

第 11 回検討会における主なご意見

議題 1：前回の意見について

1. 前回の検討会での発言ではないかもしれないが、医療のリソースが少ない地域では、大規模な薬局チェーン薬局において、地域で個別に、全体の指揮系統から離れる、または大分権利を付与して、その地域の医療提供体制に協力するような、地区ごとの交流のようなものがあるとよい、といった趣旨の発言があったと思うので追記いただきたい。

議題 2：在宅医療における薬剤提供のあり方について

【好事例について】

1. 自分の経験で申し上げますと、横須賀市の医師会で在宅医療を担当したときに、横須賀市役所の地域医療推進課（当時）と医師会が両輪になって、いろいろな講演会を実施した。一番大きかったことは、集まって顔が見える関係をつくることであったと思う。全国にいろいろな地域があるので、必ずしも二次医療圏が在宅診療の範囲と一致するとは限らないが、ある程度、そういった人の交流がある中で、行政が旗振り役になって集めていただくと、結構人が集まりやすい。そういった意味では、行政に旗振り役になっていただいて、関係職種を集めていただいて、顔が見える関係をつくっていく、または、もう少し人口が希薄な場所であれば、ウェブ会議システムを使用してグループワークをやることで、顔が見える関係になっていくと思う。
2. 神奈川県医師会で、神奈川県全域に対して、在宅医療トレーニングセンターというものをやっている。平成 27 年から地域医療の確保基金を用いて始めたもので、その後、参加者が非常に多く、うまく回っており、現在は神奈川県にも独自に予算をつけてもらっている。ウェブも併用しながら、現場の在宅医療、訪問看護などの実習も行う少ない人数でやるトレーニングと、講演会形式または Web 会議のブレイクアウトルームも使いながら実施する講演会形式の両立てで実施しており、年間 6,000 人くらいの参加者がおり、講演会や講習会も 100 回以上やっている。ブレイクアウトルームでも、ファシリテーターを置いて話を促すと、意外と皆さんも盛り上がってくる。ある程度の圏域、ある程度の広さでつながってきているという実感がある。
3. また、在宅医療トレーニングセンターには、医師会に加え、関係団体、訪問看護事業所、看護協会、リハビリテーションの方、ホームヘルパーやケアマネジャー、神奈川県も傘下に入っており、全部で 16~17 ぐらいの関連団体が参加している。そこで運営協議会を開催し、いろいろな立場で今困っていることなどの課題抽出ができています。まだその課題解決までにはいっていないが、全体的に医療・介護の関係の課題がどんなことかということも分かるので、そういう意味では、非常に助かっている。
4. 対応策の 1 の上のポツが一番重要であり、都道府県等において、医薬品提供について、医薬品提供計画は医療計画と整合性の取れた形で作成されなければならないと思っている。その際には、日本薬剤師会においても積極的な活動をしたいと考えているが、法的

な措置、盛り込むべき具体的な内容を示すといった、都道府県等が計画を進めるに当たってのサポートを厚生労働省にもお願いしたい。また、国が現在示している第8次医療計画における留意事項及び指針においても、薬局の役割として、医薬品等の供給体制の確保という記述はあるが、医薬品提供は医療を実施する上で重要なファクターであることから、もう少し具体的な記載が必要と考えている。現在、困っている地域に速やかに対応するためにも、都道府県の医療計画もしくは別立ての医薬品提供計画も含めて、きめ細かく医薬品提供についての記述がなされるよう、厚労省の後押しをお願いしたい。

