

第2回薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会

日時	令和6年2月19日(月)
	13:00～
場所	田中田村町ビル6E会議室
開催形式	Web会議

○薬事企画官 定刻になりましたので、ただいまから「第2回薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会」を開催いたします。

構成員の皆様には、お忙しい中御参加いただきありがとうございます。初めに、事務局から連絡事項を申し上げます。

本日の会議は、対面の会議とウェブ会議を併用しております。会議の内容は公開することとされており、傍聴者にYouTubeでのライブ配信を行っております。

また、厚生労働省全体の取組といたしまして審議会のペーパーレス化を進めております。本日はペーパーレスでの開催とさせていただきますので、資料はお手元のタブレットを操作して御覧いただくことになります。操作等で御不明点がございましたら適宜事務局がサポートいたしますので、よろしくお願いいたします。

構成員の方々に御発言される際の方法についてお知らせいたします。まず、会場で御参加の構成員におかれましては、挙手していただき、座長から指名されましたら卓上のマイクを御使用の上、発言いただきますようお願い申し上げます。

また、ウェブで御参加の構成員におかれましては、Zoomの挙手ボタンを押していただきますようお願い申し上げます。その後座長から順に発言者を御指名いただきますので、御発言いただく際はマイクがミュートになっていないことを御確認の上、御所属と氏名を告げてから御発言をお願いいたします。御発言時以外はマイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。音声の調整が悪い場合には、チャットによりメッセージをお送りください。

それでは、最初に本検討会の構成員の出席状況についてです。本日は、三澤構成員が御欠席、山本構成員がオンラインにて御出席いただいております。落合構成員が少し遅れておりますが、御参加の予定です。山本構成員につきましては、業務の都合により15時に退席される予定です。花井構成員につきましては、御都合により14時半に御退席される予定です。また、本日は事務局にオブザーバーとして医政局総務課の守川オンライン診療推進専門官がオンラインで出席しております。

最後に資料の確認です。議事次第にお示しのとおり、資料1～3、参考資料1がございまして、全部で4種類ございます。ウェブ参加の構成員におかれましては、事前にメールで送付しております。直接お越しいただいている構成員におかれましては、お手元のタブレットを御確認ください。

冒頭の説明は以上でございます。

報道の方の撮影はここまでとさせていただきます。

それでは、以降の議事進行は太田先生、お願いします。

○太田座長 では、議事に入ります。最初の議題は「前回の検討会での意見について」です。事務局から説明をお願いいたします。

○課長補佐 資料1を御覧ください。前回の検討会における主な意見をまとめたものです。

議題は大きく2点あり、1つ目が本検討会の進め方についてです。こちらは「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」と「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」の2つに分けて示させていただいております。もう一つの議題が「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」ということで、それぞれ前回の検討会で先生方にいただいた意見をまとめております。不足・修正等がある場合に、事前にも御確認させていただいているところではございますが、本日以降でも御指摘いただければと思います。

以上でございます。

○太田座長　ありがとうございました。

それでは、前回の検討会の御意見について補足あるいは御意見等ございましたら、手短にではありますが、お願いしたいと思います。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

よろしいですね。ありがとうございます。

それでは、本日は大きく2つの議題について、事務局から現状等について説明いただき、論点に沿って御議論いただくことといたします。

それでは、まず1つ目の議題「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」事務局から説明をお願いいたします。

○課長補佐　資料2を御覧ください。それでは、資料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」説明いたします。

初めに、外来患者への夜間・休日対応について、3ページを御覧ください。夜間・休日において、薬局に求められる対応は、調剤対応、相談等への対応と考えられます。調剤対応については、かかりつけの薬局で対応する、それ以外の場合は、患者が対応可能な薬局を探して対応すると考えられます。この場合は、当番薬局での対応や夜間・休日対応を実施している薬局での対応となります。

相談対応についても同様に、かかりつけの薬局が対応する場合、また、患者が対応可能な薬局を探す場合があると考えられます。いずれの場合も、夜間・休日対応におきましては、近隣の薬局との連携体制の構築や輪番により行われている場合もあると考えられます。

4ページを御覧ください。こちらは日本保険薬局協会の管理薬剤師アンケート調査の結果における夜間・休日の調剤対応実績となります。多くの薬局において夜間・休日に処方箋を受け付け、調剤した実績があることが示されています。また、対応事例につきましては右側にお示ししております。

5ページを御覧ください。こちらと同じ調査の結果でございます。こちらにつきましては、夜間・休日における相談対応ということで、多くの薬局で夜間・休日に患者等からの相談を受けていることが示されております。相談の内容については右側にお示ししておりますが、服用中の薬の情報の問合せや薬の飲み合わせに関する問合せ、副作用と思われる症状の相談などの事例が挙げられているところでございます。

6ページを御覧ください。薬剤師の夜間・休日対応について、週に複数回実施している薬剤師が27%と一定数存在しており、また、夜間・休日対応の負担軽減策としては、自薬

局での輪番制での対応が最も多く挙げられております。

7 ページを御覧ください。こちらは救急医療体制の体系図となります。救急医療体制につきましては、医療計画において定めるべき事業の一つとなっております。救急の医療体制に求められる医療機能のうち、初期救急医療については在宅当番医制の当番診療所、地方自治体が整備する休日夜間急患センターにおいて対応されており、軽症な患者が外来患者として受け入れられていると考えられます。この初期救急医療を受ける患者については、薬局で夜間・休日の調剤対応を実施する可能性があると考えられます。

8 ページを御覧ください。医療計画に係る救急医療の体制構築に係る指針において、初期救急医療を担う医療機関の機能として、休日・夜間に対応できる薬局と連携していることが求められています。このため、在宅当番医や休日夜間急患センターについては、連携する薬局の整備、または院内調剤による対応がなされていると考えられます。

9 ページを御覧ください。以上を踏まえ、夜間・休日の調剤について考えられる状況をまとめています。左上の休日夜間急患センターを受診した場合、院内処方による対応、連携する薬局での対応が実施されていると考えられます。右上の2でお示ししております、当番医を受診した場合の対応といたしましては、当番医の近隣の薬局が輪番で対応されているものと考えられます。また、下の3でございますが、オンライン診療や往診により初期救急医療体制が整備されている医療機関以外で診療を受けた場合も夜間・休日の調剤対応となることがあると考えられます。薬がすぐに必要でない場合は、翌日等に薬局が開局してから当該薬局で対応したり、オンライン服薬指導、薬剤配送による対応したりする場合もあると考えられますが、すぐに薬が必要な場合は、24時間対応薬局など夜間・休日にも対応可能な薬局で対応することになります。

24時間対応薬局としては、地域連携薬局、健康サポート薬局や診療報酬の地域支援体制加算の施設基準の届出を実施している薬局などが考えられるところでございます。

10 ページを御覧ください。こちらは地域連携薬局等の夜間・休日対応を要件の一部としている薬局の概要となります。

11 ページを御覧ください。こちらは令和5年の規制改革実施計画を抜粋したものでございます。在宅患者への文脈で地域連携薬局等の24時間対応を要件とする薬局の一部で対応がなされていないとの指摘があるとされております。一方で、外来患者への対応についても同様であるということは想定され则认为ております。

12 ページを御覧ください。こちらは地域薬剤師会のアンケートにおいて、休日・夜間における処方箋応需輪番体制の整備状況を伺った結果でございます。地域薬剤師会の取組により、その地域全てで体制を整備しているのは25.5%となっております。また、約半数の地域薬剤師会では未実施となっております。

13 ページを御覧ください。本年1月に日本薬剤師会から都道府県薬剤師会に対し、地域の夜間・休日対応薬局等の情報を収集し、リスト化して、ウェブサイトで周知することを求める通知が発出されています。リストには会員外の薬局の情報も掲載することが求めら

れています。

14ページを御覧ください。こちらは地域薬剤師会の加入状況でございます。薬剤師会の会員の薬剤師が1名以上在籍している薬局を加入薬局と考えますと、約半数の地域薬剤師会については、地域の薬局の90%以上が加入していることになります。一方で、70%を切っている地域薬剤師会も存在しているところでございます。

15ページ目を御覧ください。薬局の夜間・休日対応等の周知の状況でございます。こちらを見ますと、自薬局や所属グループのホームページで周知をしている場合があるほか、地域薬剤師会、自治体のホームページ等により周知されていることもあるという結果になっております。

16ページを御覧ください。薬局機能情報提供制度におきまして、住民・患者による薬局の適切な選択を支援することを目的として、薬局に対し、都道府県知事への報告を求め、都道府県知事がその情報を公表することとなっております。こちらの制度に基づいて各都道府県において薬局機能情報提供制度による情報をホームページ等で閲覧可能としておりましたが、本年4月から全国統一システムでの閲覧が可能となる予定となっております。

17ページを御覧ください。全国統一システムにおいて閲覧可能となった薬局機能情報につきまして、24時間対応に関連する内容が報告項目となっております。図の上に示す事項について検索が可能となる予定でございます。

18ページ目、19ページ目は、地域薬剤師会による夜間・休日の周知の事例になります。

20ページ目を御覧ください。こちらは外来患者への夜間・休日対応の現状・課題でございます。これまで説明した内容につきましてまとめたものでございます。

21ページ目が外来患者への夜間・休日対応の論点となります。論点といたしましては大きく2つ、夜間・休日対応・体制の構築とその周知・広報についてということになります。

1点目は、薬局における夜間・休日の調剤対応、相談応需体制の構築についてどのように考えるかということで、具体的には夜間・休日対応が要件となっている薬局について、夜間・休日対応を徹底させるための対応が必要であると考えられます。例えば行政による確認の徹底が必要ではないかということ。それに加えて、夜間・休日対応が薬局において徹底されるような方策について検討が必要ではないかということ。また、輪番体制の構築など効率的に実施する体制が必要ではないかということ。地域において輪番体制の構築が実施されていない場合に、地域薬剤師会が中心となって会員外の薬局も含めた適切な体制の構築を図るための課題、また、そういった対応についてどう考えるかということでございます。

2点目が夜間・休日の調剤対応・相談応需体制の住民や医療関係者への周知・広報についてです。こちらにつきましては、既に薬局、地域薬剤師会、行政による周知・広報がなされているという場合もございますが、そうでないような場合におきまして、地域薬剤師会が中心となって会員外の薬局の状況も含めて必要な情報を地域住民に対し、さらに周知・広報するために、行政機関や地域の関係団体と連携した取組が必要ではないかということ

でございます。

続きまして、在宅医療における夜間・休日対応についての御説明となります。23ページを御覧ください。在宅医療の体制につきましては、都道府県が策定する医療計画に地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載することとされております。医療計画作成のための指針において都道府県が確保すべき機能等が示されており、薬局も体制構築に関連する施設に位置づけられているところでございます。

24ページ目は在宅医療の体制構築に係る指針の抜粋となります。訪問薬剤管理指導や医薬品・医療機器等の供給などが薬局に期待される機能と考えられます。

25ページ目は在宅医療において薬局に期待される主な役割をまとめたものでございます。こうした役割につきましては、先ほどの指針の中においても薬局の役割として示されているところでございます。

26ページを御覧ください。こちらは在宅医療の流れとなります。1で示しているように、医師から薬局の薬剤師に訪問の指示が出ている場合と、2で示しているように出していない場合がございます。1の場合につきましては、薬局であらかじめ患者の状態や服用薬剤の情報等を基に薬学的管理指導計画を作成し、医師や訪問看護師等の関係者に情報を共有します。また、訪問結果についても報告することとなっております。このように、医師、薬剤師、看護師、その他関係職種が情報を共有し連携しながら対応することとなります。また、薬につきましては、基本的には薬剤師が訪問する際に持参しているということが考えられます。

一方、2の場合については、患者自身やその家族等が薬剤の管理ができるということで、訪問の指示が出ないというケースが考えられますが、こういった場合におきましては、薬局では通常の外来患者が処方箋を持参した場合と同様の対応となると考えられます。このため、訪問の指示が出ている場合と比較すると、こちらの場合におきましては、患者情報の共有や在宅医療チームと薬局との連携が不十分である可能性がありまして、そういった場合に夜間・休日の臨時の調剤があったようなケースについて、速やかに対応できないことがあるのではないかと考えられるところでございます。

27ページを御覧ください。こちらは訪問の指示が出ている患者への対応に係る薬剤師の状況でございます。在宅患者の夜間・休日対応として調剤や訪問が実施されることもありますが、訪問の頻度としましては、月1件から2～3件程度の薬剤師で全体の6割というところでございます。

28ページを御覧ください。在宅患者の夜間・休日対応の体制等でございます。在宅患者の夜間・休日対応体制を構築している薬局というのは全体の7割程度ございまして、その一部におきましては近隣の薬局と連携して対応する体制を構築しているということでございます。この場合、ページの右にお示ししていますように、連携する薬局が臨時で訪問して対応するというケースが考えられます。

