

原 著

薬剤師を地域在宅緩和ケアに参画させることへの期待と問題点

奈良 健^{1,2)}, 日下部 明彦³⁾, 稲森 正彦¹⁾, 飯田 洋¹⁾,
宮崎 百合⁴⁾, 中里 裕之⁵⁾, 太田 光泰³⁾

¹⁾横浜市立大学医学部 医学教育学

²⁾株式会社サン薬局 在宅療養支援部

³⁾横浜市立大学医学部 総合診療医学

⁴⁾横浜市立みなと赤十字病院 薬剤部

⁵⁾ミチト薬局野庭店

要 旨: がんなどの重い疾病を抱えた患者の住み慣れた自宅などの望む療養場所ですらい症状なく過ごすことが出来る支援を行うことが在宅緩和ケアの目標のひとつである。在宅緩和ケアに医療用麻薬などの症状緩和目的の薬剤は病院内と同様に必要であり、これらの薬剤を患者の元に届ける在宅訪問薬剤師は在宅緩和ケアの推進に不可欠な存在だと考えられる。しかし、実際には地域において医療用麻薬を扱う薬局は少なく、在宅医療に関わる訪問薬剤師の数は十分ではないと考えられている。そこで在宅医療の現場における、訪問薬剤師の印象と期待を聞き取り、今後の課題を考察した。医療、介護、教育、行政の各職種と地域住民などに対して、調査者と回答者が1対1で対面して聴取を行う個人面接を行って口頭データを収集し、インタビュー形式による質的研究を行った。その結果、訪問薬剤師とその拠点となる保険薬局が在宅での終末期がん緩和ケアに対する医療資源になりうる事を認識している人が少ないなどの問題が明らかになった。在宅訪問薬剤師が在宅緩和医療に参画していくためには、患者にとっての生活の場である自宅と病院内との環境の違いを理解し、また在宅緩和ケアの一般的な在宅医療との相違点を理解し、それらに即した適切な業務を行っていくことが求められていると考えられた。

Key words: 薬剤師 (pharmacist), 在宅医療 (home medical care),
緩和ケア (palliative care), 地域医療 (community medicine)

緒 言

緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族の身体的苦痛や心理社会的・スピリチュアルな問題を的確に評価し、苦痛を和らげることによって生活の質を向上させるアプローチである⁽¹⁾。

この在宅緩和ケアは、自宅あるいは居住施設において、医療・福祉・介護機関が連携しながら多職種によるチームケアとして緩和ケアが提供されるシステムである⁽²⁾。それは住み慣れた地域で、人生の最期まで自分らしく暮らし続けることができる仕組みを目指す地域包括ケアの

中核ともいえる。がんなどの重い疾病を抱えた患者が、住み慣れた自宅ですらい症状なく過ごすことが出来るようにする時「最期は住み慣れた自宅で過ごしたい」と、積極的に在宅緩和ケアを選択する場合もあれば、外来通院が困難になった時に「入院はしたくない」と消極的に在宅緩和ケアを選択する場合もある。在宅では、見慣れた風景の中で、家族やペットに囲まれて過ごすことが出来、病院とは異なり院内の医療者や他の患者など他人の目を気にすることなく自分のペースで過ごすことが出来るため、本人の尊厳や自己コントロール感は満たされやすい環境と考えられるが、その一方で、在宅緩和ケアに

奈良 健, 横浜市金沢区福浦3-9 (〒236-0004) 横浜市立大学医学部 医学教育学
(原稿受付 2021年8月10日/改訂原稿受付 2021年11月3日/受理 2021年11月11日)

においても病院同様に身体的苦痛についての十分なケアが求められる。

在宅でも医療用麻薬などの症状緩和目的の薬剤は必要であり、これらの薬剤を患者の元に届ける在宅訪問薬剤師は在宅緩和ケアの推進に不可欠な存在だと考えられる。在宅医療は国策ともいえ、地域医療チームの中には、薬局、薬剤師の力も必要と考えられており、近年は訪問薬剤管理についての診療報酬も手厚くなっている^(3,4)。しかし、実際には地域において医療用麻薬を扱う薬局は少なく、在宅医療に関わる訪問薬剤師の数は十分ではないと考えられている。本邦において在宅緩和ケアに関わる薬剤師数や分布の全国データは存在しないが、本邦における薬剤師人口311,289人⁽⁵⁾に対して、日本緩和医療薬学会緩和薬物療法認定薬剤師数785名、緩和医療暫定指導薬剤師数166名、緩和医療専門薬剤師研修施設109施設、日本在宅薬学会在宅療養支援認定薬剤師136名と緩和医療を専門とする薬剤師数は非常に少ない^(6,7)。

