

地域包括ケアにおける 病院薬剤師の役割

～高齢者の医薬品適正使用を考える～

【と き】 2017年6月10日（土）

【ところ】 ビッグハート出雲（島根県出雲市）

厚生労働省は、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年までに地域包括ケアシステムを整備することを目指しています。高齢者がたとえ要介護状態になっても、住み慣れた地域で最後まで自分らしい生活を続けることができるよう、包括的な体制を整備していこうというものです。

本講演では地域在宅医療・老年科学のエキスパートである葛谷雅文先生に、地域包括ケアシステムが求められる背景や、同システムにおける病院薬剤師の役割、取り組むべき課題などについて解説いただくとともに、薬剤師の高齢者医療への積極的な関与への期待を語っていただきました。

座長



島根県病院薬剤師会 会長
島根大学医学部附属病院 薬剤部 教授・薬剤部長

直良 浩司 先生

演者



名古屋大学大学院医学系研究科
地域在宅医療学・老年科学講座 教授

葛谷 雅文 先生

高齢化の進展と医療・介護の現状

日本は世界でもっとも高齢化が進んだ高齢先進国といわれています。その中で、持続可能な社会をどのように実現していくかは日本だけの問題ではなく、今後それに直面するであろう他の先進国や発展途上国でも大きな課題となっており、日本の取組みに注目が集まっています。

総務省の人口推計によると、2012年の日本の高齢者人口は約3,100万人で、高齢化率は24.1%。75歳以上の後期高齢者の割合は11.9%となっています。しかし、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、後期高齢者が約700万人増加し、全人口に占める比率は18.1%、65歳以上の高齢化率は30.4%に達すると推測されています。これに伴い、75歳以上の国民1人あたりの医療費、介護費はそれぞれ、89.2万円から134万円、46.1万円から83万円に急増することが見込まれています(図1)。

こうした医療費増加の要因は、高齢化だけではありません。国別の社会保障支出(医療、介護、年金、福祉費など)の比較データによると、日本は最近18年間(1995～2013年)で11.2%増加したのに対し、米国、英国、フランスは3～4.3%の伸びにとどまっています。日本の25.1%に次いで高齢化率が高いドイツ(21%)では、逆に0.6%減少しています(図2)。

その理由の1つとして考えられているのが、日本における病床数の多さです。人口千人当たりで比べると、ドイツ8.3床、フランス6.3床、英国2.8床、米国2.9床に対し、日本は13.3床と突出しています。病床数が多ければ多いほど、当然ながら医療費は増えていきます。

そこで厚生労働省は地域医療構想を策定し、地域ごとに2025年時点での病床数の必要量を「見える化」し、急性期病床の約3割、慢性期病床の約2割を縮減する方針を打ち出しました。

また、高額なバイオ医薬品が増えたことによる薬剤費の高騰も、医療費を圧迫する一因になっています。国はジェネリック医薬品のシェアを2017年度中に70%以上、2020年度末までに80%以上とすることを目標としていますが、目標どおりに進んでいない現状があります。

地域包括ケアシステム： 住まい・医療・介護・生活支援の包括的提供

前述のとおり、2025年は約700万人といわれる団塊の世代が75歳以上となり、医療や介護のニーズが急激に高まることが予想されるため、厚生労働省は、それまでに地域包括ケアシステムの整備を目指しています。

地域包括ケアシステムは、高齢者が重い要介護状態と

図1 医療・介護分野における給付費の見通し、伸びの要因

- 2025年に向けて75歳以上の人口は約700万人増加(全人口に占める割合は11.5%→18.1%)。
- 75歳以上の1人あたりの医療費や介護給付費はそれ以下の世代と比較して急増するほか、一体改革時の厚労省試算においては医療の高度化その他のサービス充実による単価増を相当程度見込んでいる。

