

地域医療連携 実例集

(Vol. 2)

2019年5月25日

一般社団法人 日本病院薬剤師会

はじめに

地域包括ケアシステムの推進と、医療機能の分化・強化・連携が推進されるなか、全国各地で医療連携の動きが始まっています。

おかげさまで昨年引き続き、2冊目となる事例集をまとめる事が出来ました。企画から関わっていただいた皆様、快く取材を受け入れて頂いた医療機関の関係者の皆さま、この場をお借りして心より感謝申し上げます。

今回も、地域の特性に応じた様々な取り組みを取材することができました。震災をきっかけに地域が一つになった事例、長い年月をかけて醸成された信頼関係に基づきさらに連携を発展させた事例、多職種とともに連携を進めた事例など、素晴らしい取り組みばかりでした。最近では、病院薬剤師と薬局薬剤師の連携のみにとどまらず、医師や看護師をはじめとする多職種との連携が進んでいる事を強く感じました。

地域全体で質の高い医療を効率的に提供するためにも、シームレスな薬物治療は不可欠となります。外来から入院、そして在宅へ移行するなかで病院薬剤師に何が求められるか、前回の事例集もあわせてご覧いただき、ご活用いただければ幸いです。

日本病院薬剤師会 地域医療委員会
委員長 荒木 隆一

目 次

①一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院 (福島県会津若松市)	1
②菊川市立総合病院 (静岡県菊川市)	7
③尾道市立総合医療センター尾道市立市民病院 (広島県尾道市)	12
④医療法人社団和楽仁芳珠記念病院 (石川県能美市)	17
⑤医療法人社団協友会介護老人保健施設横浜あおばの里 (神奈川県横浜市)	23



一般財団法人竹田健康財団 竹田綜合病院

患者・病診・薬局が情報共有 「會津お薬手帳」をツールに

福島県の会津地方では真っ赤な表紙に「赤べこ」という印象的なお薬手帳「會津お薬手帳」が広く浸透し、病院・診療所と薬局、さらに薬局間でも、薬歴情報に加え、病名など薬物療法の適正化に必要な情報が、お薬手帳を介し共有



塩川薬剤科長

化されつつある。この「會津お薬手帳」の作成と普及に大きく貢献したのが、基幹病院の一つである「竹田綜合病院」（会津若松市、837床）だ。2011年の東日本大震災を機に、病院と薬局とが情報共有する必要性を強く認識した同院の薬剤師をはじめとする病院薬剤師会側から地域薬剤師会側に働きかけ、「会津薬業連携協議会」が発足、その具体的な成果として、翌12年には「地域統一型お薬手帳」作成に至った。病院薬剤師側が病名や検査値、アセスメントなどを書くページの他、薬局側から患者へ、更に患者側から医師・薬剤師等への「メッセージ記入欄」も設けられ、患者を中心とした情報の双方向性を目指しているのが大きな特徴だ。現在はがん化学療法の患者が主だが、メッセージ記入欄の活用について同院薬剤科長の塩川秀樹先生は、「次第に記入事例

が増え、具体的な成果も得られるようになった」という。手帳の普及率は「少なくとも竹田綜合病院では赤い手帳以外を目にするとビックリする」ほどで、いまや“会津スタンダード”といえる。その背景には薬業連携を通じた薬学的介入を実践し、地域で治療成績や患者満足度向上に寄与したいという、立場を超えた共通の思いがある。その具現化に向け18年度は、「地域PBPM推進」など『会津薬剤師健康サポートプロジェクト2018』の基、さらなる連携体制の深化を推進している。

東日本大震災をきっかけに

会津薬業連携協議会が発足

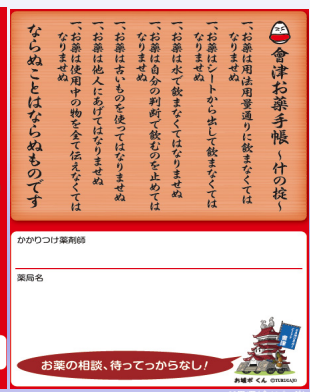
福島県は全国で3番目に広い面積を持ち、歴史的背景などから太平洋側の「浜通り」、平坦な地形の「中通り」、山に囲まれた「会津」と、大きく3つの特徴的な土地柄からなる。このうち会津地方は、5,500km²と千葉県が丸ごと入るような広い地域であり、「竹田綜合病院」は、その広大な医療圏を担う重要な基幹病院の1つとして既に90年の歴史を誇る。急性期・亜急性期医療や専門医療領域において、中心的な役割を果たしている。同院の近隣には、第三次救命救急を担う会津中央病院（713床）、県立医大会津医療センター（226床）、会津西病院（378床、うち精神310床）、坂下厚生総合病院（177床）などがあり、各病院の薬剤師による県病薬会津支部が構成されている。

会津地方で薬業連携の具体的な動きが始まったのは、2011年の東日本大震災以降だという。同院薬剤科調剤室室長の本真司先生（会津薬業連携協議会事務局長）によれば「以前は病院薬剤師と薬局薬剤師とが交流する

【表紙】



【裏表紙】



機会はあまりありませんでした。震災に遭って、自衛隊が搬送してきた多くの患者さんを優先して受け入れました。一方、入院するまでもない患者さんは避難所で暮らしていましたが、そのうち薬は切れてしまう。お薬手帳を持っていても、何冊かのうちの1冊だったり、病名、病状は分からない。何とかしなければと思っていたところ、お薬手帳を頼りにティーエスワンを渡すという事例が起こり、大きな問題となった。そこで会津薬剤師会会長に、『この状況を改善しましょう！』と、患者情報を共有する薬業連携強化について直接交渉しました」と振

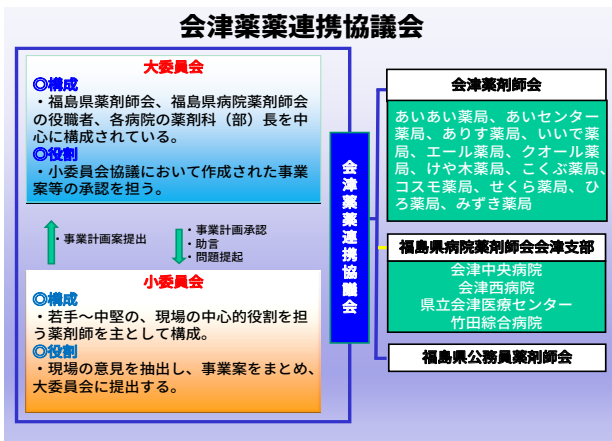


図1 会津薬業連携協議会の構成
り返る。

とはいうものの、実際には互いに何を必要としているかは分からない状態。そこで、まず、会津薬剤師会の薬局、全112店舗に対して、11年10月、アンケート調査を行った。アンケートの送付はFAXで行われたが、回答用紙の回収については、非常に広大な医療圏であるにも関わらず、病薬会員が各薬局を1軒1軒を訪ねて回収した。その結果、なんと回収率は100%だったという。「今から思えば、街に出て交流したことが、相互理解を深めるポイントだったと思う」(木本先生)と“草の根運動”の重要性を語る。

その時のアンケート結果から、お薬手帳は情報共有に有用との多くの意見が寄せられ、①お薬手帳を会津地方で統一し、共通書式での情報交換ツール(地域統一型お薬手帳)にしよう、②薬歴や病院での服薬指導内容など多機能のお薬手帳にしよう——など方向性をまとめた。

そこで推進に当たり、①会津薬業連携協議会の発足、②薬業連携モデルケースの実施、③薬業連携の指針作成、④お薬手帳の地域統一化に向けた協議、⑤地域統一型お薬手帳の完成——と5つのステップを考え、12年に会津薬剤師会と県病薬会津支部、県公務員薬剤師会による

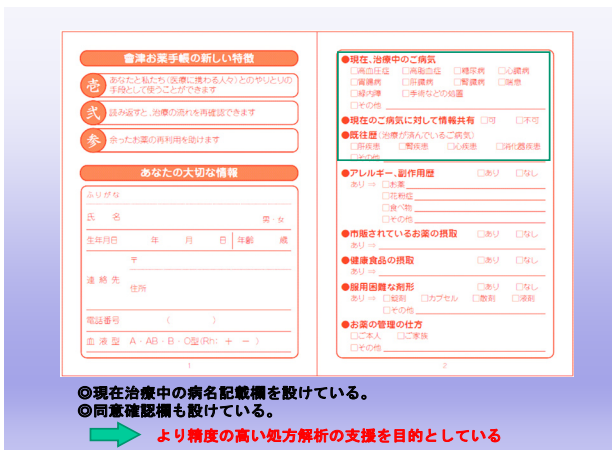


図2 手帳のサマリーページ

会津薬業連携協議会を発足させた。

なお、同協議会は地域の各医療機関の薬剤部(科)長と薬局の管理薬剤師を中心にした大委員会、その後若手薬剤師を中心にした実行部隊である小委員会を設置した。現在は、まず小委員会で「脳梗塞対策」「COPD対策」の推進などの事業案をまとめ、大委員会がこれを承認するという2委員会制になっている。(図1)

連携試行で課題を抽出

その後、薬業連携における問題点を抽出するため、大腸がんで「XELOX + アバスタチン療法」を行っている5人の患者さんを対象に、実践的な薬業連携を試行した。具体的には最初の受診から2週間を過ぎた次の受診までの間に、病院薬剤師と薬局薬剤師(患者指定の薬局)がそれぞれに服薬指導の内容、患者さんについて「思ったことや考えたことを、とにかくお薬手帳に書き出す」ことを行った。

多様、かつ具体的な課題が挙げられたことから、薬業連携を進めるための指針を作成、お薬手帳に入れるべき項目等を決めた。その取り決めをもとに、2012年に『赤べこ』を表紙のモチーフにした「会津お薬手帳」が完成し、13年から使用を開始した。

裏面には会津人共通のスローガン「ならぬことはならぬものです」の基、「会津藩幼年者 什の掟」に習って、▽お薬は用法用量通りに飲まなくてはなりません▽お薬はシートから出して飲まなくてはなりません▽お薬は水で飲まなくてはなりません▽お薬は自分の判断で飲むのを止めてはなりません▽お薬は古いものを使ってはなりません▽お薬は他人にあげてはなりません▽お薬は使用中の物を全て伝えなくてはなりません——と明記した。さらに、情報を“かかりつけの薬剤師”に集めようという狙いから「かかりつけ薬剤師」「薬局」名の記入欄を設けた。

病名や検査値なども共有

患者側からのコメント記載欄も

肝心の記載内容についても工夫がある。従来のお薬手帳では既往歴の記入欄はあるが、現在罹患中の病名を記

赤べこ伝説

807年頃、柳津虚空蔵尊(やないづこくぞうそん)「圓藏寺(えんぞうじ)」を建立するとき、難工事で困っていたところ、どこからともなく赤い牛があらわれ、大変な働きをして工事を助け、無事完成したとされています。以来、「幸せを運ぶ牛」「子どもの守り神」として多くの人に愛されている。(会津若松観光ビューロー)

図3 アセスメントページの例

載する欄は無く、実際の状況がよく分からないというものが多く、図2の主な項目にあるように、「治療中のご病気」がチェックできるようになっている。

患者さんには、「例えばお薬手帳をスーパーなどで落としたりしたときや、薬局で事務員に渡したときに、病名を知られてしまう可能性はゼロではない。でも医師や看護師、薬剤師が病名を把握することによるメリットの方が遙かに大きいんですよと説明すると、ほとんどの皆さんは書いてくださいといわれる」（木本先生）という。

また、このお薬手帳の最大の特徴は「アセスメントページ」「薬歴ページ」とが、手帳の前半と後半の2カ所に分かれていること。1回の来院、薬局で薬剤師は前半のアセスメントページと後半の薬歴ページの2カ所に書かなければならないという形式になる。

アセスメントページには、例えば、処方内容については、前回と同じか違うか、その理由を書く欄を設けた。残薬があるか否か、悪い飲み合わせがあるか否か、肝臓・腎臓機能の検査結果を書く欄、さらに薬局の申し送りの「特記事項」、さらに担当薬剤師による、「あなた（患者さん）へのメッセージ」記入欄、患者さんによる「あなたからのメッセージ（医師、薬剤師、看護師宛を選択）」記入欄が設けられた。（図3）

薬歴ページには、「薬歴シール」を貼るだけでなく、経過が一目で分かるよう、一定の取り決めがされた。前回と同じ薬には「レ」、新しい薬には「◎」、量が増えた薬は「↑」、量が減った薬は「↓」の記号を付けることになっている。（図4）

サマリーページの現疾患名の記載、あるいはアセスメントページの検査結果（腎・肝機能検査値）の明記などについては、未だセンシティブな状況にはあるものの、地域医師会等では、薬業連携協議会での十分な協議結果を踏まえた説明に理解を示し、スムーズな了承が得られたという。

図4 薬歴のページ例

薬剤師側が「勝手に入れ込んだ」となると、大きな摩擦に発展する可能性があるなかで、「会津」で生まれ育ち、暮らす“仲間”という、そもそもの人間関係がベースにあったことが、背景にあるよ。市内の薬局には皆ポスターがうだ。従って、その後の広報、PR活動に関しても薬局を始め、市役所や公民館なども協力的で、小さなポスター（A4版）は各医療機関でも好意的に貼ってもらえたという。なお、現在でも毎年、市役所や町役場、医師会等への協議会によるPR活動は続けられている。「今でも毎年、私たちが病院、クリニックにお薬手帳を持って行って話しをしている」（木本先生）と地道な理解促進活動は続いている。



手帳活用により副作用を軽減

患者中心に枠超えた医療連携へ

近年は、会津お薬手帳による薬業・医療連携による患者病態の改善、薬物療法の適正化につながった事例が増加しつつある。例えば「ティーエスワン服用中の患者が涙道障害を訴えた。（病院薬剤師側が）かかりつけ薬局にて防腐剤無添加の人工涙液点眼剤の購入を勧めたが…」という事例では、お薬手帳の記載内容をもとに、患者さんが点眼薬を購入し、流涙などの症状が改善された。この事例では病院薬剤師、患者、薬局薬剤師が、お薬手帳を介してやり取りをした様子が見て取れるが、地域における患者中心の“チーム医療”が展開され、副作用が軽減できた事例といえよう。

このようにがん化学療法患者を中心に、多くの薬業・



図5 アセスメントの記入例
(大腸癌: SOX+BV療法のアセスメントページ)

