

在宅医療グループ診療運営事業

第6回 在宅あるある会

活動報告

2023年8月22日開催

在宅医療グループ診療運営事業「第6回 在宅あるある会」はテーマ『在宅医療における関係職種を理解する』より、今回は多様化する薬局の機能、訪問薬剤管理における薬剤師の業務範囲を知ること等を目的に、会場およびオンライン参加のハイブリッド型で開催しました。医師、歯科医師、看護師等の医療職だけでなく、ケアマネジャーや介護士等の介護職を含む70名以上の皆様にご参加いただき、大変有意義な会となりました。



総合司会に苫小牧市医師会 伊賀勝康先生を迎え、まず初めに、在宅あるある会のルールとして、多職種でフランクに話すため敬称は「先生」ではなく「さん」と呼び合いましょうと声かけがありました。講演は、なの花薬局苫小牧澄川店 薬局長 藤田真弓さんを講師にお迎えしました。最後に、北海道薬剤師会理事 日高支部支部長 中村亨一さんから講評をいただきました。

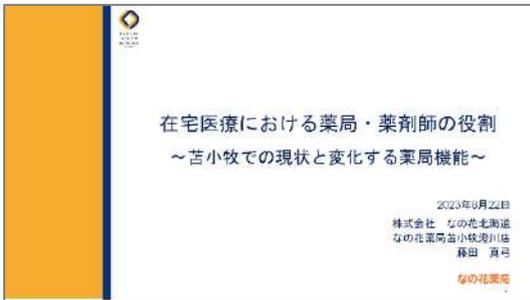


総合司会 伊賀さん



講評 中村さん

【講演】



藤田さんには、『在宅医療における薬局・薬剤師の役割～苫小牧での現状と変化する薬局機能～』のご講演をいただきました。初めに、「多職種連携と言われるようになって久しい今日この頃でも、薬局・薬剤師が未だに謎だと思っている方もいらっしゃるかもしれませんが、今日の機会に少しでも謎が解けて、お近づきになれば嬉しく思います」と話されました。

講演の前半では薬局の機能について、後半では訪問薬剤管理指導についてお話をいただきました。まず薬局の機能について、世界の医薬分業は 1240 年頃神聖ローマ帝国フリードリヒ II 世が主治医の処方した薬で毒殺されることを恐れ、別の人間にチェックさせたことが始まりとされており、医薬分業の始まりが薬局・薬剤師の始まりであると話されました。その後、明治時代に日本に伝わり、日本でもそれまで医師が一人で行っていた診療・処方・調剤を医制および薬律の制定によって、医師の処方により薬剤を調合する人が薬剤師となったとのこと。医薬分業とは、医師が患者に処方箋を出し、薬剤師が処方箋に基づいた調剤を行い、業務分担し協力し合うことで医療の質の向上を図るものであると話されました。時代とともに薬局の業務は、第一世代では調剤・用法指示だけだったものが、処方内容の確認、医-薬連携、患者インタビュー、服薬指導、薬歴管理、処方意図の解析、薬剤情報提供、薬歴の活用、リスクマネジメント、患者服薬情報提供、薬-薬連携、カウンセリング、後発医薬品の調剤、在宅調剤、モニタリング、多職種連携、コンサルテーションが追加され、現在の第五世代まで時代とともに変化してきたとのこと。薬剤師制度が作られた当初の薬局・薬剤師の業務は医薬品の適切な取り扱いと安全性を守るため、薬を中心とした対物業務の比重が大きかったものが、専門性の発揮 + コミュニケーション能力の向上による患者中心の対人業務に重点が変化していると話されました。

医薬分業の意義は薬物療法の安全性・有効性が向上することであるが、患者が医療機関から近い門前薬局を利用し、複数医療機関の受診・複数薬局で薬をもらうという状況は、医薬分業の意義が十分に発揮できていないとされ、「患者のための薬局ビジョン」（平成 27 年策定）が示された。これは、かかりつけ薬剤師、かかりつけ薬局の機能強化を国の方針として示したものであり、患者がどの医療機関を受診しても、自分に合ったかかりつけ薬局に行く。これにより患者本位の医薬分業を実現することが趣旨であるとのこと。かかりつけ薬局は、①服薬情報の一元的・継続的把握、②24 時間対応・在宅対応、③医療機関等との連携の機能を備え、服薬情報の管理だけでなく在宅での服薬指導等、患者と信頼関係を構築し薬に関して気軽に相談できる薬局であるとのこと。さらに同ビジョンでは、健康サポート機能、高度薬学管理機能が挙げられており、積極的な健康サポート機能を行う薬局は都道府県知事への届出により「健康サポート薬局」と公表できる。健康サポート薬局とは、患者が継続して利用するために必要な機能（かかりつけ機能）、個人の主体的な健康の保持増進への取り組みを積極的に支援する機能（地域の患者が市販薬・健康食品、介護・食事・栄養摂取に関して気軽に相談できる機能）を有する薬局とのこと。

