

第5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5月17日(金)
	15:00～
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 傍聴の皆様にお知らせいたします。傍聴に当たっては、既に御案内しております注意事項をお守りいただきますようお願いいたします。

それでは、定刻になりましたので、オンラインでの出席でまだ入室されていない先生方がいらっしゃると思いますが、ただいまから第5回「薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会」を開催させていただきます。

構成員の皆様方におかれましては、お忙しい中御参加いただきまして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ございます。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等のペーパーレス化を進めているところでございます。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となります。操作等で御不明な点等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。オンラインで参加の構成員におかれましては、発言の際は「挙手ボタン」を押していただいて、指名を受けた後に発言いただきますようお願い申し上げます。

また、最初に本検討会の構成員の出欠状況について報告させていただきます。本日、塚本構成員、花井構成員が御欠席。落合構成員、富田構成員、矢野構成員、山本構成員はオンラインにより御出席いただくこととしております。また、業務の都合によりまして、落合構成員につきましては16時少し過ぎに御退席の予定、矢野構成員は17時で御退席の予定と伺っているところでございます。

また、本日、参考人といたしまして、帝京平成大学薬学部教授の渡邊参考人、一般社団法人青森県薬剤師会専務理事の青柳参考人、一般社団法人愛媛県薬剤師会専務理事の縄田参考人、一般社団法人京都府薬剤師会副会長の渡邊参考人に御出席いただいているところでございます。

最後に資料の確認でございます。お手元のタブレットでございますが、議事次第に示していますが、資料は1から5、資料4については4-1から4-3まで枝番がついております。また、参考資料は1から3がでございます。構成員におかれましては、お手元のタブレットを使って適宜御覧いただければと思います。

冒頭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、以降の議事進行は太田先生をお願いいたします。

○太田座長 それでは、議事に入りたいと思います。最初の議事ですが、「前回の検討会

での意見について」でございます。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ございます。議題は2つありまして、「地域における薬局・薬剤師のあり方について」「薬局による夜間・休日対応（外来・在宅）」について、それぞれ御意見をまとめて掲載しております。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、補足あるいは御意見等ございましたら、手短かにお願いしたいと思います。藤井構成員、お願いします。

○藤井構成員 よろしくをお願いいたします。藤井です。

28番目の専門医療機関連携薬局について、がんの専門薬剤師の認定のところの御意見があるのですが、ここについて1点意見させていただきます。こちらのがん専門薬剤師認定は、病院での実習が要件としてございます。短いものでも1か月ぐらい病院のほうに実習に行ってしまうということがあります。そもそも薬局薬剤師の場合は勤め先の協力がなければ取得が困難となっているような状況がございます。病院の方ですと、病院に勤めながらそのまま認定を取るということが出来るのですが、薬局の場合ですと、薬局に勤め続けつつという、なかなか難しいことがあります。こういった形がいいかというのは、今、意見はないのですが、勤務場所によって取得の難易度が変わらないような仕組みづくり、個人として薬局に勤めながらこういった認定が取れるような形というのも必要ではないかということで、意見させていただきます。ありがとうございます。

○太田座長 ありがとうございます。これに関していかがでしょうか。

○課長補佐 ただいまいただいた御意見を踏まえまして、資料1のほうは修正させていただきます。

○太田座長 ありがとうございます。それ以外はいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、議題2に移りたいと思います。「在宅医療における薬剤提供」についてでございます。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「在宅医療における薬剤提供について」は、参考人から厚生労働科学研究における調査結果について御説明いただき、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、参考人から資料について御発表いただきたいと思います。帝京平成大学薬学部教授の渡邊参考人でございます。渡邊参考人、よろしくお願いいたします。

○渡邊（伸）参考人 帝京平成大学薬学部の渡邊でございます。

資料2に基づいて説明させていただきます。資料2の1ページ目でございます。これは、真ん中の研究概要に書いてございますように、患者の急変時に看護師が即時対応できない

事例などがあるということが検討されましたので、そういった現状を調査するということで、調査研究をいたしました。こちらの調査研究の研究代表者は私でございまして、研究分担者は私と同じ大学にいる小原道子先生。それと、調査票を検討するに当たりまして、日本医師会、日本薬剤師会、日本看護協会の先生方、実際に在宅医療を行っている医師、薬剤師、看護師の先生方に御協力いただきました。

スケジュールといたしましては、1 ページ目の一番下にありますように、これは単年度の特別研究ということで、年度の途中から始まっておりまして、9 月から調査票の検討を始めまして、少し時間がかかってしまったのですが、調査票の検討を行った後、2 月から3 月にかけて調査を実施いたしまして、3 月に集計をいたしましたというところでございます。

2 ページ目に移らせていただきます。2 番の調査対象につきましては、特定の地域について、該当する全ての施設を調査対象とするクラスターサンプリングによる調査ということで行いました。どのような地域にしたかと申しますと、二次医療圏につきまして、人口あるいは人口密度により大都市型、地方都市型、過疎地域型に分類いたしまして、調査対象の訪問看護事業所の数が合計1,000程度になるように二次医療圏を選択させていただきました。

二次医療圏にある全ての訪問看護事業所を調査対象にしたのですが、病院・診療所につきましては、在宅療養支援病院あるいは在宅療養支援診療所の届出をしている病院・診療所を対象といたしました。

薬局につきましては、在宅患者調剤加算の届出をしている薬局を対象にしております。

調査対象事業所数は、2 ページ目の一番下のような数になりまして、病院・診療所、薬局、訪問看護事業所、それぞれ1,000～1,400程度の対象という形になっております。

3 ページ目に移らせていただきます。調査方法ですけれども、郵送で調査のお願いをして、ウェブで回答をいただくという形の調査で行っております。

調査期間は、年度末になりましたけれども、2月28日から3月19日締切りで調査をいたしております。

3 ページ目の真ん中から調査結果の概要でございしますが、宛所不明等で返ってきた調査票等もございまして、回答数は、病院・診療所152、薬局262、訪問看護事業所97ということで、少し回答率が低いような状況ですけれども、このような回答が集まっております。

実際の回答につきまして4 ページ以降で概要を説明させていただきたいと思っております。調査票の集計につきましては、この資料の後ろのほうにまとめてあるのですが、一部抜粋したものを4 ページ以降で御紹介させていただいております。まず初めに、訪問看護事業所の調査結果の概要でございします。まずは訪問看護事業所から利用者（患者）が利用している薬局までの時間と、医療機関までの片道時間を調査しましたが、1 時間を超えるような訪問看護事業所はなくて、片道時間としては30分以内程度が多かったという状況でございました。

4 ページ目の下ですが、利用者（患者）が最も利用している薬局と情報交換をしていますかと情報交換の頻度を伺いましたところ、薬局との情報交換がないといった事業所が1～2割程度ございました。

5 ページ目に移らせていただきます。薬剤が緊急時に提供できないということでしたので、そういった迅速な対応が必要になったときに、薬剤や医療材料の対応手順につきまして薬局と申合せがありますか、あるいは医療機関と申合せがありますかという質問をいたしました。そうしましたら、薬局との申合せがない訪問看護事業所が約半数程度ございました。医療機関のほうは申合せがない訪問看護事業所は少ないという形で回答をいただいております。

6 ページ目に移ります。患者さんの状態が変化して薬剤等が必要になり、薬剤等が速やかに提供できなかったという事例がありますかということを知りたいのですが、そういう事態はそう頻繁に生じるということではありませんので、少ない回数になっております。

また、過去1年間で対応ができなかったという訪問看護事業所につきましては、大都市型の地域では約4割が経験しておりましたが、過疎地型では14%程度。30件中5件。地方都市型では40件中2件という形で、少ない数でありました。

続きまして、7 ページ目でございます。今まではこの調査で訪問看護事業所全体について御質問をさせていただいたのですけれども、実際に過去1年間で患者さんの状態が変化して迅速な対応が必要になったけれども、輸液や薬剤が入手できずに速やかに対応できなかった個別の事例について質問した結果を集計しておりますのが7 ページ以降の事例でございます。まず、そういった事例がいつ発生したというところですが、事例の多くは平日または休日の夜間・早朝に発生しておりましたけれども、日中に発生している事例もございました。そういった事例の発生を想定して事前に医師と対策を行っていたというのは、大都市型、地方都市型では約半数ございましたが、過疎地域型では全ての事例でそういった準備をしていたというところでございます。

医師への連絡ですけれども、1事例を除きまして、事例の発生時にきちんと医師に連絡がついて、そのうち1事例を除きまして医薬品の投与が必要であるという医師の指示があったというところがございます。

処方箋の発行につきまして、医師の指示があったうちの半数につきましては、処方箋の発行もあったという回答を得ております。

入手できなかった医薬品の種類でございますが、合計でいきますと、麻薬が一番多くて、麻薬は合計5件。解熱鎮痛剤は4件、輸液などが4件という結果になっております。

続きまして、薬局ですけれども、薬局は患者さんを訪問するのに医療保険あるいは介護保険で在宅の訪問ができるのですが、薬局が在宅訪問をしている患者さんということを知っていますかということを知りたいのですが、そういった業務を薬局が行っていない、あるいは分からない利用者が約半数程度ございました。

そういった事態が発生したときに薬局に連絡をしたか、あるいは連絡がついたかという

ことですが、薬局に連絡して連絡がついたのは17件中7件。連絡したけれども、連絡がつかなかったのが17件中4件。連絡しなかったのが17件中6件というような対応で
ございます。

連絡した薬局が在宅業務を行っているか、行っていないかというところも9ページ目
の下に示してございます。

10ページ目に移ります。実際にそういった事態が発生して薬剤が入手できなくて、速や
かに対応できなかったということですが、医薬品の投与が必要と判断されてから患者さん
に医薬品が投与できた時間について伺いましたところ、3時間以内に投与事例があった一
方、大都市型の地域では入手できなかったのも、医薬品は投与せずに、その他の対応をし
た事例が半数以上ございました。

こういった事例が起きたときに、こういった事例が起きたということを医師あるい
は薬局に連絡していますかということを伺いましたところ、ほとんどは医師に連絡してい
たのですけれども、薬局に連絡していたのは4割以下という状況でございました。

その次の11ページに移ります。以上のことをまとめて考えたところを記載させていた
いております。まず、地方都市型及び過疎地域型の地域では利用者の状況について、訪問
看護事業所が担当している患者さんが最も利用している薬局と情報交換がないとした事業
所が1～2割でございました。

緊急事態で薬剤等が必要になった場合の対応手順について薬局との申合せがない事業所
が約半数ということがございましたので、訪問看護事業所と薬局との連携が十分ではない
ということが考えられました。

緊急に医薬品が必要になった場合の薬局との申合せの事例が半数程度ございますが、医
療機関との申合せがないという訪問看護事業所につきましては約4%と少ない状況を見ま
すと、薬局との申合せがない事業所が多くて、これも薬局と訪問看護事業所の連携が十分
ではないということが考えられます。

全ての利用者（患者）について薬局と申合せがあると回答した訪問看護事業所以外の訪
問看護事業所の薬局との申合せがない理由につきまして、「急変時に対応可能な薬局を知
らないから」という理由が約2割ございまして、対応可能な薬局が訪問看護事業所に知ら
れていないということも大きな要因になっているので、訪問看護事業所のほうに薬局から
発信していくということも必要ではないかと考えております。

急変時は薬局なしで対応していると回答されている訪問看護事業所も4割程度ございま
すので、そもそも急変時に薬局と連携していないのではないかなと考えておりますので、
訪問看護事業所の負担を軽減して対応を図るという意味では、対応可能な薬局を周知して
連携を図っていくということで速やかな適切な医薬品の提供につながるのではないかなと
考えております。

緊急時に薬剤等が入手できなかった個別事例を今回回答していただいたのですが、この
回答は大都市型、地方都市型、過疎地型の人口密度にかかわらず報告されておりますので、

人口の多少の特性だけでこういった事態が発生するというわけではないということのようでした。

薬が提供できなかったということが発生したということを薬局に連絡していない訪問看護事業所が半数以上ありましたので、こんな事態が発生したよということを薬局に連絡して、薬局側の対応を促していくということも必要ではないかと考えております。

続きまして、薬局の調査結果の概要につきまして説明させていただきます。

12ページでございます。薬局につきましては、在宅患者以外も含めて24時間の調剤に対応する体制、輪番による対応なども含めて整備していますかということを聞いたのですが、どの地域でも7割以上は整備していますという回答をいただいております。

訪問看護事業所と患者の状況について情報交換をしていますかと聞いたところ、情報交換をしているという薬局が多かったのですが、情報交換をしていない薬局というのもございました。

こちらの薬局に対しても患者の状態が変化したときの対応につきまして、対応手順について訪問看護事業所、医療機関、それぞれについて申合せがありますかというふうに聞いたのですが、やはり訪問看護事業所と申合せがない薬局のほうが医療機関と申合せがない薬局よりも多いという状況にございました。

13ページに移りますけれども、迅速な対応が必要な事態が発生したときに必要な医薬品を薬局が届けるための準備状況について伺ったところ、何もしていないという薬局がかなりの数ございました。

過去1年間で患者の状態が変化し、医薬品の投与が必要だとして、医療機関あるいは訪問看護事業所から連絡を受けて速やかに医薬品を供給できなかった事例がありますかと聞いたところ、そういった薬局も少ないながら存在するというような回答を得ております。

