

これまでのワーキンググループにおける構成員からの主なご意見

第1回ワーキンググループ**1. 全般的な事項**

- ① 薬局の数が近年増えている。また、OECDのデータで日本の薬剤師数は世界的にも多いことが示されている。これらの数に見合った役割を發揮できているのかという観点が必要。
- ② 薬局は多すぎるが、今後をどのように考えて行くのか。
- ③ 敷地内薬局が増えている。敷地内薬局は医薬分業と方向性が異なる。
- ④ 多くの薬局がいわゆる門前薬局という状況で、本当のかかりつけの薬剤師が育つのか。この状況を打開することが重要。
- ⑤ 薬剤師が1、2人の小規模の薬局の割合が一定程度あり、こういった薬局では特に連携が必要。

2. 対人業務の充実**論点1：薬局薬剤師の対人業務のうち、今後どのような内容を推進すべきか。****(1) フォロアアップ関係**

- ① 調剤後のフォロアアップの推進は重要。
- ② フォロアアップのメリットとしては、
 - (ア) 何か問題が生じたときの受診勧奨や医療機関への情報提供
 - (イ) 適正使用の勧奨、
 - (ウ) 治療アドヒアランスの向上がある。
- ③ 患者視点でフォロアアップがどのように有用かを整理することにより、患者の理解が進むのではないか。
- ④ 適正使用の観点からもアドヒアランスの向上は重要。特に認知症の患者については、服薬介助の観点や誤薬のリスクも考慮する必要がある、薬剤師が関与していくべき。認知症の対応については、在宅と外来で状況が異なるため、それぞれについて考えていく必要がある。
- ⑤ 一般用医薬品のフォロアアップ、セルフメディケーションへの関与も重要。例えば、受診勧奨をした患者が医療機関を受診したかどうかを確認する等。

(2) 薬剤レビュー関係

- ① 薬剤レビューのような薬剤師の専門性を活かす対人業務を広い範囲で継続的に実施することが重要。
- ② 薬剤レビューの均てん化を職能団体として積極的に検討すべきではないか。
- ③ 薬剤レビューを普及させるアイデアの一つとして、大学教育に盛り込むことが考えられる。学生が薬剤レビューを実施していない薬局に疑問を持つきっかけになる。
- ④ 研修を全国的に展開するために何が必要かを検討することが必要。例えば、リーダーシ

ップを取れる人の存在が全国に必要。

- ⑤ 日本病院薬剤師会では処方提案や副作用回避の事例をプリアボイド報告として全国で収集している。これらは患者レビューの知見として活用できると考えられるので、病院薬剤師と連携していくことも考えられる。
- ⑥ 患者の情報収集が大事。そのためにも医師と薬剤師の情報共有を推進すべきであり、この部分にICTを活用してはどうか。
- ⑦ 情報の把握に伴い、一定の責任があることも認識してほしい。
- ⑧ 薬学的な知識の習得は重要。審査報告書だけでなく、CTD等も読んでほしい。その上で、薬学のスペシャリストとしてフィジカルアセスメントの実施も必要。

(3) その他

- ① 日本薬剤師会では重要な疾患として、医療計画における5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）について、疾患特性に基づく薬学的管理指導のガイドラインの作成を進めている。
- ② 5疾病については、ドロップアウトしないように、フォローアップを含む服薬指導が重要。まだ十分対応できていないので、均てん化等の対策が必要ではないか。
- ③ 薬局が医薬品情報（DI）の収集・整理・評価を行い、関係者に提供する取組みを推進すべき。ICTの進展により医療関係者が扱う情報量が増大しており情報の交通利整理の重要性が増している。
- ④ 薬局で把握できる有害事象などの情報は重要。ICTを活用してこれらの情報が個別の薬局だけでなく、地域レベルで共有できれば薬剤師の高度な知識が活用できるのではないか。
- ⑤ 患者ニーズの把握は重要であるが、あるデータでは6割の患者が薬局に待ち時間を短くすることを求めている。待ち時間が短い薬局があれば患者はそこに集まるという状況にならないか不安がある。患者に対して、対人業務の意義を示していく必要があるのではないか。

論点2： 質の高い対人業務を均てん化するためにどのような方策が必要か。

例えば、研究班等を活用して標準的な手引きの作成を行うなど、薬局薬剤師の業務の参考となる資料の作成を進めてはどうか。

(1) 手引きの作成関係

- ① 研究班等を活用した標準的な手引きの作成等について賛同する。
- ② 均てん化のために手引きは必要だが、手引きには最低限どこまで役割を果たす必要があるのかを具体的に示すべき。
- ③ 様々な手引きが存在するがばらばらで活用できていない可能性がある。手引きの情報を1つにまとめられないか。

(2) その他

- ① モデル事業がなぜ全国に普及しないのか、中位（2:6:2 の 6 の部分）の薬局で行えない理由の発見が重要であり、そのための調査や検証が必要。やる気に依存したシステムでは全国に普及しない。例えば、対物業務だけで経営が成り立つ報酬、医療機関からの情報提供がシステム化されていないこと、IT化が進んでいないことなど、障害を明確化する必要がある。
- ② 上位、中位、下位が 2:6:2 に分かれるという考え方があるが、中位の薬局がこのままで良いと思っているのではないか。患者の薬局ビジョンで 2025 年に全ての薬局がかかりつけ機能を持つという目標が掲げられ、また、調剤報酬でも対人の業務のシフトが進められている。調剤だけでは業が成り立たないという仕組みにしないと対人業務は進まないのではないか。
- ③ 対人業務に尽力している薬局とそうでない薬局がある。どう底上げしていくかという観点で均てん化は重要な課題。
- ④ 処方提案や薬剤レビューの実施を推進していくという方向性を示さなければ、均てん化やスキルアップは進まないのではないか。
- ⑤ 同じ都道府県内での均てん化、さらに各都道府県間での均てん化がそれぞれ行えるよう、仕組みを検討していく必要がある。がん医療の均てん化の仕組みが参考になるかもしれない。
- ⑥ 地域レベルでの均てん化を進めていく上で、他職種の取組みが参考になるのではないか。例えば診療報酬の取組みでは、複数の医療機関との間で定期的にカンファレンスを行うことや、地域での人材育成の役割を果たすことが要件となっているものがある。
- ⑦ 好事例の均てん化には地域の薬剤師会レベルで周りを引っ張っていくことが重要ではないか。
- ⑧ 目標を設定して、どのくらいの薬局がそれを達成できているのか（今どの地点にいるのか）共通理解することが重要。

