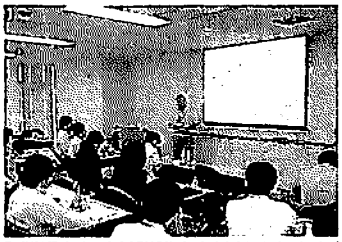
特集　薬局薬剤師による在宅医療の実践

在宅業務に取組むためのノウハウ伝授

J—HOP 在宅初心者向けセミナー実施

薬剤師の調剤室依存からの脱却と在宅医療への参画が叫ばれて久しいなか、在宅業務に乗り出す薬剤師の育成に着手している全国薬剤師・在宅療養支援連絡会（J—HOP）は、このほど社員総会・研修会を開催した。平成22年にスタートした同会は、これまでも在宅業務に関する相互交流や多職種研修紹介などを開催しており、総会・研修会においても在宅業務に関する情報共有や実際に在宅医療をスタートさせるためのノウハウなどが紹介された。ここではくろしお薬局の川添哲朗氏（同会副会長）による在宅初心者セミナーの内容を中心に研修会の模様をレポートする。


入門編となる基礎講座をはじめ在宅実施状況に合わせた３段階の研修を用意

総会・研修会には全国から約300人の薬剤師が参加。まず、北里大学薬学部社会薬学部門の鈴木順子教授による基調講演「つなぐ・在宅医療連携とこれからの薬剤師像」が行われた。同氏はなぜ現在在宅医療が求められているのかといった社会的背景から、前回の調剤・介護報酬改定で行われた在宅医療推進の流れなどを詳細に解説。そのうえで薬局・薬剤師のポイントとして「地域での情報発信力とチーム構成力を持つ」ことを指摘したうえで、「薬局は薬事法上では薬剤師に調剤と一般用の販売ができる。一方医療法では医療提供施設として包括的な医療概念から予防・保健も目標化している。つまり薬局は様々な医療・保健資材の導入について提案できる。地域医療ビジョンに基づき薬局力を高めることが重要」と語った。

研修会では、在宅医療の実施状態に即して3段階の分類が行なわれており、研修Aは「在宅医療に関する体験、疑問、悩みなど様々な経験を共有してつなげる」、研修B「在宅で役立つ薬歴・報告書の書き方についてのカンファレンス」、研修C「在宅初心者セミナー」となっている。

このうち研修Cでは、実践的基礎講座が行なわれ、明日から取組むための"イロハ"が同会副会長の川添哲朗氏（高知・くろしお薬局）より解説された。まず川添氏は在宅医療における薬剤師の役割については3つのSTEPがあると強調。具体的には「薬（剤形、調剤方法、管理方法の選択）」、「患者（薬効評価、副作用モニタリング、体調チェック、ADL、QOLへの影響）」、「多職種&薬薬連携（医師、看護師、ケアマネ、ヘルパー、病院薬剤師らと連携・情報交換・情報共有）」が在宅医療における薬剤師の役割であると紹介したうえで、各STEPについて詳細を説明した。

STEP1の薬の選択については、服用状況をよくするために何を考えればいいのかという部分を基点とし、調剤された医薬品の服用コンプライアンスが低下している背景を考察することが重要と指摘。代表的な飲まない（飲めない）理由と対応策を列挙したうえでポイントとしては「薬の管理だけでなく薬学的管理を意識する」ことが重要だと語った。

具体的な考え方として、薬の管理では「医師の処方どおりに薬を服用（使用）するためだけの管理は薬剤師でなくてもできることはある。実際にホームヘルパーさんに頼んでいることもある」と自らの実体験をベースに解説。在宅患者にとっては必要以上に関与されることが場合によっては負担になるとし、また「ヘルパーさんに管理を依頼することで、多職種連携に繋がり信頼関係も構築できる。必要最低限の訪問回数に調整したほうがいい」などと話し、薬剤師が関与する以上は薬学的な知識に基づいた患者評価と管理が求められると述べた。

