

第3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3月25日(月)
	16:00～
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 それでは、定刻になりましたので、ただいまから「第3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。はじ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Web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、御発言いただきますようお願い申し上げます。オンラインでご参加の構成員におかれましては、「挙手ボタン」を押していただき、座長から御指名がございましたら、お名前を告げた形で御発言をお願いいたします。

それでは、本検討会の構成員の出席状況についてお知らせいたします。本日は、全員の構成員に御出席をいただいております。富田構成員、山本構成員はオンラインにて御出席いただいております。

また、本日は参考人といたしまして、医療法人社団悠翔会理事長の佐々木参考人、セントラル薬局グループ代表取締役社長の田中参考人に御出席をいただいております。

最後に資料の確認です。議事次第にお示しのとおり、資料1～5、参考資料1がございまして、全部で6種類ございます。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。報道の方の撮影等はここまでとさせていただきます。それでは、以降の議事進行を太田先生、お願いいたします。

○太田座長 それでは、議事に入ります。最初の議題は、前回の討論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。

○総務課課長補佐 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ございます。議題は大きく2点ございまして、1つ目が「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」です。こちらは外来患者への夜間・休日対応、在宅医療における夜間・休日対応として、2つに整理して記載しています。

2つ目の議題は「離島・へき地における薬物治療のあり方について」でございます。

それぞれ前回の検討会で先生方にいただいた御意見をまとめております。

不足・修正等がある場合には、事前にも御確認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す。

それでは、前回の検討会の御意見について、補足や御意見等ございましたら手短かに願

いしたいと思っておりますけれども、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

本日は、大きく2つの議題について御議論いただくこととしております。1つ目の議題につきましては、参考人から実態について伺い、質疑応答を行った後、事務局から資料について説明を行い、論点に沿って御議論いただきます。

それでは、1つ目の議題「薬局による夜間・休日対応（外来・在宅）」について、参考人から御発表いただきます。

医療法人社団悠翔会理事長の佐々木参考人です。佐々木参考人は、在宅患者への訪問診療を行う医療法人の理事長であり、御自身も診療にあたられております。また、規制改革推進会議健康・医療・介護ワーキンググループの専門委員として、在宅患者への薬剤提供について、現場の医師として御発言いただいていると考えております。本日は、在宅訪問診療を実施している医師の立場から御発表いただきたいと思います。佐々木参考人、それではよろしくお願いいたします。

○佐々木参考人　ただいま御紹介にあずかりました悠翔会の佐々木と申します。よろしくお願いいたします。

私からは、「在宅医療における薬剤提供の現状と課題」ということで、情報提供させていただきます。

まず、当法人の概要ですけれども、現在、首都圏に20拠点、沖縄県や鹿児島県の離島など人口減少地域や過疎地も含めて、全国で24拠点の在宅療養支援診療所を運営しております。186名の医師と共に、常時8,500人を超える在宅患者に、24時間体制での在宅療養支援を行っています。

次のスライドをお願いします。診療の中では多職種連携が基盤になります。その中でも医薬連携はその基軸の一つです。現在、法人としては685薬局と連携をし、年間約13万5000枚の処方箋を発行しています。そのうち65%が訪問服薬指導の依頼ということになっておりまして、処方箋内の訪問服薬指導の指示回数は6万9370回ということになっています。

次のスライドをお願いします。在宅での患者さんへの薬剤提供の状況ですけれども、現在、訪問件数14万1553件に対し、13万4977件の処方箋が発行されています。在宅での医療的介入の大部分が処方薬によるものということがお分かりいただけると思います。うち訪問服薬指導を利用している方が先ほど申し上げたとおり65%、残りの方は御家族が薬局に取りに行かれるということで35%ですけれども、ただ、薬局の中には御近所だから、古くからの付き合いだからということで、訪問服薬指導を取らずにお薬を届けてくださるといったような薬局も一部あると聞いております。

次のスライドをお願いします。薬局・薬剤師の皆様との連携ですけれども、私たちは患者さんのお宅に診療して、診療の結果、処方が出ます。処方に対して一部疑義照会等いただいて、その後、服薬指導やフォローアップをお願いするという流れですけれども、実は訪問診療に薬局の方が御同行いただくということがよくあります。特に施設在宅医療においては、基本的には薬剤師さんが同行してくださることが一般的です。時々の診療

においても、関わってくださる薬局によっては高い頻度で、特に初診時に同行していただいたり、何か重大な治療方針の決断が必要なときに御同席をいただいたりというような形で御協力をいただいています。

後でお話ししますが、薬剤師さんが診療に同席いただくと診療の質は大変高いものになります。私が関与している小規模特養、ある施設では介入前に平均内服薬剤数が8.9種類だったところが、1年間かけて一緒に減薬に取り組んで3.6種類まで減ったと、そんな施設もあります。

処方・疑義照会に関しましては、用法用量、あるいはより効果的な選択のアドバイスを特に施設診療等で診療に同行してくださる薬剤師さんからいただくことがあります。ただ、在宅のケースというのは患者さんも非常に多病で脆弱性が高いので、非典型的な使い方、薬剤の微調整等もあって、この辺りは必ずしも教科書どおりにはならないというところで、意見交換をしながら処方を進めることもあります。

3つ目の訪問服薬指導とフォローアップが大変重要で、といいますのはやはり薬を適切に飲めないというケースが結構あります。それから、飲んで、医師に対しては効果があると答えるのだけでも、実際には効いていないといったようなケースもあって、そういったことを薬剤師さんが拾ってくださって、我々の診療にフィードバックをしてくださるということもよくあります。

また、新しいお薬を飲み始める、あるいは中止する、あるいは用量を変更するといったようなことが起こった後は、特に看護師さんにも関わっていただいて、不具合が起こっていないか、期待どおりの変化が起こっているかといったようなことをチェックしてくださるようお願いをしています。

次のスライドをお願いします。定期の診療に関しては、薬剤の提供が大変スムーズに行われていると思いますが、特に課題があるのは緊急時です。89歳の要介護3の男性が金曜日の夜に誤嚥性肺炎・心不全の急性増悪を発症したケースがございました。この方は脳梗塞後遺症（右肩麻痺）、混合型認知症、慢性心不全があると。

金曜日の夜間、10時を過ぎてから38度6分の発熱があるということでコールがありました。1時間後、当院の担当医が往診をしまして、症状から心不全の増悪のようだけでも、発熱もあって恐らく誤嚥性肺炎がトリガーではないかと判断をしたというケースです。

御家族は病院に行きたくないということでしたので、その場で抗菌薬注射を行って、低酸素血症は発熱に伴う心不全の増悪もあろうということで、在宅酸素療法をスタートしました。

ただ、経口摂取がある程度可能だったということもありまして、服薬のアドヒアランスも考慮した上で、レボフロキサシンの内服でいけるのではないかと判断をしました。その日の夜にかかりつけの薬局に相談をして、明日の朝届けていただけるかということでお願いをしたところ、届けてくださって、その日から内服治療に切り替えた。土曜日には血液検査の結果が出まして、肺炎で間違いなかろうということで、医師から内服の継続の指示

ということで、この方はスムーズに内服薬だけで解決ができました。病院に行けば肺炎心不全ということで入院になりますけれども、実は在宅である程度薬物療法がきちんとできれば、解決できるケースは少なくありません。

二つ目のケース、この方は終末期がんの方で、中咽頭がんで多発骨転移がありました。もともと、経口からの薬剤投与が難しい方で、フェンタニルパッチという貼り薬、強力なオピオイドを貼り薬で使って、なおかつ、それでも駄目という場合には液状のレスキューの麻薬を使って何とか痛みをコントロールしていたのですが、土曜日の夕方、訪問看護師さんから、突出痛が強くなってきて、レスキューの内服だけでは対応できない。突出痛というのは、突然襲ってくる強い痛みのことを申します。持続痛という一般的な痛みは定期の服薬を増やすことでコントロールできるのですが、突出痛が起こった場合には、その時点で強い痛み止めを臨時で投薬する必要があります。

ただ、強い痛み止めを常用しますと、痛みがないときに眠気が出てきてしまってADLが下がるということがあるので、持続痛についてぎりぎり必要最小限の薬で、痛いときにはレスキュー薬を使うという痛み止めの使い方が一般的なのですが、ただ、飲み薬は痛いときに実際飲むのが上手にできなかつたり、飲んでから吸収されるまでタイムラグがあったりします。したがって、もうモルヒネ内用薬の痛み止めではコントロールが難しいのではないかという依頼を受けて、ここの写真にありますけれども、PCAポンプという微量でモルヒネを注射できるポンプを導入して、患者さんが痛いと思ったときにスイッチを押せば、その場でモルヒネが体内に注射される、すぐに痛みが取れるという在宅緩和ケアの機械があるのですが、これを使おうということになりました。

土曜日の夜だったのですけれども、薬局さんがこの機械を迅速に提案してくださって、バッグの中のカートリッジと言うのですけれども、この中にモルヒネの注射薬を詰めてくださって、患者さんの自宅で投薬を開始できた。6時40分に看護師さんたちから痛いという連絡があって、8時25分にはこの機械が導入されて、患者さんは痛みから速やかに開放されたというケースです。

こういった機械は計画的に入れるということがもちろん望ましいのですけれども、ただ、突然強い痛みというのはいつ襲ってくるか分からず、また、それに備えて全ての患者さんにポンプをつけるというわけにもいきませんので、こういったケースは多少やむを得ないだろうと思っています。

次のスライドをお願いします。こういった在宅医療での時間外対応は大変重要です。ここできちんと対応できないと、患者さんが本当は病院に行きたくなかったのに病院に運ばれる、あるいは入院をするということになってしまいます。これは患者さんのクオリティー・オブ・ライフのみならず、医療経済的にもあまり望ましい状況ではないと思います。

緊急対応で頻度が高いのは、最初のケースのように感染症の対応、次に2番目のケースのように緩和ケアの領域、それから3つ目、例えばせきとか腹痛、吐き気、下痢、それからかゆみ、こういった症状をできるだけ早く緩和してほしい、そんなニーズがあります。

私たちも必要最小限のお薬は手元にそろえて、患者さんのお宅を往診しますけれども、全ての薬を手元に置いておくことはできません。そういったケースでは薬局さんとの連携ということになるのですが、現状、時間外対応ができない薬局が多いという事実があります。

次のスライドをお願いします。これは私が1人で24時間対応をやっていた頃に患者さんの家に配備をしていた緊急時医薬品セットというものです。この中に非常にクリティカルな薬を12種類、2日分だけ入れて、全ての患者さんのお宅に置いていました。何かあったとき、取りあえずこれを飲んでその場をしのげるようにということでやったのですが、実際には指示された薬がきちんと飲めなかったり、家族が勝手に解熱鎮静剤を飲んでいたり、認知症の方が間違えて全ての薬を飲んでしまったり、有効期限がどうしても薬はありますので、交換しなければいけない。最終的にはやめたのですが、我々のほうで準備をして渡した薬の約9割が結局使われずに廃棄ということになっています。

代わりに私たちが取り組んだのがレスキューオーダーです。何が起るのかを予測をして、あらかじめ処方しておこうというものです。例えばがんの患者さんたちは、腫瘍熱、熱が出る可能性があるので解熱鎮痛剤を出しておこうとか、この方はしょっちゅうせきだとおっしゃるので、せき止めを出しておこうとかとやるのですが、どこまで事前処方するのが合理的なのか大変悩ましいです。発生率が高いもの、緊急性が高いもの、起こったときの症状が強いもの、こういったものはカバーしたいと思いますけれども、予想される、予想する、起こるかもしれないというものも含めると10種類では済みません。

そうすると、先ほど私たちは12種類の薬を預けていたと言いましたが、ほとんど使われないということになると思いますし、どこまで無駄が許されるのか、起こるか起こらないか分からない処方を出しておくのを健康保険でカバーしていいのか、例えば頻回に尿路感染を起こす患者さんのお宅に私は一度、抗菌薬を予防的に配備したことがあるのですが、これは保険が切られてしまったのです。こういうことがやはり起こります。なので、なかなか難しい。

次のスライドです。薬局からの薬剤提供の時間外対応はゼロにはできないだろうと思っています。平時は医薬連携、非常にうまくいっています。緊急時は現状、私たち医師が往診して、院内処方ということでできるのですが、ただ、薬が必要な患者さん全てに私たちが往診して薬を届けるということが果たして多職種のタスク・シェアということで合理的なのかということです。といいますのは、在宅医の数よりも圧倒的に薬局・薬剤師の数のほうが多いと思いますので、ここはもう少し合理的な管理分担が必要だろうと。

薬がないなら病院に行けばいいではないかとよく言われるのですが、そもそも病院に行くこと自体が困難だから在宅医療を使っていますし、終末期の方なんかはやはりできるだけ自宅で最期まで診てほしいと。病院に行ったら、少し時間もかかるし、帰ってくるのが大変だし、入院になったら大変だとみんな思うわけです。かかりつけ薬局が時間的に対応困難、あるいは処方内容、この薬はうちにはないといったケースがあります。現状

はそういった場合、連携する薬局グループが善意で協力してくれています。ただ、これは皆さんがおっしゃっている地域間連携というものとは少し違って、体力のある大手さんが、仕方ないですね、お世話になっているから行きますよということで行ってくださっているというケースです。

次のスライドです。時間外対応の現状ですけれども、現状、対応できる薬局は少ないということがあります。訪問服薬指導をしていらっしゃる薬局さんのほうが、時間外対応できる確率が高いですけれども、それでも全ての在宅薬局が24時間対応してくださるわけはありません。したがって、現状、私たちは患者さんの重症度に応じて最適な薬局を選択するように、患者さんに各地域の実際の薬局の対応状況を共有した上で、最適な選択をする助言をしています。確実に24時間対応してくれる薬局もあります。地域で頑張ってくれている個人薬局です。決して多くはないのですけれども、頑張ってくさっている薬局さんは確実にいらっしゃいます。それから、在宅医療に特化したスタートアップ的な薬局が最近少しずつ増えていまして、こういったところは大変頼りになります。それから、在宅医療部門を持つ大手のチェーンさんです。当番薬局、あるいは機能的分業などが行われていて、ここも大変信頼できるのです。これらの薬局については、診療報酬で実績をもとにしっかりと差別化をしていただく必要があるのだらうと思います。頑張ってくれているところが、善意で頑張っていますという状況ではやはりもたないと思いますので、今回、診療報酬の改定がありますけれども、そこはきちんと評価をしていただきたいと思います。

