

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）

総括研究報告書

薬学的視点を踏まえた自立支援・重度化防止推進のための研究（22GA1005）

研究代表者 溝神 文博 国立長寿医療研究センター 薬剤部 薬剤師

研究要旨

本研究は、薬剤師が地域医療レベルで関連職種と情報共有を行う際の様式案及び体制構築を行い、各現場に実装しその効果検証を行うことを目的とする。文献調査やアンケート調査を含む実態調査を行い、現状の問題点を明らかにし報告書の様式案の作成につなげる。本年度の調査結果から在宅医療や介護施設に関わる薬剤師のほとんどが多職種連携は必要であると考えているが、情報提供として看護師以外の職種では1割以下と非常に少ない。また、薬剤師が提供している情報は「薬」に関する管理や残薬といった物に関する情報であるが、多職種が求めている情報は、「処方見直し」などの薬物療法の有効性・安全性に関する情報である。そのため、薬剤師の積極的な情報収集と薬物療法に対する積極的な処方提案が行える報告書の作成が必要である。関連業務の実施における業務負担についての調査結果から、半数以上が何らかの困難を感じており、とくに在宅医療では「時間」や「人員」の点から困難であるという回答が多い。簡便な情報収集のツールの作成や在宅医療や介護施設でのより良い多職種連携に向けて、情報共有ツールの活用等を含めて薬剤師の業務改善を検討していくことが必要であると考えられた。

研究分担者

1. 岩手医科大学薬学部 臨床薬学講座
地域医療薬学分野・教授 高橋 寛
2. 東京大学大学院薬学系研究科 医薬政策
学講座 特任研究員 岡崎 光洋
3. 昭和大学薬学部 教授 岸本 桂子
4. 藤田医科大学医学部
准教授 水野 智博
5. 名古屋大学医学部附属病院 地域連携・
患者相談センター 病院講師 小宮 仁
6. 藤田医科大学医学部
教授 長谷川 みどり
7. 地方独立行政法人東京都健康長寿医療セ
ンター 東京都健康長寿医療センター
研究所 研究員 枝広 あや子
8. 大阪大学大学院医学系研究科
教授 竹屋 泰
9. 名古屋学芸大学管理栄養学部
教授 岡田 希和子

10. 一般財団法人医療経済研究・社会保険
福祉協会 医療経済研究機構 研究部
副部長 浜田 将太
11. 国立長寿医療研究センター病院
リハビリテーション科部
統括管理士長 伊藤 直樹

研究協力者

1. 国立長寿医療研究センター
理事長 荒井 秀典
2. 国立長寿医療研究センター病院薬剤部
薬剤師 天白 宗和
3. 国立長寿医療研究センター病院薬剤部
薬剤師 長谷川 章
4. 介護老人保健施設 横浜あおぼの里
薬剤部 丸岡 弘治
5. 藤田医科大学病院 薬剤部
薬剤師 蟹江 孝樹
6. 株式会社スギ薬局 DI 室
薬剤師 神保 美紗子

7. 株式会社スギ薬局 人材開発部
医療教育課 薬剤師 相宮 幸典
8. 大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻
看護実践開発科学講座 老年看護学
准教授 山川 みやえ
9. 大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻
看護実践開発科学講座 老年看護学
助教 糺屋 絵理子
10. 一般財団法人医療経済研究・社会保険
福祉協会 医療経済研究機構 研究部
研究員 田口 怜奈
11. 公益社団法人日本薬剤師会
常務理事 豊見 敦
12. 大手町調剤薬局 前園 崇仁
13. 鹿児島県薬剤師会
常務理事 沼田 真由美

A. 研究目的

訪問薬剤管理指導において、ポリファーマシー対策等の薬学的管理を行う際には情報収集が最も重要である。ポリファーマシーは明確な処方薬数の定義ではなく「薬剤のあらゆる不適切な問題」とされており、重複投与、薬物有害事象、服薬アドヒアランスの低下、過量投与・過小医療の回避などを含めた薬物療法の適正化が求められ、薬剤以外の情報収集が必要不可欠である。具体的には、詳細な処方歴や症状や病状だけではなく、認知機能、日常生活動作（ADL）、栄養状態、生活環境などの多角的な情報に基づく患者評価が必須であり、加えて多職種での介入が重要となる。国立長寿医療研究センター内の高齢者薬物療法適正化チーム〔医師（老年内科、リハビリ科、循環器科等）、薬剤師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士などリハビリテーション専門職〕は、多職種で情報を共有し、介入を行うモデルケースであるといえるが、病院以外の地域医療レベルでの社会実装は進んでいない。本研究では、こうしたチーム医療のモデルを地域における訪問薬剤管理指導に活用するための問題点を明らかにし、その改善策を

提示することが目的であり、既存の研究にはない特色である。

薬局薬剤師を対象としたポリファーマシー対策に関するアンケート調査より、「ポリファーマシーであるかを判断することが難しい」、「病態全体を捉えることが難しい」ことが障壁として示されている（第15回高齢者医薬品適正使用検討会より）。つまり、訪問薬剤管理指導を実施する際、薬局薬剤師と医師・歯科医師を含めた多職種で患者情報を共有する仕組みを検討する必要がある。

本研究は、薬剤師が地域医療レベルで関連職種と情報共有を行う際の様式案及び体制構築を行い、様式案を各現場に実装してその効果検証を行うことを目的とする。初年度は、実態調査及び様式案の作成を目標とし、次年度に各現場での実装及び介入研究の後、様式案を完成させる。

<各年度の目標>

本目的を達成するために下記の小目標を立てる。

1. 訪問薬剤管理指導に対する各職種との情報共有に関する実態調査（各職種）（令和4年度）
2. 訪問薬剤管理指導の実態調査（薬剤師）（令和4年度）
3. 介護老人保健施設での薬剤師と医師・歯科医師を含めた各職種の情報共有の実態調査（令和4年度）
4. 薬剤師がポリファーマシー対策を行うため関連職種に情報共有を行う様式案の作成
及び介護施設で関連職種に情報提供を行う様式案及び情報共有方法の作成（令和5年度）
5. 情報共有の様式及び方法の各現場での実装及び介入研究（令和5年度）

B. 研究方法

1. 訪問薬剤管理指導に対する薬剤師と各職種との情報共有に関する実態調査と介護施設における多職種連携に関する実態調査

1) 研究デザイン

質問票を用いた研究（個人を特定できないようにしたアンケート調査）

2) 方法

URL、QRコードからの電子入力対応とし、全国の医療機能情報を検索できる情報サイトより検出し施設長宛てに案内を郵送する。なお、全国老人保健施設協会、岩手県薬剤師会、日本訪問リハビリテーション協会、全国介護老人保健施設協会、老年歯科医学会に依頼し会員に郵送もしくは一斉メールでアンケートのURL、QRコードを配布。

3) データ収集

インターネット経由でデータを入力し国立長寿医療研究センターにて集計。

4) 選択基準

本研究では、同意を得られた医療関係者の以下①～③が対象。

薬剤師向けアンケート

- ①訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局、病院薬剤部に勤務する薬剤師

その他職種向けアンケート

- ②訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局、病院薬剤部から情報提供を受けたことのある施設の多職種（医師・歯科医師・看護職・ケアマネジャー・介護士・ホームヘルパー・医療ソーシャルワーカー/相談員・作業療法士・理学療法士・言語聴覚士・管理栄養士）

介護施設アンケート

- ③介護施設（特に介護老人保健施設及び介護医療院）に所属する薬剤師もしくは、介護施設に関わる薬剤師

5) 除外基準

次の基準に一つでも該当する場合は、本研究に参加することができない。

- ・薬剤師向けアンケートでは、在宅業務を行ったことがない薬剤師
- ・その他職種向けアンケートでは、在宅業務を行ったことがない多職種（医師・歯科医師・看護職・ケアマネジャー・介護士・ホームヘルパー・医療ソーシャルワーカー/相談員・作業療法士・理学療法士・言語聴覚士・管理栄養士）
- ・介護施設アンケートでは、介護施設に関わりがない薬剤師
- ・アンケート調査項目のすべてに回答が得られないもの

6) アンケート調査期間

2023年2月1日～2023年2月15日

2. 訪問薬剤管理指導の実態調査 好事例収集

方法：担当施設及び関連施設に実態調査として聞き取り及び共有により処方適正化につながった好事例の収集を行った。

3. 介護老人保健施設での薬剤師と各職種の情報共有の実態調査

(1) 老健薬剤師からのヒアリング調査

5名の老健薬剤師から介護老人保健施設内及び施設外において、薬剤師と多職種連携についての現状のヒアリングを行うため、座談会を開催した。

(2) 介護老人保健施設での老健薬剤師業務及び多職種連携に関する視察調査

介護老人保健施設内及び施設外における薬剤師と多職種連携の体制や現状について把握するため、介護老人保健施設 1 施設の視察を行った。

C. 研究成果

1. 訪問薬剤管理指導に対する薬剤師と各職種との情報共有に関する実態調査と介護施設における多職種連携に関する実態調査

本実態調査結果の詳細は、別添報告書 1 として報告を行った。

病院薬剤師について

36 名の病院薬剤師より回答を得た。40 歳代以上が 25 名 (69.4%)、職種の経験年数 20 年以上が 20 名 (55.6%)、在宅業務経験年数 10 年以上が 14 名 (38.9%) であった。「他職種と連携して服薬支援・処方調整が実施できた事例が有る」と回答したのは 28 名 (77.8%) であった。事例有群 (n=28) と事例無し群 (n=8) に分類し、単変量解析を実施したところ、年齢、職種および在宅業務の経験年数に群間差は認められなかった。

訪問薬剤管理指導に関わる調査項目である「訪問計画書作成時間」「他職種との訪問計画書の共有」「訪問報告書作成時間」については、群間差が認められなかったものの、「平均訪問時間」については、事例有群の方が 20 分以上確保している割合が高く (p=0.053)、「訪問薬剤管理指導 (居宅療養管理指導を含む) の担当人数 (人/月)」は事例有群の方が事例無し群に比して、有意に少なかった (p=0.009)。「利用者一人に対する訪問頻度 (回/月)」については、事例有群の方が事例無し群に比して、有意に多かった (p=0.014)。

薬局薬剤師について

薬局薬剤師 1156 名から回答を得た。回答者の年齢構成は、30 歳代から 50 歳代が多く、全体の 81.0%を占めていた。薬剤師としての経験は 5 年未満から 35 年以上まで幅広く分布していたが、在宅医療の経験年数の多くは 15 年未満 (88.7%) であり、全体の約 4 割が 5 年未満の薬剤師であった。薬剤師の約 7 割が薬学的管理指導計画書 (計画書) を他職種と共用していると回答していた。

服薬や薬剤に関する業務で行っていることとしては、残薬確認 (97.2%)、服薬アドヒアランスの評価 (84.5%)、生活状況の聞き取り (食事と睡眠と排泄など) (95.6%)、服薬指導 (86.5%)、薬物療法の評価 (80.2%)、薬物有害事象の評価 (副作用) (85.4%)、相互作用の評価 (62.5%)、服用薬のセットに関する情報 (79.0%) や処方見直し (調剤方法変更を含む) の提案内容 (60.5%) などは 6 割以上の薬剤師が実施していた。その一方で、他医療機関の処方情報収集 (57.6%) や嚥下困難有無の確認 (51.2%) は半数程度、内服実施の確認 (36.0%)、外用・注射薬の手技確認 (27.7%) は 4 割以下の実施であり、服薬動作の援助 (15.6%)、口腔内の残薬の確認 (6.0%) などは 2 割以下の実施であった。

他職種で共有している情報は、業務で行っている内容と同じ傾向にあり、残薬確認 (88.9%) や生活状況の聞き取り (86.6%) が最も多かった。一方で、服薬指導や相互作用の評価は業務としての実施率はそれぞれ 86.5%、62.5%と高いが、他職種との共有率はそれぞれ 64.0%、44.7%と低い傾向にあった。逆に、口腔内の残薬の確認や服薬動作の援助 (袋を開ける、口の中に入れる等) は実施率がそれぞれ 6.0%、15.6%と低いにも関わらず、他職種との共有率はそれぞれ 100%、

81.7%と高かった。

他職種からの情報で、病名(77.1%)、検査値(68.6%)など薬物治療の評価に必要な情報や、服薬状況(68.5%)、認知機能(68.1%)など指示通りに飲めているかどうかの情報が役立っている情報であった。また、処方薬の経緯(66.5%)、副作用歴(54.5%)、アレルギー歴(46.6%)など薬に関する情報も他職種から提供されていた。その一方で、看護状況(50.2%)や患者に関する社会的情報など(46.8%)、栄養評価(36.8%)や病名告知(29.8%)、口腔ケア(17.9%)など患者の生活状況に関する情報は役に立つ情報として優先度が低かった。

訪問薬剤管理指導の報告書は、医師(98.5%)、ケアマネージャー(91.5%)と主に共有していた。また看護職(37.3%)やホームヘルパー(9.8%)、介護士(9.5%)とも共有していた。

薬剤師が訪問介入を把握している職種としては、ケアマネージャー(93.9%)、医師(88.7%)、看護職(86.1%)が多かった。他にも歯科医師(33.2%)、理学療法士(29.1%)、作業療法士(22.4%)、言語聴覚士(6.7%)といったリハビリに関連する職種、そして医療ソーシャルワーカー(26.3%)や管理栄養士(8.7%)であった。

他職種からの患者に関する相談や問い合わせ元は、ケアマネージャー(80.1%)、看護職(68.4%)、医師(43.9%)の順番が多かった。

薬剤師が他職種と連携することに対して不足を感じるものとしては、同じ時間で訪問することがない(43.4%)、忙しく相談する時間がない(30.6%)、担当している多職種を知らず連絡できない(12.2%)であった。

医師について

医師は165人(29.2%)、訪問管理薬剤指導を直接閲覧したことがある人は338(59.6%)、病院勤務73人(13%)、診療所勤務237人(42%)、業務内容を把握しているのは403人(71.1%)、追加実施希望86人(15.2%)、薬剤に関する業務を行っていない人234人(43.4%)、お薬手帳を月に1回以上確認している人は361人(63.7%)であった。また、今後、薬剤師からの積極的な情報共有を望む人は、444人(73.8%)であった。

歯科医師について

在宅業務に係っている歯科医師であると回答したものは40名であった。

回答者の所属する施設について、82.5%が歯科診療所を含む診療所、15.0%が病院、2.5%が介護施設の所属であった。

薬剤師が行っている訪問薬剤管理指導(居宅療養管理指導含む)報告書の閲覧経験があるのは、全体では35.0%で、内訳は歯科診療所を含む診療所所属の歯科医師の33.3%、病院所属の歯科医師の33.3%、介護施設所属の歯科医師の100%であった。在宅患者訪問薬剤管理指導(居宅療養管理指導を含む)で薬剤師が行っている業務内容を把握しているのは全体の42.5%で、内訳は歯科診療所を含む診療所所属の歯科医師の45.5%(15名)、病院所属の歯科医師の33.3%(2名)、介護施設所属の歯科医師の0.0%であった。

薬剤師が訪問指導に入っていることを知らずに困った経験がある者は全体の5.0%であり、診療所所属の歯科医師の3.0%、病院所属の歯科医師の16.7%であって、大多数は困った経験がなかった。

薬剤に関する「患者からの問い合わせ」で困った経験がある者は、全体の17.5%で、診

療所所属の歯科医師の 12.1%、病院所属の歯科医師の 33.3%、介護施設所属の歯科医師の 100%であった。内容は他の薬剤との相互作用や副作用、減薬可否に関する内容であった。担当患者のお薬手帳の確認頻度は、全体では「月に 1 回程度」が 47.5%と最も多く、診療所所属の歯科医師の 45.5%、病院所属の歯科医師の 50.0%、介護施設所属の歯科医師の 100%であった。「毎回確認する」は全体の 25.0%であった。服薬管理について多職種連携が必要であると回答したものは全体の 97.5%であり、診療所所属の歯科医師の 97.0%、病院所属の歯科医師と介護施設所属の歯科医師のそれぞれ 100%であった。

内服調整に合わせた運動機能や認知機能の評価を行ったことがある者は全体の 22.5%で、診療所所属の歯科医師の 12.1%、病院所属の歯科医師の 66.7%、介護施設所属の歯科医師の 100%であった。薬剤師と直接情報交換をしたことがある者は全体の 50.0%で、診療所所属の歯科医師の 54.5%、病院所属の歯科医師の 33.3%、介護施設所属の歯科医師の 100%であった。

薬剤師からの患者に関する相談や問い合わせがある者は全体の 15.0%で、診療所所属の歯科医師の 15.2%、病院所属の歯科医師の 16.3%であった。

看護師等について

アンケートの結果、在宅患者訪問薬剤管理指導で薬剤師が行っている業務内容を把握していると回答した看護職は 101 名 (82%)、介護職は 44 名 (85%) であった。また、薬剤師と連携して服薬支援、処方調整が行えた実例があると回答した看護職は 88 名 (72%)、介護職 32 名 (62%) であった。また今後、薬剤師からの積極的な情報共有を望むかについては、看護師 103 名 (84%)、

介護職 33 名 (63%) が望むと回答した。

管理栄養士について

回答者 47 名であった。薬剤師が行っている訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導を含む）に関する情報提供を、直接一度でも閲覧したことがあるか？は、閲覧したことがない 48.9%、閲覧したことがある 51.1%であった。在宅患者訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導を含む）で薬剤師が行っている業務内容を把握しているか？は、把握している 66%、把握していない 34%であった。患者に対して薬剤師が服薬や薬剤に関する業務で行っているものを把握しているか？について、把握している者の業務別の把握割合は、生活状況の聞き取り（食事と睡眠と排泄など）64.5%、薬物療法の評価 61.3%、薬物有害事象の評価（副作用）64.5%、相互作用の評価 48.4%、服薬アドヒアランスの評価 61.3%、服薬指導 96.8%、残薬確認 93.5%、服用薬のセット方法に関する情報 83.9%、内服実施の確認 74.2%、処方見直し（調剤方式変更を含む）の提案内容 58.1%、外用・注射薬の手技確認 41.9%、服薬動作の援助（袋を開ける、口の中に入れる等）22.6%、他医療機関の処方情報収集 54.8%であった。

薬剤師に追加で実施して欲しい業務はあるか？は、特になし 74.5%、ある 25.5%であった。あると回答した者が追加で実施して欲しいと回答した業務の割合は、生活状況の聞き取り（食事と睡眠と排泄など）41.7%、薬物療法の評価 25.0%、薬物有害事象の評価（副作用）33.3%、相互作用の評価 8.3%、服薬アドヒアランスの評価 16.7%、服薬指導 0.0%、残薬確認 8.3%、服用薬のセット方法に関する情報 0.0%、処方見直し（調剤方式変更を含む）の提案内容 33.3%、服薬動作の援助（袋を開ける、口の中に入れる）16.7%、

内服実施の確認 0.0%、薬剤嚥下困難の有無の確認 0.0%、口腔内の残薬の確認 0.0%、外用・注射薬の手技確認 0.0%、他医療機関の処方情報収集 8.3%であった。その他に「栄養状態に問題がありそうな患者は、栄養士につなげて欲しい」といった回答が 16.7%あった。

薬剤師が訪問指導に入っていることを知らずに困った経験はあるか？は、ある 6.4%、ない 93.6%であった。困った経験として、「薬剤の栄養剤の提案を家族にした際に、訪問薬局の薬剤配達に料金がかかるからと消極的な反応があったことがある」という回答があった。

服薬管理において、多職種連携は必要と思うか？は、はい 97.9%、いいえ 2.1%であった。はいと回答した理由に「在宅療養者を中心に多職種が支援する地域 N S T と考えている」といった回答が複数みられた。いいえと回答した理由に「制度の利点がわからない」との回答があった。

薬剤師と連携して服薬支援・処方調整が行えた実例はあるか？は、ある 42.5%、ない 57.4%であった。あると回答した実例に「嚥下障害により服薬困難な患者に対して、服薬可能な薬剤(形状等)を薬剤師より提案」「栄養剤の変更、血糖降下薬の変更・減薬」等があった。薬剤師からの患者に関する相談や問い合わせがあるか？は、ある 40.4%、ない 59.6%であった。あると回答した内容に「食事について」が多くみられた。

リハビリ職について

理学療法士 79 件、作業療法士 36 件、言語聴覚士 13 件の合計 128 件の回答を得た。

訪問薬剤管理指導に関する情報提供を閲覧したことがあるのは、28.9%であった。また、訪問薬剤管理指導において薬剤師が行

っている業務を把握しているのは 37.5%であった。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が服薬や薬剤に関する業務をおこなっている割合は 51.6%であり、その内容として、生活状況の聞き取り、内服実施の確認、残薬確認が多かった。また、薬剤師が訪問指導に入っていることを知らずに困った経験があるかの質問に対しては、96.9%が困ったことは「ない」と回答した。患者からの薬剤に関する問い合わせで困ったことも 64.1%が「ない」と回答した。また、患者からの問合せで困ったことについてテキストマイニング解析した結果、服薬や副作用などのワードの出現頻度が高かった。

薬剤師と直接情報交換をしたことがあるものは 33.6%と低く、お薬手帳についても月 1 回程度確認することが多いが、全く確認しないものも 17.2%いた。一方で、服薬管理において他職種連携は必要かという問いに対しては 99.2%が必要と回答した。その理由をテキストマイニング解析した結果、服薬に関する項目が頻出語として抽出された。薬剤師からの患者に関する問い合わせについては、94.5%が「ない」と回答した。

内服調整に合わせた運動機能や認知機能の評価を行ったことがあるかの問いに対しては、51.6%が「ある」と回答した。現状の情報共有ツールとして最も多かったのは「電話」、ついで「FAX」であった。しかし、今度どのような共有ツールが便利かとの問いには「専用アプリ」が最も多かった。

退院時カンファレンスやサービス担当者会議に薬剤師が出席していたことがあるかの問いに対して、73.5%が「いいえ」もしくは「わからない」と回答した。他職種交流会や事例検討会、研修会の場にも 72.7%がネガティブな回答であった。

薬剤師と連携することに対する心理的な

障壁に関しては、71.9%がないと回答した。一方で、薬剤師と連携することに対して不足している項目に「担当の薬剤師を知らず連絡できない」や「同じ時間で訪問することができない」という回答が多かった。必要性を感じないなどのネガティブな回答はほとんどなかった。今後薬剤師からの積極的な情報提供を望むかとの問いには、望まないと回答したものはいなかった。

医療ソーシャルワーカー (MSW) について

31名のMSWより回答を得た。在宅業務経験年数5年未満が14名(45.1%)であり、比較的経験年数が浅いMSWが多い母集団であった。情報交換をした経験が無いMSWの8名中6名(75%)が5年未満であり、薬剤師が行っている訪問薬剤管理指導に関する情報提供を、一度も直接閲覧したことがないMSWは、8名(25.8%)中6名(75%)が病院勤務であり、6名中5名の職種経験年数は5年未満であった。全31名のうち、「薬剤師と連携した服薬支援・処方調整の経験がある」と回答したのは21名であった。上記回答に関連する因子を明らかにするため、臨床的に関連性が強いことが想定される質問内容である「年齢(40歳代以上)」「薬剤師が行っている訪問薬剤管理指導(居宅療養管理指導を含む)に関する情報提供を、回答者ご本人が1度でも直接、閲覧したことがありますか」「薬剤師と直接情報交換をしたことがありますか?」の項目を用い、二項ロジスティック解析を実施したところ、「年齢(40歳代以上)」: オッズ比(95%信頼区間) = 4.743(0.642-35.04), p値=0.127、「薬剤師が行っている訪問薬剤管理指導(居宅療養管理指導を含む)に関する情報提供を、回答者ご本人が1度でも直接、閲覧したことがありますか」: オッズ比(95%信

頼区間) = 2.291(0.264-19.89), p値=0.452、「薬剤師と直接情報交換をしたことがありますか?」: オッズ比(95%信頼区間) = 11.57(1.422-94.15), p値=0.022)であった。

介護老人保健施設について

「介護施設での薬剤情報共有に関するアンケート調査」(対象:介護施設に所属する薬剤師もしくは介護施設に関わる薬剤師)(有効回答数:75件)73件(97.3%)が服薬管理において多職種連携が必要であるという回答であった。その理由が記載されていたのは62件であった。そのうち、「他職種から薬剤師への情報提供」が25件(40.3%)、「各職種の専門性に基づく多角的な評価」が18件(29.0%)、「多職種間の情報共有」が13件(21.0%)、「薬剤師から他職種への依頼・情報提供」が7件(11.3%)であった。

介護施設内での処方提案の実施において困難な点(時間、人員、知識・経験)(10点評価の7点以上を困難と区分した場合)項目ごとにみると、「時間」が23件(30.7%)、「人員」が22件(29.3%)、「知識・経験」が27件(36.0%)と、いずれも約3割で困難であると考えられていた。

また、組み合わせでみると、半数弱(33件、44.0%)でいずれの点も困難とは考えられていなかった。いずれか1つが困難であるという回答は、あわせて19件(25.3%)であり、「時間」が5件(6.7%)、「人員」が2件(2.7%)、「知識・経験」が12件(16.0%)であった。複数の項目で困難であるという回答は、あわせて23件(30.7%)であり、「時間と人員」が8件(10.7%)、「時間と知識・経験」が3件(4.0%)、「人員と知識・経験」が5件(6.7%)、3つともすべてが7件(9.3%)であった。

2. 訪問薬剤管理指導の実態調査 好事例収集および報告書の様式収集

本研究の成果として好事例集としてまとめ、別添報告書2として報告を行った。

1. 薬剤師向けアンケート抜粋

他職種と連携して服薬支援・処方調整が行えた事例はありましたか？

ある 839 件 (77.1%)

ない 249 件 (22.9%)

その事例 (複数回答あり)

アドヒアランスの向上 178 件 (16.3%)

処方提案 150 件 (13.8%)

残薬調整 104 件 (9.6%)

剤形変更 82 件 (7.5%)

服薬状況共有 72 件 (6.6%)

減薬 56 件 (5.1%)

2. 医療従事者向けアンケート抜粋

薬剤師と連携して服薬支援・処方調整が行えた事例はありましたか？

ある 317 件 (55.9%)

ない 250 件 (44.1%)

その事例 (複数回答あり)

アドヒアランスの向上 65 件 (11.5%)

残薬・薬剤管理 58 件 (10.2%)

剤形変更 36 件 (6.3%)

患者の情報提供・共有 28 件 (4.9%)

麻薬管理 26 件 (4.6%)

3. 介護施設薬剤師向けアンケート抜粋

多職種と連携して「服薬支援・処方調整が行えた事例」はありましたか？

ある 32 件 (42.7%)

ない 43 件 (57.3%)

その事例 (複数回答あり)

アドヒアランスの向上 8 件 (10.7%)

減薬 7 件 (9.3%)

剤形変更 6 件 (8.0%)

患者の情報共有 4 件 (5.3%)

訪問薬剤管理指導および居宅療養管理指導の報告書作成のため、既存の報告書の収集を下記の施設の協力により行った。

1. 菅原薬局
2. スギ薬局
3. つくし薬局
4. ファースト調剤薬局
5. 鹿児島県薬剤師会
6. 泉州南圏域医療・介護連携推進協議会
7. 中田薬局小佐野店
8. 徳島県薬剤師会
9. 磐田市立総合病院
10. 和歌山県薬剤師会

調査の結果、ほぼフリースペースの報告書から細かいもの様々な様式が作成されていた。また、認知機能や ADL といった高齢者総合機能評価にあるような多角的な情報が記載されているものは少なかった。

3. 介護老人保健施設での薬剤師と各職種の情報共有の実態調査

(1) 老健薬剤師からのヒアリング調査

ヒアリング調査に関する詳細は、別添報告書3として報告を行った。

多くの施設で老健薬剤師が入所者の調剤およびセットを行っており、限られた時間の中で多職種と連携し、処方提案を行っていた。また、かかりつけ医への情報提供、退所時の薬剤説明などを実施できている施設もあった。病棟薬剤師のように老健施設で薬剤師が薬剤管理業務に専念している施設も存在した。薬剤師と多職種連携に関する主な調査結果は以下の通りである。詳細な調査結果は別添報告書1に示した。

1) 施設内情報共有・多職種連携

- ・電子カルテ
 - ・カルテ内に薬剤関連情報集約ツール構築
 - ・回診同行
 - ・持参薬は支援相談員から、体調等は看護師との連携により情報収集
 - ・全ての入所者に入所前薬剤調査を実施
- 2) 施設外との情報共有
- ・支援相談員を介して施設内採用薬に変更の打診
 - ・施設によっては、かかりつけ医に「定期処方薬方針報告書・薬剤調整報告書」「薬剤変更に伴う診療情報提供書」を送付
 - ・同一法人内で病院と老健の連携の体制構築がされている施設もある
 - ・地域医療ネットワークの活用
 - ・地域での診療と介護連携を促進する研修会の開催
 - ・お薬手帳を活用し退所時の薬剤説明

(2) 介護老人保健施設での老健薬剤師業務に関する調査

本実地調査の報告書として、別添報告書4として報告を行った。

薬剤師と多職種連携に関する主な調査結果は以下の通りである。詳細な調査結果は別添報告書1に示す。

- ①薬剤師はサービスステーション内に常駐のため看護師をはじめとして近い距離で入所者情報を共有し、タイムリーに適切なタイミングで介入できていたと思われた。
- ②薬剤師が多岐にわたる委員活動を通じて様々な職種の方とやりとりがあり、常にスムーズなコミュニケーションがしやすい環境と思われた。
- ③薬剤師が薬学生実習の実施を主導し、各職種へのところへも学生を送り学生の気づき、多職種連携への意識を高めていたと思われた。この施設全体で協力して薬学生を

育てる取組が大変素晴らしく、普段の良い連携にも繋がる取組だと思われた。

D. 考察

服薬管理における多職種連携は、ほとんどの薬剤師が必要という回答であった。その理由について、「他職種から薬剤師への情報提供」がもっとも頻度が高く約半数を占めた。背景としては、薬剤師が患者と接する機会や時間が限られているため、より頻繁に関わる職種から情報を得る必要があると考えられていた。単なる情報提供ではなく、「各職種の専門性に基づく多角的な評価」に目を向けた回答は、在宅医療に比べて、介護施設でその必要性が高く認識されていた。介護施設では、同じ職場や同じ時間帯に他職種と従事することから、他職種の役割に対する理解や円滑な業務遂行の経験等が蓄積されていると考えられた。

薬剤師が行っている評価と多職種が求める情報に乖離が見られる。薬剤師の評価の多くは残薬や服薬アドヒアランスといった薬のものとしての評価であるが、多職種が求める情報として、処方見直しなどの薬物療法の本質が求められている。しかしながら、現状の訪問薬剤管理指導等の報告書では、多くの場合、薬剤師が評価を行っておらず、情報がないため報告が出来ないといった意見もあった。そのため、薬剤師自ら情報を収集し報告書の作成を行うような様式の確立が必要であると思われる。

一方で、薬剤師が在宅への訪問は月に1-2回が8割近くを占め、報告書の作成にかかる時間は概ね5-20分が最も多い。3割近くが報告書作成は翌日以降で行っているため、情報の抜けもあることが考えられた。

情報共有を考えた場合、義務のある医師とケアマネジャー以外では、看護職が約4

割、その他の職種は1割未満でありほとんど共有していない実態が明らかになった。多くの場合、報告書の情報共有にはFAXが使用されているが、実際の処方提案などでは、電話などで行い後日、報告書を送付するなど対応されている例が多いことが明らかになった。

多職種側からのアンケートでも、薬剤師との情報共有を行ったことがある職種は7割にとどまった。また、同じ時間帯に訪問があることが不足している課題として出ており、同一の時間で訪問するなど工夫を行うことも必要であると思われる。

