

第9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9月18日(水)

16:00～

場所 田中田村町ビル6E

開催形式 ハイブリッド会議方式

○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くようお願いいたします。

それでは、定刻になりましたので、ただいまから第9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。

構成員の皆様方には、お忙しい中御参加いただき、ありがとうございます。

初めに、事務局から連絡事項を申し上げます。

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

また、厚生労働省全体の取組といたしまして、審議会等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、よろしくをお願いいたします。

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用いて御発言いただきますようお願い申し上げます。

オンラインで御参加の構成員におかれましては手挙ボタンを押していただき、指名後に御発言をお願いいたします。

初めに、本日の出席状況でございます。本日は、中島構成員、矢野構成員が御欠席、川上構成員、山本構成員がオンラインにて御参加いただいております。小林構成員につきましては、業務の御都合により17時頃から御出席いただく予定でございます。落合構成員については到着が遅れているようですけれども、間もなく出席されると承知しております。

最後に、資料の確認でございます。議事次第にお示ししているとおり、議事次第以外に資料1から3、それから参考資料の1から3がございます。全部で6種類でございます。

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、以降の議事進行は太田座長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。

最初の議題は、「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。

議題ごとに、主な御意見をまとめて掲載しております。補足・修正等がある場合には、事前に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がございましたら手短にお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

よろしいようでございますので、それでは本日の1つ目の議題、「地域における薬局・薬剤師のあり方について」、前回の検討会において議論のまとめの事務局案をお示しし、御意見をいただきました。本日は、前回の検討会及びその後にいただきました御意見を踏まえまして、事務局において修正したものについて改めてここで御意見を伺うこととしております。

それでは、事務局から資料2について説明をお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

○課長補佐 資料2を御覧ください。ただいま御説明のありましたこれまでの議論のまとめについてでございます。

本資料におきましては先ほど座長からも説明がございましたが、前回での検討会での御意見、またその後いただいた御意見を踏まえまして修正したものとなります。変更した点を中心に御説明させていただきます。

1 ページ目を御覧ください。「地域における薬局・薬剤師のあり方」についてです。これまでの検討の背景、課題等についてまとめております。

具体的には、薬局・薬剤師について、「患者のための薬局ビジョン」の実現を目指し、様々な施策が推進されてきたこと、このような取組の中、健康サポート薬局や認定薬局など、患者が自身に適した機能を有する薬局を主体的に選択できるよう制度が導入されてきましたが、あまり認知されておらず、十分に活用されていない状況にあると考えられること、地域において求められる薬剤師サービスを全ての薬局が個別に対応することは困難であり、地域全体をより効果的、効率的に必要な薬剤師サービスを提供していく観点から、地域の薬局が連携して対応する仕組みの構築は重要であり、本検討会において地域の薬局の役割、機能の在り方の整理、健康サポート薬局、認定薬局の機能や地域における役割・位置づけを改めて整理・明確化するための検討を行っていただいたものでございます。

こちらの主な変更点といたしましては20行目、地域において求められる薬剤師サービスである健康サポートにつきまして、セルフケア・セルフメディケーションを含むということを含弧で追加しているものでございます。

続きまして2ページ目、「地域における薬局の役割・機能」についてでございます。

地域の薬局につきましては公共的な観点での役割が求められること、それに応じた機能が必要であるということの御意見をいただきましてそちらを反映しております。また、医療資源が限られている中、これら全ての機能を個々の薬局が持つことは困難な場合もあり、効果的・効率的な体制の構築が必要な場合もあることを踏まえ、それぞれの機能について

個々の薬局に必要な機能と地域・拠点で確保することが求められる機能に分類して記載しております。

変更点につきまして47行目、「薬局には、地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援する役割も求められている。」ということも追記しているところがございます。

また、49行目ですが、薬局が「地域の公共的な施設として必要な役割を果たすことが求められる。」ということ、また、51行目に、薬局が役割を果たすに当たりまして、「地域の医療・健康における公共的な活動方針を理解の上、地域において、当該薬局の薬剤師の専門性を発揮する」ということを記載しております。

また、84行目以降に地域・拠点で確保すべき機能を見出しをつけて見やすく整理してお示し直しているものがございます。

また、4ページの109行目でございますけれども、夜間・休日対応や在宅対応に必要な連携先として「医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等」を追記しております。

また、113行の段落につきまして、「行政」の後ろに括弧で（都道府県、市区町村）と追記するとともに、夜間・休日対応や在宅対応については、「今後、地域における医療計画等を踏まえ、薬局を含む関係機関が連携して地域の实情に応じた体制構築を進めていく必要がある。」と記載しております。前回におきましては、こちらについて同様の内容について望ましいとしていたところを、表現を変更しているものがございます。

「また、構築した体制については適宜見直すとともに、地域の住民、関係者に必要な情報を公表する等により、共有していくべきである。」ということも併せて追記しております。

5ページを御覧ください。「地域連携薬局の役割・機能」についてでございます。

地域連携薬局については、地域で確保すべき機能である在宅対応等を担う薬局として位置づけることとし、制度についても見直すこととしてまとめているものがございます。

主な変更点につきまして、140行目からの地域連携薬局が有する必要がある機能について、外来患者の夜間・休日対応については休日・夜間急患センターや当番医と連携した薬局で主に対応するものであり、必ずしも地域連携薬局がそこに該当するものではないとの御意見はございましたので、そういったことも踏まえましてこちらについて項目から削除しているところがございます。

また、在宅対応について143行目に（臨時対応含む。）ということも明記するようしております。

6ページ目を御覧ください。152行目の段落につきまして、地域連携薬局の薬剤師は関係機関の関係者と日頃から関係構築に努めることが重要であるといったことを追記させていただいております。

次に「健康サポート薬局の役割・機能」について、そのページの下段の部分になります

が、こちらにつきましては前回の検討会におきまして多くの御意見をいただいたということもございますので、少し詳しく説明させていただきます。

初めに164行目、健康サポート機能について「患者のための薬局ビジョン」から引用した内容を新たに記載しております。具体的には、健康サポート機能は地域住民による主体的な健康の維持・増進を支援する機能であり、患者等のニーズに応じて強化・充実すべき機能の一つであるとされており、特に健康サポート薬局ではかかりつけ薬剤師・薬局としての基本的な機能に加えまして、この健康サポート機能の発揮が期待されているということに記載しております。

また、169行目から、新たに健康サポート薬局で積極的に実施すること、こちらにつきましても薬局ビジョンから引用して具体的な取組として記載しているものでございます。

「地域住民による主体的な健康維持・増進を積極的に支援するため、医薬品等の安全かつ適正な使用に関する助言を行う」こと、「健康の維持・増進に関する相談を幅広く受け付け、必要に応じ、かかりつけ医を始め適切な専門職種や関係機関に紹介する」こと、「地域の薬局の中で率先して地域住民の健康サポートを積極的かつ具体的に実施し、地域の薬局への情報発信、取組支援等を実施する」といったことが挙げられております。