次のスライドです。時間外対応の現状ということで、これまさにこちらの検討会で共有されている資料だと思いますけれども、現状、時間外対応のうち、時間外対応していますと言っても、調剤は実は半数程度です。一番大変なのは薬を患者さんの家に届けるということだと思いますけれども、その実施割合としては現状30.6%という数字となっているようです。

これに対して、夜間・休日対応の体制ということで、母集団がどこなのか分かりませんが、これを見てもみると、自局単独で夜間対応できていますというところが約7割あって、近隣の薬局と連携して対応可能な体制を整えているところが6%ぐらいあるということなのだと思いますけれども、本当にこんなにあるのでしょうかというのが正直な印象です。

薬局間連携、地域連携、1薬局と連携する、2薬局と連携する、3薬局と連携するとありますけれども、少なくとも私たち年間13万件を超える処方、3万件を超える緊急対応をしていますけれども、こういった連携にお世話になった記憶がないのです。患者さんにとっては、こういった体制があるかどうかということではなくて、こういった体制がきちんと実際に機能しているのかということが大変重要なのではないかと思います。

3つ目のケースを共有します。この方は土曜日に带状疱疹を発症した方です。84歳の女性で、もともと間質性肺炎と関節リウマチという病気があって、ステロイド内服されていて、恐らく細胞性免疫が抑制されている状態でした。その方が带状疱疹を発症したと。

带状疱疹が出たということに気づいたのは土曜日の朝です。かかりつけの薬局さんが土

曜日に対応してくださるということだったので、抗ウイルス薬の処方をお願いしたのですが、実はアメナメビルという抗ウイルス薬の在庫がなかったということなのです。アシクロビルならあるということなのですけれども、アシクロビルは1日5回飲まなければいけないのです。この患者さんの服薬能力では少し無理だと。アメナメビルであれば1日1回で済むということだったので、これをどうしてもお願いしたいが薬局にはないということだったので、我々が連携している別の薬局グループに相談をしたら、在庫ありますよ、今から行きますよと言っていて、お薬が届いて、服薬がスムーズに開始できて、後遺症なく治癒ができたというケースです。

次のページをお願いします。初診時に薬剤師さんが同席してくださる方が増えてきていて、こういった計画的な診療に関して、薬局さん、薬剤師さんのプレゼンスは確実に上がってきているなと思います。

休日・夜間対応もバックアップしていただける薬局さんはあるのですけれども、現状、できるところとできないところに分かれているという現状があります。どうしても在宅患者さんへの医療的介入は大部分が薬物的介入ですので、薬剤さんの存在、あるいは薬物提供体制は大変重要なのですけれども。休日・夜間対応がまだまだ脆弱であるということなのです。

最後のページです。まとめですけれども、在宅患者は訪問服薬指導の利用率が高く、都市部では訪問服薬指導が提供できる体制が確保されつつあるかなと思います。ただ、私たちが医療提供している都市部でない地域においては、薬局さんの数や機能が限定されていてなかなか厳しい地域があります。基礎自治体に調剤薬局が1個しかない、薬剤師が1人しかないという地域もあって、開局時間は動けませんといったようなところも出てきています。

時間外の薬剤提供においては、体系的な薬局間地域連携ということで進めていただいているようですが、これについては機能しているのか大変疑問を感じています。幾つかの連携の中で薬剤が提供されるという枠組みがあるのですが、その多くは実は大きな会社の同一法人内です。地域薬局の体力不足のカバーは、実は対応できる大手さんとか在宅専門の薬局さんの善意に依存しているという状況があります。また、こういった善意による依存をバックアップできるのはリソースが豊富な都市部に限られるという現状があると思います。

いかにして薬剤師さん、今、薬剤師さんでなくてもいいのかもしれませんが、必要な薬剤が確実に必要な患者さんのお宅に必要なタイミングで届くという体制を整えるのか、都市部は現状何とかなっているかもしれませんが、特に薬局のリソースが少ない地域、私たち規制改革のほうでは訪問看護ステーションの活用なども提言させていただいていますけれども、ぜひ患者さんベースで議論を整理していただければと思っています。

ありがとうございました。

○太田座長　ありがとうございました。

具体例も交えて御発表いただきました。本当にありがとうございました。

質問等ございましたら御発言をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

では、山口構成員。

○山口構成員 御発表ありがとうございました。都市部と離島に分かれてクリニックをされているということなのですけれども、薬局を選ぶときはクリニック側が選んでいらっしゃるのか、それとも患者さん側が選んでいらっしゃるのでしょうか。でも医療機関として選ばれているとしたら、どういう観点で薬局を選ばれるのか。先ほど時間外対応できる薬局は少ないとおっしゃっていたのですけれども、時間外対応できる場所という選択肢が選ぶ際の重点的なポイントになるのかどうか、その辺りを教えていただきたいと思います。優先事項に入っているかどうかです。

○佐々木参考人 ありがとうございます。実は我々が薬局を選ぶということはできませんので、患者さんに選んでいただくための情報提供をしています。その中において、夜間対応ができるということは大変重要です。といいますのは、レスキューオーダーだけで全てカバーできませんので、もし土曜日何かあったらどうするとか、夜何かあったらどうするというときに、朝まで我慢しますと言えるのか、月曜日まで我慢しますと言えるのかというと、なかなかそれは難しいのです。

もちろん基本的な薬剤は院内にありますので、往診に行って届けるということはできますけれども、それが薬を届けるためだけの往診になってしまうと、どうしても過剰になるのではないかという考え方もあります。なので、夜間対応できることは重要ですということを私たちは患者さんたちにお伝えをしていますし、できたら、今は取りに行けるかもしれないけれども、場合によっては行けないこともあるので、訪問服薬指導に対応していただける薬局さんのほうがいいのではないかとお伝えしています。

○山口構成員 もちろん薬局を指定することはできないと思いますが、そういった候補となるところは伝えていらっしゃるということでしょうか。

○佐々木参考人 そうですね。この地域ですと例えばこういった薬局が週末やっています、夜間やっていますと説明をしております。ただ、患者さんたちにもかかりつけ薬局という考えを持っていらっしゃる方がおられて、長くかかっているところに行きたいですという方もいらっしゃるのです。そういった場合には、最初そちらを尊重して、何か困ったことが起こった時をきっかけに切り替えるみたいなこともあります。

○山口構成員 ありがとうございます。でも、離島は選ぶ余地があまりないということですね。

○太田座長 ありがとうございました。ほかいかがでしょうか。それでは、樋口構成員、お願いします。

○樋口構成員 よろしく申し上げます。樋口です。御発表ありがとうございます。

私は、訪問看護を担当しております。今の症例とかを伺っておりますと、本当にそのとおりだなといいますか、私が普段関わっているところがシーンで出てくるような状況の症

例をいただきました。その上で、薬局さんとのやり取りも非常に私は想像がつくところです。

1点お聞きしたいというか、先生のお考えでいいのですが、先ほど2016年に運用を終了したということですが、緊急用の医薬品セットが使われたり、あとはがんの患者様でしょうか、レスキューオーダーとか、これが必要だということで事前指示のような形で先生のほうでおつくりになって、御自宅に置かれたりとかして、これに関しては在宅で使われる個人の方々の心配があって中止されたりとか、それから切られたということもあったようなのですが、先生としましては、こういう方法といいますか、包括的処方みたいなことに関しまして、駄目なものはありませんが、よいものというかこれから必要なものとして考えられているか。それとも、これはもっと違う方法で考えるものかということをお聞きしたいと思います。

○佐々木参考人 ありがとうございます。

どうしても薬箱という形にすると中身が最大公約数的な内容になってしまいますので、安全であるもの、よく使われるものということになるのですが、患者さんに個別性があるのでどうしても無駄が生じます。患者さんごとに使用頻度が高いであろう薬剤をレスキューオーダーという形で処方するということは今も当然やっていますけれども、ただ、これもどこまでの可能性を考慮するかによって、どの程度までカバーするか。特に在宅のがんの患者さんの場合にはいろいろな痛みが出てきたり、吐き気が出たり、呼吸苦が出たり、せん妄が出たり、何が起こっても困らないように一通りの薬は準備しますけれども、そうでない例えば普段安定している老年症候群の方であると、何が起こるか起こってみないと分からないということもありますので、全ての可能性を考慮して、全て準備しておけるのは難しいと思いますし、先ほども申し上げたとおり無駄が多く出てしまうと思うのです。

そんなときに、多少の薬剤の無駄があったとしても出しておいたほうがいいのか、あるいはそういったことが起こったときには、例えば我々がオンラインで診療して薬剤師さんが薬を届けてくださるという形がいいのか、薬局がない地域であれば訪問看護ステーションが薬を届けるような仕組みがあってもいいのか、それはそれぞれの地域にどんなリソースがあるのかによっても違ってくるのだと思うのです。ただ、都市部においてはたくさんの薬局がありますし、全ての患者さんのお宅に潤沢にレスキューオーダーを出さなくても、必要なときに必要な薬が30分、1時間で届くのですよという体制があれば、私はそれが一番スマートのように個人としては思っています。都市部においては、です。

○樋口構成員 ありがとうございます。都市部はということで。訪問看護ステーションとか、それから薬剤のほうの関わりだとかが出ていたのですけれども、訪問看護ステーションが関わられている先生方、非常に多いと分かったので、そこも薬局さんと訪看とか先生方とタスク・シェアでできるものが増えていくといいなと思ったのでお聞きしました。ありがとうございます。

○太田座長 それでは、磯崎構成員、お願いいたします。

○磯崎構成員 神奈川県医師会の磯崎です。先生、御講演ありがとうございました。

2点ありまして、1つ目は、施設の在宅医療を行うときに、薬局・薬剤師の方が同行していただいている。僕も在宅をやっているのでも分かるのですが、非常にありがたい話だなと思っていて、薬剤師の先生がこれから地域にこうやって出てきていただけるということは、患者さんにとってもその周りの他職種にとってもすごく安心できることだと思います。薬剤のプロがその範囲のことをしっかり守備してもらえるとということはずごくいい話だなと思って伺っていました。

もう一点、質問もあるので、先ほどお話があったようにレスキューオーダー、僕もがんの方をたくさん診ていますので、先生がおっしゃるとおりいろいろ突発的なことが起きることもあります。個人に対していろいろと事前を考えてお薬をお渡しするということが多々あることで、できるだけ患者さんが困っている時間が短いようにということなのだと思います。先生、先ほど緊急で処方することもあるとおっしゃったのですが、今、年間14万件以上、訪問診療をグループでやっていらっしゃると思うのですが、その中でざっくりでいいのですけれども、緊急の処方は大体どれくらいに1回あるとか、何%くらいとかというデータはあるのでしょうか。

○佐々木参考人 ありがとうございます。

私たちが実際に往診をして緊急対応したケースの多くは、注射薬と院内処方薬で取りあえずその日の夜をしのぐということができています。ただ、先ほど御紹介したとおり、一部のレアなケース、レスキューオーダーでは対処し切れなかった重症ケースですとか、あとは週末を挟んでしまって金土日になってしまっているようなケースですとか、あとは少し特別な薬、抗ウイルス薬などは私たち院内に置いていませんので、そういった時はどうしても地域の薬局さんと連携するという、緊急対応で緊急処方をお願いするケースがあり、割合としては20%未満ではないかなと思います。

○磯崎構成員 ありがとうございます。先生が先ほど言っていたように、やる気のある薬局が今、頑張っていて、何とか対応できているということだったと思うのですけれども、これから薬剤師の先生方全員がこういった地域に出てきていただいて、患者さんに関わっていただくとなると、先生がおっしゃったように一部の薬局にすごく負担がかかってしまっているのではないかと、そのためには我々としてもあまり過剰な処方を緊急でお願いするということがないように、事前にいろいろ備えて、先生方の負担も取りながら、かといって一方では本当に困ったときはお願いするというような、そういった体制を取っていかないといけないのかと思っております。

そのため、まずメインストリーム、多くの患者さんに対して薬剤師の先生方でまだ関わっていない先生方にどうやって関わっていただくのかというところが大事だと思っていて、やる気のある先生方が続けられるように、いろいろ仲間を増やしていただいて、薬剤師の世界の全員でこういったことに関わっていただけたらなと思った次第です。ありが

とうございました。

○太田座長 ありがとうございます。それでは、山本構成員からお願いいたします。

○山本構成員 ありがとうございます。先生、大変貴重な御講演ありがとうございます。

日本歯科医師会の山本でございます。

私のほうから2点ほど伺いをしたいところがございます。

まず1点目は、3ページのいわゆる地域連携のところなのですが、歯科でも在宅の患者さんのうち6割ぐらいの方にニーズがあるというのですが、実際には2割ぐらいの先生方が訪問歯科診療を行っている状態になっております。そういった中で、コロナ禍で歯科との関わり合いというのはあるのかということがあります。

それから、ケースの中でいわゆる誤嚥性肺炎がありましたけれども、これはいわゆる唾液による不顕性の誤嚥が多いのか、それとも口の中が非常に汚れていて、そういうことによるいわゆる口腔内細菌による誤嚥性肺炎のほうが多いのか、その辺どちらが多いのでしょうか。印象でよろしいのですが、教えていただければありがたいと思います。

○佐々木参考人 ありがとうございます。ここに歯科と書いていないのは、実は当法人は歯科も運営しておりまして、実績が別に集計をされています。印象になるのですが、歯科が入っている割合は恐らく施設入居者で30%、居宅の患者さんで10%ぐらいかなというところになります。

個人的には、先生の御指摘のとおり、専門的歯科ニーズの高い方はもっと割合としては高くいらっしゃるのですが、ぜひ入っていただきたいと思うのですが、歯科は歯科で地域のリソースがまだ潤沢にあるとは言えない状況で、どうしてもこちらでトリアージをしながら先生に介入をお願いしているという現状があります。

誤嚥性肺炎の多くは、先生も御指摘のとおり口腔内の口腔機能の低下が大きく関係していますけれども、ただ、患者さんの病状も大変様々で、老年症候群の方に関しては微小誤嚥を繰り返しながら時々大きな熱が出るというパターンの方もいらっしゃいますし、あるいは胃酸の逆流、食物の誤飲等で起こる肺炎もあって、誤嚥性肺炎は幅の広い病態をカバーする言葉なので大変難しいですけれども、ただ、御指摘のとおり、口腔環境の悪化によって誤嚥性肺炎を起こしているというケースはまだまだ少なくはないと思いますので、ここは医師連携と、あとは本日お話できていませんけれども、例えば抗コリン作用のあるお薬ですとか、唾液の分泌が低下するとか、意識レベルが低下するとか、薬物の副作用によって引き起こされている誤嚥性肺炎も多々あると思いますので、ここは医歯薬連携がきちんと機能すればと考えております。

