

高齢者医療の今後を見据えた 薬剤師の業務展開

～国立長寿医療研究センターにおける取組み～

国立長寿医療研究センターは、日本の高齢者医療の進展に寄与すべく多様な取組みを推進しています。薬剤部も「もの忘れセンター」外来部門や「認知症専門病棟」「在宅医療支援病棟」に薬剤師を専任で配置し、高齢者の特性をふまえた薬学的支援を行っています。また、「DST(Dementia Support Team)」や「EOL(End-Of-Life)ケアチーム」では、薬剤師の新たな業務展開を視野に入れた活動を進めています。これらの取組みについて、薬剤部長の高橋朗先生、薬剤師の大西瑞穂先生、久保川直美先生に伺いました。

I 高齢者医療に対する 薬剤部の基本方針

■ 薬剤部が現在注力されている取組みをお教えください。

高橋 当院は、理念として「高齢者の心と体の自立を促進し、健康長寿社会の構築に貢献する」ことを掲げており、特に認知症医療では世界最大規模の「もの忘れセンター」を開設しています。薬剤部としても、もの忘れセンターの外来に薬剤師を配置して認知症患者さんのサポートに関わるとともに、認知症に関する情報を積極的に発信しています。

また、「認知症専門病棟」や「在宅医療支援病棟」では、高齢者の身体的・精神的特性に応じた病棟薬剤師業務を行っています。更にチーム医療として「DST(Dementia Support Team: 認知症サポートチーム)」や「EOL(End-Of-Life)ケアチーム」に参画し、薬剤師としての専門性を発揮しています。

外来では、認知症専門医、看護師、薬剤師、臨床心理士、医療ソーシャルワーカー(MSW)が連携して診療を行っており、薬剤部としては久保川と私の2名が担当しています。薬剤師は認知症と診断が確定し、抗認知症薬の処方が出た直後に外来に出向き、患者さん及びその家族と面談して薬の説明や管理方法についてアドバイスを行っています。

■ 面談では、どのような指導を行うのでしょうか。
大西 抗認知症薬は治療効果が現れるまでに日数を要したり、治療効果を実感し難いため、自己判断で服薬を中断してしまうケースが少なくありません。服薬継続の重要性を家族など介護者に伝えるとともに、他院処方薬も含む薬剤の管理方法に問題があれば改善方法を提案します。

例えば、抗認知症薬の多くは1日1回の服薬であるため、介護者が服薬介助しやすい時間帯と一緒に検討します。また、抗認知症薬導入時のみならず、その後の外来受診の際も医師の診察前に面談を行い、抗認知症薬による副作用や服薬アドヒアランスを確認しています。

認知症の患者さんを対象とした病棟業務

■ 認知症専門病棟では、薬剤師は主にどのような業務を行われているのでしょうか。

大西 本病棟は、もの忘れセンターの入院部門として、治療すべき身体疾患があり、ケア拒否、大声、徘徊等の症状があるため一般病棟での対応が困難な患者さんを主に受け入れています。他に認知症精査入院、レスパイト入院*の方もおられます。

認知症専門病棟における薬剤師の主な業務は以下のとおりです。

入院時 持参薬の鑑別を行うとともに、家族や入所されていた施設の介護職員などから薬剤の管理状



薬剤部長
高橋 朗 先生

II 認知症治療における取組み

もの忘れセンターの外来における薬剤師の取組み

■ もの忘れセンターの特徴と、薬剤師の業務についてお教えください。

大西 もの忘れセンターは、認知症の予防から進行期までを切れ目なくサポートするための施設です。

況を聞き、問題点(飲みにくい、内服時に工夫が必要かどうか、など)を把握します。認知症患者さんの場合、服薬困難の原因は、嚥下機能の低下だけでなく、病識欠如、薬や食事の認識喪失、睡眠覚醒リズムの変調によるものなど様々です。こうした問題は、入院時の情報のみでは把握困難であるため、看護師・医師と一緒に入院中に評価していく必要があります。

入院中 毎朝のカンファレンスに参加し、患者さんごとの問題点や治療方針を確認した上で薬剤に対する提案などを行います。

例えば、精神科の薬剤や抗認知症薬の多くは、服薬開始直後は適・不適がわかりません。そこで、2～3週間かけて、患者さんの状態を観察しながら薬剤の選択や服用量の調整を行います。認知症治療に使われる薬剤には嚥下機能や歩行に影響を及ぼすものもあり、食事や歩行の状況を観察するなど、フィジカルアセスメントも大切です。