また、健康サポート薬局につきましては役割・機能を明確化することが必要という御意見がございまして、機能の明確化に当たり必要な対応として考えられることにつきまして190行目から整理し直して記載しているものでございます。

同様に、健康サポート薬局に求められる対応についても201行目以降の段落におきまして整理して例示として記載しているものでございます。

212行目以降、現行の健康サポート薬局制度は届出になっておりまして、健康サポート薬局の機能や健康サポート薬局の取組の質を確保するための仕組みとして認定制度等が必要ということを追記しております。

また、220行目から周知・広報について記載しております。特に226行目から「行政機関による対応だけで地域住民へ効果的に周知することは困難であり、健康サポート薬局自ら、及び地域の薬剤師会等と連携を取りながら、積極的に情報を発信していくべきである。」ということを追記しているところでございます。

また、229行目、地域の住民を対象とする場合と医療関係者、関係機関を対象とする場合を分けるなど、より効果的に実施するよう必要な対応を検討すべきといったことを記載しているところでございます。

また、235行目の名称独占については法令上明確化することが必要ということも併せて記載しております。

238行目から、健康サポート薬局に関しまして、その他いただいた御意見というものをまとめております。

「健康サポート薬局について、通常の薬局との差異が明確ではない」こと、また、「健康サポート薬局及び地域連携薬局の要件の整理は必要である」こと、また、健康サポート

薬局の要件を見直す際にはさらなる検討が必要であること、薬局機能情報提供制度により公表している情報につきまして、健康サポート薬局や地域連携薬局を上位の項目として検索、表示できるようにしてはどうか、健康サポートの取組については、健康サポート薬局以外の薬局でも薬剤師が目指すべき方向性であるというふうに考えられますので、関係団体として薬局として将来的どのような姿を目指すべきか示すことが必要ではないかということ、「健康サポート機能について、行政に示されて実施するのではなくて、関係団体や薬局自らが明確に示していくべきではないか」といったことを記載しております。

これらの項目については、引き続き必要な対応について検討すべきとしてまとめております。

また、9ページ、最後の262行目のところで、健康サポート制度について検証・見直しが必要といったことを記載しております。

また、前回の資料ではなかった部分として、266行目から「おわりに」といった形でまとめた章を追加しております。こちらにつきましては内容を説明させていただきますと、「本検討会では、地域における薬局の役割・機能について整理した上で、それを踏まえて地域連携薬局、健康サポート薬局の役割・機能のあり方について主に議論を行い、以上のとおりとりまとめを行った。

冒頭でも記載したとおり、厚生労働省では「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の推進、対物中心の業務から対人中心の業務へのシフトを図り、対人業務の強化や医療機関等との地域連携等を推進するための施策を実施してきたところである。

「患者のための薬局ビジョン」に示された方向性については、引き続き推進していくことが重要である一方で、薬局を取り巻く環境にも変化が生じていることから、本とりまとめやこれまでの厚生労働省の有識者検討会等の結論も踏まえつつ、今後の薬局の目指すべき姿やそこに向かうための方策等について、引き続き検討していくべきである」という形でまとめております。

これまでの検討会におきまして、幅広く御意見、御議論をいただきましたが、基本的な中心となったのは健康サポート薬局、地域連携薬局の部分だと思っておりますが、それ以外の御意見も多々いただいておりますので、そういったところにつきましては引き続き検討していくべきという形でまとめているものでございます。

また、前回の検討会までに図を用いて薬局の機能・役割や地域連携薬局、健康サポート薬局の役割機能についてお示ししておりましたが、こちらにつきましては本取りまとめが取りまとまり次第、事務局におきまして必要な修正を行いまして、構成員の先生方に御確認いただくといったことを考えているものでございます。

事務局からの説明は以上となります。

○太田座長 ありがとうございます。

それでは、議論のまとめについて御意見を伺いたいと思います。

初めに、1ページ目にあります「地域における薬局・薬剤師のあり方」、この部分について御意見があればお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

特によろしいでしょうか。

特段の御意見がないようでございますので、それでは続きまして2ページから5ページにかけての「地域における薬局の役割・機能」について、これに関しましての御意見があればお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、その次です。続きまして5ページ、6ページ目の「地域連携薬局の役割・機能」について、御意見があれば伺いたいと思いますけれども、いかがでしょうか。5ページ、6ページ目の「地域連携薬局の役割・機能」についてでございますが、よろしいでしょうか。

よろしいようですね。

それでは、6、7ページ目の「健康サポート薬局の役割・機能」についての御意見がございましたらよろしくお願いしたいと思いますけれども、いかがでしょうか。

これに関してもよろしいでしょうか。

よろしいようでしたら、全体にかかりましてどこでも構いません。ただいま事務局から説明があった文章のどこの部分でも構いませんが、何か御意見等がございましたらいかがでしょうか。

では、橋場構成員お願いいたします。

○橋場構成員 日本薬剤師会の橋場でございます。全体を通じてということで申し上げさせていただきます。よろしくお願いいたします。

まず、これまで議論されてきたことを本当に丁寧にまとめて反映していただきまして、事務局の皆様には感謝申し上げますところでございます。内容的にも、地域における薬局の役割・機能、地域連携薬局の役割・機能、そして健康サポート薬局の役割・機能それぞれについて、薬局が公共的な施設であるという見地から、健康サポート機能や医療提供機能、これらの取り組むべき事項、薬局間・関係機関との連携でありますとか、あとは住民・地域行政・関係機関への周知、それぞれの薬局をどう利活用するのかというところについて、厚生労働省、地域行政、関係団体、それぞれの役割を明確に整理いただいたと思います。

今回ここで取りまとめられた内容を基に、今後制度に反映されることになったときには、地域における医療計画と整合性の取れた形で、地域において薬局サービスの体制構築が進むよう、薬剤師会も含めて関係機関、団体が一致して取り組んでいければと思っております。

私からは意見でございます。

○太田座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

落合構成員、お願いいたします。

○落合構成員 ありがとうございます。

私からも、丁寧に取まとめていただきまして事務局、座長の皆様に感謝申し上げたいと思います。全体として、これまでの議論を踏まえておまとめいただいたように思っております。

その内容としては基本的にそのとおりかと思うのですが、地域の実情や人口を見ると、実際に働かされている方もどんどん高齢化していくことが今後あると思います。1点だけ、そのときの実情を時々に見ながら見直していく、という趣旨をどこかに入れていただければいいかと思いましたので、その点だけ御検討いただければと思います。

私のほうからは以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

地域の実情を見て、時々で見直すということを加えるということですね。ありがとうございました。

ほかはいかがでしょうか。

それでは、磯崎構成員お願いします。

○磯崎構成員 神奈川県医師会の磯崎です。取まとめ、どうもありがとうございました。

すみませんが、私が見落としているだけかもしれませんけれども、現場の感覚で申し上げますと、自分たちが見ている小さい地域の中で顔が見える関係を構築していくという中で、行政に講演会を開いてもらったり、グループワークを開いてもらったりといった取組がすごく薬局の先生方とも顔見知りになれるいいチャンスだと思っておりますので、抽象的には書いていただいていると思うのですが、もう一步踏み込んだ表現として、そういった顔が見える関係の構築というところをどこかに一言入れていただけたらと思っております。よろしくをお願いします。

