

資料

介護老人保健施設における薬剤管理に対する多職種連携の検討 —薬剤師を含む事例を通して—

A study of multi-occupational collaboration on medication management in long-term care facilities
for the elderly extracted from cases involving pharmacists

田中真佐恵¹⁾ Masae Tanaka, 松田千登勢¹⁾ Chitose Matsuda

要 旨 介護老人保健施設における薬剤管理に対する薬剤師を含む多職種連携事例の実際を通して、効果的な連携のあり方を検討することを目的とした。介護老人保健施設Aにおける8事例を対象とし、薬剤管理の経過や健康状態、生活の様子におけるデータを収集するとともに、看護師2名、薬剤師1名、介護職2名に対して多職種連携の実際について半構造的面接調査を実施した。その結果、薬剤管理に関する多職種連携では3つの時期に応じた対応があった。「入居時」は、薬剤の情報不足が課題であり、看護職と薬剤師が協働して薬剤調整を検討することが必要である。「入居中」の課題は、生活の状況と薬剤をどのように関連づけて判断するかということであり、日々の変化に気づく機会が多い介護職も含んだ、速やかな連携が必要である。「退居に向けて」は、退居後の環境変化による薬剤の継続困難が課題であり、退居後の生活に視点をいた対応を、多職種で積み重ねることが必要である。

キーワード 多職種連携、薬剤管理、介護老人保健施設

I. 緒言

現在、後期高齢者における薬剤投与のあり方が課題となっている。高齢者に対する適切な医療提供に関する研究報告書（厚生労働省, 2013）では、高齢者の多剤併用とそれに伴う薬物有害事象や、薬剤を正しく服用できない状態、いわゆるアドヒアランス低下のリスクを抱えていることが指摘され、同時に、多職種連携が不十分なためにこれらの課題が解決しにくいとされている。これを受けた「高齢者に対する適切な医療提供の指針（2014）」では、「有害事象や服薬管理、優先順位に配慮した薬物療法を実践すること、患者本人の視点に立った多職種連携によるチーム医療を行なうこと」などが明記されている。つまり、多職種チームによって薬剤管理を行なうことが勧められている。

我が国で地域包括ケアシステムの構築が進められ

ている今日、介護老人保健施設（以下、老健と示す）は多職種による包括的サービス機能を地域に活かすことが期待され、それを目指しているが、薬剤管理における次のような課題が指摘されている（厚生労働省, 2013）（全国老人保健施設協会, 2016）（全国老人保健施設協会, 2017）（善福, 2018）。

- ①日常的に必要な医療は、基本的に施設サービス費に包括されており、原則的に診療報酬請求ができない。薬剤に関しても介護保険給付であり、入居者の状態にあわせた薬剤の調整が難しい側面がある。
- ②老健では薬の処方役を担う医師が1人であり、かつ薬剤師を配置していない施設が大半である。入居者100人に対し医師が一人ひとりにきめ細やかな対応するには限界がある。そのため、看護職が中心になり薬剤管理を行っている。この看護職による薬剤管理は、薬剤の在庫管理・薬剤についての家族への説明・作用や副作用管理・服薬等

1) 摂南大学看護学部看護学科 Faculty of Nursing, Setsunan University

の与薬管理・介護職への薬剤管理指導など多岐にわたっている。固有の役割に加え、薬剤師の代役も担っている看護職は負担が大きい。

- ③老健の入居者は高齢であり多くの疾病や障害を抱えて生活しているため、入居前・中・後を通して同じ薬剤を継続して処方される傾向が強く、かつ多剤併用となっている。その分副作用が出現しやすいが、高齢者の特徴として顕著な症状は現れにくく、生活場面における薬物による作用・副作用の判断は複雑になる。加えて、嚥下機能の低下や認知症による理解力低下があるために、処方どおりの内服が自分ではできない入居者や、薬剤を拒否する入居者も多く、アドヒアランス低下の対応が課題となっている。このことが、老健での在宅復帰支援にも支障をきたしている。

先行研究では、薬剤師と看護職の連携・協働に関するもののうち、老健における薬剤管理に関するものは1件のみであり、薬剤師の配置が進んでいない実態や、看護職と介護職の薬剤管理の負担と不安が明らかにされていた（善福, 2018）。

