

一般演題：

P-12-14

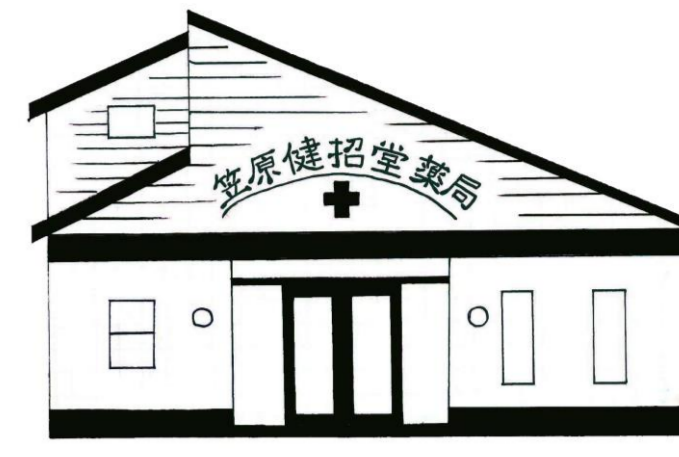
患者服用薬の残薬整理

—能登半島—薬局の実践例—

○笠原秀行、笠原友子（石川県 笠原健招堂薬局）

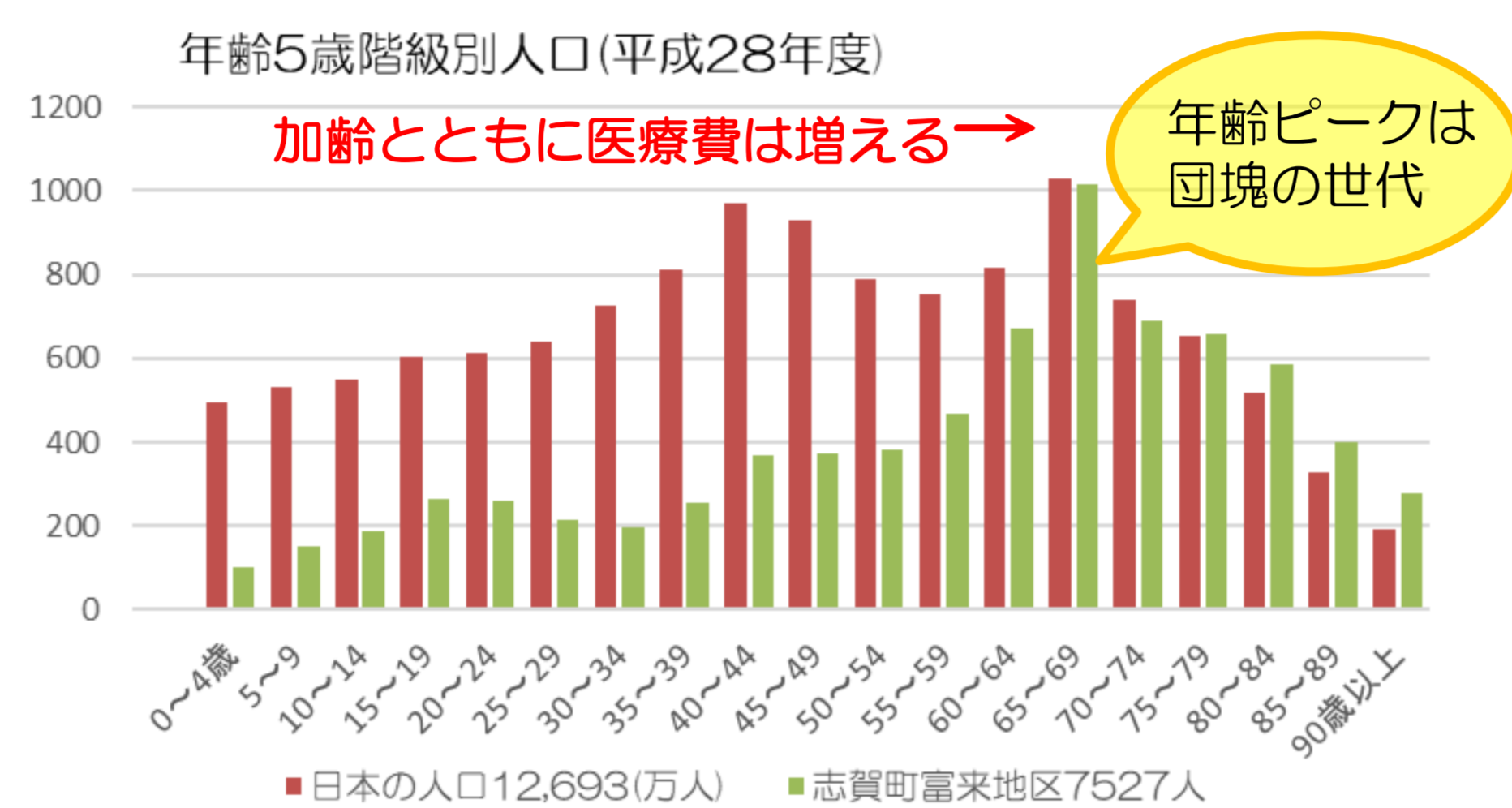
少子高齢化に向かう中、就労人口比率の低下による医療経済のひっ迫、および患者への過剰処方やポリファーマシーが問題となっている。当薬局は、人口 7527 人(2016(平成28)年3 月末)年齢 65 歳以上の高齢化率 48%の地域に位置する。