また、退院先が自宅か施設かによって、選択できる薬剤は異なります。自宅の場合は複雑な投与方法への対応が難しく、施設の場合は使用できる薬剤に限られることもあり、早い段階から、退院後の環境を見据えた最善の方法を多職種で検討していきます。

*レスパイト入院:在宅療養患者さんを介護している家族の事情により、一時的に介護が困難になった場合に短期入院できる制度。

他病棟における認知症サポート

■ 認知症に関連した、その他の取組みについてお教えください。

高橋 当院では、認知症専門病棟以外の一般病棟において、病棟スタッフをサポートするDST(認知症サポートチーム)が2012年から稼働しています。メンバーの職種は認知症専門医、看護師、MSW、作業療法士で、薬剤師は2015年9月から大西と久保川が参加しています。

■ どのような活動をされているのでしょうか。

大西 病棟看護師からの相談依頼に応じ、週に1回、多職種でラウンドしています。病棟スタッフから困っている状況を聴取し、現在の対応で良ければ後押しし、問題があれば対策を検討してアドバイスします。

相談内容で多いものは、「ケア拒否」や「食事拒否」「転倒・転落リスク」「落ち着きがない」「せん妄」「大声」などです。

薬剤師としては、患者さんの腎機能、肝機能、年齢、併用薬剤や、問題となっている状況に合わせて適切な薬剤を選択し、アドバイスを行います。また、転倒・転落は薬剤の影響も考えられ、せん妄は薬剤だけでなく、感染症や痒みなどの身体症状が原因の可能性もあります。それらの状況を把握し、必要に応じて助言しています。



薬剤師
大西 瑞穂 先生

III 在宅医療支援における 取組み

多職種連携による在宅医療の支援

■ 在宅医療支援病棟の特徴と主な役割をお教えください。

久保川 本病棟は、在宅医療の推進を目指し、厚生労働省のモデル事業として2009年4月に開棟しました。その主な目的は、①在宅療養患者さんが急性増悪した際の入院加療(疼痛コントロールなどを含む)、②入院患者さんが在宅移行する際の支援体制確立に向けたサポートです(図表1)。

対象となる患者さんは、在宅医療を行う主治医(以下、在宅医)がいることが必須で、患者さんも在宅医も当院への登録制となっています。登録制とすることで、患者さんは、在宅医の判断により緊急入院やレスパイト入院などが確実に受けられ、安心して長期的な在宅医療を継続することができます。

在宅復帰を支援する病棟として地域包括ケア病棟もありますが、その患者さんは比較的自分で服薬管理が行えるのに対し、在宅医療支援病棟の患者さんは、神経難病や脳血管疾患などにより経口摂取が困難となり、中心静脈栄養や経管栄養で在宅療養されている方も多くみえます。

図表1 在宅医療支援病棟の主な役割

	在宅医療の継続支援	在宅医療への移行支援
対象	在宅療養中に状態の変化などが生じ、1～2週間程度の短期入院が必要と在宅医により判断された患者さん	当院に入院中であり、在宅復帰を本人及び家族が希望し、なおかつ在宅復帰後の主治医となる在宅医を決めることができる患者さん
支援の概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 全身チェックを行い、状態の変化に伴う必要な医療処置やケアなどの在宅医療の調整及び支援を行う。 ● 家族・介護者・在宅医療チーム間の連携・調整を図り、在宅医療継続を支援する。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 自宅退院に向けて必要な手続き、医療処置やケア技術が行えるように支援し、在宅復帰を支援する。 ● 「最期は自宅で」と本人が希望しているが、家族は自信が持てない例など、在宅での看取りの支援、調整を行う。

◎在宅医療支援病棟では、上記の他に、診療モデル構築などの「研究事業」、医療関係者や家族・介護者への「教育・研修」、在宅医療に関する「情報発信」なども行っている。
国立長寿医療研究センター提供の資料を基に作成

在宅医療支援病棟での薬剤師業務

病棟業務では、どのような点を特に重視されていますか。

久保川 在宅復帰後を見越した処方提案や、患者さん・家族の教育や指導に力を入れています。

●在宅中心静脈栄養法や経管栄養法の処方提案

医療処置(イレウス管など)の必要ながん患者さん・家族が在宅療養を希望される場合、症状緩和のために、在宅で使用可能な薬剤(注射薬)及び投与経路を提案します。症状緩和のための薬剤は、これから起こりうる身体症状への不安軽減のために、積極的に使用することもあります。そして、在宅で中心静脈栄養や医療用麻薬などを使用する場合、かかりつけ薬局との連携も重要となります。