論点 3： 薬剤師がスキルアップし、専門性を発揮するため、どのような取組みが必要か。

特に丁寧な患者情報の聞き取りや高度な薬学的知識を活用する対人業務について、モデル事業等を実施し、効果の検証や均てん化を行うための方策を検討してはどうか。

また、薬局内又は地域レベルで日々のスキルアップを行うために、勉強会や症例検討会を推進するための方策を検討してはどうか。

（1）勉強会、症例検討会関係

- ① 症例検討会は、薬局内で人材を育成する上での基盤となる。
- ② 薬局での症例検討会の実施が当たり前となるような方向を示すべき。

（2）その他

- ① 地域の薬局が連携して薬剤師の質を向上させるという観点での取組みが弱いのではないか。
- ② 薬局に就職してそのまま薬局にいる薬剤師が多いが、一度病院に就職して経験を積むこ

とが良いのではないか。対人業務のスキルアップとしては医師、看護師、患者等と接することが有用。医療機関では医師、看護師等の医療従事者がおり、また、患者と接する時間が多く持てる。さらに副作用も把握しやすい。

- ③ 複数の専門医が関わる場合、各臓器に最適な治療を行うと全体としては必ずしも最適な薬剤の組合せとはならない。この場合、薬剤師が臨床家として一定の責任を果たさなければならないことについて認識することが必要。このような認識を教育や研修で深めていくとともに、各薬局がその役割を果たせる環境を整備していく必要がある。

【養成・卒後研修関係】

- ④ スキルアップをして専門性を発揮するには薬学教育の見直しが不可欠。6年間薬学部で学んで薬剤師になれない人が一定程度いる現状を変える必要があるのではないか。また、卒後研修の充実も必要ではないか。

第2回ワーキンググループ

1. 薬局薬剤師DX

論点1：電子処方箋、オンライン服薬指導、マイナポータルを通じた各種医療情報の共有等のデジタル技術の進展を踏まえ、諸外国のDX動向を踏まえ、薬局薬剤師の業務はどのように変化していくべきか。

(1) 総論

- ① 医療安全を高める観点でのDXの活用を進めていくべき。
- ② DXについては前向きに対応し、問題があればクリアするというスタンスで行くべき。
- ③ DXとはイノベーションをどう取り扱うか。昔に比べて機械も変わっており古い規制は見直すべき。
- ④ DXで患者の利便性を高める観点が重要。医療アクセス向上する可能性がある。忙しい現役世代はオンラインで利便性が高まればむしろ医療へのアクセスが高まるのではないか。そういう意味ではDXはポジティブに捉えるべき。
- ⑤ 薬局は株式会社であり、最初にDXが進むことが期待できるのではないか。
- ⑥ 一部の薬局は先進的な取組を既に行っている。こういった取組みを評価し、推進していくことも必要ではないか。

【データ連係】

- ⑦ 在宅ではICTを活用して情報共有ができていないが、外来ではできていない。外来では薬局から医療機関への情報が一方通行になっている。また、薬局から提供したデータがどのように活用されたかもわからない。
- ⑧ 薬局だけDXをやっても意味がない。電子カルテや地域で介護のシステムが統一されておらず良い現状ではない。
- ⑨ 昨今はサイバーセキュリティの確保が大変。マルウェアなどが医療機関にも届く状況。対応には投資が必要だが、個別の病院での対策は難しいので国が支援を行うべき。
- ⑩ 既に、全国の地域医療連携ネットワークの中で実現しているデータ連係が多く、参考とすべき。
- ⑪ 電子処方箋や電子カルテ情報の共有化を通じ、薬局が病名や直近の検査データ等にアクセスできるようにする必要がある。
- ⑫ 薬剤師が閲覧できる情報を増やすとともに、介護とのデータ連係も行い、薬物治療に関する積極的提案を医師に対して行うべき。
- ⑬ 電子処方箋、マイナポータル、電子版お薬手帳及び薬歴システムなど、情報が分散してしまうとビックデータとして活用しがたいので、データ連係の仕組みを整備すべき。
- ⑭ 国の検討会で電子カルテの標準化、電子処方箋、電子版お薬手帳、PHRなどの検討が開始しており、本ワーキンググループで要望・提言を行ってはどうか。

【薬剤師の役割と資質向上】

- ⑮ 薬剤師の業務としては、①不調を訴える患者へのセルフケアの支援（病状の確認（必要に応じた受診勧奨）+生活指導）、②慢性疾患の薬学的管理（処方薬の調整（フォローアップを含む）+生活指導）が考えられる。生活指導については、疾患の状況確認を含めた健康管理コンサルテーションができると良い。
- ⑯ 薬剤師が患者の日常生活管理に関わることが重要であり、5 疾病に関する知識の習得や、医療機器として承認を受けた IoT デバイス等を効果的に活用・管理できる知識・技能の習得が必要。
- ⑰ 重要な治験における登録患者と有効性・安全性に関する情報の理解。
- ⑱ 有効性と安全性の評価に必要な薬剤の適応となる疾患領域診断・治療ガイドラインの整備が必要。
- ⑲ 健康診断データを元にした、生活習慣の見直し、食事療法の提案・運動療法の提案も行えるようになる。OTC 薬やサプリメントの把握ができれば、更なる提案も可能。
- ⑳ 薬剤師の IT リテラシーにも個人差が大きく、患者に指導、説明する薬剤師側の、セキュリティやプライバシー含めた IT リテラシー向上が急務であるとする。

（2）各論

- 21 副作用のフォローを製薬企業が活用することは重要。緊急承認の制度や、ドラッグラグの解消により海外で承認されていない医薬品増加しており、市販後の副作用報告は重要。この場合、電子薬歴を整理して情報を抽出できるようにするには、ある程度テンプレートを活用することが必要。その意味では個別指導の中で行き過ぎた個別指導は改善していくべき。

【NSIPS 関係】

- 22 日本薬剤師会が提供する NSIPS（調剤システム処方 IF 共有仕様）について、薬局 DX に対応できるよう時代にあった仕様や規格の見直しを行ってほしい。
- 23 NSIPS の再構築はあり得る。関係する業界団体では JAHIS（一般社団法人保健医療福祉情報システム工業会）があるので、そこに働きかけてはどうか。

