

地域医療ネットワークと薬剤師

武藤正樹

District Health Care Network and Pharmacist

Masaki MUTO

International University of Health and Welfare Graduate School, 1-24-1 Minami-aoyama,
Minato-ku, Tokyo 107-0062, Japan

(Received August 19, 2010)

A new district health plan started in April, 2008. Under this new plan, district referral system has been largely changed and become to be formed in following four diseases of cancer, stroke, diabetes and acute myocardial infarction. A special point in the new district health plan is that district pharmacies are defined as “health care facilities”. By this definition, the district pharmacy is expected to play a role as providing center of the drugs and the medical devices corresponding to the four diseases. Moreover, pharmacy of the future has to contribute to play a role of the community health coordination activities such as participation to district referral critical-pathway, home health care and pre-discharge conference in acute care hospital.

Key words—district health plan; district pharmacy; district referral critical-pathway

1. はじめに

2008年から新たな医療計画がスタートした。新たな医療計画においては4疾患5事業毎に医療連携ネットワークをそれぞれの地域で構築することが求められている。4疾患とは①がん、②脳卒中、③急性心筋梗塞、④糖尿病、5事業とは①小児救急医療、②周産期医療、③救急医療、④災害医療、⑤へき地医療である。そして新たな医療計画の中で薬局・薬剤師も医療提供施設として明確に位置付けられ、地域医療ネットワークに参画することが求められることになった。具体的には地域連携クリティカルパスへの参加、病院における退院前ケアカンファレンスへの参加、在宅医療への貢献など、地域の薬局・薬剤師の地域連携に果たす役割は多岐にわたっている。

2. 医療提供施設としての薬局の役割

新たな医療計画の中で、特筆すべきことは先述したように地域の薬局や薬剤師の役割もはっきりと明記されたことだ。すなわち今回の医療法改正による

医療計画の見直しの中で、薬局が医療提供施設として正式に位置付けられた。具体的には改正医療法の第1条の2で「病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他医療を提供する施設」とし、「調剤を実施する薬局」を、初めて「医療提供施設」と明記した。

実は、前回97年の第4次医療法改正時は、薬局に関しては、医薬分業の推進が地域医療計画の「任意記載事項」として盛り込まれただけに留まった。しかし時代は変わり今日、医薬分業が60%を超え、量的には充実したので、これからは薬局の次なる新たな機能として、医療提供施設としての機能が期待されることになったわけだ。

さて医療法改正をうけて、医療計画作成指針にもこれまでなかった「薬局の役割」という独立した項目が盛り込まれることになった。具体的には医療計画の「4疾病・5事業にかかる医療連携体制の中で、調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料の供給拠点としての役割を担うことが求められる」と明記された。また「都道府県においては、医療機関と薬局の機能分担及び業務の連携によって、時間外においても対応できることなどを計画に記載することにより、患者や住民に対し分かりやすい情報提供の推進

国際医療福祉大学大学院 (〒107-0062 東京都港区南青山1-24-1)

e-mail: mutoma@iuhw.ac.jp

本総説は、日本薬学会第130年会シンポジウムS07で発表したものを中心に記述したものである。

を図る」ことになった。さらに医療計画作成指針では、医療計画の案の作成の段階から、都道府県は「調剤に関する学識経験者の団体」すなわち都道府県の薬剤師会の意見を聞かなければならないとも規定された。

さて医療法は言うまでもなく医療に関する基本法、つまりは医療における「憲法」に当たる。この医療法に薬局が医療提供施設として位置付けられたことにより、時代の中で薬局・薬剤師は新たな第一歩を踏み出すことになった。

