

第10回検討会における主なご意見

議題2：在宅医療における薬剤提供のあり方について

1. 4ページの「在宅医療の体制について」、①退院支援から④看取りの全てにおいて医療提供という考え方が盛り込まれていることがわかるような記載とすることを検討いただきたい。
2. 8ページの「地域における薬局機能に係る体制について」、日本薬剤師会と地域薬剤師会が中心となって、地域における外来・在宅対応、時間外対応の薬局機能に係る体制のリストを公表している。初めてこのようなリストを作る地域もあり、種々課題があったと聞いているが、日本薬剤師会と地域薬剤師会が連携しながら共同でこの課題を解決すべく対応をとっているところ。
3. 論点1で事務局から示されている考え方について異論はない。地域の実情に応じて全ての関係機関・関係職種が連携して、様々な工夫を行って医薬品提供体制の構築のための取組を実施していくことが最も重要であり、ここから始めないと意味がない。そのためにも医薬品提供体制を制度として位置づけていくことも重要と考える。
4. 地域での体制構築には、関係職種間の情報の共有も重要であり、例えば、地域で必要とされる医薬品、特に緊急時に必要な医薬品の種類に加え、希少薬剤などが必要な患者が新たに出てきた場合には、あらかじめその情報も含めて情報連携することが重要。また、薬剤師が在宅対応可能な時間帯や時間外の連絡体制も共有されるべきと思う。
5. 資料4ページの③急変時の対応について、在宅診療している者から見ると、急変時の対応と言うといろいろな意味が全部入ってしまうので、議論するときには区別することが必要。例えば、がんで自宅療養している場合は、急変とってて血圧が下がったり、呼吸状態が悪くなったりといっても、それは予見された急変であり、いわゆる一般に考えている急変には当たらないと考えられる。急変というのが予見される範囲内での容体の変化なのか、それとも予見される以外の容体変化で入院が必要なレベルなのか、在宅療養を続行できるレベルなのかによって場合分けをして考えるべき。
6. 情報共有システムの利活用について、情報システムのツールについては、在宅の情報共有システムはかなり進んでいると思うが、自然発生的にそれらが動いてしまっているために、互換性が全くないということが言えるのが現状。システムを統一することで運用しやすくなり、参加する薬局数も増えて、連携体制を整えやすくなると考えられるので、早期に統一システムの導入をしていただきたい。
7. 情報共有について、例えば新宿区では、新宿区医療介護福祉ネットワーク会議というものが、コロナ禍では月に1回開かれており、100名くらいの方がオンラインで参加していた。医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャーを含めた多くの者がここで情報共有をしている。今はコロナ禍ではないので、年に2回程度しか行われていないが、情報共有がなされる会議になっており、こういったものを行政が主導してやっている一つの成功事例だと考えている。

