

## 第9回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. 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。
2. 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。
3. 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

べきなのかどうか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よい、あとはオンラインでやればよ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と思う。
7. 服薬のタイミング、残薬のことは、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見ると、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わかるとも含めて、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者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もしかり見定めて、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思うが、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も仕方ないと思う。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と見て、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も議論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よ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と。
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ますが、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、一次医療圏ごとにも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事になっているので、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。
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かないのであるかと考えている。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年は減っていった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

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ので、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く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だと思う。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、引っ越しをしたらと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。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いとイケない。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、薬剤師だけではなく、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。