14ページ以降は、薬局に対しても医薬品の投与が必要だとして、医療機関あるいは訪問看護事業所から連絡を受けたけれども、速やかに医薬品を供給できなかった個別事例について回答いただきまして、その個別事例についてまとめたものでございます。

供給できなかった理由につきまして聞いたところ、「医薬品の在庫がなかったから」というのが最も多くて、その次の理由として「夜間・早朝・休日だったから」という回答が多かったです。

こういった事例が発生したときに、その後どういう対応をしましたかということを聞きましたところ、「後日、医薬品を供給した」というのが最も多く、続いて「対応できる薬局に医薬品の供給を依頼した」という回答がありました。

こういった薬局の回答を踏まえて、15ページに考察を書かせていただきました。

在宅患者以外も含めて24時間の調剤に対応する体制を整備していない薬局もございましたので、単独の薬局で対応が難しいという場合でも、輪番による対応も含めまして体制を整備して、薬局利用者あるいは医療機関・訪問看護事業所等に周知していくことも必要ではないかと思っております。

薬局が担当している患者さんを担当している訪問看護事業所のうち、患者さんの状況について情報交換をしているというところは多かったのですが、情報交換をしていないという薬局もありますので、薬局の営業時間外も含めて、患者さんの状態が変化して、迅速な対応が必要になったところの対応手順について連携を進めていくということが必要ではないかと思います。

患者さんの状態が変化して必要な医薬品を速やかに届けるための対応についての準備状況を聞いたところ、何もしていないと回答した薬局が6割ございました。これは自分の薬局で在宅対応を行っている患者だからということで、準備をしていないというような回答をいただいたのかもしれませんが、そのような事態に備えて患者さんに必要となるような医薬品の供給について検討を行って、医師あるいは訪問看護師の方々と連携して、常日頃から準備していくということが重要ではないかと考えております。

医療機関・訪問看護事業所から連絡を受けたけれども、薬局で速やかに医薬品が供給できなかった個別事例の理由としては、医薬品の在庫がなかったという理由が一番多かったのですが、患者さんに必要な医薬品を確保するということは当然必要なのですが、近年の医薬品の供給状況を踏まえたと、なかなか薬局の対応だけでは難しいということもあるのかなということも考えられました。薬局については以上でございます。

16ページは病院・診療所に対する調査でございます。患者の容態が変化したときの医薬品投与の患者さんの対応について、薬局との申合せの有無と訪問看護事業所との申合せの有無を伺ったところ、やはり薬局よりも訪問看護事業所の申合せのほうが多いという回答を得ております。

薬局との申合せがない理由については、急変時は薬局なしで対応することとしているという理由が最も多くて、その次に急変時に対応可能な薬局を知らないからという回答をした医療機関も一定数存在しておりました。

17ページは容態急変時のことについて集計したものを示したのですが、1つ御説明させていただきたいので、49ページまで飛ばしていただきます。49ページには、患者さんが容態変化したときに医薬品をどのように準備していらっしゃるのでしょうかという質問の結果概要を記載させていただいております。医薬品が急に必要になったときにどんな対応をしていますかということを聞きましたところ、患者さんのところに処方済みの医療用医薬品を配置しているというような回答が一番多いということでございます。処方済みということで、患者さん、個別にあらかじめ準備しているところが多かったです。その次に、訪問看護事業所もその患者さんに特定して、こういう事態が起きるだろうという形で準備しているということが多いということがございました。

もう一度17ページに戻っていただけますでしょうか。そういった準備はしているのですが、過去1年間に患者さんの容態が変化して、医薬品の投与を指示したにもかかわらず、訪問看護事業所の看護師さんが輸液・薬剤を入手できず速やかに対応できなかったケースがありますかと聞きましたところ、どの地域でも、二次医療圏でも一定程度あった

という回答をいただいております。

医薬品を入手できなかった理由を伺ったところ、17ページの真ん中から下ですが、薬局と連携が取れなかったから（薬局が閉まっていたから）という理由が最も多く、12件でした。ただ、12件のうち9件について、患者さんの容態変化の対応について薬局と申合せがない理由については、急変時は薬局なしで対応しているという回答もいただいているような状況でございました。

18ページに移ります。急変時に患者さんの状態が変化したときに医薬品を供給するのですけれども、通常診療で薬局が患者さんの訪問を行っていないというケースもありますが、薬局が通常の診療で在宅訪問していないケースでは容態が変化したときの医薬品の供給はどういうふうに行っていますかということを伺ったところ、医療機関が患家に医薬品を持って行くというのが一番多くて、その次に、患者家族に医薬品を薬局に取りに行くよう指示する、あるいは訪問看護事業所に医薬品を医療機関に取りに来るよう指示する、あるいは薬局に対して医療保険・介護保険での患家への訪問を指示するという順に対応を行っているという状況でございます。

19ページに移らせていただきます。今のような病院・診療所の回答を見ますと、薬局の営業時間外も含めまして、患者の容態変化時における医薬品投与が必要な患者への対応につきましましては、薬局と申合せがない病院・診療所が3割ございまして、薬局と申合せがない理由で「急変時に対応可能な薬局を知らないから」が上がっておりますので、病院・診療所に対しても対応が可能な薬局側から発信していくということも必要ではないかと考えております。

あとは、先ほどページを飛んで説明させていただきましたが、患者容態変化時への対応のための準備状況につきましましては、そういった事態を想定して、患家に処方済みの医療用医薬品を配置しているという対応が最も多くて、発生する事態を想定して現行対応可能な手段で準備が行われているということも分かりました。

20ページでございます。こういった訪問看護事業所、薬局、医療機関への調査を踏まえた全体的なところの考察ですが、全体の調査結果を見ますと、訪問看護事業所と薬局との連携が十分なされているような状況にはないというところで、医師、薬剤師、訪問看護師等の関係者において日頃からコミュニケーションを取って、事前の準備を適切に実施するなどの連携が必要ではないかと考えております。

特に、薬局側からは医療機関、訪問看護事業所に対しまして、夜間・休日対応を含めた在宅対応が可能な薬局の情報を周知していくということが必要ではないかと思えます。

薬局と医療機関、訪問看護事業所と薬剤提供に係る情報の共有、あるいは患者の状態が変化した場合の対応などについて協議していくということも必要であると考えております。

訪問看護事業所におきましては、急変時の対応が薬局なしで対応という回答が多かったのですが、医療機関とは連携していらっしゃるようですけれども、薬局とも情報交換をして事前に対応を協議するなどして、薬局なしではなくて、医療機関とともに薬局とも協議

しながら円滑な薬剤提供につながる体制構築について検討することも必要ではないかと考えておりました。

時間を多く取ってしまって申し訳ありませんけれども、調査結果の概要は以上でございます。

○太田座長 大変具体的に数字をもって説明をしていただきました。ありがとうございます。

それでは、ただいまの渡邊参考人の御発表に関しまして御質問等がございましたら、御発言をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。それでは、樋口構成員、お願いします。

○樋口構成員 訪問看護ステーションはあとの樋口です。このような調査をしていただきましてありがとうございます。事情が非常によく分かるような状況でした。

2点ほどお聞きしたかったのですが、次の論点にも影響してくると思うので、もう一度確認させていただきたい部分がございます。1つは、薬局の薬の供給について、薬がなくて届けられなかったということに関しては原因が明らかだなということで読ませていただいたのですが、何度か「連携の」という言葉が出てきています。薬局と訪問看護事業所やクリニックとかの連携が重要なのは重々理解をしているかと思うのですが、結果からも連携はしていないわけではないと思います。今、参考人のほうから薬局への周知とか患者さんの状態に対しての変化という言葉があったのですが、連携とか連携不足、連携が必要ということがたびたび出てきておりますが、もう少しどういうことを連携として考えていらっしゃるのか、感じたことがありましたお聞きしたいなということが1点です。

もう一つは、私のデータの読み間違いといいますか、私の知識不足だと申し訳ないのですが、今回医療機関とか訪問看護事業所から連絡を受けた件数の把握があると思うのです。薬局側。薬局に連絡がつかなかったとか、訪問看護事業所やクリニックから薬局に連絡がつかなかった、医薬品の供給できなかったということの結果があって、その理由も入っているのですが、薬局側からの連絡が入らなかった薬局に関しては、そもそも連絡が入っていないので分からないのではないかと思います。そういう部分に関しては、薬局側の連絡がつかなかった薬局というか、連絡を取ってもいない薬局がいっぱいあるのではないかなと思うのですけれども、そこに関しての把握というか理由というものは、私たちはどのように受け止めたらいかなと思うのですが、お教えいただけますでしょうか。

○太田座長 ありがとうございます。いかがでしょうか。

○渡邊（伸）参考人 ありがとうございます。

1つ目の連携が重要で、どういうことで感じますかということですが、確かに訪問看護事業所の回答ですと、対応していただける薬局を知らなかったとかいうことだったので、私は薬局側から発信していくことが必要だと言っているのですが、一方で、樋口構成員がおっしゃられたように、対応する薬局がないと発信しようもないので、対応する薬局があれば発信していけばいいということで考えておりますが、そもそも訪問看護事業所

がないと回答をされたのが、探してもないのではなく、十分探し尽くしたけれども全然ないということだとすると、発信する薬局もなかったりするので、御指摘のところは、発信する薬局がないということもあり得るのかなというところは、少し検討する必要があると思います。

2つ目の連絡が入らなかった薬局についてですけれども、対応の連絡をしても連絡がつかなかったというのは、薬局側が全然認識していないということがございます。今回の調査で訪問看護事業所からの連絡がつかなかった、あるいはこういう事態が起きたということを経験した薬局側にフィードバックしていますかと伺ったところ、フィードバックを薬局側にはしていない、医療機関にはしていますというところがあるので、先ほどのことにも関係していますが、近所で事例が起きた患者さんに対応している薬局というのが分かるのであれば、こんなことが起きたのですよということを知らせてあげれば、薬局側も、あ、そんなことが起きたのだったら、次回からはそれが起きないようにという対応は可能になるというようなことなのではないかと思って連携と書かせていただいたのですが、先ほど申しましたように、そもそもそんな薬局は周りを探してもなかったのだということだとすると、そういうこともできないということはあるのかなと思います。

○太田座長 よろしいでしょうか。

○樋口構成員 はい。

○太田座長 ほかはいかがでしょうか。それでは、安部構成員からお願いいたします。

○安部構成員 渡邊参考人、御説明ありがとうございます。

御説明いただいた49ページであります。医薬品の準備状況の中で、事前に処方済みの医療用医薬品を配置しているというのが一番多かったとなっているわけですが、在宅医が急変した患者さんのところに行かれるときには、一定の医薬品をお持ちになり、その場で処置あるいは投薬することもあるかと思いますが、本調査ではそこは調べていないのでしょうか。

○渡邊（伸）参考人 その医師自身がお薬を持っていられるということは、選択肢としては設けていなかったのですけれども、今、安部構成員がおっしゃられた49ページの12番の集計で、「上記以外の準備をしている」というところがございまして、上記以外の準備につきましては、どんな準備をしているというのを自由記載で書いていただいているのですが、そこにこの対応では、自院での在庫とか、院内処方をしている。院内にある程度の医薬品を用意しており、必要時には医師が往診して使用するようにしているというような回答をいただいております。

○安部構成員 ありがとうございます。

○太田座長 よろしいでしょうか。それでは、磯崎構成員、よろしくをお願いいたします。

○磯崎構成員 今の御質問のことですけれども、50ページの質問の16番の下から2行目、「医療機関が患者に医薬品を持って行く」という中にもかしたら医療機関から直接処方しなくても持って行くというのが入っているのかなと思いました。以上です。

○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。どうぞ。

○磯崎構成員 今、意見ではなくて質問の時間ということですね。

○太田座長 はい。ですが、もし意見がございましたら意見でも構いません。よろしくお願いいたします。

○磯崎構成員 ありがとうございます。

質問ではないのですが、今回、非常に詳細なアンケートを取っていただいて、現在の在宅医療が非常に浮き彫りにされたと感じました。まず、29ページのアンケート調査ですが、

（４）輸液・薬剤が入手できず速やかに対応できなかった回数ということですが、0件というのが81件で、これは全体の83%になっています。そのため、連携をこれまで以上に取っていかなければいけないということはもちろんそうなのですが、現段階で薬剤提供に関しては速やかに入手できないということは少なくなっているということを表していると思います。

30ページの個別事例は、14訪問看護事業所の中の17件ということであれば、これも非常に少ない数だと思います。97の訪問看護事業所が1年間でたったこれだけしかなかったというふうに言っているわけですから、そう考えると、これは非常に少ない数だと思います。

また、43ページの（２）速やかに医薬品を供給できなかった件数については薬局側から見たものですが、これも0件が90%です。つまり、これは現段階の連携を深化していけば、今の状況がさらに改善できるということを示唆しているのではないかと思います。

次に、44ページの（２）ですが、先ほども報告がありましたが、在庫がなかったからというのが70.7%で、これは薬局の準備だけではなくて、今、全体的に医薬品の供給が問題になっておりますので、これに関してはそれが解消していけば、在庫がなかったからというのはかなり減っていくのではないかと思います。特にコロナ禍などだと、鎮咳薬や去痰剤などがなくて、必要なときに提供できなかったということは我々も多数経験しております。

