

鼎談 第2回

<司会>

中野 一司 先生(ナカノ在宅医療クリニック 院長)

<出席者>

野崎 加世子 先生(岐阜県看護協会訪問看護ステーション 統括所長/訪問看護認定看護師)

萩田 均司 先生(薬局つばめファーマシー 代表取締役)

(発言順)

在宅医療における 薬剤管理と服薬指導

在宅における薬剤管理の取り組み

～医師・看護師・薬剤師の実践から～

中野 私は在宅医療のシステムをつくりたいという思いから、1999年に開業しました。本日のテーマである薬の管理に関しては、在宅医療システムをつくるにあたって、連携する薬局を2～3カ所募って服薬指導を開始しました。当初は、薬剤師が在宅患者さんとのコミュニケーションの取り方がわからないという状態でしたから、まずは在宅医療に対する考え方など、薬剤師をトレーニングするところから始め、毎週、服薬カンファレンスを行っていました。現在では3つの薬局と連携して4週間に1回、30分ほどの服薬カンファレンスを行い、情報交換や処方箋の受け渡しなどを行っています。

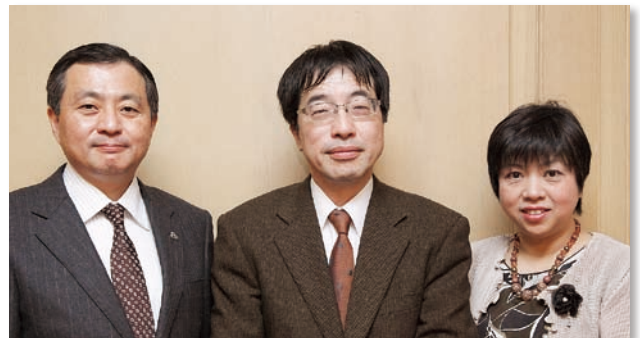
野崎 私は8年の病院勤務の後、開業医の下で往診を経験し、現在は岐阜県の訪問看護ステーションで勤務しています。訪問看護歴は約20年になります。

往診に行くと先生はまず、処方された薬剤を聞き、残っている薬剤の数を数えます。すると、きちんと薬を飲んでいないことがわかるのです。場合によっては2～3年前の薬が出てくることもありました。

ある日、血糖値が高い糖尿病患者さんの家の台所をのぞくと、パイナップルの缶詰が山積みになっていました。糖尿病がコントロールできていなかったのは、缶詰のシロップを毎日飲んでいただけが原因だったのです。5年間、診療所の先生について回りながら、在宅では患者さんをひとくりにできないことや、一人ひとりに合わせた退院指導が必要であることを学びました。当時は訪問看護制度もなく、医師と手探りで在宅患者さんをみていましたが、当時から薬剤管理や家族の支援は大事な仕事でした。現在では、ケアマネジャーから「服薬指導を短期で」という依頼を受けることが多いです。

中野 訪問看護で服薬指導を行うということでしょうか。

野崎 はい。私たちの地域では、居宅療養管理指導を行っている薬剤師がまだまだ少ないのです。看護師が積極的に薬剤師にア



左から萩田均司氏、中野一司氏、野崎加世子氏

プローチしていなかったり、医師と薬剤師の連携が出来上がっていないためだと考えています。

中野 極論をいうと、在宅医療は訪問看護師がいれば全部できるものなのです。しかし、看護師がすべて抱えてしまうのは大変ですから、役割分担しながらqualityを上げていかなければいけません。その点からも、やはり薬剤管理と服薬指導は薬剤師が積極的にかかわるべき分野だと思っています。

野崎 そうですね。そうなると看護師は非常に助かります。

萩田 私自身は、病院勤務後に市中薬局に勤務していましたが、そのときに、薬の相談や服薬介助、「薬を飲むときの吸いのみで、何か良いものはないか」といった生活相談を受ける機会がありました。高齢者の場合、営業時間後にポータブルトイレや紙おむつを配達する際に家に上がると「今飲んでる薬を見せてくれませんか」と薬の相談を受けることがあります。すると、複数の病院から同じ薬が処方されていたりするので、「この2つは同じ薬なので、どちらかの先生に言って調整してもらおうと良いですよ」とお話しするわけです。私が在宅医療にかかわることになったのは、このように自然に家に上がるようになって薬の相談を始めたことがきっかけでした。現在、当薬局では約15人の医師と約30件の在宅医療を行っています。

薬剤師は通常、薬の配達と服薬介助でしか在宅医療との接点がないため、現場では「薬剤師が現場に来てもやることはない」といわれてしまいがちですが、実はそうではないということを薬剤師自身にも知ってもらう必要があると思っています。

