

第1～12回検討会における主なご意見

第1回薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会における主なご意見**議題1：薬局薬剤師の機能強化等に関する検討会の進め方**

1. 夜間・休日及び離島・へき地での外来・在宅医療における薬剤提供のあり方について
- ① 夜間・休日の場合、離島・へき地の場合をしっかりと分けて議論することが必要。
- ② 夜間・休日、へき地、緊急時、急変など語句の定義を明確に整理した上で議論すべき。
- ③ まずは大部分の国民に対して救っていけるようなボリュームのあるところから議論することが重要であり、事実関係として数値があれば、それを踏まえることが必要。
- ④ 夜間・休日、在宅、離島・へき地における医薬品提供については、医療があって、それに基づき発生するものであり、医薬品提供を単独で検討するべきではない。医療計画の中での考え方を踏まえつつ、地域に合わせた最も効率的なやり方を検討する必要があるのではないか。
- ⑤ 単純に薬剤をとにかく提供すればよいということではなく、もともとの薬物治療をどう進めるかが重要。
- ⑥ 夜間・休日対応について、地域の薬剤師会で広報している場合に会員の薬局しか入っていないことも多い。行政などがとりまとめて、全ての薬局が参画して質を担保する必要があるのではないか。
- ⑦ 夜間・休日対応において、無菌調剤の対応も含めると回らなくなる場合もある。無菌調剤までできないと夜間・休日対応として十分でないとなると、今度は社会資源が乏しく、一部の薬局に負荷がかかってくるので、無菌調剤を切り離して考えることが必要。
- ⑧ 在宅において、保険医が投与することができる注射薬に含まれないため、院外処方することができず薬局から払い出せない薬剤があり、無菌調剤をするに当たって混ぜることができないというような場合もあり、このような薬剤の取扱いの観点も含めて議論してほしい。
- ⑨ 在宅医療の現場では、発熱、便秘、疼痛などの症状については事前にある程度予測がつくので、それに対応する薬を定時薬と一緒に先に渡して、患者さんと連絡を取ったり、訪問看護師さんからの連絡、医学的な情報を得た上で判断して使えるようにしている。熱が出たら何でも急変というようなことではなく、想定外のことが起きたときに急変だと考えている。
- ⑩ 訪問看護の中で課題となっていることの1つに、タイムリーに薬剤を使用できないことがあると把握している。様々な事実・状況をしっかりと確認しながら検討を進めていただきたい。
- ⑪ 訪問看護において、処方箋が出たときに必要な薬をいかにタイムリーに患者さんに届けるかということが大きな課題であり、看護の連携や地域連携の中で、いかに地域のリソースを使ってお薬を適切に届けるか、悪化を防ぐかが非常に重要である。
- ⑫ 施設在宅としても実態を踏まえないと薬局間での連携が難しいことも想像されるため、

議論の前提となるデータがあるのであれば、それに基づき議論すべき。特に、施設在宅については、大原則である患者さん本人や家族が医療機関やかかりつけ薬局を選ぶことがないがしろにされているという現状があると思われるが、これについては、施設ごとの入っている医療機関の数や薬局の数を調べていただければ大体分かるのではないか。

- ⑬ 施設に入居している患者への対応について、別々の薬局が対応すると、薬局ごとにいろいろな形で調剤していたものについて施設の中で一律に対応することは、施設の看護師等の負担になるのではないかと考えられる。
- ⑭ へき地等々でいわゆるオンライン診療して薬が出せないといった事例がどれくらいのボリュームであるかが分からないと、特例的な事例の議論になってしまう。実態を踏まえて議論することが重要。
- ⑮ 入院時において、主治医だけではなく、かかりつけ薬局から病院の薬剤師に、患者の服薬状況について伝達することは患者の安全性の点からも重要。退院時も同様であり、入退院時の薬剤師の情報連携をお願いしたい。

2. 認定薬局、健康サポート薬局など薬局機能のあり方について

- ① 患者のための薬局ビジョンをまとめて以降、薬機法改正もあった中で、どのように薬局・薬剤師の業務が変わっていったのかも踏まえて、患者のための薬局ビジョンについてもっと新しい考え方がないのか検討が必要ではないか。
- ② 患者が普段利用している薬局ではできないことについて、地域の健康サポート薬局や地域連携薬局に頼って対応できるようにすることが重要であり、そのような観点で要件の見直し等も含めながら、地域連携薬局と健康サポート薬局の在り方を検討していただきたい。
- ③ 健康サポート薬局や認定薬局については、制度の背景や目的を踏まえて議論することが必要。
- ④ 健康サポート薬局、認定薬局については、国民がほとんど認知していない。国民のための、国民が選ぶための薬局機能という視点で検討が必要。

3. その他

- ① 薬局・薬剤師の機能強化については、薬学部の卒前教育と卒後研修の在り方や認定や専門薬剤師の様々な制度についても、今後、議論していただきたい。

議題2：薬剤師の対人業務の強化のための調剤業務の一部外部委託について

- ① 受託薬局から患者に直接配送する場合については、最終的な評価の際に、委託薬局に戻して監査を行う場合と、同等の安全性がしっかり確保できることを、特区での検証において確認していただきたい。
- ② 受託薬局の第三者認証について、地方公共団体の確認で代替する場合、確認者によってずれがでないように、標準化していただきたい。

- ③ 監査支援装置について、委託薬局に戻して監査を実施する場合でも、安全確保のためには受託側の薬局においても必須としていただきたい。
- ④ 直送する場合の配送料について誰が負担することになるのか整理すべき。

第2回薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会における主なご意見

議題2：薬局による外来患者への夜間・休日対応、在宅医療における夜間・休日対応について

1. 外来患者への夜間・休日対応
 - ⑯ 休日・夜間の要件について対応されていないのであれば、実態調査による現状確認が必要である。医薬品販売実態把握調査と同じような調査ができればよいと思う。
 - ⑰ 診療所においても、休日夜間に他の対応中により対応できないこともある。対応できないことについて、仕方がない例なのか、悪意がある例なのかどうか確認いただきたい。
 - ⑱ 時間外の相談・問い合わせ対応は本来どの薬局でもできることなので、努力義務にすることを検討してもよいと思う。
 - ⑲ 24時間調剤に対応することになると、医師に疑義照会ができる体制や、地域フォーミュラリのような体制が構築できればよいと思う。輪番制は地域の医師会のものを参考にしていければ。
 - ⑳ 医療資源が乏しい中においては、休日夜間の対応についてコールセンターのようなものを設置し、資格者ごとに振り分けて、本当に必要な患者に夜間休日に対応ができるような体制の構築も考えていく必要がある。
 - 21 薬局の対応ができていなくて困ったのはどういう場面か、患者や家族に調査を行うことで、より実態が見えてくるのではないかな。
 - 22 オンライン診療の際の対応について、処方箋の有効期限は4日間であり、定期処方など急がないものを休日に取りに来ることもある。有効期限の運用を柔軟にできれば、少し休日対応も減るのではないかな。
 - 23 地域連携薬局、健康サポート薬局が地域にどのように機能しているのか、可視化できていないところが問題。
 - 24 夜間休日対応がなされていないとの指摘について、行政で適切に確認・指導するためにも具体的な問題や事例を自治体間で共有する必要がある。
 - 25 地域薬剤師会と一緒にあって、地域で活躍している日本チェーンドラッグストア協会が輪番体制に入り、救急医療の体制を作り、薬局機能情報の提供がなされるべき。
 - 26 地域薬剤師会の調査結果について、門前薬局が開局しているという回答は「未整備」に含まれるとのことだが、輪番体制の状況について、休日・夜間のいずれかのみに輪番体制を整備している場合、休日と夜間に分けて調査されるとより実態が把握できる。
 - 27 行政が情報の一元管理を含め輪番体制を仕切り、地域薬剤師会等に協力を求めることが良い。そうすると、監視の目も併せて構築されることで地域医療に貢献できる。
 - 28 日本薬剤師会は日本保険薬局協会や日本チェーンドラッグストア協会の会員と協力して

いくが、どの組織にも加入していない薬局には行政の力も借りて把握したい。また、小さな地域薬剤師会にも、行政の協力をいただきたい。初期救急で、処方箋があるものの薬局が見つからないといったことはなく、しっかり対応できていると思っているが、各地域や人の環境はそれぞれなので、各地域で、医師会、歯科医師会と連携して適切な提供体制をとりたい。

- 29 薬局機能情報提供制度については、医療機能情報提供制度と同様に周知されていない。
- 30 薬局機能情報提供制度の閲覧率の検証をしてほしい。また、薬剤師会のホームページによる周知については、フォームが統一され、マップ機能などもあると良い。都道府県と各薬剤師会の情報が相互に連携できる形が大事。
- 31 医療機関は探そうという発想はあるが、薬局を探す発想がまだ少ない。国民の方へ向け、薬局は探す対象であるとの意識を持っていただくことが必要。
- 32 医療・薬局機能情報提供制度による情報の閲覧は非常に有用と考えるので、薬剤師会、チェーンドラッグストア協会や日本保険薬局協会が協力し、日頃行き慣れている施設や従業員等からの広報を行っていく形が効果的であると思う。
- 33 患者からすると、病院や診療所と一緒に薬局を探す機能を作ってほしい。薬局はなかなか情報が見えないので、可視化・環境整備していただければと思う。

2. 在宅医療における夜間・休日対応

- ⑤ 様々な状況を想定して、準備をしておくことが医療機関の負担軽減となる。患者さんが入院するほどの悪化はない状況においては、必要な薬剤を事前に主治医が責任を持って処方しておくことで負担軽減に繋がる。
- ⑥ 緩和に係る薬剤や点滴を伴うターミナルの患者と、慢性疾患の薬がちょっと切れてしまったような患者では緊急性や重要性は異なるので、夜間・休日の薬局の対応について、ターミナルと慢性疾患の場合を区別して検討することがあってもよいのではないかと。
- ⑦ 患者宅等において、個人宅が主眼になっていると思うが、施設での対応をどうするのか、臨時薬は対応してもらえるのかについても、今後論点に入れてほしい。
- ⑧ P26 の指示の有無に関係なく、訪問看護ステーションと薬局は太いパイプで連携している。実際にはスタッフが処方箋を薬局に走って持って行くこともある。
- ⑨ P26 の図について、在宅医療における実際の対応は多様であり、介護士やヘルパーも入ってうまくいっている実態もあり、福祉の方と連携して動いていることも多い。この図だけではなく、実態の連携を把握して議論する必要があると思う。
- ⑩ P26 の図について、訪問薬剤管理の指示がある場合、契約に基づきレスキューが必要な際も迅速に対応している。指示がない場合、患者・家族と話し、外来での繋がりで対応することとし、在宅に出向く必要があればいつでも行けるように対応している。急に薬剤が足りなくなった場合、医師からの求めに応じて即時や翌日に対応する場合もある。指示がない場合に、在宅患者の対応を休日夜間の輪番薬局が登場して訪問するということはイメージできないことではないが、現場として疑問に感じる。
- ⑪ P26 の図について、このパイプは非常に太く連携している。この線をいかに維持してい

くかをしっかり考えるべきであり、連携されていないとの前提で変な仕組みを作ることの方が大きな問題となるため、現状をしっかりと見ていただきたい。

- ⑫ 薬局がその患者を在宅医療と認識していない場合がある。薬局が情報を取りに行けると違ってくることもあるのではないかな。
- ⑬ 訪問の指示なしの場合、地域の薬局がその役割を担っていると思う。在宅で普段対応している薬局が対応できない場合、対応できる薬剤師がいる代替的な役割を担える場所があれば地域にとって良いのではないかな。
- ⑭ 薬局機能情報提供制度での情報提供が必要であること。薬局の情報が周知されれば、様々な課題が解決できることもある。

議題3：離島・へき地における薬物治療のあり方について

- ⑤ 医療資源が少なくなり医療過疎地域が増えていくことをかんがみると、医療が全く提供できないよりは、対面診療よりも質的には劣っているがオンライン診療のニーズはあると考えている。ただ、どこもかしこもオンライン診療という話ではない。行政の判断で医療過疎地域の認定をして実施するなど野放しにならないようにすることが患者の安心・安全のためには必要。
- ⑥ 薬剤に関して、医療過疎地域で薬局がないのであれば、離島等での特例での対応を行うということによいのではないかな。
- ⑦ 遠くからオンライン診療を行い、問題が起こった場合は結局その地域の医療機関で解決しなければならないことが多くなっている。状況が悪化した場合は地域で解決しなければならない。オンラインでは採血や検査もできない。診療の責任は誰がどこで持つのか。患者さんの自己責任としてしまってよいのか。
- ⑧ オンライン診療はへき地・離島の場合が念頭に置かれ、責任ある医療提供体制を整える中で検討されるものと思う。今後も住み続けられるような形にしていくために、限られたリソースの中で安全性が担保される形でオンライン診療も活用されてよいと思う。
- ⑨ 緊急時の薬について、ある程度の薬剤の備蓄や OTC 医薬品で対応できる場合があり、オンライン診療を行った上で、医療用の薬剤でなくてもよいということであれば、ドラッグストアが離島に存在するケースもあり、解決策につながってくると感じる。

第3回薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会における主なご意見

議題2：薬局による夜間・休日対応（外来、在宅）

- 1. 外来患者への夜間・休日対応
- 34 夜間・休日対応のまとめについて、地域ごとに必要な体制が整備されているとの認識ということだが、行政機関に主体的かつ継続的に取り組んでいただきたい。
- 35 地域薬剤師会の非会員であっても行政機関から働きかけがあって、抜け漏れがないよう

な体制が取れることが必要。

- 36 地域薬剤師会に作成を依頼している夜間・休日対応リストについては、保険薬局協会、日本チェーンドラッグストア協会にも協力を依頼して対応しているところ。リストはあっても信頼できないものでは困るという指摘もあり、しっかり対応していきたい。
- 37 地域の薬局間連携については、行政が関与し、連携するエリアや単位、患者との情報共有の在り方や契約書の内容等を含め、あらかじめ体制構築しておく必要がある。
- 38 連携の範囲については、薬局薬剤師だけではなく、訪問看護ステーションの看護師や医師との連携も含めて、地域でカバーできるような体制構築が重要であり、一覧性のある情報発信をしていただきたい。
- 39 比較的外来の方が夜間・休日の対応を求める患者は少ないと思う。薬局を探したい人が探せる環境をしっかりと作り、国民がそれを知っていることが重要であり、厚生労働省から行政機関と地域薬剤師会等を通じて積極的に周知していただきたい。
- 40 薬局の情報周知に関し、検索や引用につながるホームページによる開示は重要だが、公からだけではなく、民間など様々な方向から情報発信できるような重層的な対応が適切。
- 41 夜間・休日の調剤対応・相談応需体制の周知広報については、周知広報を行うウェブサイトの閲覧数を検証していただきたい。

2. 在宅医療における夜間・休日対応

- ⑮ 在宅の緊急性が高い場合の対応について、疼痛緩和に係る薬剤やターミナルケアにおける点滴以外にも、翌日では患者への対応に支障を来す事例がないか、事例を集めて検討の俎上に載せていただきたい。
- ⑯ 訪問看護ステーションと薬局との連携ができていないところもあるので、事例を収集しながら、どのようにすれば緊密な連携ができるのか調査する必要がある。
- ⑰ 薬剤師間、薬局間の連携とともに、訪問看護ステーションと薬局の連携も非常に重要であり、役割分担について併せて考えていくことも重要。
- ⑱ なるべく多職種でしっかり情報連携して、できる限り質のよい情報に基づいて対応できる方がよい結果につながると思うので、情報システム連携も重要。
- ⑲ 在宅の夜間・休日対応について、個店での対応や輪番制では難しい場合もあると考えられる。在宅医療の夜間・休日対応については地域ごとにできる体制が異なっており、診療報酬での対応など地域の中でその体制を組むための後ろ盾となるような制度が必要ではないか。
- ⑳ 在宅で普段対応している薬局が対応できない場合に対応できる薬局に対して、患者の情報を共有する仕組みづくりが必要であり、そのための課題の抽出、調剤報酬の在り方など整理する必要があると考える。
- 21 薬局機能情報提供制度の項目について、訪問看護師が求める情報に抜け漏れがないかどうかということも確認しながら整理していくことが必要。
- 22 保険医が投与できる注射薬に含まれないため院外処方することができない薬について現状の整理を踏まえ、在宅の中でもう少し薬局ができる幅が広がるという情報があると、

薬局機能としての薬剤提供体制がさらに強化され则认为る。

第3回検討会以後に事務局に提出いただいたご意見

- 今までも検討会で意見してまいりましたが、第3回の検討会での参考人の意見および構成員との意見交換を通して、在宅患者が適時必要な薬剤を入手できるよう24時間対応を行う薬局を含めた地域の体制整備は、今後、在宅での医療ニーズが増えることや国民が安心して在宅で療養するために非常に重要だとより一層感じました。
- 令和6年度の診療報酬改定において、在宅訪問を行う体制に係る評価の新設がされ、薬局の開局時間外における在宅業務対応の促進が図られている等、在宅医療における薬剤提供のための様々な方策が取られており、体制整備に尽力されているものと思いますが、これまでも申し上げてきた通り、現状、訪問看護の課題の1つとして、医師の指示があってもタイムリーに薬剤の使用ができないという現状があります（以下に列記。）
 - ・ 近隣に薬局がない
 - ・ 近隣に24時間対応の薬局がない
 - ・ 24時間対応の薬局があっても患者まで届けるのが難しい
 - ・ 週末にかけて薬剤量の増加指示や変更があった時に対応が難しく、届くのは週明けになる等
- 現在、厚労科研を行っているところとありますが、現場の実態や課題を踏まえて、在宅での療養を望む人が、できる限り自宅で安心して過ごすために、夜間・休日の緊急時においても、必要な時に医薬品提供体制が整備され、薬剤へのアクセスに不利益を生じることのないよう、引き続き実態に合わせた対応を議論していただきたいと考えます。
- 会議の中でも出ておりましたが、在宅医療における夜間休日の議論、資料4の18ページのグラフから、薬局・時間外・緊急時の訪問看護ステーションとの連携が低いのは、おそらく訪問看護が薬局に頼らず動いているからだと思われます。構成員の先生からも訪問看護ステーションからの情報収集の必要性を問うておられました。
- 薬局の夜間・休日の動きについては、参考人の佐々木先生、田中先生のところのように進めるには地域による差も大きく、うまくいかない地域こそ、薬局と訪問看護ステーションの協力などの検討が必要かと思いました。
- かかりつけ薬局が夜間・休日対応ができないことがあるのは、地域に行けば普通の状況であり、かかりつけ薬局の役割拡大や義務付けと並び、夜間休日対応を担うことができるような、まとめ役薬局の地域包括圏域の設置を望んでいます。

