

病院紹介



診療科

- ・内科
- ・外科
- ・消化器外科
- ・整形外科
- ・脳神経外科
- ・循環器科
- ・泌尿器科
- ・耳鼻咽喉科
- ・皮膚科
- ・小児科

病床数 198床

- ・一般病棟:90床
- ・地域包括ケア病棟:16床
- ・障害者病棟:42床
- ・回復期病棟:50床

薬剤師数 常勤11名、非常勤1名

病棟常駐薬剤師 各1名/2病棟(一般病棟)

無菌製剤処理加算件数 約10件/日

処方箋枚数 院内処方:内服50~60枚/日、注射40~50枚/日
院外処方:350枚/日

外来患者数 平均420人/日

入院患者数 平均172.4人/日

病院実務実習受入人数 4名(平成29年度)



平成28年度診療報酬改訂において

薬剤総合評価調整加算

が新設され、

- ・入院前に内服を開始し、4週間以上経過した内服薬が6種類以上
 - ・退院時に処方される内服薬が2種類以上減少
- 上記条件を満たした場合、算定可能となった。

2016年4月～2017年3月の当院退院患者2029名の内、

・算定件数の内訳

(月別、診療科別、医師別算定件数、中止提案者、入院前服用薬の処方元の割合)

・中止薬剤の詳細

(中止理由と中止薬剤、理由別件数)

について調査し、今後の病棟薬剤業務への活用の可能性について検討した。

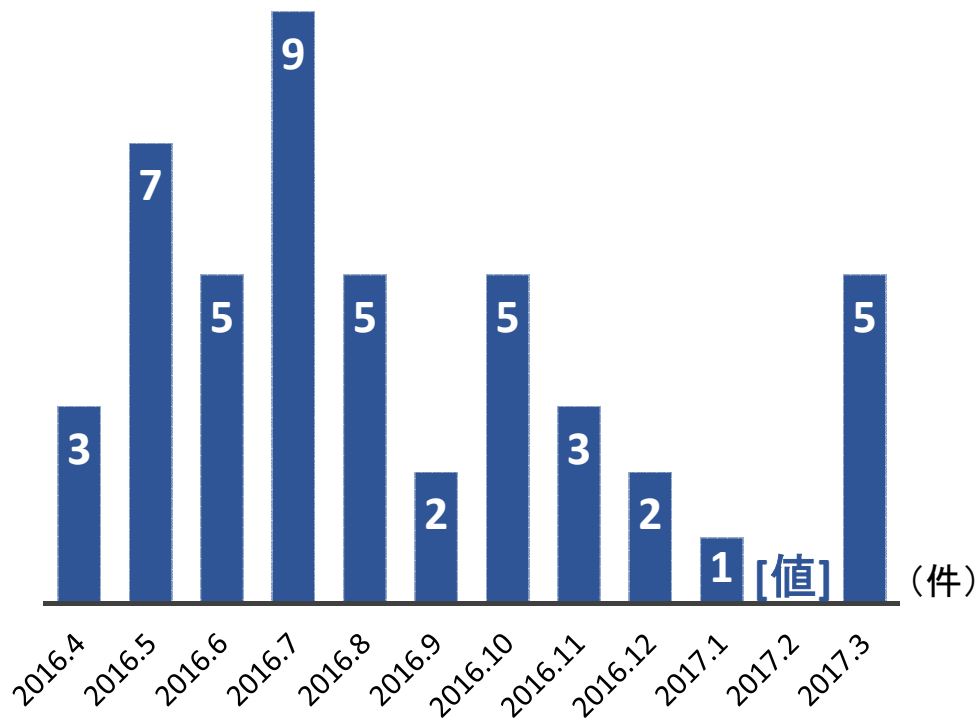
算定件数(月別)



