

緩和医療薬学と

薬剤師

No. 4

痛みからの解放

薬局セントラルファーマシー長嶺

稲葉 一郎

在宅における薬剤師の役割

在宅医療取り巻く環境の変化

現在、日本は高齢社会を迎え、医療保険、介護保険ともに、財源難が深刻な問題となっており、加えて病院での入院日数の制限や病床数削減を受け、在宅での医療および介護の対応が、必要不可欠になってきました。緩和ケアにおいても例外ではなく、癌による死亡者数は年間35万2000人(厚生労働省2010年統計)、全国の高齢者・緩和ケア病床203施設・4065床(10年8月現在、緩和ケア病床入院

料届け出受処理施設数・病床数)です。つまり、ホスピスや緩和ケア病床で、緩和ケアを提供できる患者はほんの一部に過ぎず、大部分の患者は急性期病棟での最期を余儀なくされています。一方、終末期に関する厚生労働省の意識調査(04年)によれば、「自宅で療養したい」と答えた人が6割であり、在宅で緩和ケアを提供できる環境の整備が、急務であることは明らかです。

在宅医療への薬剤師介入の意義

▽在宅医療サービスの質的向上と要するコストの適切なバランス
慢性疾患患者の在宅ケアにおいては、薬剤師の介入により、コンプライアンスを良好に保ち、薬剤の影響によるADL変化などの情報を多職種へ提供することで、患者さんがより安心・安全な療養生活を送ることができま

計への参画等により、在宅を担当する医師の負担を軽減し、ケア全体の効率化を図る必要があります。結果として、より多くの患者さんに緩和ケアを提供することが可能になります。
入院であれば、医師、看護師、薬剤師等の様々な職種が、病院という同じ機関の中で情報を共有し、各々の専門性を生かし、連携してチーム医療を提供します。在宅においては、診療所の医師、訪問看護ステーションの看護師、保険薬局の薬剤師など、所属の異なる様々な職種が、連携をとりなければなりません。

残しの潜在的な薬剤費、年間47.5億円(9割に相当する42.4億円が、薬剤師の訪問指導等により改善された)と推計されています(07年度老人保健事業推進費等補助金「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」)
▽多職種連携による在宅緩和ケアの効率化
薬学的管理指導に基づいた薬物治療のアセスメントとその評価、処方設

情報の共有、連携なくしては、薬剤師の専門性を発揮した緩和ケアは成り立ちません。実際、薬剤師は、医師の往診により交付された処方せんに関する指導を行うために、在宅訪問します。基本的には、処方せんを受け付けた回数が訪問回数となりますので、頻度は限られています。
つまり、次に訪問するまでの間は、副作用発現の有無やその発現時期、レスキュー回数やその服用時期の確認など、アセ

スマントの一端を他職種に担ってもらうこととなります。連携をタイムリーに行う必要性は明確であり、普段から、顔の見える関係」を構築することも重要です。
薬剤師が在宅緩和ケアに関わっていくには、この連載でも取り上げられる①疼痛管理②副作用管理③医療連携——を理解し、実践する必要があると考えます。

おわりに

全人的なアプローチが必要とされる在宅においては、単に身体的なコントロールだけでなく、多くの場合、身体的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペイン、精神的苦痛のケアも必要となります。その中で薬剤師は、症状緩和のための薬物治療において専門性を発揮します。

薬がいつ効いてくるのか、副作用がいつ頃どのよう