29ページ目を御覧ください。開局時間外における薬剤師の訪問の状況でございます。上

のグラフが計画的な訪問の場合の状況でございますが、こちらの場合、夕方頃に医師から訪問の指示が出て、19時、20時に訪問するということがほとんどでございます。

一方で、下のグラフでございますが、追加処方による緊急対応など計画外の訪問の場合でございますが、こちらの場合も計画的な訪問と同様に、夕方頃に指示があり、19時、20時に対応するということが多いですが、深夜や早朝に訪問の指示が出て、調剤訪問対応が行われている場合があることが示されております。

30ページ目は、地域薬剤師会による薬局間連携や医療機関－薬局間の連携に関する取組状況でございます。地域薬剤師会の約6割で医療・介護関係者へ在宅医療対応可能薬局の周知が実施されているところでございます。

31ページ目は、その地域薬剤師会による周知の事例をお示ししております。在宅の対応可能な薬局について、麻薬の調整や無菌調整など必要な機能の情報も確認することができるようになってきているところでございます。

32ページ目を御覧ください。こちらは薬局機能情報提供制度において今年度報告する項目の見直しを実施しており、在宅医療への対応に関連した項目についても、新たに実績の報告を求めるなど充実を図ったところでございます。こちらにつきましても先ほど御説明したとおり、本年4月から全国統一システムによる閲覧が可能となる予定でございます。

33ページ目でございます。前回の検討会でも構成員の先生方から御意見がありましたが、在宅患者への緊急的な対応について実態を把握した上で検討が必要との御意見がございました。こちらの厚生労働科学特別研究におきまして、在宅医療の現場における実態について、個別の事例も含めた調査を実施することとしております。この調査結果につきまして、次回以降の検討会でお示しし、個別の状況も踏まえた対応について御検討いただきたいと考えているところでございます。

34ページ目は、在宅医療における夜間・休日対応の現状と課題でございます。これまで御説明した内容をまとめたものでございます。

35ページ目が論点でございます。1点目が在宅患者への夜間・休日対応が必要となる場合としてどのような事例が考えられるのか。2点目が在宅患者に対する夜間・休日対応（調剤・薬剤提供）につきまして、在宅医療チームの関係者が連携し、可能な限り計画外の対応が発生しないようにすることが重要であり、あらかじめ必要となることが想定される医薬品について医師が処方し、薬局で調剤した薬剤を提供し、患者宅等に配置するなどの対応を実施することについてどう考えるかということ。3点目が、薬局薬剤師に訪問の指示が出ている患者において、夜間・休日の訪問対応についてあらかじめ具体的な対応方法を検討・共有しておくことについてどう考えるかということ。4点目は、薬局薬剤師に訪問の指示が出ていない患者について、夜間・休日の調剤を円滑に実施するためにどのような対応が必要と考えるかということでございます。また、薬局薬剤師に訪問の指示が出ていない患者への対応として、あらかじめ夜間・休日対応が可能な薬局と連携しておくことについてどう考えるか。この場合の薬剤の配送方法、配送費用負担についてどう考えるかと

いうことでございます。

なお、下に書いてございますけれども、個別の状況を踏まえた対応やその他在宅対応に関する課題につきましては、次回以降の検討としたいと考えておるところでございます。

資料２の説明は以上です。よろしくお願いします。

○太田座長　ありがとうございました。

それでは、ただいま事務局から説明のあった論点に沿って議論をいただきたいと思います。

論点については、外来患者への夜間・休日対応と在宅医療における夜間・休日対応の２つに分かれていますので、それぞれについて御意見を伺うことといたしますが、それぞれの論点の各項目についてはお互いに関係する事項もあることから、まとめて議論したいと思います。

まず初めに、薬局による外来患者への夜間・休日対応について、主な論点といたしまして、１番目、薬局における夜間・休日の対応体制の構築について、２番目、夜間・休日対応体制の周知・広報についてです。

それでは、この論点を踏まえて御意見をお伺いできますでしょうか。よろしければ挙手をいただければと思います。よろしくお願いいたします。山口構成員。

○山口構成員　ありがとうございます。山口でございます。

まず、夜間・休日対応が要件になっているにもかかわらず対応されていないところがあるということは、要件である以上はきちんとやっていただく必要があると思うのですけれども、実態調査のようなことを実施する必要があると思います。調査を実施することによって、きちんと対応していないということが分かってしまうということが周知されて、初めて守らないといけないということが広まるのではないかと思いますので、まずは実態調査のような形を取って現状を確認することが必要かと思います。

それから、今年の４月から薬局機能情報提供制度について、全国統一システムにて閲覧が可能になるということですが、私はそのことにずっと関わってきているのですが、薬局だけではなくて、もともとが医療機能情報提供制度ということで、医療機関がどのような機能を持っているかなど、いろいろなことを調べることができるようになっているわけですが、非常に国民の認知度が低いのです。今回かかりつけ医機能ということもそこに乗せて、１年遅れで公表していくという方向性になっていますが、まず医療機関の情報提供すら周知されていない。そこに薬局ということになると、さらに知られていない。もう一つは、医療機関はまだ探そう、調べようという発想があるのですが、薬局を探索発想というのが国民の中にまだまだ少なく、医療機関の門前の薬局に行くという発想の方が多いということもありますので、実際に情報提供、周知ということもそうですが、薬局は探索対象なのだという意識を国民の方に持っていただくということがまずは根本的な問題ではないかと思っています。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。事務局から何かありますか。

○薬事企画官 ありがとうございます。

まず、実態調査については、現状なかなか難しい部分があって実施していないというところ。夜間・休日対応をやっていなかったという事実、そういった状況が確認できれば、当然都道府県、自治体のほうから指導を入れることはできるのですが、全国的にやっていないところを調べるといった調査はできていないというのが現状です。

○山口構成員 ネックになっているのは何ですか。人が足りないとか、そういうことですか。

○薬事企画官 調査の方法もそうですし、調査をするにはそれなりの負担、コスト等もかかりますので、どういう方法でやればいいのかというところは今後の検討課題かと思いますが、それ以上に、これは要件になっていますので、実施していただくべきであるというところから、それぞれの薬局に守ってもらう意識を持ってもらうということも必要だと思っていますので、そういうことについてもぜひ御意見をいただければと思います。その手段の一つが公表とか、そういったものかと思っています。

○山口構成員 登録販売者の実際の対応について調査されたということがありましたので、それと同じように覆面調査のようなことができればいいのかと思った次第です。

○太田座長 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。磯崎構成員。

○磯崎構成員 神奈川県医師会の磯崎です。

まず、スライド4ページ目ですが、こちらは夜間・休日における調剤対応ということで、右側に幾つか対応事例が出ていると思うのですがけれども、そちらを見ますと、結構まれな例が回答として上がってきていまして、恐らく対応状況としてはこういう特殊な事例はあまり多くなくて、もっとボリュームのあるところは別の事例ではないかと思いました。

同様に、5ページ目ですが、相談内容ということで、確かにこういった患者さんや患者さんの家族が不安に思っているところをしっかりと地域の薬局が対応していただいて助かるなという内容になっていると思います。

また、今回の論点に沿って申し上げますと、神奈川県医師会でコロナの頃にオンライン診療センターというのを開設して、ある地区の救急の診療所で神奈川県全科、オンライン診療を行って対応したということがございました。そのとき、横浜地域の夜間・休日診療所で診ていると、相模原の人や小田原の人がかかった場合に、診療や処方箋は出せても、薬局がなかなか見つからないということがありまして、そういった場合に、今回議論しているような夜間・休日に対応してくれる薬局の情報が一律に上がってくるようになっていただければ非常に助かると思っています。

また、先ほど山口構成員から御指摘のあったしっかり対応していないところがあるということですが、これは本当にデータを取ってみないと分からないところだと思うのですが、ほとんどの方が頑張っていらっしゃる中で、時々他の患者を対応して出られなかったですとか、我々もありますが、ほかの対応中だと、24時間対応と言っても対応できな

いこともございますので、そういった仕方ない例なのか、それとも少し悪意があってサボっている例なのかということは、何らかの方法で調べていただければと思います。

以上になります。

○太田座長 ありがとうございます。どうぞ。

○課長補佐 事務局でございます。

最初の点のまれな事例が多いのではという4ページに対する御指摘でございますが、こちらについて補足させていただくと、このアンケートの中で質問の内容が営業時間外や定休日の対応として印象に残っている事例があれば教えてくださいということでしたので、そういった結果から印象に残りやすいとしてまれな事例が多かったのではないかということとを推測しているところでございます。以上でございます。

○太田座長 それでは、花井構成員お願いいたします。

○花井構成員 ありがとうございます。花井です。

先ほどの山口構成員の意見ですが、これは10年以上前から。開業医の先生もデータベースがあるのです。その中身については統一されていなくて、充実しているところとしていないところがあります。要するに、患者側からすると、薬局を探すとか診療所を探すというのは、制度はいろいろ分かれているけれども、どこに行ったらいいかというところで発想するので、まずそういうポータルサイトを充実させるということ。これは多分10年以上前からの課題で、この機に薬局も診療所も病院も含めてそういうことはつくってほしいと。ただし、今、薬局を探すと、「調剤 24時間 市町村名」を入れると大体出てくるのです。慣れている人はそういうふうにして探すと思います。そうすると、いわゆる薬剤師会さんがやっているものがトップで出てきたり、チェーンドラッグストアさんがやっているところが出てきたりと、様々です。それでも事は足りている部分があると思うのですけれども、実はそれに混じって、検索エンジンの特質上、少し広告チックなところが上位に出てきて、必ずしも望ましくないサイトを紹介される場合もあるのです。それは見破ればいいというのですが、やはりオフィシャルなサイト、ここに行けばという安心したものがあり、ある種ITリテラシーというか、若い人たちはその中から通常の検索において探していくということになる。通常の検索を利用できない高齢者の方もいると思うので、この機に診療所も薬局も含めて、特にその情報を充実させていただければと思います。

あと、今、単に24時間対応と言っていますが、何が得意かというのがあると思うのです。がんについては、別途薬局の機能として求められているものを持っているとか、うちの薬剤師は別に得意な分野があると。診療所についても同じで、この先生は内科と書いてあるけれども、大学の循環器科でもう20年以上やって開業している。その場合は循環器が得意な先生と分かるのです。ホスピタルに関してはかなり情報が濃いのです。だから、病院を検索すると、そこにおられる薬剤師さんとかお医者さんたちのキャリアも含めてかなり公表されているのですが、調剤薬局、診療所となると少しばらつきがあって、そこについてもう少し国民から見えるようなポータルサイトができると、これは非常に画期的な

ものになると思います。画期的といいますか、これは多分20年前ぐらいからやっている話だと思うのです。なので、この機に薬事のほうから引っ張られて、開業医の先生方も含めて、国民が地域の医療提供機関にアクセスすると。もちろん、訪看とかも同様だと思うのです。そういうものを可視化することによって、先ほど山口構成員がおっしゃられたような国民が主体的に探していくことができる。今そう言っても、どうやって探したらいいのですかという状況なので、その環境整備はぜひ力を入れていただきたいと思います。よろしくお願いします。

○太田座長 ありがとうございます。

分かりやすい広報体制ということですね。非常に重要なポイントだと思いました。

それでは、オンラインで、山本構成員からいかがでしょうか。

○山本構成員 日本歯科医師会の山本です。

今の周知・広報という点で、21ページ目の2つ目の論点でございますが、地域の薬剤師会が中心となって会員でない方の薬局の情報を集めると。こういうことは実際に可能なのか。例えば、我々歯科医師会ではそういった会員外の先生方の情報を集めるというのは非常に難しい状況にあります。こういうのは行政や地域のほうで何か連携するような会議等をつくっていただかないと、こういったことは実際に難しいのではないかと思います。よろしくお願いします。

○太田座長 ありがとうございます。

○薬事企画官 ありがとうございます。

会員外の情報を入れていただくというのは確かに難しいところなのですが、令和6年診療報酬改定で地域支援体制加算の要件に、24時間、時間外の対応をやっているところは、地域の薬剤師会のホームページ等で周知を図ることといった要件が追加されていますので、自ら会員外の薬局もこういったところに行って手挙げをして周知しないと加算が取れないような仕組みになっているので、診療報酬と連携してこのような体制づくりがより効果的にできるようになっているかと期待をしているところでございます。そのようなこともある中で、日本薬剤師会さんからもこういった通知が出たのだということでございます。

以上です。

○太田座長 よろしいでしょうか。

○山本構成員 ありがとうございます。

○太田座長 ほかはいかがでしょうか。それでは、宮川構成員。

○宮川構成員 宮川でございます。

先ほどの山口構成員から始まっての話ですが、最後のところで診療報酬絡みの話がありましたが、こういうところは非常に大切なところで、10年かかってもできなかったというところに今、入ってきている。しっかりと整理していくことが大事だろうと思っています。