これらの現状から、老健において適切な薬剤管理を行うために、薬剤師と医師、看護職、介護職の多職種連携が重要である。薬剤の適切な管理ができれば、入居者の生活機能の改善や生活行動の変化が生じる。その結果、入居者の生活機能の維持向上につながり、地域生活への移行もスムーズになると考える。

以上より、本研究は老健における薬剤管理に対する薬剤師を含む多職種による連携事例の実際を通して、効果的な連携のあり方を検討することを目的とした。

Ⅱ. 方法

1. 用語の定義

本研究における「連携」とは、薬剤管理における多職種間での情報共有と役割分担のことを指す。

2. 研究対象

X府内の老健Aにおいて、薬剤師介入のもと効果

的な多職種連携が行なわれたと看護管理者が判断したもの、すなわち、多職種の対応によって薬剤の中止・変更・調整に至った事例、および薬剤自己管理に対する行動変容があった事例を選定した。そのうち、本人または家族から同意が得られた8事例をデータ収集の対象とした。また、8事例の薬剤管理に関わり、同意が得られた薬剤師1名、看護職2名、介護職2名を半構造的面接調査の対象とした。

3. 情報収集方法

カルテから対象者の薬剤管理の経過や健康状態、生活の様子についてデータ収集を行なった。薬剤師、看護職、介護職に対して、薬剤管理に関する多職種間の情報共有や役割分担の実際、良かった点・改善点等について半構造的面接調査を実施し、許可を得て録音した。語られた内容の逐語録を作成し、データとした。

調査期間は、2018年1月～5月までであった。

4. 分析方法

カルテ記載事項と逐語録データの中から、事例の経過と照らした上で多職種間の情報共有や役割分担の実際を抽出し、意味内容の類似性から、事例ごとに連携の実際と課題を整理した。分析結果を研究協力者へ提示し、妥当性を確認した。

5. 倫理的配慮

本研究実施にあたり、研究者の所属組織の「人を対象とする研究倫理審査委員会」の承認（承認番号：2017-072）を得た。入居者本人または家族、施設長、職員へ、研究の内容、個人情報保護と個人の尊厳および自由意思の尊重、協力撤回の自由性、結果公表等について口頭と文書にて説明し、同意を得た。また、面接調査に協力する職員の負担を考慮し、業務の支障が最小限になるように日時を調整し時間厳守で実施した。

Ⅲ. 結果

1. 老健Aの概要

在宅支援型老健であり、入居定員は100名、通所リハビリテーションの利用定員は40名であった。老

健Aと同一法人の関連病院（以下、関連病院と示す）の薬剤師1名が、調査の1年前から継続的に週3～4回、老健Aで薬剤管理を行っていた。薬剤師以外の主な職種は、医師1名、看護職11名、介護職33名、理学療法士6名であった。

2. 老健における薬剤管理に対する薬剤師を含む多職種連携の事例の実際

5名の面接調査の平均時間（±SD）は、43.6分（±6.1）であった。

老健Aにおける薬剤管理に対する薬剤師を含む多職種連携では、「入居時」「入居中」「退居に向けて」の3つの時期に応じた対応があった。各事例に処方された薬剤の一覧を表1に、課題や連携の実際を表2に示した。

1) 入居時の連携

入居時は薬剤の情報不足への対応があった。

事例A（70歳後半、女性）は、骨粗しょう症があり、入居時に薬価の高いプラリア®注射薬が処方されていた。老健では薬剤費も施設サービス費に含まれるため、高価な薬剤は基本的に使うことができない。しかし、薬剤を変更できる情報がなかった。そ

こで、看護職から相談を受けた薬剤師が家族に説明し、入居までの情報の聞き取りを行った。また、入居前の主治医が遠方のために受診ができない状況から、関連病院の整形外科医師に相談し、1ヶ月に1回のアレンドロン酸®内服薬に変更となった。

看護職は、骨粗しょう症があり転倒しやすいA氏が杖歩行をしているため、介護職へ注意を促した。介護職は、「注意するように言われたがそれ以上の知識はなく、一つ一つの細かいところはもう少し教えてもらえたらなと思っている（介護職1）」と語っていた。

2) 入居中の連携

（1）入居中も薬剤の情報不足への対応があった。

事例B（80歳後半、女性）は、急性心筋梗塞にて経皮的冠動脈インターベンションを行い、エフィエント®、バイアスピリン®の内服が継続されていた。この2種の薬剤併用は出血のリスクが高くなるため施行後1年間は目安とされるが、情報不足のため中止判断ができていなかった。

