

1 社会保障制度

Summary

- 日本の社会保障制度は財源として保険料をもとにした社会保険が中核をなしている。そしてすべての国民がなんらかの社会保険に加入しているという国民皆保険が特徴である。
- 日本では高齢化率が21%を超した2007年から、75歳以上の後期高齢者の医療保険を後期高齢者医療制度として独立させて、制度を持続可能なものとした。
- 日本では2000年から介護保険制度がスタートした。介護保険では65歳以上の利用者について、まず介護認定を行い、要介護度に応じて介護支援専門員（ケアマネジャー）がケアプランを立案し、各サービス事業者がケアプランに従って介護サービスを実施する。
- 地域包括ケアシステムは介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療・介護・予防・生活支援・住まいを包括的かつ継続的に提供するシステムである。
- 先進各国の社会保障制度は、イギリスのように税方式のもと国営医療で実施するものから、アメリカのように民間保険が中心で民間医療機関で行うものまでさまざまである。日本、フランス、ドイツ、オランダはこれらの中間グループに位置し、社会保険方式をとるのが特徴である。

Keywords ▶ 社会保障制度, 社会保険制度, 後期高齢者医療制度, 介護保険, 地域包括ケアシステム

1 日本の社会保障制度の枠組みと特徴

日本の社会保障制度 (social security system) は、広くは、社会保険、社会福祉、公的扶助、保健衛生などから成っている。ここではその中核となる社会保険制度 (social insurance scheme) について解説する。

1.1 保険とは何か

社会保険制度をみる前に、まず「保険」の考え方について説明する。保険とは個人がさまざまな事故の発生リスクに備えて最小の費用を事前に負担することによって、事故が起きたときに経済的保障を行う仕組みのことである。事故には火災、盗難、死亡、傷害、疾病、失業（老齢による失業も含む）などがある。

こうした事故の発生リスクにあらかじめ備えるために、事故発生確率などから考えて合理的に算出した金銭（保険料）を、社会集団から拠出し、共同の資金（ファンド）をつくって、個人が実際に事故に遭ったとき、その資金から保険金やサービス給付を行うことが保険の考え方である。みんなで事故のリスクを分かち合うことから「リスクシェアリング」ともいう。



リスクシェアリング

個人の努力だけでは対応が困難な事態に集団の力でリスクを負担するという考え方。

1.2 保険の種類

保険には民間保険と社会保険の2種類がある。民間保険は火災保険、盗難保険、疾病保険、生命保険、自動車保険などさまざまな種類があるが、どれも個人が加入するかどうかを自由に決められる任意保険である。一方、社会保険は社会全体の相互扶助の精神に基づいてつくられていて、疾病や介護、高齢による失職などだれもが直面する社会的事故によって生活困窮に陥らないための目的でつくられた保険である。このため、その運営に必要な絶対数を確保して長期的に安定的な保険運営を行うため、強制加入が原則となっている。

1.3 社会保険の特徴

社会保険では、民間保険と異なり、保険料は原則としてその人の所得に応じて負担することになっている。つまり、所得が高い人は保険料も高額を納めるという制度である。このような仕組みの結果、所得の高い人から低い人に結果的に所得が移転することになる。このため社会保険は、所得の再分配の機能の役割も果たしているといえる。

また社会保険制度は、国が法律により制度を運営するとともに、制度の運営者（保険者という）には国や自治体が関与している。このことにより、制度の長期的な安定と公平な処理、制度運営の経費が少なくなるなどのメリットが生まれる。また、保険給付の一部を国が税金で負担する国庫負担を行っていることも民間保険との大きな違いといえる。

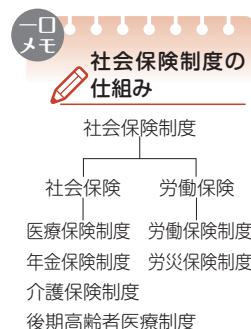
1.4 社会保障の財源

日本以外に目を向けると日本のように医療・介護サービスに社会保険方式を採用している国ばかりではない。税方式といって、医療、介護、福祉サービスの財源を、国民からの保険料ではなく、もっぱら租税^{まかな}で賄っている国も多い。たとえばイギリスでは「ゆりかごから墓場まで」というスローガンのもと、医療、介護、福祉サービスのすべてを税で賄い、基本的には無料でこれらのサービスを提供する「国民保健サービス（National Health Service）」を実施している。こうした税方式を採用している国も多い。またアメリカのように民間保険が中心で、高齢者や低所得者を対象に一部社会保険を導入している国もある（⇒本項「6 諸外国の制度」〈p.15〉参照）。

社会保険方式、税方式、民間保険方式のそれぞれに一長一短はあるが、日本では社会保険方式を基本として採用しているのが特徴である。

2 医療保険制度

日本の社会保険制度は、大きく分けて「社会保険」と「労働保険」から構成され



る。前者の社会保険には「医療保険制度」と「年金保険制度」があり、さらに医療保険と密接に関連する「介護保険制度」と「後期高齢者医療制度」がある。また、後者の労働保険には、「労働保険制度」と「労災保険制度」がある。

現在、日本の医療保険制度は、1961年発足の国民皆保険制度により、国民は以下のなんらかの医療保険に属することになっている。

- ・国民健康保険（市町村国保、組合国保）
- ・全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）
- ・組管管掌健康保険（組合健保）
- ・船員保険
- ・共済組合保険
- ・後期高齢者医療制度

なお、保険料を支払えない生活困窮者については、生活保護における医療扶助制度が税方式で行われている。



生活保護法による扶助の一種で、困窮のため最低限度の生活を維持することができない者に対して、診察、投薬や手術、病院や診療所への入院、看護、移送などの保護を行う。

3 後期高齢者医療制度

3.1 後期高齢者医療制度の背景と財源

この中で、後期高齢者医療制度は、2006年6月に「健康保険法等の一部を改正する法律」により老人保健法が改正され、2008年4月から新たに創設された制度である。

戦後、日本人の平均寿命は急速に伸び、2007年には65歳以上の高齢者人口は、過去最高の2,746万人、総人口に占める割合（高齢化率）は21.5%となり、初めて21%を超えた。世界保健機関（World Health Organization：WHO）や国連の定義によると、65歳以上人口が総人口の21%を超えた社会を「超高齢社会（super-aging society）」という。これにより日本は2007年に超高齢社会に突入したといえる。

とくに75歳以上の後期高齢者は疾病の有病率や寝たきり率、認知症有病率が、75歳未満の世代に比べ著しく高く、5～6倍多くの医療費を使う。このため2008年に75歳以上の後期高齢者を対象として、独立した医療保険制度を創設することとなった。これが後期高齢者医療制度で、その財源構成は、患者負担分（1割）を除くと、現役世代からの支援金（4割）および公費（税）負担（5割）のほか、高齢者の保険料負担から成る。

3.2 後期高齢者医療制度の診療報酬制度

後期高齢者医療制度の診療報酬制度についても、後期高齢者の心身の特性に合わせて変更が行われた。具体的には患者本人が選んだ「高齢者担当医（主治医）」が、後期高齢者の慢性疾患などに対して継続的な管理（プライマリケア）を行うこと