次に、47ページの6番の1年間で入院を検討する程度に在宅患者の容態が変化したとき、患者を病院に搬送できなかった件数、0件が84%なのです。そのため、もちろん多少はあるのですが、かなりの数が0件ということで、非常にうまくいっていると思います。また、1件か2件というものが13.5%になりますので、これを足したら、97.5%が1年間ほぼなかったということになります。

7番のほうの在宅医療をやっている医師が全ての患者について説明しているということも93%なので、これもきちんと真面目にやっているといるということだと思います。

次に、49ページです。先ほど御質問もありましたが、12番、患家にグリセリン浣腸以外の処方済みの医療用医薬品がどれくらいあるかというのは、68%なのです。または訪問看護事業所に処方済みの医療用医薬品を配置しているというのも14%。足して82%が処方済みで、医師が自分の担当患者に対して責任を持って処方して、薬剤を事前に置いているということで、かなりの数が用意できていることを表していると思いました。

ですので、今の薬局の連携を深めていくことはもちろんやっていただくことですが、既にかなりの患者さんに対してうまく機能していると思いました。

以上です。

○太田座長 大変的確な数字の御指摘、ありがとうございました。渡邊参考人からこれに関しましてコメント等がありましたら。いかがでしょうか。

○渡邊（伸）参考人 ありがとうございます。磯崎構成員がおっしゃっているように、おそらく多くの患者さんについては主治医の先生がどういう事態が起きるのかというのはあらかじめ想定していて、もう対応はできているのかなということで、医薬品が間に合わなかったということは本当にまれな事例なのかなと私も認識しております。

○太田座長 ありがとうございます。そのほか。では、川上構成員からお願いいたします。

○川上構成員 日本病院薬剤師会の川上です。

渡邊参考人には、短期間の間にこれだけの調査をしていただき、内容も大変よく分かりまして、感謝を申し上げます。今後の分析の参考になるかと思ったので、少しコメントをさせていただきます。入手できなかった医薬品や、そのケースを調べていただいているのですが、その薬剤が、普段から患者さんが使用されていて、たまたま無かったとか、普段よりも症状が強くて少し多めに使うとか、頓用として使えば済むような場合と、普段は使っていないけれども、例えば急な発熱のときに抗生剤を入れたいとか、常用していない薬剤を使うという場合と、入手できなくても両方があるかと思うのです。

剤形としても、処方箋による内服剤とか外用剤みたいに、通常、薬局で調剤して患者さんに交付していて、患者さんもお家に普段からお持ちのような薬剤と、医師や看護師が患者家へ行って使わざるを得ない注射剤や、薬局で常時扱っていないものもあると思うのです。輸液でも、普段とは違うタイプの輸液だったりするケースとか、いろいろあると思うので、入手できなかった医薬品の種類や剤形とか、常用しているものなのかなど、そういった観点で分析していただくと、必要な連携と言われているものが、普段の診療や調剤の中で患者さんの容態が変化することを予見して事前に対応できるものと、それが難しいような急いで払い出さなければいけないものとの場合分けができるかと思います。もし、そのようなことが今後追加検討可能でしたらお願いできればと思ひまして発言した次第です。

以上でございます。

○太田座長 ありがとうございます。

入手できない医薬品のカテゴリー、分類に関しての御要望、御意見でございました。

まず、落合構成員からお願いしたいと思います。その次に安部構成員、お願いいたします。

○落合構成員 ありがとうございます。落合と申します。御調査ありがとうございました。

今の御議論いただいていた点からも近くなるといいですか、より掘り下げていくことによって実態をどう見ていけるのかという観点で幾つか御質問させていただければと思ひております。

1つが、今、御議論の中で常備薬なのかどうなのかということもございましたが、例えば直近では薬剤自体の供給が一般的に不足しているような状態があると思っております。こちらについては都市部であっても影響が出得るような話なのだろうと思っております。一方で、実際にはその薬局の中でも常に置かれているわけではないが、必要になることがあって、それは必ずしも多くの場合ではないものなのか、薬剤の中でも常備なのかどうなのかということもあります。また、足りなくなっている原因がもともと小規模に営業されているので、どうしても1つの薬局だけでずっと持ち続けるのが難しいような類いなので、当然ながらないことにならざるを得ないということなのか、この辺りをもう少し分析していただけるとありがたいと思っております。

2点目としましては、今回の御調査の内容というのは、在宅患者への薬物治療の提供に関する課題の抽出、原因分析を行っていくためのものだと思っております。その中で適切な薬物治療を提供するための環境整備を行うために、具体的にどのような課題があるかを特定していくことが重要だと思っております。

今回の御調査の報告の内容を見ていったときに、二次医療圏単位の複数市町村で構成される単位で抽出されておりますが、実際には現場自体がかなり異なる部分が地域によってあるのではないかとというのが、この検討会の中でも何度も御指摘されていたところがあります。そうすると、市町村単位での一次医療圏単位でも状況を把握するといったことも重要なのではないかとと思っております。

特に、近郊で連携がどうしてもできなかったり、もしくは難しかったり、例えば薬局や病院・診療所が1か所もないような場所であったり、もしくは1か所だったり、非常に少ないような場所については特に課題が生じ得るということだと認識しております。それがどのくらい存在して、実態が一次医療圏の範囲でもどのようになっているのかを見ていくことが解決策の検討に当たっても大きな影響があるのではないかとと思っております。

こうしたときに、特に地域の差異も場合によっては見ていく必要があるようにも思いますので、例えば調査対象としたような医療圏が、どういう場所であったのかが分かるような形にさせていただけたらと思っております。

これは限られたカテゴリーだけでは実情がどうしても把握できないという部分がありますので、作業としてどこまで実施することが可能かということがあると思いますが、可能な範囲で今、申し上げたような点についてもぜひ御検討いただきたいと思います。一方、この検討会での検討をまとめるに当たっても非常に重要だと思いますし、調査報告書の最終的な取りまとめに当たってもぜひそういった一次医療圏のデータを個別に分析できるようにしていただくことも重要だと思っております。

また、その際に中央値や平均値での考察を分析していただいているところもあると思います。一方で、同じような場所でもかなり実情が違う中である程度カテゴリーを分けてというところがあるかと思えます。そのため、改めて個別のものを見ていったときにどういうカテゴライズをするのか、特に課題がある範囲がどういうふうになるのかもあってと思

ますので、ぜひそういった点も御検討いただきたいと思います。と思っています。

長くなりましたが、以上です。

○太田座長 ありがとうございます。一次医療圏についての調査に関する御要望ということだと思いますけれども、これからもしそういう機会がございましたら考慮していただけたらというふうにも思います。ありがとうございます。

それでは、安部構成員からお願いいたします。

○安部構成員 ありがとうございます。

本日御説明は省かれましたが、個別の事例については全て拝見させていただき、一つ一つの事例を自分に置き換えてみるとどうなのかと、非常に真剣に考えてみました。中には、この事例はそういう依頼をいただいても直ちに対応するのは難しかろうというものや、在宅で患者さんと契約しているのだから、ここはもう少し頑張らなければならなかったのではないかとといった様々な感想がございます。これについては後ほど、資料3でもお話をさせていただきたいと思っていますが、1つ事例を見ながら考えていた中で、調査では訪問看護ステーション、病院・診療所、薬局それぞれ「速やかに」という表現が使われています。「速やかに医薬品を供給した」「医薬品を入手して速やかに対応できた」、そういった表現があるのですが、この「速やかに」というのは、どうすれば速やかになるのでしょうか。それは時間的なファクターなのか、依頼をされた方による主観的な評価なのかというところをお聞きしたいと思いますが、いかがでしょうか。

○太田座長 よろしいでしょうか。

○渡邊（伸）参考人 安部構成員がおっしゃるように、「速やかに」ですと、確かに感覚的といいますか、あとは患者の状態にもよるかと思いますが、1つ今回紹介した中で、医薬品投与が必要になってから実際に医薬品が投与できるまでの時間ということで質問をさせていただいているところを紹介させていただきましたけれども、大体3時間以内で投与されたという回答もかなり多くいただいているという状況になっております。

○太田座長 どうぞ。

○安部構成員 ありがとうございます。

私もこの事例を見ていて、患者さんのご家族から「熱があるから診てほしい」と医療機関や訪問看護ステーションに相談がある、あるいは、患者さんから直接薬局に「熱があるけれども薬を飲んでいいか」という相談が来ることがあるわけですが、どこかを起点として発生したイベントに対して、医師が新たな薬剤が必要であるという判断をして、それから様々な処方がなされ、薬局で調剤をし、薬剤師が訪問する、もしくは患者さんが薬を取りに来ることが発生しますので、「速やか」と感じるかどうかについては、どこを起点としているのかによっても感じ方が非常に異なっているのではないかと感じました。もしそういった起点によって結果が違えば、先生のほうでデータをお持ちであれば、ご検討いただければと思っています。

○太田座長 ありがとうございます。いかがでしょうか。どうぞ。

○樋口構成員 樋口です。今、お時間の話、速やかにという話が出ましたので、その件について、私見でもあるのですが、私は看護師で、訪問もやっております。お薬が供給できて患者さんの手に届くまでは本当に速いにこしたことはないです。今回の結果でも3時間以内というのが大方ありましたので、ほっとはしていたのですが、訪問看護師が患者に供給したいのは、薬が手に入る時間だけではなくて、その患者さんがつらい症状が緩和されるまでと考えています。そのため、それは薬剤師さんたちとは考え方が違うかもしれないのですが、私たちが訪問看護で供給して何とかしたいという時間は、その時間を考えているということをここでお伝えしておきたいと思います。

○太田座長 安部構成員、どうぞ。

○安部構成員 我々は、医薬品が入手できない場合があるという課題がありますので、医薬品をいち早く届けるというファクターでも考えておりますが、当然看護師さんと同様、痛い方については痛みをいち早く取って差し上げるために我々としてもできる努力をしたいと考えております。それは看護師さんとも同じだと考えております。

○太田座長 ありがとうございます。それでは、飯島構成員、お願いいたします。

○飯島構成員 意見という形になるのですが、8ページの医薬品が入手できなかった分類が麻薬、解熱鎮痛剤及び輸液となっており、また、14ページのところで在庫がないことが理由だと記載があります。まさに私の地域もこれが起こりまして、緩和ケアの医師が開業なさって、20年近く内服麻薬と貼付剤はいろんな備蓄はしていたのですが、輸液と麻薬の注射剤は今まで処方がなかったので、ほぼどこもやっていませんでした。そういった医師が開業なさったときに、その需要が高まって備蓄体制が取れなかったというところで、まさに同じような状況が起きました。

地域としては、2つの薬局でそれぞれの備蓄を全て保管して、今、私の地域は麻薬、解熱剤、輸液の体制整備をしているというところで、今後、体制がない地域もそうなのですが、そういった緩和ケア、ターミナルの患者さんの疼痛コントロールということを考えると、麻薬、解熱剤、輸液の体制整備が非常に重要だと思っております。その理由としましては、看護師さんがおっしゃったように、患者さんの緊急を要する、容態を早く緩和してあげるというところに必要な薬剤というところで、今後この3つを重点的に体制整備しなければいけないというところでは。

あと、18ページのところです。これも私たちの地域の医師や看護師さんたちにも言われたのですが、医薬品の供給だけではなくて、配送がネックになっているとのこと。そのため、今後は相談だけではなくて、薬局が医師、看護師さんや御家族に負荷をかけないように、薬剤の患者宅への配送も含めた体制整備が非常に重要だというところで、相談だけではなく、調剤だけではなく、患者宅への薬の配送というところも重点的に考えていただければと思います。以上です。

○太田座長 貴重な御意見ありがとうございました。申し訳ございません。手短にお願いできますか。

○井本構成員 日本看護協会、井本でございます。渡邊参考人、調査をありがとうございました。

御質問をさせていただきます。12ページに在宅以外も含めて24時間の調剤に対応する体制を、整備している、していないがありまして、7割ほど整備されているのだということが共有されたところですが、一方で、備えをしているか、していないかという質問が13ページにありまして、何もしていないというところがあります。こういったところの関係と、診療所の回答も訪問看護の回答も連携ができなかったという回答について、その地域の関係性といいますか、所感がありましたら教えていただきたいと思います。今、飯島構成員がおっしゃられたように、24時間体制と患宅に薬が配送できるかということが、例えば訪問看護事業所の看護師が薬剤の入手ができないと言っていることとマッチするとしたら、何か関係があるのかなと思って御質問させていただきます。

○太田座長 渡邊参考人、いかがでしょうか。

○渡邊（伸）参考人 ありがとうございます。

今回、井本構成員がおっしゃられたクロス集計等はしていないのですが、井本構成員がおっしゃられたように、24時間調剤に対応する体制が7割あったけれども、3割以下の薬局はそういうことはしていない、あるいは緊急時の対応について準備を何もしていないことになります。何もしていない理由が分からないのですが、そういうことがあるので、集計はないのですが、訪問看護ステーションの人たちが緊急時のときには薬局なしで対応するということにならざるを得ないということにもつながっていたりするのを感じました。

○太田座長 ありがとうございます。

時間もございますので、この辺でこのセッションを終わりたいと思います。

渡邊参考人、本当に貴重な御発表ありがとうございました。

渡邊参考人におかれましては、可能であれば引き続き御出席いただきまして、構成員の質問等ございましたら、適宜御対応いただけたら幸いです。これからもよろしくお願いいたします。