しかしながら、論点1のほうに重なってくるのですが、地域連携薬局と健康サポート薬局が、4,088軒と3,128軒で、7,000軒以上あります。その薬局はどのように地域に機能しているのでしょうか。そこは先ほど山口構成員がおっしゃったようなところで、十分な周知といえますか、可視化ができていないというところが非常に問題だろうと思います。いろいろ尋ねていくと、十分対応できていないところが多いのです。名ばかりで、中身が十分ではありません。特に地域連携薬局の場合には非常に大きな課題だろうと思います。

地域連携薬局について、もともとの力の十分な発揮というのは、その地域でその薬局を中心に補完していくといえますか、2～3の薬局がその傘下となる形ではなく、協力体制の中で連携をしていくということです。それを地域の中核、ハブのような形で行っていくというところが構想の基点だったはずなので、そこが十分できていないということがあるのではないかと考えています。

そのところで地域のマンパワーの問題というのは非常に大きいだろうと思います。つまり、地域薬剤師会が対応しているものの十分でないというところは、日本薬剤師会にもお尋ねしたいところなのですが、日本チェーンドラッグストア協会がどのようにしたら各地域で日本薬剤師会とともに薬剤師として協力体制をつくっていけるのでしょうか。地域薬剤師会の薬剤師は輪番で出ていて一生懸命やっている中で、そこに同じように薬剤師として地域で活躍しているであろう、又は活躍していなければいけないチェーンドラッグストア協会会員の薬剤師がその輪番体制の中に十分入っていないというところも問題だろうと思います。そのため、チェーンドラッグストア協会が進んで地域の薬剤師会と一緒に輪番体制の中に入っていて、救急医療の体制というものをうまくつくっていく。その中に薬局機能情報の提供体制というのがしっかりできていくのではないかと考えています。

もちろん、医師のほうも十分ではありません。かかりつけ医機能というのはこれから明らかになっていくわけですから、そうすると、7ページの三角の救急医療体制体系図の下にある初期救急医療のところはそれで十分だと思います。医療があって、そして診断の後に治療というものをどう組み立てていくのかということが課題として表面化していくのではないかなと思っていますので、その体制をしっかりと確保するための情報の可視化というものをなるべく厚労省中心にしっかりとつくっていただいて、患者さんにとって非常にいい医療体制をつくっていくことが重要だろうと思います。

ただし、かかりつけ医機能と言うのですけれども、実際に慢性の患者さんは、定期的に診療所に通っています。自分の行っている診療所はどういう体制なのかというのはすでに可視化できているのです。実際は、この診療所でここまではできるけれども、ここまではできないとか、この地域ではこういう体制になっているよということは常に話し合っているのが普通なのです。ですから、そういうところの中から、本来から漏れ落ちるというか、その中でないところの患者さんに対してどのような対応ができるかというところをしっかりと可視化していくことが非常に重要なのではないかなと思っています。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。大変重要な御指摘だと思います。

では、安部構成員。

○安部構成員 安部でございます。

リスト化につきましては日薬からも既に通知をしており、しっかりと対応していこうと考えておりますし、また、長いスパンではなく非常に急ぎ取り組んでいるところであります。

それから、日本保険薬局協会や日本チェーンドラッグストア協会に加入している皆さん、その中には薬剤師会に加入している薬剤師の方もたくさんおりますので、そういったところはもちろん協力していただけると思うのですが、どの団体にも所属していない薬剤師や薬局、そういったところについては行政の力も借りてしっかりと把握できるようにしようと思っております。

また、薬剤師会でも地域への情報提供、ホームページ等を通じての周知もしっかり行っていこうと思いますが、750ぐらいある地域薬剤師会の中には非常に規模が小さいところもありますので、そういったところは都道府県薬剤師会が手伝って取り組んでいくことになるかと思っています。

一方で、私も休日当番をやりますけれども、患者の皆さんに聞いてみると、区報等で休日診療の情報を見て医療機関を受診していますが、薬局の検索については、医療機関から開局している薬局について情報提供を受けて薬局にいらっしゃる方も多いというところがございますので、現状はそういったことで対応しているのだと思います。

7 ページにあります在宅当番医制の557地区、休日夜間急患センターに関しましては、一定部分は院内調剤で対応しておられるところもあるかと思うのですが、こういったところから発行された院外処方箋で患者さんが薬剤を入手できずに路頭に迷ったという話はほぼなく、実態としてはしっかりと対応できていると思います。こういったものをより目に見えるように、そして国の制度として夜間・休日の問題は医薬品提供体制整備の基本概念をつくる必要があります。それは本検討会で我々が議論すればいいと思うのですが、その上で、地域の医療資源、地理的な環境、人口などの環境、そういったことを踏まえて最適化するというところについては地域の中でしっかりと議論をしつつ、行政と医師会、歯科医師会、薬剤師会が連携して、効率がよく、住民にとって適切なサービスが提供できるようにしていく必要があると思っています。

○太田座長 ありがとうございます。富田構成員。

○富田構成員 ありがとうございます。

1 つ目の論点について教えてください。私は経営学の研究者ですので、言葉は悪いかもしれませんが、どれぐらい収益が上がるかということに関心があります。そうなった場合に、要件となっても、薬局は対応したいというインセンティブがどれぐらいあるのかということです。先ほど診療報酬という言葉が議論の中で出ておりましたが、営利企

業としてのメリットとして、診療報酬、どれぐらい加算というのが生かされるのか。それによってこの制度の推進にも影響するかと思うのですけれども、薬局のインセンティブがどれぐらいあるのかといったことに関して教えていただければと思います。

○課長補佐 事務局でございます。

まず、薬事制度の地域連携薬局につきましては、診療報酬上の評価とは切り離されておりますので、完全にそこは別の対応となっております。

10ページに示されております診療報酬の例でございます。地域支援体制加算がございまして、こちらは調剤基本料の加算ということになりますので、基本的には処方箋の受け付けごとに、その施設基準を満たしている薬局であればそれを算定できるということになります。調剤基本料というのは、医科で言う初診料、再診料のようなもので、基本的には処方箋を持ってきた患者さん全てから頂くというものでございます。

令和4年診療報酬改定時点の数字ですけれども、調剤基本料1といういわゆる個店の薬局が取るような基本料が42点ということでございまして、地域支援体制加算は、そこに対して4段階あるのですが、同程度の点数が乗かかると理解いただければと思います。したがって、調剤基本料できちんと加算が取れていれば2倍ぐらいになります。40点ぐらい増えるというようなケースです。地域支援体制加算2ですと、もう少し上の点数になったりするところもあるのですが、それぐらいの感覚で入れます。

では、実際どれぐらい影響があるのかということにつきましては、個々の薬局の状況によって異なるところでございますので、その影響がないと困るとか、影響があるから利益が出ているとかいうところについては、我々のほうからお答えすることは難しいと考えております。

○太田座長 どうぞ。

○薬事企画官 補足ですけれども、地域支援体制加算というのは、24時間対応だけが要件ではなくて、様々な要件がついているうちの一つがこの時間外対応というところになっていきます。以上です。

○太田座長 よろしいでしょうか。

○富田構成員 はい。

○太田座長 それでは、藤井構成員。

○藤井構成員 ありがとうございます。幾つか御質問と御意見をさせていただきます。

まず、6ページ目でございます。薬剤師の夜間・休日対応というところで、負担軽減策ということで挙げられていまして、自薬局の輪番制ということは書かれているのですが、その後に「薬局外でも利用者情報を閲覧できるシステム等を活用する」「営業時間外の対応が少なくなるように、医療機関等と十分な連携を図る」という意見が書かれています。これはどのようなシステム、もしくはどういう連携を図ると、負担が軽減されるのでしょうか。夜間・休日対応がなかなかできないという場合、しないという場合、悪意を持ってというのは少し置いておくとして、どういうことをするとそもそも件数を減らしていける

のだろうかというところについて、今後どういったお考えがあるのかというのを伺いたいのが1つ目です。

もう一つが9ページになるのですが、3番目、往診・オンライン診療を受診した場合の対応がございます。これは定期処方についてということですが、薬剤配送というのが出ています。処方箋の期限が4日間である中で、それに対応しようとして、郵送も含めて休日でも終わらせなければならないということが必要になると思います。しかし、これは処方箋に期限を入れていただくと、特に定期薬の場合はもう少し期間を延ばすことができるので、そうすることによって、夜間・休日という対応、特に休日を挟むような場合、そこを活用することで休日対応が減るとということもあるのかと思ったので、この辺りの運用のルールの見直しや、そういったことも可能だということを患者様も含めて周知するというのも一つの手かと思っております。

12ページ目ですが、輪番体制の整備状況というところで、欄外、一番下の※、休日夜間当番医療機関の門前薬局が開局しているとの回答は、地域薬剤師会として輪番体制を整備していないため、未整備に含まれるという形になっています。この辺り、実際対応できる場所があれば、輪番体制がなくても大丈夫ということを、もう少し詳細に、見ていただくと、実際の地域の状況を踏まえて検討できるのではないかと思います。

続いて、18ページ目でございます。これは薬局機能情報制度もそうですし、各薬剤師会というところですが、ネットですので、閲覧率の検証というものを是非していただきたいと思います。実際アクティブユーザー数がどうなのか、直帰率、回遊率、ページ/セッション、そのほかいろいろなデータが取れると思います。そうすると、数値によっては利用者様へのアンケート、患者様や住民の皆様に対するアンケートが必要で、なぜそれが利用されなかったのか、もしくはこういうふうにしてくれるともっと利用しやすいのだけどという意見を踏まえながら改修をしていくことができると思います。

次ページにマップ機能を活用されている事例などがありますが、そういったものが有用であれば、薬剤師会の中でフォーマットを統一することが良いと思います。私も拝見させていただくのですが、特に県というよりは市町村単位でも、全く違うのです。特に先ほど申し上げた休日・夜間を薬剤師会の会営薬局さんでやっているとなると、結構そこがメインで出てきてしまって、そこが対応できるから、ほかの薬局さんの情報はそんなに要らないよねというページ構成になっていることもあります。

先ほどからあるように、都道府県薬剤師会というところでは、自分が千葉県に住んでいるので千葉の事例で恐縮ですが、例えば薬剤師会で検索しにいくと、その都道府県、千葉県の夜間・休日対応のページに飛ぶことができます。病院もクリニックも薬局も同じようにそこに行くと検索できます。夜間にやっている、休日にやっているクリニックさんも探せるし、その中で薬局のほうも探せます。薬剤師会と県が連動しながらやれているというところがあったので、薬剤師会等と都道府県との連携が相互にできるような形をお考えになっていただいてもよろしいのではないかと思います。以上となります。

○太田座長 ありがとうございます。もし事務局からありましたらお願いいたします。
○課長補佐 ただいま質問もあったと思いますので、回答させていただければと思います。

まず、6 ページのところの調査の結果でございます。こちらは選択肢がこうなっていたというところでございますので、その内容としてどこまでというところは分からないところではございますが、働き方として、今、テレワーク等による対応もできる世の中になっているところでございますので、相談対応ぐらいであれば、例えばオンコールの携帯電話を持った薬剤師が家にいながら患者さんの情報を見ることができれば、こういった対応ができるのではないかとということかと理解しております。

また、営業時間外の対応というところにつきましては、そもそもきちんと患者さんの状況を把握してコントロールしたり、必要な情報を適宜ちゃんと共有したりしておけばそういった相談、対応も少なくとも済むのではないかとということと理解しております。

また、9 ページ、処方箋のお話でしたが、処方箋の期限につきましては、医療保険上のルールで原則4日以内とするというところでございます。4日を超えてしまうと状態が変わってしまうので、改めて診療が必要というところが基本的な考え方と理解しております。一方で、先ほど定期処方の患者さんでというところでございますが、リフィル処方箋の2回目、3回目のような場合は前後7日間というところで認められていると理解しています。

最初の原則的な考え方もございますし、基本的にはこちらは医療保険のルールでございますので、薬局のほうで検討するというのはなかなか難しいところもあると考えておりますが、いずれにせよ、今回この検討会でいただいた意見については、当然関係部局のほうにも共有させていただきたいと考えているところでございます。

あと、12ページの地域薬剤師会の調査の中で、一番下の※の部分で、これは門前で対応している場合未整備に含まれてしまっているというところでございますが、こちらにつきましては、またこの調査結果も踏まえて、必要があればさらに深掘りした確認や調査の実施を検討したいと考えておりますので、引き続きこの検討会での議論も踏まえながら検討していきたいと考えているところでございます。以上でございます。

○太田座長 よろしいでしょうか。

○藤井構成員 はい。

○課長補佐 もう一点、薬局機能情報の閲覧数につきましては、分かるような方向で検討は進めたいと考えておりますが、現時点で明確にお答えするところはないというところでございます。

○太田座長 それでは、中島構成員から。

○中島構成員 東京都の中島です。

21ページの夜間・休日対応について、東京都では地域連携薬局の認定を行う際に、夜間・休日の相談対応、調剤体制を確認しておりますけれども、多くの薬局が電話での相談すとか、オンコールでの調剤を行う体制を取っている状況となっております。

