

座長：国府 孝敏 (JCHO大阪病院 薬剤部長)
磯谷 聡 (JCHO中京病院 薬剤部長)

BSP1-1 TDMによる医薬品の 適正な使用の推進

JCHOりつりん病院 薬剤部長
阿部 武由

TDMによる医薬品の適正使用とは、それぞれの患者に対して「有効性(効き目)」と「安全性(中毒を発現させない)」を確保することである。

医薬品における患者の有効性(効き目)は、人それぞれ異なる。それは、年齢、身長、体重、体表面積、性別、遺伝子差異、食事、基礎疾患、併用薬など、さまざまな患者因子の影響を受けるからである(個体差)。したがって、同じ薬を同じ分量飲んでも患者により薬物反応が異なるため有効性と安全性の確保が担保できないことが知られている。それは、お酒を一合ほど飲酒した場合に、人によって酔い方が大きく相異なることと同様である。

この問題に対して、我々薬剤師はPK/PDを用いたソリューション(解決方法)に取り組んでいる。PK/PDとは、血中薬物濃度と薬物反応強度が相関することを研究し説明した理論である。つまり、薬には適切(有効)かつ安全に効果を発揮する有効濃度域が存在する。加えて、上記のとおり患者の血中薬物濃度は、個体差により様々な値を示す。そこで、患者の血中薬物濃度を測定し有効濃度域から外れていれば、投与量の増量または減量により有効濃度域内に収める手法が、より高い確率で「有効性と安全性」を確保すると考えられている。

その概念を医療現場に臨床応用したのがTDM(Therapeutic drug monitoring)である。TDMは、診療報酬において「特定薬剤管理料」として算定評価されており、JCHOグループでも各病院での実施を推奨している。

そこで本シンポジウムでは、TDMにより適正使用を支援したいいくつかの症例を紹介する。

BSP1-2 当院における 病棟薬剤師による ポリファーマシー対策の関わり

JCHO群馬中央病院 薬剤部
鈴木 達宙、間庭 法子、大熊 範和

ポリファーマシーとは「多剤投与の中でも害を伴うもの」と定義される。人口の高齢化に伴い複数の医療機関を受診する患者も増えており、その対策は非常に重要な課題となっている。

2016年度診療報酬改定では、医療機関における減薬の取り組みとして、「薬剤総合評価調整加算250点(退院時1回)」、「薬剤総合評価調整管理料250点(月1回に限り)」、「同連携管理加算50点」が新設され、薬局については2018年度改定において、「服用薬剤調整支援料125点」が新設された。2020年度の次期診療報酬改定に向けた国の会議でも、「医薬品・医療機器等の効率的かつ有効・安全な利用」の中で「重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応」が重要検討テーマとなっている。

ポリファーマシーは様々な原因が複合して生じている。減薬はポリファーマシー対策のひとつの手段ではあるが全てではない。不適切な減薬は過小医療に繋がり、患者にとって不利益となる。服薬コンプライアンスや残薬問題もある。適正な多剤服用を判断する為にも、その処方が出ているエピソードを正確に把握する必要がある。医薬品の適正使用を推進する中で、安易な処方の一元化はせず、漫然投与とならないように注意し、患者さんやそのご家族のニーズも確認しながら、薬剤師として患者さんとその薬物療法に向き合うことがポリファーマシーへの対応には必要である。

当院は平均在院日数が11日程度の急性期一般病床の病院である。病棟薬剤師が病棟業務の中、減薬スクリーニングの手段として、Beers criteriaやSTOPP/START、日本老年医学会の慎重投与薬のリスト等も参考としながら、潜在的に不適切な薬物使用(PIMs)を回避している。

当院で介入後に減薬につながった事例を紹介し、情報共有することで更なる適正使用の推進に役立てる。また、情報収集や介入には一薬剤師だけでなく他職種連携が必須であるため今後の連携手段についても考える。

座長：国府 孝敏 (JCHO大阪病院 薬剤部長)
磯谷 聡 (JCHO中京病院 薬剤部長)

BSP1-3 附属介護老人保健施設における ポリファーマシーの現状

JCHO中京病院 薬剤部
河井 和子、浦崎 圭太、伊藤 和幸、
磯谷 聡

【はじめに】

中京病院附属介護老人保健施設(以下、老健施設)は、医師による医学的管理のもと看護・介護、服薬管理、リハビリテーション、栄養管理など日常サービスを提供している。

薬剤師は週1回開催されるモニタリング・入所継続退所検討会議に参加し、薬剤に関する情報提供を行っている。入所者の91.4%は後期高齢者(75歳以上)で、複数の疾患に罹患していることが多く、多剤併用とそれに伴う薬物有害事象のリスクを抱えている。ポリファーマシーは、高齢者において頻度が高く有害事象も重症例が多い。今回、老健施設の入所者が服用している薬剤数を調査し現状を報告する。

【方法】

調査期間は2018年10月から2019年3月までの6ヵ月間

調査項目は入所者が服用していた薬剤数と6剤以上の薬剤を服用している割合

【結果】

6ヶ月間に定期的に薬剤を服用していた入所者は530名であった。6剤以上の薬剤を服用している入所者は238名と全体の44.9%であった。その内、6剤服用している人が最も多く59名、2番目は7剤で56名であった。10剤以上を服用している人は43名で、中には16剤、17剤の薬剤を服用している人が1名ずついた。