医療連携による副作用軽減事例などが報告されるようになったが、竹田綜合病院だけでなく一つの基幹病院「会津中央病院」においても同様の取り組みが進んでいる。そこで現在、同協議会では実際に會津お薬手帳を使った患者さんに対し、コンプライアンスや広くお薬に関する知識や意識などの変化を調査している。(図5)

同協議会では、がん化学療法患者における取り組みが、薬業・医療連携の入り口と捉えており、今後は糖尿病やその他多くの疾患にも拡げていく考えだ。数年を掛けて基盤は整備されつつあり、同調査結果をも踏まえ、さらなる深化と拡がり期待される。

院内でのPBPM確立へ

次なるステージを見据え

その一方で、既に次なる活動に向けて準備を進めている。そのうちの一つが残薬問題への対応で、会津薬剤師会としても非常に問題視している。その解決に向けて、まずは竹田綜合病院内でのPBPM(プロトコルに基づく薬物治療管理)を確立し、これを薬業連携のなかに落とし込もうと取り組んでいる。その先行事例として「がん化学療法PBPM」を院内で実施すべく医師との間でプロトコルを作成した。

入院処方についての合意内容として、①薬剤師は常用薬の継続処方については、医師の許可が無くても処方を入力(処方提案)できる②医師は、薬剤師が入力した処方の承認を行う。ただし、必ず毎日面談/記録を行う担当薬剤師が薬学的評価を行うというもの。

この決めにより、現在は、薬剤師が常用薬の服用開始日の2営業日前に処方入力、お薬を用意する。2日間の間に主治医から承認を得て、当日には患者さんが継続して服用できる状態になった。なお、調剤後の薬剤は

「PBPM対象薬剤」である旨を薬袋に明記し病棟に上げている。

さらに退院/外来処方残薬調整については、取り決めにより、入院患者の退院処方、外来患者の院外処方において薬剤師が日数調整を行い、処方入力(処方提案)を行う。常用薬は使用目的、用法用量が同一であれば、薬剤師が追加処方入力(処方提案)を行うとなった。

木本先生は次のような事例を挙げてPBPM導入前後の変化について説明する。

「以前は、退院処方であムロジンOD錠が1×14日分、マグラックス錠が3×14日分の処方があったとき、患者さんから『マグラックス錠が家に10日分余っている』といわれる。逆に、『前にもらった腰に貼る湿布を持って帰りたい』といわれる。以前なら薬剤師は、主治医に事情を説明し、処方をひたすら待つという状態でした」

「いまは、薬剤師が日数調整できる。常用薬であれば追加できる。そのため業務が大変スムーズになった。また、こういった退院時処方への関与により、退院処方1件当たり薬剤費が薬価ベースで約1600円削減された。これは2015年10月1日から16年3月31日までの6ヵ月間で入院がん化学療法施行患者に対して発行された退院処方の調査結果から分かった」と、医療経済にも貢献していることを示す。

會津お薬手帳のサマリーページには、既に「余りのあるお薬」のチェック欄が設けてあり、そこにチェックがあれば、「外来に来られる患者さんであれば、薬剤師が何が余っているかを確認し、日数を勘案できる」という流れを今後具体化していきたいという。

“地域統一型お薬手帳”という紙媒体が広く普及してきたが、進化・普及が著しいICTの活用も一つのテーマとなっている。既に福島県では地域医療連携システムとして「キビタン健康ネット」が開発され運用が始まっている。2015年10月より県中地区から運用が始まり、現在は全県ネットワークとなっている。病院での患者基本情報、検体検査結果、放射線画像や薬剤情報などの診療情報が、同ネットに参加している診療所や薬局、介護老人保健施設などにおいて閲覧できる。

薬歴の統一などは同ネットを活用することで可能だが、患者さんの訴えや薬剤師のアセスメントといった、「今」がみられるのは會津お薬手帳であり、両者を組み合わせ活用することが有用であることから、塩川会長をはじめとする県病薬と県薬とが力を合わせ、県レベルでの「會津お薬手帳の普及・活用」が検討されている。

Our Vision(夢)

薬業連携を通して薬学的介入を地域で実施し治療成績の向上、患者満足度の向上に寄与したい

会津薬剤師健康サポートプロジェクト2018

- ▶ 心原性脳梗塞予防のための受診勧奨サポート
- ▶ 地域で吸入器指導の統一
- ▶ 会津地区全体でのPBPMの作成事業（疑義照会に関わるもの等）
- ▶ 薬業連携協議会のホームページ作成（FB開設）
- ▶ 会津お薬手帳の改定（疾患シールの作成）
- ▶ 在宅時の医療資源の提供
- ▶ フィジカルアセスメントの実践
- ▶ 退院時共同指導への調剤薬局薬剤師の参加促進活動

表1 ビジョンとプロジェクト(2018年度)

連携支える研修会・講習会

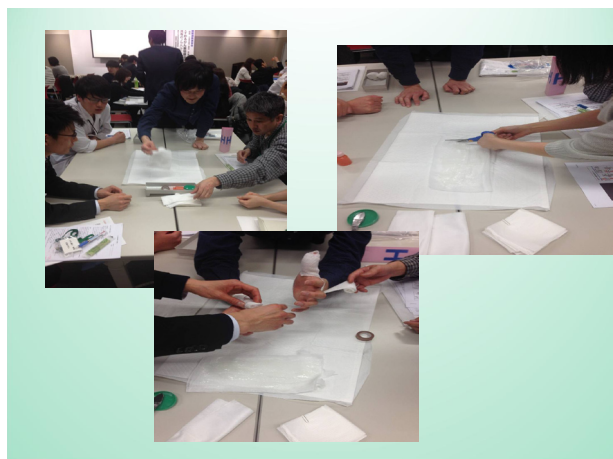
参加型スタイルの講習に注力

一方、薬業連携の推進において、研修会・講習会は大きな柱の一つだが、同協議会では、年3回講習会を開催している。基本的に「座学講義式の講演のみは禁止」ということで出席者は、必ず自ら考え、何らかのアウトプットを出すというのが流儀となっている。

会場は協議会の病院施設を使うことが多く、参加者はA～Cの3グループに分けられ、それぞれ開催月を決めて行われる。各グループ、それぞれにテーマを決めて課題に取り組む。それぞれ70～80名ほどの規模だという。写真は2016年3月に開かれた「軟膏処置をマスターしよう」をテーマにした第9回薬業連携講習会の様子だが、スモールグループディスカッションなど“参加型”に軸を置いた研修・講習に力を注いでいる。

この他、竹田綜合病院と会津中央病院が、がん診療拠点病院であることから、会津若松地区においては、両院での講義・実技研修を2014年度から始めた。なお、県内での研修の統一を図るべく、事前に「福島県調剤薬局研修事業要綱」が作成された。「入院から在宅へ、薬剤師の継続的な介入」を目指しており、混注の手技などの研修やフィジカルアセスメント技術の習得、看護処置の見学などが緩和ケア病棟で行われる。

全国的になかなか進まない退院時共同指導についても、研修では合同カンファランスに病院薬剤師と共に薬局薬剤師が参加し、その後、病院薬剤師と薬局薬剤師間で申し送りをし、さらに2人で対象患者の病室に行き、患者さんを前に“バトンタッチ”をするという、将来的な実践の姿を目指した研修内容となっている。さらに在宅医療については、訪問看護同行など全て実地研修で行われる。県内から20名の薬局薬剤師が参加し、5領域の研修（各8時間）がトータル40時間（5日間）で行



第9回薬業連携講習会（2016年3月）の様子がわかる。

次代へ向け新プロジェクト発進

深化する薬業連携協議会

薬業連携協議会では、各年度始めには「Our Vision(夢)」として大きなビジョンを掲げているが、2018年度は「会津薬剤師健康サポートプロジェクト2018」（表1）を取りまとめ推進している。

例えば、①心原性脳梗塞予防のための受診勧奨サポートでは、保険薬局で特に処方箋とは関係なく、来局時に血圧を測ってもらい一定の要件を超える場合に循環器科への受診勧奨をし、心エコー検査につなげる。

②地域吸入器指導の統一では、在宅酸素の導入の抑制が目的であり、薬剤師自身が操作方法を良く理解した上で、吸入指導を地域において徹底しようというもの。

また、会津地区全体でのPBPMの作成事業については、病院内での取組みなどを踏まえつつ広く地域へと広げていきたい考えだ。

□訪問者

荒木隆一（地域医療委員会委員長）、遠藤秀治（同委員）、宮崎美子（同委員）、大森尚美（事務局）、高塩健一（協力者）

□基本データ

一般財団法人 竹田健康財団 竹田綜合病院（竹田秀理事長、本田雅人院長）

▽所在地：福島県会津若松市山鹿町3-27

▽施設概要：837床；急性期633床、回復期60床、精神病棟144床／標榜診療科30／院外処方箋発行率99.8％／医師105人、薬剤師32人、調剤助手17人、看護師668人（保健師29、助産師42人含む）、管理栄養士17人（栄養士11人）、MSW15人ほか

▽近隣の医療圏（2次医療圏）の状況：人口約28万人、病院19、精神病院6、診療所144、保険薬局121（病院近接：約10軒）

▽ウェブサイト：<http://www.takeda.or.jp/>



□お話をうかがった先生方

薬剤科長 塩川秀樹（福島県病院薬剤師会会長）

同 調剤室室長 木本真司

（会津薬業連携協議会事務局長）

同 係長 河原史明（同協議会小委員会リーダー）

あいセンター薬局 下山田博久（会津薬剤師会会長）

訪問委員によるコメント（訪問印象記）

地域ぐるみの薬業連携は、連携を行う必要性（契機・動機）を感じた誰かが、その必要性を周りに理解・広げる努力（尽力）をし、そして運用していく実働部隊（組織）を作らないとなかなか根付かない。「会津薬業連携協議会」事務局長の木本真司先生からお話を伺って、この会津の薬業連携は、まさにその良い例だと感じた。

2011年（平成23年）の東日本大震災時にお薬手帳と薬業連携の必要性を痛感したこと。その必要性を竹田綜合病院薬剤科長の塩川秀樹先生の指揮のもと地域の112の薬局に呼びかけたこと。そして、「協議会」を発足させたことが会津地域における薬業連携の生い立ちである。

地元薬剤師会の下山田博久会長からもお話を伺ったが、会津では病院薬剤師と地域の薬局薬剤師の関係が大変良好とのことで、使い勝手の良いお薬手帳や斬新な内容の研修会などは英知の結集であり、十分に参考にしていきたい。

会津薬業連携のシンボルは「あかべえ會津お薬手帳」である。あかべえとは赤い牛（あかべこ）のことで、会津には蔓延した疫病を払った赤い牛の伝説などがあり、病に打ち勝つ願いが込められている。現在は大腸がんの患者さんを中心に薬業連携をされているとのことだが、連携体制は十分に整っていると感じる。あかべえの願いどおり、今後は連携対象をすべての患者さんに拡大されることを期待しながら今回の取材を終えた。

（遠藤 秀治）



菊川市立総合病院 かかりつけ手帳を用いた連携 患者情報連絡票で情報共有

菊川市立総合病院（静岡県・以下同院）は JR 菊川駅から車で 10 分ほどの場所に位置している。病床数は 260 床であり、入院患者の退院先は主に在宅と介護保険施設が中心である。平成 30 年 11 月、瀧祐介薬剤科長に話を聞いた。瀧薬剤科長は、薬剤科スタッフに病棟業務およびそれに付随する医師とのディスカッションを通じて、院内での存在感アップを求めている。常勤薬剤師数は 12 名で、病棟薬剤業務、薬剤管理指導、退院時薬剤情報管理指導など幅広い業務に取り組んでいる。今回の取材を通して見聞してきた入院時患者情報連絡票による情報共有ならびに「かかりつけ手帳」の活用について紹介する。また、同院の取り組みを振り返りながら PBPM によって進められている検査オーダーについて掘り下げていきたい。

地域を巻き込んだ『かかりつけ手帳』の役割

同院は、静岡県西部、中東遠地区にある人口 5 万人弱の菊川市にある。市の医療の中心として小笠医師会・歯科医師会・薬剤師会、近隣の中東遠医療センターや浜松医科大学などと連携を取りながら地域医療を支えている。

その連携ツールとして重要な役割を果たしているのは「かかりつけ手帳」（図 1）である。お薬手帳をもとに平成 18 年には三師会や行政の協力のもと、菊川市だけでなく、掛川市、御前崎市などを包含した小笠地区で活用されるように作成され、医師や歯科医師も、患者情報共有ツールとして検査値や診療情報等も書き加えるようになった。同院では「かかりつけ手帳」を用いて「退院サマリー」「がん化学療法の情報の記載」等様々な取り組みを展開している。

最初に取り組み始めたのは「退院サマリー」の記載から。平成 16 年頃、内科入院患者の「退院サマリー」を同院薬剤科から保険薬局へ試験的に FAX 送信していたことがあった。その後、「かかりつけ手帳」の普及に伴い、平成 20 年 2 月より「かかりつけ手帳」へ「退院サマリー」の記載を開始した。以後、10 年以上に渡って記載を継続しており、今では「記載するのが当たり前」という文化ができた。

「退院サマリー」として記載している内容は『かかりつけ薬局、入院前の副作用・アレルギー情報、持参薬の内容、入院中の薬物治療の経過、退院時処方、検査値、入院中の副作用情報、調剤方法、ジェネリック薬品の希望の有無』など多岐にわたる。記載に当たっては『薬物治療の

経過』について特に配慮している。病院薬剤師にとっても退院サマリーを作成することで入院中の薬物治療に関しての振り返りができる。薬剤の変更点の理由等わからないことがないように、日常業務で良い緊張感をもって業務に当たれるとともに記録もしっかり残すようになった。

スタッフには「病院薬剤師が患者に接する時間は短い。やはり長く付き合うのは保険薬局薬剤師であり、彼らは 10 年、20 年という外来診療の長い期間関与している。だからこそ病院薬剤師は入院中の薬物治療に関する情報を保険薬局薬剤師に伝える必要がある。入退院を境に薬の情報が途切れてしまっはいけない。『やるのだったら、しっかり情報提供しよう』という意識でもって『かかりつけ手帳』に書くように」と指導している。

入院中の薬歴・検査歴を記載しているが、中でも薬物血中濃度の推移は特に重要な情報として、入院中の推移を欠かさず記載するようにしている。これは、ハイリスク薬剤の投与量調整の判断理由が他施設や保険薬局の薬