○山本構成員 ありがとうございます。

○太田座長 それでは、三澤構成員からよろしくお願いいたします。

○三澤構成員 ありがとうございます。

先ほど来、診療に薬剤師が同席する場合があるということですが、その場合には、何か報酬が払われているのでしょうか。

○佐々木参考人 これは多分この後、田中参考人がお話ししてくださると思うのですけれども、ただ、払われている、いないにかかわらず、来てくださる方は来てくださいます。例えば私、特別養護老人ホームの配置医師もしていますけれども、特別養護老人ホームも居宅療養管理指導は算定できないと思うのですが、それでも毎回きちんと同席をしてくださって、緊急対応でお薬を届けてくださるという薬局さんもありますので、ここは今回評価の対象に一部なっているみたいですが、ぜひこういった働きがないようには制度上していただきたいと思っています。

○三澤構成員 私もそれをすごく言いたいと思います。先ほどから議論の内容として、やる気のある薬剤師とやる気のない薬剤師みたいな話になっていますけれども、やる気ではなくて、いいことでしたら仕組みとしてきちんと評価して、何らかのペイを出すということでない、変な言い方になりますけれども、やりがい搾取になってしまうと思います。やる気があっていい薬剤師だったらこうするだろうみたいな。私、大学で薬剤師を育てていますので、これからの薬剤師のために言いたいのですけれども、きちんとペイされる仕組みを何とか、やる気があるとかないとかの精神論ではなくて、大事なことは組織としてきちんと制度を作ることができるようにするというところで考えていただきたいなと思っています。

○太田座長 それでは、宮川構成員。

○宮川構成員 宮川でございます。貴重なお話ありがとうございました。

ケース1、ケース2のことについてお伺いしたいのですけれども、ケース1は、コールがあってからドクターが対応できているというのが1時間少し、ケース2は、訪看の看護師さんからコールがあってから10分かかりつけ薬局に連絡し、そして1時間半後に訪問薬剤師さんと時間を合わせて往診ということですが、これはレアケースなのか、すごく緊急で大変でもこのくらいになったのか、このくらいは普通で、状況として対応できるよということで1時間ぐらいかかってやっているのか、どのように読み取るのでしょうか。先生の御経験の中で、いつも緊急性があって、5分、10分を争うのだというようなことがあって、薬をどこに置いておかなければいけないのだとか、全て1分1秒を争うのだというようなことがあったのですが、先生のケース1、ケース2という形になると1時間近くかかっていらっしゃるわけですが、そのくらいで患者さんは対応できるものなのかどうか、そのことについて教えていただきたいと思います。

○佐々木参考人 ありがとうございます。

私どもは、緊急対応に関しましては在宅オンコールではなくて、院内に医師を待機させておりますので、コールがあってから比較的速やかに患者さんのお宅に到着できるようになっています。首都圏の圏域で今、約6,000人の患者を診ていますけれども、6,000人をカバーするために現在5名の当番医を毎晩地域別に配置をしています。千葉県に2か所、埼玉県に1か所、東京に1か所、神奈川に1か所でカバーをしているという状況です。

緊急対応に関しましては、去年はコールがあってから平均約50分で患者さんのお宅に訪

間でできています。50分もかかるのかとおっしゃる方もいるのですけれども、救急車を呼んでから病院で診療を開始できるまで、全国平均で40分ぐらいはかかっているのです。そのために、1時間以内というのは一つの許容範囲だろうと思っています。

コールが重なることもあります。5人の当番医がいますので、隣接するエリアでお互いにサポートし合うとか、あと時間がかかる場合には緊急性の高い方から順に対応するというような形で、現状何とかできる限り患者さんの迅速な対応をできたらと思っています。

今はオンライン診療も認められておりますので、本当に急ぐ場合には、まずはその時点で処方の手配だけをしてしまって、それから診察に行き、薬剤師さんと時間を合わせるですとか、あるいは先に投薬だけして、看護師さんに先に行ってもらって様子を見て、その後私たちのほうで見に行くみたいなことも現状、地域連携の中ではできるようになってきています。

○宮川構成員 具体的な御教授ありがとうございます。以上です。

○太田座長 それでは、飯島構成員。

○飯島構成員 長野県上田市の薬剤師の飯島です。よろしくお願いします。教えていただきたいのですけれども、先生の拠点がかなり広範囲というところで、地域によっては、例えば僕の地域だと薬剤師会で夜間・休日等の体制を整備しているのですけれども、そういった整備されているところがあって、そういったところと連携したことによって、かかりつけの薬局が駄目だったところに、そういったところの会の連携の薬局でうまくいった好事例があるのか、ないのかというところと、もし先生が患者さんにこういった薬局があるよと御説明する上で、地域の薬剤師会等の連携も踏まえて御説明しているかというところを教えていただきたいと思います。

○佐々木参考人 ありがとうございます。先ほども少し触れましたけれども、同一法人内の連携以外の形で連携がうまく機能して、薬剤が夜間提供されたという経験を私たちはしたことがありません。なので、機能する枠組みが存在すると実は思っています。実際に機能する事例があるのであればぜひ教えていただきたいですし、機能するのであれば使いたいと思いますけれども、使うのは我々ではなくて薬局さんだと思いますので、現状、私たちがかかっている薬局さんは、夜は例えば薬剤師会が当番でバックアップしますみたいな説明を聞いたこともありませんし、うちは夜間対応できませんとしか言われていませんので、そういった枠組みが本当に機能しているのかどうか、大変疑問なのです。

薬剤師さんたちの能力、スキルもかなりばらつきがあると思っています。在宅緩和ケアに対して大変造詣の深い薬剤師さんたちに私たちは安心してがんの患者さんを任せられますけれども、普段そうではない人たちにはなかなか難しいというところもあると思いますし、ただ薬を届けるのが薬剤師さんの仕事ではなくて、薬剤師としてアセスメントできる力があるかどうか。在宅の患者さんは大変困難な状況の方が多いので、コミュニケーション能力とかもある程度は必要なのです。取りあえず薬、持って行きましたということではなくて、行った結果どうだったかということもきちんとフィードバックできるというところ

ろまで本当にやっていただけるのかというと、そこは何となくやっつけの当番ではなかなか難しいところがあるのだろうなと思っています。

○飯島構成員　ありがとうございます。

ちなみに僕の地域は15万人ぐらいの人口があって、薬剤師会で夜間輪番も引きながら在宅も回しているのですけれども、おっしゃるように普通の内服というところであれば、基本的に当番薬局が対応できる。ただ、先生がおっしゃるように少し込み入ったケースになってくると、全ての輪番の夜間当番が対応できるかというところ、そうではないところがあって、うちの地域だと2つの薬局がその15万人の部分を持っているようなところがあるので、先ほどおっしゃっていたようなやる気がある薬局が最終的なとりでになっているところがあると思いますので、私見ですけれども、私もどれぐらいの人口にどれぐらいの高度な在宅をできる薬局があるべきかは議論があるかと思うのですけれども、ある程度ないとやる気がないところが疲弊していってしまうところがあるので、そういったところの体制を整備することが必要だと思っています。

ありがとうございます。

○太田座長　ありがとうございます。

お待たせしました。落合構成員、お願いします。

○落合構成員　佐々木参考人、御説明ありがとうございます。

具体的な状況も含めてお話しいただきまして、大変勉強になりました。

幾つかお伺いしたい点としましては、1つが先ほども少し議論されていた点もあったと思うのですが、佐々木参考人のところで体制を組まれているように、迅速に訪問できるような体制というのは、いろいろな地方にある医療機関、特にへき地とか離島でも準備しておけるものなのかがあります。体制としてはかなり充実した体制を組まれているのではないかという感じもいたしましたが、その点について教えていただきたいと思います。

2つ目が、こちらでも議論されておりましたが、やはり、やりがい搾取になってしまうような形ですとなかなかもたないといいますか、薬剤師の先生方で対応していただくことが難しいというのは、実際にはそういう要請がされているかどうかだけではなくて、きちんとそこが評価されているかどうかも含めてセットで考えなければいけないと思いました。そのように考えたときに、かなりの部分は薬剤師の先生方でカバーできる部分が増えるのではないかと思います。それでもなお離島やへき地はカバーが難しい場合というのは、どうしてもカバーする地域の広さであったり、地理的特性であったり、そこにおられる人口であったり、難しい場面は残るのではないかと思います。この点についてもどうお考えになれるかをお伺いできればと思います。

○佐々木参考人　ありがとうございます。

迅速に対応できる体制というのは、規模が整ってくるとつくれるところがあります。夜間の当番医というのは一晩院内に待機させるのでコストが生じますので、そのコストが吸収できるぐらいの診療規模が必要になる。私たち首都圏は6,000人に対して今、5名

の当番医を配置していて、1人の当番医が1,200人をカバーするという前提になります。この根拠は何かというと、クリニックによって重症度が違うのでいろいろだと思いますけれども、夜中のコールというのは200人に1人ぐらいが電話してくるという印象なのです。だから、1,200人の患者さんだと大体一晩に5件コールがかかってくる。5件の電話だったら出るし、そのうち2件が往診だったとしても無理なく対応できるというのがその判断の根拠です。

ただ、例えば列島とかへき地ですと、全部患者さんをかき集めても、例えば私たちは与論島に診療所がありますけれども、在宅患者さんはマックスで30人ぐらいです。そうなってくると、この人たちのために当番医が必要かということ、毎晩電話がかかってくるわけでもないで、そうであれば1人の先生がカバーするということも多分できるのだろうと思いますけれども、中途半端な規模、中途半端と言うと少し失礼ですが、200人とか300人ぐらいですと、当番医を雇うほどの財力もないけれども、毎晩1件、2件は電話がかかってくるので、それなりに大変ということになるので、そこは地域の連携の中で夜間対応体制をつくることや、在宅医療の場合には機能強化型という連携の枠組みがありますので、そういったものを使って夜間の当直体制をチームでつくったりしているところもあると思います。

いずれにしても、どういった患者さんたちにどういう診療を提供しているのかにもよると思うのです。安定している方が中心で、何かあっても少し熱が出るぐらいだったら、変な話、夜は解熱剤だけ飲んでもらって、翌朝往診でもいいかもしれませんけれども、私たちの場合、居宅の患者さんの紹介者ベースで半分が末期がんの患者さんですので、そうしますと朝まで待てというわけにはどうしてもいきませんので、そこは体制をそれぞれの患者さんのニーズに応じてつくっていく。

都市部はどうしても人口が集中しますけれども、代わりに合理的な緊急対応体制がつけられる。人口が少ない地域は、1人で頑張らなければいけないといっても、患者の絶対数自体はそう多くはないので、業務に対するストレスという意味では、何ともいえないというところだと思います。私たちも実際に石垣島とか与論島とかは、それぞれのクリニックの管理者が24時間コールを持つ、あるいは診療所のナースと輪番で持つという形をつくっていますけれども、それで何とか対応ができているという状況があります。

2つ目、実績に応じて薬剤師さんはもらうべきものはもらうべきだと思うのです。薬剤師さんは大変いい方が多くて、訪問する方は、お金になるかならないかは取りあえず別にして、困っているのであれば私行ってもいいですよという方が多くて大変心苦しいと思っています。特に末期がんの患者さんですと、オピオイドの微量なコントロールであったり、種類を変えたり、投与ルートを変えたりみたいなことで、結構頻回な訪問をお願いすることがあるのです。麻薬なものですからあまりどっさりとは出せないし、途中で処方変更になったとき残薬が生じて大変なので、小まめにコントロールということになると、結構患者さんによってはもう連日のように薬剤師さんが御自宅に訪問してくださるケースもあ

るのです。

ただ、薬学的な緩和ケアは、医者の方方的判断は必要ですけども、實際上、薬剤を提供して、状況をフィードバックしてくださるのは薬剤師さんたちなので、ここは逆にがっつりとタスク・シフトして、薬剤師さんたちに主力になってもらって、代わりに回数の制限を排除するとか、あるいは訪問に対する手当だけではなくて、管理料のようなものを少し評価するとか、そういったものは一つ検討しても、特に在宅緩和ケアについてはいいのではないかなと以前から思っています。

緩和医療であっても、今、たしか訪問制限、回数の制限がありますね。12回、8回。

○総務課課長補佐 計画が8。

○佐々木参考人 なかなか厳しい枠の中で、現状、私の在宅緩和ケアに関わってくれる薬剤師の友人たちも持ち出しでというか、評価されない形で頻回な訪問をしてくれていますので、そこは何とか評価をしてもらいたいと思っています。

それから、薬局の絶対数が足りないところにおいては、職種を超えた支援体制は必要なのだと思うのです。夜に関して言うと調剤薬局は1軒、薬局・薬剤師は1人です。個人情報だからここで話さないほうがいいですね。一度彼が体調不良になって、少し業務ができなくなった時期がありますけれども、大変な状況なのです。なので、そうなったときどうするかといった、モバイルファーマシーがありますよとかあるのかもしれませんが、その瞬間使えるわけでもないです。なので、そういったときに例えば他職種が何らかの方法で薬剤が提供できる仕組みをつくるとか、あとは薬剤師さんも特に地方とかに行くとか結構高齢の方が頑張っておられたりします。夜中に薬を届けるというのはさすがに申し訳ないけれども、例えば我々のほうでピックアップをさせてもらって、お薬をピックアップして患者さんの家に届けるみたいなことを許していただくとか、何がしか方法を考えないと、この地域に住んでいるのだからしょうがないだろうとか、薬局内だからしょうがないだろうというのは、患者の立場になったらそんなことは言えないと思うのです。なので、都市部は現状何とかなっていますけれども、特に面積単位で言うとかかなりの部分が無医地区ですとか、あるいは医療過疎と言われる地域ですので、こういった地域でいかに特に休日・夜間の薬剤のデリバリーを確保するかというのはぜひ皆さんに検討いただきたいなと思っています。

