

連携を活かした在宅医療と病院薬剤師の役割

2013年9月21日～22日、宮城県仙台市にて「第23回日本医療薬学会年会」が開催されました。その中で沢井製薬共催によるランチョンセミナー「連携を活かした在宅医療と病院薬剤師の役割」では、座長に石澤文章先生(NTT東日本東北病院 薬剤部長)を迎え、古田精一先生(北海道薬科大学 社会薬学系 地域医療薬学分野 教授)による講演が行われました。

今回のランチョンセミナーでは、在宅医療を進める上で必要な多職種との連携はどのように構築していくのか、またその中で病院薬剤師の果たすべき役割とは何かについて、約200人の薬剤師を前に講演が行われました。

高齢社会の到来で変わる日本の医療

日本の総人口は、1億2639万人(2013年3月)と4年連続で減少しています。一方、65歳以上の高齢者は増え続けており、総人口に占める割合(高齢化率)は24.4%に達しています。日本は超高齢社会に突入しており、高齢化率は2060年には40%くらいにまで上がるだろうと予想されています。1人の高齢者を現役何人で支えるか。半世紀前には65歳以上のお年寄り1人をおよそ9人の現役世

代で支える「胴上げ」型の社会だった日本は、近年では3人で1人の「騎馬戦」型の社会になり、2050年には、高齢者1人を1.2人の現役世代が支える「肩車」型の社会になるだろうと見られています。高齢化の進展に伴い社会保障費がますます増大していくことは必至の状態です。

世帯数の推移は、一般世帯数で5200万世帯弱(2010年)、そのうち65歳以上の高齢者を含む世帯は2070万5千世帯と、全世帯の42.6%を占めています。高齢者世帯のうち、「単独」・「夫婦のみ」世帯が半数。高

齢者だけの夫婦の世帯というのはいずれかどちらかが先に亡くなってしまいますので、独居になる可能性が非常に高い、いわゆる独居予備軍であると言えます。

2013年6月、新聞記事で認知症患者数が462万人と紹介されました。高齢者が現在3000万人くらいですから、6.5人に1人が認知症を持っているということになります。また予備軍の400万人を併せると860万人が認知症もしくはその予備軍ということになります。皆さんも認知症患者さんへの投薬や服薬指導に日々遭遇されていると思いますが、今後はそういう方々がどんどん増えてくるということが予想され、医療費が大きな問題になってきます。

現在の国民1人当たりの年間総医療費は30万円ほどですが、70歳未満では1人平均18万円、70歳以上だと80万円年間医療費がかかっています。これから医療費のかかる人がどんどん増えてきますから、医療費抑制策は待たなしの状況になっているわけです。ただ、日本は医療費が高いといっても、諸外国に比べると、OECD加盟国中では中間くらいになり、国民総生産GDPに占める医療費の割合はそれほど多くありません。日本は比較的低いコストで高い医療を提供しているという証であると言えるのです。

調剤医療費の伸び率を見てみると2007年から見ると、伸び率は9%、5%、8%、4%、8%と来ましたが、2012年度の伸び率はわずか1.3%でした。



(左) 演者 北海道薬科大学 社会薬学系 地域医療薬学分野 教授 古田精一氏
(右) 座長 NTT東日本東北病院 薬剤部 部長 石澤文章氏

そろそろ外来の調剤バブルが弾けてきているのではないかとされます。実際に中央社会保険医療協議会では2014年度の診療報酬改定に向けた議論の中でも指摘されていて、保険薬局の調剤にターゲットが向けられています。つまり外来調剤と入院調剤が全体の構成割合の40%を占めている中で、焦点は入院医療費と外来調剤に向きつつあります。2014年以降診療報酬改定でどう動くのか注目が集まっています。

病床数はこの4年間で、全国で5万床も減っています。入院費が医療費の多くを占めており、国は病床数を減らす政策を採っています。薬剤師の活動の場となるベッド数が減りつつあるというのが現状です。