	人口		1人当たり国民医療費		1人当たり介護給付金	
	2012年	2025年	2011年	2025年(試算値)	2012年	2025年(試算値)
75歳以上	1,519万人 (11.9%) (+約700万人、年平均+2.8%の増)	2,179万人 (18.1%)	89.2万円 (国庫負担額32.6万円)	134万円 (国庫負担額49万円)	46.1万円 (国庫負担額13万円) (要支援・要介護認定率31.3%)	83万円 (国庫負担額24万円)
65-74歳以下	1,560万人 (12.2%)	1,479万人 (12.3%)	55.3万円 (国庫負担額8.5万円)	83万円 (国庫負担額12.8万円)	5.0万円 (国庫負担額1.4万円) (要支援・要介護認定率4.4%)	9万円 (国庫負担額2.5万円)
64歳以下	9,805万人 (75.9%) (約▲1400万人、年平均▲1.2%の減)	8,409万人 (69.7%)	17.5万円 (国庫負担額2.7万円)	26万円 (国庫負担額4.1万円)	—	—

(注) 1人当たり国民医療費及び介護給付費は、年齢階級別の国民医療費及び介護給付費(償還払いの費用(福祉用具購入等)等を除く)を人口で除して機械的に算出した金額。また、国民医療費の国庫負担額は2011年における後期高齢者医療にかかる国庫負担額(4.8兆円)を75歳以上の人口で除して機械的に算出。介護給付費の国庫負担額は、2012年度予算における介護給付費の国庫負担額の割合を機械的に乗じた金額。2025年の国民医療費・介護給付費は、H24厚労省推計における給付費の伸びのうち高齢化要因を除いた増加額を試算し、その伸率を単純に乗じて試算したもの。

(出典) 2012年の年齢階層別の人口割合は総務省統計局「人口推計(24年10月)」、2025年の人口は社会保障人口問題研究所「将来人口推計」、1人当たり国民医療費は厚生労働省「平成23年度国民医療費の概況」、1人当たり介護給付費は、総務省統計局「人口推計(24年10月)」、厚生労働省「介護給付費実態調査(平成24年)」、要支援・要介護認定率は、総務省統計局「人口推計(24年10月)」、厚生労働省「介護給付費実態調査(平成24年11月審査分)」。

なっても、住み慣れた地域で、自分らしい生活を最後まで続けられるよう、住まい、生活支援、医療、介護、リハビリテーションなどのサービスを一体で提供しようというものです。

これまでも各地域では、介護保険、医療保険のサービスに加えて、住居の保障、生活支援、権利擁護など、様々なサポートが提供されてきましたが、多くの場合それぞれのサービスが分断されているため、有機的な結びつきが不十分でした。そこで求められたのが、地域包括ケアシステムの構築ですが、これを実現するためには、担い手である自治体、医療関係者（医師、看護師、薬剤師）、介護事業者などの役割分担と連携が重要となります。

加えて、高齢化の進展状況には大きな地域差があるため、地域包括ケアシステムでは、保険者である市町村や都道府県が、地域の特性に応じた体制を作り上げていくことが求められます。

高齢者薬物療法の問題点

高齢者では薬物有害事象の頻度が高まります。その理由として、まず加齢変化や疾患による臓器障害を背景にした代謝・排泄機能の低下が挙げられます。また、複数の疾患を有しているため、5剤以上の多剤併用（ポリファーマシー）

のケースが多く、これも有害事象が増える大きな原因です。ポリファーマシーを避けるためには、若年者で示されたエビデンスが、高齢者や要介護高齢者に妥当か否かを検証する必要があります。さらに、症状改善がみられないにも関わらず漫然と継続していないか、といった点や、薬物の優先順位の検討も重要となります。患者さんの病態や生活機能、意思などを考慮し、優先順位の低い薬物は中止も考えることが重要です。

