



# 糖尿病性腎症重症化予防プログラムを 薬剤師の視点から考える

綾部市立病院 薬剤部  
太田 翔一

# 糖尿病性腎症の管理と薬物療法

「適切な血糖・血圧・脂質・体重のコントロールによって  
最小血管合併症や大血管合併症の発症・進展を防ぐ」

糖尿病治療

高尿酸血症治療

高血圧治療

脂質異常症治療

貧血治療

尿毒症症状治療

CKD-MBD治療

CKDの原因に対する  
治療

- ・他科、他院受診
- ・多剤服用(ポリファーマシー)



# ポリファーマシーを引き起こす要因

» 医療システムに関するものをはじめ、患者に関するもの、医療者に関するもの、その他が考えられる。

- 平均余命の増加
- 新しい治療や技術の発達
- 予防医療の増加

- 正確な教育の能力の欠如
- 医療者の連携不足

- 年齢 ・ 性別
- 社会経済的地位
- 健康状態の悪さ
- 薬剤の種類(用法煩雑)
- 服薬管理

- 患者 / 医療者間の  
コミュニケーション・連携不足



# 皆様と共有したいこと

- » 糖尿病腎症重症化予防プログラムの役割分担図から薬剤師の立ち位置を考える。
- » 多科・多剤服用(ポリファーマシー)
- » 薬剤師が介入することへの可能性



# 保健師さんより

» 患者宅を訪問すると…

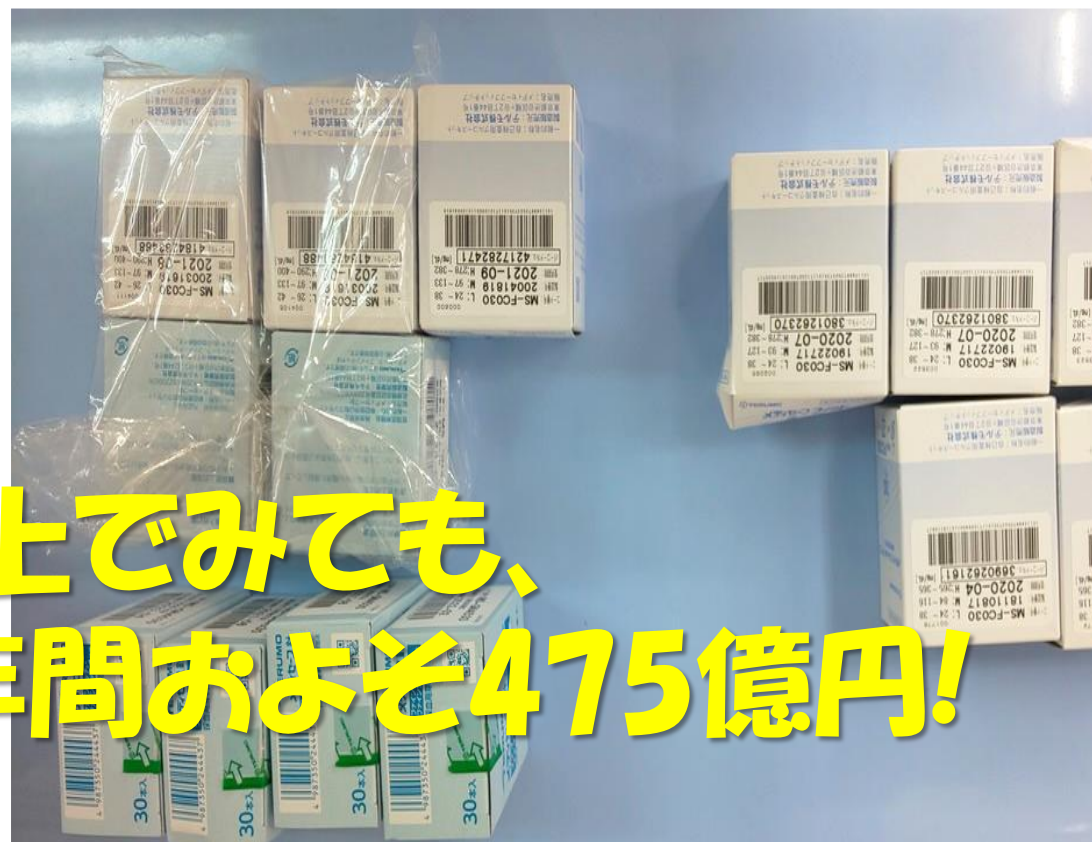
⇒ 残薬がものすごくたくさん  
飲む回数が多い。まとめられないものか？  
薬剤の必要性に疑問を感じる。