図1 かかりつけ手帳

剤師にも伝わるといことであり、退院後に生じやすい過量投与や過少投与の防止に役立っている。

平成 25 年 12 月からは、がん化学療法レジメン内容についても「かかりつけ手帳」に記載を開始した。開始に先立って、平成 23 年から地域の保険薬局との化学療法レジメンに関する合同勉強会を実施し「地域で患者さんを守りたい」という意識で、保険薬局薬剤師と病院薬剤師が協働してがん化学療法に参画できる環境を作ってきた。記載内容は『レジメン名、投与スケジュール、副作用情報とその対応について、体重、血圧』などであり、ただ薬の説明で終わるのではなく、生きた情報を記載しようと考え、患者視点で記載している。

ポリファーマシー対策にも「かかりつけ手帳」を活用している。在院日数が減少してきている中で、入院中だけでは減薬の適否を十分モニタリングできなくなっていると感じており、開業医や保険薬局との連携の中で適切な薬物療法を推進することが必要になってきた。しかし、主治医が前医や併診科医の処方に触りたくないという意識があるため、薬剤を減薬するのは難しくなりがちであった。

そこで、まずは院内で丁寧に減薬について医師に提案するようにして理解を得るように努めた。そして保険薬局にも取り組みを説明するとともに、減薬に理解を示してくれた副院長にも相談して、地域の開業医の集まりの際に「入院を契機に薬を減らします」と副院長からアナウンスしてもらった。そして、入院中に減薬となった薬剤とその理由が、開業医の医師にもわかるように「薬剤調整記録」を作成し、退院時に患者に渡し開業医の医師に見せるように指導している。

連携ツールである「かかりつけ手帳」にも減薬した薬剤とその理由を記載し、保険薬局でも同様の内容がわかるようにしている。自院以外の医師、薬剤師にも減薬の取り組みを理解してもらおうように取り組んだ。入院中に

減薬した薬剤でも、退院後に医師の判断に基づいて必要だと判断した場合には、再開してもかまわない旨も伝えられている。

同院で取り組んでいる「かかりつけ手帳」の活用は、地域連携の要の一つになった。保険薬局や近隣病院の薬剤師だけでなく、医師や看護師、ケアマネジャーなど様々な職種に、そして病院、クリニック、介護保険施設など様々な施設に、患者と共に動く「生きた薬剤情報を届けるツール」としてしっかり根付いている。

活発な病棟活動

同院薬剤科は、平成 9 年に病棟活動を開始し、平成 14 年には全病棟に早くも薬剤師が常駐するなど、先駆的な取り組みを行ってきた。現在は 5 病棟を 7 名で担当している。充実した院内での活動から薬剤師の存在感の大きさが他職種の声から伝わってきた。平成 10 年頃からは検査オーダーの入力代行なども始めており、薬物療法管理に関する様々な薬剤師の提案が医師に受け入れられやすい関係性が構築されてきた。PBPM (Protocol Based Pharmacotherapy Management) として、院長との間で契約文書を取り交わしたのは平成 27 年で、文書を交わすに至ったのは「何かがあった時にスタッフを守れるように」という理由である。院長に「スタッフを守りたいのでサインをください」と要望したところ快諾してくれた。

PBPM の対象は『予約入院時の持参薬の使用について』、『検査オーダーの入力について』、『臨時薬処方について』など現在 6 種類。血液生化学や、INR 等、薬物療法に関連した検査に関しては、採血済み血液の活用や予定採血への追加であれば薬剤師の判断でオーダー発行が可能となっている。採血が必要な場合は、医師に提案しているが、その多くが採用されている。

病棟に常駐して薬剤師業務を行っていく中で、入院時は重症であるため濃厚な薬物治療がなされることが多い。その時に正確かつ詳細な薬物治療に関する情報を把握することは重要と考え業務を行っている。しかし、入院時における患者からの聴取だけでは情報が集まりきらず、保険薬局に電話で患者情報を教えてもらうことがしばしば発生した。これにより、薬物治療に重要な新たな情報を得ることがあり、保険薬局薬剤師との連携が入院中の安全かつ有効な薬物療法を行う上でも重要であることを再認識したことから、平成 20 年頃から保険薬局との情報共有ツールとして、全入院患者を対象に「入院時患者情報連絡票」を導入した (図 2)。

図2 患者情報連絡票で情報共有

これは、患者が同院に入院したことをかかりつけの保険薬局に伝えるとともに、入院前の保険薬局で持っている患者情報を提供してもらうように促すツールである。近隣の約9割の保険薬局から様々な情報が返されるなど幅広く活用されており、それによって「保険薬局からの情報によって、心臓カテーテル検査目的で入院した患者に薬剤アレルギー歴があることがわかり、念のため造影剤使用前にステロイド投与を行うことになった」等の事前に不利益を回避できたという事例も見受けられる。

大都市では大きい病院が複数あって、多くの薬局もあり足並みを揃える事には困難が伴うが、同院を中心とした医療連携が展開できている菊川市周辺の地域性もあり「こういう事例がありましたので患者さんのためにぜひ協力してください」と言うとき快く協力が得られる。また、保険薬局からは「患者が入院していることがわかるのがメリット」という声が挙がっている。

入院時患者情報連絡票により入院したことがわかり、かかりつけ手帳への退院サマリー記載により、保険薬局において「患者がそろそろ来る頃だけど来局せず、久しぶりに来局したら、入院していて処方内容が全く変わっていた」という事例は回避できるようになった。

しかしながら、抗血小板薬の休薬漏れから手術延期になり患者の不利益につながった事例が発生したことがある。そこで、平成25年から、まずは整形外科予定手術患者を対象に手術前面談を開始し、併せて入院時患者情報連絡票から派生した形で保険薬局との連携用紙「入院前患者情報連絡票」を作成し、事前の手術情報についても保険薬局薬剤師との連携を取り始めた。平成27年には外科にも対応範囲を拡大している。各科医師の反応は良好で、将来的には他の診療科にも対象を広げる予定である。

術前中止薬について一覧を作成して基準作りは行っているが、画一的に適応するのではなく、薬剤科と外科・整形外科とのコンセンサスのもと、その都度医師に確認している。保険薬局との連携により、単に確実な術前中止薬の管理だけでなく、他院での禁忌薬剤（造影剤、抗生物質等）の処方回避等、安全な手術・薬物療法に貢献できる事例が集積してきている。

保険薬局との連携

保険薬局薬剤師との連携について、入院時患者情報連絡票、かかりつけ手帳への入院中の情報と化学療法レジメン情報の記載、薬剤調整記録を通じた患者情報の共有などに関与している。入院時患者情報連絡票の活用とか

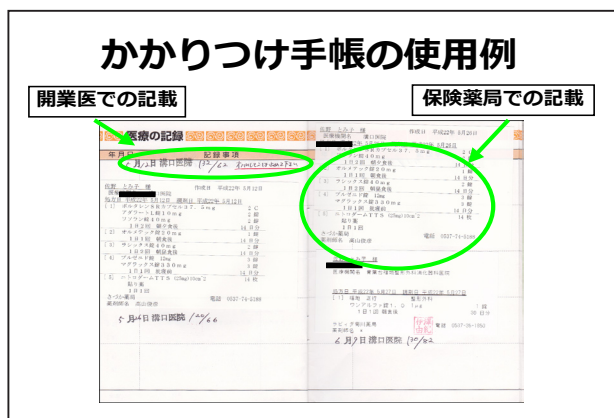


図3 かかりつけ手帳の使用例

かりつけ手帳への退院サマリー記載により薬物治療の流れが入院することで途絶えてしまうことが回避できるようになった。

例えば、保険薬局の薬剤師がかかりつけ手帳を見ることで、入院中に血圧の薬をやめて退院した患者に、一言「最近、血圧どうですか？」と聞けば、患者からの信頼度も上がってくると考えられる。地域の開業医については、退院後の診察時に入院中の薬物治療の経過把握や、薬剤の調整記録を通じた減薬理由等の情報提供に努めている（図3）。

FAXによる入院時・入院前の情報のやり取りでは、薬剤科でFAXを受け付けており、DI室が窓口になっている。入院時はそのまま病棟担当者に伝え、入院前は灌漑薬剤科長自らチェックする。手術前患者が5～6枚/日、入院患者は10枚強/日。誤送信防止のため、情報はFAXコーナーでやり取りしている。普段から入院の関係のやり取りや薬事審議会の結果報告等の連絡事項を開業医や保険薬局薬剤師に送信している。

薬剤師会、保険薬局薬剤師との連携の会や研修会の頻度は年に3～5回ほど。病院だけではなく地域で患者に適切な薬物治療が提供できるようにという考えで内容を決定している。内容は新薬情報や採用情報、ガイドラインや院内ルールの情報提供だけでなく、副作用情報や症例検討、学会発表内容の提供などを取り上げている。症例検討では、ある患者の症例をテーマに、入院する前の経過を保険薬局の薬剤師に話してもらい、入院中の経過を病院薬剤師が話すという、一つの症例・患者について保険薬局薬剤師・病院薬剤師が検討する形式で進めたりした事例もある。

「菊川流」その素地

同院では、全入院患者に入院時から退院時までの薬物治療に関わり、他の医療スタッフから必要とされる

薬剤師になるということをスタッフ間で共有して業務にあたっている。業務の質を向上させる一つの取り組みとして毎日昼に30分程度の病棟薬剤師カンファレンスをしている。ここでは症例検討というよりも、リアルタイムで医師にどういったアプローチをしていったら良いかといった実践的な話をする。副作用情報など保険薬局に伝えた方が良いものがあれば、それを勉強会でプレゼンし、情報を整理提供している。

カンファレンスのテーマを5病棟からそれぞれ1例は出すようにしている。若いスタッフが多く、1年目の7月から病棟に配置しており、カンファレンスはそのフォローアップの性格も兼ね備える。病棟薬剤師カンファレンスの中で多くの医師に知ってもらったほうが良いと判断した症例や事例については、毎週ある医局のカンファレンスで、月に1回、薬剤科も発表時間をもらっており、プレアボイド報告という形で年間10回ほど診療部に情報を発信している。全員持ち回りで発表しており、このスタイルはかなり以前から続けられている文化であり伝統となっている。

昼間のカンファレンスは短い時間で区切ってやっているためプレゼン能力が高まる。医師に対してしっかりポイントをついて要点を問い合わせたり、ディスカッションしたりしていく能力を養う上で、助けになっていることは間違いない(図4)。

現在の同院の薬剤師は12名体制。当直勤務はなし、休日は2名出勤。1名が注射のミキシングから次の日の注射の準備。もう1名は日直という形で8～17時。注射のミキシングは平日8時から1～2名体制。朝5時から末梢輸液もミキシングすることもある(図5)。溶解したあとの安定性が保てないものはミキシングせずに病棟に渡す。看護師からも好評を得ている。

末梢輸液のミキシングは新病院に移った平成10年から始めている。移転時にクリーンベンチなどを一気に設置して、そこでできるようにしたのがスタート。朝のう



図4 カンファレンス



図5 末梢輸液もミキシング

ちにどれだけ段取りできるか、それで流れが変わってくる。「朝が勝負」と意識しているため、スタッフは早朝に出勤してきて、7時半過ぎには病棟に上がり、全ての検査結果を見て医師と話す準備をしている。

まずは薬のこと、そして連携

看護師も薬剤師も医師の指示待ち(処方待ち)になりがち。瀧薬剤科長は「処方待ちに時間を費やすくらいなら頭を使うところに時間を使ってほしい。そのためにPBPMも含めた効率化を行っている。かつ、医師とディスカッションするのは病棟担当者のほうが良いと思っているので病棟担当薬剤師が病棟に常駐し病棟でしかできない業務を行うことが大切だ」と言う。

病院薬剤師は医師や看護師からは必要とされる存在になるが、患者からはどちらかという顔が見えにくい存在となりやすい。一方、保険薬局の薬剤師は顔が見える存在になりやすい。保険薬局の薬剤師に活躍してもらい、国民から必要とされる職種となってほしい。そのためには入院中の経過というものが重要となり、病院薬剤師は保険薬局薬剤師に情報を伝える必要がある。多職種連携・地域連携が叫ばれる中、保険薬局に情報提供していく重要性はさらに増している。

瀧薬剤科長から事例集を手にとった会員に向けてメッセージをいただいた。

「我々の病院でも、日常の業務の中で患者のためになるにはどのようなことを行っていけばいいかということを経験したことを薬剤科のスタッフで考えて実行に移してきました。様々な取り組みを通じて、現在、感じていることは、薬剤師同士がしっかり連携を図り、患者情報を共有して、薬物治療のことは薬剤師に聞けば分かるという状況になっていくことが大事だということです。そうしていくことで他の職種からも必要とされ、患者からも信頼されるようになっていくと思います。地域連携を行うにあたり、地域や病院および薬局の状況により取り組みやすいところと取り組みにくいところがあると思いますが、各施設で

日常の病棟業務を大事にしていくと、こういう情報があると良いとか、色々が必要だと思われるものが出てくると思います。それをきっかけに各施設および地域の状況に合わせて、取り組みを検討してもらえれば良いと思います。頑張って続けていけば、それを理解して味方になってくれる医師や看護師等の他職種の方も出てくると思いますので、そうなればさらに色々といやすい状況になっていくと思います」。

□訪問者

菅野勇一郎（地域医療委員会委員）、渡邊 学（同委員）、菅田和也（事務局）、上野敬人（協力者）

□基本データ

菊川市立総合病院（村田英之院長）

▽所在地：静岡県菊川市東横地1632

▽施設概要：全260床（一般202床、精神病棟58床）。一般病床202の内訳は急性期118+回復期84床。診療科15科。薬剤師数・常勤12名（非常勤0名）。院外処方箋発行率98%。病棟薬剤業務実施加算1算定あり。薬剤



瀧薬剤科長を囲んで

管理指導1：273件／月。薬剤管理指導2：213件／月。退院時薬剤情報管理指導：164件／月。

▽近隣の医療圏（2次医療圏）の状況：人口約46万人。病院14施設、精神科5施設、診療所319施設、保険薬局195施設。

▽ウェブサイト：<https://www.kikugawa-hosp.jp/>

□お話しをうかがった先生方

瀧 祐介（菊川市立総合病院薬剤科長）
ほか病棟担当薬剤師の先生方

訪問委員によるコメント（訪問印象記）①先取りで実践、高い士気

今回訪問した菊川市立総合病院は、薬剤管理指導業務に診療報酬上の評価がつく以前から病棟活動を実践されていた病院で、地域薬剤師会との連携も古くから行われていました。

この取材で瀧薬剤科長は「病院薬剤師は入院患者にどれだけ関わるか、時間を作るかが大切。外来患者は保険薬局にお任せするべき」「患者と長く付き合うのは保険薬局薬剤師。入院で情報が途切れるのは良くないし申し訳ない」と述べられており、地域連携を実践できる環境づくりを推進されています。入退院情報と入院前後の薬物療法情報の共有だけでなく、かかりつけ手帳の活用、TDM 結果等薬物療法に必要な情報の共有、化学療法レジメンに関する勉強会の実施など、連携に関する素晴らしい取り組みをされています。

