

# 介護報酬改定後の在宅医療の展望と 薬剤師の将来像を考える

2015年3月12日開催

平成27年度介護報酬改定では、居宅療養管理指導費の算定要件・単位ともに変更なしとなった。しかしながら、高齢化社会の進展に伴い、要介護者、認知症・難病・がん患者さんなどへの在宅医療のニーズは確実に増加している。

今回のWebセミナーでは、在宅医療を中心に研修、研究を重ねる3つの団体の代表の先生方にこれからの在宅医療の方向性についてお話を伺った。

## 講演

講演 ①



### 平成27年度介護報酬改定の薬局への影響

一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 会長 **大澤 光司** 氏

#### 居宅療養管理指導費の算定要件・単位は変更なし

平成26年度調剤報酬改定では、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定要件に「保険薬剤師1人につき1日に5回に限り算定する」ということが追記され、非常に衝撃的な改定となったが、今回の平成27年度介護報酬改定では居宅療養管理指導費の算定要件・単位は変更なしという結果となった。

平成26年度調剤報酬改定を受けて、現場がどのような取り組み状況にあるのか、日本緩和医療薬学会と全国薬剤師・在宅療養支援連絡会が共同し、「緩和医療における薬剤師業務等実態調査-第2次-」を行った(n=225施設)。

調査対象の薬局のうち58%が訪問薬剤管理指導の点数(単位)を算定しており、介護保険による算定回数は93%であった。訪問算定回数が最も多かった日の平均は、薬剤師1人あたり6.3回であり、5回を超えている薬剤師が非常に多かった(図1)。

#### 介護報酬は2.27%引き下げ

平成27年度介護報酬改定では、介護報酬を2.27%引き下げる事が決定した。小さい値に見えるが、介護職員処遇改善加算の拡充などの影響もあり、実際は4.48%の引き下げとなった。

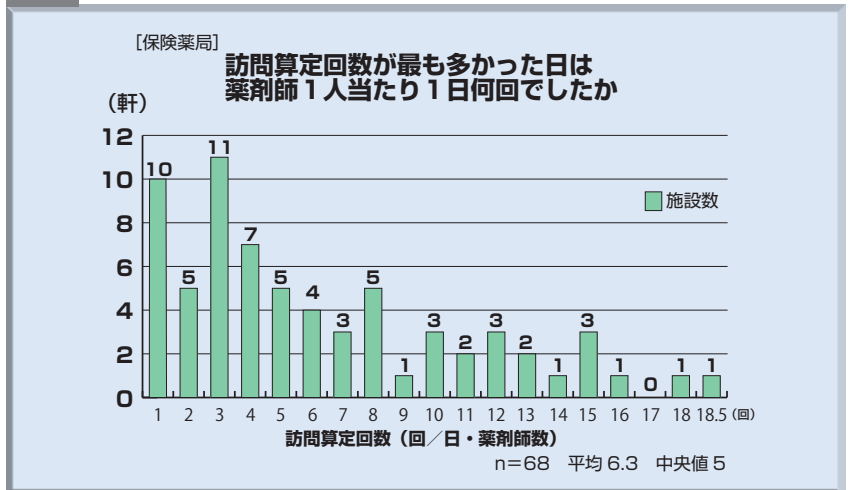
今回の改定で評価されたのは、「認知症対応・重症対応 看取り対応・介護福祉士配置」であるが、引き下げ分の補填までには至らなかった。しかし、このような状況下で、居宅療養管理指導費の算定要件・単位の変更がなかったことから、今後も在宅医療を進めていきたいという国の意向が伺える。

#### 地域包括ケアシステムにおける薬剤師の紹介

現在、厚生労働省では平成37年を目処に「地域包括ケアシステム」の構築を推進している。

在宅医療を始めるには「待っている」のではなく、「自ら動くこと」が大切であり、地域包括ケアシステムを構築していくためには、在宅医療に携わる方々がどのような役割(職能)を

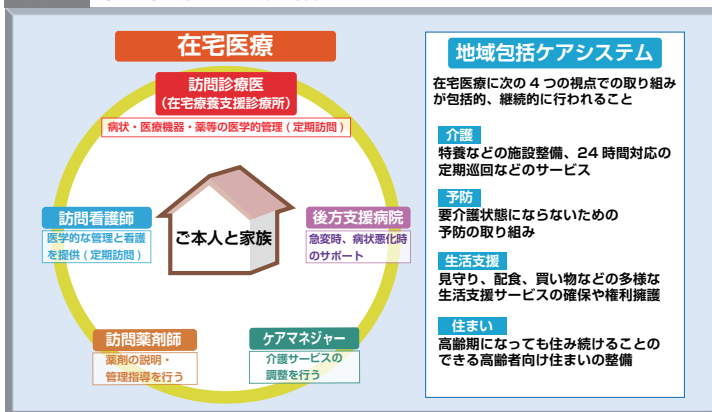
図1 在宅医療の実態調査



担っているのか共通認識を持つておくことが重要である(図2)。

薬剤師は、薬の専門家として、患者さんに薬物療法の安全かつ効果的なアドバイスを行うこと、介護職やケアマネジャーの方々に医療に関する知識を伝えサポートを行うこと、医師と介護職員の間に入り橋渡しを行うことによって、地域包括ケアシステムの中で活躍できるのではないかと考えている。