また、会議資料の中で夜間・休日の対応がなされていない場合があるとの記載があるのですけれども、行政のほうで適切に確認・指導するためにも、具体的にどのような状況でこういった問題が生じたのか、事例を共有して、具体的な指導内容や方法等について整理して、各自治体にきちんと展開する必要があると考えております。

行政内部の話になりますけれども、意見として出させていただきます。よろしく願います。

○太田座長 ありがとうございます。それでは、落合構成員。

○落合構成員 私も何点かございます。1つ目が9ページの図でございしますが、2当番医を受診した場合の対応について、自治体や団体単位で連携されているものがどのくらいあるのかと思いました。事前に医師の先生にどういう状況か御認識を伺ったところ、どちらかというと自治体レベルでネットワークを持っているというよりは、幾つかの在宅クリニック間で連携をしていて、場合によってその中で院内処方による対応をしたり、かかりつけ薬局を使ったりしているとのことで、こういう連携自体はあると思うのですが、地域単位で取り組まれているのがどの程度なのかは検討の基礎になると思いますので、この辺り、どのくらいなのかを教えてくださいました。

2つ目が、先ほど花井構成員から検索の関係のお話もございましたが、私は総務省の偽情報対策の検討会にも入ってございまして、そちらのほうでコンテンツモデレーションの問題、つまり、プラットフォームや検索サイトに関する話をしております。医療関連情報、コロナのときも偽情報の蔓延といった話は結構出たと思いますが、そういうときも含めてどういう形での発信になるのかは重要です。もちろん、公的機関においてある程度まとめていただいているということ自体、恐らく検索サイトの中でも上のほうに表示されやすくなるような効果自体もあると思いますので、そういった意味でもおそらく意味があり得るだろうと思います。そして、コロナの際に厚労省のほうでもその辺りの情報発信はいろいろ工夫されて実施されていたと思いますので、単純に公的機関というか、公ルートで行ったときにこういう形でまとめられているというものを作ること、検索で情報を収集する方というのも最近かなり多いと思いますので、今、申し上げたような観点でも、どういう形で情報発信をすると効果的に患者さんのほうが適切な情報に接することができるのかを検索のしやすさなどの観点も含め御検討いただければと思います。

3点目になりますが、先ほど6ページの資料で実際どのくらい夜間・休日対応をされているのでしょうか。資料の中でも27%の薬剤師が週に数回以上の夜間・休日の対応をされているということで、よく対応されているところと対応されていないところで差があるという結果自体は出ているのだと思います。全くされていないように見えるような無回答のようなところもあるので、実際議論の中でも十分対応されていない場合があるのではないかと思います。そういうことで、山口構成員や、何人の方から言及があったと思いますので、その点については是正をしていくということ自体は必要だと思いますが、先ほど中島構成員のほうからこういった状況で問題が生じているのかというお話もあったこと

も考慮が必要です。このデータはどちらかというと対応できた場合について書かれているものだと思うので、つまり、患者さんのほうから見たとき、もしくは医療関係者等で患者さんを支援されていたりする方のほうで、実際薬剤師等の対応ができなくて困った場面はどういう場面なのかといったような形のアンケートなどを取るということも、問題の特定、理解に当たってはより実態に迫ったものが把握できる可能性があるのではないかと思います。そういった観点で何か参考にできるものがないでしょうか。直ちにアンケートを取るの難しいかもしれませんが、そういった観点でも少し見ていただき、患者様のほうに近い方々にヒアリングをするなどして情報を補充していただけるといいかと思います。

最後、4点目ですが、どうしても名ばかりのところも出てくることもあるのではないかと話なのですが、今まで10年以上こういった議論がされていて、なかなか解決ができていないというお話も議論の中にあっただと思います。単純に頑張ってくださいと言うだけで解決するのかがどうかがあります。もちろん、きちんと要件を守っていただいていないところには厳しく指導していくということはあるかと思いますが、人員がどうしても足りなくなっていくという状況でありますので、協力・連携体制を広く取っていくことによって解決するという点も、要件を守っていただくということの強化と併せて考えていかないといけない課題になっているのではないかと改めて感じました。以上でございます。

○太田座長 どうもありがとうございました。それでは、事務局どうぞ。

○薬事企画官 コメント、ありがとうございました。

まず、夜間・休日の医療機関も含めた体制については、7ページを御覧ください。医療計画の中の救急医療体制体系ということで定められていますので、当番医のほうは下の部分で郡市医師会ごとに、しかるべき体制を取っていただいているものだと理解しています。ただ、薬局のほうは、その次のページにあるように、対応できる薬局と連携していることということで、地域ごとでうまく回しているところが多いのかと思いますけれども、こういう体制になっております。

情報発信については、まさにこれから薬局機能情報提供制度や、地域薬剤師会での発信がありますので、効果的な方法は検討していきたいと思えますし、協力の連携体制についても御意見として承りたいと思えます。以上でございます。

○太田座長 それでは、小林構成員、お願いいたします。

○小林構成員 小林でございます。

地域の一薬局の立場から意見を申し述べさせていただきたいと思えます。まず、24時間対応についてということですが、24時間対応と一口に言いましても、今回の資料にもありますように、相談や問合せに対する24時間対応の場合と、実際に処方箋を応需、対応するという面での24時間対応と2パターンがあるかと思えますので、その辺については一度整理した上で、個々の薬局でどこまでだったらできるのかということをしきりと再検討する必要があるのではないかと考えております。特にそこに調剤報酬が乗っかってくるといこともございますので、今回の資料の10ページにあるような内容というのは、再度薬

局に周知して再確認するという必要が出てくるかと思います。

特に相談に対して24時間対応しますというのは、どこの薬局でも本来できることなのではないかと思うので、この辺を努力義務という方向で持っていくのも一つかと考えております。

地域における体制ですけれども、地域の薬剤師会といたしましては、日薬から発出された文書を受けて、私どもが今いる地域におきましては、実は明日どのようなリスト化をするのか、見える化をするのかというのを検討するような会議が予定されているところでございます。会員外と連携をしていくという部分についてですが、現在薬局が置かれている状況というふう言いますと、医薬品の供給不足の中、毎日のように会員、非会員を問わず、その地域においては、今日はどの薬だったらあるのかとか、この患者さんはそちらに行ってもらっていいとか、そういうやり取りを本当に毎日のようにしているわけですので、その辺りの連携を足がかりとして、そこから展開していければというふうにも考えているところでございます。

24時間の調剤に対応するということになりますと、例えば夜間帯の時間に受けた処方箋に疑義照会したい内容があったような場合に、疑義照会できる体制、処方医の先生につながる体制というのも地域において構築できていくといいのかと思います。

それにつきましては、例えば地域フォーミュラリのような構築が進んで、それに応じた処方をしていただけて、薬局のほうでもそれを網羅するような薬剤の備蓄ができようになれば、夜間処方された処方箋の調剤に対しまして、備蓄がなくて対応ができないというようなケースは少なくなるのかと思います。

輪番制につきましては、地域の医師会の先生方がしっかり構築されたシステムがあるかと思うので、ぜひその辺のところを参考にさせていただいて、連携しながら検討してまいりたいと考えているところでございます。以上です。

○太田座長　ありがとうございます。飯島構成員、よろしくお願いします。

○飯島構成員　私も薬局をやっている薬剤師としての意見ですけれども、私は、年間で大体6,000件弱ぐらい夜間・休日を対応しているのですが、そんな中で、これから体制整備をするというところで、応需していると、結果的に薬剤が不必要だったというケースでも何となく処方が出るケースもあったりするので、そういった意味では、これからどこかでプラットフォームをつくるという上で、地域住民が急性疾患とかで健康不安があったときに、そういったところでアクセスするのだと思うのですけれども、まずコールセンターみたいなところにアクセスして、そこで医師、看護師がふるい分けて、応需が必要な場合に応需するという体制にする必要があると思います。これから医療資源等が乏しくなっていく中で、そういったものを体制整備してしまうと、私たちの地域でも夜間・休日をかかりつけみたいに使ってしまう地域住民もいらっしゃると思うので、そういったところもふるい分けながらやっていかないと、なかなか回っていかないというところはあるかと思うので、どこが取りまとめるかは別にしてファーストアクセスはコールセンターみたいなところ

ろがあれば良いと思います。

コールセンターのようなものの中にQ&Aみたいなものがあって、こんなときはこうしたほうが良いよというのがあると、より最適化されて、受診が必要な患者さんがよりそこにアクセスできるのかなというところがあるかと思いますので、そういったところも踏まえて検討していただければと思います。

最後に採算がとれるかどうかというところですが、採算がとれるかどうかで考えているのではなくて、医療人として地域住民の健康を守るという意味では、当然ながらやるべきことなので、そこに報酬があるかないかというのはまた別の話なのかなと思っておりま

ります。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。川上構成員。

○川上構成員 ありがとうございます。日本病院薬剤師会の川上です。

21ページの論点の体制の構築は大いに進めていただければと思いますし、下の周知・広報についても強化するということは、全くそのとおりかなと思います。

ただ、一方で、夜間や休日に医療機関を受診せざるを得なくなった患者さん自身にまた対応可能な薬局を探してもらうということの御負担を考慮する必要があると思います。また、自分で薬局を探さなければいけないような患者さんがかかってこられた医療機関側としても、普段の病状の変化や薬物治療の継続のためなのか、あるいは全然それとは違う急性症状に対して対症的な治療を求められているのかとか、いろんなパターンがあると思うのですけれども、本当に診る医療機関側も、こういった患者さんに対応すること自体が一定の負担というのはあると思うのです。そうなったときに、かかりつけ医とかかかりつけ薬局を持っておくことで患者さんが自分で薬局を探し回らなくて済む状況になると思うので、対応可能な薬局の広報・周知を頑張るというのもいいのだけれども、それ以前にそもそもその医療機関のかかり方とか薬局の利用の仕方も含めて、患者さんや国民への啓発も同時に進めていただけると、医療機関側としてもありがたいと思う次第でございます。以上です。

○太田座長 ありがとうございます。それでは、塚本構成員。

○塚本構成員 日本チェーンドラッグストア協会の理事をしております塚本です。

先ほど宮川構成員からも御指摘があったとおり、地域の薬剤師会とNPhA、チェーンドラッグストア協会、この3つの大きな団体が協力して地域医療に貢献するということですが、特に薬剤の部分においては、地域で途切れのない薬剤の提供を構築する必要があると感じています。

そんな中で、20ページ、医療情報ネットにおいて、薬局の24時間対応の体制や輪番体制の参加状況等について閲覧が可能になるというのが今年の4月からということですが、ここは薬局の機能だけではなくて、様々な医療情報が入ってくるということですか。

○薬事企画官 医療機関の情報も入ります。

○塚本構成員　ここは地域の患者様、生活者がアクセスしたときに、非常に分かりやすい一元管理のものだとすると、非常に有効なものになると感じるので、これをどのように生活者に周知していくか、また周知していくための手段として、薬剤師会やチェーンドラッグストア協会やNPhAが協力して、日頃行き慣れている施設、お店、従業員等がPRをしていくような形になっていけば、そこで地域の医療提供情報が一元管理できるようになるということで、大変有効になるのではないかと感じました。

それから、24時間やっている、あるいは地域医療支援体制を整えていると言っているにもかかわらず、それができていないという実態があるということは、非常によくないことだと思いますし、そうしないためにも、生活者の声がすぐダイレクトに反映されるように行政が仕切るということが必要だと思います。輪番体制も含めて、情報の一元管理も含めて、行政が仕切りながら薬剤師会や各団体に協力を仰ぐというのが主というのか、筋ではないかなと感じます。

そうすることによって、調査することも必要なのですけれども、生活者の声がダイレクトに届くような仕組みというものを、常に監視の目ということも併せて構築をしていくことで地域医療に貢献ができるというふうに感じました。

以上です。

○太田座長　ありがとうございました。

そろそろ次の論点に移りたいと思いますけれども、よろしいでしょうか。

それでは、次の論点といたしまして、薬局による在宅医療における夜間・休日対応についてです。主な論点は、夜間・休日対応が必要となる場合としてどのような事例が考えられるのか。2点目として、在宅患者への対応としてあらかじめ処方・調剤された薬剤を患者宅等に配置するなどの対応を実施することについてどう考えるのか。3番目、薬局薬剤師に訪問の指示が出ている場合の対応、出ていない場合、それぞれの対応として事前に体制を構築することについてどう考えるのか。これらの論点を踏まえて御意見をお伺いできればと思います。いかがでございましょうか。磯崎構成員。

