

るため、患者が要介護認定を受けているが「末期の悪性腫瘍」ではない場合、訪問看護はケアマネジャーが作成するケアプランに位置づけたうえで介護保険から提供することになる。

- ・たとえば、65歳以上でもともと要介護状態であった患者が悪性腫瘍を患った場合などが該当する。この場合、訪問看護を提供できる回数が介護保険の区分支給限度額にしばられること、ケアプランという計画に基づいて訪問看護を提供することになっているがゆえに、病態変化に際して即応しづらいなどの側面がある。
- ・急性増悪に伴い、医師が一時的に頻回の訪問看護が必要だと判断した場合、特別訪問看護指示書を交付し、14日間に限り医療保険から訪問看護を提供できるという規定があるため、医師は状況に応じて弾力的な指示を心がけたい。

## b) 医療保険から訪問看護を提供する状態

○患者が要介護認定を受けていない場合、医療保険から訪問看護を提供する。

- ・そもそも訪問看護の対象となるのは通院が困難な患者であるが、悪性腫瘍の患者は病態が変化しやすく急激にADLが悪化することもありうることから、外来通院中であってもある時点から訪問看護を導入するという判断も必要となる。

○「末期の悪性腫瘍」の患者については、「厚生労働大臣が定める疾病等の患者」として、訪問看護を医療保険から提供するという例外規定が定められている。

- ・この規定により、医療保険では通常週3回までと定められている訪問看護の訪問回数の制限はなくなり、連日訪問看護を提供することなど、弾力的な対応が可能となる。

このように、制度上の訪問看護の取り扱いには複雑な部分があるが、「末期の悪性腫瘍」の患者については、弾力的に訪問看護を提供することができることを念頭に置いておく。なお、「末期」であるかどうかについては、医師が総合的に判断することとされている。

## 2) 連携のポイント1：在宅で点滴を実施する

具体的な連携事例として、在宅療養中の患者が発熱し、継続して点滴を実施する場面について考えてみる。

### 〈症例1〉

#### 第1病日

患者家族からの求めに応じて医師が往診に赴き、発熱の原因を尿路感染症と診断した。

在宅で抗生物質の点滴を連続5日間実施すれば感染をコントロールすることは十分可能であり、入院の必要はないと判断し、採血と初回の抗生物質点滴を実施した。訪問看護ステーションの看護師に在宅患者訪問点滴注射指示書を交付して、第2病日から第4病日までの3日間の点滴注射を依頼した（1日1回投与）。使用する点滴注射の薬剤は院内で処方し、輸液ルートなど必要な医療材料、衛生材料を併せて供与した。

#### 第2病日～第4病日

連日、自院の看護師が電話で症状の経過について患者宅に問い合わせ、第3病日以降は平熱にまで解熱したことを把握した。自院の看護師は、訪問看護ステーションの看護師とも毎日連絡をとり合い、第1病日に実施した採血結果を先方と共有するとともに、第3病日には解熱したこと、第4病日には留置カテーテル内にみられる尿の性状も著しい改善をみた旨の報告を受けた。

#### 第5病日

計画通り訪問診療を行い、症状のその後の経過について診察した。尿路感染症はほぼ完治したと判断、採血によるフォローアップと5回目の抗生物質点滴を実施した。念のため、内服の抗生物質を処方しておいた。

#### 第6病日

採血結果にて炎症反応は完全に陰性化したことが判明したため、前日に処方した内服の抗生物質は服用する必要がない旨を患者・家族に伝えた。

### 3) 連携のポイント2：病状の変化に際して緊急訪問看護を依頼する

#### 〈症例2〉

在宅フォロー中の肺がん患者の家族から、「痰がからんでおり、苦しそうだ」との連絡があった。

- 外来診療中の平日午前の時間帯であったため、医師は連携している訪問看護ステーションに連絡し、緊急訪問看護を指示した。
- 訪問看護師は主治医の診療所に立ち寄り、常備している吸引器を持参のうえ、患者宅を緊急で訪問した。粘稠な痰を中等量吸引したところ、患者の呼吸状態は安定した。
- さらに訪問看護師は、患者の家族に呼吸理学療法を指導するとともに、居室内の加湿についてアドバイスした。

## 〈症例 3〉

神経因性膀胱のため、尿道カテーテル留置中の患者の家族より、「尿が流出しておらず、お腹が張って苦しそうだ」との連絡が主治医の診療所にあった。

- 医師は他の患者の訪問診療中であったため、連携している訪問看護ステーションに連絡し、緊急訪問看護を依頼した。
- 訪問看護師がただちに患者宅を訪れたところ、患者の下腹部は緊満しており、尿は混濁していた。そして、尿道留置カテーテルが閉塞していることが判明した。
- 訪問看護師は主治医に状況を報告し、医師の指示のもと、あらかじめ主治医が緊急時用に患者宅に預けておいた同サイズの尿道留置カテーテルを用いてその交換を行ったところ、約500mLの混濁した尿が流出し、患者の症状は改善した。

以上の3症例のように、診療所の医師と訪問看護ステーションの訪問看護師が連携することには多くのメリットがある。医師は、その本来の役割である診断や治療方針の決定を担うべく、臨床経過の節目で診療を計画、実施する。そして、連日必要となる医療行為や症状観察については訪問看護ステーションの訪問看護師と連携すれば、過度の負担なく切れ目のない適切な医療を在宅でも提供することができる。24時間にわたる緊急時への対応も、診療所の医師のみ、または訪問看護ステーションの訪問看護師のみで対応するのではなく、両者が連携し助け合って対応することにより、相乗効果が得られることは間違いない。

