい	70 (64.8)	81 (81.8)
いいえ	36 (33.3)	18 (18.2)
無回答	2 (1.9)	0

#### 4-2. アドヒアランス不良が原因で副作用が発現・増悪した経験はあるか

N=207 (薬剤師 : 108、看護師 : 99)

	薬剤師 (%)	看護師 (%)
はい	49 (45.3)	59 (59.6)
いいえ	58 (53.7)	40 (40.4)
無回答	1 (0.01)	0

## 5. 高齢者(65歳以上)でのアドヒアランス不良の原因について

### 5-1. 経験したアドヒアランス不良の要因

N=207 (薬剤師：108、看護師：99)

	薬剤師 (%)	看護師 (%)
① 保健医療システム・ヘルスケアチーム側 (医療者側) の要因	32 (29.6)	36 (36.4)
② 社会的・経済的要因	32 (29.6)	22 (22.2)
③ 病態に関連した要因	42 (38.9)	29 (29.3)
④ 治療法に関連した要因	68 (63.0)	55 (55.6)
⑤ 患者に関連した要因	94 (87.0)	93 (93.9)

## 6. 高齢者(65歳以上)でのアドヒアランス不良の原因について

### 6-1. 保健医療システム・ヘルスケアチーム側(医療者側)の問題と考えられた経験(複数回答)

N=170 (薬剤師：91、看護師：79)

	薬剤師 (%)	看護師 (%)
医療者側の教育が不足していた (医療者の知識不足など)	16 (17.6)	24 (30.4)
医療者側の情報共有が不足していた	20 (22.0)	27 (34.2)
医療連携が不足していた (多職種や多施設との連携不足など)	27 (29.7)	29 (36.7)
服薬指導が十分ではなかった	38 (41.8)	43 (54.4)
経験はない	33 (36.3)	18 (22.8)
その他	3 (3.3)	1 (1.3)

## 6-2. 経験した事象で使用していた経口抗がん薬の分類

(7-2、8-2、9-2、10-2の結果も記載)

	回答数	殺細胞性 (%)	分子標的 (%)	どちらも (%)
保健医療システム・ヘルスケア チーム側（医療者側）の要因	158	81 (51.3)	11 (7.0)	66 (41.8)
社会的・経済的要因	103	25 (24.3)	21 (20.4)	57 (55.3)
病態に関連した要因	110	47 (42.3)	11 (10.0)	52 (47.3)
治療法に関連した要因	152	74 (48.7)	8 (5.3)	70 (46.1)
患者に関連した要因	179	91 (50.8)	10 (5.6)	78 (43.6)

## 6-3.4. 経験した事象とその対応

薬剤師	
6-3. 経験した事象	6-4. 経験事象へ行った対応
内服期間と休薬期間がある薬剤についての正しい服用ができていない。	カレンダーを作って患者に渡すようにしたらしっかり内服できるようになった
服用方法の間違い TS-1の休薬をせず継続して服用してしまった。	正しい服用方法を指導し、その旨を医師に報告した。 投与スケジュールの説明用紙を用いて指導を行った。
IRIS療法でのTS-1重複処方、TS-1の服用スケジュール間違い	患者面談、事実確認、TS-1の中止、次クールスケジュールを主治医と協議、対象保険薬局への報告、医療安全委員会への報告
自己中断 週末退院が急に決まった際に薬剤師が介入できなかった	再度、服薬指導を行った 週末退院患者情報の事前収集
独居で理解力の低い高齢者に対し服用法の煩雑な経口抗がん剤を第一選択とすること	調剤薬局に訪問指導を依頼、服薬確認を実施してもらった
食事に影響を受ける薬剤ということを認識していなかった	口頭で再度説明
TS1の過量内服	救急科受診し入院経過観察、退院後、家族（別居）への薬剤管理を依頼した。
飲み忘れ、スケジュールの誤りなど	日付と薬剤の服用数を記載した服用チェックシートを交付し、薬剤説明を行った。
服薬指導が不足しており、患者が用法を十分に理解していなかった	改めて服薬指導
ゼロダの手足症候群予防の保湿剤塗布不足、発熱時の抗生剤内服開始	手足症候群は写真を見せて再指導、発熱時も再指導
薬剤師からの服薬指導がなかったため、用量間違いで服用していた。	初回は薬剤師より服薬指導を行うこととした。 外来看護師に経口抗がん剤の勉強会を行った。
休薬期間を理解されてなかった	
レンビマ服用患者、生活保護、独居の患者。高血圧の副作用に対し他院にて内服薬が処方になるも服薬コンプライアンス不良にて血圧コントロール困難となった。	処方もとの医院へ降圧薬の提案、その後当院での薬剤管理へ変更した。
HFS.さ瘡用皮疹、下痢	指導、入院推奨

休薬期間を理解されていなかった	
レンビマ服用患者、生活保護、独居の患者。高血圧の副作用に対し他院にて内服薬が処方になるも服薬コンプライアンス不良にて血圧コントロール困難となった。	処方もとの医院へ降圧薬の提案、その後当院での薬剤管理へ変更した。
HFS.ご瘡用皮疹、下痢	指導、入院推奨
吐き気予防の薬が処方されていたにもかかわらず飲んでおらず、食欲が出ないため抗がん剤を飲むのをやめた	副作用予防で処方されていることを説明し飲んでもらうよう指導した。
説明した内容を理解してもらえず、少ない錠数で服用	メーカーパンフレットの日誌への記入を徹底
副作用が辛くて、勝手に中断していた。	副作用出現時には、病院に連絡して医師の指示をもらうように指導した。
S1単剤療法について、指導依頼がなく、院外処方のため、介入できず、服用がちゃんと行えていなかった。	内服薬について、質問があり、指導。 服薬の意義、方法、服薬時の注意点などについて指導。
隔日投与や週1投与の指示に対し、連日服用した。	症状モニタリング、不規則投与の情報共有
結局飲んでいなかった	医師に伝えた
休薬期間なく内服継続されていた	メーカー作製パンフレットを用いて再度指導
普段、処方しない診療科の医師が腎機能低下時に減量が推奨されている薬剤を減量せず処方した。 普段処方されない診療科のため院内薬剤師の確認はできなかった。 早期に副作用を認めたが、患者も服用を継続し重篤な副作用に発展した。	当該患者は入院し加療。専門知識のない医師が処方することを避けるため再度、本来担当する診療科への併診を行う運用を徹底した。
・減量で開始していたのに、家族がわざわざ通常投与量で投与(ネクスパール)(ネットの情報などでよくわからなくなった?調剤薬局からの薬袋の用法もあるの?) ・当院で継続して処方していたアジュバントとしてのカベシタピンを、なぜか血圧管理で通院していた開業医から、出してもらっており、過剰に持っていた。服薬記録と残数はあっておらず、服薬もきちんと出来ていなかった。 ・経済的理由で自己判断で休薬などエピソードは他にも山のようにある	再指導を行う。 経済的理由がある場合は院内のMSWIに介入してもらう。 服薬が困難な場合は、有益性など主治医と考慮して、中止した場合もある。
HFS Grade3でも治療効果を期待して服用継続した	中止・休薬、ステロイド外用剤の選択に対する提案、継続的な服薬指導
スプリセル1日2回から1日1回へ変更の際、用量変更の理解が悪くそのままの用量で服用。	再度しっかりと、説明。
用量を自己調節して内服	治療中止
院外処方箋に服薬日・休薬日の記載がないため主治医の指示通りの内服ができなかった	休薬期間のある内服抗がん剤は、医師に服薬日を処方箋に記載するよう依頼したが徹底されていない。
服薬コンプライアンス不良	レジメン変更
GS療法において、S-1の内服期間が2週間の間であるが、3週間で処方されていた。	GEMと併用であり、外来化学療法室のナースが気づき、処方が修正された。
医師からの説明と調剤薬局での説明が違い、患者が混乱した	
休薬期間に継続内服	飲み方の再確認を指導
服薬に関する意思疎通が難しい場合があった。	同伴者もしくは、保険薬局・訪問ステーション・介護施設等のスタッフへの情報提供。
アフタニブでGrade3の下痢が続いているも内服継続、週末の当直医は非ガン治療医で整腸剤の処方のみで脱水、腸炎まで悪化	内服中止を提案、ロベラミド高用量、補液開始、適応外でのオクトレチド提案
再開指示の伝達ミス	休薬、再開基準の明示
点滴併用治療で、抗がん剤の内服を併用するとしんどいからと自己判断で中止していた。	患者に治療上必要であることを説明し、飲むように促した。
2週内服1週間休薬のところ、1週内服1週休薬1週内服していた。	2コース目は1週目は休薬し、2週目から内服再開とした。
CapeOX療法を開始し、数日後に末梢神経障害を認めた。原因がカベシタピンと思いつき服用量を減らして3週間連日内服していた。	再度服薬指導を行った。
忍容性のない有害事象の出現で内服困難	医師へ支持療法の追加と抗がん剤の減量を提案
進行・再発がんのS-1単剤療法(2投1休)時、医師のIC後に薬剤師が投与スケジュールや副作用について説明したところ、「飲み方は煩雑だし副作用は多いし、飲みたくない」と内服拒否の訴えがあった。	再度医師から服用意義等について説明してもらい、納得のうえ内服開始となった。
内服中段	調剤薬局、訪問看護ステーションとの連携
服薬開始日を調剤薬局が誤って指導した。	患者が不審に思い、薬を服薬せずに病院に持参したことで発覚した。
S-1を夕食後から服用するところ説明不足により服用していなかった	朝食後から用法通り服用していただきたい
制吐剤を屯用目的に定期処方された。(当県では屯用10回分以上は査定対象となり当該処方では10回以上必要であった)処方箋には「吐き気時」と用法指示されていたが、薬局が薬袋に指示を記載しておらず、患者は定期内服していた。	薬剤師外来にて使用法を再度説明し、保険薬局へ屯用使用である旨情報提供した。
副作用が出た場合の対処の齟齬など	報告するための目安の提示
治療の薬という認識がなく患者が内服していなかった。	再度服薬説明を実施
服用方法が不規則だった	正しい方法を説明

骨髄抑制、口内炎、下痢などの粘膜障害	G-CSF、整腸剤
・内服時刻を食前一食後としてしまった。 ・患者自身の判断で調子の良い時のみ内服していた。	・繰り返し介入し正しい内服方法を説明する。
ゼローダ1日2回朝食後(アジュバント)の処方、食後数時間後に気が付くことが多いため、服用されていなかった。外来時、残数が多いことにより発覚した。	再度、丁寧な指導の上、ピルケースの用意と親族への協力をお願いした。
新薬に関する知識不足	
内服期間休業期間が正しく理解できていない	次回外来時に再指導
昼食後の用法だったが、昼に他に服用する薬がなく忘れやすかった	再度指導した 保険薬局へも協力を呼び掛けた 朝食後に変更した
皮膚障害のマネジメント	継続的な介入
愁訴の伝達不足	再説明
capeのスケジュールの理解不足	再指導、頻回受診
S-1で下痢が出現しても酸化マグネシウムを併用したままで下痢がひどく、結局S-1が中止になった	医師へ報告し、病院薬剤師が介入した
経験が浅い薬剤師が十分に患者背景を考慮した説明ができていない	医師の診察前後に面談を行い確認を行う
ロンサーフ10日間連続服用	ロンサーフ服薬シートの利用

