

神戸市地域包括ケア推進部会

平成30年度第1回在宅療養者の服薬管理に関する専門部会議事要旨

1. 日 時：平成30年6月28日（木）13：30～15：30

2. 場 所：三宮研修センター10階 1001会議室

3. 出席者：資料名簿のとおり

4. 議 題

1) 「平成29年度在宅療養者の服薬管理に関する専門部会」意見について

2) 服薬支援体制について

3) その他

5. 議事要旨

●事務局

「平成29年度在宅療養者の服薬管理に関する専門部会」意見について説明
(資料6、資料7参照)

●委員

服薬支援体制について説明（資料8参照）

薬剤師が訪問する制度は医療保険と介護保険にそれぞれあり、支援の内容は同じだが、費用の請求先が異なる。両制度では介護保険が優先となるが、患者に介護保険の認定がおりていることを、薬局では把握できないため、請求が出来ないことがある。介護認定がおりた時点で薬局にも連絡いただければありがたい。

薬局の窓口において、患者が服用している薬を自身で把握していなかったり、薬剤師の説明に理解されていない様子がみられるなど薬をちゃんと服用できているか疑問に思われる事例がある。また、在宅で支援しているヘルパーから薬が沢山余っていると情報があり薬剤師の訪問が必要と判断することもある。訪問により様子を確認してからケアマネジャーや家族、そして主治医と調整していく。

居宅管理指導の費用は戸建か集合住宅かにより算定単位は異なるが、介護度に応じて設定される利用上限額の範囲外となる。算定要件は「通院困難な患者に訪問指導を行う」ということになっており、通院が困難であったり、在宅で服薬管理ができていない人が対象になる。訪問するにあたり医師の指示が必要であるが、指示書ではなく口頭でも良く、口頭の場合は処方箋の備考欄に要訪問などの記載が必要である。また、薬局薬剤師は薬学的

管理計画書を月に1回程度作成し、訪問毎に報告を医師と、介護保険を適用している場合はケアマネジャーにも提出する。

薬局薬剤師が訪問することにより、支援していた家族が入院したとか、剤型により飲みにくい、薬の種類が多すぎて管理できなくなっている等、患者が服薬できない要因を考え、薬剤の整理や処方方法の変更・剤形の工夫の提案、ヘルパー等支援者にとって理解しやすい処方等をケアマネジャーやヘルパーと連携しながら、医師に相談し決めていくことができる。

ただ、患者の受診状況については薬局では把握することができないため、来局されなかった時に本当に受診したかどうかなど、ケアマネジャーから情報を貰って把握している。

また、退院時カンファレンスについて薬局薬剤師に案内をお願いしたい。あらかじめ、退院時カンファレンスで情報を共有できておくと、薬局も退院後の準備をしておくことができる。兵庫県薬剤師会のホームページで在宅の対応ができる薬局を絞り込み検索できるようになっており、連携する際の目安にしていただければと思う。

また、薬局が、在宅に必要な医療材料、衛生材料の準備をできるようになった。今までは、ほとんど主治医からの払出しだったので、訪問看護師が主治医のところに取りに行ってから、患者宅に訪問することで手間がかかっていた。薬局が準備する場合は、必要な日時を確認して、それまでに間に合うように、患者宅に準備している。また、実際使用してみて、医療・衛生材料のサイズ等、訪問看護師と相談しながら調整する。しかし、この制度の取扱をしている薬局がなかなか増えないのは、薬局が余った医療・衛生材料を大量に破棄するデットストックを抱えないといけなくなるということもあると思う。

薬局薬剤師が在宅に入ることによって、良かったと感じてもらえることとして、処方された薬の受け取りにかかる時間がなくなり、患者本人の負担が軽減したことや受け取りにかかっていた訪問介護などの介護サービスを他のところで利用できるようになったこと、訪問看護師が配薬していた場合であれば、その時間を他のケアに利用できるようになったことがあげられる。

●座長

医療保険による在宅患者訪問薬剤管理指導と介護保険による居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導について、使用している保険が違い、要支援・要介護の区分が違うがこれまでの話はオーバーラップしているか。