○磯崎構成員　神奈川県医師会の磯崎です。

四角の2番目、医師が処方し、薬局で調剤した薬剤を提供し、患者宅等に配置するなどの対応の話ですけれども、こちらに関して、在宅の患者さんというのは医療機関までなかなか来ることができない、薬局にも行くことがなかなかできないという前提がある患者さんですので、いろんな状況を最初から想定してあげて、在宅療養可能な範囲で、例えば2～3日の熱、頭痛、便秘といったことは容易に想像がつく範囲であって、救急車に乗って病院に行くほどではないような状態の場合には、そういった備えをしてあげることによって、先ほどおっしゃったような医療機関の負担の軽減、または24時間体制を取っていても薬局の業務の軽減といったことはできると思うのです。もちろん、そのお薬をたくさん出してしまっただけでは本末転倒になると思うのですが、患者さんが入院するほどの状態、悪化しない、病状が長引かない範囲です。それは主治医が判断するところだと思うのですけれど

も、そういった短期間の範囲での症状の改善または軽減ということに関しては、事前に主治医が責任を持って処方しておいて、もちろん連絡をいただいた上でその薬剤を使うという形を取っていけば、今後増えていく負担の中でその軽減策の一つになると考えております。

先ほど飯島構成員がおっしゃったように、薬局の24時間負担と言っても、どんどん薬局に来てしまつては、医療資源がこれから減っていく中で、医療機関またはそういった医療体制が継続していくということもこれからすごく大事な課題になってくると認識しております。そういった中で、患者さんの利便性を上げると同時に、医療の、特に地方の医療の継続をどうやって支援していくかということも重要な課題だと考えています。以上になります。

○太田座長 ありがとうございます。樋口構成員。

○樋口構成員 訪問看護ステーションの樋口と申します。よろしくお願いいたします。

今、磯崎構成員がおっしゃってくださったように、連携がキーワードだなと思っております。先ほどのアンケート等もそうなのですが、夜間・休日に薬剤師さんたちが様々な電話連絡とか対応をされているこの結果を見たときに、訪問看護と同じような状況があるのだなと思いました。私たち訪問看護は24時間連絡も取り、臨時で訪問もするということをしておりますので、薬局さんが24時間稼動するということの御苦労は非常に分かるところです。

少し気になったところですが、現状もそうですけれども、25ページのところです。先ほども話が出ているのですが、薬局さんのほとんどというのは、訪問在宅管理を提唱されているかと思います。対応できますよと言っているところが多いと思うのですが、実際には時間の制約や、この時間は行かない、1人なので薬局を空けられないといったマンパワーの問題があるのを私も地域で実感しております。

当ステーションでも管理で実際に入っただけにいるというのは非常に少ないという印象を持っています。訪問薬剤管理の有無に関係なく、訪問看護と薬局の間で太いパイプがあるのではないかなと思うのですが、26ページの上の図で、医師と訪問看護ステーション、薬局のところが三角になっております。もちろん、こういう関係性もあるのですが、下も含めて在宅の薬局の訪問管理の指示がなしの場合、医師と訪問看護ステーション、患者様とつながっているのですが、こういう場合も上の場合も訪問看護ステーションと薬局はすごく太いパイプができています。ここは実際には本当に太い矢印をつけてほしいぐらいなのですが、そういう状況の中で考えていったときに、「薬剤の配送に課題」と赤字で書いてありますが、実際には訪問看護ステーションのスタッフが在宅で出た処方箋を薬局に持って走るということは多々あるのがここでの状況です。

あと、夜間・休日等の薬剤に係る緊急性です。先ほどの課題にも出てくるのかもしれないのですが、苦痛緩和に係る薬剤とか点滴とかを伴うターミナルの患者さんと、慢性疾患のお薬がちょっと切れてしまった、休日にかかって、先ほどありました4日のやつを5日

にするとか6日にするとか、待てるものとは全然スピード感も使うお薬も重要性も異なってくると思うので、夜間とか休日に稼働する薬局のありようについては、もう少し区別するものがあるといいのかという気がしています。これはそこが得意とか、そういうお薬に関してすぐ動けるとか、先ほどのインフォメーション、ネットですぐ調べられるというものにつながってくるのかもしれないのですけれども、そんな気がしています。

余談かもしれないですが、訪問看護ステーション、私たちはもちろん24時間やりますが、例えばターミナルの患者さんですと特別指示というのがありまして、医師の指示のほかに特別指示とかがあり、その期間、非常に重要な患者様、連携が必要な患者様ということで、別の指示で動くことがあるのです。

ここにもありましたけれども、退院調整の会議とか退院前の会議とか、薬剤の管理指導に入るのにみんなでカンファレンスをやりたいという話があっても、実際には非現実的なところがあり、日中急に来いと言われて、薬剤師さん、なかなか出ていかれないです。そういうことを含めたときに、そういう指示のある患者さんということがあらかじめ分かることでかなり解決に持っていけるのかなという気はしています。

先生方は処方箋を患者さんのお家でプリントアウトをされるかと思うのですけれども、結局、薬局に届ける手間が、御家族さん、特にターミナルの方はおうちを空けられません。出た処方箋をどうするのだという話なのです。結局、そこは看護師が本当に動いているということも考えると、先ほどの訪問薬剤管理の指示があろうがなかろうが、チームで動いているというところはしっかり押さえて話をしていけるといいのかなという気はしております。

様々課題はあるかと思うのですけれども、みんながつながりながらやっていかなければいけないところ、連携すべきところが多いのかなというのが私の印象です。どうもありがとうございます。

○太田座長 ありがとうございます。

実態に即した御提言だと思いますでは、花井構成員。

○花井構成員 花井です。ありがとうございます。

今、樋口構成員がおっしゃられた話と関係するのですけれども、26ページの在宅医療の図があるのですが、結構多様で、例えば介護認定をされている方も多いわけですね。そのときヘルパーさんも動いていたりしているのです。特に服薬管理などだと、もちろん薬剤師さんが中心になって表をつくったりしたら、この日はヘルパーさんが見て、飲んだから確認しているとか連携をしているし、場合によってはヘルパーさんが薬を取りに走ったりしているのです。法律上は知りませんが、要するに、こういう在宅のチームというのは結構多様で、サービス付き高齢者向け住宅の場合だったら、その施設長が看護師だったりすると、その看護師がキーになって連携を取ったりしていて、地域によってうまくいっているチームとかがあるので、福祉のほうと。法律上やってはいけないのかな。分かりませんが、事実上は福祉関連と連携して動いているということが多いので、その実態

を踏まえて検討する必要があるあって、26ページの図だけでは、今、樋口構成員がいみじくも指摘したように、中身の連携の多様性は表現し切れていないので、もう少し実態を把握してから議論するほうがいいのかもしいないと思ひました。

ありがとうございます。

○太田座長 それでは、安部構成員、お願いします。

○安部構成員 ありがとうございます。安部でござひます。

26ページの在宅医療の流れの図でありますが、樋口構成員がおっしゃったように、訪問看護ステーション、在宅の医師、薬剤師がしっかり連携してやることによって、医薬品が供給できないということがないようにするというのが当然のこと。我々も努力しなければいけないことだと思ひています。

1番の場合では、私も現実には在宅訪問させていただいて、例えばレスキューが必要な緩和ケアの方などは、ほぼ医師が患者さんにその薬の必要性とか、薬がこう変わるのだよということで緊急に対応するので、薬剤師に入ってもらいましょうという話を患者さんにさせていただいて、我々もどうひう対応をするか、そのために費用はどうひうふうにかかるのかということも説明して同意していただいき、その上で契約をして、患家に入るとひうことになるわけでありまひす。

そうひった意味では、医師の指示に基づひて、レスキューが足りないからすぐ行けという場合には、夜中でも我々は当然行くということになろうかと思ひます。ただ、そうならないように、つまり夜中のレスキューのときに慌てて薬を届けなくてもいいように、事前に連携をして必要な量は届けておくということであり、その上で、緊急のときには必ず行くということでありまひす。

一方、2番の場合には、その患者さんと御家族と話をして、実際に家族、娘や息子がひて、「きちんとお父さん、お母さんの薬を管理できますから、一旦は在宅に入らないで、外来で取りに行きまひす」とひうことになれば、外来でのつながりということ御相談に乗ったりすることになります。また、管理の必要が生じ在宅に我々が出向かなければいけない状況になったりした場合にはいつでも行けますということで、そうひう形で対応してひうということが多ひかと思ひます。

外来対応の場合、急にそうひう指示、薬が足りないとなったときにどうするかということに関しまひては、そのときの状況にひじて医師が「とにかく今、急いでひるから頼むよ」とひう場合には対応する場合もありまひすし、翌日でよい場合には翌日に対応する場合もあり、その状況次第だと思ひてひます。

なお、現場としてイメージできないのですが、35ページに示された論点のひう最後のポツで、「薬局薬剤師に訪問の指示が出てひない患者の対応として、あらかじめ夜間・休日対応が可能な薬局と連携しておく」とひうことですが、その場合は、自分のところできちんと対応しなさいという話だと思ひます。こうひう契約がないときに、唐突に休日・夜間ができる薬局が登場して、それが訪問するなどひうのは、人間関係としても契約上も全

くイメージができないということではないかと思うのですが、なぜこういうものが出てきたのかなということが、現場としては疑問なところがございます。

以上です。

○太田座長 では、宮川構成員。

○宮川構成員 宮川でございます。詳しいことは磯崎構成員がこの後話してくれるのだろうと思いますけれども、実際にやっておられますし、僕もやっていましたからよく分かっているのですが、今、樋口構成員から話があったように、26ページの線について、医師と患者さん・家族の線は、これの3倍も5倍も線が太いです。訪問看護ステーションの方も3倍、4倍、5倍の太い絆で結ばれていて、常にいろいろ話し合いをしている。今、安部構成員がおっしゃったように、実際はこんなものではないのです。

ところが、何かトラブルが1例、2例あると、それを逆手に取ったようにして問題だと主張する方が時折おられるのですが、樋口構成員や磯崎構成員は現場にいらっしゃって、そんな主張はおかしいのではないのか、何を言っているのだからよく分からないという感想となることが多いのだらうと思います。だから、今、安部構成員がおっしゃったように、35ページの論点の下の方に書いてあったわけですが、そういうところはあつてはいけないことなのですが、たくさんあるかのように問題視して対応することよりも、26ページのところの線の太さをどのようにして維持していくのかということのほうをしっかりと考えていく必要があると思います。

先ほど言ったように、ヘルパーさんも含めて、実際の現場では非常に頑張っておられます。薬は何の順番で飲むのかということについて、例えば5種類あったら、この順番で、もし飲めなかったら5番目はいいよとか、どうしても駄目だったらいいよとか、いろんなことを細かに話しています。そういうところをきちんと密にやっている現場に対して、やっていないのではないのと言われて、変な仕組みをつくってしまうということのほうが大きな問題があるのではないかなと思っています。今、在宅の医療というのはみんな命がけでやっています。ですから、そのところはしっかりと現状を見ていただければと思っています。磯崎構成員。よろしいのでしょうか。

○太田座長 では、磯崎構成員から。

○磯崎構成員 御指名ありがとうございます。

もともと在宅医療は医療資源が乏しいところから始まっていまして、ですから、チームの中で創意工夫を重ねてきて、できるだけ在宅の患者さんや家族を守ってきたという歴史があると思うのです。そういった中で医療、介護、福祉の多職種連携も進んできていますし、また、医師だけではなくて、訪看さんやヘルパーさん、薬剤師さんのチームが、その患者さんが今後どうなっていくのかという先を見る力が問われているのだと思うのです。そのため、私たちが気づけなくても、訪看さんから連絡があつて、先生、今、こんな状態で、今日の夜、こんなふうになりそうだという話があれば、電話をして診療をして、追加でお薬を出すこともありますし、また、事前にお渡ししてあるお薬の中のこれを、こうい

う場合には1番目をまず使って、駄目だったら2番目はこれで、それでも駄目なら連絡してくださいといった工夫を重ねてきた歴史があります。

なので、在宅の場合は、外来患者さんと違って、そういった創意工夫がその地域ごと、地区ごとにありまして、僕の少ない経験で言えば、在宅の患者さんにおいて、どこの薬局にお願いしたらよいかだろうか？と困ってしまったなということはないです。というのは、自分の知っている地域の中での在宅の患者さんですので、それぞれの地域の薬局の力、または開いている時間とかそういうことまで頭に入っていますので。逆に言うと、それを考えて今のうちに診察しておいて、この薬はいついつまでに処方箋を回さないと薬局に迷惑がかかってしまうとか、そういうところまで考えて行動しておりますので、今、安部構成員がおっしゃったように、突然急に知らない薬局にお願いしなければいけないという事態はほぼないです。

1回、2回しか訪問したことがない患者さんでということなら、それはたまたまあるかもしれませんがけれども、大きなボリュームゾーンとしてはそういった薬局で困ることはないので、今回の検討課題で言うと、どちらかといえば不特定多数を診る外来の患者さんに関して、薬局について情報があつたほうがいいのではないのかなと考えております。以上になります。