【薬歴の記載等関係】

- 24 薬歴の記載でアシスト機能を使い定型文を使った場合に監査で認められない場合がある。指導の在り方を考えてほしい。

※薬歴の記載等について以下のような意見があった。

- ・ 個別指導について、地域性や担当間の差があり、現場が対応で疲弊しているという声がある。
- ・ 薬歴の記載は服薬指導と同じくらいかかっている。これを効率化する必要がある。
- ・ 記録については指導官でばらつきがある点は問題。記録の分量だけで評価されているのではないか。

2. オンライン服薬指導

論点1：オンライン服薬指導が不適切であり対面の服薬指導が必要となるケースとしては、具体的にどのようなケースが想定されるか。

- ① オンライン服薬指導は、顔色や表情が見えないという点に留意が必要。
- ② 目指すべき薬局薬剤師について、アメリカでは届かない薬、服薬指導が行われていないという実態がある。利便性に振り切ると危ない。
- ③ オンライン服薬指導の質を担保する上で、ガイドラインを作っていくべき。
- ④ 服薬指導に必要な情報を全てリストアップし、各情報がオンラインでも適切に得られるかを検討すべき。
- ⑤ 軽微な一過性の急性疾患・病態（急性上気道炎、急性胃腸炎、機能性頭痛など）や、急性疾患の後遺症、安定した慢性疾患に対する継続的診療についてはオンライン服薬指導による患者利益が大きいのではないかと。ただし、精神疾患や膠原病、悪性腫瘍、気管支ぜんそくなどについては、医師による判断を挟んだ方がよいのではないかと。
- ⑥ 対面での患者アセスメントが不可欠な場合や、患者・家族の理解力に課題があると想定される場合は、対面での服薬指導が望ましいのではないかと。
- ⑦ 急性期かつ重症度が高いなどの疾患側の原因、生理作用や副作用が強いなどの薬剤側要因、薬物濫用や目的外利用が疑われる、認知機能低下があるなどの患者側要因を総合的に勘案して判断すべき。
- ⑧ 吸入薬やインスリンなどのデバイス使用説明、抗精神病薬や抗コリン薬など画面上の副作用確認が困難な薬剤（口腔内・口臭など）、一包化患者については、画面を通じたオンライン服薬指導は困難ではないかと。
- ⑨ 患者が薬剤を目の当たりにして、粉の量が多い、錠剤が大きく飲めないと気づくケースもあるため、初処方薬については対物と服薬指導を切り離すのは望ましくない。
- ⑩ 皮膚症状などを直接目視する等の必要がある場合は画面を通じた評価をすべきではない。
- ⑪ 不安感が強い患者と信頼関係を構築するために、言葉以外のコミュニケーションが必要な場合は、対面による指導が必要。
- ⑫ 定期的な調査により検証を行っていくべき。
- ⑬ オンライン服薬指導について、問い合わせや電話対応など患者からのアクセスを保証すること、有事の際の速やかな対応体制を確保すること、対面指導への切り替えや早急に服用が必要な薬剤の供給、自主回収への対応などは、確実になされるようにすべき。
- ⑭ 服薬フォロー、受診勧奨、患者の主治医、処方医との日常的な情報共有や連携等を考慮すれば、オンライン服薬指導であっても地域をベースとして考えるべき。

論点2：ICT技術の進展により多様な働き方が可能となる中で、薬剤師が薬局以外（薬剤師の自宅等）の場所において服薬指導を行うことについて、セキュリティやプライバシーの観点を踏まえ、どう考えるか。

- ① 診療所以外での診察が許されている現状を踏まえれば、薬局外での服薬指導を認めるこ

とは自然ではないか。

- ② 在宅医は電話で診察することがあるが、その際には自宅でクラウド上の診療情報を見て処方もすることある。薬局もクラウドで情報が見られるようになるのではないか。
- ③ 災害時への対応には情報の電子化は必要ではないか。平時からの備えが必要。
- ④ デマンドとニーズは違う。患者がオンラインを希望しても医療者の判断で対面を選択する場合がよい場合もある。ただし、選択肢を提示することは大事であり、基本は患者に選んでもらうべきではないか。
- ⑤ プライバシーが保たれていること、業務システムや通信デバイスは医療情報の安全管理ガイドラインに準拠すること、が担保されていれば良いのではないか。
- ⑥ 録音等によるデータの管理を行うことは有用なのではないか。
- ⑦ サイバー攻撃も想定した情報漏洩対策、バックアップシステムの構築方法等について、薬局開設者・管理薬剤師の管理監督の範囲と責任を明確にする必要があるのではないか。
- ⑧ 服薬指導の様子を撮影し、ネットで許可なく公開するなど、医療従事者側のプライバシー保護を考える必要があるのではないか。
- ⑨ オンライン診療の診療報酬上の施設基準を参考にすべき。

第3回ワーキンググループ

1. 医療安全を前提とした対物業務の効率化

論点1：対人業務を推進する観点から調剤業務の外部委託を推進すべきとの指摘についてどう考えるか。

(1) 総論

- ① 調剤は、患者の生命・健康に直結する業務。「安全であろう」という前提で議論を進めてはならない。
- ② 一連の行為の一貫した把握・確認は難しく、患者の医療安全(医薬品の安全使用)が脅かされるのではないか。
- ③ 委託先での過誤・不正、個人情報漏洩のリスクがある。
- ④ 安全性を確保するための高度な管理・監督業務が発生するので、効率化に繋がるか疑問。
- ⑤ 調剤は一連の流れであり、一部の工程を外に出して、効率的、安全にできるのかは疑問。
- ⑥ 薬局の都合で外部委託を患者に押し付けるようなことがあってはならない。
- ⑦ 薬局には本来備えるべき機能があり、外部委託によりその機能が失われないようにする必要はある。
- ⑧ 高度な機器は大病院の院内の定期処方で活用されているのではないか。
- ⑨ 外部委託を強制するものではない。小規模な薬局が対人業務にチャレンジしたいと考えても、今は外部委託を法律で禁じている。一律に禁止する必要はあるのか。
- ⑩ 外部委託先はロボット工場ではなく調剤薬局。徐々に安全性を確認していけば良い。
- ⑪ 患者の希望は重要。委託するものとししないもので現場が混乱しないようにするべき。
- ⑫ 外部委託によって、薬局の役割分担が進むイメージ。

地域の薬局が、

- ①主にプライマリケアを担う薬局（小規模・対人業務が主）
- ②専門的ケアにも対応できる薬局（中規模～大規模）
- ③主として地域の集中的調剤を担う薬局（大規模）