3. 地域連携クリティカルパスと薬局の役割

さて新たな地域医療計画の作成指針では、医療連携ネットワークを結ぶ情報共有ツールとして「地域連携クリティカルパス」も、はっきりと明示された。¹⁾ そもそもクリティカルパスというのは病院の中で疾病別や処置別に作る標準的な診療計画のことだ。縦軸にケアカテゴリーと横軸に時間軸をとって、医師、看護師、薬剤師、栄養士、リハビリスタッフなどの医療チーム全員で作成するケアプロセスの計画表のことだ。このクリティカルパスは、わが国には2000年頃より病院への導入が始まり、今では多くの病院で使用されている。しかし最近では、このクリティカルパスを病院の壁を越えて地域の他の病院や診療所の医療スタッフや介護施設のスタッフを交えて共同で作られるようになってきた。

このように地域の中で作るクリティカルパスを「地域連携クリティカルパス」と呼んでいる。地域連携クリティカルパスをあらためて定義すると以下のようなだ。「疾病別に疾病の発生から診断、治療、リハビリまでを、診療ガイドラインに沿って地域の医療提供施設が一体となって作成する一連の地域診療計画」。

また地域連携クリティカルパスは診療報酬での評価もなされている。既に2006年の4月の診療報酬改定で、地域連携クリティカルパスは対象疾患が大腿骨頸部骨折に限定されてはいるものの、初めて診療報酬の対象となった。具体的には地域連携クリティカルパス加算である「地域連携診療計画管理料(急性期病院側)」と「地域連携診療計画退院時指導料(後方リハビリ病院)」が新設された。そして2008年の新しい医療計画のスタートに合わせて、4月からは4疾患のうち脳卒中の地域連携クリティカルパスが診療報酬に取り入れられた (Fig. 1)。

脳卒中地域連携パス (08年診療報酬改定)

・ 算定要件

- 医療計画に記載されている病院又は有床診療所であること
- 退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記

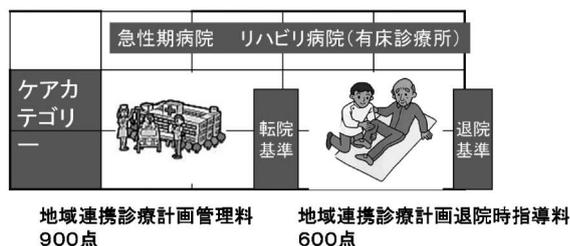


Fig. 1. District Referral Critical Pathway for Cerebral Stroke

このため今や、各地で地域連携クリティカルパスが医療計画で定められた脳卒中を始めとした4疾患を中心に作られるようになってきた。この様子を私どもの大学グループの関連病院の1つである、国際医療福祉大学三田病院がある東京都港区を例にとってみていこう。

4. 東京都港区での取り組み

まず港区で現在行っている内視鏡的胃ろう術(PEG)に関する地域連携クリティカルパスについてみていこう。導入したのは港区内のPEGを造設する病院と港区医師会や港区薬剤師会のメンバーや港区訪問看護ステーション連絡協議会、NPO法人PEGドクターズネットワークのメンバーからなる港区連携PEGパス研究会(代表:筆者)だ。

さてPEG造設件数が年々増加している。国際医療福祉大学三田病院でも毎年PEG造設件数が07年は年間30件あまりだった件数が、08年には60



武藤正樹

1949年生まれ、神奈川県出身。1974年新潟大学医学部卒業、1978年新潟大学大学院医科研究科終了後、国立横浜病院にて外科医師として勤務。同病院在籍中1986年~1988年までニューヨーク州立大学家庭医療学科に留学。1989年厚生省関東信越地方医務局指導課長。1990年国立療養所村松病院副院長。1994年国立医療・病院管理研究所医療政策研究部長。1995年国立長野病院副院長。2006年より国際医療福祉大学三田病院副院長・国際医療福祉総合研究所長・同大学大学院教授、2007年より(株)医療福祉経営審査機構CEO(兼任)。

件以上と倍増する勢いだ。このため地域でこれまで PEG を取り扱ったことのない医療関係者も PEG を取り扱う機会が増え、PEG に関する情報の共有が必要となってきた。特に PEG チューブの事故抜去など PEG に関連したトラブルも多いので、港区を中心として PEG 造設を行う病院とかかりつけ医、訪問看護ステーションとを結ぶ PEG 連携クリティカルパスを作ることとなった。その作成の段階から港区薬剤師会のメンバーにも入って頂いた。というのも PEG で用いる栄養剤や PEG チューブなどの医療材料は薬局で取り扱っているからだ。

