

## 第13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. 38行目から、この意見の中に、現在起こっている医薬品供給不安や配送頻度の減少、土曜、祝日に配送を取りやめる、配送拠点の集約によって取り寄せに時間がかかるなど、医薬品卸の配送状況についても、都道府県、地域ともに関係者全員が把握しておくことが必要という内容について、記述をお願いしたい。
2. 49行目以下、52行目以下、55行目以下で薬局という記載と、医師、薬局、薬剤師、訪問看護師という記載のようにばらつきがあるので、調整いただきたい。
3. 55行目から56行目、会議への薬剤師の参加について、開催に当たってはウェブ会議など薬局・薬剤師が参加しやすい環境を整えることも必要であるということ意見を意図してきたので、記述をお願いしたい。
4. 地域における夜間・休日の薬局の対応状況、地域薬剤師会においてということ記載されているが、これまでの議論でも、都道府県の行政によるリストの表示に関しては、患者は薬剤師会のホームページを見る前に、地域の行政のホームページからアクセスすることが多いのではないかと思うので、そういったところもしっかりと充実させていく必要があるということ記載いただきたい。
5. 議論のまとめに記載することではないが、ホームページではなく、グーグルの検索でヒットしたものを結果として見ていることが多いようなので、検索で引っかかるようなサイトをつくらないと、せっかく公表してもヒットしないということがあると思う。
6. できるだけ公的機関側で参照しているものが多いほうが検索エンジンで上に上がってくる可能性は高いように思うので、厚労省でまとめて公表していることのもいいことだと思う。今後、SNSの利用など検索ツールの使い方が変わってくることもあると考えられるので、状況を見て見直していただくという認識が必要。
7. 95行目から、体制構築の強化については、都道府県薬剤師会、地域薬剤師会の関与が重要であるというの間違いはないが、人的、金銭的にも負担が大きいので、行政等による支援が必要であるという旨の記述をお願いしたい。
8. 105、106行目について、「上記の対応についても、これを前提に検討する必要がある」の「上記の対応」と「これ」について、明確に書いていただきたい。
9. 107行目、「行政を含めた関係者」が主語だと思うので、記述をお願いしたい。また、最後に「実施することも重要である」とあるが、継続的な実態把握と見直しというのは必ず実施しなければならないと思うので、「重要である」ではなく、例えば「実施されなければならない」のような記述にしていただきたい。
10. 111行目以下の点で、具体的な方策が書かれているが、その前提として、107行目以下にも書かれている継続的な実態の把握が必要である。一般論として、対応方針を決定、周知したり、場合によってはそれを修正していったりする前提として、状況の把握が一番重要であり、後半のいろいろな施策の基本にもなると思うので、継続的に行う具体的な