### 3 連携上の工夫

#### 1) 地域における連携の困難性と“顔の見える関係づくり”

ここまで診療所医師と訪問看護ステーションの訪問看護師の連携について述べてきたが、訪問看護制度の創設以来、医師と訪問看護師は異なる場所で別々に働いているという現実がある。医師と看護師が病棟のナースステーションという同じ空間で顔を突き合わせて働いている病棟医療と在宅医療が決定的に異なるのが、この点である。

もし、医師が訪問看護ステーションとの連携は難しいと感じた経験があるとしたら、上記のような理由に由来しているのかもしれない。病院勤務医が同じ病院内であっても日頃勤務していない病棟に入院した患者を担当した場合、“やりにくさ”を体験したことがあるということと同軸上の課題といえる。つまり、“顔の見える関係”でない者同士が連携するということは、簡単ではないという当たり前の現実である。このような地域における連携の困難性について明確に認識したうえで、“顔の見える関係づくり”を能動的に目指すことこそ解決への第一歩といえよう。

#### 2) 正確な情報の共有が地域連携の前提条件となる

複数、多職種のスタッフが連携するにあたっては、正確な情報を共有することが本来、前提

条件だといえるだろう。ところが、地域連携の現場において、事はそう単純ではない。たとえば、診療所のカルテには患者の血液検査の報告書が存在するが、訪問看護ステーションの看護師は常時閲覧することは通常できない。病院からの診療情報提供書も診療所のカルテには存在するが、訪問看護ステーションのカルテにはファイルされていない。

このような状況を鑑みて、改めて正確な情報を共有することが有機的な地域連携の前提条件となることを確認しておきたい。

### 3) 合同カンファレンスの勧め

そこで、地域における連携の困難性を打破するために、診療所の医師が特に密に連携している訪問看護ステーションの訪問看護師と定期的に合同でカンファレンスを開催し、連携している患者について情報交換を行うことをお勧めしたい。双方忙しいなか、時間を捻出することが容易でないことは承知のうえだが、たとえば月に一度30分の時間を確保して、主治医の診療所で顔合わせの機会を設ける方法である。1カ月間にそれぞれの訪問でつかんだ情報の共有や、診断、治療方針や処方内容の確認、検査結果や他医療機関からの診療情報などの共有がおもな内容となる。

#### 合同カンファレンス

##### (診療所医師と訪問看護ステーション看護師)

月に一度、主治医の診療所で30分間の会合を行う

- ・それぞれの訪問でつかんだ情報の共有
- ・診断、治療方針や処方内容の確認
- ・検査結果や他医療機関からの診療情報などの共有
- ・訪問看護師の疑問や不安に応える

連携上のさらなる工夫として、診療所で雇用している看護師に、訪問看護ステーションとの連絡窓口を担ってもらう方法を挙げたい。具体的には1週間に一度、定時連絡を行い、診療や訪問看護でそれぞれが得た情報を共有する。急性増悪や合併症併発時には、連日のように連絡をとり合う。また、医師の携帯電話番号を周知し、患者の病態変化に遭遇した場合や折り入って相談がある場合には、現場から直接医師に連絡するようお願いする。

訪問看護指示書や訪問看護報告書のやりとりだけにとどまらない、真の意味での医師と訪問看護師との連携が地域ネットワーク構築の鍵といえるだろう。

(川越正平)



**コラム****訪問診療・訪問看護中の駐車違反の緩和を**

実に細かい内容であるが、訪問診療・訪問看護中の駐車違反に関して一言述べたい。厚生労働省の管轄外ではあるが、訪問が必要となった場合に、所轄の警察署に駐車許可を得る煩雑さ（在宅緩和医療では早急に訪問が必要であったり、予後の短い患者が多いので、車両単位での許可が求められる）は、早急に改善されるべきであろう。在宅の場合には車による移動が主になるのだが、在宅医療を進めるうえで、行政側の縦割りの弊害を是正するべく、なんとか一考していただきたい。

交通事情が厳しい地域ということもあり、東京都では「駐車禁止等除外標章（緊急往診）の適正な使用について」の周知依頼が、2006年度に東京都医師会からの事務連絡として以下のようにあった。緊急往診では、ある程度の融通が利くわけだが、「在宅での看取り」を週単位で定期的に訪問診療する緊急以外の訪問診療においては緊急往診にはならないので、今後の課題となる。

駐車禁止等除外標章（緊急往診）については、東京都道路交通規則第2条第1項第4号のサに「急病者等に対する医師又はこれに準ずる者の緊急往診又は緊急手当のため使用中の車両で、標章を掲出しているもの」と規定されている。

したがって、標章を掲出し駐車する場合は、急病者などに対する緊急往診または緊急手当の場合に限られ、定期往診などで緊急性のない場合は標章を掲出し駐車することはできない。

2008年2月には、日本看護協会、全国訪問看護事業協会、日本訪問看護振興財団から「道路交通法における訪問看護車両の取り扱いに関する要望」が警察庁交通局交通規制課長に提出されている。