○太田座長 ありがとうございました。

具体的にもう少し踏み込んで顔が見える形でのコミュニケーションというか、そういう役割をきちんと書き記すということですね。ありがとうございます。

いかがでしょうか。ほかに何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。

よろしいようですので、それでは本日先ほどからいただいた御意見を踏まえまして事務局に修正案を作成してもらいます。日本語の誤り等は事務局で直していただくということにさせていただきます。内容の確認は座長である私に御一任いただけますでしょうか。よろしいでしょうか。

(首肯する構成員あり)

○太田座長 ありがとうございます。

それでは、最終版につきましては公表前の段階で皆様に御確認いただく予定ですのでよろしく願いいたします。そのときにポンチ絵に関しても皆さんに見ていただくということでよろしいですか。

では、そういう形で進めさせていただこうと思います。ありがとうございました。

それでは、議題の3番目に移りたいと思います。「離島・へき地等における薬剤提供のあり方について」でございます。

まず事務局からの説明をお願いしたいと思います。

○課長補佐 事務局でございます。

資料3を御覧ください。「離島・へき地等における薬剤提供のあり方について」でございます。

2ページを御覧ください。第7回検討会における主な意見をまとめたものでございます。

「地域における医薬品の提供体制について、薬剤師又は医師が調剤したものを必要な患者に必要なときに供給できる体制が必要ということを明示してほしい」こと、急に対応が必要となる場合にどのような工夫があるのか、特例が認められるのかを考えていくべきである、効率面から考えると、常に医薬品を持っている薬局が対応すべきであり、具体的な内容について地域で協議すること、そのために日頃から連携が必要であること、体制整備にはコストがかかり、誰かがそれを負担しなければならないことを認識して議論が必要であること、薬局がない対応できない地域でどうするのか、実効性のある体制構築に向け、具体的に検討されるべきであるということ。また、離島の中だけで医療が完結するものではなく、事象の頻度や状況を網領して対応を検討することが必要である等の御意見がございました。

3ページを御覧ください。離島・へき地等における薬剤提供の在り方の検討におきまして、基本的な考え方について御議論いただいた結果を踏まえたものでございます。

第7回の検討会でいただいた意見を踏まえまして、赤字のとおり追記したものでございます。

「地域における医薬品提供体制については、薬剤師が調剤又は医師が自己の処方箋により自ら調剤したものを必要なときに必要な患者に供給できる体制を整えることを前提とすること、それぞれの離島・へき地等への具体的な対策は、行政の関係部局、関係団体等が協議・連携して、必要な対応を検討し、合意を得た上で実施するものであること、といったところを基本的な考え方として合意いただいたものと考えております。

4ページを御覧ください。こちらは「令和6年度規制改革実施計画」の抜粋になります。

「在宅医療における円滑な薬物治療の提供」についてといった項目の中で、厚生労働省は一次医療圏ごとの薬局における在宅医療に関する体制・機能等の情報を公開するとされております。具体的には括弧書きの中でございますけれども、名称、所在地、連絡先公表の有無、営業時間内、夜間・休日、営業時間、夜間・休日の対応状況、こちらについては輪番制への参加状況も含む。地域支援体制加算の有無、地域連携薬局の認定の有無等となっているものでございます。

5ページを御覧ください。こちらを踏まえまして、一次医療圏ごとの薬局の在宅対応に係る体制・機能等の情報を集計し、公表することを予定しているものでございます。また、訪問看護ステーションにおきましても在宅医療におきまして一番下の○にお示ししている

とおり、薬物治療の円滑な提供に係る対応の検討のために、一次医療圏ごとの状況を整理して公表することを考えているものでございます。

具体的には、下の（参考）のところにお示ししておりますとおり、公開すべき情報については薬局機能情報提供制度により報告されて公表されている項目であるというふうに考えられますので、令和6年8月1日時点で薬局機能情報提供制度に基づき報告、公表されている情報について、一次医療圏の情報を追加するなどの対応を事務局で行っているところでございます。

無薬局の町村につきましては、当然薬局がないのでそこからの報告はないということになりますが、令和6年3月末の状況を都道府県に確認した結果を踏まえ、取りまとめた内容を示す予定としております。こちらにつきましては、参考資料3に情報を整理したものを提示させていただいております。

訪問看護ステーションについては「在宅医療にかかる地域別データ集」といったものを厚生労働省で公表しております、そちらの情報に基づき集計しているところでございます。

6ページを御覧ください。「一次医療圏ごとの薬局における在宅対応に関する体制・機能等の状況」の速報値という形になります。

現在、データの精査を行っているところでございますので、お示ししている数字につきましては速報値であるということに御留意いただければと思います。市区町村1,741のうち、薬局があるのが1,603となっております。このうち、夜間・休日対応薬局、輪番制による対応を含むものを含んでおりますが、こちらがあるのが1,479、在宅対応可能な薬局があるのは1,534であり、多くの市区町村におきましてはこういった対応が可能な薬局が存在しているという状況にあると考えられます。

また、これらの市区町村については全てではないものの、多くの場合、訪問看護ステーションも存在しているという状況になります。

一方で、下段の部分になりますが、薬局がない町村というものが138あって、このうち訪問看護ステーションが存在している町村は13、138の薬局がない町村のうち13には訪問看護ステーションが存在しているということでございます。

薬局は存在するが、休日・夜間対応がない市町村は124ございます。このうち、訪問看護ステーションがあるのが40で、在宅対応可能な薬局がない市町村については69、うち訪問看護ステーションがあるのは20となっております。

また、薬局はあるが、夜間・休日対応、輪番制も含みますけれども、薬局も、在宅対応可能薬局も、どちらも存在しないという市区町村は51あるというところでございます。

7ページを御覧ください。一次医療圏ごとの概況になります。

先ほどおおむね説明しておりますけれども、それに加えまして訪問看護ステーションのない市町村は448、うち薬局がある市町村は323あるというところでございます。

また、薬局がない、または薬局はあるが夜間・休日や在宅対応可能な薬局がないところ

であっても、近隣の市区町村にある薬局が対応しているといった場合もございますので、必ずしも対応する薬局が存在しないということではないということに留意が必要となります。当然、訪問看護ステーションにおきましても同様な状況にあるところがございます。

本日の論点となりますが、下のところ、「上記を踏まえた今後の検討のあり方（案）」としておりますが、こちらにつきまして「薬局や在宅対応可能な薬局が存在しない地域が存在することから、そのような地域において必要な対応の検討が必要」であるといったこと。

また、「このような地域の一部においては在宅対応を行う訪問看護ステーションが存在しているが、多くの地域では訪問看護ステーションも存在していないことを踏まえ、対応を検討する必要がある。」ということ。