5. 令和6年の元旦に発生した能登半島地震のように、日本は自然災害多発国であるため、そういった災害時の対応についての医薬品提供の体制や、新型コロナウイルスのパンデミック時のような医薬品の体制などについての視点もぜひ盛り込んでいただきたい。そういったことも含めて、平時の医薬品提供体制の在り方、有事の医薬品提供の在り方を検討してほしい。
6. 1の2つ目のポツについて、好事例として、富山市では、まず、行政が中心となって、富山市の5つの区域それぞれにおいて、多職種の会議、顔の見える関係をつくるのが、かなり前から行われており、かなり多くの方々が参加している。また、有志で行われている会議、集合して対面でやる会議もあれば、ウェブで実施する会議もあり、医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャーなどいろいろな方々が参加して、地域の課題を解決するといった事例もあり、こういったことを進めていくことが重要。
7. 日本保険薬局協会で地域連携の手引を出しており、その後ろに、いわゆる地域医療連携の事例集ということで、5事例しかないが掲載している。地域の中核の病院がハブとなりながら、薬剤部も参加して、地域の在宅のクリニックの医師、薬局と連携し、地域の基幹病院だけではなく行政も関わっているといった多職種連携の事例があった。
8. サービス担当者会議で、患者の個別の案件に関してのみ、医療機関と薬局で調剤した薬剤の情報共有等がなされているが、現在、医薬品の供給が不安定な状況であり、個別案件ではなく、地域に広がったら非常に有益なことであり、安定した薬物治療に貢献できるのではないかと考えている。
9. 在宅療養において、患者宅訪問の後に、報告書を作成しており、その提出先は、居宅療養管理指導の算定の要件において、処方医とケアマネジャーとなっているが、訪問看護ステーションの訪問看護師にも薬局薬剤師が自発的に送ることによって訪問看護師も薬剤の使用状況や管理の把握・理解が進んで、結果として、患者の在宅医療全体の質のアップにつながっているという事例があらうかと思う。
10. 薬のことは全て薬剤師で完結させるということだけではなく、例えば、飲み忘れの患者、飲み過ぎの患者のような事例は多くあるが、このような場合に、多職種が曜日をずらして訪問できないかと相談して、何時までに飲めていなかったらその薬は服用を促す、ただし、何時を過ぎたらスキップするといった、判断を伴わない作業としての指示も必要になってくると思う。このような機械的な作業となる依頼内容を共有することも必要になってくるのではないか。
11. 自分が、最近訪問した事例において、年末年始をこれから迎えるに当たって、患者の家

族から、いざという場合に備えて、薬を予備として持っておきたい、次回医師が訪問する際にそれをお願いしておきたいという話が出てきた。この患者は要介護5の方で、「いざという場合」は、急な発熱などを意味しているということで、肺炎や尿路感染症などの感染症を引き起こした際の抗生剤や解熱剤をあらかじめ持っておきたいという希望であった。いい機会だったので、あらかじめ薬を備えておきたいと思う理由について伺ったところ、命に関わるほどの問題でなかったとしても薬物療法のタイミングは逃したくないということで、早く対処することで、その状態の悪化や治療の長期化を防ぎたいということが一番の希望であり、何かいつもと違うなと感じた場合にはかかりつけの在宅医に連絡してその医師の指示で速やかな使用開始につなげたいという考えであった。さらに、前もって家であって、日頃から見たり手に触れていて、また、説明を受けておくと、緊急時により落ち着いて対処ができるのではないかと考えるという考えであった。このような患者の家族の意見も含めて、関係する多職種が情報共有をして、評価して、その結果、どのように対応したかということも含めて、多職種でまた情報共有がされるような体制の構築をするべきではないかと思う。この患者のケースでは、家族の方がこのような考えを持っているので、これまで臨時の処方があった場合には薬局が薬を届けに伺っていたが、何時だったか今日は家族の手が空いて取りに行ける、何時だったかヘルパーが取りに行ってくれるということで、必ず連絡を薬局にくれて、そのときに最短で届けられるような方法を取ってきたといった経緯もある。医療職だけではなく、介護職も含めた連携体制の構築が、まずは必要になってくるのではないかと思う。

12. 医薬品提供体制の構築については、地域医療構想調整会議等で検討されるといいと思われるが、なかなか医薬品提供体制に関わる議題までは出てこないことが多く、それであれば、自治体を中心とした協議会や連絡会議のようなどころで検討されることがいいのではないかと考えている。地域での医薬品提供体制の構築の重要性が浸透していけば、地域ケア会議、サービス担当者会議の中でも、話題に出てくる機会は増えてくるのではないかと思う。
13. 地域でも、首長が入るような意見交換会や住み続けたいまちづくりのような会議があつて、そういうところで話題が出ることもあるが、今のところはそこから先に進んでいないという現状もある。そういう意味では、まだ進行形なので、好事例ではないかもしれないが、何かあつたときに備えて予備の薬を置くようなことを勧めていて、定期薬であっても多めに置いておくということは常に行っている。これに関しては、地域の薬局薬剤師にも御相談して、受診の早めの推奨の声をかけるようになってきている。
14. 新型コロナウイルスのまん延については本当に緊急事態であつたわけであり、施設内で集団コロナが発生したときに非常に大変な思いをした。訪問看護ステーションの一人として施設にずっと入り込んで支援をしたことがあるが、そういうときには、脱水の患者が非常に多く、外に出ることもできない、医師をそこに呼ぶこともできない状況の中で、一時的に、点滴等を預かって、特定行為ができる、脱水と点滴の必要性の判断ができる看護師と、医師が、電話やLINEを使用して本当に報告をまめにしながら実際に行っている、脱水を回避したということもあつた。現在の状況の中でそれが通用するかどうか