施設医師は、当初「紹介状も何もない」と言い、薬剤投与の中止をためらっていた。そこで、薬剤師

表1 事例A～Fに処方された薬剤の一覧

事例	A	A	B	B	C	C
販売名	プラリア®	アレンドロン酸®	エフィエント®	バイアスピリン®	ワーファリン®	リクシアナ®
一般名	デノスマブ	アレンドロン酸 ナトリウム水和物	プラスゲレル塩酸塩	アスピリン腸溶剤	ワルファリン カリウム	エドキサバントシル 酸塩水和物
主な作用	骨量の減少を抑え、 骨密度を増やし、骨 折を予防する	骨量の減少を抑え、 骨密度を増やし、骨 折を予防する	抗血小板剤（血栓症 の再発を予防する）	抗血小板剤（血栓症 の再発を予防する）	抗凝固剤（血栓症の 再発を予防する）	抗凝固剤（血栓症の 再発を予防する）
主な副作用	低カルシウム血症、 アナフィラキシー	食道穿孔、食道狭窄、 食道潰瘍、胃十二指 腸潰瘍、低カルシウ ム血症	血栓性血小板減少性 紫斑病、出血、過敏 症	ショック、アナフィ ラキシー、出血	出血、皮膚壊死、カ ルシウムラキシー（痛み を伴う皮膚の潰瘍）	出血、肝機能障害 ※ワーファリンより 出血のリスクが低い

事例	D	D	E	E	E	F
販売名	アリセプト®	チアプリド®	ゾニサミド®	マイスタン®	アルシオドール®	フロセミド®
一般名	ドネペジル	チアプリド塩酸塩	ゾニサミド	クロバザム製剤	アルファカルシドール 製剤	フロセミド
主な作用	コリンエステラーゼ 阻害剤（認知症の進 行を予防する）	脳梗塞後遺症に伴う 攻撃的行為、精神興 奮、せん妄の改善	抗てんかん剤	抗てんかん剤	カルシウム・骨代謝 改善剤	利尿降圧剤（尿量を 増やす、循環血流量 を減少させる）
主な副作用	徐脈、心室頻拍、失 神	悪性症候群（無動か ん然、強度の筋強 剛）、昏睡、けいれん	中毒性表皮壊死融解 症（関節痛、水泡、発 熱）、紅皮症（発熱、 全身の皮膚発赤）、幻 覚、妄想	傾眠、依存症、呼吸 抑制、中毒性表皮壊 死融解症（関節痛、水 泡、発熱）	急性腎不全、肝機能 障害	ショック、アナフィ ラキシー、再生不良 性貧血