入院医療を減らし、外来調剤を抑制するという事は、通院し調剤を受けるといった患者さんが減ってくるということです。このような状況下において、厚生労働省は「施策を総動員して在宅医療、介護を推進する」という方針を明示しています。在宅医療はこれから確実に政策としてシフトしてくる、避けて通れないわけです。

在宅医療を想定した 多職種連携が重要に

団塊の世代が後期高齢者になる2025年という年が今注目されています。2025年に日本はどうなっているか。国の社会保障と税の一体改革で示されている医療体制では、急性期病床の位置付けを明確化し、病院・病床の機能分化・強化を推進することを掲げています。一方で在宅医療では、1日当たり在宅医療サービスを受ける人を17万人から29万人に拡大させる等、介護と在宅医療の推進について、厚生労働省は明確な数値目標を上げています。



病床数を減らすとどこに影響するかというと、人口当たり病床数が多いところが影響を受けることになります。多いのが高知県、鹿児島県、熊本県、少ないのが神奈川県、埼玉県、愛知県という大都市を抱える地域となっています。ところが大都市圏はこれから大きな問題に直面してきます。それが都市部の高齢化問題です。これまで病院での療養が中心になっていたものが、これからは在宅医療にシフトしていくわけですから、そうなると病院では退院を早く進めなければならないため、在宅で療養を続ける患者さんのために、病院外の職種の人たちとの連携を密に取らなければならないようになります。日本病院薬剤師会の業務の進め方にも示されていますが、「途切れのない薬物治療の実践」そして「必要に応じて退院先との連携を図る」とありますが、病院でも今後多職種との薬薬連携をやらざるを得ない状況になってくるわけです。

病院の先生方は、退院される患者さんの退院後の姿を考えたことがあるでしょうか。この患者さんは自宅ではどういう状態なのか。独居なのか。介護者はいるのか。介護力はどうか。同居でも昼間は介護する人がいないかもしれない。昼間に介護者がいないとなると患者さん1人での

服薬はなかなか大変だろうと。そうすれば1日3回の薬を朝・晩の2回もしくは1回にしなければならぬだろうといったことを当然考えなければならぬわけです。

ある患者さんの家にあった残薬を確認したところ、糖尿病薬のインスリンの針からデバイスから吸入薬まで43万円分もありました。もう1人の患者さんは軟膏や内服薬で23万円分もありました。薬を渡した後、どうぞお大事にとさよならするのではなく、退院後を追っていく薬剤師になっていただきたいということを厚生労働省も言っています。処方薬の中で廃棄される薬剤は年間500億円に上ると言われています。薬剤師がきちんとフォローすることで、100億円まで減らせるとの試算も出ています。薬剤師の努力で400億円の無駄を減らすことができ、その分を他のケアに回せるのです。

しかし病院の先生方は、在宅医療に移行しようと思っても、どこの保険薬局が在宅に対応しているのか分からないと言います。患者さんにかかりつけ保険薬局があっても在宅に対応していない場合があります。

在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出があつて、実際に行っている保険薬局は1割に過ぎないと言われています。さらに、無菌製剤に対応で

きる保険薬局は、5万軒中わずか1%に過ぎません。

しかし、批判されるばかりではありません。例えば栃木県薬剤師会では、他の職種に配布するパンフレットを作成して、薬剤師はこんなことをやっています、在宅でこういうことをしていますということをアピールしております。2013年3月には在宅医療を受けられる保険薬局をすべてオープンにしました。在宅医療に対応できる保険薬局、クリーンベンチを保有している無菌製剤ができる保険薬局が記載されていて、「在宅医療受入可能薬局リスト」としてホームページ上で見ることができます。このような形でどんどん動き出しており、今後はそれをいかにうまく繋げていくかがポイントになってきます。