施策の中に入れていただきたい。

11. 状況の把握や施策というのが地域単位の話になっていると思うが、厚労省においても、  
どういう地域の状況にあるのかという情報を把握できるようにすることが必要ではないか。
12. 115 行目、地域薬剤師会による在宅対応薬局の一覧の部分について、会員、非会員問わず  
ということを追加していただきたい。
13. 115 行目について、当事者感覚を全ての薬局の方が持つという意味で、日本薬剤師会、日  
本保険薬局協会、日本チェーンドラッグストア協会のように、全ての薬局の方々がしっ  
かり当事者感覚を持つような書き方をしていただきたい。
14. 薬局・薬剤師がこれから 24 時間、夜間・休日を含めた体制に必要時対応いただけるとい  
うことがこの議論の中で意見され、協議されてきたと認識しており、それを表す文章が  
(1) の中で散らばっていて、ワンセンテンスでは読み取れないので、薬局及び薬剤師  
が地域のニーズを把握し、必要時に対応していただけるという内容をこの中に追加して  
いただきたい。
15. 118 行目「地域薬剤師会による薬剤提供に係る課題に関する相談窓口の設置」について、  
訪問看護ステーションからすると相談窓口があることは非常にありがたく、大事なこ  
ただと思う。こちらもしっかり公表することが分かるような記載にしていきたい。
16. 127 行目「薬剤の提供が円滑にできないような事態が生じてしまうことはあり得る」と  
いうことについて、この薬剤提供が円滑にできない事態というのが、休日等に訪問看護  
師が処方箋を持って薬局を探してしまう事態のことだと思っている。そういうときに個  
別の対応方法が記載されており、例えば「あらかじめ処方・調剤した薬剤を患者宅へ配  
置すること」とされている。もちろんこれが実施できればよいが、できない状況もあり、  
実際に薬剤が置かれていないことがある。24 時間や休日対応できない、あるいは僻地で  
なかなかタイムリーに薬を供給できない薬局であることが自分で分かっているとすれば、  
普段薬に関わっているのは薬剤師であり、薬剤師から医師に、この患者にはこういう薬  
をもう少し出しておいたほうがいいのかという気づきがあった際には積極的に  
予め対応できるようなことを伝えていただけると、状況も変わってくると思う。
17. これだけでは十分ではないと思っているが、「一般用医薬品の活用」について、活用だけ  
ではなく、しっかり相談や管理していただけることで、個別の在宅患者への対応として  
薬剤提供の課題を解決できるのではないかとと思っている。
18. 厚生労働科学特別研究の報告では、薬局と訪問看護ステーションが連携できていなかった  
事例や、昨今の医薬品の供給不安等により薬局に在庫がなかった事例、薬局へ情報が  
共有されていない場合、医療機関、薬局、訪問看護ステーションにおいて事前に、患者  
の状態が変化し、薬剤や医療材料が必要となった場合の対応手順について申合せがない  
などといった事例が多数含まれていたと理解している。今回、先ほどの(1)のところ  
の連携の体制の構築・強化をすれば、今の事例はほぼ打ち消されるのではないかと思っ  
ている。(2)の125行目から「地域において在宅患者への薬剤提供体制の構築・強化を  
推進している場合であっても、地域によってはその構築・強化の過程において」となっ

ているので、体制の構築・強化がなされる途中においては当然そのようなことが起こり得るのだろうと思う。人口減少時代において体制の構築・強化がなされないと、医薬品提供が必ず綻びを持つというふうにする。この体制を構築するということは日本全国のあらゆる地域において適用されるべきことだと思うので、そのような形でこの取りまとめがなされることを望ましい。

19. 現場感ということで、横須賀は首都圏の中では高齢化率トップの自治体なので、在宅医療は昔から頑張っている先生方が多くおり、そういった恩恵もあったと思うが、薬剤の提供ということに関して、今、それほど困っている感覚はない。それは先輩方が積極的に地域の医師会や行政を巻き込んで多職種連携を進めてくれたおかげなのだと思う。そういったことで、地域が違えば大分事情が違って本当に困っているというのは推定される。もし新しい薬を処方しなければいけないとなると、医師が改めて診察をして、その上で処方箋を書かなければいけないということになるので、そういったことまで考えると、郊外の地域になってくると、医師がその場まで行って新たに診察した上で処方箋を書いて、また出していくということが、横須賀においてでも全部に対応するのは難しいと思っている。それで事前に頼用の薬を渡し始めているのではないのかなと思っている。ただ、横須賀においても薬剤師の先生方の多職種連携の会の参加率はまだまだ低いので、そこはやはり課題だと思っている。
20. コロナ前の話になるが、横須賀で在宅担当の理事をやっているときにいろんな自治体に呼ばれて、在宅の話をしに行ったことがある。もう5年以上前の話であるが、多職種連携ができていない地域もまだまだあると思っている。そうすると、事前に薬を用意してほしい、そういったこともなかなか言う機会がなかったりして、その辺に苦労があるのではないかと思う。
21. 病院から在宅医療に移行する場合、在宅に対応できる医師がいるわけであり、医師が起点となっている。そこに他職種がどれくらい関与できるかということがまず問題だった。今まではそういうことがなかったわけだが、多職種連携となると、地域において、薬局と訪問看護ステーションが両方ある地域、薬局のみの地域、訪問看護ステーションのみの地域、ばらばらな状況であり、薬剤提供のことも片側のことだけでも仕方がなく、どちらかがあるところもあるし、どちらかが欠落しているところもある。その中でどういった多職種連携をして薬剤提供体制をしっかりと構築するのかということが重要である。地域でどうあるべきか、プレイヤーがどれだけいるか、個々の地域でそういうものが明らかになっていけば、少しは齟齬が少なくなるのだろうと思っている。
22. 在宅に精通されている医師であれば、あらかじめこのような処方が必要だということは分かっていると思うが、中にはまだ実施していただけないことがある。起点となる医師にそこを御理解いただけておらず苦労したこともあり、このような事態も起きているのではないかと思っている。訪問看護師が、薬が足りなくて駆けずり回るなど、自分が何とかするとかということだけではなく、地域の薬局の薬剤師も積極的に医師に事前の処方に関して声をかけていただくと、地域での体制づくりにもなってくるのではないかと思うので、是非お願いしたい。