8. 薬局間連携に関しては、研修会を通じて地域のつながりができていて、顔と顔を合わせた付き合いの中で問題解決につながるものが非常に多い。しかし、研修会の開催は地区薬剤師会が対応していることが多く、薬剤師会に加入している薬局しか参加できない。夜間・休日リストを地区薬剤師会が中心となって非会員も含めて作ったわけであり、すでに実施しているところもあるかもしれないが、地区のために研修会を開くことが必要なのではないか。また、地区薬剤師会にすべて任せるのではなく、行政が全容を把握することも必要と考えている。
9. 現在も各都道府県の医療計画には在宅医療の体制整備に関する内容が定められており、医療や介護を所管する部署や、区市町村、関係機関等とともに各種取組を進めている。今後、在宅医療での医薬品提供体制の構築を進めるに当たっても、これまで地域ごとに整備してきた在宅医療の提供体制や関係機関の連携体制等を踏まえて、これらに沿う形で対応していくことが必要と考えている。また、国からは医薬品提供体制の構築に向けた具体的な取組等を示していただきたい。
10. 連携のための方策の例ということで、北海道恵庭市においては医師会も含め訪問看護師、薬剤師など様々な多職種が連携している研修会を開催している。多職種が参加する研修会はもちろん大事であるが、その中に地域の方々の声、ここの論点は必要なときに必要な患者に供給できるお薬だと思えるので、必要としている患者たちの状況、当事者の声が入るような研修会の開催が望ましいと感じている。
11. 医薬品の提供体制について、備蓄医薬品の情報共有なども行っていると思うが、医薬品がどうしても手に入らない、時間がかかってしまう状況がもう少し続くと思うので、地域でプロトコルを結んでおき、医師の処方があったとしても、そこに対応できない薬の代替をするときにタイムラグが生じないための方策も地域の中で共有することを考えていくことも必要。
12. 好事例について、対応できていないところに広げて行くフェーズに入る必要がある。その上で十分対応できない場合に次のステップを考えるという形に持っていくべきである。好事例を広げられないのであれば、なぜできないのか確認していかないと結果として進まないということになるので、是非とも推進していただきたい。
13. 在宅に取り組んでいる薬局薬剤師は、医師、看護師との連携が必要であり、連携しながら工夫して対応していることが多いと感じている。ただ、どう対応したらよいか分からないという地域もあると思うので、好事例の展開によって、何をすればよいか分かるようにしていただきたい。
14. 在宅で受けている患者側も困っていることがあると思うので、それを吸い上げるような取組も必要ではないか。
15. 地区薬剤師会などで地域における薬局機能の体制に関するリストを公表されているが、独自に分かりやすく見えるようにしているところも若干あったが、細かい表のまま掲載されている。もしかしたら医療者に見せるものであるのかもしれないが、患者側もどういった取組をされているのかこれを見て選ぶこともできると考えるが、患者側が見るリストにはなっていない。まずは公表されたことがありがたいことだと思うが、これから

は患者側が薬局を選ぶ時代だと思うので、患者から見たときに分かりやすいような公表のあり方をぜひ工夫していただきたい。

16. 薬局の機能についての情報開示に関してはなるべく分かりやすいように、誰が見てもそれが一見して分かるような仕組みをつくっていただきたい。
17. 在宅医療を受けている患者がいるということは、そこに医師含めて医療者が存在している。医師にとってどういう薬剤の提供体制があるのかということになれば、必然としてある程度答えは個々の地域から個々の事例として出ている。それを大きな枠の中で形としてあてはめるのではなくて、医師と患者、患者と医師という単位から始まって、どのようにあるべきかを考えていけば、おのずと答えは出てくるものであり、必要性は個々の医師、個々の患者さんが地域の中に訴えていけばその声は届く。それが届かなかつたら患者は病院に行くしかないが、在宅医療として続けられているということは、個々の事例として解決しているはずであり、そうでなければ、在宅医療が成り立っていないということをよく理解して、議論していかなければいけない。
18. まずは、地域で薬剤提供が迅速に必要なときとはどういうときか、必要な薬とはどんなものなのかを検討する体制が必要。地域の行政や医師会、薬剤師会等関係機関が協議できる場で検討を進めるような体制ができれば、地域の多くの薬局が必要とされる薬を置くようになるのではないか。これは、地域における一次救急の際に必要な薬の検討や災害時における必要となる薬の検討にもつながっていくと思う。
19. 論点2について、事務局から提案されている特例的な対応の例としては、論点1でも示されているように、考え得る取組を十分に実施した上で、それでもなお問題が解決できないというレアケースの場合に限り、特例的に認めてはどうかという提案であり、最後の手段であると理解している。そのような限定的な対応であることを踏まえれば、患者の医療安全の確保を絶対条件とした上で検討を行うことはあり得るかもしれないと考えている。その際、対象とする医薬品の範囲や条件、品質の管理は不可欠であり、慎重に検討されなければならない。
20. 現行規定における居宅で実施することが認められている調剤業務の内容についても、対象範囲を見直す必要があるのではないか。薬剤師による業務が機能的に改善され、さらなる在宅医療における貢献が期待される。
21. 論点2に関しては、参考資料3の研究班の調査結果の中で全て結論が出ていると考えればよく、議論というよりは、それを整理していけばよいのではないか。
22. 在宅医療における薬剤提供のあり方について、連携の推進・強化では対応できない場合についての論点が提示されたことを評価する。訪問看護ステーションへの薬剤配置を認め、薬局から薬剤の入手が難しい状況でも、医師が患者に必要なだと判断した際には、迅速に使用できるようにする必要がある。前提条件として記載されている「当該地域において行政機関、医師会、薬剤師会含む関係団体等の協議」については、患者の対応にあたっている看護師も明記されるべき。「関係団体等の協議に認められること」という前提条件が、必要な薬剤を必要なときに必要な患者に供給できるようにするため、どの程度、実効性・有用性があるかについては検討が必要。第5回検討会で複数の委員から「訪問