近年はがん患者の生存期間の延長に伴い⁽⁸⁾長期間在宅療養をするがん患者も増える傾向にあり、在宅緩和ケアにおいても、十分な疼痛コントロールが求められる^(9,10)。そのため、オピオイドの持続注射の用意は欠かせない。更に訪問薬剤師が報酬として保険者から受け取る居宅療養管理指導料は、オピオイドをはじめとした薬を患者宅に届けるだけでなく、患者や家族とコミュニケーションをとり、患者の変化を早く察知して患者の療養生活の質の向上を図ることで得ることができる。

今回、在宅医療の現場において多職種が抱く薬剤師の印象と期待を聞き取り、訪問薬剤師の今後の課題を考察する。

方 法

在宅訪問薬剤師を地域在宅緩和医療に参画させることへの期待と問題点について探索するため、令和元年4月1日～令和2年3月31日の期間にインタビュー形式による質的研究を行った。口頭データの収集のため、調査者と回答者が1対1で対面して聴取を行う個人面接を行った。面接方法としては、質問内容が決められておらず、自然な会話などのなかから問題点を探っていく、非構造化面接⁽¹¹⁾を採用した。面接内容の録画、録音や速記などの記録媒体は使用せず、1回につき30～60分で、調査者によるメモと記憶する範囲で後方視的にデータを収集した。

インタビュー対象について、分析結果の妥当性を確かなものにするためのトライアンギュレーションの考え方⁽¹²⁾に基づき、医療における様々な視点(患者、医療提供者、行政など)からの言及に配慮し、多くの立場の方から情報を収集した。具体的には、主として在宅緩和ケアを業

務として行っている保険薬局(横浜市港南区上永谷及び横須賀市追浜町)が普段業務を行う範囲で接する地域住民、製薬会社Medical Representatives(MR)などの人々や、東京理科大学薬学部(千葉県野田市)・昭和薬科大学薬学部(神奈川県相模原市)・横浜薬科大学薬学部(神奈川県横浜市)で業務を行う教員などを対象とした。

インタビューの実施については、前述の対象のなかでの作為的な優先順位付けは行わず、インタビューの実施日程の都合がつく方から、後述する選択人数に達するまで実施した。

対象者の人数に関して、木下らの基準⁽¹³⁾、Yamazakiらの報告⁽¹⁴⁾に基づき、100名程度を目安とした。いわゆる理論的飽和によるインタビューの終了とする基準⁽¹⁵⁾は用いなかった。得られたデータに関し、対象者を属性別に分類し、その属性中で複数の方から挙げられた事項、及びその属性者が持つ特有の事項について主に選定を行い解析対象とした。佐藤らの方法⁽¹⁶⁾に従い、会話内容を文章化した際に、文章を構成する概念であるコードを各々に割り当て(コーディング)をした後、そのコードの上位概念であるカテゴリを仮に考案し、カテゴリ化を行った後、さらにそのカテゴリによる集約(抽象化)を行った。分析過程では分析内容が恣意的にならないように筆者と質的研究の経験者である共同研究者(稲森正彦、日下部明彦)の三名で解析を行い、複数の研究者トライアンギュレーションにより妥当性を確保するように努めた。

本研究は介入がなく、侵襲的な質問が含まれないインタビューによる質的調査である。また探索的、後方視的研究であり、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」の範囲外であることが確認されており、関連学会(日本在宅薬学会)のガイドライン⁽¹⁷⁾に基づき行われた。回答者は回答を拒否する機会が保証されている。本アンケート調査は個人情報保護法を遵守し、本研究に必要な範囲に限定し取得、利用し、目的外の利用を行わない。また研究資金に関して特定の企業からの資金提供を受けておらず、利益相反については特に申告するものはない。

結 果

研究対象者は100人(男性49人、女性51人)、年齢は20代2名、30代26名、40代35名、50代30名、60代6名、70代1名であった。参加者の属性は在宅医14名、病院勤務医8名、病院薬剤師8名、在宅訪問薬剤師8名、訪問看護師10名、病棟看護師9名、薬学部教員8名、ソーシャルワーカー4名、ケア・マネジャー4名、ヘルパー5名、患者本人及び家族5名、議員及び地域ロータリークラブ会員7名、行政職(横浜市、神奈川県)5名、製薬会社Medical Representatives(MR)5名であった。

