

短 報

有料老人ホームにおける多職種連携への薬剤師の関わり

石坂優奈¹, 柳奈津代², 佐藤宏樹², 三木晶子², 馬来秀行³,
小西ゆかり³, 雨宮潤美³, 澤田康文²

¹東京大学薬学部, ²東京大学大学院薬学系研究科,
³SOMPO ケア株式会社

Pharmacist Involvement in Interprofessional Collaboration for Appropriate Medications at Fee-Based Homes for the Elderly

Yuna Ishizaka¹, Natsuyo Yanagi², Hiroki Satoh², Akiko Miki², Hideyuki Maki³,
Yukari Konishi³, Masumi Amemiya³ and Yasufumi Sawada²

¹Faculty of Pharmaceutical Sciences, The University of Tokyo,
²Graduate School of Pharmaceutical Sciences, The University of Tokyo,
³SOMPO Care Inc.

Received, December 24, 2021; Accepted, June 1, 2022

Abstract

Pharmacists attended an interprofessional team meeting that included nurses and care workers at fee-based homes for the elderly to assess the association between medication, health status, and living conditions provided by care workers. A visually based comparative worksheet on a timeline was used. This study aimed to clarify the role of pharmacists in interprofessional collaboration. A total of 47 residents at 13 facilities were assessed, and drug deprescription or prescription changes were provided in 39 cases. The cases were classified according to the reason for the change, e.g., discontinuation of unnecessary medication, the possibility of a harmful event, examination of therapeutic effect, and improving drug adherence. The participation of pharmacists helped clarify information about medication and health status and contributed to reducing drug-related problems in many cases.

Key words: nursing home, worksheet for information sharing, interprofessional collaboration, pharmacist

緒 言

超高齢社会のわが国では、介護需要の増加に伴って有料老人ホームの施設数とその利用者数は年々増加している。有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅以外）は2019年時点で15,134施設（前年比、4.7%増）、利用者数は496,771人である¹⁾。

多くの有料老人ホームにおいて実施されている居宅療養管理指導は、医師や薬剤師を含む多職種が利用者の心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえた療養上の管理・指導により、利用者の療養生活の質の向上を図ることを目的としている²⁾。その中で、薬剤師は、「医師又は歯科医師の指示に基づいて実施される薬学的な管理及び指導」、「居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要の情報提供」を担うとされている。薬物治療の専門家である薬剤師には、有料老人ホームにおいて入居者の適正な薬物治療の実現に関わり、入居者のQOLの向上に寄与することが求め

られているといえる。具体的には、入居者の薬剤の効果や副作用、アドヒアランス等の服薬状況について、心理・身体状況や生活状況を含めて継続的かつ的確に把握することや、入居者や服薬介助を担う介護職に対し、必要な情報の提供や薬学的知見に基づく指導を行うことなどである。

適正な薬物治療を目指すには、日常生活の変化等を把握し、薬物療法の効果を的確に判定すること、治療薬変更後の慎重な経過観察を行うことが重要である³⁾。有料老人ホームの場合、身体状況、ふだんの生活や服薬状況を最もよく把握しているのは、24時間365日に渡り入居者と接している介護職である。これまで、有料老人ホームに関わる薬剤師について、医務室への配薬や定期薬のセット、医師の訪問診療への同行や看護職との情報交換のみで業務を完結させているとの報告がある⁴⁾。入居者や介護職と直接関わったり情報を共有する機会が少なく、服薬状況の把握が不十分であることも指摘されてきた⁵⁾。一方で介護職は、服薬介助に関して、薬の専門

知識の不足により服薬介助ミスが起こるのではないかと不安を感じており、その不安から服薬介助作業に負担感を抱えていることが報告されている⁴⁾。薬剤師が、介護職と薬の情報を共有して連携することができれば、介護職の不安や負担感を軽減し、入居者の適正な薬物治療に繋がると考えられる。しかし、介護施設における薬物治療に関する情報共有は、薬剤師-看護職間、または介護職-看護職間で行われ、介護職と薬剤師の間で情報を共有し難い状況が示唆されてきた⁵⁾。その後の先行研究において、介護職と薬剤師の連携による服薬支援を実現するためには、看護職を含めた3職種が集まる場が不可欠であり、施設と薬局の協働体制の重要性が示された⁶⁾。

そこで、我々は薬剤師・看護職・介護職が協働して入居者の薬物治療や身体・生活状況、およびそれらの関連性について検討するために、情報を時系列で可視化できるような情報共有シートを作成した。情報共有シートを用いた「お薬検討会」を実施し、医師の処方見直しに関わる情報を提供できるような取り組みを2018年より行ってきた⁷⁾。既報⁷⁾では、「お薬検討会」の概要と意義について介護職の視点から報告している。