「多職種間の情報共有」から一步踏み込んだ関わりとして、本研究では「薬剤師から他職種への依頼・情報提供」を別カテゴリとした。在宅医療および介護施設ともに、約1割で「薬剤師から他職種への依頼・情報提供」に言及した回答が得られた。一方で、業務負担に関しては、在宅医療では訪問薬剤管理指導(居宅療養管理指導を含む)の実施、介護施設では処方提案の実施と質問が異なるものの、在宅医療と介護施設のいずれも半数以上は何らかの困難さを感じている状況であった。とくに在宅医療では「時間」や「人員」の点から実施が困難であるという回答が多かった。関連した注意点として、介護施設(介護老人保健施設)のアンケート対象施設の選定に際し、過去の調査結果から少なくとも当時は常勤の薬剤師が勤務していた施設に限定したことから、薬剤師が他の勤務形態(より短時間の業務等)の場合とは業務負担感が異なるかもしれないことがある。

介護老人保健施設(老健)では、原則3~6か月で退所だが、実際の在所期間は平均して281日間である。(出典:厚生労働省「令和2年介護サービス施設・事業所調査の概

況)介護老人保健施設には要介護度の低い者が多く、平均要介護度は3.12、要介護3以下の者の割合は57.2%である。かかりつけ医連携薬剤調整加算は退所時に減薬できた人の6.9%しか算定できていない。その理由の6割が「入所前の医療機関の主治医との合意形成が困難なため」が多い。全国の老健施設4337施設中、常勤薬剤師は453名(10.5%)、非常勤薬剤師780名(18.0%)老健では入所時平均5.9種類、1カ月後5.1種類に減り、2カ月後は5.4種類に戻る。単に薬を減らすだけではなく、状態に合わせて必要であれば薬を追加していることが言われている。

今回のアンケート調査では、母集団の少ない老健薬剤師から75件回収することが出来た。在宅医療と介護施設という違いはあるものの、服薬管理においては「薬剤師から他職種への依頼・情報提供」を一層進める余地があると考えられた。一方で、現状として多くが業務負担を感じていることから、例えば、利便性の高い情報共有ツールの活用等によって、薬剤師がより専門性を活かした業務に注力できる環境を整える必要があるかもしれない。

今回、回答した老健薬剤師は薬剤師歴が35年以上の薬剤師が多く、いわば再雇用者が多い。こうした背景を考えると多職種との連携が行えていない実態は、これまでのキャリアでこうした背景がないためではないかと考えることもできる。

文献調査において老健の入所者の約10%に薬物有害事象が発生していたが、15%の老健薬剤師しか副作用の確認を行っていない。そして介入のための情報源としては介護士からの会話情報が多いことが示されていた。座談会等でも挙げられた意見として入所者300名に対して1名の薬剤師の設置基準で

あり、処方調剤等で忙殺され、副作用の確認などを含む薬学的管理が適切に行われていないことが現状として明らかになった。出来ている介入としても剤形変更および服薬管理に関する内容が多い。

本研究の限界として、多職種連携を必要とする理由の類型化について、回答の理解や捉え方に研究者間でばらつきがあることが考えられる。別の研究者が行った場合には、異なるカテゴリーの設定や区分となる可能性がある。また、多職種連携を必要とする理由については、自由記述による回答であり、最初に思いついたひとつだけを回答した場合等もあるかもしれないため、薬剤師の考えをすべて把握できているわけではない。なお、本研究では、アンケート①では多数のアンケート回答が得られたが、回答者と非回答者で多職種連携に対する考え方や業務の状況が異なる可能性がある。

E. 結論

本研究により、在宅医療や介護施設に関わる薬剤師のほとんどが多職種連携は必要であると考えているが、情報提供として看護師以外の職種では1割以下と非常に少ない。また、薬剤師が提供している情報は「薬」に関する管理や残薬といった物に関する情報であるが、多職種が求めている情報は、

「処方見直し」などの薬物療法の有効性・安全性に関する情報である。そのため、薬剤師が積極的な情報収集と薬物療法に対する積極的な処方提案が行える報告書の作成が必要である。

また、関連業務の実施における業務負担についての調査結果から、半数以上が何らかの困難を感じており、とくに在宅医療では「時間」や「人員」の点から困難であるという回答が多かった。したがって、現状として、薬剤師が単純に追加の業務を取り入れることは難しいと考えられるため、簡便な情報収集のツールの作成や在宅医療や介護施設でのより良い多職種連携に向けて、情報共有ツールの活用等を含めて薬剤師の業務改善を検討していくことが必要であると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

令和 4 年度厚生労働科学研究費補助金
長寿科学政策研究事業

訪問薬剤管理指導に対する薬剤師と各職種との
情報共有に関する実態調査と介護施設における
多職種連携に関する実態調査 報告書

令和 5 年 4 月

薬学的視点を踏まえた自立支援・重度化防止推進のための研究 (22GA1005)
研究班

○研究代表者

国立長寿医療研究センター 薬剤部 薬剤師 溝神 文博

○研究分担者

岩手医科大学・薬学部 臨床薬学講座 地域医療薬学分野・教授 高橋 寛
東京大学大学院薬学系研究科 医薬政策学講座 特任研究員 岡崎 光洋
昭和大学 薬学部 教授 岸本 桂子
藤田医科大学 医学部 准教授 水野 智博
名古屋大学 医学部附属病院 地域連携・患者相談センター 病院講師 小宮 仁
藤田医科大学 医学部 教授 長谷川 みどり
地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター東京健康長寿医療センター研究所
研究員 枝広 あや子
大阪大学 大学院医学系研究科 教授 竹屋 泰
名古屋学芸大学 管理栄養学部 教授 岡田 希和子
一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部
副部長 浜田 将太
国立長寿医療研究センター 病院リハビリテーション科部・統括管理士長 伊藤 直樹

○研究分担者

国立長寿医療研究センター 理事長 荒井 秀典
国立長寿医療研究センター 薬剤部 薬剤師 天白 宗和
国立長寿医療研究センター 薬剤部 薬剤師 長谷川 章
介護老人保健施設 横浜あおばの里 薬剤部 丸岡 弘治
藤田医科大学病院 薬剤部 薬剤師 蟹江 孝樹
株式会社スギ薬局 DI室 薬剤師 神保 美紗子
株式会社スギ薬局 人材開発部医療教育課 薬剤師 相宮 幸典
大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻 看護実践開発科学講座 老年看護学
准教授 山川 みやえ
大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻 看護実践開発科学講座 老年看護学
助教 糺屋 絵理子
一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部 研究員
田口 怜奈
公益社団法人日本薬剤師会 常務理事 豊見 敦

○調査研究協力組織

公益社団法人日本薬剤師会

公益社団法人全国老人保健施設協会

公益社団法人鹿児島県薬剤師会

一般社団法人日本老年歯科医学会

一般社団法人日本在宅栄養管理学会

一般社団法人訪問リハビリテーション協会

愛知県訪問リハビリテーション連絡協議会

1 背景

調査の目的

訪問薬剤管理指導において、ポリファーマシー対策等の薬学的管理を行う際には、情報収集が最も重要である。ポリファーマシーは明確な処方薬数の定義ではなく「薬剤のあらゆる不適切な問題」とされており、重複投与、薬物有害事象、服薬アドヒアランスの低下、過量投与・過小医療の回避などを含めた薬物療法の適正化が求められ、薬剤以外の情報収集が必要不可欠である。国立長寿医療研究センター内の高齢者薬物療法適正化チーム〔医師（老年内科、リハビリ科、循環器科等）、薬剤師、看護師、管理栄養士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士〕は、多職種で情報を共有し、介入を行うモデルケースであるといえる。しかしながら、病院以外の地域医療レベルでの社会実装は進んでおらず、本研究では、こうしたチーム医療のモデルを訪問薬剤管理指導および介護施設で実装することが求められる。

本研究は、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局、病院薬剤部に勤務する薬剤師及び、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局、病院薬剤部から情報提供を受けたことのある施設の多職種（医師・歯科医師・看護職・ケアマネジャー・介護士・ホームヘルパー・医療ソーシャルワーカー/相談員・作業療法士・理学療法士・言語聴覚士・管理栄養士）を対象としたアンケート調査、ならび介護施設（特に介護老人保健施設及び介護医療院）に所属する薬剤師もしくは、介護施設に関わる薬剤師を対象にアンケート調査を行い、情報提供を行う際の様式案の作成を行うための基礎資料とすることを目的とした。

2 研究方法

4) 研究デザイン

質問票を用いた研究（個人を特定できないようにしたアンケート調査）

5) 方法

URL、QR コードからの電子入力対応とし、全国の医療機能情報を検索できる情報サイトより検出し施設長宛てに案内を郵送する。なお、全国老人保健施設協会、岩手県薬剤師会、日本訪問リハビリテーション協会、全国介護老人保健施設協会、老年歯科医学会に依頼し会員に郵送もしくは一斉メールでアンケートのURL、QR コードを配布する。

6) データ収集

インターネット経由でデータを入力し国立長寿医療研究センターにて集計

4) 選択基準

本研究では、同意を得られた医療関係者の以下①～③が対象となる。

薬剤師向けアンケート

- ① 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局、病院薬剤部に勤務する薬剤師

その他職種向けアンケート

- ② 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局、病院薬剤部から情報提供を受けたことのある施設の多職種（医師・歯科医師・看護職・ケアマネジャー・介護士・ホームヘルパー・医療ソーシャルワーカー/相談員・作業療法士・理学療法士・言語聴覚士・管理栄養士）

介護施設アンケート

- ③ 介護施設（特に介護老人保健施設及び介護医療院）に所属する薬剤師もしくは、介護施設に関わる薬剤師

5) 除外基準

次の基準に一つでも該当する場合は、本研究に参加することができない。

- ・薬剤師向けアンケートでは、在宅業務を行ったことがない薬剤師
- ・その他職種向けアンケートでは、在宅業務を行ったことがない多職種（医師・歯科医師・看護職・ケアマネジャー・介護士・ホームヘルパー・医療ソーシャルワーカー/相談員・作業療法士・理学療法士・言語聴覚士・管理栄養士）
- ・介護施設アンケートでは、介護施設に関わりがない薬剤師
- ・アンケート調査項目のすべてに回答が得られないもの

6) 調査項目

本研究では、以下の項目を調査する。

(1) 薬剤師へのアンケート調査

- ・あなたは現在、在宅に関する業務に関わっていますか？
- ・回答者背景（年齢群、経験年数、在宅業務の経験年数）
- ・在宅業務の実態（回答者が関わる訪問薬剤管理指導の担当人数、回答者が利用者一人に対する一回の平均訪問時間と頻度、回答者の対物業務と対人業務、その他の業務の割合、回答者の平均的な訪問薬剤管理指導（在宅業務）に関する業務はあなたの業務全体の何%、平均して訪問薬剤管理指導に関する業務の中のそれぞれの割合）
- ・在宅訪問準備（薬学的管理指導計画書について、初回の計画書の作成に要する時間、計画書は多職種で共有、計画書作成者と訪問を行う薬剤師は同一の薬剤師、医師・ケアマネ等への報告書は薬学的管理指導計画書に基づいて行なわれているか、月1回見直しが必要であるが、必ず見直しを行っているか）
- ・訪問時の情報収集・訪問時の業務（対応中の患者に対して回答者が、服薬や薬剤に関する業務で行っているもの、その情報は収集した後は多職種で共有、他職種からの情報で訪問薬剤管理指導に役に立った情報、訪問薬剤管理指導の報告書を1件作成するのに必要な時間、訪問薬剤管理指導の報告書は多職種で共有、服薬管理において多職種連携はどんな時に必要、訪問診療同行又は往診同行を行ったことがあるか、薬剤師の診療補助に同行する人がいるか、訪問直後（訪問日）に薬歴・報告書を書いているか）
- ・多職種連携の現状（対応中の在宅患者に対してどの職種（薬剤師以外）が訪問介入しているかを把握、多職種と連携して服薬支援・処方調整が行えた事例）
- ・情報共有に関して（他職種からの患者に関する相談や問合わせ、多職種間での患者情報共有のツールに関して普段何を分かっているか、どんな患者情報共有のツールが便利と思うか）
- ・訪問薬剤管理指導に関する課題（回答者が、他職種と連携することに対して不足しているもの、訪問薬剤管理指導の実施に時間的な困難を感じるか、訪問薬剤管理指導の実施に人力的な困難を感じるか、訪問薬剤管理指導で処方提案を行うことに知識・経験不足で困難を感じるか）

(2) その他職種へのアンケート調査

- ・あなたは現在、在宅に関する業務に関わっていますか？
- ・回答者背景（年齢群、職種の経験年数、在宅業務の経験年数、薬剤師が行っている訪問薬剤管理指導に関する情報提供、回答者の所属する施設の情報（種類））
- ・在宅診療に関与する服薬・薬剤に関する業務に関して（在宅患者訪問薬剤管理指導で薬剤師が行っている業務内容を把握、薬剤師に追加で実施して欲しい業務、対応

中の患者に対してあなたが服薬や薬剤に関する業務で行っているもの、薬剤師が訪問指導に入っていることを知らず困った経験、薬剤に関する患者からの問い合わせで困ったこと、お薬手帳を確認、服薬管理において、多職種連携は必要、薬剤師と連携して服薬支援・処方調整が行えた実例、内服調整に合わせた運動機能や認知機能の評価)

- ・情報共有（薬剤師と直接情報交換、薬剤師からの患者に関する相談や問い合わせ、多職種間での患者情報共有のツール、どんな患者情報共有のツールが便利)
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導等に関する課題（これまで回答者が経験した退院時カンファレンスやサービス担当者会議に、薬剤師が出席していたことはあったか、退院時カンファレンスやサービス担当者会議に薬剤師が参加することにどのようなメリット・デメリットがあると思うか、これまで回答者が参加した多職種交流会や事例検討会、研修会に薬剤師が参加しているか、回答者が、薬剤師と連携することに対して心理的な障壁を感じるか、回答者が、薬剤師と連携することに対して不足しているものはあるか、今後、薬剤師からの積極的な情報共有を望むか)

(3) 介護施設へのアンケート調査

- ・あなたは介護施設に所属する、もしくは、入居者の調剤や薬剤管理などの業務を行う薬剤師ですか？
- ・回答者背景（回答者の現在の勤務施設、年齢群、薬剤師の経験年数、介護施設の経験年数)
- ・介護施設での実態（回答者が関わる介護施設の直近1ヶ月の入所者数、回答者が関わる介護施設での処方提案件数、回答者が利用者一人に対する平均指導時間と頻度、回答者の対物業務と対人業務及びその他の業務の割合、回答者の平均的な介護施設での処方提案などの薬物療法適正化に関する業務はあなたの業務全体の何%)
- ・患者の情報収集および薬学的管理業務（対応中の利用者に対して回答者が、服薬や薬剤に関する業務、その情報は、収集した後、多職種で共有、他職種からの情報で薬剤管理指導に役にたった情報、薬剤管理指導業務の報告書は多職種で共有、服薬管理において、多職種連携は必要、施設内カンファレンス、退院時カンファレンス、サービス担当者会議に参加した上で業務を行っているか)
- ・多職種連携の現状（対応中の利用者に対して自施設内で他職種と連携、対応中の利用者が退所時に地域のクリニックや薬局と連携、対応中の利用者が退所時に地域における他施設の他職種と連携、多職種と連携して服薬支援・処方調整が行えた実例)
- ・情報共有に関して（自施設及び他施設に関して：他職種からの患者に関する相談や問い合わせ、医療従事者間での患者情報共有のツールに関して普段何をつかっているか、どんな患者情報共有のツールが便利と思うか)
- ・多職種連携の課題（回答者が、自施設内の多職種と連携することに対して不足して

いるもの、回答者が、他施設の多職種と連携することに対して不足しているもの、介護施設内で処方提案を行うことに時間的な困難、介護施設内で処方提案を行うことに人員的な困難、介護施設内で処方提案を行うことに知識・経験不足で困難)

7) アンケート調査期間

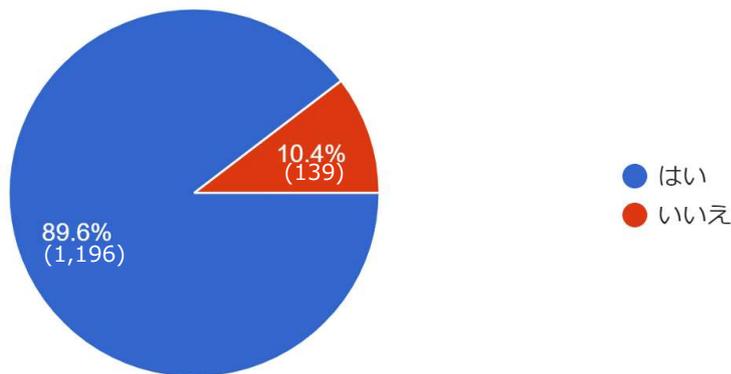
2023年2月1日～2023年2月15日

3 研究結果

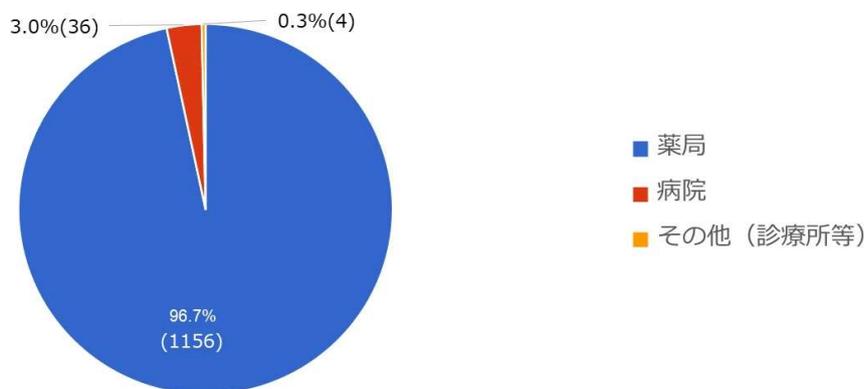
薬剤師向けアンケート

訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局、病院薬剤部に勤務する薬剤師

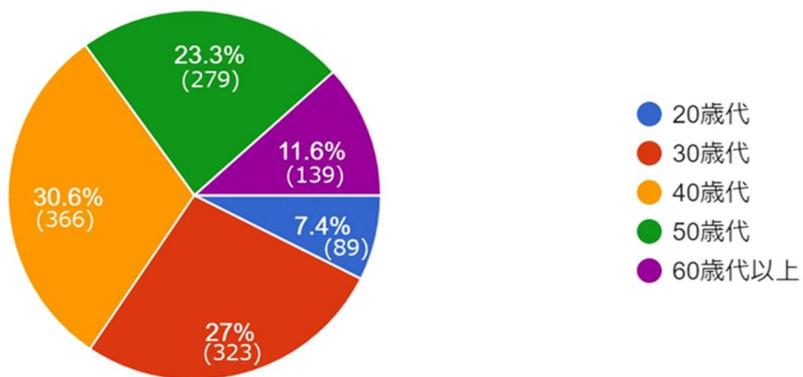
1. あなたは現在、薬剤師として在宅に関する業務（訪問薬剤管理指導、居宅療養管理指導）（以下、「在宅業務」と言います。）に関わっていますか？（n=1335）



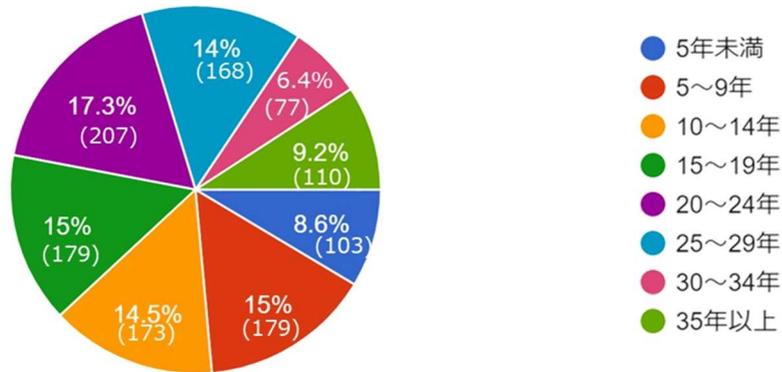
2. 勤務先の施設区分（n=1196）



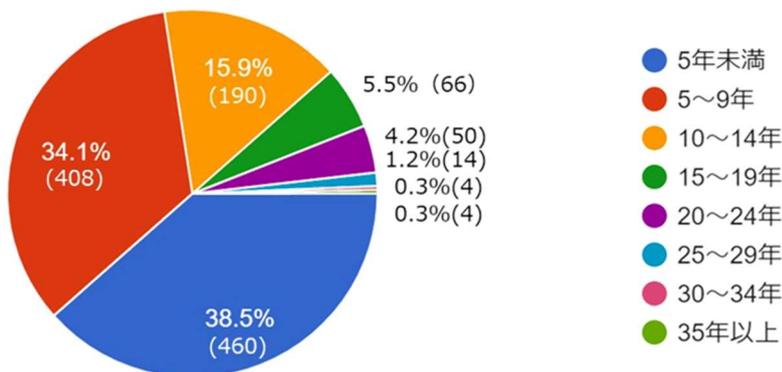
3. 年齢群（n=1196）



4. 薬剤師としての経験年数 (n=1196)



5. 薬剤師としての在宅業務の経験年数 (n=1196)

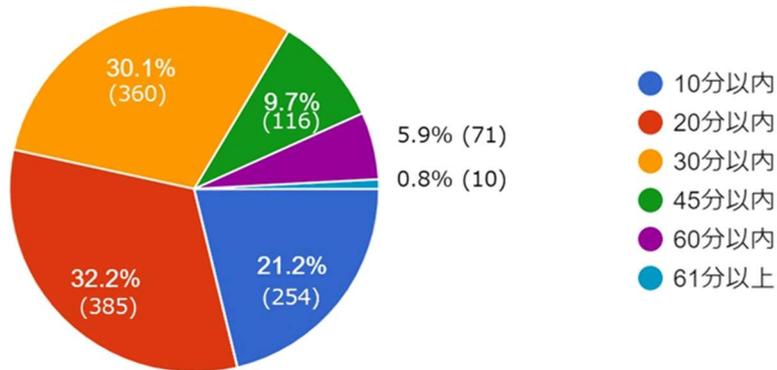


6. 在宅業務の実態

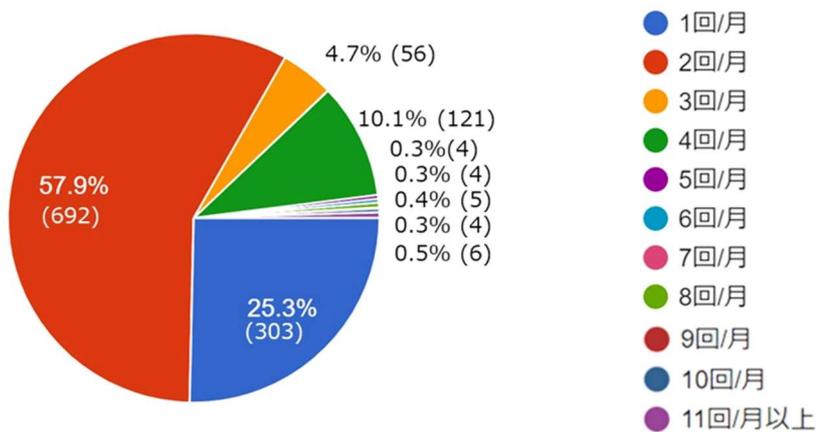
①回答者が関わる訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導を含む）の担当人数（●件/月）(n=1196)

最小値	0
四分位25%	2
中央値	5
四分位75%	16
最大値	400

②回答者が患者一人に対する一回の平均訪問時間（平均●分）（n=1196）

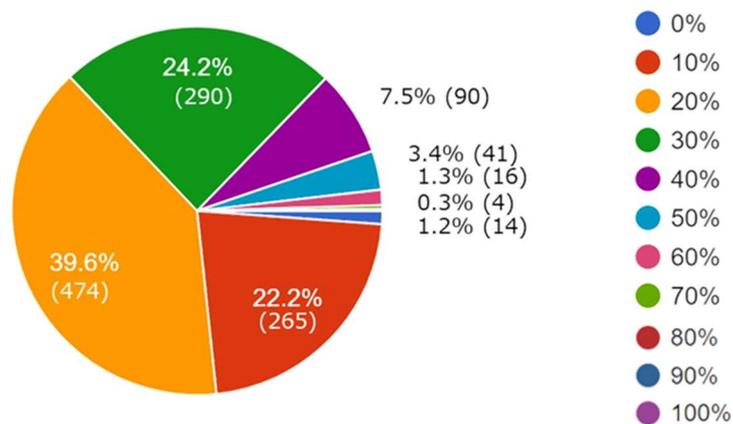


③回答者が利用者一人に対する頻度（●回／月）（n=1196）

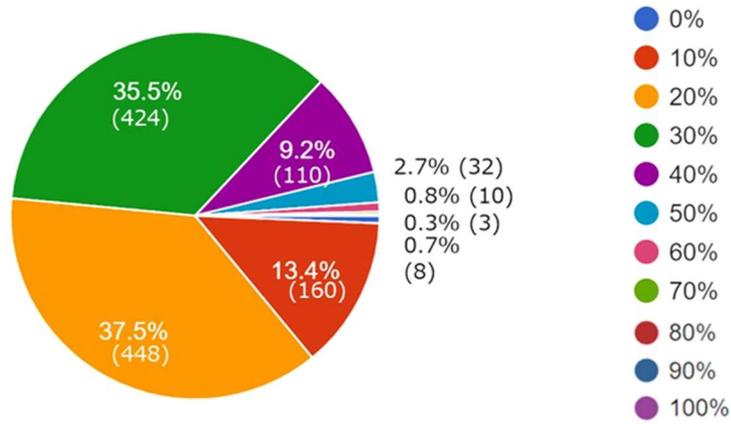


7. 直近1ヶ月の業務に関する質問

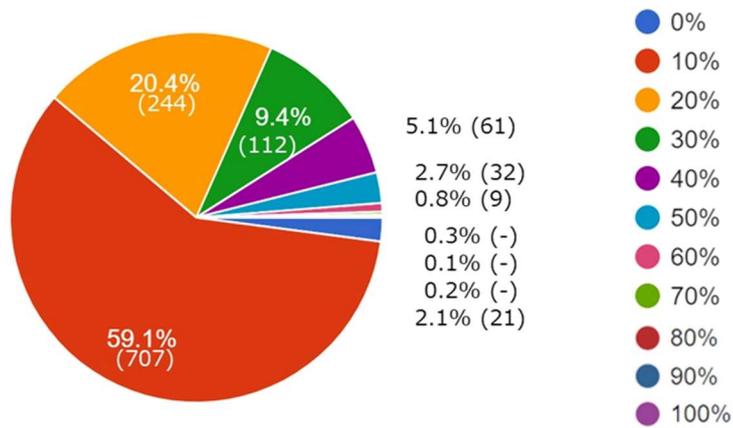
①調剤業務（n=1196）



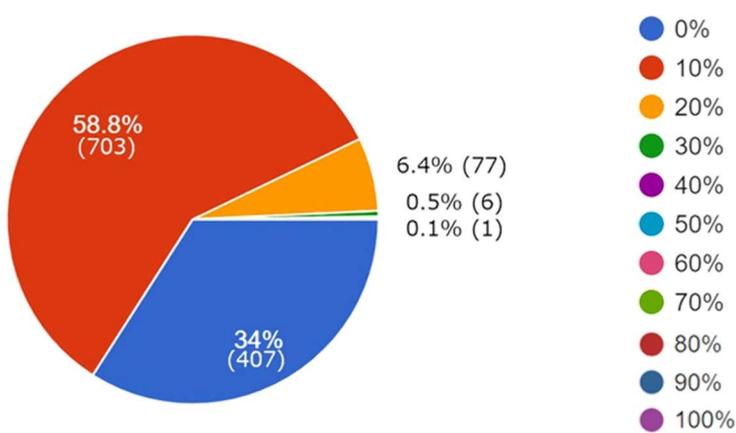
②服薬指導 (n=1196)



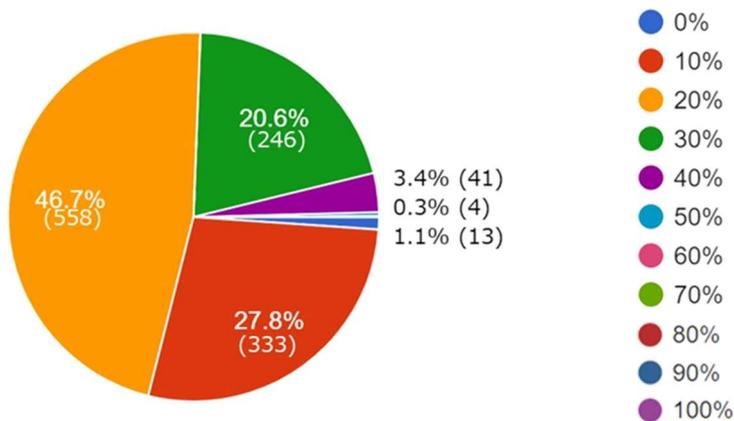
③在宅訪問業務（移動・報告書の作成を含む）(n=1196)



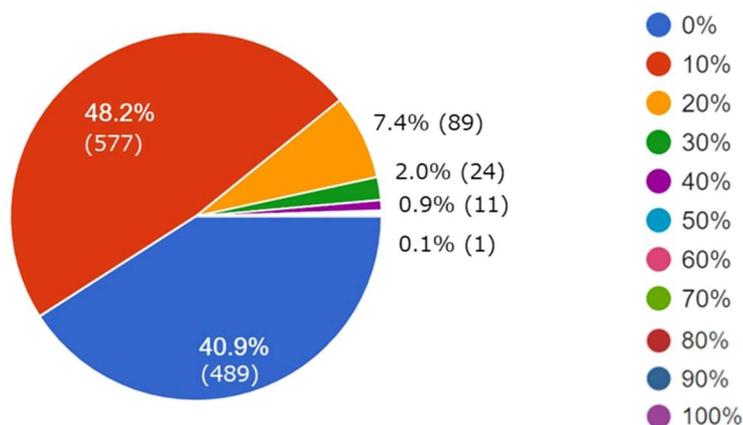
④発注業務 (n=1196)



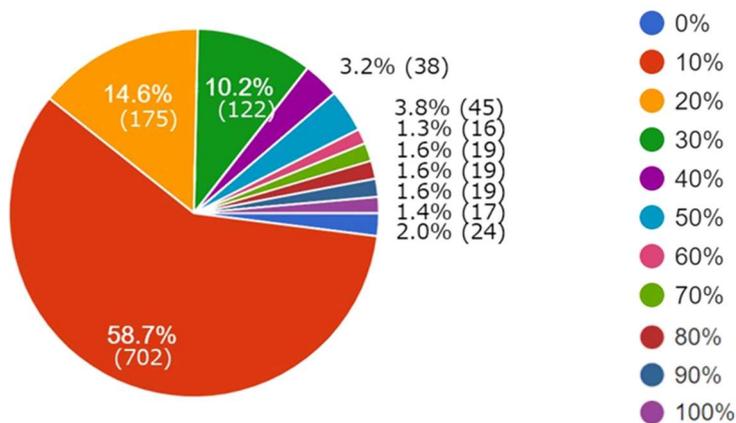
⑤薬歴の記録 (n=1196)



⑥その他の業務 (医薬品や衛生材料等の販売など) (n=1196)