【今後の課題】

現在、老健施設の医師は、中止不可能な薬剤として1)循環器用薬や糖尿病治療薬など治療上明らかに必要と思われる薬剤 2)認知症治療薬など家族の強い希望の有る薬剤 とし、それ以外で漫然と処方されている鎮痛剤や胃薬、類似した薬効の薬剤を複数服用場合など、経過をみて積極的に中止、減量に取り組んでいる。又、薬剤費の高騰も問題になっており、先発医薬品を出来る限り院内採用の後発医薬品へ変更している。

今後、薬剤師は薬剤に関する情報提供や副作用のモニタリングだけではなく、積極的に他職種と連携し処方の見直しや減薬に取り組んで行く必要がある。

BSP1-4 抗がん剤の 適正使用・安全管理

JCHO星ヶ丘医療センター 副薬剤部長
北澤 文章

がん薬物療法は、分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬の上市およびがん患者の高齢化に伴い、より最適な投与が求められるケースが増え、そのマネジメントは複雑かつ多様化している。このような情勢下、最適ながん薬物療法を提供するためには、1)業務基盤の構築、2)薬学的ケアの実践、3)エビデンスの創出の3つの領域の最大公約数を目指した展開と向上が重要である。本シンポジウムでは、JCHO京都鞍馬口医療センターの事例を中心に、がん薬物療法の最適化を目指した3領域の取り組みとその臨床成果を概説したい。

1) がん化学療法を安全かつ効率的に実施するためにレジメンを構成するすべての薬剤に対して使用方法の標準化を試みた。完全標準化はレジメン適正化の推進、安全水準の向上および医療費の縮減に有用であった。また、外来がん患者指導体制とプロトコルに基づく薬物治療管理の構築は、外来での効果的な薬学的介入をもたらした。

2) がん薬物療法における薬学的ケアの医療貢献を明確にする目的から、薬学的ケアが及ぼす臨床的、経済的および心理的効果を評価した。その結果、薬学的ケアは支持療法としての役割を果たし、膨大な医療資源の損失を回避および不安の緩和を誘導することが明らかになった。

3) がん実臨床では臨床試験のような均質な患者集団と異なることから、症例解析を通して適切なマネジメントを確立することが重要である。そこで、17種類の知見を見出し、論文を発表した。

以上より、がん薬物療法の業務基盤を立脚し、創出した様々なエビデンスに基づいた薬学的ケアの実践は、がん薬物療法を最適化するために有用かつ必要であると考えられる。現在、JCHO星ヶ丘医療センターでは外来がん治療認定薬剤師が抗がん剤の適正使用に貢献し、業績を上げている。すなわち、がん専門・認定資格を有する人材の育成は、抗がん剤の適正使用と安全管理を大きく推進する起爆剤になると考える。

座長：国府 孝敏 (JCHO大阪病院 薬剤部長)
磯谷 聡 (JCHO中京病院 薬剤部長)

BSP1-5 **地域で取り組む
医薬品の適正使用**

JCHO人吉医療センター 薬剤部
福島 ゆかり、上野 直哉、地下 隆介

1990年初頭から医薬分業が急速に進展し、外来患者は院外処方箋により保険薬局薬剤師による調剤が行われ、病院勤務薬剤師は病棟業務へと業務を拡大していった。病棟業務では入院患者への最初のかかわりは持参薬であった。持参薬を鑑別し、服薬状況を確認するとアドヒアランスの悪さ、重複・多剤投与が散見された。入院中のみならず外来を通じた医薬品の適正使用への取り組みが必要であることを痛感した。2011年から持参薬の服薬状況について地域薬剤師会、地域医療連携懇話会を通じて情報共有を図った。当時は複数の医療機関から処方されている患者は23%以上をしめ、アドヒアランスが良好である患者の割合は44%程度であった。その後2013年からは外来の処方監査の質向上のために院外処方箋へ検査データ添付を開始した。この事業は熊本県においても最初に取り組んだものであった。このことにより保険薬局による検査データに基づく処方監査の質の向上が得られ、アドヒアランス良好の患者も62%へ向上した。2016年からは多剤併用問題に着手した。しかし院内での多剤併用に対する取り組みは少しずつ実施されてはいるが、退院後や紹介元へ返した後の多剤投与への復帰など多くの問題が残された。

さらに近年保険薬局にかかりつけ機能が求められ十分機能を果たせない薬局が多くあることが問題となり、本来の機能発揮には薬局薬剤師と病院薬剤師が協働で患者にかかる情報の共有を共有し薬学的管理が必要であるとされた。そこで、連携シートを作成し、患者の服薬状況や当該処方に関する処方医の方針や院内での投薬状況、薬局が他医療機関から得た服薬情報等を相互に共有するシステムを構築し地域薬剤師会と運用を開始した。このように患者情報を一元的に共有することにより、多剤併用の問題、患者の服薬アドヒアランスの問題、医薬品の適正化の問題などが改善できることを期待している。