看護師	
6-3. 経験した事象	6-4. 経験事象
理解度に合わせた副作用対策の説明がされていなかった。	家族を含めた指導や訪問看護の導入
副作用出現にもかかわらず連絡がなかった	連絡先の確認、具体的な症状の説明、理解度の確認
殺細胞性抗がん薬の自己中断	内服の必要の再指導
スキンケアができていない	
入所した施設に有害事象について伝達できてなかった	ケアマネジャーを通して施設スタッフに指導した
s-1を処方されていたが飲みたくなかったとほとんど飲まずに次の診察の時に話された	医師より必要性について説明された
有害事象が出て我慢して内服継続	中止する目安となる具体的な状態の提示
副作用が強く自己判断で中断していた	症状が辛いときは自己判断でやめずに病院へ相談いただけるよう繰り返し説明した
副作用が強く出ても内服を継続していた	休薬の基準の説明
70歳男性。認知機能低下なし。処方されていたが処方通りに内服できていなかった。	薬剤師の介入により発見。再指導を行い、受診のたびに残薬を確認。現在は指示通り内服できている。
内服を忘れた分を延長して内服していたため、休薬期間が短くなった	診察では医師に伝えていなかったため、医師と情報共有して、患者に再指導をした。
嘔吐後も服薬を持続していた	外来受診し、休薬
休薬期間が守れない	家族への介入依頼
有害事象が出現しているにも関わらず内服を継続していた	有害事象の対応とセルフケア支援
4錠/日(朝2錠ずつ)2週間内服して1週間休薬すべきものを1錠ずつ毎日内服3クールまでしていて、看護師が気付いた	体調を問診し、主治医に報告 外来化学療法室薬剤師に指導を依頼 その患者は家族に協力を得られなそうなので、お薬手帳に貼るシールを他の患者よりも分かりやすいものに変更
副作用予防対策が実施されていない	再指導
XELOX治療の患者が、事前のゼローダ内服をされていなかった	主治医に報告して治療中止になった
下痢、皮膚障害	電話訪問、地域連携
果物の食べ過ぎで、カリウム過多になっていて休薬となった。	生活状況を細かく聞き取りしミカンの食べ過ぎを発見。1日一個までとした。
内服忘れ	医師への情報提供
ts1の飲み忘れがあり、残薬を持参してこられた。	なぜ飲めなかったのかを確認。忘れたときの対処方法などを確認した。
一回量間違え 飲み忘れ 休薬期間に内服していた	個別の指導書を作った 訪問看護を導入した 薬局へ連絡した
飲み忘れによる過小投与で無症状	治療日誌の活用
#1で副作用のため中断し、手持ちに薬が残っていた。#2で休薬するはずの間、#1のあまりを内服していた。	主治医へ報告し、薬剤師より、再度スケジュールの説明を行った
高度食欲不振、脱水	
副作用が出現しているのに内服し続けた	家族支援強化
ゼローダの飲み間違え 飲む錠数を少なく、休薬せずに服用し続けた	週に1回電話フォローをした
皮膚障害への対応	軟膏塗布指導、セルフケア確認
残薬が多くなって、適切に服用できていなかった	残薬を持参してもらう、家族への指導
内服方法を誤り下痢が重篤化、皮膚障害の重篤化	内服方法や副作用対策について用紙を用いて説明
HFSや口腔粘膜炎悪化したにも関わらず内服を継続していたこと	次クールの治療を症状が改善するまで休薬にて対応した



休薬期間に内服。内服していない。	個別のチェックシートの作成、外来治療室看護師、薬剤師、主治医、地域連携スタッフ、訪問看護ステーションスタッフ、調剤薬局、患者で集まって内服管理方法を検討した
副作用が酷くても外来に連絡せず、内服を継続していたり、自己判断で中断したりしていたことがあった。	電話対応や、家族の協力を得た。内服のみの場合は基本的には化学療法センターには寄らないが、必要と判断した場合は化学療法センターでも介入するようにした。
内服確認はしていたが 実際は内服してなくて PDとなった事例 HFSが増悪した事例 治療効果への過度な期待による 内服継続でPSが低下した事例	残薬の持参を指導 HFS 増悪時の対応の指導(スタッフと患者へ)
XELOX療法で、カベシタピンを自己判断で減量していた。	家族を含めて、内服の重要性について再度お話しした。
アドヒアランスが不良な1人暮らしの方、家族の協力が得られないことを知らずに対応。	家族の協力を無理のない範囲で提案。
XELOX療法のため通常2週間内服予定であったが、医師が3週間で処方し、内服してしまった。(高齢者であり初回であったため、80%doseで処方)	受診日前日に気が付いたため、医師へ報告。休薬期間と副作用の確認を依頼。
レブラミドの管理	一人暮らしであり、社会資源の活用体制を整えた
薬剤師が内服錠数を間違えて指導したため予定の1/4量しか飲まれていなかった	薬剤師に医師が注意したところ内服抗がん剤の薬剤師外来を辞めてしまった
TS1の有害事象があったが、中止の指示を行わなかった	骨髄抑制のため、緊急入院になった
下痢が頻回でも服薬を続けていた	今回の事象について一緒に振り返り、電話相談のタイミング、休薬のタイミングを再度説明した。
副作用対策について一般的な説明を行っていたが、患者自身の理解度の確認や医療者間での情報共有が不十分であり、患者が適切に副作用対策を実施できず、症状が出現した。	患者ができる最低限の内容に絞って指導をおこなった。
HFSが出た	ケア対策、ケア指導
飲んだか忘れて倍量のもんでしまった。飲んでるとはしていたがよく話を聞くと捨てていた事が判明した。	飲んだかわからなくなった時はのまないで、次の内服時間から飲み始める。 点滴薬に変更した。
休薬日なしで少ない量で継続していた	再指導。家族への働きかけ
下痢嘔吐などの症状が出現した際に患者の判断で中止していた。	患者、家族へもう一度説明。緊急時の連絡方法など確認。服薬の目的を共有した。
服薬開始日の間違い	多職種カンファレンスでの確認 院外薬局への連絡と情報共有 家族への説明薬や
他院から風邪薬をもらったら、治療薬を自己中断してしまった	何も対応できなかった
処方されていたゼローダを患者が自己判断で、少なく内服していた(6錠/日のところを4錠/日)	判明した時点で主治医に報告し、診察時に再度説明してもらった
消化器症状下痢が回数が多くなっても服薬をやめていなかったため症状が悪化した	説明を再度行いわからない時は相談するよう話した
手足症候群の憎悪	軟膏塗布を家族へも指導した
認知機能や家族の状況で服薬忘れ、間違いがあった	薬を持参してもらい整理し、再度説明した
食欲不振、皮膚障害	保湿
副作用出現しても内服を続けた	休薬、ケア
飲み忘れで、残薬多数。認識不足。	薬剤師に介入依頼した
内服期間間違い	医師へ報告
内服しなかったり、量を間違えて内服した	セルフケア能力やサポート体制の整備
当院での化学療法室は点滴治療患者のみなので、内服との併用患者のみ指導していますが、有害事象による下痢や気分不良がある際、自己判断で飲まないことがある。	症状ある際は外来へ連絡し医師からの指示を得るよう指導。
副作用のため休薬の指示だったが、病気が進行する不安から自己判断で内服を継続していた。	病気の進行とまだ死にたくないという思いを聞き、思いを共有した。その後、内服抗がん薬の目的と効果と害について、もう一度患者の理解を確認しながらお伝えした。
患者の判断で休薬するなど過少投薬となっていた	服薬方法を可視化して再指導 服薬ノートの管理 家族への指導と協力
下痢の増悪、内服期間	副作用、内服方法、期間指導、薬剤師との連携で服薬指導を依頼、家族への指導

6-5. 経験事例のような高齢者のアドヒアランス不良患者に対して、実施することが望ましいと考える対応はあるか

N=156 (薬剤師：81、看護師：75)

	薬剤師 (%)	看護師 (%)
はい	63 (77.8)	65 (86.7)
いいえ	18 (22.2)	10 (13.3)

6-6. 具体的にどのような対応か

薬剤師
服用カレンダーなど
服薬記録をつけるように指導し、定期的にそれをチェックする等。
保険薬局の薬剤師と連携して患者指導を行う。
服用スケジュールの共有(地域レベル)、継続的なアドヒアランスの確認(主に院外保険薬局)、医療機関へのフィードバック(情報共有)
頻回の服薬確認
施設の薬剤師人員増につながる診療報酬の改定
高齢者等に新規に化学療法を導入する場合は先行して多職種によるカンファレンスを実施
院外処方せんなどの時は訪問薬剤師などを院外薬局との連携で行いたい
患者支援体制が十分でない場合に、本人・家人への説明のもとで、積極的な治療しないという選択肢が必要
内服薬スケジュールの簡便な薬剤への変更、薬局訪問薬剤師の介入
繰り返し説明することに加え、家族や介護支援サービス者への協力を仰ぐ
全例に認定資格を持つ従事者が指導を実施する
病院からの定期的な容態確認、使用状況確認
病院からだけでなく、訪問看護師や保険薬局薬剤師が同様な取り組みをする
外来看護師、病院薬剤師、院外薬局薬剤師から繰り返し指導を行う。
薬薬連携
薬薬連携強化、もしくは院内処方とした後院スタッフによる継続フォロー。
内服のみの患者には現在介入できていないが、高齢者や理解力が低下している患者には説明をするようにできると良い
個別対応を考慮した指導
治療前の面談で副作用出現時の対応を説明する。
家族を含めた、説明。
2回目来院時に、どのように服用しているか、確認面談を行う。
薬薬連携
対象患者を選択する
理解度別による服薬指導の差別化
・専門知識のない医師が処方することを避けるため特定の診療科・医師で処方する。
・院外処方でもハイリスク薬は専門知識のある薬剤師の確認ができるような体制や診療報酬を整える。
訪問看護の介入
外線モニタリング
電話やアプリなどを使用した服薬確認など
服薬時の丁寧な確認の繰り返し
密にコミュニケーションをとること
調剤薬局との連携。服薬日・休薬日が確実に調剤薬局に伝わるようにしたい。可能であれば薬剤師外来を設置して、薬剤師が処方箋に入力するなどできたらいいと思う。
レジメン処方医師は、レジメンについて理解したうえで処方する。
時間をかけて丁寧に。図や表なども利用
訪問看護ステーション等との情報・知識・意識共有の向上が必須
内服中止してもよい状況も具体的に説明し、他の医療スタッフもわかるように要点をカルテ記載を行い共有する
薬剤師外来や院外薬局での残薬確認、継続基準の確認等
初回開始時には内服の必要性についての指導を行う
服薬指導時に口頭説明だけでなく書類を用いて説明する。
患者本人に加え家族にも説明し、副作用の対策や原因薬剤について知識を共有する。
早い段階で有害事象を対処する
すべての患者にワンパターンの指導をするのではなく、医師や看護師と情報を共有し、どのような情報を患者が持っているか把握し、個々の患者に適した指導を心掛ける。

