

日本保険薬局協会

地域医療連携の手引き

(薬局版)

Ver.2

はじめに

少子高齢化の急速な進展や疾病構造の変化は、医療費をはじめとした社会保障費の増大をもたらし、日本の医療保険制度自体の持続性が危ぶまれている。

団塊の世代が75歳以上となる2025年問題は目前に迫り、その先に控える1.5人の現役世代が1人の高齢世代を支えるとされる2040年問題を見据えた議論も始まっている。

そのような背景から、持続可能な社会保障を確保するための方策として、地域包括ケアシステムの構築及び地域医療構想の策定（医療機能の分化と連携の推進）が「社会保障・税一体改革」の中で示された。

地域包括ケアシステムでは、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制づくりが求められている。一方で、地域医療構想では、2025年の医療需要の将来推計や病床機能報告制度で集積された情報から必要な病床数などを示し、その実現に向けて病床の整備・削減・機能転換を都道府県が進めていくことが求められる。この2つの関係は相補的で一体的な運用が必要とされ、その両輪によって、「病院完結型医療」から切れ目のない医療を地域全体で支える「地域完結型医療」への転換が進められるのである。

そこで保険薬局の薬剤師に求められる責務は、地域の保険医療機関や介護事業所などと連携を図りながら、地域の薬物療法をシームレスに支援することである。

本手引きは、外来や在宅医療そして入退院に際して、薬局薬剤師が、保険医療機関の医師や薬剤師、その他施設の医療・介護従事者との情報連携を図ることを主な目的として、日本病院薬剤師会より公表された地域医療連携の手引き（Ver.1）を参考に作成したものである。

目次

1. 地域医療連携について

1-1 地域医療連携で求められるもの

1-2 地域医療連携の範囲

1-3 地域医療連携の基本事項

1-3-1 地域医療連携の考え方

1-3-2 情報連携で心がけること

1-3-3 提供する情報について

1-3-4 地域医療連携のためのツール

1-4 地域医療連携体制の構築と運用

1-4-1 きっかけ

1-4-2 連携の構築について

1-4-3 具体的な情報連携方法の確立

1-4-4 地域医療連携の継続のために

2. 保険薬局と保険医療機関における地域医療連携の実際

2-1 外来での運用例

2-1-1 服薬情報等提供書・患者の重複投薬に係る報告書

2-1-2 検査値などの患者情報の共有

2-1-3 プロトコルの推進

2-1-4 外来化学療法レジメンなどの情報共有

2-2 入院時の運用例 (保険薬局から保険医療機関へ情報提供)

2-3 退院時の運用例 (保険医療機関から保険薬局へ情報提供)

2-4 サービス担当者会議での運用例 (保険薬局と多職種間の情報共有)

3. 地域医療連携を充実させるために

3-1 地域連携部門の活用法

3-2 地域薬局間の連携

4. 教育・研修体制

4-1 教育・研修の必要性について

4-2 教育・研修について

4-2-1 地域包括ケアシステムに係る研修

4-2-2 地域ケア会議

4-2-3 看護・介護スタッフへの教育研修

4-2-4 保険薬局と保険医療機関間の連携に関する教育研修

4-2-5 在宅緩和ケアの普及に向けて

4-2-6 未来を担う薬剤師の育成

5. 地域の薬物療法の担い手として

1. 地域医療連携について

1-1 地域医療連携で求められるもの

同一事業所内で統合されたサービスが提供される入院医療とは異なり、在宅医療では事業所が異なる多職種からサービスが提供される。そのような中で質の高い在宅医療を確保するためには、より情報連携を充実させることが必要不可欠である。特に重症患者や急変時の対応では、ひとつの情報連携の誤りや遅れが重大な事故のリスクとなる。

また外来医療では、重複受診・投薬に伴うポリファーマシーの解消や外来化学療法などの高度な薬物療法の提供のために、保険薬局と保険医療機関の連携が求められる。

地域医療連携で薬剤師が担う役割は、保険薬局や保険医療機関などに所属する薬剤師が、共通認識のもとで患者の薬物療法に関する情報を相互に引き継ぐことによって、医療安全の確保に資することである。そのためには「顔の見える関係」「お互いの業務を理解」そして「ゴールを共有する」ことが重要である。また、その連携は我々のためでなく患者のためであることを常に念頭に置き、連携を進めていく必要がある。その守備範囲は、決して「保険医療機関へ足を踏み入れた時点で保険医療機関」、「保険医療機関から退出した時点で保険薬局」と考えるのではなく、むしろそのつなぎ目こそが互いが協働すべき最も重要な領域である。

また、様々な社会的背景を持つ患者それぞれの「自分らしい暮らし」を支えるためには、患者の病状や生活を多角的に見ることができる薬剤師以外の多職種との連携も重要である。

1-2 地域医療連携の範囲

地域のかかりつけ薬局として地域の健康サポートや在宅医療を支援する範囲は、地域包括ケアシステムの構成単位とされる生活圏域内の地域住民、医療提供施設、介護事業者、地域包括支援センター、行政などが基本となる。当然ながら、入退院時の連携などでは生活圏域を超えた連携や支援も想定される。

1-3 地域医療連携の基本事項

1-3-1 地域医療連携の考え方

薬剤師は「外来医療」「入院医療」「在宅医療」それぞれの医療の特性に合わせて薬物療法に関わっていく。保険薬局の薬剤師(以下、薬局薬剤師)が担う責務は、「患者が服用するすべての薬剤の一元管理」である。そして、適切な薬物療法の提供のために、その一元情報を活用しながら医療・介護従事者に対して必要な情報提供や提案をシームレスで行う。保険医療機関との情報連携は、お薬手帳を基本に外来・入院時・退院時などの場面に応じて、薬剤管理サマリー、服薬情報等提供書、医療介護連携システムなどを補完的に活用する。地域医療連携は、異なる複数事業所間で実施されることから、迅速かつ的確に、そして丁寧な対応が求められる。また、日ごろの礼儀や丁寧な情報提供などの積み重ねが信頼関係をより強固にする。

これまでの地域医療連携は対面を基本としてきたが、新型コロナウイルス感染症拡大に伴いウェブ会議システムなどのICTを活用した新たな連携も広がってきている。今後は、信頼関係が構築されていることを前提に、ICTを活用した連携を図っていくことも求められる。

1-3-2 情報連携で心がけること

シームレスな情報連携を図るためには、いわゆる情報のギブアンドテイクが基本であり、その際の注意点を示す。

a 受信の連絡

個人情報保護と相互のコミュニケーションの観点からも、情報提供を受けた際には受信の旨と答礼を適切な方法(FAX、メール、電話など)で行う。

b 迅速かつ的確に

依頼にはできる限り迅速かつ的確に対応すること。双方の認識のずれがないように依頼内容や実施期限などを正確に確認すること。

c 情報の記録管理

連携は継続的にPDCAサイクルを回しながら改善を図っていく必要がある。そのためにやりとりした情報はその都度確実に記録し、必要時にすぐに取り出せるように管理する。

また、ICTを使用した場合には、情報漏洩防止の観点からID・パスワードやアクセスログなどの管理を定期的に行う必要がある。

1-3-3 提供する情報について

場面や対象(医療・介護従事者など)に合わせて適切な情報を選択し、わかりやすく提供する。

a 患者に関する情報

- a-1 患者基本情報(生活・社会的背景含む)
- a-2 かかりつけ医・かかりつけ薬剤師
- a-3 既往歴・輸血歴
- a-4 アレルギー・副作用歴
- a-5 日常生活動作(ADL)の状況
- a-6 生活上の情報(飲酒・喫煙・嚥下・常用の市販薬・健康食品など)

b 処方に関する情報

- b-1 服用する全ての処方歴・薬歴(必要に応じて処方目的)
- b-2 調剤に関する特記事項(一包化、簡易懸濁法、日常の管理方法など)
- b-3 薬物療法を継続する上で、服薬方法や投与間隔、投与方法などに注意が必要な医薬品
- b-4 治療経過に関わる特記事項(処方開始・中止、特別な投与量の理由、残薬とその理由など)

c その他の必要な伝達事項

- c-1 患者への服薬指導上で注意してほしい事項(病名告知の有無、患者の理解度など)
- c-2 特別な医療における投与経路(CV ポート、PICC、胃瘻など)、必要な医療機器や医療・衛生材料
- c-3 入院・退院後に継続して確認してほしい事項(副作用の兆候、処方変更後の患者状態など)
- c-4 薬学的ケアの実践のために注意してほしい検査値(腎機能、TDM データなど)
- c-5 在宅での介護の状況(利用する介護事業所及びサービス、家族の介護力など)

1-3-4 地域医療連携のためのツール

a お薬手帳

お薬手帳は、既往歴やアレルギー歴、副作用歴、全ての服用薬(市販薬を含む)、検査値などを経時的に記録する個人健康情報管理(Personal Health Record、PHR)の1つである。また、患者が日常的に利用する保険薬局の名称や連絡先を確認できる。

またお薬手帳は、単に情報の記録ツールだけでなく、特に注意が必要な患者(がん化学療法、腎機能低下、吸入薬使用、残薬の発生など)に対しては、保険薬局と保険医療機関の相互の情報連携ツールとしても活用される。そのために患者には、情報連携ツールとしての活用意義や自己の健康に関する情報も追記すること、保険薬局や保険医療機関などから交付された指導箋や情報文書を合わせ持つことで、お薬手帳を「自分のカルテ」としてより有用に活用できることを説明する。災害時には、診療録などの代わりとしてお薬手帳を活用することも説明し、そのための電子版お薬手帳も積極的に普及していく必要がある。

b オンライン資格確認

政府はマイナンバーカードのICチップまたは健康保険証の記号番号などにより、オンラインで資格確認が可能なシステムの導入を進めている。今後は、患者の同意を得た上で薬剤情報を閲覧することも可能になり、一元管理という観点から安全で質の高い医療に資することが期待される。そのためにはマイナンバーカードの普及が鍵となるため、その普及促進に積極的に取り組む必要がある。

c 薬剤管理サマリー

シームレスな薬物療法を支援するためには、お薬手帳に加えて多くの情報が記載できる薬剤管理サマリーを積極的に活用する。例えば、「入院時」には入院前の処方薬情報や副作用、アレルギー情報などを保険薬局から保険医療機関に提供する際に、「退院時」には入院中の薬物療法、その意図や経過などを保険医療機関から保険薬局に提供する際に用いられる。その発行には、患者の同意を得る必要があることに留意する。記載にあたっては「1-3-3 提供する情報について」を参考に、薬剤師ならではの視点を付加しながら、優先すべき項目を選択しわかりやすくまとめる。患者や診療を評価、批判するような表現はなるべく避けるようにする。

d 服薬情報等提供書(トレーシングレポート)