本研究では、「お薬検討会」に参加した薬剤師の取り組みの実態を把握することを目的とし、有料老人ホームにおける多職種連携への薬剤師の関わりを明らかにした。お薬検討会を継続する中で、薬剤師が入居者の服薬上の問題に対して薬学的観点からアプローチを行う上で、何から手をつければよいのかわからない場合が少なくなかった。薬と患者の心理的状態や生活環境を結びつけて考える力が薬剤師に不足していると指摘されており⁸⁾、薬剤師をサポートする必要があると考えられた。より積極的な参加を促すための工夫として、多職種連携が実現できた事例や、入居者や介護職の困りごとを解決できたような事例を共有することが挙げられる。成功事例の共有は、薬剤師がお薬検討会に取り組む上での参考になるだけでなく、モチベーションの維持にも繋がると考える。本稿では、薬剤師の関わりについて具体的な事例を含めて報告する。

方 法

1. お薬検討会の実施

お薬検討会や情報共有シートの詳細は、既報⁷⁾に記載されているが、概要は以下の通りである。

(1) 実施施設と参加者、対象入居者の選定

SOMPO ケア株式会社が運営する介護付きホーム（特定施設）のうち、お薬検討会の実施を希望した施設において実施した。主な参加者は、各施設の管理者・介護福祉士・ケアマネジャー・生活相談員などの介護職、看護職、および施設を担当する薬局の薬剤師であった。取り組み開始時の説明や初回対象入居者のファシリテーター

はSOMPO ケア株式会社の社員が担当し、施設職員が自ら運営を担えるよう支援を行った。また必要に応じて、東京大学大学院薬学系研究科薬学講座のメンバーがオブザーバーとして出席した。対象入居者は、生活上の困りごとを抱え、困りごとと薬の関連について検討が必要と考えられた者とし、各施設の職員と担当薬剤師が選定した。

(2) お薬検討会で用いた情報共有シートの概要と実施手順

情報共有シートの上半分には、処方日ごとに、入居者の服用薬の情報と介護職にもわかりやすい言葉による薬効説明を担当薬局の薬剤師が入力した。下半分には、各入居者の困りごと（不眠、便秘、頻回なナースコールなど）を中心とした介護情報について、処方日から次の処方日まで観察された回数や程度を視覚的に把握しやすいように○（よいと考えられる状況）または●（よくないと考えられる状況）とともに介護職が記録し、検査値等は看護職が入力した。薬物治療の経過と入居者の身体情報を時系列で可視化し、比較が可能となっている。

お薬検討会は、情報共有シートを検討材料に施設ごとに月1回程度開催され、会議中にとりあげられた話題が考察として追記された。その後、医師によって処方変更が行われた場合は服用薬情報が修正され、継続した服用薬も含めて薬剤師が入力した。検討会の実施期間中はこれらの手順が繰り返され、データとして蓄積された。

2. 多職種連携への薬剤師の関わり

(1) 薬剤師が関与した主な事例の整理と分類

情報共有シートの記録（処方薬と変更記録、身体状況、日常の様子等）をもとに、関与した事例を抽出し、処方変更の理由によって分類した。

(2) 多職種連携における薬剤師の取り組み事例

抽出された事例、お薬検討会中のやりとりや情報共有シートの記録から、薬剤師の関わりについて考察した。

3. 倫理的配慮

東京大学大学院薬学系研究科・薬学部ヒトを対象とする研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（受付番号31-8）。

結 果

1. お薬検討会の実施

お薬検討会は、全13施設（関東地区9施設・東海地区1施設・関西地区3施設）で実施され、計47名の入居者（平均88.2歳）が対象となった。対象入居者は、男性12名、女性35名であり、要介護度の内訳は、要介護1から5がそれぞれ10名、8名、10名、10名、9名であった。実施期間は、2019年1月から2021年3月であり、各施設で月1回程度、1名の対象入居者あたり30～60分であった。介護施設職員（介護職、看護職）が数名、担当薬局の薬剤師が1～2名のほか、ファシリテーター