○太田座長 ありがとうございます。時間の制約がございます。手短にお願いいたします。

○磯崎構成員 2つ目質問してしまって申し訳ございません。

今、先生方のグループで、首都圏で施設在宅と居宅があると思うのですけれども、その割合がどれくらいかというところを教えてくださいたいと思います。

○佐々木参考人 ありがとうございます。患者数ベースで言いますと、特養の入居者、この方々は厳密には在宅の患者ではありませんけれども、それも含めて施設が4割、居宅が6割です。

○磯崎構成員 ありがとうございます。先ほど薬剤師さんの訪問の回数のことがあったと

思うのですが、先生方、本当にそういった熱い思いから訪問を増やして、患者さんの状況を取ってやるということだと思えるのですけれども、在宅の世界でも訪問の回数がむやみやたらに多いところもありまして、最初はいいい考えで始まったのが、少し悪用されてしまうなんていうこともありますので、その辺は慎重に考えていったほうがいいのかと思っております。

また、医療経済的な面の話も出てきたのですが、資格を持った人が家まで行ってしまうと点数的にはかなり高くつくということが多いため、できるだけそういった出勤が少なくなるような取組、先生方が最初にやったような取組、私も今、やっているところなのですが、そういったことも必要なかと思って伺いました。ありがとうございます。○佐々木参考人 ありがとうございます。補足をさせていただくと、緊急対応について患者数当たりはかなり少なくなっているのではないかと思います。定期訪問も実はかなり絞っていて、安定している患者さんたちは月1回訪問で現状かなりの部分をカバーするようにしています。適切な多職種の役割分担ということを考えると、夜間帯に薬を届けなければいけないから医者が動くということになると、夜10時を過ぎてから往診になりますと相当の金額になりますので、ここはそれなりのものを薬剤師さんにつけてあげても、医療経済的には赤字にはならないというか、悪いものにはならないと思うのです。

先ほども言いましたけれども、現状、私たちは夜間帯緊急対応を院内処方に対応することが多いのですが、薬剤師さんたちの負担にならないように、できる限りそれをやろうということで、ただ、先生御指摘のとおり我々の出勤は大変高額なので、そういった意味でも、ここはマンパワーの品質を考えても薬剤師さんたちが動ける体制、やる気に依存せずに動ける体制をつくっていただきたいなと思います。

○太田座長 ありがとうございます。では、安部構成員、手短にお願いいたします。

○安部構成員 安部でございます。手短に。佐々木参考人、御講演ありがとうございます。

今、薬局で在宅業務を担っているところは小さな薬局が多く、昼間の通常の業務を終えて在宅も行うようになってきたときに、緊急その他やむを得ない事情がある場合に当該薬局に代わり、連携する薬局が訪問薬剤管理指導を行う「在宅協力薬局」という制度があるわけですが、おおむね同一法人の中で利用しているところが多いかと思います。

とはいえ、在宅契約をして、責任を持ってお受けするという場合には、夜間でも緊急でもしっかりと対応しなければならないということでもあります。先生のホームページ等で勉強させていただきますと、在宅の医師の方も、昼間の診療と夜間のオンコールに対応するのに疲弊してしまうと良い医療が提供できないという先生のコメントも拝見させていただきました。そういった意味では、今、新たに夜間のオンコールをフォローするような仕組みを導入されているとお聞きしているのですが、その点、本日は時間の関係か御説明がなかったのですが、先生のお考えをお聞かせいただければと思います。

○佐々木参考人 ありがとうございます。

先ほども申し上げたとおり私どもは患者数が大変多いですので、夜間帯、シフトに入れますと、それはオンコールというか通常の時間外勤務という形になります。ずっと勤務し続けるということになるので、したがって、月曜日に通常診療して月曜日の夜当直しますと、火曜日にそのまま診療というのは体力的にも、あるいは人事的にも問題があるということになりますので、現状、私たちは昼間の勤務と夜の勤務を完全に分けています。ほぼ夜間に特化した常勤のような先生もいらっしゃいますし、ほとんど昼間働いて夜は少ししか働かない先生、昼間だけ働いて夜は働かない先生、あるいは夜間帯だけ働く先生といったような役割分担をしています。

夜間帯に関しては日頃の患者さんたちも多いので、私としてはできるだけ多くの患者さんたちに医療を提供するということで、昼間働いていただくと、今度、夜のシフトに入れないということで、都内にある大きな病院の総合診療科とか救急の先生方のお力もお借りして、非常勤の先生方にも入ってもらって、シフトを何とか回しているという状況になります。

薬局に関しても、これはぜひできたらやっただいいのではないかと私は思っています。1 薬局ではもしかすると持て余すかもしれませんけれども、大手の薬局さんとかの場合ですと、大概夜間帯は当番の薬剤師の方がいらっしゃって、その日の当番の方が届けてくださったり、緩和医療の薬に関しては、グループの中でもこの薬局が対応するというような感じで、役割分担をして対応してくださったりしているので、そういった仕組みづくりを例えば同一法人ではなくて法人の枠を超えてつくっていくということも場合によってはできるのだろーとは思いますが、ただ、率直な印象として、薬剤師会さんの在宅におけるプレゼンスは決して大きくはなくて、どっちかというとな手の全国チェーンみたいなのところとか、あるいは在宅医療に特化した薬局グループみたいなのところが重症の方の多くは担ってくださっている印象があるので、在宅医療の構造も似ていると思うのです。地域の先生方が、御自分が診ていらした患者さんを最後まで診るという在宅もあれば、我々のように専門特化したところがより重度な方を中心に見ていくというところもあって、そういった役割分担が薬局間でもできたらいいのかなとは思いますが、枠組みづくりを薬剤師会さんとかに依存したりする形、そういった組織に依存する形でつくっていくのが果たして最適なのかどうかというのは、少なくとも医師会でそういった枠組みは全国的にはあまりうまくいっていないくて、どうしても有志連携という形で夜間帯をカバーされているところが現状は多いとは思いますので、そこはどのような形が合理的なのかは議論が必要なのだろうと思っています。

○太田座長　ありがとうございます。質問があるかもしれませんが、少し時間が押しておりますので、また後ほど、もし必要であれば御質問を受けたいと思います。佐々木参考人、本当に貴重な御発表をありがとうございました。

それでは、時間もありますので、次の御発表に移りたいと思います。続きまして、センทรัล薬局グループ代表取締役社長の田中参考人の御発表になります。田中参考人は薬剤

師であり、在宅医療に精力的に取り組んでいる薬局を運営しておられます。施設在宅の状況も含め、薬局・薬剤師の立場から御発表いただこうと思います。

それでは、田中参考人、よろしくお願いいたします。

○田中参考人 御紹介ありがとうございます。セントラル薬局グループの田中と申します。

今の皆様の議論を聞いていまして、やる気ある、善意という言葉が非常に多かったのも、やる気ある在宅医療の薬局のお話を少しばかりかかせていただければと思っております。

今回は、臨時対応と施設在宅というところでオーダーをいただきましたので、我々のお話をさせていただきます。

次のスライドをお願いいたします。15年ほど前から薬局を営んでおりまして、現在では1都3県17店舗を運営しておる、都市部でやっている薬局でございます。

当社の特徴としては、夜間でも電話がつながるオンコール体制を持っていて、365日お薬を届けることができる体制、また、高齢者のポリファーマシーを解消するといったことも取り組んでおります。

まず、前提として、悠翔会の佐々木参考人が先ほど御発表されておりましたが、在宅医療に特化しているクリニックさんの実に95%以上が薬剤治療ということですので、その薬剤治療を担うに当たって、在宅に特化した訪問診療と同じ動きをしないと、患者さんに充実した在宅医療を提供することが薬局としてはかなわないと思って、善意でやる気を持ってやってまいりました。

次のスライドをお願いいたします。これは一般的な薬局の夜間対応ということなのですが、けれども、一番下に外来の患者、もちろん我々も外来の患者さんがいらっしゃいますが、外来の患者さんに関しては、電話対応のみのケースが多い。出勤のケースはまれであると書きましたけれども、原則シャッターが閉まって終わればそれまでと。その後の時間外の対応はその薬局さん次第というところが多いかと思うのですが、在宅医療の夜間対応ということに関しては、主治医より夜間の対応の依頼がある。それを薬局のほうで輪番の担当の薬剤師、夜間担当者が受電をする。薬剤師は家にいますので、自宅から薬局に移動する。移動した後、その処方の内容を確認して、薬歴も確認して、お薬を作る、調剤行為をする。薬局の車もしくはタクシーで患家に行く。患家に行きまして、お薬を届けて、アセスメント、服薬指導を行った後、また薬局に戻って送り、薬歴を記載して、その薬剤師はまたタクシーを使って家に戻るという作業をしております。非常に地道なケースですけれども、このように夜間出勤を前提とした体制構築ということをしなければ、在宅療養支援診療所の対応に薬局が対応できないということで、こういった対応をしております。

次のスライドをお願いいたします。続いて、先ほどから施設の話も出ておりましたが、施設在宅の一般的な流れとしまして、老人ホームに訪問診療に先生方、ドクターが行かれる。そこに同行、我々は往診同行と呼んでいますけれども、そこで薬学的なフォローや処方提案をさせていただきます。まず、この行くまでにも薬局・薬剤師もタブレットで、い

つも同じ患者さんのところに、いつも同じドクターと、施設の同じ看護師さんと同じ薬剤師で行きますので、事前準備が可能になります。前回出た処方の確認ですとか、先生この辺を意識されていたなとか、患者さんの水分量はどうかだったなといったデータを確認した上で、薬学的フォローや処方提案につなげることができるということです。

2番目に各職種との連携、カンファレンス参加とありますが、訪問診療の前後でカンファレンスを行うケースも多いです。そこに薬剤師も参加しまして、医師、看護師、薬剤師、場合によってはケアマネジャー等も入り、そこで情報が共有されると。その後、看護師等に送りをして、服薬指導をすると。これで終わりではなく、薬局の場合は3番で、今、施設在宅としては、施設在宅介護側も重症度、介護度が増している中で、非常にお薬の管理が困難になっているということで、カレンダーセットですとか、ピルケース管理ですとか、そういったお薬管理を薬局のほうでやっていると。週に1回ないし2回、きめ細かく薬局のほうでお届けをしているというところがございます。

お届けした際には、お薬をセッティングし、薬情をファイリングして、手帳シールを貼るという作業があります。また、その後、薬歴を書いて、報告書を記載して、ケアマネジャー、ドクターに郵送して、またメールして、計画書を作成すると。また調剤をして、お薬をセッティングしてお届けするといったような流れになります。かなり煩雑できめ細かくやっているというのが現状であります。

次のスライドをお願いします。施設在宅における臨時対応はどういったパターンがあるかということなのですが、先ほど臨時対応というところに関しては、緊急性の高い夜間の往診に対しての薬剤対応ということがメインでお話しされていましたが、薬局としては、臨時対応のパターンは3つに分かれていると認識しております。

まず、先生方の定期訪問診療、在診の先生、クリニックでしたら基本的には月2回の訪問診療がある。その訪問診療に行った際に臨時のお薬が出るということでございます。

2つ目としては、緊急往診時です。夜間対応を伴う緊急往診時の臨時薬への対応。

3つ目としては、悠翔会のクリニックにかかりながら、近くの整形外科ですとか皮膚科に通っている。また、悠翔会にかかりながら、3か月に一回は基幹病院でメインの疾患のお薬を3か月処方していただくと、そういった方も多いです。その場合も当然、臨時対応ということになるということでございます。

なので、後ほど話しますが、施設在宅は個人在宅に比べて臨時対応件数が非常に多いという特徴があります。

次のスライドをお願いいたします。その3つのパターンの細かな事例はどういうものがあるかということなのですが、ドクターの定期訪問診療のときの臨時対応なのですが、今飲んでる服用薬の追加・変更での臨時対応、要するに今、既に処方が出ているお薬の変更です。追加もあれば減量もあります。いわゆるお薬の抜き差しが必要になってくるもの。

続いて、体調不良による臨時対応、発熱ですとか痛みですとか、もちろんがん患者さん

のことですとか、あと不穏な方にはリスパダール等が出る。不眠の方にはお薬が出るといったものです。それが前のお薬が残った飲み切りで出すのか、即日の変更なのか、それは緊急性に応じてドクターが判断をし、その場で薬剤師が対応することになっております。でも、実際には出ているお薬の調整に関する臨時対応が半数以上を占めるというのがやっている中での実態でございます。例えば高血圧、アムロジピン10ミリが5ミリに減量されるとか、そういったケースです。それが半数以上を占めるということです。それも薬局としては臨時対応になる。

その他、入居初診時における臨時対応、独居の個人宅から施設に入ってくる場合、もちろん老健から入ってくる場合、様々なのですが、施設入居されるときは残薬がばらばらであることがレギュラーです。ぴたっとそろっていることはまずないというのが現状です。我々としては、先に初診の前に入居時にお薬を確認して、診療情報提供書とお薬の内容が合っているかを確認して、先生方にこれは何日処方足りないので何日プラスで出してくださいという形で、先に先生の手を煩わせないように薬局のほうで確認をして、薬剤師からドクターに情報提供する、フィードバックするということを行っております。

2番目の緊急往診時の臨時対応なのですが、こちらは夜間対応ですので、体調変化による臨時対応、感染症による熱発ですとか、痛み、モルヒネを使っている患者さん等もあります。また、入居時の臨時対応、入居すぐに不穏になったりとか、便秘が悪化したとか、当然麻薬が必要になったりとかいうケースもあります。また、嚥下困難になってしまう患者さんの粉碎調剤の対応ですとか、体調変化に伴う薬剤中止の抜薬、お薬を抜くという、非常に煩雑ではあるのですが、そういった処理は施設職員で対応できないケースが多いので、日中・夜間問わずこういったケースを薬局としては臨時対応として行っております。

3つ目の外部医療機関の受診時の臨時対応、これも基本的には例えば3か月に1回大きな病院に受診するとか、定期のお薬がなくなったので近くの整形外科に受診するといったときの臨時対応になります。残薬不足、受診が遅れてしまったと、薬局からも御連絡はさせていただくのですが、ぎりぎりになってしまって臨時対応になるといったケースも現実的にはあります。

