

令和 8 年 1 月 7 日

## 地域医療構想に「薬局・薬剤師」を位置づける意義

～ダイバーシティとプルラリティの観点から



令和 7 年 12 月 25 日に開催された令和 7 年度石川県医療計画推進委員会 第 1 回地域医療構想部会において、中森会長が「地域医療構想の中に薬局を明確に入れてほしい」と発言しました。これは“薬局のため”だけの話ではありません。これからの地域医療を、現実  
に強い形へアップデートする提案です。

### 1. まず整理：ダイバーシティとプルラリティ

#### ○ダイバーシティ (Diversity)

「多様な職種が“参加している”状態」

医師・看護師・介護・行政などが同席する。ここまでは“構成”の話。

#### ○プルラリティ (Plurality)

「複数の価値観が“意思決定に反映される”状態」

参加だけではなく、設計・配分・運用のルールに、各現場の視点が組み込まれている。ここは“統治”の話。

地域医療の難しさは、会議の出席者を増やす（ダイバーシティ）だけでは解決しないことです。\*\*現場の違いが意思決定に反映される構造（プルラリティ）\*\*が必要です。

## 2. なぜ「薬局・薬剤師」を構想に入れるべきか

薬局は、医療の周辺ではなく、地域医療の“運用装置”そのものです。構想の文書に位置づけがないと、次のようなズレが起きます。

- ・構想と現場のズレ（よく起きること）
- ・退院が早まるほど、在宅・外来の薬の管理は重くなるが、設計図に薬局がない
- ・ポリファーマシー、重複投薬、相互作用、残薬、アドヒアランス低下が「構造課題」なのに、責任の置き場が曖昧
- ・災害・感染症・過疎地対応で、医療提供体制が細るほど“薬の最後の砦”が必要なのに、体制整備の議論から抜けやすい

つまり、薬局が構想に書かれていないと、医療の設計が「病院中心の見取り図」のまま固定されます。これはダイバーシティの不足というより、プルラリティの欠落です。

## 3. 薬局を入れることは「医療の多元化」そのもの

薬局・薬剤師を構想に位置づける意義は、端的に言うとこれです。

- ・病院の論理だけで地域医療を設計しない。
- ・外来・在宅・生活の論理を、同じ重さで設計に組み込む。

薬局は、患者さんを「日常の時間軸」で見えています。

- ・服薬が続かない理由（生活、経済、家族、仕事）
- ・副作用で我慢している沈黙
- ・受診の途切れ
- ・受診先が複数にまたがる現実

この視点が意思決定に入ると、医療構想は“きれいな図”から“動くシステム”になります。これがプルラリティです。

## 4. 構想に入れるなら、何を「言葉」として入れるか（提案）

「薬局を連携先として記載」だけでは、まだダイバーシティ止まりになりがちです。構想の文面には、少なくとも次の要素を明記してほしいところです。

### (1) 役割の明文化

- ・退院時の薬剤情報連携（病院→薬局→在宅）
- ・多剤併用の適正化（継続的フォローの責任主体）
- ・在宅・施設の薬学的管理の標準化
- ・災害時の医薬品供給・服薬支援体制

### (2) 意思決定への参画（プルラリティ化の核心）

- ・医療・介護・行政の設計会議における、薬局の位置づけ
- ・地域での薬剤関連データ連携と評価指標（例：残薬削減、重複投薬是正、副作用早期発見、救急搬送抑制など）

### (3) 地域偏在への対処

過疎地・中山間地での薬局機能維持（連携薬局、巡回、オンライン、共同運用等）  
「薬のアクセス」を医療提供体制の一部として扱う

## 5. 目指すゴール

- ・薬局の記述を入れることのゴールは、職域の主張ではなく、地域医療の成果です。
- ・退院後の再入院の減少
- ・服薬の中断・誤薬の減少
- ・多剤併用の適正化
- ・在宅療養の継続性向上
- ・災害時の医療継続力の強化

これらは、病院だけで完結しません。地域の医療を“回す”ための設計には、薬局が必要です。

## 結び

中森会長の発言は、「医療構想に薬局を記述する」というダイバーシティの話に留まりません。薬局・薬剤師の視点が意思決定に反映されるプルラリティの設計を、石川県の地域医療構想に組み込む提案です。地域医療は、単一の正しさで作ると壊れます。複数の正しさが共存できる設計にしたとき、初めて強くなります。そのために、薬局は構想の中に「書かれるべき存在」です。