●委員

オーバーラップしている。使用している保険が違うだけで内服してもらうために何を
するかということなので、内容は一緒である。

●座長

それでは今の説明を入口にして、少しご議論を進めていきたい。在宅療養者の服薬支援
について、順にご意見をお願いしたい。

●委員

在宅患者の服薬管理に関しては、まずは情報が共有・一元化されることが必要で、そ
れをもとに支援していかなくてはいけないと思った。

また、個人的な経験だが、訪問診療の患者にくらべ通院の患者はチェック機能が働かな
いので、服薬状況の確認がしにくいと感じる。訪問診療の患者は様々な支援が入っている
ため、比較的服薬状況の確認ができていく印象がある。

●委員

訪問歯科診療の際に、服薬管理が不十分な患者を把握することがあるが、薬剤師から
直接服薬に関する情報をもらい相談したい場合はどうすれば良いか。

●委員

患者情報提供書にて薬局に情報提供いただければ、薬局が支援に入り、訪問薬剤管理
指導報告書等で主治医やケアマネジャーに対応結果の報告をしている。そこから必要に応
じて各関係機関に配布する流れになる。

●座長

本日の資料に訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導にい
たる流れが示されている。歯科医師の指示を受け薬剤師が訪問し、患者の同意を得て支援
を行うこと、その結果を歯科医師に報告するルートもあるので、利用いただきたい。

●委員

まず、医師・歯科医師からの指示があり、患者の同意があって支援をスタートでき
る。

●委員

在宅療養患者でかかりつけ薬局の有無が不明の場合、病院の薬剤師が訪問して指導
しても在宅患者訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導の
算定は可能か。

●委員

病院の主治医が、患者を訪問する必要があると判断し、自分の病院の薬剤師に指示を出した場合であれば算定可能。

●委員

もともと、病院薬剤師がもう少し地域に入りこんで、在宅患者の服薬管理や指導など活動の場を拡げるべきではないかと思っていた。また、病院の立場からいうと、退院時カンファレンスの件で、退院する患者が沢山いる中地域のかかりつけ薬局の参加は可能なかどうか少し疑問が湧く。

前回の本会で病院薬剤師がもっと積極的に参加すればどうかという話があった。マンパワーの問題があるという意見も出たが、これは、病院の経営者や院長が出席するように言えばできる。しかし、かかりつけ薬局の薬剤師に来てもらうのは、難しいのではという印象を持った。

●委員

退院時カンファレンスに呼ばれるのは、薬剤管理のための衛生資材の調達が困難なケースで、どうしても情報共有をしておかないといけないケースが多い。そういう場合はどうにか調整して参加するようにしている。

●委員

医療保険で訪問していた患者の介護認定がおきて、介護保険が優先になった時、情報が入っておらず請求できなくなったという話が先ほどあったが、最終的には誰が調整するか等の決まりはあるか。

●委員

それが決まっていないため困っている。最終的には主治医に聞けば情報提供はしてもらえるが、それを公的に請求できるルートが今のところない。

●委員

病院から患者が退院する時、ケアマネジャーに情報提供は可能だが、きちんとした流れがないと、漏れてしまう人がたくさん出る可能性がある。

●委員

終末期の方が最後は自宅で過ごすということで、退院時カンファレンスに参加したが、一度も訪問できずに終わったケースや、もう少し長い期間在宅で過ごせた場合も介護認定結果が出るまで、時間を要するために、結果としてうやむやになってしまう

ことがある。

●委員

薬剤師、ケアマネージャー、訪問看護等在宅支援の関係者が、地域でもう少し連携を密にとっていかないといけないということで良いか。

●委員

そのとおり。しかし、介護認定がおりた際、薬局に伝えないといけないとは家族もケアマネージャーも思わない。その必要性は薬局にしかわからないので、本会のような機会に必要性を伝えるようにしている。

●委員

居宅療養管理指導は薬局も介護保険の被保険者番号で請求するので、介護保険被保険者証がないと請求ができない。

●委員

病院としても、できるだけ薬局との連携についてアプローチしていきたい。

●委員

また、退院の際、病棟薬剤師が服薬について患者や家族に説明するが、どこまで理解できたかということが不安になることがよくある。在宅サービスが入っていない方について、薬剤師が訪問する以外に何かサポート方法があるか。例えば、薬局で薬をわたす際や後刻の電話での確認等。