それでは、続きまして、事務局から資料3についての説明をお願いしたいと思います。

○課長補佐 それでは、資料3について御説明いたします。

2ページを御覧ください。在宅医療における薬剤提供についての論点でございます。在宅医療における薬剤提供について、実態調査の結果等を踏まえまして、現在実施中の地域薬剤師会による在宅医療の提供体制の構築、当該体制の周知等の対応に加えまして、どのような対応が必要と考えられるか。これについて、特に次の点についてどのように考えるかということでございます。

1つ目が、迅速な薬剤提供が特に必要と考えられる患者の状況と必要な薬剤は何か。在宅医療において確実に円滑な薬剤提供が実施されるためには、医療機関、薬局、訪問看護事業所（医師、薬局薬剤師、訪問看護師）の連携が重要と考えられるが、連携の推進のた

めにどのような対応が必要か。対応可能な薬局が存在しない地域において、どのような対応が必要と考えられるかでございます。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、在宅医療における薬剤提供について、事務局がお示した論点に基づいて御意見をいただければと思います。

論点といたしまして、在宅医療における薬剤提供について、実態調査の結果や前回までの議論も踏まえまして、現在実施中の地域薬剤師会による在宅医療の提供体制の構築、また、当該体制の周知等の対応に加えまして、どのような対応が必要と考えられるでしょうかということが第1点です。

第2点目は、特に薬剤提供が必要な患者の状況と必要な薬剤とは何か。

第3点目、医療機関、薬局、訪問看護事業所の連携の推進のために必要な対応は何かということでございます。

第4点目、対応可能な薬局が存在しない地域ではどのような対応が考えられるかということに関してです。

これらについて御意見をお伺いできますでしょうか。それでは、山口構成員からお願いいたします。

○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、先ほどの実態調査の結果をお聞きしてしまして、訪問看護ステーションと医療機関は連携を取っているというところが多いものの、薬局との連携になると半分ぐらいしか連携が取れていないという印象を受けました。半分取れていないということは、半分は連携できているということです、きちんとやっているところはやっている。その一方で、在宅におけるチーム医療の一員としての認識について、まだまだ薬局がチーム医療の一員だということになり得ていないのかなと思います。ですので、個々の医療機関、訪問看護ステーション、薬局の意識、取組に任されている部分があって、どこでも当たり前の取組になっていないのではないと感じました。

先ほど磯崎構成員から迅速な対応が必要な場合に一定の対応ができているというお話があったのですが、逆に今のままでもできているから、薬局と常に連携する必要性を感じていないような医療機関や訪問看護ステーションがもしかしたらあるのではないかと感じました。

その上で、今回の論点ですけれども、連携することの必要性とかメリット、そういったことを訪問診療されているドクター、訪問看護ステーション、そういったところに具体例を示して周知していく。こういったメリットがあるから、あるいはこんな取組をすると患者にとってプラスになるからという具体例をきちんと示して周知していくことが大事だと思ったのが1つです。

もう一つは、課題とか共有する必要のあることというのはかなり地域的な特性があるのではないかと思います。ですので、例えば地域で訪問診療をやっているドクター、訪問看

護ステーション、薬局、時にはリハビリのスタッフや栄養士さんなどにも必要かもしれませんが、その地域で在宅医療に取り組むスタッフの方たちが一堂に会して情報交換をするようなことを、やっているところはやっていらっしゃると思うのですけれども、その地域に任されている部分がまだまだ往々にしてあるかと思いますので、そういったことを当たり前にやるという方向性を示していくことが大事ではないかと感じました。以上です。

○太田座長 大変貴重な御意見ありがとうございます。それでは、宮川構成員からよろしく願いいたします。

○宮川構成員 今、山口構成員がおっしゃったとおりですけれども、医療というものを考えたときに、いわゆる入院医療と在宅医療と2つに分けて考えなければいけないわけですが、その中で在宅医療もしくは入院治療を望まれるという患者さん側の望みと、それから、医療として成立するであろうかという医療者側の観点から見て、在宅が望ましい、または入院医療が望ましいという方向から見なければいけないわけです。入院医療が望ましいのだけれども、在宅が患者さんの望みということであるならば、入院医療と同じような医療環境を在宅においてつくらなければいけない。果たしてそれが本当にいいのかどうか。つまり、在宅医療というものは様々に制限されている医療体制というふうに考えなければいけない。それは医師からもある程度の時間や距離、訪問看護師から見ても遠い距離、薬剤師からも時間や距離があるわけです。

だから、そもそも在宅医療というのはどうやって考えるのか。もしいろんな方が声高に在宅医療を進めるべきだと言うのであれば、それなりの資本投下が必要だということです。潤沢な資金を投入して、国なりがしっかりとした体制を取っていかなければいけない。そこには非常に重要な課題が隠されていることを様々なところで意識をしないで、ただ「在宅医療を推進する」というスローガンだけが語られるのですけれども、そこには非常に大きな問題があって、医療というものはもちろんコストもかかるし、いろんな医療資源がそこに投入されなければいけない。それは無料であるわけがなく、みんな有料なのです。医師、看護師、薬剤師、これら全ての人的な資源の投入をしなければいけない。

ですから、今言った投資というか、限られた医療体制をもう少し拡充するということを望むような、それを声高に要求するような場合には、そこには過大なお金を投入し、設備も必要になりますが、そういうことを考えずに要求されるということは非常に大きなリスク、危険性を伴っていることをしっかりと踏まえた上で、在宅医療というものの在り方を考えていくべきだと理解し、大きな問題として考えていかなければいけないのではないかなと思います。

○太田座長 大変基本的なところから在宅医療の在り方についてという御提言だったと思います。ありがとうございます。

それでは、ウェブから参加の落合構成員、よろしく願いいたします。

○落合構成員 ありがとうございます。

この論点を検討するに当たりまして、おそらく機能の在り方というのは、後で出てくる論点とも関わり合ってくる場所が出てくるのではないかと考えております。つまり、後のほうで出てくる論点の中で、一そろえの対応を薬局・薬剤師が行わないといけないという中で、例えばその機能の中で薬剤の備蓄であったり、それをお互いに地域の薬局の間に融通したり、そういう中で薬局・薬剤師がその職責を果たされるような場面というのも想定されると思います。全体としての医薬品の在庫の保管というのが、一つ一つの主体である薬局・薬剤師だけが持つものなのか、地域全体の体制の中で持っていくことによって担われることがある部分もあるのではないかと考えております。こういう検討に当たって、地域での薬局間や、地域医療情報の連携も重要になってくるかと思いますが、お示しいただいた論点を考えるに当たって、まずそういう視点が1つ必要かと考えております。

もう一点申し上げたい点といたしましては、今回この検討を行って、連携の状態ができている場合とできていない場合と両方あり、なかなか連携が難しい場面もあるということも分かってきている部分があるかと考えております。もちろん、在宅医療自体をどのように充実していく可能性があるのかということ自体は、また別途検討が必要な論点ではあるうとは思いますが。一方で、現時点で既に在宅でおられる患者の方々も存在するとは思いますが、在宅で実際にいらっしゃる患者の方々には、薬剤、指導へのアクセスができない場合を解消するために情報連携もそうですし、薬の配置、地域における役割分担も含めて、どういう対応ができるかをぜひ先行的に実施できるように整理していくことも重要だと思っております。

その中では、薬局を主に念頭に置いてはおりますが、一方で、訪看ステーションとの連携であったり、薬の配置のような部分については、先ほど申し上げたような地域全体で行っていくことも本来的にはあり得ると思います。訪問看護事業所などの場面でも適切に薬剤が提供されるよう、もちろん、そこは薬局・薬剤師が関わっていただいている範囲の中でということはあるかと思いますが、ただ、現実のオペレーションという別の問題がありますので、そこをどういうふうにクリアしていくのかもまた重要な論点になるのではないかと考えております。以上です。

○太田座長　ありがとうございました。

それでは、三澤構成員からお願いいたします。

○三澤構成員　慶應薬学部、三澤でございます。

私からは基本的な質問をさせていただきたく思います。今、話を伺ってしまして疑問に思ったことですが、訪問看護ステーション、訪問看護、また訪問診療という言葉がありますが、訪問薬剤師というのがなぜないのでしょうか。それは制度的に何か問題があるのかというところがやはり気になっております。薬剤に関しては、今の話の前提に既存の薬局で訪問の機能を果たすべきだということがあると思うのです。

お医者さん、診療所に関しては、専ら訪問診療するという診療所が増えてきていて、そ

れで成り立っています。訪問診療が増えてきているという部分で、そのためにも訪問看護ステーションというか、国の仕組みをつくってあると思うのですが、その仕組みとして訪問薬局がなぜないのか。従来からの薬局機能の上に乗っけるのではなくて、そういうものがなぜ同じように発展していかないのか、それを阻止するものがあるのか、といったあたりを知りたいと思います。

もちろん、薬局というのは、資格のある薬剤師という人の問題だけではなくて、施設基準というのがあると思いますが、その施設基準が何か訪問薬局を阻害することがあるのでしょうか。第3回薬局・薬剤師検討会で訪問を主に行っている薬局の方に参考人で来ていただいて有益な話をお伺いしましたが、その辺り、どなたに聞いていいかわからないのですが、そこが単純に疑問に思います。

○太田座長　いかがですか。事務局から。

○課長補佐　事務局でございます。

薬局の場合は、訪問薬剤管理指導という言葉自体はあると思っていますので、訪問されているというところ自体は多分変わらない。ただ、それを専任でやるという薬局は存在してはいない。事実上、先日参考人として御発表いただいた田中参考人のような薬局では、メインの業務が在宅の業務ということだと認識しておりますので、そういった形で在宅を中心にやられている薬局というものの自体が存在している。ただ、薬局ビジョンでも掲げられていたとおり、かかりつけ薬剤師という概念で、これまではそういったところで患者さんについて在宅医療に移行した場合でも、しっかりその薬局のかかりつけ薬剤師が見ていくというところがあったと理解しております。

ただ、この検討会でもこれまで御議論いただいておりますとおり、そういった在宅対応につきましましては、薬局間の連携で対応するというところでもいいのではないかとといったこともございますし、まさに次の議題「地域における薬局の機能のあり方」の中で、では、そこについてどう考えていくのかというところでも今、御意見をいただいたようなことについても御議論いただく必要があるのかと考えているところでございます。

実態上、処方箋応需義務とか、看板が見えるようになっていないと保険薬局になれないとか、そういったところから患者さん自身が処方箋を持ち込むということ自体はどの薬局もあり得るという制度上の立てつけもございますので、そういった観点で外来対応というものの自体をやらないという、今のルール上はなかなか難しいのかなと思っています。

ただ、一方で、ほとんどが在宅対応をされている薬局は存在し、最初にも説明しましたが、それを否定しているということではないというところでございます。いずれにせよ、引き続き御議論いただければと考えております。

○三澤構成員　私もそうではないかと思っていますのですが、安部構成員にお聞きしたいのですが、例えば薬局機能としていろんなものを次々と薬局の上に乗っけていくというのが、方向としてそうなっていますね。もちろん、整理しなければいけないという話はここでもいろいろしていますけれども。仕組みとしてトゥーマッチだということは全く考えないの

ですか。

○太田座長 安部構成員からいかがですか。

○安部構成員 自分の薬局はどのような機能をその地域で果たすのかというところについては、基本的には、得意分野であるとか地域のニーズによってその薬局・薬剤師自身が考えていけばいいわけではありますが、後でも話題になりますけれども、医薬品供給体制とか健康相談体制、そういったところは全ての薬局の基本的な役割です。それに加えて、在宅についても、従来からかかりつけで来局されていた方が在宅医療に移行した場合には、引き続き当該薬局がその患者さんを在宅で管理できるよう努力すべきではないかと私は考えています。

○三澤構成員 かかりつけの場合はそうかもしれませんが、必ずしも全ての患者さんがかかりつけ薬剤師をもっているということではないので、新たに生まれてきた在宅の患者さんに対して誰がどう責任を持つかというのは、薬局としても従来の薬局の上にどのような機能を持たすかというだけではなくて、医師、クリニックが訪問診療を主にやって、それで十分に成立するというふうな仕組みがあるわけですから、薬局自体も訪問を主体にするようなやり方でも成り立つようなことを少し考えていくのも今後必要ではないでしょうか。もちろん、今後訪問在宅医療をどうするべきかというのは、また重要な別の問題だと思いますけれども、私はそういうふうに思いました。

○安部構成員 先ほど事務局から御説明があったとおり、そういった在宅業務を主としている薬局も増えていると認識しておりますが、在宅しか受けない、クローズドな薬局ということではなく、そういったところに外来の処方箋が持ち込まれたときには薬局機能として応需しなければいけないので、訪問専門という位置づけにはないと思っております。

○太田座長 よろしいですか。

○三澤構成員 はい。

○太田座長 いかがでしょうか。それでは、小林構成員、お願いいたします。

○小林構成員 薬局薬剤師といたしまして、渡邊参考人の調査結果を御説明いただきまして改めて感じたことというのは、やはり多職種連携の重要性です。特に薬局・薬剤師は訪問看護ステーションの訪看さんとのつながりをもっともっと密にしていかなければいけないと思います。一定程度はできているという結果でしたけれども、さらにそれをさらに強化していかなければいけないということを感じている次第でございます。