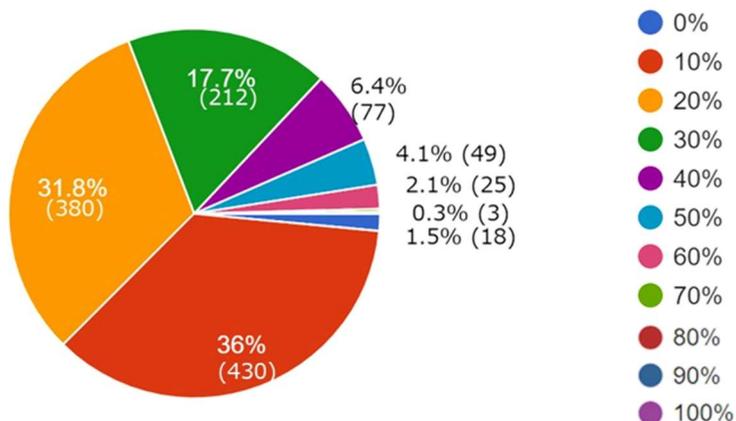


8. 「訪問薬剤管理指導 (居宅療養管理指導を含む)」に関する業務についてあなたの業務全体の何%に該当しますか? (n=1196)

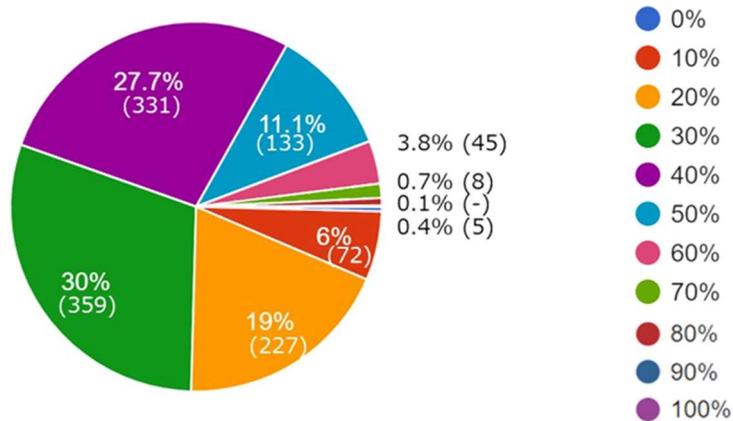


9. 「訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導を含む）に関する業務」について

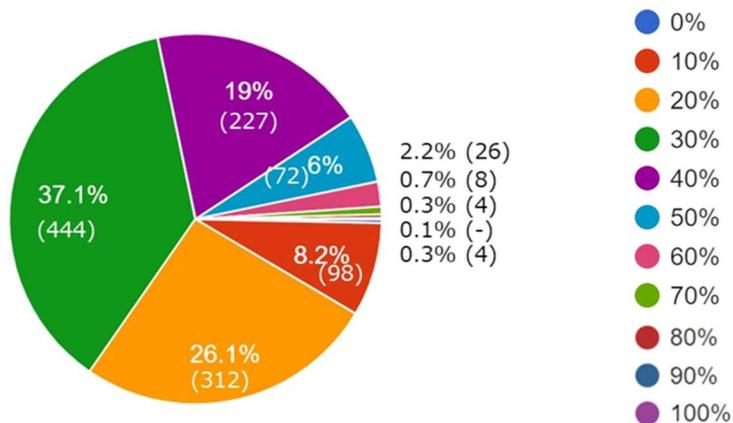
①移動時間 (n=1196)



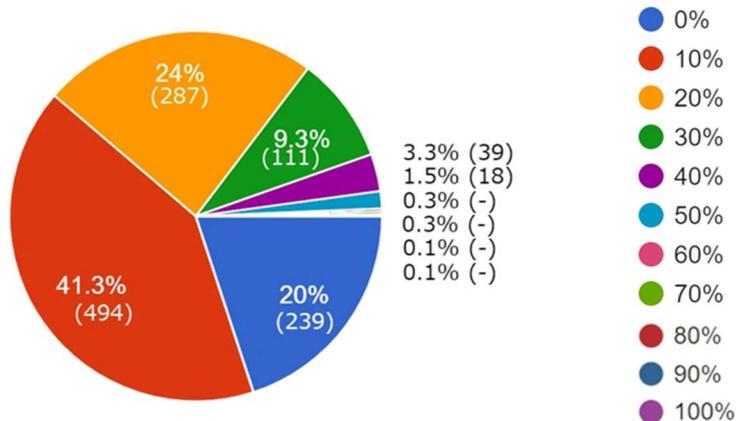
②指導等 (n=1196)



③薬歴・報告書作成 (n=1196)

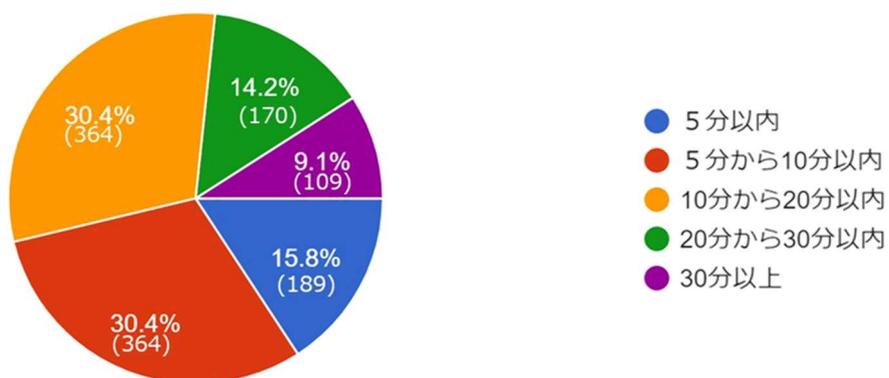


④その他 (n=1196)

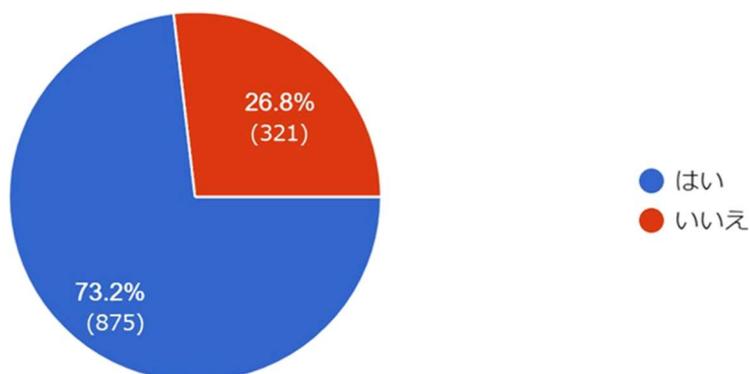


11. 在宅訪問準備について

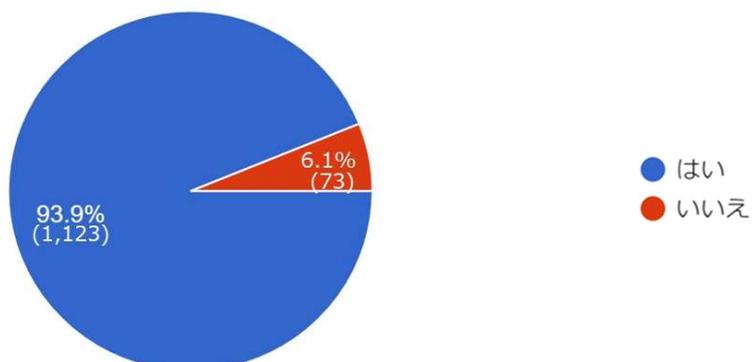
①初回の「計画書」作成に要する時間は平均どのくらいですか？ (n=1196)



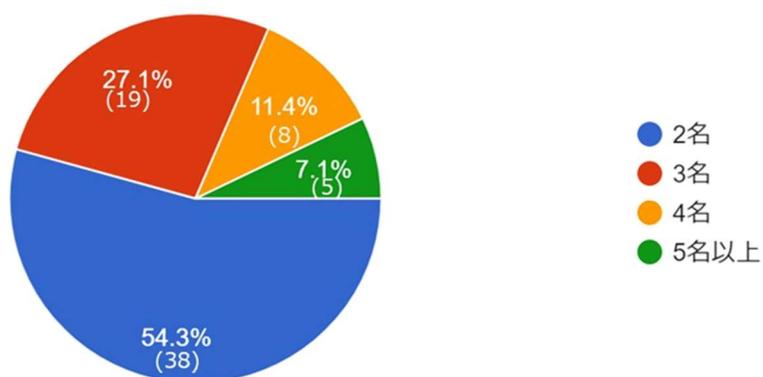
②「計画書」は他職種で共有されていますか？ (n=1196)



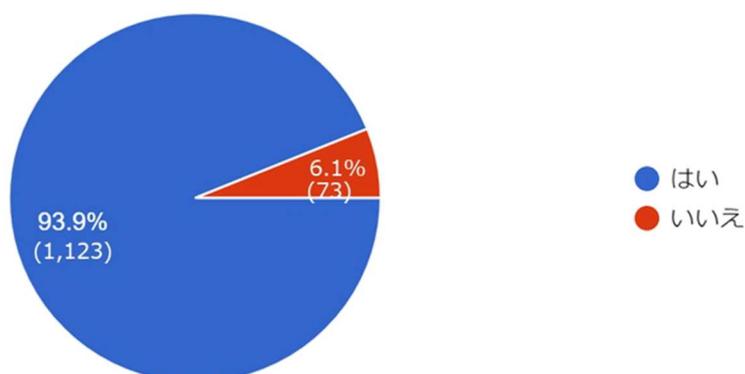
③ 「計画書」作成者と、訪問を行う薬剤師は同一の薬剤師ですか？ (n=1196)



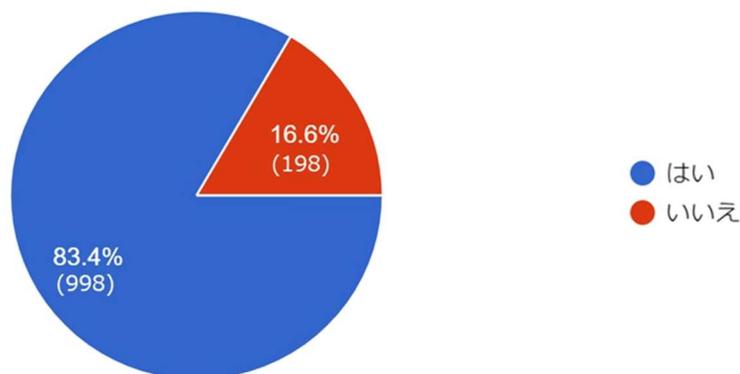
④ (前問で「いいえ」と回答した方のみ)
1患者あたりの対応薬剤師数 (n=70)



11. 医師・ケアマネ等への報告または報告書の提出は、「計画書」に基づいて行なわれていますか？ (n=1196)

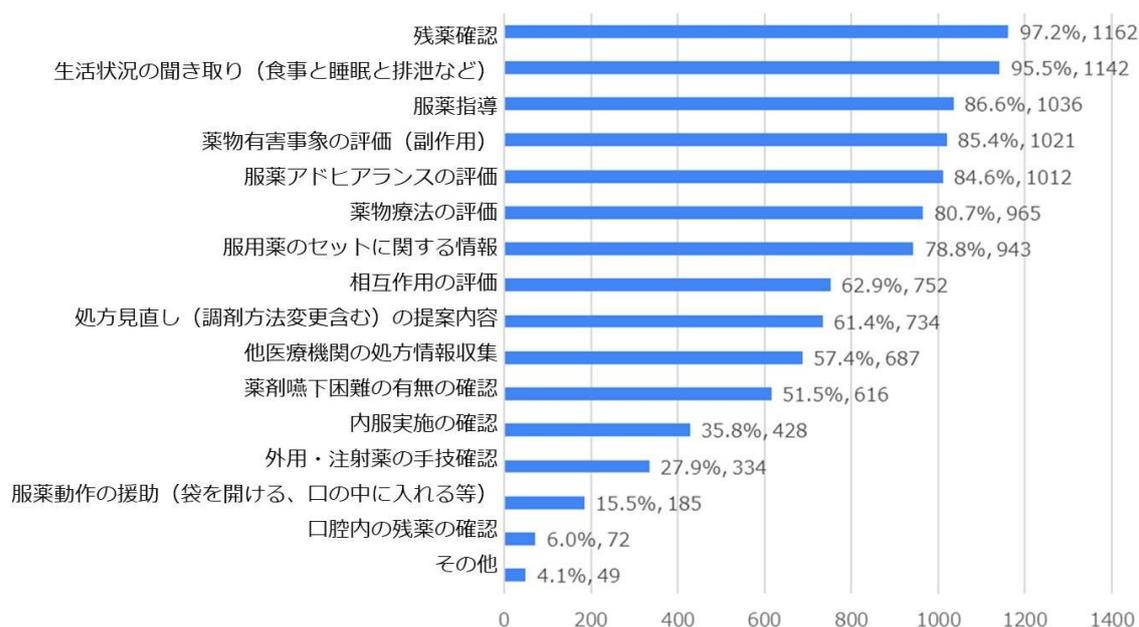


12. 「計画書」は月1回の見直しが必要ですが、随時、状況に応じて見直しを行いますか？ (n=1196)

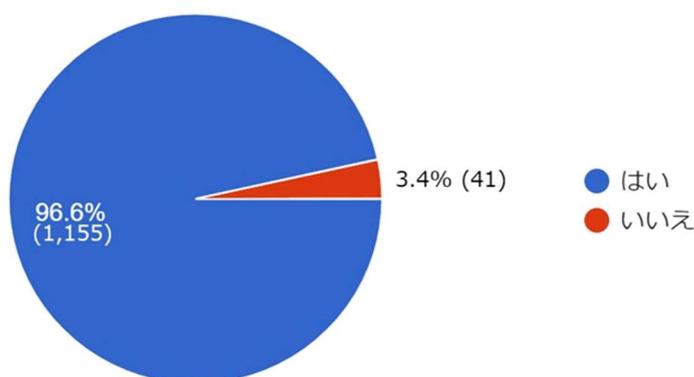


13. 訪問時の情報収集・訪問時の業務

①対応中の患者に対して、服薬や薬剤に関する業務で行っているものは何ですか？
(複数回答可) (n=1196)

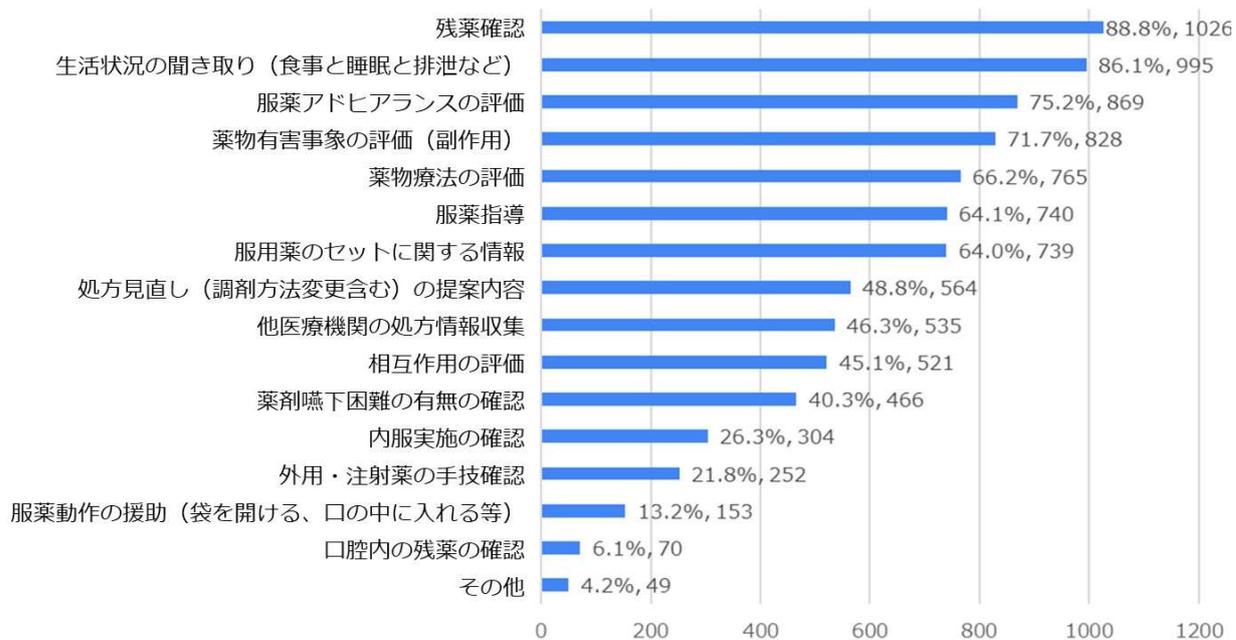


②情報を収集した後、その情報は他職種で共有をしていますか？ (n=1196)

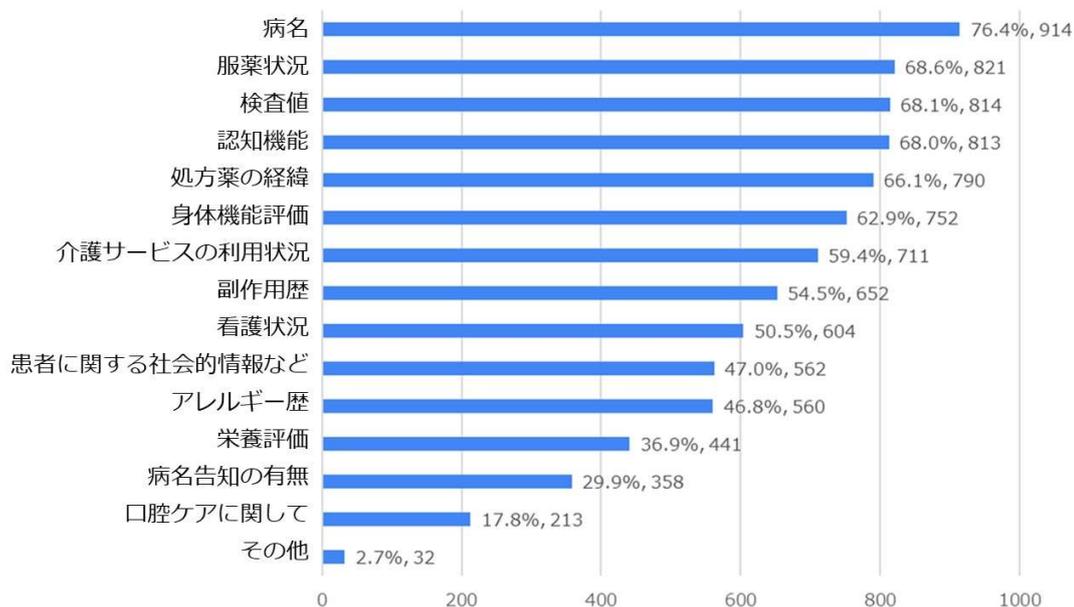


③（前問で「はい」を選択した方のみ）

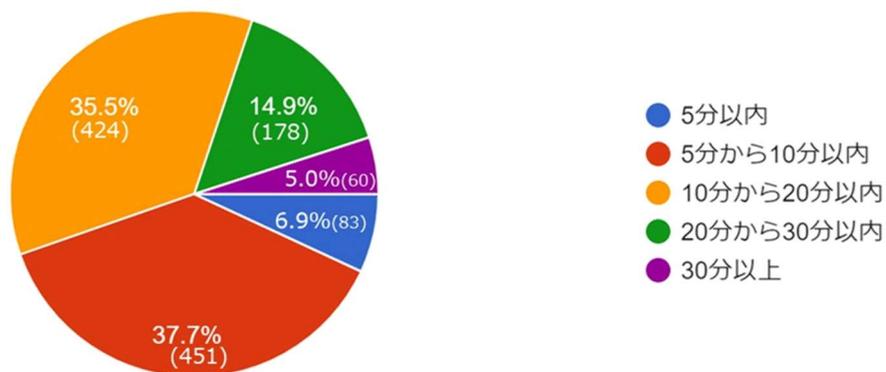
他職種で共有をしている情報は何か？（複数回答可） (n=1196)



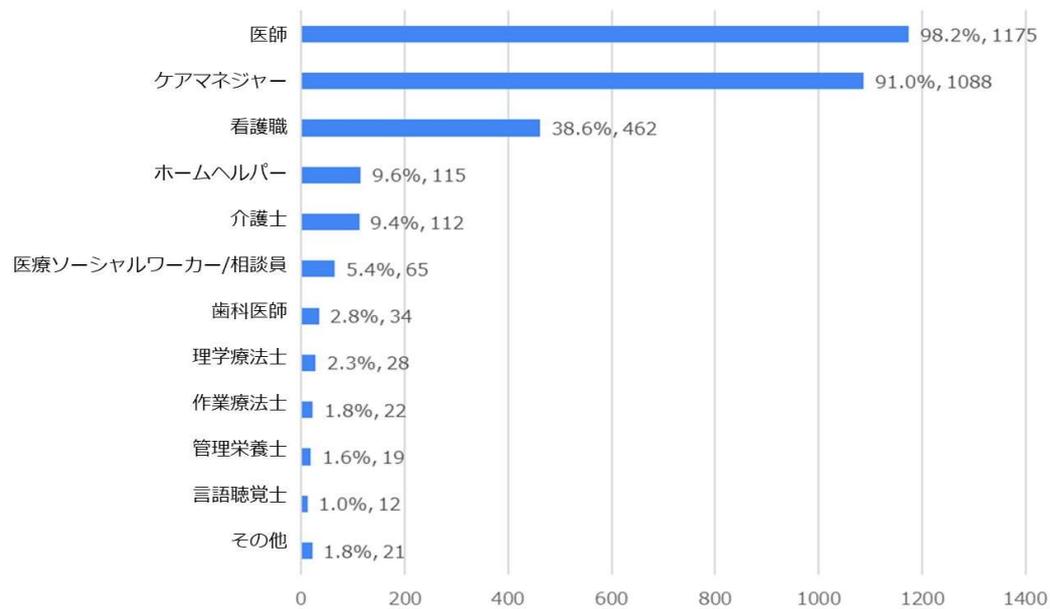
④他職種からの情報で、訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導を含む）に役立つ情報は何か。具体的な内容を教えてください。（複数回答可）（n=1196）



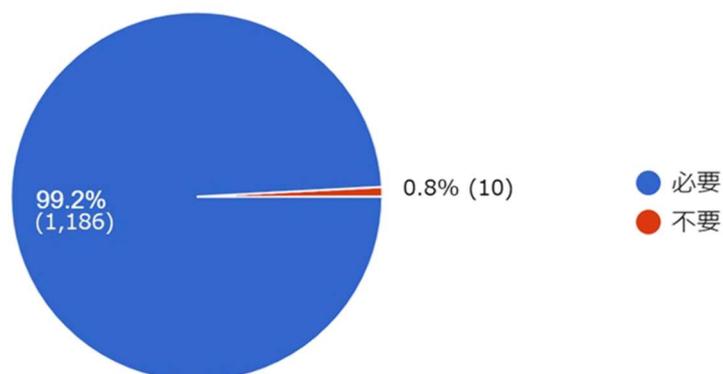
14. 「訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導を含む）の報告書」を1件作成するのに必要な時間はどのくらいですか？（n=1196）



15. 「訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導を含む）の報告書」は他職種で共有されていますか？（複数選択可）（n=1196）



16. 訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導を含む）において、他職種連携は必要だと思いますか？（n=1196）



●回答の理由を教えてください。

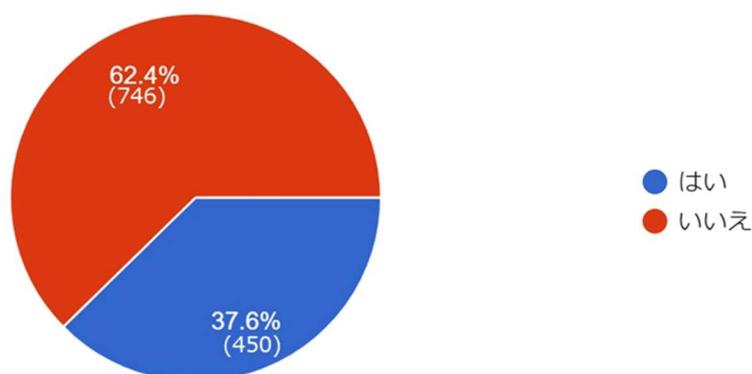
■必要（n=1183）

- ・情報共有のため
- ・状態把握に必要
 - 薬局だけだと患者情報が足りない
 - 患者の生活全体像の把握のため
 - 職種により気が付く点異なるため
 - 訪問日時が限られるため、その間の情報を知る
- ・今までの経緯、および今後の方針立てに役立つ
- ・変化の際にスムーズな対処ができる
 - 患者の容態変化
 - 処方内容の変化 など

■不要（n=10）

- ・見られていないため
 - 文書を作ることが目的になっている
 - 特段必要となる情報がないため
- ・あまり薬局の意見が活用されていないため

17. 訪問診療同行、又は往診同行を行ったことがありますか？ (n=1196)



●回答の理由を教えてください。

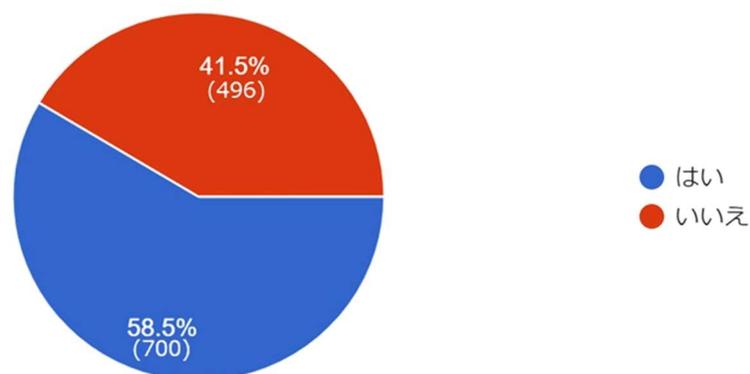
■はい (n=450)

- ・ 依頼があったため
 - Dr.、病院、介護施設、患者からの希望
- ・ どんな場面、目的で訪問したのか
 - 初回往診時
 - 末期がん PCA ポンプ開始前の導入準備
 - 麻薬を用いた疼痛コントロール実施時
 - 医師の治療方針・処方意図を確認するため
 - アドヒアランス向上のため

■いいえ (n=746)

- ・ 時間が合わない
 - 外来と重複していて不可
- ・ 訪問機会がない
 - 同行依頼がない (医師、患者から)
- ・ 人手不足
 - 薬局を離れられない

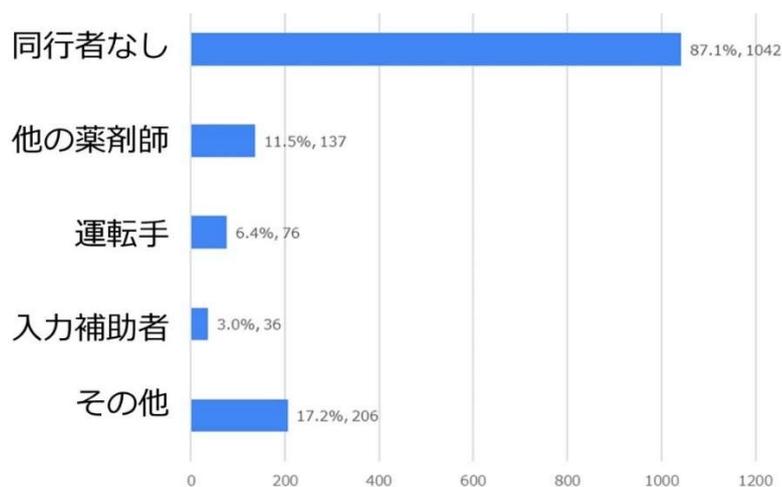
18. 訪問診療前カンファレンス、退院時カンファレンス、サービス担当者会議に参加した上で業務を行っていますか？ (n=1196)



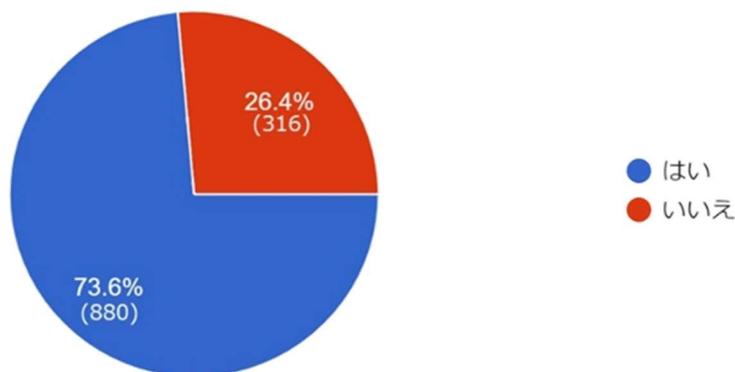
● 「いいえ」と回答した理由を教えてください。(n=496)

- ・機会がない
 - 声をかけられない (多職種、病院、患者から)
 - 会議に呼ばれない
 - (コロナで) 開催されていない
 - 事後報告が多く、いつ開催されているのか知らない
 - 契約後に薬局介入の依頼が来るため
- ・時間がない
 - 勤務時間内で参加できない
- ・人手不足

19. 薬剤師の訪問に同行する人がいますか？ (複数選択可) (n=1196)



20. 訪問直後（訪問日）に「薬歴」を書いていますか？（n=1196）



【回答理由】

■はい（n=880）

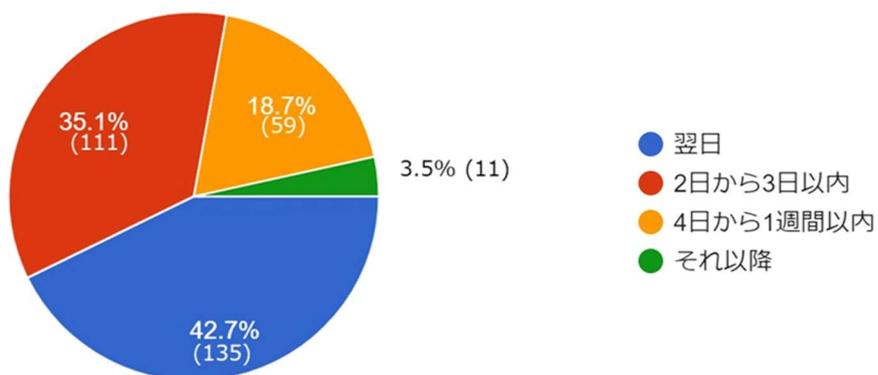
- ・忘れない内に記録したい
- ・会社のルールのため
- ・報告書と薬歴記載内容に共通点があるため
- ・多職種への情報共有を迅速に行うため
- ・当日記載しないと翌日以降の仕事がたまるため

■いいえ（n=316）

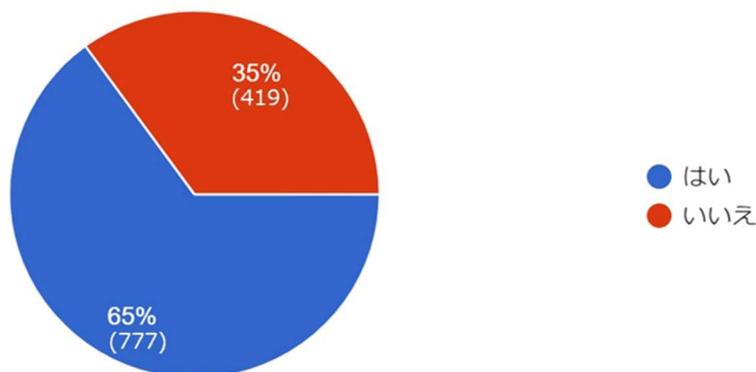
- ・業務の都合上
 - まとまった時間が必要
 - 忙しくて書けない
 - 業務終了後の訪問が多いため（訪問が夜）
 - 薬局内のシステムでしか記載ができないため直帰すると書けない
- ・考えを整理してから記載するため
 - 疑義紹介や残薬確認、提案をまとめるため