地域には、高齢者単身もしくは高齢夫婦のみの家庭が多い。患者の残薬を把握し適切に医療機関と連携をとることは、病院におけるカンファレンスに参加出来ずとも患者の治療設計に参画可能であるだけでなく、医療経済を考える上でも有用であると考えられる。2016 年 4 月の調剤報酬改正により残薬整理が評価されたことをきっかけに、薬局店頭で行った残薬整理の実践を検証する。



能登半島の西側に位置している

日本の未来図 高齢化率48%の人口構成の地区



【日本の人口】総務省統計局 年齢5歳階級別人口より平成28年10月1日国勢調査による人口。総数には年齢不詳も含む。【志賀町富来地区の人口】志賀町役場富来支所住民台帳より平成28年3月31日現在

捨てられない薬は、残薬となる

「投薬」と言う言葉が、現代も生きていと言えらるほど、手元の薬の山に途方に暮れる患者の現状がある。薬代を支払った以上、患者には「薬は個人の財産である」との認識があることに、医療者は気づかねばならない。捨てられない薬が、残薬となって患者の手元に残っている。

右は、患者が残薬持参に使用した「石川県薬剤師会「イーjeeバック」金沢弁「イイね=イーじ」とeasyをもっている



院内調剤に目を向けてみると

「なぜ、病院の先生も薬局も、手持ち薬の確認をしないで、次々に薬を出すのかね？」と問われ、返事に窮することがある。

下の写真は、1人分の廃棄薬の最高額の例。総額3,286千円の薬が、同じ病院から、薬袋に中止中と書かれたまま、調剤され続けていた。



方法

【集計期間】

調剤報酬の改正が実施された2016年4月～2018年3月までの2年間

【方法】

○残薬の有無を確認して回収。確認および回収のタイミングは、
・受診前 ・処方箋受け取り時 ・薬剤交付時

○処方箋交付医療機関へFAX連絡により、処方日数の調整を行い、再利用した薬剤の集計を実施した。

○集計は、廃棄せずに再利用した薬剤を使い、以下のように行った。

- ①受付件数・再利用した残薬の数量およびその薬価相当額の推移
- ②保険別に処理件数の割合、薬剤数量(個数)、およびその薬価相当額(単位:円)
- ③再利用された薬剤の薬効別分類およびその主たる薬剤の保険別分類