次に「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律（改正薬機法）」（令和元年公布）についてご説明いただきました。対人業務を充実させ薬剤師・薬局の機能強化のための改正であり、これまで調剤を行う場所であった薬局が、調剤だけでなく薬に関する情報提供や指導を行う場所と定義されたとのこと。これに伴い、①調剤時だけでなく調剤後の服薬指導や継続的な服薬状況の把握の義務化、②服薬情報の処方医へのフィードバックが努力義務化された。また、特定の機能を有する認定薬局には、入退院時や在宅医療等で医療機関や薬局と連携しながら、入院時の持参薬情報を医療機関に提供したり、退院時カンファレンスへ参加する等の一元的・継続的に対応する「地域連携薬局」、がん等の専門的な薬学管理に関係機関と連携して対応可能な「専門医療機関連携薬局」の 2 種類があること。違いがわかりにくいといわれる健康サポート薬局と地域連携薬局では、健康サポート薬局は病気ではない状態での予防や健康相談の比重が大きく、地域連携薬局は病気になった後も地域で治療が続けられるように他の医療機関と繋がりをもち支えるという違いがあるとご説明いただきました。このような薬局機能の検索方法として、北海道医療機能情報システム (<https://www.mi.pref.hokkaido.lg.jp/>) や当センターのホームページ (<http://toma-renkei.jp/>) をご紹介いただきました。

薬局の機能としてもう一つ「認定栄養ケア・ステーション」についてご説明いただきました。認定栄養ケア・ステーションとは、日本栄養士会から認定を受けた施設であり、処方箋の有無に関わらず管理栄養士等が訪問して食・栄養に関する相談を受けたり、在宅訪問栄養指導、食事や栄養に関する健康セミナー・研修会を行う地域の栄養ケアの拠点であるため、気になることがあれば認定の掲示がある薬局に相談してほしいと話されました。

また、最近のトピックである薬局 DX（デジタルトランスフォーメーション）について。薬局 DX とはデジタル技術を活用して業務の効率化や自動化を図り、薬剤師の働き方改善や地域医療へのかかわり方に変化を起こすことであり、薬局 DX の推進によって対物業務の時間を減らし、調剤後のフォロー・健康サポート・在宅業務等の対人業務に時間を増やすことが期待されるとのこと。例えば電子処方箋は現在の紙の処方箋と比較し、患者の薬局での待ち時間短縮やお薬手帳がなくても重複投薬のチェックができるメリットがあり、患者情報の一元管理によってより良い薬局業務の提供が期待されている。現在は電子処方箋に対応する病院や薬局はそれほど多くないため、これから徐々に進んでいくのではないかと話されました。



講師 藤田さん

続いて後半の訪問薬剤管理指導についてご説明いただきました。訪問薬剤管理指導には医療保険と介護保険の 2 種類があり、介護認定を受けている場合には介護保険の「居宅療養管理指導」が優先となり、介護認定がない場合には医療保険の「在宅患者訪問薬剤管理指導」が適応になるとのこと。これらは名称は異なるものの管理指導の内容は全く同じであり、在宅で療養を行っている方・通院が困難な方（一人では通院できない方を含む）が対象。算定については、管理指導料（費）＋薬剤料となり、医療保険と介護保険で若干指導料（費）が異なるとのこと。また、通常は月 4 回までの算定（6 日以上あける必要がある）が、末期の悪性腫瘍の患者や中心静脈栄養の対象患者は、週 2 回かつ

