

薬薬連携

~薬剤師が変わると病院が変わる~

ファルメディコ株式会社 / 医療法人嘉健会 思温病院 理事長
大阪大学大学院医学系研究科統合医療学寄附講座 特任准教授
医師・医学博士 狭間 研至



第6回 対人業務への移行が変える 入退院支援の在り方

医療情報の一括共有も 実現近づく今 薬剤師の介入がモノにとどまるのは最適でない

薬剤師が患者さんにお薬をお渡しするまで(対物業務)ではなく、服用後までをフォロー(対人業務)するようになれば、患者さんや医師との関係が変わるのみならず、入退院支援での薬剤師同士の連携も変わってきます。今回は、もう少し詳しく説明したいと思います。

今までの「対物業務」であれば、その患者さんがどんな薬を使用しているかという情報をつなぐのがメインになります。ただ、この情報は、基本的に医師の診療情報提供書に記載されていますし、昨今ではお薬手帳もずいぶん普及していますから、そこにわざわざ薬剤師が介入しなくても……ということになります。現在も退院時共同指導という項目がありますが、ここでの薬剤師の存在意義が、それほど高く認識されているわけではないのは、こういったことが理由になっているのではないかと思います。

ただ、投薬後もフォローして、薬が医師の指示通りに上手に使用されているかどうか(いわゆるコンプライアンス)を確認し、使用している薬剤の効果が出ているかどうか、副作用が出ていないかどうかなどの確認を薬剤師が始めると、単に、医師の処方内容やその裏にある処方意図、治療方針を引き継ぐことのみが薬薬連携ではない、ということに気がついていくと思います。

もちろん、現在、どういう薬剤がどのような意図で処方されているのかを薬剤師が把握し、病院と薬局で共有することは大切です。しかし、医療情報の電子化やネットワーク化、PHR (Personal Health Record)やEHR (Electronic Health Record)の流れは、それらをデータ上で一括管理できる時代がそう遠くなくやってくるということを示唆しているでしょう。そんな状況の現在、薬剤師の介入が投薬情報や残薬の程度など薬というモノを対象とした「対物」業務に

とどまっていることは、やはり、最適なものではないと言えるのではないのでしょうか。

質の高い薬薬連携こそ 地域包括ケアシステムの実現に不可欠

たとえば、肺炎で入院された患者さんが、抗生剤や輸液投与で状態が改善し、食事の経口摂取を目指して嚥下リハビリや投薬調整を行ったにもかかわらず、お薬は何とか服用できるものの、食事を再開すると誤嚥し肺炎を繰り返してしまうため、ご本人・ご家族とも相談して胃瘻を造設したとします。結果的に、薬については減量・削除したもの、追加処方したものなど、入院時の処方とは大きく異なったばかりか、投与方法については簡易懸濁を用いることになった場合には、OD錠やドライシロップ、液などの剤形を選択し、より安全かつ効果的に薬物治療が行えるような体制を病院薬剤師が積極的に介入することになるでしょう。そして、新しい処方内容・投与方法で薬物治療が始まれば、薬剤師が投薬後もフォローして、患者さんの状態が安定しているのか、何か予期せぬ副作用が起こっていないかなど、薬学的アセスメントを積極的に行い、より良い薬物治療を目指すわけです。

そして、全身状態が安定して、退院が決まったときには、処方内容や投与方法が変わったということだけでなく、病院薬剤師が把握している患者さんの状態や、薬物治療の留意点、今後予期される変化やその際の対応方法などを、きちんと薬局薬剤師に伝えることが、薬薬連携をもっと質の高いものにしていくのだろうと考えています。

高齢者や慢性疾患患者さんでは、やはりシームレスな薬物治療管理が必要です。薬というモノの整理だけでなく、患者さんの症状安定という観点から、薬剤師同士が主体的に行う入退院支援は、必ずや、地域包括ケアシステムの実現に不可欠なものになるだろうと思います。