○太田座長 どうぞ。

○宮川構成員 宮川でございます。

今、磯崎構成員がおっしゃったように、在宅の中ではタスクシフトはありません。シフトという言葉は死語です。使ってはいけないのです。多職種がシェアしているのです。先ほど樋口構成員、安部構成員、磯崎構成員がおっしゃったように、みんなでやっているのです。つまり、全てが在宅医療の構成員なのです。その中にはヘルパーさんも入っているのです。あなたはこちらができないからシフトして誰それに任せるよということではなくて一緒にやろう、というのが在宅医療の最初の根幹だということを、樋口構成員はうなずかれていますけれども、意識する必要があります。そこにはシフトということ言っはいけないのです。みんなでシェアして、本当に太い線の中にみんながいるということが在宅医療なのだとすることをぜひ御認識いただければ幸いかなと思います。

○太田座長 ありがとうございます。では、どうぞ。

○薬事企画官 たくさん御意見いただきありがとうございます。

26ページの図ですけれども、事務局としては、1番、2番に限らず、在宅の患者様に必要なときに適切に、迅速にお薬が提供できる体制をどう整えていったらいいかというところが課題といいますか、現状すでにできているというところももちろんあるのかと思いますが、そういった上で今の時点で何か課題はないのかというところと、そこに御意見をいただくという趣旨でこの会議自体を設定しているところですが、大きく分けて薬剤の提供という意味で2パターン整理をさせていただきました。上のほうは訪問の指示が医師の先生から出ているということで、薬局側にもお宅に行つてしっかりと薬剤管理をするという

ことで対応されているということで、かなり密に連携が取れているといったケース。

2番目の下のほうは、この指示が出ていないので、薬局さん側は基本的には調剤はしっかりとしていただくのですけれども、訪問することに対する指示が出ていないので、恐らく報酬もつかない状況の中、どうやって薬剤をお届けするのかというところにも課題は出てくるのではないかと考えています。この辺り、現場でどういう対応がなされているかも含めてぜひ先生方に御意見をいただいて、こういうところで支障が出ないように事務局としては検討してまいりたいと考えているところです。以上です。

○太田座長 いかがでしょうか。それでは、井本構成員。

○井本構成員 日本看護協会の井本でございます。

前半の議論も含めまして、今、薬局の情報がいかに国民に周知され、訪問看護師を含む看護職もどういった状況にあるかということを一見にして見ることであれば、いろいろな課題が解決される場所もあるかと思います。論点の最初に磯崎構成員から御発言があったように、計画外の対応にならないように、在宅診療をされている先生方と多くの訪問看護師が事前に議論して対応を工夫しているということは、本会としても重々承知しているところですが、前回1回目のときに構成員の中から議論があったように、事前に処方して患宅に薬を置くということに関しては、医師も含めていろいろな見解があるようで、全国にいろんな状況があるように感じているところです。

そういったことも含めてこれからあるべき方向に向かうときに、24時間体制でこの対応の確保をしておくということも、一方で重要なポイントとなりますので、次回以降示される実態調査を基にいろいろ議論していただきたいと思います。以上です。

このことについては、今回の医療計画の指針にも示されているところですので、看護協会としても在宅で療養する患者さんが安心して生活できるように、しっかり共有していきたいと思うところでございます。以上でございます。

○太田座長 ありがとうございます。

では、川上構成員。

○川上構成員 日病薬の川上です。

35ページの論点の2つ目、医師が予見のできる範囲内で事前に処方し、薬局で調剤した薬剤が患者宅などに配置することの対応はぜひ実施できるように進めていただきたいと思います。のですが、そういった場合でも、例えば糖尿で、用法指示でいわゆる保険診療、保険調剤の中で出せるようなものと、通常内科的に使っている薬剤で適宜増減、場合によってはその範囲を超えざるを得ないところの薬を余分に持たせなければいけないというところが保険で認められるかということ、なかなか厳しい場合もあったりして、そうなってくると、残薬を手元に残しておいてといった、決して無駄な残薬ではないのですけれども、必要悪な残薬を持ってもらえるようなことなど、本当に現場は工夫をしながらやっていると思うのです。

ですから、例えば在宅医療においてもなかなか薬剤の調整が難しい、対応が難しいよう

な場合に、現行の保険診療、保険調剤の範囲を超えたこともやらざるを得ないということがこういった検討会で出てきて、こういうことは保険でも認めてもらえるようなことをこちら側から保険局の検討会などに投げただけのようなことも大事な事かなと思って、前回も申しあげましたけれども、改めて今回も申しあげる次第でございます。以上です。

○太田座長 では、藤井構成員。

○藤井構成員 よろしくお願ひいたします。

先ほどの在宅患者の医療提供の流れで訪問薬剤管理の指示なしというところでございます。ここですと、薬局において患者様が在宅医療を受けていることを理解している場合と、御家族が取りに来ている場合で、その辺りの情報提供がなかった場合、それを薬局が把握できていないというのも今の状況ではあるかと思っています。これが電子処方箋やオンライン資格確認の中で患者様がそういったことを受けているという情報が取りに行けるようになると、また話は変わってくると思うのですが、現状では正直その患者さんが在宅だったというのを知らなかったというのも実際あるというのは私も聞いたことがございます。在宅ということを理解していない、在宅を受けている事を知らないとしても、外来で来ているので、外来での夜間・休日対応というのがその場合は当然当てはまると思うのです。しかしながらかかりつけとして認定していただければ、問題はないのですが、かかりつけの認定もなく、その薬局が地域支援体制加算、地域連携も何も持っていないとなれば、残念ながら対応出来ないといった事例はゼロではないと思います。そこで出てくるのは、先ほどの情報の周知と輪番制です。そのところは患者様が困らないような対応、外来と同じ対応というのはしっかりと持っていなければいけないと思います。

あとは、できればそういった在宅の患者様に対して、クリニックの先生から、もしくはケアマネさんなのかもしれないのですが、薬局としてこういったこともあるよというのは御紹介していただくとか、我々も患者様に対して情報が取ればそういう働きかけはできると思うのですが、そこは理解しておかなければいけないのかなと思っております。

もう一つ、論点のところに「患者宅等」ということで書かれているのですが、医薬品の配置もそうですが、今、このお話は個人宅の在宅が主眼となっているかなと感じております。先ほど花井構成員もおっしゃっていたのですが、施設でこれに対応する場合はどうするのかというのは、患者様それぞれに、施設に対して先ほど申し上げたような臨時のお薬を置いて管理してもらおうのかとなると、なかなか難しい問題も出てくるのかなと思うので、その辺り、施設で在宅を受けていらっしゃる患者様に対してどういう対応が必要なのかというのも、この後いろいろなデータも出てくると思うので、ぜひ論点として入れていただけるとよろしいかと思いました。以上となります。

○太田座長 ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。

こちらからで恐縮ですが、磯崎構成員、施設での現状というのを御紹介いただけたらと思います。

○磯崎構成員 今、当院は月に2回ないしは1回、定期的に病院に来られないから我々が

伺って、その場で外来診療をするというスタイルの訪問診療を大体370件くらいやっています。その中の120件が施設です。120件のところも一部、マンパワーが足りなくて、今、藤井構成員がおっしゃったような管理が難しいところはおくまれにありますけれども、大部分はこちらでお願いをして、各個人ごと、患者さんごとの対応をするようなお薬を置いておいていただいて、もし患者さんの状態が変化した場合には連絡をいただいて、我々医師と相談した上でどんなお薬を使っていこうかということ判断しているというのが自分の範囲内の現状です。

○太田座長 貴重な御意見ありがとうございました。

ほかはいかがでしょうか。それでは、塚本構成員。

○塚本構成員 塚本です。

26ページの下の方の薬局の立ち位置ですが、ここの薬局がどういう機能を持っているか。これが患者さんや医師、ケアマネジャーさん、そういった医療チームの医療のメンバーから、この患者さんのためにはこういう薬局がいいですよということ、その機能が分かってくると、勧められる薬局、あるいは適していない薬局、こういうケースにはこの薬局、地域ではこの薬局がいいだろうということが分かってくるのだと思います。これは将来の話ということで、今後薬局の機能というものが情報化、目に見える形で認知されてくれば、その薬局の選定に対して非常に有効であるということを感じます。

現在どうするかということになってくると、訪問指示が出ていない薬局をマザー薬局とすると、それ以外に24時間対応できる薬局との連携。患者さんの承諾を得て、医療情報といますか、服薬に関する情報も共有しておくというのが現状できることであろうと思います。連携する薬局というのは、自分のところにはない機能を持っている薬局との連携。であつたら24時間対応できるところに早めに切り替えるということも、その患者様の状況によっては必要かと思うので、それは医療に関わるチームの中でカンファレンスのようなものとか、そういったものに積極的に参加して、地域の中でどういう状態が起こるかと思見できるようなものについては、早めに計画をしておくということも今後は必要になってくるのではないかと思います。

現状できることとしては、地域の薬薬連携ということを実現していけば、緊急の在宅で駆けつけた場合のフィーの発生の方、配送料はどうなのかという話とかは。緊急時の対応の加算というのがあるのですか。在宅の。

○課長補佐 夜間・休日対応したときの加算もあるのですが、緊急時の場合、在宅の点数自体が緊急訪問用の点数に変わるという形になりますが、下のようなケースですとそれではなくて、通常の外来の点数と同じ点数になると思います。緊急時であつたとしても。

○塚本構成員 それの中で患者様の負担がなくお薬を届けることができるという話ですか。

○課長補佐 送料などについては、基本的には療養の給付と関係ないサービスに該当します。そこは薬局と患者さんの間で同意を得れば、その実費相当の金額を取って差し支

えないという形になります。

○塚本構成員 はい。となると、自分のところで24時間あるいは夜間対応できなければ、今後は対応できる薬局をあらかじめ示して準備をしておくということでクリアできるということですね。

○課長補佐 はい。

○太田座長 では、山口構成員。

○山口構成員 先ほどからよく出てきている26ページの下のことですけれども、具体的にこれで問題になったということが何か出てきているのでしょうか。といいますのも、私もたくさん電話相談を受けているのですが、在宅医療を受けていらっしゃる方のお話を伺っていると、訪問にいらっしゃる薬剤師さんも十分ドクターやナースと情報共有した上で、質問への対応ですとか薬のことについてアドバイスをしてくださるので、あまり不満がないのです。

ところが、薬局の薬剤師さんの場合に、何でこれを聞いているのか分からないとか、質問されたことに答えても、それに対してきちんとしたレスポンスがなかったということで、不満はどちらかというところが多いのです。ですので、在宅を受けていらっしゃる方の場合は、例えば訪問薬剤管理の指示はなかったとしても、夜間や休日ということであれば、恐らくドクターやナースがしっかりとアドバイスをされる体制があるのではないかなと思います。そんなに急がないから訪問ということの指示もなく、明日薬局に行って薬を出してきてもらってくださいねとか、訪問看護師さんが代わりに走ってくださるということで対応されているのではないかなと思いましたので、その指示がないときの夜間・休日で何か具体的に事例として上がってきている問題があるのでしょうか。

○太田座長 事務局、どうぞ。

○薬事企画官 今、その部分を調査しているところなので、大変申し訳ございませんが、そういう具体的な事例があるわけではございません。

ただ、もともと規制改革でこの問題が出てきたときに、1番のケースだったら薬局と連携を取っているので、ふだんから患者さんに対しても薬局の夜間の連絡先をお伝えして、患者さんからも連絡できるようになっているので、必要な薬剤が届かないということが起こり得ないのではないだろうかという話もございました。一方、2番のケースだと、先ほど藤井構成員がおっしゃっていたように、そもそも薬局がそういったことを知らないという中で、そういう意思疎通がうまくいかないケースもあるのではないかとということで場合分けをさせていただいた次第です。現場の先生方の現状、今もうまくやっているという御意見もいただいていますので、具体的にはまさに今、調査をしておりますので、次回以降この調査結果もお示ししながら御意見をいただこうかと思っています。

○太田座長 では、磯崎構成員。

○磯崎構成員 磯崎です。

今、お話があったように、訪問服薬指導の指示が出ていないところも恐らく地域の薬局

がこれを担っていますし、患者さんが在宅医療になる前から使っている薬局ということが多いので、薬剤師の先生と患者さんとの関係性もある程度できていることが多いですし、あと、指示が出ていないからといって全然情報のやり取りがないわけでもないのです、今、山口構成員がおっしゃったのは、私も同じ実感を持っています。

今、塚本構成員がおっしゃった24時間やっている薬局の存在がこれから必要な場面も出てくると思います。在宅でふだんやっているかかりつけの薬局がどうしても対応できないときに、例えば地区の医師会で言えば、救急医療センターみたいな、多くの薬局は対応できないわずかなタイミングがあるので、そういった駆け込み寺的なところ、つまり、そういう小さい穴をまとめて面倒を見てくれる薬剤師の先生が集積しているようなところがあれば、さらに地域にとってはいいのではないかなと思いました。つまり、ふだんは密着型の薬剤師の先生が管理して、本当に駄目なときだけはそういうふうにするということも可能ではないのかと思いました。