ターとオブザーバーが参加した。

2. 多職種連携への薬剤師の関わり

(1) 薬剤師が関与した主な事例の整理と分類

対象入居者 47 名中 39 名 (83.0%) の事例において、お薬検討会での検討内容をもとに医師による処方変更が行われた。お薬検討会の期間中に処方変更が行われなかった 8 名のうち、3 名については、多職種による検討の結果、入居者の困りごとと薬との間に関連性はないと判断され、介助方法の見直しや環境面の整備等を進めることとして検討終了となった。残りの 5 名では、入居者の入院、施設としてのお薬検討会実施期間の終了、あるいは、施設の都合によりお薬検討会が継続困難になった等の理由により、処方変更が行われることなく検討中断となった (図 1 にフローチャートを示す)。処方変更が行われた事例を変更理由によって分類した結果、『漫然処方中止した事例』、『有害事象の疑いから処方が見直された事例』、『治療効果を評価しながら薬を調整した事例』、『服薬アドヒアランスが保てるような処方の工夫を行った事例』、『その他』の 5 項目が作成された。主な事例と合わせて表 1 に示す。

『漫然処方中止した事例』では、重複投与が判明した同効薬のほか、処方意図が不明のものや症状が見られていないのに継続処方されていた薬剤が薬剤師によって指摘され、医師によって中止された。それらは、入居者の日常生活や身体状況を把握している介護職が、「その薬に関する症状や訴えは見られていない」とお薬検討会で報告したことがきっかけで明らかになった。その後、「中止した薬に関する症状や訴えが見られていない」ことの確認も、介護職によって行われた。『有害事象の疑いから処方が見直された事例』では、入居者が抱える困りごとが介護職によって報告され、服用薬の副作用に関連する可能性について薬剤師を交えた多職種の視点で検討された。その結果、有害事象の疑いがあるものについては、医師によって処方が見直された。当該薬剤が減量

または中止された後に、介護職が経過観察を行った。『治療効果を評価しながら薬を調整した事例』は、介護職や看護職の情報をもとに、薬剤師が入居者の身体状況を詳細に把握し、治療効果が不十分あるいは過剰であると医師に伝えて、投与量や服用時間帯の調整に繋がった事例である。調整中は必要に応じて介護職による細かい観察が行われ、薬剤師がそれらの情報を得ることで用量の調整が可能となった。『服薬アドヒアランスが保てるような処方の工夫を行った事例』では、介護職や看護職から得られた「薬が多い」、「薬が辛い」といった入居者の訴えや、各入居者の生活状況、服薬管理能力に関する情報に基づき、薬剤師が一包化などの調剤の工夫、各入居者に適した剤形の選択、服用薬剤数を減らすための規格変更等を行った。『その他』として、薬剤師の指摘によって介護職が介助方法を工夫したことで減薬できた事例が見られた。便秘で複数の下剤を服用している入居者について、薬剤師が下剤の長期服用のために効果が減弱している可能性や水分摂取不足を指摘し、下剤の見直しを提案した。状況を理解した介護職がスポーツ飲料でゼリーを作って提供したところ、水分摂取量を増やすことができ、センノシド錠の中止が可能となった。

(2) 多職種連携における薬剤師の取り組み事例

1) 情報共有シートの活用事例

お薬検討会を通じ、情報共有シートを活用して入居者の状態について正しく把握しながら薬の調整を行い、入居者の困りごとの改善に至った [事例 A] を図 2 に示す。

[事例 A] 80 歳代、男性、要介護 5、全介助 (車椅子)、日常生活自立度 IV。検討開始時点において、パーキンソン病により身体がほとんど動かない状態であった。以前は暴言・暴力等が見られていたことから C 病院で治療を受けていたが、落ち着いてきたためチアプリド塩酸塩細粒 10% は中止された。しかし、身体が思うように動かないため、介助のタイミングが合わないと言暴言や暴力が見られることがあり、施設の管理者 (介護

