



2023年12月14日放送

## 持参薬関連インシデント事例からケア移行期の薬剤安全を考える

大阪医科薬科大学病院 薬剤部  
主任 菊田 裕規

### 地域包括ケアシステムにおける薬剤師の関わり方～現状と課題～

2025年の超高齢化社会に向け、地域における「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」の5つが一体的に提供できる体制として、地域包括ケアシステムが推進されています。地域包括ケアシステムにおいて、効率的かつ質の高い医療提供をするために、病院から診療所やクリニック、保険薬局、また介護施設など多方面にわたり、連携が求められるようになっていきます。令和6年度は、医療、介護、障害福祉サービスのトリプル改定の年となり、保健医療2035提言書でも健康先進国となるための様々なアクションが示されるなど、制度改革が急激に進められることが予想されます。

では、私たち薬剤師は、その地域医療の中でどのような関わりを持つことができるのでしょうか。

保険薬局の薬剤師は、かかりつけ薬局、健康サポート薬局として、自宅や介護施設で療養中の患者さんに対して、セルフメディケーションの支援やお薬以外の健康相談なども行っています。また、対話を通じて患者さんの状態を把握し、医療機関やかかりつけ医と連携して薬物療法を提案するなどの役割が期待されています。

一方、病院薬剤師は入院患者さんへの対応が主となり、在宅療養や他施設からのケアの移行期、新たな薬物治療の起点に関わることになります。この時、入院前後の治療に対して薬学的な総合評価を行い、適切な薬剤管理を行うために患者さんも含めた医療チーム全体の調整を図ることが求められます。また、退院時や転院時においても、患者さんにとって、継続的な薬物治療が行えるように支援し、在宅療養や他施設へ戻していく役割も期待されています。

どちらの立場においても、ケア移行期における『シームレスな薬物治療の評価』が特に重要であり、評価を行っていくためにも、保険薬局と医療機関の薬剤師との連携は必要不可欠で

す。それを裏付けるように、日本薬剤師会、日本病院薬剤師会の各団体からも、施設間情報連絡書の様式や活用マニュアルなどが公表されています。

しかし、実際にはこれらの様式やマニュアルの活用が不十分であり、連携が滞ったことにより発生したインシデント事例も少なくありません。今回は事例を通じて、どのような安全対策を講じることができるのか、一緒に考えてみたいと思います。

### ポリファーマシーの減薬に苦慮した事例

2020年10月、洞不全症候群に対するペースメーカー植込み術目的で入院となった80歳の患者さん。入院時に、自宅で服用されていた薬剤を確認すると、3つの施設から19種類もの内服薬が処方、いわゆるポリファーマシーの状態となっていました。薬剤師が薬剤を確認するときには、薬剤情報提供書やお薬手帳だけではなく、施設間情報連絡書や診療情報提供書なども合わせて総合的に評価しています。しかし、保険薬局から施設間情報連絡書は持参されておらず、紹介元からの診療情報提供書についても、今回の治療に関する薬剤の記載はあるものの、その他の薬剤については記載がなく、どのような理由で服用されていたのが全く把握出来ない状態でした。そのため、入院前の薬剤評価が正しく行えず、入院中は全ての持参薬を用いた治療が継続される事になりました。手術から数日経過したある日のこと、患者さんから『ちょっとお薬が多くて大変なので、できれば減らしてほしいんだけど…』と相談がありました。薬剤師は改めて内容の評価を行い、医師へ減薬の提案を行いました。しかし、服用理由がわからず、医師の判断で減薬することが困難であったため、退院後に紹介元で減薬していただく方針となりました。退院日、薬剤師が保険薬局に向けて調整依頼のために施設間情報連絡書を作成しました。その時、医師の診療情報提供書も確認したところ、減薬依頼に関する記載が一切なく、薬剤師の施設間情報連絡書と照合した時、薬剤情報が不一致となっていたことが発覚した事例でした。

この事例のように、入院時の院外から院内への情報提供だけではなく、退院時や転院時の院内から院外への情報提供時にも薬剤情報が不一致となっていることがしばしば発生しています。ではなぜ、このような不一致が発生するのか。いくつかの問題点を見ていきたいと思います。