は分からないが、そういうことも踏まえて、SNS でやり取りをして、まめに電話で医師とやり取りしたことがある。私のいる市内では、ICT を進めていこうということがやっと始まったところであり、その中で、ストック情報やフロー情報をつくり上げていくときに、誰がどのように入ってどのようなものをつくっていくと市民にとって一番いいか、情報が入ることでみんなが困らないかということを、医師や看護師だけでなく、ヘルパー、病院のソーシャルワーカー、行政も入りながらやっているところである。過去にそういう緊急事態だったことで、これからのまちづくりにおいて薬や通院のことも情報として入ってくると思われる。これにより、今後の好事例につながるのではないかと考えている。

15. ICT 化に関してシステム構築に費用がかかる。このため、使用の判断は都道府県でいいが、国として統一システムの導入を検討いただきたい。これにより、活用しようとしたときに一からつくる必要がなくなり、速やかに導入できると考えられる。特に都道府県の県境の場合、県ごとにシステムが異なり、システム整備が大変になってくる場合があるので、このようなシステムの構築・推進に関しては、できれば全国一律で運用できるような形にしていきたい。
16. 好事例の横展開は非常に難しいところがあり、在宅医療においては、100 人の在宅患者がいれば、100 例が個々の事例として、全く違うということを念頭に置いて議論をしなければいけない。好事例の横展開と言っても、1 人の患者の事例が他の事例に合うということではない。これをよく理解しながら、個々の事例をしっかりと集め、枠を少しばかり広げたり狭めたりしながら、どのような枠組みをつくれるのかということについて、全国で一律といった大枠での検討と、それをどのように応用していくのかという個別の検討をしっかりと分けて考える必要がある。そうしないと、ただ事例だけを集めても、全国では足りないということになる。これについてよく理解しながら検討することが必要。
17. 検討の端緒は薬が欲しいときに手に入らないというところだと思うので、連携の中では、薬局間連携が最も重要だと思う。確かに、質の担保という意味では、医療機関や訪問看護ステーション等々の多職種との連携は当然ながら大事であるが、いざというときに薬が入らない、その在宅患者の担当の薬局が対応できないのであれば、その地域で動ける薬局・薬剤師が対応することが最低限の担保だと思う。いろいろな方々に協力いただくところはあると思うが、薬剤師の一丁目一番地であるいわゆる医薬品の安定供給は薬剤師が責任を持ってやるべきだと思うので、地域間の薬局間連携が重要だと思っている。
18. どのような行政単位、地域に落とし込めるのかということで、好事例を小さな地域に落とし込んでできないから特例をつくるということが、いかに無駄なことなのかというところが、17 の意見から浮き出てくる。つまり、地域の枠を少しずつ広げて、薬局間同士でどのように融通できるのか、医療機関も薬を持っているわけであり、医療機関同士も含め、どういう連携を取れるのかということが重要である。その枠組みを小さな単位に落とし込むのではなく、どのような範囲の枠組みで対応できるのかということを、厚労省も含め、県、市町村で考えていくべきであると考えている。