服薬情報等提供書は、薬剤の適正使用のために薬局薬剤師が必要と判断した場合に、処方医や多職種に対して提供されるもので、「外来」や「在宅」、「薬の受け渡し時」や「薬の受け渡し時以外」など幅広い場面で活用される。緊急性が高いものは電話など即時に連絡がとれる方法、緊急性の低いものは服薬情報等提供書を活用するなど場面に応じてうまく使い分ける。また情報提供は単に一律に行われるのではなく、対象患者などその必要性について十分に検討される必要がある。

e 患者の重複投薬等に係る報告書

薬局薬剤師は患者が服用する全ての薬剤を把握し、重複投薬などのポリファーマシー解消のために、患者の重複投薬等に係る報告書を積極的に活用しながら必要な情報提供や提案を行う必要がある。

f 医療介護連携システム(多職種連携システム)

昨今、情報共有の手段としてSocial Networking Service(SNS)が急速に普及し、医療介護の現場においてもMedical Care Station(MCS)などの地域包括ケア・多職種連携のコミュニケーションツールの普及が進んでいる。多職種連携システムには、医療情報連携に特化したものや医療介護連携を目的としたものなど多くの商品が存在している。多くの商品が存在することは選択肢が広がるという利点がある一方、地域や医療機関毎に異なるシステムが導入される要因にもなっている。医療介護連携システムはweb上で多くの患者情報を扱うことから運営規定などの遵守はもちろんのこと、情報漏洩には細心の注意を払う必要がある。

1-4 地域医療連携体制の構築と運用

1-4-1 きっかけ

全国の先進的事例の多くは、薬局薬剤師と保険医療機関の薬剤師（以下、医療機関薬剤師）のコミュニケーションがきっかけで始まっている。その場面としては、院外処方箋に関する諸問題を協議する連絡会や薬物療法に関する合同研修会などが挙げられる。単にそれらに参加するだけでなく、名刺交換などの挨拶から「顔の見える関係」を作り、共通のゴールに向けて具体的にアクションを起こすことが真の連携の始まりである。一方で、連携構築の前段階でコミュニケーション構築のきっかけにすぎない合同勉強会が目的化し、勉強会の域を超えない連携も少なくないことから、シームレスな薬物療法の支援の実現という真の目的を見失わないように留意する。

1-4-2 連携の構築について

初期は限られた薬局薬剤師と医療機関薬剤師でコアチームを形成し、運用の骨子などを組み立てていくことが想定されるが、地域医療連携は一部の薬局と医療機関間で成立するものではないため、最終的には地域で展開されることを想定した仕組み作りが求められる。そのためには、地域の医師会などの他団体からもチームに入ってもらうことも重要である。

1-4-3 具体的な情報連携方法の確立

情報連携の手段としてお薬手帳は必須であり、お薬手帳の普及と適切な活用の周知が重要である。お薬手帳で伝えきれない患者情報は、「服薬情報等提供書」や日本病院薬剤師会が提唱する「薬剤管理サマリー」などを活用しながら、地域の実情に沿った運用方法を確立する。医療介護連携システムなどのICTの活用も積極的に検討する。

また、情報連携では単に自分たちに必要な情報だけを求めるのではなく、相手は何を求め必要としているのかも考えながら、ギブアンドテイクを基本に連携を構築していく。そのためには薬局薬剤師と医療機関薬剤師がお互いの業務を理解する必要がある。

医師同士では、病状や検査値、処方内容などを紹介状でやり取りするという文化が定着しており、その紹介状の薬剤師版と考えればわかりやすい。

連携の仕組み作りで重要なポイントを示す。

- a 患者の入院や退院情報を把握できる仕組みを構築する。
- b 情報連携の担当窓口を明確にする。
- c 提供した情報が医師に伝達されるまでの流れを確認する。
- d 医師に伝わりやすい情報提供方法（記載内容や様式など）について確認する。

1-4-4 地域医療連携の継続のために

地域医療連携を定着させるためには、運用状況を把握し、必要な運用の見直しを行い、見直した内容が速やかに関係者に周知されて実行される、そのPDCAサイクルを回していくことが必要である。基本的な取り決めや場面ごとの具体的な運用をまとめた「地域医療連携の手引き」を、保険薬局、保険医療機関、その他関係職種間で作成、保管されることが望ましい。

2. 保険薬局と保険医療機関における地域医療連携の実例

2-1 外来での運用例

2-1-1 服薬情報等提供書・患者の重複投薬等に係る報告書

服薬情報等提供書や患者の重複投薬等に係る報告書(以下、服薬情報等提供書など)は、薬剤の適正使用のために薬局薬剤師が必要と判断した場合に、処方医や多職種に対して提供されるものであり、その活用の場面は服用薬剤の一元管理情報や重複投薬解消に係る提案、服用期間中のフォローアップによって把握された情報、吸入指導管理など多岐に渡る。

服薬情報等提供書などは、提出することがゴールではなく、それがどう活かされるかが重要であり、保険医療機関などに提供した服薬情報等提供書などがどのように活用されているのか、より活用されるための方策などについて、仲介窓口となる医療機関薬剤部門(以下、薬剤部門)と十分に協議をする。

2-1-2 検査値などの患者情報の共有

検査値などの患者情報から薬剤の用法用量や副作用などについてチェックすることは、薬剤師の職務として当たり前のことである。検査値などの患者情報がスムーズに確認できるように、処方箋への検査値記載の取り組みが全国で進んでいる。その取り組みには、薬剤部門の協力が必要不可欠であることから、積極的に連携を図る必要がある。処方箋に記載する検査値項目、処方箋様式、患者への周知、増える疑義照会への対応方法などについて薬剤部門と調整する。

2-1-3 プロトコルの推進

専門職へのタスクシフトは、医師の働き方改革の柱とされている。

そのタスクシフトの一環として、問合せ簡素化の取組みが全国で進んでいる。保険薬局と保険医療機関間での事前の取り決め(残薬調整、剤型の変更など)により、問合せを簡素化するものであるが、この取り組みは医師の負担軽減のみならず、薬剤師の職能発揮の機会、何よりも医療の質及び患者の利便性の向上に大きく寄与すると考えられることから、積極的に薬局薬剤師と医療機関薬剤師が連携を図りながら進めていく必要がある。

2-1-4 外来化学療法レジメンなどの情報共有

近年、経口抗がん剤の増加などにより、化学療法が複雑化、高度化している一方で、外来で化学療法を受ける患者は増加している。そこで保険医療機関(特に、医療機関薬剤師)と連携しながら、がんの薬物療法に対応する専門性の高い薬局の確保が求められている。その内容は「医療機関より共有されたレジメンに基づいた服薬指導」「支持療法など服用期間中の副作用管理」「必要な情報を医療機関にフィードバック」などが挙げられる。その体制構築のために、レジメンの共有、抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る合同研修など、保険薬局と保険医療機関が一体となり副作用のモニタリングを行う仕組み作りが重要となる。

2-2 入院時の運用例（保険薬局から保険医療機関へ情報提供）

入院中の安全な薬物療法の確保のためには、入院前の処方薬情報や副作用、アレルギーなどの情報確認が必要不可欠である。入院時の患者の持ち物として「お薬手帳」は認知されてきたものの、その記載内容が不十分であったりすることからまだ補足的な利用にとどまり、依然としてかかりつけ医やかかりつけ薬剤師への連絡確認や、持参薬の確認作業を実施することも少なくない。それが医療機関薬剤師にとって大きな負担となっている。予定入院の場合には、保険薬局で入院前の処方薬情報や副作用、アレルギー情報などを予め整理し、薬剤管理サマリーなどを活用して入院医療機関に提供する。緊急入院の場合には、予めの確認が困難なため、入退院支援部門などから処方歴や薬歴について問い合わせがあった場合に、その重要性を理解し迅速かつ的確に情報提供を行う。その連携を構築するためには患者の入院情報を薬局で把握できる仕組みと、情報提供項目について薬剤部門などの入退院支援部門とすり合わせる必要がある。患者の入院情報は医師や介護支援専門員（ケアマネジャー）などから知ることが多いが、その情報把握の重要性を日頃から多職種に伝えておくことが鍵となる。

2-3 退院時の運用例（保険医療機関から保険薬局へ情報提供）

在宅医療は入院医療と異なり、患者の急変時にすぐに医療従事者が駆けつけることが困難なため、起こりうるリスクを予め想定した早めの対応が重要となる。そこで入院中の薬物療法やその経過などは、その起こりうるリスクを想定する上での貴重な情報源となる。情報を入手する機会として、退院支援を目的に開催される退院時カンファレンスは重要である。退院時カンファレンスとは、入院先の医療従事者と退院後の生活を支える医療・介護従事者が情報共有を行い、退院や在宅生活開始に向けての方針などを検討・共有する場であり、参加が推奨される職種としては、入院先の医療従事者には医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー（MSW）、管理栄養士、リハビリスタッフなど、在宅療養を支える医療・介護従事者には、かかりつけ医、かかりつけ薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護サービス事業所職員などが挙げられる。ここでは入院中の薬剤の変更理由や在宅療養中も継続してモニタリングが必要な項目などについて医療機関薬剤師から薬局薬剤師に情報提供される。現地に赴くことができない場合はオンライン画像システムによる参加も認められている。退院時カンファレンスに参加できなかった場合も、入院中の情報提供を依頼する必要がある。薬局薬剤師はその情報をもとに退院後の薬物療法や医療安全に関して必要な情報をまとめ、在宅主治医や多職種に提供する。また必要に応じて、退院後の薬物療法の状況などを医療機関薬剤師にフィードバックする。このような連携を構築するためには、入院時と同様に患者の退院情報を薬局が把握できる仕組みと情報提供項目について薬剤部門などの入退院支援部門とすり合わせる必要がある。