### 保険薬局からの情報提供体制の問題

今回の事例では、診療情報提供書からは服用していたすべての薬剤を把握することが出来ず、服用していた理由が全くわからない状況でした。このような場合、本来であれば、保険薬局からの施設間情報連絡書が有効な情報源になりますが、保険薬局から医療機関に対しては情報提供がなされていない状況でした。

令和2年度の診療報酬改定では、『服薬情報提供料3』が新設され、保険薬局から入院予定のある患者さんの薬剤情報の提供が容易にできるように整備されました。しかし、診療報酬上の算定要件に「医療機関からの求め」が上げられており、結果的に保険薬局からの自発

的な情報提供が十分に行われていない現状があります。

### 医療機関からの情報提供体制の問題

一方、病院薬剤師から保険薬局への情報提供体制はどうでしょうか。退院時の服薬指導については、診療報酬において『退院時薬剤情報管理指導料』の算定が可能です。さらに、施設間情報連絡書を活用して情報提供を行った場合には、『退院時薬剤情報連携加算』が加算されるため、薬剤情報が提供しやすい体制が整備されています。しかし、多くの病院では人員、時間不足が足かせとなり、退院時や転院時の介入が不十分であり、施設間情報連絡書が活用できていないのが現状です。特に転院時については、診療報酬上の評価対象となっておらず、この状況が、さらに転院から目を背けることになり、積極的な情報提供が行われない大きな要因になっているように思えます。

### 情報不十分な診療情報提供書

このように、双方の薬剤師による施設間情報連絡書を活用した情報提供が十分に行われていない状況下では、結果として診療情報提供書に頼らざるを得ません。本来、診療情報提供書は、治療経過や経過上の注意点を次施設にバトンパスすることを目的に作成されます。そのため、入院治療に使用された薬剤情報のみを記載されることが多く、入院前からの経過が記載されることはあまりなく、薬剤情報の不一致が発生することが散見されています。診療情報提供書に頼る場合には、お薬手帳や薬剤情報提供書と同様に、あくまで一つの情報源であり、薬剤情報が完全に網羅されたツールではないことを十分理解し、活用していく必要があります。

### Medication Reconciliation [Med Rec] という概念

ここまでお話してきたように、私たち薬剤師は、行政の政策や各団体の整備によって進められている理想と各医療機関における様々な問題によって本来の役割を果たすことが出来ない現実、この状況下でジレンマを抱えながら医療提供を行っているため、特にケア移行期においては、今回のような事例がしばしば報告されています。実際に大きな事故に繋がっていないケースがほとんどですが、本来行われるべき治療が行われない、行う必要がない治療が行われてしまったなど、患者さんにとって不利益が生じているという事実を受け止めておかなければいけません。

薬剤の不一致の改善策として、2022年のWorld Patient Safety Dayをきっかけに、医療の質・安全学会では、ケア移行期の薬物治療において『Medication Reconciliation [MedRec]』というプロセスが注目されるようになりました。

MedRecは、

- ① Best Possible Medication History [最良の薬歴] を作成。
- ② 実際の処方歴と比較することで、薬剤の不一致を確認して調整。

③ 調整後に正しい薬剤情報を共有。

というプロセスを指します。このプロセスは、保険薬局と医療機関の薬剤師が適切なバトンパスを行うことが目的になります。

#### 施設間情報連絡書〔薬剤管理サマリー〕の活用

MedRec を標準的に行っていくためにも、施設間情報連絡書、特に『薬剤管理サマリー』の活用がポイントになると考えます。薬剤管理サマリーには、禁忌薬や副作用歴、また服薬管理状況、調剤形態だけではなく、入退院時の薬剤追加・変更の理由など、最良の薬歴を作成するため必要なエッセンスがたくさん盛り込まれています。

薬剤管理サマリーの活用には、まだまだ課題が山積していますが、一人一人がこの必要性、ニーズを意識し、存在価値を高めていくことが重要になります。

この継続的な取り組みは、結果としてケア移行期における患者さんの適切なお薬のバトンパス、その先にある安心安全な薬物治療、医療提供に繋がっていきますので、保険薬局と医療機関の薬剤師が、積極的な情報連携に活用していただけることを期待しています。