また、「具体的な対応の検討に当たっては、基本的な考え方」、先ほどお示したものでございますけれども、こちら「を踏まえ、薬剤師又は処方医による調剤をどのように確保するか、患者に提供する医薬品の保管する場所や管理方法等について整理するとともに具体的な事例」、先般、厚生労働科学研究等で御報告しておりますけれども、そういったところも踏まえることが必要であるということを経後の検討の在り方のポイントとしてお示ししております。

事務局といたしましては、次回以降、本日の御議論も踏まえて、より具体的な方策についてお示しし、そちらに基づいて御議論いただきたいということを考えているところでございます。

説明は以上となります。

○太田座長 ありがとうございます。

「一次医療圏ごとの在宅対応等の概況」、またはそれを踏まえた今後の検討の在り方についての御説明ということでございました。これにつきまして御意見、あるいは御質問があれば伺いたいと思っておりますけれども、いかがでしょうか。

山口構成員。

○山口構成員 山口でございます。

今、速報値の御説明があったのですけれども、これを今後見せていただくときというのは、例えば全国的な地図みたいな感じで見えるような、数字で出されてもどの辺りがどうなっているのか、全然分からないなど今お話を聞きながら思ったのですけれども、どんな形で公開というか、発表、公表なさる御予定なのでしょうか。

○太田座長 事務局からお願いできますか。

○課長補佐 事務局でございます。

公開の方法につきましては現在調整中でございますが、今のところは表のような形で市区町村ごとに並んでいるものをお示しするとともに、それは薬局ごとの情報で、併せて市区町村ごとの情報を並べてどういう状況であるのかといったところをお示しするというようなこととなります。

それで、今、御指摘いただいたようなことについては、どこまでできるのかというところもありますので、ちょっと検討したいとは思いますが、もしかしたら難しいかと思っています。

○山口構成員 例えば、薬局はないけれども訪問看護ステーションがあるとかというお話が今あったのですけれども、そういったものを言葉で聞いたとしてもどの地域がどうなっているのかというのは可視化していただかないと、ちょっと分かりにくい。例えば、全国でなくても特徴的なところとか、またはそこに限定してでもいいので、議論するために私たちがイメージできるようなことを提供していただければいいのかなと思いました。

○太田座長 いかがでしょうか。

○薬事企画官 御指摘ありがとうございます。

まず公開というところになりますけれども、令和6年度上期措置の公開に関しましては、まずはリストでの対応とさせていただきたいと思っております。その上で、見える化ということでどういった形が分かりやすいかは我々のほうでも考えてみて、このリストの公開とはちょっと別なところで検討させていただければと思います。御指摘ありがとうございます。

○太田座長 よろしいでしょうか。

ほかにいかがでしょうか。

橋場構成員、お願いいたします。

○橋場構成員 ありがとうございます。

まず、今の山口構成員の御意見は本当にごもつともだと思っております。

一方、恐らく6ページのデータをつくるだけでも大変な苦勞をされたのではないかと私は想像するところがあります。それは、例えば医療機関であればへき地に関する法律や離島に関する法律に基づいた形でのデータ構築は既にされているのではと思いますが、薬局、訪問看護ステーションについては今までそういったことに取り組んできたということがなかったのではないかと思います。そのため、今回お指名いただいた資料に関しましても、市町村という単位の中での薬局の有無とその数、訪問看護ステーションの有無とその数というものが現状の限界ではないかと思っております。

ゆえに、これがいわゆるへき地に関する法律、離島に関する法律に完全に合致しているかという多分違うのではないかというところで、今回のこの議論に多分間に合わないとは思いますが、そういった仕組みが構築されていないことがまずもって問題ではないかということをもっと意見させていただきます。

その上で、今回御提示いただいた資料ですが、まず3ページの「基本的な考え方」です。こちらの考え方については私も強く同意させていただくところでありますけれども、とりわけ※印の最後の「医療提供体制の構築に取り組むこと」というところがございますので、これが今回の議論を通じて実効性のある取組につながるよう進めば良いと思っております。

あとは、7ページ目の「今後の検討のあり方（案）」のスライドになりますけれども、

「上記を踏まえた今後の検討のあり方（案）」のところで、この3つの点についてもこのような検討をしていくこと自体はよろしいかと思っておりますが、まず前提としては離島とへき地はやはり別々に考えるべきものではないかと思えます。

そして、離島・へき地、それぞれでまず大きい枠組みでのあるべき姿というものを全体像として考え、それでも困難なレアケースというものを丁寧に議論していくという方向性で議論していったほうが良いのではなかろうかと思っております。

私からは以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

それでは、宮川構成員、その後に樋口構成員でお願いします。

○宮川構成員 今、橋場構成員のお話になったとおり、無薬局の町村一覧が参考資料の3に出ているわけです。上からずっと見ると、北海道に関しては非常に広い面積の中で人口も少ないということで、距離的なへき地であるということが見て取れるわけですね。これが北海道で27まであるんです。

福島の場合には、2011年の東日本大震災と原発事故等で、双葉町、大熊町等が一覧に見て取れるわけです。

東京の場合には多摩地区のへき地と、それから島嶼の離島の村というような形で55から61まで見て取れるわけです。

そして、奈良の場合だと山間部の中で十津川を含めてルートとして道の問題があり、人も少ないし、山があることによってなかなか行けない人里離れた地域が多く見て取れるわけです。

それからあとは、鹿児島県から沖縄、125から138というところから見て取れるようにやはり離島が多い。

ですから、138のリストを見てみると、どのような特性があるのかというのは大体概略で分かる。そこで分類分けをしていただいて、ここは離島である、ここは、面積が広くて全て分散されてしまうへき地と、ルートとしてなかなか行けなくて非常に困窮する場所で、医療資源の配置が集中してできないへき地など、特性をしっかりと見ていかないと、まとめに書いてあるように、考え方として齟齬が出てくる。

ですから、今後の検討の中に、ただ訪問看護ステーションがあればいい、薬局があればいいということではなくて、薬局や訪問看護ステーションが一緒になった複合的なパッケージを行政単位の中で誘致してつくるのかどうかを検討してはどうか。それは、医療等も含めて、全部同じようなワンパッケージのものをつくるのか、また、例えば県行政等が主導して誘致するのか、そういう大きな考え方の中で検討を進めていかないといけない。ただ不足しているから、何でも特例でやればいい、ドローンを飛ばせるようにして対応すればいい、オンラインでやればいい、そういう考え方では危険性ばかりが伴い、逆にコストばかりがかかってしまい、大きな問題になってきます。片側面だけから見るような分析になってしまうと大きな問題が出てきます。

そういうところをきちんと見て取って分析しながら、それに対してどのような対策を立てていくのかということが多方面から見ての想定をもとに考えていくべきではなかろうかと思っています。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