院内での薬剤科の評価も高く、病棟活動やチーム医療の実践、検査オーダー等での PBPM 実践など、様々な活動をされています。病棟で生き生きと仕事するスタッフの様子から、士気の高さも感じられました。

病院薬剤師として我々が目指す地域連携の理想像を、先取りで実践されていると感じました。（渡邊 学）

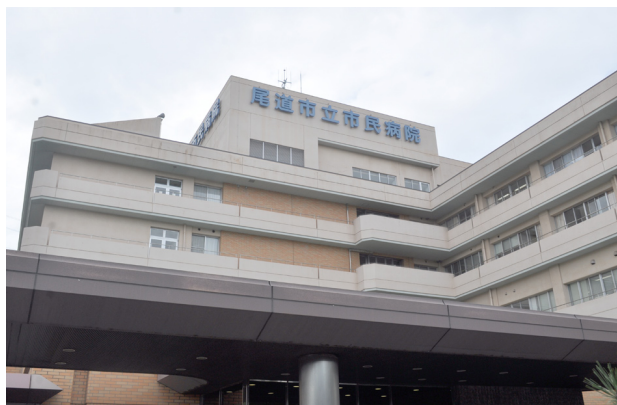
訪問委員によるコメント（訪問印象記）②地域連携のヒケツは深蒸し茶だった

「院内連携ができていない病院は地域連携もできない」と私は思う。訪問した菊川市立総合病院は私のその思いを証明するような病院であった。薬剤部では抗がん薬等の調製の他、病棟で使用する末梢点滴の混合も行い、1日2回病棟へ払い出されていた。また、PBPM を活用した入院患者の処方修正、検査オーダーなどを実践していた。指示を出す医師が多忙であっても、薬剤師の働きにより、院内業務が滞ることがない様子を確認した。病院全体から「薬剤師がいないと困る！」という声が聞こえてくるかのようだった。

切れ目のない院内業務連携と同様に保険薬局との連携もスムーズに行われていた。病院薬剤師からかかりつけ薬局に患者の入院情報を伝えれば、90%以上の返信率で薬局から周術期管理薬の情報やアレルギー情報が届く。退院時にはかかりつけ手帳に退院サマリーが貼付され、入院中に中止や追加になった薬について情報共有の輪ができあがっていた。

良好なコミュニケーションの秘密は、毎日行われる薬剤部薬物治療カンファレンスと思われた。この雰囲気の良いさが病院内から地域全体まで“菊川のお茶”の香りのように豊かに広がっているのだろう。（菅野勇一郎）





尾道市立総合医療センター 尾道市立市民病院

退院前ケアカンファレンス

日本遺産である尾道市は、尾道三山と尾道水道の間の限られた生活空間に多くの寺社や庭園、住宅が造られている。そしてそれらを結ぶ入り組んだ路地・坂道とともに中世から近代の趣を今に残す箱庭的都市である。そこに尾道市立市民病院はある。「尾道方式」は治療だけでなく、生活の質に重点を置き、医療、介護、保健、福祉の多職種協働による利用者本位のシステムである。特に退院前ケアカンファレンスが尾道方式の特徴である。お話を伺った土本正治名誉院長は「尾道には歴史もあるので、関係者みんなの中に連携していくという認識はある。尾道市民病院ではケアカンファレンスに集まるものだと思っている。どうしても高齢者が多くなって合併症を持っている患者さんを一人の医師がすべてみることは難しい。ある疾患は得意だけど、別の疾患では専門医にカバーしてもらう必要が必然的にある。いったん診だしたら最後まで診る姿勢が地方都市の中核病院では必要なわけです。私たちの病院では中堅以上は異動がなく10年選手がざらにいる。また地域に帰ってくる医師もいる」と語る。退院前ケアカンファレンスへ最初に「NST 専任薬剤師と栄養士も参加したらどうか」と声をかけたのも当時の土本院長。「患者さんの情報は病棟のスタッフが全部持っている。責任を任すとしっかりしてくれる。任すと情報をきちんとくれる。その方がかえって楽なんです。すべての能力を集めれば、お互い仕事は楽になる」。薬剤部の神原弘恵先生は「コーディネートしていただいたお陰でスムーズにいった。初めはどんなものかわからず最初の一步が勇気がいったがどのよう情報提供をしたらよいかなどアドバイスいただいた」と話す。退院前ケアカンファレンスにどのように薬剤部が関わっているのかお話を伺った。



土本正治名誉院長

尾道方式とは？

地域包括ケアシステムのモデルと称される「尾道方式」は、“患者さんが最期まで安心・安楽に地域で療養、在宅で満足出来る療養生活を可能とするために、多施設・多職種が係わり合う地域医療連携システム”である。その誕生は遡ること2004年4月に「尾道方式退院前ケアカンファレンス」として生まれ15年の実績を持っている。2000年代に入り日本においても介護保険制度が導入されたが、医療と介護・福祉がバラバラになることなく連携を保ち、急性期病院から在宅、回復期病院、介護老人保健施設へと各段階で、多職種協働によるケアカンファレンスを行ってきた（図1）。

では、どのように尾道市でケアカンファレンスが定着したのか。尾道市は広島県で人口では139,214人と県下5位の人口を抱えながら高齢化率は34.9%であり、その上、独居高齢者が多いという現状がある。きっかけになったのは寝たきりの患者さんはどうしたら退院でき

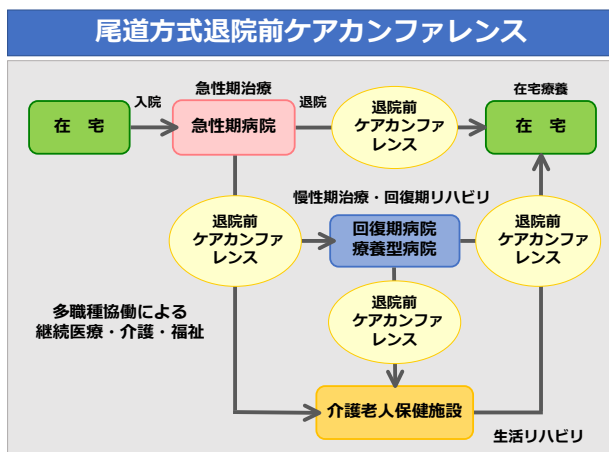


図1

るからであった。尾道市民病院では在院日数が短いため退院後に継続した医療・介護が必須となる。在宅を診てくれる医師を探していたら医師会が積極的に訪問診療や往診をやるとうことでスムーズに始まった。地域完結型医療は、退院後に在宅を診てくれる医師がいないと成り立たない。尾道市民病院は在宅に患者を帰すが、そのかわり何かあったら対応するというで始まった。ま

図 2

退院前ケアカンファレンスの流れ

- ① ケアカンファレンスの目的紹介
- ② 参加者の自己紹介
- ③ 入院中の経過や退院後の注意点 (情報提供書を配布)
 - 医師 病状、治療内容、今後予想される病状の変化
 - 看護師 実施した看護内容、継続看護に必要な医療処置
退院後の日常生活の指導
 - 薬剤師 服薬状況、退院後の服薬に関する注意事項
 - 管理栄養士 食事内容及び退院後の食事メニューの提案
 - 理学療法士 入院中のリハビリ状況と退院後のリハビリ内容
 - 言語聴覚士 嚥下機能評価及び嚥下訓練について
- ④ 退院後の方針を決定
 - 在宅主治医から疑問点等の確認
 - ケアマネジャーから介護サービス計画内容の説明
(事前に介護サービス計画書を提供)
 - 在宅スタッフからの質問
 - 医療器具の手配や家庭内での医療器具の設置場所
緊急時の対応
- ⑤ 患者さん・ご家族からの疑問点や要望
 - カンファレンスは、患者・家族を中心に治療だけでなく
『どんな暮らしがしたいか』生活を重視する

図 3

配布資料：退院時薬剤情報提供書

- 入院期間
診療科、主治医
副作用歴・アレルギー歴(あり・なし)
服薬状況(自己管理・看護師管理)
(コンプライアンス良・不良)
調剤上の留意点(一包化・簡易懸濁法・粉砕)
- 入院中の経過
入院中の処方内容(持参薬も含む)
- 退院時の処方内容
- その他特記事項

縮小コピーをお薬手帳に貼付

お薬手帳による情報提供

退院時薬剤情報提供書をお薬手帳にも貼付することで、入院中の投薬内容を患者に関わるスタッフと情報共有することができる

た尾道には、明治時代から医師が毎月 20 日に集まる廿日会があり現在でも続いている。尾道市民病院の医師も参加しており医師同士の顔が見える連携が特徴である。

退院前ケアカンファレンスとは

退院前ケアカンファレンスの参加者は患者、家族を中心に病院側から地域連携室スタッフに加え、主治医、担当看護師、病院薬剤師などのスタッフが参加する。在宅介護側は、ケアマネジャー、在宅主治医、訪問看護師、薬局薬剤師など、多職種協働で開催される。特に独居高齢者の場合は、民生委員も参加するなど、地域全体で患者を支援する体制が整っている。カンファレンスでは患者の経過報告と問題点を抽出し、退院後の医療や介護サービス内容の方針を決定することに主眼が置かれる。大まかな流れを図 2 に示す。

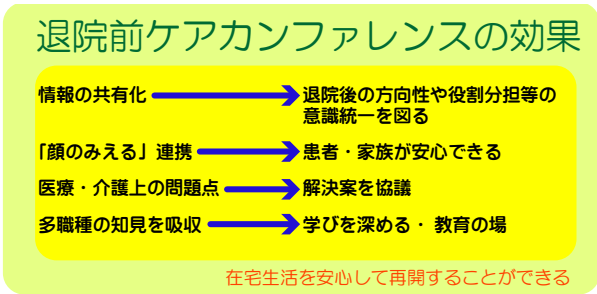
まずはじめに地域医療支援室がケアマネジャーと開催日時を決める。次いで地域医療連携室が院内スタッフへ、ケアマネジャーが在宅スタッフへそれぞれ参加を要請す



る。病院スタッフが、事前に入院中の経過を集約した「情報提供書」を準備することで、1 回のカンファレンスは 15 分から 30 分程度の短時間で終了するようにしている。また院内で開催することで患者の情報を共有化し、積極的なディスカッションができる体制で参加しやすい環境となっている。多い時には 20 名以上が集まることもある。近年ではケアマネジャーが訪問し病棟で開催されることも多くなっている。

地域医療連携室の司会進行で、ケアカンファレンスの目的の紹介から始まる。次に参加者の自己紹介をし、「情報提供書」をもとに各スタッフが順に入院中の経過及び退院後の留意点について説明していく。主治医から病状の経過説明、病棟看護師や薬剤師、理学療法士、栄養士からの説明が行われる。薬剤部では「退院時薬剤情報提供書」(図 3) A4 判 1 枚にまとめ配布、説明している。入院中の薬歴とともに経過、服薬状況(自己管理・看護師管理)、コンプライアンスの良・不良、一包化・簡易懸濁法・粉砕などの調剤上の留意点について説明する。また同情報提供書の縮小コピーをお薬手帳に貼付し、いつでも情報が共有できるようにしている。

図 4



病院側の説明の後、「退院後の方針の決定」については在宅主治医から疑問点等の確認、ケアマネジャーから介護サービス計画内容の説明（事前に介護サービス計画書を提供）、在宅スタッフからの質問、医療器具の手配や家庭内での医療器具の設置場所、緊急時の対応を確認する。主治医は「患者さんが急変したらうちに来て下さい」とみんなの前で言って在宅での不安を解消している。そして最後に患者・家族からの疑問点や要望を聞く機会を設けている。カンファレンスでは治療だけでなく「どんな暮らしがしたいか」生活を重視する視点で議論している。

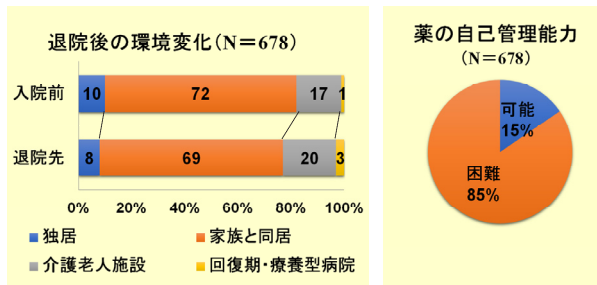
退院前ケアカンファレンスの効果

まず重要なことは情報の共有化であり参加する医療職

図 5

介入患者の環境変化及び薬の自己管理能力

期間	2010年4月～2018年3月
病院薬剤師介入件数	678/786件 (86%)
介入患者の年齢	83 (43-106) 歳



薬の自己管理能力

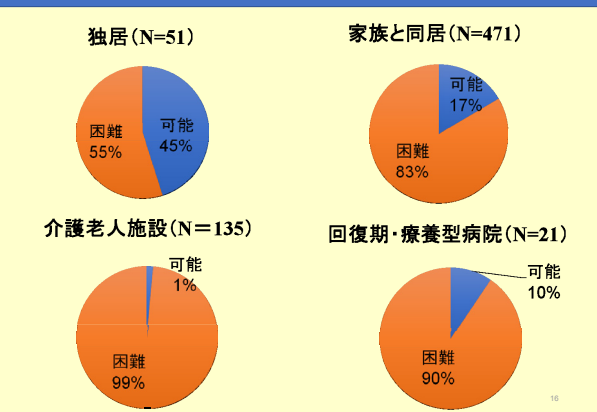
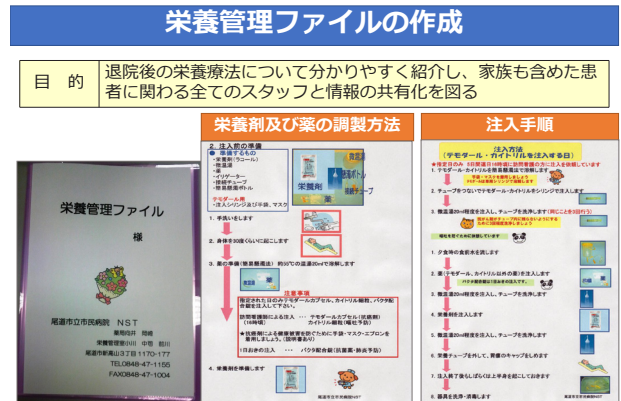