といった3つに役割分担されていくのが望ましいのではないかと思う。

(2) どのようなニーズがあるか、委託する業務としてどのような範囲が考えられるか

- ① 対人業務の推進のために対物業務の効率化は不可欠。外部委託は対物から対人への手段の一つとして外部委託がある。
- ② 手作業に比べてミスの発生を抑制できる。
- ③ 一包化には手間がかかる。自動分包や監査システムを用いることで、負担やミスの削減が期待できる。
- ④ 中小の薬局は高価な機器を入れるのは難しく、委託をすることで、高機能（高額）な調剤機器を効果的に運用できる。

(3) 外部委託の範囲として意見のあった具体的な内容

- ① 一包化。計数調剤の外部委託の必要はない。
- ② 慢性疾患の定期的な薬剤、リフィル
- ③ オンライン診療→オンライン服薬指導といった対面対応を介さない時の薬剤
- ④ 高齢者施設入居者への調剤（処方の変更率が低く、一包化のニーズの高い）

(4) 外部委託が適当でないとして意見のあった具体的な内容

- ① 直ちに必要な薬剤（慢性期疾患の治療薬でも直ちに必要な場合もある）
- ② 病院では、チーム医療の中で薬物療法の最適化のために、新たな処方箋の発行を伴わない医薬品の減量・増量・休薬・中止があるため、一連の薬物療法を一体で行う方が効率的。

(3) 委託先の安全確保についてどのような取り組みが必要か

- ① 最終監査は委託元の薬局が行うべき。
- ② 疑義照会の多くは服薬指導の場面で発見されるので、委託先から患者への薬剤送付は望ましくないのではないか。
- ③ 安全性の確保についてEUのADDガイドラインが参考になるのではないか。
- ④ 委託元薬局の指示の正しい伝達と当該指示を間違いなく遂行できる体制の構築、当該体制の維持が確認できることが必要。
- ⑤ 委託先で作業確認として、例えば、動画、画像で作業工程を写す、アクセスのログを残すなどが考えられる。
- ⑥ 業務をわかりやすく指示できるようにすること、ミスが起こった時のトレーサビリティの確保等、リスクマネジメントや業務の見える化をしっかりとしておくべき。
- ⑦ 不正防止も含めた実際のプロセス管理をどう行うかが課題。
- ⑧ 手順書と教育は必要。

(4) 委託先としてどのような範囲が考えられるか

(同一法人内)

- ① 同一法人内でまずは考えて行けばよい。
- ② 同一法人内だけでは薬局間の公平性に問題がある。
- ③ 情報連携がとれることは必須。

(同一地域内)

- ④ 委託元と委託先の信頼性が重要であり、顔の見える範囲である必要がある。
- ⑤ 必要なタイミングで薬が届けられることが必要。
- ⑥ 顔が見える範囲というのが重要。在宅では16km以内という基準がある。
- ⑦ 地理的に半日以内の配送が可能な範囲。

(5) 法的責任はどのように整理されるか

特に意見なし

(6) その他

- ① 資料も含め、「調剤」という言葉の使い方や範囲について整理してほしい。
- ② 外部委託先を行政が監督できなくてはならない。何かあった時の報告先等も決めておくべき。
- ③ 配送が便利という傾向があるが、薬剤を交付する際に薬剤師の説明が必要な場合もある。地域における医薬品供給の観点から、外部委託が巨大にならない規制をかけておくべき。いざという時にその地域が困ったことになってしまう。

論点 2：処方箋の 40 枚規制を撤廃すべきとの指摘についてどう考えるか。

(1) 総論

- ① 40 枚規制の議論では、薬剤師の配置基準があるという点と、40 枚という基準が妥当かという 2 つの視点がある。
- ② 時代が変わったにも関わらず 40 枚を維持するのはおかしい。
- ③ 調剤の質の担保は必要。ただし、処方箋の枚数というストラクチャーではなく、プロセスやアウトカムの評価で行うべき。ただ 40 枚規制を撤廃するのではなく、何らかのルールが必要。
- ④ 日本の診療報酬はストラクチャーである設置基準が中心であるのが現実。これを変えるのであれば診療報酬全体を見直す必要がある。

(2) どのような場合に 40 枚規制が問題になるのか。

- ① 外部委託を行う場合に問題となる。
- ② タイムスタディの結果や現場の実態からは 40 枚には到底届かない。対物業務に注力する場合に問題になるのではないか。
- ③ 施設への対応を中心に行う薬局で問題になるのではないか。ただし、このような薬局が地域で求められているのかは疑問。
- ④ 業務の効率化等も考慮した新しい基準を検討すべき。
- ⑤ そもそも 40 枚規制というのが、薬剤師が自らの業務＝処方せんへの対応という固定イメージを作っている要因になっているようにも思う。それ以外の部分で役割（報酬）が定義されるよう、特にプライマリヘルスケア全般への機能の拡張も含めて、医師（医療機関）との役割分担・協働を併記できると、よりよいのではないか。

(3) 仮に 40 枚規制の水準の見直しや廃止を行う場合、どのような問題が生じるか。

- ① まずは薬剤師の業務の検討（外部委託等も含めて）を行ってから、それを踏まえた上で見直すべき。
- ② 40 枚規制は対人業務の推進と逆行する。

- ③ 調剤の質の担保する必要性がある。これは処方箋の枚数というストラクチャーではなく、プロセスやアウトカムを設定することが必要。ただ 40 枚規制を撤廃するのではなく、何らかのルールが必要。【再掲】

論点 3：調剤機器、薬剤師以外の職員の活用を適切に行うために、どのような取組みが必要か。

(1) 調剤機器の活用

- ① 精度管理は、通常の医療機器と同様にメーカーと運用者の双方で行うことで良いのではないか。

(2) 薬剤師以外の職員の活用

- ① 非薬剤師を活用するにあたっては、一定の研修が必要ではないか。
② 保険薬局協会では非薬剤師向けの研修を行っている。中小規模の薬局ではこの研修を活用している。