また港区ではがんに関する地域連携クリティカルパスも作成している。具体的には胃がんの術後の経口抗がん剤である TS-1 のレジメンを手術をした病院と外来フォローを行う診療所とで共有する地域連携クリティカルパスだ。現在、港区内の医療機関と診療所で作る港区がん連携パス研究会（代表：筆者）で、本年7月から運用の試行実験を行っている。まず胃がんや大腸がんのステージⅡ-Ⅲの術後患者について病院外来でまず経口抗がん剤 TS-1 のレジメンを導入したのち、TS-1 レジメンを連携パスにまとめたものに診療ガイドラインを付けて、病院より診療所に逆紹介を行う。Figure 2 に胃がんの TS-1 連携パスの患者用パスを示した。

TS-1 は胃がんに対しては腫瘍縮小率である奏功率が 46.5% という好成績を示す経口抗がん剤で、最近広く国内のがん専門医の間では使用されるようになってきた。しかし TS-1 レジメンは休薬と服薬を繰り返す複雑なレジメンであることや、TS-1 の消化器系副作用や白血球減少などの副作用から、しっかりとした服薬管理や副作用モニターが必要なこともあって十分に診療所レベルにまでその普及が図られていないのが現状だ。しかしその治療対象患者は多いので今後、地域に TS-1 レジメンを普及させるツールとして、TS-1 の地域連携クリティカルパスの期待が高まっている。

また 2010 年 4 月診療報酬改定により、地域連携クリティカルパスががん疾患にまで拡大した。具体的にはがん診療連携拠点病院と 200 床以下の病院と診療所間でがん地域連携クリティカルパスを共有すると、がん診療連携拠点病院に 750 点、連携先の 200 床以下の病院、診療所に 300 点がつくことになった。こうした診療報酬改定を追い風に、がん地域連携クリティカルパスは今後発展していくことだろう。

さて、保険薬局とがん地域連携クリティカルパスとの関係で言えば、既に全国では TS-1 地域連携クリティカルパスへの保険薬局の参加が始まってい

胃癌Stagell, III 術後長期連携パス 案

〇〇〇〇病院主治医:	_____ 様												
診療所名:	主治医	_____ (電話: _____)											
		_____ (電話: _____)											
	〇〇〇〇病院												
	入院	退院	外来	6ヵ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	4年後	5年後		
達成目標	順調な回復				化学療法の完遂						術後フォローの完遂		
手術	□												
検査・診断	心電図	□		紹介	□	□	□	□	□	□	□		
	腹部X線	□			□	□	□	□	□	□	□		
	腹部超音波	□			□	□	□	□	□	□	□		
	内視鏡	□			□	□	□	□	□	□	□		
	CT	□			□	□	□	□	□	□	□		
	MRI	□			□	□	□	□	□	□	□		
連携・連絡 教育・指導	□連携説明 □治療スケジュール説明 □連携パス説明		診療所 再発、副作用発生等の場合、〇〇〇〇病院に連絡										
投薬	チェック	□ステージ確定 □服薬指導											
	処方	□残薬チェック □併用薬チェック □TS-1											
	消化器症状	→											
	皮膚症状	→											
	全身症状	→											
	薬物処置	→											
検査・測定	PS	→											
	血圧	→											
	体温	→											
	採血	2週毎			→ 1ヶ月毎								
	腫瘍マーカー	1ヶ月毎			→								
	採尿	1ヶ月毎			→								
診療報酬	特定疾患療養管理料(225×2)			□	□	□	□	□	□	□	□		
	診療情報提供料 I (250)			□	□	□	□	□	□	□	□		
	悪性腫瘍特異物質治療管理料(400)			□	□	□	□	□	□	□	□		