個々の患者に適した「個別最適化」医療へ

2012年2月民主党政権の社会保障と税の一体改革で、2025年には、どこに住んでいても、その人にとって最適な医療が受けられるサービスを実現するという目標を掲げました。そこには保険薬局を活用して国民を健康にしていこうということが挙げられています。こうなりますと糖尿病の血液検査HbA1Cを保険薬局で測定して受診勧告をしたり、ワンコイン検査も可能になり、慢性疾患や生活習慣病を見つけることで、早期受診に繋げることができます。現在、国は5万軒以上の保険薬局を街の健康ステーションとして活用しようと動き始めています。

薬剤師の教育も重要になってきました。4年制教育では、主に薬のを中心にして教育してきましたが6年制教育では、患者さんの暮らしを把握した上で薬を考えるよう指導していきます。食事や排泄、運動や睡眠など

基本的な行動はどうか。それによって薬をどう選ぶのか。患者のQOLはどう変化するだろうか。そういうことまで考えて薬を選ぼうという教育が変わってきています。在宅訪問時の体調チェックフローチャートを学生にも見せて、症例を与えて検討します。在宅訪問時に患者さんの症状に関する記載を見て、それが薬によって生じたものなのか、薬が効いているのかについては、薬の専門家である薬剤師が係わるべきだと思います。在宅訪問時に身体状態を記載して、処方変更記載事項という欄に気づいたことを書くわけです。先生にはこれはもう治療しているからこの薬は減らしてくださいとか、血圧が下がっていないので薬剤の追加もしくは変更を依頼します。腎機能や肝機能がこうだから、こういう薬をお勧めしようとか。ここに思いついたことを書き、ドクターと会った時にそれをしっかり伝えます。

薬の配達であれば宅急便でもできます。私たち薬剤師がやるべきことは薬の配達やカレンダーに入れることや、残薬確認に行くことだけではありません。患者さんのためにどういう治療をすれば良いのか、薬学的知識をきちんと持ってアドバイスできるようにしなければなりません。それが多職種との共通言語となる「フィジカルアセスメント」です。薬学的にみてどう解釈するかというのが薬剤師の役割です。

現在の調剤は個別最適化です。患者さんに適した治療に関与しなければなりません。患者さんに薬剤を渡した後も、その後の経過や観察を行います。保険薬局で薬を渡して終わりではなく、薬物動態を把握していくことが重要です。例えば高血圧症の患者さんに対して、薬を服用して「血圧はどういう状態になりましたか。体

調に変化ありませんか」と尋ねてみて下さい。薬剤師であればこそできることですし、そのためには病院と保険薬局との連携が必要です。患者さんは退院して終わりではなく、外来からまた病院に戻るかもしれない。地域での薬業連携を繋げることで患者さんのケアが完成するので

少子高齢化は薬剤師に追い風になる

薬剤師全体の課題として、在宅医療制度についての理解が必要です。現在の高齢者住宅は大きく分けて厚生労働省が進める施設型のもの、国土交通省が進めるシルバーハウジングなど住居型ものがあります。

それを踏まえた患者さんの住環境、身体状態、介護力、そして経済力への理解が不可欠です。地域で高齢者を支えていくシステムの理解も必要です。

在宅医療を行う保険薬局は、待ちの姿勢では駄目です。まず一歩踏み出すことです。患者さんのためを考えれば、何をやらなければならないか必然的に出てきます。どうすれば良いのか迷っている暇はないのです。とにかく薬剤師が一つになってやっていくことです。国では保険薬局で在宅医療を進めるための予算を用意しています。センター薬局も各都道府県に増やしていこうという予算もあります。少子高齢化は薬剤師にとって絶対に追い風です。病床数が減って、医療費も削られる。薬価も下がる。でも薬剤師にとっては確実に追い風になります。どんどん多職種との連携に入っていきます。社会の変化にアンテナを張り巡らせて予想を立てること。今後の動きが見えてきます。地域医療の連携に入っていきます。