論点 4：その他、対人業務を推進する上で効率化を検討すべき点はあるか。

(1) 薬歴等の記載

- ① 薬歴や各種報告書の作成に手間と時間がかかる。また、定型的な記載を認めないなど行政指導が均一化されていない。さらに、複雑化した薬歴情報が 1 次利用、2 次利用のネックとなっている。
② 健康・医療・介護情報利活用検討会の議論を参考に、頻用文書の定型化、記載すべき整理を進めるべき。
③ オンライン資格確認、電子処方箋、電子カルテ等との情報連携を見据えた薬歴システムの仕様を検討すべき。
④ 医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに基づいた非薬剤師による薬歴の代行入力を明確化すべき。
⑤ 音声データ（オンライン服薬指導の場合には動画データ）そのものを記録として認める問合せ簡素化プロトコールは薬歴連携の好事例。地域の薬剤師会が推進すべき。

第4回ワーキンググループ

1. 地域における薬剤師サービスの提供

論点1：他職種及び病院薬剤師との連携を進める上でどのような取組が必要か。

- (1) 地域の関係機関の連携体制に積極的に薬局が関わっていくためにはどのような取組が必要か。
- (2) 薬局薬剤師の在宅業務について、現在の取組状況や他職種からの期待等を踏まえ、どのような業務を推進していくべきか。また、そのためにどのような取組が必要か。
- (3) 在宅対応の有無や対応する業務の内容を地域の関係者で共有できる取組を進めてはどうか。
- (4) 病院薬剤師との連携（薬薬連携）を進める上でどのような取組が必要か。

(1) 地域の連携に薬局がかかわっていくために必要な取組み

- ① 日頃の会合や研修会などを通じて顔が見える関係を構築し、課題解決のための機会を継続的に持つことが有用。
- ② 医師との連携では、例えば、外来で検査値や病名や健診結果等の情報を、在宅医療では退院時や患家でのカンファレンスへの薬局薬剤師の参加等をそれぞれ活用することが有用。
- ③ 熱心な薬局とそうでない薬局の差があるのが問題。カンファレンス等に参加することが当たり前としていく必要がある。
- ④ 顔が見えること自体が重要ではない。仕事を通じて自然と顔が見える関係が構築できることが重要。
- ⑤ 長期間務めているから連携がしやすいのではない。きちんと仕事をしているから連携ができる。
- ⑥ 病院と薬剤師の連携については、病院にまず勤め、そこで病院の業務を理解することが有用ではないか。
- ⑦ 連携の観点では症例検討会が有用。また、連携がうまく行っている場合、問題点をディスカッションできる。
- ⑧ 薬剤師会が関与すると、みんなで均等に利益を振り分けようとする場合がある。医師会も同じ。できない人に水準をあわせるような弊害があるのではないか。

(2) 薬局薬剤師の在宅業務で推進していくべきもの

- ① 退院時カンファレンスやサービス担当者会議に薬局薬剤師が参加できていない。
- ② 退院時カンファレンス時に薬局が決まっていない場合がある。
- ③ 退院時カンファレンスについて、地域連携室が薬局薬剤師に声がけすることを忘れている場合がある。
- ④ 病院やケアマネージャーなどの他職種から薬局薬剤師の必要性を指摘してもらうことがよいのではないか。
- ⑤ 病院の地域連携室が薬局に参加をお願いすると、薬局が参加してくれる場合がある。病院の地域連携室が薬局に声がけする流れを作ったらよいのではないか。

- ⑥ 退院時や患家でのカンファレンスについて、対面での参加が困難な場合にはオンラインを活用するなど、薬局薬剤師が積極的に参加できる機会を増やすための取組が必要。

(3) 在宅対応の有無や対応業務の内容の地域への共有

- ① 地域の薬剤師会が在宅対応の可能な薬局のマップを作っているが、PCAポンプを扱っていない場合などが分からず完全ではない。このような場合これまでの連携の経験から在宅薬局を見つけている。
- ② 地域の薬剤師会が中心となって、各薬局の機能を把握し情報発信を行うことが重要。
- ③ 現在の薬局機能情報提供制度は患者向けの情報であるが、他職種向けの情報を追加することも考えられる。この場合、情報の更新が容易にできる必要がある。
- ④ 薬局機能情報提供制度には全く認知度がない。
- ⑤ 長崎県ではドクターネットがあり、それを利用して担当の在宅医を見つけている。薬剤師にはp-ネットという仕組みを利用して在宅薬剤師を見つけてもらっている。

(4) 病院薬剤師との連携（薬薬連携）を進める上で必要な取組み

- ① 薬局薬剤師と病院薬剤師の連携をより一層推進することで、入院時、退院時、外来時の情報連携の質が高まる。このためには、連携に必要な文書の様式（例：薬剤管理サマリー、トレーシングレポート等）を地域で定め運用することや、薬剤師同士だけでなく、医師、看護師や他職種も含めて共有しあえることが重要。
- ② 相互理解を深めるため、薬局薬剤師の病棟でのチーム医療研修の実施が有用。

(5) その他

- ① 将来的には薬局などの機関ベースではなく、患者個人に紐づくデータが蓄積される仕組みがよいのではないか。短期的にはICTを活用した情報連携の仕組みで対応し、中長期的には共通ID化・データ蓄積といった患者中心のシステムを設計すべきではないか。
- ② 在宅対応ができる薬局を患者に紹介すると、患者の誘導と言われる場合がある。薬局との連携の観点で制度の見直しを行うべき。
- ③ 患者の理解のために薬局機能の見える化が必要。薬局の広告規制はないが、各薬局がバラバラに広告し始めると混乱する。このため、一定程度リスト化した上で薬局機能を広告してもらうべきではないか。
- ④ 現状、高度なニーズに対応しているのは大きな薬局。

論点2：薬局の健康サポート機能を推進するためにどのような取組が必要か。

- (1) 健康相談等は個々の薬局の取組に加えて、地域の活動として行うことが有効であり、地域の自治体や関連機関との連携を推進する取組を行ってはどうか。
- (2) 薬局が、医療機関等と受診勧奨や情報共有などで連携を行いながら、セルフケアの推進及び適切なセルフメディケーションの実施を支援するために、どのような取組が必要か。