図2 在宅医療と地域包括ケアシステム



講演 ②

在宅医療推進における今後の薬局・薬剤師への評価のあり方



昭和薬科大学 医薬情報評価教育串田研究室/  
HIP (Home Infusion Pharmacy)研究会 会長 串田 一樹 氏

在宅訪問1回に対する薬剤師の業務時間から見えること

平成25年9月の1ヶ月間、対象事例116名、訪問回数211回に対して薬剤師の在宅業務時間分析を行った。在宅訪問1回の平均時間は73分15秒、訪問だけに要する平均時間「ベッドサイドでの薬剤管理指導+訪問時間(往復)」は、36分13秒という結果であった(図3)。

1日あたり、いつの時間帯で、何名の患者さんを訪問できるのかシミュレーションしたところ、1週間で27名の訪問が可能であることがわかった(図4)。

外来調剤業務を抱えている薬剤師は、午前診療と夕方診療の合間のみ訪問となり、訪問可能な患者数は3名程度である。午前診療のみ外来調剤業務の場合は5名程度、終日在宅医療に専念すると10名程度は訪問が可能である。

しかし、実際は外来調剤業務を抱えている薬剤師が5名以上の患者さんに訪問するには負担が大きすぎる。

図3 在宅訪問1回に要する業務時間

疑義照会(72回)	1分33秒
調剤	17分06秒
ベッドサイドでの薬剤管理指導	17分10秒
薬歴等事務作業	18分23秒
訪問時間(往復)	19分03秒
合計	73分15秒

調査期間:平成25年9月

現在、訪問薬剤管理指導に対する評価は医療保険と介護保険では異なっている。保険制度の違いがあっても薬剤師が処方箋を受けて調剤を行い、訪問によって薬剤管理指導を行う業務は同じであるにもかかわらず、訪問に対する算定要件(薬剤師1人につき1日5回)が2つの保険制度で異なるのはおかしい。今後の在宅医療の推進を考えると、保険制度で1日あたりの訪問患者数を制限するのではなく、外来調剤業務との区別を明確にし、在宅医療だけの評価を検討する時期に来ているのではないだろうか。

平成24年度調剤報酬改定では、在宅医療に関する無菌製剤処理の施設基準の規制が緩和された。さらに、平成26年度調剤報酬改定では、在宅医療において使用できる注射薬が拡大され、急性期でも在宅医療として受け入れられるようになってきた。つまり、在宅医療は「通院できない患者さん」の医療から、「病院以外でできる医療は在宅で提供する」という概念に変わったことにより、保険薬局にとって大きな転換が必要に

図4 在宅訪問可能人数のシミュレーション

	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00
月曜日		外来調剤					3名			外来調剤		
火曜日		外来調剤					3名			外来調剤		
水曜日		外来調剤					3名			外来調剤		
木曜日		診療所	休診日				10名			診療所	休診日	
金曜日		外来調剤					3名			外来調剤		
土曜日		外来調剤					5名					
日曜日	休日											

→外来調剤の手の空いた時間を利用  
→1週間で約27名の訪問が可能

なってきた。保険薬局が自己完結で在宅医療に参加するのか、地域完結で参加するのか、どちらにしても医薬品の提供に責任があるため、何とかしなくてはならない。

在宅医療にかかわっている保険薬局は10%程度しかなく、また、今後増えてくる急性期の対応ができる保険薬局が極めて少ない。そのため「処方箋を断らない」保険薬局に処方箋が集中しているのが現状である。

今後の在宅医療の推進に向けて、かかりつけ薬局として「処方箋を断る」のか、地域の連携で「何とかする」のか、いま待ったなしの状態を迎えている。

## 在宅医療における薬剤師の業務評価・調剤報酬体系の見直し

在宅療養をしている患者像は、大きく分けると高齢者の慢性疾患、がん、認知症、その他の精神疾患、小児(障害児を含む)に分けられる。薬剤師のかかわり方はそれぞれに状況が異なり、画一的な評価ではなく、疾患別の評価を検討する時期に来ている。調剤報酬体系は、外来調剤業務の評価が主たる対象であり、今日のような在宅医療への保険薬局の参加は想定されていなかった。今後の在宅医療の推進を考えると、薬剤師の業務は外来調剤業務と在宅医療に分けて考える時期に来ているのかもしれない。