【地域における連携体制の構築等によっても速やかな課題解決ができない場合における協議について】

19. 各地域で実態把握を行って、その時点で患者に供給する対応ができない事例が確認された場合は、まず、その地域の薬剤師会または近隣地域の薬剤師会への情報、連絡がされることが一番重要であると考え。医薬品提供については地域の医療機関も担っている場合もあるため、その場合は医療機関への連絡も必要となる。その上で、「協議の場、協議体のあり方、参加が必要な者、参加が望ましい者」について、地域または隣接する地域の薬局と薬剤師会と医療機関で解決できるよう、まずは薬剤師会が中心となって協議が行われることが必要であると思う。その中で解決策を見いだせれば、当然、実施することになると同時に、その解決策を行政機関や関係する医療・介護関係職種と情報共有をするという流れになると思う。次に、地域の薬剤師会や薬局だけでなかなか解決ができないということがもしあるとするならば、他の関係職種の協力が必要というところで、関係職種による協議がなされ、その中で解決策が生み出されれば、その解決策はやはり関係する行政機関や医療・介護関係職種と情報共有するといった流れといった２段階で行われる必要があると考える。これらを実践することで、例えば、突然緊急で薬を届けたいと言われて対応に苦慮するとか、在宅対応可能な薬局が実は近隣に存在しているといったことがあるにもかかわらず他職種の方から在宅訪問を行う薬局が見つからないといったミスマッチが防げるのではないかと考える。
20. 協議への参加が考えられる職種については、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ職、ケアマネジャー、保健所・自治体の方、医薬品の卸売業の方などの参加も考えられるかと思う。場合によっては、介護施設関係者やソーシャルワーカーといった方々も入っていいのかもしれないと思う。
21. 協議する場については、既にできている協議体があればそれが望ましいと考える。例えば、都道府県レベルであれば、地域医療構想調整会議、都道府県の医療審議会、医療計画を検討する各種会議体なども既にあると考えられる。へき地医療対策を検討する会議もあると思うので、そういったことを、あまりにも縦に分かれることなく、横にうまくつなげなければいけないということは必要であるが、そういった既にある会議体を活用することが考えられるのではないかと考える。地方の薬事審議会も、活用できると思う。個別患者に関する協議体としては、やはりサービス担当者会議が一番ふさわしいのではないかと考える。
22. 資料の中で、課題解決ができない場合には関係者が協議して特例的な対応を実施するとあるが、ここにある「特例的な対応」は現行の法令の範囲内では実施できない内容も含むのか。もし特例が法令に触れるおそれのある内容を含むのであれば、国が事前に特例内容を定めるなど、内容に一定の制限をかける必要があると考えている。また、特例を実施する際に法令上の問題や疑義が生じないように、制度の改正、また、具体的な運用方法や留意点を周知するなどの対応が必要になると考えている。
23. 協議については、特例の内容にもよるが、在宅医療に関わる、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護施設などの許認可や監視指導等を所管する行政も関与して、

特例対応が行われることをきちんと把握しておく必要があると考えている。

24. 薬剤提供、必要な薬剤を届けるということにおいては、まず、そのときに必要な薬剤の吟味が必要であり、患者が欲しいと言えは出すということではない。もう1つ、協議の場があってかなり連携が取れているような地域においては、今、非常に困っていることが少ないと、これまでのアンケート調査でも分かっているので、実はこの前提となっている協議がしっかりとされているということになった場合には、必要な薬剤を届けるということに困ることは本当に少ないレアケースになってくるのではないかと思う。今までの自分たちの経験でいえば、連携が取れているところではそういうことは非常に少ないことが分かっているので、そう考えると、協議をしっかりと実施し、連携を取るということを第一に進めた上で本当に困るということは、これまでの例でいうと、離島の荒天時とか、本当に少ないシチュエーションでしかないのではないかと想定している。連携が取れていないからこそ、今、困っていることが多いのではないかと思っている。
25. この協議が必要になるときは、結構いろいろな場合があると思う。どうしてもこういったことは専門家の視点で協議することになると思うが、個々の問題について患者や家族にどんな困り事があって、今、この困っている事態についてどう受け止めているかという意見は、医療者から見た視点と患者側で一致しないことがたまにあり、また、意外なところに課題を感じていることもあると思う。一方で、協議の場に当事者の患者が出ることはかなり難しいので、関係する医療者や介護職員がその辺りをしっかりと聞き出して、協議の場にその内容を盛り込んでいくことも必要ではないか。
26. 在宅患者への薬剤提供に関して困っているという事例について、地域の薬剤師会に情報が入った場合、役員を含めて担当で話し合っ、どのような解決をしようかという形で検討することになる。先日も、私が所属している富山県では、そういった連絡が入って、診療所から連絡だったと思うが、これから在宅医療を実施することを考えているが、こういった薬局が対応できるかという質問が来て、それに対して薬剤師会として回答したということもあった。まず、地域の薬剤師会が連絡窓口になるので、そこに連絡いただければ、検討して回答できると思う。
27. 薬剤師だけでは解決できない問題があるとしたら、それには医療や看護の中で手伝えることができるのか同化も含めて検討が可能だと思う。
28. 協議会の在り方について、既存の地域で在宅に関わる様々な課題について議論される場があるところに、看護師が関わりそこで今の課題を話すといった好事例がある。そういったことを考えると、既存の会議体等で協議していただくのがいいのではないか。
29. かかりつけ薬局に相談したときに対応できない場合に、地域薬剤師会に相談すれば、具体的な仕組みを提示いただけて、その仕組みで訪問看護事業者の看護師が効率よく患者宅に訪問して対応ができるという取組を全国展開できるようにぜひお願いしたい。