具体的な解決策が  
わからない！



- 薬剤師は服薬指導
- 薬剤の調整
- 薬剤師の訪問  
(訪問薬剤管理指導)





**在宅の75歳以上でみても、  
残薬の総額は年間およそ475億円!**

# 思いもよらないことで緊急入院・・・

～ えっ？ 介入したら緊急入院 ～

- » 内服管理ができていない患者
- » ケアマネージャーが訪問看護利用を提案

かかりつけ医は 訪問看護・訪問薬剤管理指導 指示書作成  
これできっと内服・注射が出来るだろう

## » 低血糖で緊急入院

### 入院中に実施したこと

- 担当院外薬局からの  
情報提供→残薬多数
- 入院中に薬剤の整理
- 退院後の服薬カレンダー  
(院外薬局へ依頼)



# アドヒアランスの低い患者への対応

## 服薬管理能力の把握

アドヒアランス  
低下の確認

暮らし・生活スタイル  
の評価

- 患者さんとの会話だけで、どこまで評価できるのか？

**Point!**





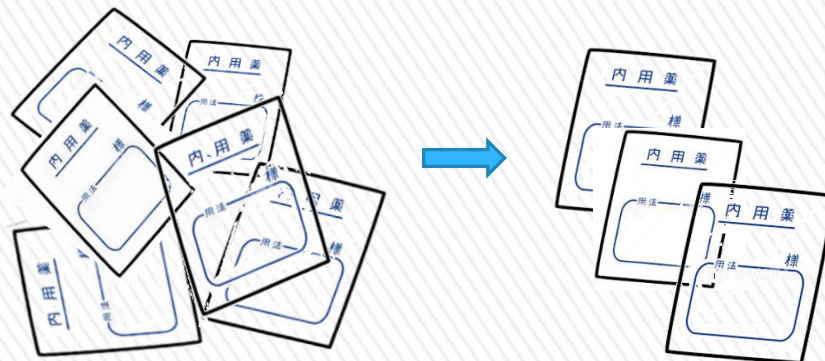