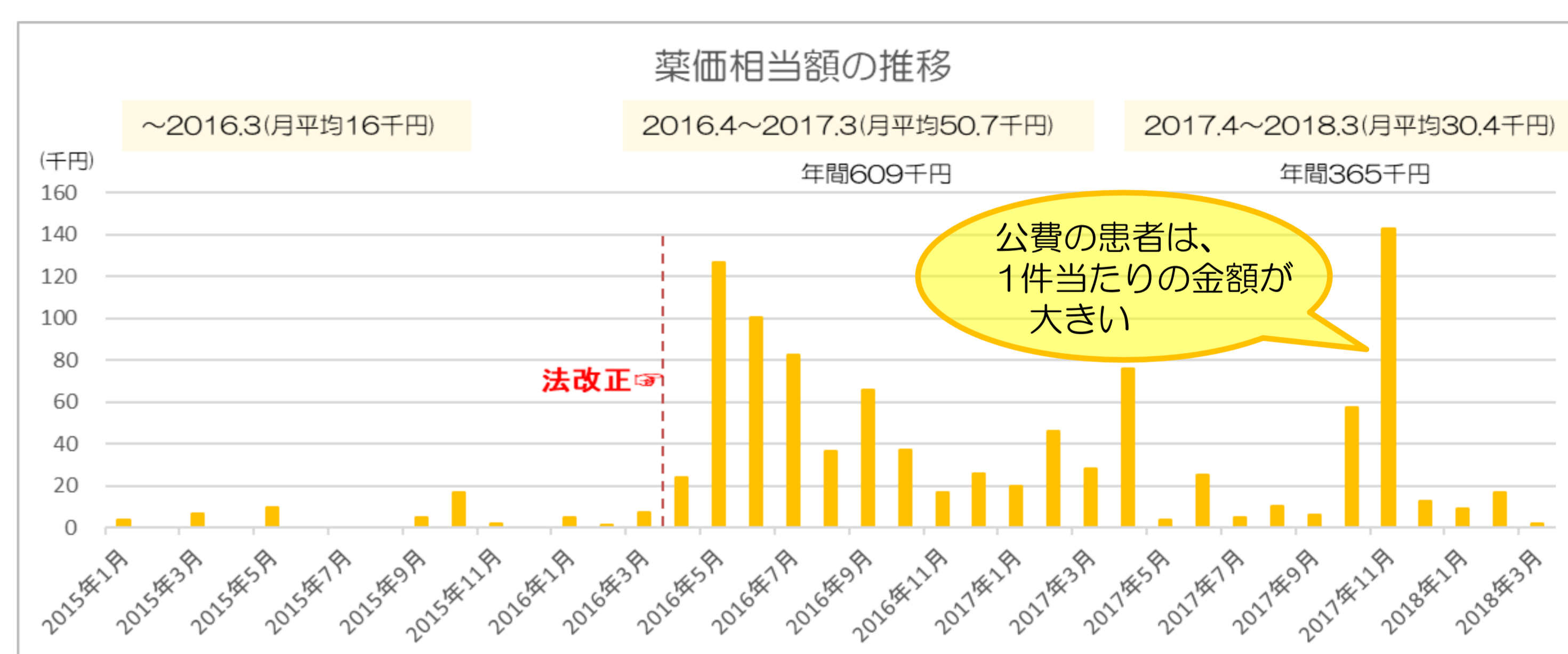
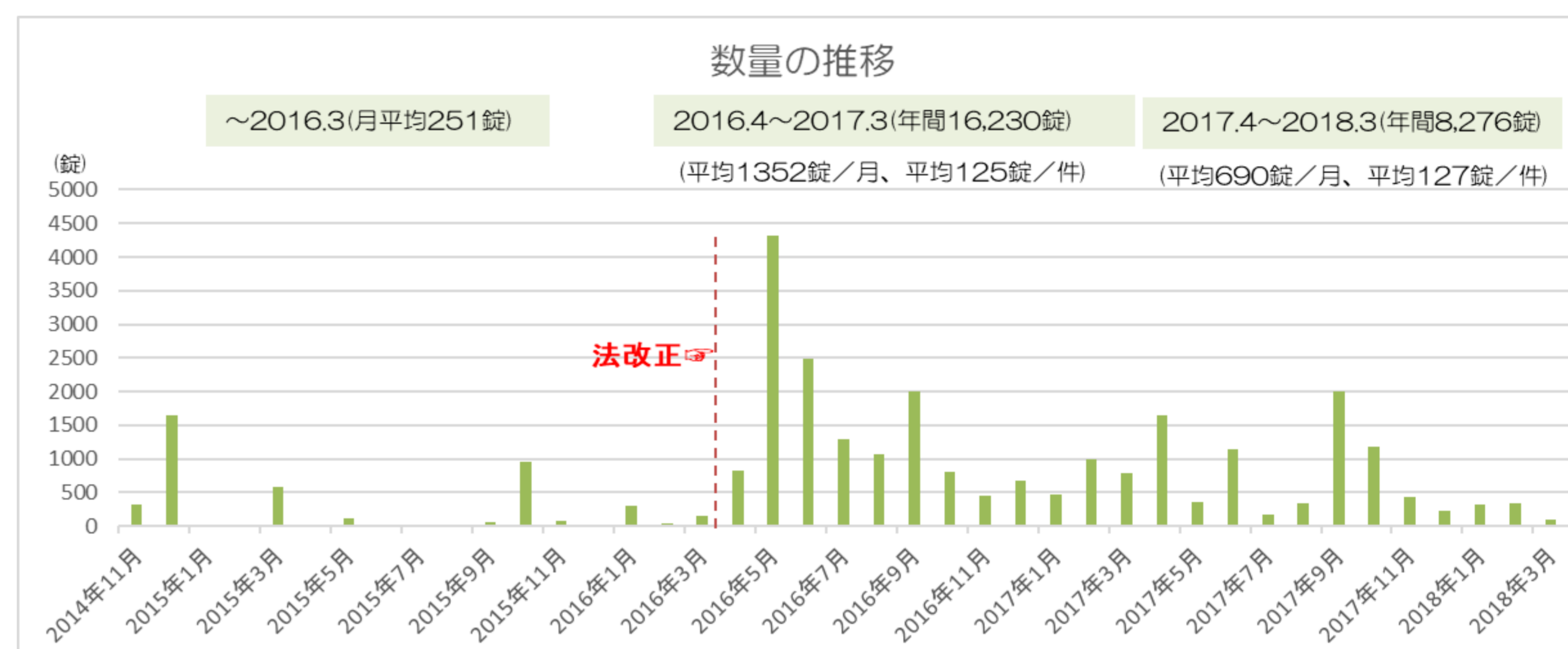