【具体的に協議する必要のある事項について】

30. どうすれば資格者である専門家がそれぞれの専門性を患者に提供できる体制をつくるか、ということについて協議することが前提であり、それが患者に安全な医療を提供することにつながると思う。今回は医薬品提供について議論しているので、当然、薬剤師がど

のような形で関わることができるのか、もし関わることができていないのであればどういった形で関わるができるのか、ということ話すことが重要。また、医薬品の提供は医療において欠かすことができないものであり、都道府県単位であっても、サービス担当者の単位であっても、医療体制を協議する際に、必ず医薬品提供が付随することの認識を高めておくことも大変重要である。

31. 具体的な協議が必要な内容については、地域の医療体制、医薬品提供体制の実態に応じるものであるが、例えば、夜間・休日を含めた在宅対応可能な時間帯、サービスを提供するに当たってどのくらいの時間を要するかといったこと、救急搬送が必要な場合に係る事前の対応、地域の在宅現場で処方が必要となる医薬品の種類、医薬品の種類ごとの医薬品卸の配送の状況、地域薬剤師会の相談窓口や連絡先、曜日・時間ごとの関係職種の連絡先、実際に対応可能な時間・状況（ウェブ開催の活用等）。細かいところでは、患者にあらかじめ調剤した薬を置いているか、OTC 医薬品を活用する場合においてどこにどういう形で医薬品が置かれているか等の情報、患者・家族の生活度に合わせた余裕のある調剤数量、在宅医療であるため、ACP についてもどのような状況であるのか、現在であれば、医薬品の供給不安があるため、その影響を受けている医薬品はどのようなものがあるのか等、様々な内容についてきめ細かく協議がなされることが必要である。
32. 昨今は、使用できる麻薬の種類も多くなっており、高額な医薬品も増えてきているので、これらの医薬品が薬局のキャッシュフローを大きく圧迫しているという状況もあり、麻薬や高額医薬品を処方する際の処方単位を地域で合わせるといったことも協議されるとありがたい。

【特例的な対応を検討する前に予め協議しておくべき対応について】

33. あらかじめ処方や調剤をして患者宅に配置することについて、実際にきちんとできるのであれば、よい方法だと思っているが、これが全てではないと考える。個人的な症例によるため、地域の問題か意見はあると思うが、高齢者、独居、認知症の方々も、いろいろな病気を持っており、様々な症状に対して薬が処方されているときには、やはり使いにくい手段であると思っている。あくまでも、患者本人、介護者の方、家族がしっかりとしている方でないと、心配な点が多いと感じている。これも個別の症例になってしまうが、古い薬と新しい薬の区別が難しくなっている方がたくさんいる。高齢、認知、受診のときだけに遠方から来る家族という現状になっていますので、実際に患者だけが在宅しているときに正しい管理ができていないということもたくさん見ている。点眼のピコスルファートが点眼薬と一緒に置いてあったり、冷蔵庫に置くべき座薬が冷蔵庫の中で管理で整頓されておらず探さなければいけなかったりしていた事例があった。家族間で薬を共有する方もいて、もちろん、薬剤師から本当に十分に注意していただいていると思うが、オピオイドの湿布薬などは非常に痛みにも効くということで、腰痛持ちの家族に渡していることがあり、恐ろしいと思った。訪問看護が入っていて早急に対応ができた事例ではあるが、全ての患者へ対応するのは難しい。事前に処方薬を置くことは、発熱等があったときに、訪問看護師も安心できる。緊急といっても、それほど多くはないため、発熱や風邪症状が少しあったとしても、それを事前に置いておくことは恐ろし

い場合があると思う。また、使用しなかった薬剤を捨ててしまうことになることもあり、特にオピオイドなどは本当にもったいない。処方されるとき数は重要であり、多めに出してしまふことがあったり、症状が出ずに使用しないことは良いことではあるが、患者負担など、経済的な問題もあると考えている。