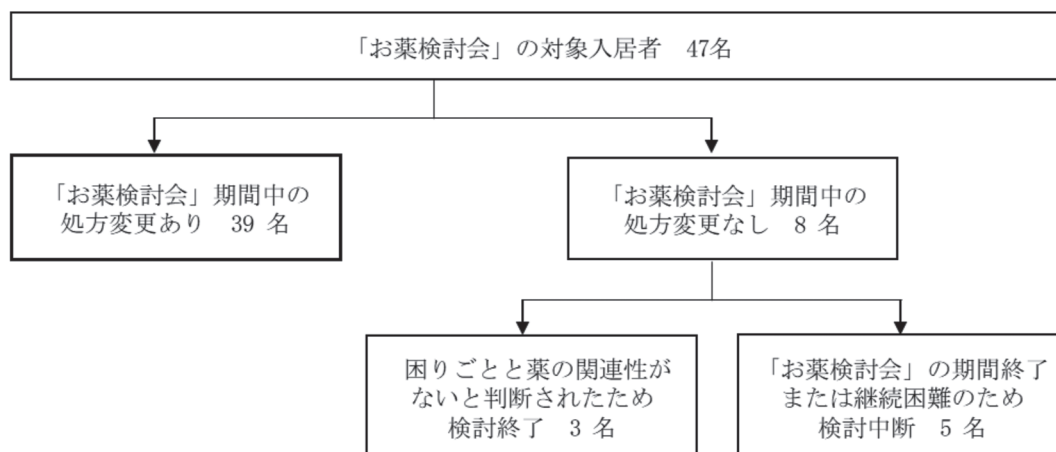


図 1 「お薬検討会」対象入居者の検討期間中の処方変更の有無に関するフローチャート

表1 処方薬の変更理由による分類と主な事例

年齢・性別・介護度	事例内容
漫然処方中止した事例	
90代・女性・要介護3	ランソプラゾールOD錠とレバミピド錠が処方されており、胃腸薬が重複していたため、レバミピド錠を中止した。
90代・男性・要介護2	薬での排便コントロールが上手くできていないと思われていたが自然排便できていたことが判明し、センナ・センナジツ顆粒とリナクロチド錠を中止した。
有害事象の疑いから処方が見直された事例	
80代・女性・要介護3	だるさの訴えがあり、暴力などを落ち着かせるために入居前から処方されていた抑肝散エキス顆粒とクエチアピンプマル酸塩錠中止。メマンチン塩酸塩 OD 錠減量。だるさが軽減し、本人ペースでの生活が可能になった。
70代・女性・要介護3	パーキンソン病のためにレボドパ・カルビドパ水和物配合錠を服用していたが、薬の飲み過ぎで振戦が出ている可能性が考えられたため、減量。その後振戦は減少し、転倒・転落も見られなくなった。
90代・女性・要介護4	介助拒否や叫ぶなどの行動を落ち着かせるために入居前から処方されていた抑肝散エキス顆粒の中止、チアプリド塩酸塩錠の漸減・中止により、覚醒状態が改善。数日後から大きな不安は見られず、頻回なナースコールの減少に繋がった。
治療効果を評価しながら薬を調整した事例	
80代・女性・要介護3	物盗られ妄想や不安の訴えがあったが、クエチアピンプマル酸塩錠の量と服用する時間帯を調整することで、落ち着いてきた。
90代・女性・要介護2	大声で叫ばれることが多く、パロキセチン塩酸塩錠中止、ラモトリギン錠の中止・再開、チアプリド塩酸塩錠増量・減量など様子の観察と薬の調整。抑肝散エキス顆粒を開始後、症状が若干落ち着いた。
80代・女性・要介護5	血圧低めのため、血圧の薬を変更。バルサルタン・アムロジピンベシル酸塩配合錠（バルサルタン80mg/アムロジピン5.0mg）→アジルサルタン・アムロジピンベシル酸塩配合錠（アジルサルタン20mg/アムロジピン2.5mg）→バルサルタン錠80mg→バルサルタン錠40mgと調整した後、血圧が安定した。
服薬アドヒアランスが保てるような処方の工夫を行った事例	
70代・男性・要介護4	大声や不穏の症状があり、生活状況を考慮して、バルプロ酸ナトリウム錠を一包化できるようメーカーを変更。その後、継続的な効果を期待して、徐放錠に剤形変更を行った。その後の経過は不明。
70代・女性・要介護3	介護職からの情報により、ヒドロキシジン塩酸塩錠とバルプロ酸ナトリウムSR錠について苦味を訴えていることが判明。薬剤師からの提案により、ヒドロキシジン塩酸塩錠を錠剤からカプセルに、バルプロ酸ナトリウム錠を錠剤からシロップに変更した結果、苦味の訴えは聞かれなくなった。
90代・女性・要介護2	服用薬数が多く、薬剤師からの提案により、レボチロキシニンナトリウム錠、メマンチン塩酸塩 OD 錠、ピソプロロールフマル酸塩錠について総薬用量を変更せずに規格変更を行った。その結果、1日あたりの服用錠数が21.5錠から12錠へと大きく減少し、本人も服薬の負担が軽減したことを喜んでいて。
80代・女性・要介護3	拒薬・薬の吐き出しがあったが、糖尿病、高脂血症、狭心症などの複数の疾患のため中止できない薬剤が多く、粉碎またはOD錠など剤形の選択を勧めた。また、オムツ内排泄のため頻尿に対する薬は不要と判断し、ミラベグロン錠を中止した。その後の経過は不明。
その他	
70代・女性・要介護5	スポーツ飲料で作成したゼリーで水分を補った結果、便秘が解消傾向になり、センノシド錠を中止。中止後も排便状況に問題はなかったことが確認された。