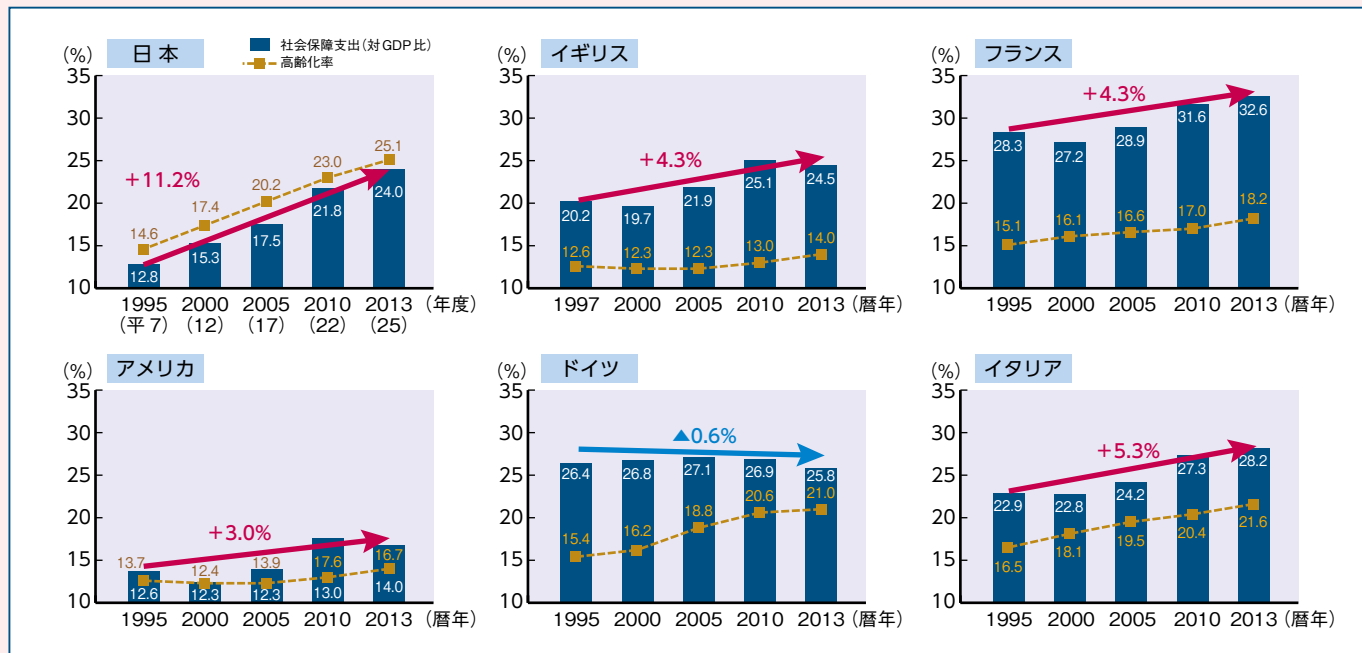
高齢者の服薬管理と服薬支援

高齢者では、多剤併用に服薬管理能力の低下が加わって、アドヒアランスが低下しやすい傾向があります。いくら有効な薬物を処方しても、きちんと服用しなければ十分な効果が得られないだけでなく、有害事象のリスクにもつながりかねません。

アドヒアランス低下の要因として、用法や薬効の理解が低い、認知機能の低下、処方薬剤数の多さなどが挙げられます。

一方、アドヒアランス改善のためには、服薬数を少なくする、服用法の簡便化、介護者が管理しやすい服用法、剤形の工夫、一包化調剤、服薬カレンダーの利用、などの対策が有効とされています（表1）。

図2 近年の社会保障支出と高齢化率の推移(1995-2013)



(出典) 社会保障支出：諸外国はOECD「National Accounts」。イギリスは1995年のデータが存在せず、遡及可能な1997年のデータを使用。日本は2010年度までは国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」の社会保障給付費を使用、2013年度は厚生労働省推計の2013年度予算ベースの給付費を使用。
 高齢化率：諸外国は国際連合「World Population Prospects 2015 revision」。日本は2010年までは総務省「国勢調査報告」、2013年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2012年1月)」。

とはいえ、患者さんの服薬状況を、医師が外来診療だけで把握するのは容易ではありません。アドヒアランスが著しく低下している患者さんの多くは、種々の理由により自己判断で中止しているケースであり、それを医師に直接伝えることは極めて稀であるためです。