研究対象者へ行った、代表的な属性別のインタビュー

表1 代表的な属性別のインタビュー内容

属性	人数	性別	年齢	具体的記述
在宅医	14名	男性11名 女性3名	30代：5名 40代：5名 50代：2名 60代：2名	○在宅現場で処方する薬剤についての提案してもらえ難い ○医療用麻薬や皮下注射の薬、輸液に対応してくれるのがとても有難い ○24時間365日対応して薬を手配してくれて有難い ○医療用麻薬の在庫をしてくれない薬局が多くて困っている ○休日や夜間に対応してくれる薬局がなくて困っている ○時には緊急性のある緩和ケアに用いる薬、必要な時に使えない不安がある
勤務医	8名	男性7名 女性1名	30代：2名 40代：2名 50代：3名 60代：1名	○自分が退院させた患者さんに、在宅でもお薬の事でストレスなく過ごして欲しい ○町の薬局薬剤師の能力と仕事内容についてあまり知らない
病院薬剤師	8名	男性2名 女性6名	20代：1名 40代：3名 50代：4名	○病棟で担当してきた患者さんの薬物治療を、在宅でも上引き継いでもらいたい ○患者さんを退院させることが目的なので、退院後のことまで気を遣いたくない
保険薬局薬剤師	8名	男性4名 女性4名	30代：3名 40代：4名 50代：1名	○地域の患者さんの為に、専門職として役に立ちたい ○今まで薬局の中だけで業務していたので、他職種との連携の仕方が分からない ○お看取り患者さんが多いと、医療用麻薬などの不在庫などが経営上いやだ ○お看取り近い患者さんの自宅に行き、どう立ち回ればいいのか分からない ○薬の手配や訪問する薬剤師の手配がつかないので、開局時間外の対応は難しい ○医療用麻薬の扱いに自信がない
訪問看護師	10名	男性2名 女性8名	30代：5名 40代：4名 50代：1名	○病棟で使用していた薬やケアについて、引き継いでくれる存在になってほしい ○退院患者さんを受け入れてくれる薬局が少ない ○退院カンファレンスに参加してくれる薬局が少ない
病棟看護師	9名	女性9名	30代：4名 40代：4名 50代：1名	○在宅現場で、医療用麻薬や褥瘡の薬など気軽に聞ける存在が嬉しい ○使い慣れない在宅用ポンプの使い方を教えてもらった ○使用する薬などについて、医師との連携を手伝って欲しい ○薬を手配だけが仕事なら、宅配便でもいいと思う ○病院に比べて患者さんに関わる医療スタッフが少ないので助けて欲しい ○緩和ケアの理念など関係なく、薬を届けることだけを目的に患家に入ってくる ○「薬剤師だから」という理屈を押し付けてくる
薬学部教員	8名	男性7名 女性1名	40代：2名 50代：4名 60代：2名	○薬学知識を使いこなせる医療者としての薬剤師を育てたい ○自分が実際の在宅緩和ケアの現場を知らない ○薬学実習生を実習に行かせても在宅緩和の現場を学ばせてもらえない
ソーシャルワーカー	4名	女性4名	30代：1名 40代：3名	○痛み止めや輸液を病院と同じように担当してもらえる事が安心 ○保険薬局の薬剤師が在宅緩和ケアをしてくれるなんて知らなかった
ケア・マネジャー	4名	女性4名	40代：2名 50代：2名	○医師には聞きづらい事も、薬剤師には気軽に聞けるので安心 ○薬局薬剤師がどんなことができるのか分からない ○介入した時には、介護職との連携をしっかりとってほしい ○ケアプランをもっと取り入れて業務を行ってほしい
ヘルパー	5名	女性5名	20代：1名 40代：1名 50代：3名	○1錠変更して患者さんに服薬させるのは不安なので気軽に薬剤師に聞けるのは安心 ○実際に服薬させるのはヘルパーが多いので、きちんと連絡とりあいたい
患者本人・家族	5名	男性2名 女性3名	40代：1名 50代：3名 60代：1名	○家族が本人の希望通り自宅でお看取りできた ○薬剤師さんが夜中も来てくれた ○オピオイドや輸液など、薬剤費が高い ○町の薬局が医療用麻薬の手配をして家に来てくれる事を知らなかった ○退院しても、入院中と同じように薬を使えて安心だった ○薬の事だけでなく、いろいろ在宅療養について話を聞いてくれて救われた ○自宅では家族だけなので、医療スタッフの人が1人でも多いと安心だった ○生活の場にズカズカ入り込まないで欲しい
地域議員・地域ロータリークラブ会員	7名	男性6名 女性1名	30代：3名 50代：3名 70代：1名	○地域の県民や市民が望む場で緩和医療を受ける事ができて良いと思う
行政職	5名	男性5名	30代：1名 40代：2名 50代：2名	○退院して人生の最期を自宅で過ごしたいと考えている市民にとって不可欠 ○在宅緩和ケアの対応してくれる薬局の数が少ない
製薬会社MR	5名	男性3名 女性2名	30代：2名 40代：2名 50代：1名	○病院の診療部や薬剤部だけでなく、在宅薬局に対するMR活動を推進して患者さんの為にもっと自社製品を役立たせないといけない ○保険薬局が在宅緩和ケアを実施していると知らなかった