第3回検討会における参考人からのご意見

佐々木参考人（医療法人社団悠翔会 理事長）

- 薬局・薬剤師との連携は重要であり、特に診療に同席することで診療の質が向上する。
- 夜間・休日対応体制については実際に機能していることが大変重要だが、薬局の対応としてはまだまだ脆弱。
- 在宅医療において時間外対応は大変重要であり、ゼロにすることは困難だが、対応できない薬局も多い。
- ただ薬を届けるのが薬剤師の仕事ではなく、薬剤師としてアセスメントできる力があるかどうか重要。在宅の患者は大変困難な状況の方が多く、コミュニケーション能力も必要であり、取りあえず薬を提供したということではなく、訪問した結果についてもフィードバックして実施できるのかを考えると、何となくやっつけの当番ではなかなか難しいのではないかと。
- 訪問服薬指導をしている薬局は時間外対応できる確率が高いが、すべて24時間対応している状況ではなく、患者の重症度に応じて最適な薬局を選択するように、各地域の実際の薬局の対応状況を患者に共有した上で助言している。
- 頑張ってくれている薬局が、善意で頑張っている状況ではもたないと思うので、今回、診療報酬の改定はあったが、きちんと評価をしていただきたい。
- 緊急対応のための事前の処方については限界があり、その多くは廃棄することになってしまう。
- 医師が往診して薬を届けることもできるが、在宅医よりも薬局薬剤師の方が多いと思うので、合理的な分担が必要ではないかと。
- 在宅患者は訪問服薬指導の利用率が高く、都市部では訪問服薬指導が提供できる体制が確保されつつあると思うが、都市部以外においては、薬局の数や機能が限定されていてなかなか厳しい地域がある。
- 時間外の薬剤提供について、体系的な薬局間地域連携ということで進めていただいているようであるが、機能しているのか疑問。実際に機能していることが重要。
- 特に薬局のリソースが少ない地域について、必要な薬剤が確実に必要な患者に必要なタイミングで届くという体制を確保することが必要であり、患者の立場を踏まえた議論を整理していただきたい。
- 老人ホームへの配薬について、以前実施されていたと記憶しているが、現在は実施されていない。処方箋を出せば患者はすぐにその薬が使えたので、このような仕組みを公的な枠組みとして許可してほしい。
- へき地・離島は本当にリソースが限られており、緊急避難的に必要な対応ができるよう、薬局・薬剤師しか薬は触れないという厳格なルールではなく、緊急医療に準じた形で必要なルールを作してほしい。
- 在宅緩和ケアについて、地域で対応できる薬局は限定的であり、対応が集中している。そのような薬局では麻薬の在庫や夜間対応もあり負担になっている。クリーンベンチな

ど設備整備も必要であり、投資に見合う報酬が必要と考える。しっかり対応している薬局を評価する仕組みや、緩和医療薬学会などで認定薬剤師を育成しているのも、そういったものを評価の指標にすることなど、きちんとした緩和薬学が提供できる体制をつくる必要がある。

田中参考人（セントラル薬局グループ 代表取締役）

- 夜間・休日対応について外来患者に関しては電話対応のみのケースが多いが、在宅患者の場合は主治医から夜間対応の連絡があり実際に訪問対応しているケースが多い。
- 夜間・休日対応では、基本的にはお薬を届けるというのが最優先であり、まずしっかりと動ける体制ができているかというのが非常に重要。
- 施設の患者について、往診同行し薬学的なフォローや処方提案を実施しており、多職種連携としてカンファレンスに参加している。また、薬の管理のため、カレンダーへのセットやピルケースによる管理を実施している。
- 臨時対応となる場面については、①医師の定期訪問診療のときに臨時の薬が出る又は減薬がある場合、緊急往診の場合、主治医と別の医師を受診した場合がある。
- 施設在宅の方が個人在宅よりも医師、看護師、ケアマネジャー等の多職種がいる人的環境がそろっているのも、カンファレンスが多く行われている。
- 自薬局単独で夜間・休日対応を行っており、日曜祝日対応としては、日中帯は薬剤師が出勤して対応を行い、夜間、時間外については、セカンド、店舗によってはサードコールまで用意をして、各店舗輪番制で薬剤師に携帯を持ってもらい自宅待機で対応しており、在宅医療特化型の薬局であるからこそ何とかできていると思っている。また、近隣の薬局との連携についても必要と考えている。
- 医療機関でいう在宅療養支援診療所のように、在宅医療にある程度特化した薬局の存在が必要なのではないか。
- 在宅医療のサービスを充実させた薬局を地域で展開しなければ、薬局が地域の中で必要とされないと思っている薬局、薬剤師も多いと思うので、そういった薬局がもっと活発に在宅に行ける制度となるのか議論していただきたい。

第4回薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会における主なご意見

議題2：地域における薬局・薬剤師のあり方について

1. 「患者のための薬局ビジョン」の薬局の姿についても、どうあるべきか議論し、手を入れ直すことも必要ではないか。
2. 「患者のための薬局ビジョン」において、2025年までにすべての薬局をかかりつけ薬局にすると明記されているが、2022年（令和2年）7月の「薬局薬剤師の業務及び薬局の

機能に関するワーキンググループ」のとりまとめにおいて、「薬局全体として、薬局ビジョンで掲げられた目標を達成しているとは言い難い状況である」とされており、今一度目指すところを考え直す必要がある。

3. 「患者のための薬局ビジョン」については共感するものであるが、「患者」を「生活者」に置き換えてもよいのではないか。日常生活で予防、未病の拠点が必要。
4. 未病の方に対する薬局の役割は何か考える必要がある。
5. 薬局については夜間も相談を受けているとの実績を以前示していただいており、夜間も含め相談を受けていただくことは必要と感じている。
6. 医療者の目線では、医師会で在宅医療の対応マップを作っており、それと同様の対応を薬局にもお願いしたい。
7. 医療リソースが足りない中、薬局にも積極的に在宅患者の対応に協力していただきたい。また、薬剤の相談や多剤重複投与の相談についても活躍いただきたい。
8. 薬局の役割について国民のニーズがあり、それと機能が合っていればロコミや医療機関からの推薦等もしやすいと考えるので、制度に関わらないものも含め、どのようなニーズがあるのか整理すべき。
9. 制度が細かく分かれすぎると理解が難しくなり、現状、医療職種でも認識されていないものは当然国民にも伝わらず、周知すればよいというものではなく、認定等の種類の整理が必要。
10. 健康サポート薬局や認定薬局は患者が主体的に選ぶための制度であるが、届出、認定取得自体が目的となってしまうのではないか。
11. 訪問診療やカンファレンス対応で活発に動いてくれる薬局は健康サポート薬局であった経験があり、地域連携薬局と健康サポート薬局の役割分担等について疑問がある。
12. 健康サポート薬局と認定薬局の位置づけの違いも課題。機能にあった要件に再整理して、法律に位置付けることを検討することも必要。
13. 健康サポート機能とは何かを具体的に示し、何ができる薬局かわかるようにするのがよい。
14. 健康サポート機能については、保健指導に関する部分も大きく、それをどのように薬局に取り入れていくのかについて議論が必要。
15. 健康サポートを進めることは重要であるが、供給側の視点が強いので、需要側の視点もうまく取り入れることが必要ではないか。
16. 健康サポート薬局と認定薬局の違いがわかりにくい、重なっている部分があるのであれば整理していただきたい。
17. 健康サポート薬局に求められる機能は、本来すべての薬局提供すべき機能であるということが理想であるが、実際そうになっておらず、国民から認知・理解が得られているとは言いがたい。
18. 健康サポート機能が充実した薬局を公表し、認知してもらうことは重要。
19. 健康サポート薬局での取組が新型コロナの影響で止まってしまったことが認知度に影響したこともあるかと思う。

20. 健康サポート薬局のロゴについて身近な薬局に掲示されることで周知されていくのではないか。
21. 健康サポート薬局について地域の薬剤師会で議論した際に、月1回の取組がハードルになっているという話があった。月1回の取組をどのように行うか、メリットを地域住民が享受できるか、成功事例やノウハウを横展開するために情報共有が必要である。
- 22.
23. 健康サポート薬局の要件は地域連携薬局と比べて非常に多く、役割の整理が必要。
24. 地域連携薬局、専門医療機関連携薬局ともに、医療機関との連携が重要。うまくできている優良事例があれば共有いただくことで建設的な議論ができる。
25. 健康サポート薬局について、健康サポート機能だけ独立したものではなく、かかりつけ薬剤師・薬局としての基本的な機能ができており、それに健康サポート機能をつけるという意味があったものであることを踏まえた議論が必要。
26. 地域連携薬局は薬局間連携が重要であるが、持つべき機能が発揮されておらず、薬局間連携を推進するという当初の目的が果たされていないのではないか。
27. 検討においては、認定制度により地域のハブを作り、無菌対応等ができない薬局は、対応できる薬局をハブとして活用してもらうという形を理解いただくことが必要と考える。
28. 専門医療機関連携薬局について、がんの専門薬剤師の認定が必要だが、個人に付与されるものであり、企業として協力しにくく186件という実態に繋がっているのではないか。地域連携薬局の中で専門薬剤師を養成することも考えられるのではないか。
29. 薬局間連携により健康サポート薬局の不足する部分を地域連携薬局で補っていけばさらに良いものになるのではないか。
30. 認定薬局等が利用者や患者にアピールして役割を伝えることで口コミで広がっていくことが考えられるが、薬局からそのような説明を受けたという話は聞かない。職能団体である日本薬剤師会としても利用者にアピールすることを会員にしっかり伝えてほしい。また、国としても周知をお願いしたい。
31. 国民は医療機関については選ぶ意識があるが、薬局を選ぶという意識があまりない。薬局機能情報提供制度の周知だけではなく、その前の段階として選ぶという意識を持ってもらうことが必要。

議題3：薬局による夜間・休日対応（外来・在宅）

- ① 在宅医療の薬剤提供に関しては、医政局と医薬局の厚労科研の実態調査の結果を踏まえて、意見の統一をはかるよう、検討するべき。
- ② チーム医療の中で在宅医療は様々な場面が想定され、それぞれの課題を踏まえて1つ1つ丁寧に議論することが必要。
- ③ 薬剤が届かないという事例について、医師から訪問を依頼されていた場合に、正当な理由がなく対応ができなかった場合は、その薬局の対応について厳しく非難されるべき。一方で、薬局では在宅患者の場合でも外来患者と同じような対応がなされている場合も

あり、具体例を踏まえ、こういった時に支障を来すのか対応を精査したい。

- ④ 薬局間の連携体制の構築については、該当地区の薬局リスト、周知広報については鋭意対応中であり、実効性のあるものとなるように努力している。
- ⑤ 訪問看護ステーションと薬局の連携は十分でないという指摘があるが、構造的な問題として、訪問看護ステーションと薬局間で業務の指示・報告の制度がないため、制度としても対応を考える必要があると考える。
- ⑥ 在宅医療における休日対応について、限られた医療資源の中で対応が求められるため、OTC医薬品の利用や医師、訪問看護師、薬局薬剤師で取り決めを策定し、遵守することが必要。
- ⑦ 麻薬調剤については、地域によって対応能力が脆弱なところもあり、地域の薬局機能のあり方の議論において検討が必要。
- ⑧ 医療機関と訪問看護も含め、連携の推進が最大の解決策であると考ええる。
- ⑨ 夜間休日対応において、処方箋の疑義が解消できず先にすすめないという意見もある。このような場合に、プロトコルに基づいて地域の中で対応できる方法を考えておくことも準備しておかないと、医師もずっと待機していないといけないということになるので、そうした議論も含めていただきたい。
- ⑩ 卸売販売業者から土日の配送は縮小していきたいという意見を伺っており、昨今の物流の問題もあるので、麻薬も含めて薬剤の流通について、当番制で卸が対応することや拠点となる薬局を整備して対応することなど、協力できる体制が整えば望ましい。地域連携薬局の基準として、周囲の薬局と緊急時の薬剤を融通し合うことが可能であるということがあるので、そこを考慮することも必要。
- ⑪ 在宅を考える際、すべての地域で実情は同一ではない。認定薬局もない地域ではハブ薬局もない。即時対応できない事例についてだけでなく、地域の実情を組み入れながら、在宅医療について話を広げてもらいたい。
- ⑫ 前回の佐々木参考人の話の中で、薬剤が届くまで都市部でも1時間30分程度かかるという話があり、佐々木参考人のような積極的に対応しているところであってもタイムラグは発生する。そのような時間が常にかかるという背景を踏まえ、それを前提として議論すべき。
- ⑬ 今後の検討について、地域の状況に応じるということのみでは、どのような対策を打てばよいのかわかりにくい。地域ごとの違いを評価する軸を作った上で、対策のメニューを考えていくのがよい。
- ⑭ 在宅医療の状況は地域だけではなく、患者の状況・状態によっても変わってくるため、地域の実状で類型を作るのは難しいのではないかと。一方で、全体の枠組みについては、厚生労働省で考えていただくことは必要。
- ⑮ 対策については縛りすぎず、現場で工夫できるよう議論していくのがよい。
- ⑯ 患者に速やかに薬剤を提供するという観点では、都市部よりは医療資源が少ない地方地域を優先的に考えて議論すべき。夜間だけでなく昼間であっても同じ問題は発生する。
- ⑰ 医療資源が潤沢な場合であっても、救急外来で在宅医療での医薬品供給にかかる時間と

同程度の時間が必要。

- ⑱ いろいろな分野で働き方改革が進み、業務量が縛られる中、薬剤師についても働き方を考えていく必要がある。開業医のアンケートでも過労死レベルで働き過ぎという実状があり、業務量を減らしていかないと継続できなくなる。在宅に医薬品を置いておくという観点も考える必要がある。
- ⑲ 病院では処方内容の標準化を行い、若い医師や当直の医師でも払い出せない医薬品を使用することは考えにくい。地域でも同様であり、標準的な処方を事前に定めておけば、当番薬局でも薬剤で困ることは少ない。こうした標準処方を超える特殊な対応が必要な場合に対応可能な薬局を探す、卸に連絡して緊急配送を依頼するといった形で対応するのがよいと考える。働き方改革が求められている中では、医師が予見できるかどうかで分けて議論することが必要ではないか。
- ⑳ レアケースの一部についてのみの問題を強調されてしまうと、それ以外の意見が反映されなくなってしまう。日常診療の中での課題については関係者すべてが機能するよう考える必要がある。

第5回薬局・薬剤師の機能強化等に関する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について

1. 実態調査の結果をみると、速やかに対応できなかったケースはわずかであり、かなりの患者に対しては医師、薬剤師によりうまく対応できていると思う。薬局の連携を深めていくことは必要であるが、既に多くの患者に対して機能していると考えられる。
2. 医薬品が入手できなかった事例について、医薬品の種類や剤形など普段から取り扱っていないものもあり、常用しているものなのか、種類、剤形はどのようなものかを踏まえ分析することで、予見して事前に対応できるものなのか、難しいものなのかなどの場合分けができると考えられる。
3. 薬局に在庫がなかった事例について、その要因を分析できるとよい。
4. 二次医療圏単位では、その地域の中でも状況が異なる場合があると考えられることから市町村単位でも状況を把握することも重要ではないか。特に、近郊で連携が困難である、あるいは病院、診療所がないか非常に少ないような場所がどのくらい存在するのかといった実態把握が解決策の検討に当たっても重要と考える。可能であれば調査のとりまとめに向け検討いただきたい。
5. 緩和ケア、ターミナルの患者の疼痛コントロールを考えると、麻薬、解熱剤、輸液の必要な薬剤の提供について、重点的に体制整備が必要と考える。
6. 薬剤の患者宅への配送も含めた体制整備が非常に重要であり、薬局において、相談、調剤だけではなく、患者宅への薬の配送についても重点的に考えていくことが必要。

7. 在宅医療の連携について、個々の医療機関、訪問看護ステーション、薬局の意識、取組に任されている部分があり、どこでも当たり前の取組になっていないのではないかと。医療機関、訪問看護ステーションは薬局と連携していなくても対応できていることもあり、薬局と常に連携する必要性を感じていないのではないかと。薬局と連携することの必要性やメリットについて、訪問診療医や訪問看護ステーションに具体例で周知することや、地域において関係者で課題や情報を共有することを当たり前に実施するという方向性を示すことが重要。
8. 在宅医療は、医師、看護師、薬剤師からの時間的、物理的な距離など様々な制限がある体制で実施されるものであり、在宅医療を推進するためには人的コストや資金の投入が必要である。それを考えずに限られた医療体制を拡充することを要求することは非常に大きなリスクを伴い問題があることを理解する必要がある。
9. 薬局の在宅対応の機能のあり方については、個々の薬局で対応するものや地域全体の体制として持つものなどがあることや、薬局間連携や地域医療の情報連携などを踏まえて検討することが重要。
10. 在宅医療の充実の検討も重要であるが、在宅患者において薬剤や指導へのアクセスができない場合を解消するための方策について、地域での役割分担も含め、どのような対応ができるのか整理していくことも重要。
11. 訪問診療専門の医療機関や訪問看護ステーションがあるように、薬局についても訪問を主体とする薬局が今後必要ではないかと。
12. 多職種連携は重要であり、特に薬局薬剤師が訪問看護ステーションの看護師と密につながるような体制や枠組みを作っていく必要がある。
13. 多職種連携について、薬剤師会では非会員の存在の問題があるため、サービス担当者会議を含め、ある程度市区町村といった行政が主体となって声がけして対応していくことも必要と考えている。また、これについては大都市圏と過疎地域で分けて考える必要があり、過疎地域ではそのような取組が重要である一方、大都市圏では多職種が連携して患者の情報等を共有できるシステムを作り、それに対応できる薬局が中心となることが重要と考える。
14. 患者宅に薬剤を配置することについて、個別事例として現実的には保険請求が認められない場合もあると考えられるため、仮にそのような対応を進めていくのであれば、診療報酬改定や通知なども併せて実施していただきたい。
15. 後から処方箋が出る場合もあるが、事前の処方の指示については口頭だけではリスクがあるため、文書やシステムなどで対応する仕組みを作る必要があると考える。
16. 事前の処方に対して何らかの通知があったほうが医師としても安心して対応できると思う。国家資格を持った誰かしらが自宅に訪問すればそれなりの料金になるので、事前にジェネリックなどを利用して1泊分や数日分を患家に置いておく、又は訪問看護ステーションに置いておくといった方法は、経済的に見てもかなり安くできる点は強調したい。
17. 多職種連携の推進には地域で顔の見える関係を構築していくことが重要であり、講義をただ聴くだけではなくグループワークなど地域の取組に薬局薬剤師が積極的に参加して