23. 前回は申し上げたように、地域でその地域の患者を診ている在宅医であればよいが、そうでなくて、例えば長野にあって、在宅医が東京にいる、そして、医師を派遣して、1週間に一、二度訪問する、そういうような在宅医もおり、それを在宅医だと公言している。そういうところでは、地域の中で地域の薬剤師の先生方、地域の訪問看護ステーションの方々、そういうところと連携がなかなか取れない。それは本来あるべき姿ではない。いろいろな規制改革のために、遠くから飛んでもいいというような図式をつくって、都道府県を越えてもいいような、いろんな仕組みをつくってしまった。それでひずみができる、複雑化するということがあり、地域で他の職種が全員出ていても、その在宅医だけは遠くにいたりすると、それはオンラインであってもいい場合もあるが、在宅の場合には、最後は、オフラインでしっかりと対応できる必要があり、オフラインのときだけ地域で対応していただくというような対応をまれに見ることがあり、こういう懸念が出てきている。
24. (2) や (1) の 95 行目以下などについて、もともと都道府県レベルでの協議結果も踏まえながら、行政を含めた関係者で必要な薬剤提供体制のあり方や、それを構築するための方策、連携のための具体的情報共有等について協議し、体制を強化していくということがあるので、情報をマッピングしていくことも、その中に入っていると思う。(2) においては、具体的な方策として、特に協議会が何をやるということの記載がなく、(1) と (2) の文章の中身上、関係性がやや不明確になっていたところがあると思うので、(2) に文章がリンクすることを入れていただく筋が通った形になるのではないかと。
25. 基本的には都道府県が中心ということになってくると思うが、例えば県境のような場所においては、実際は隣の県のリソースの方が近いこともあると思う。もちろん、これは都会からオンライン診療をするとか、そういう意味ではなくて、隣接している自治体の協力が必要に応じて得られることは、山間地などの圏域などでは限られたリソースになるので、行政をまたいだときにもプラスになる部分はあるとは思っている。
26. 130 行目の後半部分に「医師、薬剤師、訪問看護師等により対応方法を協議して必要な対応を検討することが求められる」とあるが、内容が重複しているようになっているので、修正をお願いしたい。
27. 132 行目からの段落の最後に「調整を行うことが考えられる」とあるが、在宅医療において薬剤師の関与が極めて重要であるということはずっと議論されているので、「必要である」としてはどうか。
28. 136 行目から、文章の前後で主語が異なり分かりにくいので修正してはどうか。
29. 141 行目からの対応方法の例において、4 つ事例が記載されているが、「休日や夜間に急な対応が必要になった場合の連絡方法、対応方法をあらかじめ関係者で協議する」ことも事例として追加いただきたい。
30. 132 行目の部分の在宅患者であっても薬剤師に対して訪問指示が出ていない事例に関して、まずは訪問薬剤管理指導の対象にするための調整を行うことが必要であることに加えて、その結果として薬局薬剤師が訪問するに至らなかったケースであっても、その患者に関わっている多職種のメンバーとして、どういった方たちがどのように関わっている

るのか薬局薬剤師が把握できるような仕組みの構築が必要なのではないかと思う。例えば私がいる地域では、薬剤師会が区の保健福祉政策をつかさどる部門に依頼して、お薬手帳に挟めるような連携シートのようなものを考えたこと等がある。そこには、キーパーソンが誰なのか、関係する職種がその誰なのかということを書き込めるようにしたという事例もあったので、そういった手段も一つ入れていただけるといいと思う。