# 一包化



# 服薬カレンダー



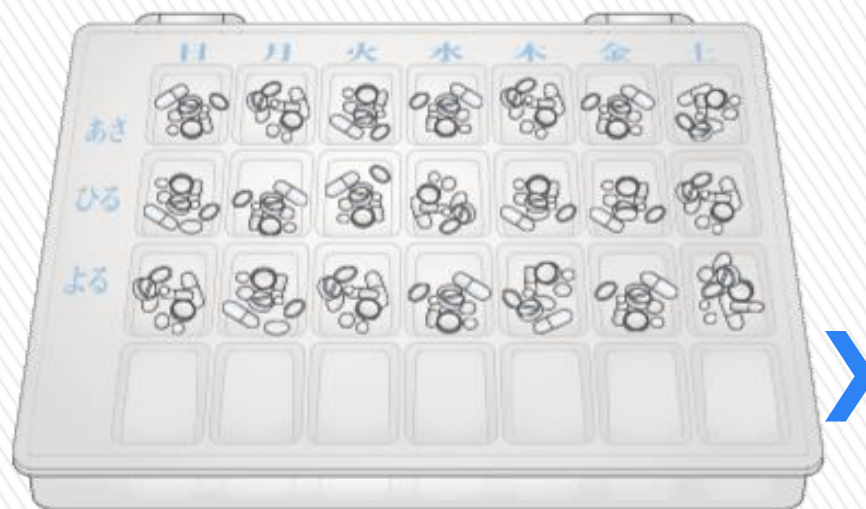
# 薬剤整理



# 他科処方一包化

毎日投与 ⇒ 週1投与  
分3・食前後 ⇒ 分3 食前のみ  
分3 食後 ⇒ 分1 昼食後1回

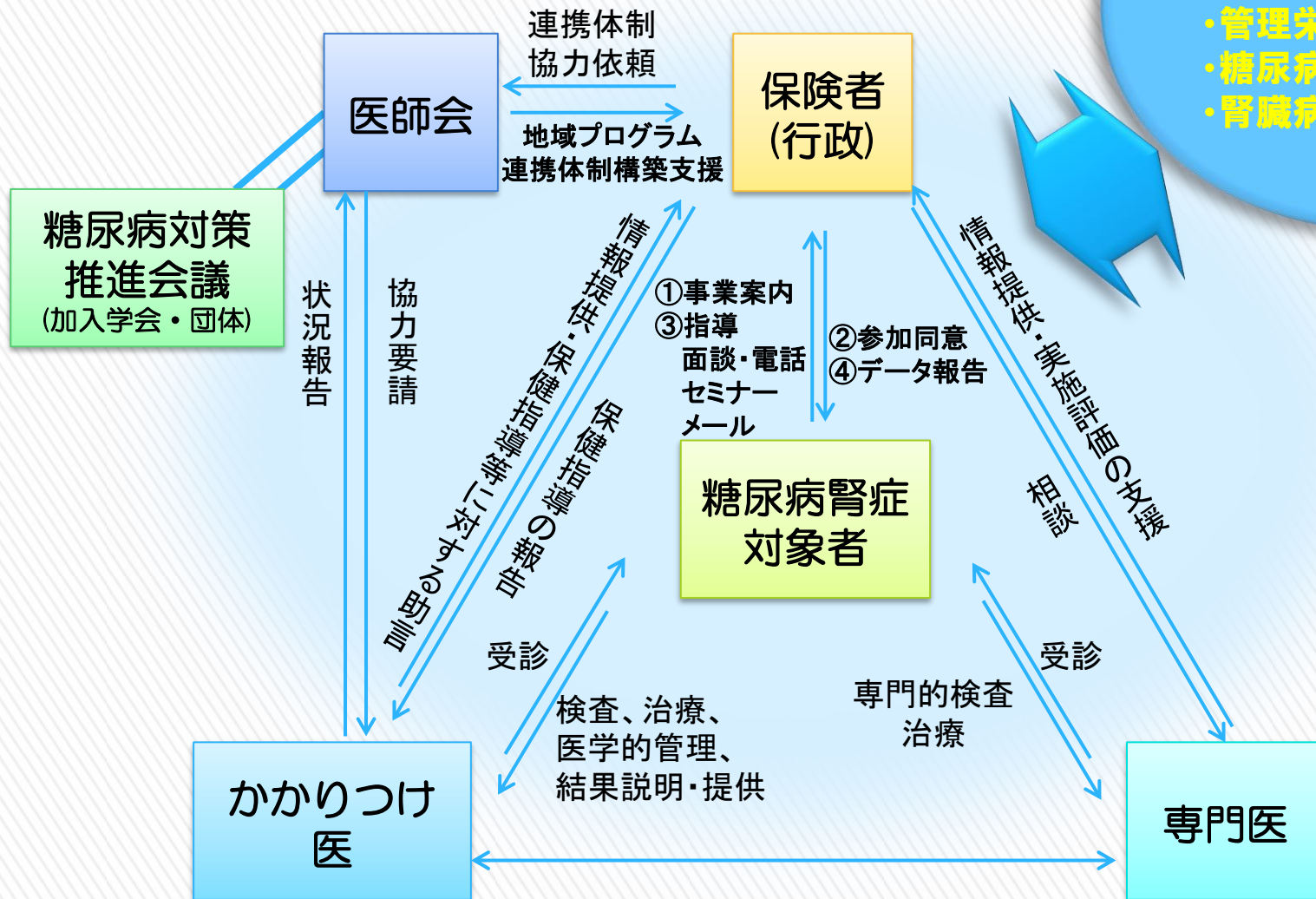
# お薬ケース



# 関係者の役割分担

## 外部専門家

- ・薬剤師
- ・管理栄養士
- ・糖尿病療養指導士
- ・腎臓病療養指導士



☆京都府版☆ 必要な診療科への紹介、**薬剤師**、看護師・保健師、管理栄養士等と連携関係を構築するなど、患者中心とした医療を提供する。と記載

# 綾部市でできていること

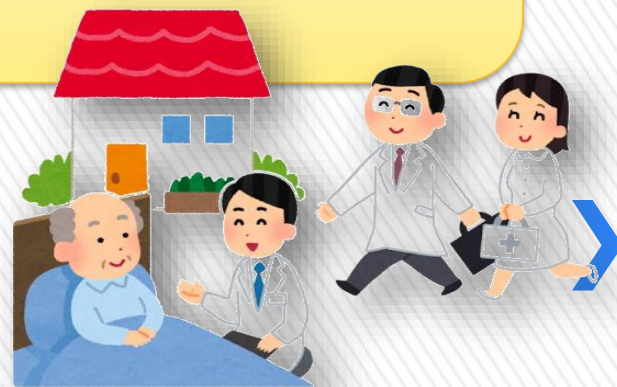
- » **保険指導:保健師（医師の指示）**
- » **保健師から保険薬局薬剤師へ相談**（薬局・担当者を限定しない）
- » **薬剤介入:主治医への状況報告・提案**
  - ・ 訪問薬剤管理指導 指示を受け 訪問