集計期間: 2016年4月～2017年3月

算定件数: 合計 **47** 件

月別算定件数



薬剤中止の契機



中止提案者



入院前服用薬の処方元



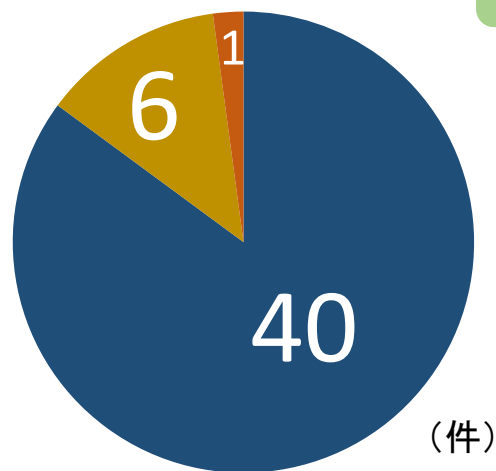
算定件数(医師別、診療科別)



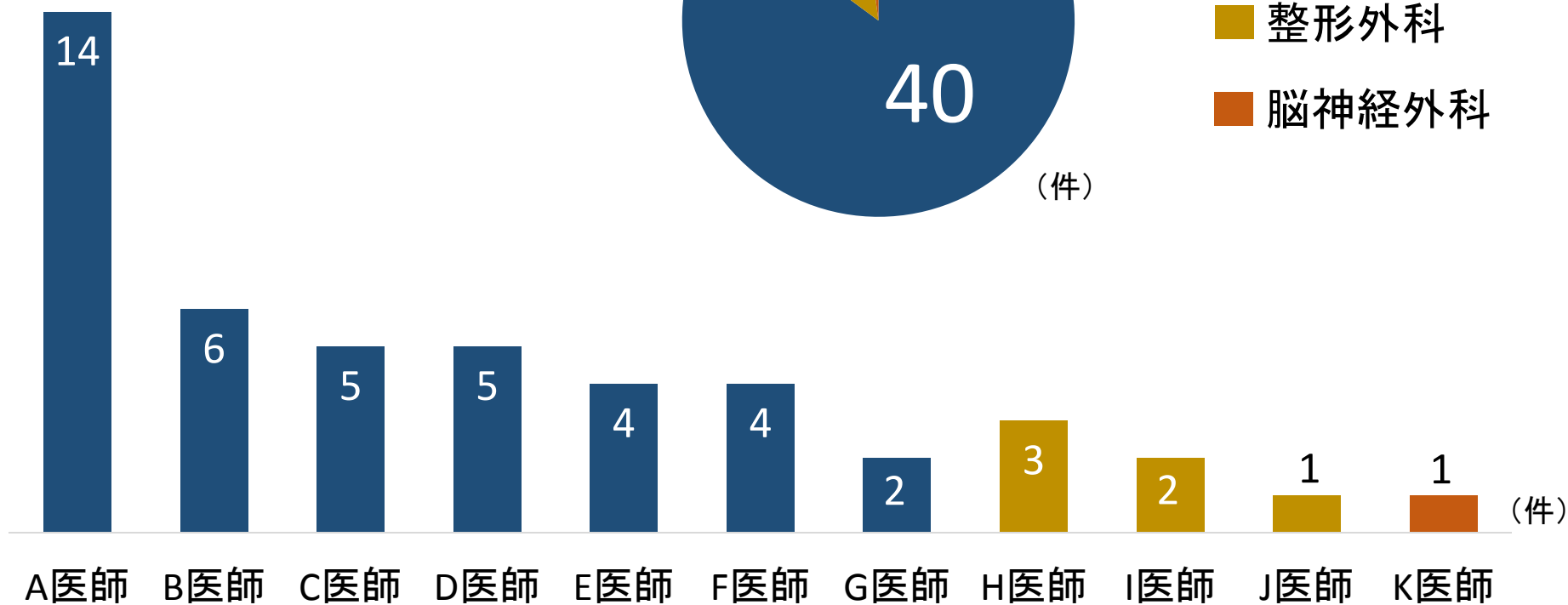
集計期間:2016年4月～2017年3月

算定件数:合計 **47** 件

診療科別算定件数

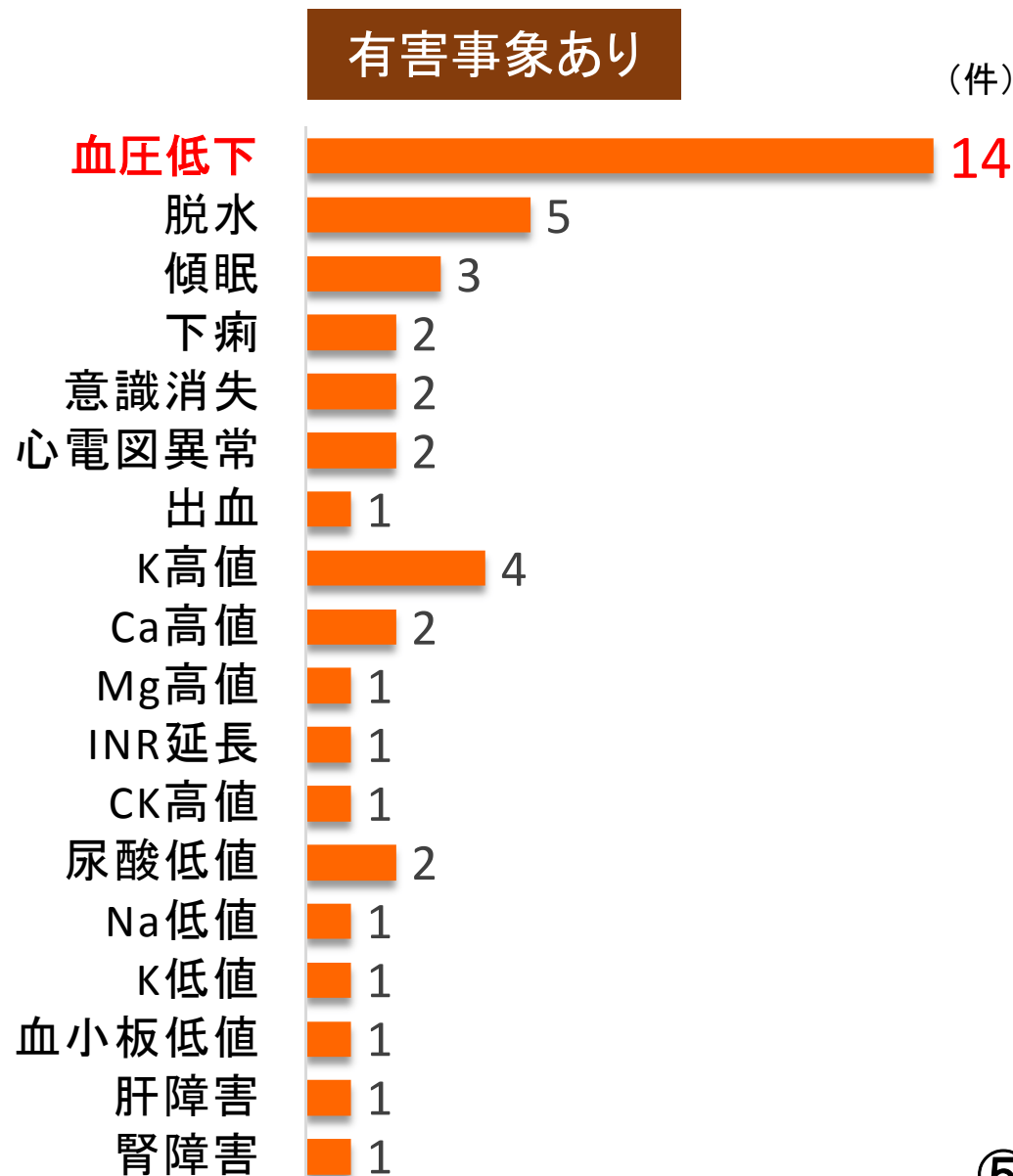
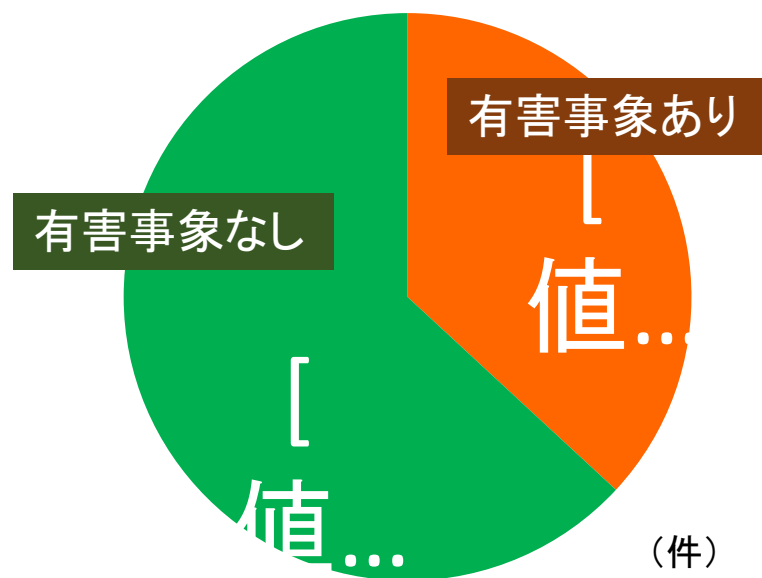