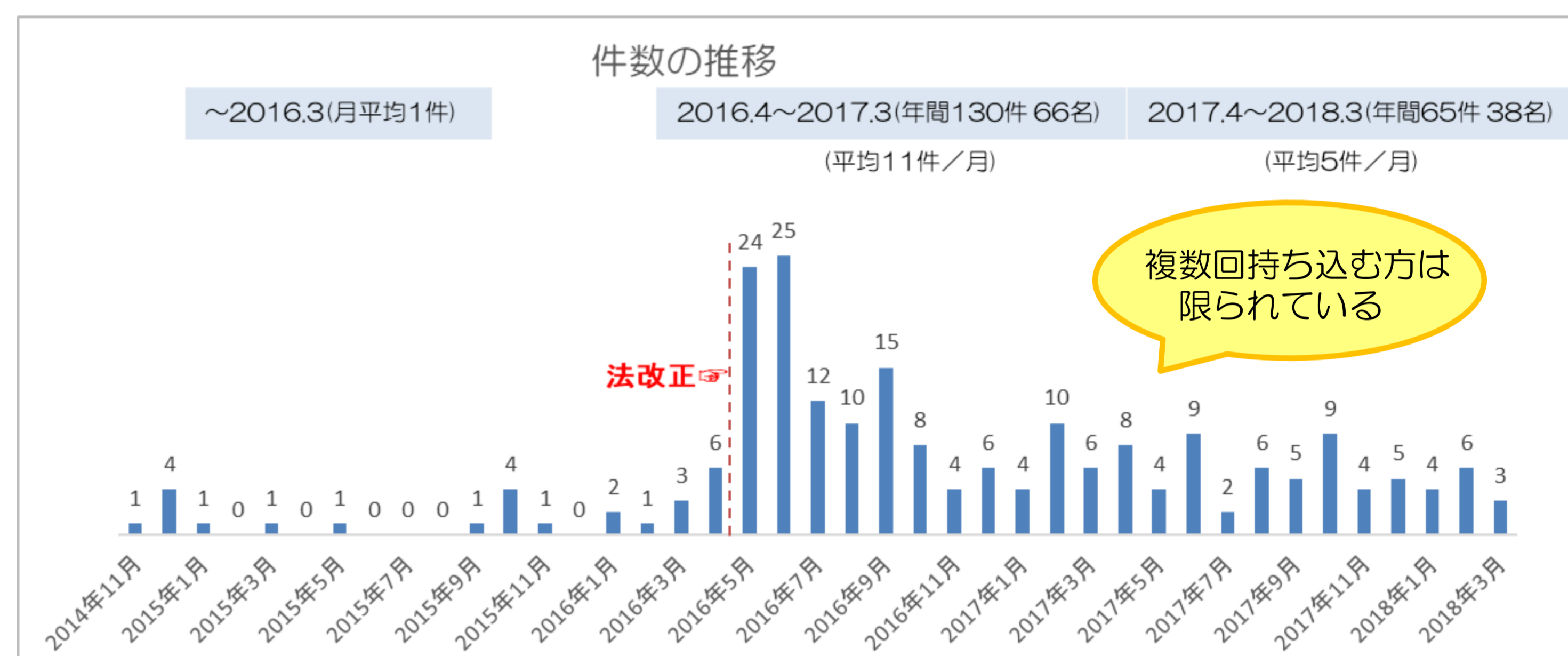
○残薬の個数および金額の集計は、薬価収載単位ごとに、その薬価にて行った。

