

超高齢社会での慢性期医療と 薬剤師の役割

鳴門山上病院診療協力部

部長 賀勢 泰子

●超高齢社会では「治す医療」から「治し、支える医療」へ●

今回は、「超高齢社会での慢性期医療と薬剤師の役割」をテーマにお話しさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

まずは、超高齢社会と医療提供体制の変化について述べてみたいと思います。ご存じのとおりわが国の高齢化は急速に進行し、75歳以上の後期高齢者が2025年には2千万人を超え、2030年には5人に1人、2055年には4人に1人になると推定されています。この超高齢社会の医療を支えるために、従来型の「病院完結型医療」から「地域完結型医療」への改革が求められています。必要な医療を切れ目なく提供できる体制を地域全体で整備し、住み慣れた地域で自分らしい生活を送りながら尊厳ある生を全うすることができる社会の実現に向けて、「地域包括ケアシステム」の構築が推し進められております。医療・介護提供体制の見直しに係る今後のスケジュールとしては、平成29年度に医療計画の基本方針、介護保険事業計画基本指針を決定、平成30年度には、病床機能分化・連携の影響を反映し、第7次医療計画、第7期介護保険事業計画を策定、医療保険・介護保険の同時改定が予定されています。

病院は、地域ごとに作成された「地域医療構想（地域医療ビジョン）」に沿って、高度急性期・急性期・回復期・慢性期ごとに病院の機能を分化・強化させ、相互の連携を進め、目指すべき医療提供体制を整備、さらに医療と介護の連携も強化してまいります。将来予測は、都市部や過疎地など地域ごとに異なりますが、この地域医療構想に添って病院の規模や機能も大きく変化し、「治す医療」から「治し、支える医療」へとシフトして参ります。

●高齢者医療と薬剤師●

こうした社会的背景において、薬剤師には高齢者医療と介護、福祉へのさらなる貢献と地域医療連携への貢献を期待されています。平成28年度診療報酬改定には、薬剤師の役割が大きく盛り込まれ、ICUでの関与評価、円滑な地域医療連携、ポリファーマシー対策や認知症ケアなど患者の病期や病態に応じた業務展開と地域との連携が明示されました。

病棟薬剤師は、患者の入院前の生活習慣や家庭環境、薬物療法について総合的に把握したうえで入院中の薬物療法の適正化を図り、退院に向けて、安心、安全な薬物療法を継続できるよう地域連携に取り組む必要があります。エンドポイントは薬物療法の適正化と医療の質の向上、患者のQOL向上であり、これには地域の医師や看護師、かかりつけ薬剤師、訪問看護など多職種にわたる在宅スタッフとの地域医療連携、多職種連携が不可欠となります。

●慢性期医療における薬剤師の役割●

では、慢性期医療における薬剤師の役割は、どうでしょうか。回復期にあってもまだ自宅への退院は難しい患者を地域の急性期病院から受け入れ、あるいは在宅から入院治療が必要となった慢性期の患者を受け入れ、医師、看護師、薬剤師、栄養士、リハビリスタッフ、メディカルソーシャルワーカー（MSW）等で構成される医療チームと共に療養生活を支援しながら、地域の在宅サービスを調整し患者の在宅復帰を支援することにあります。

慢性期の高齢患者さんは、精神運動機能や感覚機能等様々な障害を有し代謝排泄機能等も低下しているため、障害の度合いに応じた個別対応が必要です。そのため、高齢者総合機能評価（CGA）は、非常に重要になります。高齢者の日常生活機能に加え認知機能、身体機能、嚥下機能、気分、意欲、家庭環境、家族構成、介護サービスの利用状況など様々な要素を確認し、これらを情報源として医師は治療計画を、看護師は看護計画を、薬剤師は服薬管理能力に応じた薬剤の選択や剤型、服薬タイミングの調整、調剤方法を変更するなど服薬ケア計画を立案し、薬学的ケアの向上に努めます。