保険診療の際、公的医療保険から病院・診療所など医療機関や調剤を行った薬局に支払われる報酬のこと。検査・手術・投薬などの診療行為や医薬品ごとに公定価格が決められている。
⇒ 1章 3-2 語句 (p.33) 参照。

に対しての診療報酬体系とした。また、診療所などの医師が患者の心身の全体を診て、治療計画の作成を通じ、外来から入院先の紹介、在宅医療まで継続してかわるという「主治医制」の仕組みとなっている。主治医は専門的な治療が必要な場合については、他の専門的な医師への紹介を行う。

しかし、この診療報酬制度は後に「後期高齢者」という呼称が年齢差別であるなどの批判を受けて廃止された。この廃止を受けて2014年以降、後期高齢者医療制度における「主治医制」は、対象年齢を問わず適応される「地域包括診療料」、「地域包括診療加算」となった。

4 介護保険制度

4.1 介護保険制度とは何か

介護保険制度は、日常生活で介護が必要になった高齢者やその家族を社会全体で支えていく仕組みである。「高齢になり介護や身の回りの世話が必要になる」というリスクは誰にでもその可能性がある。日本では従来、こうした高齢者介護は家族介護が主体であった。しかし核家族化や単身世帯が増えたこともあって家族介護だけに頼ることは困難となった。このため高齢者介護のリスクを社会全体で負担し合い、万が一介護が必要になったときに、すべての高齢者がサービスを受けられるようにする介護保険制度が2000年に発足した。

日本では、介護保険制度は医療保険制度と同様、社会保険方式を採用した。介護保険制度は、40歳以上の人が支払う「保険料」と「税金」とで運営されている。運営は市町村と特別区（以下、市町村）が行い、これを都道府県と国がサポートする。この運営者を「保険者」と呼び、介護が必要になったときにサービスを受けることができる人のことを「被保険者」という。被保険者は、第1号被保険者（65歳以上の高齢者）、第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険に加入している人）の2つに分けられている。

これら「被保険者」が実際にサービスを利用できるのは、市町村から「介護が必要」と認定された場合に限る。具体的には「要介護状態」または「要支援状態」と認定されなければならない。

4.2 介護認定までの流れ

利用者（被保険者）が介護の必要を感じたら、保険者（市町村）の窓口で要介護認定の申請の手続きを行う。認定の申請は、居宅介護支援事業所や介護保険施設などに代行してもらうこともできる。申請が受け付けられたら、調査員が自宅などを訪問して、本人の心身の状況や日常の生活状況などの項目について聞き取り調査を行い、「認定調査票」を作成する。併せて、保険者（市町村）の依頼により、主治医（かかりつけ医）に「主治医意見書」を書いてもらう。作成された認定調査



介護保険の被保険者

第1号被保険者：65歳以上の者。要介護状態（寝たきり、認知症等で介護が必要な状態）、要支援状態（日常生活に支援が必要な状態）が受給要件。

第2号被保険者：40～64歳までの医療保険加入者。要介護、要支援状態が、末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病（特定疾病）による場合に限定。（厚生労働省より）

⇒ 4章 1-2 の□メモ
(p.121) 参照。

居宅介護支援事業所

⇒ 4章「1-3 地域の医療・介護サービスと提供機関」
(p.128) 参照。

1

保健, 医療, 福祉, 介護における 多職種協働の必要性和チーム医療



Summary

- 多職種連携とは、各職種が最も効果的な役割分担を行い、最大限の貢献ができるようにすることである。
- チーム医療とは必要十分な連携と協働である。
- 多職種による包括的支援である transdisciplinary team model がベストといわれている。



Keywords ▶ インフォームド・コオペレーション, 共生, transdisciplinary team model (TDT model), QOL (quality of life), ICF (国際生活機能分類)

1 多職種連携とは

すべての医療・保健・福祉・介護分野（特にリハビリテーション分野）において多職種連携が叫ばれて久しい。連携とは『広辞苑』によると「同じ目的を持つ者が互いに連絡をとり、協力し合って物事を行なうこと」である。多職種連携では、その結果、最終受益者である患者、障害児や障害者が恩恵を受けられることが最終目標であり、これらを実現するための融合である。

今までの一般医療ではインフォームドコンセント（十分に説明を受けたうえで合意・承諾：たとえばがんの治療を行うにあたってその治療方法を選択する場合、手術、化学療法、放射線療法を行うことが最良と考えられるのでそれらに合意すること）が主流であったが、これからはリハビリテーション（以下、リハ）医療ですでに一般的になっているインフォームド・コオペレーション（十分に説明を受けたうえでの協力：すなわち専門家と患者の共同作業）が主となる。当然、薬剤師もその中の重要な一員である。そのためには、スタッフとしての「勘」を磨くことが大切である。ここでいう「勘」とは、知識と経験に基づいた予後予測のことである。

また、スタッフの備えるべき能力として、①患者がおかれている社会背景を十分に理解したうえで患者のもつ隠れた機能・能力を見抜く知識、技術、予見力および構想力をもつこと、②実現可能な複数の選択肢の中からプラス方向の可能性を具体的に提示し患者に選択させること、があげられる。

医療は究極のサービス業であるべきであり、そのために何が必要かを常日頃考えることが大切である。難しい問題が生じてでも Never Give Up の精神でそれぞれの専門性を生かしながら、互いの不得手な部分を補い合うことで、いわゆる「ゆりかごから墓場まで」患者・障害児・障害者のために手助けし、一緒に生き

ていくこと（共生）が求められる。互いの職種や立場を尊敬し合い、選ばれるスタッフとなるように常に対象者、仕事、ほかのスタッフに対して感謝の気持ちを持ち続けるべきである。

すでに始まっている医療ビッグバンにも対応しつつ、多職種協働（協同）の意味を考える必要がある。協働とは、「各職種の得意業を良く知り、自分の職種の特徴と組み合わせて患者の QOL 向上のため、最も効果的な役割分担を行い最大限の貢献ができるようにすること」である。

2 チーム医療とは

チーム医療とは、一人の患者に複数の医療専門職が連携して、治療やケアにあたることである。

具体的にはチームを構成する医療・保健・福祉スタッフは、薬剤師・医師・作業療法士・理学療法士・言語聴覚士・義肢装具士・看護師・保健師・助産師・栄養士・視能訓練士・歯科医・歯科衛生士・柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師・臨床心理士・神経心理士・音楽療法士・呼吸療法士・心臓リハビリテーション指導士・糖尿病療養指導士・介護福祉士・社会福祉士・MSW（medical social worker；医療ソーシャルワーカー）・精神保健福祉士・社会福祉主事・ケアマネジャーなど多岐にわたる。チーム医療を成功させるためには良好なチームワークが必要である。そのチームワークを確認するために、常に以下のことを自問自答すべきと考えている。