（前問で「いいえ」と回答した方）

「薬歴」を書くタイミングを教えてください。（n=316）



21. 訪問直後（訪問日）に「報告書」を書いていますか？（n=1196）



【回答理由】

■ はい（n=777）

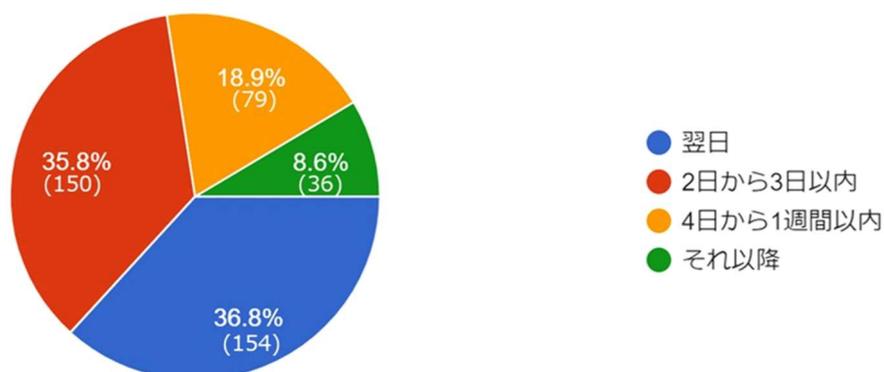
- ・ 忘れないうちに記載するため
- ・ 多職種への早い情報共有のため
- ・ 会社の規則のため
- ・ 薬歴と連動しているため

■ いいえ（n=419）

- ・ 時間的に書く余裕がない
 - 緊急性のあるものは当日に連絡する
 - 他業務との兼ね合い（調剤を優先、など）
- ・ 作成ルール
 - 週に1度訪問しているため、2週分まとめて報告している
 - 優先順位が低いため
 - じっくり整理をしてから報告書を書くため

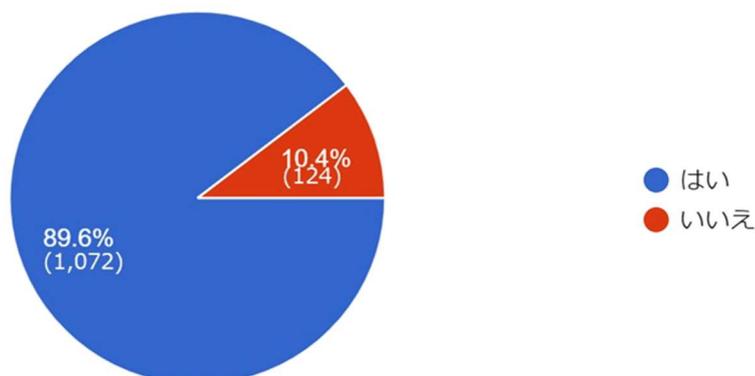
（前問で「いいえ」と回答した方）

「報告書」を書くタイミングを教えてください。（n=419）



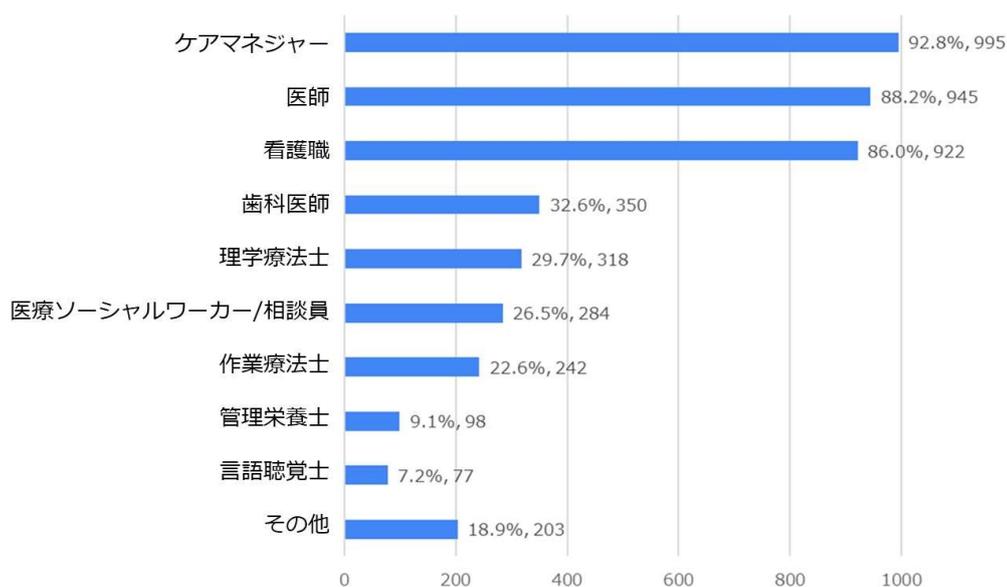
22. 他職種連携の現状について

①対応中の在宅患者に対して、どの職種（薬剤師以外）が訪問介入しているかを把握していますか？（n=1196）

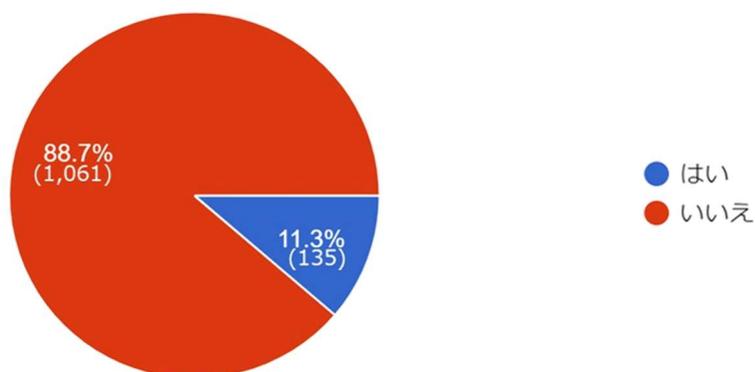


（前問で「はい」と回答した方）

訪問介入を行っている具体的な職種名を教えてください。（複数回答可）（n=1072）



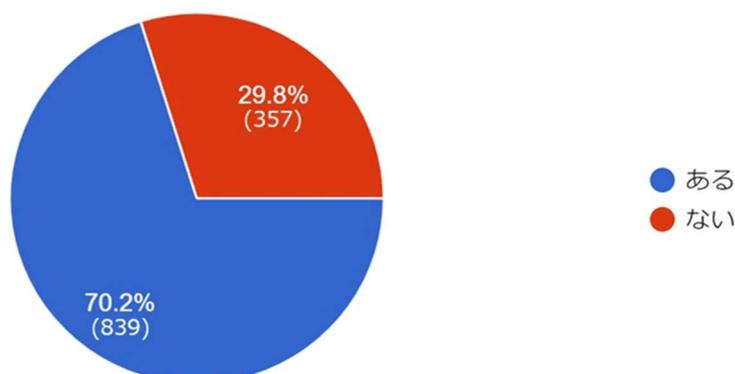
23. 他職種が訪問指導に入っていることを知らず困った経験などはありますか？
(n=1196)



■事例（3つのみピックアップ）

- ・入浴サービスやデイサービスなどと時間がかぶり訪問し直しになった。
- ・介入状況を知らずに看護師のみと情報共有で決定して他職種の方が状況を知らず混乱したことがある。
- ・服薬介助をいつ誰が行い、デイで服薬が必要なのかなどが分からず、薬のセットや管理方法で難渋した。

24. 他職種と連携して服薬支援・処方調整が行えた実例はありましたか？ (n=1196)

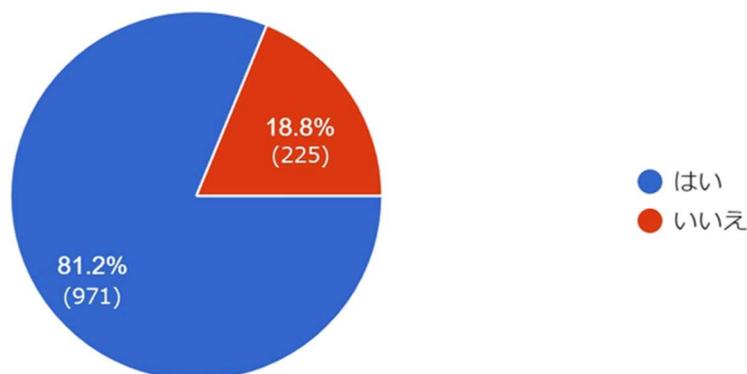


■実例 (3つのみピックアップ)

- ・ デイサービスの月1回の体重測定記録を確認。食べているにも関わらず体重減少。ふくらはぎも細くなり ADL 低下。糖尿病既往歴があり。フォシーガ錠服用中。採血結果から HbA1c は良好なため、診察時に相談。一旦中止となる。その後、筋力回復し ADL 改善。採血結果も 良好です。
- ・ 錠剤内服あり
 - ヘルパー：嚥下困難の疑い報告
 - 歯科医による嚥下確認にて嚥下機能低下確認
 - 内服薬を粉砕等対応に変更
 - 内服薬を継続
- ・ 専門医師ではない医師が精神科領域の薬剤を処方していた為、禁忌薬剤を処方しており、薬剤師からの処方提案にて変更。
看護師にも情報共有していただき、薬剤師から提案で、精神科に転院。施設看護師の負担軽減と、適切な医療の選択をさせる事につながったと考える。

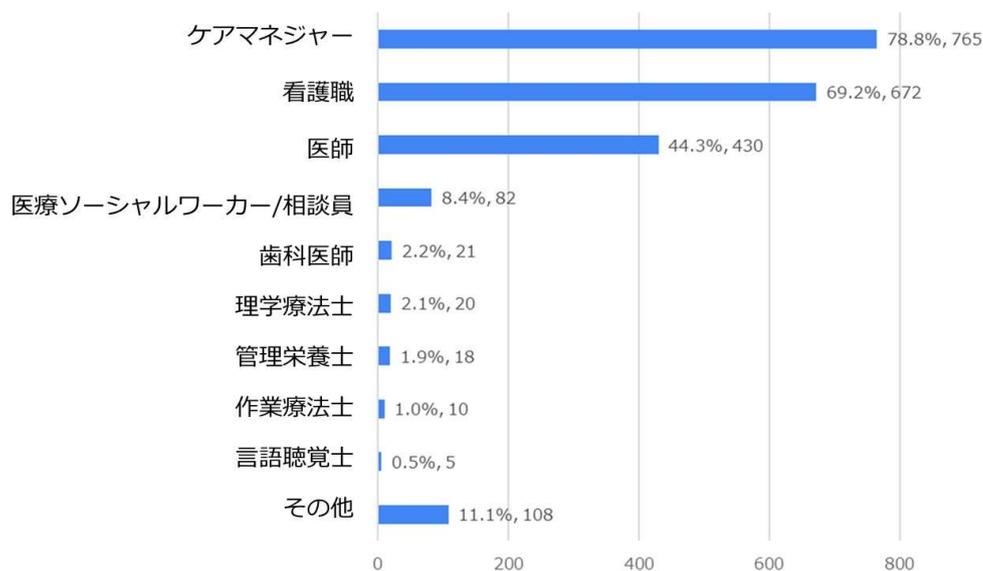
25. 情報共有に関して

①他職種からの患者に関する相談や問合せはありますか？ (n=1196)



②（前問で「はい」と回答した方のみ）

問合せ元の職種を教えてください。（複数回答可）（n=971）

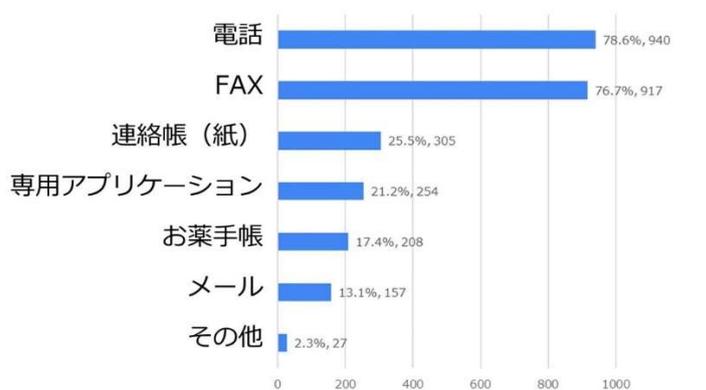


③（前問で「はい」と回答した方のみ）

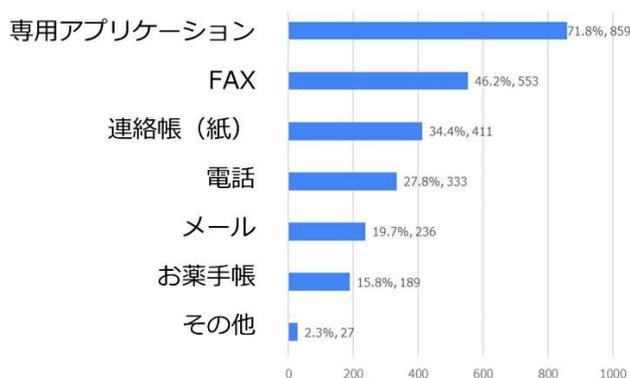
相談・問い合わせ内容をお教えてください。（n=971）

- ・服薬管理について
 - 服用薬の確認
 - 服薬状況の確認
 - 残薬の確認、対処
 - 飲み忘れへの対処方法、飲ませ方の相談
 - 一包化、剤形、粉碎可否の確認・相談
 - 服用タイミングの相談
 - 服薬アドヒアランス、コンプライアンスについて
 - 服薬支援サポートの可否
- ・その他
 - 衛生用品、栄養補助剤について
 - 排便、疼痛コントロールの方法
 - 介護保険の有無

④他職種間での患者情報共有のツールに関して普段何を使用していますか？
 (複数回答可) (n=1196)



⑤どのような患者情報共有のツールが便利だと思いますか？ (複数回答可)
 (n=1196)

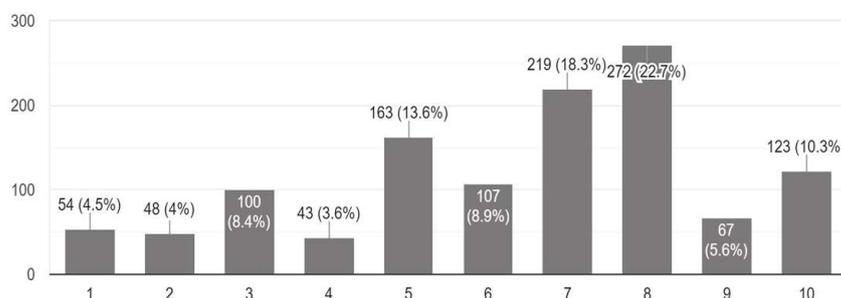


26. 訪問薬剤管理指導 (居宅療養管理指導を含む) に関する課題

①他職種と連携することに対して不足していると感じるものはありますか？
 (複数回答可) (n=1196)



②訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導を含む）の実施に「時間的な困難」を感じますか？※ 10段階で評価してください。（1・感じない～10・感じる）（n=1196）



最小値	1
四分位25%	5
中央値	7
四分位75%	8
最大値	9

③訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導を含む）の実施に「時間的な困難」を感じる理由を記載ください。

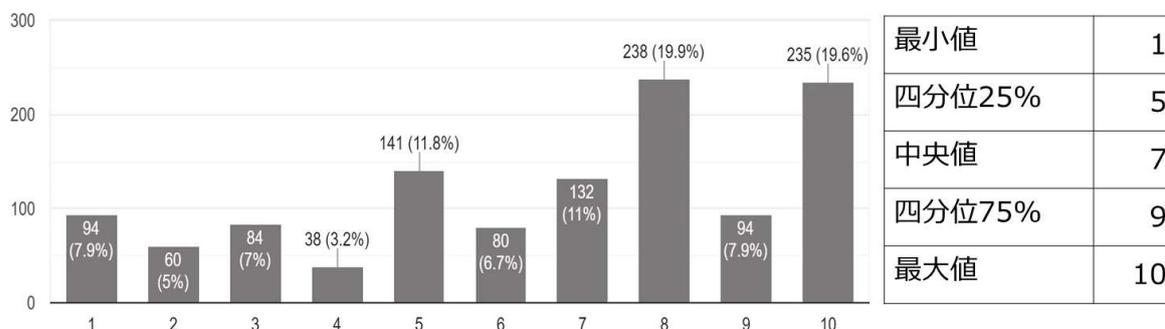
■10～4（感じる）（n=994）

- ・業務に追われている
 - － 他業務の隙間で実施しているため
 - － 通常業務（外来、調剤）との兼ね合い
- ・人員不足
 - － 一人薬剤師のため
- ・時間不足
 - － 訪問先が遠い
 - － 報告書作成に時間がかかる
 - － 臨時対応で予定が立たない
 - － 外来と比較し時間がかかりすぎる
 - － 訪問時の滞在時間が読めない

■3～1（感じない）（n=202）

- ・業務に追われていない
 - － 外来がそこまで忙しくないため
 - － 訪問件数が少ないから実施できている
- ・在宅専門の店舗のため問題なし
- ・人員に余裕があるため

④訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導を含む）の実施に「人力的な困難」を感じますか？※10段階で評価してください。（1・感じない～10・感じる）（n=1196）



⑤訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導を含む）の実施に「人力的な困難」を感じる理由を記載ください。

■10～4（感じる）（n=958）

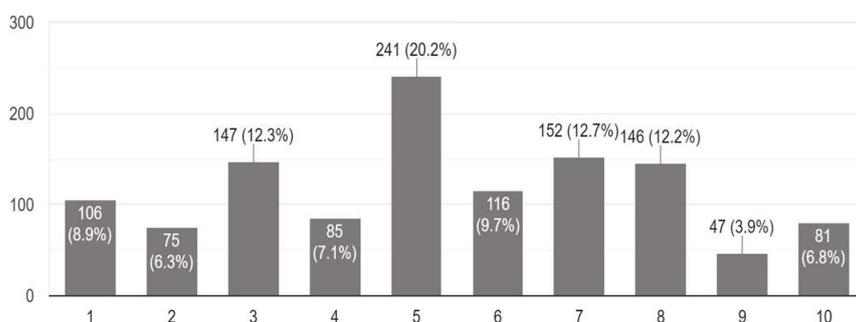
- ・人員不足
 - 一人薬剤師のため
 - 少人数でまわしているため
 - そもそも訪問をしたいという薬剤師がいない
 - 最小人数で薬局経営をしているため常に人不足
- ・時間不足
 - 業務後の閉局時間でないと訪問できないため
 - 外来業務に影響が出るため

■3～1（感じない）（n=238）

- ・人員が充足
 - 今は人員が足りているため
- ・訪問件数が少ない
 - 今是对応可能
 - 訪問先が増えると厳しくなる
- ・時間
 - 訪問先が30分以内と近い
 - 可能な範囲でしか応需しない

⑥訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導を含む）で処方提案を行うことに「知識・経験不足で困難」を感じますか？※10段階で評価してください。

（1・感じない～10・感じる）（n=1196）



最小値	1
四分位25%	3
中央値	5
四分位75%	7
最大値	10

⑦訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導を含む）で処方提案を行うことに「知識・経験不足で困難」を感じる理由を記載ください。

■10～4（感じる）（n=868）

- ・勉強、経験不足
 - 患者パターンを知らないため
 - 事例を学びつつ取り組んでいる
 - 業務時間内に提案をまとめきれない
 - 病識への理解不足
 - 保険、介護の知識不足
- ・取り扱った経験がない処方への不安
 - 注射剤に対する知識不足
 - 麻薬取り扱い
 - 終末期医療の知識不足
 - 精神科領域の知識不足（高齢者の不眠など含む）
 - 褥瘡についての対処
 - ガーゼの対応
- ・Dr. の処方意図が分からない
 - 処方提案まで至らない

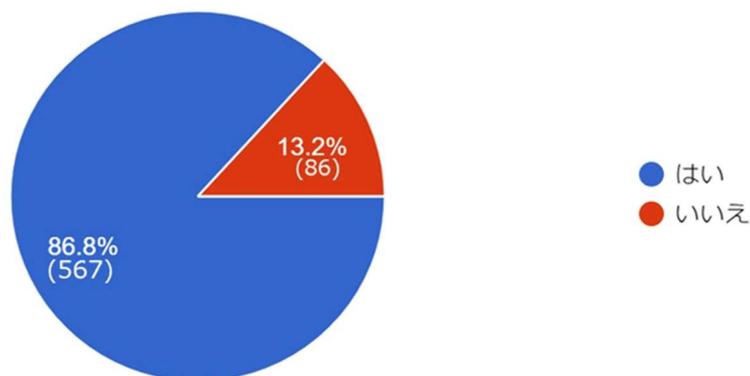
■3～1（感じない）（n=328）

- ・経験を積んできたから感じない
 - 相談できる上司や環境がある
 - 病棟での経験があるから
 - 自分以外の薬剤師とも連携ができているから
- ・多職種連携がうまく機能しているから
 - 相談、共有できる環境がある
 - 処方元や看護師と普段から会話出来ている
- ・調べて回答する手段があるから
- ・事前に準備をしっかりと取り組むため
 - 書籍を日々、調べている

その他職種向けアンケート

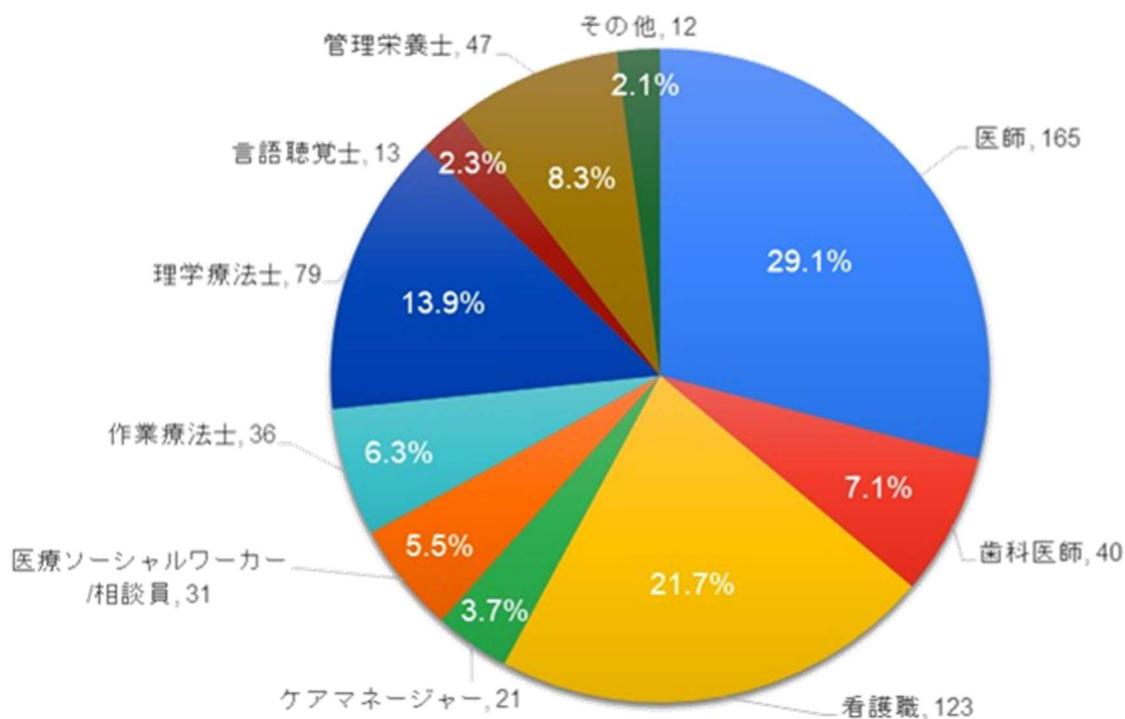
訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局、病院薬剤部から情報提供を受けたことのある施設の多職種（医師・歯科医師・看護職・ケアマネジャー・介護士・ホームヘルパー・医療ソーシャルワーカー/相談員・作業療法士・理学療法士・言語聴覚士・管理栄養士）

1. あなたは現在、在宅に関する業務に関わっていますか (n=653)



2. 回答者背景 (n=567)

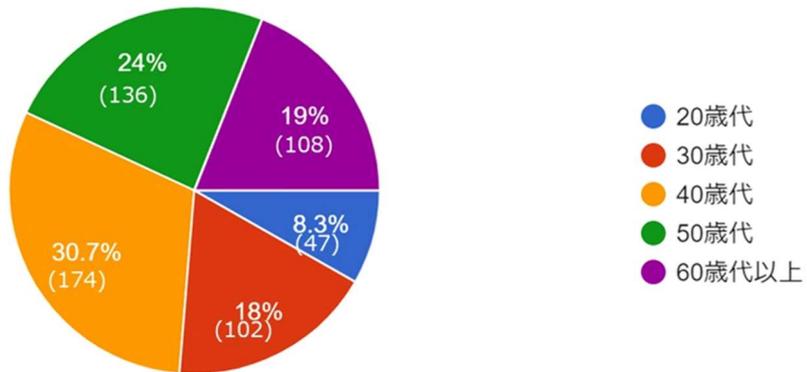
①職種



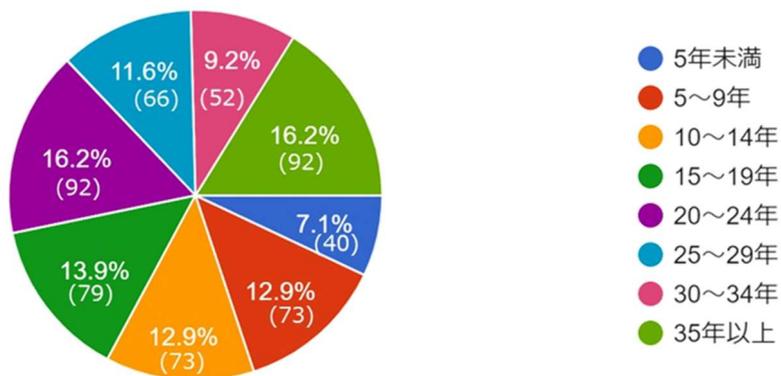
※介護士 0、ホームヘルパー0

※その他（事務、事務長、薬剤師、臨床検査技師など）

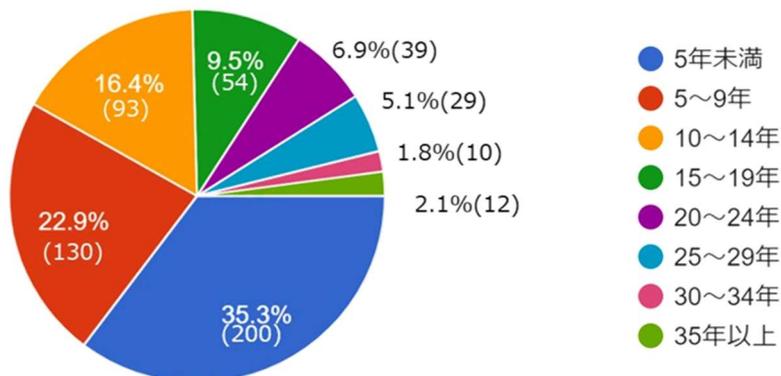
②年齢



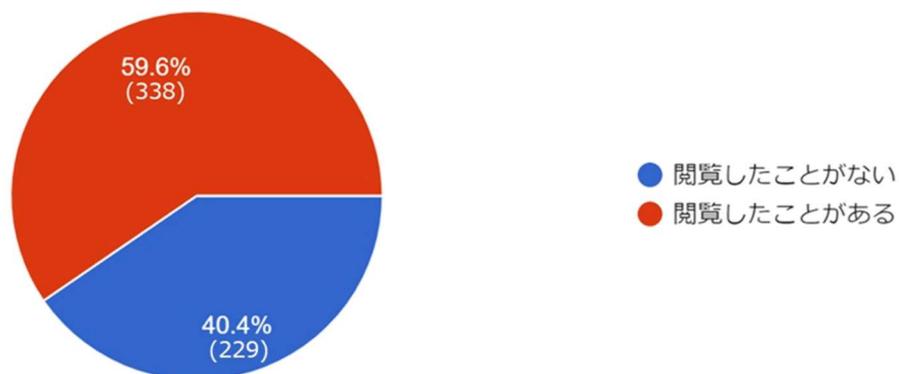
③職種の経験年数



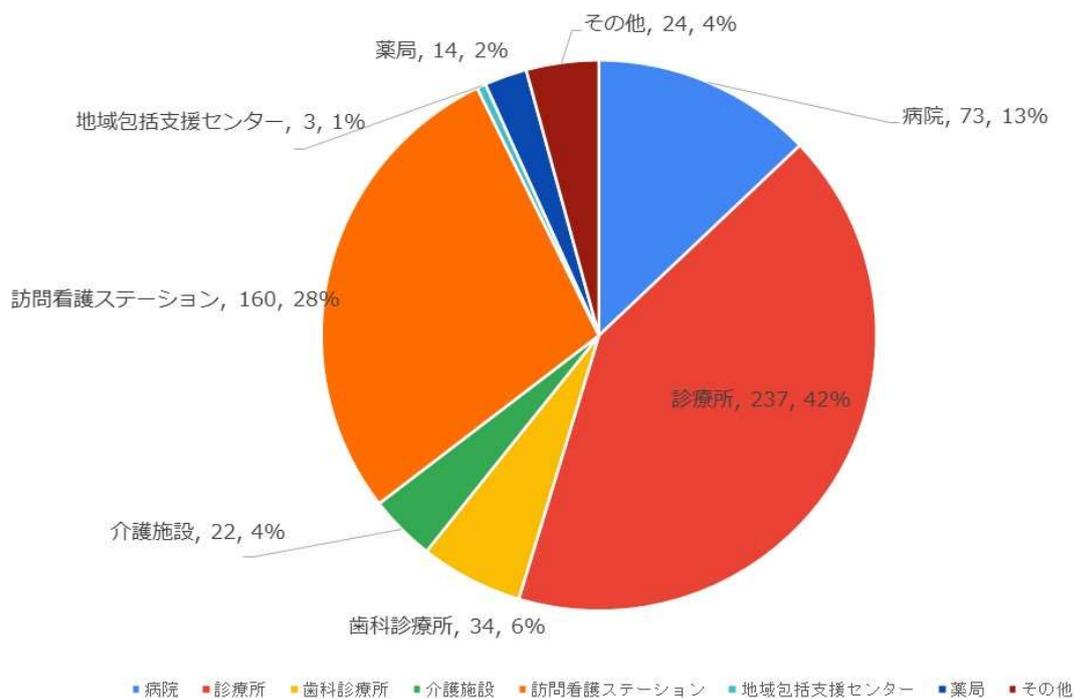
④在宅業務の経験年数



3. 薬剤師が行っている訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導を含む）に関する情報提供を、回答者ご本人が1度でも直接、閲覧したことがありますか。(n=567)