31. (3)については、特例的な対応という記載になっているが、どういう場面があり得るのか、未だに想像がつかない。どうしてもこのまとめで文章として残すということであれば、ということで意見すると、まず、167行目に「報告の上」となっているが、報告だけだと、自由際限なく特例的な対応がなされるということになりかねないと思うので、関係者のコンセンサスを得た上で進めていくということが必要である。そうでないと、本来あるべき姿への改善へ持っていくことができないので、関係者の許可なり承認なりが必要ではないか。169行目からの段落の最後に「構築に活用することが望まれる」とあるが、これも「構築しなければならない」ではないかと思う。185行目の文章が分かりづらいので見直していただきたい。もし予見できないということがあれば、当然、医師が予見できないということでもよいと思うが、それも確認したい。192行目から「輸液（体液維持剤）を対象として検討」とされているが、ほかの医薬品との併用による相互作用が極めて限定的で、かつ、処置・投薬に関して医師の指示が可能になるような、明確な症状が発現する場合に使用されるというものに限定されるべきであると思っており、その旨も記述いただきたい。198行目に「上記の臨時的な対応」とあるが、仮に輸液を訪問看護ステーションに置くということにしても、不特定多数の患者を対象にするというのではなく、そういった概念が含まれていないのであれば、どこかに記述してほしい。
32. 185行目について「予見できない」という用語を後ろに回したほうが分かりやすいのではないか。
33. 在宅療養を予見できない変化について、在宅療養を維持可能だと判断するのは医行為であり、医師のみが実施できるものであると考える。そのため、予見できないわけではなく、予見できるが、薬剤が入手できなかった場合においてどうかということではないか。※の注の部分について記載を見直す必要があるのではないか。
34. 確かに予見ができているが、必要なものが手元にないという場合について、こういった方策を利用するというのは価値があることだと思う。予見される場合が含まれるというのは、その場合がかなり多いのではないかというのも大事な指摘である。ただ、全部予見可能ではなく、予見できないような場合もあるように思う。法的に言うと、予見というのは、評価的概念の側面があり、かなり抽象的でもあるので、全部予見できるとすると、全部責任があるということになるので、記載について検討が必要である。
35. 192行目以下について、特に事前に処方・調剤した薬剤を配置するということがある。医療用麻薬は話が別であると思うが、そのほかのものについてもどこまで配置しておくのか。何か考えられれば全部事前に配置しておくのかということもあろうかとは思いますが、医薬品自体も従前に比べると、限られた資源になってきているので、取りあえず全部配置するというのも難しい場合もあるだろうと思う。一方で、配置することで対処できる

ことがあれば、それにこしたことはないのかもしれないが、そうではない場合、輸液だけを対象とすることでいいのかどうかということは、何でも置けばいいというものでもないと思うが検討いただきたい。

36. 予見できるものは非常に狭いと考えていただかなければいけない。輸液でも、いわゆる等張の輸液は5種類、低張の電解質の補液にも4種類ある。これらについては、治療として継続しているものだから患者宅に置いてある。予見はできても、ある程度状態が変わってきたときは、その輸液では対応できない。このため、例えば訪問看護ステーションに置くのであれば、4種類、5種類の輸液を複数置いておかなければいけないため、在庫もかさばる。患者が複数であればさらに負担が増える。在庫ロスもあるので、それを考えると今の訪問看護ステーションの状況では財力的に大変であると考え。個々の訪問看護ステーションが無理にならないような仕組みを考えていかなければいけないのではないか。
37. 今回の議論の中で訪問看護ステーションに配置する薬の中に輸液がこのように検討されたということに関しては、現場感覚では非常にありがたいと思っている。他のいろいろな方法で対応できない場合において使用するものであったとしても非常にありがたい。例えば、脱水の対応を考えただけでも、ここ数年の事例を考えると、助かったと考えられるものがどれだけあるか。ただ、点滴は針やセットなどが必要であり、訪問看護ステーションでもそういう物品を置くことは可能なことにはなっているが、今まではそういった物品を提供いただいて対応している。コストの負担もあるので必要な物品も手に入りやすいような方法が必要と考えている。
38. 訪問看護ステーションに輸液を置く場合に行政に届出や報告が必要であることは当然と思っている。報告をきちんとすることで、訪問看護ステーションの現状など薬に関して様々な情報をもっとわかるようになるのは重要である。一方で、軟膏や解熱剤なども置けるとすればありがたく、利用者のためになるだろうと思っている。
39. 在宅に OTC 医薬品を購入して置いておくとしても、患者の状況を考えると、買いに行くのも訪問看護師になるだろうと想像される。
40. 薬の管理について、患者宅に点滴を置くことのリスクとして、どこにあるのか、いつのものだか分からないということがある。そういうことを回避するためにも、訪問看護ステーションに置ける医薬品が訪問看護ステーションに1つでもあれば、非常にありがたいですし、地域の薬剤師の方々からも、OTC 医薬品を使うにしても助言をいただくと助かるので、そのようなことを記載いただきたい。
41. 今般、訪問看護事業所に置いておける医薬品として輸液が提案されたことに関して大変意義があると思っている。ただ、輸液以外にやはり必要な物品があるので、それに関する対応についても御検討いただきたいと思っているほか、今回の会議や実態調査の結果では、解熱鎮痛剤や軟膏等も使用頻度が高いということが把握されているので、何とか保管・管理できるような工夫がないものかと考えている。それらを対象の医薬品に含めない理由として、事前に処方できる OTC 薬への対応が可能と取りまとめ案には書かれているが、なかなか OTC 薬を買いに行けない、もしくは買いに行こうと思うと薬局が閉ま