職)はせめて上肢が動いて自分で食べ物を口に運べるとよいと考えていた。介護職による介助方法や声かけの見直しに加え、パーキンソン病治療薬であるロチゴチンパッチ(経皮吸収型製剤)の使用を4.5mg/日から開始した。「暴言・暴力」「大声」「歩行状態」「移乗時協力動作」「食事動作」「搔痒感」の状態について情報共有シートを用いて、介護・看護職と薬剤師の間で詳細な情報共有が行われた。特に問題がなかったことから2週間後に9mg/日に増量され、身体の動きを介助するポジショニングバーをつかんでお尻がもちあがるなど、入居者の動きに変化が見られていた。しかし、その2週間後に13.5mg/日に増量されたところ、身体がうまく動かない様子などが介護職から報告され、薬剤師が医師に相談、一旦減量となった。薬剤師は、増量しても効果がなけれ

ば他の薬へ変更するという医師の方針を共有した上で、介護職の情報による日常生活の様子を把握しながらロチゴチン増量のタイミング等について提案し、医師が調整した。1日18mgまで増量した後、移乗時や食事時に協力動作が得られることが多くなり、全介助であった食事についてもスプーンを使って自分で数口食べることが可能な日も増えた。また、22.5mg/日まで増量することができ、身体の動きが改善したことに伴って暴言・暴力もほとんど見られなくなった。介護職による日常生活・身体状況の情報と処方薬の用量について、時系列で可視化できる情報共有シートを用いて比較できたことが、薬剤師と医師による薬の適正な調整に繋がった。

2) 入居者の困りごとに対する多職種連携の事例
お薬検討会での多職種連携によって入居者の訴えが見

【介護・看護スタッフと薬剤師による“お薬検討会”】「処方・症状などの経過記録」		制作：東京大学大学院薬学系研究科育薬学講座 ＜お薬検討会の実施期間 9/30-12/24＞																				
施設名：A 入居者名：[事例A]		年齢：80歳代、性別：男、介護度：要介護5、全介助（車いす）																				
既往・現病歴：パーキンソン病、糖尿病		*ロチゴチンの1日量 (mg/日)																				
1回量・服薬時期		4/12	4/26	5/10	5/31	6/3	6/7	6/14	6/28	7/12	7/26	8/9	8/23	8/30	9/13	9/27	10/11	10/25	11/8	11/22	12/6	12/20 ^{a)}
■服用薬	種類	名前	外用	◆は処方日	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
	(訪問診療)	Bクリニック	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
	血糖値を下げる薬	シタグリブチンリン酸塩錠 25mg	内	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
	抗アレルギー薬	ベタスタチンベンシル酸塩0錠 5mg	内	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
	パーキンソン病治療薬	ロチゴチンパッチ 4.5mg	外	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
	パーキンソン病治療薬	ロチゴチンパッチ 4.5mg	外	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
	パーキンソン病治療薬	ロチゴチンパッチ 9mg	外	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
	パーキンソン病治療薬	ロチゴチンパッチ 13.5mg	外	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
	腸を刺激し排便を促す薬	センナ・センナジブ錠剤 (処方の一部は省略)	内	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
	(外部受診)	C病院	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
	感傷の息ぶりを抑える薬	バルプロ酸ナトリウム緩释錠40%	内	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
	感傷の息ぶりを抑える薬	バルプロ酸ナトリウム徐放錠40%	内	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
	薬酔剤	ラクトミン・糖化菌配合散	内	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
	気持ちを落ち着かせる薬	レボドパ・カルビドパ 配合錠 L100	内	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
	パーキンソン病治療薬	チアプリド塩酸塩錠10%	内	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
	パーキンソン病治療薬	アママンタジン塩酸塩錠10%	内	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
	(処方の一部は省略)		◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
	※処方の一部省略しているため服用薬数の合計数が異なる																					
	服用薬数 (全て)		7	8	7	7	7	7	7	11	10	10	10	9	7	8	8	7	8	8	7	7
	服用薬数 (臨時を除く)		7	7	7	7	7	7	7	10	10	10	10	9	7	8	6	7	6	7	7	7
	服用薬数 (内服のみ)		7	7	7	7	7	7	7	10	10	10	10	9	7	8	6	7	6	7	7	7
	■入居者の症状、訴え、出来事、バイタル、検査値、スコア等																					
	○介護スタッフによる記録																					
	●：問題点/悪化、○：改善/治癒、数字は訴え等の回数																					
	○介護スタッフによる記録																					
	●：問題点/悪化、○：改善/治癒、数字は訴え等の回数																					
	○看護スタッフによる記録																					
	○薬剤師による記録																					
	○バイタル/検査値/スコア																					
	▲：基準より高い																					
	▼：基準より低い																					
	■考察																					
	① 9/13に往診医の指示によりラクタミン・糖化菌配合散、チアプリド細粒中止。																					
	② 9/27より感情面での大きな変化はない為にロチゴチンパッチ開始。前かがみになった際にお尻が浮くようになった。こちらの言葉に対して反応が見られなくなったが、口元迄伸びている。																					
	③ 血糖を下げる薬、抗アレルギー薬、抗アレルギー薬中止。																					
	④ 10/25にロチゴチンパッチを13.5mg増やすと9mgの際にはお尻を上げる等協力動作があつたが、強く物を握って筋緊張があつたりする。職員の腕等も強く握られて、腰が浮かない為に11/8に減量行う。																					
	⑤ ロチゴチンパッチの減量を行うもご状態が良い状態に戻らない為に、ロチゴチンパッチが効果があるか最大量増やして効果を見てみる検証を行う。 11/22に再度13.5mgに増量。体に変化なし。12/6に18mgに増量。移乗時や食事時に本人様の協力動作が少し増える。コップで水分を少し飲む。食事の開始時にスプーンで数口召し上がる事が可能な日が増えてきた。																					