中野 薬局からは薬の調剤や薬効動態といった治療の面、いわゆるcureしか見えませんが、その人の生活をどのようにサポートするかというcareの部分が、在宅ではより重要になります。そのためには、薬剤師を含めた多職種連携、それも連携におけるcareの視点が重要になります。

地域における薬局・薬剤師の役割 ～薬剤情報・物品管理の拠点として期待～

野崎 ケアマネジャーの困っていることの一つに、服薬管理の問題があると聞きます。特に独居高齢者や認知症患者さんの場合、薬剤師の力をプランに組み込めると良いのですが、ケアマネジャーもどうやって薬剤師と連携したら良いかわからないのが現状です。

萩田 私たち薬剤師の反省すべき点は、医薬分業が盛んになるにつれて処方箋の薬をただ揃えて渡すだけという、いわゆる調剤マシンになり下がってしまったという点です。

服薬介助と服薬管理は混同されがちですが、服薬することの介助と、薬剤が生体内でどう影響するかをみる服薬管理は違うことなのです。ですから、看護師やヘルパーには、処方された薬をきちんと服用しているかという状況に関する情報を得ていただき、薬剤師からは医師や看護師に「こういう副作用の可能性もあります」という情報を伝える、そういう連携が服薬管理だと思うのです(表1)。

中野 薬剤師は単に処方箋を処理するだけで良いと思われている現状に、薬剤師のジレンマがあると思います。地域の中で薬剤師がかかわれる仕事は、もっとたくさんあるのではないのでしょうか。

萩田 そうですね。cureの知識を持ってcareの現場に行くことが、今、薬剤師に求められているのだと思います。

野崎 看護師も、ケアマネジャーがサービス調整チームの会議などの場で、かかりつけ薬局にも参加してもらえよう働き掛ける必要を感じています。

中野 一般的には主治医が服薬指導を呼びかけるケースが多いのですが、薬局の方から主治医に掛け合って服薬指導に入るケースもあるようですね。

萩田 はい。目の前の患者さんがどのような処方を受けているか

表1 薬剤師による居宅療養管理指導・在宅患者訪問薬剤管理指導の具体的な活動

<アセスメント>

- ・コンプライアンス(服薬遵守)の確認と工夫
- ・重複投与や相互作用を確認
- ・残薬や服用状況の確認、薬剤の整理
- ・ADL(特に食事・排泄・睡眠・運動機能)の視点から、薬剤の効果・副作用を分析
- ・処方された薬剤が期待通りの効果を得ているか確認、観察
- ・服薬指導、服薬支援のあり方を検討し、適切な剤形を選択

<チーム連携>

- ・ケアカンファレンス(サービス担当者会議)に参加、協議
- ・訪問看護師、ホームヘルパー、デイサービスのスタッフなどから服薬情報を収集
- ・服薬の継続や中止、薬剤の変更などを医師と協議
- ・各専門職に薬剤や副作用、訪問指導の内容などの情報を提供、共有

疑問に思ったときに、まず訪問してみるのです。すると、先ほど例にあげたような様々な問題点が見えてくるのです。

中野 それは、医師にとってもありがたいことです。保険診療の原則として、特定の薬局へは誘導できないため、なかなか服薬指導を受けてくださいとは言にくいのが現状です。そのため、開業当初はどうしても服薬指導の依頼すら躊躇してしまうため、安全性や透明性を確保するために、地域の薬剤師会などが窓口となって連携が取れるようになるとうまくいくのではないかと考えています。

野崎 そうですね。やはり地域の薬剤師会を含めたチーム連携が取れると良いですね。

中野 例えば気管カニューレや胃瘻などの物品管理を薬局に担っていただければと思っているのですが、いかがでしょうか。

萩田 薬局だと融通が利きやすいという面があります。メーカーから箱単位ではなく、単品で仕入れることもできますし、薬剤師会が経営する会営薬局というものもあります。もともとは医薬分業を始めるときに薬剤の備蓄センターとしてスタートしたのですが、これからは、医療材料を供給したり無菌調剤もできるような在宅医療の拠点をつくるのが薬剤師会のインフラ整備の一つであると考えています。

在宅における薬剤管理の注意点

～生活に合わせた処方・調剤・服薬の管理を～

野崎 在宅患者さんは小児から高齢者まで幅広く、また精神・知的障害者などもあります。特に精神障害者の服薬管理は重要だと思えますが、いかがでしょうか。

萩田 精神疾患や高齢者の認知症が絡んでくると精神薬が多くなるため、薬剤性パーキンソニズムの危険性が高くなります。老健などに入所して薬を全部やめたら良くなってしまったというのはよくある話です。

中野 薬は症状をコントロールするための一つの道具ですので、基本的にはcureなのです。環境が変わると病態も変わるということです。在宅では、医療や薬というのはおそらく二義的なのですね。したがって、使うところでしっかりと使えば良いけれど、それが一義的になるところに問題があるのです。

