

処方経緯と意図を踏まえた 質の高い薬物療法



丸岡弘治 [まるおか・ひろし]

介護老人保健施設横浜あおばの里 (神奈川県)

はじめに

私が勤務している上尾中央医科グループ・医療法人協会の老健施設「横浜あおばの里」は172床を有する超強化型老健施設で、神奈川県横浜市青葉区にあります。近年、青葉区は市区町村として男性の長寿全国1位になったこともあり、日本の高齢者医療の縮図ともいえる地域です。もともとは療養型病院の薬剤師だった私が、老健施設に常勤薬剤師として勤め始めて18年目になりますが、非常に厳しい配置基準(入所者100人に対して薬剤師0.3人)のなかでも、やりがいを持ちながら日々励んでおります。

本稿を通じて、現場で日々奮闘している薬剤師の業務の参考に、また老健医師をはじめ、介護職や看護職からも「薬剤師をこう活かす方法があるのか!」と参考になれば幸いです。

薬剤師業務について

薬剤師が常勤勤務する老健施設は全体の10%前後^{*1}と報告されていますが、薬剤師の仕事は入所者の定期薬や臨時薬の調剤やセットをはじめ、施設全体の「薬」と名がつくものの管理まで幅広くあります(図表1)。一方、施設的环境によっては薬剤業務がバラバラという現状であり、薬剤師の配置数が少ないことから考えれば致し方ないことでもあります。

当施設で調剤業務の他に力を入れているのは、その方に本当に現在の処方合っているのかを確認しながら処方を見直す「薬剤適正化」です。どの老健施設でも薬剤費用を低く抑えたいところはもちろんあると思いますが、薬剤を中止して入所者の状態悪化を招いてはなりません。そのため、何もかも減らす

ことは得策ではないと思われます。入所者にとって、その薬剤が必要かどうか適切に評価するためにあらゆる情報を収集し、継続か中止かなどの判断へとつなげますが、ここがまさに薬剤師が力を発揮する部分になります。

処方进行评估するためには「情報」が必要

すべての薬ではないにしろ、本来、薬剤評価には①過去の処方経緯②現在の処方意図③現在の状態に応じた処方適切性評価が必要となりますが、経験上、①についてはおろそかになることが多いと感じています。しかも、お薬手帳や診療情報提供書からはわからないことが多いです。「どうしてこの処方が開始となったのか?」というストーリーを、入所時に支援相談員を通じて入手したり、入所時の家族面談で薬剤師が直接確認することで、処方のストーリーを収集してまとめ、薬剤管理シートという薬のカルテでケアマネジャーなど多職種と共有しています。例えば、利尿剤が入っている場合は「心不全か?高血圧か?単なる浮腫か?」などの処方経緯がわかっていると、場合によっては薬が見直せて減量・中止ができますが、不明な場合は介入がしにくくなることは容易に想像できると思います。薬剤師が薬の評価を意識することは他職種の業務負担軽減にもつながるので、他の施設でもぜひ薬剤師の強みを活かしていただきたいです。

処方適正化のための多職種連携

処方見直しには情報が必要となりますが、薬剤師だけですべてを集めることは不可能です。入所時には支援相談員の力を借り、ケアマネジャーからは家族関係や在宅復帰する場合の環境情報を得て、管理栄