独立行政法人医薬品医療機器総合機構 医療用医薬品の添付文書情報に基づき作成

表2 介護老人保健施設Aにおける薬剤管理に対する多職種連携の事例

時期	カテゴリー名	事例	年齢・性別 主な疾患	薬剤管理における課題、対策 (⇒以下は、対策・結果を示す)	事例における連携の実際（情報共有、役割分担）		
					看護職	薬剤師	介護職
入居時	薬剤の 情報不足	A	70歳後半・女性 認知症、骨粗しょう症	入居時、薬価の高い薬（プラリア [®] 注射薬）が課題になったが、入居時の情報がなかった。 ⇒ 1ヵ後に1回のアレンドロン酸 [®] 内服薬に変更した。	・介護老人保健施設としては高価な薬のため、変更ができないかを薬剤師に相談した。 ・骨粗しょう症があり転倒しやすいA氏が杖歩行をしているため、介護職へ注意を促した。	・家族に薬価について説明し、入所までの情報の聞き取りをした。 ・関連病院の整形外科医師に相談した。	・基本的に、薬剤に対する情報共有がない。「注意するように言われたがそれ以上の知識はなく、一つ一つの細かいところはもう少し教えてもらえたらなと思っている」と語っていた。
入居中	薬剤の 情報不足	B	80歳後半・女性 心筋梗塞	急性心筋梗塞で冠動脈インターベンションを行い、施行後1年間を目安とされるエフィエント [®] 、バイアスピリン [®] の内服が継続していたが、情報不足のため中止判断ができなかった。 ⇒ エフィエント [®] を中止した。	・施設医師へ、エフィエント [®] 、バイアスピリン [®] 、中止の検討について、度々声をかけた。少しずつ施設医師が変わった。	・施設医師は「紹介状も何もない」と言った。そこで、関連病院医師に働きかけた。	・介護職は状況を看護職から聞いており、生活援助の中で出血傾向の観察をした。
	薬剤の 副作用への 対応	C	80歳後半・女性 認知症、肺塞栓症、 深部静脈血栓症	肺塞栓症、深部静脈血栓症でワーファリン [®] を継続していた。 2、3年間検査をしておらず、継続可否の判断ができなかった。 ⇒ ワーファリン [®] を中止した。リクシアナ [®] を開始した。	・施設医師から「検査をしなければ減らせない」と聞いていた。「飲み続けなければならぬのか」と思い、薬剤師に相談した。	・施設医師へ、定期的な検査実施について相談した。	・専門分野外のため薬剤の知識が不足しているが、知識を得る機会が少ない。「薬剤師と看護職は直接情報交換をしているようだが、介護職は医療分野となるとなかなかできない」「もう少し教えてもらえたら、私たちも、もうちょっと視野を広げて利用者さんの状態をみていけるかなと思う」と語っていた。
	状態変化に 対する薬剤調整	D	80歳後半・男性 認知症	アリセプト [®] 継続内服 洞性徐脈、一過性の意識消失、転倒が頻回だった。 不穏のためチアブリド [®] 内服継続。その後穏やかで眠気や意欲低下があった。 ⇒ アリセプト [®] 、チアブリド [®] を中止した。その後、徐脈が回復し、活動性が向上した。	・薬剤師に薬の副作用の可能性を聞いた。 ・薬の変更について、看護職も薬剤師、施設医師とともに家族へ説明した。	・看護職から情報提供があるたびに、薬剤師から施設医師へ、薬の副作用の可能性について伝えた。すぐに薬を中止する方向になった。	・D氏の変化について、薬剤師や看護職と話をしていない。「D氏の生活機能が向上したのは、薬の中止のためかな」と考えていた。
退居に向けて	薬剤の自己 管理の習得	E	70歳後半・女性 脳梗塞後遺症、症候性てんかん	嚥下困難があり、口腔内に内服薬を溜め込んでいた。粉砕は本人が拒否していた。 傾眠傾向があり処方の見直しが必要だった。 ⇒ ゾニサミド [®] 、マイスタン [®] 、アルシオドール [®] などの薬剤を調整した。その後、ADLの向上が見られた。	・このままでいいのか、おかしいのではないかと考え、薬剤師に連絡した。	・関連病院の神経内科医師に相談し、減薬を提案した。すぐに減薬になった。 ・関連病院医師の処方施設医師に伝えた。	・日中の働きかけや、夜間睡眠を促したが、「傾眠傾向は薬によるのではないかと」も薬の影響についてアセスメントをしていた。
		F	90歳前半・女性 認知症、せん妄、心不全、腎機能障害、COPD	以前からせん妄あり。心不全のためフロセミド [®] を内服。腎不全も見られ一時フロセミド [®] 増量。その後脱水となった。検査が出来ず、紹介状がない状況で、薬剤の変更が難しかった。 ⇒ フロセミド [®] 、その他の薬剤を調整した。その後、脱水症状が改善した。	・浮腫が軽減し乾燥してきているため脱水傾向を考え、一旦薬剤師に相談した。 ・薬剤師と共に施設医師に伝えた。	・カンファレンスで「脱水はフロセミド [®] の影響」と切り出した。 ・施設医師へ「提案事項」を書いた文書を提出した。	・夜間頻尿と夜間の大声の情報提供した。薬の可能性も含んだアセスメントをしていた。
		G	80歳前半・男性 ラクナ梗塞、前立腺肥大症、糖尿病、急性腎盂腎炎	独居で退居後自宅へ戻る予定。薬剤管理の自立練習が必要だった。 ⇒ 薬を1包化し、本人の意思と行動を多職種で見守った。自己管理ができるようになった。	・介護職とともに自己管理を見守った。	・かかりつけ医師に現在の処方薬に関する情報提供を書面で渡していた。	・看護職と一緒に服薬確認をしていた。 ・看護職を通じて、薬剤師からの連絡を受けていた。
		H	80歳後半・女性 認知症、廃用症候群	記憶障害、見当識障害軽度あり。自宅へ帰っても規則正しい生活リズムの中で薬剤自己管理を行なう必要があった。 ⇒ 一包化。お薬カレンダーを使用し練習。H氏自身が考えて一日分の薬を巾着袋に入れるようになった。	・H氏にとって取りやすい薬の保管場所を、介護職と決めた。 ・（間違いがないかの確認ではなく）自分で行えるようになるための確認を行った。 ・薬の投与状況を家族に毎日伝えた。	・「自分で管理をしましょう」と、H氏へ説明した。 ・介護職に、気をつけることを説明した。	・特に看護職から指示はなくとも、H氏が薬を準備する見守りをするようになった。