地域特性を十分考慮しての取組、あるいはそういうものについての御意見でした。ありがとうございます。

それでは、樋口構成員、その後に川上構成員からお願いしたいと思います。よろしくお願いたします。

○樋口構成員 ありがとうございます。

訪問看護ステーションはあとの樋口と申します。よろしくお願いたします。

2点ほど確認といえますか、お聞きしたいことがあるのですが、その前に北海道は無薬局が27くらいあるんですね。

でも、私は地図を見たら全部どこか分かります。住民の数も大体分かります。こういうところなんだなということで、大変さがしみじみと分かる数字をありがとうございます。

まず、今回の議論におきまして、必要なときに必要な患者さんに必要な薬が提供できる、タイムリーに提供できる。そして、地域における患者さんが安心して暮らせることがまず第一だと思って考えているのですが、その話をしていく上で、すみませんが、先に戻るかもしれないのですけれども、2ページ目の前回の主な意見のところちょっと確認させていただきたいことが1点目にあります。

ここで話を進めていくときに、恐らく何か急なお薬が必要になった場合、お休みのときも含めてどうするかということが大事になってくると思うのですか、このポツの2つ目でふだん、毎月飲んでいるようなお薬については何行目かにいきますと、「余裕があるうちに受診してもらって提供すればよいが」となっております。

現場の意見といえますか、私は現場のほうからのお話をさせていただくと、薬がなくなるぎりぎりに受診することが非常に多くて、それで非常に今まで困っています。私たちも残薬ありきで考えていいのかどうかという問題がありまして、基本的には患者さんたちは薬がなくなる1日か2日でも前か、ぎりぎりに受診ということがあります。

それが、今回へき地だとか、それから薬局が少なくなったところで考えていくときに、例えば1か月分のお薬が出たときに、次の予約が4週間後ではなく、3週間目くらいに受診の予約をきちんと取っていけるものなのか、それがオーケーなのか、それとも処方されている薬局の先生方が、薬剤師の先生が処方をされるときに、次の受診時はどのくらいかというのを確認しながら住民の方々に普及できるものかどうか、それを最初に1つ目にお聞きしたいのですが、いかがでしょうか。

○太田座長 いかがでしょうか。

薬局の先生方から何か御意見があれば。

飯島構成員、お願いいたします。

○飯島構成員 イイジマ薬局の飯島です。

今の服薬のタイミングというか、残薬のことにしましては、本来、薬局・薬剤師は主治医の先生と相談しながら距離的なものとかアクセスの部分で、当然ながらある程度の余裕を持つかというのはやらなければいけないことだと思っているわけです。もちろんそれはどれくらいの日数が適切なのかというのは明確なものはないかもしれませんが。体調不良だとか、災害時、有事、または天候を含めて患者さんに安全供給するという意味では、ある程度余裕を持つというのは現場では当然ながら行っているところであって、その日数にしましては主治医と相談しながらどこら辺が妥当かというのは協議してやっているところでございます。

○太田座長 よろしいでしょうか。

○樋口構成員 分かりました。ありがとうございます。

では、私たちのほうも残薬はあまり気にせず考えながら動いていけるのではないかと考えていきます。ありがとうございます。

続けてもう一点、質問といいますか、意見なのですが、今回訪問看護ステーションの数とか、薬局の数とか、訪問看護ステーションがないところとかという話がありました。薬局がないところの動き等に関してはちょっと分からないのですが、訪問看護ステーションにしましては北海道もたくさん出てきましたけれども、町、市を何十キロもまたいで訪問看護ステーションは動きますので、この市町村に訪問看護ステーションがないから薬の供給ができないとか、できるとか、患者さんに看護は提供できていないとか、そういうことではないと私は踏んでおります。

その上で、訪問看護は今後検討することの内容ではあるのですが、このように薬局数とかステーションの数とかが見えるのはとても大事なことだと今回思ったのですが、やはり訪問看護ステーションのあるなしだけではなくて、そこに薬局さんがあったとしても、前の第4回のアンケートの結果をいただいたときに、夜間・休日をされていて、標榜されていても実際にされていない薬局さんがいたりとか、恥ずかしながら訪問看護ステーション側もお薬が供給されていなかったとしても薬局側に連絡をしていないケースもあったということを見ると、薬局さんがある市町村、ない市町村だけではなく、実際に夜間とか休日とか、そういうイレギュラーなときにも対応ができる薬局なのかどうか。どのくらいそれが可能なのかも含めて、やはり考えていただきたいというのが1つです。

あとは、連携状況の把握のところなのですが、ここが本当にクリアできないと連携の方法ですね。具体的な方法、今までもたくさん、前ページまでにも連携、連携とたくさんありました。ステーションとの連携、医療との連携、様々な連携という言葉があったのですが、その連携の内容がしっかりここで少しずつ具体的なものが出てこない、先が見えないなというのが私のちょっとした不安です。

以上です。ありがとうございます。

○太田座長 ありがとうございます。確認も含めて御意見をいただきました。

それでは、川上構成員から手が挙がっていると思いますので、よろしく願いいたします

○川上構成員 どうもありがとうございます。ウェブから失礼いたします。

今回の資料で、日本全国の市区町村のうち、在宅対応可能な薬局がどのくらいあるのか、訪問看護ステーションがどのくらい存在するのかが、速報値であれ具体的に分かったことは大変有意義だと思いました。

それで、7ページの「上記を踏まえた今後の検討のあり方」のところを見ながら意見を申し上げますと、1つ目のポツの「地域ごとの対応については医療提供体制全体を見て検討する必要がある」ことを※印で付記していただいています、本当にその通りだと思います。

特に、今回はこういった調査なので仕方がないと思うのですが、薬局では基本的には処方箋に基づいて調剤をしているので、必ず処方箋を発行した医療機関があるのです。そういう意味では、どのくらい住民人口や患者ニーズがあるのかも関与すると思うのですが、まず、そもそも医療機関があるのか、それに対応して薬局があるのか、そういった医療提供体制・医薬品提供体制の全体を見ていくことが必要かと思います。

それから、在宅の患者に対する薬剤管理は、薬局だけが行っているわけではなくて、これも本検討会で以前に申し上げたことがあるのですが、医科診療報酬の中にも在宅患者訪問薬剤管理指導料がありまして、その算定に係る業務を医療機関に所属する薬剤師が患者に向いて実施していることも実態としてはあります。

地域によっては、薬局はないけれども医療機関がある場合、医療機関側の先生方の往診に、その医療機関に所属する病院薬剤師も対応していることも、可能性としては大いにあるので、やはりそういったことをしっかり全体を見て、今後の在り方というのを考えるべきかと思います。

それから、在宅対応可能な薬局がないところでも訪問看護ステーションがある地域は、数としてそれほど多くないということも分かりましたので、そのことも踏まえて今後どう対応していくかを考えることは重要かと思います。

最後のポツのところ「患者に影響する医薬品の保管する場所や管理方法について整理」とありますけれども、これは極めて重要な点で、医薬品はどこにでも置いておけば良いものではなく、決してありません。基本的には、現状ですと医薬品を販売できる薬局や、当該医療機関の患者さんに対して使うことを目的として医薬品を購入している医療機関などにおいては医薬品を保管していますが、その品質を保つ、法定管理薬などはその法令に基づいた管理も求められます。そういった医薬品の適切な管理ができるかどうかという辺りも含めて、今後きっちりと検討していくことが大事かと自身は思った次第です。