続いて、次のスライドをお願いいたします。そもそも施設在宅と個人宅では情報の入手経路が大きく異なるということで、個人在宅では基本的には服用薬剤以外の情報が入りにくいという現状があります。これは薬剤師がお薬をお届けして、その場に患者さんしかいないという状況だったり、もちろんケアマネジャーさんと日々やり取りをしたりとか、訪問看護の方々とやり取りしたりするのでありますが、こちらが能動的に情報を取りに行かないとなかなか連携しづらいという状況があるので、例えば訪問看護の看護師の方々が薬剤のセッティングをしていて、本来である看護の時間が薬剤セットに取られているという現状もあるというところがございます。

一方で、施設在宅は指定介護を受けながら共同生活するという特性上、病院で言う薬剤

部のような役割を薬局が担うことができます。よって、介護医療に従事する様々な職種の方々と連携をしてお仕事をする事ができると。ここに書いてあるように医師、看護師、ケアマネジャー、理学療法士等でございます。

各職種の方々とどのように連携をしているかというところなのですが、先ほど来から申し上げているように、医師の訪問診療に同行し、薬学的フォローをさせていただき、処方の提案ですとか服用方法に関する提案、3回飲みのところを1回に減らすことで患者さんが飲みやすくなる等の提案をさせていただいております。

また、集団生活での薬物治療の安全性確保や薬剤管理での各職種との連携ということで、介護士や看護師がやむを得ず薬に関与しているという状況もございますので、そこはお話し合いの下、我々薬局・薬剤師のほうで関与させていただくことで、より介護、看護しやすい環境をつくるということに向けて、各所それぞれの専門性を発揮したサービス品質向上に向けた取組を行っております。

また、フレイル、ポリファーマシー解消に向けた取組として、弊社では関連会社に厨房会社を持っております。自分たちのグループで給食会社をつくっていて、自社で管理栄養士も抱えています。介護施設は、皆さんのフレイルの予防ですとか、リハビリですとか、その人らしい暮らし方というところに関しては非常にフォーカスをしてくださっています。ただ、現状、介護施設に入ると体重が減少してしまうとか、体重が減少している中で運動しても非効率といいますかよくないので、そこはしっかりと栄養を取っていただいて、体重を減少させないで、筋肉量を増やした上でフレイルの予防をしていただくように、栄養改善に向けた取組も行っております。

また、施設のほうで行う家族会議ですとか運営懇談会といったところにも我々は積極的に参加をしております。その場で本当にざっくばらんな御入居者、御家族からの御意見を介護施設と一緒に受けて、御質問に対応したりとかしております。

また、日々患者様や御家族様からの電話対応、そういったもので御連絡いただいたものを関係職種へのフィードバックということもさせていただいております。

また、少し毛色が異なるのですが、服薬支援システム、誤薬防止システム、最近薬局もICT化が進んできまして、結構これは介護施設さん側として、介護職員Aさんが20人の患者さんに服薬介助する場合、間違えてAさんに飲ませるものをBさんに飲ませてしまうということもなくするために、いろいろなシステムが最近が開発されています。「服やつくん」ですとかいろいろなシステムがあるのでございますけれども、そこは薬局との連携が必要でございまして、一包化する薬剤にQRコードを付記するだけでなく、薬局のほうで服用時点の登録をします。例えば臨時薬が出て、普段1回しか飲んでいない方に朝昼の臨時薬が出た場合に、服用時点を3回に登録しないといけない。それを1週間で飲み切った場合、また3回を1回に変更しないといけないという非常に細かな、ICTという名の非常にアナログな作業を薬局のほうでも担っております。

また、最近では服薬剤が記載されるようになっている介護カルテもありまして、薬局のほ

うのレセコンからSipsを取り出して、Sips連携ということで介護カルテ側と連携をしているといった現状もございます。

次のスライドをお願いいたします。これも先ほどの議論の中に出てきているところではありますけれども、今、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、緊訪というもので、急いで調剤して届けるというところには点数がついております。ただ、夜間・休日訪問といったところに対する評価がないという中で、薬局がやる気を持って、善意を持ってやっているという現状があり、例えば訪問診療ですと緊急往診加算が強化型の再診だと750点ついたり、夜間・休日加算で1,500点ついたり、夜中ですと2,500点ついたり、先ほど佐々木参考人からのお話もあったように、そういった点数がついているところはあるのですが、薬局としては時間外、夜間・休日訪問に対する評価はない中で何とかやりくりをしているといったところが現状でございます。

次のスライドをお願いいたします。そんな中で、正直厳しい状況がある中ではあるのですが、当グループ、当社としましては、自薬局単独というところで夜間・休日対応を現実的には行っております。日曜祝日対応というところでは、日中帯は薬剤師が出勤をして休日対応を行っております。夜間体制、時間外に関しましては、これも訪問診療と同じです。セカンド、ないし店舗によってはサードコールまで用意をして、各店舗輪番制で薬剤師に携帯を持っていてもらおうと。夜間出動に関しては各エリアに夜間対応者を待機させて、これは自宅待機になりますけれども、先ほどの絵面で描いたような経路で臨時対応を行っている。情報共有として、医療機関、訪問看護、ケアマネジャーさんへの情報のフィードバックということで、在宅医療特化型の薬局であるからこそ何とかできているのかなと思っております。

ただ、それだけではなく、2番目の近隣の薬局との連携ということで、これも先ほど出た部分ではあると思いますが、私も薬剤師会とかとのイメージなのかなと思って、総務課の資料をそのまま載せさせていただいたのですが、薬局というところでの横展開、横つながりという部分も必要なのかなというところでこのスライドを載せさせていただきました。私からの発表は以上になります。ありがとうございました。

○太田座長 田中参考人、大変貴重な御発表、ありがとうございました。

それでは、ただいまの御発表に関しまして御質問等ございましたら御発言をよろしくお願いしたいと思います。いかがでしょうか。それでは、山口構成員。

○山口構成員 御発表ありがとうございました。3点ほどお聞きしたいことがございます。

まず、3ページのところに薬局の一般的な夜間対応というのが書かれていて、患家、主治医から連絡があった場合に、夜間担当者がその連絡を受けて、自宅から薬局へ移動するということなのだと思いますけれども、この絵を見ていると人が変わっているのですが、実際には受けた人が薬局に行って、患家まで届けていらっしゃるのか、1人の人が対応しているのかどうか。

○田中参考人 途中ですみません。1人の人間が動いております。

○山口構成員　ありがとうございます。

臨時対応は施設が多いというお話があったのですけれども、施設と個人在宅との割合がどれぐらいなのかというのが2点目です。

3点目として、7ページのところに、施設の場合はもともと関わっているスタッフが分かっていますので、多職種連携というのはいろいろと工夫されているということも含めて書かれているのですけれども、個人在宅の場合の多職種連携ということについて、日頃から何か意識して取り組まれていることや、工夫、努力は多職種連携で欠かせないと思うのです。施設はまだやりやすいとしても、個人在宅の場合どのようにされているのかということをお教えいただきたいと思います。

○田中参考人　御質問ありがとうございます。

まず、臨時の割合、個人宅、施設ということなのですが、基本的には8、9割以上が施設の臨時薬という印象です。最近ではがん末期の患者さんも都心部ではホスピス施設といったような、別表7やがんの末期の方が最期をお暮らしになるという施設での対応もありますので、それを施設と捉えると、施設のほうが圧倒的に多いということになります。

今回、施設のほうでの多くの取組を書かせていただいたので、個人宅のほうが少し薄くなっているのですが、個人宅でも取り組んでいる内容としましては、退院時のカンファレンスですとか、そこはお声がけをいただけるルートができている場合には、病院さんから声をかけていただくこと、あとはケアマネジャーさんに依存するところが多いです。積極的にカンファレンスを開くケアマネジャーさんに関しては、薬局のほうも対応させていただいて、なかなかドクターが参加できない場合がありますので、その情報は必ずドクターのほうにフィードバックさせていただいたりとか、あと受け身の情報提供、情報の収集だけでなく、先ほど申し上げたように訪問看護ステーションは情報をかなりお持ちですので、弊社としては訪問看護ステーションに連絡をさせていただいたり、積極的にケアマネジャーさんと連絡を取っているケースが多いです。そのため、ケアマネさんからの患者さんの御紹介ですとか依頼というの、先生からの御相談と同じぐらいあります。

○山口構成員　ありがとうございます。

ということは、待ちの姿勢ではなくて、日頃から薬剤師さんから積極的に関係性づくりをしていかれているということですね。

○田中参考人　まさにそうです。在宅医療に特化している薬局ですので、目の前に大きな病院があるわけではないので、我々はこういった在宅サービスをやっているということを地域に知っていただかないとお仕事にならないので、そういった意味ではこちらから能動的に行っているというのが現状です。

○山口構成員　ありがとうございます。

○太田座長　それでは、矢野構成員からお願いいたします。

○矢野構成員　ありがとうございます。

私のほうからは、先ほどの山口構成員からの御意見ともかぶるのですけれども、まず、在宅については、夜間・休日を含めて正しくお薬を提供する、そこが一番大事だと思うのですが、対人業務のところについて教えてください。

服薬指導ということももちろん業務の一つとしては重要ですが、その行われるタイミングと、医師とは別に薬剤師のみが患者さんのお宅に行かれる、そんなケースもあるのでしょうか、教えてください。

○田中参考人 御質問ありがとうございます。夜間・休日の対人業務というところですが、基本的にはお薬を届けるというのが最優先になるのですが、当然ながら先ほど佐々木参考人からのお話にもあるように、まずしっかりと動ける体制ができているかどうかというのが非常に重要だと思っております。例えば夜間のレスキュードーズのお薬を配薬とかですと急いでお届けしないといけないので、我々としてはその体制を持ってしっかりとすぐにお薬が届けられる状況をつくっているというところなんです。

あと、どのようなタイミングで行っているというところなのですが、これも施設であれば訪問診療への同行というところで対応しているのですが、個人宅に関しましては、当然ドクターと薬剤師が行くタイミングが異なります。そのため、処方箋が出て受け付けた後に、その日中であればその日中にお薬をお届けして、患者さんが定期のお薬で変更がなければ、翌日ないし2日後にお薬をお届けして、基本的にはその患者さんへの対応というのはどこも同じでございますが、患者さんが今、飲んでいるお薬で体調変化がないのかですとか、我々もポリファーマシーの解消に取り組んでおり、在宅医療の患者様は超高齢者ということで非常にお薬が多い傾向にありますので、しっかりと一つ一つ、このお薬が本当にその治療に対して必要なのかですとか、あと、そのお薬がもしかしたら悪さをしているのではないかとということを想定したヒアリングをさせていただいております。

○矢野構成員 ありがとうございます。ハイリスクのお薬が出た場合には、副作用が出そうなタイミングで行かれるといったようにされているということですね。

○田中参考人 おっしゃるとおりです。

○矢野構成員 ありがとうございます。

○太田座長 それでは、磯崎構成員、よろしくお願いします。

○磯崎構成員 磯崎です。まさに現代での施設療養での問題点を示していただいたと思いました。ありがとうございます。今、先生方の入られている施設、非常にタスク・シェアができていて、それぞれの専門の方々が活躍されているなと思って非常に感心いたしました。

2つほど質問があります。1つ目はまず365日電話対応されているというところで、電話のかかってくる内容的にも結構服薬の相談だったり心配だったりということが多いというアンケート結果もあったのですが、実際先生方のところにかかってくる電話としては、相談と、本当に訪問服薬指導につながっているような件と、どれくらいの割合でしょうか。

○田中参考人 これもデータを出しているわけではないのですが、施設においては半数以

上が臨時対応、まさに出動するというケースが多いです。ただ、出ているお薬に対して、例えば頓服薬に対して、これは飲んでいいのでしょうかとか、例えば先生方に少し聞きづらいなという内容を薬局のほうに御連絡いただくといった内容もあります。

○磯崎構成員　ありがとうございます。どうしても施設の方は心配が多くて、あるあるだと思えるのですけれども、どうしてもすぐに電話がかかってきてしまうとかという御苦勞があると思います。ありがとうございます。

あと、処方箋の枚数のことなのですからけれども、居宅の枚数と施設の枚数、あと外来も時々あると思うのですが、大体割合はどれくらいでしょうか。

○田中参考人　私たちは、施設が7割で個宅が2割、外来が1割といったぐらいの割合です。店舗によって異なるのですけれども、外来をメインで受けている店舗もあるのですが、グループ全体で言うとそのぐらいの割合です。

○磯崎構成員　ありがとうございます。というのは、外来だとどうしてもその場ですぐに調剤して、すぐ渡さなければいけないというプレッシャーが薬剤師の先生方にすごくかかってくると思うのですけれども、非常にうまく効率的にやられているので、施設だと処方が出てから持って行くまでのタイムラグが少しあって、用意するのがやりやすいのではないかなとちらっと聞いたことがあったので質問させていただきました。

今、佐々木参考人にしても田中参考人にしても、非常に先進的な取組を見せていただいて、我々のこれからの目標になるのかなと思っております。

ただ、一方でまだまだそこまでは追いついていない、医療のメインとしてはまだそこまですでなかなが行っていないところが多いので、先生方は目標にして、これから医療の面も薬薬局の面もそっちのベクトルを向いていったらいいのかなと思って、本日は感心したところです。ありがとうございます。

○田中参考人　1つ補足で、確かに施設は集団生活の場ですので、磯崎構成員がおっしゃるように効率はいいです。ただ、先ほど施設在宅で申し上げたように、いろいろなシステム連携ですとか、あと最近では介護施設も介護依存度が高くなってきている、介護度が高くなっているというところで、薬局に対しての負担が非常にこの15年間で高くなってきているという印象もあるので、必ずしもどちらが効率的で楽なのかそうではないのかという議論は一概にはしづらいのかなとも感じております。

○太田座長　よろしいでしょうか。それでは、三澤構成員、お願いいたします。

○三澤構成員　田中参考人、ありがとうございます。私からは簡単な質問なのですけれども、私は初めて先生方のような薬局があるということを知りまして、先生方は戦略的にいわゆる出動薬局を運営されているということだと思うのですが、少し失礼なことを聞くかもしれませんが、この業態というかこの薬局業務だけで経済的に成立しているのですか。

なぜ私はそれを聞いているかというと、先ほど給食もやっているとか、いろいろなことをやっていて、トータルで成功していて、その中の一つが出動薬局業務ということなのか

と思いました。それとも、これだけで成立し得るようなことであれば、診療報酬も含めて、制度上どうなのかということを聞きたいなと思いました。

○田中参考人 三澤先生、御質問ありがとうございます。

まず、冒頭の戦略的にやっているかどうかというところなのですがけれども、我々も何も知らなかった15年前から必死にやっていたからこうなっただけで、戦略的にはもともとやっておられません。ただ、在宅医療はマンパワーも工数もかかりますし、非常に夜間対応でその人件費もかかるので、正直かなり厳しいですけれども、もちろんマイナスではないです。何とか対応しています。