- ① 健康サポートの認知が進んでいない。
- ② 地域での取組を進めていく中で、個人がどのように健康サポート薬局に辿りつくのかというハードルがある。
- ③ 薬局に求められるのはプライマリーケア。病気の手前にいる人への対応を行っていく必要がある。
- ④ 薬局のボトムアップのために、健康サポート薬局の役割に地域の薬局への情報発信を入れた。しかし、現状ではそれができていない。
- ⑤ まず薬剤師の教育や業務サポートが必要。ドラッグストアの従業員教育ノウハウやICTによる応対業務のサポートが参考になるのではないか。また、薬局側から能動的にアプローチする取組が必要ではないか。
- ⑥ 薬局の健康サポート機能が地域全体で活用されるよう、自治体や医療、保健、介護、福祉等と連携するための取組を検討していくべき。例えば、自治体や保険者が行う健康作りのための事業や、健診・受診勧奨を含めた疾病予防、早期治療に結び付ける取組、糖尿病の重症化予防、禁煙支援などの健康増進施策考えられる。
- ⑦ 健康サポートという言葉が曖昧。何をアウトカムにしているのかを明確にしていくべき。その上で、薬局の健康サポート機能が地域住民にどのような影響を与えているかエビデンスを取ることが重要。実施したことに満足するのではなく、実施したことの効果を住民に伝えていくことが重要。
- ⑧ マイナンバーと紐付け、PHRの効果的な活用を検討していけばよいのではないか。
- ⑨ 地域連携薬局と健康サポート薬局の違いを明確にする必要がある。

論点3：薬局間連携や認定薬局の現在果たしている役割についてどのように考えるか。

（薬局間連携、地域連携薬局の役割）

- 薬局間連携や認定薬局の現在果たしている役割についてどのように考えるか。
 - ・ 薬局間連携のハブとなる薬局についてどのように考えるか。
 - ・ 薬剤師サービスの提供拠点として、ハブとなる薬局及び連携する薬局が各地域に一定程度必要ではないか。
 - ・ 地域連携薬局に期待する役割を踏まえ、認定要件についてどう考えるか。

（災害や新興感染症発生時に備えた対応）

- 災害や新興感染症の発生時等に備えるために、医薬品供給や衛生管理に係る体制を日頃から地域で構築しておく必要があるのではないか。
 - ・ 例えば、薬局間連携のハブとなる薬局が、災害等の対応を行うことを検討してはどうか。

（1）薬局間連携

- ① 地域全体で薬局が持つべき役割は何なのか。地域連携を検討する上で役割を整理すべき。
- ② 様々な地域のニーズの対応するための全ての機能を単独の薬局が有することは容易ではなく、地域全体で薬局機能・薬剤師サービスを提供していくという観点も必要。この

ため、地域の薬局が連携する仕組みを構築しておくことが必要。具体的な連携としては、例えば、夜間・休日等の調剤、無菌調剤等の高度で頻度の少ない調剤、医薬品譲渡譲受等が考えられる。

- ③ 地域の医療ニーズへの対応のための薬局連携は、公共的な観点からなされるものであり、薬局の都合で行われるべきではない。異なる薬局開設者同士の薬局の連携においては、調整役やまとめ役の機能が有効な手段の一つ。地域薬剤師会が調整役を担い、各薬局が地域薬剤師の構築する連携体制に協力すること形が望ましい。
- ④ 地域の薬剤師サービスの提供は、各薬局の不足している機能を薬局同士で補い合うことが重要。重装備の薬局が他の薬局の機能を代替することは、薬局が本来有すべき機能を持たないことにつながりかねず、目指す姿とは言い難い。
- ⑤ 新しい類型を作ることや、全国にハブ薬局を作るとは違うのではないか。一方で、地域の薬局が有機的に連携していくことは重要。その中でハブというものがあっても良い。
- ⑥ 地域によってはハブのような機能を果たしている薬局がある。規模の大きさによらず、中心的な役割を果たす薬局。熱心でない薬局を動かす役割をハブとなる薬局が担うのではないか。
- ⑦ 健康サポート薬局がハブ機能を持つべきではないか。
- ⑧ 豊富な人材や在庫を持つ薬局が地域連携を行っていく一方で、小規模な薬局はかかりつけ機能を担うことで良いのでは。この場合、ある程度の大きい薬局、大手のチェーンが地域でハブとなる機能と持ち、小規模な薬局は機能を発揮できるように連携する必要がある。
- ⑨ 地域のボトムアップにはハブ機能が必要。その薬局はある程度体力のある薬局である必要がある。一方で、大手の薬局ではスタッフの異動が多いため、地域に根ざした薬局の方がよい。
- ⑩ 地域に必要以上にハブ機能を持つ薬局があるべきでない。医療計画でコントロールする必要があるかもしれない。なお、地域医療計画や医療では地域医療支援病院がある。

(2) 地域連携薬局の役割

- ① 地域連携薬局と健康サポート薬局の違いを明確にする必要がある。【再掲】
- ② 地域連携薬局は在宅医療に取り組んでいる薬局というイメージ。医師等にはPCAポンプを提供できる、がんばっている薬局と説明している。
- ③ 地域連携薬局の要件のうち、在宅が月2回以上は少なすぎる。見直すべき。
- ④ 地域連携薬局の要件のうち、薬剤師の平均1年以上の勤務については僻地では対応できない場合がある。一定の配慮が必要ではないか。

(3) 災害や新興感染症発生時に備えた対応

- ① 災害・新興感染症への対応は、地域レベルで考えていく話。
- ② 行政と医師会、薬剤師会など、官民が一体となって連携して対応していく話。
- ③ 感染症が起きた場合には、薬剤師の数が少ない小型の店舗だけでは対応できない。ヘッ

ドクオーターのような役割を担う薬局があってもよいのではないか。

- ④ 地域のニーズに的確に対応するためには、地域で必要な機能やその地域での薬局リソースを把握する仕組みが必要。これにより、災害時や感染症など有事の際に必要な医薬品提供体制の整備につながる。

論点4：僻地・離島への対応としてどのような取組が必要か。

- ・自治体や地域の医師会、薬剤師会等が連携し、地域の実情に応じて、対応策を検討する仕組みが必要ではないか。
- ・僻地・離島への対応として、薬局の設置以外にも様々な方策が考えられる。具体的なメニューをどのように組み合わせるべきか。
(例示) オンライン服薬指導、(健康サポート) 薬局開設、薬剤師の派遣、モバイルファーマシー

- ① へき地・離島等における医療提供体制は、医療計画に基づいて整備されており、薬局の開設、薬剤師の確保等、医療計画に相当する行政計画に基づき整備されることが必要。
- ② へき地・離島等において薬局がない場合には、対面の代替手段としてオンライン服薬指導と自宅等への訪問を組み合わせる等により薬剤師サービスの提供が可能。安易にモバイルファーマシーを本来の用途(災害時)以外に用いる必要性は考えられない。
- ③ 薬局の開設をまずは目標とし、次はオンライン服薬指導を行い、それでもどうしてもならない場合に限って、他の選択肢を考えるのではないか。
- ④ 必要な場合は、モバイルファーマシーを活用していくこと自体はあり得るのではないか。
- ⑤ へき地・離島の医療格差改善には医薬品の配送も含めた取組が必要。ドローン配送はその選択肢の1つとして有効ではないか。