看護ステーションに OTC 医薬品を置いておくことは有用だ」という意見が出されており、現状の規制の整理及び具体的な方法を論点として含める必要がある。

23. 訪問看護ステーションに OTC 医薬品を置くことは有用だという意見があるが、直接有用だということではなく、患者の同意の下、患者の OTC 医薬品や調剤済みの薬を配置することは構わないと思うということを述べたものである。そのイメージとしては、調剤済みの薬と同じように、例えば、ふだんから患者さんが常用されていて、セルフケアの範囲内で既に購入してあるような OTC 医薬品や、配置薬に関してはいわゆる医科向けでないような OTC 薬もうまく使うことによって、何か必要なときにでも、より早く患者の症状が軽減できるかもしれないというものであり、論点化して、例えば、あたかも OTC 医薬品を訪問看護ステーションで販売して構わないみたいな方向性ではない。
24. 確かに当該地域において関係団体等の協議により行わなければいけない状況があった場合には、実際に訪問看護ステーション等で関わってくる看護師が安全に確実にを行うためには、協議の中には看護師も入っていてほしいと思う。
25. 参考資料 3 の 6 ページの (4) に「輸液・薬剤が入手できず速やかに対応できなかった回数」が示されており、そのうちの 81 件、大多数が 0 件ということで、入手ができず速やかな対応ができなかったことがほとんどないことがアンケート調査でも分かっている。一方で、確かに本当に特別な事例として、なかなか対応できない地域があることは推定されるため、特例を認めるとすれば、前提条件として、薬局がない、訪問看護ステーションしかないような地域で困っているところで公的な職能団体や行政を巻き込んだ検討会をやった上で、薬剤を本来置いてはいけない場所に置くといった規制があってもいいと思う。ただ、特例の対応については、アンケート調査で困っている状況がほとんどないことは分かっているため、日本全国ではなく、必要な地域に限るべきである。
26. 論点 1 の中においても関係団体との協議が大変なものであり、ハードルが高いという感覚があり、論点 1 でもできない状況で、さらに、会議をするのは難しいのではないか。
27. 地域の方々の実情をしっかりと踏まえ、困っているところをきちんと挙げ、それでも地域の薬局さんでは対応しきれないことがあったときには、しっかりと看護、様々な方も含めて議論して、速やかに次の段階に入れるとよいのではないか。
28. 予見するということは、事前に医師と患者が話をし、前もって対応することができ、もし、その中で、ある程度急な状況があったときには、医師に対してもう一回相談ができる。それができないときにどうするのかということになるが、研究班の結果では、それはほとんどないということが分かっているため、この前提を踏まえた形で議論することが必要。
29. 実際に在宅医療を実施していると、訪問看護ステーションの看護師から医師が気づかなかった視点で日常生活を支援する、維持するという医療というよりは介護的なところの情報をいただき、時間的に余裕があれば追加で処方することもある。前提として訪問看護ステーションや在宅医や薬剤師と情報交換をしっかりとできている地域では原則的にそうだと思っている。実際とは違うかもしれないが、全国的に見れば看護師から医療機関への連絡がうまくとれなかったり、または疎通性が悪かったりという地域もあるのでは