調剤薬局、訪問看護ステーションとの連携
電子カルテ情報の共有
服薬日誌
薬局薬剤師が使用方法について患者に確認し、不明であれば病院に疑義照会する。
周囲の支援やホットライン対応など
家族もしくは訪問看護等の方も含め治療の説明を実施する
医療者からの詳細な説明。薬剤師(経口抗がん剤を認知した)からの個々のPCへの説明
薬剤師外来でフォローする必要がある
抗結核薬のようなDOTS療法(直接監視下服用)を模した方法を親族やケアマネージャー、訪問看護師等へお願いする。
患者だけでなく、家族も含めた説明を行う。
保険薬局の介入
内服期間を理解しやすいツール
薬薬連携などを強化し、保険薬局にも協力を得る
継続的な介入
確実なコミュニケーション
保険薬局から電話にて服薬状況を確認する
電話サポート、薬薬連携、家族や介護者への情報提供

看護師
外来看護師と薬剤師外来の連携
電話サポート
継続的な指導と確認
連携を強化すれば投薬ができるから
必要性の説明と本人の理解度の確認、電話での服薬・副作用などの確認を行う
治療の目的再確認、治療日誌の活用
電話訪問や訪問看護の導入
看護師、薬剤師の介入。 パンフレットを用いて視覚的指導。 内服開始後の電話介入。
日誌記録・継続指導
電話訪問
家族、社会資源の活用
家族の協力
薬剤師外来、外来看護師の介入 内服開始後1週間以内に外来受診をする
服薬指導の徹底 外来看護師、外来化学療法室看護師の介入 家族に協力を依頼 上記を実施しても困難な時はレジメン変更
継続した介入 ちゃんとした薬剤師の介入
訪問看護の体制強化 生活状況の細やかな聞き取り 内服管理が難しい場合はまとめて処方せずにこまめな処方回数として確認してはどうか？
薬剤師外来、看護外来で定期的に確認
高齢者でもわかる文字の大きさの指導書 服薬カレンダーの配布 薬剤師の訪問 訪問看護の導入
内服ケースの活用、家族の協力 家族がいる場合には、家族にもスケジュール説明を行う。 独居の場合は、患者自身が見やすいパンフレットが必要
訪問看護師への抗がん剤治療の指導 訪問薬剤師 相手の理解度に応じた説明をする 診察前に症状を確認し、必要時皮膚科受診を主治医に相談 家族や周囲の人への教育 キーパーソンとなる家族を交えた説明、独居の場合は地域包括との連携 電話によるサポート 在宅ですの内服確認の方法の検討 多職種連携。薬薬連携。訪問看護や訪問薬剤師。 家族または サービスを利用して 確実な内服を指導

治療日誌の活用、家族のサポート、電話連絡でのサポートなど。
事前の服薬アドヒアランス、サポーターなどの確認と関連する職種との情報共有。簡易な方法でないと業務に支障が出る。
全ての内服患者へ薬剤師による服薬指導 院外薬局との情報共有
意図的な介入(薬剤師外来、電話サポートシステムなどの活用)
訪問看護の導入を早期に検討し、自宅での管理について連携を
看護師による指導。薬剤師の指導は一方的で、患者さんに伝わっていなかったため
薬剤師による監査の強化
悩んだり、迷ったりすることがあれば電話相談で一緒に考えることを伝え、電話相談のハードルを下げる
高齢であることを認識し、関わる医療者が患者について共通認識をして対応する
年齢に応じた説明、指導
訪問や電話連絡
家族だけでなく地域の医療スタッフ、かかりつけ薬局などが協力、服薬が安全に続けられているか見守る
薬-薬連携の構築
地域社会資源との情報共有
家族への指導
内服開始時の患者の治療内容に対する理解度と服薬管理に対するセルフケア能力の査定と介入
本人以外にも服薬時の注意点を説明する
看護外来の設置
電話外来
理解度の確認、家族にも協力を得る
スクリーニングと対象者への定期的なフォロー
家族をふまえたキーパーソンと一緒に指導していくことが、望ましいですが、キーパーソンも高齢者であることが難しいと思います。
再診までの間のフォロー体制 例えば電話や訪問看護との連携など。
支援者の確保
内服期間の途中で確認できるシステム

## 7. 高齢者(65歳以上)でのアドヒアランス不良の原因について

7-1. 社会的・経済的要因(社会医療資源の活用、患者の経済状況等)が問題と考えられた経験(複数回答)

N=171 (薬剤師：93、看護師：78)

	薬剤師 (%)	看護師 (%)
病院や保険薬局へ行くための環境	17 (18.3)	19 (24.4)
医療費(薬剤費を含む)、 交通費などの経済的負担	38 (40.9)	29 (37.2)
治療による生活環境の変化	19 (20.4)	9 (11.5)
経験はない	45 (48.4)	40 (51.3)
その他	4 (4.3)	1 (1.3)

7-2. 経験した事象で使用していた経口抗がん薬の分類を教えてください。

6-2 参照

### 7-3.4. 経験した事象とその対応

薬剤師	
7-3. 経験した事象	7-4. 経験事象へ行った対応
高齢独居の方。 疼痛出現後に服薬間違いが頻発していたが、本人は正確に飲んでいるという認識であった。服薬指導し、その場は理解するが自宅でのアドヒアランスは改善しなかった。ヘルパー導入済みで状況は把握していたが、本人が希望していないためヘルパーの意見や訪問看護・在宅薬剤師の介入はできない状況であった。疼痛コントロール不良になり、入院し疼痛改善、薬剤の調節をして退院したが、休薬がある薬剤の服薬間違いは改善せず、点滴治療のみとなった。	自宅での服薬管理状況を本人だけでなくヘルパーから情報収集した。副作用や疼痛で生活困難になった時点で入院し、医療者管理にした。服薬管理が複雑な薬剤は治療継続困難として治療を変更した。
イマチニブからダサチニブに薬剤変更となったが、調剤薬局にて薬が高くなったから飲まないと言われた。体調も落ち着いていたから薬はいらぬとの判断であった。	イマチニブに戻し、継続服用をしていただいた。
経済的な理由からの自己中断 高額のため、内服拒否 医療高騰による中断 支払う費用がない。 説明は理解したが高額過ぎて支払いができず、止めた。 支払いが出来ないから中断(ご自身の経済的理由 借金 自己破産など)	治療変更 高額医療費等について、医事課に相談 患者の意思により中断 MSWに相談して解決した。 医師に戻して処方変更になった。 MSWの介入
生活保護を受けたくない患者が処方箋を院外薬局に出していなかった タシグナ、イクスタンジが高額のため途中で中断していた。 高額な薬剤であるが長期間服用するため、拒薬があり残薬が多く発生した。 薬剤費が高く、治療継続が困難となった 薬剤費が高額で高額医療申請しても医療費の支払いが困難であり治療中止となった お金のかからないよう休薬して服用 遠方からの通院のため通院拒否	生活保護については最後まで拒否されたため、親族からの援助を受けられるようMSWが調整 高額療養費制度の再説明、減量または隔日投与へ変更。 医師より治療の重要性を再度説明 当院のがん相談支援センターを紹介し、MSWに相談してもらった。 医師と相談したが解決せず
薬剤費が高額で払えず、治療拒否となった 薬剤費負担による自己中止 お金が続かずに薬を止めたいと訴えられた 生活保護、生活困窮に伴うがん化学療法の導入断念 (MSW介入により回避) 金銭的理由で治療継続が困難になった S-1を1日2回服用を、1日1回連日に服用していた。 訪問看護などの導入を断った事例で薬の管理ができなくなっていた	保険薬局から情報を得て、その旨を主治医に報告し、ワーカーが関与することになった 治療中止 主治医とともに対応 内服する意義 MSWへの相談(医療資源の活用) 院内のMSWに患者と面談していただき、各種制度をお示しいただいた。 レジメン変更や投与間隔を空けた 入院を契機に、休薬期間を設け、かかりつけ薬局も訪問を依頼した。 訪問看護の導入を理解してもらい服薬介助してもらうこととなった
内服スケジュールの理解度が乏しいためにアドヒアランス不良となった	メーカー作成や当院作成の治療日誌を活用し、内服日と内服しない日をしっかり明記し、把握できるようにした。また、家族がいる場合は家族にも内服日を把握してもらうようにした。
高齢独居多く、支援が得づらい 患者判断で服用回数を間引きする。 効果のため処方薬を受け取らずに帰宅した模様 経済的に薬を購入できずに自分で調節して服用する。 HFSのために仕事を中断することとなった。 体調が悪くても、病院に行かない 高齢者などの独居(高齢者に限らず理解力に問題があり家族の支援が望ましいケースで支援がない状況)、生活困窮者(通院・治療費などの負担が大きく継続不可となった)、離島在住など。	市の協力など 薬剤の必要性を説明し、理解が得られなければ処方中止 内服継続できているかのフォローアップが必要か MSWへ紹介した。 適正使用ガイドに従ったHFSへの対応、薬剤減量
服薬に関する意思疎通が難しい場合があった。	同伴者もしくは、保険薬局・訪問ステーション・介護施設等のスタッフへの情報提供。
内服自己中止 CapeOX療法のL-OHP点滴終了時間が遅れ、近隣の薬局の営業が終了していた。 骨髄抑制、口内炎、下痢	訪問看護ステーション、薬局との連携 カペタピンの服薬開始日の変更 G-CSF、整腸剤
通院困難地域であっても近医や転院先で高額な薬剤の処方拒絶される。	調剤薬局への訪問依頼、患者の周辺情報を整理しMSWへ通院態勢の調整を依頼