論点5：地域の関係者の連携としてどのような取組が必要か。

- ・地域において薬局間の連携等を推進するため、自治体、地域薬剤師会、基幹病院及びその他医療関係者との間でどのような取組が必要か。
- ・さらに、これらの関係者の連携を強化する上でどのような取組が効果的か。

- ① 自治体及び関係団体等が連携して、地域の実情に応じた薬剤師サービスや薬局機能を提供する体制の構築が必要。
- ② 地域のニーズに的確に対応するためには、地域で必要な機能やその地域での薬局リソースを把握する仕組みが必要。これにより、災害時や感染症など有事の際に必要な医薬品提供体制の整備につながる。【再掲】
- ③ 新型コロナの対応で自宅療養への対応が必要となった時、地域の薬剤師会に相談しても動いてくれなかった。動いてくれたのは大手のチェーンだった。地域連携で地域の薬剤師会が中心となるのが綺麗だが綺麗事だけではダメ。地域連携の枠組みに大手チェーンが入るなど、薬剤師会だけでない形での連携が必要。

第5回ワーキンググループ

1. 地域における薬剤師サービスの提供（第4回ワーキンググループ積み残し分）

論点1：将来的なかかりつけ薬剤師の推進のために、同一の薬局を繰り返し利用を推進することが重要ではないか。

また、同一薬局を繰り返し利用することを推進するためにどのような対策が必要か。例えば、同一薬局を繰り返し利用することのメリットについて広報等してはどうか。

- ① 患者にとって薬剤師がどのような役割を担うべきか共有されていない。周知するならその点も必要。
- ② 同一の薬局の利用やかかりつけ薬剤師を持つことは、情報の一元化と、信頼関係を向上させよりよい薬剤サービスが提供できるといったメリットがある。
- ③ 同一薬局の利用は、入院時の薬歴確認・評価がしやすくなるなど医療全体の効率化にも繋がる。
- ④ 患者視点では日常の健康データを診療や服薬指導に活用してもらいたいというニーズがある。これをバックアップする仕組みが必要ではないか。
- ⑤ 門前薬局の便利さを超えるメリットを患者に理解してもらうことが必要。
- ⑥ 対人業務のスキルを評価する仕組みが必要。
- ⑦ 受診する医療機関が増えると薬局が増えるのは問題。
- ⑧ かかりつけ薬剤師になってほしい薬剤師がかかりつけになる資格がないなど、患者が選べない状況がある。
- ⑨ 患者目線がかかりつけ薬剤師制度を見直すべきではないか。

論点2：敷地内薬局についてどのように考えるか（どのような点が懸念されるのか）。

- ① 敷地内薬局の開設に係る病院側による公募要項の内容は、健康保険事業の健全な運営に逆行している。
- ② 敷地や建物を医療機関と共有しており、患者に対して同一組織との誤認を与える。区別できたとしても特定薬局への誘導という暗黙の認識を与える。
- ③ 特定の医療機関からの処方箋の受付比率が高く、かかりつけ薬剤師・薬局としての役割が果たせない。患者のための薬局ビジョンに逆行している。
- ④ 敷地内薬局がかかりつけ機能を持つはずがない。医療機関への利益供与を行っていると言える。早急に改めるべき。
- ⑤ 敷地内薬局であっても、他の薬局と比べて同等の機能を持っている場合がある。
- ⑥ 地域包括ケアシステムに逆行する。
- ⑦ 敷地内薬局だけでなく、門前薬局も地域包括ケアシステムに逆行している。
- ⑧ 患者からすると敷地内薬局にもメリットがある。希少疾患やがんなどでは地域のかかりつけ薬局ではみきれない。高額な薬剤はデッドストックとなるリスクがある。
- ⑨ ターミナルケアや高度な専門性を担う薬局として地域の薬局と連携するなど、機能分化が必要な場合があるのではないか。

- ⑩ 患者が困らないことが重要。高度な調剤は地域でまかなえないこともある。薬局間の連携が有用な場合がある。

2. とりまとめに向けた追加の議論

論点 1 :

- ・ 外部委託可能とする業務の範囲としては、その必要性、実施可能性を考慮し、
 - ・ 一包化（直ちに必要とするものを除く）
 - ・ 高齢者施設入居者への調剤（直ちに必要とするものを除く）
 - ※委託先の一包化業務は自動分包機、自動監査機の使用が前提
- としてはどうか。

- ① 高齢者施設には様々な患者がいる。高齢者施設に入居しているというだけで調剤を外部委託可能にすることは、薬剤師の調剤業務の丸投げに繋がるので反対。
- ② 高齢者施設の場合、一包化だけでなく粉碎なども含まれ、遠隔での監査が不可能な調剤もある。まずは一包化からはじめるべき。
- ③ 高齢者施設ではなく、緊急時以外の在宅全般としてはどうか。
- ④ 調剤業務の丸投げが可能になった場合、ただ処方箋の取次を行うだけの施設が出来てしまい、そういった施設は高齢者施設以外の処方箋に対応できず、有事の際の地域の医療にも貢献しない。そういった施設が経済的優位性をえて、地域の薬局がなくなれば、地域の医療の崩壊に繋がる可能性がある。地域の医療体制は一度崩壊してからでは取り戻せない。
- ⑤ 在宅の現場では要介護の方だけが入っている施設があり、その多くでは訪問薬学管理を行っている。
- ⑥ 現在は外部委託が認められておらずニーズを把握できない。一定程度の慎重な扱いが必要なことは皆の総意。慎重になりすぎてはいけませんが、外部委託の範囲や医療安全については「当面」という言葉を入れてほしい。その上で、2、3年の間にレビューして問題点を検討することにしてほしい。
- ⑦ 委託先も薬局であれば委託先のスキルが低いことにはならない。品質をどのように確保するのかを議論した方がよい。
- ⑧ 業務を行うのが薬剤師なのか、散剤や錠剤の粉碎も含まれるのかなどの整理が必要。

論点 2 :