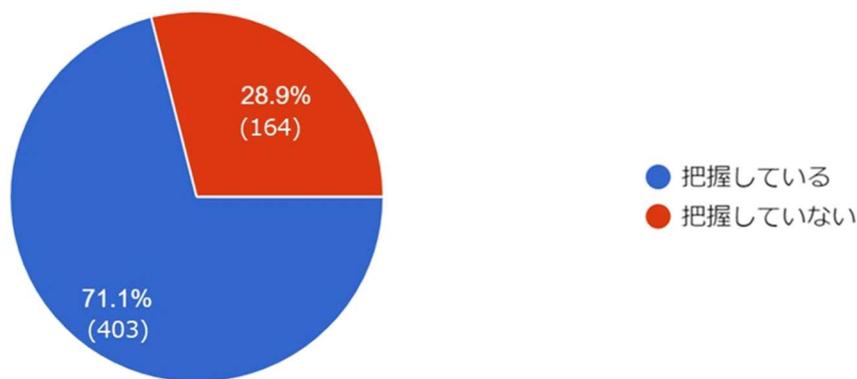
【上記質問の回答者が所属する施設分類】



4. 在宅診療に關与する服薬・薬剂に關する業務に關して

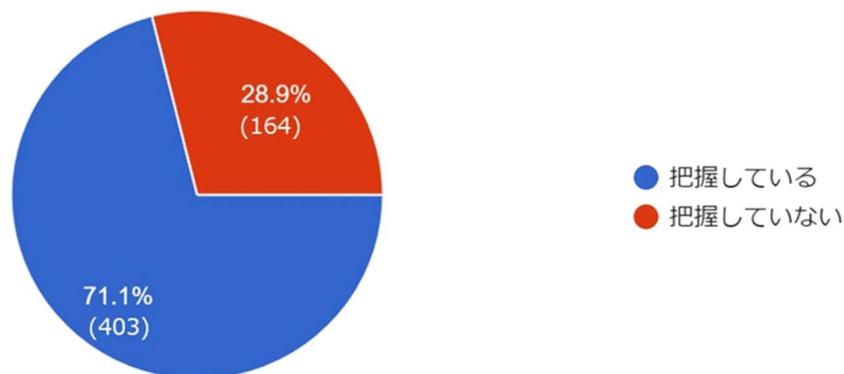
①在宅患者訪問薬剂管理指導（居宅療養管理指導を含む）*で薬剂師が行っている業務内容を把握していますか？（これまで一件でも業務内容が把握できたケースがあったら「把握している」を選択）

*在宅患者訪問薬剂管理指導（居宅療養管理指導を含む）とは、訪問して薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剂の服薬状況・保管状況及び残薬の有無の確認などを行い、訪問結果を処方医に報告することを含む業務です。（n=567）



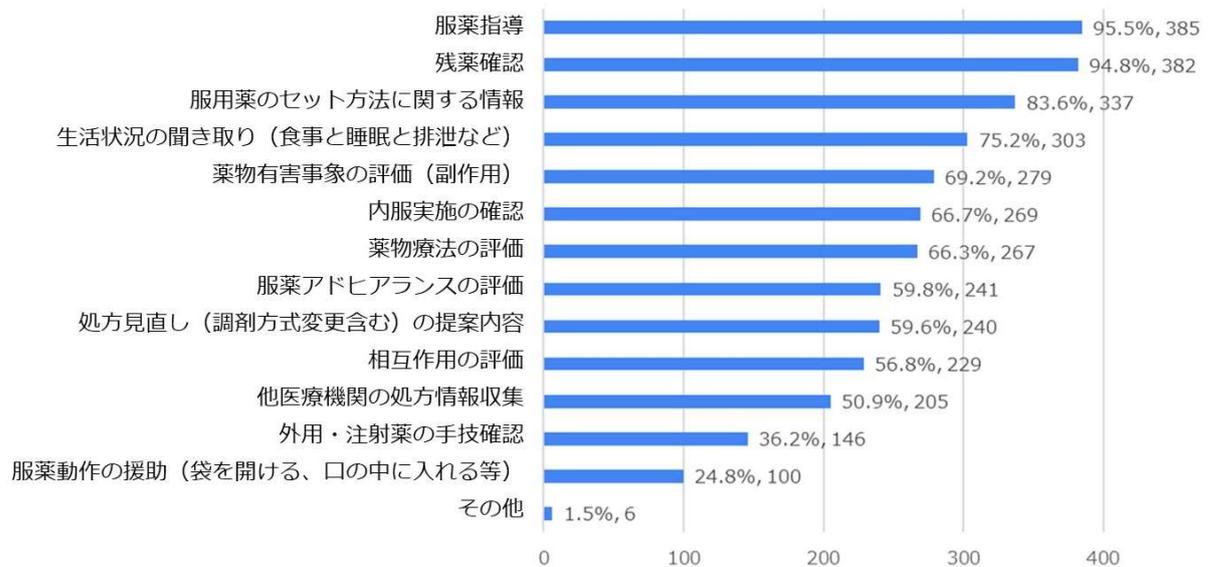
②「在宅患者訪問薬剂管理指導（居宅療養管理指導を含む）で薬剂師が行っている業務内容を把握している」と回答した方

患者に対して薬剂師が服薬や薬剂に關する業務で行っているものを把握していますか？（複数回答可）（n=403）



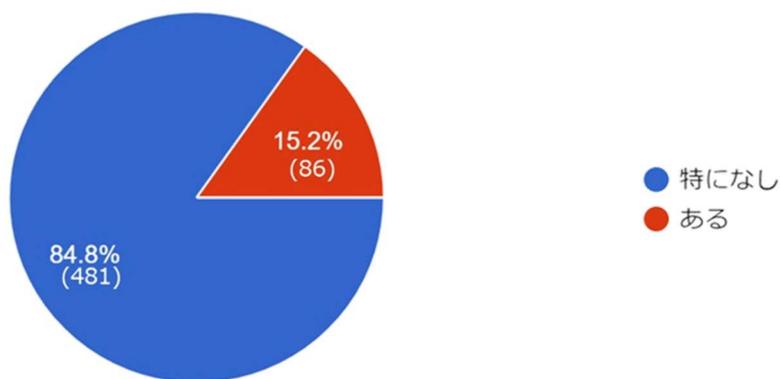
③「在宅患者訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導を含む）で薬剤師が行っている業務内容を把握している」と回答した方)

患者に対して薬剤師が服薬や薬剤に関する業務で行っているものを把握していますか？（複数回答可）（n=403）



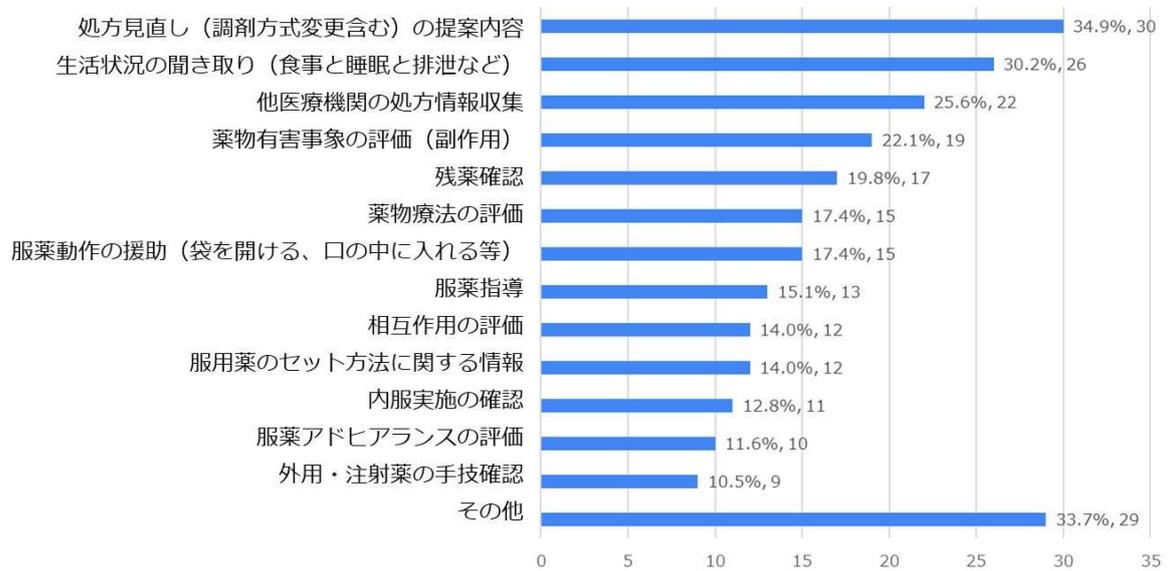
5. 在宅診療に関与する服薬・薬剤に関する業務に関して

①薬剤師に追加で実施して欲しい業務はありますか？（n=567）

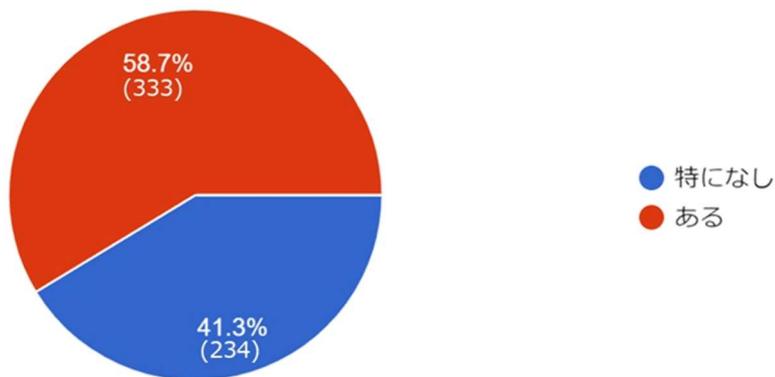


②（薬剤師に追加で実施して欲しい業務は「ある」と回答した方のみ）

薬剤師に追加で実施してほしい業務を選択下さい（複数回答可）（n=86）



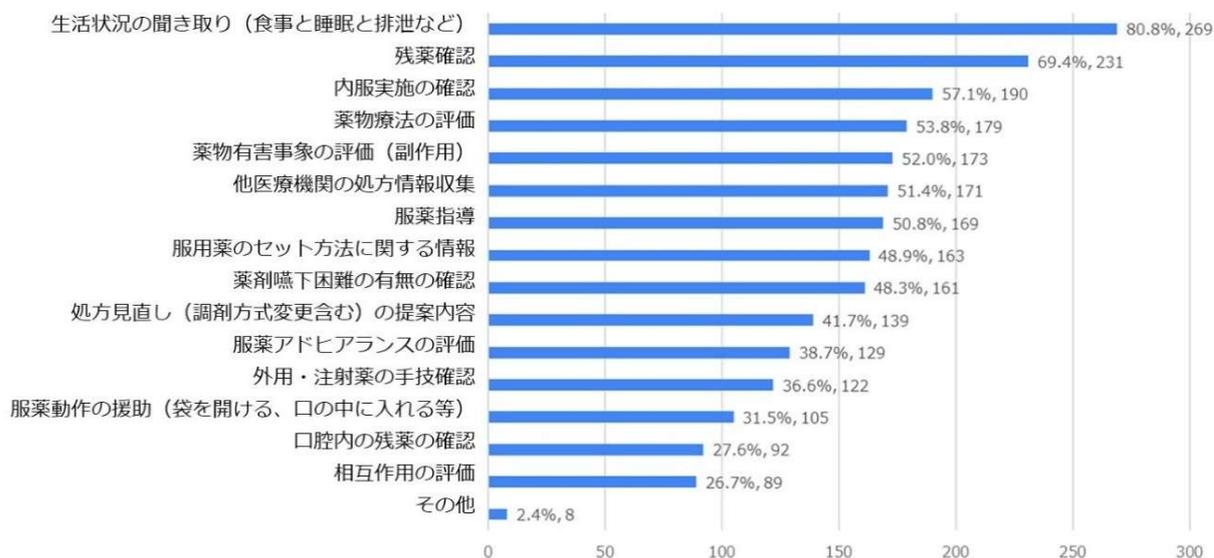
③対応中の患者に対して、あなたが服薬や薬剤に関する業務で行っているものはありますか。（n=567）



④ (対応中の患者に対して、服薬や薬剤に関する業務が「ある」と回答した方のみ)

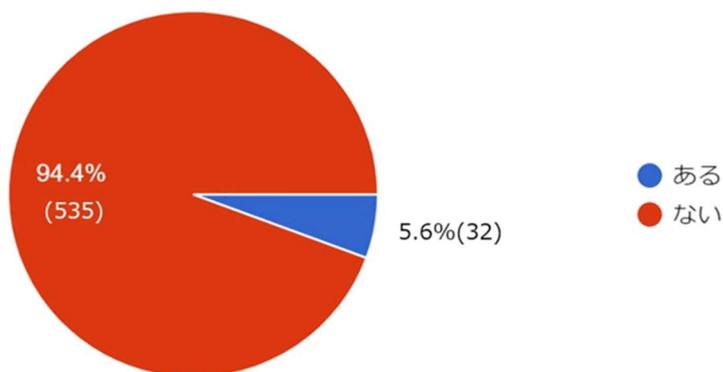
対応中の患者に対して、服薬や薬剤に関する業務を選択下さい (複数回答可)

(n=333)



⑤ 「薬剤師が訪問指導に入っていることを知らず困った経験」はありますか？

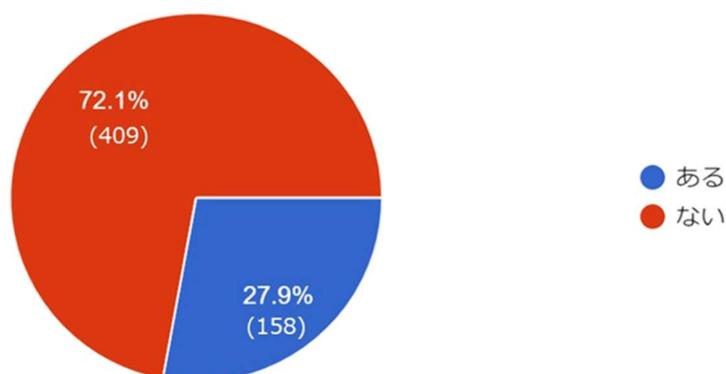
(n=567)



■「ある」と回答した方の内容 (n=32)

- ・薬局から適切に情報共有がなされていないため
 - 訪問指導に入っていることを伝えられていなかった
 - 勝手に訪問指導に入り、薬剤居宅療養が入っていることを聞いておらず、プランに入れていなかったが請求したいといわれた
 - 訪問時に指導、確認した内容を知りえるものを共有されなかった
 - お薬手帳持参のない患者が、特定の保険調剤薬局の利用への認識がなく、在庫や居住地を考慮して門前薬局に案内したところ、結果として他調剤薬局との情報共有がなされず、重複処方が発生し、ケアマネや訪問看護等に尽力いただいた
- ・業務内容に対する不満
 - 単に薬を届けるだけで何も介入してくれなかった
 - お薬カレンダーを使っているが、服薬管理が全くされていなかった

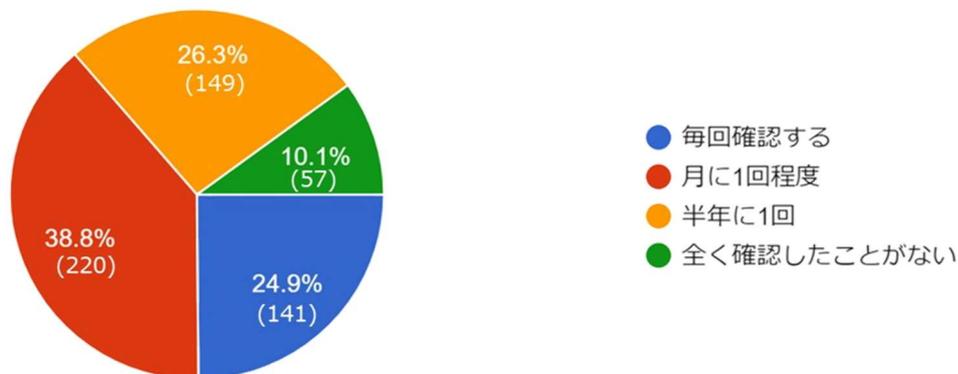
⑥薬剤に関する「患者からの問い合わせ」で困ったことはありますか？ (n=567)



■困ったことが「ある」と回答した方の内容 (n=158)

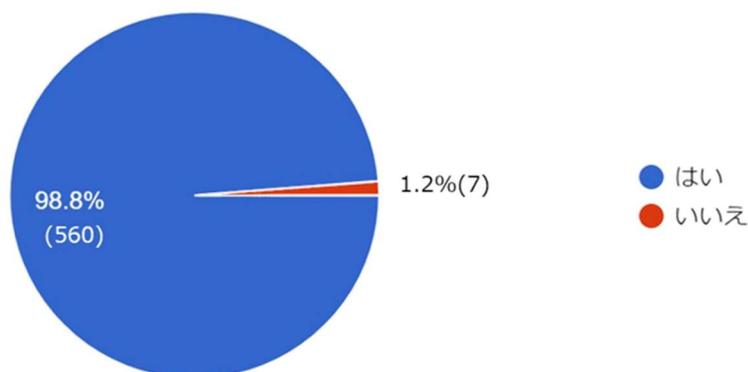
- ・医薬品への理解不足
 - 処方されている薬の説明ができず、聞き取りに苦慮
 - 薬剤師から受けた説明を理解しておらず、話を聞いてもわからない
- ・内容
 - 薬剤の効能効果についての問合せ
 - 粉砕可否
 - 副作用、相互作用等の問合せ
 - 拒薬への対応
 - 飲み忘れ時の対応
 - 飲み合わせについて（一般薬、食品との兼ね合い）
- ・その他
 - 患者本人が説明を聞かない

6. 在宅診療に關与する服薬・薬剂に關する業務に關してお薬手帳を確認していますか。(n=567)



7. 在宅診療に關与する服薬・薬剂に關する業務に關して (n=567)

①服薬管理において、多職種連携は必要と御いますか？



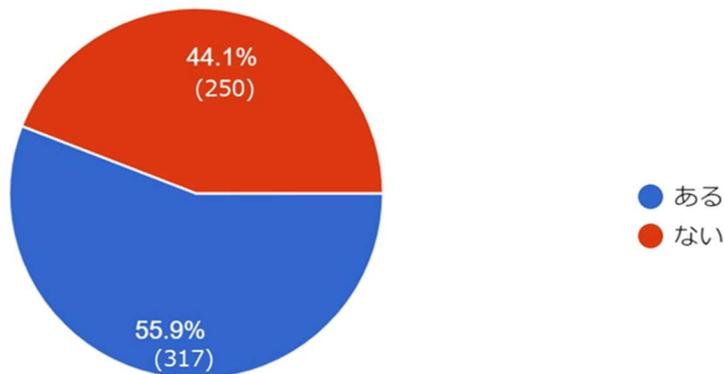
■ 「はい」と回答した方 (n=560)

- ・多職種が關与することで患者を多方面からフォローができる
 - 専門職の意見は大切 (Dr.)
 - 医療はチームでなければ成立しない
 - 単一職種だけの限界があるから (Dr.、齒科医師)
 - 患者を取り巻く生活の中で、点を線でつなぐために必要
- ・問題の事前把握
 - ミスの防止
 - 副作用の早期発見
- ・内服管理のため
 - 服薬状況が悪いと在宅生活の継続に影響がある
 - 残薬管理
- ・生活が關与するため、福祉系との連携も重要

■ 「いいえ」と回答した方 (n=7)

- ・ 特定の職種のみでの連携でよい
- ・ 必要性を感じない
- ・ 制度の利点を感じない

②薬剤師と連携して服薬支援・処方調整が行えた実例はありましたか？



■ 「ある」と回答した実例 (n=317)

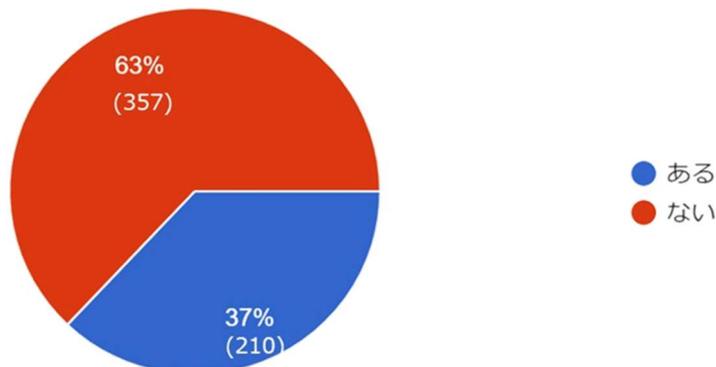
例 1) 嚥下の問題から、主治医、薬剤師、歯科で検討し剤型や処方の見直しに繋いだケース

例 2) 癌のターミナル期を在宅で対応

モルヒネやレスキュー薬、その他の症状調整薬をこまめに状態を教えて貰った上で投与量調節し、症状コントロールが図れた状態で在宅看取りを行った

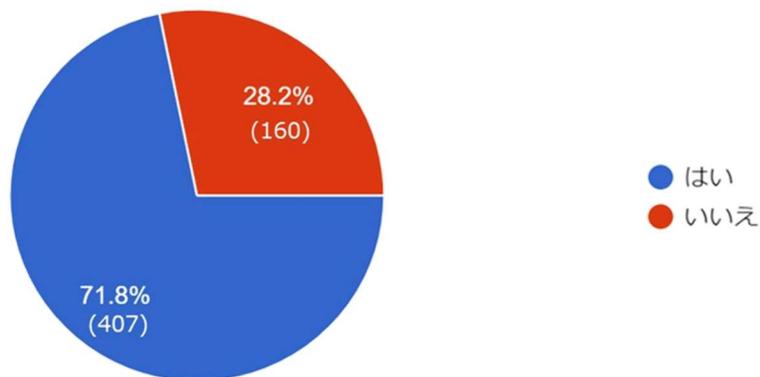
例 3) 胃瘻からの薬剤投与で溶解できるものとできないものについての相談

③内服調整に合わせた運動機能や認知機能の評価を行ったことがありますか？

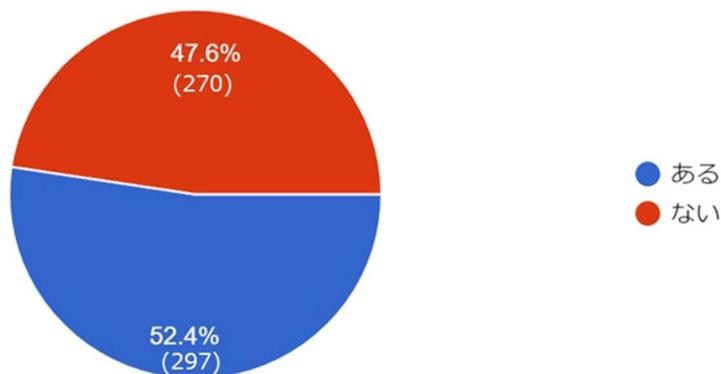


8. 情報共有に関して (n=567)

①薬剤師と直接情報交換をしたことがありますか？



②薬剤師からの患者に関する相談や問い合わせがありますか？



■薬剤師からの患者に関する相談や問い合わせが「ある」と回答した方の事例 (n=297)

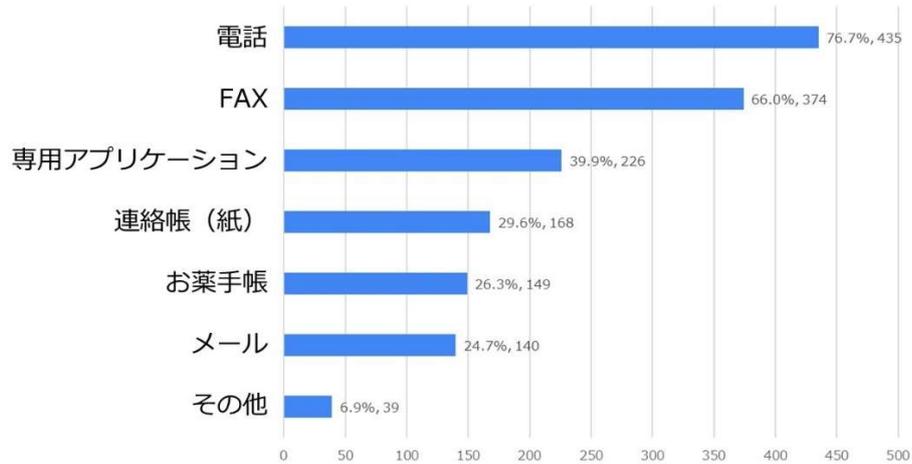
例 1) 服薬指導時の様子から、認知面や介護サービス事業所の情報照会をいただき、共有した。

例 2) 剤形の変更の相談、処方薬剤数減薬の提案など

例 3) 嚥下困難で錠剤が飲めず、粉碎懸濁を行った。

③他職種間での患者情報共有のツールに関して普段何を使用していますか？

(複数回答可) (n=567)



■患者情報共有ツールを選択した理由 ※複数回答

①専用アプリケーション (n=401)

- 記録が残る、時間を気にせず連絡できる、いつでも確認できる、ペーパーレス化

②電話 (n=253)

- 電話がニュアンスを伝えやすい、直接話したほうが早い、急ぎのため

③メール (n=188)

- 記録が残るため、簡易で便利、FAXだと紙カルテが厚くなる

④FAX (n=179)

- 紙ベースでないと確認しづらい、FAXだとあとに残せる、都合の良い時間に確認できる

⑤お薬手帳 (n=132)

- 患者ご本人が持っているほうが確認しやすい

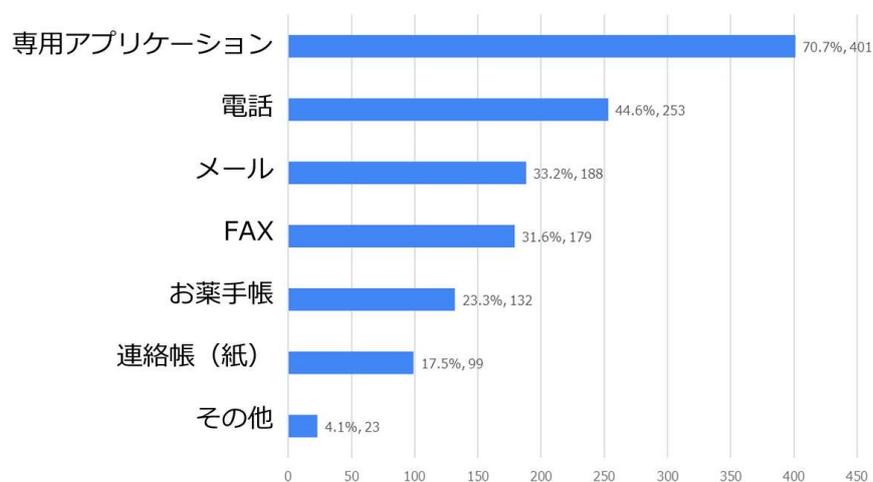
⑥連絡帳 (紙) (n=99)

- 訪問した際に誰でも確認できるから、確実だから

⑦その他 (n=23)

- 特になし

④どのような患者情報共有のツールが便利と思いますか？（複数回答可）

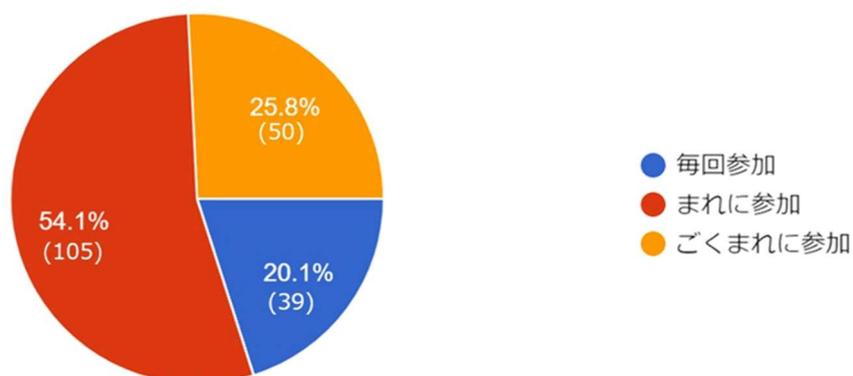


9. 在宅患者訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導を含む）等に関する課題

①これまで回答者が経験した退院時カンファレンスやサービス担当者会議に、薬剤師が出席していたことはありましたか？（n=567）



■「はい」と回答した方の出席頻度（n=194）



②退院時カンファレンスやサービス担当者会議に薬剤師が参加することにどのようなメリット・デメリットがあると思いますか。

■薬剤師が参加した事例（抜粋）(n=194)

例) 各種カンファレンス（退院前、退院時、終末期、NST）

例) サービス担当者会議（癌末期、認知症、施設入所時、訪問指導開始時）

例) 通所リハビリテーション会議

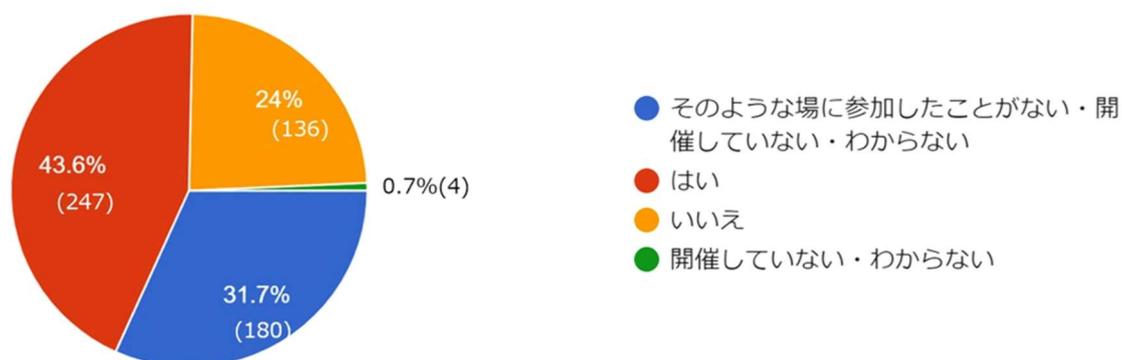
■メリット (n=141)

- ・顔を知っていることで相談がしやすい
- ・薬剤情報の詳細につき情報提供してもらえる
- ・薬剤以外の情報のやり取りがスムーズになる
 - 病状
 - 患者の ADL や認知状況
 - 家族の負担状況
 - 生活様式に応じた対応

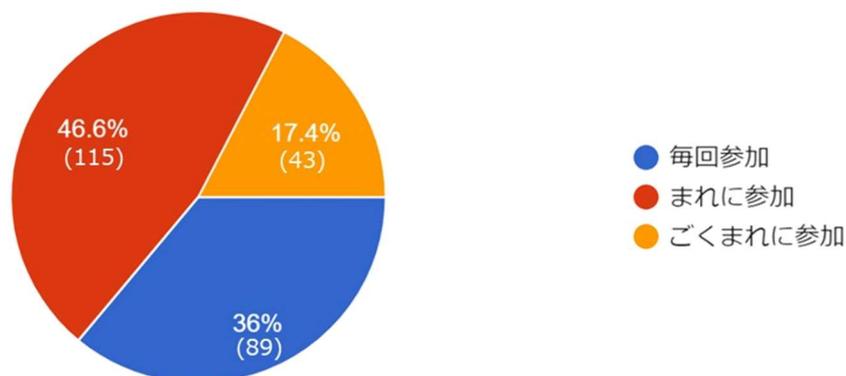
■デメリット (n=87)

- ・ない
- ・会議の時間調整が難しいことがある
- ・点数面で利用者の負担が増すこと

③これまで回答者が参加した多職種交流会や事例検討会、研修会に、薬剤師が参加していますか？ (n=567)



■ 「はい」と回答した方の参加頻度



④交流会等に薬剤師が参加することにどのようなメリット・デメリットがあると思いますか？

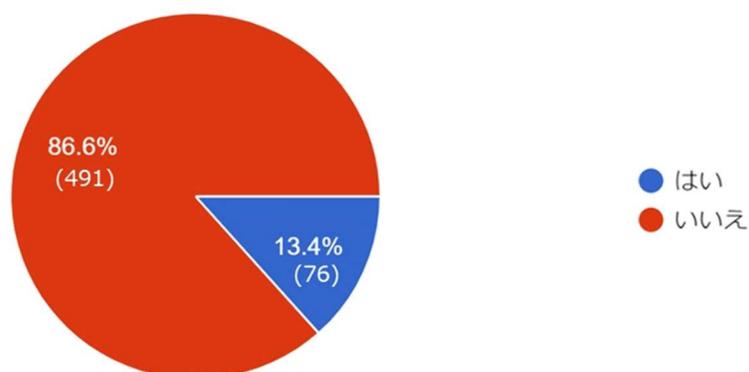
■メリット (n=85)