- ①それぞれの業務（専門性）は？
- ②お互いの役割を理解しているか？
- ③お互いを尊重しているか？
- ④お互いのウィークポイントをカバーし合っているか？
- ⑤協業しているか？ 信頼関係ができているか？
- ⑥医療、福祉と保健の連携はできているか？
- ⑦ひとりよがりになっていないか？
- ⑧勉強しているか？
- ⑨共通の目的を明確にしているか？

2.1 チーム医療を成功させる鍵：薬剤師の役割

チーム医療を成功させるための大きな鍵である連携は2つの意味をもっている。「縦横の糸」といわれているものである。縦の糸とは「病病（病院と病院）、病診（病院と診療所）、診診（診療所と診療所）など施設等のつながり」であり、横の糸とは「各職種間のつながり」である。どちらの糸にも薬剤師は関与しており、その役割は大きい。

その中で薬剤師の果たすべき役割と課題を以下にあげる。

- ①仲間を増やすこと、切磋琢磨すること。
- ②次世代を育てること。
- ③勉強すること、教育すること、できる限り自己研鑽を実施すること。
- ④外に出て行くこと、世界を知ること。
- ⑤他職種の得意技を理解したうえで自分の得意技を増やすこと。
- ⑥職域（活躍する場）を増やすこと。
- ⑦日本の良い医療体制を維持すること。
- ⑧良い医療は性善説で成り立つ。動機を善とすること。

2.2 チーム医療の推進：アプローチの方法としてのチームモデル

チーム医療を実施するうえで、そのチームアプローチの方法として下記のようなチームモデルが考えられている。

Multidisciplinary team model (多職種チームモデル)

各職種が集合して治療するが、多職種間の意見交換が少なく、主治医の責任が明確であるモデル。

Interdisciplinary team model (相互関係チームモデル)

医療者の個々の役割・機能は決まっている。患者の状態に合わせて対応する職種が決まる。専門性のみに依存するモデル。

Transdisciplinary team model (相互乗り入れチームモデル)

目標指向性である。医療者は状況に応じて役割が変わり、包括的治療を行うのに有効なモデル。とくに包括的支援を実施するリハチームとしてはベストの方法と考えられている。

各職種のかかわりは具体的には図1のように示すことができる。当事者（患者）を中心としてさまざまな職種が取り囲んでいる。共通事項を共有し、それぞれの立場で最大限のサポートを行う。当然のことであるが、各職種はオーバーラップして患者に対応する。意見交換ばかりでなく、多職種間の相互乗り入れによる治療を行う。患者にとっての必要性がまず存在し（目標指向性）、その必要性をそこに存在する医療者で区分して担当するのである。医療者は状況に応じて役割が変動する。包括的治療を行う場合に有効といわれている。

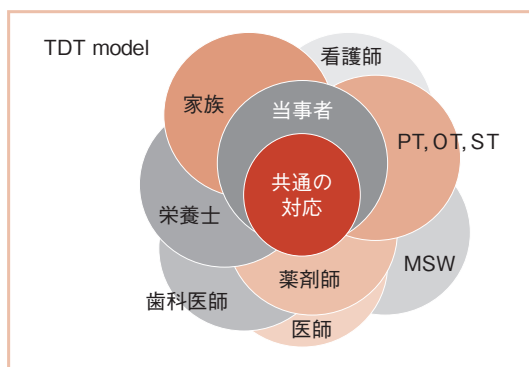


図1 多職種による包括的支援：TDT model

TDT model (transdisciplinary team model; 相互乗り入れチームモデル), PT (physical therapist; 理学療法士), OT (occupational therapist; 作業療法士), ST (speech-language-hearing therapist; 言語聴覚士), MSW (medical social worker; 医療ソーシャルワーカー)。

3 地域リハビリテーションと地域包括ケアシステムにおける薬剤師の位置づけ

日本リハビリテーション病院・施設協会が定義した「地域リハビリテーション」(以下、地域リハ)とは、「障害のある人々や高齢者およびその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う」。

したがって、地域リハとは、リハのために地域で行う諸活動の全体を示し、QOL (quality of life; 生活の質) を主軸におくりハの真意を表現している。一生のあいだ(すなわち最期を迎えるまで)リハが必要であることを明確にし、それを実行するには終末期リハの思想と技術が必要である。そこにおいても薬剤師のかかわりは大きい。

障害児・障害者が生活の自立を果たすためには、それぞれの専門職種がその専門性を生かし、チームワークを保ちながら彼らが家庭・地域・社会の中で障害を受ける前と変わらない生活ができるように援助しなければならない。すなわち、少しでも病前の生活と変わりなく過ごせるように、身体的・心理的・社会的・職業的・経済的に回復できるように障害児・障害者および高齢者を援助することがリハチームの役割である。

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health: 国際生活機能分類) (図2) により、障害のとらえ方が従来の機能障害 (impairment)・能力障害 (disability)・社会的不利 (handicap) から生活の自立を目的とした心身機能・身体構造 (body functions and structures)、活動 (activities)、参加 (participation) という総合的な見方へ変化してきた。また、包括的概念として生活面をプラス思考にとり環境因子 (物的環境・人的環境・社会制度など)

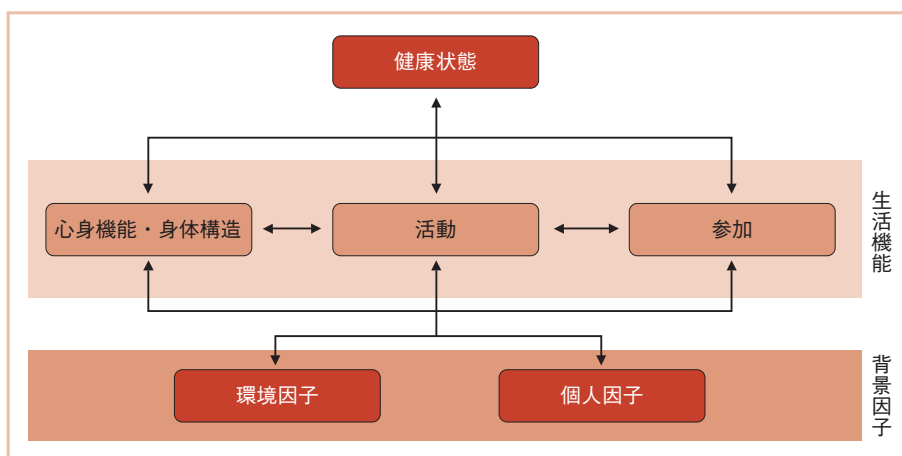


図2 ICF (国際生活機能分類) の生活機能モデル

医師との協働：プロトコールに基づく薬物治療管理 (PBPM)

Summary

- 医療の質向上や効率化を目的に、病院薬剤師が新たなチーム医療を実践し始めている。その大きな契機となったのが、医政発 0430 第 1 号「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」であり、薬剤師を積極的に活用することが可能な業務として「薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること」と記載されている。
- 日本医療薬学会は、プロトコールに基づく薬物治療管理 (PBPM) 導入マニュアルを公表し、①課題の抽出、②プロトコールの作成、③プロトコール合意・承認と周知、④担当する薬剤師および医療スタッフの資格の確認、⑤ PBPM の実施、⑥ PBPM の実施による評価、⑦プロトコールの改訂、といったプロセスに基づいて実践することを推奨している¹⁾。