内容を表1に示す。在宅医からは、医療用麻薬の在庫をしてくれない薬局が多くて困っている、休日や夜間に対応してくれる薬局がなくて困っている、緊急性のある緩和ケアに用いる薬、必要な時に使えない不安がある、など、薬に関して在宅現場で直面している問題を解決する存在として期待をされている意見が多くみられた。病院勤務医、病院薬剤師では、いままで入院されていた患者が在宅へと場を移すことに関する意見が散見された。

訪問看護師、病棟看護師は働く場こそ異なるものの、看護専門職としての似通った意見が見られた。薬学部教員、ソーシャルワーカー、患者家族、製薬会社MRからは、保険薬局と在宅緩和ケアの関わりについて知識がなかった、という意見が見られた。ヘルパーからは患者やその家族の目線に近い意見が多く、地域議員・地域ロータリークラブ会員や行政職からは地域の状況に関する意見がみられた。

表2 作成されたコードとカテゴリ

テ ー マ	No.	コ ー ド	カ テ ゴ リ
主に在宅現場での要因	1	緊急時の対応	在宅緩和ケアを行うために重要な点
	2	麻薬の取り扱い	
	3	家族との連携	
	4	訪問頻度が高い	がんの在宅緩和ケアと通常の在宅ケアの違い
	5	注射剤の使用頻度	
	6	患者重症度の高さ	
	7	お看取りへの対応	
	8	多職種連携	在宅で求められる医療チームのありかた
主に社会環境要因	9	注射剤の院外使用制限	在宅緩和ケアにおける薬にまつわる問題
	10	薬局の時間外対応	
	11	在宅現場での薬剤提案	保険薬局薬剤師に求められる役割
	12	薬剤師と緩和ケア	
	13	薬局の採算性の問題	在宅医療に対する薬局の抵抗感と運営上の問題
	14	薬剤師の教育体制	
	15	在宅緩和ケア対応薬局の少なさ	地域においてすべての在宅患者を支える薬局のありかた
	16	地域における薬局の役割	

以上を踏まえ、前述の方法に基づき、コードとカテゴリを作成した(表2)。テーマとしては主に在宅現場での要因と、主に社会環境からなる要因の2種類であった。作成されたコードは16種類であり、それらは7つのカテゴリに統合された。

考 察

表2に示した7つのカテゴリに即して以下に考察する。

【在宅緩和ケアを行うために重要な点】

在宅緩和ケアを行うための重要な点が過去の国民調査でも指摘されているが⁽¹⁸⁾、今回の調査でも多くの在宅医、看護師から同様の意見が得られた。身体的苦痛が強ければ自宅で安心して生活することはできないのは当然であり、まずは身体的苦痛がコントロールされている事である。次に必要なのは、24時間365日対応してくれる医療チームがあることである。入院中の患者は困ったときや不安な時は、ベッドサイドのナースコールボタンを押せば看護師をはじめとした医療スタッフを待たされることなく呼び出すことが出来る。薬剤の問題も同じであり、在宅での緩和ケアにおいても、必要な薬を必要な時にストレスなく入手し使用することが出来る事が重要である。最後に、家族にかかる心身上の負担をできるだけ減らすことができることである。病人を家で看る経験をしたことが家族は少なく、在宅でのケアを開始するにあたって様々な不安があることは当然ともいえる。これらが患者と家族が在宅ケアに移行することを躊躇する原因となっ

ている事が多いと考えている回答者が多かった。これらを背景にして「患者、家族は病院にいた方が安心、入院していた方が良い医療を受けられる、家に帰ると家族の負担が大きく、患者も家族も共倒れになってしまうのではないか」という想いを多くの回答者が持っていた。

以上から、「在宅においても、病院と同じような加療が可能であり、訪問医、訪問看護師、訪問薬剤師などの在宅専任の医療スタッフが患者さん本人や家族の不安にいつでも対応するという事を繰り返し伝え、患者対応の実症を発信していく事がそれらの不安の軽減につながると考える。

【がんその他の疾患の在宅緩和ケアの違い】

がんその他の疾患の在宅緩和ケアの違いについて在宅医、訪問看護師、訪問薬剤師から意見が得られた。在宅医療を受ける患者には、医療や介護依存度に個別の差がある。これは即ち医療やケアの依存度が異なるそれぞれの患者に対して介入の仕方や度合いが異なるという事であり、在宅医療とひとくくりにしてその対応を議論することは困難である。

例えば、独居の高齢者や老々介護世帯など、加齢の為に通院できずに在宅医療が適応となっている患者さんと神経難病や小児在宅など、終末期ではないが医療依存度も介護度も高い疾患群に属する患者さんでは医療やケアの依存度は異なる。亡くなる直前に急速な病状の変化をきたす終末期がん患者もいくつかの点で他の疾患群の在宅医療とは違いがある。1つ目の違いは医療者の訪問頻度が高いという事である。終末期となり、患者の状態が