以上でございます。

○太田座長 ありがとうございます。

医療提供体制全体を見て判断をするということの必要性について御意見をいただいたと思います。

ほかはいかがでしょうか。

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。2つ、御意見させてください。

1つ目は、以前こちらの検討会でいただいた平成帝京大学の先生のアンケート結果で、そのときは郊外と、都会と、本当にへき地と、いろいろなところからアンケートを取って、いろいろな現場の工夫で今、本当にすごく困った事例が件数的に思ったより多くなかったといったデータが出ていたと思います。ですから、本当に困るところというのはどういうところなのか。へき地というのも、単純にへき地要件に当てはまれば困るのか、離島ならば困るのかということもはっきり見定めて、本当に困っている地域のみ、まずは考えていかなければいけないのかなと思っています。

次に、今回基本的な考え方で、必要なときに必要な患者さんに必要な薬を届けるということだと思うのですが、では必要なときというのはどういうときなのか、必要な薬は何なのかということも検討しないといけないと思っています。まず、第一義的にはその患者さんの命を守るということが、状態にしても薬剤にしても一番大事なことだと思うのですが、本当に緊急事態で命が危ういときに在宅医療で薬で何とかできるかというとなんかそうではなくて、それはやはり搬送しなければいけないわけです。ですから、自宅にいられるような状態で、なおかつ薬剤である程度のことではできるという状態の患者さんにどんな薬が必要なのかということかと思うのです。

例えば、鼻水が止まらなくて鼻水止めの薬が欲しいというとき、それが本当にすぐに必要な薬なのかどうか。何でもかんでも薬ならば必要だというわけではないと思うのです。37度5分の患者さんに解熱剤がすぐ必要かというとなんかそうではないけれども、一方で40度出たらやはりすぐに投与してあげたい。そういったことがありますので、全ての薬剤がすぐに必要ということではなくて、どんな状態の患者さんにどんな薬が必要なのか。それで優先順位をつけて、何からまず渡さなければいけないのか。例えば輸液が必要なのかとか、そういうところの検討なしに何でもかんでも薬剤をその患者さんが必要だ、または希望するから必要だということではないとは思っておりますので、その辺の条件は峻別していただければと思っております。

○太田座長 ありがとうございます。

それでは、落合構成員お願いいたします。

○落合構成員 ありがとうございます。非常に網羅的に御調査いただいて、大変参考になる結果ではないかと思っております。

それで、質問の点としましては、先ほど来も議論がございましたが、実際にこれはありなしということで、例えば公に表示されていても、一人でいるときに病気になると、夜間・休日まで対応できるか、できない場合もあるかもしれません。そういった実際の運用状況

まで見ているというよりは届出ベースで御調査された資料ということによろしかったでしょうか。

○薬事企画官 おっしゃるとおりです。

○落合構成員 ありがとうございます。

一方で、実際にありなしというところで、なしという部分もありますので、そういったところなどは、非常に参考になる部分もあるのではないかと思います。実際にはこれまでの検討会で議論になってきていたような、どの程度ワークしているかや、例えば自治体の中でもかなり広域にわたるような自治体もあると思っております。政令市の中でも、例えば島嶼部があって、一方で山間地があってというような自治体などもあると思います。実際には全くない自治体というのは分かりやすいとは思いますが、実質的に見てへき地・離島という場所がどこなのかは、困っている方がいる地域かどうかは若干難しい問題があって、なかなか数字で明確に統計で出しにくい部分はあるかとは思いますが。

それで、実際にへき地・離島の範囲は先ほど来御議論がありました。過疎法などで定義されている部分もあるかと思いますが、地域に関する例えば規制の課題などが出される場合に、医療と並んで人流、物流、いわゆる交通系の話が自治体の方から出てくることが大変多くあると経験しております。

医療の次くらいが交通という印象ですが、その中でも少し前に貨客混載の議論をされたことがございました。貨客混載についてはもともとは過疎法における過疎地域などにおいて特例的に認められていたものだったのですが、広がってきています。例えば先ほど来、いわゆる政令指定都市のような場所であっても、場所によっては本当に山の中にあたりとか、実質的には都市ばかりだと思ってしまうがちではあるのですが、そうではない場合もあるということで、やはり実際に困っている地域はなかなか数字だったり統計だったり明確な線引きが非常に難しいとは思っております。

とはいえ、まず測れるデータがあること自体は大事ではありますので、このデータを基礎にはしつつ、一方でどうしても実態的には数字といいますか、明確に切り分けができにくいところもあるという前提で、ぜひ御議論をいただければと思っております。

もう一点だけございますのは、薬局と訪問看護ステーションの関係についてお調べいただいております。これが最も基本になるような部分だと思っております。

ただ、これまで御発表いただいていた中で、例えば場合によっては医師の先生が何かのときに直接駆けつけていただいたり、ということで助けられているようなケースもあるように思います。医療の専門職種や、介護関係の職種なども含めてどういう形でサポートができていいのか。最終的には、薬剤に関する機能や、様々な機能も地域全体として、医療の専門職種ないしは隣接職種全体において、しっかりカバーできるかどうかが大変だと思います。この検討会ではあくまでも薬局・薬剤師との関係を検討していくということではあるかとは思いますが、特に訪看ステーションとの連携が最重要の課題であろうとは思いますが、そのほかの連携も含めて総合的に考えていくということがフェアであるように

思います。地域の課題解決にとってはそういう形であっても、解決できることはあるかと思しますので、そこは困っている方をうまく助けられるように、検討を整理していけるといいかなと思っておりました。

私のほうは以上でございます。

○太田座長 ありがとうございます。

事務局から何かコメントはありますか。

○薬事企画官 落合先生、コメントありがとうございます。

おっしゃるとおり、この数字であるから、ないからという部分でないことは承知しておりますし、先ほど来御議論いただいたように、数字がないからと言って必ずしも対応できないものでもないというところですし、あとはこのデータとしまして今回訪看ステーションと薬局に特化していくところはあるのですけれども、実際に医療機関、診療所というところが対応しているケースもあるかと思えます。

こういった基礎データとしつつ、今後どういった在り方がいいかということは次回以降、議論させていただければというところでございます。

○太田座長 よろしいでしょうか。

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。

構成員の方が縷々お話しになっておられますが、この議題は、結局は離島・へき地における薬剤提供の在り方というよりは、患者さんを基本として、医療としてどういう状況が発生し、どのように薬剤が必要となるかについての議論であり、これは今までもこの検討会において議論してきたところです。

それが、今回はただ離島・へき地というのが頭についているのがこれまでと異なるというだけで、実際は、医療の側からは磯崎構成員がこれまで発言してきて、処方箋を受ける側からは飯島構成員が発言しておられる、在宅の現場での課題についてです。実際には、そのような課題はほとんど現場では解決できているものです。