っているというようなこともヒアリング調査からは出ているところであり、このような状態を何とか改善できればと思っている。かつ、取りまとめ案に「臨時的な対応の実施状況を継続的に把握し、見直しを図る」と書いてあるところをしっかりとやっていただきたいと思う。

42. 今回の検討会で、そういった事例を事前に協議することで解決するとの意見があったが、温度感としてはほぼ全部解決できるのだろうと感じている。その実態を地域の薬剤師会や薬局と協議すれば、また、事前に解熱鎮痛剤、軟膏、内服薬も含めて、もし担当の医師がそれを事前に処方してくださらないのであれば、その状況をかかりつけ薬局または薬剤管理指導している薬剤師に教えていただければ、薬剤師から服薬情報提供書なりトレーシングレポートなりで処方提案はできるので、そういったところで連携が必要と思う。薬剤師としても難しいところとして、訪問看護師にする指示書のようなものがないことである。患者さんがタイムリーでどういう状況になっているのか、医師と看護師がどういう連携を取っていて、どういうことを予見しているのかということが薬剤師には分からないので、いきなり輸液が欲しいとか何が欲しいと言われても、それは難しい。そこをできる限り、医師、看護師、薬剤師で連携を取って情報共有することによってほとんどが解決できると思う。患者が急に困って、看護師さんが夜間や休日に行かなければいけない状況も減りますし、夜間・休日に患者さんの薬がない状態も減る。また、時間外に少ないリソースで働いている医療従事者が動かなくても済む。時間外や休日加算という医療費削減にもつながるので、そこは事前に三者が情報共有することによって、各職種の専門性を生かしながら、患者のために事前に対策するということが重要であり、先ほど他の薬を置く云々という意見もあったが、むしろそこを議論するよりも、事前にどうやってそれを回避するかを専門職で話し合うことが重要なのではないか。
43. 建前として、訪問看護ステーションに薬があって、例えばロキソニンがあって、熱が高いから薬を飲ませてあげたいと思ったときに、事前に指示が出ていない場面だと、ドクターが行って診察し指示を出さなければいけない。いろいろな現場があると思うので、それをしっかり決めて、その上でロキソニンを出すようになったほうがもしかすると効率が落ちる実態があるのではないかという想像をしている。厳格な対応となることを日本全国一律に発令してしまったほうが、今、地域で回っている状況が破壊されてしまうような懸念もある。
44. 患者が困らないようにするということが大事で、困ってから対策する、何をその後持っていったほうがいいとか何をやるということではない。今日冒頭に橋場構成員が説明したこと、そしてそのようなことを真剣にいろんな職種の方が取り組んでいただいて、在宅の患者がしっかりと安心して安全な在宅医療が受けられるようにする仕組みを考えることが非常に重要であり、それができなかったときのことを殊さら取り上げて議論することは本筋から外れているのだろうと思う。
45. 176行目から183行目まで、特に180行目に何々が多かったと書いてあるが、研究班で発送数が1016、回答数が94、回答率が9.8%、その中でこのようなことがあった。だから「多かった」ではなくて「あった」と言うべきである。こういう事実があった、それ