2-4 サービス担当者会議での運用例（保険薬局と多職種間の情報共有）

サービス担当者会議は、ケアプラン作成や患者の状態変化などによってケアプランを変更する際にケアマネジャーによって開催される会議である。会議には、患者やその家族、医療・介護事業者などが参加する。そこで、薬局薬剤師は薬物療法の経過や共有すべき注意点などをわかりやすく伝達し、患者やその家族、多職種から必要な情報を収集する。サービス担当者会議は、有用な情報を得られるだけでなく、薬剤師の役割を多職種に示すことで大切な連携先として信頼関係が構築される重要な場である。ケアマネジャーには日頃から参加の意思を伝え、声がかかった場合にはできるだけ参加することが重要な鍵となる。

3. 地域医療連携を充実させるために

3-1 地域連携部門の活用法

地域の保険医療機関と連携を構築しようとする保険薬局は、薬剤部門の他に地域連携部門が重要な窓口となる。地域連携部門は地域の保険医療機関同士の調整を行う部門のため、多くの重要な情報を把握している。例えば、地域のかかりつけ医の特徴や専門性などの詳細情報など、薬剤情報提供や処方提案する際に有益な情報を入手することもできる。薬剤関連情報のみならず、患者の生活に関する情報などを総合的に知るために、地域連携部門内の医療ソーシャルワーカー(MSW)などに相談することも有用である。保険医療機関側が研究会などのイベントを開催する際は、地域連携部門から医師会や薬剤師会などへ発信されることが多く、そのような情報を入手して積極的に参加し、顔の見える関係づくりに役立てる。

3-2 地域薬局間の連携

在宅医療の場面では、特に薬局間の医療用麻薬の融通、無菌調剤施設の共同利用や無菌調剤対応可能な薬局への紹介、在宅基幹薬局と在宅協力薬局の連携などの地域薬局間の連携が重要になってくる。そのためには、地域の薬局間で互いの機能を把握できる仕組みが求められる。またその情報は、保険医療機関の地域連携部門にとって、入退院支援をスムーズに進めるための貴重な情報となる。

4. 教育・研修体制

4-1 教育・研修の必要性について

高齢化率や医療ニーズ、また医療、介護サービスの提供体制などは地域によって大きく異なる。その中で地域医療連携の定着を図っていくためには、医療関係者のみならず、介護・福祉、行政、地域住民なども交えて、地域の共通の課題を共有し、その課題解決へ向けた体制を構築していくことが重要である。当然ながら、立場の異なる医療や介護、福祉、行政、地域住民との相互理解や情報共有の在り方は多種多様であるため、その場面に応じた教育・研修体制が求められる。

4-2 教育・研修について

4-2-1 地域包括ケアシステムに係る研修

薬局薬剤師が医療介護の相談窓口として、地域包括ケアシステムの一翼を担うためには、薬局が所在する地域の多職種や関係機関などの社会資源の把握や地域の住民課題などを把握した上で、適切に関係機関につなぐ役割が求められる。その教育・研修のひとつに健康サポート薬局研修が挙げられる。

4-2-2 地域ケア会議

地域ケア会議は地域包括支援センターなどが主催し、その目的は医療、介護、福祉、行政、地域住民などが集い、高齢者などの個別困難事例などの解決を図りながら、地域の共通課題の把握と地域連携ネットワークを構築することである。多職種は連携を図っていくなかで互いの業務の現状、専門性や役割などを知り、そこから共通の課題を抽出し、解決のプロセスを共有しながら、そのための手法や技量を会得する。具体的には、地域の保険薬局、保険医療機関、訪問看護ステーション、介護事業所、行政などの関係者が参画し、グループワークを主体として個別困難事例について議論する。

地域ケア会議は、医療従事者の参加が少ないことが課題であり、薬剤師の積極的な参加が求められる。また、地域が抱える課題の多くは、薬が大量に余る、薬を飲みすぎる、処方薬が多く管理できない、服薬拒否といった薬に関連するものであり、薬局薬剤師の介入が期待されている。特に地域ケア会議は、多職種との人脈を広げるための貴重な機会となる。その参加は、薬剤師会などを通じて依頼があるケースの他、連携するケアマネジャーなどから直接声がかかるケースもあることから、日頃の多職種の連携が重要な鍵となる。

4-2-3 看護・介護スタッフへの教育研修

適切な薬物療法は、適正処方と適正使用の両輪によって達成される。服薬介助には患者家族の他に看護・介護スタッフも関わるが、その適正使用に関する教育が十分に行き届いていないことが課題となっている。薬局薬剤師が看護・介護スタッフの教育研修に積極的に関わっていくことで、薬物療法の質向上のみならず多職種との関係性も構築される。また、薬局薬剤師の役割が多職種に理解されていないことも多いことから、その役割について積極的に発信していくことも重要である。また、地域包括ケアシステムの一員として薬剤師も介護に関する知識を学ぶ必要があり、その機会として看護・介護スタッフとの積極的な関わりは重要な機会となる。

4-2-4 保険薬局と保険医療機関間の連携に関する教育研修

連携体制の現状把握や課題抽出、その対応策について検討することを目的に薬局薬剤師、医療機関薬剤師が中心となって実施する。例えば、医師の処方意図を理解した上で薬物療法上の問題点を共有し、医師に伝わり易いトレーニングレポートの運用や記載のポイントなどについて、地域の医療従事者が顔を合わせて協議することはとても有効である。またハイリスク薬や吸入指導など適切な管理が必要なケースでは、共通のチェックシートやモニタリングシートを活用した取組みも効果的である。化学療法レジメンに関する合同勉強会など、専門知識習得の研修なども積極的に開催する。

それらの教育研修は、多職種を交えて医療の全体像を理解した上で実施されることが全体の俯瞰となり、より質の高いものになる。それらの取組みは、特定の保険薬局・保険医療機関にとどまらず地域に展開され、地域全体で薬物療法の質の向上に向けて進めていくことが重要である。

4-2-5 在宅緩和ケアの普及に向けて

地域で在宅緩和ケアを普及させるためには、麻薬持続皮下注射や在宅中心静脈栄養法の教育・普及が重要とされている。薬局薬剤師は医薬品のみならず、それに付随する医療機器や医療衛生材料の知識や無菌調剤手技などの習得が求められ、その教育研修を保険医療機関と連携しながら進めていくことがより効果的である。また、薬剤師が主体的かつ能動的に医療用麻薬の適正使用などの普及・教育に関わっていくことが地域の在宅緩和ケアの普及に大きく寄与するとされている。

4-2-6 未来を担う薬剤師の育成

地域医療連携を地域に根付かせていくためには、未来を担う薬剤師の育成も並行して進める必要がある。例えば、地域の保険薬局、病院で実務実習する薬学生が薬局・病院双方の立場から議論できる交流の機会を地域で設けることで、薬局薬剤師と病院薬剤師双方の機能補完の在り方やその方策について薬学教育の中で学ぶことができる。

5. 地域の薬物療法の担い手として

安全で質の高い医療がシームレスに提供されるために、薬局薬剤師が果たすべき役割は大きい。そのために地域医療連携が必要不可欠であることは言うまでもないが、保険薬局と保険医療機関の連携が地域で十分に機能しているとは言えない。

地域の薬物療法の担い手として、多くの薬局薬剤師が積極的に地域医療連携に関わり、それが全国各地に広がっていくための一助として本手引きが活用されることを期待したい。

【参考文献】

日本病院薬剤師会:地域医療連携の手引き(Ver.1)

一般社団法人 日本保険薬局協会
薬局機能創造委員会

令和3年5月13日作成(Ver.2)



地域医療連携 事例集

事例集目次

1. 入退院時の連携

株式会社ファーマシィ
ファーマシィ薬局引野（広島県福山市）

2. 見守り活動による自治体との連携

株式会社ナカジマ薬局
ナカジマ薬局あしよろ南2条店（北海道足寄郡）

3. 抗がん剤連携

クオール株式会社
クオール薬局港北店（神奈川県横浜市）

4. ITネットワークでの検査値連携

株式会社アインファーマシーズ
アイン薬局 かつた店（茨城県ひたちなか市）

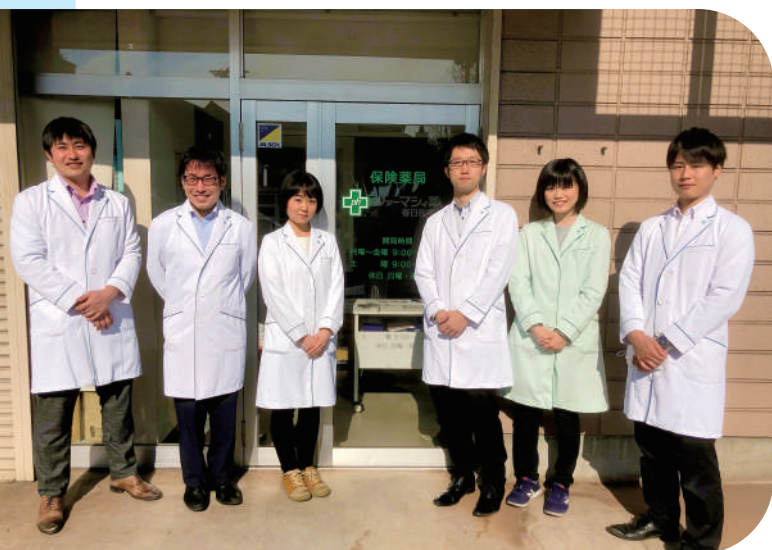
5. 在宅医療における多職種連携

株式会社薬正堂
すこやか薬局具志川店（沖縄県うるま市）



市内基幹病院との 薬薬連携を構築

「薬剤管理サマリー」活用し入退院時に情報共有



株式会社ファーマシィ

薬局名：ファーマシィ薬局引野

所在地：広島県福山市

薬局形態：基幹クリニックマンツーマン

人員体制：常勤・非常勤薬剤師6名・2名／医療事務3名

主な処方元：コムクリニック佐藤、まるやまホームクリニック、みかみホームクリニック、野島ホームクリニック、よしおかホームクリニック

処方箋枚数：1,900枚／月

在宅患者数：220名／月(個人130名、施設90名)