ぜひ、24時間の「在宅緩和医療」に関わる訪問看護ステーションの日常業務に関して、医師と同様に訪問看護師に対しても駐車禁止等除外標章の適応が検討されるべきであろう。



## ケアマネジャーと医療機関との連携



### 1 はじめに

2000年に介護保険制度が実施され、介護支援専門員（一般的にはケアマネジャーと称されている。以下、ケアマネジャーという）という職種が誕生した。疾病や障害を抱えながらも“その人らしく生きる”ことができるよう、個々の状況に応じてさまざまな社会資源を活用し、在宅生活を支援することがケアマネジャーの大きな役割である。ケアマネジャーが立案するケアプランによって、退院後の在宅生活の質が左右されるといっても過言ではなく、在宅緩和ケアにおいてもケアマネジャーとの連携は必須である。

### 2 ケアマネジャーとは

ケアマネジャーの役割は、「介護保険の目的に沿って、（居宅での）自立した生活の継続のために、また、要介護状態の軽減または悪化の予防に資することを目的に、適切な介護サービスを総合的・効率的に提供されるように、利用者を支援すること」<sup>1)</sup>といえる。加齢や疾病、障害などの理由によって、他者からの支援や介護を要する状態になったとしても、“可能な限りできる範囲で、自分らしい生活を営むこと”を支援していくのがケアマネジャーの基本的な役割である。可能な限り自分らしく生活を営み、自分自身の人生に積極的に、かつ主体的に参画し、最期まで自分らしい人生を全うできるよう支援するのである。

そのためには、患者（利用者）自身がどのように生活していきたいのか、どのように生きていきたいのか、また介護者（家族）の思いや意向を確認し、その希望の実現に向けて、地域にあるさまざまな社会資源（表6-3）を組み合わせるケアプランを組み立てる（表6-4）。終末期においても患者自身が“生活者”であることを忘れずに、“その人らしく生きる”ことを大事にしながらプランを作成する。

医療や介護などの各サービスをはじめ、家族や友人、近隣の人、ボランティアなどといったインフォーマルなマンパワーも含めて活用し、在宅緩和ケアにおけるチームを構築していくことになる。そして、各チームメンバーがもつ専門性や力を発揮し、チームがうまく機能していけるようコーディネートしていくこともケアマネジャーの大事な役割である。また、介護者である家族の生活を尊重・擁護する視点も忘れてはならない。

ケアマネジャーになるには、医療・福祉など各分野での実務経験が必要となるが、その経験分野は多様である（表6-5）。病気のありようがその人の生活に強く影響を及ぼす事例に対しても、ケアマネジャーはその役割を担っていくことになる。

特に進行がん患者の場合、病状が急速に進行することが多く、その変化に伴って迅速にケア

表 6-3 ケアプランを作成する際などに利用するおもな社会資源

介護保険制度に基づくサービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護（ヘルパー）、訪問看護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション</li> <li>・通所介護（デイサービス）、通所リハビリテーション（デイケア）、療養通所介護</li> <li>・短期入所生活介護または短期入所療養介護（特別養護老人ホームや介護老人保健施設などでのショートステイ）、福祉用具貸与（ベッドやエアマット、車椅子など）、福祉用具購入（ポータブルトイレなど）、住宅改修（手すり、段差解消など）</li> <li>・居宅療養管理指導（医師や歯科医師の訪問診療や訪問薬剤）</li> </ul>
その他、または各自自治体独自のサービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・配食サービス、布団乾燥機の巡回、おむつ代金の助成、寝たきり手当金の支給</li> <li>・緊急通報システム（独居や高齢者世帯）、訪問理美容サービス、有料ボランティア</li> </ul> <p>（自治体によって違うので、情報収集が必要となる）</p>
インフォーマルな manpower	<ul style="list-style-type: none"> <li>・親戚、友人、近隣住民、ボランティア、民生委員など</li> </ul>

プランの修正や調整が必要となる。病状変化の把握や、今後起こりうる病状変化を予測することなどが必要となることから、進行がん患者に関わるケアマネジャーは、医療分野での実務経験者から選定するのも1つである。

### 3 連携の実際

#### 1) 退院前のカンファレンス

第4章の「退院調整・退院支援の考え方と実際」にもあるように、入院時から退院支援が開始される。早い時期からケアマネジャーもこれに参画し、協働で調整を進めていく必要がある。病院側のスタッフからもケアマネジャーと積極的に連絡をとり合うことが大切である。

また、前述したように各ケアマネジャーの実務経験分野は多様であり、得意とする分野もさまざまである。医療者は患者の病状や今後起こりうる病状変化など、ケアプランを作成するにあたって必要な医学的情報をケアマネジャーにわかりやすく伝え、情報を共有できるように配慮することが必要である。

#### 2) サービス担当者会議

患者が退院し、在宅での療養生活が始まってからは、随時サービス担当者会議を開催し、サービスプランの修正・追加などモニタリングを行っていく。医療者は、ケアマネジャーをはじめ患者に関わる多職種に対して、現在の病状や今後起こりうる状況、ケア提供時の注意事項などをわかりやすく説明することが大切であり、主治医の参加が重要となる。