との連携も重要となります。

●服薬管理に関する改善提案・家族指導

適切に服薬してもらうためには、療養環境に関する情報を得ることも大切です。退院前訪問指導を行う看護師から、服薬管理の状況(介護者の有無、服薬カレンダーや配薬ボックスを使用できる環境か否かなど)を詳しく聴取し、在宅での生活環境に合わせた服薬管理方法を提案します。また、必要な場合は保険薬局の薬剤師(以下、薬局薬剤師)とも連携します。

在宅医療を進める上で、家族指導は重要となります。医療用麻薬を使用する場合、正しい知識・服薬方法・管理等について家族にも理解してもらいます。また、中心静脈栄養を行う場合は、バッグの隔壁開通や交換の方法なども家族に指導を行います。

●退院時共同指導での情報共有

ケアマネジャーを中心として在宅側スタッフと行う退院前カンファレンスでは、薬局薬剤師にも参加してもらい、治療方針や処方内容、服薬管理・支援方法だけでなく、どのような生活及び治療・ケアを望まれているのか、患者さんや家族の思いなどを情報共有します。

Ⅳ 全ての疾患を対象とした緩和ケアチームの活動

EOLケアチームの特徴と意義

EOLケアチームにも薬剤師が参画されているとのことですが、どのようなチームなのでしょう。

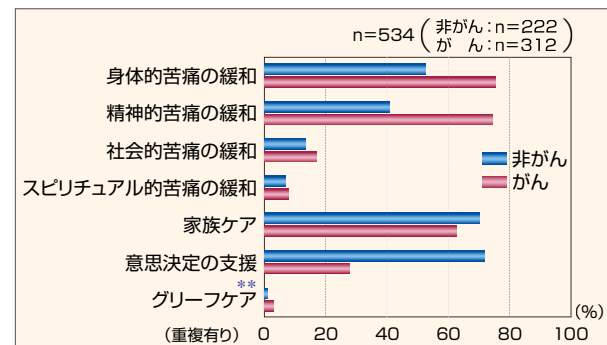
久保川 苦痛緩和及び、治療選択における患者さん・家族の意思決定を支援するためのチームです。がんだけでなく、非がん・高齢者疾患を含む全ての疾患を対象としています。実際に、EOLケアチームが結成された2011年10月から3年間において、認知症、心・肺疾患、神経難病などの非がん疾患患者は全体の約40%を占めています。2011年度の日本緩和医療学会の調査によると、緩和ケアチームの対象に占める非がん疾患の割合は3%程度であることから、全国的にみても当院では非がん疾患が占める割合が高いといえます。

チームの構成と主な活動内容をお教えてください。

久保川 チームは、緩和ケア診療部医師、緩和薬物療法認定薬剤師、老人看護専門看護師を中心に、多職種で構成されています。

活動は基本的にコンサルテーション型で、主治医や病棟看護師からの依頼を受け、身体的苦痛緩和や意思決定支援、倫理的判断のサポートを行っています。また、毎週1回の回診とチームカンファレンスを実施しています。非がん患者さんへの介入内容として「意思決定支援」「家族ケア」が多いのですが、「身体的疼痛の緩和」も5割程度の介入があります(図表2)。

図表2 EOLケアチームの介入内容
(調査期間:2011年10月~2014年9月)