外来通院高齢者を対象とした海外の研究では、43%が医師の処方どおりの服用ができておらず、そのうち73%は意図的に服用していなかったと報告されています。つまり、患者さんは医師が考えるほど処方どおり服用できていないということです。

それだけに、服薬管理、服薬支援には、医師だけでなく看護師、薬剤師など医療スタッフの関与が欠かせません。事実、「(飲むと)体調が悪い」、「本当は飲みたくない」、「実際は飲んでいない」などの情報は、医師以外の職種に伝えられることが多いのです。医療スタッフのなかでも、とりわけ重要なのは、薬の専門家である薬剤師の役割です。

病院薬剤師への期待

現在、病棟に薬剤師が常駐するところが増えており、当院でも病棟に薬剤師が配置されています。入院時というのは薬剤を見直す大きなチャンスであり、当院では病棟薬剤師が常駐するようになって以降、服用薬剤数が入院時に比

べて減る、あるいは服薬法が1日3回から1回に簡素化されるなどの成果が出ています。また、患者さんに薬剤の情報が的確に伝わることや、処方をもとめる提言をしていただけるなど、医師としてもさまざまな面で助けられています。

さらに今後、病院の機能分化が進む中で、急性期病床から亜急性期病床へ移行する際に、薬剤師だけでなく、医師や医療スタッフ同士の顔の見える連携が求められると考えられます。紙媒体や電子媒体だけでは患者さんのケアに関する十分な情報は伝わらないため、どこかで顔を合わせる必要があります。地域の薬局から退院ケアカンファレンスなどに参加いただく、あるいは病院スタッフが地域ケア会議などに参加するなどの機会が作れるようなシステムの構築が求められます。

先に触れた「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」には、薬剤師の役割が明確に示されています。医師からの薬剤師(病院薬剤師)への期待は、①入院時の持参薬、薬歴、薬物副作用歴の把握、②入院中の適正な薬物療法への関与、不適切処方・投与の是正、副作用の管理、多剤投与の抑制、③入院中症例カンファレンスへの参加など多岐にわたります(表2)。

高齢者への安全な薬物療法を実践していくために、病院薬剤師の積極的な関わりを期待したいと思います。

表1 アドヒアランスをよくするための工夫

服薬数を少なく	降圧薬や胃薬など同薬効2～3剤を力価の強い1剤が合剤にまとめる
服用法の簡便化	1日3回服用から2回あるいは1回への切り替え 食前、食直後、食後30分など服薬方法の混在を避ける
介護者が管理しやすい服用法	出勤前、帰宅後、通所サービス中などにまとめる
剤形の工夫	口腔内崩壊錠や貼付剤の選択
一包装調剤の指示	長期保存できない、途中で用量調節できない欠点あり 緩下剤や睡眠薬など症状によって飲み分ける 薬剤は別にする
服薬カレンダーの利用、服薬ケースの利用	

日本老年医学会編；健康長寿診療ハンドブックより(2011年、メジカルビュー社)引用改変

表2 病院薬剤師への期待

● 入院時の持参薬、薬歴、薬物副作用歴の把握
● 入院中の適正な薬物療法への関与(医師との連携) 不適切処方・投与の是正、副作用の管理、多剤投与の抑制
● 入院中症例カンファへの参加(医師との情報共有)
● 退院時カンファへの参加
● 退院時の在宅での服薬方法、服薬・薬物管理の指導
● 地域研修会などへの参加による地域スタッフとの交流
● 在宅医療の現場の把握・理解
● 地域薬剤師との情報共有

担当者

学術情報に関するお問い合わせ

医薬品情報センター

☎ 0120-381-999



副作用に関するお問い合わせ

安全管理部

☎ 06-6105-5816

沢井製薬株式会社

沢井製薬コーポレートサイト

<http://www.sawai.co.jp>

医療関係者向け情報サイト

<http://med.sawai.co.jp>