図2 [事例A] における情報共有シートの活用事例 (一部抜粋)

a) 12/24に実施されたお薬検討会の情報をもとに研究者が追記した

られなくなり、減薬が可能となった〔事例 B〕について、看護職、介護職、薬剤師間のやりとりの概要を表 2 に示す。

〔事例 B〕 70 歳代、女性、要介護 3、車椅子、日常生活自立度 II b。お薬検討会の開始時点において、不眠の訴えが聞かれていた。薬剤師は、入居者の年齢を考慮すると睡眠時間は十分であり、睡眠薬は不要であると考えた。しかし、訪問診療時に入居者本人から不眠の訴えがあったため、当初は薬剤師からの睡眠薬中止の提案は医師に受け入れられなかった。約 1 か月後、介護職が「不眠の訴えを否定せずに傾聴するようにしている」と報告した頃から、看護職からも「不眠の訴えは聞かれなくなった」との発言があった。そこで、薬剤師が薬学的観点に基づいた判断により医師へ提言を行い、睡眠薬の見直しが行われた。具体的には、メラトニン受容体に作用し睡眠-覚醒リズムに働きかけるラメルテオン錠の服用は継続した上で、オレキシント錠を減量・中止することを提案した。医師によりオレキシント錠の減量・中止が行われ、睡眠状況に問題がなかったことから、続いてラメルテオン錠も中止された。ベンゾジアゼピン受容体作動薬であるロフラゼブ酸エチル錠については、お薬検討会開始時に不安の訴えが見られていたことから、薬剤師は、2 剤を調整した後、期間を空けて様子を見ながら減量・中止することを提案した。医師の判断によってこれらの 3 剤が減薬された後も睡眠状況に変化はなく、よく眠れていることが介護職によって確認された。薬剤師が他の職種と連携できたことにより減薬に繋がった事例である。

考 察

1. お薬検討会による多職種連携と薬剤師の関わり

有料老人ホームにおける薬剤師の関わりを明らかにするため、情報共有シートや他の職種との連携の記録をもとに、お薬検討会に参加した薬剤師の取り組みについて整理した。お薬検討会の対象となった計 47 名の入居者の中には、お薬検討会による処方変更が一度も行われなかったり、検討開始時点で入居者や周囲の介護職が抱えていた問題の完全な解決には至らなかったケースもあった。しかしながら、表 1 に示したように、多職種で情報共有しながら検討を行った結果、処方内容の変更や困りごとの軽減・解消に至った事例が多く存在した。

漫然処方や有害事象の疑い、薬の調整に繋がった入居者の日常生活や身体状況に関わる情報を介護職から得られた理由の 1 つとして、既報⁷⁾でも指摘されているように、情報共有シートの上半分に各薬剤の持つ効果を薬剤師が介護職にもわかりやすく記載したことが挙げられた。薬剤師以外の職種、特に介護職が薬について詳細に学ぶ機会は少なく、薬の知識が十分でない人も多い⁴⁾。わかりやすい薬効の説明によって、介護職は普段から接している入居者の薬の役割を正しく理解し、観察すべき点がわかりやすくなったと考えられた。その一方で、既報⁷⁾において、介護職の薬についての理解や、日常の様子と薬とを結びつける意識は、お薬検討会への参加回数を重ねることで深まる可能性が示唆されている。〔事例 A〕では、お薬検討会を継続する中で介護職から得られた入居者の生活の様子や身体状況について、情報共有シートを利用して時系列で比較した。それらをもとに薬剤師がロチゴチンの用量との関連を見極め、医師による