**グリーフケア(Grief Care):大切な人と死別して大きな悲嘆を感じている人に寄り添い、支援すること。

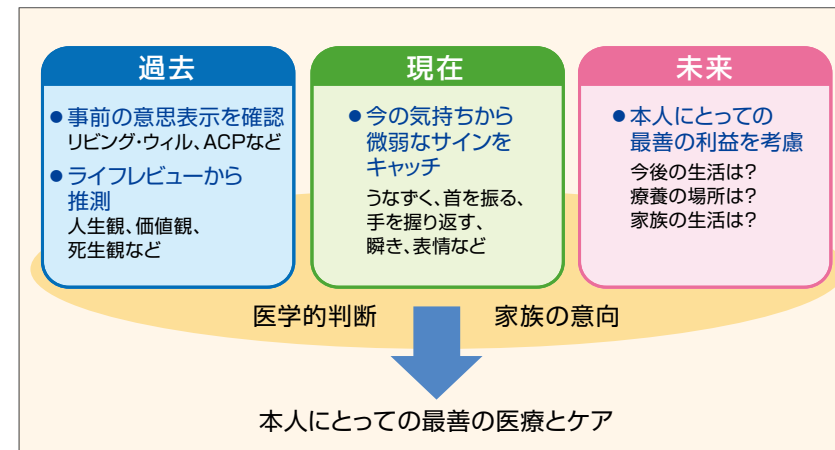
EOLケアチームにおける薬剤師の主な役割

EOLケアチームでの薬剤師の活動内容をお教えてください。

久保川 非がん患者さんの苦痛をいかに緩和するかを、薬剤師の視点で検討・提案します。身体症状として呼吸困難・喀痰が多く、終末期においては輸液でさえ、呼吸困難・浮腫・喀痰などの原因となることがあります。その場合は輸液の減量・中止などを含めた適切な輸液量の検討が必要となります。

また、加齢や疾患などにより認知機能の低下した患者さん・家族に人工栄養法などの意思決定が必要となる場面も数多くあります。そのようなケースで

図表3 意思決定支援の3本柱



提供:国立長寿医療研究センター

は、本人の意思が確認できないことも多く、難しい意思決定を行う家族を多職種でサポートすることが求められます。

最善なケアに不可欠な意思決定支援

意思決定支援では、実際にどのようなことを行われるのでしょうか。

久保川 患者さんや家族がどのような医療やケアを望まれるのか、「現在」「過去」「未来」に分けて本人の意思を確認します。そして、本人の意思を中心に、医学的判断、家族の意向を総合的に勘案して最善の医療とケアを検討します(図表3)。

まず、患者さんの「現在」の気持ちに最大限配慮することが基本となります。意思確認が困難な場合でも、うなずきや瞬きなどの微弱なサインにて現在の本人の意思の確認を試みます。

「過去」については、「リビング・ウィル」など、事前に行われた意思表示の確認を行います。近年、意思決定能力低下に備え、予め治療・ケア・療養などに対する患者さんの意向を確認してケアに取り組む「ACP(Advance Care Planning)」が重視されており、可能であれば実施します。一方、意思確認ができない場合は、本人の推定意思を模索します。家族などに対して「ライフレビュー」を行い、本人の人生観や価値観を聴き取ります。

更に、今後の療養場所や家族の生活の変化といった「未来」もふまえ、意思決定の支援を行います。

V より安心して受けられる高齢者医療を目指して

最後に、高齢者医療に対する今後の展望や構想をお聞かせください。

久保川 今後、在宅医療の需要はますます高まり、

非がん患者さんの緩和ケアも重要な社会的テーマになると思われます。在宅医療支援病棟及びEOLケアチームの薬剤師として、患者さんの意思を最大限に尊重し、高齢者が安心して療養できる医療の推進に尽力したいと思います。また、EOLケアやACPといった考え方が全国に広がるよう、情報発信にも努めたいと考えています。

大西 在宅医と総合病院の連携は既に進められてきています。

病院及び薬局の薬剤師も長期的視点に立ち、入院中から外来通院時において一貫した関わりが持てるよう、互いに連携していく必要があります。まずは、お薬手帳や情報提供書などを活用し、薬剤師同士がより詳細な情報を共有できる仕組みを考えていきたいと思っています。

同時に、これから更に増加する高齢者の安全を確保するために、認知症の治療薬を含め、医薬品の適正使用に努めていきたいと考えています。

高橋 高齢者医療では、ポリファーマシー対策が目下の課題です。エビデンスに基づいた医薬品の適正使用が急務だと考えています。

また、認知症の治療は早期発見が重要であり、今後、「健康サポート薬局」として保険薬局に寄せられる期待は更に大きくなるはずです。当院では、国が推進する「認知症サポーター養成講座***」を全職員が受講するよう取り組んでいます。この活動を保険薬局にも広げるとともに、多職種で連携しながら勉強会などを開催し、認知症の理解を深めてもらうよう働きかけていきたいと思っています。

写真



認知症サポーターであることを証明するリストバンド

***認知症サポーター養成講座:認知症サポーターは、認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者。厚生労働省による「認知症サポーターキャラバン」事業では、地域住民などを対象に認知症サポーター養成講座を開講している。

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
愛知県大府市森岡町7-430

理事長:鳥羽 研二
開設:2004年
病床数:402床
診療科:20科
薬剤師数:13名

(2016年1月現在)