Fig. 2. District Referral Critical Pathway for Stomach Cancer

る。例えば宮崎県宮崎市の古賀総合病院と近隣の薬局が連携する「胃癌化学療法 TS-1/CDDP パス作成に関する研究会（胃癌クリティカルパス研究会）」の例を挙げよう。この研究会を通じて、薬局の薬剤師は、TS-1 の服薬・休薬期間を知ることができ、またシスプラチン（CDDP）と併用している TS-1 服用患者についてレジメ全体を知ることができるようになり、患者への服薬指導がより緻密に行えるようになったという。また TS-1 服用時の副作用の薬局からの情報提供も「保険調剤薬局情報提供書」を用いて行っているという。²⁾

5. 在宅医療と薬局の役割

急性期病院から退院リスクを抱えた患者の在宅移行にあたって、退院前に病院の関係者と地域関係者が一堂に集まって患者を中心にケアカンファレンスを持つことが重要だ。08 年 4 月の診療報酬改定でも「退院時共同指導料」が評価されたこともあって、多職種で行う退院前カンファレンスが各地の病院で行われるようになった。こうした退院前カンファレンスに病院薬剤師や薬局薬剤師が参加することがしだいに増えている。

実際にこうした退院前カンファレンスで、病院薬剤師と薬局薬剤師が情報を共有したり、交換することが、今後の在宅医療の拡大に伴い、これからも増えていくだろう。

例えば在宅で抗がん剤療法を行うがん患者が退院するにあたって、病院薬剤師と薬局薬剤師の緊密な連携が必要となる。患者が病院を退院するにあたり病院で使用している輸液や輸液ポンプを在宅でも準備しなければならない。また入院中に服用している抗がん剤や麻薬、輸液セットや注射針などの医療材料も在宅で準備する必要がある。ただ病院で使用している薬剤や医療材料がそのまま在宅でも調達可能、使用可能かについては、実際に在宅で患者を担当する在宅主治医や訪問看護ステーションのスタッフと意見交換を行うことが必要だ。こうした点について、退院前カンファレンスで病院主治医、在宅主治医、病院薬剤師、薬局薬剤師、訪問看護師などが一堂に会して患者の情報共有を行ったり、調達すべき必要な医薬品や医療材料の細かな調整を行ったりする。

実際に、退院時共同指導に積極的に参加している薬局も多い。例えば茨城県の A 薬局では薬局の中

に在宅医療を進めるための専従の薬剤師在宅コーディネーターを置いて、積極的に近隣の医療機関と連携を図っている。同薬局の退院時共同指導では、薬剤師として以下の点の提案を行うことが多いという。

①在宅での適正薬剤の選択、②在宅における麻薬管理、③胃ろう患者への対応など。こうした退院時共同指導に薬剤師が積極的に参加し発言することが、医療機関側や患者・家族に対して、在宅医療における薬剤師の役割と必要性を認識してもらうよい機会になっているという。

さて、これからの薬局には在宅医療は欠かせない分野となる。具体的には訪問薬剤管理指導、在宅における中心静脈栄養の無菌調剤、お薬カレンダーによる在宅における残薬チェックと服薬アドヒアランスの向上、さらには緩和ケア分野における麻薬を始めとした薬剤管理など、様々な薬剤師の活躍の舞台が広がっている。さらに在宅医療では多職種、多施設の連携が必要となる。Figure 3 にそれを示した。これまで薬局の中にただけではわからなかったこうした地域の医療チームの一員としての薬剤師の役割が求められるようになる。

さてこうした薬局の在宅医療の活動の中から各地で行われている、いくつかの事例をみていこう。例えば埼玉県にある B 薬局では薬剤師 5 人がのべ 26 人の在宅患者を担当し、訪問薬剤管理指導を実施している。在宅患者毎に薬剤師の担当を決めた担当制をひくことが、継続的できめ細かい管理指導につながっている。また B 薬局では「訪問服薬指導センター」を設置し、地域の特別養護老人ホーム等の施設の職員に対する「お薬説明会」を開催している。