いくことが必要。

18. 薬局がない地域については可能であれば薬剤師会が地域を越えてでも何か対応いただければよいと考えるが、それができない場合に、当該地域に病院があれば、病院薬剤師は訪問薬剤管理指導が算定可能であり実際に訪問しているケースもあるので、ベストな解決策ではないが、一時的にカバーしていくということも可能と考える。
19. OTC 薬や調剤済の薬剤を患者宅等に配置することはよいと思うが、調剤していない医薬品を医療機関や薬局以外のいろいろな場所にあらかじめ配置することについては、経済的なメリットがあるとしても薬剤管理のあり方として問題があると考ええる。
20. 実態調査の結果を踏まえても。麻薬、解熱鎮痛薬、輸液は夜間などに需要があり、その供給については薬局がしっかり対応しなければいけない。
21. 麻薬免許を取っている薬局が増え、徐々にできるようになっているが、麻薬自体も種類が増えている事実もあり、全ての種類、規格を揃えることは保管や廃棄も含め相当負担があることも踏まえて有効な対応を検討する必要がある。
22. 解熱鎮痛薬について、既に処方されて調剤済みのもの又は OTC をうまく利用することは、時間差の解消及びコストの観点から非常に有用と思う。
23. 輸液については、一般の外来で処方されることはあまりなく、夜間、休日の深夜などに突然処方されて、在宅患者ではなく普通の外来患者に対応していた薬局へオーダーがあった場合に在庫がないことが考えられるので、例えばエッセンシャルな医薬品について地域の中で一定整理をして、この薬剤は夜でもしっかりと対応が必要とを申し合わせておくと、突然のオーダーに対応できないということが少なくなるのではないかと。
24. 訪問看護ステーションとの連携について、普段一緒に在宅対応している訪問看護ステーションとは情報共有等を頻繁に行うことで連携が取れていくと感じているが、それ以外の訪問看護ステーションとの連携を進めるためには地域単位のケア会議など多職種連携会議といったものをさらに充実させていく必要がある。
25. 対応可能な薬局が存在しない地域については、医療機関、訪問看護ステーションも含め医療資源が乏しいことが想定されるため、法的な根拠を持った全体的な地域医療計画の枠組みで考えるべきものとする。
26. 地域の特性に合わせた対応が必要であり、大都市であれば情報の共有化をしっかりとすれば、それ以上のコストはかからない。一方、過疎地域においては医療機関、薬局、訪問看護ステーションそれぞれの体制が弱い中で距離的な不備もあり、どうしてもコストがかかるということを皆が理解する必要がある。コストカットで問題が起きており、それを無視して連携だけ取ればいいということにはならず、報酬がなければ人は動かないということを国がしっかり考えて後押しすることが必要。
27. 大都市でも 24 時間対応や医薬品を運搬することができないという実態もあることから、連携という言葉だけではなく、具体的方策を細かに検討していただくことが必要である。OTC 薬も訪問看護事業所にはそこまで置いているわけでもないということもあり、許容される範囲はどこまでなのか、今後ぜひ議論いただきたい。

議題3：地域における薬局・薬剤師のあり方について

1. 薬局の機能・役割として、在宅対応のところに、医療機関や訪問看護ステーションとの連携とあるが、地域によっても連携の方策は異なってくると考えられるので、それを細かく解決できるような項目が入ってくると対応も変わってくるのではないかな。
2. どの薬局でも絶対果たしてもらわないといけないのは調剤、服薬指導と思うが、全てを役割として果たしている薬局は非常に少ないと思う。こういう薬局にはこんな様々な機能があるということについて、患者が選ぶときに、公表していることが分かるように伝えていくことが大事と考える。その中で、健康サポート薬局と地域医療連携薬局は何が違うのか明確にならないと理解に苦慮するので、重なっている機能や特徴について具体的に示してほしい。
3. 健康サポート薬局は届出なので、なかなか実態が把握できていないかと思うが、現状として、どんな役割を具体的に果たしているのか議論する題材を何か出していただくことができないか。
4. 「患者のための薬局ビジョン」を見ても、健康サポート薬局は、高度薬学管理機能以外の機能、かかりつけ機能と健康サポート機能を全部持つ薬局であることが前提となっている。一つの薬局で全ての機能を有することはできず、健康サポート薬局の届出も多くないことから地域連携薬局や専門医療機関連携薬局ができており、その中で機能が重複したりしている。そのため、自分の薬局が12、13ページにある薬局の機能に対応しているかについて、地域の薬剤師会がまとめて表を作れば誰が何をやっているかすぐわかり、足りない機能もわかるようになると考えられる。
5. 健康サポート機能はこれから高齢化が進んでいく中で大事であり、特に外来診療も訪問診療もやる診療所から見ると、外来の患者の数が圧倒的に多く、そういう患者の病気が進行しないことや、指導が行き届かないところを薬局薬剤師に指導を手伝っていただけるというのは、本当に助かると思っている。
6. 健康サポート薬局の数が増えていない理由が24時間対応にあるのであれば、昼間の時間にしっかり機能を果たしていただくことも重要であると考えられる。クリニックとしては、外来患者への対応として健康サポート機能も含め頑張ってください薬局と在宅に対応いただく薬局、両方に対応いただく薬局が、地域でわかるようになっていくとありがたい。
7. 医療従事者、例えば訪問看護ステーションや医療機関に対して、この薬局はどういう機能を持っているかという説明と、一般的な患者さんに対しての説明は分けていいと思う。同じ説明だと分からなくなってしまうのではないかな。
8. 患者、地域住民の方の目線で考えた場合に、健康サポート薬局は病気になる前の段階から関わってもらえる薬局、そして、いざ病気になってしまったら主に対応してもらえる薬局が地域連携薬局等の認定薬局であるという考え方の下に再度整理をして、明確化していったらよい。
9. 患者としては、病気の前の予防的なところに加え、病気になってからも同じ薬局を使い

続けたいと思うわけであり、その中で、特に抗がん剤などに特化して、一般的な薬局では対応できないところが専門医療機関連携薬局だとか、あるいは在宅医療ということになったら、今、在宅医療により対応している薬局などを利用することも考えられるので、特化したところが認定薬局だというような見せ方を患者側にしていただかないと、誤解が生じてしまうと思う。

10. 薬局の機能について、「拠点となる薬局が必要」という括弧書きが幾つか記載されているが、その地域の中でジェネラルな役割についてはしっかりと個々の薬局が対応しなければいけないと思うので、拠点があれば何でも解決するというではない。例えば無菌製剤などは設備の問題があり地域の中で拠点という考え方は十分理解できるが、その他の一般的な機能・役割について、例えば医療用麻薬は、既に5万2000軒が免許を持っており、これを拠点にするかについては議論が必要。輪番か拠点かということについては、地域の実情に応じて効率のよい医療と医薬品供給の体制を作るという観点で、これは輪番、これは拠点というふうにながら固め過ぎないようにしていただいたほうがいい。

第6回薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会における主なご意見

議題2：地域における薬局・薬剤師のあり方について

1. 地域における薬局の機能・役割について
 1. 「災害・新興感染症等有事の対応」についても、地域における薬局機能に入れるべき。
 2. 個々の薬局の機能について、高機能を求めず最低限必要な機能に絞ったほうがよい。
 3. 「薬学的管理・指導」は患者側からみると「服薬支援・指導」の方がよいのではないか。
 4. 「夜間・休日対応（外来）」における「輪番制または拠点となる薬局による対応」については薬局の都合ではなく、地域の休日・夜間の診療や医療提供体制に応じた体制が必要であることから、医療機関との連携について記載が必要。
 5. 在宅対応について、患者は自分がいつも利用している薬局で全て対応してもらえとの期待が大きいので、そうではない場合に、連携している他の薬局で対応できるということを丁寧に伝えることが重要。
 6. 在宅対応について、医療機関に加え、訪問看護、介護、老健施設等との連携もある。
 7. 「地域・拠点で確保すべき機能」について、介護施設等での薬剤師のサポートも重要な要素であると考えます。
 8. 地域によって個々の薬局で大きな役割を果たすことができないこともあるかもしれないが、実態に応じ要求する役割を合理的にする対応をとるべきであり、薬局の機能の全体像としてはまず広く捉えるのが基本ではないか。
 9. 個々の薬剤師については医療人として社会的な活動に参加したり、学会、研修に参加したりする努力義務のようなものがあると考えており、それを支援することは薬局側の機能であると思う。薬局及び薬局にいる薬剤師を機能強化するような役割について理念と

して入っていてもよいと考える。

10. 薬局の「機能」と「役割」は異なるものであり、「役割」については薬剤師の教育や研修支援も含まれている。「機能」と「役割」を整理して考えることが重要。
11. 「無菌製剤処理」について、地域における需要や、現状でその地域の無菌調製の機能を備えている薬局数が足りているのかということについて、国や都道府県など行政が検証してみるのがよいのではないかと。特に大都市部での薬局の現状を考えると、薬局の面積が狭い中で無菌調剤の設備を設置するのが難しいというケースも多いと考えられる。また、無菌調製ができて、調製した後の輸液を保管する場所がない場合があるということも聞いており、それを補完する薬局と連携すること等も含めて検討してはどうか。

2. 地域連携薬局の役割・機能について

1. 医療用麻薬の調剤について、既に8割程度の薬局は麻薬免許を持っており、薬局間譲渡について、トレーサビリティをしっかりとした上で可能とするなどの対応がなされているため、地域連携薬局の基本的な機能としてよい。一方で、麻薬の種類が増えており、薬局の金庫が大きくなり廃棄となるものも多くあり、廃棄の金額も大変な金額になっていることから、こうした課題も併せて議論していただきたい。
2. 地域連携薬局は、医療機関との情報連携、入退院時や在宅対応の連携など、住民というよりは患者を中心としたものとした制度であることを理解する必要がある。
3. 「無菌製剤処理」について、「自薬局又は連携先の薬局で実施」ということで、連携先の薬局で実施するのは、緊急時や夜間、日曜・祝日に（無菌製剤処理した）麻薬を迅速に払い出せるのか課題が大きい。もちろん、スペースの問題やいろんな問題で地域連携薬局の基本的な機能にするのは非常に難しいと思うが、今後、在宅が進む中で必ず出てくる課題であり、問題が出る前に地域で体制整備をしておく必要があると考える。
4. 地域連携薬局において、麻薬の備蓄数や時間外対応、在宅対応の患者数からみた勤務薬剤師数が十分でない場合があり、地域の実状に応じた対応ができることについて努力義務のような規定があった方がよいのではないかと。
5. 医療機関との情報共有について、調剤とか服薬指導のレベルもあるが、このようなレベルの役割は「個々の薬局に必要な機能」に含まれているのではないかと。
6. 地域連携薬局と名乗る以上は、普通の薬局における調剤や服薬指導のレベルを越えてより一歩医療機関に近づき情報連携して患者の薬物治療を見るような高い機能が備わっていてほしいと思うので、図中でもわかるように示していただきたい。
7. 地域ごと（一次医療圏）に、地域連携薬局以外に、特に必須となる機能を補うような薬局の配置といった対応が薬局機能の維持に関して必要。また、要求した機能について、実効性確保や対策強化が必要。
8. 地域における薬局機能を発揮させるに当たり薬局同士の連携が重要であり強調すべき。
9. 個々の患者について、退院時のカンファレンス等への参加、医療機関への情報提供を含めて地域連携薬局で実施するのであれば、地域連携薬局が中心となって薬局間連携、医療機関連携によりポリファーマシー対策を進めていくべき。

10. 地域連携薬局がハブとなって地域の医療機関、薬局と連携するのであれば、その役割を担うために適切な地域連携薬局の数を考える必要がある。

3. 健康サポート薬局の役割・機能について

1. 健康サポート薬局について、全ての薬局がかかりつけ薬局を目指す中で、かかりつけ薬局としては薬の一元管理、24 時間対応、在宅対応、他の医療機関との連携ということが位置づけられたことで、地域連携薬局との重なりが相当出てきているのではないかと。
2. 健康サポート薬局の特徴は健康サポート機能であるが、健康サポート薬局であることやその役割のアピールをあまりしてこなかったことで、患者や市民に知られず、広がっていったいない現状があるため、健康サポート機能を見えるようにすることで、健康サポート薬局が本来の役割を果たせるようになるのではないかと。そのためにも、健康サポート機能を果たしているのかを確認するようなシステムが必要と考える。
3. 健康サポート薬局については、行政の立ち入り検査等において基準を満たしているかどうか確認がなされており、チェック機能はあると考えている。
4. 行政側からも地域にある健康サポート薬局を有効に活用する取組が必要。
5. 未病や予防という概念から、健康サポート機能の中に検体測定室の設置を要件として入れてもよいのではないかと。ただし、こういった機能を評価する場合は、いかに臨床判断して受診勧奨、早期発見・早期治療につなげるかというところで、こういった相談があって、それをどういった医療機関や受診勧奨につなげたかという実績を見ることが重要。
6. 患者視点で見たときに、健康サポート薬局でなくても、健康サポート機能を発揮し、相談対応等ができる薬局があるため、現在の健康サポート機能の項目が非常に分かりづらくなっていることから、分かりやすく整理することが必要ではないかと。
7. 健康サポート薬局が、かかりつけ薬局としていろいろなサービスを提供することになるが、健康相談等の実施についてインセンティブがない。何らかのインセンティブを与えて、処方箋を持たない人にもきちんと対応するという機能がある薬局というのをきちんと形として国民に示す必要があるのではないかと。薬局は処方箋を持っていないと入りにくいと考えられており、そのハードルを下げないと機能しないのではないかと。
8. 健康サポート薬局について、調剤報酬とも連動するような形になると、その報酬を取るために体制を整備することにつながり、健康サポート薬局を目指すことに取り組みやすくなる薬局が増えるのではないかと。
9. 以前は薬局において処方箋対応業務はなかったが、今は処方箋の業務が薬局の多くを占め、セルフケア、健康サポートに対する機能というものが十分ではなくなってきました。長い期間かけてこのような状態になったものであり、今すぐ対応するのは難しいが、薬局としてはセルフケアに資するような医薬品供給、相談、応需というのをしっかりやる必要があると認識している。
10. 健康サポート薬局の届出基準において、薬剤師が研修認定を取る必要があるが、（日本薬剤師会の研修により）その認定を取っている薬剤師数は 1 万 5000～6000 人おり、健康サポート薬局の目標数と同じだけ存在している。健康サポート薬局の届出基準におけ

る認定薬剤師の配置が健康サポート薬局のハードルであるとすれば、単に要件を緩くするのではなく、管理薬剤師等がほかの薬剤師等をしっかり管理する対応なども考えられるのではないかな。

11. OTC 医薬品の販売については、相談をして、適切な薬を案内するが、実際販売するときには安く販売しているドラッグストアを勧めることがある。販売をするのも大事であるが、よりよいものが安く手に入るのであれば、そちらを勧めざるを得ない状況があることも理解していただきたい。
12. 薬局も機能分化し、特化したほうがやりやすいのではないかな。
13. 国民から見たら、健康サポート薬局というのは何なのかよく分からない。わかりやすい新しい名前に変えたほうがいいのではないかな。
14. 地域に健康サポート薬局があれば健康力が上がってくるメリットがあるので、行政側からも、住民に対し健康サポート薬局の存在や機能について働きかけることが必要。行政を主体とした様々な健康イベントが実施されており、時には健康サポート薬局限定のイベントを実施したりすることが認知されるためには必要ではないかな。健康サポート薬局側でも行政のイベントを積極的に周知するなど連携ができるとよい。
15. 慢性疾患の患者はかかりつけ薬剤師がいるので、相談すればそれで全て対応してもらえするため、それで足りているということになっている。また、その薬局に機能がなければ、ほかを紹介してくれたりするから、機能は全うしている。一方で、患者は医療機関についてスペック表を見て、専門医などの体制等を確認することから、薬局についても同様に各薬局の紹介において、その機能を表示していただくことも重要である。
16. 健康サポート薬局について、周知も重要だが、利用する側からしても明確なメリットがあると、自分から探しに行くと考えられる。健康サポート機能によりできること、それによるメリットをより明確にして、健康サポート薬局に行けば何かが解決するということになるのがよいと考える。また、実効性を確保するという意味で、地域連携薬局と健康サポート薬局のどちらかに注力してもらうことも重要であり、それにより住民からも違いがわかりにくいということがなくなるのではないかな。
17. 健康サポート薬局としての間口の広はあったほうがよいと思うが、相談後も見てもらえないというのでは相談しにくいのではないかな。あまり多機能を求めすぎると、どのような機能を持っているか分かりにくくなるということは理解するが、出口側というのも重要であり、かかりつけ薬剤師、薬局として、ずっと相談できるなどその後も見てもらえするという機能がしっかりあったほうがよいと考える。

議題3：国家戦略特区における調剤業務の一部外部委託について（報告事項）

1. 特に意見なし。

議題4：在宅医療における薬剤提供について（これまでの議論の整理）

1. 見直し後の地域連携薬局のようにしっかり機能されている薬局がある地域とない地域を

しっかり分けて考えていただきたい。また、地域連携薬局がすぐに対応できない場合には、それまでの間どうすべきかということも考えていただきたい。

2. 訪問看護ステーションは、地域とか僻地、都会にあるとかというのは関係なく、規模がの影響が大きい。3～4人ぐらいでも24時間やっている訪問看護ステーションはたくさんあり、その訪問看護ステーションのスタッフ、看護師たちは、薬剤を探すことで土曜とか日曜、夜間に寝ずに対応するということが非常に負担になってくる。夜間・休日・在宅におけるそれらの薬剤の配置というのは非常に大きくウエートを占めているなど思っているので、検討いただきたい。
3. 連携体制を全国で万全にという対応ではどうしても時間がかかる部分があると思うので、本当に困っている方が何らかすぐに対策として救われるようなものも並行して考えていただきたい。
4. 在宅医療で療養されている方に必要な薬が入手できないということがないようにする検討については、在宅医療というものの特性を踏まえたり、制度上の仕組みをしっかりと分析し、一番効率的に、安全で有効で、実現可能性とか費用対効果というところも全部踏まえて検討することが必要。薬剤師と訪問看護ステーションの看護師が連携、協力して対応することが重要であり、どうやれば対応できるかをしっかりと議論すべき。
5. 地域連携薬局がこれから機能を果たしていく中では、困った事例が減っていくのではないかなと思うが、地域連携薬局がどのように分布していくかということも問題だと考えている。僻地・離島や人口が少ないところと都会と切り分けて考えていかなければいけない。
6. 前回の調査結果を見ると、薬局262軒のうち、251軒では薬剤を提供したいと薬剤師が薬剤が供給できなかった事例が1年間に1回以下であり、速やかに供給できなかった件数をみても多くの薬局ではその地域の工夫で何とかなっているという現状があり、残りをどうやって対応していくかということなのだと思う。大概に関しては、これまでの工夫で何とかなっているという前提があると考えている。
7. 前回の調査結果でほとんどの場合はうまくいっている一方で、困っている状況も明らかにされたと思っており、それに対する具体策について検討が必要と考えている。