○保険種別表記は、以下のように行った。

社会保険=社保、国民健康保険=国保、後期高齢医療保険=老保

①2年間の残薬整理 月別推移

一度整理すると、服薬は安定しやすい

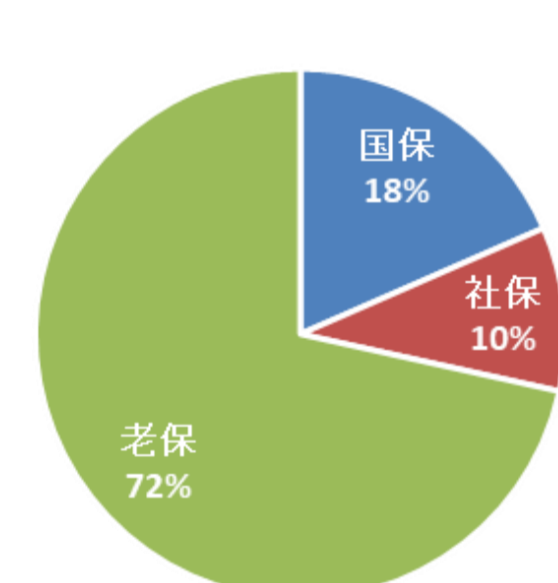


②保険別割合～残薬持ち込み者の大半は、後期高齢者が占める

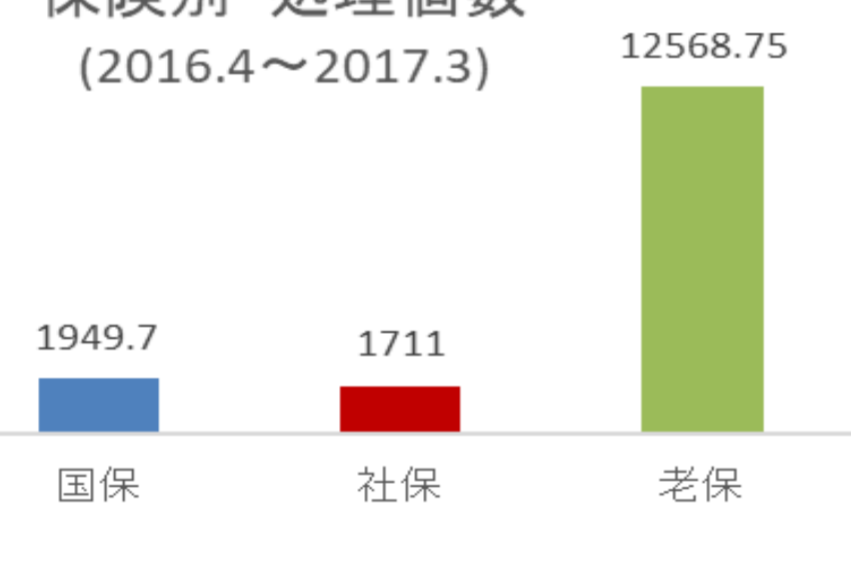
複数回の持ち込みは、後期高齢者に多い

初年度(2016.4～2017.3)