ファーマシィ薬局引野は、主にクリニック処方箋を応需するマンツーマン薬局である。また、在宅医療に積極的に取り組み、現在約220人の在宅患者を担当し、その多くは重症度が高く、終末期患者が5割を占める。毎月、新規の在宅患者は20～30人、亡くなる方も10～15人と多い。同薬局では2009年頃から、退院時共同指導に積極的に関わりを持ち、手探りで基幹病院との連携関係の構築を進めた。現在、市内の複数基幹病院との間で、「薬剤管理サマリー」を活用した入退院時の情報共有体制が定着している。同薬局の取り組みは、これら基幹病院と連携する複数の在宅療養支援診療所との“懸け橋”にもなっている。同薬局で中心的に医療連携の輪を広げる平田恭洋氏は、今後は地域医療連携体制を横展開しながら構築していくことが課題と言う。これまでの経緯、現状と課題、今後の方向性をうかがった。

概況

基幹医療機関と連携し、 複数の在宅クリニックとともに 在宅患者を支える

ファーマシィ薬局引野(以下、同薬局)の在宅患者の処方元のほとんどは、福山市内の在宅医療を中心とした4つの在宅療養支援診療所である。一方、連携している病院は福山市民病院、福山医療センター、日本鋼管福山病院など、市内の基幹医療機関を網羅し、在宅を中心に地域医療連携体制の一翼を担っている。



医師、看護師とのカンファレンス

最初は“無理やり”、 まずは「存在」「役割」をわかってもらう努力から

同薬局では、2009年頃から、退院時共同指導に関わるようになった。しかし、当初は在宅に戻ってきた患者の入院中の治療経過など不透明な点もあり、病院に情報提供を依頼することも多く、必ずしも薬局側として必要な情報が十分に得られる状況ではなかった。

一方、在宅に移行した患者が急変し、再入院するケースも少なくない。特に終末期の患者ではその比率は高い。再入院の在宅患者が増えるなかで平田氏は、「病院側も在宅療養中の患者さんの情報がなければ、困るのではないか」と考えた。入院時に患者は現在服用していない過去の薬まで持参薬として持ち込むため、病院側は「お薬手帳の内容と実際の持参薬が異なる」など不都合が生じ、その確認に大きな手間を要していた。その持参薬情報を薬局側が整理することで、病院側の持参薬チェックにかかる負担軽減を目指した。

具体的には事前に入院が分かっている場合、患者の薬を預かり、「必要な薬剤のみ」を整理し、その薬剤名や残薬数などをまとめた一元管理表、そして在宅療養中の処方の変更・変更などの経緯を簡潔に記載した治療経過表を作成し、これらを『持参薬セット』として患者に入院先病院に持参してもらう

ようにした。これらの情報は現在、『薬剤管理サマリー』（NpHA版）を活用して提供している。

その最初の取り組みが行われたのは2018年、ある基幹病院に入院した患者情報のやり取りであった。以降、平田氏は幾度も情報提供を続けた。

当初、病院側からは、「サマリーが送られてきても、どうしてよいか分からない」、「そもそも送ってこられても困る」など、なかなか連携の兆しは見えなかったが、半ば“無理やり”送り続けたという。その時の心情を平田氏は、「患者さんにシームレスな医療を提供できるよう、その架け橋をどうしても作りたかった」と振り返る。既に退院時共同指導を介して何人かの病院薬剤師とは面識を持っていた。そのつながりを大事に、病院薬剤師からのレスポンスをうかがい、議論を重ねながら提供する情報やフォーマットの修正等を進めた。また、並行して他の基幹病院にも同様のアプローチを挙げた。

その積み重ねにより、「薬局からの入院時情報提供」が認識され、現在のような複数医療機関との連携関係に至っている。

—入院時の連携の流れ—

入院情報の把握を起点に、患者個々の要点抑えた情報を提供

上述の通り、同薬局では現在、予定入院の場合には、整理した持参薬、一元管理表、治療経過表の「持参薬セット」を作成する。現在は、「一元管理表」と「治療経過表」は『薬剤管理サマリー』に統合してまとめている。

患者が入院するという情報は、在宅医から、入院予定を告げられたり、患者・家族も交えたカンファレンスの中で入院が決まることもある。その際は、「入院する〇〇病院に、薬剤情報を送っておきます」というように、平田氏らは多職種に対して前向きにアクションするよう心掛けている。タスクシフトとともいえる取り組みは多忙な医師から感謝され、結果として、病院への薬局業務・機能の見える化、病院との情報連携にもつながっているようだ。

病院へ提供する『薬剤管理サマリー』の内容は基本的事項のほか、例えば注射薬の希釈方法や投与速度などといった詳細の調剤方法や、痛み、排便コントロールや嘔吐の状態など患者個々に沿った精度の高いものになっている。

The image shows a screenshot of a 'Drug Management Summary' form. The form is titled '薬剤管理サマリー (薬師→医療機関)' and contains various fields for patient information, current medications, and detailed instructions for various drugs. The form is organized into sections, with a header section for patient information and a main section for drug management. The drug management section includes a table with columns for drug name, dosage, and instructions. The form is designed to be a comprehensive summary of a patient's medication regimen and specific instructions for the receiving hospital.

— 退院時・退院後連携の流れ —

直接届く診療情報提供書や 薬剤管理サマリーをもとに処方支援、情報周知

退院時の病院との連携として、2018年頃から、病院が在宅クリニックに送っている診療情報提供書(いわゆる紹介状)が薬局にも直接送られるようになった。また、病院薬剤師が作成した薬剤管理サマリーも診療情報提供書と併せて封書で届くケースも増えた。薬剤管理サマリーの情報は連携関係の深化により充実していく。

通常、患者が退院すると在宅チームによるサービス担当者会議が開かれる。重症度が高い患者の場合は、退院当日に開かれ、同薬局も参加している。会議では在宅での具体的な治療・ケア方針や処方決定されるが、その際、薬局側で事前に入手した薬剤情報をもとに残薬等を確認し、それを薬剤情報一覧にまとめ、処方支援・提案を行っている。

「会議は1時間かかります。多くの患者を抱える医師にとって貴重な時間です。そのため薬や医療機器・材料関係に関しては、薬局側でとりまとめ、多職種に情報周知しないと現場は円滑に進みません。在宅医療は病院と異なり、一人の患者に事業所が異なる多職種で関わることからチーム内で共通認識を図る必要があります。特に医療事故など患者の安全を脅かすリスクはしっかりチェックしています」と、在宅チームの

中で、その専門性を発揮している。

また、同薬局では、入院病院から処方される退院処方へのフォローアップ支援として、退院後の患者経緯について、病院薬剤部と地域連携室に情報提供する取り組みを進めている。平田氏は、退院後の情報を病院側に提供することが、再入院した際の情報共有の窓口を予め作っておくこと。つまり、ギブアンドテイクに基づいた「次に備えた連携」になると語る。

退院後・調剤後患者情報報告書

医療連携「横展開」に向け重要な知識・ノウハウの水平化、相互の“面識づくり”

今後の展開について平田氏は、薬剤管理サマリーを介した連携がある程度広がってきたことを機に、その質の向上を図るために「病院側の評価」のエビデンスについて論文化を進めている。

その上で課題は、「他の薬局も、同じようにできるようにすること」と、医療連携の横展開の必要性を指摘する。それを実現するためには、知識の水平化とノウハウ習得を課題に挙げる。また、「病院薬剤師と薬局薬剤師の連携が進まない

のは、ほとんどが相互のギャップが埋められないため。お互いに顔の見える連携をつくり業務を知ることが大事です」と語る。

このうち“顔の見える連携づくり”については、既に取り組みが進みつつある。2019年から福山市薬剤師会の青年薬剤師会部門を、地域包括ケアと病薬連携、学生の応援などをテーマに“再結成”した。病院・薬局薬剤師の両者で幹事を務め、連携を密に行うベースづくりが出来上がった。

他地域にも広がる 自治体との「見守り活動」協定

テレフォン服薬サポート®の実績が“地域活動”へ進化



株式会社ナカジマ薬局

薬局名：ナカジマ薬局あしよろ南2条店

所在地：北海道足寄郡足寄町

薬局形態：病院前薬局

人員体制：常勤薬剤師2名／医療事務3名

主な処方元：足寄町国民健康保険病院（60床）

処方箋枚数：1,200枚／月

在宅患者数：12～13名／月

北海道内で地域に根差した薬局展開を進めているナカジマ薬局は、1983年から全店舗で、「テレフォン服薬サポート®」（以下、TS）を実践している。2015年、この電話によるフォローアップ活動を生かし、自治体との“見守り活動”協定が初めて足寄町との間で締結された。現在、同様の取り組みは、道内の他自治体へと広がりを見せ、地域包括ケアシステムの一翼を担う保険薬局への信頼感も高めている。先駆的に取り組んだナカジマ薬局あしよろ南2条店の上田博史氏、協定締結に関わった同社帯広エリア担当の中田祐一氏に、協定締結に至った経緯と現状、会社としての方向性も含め、今後の展開をうかがった。