自分が訪看さんと連携がうまくいったケースを思い浮かべてみますと、サービス担当者会議がしっかりと行われていて、そこに医療職もみんな招集してもらえたというケースがありますと、そこで行った情報共有、情報交換を基に、その後も訪看さんとのお付き合い、情報交換がスムーズにいつているなど感じる事が多くございます。

したがって、地域包括ケアシステムの中で要となるケアマネジャーさんにもこのような実態があるのだということをよくよく御理解いただきまして、医療職が結びつけられ

るような体制づくり。例えば医療職の中での担当者会議ができるような制度、そういったものの枠組みづくりをしていって見たらどうかと思います。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

それでは、藤井構成員、よろしくお願いいたします。

○藤井構成員 ありがとうございます。私のほうからも幾つか御意見を申し上げたいと思います。多職種の方々が連携するという意味では、今、小林構成員からお話があったように、サービス担当者会議を含め、ある程度市町村区の皆様にお声がけをいただいて参集というものをしていかないと、特に薬剤師会を中心になると、非会員の薬局にどう声をかけるかが問題になってくるのだと思います。そうすると、ある程度行政の方々に主体となってお声がけをしてやっていくというのが必要だと思っています。

ただ、これも過疎地域と大都市圏では分けなければいけなくて、大都市圏でこれをやると、それこそ薬局の数は相当ですので、では、全員呼ぶのかということ、それはないのかなと思っています。そうすると、過疎地域では地域全体で見るとは行政主体のそういった会議なりが必要になるけれども、大都市圏に関しては、患者様個別の情報をどう多職種が連携できるような情報共有化のシステムを構築すべきなのかなと今、お話を聞いて思っております。結局のところ、連携の仕方が今は電話、ファクス。夜間はシステムで連絡しても当然連絡が取れないので電話を鳴らすということはあるのですが、やはり情報共有をするという観点で、ファクスでやり取りしているというのは、検索も含めてなかなか非効率ではないかなと思います。今、様々な仕組みも出来上がっておりますけれども、大都市圏に関してはそういったものをそれぞれが使いながら、大都市圏での連携に関しては主体となる薬剤師会の皆様なのか、そういったところが中心となりながらやって、それを落としていく。ただ、先ほど申し上げたように、非会員の方に対してどう落としていくかという別の問題もあるのですが、その辺りを情報共有の仕組みを含めながら整理をする必要があるのではないかと考えております。

論点とずれるのですが少し懸念しておりますのが、いろいろと個別の事例も含めて、例えば薬剤を患家に置いておくというお話の中でいくと、現行の制度の中では許容されない部分も今、事例としては含んでしまっているのではないかと懸念はしています。これは先ほどあったような保険請求というところで、以前の検討の場でもそもそもそういった対応をしたところは保険で切られてしまったというお話もあるので、現行の制度の中でそういったことがないようにしっかりと対応できるのかというのはよく考えておかないと、これがいいよねと始めたのはいいのですが、実際最終的な報酬上認められないという話になるとなかなか進まないだろうし、机上の空論になってしまうというのはとてももったいないので、そういった議論を進めていただくには、是とするならば、当然そこに対する改定なのか、通知なのかというのは併せてやっていただきたいと思います。

個別の事例の先生のお話の中で、後から処方箋がというのも拝見しまして、これは口頭

で聞いて、では、これで出しました。後から処方 came ときに、あれ、違ったというようなことがないだろうかと。そうなったときに、口頭だけというのはリスクがあるので、必ず患者様に行く前にシステムでもいいので文書化したものを必ず確認する。患者様の健康被害を誘発することがないような仕組みづくりというのも併せて考えておかないと、リスクがあるのではということで、意見をさせていただきます。

○太田座長 連携推進のためのシステムづくりと、法的に、あるいは患者さんの健康被害を防止するためのルールをしっかりと守るためにどうしたらいいかというような観点だったと思います。ありがとうございます。それでは、磯崎構成員からお願いいたします。

○磯崎構成員 神奈川県医師会の磯崎です。

確認させてください。2 ページ目の最後の対応可能な薬局が存在しない地域の「対応可能な薬局」というのは、在宅医療や24時間対応ができない薬局ということでしょうか。24時間対応ができる薬局がない地域という意味ですか。

○太田座長 事務局、お願いいたします。

○課長補佐 おっしゃるとおりでございます。今回在宅医療の論点でございますので、在宅医療の対応、時間外とか臨時の対応も含めて対応ができないというところでございます。

○磯崎構成員 分かりました。

そうすると、今、藤井構成員がおっしゃったように、事前の処方をこれまでたくさんやられているところだと思うのですが、それに対して何らかの通知があったほうが我々としても安心して対応できる場所はあるかと思っています。ただ、経済的なことと言えば、国家資格を持った誰かしらが自宅に訪問すればそれなりの料金になりますので、事前にジェネリックなどを利用して数日分、また1泊分だけ患者様に置いておく、または訪問看護ステーションに置いておくなどということは、経済的に見てもかなり安くできるというところは強調したいと思います。

薬剤師の先生方の連携についてですけれども、僕は横須賀から来ているのですが、横須賀では大分多職種連携が進んでいるのですが、まだまだ薬剤師の先生方が現場に出てくることが少ないというところがありまして、先ほど言ったように担当者会議に出てくるとか、そういうところは顔が見える関係ができていないと、なかなか呼ばれもしないというところもありまして、古い言葉であるのですけれども、地域で顔が見える関係を構築していくということがすごく大事だと思っていて、そのためには実際そういった講演会というところでただ講義を聞くだけでなく、グループワークなど多職種の話し合いの中に入っていくと、大体医師や薬剤師はケアマネさんとか訪看さんに怒られるというパターンなのです。いろいろ怒られているうちにだんだん仲よくなって、電話がかかってくるでもファクスでもメールでも、対応しなければいけないということになってきて、それで担当者会議も出やすくなっていく、そういった歴史があります。

そのため、本当にアナログなのですが、そういった現場、その地域毎での顔合わせ、グ

ループワークをする内容は何でもいいと思っています。その内容よりもそういった多職種が集まる場を持つということがすごく大事ではないかと思っています。地域としては薬剤のプロである薬剤師の先生方が地域に来ていただくことを非常に心待ちにしております。

以上です。

○太田座長 具体的な提案ありがとうございました。では、川上構成員からお願いいたします。

○川上構成員 今、磯崎構成員がおっしゃった対応可能な薬局が存在しない地域の件です。もちろん、薬局が地域にあることが理想だし、薬局がないのであれば、できれば薬剤師会などが多少は地域を越えてでも何か対応いただければ良いかと思うのですが、それができないケースへの対応の一つとして、その地域に病院があれば、そこには病院薬剤師もおります。医科診療報酬の中に在宅患者訪問薬剤管理指導料がありまして、病院薬剤師が算定可能な管理料になります。私は日本病院薬剤師会の立場で出席していますが、勤務先は静岡県内です。県内の病院においてもそういった対応可能な薬局がない地域において、病院薬剤師が患家に出向いて対応していたケースなどもあります。必ずしもベストな解決策だとは思いませんが、医療機関にいる薬剤師が対応可能であれば、そこを一時的にでもカバーすることは大いにあり得るのかなと思います。

また、先ほど薬剤を色々なところに置いておく件がありましたけれども、OTC薬とか調剤済みの薬は構わないと思うのですが、まだ調剤していない医薬品を医療機関や薬局ならともかく、そうでない所へ予め配置しておくのは、幾ら経済的にメリットがあると言っても、適切な薬剤管理の在り方としてはいかがなものかと私自身は思う次第です。以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

それでは、安部構成員、お願いいたします。

○安部構成員 ありがとうございます。安部でございます。

迅速な薬剤供給が必要と考える患者の状況と必要な薬剤につきましては、渡邊参考人の調査、また先ほど飯島構成員からも上田市の事例をお示しいただきましたけれども、ここで指摘されているような麻薬や解熱鎮痛薬、輸液、こういったものは在宅医療で夜間等に頻繁に需要があるということでもありますので、その供給についてしっかりと対応しなければいけないと考えているところであります。

麻薬については麻薬小売業者の免許を取得している薬局が随分増え、対応できるような形が整いつつありますが、一方で麻薬自体も数が大幅に増えているという事実もあり、全ての麻薬の全規格をそろえることについては相当負担がありますし、薬局の麻薬金庫がどんどん大きくなる、廃棄している数もどんどん多くなっているのが実情でございますので、そういったことも踏まえて有効に対応を考えなければいけないと思っています。

解熱鎮痛薬については、川上構成員もおっしゃったとおり、既に処方・調剤済みの薬剤をうまく利用する、もしくはOTCを利用するということは、時間差をなくすという観点からもコストの観点からも非常に有用だと思っています。

それから、輸液に関してであります、今回の事例の中でも挙げられています。薬局には現在、平均で1,150ぐらいでしたでしょうか。中央値でも1,200品目以上の医薬品の在庫があるわけですが、一般の外来では輸液が処方されるという事例があまりありませんので、夜間や休日などに突然そういったものが処方されて、まして在宅ではなく普通の外来で薬局が対応していたところにオーダーが来た場合、在庫がないということになります。今回の調査でも「在庫がない」ということが一番多い理由でしたけれども、そういう状況がありますので、そういった意味では、夜間・休日の輸液や緊急の薬剤については、例えばエッセンシャルな医薬品について地域の中で一定整理をして、「この薬剤は夜でもしっかりと対応してくれ」ということを申し合わせるなどすると、オーダーに対応できないということが少なくなるのではないかと考えております。

訪問看護ステーションと薬局との連携であります、私自身も訪問看護ステーションの看護師さんと連携するのは、基本的には自分が訪問管理指導に行って、患家に来ている訪問看護師さんと様々な情報連携をしたり、共有をしたり、協力をしたりして連携をすること、それを繰り返し行うことによって連携が取れているという感じがします。ただ、板橋には訪問看護ステーションが60軒あります。薬局は300軒近くありますので、私の経験だと、2～3の訪問看護ステーションの看護師さんとはとても仲よく、顔も知っているし、そういう関係が構築できておりますけれども、そのほかの連携ということになると、地域単位でケア会議でありますとか、地域の中の多職種連携会議といったものをさらに充実させる必要があるかと思っております。

対応可能な薬局が存在しない地域でございますが、おそらくそういう地域では医療機関も訪問看護ステーションも同じように医療資源としては少ないということが想定されるわけでありまして、これは僻地の問題なのか、各地域での在宅医療をどうやって提供するかという、全体的な地域医療計画の中での枠組みで考えるべきものかと思っております。そういった意味では、地域の医療計画上の法的な根拠を持ってしっかりと整備する。その中でその地域に薬物治療を提供するには薬局はどうあるべきかということも含めて議論をしていく必要があるかと思っております。以上です。

○太田座長 大変包括的な基本的な御意見ありがとうございました。

では、宮川構成員からお願いいたします。

○宮川構成員 宮川です。

冒頭に大きな概念を申し上げた理由は、もっと論点を整理しなければいけないからです。安部構成員がおっしゃったような地域の特性に合わせ、藤井構成員が先ほどおっしゃられたように、大都市では情報の共有化を優先して、それで整理していくことが重要です。過疎地域においては、医療資源、物、人、それがどのように扱われるか、その情報も整理しながらやっていく。どちらにしても情報の共有化をしっかりとすれば、それ以上コストはかからないのです。

ところが、過疎地域も大都市も、在宅医療ではみんな軽装備の医療しかありません。大

きな病院にはきちんとした設備がありますが、距離的や時間的な課題があります。それをどのように共有化していくか、そこにはどうしてもコストがかかるのだということをみんなが理解しなければいけません。ただただコストカットを主張して、起きている問題を無視しながら、連携だけ取れば大丈夫と主張されてしまうのは、現場にとって非常に厳しい状況となるということで、冒頭お話をしました。

ですから、人、物が連携するためには当然コストがかかりますので、その応分の対応というものがなければ人は動けないというところを国がしっかり考えていただいて、後押しを考える必要があります。大都市と過疎地域では相当違いがある組み立て方を地域包括ケアシステムも含めてやっていかなければいけないのだというふうに御理解いただければいいと思います。

○太田座長　ありがとうございます。

論点整理も含めて貴重な御意見だと思います。

時間もかなり押してきたので、よろしいでしょうか。それでは、井本構成員、お願いいたします。

○井本構成員　様々な意見を聞いていていろいろ考えました。

渡邊参考人が訪問看護事業所の考察として連携を挙げていただいて、確かにこの調査から結果から見ると、連携にもっと注力してやっていく必要があるということをもっともだと思いました。先ほど磯崎構成員のほうから、おおよそ連携が取れているのではないかというサマリーがありましたけれども、連携が取れていないところをどうしていくかというのも、困った状況が起こらないようにできるならばなおよいと思います。そういった中には宮川構成員がおっしゃったようなことも含むと思っております。ただ、調査結果を見ますと、大都市でも24時間対応とか、先ほど飯島構成員がおっしゃっていたように、医薬品を運搬することができないという実態も出ていることから、連携という言葉だけではなくて、山口構成員もおっしゃっておりましたけれども、具体的方策を細かに検討していただけると、私どもとしては伝えやすいし、具体的にこういった連携、連携の中味はこういうことということで、情報共有のみならず、方策もこういったことと示せると良いと思います。それは藤井構成員がおっしゃったような許容される範囲はどこまでなのかとかということもあると思います。OTCのことも実は訪問看護事業所にはそこまで置いているわけでもないということもありますので、今後ぜひ議論いただきたいと思います。