月 8 回を限度に算定可能であると話されました。

訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導）の開始に至るパターンは、医師の指示型、薬剤師提案型、多職種提案型、退院時カンファ型の 4 種類があるとのこと。医師の指示型について、処方箋の備考の「訪問指示」の記載にて訪問が可能であるが、薬学的管理指導計画作成のため医師へ診療情報提供書の作成を依頼しており、計画作成に重要な資料であることや診療情報提供料（I）（250 点）が算定可能であることから、担当医の協力をいただきたいと話されました。薬剤師提案型は薬局に来院した患者の家での管理に不安や疑問を持った際に提案するもの、多職種連携型は医師・薬剤師以外で患者に関わる方から相談（ケアマネジャーや家族が多い）を受けるもの、退院時カンファ型は入院患者の退院前に在宅訪問が必要と判断され依頼を受けるもの（退院前から連携でき導入がスムーズ）とのこと。

薬剤師の在宅業務は、医薬品・衛生材料の供給が主なメリットと感じる方が多いと思うが、実際にはほかにも多くの業務を行っているとのこと。一包化・粉碎・簡易懸濁法等の患者の状態に応じた調剤、お薬カレンダー等を用いた飲み忘れ・飲み間違い対策、これまで使用してきた薬の情報・説明内容・患者状態を記録する薬剤服用歴管理も重要な業務だと説明されました。他にも、食事・排泄・睡眠等の体調の確認・把握、副作用の兆候が出ていないかモニタリング、使用頻度・時間帯・残数等の医療用麻薬の廃棄も含めた管理、訪問時に得た情報の処方医への提供や処方提案、タイミングが合えば訪問診療への同行、退院時カンファレンスやサービス担当者会議へも依頼があれば参加するようにしているとのこと。



保険薬局で調剤可能な注射薬は厚生労働大臣が定める注射薬に限られているため、抗精神病薬や鎮静薬等の該当しない注射薬が在宅で必要な場合、保険薬局から払い出しができず病院からの払い出しになる点や、麻薬の調剤は麻薬小売業者の免許取得薬局のみのため注意が必要と話されました。一方で、薬局で混注する必要のない注射薬は無菌調剤の設備がなくとも払い出し可能とのこと。

ご自身や周囲の薬剤師の方が体験した「あるある事例」をご紹介いただきました。家族がお薬カレンダーにセットした薬を服用せず症状の悪化を繰り返す事例では、なぜ飲まないのか話を聞くと自分が飲んでいいる薬が何の薬かわからないので飲みたくないという理由だったため、本人が納得して服薬できるように疾患や必要な薬であることを時間をかけ繰り返し説明を行うことで、徐々に内服でき体調も落ち着いていったとのこと。また、腎機能が低下した患者が皮膚科で処方された薬剤が、腎機能低下に合わせた用量調節がされていなかった事例では、内科主治医の採血データを患者に確認し皮膚科医へ疑義照会を行い処方量を調整してもらったとのこと。高齢独居で室温調整ができない・頓服薬を飲み間違える等の認知機能低下がみられた事例では、関わる薬剤師・訪問看護師・ケアマネジャーが連絡ノートで情報共有しあい管理を行ったとのこと。その他、合計 10 事例の「あるある」をご紹介いただきました。

最後に、在宅医療における薬局・薬剤師の役割として、一番は多職種と連携し、患者にとって最適かつ効率的で安全・安心な薬物治療を提供すること。また、医師や多職種の薬に関する業務負担を軽減することで、専門の業務に専念できるようにすることが薬局・薬剤師の役割と考え、日々業務に当たっていると話されました。



質疑応答

A さん：「現在、多職種で地域の NST を立ち上げようとしています。あるある事例の中で、退院後体重が戻らず困っていた患者さんに対し、薬剤師が訪問時に管理栄養士が同行し食に関する指導を行い、BMI が改善した事例に近いものだと感じました。まだ活動事例はないのですが、薬剤師性の嚥下障害等についても今後ご協力をお願いしたいと思っています。質問が 3 点ありまして、①苫小牧市内の訪問対応している薬剤師の現状、②苫小牧市+東胆振 4 町の認定栄養ケア・ステーションの活動状況、③訪問薬剤管理指導の診療情報提供書は歯科でも同様に算定可能か、教えていただきたいです。」