Keywords ▶ collaborative drug therapy management (CDTM), プロトコール, プロトコールに基づく薬物治療管理 (protocol based pharmacotherapy management : PBPM), チーム医療, 薬物治療管理

1 プロトコールに基づく薬物治療管理 (PBPM) 導入の経緯

チーム医療の重要性が唱えられて久しいが、その中での薬剤師の役割・機能として、日本学術会議からは 2014 年（平成 26 年）に「薬剤師の職能将来像と社会貢献」と題した提言の中で、薬剤師がチーム医療を基盤として薬物治療の適正化や安全管理へ貢献する必要性が示されている。また、2010 年（平成 22 年）4 月 30 日厚生労働省医政局長通知（医政発 0430 第 1 号）「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」においては、薬剤師を積極的に活用することが可能な業務として「薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること」と記載された。

これを受け、医療の質向上や効率化を目的に、病院薬剤師が新たなチーム医療を実践し始めている。

2 PBPM導入の流れ

日本医療薬学会は、プロトコールに基づく薬物治療管理（protocol based pharmacotherapy management：PBPM）導入マニュアルを公表し、以下のプロセスに基づいて実践することを推奨している。PBPMは一つの病院内で実施される場合に加えて、地域医療において複数の病院、薬局間で実施される場合がある。図1に病院におけるPBPMのフローチャートを示す¹⁾。

2.1 課題の抽出

臨床上存在する課題解決の手段の一つがPBPMである。

課題の抽出にあたっては、治療の質や安全性を向上できる可能性、非効率的な手続き、不十分な介入状況を改善できる余地、実際に発生した患者ケアにおける問題などを考慮する。

また課題の抽出の際、医療の質の視点（治療効果、合併症減少、医療安全の向上、インシデントの減少）、患者の視点（治療に関するアドヒアランスの向上、患者満足度の向上、早期社会復帰）、医療スタッフの視点（労働生産性の向上、負担軽減、スタッフ満足度の向上）、経済的視点（労働効率の向上、増収、コスト削減）などから抽出することが有用である。

2.2 プロトコールの作成

課題の解決策の一つとして、PBPMの実施についての合意を経て、プロトコールの作成を行う。まず、治療や検査の標準的な経過や予定をスケジュールにまとめた診療計画フローを策定する。次に、各ステップに合わせて医師や薬剤師、看護師、その他医療スタッフの介入タイミングと役割を決定することでプロトコールを作成できる。

2.3 プロトコール合意・承認と周知

プロトコールが作成されたら、関連する医療スタッフや施設内もしくは施設間の合意と承認が必要である。プロトコールはマニュアル化するなどして関係者に周知するとともに適宜、最新のものを確認できるように管理することが望ましい。

2.4 担当する薬剤師および医療スタッフの資格の確認

PBPMを担当する薬剤師、その他医療スタッフのコンピテンス（competence：能力、適性）を確認しておく。各職種の有する一般的な知識や技能で実行可能なプロトコールは、各々の免許資格で十分と考えられる。一方、特殊な技能や専門的な知識が必要な場合は、研修受講や専門性の証明を必須とする場合もある。



コンピテンス

求められる課題や職務において、効果的または優れた成果の原因となる個人の行動様式や特性。医療従事者では知識、技術、態度や、動機、自己概念・自己イメージ、思考パターンなど、人の特性やパーソナリティーを包括した概念としてとらえることもある。

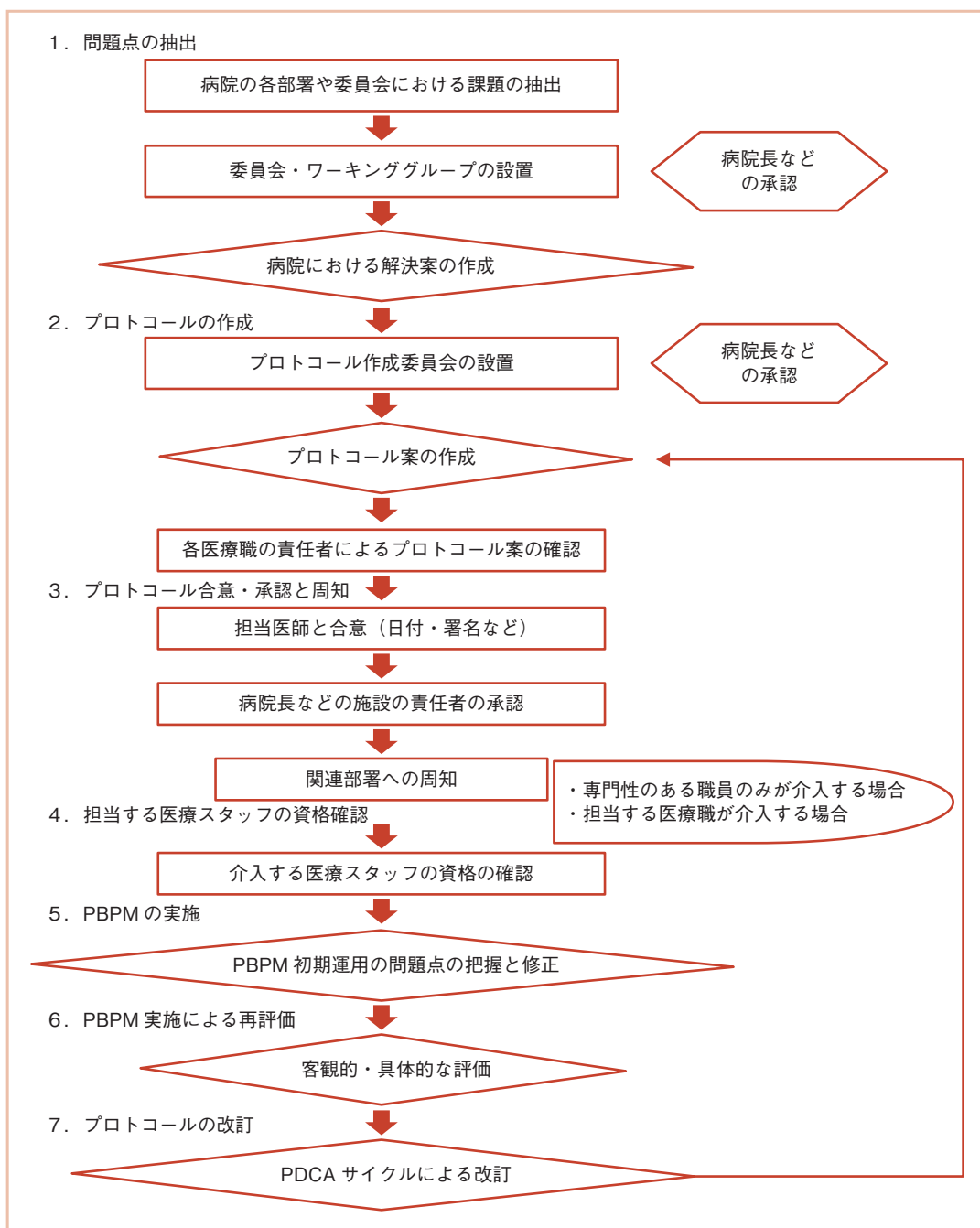


図1 病院における PBPM のフローチャート

（日本医療薬学会. プロトコルに基づく薬物治療管理〈PBPM〉導入マニュアル. Ver.1. 平成 28 年 3 月 26 日¹⁾より）

1. 問題点の抽出, 2. プロトコルの作成, 3. プロトコル合意・承認と周知, 4. 担当する医療スタッフの資格確認, 5. PBPM の実施, 6. PBPM の実施による再評価, 7. プロトコルの改訂, といったプロセスを踏んで PBPM を実施することが推奨されている。