## 薬剤師の介入

- 服用薬剤数を減らす
- 剤型の選択
- 用法の単純化
- 調剤の工夫
- 管理方法の工夫
- 処方・調剤の一元管理

## 訪問してこそ判明

- ・ 健康状態の悪さ
- ・ 薬剤の種類（用法煩雑で内服困難）
- ・ 服薬管理



# 糖尿病連携手帳



## ◆糖尿病連携手帳 を活用していますか？◆

- » ① 知っている 積極的に配布し活用している
- » ② 知っている 積極的には使用していない
- » ③ 知っている 使っていない
- » ④ 見たことはあるが使っていない
- » ⑤ 見たことないです！



# 糖尿病連携手帳

## ● 糖尿病連携の概略と説明

# 連携

### かかりつけ医

毎月の定期受診



### 患者さん

診察には必ず「糖尿病連携手帳」を持参

この手帳は個人の責任で大切に保管・管理してください



### かかりつけ歯科医

定期的に歯科検査を受ける



### ケアマネジャー

介護の現場で主治医と情報を共有



### かかりつけ眼科医

定期的に眼底検査を受ける  
「糖尿病眼手帳」  
日本糖尿病眼学会 発行



### 市区町村(保健師・管理栄養士)

重症化予防の保健指導と受診勧奨



### 病院

医療チームによる教育・合併症の評価・治療方針の決定



### かかりつけ薬剤師

服薬状況の管理・把握



■かかりつけ医 (連携バスの使用/ なし ・ あり )

医療機関: \_\_\_\_\_ 主治医: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

TEL: ( \_\_\_\_\_ )

■病 院 (連携バスの使用/ なし ・ あり )

医療機関: \_\_\_\_\_ 主治医: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

TEL: ( \_\_\_\_\_ )

■かかりつけ眼科医 (連携バスの使用/ なし ・ あり )

医療機関: \_\_\_\_\_ 主治医: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

TEL: ( \_\_\_\_\_ )

■かかりつけ歯科医 (連携バスの使用/ なし ・ あり )

医療機関: \_\_\_\_\_ 主治医: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

TEL: ( \_\_\_\_\_ )

■かかりつけ薬剤師 (連携バスの使用/ なし ・ あり )

薬 局: \_\_\_\_\_ 薬剤師: \_\_\_\_\_  
かかりつけ薬局から変更

住所: \_\_\_\_\_

TEL: ( \_\_\_\_\_ )

■産業医 (連携バスの使用/ なし ・ あり )

\_\_\_\_\_

TEL: ( \_\_\_\_\_ )

■担当ケアマネジャー (連携バスの使用/ なし ・ あり )

事業所: \_\_\_\_\_ 担当者: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

TEL: ( \_\_\_\_\_ )

■市区町村(保健師・管理栄養士) (連携バスの使用/ なし ・ あり )

追加

TEL: ( \_\_\_\_\_ )

■ (連携バスの使用/ なし ・ あり )

\_\_\_\_\_

TEL: ( \_\_\_\_\_ )

■ (連携バスの使用/ なし ・ あり )

\_\_\_\_\_

TEL: ( \_\_\_\_\_ )

# 【 皆さんに質問です 】



## ◆糖尿病連携手帳 を活用していますか？◆

- » ① 知っている 積極的に配布し活用している
- » ② 知っている 積極的には使用していない
- » ③ 知っている 使っていない
- » ④ 見たことはあるが使っていない
- » ⑤ 見たことないです！



# 【 集計結果 】





# 薬剤師のPDCAサイクル

<b>Plan</b>	<b>Do</b>	<b>Check</b>	<b>Act</b>
処方鑑査	調剤 服薬指導	前回処方 の 妥当性評価	次回処方への 提案・介入

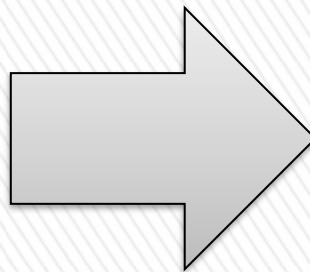


# 最後に

- » 糖尿病腎症重症化予防プログラムの役割分担図に薬剤師は記載はない。
- » 多剤服用コンプライアンスの低下の一因に医療者間のコミュニケーション不足が挙げられる(連携)
- » 専門家につなげる仕組みや取り決めがない。

» 薬剤師の介入でできること

- ・服薬指導
- ・残薬整理
- ・多剤服用の防止
- ・アドヒアランス向上のための方策を考える



ご清聴ありがとうございました