平成24年の病棟薬剤業務実施加算の新設により、薬剤師が病棟で患者の傍にあり、医師と協働して医薬品適正使用サイクルを適切に回転させることが評価されました。薬剤管理指導業務では、理解力のない患者は対象外となりますが、理解力の有無にかかわらず等しく薬学的ケアの提供が評価され、地域との連携も可能になってきたことは喜ばしいことと受け止めています。精神・療養病棟では8週の算定期間制限もありますが、今後はこの制限をさらに緩和させたいと願っています。

●高齢者に対する適切な医療提供の指針と薬物療法ガイドラインについて●

2013年3月に（厚生科学研究費補助金）長寿科学総合研究事業の研究班が、日本老年医学会、全国老人保健施設協会、日本慢性期医療協会、日本医師会の協力を得て、「高齢者に対する適切な医療提供の指針」をとりまとめました。この指針は、慢性期の高齢患者に対して適切な医療提供を支援するための基本的な要件を示したものですが、医師はじめ他の職種にも具体的な治療方針の作成に役立つ指針となっています。この内容は、1.「高齢者の多病と多様性」、2.「QOL維持・向上を目指したケア」、3.「生活の場に即した医療提供」、4.「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」、5.「患者の意思決定を支援」、6.「家族などの介護者もケアの対象に」、7.「患者本人の視点に立ったチーム医療」の7項目と、それに対応した達成目標8項目を掲げています。

また、2015年には、一般成人よりも高齢者に副作用が起きやすい薬物、効果に比べて副作

用の危険が高い薬物のスクリーニングツールとして「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」が作成されました。2005年に作成されたガイドラインのアップデート版ですが、高齢者の薬物療法の基本原則は、1. 簡単 [SIMPLE]、2. 少量 [SMALL]、3. 短期間 [SHORT] とされ、高齢者における薬の副作用と多剤併用（ポリファーマシー）に対処する指針が示されています。これらの指針やガイドラインを参考として、多剤併用の減少、服薬アドヒアランスの改善、相互作用や副作用の減少を図ることが可能となります。

要介護高齢者や認知症患者など、治療の難しい疾患を有する患者では、処方の優先順位が若年者より変わってくるため、疾患に応じた治療薬が必ずしも良い選択となりません。現在の治療目的が最適であるか、治療の質を低下させることなく減薬ができないか検討し、リスクの高い薬剤は徐々に中止しますが、この場合は、患者や家族と治療方針、治療状況をできる限り共有しながらモニタリングを継続することが重要になります。

●おわりに●

このように入院から退院まで治療、薬学的ケアを継続しても、急な病状の変化や、寿命という限界があります。医療の必要度が高く在宅復帰の困難な患者では、個々の能力に応じた管理計画や治療方針を作成し、長期療養生活を継続的に支援するとともに、終末期における緩和ケアの提供、エンドオブライフケアも必要になります。

病気や加齢で自己判断ができなくなる日のために、あらかじめ終末期の医療行為などについて自分の気持ちをリビングウィルとして書面として記載し、「心肺蘇生術」「胃瘻造設」「人工呼吸器」「輸液」などの適応について事前に指定しておくことを支援する必要もあります。ヒトは生まれてきたからには必ず亡くなります。がん死だけではなく、高齢者の終末期にも緩和ケアを提供すべきことは言うまでもありません。医療チームの一員として、患者のリビングウィルをサポートし、患者の意向に沿った医療を提供すること、過剰な医療の介入があればチームで検討し見直すなど、最期まで安らかに尊厳ある生を全うするための支援が求められます。

超高齢社会の地域医療を支える薬剤師には、「チーム医療の一員」としてこれらの課題を一つ一つ見据えて、地域の患者さんやご家族に、「病院薬剤師さんに支えてもらってよかった」「この地域に生きてきて良かった」と受け止めて戴けるように、地域医療チームの一員として地域連携に関わっていただきたいと心から願っております。

最後に、

「慢性期医療において薬剤師の果たすべき役割は、常に患者に寄り添いともに歩む」

この言葉を締めくくりの一言として終わりたいと存じます。