34. 看護師が家庭環境も含めて状態観察し、状況を把握していることは、薬剤師にとってもすごくありがたい。その情報が関係者で共有されることが重要である。共有されれば、薬剤師も、薬が余っているのであればこういった処方提案ができるのではなかろうか等、具体的な対応方法をきめ細かく提案できると思っている。そのため、看護師が知り得た情報の共有をどのような形でするとよいのかを地域、患者単位で考えることが重要。
35. 地域における連携体制の構築については、県レベルでどのような形で医薬品提供するかという大きい枠組みで検討されるべきと考えている。その上で、個々の医薬品をなかなか提供できない事例が起こった場合の対応については、地域の薬剤師会に連絡いただければ、その都度、協議して対応方法を検討して回答できると考えている。
36. 在宅医療は夢のような世界ではなく、本当に想定外のことばかりが起こる。100 人いれば 100 通りの在宅医療があり、その中で画一したものは全くない中で、議論するのは大変なことである。この検討会では薬剤の供給があるべきかを議論する場であるが、33 のような意見を頭に入れて議論する必要がある。しかしながら、その 1 つの事例だけを殊さら捉えて何かしないといけないというように議論が進むのは大変なことであり、全体の中でどのようにセーフティーネットを作っていくのかということが非常に大事で、そのことを議論すべきである。
37. 在宅医療は非常にお金がかかる場合が多いが、医療資源がそこに投入できないということがあるので、無駄なこともいろいろあるということを理解する必要がある。そうしないと、ただ特例的な対応をしなければいけないような感覚になってしまう。すべてが特例的な対応に近いことになってしまうのが在宅医療であることをよく理解すべきである。実際に事例を集めてみると、それほど大きなことがない。これは、関係者が一生懸命患者を守るといった感覚の中で見ているので、本当に大きな不都合は起こってこない。もし不都合が起こるのだったら、在宅はそこで終わり、そこで搬送しなければいけないという状況ということ、しっかりと認識しなければいけない。
38. 在宅医療の中の薬剤の使い方に関して、認知の方、老々介護の場合で、日々、困っている。もし、薬剤の供給以上のことまで今回のこの検討会で検討していただければ非常にありがたい。

議題 3：専門医療機関連携薬局について

1. 専門家へのヒアリングは実施していただいて、本当に必要な領域があれば、そういったことを専門にする薬局も出てくることで、差別化を図っていけるのではないかと。ただ、専門医療機関連携薬局の数はまだ約 200 であり、地域によっては物すごく少ない。一般

的に、患者が、例えば、かかりつけで診てもらっていて、本当に専門的な病院が必要になったときはかかりつけから紹介してもらわなければならないときに、認定薬局を紹介してもらうという発想はあまりないように思う。認定薬局というものがあるので、ぜひそのような発想も薬局に持っていただきたい。専門分野の領域を広げていくのであれば、例えば、どこが小児のことに強い薬局なのか、HIV に強いのかということも、患者が探すよりは紹介してもらえほうが安心できると思う。

2. がん以外の他の領域についても検討いただきたい。がんでも、まだ 200 ちょっとであり、全国的なレベルで見ると、偏っている。各県にがんの専門の拠点となる病院があるが、患者数に応じたがん専門の認定薬局はすべからくあるべきであると認識している。
3. 小児においては、実際のところは、小児の専門の病院、こども病院の周辺で薬局が工夫して対応しているということがある。小児の場合は、分量も非常に微細なところを扱わなければならない、小児の中でも、小児の慢性疾患、がん等もあり、いろいろな工夫をしながら対応している。面でなかなか対応できないわけですから、地域限定になろうかと思う。そのこども病院の周辺でそのような専門が 1 個あって、そういう専門薬局が、機能として、患者の近くの薬局と連携していくということが出来る仕組みをつくっていただきたい。他の疾患に対してもあるが、特に小児において必要であり、配慮いただきたい。
4. 関係者のヒアリングにおいて、患者を含めて、地域のニーズとして何が求められているのか、聞いていただきたい。
5. 認知症は母数も多くて、専門機関連携薬局という形がいいのかということはあるが、オレンジリング活動などもあるように、地域で支えていくものであり、専門の薬局が、それをさらに強化できるということもあると思うので検討いただきたい。
6. 事務局提案の HIV と小児（疾病）の検討に当たっては、専門家及び現場の意見もしっかりと聞いて、その上で、患者の薬物療法の質を高めるため、いわゆる専門医療機関連携薬局と地域の個々の薬局の連携をもっとしっかりと取れるような体制構築ができるよう、丁寧な議論をしていくことが重要。
7. 医療が入院から在宅療養へ移行していく中、薬局薬剤師が、がんだけではなくて、多くの疾病と携わるケースが年々増加していると思う。そういったことから、専門医療機関連携薬局の疾病区分の追加の検討をすべき。
8. 薬局薬剤師側の問題としては、今まで以上に医師や近隣薬局や地域の薬局との連携が必要になってくると思うので、情報の共有の在り方がこれからの地域の課題になっていくのではないかと感じている。
9. 日常の医療は地域で行われるわけであり、地域の薬局が対応するのが基本ではあるが、がん等も含めて、専門医療のサポートが重要で、なかなかサポートが得られない患者やサポートが得られない地域の薬局に対して、しっかりとサポートをしていくために、専門医療機関連携薬局がある。日常的にはその地域で対応されており、その中で、がんという特定の疾患に対してどのように専門的に情報を与えていくのかというところにある