看護師	
7-3. 経験した事象	7-4. 経験事象へ行った対応
内服方法間違い	家族と共に指導
高額のため治療断念	特になし
年金が入らないと薬の代金が払えないから、院外薬局によらずに帰っていた	高額療養費制度を利用していたが、それでも厳しい状態だったため、ソーシャルワーカーへ医療相談に行ってもらった
お金がないので内服継続できない 内服の解除をヘルパーはできないが他のサービスを追加するお金はない	個別の内服管理チェックシートの作成 前の項目同様他職種でカンファレンス
治療費や社会福祉サービスについて説明も受けず、高額な経口抗がん薬が開始となった。2コース目に治療は継続できないと話された。	患者の不安点を聴き、高額医療費について説明した。
経済的理由で飲み残り次回にとっておく	高額医療費の紹介はするが、対応困難。レジメンを安価なものにすることもある。
支払いが出来なくなり中断	支払いについて社会資源の検討
薬剤の費用が高額で継続できなくなる。非課税世帯の患者が限度額上限までの金額を支払い続ける負担について主治医に言い出せないで、病院に来なくなってしまった。	主治医に情報提供し、他の治療法を検討してもらった
治療継続困難	MSWへ連絡
経済的理由で中断と再開を繰り返した	MSWに介入を依頼した
仕事を継続しながら治療中の患者にかかる医療費負担が大きく、なんのために治療しているのかわからなくなるとの患者の思いへの対応	SWとの面談を含め医療費負担軽減について検討。別の治療選択肢について主治医に相談した。
過量内服または内服忘れ	家族への協力要請 ヘルパー導入 内服時間の変更
支払いができない	ケースワーカーの介入
・家族の都合がつかず予定通りの日に受診出来なかった ・新薬では最寄りの薬局に処方薬がなく、仕方なく翌日病院近隣の薬局まで処方薬を受け取りに来た。	・なるべく早い日程で予約を変更した ・新薬の場合は病院近隣の薬局で受け取っていただくよう説明をするようにした。
かかりつけ薬局にカベシタピンの取り扱いが無く、day4から内服開始していたため、点滴に来院されても休薬期間が1週間経っておらず治療延期となった。	門前薬局での処方。かかりつけ薬局へ治療内容を伝え、事前に準備の依頼。
生保の方で限られた交通手段での移動困難あり	生保の方の場合、どのようにしたらよいか、MSWと今後の検討を行っていきたい。
次の予約日まで来院しない	家族の都合で来院できなくても、できる中で最善の方法を一緒に考えさせて頂くので、まず連絡をください。
指導時に家族が不在で指導がなかなか出来ない。	家族が来る日を確認し、一緒に来てもらう
一人で来院されてるが、治療後院外薬局に薬が取りに行けない	訪問で薬剤師が薬をもっていく
お金がないため、治療の継続ができない	多職種カンファレンスを行い、社会的支援の導入を検討した
調剤薬局から処方を受け取っていなかった。医療費が高く、家族にも負担を掛けられないと話していた。	家族を含めた指導。
独居の方や交通が不便な環境のため副作用を抱えながら自家車運転で来なくてはならない	バスでの通院やデマンドタクシーの案内をして受診時間や帰宅時間の調整をした
投与スケジュールの認識不足	薬剤師に介入依頼
治療費が払えない	MSWへの介入
内服わずれ	独居者に対しては、サポート体制ができないか問い合わせ
飲み忘れ 飲み間違い 休薬期間に内服していた	訪問看護の導入 薬局へ連絡 指導書作成
独居であり、認知機能の低下により内服管理が十分にできない、経済的理由により治療継続を断念しようとした	当院訪問看護との連携、MSWに介入依頼
近所に薬局がなく、院内処方にしたら持ち帰るのを忘れて、内服開始が遅れた	届けてもらえる薬局と連携して、何とか薬を患者の元に届くようにした

7-5. 経験事例のような高齢者のアドヒアランス不良患者に対して、実施することが望ましいと考える対応はあるか

N=92 ( 薬剤師 : 54、看護師 : 38 )

	薬剤師 (%)	看護師 (%)
はい	32 ( 59.3 )	29 ( 76.3 )
いいえ	22 ( 40.7 )	9 ( 23.7 )

7-6. 具体的にどのような対応か

薬剤師
・高齢独居などで社会資源の投入が必要でも本人が希望しない場合がある。
・自宅環境で治療継続が困難な場合は安全に実施できる治療(BSC含め)を選択することを医療者や患者に啓蒙する。
・ヘルパーや訪問看護師、在宅訪問薬剤師から自宅での様子などの情報が簡便に共有できる体制が必要(電子的に)。
患者教育。薬剤が変更となった理由や経済的な負担などを時間をかけて話し合えばよかった。
患者の都合に合わせた治療の提案
処方される前に、あらかじめ医療費について説明があれば良い。
医療費削減
治療前の面談で金銭的問題にも触れて治療を開始する。
対象患者を選択する
導入する前から、経済状況など把握 必要ならMSW介入
MSWによる社会資源、制度の紹介、相談
医療費の補助についてMSWに相談、薬剤費の少ない代替治療があれば医師に相談
MSWの介入 使用できる社会医療資源はないか検討する
導入時、経済的な面もフォローする
訪問看護師、薬剤師などの在宅医療介入
高額医療制度や多数該当など医療制度・医療経済に関する掲示(院内、院外問わず)
初回指導の際、金銭面や生活環境の確認をおこなうことも考慮したらよいと思われる
保険薬局の在宅訪問による服薬管理
地域ぐるみでのケアセンターや訪問看護などの社会資源の活用
医療施設以外の協力体制
処方自体の必要性を考慮
電話サポート、薬薬連携、家族・介護者への情報提供
電話対応の充実、訪問看護、訪問薬剤師の活用
地域の調剤薬局と連携(患者のかかりつけ薬局)
薬局、訪問看護ステーションとの連携
夜間の抗がん剤調剤に対応できる薬局の増加政策
薬剤師外来
他施設で医療情報を共有できる情報システムの構築

<b>看護師</b>
効果があると判断できる時
社会資源の活用法について、専門家の介入、事前に予想される金銭的負担についてのシミュレーション
内服確認方法の検討
処方前に金額を含めた情報提供を行う。
早期に経済面の不安などの情報を収集し、MSWの介入などの対応をしていく
医療費に関する情報提供 治療目的の確認と別の治療選択肢などを含め、医療チームで対応を検討する。就労支援も重要であり、患者が仕事を辞める前に相談できる体制の整備が必要
家族の協力
そもそも抗がん剤内服治療が妥当か他に選択肢がないか多職種で事前に検討する。
早期からのケースワーカーの介入、継続した支援
患者をとりまく人々へのアプローチ
多少余分に処方薬を渡しておく
受け取り薬局の確認。門前でないならば電話で調剤可否の確認。
前の回答と同様、電話相談
社会資源を活用すれば継続できるから
社会的問題を、抱えているかを、医療者全体で把握しておく
家族を含めた介入
薬箱などの設置、介護者へ協力依頼
早期からの地域連携、社会資源の活用
福祉サポートの充実
高齢者でもわかる文字の大きさの指導書
服薬カレンダーの配布
薬剤師の訪問
訪問看護の導入
社会的側面の情報収集、MSWや地域包括との連携
院外薬局との連携

## 8. 高齢者(65歳以上)でのアドヒアランス不良の原因について伺います。

### 8-1. 病態に関連した要因が問題と考えられた経験(複数回答)

N=174 (薬剤師：93、看護師：81)

	薬剤師 (%)	看護師 (%)
がんに伴う身体症状の影響	50 (53.8)	41 (50.6)
がんに伴う身体症状の対症療法の影響	23 (24.7)	17 (21.0)
がん以外の合併症によるもの	17 (18.3)	12 (14.8)
経験はない	37 (39.8)	35 (43.2)

### 8-2. 経験した事象で使用していた経口抗がん薬の分類を教えてください。

#### 6-2 参照



### 8-3.4. 経験した事象とその対応

薬剤師	
8-3. 経験した事象	8-4. 経験事象へ行った対応
倦怠感が強く自己中断をしていた	減量や休業などの工夫(主治医と相談の下)
HFSの予防薬(保湿剤)の使用が出来ない。	本人は大した副作用でないあまり聞き入れていない、説明書用紙を作成し指導を行った。
進行がんであり、薬剤での副作用か病気の進行によるものかははっきりと不明だが、飲んでてもつらいから飲まなかったと、医師には飲んでいと話していた。	医師へ状況を報告し、抗がん剤は中止、BSCへ。
加齢による認知機能低下による服薬錠数の間違い	家族に支援を依頼した
発疹や食欲不振などによる服用拒否	来院してもらい支持療法の実施や抗がん剤の中止から変更を行いました
多剤併用をしており、内服薬の管理ができない	減薬に努めました。
脳転移による認知機能の低下	他科へのコンサルト
吐き気による自己判断内服中止	吐き気が強く、内服を自分の判断でやめてしまった
服薬を自己判断で中止していた	医師より現況の病状説明
倦怠感や下痢症状が強く内服できない。	
吐き気止めを飲まず食欲低下したため抗がん剤をやめた	吐き気止めの薬効を説明して服用してもらうよう伝えた
吐き気などの副作用による自己判断の休業	まずは医療機関に相談するよう依頼
副作用が辛くて中断。	副作用出現時の対応について説明。
副作用による患者判断の自己休業	行動を起こす前に医療機関・調剤薬局に連絡させる。
悪心の経験があるため自己調節し減量していた模様	A E発現の際には主治医または薬剤師に相談するように再度指導
もともと障害などで自立できない患者 骨メタで体を起こせない患者	施設、訪問看護などの対応を医療者で検討
半身不随のため、自己管理で内服の継続ができなかった。	家人・知人に介助していただいた。
軽度の副作用で内服を中断	治療中止、注射薬へ変更など
悪心、倦怠感などにより内服できないことはよくある	初回の服薬指導時に、飲めない日が1日以上続いたら病院に電話するように伝えている。電話連絡後の対応は外来看護師より主治医に確認している。
肝がん患者が腹水・肝性脳症を合併した結果アドヒアランスが低下した	主治医了解のもと休業指示を出した
倦怠感により自己判断で中止された	中止する場合は医師の指示をもらうように指導した
マルチキナーゼによる、HFSについてあまり患者さん自身があまり理解がなく、予防薬の軟膏をしっかりと塗らなかつた。	再度、HFSの予防薬・治療薬について指導を行い、理解を得た。
自己中止をしていた	
倦怠感がひどくて自己判断で休業	もともと医師も自己休業を指導していた。
服薬に関する意思疎通が難しい場合があった。	同伴者もしくは、保険薬局・訪問ステーション・介護施設等のスタッフへの情報提供。
悪心継続につき、内服中断	他の治療へ変更
薬を服用する際に摂取する水分量でも腹部膨満感から嘔吐するため服用していなかった	口腔内崩壊錠等への剤形変更、消化管運動改善薬の追加
悪心がありS1を内服できていなかった	制吐薬の提案
HFSが発現したことでアドヒアランスが低下した。	予め指導しておいた予防策を実施していなかったためにHFSが発現、増悪してしまったため予防策の必要性を指導した。
認知症症状進行による服薬忘れ、休業忘れ	かかりつけ薬局へ残薬確認を依頼
オピオイドによる嘔気度でアドヒアランス低下	制吐剤の追加
病状悪化で全身状態が悪く、内服困難	医師に、抗がん剤中止の相談
下痢の出現	服薬指導による患者理解の促進
鎮痛薬が正しく内服できない	家族に内服管理を依頼
HFS発現しているにもかかわらずスチバーガ服用続けた ひどい下痢のままS-1服用し続けた	スチバーガ事例は休業、S-1の事例は入院。
副作用の対処が不十分であり、そのためにコンプライアンスの維持が困難となった。	多職種でのアセスメントとサポートの強化
病状の進行に伴う内服困難	注射薬への切り替え
認知症を合併し、内服薬の管理が困難となった	薬剤師外来でのフォロー、院外薬局との連携
タルセバ錠による発疹出現のため、自己中断した。	外用薬の説明と共に服薬の重要性を指導した。
鎮痛薬の過量使用	適正量への減量、併用薬の見直し
抗腫瘍効果に伴う症状軽減による自己中止	再説明・治療再開
自己判断で中止可と伝えてはいたが、2日ほど服用しては中止を繰り返し極端にコンプライアンスが悪かった。 外出等の理由で服用したりしなかつたりしていた。	効果があがっていないことのIC後改善
副作用により自己判断による中止	電話連絡していただきサポートした
倦怠感増悪に対して患者は抗がん薬のみならず医療用麻薬も服用中止した結果、疼痛コントロール不良となってしまった。	病態由来と薬剤由来との相違点を説明

