

第12回検討会における主なご意見

議題2：在宅医療における薬剤提供のあり方について**【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った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と。
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と。
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おり、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と考えている。
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ことがまだ至っていないのではないかと考える。
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つる。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と考えることはある。
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。医師の指示があつて薬剤が必要な状況にもかかわらず

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、当該医師が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と思う。
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つ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ると思っている。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、多職種間の話し合いにおいて、どうして駄目だったのか、連絡がつかなかったらどこ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、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こと、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、問い合わせさ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も持っていなくて、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ずごく重要であり、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ると思っていたという話もあったかと思うが、薬剤師がしっかりと関わっていて、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と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れば、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経験していることを医師、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考えるので、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も少し想像した。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考える。
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解く必要がある。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、連携可能な場所がないという課題については大都市型では起こりにくく、どちらかというところ、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と。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

いのか、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、そこで齟齬が起きていると思う。

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、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こととそう思えない。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。一步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、家族が安心していられ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考える。
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必要に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の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ので、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のがまず大前提で、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、具体的にどういう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、そこも分かったら、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こと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。薬局とそこは連携して、薬局がそこに配置をして、薬局が棚卸をすとか管理をす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を考えてときに、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った。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。