概況

「高齢化、独居、点在」 環境で高まる薬剤師による確認・報告の重要性

ナカジマ薬局あしよろ南2条店（以下、同薬局）は帯広市から車で約1時間、十勝の東北部に位置し、足寄町の面積は1,408 km²と、町村としては日本で最も広い面積を有する。人口は約6,660人、高齢化率は約40%に達する。地域の医療インフラとしては、同薬局の処方元である足寄町国民健康保険病院のほかに診療所2軒、歯科診療所3軒、保険薬局が4軒ある。

このうち同薬局と近隣のナカジマ薬局足寄店の2店舗が現在、町内に20人ほど居る在宅患者に対応している。広大な足寄町には中心部から遠く離れた村落も点在し、独居高齢者も少なくない。地域で見守り活動を担う多くの“目”のなかで、唯一の医療人である薬剤師が電話で“体調”“安否”確認をして、役場担当者につなぐ意義、重要性は、ますます高まっている。

先駆的な在宅医療、TSの実績を踏まえ 積極的な交渉の末に協定締結

ナカジマ薬局が初めて自治体(足寄町)との間で高齢者等を対象とした「見守り活動に関する協定」を締結したのは、2015年だが、同社側からの積極的な働きかけによって実現したという。

第一号となった足寄地区では、それ以前から、先駆的に在宅医療に取り組んでいたこともあり、テレフォン服薬サポート®(TS)に関して高い実績をあげていた。また現在、あしよ南2条店の管理薬剤師を務める上田氏は、当初から足寄地区に勤務していたこともあり、地域のかかりつけ薬局・薬剤師として活躍していた。

そして、「創業当初から全店舗で取り組んでいるTSを、さらに地域のためにいかす方法はないか」と模索していた時期に、他職種・業種による「見守り活動」が行われているとの情報

を得た。中田氏らは「薬局として見守り活動を是非、やらせてほしい」と見守り活動への協力を積極的に働きかけた。当初、福祉課の担当者からは、「薬局が何をされるのですか?」という反応だったが、中田氏らは、「薬剤師として服薬コントロールの支援は当たり前ですが、実際にそこで何が起きているのか、薬剤師の耳、目で確認し、いち早く役所担当者に伝えたい。そこで救える命は絶対にあるはず」と、何度も「薬剤師だからこそ」の見守り活動を説明したという。そして、10数回に及ぶ交渉の末に、協定締結へとつながった。現在、足寄町における高齢者見守りは、民生委員、福祉高齢者サービスモニターの個別取り組みやコープやナカジマ薬局を含めた民間企業など、地域の多種多様な“目”が関わって行われている。

長年培ったTSでの経験など参考に 医療人の視点から確認項目を提案

足寄町と協定が結ばれて以降、同薬局では独居の方や“心配だな”という高齢者の方を独自にピックアップし、電話をかけ、日々の体調や「お薬が飲めていますか?」「運動はできていますか?」「睡眠はとれていますか?」など聞き取り、何かあれば福祉課へ情報提供してきた。しかし、実際には「幸い、報告するような事例が少なかった」(上田氏)ことから、2020年7月以後、体調等を確認し、特に問題がない場合でも月に1回は必ず福祉課へ報告する、より積極的な体制へと移行している。

見守りの際、確認すべき項目については、同社で培ってきたTSの経験を参考に、表1のように氏名、生年月日、実施日に次いで、①体調②服薬③食事④運動⑤睡眠⑥排便⑦特記、の7項目となっている。薬局側と福祉課担当者との相談の上で作成されたものだが、当初は「睡眠時間」の項目は入っていなかった。そこで「睡眠時間が短くなると免疫が低下し、健康維持力が落ちるので、是非入れてほしい」と提案、医療人としての重要な視点が採用されることになった。

現在、同薬局として独自に選定した独居高齢者18人をフォローしており、毎月1回、7~8人の状況について福祉課に報告書を提出している。

ナカジマ薬局足寄店
テレフォン服薬サポート8月分

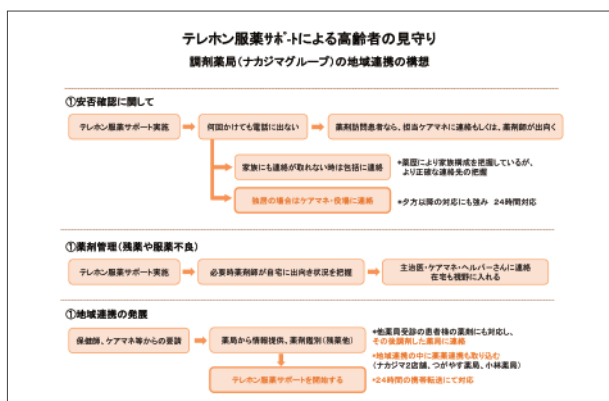
氏名	生年月日	実施日	体調	服薬	食事	運動	睡眠	排便	特記
1928.1.5	8月17日	○	○	○	20-25分歩いている	2-3時間	1日3回下痢は無い		
1942.5.24	8月6日	○	○	○	○	○	○		
1942.5.24	8月20日	○	○	○	朝いっで休んでいる	6時間くらい	○		
1929.3.17	8月13日	○	○	○	散歩	○	○		
1944.3.5	8月6日	○	○	○	○	PM8-30以降それなりに寝ている	○		
1942.3.15	8月4日	○	○	○	○	○	○		
1942.3.15	8月18日	○	○	○	○	毎日散歩	○		
1926.11.29	8月17日	○	○	○	○	高齢で少し体調する(55)	○		
1926.11.29	8月31日	○	○	○	○	高齢の中で体調	○		
1933.5.25	8月13日	○	○	○	○	○	○	○	※お薬も出ているレスタミンで対応
1933.6.13	8月5日	○	○	○	○	○	○	○	○
1929.6.13	8月5日	○	○	○	○	○	○	○	○
1929.6.13	8月31日	○	○	○	○	○	○	○	○
1940.1.24	8月17日	○	○	○	○	○	○	○	○
1938.2.20	8月20日	○	○	○	○	○	○	○	○
1932.10.24	8月12日	○	○	○	○	○	○	○	○
1943.9.2	8月27日	○	○	○	○	○	○	○	○
1943.9.2	8月27日	○	○	○	○	○	○	○	○
1930.7.18	8月6日	○	○	○	○	○	○	○	○
1901.2.5	8月17日	○	○	○	○	○	○	○	○
1926.2.24	8月11日	○	○	○	○	○	○	○	○
1926.2.24	8月18日	○	○	○	○	○	○	○	○

表1:見守り活動のチェックシート

他職種と異なり薬剤師が関わることで “最悪な事態”を未然防止

足寄町中心部から離れたところには“小さな町”が点在している。上田氏は、「お隣さんまで、歩いて行くには遠いところが沢山あります。他人の目が届かない独居、高齢の方が住まわれており、気が付かないまま孤独死していても、おかしく無い生活環境があります」と述べ、その地域特性からも、高齢者の見守り活動の重要性を指摘する。

「例えば、新聞配達の方々と協定を結んでいるという事例もありますが、それは新聞受けに新聞がたまっていて、何かおかしいぞということで、自治体に報告するかと思います。しかし、我々薬剤師が電話で直接声を聞き、このまま放置することはよくないと感じれば、直ぐに報告して、最悪の事態が起こることを、早めに予防できます。」と上田氏は、薬剤師が関わることの意義を語る。



投薬後の経過観察が義務化された現在、パソコンやLINEなどSNSツールを利用する薬局も多いが、ナカジマ薬局では「電話」にこだわっている。

「例えば咳、痰が絡んでいけば声が違います。そういう小さな異変を聞き取り、怪しいと感じれば、その数日後に改めて電話をして経過をみることにしています」と上田氏はいう。“かかり

つけ”としての関係性があればこそ、「声」からより多くの情報がもたらされるのだろう。

そもそも同店舗では、投薬後のTSは一日に3~4人、多い時には月200件と非常に高い頻度で実施されてきた。加えて、在宅患者への対応を通じて、地域の多職種との関係性も深かったといえる。その中での「見守り活動への協力」は、地域に薬局・薬剤師が溶け込んだ活動の表れともいえる。

その地域との関係性構築について上田氏は、「いまとなってはどう知り合ったかは記憶が曖昧ですが」と断ったうえで、「元々、足寄町は人口も少なく、皆、互いに助け合いながら暮らしています。そのため、以前から役場主催で医師や看護師、薬剤師や介護士が集まる勉強会が年に1、2回は開催されていました。その中で、『こういう患者さんに困ってます』『私たちならこういうことができます』といった交流があり、次第に連携案件が増えてきたと思います。世代的にも近い方が多く、顔見知りの方ばかりなので、連携が進んでいったのだと思います」と振り返る。現在では、「いろいろな患者さんのお宅に入るヘルパーさんから薬局に、『薬が散らかっていました』『たくさん残っていました』といった連絡が入ることもあり、そこから在宅訪問が始まるケースも結構あります」という。



医療介護連携研修会

足寄町での取り組みから、 他地域に広がりを見せる「見守り活動」協定

この足寄町での活動は他の自治体へと広がりを見せている。2020年には帯広に近い芽室町、函館に近い江差町、網走の北に位置する雄武町と、3つの自治体との間で、同様の協定が結ばれた。21年に入ってから幾つかの町役場から、相談依頼が寄せられている。中田氏は、「すべての薬局に参加していただければ、見守り活動が地域に広がり、サポートできる患者

さんも増えるはず」と語る。

また、ナカジマ薬局が全店舗で取り組むTSは年間5万件以上に達するのだが、2021年度は、特にアドヒアランスが下がりやすい疾患を抽出、期間を限定し、全社的にTSの効果、成果を検証し、エビデンスにつなげたいという。地域に根差した個々の薬剤師の業務、活動の見える化につながるものと期待される。

外来化学療法の 患者フォローアップをめぐる PBPMを実践

プロトコール作成を機に病院側窓口や情報の流れも明確化



クオール株式会社

薬局名：クオール薬局港北店

所在地：神奈川県横浜市都筑区

薬局形態：大学病院前薬局

人員体制：常勤・非常勤薬剤師20名・10名／医療事務8名

主な処方元：昭和大学横浜市北部病院(689床)