看護師	
8-3. 経験した事象	8-4. 経験事象へ行った対応
食欲不振や嘔気などで投薬を自己中断	入院し自己中断の要因となった症状のコントロール
自己判断での中止	中止基準の共有
食欲不振に伴った内服困難	病院への連絡、医師への報告、診察にて点滴治療を要した
飲み込みが上手く出来ない状況になった	投与方法変更
疼痛や体動時の呼吸苦が強く院外薬局に薬をとりにいけない	院内処方または訪問薬局
適切な止痢剤の使用ができない	止痢剤の使用方法的な具体的な提示
体調に合わせて内服できなかったためアドヒアランスが悪いというわけでもない	内服できない時は連絡するよう説明
復水貯留により、ps低下 内服継続困難につながった	腹水穿刺
嘔気、下痢がひどくて自己中断してしまった。	副作用が強い場合には必ず電話で相談するよう説明した
辛くて内服を勝手に中断してしまう	残薬持参してもらい内服処方調整を毎回実施してもらう。
経口摂取ができなくても抗がん薬は服用していた	中止
外見の変化に追いつかず内服を辞めてしまった	精神的なフォロー
肺炎、疼痛、摂食不良、顎骨壊死	受診をすすめる
内服していいか迷っていた	電話での対応を受けた
悪心嘔吐や鎮痛剤の副作用による眠気で寝てしまい、飲み忘れになった	制吐剤の調整、家族からの支援を要請、鎮痛剤の変更
睡眠導入薬によるせん妄	薬剤変更
オピオイドの副作用(悪心)のため、#1の抗がん剤の内服を中断していたが医療者へ報告はなかった。#2は悪心もなく内服できたが、grada3の好中球減少が見られたため休薬・減量となった。	休薬中の採血時に、#1の中断がわかったため主治医へ報告した。患者へは、医療者へ教えてほしいことを説明した。医療スタッフへ、必ず服薬状況を確認するよう指導した。
自宅で動けなくなった、転倒した	電話訪問
爪囲炎の悪化による日常生活困難	爪囲炎のケアおよびセルフケア指導を本人および家族へ行った
悪心のために内服できなかった。	制吐剤の検討、電話対応。
胃癌進行による通過障害のため、内服が困難となった。	医師と治療方針について話し合い、症状への対症療法 薬剤師の介入にて簡易懸濁法、内服方法変更の提案
生保の方であり、支援者がいない	今後対応を考えていきたい。
HFS	ケア指導
悪心や食欲不振で内服ができず、中断	状況確認し再検討
患者自己判断での休薬	事情確認、副作用対策、必要性について具体的に繰り返し説明を行う
高齢患者の認知機能低下	繰り返し説明
食欲不振	栄養士の紹介
腹水貯留、胆管炎	緊急入院になった
食欲不振のため、内服スキップ	食欲不振の改善、薬剤減量
副作用により中断と再開を繰り返した	症状に合わせて中断、再開をした
下痢 持続も休薬せず	家族に支援を依頼した
過少投薬	服薬方法を可視化し再指導 服薬ノートの管理 家族への指導と協力依頼 訪問看護の導入

8-5. 経験事例のような高齢者のアドヒアランス不良患者に対して、実施することが望ましいと考える対応はあるか

N=107 (薬剤師：62、看護師：45)

	薬剤師 (%)	看護師 (%)
はい	41 (66.1)	33 (73.3)
いいえ	21 (33.9)	12 (26.7)

## 8-6. 具体的にどのような対応か

薬剤師
倦怠感などの発現リスクなどある場合は減量開始など
メーカーの資材を活用する。
つらいものはつらいと話してもらえるような環境、信頼づくり
注射用薬剤に代替薬がある場合には代替する
電話相談など患者さんが気軽に利用できて副作用の早期発見につながるシステムづくり
減薬
電話対応、訪問看護師の介入
家族同伴で説明を行う
事前指導の徹底
治療前面談で十分に説明する。
薬剤の必要性を再検討
導入前からの生活状況の把握をする
家人や知人の協力が可能な方はご協力いただく。
電話での確認や在宅医療との連携
電話相談窓口を設ける
副作用でもGradeにより中止可能などあらかじめ指導する
外来で対応する場合は、初回処方時だけでなく、理解が得られるまで継続して指導をする。
医師との連携。
治療日誌などの記載をしっかりといただく。
他の治療選択肢があれば他の治療へ変更、または支持療法の強化
薬剤師による処方設計
制吐薬の意義の説明をし、結果として抗がん剤のアドヒアランスを上げる
残薬調整や休薬開始日にご自宅へ連絡するなど
がんに伴う身体症状の対症療法に対する細やかな対応
医師に、抗がん薬中止の相談
細やかな副作用発現時の対応方法の説明。副作用発現時の相談体制の充実。
薬剤師外来やホットラインの充実(そのための薬剤師人員配置の充足)
薬剤師外来、院外薬局との連携
家族を巻き込んだ指導を行い、家族も治療のサポートに参加してもらう
電話で確認することで、早期に副作用を発見し、対応策を伝える

看護師
副作用対策の説明と処方、困ったときのホットライン
情報共有
症状に応じて病院へ連絡をしていただく
連携をとれば可能だから
下痢の回数で止痢剤を飲む
早期対応
副作用がづらい場合には必ず電話相談するよう強調して説明する。担当部署の直通電話番号を渡す。
休薬期間だけでも守れる様に支援するために処方数が多くならない様に調整する。内服できなかつたり原因に対して支持療法を検討する。
家族の協力
治療前からの説明や、継続中も定期的にフォロー。
社会資源の活用
電話によるサポート体制の充実
気になる患者への電話訪問などにより、次回受診予約以前にサポートを行う
高齢者でもわかる文字の大きさの指導書
服薬カレンダーの配布
薬剤師の訪問
訪問看護の導入
患者の服薬状況の把握のためノートを渡すが、字や書くスペースが小さいため、高齢者は使用しにくいことが多い。もう少し、高齢者の使用しやすい日誌の作成が必要と思う。
導入時より家族を含めた指導および地域でフォローできる病診連携
内服に関連した社会的資源
電話対応。訪問看護。
ケア指導
家族にも参加してもらい、自宅での服薬管理を行ってもらう
他職種連携
体調不良時病院へ連絡する
信頼関係の確立。患者からも相談しやすい環境整備
社会サービスの導入 訪問看護
支援者の確保

## 9. 高齢者(65歳以上)でのアドヒアランス不良の原因について

### 9-1. 治療法に関連した要因が問題と考えられた経験(複数回答)

N=183 (薬剤師：97、看護師：86)

	薬剤師 (%)	看護師 (%)
服薬期間などが複雑	59 (60.8)	52 (58.4)
副作用発現への恐怖感	40 (41.2)	20 (22.5)
内服困難につながる副作用の発現	48 (49.5)	33 (37.1)
お薬の相互作用	6 (6.2)	7 (7.9)
服用しにくい製剤	28 (28.9)	17 (19.1)
経験はない	12 (12.4)	19 (21.3)

## 9-2. 経験した事象で使用していた経口抗がん薬の分類

### 6-2 参照

### 9-3.4. 経験した事象とその対応

薬剤師	
9-3. 経験した事象	9-4. 経験事象へ行った対応
マルチキナーゼ阻害薬の服用による高血圧に対して、不安のため自己休業	休業する場合の具体的な数値を紙に書いて説明
内服期間と休業機関がわからなくなった	カレンダーを作成してお渡しした
服薬期間が複雑	再度服用方法を説明。
タグリッソ80mgが大きすぎて飲めない	40mg錠を2錠で代替した。
OD錠の味から悪心へ繋がった事例、口内炎や嘔吐による内服中断例	主治医と支持療法について協議、主治医と治療方針について協議、患者面談
副作用による自己中断	副作用回復後に減量にて再開
休業期間に内服	医師への報告、休業
抗がん剤を服用することで、他の疾患の薬剤を服用しなくなった。	服薬の必要性を説明した。
副作用発現時の服用自己中止	副作用のモニタリングと支持療法依頼、治療薬減量が必要な場合は減量依頼患者への副作用指導
発疹の発現や口内炎、皮膚症状などの副作用発現	支持療法や他科紹介による対応
副作用のため自己判断での服用中止、副作用対策薬の適正使用ができていない	中止前に医療者に相談するよう指導、対策薬の使用法について再指導
ロンサーフ錠の内服スケジュールをなかなか理解してもらえない	家人を交えた患者指導
錠剤が大きいためアドヒアランス、内服への意識の低下	簡易懸濁の実施
ロンサーフの服薬期間が煩雑で、把握されていなかった	メーカー提供の資料を利用するよう調剤薬局に依頼した
休業期間、内服期間の理解が乏しい	カレンダーを用いて理解を深めた
副作用出現したため、自己判断で減量または中止していた。	副作用出現時は、自己判断せず病院に電話連絡すること
放射線併用のS-1の内服スケジュールが分かりにくい。	放射線治療スケジュールと内服薬の服用時点が確認できる患者説明書を作成した。
UFT/UZEL。8時間間隔の服薬であること、食事と時間を空けることに対して嫌悪感あり。治療途中で服薬拒否につながった。	患者との話し合いの中で、服薬時間を決めて、1日の生活スタイルの中に浸透するように組み込んだ。
飲む錠数を好き勝手に変更、減量している	
ワーファリンとの相互作用	抗がん剤の一時的な休業
内服を自己中断	次回の面談時にアドヒアランスを確認し、服薬指導を再度行った。
S1の服用開始日と終了日の服用間違いによる短い服用期間。	服用日の明確にカレンダーへの記載。視覚的指導。
過度の副作用恐怖による服薬拒否	説明を加え内服してもらった。
ゼローダの1回量が多すぎると自己判断し、1回1錠しか内服していなかった。	再度説明し、内服後は、錠数を冊子に記載していただくようにした。
有害事象発現の恐怖から内服をためらっていた	服薬指導を通しラポール形成を図り、有害事象発現した際もサポートすることを約束した。
ロンサーフの内服方法が困難のため不良であった	メーカー作製の台紙などを用いるように指導
下痢の有害事象が発生した場合は休業するよう文書で指導したにも関わらず、内服を継続し、悪化した。 減量後再開するも、再度休業しなかった。 そのため下痢が発生する前までに処方日数を短縮して治療した。	文書で指導するも対処できなかったため、薬剤が手元にない状況にした。
間質性肺炎の副作用報道を見た患者さんが服薬を自己中断した	副作用の初期症状や発現頻度、症状出現時の連絡先など対処法について指導し、服薬再開してもらった。
Grade3のHFSが出ているにも関わらず、ゼローダを飲み続け悪化した。Grade1以下の下痢でS-1休業していた。	副作用症状と休業のタイミングの目安を再度説明。わからないときは電話するよう説明。
皮膚ケアが出来ず症状が悪化した。支持療法薬が使えず嘔吐、下痢に対応出来なかった。	訪問看護または家族フォローの依頼。もしくは抗がん薬の減量休業
ゼローダが服用しづらい、エスワンの休業	
患者にとってティーエスワンの服用方法が複雑であった。	レジメン変更
休業期間の理解が不十分であり、余っていた薬を休業期間に服用してしまった	再指導
口腔粘膜炎や味覚障害がでてきて、食欲不振につながった。	口腔粘膜炎に対してはうがいや歯磨きの励行、味覚障害について原因を確認し、「においがきつい時は食事の温度を下げる」、「唾液が少ない時は飴をなめる」など、生活習慣について指導を行った。
カベシタピンが大きく錠数も多い為、服用のたびに全部を飲みきれず服用個数が不安定であった。	服薬支援ゼリーなどの案内
口内炎やHFSの発現により休業	対症療法を実施。
服薬に関する意思疎通が難しい場合があった。	同伴者もしくは、保険薬局・訪問ステーション・介護施設等のスタッフへの情報提供。
S1内服の4投2休が理解できず5投目まで内服、追加指導するものの、何度飲み忘れや内服延長を繰り返す	
スケジュールの煩雑さ、漠然とした不安(医療者への不信感含む)	個人ごとのスケジュール表作成、診察補助や診察前面談など、医療者へ想いを吐露できる機会を増やす
ゼローダの1回に服用する錠数の間違い、休業期間の間違い	カレンダーなどを使用し、内服開始日や休業日などを具体的に説明。