刻一刻と変化するため、週に1回以上の訪問診療や訪問薬剤指導、連日の訪問看護が行われることも多い。2つ目はオピオイドの持続点滴など、注射剤の使用頻度が高いことである。最近では抗がん剤投与や中心静脈栄養投与のために皮下埋設型中心静脈ポート（CVポート）が造設され、このポートを利用して入院中に行った点滴を継続し退院となるケースも多い。3つ目は在宅での療養期間が短いことである。がん患者の場合には、死亡する1～2か月位前から急激に日常生活動作（ADL）が低下し、外来通院が困難になったり身の回りの事に介助が必要となったりすることが多い⁽¹⁹⁾。このために在宅緩和ケアが提供される期間は多くの場合1か月前後となることが多い。4つ目はお看取りまで在宅で過ごされることが多いことである。がん終末期の場合には、最期まで自宅で過ごしたいという患者さんや家族の希望のもとで在宅ケアに移行するケースが多く、また妥当性が確認されている予後予測スコアもある⁽²⁰⁾ために最期まで自宅で療養し、在宅死を迎えることが可能になる。これに対してがん以外の疾患の在宅医療では安定した状態を保つことが大きな目標になっており、予後予測も困難なため、病状変化時には入院治療を行うことになることが多い。訪問薬剤師も疾患の病状進行についての違いを理解して、チームの一員として協働することが望まれる。

【在宅で求められる医療チームのありかた】

在宅で求められる医療チームのありかたについては主として在宅医、病院勤務医師、訪問看護師、病棟看護師、在宅訪問薬剤師、ケア・マネジャーから意見が得られた。

現在、在宅医療を受けている患者さんには、中心静脈栄養での栄養管理や在宅酸素、人工呼吸器を使用しているなど、数年前であれば病院以外の選択の余地がない医療依存度の高い状態の方も多い。チーム医療は病院のみならず地域医療においても必要であるという意見が大勢を占めた。チーム医療では、患者を中心とした多職種連携がイメージされることが多い。病院は医師や看護師を中心とした医療職での連携がメインとなるが、在宅は、医療と介護の融合の場であり、医師、看護師、薬剤師を中心とした医療職とケア・マネジャーやヘルパーなどの介護職が連携をとりながら患者さんと家族を支えることが必要である。病院のチーム医療の場合には担当者が決まっていて顔が見えているので、それぞれの職種が決められた領域の業務を行えば、基本的にはチーム医療は成立するという意見が多くの看護師（在宅、病棟）から得られた。

一般的に「チーム医療」はそのメンバー構成や任務についてはきちんと定義されることなく論じられている事は少ないが、その医療サービスが提供される舞台においてその内容が変わるのは当然の事である。在宅現場で構

築されるチームは患者ごとにそれぞれの事業所から各職種が集められ、声も顔も考え方も全く知らない状態でチームを組むことも多い。つまり日頃から連携が取れていないチームであれば、他職種の連携不備により患者側に迷惑や苦勞を掛ける可能性も高いのが現状である。それぞれの職種が、自分の仕事はここまでで、これ以上やると他の職種の邪魔になる、あるいは、ここまでやらないと、職種としての責任を果たしている事にならない、という考え方に固執すると、患者が職種の狭間にはまり結局入院せざるを得ない状態になりかねないという意見が、病院での勤務経験がある訪問看護師と訪問薬剤師から多く得られた。

これらの事から、このようなチームの違いによって在宅医療の質を変動させないようにするためには、「患者さんと家族の生活を支え、彼らの生きる上での価値観を支える」という共通認識に立って、それぞれの職種が専門性にのっとり、臨機応変に患者サポートを行っていく必要があるという意見が医療系、介護系の両職種から得られた。

特に在宅医療の現場では、医療依存度の高い患者に対しては、医療的な視点から患者をサポートするスタッフが相対的に不足する。医療スタッフの一員として薬剤師の果たさなければならない役割は大きいと考える。

【在宅緩和ケアにおける薬にまつわる問題】

このカテゴリについては在宅医と訪問看護師、訪問薬剤師、ケア・マネジャー、ヘルパーから意見が得られた。在宅緩和ケアを実践するにあたり、終末期の諸症状に対応するためには、様々な薬剤を適切に使用していく必要がある。内服薬や貼付剤、座薬でのコントロールが基本であるが、前述の様に終末期においては経口摂取が困難となってくるが多いためPCAポンプを使用しているオピオイドははじめ注射薬での投与を検討する場合もある。特に近年は緩和ケア研修会で緩和ケアを学んだ医師も増えたため^(21, 22)、オピオイドの持続注射を継続し自宅退院となるケースも増えている。病院に入院中であれば点滴内に混注したりシリンジポンプで持続投与したりすることで薬剤の使用が可能であるが、在宅においてはたとえ点滴を行っていたとしても、病院と同じように薬剤を投与することは難しい。