2.5 PBPM の実施

実施には十分な準備と周知が必要である。医師、薬剤師、看護師、その他の医療スタッフが連携し協働する場合、各々の役割を互いに熟知しカバーし合えることが理想的である。また、初期の問題点を早期に把握することで、実施運用を円滑に進めることができる。

2.6 PBPM 実施による評価

PBPM を運用して一定期間後、介入の有用性を客観的・具体的に評価する必要がある。評価は、患者の薬物治療や Quality of Life (QOL) の改善の観点、医師の負担軽減の観点、医療経済的な観点など、多項目の評価を行うことを配慮する。評価を行う時期や項目・評価方法をあらかじめプロトコールに定めておくことも有用である。課題の抽出の際に考慮した、医療の質の視点、患者の視点、医療スタッフの視点、経済的視点からアウトカムの定量的な測定も考慮する。

2.7 プロトコールの改訂

PBPM を定期的に再評価し、手順や実施内容の改善を目的としたプロトコールの改訂を計画する。PDCA サイクルをまわし、常により良いプロトコールに改訂していくことが望ましい。



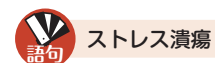
業務マネジメントの方法論。
Plan (計画) → Do (実行)
→ Check (評価) → Act
(改善) の4段階の一連の
サイクルにより改善につな
げる。

3 PBPM の実践例

前述の PBPM の導入の流れについて理解を深めるために、神戸市立医療センター中央市民病院で医師と薬剤師が協働・連携して作成したプロトコールに基づくストレス潰瘍予防の実践と、アウトカムを評価した例を示す²⁾。

3.1 課題の抽出

ストレス潰瘍による消化管出血は、集中治療室 (intensive care unit: ICU) のような特殊環境で生じることがしばしば問題となる。消化管出血が起こると、ICU における死亡率は著しく上昇することが知られている。しかしながら、その予防方法はガイドラインなどでも定められておらず、各医師の判断で予防薬投与の有無や方法を決定していたのが現状であり、投薬が行われていなかったために、消化管出血を引き起こした例も散見された。そこで、救急部に併設する ICU に常駐する薬剤師が医師と相談し、ストレス潰瘍予防投薬プロトコールを作成した。



ストレスにより引き起こされる迷走神経の興奮などにより、胃酸やペプシンなどの攻撃因子が過剰分泌され、胃粘膜表面の粘液や血流の減少など防御因子が低下することで起こる潰瘍。日常生活のストレスのみならず集中治療室など特殊な環境のもとでも問題となる。

3.2 プロトコールの作成

まず、ICU 担当薬剤師がドラフト版を作成した。その際、文献や医薬品添付

1-2 在宅医療・介護の目的と仕組み

Summary

- 住み慣れた地域で最期まで自立した自分らしい生活を実現することが在宅医療・介護の目的である。
- 日本では世界に類をみない速さで高齢社会が進んでおり、要介護人口の増加による病床の不足が課題であるが、高齢者は在宅での医療・介護を希望している。
- 2025年問題の克服に向け、政府は地域包括ケアシステムの構築を推進している。
- 在宅医療・介護を推進するうえで、在宅医療を提供する医療機関の不足、介護保険の財源の不足、認知症高齢者の増加、在宅医療に通じた薬剤師の人材不足、在宅における薬剤師の業務範囲の制限が課題である。



Keywords ▶ 超高齢社会, 老年薬学, フレイル, 認知症高齢者, ポリファーマシー

1 在宅医療・介護の目的

社会の高齢化は世界全体で進展している。65歳以上の高齢者人口割合が7%（高齢化社会）から14%（高齢社会）に到達するまで、フランスは115年、スウェーデンで85年、スペインおよびイギリスでも45年要したが、日本はわずか26年しかかかっていない。その後、2007年に世界で最初の超高齢社会（高齢化率21%）に突入し、2014年現在26.0%に達し、高齢化率世界一を維持している。このように、日本では世界に類をみない速さで高齢社会が進んでいる。

1.1 高齢化の進展、少子化の影響

日本は、高齢化の進展と、少子化の影響で、来る2050年には現役世代1.2人で高齢者1人を支える肩車型の厳しい社会を迎える（図1）。要介護・要支援認定を受けた人の割合を、65～74歳および75歳以上の被保険者で比較すると、それぞれ4.4%および32.1%であり、75歳以上になると要介護・要支援認定を受ける人の割合が3人に1人と急増する（表1）¹⁾。

1.2 在宅医療・介護にかかわる背景

高齢者の健康に関する意識調査¹⁾では、介護を受けたい場所について、男女とも「自宅」を希望する人が最も多く、男性の約4割、女性の約3割が希望していた。自宅以外では、「介護老人福祉施設」（男性18.3%、女性19.1%）、「病院などの医療機関」（男性16.7%、女性23.1%）、「介護老人保健施設」（男性11.3%、女性



介護保険の被保険者

40歳以上が介護保険に加入し被保険者となる。65歳以上は第1号被保険者に、40歳以上65歳未満の医療保険加入者は第2号被保険者に区分される。1号被保険者は原因を問わず要介護（要支援）認定を受けたときに、第2号被保険者は特定疾病（介護保険で対象となる16疾病）が原因で要介護（要支援）認定を受けたときに介護サービスを受けることができる。