STEP2、患者の薬効確認と副作用チェックについては、「巷ではフィジカルアセスメントという言葉のみが先行して、意味やその捉え方が初心者から漠然としている場合がある」と言及。在宅医療初心者の中にはフィジカルアセスメントにはバイタルサインが必須と誤解している場合もあることから「整理が必要」と話し、改めてその役割と薬剤師の役割について触れた。川添氏は「フィジカルアセスメントを考えるとき、最も基本となる捉え方はヘルスアセスメントである」と語り、身体・精神・社会的因子の全てを含むトータルアセスメントのことで、日本語では健康評価であると述べた。

つまり「いきなりバイタルサインではなく、フィジカルアセスメントは主観的情報と客観的情報の収集であり、問診や器具を用いて評価することを指す」とし、「客観的情報にはフィジカルイグザミネーションという五感と聴診器を用いること」と説明。視診、触診、打診、聴診を対話の中で実施していくものであるした。

具体的な手法としては「患者に会った瞬間からはじまる。まず握手をする。その際には利き腕、手の震え、つめの色、両手・両足の使い方などが確認できる。話し方や呼吸音などの情報も収集することができる」ことをあげ、5・5・5というキーワードを用いて「五感（視覚・聴覚・嗅覚・味覚・触覚）を確認し、5領域（食事・排泄・睡眠・運動・認知機能）の体調をチェックする。そしてこれらと連動するかたちで5つの基本バイタルサインチェック（血圧・脈拍・呼吸・体温・意識レベルSPO2）が入る」などとまとめるとともに、フィジカルアセスメントのできる薬剤師は職域の幅は広がるかもしれないとしながらも、「あくまでもヘルスアセスメントができてこそ本来の意味を持ってくる」と訴えた。

STEP3の連携の部分については、「GIVE and TAKE」であるとし、あくまでもGIVEが先であり、「薬局で待っていても誰も来ない。薬剤師から情報提供するうちに、ケアマネジャーも看護師も振り向いてくれる」と説明するなど、在宅医療へ参画する意味や薬剤師としての役割などについて在宅医療初心者に強調した。さらに訪問薬剤管理指導開始に至るパターンや各種手続きの申請方法、実際の訪問時に川添氏が実施している話術などが披露された。

現場での疑問や悩みなど相互交流も

このほかの会場では研修B「在宅で役立つ薬歴・報告書の書き方~アセスメントを反映させる」と題したカンファレンスが開催された。B会場には140人が参加し、具体的な患者・処方内容症例が提示されたうえでのディスカッションが行われた。薬剤師が患者状態を踏まえて考えられうるケアプランや、具体的な対応方法をドクターや他職種への報告書にまとめることを目的とし、そのアプローチに関するディスカッションが北海道薬科大学の早川達氏の進行により行われた。議論のまとめとして同氏は「報告書は単なる狭義の報告ではなく、多面的な状況の中からアセスメントを行い、自ら医療への姿勢を表明することに他ならない」との示唆を同カンファレンスの共通認識とした。

研修Aでは在宅医療に関する体験、疑問、悩みなど、既に現場で様々な体験を得ている参加者がその経験を共有して繋げる場として「ワールドカフェ」という形式のオープンディスカッションが実施された。テーマとしては「日々の業務の中で在宅業務をはじめるには」「日頃、在宅業務を行っている上で制度上、どのような問題や課題を感じるか」「今後、在宅で薬剤師が更に活躍するためにはどのような制度の整備、改善が必要か」などについてスモールグループディスカッションが行われた。