●委員

本来は、薬局で薬をわたす際、内服できているかを確認すべき。それができていないから、大量に薬がたまってから把握される。電話をかけて確認することもあるし、薬局に飲みに来てもらうこともある。不安がある場合は在宅訪問の対象の人でなくても、訪問し見に行けばいいと私は思っている。

しかし、全部の薬局がそれをしているかというところではない。それは薬剤師会の反省でもあるので、改善をしていきたいと考えている。

●座長

医療保険から介護保険への切り替えの際の問題について、事務局としてコメントがあるか。

●事務局

今意見が出たように、正式なルートとしてはないのかもしれない。ただ、多職種連

携の中で情報共有することでもあると思う。家族に介護保険証が届いたら連絡するよう伝えておいても、ばたばたしていれば連絡が後回しになったりということも起こってくると思う。本日のご意見は持ち帰って、関係者で課題共有しておきたいと思う。

●座長

課題はあるということでしょうか。

●事務局

はい。

●委員

介護認定は審査会で自立と判定されることもある。自立と判定されれば、介護保険に移行予定だったのが、そのまま医療保険で継続という場合もある。申請すれば全員が認定される保険ではないというのが難しい。

●座長

保険薬局が、調剤した薬を渡し、服薬指導をする際、薬が余っていることを確認したら、それを処方医に伝えて日数調整する制度ができた。その仕組みは実際に機能しているか。

●委員

例えば、ブラウンバック運動等、薬が余っている可能性のある患者にバックを渡し、余っている薬があれば入れて持ってくるように依頼すると、持ってきてくれる人も何人かいる。余っている薬がたくさんある時に、主治医に連絡して、処方日数を減らしてもらおうことはあるが、患者が『余っている』とは言っていないから減らさないとと言われることもある。また、病院では、処方医がその日にいないこともあるのだと思うが、処方変更してもらえなかったこともある。これは病院の薬剤部と連携をとっていけば良いのかわからないが、連携による解決につなげていければ良いと思う。

●座長

制度化されたことによって、堂々とそういうことを処方医に伝えて、処方医の指示に基づいて処方せんの日数を減らすということはできるようになっている。制度の啓発も要るかもしれない。

●委員

医師は患者が内服している前提でいる。内服しないと薬の効果がないというのは当然のことだが、効果がないから、作用の強い薬に変更したり、増量したりする。そう

すると、さらに内服しない薬は増えるし、捨てる薬も増える。飲まないから絶対に効果はでない。制度の啓発が必要である。

●委員

医療保険で訪問薬剤管理指導を行った場合、後期高齢者の自己負担が1割程度の人だったらいくらぐらいになるか。

●委員

650円。

●委員

通院患者の内服忘れをどうチェックしていくのが大切だと思う。

外来通院の際、本人は薬を拒否しない。主治医に怒られると思うのか、悪いと思うのか、処方してもらえるものはもらっておいたら良いと思うのか、どんどん残薬が増えているという印象がある。余っている薬を持っていくようアドバイスしても、持っていない人もいる。普通に外来に通えて認知機能に問題のない人でもある。

●委員

本日聞いた内容を、ケアマネジャー協会に持ち帰って、介護保険の認定情報をしっかり薬剤師にも伝えるということをみんなに共有したいと思う。

薬剤師への情報提供が漏れる理由として、1つはターミナルの患者は、訪問看護等医療系サービスが全て医療保険で入る。薬剤師も医療系、だから介護保険の情報は必要ないと思っているケアマネジャーもいる。最近、薬剤師の役割について説明を受ける機会が増えているが、ケアマネジャーの中には、訪問薬剤師の役割をきちんと認識できていない者もいる。医療保険でサービスを使っている介護認定がおりた時や、入退院の時の情報提供をしっかりとしないといけないということを再度認識した。協会を通してケアマネジャーに伝えていきたい。地域の中で在宅生活を支援しようと思ったら、それぞれ役割をほんの少し超えた中で、支援していかないといけない部分がある。その中で出てくる課題が、何かあった時の責任はどうするのかということ。しかし、四角四面に自分の責任の範囲だけで役割を担っているのは、在宅での支援は難しい。

