認知症サポートチーム(DST)回診における薬剤師の役割

～適切な薬剤管理への対応～

中根 丈晴[1)]　関口 浩之[1)]　山下 雄介[1)]　神澤 孝夫[2)]　美原 盤[3)]

1)公益財団法人脳血管研究所 附属美原記念病院 薬剤部

2)公益財団法人脳血管研究所 附属美原記念病院 脳卒中部門

3)公益財団法人脳血管研究所 附属美原記念病院 神経内科

[目的]当院は脳血管障害の専門病院であり、脳血管性認知症を始め、認知機能が低下している患者は少なくない。高齢者においては多剤併用により認知機能低下のリスクが増加するとの報告もあり、ポリファーマシーが臨床上の大きな課題となっている。ポリファーマシーを避けるためには、定期的に処方薬を見直し、減薬を検討することが重要である。当院では、週1回の認知症サポートチーム(DST)回診のメンバーに薬剤師も加わり、減薬をキーワードとした薬剤提案を実施しているので報告する。

[方法]薬剤師は回診前に、対象患者の処方薬を把握し、減薬可能な薬剤を検討し、回診時に医師に提案をした。今回、2017年4月から10月までの期間における薬剤師が医師に提案した事項について調査した。

[結果]7ヶ月間での提案件数は65件であった。そのうち、53件(受諾率：82%）の処方が変更となった。処方変更の内訳として、薬剤中止77%、その他の薬剤へ変更13%、薬剤追加10%であった。薬剤が中止された理由は、症状改善後の漫然投与が46%と一番多く、処方目的不明25%、副作用の疑い17%と続いた。中止された薬剤の薬効分類は、消化性潰瘍用剤が一番多く、次に整腸剤、そして、降圧剤、無機質製剤であった。

[結論]DST回診において薬剤師から医師への提案事項を調査した結果、提案理由や中止された薬剤の薬効が明らかとなった。今後、これらの情報は処方を評価する際の参考になると思われる。また今回、薬剤が中止された理由の1つに重複投与が1件もなかったことから、当院における処方薬と持参薬との重複投与チェック対策が機能していたことが示された。薬剤師のDST回診への参加は、医師との直接の対話、看護師・コメディカルスタッフとの意見交換、また、減薬を意識した情報の提供が可能であり、チーム医療における薬剤師の専門性が発揮できる場として意義深いと思われる。