藤田さん：「①は、苫小牧のほとんどの薬局は在宅業務に取り組んでいると思いますが、外来調剤業務と並行しているため、外来患者数が多い薬局では時間調整が難しい場合もあると聞きます。薬剤師は必要性を感じており極力断りたくないという思いがあるので相談していただければと思います。②は、他の薬局のことはわかりませんが、なの花薬局は認定を受けており、外来・在宅の患者さんに取り組みを進めていこうと動いています。例えば糖尿病や高血圧で栄養に関して困っている方に薬剤師なりのアドバイスをすることもありますが、やはり細かい内容については栄養士さんに叶わないため、専門の方がいますよと患者さんに提案して紹介するような形をとっています。③の歯科からの診療情報提供書による訪問薬剤管理指導は行なえませんが算定可能だと思いますが、別に主治医がいる場合については詳しくわからず申し訳ありません。」

B さん：「麻薬のアンブル処方の際は、医師や看護師に対して医師の指示証明書が必要だと思いますが、どのように取り組んでいますでしょうか、教えてください。」

藤田さん：「これまで麻薬のアンブル処方を実際に受ける機会がありませんでした。おそらく無菌の施設がない場合には、直接薬剤師が看護師に訪問宅で手渡すなら可能だと思いますが、そのため時間調整を行う必要があると思います。」

C さん：「医師の皆様は無菌調剤がどの薬局でも対応になることをご要望されますか。」

伊賀さん：「私が答えるのが良さそうです。私は在宅部門で現在化学療法まで手を伸ばしていませんが、在宅で化学療法を行う地域もあり、大きな病院も含めて拡大していけるのであれば広がった方が良いと思います。また、中心静脈栄養で管理している患者さんの薬剤管理を依頼することもあるので、すべての薬局ではなくとも、力量のある薬局がいくつかあると助かるなと思っています。」

伊賀さん：「薬局 DX の話がありましたが、苫小牧市内で電子処方箋に適応している医療機関・薬局は数件でした。現場の薬剤師の適応や電子化していく中での苦労があれば教えていただきたいです。」

藤田さん：「これから DX に取り組んでいかない薬局は難しいという風潮があるので、そのように動いていくと思います。当社も来年に向けて進めているところですが、電子処方箋を受付ける際に必要なカードが各薬剤師まで行き渡っていないので、環境を整えば進んでいくと思います。」

【講評】

北海道薬剤師会 理事（日高支部 支部長） 中村 亨一さん

本日は素晴らしい研修会にお声かけいただきありがとうございます。先ほどの DX の話ですが、HPKI カードという証明書が必要で、現在配布が始まっています。しかし、医師、歯科医師、薬局の全てで準備が揃わないと電子処方箋を利用できませんし、システムの開発も遅れており、国の決めたスケジュール通りには進んでいない状況です。

在宅医療において、総合的なケアを提供するために多職種連携は非常に重要であり、苫小牧で多くの方が参加する研修会で薬剤師の在宅業務内容を理解いただけたことは非常にありがたく、薬剤師一同今後の励みになると思います。薬剤師が在宅でやらなければならないこと・やれることは結構多く、一部施設基準の算定要件として在宅業務の実績が求められることもあり、昨今多くの薬局が在宅業務に取り組むようになっています。薬局により経験の差が多少あるため、北海道薬剤師会では今年 2 月に在宅研修会を再開しました。来年 2 月にも開催しますので在宅に関して勉強したいという方はご参加いただければと思います。

コロナ禍の影響で多職種連携や利用者への在宅サービスの向上は足踏みをしたと思います。最近 zoom で再開した難病患者さんの個別支援会議に参加した際に、チームとしての情報共有、各職種から見た視点、本人・介護者の心情等、コミュニケーションをとって多職種連携することの重要性を改めて感じました。今回、在宅あるある会に参加するにあたり苫小牧が積極的に活動していることを知り、今後色々なところで苫小牧の活動を周知させていただきたいなと思いますし、今日の研修会を参考に日高でも苫小牧同様に活動を進めていきたいと思います。



総合司会からのまとめ

薬剤師さんからもらう居宅指導のフィードバックで、「コロナなので本人には会えず、玄関先でスタッフと薬剤の確認をしました」という報告等、コロナ禍でも一生懸命取り組んでこられたことを（訪問）指示を出している者として感じていました。特殊な薬剤を使っている事例、困難な事例では特に薬剤師さんの力は大きいと思いますので、これからもよろしく願います。