- ・顔を知ることによって連携がとりやすくなる
 - 会ったことがなければ信用できない
 - 業務以外のことでも相談ができる関係性構築につながる
- ・情報共有ができる
 - ケアマネや介護者が困っていることの多くは服薬に関することのため
 - 地域での情報共有ができる
 - 多職種間で共通概念を持つことができる

■デメリット (n=27)

- ・デメリットはない
- ・時間がとられる

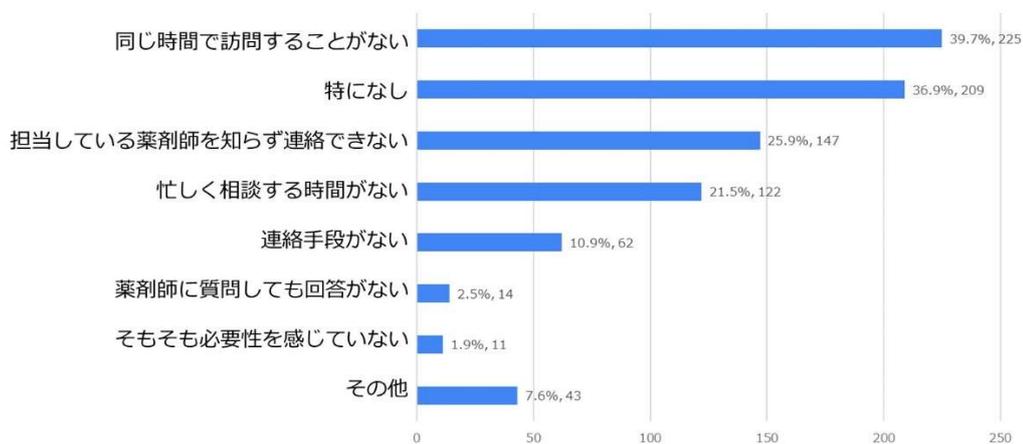
⑤回答者が、薬剤師と連携することに対して心理的な障壁を感じますか？
(n=567)



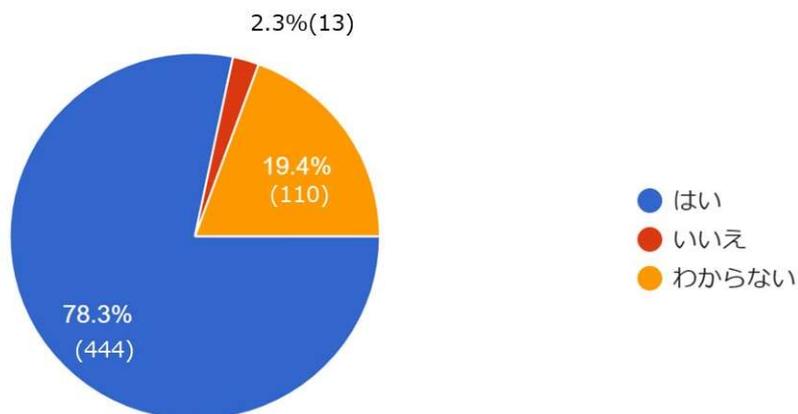
■いいえと回答 (n=114)

- ・特になし (障壁よりもメリットが大きい)
 - 顔が見える関係性を作っていれば問題なし
- ・普段からやりとりを頻繁にしているから
 - 在宅医療を支える同じチームとして捉えているから

⑥回答者が、薬剤師と連携することに対して不足しているものはありますか？
(複数回答可) (n=567)



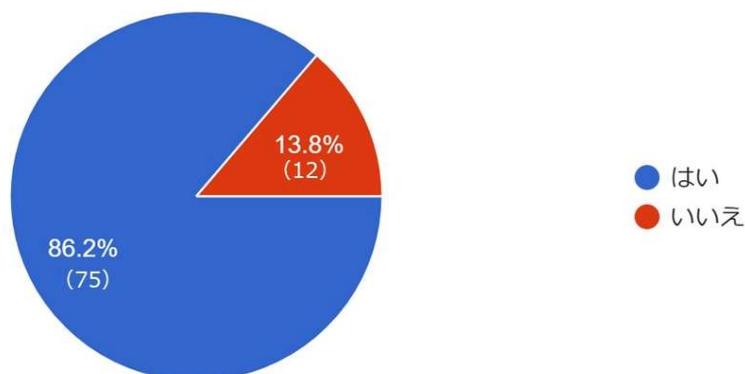
⑦今後、薬剤師からの積極的な情報共有を望みますか？ (n=567)



介護施設アンケート

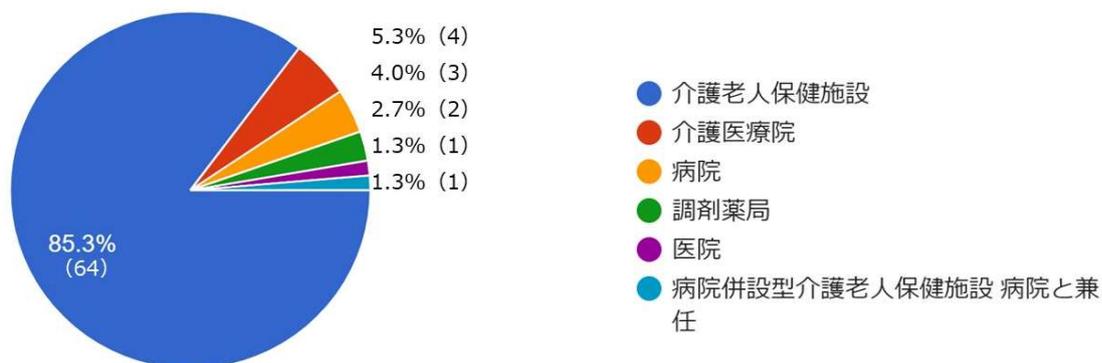
介護施設（特に介護老人保健施設及び介護医療院）に所属する薬剤師もしくは、介護施設に関わる薬剤師

1. あなたは介護施設に所属する、もしくは、入居者の調剤や薬剤管理などの業務を行う薬剤師ですか？ (n=87)

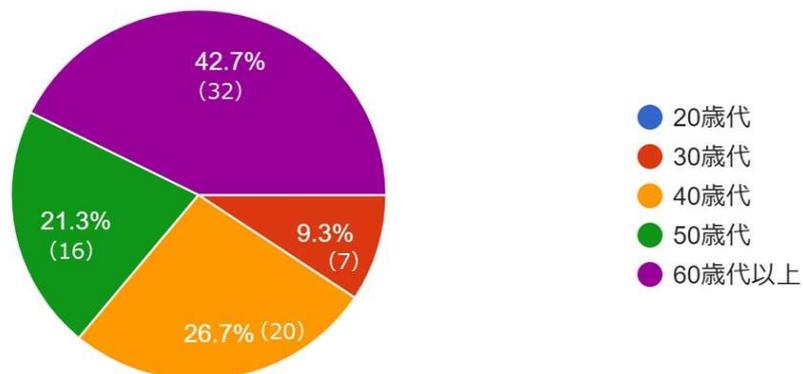


2. 回答者背景 (n=75)

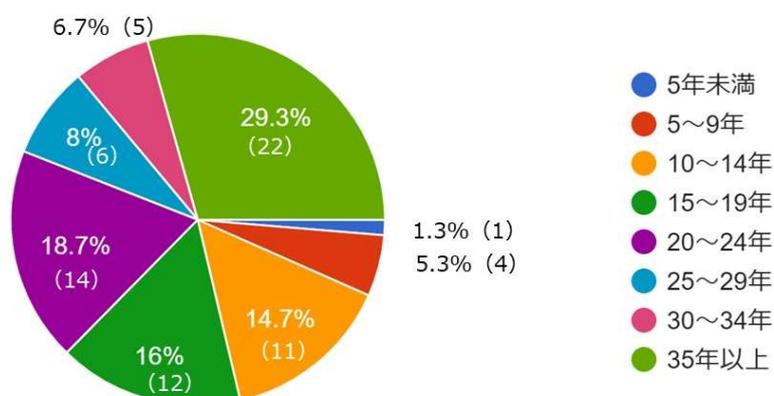
①勤務施設



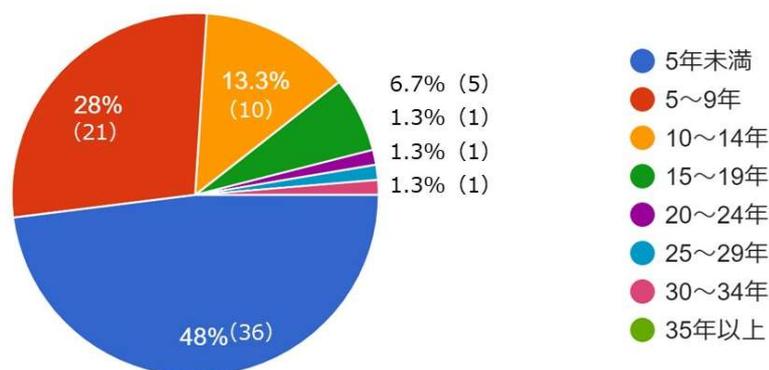
②年齢群



③薬剤師の経験年数



④薬剤師としての介護施設での経験年数



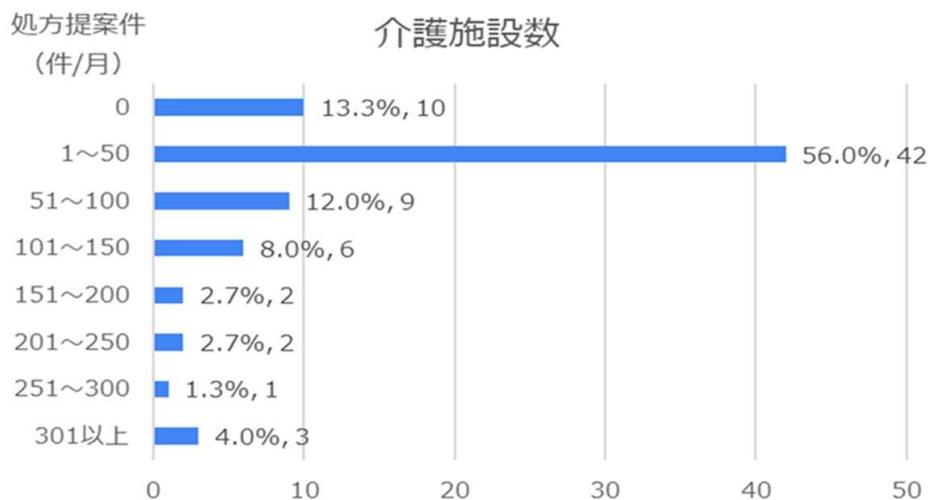
3. 介護施設での実態 (n=75)

①回答者が関わる介護施設の直近1ヶ月の「延べ入所者数」を教えてください。

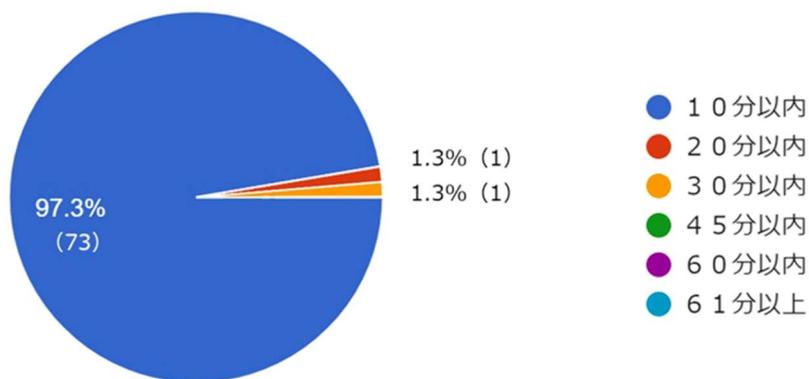
(●人/月)

最小値	0
四分位25%	85.5
中央値	103.5
四分位75%	1078.75
最大値	4500

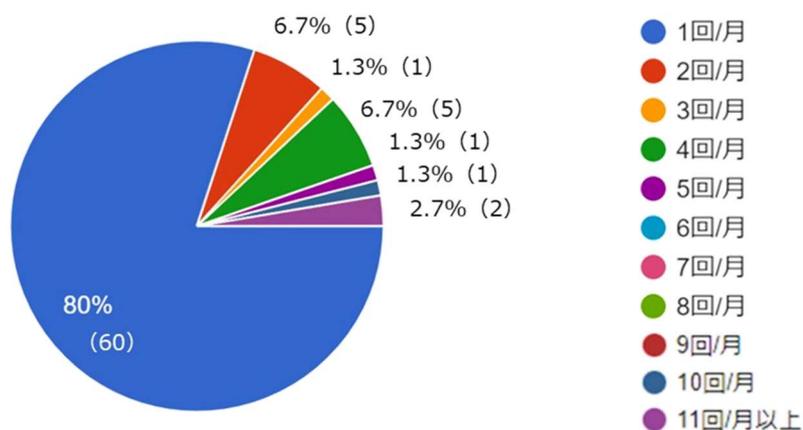
②回答者が関わる「介護施設での処方提案件数」を教えてください。(●件/月)



③患者一人に対する「平均指導時間 (平均●分)」

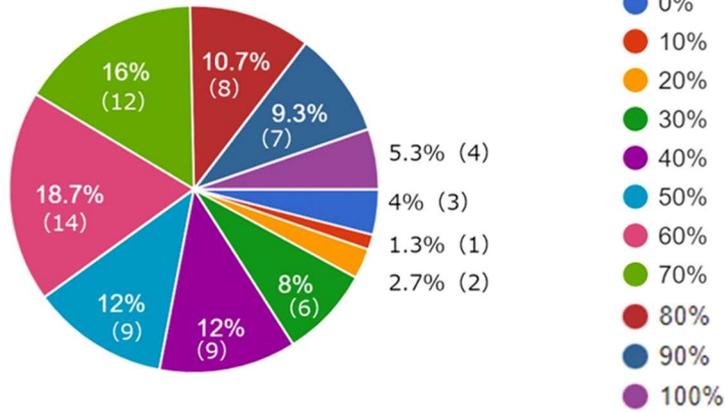


④患者一人に対する「頻度 (●回/月)」

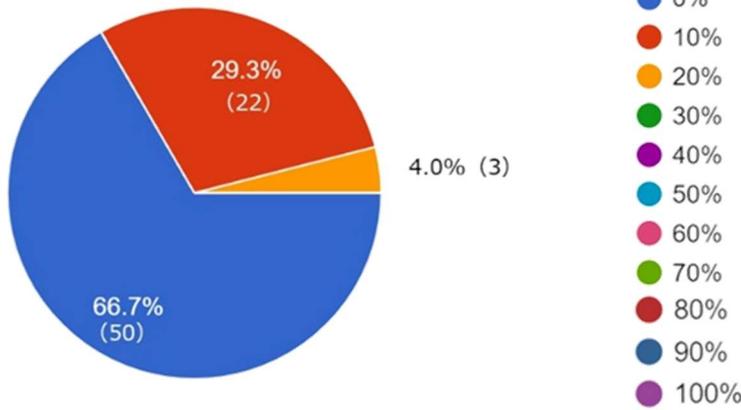


4. 直近1週間の業務に関する質問 (n=75)

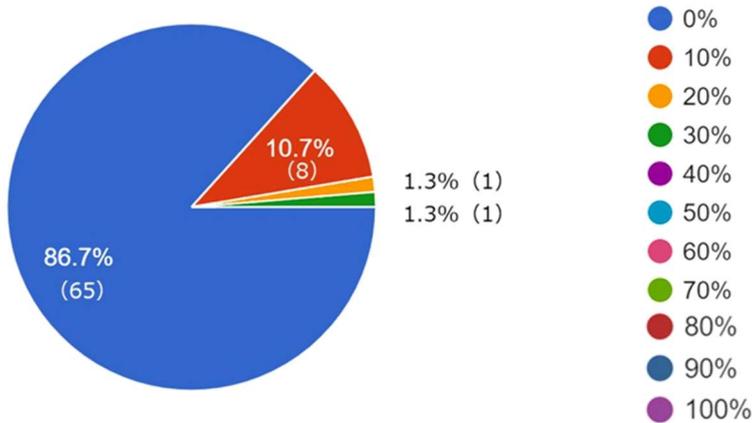
①調剤業務



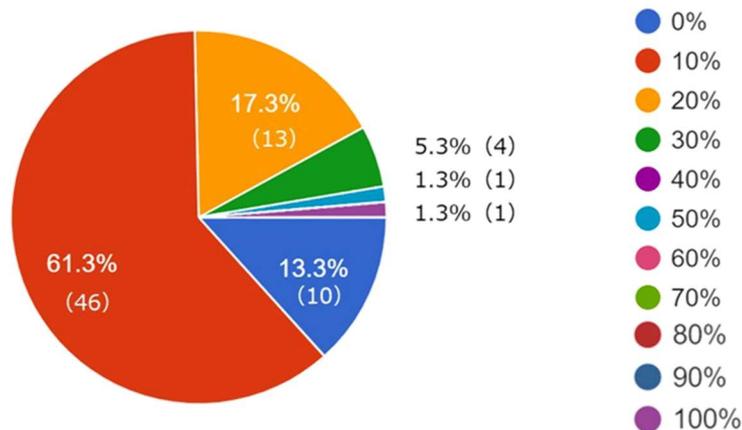
②服薬指導



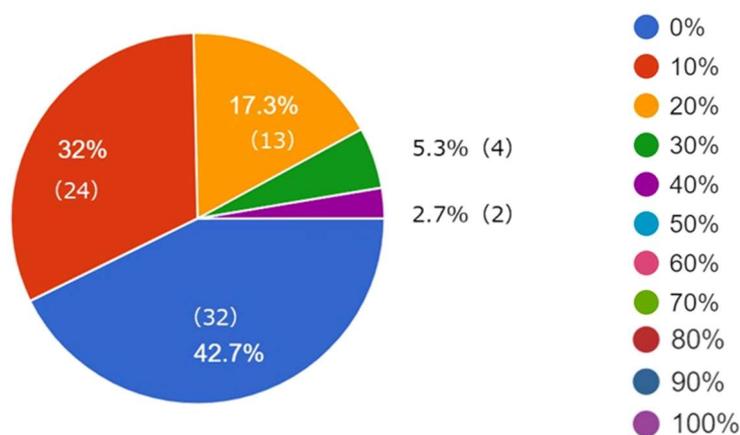
③在宅訪問業務 (移動・報告書の作成を含む)



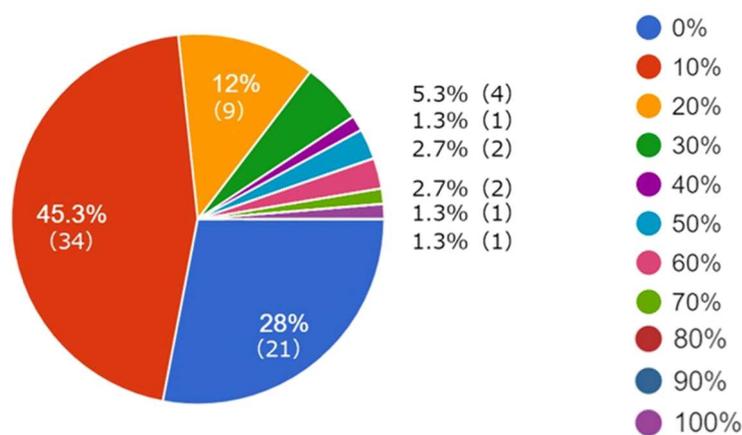
④発注業務



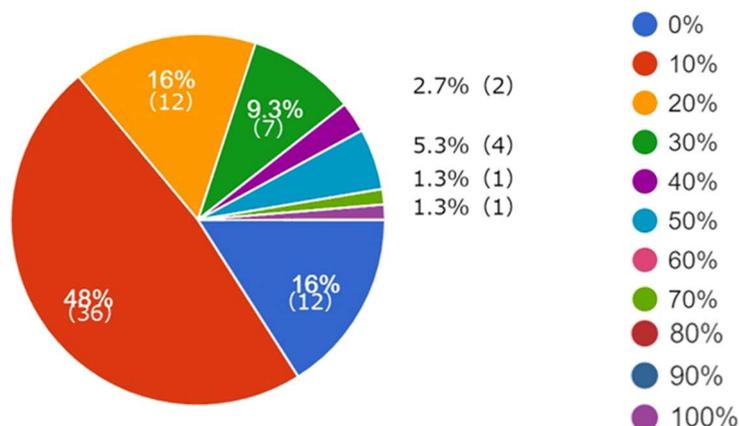
⑤薬歴の記録



⑥その他の業務（医薬品や衛生材料等の管理など）

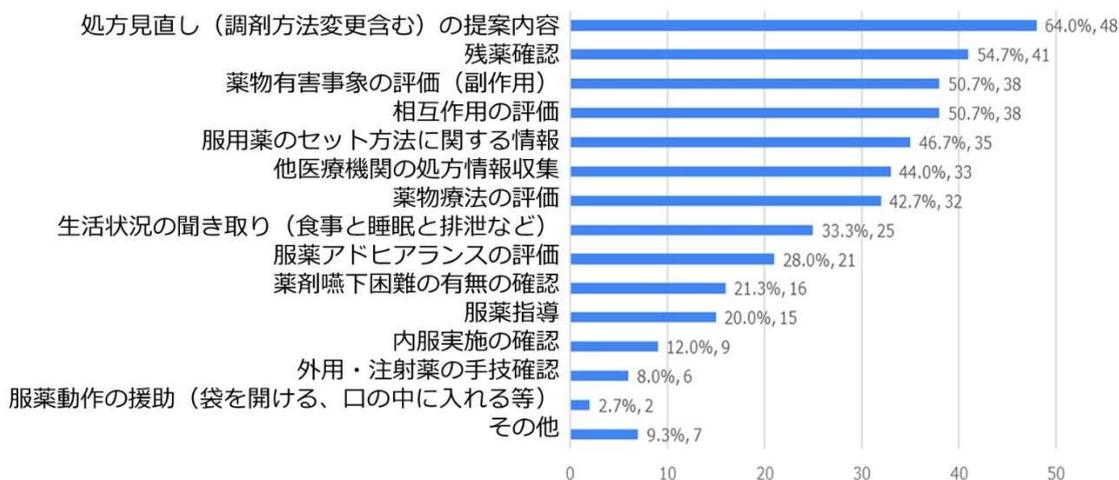


5. 介護施設での処方提案などの薬物療法適正化に関する業務は、業務全体の何%にあたりますか？ (n=75)



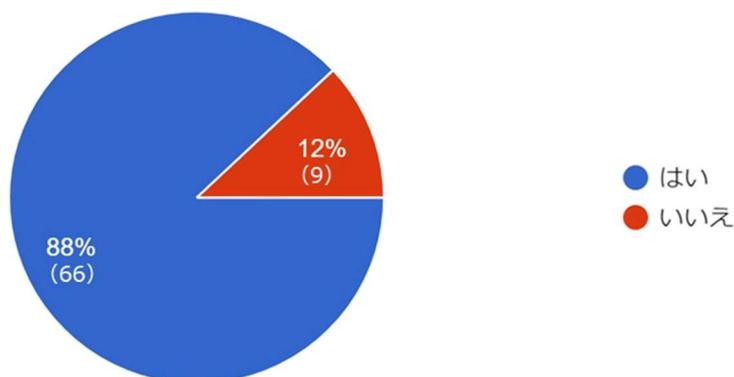
6. 患者の情報収集および薬学的管理業務について (n=75)

①対応中の患者に対して、回答者が服薬や薬剤に関する業務で行っているものは何ですか？ (複数回答可)



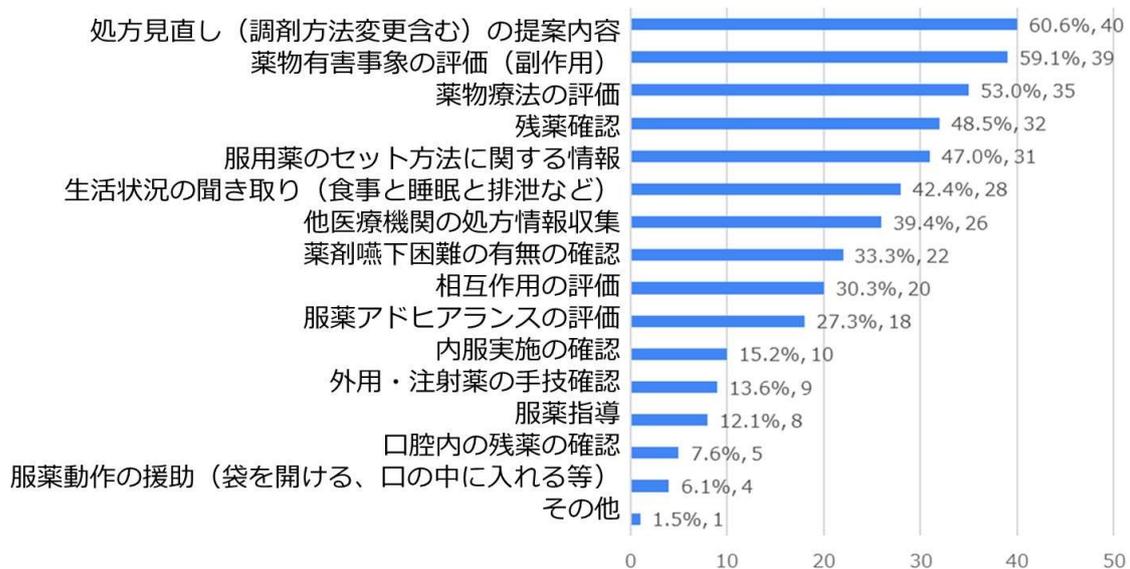
②その情報は、収集した後、多職種で共有をしていますか？

(薬剤師以外の職種が1種でも含まれていれば「はい」を選択)



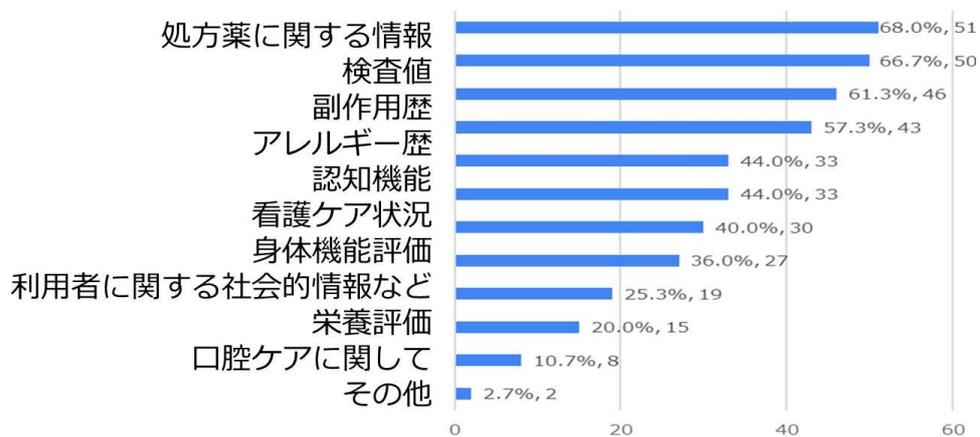
③ (前の質問で「はい」と回答した方)

多職種で共有をしている情報は何か？ (複数回答可) (n=66)

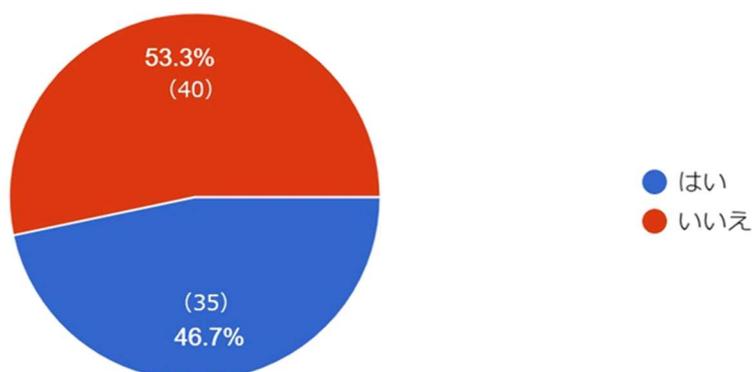


7. 他職種からの情報で「薬剤管理指導に役にたった情報」は何ですか？

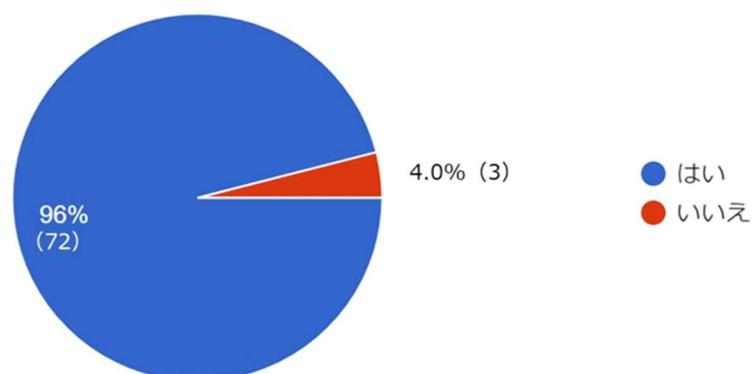
具体的な内容を教えてください。 (複数回答可) (n=75)



8. 「薬剤管理指導業務の報告書」は多職種で共有されていますか？
 (薬剤師以外の職種が1種でも含まれていれば「はい」を選択) (n=75)



9. 服薬管理において、多職種連携は必要と思いますか？ (n=75)



【上記理由】

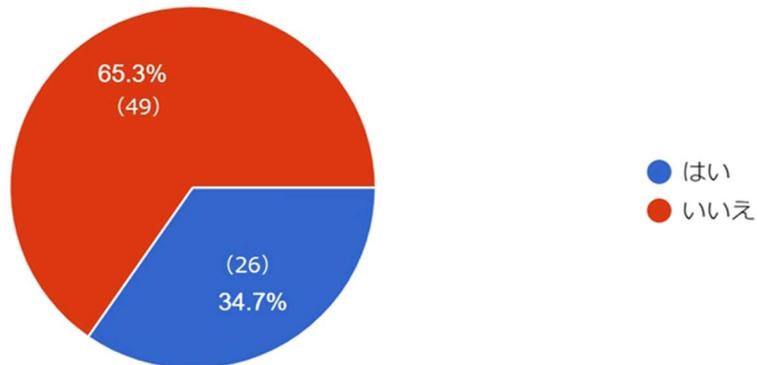
■連携は必要 (n=72)

- ・利用者ひとりひとりの情報把握を行い適切なケアにつなげるため
- ・入所者の方々の日常は現場スタッフがよく理解していると思うから
- ・患者の服薬状況の把握や実際の指導は介護職が実施しており管理のやり方等の教育も含め連携は必要と考える

■連携は不要 (n=3)

- ・薬物療法は老健においては重要ではないため。
- ・服薬管理は看護で行うものと言った考えが定着している

10. 施設内カンファレンス、退院時カンファレンス、サービス担当者会議に参加した上で業務を行っていますか？ (n=75)

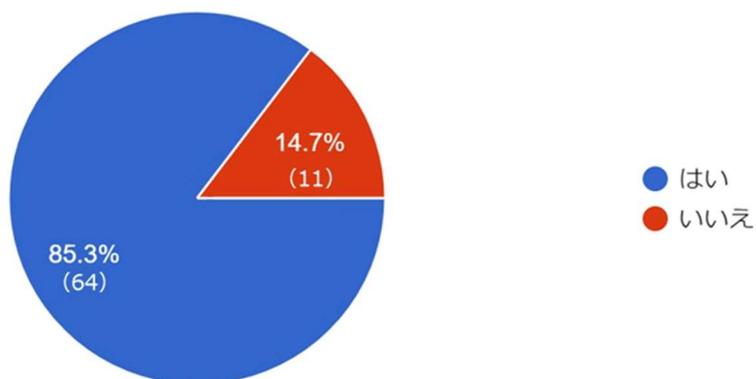


■いいえの理由 (n=49)