なぜなら、保険療養上、病院内で院内処方として調剤できる薬剤も、病院外で院外処方としては調剤できない事が多い。また、病院内においては院内の薬剤部から薬剤の払い出し体制が確立されており、病棟患者の状態が変化した時も、迅速で確実な対応が可能であるが、病院外においては地域の調剤薬局に処方箋を持参し、調剤してもらった上で、自宅まで持ち帰らなければ使用することができない。夜間や休日においては、患者が普段使っ

ている薬局が営業時間外で処方箋を持ち込むことができず、必要な薬を入手できずに患者や家族が地域をさまよう、いわゆる薬局難民になりかねない。これは新たな症状が生じやすく、新たに鎮痛剤や制吐剤、解熱剤が必要となる可能性が高い緩和ケア分野において大きな問題である。

【在宅訪問薬剤師に求められる役割】

このカテゴリについては在宅医、訪問看護師、訪問薬剤師、ケア・マネジャー、ヘルパーから意見が得られた。最も重要な役割として各職種から求められている事は、「必要な薬を迅速に患者の元へ届けること」である事が分かった。前述の様に、内服オピオイド薬など以外にも注射剤の使用頻度が高いため、これらを入院時と同じく正確に調製し、時間に関係なくベッドサイドに手配する事が必要になる。また、オピオイドPCAポンプ使用時のレスキュー頻度の把握とそれに伴うシリンジやカセットの交換時期の提案など他職種スタッフと連携して行う事が重要となる。日中の医療スタッフ訪問時に交換できれば良いが、残量がそれなりに残っている場合は、無駄が出てしまい医療費の負担などを考えて交換を見合わせることもあり、レスキューの回数によっては夜中の交換などになると医療者の負担も大きくなるためである。

薬を現場に届けるだけでなく、その後も問題なく在宅で薬剤を継続し、在宅での薬物療法が最大限有効に行われるために積極的に情報を採りに行って評価し、関わる他職種にフィードバックする事が大切であると考えられる。

また、在宅看取りの実現が多いことから、通常の薬剤指導とは違う指導が求められる事も多い。例えば終末期においては将来的に出現する副作用リスクより、今得られる薬剤効果を重視することが、デメリットがメリットを上回る場合に許容される。これに伴う薬剤指導も、残された時間をより苦痛なく有意義に過ごすために必要な情報を選択し、患者さんや家族が不安にならないように行う事が必要である。

薬剤師が在宅業務を遂行する以上、薬物治療の管理(アドヒアランスや残薬整理、積極的な副作用のチェックなど)は必ず行わなければならないと思いがちだが、患者、家族に残された時間や、彼らの生活スタイルや価値観に基づいて、その時の業務を臨機応変に変えていく必要があると考える。具体的には、前述したとおり慢性疾患で服薬が必要であるが、介護力がなく在宅医療が適応になっている患者さんの場合には残薬や副作用チェック、服薬指導などを積極的に行っていく必要があり、どちらかといえば管理の側面が大きいと考えられる。

その一方で、がん終末期の場合には、必ずしもベッドサイドまで行って患者さんの状態を確認しなければならないわけではない。在宅医療は必然的に他職種が患家に

出入りする状態となるが、悪液質で容顔の変わった最愛の家族を、医療者であるとはいえ、たくさんの人に見せたくないという家族の気持ちもあるかもしれない。患者さんの生活の場である自宅を舞台に様々な状況がある中、訪問した瞬間の家族や家の雰囲気によって行動を変えていく事が彼らの生活を支えることになると考えるからである。

この考え方は単純に薬を渡せばいいという事ではなく、訪問した瞬間にアンテナを張って患者さん本人に会えなかったとしても困ったことや副作用はないか、疼痛コントロールは上手くいっているかなど、家族やコメディカルの様子から感じ取ることが必要になる。

在宅緩和ケアの場合、医療依存度や介護度が高い関係で、医師や看護師、ヘルパーなどのサポート体制は厚いことが多い。薬剤師が在宅に行く以上、単なる薬の運搬者になってしまわないように、在宅緩和ケアにおいて薬局の最大の役割は後方支援だと考え様々なことを実施するべきである。

患者のベッドサイドが最前線とするならば、必要な時に必要な薬・情報・医療機材の供給を速やかに行う役割を担うのが後方支援である。これは前線からのオーダーを待って動くという受け身の体制ではなく、前線で起こっている事にアンテナを張って近い将来に予想される事態を予測し、オピオイドや輸液、抗菌薬の注射剤などを能動的に投与プランと一緒に準備する事が大切だと考える。

【在宅医療に対する薬局の抵抗感と運営上の問題】

このカテゴリについては訪問薬剤師、保険薬局薬剤師、薬科大学教員から意見が得られた。今後は薬剤師も地域医療の担い手としての期待に応じていく事は必然であると考えられるが、実際には在宅緩和ケアだけでなく、在宅医療全般においても、保険薬局の関与は未だ少ない。その原因として、以下のような問題点が挙げられる。