医師別算定件数



薬剤中止理由

算定患者の内、
薬剤中止理由件数：合計**122**件



薬剤中止理由



有害事象なし

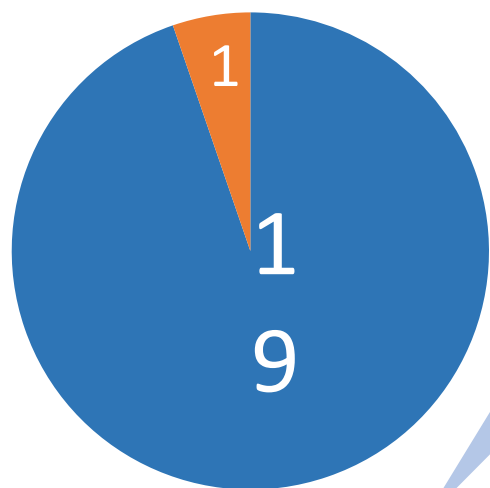
(件)



降圧薬の中止

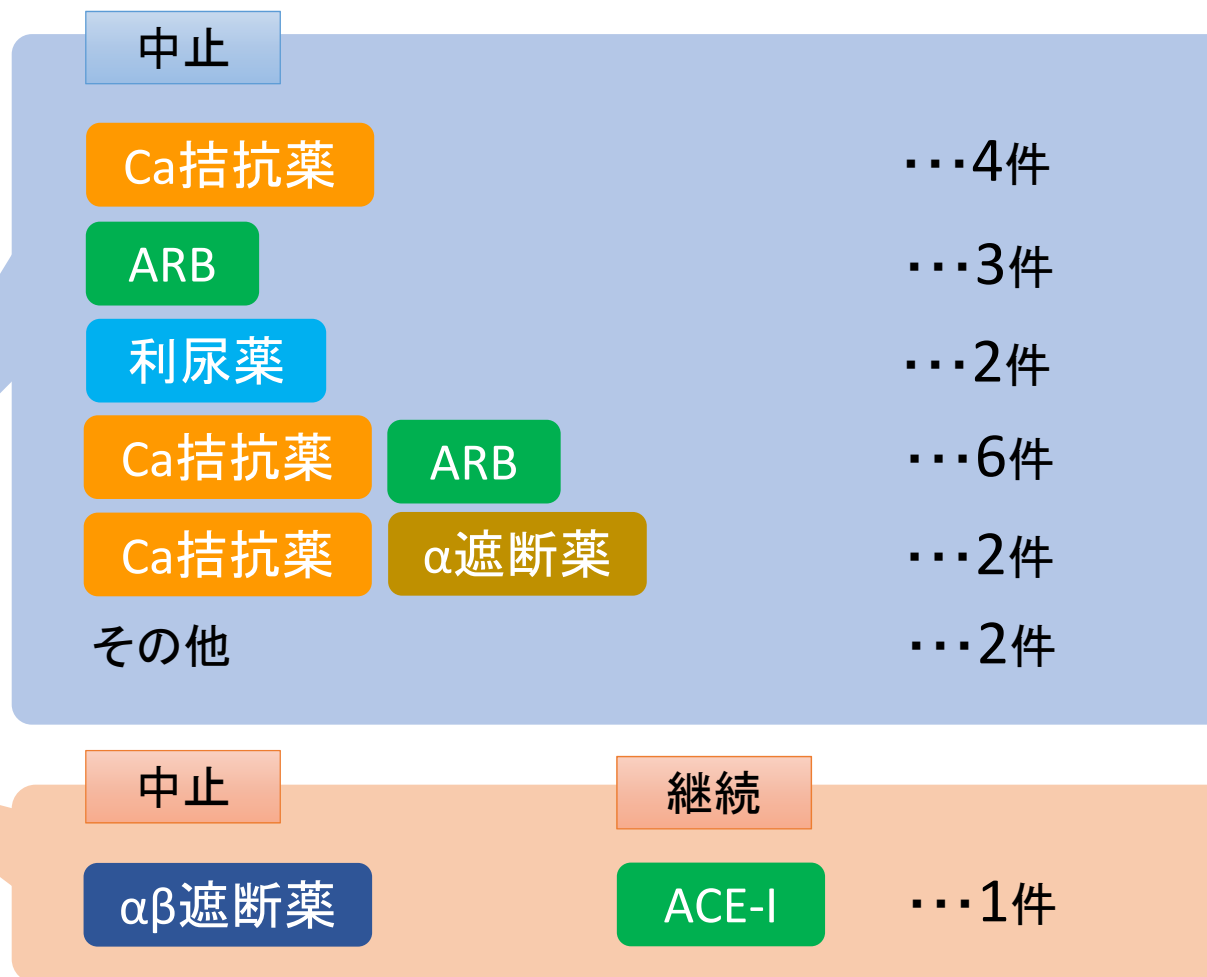
中止理由

- ・降圧薬服用中に**血圧低下**あり(14件)
- ・**血圧上昇**ないため中止の降圧薬再開せず(6件)



