

## 老健ハイツにおける薬剤費削減の取り組み

吉田 博美<sup>1)</sup> 齋藤 等<sup>1)</sup> 三崎 孝蔵<sup>1)</sup> 杉浦 和美<sup>1)</sup> 山田 勝人<sup>1)</sup>  
石森 芳恵<sup>1)</sup> 伊達 ひとみ<sup>1)</sup> 山寺 憂生<sup>1)</sup> 中西 正一<sup>1)</sup>

**要 旨**：介護老人保健施設では、薬剤費で大部分を占める医療費が、要介護度により定められた一定の入所費に包括される、いわゆる「まるめ」となっている。この医療費が、要介護度の上昇に伴う、複数科受診、高価な新薬の増加などにより、新田塚ハイツでは年々増加し、平成 25 年度には年間 1,400 万円にも達しており、県内の上位 5 番目となった。そこで、複数科・多剤投薬の適正化を定期処方に行い、①年間 275 万円以上の削減、②薬剤相互副作用発現率の高い 6 剤以上投薬数の削減を目的として、平成 25 年 8 月より薬剤費検討会を立ち上げた。その結果、1 年間での削減額が約 315 万円、6 剤以上の投薬者が 26%から 14%に減少し、目的が達成された。削減の影響により 2 名に一部復薬をしたが、他に問題はなかった。過剰でも過少でもない、適正な薬剤投薬とケアを目指して今後も努力すべきである。

**【Key words】** 介護老人保健施設、薬剤費削減、定期処方、適正投薬、包括介護

### 緒 言

介護老人保健施設新田塚ハイツ(以下ハイツ)では、医療費(すなわち、ハイツ定期処方、他科受診薬剤、酸素関連費など)が年々増加しており、平成 25 年度は合計約 1,400 万円に達していた(図 1)。この 1,400 万円の医療費を福井県内の定員 100 名以上の介護老人保健施設、14 施設をハイツ定員 144 名に換算して比較すると、ハイツは上位 5 番目であり、7 番目以下とは大きな格差がみられた。また、最も少ない施設と比較すると、最も多い施設は 5.9 倍であり、ハイツは 4.5 倍であった(図 2)。

医療費増加の原因として要介護度の上昇(平成 26 年 10 月：平均要介護度 3.97)に伴う他科受診や投薬の増加、高価な新薬の増加、複数科投薬内容の増加や未整理、稼働率の増加、施設での看取りの増加などが考えられる。

介護老人保健施設の特徴としては、①医療費は入所費に包括(まるめ)、②複数疾患による多剤投薬者が多数、③病名と投薬内容の整合性は不問、④他科受診投薬費も負担(癌、抗ウイルス、抗疼痛麻薬以外)、⑤入所者は高齢・要介護者、⑥長期入所者における病態変化、⑦要介護度による入所費の設定がある<sup>1)</sup>。

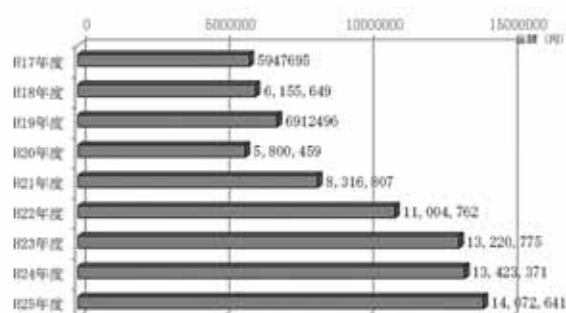


図 1 新田塚ハイツ医療費の推移  
医療費＝定期処方＋他科受診薬剤＋酸素関連

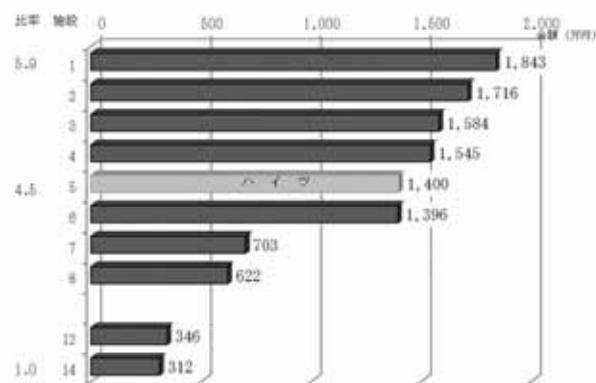


図 2 福井県内の主な老健施設との医療費比較

1) 介護老人保健施設新田塚ハイツ 薬剤費検討会  
(受付日 2015年5月)

医療費は入所費に包括されるため、医療費の増加は経営上大問題である。医療費の内訳は薬剤費と酸素ボンベ関連費用などからなり、薬剤費はハイツ定期処方、他科・臨時処方と医薬品費(点滴、軟膏、湿布など)からなる。

前記の1,400万円の医療費のうち、薬剤費は約85%を占め、そのまた、85%が定期処方費であった。そこで、ハイツ定期処方の検討・削減を目的として、複数科投薬の未整理、すなわち、併用薬剤、目的が不明確な薬剤、長期入所による病態変化に未対応の薬剤の整理、および安価な薬剤への移行を今回の主な検討項目とし、平成25年8月より薬剤費検討会を立ち上げた。

## 研究対象と方法

定期薬処方者を対象とし、平成25年8月から平成26年7月までの1年間、月1回の薬剤費検討会を行い、104名の処方内容を検討した。薬剤費の高額な利用者、寝たきり、経管栄養者を優先し、まず併用薬剤、目的が不明確な薬剤、長期入所による病態変化に未対応の薬剤を順次調査した。さらに、可能な限り後発薬や安価な薬剤への変更、臨床報告などから、長谷川式簡易知能評価スケール5点以下に対する認知症薬の中止<sup>2)</sup>、オムツ使用者に対する排尿コントロール剤の中止、75歳以上に対する抗高脂血症剤の中止<sup>3)</sup>、眼科薬ヒアレインをAZ薬に変更、所定疾患施設療養費<sup>4)</sup>の算定もれ防止などを実施した。