講演 3



### 居宅療養管理指導を活用した薬剤師の新たな職能

一般社団法人 日本在宅薬学会 理事長 狭間 研至 氏

#### 薬剤師としての意義

薬剤師は医師との関係性を変えていかなければならない。薬剤師は「調剤技術・服薬指導・薬歴記載」などの業務が中心となっており、大学で学んだ「薬理学・薬物動態学・製剤学」などが活かされていない。このままでは、機械でも可能な業務を繰り返すことになる。

大学で学んだことが活かされなければ、専門性が揺らぎ、自分のあり方に迷うことにもなる。また、介護職員の方々や家族が薬剤師に対して何を頼ったら良いのか迷ってしまう。結果として在宅医療に限ると薬を配達してくれるだけで十分と思われるようになってしまうことに繋がってしまう。

#### 薬剤師の職能拡大

ポリファーマシー(Polypharmacy)とは、多剤投与だけでなく、不適切投与というネガティブな側面が出現したもので

ある。これは、医療の問題でもあり、医師の問題でもある。

6種類以上の薬剤を併用すると薬剤有害作用発現頻度が上がるというデータがある。このことから、医師が高齢者に処方する際は、5剤以下の処方が推奨されている(図5)。

私が担当する施設で、60名の患者さんの処方状況を確認したところ、数多くの薬が処方されていたことが判明した。そこで、薬剤師に介入してもらい、処方内容について提案してもらおうことにした。本来、薬剤師の専門性が発揮されるのは、患者さんの体内に薬が入ったあとである。薬剤師には、バイタルサインやフィジカルアセスメントを通じて大学で学んだ内容を活かし、次回処方への提案・介入をしてほしいと思っている。それにより、処方内容が変わり、1人あたりの投薬数を減らすことに繋がってくる(図6)。

これは、薬剤師の職能拡大だけではなく、私の治療の質が高まったことにもなる。薬剤師の仕事は、始点と終点があるものではなく、スパイラルに進んでいくべきものである。

図5 投薬数と薬剤有害作用発現頻度

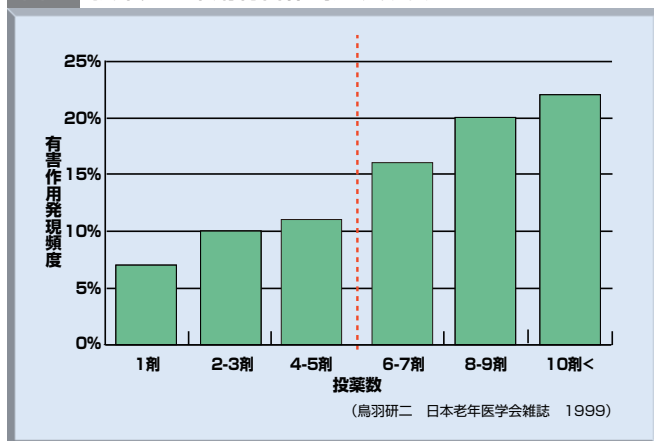
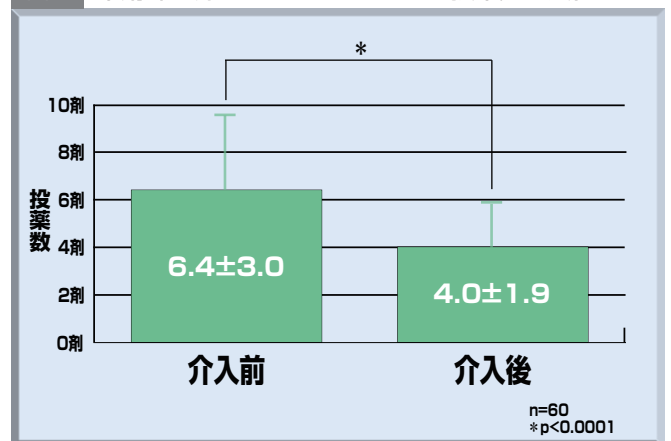