■ 全ての降圧薬中止

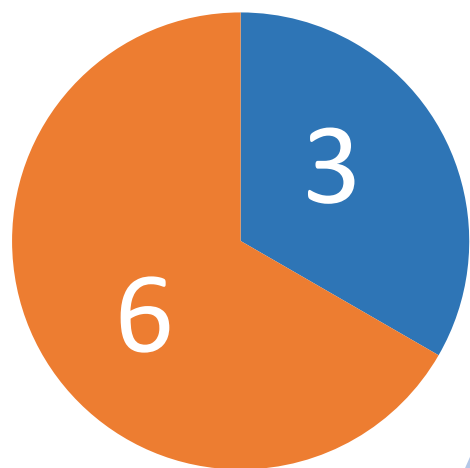
■ 一部の降圧薬中止



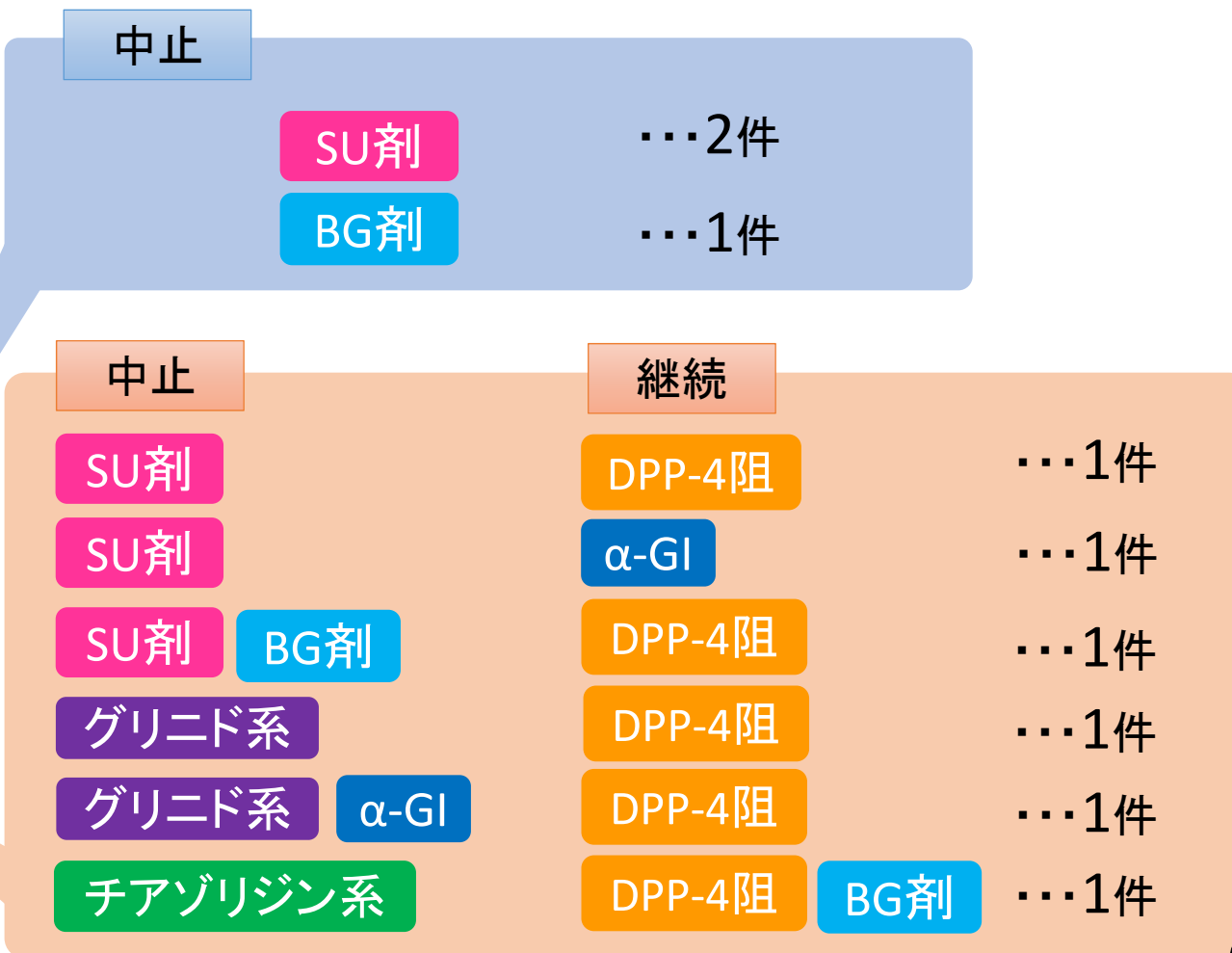
糖尿病用薬の中止

中止理由

- ・食事摂取不良にて**低血糖リスクあり**(2件)
- ・高齢にて**腎機能悪化、低血糖リスクあり**(7件)



- 全ての糖尿病用薬中止
- 一部の糖尿病用薬中止



血圧低値、胃薬重複を理由に薬剤中止、加算算定に至った症例

【患者背景】 性別:女性 年齢:73歳 身長:148.0cm 体重:48.05kg

【既往歴】 糖尿病、高血圧、脂質異常症

【副作用・アレルギー歴】 なし

【入院前投薬歴】

《当院内科処方》

リバロ錠1mg	1錠			ムコスタ錠100mg	3錠	分3	毎食後
ミカルディス錠80mg	1錠			シルニジピン錠10mg	1錠	分1	夕食後
ジャヌビア錠50mg	0.5錠	分1	朝食後	エパルレスタット錠50mg	3錠	分3	毎食前
ファモチジン錠20mg	2錠	分2	朝食後・眠前				