- ・薬局の現場は外来調剤だけで人手不足であり、在宅訪問までする余裕がない。在宅業務に時間と人をとられる分、外来調剤が少なくなる。その為に1枚当たりの調剤基本料や加算に依存した調剤報酬体系では在宅業務を積極的に行う事が難しい。
- ・医療用麻薬や輸液の在庫の問題（金庫の大きさ、在庫の問題）
- ・無菌製剤（手技への不安、無菌施設の採算性）への躊躇
- ・薬剤師の中にある「人の死」に関わる事への抵抗
- ・緊急訪問への対応の難しさ

また平成15年に薬学部教育が6年制へ移行されるまでの薬学部実務実習のコアカリキュラムに在宅医療について記載されていなかった⁽²³⁾ことも、問題のひとつであると考えられる。旧コアカリキュラムにおいて、薬学生は在宅

緩和ケアに関する具体的な理念や知識、手技、患者さんや多職種との連携、死生観について学んでこなかったことが影響している事も考えられる。

しかし、新コアカリキュラムには地域医療における薬剤師の役割が記載されている。この役割を新卒薬剤師に強く拡散するために、在宅訪問薬剤師が薬局において積極的に実務実習生やインターンシップ生を受け入れていく事が重要であると考えられる。

【地域においてすべての医療依存度の在宅患者を支える薬局のありかた】

このカテゴリについては訪問薬剤師、保険薬局薬剤師、薬科大学教員から意見が得られた。予防からお看取りまでを地域の薬局で支えることは理想であるが、前述の理由によりすべての医療依存度の在宅患者を1つの薬局で支えることは困難だと考えている薬剤師の意見が散見された。

しかしながら、超高齢社会のピークと言われている2025年は目前に迫っており、薬局は地域でこれからの在宅医療を支える大きな医療資源とならなくてはならない。そのためには、ある特定のスーパー薬局、スーパー薬剤師が、地域すべての医療依存度の在宅患者を支える、という考えから、薬局の機能分化を図り、薬局同士の連携をもって地域医療を支える、という考えへの転換が必要であると考えられる。具体的には、かかりつけ薬局が在宅医療の中でも慢性疾患や認知症、医療用麻薬の使用初期を支え、医療用麻薬が高用量になったり、無菌製剤が必要になったりした時には、医療用麻薬の常在庫があり無菌室を備えているような在宅基幹薬局が引き継ぐような体制である。

研究の限界

回答者は研究者が関わる多職種から抽出したが、元々研究者の関わりのある方にインタビューの依頼をしており、そもそも特定の意見を持つ人が対象者に集積している選択バイアスがある可能性がある。また面接時に録音や速記などをしていないため、回答者の属性などの情報が先入観となるインタビューバイアスや、面接の時の記憶を辿る際に自分にとって都合のよい情報を優先して選択してしまう情報バイアスがある可能性がある。

むすびに

今回の調査で、訪問薬剤師の存在と任務、またその拠点となる保険薬局が終末期がん緩和ケアに対する医療資源になりうる事を認識している人が少ないことがわかった。その一方で、訪問薬剤師の業務内容を理解している

在宅医や訪問看護師は、在宅での終末期がん緩和ケアを推進していくためには、医療用麻薬をはじめとする医薬品を安定した形で供給し、他職種と連携して活躍する薬剤師の存在が不可欠であると考えていることが分かった。

また、薬剤師が他職種と連携して業務を行っていくためには、従来の門前薬局に代表されるような、薬局の中ですべて完結してしまう業務体系ではなく、必要であれば療養の舞台である患家に訪問薬剤師が出向いて行って、患者からの情報を集め、薬学的な知識を持って評価した内容を、積極的に在宅医療チームに発信する事を期待されている事が分かった。

個々の人間は、自分の人生の幕引きの舞台をどこにするかを定める権利がある。対応できる薬局がなかったために、患者さんが家に帰ることができなかった、という悲劇をなくすためには、地域包括ケアシステムのなかで、その地域特有の医療・介護インフラの中で薬局がどのような役割を果たすことができるか、今後も地域の他職種、同職種とともに考えなければならないと考える。

謝 辞

日々の忙しい業務の中、調査に協力いただいた地域の医療介護スタッフの皆様に深く御礼申し上げます。

文 献

1. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (2020年12月18日アクセス)
2. 在宅医療テキスト (第三版) 特設サイト 第五章在宅緩和ケア 5-1_1.pdf (zaitakuiryo-yuumizaidan.com) (2020年12月18日アクセス)
3. 在宅医療の推進について 厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html> (2020年12月28日アクセス)
4. 平成30年度診療報酬改定の概要 調剤 — 厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000197985.pdf> (2020年12月29日アクセス)
5. 平成30年 (2018年) 医師・歯科医師・薬剤師統計の概況 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/18/dl/kekka-3.pdf> (2020年12月28日アクセス)
6. 一般社団法人日本緩和医療薬学会 各種認定名簿 <http://jpps.umin.jp/test/namebook.html> (2020年12月28日アクセス)
7. 一般社団法人 日本在宅薬学会 在宅療養支援認定薬剤師 <https://jahcp.org/certified-pharmacist/> (2020年12