○太田座長　具体的な方策が必要だという御意見だと思います。ありがとうございます。

大変活発な御意見をいろいろ伺いまして、本当にありがとうございます。

それでは、事務局におかれましては本日の御意見も踏まえまして、引き続き検討を進めていただいて再整理をして、また出していただければと思います。よろしく願いいたします。

それでは、次の議題に移りたいと思います。本日最後の議題「地域における薬局・薬剤師のあり方について」ということでございます。

初めに、令和5年度に実施した予算事業の結果について、事業を実施した地域薬剤師会から御発表いただき、質疑応答を行いたいと思います。

まず初めに、青森県薬剤師会の青柳参考人から御発表いただければと思います。それでは、青柳参考人、よろしくお願いいたします。

○青柳参考人 青森県薬剤師会の青柳と申します。当県での取組結果を御説明いたします。次のページをお願いします。

スライドでもお示ししておりますが、青森県は、私が仕事を始めた頃は人口150万人と言われておりましたが、現在では30万人ほど減少している状況で、東北に限らずこういった地域は多いと聞いております。人口減少と高齢化は日本をリードする勢いですが、不名誉なことに健康寿命が短いことでも日本をリードしているのが青森県です。処方箋受取率は87.5%で、国内でも上位で、薬局数は約600で、県内全域、慢性的な薬剤師不足の県です。県内に広く存在する薬局というインフラを人口減少が続く地域でどのように賢明に有効活用いただくかという課題を模索するためにも有効な事業であると考え、実施いたしました。

次のスライドをお願いします。

期間内に患者調査で得られたデータは1,168名で、県内母集団を県内人口と想定すると、十分に反映できる数が収集できました。お示しのとおり、収集したデータは令和2年に厚生労働省が実施した外来・年齢階級別患者調査と一致しており、男女の群間差はございません。

次のスライドをお願いします。

調査で得られた残薬の経験を有する者の比率は80%という結果になりました。過去公表されている平成27年の規制改革会議での厚生労働省提出資料では、残薬ありの方は90%と公表されていました。これは平成27年度に患者のための薬局ビジョンが示され、翌28年の診療報酬改定にてポリファーマシー対策であるとか重複・相互作用等の対策が診療報酬上の評価となった結果が反映され、現在に至っているということではないかと想定しております。

残薬調査は、多くの研究により、一度調整を行っても再度繰り返して発生することが知られています。つまり、薬局と患者間で数のみを調整しても再発生は避けられず、その原因を丁寧に扱う必要があると考えました。

残薬の理由に着目した研究も同様に多く存在します。こういった研究には「その他」という項目を選択していることも多いのですが、私たちは「その他」にも注目し、どのシーンで残薬が発生しやすいのかという分類を実施しています。今回は割愛していますが、その他の理由にはかかりつけ機能の発揮で回避できる医療側のシーンも多くあることが分かりました。既に令和6年診療報酬改定でDXの活用は示され評価されますが、連携やDXの活用で回避できる残薬も少なくないとまとめています。

次のスライドをお願いします。

この事業は、残薬調整のタイミングでどう連携しているかや、連携の頻度やその増加を

調査しています。残薬調整の情報提供元はこのとおりです。外来に訪問された患者さんから残薬の有無を確認していることから、患者やその家族からの情報提供が多いのは予想されたとおりでございますが、事前から事業に係る委員会を設置して、医師会であるとか歯科医師会、看護協会、介護支援専門員協会、社会福祉協議会との事前の検討会で協力を仰いでおり、県民には薬局・医療機関へのポスター掲示と新聞広告等で実施し、周知を実施していた結果から、多職種からの残薬の情報も得ることができました。残薬の中でも薬剤師が介入することで残薬が患者に現在は適切ではない薬剤を廃棄としています。下に金額等を示しておりますが、患者に適切ではない薬剤を廃棄した分も約15万円あったという結果になっております。

次のスライドをお願いします。

文字が細かくて申し訳ないですが、残薬調整のときに薬剤師はどのような連携を実施しているのかという結果でございます。当然ながら処方医への情報共有が一番多く、実際の残薬調整以上に情報提供を実施していることになります。既に調剤された薬剤を次回処方時に調整を実施するために薬局での保管を依頼されている事実も明らかになりました。患者にどのようなサポートを実施しているかを調査した結果が右側のグラフになります。次回残薬発生時、再度発生しないためのアドバイスはもちろん、自分の薬局で調剤を実施した薬剤だけではなく、ほかの薬局から調剤をされた薬剤の使用方法や服薬のアドバイスをしています。

次のスライドをお願いします。

この時間で全てを説明することはできませんが、連携結果として得られた具体的な事例を6分類し、好事例として示しております。事業報告書内には詳細な記載がございますので、御確認いただければ幸いです。

対薬局との連携では、自分の薬局の調剤分のみならず、ほかの薬局の調剤の残薬にも気づき、連携により減薬につながった事例などが報告されています。残薬調整時に認知症を疑い、専門医療機関を受診し、治療を開始し介護保険の利用へとつなげた事例であるとか、QOLの向上という部分では、透析導入となった患者さんの生きがい相談から、薬剤師の提案により、本人がYouTubeに趣味を見つけ、生きがいとなったという報告もあります。副作用と思わしき相談から健診の受診を促し、結果としては大腸がんの早期発見に至ったなどの報告も出ています。

本調査にて地域の薬局が行った健康サポートの結果が得られたということになりました。

隣のスライドは、青が薬局から情報提供を行った数の平均、オレンジが受け取った情報の平均を示しています。連携増加や新規連携先の増加を「変わりがない」と回答した薬局との比較では、保険薬局側が一定数以上の情報提供を行うことで連携先から得られる情報提供も多くなっているという事実があります。一定数以下の情報提供だけでは保険薬局側には何ら変化が得られないということも判明しました。

最後のスライドでございます。

事業を通じ連携先の拡大や増加につながったことが判明しました。このような事業での一時的な増加ではなく、継続したこういった取組を続けることが、令和6年度の診療報酬改定では連携に対する評価も拡充される予定ですが、診療報酬上の評価対象の有無にかかわらず、必要な情報提供を患者のために実施していくことが地域の薬局の存在価値を高めるといふように示唆されております。

最後に、本事業の御支援をいただきました厚生労働省の東様、並びに青森県健康医療福祉部、中井様に厚く感謝を申し上げます。

私の発表は以上でございます。

○太田座長 ありがとうございます。

青柳参考人からの御発表でございました。

それでは、続きまして、愛媛県薬剤師会の縄田参考人から御発表いただきたいと思えます。それでは、縄田参考人、よろしくお願いいたします。

○縄田参考人 それでは、貴重なお時間をありがとうございます。一般社団法人愛媛県薬剤師会専務理事をさせていただきます縄田と申します。

本日お時間をいただきまして、愛媛県で実施しました「薬剤師による愛顔の健康サポート推進事業」について御説明を差し上げたいと思います。

次をお願いいたします。

愛媛県、愛媛県薬剤師会におきまして、これまでも令和元年度、令和2年度、令和3年度、連携に関する事業を進めてまいりました。この中では成育医療分野も含めて様々な分野で取り組んできたわけですが、これまでそういった事業を通じて愛媛県病院薬剤師会の御協力の下、愛媛プレアボイドシステムという独自のシステムも運用しております。また、多職種が求める薬剤師へのニーズといったものも過去に調査してきましたし、さらに様々なイベントにおいて健康チェック等を実施して、事業の結果から翌年度につなげるという取組を進めてまいりました。

そういった中で、昨年度、地域に貢献できる薬剤師の育成、薬局の機能強化、主に多職種連携といったところを目指しまして、ワーキンググループを設置して検討をした結果、残薬解消を含めたポリファーマシーへの対応、フレイル予防といった2つの大きなテーマ、観点として新たに事業を実施するという事で進めてまいりました。こちらにございます①から⑤までの新たな事業を実施してきたところになります。

次のスライドをお願いいたします。

まず、ポリファーマシー対策を行うに当たって、ワーキンググループの中で、薬局薬剤師、病院薬剤師、さらに各エリアからメンバーを募りましていろいろと検討した結果、ポリファーマシーはこれまでも進めてきているが、なかなか進まないといったところです。それには多職種の連携が必要であるという観点、そして患者さんにもそういった視点を持っていただくことが必要だということで、医師を含めた多職種、薬剤師、患者さんという3つの方面からアプローチを進めていくことにいたしました。

ポリファーマシー対策につきましては、医師からの講演、そして今、実際に実施されている薬剤師の先生方といったところから御講演いただくということで、まず基礎知識を植えていただくという取組をさせていただきました。

次をお願いいたします。

さらに、先ほど申し上げました患者さん視点ということでは、ポリファーマシー、適正な薬物療法におきましてはお薬手帳の活用というのが重要と考えられます。そういった中で、愛媛県薬剤師会、病院薬剤師会におきましては、共同でこれまでもオリジナルのみきちゃんを使ったお薬手帳をつくって、さらにリニューアルをするということで進めてまいりました。今回このお薬手帳をさらに活用しやすくするためにリニューアルを行うことにし、その中では内容については多職種の意見を聞かせていただきながら、多職種が必要とするような内容も新たに盛り込む等の改定を行わせていただきました。

改定しただけでは何も起こりませんので、薬局の現場の中では患者さんに御説明をするというところもございますが、そういったお薬手帳にふだんはアプローチしない方等もいらっしゃると思いますので、そういった方に対する啓発活動、お薬手帳の活用であるとかそういったものを活用するために様々なイベントの中で対象者の方へ御説明をさせていただきました。

愛媛県では昨年度ねりんピックが行われましたので、県が主催するブースはもとより、各市町がブースを設営いたしましたので、そちらのほうに来られた方にお薬相談という形で、お薬手帳の啓蒙等も進めさせていただいた次第です。こういったイベントの中では後ほど御紹介するフレイル予防に関する取組も一緒にさせていただいております。

次をお願いします。

冒頭申し上げましたように、愛媛県には愛媛プレアボイドシステムというのがございます。これは各病院薬剤師の先生方、薬局薬剤師の先生方がプレアボイドにつながる事例を日々入力していただいて、そういったプレアボイドを見える化するシステムになっておりますが、病院薬剤師会さんのほうから「プレアボイド通信」をいつも出していただいておりますけれども、こういった中でもポリファーマシーに関する事例を御紹介するというところで、みんなが身近なものに感じるような取組もさせていただいております。

次をお願いいたします。

こちらのほうは「頼れるドクター」という情報誌になりますけれども、愛媛県内のコンビニなどでも販売されているようなものでなり、県外から転入されてきた方には無料で進呈しているという事例もあると聞いておりますが、こういった中で、毎年様々なテーマで患者さんに対する啓蒙活動をさせていただいておりますが、今回はポリファーマシー対策、残薬解消といった視点から一般の方に身につくような取組をさせていただきました。

次をお願いいたします。

続いて、多職種連携によるフレイル予防ということで、多職種で薬剤師の視点、さらに各専門職の視点がフレイル予防という面では大事であろうというワーキンググループの意

見の中から、1つの方向からではなく、多職種が多方向から見るような取組を進めていくといった中で、まずは医師の立場からフレイルに対する考え方等、健康サポートというところで研修会をさせていただいたり、また、実際にフレイルに関連する商品を手にとったり、体感していただくというところで、より身近なものに感じていただくというところでこういった展示も進めさせていただいております。

次をお願いいたします。

座学、そして物だけでは二の足を踏んでしまうというケースもございますので、実際に多職種連携によるフレイル予防という取組を進めるために、愛媛県内で開催されましたこういったイベントに愛媛県リハビリテーション専門職協会と薬剤師会の合同でブースを設営させていただいて、参加者の方であるとかイベントに来られた方にそういったフレイル予防の啓発を実施させていただくとともに、実際にリハビリテーションの専門職の方がどういった取組をしているのかということを実際に薬剤師が目で見えて体感して感じることで次のステップにつなげられる取組をさせていただきました。

次をお願いいたします。

事業実施の取組の状況でございます。まず、薬局プレアボイドの報告です。報告件数について、2022年と2023年というのを記載させていただいておりますけれども、実際には大きな変化というのはございませんでした。また、残薬解消に関する報告数も、報告数が減っているという現状も含めて、経済効果的にマイナスになるような結果が出ておりますが、これからもどんどん進めていかなければいけない事項ではないかと思っております。

患者さんからのアンケート調査によって、お薬手帳を活用しているといった状況について調査もさせていただいております。大体3～4割の方がお薬手帳の活用によっていわゆるプレアボイドにつながった事例が発生しているのではないかと思います。

ポリファーマシー対策という観点から、処方適正化後、フォローアップ件数、継続に関連する事項について、薬剤師のアンケートを取らせていただいております。算定後、もしくは算定しないというケースも含めてですが、どういうふうに変化しているのか、フォローアップに関連する事項として見ておりますが、まだまだ減薬されるケースというのは少ない状況にあるのかなと思っております。