表 2 〔事例 B〕におけるお薬検討会でされた多職種によるやりとりとその後の対応

看護職からの情報	介護職からの情報	薬剤師の判断	その後の対応・処方変更
2019 年 7 月 「睡眠時間は約 5~6 時間だが不眠の訴えがある」		「年齢を考えると睡眠時間は十分ではないか」	睡眠薬の中止を医師に提案したが、本人から不眠の訴えがあるとして継続された
2019 年 8 月 「不眠の訴えは聞かれなくなった」	「不眠の訴えを否定せず傾聴するようにしている」	「ラメルテオン錠は体内時計をリセットする薬であり、まず減らすならオレキシント錠だろう」	2019/8/28 オレキシント錠減量 (15mg 錠 1 回 1 錠就寝前 → 10mg 錠 1 回 1 錠就寝前)
2019 年 9 月	「オレキシント錠減量後もよく眠れている」	「オレキシント錠は中止できるのではないか」	2019/9/25 オレキシント錠中止 (不眠時のみの頓用へ変更)
2019 年 10 月	「頓用のオレキシント錠は一度も服用せずに眠れている」	「ラメルテオン錠も減らせるかもしれない」	2019/10/9 ラメルテオン錠中止
2019 年 11 月 「ロフラゼブ酸エチル錠は減らせないのか？」	「ラメルテオン錠中止後も睡眠状況に変化はない」	「お薬検討会開始時に不安を訴えていたことから、様子を見て年明けに医師に相談したい」	
2020 年 1 月			2020/1/29 ロフラゼブ酸エチル錠中止

調整に活かすことができた事例である。お薬検討会での実際の情報交換や議論を通して、介護職が入居者の状況と薬の関連への理解を深め、適切に観察し、薬剤師に役立つ情報を提供できたと考えられた。その結果、薬剤師は薬物療法に関する有用な情報を介護職から得やすくなったと推測された。このような協働の効果を期待するには、薬剤師から介護職への積極的な声かけや関わりが重要である。

[事例 B] では、入居者の年齢を考慮すると睡眠時間は十分であり、睡眠薬は不要であると考えられたものの、訪問診療時に入居者本人から不眠の訴えがあるとして、薬剤師からの睡眠薬中止の提案は当初は受け入れられなかった。有料老人ホームでの訪問診療は、多数の入居者へ短時間に行われることが多く、医師は基本的に訪問診療時の入居者の訴えに基づいて処方する。薬剤師が診療に同行しても、処方変更を医師に提案するために必要かつ十分な情報を得ることは容易ではない。薬剤師が、漫然処方と考え、処方中止を提案するためには、その薬を中止しても問題ないであろうと判断するための情報、すなわち、その薬を必要とする症状が見られていないのか、訴えは見られていないのか、といった情報が必要となる。有害事象が疑われる場合や、治療効果が不十分あるいは過剰な場合にも、薬を見直すためには、入居者の身体状況をできるだけ正確に把握する必要がある。服薬アドヒアランスを保つために、一包化や剤形変更などの処方の工夫を行う場合も、入居者の認知機能や嚥下能力、苦味等に対する訴えを知る必要がある。しかし、本研究で対象とした有料老人ホームでは、年齢や疾患等により認知機能が低下した入居者も多く、自身の身体状況や服薬状況を正確に伝えることが難しかったり、状況自体を正しく把握できていないこともある。精神疾患等のため、訪問診療時にのみ普段と違った訴えをする場合もある。

お薬検討会を継続することにより、薬剤師は入居者を中心として関わる施設の介護職や看護職との間に信頼関係を構築することができた。入居者の継続的な服薬状況や薬の効果に加えて、入居者やその家族の思いに関する情報も得ることが可能になった。短時間の訪問診療同行や配薬時の看護職との情報交換だけでは得られないものである。その結果、薬剤師は医師の処方見直しに対して、入居者の状況を把握した上で、薬学的根拠に基づいて提案できるようになった。

さらに、薬物治療の経過や生活情報に関するデータがすべて1つのシートにまとまっていることで、薬剤師・介護職・看護職がそれぞれの専門分野に留まらず、職種垣根を超えて「入居者の適正な薬物治療の実現」という1つの目標に向かって取り組むことができたと考えられた。このようなことから、情報共有シートを用いたお