ものであって、専門医療機関連携薬局が優位に働いているわけではないはずである。このことが重要であり、例えば4ページの図においてもわかるようにしていただきたい。

10. 専門医療機関連携薬局の場合は、その領域の専門性を持った薬剤師をいかに育成していくかということが重要。がんに関しては、がんの診療拠点病院が約400ある中で、現状、今の専門医療機関連携薬局（がん）が200ぐらいである。2006年にがん対策基本法ができてから、厚生労働省の施策もあって、その領域の専門性を有する薬剤師を育成してきたという経緯がある。日病薬では1,000名以上、日本病院薬学会や日本臨床腫瘍薬学会でも800名ぐらい、当該領域の専門性を有する薬剤師が実際にいて、その一部は薬局薬剤師としても勤務している実態があらうかと思う。HIVに関しては、エイズの診療拠点病院が、がんよりは少ないが、300程度はあったかと思う。日病薬のHIVの認定薬剤師の数が大体100名規模で、薬局の薬剤師でも認定薬剤師の資格が取れるが10名ちょっとという状況。そういった意味では、HIV領域の専門性を持った薬局薬剤師をどうやって育成していくのかという課題があらうかと思う。また、小児に関しても、小児の中核病院と地域小児科センターで大体500ぐらいの病院があると思う。小児領域に関しては、小児臨床薬理学会と薬剤師研修センターと一緒に小児薬物療法の認定薬剤師を育成しており、1,000名近い薬剤師がいるとは思いますが、実際の薬局勤務の薬剤師はほとんどいないのではないかと。いずれにしても、HIVの診療拠点病院や小児の中核病院など、医療機関が決まっていて、恐らくその近くの薬局ですごく対応されているという実態はあると思うので、ニーズは高いと思うが、どうやってその専門性を有した薬剤師を育成するかという課題がある。
11. がんの専門医療機関連携薬局が各都道府県の医療計画の中でどのぐらいしっかりと位置づけられ実効性を持っているのか、今後、各都道府県の医療計画としてそういった専門医療機関連携薬局を増やそうとしているのかということも、ポイントになってくるのではないかと。小児医療に関しても、5疾病・6事業の中で位置づけられているし、エイズ診療の拠点病院を設けることも、国の施策として行われていると思うので、この専門医療機関連携薬局が、関係者だけの議論になるのではなくて、本当にその地域医療の中で医療計画に位置づけられて、行政としてそういった薬局をきちんと医療提供体制として整備していくということに結びつける必要がある。
12. ヒアリングに関しては、そういった専門領域の仕事をすごく頑張っている方やそういう専門性のある薬剤師を育成している方たちは、皆さん、すごく熱い思いがあるので、聞くと、「絶対に必要です」、「絶対にやります」とおっしゃられると思うが、先ほど申し上げたそういった2点を進めていただくために必要な方にも、本当に協力していただけるのか、実行可能なのかという辺りも含めて、幅広くヒアリングと情報収集をしていただければと思う次第です。