そのため、下の図の訪問服薬指導が出ていない薬局に関しては、山口構成員がおっしゃったように、僕の実感としても連携が取れていないという感じはないです。

○太田座長　ありがとうございました。

宮川構成員。

○宮川構成員　宮川でございます。

今、私もそのことを申し上げようと思っておりまして、先ほど26ページの表について実際は細い線ではないと申し上げました。ですから、タスクというのはシフトするようなものでなくて、みんなでシェアしている。ケアマネジャーの方も含めて全ての地域の医療者というか、先ほど申し上げたように医療者の中にはケアマネジャーだけでなく、ヘルパーさんも含まれており、医療者として一緒になってやっていこうという仕組みを地域ではつくっています。

ですから、山口構成員がおっしゃったように、そのことに関しては薄いなど。なぜこのような問題が起こってくると想定しなければいけないのかということが少し分かりづらい構図になっていないかと思います。先ほど申し上げたのは全て太い線で囲まれているようなところなのではないかなと思います。だから、指示書がなかったらやらないのかと言ったら、そんなことはないですよ。そのときに物がなければ、みんなで工夫してやっていくというのが訪問の在宅の医療だというふうに考えて、お金をもらえないからやらないのだということは絶対あり得ないというのが在宅医療の中身なのではないかなと思っております。

先ほど申し上げたように、地域でみんな一生懸命頑張って補完し合いながらやっているのが在宅医療です。在宅医療というのは、全てが100%できる、120%できるというような夢のような医療ではないのです。実際に検査も含めて、治療も含めて、限定された中で、いかに構成する人たち、医師も薬剤師も看護師もみんなが創意工夫しながら作り上げてきたのが在宅医療なのだという前提で議論をしていかないと無理が起こります。ただ、法

的なところだけで縛って、シェアでなくてシフトにしなければいけないのだ、みたいな議論があってはなりません。タスクというのは、在宅医療にとっては全部シェアなのです。シフトというのはあり得ないことです。磯崎構成員が神奈川県でやっている在宅医療トレーニングセンター協議会では、12職種、みんなが一緒になって話し合っていると思うのですが、磯崎構成員、どうでしょう。

○太田座長 どうぞ。

○磯崎構成員 時間がない中、申し訳ございません。

今、神奈川県在宅医療トレーニングセンター協議会というのがありまして、本当に関係各者、医療だけでなく、福祉も介護も行政も同じ会議体を持って、そこで自由に意見を言えるような会議を持っていますので、そこでいろんな問題をもんで解決していこうと思っております。以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

非常に実態に即した議論になっていると思います。

時間の問題もございますので、この件に関してはまた継続してやりたいと思います。

事務局におかれましては、本日の御意見、非常に貴重な意見だと思います。引き続き検討を進めていただければと思います。

それでは、次の議題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」でございます。「離島・へき地における薬物治療のあり方」というところをまずは事務局から説明をしていただければと思います。

○課長補佐 それでは、資料3「離島・へき地における薬物治療のあり方について」御説明いたします。

資料3の2ページを御覧ください。へき地医療においては、こちらにお示ししますように、へき地医療支援機構を中心に行政、へき地で勤務する医師、へき地医療に協力する施設・機関、そしてへき地の住民がそれぞれ連携・協力し、かつ他の都道府県の先進事例にも学びながら、効率的・効果的で持続可能性のあるへき地への医療提供体制の構築を行うということとされております。この中で薬局が関係するのは、へき地診療所や巡回診療等の外来診療がなされる部分であると考えられます。

次のページを御覧ください。へき地診療所については、都道府県知事が一定の基準に基づき必要と判断した地区に設置することとなっております。具体的なその基準につきましては、中段のア、イ、ウを御覧いただければと思います。

4ページでございます。へき地診療所の状況でございますけれども、令和4年4月時点で全国に1,117施設ございまして、そのうち薬剤師が従事しているのは64施設、5.7%となっております。

5ページを御覧ください。へき地医療における外来患者の調剤対応について。へき地診療所の近隣に薬局が存在するような場合は、当該薬局が通常の外来患者への対応と同じように対応していると考えられます。一方で、薬局が近隣に存在しない場合におきましては、

地域外の薬局による調剤対応、オンライン服薬指導、薬剤配送が行われている、または院内調剤で対応がなされているものと考えられます。

6 ページはオンライン服薬指導の流れでございます。令和4年の薬機法施行規則の改正によりまして、初回から薬剤師の判断でオンライン服薬指導を実施することが可能となっているところでございます。

7 ページはへき地医療における遠隔医療の実施状況等ということで、へき地医療におきましては、オンライン診療の活用も行われているところでございます。へき地診療所で患者がオンライン診療を受ける際に、看護師がそのオンライン診療の補助を行うD to P with Nという形式で実施されるということもございます。

次のページを御覧ください。へき地医療におきまして巡回診療も活用されているところでございます。巡回診療におきましても、医師が移動診療車に同乗せず、オンライン診療を実施するということが可能となっているところでございます。

次のページを御覧ください。具体的に移動診療車におけるオンライン診療を活用しているという自治体もあるところでございます。

次のページを御覧ください。こちらにつきましては、前回の検討会でも紹介させていただいておりますけれども、荒天時の離島等における医師・薬剤師不在の場合の診療所の医薬品提供の特例的な対応をお示ししているところでございます。荒天時などやむを得ず医師・薬剤師が不在となる離島等の診療所においてオンライン診療を実施した際に、医師または薬剤師がその診療所にいる看護師等の薬の取りそろえを確認して、その取りそろえた薬を患者さんに提供するということを認めているというものでございます。

次のページが今の特例に係る通知の概要でございます。こちらの対応を実施する場合は、1 のところに記載のとおり、まず地域において薬剤師・医師が調剤したものを供給できる体制を整えるということが前提でございまして、行政の関係部局、関係団体等が協議・連携し、合意が得られているということが重要とされているところでございます。

次のページはモバイルファーマシーの説明になります。モバイルファーマシーにつきましては、医薬品保管庫、冷蔵庫、調剤設備を有する特殊な車両でございまして、被災地でも自立的に活動できるものとなっております。下のところに示しておりますとおり、災害時に例外的に使用するということが認められているものでございます。

次のページを御覧ください。ただいま御紹介したモバイルファーマシーにつきまして、へき地医療において活用できないかということで、サンドボックス制度を活用したモバイルファーマシーの利用に関する実証事業が行われております。こちらにつきましては、へき地診療所の前にモバイルファーマシーをとめて、そこで調剤を行うという対応がなされているというものでございます。

次のページを御覧ください。現状・課題、論点でございます。離島・へき地における薬物治療のあり方についてということで、現状・課題につきましては、ただいま御説明したとおりでございますが、論点については2点ございまして、1点目が、離島・へき地にお

ける医療提供体制の中で、円滑に必要な薬剤を提供し、安全かつ適切な薬物治療を提供するためにどのような対応が必要と考えるか。2点目が、オンライン診療の活用により医師及び薬剤師が不在の状況で診療が行われるということが想定される中、円滑に薬剤を提供するためにどのような対応が必要と考えるかということでございます。資料の説明は以上でございます。

○太田座長 ありがとうございます。

それでは、「離島・へき地における薬物治療のあり方について」ということで、主な論点は、先ほどのお話にもありましたように2つございます。1つ目、離島・へき地における医療提供体制の中でどのような対応が必要かという点。2つ目として、オンライン診療の活用など、医師や薬剤師が不在の状況での薬剤提供についてどのような対応が必要かということでございます。

それでは、これらの論点を踏まえまして御意見をお伺いできればと思います。いかがでしょうか。磯崎構成員。

○磯崎構成員 神奈川県医師会の磯崎です。

論点の四角の1番目です。今、既にある程度特例的な方法も認められておりますので、まずこれで安全という意味ではいいのではないかと思いますけれども、これは質問になってしまうのですが、今までの特例があってもさらに困るという事例があったということなのではないでしょうか。

○太田座長 ありがとうございます。事務局からどうでしょうか。

○薬剤企画官 特に今回オンライン診療が可能になってきているところから、資料の7ページにもあるとおり、今までは診療所に必ず医師がいて、そこに看護師さんとかもいて、そこでへき地の医療を担っていて、医師自ら調剤を行っていたところに、オンライン診療を活用しようということになると、医師がその場にいらないことが想定され、10ページにあるような状況が容易に想定されてくるわけですが、10ページは特例的に荒天時等で船が行かなくなったときにこういった遠隔での確認を認めているものでございますので、日常的に医師がオンライン診療をやるものについてはこういったところが難しくなっている状況でもあります。

そのため、実情等を鑑みてこういったところをどう整理していくのか、さらにオンライン診療などは、9ページにございますように、巡回診療においてもこれが活用できないかという取組も始まっていますので、そうすると、ここにおける薬剤提供をどういうふうに行っていけばいいのかというところで御意見をいただければと思います。

○太田座長 改めまして磯崎構成員。

○磯崎構成員 それを踏まえまして申し上げます。これから医療資源が少なくなっていく医療過疎地域が増えていくことを鑑みますと、全く医療の提供がないよりは、オンライン診療は対面診療よりも質的には劣ると思っておりますけれども、やはり必要、ニーズはあると考えています。ただ、どこでもかしこでもオンライン診療をやるということでは

なくて、常に医療が十分にあるところでは安全な対面診療が基本であると思います。なので、どういうところでオンライン診療、D to P with Nがいいかということは、行政の判断でそこは医療過疎地域ですよという認定をしていただいた上で、野放しにならないような、目が入った上でやるというのが患者さんの安心・安全のためにはいいことではないのかと考えています。薬剤に関しても同様で、そういった地域のみ特例でないとして、そこはへき地だから、薬局がないからということで行うということではないかなと思います。

これは質問です。資料の８ページの下の「特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設について」ですが、こちらは普通の診療所の開設と同じ要件が必要なのでしょうか。つまり、医師、管理者が常駐しないにしても管理者がいるということや、または医療を受ける環境として十分な安全性が担保されているか。普通開業するときはいろんな要件が入ってくると思うのですが、そういったものが必要な上で、単純に医師が常駐しないという条件だけになるのでしょうか。

○太田座長 それでは、この件に関しまして、厚労省の医政局の方が今日ウェブ上で御出席いただいていますので、いかがでしょうか。

○医政局オンライン診療推進専門官 御質問いただきましてありがとうございます。医政局総務課の守川と申します。先生がおっしゃっていただいたとおりでございます、そういったものを満たすといったところが重要でございます、そういったところを満たすところがオンライン診療のための診療所の開設を満たすものであると認識してございます。

以上でございます。

○磯崎構成員 ありがとうございます。

○太田座長 ありがとうございます。では、宮川構成員。

○宮川構成員 今、磯崎構成員がおっしゃったオンラインの話なのですが、では、医師が遠隔地からオンラインで診療していて、その患者さんが急に健康上の大きな問題が起こったときに、結局、患者さんがいるほうの地域でその医療を完結させなければいけないことが結構多くなっているのです。つまり、東京の医師が例えば山形や秋田にいらっしゃる患者を診てもいいのですが、そうすると、慢性疾患の薬を処方されている中で、状況が悪化したというときには、全て地域の医療の負担になるのです。高齢の方が増えてきますから、オンライン診療では十分検査もできないという中で、今、磯崎構成員が言われたように、オンライン診療だけでは十分ではないということ、採血もできるわけではない、いろんな検査もできるわけではない。そうすると、オンライン診療のバックアップはどうするのかというのが、これから地域医療の大きな問題点になっていくだろうというところがあるわけです。

ですから、先ほどの山古志地域でやっているのも、巡回診療、実際にやっているのがバイタル測定、問診、採血という形で、医師がそこへ行ってそれを持ち帰って状況を判断しながら、山古志地域では対応が難しい場合は、その患者を搬送するなどの対応を考えて、

そういう中で巡回診療というのを行って精度を上げているのですが、例えばオンラインの中で県をまたがる場合は、健康を損なう患者さんが出てきた場合は実際の地元の地域の医師が診なければいけない。実際私の近くでも同じことがあり、私も診なければいけないということがあったのですが、そのところは誰が責任を取ってくれるのでしょうか。

オンラインをやっている先生は遠くにいて対面で診られないからと言って、私の診療所に患者さんが助けてくださいと言って来院するのですが、そのときに誰がその責任を持つのですかというところの話が全然見えてこないで、どんどん議論が進んでしまう。だから、磯崎構成員がおっしゃったように、そういうところはへき地・離島に限定するというわけではないですけども、診療できないというのは、なぜできないのか、オンラインでやるにしても、ちゃんと責任を負えるような体制と場所ということが大変必要なのではないかなと思います。

ですから、さらに派生してしまうわけですけども、今は適応外使用の薬などで非常に困っている事例、例えばGLP-1であって、ネット上である程度、それから診療も自由診療の中でやっているわけですが、結局、健康被害は私たち地元の医師が全部承らなければいけないということが数多く起こっていますが、誰がどのようにこれから診ていく、責任を取っていくのか。それは患者さんの自己責任ですよと言い切っているのだろうかというところが非常に大きな問題になってくるのではないかなと思っています。