が関連病院の医師へ働きかけるとともに、看護職が薬剤師とともに施設医師へ「抗血小板療法の中止を検討したほうがいいのではないかと、度々相談した。施設医師は、少しずつ、薬剤師と看護職の相談に応じる姿勢へと変わり、エフィエント[®]が中止となった。

介護職は、状況を看護師から聞き、生活援助の中で出血傾向に注意しつつ観察を行った。

事例C（80歳後半、女性）は、肺塞栓症、深部静脈血栓症でワーファリン[®]内服を継続していたが、2、3年間検査をしておらず、継続可否の判断ができていなかった。看護職は、施設医師から「検査をしなければ減らせないと聞いていたが、「こんなに状態は落ち着いているけれど、飲み続けなければならないのか」と思い、薬剤師に相談した。薬剤師から施設医師へ、PT-INR（プロトロンビン時間 国際標準比）の定期測定を依頼した結果、関連病院循環器医師へ紹介となり受診した。老健でのPT-INR測定は出来ないため、循環器医師の指示でワーファリン[®]を中止し、リクシアナ[®]が開始となった。

介護職は、「薬剤師と看護職は直接情報交換をしているようだが、介護職は医療分野となるとなかなかできない（介護職1）」「少し教えてもらえたら、私たちも、薬が変わったからかなとか、もうちょっと視野を広げて利用者さんの状態をみていけるかなと思う（介護職1）」と語っていた。

（2）薬剤の副作用への対応があった。

事例D（80歳後半、男性）は、認知症のためアリセプト[®]、不穏のためチアプリド[®]内服を継続していた。しかし、洞性徐脈が生じ、一過性の意識消失や転倒を繰り返し、眠気や意欲低下がみられるようになっていた。看護職は、薬剤師に薬の副作用の可能性を質問した。すぐに、薬剤師は施設医師にその状況を伝え、アリセプト[®]、続いてチアプリド[®]も中止となった。中止後は、徐脈は回復し、認知症の悪化はみられなかった。また、活動性も若干上がった。薬の変更について、施設医師とともに看護職や薬剤師も家族へ説明した。

介護職は、D氏の変化について薬剤師や看護職と

特に話をしていない。しかし、「その後ベッドから車いすへ自己移乗し、トイレも転倒なく自分で行けるのは薬の中止のためかな（介護職2）」と思っていた。「Dさんの失禁が減ってきていて」「（意欲や活動性は）急に上がったわけではないが毎日見てるとわかるんです（介護職2）」と語っていた。

（3）入居中の状態変化に対する薬剤調整があった。

事例E（70歳後半、女性）は、抗てんかん薬を使っており傾眠傾向が目立っていたことに加え、嚥下困難があり口腔内に内服薬を溜め込んでいた。しかし、薬剤の粉碎は本人が拒否していた。看護職は、このままでいいのか、おかしいのではないかと考え、薬剤師に連絡した。E氏の薬剤は、入居前からかかりつけ医師によって継続的に処方されていたため、施設医師が変更することは難しかった。そこで、薬剤師は、関連病院の神経内科医師に相談し、病院医師の提案を施設医師に伝え、薬剤を調整することになった。薬剤師は、「老健は複雑で、施設医師が入居者の処方をするが、入居前からのかかりつけ医師がいるため、かかりつけ医師とのやり取りが課題だ」と語っていた。

介護職は、「いろんな働きかけをしてきた。日中の働きかけを促したり、姿勢保持できるようにクッションをいろんな形にかえてみたりだとか。実際にそっちよりは薬のせいかなという気はしましたね。薬の変更とともに介護としてのかかわりもしていた（介護職2）」と、日常のケアを行いながら、傾眠傾向は薬剤によるのではないかとアセスメントしていた。E氏は、薬剤の調整後、座位姿勢の保持が可能になり車椅子を自走できるようになった。