在宅医療連携は究極の連携医療 —病診、診診連携、多職種連携—

• 在宅医療連携

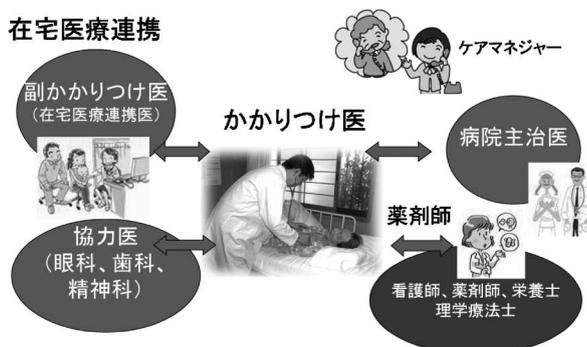


Fig. 3. Home Health Care Coordination

こうした特別養護老人ホームも広い意味での居宅だ。在宅医療を考えるとときに欠かせない地域のパートナーである。そのほか在宅担当医との連携では、医師への報告書を工夫して、薬剤師として本当に必要な情報や医師の求めている情報を整理して記入することとし、医師等との連携の強化を図っている。またときには患者や介護者の認識や薬剤師に求めていることを確認できるよう、アンケート調査を行って、それをもとに患者家族向け「指導文」の作成等を行っているという。²⁾

大阪府にある C 薬局では、薬局薬剤師 5 人が、12-13 人の在宅患者を担当している。そして患者宅に薬剤師だけでなく、看護師やホームヘルパーなどの関係者が気づいたことを何でも書き込める「ノート」を作成し、それを患者宅に置いて、情報の共有化を図っている。在宅医療では患者のケアに係わるすべての職種や患者家族が情報を共有することが大切だからだ。患者からの話はできる限り聞いてあげるようにし「生活上のアドバイス」を行うほか、必要な情報を何でも引き出し、それをノートで他の専門職に伝える取り組みを進めることが大事だろう。²⁾

静岡県 D 薬局では薬剤師がグループホームへの配薬、管理、服薬指導等を担当している。また特定の在宅担当医による訪問診療時に担当の薬剤師がかならず同行する。また、訪問看護ステーションの定期訪問時にも同行するようにしている。また訪問看護師との間で、電話等により定期的な意見交換を行い、体調変化等について情報を収集したりしている。さらにグループホームのスタッフとの間で、FAX 等により日常的に情報交換を行い、体調、残薬の状況、他の診療所受診時の状況等についての情

報を収集し、服薬指導等に反映させるようにしている。こうしたきめ細かい情報収集が在宅では必要となる。²⁾

6. おわりに

さて改正医療法で薬局が医療提供施設として位置付けられた。この意義は極めて大きい。これからは医療機能を提供する施設としての薬局機能が問われるだろう。そして地域における薬局・薬剤師の役割や真価が問われる時代の到来だ。これまでのように処方医の処方箋を右から左に調剤していればよい時代は終わった。

これからは地域の薬局・薬剤師は医薬品の専門家としての専門性をフルに発揮し、地域の医療チームに貢献することが大切だ。その第一歩はまず地域連携に打って出ることだろう。薬局の中にはばかりいては、地域はみえてこない。まず薬局のかかりつけの患者さんがどのような生活背景を持ち、どのような暮らしをしているのかをまずみることから始めてはどうだろうか？ そしてかかりつけの患者さんからまず地域への第 1 歩を踏み出してみることから始めてはどうだろうか？

REFERENCES

- 1) Ministry of Health, Labour and Welfare: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/08/dl/s0803-5g.pdf>, cited 9 August, 2010.
- 2) The Yuumi Memorial Foundation for Home Health Care: http://www.zaitakuiryo-yuumi-zaidan.com/data/file/data1_20080819035400.pdf, cited 9 August, 2010.