○太田座長 大変重い問題だと思います。では、落合構成員。

○落合構成員 今、宮川構成員がおっしゃられていた点、非常に重要ななと思います。また、今回御説明いただいた資料の中で、オンライン診療やそのほかの実際の取組がどう整理されているのかというので見ていきますと、どちらかというとへき地・離島が特に念頭に置かれていて、かつ9ページの事例でも実際にD to P with N型、看護師の方であったり、薬剤師といった方がおられたり、また、10ページで先ほど御説明いただいた部分についても基本的に対応と書いていただいていたように思いますが、自治体、地域の関係者で協議して、薬剤師・医師が調剤したものを供給できる体制を整えることが前提となっています。ここで特例をつくっていただいていた趣旨というのが、責任ある全体としての医療提供体制を整えた上で医療資源をどう効率的に配置していくのかということかと思っています。

これは先ほど磯崎構成員もおっしゃられていましたが、今後20～30年ぐらい次第に人口減少になっていくこと自体は統計的に、明らかに進んでいくことになりますので、当然ながらカバーでき得る地域は減少していくということになってくるかと思っています。基本的には今日よりもあしたのほうが厳しい、今年よりは来年のほうが厳しいという状況にどんどんなっていく中で、検討していくということなのだと思います。

そうしたときに、特にへき地・離島であっても医療供給体制というか、住み続けられるような形にしていくためには、単純に責任を持った対応ができないので何も医療は供給できません、遠くまで来てくださいというだけよりは、それでも何らか手を伸ばせるような形ということで議論していくことが必要なのではないかなと思います。

そういった観点でオンライン診療を利用することによって、医師の方もしくは患者の方のどちらかが移動することを省くことができ、これにより少なくとも限られた医師の先生のリソースをより使えるようになる可能性があると思いますが、もう一点、オンライン診療の場合に薬剤という問題が出てきて、その部分でも誰かが持参をする、もしくは取りに行くということで、患者さん、または院内処方の場合であれば医師の先生ですし、薬局と連携されている場合には薬剤師の先生が、移動しないといけないことが生じてしまいます。本質的には移動することに時間を使っただけで専門家に求められているというよりは、できる限り限られた時間の中で多くの患者さんに安全性を担保した形で接していただけるような形になるということが必要だと思います。

特にへき地・離島などで体制も地域で限定して、しっかり事前に協議して組んでいた上でということであれば、商業的にオンライン診療をして、これでもうけようという話になるということは基本的に考えられないような場面でもあろうかと思います。そういった場面でいろいろな医療従事者の方々の中で連携して、不要な移動の部分を減らしていくことができるだろうかという観点で議論できると今後のためになるのかなと思っております。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。それでは、磯崎構成員、お願いします。

○磯崎構成員 手短かに。オンライン診療の話が出たので補足ですけれども、オンライン診療のガイドラインをしっかりと読んでみますと、オンライン診療を行う側は、万が一対面診療ができないときには、地域の医療機関としっかり情報連携をしてという条項があったと思いますので、それをしっかりとやっていただいて、この方はオンライン診療で診ますけれども、万が一のことがあったときにはそちらでバックアップしてくださいという前提、きちんと医療情報を伝えて、こういった薬剤をオンライン診療でやっていますよ、最近の状況はこうなっていますよということを伝えた上でやっていただければ、先ほど宮川先生が言ったような心配事は大幅減るのだと思うのですが、それが今、実際なされていないことが多くて、ガイドラインに関しては保険診療であっても自由診療であっても遵守すべき項目だと思いますので、それをもう一度周知徹底していただければと思っております。以上です。

○太田座長 ありがとうございます。では、安部構成員、お願いします。

○安部構成員 安部でございます。

オンライン診療に関して今回私が申し上げるのは、へき地・離島に限った話としてお話をさせていただきたいと思います。7ページにオンライン診療の現場の状況、9ページには山古志診療所の事例が示されています。オンライン診療を活用することで、こういうことがへき地でも可能になるということでもあります。この際に薬剤をどうするかということで、薬局も併せてオンライン服薬指導ができますので、薬剤師がオンライン診療の場を借りながらオンライン服薬指導をして、薬剤についてはしっかりと安全な形で配送するとい

う形で一定実行することができると思います。1つ問題は、9ページにあります、へき地に住んでいらっしゃる方が集会所などに集まっていたいて、生活の場みたいなところでやっている場合には、そこを患者宅と見ればオンライン服薬指導が可能かもしれませんが、一方、診療所とか移動診療車となってくると、院外の薬剤師が服薬指導できる場から外れてしまうという懸念がございます。院内投薬で医師が服薬指導すれば可能ではありますが、医師の方の非常に限られた能力がそこに使われてしまっただけでは困りますし、診療所の院内薬剤師は5%程度しかいないということでもありますので、当然地域の薬局・薬剤師がこういったオンライン診療に併せたオンライン服薬指導というもので医薬品供給をしていくことも検討しなければいけないと思います。本検討会のようなきちんとした場において、離島・へき地における服薬指導をする場所をどう考えるべきか整理・検討していただきたいと思います。

○太田座長 貴重な御意見ありがとうございました。では、山口構成員。

○山口構成員 先ほど8ページの下のオンライン診療との関係というところで、「特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設について」ということで、へき地以外でも実施責任者が常駐しない形で運用が可能となったというのが今年の1月ですけれども、私はこれの議論をしている医政局の会議に出ていました。何でこのような例が出てきたかという、デイサービスを受けているときにオンライン診療を可能にするべきだとか、学校等でオンライン診療を可能にするべきだという話が出てきて、私は全くそういうことを想定できなかったの、どういうことか分かりませんということを申し上げたのです。

今、すごく簡単に医政局の方がお話しになったのですが、何でもかんでもできるようになったわけではなくて、医療部会の中で疑問の声が非常に上がりましたので、かなり条件つきになっています。例えば各都道府県の知事に、本当にオンライン診療でないとできないという理由がしっかり理解できているとか、そういった幾つか条件が出たので、できれば医政局の方、その辺りのところをもう少し具体的に御説明いただいたほうが皆さんの御理解につながって、この議論ができるのではないかなと思いましたので、その辺りを少し説明していただけないでしょうか。

○太田座長 ありがとうございます。医政局から御説明いただけますでしょうか。

○医政局オンライン診療推進専門官 ありがとうございます。

今、山口構成員から御指摘いただいたとおりでございます。1月16日の通知に関しましては、「特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設」ということで発信させていただいております。途中で御質問がありましたように、こちらに関しましては、そういったオンライン診療、いつでもどこでも診療所の開設ができるわけではなくて、どうして必要なのかといったところをしっかりと都道府県と議論していただきまして、それが理解できる内容であれば新設できるといったところがございます。診療所の開設に関しましてもどこでも開設できるといったところではございませんので、そういったかなり

厳しい規定を設けていただいているといったところが今回の通知のポイントでございます。
以上でございます。

○太田座長 ありがとうございます。それでは、事務局から。

○課長補佐 先ほど安部構成員から御指摘いただいたオンライン服薬指導の場所の件ですが、患者さんが服薬指導を受ける場所につきましては、我々のオンライン服薬指導のガイドラインの中で、「患者がオンライン服薬指導を受ける場所は、適切な服薬指導を行うために必要な患者の心身の状態を確認する観点から、プライバシーが保たれるよう配慮すること。ただし、患者の同意があればその限りではない」としておりますので、基本的には患者さん御自身が希望されて、薬剤師がそこは適切だと判断すれば実施可能となります。薬剤師の場所のほうはまだ規定があるのだと思うのですけれども、患者さんが受ける場所につきましては、基本的にはプライバシーがきちんと保たれて、問題ないという箇所であれば実施が可能ということになります。

○安部構成員 ありがとうございます。

しっかり確認して、薬剤師が後で問題とされないようにしてください。

○太田座長 ありがとうございます。では、宮川構成員。

○宮川構成員 宮川でございます。

山口構成員がおっしゃった8ページの「現在」というところで「可能となった」というところが非常に問題だと思います。書きぶりが「現在：へき地等以外でも実施責任者が搭乗しない形での運用が可能となった」とありますが、可能になったのでしょうか、それに対してはいろいろな制約があってということも含めて書かないと、ただ「可能となった」ということになってしまいます。これがただただ独り歩きするというのはよろしくないということで、山口構成員が御質問されたと思うのです。これは本当の特例であって、まだその中身は議論の最中であろうと思います。実際に事故等過誤があった場合に誰がどのように責任を取るのかということを常に考えなければいけない問題なので、患者さんが利便性だけではなくて、安全性が確実に担保された医療を受けることができるという体制の中で物事を進めていくのであろうと思うので、ぜひ不足のところを書いていただきたいと思います。

○太田座長 それは次回以降整理をさせていただくことにさせていただきます。

藤井構成員。

○藤井構成員 ありがとうございます。

全然違う話で大変恐縮ですが、モバイルファーマシーに関して記載があるので、この実証事業の結果というのはこの後、こんな感じでしたという共有はあったりするものなのでしょうか。

○太田座長 では、事務局からお願いします。

○薬事企画官 次回以降提示をさせていただければと考えています。今回は提案の内容を出させていただきました。結果も報告はされていますが、次はどうするかという話はまた

別だと思っていますので、御意見をいただければと思います。

○藤井構成員 ありがとうございます。

○太田座長 ありがとうございます。それでは、最後にお願いします。

○塚本構成員 10ページ、11ページのとおりでよろしいかなと思うのですが、この前の段階ということでお聞きいただけたらと思うのですが、OTC医薬品の活用、配置薬的なものを何か不都合が生じるときに活用できないかということで、患者さんの御自宅にある程度常備しておいていただく、あるいは医師によっても比較的日数の余裕をもって処方いただく、これは何日かという問題とか課題は出るでしょうけれども、そういったことも緊急時のときの対応としては必要かと思います。

OTC医薬品である程度解決できることもあろうかと思うので、そのOTC医薬品の情報を医師と共有するというのも当然必要なのですが、オンライン診療を行った上で、看護師さん、医療用医薬品でなくてもOTC医薬品で解決できるということであれば、離島等にもドラッグストアが存在するケースもあるので、幾らかの解決策にはつながってくるかと感じました。以上です。

○太田座長 ありがとうございます。では、落合構成員、お願いします。

○落合構成員 資料2について、伺いたいところがあります。28ページの令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査というものがネットでも公表されているようなので改めて見ていたのですが、この中の左上のほうでは在宅患者の夜間休日対応の体制を整えているか、近隣の薬局との連携体制を整えているということで、73.9%と書いていただいております。この連携体制を整えていないという場合が、明示的にそうではないと書かれている場合もあるのですが、これはどうしてこういうふうになっているのでしょうか。体制を整えていないという場合が9.8%あるので、ここがどういう要因によるものなのかどうかということがあるかと思います。

また、その報告書自体のほうで、今日は資料としては出ていないように思われるのですが、必ずしも主治医ではない他の医師の指示による在宅患者訪問薬剤管理指導に関する調査というのが図表6の147以下のほうであるようです。基本的には他の医師と連携する場合というのはあまりないようで、90.2%はないという形になっているようですが、8%は主治医と連携する他の医師の指示も受けていることがあるという話もありました。26ページの2番のほうで「指示なし」というのがどういう場合に起こるのかということの基礎になるような情報が、令和4年の調査の内容を少し見ていくと、その基礎になるものがあるのかないのかということがあるように思いました。私も今日見ていて気づいたところなので、実際内容がどういうものなのかという詳細は分からないのですが、また改めて検討していただくといいのではないかと思います。

○太田座長 では、事務局から。

○薬事企画官 次回以降整理をさせていただきます。

○宮川構成員 今、落合構成員から御指摘があったと思うのですが、資料2の28ページの下

部に記載の出典となっている調査名には「在宅医療、在宅歯科医療」と書いてありますが、在宅歯科医療というのは、慢性ではないです。医科の慢性患者さんのように投薬などで継続して患者を見続けているということはないです。そういう要素がかなり入っているというのも含めて、この調査の中身がどうなのかということはしっかりと検討していかなければいけないと思います。在宅医療の中でもいろんな種類があるのだということの中で、これは令和4年のときに出てきた資料なので、内科的なものと歯科のなものとかかなり違いがあるということも認識した上で調査の出し方をしないと問題があるだろうと思います。

○太田座長　ありがとうございます。

では、その整理をお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。もう時間が参っております。本当に活発な御意見ありがとうございました。

事務局は、本日の御意見を踏まえて引き続き検討を進めていただきますようお願いいたします。本日の議論は以上でございます。

ほかに事務局より何かあればお願いいたします。

○薬事企画官　特段ございません。今日もありがとうございました。

次回開催につきましては、追って御連絡をいたします。

○太田座長　それでは、以上で本日の検討会は終了させていただきます。皆さん、どうもありがとうございました。