次のスライドをお願いします。

実際にこれが調剤報酬上にはなっていないかもしれませんが、令和4年度、令和5年度の薬剤師へのアンケート調査による服用薬剤調整支援料1と2の件数の推移というものを比較させていただいているものになります。まとめて申し上げますと、実際に服用薬剤調整支援料2で、提案する件数が大きくなってきているというのはこの取組の中で見えてきたのではないかと思います。ただ、まだ服用薬剤調整支援料1という算定件数の観点から申し上げますと、取組は行っているが、なかなかそこが効果につながっていないところがあり、少し見受けられるのかなという考察をさせていただいております。

次をお願いいたします。

フレイル予防に関連するところでございます。県民から薬剤師への相談件数ということで、フレイル予防対応件数について調査をさせていただいております。薬局・薬剤師の中でフレイルの患者さん、または家族を含む介護者に関わった経験があるというのが3割ほどという結果が出ております。その関わり方につきましては、やはり薬剤師という特性を生かしてアドヒアランスに関連する部分、多剤併用に関する部分とか、そういった副作用、相互作用というものが上位を占めておりますが、その中でも栄養指導とか運動指導、口腔ケアといった多職種と共同したような事例といったものも取組の中で見られるというのは、今回の成果ではないかと思えますし、これからもこの辺りを進めることで患者さんのフレイルの発見につなげられるところではないかと思っております。

また、健康サポート薬局の軒数は、1年間の中で42軒から43軒という結果でございます。次をお願いいたします。

ポリファーマシー、残薬解消、フレイルに関しましても、どうしても単年度では成果が出にくいというところもワーキンググループの中で当初から想定されていたところですが、昨年度実施した事業の中で反省点を踏まえながら次につながる事業ということで、ポリファーマシー対策におきましては、実践的なワークショップ、模擬事例を活用して実際に体験をしていただく、もしくは多職種で参加しながら考えながら進めていくような事例といったことを進めていきたいと考えております。

フレイル予防に関しましても多職種で考えるところで、昨年度も実施させていただいたイベントについて各エリアで展開をしていきたいと思えますし、また、そういったイベントで経験を積んだ薬剤師につきましてはフレイル予防インストラクターではないですが、地域の中で広げていける方を育成する事業等々、こういったことを通じて地域薬局への展開を考えていきたいと考えております。

私のほうからは以上でございます。御清聴ありがとうございました。

○太田座長 具体的な事例についての御説明を分かりやすく発表していただきました。ありがとうございます。

それでは、続きまして、京都府薬剤師会の渡邊参考人から御発表いただきたいと思えます。それでは、よろしくお願いいたします。

○渡邊（大）参考人 ありがとうございます。京都府薬剤師会の渡邊でございます。

本日のお話をお伺いして、少し毛色が違うのかもしれませんが、京都府においては薬局DX推進の項目の事業を実施いたしましたので、御報告させていただきたいと思えます。

本事業については、DTx (Digital Therapeutics) に臨む患者への薬物支援の有効性に関して検証事業をしました。臨床現場において今後治療用アプリのさらなる活用が望まれているところですが、医師、薬剤師が連携することによって使用する患者にとっての適正使用につながるとともに、多くの患者を抱えておられる医師にとっての負担軽減にもつながるものと考え、今回の検証事業を実施いたしております。

実施に当たって、現在承認されている治療用アプリは3つあるのですが、保険診療上使用可能なアプリというのは今、実質1つだけで、CureApp HTという高血圧の治療を補助するアプリを使用しております。

本事業を始めるに当たって、当該アプリを使用可能な医療機関にアンケートを実施して使用状況を確認いたしました。ただ、現段階においては、まだまだ使用されている件数が少なかったのが実情であります。その中で御協力いただける医師と連携し、アプリの使用を始められる患者さんに対して、薬剤師による導入時の支援と、使用中に関しては1週間ごとのフォローアップ、そして次の受診時の状況確認をさせていただきました。初回時と次回受診時の2回、使用患者さん、処方されたドクター、そしてフォローアップをした薬剤師にそれぞれアンケートを取ったものになります。

次のページに結果を示しております。これがその内容ですけれども、先ほど申しましたように、なかなか分母が少ない中、症例を集めるのに苦労はしましたが、使われている5人のドクターとその患者さん12名が対象者となりました。これらの医師や患者さんに対応する薬剤師は、先に知識を習得するために当該アプリに精通したドクターと一緒に動画を作成いたしました。その動画によって、参加する薬剤師は勉強した上で患者さんに対応した状態になります。

スライドにはそれぞれのアンケート調査によりその効果を検証した結果を示しています。まず、緑の部分は薬剤師がアプリを処方された患者さんを支援した結果ですが、導入時によく理解できた、もしくはどちらかといえば理解できたと回答されており、その右側の部分ですが、次回受診日までのフォローアップにより、ほぼ問題なく使用されております。円グラフの矢印のところに黄色の部分で示している項目のような、ネガティブな回答をされた方はおられませんでした。

その右の棒グラフで示しているのは治療継続への不安についてですが、導入時には感じられていた使用継続への不安という部分も、次の受診時には大幅に軽減されていたという結果になっています。

その右に医師へのアンケートを示しています。処方した医師へのアンケートにおいては、全ての医師から自身の負担軽減になったという部分と、患者の使用継続に薬剤師がとても寄与したという評価をいただきました。

それぞれの参加者の声を下にご覧いただけます。参加者の声の中で患者さんにおいては毎週の確認で疑問点が聞けたので良かった等があり、また、ドクターからも患者さんの治療に向かうモチベーションがアップしたというご意見をいただきました。

ただ、薬局の薬剤師からは、当該アプリはリアルタイムでのデータがドクターにしか見られないので、状況の聞き取り等に時間を要するという部分もあり、このような連携の中にあっても、薬剤師にもアプリの情報が共有できるようになればもっと正確に状況がつかめ、もっと能率的に適切な支援ができるのではないかと声も上がっています。

次のスライドをお願いします。

これは本事業の報告書に記載した考察、結論を示しておりますので少し細かくなっておりますけれども、今回の事業で薬剤師による治療用アプリへの関与というものが患者へも医師へも肯定的な影響を与えているのではないかと考えています。患者さんに対して薬剤師から定期的なフォローアップや、アプリの使用に関する不安への対応が患者の満足度や、アプリの使用継続の意識を高めたのかなと考えます。また、これらの患者への支援がドクターの負担軽減にもつながり、それらにより今回の評価を受けたものと思っています。

今後のデジタル医療の進展の中で薬局薬剤師の役割の重要性を示すものになれば幸いと考えています。また、今回の事業が臨床現場での治療用アプリの使用における医師と薬剤師の協業という部分の中で、今後のプログラム医療機器（SaMD）のさらなる進展、利活用の推進に大いに寄与できれば幸いと思っています。

私からの報告は以上です。ありがとうございました。

○太田座長 薬局DXの推進事業に関する具体的な御報告でございました。ありがとうございました。

それでは、ただいまのお三方の参考人からの御発表に関しまして、もし個別的な御質問があればお願い致します。いかがでしょうか。それでは、藤井構成員、お願いいたします。

○藤井構成員 それぞれの薬剤師会の参考人の皆様にお伺いしたいのですが、今回参加された薬局で実際健康サポート薬局を取っていらっしゃった割合、もしくは地域連携薬局の認定を取っていらっしゃった薬局が何%ぐらいいらっしゃったのか。また、非会員の方の参加があったのか。その辺りを少しお伺いしてもよろしいでしょうか。

○太田座長 いかがでしょうか。

○渡邊（大）参考人 渡邊です。

今回の京都の事業に関しましては、実施していただく薬局の対象が健康サポート薬局か否か等は問うておりませんでしたので、今回の事業に参加している中での件数は分からないということになります。すみません。

参加した先生方に関しては、全員会員の先生方です。

以上です。

○太田座長 よろしいでしょうか。

○藤井構成員 はい。

○太田座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○青柳参考人 青森県薬剤師会です。

もちろん、回答いただいた中に健康サポート薬局で認定されている薬局も入っております。あと、地域支援体制加算を算定されている薬局などの比率も出していますが、公表はしておりません。データとしてはあります。青森県の場合、非会員の薬局は少ないのですが、入っております。

○太田座長 よろしいでしょうか。

○藤井構成員 はい。

○太田座長 よろしくをお願いします。

○縄田参考人 愛媛県です。

私も事業実施に当たって健康サポート薬局という条件等をつけておりませんので、パーセンテージ等の割合は出しておりません。青森県さんと同様、愛媛県薬剤師会も非会員薬局が数軒でございますので、声がけ等も全てにさせていただいているという状況でございます。以上でございます。

○太田座長 ありがとうございます。よろしいでしょうか。

○藤井構成員 はい。

○太田座長 時間もかなり超過しておりますので、次に進みたいと思います。

参考人の先生方におかれましては、引き続き傍聴いただければと思いますが、もし必要ならば御退席いただいても問題ないと思います。よろしくお願いいたします。

それでは、続きまして、事務局から資料5についての説明をお願いいたします。

○課長補佐 資料5を御覧ください。「地域における薬局・薬剤師のあり方について」でございます。

2 ページを御覧ください。

こちらはこれまでの検討会でもお示ししている課題でございます。

3 ページを御覧ください。

前回の検討会での主な意見をまとめさせていただいております。薬局の地域における役割や健康サポート薬局の機能、在り方などについての御意見がございました。

5 ページを御覧ください。

こちらは令和2年10月の内閣府の世論調査の結果でございます。薬局の利用者が薬剤師に相談したい事項についてまとめたものでございます。処方された薬に関することや薬の飲み合わせに関することが約半数、次いで市販薬や病気や体調について相談したいという方が多くなっています。また、食習慣、運動習慣について相談したいと回答した方も数%いたという状況でございます。

6 ページを御覧ください。

患者が薬局に求める機能を調査したものでございます。薬の一元的・継続的な確認や気軽に健康相談を受けられることの回答が多かったという結果になっております。

7 ページを御覧ください。

こちらは全国の在宅患者数についてでございます。全国の在宅患者数につきまして、2040年以降にピークを迎えることが見込まれておりまして、今後ますます在宅医療に係る需要が増大していくと考えられます。

8 ページを御覧ください。

在宅業務に携わる薬剤師に対して要望することでございます。在宅療養支援診療所、訪

問看護事業所におきましては、どの薬局が在宅業務を行っているか、どのような在宅業務に対応可能であるか分かるようにしてほしいといった要望が多くなっておりました。

また、訪問看護事業所と居宅介護支援事業所等では、患者本人だけではなく、家族や介護職員にも薬の説明をしてほしい、薬に関して多職種と主治医のパイプ役になってほしいといった要望が多くありました。

9 ページを御覧ください。

「患者のための薬局ビジョン」の概要でございます。薬局の機能として「すべての薬局がかかりつけ薬局としての機能を持つことを目指すこと」とビジョンでされていますけれども、かかりつけ薬剤師・薬局としての具体的な機能としましては、こちらに示しているような機能を挙げているところでございます。

10ページを御覧ください。

こちらは地域における薬剤師の役割ということで、薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループのとりまとめでございます。赤枠で示すような内容につきまして、地域において求められる薬剤師サービスとして挙げられているものでございます。

論点でございます。「薬局に求められる機能・役割のあり方について」ということで、地域における薬局の機能・役割について、個々の役割としての基本的な機能・役割として必要と考えられるもの（どの薬局を利用しても受けることができる薬局のサービス）は何か。

また、地域全体で確保する機能・役割は何か。そのうち、輪番による対応が必要なもの、拠点となる薬局が必要となるものは何か。これらについては12ページ、13ページに事務局のたたき台を示させていただいております。

また、地域全体で確保する機能・役割を踏まえると、「健康サポート機能」を担う薬局、「在宅対応」を担う薬局を地域で確保することは重要と考えられますが、健康サポート薬局と地域連携薬局の役割や位置づけを改めて整理・明確化し、これらの機能を担わせることについてどう考えるかといったものでございます。

12ページ、13ページは検討のたたき台を示しているものでございます。一番左の列に「薬局の機能・役割」を例示として示させていただいておりまして、それぞれにつきまして「個々の薬局としての基本的な機能」と考えられることを真ん中の列に、「地域全体で確保する機能」を右の列に事務局案として示しているものでございます。

薬局の機能・役割の部分、一番左の列につきましても事務局で示しているものになりますので、もちろんこれ以外に必要なことがあれば、適宜御議論いただくということと考えております。

事務局から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した。

11ページに示してあります論点に従って議論をお願いしたいと思いますが、まず資料12ページにあります機能・役割について御意見がございましたら、ぜひお願いしたいと思い

ます。いかがでしょうか。どうぞ。

○樋口構成員 樋口です。

この表を見ていて質問をさせていただきたい事項がございます。薬局の機能・役割、個々の薬局としての基本的な機能、地域全体で確保する機能ということで分かれています。が、地域全体で確保する機能というところにしますと、先ほどから24時間お薬が届かないというか、届けるようにしたいとか、いろいろな在宅の話が出てきていると思うのですが、大都市も含めてとか、過疎とか、そういうものを分けることがなく全体に考えているのか。しかも、あの中から地域として考えているときにまた細分化して考えるのかが少し分からないため、そこを教え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。それでは、事務局から。