⇒1章1の語句〈p.11〉参照。



介護老人福祉施設、介護老人保健施設

⇒本章「1-3 地域の医療・介護サービスと提供機関」〈p.128〉参照

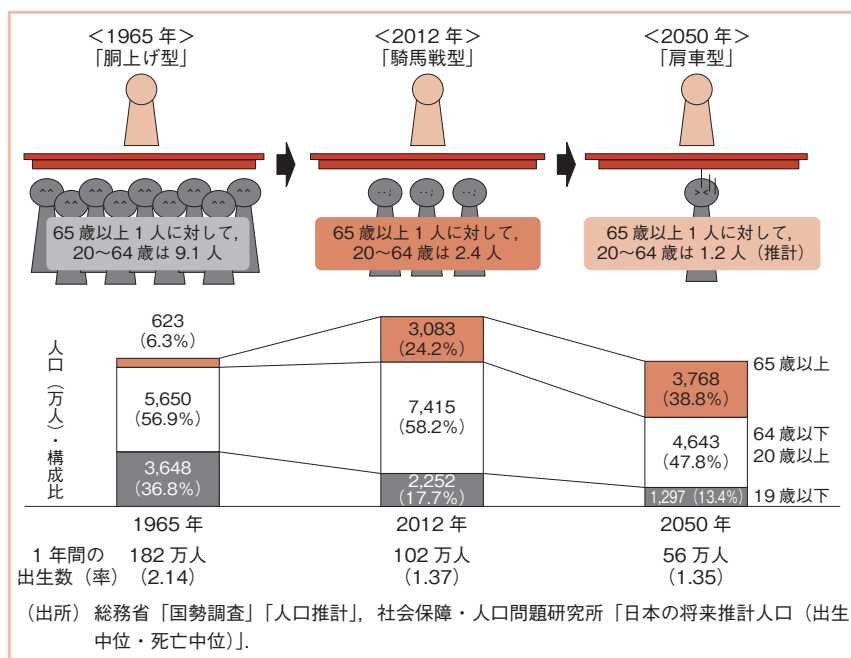


図1 急速な高齢化の進行

（財務省、https://www.mof.go.jp/comprehensive_reform/gaiyou/02.htm より一部抜粋）

急速に高齢化が進み1人の若者が1人の高齢者を支える「肩車型」社会が訪れる。

11.2%) が上位を占めた。

治る見込みがない病気になった場合、「自宅」で最期を迎えたいと希望する人が54.6%と最も多く、次いで「病院などの医療施設」の27.7%だった。ところが実際には約8割が病院で亡くなっている。高齢化に伴い亡くなる人の数も年々増加し、2015年（平成27年）は130万人に迫り（図2）²⁾、2040年には死亡数が166万人に達すると推計される³⁾。これに対応する病床が不足することから、在宅医療・介護の推進を図り対応するしかない。

このように、在宅医療・介護にかかわる背景は、①高齢化の進展による要介護・要支援人口の増加、②病床の不足、③国民の希望に応える療養の場の確保となる。さらに、在宅医療・介護の目的は、できる限り住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを受け、そして能力に応じ自立した自分らしい生活を実現することである。

表1 要介護・要支援認定の状況

単位：千人、（ ）内は%

65～74歳		75歳以上	
要支援	要介護	要支援	要介護
231 (1.4)	491 (3.0)	1,357 (8.8)	3,611 (23.3)

資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」（平成25年度）より算出。

（注1）経過的要介護の者を除く。

（注2）（ ）内は、65～74歳、75歳以上それぞれの被保険者に占める割合。

（内閣府、平成28年版高齢社会白書、p.25。

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/28pdf_index.html¹⁾より）

2 在宅医療・介護の仕組み

2000年に日本独自の本格的な介護システムとして、介護保険制度が創設され

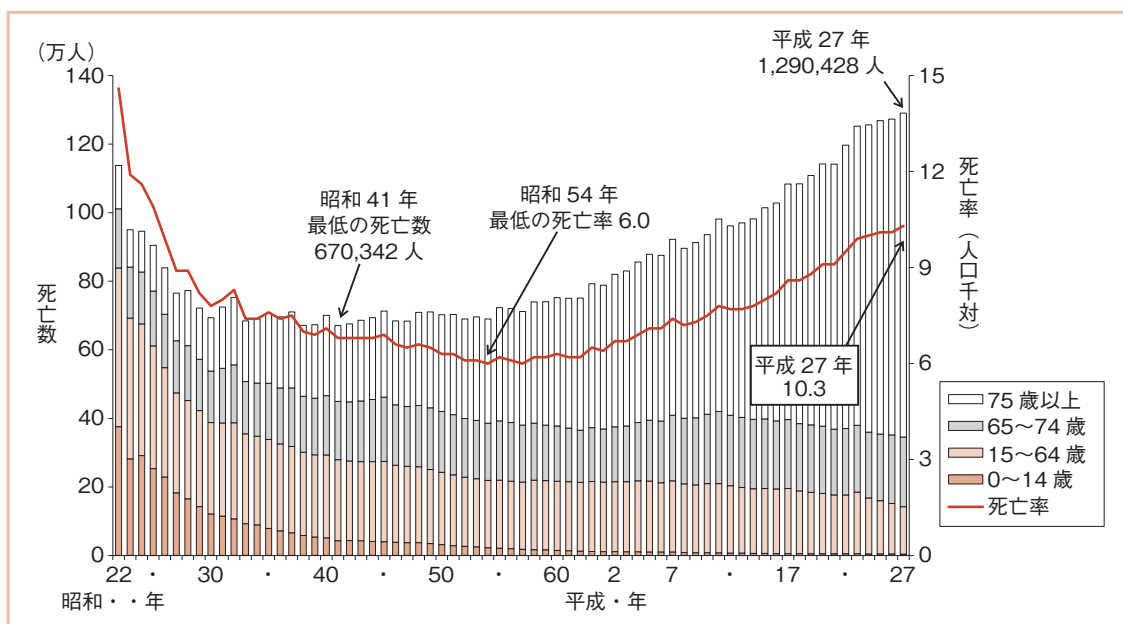


図2 死亡数および死亡率の年次推移

(厚生労働省・平成 27 年度人口動態統計月報年計〔概数〕の概況。p.8。http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai15/dl/gaikyou27.pdf より)

高齢化に伴い亡くなる人の数も年々増加し、2015 年は 130 万人を超えようとしている。



2025年問題

約 800 万人といわれる団塊の世代 (1947～1949 年生まれ) が 2025 年に後期高齢者 (75 歳以上) となる。これにより現在 1,500 万人程度の後期高齢者人口が約 2,200 万人まで膨れ上がり、全人口の 4 人に 1 人は後期高齢者という超高齢社会を迎える。後期高齢者は要介護発生率が著しく高いため、医療・介護・福祉サービスへの需要が高まり、社会保障費の急増が懸念されている。

3 在宅医療・介護の課題と展望

在宅医療・介護の推進には、地域において在宅医療を提供する十分な数の医療機関が必要であるが、病院・診療所、薬局、訪問看護ステーションはいずれも不足している。その他の課題を以下にあげる。

3.1 介護保険の財源確保と効率化

内閣府統計では 2013 年の日本人の平均寿命は男性 80.21 年、女性 86.61 年、一方、健康寿命 (日常生活に制限のない期間) は男性 71.19 年、女性 74.21 年であり、男女ともに平均寿命と健康寿命には約 10 年の開きがある。そして、介護保険制度のサービス受給者数は 2000 年の 149 万人から 15 年間で 512 万人と 3.44 倍に増加し、2012 年に 9 兆円だった介護費用は 2025 年には約 20 兆円に達すると推計されている⁵⁾。一方、少子化で保険財政を支える被保険者は減少していく