第7回薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会における主なご意見

議題2：地域における薬局・薬剤師のあり方について

1. 地域における薬局の機能・役割について
1. 5ページ目の図の個々の薬局に必要な機能において、調剤・服薬指導（外来）とあるが、現在、服薬指導も含めて調剤と思っているので少し違和感がある。
2. 医薬品に係る情報提供が個々の薬局に必要な機能にあるが、副作用情報とか市販後調査といった行政やメーカーへの情報提供が必須であることがわかるような記載も必要ではないか。

3. 薬局には公共性が必要であり、地域に必要な機能を行政等と協力しながら提供していくものと考えており、その理念や考え方がわかるような図になるとよい。薬局はほぼ 100% が民間事業者であり、公共性を持たせることは難しいこともあると思うが、地域の中の全員で地域医療を守っていくという考え方を示すことができると思う。
4. 地域のニーズが見えにくい機能があったり、機能によっては地域の全部の薬局に求めると対応できないことが多くあったりするため、そのような機能を有する薬局が地域に一つはあるとよい。その一方で、かかりつけの薬局は重要であり、そのような薬局が役割を発揮しにくくなるのは問題である。
5. 健康相談・関係機関との連携については「健康・介護相談対応」と全て括られており、老人側に寄っているように見える。薬局は高齢者を対象とした場としての見方が強いが、地区行政や委託を受けている社会福祉協議会などでは、子ども家庭支援センターとの協力とか連携・取組なども行っており、東京都では薬剤師会が薬物乱用防止教育研修会とかアルコール健康教育研修会といったものも開催しているなど、若年層への啓蒙なども行われている。薬剤師としての見識を深めて地域貢献をしており、そういった意識づけを強くするためにも、こども家庭支援とか薬教育といったようなことを入れてはどうか。
6. 医師と同様に薬剤師についても、病院や薬局など、いろいろな現場において、実際に業務に携わる形で研修、教育していただき、どのような現場に出てもある程度力が発揮できるよう育ててほしいと考える。
7. 薬剤師は非常に公共性のある資格であり、薬局の事業所としては民間であっても、薬剤師一人一人は誰かのために公共性を持って仕事をされているので、そういった理念の実現につながるような要素を図に含めていただきたい。
8. 地域医療は大学病院・基幹病院、診療所など多重の構造で構成されており、薬局についても、1つの薬局で全ての機能を持つことは難しいため、同様の考えでよいと思う。地域単位で必ず必要な機能を持つ重要な薬局があるように体制構築する必要がある。
9. 地域・拠点で確保すべき機能を持つ薬局がない地域でどうするか考える必要がある。体制構築については地域任せにするだけでなく、行政の関与や支援も必要になってくるのではないかなと思う。あと少しの機能が足りないような薬局も多いと思うので、どう底上げしていくのかといった検討も必要ではないか。
10. 薬局の機能や体制の状況は地域差が大きいと考えられるため、都道府県単位で分けるなどしても、その地域の実態がどうなっているのか俯瞰して調整するような機関が必要ではないか。
11. 第 8 次医療計画として各都道府県でそれぞれの医療計画をつくっており、その中で医薬品提供の体制をどうやって構築していくのかという観点も、今後、市町村レベルに落とし込んで対応していくのかなと思う。そこに地域の薬剤師会も入って、何が足りないのかをきっちり洗い出すという作業が必要であると思う。
12. 薬局の機能について、全て持っているのが理想だが、過疎地域においては、そのような薬局が 1 つあるのがいいのか、それとも 8 割ぐらいの機能を持っている薬局が 3 つあればいいのか考えると、リスクマネジメントの面から後者の方がよいと考える。一方で、

フルスペックの薬局を目指すことも当然あると考えられるので、地域それぞれで考えていくという方向性を、厚生労働省で示してほしい。地域の中で検討する上では、もう少し具体的なメニューを示す必要がある。

13. 地域医療については地域医療構想調整会議でいろいろ調整する枠組みができているのと同じように、薬に関しても、その中に置くのか、分科会みたいなものを置くのか、それは分からないが、地域医療構想調整会議で検討していったら補完するのか考える必要があるのではないかと考える。
14. 薬剤師の教育・研修について、病院薬剤師会がしっかり関与してどのように教育メニューを作っていくことが必要であり、その基礎的な考え方やアプローチの仕方は、ある程度厚生労働省が示してあげる必要があると考える。
15. 地域・拠点で確保すべき夜間・休日の対応については、地域の大体が個々の薬局の集合体で、その地域の機能を担っているということを考えると、個々の薬局に必要な機能に夜間・休日対応の協力体制が入っていてもよいと考える。利益が見合わない、働きにくいことには手を出さないという体制は問題であり、そういった点でも、個々の薬局に必要な機能として追加すべきである。
16. 地域によっては、機能を持つ薬局を増やすことが難しいこともあり、連携を重視して対応しているところもある。地域において様々な連携がなされていると思うが、好事例のようなものはないか検討いただきたい。

2. 地域連携薬局の役割・機能について

1. 地域連携薬局の機能である地域の DI 機能について、他の医療提供施設に医薬品の適正使用に関する情報の提供というものが要件に入っており、地域でメーカーの MR も減っているという実情を考えると、その機能を持つことは重要であり、もう少し分かるような形で記載いただきたい。
2. 在宅医療を推進するために、無菌製剤処理が必要ない製剤の開発も重要であり、厚生労働省にも後押ししていただきたい。
3. 地域連携薬局の役割の入退院時の医療機関等との情報連携については、地域連携薬局というよりは、個々の薬局として1人の患者さんについての情報のやり取りをするものであると思うので、ここに記載するのであれば、もう少し説明が必要ではないか。
4. 在宅専門の医療機関や訪問看護のように、薬局について在宅をメインとしているところが地域連携薬局になる必要があるのか。在宅は在宅で推進してもよいのではないかと考える。
5. 現場としては、薬剤師が在宅の現場で、薬剤のプロとして訪問看護師やケアマネジャーと情報共有し、話し合うことを期待しており、薬剤師が実際の現場に来て活躍してもらいたいということを、地域連携薬局の機能の中で示してほしい。
6. 地域連携薬局の薬剤師は、薬局の中だけで仕事をするのではないということが非常に重要であると考えます。また、地域連携薬局に全てを任せるのではなく、その周りの薬局が助けていくことで、地域連携薬局が生きていくと思う。
7. ポリファーマシー対策として入退院時の情報連携は重要である。地域連携薬局において

は、地域に出て、患者宅、病院まで入って行って事前に必要な対応をしていくことが求められる。このため、個々の薬局の必要な機能というよりは、図の青枠の中にある機能が重要である。

8. 訪問看護師との連携などについて、具体的にどのようにしたら進むのか。例えば、訪問看護師と薬剤師が少しの時間でも同時に訪問するとそこで情報共有や話ができるので助かるという声もあれば、ケアマネジャーからは、患者の情報を継続的に確認できるので、訪問看護師とは曜日を分けて訪問してほしいと言われることもある。このような場合はICTによる情報共有もある。
9. 医療 DX を推進する中で情報の共有や連携の具体的な案をしっかりと考えていかないと、実際機能しなくなってしまうと思う。
10. 医薬品の適正使用、ポリファーマシー対策とか地域フォーミュラリーとか、そういったことを中心的に担っていく機関であるということをはじめに記載いただきたい。
11. 経験上、連携については、薬剤師に、地域の講演会、できればグループワークが一番いいと考えるが、そこでみんなで顔を合わせて話し合うというのが一番近道であると考え
12. いわゆるハブアンドスポークの考え方は物流とか交通の分野であり、ハブがないとスポークが機能しなくなったり、全ての物流がハブを経由しないといけないという、いい面とよくない点もあるので、ハブアンドスポークのような地域連携というよりは、本来はそれぞれの薬局や医療機関が必要に応じてお互いがつながり合えるネットワークみたいな形で、そのネットワークの中で、それぞれの医療機関・薬局が得意な分野、あるいは役割や機能を持っていると考えている。その中で、連携に関し、より多くの役割とか機能を持っていたり、ネットワークのつながりがより強いような薬局が地域連携薬局になっていくのであって、ハブアンドスポークのハブのような役割を一義的にその地域の中でその薬局が取ってしまっているような地域連携の考え方ではないと考えている。地域連携について、何をもって地域連携というのか考え方を整理してもよいのではないかと

3. 健康サポート薬局の役割・機能について

1. 健康サポート薬局について、一般の方がほとんど理解できておらず、そんなものがあるということ自体を知らない。健康サポート薬局自体、自分たちがプラスアルファでこういう役割を持っているということを、利用する方に発信していただかないことには、認知が全然進まないのではないかなと思うので、自らの役割を地域に発信していただく必要があると思う。これにより、こんなときにこういうふうなことでアドバイスを求めてもいいのだとか、相談に行ってもいいのだなということが分かる。全然発信しなければ、患者としては利用のしようがないため、活用できるような情報発信ということを記載いただきたい。先ほどの地域連携薬局も、同様であると考え
2. 健康サポート薬局も地域連携薬局も、社会的な使命感を持った薬局のボランティア的な役割の下に機能するものかと思う一方で、インセンティブが求められる時代となっており、こうした政策が機能するためにも何らかのインセンティブを併せて考慮してい

ただきたい。

3. 介護等の相談役としては、(受け身ではなく) 薬局側からニーズを引き出していく必要がある。
4. どのような健康相談を受けるのか具体性を持たせた発信をしないと、国民の側から分かりづらいことがあると思う。例えば、子供に対して健康相談を特徴的に受けられますとか、ダイエットについてとか、フレイルに対してなのか。そういった具体的なところが見えると、国民からの見方が少し変わるのではないかな。
5. 健康・介護相談対応等について、個々の薬局がこういう機能を持たなくてもいいと捉えてしまわないように注意が必要。
6. 住民の健康をサポートするということについて、よく相談して、もし必要だったらば、そこから受診勧奨というものもしていただければと思う。連携としては医師会や医療機関だけでなく、歯科医師会や歯科医も入ると思う。
7. セルフメディケーションの啓発・推進というのが、個々に対応すべき役割の中にも入っているが薬局では対応できないことについて関係機関と連携することについての議論を基に追加されたと考えている。そうであれば、分かりやすく理解できるように、例えば健康サポートの取組についてはというように、横に※印で特記されているような追記をしていただけるとよい。
8. OTC 医薬品は、短期間使ってみて、どう対応するのかというものであり、だからこそ、薬局だけでは解決できないことについて関係機関の紹介などの対応ができることが重要で、これが十分できないと健康サポート薬局が活きていかない。このため、行政機関や関係団体等と連携し、地域住民の健康サポートの取組を実施することが大変重要。

議題3：離島・へき地における薬物治療のあり方

1. 離島・へき地では地域の柔軟な対応が重要であり、薬剤が必要になったときに患者の元に届く体制をきちんと考えなければいけない。このため、基本的な考え方において、地域における医薬品の提供体制については、薬剤師又は医師が調剤したものを必要な患者に必要なときに供給できる体制が必要ということを明示してほしい。
2. 今後、日本の各地で離島・へき地がどんどん増えてきて、医薬品の提供体制が重要になってくると思うが、検討の前提の一つとして、通常の毎月飲んでいる薬(例えば血圧の薬とか糖尿病の薬等)など時間的に余裕があるものの提供体制と、急に具合が悪くなって、入院は必要ないほどで自宅にいる場合を峻別して議論を進めるべき。通常の場合は、ある程度時間的に余裕があるので、例えば薬が無くなるぎりぎりに受診するのをやめて、3日4日余裕があるうちに受診してもらって提供すればよく、そうでない場合に、どのような工夫があるのか、どのような特例が認められるのかを考えていくべき。
3. 体制をつくるという意味では、人や物についてどういう準備をしておくかということが一番必要。緊急時においては、必要な医薬品を地域ごと、患者ごとで準備することが必要で、その情報を常にアップデートしておく体制というものが重要。そのためには、顔

の見える関係をしっかりとつくりおき、連携が取れているということが重要。

4. 緊急時に必要な薬をどこかが備蓄・準備しておかなければいけないという観点からすると、余剰の医薬品を誰かが持たなければいけないという考え方になり、効率面から考えると医薬品を常に持っている薬局が持っていくべきであり、どこの薬局がどのように備蓄しておくのか、準備しておくのかについて地域で協議することが重要であり、その情報も含めて常日頃から連携を取っておくことも必要。
5. 平時のときと緊急時を含めて、対応を考える必要があるが、物や資金に限りがある中、体制整備にはそれなりのコストがかかり、誰かがそのコストを負担しなければいけない。これを認識した上で議論し、絵空事にしないことが非常に重要。
6. 地域で関係者がしっかり協働しながら、これから実効性のある体制を構築していくと思うが、体制がつかれない場合や薬局がない地域については、今後、具体的に検討されるものと考えている。その際、厚労科研の研究結果ももう少し詳細に踏まえて、解決策を議論していただきたい。
7. 例えば、離島で頻回に対応するような状況であれば、本土の病院でしばらく診るという対応を取ることもあり、決して離島にだけ医療を任せておくということはない。日常の環境の中で適切に診て、必要があれば高度医療が受けられるところが対応していくことが現状であり、事象の頻度や状況を考慮して対応を検討することが必要。

第8回薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会における主なご意見

議題2：地域における薬局・薬剤師のあり方について

1. 地域における薬局、地域連携薬局、健康サポート薬局の機能・役割に関する図等
1. 地域の課題について地域でどういう施策をどのような形で実施していくのかについては、行政や地域の医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等の関係団体が協議して決定し、地域連携薬局も含め地域の薬局と協力しながら着実に実施する形が必要。
2. 「薬教育等」について、学校薬剤師も含まれると思うので、薬や健康のここの教育への関与というニュアンスがわかるようにすべき。
3. 「無菌製剤処理」について、省令では正しいのかもしれないが、「無菌調製」と表現する方がよいのではないか。
4. （地域で確保すべき機能について）どの部分を担えるかは、地域ごとに違うと考えられるので、どういう役割を担ってもらうかについて、いろいろな方に分かるように表示することや、実施を約束してもらった機能はできる限り実施されるように、しっかり厚労省や自治体等が見ることが必要ではないか。

2. 健康サポート薬局の位置付け

1. 健康サポート薬局の制度開始から8年たっても活用されていない状況を考えると、認定薬局と同じように制度化し、具体的な役割をもっと明確にして、薬局・患者双方にそれをアピールして、きちんとその役割を果たしているかどうかという検証を必ず実施する

ということが必要。

2. 健康サポート薬局の機能の KPI について、例えば、連携についてであれば、患者から聞き取った情報を医療機関向けにまとめて患者に渡し、医療機関の受診勧奨を行ったこと等を設定することが考えられる。患者にとっては、薬局を介すことで、紹介先で改めて最初から話さないといけないという手間を極力省けるようになり、メリットが見えるようになり、健康サポート薬局を活用する動機となるのではないかと。どのような事例がよいかは今後の検討であるが、見える化するような施策を考えていくこともよいのではないかと。
3. 健康サポート薬局について地域住民が「薬局を主体的に選択できるよう、法令上明確化し」ということ、「名称の表示を可能とすることが必要」というところについて。また、制度設計についてしっかり「住民、患者にとってわかりやすいものとなるよう、必要な対応を検討する」ということについて妥当。
4. 日本チェーンドラッグストア協会としては、ドラッグストア併設の薬局が多いという特性があり、OTC の扱いや健康相談等、ドラッグストアとしての親和性の高い項目が非常に多い健康サポート薬局に対しては積極的に取り組んでいきたいと考えており、法令化することに対して賛成。ただし、認知度がまだ低い状況であり、薬局機能情報提供システムの項目について、健康サポート薬局、地域連携薬局を上位で入れることを検討してはどうか。
5. 歯科の場合は、セルフメディケーションで痛みが止まったとしても、自然治癒がない疾患であり、受診勧奨が重要なため、適切な受診勧奨ができるような方策を一緒に考えていきたい。
6. 健康サポート薬局についても、地域連携薬局と同様に、住民・患者にかかわらず関連するステークホルダー全体にとって分かりやすくなるように役割・機能を明確化した上で、実際に約束している機能がどう果たされているのか検証されること、役割を果たしていただくようになることが重要であり、実効性の確保に留意していただきたい。
7. 健康サポート薬局の取組は、健康サポート薬局以外の薬局でも薬剤師が目指すべき方向性であると思う。その中で、まずこれは必ず取り組んでほしいという方針を見せていただき、また、健康サポート薬局でさらに上を目指す際に目指すべきベクトルが分かったということで、他業種からも分かりやすくなった。
8. 国民や住民に分かっていただくというのは、ほかの取組でもすごく難しいものであり、総合的な方法で 1 つだけ実施すればいいということではなく、いろいろ施策を考える必要がある。
9. 行政からの広報はなかなか浸透しないと思うので、まずは健康サポート薬局が、利用している患者にきちんと説明することを位置づけることが重要。これにより、ほかの薬局と違うのかなということも意識化してもらえる。そうすると、例えば今は届出をしていない薬局でも、ほかの薬局と差別化を図るには健康サポート薬局の届出をする必要があるなと手を挙げるところが増えてくるのではないかと。まずは今届出をしているところからしっかりと利用者に説明することを位置づけていただきたい。