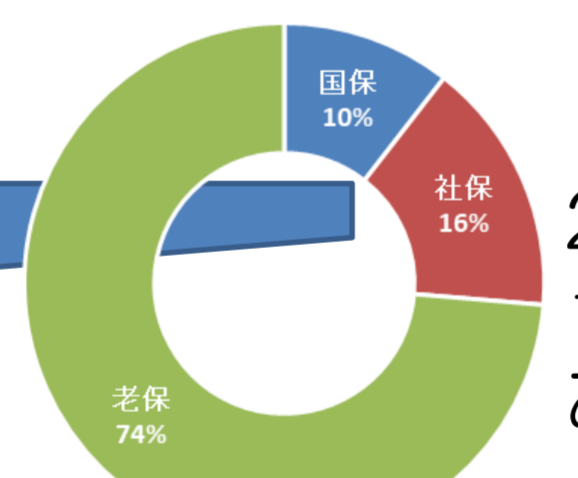
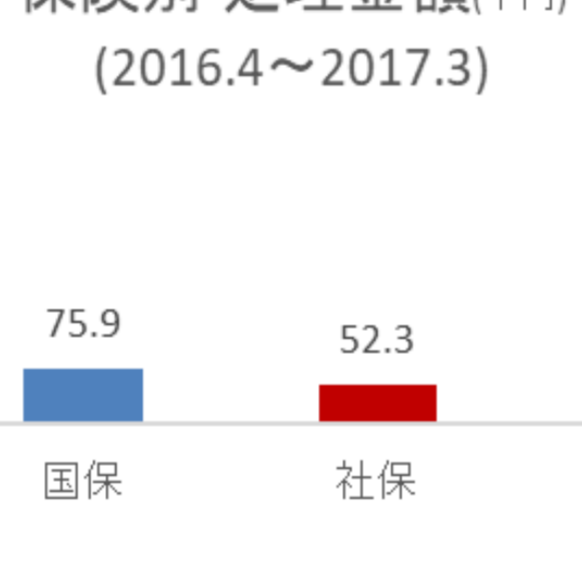
保険別 件数割合 初年度130件 (2016.4～2017.3)



保険別 処理個数 (2016.4～2017.3)



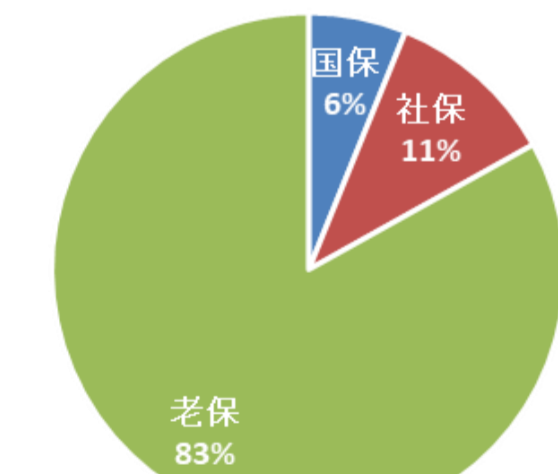
保険別 処理金額(千円) (2016.4～2017.3)



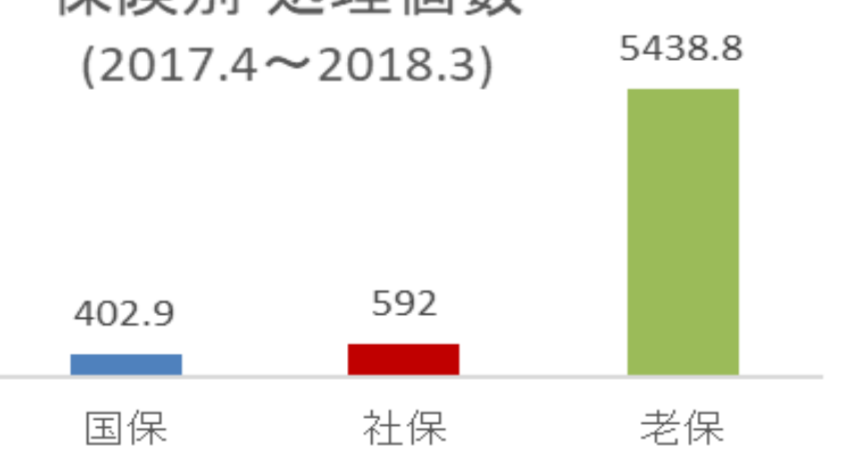
2年目は、持ち込み件数は半減するも19人の方々に継続的に残薬の持ち込みがあった。その大半が後期高齢者であった。

次年度(2017.4～2018.3)

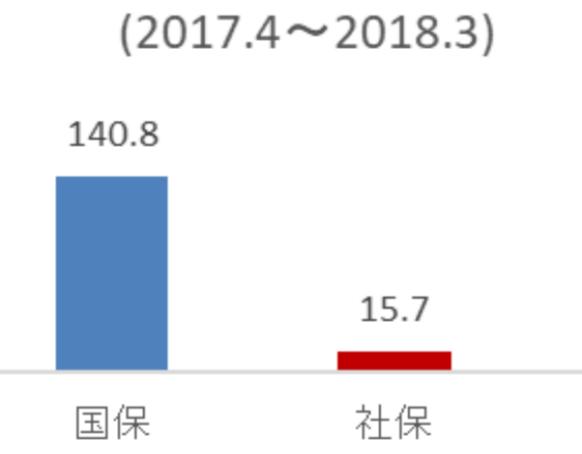
保険別 件数割合 次年度65件 (2017.4～2018.3)