図 6



★介護者の負担を軽減、介護者の理解度に合わせて文章を作成するのはそこに力を注いでいる。一堂に会したカンファレンスであることから患者・家族を含めて退院後の方向性や役割分担等の意識統一を図る場となっている。お互い「顔のみえる」連携であることから患者・家族が安心できるものとなっている。医療・介護上の問題点がある場合もその場で解決策を協議している。また、多職種が集まるのでスタッフの学び・教育の場にもなっている。

薬の自己管理能力

2010年4月から2018年3月までの退院前ケアカンファレンス件数は786件、薬剤師は678件に参加し介入率は86%である。介入患者の平均年齢は83歳と高齢で退院後は在宅への移行が77%と大半が在宅療養を継続できている。そのうち8%が独居である。

85%が薬の自己管理が困難な状況で、家族や在宅スタッフとの連携が必要不可欠な状態だ。独居では55%、家族と同居では83%、介護施設では99%、回復期・療養型病院では90%が自己管理困難な状態であり、家族や転院・転所先スタッフに直接服薬指導を行うことが必要な状況だった。解決しなければならない問題が多い(図5)。

疾患別介入件数と退院後の問題点

疾患別では心疾患、悪性腫瘍、肺炎などの順で、高齢化に伴い独居、認知症、ADLの低下、嚥下障害などの医療・介護上の問題点も抱える。このような問題点を抱えたなかで、薬剤師は多職種と協議しながら、患者の理解力・身体能力に応じた服用方法の検討や嚥下障害時の服薬方法の工夫、薬の適正使用など退院後の薬物療法の継続を支援する。また、在宅経腸栄養療法を継続する場合は患者・家族に栄養剤の説明、投与手順などを指導している。転院する場合は、事前に転院先で採用されている栄養剤を考慮して栄養剤を選択し、退院に向けて調整

している。栄養剤が変更になる場合は、差異を確認し必要に応じて塩化ナトリウムの処方提案や水分量の提案をしている。加えて誤嚥性肺炎、下痢など経腸栄養に伴う合併症を回避するため注入時の体位や水分の投与、栄養剤の注入速度、器具の消毒方法についても指導する。

栄養管理ファイル

退院後の栄養療法について分かりやすく紹介し、家族も含めた全てのスタッフと情報の共有化を図ることを目的に栄養管理ファイルを作成している（図6）。この栄養管理ファイルは介護者にも見やすい大きな文字で写真やイラストを使い、理解しやすい言葉で工夫している。

栄養管理ファイルのほか薬剤部では「胃瘻・栄養剤／薬の情報」、「栄養剤の注入方法」、「抗がん剤の取扱いについて」、「簡易懸濁法」、「器具の洗浄・消毒方法」、「胃瘻トラブル対応マニュアル」などそれぞれの状況に応じた資料を用意し、指導に活用している。

他職種からの評価

ケアカンファレンスを通して薬剤部へ他のスタッフからこんな声が寄せられている。

地域連携スタッフ（MSW）を通じ訪問看護やヘルパーさんから「服薬方法、服薬管理、食事との相互作用など服薬に関する注意点が聞いて助かった」と言われている。管理栄養士からは「在宅栄養療法について栄養剤の選択を相談できる。栄養管理ファイルを作成してもらって助かっている。漢方薬など薬に関する相談ができる」。言語聴覚士からは「嚥下障害のある患者さんの服薬方法や嚥下障害を引き起こす可能性のある薬剤について相談できる」、「服用薬剤数を減らしたいときに相談できる」。理学療法士からは「睡眠導入剤などADLを低下させる可能性のある薬剤や薬剤性パーキンソニズムについて相談できる」、「医師が参加できない時に薬剤師が参加していると助かる」。薬局薬剤師からは「病院・在宅スタッフ・家族と顔合わせができることで、他の患者で何か相談したい事例があったときもスムーズに連携しやすくなる」など職種に応じた評価を得ている。

薬局薬剤師との連携

尾道市には保険薬局が95施設あり在宅サービスの届出をしている薬局は50施設で無菌調剤室を有する施設が1施設ある。退院前カンファレンスへの薬局薬剤師の参加は25件（25/114件2017年度）となっている。

尾道薬剤師会へのアンケート（2018年6月実施）で



は「開局時間内に外出するのは難しいが、あらかじめ日程を相談してもらいたい」、「日程調整が必要なので、なるべく早い連絡を希望する」、「地域連携室からの案内だけでなく、ケアマネジャーも参加要請できるようにしてほしい」、「お薬手帳を活用してかかりつけ薬局が分かれば、病院薬剤師から参加要請すると薬業連携に繋がり情報共有しやすい」などの意見が寄せられた。保険薬局が退院前カンファレンスに継続して参加するために改善が必要との質問では「連絡方法」、「開催日時の調整」が多く寄せられたことからどのような方法がよいか検討していくことになっている。

尾道薬剤師会との協議会開催へ

尾道薬剤師会とまずは退院前カンファレンスへの参加率を上げるため協議会を開催することとなった。第1回目の協議会は平成30年10月26日、尾道市立市民病院で開催された（写真）。協議会への参加者は尾道薬剤師会から6名、病院薬剤部から3名。協議会では薬局薬剤師の参加率が低いことから、薬局薬剤師へどのように伝えたらよいか開催日程の連絡方法について協議した。病院薬剤師から薬局薬剤師へ直接電話連絡することも協議されたが、かかりつけ薬局が不明なケースもあり、電話連絡が困難な状況にある。当面は薬局薬剤師がケアマネジャーと連携強化を図り、ケアマネジャーから直接連絡することとなっている。

お薬手帳に退院時薬剤情報提供書を縮小コピーして貼付しているが、その有用性・記載内容について確認した結果、尾道薬剤師会からは「非常に役に立っている」、「抗がん剤の治療内容が分かる」、「持参薬の変更点が分かる」などのコメントがあった。特に入院前後において処方変更があった場合は、退院時情報提供書に詳細が解るように記載することにしている。

現在、2カ月に1回の割合で開催されている。

薬剤師の役割

薬剤部では退院前ケアカンファレンスにおける薬剤師の役割について以下のことを挙げている。

- ① 退院後の環境を見据えた服薬指導及び薬学的情報を患者に関わる全てのスタッフと情報共有する
- ② 患者及び家族の気持ちに寄り添いながら不安払拭や身体的負担が軽減できるように多職種連携を図る
- ③ 退院後の薬物療法に関する問題点を抽出し院内スタッフのほか、連携する地域の多職種と協議し問題解決に努める
- ④ 病院及び保険薬局の双方向に情報が提供・共有できる機能拡充に向けた取り組みに努める

薬剤部の神原先生は「患者さんが安心して在宅で療養生活ができるためには院内の多職種協働のスムーズな連携プレーが大切です。そのためにはスタッフ間の信頼関係やコミュニケーションスキルは必要不可欠。常に相談できる体制をつくり、顔の見える関係でなくてはなりません。患者さん・家族の方の気持ちに寄り添いながら多職種連携を図ることが重要だと思います」と語った。

□訪問者

賀勢泰子（副会長）、別所千枝（地域医療委員会委員）、吉岡睦展（同委員）、菅田和也（事務局）、上山誉晃（協力者）

□基本データ

尾道市立市民病院（突沖満則院長）

▽所在地：広島県尾道市新高山 3-1170-177

▽施設概要：290床（高度急性期8床、急性期234床、回復期48床）、標榜診療科24科／医師45人、薬剤師



15人、看護師294人

▽主な実績（2017年度）：外来利用者数443名／日、新規入院数5229名／年、手術件数5752件／年、健診センター利用者数1169名／年、紹介患者数4059件／年、救急車受入数2492台／年

▽近隣の医療圏（尾三圏域）の状況：人口約25万人、病院24、診療所14、保険薬局164

▽ウェブサイト：<http://www.onomichi-hospital.jp/>

□お話をうかがった先生方

土本正治名誉院長

栗村真須美副看護部長（地域医療連携室長）

薬剤部

竹井英介

神原弘恵

烏尾和恵

訪問委員によるコメント（訪問印象記）

「尾道方式」という名前は、すでにご存じの方も多いのではないだろうか。今回私たちは、広島県尾道市の退院前ケアカンファレンスによる、地元根付いた地域連携について取材させて頂いた。

尾道市の高齢化率は広島県の平均よりも一歩進んでおり、そのほとんどの人は尾道市で生涯を過ごすという地域である。この地域における医療連携ケアシステムの特徴は、住み慣れた町で患者が最期まで安心して過ごすために多施設・多職種が係わり合うための退院前ケアカンファレンスにある。急性期病院である尾道市立市民病院から患者が退院する際、カンファレンスに様々な職種が情報を持ち寄るのだが、驚くべきことは2004年から継続されていること、連携している病院や施設数が多いこと、また薬剤師を含めた多職種がごく自然に集まっていることである。特に薬剤師は、カンファレンス発足当初から医師の相談役として助言をしておられた。これまでの薬剤師としての実績に対して、信頼を寄せられているからこそ、だと感じる。

「一度患者を診たら、多職種で最期まで、地域で診る」発足された医師の情熱は、今や地域に浸透している。普段から顔を合わせ、どうやったら地域で見守れるか話し合うという、地域連携の大事な原点を改めて感じた取材であった。（別所 千枝）



医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院

院内・地域で多職種協働 生活支援型医療を推進

2025年に向けた病床再編の動きの一環として2014年度診療報酬改定で地域包括ケア病棟が新設された。仲井培雄理事長率いるケアミックス型病院「芳珠記念病院」（石川県能美



仲井培雄理事長

市、320床）では同年9月1日から、一般病床7：1のうち80床（亜急性期病床を含む）を地域包括ケア病棟に移行（現在は82床）し、従来型医療に加えて生活支援型医療にも注力している。地域包括ケア病棟協会会長でもある仲井先生は、「高齢化により認知症が増加していくなかで患者を生活者の視点で捉え、病院と地域とを一体と考え、切れ目のない医療・介護を提供する生活支援型医療へと、時代は変化している」と語る。ほうじゅグループでは幅広い医療サービスを提供する芳珠記念病院を中心に、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、小規模多機能型居宅介護施設などを併設している。さらに2018年春、「こども・障害者・高齢者が共に生きる」をコンセプトにした共生型福祉施設「G-Hills」を開設し、医療・介護・福祉など、従来の枠にとらわれない“地域支援”に取り組んでいる。一方、同市で多職種が集まる「メモリーケアネットワーク能美（MCN）」にも参画、能美市の地域包括ケアシステム構築に向けて積極的に活動を展開している。このMCNには病院薬剤師として同院薬剤部課長の森光恵先生が参加、院内で進めてきた多職種連携による「ポリファーマシー・ミーティング」の経験を踏まえ、地域における多職種連携の深化に向け努力を重ねている。

急性期から療養まで展開

ほうじゅ連携室が“スムーズな流れ”制御

芳珠記念病院と関連施設からなる“ほうじゅグループ”では、「おうちで暮らそう」を合い言葉に、疾病予防を含め急性期・慢性期・リハビリテーションなどの医療領域から、幼老障全世代と様々な状態の地域住民のニーズに応える、多様な生活支援型サービスを展開している。同院がある石川県能美市は人口約5万人で“圧倒的な住みやすさが自慢”といい、人口減少県ながら同市



階	東棟・西棟		中棟
	東棟	西棟	
9階		(休床30床)	
8階		一般病床	
7階		(急性期一般1：20床)	
6階		医療療養病棟 (30床)	
5階		一般病床 (障害者：32床)	
4階		一般病床 (地域包括ケア：40床)	
3階		一般病床 (急性期一般1：51床)	
2階		一般病床 (急性期一般1：15床)	
1階	陽だまり棟		
B1階	介護療養病棟 (30床)	一般病床 (地域包括ケア：42床)	
B2階	介護療養病棟 (30床)		
B3階			

図1 芳珠記念病院における地域包括ケア病棟と病床構造
ケアミックス型：一般病床200床（急性期一般1：86床、地域包括ケア：82床、障害者：32床）
療養病床120床（医療療養：60床、介護療養：60床）

は2025年まで微増傾向にある。医療資源については病院数は全国並みで診療所がやや少ないが、介護資源は充実している。また、能美市医師会がハブになって、行政や地域内の事業所などをつなぎ、地域包括ケアシステム構築にも積極的に取り組んでいる。芳珠記念病院は標榜診療科32科320床を有するミックス型病院である。病床構成については、86床が急性期一般病床1、82床が

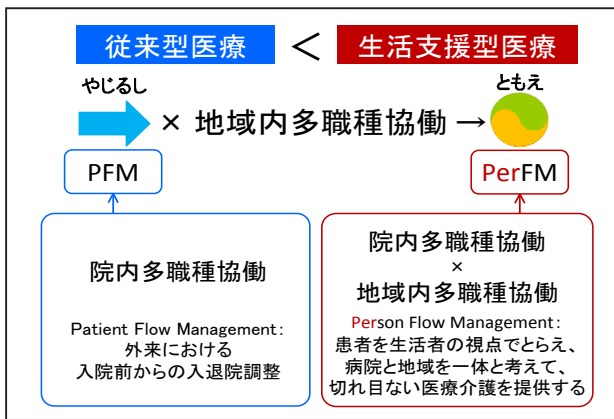


図2-1 PerFMの概念図

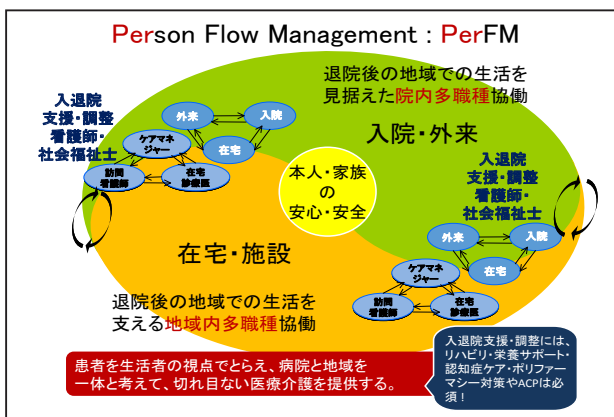


図2-2 PerFMの概念図

地域包括ケア病棟で、このうち 42 床が整形外科系疾患のポストアキュート、40 床が内科系疾患のサブアキュートなどを中心に受け入れを行っている。さらに長期療養病床が 152 床（うち障害者：32 床）と、外来、入院ともに幅広い地域医療ニーズに対応していることが特徴と言える（図 1）。