【入院前の経過】

便潜血陽性にて大腸内視鏡検査施行したところ盲腸腫瘍あり、
内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)目的で入院。

第1病日

ESD施行にて絶食、**入院前服用薬全て中止**。
血糖はインスリンのスケール打ちにて対応。

第5病日

ESD後経過良好。食事再開。

第8病日

入院前服用薬全て再開。

患者家族より、服用薬を最小限にしてほしいと薬剤師に相談あり。

入院後、降圧薬中止中も**血圧90-110/50-70mmHg**である
胃薬として**胃粘膜保護薬**と**H2受容体拮抗薬**服用している
上記踏まえ、降圧薬**ミカルディス**、**シルニジピン**の減量または中止、**ムコスタ**中止について薬剤師から主治医に提案。

主治医より**ミカルディス**、**シルニジピン**、**ムコスタ**中止指示あり。
血圧については今後外来にてフォローとなった。

第10病日

降圧薬中止後も血圧110/50mmHg前後とコントロール良好。
ミカルディス、**シルニジピン**、**ムコスタ**中止のまま退院。

薬剤総合評価
調整加算算定
7剤⇒4剤

退院後8日目、外来受診

降圧薬中止し、家庭血圧(収縮期)110-130mmHgと
やや上昇。**ミカルディス**40mgから再開。

ミカルディスについては中止し退院後、家庭血圧上昇にて再開されていた。
薬剤を中止し、退院し終了ではなく、退院後も継続したフォローが必要であることを改めて実感した。

- ・算定件数の内、薬剤中止の契機は医師が多く、薬剤師の割合が少なかった。

薬剤師から医師への薬剤減量・中止の提案は行っているが、それらが実際に加算算定に結びついていないため、今回の集計では少ない割合になったと思われる。

- ・診療科別では内科が多く、また入院前服用薬の処方元は当院以外からも多かった。

『内科』は服用薬が直接治療疾患に結びつくことが多いこと、
『整形外科』は治療に直接関わらないことが多く、入院前服用薬の評価に積極的な介入が行われないことが理由と思われる。

入院前服用薬の処方元について、いわゆる身内である当院からの方が手を付けやすい印象があったが、ほとんど影響しないことが判明した。

- ・降圧薬は、全てを中止にする症例が多く、その中でもCa拮抗薬の中止件数が多かった。

Ca拮抗薬は比較的処方割合も多く、降圧効果も高いことから中止に結びつきやすいものと思われる。

- ・糖尿病用薬は、SU剤、グリニド薬を中止し、DPP-4阻害薬を継続する症例が多かった。

入院後絶食、糖尿病用薬全てを中止し、食事再開に伴いまずDPP-4阻害薬のみ再開、その後SU剤は再開せず退院になることが多い。

DPP-4阻害薬は単剤では低血糖リスクが低く、まず最初に再開しやすいこと、SU剤は高齢者では低血糖や腎機能悪化リスクがあるため再開しにくいことが、今回の結果に至った理由と思われる。

- ・薬剤中止の理由として、血圧低下が一番多く、次いで傾眠・不穏症状なし、各種検査値異常、低血糖リスクありの順であった。

血圧や血糖値、血液検査の値など薬の効果を数値で判断できるもの、傾眠などの具体的な症状を元に判断できるものが、中止に結びつきやすいものと思われる。

薬剤師も治療効果判定が可能であり、積極的な提案ができる！

不要な薬剤を中止することで、患者への副作用発現率の低減、医療費の削減に繋がる。

今後は退院した全患者を対象に、薬剤師による中止提案の割合を集計し、薬剤師間で結果の情報共有を行い、不要な薬剤の評価、中止提案をよりしやすくすることで、算定件数の増加、薬剤の評価に対する意識向上に繋げ、患者利益の更なる向上を目指していきたい。

日本病院薬剤師会関東ブロック
第47回学術大会
利益相反の開示

筆頭発表者名： 今井 孝典

私は今回の演題に関連して、
開示すべき利益相反はありません。