我々、給食会社や栄養士も抱えているのは実は別の理由でございまして、介護ですとか、いわゆる患者様が抱える悩みとして、栄養ですとかフレイルの問題が非常に大きいというところから、これは在宅に特化した薬局としてそういった事業もやらなければいけないと。介護施設さんですとか地域から食の悩みというのを非常によく聞いたことから我々は始めたので、どちらかという受入側が必要としているというところを感じて、給食会社は約6年前に立ち上げたところでございます。

○太田座長 よろしいでしょうか。それでは、落合構成員。

○落合構成員 御説明いただきましてどうもありがとうございます。非常に精力的に御活動をされているということで、一方で、なかなかそこまでのレベルで動くことは一般的には難しいところまで御対応されているとお伺いしております。この検討会自体が制度的にどうするかという検討ということもありますので、そうすると、御発表いただいた中で夜間・休日訪問に対する評価がない、といったような点は明確に課題であるということは御指摘いただいていると思います。しかしながら、さらにいろいろな方が対応していただくという観点でいったときに、例えば地域支援体制加算の見直しであったり、情報周知であったり、そういったものをどうするかをこの後も検討していくことがあるのだと思います。御説明いただいた中で、例えば近隣の薬局との連携であったり、そういった具体的な業務における連携の強化であったりも御提言いただいているように思います。特にどういう仕組みが今のところ足りていないのか、加算や情報発信、夜間・休日の評価だけでも足りないのではという気もしますが、そこでお感じになっているところをぜひお伺いしたいと思います。

○田中参考人 御質問ありがとうございます。まず、制度的にどうするかというところが今回この検討会の一つの大きな命題でもあると思うのですがけれども、今回の診療報酬、調剤報酬の改定で、在宅とかにおける様々な加算やかかりつけの要件から24時間対応するという文言をなくしたと伺っております。なので、これは逆に先ほど佐々木参考人もおっしゃっていたように、在支診のような在宅医療にある程度特化した薬局というところの存在が必要なのかなとは考えるところではあります。

ただ、我々が異質であることも一方で理解しているところではあるので、そこはどういった形で制度的につくっていくのか、地域支援体制加算も非常に重要な、在宅の項目がか

なり多いので、そういったところを積極的に目指していく薬局が増えるような後押しですとか、もちろん先ほど来から出ている時間外の対応、ただ、私も時間外の対応が制度設計上、点数で補填されたからといって、皆が在宅医療を進めるかというところとはまた完全に一致するものではないとも思っているのです。ただ、一方で、15年前からやってきている中で、大分在宅医療がフォーカスされてきているのも事実で、じっくりじっくりそこをやらないといけない。また、そこに着手しなければ、言い方はあれですけども、外来の患者さんが減っていく中で、在宅医療のサービスを充実させた薬局を地域で展開しなければ、地域の中で必要とされないと思っている薬局さん、薬剤師も多いと思うので、そこは制度設計でどこを突けばそういった薬局がもっと活発的に在宅に行けるのかというところを皆さんで議論できればいいのかなと思っております。

○太田座長 よろしいでしょうか。それでは、飯島構成員、お願いいたします。

○飯島構成員 すみません、手短に。上田市の飯島です。

大変勉強になりました。資料4の中で②カンファレンスと書いてあるのですが、私も在宅で個人、施設を持っているのですが、事前カンファレンスは非常に重要だと僕も思っております。その中で、先生のところで在宅の施設と個人が7対2というところで、先ほど磯崎構成員の御質問であったのですが、個人と施設の事前カンファレンスの割合とか頻度について教えていただけると助かります。

○田中参考人 これも感覚的なものでしかないのですが、施設はかなりの割合でカンファレンスを行っています。なぜならば、ドクター、看護師、薬剤師、また多職種の方々がその場にいるという人的環境がそろっているのも、そういった意味ではいつでもできるというところで、多くできているということです。

ただ、個人宅に関しては、定期的に行うカンファレンスというところにこちらが参加をするというところとか、あとはカンファレンスというよりもケアマネジャーさんや訪問看護の方々とこちらからお電話をして情報共有するとか、あと患家にあるメモに書いていくとか非常にアナログなものですので、今回、医科のほうで在宅の在宅医療情報連携加算ができたので、あれは恐らくカルテに記載している内容の一部をクラウドに上げて、多職種が見られるというのですが、ようやくそういう形になったなというところで、ドクターの情報を有効的に、有益に活用できるという制度設計ができたので、そこでこちら情報収集して連携しやすくなるのかなという理解でいます。

○飯島構成員 ありがとうございます。

○太田座長 では、最後に藤井構成員、お願いいたします。

○藤井構成員 ありがとうございます。本日はご発表ありがとうございます。

幾つか御質問させていただきたいのですが、まず1つは、セントラル薬局グループ様の中では、基本的に同一法人内であっても薬局連携というのは今はされていないということでしょうか。

○田中参考人 同一法人内で行っております。

○藤井構成員 その際、いわゆる先ほどから出ているような調剤報酬、この辺りの患者様の契約とかをどんな感じでやっていらっしゃるのだろうかというのが1つと、もう一つ、夜間は出動体制で今のところはサポートができていているということなのですが、それこそ佐々木参考人のところのように夜勤対応まではせずとも今のところは対応として過不足がないのかというところをお伺いしたいと思います。

もう一つ、少し論点がずれるのですが、栄養相談に関してもサービスをされているということで、給食とかお弁当を売るというところではフィーが取れるのかと思うのですが、管理栄養士の方が薬局の立場で施設に行って、管理的な、栄養的なサポートをしたときには、今は残念ながらそういった報酬がついていないかとは思っているのですが、この辺りのところはあくまでもサービスとしてやっていらっしゃるというところでしょうか。

○田中参考人 御質問ありがとうございます。

3番目の給食のほうからお答えさせていただきますと、まさに給食会社での管理栄養士の雇用ですので、給食会社の手出しというところで吸収しているところでございます。

あと、同一法人内の報酬、我々も同一法人内連携という形、居宅療養管理指導の同意、重要説明事項のところには記載しているのですが、基本的には単独店舗で対応できているというのが現状です。というのも、先ほどスライドで御説明させていただいたように、1店舗でセカンドないしサードコールまで持っているので、輪番の薬剤師とエリアをまたいで対応する薬剤師が全店舗に登録をされていて、その者たちが必死に、私も最初は当然それを対応していたのですが、店舗の薬剤師が対応できない場合は、エリアをまたいだ薬剤師がそこを対応するといった形で何とか輪番制を敷いているというところでございます。

あと、我々は夜勤という勤務状況を実は取ってはおりません。なので、コールを持ってもらうというところで薬剤師に対応してもらっているのも、まさにグループ内で有志でその人材を集めているというところですので、先ほど来から皆様方で一番多く出ているやる気というところを、非常にこういった検討会ではふさわしくない、気合いでやっているというのが現状です。

○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。田中参考人、本当に貴重な御発表どうもありがとうございました。お二方の参考人の御発表で、非常に質問が活気づきまして、時間が押しておりますが、もし可能であれば引き続きお二方に御出席いただいて、構成員からの質問がありましたら御対応いただければ幸いです。よろしく願いいたします。時間もありますので、次に移りたいと思います。続きまして、事務局から資料4についての説明をお願いします。

○総務課課長補佐 それでは、資料4を御覧ください。「薬局による夜間・休日対応（外来・在宅）」でございます。

初めに「外来患者への夜間・休日対応」ということで、3ページを御覧ください。

こちらは前回の検討会でお示しした夜間・休日の調剤について考えられる状況をまとめ

たものでございます。上の図の場合ですと、連携している薬局が対応するという事になっておりまして、下の図のような場合に、薬局を探すというような対応になると考えられます。

スライド4を御覧ください。外来患者への夜間・休日対応についてこれまでに得られた主な意見をまとめたものでございます。

1点目、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です。

休日夜間の対応が要件となっている薬局については、その要件遵守について実態調査が必要ではないかという御意見、24時間対応について、個々の薬局でどこまで対応できるのか考えるべきではないか、行政が輪番体制を仕切り、地域薬剤師会に協力を求めることがよい、監視の目も構築されるなどの御意見がございました。

また、2点目、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・広報についてですが、薬局機能情報提供制度や地域薬剤師会による周知・広報の推進などに関する御意見がここに記載のとおりございました。

5ページを御覧ください。前回の検討会でも少し触れさせていただきましたが、令和6年度診療報酬改定におきまして、地域支援体制加算の施設基準の要件として、休日・夜間の開局時間外の調剤、在宅業務に対応できる体制に加えまして、新たにそういった体制の周知が追加されております。

6ページを御覧ください。その具体的な要件をお示ししております。周知についてですが、自局及び同一グループで十分に対応することだけではなく、それに加え、地域の行政機関または薬剤師会等を通じて十分に行っているということを求めているものでございます。地域薬剤師会によっては既に対応しているところもございまして、そのイメージを下部に掲載しております。

7ページです。こちらは行政機関による夜間・休日対応薬局の広報についてでございます。行政機関によっては、広報紙やホームページにおいて休日対応の薬局の情報を掲載しているといった対応が既になされているところでございます。

8ページを御覧ください。こちらは地域における薬局による外来患者への夜間・休日対応について、これまでの御意見を踏まえ、検討会の意見としてまとめたものでございます。

夜間・休日対応の体制・周知方法についてということで、初期救急医療の観点からは、当番医との連携が必要であり、地域ごとに必要な体制が整備されていると認識されます。

地域薬剤師会を中心に夜間・休日対応体制の構築等が進められていますが、地域の医療資源を有効に活用する観点から、その体制構築に当たっては、地域薬剤師会非会員の薬局も含めた対応が必要であり、行政機関がしっかり関与して、地域住民への広報・周知を行う必要がある。

一方で、実際に夜間・休日対応を実施しているという薬局は数多く存在しておりますので、令和6年度診療報酬改定におきまして、地域支援体制加算の施設基準として、夜間・休日の調剤・相談応需対応の体制の構築に加えて、新たにその体制についての周知が求め

られることとなりました。

薬局機能情報提供制度でも夜間・休日の対応薬局が検索できるようになりますので、こうした制度の周知を図るべきである。

また、その他といたしまして、患者・住民に、薬局は探す対象という意識を持っていたくことが必要であるということや、薬局の機能を可視化し、国民が主体的に薬局を選択できるような環境整備に力を入れていただきたい、患者がより適切な情報に接することができる効果的な情報発信の方法の検討が必要との御意見がございまして、厚生労働省におきましては、これらの課題についても今後検討していくべきであるということです。

外来の夜間・休日対応については以上となります。

続きまして、「在宅医療における夜間・休日対応」でございます。

10ページを御覧ください。こちらは在宅医療における夜間・休日対応についてこれまでに得られた主な意見をまとめたものでございます。

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について、緊急性が高いのは資料に記載のような御意見がございました。

また、在宅患者への夜間・休日対応体制の構築につきましては、関係者の連携やその状況に関する意見がございました。

また、在宅で普段対応している薬局が対応できないような場合に、対応できる薬局があれば地域にとってよいのではないかという御意見や、薬局の在宅機能の周知等に関する御意見があったところでございます。

11ページ目は、前回もお示ししておりますが、在宅医療における流れでございます。

在宅医療におきましては、薬局に訪問の指示が出る場合と出ていない場合がございまして、後者の場合は、薬局においては通常の外来患者への対応と同様になります。

12ページを御覧ください。こちらは診療報酬において薬局が訪問して必要な対応を実施した場合に算定できる在宅患者訪問薬剤管理指導料などの概要となります。

在宅患者訪問薬剤管理指導料につきましては、医師の指示に基づきまして薬学的管理指導計画を策定し、計画に基づいて訪問し、必要な対応、服薬管理等を実施した後、その結果について文書で報告した場合に、最大月4回まで算定可能となります。

なお、末期の悪性腫瘍の患者等の場合は週2回、月8回まで算定可能となりまして、特に今回の令和6年度診療報酬改定におきましては、注射による麻薬の投与の患者につきましてもその対象として追加されております。

また、右側に緊急時の計画外の訪問の場合の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料についてお示ししております。こちらにつきまして、令和6年度診療報酬改定におきまして、末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者に対して、時間外、夜間・休日等に訪問した場合の加算が新たに設定されています。

13ページを御覧ください。こちらは介護報酬における居宅療養管理指導費の概要となります。先ほどの医療保険の場合と同様に、医師の指示に基づいて計画を策定し、訪問指導

等を行い、文書で報告した場合に、こちらの点数を算定できるものでございます。介護保険におきましては、基本的には緊急事業の点数はございません。

続きまして、14ページを御覧ください。在宅・施設の患者に訪問する場合の診療報酬等の評価をまとめたものでございます。在宅や施設の患者においては、定期的な訪問など通常時の訪問薬剤管理指導のほか、患者の急変等に伴い医師の求めにより緊急的に行う訪問薬剤管理指導の対応などが実施されておりますが、基本的に施設の患者に対しては緊急時の対応の評価がないというものでございます。

続きまして、15ページを御覧ください。こちらは高齢者施設等の各施設類型における薬剤管理の状況と、それを実施した場合の調剤報酬等を管理したものでございます。一番右側のサ高住等の住居と同じような扱いとなる施設につきましては、訪問薬剤管理指導を実施した場合に、医療保険ないし介護保険の訪問の点数を算定することになりますが、それ以外の施設につきましては、特養の末期の悪性腫瘍の患者への対応など、一部例外はございますけれども、基本的には外来患者への対応と同等の点数を算定するということとなっております。

16ページを御覧ください。薬局薬剤師による在宅対応などをまとめたものとなります。

患者の属性ごとに必要な対応等は異なっておりまして、例えば末期の悪性腫瘍等の患者につきましては疼痛コントロールへの対応が必要となるなど、患者の状況等に応じて薬局の対応及びそれに基づく必要な機能は異なっているということが分かります。

17ページを御覧ください。こちらは、令和6年度診療報酬改定において、在宅対応に係る体制の評価として新たに在宅薬学総合体制加算が設定されました。この加算の施設基準におきましては、開局時間外における対応に加えまして、先ほど説明した地域支援体制加算と同様に、在宅業務の実施体制に係る地域への周知といったことも要件となっております。したがって、地域の行政機関または薬剤師会等を通じた薬局の在宅機能に対する周知というものが要件となっているところでございます。