先ほど私が離島・へき地の分類について発言した主旨は、医療提供側からは、二次医療圏で医療が完結していて、地域に一定規模の医療機関が存在する場合は、その地域では薬剤も含めて医療提供が既にできています。その地域の中に先ほど川上構成員が言ったように、地域医療の提供体制に内包して薬剤師が存在して、薬剤提供体制が成立しています。ですから、例えば、北海道のへき地の無薬局町村はそういうところで全て網羅できるのではないのでしょうか。

ただし、ではたとえば、東京の島嶼部の場合、どうやっているのかというと、薬の提供体制の場合もほとんど困窮していない状況です。また、患者さんが急変した場合にはヘリコプターで運ぶ等の対応策ができていることも含めて、全て想定の範囲内として組み立てられています。そのなかで、薬剤提供体制についてだけの特出しして、離島・へき地について、へき地や島嶼部に行って救急医療や在宅医療、薬剤提供をした経験のない方々がど

れだけ発言してみても、ただ机上の空論となってしまいます。数値についての解釈や、困難な状況を想像して発言するような、実情に合っているかわからない議論をしても仕方ないのではないのでしょうか。

へき地や離島でどのように対策しているのかというのは実例を見れば分かるので、私たちはその実例をしっかりと見て、それを補う法的な課題、また、それ以上の困窮する状態があれば、どうすればいいのかをみんなで知恵を絞って解決するというものではないかと思っていて、実例の詳細な確認をせず、漠然と見る状態では議論してはならないのではないかと思っています。現場で発生している問題があればこの検討会で議論すればいいけれども、現場に則さずに、上から目線で離島・へき地での薬剤提供について議論しても全く意味がないだろうと私は思っています。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

それでは、三澤構成員お願いいたします。

○三澤構成員 慶應薬学部の三澤です。私は、机上の空論を少し述べさせていただきたいと思います。

無薬局町村が138列举されていますけれども、これを見ると、これだけを何とかすればいいということであればできない数ではないかと思えます。少なくとも薬剤を提供するためには薬剤師または医師が必要で、あとは建物、入れ物が必要で、薬、現物が必要ということですが、少なくともこの市町村には村役場、町役場があるはずですよ。薬局はなくても村役場がないという町はないはずで、要するに行政区としてその中心になっているところが必ずあるはず。この薬局のない市町村に関しても村役場が1つはあるはず。です。

そうしたら、全く机上の空論ですけれども、ここにそれぞれ1名ずつ薬剤師を国のお金で配置すればいいということになりませんか。薬剤は、先ほど川上構成員も述べていたけれども、管理が非常に難しい。専門的知識が要るわけです。それで、薬剤の提供のために誰かがいればいいというわけではなくて薬剤師が必要だということになるならば、138名分の人件費を国が持つという形で、場所は村役場があるので村役場のどこかを使ってもらおう。そのための設備は村でもお金をある程度出してもらって、人件費に関してだけ国が持つとかというふうな仕組みをつくれれば、少なくともそこに行った薬剤師さんが薬剤師の知識をもって何が必要かということを経営の中で働きかけて、必要な資源をそこから出してもらって、何か工夫をする。

漠然と困っているか、困っていないか、困っていたら言うてくださいではなくて、専門家をそこに1人配置して現場で何かやってもらおう。その人件費は国が持つとかというのはどうですか。全く机上の空論ですけれども、何かそういうアイデアもあるのではないかと私は思います。

○太田座長 ありがとうございます。

どうでしょうね。

では、どうぞ。

○宮川構成員 4 ページに書いてあるように、令和6年度の規制改革実施計画というものが6年の6月21日に閣議決定されたわけです。そこに「革新的サービスの社会的実装・国内投資の拡大」ということが書いてあって、(6)のイのところ「在宅医療における円滑な薬物治療の提供」と書いてある。その中で、「一次医療圏ごとの薬局における在宅対応に関する体制・機能等の情報」と書いてある。

しかしながら、一次医療圏だけではなく二次医療圏だけでも医療というのは完結しているわけです。そこにおいては全てのところが今、在宅治療ができて、例えば先ほど言ったように、人里離れた一軒家のところに少人数が住んでいて、そしてそのところで寝たきりになって在宅医療になったときに、その地域で果たしてどのように対応できるのか。老老介護みたいになっていたら、ふもとの町に要介護者が移り住んで、介護する側だった人が人里離れた一軒家に残るとするのはよくあるパターンで、その人も具合が悪くなればふもとの町に下りていく。

実際、このような医療のことを知らない方たちが規制改革実施計画のような形で想定しても、一次医療圏ごとに考えるというのは医療としては意味をなさない。もし、本当に対応するのであれば、国が社会保障、医療というものにもっとお金を出せばいいわけですが、出さないでこういうことを工夫しろということ自体が全く空虚な話です。

ですから、先ほど三澤構成員が言ったように、もし国が社会保障や医療にもう少し投資をすれば、派遣できる薬剤師や多職種の職員など、介護や医療に人材が多く集まって地域に雇用が発生する。地域に雇用が発生するんだったら、そこにお金を国としては出さなければいけない。では、それでたくさん地域に雇用ができることになるわけです。

そういうことを国としては全く考えていないわけですよ。それで、お金は出さないで工夫だけしろと、でもそれは決して革新的なサービスではなくて、従来一生懸命医療者が工夫してその地域に様々な医療資源の投下をして、そして地域のいろんな方々が苦勞しながらつくり上げています。この規制改革実施計画が出てしまったために、この一次医療圏ごと、そして24時間365日、行政の人たちも含めて、全部関わられるのかということになってしまい、このような空虚な離島・へき地の議論をしなければいけない。

でも、この会議をずっと遡ってみれば、実際に困窮する事例が本当にあったのかということ、そうではなかったということが明らかになっているわけです。そういう意味では、どこまで私たちが個別に切り取ったところだけ議論をしてもいいのか非常に難しい。

だから、薬局・薬剤師の機能強化という一側面から見た議論というのは、医療全体というものを片面から見て、できていない、薬剤師がないという点だけで議論を進めるのはどうなのか。全て医療というのは先ほど川上構成員が言われたように、多職種連携の中でできている。その中をどうやって見ていくのかという議論のほうが、よほど社会実装として実態に合った議論になるのではないかと思います。

以上です。

○太田座長 山口構成員、お願いします。

○山口構成員 私も最初に可視化の話をしたのはなぜかという、全くこの一次医療圏ごとの公開という意味が分からなかったんです。二次医療圏で見たら問題ないかもしれないのに、そういう狭い範囲であるなしということの議論をすることに価値があるのだろうかということに正直思いました。

ただ、この閣議決定で公開するということになっているので、公開することはいいと思うのですが、公開されたところが138くらいなのであれば、本当に困っているのかどうかとか、どんな対応をして問題解決が既にできているのか。そういったことを調べるのだとしたら、そんなに大きな数ではないのではないかと思いますので、それをした上で本当に議論が必要かどうかということ考えたほうがいいのではないかと、今もいろいろな方のお話を聞いていて思いました。