このような病床配置のもと、同院が目指すのは地域包括ケア病棟協会が提唱する Person Flow Management (PerFM) の概念（図 2-1, 2-2）に基づいた医療の提供で、その要となるのが地域包括ケア病棟といえる。地域包括ケア病棟には受入・退院支援において、大きく分けて 4 つの機能がある。受入機能としては①高度急性期や急性期からの受入、②在宅等からの緊急時の受入、③在宅等の予定入院の受入で、同院の場合は手術、化学療法や緩和ケア、糖尿病教育入院の方などが対象になる。一方の退院支援機能は④在宅復帰のための支援であり、院内多職種協働による「おうちで暮らす」気持ちの準備と必要な心身機能の回復並びに、地域内多職種協働による在宅での生活を見据えたサービス提供の準備——からなる。

仲井先生は「地域包括ケア病棟へ入院する症例については、受入機能②③に該当する在宅療養等の患者が 62% を占め、急性期後の患者は 38% となっている。ま

地域包括ケア病棟

症例数	急性期後	在宅療養等
298	38%	62%

症例数	自院から	他院から
114	87%	13%

図3 地域包括ケア病棟入棟経路の実績（2018年4～6月、n = 298）

た急性期後の患者の 87% は自院からの転棟となる。退院後の行き先については 83% が自宅で、残り 17% が有料老人ホーム、介護老人福祉施設、グループホームなどとなっている」と 2018 年 4 月から 6 月までの実績をもとに、地域包括ケア病棟の入口と出口の状況を紹介する（図 3）。

その際にスムーズな入退院を支えているのが、ほうじゅ連携室（入退院支援部門）で、「MSW や看護師、事務職員で構成されている。地域とのネットワークがあり制度利用等に関する知識を持つ MSW、院内ネットワークと医療的知識を持つ看護師が協働することで相乗効果が生まれる」（仲井先生）という。

また、医療の実践の場となる地域包括ケア病棟では、入院患者の多くが高齢者であるため、必要とされる「生活支援型医療」の提供において、院内での多職種協働が重要であり、病棟及び専門チームを担当する薬剤師は、その多職種協働チームの一員として、薬学的管理をはじめとする様々な提案、サービス提供を実践している。

薬学的アプローチで“生活支援”

地域包括ケア病棟での薬剤師業務

多職種協働チームとしての業務が求められる中で、地域包括ケア病棟において、薬剤師が取り組んでいる具体的な業務内容をうかがった。

表1 地域包括ケア病棟での薬剤師業務

- ① 入院時に持参薬を確認し、残薬があれば服薬アドヒアランスを確認
- ② 薬剤管理指導を実践する際に、
 - 1) 患者の認知機能や摂食嚥下・排泄機能、睡眠、ポリファーマシーなどの状況に応じて薬剤調整の必要性を検討
 - 2) 服薬アドヒアランスを踏まえた薬剤の自己管理練習を実践
 - 3) 練習の成果を看護師が薬剤師に報告し、自己管理の方法を検討
 - 4) 退院後の薬剤管理に向けて、服薬方法の簡便化や薬剤数と量の削減、一包化等を検討
 - 5) 次回受診予定日に合わせた退院処方の日数確認
- ③ 有害事象の共有
- ④ 退院時共同指導料算定時の薬剤情報の共有

ポリファーマシー・ミーティングの位置付け

- 急性期一般病棟と地域包括ケア病棟の患者を対象
- 入院7日以内に病棟薬剤師へ患者のリストアップ
- 入院14日未満にポリファーマシー是正の処方提案
- 「薬」と「疾患」を中心に検討し、必要に応じて生活支援の程度を加味した処方提案を実施

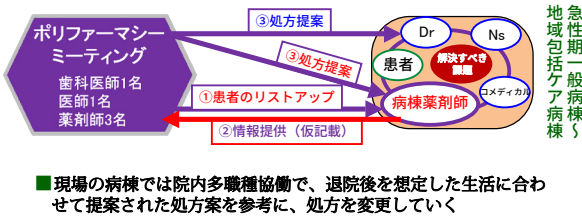


図4 ポリファーマシー・ミーティングの概要

表1にあるように、退院後、「おうちで暮らす」の実現を目標としていることが伺える。そのための入院前の状況確認から、入院中の「薬剤自己管理練習」、地域との繋がり確保といったことが焦点になっている。なかでも力を入れているのが、医師と薬剤師らによるポリファーマシー対策である。現場の病棟薬剤師らと連携し、減薬など退院後も見据えた上で薬物療法の適正化を推進している。

同院では2000年にFST（摂食嚥下サポートチーム）が稼働、02年に褥瘡対策チームが、さらに05年からはFSTとを合わせた形でNST（栄養サポートチーム）が稼働した。中川貴史先生（薬剤部係長）は、そのような成り立ちを背景に「芳珠記念病院のNSTは結果的に、一般的なNSTにFST、さらに褥瘡対策チームが加わった形となった。いずれも栄養とリハビリとが深く関係し、重複した患者の事例が多かった」という。

ただ、「実際に進めていく中で、摂食嚥下・褥瘡対策と共に処方の適正化の必要性が出てきた。摂食不良の原因に薬剤により誘発される傾眠や食欲低下があることに気づき、薬剤調整を必要とする事例を多数経験するようになった」と、病院全体としてポリファーマシー対策に注力することになったきっかけを解説する。

そこで2010年から、NST活動を補完し、かつNST

表2 ポリファーマシー・ミーティング基本方針

- ① 減薬にこだわらず、処方適正化に向けた提案を行う
- ② 不適切処方の中止だけでなく、減量や代替薬への変更、必要な薬剤の追加も検討する
- ③ 専門医が対応中の領域には関与しない
- ④ 他院の処方については穏便な対応を心がける
処方理由が不明な薬剤については手を出さない
正当な理由がある薬剤のみ中止とし、場合によっては減量にとどめることもある
- ⑤ 退院が近く、処方変更後の経過観察ができない場合には、変更しない



多職種が机を並べるスタッフルーム

のスクリーニング対象にならない高齢患者を診る目的で、急性期病棟における患者の薬剤服用状況をチェックする医師と薬剤師によるラウンド『急性期ラウンド』を開始した。この急性期ラウンドの仕組みを踏襲したのが、15年からスタートした『ポリファーマシー・ミーティング』であり、現在は医師・歯科医師各1名と薬剤師3名とがチームを組み、薬物療法の適正化に努めている(図4)。

重要な病棟での「仮記載」

ポリファーマシー・ミーティングで検討

実際のミーティングの実施方法は、前の週に入院した患者のうち、①75歳以上で「主成分として8種類以上の定期服用の患者」を電子カルテシステムおよび目視により抽出し、病棟担当薬剤師に連絡を入れる。病棟担当薬剤師は、患者の背景や持参薬の内容、その内容に対する検討内容、最終的には「この薬剤は中止すべき」といった指摘事項などを『仮記載』として診療録を一時保存する。この『仮記載』は毎週1回、医師・薬剤師等によるミーティング（ポリファーマシー・ミーティング）で、内容を確認・修正した上で正式に保存され、意見書として主治医並びに処方医に対してメール等で情報提供される。

対象患者抽出から処方提案までの流れとしては「急性期一般病棟と地域包括ケア病棟の患者について、入院7日以内に病棟薬剤師へ患者のリストアップを実施、2週間未満の間にポリファーマシー是正のための処方提案を実施している」（中川先生）という。さらに「メンバーの中心が医師と薬剤師から構成されているため、薬と疾患の課題が焦点だが、挙がってくる情報の中には患者さんの生活情報もある。そのため生活支援の程度を加味した処方提案をすることも多い」という。つまり、病棟薬剤師を介して現場の多職種チームから情報が寄せられており、「退院後を想定した処方を作り上げる」ことに配慮がされているわけだ。

患者の状況により様々な展開があることもあり、表2のような「ポリファーマシー・ミーティングの基本方針」を定めている。「あくまでも減薬が目的ではなく、退院後の生活を想定した処方適正化が目的」であり、不適切処方の中止等の減薬だけでなく、必要な薬剤の追加等も検討される。

当初の運用ではスクリーニング対象患者は「7種類以上の薬剤」としていたが、現在は「8種類以上」としている。背景としては、質を担保しつつ日常業務として継続可能なものとするため、①1回当たりのミーティング時間を30分から1時間以内にした②病棟担当薬剤師の作業量の面では1人当たり週3症例までにしたい——との考えからだ。実際、個々の症例においては「“意見書”作成に当たり、文献検索等を含め多くの時間が必要」（中川先生）という。

処方医の“提案採択率”は44%

「ミーティング」結果を踏まえ

現状の実績を2017年度の状況でみると、ミーティング実施回数は46回、介入患者数は延べ290人、介入数（平均）は6.3人／回であった。17年3月22日から8月22日（5ヵ月間）を例に挙げると、急性期一般病棟及び地域包括ケア病棟へ入院した75歳以上の患者は延べ575人（急性期病棟338人、地域包括ケア病棟237人）、平均年齢は84.6歳であった。このうちミーティング実施患者数は124人と約2割が対象となった。そのうち106人（85%）が退院したが、ミーティング時に全ての持参薬を継続していたのは6割近くであった。

また、退院患者におけるミーティング提案に対する採択率は提案228件に対し採択101件の44%であった。その内容として一番多いのが「減量中止」で92件の提

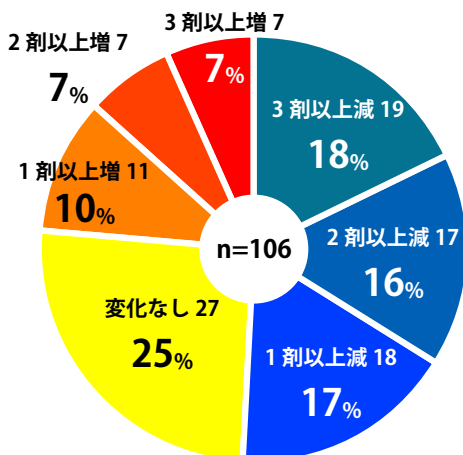


図5 退院患者における入院時と退院時の定期服用薬剤数



ポリファーマシーミーティング

案に対し45件が採択（採択率49%）された。次いで「代替」47件の提案に対し17件（36%）、「検査」38件に対し17件（45%）などであった。退院患者における入院時と退院時の定期服用薬剤数は入院時に10.3剤に対し退院時9.5剤と0.8剤減少した。これを細かく見ると1剤以上減少したのは（1剤減：17.0%、2剤減：16.0%、3剤減：17.9%）50.9%と半数以上で減薬がされていた。中川先生は「活動としてはまずまずだと思っている」と語る（図5）。

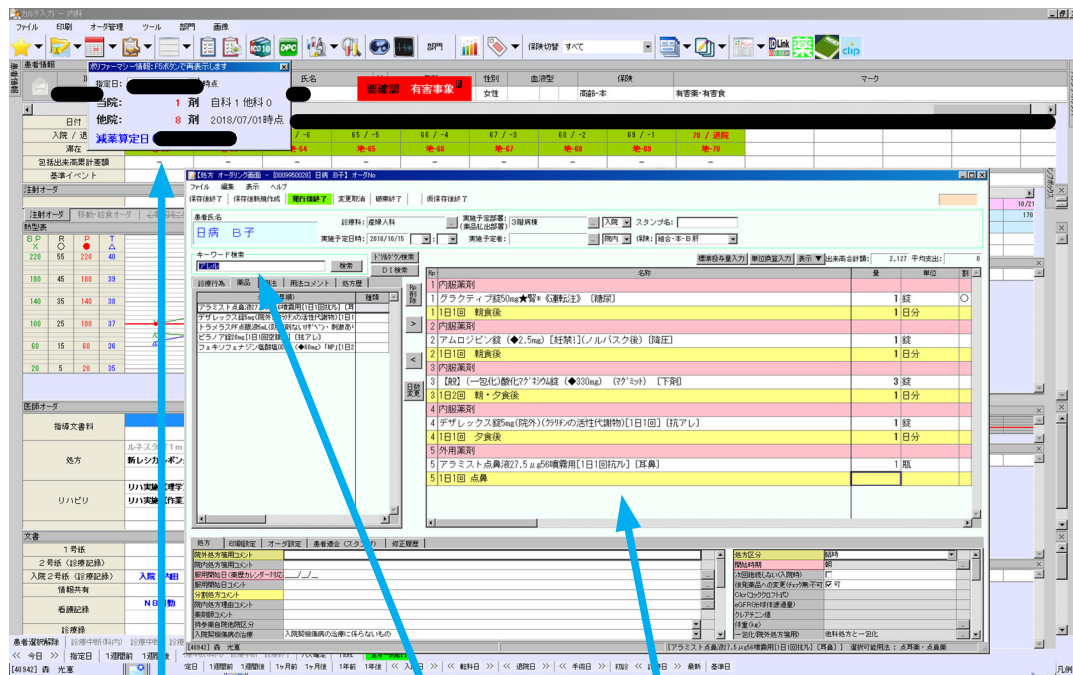
提案により中止された薬剤の薬効分類をみると、循環器器官用薬が13件（23.6%）で最も多く、次いで消化器官用薬12件（21.8%）、中枢神経系用薬9件（16.3%）、その他の代謝性医薬品7件（12.7%）となっている。これは前年度調査や他院での報告ともほぼ同様だったという。

入院中に“自己管理”を練習

病棟薬剤師と看護師が連携し

一方、入院中のポリファーマシー対策と共に、退院後の“日常生活”における「薬剤の自己管理」も重要なテーマであることから、入院中の病棟において個々の患者さんの状況に合わせた「薬剤自己管理練習」が行われている。理想としては、患者自身が1日分をセットし、きちんと飲むということだが、「患者一人一人の能力を確認し、病棟の薬剤師と看護師とが連携しながら、その患者なりの自己管理方法を検討している。例えば医療者が準備した1日分の薬を正しく飲むならば、次は、その準備を患者さん自身にしてもらうようステップアップする」（中川先生）という。