140人規模でのディスカッション形式の研修も行なわれた

同会の大澤光司会長はまとめとして「在宅業務に取組む不安や現場で感じる多職種連携とその空気感がある。勤務薬剤師が大半を占めるなか、人的・時間的制約、費用面など一定の縛りがあって思うようにできない部分もある。そこを一人の個としての悩みとするのではなく、JHOPでは繋がる感覚が重要だと思っている。個の問題を個で終わらせない。全体で悩みを共有することで、継続的な取組みとしたい」と研修会の意義について振り返り、今後も在宅業務に乗り出す薬局・薬剤師の相互交流の場いとして展開していくことを強調していた。

薬が飲み込めない患者さんに
けんだくボトル®
1,646医療機関様でご採用

¥750
10本入(税別)
http://kendaku.jp/

服薬チェック・バイタルチェックが記入できる
介助薬袋
在宅介助される方に向けた使い易い薬袋裏面デザインを考案しました。

裏面 1081 NEW
裏面 1082 NEW
シンリョウの薬袋は裏面にも印刷を加えられます。介助薬袋は11種類のデザインがございます。

FAX 資料請求用紙 コピーをとってお使いください。
薬局様名・住所・TEL・FAX
様
様
□けんだくボトル資料希望（無料）
□サマーセール資料希望（無料）
□NEW 薬袋カタログ・デザイン集希望（無料）
株式会社シンリョウ
お客様コールセンター
TEL 平日9:00～19:00まで受付 0120-7-11296
〒171-0043 東京都豊島区要町3-39-3
FAX 0120-5-11296
サマーセール も開催中
http://www.shinryo.jp/
シンリョウ 検索

医療での自立と可能性かけた在宅・チーム医療参画を

高齢社会に伴う医療制度・社会保障改革に沿って地域の薬局薬剤師による在宅医療業務への取り組みはまさに待ったなしの様相を迎えている。しかしながら、様々なハードルから未だに全体として進展を見せるには至っておらず、多くが取り組みあぐねているのが実情だ。ここでは薬学教育・研究現場の観点から地域医療対応やチーム医療参画を訴える北里大学薬学部薬学教育研究センター・社会薬学部門の鈴木順子教授に薬局薬剤師が地域で果たすべき役割とその背景を解説願うとともに、可能性を引き出しやすい象徴的な分野として、抗認知症薬の服用継続率向上に関する臨床研究やアリセプトの情報ツールの監修などの実績を重ねる愛知学院大学薬学部臨床薬剤学講座の山村恵子教授に具体的な手法を取材した。

薬局薬剤師が在宅医療での必要不可欠な存在に

「地域への医療の回帰を職能を切り拓く追い風に」

北里大学薬学部・鈴木順子教授

——薬局薬剤師の在宅医療参画に対する現状認識について

平成24年は薬局・薬剤師にとって「在宅医療元年」ともいうべき年でした。平成24年度の保険報酬改定は、平成22年に厚労省が出したチーム医療の推進に関する通知の主旨を地域まで発展させ、「在宅医療」という形で実体化を迫るものだったからです。

通知自体の想定は病院を意識したものではありましたが、2年余の周知期間を経て、この保険改定で薬局に対しては地域の「医療提供施設」としての機能を、薬局薬剤師に対しては患者居宅を場とする薬物治療に積極的に関与すべき職能を問う内容となりました。しかし、大々的な概念的転換を促す改定の意味を捉えきれずに、まだ従来の在宅関連薬務の延長線の目線にある薬局や薬剤師が多いのが実状で、点数算定との勘案でしか考えられていない現実があります。

すでに、改定後1年以上を経過している今、いわば『まったなしの在宅医療参画』を通して、医療提供施設・医療従事者としての自立を突きつけられているという認識が必要です。

——実際の取り組みに対する考え方や具体的なアプローチは

病院における医療では、集約された人的システムや相応する治療のプロトコルがあり、薬剤師も役割分担を持ち、薬物治療に参画しやすいと言えますが、地域医療にはあらかじめ設定されているチームはなく、医師の判断・主導で進められる要素が大きいため、やはり医師との関係作りが鍵を握ります。