10. 健康サポート薬局は、一般の薬局が本来からずっと目指さなければいけない機能を明確化したものであると思うが、多くの薬局がそれに手を挙げていけなかったのはなぜか、何が今までの問題点だったのか、行政が示すのではなく、薬局自らが示していくことが必要。
11. 健康サポート薬局について、発展的な解消として名前も含めて機能も変えていって、どのようにあるべき姿なのか、薬局自らがどのような形で地域貢献をして位置づけしていくのかも含めて、業界団体で自らの姿として示し、審議会等で意見として出すべき。自ら仕事をしている者が自分の姿をしっかりと打ち出していくことが非常に重要。
12. 健康サポート薬局も地域連携薬局も薬局の目指すべき姿であると考えている。各薬局は必ず健康サポート機能は持っているが、一定の基準を満たしているところが健康サポート薬局を名乗れるという立てつけであり、健康サポート薬局、地域連携薬局にいく過程において、その基準を満たさないところもあると考えている。
13. 地域の行政が健康サポート薬局を利活用するために、地域行政が健康サポート薬局の機能をしっかり理解することが重要。都道府県の健康部局のようなところに対して健康サポート薬局が周知できていないと考えている。また、市町村レベルまで落とし込み切れていない。地域行政や地域の関係機関・団体に健康サポートの機能をいかに周知するのも、今後議論が必要。
14. 資料の7ページの※の3つ目「健康サポートの取組、セルフケア・セルフメディケーションの啓発・推進」おついて、「可能な限り」とあるが外し、しっかり取り組むことを示したほうがよい。
15. 健康サポート薬局の認定数が伸びていないという事実があり、また、地域連携薬局ができ、在宅の部分をしっかり実施する薬局を別に認定し、機能させようとしていることを踏まえると、改めて整理し、健康サポート薬局では、在宅に関しては連絡調整でいいというような形にすることで、今後手が挙げやすくなるのではないかと。要件定義の検討により、いろいろなサイズの薬局が手を挙げられるような形を作ることも重要。
16. 健康サポート薬局のハードルが高いために目指せない薬局があると思うが、地域の質を担保するという意味では、こういった高度な機能を有した薬局があることは地域住民や国民にとっては心強いと思うので、ハードルを下げずに残して、それを目指せる薬局がより増えていくことが、国民にとってよいと思う。
17. 増えないからハードルを低くしてレベルを落とすべきではない。届出をして認められる健康サポート薬局なので、どの薬局でもできるレベルでというのであれば制度化する必要もなく、みんなができる方法を考えた方が現実的であり、制度にして健康サポート薬局を残すのであれば、その機能は一定レベルを維持すべきではないか。
18. 健康サポート薬局は、いわゆる調剤のみならず、ヘルスサービスのよう部分になってくるので、調剤報酬の算定要件や施設基準で規定しにくいと思う。一般の薬局が提供する以上に高度なヘルスサービスを提供するのだったら、質や安全、情報も間違っはいけないわけだし、患者指導も適切なものでなければいけないので、ただ単に物販を頑張るだけではなく、ヘルスサービスにおける質や安全性をしっかりと高める必要があること

から、そういうサービスの質や安全をきちんと規定し得るような内容とすることが必要。

19. 健康サポート薬局について、できる限り地域の中でその機能をきちんと担保して、しっかりとした受診勧奨も含めた専門職のプロフェッショナルで連携した対応を確立していくことが重要。
20. 医療関係者、特に地域の薬局の中でも情報共有をして、どの薬局が健康サポート薬局、地域連携薬局であるのか、この薬局が得意なことは何かといった情報共有を行い、その地域を守るために全部の薬局が参画していただくことが重要。
21. 難しいと思うが、国としては制度設計の中にそれなりの報酬がしっかりあって、その機能が円滑に運営できるものをどうやってつくり上げたらいいのかも含めて方策を立てていただきたい。
22. 当然ながらコストもかかるし、人件費がかかる部分もあり、大変な部分があるかと思うが、現時点でインセンティブがない中で3,000件くらいの薬局は対応しており、薬剤師としてのプライド、矜持もあるので、インセンティブなしで高みを目指してもよいのではないか。アウトカムが見えた先に、国民が評価してインセンティブをつけてくれるという流れになると思う。
23. 健康サポート薬局はインセンティブがないというのは問題だと思う。国民のためにある制度であり、制度として成り立つようにしていただきたい。
24. OTC薬に関して48薬効群をそろえていなければいけないが、小さな薬局では狭いところで1種類か2種類ぐらいずつあり、その薬を買わなければいけないのかと思うが、ドラッグストアに行くのとたくさんあるところから選べる。小さな薬局に相談に行ったら、ドラッグストアに行ってこういうものを買ったらいいと言われるのが実は一番いいと思うが、それにインセンティブがない。国民の多くが健康サポート薬局の仕組みで恩恵を受けるような制度を考えていくべきである。
25. 健康サポート薬局について必要な機能の内容をしっかりと実行できるかが基本であり、制度として必ずしも強いインセンティブを与えるものでなかったとしても、そこには推奨しているといった意味合いでの効果自体は生じると思う。確実に実施することが重要であり、できないことを多くの薬局が約束してしまうことになる、意味がないため、レベル自体を下げるのかどうかはともかく、決まったことがしっかりできるような仕組みであることが重要。
26. インセンティブは、制度を使っていただくことについて後押しになるような役割を果たしていくことがあると思うので、国民目線で見るときにメリットになっている、これがないと困るということをうまく見つけられるかが重要であり、いろいろな機能を持っていただくこと以上に、利用してもらうに当たって、これは本当に必要だと思ってもらえるようなものをつくる必要があると考える。
27. 健康サポート薬局の要件と地域連携薬局の要件が、医療提供の部分において重なり合っている部分が結構あるところは整理が必要。医療提供の部分に関しては、どうしても日本の皆保険制度が関係するため、地域の住民、国民全体に一定の水準の医療を提供するという役割を持っているところがあると考えられるので、その部分はしっかり担保する

ことが必要。一方、健康サポートは、未病や予防といった意味合いが強く、この切り分けをしっかりとって検討を進めていく必要がある。

28. 人口減の時代において地域の体制を維持・構築していくには、人・もの・お金の視点を切り離すことはできないため、そのような視点を持って、健康サポート薬局制度を議論していただきたい。
29. 段階的な目標設定をしたほうが議論もしやすくなるし、個々の薬局としてもそれに向けて目指しやすくなるのではないか。

3. 議論のまとめ（案）

1. 20 行目「薬事衛生等」と「等」でくくられているが、資料 2 にも示しているとおり、セルフケア・セルフメディケーションの啓発・推進について、「等」でまとめずに記載していただきたい。
2. 100 行目に「地域ごとの薬局の状況は大きく異なっていると考えられることから」から「体制構築を進めることが望ましい」とあるが、一定の大きさの地域の中にある薬局の薬剤師全員ができるだけそういう会に参画していただいて、地域の医療を守るためにどういった貢献ができるかを知っていただき、分担していくことを進めていただきたい。
3. 45 行目の後半部分で「施設として必要な役割」の「施設」と書かれているが、薬局は地域における公共的な施設という側面をしっかりと打ち出すべきであり、「地域の公共的な施設」といった意味合いを入れてほしい。
4. 60 行目の「OTC 医薬品」について、医薬部外品、衛生用品等の提供も薬局の機能として重要であり「等」を追記してほしい。
5. 62 行目から 63 行目に「非効率」とあるが、薬局サービスは効率だけで行っていることではないので、「非効率」という言葉はほかの文言に修正すべき。
6. 65 行目に「まず」とあるが、個々の薬局に求められるものと、地域の拠点で確保すべきものと明確に分け過ぎているものであり、個々の薬局で必須で確保していくべき機能と、個々の薬局が本来この機能であるけれども特定の患者やいろいろなケースにおいて難しいケースもあることから、そのような場面に備えて地域で体制を構築していく必要があるということがわかるような記載が必要。
7. 70 行目から 71 行目に「在宅対応に向けた連絡調整」とあり、個々の薬局に求められる機能の中に含まれているが、これだけ読むと在宅対応しなくてもいいように見えてしまうため、個々の薬局も在宅対応をすることが分かるような記載にしていきたい。
8. 76 行目からの表現が読みづらいので工夫して記載していただきたい。
9. 100 行目が今回非常に重要な部分である。現在も夜間・休日対応や在宅対応というのは着実に継続して地域の中で実施されていくことが重要であるが、使命感では限界が出てくることであり、医療計画と密接に関係する機能であり、薬局が公共的な施設であることをさらに明確にすることからも、法令上の根拠に基づいた位置づけを地域の行政においても明確にすることが極めて重要であり、踏み込んだ形で記載すべき。また、ここで全般的に「行政」という言葉が出ているが、国、都道府県、市町村といったどのレベル

でのことなのか分かるような形で記載していただきたい。

10. 制度設計、薬局の機能について議論しており、人ではなくてストラクチャーのことであり、それを定義してどうするかということは分かるが、国民からは、かかりつけの薬剤師というその人にいろいろなことを、これはできますかと相談する窓口になるという感覚もあり、取りまとめの冒頭には薬局・薬剤師と書いてあるが、もう少し薬剤師そのものの顔が見える整理があってもよいのではないか。薬剤師という人の見える話と、ストラクチャーの規定・概念をクリティカルに整理した方が、今後、国民に理解してもらうためのものとしてよいのではないか。
11. どちらかというと言局は複数の薬剤師がいることが多いので、できればかかりつけ薬局を持っていて、どの薬剤師でも、きちんと情報を共有して対応してもらえることが患者としては安心であると思っている。今のかかりつけ薬剤師制度では、患者が薬剤師を選べず、薬剤師から私をかかりつけ薬剤師として同意してくださいと言われるので、患者が選ぶという感覚にはなっていない。薬剤師の顔が見えるようにするのであれば、患者が選べるかかりつけ薬剤師という制度にしないと進んでいけない。
12. 役割・機能、あり方も含めてのまとめであるが、今後構築すべき内容と課題が混在しているので、役割・機能の明確化は進んでいるので、それはそれでしっかりまとめつつ、それを実現するために今後検討が必要なことをしっかり記載していただきたい。また、さらに課題や、役割・機能が定められた上で、さらなる課題を抽出する必要があるのであれば、それも記載してはどうか。例えば 91 行目「実効性のある体制を構築していく必要がある」でも「必要がある」で終わってしまうと、その先どうするのがないので、取りまとめとして役割・機能は明確化した、その先をこうしていくという書きぶりにしていただきたい。特に、患者様が利用するメリットという意味では、役割・機能を昇華させてこういうメリットがあるから皆様に周知しましょうという流れでまとめると分かりやすいと考える。
13. 100 行目に「地域ごとに薬局の状況は大きく異なっていることから」、「地域・拠点で確保すべき機能について、行政が関与し、地域の実態を把握した上で必要な体制を構築することが重要である」というのは本当にそのとおりだと思っている。夜間・休日対応などの機能について 116 行目に輪番制とか薬局間連携に対応する体制の構築等の記載があるが、24 時間それから夜間・休日等の薬を必要なときに必要な人に届けるためには、訪問看護ステーションや様々な地域のサービスが関わってくるものであり、地域の実情を把握し、そのニーズを薬局の中で活用していただいて、どのように薬剤が届くか検討されることについて、市町村や地域の実情をしっかり分かっている行政、薬局、訪問看護ステーションを含む関係職種でしっかりと実情に応じた体制構築を進めることが望ましいという文面がよいと考える。看護師として、地域の薬のことや医療が必要な方々に対応することを考えると、必要なときに必要なものがタイムリーに届くことが一番大事であり、地域連携薬局等で確実に進んでいくことを望んでいる。
14. 100～104 行目に「地域の実情に応じた体制構築を進めることが望ましい」となっているが、薬局間だけではなくて医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等と

の連携があるので、どのような関係者と協力するのか分かるように記載してほしい。また、「行政が関与し、地域の実態を把握した上で必要な体制を構築する」という部分については、実際どういう状況なのかを把握し、それがうまく機能しているのかどうかを見直ししながら進めていただくことが大事であるので、情報を把握し、適宜見直しをし、外から分かるようにするということをつけ加えていただけないか。

15. 100～104 行目で、「行政の関与と薬局を含む関係機関が連携して」という言葉が出てきているが、116～121 行目に行政・関係団体などが中心になってといった言葉が入っていないので分かりにくい。ため、「行政や関係団体が中心になって」という言葉を入れて、誰がやらないといけないのか明確にしてはどうか。
16. 「地域連携薬局の役割・機能」の●1つ目、2つ目で、地域連携薬局は自らとか積極的に実施するという文脈が読み取れるが、121 行目以降の●5つになると、一般の薬局の機能とあまり区別した書きぶりになっていない。現場にもっと積極的にとか、薬局の中だけではなくという構成員からの意見もあったと思うので、そのあたりを加味して記載を差別化すると、地域連携薬局の機能で違いがあるところが医療関係者、看護職に周知できるのでよい。
17. 112 行目に「在宅医療等に地域の薬局と連携しながら」とあるが、連携は在宅医療だけではないので、記載を工夫していただきたい。
18. 100 行目に「地域における医療計画を踏まえ、薬局を含む関係機関が連携して」との記載があり、地域連携薬局も当然、地域における医療計画に位置づけられていくべきものであると考えているので、そういったことが分かるような書きぶりをどこかに加えていただきたい。その上で、141 行目で、なお書きとなっていることについて、地域全体で体制を構築するためには地域連携薬局に全てを任せるのではなくて、地域のニーズに対応するための体制の構築は、それ以外の薬局も積極的に協力する、ということは非常に重要であり、なお書きではなくそれが分かるような形にしていきたい。
19. 129 行目のターミナルケアの患者の対応について、1つは麻薬の対応が主になってくるとは考えているが、ターミナルケアの中でがんの患者という話になると、これは専門医療機関連携が関わってくる部分がある一方、老衰の方もいるので、麻薬以外に地域連携薬局に求める機能があるとするならば、もう少し具体的な記載があると、これらのことも含めて地域連携薬局はターミナルケアに対応してくれるということが多職種、患者含めて見える化できるのではないか。
20. 124 行目の「外来患者の夜間・休日対応を実施すること（地域の実状に応じ、輪番制に参加する等）」との記載について、地域連携薬局はどちらかというと夜間・休日の在宅だけではないと思うが、在宅やほかの医療機関と協力して外に出ていくといったほうがメインで、外来患者の夜間・休日に関しては、地域連携薬局だけではなくて地域で補うべき機能であると思うので、これをここに入れてしまうと地域連携薬局だけでやるみたいなイメージができてしまうので検討が必要。

第9回薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会における主なご意見

議題2：地域における薬局・薬剤師のあり方について

12. 今回取りまとめた内容が制度に反映されることになったときには、地域における医療計画と整合性の取れた形で地域の薬局サービスの体制構築が進むよう、薬剤師会も含む関係機関、団体が一致して取り組んでいきたい。
13. 地域の実情について、今後、どんどん高齢化が進んでいくため、その時々の実情を見ながら見直していくという趣旨をとりまとめに入れていただきたい。
14. 現場の感覚では、地域の中で薬局薬剤師と顔が見える関係を構築していくためには、行政に講演会を開いてもらったり、グループワークを開いてもらったりといった取組がよい機会であり、とりまとめ案に抽象的には書かれていると思うが、もう一步踏み込んだ表現で、そういった顔が見える関係の構築について記載していただきたい。

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. 一次医療圏ごとの在宅対応等の概況について、例えば地域を限定してもよいので、どの地域がどうなっているのかを可視化し、議論するためにイメージできるようにしていただきたい。
2. 医療機関については、へき地に関する法律、離島に関する法律に基づいた形でのデータ構築がなされていると思うが、薬局も訪問看護ステーションも今までそういったことに取り組んできたということがなく、今回の資料において市町村という単位の中で薬局ありなし、訪問看護ステーションありなしが出されているが、これについて、いわゆるへき地に関する法律、離島に関する法律に完全に合致している訳ではないと考えられ、こういったことが構築されていないということが問題なのではないかと思っている。
3. 「基本的な考え方」の※印の最後の「医療提供体制の構築に取り組むこと」というところが今回の議論を通じて実効性のある取組につながるように進めばよいと考えている。
4. 検討の前提として、離島とへき地は別々に考えるべきものではないか。離島というものとへき地というもの、それぞれでまず大きい枠組みでのあるべき姿というものを全体像として考え、それでもレアなケース、困難なケースというものを丁寧に議論していくべきであると考えている。
5. 離島・へき地について、ある程度分類していただいて、ここは島である、ここはへき地であるが、実際には面積が広くて分散されてしまうという地域と、山間部でルートとしてなかなか行けない、集中していろいろなものを配置できないというところなどの特性をしっかりと見ていくことが検討においては必要であり、ただ訪問看護ステーションがあればいい、薬局があればいいということではなくて、複合的なものを考える必要がある。これにより、薬局や訪問看護ステーションが一緒になったある程度のパッケージをきちんと行政単位の中で誘致してつくるのかなど、行政、例えば県が主導して誘致していくべきなのかなども含めて考える必要がある。このように大きな考え方をせずに、ただ不足しているから何でもやればいい、あとはオンラインでやればいいということになる

と危険性ばかりが伴い、逆にコストばかりがかかってしまうため、非常に大きな問題になってくると考えられるので、片側面から見るような分析になってしまわないように分析しながら、それに対してどのような対策を立てていくのかということを検討していく必要がある。

6. 必要なときに必要な患者に必要な薬が提供できること、そして、地域における患者が安心して暮らせることが第一だと思って考えている。このため、何か急な薬が必要になった場合にどうするかということが大事になってくるが、現場の感覚としては、患者が薬がなくなるぎりぎりに受診することが非常に多く困っている。残薬ありきで考えていいのかという問題があり、基本的には患者たちは薬がなくなる1日か2日でも前か、ぎりぎりに受診ということがあり、へき地や薬局が少ない地域において、例えば1か月分のお薬が出たときに、少し余裕を見て受診の予約を取ってよいのか、薬剤師が調剤するときに、次の受診時はどのくらいかというのを確認しながら対応することを住民の方々に普及できるものかどうか。それができるのであれば、訪問看護ステーションにおいて残薬をあまり気にせずに対応できるのではないかなと思う。
7. 服薬のタイミング、残薬のことに限らず、本来、薬局薬剤師は主治医と相談しながら、距離的なものなどアクセスの部分で、ある程度の余裕を持つという対応をしなければいけないことだと思っている。もちろんどれくらいの日数が適切なのかというのは明確なものはないかもしれないが、体調不良だとか、災害時、有事、または天候を含めて患者に安定供給するという意味では、ある程度、予薬を持つというのは現場では当然ながら行っており、具体的な日数については主治医と協議して対応している。
8. 訪問看護ステーションに関して、町、市を何十キロもまたいで対応するので、当該市町村に訪問看護ステーションがないから対応できていないということではない。その上で、夜間・休日対応を標榜していても実際に対応していない薬局があったり、訪問看護ステーション側も薬が供給されていなかったとしても薬局側に連絡をしていないケースもあったということを考えると、実際に夜間、休日などイレギュラーなときにも対応ができる薬局なのかどうか、どのくらいそれが可能なのかどうかも含めて、考えていただきたい。
9. 薬局と訪問看護ステーションの連携について、具体的な方法を示すことが必要ではないか。
10. 「地域ごとの対応については医療提供体制全体を見て検討する必要がある」ということについては本当にそのとおりだと思う。特に、薬局は基本的には処方箋に基づいて調剤をしているので、必ず処方箋を発行した医療機関があるはずであり、どのくらい住民の人口や患者ニーズがあるのかということも関与すると思うが、そもそも医療機関があるのか、それに対応して薬局があるのかといった医療の提供体制、医薬品の提供体制全体を見ていくことが必要である。
11. 在宅の患者に対する薬剤管理は、実は薬局だけがやっているわけではなく、医科診療報酬の中にも在宅患者訪問薬剤管理指導料があり、その算定に係る業務を医療機関に所属する薬剤師が患家に出向いて実施していることも実態としてはあり、薬局はないが医療