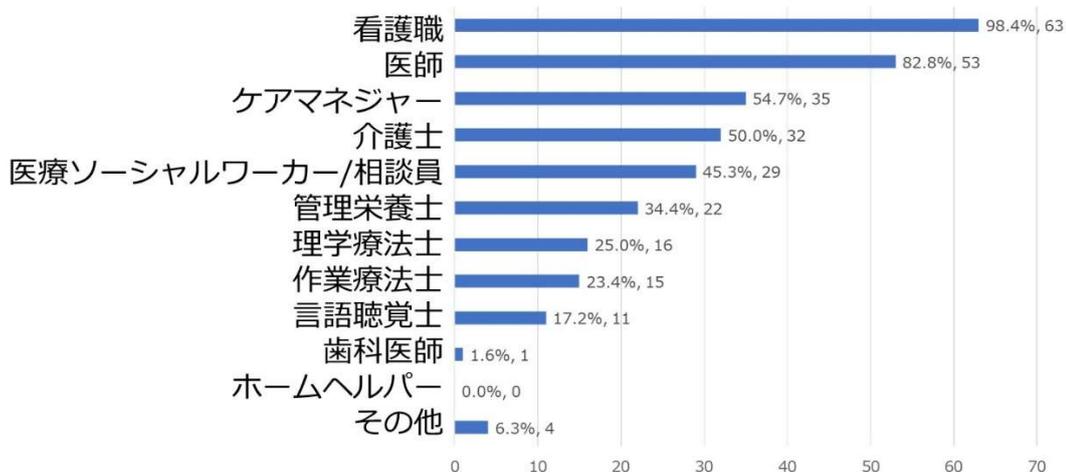
- ・時間的に参加が難しいため。
- ・看護師長が代理でカンファレンスに参加する為
- ・老健施設での調剤のみを行っているため通常職員との多職種協働チームには加わっていません。

11. 多職種連携の現状について

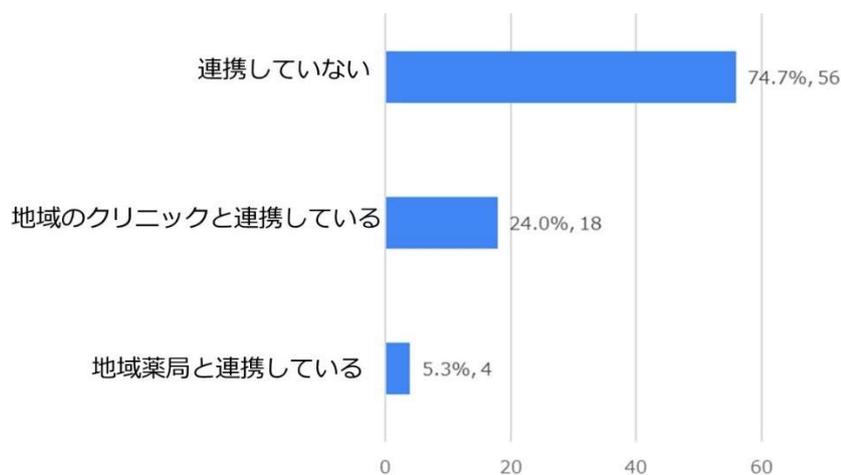
①対応中の患者に対して「自施設内で他職種と連携」していますか？ (n=75)



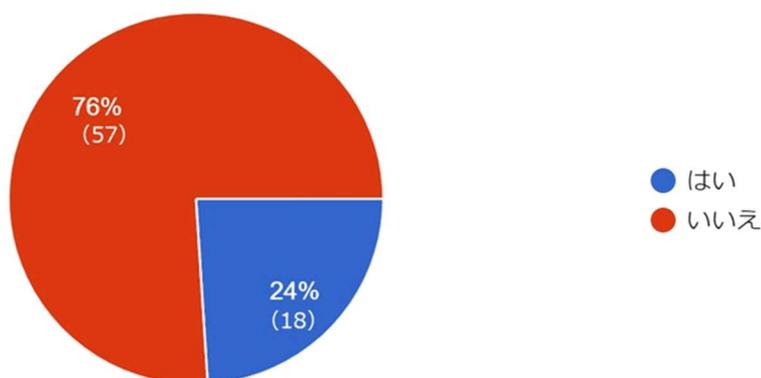
②上記で「はい」と回答した方の連携を行っている具体的な職種名 (n=64)



③対応中の患者が退所時に「地域のクリニックや薬局と連携」していますか？
(複数選択可) (n=75)

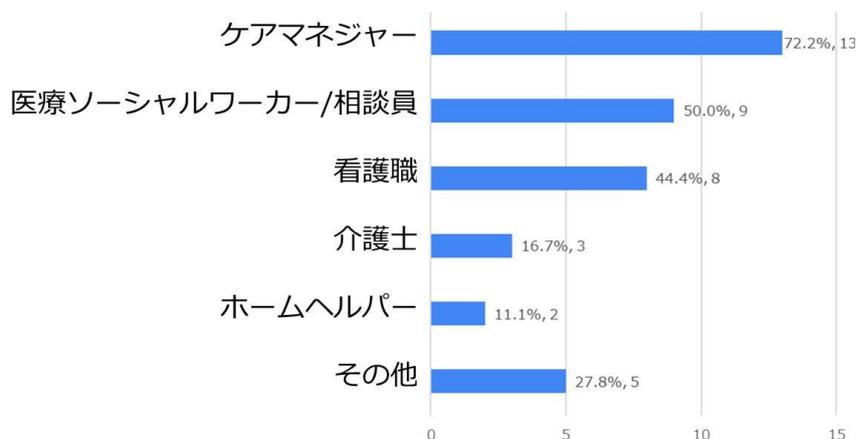


④対応中の患者が退所時に「地域における他施設の他職種と連携」していますか？
(n=75)

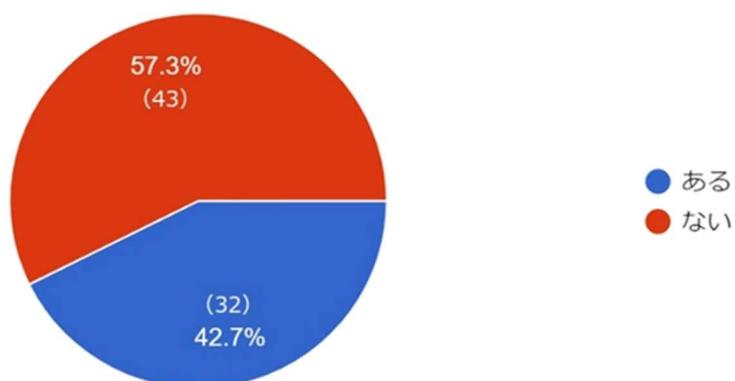


⑤（前の質問で「はい」と回答した方）

「地域における他施設の他職種と連携を行っている」具体的な職種名を教えてください（複数回答可）（n=18）



⑥多職種と連携して「服薬支援・処方調整が行えた実例」はありましたか？
（n=75）



⑦（前の質問で「ある」と回答した方のみ）

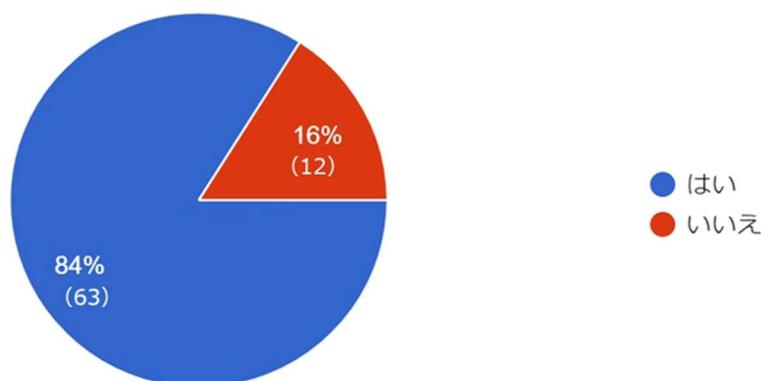
その実例を記載ください。（n=32）

■実例

- ・服用回数の変更。服用時点の変更。服用量減量。投与禁忌薬のカットなど。
- ・排便コントロールにおいて服薬時間や薬内容の調整。嚥下機能の評価で錠剤から粉砕への変更。
落薬しやすい患者への薬の提供の仕方の工夫など。
- ・眠剤を服用中の方が夜間覚醒時にふらつき、転倒され、看護師・介護士からの報告により眠剤の処方調整を検討できた。

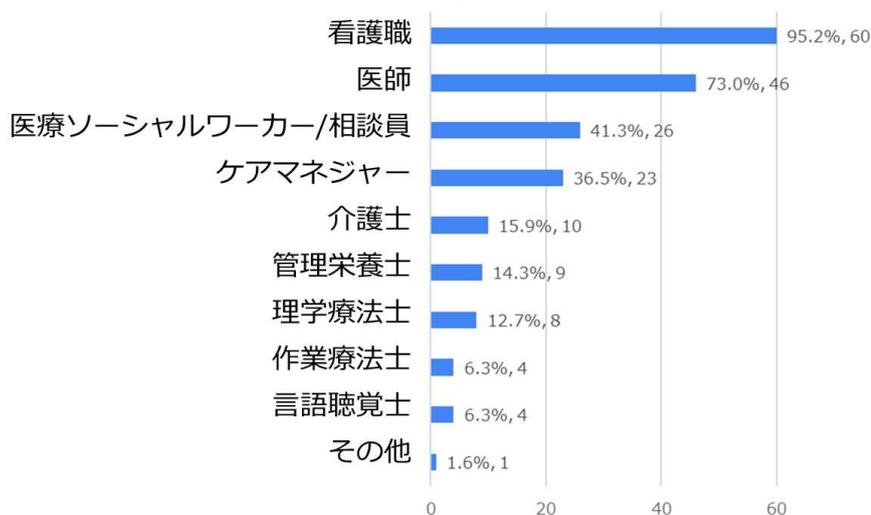
12. 自施設内の情報共有に関して

①他職種からの患者に関する相談や問合せはありますか？ (n=75)



②（前の質問で「はい」と回答した方のみ）

問合せ元の職種（複数回答可）を選択ください。(n=63)

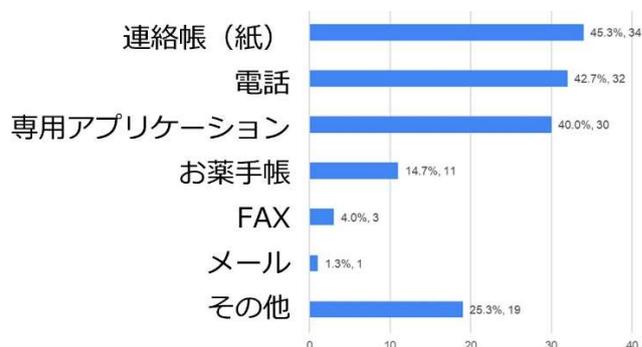


③他職種からの患者に関する相談や問合せ内容を記載ください。

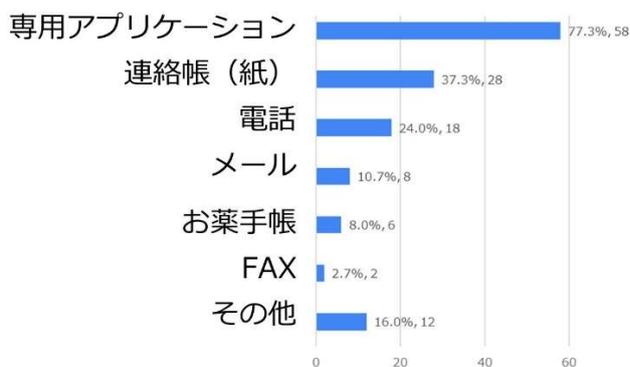
■相談や問合せ内容 (n=63)

- ・薬の選択や剤型。粉碎の可否。
- ・食事がとれない時や下痢が続く時内服を中止したほうがいいか。
処方変更で気をつける事は何か。
- ・持参薬を一包化して欲しい。
- ・ADL の変化への対応。

④”自施設内の多職種と連携すること”に対して、医療従事者間での利用者情報共有のツールに関して普段何を使用していますか？（複数回答可）（n=75）



⑤”自施設内の多職種と連携すること”に対して、どのような利用者情報共有のツールが便利だと思いますか？（複数回答可）（n=75）



■（前の質問で）選択した、その理由を記載ください。

①専用アプリケーション（n=58）

- 記録に残せる、いつでも閲覧できる、作業の効率化、持ち歩きできる、保管場所を取らない

②連絡帳（紙）（n=28）

- 連絡事項はノートを用いるルールになっている、薬剤師が一人なので共有する必要がない

③電話（n=18）

- 迅速かつ確実に伝わる、メール等に目を通す時間がない

④お薬手帳（n=8）

- 薬の情報が記載されている

⑤FAX（n=2）

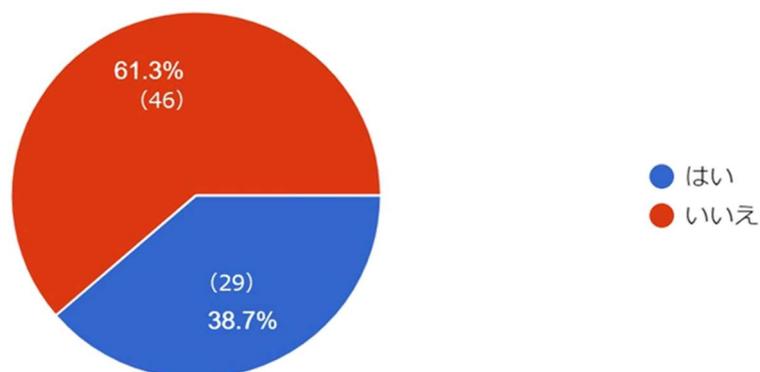
- 人によって使用デバイスが異なるため

⑥その他（n=12）

- 直接伝える、入所時のサマリー

13. 他施設への情報共有に関して

①他職種からの患者に関する相談や問合せはありますか？ (n=75)



②（前の質問で「はい」と回答した方）

問合せ元の職種（複数回答可）を選択ください。(n=29)



■相談・問合せ内容 (n=29)

- ・薬剤について
 - 処方内容、服用方法、適正使用、副作用
 - 薬価、薬剤履歴
 - 治療経緯
 - 薬剤の入手可否
 - 代替薬の有無
 - 薬価、薬剤費用
 - 退所時の投与日数の確認
- ・その他
 - ワクチンの同時接種は可能か
 - 血圧 血糖 腸 皮膚に関する全て

③”他施設の多職種と連携すること”に対して、医療従事者間での患者情報共有のツールに関して、普段何を使用していますか？（複数回答可）（n=75）



④”他施設の多職種と連携すること”に対して、どのような患者情報共有のツールが便利だと思いますか？（複数回答可）（n=75）



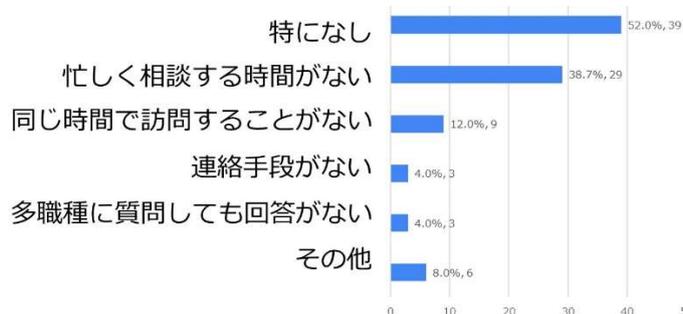
■便利と思う理由（n=75）

- ① 専用アプリケーション（n=35）
 - 記録に残せる、情報の共有と保存が可能、便利、業務の合間に使える
- ② 電話（n=23）
 - 細かいニュアンスを双方向で確認できる、時間的ロスが少ない
- ③ お薬手帳（n=19）
 - 服用薬の情報が記載されている、普及している、現実的
- ④ 連絡帳（紙）（n=13）
 - 他職種も紙でやりとりしている、どの施設でも受け取れる、ITが苦手
- ⑤ メール（n=13）
 - ペーパーレス、利便性
- ⑥ FAX（n=11）
 - 多くの情報を伝えられる
- ⑦ その他（n=3）
 - 会議開催時に共有

14. 多職種連携の課題に関して

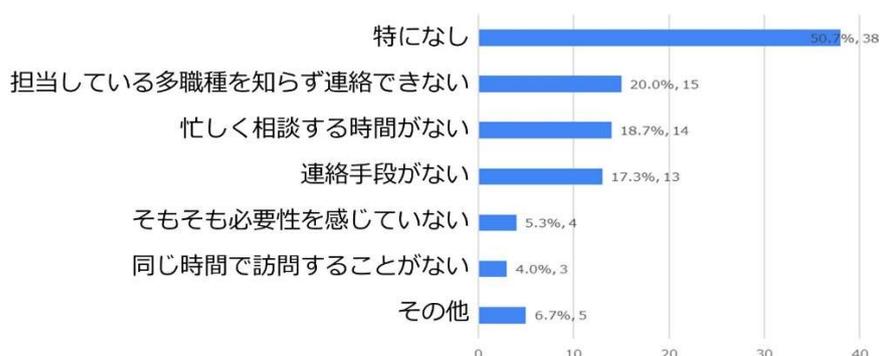
①”『自施設内の多職種』と連携すること”に対して

「不足していると感じるもの」はありますか？（複数回答可）（n=75）



②”『他施設の多職種』と連携すること”に対して

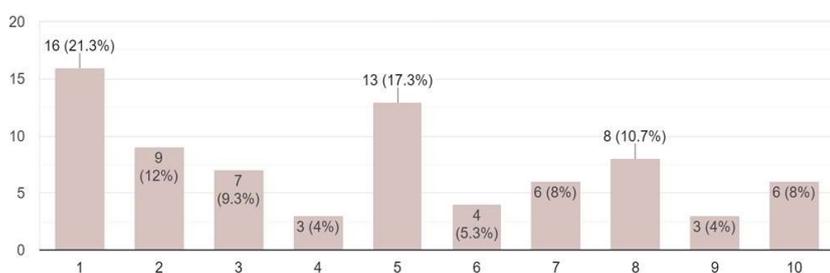
「不足していると感じるもの」はありますか？（複数回答可）（n=75）



③介護施設内で処方提案を行うことに「時間的な困難」を感じますか。

（10段階で評価してください。）（n=75）

75件の回答



最小値	1
四分位25%	2
中央値	5
四分位75%	7
最大値	10

前問で評価した、その理由を記載ください。

■ 10～4（感じる）（n=43）

- ・ 普段の業務が忙しすぎる
- ・ 人員不足（一人薬剤師のため）
- ・ 非常勤勤務のため

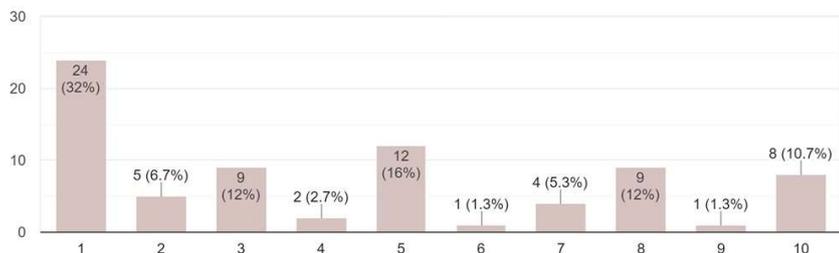
■ 3～1（感じない）（n=32）

- ・ なし
- ・ 関係性ができており、提案に時間がかからない
- ・ すぐに提案ができる
- ・ 医師が提案内容を理解してくれる

④介護施設内で処方提案を行うことに「人力的な困難」を感じますか。

(10段階で評価してください。)(n=75)

75件の回答



最小値	1
四分位25%	1
中央値	3
四分位75%	7
最大値	10

前問で評価した、その理由を記載ください。

■10～4（感じる）(n=37)

- ・ 人員不足
 - 一人薬剤師である
 - 他施設との兼任
- ・ 対応する患者数が多すぎるため

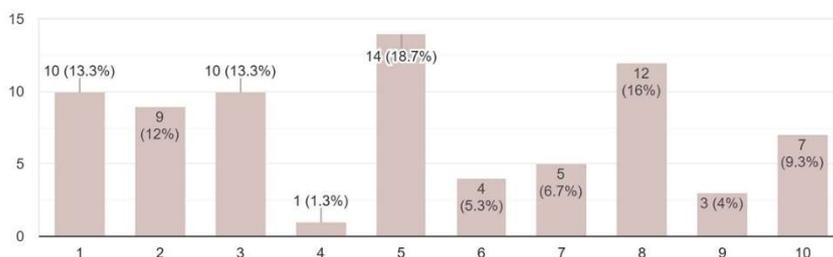
■3～1（感じない）(n=38)

- ・ 特になし
- ・ 人員が充足しているから
- ・ 医師、看護師と関係性ができているから
- ・ 処方提案をほとんどしない

⑤介護施設内で処方提案を行うことに「知識・経験不足で困難」を感じますか。

(10段階で評価してください。)(n=75)

75件の回答



最小値	1
四分位25%	2.5
中央値	5
四分位75%	8
最大値	10

前問で評価した、その理由を記載ください。

■10～4（感じる）(n=46)

- ・ 経験不足
 - 勉強する時間が取れない
 - 自己研鑽が難しい
 - 医学、介護の知識が足りない
 - 老健での経験不足
- ・ 相談できる人がいない
 - 同職種がない
- ・ 他職種の方がどんなことをしているか知らない

■3～1（感じない）(n=29)

- ・ 特になし
- ・ 相談できる人がいる
 - ベテランも多い
 - 医師に相談できているから
- ・ その他
 - 常に勉強している
 - ベーシックな医薬品対応のみのため
 - 抗がん剤、麻薬といった薬剤を扱っていない

4 研究考察

服薬管理における多職種連携は、ほとんどの薬剤師が必要という回答であった。その理由について、「他職種から薬剤師への情報提供」がもっとも頻度が高く約半数を占めた。背景としては、薬剤師が患者と接する機会や時間が限られているため、より頻繁に関わる職種から情報を得る必要があると考えられていた。単なる情報提供ではなく、「各職種の専門性に基づく多角的な評価」に目を向けた回答は、在宅医療に比べて、介護施設でその必要性が高く認識されていた。介護施設では、同じ職場や同じ時間帯に他職種と従事することから、他職種の役割に対する理解や円滑な業務遂行の経験等が蓄積されていると考えられた。

薬剤師が行っている評価と多職種が求める情報に乖離が見られた。薬剤師の評価の多くは残薬や服薬アドヒアランスといった薬に対する評価であるが、多職種が求める情報として、処方見直しなどの薬物療法の本質が求められている。しかし、現状の訪問薬剤管理指導等の報告書では、多くの場合、薬剤師が評価を行っておらず、情報がないため報告が出来ないといった意見もあった。そのため、薬剤師自ら情報を収集し報告書の作成を行うような様式の確立が必要であると思われる。

一方で、薬剤師が在宅への訪問は月に1-2回が8割近くを占め、報告書の作成にかかる時間は概ね5-20分が最も多い。3割近くが報告書作成は翌日以降で行っているため、情報の抜けもあることが考えられた。

情報共有を考えた場合、義務のある医師とケアマネジャー以外では、看護職が約4割、その多職種は1割未満でありほとんど共有していない実態が明らかになった。多くの場合、報告書の情報共有にはFAXが使用されているが、実際の処方提案などでは、電話などで行い後日、報告書を送付するなど対応されている例が多いことが明らかになった。

多職種側からのアンケートでも、薬剤師との情報共有を行ったことがある職種は7割にとどまった。また、同じ時間帯に訪問があることが不足している課題として出ており、同一の時間で訪問するなど工夫を行うことも必要であると思われる。

「多職種間の情報共有」から一步踏み込んだ関わりとして、本研究では「薬剤師から他職種への依頼・情報提供」を別カテゴリーとした。在宅医療および介護施設ともに、約1割で「薬剤師から他職種への依頼・情報提供」に言及した回答が得られた。一方で、業務負担に関しては、在宅医療では訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導を含む）の実施、介護施設では処方提案の実施と質問が異なるものの、在宅医療と介護施設のいずれも半数以上は何らかの困難さを感じている状況であった。とくに在宅医療では「時間」や「人員」の点から実施が困難であるという回答が多かった。関連した注意点として、介護施設（介護老人保健施設）のアンケート対象施設の選定に際し、過去の調査結果から少なくとも当時は常勤の薬剤師が勤務していた施設に限定したことから、薬剤師が他の勤務形態（より短時間の業務等）の場合とは業務負担感が異なるかもしれないことがある。

今回のアンケート調査では、母集団の少ない老健薬剤師から75件回収することが出来た。在宅医療と介護施設という違いはあるものの、服薬管理においては「薬剤師から他職種

への依頼・情報提供」を一層進める余地があると考えられた。一方で、現状として、多くが業務負担を感じていることから、例えば、利便性の高い情報共有ツールの活用等によって、薬剤師がより専門性を活かした業務に注力できる環境を整える必要があるかもしれない。

今回、回答した老健薬剤師は薬剤師歴が35年以上の薬剤師が多く、いわば再雇用者が多い。こうした背景を考えると多職種との連携が行えていない実態は、これまでのキャリアでこうした背景がないためではないかと考えることもできる。

本研究の限界として、多職種連携を必要と思う理由の類型化について、回答の理解や捉え方に研究者間でばらつきがあることが考えられる。別の研究者が行った場合には、異なるカテゴリーの設定や区分となる可能性がある。また、多職種連携を必要と思う理由については、自由記述による回答であり、最初に思いついたひとつだけを回答した場合等もあるかもしれないため、薬剤師の考えをすべて把握できているわけではない。なお、本研究では、アンケート①では多数のアンケート回答が得られたが、回答者と非回答者で多職種連携に対する考え方や業務の状況が異なる可能性がある。

訪問薬剤管理指導多職種協働で処方提案につながった症例

看護師との情報共有

・ 患者背景

80歳代女性 自宅 介護度不明 日常生活自立度J 糖尿病、腎機能障害

・ 処方内容

ベザフィブラート、ウルソデオキシコール酸、テラリア、デベルザ（隔日）、イコサペント酸、ミヤB M

・ 多職種と共有した内容・評価

処方元外来看護師より、残薬確認の依頼があり、自宅を訪問。隔日処方のデベルザが入っている日ばかり、一包化されたくすりを飲んでいなかった。他にも糖尿病治療薬等と一緒に分包されており、服薬コンプライアンス低下していると思われる。本人は、頻尿になるから加減をしているとおっしゃっていた。処方元外来看護師より、残薬確認の依頼があり、自宅を訪問。隔日処方のデベルザが入っている日ばかり、一包化されたくすりを飲んでいなかった。他にも糖尿病治療薬等と一緒に分包されており、服薬コンプライアンス低下していると思われる。本人は、頻尿になるから加減をしているとおっしゃっていた。

・ 処方提案内容

外来看護師を通じて、処方医へ現状を報告し、隔日投与のデベルザの中止を提案し、採択された。

・ 経過

電話にて、アドヒアランス向上が確認できた。

・ 考察

確実な服薬につながった。

・ 患者背景

80歳代女性 自宅 要介護度4 日常生活自立度J 認知症、慢性心房細動、脳梗塞後遺症

・ 処方内容

ワーファリン0.5mg 1T 朝食後、ワーファリン1mg 1T 朝食後、バルプロ酸NaSR200mg 1T 夕食後、モサプリド5mg 3T 毎食後、アコファイド100mg 3T 毎食前、リンゼス0.25mg 2T 朝食前、セレコキシブ100mg 2T 朝夕食後

・ 多職種と共有した内容・評価

本人飲み込み困難感あり特に大きな錠剤のみ込み難しく施設で粉砕して飲ませていたことが判明。バルプロ酸SR錠など粉砕すると急速な血中濃度上昇の可能性あることを伝え、医師に報告。

・ 処方提案内容

バルプロ酸NaSR200mg1T夕食後→セレニカR40%顆粒0.5mg夕食後

クエン酸第一鉄Na50mg1T昼食後→クエン酸第一鉄顆粒83%0.6g

・ 経過

錠剤から顆粒剤への提案を行ったが、医師は中止する事で経過観察と。しばらく中止していたがご家族の強い希望により2023.1.12に再開。

・ 考察

ポリファーマシー改善しようと試みてもご家族、施設の強い希望がある場合は実行継続が難しい場合もあるようだ。

ケアマネジャーとの情報共有

・患者背景

80歳代女性 自宅 要介護2 日常生活自立度J 認知症、高血圧

・処方内容

オルメサルタン ニフェジピンCR ランソプラゾール ドネペジル ドグマチール

・多職種と共有した内容・評価

なんとか通院できているが服薬管理困難事例のため介入。普段から歩行時のふらつきが目立ち、本人も自覚あり。体調不良も続きケアマネジャーからデイサービス利用時のバイタル報告があった。その後も体調不良は続き。デイサービスでのバイタルは確認させてもらっていた。血圧90台。通院困難となり訪問診療導入。初回診察時にデイサービス利用時のバイタル、生活上でのふらつきなど体調不良が続くことを報告。

・処方提案内容

降圧薬2剤の減薬もしくは変更の相談。

・経過

初回診察のため、まずは用法変更から経過観察。その後も低血圧は続き、オルメサルタン中止。血圧100程度まで上がり、体調不良の訴えも以前より減っているが、2桁になることもあり、降圧薬すべて中止。冬になり血圧140台もあり、ニフェジピンCR再開となるも1剤服用で経過は良好。

・考察

医師への報告事項は職種によって視点が違うため、福祉関係の方々からは生活目線の報告となりがちである。血圧が低いとわかっていても医師へ発言しにくいなどがあるようなので、状況把握していれば薬剤師から積極的に状態宝庫奥を行い、服用薬剤についても報告していく必要があると感じる。

ケアマネジャーとの情報共有

・患者背景

60歳代男性 自宅 要介護5 日常生活自立度A クロイツフェルト・ヤコブ病、高血圧など

・処方内容

イーケブラ、タケキャブ、アムロジピン2.5、カンデサルタン8、アマンタジン、五苓散 など 朝11剤 退院処方の内容だったため、当時の詳細は不明

・多職種と共有した内容・評価

コロナウイルス感染拡大のため退院時カンファレンス省略。退院時の担当者会議にて入院先の退院時サマリーを参考に会議。

訪問看護より帰宅時のバイタル報告にて血圧2桁。サマリーにも普段から2桁であると申し送りあり。

翌日、配薬のため訪問。訪問看護師と前日の低血圧に対する状況確認と訪問当日のバイタル確認。寝たきりのため症状はないが、血圧80台が続く。

・処方提案内容

退院時サマリーと実薬が合わないため、退院時処方の内容（主に降圧薬）の報告。3剤あるため、いずれかの減薬または減量できないか相談。

・経過

アムロジピン2.5mgを次回診察まで減薬。

その後の診察にて、処方内容の見直しが行われ、降圧薬1剤となり、血圧も落ち着いている。（薬剤は減薬だけでなく変更されています。）

・考察

退院時にサマリーは確認されるものの、内容があっているとは限らず、薬を見て確認するという作業は薬剤師以外がすることはほとんどされていないようだ。（日頃の経験上）その場に薬剤師がいることで、実際に服薬している薬を確認し、正確な患者のバイタルや体調面などの確認、考察ができると考える。