また、加算1と2に分かれておりまして、加算2の要件といたしまして、加算1の要件を満たした上で、開局時間の調剤応需体制として2名以上の保険薬剤師が勤務していることや、ターミナルケア患者または小児在宅患者へ対応できる体制といったものが求められているものでございます。

18ページを御覧ください。こちらは日本保険薬局協会によるアンケート調査の結果となります。薬局と訪問看護ステーションの連携状況を調査した結果となります。

多くの薬局におきまして、訪問看護ステーションとの連携の経験がありますが、在宅を実施していると考えられる認定薬局等におきましても、必ずしも全ての薬局でその経験があるわけではないといったことが見てとれるものでございます。

19ページ目を御覧ください。こちらは前回も御説明した厚生労働科学研究の概要となります。在宅の実態把握のための調査を実施しているものでございます。現在、その集計を行っているところでございますので、次回以降の本検討会におきまして、その結果につき

ましてお示しさせていただくこととしております。

20ページを御覧ください。在宅医療における薬剤提供に関する今後の検討について、これまでの本検討会での意見を踏まえると、在宅医療における夜間・休日対応、特に臨時の調剤対応につきましては、医師、薬剤師、看護師等による連携体制の構築というものが重要であるが、連携している薬局においてどうしても対応できない場合の受皿となる薬局が地域にあることが望ましいのではないかと思います。

これにつきましては、輪番なのか、もしくは薬局がきちんと代替りの薬局を指定しておくのがいいのかといった対応が考えられます。

また、地域の薬局の対応状況と提供可能な設備や人について、患者や関係者への周知・広報が必要であり、外来患者への夜間・休日対応と同様に、周知につきましては同様の対応が必要なのではないかということを考えております。

また、個別の状況等を踏まえて、さらなる対応が必要かといったことも含め検討が必要ではないかということだと考えております。資料4の説明につきまして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、薬局による夜間・休日対応、外来・在宅があるわけですが、これらについて、次の2点についてまとめて御意見をいただければと思います。

まず1点目は、地域における薬局による外来への夜間・休日対応についてのまとめ、2点目は、在宅医療における薬剤提供に関する今後の検討についてです。

それでは、これらについて御意見をお伺いできますでしょうか。藤井構成員。

○藤井構成員 ありがとうございます。

まず、4ページ目の外来患者への夜間・休日のところの論点でございます。2番目の夜間・休日の調剤対応・相談応需体制の周知・広報の1番目のポツなのですが、閲覧率という形で私も前回発言してしまったような気がしたのですが、母数がない中では、率というよりはまず閲覧数のほうで検証をしていただき、そもそも数がどのぐらい、どういう取組によってその数が動いてくるかなどというところでまずは検証されてはいかがでしょうかということで、御提案をさせていただきます。フォームの統一、もしくはそれこそマップがあるほうが閲覧数がすごく上がっているということであれば、やはり患者様にとってそれが必要な情報であり、見やすいというようなことの確証にもなるかと思うので、そういったところで分析をしつつということで、御提案をさせていただきます。

続きまして、8ページ目、休日対応のまとめでございます。こちらに関して幾つかお話しいたしますと、最初のポツ、地域ごとに必要な体制が整備されていると認識ということなのですが、それでもさらに行政機関に主体的に取り組んでいただきたいと思います。やはり個々の薬局、団体では、網羅性というところでは少し欠けるおそれがあるのではないかとということで、整備されているという認識等はあるのですが、行政機関による関わりは継続してほしいというところです。

次のボツでございます。こちら是非会員というところがどうしてもキーワードとして出てきますので、薬局は許認可事業でございます。ですので、やはり行政機関がしっかり関与してというところでは、許可業者全体、許可されている薬局全体に、行政より声かけできる仕組みというのをも併せてやっていくことで、その次のボツも一緒です。夜間・休日の調剤体制、こういったものも、非会員であっても行政機関からも働きかけがあって、抜け漏れがないような体制が取れるというのが必要かと思っておりますので、御意見申し上げます。

あとは保健所から地域の住民の方に広報紙なども出ておりますので、そういったことを活用していただくというのにも手段としてはあるのかなということで御提案させていただきます。在宅のほうも続けてお話ししてしまってよろしいですか。

○太田座長 それでは、お願いします。

○藤井構成員 申し訳ありません、続けて10ページ目のところ、今までの意見ということで、緊急性が高いのは、疼痛緩和に係る薬剤や、ターミナルケアの患者様に対する点滴ということですが、本日もお話があったように、上記例だけではなく、翌日では患者様への対応に支障を来す事例がないだろうかというところは、もう少し集めていただいて、検討の俎上にのせていただけるとよいのではないかと思います。

その次の在宅患者の夜間の論点のほうに移らせていただきますけれども、訪問看護ステーションと薬局は連携しているということなのですが、先ほどのアンケートにもあるように、なかなか連携できていないというところもあるので、この辺り、もう少し事例を収集しながら、ではどういうふうにしていくとより緊密にできるのかというところは調べていく必要があると思っております。

その下、ずっと下がりました、在宅で普段対応している薬局が対応できない場合に対応できる薬局があれば地域にとってよいのではないかと思います。患者様の情報をどう共有できるかという仕組みづくりが必要であると思っております。ですので、やはりここも課題の抽出と、あともう一つは先ほど田中参考人のところで御質問させていただいたのですが、調剤報酬の辺り、連携しているときの報酬の在り方というところももう少し整理をしておく。メインで受けるのは当然普段受けている薬局ではあるのだけれども、緊急時に別の薬局が対応したときに、その辺の報酬をどう整理しながら、お互いを算定する、しないというところも整理が必要だと思っております。

その下の訪問看護師の皆様が薬局の状況を確認できるようになればということなのですが、今ある薬局機能情報提供制度の中で、逆に看護師の先生方が求める情報に抜け漏れがないかどうかというのをも一度確認をさせていただきながら整理をしていくというのにも必要ではないかということで、御意見申し上げます。

もう一つ、この論点の中に入っていない状況で申し訳ないのですが、第1回目のときに申し上げた、保険医の先生が投与することができる注射薬に含まれないために院外処方することができないお薬があるというお話をさせていただいて、別のところで議論をされて

いて、そこも今、整理をされているという話は安部先生にお伺いしたのですが、できればもしそこも今こういった形で整理されていて、薬局として在宅の中でもう少しできる幅が広がるという情報があれば、一緒にいただけると機能としてこういった部分でも強化されるよというのが共有できるので、非常にありがたいと思っておりますので、ぜひその辺もお願いできればと思います。ありがとうございました。

○太田座長 ありがとうございます。事務局から何か、もしあれば。

○総務課課長補佐 御意見ありがとうございます。

まず、夜間・休日対応の体制について、行政機関の関与が重要というのはおっしゃっておりだと思います。どこまでできるのかといったことについては、行政機関側の事情というのもございますので、そこにつきましては検討が必要と考えますけれども、御意見としては当然重要というところにつきましては我々も同じように考えているところでございます。

また、事例につきましては、個別の事例を厚労科研でも集めておりますので、それは緊急な対応が必要な場合もそうですし、連携のところについてどこまで見られるか少し分かりませんけれども、そういったところも見ることができればお示しさせていただければと考えているところでございます。

また、連携というか受皿につきましては、患者の情報の共有をどうするのかというところはおっしゃっており課題だと思いますし、そういった意味では、地域全体で輪番というよりは、それぞれの薬局において対応されるというほうがもしかしたらやりやすいのかなと考えられるのかなと思いました。

連携している場合の報酬につきましては、整理自体は多分されているはずなのですが、この場ですぐにお答えできないのですが、現状につきまして、次回以降お示しさせていただければと考えております。

また、併せて保険医が投与できる、外来で薬局から出してもらった薬に入らないようなお薬の一部も薬局側で対応されているようなケース、医師に渡して、医師から投与するというようなケースがあるというところ自体は認識しておりますので、その辺の状況につきましても少し整理して御紹介させていただければと考えております。以上でございます。

○太田座長 よろしいでしょうか。それでは、山口構成員、お願いします。

○山口構成員 ありがとうございます。

まず、外来患者への夜間・休日対応ですけれども、今回、診療報酬の中できちんと夜間・休日対応しているところを施設基準の中で周知することになったということで、比較的外来のほうが夜間・休日対応を求める患者は少ないのではないかなと思うのです。そうだとすれば、探したい人が探せる環境をしっかりとつくっていくことが大事だと思いますので、地域の薬剤師会に対して、それはうちがやりますと挙手することを公表するということは仕組みとしてはいいと思うのですが、そもそも国民がそういったことを公表されていることを知らないと探したくても探せませんので、ぜひ厚労省から都道府県と各薬剤師会が組

むなどして、住民に対してそういった夜間・休日対応している薬局はここを見ればきちんと分かるのだということをぜひ積極的に周知していただきたいと思います。

もう一つ、在宅の夜間・休日のことですけれども、先ほどからお話を伺っていると、その必要性というものが施設としてはかなり切迫した思いがあって、施設に来てくださっている訪問のドクター達と組んでそういったことを積極的にやっている薬局ということは、積極的に探されているのではないかなという気がしました。

一方、問題だと思うのが、個人在宅の場合の夜間・休日ということで、先ほどからお話を伺っていると、個店でやっている薬局では対応できないように思いました。かといって、輪番制ということで、薬剤師会でというようなことがなかなか成り立っていない現状もあって難しい。飯島構成員のような先進地であっても、実際に少し難しい例だと2店舗しかないということからすると、ほかの地域では輪番を組むというのは、現状では無理かなと思いました。かといって、どこだったらできるかというと、ある程度の規模のチェーンだったら体制が組めるというようなことと、地域によっては体制を組むことも無理だというようなことをお聞きしていると、末期の悪性腫瘍の患者だけではなくて、在宅医療に対しての夜間・休日が体制としてできるような、診療報酬上のシステムや仕組みがないと、各地域によってできる体制は違うのではないかと思います。この地域の中でできるとしたらこういうことができるのではないかと考えるためには、当たり前の体制として組めるような後ろ盾が必要ということを改めて感じました。

○太田座長 事務局から何かコメントありますか。

○薬事企画官 山口先生、ありがとうございます。まず、外来については、確かに報酬で周知の要件がつけましたけれども、地域薬剤師会のホームページは国民の皆様があまり見る機会もないと思いますので、そういったものを見ていただくというだけではなくて、7ページにありますように、高齢の方とかがよく見られる市の広報紙、こういったものに薬局の情報も載せていただくとか、そういう形で行政としっかり連携を取っていただいて、国民の方に薬局の対応も分かるように明示していくといったことを検討したいと考えています。

○山口構成員 ぜひ薬局に行かれた方に、夜間・休日で何か必要になったときに、この地域はこういうところが対応していますというような、薬局から配られるのが一番伝わるのではないかと思いますので、何かそういった方策も考えていただけたらと思います。

○薬事企画官 ありがとうございます。あともう一点、在宅対応に関しては、在宅対応にもかなりレベルがあるものかなと思います。佐々木参考人も飯島先生もおっしゃっていたとおり、単にお薬を出すだけというのと、かなり細かい点までターミナルのケアをしていくということもあるので、そういったことができる薬局がどういった機能だったり、経験だったりを持つ必要があるのかということも少し整理をしながら体制を組んでいく必要があるのかなとも感じております。引き続き、検討させていただければと思います。

○太田座長 よろしいでしょうか。それでは、小林構成員、お願いいたします。

○小林構成員 私からは、薬局間連携についてのお話をさせていただきたいと思います。薬局間連携は、今までのお話の中から非常に必要ではないかと思われるのですが、例えば地域医療構想調整会議のようなところに参加をしていますが、いろいろな意見交換がされた結果、結局はその地域の資源についてよく知るとともに、同職間連携が非常に必要だというお話が各職種の方から出てくるということを経験しておりますので、そのような考え方に立ってみますと、薬局間連携、地域の資源を知っておくことは必要だと感じております。

今進めておりますリスト化の部分ですが、これは地域住民のためのリスト化を目指しているところかと思いますが、それが薬局間連携にも使えるリストとなるよう、ぜひ進めていかれたらいいなと思います。

実際に薬局間連携をどういうふうに進めていくかというところなのですが、薬局に任せておいていいのか、その薬局が周辺の薬局に声かけをして進めていくのかというふうに考えますと、ここの部分も、藤井先生がおっしゃるように、行政機関に絡んでいただいて、例えばもう少し具体的な方策を示していただいて、連携するエリアとか単位を地域包括支援センターごとのエリアであらかじめ連携できるような体制をつくっておくようにするとか、患者さんの情報共有をどのようにしたらいいとか、または在宅の介護保険を使っている患者さんの場合ですと契約が必要になってまいりますので、その契約書の中にこういった文言を盛り込んだらいいのかということも含めて、あらかじめ体制構築をしておく必要もあるのではないかと考えます。以上です。

○太田座長 ありがとうございます。それでは、落合構成員からお願いいたします。

○落合構成員 ありがとうございます。

私もまず夜間・休日対応からですが、薬局の情報周知に関する点はまだ課題があるところではあると思っております。ホームページだけでは難しいということもあり、それはおっしゃるとおりかと思いますが。その一方で、ホームページなどで開示されていたりすること自体は、何らかの形で検索したり、ほかの方が引用したりするという形で御紹介いただくことにもつながると思います。そういった意味では、きちんと検索したときに引っかかってくるような発信がされている、ということは重要だと思います。先ほど事務局から御説明があったような、広報紙もあると思うのですが、例えば民間であっても薬局であったりですか、もしくは佐々木参考人みたいにいろいろ対応されている医師の先生から御紹介いただいてもいいということだと思います。そういう意味では、公のほうも非常にいいことだと思うのですが、そういう情報自体はそのほかの専門職種だったり、普段こういった対応に関われる可能性があるような方からも、いろいろな方向から情報が提供されて、必要があれば検索で見たりもできるというような、ある程度重複が出てしまう部分もあると思いますが、そういう重層的な対応が適切なのではないかと思います。