機関があるといった場合、医療機関の医師の往診、または医療機関に所属する薬剤師が対応しているようなことも可能性としては大いにあると思うので、そこも含めて全体を見て今後の在り方というのを考えていくべきである。

12. 対応薬局がないような地域で訪問看護ステーションがあるというのは、数としてはそれほど多くないということが分かったので、そのことも踏まえて今後どう対応していくかということを考えることは重要。
13. 「患者に影響する医薬品の保管する場所や管理方法について整理」することは極めて重要であり、医薬品というのはどこにでも置いておけばいいものでは決してなく、現状では、基本的に医薬品を販売できる薬局や当該医療機関の患者に対して使うことを目的として医薬品を購入している医療機関などに医薬品を保管しているが、品質を保つことや、法定管理薬などはその法令に基づいた管理も求められるので、そういった医薬品の適切な管理ができるかどうかということも含めて今後しっかり検討していくことが重要。
14. 以前、本検討会で示した厚生労働科学特別研究のアンケートでは、郊外、都会、へき地を対象としていたが、現場の工夫により、本当にすごく困ったという事例の件数が思ったより多くなかったといったデータが出ていたことから、本当に困るところというのはどういうところなのか、へき地について単純にへき地要件に当てはまれば困るのか、離島ならば困るのかということもしっかり見定めて、本当に困っている地域について、まずは考えていかなければいけない。
15. 基本的な考え方の「必要なときに必要な患者に必要な薬を届ける」ということについて、必要なときというのはどのようなときなのか、必要な薬は何なのかということも検討が必要。一義的には患者の命を守ることが最も重要であり、本当に緊急事態で命が危ういときには在宅医療で薬で対応できるものではなく、搬送しなければいけないわけであり、自宅にいられるような状態で、なおかつ薬剤である程度のことはできるという状態の患者にどんな薬が必要なのか、鼻水が止まらなくて鼻水止めの薬が欲しいような場合、それが本当にすぐに必要な薬なのかどうか。薬ならば何であっても必要というわけではない。37度5分の患者に解熱剤がすぐ必要かということそうではないが、一方で40度出たらやはりすぐに投与してあげたい。そういったことがあるので、全ての薬剤がすぐに必要ということではなくて、どんな状態の患者さんにどんな薬が必要なのか、優先順位をつけて、何からまず渡さなければいけないのか、例えば輸液が必要なのかとか、そのようなことを検討せずにその患者に必要な薬剤を、または患者が希望するから必要だということではないので、条件を峻別して整理する必要がある。
16. へき地・離島という場所がどこなのか、困っている方がいるかどうかということは、なかなか数字、統計で明確に出しにくい部分があり、実際にへき地・離島の範囲というのは、過疎法などで定義されている部分もあると思うが、いわゆる政令指定都市のような場所であっても、場所によっては本当に山の中にあることもある。しかしながら、まず測れるデータがあること自体は大事ではあるので、このデータを基礎にしつつ、一方で明確に切り分けができてにくいところもあるという前提で議論していくことが必要。
17. 薬局と訪問看護ステーションの関係が基本になると思うが、例えば場合によっては医

師が直接駆けつけて助けられているようなケースなど、いわゆる医療の専門職種、介護関係の職種なども含めてどういう形でサポートができているのか、最終的には、様々な機能を地域全体として、関係職種全体においてしっかりカバーできるかということが重要である。この検討会ではあくまでも薬局・薬剤師との関係を検討していくものであり、特に訪看ステーションとの連携というのが最重要の課題であろうとは思いますが、そのほかの連携も含めて総合的に考えていくということがフェアであり、地域の課題解決ができることはあると思うので、そのように整理できてよいと考える。

18. 離島・へき地の医療については二次医療圏で医療が完結していて、例えば1つ大きな医療機関があればそこで医療として薬剤提供も含めて対応できている、その中に薬剤師が存在するというようなことの中で成立しているところがあり、北海道はこのような対応がなされているということだと考える。また、東京の島しょ部の場合、どのような状況かという、薬の場合にもほとんど困窮しておらず、患者が急変した場合にはほとんどヘリコプターで運ぶということも含めて、いろいろな想定の中で緊急の場合どうするのかなど全て組み立てられている。離島・へき地の救急や、島しょ部に行って医療をしていた方ではない方がどれだけ話しても、机上の空論となるだけで、実情に合っていない話をしては仕方ないと思う。どのような方策を実施しているのか実例を見れば分かるということなので、その実例をしっかり見て、それを補うために何らかの法的な問題、それ以上の困窮する状態があれば、どうすればよいのかについて解決していくということが必要である。現場から発生した問題であれば具体的にここで議論すればよいが、ただ机上で離島・へき地といって薬剤が単に提供できるかできないか、空間的、時間的な問題があるのかないのかということを経験しても全く意味がないと思う。
19. 机上の空論かもしれないが、無薬局町村だけを何とかすればよいというものではなく、少なくとも薬剤を提供するためには薬剤師または医師が必要であり、あとは建物、薬が必要ということだが、薬剤は管理が非常に難しく専門的知識が要るわけであり、薬剤の提供のために誰かがいればいいというわけではなくて薬剤師が必要だということであれば、薬局はなくても村役場があるなど行政区としてその中心になっているところが必ずあるはずであり、そこにそれぞれ1名ずつ専門的に薬剤師を国のお金で配置すればよいのではないか。
20. 二次医療圏、一次医療圏だけではなくても医療というのは完結しているわけであり、全てのところで今、在宅治療ができているが、例えば山の中で孤立している一軒家に1人が住んでいて、そこで寝たきりになって在宅医療が必要になったときに、果たしてどのように対応できるのか。老老介護のような状況になっていたら、ふもとの町に親族が行って対応して、残された人が孤立している一軒家にいるというのはよくあるパターンであり、その人も具合が悪くなればふもとの町に下りていくことになっている。実際、このようなことを医療のことを知らない者が想定しても、一次医療圏ごとにみても医療としては意味をなさない。もし一次医療圏ごとに対応するのであれば、国が社会保障、医療というものにもっとお金を出せばよく、それを出さないでこういうことを工夫しろということ自体が全く空虚な話である。この検討会を遡ってみれば、実際に困窮する事例

が本当にあったのかということ、そうではなかったということが明らかになっているわけであり、そういう意味では、個別に切り取ったところだけ議論をしてもいいのか。医療というものを片面からだけ見て議論するのはどうなのか。医療はいろいろな多職種連携の中でできているものであり、その中をどうやって見ていくのかという議論のほうが、社会実装として実態に合った議論になるのではないか。

21. 二次医療圏で見たら問題ないかもしれないのに、一次医療圏という狭い範囲であるなしということの議論をすることに価値があるのだろうか。閣議決定で公開するということになっているので、公開することはいいと思うが、公開されたところが 138 くらいなのであれば、本当に困っているのかどうかやどんな対応をして問題解決が既にできているのかといったことを調べるのだとしたら、そんなに大きな数ではないのではないかなと思うので、その上で本当に議論が必要かどうかということ考えたほうがいいのではないかな。
22. 薬局も訪問看護ステーションも自分の事務所もしくは薬局があるところを超えて広域に対応している事例はたくさんあると思うが、例えば訪問看護の場合は 30 キロ以上離れて対応している事例が本会調査では 2 割とか、30 分から 60 分の管轄に訪問しているステーションが 6 割だとか、そういった事例がある。どういったところに本当に困難な状況があるのかということを確認する場合、薬局についてそういったカバーしている基本的なデータがあるのか。議論する際に、あるなしだけでは十分ではないと考える。また、以前に 2 回ほど 24 時間対応をしている実態も 70 数%というデータがあったと思うが、そういったデータと合わせて現状を確認することが可能なのか。可能だったら、次回以降具体的な議論をするときに教えていただきたい。
23. 薬剤師も医師も偏在があるが、医師については、日医のアンケート調査で、一時的にせよ過疎地やへき地、離島で働いてもいいと答えている勤務医は 20% しかいなかった。薬剤師も同様の状況と思われるが、総合的なパッケージで対応しないといけないと思う。そのためには報酬だけではなくていろいろな面で条件を整えていかないと、こういった薬剤師のいない地域はなくなっていくのではないかと考えている。薬剤師について医師と同様のアンケート調査をしたことがあるのであればデータを示して欲しい。
24. 地域で薬局マップというものを作成していて、市町村ではなくて薬剤師会の管轄（2 市 1 町 1 村）の中の薬局の配置で、その中に地域連携薬局、健康サポート薬局等を可視化しており、それを行政、医療機関に全部配布して、市民、村民も全部見えるようにしている。そもそも薬剤師会、職能団体がこういうことをすべきであるので、日本の地域薬剤師会、もし地域薬剤師会ができないのであれば県薬剤師会、県薬剤師会ができないのであれば日本薬剤師会が責任を持って見える化するというのは当然、職能団体の義務であり、国に委ねるのではなく、そういったところを国民が求めているのであれば、薬剤師会がやっていただきたい。
25. 訪問看護ステーションはもともと訪問することが目的でつくられているので、訪問することに対しては当然ながらフットワークは軽いと思うが、薬局は処方箋調剤や一般用医薬品も対応する必要があるところに在宅のニーズが高まって訪問しなければいけないと

いうことになっており、今後、地域ごとに状況を見てパッケージでやるのか、それとも健康サポート薬局だとか地域連携薬局が責任を持って地域をまたいでやるのか考える必要がある。私の薬局であれば、隣の群馬県の草津や管轄外の坂城町なども訪問薬剤管理は行っている。草津に関しては片道1時間半以上かかるものの、そういったところでもニーズがあるのであれば対応しているが、当然ながら対応に当たっては規模が必要になってくるため、薬剤師の配置だとか、薬局の規模、面積なども必要となる。人口が集中していて機能があるのであれば議論にはならないかもしれないが、地域によってはこうしたことも視野に入れながら、このデータで示されている薬局がない、訪問看護ステーションがない、もしかしたら医療機関も隣に行かなければいけないという地域が今後増えていくということを考えると、このようなことも視野に入れながら対応することが必要ではないか。

26. 医薬品の備蓄に関しても、薬局や医療機関が責任を持って対応することが必要であり、そういった意味では今、医薬品の供給が不安定というところで、これ以上それを分散化させること、ましてや輸液みたいなものは今ほとんどこない中で、また違うところにも分散化することは問題である。地方に薬剤師が行けばいいのかもしれないが、これも現実的に難しい。人口減もありますし、働き手不足も出てくるのであれば、ある程度規模を持たせたところに集約化させて、そこに機能を担わせるかというところは議論があってもいいと思う。せっかく薬学部が6年制になったという観点でも、これから訪問看護ステーションなどいろいろなところが減ってくるかもしれないのであれば、薬剤師にもう少し機能を幅広く持たせて、医師の指示の下で輸液交換などをするというところも議論に入れて検討してもよいのではないか。
27. これまでの調査の中でも24時間対応ができていない場合も一定程度あるということは統計的に出てきていると思う。また、人口減少については別に移民政策を取るわけではなく、当然ながら今後20、30年は減っていくということはほぼ決まっていると思う。地域で人口減になっていくということで、医療の中でも専門家のリソースが取り合いになる側面というのは今後出てくると考えられる。そういう意味では、ある程度いろいろな方にサービスを提供できるように薬剤師も力を発揮していただかないと社会としてもたないところはあると思うので、そういう中でどういうお互いの補い方があるのか。その基礎資料が一次医療圏の話であり、規制改革実施計画においても、まずは基礎資料となるところを分かるようにするということを言っているだけではあると思う。その上で補い方というのは別に一次医療圏内で全部担わなければいけないということではないと考えている。ただ、一方で一次医療圏の中でも地域差、人口が集中しているところとそうでないところがあり、最終的には二次医療圏でカバーできるということもあると思うし、割り切れないところはあろうかとは思いますが、そこに課題があるということは数字として見えるところも一定程度必要であり、従前、まずいろいろなデータを総合してどういった状況にあるのかというのを見つつ、関係職種の相互の協力というのがどういう形でできるのかというのを冷静に見ていくことが重要。
28. 本日、データを提供していただいて、薬局のあるなしとか、訪問看護ステーションのあ

るなしということがデータで示されて、若干議論が反目し合うような形で流れているというのは、いかがなものか。本来、薬局と訪問看護ステーションは協力し合うものである。この検討の場でも建設的な議論がなされるべきである。

29. 「地域における薬局・薬剤師のあり方」の中でも発言したが、やはり地域においてどれだけの準備ができているのかというところが、へき地でも離島でもベースになると考えており、行政を巻き込んだ上であらゆる関係職種が顔の見える関係をつくって話し合いをして、工夫をしながら準備をして、それなりに困っていない状況をつくり出してきたと思う。しかしながら、その中でも時間的なことなのか、距離的なことなのか、少し漏れているケースが出てきているというところが今回大きい議論のテーマになってしまっているというところもある。まず大きいところとして、へき地・離島のあるべき姿というものを組み立てた上で、本当のレアケースを検討していかないと、今日のような空中戦のような議論になってしまうことが気になった。
30. そもそも一次医療圏におけるインフラ的な意味でどうかというときに、一言で在庫と言っても薬剤の種類は多様であり、特殊な薬で在宅をやっている、命に関わる薬の場合もあるので、そのロジが途切れるのはあり得ないから、それはかなり特殊な状況をつくって何とかして対応するということになる。在宅医療にも希少疾病の患者がいて、おそらくそういう患者はこういう議論以前に何とかしてロジをつくらないと命に関わるから対応しており、一次医療圏に通院をして、場合によっては連携薬局から送ってもらったりしながら、医薬品が自分の自宅に3か月分のバッファーを持つことで対応している。そのような場合に、今後、高齢になって通院が不可能になってくるとどうするか問題ということがある。だから、例えば日常診療に使う湿布薬の供給というレベルの話から、在宅でその人しか使わないような薬のロジというのが存在すると思うので、そういった観点で一人一人の患者にとって必要な薬となると、それは全部を完璧に全国レベルというのは不可能と思っている。患者会でも、引っ越しをしたらかということと言わざる得ない場合も多い。憲法 25 条が前提で、国民全部が何とか適切にということでのこのような議論になっているとは思いますが、やはり薬の在庫リスクとして、それが取れるようなものでない場合もあるが、どの程度の在庫を考えるかについては、薬や疾病ごとに違うという部分も一定程度あるので、希少疾病の在宅というところも視野に入れてほしい。
31. 今回の議論とは直接関係ないが、訪問看護ステーションや薬局、診療所いろいろあるが、HIV というだけで嫌と言われて対応できないという例もあるので、疾病によって嫌とか、差別とか、現実問題として地域の医療を在宅でつくろうとするときに HIV ということが相当足かせになったりしている。最近研究班で調査をやってみたが、結構厳しい状況であって、こういうロジスティクスの話もそうだが、職能団体においてはそういった患者の人権も含めて、それを担保された形でロジスティクスを確保することが必要。
32. 規模が大きくなるとなかなか細かい在宅訪問や薬剤を提供するということはできないのではないかと。在宅専門の医療機関であったり訪問看護ステーションであったりというような業態というのは、薬局に関しては認められていない。全て理解しているわけではないが、その理由の 1 つは在庫の問題であって物を預かっているということであり、

もう一つは処方箋の応需義務があるということだと思っている。薬剤師が一人で訪問に行っていたら対応できないわけであり、そのために、従業員が多く必要であったりとか、いろんな体制を組まなくといけない。もう少し緩和して、薬局を開店していたら処方箋を持ってきたら応需しないということではなくてもよいのではないか。例えば訪問薬局ステーションみたいなものが業態として成立するような経済的な支援と、なおかつ法律的な制限をもっと軽くすることで、薬局というものがもっと多様な形でできるように、時代に合わせて対応できるようなものを業態として可能となるよう制度として制限を解除するような方向を考えていったらどうか。薬局は多様な業態、やり方があっていいような気がしており、そうすると在庫などはいろんな基本的なものは取りそろえなくちゃいけないということから外れて、うちはこういうことに特化しますよということで対応できるようになると思う。

33. 訪問看護ステーション自体はもちろん薬局と連携をしながら常に薬が手に届くようにしたいし、そういうふうに対応しているが、現状ではステーションに高齢者の軟膏すらも置けない。内服だけではなくて今、欲しい軟膏類とか、そういうものも含めて渴望しているというところは考えておいてほしい。病院に行かない際にどうするか、ちょっとしたことでも病院に行かないように、何とか予防をしながら訪問看護ステーションで苦慮しているところで、そのときに必要なものは結構あったりするんで、それも含めて、地域の方々、町や村や関係なく考えていけたらいいと思う。
34. 在宅医療の提供体制については、厚生労働省が令和4年度に1年近くかけて検討しているはずであり、資料をそろえて二次医療圏の問題や、それが一次医療圏でどう波及するのか、全部データは出ているはずであり、こういったものと合わせていかないといけない。ただ特出しで薬剤提供の在り方だけを見ていると、片側面になってしまう。令和4年の検討を踏まえながら薬剤提供体制というものをどうするのか、それに薬剤師がどのように関与するのか、そういう側面からだけ検討すればよろしいのではないか。基礎の部分までいろいろやって、もう既に結論が出ている。それを踏まえながら、薬剤師だけではないが、薬剤というものを離島・へき地にどのように提供するのか、在宅医療のそういう提供体制を踏まえながら、今さらに人口が過疎になってくるところがある、そういうところも含めて、医療体制部分は少し変わってきているところもあるので、そこをどうやって議論するのかというふうに考えていったほうがよい。

第10回薬局・薬剤師の機能強化等に関する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、急変といっ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。それでもまだ十分に対応できない場合には特例的な対応など次のステップを考えるという形にすべきである。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。それが届かなかっ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と。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. 薬剤師法の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（疑義照会、調剤済の薬剤からの減薬）について、実施できる業務の範囲を見直す必要があるのではないかと。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と。
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とあるが、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て、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ので、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う。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う。