ないかと考えられ、そういった地域では看護師の苦勞もあると考えている。

30. 特例的な対応をとる前提として地域での協議が難しいとの意見があったが、逆に近隣の薬局などで、もし夜間やイレギュラーなところで対応ができないという事例があったのであれば、全体の連携をまず図る前に、地域の薬剤師会に連絡いただいて、もしそこで対応できない場合があれば、それこそ主治医や地域の医師会など、みんなを含めて検討すればいいということだと思ふ。原則的には個々の薬局が対応できないから大きなこういった場に持ち上げてくるというわけではなくて、地域で対応できるような形をしていただきたい。そこに関してはハードルを高く持っていただく必要はなく、クレームのような形で地域薬剤師会に上げていただければ対応できると思ふ。

議題3：離島・へき地等における薬剤提供のあり方について

1. 前段の論点については、先ほど議論した在宅医療における問題と同様、地域の実情に応じて全ての関係機関・関係職種が連携して、様々な工夫を行った後に医薬品提供体制の構築のための取組を実施していくことが重要であると考えている。
2. 離島・へき地で薬剤師が働くのが難しいという現状があるのだと思ふ。医師についても同じ偏在があつて、国民の人口自体も偏在しているわけなので、そういう意味では偏在してしまつてある程度仕方がないと思ふが、国全体としても薬剤師の偏在についてどういったパッケージで偏在を是正していけるのかという検討もしていただきたい。
3. まとめていただいた点はそのとおりであり、できる限り連携していくということで、こういった取組を進めていくことが非常に重要である。ただし、どうしてもへき地・離島などの場合、当該職種がないような場合、もしくは1名や2名でかなり広い地域を見ることもあると思ふので、できる範囲で連携体制を強化することも重要である一方、本当にどこまでそれによってカバーできるかどうかを見ながら、後段の対策に移していくといった視点が必要ではないかと思ふ。
4. 離島・へき地等における薬剤提供のあり方について、荒天時に限定されている現行の特例を荒天時以外や、移動診療車におけるオンライン診療にも拡大する提案を支持する。看護師や医師又は薬剤師とオンラインで連携しながら薬剤を取り揃え、提供できるようになることで、患者に必要な薬剤を迅速に提供できる場面が増えることが期待できる。
5. 前提条件として記載されている「当該地域において行政機関、医師会、薬剤師会を含む関係団体等の協議」については、患者への対応にあたっている看護師も明記されるべき。
6. 特例のケースについて、現行、荒天時の離島等における対応があり、これを参考に荒天時以外を対象にして検討していくことはあり得ると思ふが、その際重要なことは、荒天時の離島等の取扱いからも分かるように、当該施設の医師または薬剤師の関与が不可欠であることだと思ふ。したがつて、例えば、移動診療車におけるオンライン診療のケースで考えれば、当該医療機関の医師または薬剤師による対応、もしくは診療車に薬剤師も同乗して対応するといったいろいろなケースが必要になってくると思ふ。