具体的な目標として、多剤投薬者を減らし、①6剤以内の投薬者の増加、②年間275万円以上の削減とした。275万円の根拠として、国立長寿医療センター研究報告によると、1年間で261名の65歳以上の内服薬に対する、各種の治療ガイドラインを参考にした検討で500万円削減可能であったことから、投薬内容、投薬数、薬価などは異なるが、ハイツ入所者の144名に割り当てて、総括的に275万円とした。また、6剤以上では薬物有害作用の発現が急激に増加するとの報告から、6剤以内の投薬者の増加を目標とした<sup>5,6)</sup>。

## 結 果

平成24年9月から平成26年8月までの定期処方薬剤費の推移を図に示した(図3)。検討前のラインは平成24~25年の推移であり、1年間合計で12,460,252円で

あった。検討会で薬剤削減をした結果が検討後のライン、平成25~26年の推移である。1年間合計で9,312,280円(25.3%削減)となった。1年間の総削減額は、その差額、3,147,972円となり、275万円削減の目標を達成した。さらに、平成26年8月までに入所者の薬剤数削減のために、併用薬剤、目的が不明確な薬剤、長期入所による病態変化に未対応の薬剤の適正化に努力した結果、6剤以内の投薬者は74%から86%に増加され、多剤投薬者も減少することができた。この3項目別人数分析は、重複する項目もあり、煩雑となるため割愛した。

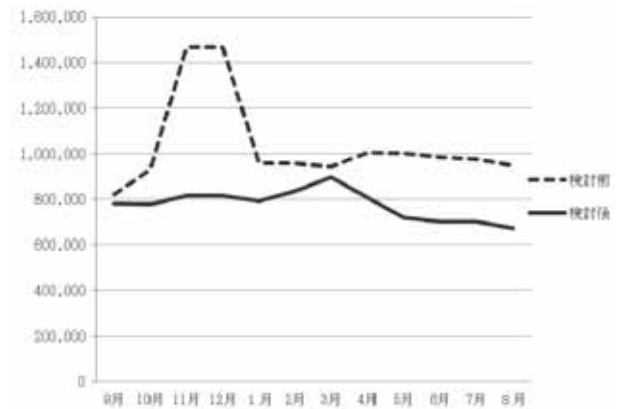


図3. 定期処方薬剤費の推移 (H24年9月~H26年8月)  
 検討前(H24年9月~8月)      検討後(H25年9月~8月)  
 12,460,252円      —      9,312,280円  
 =1年間の総削減費: 3,147,972円

## 考 察

定期処方薬剤費の削減を行い、1年間で約315万円を削減することができた。今後の検討課題は、3大障害者(麻痺、経管栄養、意識障害)への投薬の予防的意義、80歳以上の糖尿病対策や高血圧対策、抗血栓剤の予防効果など、老年医学に関するものであり、未解決な所が多くあることが分かった。また、目標は達成できたものの、総医療費に対する削減効果は22.4%と意外に少ないことが分かった。今後は補液、酸素関連など、他の医療費の検討を要すると考える<sup>7)</sup>。また、多剤投薬者は経過を熟知している前医に可及的に削減してもらおうことも課題となり、入所時からの薬剤費検討会の取り組みが必要である。

薬剤削減の検討を実施して1年以上を経過したが、2名において主観的悪化の報告があり、直ちに復薬した。他の100名余りは問題なく経過している。薬剤費削減は、

要介護者における複数科受診による無駄な重複薬剤の削減と薬剤相互副作用の防止が主たる目的であって、過剰でも過少でもない適正な薬剤投与とケアを目指して、今後も定期的に調査・検討して行くべきと考えている。

## 結 語

介護老人保健施設では医療費が入所費に包括される。その医療費が当施設では、平成 25 年度は 1,400 万円になり、県内で第 5 位の高額になった。そこで、医療費の大部分である薬剤費の適正化を図るために、年間 275 万円以上および 6 剤以上の投薬者数の削減を目標として、平成 25 年 8 月から薬剤費検討会を月 1 回開催した。その結果、1 年間で 315 万円の薬剤費削減と 6 剤以上の投薬者を 26%から 14%に減少することができた。今後も適正な薬剤投与のために適時、調査・検討を続ける必要がある。

本論文の要旨は、第 17 回新田塚医療福祉センター・フォーラム(2014 年 10 月 26 日)において発表した。また、事務方のご協力に感謝いたします。

## 文 献

- 1) 大川原徹：介護老人保健施設の問題と要望. 老健 24(10)：48～49, 2014.
- 2) O'Brien JT, Burns A, BAP Dementia Consensus Group : Clinical practice with anti-dementia drugs : a revised(second) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology. J Psycho pharmacol Aug 25(8) : 997～1019, 2011.
- 3) 秋下雅弘：老健施設の医師として理解しておくべき老年医学. 老健 23(8)：12～16, 2012.
- 4) 寺本信嗣：肺炎・尿路感染症等への施設での対応. 老健 23(8)：29～32, 2012.
- 5) 古田勝経：高齢者に対する多剤投与等による影響把握と症状別の投与選択法に係る研究. 長寿医療研究開発費 平成 22 年度総括研究報告：1～7, 2010.
- 6) Fick DM, Cooper JW, Wade WE, et al : Up dating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Arch Intern Med 163 : 2716～24, 2003.
- 7) 飯島節：高齢者の意思決定プロセスガイドライン. 老健 23(8)：24～28, 2012.