S-1やカペシタビンの内服スケジュールをしっかりと理解できていない。	当院作成している日誌やメーカー提供の日誌を用いて内服日を明記し、指導を実施した。
吐き気が連日続いた為、内服困難となり自己中断	十分な休薬期間を設けて、入院し体調回復後に副作用発現時の対応方法について指導。
倦怠感が強くアドヒアランス低下	医師と相談の上、平日は服用し休日は休薬とした
下痢が強く出現し、自己中断してしまっていた。	中断せざるを得ない副作用が出現した際は、自己中断せず病院へ必ず連絡するよう説明した。
休薬期間の間違い	カレンダーの作成、薬剤に日付の記載
放射線治療日に経口抗がん薬を服用する予定であったが、放射線治療日ではない土曜日・日曜日にも服用した。	誤薬を防ぐために薬袋の文字を大きくし、服用日を記載し蛍光マーカーで強調していたが、誤って服用してしまった事例であった。再度服薬指導実施。
忍容性のない皮膚障害出現により内服困難	医師に支持療法追加と抗がん薬休薬・減量の提案
下痢の出現	服薬指導による患者理解度の促進
S-1導入時、医師、薬剤師から、服用意義、用法の説明を行った。インテリジェンスの高い患者さんではあったものの、非常に多忙な患者さんでもあり、服用のどこかの段階で、「吐き気止め」の薬と勘違いしてしまい、1日2回連日服用したことが、休薬期間終了後に発覚した。	1クールで、病態悪化のため、治療変更となったため、特別な対応は行わなかった。
剤形が合わず飲まない	剤形変更
副作用への恐怖心から自己中断を繰り返した	治療必要性や副作用対策について説明した。
手足症候群や疲労の副作用が出現し、内服を自己中断した。	医師へ情報提供し、支持療法薬を提案、症状緩和に努めた。
服薬期間などが複雑、副作用発現への恐怖感、服用しにくい製剤	服用期間→Drと協議してのスケジュールの工夫、口内炎など→服用援助ゼリーなどの工夫、剤型→他剤型やジェネリックなどの活用
吐き気が強くて継続困難	レジメン変更
休薬期間を守れず、連日服用してしまった	薬剤師外来での対応、院外薬局との連携
・5日間内服2日間休薬×2週間の理解が困難	
医師より指示のあった期間薬剤を服用できていなかった	服薬期間中の次回受診時に残薬数を医療従事者に確認してもらうように指導した
ロンサーフの服用期間を守れなかった。	再度、丁寧な指導の上、日記を活用することを進めた。
併用薬によるINRの上昇	他の科から処方されている薬剤についても相互作用を考慮する
服用期間の間違い。XELOXで痺れが強くゼローダの服用もやめてしまった。	次回診察時に再度説明を行った。
内服期間休薬期間が正しく理解できていない	次回外来時に再指導
ロープレナで認知機能が落ち、服薬できていなかった	毎週、薬をもってきて外来にきてもらい、服薬確認した
5日服用2日休薬が伝わらなかった	継続的な介入
用法間違い	再説明
休薬期間に服用	再度服薬指導
休薬期間の理解不足	再指導
下痢が怖くて服用しない	減量、支持薬追加
休薬・服用期間が遵守されない、副作用の対応策が十分にとれない	電話でのサポート
PANI + FOLFILU療法でG3口腔粘膜炎を発生したため定期内服薬が服用できなくなってしまった。	口腔粘膜炎の早期改善のために含嗽水の使用など口腔ケア強化の指導にとめた。

9-5. 経験事例のような高齢者のアドヒアランス不良患者に対して、実施することが望ましいと考える対応はあるか

N=135 ( 薬剤師 : 79、看護師 : 56 )

	薬剤師 (%)	看護師 (%)
はい	53 ( 67.1 )	43 ( 76.8 )
いいえ	26 ( 32.9 )	13 ( 23.2 )

## 9-6. 具体的にどのような対応か

薬剤師
個々に合わせた休薬基準を文章にて説明
カレンダーの作成 一方化
各自にあった服薬記録用紙を一緒に作成する。
開発メーカーが商品化するときに検討してほしい
個別対応がほとんどでした。結局はがん化学療法導入後、定期的に面談して状況を確認するほかないでしょうか。個人的には2コース目開始時には必ず面談し、早い段階で問題点の抽出・補正・調整できるよう対応しています。
頻回の副作用確認
本人・家族へ意識付けを行う
すべての患者に対し化学療法開始時に薬剤師が介入する
薬剤師外来の設置
副作用をはやくひろいあげるシステムづくり
説明時に時間をかけて理解しているかの確認
薬剤師外来による、製剤の大きさなどの事前説明。選択肢の提示、提案
患者の了解を得て、定期的に電話連絡し副作用や服薬状況を確認する。
薬薬連携、当院での登録レジメンの内容が参照できるようホームページ等を利用した情報公開を実施。
服薬アドヒアランスを阻害する要因を探索する
採血の徹底
治療前面談を充実させる。
カレンダーや日誌を利用した指導、説明。
十分な説明
他者にも内服を確認していただく。繰り返し説明。
ラポール形成(面談の機会が限られているため困難なことが多い)
WEBでの患者報告型の有害事象評価や保険薬局でのテレフォンフォローアップで有害事象の発現時期に医療者の介入を行う
副作用症状と休薬のタイミングを簡潔にわかりやすく説明できる資料の作成
治療開始時に評価と多職種によるfollow up
薬袋の用法用量をわかりやすく記載、通院間隔を可能な限り短縮、電話相談窓口を設ける
予防方法や対症療法について継続して指導していく。
訪問薬剤師・薬局薬剤師の活用
予め副作用薬を処方。または受診していただくよう指導
多職種による診察前後の介入
保健薬局との連携強化
アドヒアランス良好となるまでは通院スケジュールを1週毎にした方が良いと考える。また、経済面で通院が困難となるようであればかかりつけ薬局や訪問看護などでフォローできる体制整備が必要と考える。
副作用のセルフケアが不十分な患者は一度入院中にケア方法を学んでから帰宅させるなどが必要と思われる
治療継続可能とするために必要に応じて減量する。
貼付シールやケースの配布
放射線治療日に1日分ずつ処方し、放射線治療日に来院してから服用していただくようにする。
有害事象の早期発見、有害事象出現時の対応について患者へ理解いただくこと
1クール目終了時は、外来で残薬確認を行う
支持療法薬の処方提案、使用法指導
製薬会社の製造ライン開発前からの臨床現場介入による、適正剤型やスケジュールの開発など。
患者個々への対応の充実
薬剤師外来と院外薬局との連携
医療従事者による何らかの服薬状況確認
専用の服薬シートを作成する
継続的な介入。看護師との密な情報共有。
保険薬局の介入
内服期間が理解しやすいツール
保険薬局の介入
内服期間が理解しやすいツール
保険薬局に協力を仰ぎ、配薬などの工夫が必要だったかもしれない
継続的な介入
十分な問診
電話でのサポート

看護師
薬剤師、看護師による継続介入
ホットライン、訪問看護導入、副作用出現時の早期対応(医師、看護師、薬剤師連携)
副作用のマネジメント
内服確認の確立
連携を強化すれば投薬可能
電話訪問、訪問看護の導入
カレンダーを用いて視覚的に指導
ポイントとなる時期に電話した訪問
支援者への協力依頼、訪問看護の利用を検討する
定期的に医療者が介入する
服薬指導の徹底 外来看護師、外来化学療法室看護師の介入 家族に協力を依頼 上記を実施しても困難な時はレジメン変更
ご家族、院外薬局などの協力が必要である
訪問看護の介入
電話での対応
院内薬剤師と院外薬局との連携
高齢者でもわかる文字の大きさの指導書 服薬カレンダーの配布 薬剤師の訪問 訪問看護の導入
副作用への不安が強い場合など、相談できる窓口を統一する
飲んだか忘れたかが分かるような仕組みづくり
家族の協力または、訪問薬剤師の介入
電話で状況確認など
内服確認方法の工夫
内服確認方法の検討
訪問看護。訪問薬剤師。
電話サポート
日記帳の充実。アプリは高齢者はつかえません。
家族のサポート体制の確認、薬局との連携
以前できていても、今回のクールでは出来ないこともあるので繰り返し説明を行う
身体的、社会的背景をアセスメントし、継続できる治療法をチームで検討
家族、介護職など協力得る
協力者が子供さんである時は危険性を説明し安全な取り扱いを説明する
薬の袋に日付を記入する
服薬説明時表を用いて中断することが可能である事を説明、体調不良時は病院へ連絡する
内服管理能力の評価
少ない量で内服する原因を探る
内服チェック表などを活用する
治療日誌を利用 服薬しない時期を明記して配布
診察毎に患者に服薬状況、残薬確認を行う



## 10. 高齢者(65歳以上)でのアドヒアランス不良の原因について

### 10-1. 患者に関連した要因が問題と考えられた経験(複数回答)

N=201 (薬剤師：104、看護師：97)

	薬剤師 (%)	看護師 (%)
認知機能	77 (74.0)	80 (82.5)
身体能力	19 (18.3)	16 (16.5)
心理社会的ストレス	15 (14.4)	11 (11.3)
疾患と治療についての知識	47 (45.2)	54 (55.7)
病気と向き合う姿勢	41 (39.4)	31 (32.0)
負の結果を予期してしまう	16 (15.4)	12 (12.4)
治療への期待	13 (12.5)	18 (18.6)
経験はない	15 (14.4)	10 (10.3)
その他	2 (1.9)	1 (1.0)