処方箋受付回数：月間4,000回以上

在宅患者数：2名／月

クオール薬局港北店では、2013年より昭和大学横浜市北部病院との間で、外来化学療法の一部患者を対象に、レジメン内容を処方箋やお薬手帳を介して情報共有し、薬物療法の適正な推進とQOL向上を目指した薬薬連携を開始した。2016年からはプロトコール作成・公表により、患者フォローアップの手順と病院側窓口の明確化や情報活用の流れなども明確化し、近隣薬局を含めPBPMを開始している。その後、緩和領域におけるPBPMへと進化した。当初から連携体制構築に関わった村田勇人氏(関東第一薬局事業本部 港北店所属統括主任)に、経緯や現状と課題、地域との関わりを含め今後の方向性などをうかがった。

概況

薬薬連携の“主導的”薬局として、 多くのがん患者薬物療法をフォロー

クオール薬局港北店(以下、同薬局)は昭和大学横浜市北部病院(以下、同病院)の門前に位置し、薬剤師30人、医療事務8人の体制のもと、24時間365日開局している。同薬局では、緩和領域を含め、月に40~50人のがん患者をフォローしている。また2016年からは半年に一回の病院研修をスタート、18年からは独自にハード・ソフト両面の

アピアランスケア、20年からは同薬局を中心に緩和ケアにおける薬薬連携の推進にも取り組みつつある。なお、同薬局では村田氏を含め「外来がん治療認定薬剤師」(日本臨床腫瘍薬学会:JASPO)を3人輩出、現在も3人の若手が認定を目指している。

はじめは「外来がん患者対応の課題」 解決に向け、病院側が“連携”を模索

薬剤部との連携は、同病院からの声かけにより始まった。外来がん患者の院外でのフォローについて地域薬局と情報共有する必要性を感じていた病院薬剤部が、以前から抗がん剤についてマンツーマン対応していた同薬局に働きかけてスタートしたという。「まずは処方箋とお薬手帳で情報共有させていただきたい」と、村田氏が薬局側の要望を伝えるなど情報交換し、「具体的な

患者対応にフォーカスを当てた連携」が始まった。

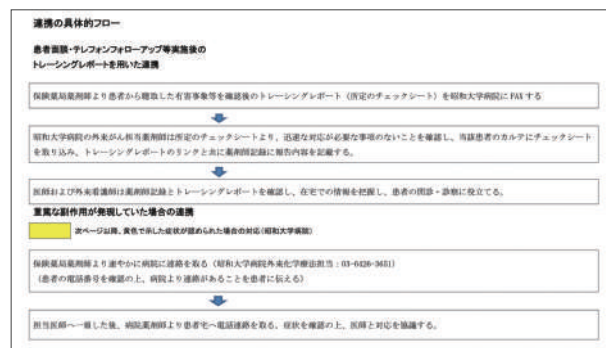
村田氏によると以前から定期的な研修会は開かれていたが、この具体的連携を機に、薬局内の雰囲気や考え方が変わったという。また同病院の薬局業務に対する認識にも変化が現れ、さらに連携が深まるにつれ、地域の薬剤師会も薬業連携に対する認知、認識が高まってきたという。

プロトコルの作成により、 情報の「具体的内容」と「一連の流れ」が明確に

その後、両者でプロトコルの作成を進めた。プロトコル作成について村田氏は、「ここまで副作用が強くなったら受診を勧め、薬剤部と情報共有するという点や、この時点で処方提案をするなどの線引きについてはある程度決まっており、概ね両方で考え方が一致していたので、それほど大変ではなかった」と振り返る。しかし、トレーシングレポートの記述項目や、その内容を同病院でどのようにカルテに反映させるかなど、「次のアクション」が明確ではなかったため、プロトコル作成を機に、トレーシングレポートを受け取る窓口、その後院内で受け取った情報をどのように共有するかといった病院側の体制を含めた一連の流れをより具体的に示した。それにより「病院と薬局間での業務が、より明確になった」点が大きな成果だという。

厚生科学研究「薬剤師が担う医療機関と薬局間の連携手法の検討とアウトカムの評価研究」(代表: 帝京大学薬学部特任教授・安原真人氏)に、他の薬局とともに参加という側面もあり、

実際には2017年に最初の症例がスタートした。現在、病院薬剤部のHPには、がん化学療法レジメンおよび関連解説、トレーシングレポートの記入方法に関する説明マニュアル「がん化学療法トレーシングレポート副作用確認の手引き」などが公開されている。薬局で面談等による患者フォローアップを実施した後の対応までが、各症状に応じ具体的な「連携フロー」として示されている。



「がん化学療法トレーシングレポート副作用確認の手引き」より連携フローを一部抜粋

薬剤部がコントロール可能なツール 「お薬手帳」を活用して広がる情報共有

2013年の連携開始当初は、処方箋とお薬手帳の両方を媒体としたトライアルが実施されたが、お薬手帳での連携は今でも続いている。

現在、外来化学療法の場合、薬剤部からお薬手帳に「化学療法お薬手帳用シール」が貼られる。地域の薬局では、「点滴をしている患者は全件把握できる」までに定着しているという。また、お薬手帳を持参していない場合も、薬剤部がシールの重要性

の説明、お薬手帳への貼付について声掛けが励行されている。一方、処方箋を用いた情報共有に関しては、処方オーダー時の医師による対応の違い、そもそもレジメンが多岐にわたり、アップデートが必要など、物理的な課題もあり、いまはほとんど運用できていない状態だという。「本来は、処方箋に情報が載っていれば漏れもなく、共有も早いと思います。しかし、現状では限界かなと思っています」と、何らかの施策が望まれる。

月に50人近くをフォローアップし、 時には病棟の“疼痛緩和”担当と連携

テレフォンプォロアアップは、以前から糖尿病や認知症など対象に行われていたという。ただ、がん患者に関しては、村田氏が同店舗に赴任してから本格化した。

フォローする患者数が徐々に増え、現在は日常的に2~3人、月平均では40~50人をフォローするに至っている。フォローした内容についてはトレーシングレポートにまとめFAXで送り、外来化学療法専任担当者を介し同病院と情報共有される。

また、2020年より取り組んでいる緩和領域におけるPBPMに関しては、オピオイドを導入した患者を対象に、同意を得た上で、調剤後、次の受診までの間に電話フォローをしている。タイミングとしては、抗がん薬の場合には、調剤後7日~10日目が目途であるのに対して、緩和領域でのフォローは、基本的には3日目を目途に電話をかけるようにしている。聞き取った内容は定型のトレーシングレポートに記入する。痛みの評価、オピオイドによる便秘、眠気、倦怠感や食欲不振などの副作用情報を、病院側にフィードバックしている。ただし、緊急の場合には、「病棟をラウンドしている緩和担当の薬剤師に連絡し、情報共有しています」と、疼痛緩和のスペシャリストとの連携関係も構築している。

いまだ始まったばかりの取り組みではあるが、ドーズアップの

必要性を事前に確認したり、支持療法の処方提案をしたり、あるいは緊急受診につなげるなど、両者が連携することで、患者のQOL向上につながっている。

なお、オピオイドを用いる患者はさまざまな地域にいることから、村田氏は地域薬剤師会にも声掛けし、現在、数薬局での“基礎固め”を行っているが、今後は、地域医師会の協力を得て、地域のクリニックにも対象を広げたい意向だ。

2020

テレフォンプォロアアップによる介入の事例

皮疹でS-1休業後再開で皮疹再燃した症例

○歳 ○性 胃がん S-1療法（2週投与1週休業）

1クール目 day14 皮疹G1（day10頃から皮疹ありと翌日予定受診のため経過観察）
1クール目 day15 皮膚科より薬疹疑いで休業指示あり。
DLSTなど実施→陰性（再開OKだが、皮疹出現時は必ず休業し、受診するように患者に説明あり）

1クール目 day23 休業中フォロー。皮疹は改善。

2クール目 day7 再開day3より皮疹あり。自己中断。
以前もらった皮膚科の薬を使用し改善。
Day7朝から自己判断で再開。
薬局⇔病院⇔主治医（S-1中止し、皮膚科受診するように指導）
Day9で皮膚科受診。S-1禁忌の指示

**S-1の薬疹疑いでも自己判断で再開したのを中止することができた症例
重症薬疹への悪化を未然に防げた症例**

テレフォンプォロアアップによる介入事例

大切な「顔が見える関係」「相互の業務を知る」 「目標を共有する」のステップ

薬業連携、医療連携を進めるうえで、まず病院薬剤部との良好な関係づくりは一つの焦点だが村田氏は、「相互の信頼関係を作る上で、『顔が見える関係』『互いの業務を理解する』そして『目標を共有する』というステップが重要ではないか」と語る。よく言われることだが、「顔の見える関係」があって、互いのコミュニケーションの方法が分かってくる。そのためには病院の研修会に参加するなど、積極的に情報収集をして、病院側が求めている情報をピックアップする動きが大切だという。村田氏自身、同病院での病院実習を経験したこともあり、

互いに業務を知ることで、疑義照会や問い合わせも効率化でき、適切な対応につながるから、さらに信頼関係が深まると語る。その上で、広く関係者が目標やテーマを共有することにより、さらに相互理解が深まり、地域連携が進むのではないかと考えている。

特に地域連携の起点として、「病院側も“地域のまとめ役”として、どの薬局にアクションした方がいいかを分かっているとおそらく進みやすい」と、これまでに聞いた病院側の意見や多様な経験を踏まえ指摘する。

積極的な薬薬連携で 薬物療法の 質的向上と業務の効率化

病院のリーダーシップによる地域に根差した“ITネットワーク”背景に



株式会社アインファーマシーズ

薬局名：アイン薬局 かつた店
所在地：茨城県ひたちなか市石川町
薬局形態：病院前薬局
人員体制：常勤薬剤師3名／医療事務3名
主な処方元：日立製作所ひたちなか総合病院(302床)
処方箋枚数：1,200枚／月
在宅患者数：2名／月