表6-4 ケアマネジャーが作成する週間サービス計画表（ケアプラン）の例：平日に日中独居となる寝たきりのケース（土・日曜日は家族在宅）

	月	火	水	木	金	土	日	おもな日常生活上の活動
深夜								
夜								
早朝								
朝								朝食 (家族出勤)
午								
10:00	訪問看護	訪問介護		訪問介護	訪問看護	訪問入浴		おむつ交換・清拭・更衣・(土)は入浴 (月・金)訪問看護による状態観察とケア
12:00			療養通所介護 (デイホスピス)					
午前								
14:00	訪問介護	訪問介護		訪問介護	訪問介護	訪問診療		厚食介助(車椅子に移乗して)・おむつ交換 (水)は療養通所介護の看護師などによる 尿状態観察と食事・排泄などのケア
16:00								
18:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問リハビリ		おむつ交換・股陰部洗浄・安否確認 (家族帰宅)
後夜								
20:00								夕食
間								
深								
22:00								
24:00								
2								
夜								
4:00								
週単位以外 のサービス	福祉用具貸与(特殊寝台・特殊寝台付属品・床ずれ防止用具・車椅子)、特定福祉用具購入(ポータブルトイレ)、住宅改修(段差解消) 居宅療養管理指導							注) 訪問看護は病状に応じて医療保険適応となる



表 6-5 ケアマネジャーになるための実務経験（職種によって必要な経験年数が異なる）

国家資格などに基づく業務に従事する者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師</li> <li>・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士</li> <li>・義肢装具士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師・きゅう師</li> <li>・歯科衛生士、栄養士、精神保健福祉士</li> </ul>
施設などでの相談援助業務に従事する者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害者自立支援法や老人福祉法、生活保護法、児童福祉法などに規定される施設などでの相談援助業務に従事する者や、生活指導員、生活相談員、サービス管理責任者など</li> <li>・行政での相談業務、保健所での公共医療事業や医療機関での医療社会事業の従事者、各施設や各介護事業所での相談業務従事者など</li> </ul>
介護などの業務に従事する者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害者自立支援法や老人福祉法、生活保護法、児童福祉法などに規定される施設などで介護などの業務にあたる者</li> </ul>

また、看取りのケアに携わる介護職員や家族が精神的な重圧に耐えかねて傷ついたり、心身に疲れてバーンアウトしてしまうこともある。家族やケア提供者など、チームメンバーのケアも視野に入れて、チームアプローチを行っていくことが大切である。

2006年の介護報酬改定で、特別養護老人ホームやグループホームなどの看取りに対しての加算が認められた。今後、施設における終末期にある高齢者個々のあり方を重視した日常生活と、その延長線上にある看取りに対してより期待が増え、看取りを積極的に取り組む施設が増えてくることが予想される。この場合においても、医療と福祉の連携は不可欠となる。

## 4 緩和ケアにおけるケアマネジャーの役割

### 1) ケアプラン作成時の留意点

在宅移行期から終末期、そして看取りまでのプロセスのなかで、“その人らしく生きる”ことを大事にしてプランを作成する。たとえ終末期であっても、“生活者”であり、患者・家族の生活を尊重・擁護することを忘れてはならないことはいうまでもない。

ケアマネジャーは主治医や担当看護師と情報を交換しながら、その患者がどう生きていきたいのか、療養の場所（在宅を継続するのか、緩和ケア病棟などに入院するのかなど）や受ける医療など、患者と家族が“自己決定”できるように関わり、その意向に沿ったケアプランを患者・家族と協働しながら作成していくことが大切である。

進行がん患者の場合、病状が急速に変化することも少なくない。病状変化の把握と、今後起こりうる変化を予測しながら、その患者・家族が希望する生活が、可能な限り継続、または実現できるよう生活支援計画を立てることが重要となる。医師、看護師などの意見を取り入れながらケアプランの修正・追加を行っていくことが大切である。患者・家族を含む多職種で構成

されるチームがうまく機能できるよう、各チームメンバーがもつ専門性や力を発揮できるようにコーディネートし、患者・家族が“その人らしく生きる”ことを支えていくことが、ケアマネジャーの大事な役割である。

また、がん患者の場合、ターミナル後期に入るまでADLが維持されているケースも少なくなく、要介護認定審査で介護度が軽度で判定され、必要な介護用ベッドなどが利用できない場合もある。ベッドや車椅子などが病状的に必要なときには、医師の医学的所見やサービス担当者会議、適切なスクリーニングなどによる判断のうえ、保険者（市町村）との協議により、軽度要介護者に対しても福祉用具の貸与などが可能になることもある。また、要介護認定審査結果が出る前に患者が亡くなってしまいうこともある。この場合、暫定プランで利用していたサービスの費用は申請日に遡って支給されるが、介護保険の申請や、区分変更申請はタイミングを逃さず早めに行っていく配慮が必要となる（詳細は状況によって多少異なることもありうるため、保険者〈市町村〉に確認することが大切である）。

## 2) 家族への配慮

在宅緩和ケアを受ける際など、患者本人と家族の間に希望や考え方に違いがあることがある。また、家族や親戚などの間でも考え方に相違がある場合も少なくない。家族成員それぞれの思いや考えも表出できるように関わり、家族間の調整や、家族と患者本人との調整を図ることも大事な役割である。家族にとって、進行がん患者を自宅で介護するということが大きな心の負担となることを忘れずに、家族の心身の状況にも留意することが大切である。