議題3：病院の敷地内に所在する薬局に関する調査について

1. 地域ケア会議やサービス担当者会議への参加について時間が合わなくて参加できていないというところが多分にあるのではないかと考えている。「薬局に声をかけてもなかなか参加してくれない」という意見を聞いたりするが、敷地内薬局の場合にどうか不明であるが、1人の薬剤師しかいない薬局の場合、営業時間内にそれらの会議が開催されると、薬局を閉めなければ参加できないこともあり、お互いの状況の理解をもう少し深めるほうが、こういった会議への参加が進むのではないかと思う。
2. 調査結果を見ると、1日当たり平均勤務薬剤師数について、敷地内薬局の場合は5.7人、一般のほかの薬局平均は2.7人で、大分差がある。処方箋応需枚数も、かなり多い。一方、在宅患者への対応は、敷地内薬局で85%というのは、一般より多いのかどうか。仮に多いのであれば、その要因はスケールメリットなのか。他に何か要因があるのか。
3. 在宅対応に関するデータについて詳細を見ると、91回/以上の薬局が15ある。これが上振れを起こしているだけなのではないか。実際には、たくさんの敷地内薬局が在宅に対応していることはないのではないかと。そういう意味で、これが優れている・多いという書きぶりは修正した方がよいのではないかと。
4. 在宅対応を一生懸命実施しているのはどういう医療機関の敷地内薬局なのか。敷地内薬局がある病院の開設者は医療法人が多いということだが、どれぐらいの規模の医療法人なのかということも分からないので、もう少し細かく分析したものをを見せていただくと納得できるのではないかと思う。
5. 薬局としての許可を得ていることから、機能を果たしていないのはそもそもの問題であり、一定の機能を果たしているということについてはよかったと思っているところもある。ただ、一番の問題は、調査結果にあるような公募要件が出されて、かつ、それを受けてしまっていることや不動産取引に関しましても同様の結果であることであり、このようないびつな状況を生み出しているということが、実態として浮き彫りになったのではないかと感じている。これは、日本が目指してきた医薬分業ではなく、薬局ビジョンからも大きく外れているということは、言うまでもないと思う。報道ベースであるが、最近、敷地内薬局を閉めるとか、公募をしても手挙げをするところがないとか、そういった事例があるとされており、ようやくあるべき医薬分業の姿といった理解が進んだのかなと思っている。
6. 医療DXの中で、オンライン診療やオンライン服薬指導、電子処方箋が進んでいるが、医薬分業の趣旨がゆがめられるやり方がはびこることがないように、制度としても、きちんと整理していただきたい。
7. 高度な薬学管理機能であえて敷地内にあるということを言うためには、なかなかデータを取ることが難しいということは承知しているが門前薬局とのデータの比較は必要だと思っている。
8. 1か月当たり時間外等加算の算定回数の総数について、薬局全体ではなくて、大きい病院の目の前にある薬局群と比較して、確かに多いということであれば、意義があるのかなと思う。また、敷地内薬局医療機関の開設者について、かなり公益性の強い法人が敷地内薬局を持っているというデータであり、医薬分業にそんなに詳しいわけではないが、

そういう精神から見ると、どうなのかなと思っている。

9. 35 ページ、下の医療機関の開設者から、上に行って、医療機関の建替えや新棟の建設をすることまでは、少しうがった見方をすれば、利益供与と言われても仕方がないような内容になっていますので、これも内容がもう少し分かるアンケートを取っていただくとよいのではないかと思います。次の 36 ページ、不動産取引の関係がある場合の賃貸料について面積が分からないと妥当な額かどうか判断が難しい。もちろん都会が高くて田舎が安いことは当たり前だと思うが、単位面積当たりで 2 万以下は随分安いと思った。こういった比較対象、データの補足があれば、敷地内にある意義が浮き彫りになってくるのではないかと。
10. 今回の調査について、まず、外形的な調査がされたと思っている。7 ページでは、病院敷地内薬局の半数以上はがんや在宅に注力していたといったところがあるので、こういった状況があること自体は、もともと議論していた高度専門的な医療を踏まえた対応がされている側面もあるところだとは思われ、こういった部分については、それはそれで見えていく必要があるのではないかと。また、薬局を選択する患者の立場になった場合に、どういった検討ができるかという点も重要であり、その観点では、敷地内薬局だけではなくて、敷地内薬局と門前薬局を併せてどのように考えていくのかということが、今後の検討においても重要ではないかと思う。
11. がんや在宅は、先ほど議論としてありましたけれども、34 ページの法人のところでも多分引っかかってくるのだらうと思います。法人が、合目的に、がん専門、もう一つ、在宅というものをやっていけば、その敷地内薬局であれば、当然その比率は上がってくるという形で、先ほど、事例として、91 という形を出したわけです。患者さんにとっては、重要かもしれません。しかしながら、在宅をやっているということは、実際には、面でございますので、どこまでそれをしっかりと追っていくのかということはなかなか難しいことだらうとは思いますが、患者さんは、そういう意味では、いろいろなところにお住まいになるという形だらうと理解しています。
12. 公募要件について問題がある事項もあり、がんや在宅に注力していればいいのかということではないと考える。問題があるところは、問題があるということは指摘しなければならないと思っている。
13. 公募型プロポーザルに関して、もし可能であれば、薬局単独として公募型に入っているのか確認してほしい。場合によっては、薬局以外も含むアメニティー等を整備する中に薬局が入っている場合もあると聞いているので、これが本当に薬局単独での公募なのか、一体型のものなのかが見えるとよい。