薬検討会が、多職種連携において難しいと言われる相互理解や合意形成⁹⁾の一助となり得ることが示唆された。

2. 今後の課題

本研究の参加施設において、薬剤師と施設の管理者、または薬剤師と訪問診療医の連携がとれている施設もあったが、訪問診療時に薬剤師が同行を続けていても、お薬検討会をきっかけに実質的な交流が開始された施設も見られた。今後は、薬剤師による服用期間中の患者フォローアップが業務の一環であると明確化されたことから¹⁰⁾、このようなお薬検討会の機会を増やしていく必要がある。お薬検討会を継続してきた中で、月1回程度実施された検討会の日程を別の多職種会議に合わせて定期開催していた施設では、看護職、ケアマネジャー、生活相談員などの多職種が参加しやすく、薬剤師も時間を確保することができていた。一方、各人の予定を調整しながら開催日を決めていた施設では、メンバーの業務都合による開催延期や、薬剤師不在の検討会なども見られる傾向にあった。お薬検討会を定期的に開催していくには、施設や薬局の業務の中に組み込むことが重要であろう。

今後は、薬局経営者も、施設との連携の重要性を理解し、薬局薬剤師が施設と関わりやすいよう、業務時間を確保したり、施設と連携できる人材の育成を行うなど、有料老人ホームでの積極的な介入を後押しする環境を作ることが求められていると考える。

本研究は、民間企業1社が経営する有料老人ホームに限定した検討会であり、結果の一般化は難しい。しかし、介護施設における多職種による連携としての薬剤師の関与の実態を明らかにしたものであり、今後の薬剤師による多職種連携の参考資料になり得るものである。

結 論

これまで薬剤師が介護職と関わることの難しさが報告されていた有料老人ホームにおいて、情報共有シートを用いた、多職種によるお薬検討会に参加した薬剤師の取り組みの実態が明らかになった。薬剤師に期待される業務の1つである入居者の薬の適正使用に関して、介護職や看護職と情報共有しながら入居者の状況を多職種の視点で把握し、薬との関連を検討することによって医師への処方提案に繋げられる可能性が示唆された。有料老人ホームにおいて、薬剤師が他の職種と連携し、入居者に積極的に関わっていくことが期待される。

利益相反

柳奈津代、佐藤宏樹、三木晶子、澤田康文（株式会社アインファーマシーズ、株式会社メディカル一光、I & H 株式会社、株式会社わかば、株式会社トモズ、有限会社イトーヤクによる寄付講座に所属する、SOMPO ケア株式会社から共同研究費を受領している）、馬来秀行、

小西ゆかり, 雨宮潤美 (SOMPO ケア株式会社の社員である).

引用文献

- 1) 厚生労働省, 令和元年 社会福祉施設等調査の概況, <<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/19/dl/gaikyo.pdf>>. cited 13 December, 2021.
- 2) 厚生労働省, 介護給付費分科会 (第 182 回), <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000660333.pdf>>. cited 13 December, 2021.
- 3) 厚生労働省, 高齢者の医薬品適正使用の指針 (総論編), <https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/kourei-tekisei_web.pdf>. cited 13 December, 2021.
- 4) 馬来秀行, 朴恵林, 三木晶子, 佐藤宏樹, 小西ゆかり, 澤田康文, 介護施設スタッフの医薬品関連業務に関する実態及び意識調査, 薬誌, 2020, 140, 1285-1294.
- 5) 馬来秀行, 白石朗, 三木晶子, 佐藤宏樹, 小西ゆかり, 浅井康平ほか, 施設介護スタッフと薬剤師の連携はどうあるべきか: 服薬に関する入居者の安心安全への取り組み, 薬誌, 2017, 137, 1041-1049.
- 6) 木崎速人, 白石朗, 鳥居雄治, 石井貴之, 馬来秀行, 三木晶子ほか, ワークショップを用いた, 介護施設における介護スタッフ・看護師・薬剤師の連携に関する問題点の抽出とその対応策の検討—介護施設入居者の適正な服薬を目指した取り組み—, 医薬品情報, 2020, 22, 44-52.
- 7) 馬来秀行, 柳奈津代, 佐藤宏樹, 三木晶子, 石坂優奈, 岡本勝樹ほか, 介護施設における情報共有シートを用いた多職種お薬検討会—介護職・医療職間の連携を目指した実践報告—, 老年社会科学, 2022, 43, 360-370.
- 8) 荒木美輝, 半谷眞七子, 亀井浩行, 他職種からみた薬剤師の在宅医療での多職種連携の現状に関する質的研究, 医療薬, 2019, 45, 63-75.
- 9) 須永恭子, 西井和美, 三浦太郎, 前川裕, 多職種連携推進における職種間の相互理解の課題に関する検討, ホスピスケア在宅ケア, 2018, 26, 52-59.
- 10) 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000179749_00001.html>. cited 13 December, 2021.