- 月28日アクセス)
8. 国立がん研究センター がん診療連携拠点病院等院内がん登録生存率集計結果閲覧システム初公開 2007・08年10年生存率(初), 2012・2012-13年5年生存率, 2014・2015年3年生存率集計公表 https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2021/0427_3/index.html (2021年11月3日アクセス)
 9. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al.: Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*, **363**(8): 733-742, 2010.
 10. Gree JA, Pirl WF, Jackson VA, et al.: Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small cell lung cancer. *J Clin Oncol*, **30**(4): 394-400, 2012.
 11. 鈴木涼子: 調査的面接の技法, ナカニシヤ出版, 2005.
 12. ヴヴェ・フリック(著), 小田博志(訳): 質的研究入門—「人間の科学」のための方法論, 春秋社, 2011.
 13. 木下康仁: グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い, 弘文社, 2003.
 14. Yamazaki H. Characteristics of Qualitative Studies in Influential Journals of General Medicine: A Critical Review. *Bio Sci Trends*, **3**: 202-209, 2009.
 15. プラニー・リアムプットーン: 現代の医学的研究方法 質的・量的方法, ミックスメソッド, EBP. メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2012.
 16. 佐藤郁哉: 質的データ分析法 原理・方法・実践, 新曜社, 2008.
 17. 一般社団法人日本在宅薬学会 https://jahcp.org/sys/wpcontent/themes/jahcp/common/img/about/rinri_yoryou.pdf (2020年12月28日アクセス)
 18. 平成19年度終末期医療に関する調査結果 <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000yp23-att/2r9852000000ypwi.pdf> (2021年8月2日アクセス)
 19. Lynn J. Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services.
 20. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al.: The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer*, **7**: 128-133, 1999.
 21. 山本 亮, 阿部泰之, 木澤義之: 緩和ケア研修会を開催したことによる変化—指導者研修会修了者の視点から. *Palliative Care Research*, **7**(1): 301-305, 2012.
 22. 志真泰夫, 恒籐 暁, 細川豊史, 他: ホスピス緩和ケア白書2019, 90, 青海社, 2019.
 23. 薬学コアカリキュラム改定の背景, 経緯等について 文部科学省医学研究課 https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/058/gaiyou/1355408.htm (2020年12月20日アクセス)

Abstract

EXPECTATIONS AND PROBLEMS IN INVOLVING INSURANCE PHARMACY PHARMACISTS IN
COMMUNITY-BASED HOME PALLIATIVE CARE

Takeshi NARA^{1, 2)}, Akihiko KUSAKABE³⁾, Masahiko INAMORI¹⁾,
Hiroshi IIDA¹⁾, Yuri MIYAZAKI⁴⁾, Hiroyuki NAKAZATO⁵⁾, Mitsuyasu OHTA³⁾

¹⁾ *Department of Medical Education, Yokohama City University School of Medicine*

²⁾ *Department of Home Pharmacotherapy Support, Sun-Pharmacy*

³⁾ *General Medicine, Yokohama City University School of Medicine*

⁴⁾ *Department of Pharmacy, Yokohama City Minato Red Cross Hospital*

⁵⁾ *Noba store, Michito-Pharmacy*

Home palliative care is designed to fulfill the desire of patients with serious illnesses such as cancer to spend their final days in their own homes and to enable them to live in their own homes without painful symptoms. Naturally, medicines such as narcotics are necessary for palliative care at home, just as they are in hospitals, and insurance pharmacy pharmacists are indispensable for promoting home palliative care. However, there are only a few pharmacies that handle narcotics in the community, and it is thought that the number of visiting pharmacists involved in home healthcare is insufficient. In this study, the impressions and expectations of pharmacists held by multidisciplinary professionals in the field of home health care were examined. In addition, the future challenges for visiting pharmacists were considered. A qualitative study was conducted in the form of interviews by collecting verbal data through personal interviews in which the researcher and the respondent met face-to-face on a one-to-one basis with each of the following professions (medical care, nursing care, education, residents, and government). It became clear that few people are aware that visiting pharmacists and their base insurance pharmacies can be medical resources for end-of-life cancer palliative care at home. In order for home-visit pharmacists to participate in home-based palliative care, they should understand the differences in the environment between the patients' homes where they live and hospitals, and the differences between home-visit pharmacists and general home-based palliative care. It was thought that it was necessary to understand these points and carry out appropriate work in line with them.