### 10-3.4. 経験した事象とその対応

薬剤師	看護師
10-3. 経験した事象	10-4. 経験事象へ行った対応
「治療は低空飛行」で積極的でなくていいと言われた。	医師へ患者の意向をフィードバックした。
元々その他の併用薬のアドヒアランス不良であった(自己中断等)。TS-1の服用スケジュールを内服開始日に直接指導したにも関わらず、アドヒアランスを保つことができていなかった(お薬手帳にもスケジュールと服用開始日を記載していた)。	外来の看護師から電話相談で連絡が来ることがほとんどであり、いくつか案をお示しし、主治医へ伝えていただいている状況が多いです。時に、直接主治医と話すこともあります。
用法の理解不足による自己	再度、服薬指導を行った
病気と向き合うことができず内服期間を完遂しない	内服できる日まで服用してもらうこととした
病状(全身状態)、年齢、療養環境と治療開始または継続の必要性アンバランス	緩和ケア科を含めた多職種で協議、主治医へ治療継続の非妥当性について提案
飲み忘れたゼローダを次回内服時間が近づいているにも関わらず、内服。	副作用発現はほとんど無かったが今後はスキップするように指導
飲み忘れが多く残薬調整を行った	残薬を確認して調整
治療薬の自己判断での中止	中止前に相談するよう指導
治療に対する希望期待が少ないが、家人の希望もあり抗ガン治療が行われる場合がある	家人を交えたカンファレンスを行いました
認知機能低下によるアドヒアランス低下	訪問看護の活用
勘違いや副作用に対する不安から起こった服薬方法の間違え	用法・用量の再指導、治療効果への影響やを説明、精神面のサポート
用法用量の間違い 休薬期間を遵守できない	保険薬局による在宅での介入
継続服用が必要と置いていなかった	再度、説明
自己判断での服薬のスキップ	効果低下について指導
決められた量を服用できていなかった。	服薬スケジュール表やメーカー作成の日誌で再指導。
何を飲んでるか、飲んだか飲んでないかを忘れてしまう。	家族に協力してもらう。
食事をとらない患者に処方された。	医師に事実を伝えた。

認知症の方で治療方針について試験的に多職種でカンファを行った。 外来では意思疎通は良好であり、身体機能的にも問題なかったため治療可能と考えられた。 家族のサポートもあったため内服治療可能と考えたが、ヘルパーさんの認識では不要な買い物をしたり、急に異なる病気の認識を口にしたりとあったため、内服やインフューザーポンプでの治療は困難となり、病院で治療が完結するレジメンが選択された。	・多職種で情報を共有した。 ・生活上患者に近い方（ヘルパーや家族）の方の意見を求めた。
認知機能の低下にて服薬管理が自分でできない 薬剤の意味がわからない	家族で薬剤管理 不可能なら訪問看護介入
多くのアドヒアランス不良には認知機能の低下が患者の性格が関与していると思われる	
適応障害、うつ症状を伴い治療に対する理解が十分でない症例	精神腫瘍科との併診、家族の協力を得る
休薬を守らなかった	服薬記録をつけていただいた
認知機能低下による飲み忘れ増加	キーパーソンへの指導
色素沈着が起きただけで中止された	発赤や亀裂など手足症候群のGradeが高くなったときにやめることなど説明
腎がんにてネクサパール800mg/日開始の患者。薬剤師外来にて薬剤説明も行い導入となったが、医師診察前薬剤師面談にて口頭で飲み忘れがあることを確認した。初回説明時には、ネクサパールの空ヒートを持参するようお願いしていたが持参できていなかった。そのため、以降は空ヒートと残薬も持参して頂くよう再度説明し、重ねて服薬アドヒアランスの重要性について説明を行った。その結果、服薬アドヒアランスの向上はみられたが100%を達成することはできなかった。また、持参された残薬については医師へ残薬調整を依頼し、実施して頂いた。	服用後の空ヒートおよび残薬の持参によるピルカウントを実施した。
何がなんの薬か理解して飲んでいないため、自分では管理できない。	訪問薬剤師・看護師による管理
服薬日誌の記録はしていたが、実際の行動と不一致。 また前回のような副作用が出ないか不安で休薬。	家族の協力を得た。 不安を解消するような指導をした、
服薬に関する意思疎通が難しい場合があった。	同伴者もしくは、保険薬局・訪問ステーション・介護施設等のスタッフへの情報提供。
認知機能低下につき、内服管理が不可	家族やソーシャルワーカーの介入、それも難しければBSC
S1内服の4投2休が理解できず5投目まで内服、追加指導するものの、何度飲み忘れや内服延長を繰り返す	毎受診時に薬剤師外来にて残薬数を確認、服薬期間、方法を再指導を繰り返す
認知機能低下がありCapeを内服していなかったため家族に協力して頂いた。	家族への説明を行い協力して頂いた。
高齢者で独居のため、飲み忘れが多い（週に3-4回）	家族の協力や訪問看護師などの介入を依頼。
薬に対する認識の低く、アドヒアランスが不良であったため、薬を服用する意義、薬を正しく服用する必要性を患者に説明した	薬を服用する意義、薬を正しく服用する必要性を患者に説明した
服用方法を治療日記に記載しながら毎回説明するも認知症ありアドヒアランス低下	服用方法を治療日記に記載することを継続
CapeOX療法を開始し、数日後に末梢神経障害を認めた。原因がカペシタピンと思い込み服用量を減らして3週間連日内服していた。	再度服薬指導を行った。
認知機能低下による過剰服用。副作用による原料になったが、効果を期待して過剰服用。	患者・家族への再指導と残薬の回収
説明時、理解力低下が認められた	社会資源の導入
正常な細胞も攻撃され体力が落ちる	何度も多職種で連携して説明を行った
認知機能低下により抗がん薬をスケジュール通り内服できない	患者家族の協力を得て、家人に内服確認を依頼した
PSは良いが認知があり、治療適応だが、周囲の支援を得づらい。	医療施設以外の協力と保険調剤薬局の訪問薬剤師介入
治療スキップ後の再開時。内服抗がん薬の用法を間違えた。2回のこと3回内服。	副作用が起こってない事を確認後、再度服薬説明実施。
がんの増大が認められたため、無効として次レジメンへ変更	服薬指導の充実
高額のため治療できないとトラブルになった	院外薬局行く前に薬剤師外来で薬価の説明をしたところ、経済的な面より治療困難となり、患者から医師に伝えていただき、その結果治療は中止となった
多発性骨髄腫の患者であり、病識が低いため、レナリドミドの残が頻回に認められる	薬剤交付時に服薬指導を実施
将来に対する不安からうつ状態になってしまった	精神科へコンサルトした
本人の認知機能が低く、ご家族に十分に説明してサポートして頂いた。	家族への十分な説明。看護師との情報共有。
副作用がある際は患者判断で休薬指示があるにもかかわらず休薬できない	次回外来時に再指導
一定期間、出張がある方で、生活リズムが乱れ、飲み忘れがでることが多かった	継続的な介入

ゼローダを含め内服薬の自己管理が困難	訪問看護師や保険薬局薬剤師との連携
予後ある程度把握が困難なため、BSCへ移行できない	医師だけでなく、薬剤師、看護師など様々なスタッフからの情報提供が必要
再度患者に指導 末梢神経障害に対して一方化（ヒートが出しにくい）	再度患者に指導 末梢神経障害に対して一方化（ヒートが出しにくい）
服用方法等の理解が不十分のため、家族等のサポートを得られるように働きかけた。	
患者本人の知識、意欲不足によりアドヒアランス低下	繰り返し指導 / 点滴のみの治療に変更を検討
高齢からか、用法容量を正しく理解されていなかった。	再度指導
病識が悪く、スケジュール通りの内服ができない。する気がない。	頻回な服薬指導と有害事象のチェック。
服薬コンプライアンス不良	レジメン変更
治療を開始する時点で医師より説明を受けているにも関わらず、治療の目的や薬剤を服用する意義について理解できていない。	医師より受けた説明内容を患者から聴取し、理解度の確認を実施。理解できていない点について補足する形で平易な言葉を用いて説明を行った。
指定されている期間しっかりと内服をしておらず、毎回残薬が発生している。	再度薬を内服することの意味について理解してもらうよう説明。
来院の都度、残薬が発生した。説明すると理解しているようだが、来院すると残薬がある状態を繰り返した。	来院の都度、治療日誌へ服薬日と服用カプセルを記載した。治療の意味を説明した。
認知機能低下による服薬忘れ	
認知低下による用法間違い	家人介入
患者判断での投薬中止	再度服薬指導
治癒を期待している	否定にならないように説明

10-4. 経験事例のような高齢者のアドヒアランス不良患者に対して、実施することが望ましいと考える対応はあるか

N=163（薬剤師：87、看護師：76）

	薬剤師 (%)	看護師 (%)
はい	60 (69.0)	59 (77.6)
いいえ	27 (31.0)	17 (22.4)