事例F（90歳前半、女性）は、以前からせん妄があった。心不全のためフロセミド[®]を内服していたが、腎不全も見られ一時フロセミド[®]を増量したところ脱水となった。しかし、紹介状がなく検査もできない老健では、施設医師が薬剤の変更に踏み切ることがためらわれていた。そこで、浮腫が軽減し皮膚が乾燥してきているため脱水傾向を考えた看護職は、一旦薬剤師に相談した。薬剤師は、カンファレンスで「脱水はフロセミド[®]の影響が考えられる」

と切り出し、看護職とともに施設医師に伝えた。また、薬剤師は施設医師へ「提案事項」という文書をはじめて提出した。この「提案事項」は公的な文書ではないが、口頭では伝わりづらい内容を記しているものであった。さらに、文書は看護職や薬剤師が施設医師へ口頭での相談を繰り返した後、そーっと施設医師の机の上に置いておく等の工夫が施されていた。フロセミド[®]調整後、脱水症状が改善された。

介護職は、「夜が特にトイレがすごい頻回になって、寝てトイレ、またすぐに寝てはトイレを繰り返していた。しかもたっぷり排尿があって。その情報を（介護職は）看護職に提供した（介護職1）」と語っていた。また、「看護職からの情報と介護職自身が知っている情報を合わせると、脱水の可能性が高いということが見えてくるので、『気をつけてみていこう』というふうに介護職の中で話をしていました（介護職1）」と、薬の可能性も含んだアセスメントをしていた。

3) 退居に向けての連携

退居に向けては、薬剤の自己管理の習得に対応していた。

事例G（80歳前半、男性）は、独居で退居後自宅へ戻る予定であり、薬剤管理の自立練習が必要だった。そこで、薬を1包化し本人が管理するようにした。薬剤師が本人ときちんと話をし、看護職が介護職とともに、これまでに転倒や肺炎を繰り返していたG氏の自己管理の意思と行動を見守った。その後、自己管理を習得し退居となった。薬剤師は、「老健を退居して地域へ帰っていく場合は、もともとのかかりつけの医師のところへ行くことになる。そうしたら薬が元に戻るといことがある。そこはこれからの課題です」と語っていた。薬剤師は、G氏のかかりつけ医師に対して、現在の処方薬に関する情報提供を書面で渡していた。

介護職は、「本人から疑問があれば、介護職を通じて看護職に伝えるか、直接本人を看護職のところに案内して説明してもらってという形をとっている（介護職1）」と、看護職を通じて薬剤師からの連絡を受けていることを語っていた。

事例H（80歳後半、女性）は、記憶障害、見当識障害軽度があり、薬剤をシートから取り出せない、日付がわからない、薬剤を飲んだことも忘れてしまうなどが見られた。入院前の生活は、一日の流れがパターン化されていなかったため、自宅へ帰ると元の生活の流れになってしまう恐れがあった。そこで、規則正しい生活リズムの中で薬剤の自己管理を行なう必要があった。対応は、一包化し、お薬カレンダーを使用して薬剤の自己管理を開始した。薬剤師が本人へ丁寧に自己管理について説明をした。看護職と介護職は、「薬剤師、看護職、介護職が特別な打ち合わせをしたわけではないが、自然に皆で見守りを行なった（看護職2）」。そして、「細やかな対応方法はカンファレンスで決める（介護職2）」と語っていた。

また、看護職と介護職が一緒に、H氏にとって取りやすい薬剤の保管場所を決め、H氏の「自分で管理しよう」という気持ちを尊重した。職員主導ですぐに手を出すのではなく、少し待って見守るといった「（間違いがないかの確認ではなく）自分でできるようになるための確認」を行った。H氏は、自分で考えて一日分の薬剤を巾着袋に入れるようになった。

IV. 考察

事例から明らかになった老健における薬剤管理の課題と連携の実践を踏まえ、薬剤師を含んだ多職種連携のあり方を考察する。

1. 入居時・入居後の薬剤の情報不足に対する連携のあり方

入居時は、薬剤の情報不足への対応が課題であった。関連病院から老健へ入居する場合は、比較的、薬剤の情報が入手できるが、事例Aのように関連病院以外からでは薬剤の情報収集が非常に難しい。入居前の面接のときに、相談員が受ける薬以外の情報内容が主であるため、老健Aでは在宅でのかかりつけの調剤薬局や病院の薬剤師に、老健の薬剤師が電話をして情報をもらっている現状があった。