保険別 処理個数 (2017.4～2018.3)



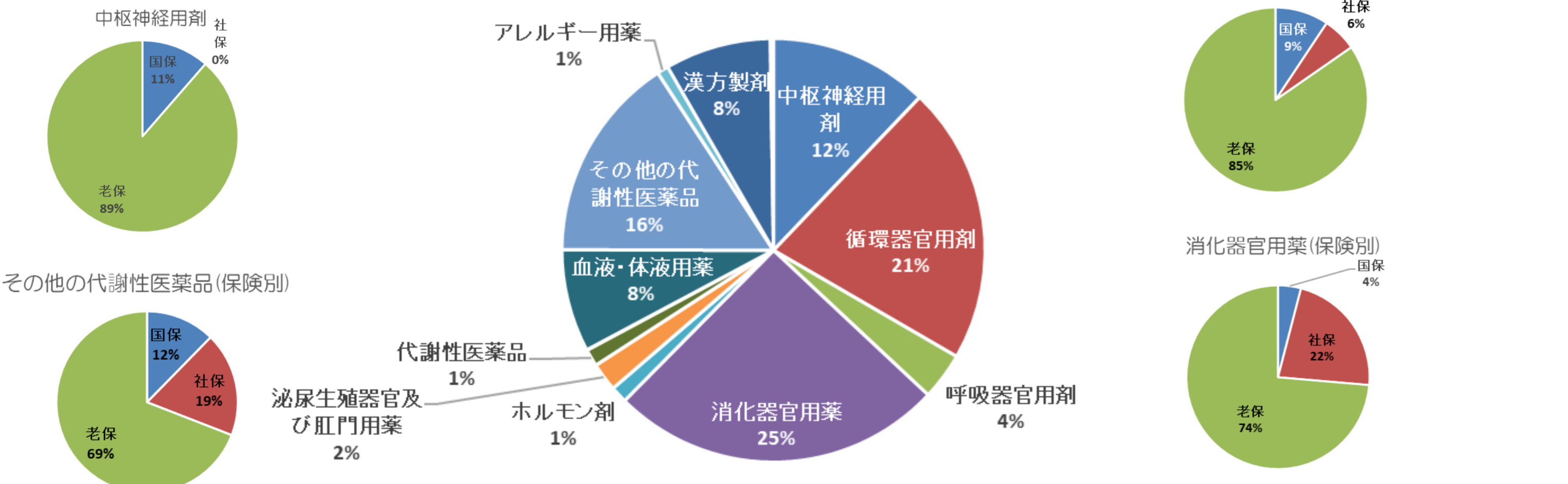
保険別 処理金額(千円) (2017.4～2018.3)