○課長補佐 御質問ありがとうございます。

例えば13ページの一番上の「夜間・休日対応」の右のところでお示ししているとおり、夜間・休日対応につきましては、これまでの御議論の中で輪番による対応が考えられるというところで示させていただいておりますが、その後ろに「地域により個々の薬局で対応可能な場合もあると考えられる」とありますので、そこはあくまで地域の実情に応じていろいろな対応が考えられる中、基本的には確保する手段、地域全体で確保する手段は様々あると思いますので、そこも御議論いただきたいと思いますし、一方で、どこの薬局を利用した場合であっても薬局として持つべき最低限の、最低限という言い方は少し語弊があると思いますが、必要な機能というのはどういったものなのかといったところが真ん中の列になると思います。

また、「地域」という表現自体も、では、一次医療圏なのか、もう少し狭い中学校区のような範囲なのかといったところも、それぞれの薬局の機能・役割に応じて変わり得るものだと考えられますので、もし御意見があれば、そういったところも併せて御意見をいただく必要があるのかなと考えているものでございます。

○太田座長 よろしいでしょうか。

○樋口構成員 はい。何となく分かりました。そうしますと、薬局の機能・役割というのは全体的にあるべきものかと思うのですが、最初の調査結果からも出ていますように、訪問看護事業所との連携とか細かな内容、連携の詳細です。先ほどほかの構成員の方からも出ていましたが、地域によって連携の方法が変わってくると思うので、そういうことがここに出てこなければいけないのかなと思ったのですが、薬局の機能・役割の中で在宅対応のところ「医師、訪問看護師、ケアマネジャー等への情報共有」とあります。連携が一言でここで終わるものではないと思いますので、せっかくですので、そういう連携のところを細かく解決していけるような項目が入っていくと、また変わってくるのかなと思いました。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、山口構成員。

○山口構成員　ありがとうございます。

健康サポート薬局にしても、認定薬局にしても、もともとどうしてそれがつくられたかという、薬局にはいろいろ薬局の機能・役割を果たしているところがあって、患者が主体的に薬局を選ぶためだったと思うのです。ですので、12ページ、13ページにいろいろと機能を書いてくださっていますけれども、恐らくどの薬局でも絶対果たしてもらわないといけないのは調剤、服薬指導というところだと思うのですが、全てを役割として果たしているところはあるかもしれませんが、数としては非常に少ないと思います。だとすれば、まずこういう薬局にはこんな機能を果たすいろんな機能があるのですよ、その中で患者が選ぶときに、どの薬局がどういうことをしているのかということが分かるように公表しているところがあるのですよということを伝えていくことが大事なかなと思っています。

そのような中で、健康サポート薬局と地域医療連携薬局が患者から見たときに分かりにくくて、分かりにくいどころか、健康サポート薬局を知っている人が1割ぐらいしかいないということ。認定薬局も同じだと思うのですけれども。これを患者が理解していくということにするとすれば、健康サポート薬局と地域医療連携薬局は何が違うのかということが明確にならないと、理解するのに苦慮すると思っています。

その中で、健康サポート薬局は届出なので、なかなか実態が把握できていないかと思うのですが、現状として今、健康サポート薬局の届出をしているところがどんな役割を具体的に果たしているのかということを議論する題材として何か出していただくことができないのかと思ひまして、議論の情報提供ということがもし可能であれば、事務局にしていだきたいと思ひました。いかがでしょうか。

○太田座長　事務局からどうぞでしょう。

○課長補佐　実態等につきましては、今回の資料から割愛させていただいていますけれども、前回の検討会の資料や、後ろの参考資料の中で認定薬局も併せて、どういった役割を果たしているか、在宅の状況であるとかそういったところについては一定程度お示しさせていただいているものと考えております。ただ、それで十分なのかといったところと、それだと具体的に個々の薬局でどういったところがあるのかということが分からないという御指摘だと思いますので、過去の予算事業等でもモデル事業などもやっておりますので、何がお示しできるか分かりませんが、事務局のほうで検討させていただきたいと思ひます。今、この場で出すのは少し難しいです。

○山口構成員　この場では結構です。ただ、私たちから見たときにどこがダブっていて、どこが特徴的なのかということが具体的に見て分かるような表にさせていただくとか、そういった御提示をいただければと思ひます。

○太田座長　よろしいですか。それでは、宮川構成員、お願いいたします。

○宮川構成員　宮川でございます。

今、山口構成員がおっしゃっていたことに補足をさせていただきます。山口構成員と私は歴史的に健康サポート薬局、認定薬局に関わってきました。まず12ページ、13ページの

機能を全部見て、そこから9ページを見ていただきたいのです。9ページを見ていただくと、「健康サポート薬局」と書いて、赤の点線のところは、「健康サポート機能」プラス「服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的な管理指導」。これも当然入りますね。そして「24時間対応・在宅対応」と書いてあるわけです。そして「医療機関等との連携」、これは「等」と入っていますから、例えば訪問看護ステーションであれ何であれ、地域の構成員全てとの連携なのです。「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へと書いてあったのは、「患者のための薬局ビジョン」をつくったときに、「地域」へと書いてあり、9ページに赤の点線がある。

そこから12ページ、13ページを見てみると、ほとんどのところがこの中に入っているわけです。そして9ページにもう一回戻りますけれども、外出ししているところは「高度薬学管理機能」だけなのです。高度薬学管理機能というのは13ページの3番目に出ているわけです。

だから、薬局ビジョンは、ここを見据えて書いてあったのです。だけど、1つの薬局で全部の機能を有することができないなかで、健康サポート薬局の届出も多くは出ていないという現状があります。その現状を踏まえて、では、地域で補完し合うために地域の中核になる薬局を地域連携薬局機能としてきちんとつくってください、そして高度薬学管理機能だけではなく、がんの専門の医療機関や医療連携薬局は特殊だから、赤い点線から出して、推進していきましょうねとしました。12ページ、13ページに書いてあることは、9ページの健康サポート薬局、「患者のための薬局ビジョン」にのっとって全て書いてある。その中で機能が重複したり、補うために連携薬局という機能をそこに置いたというふうに考えていただくと分かりやすい。

だから、今、山口構成員がおっしゃたように、各薬局が全部できていないのであれば、それぞれの薬局が私のところはどこができていますかというふうに情報を開示して、12ページと13ページのところの機能ごとに地域の薬剤師会がまとめて表をつくって出していけば、どの薬局が何をやっているというのがすぐに分かるわけです。薬剤師会が、地域でもし足りない機能があれば、あなたのところはもう少しこの機能を足してください、いろいろなことを支援するからというような形でやっていくというふうにすれば、今、山口構成員がおっしゃたように、地域の中で情報が管理できますので、これを厚生労働省含めて薬剤師会がしっかりと進めていただきたいと思う次第です。

○太田座長 では、事務局から。

○薬事企画官 宮川構成員、貴重な御指摘ありがとうございます。

まさに9ページの要素を分解して、本日こういったところでさらに深掘りした上で、次には様々な要素をリンクさせていって全体像をとるところを考えておりますので、まさにそういったところを本日御意見いただければというところがございます。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、磯崎です。

9 ページの表の健康サポート薬局の健康サポート機能というのは、これから高齢化が進んでいく中で大事なことだと思っていまして、特にうちみたいに外来診療もやり、訪問診療もやるという診療所から見ると、外来の患者さんの数が圧倒的に多くて、そういう患者さんたちの病気が進行しないことや、また、僕たちがなかなか指導が行き届かないところを薬剤師の先生方に指導を手伝っていただけるというのは、本当に助かるなと思っています。

一方で、この資料の25ページにある健康サポート薬局の数ですが、今、3,200くらいで、まだ5%しか届出が出ていないということで、これは何が障害になっているか分からないのですが、仮に24時間対応が難しいということであれば、それよりも昼間の時間、ちゃんと健康サポート薬局の機能を果たしていただくとか。それは何が阻害因子になっているか分からないのですけれども。まず、薬局に来る外来患者さんにはすごく頑張ってくださいまし、在宅医療になってくると少し医学的な要素が強くなってきますので、そういったことに連携薬局の機能を持った薬局に頑張ってくださいたらなと思っていますので、外から見て違いが分かるようにしていただきながら、クリニック視点で言えば、外来患者さんに対する薬局または在宅医療に頑張ってください薬局と、両方やっていただく薬局というふうになっていただければありがたいなと思っています。

○太田座長 それでは、三澤構成員からお願いいたします。

○三澤構成員 私も磯崎構成員のおっしゃることはもっともだと思います。患者さんが薬局を選べるようにということではいろんな仕組みをつくって、それが国民に伝わっていないとか、なかなか見える化できていないということで、どうするかというのが議論になっているところだと思います。一般的な患者さんというか、医療従事者、例えば訪問看護ステーションや医療機関に対して、この薬局はどういう機能を持っているかという説明と一般的な患者さんに対しての説明は分けていいと思うのです。同じ説明だと分からなくなってしまう。同じ説明だと、いろいろなことをやっているところはいいい薬局だろうと思うから、そちらに行ってしまうかもしれない。そうすると、そこはがん患者に対してとか、訪問診療をやっているということで、健康のことを長い時間お茶を飲みながら相談するということがなかなかできないかもしれない。ですから、そこは分けて考えて情報を出すのが大事だと思って、そういうことを少し考えていただけるといいと思います。

○太田座長 ありがとうございます。小林構成員、どうぞ。

○小林構成員 今のお話の分け方についてですけれども、患者さん目線、地域住民の方の目線で考えた場合に、健康サポート薬局というのは病気になる前の段階から関わってもらえる薬局、そして、いざ病気になってしまったら主に頑張って対応してもらえる薬局というのが地域連携薬局等の認定薬局だという考え方の下に再度整理をして、明確化していったらいいのかなと思います。以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

ウェブから山本構成員、よろしくお願いします。

○山本構成員 ありがとうございます。山本でございます。

今、9ページのいわゆる健康サポート薬局の議論を聞いていまして、私、地域医療に関わっている中で、これはよくできていると思うのです。かかりつけ薬剤師・薬局の多剤あるいは重複投薬、こういったことについてはかなり薬剤師の先生方からお電話をいただいたりして、この投薬はちょっとやめたほうがいいですよとか、様々な健康情報をいただくので、我々としても大変助かっているという部分があります。

もう一つ期待しているのは糖尿病です。全身の疾患に非常に関わり合いの高い疾患に対して、医科から歯科との連携がなかなかうまくできないというところがあるので、そこで薬剤師の先生方に少し助言をしていただいて、患者さんに受診勧奨をもっとしていただけると、我々としては大変助かるわけです。全体的にはこういった健康薬局のことはかなりできているのではないかなと感じました。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。それでは、山口構成員。

○山口構成員 先ほどの小林構成員のお話を伺っていて、多分同じような意味でおっしゃったのだと思うのですけれども、病気になる前に行く薬局が健康サポート薬局で、病気になったら違うというような分け方と先ほどおっしゃったと思うのですが、患者としては、病気の前の予防的なところはもちろんですけれども、病気になってからも同じ薬局を使い続けたいと思うわけです。その中で、特に抗がん剤とか特化して、一般的な薬局では対応できないところが高度医療の専門医療機関連携薬局だとか、あるいは在宅医療ということになったら、今、行っているところは在宅医療には。健康サポート薬局だったら手がけているはずだと思うのですけれども、よりやっているところという、少し特化したところが認定だというような見せ方を患者側にしていただかないと、誤解が生じるかなと思いました。

○太田座長 ありがとうございます。それでは、安部構成員、よろしくお願いします。

○安部構成員 12・13ページにたたき台として、薬局に求められる機能・役割を様々整理していただきました。この中で「拠点となる薬局が必要」という括弧書きが幾つか記載されておりますけれども、その地域の中でジェネラルな役割については拠点に頼るということではなくて、しっかりと個々の薬局が対応しなければいけないものであり、拠点があれば何でも解決するということではないと思っております。例えば無菌製剤処理などは設備の問題等がありますので、拠点が担うという考え方は十分理解できる場所ではありますが、その他ジェネラルなところ、例えば医療用麻薬は既に5万2千軒が小売業免許を取得しておりますので、これを拠点が担うべきかというところは議論が必要かと思えます。それらを含め、ぜひ議論を深めていただければと思っております。

また、輪番か拠点かということについては、先ほど事務局から「地域に応じて」ということを御発言いただきましたとおり、まさにその地域の実情に応じて効率のよい医療と医

薬品供給の体制を構築していかなければいけないと思いますので、これは輪番、これは拠点というふうに画一的に固め過ぎないようにしていただいたほうがいいと思っております。以上であります。

○太田座長　ありがとうございました。

大変活発な御議論をいろいろいただいて、また今日も時間が大幅に超過をしてしまっております。これは次回引き続き議論をさせていただこうと思います。超過いたしまして申し訳ございません。それから活発な御意見ありがとうございました。

事務局は、本日の皆さんからの御意見も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したいと思います。

○薬事企画官　先生方、御意見ありがとうございました。

様々な切り口での御提言をいただきましたので、事務局のほうでも整理をさせていただこうと思っておりますが、議論の時間が少なかったこともございますので、追加で御意見がございましたら、会議後でも結構でございますので頂戴できればというところでございます。

○太田座長　ありがとうございました。

本日の議論は以上でございます。

事務局から特段ありますでしょうか。

○薬事企画官　次回開催につきましてはまた追って御連絡させていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○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。皆さん、活発な御議論ありがとうございました。