情報不足もあいまって、老健の入居後は状態が大きく変化しなければ投薬治療は見直しなく継続されてしまうことが多く、入居時の薬を何年も飲み続けるということも少なくない。丸岡（2018）は、老健施設の多剤併用の課題について「長期入所のメリットとしては、その利用者の『日常』を身近で観察できる点があげられ、この部分は減薬を考える際に活かされることが多い」と述べている。事例Bのように、薬剤の知識を持つとともに日常を見ている看護職が、薬剤師とともに薬剤の継続の必要性について、根気よく施設医師に働きかけることによって減薬ができると考える。

2. 入居中の薬剤の副作用や状態変化に対する連携のあり方

入居中は、迅速な対応を求められるものが多く、生活の状況と薬剤をどう関連付けて判断するかということが課題であった。そして、判断に基づく迅速な多職種連携の必要があった。事例DやE、Fでは、薬剤の副作用や入居者の状態変化による生活上の課題を看護職が判断し、看護職から薬剤師への速やかな相談によって薬剤を変更するという連携があった。このような場合、入居者の状態から薬剤の影響を疑うには薬剤師の判断が必要である。その薬剤の調整自体は、薬剤師だから医師に明確に提案できるのではない。荒木ら（2019）の調査でも「薬剤師の患者への気づきを踏まえた医師への情報提供や、薬効評価による処方提案から、薬剤師を医師との情報共有の架け橋役とみなしていた」とある。看護職や介護職が入居者の状態に疑問を感じたときに、薬剤に関してすぐに対応できる薬剤師の存在は重要である。

次に、日頃の生活をよく知る介護職を交えた連携を行う視点が必要である。小島ら（2016）が「介護職は医療職よりも患者との共有時間が長い分、薬効や薬物有害事象を発見しやすい」と述べているように、生活環境をよく知る介護職とともにアセスメントしていくことが求められている。しかし、事例Cにおいて介護職は、「薬剤師と看護職は直接情報交換をしているようだが、介護職は医療分野となるとなかなかできない」「細かい一つ一つのところは

もう少し教えてもらえたらな」と語っており、看護職や、薬剤師との情報共有不足がうかがえた。一方で、事例Fでは介護職と看護職、薬剤師との連携が見られ、事例E・Fに関しては介護職が薬剤の影響までを考え、利用者の行動のアセスメントを行っていた。薬剤師を含む連携を積み重ねることによって、医療職ではない介護職の判断に影響を及ぼし、さらに連携が強化され、ケアの向上へつながっていると言える。

入居中の課題のもう一つは、文書を活用した老健施設内外の多職種連携の構築であった。事例Fにおいて、老健では検査ができず、入居前のかかりつけ医師等の紹介状がなかったため薬剤変更のための受診に踏み切りづらい現状があった。そこで、薬剤師からの文書があれば受診に踏み切りやすくなるということであった。しかし、文書を渡したからうまくいったのではなかった。そこには、介護報酬のしくみを熟知し、施設医師の立場を考えての対応があり、「多職種連携活動を促進するためには利用者の情報だけでなく担当者との関係性を築き協働を促す情報も必要になってくる。相手の顔や背景が見えないまま文書や電話等で連絡を取り合うだけでは文字や言葉にできない思いや気持ちは伝わりにくい（定村ら、2018）」というように、施設医師との関係性の構築も必要である。すなわち、医師への文書などによる提案方法の検討とともに、提案の体制作りが課題である。

3. 退居に向けた薬剤の自己管理の習得に対する連携のあり方

老健に入居している高齢者は、身体機能や認知機能の低下を伴うため、退居後の環境変化に伴う薬剤の自己管理能力低下の課題があった。自宅へ帰ると生活リズムが乱れがちになり、そのような中で薬剤の自己管理が継続できるのかという危惧に対し、その人の退居後の生活に視点を置いた対応を、看護職、薬剤師、介護職で積み重ねることが必要である。記憶障害、見当識障害のある事例Hでは、職員主導の薬剤管理になりがちな施設において、本人の意欲を引き出し「どうすれば自己管理できるか」という視