野崎 そうですね。ターミナル期の患者さんでも、家に帰って家族と過ごしていると、spiritualな痛みが取れることもあります。

萩田 私たち薬剤師も、spiritual painをコントロールするお手伝いのできたときには喜びが感じられます。

中野 また、薬をやめると元気になる場合に、降圧薬の問題が隠れている場合が多々あります。例えば脳卒中など脳血管障害の急性期で入院した患者さんで、在宅主治医がいなまま、退院後も家族が降圧薬を病院にもらいに行っていて、漫然と飲み続けている方などです。初回往診に行くと血圧を測ると90mmHgを切っているの

に、降圧薬を服用しているというケースもありました。寝たきりだった人が、降圧薬をやめてから歩けるようになったという症例は少なくありません。当院では、降圧薬服用者の血圧が120mmHg以下になったら主治医に連絡するようにと、スタッフに徹底しています。

野崎 生活と病状をしっかりと見て、その都度、患者さんに合わせた薬剤を処方・服用することが大事です。そのためにも患者さんの普段の生活や状態をしっかりと見て報告することを続けていかなければいけません。

萩田 そうですね。薬剤師が反省すべき点は、薬のアセスメントがしっかりできていないという点で、これは真摯に受け止めなければいけないいつも思います。

中野 医師はもちろんですが、薬剤情報をチームで共有することは、大事なことです。薬剤師がそのリーダーを担うというのも、一つの方法としてあり得ると思います。

多職種連携における薬剤師の役割 ～薬剤情報を一元化、多職種連携につなぐ～

萩田 最近では退院時カンファレンスに薬局薬剤師が参加する例も出てきましたが、病院薬剤師はまだそういう場には出て来ていません。そうすると、病院内でどのような調剤をしているのかという情報を地域の薬剤師が得られないなど、連携がうまくいかない場合があります。聞けばもちろん教えてもらえますが、病院薬剤師と薬局薬剤師の薬業連携は、まだ弱いと感じています。

野崎 院内訪問に行っても、病院看護師も薬のことはよくわからない場合が多いので、薬剤に関する情報は、やはり病院薬剤師から聞きたいですね。

萩田 ただ問題なのは、病院薬剤師には在宅での生活が見えていないことなのです。

中野 病院からは在宅の生活は見えないため、在宅でどのような医療が提供できるかをイメージできず、退院後に実際に家へ行って愕然とするのです。ですから病院医師への啓蒙の意味も含めて、開業以来ほぼ全ケースに退院時カンファレンスを行っています。



中野 一司氏

野崎 私たち在宅に携わる者が病院にフィードバックすること

によって、病院側も変わっていくかもしれませんね。

萩田 やはりface-to-faceで話をしていると、うまくいきます。それから都市と地方とは全くスタンスが違う点にも注意しなければいけません。

中野 地方でも、それぞれ地域色が出てきますね。地域の特色を生かして、医師、看護師、薬剤師の誰が中心になっても良いと思います。多分それが多職種連携だと思うのです。

萩田 そうですね。私たち薬剤師は、まずは薬を持っていくところからが良いのです。届けに行ったら玄関で帰らずに家の中に入って患者さんを見て、そこから始まるのです。そこで情報をたくさん得て多職種連携を広げていくことが、これからの在宅医療における薬剤師の役割であると思います。

がん末期の在宅医療 ～麻薬管理を含めた環境整備を～

野崎 今後は、末期がん患者さんの在宅療養をどのように支援していくかが課題になると思います。私のいる地域では麻薬を扱う医師が少ないという現状があり、在宅死を希望しながらも、最後は病院に戻らざるを得ない場合があります。

中野 院外処方に関しては麻薬管理が規制緩和されましたが、現場への影響はいかがでしょうか。

野崎 診療所で在庫を持つのは大変だと聞いているので、薬局との連携が鍵になると考えています。在宅療養支援診療所の充実とともに、家で最期を迎えたいという利用者の希望を叶えられるような環境整備をしていく必要性を感じています。

萩田 現在、年間100万人が亡くなっていて、2037年には170万人になると言われています。在宅医療推進会議では「4人に1人は自宅で看取ることのできる体制を」と提言していますが、制度上の整備がどこまで進むかは疑問です。

中野 医師に対する教育支援が大事になるでしょう。在宅は、基本的にはローテクなのです。私は現在、在宅でモルヒネの持続皮下注を使う症例はほとんどありません。基本的にフェンタニルパッチだけで9割ぐらいはコントロールできますし、看取りまでもっていくことも十分可能です。

また、在宅では、がん末期の「食べない」という症状を受け入れることで、点滴も不要になります。それが安らかな看取りにつながるのです。実際、流動食や高カロリーのゼリーを摂取する方が点滴よりも長生きできるというのが現実です。