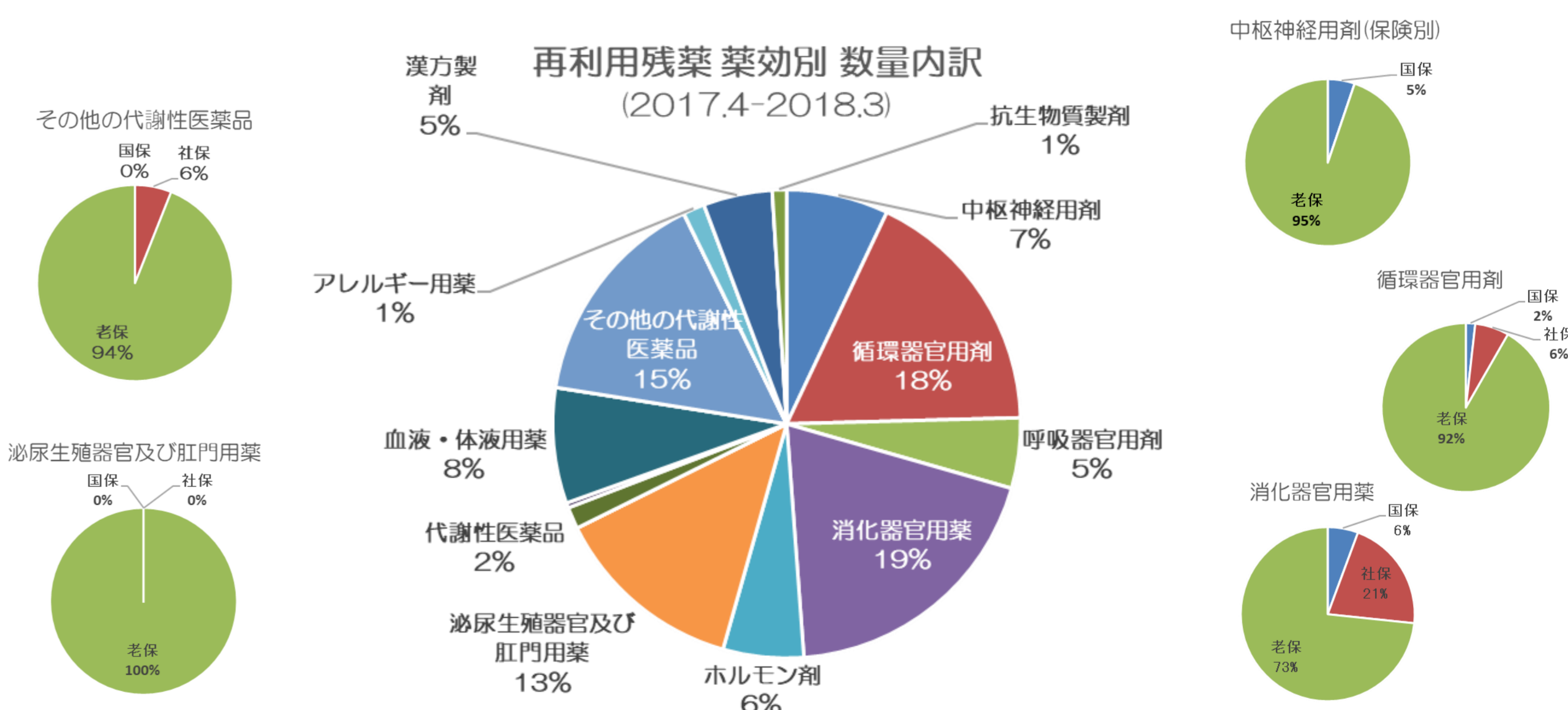
③薬効別分類～意外にも重要な薬が飲まれていない。ほんとうに必要な薬剤量であったのだろうか？

残薬を薬効別に分類すると・・・

再利用残薬 薬効別 数量内訳 (2016.4-2017.3)



2年目になると・・・



効率化のよりの非効率～日本の医療費の多くが、捨てられている現実

- ・従来より残薬確認は実施しており、法改正は残薬解消の後押しとなったと考えられる。
- ・患者の手元に残薬があることが、服用困難の原因となる例を散見した。認知症発見のきっかけとなった例も複数存在した。1日の服用回数や薬剤総数を減らすことで、アドヒアランスの向上がみられ、結果として残薬や廃棄薬が減り、服薬が正常化する例は年齢を問わず存在した。服薬環境と意識がリセットされるものと思われる。
- ・残薬調整は、居住地に近い薬局へのかかりつけ薬局化へのきっかけとなったと思われる。
- ・医師に対しては、薬剤未服用把握の機会となり、過剰処方対策にもなると思われる。実際に、服用時点の段階的な縮小により(分3処方から分2・分1へ)服薬が安定し、血糖コントロールが格段に向上した例もあった。

- ・残薬解消の鍵は、1剤中の薬剤数や、病院薬剤師の外来処方に対する姿勢にもあると思われる。
- ・薬剤師のいないクリニックでの院内調剤に不安を訴える患者もあり、服薬支援の依頼も受けている。薬剤過剰投薬や薬剤相互作用の視点から、医師の管理下での調剤業務に一考の余地を感じる。
- ・一包化薬剤とヒート薬剤の残薬整理の報酬は、別に考える必要があると思われる。
- ・小児に小児薬剤量があるように、代謝の落ちた高齢者にも薬剤量を考慮すべきと思われる。
- ・介護現場では、すぐに内容把握できない薬剤を、全廃棄している例を多く見聞きした。患者の状態把握のみならず医療経済を考える上でも、薬剤師と介護関係者との連携の有用性を考えた。能登地域における「医療・介護の職種と薬剤師を結ぶ お薬教室」実施への動機づけとなった。(石川県薬剤師会羽咋支部発表ポスター P-17-15参照)