点で考えていくことを重視していた。このように、生活の主体は本人であるという視点に立った対応を、多職種間で共通認識することが必要である。そのために、具体的な内容を多職種間で検討するコミュニケーションの場として、カンファレンスの活用が望まれる。

また、退居後の生活に視点を置くことで有効な多職種連携にもつながる。認知機能の低下が軽度だった事例Gでは、薬剤管理をスムーズに行うことはできたが、転倒や肺炎を繰り返していたため、「G氏にとって退居後の体調や身の回りの動作の安定は、薬の継続によってかなえられる」と、多職種によって判断されていた。だからこそ、退居に向け、かかりつけ医師へ文書を提出し連携を行っていた。まさに、退居後の生活に視点を置いた有効な多職種連携のあり方であると考ええる。

4. 本研究の限界と今後の課題

今回の研究対象とした老健は、薬剤師が積極的に薬剤管理に関与している施設であった。薬剤師の関与は老健によって様々であり、多職種の役割や業務の体制も多様であるため、本研究の結果が全ての老健において一般化できるものではない。高齢者の安全な薬物療法ガイドラインが改訂され、老健における薬剤管理への取り組みは今後も期待されている。本研究で明らかになった点を今後は多くの老健で検証し、多職種連携のあり方をモデル化していくことが課題である。

V. まとめ

老健における薬剤管理に関する薬剤師を含む多職種連携のあり方は、以下のようなものであった。

1. 「入居時」から「入居中」にかけての課題は、入居者が持参した薬剤の情報不足であり、薬剤情報を入手し、減薬等の検討を行う必要がある。看護職が処方に関して抱いた疑問を薬剤師に相談し、看護職と薬剤師が協働して施設医師に働きかけることが必要である。
2. 「入居中」の課題は、生活の状況と薬剤をどの

ように関連づけて判断するかということである。看護職は介護職とともに適切な判断を行い、判断内容を薬剤師に伝えることにより、施設医師に明確な根拠をもって薬剤変更等の提案ができる。また、この時期は脱水や意識消失など迅速な対応が求められるものが多いため、日々の変化に気づく機会が多い介護職も含んだ、速やかな連携が必要である。

3. 「退居に向けて」の課題は、入居者が施設から自宅に帰った際、環境が変わり薬剤の自己管理ができなくなることへの危惧であった。その人なりの退居後の生活に視点を置いた対応を、多職種で積み重ねることが必要である。

謝辞

本研究の調査にあたりご協力してくださいました老健Aの入居者様、ご家族様、薬剤師・看護職・介護職の皆様、施設長様に深く感謝いたします。

なお、本研究は日本老年看護学会第23回学術集会で発表したものである。

本論文に関して開示すべき利益相反はありません。

文献

- 荒木美輝, 半谷真七子, 亀井浩行 (2019): 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. 医療薬学, 45 (2), 63-75.
- 小島太郎, 秋下雅弘 (2016): チームで行う高齢者の服薬管理 医療職が果たすべき役割. コミュニティケア, 18 (1), 19-21.
- 「高齢者に対する適切な医療提供に関する研究」研究班 (2014): 高齢者に対する適切な医療提供の指針. 日本老年医学会雑誌, 51 (1), 89-96.
- 厚生労働省 (2012/2013), 高齢者に対する適切な医療提供に関する研究報告書. 2017年7月18日, file:///C:/Users/aoiha/Downloads/201217008A0001.pdf
- 丸岡弘治 (2018): それぞれのポリファーマシー対策 介護老人保健施設. 月刊薬事, 60 (11), 81-84.

定村美紀子, 糸井和佳, 松岡恵子, 浅見恭史, 霜越千裕 (2018) : 地域包括ケアシステムにおける多職種連携による服薬支援の課題. 帝京科学大学紀要, 14, 209-213.

善福正夫 (2018) : 介護老人保健施設における薬剤管理に関する多職種協働について. 帝京平成大学紀要, 29, 239-243.

全国老人保健施設協会 (2016) : 介護老人保健施設における薬物治療の在り方に関する調査研究事業 報告書. 公益社団法人全国老人保健施設協会, 東京.

全国老人保健施設協会 (2017) : 介護老人保健施設における薬剤調整のあり方と かかりつけ医等との連携に関する調査研究事業 報告書. 公益社団法人全国老人保健施設協会, 東京.