また、近い将来に大事な家族を亡くするという悲しみをもちながら、家族は介護している。患者を亡くす前から家族の悲しみは始まっているのである（予期的悲嘆）。この予期的悲嘆の感情表出が適切にできることで、患者が亡くなったときの悲嘆をうまく乗り越える力を得ることができる。ケアチーム全体で細やかな配慮をしながら家族を支えることも重要である。

また、緩和ケアチームは、患者が亡くなった後も引き続き家族（遺族）の支援を行っていく役割がある。遺族に対する悲嘆のケアをグリーフケアという。死別後の悲嘆は約4カ月～1年続くといわれている。悲嘆のプロセスとは、愛する人を失った悲しみを乗り越え、自らの人生を生きていく力を少しずつ備えていく作業である。

家族が正常な悲嘆のプロセスをたどっていけるように、医療と福祉が連携して地域で支えていくことが大切であり、緩和ケアに携わったケアマネジャーにもこういった役割があることを認識しておくことも大切である。家族が自らの喪失体験を肯定的に評価できるためには、まずは患者の療養中に、質の高い介護を提供できたかどうかの影響する。「安らかな死を迎えられた」「自分たちにできることは精一杯やった」「故人の望みを叶えることができた」など、介護を振り返ったときに「良いケアを提供できた」と実感できることが家族の心の支えになることが多い。ケアマネジャーは、療養中により良いケアが提供できるようケアマネジメントを行うことが重要である。

悲嘆のプロセスには感情を表現できる場や、悲しみを共有してくれる人、そっと見守ってく

れる人などが必要であり、医師や訪問看護師など、多職種と連携しながら地域で支えていくことが大切である。時には悲嘆過程が長引き、生活に支障を及ぼすような病的悲嘆に陥ることもある。抑うつ状態や自殺企図などを起こすこともあり、専門家につなげる必要がある場合も起こりうる。遺族会などを実施している医療機関もあるが、今後は地域包括支援センターなどとも協働して、地域での支援をより充実させていく試みも必要となるであろう。

## 文 献

- 1) 介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会(編):三訂 介護支援専門員実務研修テキスト、p.31、長寿社会開発センター、2007

(中島朋子)



# 保険薬局と医療機関との連携



## 1 はじめに

2005年現在で高齢者人口に占める1人暮らしの割合は、図6-4に示すように女性19.7%、男性9.1%である。今後、同居率の低下に伴い、高齢者の1人暮らし世帯が急増すると思われる。

一般に高齢者では、多剤併用が多く、重複投与や薬物相互作用が発現しやすい。また、視覚・聴覚機能の低下、嚥下障害などにより薬剤の管理、服薬指導が必要となってくる。すなわち、高齢者に対する医薬品の一元管理が必要で、薬剤師には、在宅療養を行う高齢者の療養状況や療養環境に応じたきめ細かい服薬管理業務が必要となってくる。

## 2 在宅医療に関わる薬事法・医療法などの改正

### 1) 患者宅などでの調剤業務の一部を容認(薬剤師法第22条):2007年4月1日施行

終末期医療など、在宅医療推進の体制整備などが進むなか、医師が往診した患者の居宅など(ケアハウスなど含む)で処方せんを交付した場合、一部の調剤業務を行うことが認められた。その内容は、処方せん中の疑義の確認、処方医への疑義照介である。ただし、患者居宅などで一部の調剤業務ができるのは、「患者が疾病、負傷等により寝たきりの状態にある、又は現にその看護に当たっている者が運搬困難なものが処方された場合」に限られる。

これまで在宅患者やその家族が薬局へ来訪することが必要であったが、改正により、ファックスにて保険薬局へ送られた処方せんで調剤ができるようになり、薬剤師が患者宅へ訪問して処方せんを確認する時点で調剤完了とみなされることとなった。



図6-4 高齢者人口に占める1人暮らしの割合



資料：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」、「日本の将来推計人口」

## 2) 麻薬小売業者間の譲渡・譲受（麻薬及び向精神薬取締法に基づく省令改正）：2007年9月1日施行

在宅医療を推進するなかで、特に終末期医療を受けるがん患者などの疼痛緩和に対応するため、「麻薬小売業者は麻薬処方せんを所持する者以外の者に麻薬を譲り渡してはならない」（法第24条第10項）とする規定の適用除外の特例の範囲を「麻薬処方せんに記載された分量の麻薬を調剤することが出来ないとき」に限定したうえで、同一都道府県内の2つ以上の麻薬小売業の許可を有する薬局が、「麻薬小売業者間譲渡許可申請書」に記載し、事前に届出をすることにより、届け出た麻薬小売業者間でのみ麻薬の譲渡が許可された。

上記2つの法改正により、保険薬局の在宅医療への大いなる参画が期待される。

## 3 在宅服薬支援の実際

### 1) 介護保険の対象の場合（図6-5）

介護保険の要支援1、2の場合→介護予防居宅療養管理指導費、要介護の場合→居宅療養管理指導費として国保連合会に請求する（いずれも、調剤技術料、薬剤費などは調剤報酬として国保連または支払基金に請求）。