ケアマネジャーとの情報共有

・ 患者背景

80歳代女性 自宅 要介護3 日常生活自立度A 2型糖尿病、アルツハイマー型認知症 HbA1c 7.4、eGFR 40.4ml/分/1.73m²

・ 処方内容

ハーフジゴキシン錠0.125mg 1錠 分1朝食後・アルファカルシドール1μg 1錠 分1朝食後・ルセファイ錠2.5mg 1錠 分1朝食後・エクメットHD錠 2錠 分2朝食後・オイグルコン錠2.5mg 2錠 分2朝食後・マグミット錠330mg 2錠 分2朝食後・アレンドロン錠35mg 1錠 週1起床時

・ 多職種と共有した内容・評価

一包化し、お薬カレンダーで管理している。

朝食分は、ヘルパーさんが朝食時に服用させてくれる。夕食分は配食サービス業者にお弁当の上に薬を載せてもらい、ご自分で服用していた。

配食サービス業者より、最近夕食を食べていないことがあるとケアマネに報告があり、ケアマネから薬剤師に連絡があった。

薬剤師が同居している息子さんにも確認したところ、ご自宅では覆えていることが多く、真夜中に起きだして食べることもあれば、朝まで食べないこともあるとのことだった。

最近、夕食分の飲み忘れも増えており、服用した日も何時に服用したのか分からない状態であった。

オイグルコン錠2.5mgが2T朝夕食後で処方されており、空腹時服用や、翌朝分との間隔が十分でないこと等で低血糖リスクがあると考えた。

・ 処方提案内容

オイグルコン錠2.5mgを2T朝夕食後から1T朝食後のみへの変更を提案した。

・ 経過

提案した結果、オイグルコン錠2.5mgは1T朝食後のみへ、エクメット錠HD 2T朝夕食後からイニシク配合錠 1T朝食後へ変更になった。

低血糖リスクを回避できたと考える。

その後HbA1cが8.3へと上がったりましたが、概ね7台で推移している。

・ 考察

認知症もあり、年齢を重ねるごとにご本人との意思疎通が難しくなっていた。本人に食事状況を聞いても食べているとの返答であって、夕食を食べたり食べなかったりしていることを充分には把握できていなかった。認知症患者など生活状況の把握が患者本人からだけでは難しいケースもあり、見守っている多職種から情報は大変重要であると感じた事例であった。このような患者では特に多職種と密に連携を取り情報共有することが重要である。

・ 患者背景

80歳代女性 自宅 要介護2 日常生活自立度J K5.8 eGFR33

・ 処方内容

カンデサルタン4mg、レバミピド、グリメピリド、チラーヂン、プレガバリン、メトホルミン、バップフォー、リスミー

・ 多職種と共有した内容・評価

検査値よりカリウムが上昇しており、腎機能の悪化もある。食事を気をつけるよう促すが変化はなし。

・ 処方提案内容

カンデサルタン4mgの中止を提案

・ 経過

カンデサルタン中止も血圧は安定しておりK値も若干の減少あり。

・ 考察

高齢者へのARB処方時にはKへの注意が必要。若干の改善はあるがK高値は続いているため、継続してフォローが必要。

介護士との情報共有

・ 患者背景

90歳代男性 自宅 要介護2 日常生活自立度J 認知症、糖尿病、高血圧

・ 処方内容

ペリンドプリル2mg、フォシーガ5mg、メコバラミン500μg、アリセプト5mg、ネキシウム10mg

・ 多職種と共有した内容・評価

家族の支援があり通院できているが独居で服薬管理困難事例のため介入。デイサービスでの毎月体重測定。普段と変わらない量の食事を食べているが、徐々に痩せている印象。家族も同じ意見のため、デイサービスでの体重測定結果を時系列に確認。毎月体重が減っている様子。歩行状態などもふらつき、ふくらはぎの筋肉が以前より落ちている様子も確認。生活状況に変化はない。家族の意向を確認したうえで、減薬または多剤への変更希望があり、通院前に処方提案内容と相談方法を家族と打ち合わせし通院する。

・ 処方提案内容

採血結果を考慮した上ではあるが、結果が良いようならフォシーガ錠5mgの減薬の相談、もしくは多剤への変更を提案

・ 経過

採血結果は良好であり、まずはフォシーガ錠の确实服薬から経過観察。その後も採血結果が良好なため、フォシーガ錠中止となる。その後数カ月経つが、HbA1cなど悪化することなく、体重、筋力共に以前の状態まで回復し、元気に過ごされている。

・ 考察

対象薬剤によっては検査結果によるものもあるため、減薬だけに目を向けるのではなく、多剤への変更なども考慮したうえで進めていく必要がある。服薬状況や副作用だけでなく、対象患者の日頃の生活状況、自立度など日頃の生活状況へも目を向けることで変化に気付くことがある。薬を減らしたいと本人、家族が望むことで減薬はスムーズに取り組みると感じています。

介護士との情報共有

・ 患者背景

90歳代男性 自宅 要介護度2 日常生活自立度J 認知症、糖尿病、高血圧

・ 処方内容

ペリンドプリル2mg、フォシーガ5mg、メコバラミン500μg、アリセプト5mg、ネキシウム10mg

・ 多職種と共有した内容・評価

家族の支援があり通院できているが独居で服薬管理困難事例のため介入。デイサービスでの毎月体重測定。普段と変わらない量の食事を食べているが、徐々に痩せている印象。家族も同じ意見のため、デイサービスでの体重測定結果を時系列に確認。毎月体重が減っている様子。歩行状態などもふらつき、ふくらはぎの筋肉が以前より落ちている様子も確認。生活状況に変化はない。家族の意向を確認したうえで、減薬または多剤への変更希望があり、通院前に処方提案内容と相談方法を家族と打ち合わせし通院する。

・ 処方提案内容

採血結果を考慮した上ではあるが、結果が良いようならフォシーガ錠5mgの減薬の相談、もしくは多剤への変更を提案し、ご家族から主治医へ相談。

・ 経過

採血結果は良好であり、まずはフォシーガ錠の确实服薬から経過観察。その後も採血結果が良好なため、フォシーガ錠中止となる。その後数カ月経つが、HbA1cなど悪化することなく、体重、筋力共に以前の状態まで回復し、元気に過ごされている。

・ 考察

対象薬剤によっては検査結果によるものもあるため、減薬だけに目を向けるのではなく、多剤への変更なども考慮したうえで進めていく必要がある。服薬状況や副作用だけでなく、対象患者の日頃の生活状況、自立度など日頃の生活状況へも目を向けることで変化に気付くことがある。薬を減らしたいと本人、家族が望むことで減薬はスムーズに取り組みると感じています。

医師との情報共有

90歳 男性 自宅（息子夫婦と同居）、要介護：2

現病歴：パーキンソン病

処方内容：

アミティーザカプセル 2.4μg 1.0カプセル 1日2回 朝夕食後 21日
スタレボ配合錠 L100 4.0錠【粉碎】【包1】1日3回 毎食後服用 14日
スタレボ配合錠 L100 1.0錠【粉碎】【包1】1日2回 昼夕食後服用 14日
酸化マグネシウム錠 250mg「ケンエー」 2.0錠 1日2回 朝夕食後服用 14日
トプスOD錠 100mg 3.0錠【包1】1日3回 毎食後服用 14日
アンブロキソール塩酸塩徐放OD錠 45mg「ZE」 1.0錠【包1】1日1回夕食後服用 14日
ニュープロパッチ 9mg 28.0枚 1日1回
タケキャブ錠 20mg 1.0錠【粉碎】【包1】1日1回 朝食後服用 14日
ゲーベンクリーム 1% 50.0G 1日1回
プロベト 50.0G 1日1回
カロナール坐剤 400 400mg 10.0個 発熱時・疼痛時

多職種と共有した内容・評価：薬剤師が訪問時に食事・服薬状況を確認し、食事は流動食が中心だが、服薬は錠剤の方が飲み込みやすい様子であること。患者本人の剤形に関する希望（散剤より錠剤のほうが飲みやすい）。を医師に情報提供。

処方提案内容：散剤から錠剤への剤形変更。剤形変更時の処方量の調整提案。

経過：錠剤変更後、錠剤の飲み込みは問題なく、患者の服薬負担が軽減された。

考察：実際に服薬している様子を見ることができたために、剤形変更を提案できた事例である。

医師との情報共有

- ・年齢65歳
- ・紹介元病院：循環器内科 再入院時の希望先病院：循環器内科
- ・病名1：失外套症候群、低酸素脳症：
- ・病名2：心室細動、陳旧性心筋梗塞：
- ・病名3：気管切開、PEG造設：

多職種連携先

- ①ホームケアクリニック
- ②訪問看護ステーション
- ③ヘルパーステーション
- ④アースサポート
- ⑤調剤薬局

処方内容：クラビット細粒10% 5g 朝食後 5日分

多職種と共有した内容・評価：**PEG造設**

処方提案内容（医師への処方提案内容の詳細）：クラビット細粒→クラビット錠（500）1錠（粉碎指示）

クラビット細粒は胃瘻チューブ詰まることが報告されており、錠剤を粉碎して対応する。

経過：胃瘻チューブ詰まらず5日間投与出来た。

考察：医師は薬剤の製剤特徴まで把握することは難しい、よって薬剤師のフォローにより適正使用に繋がった。

※同患者・同理由で、酸化マグネシウム細粒0.5g→マグミット錠500mgへの処方変更を提案をしました。

医師との情報共有

・患者背景

年齢：81歳、性別：女性、生活場所：自宅（夫と二人暮らし）、施設：なし、介護度：要介護2、日常生活自立度：I、現病歴：食道狭窄・高血圧・認知症、併存疾患：乳癌再発（転移あり）、検査値：CEA23.6で増高傾向

・処方内容

医療機関A（在宅指示）：アムバロ配合OD錠・アムロジピンOD錠5mg・ネキシウムカプセル20mg・ムコソルバンL錠45mg・ドネペジル塩酸塩OD錠5mg

医療機関B：エキセメスタン錠25mg

・多職種と共有した内容・評価

認知機能・服薬状況・嚥下状況・ムセの有無・検査値（CEA値など）の経過を薬剤師・ケアマネジャー兼看護師・ヘルパーで共有。

ムセを伴う嚥下状況の悪化が服薬状況の低下をまねき、CEA値などの増高傾向の要因になっていることが否定できなくなっていた。

・処方提案内容（医師への処方提案内容の詳細）

トレーシングレポート添付（PDF）あり

・経過

医療機関Aの主治医処方の再検討がなされ、血圧管理のみの処方へ変更となった。

アムバロ配合OD錠・アムロジピンOD錠5mg・ネキシウムカプセル20mg・ムコソルバンL錠45mg・ドネペジル塩酸塩OD錠5mg

➡アムバロ配合OD錠・アムロジピンOD錠5mg

・考察

服薬状況の経過は主治医に伝えていたが処方変更なしで継続のままだった。嚥下状況の悪化やCEA値の増高傾向から、減薬の必要性をトレーシングレポートを用いて主治医に伝え、減薬につながった。詳細な状況の確認と、その情報の共有が多職種間で行えた結果処方変更がなされたと考える。

その他好事例1

- ・ 認知症・糖尿病のある患者において、訪問介護ヘルパーからの生活状況・食事状況、毎日の服薬状況、デイサービスでの服薬後の体調変化の情報などから、薬学的考察を行い、乳酸アシドーシスの副作用を疑い、医師に進言し、処方変更後体調が急激に回復した。
- ・ インスリン拒否の報告をケアマネよりうけて、インスリンを完全に拒否していたため医師へ情報提供して処方変更となった
- ・ 訪問看護師の発見した皮膚トラブルについて、ともに検証し、皮膚科医受診を主治医に双方から提案、皮膚科の往診に繋がり、適切な治療に繋がった
- ・ デエピゴ錠を長期服用している患者に対し、ケアマネから服薬支援の依頼があり介入。デエピゴはほぼ飲んでいないことが残薬からわかり、処方中止に至った。
- ・ 訪問前は下剤の使用量が医師の指示は1回2錠だったが、PTPで調剤されていた為に患者が適当に飲んでいて。訪問後は処方が指示した錠数に分包して基本単位を覚えてもらい、徐々に適切な薬剤量へ調整できた。現在は過不足無い処方量になっている。
- ・ ご本人は医師・看護師・薬剤師には転倒していないとお話されるが、入浴介助したヘルパーから複数箇所の皮下出血の報告があった。安定剤の減量・作用時間の短い睡眠薬への変更・四点杖の使用に繋がった。
- ・ なかなか飲み込みが難しいとヘルパーさんから相談があり、ニフェジピンCR錠が全然飲めてなかったことが明らかに。Drへ報告、薬剤変更の提案を行いニフェジピンCR→アムロジピンOD錠になりコンプライアンス改善につながった
- ・ 看護師の方が排便の処理をされている時に訪問時間が重なり、実際の便の回さ等を聞くことができ、処方では便秘・下痢どちらに対する薬が必要なのか、医師に相談する際に参考になった。
- ・ 外来診察時、下肢の浮腫増悪あり、血圧も低めであったのでアムロジピンの減量を提案
- ・ 眠剤を飲みすぎて、デイサービスに来れなかったことがわかり医師に相談してプラセボ薬に変更

その他好事例2

- ・ ①服薬時に一包化された薬を床にこぼしている、昼食後の薬が飲めない理由は、起床時間が遅く、朝食と昼食が一緒になっているなどの服薬状況
- ・ ②介護サービス利用時（デイサービス、ショートステイなど）のバイタルサイン、体重などの情報
- ・ ①②などの情報を他職種より入手、アセスメントを行い、処方医に処方提案を行った結果、処方内容が変わった
- ・ 車酔いが酷く移動の際にトラベルミンを服用するが、訪問日にて眠気気力の低下が見らるるとリハビリから情報提供があった為医師に確認し半錠での処方となった。
- ・ 一包化指示により、下剤も一包化に入れていたが、調節服用できずに下痢になってしまったので、処方医と相談の上、別包いいて調剤した。 排便状況が安定した。
- ・ 服薬をたくさんしたがる情報がヘルパーや看護師より入り、偽薬を医師が出して薬剤師がその説明を行った。
- ・ 薬を飲みたがらないとの家族の声に対し、生活習慣（デイサービスについて、何時に帰ってきてなど）を聞き出し、分3毎食後の薬を分2朝夕食後に変更できるか主治医に相談し、分2に減ったことで、飲みたがらない気持ちが和らいだ、どの家族の声を聴くことができた。
- ・ 喀痰症状についてケアマネージャーより報告があった為、報告書に喀痰症状改善目的の薬剤追加依頼を行い、結果追加処方となった。
- ・ プリストルスケールや排便間隔などを看護師や介護士から聞き取り下剤の調整を行い、刺激性下剤を使用せず排便コントロールが出来た。
- ・ 肌の乾燥や痒みがあったが痒み止めではコントロール不十分だったが、採血結果を共有して過剰な脂質低下があり高脂血症治療薬を中止し保湿を強化し痒みが治った。
- ・ 急激に固形物服用が困難になった患者に対して、訪問直後に処方元を訪ね、前回の様子を確認し、OD錠や細粒、水剤への変更をし、更に経過観察後、処方の見直しをして必要ではないと思われる薬剤を処方から外した。
- ・ 内服困難になりつつある患者で、注射対応への移行が検討されたが、本人・家族から注射拒否あり。医師・看護師と連携し、服用可能な薬剤の選択や飲み方の工夫をした。また、拒否の理由を聞き、それぞれの立場からサポートし、実施できるよう問題を解決した。

その他好事例3

- ・ 訪薬した際にお話を伺ったところ、分3の漢方を分2で服用しており、その方が飲まないといけないという精神的負担もなく続けられるし体調も良いとのこと、医師に相談し分2に変更。
- ・ 疼痛コントロールの為支持療法含む3種の薬剤が処方。高齢で腎機能の低下を認められた。できる限り薬を減らしたいと施設看護師と協議し、2種の薬剤を医師に依頼（報告書にて）して中止した。経過を施設看護師に観察してもらい、疼痛コントロール良好であったため次回以降も中止となった。
- ・ 介護者や看護師から、「薬が飲めていない」「薬が効きすぎているような印象がある」というような相談を受け、処方内容の検討と変更の提案をした。
- ・ 顔面神経痛のためカルバマゼピンを従来から屯用していたが、認知症を発症して短期記憶が低下してしまい、過度の服用により日中の傾眠が強くなった患者に対して、多職種で共同して飲み過ぎないように服薬の管理を行なって、日中の活動を従来の状態に戻すことができた。
- ・ 錠剤が大きくて飲めていない、この薬は拒薬傾向がありコンプライアンスが低いなどの情報を看護、介護職から医療系SNSや電話で連絡頂き、減薬、代替薬提案へ繋がった。
- ・ 栄養状態が悪くエンシュアが処方された糖尿病患者に対し介護スタッフと血糖上昇が最小限になるよう回数やタイミングを調整した。
- ・ 肺癌末期の患者に訪問看護師が訪問入浴時、呼吸数が多くなり、苦しんでいた時、医師へモルヒネ処方提案をし、入浴を楽しんでいただくことができた。
- ・ 訪問看護やヘルパー、ケアマネと情報共有し、睡眠薬の服用し過ぎや服薬タイミング(間違えて朝服用等)の間違いにより、認知症悪化やふらつき症状が薬の副作用と気付き、薬の変更、中止、用法簡素化等に繋がった。
- ・ 認知症の患者に2種のインシュリンが出ていたので、取り違えて度々低血糖をおこし、介護スタッフで相談して、処方医に処方変更を依頼。
- ・ 認知症の患者に、吸入方法が違う2種の吸入薬が処方されていて 吸入残数が明示されないデバイスだったので、残数が明示され、1日1回1吸入の吸入薬に変更してもらった。残数がわかるので介護スタッフ介入時、昨日の残数から減っていない場合は安心して吸入を促せるようになった。

老健薬剤師の多職種連携のあり方に関する座談会 議事録

報告者：研究分担者 岸本桂子（昭和大学薬学部, 社会健康薬学講座 社会薬学部門 教授）

老健班の研究の一環で、介護老人保健施設内及び施設外において薬剤師の多職種連携についての現状を把握するため、座談会を開催し、5名の老健薬剤師からヒアリングを行った。

日 時: 令和5年 3月 18日 (土) 14:00 ~ 17:00

場 所: 昭和大学旗の台キャンパス 2号館 1階 109 社会薬学研究室

(〒142-0064 東京都品川区旗の台1丁目5-8 電話: 03-3784-8000)

参加者:

溝神文博 (国立長寿医療研究センター 薬剤部)

岸本桂子 (昭和大学薬学部 社会健康薬学講座 社会薬学部門)

丸岡弘治 (介護老人保健施設 横浜あおばの里 薬剤部)

新井克明 (大洗海岸病院 薬剤部)

東原和美 (日本バプテスト連盟医療団 バプテスト老人保健施設 医務部)

早乙女彩子 (医療法人社団ときわ会 介護老人保健施設小名浜ときわ苑 薬剤部)

有光佳代子 (医療法人社団哺育会 介護老人保健施設 ナーシングプラザ港北)

議 事: (敬称略)

◇ 14:00 ~ 14:10 出席者 自己紹介

◇ 14:10 ~ 14:25 研究班概要説明 国立長寿医療研究センター 薬剤部 溝神 文博

◇ 14:25 ~ 16:55 各老健施設での多職種連携の方法について

(発表 15分及び質疑応答 15分程度)

・丸岡弘治 (介護老人保健施設 横浜あおばの里 薬剤部)

・新井克明 (大洗海岸病院 薬剤部)

・東原和美 (日本バプテスト連盟医療団 バプテスト老人保健施設 医務部)

・早乙女彩子 (公益財団法人ときわ会 常磐病院)

・有光佳代子 (老健 ナーシングプラザ港北)

◇ 16:55 ~ 17:00 まとめ 国立長寿医療研究センター 薬剤部 溝神 文博

【各老健施設における多職種連携について】

施設 A (入所者 150名、薬剤師 1名)

- ・ 薬剤師の業務: 薬剤師が処方提案を医師に行い、調剤、セットを行っている。これらの業務で手が一杯であり、退所時の情報提供は実施できていない。
- ・ 施設外との情報共有: 支援相談員を介して施設内採用薬に変更の打診、疾患名の漏れが多く、支援相談員を介して確認している。
- ・ 施設内での情報共有: 看護師がリハや栄養から情報収集し、看護師に情報が集約されている。看護師の情報を基に、薬物治療について見直しが必要な患者をスクリーニングし、医師に処方提案を行っている。

施設 B (入所者 100名、薬剤師 1名)

- ・ 薬剤師の業務: 持参薬確認、薬学的管理 (相互作用、副作用等)、服薬指導・薬剤説明・お薬手帳記載、回診、ケアカンファレンス、朝礼・申し送り・入退所判定、薬剤のダブルチェック、常備使用分オーダー入力、中止指示のオーダー修正、薬剤サマリ (お薬手帳) の作成、医薬品情報収集・提供、各種委員会
- 調剤は病院にて行っており、老健薬剤師は病棟薬剤師のように薬剤管理のみを実施している

- 副作用モニタリング：電子カルテの情報に基づき行っており、血圧低下、肝機能低下が多くみられる。また、皮膚トラブル(褥瘡)について軟膏処置同行を行っている。
- 施設内での情報共有：電子カルテ。理学療法士からリハ中の血圧、疼痛について情報収集している。また、相談員と退所後の服薬管理を相談。
- 施設外との情報共有
- 退所時の薬剤説明：お薬手帳を活用
- 薬剤調整報告書：「処方内容の変更の可能性」「処方内容」を記載し、入所1ヵ月以内にかかりつけ医に送付。
- 薬剤変更等に係る情報提供書：退所1ヵ月以内に、かかりつけ医に薬剤調整結果を報告している。「傷病名」、「処方薬剤名」、「変更・減薬・減量の別」、「変更・減薬・減量の理由」、「変更後の経過」、「追加処方の経緯」を記載（処方変更等についてはカルテから転載できるが、「変更後に経過」を記入するのに時間を要する）。

施設C（入所者150名、薬剤師1名）

- 施設内での情報共有：診療情報提供書、診療情報提供添付書、実態調査票（利用要否判定会議資料）、入所前薬剤調査書、薬剤鑑別報告書、週刊入退所予定表、マネジメントレビュー（定期）、かかりつけ医連携薬剤調整加算、介護老人保健施設管理システム（介護ソフト）を活用し各部署の記録確認、判定会議（毎週1回）～相談員、NS、リハ、栄養、薬剤師～、スタッフ会議、担当者会議、カンファレンス、朝ミーティング（各部署からの報告）
- 全ての入所者に入所前薬剤調査を実施：相談員が現在の内服薬を記載、薬剤師が代替薬や処方提案を記載、医師が継続・中止・頓用指示を記載する。
- 施設外との情報共有：実態調査票、診療情報提供書、診療情報提供添付書、入所前薬剤調査書、薬剤鑑別報告書で情報共有している。その他、調剤薬局の担当薬剤師に問い合わせ、ケアマネージャーと支援相談員で情報共有、地域連携室のスタッフと支援相談員で情報共有などを行っている、また、同法人グループの病院からの入所については、入所予定で薬剤調整を要する患者の処方提案の流れができています。
- 地域療ネットワークの活用：医療機関、薬局だけではなく、介護施設も含まれる。但し、利用には患者の同意が必要。
- 地区にて医療と介護連携を促進する研修会の開催

施設D（入所者100床）

- 施設内での情報共有：
 - 入院処方箋に検査値(BUN、Cre、ALT、AST)と体重
 - 5回分の検査値が自動で入るように：クレアチン、K、Na、血色素、血小板、赤血球、白血球→紙をクリアファイルに重ねていく、医師は処方時に薬剤師は調剤時にすぐに確認できる。
 - 服薬カートではなく、おくすりカレンダーを使用→ミスの削減、災害時に医療者以外でも扱いやすい。
 - 回診同行：曜日を固定、100名、1回25名、患者1名当たり1月に1回。薬剤師が常勤ではなかったため導入された。関わる職種の情報ファイルを広げて、情報を確認ができる
 - また、外部の医師が入ることで回診同行の曜日が固定され、導入がスムーズであった。
 - 検査値：各患者に必要な項目をピックアップ、ピックアップはそれぞれの薬剤師の基準でおこなっている。老健では春と秋の2回健康診断（法律上は1年に1回、任意）、医療院は3ヶ月に1回実施。

施設E（入所者172名、薬剤師1名）

- 施設内での情報共有：「体調の変化の際は薬剤の影響」「薬剤副作用を疑う」「3ヶ月毎の会義で現在の状態に適切性確認」「常に薬剤の副作用を疑う」「処方経緯を踏まえて現病態に必要な

かの確認」の観点で老健薬剤師が各職種から情報収集を行い、医師に報告している。

- ▶ 薬剤関連情報集約ツール「薬剤管理シート」（カルテ内で共有）：薬物治療に関連する情報が散らばって存在しているため、老健薬剤師が「薬剤管理シート」に集約している。薬剤師がいない老健も多いため、各職種が書き込む形式が本来望ましい。既往歴はLIFEに入力されるようになった。
- 施設外との情報共有
- ▶ 定期処方薬方針報告書：入所時にかかりつけ医に、事前に確認した情報に合わせて当施設入所後での処方薬の方針を報告している。薬剤師・医師で作成し連名で出している。
- ▶ 薬剤変更に伴う診療情報提供書：退所時にかかりつけ医への薬剤変更の経緯と経過を薬剤師・医師で作成し連名で出している。

【老健に入所している患者像における薬物療法】

介護老人保健施設において、かかりつけ医との連携を推進し、継続的な薬物治療を提供する観点からの見直しに対し「かかりつけ医連携薬剤調整加算」が設定されている。ポリファーマシー対応を行っていく契機となる症状として以下があげられた。高齢者医療においてガイドラインに従った薬物治療を行っているると薬剤はどんどん追加となってしまう。高齢者にどこまでの治療が必要かを考える必要があるが、判断は難しい。

- 薬剤起因性老年症候群
- 低血圧
- 傾眠
- 過鎮静
- 食欲不振（ドネペジル、降圧剤、睡眠薬など）
- 骨折（降圧薬、睡眠薬など）

介護老人保健施設において行われる薬物療法に関連する特徴として、介護老人施設において抗がん剤及び医療用麻薬以外の薬剤や検査費等は包括項目となっていること、薬剤師の配置が十分でないことがあげられた。全国に老健は4337施設存在しているが、常勤薬剤師が453名、非常勤薬剤師が780名である。薬剤師の配置は300床1名となっており、入所者100名の施設の場合、0.33名である。また、薬剤師の配置は努力義務であり、罰則がない。薬剤師の配置が十分でないことから薬剤の管理面等における問題もみられた。

解決策として、薬剤管理に報酬が導入され、薬剤師の配置が増えることで、薬によるリスクを減らせると考えられる。なお、調剤の外注の制度が今後整ってくると考えられるが、老健においては薬剤変更が多いので外注は難しいとの意見があげられた。

- 老健で管理が難しい薬剤：サムスカ（血清Naの測定、肝機能検査）、抗がん剤など
 - 抗凝固療法：費用面からDOACをワーファリンに変更する場合もある。ただし、ワーファリンが無効でDOACに変更している場合もあるので、注意が必要である。
 - 老健には嚥下障害の患者が多いので、服薬支援が必要である。
 - アダラートCRなどの徐放薬が粉碎されていた。
 - 情報が上手く共有されていなければどのようなことが起こるか：リセドロン酸Naは2020年からと相談員の回答であったが、お薬手帳を確認すると2007年から継続して服用していた（ビスホスホネート製剤の長期服用により大腿骨の非定型骨折リスクが上昇する）。
 - おくすり手帳：電子お薬手帳は各社様式が異なり、閲覧、書き込みができない。
- 緊急入院することも多い、その場合、病院への情報提供書の作成・提出は難しい。

以上

介護老人保健施設での老健薬剤師業務及び他職種連携に関する視察調査報告

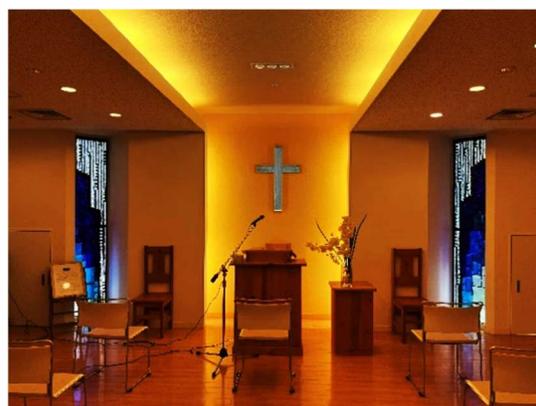
報告書：研究分担者 岸本桂子（昭和大学薬学部, 社会健康薬学講座 社会薬学部門 教授）
研究協力者 丸岡弘治（介護老人保健施設 横浜あおぼの里 薬局長）

老健班の研究の一環で、介護老人保健施設内及び施設外において、薬剤師と多職種連携についての視察を行い、実態調査を実施した。

1. 目的：介護老人保健施設での老健薬剤師業務に関する調査
2. 日時：2023年3月23日（木）11時～15時
3. 視察者：溝神文博（国立長寿医療センター薬剤部・高齢者薬学教育研修室長）
岸本桂子（昭和大学薬学部社会薬学健康講座 教授）
丸岡弘治（介護老人保健施設 横浜あおぼの里 薬局長）
4. 視察先：日本バプテスト連盟医療団 バプテスト老人保健施設（京都府京都市左京区）
5. 視察内容：

【施設概要】

京都府京都市左京区地域において介護老人保健施設として1999年に開設され、100床を有する病院併設型の施設である。2023年3月現在、在宅復帰を重点的に超強化型施設として地域に根差した活動をされている施設である。特に全国的には数少ない「調剤業務のない専従老健薬剤師」を置かれている施設である。日本バプテスト連盟医療団は、1954年に米国南部バプテスト連盟に連なる諸教会の献金によって創立された連盟との経緯があり、今でも施設内に礼拝堂を有する日本では珍しい施設である。



【専従老健薬剤師の主な業務】

3階療養棟視察では、フロア及びサービスステーション内の薬剤配置状況について説明を受けた。看護師の配薬カート準備に、薬剤師が毎回セット済みの薬剤チェックを行っていた。それゆえ、誤薬発生事故発生が低く抑えられているとのことであった。薬剤調剤は建物自体廊下でつながっている併設病院調剤室にて作成されていた。そのため、薬剤師は調剤業務には縛られ

ずに他の薬剤評価等に取り組めるようになっていた。老健施設内には調剤室はないもの、薬剤師は主にサービスステーションに常駐し、医師・看護師・リハ職とだけでなく、入所者とも非常に近い距離で業務を行っていた。



2 階療養棟視察では、常備薬や救急カートの薬剤について説明を受け、介護施設ながら病院のように様々な薬剤が用意されていた。薬剤師は更に薬学生の実習生の受け入れにも力を入れており、学生からは非常に高い評価を得ていた。薬剤師業務は薬剤関連業務にとどまらず、広報委員会活動、ICT 委員会等様々な活動に参加されていた。

【薬剤師と多職種連携】

- ① 薬剤師はサービスステーション内に常駐のため看護師をはじめとして近い距離で入所者情報を共有し、タイムリーに適切なタイミングで介入できていたと思われた。
- ② 薬剤師が多岐にわたる委員活動を通じて様々な職種の方とやりとりがあり、常にスムーズなコミュニケーションがしやすい環境と思われた。
- ③ 薬剤師が薬学生実習の実施を主導し、各職種へのところへも学生を送り学生の気づき、多職種連携への意識を高めていたと思われた。この施設全体で協力して薬学生を育てる取組が大変素晴らしく、普段の良い連携にも繋がる取組だと思われた。

以上