アイン薬局 かつた店は、日立製作所ひたちなか総合病院（以下、ひたちなか総合病院）の近隣に位置する薬局で、同院との多角的な連携に取り組み、外来患者を中心に薬物療法の質向上を図っている。2014年に同院薬剤部が主体となり、地域薬局との間で構築した「ひたちなか健康ITネットワーク」体制の進展とともに、同薬局での服薬指導や疑義照会は検査結果などを踏まえた対応が“日常”となっている。2018年からは同薬局を含め複数薬局が参加し、「吸入指導PBPM」が作成された。これを“地域”に広げ、先駆的に喘息やCOPDにおける吸入療法の質的向上に努めている。同薬局薬局長の小林優樹氏に、これまでの経緯、現状と課題、今後の方向性などをうかがった。

概況

「ひたちなか健康ITネットワーク」を軸に 地域薬局との広い連携体制構築

アイン薬局 かつた店（以下、同薬局）は、主にひたちなか総合病院の処方箋を中心に、常勤薬剤師3名体制で月1,200枚ほどの外来処方箋と、月平均2名程度の在宅患者に対応している。同薬局では、患者さんの同意の上で、ひたちなか健康ITネットワークを介して、薬局の端末から各種検査結果を閲覧し、服薬指導等を行うなど、業務の質的向上

を図っている。また、必要に応じてトレーシングレポートや電話などにより、病院側へ情報をフィードバックする体制も整っている。これまでの薬薬連携は病院薬剤部が主導であったが、近年では小林氏ら近接薬局の薬剤師も関わり『吸入指導PBPM』を作成し、地域で共有するなど薬薬連携の幅を拡げつつある。

全国的にも厳しい医療提供体制のもと、ITによる連携で「質担保」目指す

ひたちなか総合病院がある茨城県の常盤太田・ひたちなか医療圏は県内でも医師数等が最も少ない。マンパワー不足の中ではあるが、同院は災害拠点機能、第二次救急を含め唯一の総合病院として地域医療を担っている。一方、同医療圏内には東海村原子力発電所があり、2011年の東日本大震災では被災も経験し、同院では2013年に国内初のISO22301(事業継続)認証を取得した。これを機に、地域の連携体制構築に向けITを活用した仕組みとして、地域薬局との間で電子カルテの一部をネットワーク上で共有する「ひたちなか健康ITネットワーク」を開発。2014年9月より閲覧専用で地域薬局に公開している。ネットワークの発足にあたっては事前に、病院側から地域薬局に向けた勉強会を開き、病院職員が個別に操作方法などを説明した上で、薬局ごとに契約し、40薬局ほどでスタートしたという。薬局が患者情報を閲覧するには同院と契約した上で、個々

の患者の同意が得られた場合に限られる。患者同意の取得について小林氏は、「『検査値を確認することで、くすりの効果確認や副作用の発見などができますので見せていただけますか?』とお伝えすると、ほとんどの方には同意いただけます」と、同システムが地域に浸透している様子が見えてくる。閲覧可能情報は、入院期間、入院中の処方薬と外来処方箋など処方・注射データ、血液など検体検査データなどがある。CTやレントゲン画像などは閲覧できないが、その検査内容と実施日などが確認できる。

具体的には、「高齢者の場合、腎機能が低下している方が多いので、よく腎機能検査値を確認します。また、外来化学療法の患者さんは、副作用の発現状況確認のため血液検査結果を、糖尿病患者さんは、血糖値やHbA1cを確認しています」と、診療情報を活用した薬学的管理に加え、検査値に基づく疑義照会が浸透しつつある。

疑義照会に関する幅広い事項をPBPM化して互いの業務を効率化

連携体制の構築が進むなかで、2014年11月からは疑義照会に関して、随時の問い合わせを一部不要とする「薬物治療管理プロトコル」の運用もスタートした。内容はホームページ上で公開されているが、①同一成分の商品変更、②剤型変更、③規格変更、④半割・粉碎・混合、⑤一包装、⑥湿布や軟膏の規格変更、⑦残薬調整による日数の短縮—の7項目とされている。これにより、例えば同一成分の商品変更では、先発品から後発品への変更は「問い合わせ不要」、先発品から先発品、後発品から先発品への変更については「事後報告可」とするなど、形式的な内容については、一定の範囲内で簡略化している。また、2015年4月からは、「経口抗がん剤問い合わせ基準」の運用が開始され、地域薬剤師会に所属している保険薬局へ、「処方チェックポイント」「併用薬のチェックフロー」「B型肝炎ウイルス検査のチェックフロー」の3つが配布された。「処方チェックポイント」は同院採用の経口抗がん剤の中から、TS-1、ゼローダ、UFT/UZEL、ロンサーフと処方件数の多い4薬剤が選択された。また、これらの経口抗がん剤を含むレジメンを「当院採用レジメン集」として作成し、問い合わせ基準と同様に配布(いずれも同院HPで公開)されている。

このほか、2016年4月から導入された「残薬解消PBPM」では、薬局薬剤師が必要に応じて日数の制限なく残薬調整を行い、その理由や対処方法の情報を「服薬状況報告シート」などで医師にフィードバックする仕組みで、相互の業務軽減にもつながっているようだ。

疑義プロトコル契約書	
ひたちなか総合病院 服薬状況報告シート	
薬 局 名	
薬 剤 群 名	
FAX 番 号	
電 話 番 号	
患者ID:	※処方せんの上段に記載番号
患者氏名:	姓
生年月日:	M・D・S・H 年 月 日生
診療科:	科
医師名:	先生
理由	
1 飲み忘れA	服用タイミングのずれ
2 飲み忘れB	外出先に伴う服用の忘れ
3 飲み忘れC	飲み忘れの回数が多い
4 服用方法の誤解	
5 自己判断	
6 薬量不足のずれ	
7 処方後の薬量提示	
8 服薬拒否	
9 服用回数	
10 自己調剤の提示	
11 処方誤り	
12 その他()	
対処	
1 飲み忘れ対処方法の指導	
2 服用方法の工夫について指導	
3 処方通りの服用方法(用法、用量)を指導	
4 薬名や薬剤(性状)理由を指導	
5 次回予約日の確認と日数調整	
6 剤型変更	
7 処方薬品・処方品の確認	
8 一包装	
9 服用方法の確認(一包装以外)	
10 処方方法の確認	
11 その他()	
【確認者】	

“吸入指導点数”に先立ち、 病院と連携し「フロー」まとめて実施

また、現在では薬剤服用歴管理指導料の吸入薬指導加算（20年4月改定）が新設されたが、これに先立つ18年2月、同院が主体となって、医師の指示から薬局での対応まで、一連の流れを具体的な連携フローにまとめた「吸入指導PBPM」を作成した。この作成に当たっては、近隣3薬局を含め小林氏らが、薬剤部担当者とともに検討に参画し、最終的には市の薬剤師会を介して、地域全体に周知された。また、適切な吸入薬指導を地域薬局に普及させ、指導内容の統一を図る目的で、病院主催の「吸入指導カンファレンス」が開催され、小林氏らはスタッフ側としても積極的に関わっている。

この「吸入指導PBPM」については同院HP上に、吸入指導マニュアル、吸入指導実施報告書の記入フォーマット、さらに具体的な薬剤ごとの吸入指導手順書と吸入の際の“ピットフォール（落とし穴）”も公開されている。

小林氏は「吸入薬については、薬剤が患部にきちんと届いているか否かが、治療効果に直結します。正しい使用方法で脱落しないようしっかりフォローすることが重要です」という。また、指導をするなかで「デバイスが多様で、高齢者やお子さまは取り扱いが難しいケースもありますので、変更等の提案も行います」と語る。

検査値とDB機能の活用で腎機能を評価し減薬につなぐ

また、高齢者の場合、腎機能が低下している例は少なくない。そこで小林氏らは、ひたちなか健康ITネットワークによる検査値確認と電子薬歴システムに搭載された「腎機能低下時に最も注意の必要な薬剤投与量一覧」データベースとの組み合わせによる、薬物療法の適正化を進めている。例えば、循環器科を受診していた80歳代男性の事例では、シベンゾリンコハク酸塩錠（1日3回／1回100mg）を服用し、時々

徐脈の訴えがあった。血液検査値を確認したところ、BUN:35.1mg/dL、cre:2mg/dL、eGFR:25mL/minと高度な腎機能低下を確認。そこで処方医に疑義照会し、患者の年齢や体重から、1回50mgまでの減量を念頭に薬剤量と服用方法を提案し、減量された。結果、他の薬剤を含め用法を1日1回にまとめ、アドヒアランスの改善にもつながった。

疑義照会の内容が質的に変化、 服薬指導時にはアドヒアランス向上も

同地域の場合、基本的にはひたちなか総合病院の薬剤部が中心になって、様々な地域連携、協働の取り組みが行われており、小林氏は、「病院が地域との連携の門戸を広く開けていただいております。大変助けられています。特に検査値を閲覧できることで、疑義照会の内容が質的に変化していると感じます」という。また、服薬指導の際も、「検査値を踏まえたヒアリングを行っています。検査数値を患者さんと一緒に見ながら、病院では時間を割いて説明できない部分を丁寧にフォローするようにしています。特に血糖値やHbA1cの値など、検査を継続的に行っている場合はグラフ化し、ビジュアルに訴えることで、患者さんの薬物治療に対するモチベーションアップにもつながっています」と、医療連携の利点を挙げる。最近ではコロナ禍により、勉強会で顔を合わせることや、訪問することは減ったというが、連携の基本は、顔の見える関係づくり

が大前提だと指摘する。顔の見える関係があることで、病院が新たな取り組みを開始する際には、「毎回きちんと声をかけてもらえます」という。今後は、地域薬局との同職種連携と、多職種連携をともに強化していきたいと考えている。