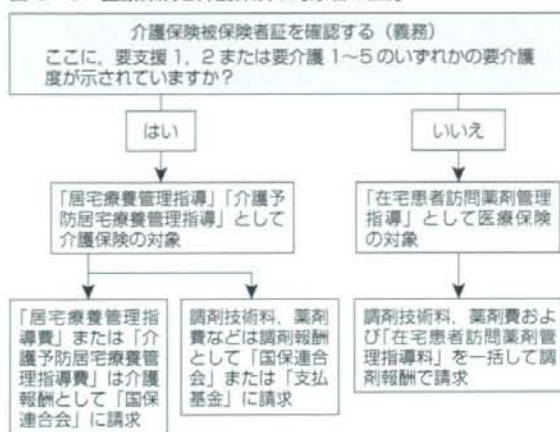
### 2) 介護保険の対象でない場合

#### a) 保険医療機関の薬剤師に関する点数

「在宅患者訪問薬剤管理指導料」を、調剤技術料、薬剤費とともに一括して調剤報酬で請求



図 6-5 医療保険と介護保険の対象者の区分



する。

在宅患者訪問薬剤管理指導料は、2008年の診療報酬改定で、①在宅での療養を行っている患者（居住施設入居者等を除く）の場合550点、②居住施設入居者等である患者の場合385点、の2つに分けられた。

①については、「在宅での療養を行っている患者（居住施設入居者等を除く）であって通院が困難なもの」に対して、②については、「居住施設入居者等である患者であって通院が困難なもの」に対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、月2回（同一の患者について、①および②を併せて算定する場合において同じ）に限り算定する。

麻薬管理指導加算100点については、薬剤師による麻薬の服用および保管の状況、副作用の有無についての確認が要件に追加された。

b) 保険薬局において保険調剤に従事する薬剤師に関する点数

「在宅患者訪問薬剤管理指導料」（調剤点数表15）

①在宅での療養を行っている患者（居住施設入居者等を除く）の場合500点

②居住施設入居者等である患者の場合350点

注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方社会保険事務局長に届け出た保険薬局において、①については、在宅での療養を行っている患者（居住施設入居者等を除く）であって通院が困難なもの、②については、居住施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患者を訪問して、薬学的管理および指導を行った場合に、月4回（がん末期患者および中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回。いずれについても、同一の患者について、①および②を併せて算定する場合において同じ）に限り算定する。

図6-6 訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書（例）

依頼年月日 平成 年 月 日

薬局 殿		医療機関名 住所 電話 Fax 医師名	印
患者	氏名 様 性別（男・女） 生年月日 明・大・昭 年 月 日 住所 TEL 介護度： 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ケアマネジャー：		
疾患名			
既往歴・経過			
使用薬剤			
訪問により 期待すること	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 薬剤管理状況の確認 <input type="checkbox"/> 調剤方法の検討 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 副作用のチェック <input type="checkbox"/> 服薬によるADLへの影響 <input type="checkbox"/> 生活状況の把握 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
服薬に あたっての情報	<input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
特別な医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテルなど） <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

- 2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用および保管の状況、副作用の有無などについて患者に確認し、必要な薬学的管理および指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。
- 3 必要に応じ、患者が他の医療サービス、福祉サービスなどを受けた際の状況と指導内容につき、関係職種間で共有したうえで行う。
- 4 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患者の負担とする。

c) 診療所が保険薬局に在宅患者訪問薬剤管理指導を依頼する場合の点数

医療機関は、診療情報提供料（I）250点を算定する。この際、訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書（図6-6）を調剤薬局へ発行する。

### 3) 訪問薬剤管理指導のプロセス（図6-7）

まず、医療機関が訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書（図6-6）を保険薬局へ発行する。薬剤師は、薬学的管理指導計画書を策定し、少なくとも1カ月に1回は見直し、処方薬剤の変更があった場合にも適宜、見直しを行う。続いて医療機関から訪問の依頼（「訪問して投薬してください」「訪問」など）を備考欄に記した処方せんが保険薬局に届く（口頭でも可）。薬局で処方せんに基づく調剤を行った後、患者宅を訪問する。

薬剤師の初回訪問時は、医師から訪問指導を指示されたことと、薬剤師による訪問指導について患者に十分説明を行い、医療機関から薬局への処方せんの受け渡しと在宅患者訪問薬剤管理指導を行うことの同意を得たうえで、「在宅訪問依頼書」に署名・捺印を受ける。

以上のプロセスの後、在宅患者訪問薬剤管理指導を実施する。保険薬局は訪問後、「訪問薬剤管理指導報告書」を作成し、医療機関へ提出する。

#### 参考文献

- 1) 大園恵幸、佐々木均（監修）、永田修一、松園和久（編）：ケーススタディ保険薬局における在宅医療のPOS, p.2-11, じほう, 2007
- 2) 日本薬剤師会（編）：在宅薬支援マニュアル, 2008