また、患者自身による自己管理に不安が残る場合には「ご家族が薬を管理できる時間帯に合わせて薬剤の用法を変更するなど、病棟薬剤師、看護師、主治医と患者さんとがチームになって問題解決に当たっている」という。本来であればそのような情報も含めて、退院後に担当す



①ポリファーマシー情報 ②おすすめ薬剤表示 ③運転禁・腎機能注意・薬効記載意喚起

図6 患者カルテ起動時の処方オーダー画面で注意喚起

る薬局・薬剤師へと繋げたいところだが、「残念ながら現状では、かかりつけ薬局が未だ十分には特定できていない。そのためお薬手帳を活用して、退院後の関係者に情報提供できるように努めている」という。希にかかりつけ薬局・薬剤師が退院時共同カンファレンスに参加する事例もあるというが、今後の具体的な地域連携が期待されるどころだ。

課題は精度向上に向けた連携

内外への啓発推進も焦点

中川先生らはポリファーマシー対策等に関するこれら院内活動について、2016、17年度と常勤医師、非常勤医師へのアンケート調査を行った。その結果から、次第に認知度は高くなっていると認識している。その中での課題としては、「まずは精度向上が必要」（中川先生）という。病棟薬剤師の能力差や個性は仮記載の内容に少なからず影響している。そこで、病棟薬剤師にも2カ月に1回程度、ミーティングに参加してもらうことも実施した。さらに「仮記載の段階で注意すべきポイントが押さえられていれば、ミーティングでの指摘や修正事項が減り、より濃厚な検討が可能になる。その結果、精度向上にもつながる」と語る。

また「院内・地域への働きかけが重要」と中川先生は指摘する。同院では退院時に、入院中の薬剤変更に関する情報提供を実施している。以前はお薬手帳に内容を手書きしていたが、現在は電子カルテ上で記載・保存・印

刷（手帳サイズ）ができるため、お薬手帳への貼付が容易になったほか、記載内容が電子カルテ上に残すことができる。

さらに新たな取り組みとして、患者が何剤服用しているか、内服薬数を患者カルテ起動時に表示できるようになり、処方オーダー画面にも表示されるシステムとなった。「ポリファーマシー対策の質的向上に向けた一助になるものと期待される」と語る（図6）。

MCN参画で地域医療連携の深化

“ミーティング”経験をもとに

同院における地域連携について、薬剤部の森光恵課長は、「2000年に院外処方箋を当地で一早く発行したことで大きく進歩した。高齢者の服薬コンプライアンスを考慮し、通常の『一包化』に加え、『他科処方と一包化』指示も可能なシステムとなった。13年の電子カルテ導入では、薬剤アレルギー情報や検査値の一部を院外処方箋の通信欄に印刷するなど、比較的活発に地域連携に取り組んできた。検査値表示により腎機能での薬剤減量に関する疑義照会も増えてきている」という。

また、地元の能美市医師会では石川県医師会の「在宅医療推進事業」の一環として、2011年に多職種が集まる「メモリーケアネットワーク能美（MCN）」を発足させた。その後、14年には石川県の「在宅医療・介護連携のモデル事業」となり、事務局を医師会から能美市に移し、地域包括支援体制の構築を推進しつつある。

このMCNには既に薬剤師委員としては地域の薬局薬剤師が数名参画していたが、病院薬剤師としては森先生が初めての参画（2018年4月より）であった。森先生は、医師にはお薬手帳が服用薬剤の情報伝達ツールとして使用されていることへの認知度が低いとも感じたという。森先生は「お薬手帳が見にくいことを改めて指摘されましたが、院外でも（図6のような）患者の服用薬剤の情報が共有できる環境が望まれる。多職種が活用できる連携シートも提案している」という。また、「家族が服薬を知らず残薬が溜まっていることもあり、服薬カレンダーなどによる自己管理を高齢者になったら早期から家族を巻き込んで、正しくお薬を管理する方法を提案するのも重要かと思う」と、院内での取り組みを地域へと繋げていく考えだ。MCNでの啓発活動に加え、今後の地域連携活動の更なる深化が期待される。

□訪問者

賀勢泰子（副会長）、荒木隆一（地域医療委員会委員長）、定岡邦夫（同委員）、舟越亮寛（医療安全対策委員会委員長）、増江俊子（同委員）、有木寛子（療養病床委員会）、菅田和也（事務局）、稲富海帆（事務局）、高塩健一（協力者）

□基本データ

医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院（仲井培雄理事長、佐久間寛院長）

▽所在地：石川県能美市緑が丘11-71



G-Hillsのカフェにて

▽施設概要：320床；急性期DPC86床、地域包括ケア病棟82床、長期療養152床、このうち医療療養病棟60床、介護療養病棟60床、障害者病棟32床（休床は30床）／標榜診療科32科／医師38人、薬剤師10人（うち非常勤1人）、看護職181人

▽主な実績（2017年度）：外来利用者数525名／日、新規入院数2,817名／年、手術件数928件／年（うち全麻436件）、健診センター利用者数8,549名／年、紹介患者数3,716件／年、救急車受入数817台／年

▽近隣の医療圏（2次医療圏）の状況：人口約23万人、病院17、精神科病院3、診療所134、保険薬局101

▽ウェブサイト：<http://houju.or.jp>

□お話をうかがった先生方

仲井培雄（理事長）

森 光恵（薬剤部課長）

中川貴史（薬剤部係長）

訪問委員によるコメント（訪問印象記）

今回、私達が取材で訪れた芳珠記念病院は、地域包括ケア病棟協会が提唱する Person Flow Management (PerFM) の概念に基づき、患者を生活者の視点で捉え、病院と地域を一体と考えることで医療と介護をシームレスに提供する。いわば、地域包括ケアシステムと地域医療構想の双方のニーズに応えるべく一元化された施設である。

そのなかでも、急性期一般病棟ならびに地域包括ケア病棟に常駐する薬剤師は、多職種協働による『ポリファーマシー・ミーティング』を介してシステマティックに処方内容の適正化を図るなど、入院初期の段階から既に、退院後の日常生活を見据えた患者支援に目を向けた取り組みがなされていた。「こうした院内で構築された生活支援型医療の提供を地域全体へと展開していくためには地域の薬局薬剤師の力が必要不可欠なのです」と森光恵薬剤部課長、中川貴史係長は語気を強める。

今後、地域の薬局も含めた医療介護関連施設と更に強固なタッグが組まれた時、院内に留まらず地域全体にとって重要な役割の担い手として、多くの薬剤師が活躍していることが想像される。仲井培雄理事長が日本の地域医療の先導役として活躍されている今、薬剤師においても時代の先導役となっていただくことを期待しながら今回の取材を終えた。（定岡 邦夫）



医療法人社団協友会介護老人保健施設 横浜あおばの里

介護老人保健施設における 薬剤師の役割

日本病院薬剤師会はこれまで病院・診療所に勤務する薬剤師を正会員としてきたが、一般社団法人へ移行した2011年に定款を改定し、正会員を「病院、診療所、介護保険施設に籍を有し、又は本会に勤務し、本会の目的及び

事業に賛同する薬剤師」とした。介護保険施設には、介護保険3施設と呼ばれる介護保険サービスで利用できる公的な施設として要介護高齢者の生活施設である特別養護老人ホーム（特養）、要介護高齢者にリハビリ等を提供し在宅復帰を目指す介護老人保健施設（老健）、医療の必要な要介護高齢者の長期療養のための介護療養型医療施設（療養病床）の3種類がある。

今回、訪れた介護老人保健施設「横浜あおばの里」の丸岡弘治先生は専従で勤務する薬剤師の一人。病院勤務、大学を経て「老健施設でこそ薬剤師としての本領を発揮できるのではないかと」11年間、病棟薬剤師と同様、入所者の薬物療法に関わってきた。もう一人お話を伺ったのは非常勤医師の石川純也先生で石川先生は丸岡先生とともに6年間、あおばの里で勤務してきた。丸岡先生の日頃の仕事ぶりについて語っていただいた。

介護保険3施設

介護保険3施設は平成29年10月1日現在で介護老人福祉施設（7,891施設・定員54万人）、介護老人保健施設（4,322施設・定員37万人）、介護療養型医療施設（1,196施設・定員5万人）となっている。厚生労働省の平成29年介護サービス施設・事業所調査によると介護療養型医療施設の薬剤師数は総数1,894人であり常勤1,511人（専従487人、兼務1,024人）、非常勤383人と報告されている。介護老人保健施設の薬剤師数は総数で3,187人であり常勤955人（専従166人、兼務789人）、非常勤2,232人（平成29年10月1日現在）である。（表1）介護老人保健施設は要介護高齢者にリハビリ等を提供し在宅復帰を目指す施設で、「要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設」と定義されている。薬剤師配置基準は定員300人に1人。施設によっては保険薬局等にアウトソーシングしている所が多いのが現状である。その中であおばの里の薬剤師は常勤薬剤師の丸岡先生と非常勤1人体制で業務をこなす。

薬剤業務1週間

横浜あおばの里は、医療法人社団協友会（AMG・上

介護保険施設の薬剤師数（表1）

	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
総数	3,187	1,894
常勤	955	1,511
専従	166	487
兼務	789	1,024
非常勤	2,232	383

厚生労働省の平成29年介護サービス施設・事業所調査より

尾中央医科グループ）の介護老人保健施設で入所定員172人（一般棟112人、認知症専門棟60人）。通所リハビリテーション1日あたり50人。平均在所日数は全体で383.4日、一般313.4日、認知597.3日（2018年12月31日現在）となっている。

ある1週間の主な時間配分は表2の通り。あおばの里の特徴は①調剤業務、②配薬セット業務はもちろん③入所者対応業務（処方確認、再分包等）、④サービス担当者会議等（利用者関連会議）への参加、⑤定時処方の適正使用評価、副作用発現評価等、⑥各委員会への参加（委員会関連業務も含む）と多職種連携や薬学的支援に関する業務に多くの時間を割いている。

多くの場面で薬剤師が介入

薬剤師の薬効及び副作用発現モニタリングの役割は病院では「薬剤管理指導」、在宅では「訪問薬剤管理指導」、「在宅療養管理指導」と評価されるが、老健施設の薬剤

ある1週間の主な業務時間配分の例 (表2)

① 調剤業務 (定時薬・臨時薬等の調剤)	15 hrs
② 配薬セット業務 (配薬カートセット等、薬の払い出し)	12 hrs
③ 入所者対応業務 (処方確認、再分包等)	5 hrs
④ サービス担当者会議等 (利用者関連会議) への参加	4 hrs
⑤ 定時処方の適正使用評価、副作用発現評価等	5 hrs
⑥ 各委員会への参加 (委員会関連業務も含む)	4 hrs

師の役割は明確になっていない。

あおばの里では一般的に実施されている「調剤と配薬セット」のみではなく、利用者や家族と入所時面談、リハビリテーションマネジメント会議、担当者会議等に関与している。そこでは、看護職、介護職、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士、管理栄養士、支援相談員、ケアマネージャー、医師等の多職種から得られた情報に基づいて、利用者個別に「薬剤管理シート」を作成し、定期的な処方の見直しを行っている。いわば「老健版薬剤管理指導」を実践している。(図1)

利用者の定時処方薬の減量・中止について集計分析したデータがある。

2009年12月28日から約2年半にあおばの里の入所中の利用者の「定時処方薬の減量または中止」のあ

あおばの里薬剤師介入モデル (表3)

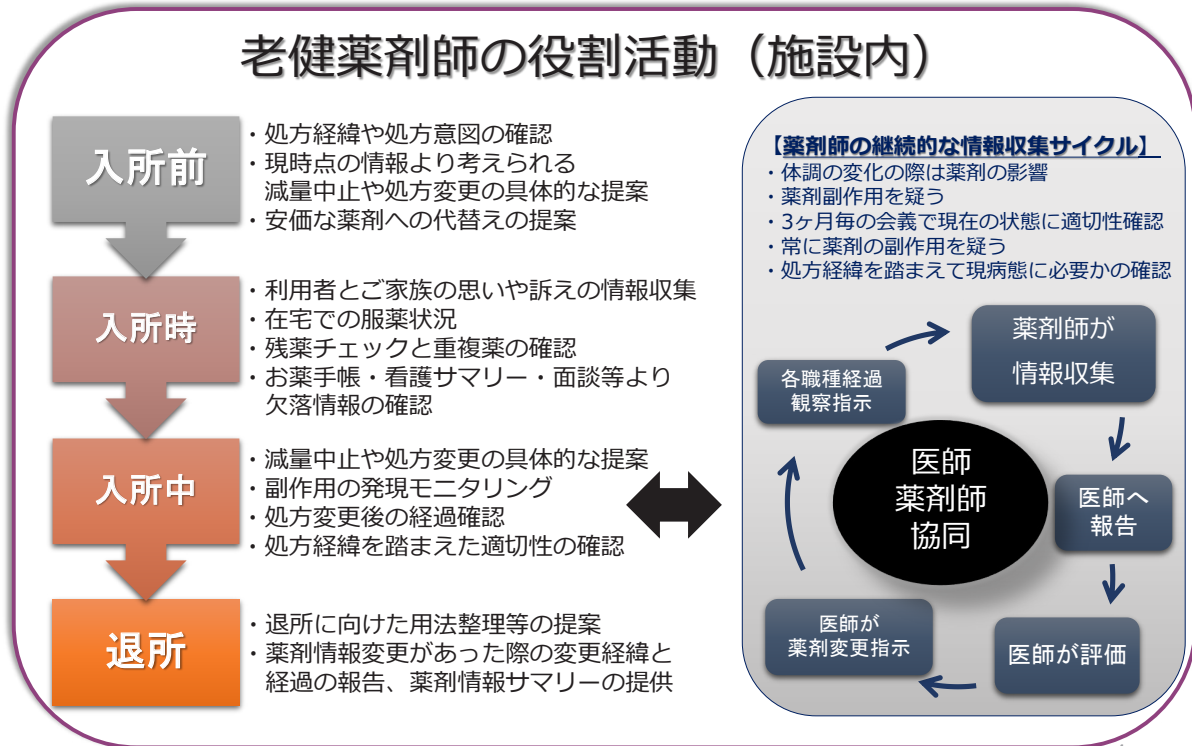
① 入所判定会議	
- 処方意図の確認	
- 処方経緯と現状	
- 療養食加算関連情報の収集	
② 入所時点 (利用者ご本人または家族との面談時) 11.9%	
- 処方意図の確認	
- 処方経緯と現状	
- こだわりや嗜好の確認	
- アレルギーの有無	
- これまでの薬剤使用歴	
③ リハビリテーション・マネジメント会議 3.4%	
- 入所2週間内の他職種による情報に基づく判断	
④ 定期的な担当者会議 72.0%	
- 日々の状況から他職種による判断、本人の訴え	
- 薬剤管理シート作成時のデータチェック、見直しの確認	
⑤ 朝礼の申し送り時 4.2%	
- 申し送り情報より薬剤の影響がないかを確認	
⑥ 他職種に確認の依頼があった時 8.5%	
- 他の職種より確認依頼があり薬剤の確認	