例えば日々の調剤業務の折々に、医師と薬物治療の方針を話し合うなど、「この薬剤師は自分の治療方針を理解している」という認識を持ってもらえるような関係づくりが基本でしょう。長期加療を要する慢性疾患の患者さんの場合、このような相互確認・連携の循環の中で治療のプロトコルが確立され、信頼関係に基づいて、やがて在宅訪問や「こういうところを見てきて欲しい」などの要請に結び付き、自然にチーム医療の一環としての在宅医療に参画していくことができます。

在宅医療におけるプロトコルの中核担う可能性

——患者宅訪問業務上のハードルについて

よく「家に上げてもらえない」と言われますが、訪問看護師はいちいち「上がっていいか」とは尋ねません。一定の環境の下で加療が行われている病院とは異なり、在宅患者さんの療養環境・生活条件はさまざまです。これらを考慮しない医療は成功しません。

考えてみれば、居宅療養環境や生活条件の確認は医療従事者として当たり前の義務です。医師からの依頼が必要とか、点数算定のことはまず置いて、例えば「近くを通りかかったので」と患者宅を訪問して聴き取りしたり残薬を確認するなど、ニーズを発掘する姿勢で切り込んでいくことが大切です。そうして積極的に収集し、評価した情報を繋ぐことで治療効果を高めるという積み重ねて医師や患者との信頼関係が強まり、在宅医療のプロトコルの中核を担うことができます。

——在宅分野で職能を切り拓く心構え

薬剤師の中には「薬を出すことが仕事」という逃げ道に飛び込む方がいますが、医療従事者として、患者の状態を確認せずに業務を完結することは本来あり得ないことです。薬物治療がどう進んでいるか、という想定を持つことが不可欠であって、今の業務にこの想定が薄いことが本質的な問題ではないでしょうか。

1週間分の薬剤を調剤・交付したとして、服薬期間の間に何らかの反応があるはずですが、現在の薬局業務ではその追いかけは行われていません。仮に「症状が改善されていなければ」、あるいは「3日目に良くなったので飲むのを止めた」などの様々な想定を踏まえ、有効かつ安全な薬物治療を導くためのモニターも業務の一環という意識が不可欠です。

在宅医療では居宅の状況を確認しなければ責任を持って薬を出せない、という姿勢になります。そうして患者個々の状況を収集・分析・評価し、必要に応じて看護師や介護職を組み込んでいくことで薬剤師が主体的に地域の医療プロトコル作りに働きかけていく可能性が広がるわけです。

人は本来、病院ではなく地域で生きて死ぬものです。医療は「国民の健康な生活の確保」のビジョンのもと、その支援をする使命を持ちます。地域の身近な薬局・薬剤師の「生活圏」における役割が大きいことは間違いありません。そうしたモチベーションのもと、地域への医療の回帰を追い風に進展させられるか、一過性に終えてしまうか、今まさにその瀬戸際にあると痛感しています。

「チーム医療で存在感高める認知症治療への積極的対応」

愛知学院大学薬学部・山村恵子教授

認知症治療では医療・看護・介護にまたがる見守り体制と、患者の家族を含めた相談応需、情報収集に基づく支援が重要となる。前職の名古屋大学医学部附属病院勤務時より、薬剤師外来を開設して認知症患者への対応に精力的に取り組んできた山村恵子教授は、こうした構図から「薬局が身近な医療提供施設として機能を発揮するきっかけとなる最適な分野」と、地域医療への関わりと医師を中心としたチーム医療参画の可能性を指摘する。

「家族は〝第2の患者〟。先行きへの不安など精神的にも疲弊していることが多く、そこにも配慮する必要がある点で一般的な対応とは異なる意識が必要です」。認知機能障害の度合いによっては患者本人の服薬管理が困難なため、山村教授は同居者やケアの有無など説明すべき人物を確認した上で、まず日常の行動に対する不安を想定して『いま困っていることは何か』を聞くことで患者・家族との距離を縮め、効果的な指導と情報収集に向けた関係構築をあげる。相手の表情に心を配ることが重要という。