## 4 保険薬局同士の連携の実例—「P-ネット（長崎薬剤師在宅医療研究会）」

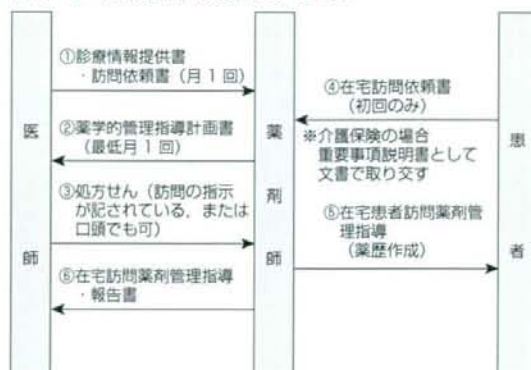
### 1) 地域医療連携を目的としたネットワークづくり

P-ネット（長崎薬剤師在宅医療研究会）は当初、長崎在宅Dr.ネットの受け皿づくりを目的として立ち上げられた薬剤師のグループである。在宅訪問薬剤管理指導の依頼を常時受け、また積極的に在宅医療チームの一員として参加するべく「情報の共有化」「在宅医療に関する研修会」を行い、患者の立場に立った服薬指導が可能となるように会員薬局間で協力し合う仕組みづくりを目的とした活動を行っている。

そのおもな特徴は次の通りである。

- ①長崎市内の薬剤師の有志で組織

図6-7 訪問薬剤管理指導のプロセス



②メーリングリスト (ML) と携帯電話をおもな情報交換の手段としてネットワーク (薬局間の連携) を構成

③ 24 時間、365 日対応する

④在宅移行患者の退院時カンファレンスへの参加

⑤会員薬剤師の技能向上のための勉強会の実施

⑥学会などへの研究内容の発表と業績報告

⑦在宅医療活動スタッフ (医師、看護師など) への医薬品情報提供

⑧会員構成は連携薬剤師 (指導依頼を担当する薬剤師とそのサポート薬剤師) を務める保険薬局の薬剤師と、専門的な立場から助言を行う病院薬剤師とからなる。

サポート薬剤師とは、指導依頼を担当する薬局がなんらかの理由で処方依頼などに対応できない場合に、担当薬局に代わって業務を行う薬剤師のことである。そのために当初より担当薬局と患者情報を共有し、いつでも対応できるよう待機している。

## 2) 在宅訪問薬剤管理指導の依頼と業務の流れ

まず、従来から「かかりつけ薬局」がある場合は、まずそちらに相談してもらう。しかし、「かかりつけ薬局」が在宅訪問薬剤管理指導をするのが困難な場合、あるいは特定の薬局が見つからない場合、主治医や病院の地域連携室または薬剤部から依頼を受けて、次の手順で在宅訪問薬剤管理指導を開始する。

①主治医、地域連携室、または薬剤部より P-ネット事務局が患者の依頼を受ける。

②事務局は依頼を受けて、すぐに個人情報保護を踏まえたうえでの患者情報を ML に流す (患者の年齢、性別、居住地域、病名、治療の概略、家族構成など)。

③事務局は患者情報を ML に流すと同時に、担当薬局とサポーター薬局を ML で募集する。

④担当薬局とサポーター薬局の決定を ML に公表し、依頼者に連絡する (依頼を受けて 2 日以内が原則)。



⑤担当薬局は患者情報収集のため、退院時カンファレンスなどに参加し、処方受け入れの準備を進める（サポーター薬局などがフォローも実施）。

⑥主治医からの指示を受け、在宅患者訪問薬剤管理指導などを行う（主治医へ指導内容の報告）。

⑦在宅活動を行っていくうえで生じる疑問点や問題点（保険請求や医療用麻薬の備蓄など）は、MLを利用し、ネットワーク全体で共有しながら解決を図る。

### 3) P-ネット立ち上げから今日までの動き

①現在の世話人が集まり、Dr. ネットなどに対応した薬剤師・薬局の有志の組織をつくることを決め、参加者を募った。

②長崎市内中小病院の薬剤部と地域連携室にP-ネットの案内を行った。

③会の規約を作成し、組織的な活動と情報交換を行っている。

④「長崎がん相談支援センター」を訪ね、訪問看護ステーションとの連携と協力し合っていくことを確認した。

⑤毎月1回の勉強会を開催し、会員の技能向上を図っている。

- ・第1回：長崎在宅 Dr. ネットの紹介と組織づくりについて
- ・第2回：医療保険と介護保険における薬剤管理指導の保険請求について
- ・第3回：保険薬局における輸液の調剤（実習を交えて）
- ・第4回：がん疼痛管理におけるレスキュードーズの考え方
- ・第5回：在宅におけるバイタルサインのとりかたと患者の診かた（実習を交えて）
- ・第6回：経管投与の新しい手技—簡易懸濁法（実習を交えて）

⑥2008年1月19日に第1回総会を行った。

### 4) 会員およびネットワークの拡大について

会員は、設立当初19薬局、2病院の参加だったものが現在25薬局、3病院に増えたが、組織的な運営を目指すうえで入会に一定の制限を設けている。

### 5) 組織の機能充実について

訪問看護ステーションの看護師やDr. ネットの医師から「医薬品情報提供の役割を担ってほしい」との希望があったため、すべてのP-ネット所属の薬局で医薬品に関する質問に回答するようにしている。また、長崎県薬剤師会より医薬品情報センターの活用の申し出もあり、そちらの利用も呼びかけている。

### 6) 運営上の問題点とその解決

#### a) 事務局経由以外の在宅訪問薬剤管理指導依頼への対応

事務局を通さない在宅訪問薬剤管理指導依頼にもP-ネットとしてサポートできるように、

直接依頼を受けた薬局がサポーター薬局を募集し、患者情報の共有などをできるような体制をつくった。

**b) 麻薬の管理供給体制について**

P-ネットでは会員薬局間の麻薬の在庫情報を共有し、緊急に麻薬を必要とする状況が生じた場合は、払い出し可能な薬局に麻薬だけの処方箋を出してもらって対応を行うように体制を整えていく準備を行っている。