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う。医師についても同じ偏在があって、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っている程度仕方ないと思うが、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、当該職種がいないような場合、もしくは1名や2名でかなり広い地域を見ることがあると思うので、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う。
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うが、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う。したがって、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う。
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、薬剤師がいないとか医師がいないところになると、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いわけではなくて、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、地域で話し合って連携する、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いことではないか。
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き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らうと思うので、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

くれる専門家がいら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つては、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。

第11回薬局・薬剤師の機能強化等に関する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、顔が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、前もって家にあって、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、何時だったかは今日は家族の手が空いて取りに行ける、何時だったかは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います。

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と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います。
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、何かあっ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て、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ている。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てほし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。

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。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。
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ば出すということではない。もう1つ、協議の場があっても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。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のかと思っている。
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る、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ができるのか、もし関わる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ことが多い。

【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。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、多めに出してしまうことがあったり、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るのであ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うわけだが、薬局の場合、どこの薬局が専門性を持っているかということが分からないときに、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でき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 4：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。

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しまっ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なと思う。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な。
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な。また、薬局を選択する患者の立場になった場合に、こ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なと思う。
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ろうとは思っています。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ろ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。

第 12 回薬局・薬剤師の機能強化等に関する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

【地域における在宅患者への薬剤提供体制の構築・強化】

1. 在宅医療における薬剤提供に係る体制の維持、強化について、薬の専門家である薬剤師が医薬品提供にしっかりと関わるという地域のチーム医療の体制の概念がしっかりと盛り込まれている。この体制等は都道府県の医療計画に沿った形で構築、機能することも非常に重要。さらに、都道府県・二次医療圏等の広域での協議により、地域レベルでの協議が連動し、継続していくことが重要。
2. 行政関係機関、そして関係職種が相互に連携、協力する体制が不可欠であり、医薬品提供体制の圏域での状況を把握し、フレキシブルに対応できる体制が重要であり、このような体制を実現していただきたい。薬剤師会としてもそのために努力していきたい。
3. 地域の薬剤師会において、非会員薬局も含めた地域の方々向けの薬局の体制の一覧化が進んでいる。また、今まで薬局の連絡先が分からないということが調査結果でも出ていたので、地域薬剤師会に窓口になっていただき、会員、非会員を問わず、しっかりと対応者の調整ができる体制が構築できればよいと考えている。
4. 在宅医療における医薬品の提供体制の構築に取り組むことの明確化は重要。薬剤師の確保、対応薬局の確保等、必要な構築推進策が記述されているが、これまでの検討会での議論をみると 24 時間対応や患者にしっかりと医薬品が届けられる体制を構築するための薬剤師、薬局の確保が必要だという意見も出ていたので、これらに関しても追記いただきたい。
5. 経験上、行政が旗振り役になっていただくと、関係職種が集まりやすいということがあるので、必ず行政にも中に入っていただくことが重要であり、強調していただきたい。
6. 日本チェーンドラッグストア協会としても薬剤師会が作成した夜間・休日リストを基に

しっかりと供給体制を整えてまいりたい。

7. 人口減少が進んできたりするなど状況は次第に変わっていくので、実際に連携体制を構築したとしても継続的に見直しをしていくといった趣旨を入れることで適切な対応になるのではないかな。
8. 都道府県・二次医療圏での広域の協議をぜひ進めていただきたいと思う。また、こういった協議の場というのは行政が絡んでいただかないと多職種が集まりにくいという経験もあるので、地域の行政に旗を振っていただいて、多職種が集まれる場で各地域の現場で困っていること、課題を抽出できるような現場をつくっていただきたい。
9. 地域での困り事に対して、医療、介護、福祉の職種を垣根を越え、自分たちの持ち回りを超えた患者さん、地域住民のためのサービスを提供している事例があると思うので、そういったものも抽出し、フィードバックして好事例を横展開できるような体制構築というものが必要ではないかな。
10. 地域における薬剤提供体制の構築に関し、地域ごとに様々な課題を抱えており、協議する環境も整わないところや自分たちだけの力では前に進まないことがたくさんあるので、行政の方が患者や地域の様々なサービスの方々からの困り事にしっかり耳を傾けて一步一步その地域に合った方法を考えていただけたらどんなによいかと思う。
11. 地域によっては休日・夜間に対応するために行政と地域薬剤師会が連携して運営しているような薬局がある場合もあるので、そういうケースではそのような薬局の活用も視野に入れてはどうか。行政や地域の関係者と連携しての対応となるので、共通認識を持って対応できると考えられる。
12. 在宅患者の調剤を担当する場合においては薬剤師による訪問薬剤管理指導、すなわち患者宅を訪問した上での薬剤管理、服薬指導が重要であるということをまず理解いただきたい。患者の状況に応じて在宅療養を担う医師、薬剤師、訪問看護師などにより対応方法を協議しながら医療を提供していくということが何よりも患者のために必要なことである。その上で、個別の患者の状況に応じて実施できるということについては、例えば、必要最小限の量の薬剤があらかじめ処方されて、それを調剤した上で患者宅に配置していくということが最も有効な方法であるというのはこれまでも議論されてきたことであると思う。また、仮に医師から訪問指示がないということがあって、薬局薬剤師がその患者の訪問指導まで対応できていないというケースがあったとしても、関係職種間で対応方法を共有しておいて、その際に訪問指示がなくてもあらかじめ薬局薬剤師にも情報を共有していくということが準備という点では非常に重要であると思う。
13. 日常的に電話相談を受けているが、先日、在宅医療を受けている家族の方が、夜中に状態が悪くなって医師に往診に来てもらったときに薬の指示が出たが、訪問看護師が24時間対応しているという薬局複数に連絡をしたけれども、連絡がつかず、非常に困っているという事例があった。どういうことなのか聞くと、よくあるとのことであった。本検討会では、比較的在宅医療の場合は薬局との連携がうまくいっていると聞いていたので、意外な感じがした。同じような声をこれまでに聞いているというスタッフもあり、もしかしたらこの場で共有できていないような現状があるのではないかなと思っている。

14. 訪問看護ステーションとして薬が必要になったときに、薬剤師が訪問して薬を届けて説明をしてくれることが一番だと思っている。看護師ももちろん薬剤師についてはよく勉強しているが、薬剤師が専門家であり、その方に対応いただけるのが一番であると思う。ただ、実際に薬局に連絡がつかないということはあると思っており、なぜ表在化しないのかというと、薬局が開いていなかったり、すぐに薬を届けられないので、看護師が薬局に取りに行ったりしており、これが当たり前になっているからだと思っている。このため、薬局に相談するというのにまで至っていないのではないかなと思う。
15. 看護師は、24 時間のコールで対応することは多くあり、訪問看護ステーションは大体 24 時間対応しており、コールがあったときに薬を持っていくといった対応をすることもある。また、不要になった薬を薬局に返すことがあり、そのときにこの薬だけでも訪問看護ステーションに置けたらいいのになと思うことはある。
16. 日本看護協会としても上記 14、15 のような状況について、過去の検討会でも発言しており、また、会員から問合せがある。医師の指示があっても薬剤が必要な状況にもかかわらず、なかなか薬剤が手元に届かない。一晩超えることもある。本当は患者、生活者のそばにいたいところだが、患宅の介護者も非常に高齢で動くのも苦しく、夜間などは危ないということを加味して看護師が動いているが、他に対応策はないのか、という声があり、こういった状況について標準的な理解の下に解決ができないだろうかということを考えており、この検討会で課題として意見してきている。
17. 今回、特例的な例として、これから論点について議論されると思うが、こういった対応ができると、薬剤を在宅で提供する側にいる者にとっては、なかなか解決できない場合にはこういうふうと考えられるのでよいのではないかなと思っている。
18. 当たり前になっていて表在化しなかったというのは問題であり、やはりそういったことは何らかの形で解決しないといけない。例えば訪問看護ステーションの方々に、これは問題なんだと認識していただくことが大事で、それを認識していただいて、ではどんな解決策があるのか検討するという方向に持っていくべきであると改めて思う。
19. 13-18 の議論の中で、一番重要なところが 1 つ欠けていると思う。指示をした医師がどのような行動を次に取ったのか、つまり、薬剤提供が難しいといったときに、それが医師に伝わっているのか。伝わっていれば次の手を打っているはずで、次の一手を打っていて、少しタイムラグはあったとしてもそれで解決しているのであればそこで終了なわけであるが、それが放置されて、翌日まで延びるようなことであれば、それは指示を出した医師の問題であると思われるので、実際にそのようなことまであったのかということが重要である。つまり、患者が「在宅療養を継続する程度の状態の変化」があった際に指示を出した医師がどのような行動を取ったのか、患者、訪問看護の夜間の看護師がどのような形であろうともう一回医師にフィードバックしたのか、そのところの議論が抜けていれば、これ以上の対策を立てようがない。構成員の先生の指摘について、当該医師はどのような行動を取ったのか疑問に思うことは当然であると思う。患者やその家族からそのような話があるのであれば、ファーストコンタクトを取って指示を出した医師が次の指示を出せないということがあったのかということの方が重要な観点である。

思う。

20. 参考資料の3の調査結果の29ページを見ると、容態が変化して迅速な対応が必要になった事例における訪問のうち、医薬品の投与が必要になった回数をそれぞれの訪問看護ステーションに聞いており、対応事例のうち速やかに対応できなかった回数はかなりの場合に0件となっている。自分も経験があるが、急に思っていないような容態の変化があって、新しい薬が必要になって医師が持つて行くこともある。訪問看護ステーションの看護師が持つて行くことがあるということも承知している。一方で、薬局は24時間開いているところがつながらなかったのは別途検討が必要だと思うが、今、日本全国で24時間の薬剤の提供をすぐできるという体制は現場感としてはなかなか難しいと思っている。医療のリソースが整っているところはいいが、僻地であったり、離島であったり、そういうところがなかなか難しいと思うので、そういうところに限って特例的なものも必要な状態があるのではないかと推測している。
21. 患者の容態の変化があったときにどんな薬剤が本当に必要なのかという点について、すごく効果の強い薬が必要なほどの変化であれば、患者によっては入院したくない、もう入院させたくないということもあるので全てではないが、入院を勧めるわけであり、今回の議論の対象は在宅の状況を続行可能な範囲での変化ということであり、熱が出ている、少し腹痛がある、そういった変化だと思う。参考資料3の36ページの調査結果で、そういった変化があったときにその後どうなったかということが示されており、幸いにも入院した事例というのは過疎地の1例だけとなっている。状況が悪化したという結果もあるが、重篤な転帰がなかったというのはよかったことであり、そういう意味で在宅療養は続行可能な範囲ということだと考える。
22. 参考資料3の34ページの調査結果を見ると、薬局に連絡したが連絡が取れなかったということも確かにアンケート結果で出てきており、現場の感覚としてはそういった困った事例が、特に医療リソースの少ない地域においてはあっていると思う。そのため、まずは思ってもいないような事例が起きたらそこで今回の多職種間、または主治医がその次の手を打つということが重要で、多職種間の話合いにおいて、どうして駄目だったのか、連絡がつかなかったらどの薬局ならば連絡がつくのか、本当にそれ以外の方法はなかったのかということをよく検討するというのが今回の検討の趣旨ではないか。
23. 薬局の現場からの意見として、私の地域でも実際に事例はある。私の薬局は365時間24時間、最後の自分の地域の受け皿という覚悟で常にやっているので、うちみたいな薬局があれば多分どの地域も問題はなく事足りるだろう。ただ、それは適切ではないと思うので、医薬品が手に入らなかったときに看護師の方々が医師に伝えるのか、その地域のリソースで薬局が対応できる場所を探していただくかというところが、先日の薬局の機能を見える化していることにもつながってくると思うので、医薬品の提供というのは私たち薬局の責務であり、ぜひ処方医に行く前にまずはその地域の薬剤師会なり薬局なりの機能を見ていただき、問い合わせていただきたいと思う。
24. 参考資料3の14ページの医薬品を速やかに提供できなかった理由において、在庫がなかったからという回答が多くを占めている。私の薬局では全ての医薬品を備蓄しているわ

けではないので、こういった備蓄の難しさというのがなかなか悩ましいところである。私の地域では夜間当番制をしいていて、常に当番の薬局があるが、在宅を補完できるような備蓄を全ての当番の薬局が持っているかという持っていないで、急性期の疾患の薬物治療に関しては問題ないが、在宅となるとやはりこれは別問題となっている。このため、在宅を重点的にやっている薬局に、結局は夜間当番ではないけれども回ってくるという体制が必要と思っている。その中でも薬局間同士の連携により解決できる体制というのも必要であると思う。看護師の方々が医師や薬剤師にいろいろ取り次ぐということではなく、自分の薬局が対応できなければ違う薬局間同士で体制を連携して課題解決していただくということが重要だと思う。

25. 厚生労働科学特別研究の実態調査や構成員が発言されたことが在宅医療の状況だと思う。その中で、では在庫がない、もしくは特殊な薬ではないが、在宅医療に必要なので少し特殊な薬を欲しいということになれば、コストというのは非常に大きな問題に今後なってくると考えられる。訪問看護ステーションでも1万8000近くあり、薬局でも6万3000くらいあり、全て同じようにそういうものに対応できる必要があるのか。だからこそ、薬局間、医療機関間や訪問看護ステーション同士でもしっかりとした連携を組み、そのような形で、自分のできないものを補い合うことで、薬剤についても薬局の中でもしっかりとした体制をつくって、ある程度の在庫も確認をしながらやっていくというようなことをする必要があるのではないか。例外的なところだけでみて、対応できないから全てそういう機能を持たせようということになれば日本の中でどれだけ医薬品のコストがかかるのか。今、医薬品の安定供給さえ困窮しており、限定出荷や様々な事象が起こっているにもかかわらず、全てのところで欲しかったらどうなるのか。今回のインフルエンザの感染急拡大の際も、需要が急増している中で1種類の薬だけに集中してしまったという事例が薬の安定供給に資する問題になってしまった。これと同じような構図として、これに当てはめることができるだろう。地域の中でどのように薬を補完し合いながら備蓄していくのか。往々にしてデッドストックになってしまうから、それほど需要がなかったから在庫がないということになるのであり、急に物が欲しいと言ったときに在庫を備蓄するように各薬局に頼むと小分けの必要が出てくるがそれは難しい。そういう体制の中でどのように考えるかについては薬局関係の団体で考えていかなければならない。関係団体が連携して、どのように無駄の無いように医薬品の備蓄をしていくのか、無駄のないようなやり方をやっていくのか考える必要がある。これまでの議論である程度の方向性というのは見えてきたんだと思うが、コストのこと、流通の流れも含めて考えながらしっかりとした議論を積み上げていかなければいけない。
26. 今、薬局は外来が基本で、その中で在宅を担っていくというのが求められている。これがもし訪問看護ステーションのように訪問薬局というような在宅を専門でやる薬局が認められるのであれば、外来を閉めないと外に行けないという問題はクリアできるのではないか。絶対外来を診ないというわけではなく、外来もある程度は診る。かかりつけの患者であれば在宅から外来に戻る場合は責任を持って対応するが、メインとしては在宅を中心にして、ある程度開局時間でも在宅に出るのを優先することを許可するというこ

とも考えていく必要がある。常に開店しておくのが大前提では、対応し切れないこともあるのではないかと考えている。

27. 都道府県レベルで医薬品提供に係る課題は共有されているのか、その下の地域レベルで共有されているのかということ、まだそういった課題感を行政も含めて地域レベル、都道府県レベルの関係者で共有し切れていないのではないかと考えている。だからこそ、こういう体制を構築しようということになっており、現場任せにし過ぎていたことは反省点としてあると考えている。今回、このような形で体制を構築するということで、特に行政もしっかり先陣を切って対応してもらいましょうということはすごく重要であり、構成員みんな同じ気持ちだと思う。地域で一緒に協議をして、この課題を解決していく、だからこういう体制で頑張りましょうということだと思う。看護師が薬を持ってきてもらえんと思ってたという話もあったかと思うが、薬剤師がしっかり関わっていて、そういうときは薬を持って行きますよというふうに患者や家族の方に伝えていけば、おそらく、そういう話にはならなかったと思う。薬局薬剤師がしっかり在宅の現場に絡んでいく体制を構築することで解決できると思う。
28. 在庫備蓄の問題は非常に苦慮している。一薬局で1,000、2,000、多くは3,000、4,000の薬を抱えている薬局もあるが、なかなか全ての医薬品をカバーすることはできないというのが実態である。ただ、これは外来を想定しての品数であり、在宅の場であらかじめ協議を行っていて、必要な薬剤について協議されていけば、あらかじめの準備は外来よりもしやすいと考える。だからこそ、あらかじめの準備をするための協議がすごく重要であると思う。
29. 地域の中でどんな医薬品が流通し、使用されているかを見える化しなければいけないと思う。薬剤師会もそういった体制を取ろうと動き始めているので、この地域ではこの医薬品が出ているということを医師、訪問看護師にも伝えることで、それを使って薬物治療をしていきたいと思いますという形にもなると考えられ、また、その中にどうしても使いたい薬がない場合が起こったら、あらかじめ薬剤師会や個別の薬局を通じて、連絡をしていただければ準備ができるということになると思う。7ページの体制を構築するということが今まで議論してきた中での解決策ではないかと考える。
30. 現場の感じと皆が想像している感じが少し違うのではないかとと思うので、たとえば話をするが、夜間の在宅医療で対応するのはいわゆる夜間の休日急患診療所と同じような対応をするわけであり、休日急患診療所に勤めている医師はその診療所にある薬剤の中で何とかする。多くの薬の中からピンポイントで選ぶのではなくて、まずはその日の夜、患者の症状を楽にするような薬を出すというのが休日夜間診療所だと思う。それを自宅で行っているのが夜間の在宅医療である。このため、薬剤がなかった、在庫がなかったというのは薬局のせいだけではなくて、もしかすると、医師側のわがままな薬の選択にあるのかもしれないなということを少し想像した。つまりある薬局に連絡がつけば、その薬局にある薬の中で何とか患者の症状を緩和できる薬がないかというのを薬剤師と医師で相談しながら出すというのが現場感であり、夜は何でもかんでも薬を用意してほしいというわけではなくて、よくある症状を緩和するものであり、二次救急まで必要な患者

がいるのであれば、救急車で搬送ということになる。在宅療養続行可能というのは休日夜間診療所にかかるくらいの患者の困ったことという範囲であると思う。このため、繰り返しになるが、医師もその地域において薬剤師とよく連携を取って、例えば夜間はこれくらいの薬の中から選ぶようにするといったことを今後検討していただいてもよいのではないかと思う。