2点目としましては、連携の範囲ということで、8ページのポツの中で薬剤師会の非会員の薬局も含めた対応が必要ということで、この部分はもちろん薬剤師に関するリソース

は全般的にということだと思います。また、一方で、本日佐々木参考人の御意見なども伺いますと、場合によっては薬剤師だけではなく、訪問看護ステーションや医師の先生方との連携というところもあるのだと思います。必須要件にまでするべきなのかどうかはあると思うのですが、そういったところも連携して、一緒に見ていただいて、カバーできると思いますか、みんなでケアをしていくというときだと思うので、情報発信はこの部局だからここだけという形にしないで、なるべく一覧性があるような形で取り組んでいただくといいかと思います。

後段のほうに参りまして、在宅医療における対応の部分です。1つ、佐々木参考人と先ほど議論させていただいた点と重複しますが、11ページの2番目の在宅患者への医療提供の流れということで、訪問薬剤管理の指示なしということでも出てくるような場面があります。これが必要になるような場面というのを、改めてそこで気づかれるような点があれば御指摘いただけるといいかなと思います。

2点目としましては、これは必ずしも佐々木参考人への御質問というわけではないですが、後段の取りまとめの部分に、先ほども御議論がありましたが薬剤師間、薬局間での連携ということもあろうかと思います。資料の中でも例えば18ページ、19ページなどにも書いておいていただいています。訪問看護ステーションと薬局の連携も非常に重要ということだと思いますし、その中でどう役割分担をしていけるのかを併せて考えていくことも重要ではないかと思います。

最後に、この点は前段の部分と共通だとは思いますが、情報連携自体をしっかり進めていく必要があるというのは職種をまたがってということだと思います。また、実際のケアの記録の連携についても、先ほども御指摘がありましたが情報連携をして、なるべく多職種でしっかり情報を連携して、できる限り質のよい情報に基づいて御判断いただくほうがよい結果につながるのではないかと思います。そちらとの関連性ということも、情報システムの連携自体はこの検討会ではないのかもしれませんが、そちらとも連携していただけるといい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。佐々木参考人から御質問あるいは今の質問に対する答えがありましたらお願いします。

○佐々木参考人 ありがとうございます。私も意見を言わせていただこうと思っていたので、重ねて今回の回答も含めてお話をさせていただくと、11ページの在宅患者への医療提供の流れの中で、薬局への訪問服薬指導の管理の指示はないのだけれども、御家族が今日是对応できないとか、あるいはここから先はやはり訪問でお願いしたいよねというような場合が生じることがあります。そのような場合には、1回だったら行ってあげてもいいと言って来てくださる薬剤師の先生もいらっしゃる、やはり難しいのでというので、それを機にかかりつけの薬局を変更になるというケースもあります。その場合、こちらでそれぞれの薬局機能を把握した中で、患者さんにその中で選んでいただくといったことをやっています。

薬局の機能をWebサイト等で共有して、患者さんが自分で選べるようにという話なのですけれども、ただ、薬剤師さんのお仕事というのは基本的には調剤の場合には、医師の処方箋があってそこから先で発生するものなので、我々は、患者さんから、この薬、どこに行ったらありますかとか、訪問してくれる先生いますかとか、夜間来てくれる先生いますかと質問されるので、私たちのほうから情報提供するというのが恐らく流れとしては一番スムーズなのだろうと思います。

そのときに、我々は自分たちの地域の生のデータは知っているので、お勧めしてはいけないのだと思いますけれども、何となく情報提供は一応させていただいているのと、あとは薬局のWebサイトの中にはアップデートされていないものが結構あって、土曜日やっているはずなのにつながらないとかが結構あるのです。今回、コロナ禍でいろいろ我々も苦労しました。ですので、信頼できる情報源というのはまず一つ必要なのと、医療機関を経由した情報提供という形の流れが一つあっていいのではないかと考えています。

その延長線上で3つほど御意見を言わせていただきたいと思います。1つは老人ホームへの配薬を考えていただけないかというもののなのです。先ほど田中参考人のほうから、緊急服薬指導、緊急訪問の大部分が老人ホームだという話があったと思いますけれども、実は私の経験上、15年ぐらい前までは結構老人ホームには薬を置いていました。どういう立てつけで置いていたのか分からないのですけれども、抗菌薬もあれば解熱鎮痛剤も置かれていて、取りあえずカロナールを飲ませてと言って飲んでもらって、後からその人の処方箋に薬を足して、その薬をそこに補充すると。常に1週間分ずつぐらい、20~30種類の薬、外用薬も含めて各施設に配置されていたと記憶しています。

ただ、法令的に具合が悪いのではないかという話になり、ある時期突然姿を消しました。ただ、それまでは何となく暗黙の了解というか、ここでもう時間がたったので申し上げてしまいますけれども、そういうことがされていた。でも、それは大変よかったと思います。患者さんはすぐにその薬が使えたし、使った分だけ処方箋でその人の院外処方という形で補充がされていくので、とてもよかったと思うのです。

そういう仕組みをもし老人ホームで公的な枠組みの中で許してもらえるのであれば、薬剤師さんが夜中に薬を届けに行くだけ、あるいは日曜日に薬を届けに行くだけという仕事は大分減るのではないかと思います。これをどういう立てつけでやれるのかは少し分かりませんが、ぜひ検討していただきたいというのが1つあります。

もう一つは、ここでへき地・離島で仕事をしていらっしゃる実務家の方は多分いらっしゃると思うのですけれども、へき地・離島は本当にリソースが限られています。薬剤師さんが1人しかいない地域もあるし、薬剤師さんは週末と日曜日、夜間は電話がつながらないという地域もあります。夜分はつながるのですけれども、とは言っても非常にリソースが限られた地域で、そこに1人しかいない、俺が倒れたら駄目だという緊張感の中で、その人の体力とやる気と善意だけに依存をしてそういった医療提供が行われているというのは非常に危ういと思うのです。もしこの人が駄目になってしまったときどうしようとい

うセカンドラインを、緊急避難的に緊急医療に準じた形で許可していただきたい。それはもしかするともう少し豊富なリソースとして存在する訪問看護ステーションかもしれないし、それは分かりません。老人ホームかもしれない。ただ、そこに行けば薬剤にアクセスできるというのが一つであれば、少なくとも金曜日の夜から月曜日の朝まで熱や痛みを我慢するということはないと思うのです。そのため、ぜひ薬局・薬剤師しか薬は触れないという厳格なルールではなくて、緊急時はこういうこともあり得るのだというようなルールをぜひつくっていただきたいと思っています。

そして最後ですけれども、在宅緩和ケアです。薬物のデリバリーに大きく依存します。薬が届けられないとなかなか難しい。PCAポンプを私たちは院内に持っていますけれども、足りなくなると地域の薬局さんからレンタルします。それもなくなってしまうとなかなか厳しいです。今、在宅でみとりをしましょうということで頑張っ、高齢者のみとりは大分できるのですけれども、がんの患者さんたち、まだみとれていないのです。7割の方はがんの患者さん、自宅で過ごしたいと言っているけれども、自宅で最期を過ごせる人は2割未満なのです。では、家に帰った人はハッピーなのかというと、国立がんセンターの研究によると、3割の人が亡くなる1か月前、かなりの痛みを耐えていた。これは家に帰ってきてても痛かったらしょうがないではないかというのがあるのです。きちんと家に帰れるという選択があって、帰ってきたら痛みなく過ごせるという状況がつかれる、そのためには薬局の機能はとても重要だと思うのです。

今、在宅医療に関しては、在宅緩和ケア充実診療所加算という加算があって、高度な在宅医療、在宅緩和ケアが提供できる医療機関が加点できます。今回、在宅薬学総合体制加算とつくっていただいているのですけれども、条件がかなり緩く、点数も少し安いと私は思っています。多分、皆さんの地域でもそうだと思いますけれども、がん患者さんたちにモルヒネとか、あるいは様々な麻薬を、これあります、あれあります、必要なものがぱっと出てきて、麻薬の注射液も含めて出てきて、リアルタイムに提供できる薬局は本当に限られているので、それぞれの地域で在宅緩和ケアを担っている薬局にがんの患者さんたちは一定集中していると思います。その集中している薬局は夜な夜な呼ばれるため結構大変なのです。もちろん体制を整備していくのですけれども、そんな中で薬の無駄も生じるし、クリーンベンチとかいろいろなものをつくらなければいけないです。こういった投資に対して見合った報酬が必要だと思うのです。

そのため、がん患者さんたち、何となく頑張ればできるではなくて、がっちりみていますというところを評価する仕組み、それから、何となく在宅医療の研修を受けていますではなくて、きちんとした学会、緩和医療薬学会とか、そういったところではきちんとした認定薬剤師を育成しているので、そういったものを例えば評価の指標にするとか、きちんとした緩和薬学が提供できる体制をつくることができれば、がん患者さんたちの選択肢は本当に広く広がるのだと思うのです。薬剤のデリバリーがとても重要です。本当にしつこいのですけれども、老人ホームでの配置薬は昔こっそりやっていたのですけれども、あれ

を公に認めてもらえないでしょうか。それから、薬剤師さんの数が本当に少ないところで、もし薬剤師さんが動けなくなったときに、薬の供給がストップするということがないように、そこは緊急時対応ということができるような体制ができないか。それから、ぜひ在宅緩和ケア充実診療所ならぬ在宅緩和ケア充実薬局みたいな評価の仕組みをぜひつくっていただきたいと思っています。

○太田座長　ありがとうございます。それでは、宮川構成員。

○宮川構成員　宮川です。今佐々木参考人から、施設でお薬を置いていたというお話がありました。前提として、昔は近くの医者が診ていたのですが、今は落下傘のように他都道府県から往診に来たり、施設の医者になっています。そのため、継続的な管理もできませんし、それから施設の方も、看取りも含めて、施設の介護の方、看護師の方、慣れていることがありますので危ないです。ですから、先ほど申し上げたように施設に入っても最終的には病院で亡くなられるのは今でも同じです。結局は救急に頼らざるを得ないということです。最後の看取りのところは、施設側が病院で診てもらってくださいと言って、施設から追い出されるということは多くあります。ですから、昔は近くの医者がすぐさま施設やホームへ行って診ていた、そのような施設がたくさんありました。ところが今はそのような形で、医師が落下傘になれば、当然責任もとれないし、施設の介護する方、看護師の方も、熟練した方がその施設の中にいらっしゃらないので対応できない。終の棲家に入ったと思ったところが、結局最後は病院に搬送されるというのが非常に多いです。

実際には、昔は家族介護が非常に多かったので、御家庭でもきちんと看取りができたというところがありますけれども、核家族になってしまって、実際には最終的な患者さんの看取りができないということで、例えばがんの患者さんの場合は、痛みと付き合うことが家族もつらいということで、病院のほうに搬送されます。ましてやもう一つ、痛みに関しては疼痛の薬剤が、米国とはレベルが違います。米国だと複数日に渡って効いてくれるような薬が多々あるのですが、日本ではなかなか認められておりません。そのようなことも含めて、今佐々木参考人がおっしゃったことがなかなか実現できないのだらうとは思いますが。

○太田座長　ありがとうございました。申し訳ございません。本当に私の不手際でもうかなり時間が超過しております。これから、地域における薬局における外来患者への夜間・休日対応についてのまとめに対する御意見がありましたら今ここで伺います。それでは、安部構成員から。

○安部構成員　ありがとうございます。リストの作成に関しましては、現在、47都道府県薬剤師会を通じて700余の地域薬剤師会に依頼をしているということと、日本保険薬局協会さん、それから日本チェーンドラッグストア協会さんにも協力を依頼して、しっかりとリストが作成できるように取り組んでいるところであります。先ほど御指摘があったように、リストがあっても信頼できないようなリストでは困るということでもありますので、しっかりと対応していきたいと思っております。

また、薬局のきめ細かい情報をこれから収集して、住民の皆さん、国民の皆さんにリストを公表していくことになりますけれども、一方で、例えば休日・夜間に初期救急で具合が悪くて医療機関にかかろう、薬局で薬をもらおうというときに、どこを見ればいいのかということについては、本日も自治体の広報について事例を示していただきましたけれども、Webやスマホを使わなくても、紙ベースで広報誌を配っているなど、様々なところでやっています。医療機関、それから薬局の情報が一元的に見られるという好事例は知っていかなければいけないと思いますし、夜間・休日については医政局長通知でしっかり対応するというのも書いてございますので、まさに医療計画の中で夜間・休日の医薬品提供体制をどうするのだ、また、へき地はどうするのだということについては、地域ごとに対応策はそれぞれ違っているわけでありまして、そういったことをきちんと整理して、この検討会で議論していただければと思います。

○太田座長　ありがとうございます。では、磯崎構成員。

○磯崎構成員　外来、在宅、夜間、休日、全部なのですけれども、本日、お二人の先生に本当に今後の方向性、目標を示していただいたと思いました。ただ、お二方はかなりレアケースであって、大部分の外来もやり訪問もやる医療機関や薬局に関してはなかなか適用できないのではないかなと思います。目標だとは思っています。そのため、国全体で薬剤師の在り方を決めるというときには、目標ではありますけれども、今、どうやったら薬剤師の先生が持続可能に働けて、さらに現実に落とし込めるのかというようなことも審議していただければと思った次第です。以上です。

○太田座長　ありがとうございました。何かありますか。よろしいですか。

私の不手際なのですが、時間が超過しております。

本日、地域における薬局による外来患者への夜間・休日対応についてのまとめに関しましては、本日の議論を踏まえまして、本検討会として、まとめに示されていることを踏まえ、事務局に対応を求めたいと思います。それで、このまとめに関しては、これから先、事務局で対応を求めていくということにしたいと思います。

続きまして、「在宅医療における薬剤提供に関する今後の検討でございますが、事務局において本日の御意見を踏まえまして引き続き検討を進めていきたいと思います。

さらに、議題3「地域における薬局・薬剤師のあり方について」は、時間切れとなってしまうして、申し訳ございません。次回の宿題にさせていただこうと思います。大変申し訳ございません。

本日、お二方の参考人の御意見を伺いまして、非常にいろいろ勉強にもなりましたし、これから先の在宅、それから夜間・休日診療に関して、薬剤師における役割、そういうものについて議論が深まったと思います。皆さん、どうもありがとうございました。

それでは、事務局から何かあればよろしくお願いしたいと思います。

○薬事企画官　特にはございません。

本日も、長時間にわたり御議論いただき、ありがとうございました。

次回の日程等については追って御連絡をさせていただきます。以上でございます。

○太田座長 それでは、以上で本日の検討会を終了させていただきます。

本当にありがとうございました。