●委員

今年4月の医療保険報酬改訂で、退院支援体制加算ということで、患者の退院後の生活を病院で具体的に把握して、その後の支援につなげる仕組みが強化されている。ケアマネジャーが入院後3日以内に病院に情報提供すると、居宅介護支援事業所に加

算がつくということになっているが、情報提供される内容のレベルは様々。その中には服薬内容・管理方法が示されているものもあり、病院としては助かっている。しかし、現状では病院が薬局にまで情報を照会していくということは難しい状況があるので、一定の様式を行政で検討してもらえれば助かる。また、高齢者は入院をきっかけにほぼ9割が介護認定の申請をする。退院後必要なサービスまでイメージするような、退院時カンファレンスをするよう努めているが、服薬支援に関しては、薬剤師に参加してもらうまでには至っていない。

過去に服薬支援ロボットを使ってみたいというようなケースあった。以前のロボットとは違い、機能がとても進化している。ただし、高価なので、行政がテスト的にリースやモデルケースで使う制度があれば良い。軽度の認知症の患者等の場合有効に使えると思い紹介した。

●座長

本日欠席の委員からも事前に意見をもらっているので紹介する。

服薬支援体制では、関係機関連携と服薬支援を分けて検討し体制を整える方が良い。また、医療、介護などの関係者が互いに役割を認識し、薬剤の情報が介護職にもわかるような形にして、関係者で情報共有できることが大切。服薬状況を確認できるのは、訪問看護と訪問介護になると思う。訪問介護の立場だと、朝のサービス提供時、薬が残っていれば内服を促すことができる。それ以外のものであれば記録に残して、事業所のサービス提供責任者へ報告している。また、認知症の方に内服の声かけをしても、大丈夫と言われることが多い。朝の薬は飲み忘れが少ないので、朝1回の服薬に調整するのが良いと思うとのご意見。

●委員

それぞれの薬局が抱えている問題は一つずつ違う。薬局・利用者・家族の考え方や希望は多様化しており、多職種連携の中でそれを共有するのが一番だし、支援体制がうまく機能しているかどうかアセスメントをすることも、多職種で相談しながらやっていかないと、最後まで住みなれた地域で暮らしていくことが難しいと思う。

先ほど意見が出たように、ちょっとのお節介というのはすごく大事。確かに責任の所在という問題があるが、ちょっとのお節介を皆で共有すると、ちょっとやさしいネットワークができると思う。また、通院の患者の服薬管理は、やはり薬剤師がもっと関与しないといけないと思うが、患者によっては対応が難しい方や拒否する方もいる。患

者の残存機能によって支援の方法は違ってくるので、いろいろなことをみんなで試していくというのが一番いいと思う。薬剤師会では思いつかないこともあるので、これからも互いに協力できたらと思う。

●委員

薬剤師の服薬管理に対する一番大きな仕事は、処方の再設計だと思う。医師は患者にベストな治療を考えて処方する。しかし、在宅では実際に内服できていないことがある。患者が内服できていないのであれば、その間に薬剤師が立って、調整する。現在、自薬局にて、在宅で支援している患者の半数が通院している方である。ケアマネジャーから、服薬管理ができていないと相談があり、医師の指示のもと薬局が訪問して支援している。1ヶ月の処方で2週間に1回くらい訪問するのが一般的。2～3ヶ月程度経過すると大体うまく服薬支援体制が機能しはじめる。また、処方されたとおり内服ができてない場合、薬の重要度の判断が介護職では難しいので、そこが薬剤師の職能だと思う。主治医に患者の内服状況を報告書で見てもらい、内服回数や時間等、処方の変更を検討してもらおう。そういう工夫をするのが薬剤師の一番大きな仕事だと常々考えており、今日の会議でもそう思った。

4) その他

「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」について説明（参考資料参照）