野崎 加世子氏



野崎 そうですね。輸液をしない方が本人も楽ですし、皆と話しながら静かに見守られて亡くなっていく様子を見ると、病院とのギャップを感じます。

萩田 末期がん患者さんから麻薬処方への依頼を受けることがありますが、技術的に可能な薬局に限られるという事情もあり、車で片道1時間以上かけて届けた例もありました。緊急時には近くの薬局の方が都合が良いため、がん末期の在宅医療を支えるためにも、地域の薬局がしっかりすることが大事だと思っています。

患者さんと家族が主役の在宅医療 ～在宅医療は“Yes, we can”～

中野 死になかなか立ち会えず、現実として死に触れる機会がない現代社会において、子どもたちへの命の教育は非常に大切だと考えていますが、いかがでしょうか。

野崎 私の住んでいる飛騨高山では三世同居が珍しくなく、看取りも毎月各ステーションごとに2～3人はいます。在宅での看取りによって、お孫さんたちは人が一生懸命生きて家で死ぬということ、親が介護するということをしっかり見えています。これが命の教育ではないかと思っています。

萩田 最近は核家族化が進み、そういう機会が少なくなっていましたね。

野崎 そのほかにも、吸引が必要な障害児が通う普通小学校への訪問看護を行っている例があります。最初は障害児が普通小学校へ通うことに反対だった教育委員会も、障害児に優しく接したり、いじめがなくなったりする子どもたちの変化を見て、教育的な意味を見出したようです。

中野 それがお互いの違いを認めるということですね。今の社会は自分と違うことを許容しません。学校も医療も変わらなくてはいけない時期に来ているのではないのでしょうか。

萩田 そうですね。アメリカのオバマ大統領ではありませんが、医療の世界にも“Change”が必要です。在宅医療は“Yes, we can”、つまり自分たちで変えていくことが可能なのです。

中野 その通りですね。看取りの話が出ましたが、終末期の栄養管理や胃瘻の適応についてはいかがでしょうか。

野崎 認知症の場合は難しいと思いますが、本人の意向が重要だと思います。

萩田 胃瘻は選択肢の一つであり、有効な手段だと思います。

中野 がん末期で食べられなくなった場合は、基本的には胃瘻も中心静脈栄養法(Total Parenteral Nutrition; TPN)も適応ではありません。適応があるのは、消化管が使えない方や摂食・嚥下障害のある方です。摂食・嚥下機能障害などで栄養障害や栄養不全によって余命を縮めることがあるとしたら、むしろ積極的に使うべ

きだと思えます。以前は、がん末期の場合には、栄養管理をしても仕方がないと考える医師もいましたが、そうではありません。疼痛を緩和しながらしっかりと栄養管理をすることで5～6か月長く生きられるとしたら、その時間には非常に意味があると思うのです。ところが病院

だと、認知障害があるのが、とにかく食べないことが悪いから、まず経管栄養をすることが少なくありません。管理の問題から胃瘻をつくるということもいまだに行われています。全身が衰弱し、死に向かう状態の人に対して栄養管理をするのは、ある意味では生命に対する冒険だという見方もできます。医療がcure にシフトし過ぎているから、死なせてはいけないという考えが根底にあるのです。

年をとって食事ができなくなったら“The end”という、国民的合意が必要だと思います。患者さんや家族が自分たちで決める“Yes, we can”の在宅医療でなければいけません。そういった全体のコンセンサスをつくる作業が、今後必要になってくるでしょう。

薬剤師を交えた多職種連携が 適切な薬剤管理・服薬支援を可能に

中野 それでは、まとめを野崎さんからお願いします。

野崎 自分にできることとして、まずは患者さんのかかりつけ薬局を調べることから始めたいと思います。ケアマネジャーや訪問看護師の勉強会へ薬剤師にも参加してもらい、チーム医療における薬剤師の役割について理解を深めていければと思います。また、個人レベルだけではなく、薬剤師会などの組織レベルとも同時に連携を深めていければと考えています。

萩田 在宅医療に携わる各専門職がface-to-faceで向き合ってお互いの職能を認め合い、協力体制を築いていくことが、これから在宅医療が発展していく鍵になると思います。在宅医療に積極的に関わりたいと思っている薬剤師は、潜在的には少なくないと思うのです。

中野 本日は、薬剤師の管理を中心に、在宅医療のあり方についてお話いただきましたが、やはりテーマは、多職種連携ということですね。特に服薬管理に関しては、薬剤師との連携を強化する必要があります。薬学部も6年教育になりましたので、今後は有能な知的人材に在宅の現場にどんどん出て来てもらいたいと思っています。

本日は、薬剤師の先生たちに、ぜひ在宅の現場に出て来てくださというエールを送って終わりにしたいと思います。どうもありがとうございました。