健康寿命

健康上の問題で日常生活が制限されることなく、医療・介護に依存しないで自立した生活ができる生存期間のこと。平均寿命と健康寿命との差は、日常的・継続的な医療・介護が必要となり自立した生活ができない「非健康な期間」を意味する。

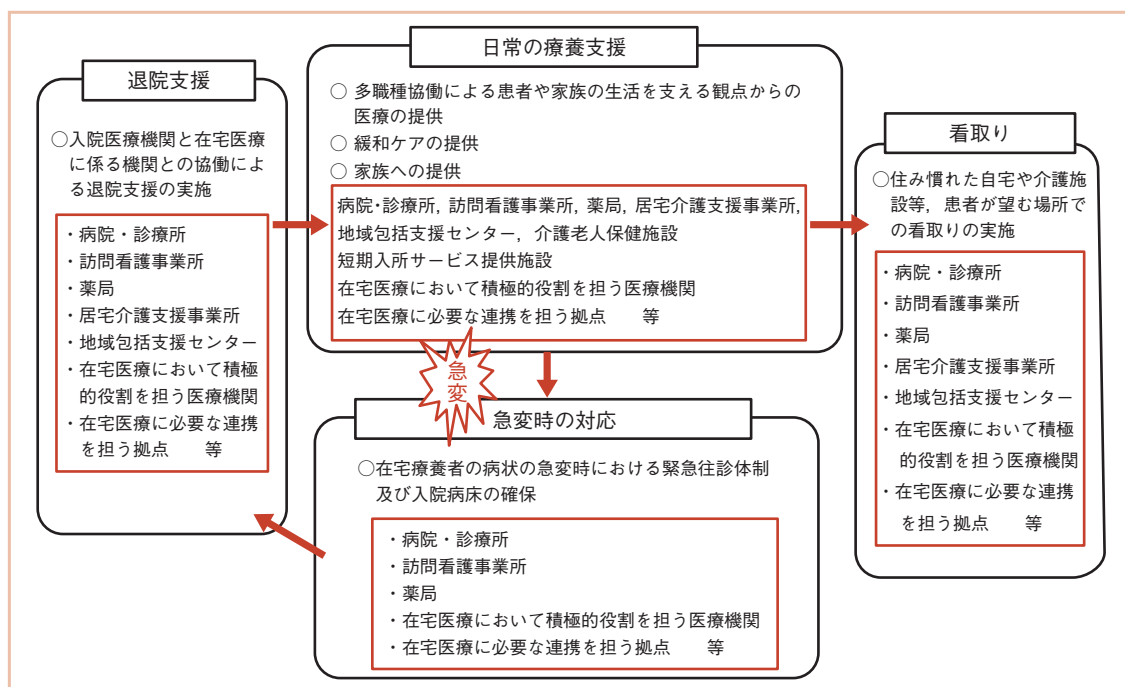


図3 在宅医療にかかわる医療体制

(厚生労働省、在宅医療・介護推進プロジェクトチーム、在宅医療・介護の推進について。p.11。http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiryou_all.pdf⁴⁾より)

Column

フレイル

語源の“frailty”はこれまで虚弱、脆弱などと訳されてきたが、広く認知されやすい統一した日本語訳として2014年5月、日本老年医学会が「フレイル」を使用することを提唱した。「加齢とともに心身の活力（たとえば筋力や認知機能など）が低下し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの危険性が高くなった状態」（厚生労働省）と定義される。フレイルは、健康な状態と要介護状態の中間の状態であり、フレイルを経て、徐々に要介護状態に陥ると考えられる。老年医学の分野では、介護予防の観点からその重要性が注目されており、医療専門職のみならず広く国民に周知することで介護予防が進み、要介護高齢者の減少が期待されている。フレイルには、①フィジカル・フレイル（身体の虚弱）、②メンタル・フレイル（精神心理の虚弱）、③ソーシャル・フレイル（社会性の虚弱）、④オーラル・フレイル（口腔機能の虚弱）がある。

ことから、今後の介護保険の財源確保と制度の効率化が喫緊の課題である。

費用が際限なく増え続けては、いくら財源を確保しても追いつかないため、2005年の制度改正では、予防重視型システムへの転換を図る措置が講じられた。2015年の制度改正では一定以上の所得のある利用者の自己負担が引き上げられた。今後、被保険者の範囲の拡大、新たな財源の検討、保険給付水準の見直しなども

2-7 在宅患者の感染予防

Summary

- 医療従事者をはじめ介護従事者や家族などさまざまな関係者が携わる在宅医療・介護においては、在宅患者にかかわる人々が感染に対する知識をもち、感染対策をとることが求められる。
- 感染対策の基本的な考え方としては、標準予防策（スタンダードプリコーション）と感染経路別予防策を組み合わせた感染対策が推奨される。
- 医療従事者が患者の疾病に感染したり、また医療従事者の疾病が患者や家族に伝播することのないよう、医療従事者自身の感染対策が重要である。



Keywords▶ 感染予防, 標準予防策（スタンダードプリコーション）, 感染経路

1 在宅患者の感染対策がなぜ必要か

現在の在宅医療の現場においては、人工呼吸器の使用、中心静脈や末梢血管からの点滴、胃瘻や腸瘻カテーテルの管理、ストーマ管理、尿道カテーテル留置、褥瘡処置など、病院と同様な医療処置を行うことが可能となっている（⇒本章「2-10 医療材料・衛生材料、介護用品、医療機器」〈p.223〉参照）。

病院においては、患者は病気の治療を目的として入院してくるが、さまざまな医療行為によって予期しない感染を起こしてしまう現状があり、主として肺炎などの呼吸器感染、膀胱炎や腎盂腎炎などの尿路感染、敗血症などの血液感染の頻度が高い。これに対し在宅医療・介護においては、呼吸器感染、尿路感染、創部感染の頻度が高い。医療従事者をはじめ、介護従事者や家族などさまざまな関係者が携わる在宅医療・介護においては、患者にかかわる人々が感染に対する知識をもち、感染対策をとることが求められる。

特に在宅患者においては、以下のことを目的とした感染対策が重要となる。

- ① 在宅患者を感染から守る。
- ② 同居者への感染伝播を防ぐ。
- ③ 医療者、介護者からの感染伝播を防ぐ。



ストーマ

ストーマとは手術によって腸や尿管の一部を体外に出してつくった、便や尿の排泄のための出口のことをいう。消化管ストーマからは便、尿路ストーマからは尿が排出される。

2 感染対策の基本的な考え方

米国疾病管理予防センター（Centers for Disease Control and Prevention）

CDC) が発表したガイドラインに準拠した標準予防策と感染経路別予防策を組み合わせた感染対策が推奨される。

2.1 標準予防策 (スタンダードプリコーション)

標準予防策の概要を以下に示す。なお、標準予防策については、本章「2-12 廃棄物処理」、3章「1-1 感染制御チーム」も参照。

- ・血液をはじめ、生体にかかわるすべての湿性物質をすべて感染性とみなして対応する。
- ・感染源になりうるとわかっているもののみならず、確認されていないもの（患者が未検査である場合など）から起こる感染のリスクも減らす。