アイン薬局 かつた店スタッフ

地域連携室との 密接な連携関係を構築

多職種との豊富な人脈で在宅ケアを推進



株式会社 薬正堂

薬局名：すこやか薬局具志川店

所在地：沖縄県うるま市字宮里

薬局形態：病院前薬局

人員体制：常勤・非常勤薬剤師5名・2名／医療事務15名
管理栄養士4名(全社7名中具志川店4名)

主な処方元：沖縄県立中部病院(559床／一般555床・感染4床)

処方箋枚数：3,289枚／月

在宅患者数：31名／月(個人23名、施設8名)

すこやか薬局具志川店は、沖縄県中部の沖縄県立中部病院の門前に位置する。同薬局が本格的に在宅医療に取り組んだのは2014年で、その発端は同院地域連携室から砂川信子氏へ宛てた在宅対応を依頼する一本の電話だったという。それを機に、初めて退院時カンファレンスに参加して以降、地区医師会主催の勉強会、中部病院と地域薬剤師会による勉強会や地域ケア会議へも参加。手探りで多職種と“顔の見える関係”を構築、現在では砂川氏を中心に31人の在宅患者に対応している。当初から地域医師会・薬剤師会を含め、多職種との連携体制づくりを進めてきた砂川氏に、同薬局での在宅医療推進の経緯、現状と課題、今後の方向性をうかがった。

概況

地域中核病院と多くの訪問医など 多職種とを結び“在宅”患者を支える

すこやか薬局具志川店(以下、同薬局)の処方元のほとんどは沖縄県立中部病院(以下、中部病院)で、月平均3,289枚の処方箋を薬剤師7人体制で応需している。近年は近隣医療機関での在宅診療への取り組みも広がり、10数人の訪問医との連携が進んでいる。同薬局は株式会社薬正堂が運営する県内39店舗の中でも大型店舗の一つで、管理栄養士が4人配属されている。必要に応じて砂川氏の訪問指導に同行、

薬局内でも栄養指導を行うほか、地域住民に向けた“お薬カフェ”では薬剤師による「おくすり相談」に加え「栄養相談」を行うなど、薬局として食生活にも配慮した患者支援に努めている。同薬局の他に南部エリアの野嵩店の2店舗を在宅医療の拠点とし、“一店舗一在宅”をキーワードに全社的な取り組みへと広げつつある。

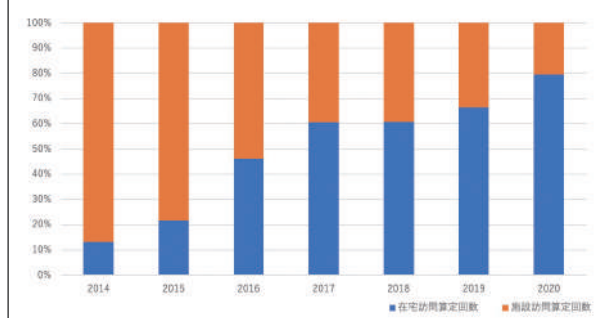
「地域連携室」からの“一本の電話”をきっかけに人脈・関係性づくりに奔走

中部病院地域連携室と砂川氏との関係は、2014年、病院からの1本の電話がきっかけとなった。退院時カンファレンスへの参加を求める電話だったのだが、「突然、しかも何故私に?」という状況だったという。今でこそ「不明な点があれば走って行って話してくる」という密接な関係性だが、当時は「病院に行ったこともなく、どう参加していいかわからない」と、手探りでのスタートだった。同薬局では2009年具志川店の移転に伴い「在宅部門」が発足。前任の坂本氏から引き継ぎ、砂川氏は3人目の在宅専任薬剤師となった。当時は8施設で薬剤管理を実施しており、現在より多人数を担当していたが、在宅患者についての取り組みは少ない状況であった。しかし、これを機に「施設・在宅担当部門」が本格的に始動。施設は徐々に他薬局に移行し、同薬局では砂川氏が中心となり、在宅患者を中心とした取り組みへとシフトしていった。

翌2015年に砂川氏は、地元の中部地区医師会主催の勉強会に参加。医師会側が他職種との連携を目的に発足した勉強

会で、多い時には100人規模となり、ケアマネ、訪問看護師や介護職種、薬剤師、理学療法士、歯科衛生士など在宅医療や介護に関わる殆どの職種が参加している。2ヵ月に1回程度開催され、砂川氏も定期的に参加して人脈を広げてきた。

在宅訪問算定と介護施設訪問算定の患者割合の推移



在宅件数の推移

勉強会通じ「横のつながり」も拡充、地域全体での“在宅”推進の流れへ

砂川氏は、この勉強会を通じて知り合った市の職員からの依頼で、うるま市地域包括支援センター認知症疾患支援連絡協議会（任期2年にて終了）の委員を務めることになった。また、中部病院と地域薬剤師会による勉強会「薬タッチャー（やくたっチャー）」にも参加、症例検討を中心に臨床対応力の向上にも努めている。薬タッチャーには地域の多くの薬剤師が参加することから、近隣薬局とも横のつながりができ、「地域で在宅医療を進めていこうという流れにつながっていきました」という。

2016年からは、うるま市・沖縄市・北谷地域ケア会議（以下、地域ケア会議）にも参加するようになった。これらは、医師会主催の勉強会などを通じて繋がったケアマネージャーから依頼を受け、県薬剤師会からの要請だったという。多職種が集まる会議等には積極的に出席し、交流を図ることで人脈が広がった。

砂川氏は、「県薬のHPにも在宅対応の薬局一覧は掲載されていますが、知らないところには電話でもできません。連携を始めるためには、多職種の集まりに積極的に参加するのが一番です」と、まずは他職種と関わる機会を持つことが第一だと指摘する。いまでは複数のケアマネから、「この患者をお願いしたい」と直接依頼が入り、中部病院地域連携室の担当者を通じ、医師からも直接連絡が入ることが多いという。特に、地域連携室から依頼が来るケースは、ターミナルや小児の患者（医療的ケア児）が多く、ターミナルは「24時間の麻薬管理、緊急対応もあるため、今のところ年に3～4人はお引き受けさせていただいています。私一人では同時に2人までが限界と考え、それ以上になったら他の薬局にお願いしています」と、横の連携体制も広がりつつある。

サービス担当者会議や地域ケア会議は “他職種ならではの情報”収集の場

薬局・薬剤師が他職種との連携の輪を広げる上で、サービス担当者会議、地域ケア会議、退院時カンファレンスなど、いくつかの重要な場面がある。

例えば、サービス担当者会議について砂川氏は、「どんなに忙しくても必ず出席するようにしています。患者さんの状態の変化に伴い開催される会議ですので、ご家族にもわかりやすいように前回の会議から、今までのお薬やバイタルの経過、変更点をまとめてお話しします。また、薬剤師は月に1、2回程度の介入ですので、会議の中で日々患者さんに接している他職種からいただく情報により、見落としや副作用の可能性も確認できます」と、他職種だからこそその視点と情報を尊重している。

それらの情報から例えば、「〇〇という薬剤の影響で血圧が下がっているのではと指摘し、結果として減薬され患者さんの状態が良くなると、ケアマネさんも薬剤師に対する信頼が深まり、大切な連携先だという認識も広がります。そういう一例一例の積み重ねが大事だと思っています」と語る。

また、地域ケア会議については、「自身が担当していない患者さんについての検討会になるので、ざっくりした全体像しか分かりません。しかし、例えば向精神薬を飲んでいる場合、『ふらつきは出てませんか?』『認知機能は低下してませんか?』など、薬の影響に関する症状や情報を積極的に聞くようにしています。会議には毎日のように患者さん宅に行く訪問看護さんやケアマネさんも同席しているので、生の情報を収集でき、より適切な

服薬や介護環境を整えられる貴重な場だと考えています」と、それぞれの会議に参加する意義と重要性を指摘する。

多くの職種が関わる在宅医療だからこそ、適切な情報統制が一つのポイントとなる。砂川氏は「基本的に情報はケアマネさんに報告しています。やはりケアマネさんが多職種からの情報を集約して、担当のドクター等に情報伝達するという流れが一番スムーズだと思います」という。ただし、ターミナルケアの場合、時間との戦いになるため、訪問看護師との間で情報共有して動くことを基本としつつ、薬のことなど専門的な情報については、直接ドクターに連絡するなど、場面に依りて臨機応変に対応している。ケアマネを“要”に情報共有するなかで、入院時には事前にケアマネから連絡が入る体制が整っている。これは日頃から担当者会議等で「必ず事前に教えて欲しい」と伝え続けているためであり、双方の密なコミュニケーションが連携体制の強化に繋がっている。



在宅療養に向けたカンファレンス

マンパワー不足など課題もあるが、 当面は医療的ケア児への体制構築が目標

現在、在宅専門部門は同薬局と野嵩店(宜野湾市)の2店舗があり、担当者(石田氏)と砂川氏の2人が、同社の在宅医療の推進役となっている。2014年以降、同社で本格化した“在宅医療”への取り組みだが、「一店舗一在宅」をキーワードに、各店舗にも取り組みの輪を広げようとしている。「まだまだ在宅を必要としている患者さんはたくさんいらっしゃいます。窓口で対応する中でも、そういう患者さんは必ずいらっしゃいますので、自身でアンテナを張って探してみましよう」と砂川氏は、社内向けにメッセージを送っている。

今後、在宅ターミナルの需要が高まると想定されるが、現状と

しては、「マンパワーが不足しています。またどの店舗でも輸液の混注ができるという状況にはなく、麻薬の持続投与への対応も課題です」と、いくつかの課題をクリアしたいという。

また、現状の高齢者を主体とした在宅医療のほか、医療的ケア児への対応を課題の一つに挙げている。砂川氏は、医療的ケア児は受け入れ機関が少なく、専門的なコーディネーターも不足しており、ご家族にとって大きな負担になっていると語る。これまで培った縦横無尽なつながりが、医療的ケア児対策にも反映されることが期待される。