* パーセントは、介入の割合。「入所時点」の割合は「入所判定会議」も含む。

た処方について集計し薬効別、変更内容、変更理由、薬剤師の介入の有無について調べた (N=170)。

変更の理由は薬剤中止 75.9%、他剤変更 12.4%、薬剤減量 11.8%。変更の理由は「現病態に不要」が 53.5%、「副作用発現」 25.9%、「リスク低減」 5.3%、「拒薬」 4.7%、「効果不十分」 4.7%、「薬効向上目的」 3.5%、「在宅復帰支援」 3.5%だった。

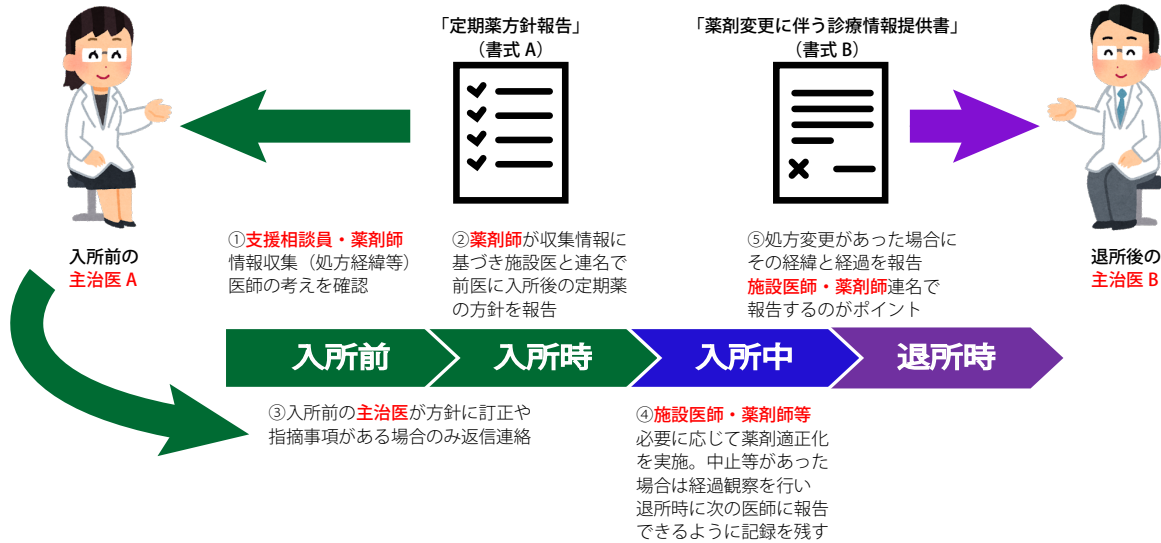
図1 当施設における薬剤見直しと薬剤師の活動



【引用文献】丸岡弘治：施設における薬剤調整.臨床雑誌内科,Vol.121 No.4 : pp1003,2018より一部改変】

図2

横浜あおばの里 かかりつけ医連携薬剤調整加算に関する取り組み



薬効別に上位項目は消化抗潰瘍剤 11.2%、高血圧治療剤 10.6%、解熱消炎鎮痛剤 10.1%、睡眠導入剤 9.4% だった。

そのうち薬剤師の介入は 70% (119 件)。内訳は「必要性の再評価依頼」63.3%、「副作用の発見」21.8%、「服薬負担軽減」5.9%、「薬効消失回避」5.0%、「薬効向上の進言」5.0%であった。

特に「必要性の評価」により減量・中止したうちの 96%が悪化なく経過し、「副作用の発現」を疑い減量・中止したうちの 70%が改善、26%が変化なく経過した。

ではどの時点で介入しているのか？ 多くの職種が参加する担当者会議 (資料作成時間も含む) で 72.0% と最も高く、次いで入所時点 (入所判定会議も含む) で 11.9%、他職種確認依頼で 8.5%、朝の申し送りで 4.2%、リハビリテーション・マネジメント会議で 3.4% と多くの場面で介入していた。(表 3)

薬のヒストリーが途切れないように

入所に当たっては入所前の主治医の処方経緯等、支援相談員を通じて、または薬剤師が直接情報を収集している。収集された情報をもとに入所後の定期薬の方針を「定期薬方針報告書」(書式 A)として入所前の主治医に報告する。入所中は必要に応じて薬剤適正化を実施し、中止等あった場合は経過観察を行い、退所時には退所後の主治医へ報告できるよう個別の薬剤管理シートに記録を残している。

2018 年の介護報酬改定で「かかりつけ医連携薬剤調整加算」が新設されたことを契機に現在トライアル中

はあるが「薬剤変更に伴う診療情報提供書」(書式 B)を用いて、処方変更があった場合にその経緯と経過を報告している。施設医師と薬剤師の連名で出しているのがポイント。どういうヒストリーで薬を使っているかという情報を集めるだけでなく、今度、退所する時に、こ

当施設の書式
「定期処方薬方針報告書」書式 A

入所時にかかりつけ医への、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する。薬剤師と医師連名で出している。

- 施設医師からかかりつけ医へ
- 服薬困難または有害事象の際は中止することがある旨も伝える
- 事前に支援相談員を通じて得られた主治医の方針をまもるとして記載
- 確認等が必要な場合は担当薬剤師に連絡

当施設の書式
「薬剤変更に伴う診療情報提供書」書式 B

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と医師連名で出している。

- 施設医師からかかりつけ医へ
- 変更前後の処方比較
- 変更の経緯と関連情報 (収集データ等)
- 確認等が必要な場合は担当薬剤師に連絡

の薬はこういう理由で使っている、こういう理由で減らしたということを文書にして、次へ継いでいる。(図2)

丸岡先生は「薬剤師だけでは他の書類と紛れてしまいがち。ドクターからドクターだときちんと受け止めてみってくれる。入所者全員出しているわけではなく、あくまでも何か特別なイベントがあった時、これは伝えないとまたエラーが起きてしまうというものだけに限っている。薬を減らすことも大事だが、適正使用という視点で介入しなければならない。薬剤師が気がつかなければ、誰も気付いてくれないし、誰も興味を持ってくれない。薬の専門職として薬に関する情報を集めて、医師がより判断しやすいように、バトンタッチすることだと思っている」と述べる。

常勤薬剤師がいるメリットは？

非常勤医師の石川純也先生に丸岡先生の仕事ぶりについてお話を伺った。

石川 計り知れないと思います。私がここへ来た時から丸岡先生はいらっしゃったので、いる時といない時の比較はなかなか難しいです。普段の非常勤の医師の仕事はフロアを回って、血圧、糖尿病等のコントロールしている入所者の経過を追っていくのが基本的な仕事です。その中で必要に応じて薬も出します。フロアから得られる情報は重要で基本は看護師さんからですが、薬については丸岡先生です。私は比較的施設に慣れていますが、慣れない医師で非常勤で来ている医師もいる。老健ではコスト等の問題もあり、出したいと思ってもなかなか出せない薬があります。また、ここには複数の非常勤の医師がいるのですが、どういう薬を採用したらよいか医者同士ではなかなか相談することができていません。そのような時に、薬剤師が間に入って来て、足りないものや、逆にいらぬものを検討して施設全体として適切な採用薬の選定をスムーズにやってくれています。

処方提案の実際

石川 入所者が施設で困ったことがあった時も薬の影響で調子が悪いかもしいというのが一定数あると思います。例えば、足がむくんでいる患者さんがいて「カルシウム拮抗薬が原因ではないでしょうか？」とか「腎機能がこのぐらいなんですけど、大丈夫でしょうか？」などの助言をしてくれる。医師として限られた時間の中で、処方しているので抜けてしまうこともありますから、丸岡先生がいないと回らないんじゃないかと思っています。

丸岡先生は、自分でフロアに出て、直接、利用者さんとやりとりをしている。そこで入所前から使っている薬がどのように役に立っているとか、入所時はもちろん、入所後もきちんと経過を引き続き見ていてくれる。「もともとこういうために出されていた薬なんだけど、あまり効果がないようにみえる。やめてみてもよいんじゃないでしょうか？」という提案をよくくれます。今日もそれで中止した人もいます。看護師さんも眠気が強そうだと丸岡先生のところへ相談に行く。「では鼻水のために継続している〇〇をやめましょうか？」という話になったりします。非常に具体的などころから、施設全体を見ていてくれるのは本当に助かります。

減薬へのアプローチ

石川 ポリファーマシーには力を入れているところです。丸岡先生が事前に情報を集めてくれる。最近では入所時に薬のことについて他の施設の医師に引き継ぎをしています。入所すると生活習慣病の薬がいらなくなるのがとても多いんです。管理された生活になるので、高血圧、糖尿病、高尿酸血症の薬など中止できるんです。

たぶん医師だけだと多忙の中で、いわゆる Do 処方をしてがちなのですが、丸岡先生は「果たしてこの人に高尿酸血症の薬はいるのでしょうか？」みたいなことをリストアップして提案してくれる。そのような情報があるとフロアに行った時に「じゃこの薬はいらぬかもしれない」ということになる。また施設のよいところで、中止するだけでなく、経過もきちんと追えるので、コストの面だけではなく、本当にこの人に必要かどうかということと一緒に相談して、中止することができる。

反対に現場の看護師さんはかなり心配する傾向があります。「この薬をやめて大丈夫ですか？ 今まで飲んでいて何も問題ないんですからよいんじゃないでしょうか？」、「悪いことが起こっていないので続けていいんじゃないの」と漫然投与につながりがちですが、言ってもらおうと必要ないんじゃないかとか、やめた方がいいんじゃないかという意識につながります。

なくてはならない薬剤師

石川 薬剤師に限りませんが、専門職が1人増えると、人数プラス1以上の効果を持つと思います。病院でも調剤だけではなく病棟に専属の薬剤師がいるのといないのでは違いが出ると思う。看護師さんも老健では看護以外のこともやらなくてはならない忙しい環境。ワーカーさんはワーカーさんでいつも忙しい。みな忙しい中で、

そこに薬剤師さんの目線で、利用者さんとやりとりすることでプラス1以上の効果が出てくると思います。

専従薬剤師の意義とは

薬の調製、配薬カートセット、説明等は特に施設内の薬剤師でなくても可能であり、そうした理由で保険薬局へのアウトソーシングされることは理解できる。では老健施設内に専従薬剤師の意義はどこにあるか？ 丸岡先生から施設内で勤務するメリットとして以下のキーワードを示していただいた。

①医療安全面

薬剤師が委託された外部の人ではなく、「施設内の人間」であることが重要である。具体的には、誤薬対策で細かいところのルール作り等への介入ができること。誤薬事故のサーベイランスが可能となる。

薬の「ルール」を作るだけでなく「ルール遵守・点検」を日頃行うことができ事前に大きな誤薬事故を抑制に寄与できる。

②利用者の背景の把握

本人のこれまでの背景も含め、利用者の「通常（日常）」が確認できる。

その利用者の普通を知ることによって早い段階で「普通でない」に気づくことができる。

③利用者家族やキーパーソン

利用者の様々な情報が得られるだけでなく、薬剤変更に踏み切るかどうか家族の考えを把握していることが後に大きなトラブルに繋がらないための秘策である。

④他の職種とのスムーズな連携

職種関係なく個々の職員の個性を知ることによってお互いに活かしあうことが可能となりスムーズな連携が可能となる。それに対しアウトソーシングの場合お互いに遠慮が生まれやすいためハードルが高くなってしまふ。



丸岡先生を囲んで

上記のキーワードは「処方適正化」と無関係と思われがちだが、どれも大切であり老健施設内の専従だからこそできることであると考えられた。

□訪問者

清水孝子（地域医療委員会委員）、澁田憲一（療養病床委員会副委員長）、渡邊幸子（医療安全対策委員会副委員長）、根岸正和（事務局）、稲富海帆（事務局）、上山誉晃（協力者）

□基本データ

医療法人社団協友会（AMG上尾中央医科グループ）

介護老人保健施設横浜あおばの里

▽所在地: 神奈川県横浜市青葉区鉄町1375

▽施設概要: 定員172名。医師（常勤1名、非常勤5名）、薬剤師（常勤1名、非常勤1名）、看護師（常勤8名、非常勤16名）、介護職員（常勤58名、非常勤9名）

▽ウェブサイト: <http://www.aobanosato.com/>

□お話しをうかがった先生方

医 局

石川純也（非常勤）

薬剤部

丸岡弘治

訪問委員によるコメント（訪問印象記）

入所者のADLやQOLを考慮したオーバーユース、アンダーユースへの適切な処方提案、経過観察は、診療の質の向上、ひいては施設のコスト対策を支援する。入所中の薬物療法の担保が、入退所時のかかりつけ医との情報共有、提供により継続的に活かされるよう配慮されている。「専門職が1人増えるとプラス1以上のメリットがある」—ヒアリングに同席された医師の言葉が印象に残っている。見学させていただいたフロア・施設内には終始、穏やかでほどよい緊張感が漂っており、スタッフが各自の職能にプライドをもって互いを信頼、尊重されているように感じられた。その中で薬剤師が至極当然に薬剤業務を行うことが医療安全や診療支援におけるベネフィットに繋がっている日常が窺えた。（清水 孝子）

地域医療連携実例集 (Vol. 2)

2019年5月25日

発行 一般社団法人 日本病院薬剤師会
編集 日本病院薬剤師会 地域医療委員会

日本病院薬剤師会 地域医療委員会
地域医療連携実例集作成事業

担当役員	賀勢 泰子 (副会長)
委員長	荒木 隆一 (取材・編集責任者)
委員	遠藤 秀治, 萱野 勇一郎, 定岡 邦夫, 清水 孝子, 筒井 由佳, 別所 千枝, 宮崎 美子, 吉岡 睦展, 渡邊 学
編集協力者	高塩 健一 (薬事日報社), 上野 敬人 (薬事新報社) 上山 誉晃 (薬事新報社)