以外にもそういうことが想定されるであろう、しかしながらしっかりと構築することによってそういうものが未然に防げるといふふうに考えていくべきである。

46. 資料の 198 行目から 199 行目に「臨時的な対応は、輸液（体液維持剤）を対象として検討することが考えられる」とあるが、輸液にもかなりの種類があり、実際には輸液療法において輸液の選択というのは医師の処方、医行為の部分なので、きちんとした医師の指示の下で確認されて実施するということが極めて重要である。そういう意味でも、ここで挙げている輸液というのがどのぐらいに範囲のものを指しているのか、何を実際に利用するのかということではやはり慎重に考えて、使い方のスキームを考える必要がある。例えば患者に脱水があるからと、いきなり輸液療法に行かずに、経口補水療法だって内服が可能で誤嚥がなく意識がある方であれば問題なく最初は実施できる。特別用途食品として消費者庁が許可している病者用食品の中に経口補水液があり、こういったものは OTC 医薬品ではないが、患者、利用者のことを考えれば、そういったものを事前に自宅で準備いただくとか、いろんなことを日常の指導の範囲からできると思う。確かに輸液には OTC はないが、それに代わるようなそういう特別な食品などもあるので、いろんなものをうまく活用することで、なるべくこういった臨時的な対応をしなくて済むような体制づくりが必要である。
47. 166 行目から 170 行目にかけて、特例対応を行う場合にはあらかじめ行政や関係団体に報告することや、また行政はその情報を監視や、在宅患者への医薬品提供体制の構築に活用することが示されているが、特例対応については、在宅医療の体制づくりにも関わる内容であり、都道府県の薬務主管課だけではなく、区市町村や、また在宅医療、介護の所管部署とも十分に調整の上で、報告を受ける部署、また報告を受けた後の具体的な対応、監視指導の実施部署などを整理する必要があると考えている。また、それらを整理した際には関係する自治体各部署に丁寧説明していただきたい。
48. ここまでの報告書の議論の中で、基本的に（3）は、その前の（1）、（2）において、地域の薬局の状況を確認しそれが機能しているかをみて、その上で実際に問題として拾い切れていないのはどこか丁寧に見た上で、さらに（1）及び（2）において事前の準備もより強化していくという方向性を示している。現実として全てがカバーできるとは限らないが、それを踏まえて（3）を書きいただいていると思う。そういう意味では、事前にできる限りのことをするというのは、従来以上により分析した結果を踏まえて考えていただいた上であるが、その上での話を（3）において議論していただいていると思うので、無駄に特例をつくりたくてつくっているような立てつけにはなっていないと思う。そういう意味では、改めて（1）、（2）の対策の中で何ができるのか、それを評価し続けていくということもお願いしているので、本当に必要がある部分でそこを補足するような形として（3）が機能すると、今回の検討の議論にも沿った形での制度、その運用になると思う。
49. いろいろな意見がある中、医薬品を訪問看護ステーションに何らか置いておくことは非効率なことも結構あるのではないか。夜間に緊急出動しなければいけなくなった場合に、ほとんどの場合、訪問看護師が自宅から訪問看護ステーションに寄って薬を取って患者

宅に行くことになるということから考えると、やはり関係者が一生懸命考えて事前に対応できるお薬とかを患者宅に置いておくほうが明らかに効率的であり、迅速に対応ができるのではないかと考えている。このため、まずそれを実施することが一番大事なのではないかと思っている。早く患者に対応するという観点からも、できるだけ事前の、対応するための協議というものを念頭に置いて実施されるべきである。