- ・ 委託元が実施する最終監査の方法をどのように行うべきか。
（画像等の確認により最終監査を実施し、委託先から患者への直接配送も可能とするか。）
- ・ 委託した場合、患者への聞き取りや服薬指導をいつ行うべきか。調剤設計の段階で患者への聞き取りが必要ではないか。
- ・ 不正防止等の観点から、行政による委託先の管理体制の監視指導の権限が必要と考えて

よいか。

- ・①委託元による委託先の監督方法や②委託先と委託元の情報連携について、その他留意すべき点はあるか。

- ① 時間に余裕がある患者が対象という前提なので、医療安全の観点から委託元に薬剤を戻すことを基本とするべき。薬剤師の判断により、直接患者に送付することもあるかもしれないが、委託先からの直接患者への送付は慎重な検討が必要。
- ② 画像による一包化結果の監査は一定程度可能と考えるが、一包化の監査以外にも薬袋が正しいか等患者に薬剤を交付するまでに確認することは多くあるので、画像による監査の可否と委託先から患者への直接送付は分けて考えるべき。
- ③ 患者の立場からすれば、薬局に2回行くのは負担。委託元が最初に服薬指導をして、委託先から直送してもらうことでよいのではないか。
- ④ これまでも薬局に薬がなければ後で配送してもらっている。その点からすれば、服薬指導後に委託先から配送することもあり得るのではないか。
- ⑤ 委託先に戻すと事務作業が増えて委託する意味がない。またコストもかかる。患者の選択肢があっても良い。
- ⑥ 患者や状況に応じて直送するかどうかを選択できるようにすべき。
- ⑦ 調剤設計の前に聞き取りを行うというのは前提。そうしないと再調剤のようなロスが発生する。

論点3：

- ・委託先は薬局の許可が必要ということによいか。
- ・薬局間の競争の公平性の観点からも、委託先の範囲は、同一法人内に限定しないことによいか。
- ・委託先について、距離の制限等を設ける必要があるか。仮に制限を設ける場合、それはどのような理由によるか（顔のみえる範囲をどう考えるか）。

（考慮点（例））

- ・患者が入手するまでの時間
- ・委託が進んだ場合の地域医療への影響
- ・寡占・独占等の懸念

※個別の委託実施の可否については、調剤の内容や緊急度、患者の希望等を踏まえて、委託元の薬剤師の責任で判断することになる。

- ① 委託先を薬局に限るのは皆の総意。同一法人に限るべきではないとの意見に賛成。
- ② 距離については、同一都道府県、二次医療圏、16kmといった様々な単位が考えられる。
- ③ あまり区分を小さくすると境目が出てしまう。三次医療圏が適当ではないか。
- ④ 初めて行うものであるので慎重にやることが重要。二次医療圏、三次医療圏くらいではないか。
- ⑤ 指示内容が正確に伝わる、予期しない問題があった時に対応できることを想定すれば、最大でも薬局の許可単位である同一都道府県内、医療圏の考え方で二次医療圏という考

え方もあるが、人口にもよるので、地域包括ケアシステムの単位を導入してもよいのではないか。

- ⑥ これだけ流通が発達していれば、地域限定の意義がどれだけあるか。それよりも範囲を超えた場合に実施できなくなることが懸念。品質管理の問題を重視すべき。地理的範囲は関係ないのではないか。
- ⑦ 細分化するとサービスが提供されないエリアが出てくる。境目が増えると、距離が近くても地区が異なる場合があり、管理が複雑化する。地域格差はあるべきではない。
- ⑧ 委託できる範囲を限定するよりも、情報連携が重要。デジタルで共有できるプラットフォームを作る等もあるのではないか。
- ⑨ 有事の際の対応を考えると医療安全の観点から距離制限は必要と考える。外部委託は一部とは言え薬局が医薬品を在庫する機能を外部に出すことになる。地域に医薬品がないようなことに繋がらないように十分検討する必要がある。
- ⑩ 寡占については規制改革推進会議でも考慮しており、公正取引委員会に不当な取引があった場合は対応するようとしている。範囲を狭めると発展しないし、効率的でない。地理的制限を設ける必要性については疑問。

論点 4 :

- ・ 地域で必要な薬局サービスや薬局機能を自治体や他の薬局と連携しながら提供をすることを前提に、薬局間の連携を推進するハブとなる薬局を位置づけてはどうか。
- ・ 地域連携薬局は既に薬局間の連携や地域の薬剤師サービスを提供する役割を有していることから、地域連携薬局をベースとして考えてはどうか。
例：地域連携薬局の要件を拡充する、又は地域連携薬局の発展系（機能強化型の形態）
- ・ 自治体や関係者が地域において、地域で必要な薬剤師サービスの必要量の目安を作成することについてどう考えるか。
- ・ 地域における薬局間連携の取り組みメニューの一つとして調剤業務の一部の外部委託を位置づけてはどうか。

- ① 薬局間連携の在り方は地域により様々。また、薬局間連携のまとめ役の薬局は地域薬剤師会と連携が必要。
- ② 薬局間連携の調整を行う薬局について、薬局像を考えていくにあたり地域連携薬局をベースに考えることに反対はしないが、制度化を目指すのであれば、地域連携薬局はかかりつけ薬局の機能をベースに設計したものであり、その目的を変えるべきではない。
- ③ 薬局が連携して地域サービスを提供しようという考えはこれまでなかった。薬局に連携が必要だと思ってもらうことがまずは必要。自然発生的に地域の連携が行われるべきであり、今の段階で制度化するのは難しいのではないか。
- ④ 地域連携薬局の機能強化型とすることに賛成。患者にとってわかりやすい表示とすべき。
- ⑤ 在宅医では、既にかかりつけ医を在宅医が支援している例がある。
- ⑥ 薬薬連携が必要。ハブが病院になることもあり得る。
- ⑦ 連携は対等であるべき。例えば、在宅対応ができないとして他の薬局に依頼するのはよ

くない。

- ⑧ 連携がうまくいくかわからない。やる気依存型システムではなく、横展開がしやすい方法である必要がある。実証事業での検証が必要ではないか。

論点4：薬局がリフィル処方箋を応需する場合に適切に処方医への情報提供や受診勧奨などを行うため、留意点をまとめた手引きを作成することとしてはどうか。

・意見なし

3. その他

- ① 地域によっては医療機関のセキュリティが弱い。電子処方箋の導入に当たり、セキュリティが確保できるよう国はしっかり対応すべき。
- ⑤ 電子処方箋のスタートにおいて、HPKIの発行が律速にならないようにしてほしい。日本薬剤師会のカード発行料がネックになる可能性がある。