7. へき地や離島では、そこにある医療資源を何とかかき集めて対応することになってくると思うが、都会においてはそれぞれ専門家がやるのが一番安全なのは当たり前だと思う。例えば、薬剤師がいなかったり医師がいなくなると、住民の方々の安全が損なわれているという状況になると思うので、そういった特別な地域においてのみ特例を認めて、何とかいろいろな資料資源を集めた上で住民の安全を確保すべきである。したがって、専門家がやらないことによる安全性を損ねている状況と、全く専門家がいなくて他の関係職種が頑張っただけでカバーするということのバランスなのだと思う。そういう意味では、へき地や離島、荒天時などいろいろな条件を考えた上で、こういった条件下においてはこうするしかないということは、その地域において、行政、薬剤師会、医師会、看護師の協会、訪問看護ステーションの協会などが集まって協議した上で、ある程度解を出していただいて、例えば知事が認可するといった誰かが監視する目を持った上で、住民の安全を図るべきだと思う。
8. 特例的な対応として考えられることを検討していくことはよいが、常時特例をやっているわけではなくて、荒天以外でもそういうことが必要なときというのはどういう状況なのかを今後検討していくということだと思っている。
9. 特例について、アドホックな対応の話なのか、緊急だから仕方なくという話の検討なのか。ここには連携構築体制では対処できないと書いてあるわけであり、ロジスティクスとしてできないところがあるということであれば、当然常時でなかったらおかしい話のように思う。一方、薬剤師などを確保してできるようにする、地域で話し合っただけで連携する、本来できているはずだが、それでもできない場合であれば、継続的にできていないということなので、アドホックな制度運用とは違う議論に思える。
10. 元の通知において「荒天時の離島等における」と「等」が入っており、「等」とは何なのかということとそのときも十分議論してきたはずではないのか、それ以上に広げるのはおかしなことではないか。
11. 「離島・へき地における薬剤提供において」、それから「在宅医療における薬剤提供のあり方について」ということで、薬剤提供においてという前提があることから、処方、調剤に係る専門職の話であり、最初の前提条件があるので気持ちは分かるが、それだけの責任をとっていただく必要があるということ踏まえて考えるべきである。
12. 今回の論点の見方としては、まず連携体制自体が実際にとれるような医療資源があるかどうか。ここがあって、なかなか難しい場合にどうするかということで、経常的にはしっかり資源が確保できない場合に、後半の荒天時の特例や移動診療車による場合という議論にかかっているということだと思う。そういう意味では、体制がもともととれないような場合に、どのようにしてそれをカバーしていくのかということであろうかと思うので、そういった観点でまず論点は議論されることが重要であると思う。
13. 地域によっては薬局や在宅対応可能な薬局が存在しないということや、訪問看護ステーションも存在していない場合もあることが指摘されており、こういった場合に医師などもおられない場合も多いのだろうと思うので、そういった状況の中で実際にどうしていくのか。また、1人しかいない場合に遠くまで出張すると、どうしても現実的に難しい

場面が出てくると思う。へき地の場合には、物理的に物をどう届けるか、何らかの接触が必要な行為は今の技術ではオンラインだけではどうしてもできないような場合もある。特に今回は薬局に関する議論であり、基本的に物流の仕組みはどうしてもオンラインだけでどうにかすることができない部分だと思うので、ここに係る課題をどう解消していくかということではないか。そのときに視点として重要なのは、当然ながら最もよいのは各専門職種がそれぞれ力を発揮していただいてというのが一番安心でもありますし、よい診療につながることは疑いがないところではあると思うが、一方で、誰も何もしてくれる専門家がない場合にどうしても対応できない場合に、何もしないことが適切な対応になるのかということ、そうでもないということになると思われ、一定程度特例の検討を考えていかざるを得ないのではないかと考えている。

14. 医療体制の関係でも、看護師も含めてリソースを考えていく中で、さらにリソースが足りないときに、どのようにして医薬品のアクセスを確保していくか。ただ、あまりへき地・離島のほうにそういうものをたくさん置いてしまっただけでは、薬剤の有効活用につながらないということもあると思うので、こういった中で現実的にどういう対策がとれるのかを、検討していかなければいけないのではないかと考えている。
15. 具体的にどのような対応が考えられるのかということについて、無薬局地域であっても関係機関、職種の連携が密であるところは、二次医療圏という範囲の中できちんと薬剤提供ができているのが大体であると思う。中には30km以上離れたところに行っているとか、高速道路で行っているという事例もあった。また、薬剤提供とは違うが、行政からの依頼で無薬局地区であっても、隣の薬剤師会や薬局が相談会や講演会、コロナの時期であれば、抗原検査所の開設といった事例もあった。自治体立の薬局を計画しているのもどうやらあるということも聞こえてきている。豪雪地域においては、冬季だけは独居の高齢者は介護施設に数か月入ってもらおうという事例があって、そこで薬剤提供が賄われている。このように地域でいろいろな工夫をしていて対応していることがわかったので、好事例を横展開していくことが必要。