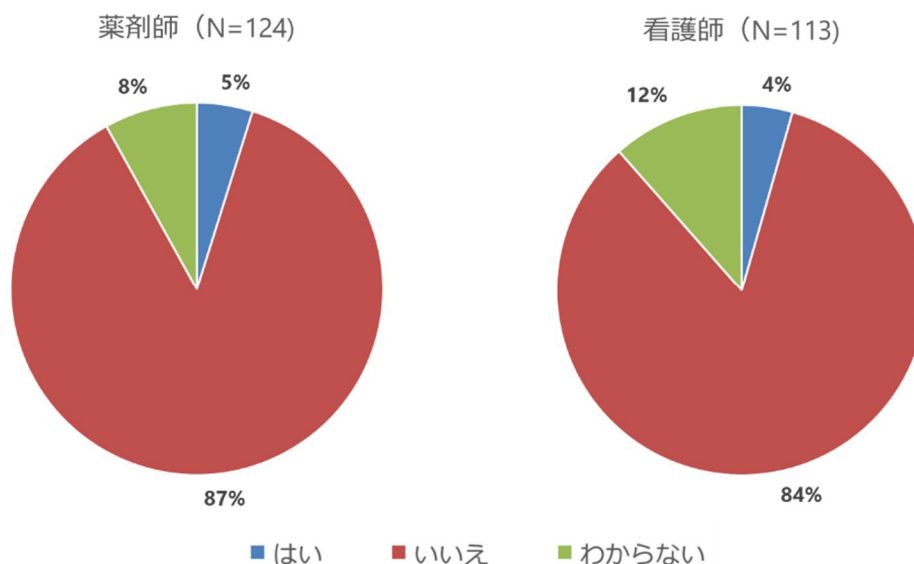
10-5. 具体的にどのような対応か

<b>薬剤師</b>
事前の薬剤師による患者指導
治療開始前の指導に時間をかけ、理解度の確認も
薬を服用する意義、薬を正しく服用する必要性を患者に説明する
繰り返し指導を行う
有効性・安全性に加え経済的な面も情報提供にて重要と考える。処方されるまたは薬局で薬を購入する前にある程度の金額の説明は重要なので、薬剤師外来では説明している
元々の医薬品の使用状況から指導を強化すべき患者を選定することも必要かもしれません。しかし、外来で初めてお話しする患者さんを瞬間的に評価することが困難な場合もあります。
患者の理解度を確認、必要に応じて家族等への協力要請
治療前面談を充実させる。
服薬管理が自分で出来るかなど、導入前に把握し、協力可能な体制を検討
ベースに認知症を疑うケースだったので、投与前に認知症のスクリーニングを行う
認知症かどうかの診断、診断後の家族の協力もしくは地域のサポートが必要
薬剤の必要性の再検討
対象患者を選択する
高齢者は休薬期間のない内服薬を選択、または点滴治療のみなど
適応を見極め、治療が難しくそうな場合は医師に積極的にフィードバックする。
訪問看護、訪問薬剤師の活用
保険薬局の在宅訪問による服薬管理
訪問薬剤師・看護師による管理
降圧剤を自己調節して服用するなどの行動があったことが入院後に発覚した。外来通院時に薬局薬剤師や主治医と情報共有を行いレジメン選択を協議できた可能性があった。
認知力低下患者に対する、訪問看護や薬剤師による薬剤管理
医療施設以外の協力と保険調剤薬局の訪問薬剤師介入
保険薬局の介入
緩和ケアチームの介入が必要と思う。
医師のみではなく、他の医療スタッフで係る
多職種でカンファレンスをし治療方針を考える。
その際、患者本人、家族、ヘルパーや訪問看護師、在宅訪問薬剤師などの意見も取り入れやすいよう体制（Webカンファ含め簡便な方法で）や診療報酬を整える。
診察以外での多職種の関わり
医師だけでなく、薬剤師、看護師など様々なスタッフからの情報提供が必要
精神的サポートも必要
訪問看護などの社会資源の活用
社会的支援の活用を促す。
社会資源の導入
ビルカウント、家人などへの協力依頼、電話での服薬確認など
医療従事者による何らかの服用状況の確認
継続した説明、確認
継続的な介入
繰り返しの介入、一包化
認知機能や家族など周囲の支援状況、精神面に合わせた継続的なサポート
社会的背景を考慮し必要であれば患者以外にも指導を行う
ご家族への指導
家族も含めた指導や訪問看護などの介入。不安に関しては十分な説明
家族に協力をして頂く。
可能であれば、家族のサポートを得る
患者家族や訪問看護など協力者に、服薬実施確認を依頼する
高齢者に関しては、患者本人だけでなく内服管理に第三者の介入が必要。
ACPも含め、治療の必要性について患者や介護者への十分な説明・協議
家人を交えたカンファレンス、ACP
患者との信頼関係を築き可能な範囲で支援する。
治療についての同意、理解確認重要性を認識し指導
服薬終了の声掛け
手足症候群なら高齢男性は保湿の率も低く介入が必要と考える
社会的背景を考えたらうで治療を開始すること
十分な問診

<b>看護師</b>
具体的な説明
繰り返しの振り返りと通院間隔の短縮によって体調の確認ができる
患者家族以外の医療、福祉スタッフの継続的に見守り
可能な限りでの服薬指導とクール通り内服できるよう調整すること。
高齢者の内服薬を含むレジメンの適応には認知面や家族の協力体制などを含めて、医師だけでなく他職種で検討したほうがよい
認知機能の評価や病気や治療への知識、向き合い方について伺う。
内服を継続する場合は、家族や地域を巻き込んだサポートを行う。
認識の確認
訪問看護の介入
訪問看護師への抗がん剤治療の指導
目的の確認と話し合い
説明責任は大事だと思うが、相手の理解度に合わせて必要な説明を絞って行う
認知機能の評価と適応の確認
高齢者でもわかる文字の大きさの指導書
服薬カレンダーの配布
薬剤師の訪問
訪問看護の導入
訪問看護、訪問ヘルパーなどの介入
お薬BOXの用意
定期的に医療者が介入する
訪問看護や訪問薬剤師。
治療導入時の意思決定支援の介入
内服チェック
看護外来や電話サポート
家族など周囲への協力依頼
毎回、面談し確認する
周囲のサポート状況を確認し、協力が得られるようにしていく。協力が得られない場合は訪問薬剤師の介入を検討する
看護師、薬剤師による継続介入と患者の思いの傾聴、内服指導
家族の協力や訪問看護などの利用
内服ケース、家族の協力、、
催吐性リスクの評価
途中で服薬状況を確認できるシステム
電話訪問、訪問看護の導入
服薬に対する患者の認知機能、理解度など、他職種で共有して関わることが必要。
事例紹介
内服確認方法の検討、社会資源
家族への支援要請
他職種カンファレンスを定期的実施し、アドヒアランス評価する
社会資源の活用、家族の支援
かかりつけ薬局の協力
管理が難しいのであれば本当に処方事態が必要であるか検討してもらう
看護師の問診内容を、医師が共有して処方を延期する。心配な患者に関しては、自宅電話サポートを行う。
患者本人の治療希望と理解度の確認
社会資源の導入または別の治療方法の検討
内服管理能力の評価
スクリーニングと定期的なフォロー
必要性を説明し、本人の理解度を確認。電話にて服薬・副作用について確認する
電話訪問
連携の強化
家族を含めた説明
アドバンケアプランニングで、早目に治療方針について話し合い、医療者間で情報共有する
病識や知識の確認、思いの把握
GAを行い、どのようなサポートが必要か、多職種で検討する。
事前の説明を本人と家族に行い理解を深めてもらう

## 11. 施設の体制について

### 11-1. アドヒアランス不良患者のスクリーニングなど、施設全体での取り組みはあるか



### 11-2. どのような取り組みの内容か

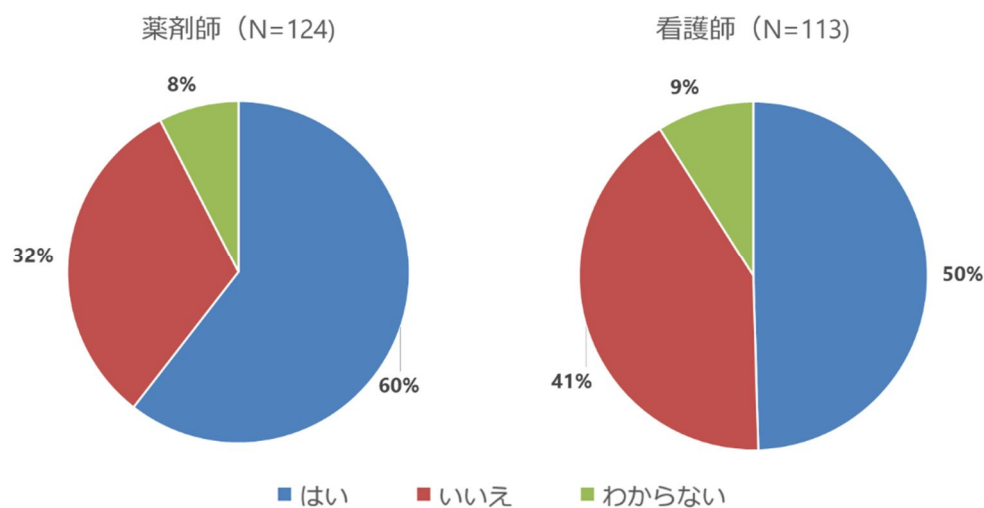
#### 薬剤師

持参薬確認
入院患者に対する自己管理判断基準（看護師）
薬剤師外来と院外薬局との連携
看護師によるテレフォンプォロアップ
入院患者には自己管理確認シートを使用して評価している
薬剤師が、診察前面談を実施し、医師へ情報提供を行う。

#### 看護師

内服チェックシートで患者に目的、内服方法を回答してもらう
自己管理が可能か判断の指標
入院患者のみ自己管理に向けたフローチャートがある
外来診察時看護師にて残数チェックを行い、管理できていない患者は薬剤師が介入し指導する。
全ての経口抗がん薬ではないが、外来看護師が服薬前、2回目までの外来で服薬状況確認と理解度を面談している

11-3. 施設内において、アドヒアランス不良患者の多職種間での情報共有体制はあるか

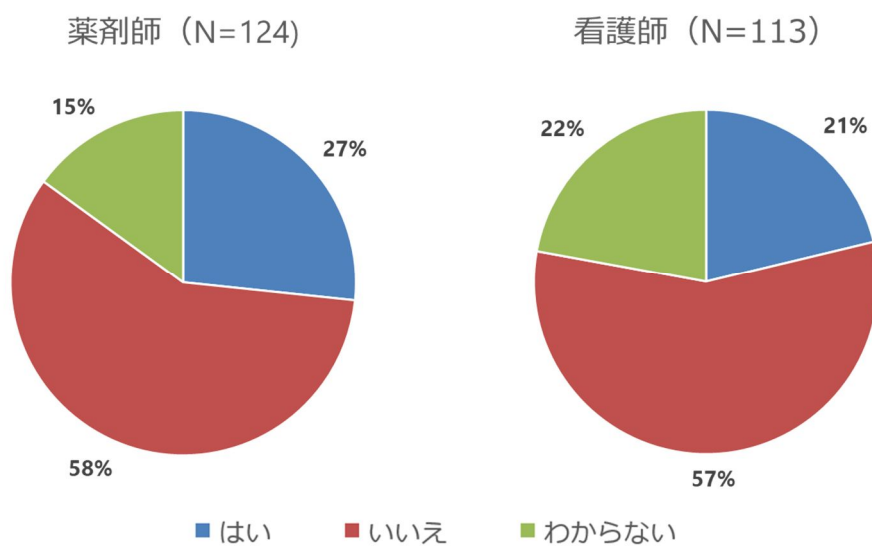


11-4. どのように情報共有を行なっているか(複数回答)

N=176 (薬剤師：92、看護師：84)

	薬剤師 (%)	看護師 (%)
電子カルテ上の記録を参照	63 (68.5)	62 (73.8)
電話で直接連絡	48 (52.2)	52 (61.9)
電子カルテ上の掲示板	35 (38.0)	29 (34.5)
電子カルテのメッセージ機能	19 (20.7)	11 (13.1)
カンファレンス	10 (10.9)	7 (8.3)
その他	6 (6.5)	6 (7.1)

11-5. 施設外において、アドヒアランス不良患者の多職種での情報共有体制はあるか



11-6. 情報共有を行う職種(複数回答)

N=54 (薬剤師：30、看護師：24)

	薬剤師 (%)	看護師 (%)
保険薬局薬剤師	25 (83.3)	9 (37.5)
訪問看護師	3 (10.0)	15 (62.5)
ケアマネジャー	0	4 (16.7)
医師	1 (3.3)	3 (12.5)
その他	9 (30.0)	10 (41.7)



11-7. どのように情報共有を行っているか(複数回答可)

N=81 (薬剤師：45、看護師：36)

	薬剤師 (%)	看護師 (%)
電話で直接連絡	12 (26.7)	13 (36.1)
情報提供書	19 (42.2)	13 (36.1)
お薬手帳	15 (33.3)	10 (27.8)
その他	4 (8.9)	7 (19.4)