50. 多職種連携を進める協議については、これまでも地域医療構想の中で多職種連携を進めるという話があったと思うが、それがあってもなかなか進んでこなかったという現実があると思う。もう少し各関係職種に向けて、多職種連携を進めて、そういった在宅の現場で困っていることを解決するような対応を各市町村にお願いしたい。
51. 213 行目から 217 行目の体制の見直しについて、医薬品提供体制の構築・強化というのは、地域においてどの機能が足りている、足りていないという状況も変わってくると思うので、地域ごとにおける検討や体制の見直しという意味もある一方で、政策的にもどういった支援が必要なのかということ自体も状況によって、人口減少、そういった影響によって大分変わってくる可能性があると思うので、二重の意味があるということをはっきりと分かってほしい。
52. 213 行目の文を図にしたのが資料 4 となると思うが、こういった中で、地域薬剤師会だけでいいのかということが出てくるかと思う。地域薬剤師会の機能ができていない部分も当然ながらあるという中で、医療提供施設として位置づけられている、処方箋調剤や保険調剤を行っているドラッグストア、保険薬局、チェーン、いろんなところがある中で、我が事として捉えていただいて、どうやって連携してやっていくか、果たしてこの書き方として地域薬剤師会だけでいいのかということが出てくる。各種団体と連携を取るという意味では、現状、地域薬剤師会がベストだと思っているが、どうやって連携していくのかということは課題になってくると思うので、何か対応いただきたいと思う。
53. 214～215 行目について、今までの連携では不十分だった課題を明るみにして連携強化の具体的な手段を構築することは、これからもっと必要なことになると思うので、曖昧にしないためにも記載ここに記載いただきたい。
54. 222 行目以降の 1 つ目のポツで、薬剤師にもう少し機能を幅広く持たせてという意見が記載されており、これについて発言があったことは承知しているが、事務局で本検討会以外の対応ということで引き取られたと認識しており、このことについてこの取りまとめ案に書かれるのはいかがなものかと考えており、削除していただきたい。もし記載されるのであれば、前提の発言が構成員からあり、将来いろいろところで訪問看護ステーションが減少してきた場合にはこういったこともという発言であったと認識しているので、そのような意見が分かるように記載していただきたい。
55. 222 行目以降の 1 つ目のポツの輸液交換については、ボトル交換だけではなくて穿刺部の漏れや固定などの確認、輸液ラインの確認、生活者の姿勢等で何か滴下速度に変化がないかというような確認や全身のアセスメント、そして実際問題、輸液がしっかり投与されるかという固定部分の見直しや刺し替え等も必要になる行為であるということを示し添える。

56. 222 行目以降の4つのポツの最初のポツについては、薬剤師が在宅の現場に行って看護師さんが到着するまでずっと待っているというような事例も実際にはあるということが発端である。こういったことも特例といえば特例になると思うので、検討されるべきことと思っている。その上で、この4つのポツについては、今後、在宅医療における薬剤提供を成し遂げるために重要なことではないかと思う。今後検討されることを強く望むといった書きぶりがあってもいいと思っている。
57. 222 行目以下の項目について、今回の検討は、特に訪問看護ステーションや看護師の方々の役割をどう果たしていけるようにするのかということが重要な論点の一つだったと思うが、調査の結果にもあったように、薬局と訪問看護ステーション、看護師リソース、どちらが足りないかは地域によって違うところがある。そういう意味では、多職種間の連携やお互いに協力できる範囲をしっかりとつくっていく、お互い踏み出せるようにしていくというのは非常に大事ではないかと思う。薬剤師の機能というのもさらに発揮できるようにするべきではないかと 223 行から 226 行辺りで記載されているが、重要なことであり、今後ぜひ御検討いただきたいと思う。
58. 230 行目の離島や僻地について、薬局のことも書いてあるが、これから人口減少で医療リソースがどんどん減っていく地域においては、薬局のみならず、その地域のインフラである医療・介護・福祉を守るためにどんな方策が必要かということは、厚生労働省の方々と関係職種で考えていかなければいけないところではないのかと思っている。いわゆる撤退戦、これをしっかりやらないと穴が空いてしまうと思って危機感を持っている。
59. 今後の検討で課題としてある麻薬の取扱いに関して、緩和を進めていただき、薬局間での譲渡も進んでいるが、返品が可能になると非常にありがたい。患者の状況から想定して、必要な規格を揃えても、結局、使わないことになる、躊躇してしまうこともあるので、もう一步踏み込んで緩和いただけるとありがたいと思う。