**c) その他**

P-ネットではTPN（中心静脈栄養）、HPN（在宅TPN）などの輸液に対する取り組みを緊急の課題として位置づけ、会員全員が輸液調製の操作をできるように、実習形式による定期的な勉強会を行う。

また、注射薬の抗がん剤を使った在宅における化学療法に関わるように、勉強会などを利用して理解を深めていくことを計画している。

**7) P-ネットの長崎市内分布地図**

P-ネットの長崎市内分布については、ホームページ <http://pnetmap.zz.tc/20071013> を参照されたい。

〔白髭 豊・大山章久〕

## 第7章

## 知っておきたい法律と制度



## 麻薬の取り扱い (麻薬及び向精神薬取締法)



がん患者を対象とした在宅緩和ケアの実践には、麻薬を効果的に使用することが不可欠である。それは病院のなかであっても、患者の自宅においても同じである。自宅においても麻薬を使用しながら生活することを可能にするために、在宅医療における麻薬の取り扱いには、麻薬及び向精神薬取締法に関連したマニュアルの改訂がなされてきた。ここでは、在宅医療における麻薬の取り扱いについてポイントを解説する。

### 1 在宅医療で麻薬を取り扱える診療所と調剤薬局

在宅医療においても、麻薬を使用した緩和ケアを行うことが可能である。病院のなかと診療所や保険薬局が関わる在宅の場とで、麻薬の取り扱いに関する大きな相違はないが、基本的に麻薬を取り扱うことのできる診療所や薬局であるかの確認は必要であるので、念のため記載しておく。

麻薬を取り扱うためには、麻薬及び向精神薬取締法に基づく麻薬取扱者免許が必要となる。たとえば、麻薬の処方箋を書く医師は、麻薬施用者免許が必要であり、麻薬を販売する保険薬局においては、麻薬小売業者免許が必要となる。また、麻薬を使って診療をしている施設においては、麻薬管理者免許が必要となり、いずれも都道府県に申請することが求められている。したがって、地域連携を図ろうとする病院など医療機関においては、在宅主治医となる診療所医師、および利用可能な保険薬局がこうした麻薬取扱者免許を有しているのかについて、知っておく必要がある。

また、近年、在宅医療における麻薬の使用に関する規制が緩和され、麻薬小売業者間で麻薬の在庫を譲渡・譲受することも可能となった（第6章F「保険薬局と医療機関との連携」参照）。

### 2 麻薬管理—病院内と在宅医療

病院内では麻薬の紛失などについては厳しく管理・指導されているが、在宅では患者管理が

基本となるため、金庫に入れることもなければ、残数をカウントする必要もないといった緩やかな管理となる。しかし一方で、前述のように麻薬を取り扱える医師や薬局を探したり、自宅から離れた薬局まで取りに行かなければならないなど、麻薬が患者の手元に届くまでの手続きが複雑であることも事実である。麻薬を取り扱う施設のなかでの管理体制と、施設外である自宅での管理の仕方について、そのルールを知っておくことが地域連携には不可欠である。

### 3 在宅医療を推進するための麻薬取り扱いの規制緩和について

医療制度改革の大きな柱となっている在宅医療を推進していくための1つのテーマとして、麻薬が適切かつ円滑に提供できる体制を整理するという課題に対して、2006年3月に厚生労働省から出された通知を以下に付した<sup>1)</sup>。また、その年の12月には、さらに具体的な内容で『病院・診療所における麻薬管理マニュアル』と『薬局における麻薬管理マニュアル』が改訂されている。以下に、そのポイントについて解説する。

麻薬処方箋の書き方、残薬の処理についてなど、さらに詳細なことについては病院のなかのルールと基本的に同じである。必要なら、マニュアル<sup>2)</sup>を確認願いたい。

#### 在宅医療の推進のための麻薬の取扱いの弾力化について

2006年3月31日

薬食監麻発第0331001号

厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課長

麻薬の取扱いについては、麻薬及び向精神薬取締法(昭和28年法律第14号)の趣旨を踏まえ、かねてより配慮いただいているところであるが、平成17年12月8日、社会保障審議会医療部会において「医療提供体制に関する意見」が取りまとめられ、麻薬が適切かつ円滑に提供される体制整備等を含めた在宅医療の推進の環境整備を図ることとされた。これを受け、麻薬が適切かつ円滑に提供される体制の整備に資するよう麻薬の取扱いの弾力化について下記のとおり示す。

なお、本通知は地方自治法(昭和22年法律第67号)第245条の4第1項に規定する技術的助言である。

#### 記

##### (1) 患者の健康状態等に配慮した麻薬の取扱い

患者の健康状態等から、患者が麻薬を受領することが困難であると認められる場合には、現に患者の看護等に当たる看護師、ホームヘルパー等で患者又はその家族等の意を受けた者を、平成10年12月22日付け医薬麻第1854号医薬安全局麻薬課長通知にいう「患者等」に該当するものと解して差し支えないこととすること。なお、前記通知に掲げるバルーン式ディスプレイタイプの連続注入器に入った麻薬注射薬以外の麻薬についても同様に取扱いして差し支えないこととすること。