ここでは、標準予防策 (スタンダードプリコーション) として重要な「^{しゅしえい}手指衛生」「^{せい}咳エチケット」「^せ個人防護具」について述べる。

手指衛生

すべての医療行為の基本となり、感染防止に対していちばん大きな役割を果たすのが手指衛生 (手洗い、または手指消毒) である。

● 日常の手洗い (social handwashing)

食事の前や日常的な行動に伴った手洗い法。石けんと流水を使用して汚れや有機物および一過性付着菌を除去する。

● 衛生的手洗い (hygienic handwashing)

一過性付着菌の除去あるいは常在菌の除去、殺菌を目的としたもの。手指に目に見える汚染がない場合は、アルコール擦式消毒薬で手指消毒する。

医療現場における手指衛生の実施場面や実施時期について、CDC や世界保健機関 (World Health Organization: WHO) による推奨を表1、表2に示す。

表1 医療現場における手指衛生のためのガイドライン (CDC)

- 流水と石けんによる手洗い
 - ・ 目に見える汚れがついた場合
 - ・ アルコールによって殺菌できない病原体を触れた場合 (ノロウイルスなど)
- アルコール擦式消毒薬による手指消毒
 - ・ 明らかに手指が汚染されていないとき
 - ・ 目に見える汚れが付着していないとき

表2 WHO が推奨する手洗いのタイミング

- ① 患者に触れる前 (入室前、診察前)
- ② 清潔、無菌操作の前 (ライン挿入、創傷処置など)
- ③ 血液・体液に触れた後 (検体採取、尿・便・吐物処理など)
- ④ 患者周辺の環境に触れた後 (ベッド柵、リネン、モニター類)
- ⑤ 患者に触れた後 (退室後、診察後)



米国疾病管理予防センター (CDC)

アメリカ合衆国ジョージア州アトランタにある保健福祉省所管の感染症対策の総合研究所。本センターより勧告される文書は、非常に多くの文献やデータの収集結果をもとに作成、発表されるため、世界共通ルール (グローバルスタンダード) とみなされるほどの影響力をもち、実際に日本やイギリスなどでも活用されている。

咳エチケット

咳エチケットとは、感染症に罹患している人の咳やくしゃみによりウイルスが周囲に放出されるのを防ぐために行う所作である。咳エチケットのポイントを表3にまとめる。

個人防護具

湿性物質との接触が予想されるときには、防護具（予防具）を用いる（表5）。

2.2 感染経路別予防策

感染経路には空気感染、飛沫感染、接触感染、血液感染などがあるが、在宅患者において重要となる3つの感染経路について表6に示す。

表3 咳エチケットのポイント

- ・咳・くしゃみの際はティッシュなどで口と鼻を押さえ、他の人から顔をそむけて1 m以上離れる。
 - ・鼻汁・痰などを含んだティッシュをすぐに蓋付きの廃棄物箱に捨てられる環境を整える。
 - ・咳をしている人にマスクの着用を促す。
- マスクの使用は説明書をよく読んで、正しく着用する。マスクはより透過性の低いもの、たとえば、医療現場にて使用される「サージカルマスク」がより予防効果が高くなるが、通常の市販マスクでも咳をしている人のウイルスの拡散をある程度は防ぐ効果があると考えられている。また、健康な人がマスクを着用しているからといって、ウイルスの吸入を完全に予防できるわけではないことにも注意が必要である。さらに、飛散したウイルスは長く生存することも留意すべきである（表4）。

表4 飛散したウイルスの生存期間

・インフルエンザウイルス
1～2 日
・アデノウイルス
1 週間～3 か月
・RS ウイルス
6 時間以下

RS ウイルス（respiratory syncytial virus；呼吸器合胞体ウイルス）。

表5 主な防護具

防護具	使用する場面
手袋	湿性物質（血液、体液、分泌物、創部、粘膜など）に触るとき
マスク	口・鼻の粘膜が汚染されそうとき
プラスチックエプロン・ガウン	衣服が汚れそうとき
アイシールド、ゴーグル、シューズカバー	飛沫が目に入りそうとき

表6 空気感染、飛沫感染、接触感染

空気感染	結核、麻疹、水痘	保菌者の排出する飛沫核に付着している菌やウイルスを鼻や口から吸い込むことにより感染する。この飛沫核の大きさは1~5 μm の微細な粒子で乾燥しており、軽いので、長時間空中を漂い、部屋から部屋へと移動することもありうる
飛沫感染	インフルエンザウイルス、インフルエンザ菌、ムンプスウイルス（流行性耳下腺炎）、風疹ウイルス、ジフテリア、アデノウイルス、百日咳ウイルス、マイコプラズマなど	保菌者の咳やくしゃみ、会話などをしたときに発生する飛沫（細かい水滴）に含まれている菌やウイルスを鼻や口から吸い込むことにより感染する。この飛沫の大きさは5 μm 以上で、飛距離は大体1 mぐらいである
接触感染	耐性菌検出患者（MRSA、ESBL 産生菌、VRE など）、A型肝炎ウイルス、ロタウイルス、赤痢菌、疥癬など	皮膚や粘膜の接触、または医療従事者の手や聴診器などの器具、その他手すりなど患者周囲の物体表面を介しての間接的な接触で病原体が付着し、その結果感染が成立するもの

MRSA (methicillin resistance *Staphylococcus aureus*; メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)、ESBL (extended-spectrum β -lactamase; 基質特異性拡張型 β ラクタマーゼ)、VRE (vancomycin resistant enterococci; バンコマイシン耐性腸球菌)。

3 在宅医療での感染対策の実践

3.1 在宅医療の現場における感染対策の流れ

在宅医療の現場における感染対策の流れとして、処置を伴わない通常の診療時（図1A）、処置を伴う診療時（図1B）、飛沫感染疾患の疑いがある場合（図1C）、接触感染疾患の疑いがある場合（図1D）を示す。また、必要に応じて診療現場に持参する物品を図2に示す。

3.2 診療所内での取り組み

在宅以外の場での業務として、診療所内において、患者の感染情報を電子カルテ内のポップアップ画面に記載したり（図3）、カルテファイルにシールを貼って感染症があることが判別できるようにしている（図4）。

さらに在宅医療でチームを組んでいる訪問看護師のための「訪問看護指示書」や、薬局薬剤師に発行する「診療情報提供書」の中に感染症情報を記載するなどして、チーム内での情報共有に努めている。

4 医療従事者の感染対策

医療従事者が患者の疾病に感染したり、また医療従事者から患者や家族に伝播することのないよう、医療従事者自身の感染対策が重要である。標準予防策などの詳細は上述した。

在宅において、日本環境感染学会より医療従事者に推奨されているワクチン接種は、水痘、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎とされており、おのこのウイルスに対する抗体が陰性の医療従事者はワクチン接種を受ける必要がある。また、患者



医療従事者に推奨される抗体価について

日本環境感染学会より医療従事者に推奨される抗体価の判定基準がある。

（日本環境感染学会、医療関係者のためのワクチンガイドライン、第2版、2014、p.S7 参照）