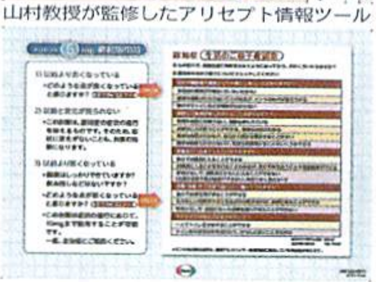
若年性や軽度の認知症では医師が配慮して病名を告知していないことも少なくなく、薬情にアルツハイマーの文字を見付けてショックを受けることもあるため「型通りの服薬指導では治療を妨げるトラブルにもなりかねません」。よって指導の前段階で病名に対する認識、治療薬ごとの比較や状態に応じた投薬の考え方など、患者・家族の関心に沿った情報を整えておくべきという。

薬剤師の適切な対応で服薬継続などに結果を

最も重要なのは服薬継続への働きかけだ。治る疾患ではないので治療に希望を失ったり、介護負担から勝手に止める傾向が強い。「服薬の意義や数カ月で効果が発現するといったことを実際に薬理作用のグラフを見せるなど丁寧に説明し、理解を高めることが重要」。その上で山村教授が強調するのは副作用の伝達方法で、「短絡的に『下痢をすることがある』と言うのではなく、『アセチルコリンは消化管にもあるから』など論理的に副作用を説明すべき」と語る。

また、副作用は増量される段階で出やすいことから、山村教授はアリセプトに関して3㎎・5㎎・10㎎という服用量ごとのポイントをまとめた薬剤師向け資料を監修。目的や想定される副作用などを踏まえ、薬物治療の段階に応じた服薬指導スキルの確立を呼びかけている。

山村教授が監修したアリセプト情報ツール



「多くの場合は大きなイベントに繋がる前に予兆があります。段階ごとに適切な情報提供を行い、『このような時は教えて下さい』と薬剤師がきちんと管理することを伝えれば、服薬継続率を導く信頼関係が築けます」と山村教授。実際、薬剤師外来を通じて取り組んだアリセプトの臨床研究では、患者や家族への丁寧な聞き取りや説明、指導による理解度の引き上げで服薬継続率が5割弱から7割以上に向上する結果を得たという。

こうした成果はチーム医療での存在感に繋がる。山村教授はおくすり手帳に貼り付けて患者の生活状態を確認するツールの使い方も監修し、家族らが項目ごとに軽度～高度のレベルの生活の様子をチェックし、薬剤師は薬剤師が気づいたことをお薬手帳に記載することで患者情報の収集とコミュニケーションを充実。次回、診察時にお薬手帳を医師に提示して医師との情報共有を活発化する手法を提案している。「患者の状態を薬歴に記載しながら評価を行い、医師との共同薬物治療管理へも発展させられます」との意欲を寄せる。

また、「薬を減らすことも薬剤師の責務」だ。認知機能障害では中核症状～行動・心理症状まで多岐にわたる症状が発現し、副作用も含めて必然的に投薬機会は増す。「健康食品を飲んでいることも多く、薬剤師がエビデンスに基づいて整理することで患者や介護者の負担軽減に乗り出す意義は大きい」。

それには患者・介護者と密接なコミュニケーションが図られる位置付けでの機能発揮と、これによる多職種連携での信頼構築が欠かせない。「身近な医療従事者として地域で広く相談対応に乗り出し、積極的に患者情報を収集・フィードバックする業務を定着させることが大切。先の臨床研究もそうですが、我々のような大学と共同で薬局薬剤師が関わることによる成果を立証し、発信していくような展開も今後期待したいところです」と、山村教授は現場の奮起にエールを送っている。