31. 参考資料3を見ると3つ足りないものがあり、1つは薬そのものの欠品、あとは、専門家としての人がいないということ、あとは連携可能な範囲にあるとしてもそれを知らない、情報が伝達していないということ、この3つの課題がそれぞれあり、この複合的に足りないものがあるということを知ることが必要である。物の配置についても物だけではなく、実際には医療の体制、専門家がしっかり関与して動かしていくということは絶対動かない大前提だと思う。そうであるとする、物を効率的にということも大事だとは思いますが、最終的に対応するのは専門家であり、その判断が最重要であり、単純に物の観点だけで議論できない。データを見ていくと、どちらかというと僻地、離島等のいわゆる過疎地域のほうが多く課題が出てくると想像していたが、思った以上に都心部でもこういったものが足りないという話が出てきているように思われるため、課題としては基本的にはより過疎地域で問題としては大きくなっていくと思うものの、そういった地域に限らず対処していかないといけない課題ではないかと思われる。
32. 例えば、参考資料3の44ページの医薬品の点について見ると、(2)の中では医薬品の在庫がないというのが一番多かったのは大都市型であり、これは20分の15であり75%、サンプル調査ではあるが、ここが足りなかったという話になっている。N数がそれほど大きくないのでパーセンテージで比べても意味がないかもしれないが、意外と過疎地域や地方都市と比べても割合が多くなっている。さらに25ページを見ると、訪問看護ステーションと薬局との連携について、対応可能な薬局を知らないというのは大都市型、地方、過疎に限らず、どちらもあるように見える。N数が違うので割合は違うと思うが、共通して生じているようである。ただ、連携可能な場所にないという課題については大都市型では起こりにくく、どちらかというと、地方都市や過疎地域であり、さらに地方都市、過疎地域に至っては薬局なしで対応することに決まっているということで最初から諦めているということなのかどうなのかまではアンケートの項目だけでは分からないが、こういった状況があるように見受けられる。特に物に関する課題や情報に関する課題は、大都市、地方、過疎の地域に比較的共通するよう見受けられ、人やほかの施設が近くにあるかというのは、小さい都市圏において、より顕著に出てくる課題であると思った。後段で特例について議論されると思うが、もともとの案で示していただいたとおり、過疎地域等の地域のほうが3つの課題とも当てはまるような場合が多いと思うが、大都市、地方都市型においても課題はあるということも認識して議論していくことも重要ではないか。
33. いわゆる外来対応に加えて在宅も実施している薬局、それと同じような構図が医師にもあり、いわゆる日中は外来診療をして、それにプラスして在宅対応をしている。一方、大都市型でいろいろな問題が起こっているが、これは在宅のみをしている医師、医療機

関が問題となっているということが透けて見えるのではないか。地域で一生懸命対応しているところは、薬局、訪問看護ステーション、ヘルパー、ケアマネジャーともよく連携が取られていることは結構あるが、在宅医療のみの医療機関では、良心的なところもあるが、そうではなく効率的なことだけ考えて、一つの医療機関で何百人も在宅の患者を抱えて、さらにそれをチェーン展開しているようなところでは、地域の方々と、地域の薬剤師、薬局、訪問看護ステーションを含めて顔が見える連携を取っていない場合がかなり多いと思っている。いろいろな規制改革の中でそういうようなことがある程度許されるような形の中で効率的な側面のみで展開されている医療機関が今後もっと増えるだろうという中で、物すごい問題を起こしてくる可能性を秘めているおり、これからもっと多く起こる可能性はあると認識をしていただくことが重要である。従来の医療機関、薬局、そして訪問看護ステーションの枠組みを少しばかりゆがめている現状がそこにあるということも理解したほうがよいと思っている。特に、大都市型には非常に際どい問題が起こっている。地方都市、過疎地区では顔が見える関係があり、どこに何がなにか、物も含めて人もいないというのはよく分かるが、大都市では物があふれているにもかかわらず連携ができておらず、そこで齟齬が起こっていると思う。

34. 訪問看護も薬局との細かな連携ややりとりは非常に大事であり、地域の薬局、薬剤師との連携について、訪問看護ステーションでもどんどん取っていくべきであると思う。全ての医師が薬局と連携して対応できていれば何も困らないが、訪問看護の立場からいうと、薬が手に入ればいいし、患者が困らなければ本当にいいと思っているので、薬も全部の薬局に同じ薬を置いてもらいたいとは思っていないし、どこかの薬局が開いていて、それがどこか分かって、処方箋を持って行ったときに、その薬局になれば薬局同士で連携して、何分後にはこういった薬が届くからとか、うちは行けないけれどもあそこが行けるからという連携が取れるのであれば、それが本当にありがたいと思っている。ただ、問題については地域の差は大きく、一人薬局しかないとか、薬局を選ぶことすらできない地域があり、そういうところに行政が入って、ここだとどうしても薬局を開設することなどが難しい、24時間対応も無理がある、そうだとしたら、やはり特例的な対応の例が必要になってくると思う。たくさんの薬が要るわけでもないし、地域の方々が1晩でも2晩でも安心して暮らせるだけの、ちょっと今助かるというものが手にあるような特例のところであれば、それがよいと思う。
35. 今日提案された内容については現状あるものをどうやってうまく組み合わせるかということで、これは当然やるべきことで、賛成である。一方、在宅を求める患者はこれから増えていくことが予想されている。クリニックであったり、訪問看護ステーションであったり、薬局であったりというものが同じように増えていくかというところをそう思えない。これから増えていく在宅のニーズを満たすだけのものが、現状のものをどううまく組み合わせるかだけではうまくいかないのではないかと考えている。訪問クリニック、訪問看護ステーションがあるのに訪問薬局はなぜないのか。一歩進めて訪問看護ステーション、訪問クリニックと同じように訪問薬局というものが成り立つようにして、在宅対応のプレイヤーを増やしてほしいと考えている。薬局、薬剤師に関しては、新しい形のプ

レイヤーを導入してもらおうということに将来的になっていくようにした方がよいと思っている。急変していない患者は家で見て、急変したら入院するということは、建前はそうかもしれないが、家でみとってほしいという患者も増えてきており、これからも増えていくと思う。それを支えるためには、安心が必要だと思う。家族も患者自身も安心、だからお医師、看護師、薬剤師も仕事がどういうふうにもうまくできるかではなく、患者、家族が安心していただける状態のためにどうすればいいか、一つは訪問薬局のような、新しい機能としてそういうところを強化する。それでもうまくいかないところはやはり特例で対応することでやむを得ないと思うし、むしろ特例というのは認めるべきものであって、それは法律に従って業務をしているものだけではなくて患者さんの立場に立って必要なことを考えれば、それは当然そうすべきだと思う。

36. 大都会で薬局が見つからないことがあるということについて、いわゆる高齢者の施設で単一の薬局にしかお願いできない独自ルールがあったりする。訪問診療についてもオリジナルルールで、特定の医師だけに診てもらっているということがある。そうすると、大都会にあっても過疎地と一緒に、単一の医療機関、単一の薬局しかないことになるので、そういうこともあって問題が起きてきているのではないかと推定される。本来であれば患者や家族が自分のお願いしたい医師や薬局を選ぶということになっているが、現状としてそういうことは多々ある。
37. どの地域についても、連携というのが非常に大事というのは共通して出てきていることであり、特に参考資料3のアンケート結果を見ると、訪問看護事業所と薬局との連携、薬局とほかの薬局との連携、薬局と医療機関の連携、これがそれぞれのパーツで重要に見える状況があるものの、どうも連携ができていないということがあるように思っている。しっかり実効性を持って、場合によってはルールをつくったりすることもあるかもしれないが、どういう形で連携できるようにしていくのかを考えていくことは重要である。
38. 参考資料3を見て気づいたこととして、出荷制限の場合には困難であると想定されるというのが薬局であり、医療機関と取決めを実施しておくことが考えられる。ここまでは分かりやすいが、出荷制限の場合は困難である場合もあると思われるので、単純に取決めというだけではなくて、実効的な意味で出荷制限にどのように合理的に対応できるのかということは少し考えておかないといけないと思った。こうすればいいというのを何か考えたというわけではないが、今後の検討のためにということで指摘させていただく。
39. 在宅に対するリソースの必要量について、これから全国的には在宅がどんどん増えていくと思っている。ただ、自分の肌感では、地域によってはもう既にピークアウトしているところがあるとも感じている。地域差があるからこそ、体制については地域において細かく検討されていくべきだろうと思う。その中で、在宅を担う薬局の数や、そういったものをどのような形で配置していったらいいのか。質も量もということになるが、それが地域医薬品提供体制、提供計画を作ることであると思う。在宅対応が増えていくといっても、外来に比べると圧倒的に数が少ない。無尽蔵に在宅に対応できる薬局を増やせばいいということはないと考え、地域ごとの計画というものがすごく重要

であり、計画を立ててもらいたい。

40. 現在、薬剤師は患者宅、在宅の現場で調剤済みの薬剤の数量を減らすということしか法令上できないということになっている。そのため、今後省令改正レベルでの措置というものがなくなってくると思うので、ぜひ対応をお願いしたい。患者宅を訪問したときに薬剤師の手元に調剤をする前の医薬品を持っておいて、その場で医師の指示を受けて調剤をすれば医薬品はその場で提供できるという形になる。時間的にも効率的であり、ぜひそういったことも検討いただきたい。
41. へき地、離島のようなところで医薬品提供というものを想定した場合においては、薬局の設置というものはどうしてもフィーの面でなかなか苦しいということがある。そういった場合に関して、例えば開局する曜日や時間を限定した形態で設置を認めていただくとか、行政が誘致していただくという方法もあると思う。その際に、例えば薬局の構造設備の要件を可能な限りで緩和するなど、そういったことで地域住民のための医薬品提供の場を確保しやすくするという方法もぜひ考えていっていただきたい。
42. 資料2の7ページの上の緑枠のレ点の2つ目に括弧書きで「(ただし、医療機関が地域の薬剤提供を担っている場合は当該医療機関も含めた体制の検討が必要)」とある。おそらく2つくらい考えられ、1つは訪問薬剤管理指導を実施する薬局がその地域にない場合と、あるいは患者さんの病態によっては薬局が取り扱えないような注射薬を必要とする在宅医療の患者がいるような場合などが考えられると思う。前者であれば、これは薬剤提供の問題ではなくて地域の医療計画における在宅医療の在り方問題なので、そちらのほうでしっかりと議論する方が、実店舗を持たずビジネス的に在宅医療だけに応じる薬局を増やすということではなく、やはり現実的な解決と思う。それから後者のような要するに難しい患者も薬局で対応せざるを得ないのであれば、むしろ薬局で取り扱える注射薬の種類を見直して増やしていくとか、そういうような対応も必要なのではないかと思う。それで、ここで医療機関が括弧書きの「ただし」で例外的に書かれているが、医療機関は在宅医療を担っているわけであり、薬剤のみを提供するというよりは薬剤を用いた薬物治療とか、処置とか、その中身、内容を医療としては提供している。やはりその処方とか指示をしている医師も在宅医療を当然提供されているわけなので、そういう観点からすると、その地域における標準的な医薬品の選択や、それを可能にする地域における標準的な薬剤の在庫とか提供をきちんと確保すれば、救急車を呼ばない程度の夜間診療所で診る程度の対症療法とか症状緩和の範囲内での薬物治療であれば、論点2の特例的な対応というのは一切しなくても実際にはやれるのではないか。むしろ、そういう体制を構築するということをここでは議論すべきであると思っている。
43. 離島、へき地というものは別個に考えなければいけない。それ以外のところでの供給体制も含めた在宅療養の在り方というのは地域医療計画も含めて、地域医療の在り方の側面をしっかりと考えていくところで別途しっかりと議論をしていただかなければいけない。それ以外のところでこの在宅医療に応じた薬剤提供の在り方についてしっかりと議論していくということをすれば、ある程度の問題は解決する。だからこそ、事務局が資料2の7ページのように整理していただいて、そしてその論点の在り方をここに出していた

だいたいで、それに則ってしっかりと議論していけば、おのずと回答は得られると思う。いろいろな側面もあるかと思うが、それではなく本筋をしっかりと議論していくことが重要である。

44. 在宅の現場で処方できない注射剤とよく言われるが、これは保険上の問題であって、全ての医薬品は処方箋医薬品か、それ以外の医薬品であり、薬事上は全て調剤できるが保険上の問題で調剤できないので、処方できないみたいな感じになっている。本当に必要なものは保険として認めていただくとか、そういった形が必要と思っている。
45. 事務局提案のスキームはこれでいいが、やはり基本的な今のやり方で本当に特例的なものは特例だということだと思うし、そういう整理でよいと思う。ここでは薬の供給の話ではあるが、言ってみればみんな在宅医療の在り方についての議論をしていたと思うが、ユーザー側の立場からすれば、私も東北で地域では地元の医師と長い付き合いがあって、親もそこで診てもらっていて、その延長線上に自宅の在宅とか介護があったが、兄弟がみんな都会にいるものだからよくあるパターンで、落下傘で連れてきてしまうわけで、その瞬間に施設で、例えばあるサ高住のソリューションとしての訪問の医師がいる、薬剤師がいるという話でしかなくて、その先生が関係としてもともとあるようなプリミティブな日本におけるお医者さんと患者の関係ではなくなっている。その施設のサービスの中に、この施設だったら医師も来てくれるし、薬剤師も来てくれるというオプションでしかない。これは、ユーザー側からすれば全く違うビジネスサービスに放り込まれている形になっている。それで、もちろん医師法、薬剤師法など、制度上の立てつけとは別に業態が結構あって、医師といってもいろいろだし、薬剤師もいろいろで、訪問看護もいろいろだとなると、実はここで議論している意味の薬剤師とか医師というのは違って、業態バリエーションがユーザーから見えている同じ医師でも違っている。在宅医療を考えると特に都市部ではそれが起こっていて、そういうところが調査されて、この場ではないと思うが、いろいろなサービスソリューション化されていてしまっている医療の話と、いわゆるもともと考えている制度上の医療の話が違って、ユーザー側から見ると選びようがないからそうなっているというところがあるので、今後、在宅医療を議論するときにはいろいろな業態が生じているという実態もきちんと調べられて議論していくことが必要である。今日の議論ではそれぞれの現場からの話であったので景色が違う。よりいい議論ができると思うが、医薬品についてはそれだけ議論するのは難しいということも痛感したが、今回の事務局案はリーズナブルにまとまったと思う。
46. 施設に入ったがためにこれまでのかかりつけ医との関係が絶たれてしまった、何とかしてほしい、継続したいと言っても認めてもらえなかったという相談は実に多いという実態もお伝えしたい。
47. 資料2の7ページ目の内容をしっかりやることがまず大前提で、これをやると特例的な対応が必要となる場面というのはなかなか思いつかない。それで、具体的にどういふことが起こり得るのかというのが見えないと議論にならないので、そこも分かると、それだったらこういうふうな方法があるということが議論できると考えている。
48. きっちり対応するには本当に実効性を持ってできるようにするか、ルールをつくったら

守らないことは許さない、そこまでそういう言い方をするかどうかはともかくとして、実際にワークしないと単に情報を共有しただけでは課題は解決しないというところがあるので、実効性を持った対策ができるかどうかということ自体は極めて重要である。

49. 参考資料3の25ページについて、急変時の対応で、薬局が連携可能な範囲にないというのは、大都市型はさすがに小さいが、地方都市型でもあるということもあり、本当にいろいろな地域を全部見ていったときに漏れなくカバーできるのかどうかというのは分からないところがあるように思う。基本は大前提として資料2の7ページの方法で対応していくべきだと思うが、それができない場合というのも地理的な条件なども含めてあり得そうだという状況だと思うので、それを踏まえて検討していただきたい。
50. 患者、地域住民が求めるのであれば、赤ちゃんから死ぬまで、薬局は常に変わらずに関与できる最も社会的価値がある職種でもあると思っている。その中で在宅に特化するとなったときに、薬剤師、薬局の未来を考えたときに、では学生が実務実習するときには在宅をやっていない、一般用医薬品も置いていない。ただ処方箋調剤していない。逆に、在宅しかしていない。そんなところで未来のある薬剤師が育つかと言ったら育たないと思う。頑張って職能を発揮して、国家資格者として全てをやるという覚悟を持って体制整備をしていただきたいと思う。
51. 保管、管理方法、責任の所在について、保管、管理方法については、訪問看護ステーションでも問題ないと思う。管理方法は分かっているので指定されたとおりのことはできると思うし、自宅に置くことを考えるとすると安全な方法で管理ができるものと思っている。入手の方法に関しては、訪問看護ステーションが買っておくということは考えにくいので、やはり地域の薬局がその場所に置くのではないかと。薬局とそこは連携して、薬局がそこに配置をして、薬局が棚卸をするとか管理をするとかという方法だと問題がないのではないかと考えている。
52. 医薬品の範囲については、何度もこれは出てきているように、緊急といっても本当に一晩大丈夫か、この薬があれば一晩問題がないとか、対応ができるとかという薬である。鎮痛剤、下剤や簡単な風邪薬のようなものがあればもちろんいいかもしれないし、軟膏類に関してもアズノール一本手に入らないので、そういう汎用性の高いものなども手に入れば非常にいいと思っている。そこは管理が必要になってくるものが出てくるので、薬局や地域の実情に合わせて検討していただければ訪問看護ステーションがきちんと管理できるものと思っている。
53. 薬局は安全な薬物医療を提供するために法的に定めた基準に則って適切な構造、管理設備も守って医薬品を保管管理している。医薬品の保管管理に関して簡単であるみたいな感じで言われると非常に心外なので、考えていただきたい。あとは、患家に置くのと、例えば訪問看護ステーションに置いておくのと、どちらが効率的でどちらが安全に保たれるかということ考えたときに、訪問看護ステーションだったら安全に管理ができる、患家だとできないではなく、患家のほうが効率的であるのは間違いない。そうであれば、患家で安全に管理ができる方法を先に考えたほうが合理的である。
54. 在宅医療の体制整備について、在宅の薬剤師に対するフィーが低いと思う。最近聞いた

話では、昼の 12 時半から 5 時までの 4 時間半で 16 件行く。そうしないと、全然赤字になってしまって成り立たないということであつた。だから、そこは何とかならないかと思う。

55. 医療に関わる様々なコストというのがあるにもかかわらず、なかなかそのコストを認めていただけていないというのがやはり問題で、医療というものが本来からすると人間の安全保障であるにもかかわらず、経済安全保障の観点から語られることが多々ある。人間の安全保障としての社会保障の中での医療・介護を含め、コストに合ったことがしっかりとできるようなものづくりを国には考えていただきたい。そういうところからいろいろ破綻して十分な医療、介護を受けることができる国民がなかなか十分達していないところがあるというのは、今の国のありようがそういうところにあるのではないか。もう少し医療、介護のこと、社会保障のことを大事にしていきたいと思う。