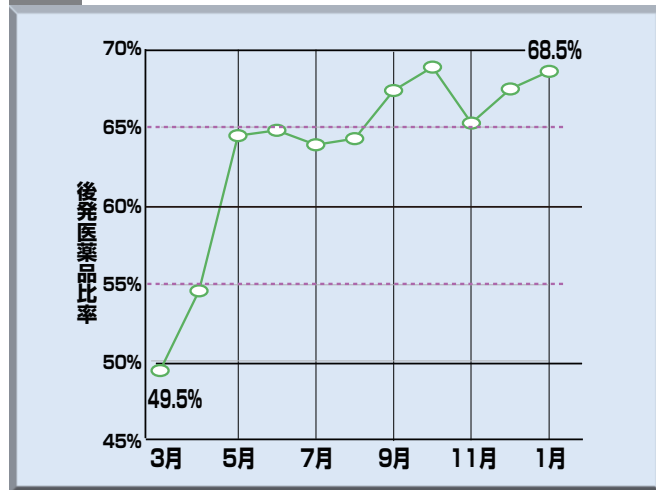
図6 薬剤師の介入による1人あたりの投薬数の変化



## 後発医薬品の使用促進

後発医薬品の使用は非常に重要な問題である。薬剤師に訪問診療同行時に処方提案をしてもらったところ、後発医薬品比率を大きく上げることができた(図7)。

図7 薬剤師の処方提案による後発医薬品比率の推移



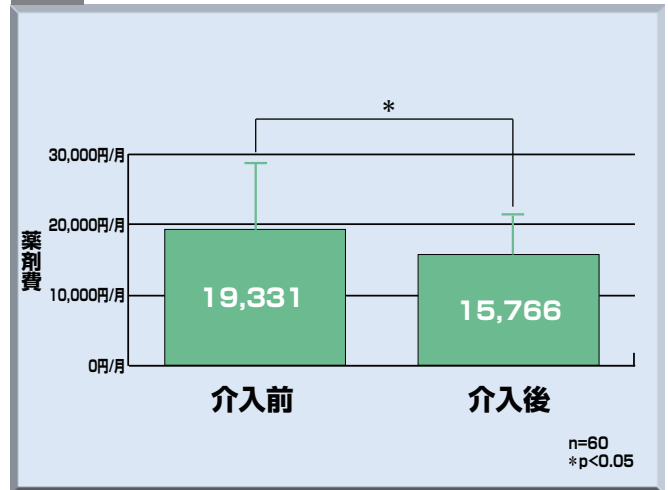
薬剤師が介入することにより、投薬数を減らすことができ、後発医薬品の使用が促進されるため、1人あたりの薬剤費を大きく抑えることができた(図8)。

これを、施設単位でみていくと相当額の医療費の削減が可能となる。

## 医師依存型から医薬協業型へ

医師の訪問回数は退院直後の方や終末期の方を除くと減らすことが出来るのではないかと考えられる。安定した患者さんには医師の訪問を月1回、28日間の処方を基本とし、

図8 後発医薬品使用による1人あたりの薬剤費の変化



7日間毎の分割調剤を実施することで、薬剤師の訪問を月4回にする。それにより、医師は別の患者さんへの訪問が可能となる。

医師と薬剤師がチームを組んで協業することで「薬局の求められる機能とあるべき姿<sup>\*</sup>」に示された確保すべきまたは取り組むべき項目を達成するための様々な方策が得られるはずである。

※平成26年1月、厚生労働科学研究費補助金事業「薬剤師が担うチーム医療と地域医療の調査とアウトカム評価研究」において、「薬局の求められる機能とあるべき姿」がとりまとめられた。

## これからの薬剤師のあるべき姿

薬剤師の仕事は「機械的作業」ではなく、薬を服用した後の「専門家」である。薬剤師が変わっていくためには、現在の業務から「時間・体力・気力」の創出が必要であり、これからは、薬剤師の専門性・多職種連携・薬剤師が負うべき責任を考えて行動していかなければならないと考えている。

## まとめ

本セミナーにおいて、在宅医療への取り組みは、保険薬局、病院の薬剤師のみならず医療全体にとって重要な課題であることが再認識された。今後、進められる地域包括ケアシステムにおいては、入院・外来・在宅医療に対し、切れ目のない対

株式会社イニシア 田原 一 氏(司会・進行担当)

応が求められており、医療と介護は不可分の関係となっている。そのニーズに応えるには、地域その他職種との連携体制と地域の住民・患者さんに対して開かれた薬局・医療機関であることが求められる。

本セミナーにご出演いただいた各先生のご講演と座談会「今後の在宅医療における薬剤師(薬局・病院)の取り組み」については 沢井製薬 医療関係者向け情報サイト「[sawai medical site](http://sawai-medical.co.jp)」にて、ご視聴いただけます。

<http://med.sawai.co.jp/topics/seminar/> または [検索](#) **沢井製薬 Webセミナー** でアクセスしてください。