○太田座長 まさにそうですね。ありがとうございます。

井本構成員、お願いいたします。

○井本構成員 いろいろな意見がある中なのですが、私としては示された例題について質問をしたいと思っています。3点あります。

ほかの構成員がおっしゃったので追加になりますけれども、まず1点目として訪問看護ステーションのデータを可視化していただきまして本当にありがとうございます。このデータなのですが、サテライトステーションを含んだデータなのか、確認させていただければと思っています。

もう一点が、7ページのなお書きのところにありますように、確かに薬局も訪問看護ステーションも自分の事務所、もしくは薬局があるところを超えて広域に対応している事例はたくさんあると思います。例えば訪問看護の場合は30キロ以上離れて対応している事例が本会調査では2割とか、30分から60分の地域に訪問しているステーションが6割といった例があって、先ほどのどういったところに本当に困難な状況があるのかということを確認する場合には、薬局についてはそういったカバーしている範囲の基本的なデータがあるのかということをお教えいただければと思っています。

最後ですけれども、ほかの構成員がお話されていましたが、今回標榜ベースのデータだということで事務局より回答していただきましたが、以前に2回ほど24時間対応をしている実態も七十数%というデータがあったと思います。そういったデータと合わせて現状を確認することが可能なのか。可能であれば、次回以降具体的な議論をするときに教えていただきたい。

まず質問については2点、御回答いただければと思います。

○太田座長 それでは、事務局からまずサテライトの件からお願いします。

○課長補佐 御質問ありがとうございます。

1点目につきまして、サテライト事業所のデータはないので含まれていません。また、

先ほど川上先生から薬剤師についての御指摘があったと思いますけれども、訪問看護事業所が医療機関として訪問看護をやっている場合もあると思いますけれども、あくまでもこれはステーションなので、要は事業所があるようなところにおいて医療機関内に設置されているような場合については「ない」という数に入ってしまう可能性があるというところはあるかと思っております。

2点目につきまして、薬局がカバーしているようなデータはあるのかということですが、網羅的に薬局がどのくらいの頻度でどのくらい自治体をまたいでやっているのかといったデータは多分ないと思いますので、仮にそういったデータが必要であれば調査する必要があるのかなとは思いますが、なかなか難しい可能性もあると思っておりますのでございます。

あとは、過去の24時間のデータとの比較につきましては、その調査については特定の地域を対象としておりまして、その何地域か選んでという形でやっておりますので、その地域でどうなのかといったところを今回のデータと照らし合わせながら見るといったことはできると思います。調査自体は抽出でやっておりますので、必ずしも一致するものではないと思うのですが、そういった分析は可能かと思っております。

○井本構成員 御回答ありがとうございます。

次回以降、より具体的に議論する中で、7ページの「多くの地域では訪問看護ステーションも存在していない」と、ほかの構成員からもありましたけれども、こういったところが存在しているか、いないかだけでは十分ではない。薬局にも同じことが言えるということは当然ですけれども、そのように考えましたので、ぜひ考え方のところで示されているように、必要な薬剤を必要なタイミングで提供できるということについて御議論いただきたいと思っております。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

磯崎構成員、どうぞ。

○磯崎構成員 神奈川県医師会の磯崎です。

今、薬剤師の先生がいらっしゃる地域のことで、もうちょっと大きな話をしたいのですが、薬剤師の先生方の偏在指標ということで、去年の厚労省の資料でも薬剤師の養成及び資質向上に関する検討会という資料を今ウェブで見えていたのですが。薬剤師の先生方はやはりかなり偏在がある。

それで、ちょっと医師のほうの偏在の話もさせていただきたいのですが、医師も今すごく偏在が問題になっていて、97年には大分、医師の合格者数が減ったのが2024年には1,900人増やして25%医師数を増産しているのですが、20年以上医師の数を増やしてもやはり偏在は全然収まっていないという現状があります。

それで、日医ではアンケート調査をしているのですが、一時的にせよ過疎地やへき地、離島で働いてもいいというふうにアンケートで答えている勤務医の先生方というの

は20%しかいないのです。つまり、1つの条件だけで過疎地で働いてもらえるかという、きっと薬剤師の先生方も一緒だと思います。薬剤師の先生方は今、OECD諸国の中では日本は比率的にはかなり高い。薬剤師の数は多いと言われてはいますが、それでもやはり薬剤師の先生方も人間なので、今、日本の中で人口自体が偏在していますから、それに従って言えばどうしても偏在してしまうと思います。

そういったところに行けるためには総合的なパッケージで対応しないといけないと思いますので、そのためには報酬だけではなくていろいろな面で条件を整えていかないと、なかなかこういった薬剤師のいない地域はなくなっていくのではないかと考えております。もしそういった薬剤師の先生のアンケート調査があれば教えていただきたいと思っております。

以上です。

○薬事企画官 現時点では手元にございませませんが、あるかどうかも含めて確認させていただきたいと思っております。

○太田座長 飯島構成員、お願いいたします。

○飯島構成員 長野県上田市の飯島です。

ちょっと話が分散してしまうのですが、山口構成員がおっしゃったのは薬局の配置というか、そういった地図の話なのですが、私の地域では薬局マップというものを作成していて、市町村ではなくて私の薬剤師会の管轄は2市1町1村となりますので、2市1町1村の中の薬局の配置で、その中に地域連携薬局がどれなのか、健康サポート薬局はどれなのかというのは可視化しており、それを行政、または医療機関に全部配布して、市民、村民も全部見えるようにしてあります。

そもそも薬剤師会、職能団体がこういうことをすべきであるので、日本の地域薬剤師会、もし地域薬剤師会ができないのであれば県薬剤師会、県薬剤師会ができないのであれば日薬、日本薬剤師会が責任を持って見える化するというのは当然、職能団体の義務であるのかなというところがありますので、国に委ねるのではなくてそういったところを国民が求めているのであれば、薬剤師会がやっていただきたいという期待を込めて御意見をさせていただきました。

また、薬局の夜間・休日等の体制整備なのですが、そもそも今まで私の地域もそうですが、訪問薬剤管理指導というのはそんなに多くない地域でしたので、当然ながら全国でもそれが盛んな地域と、盛んではない地域がある。それで、もともと薬局は外来患者さんの処方箋調剤や一般用医薬品の御相談を担っていたことがあるので、時代の流れでこういった訪問薬剤管理というもののニーズが高まってきたのであれば体制整備はしなければいけないという中で、訪問看護ステーションはもともと訪問することが目的でつくられているので、訪問することに対しては当然ながらフットワークは軽いと思います。

ただ、薬局は先ほど申し上げたように処方箋調剤や一般用医薬品もやらなければいけなかったところにニーズが高まって訪問しなければいけないというところであれば、今後、

宮川構成員がおっしゃったように地域ごとに状況を見てパッケージでやるのか、それとも健康サポート薬局だとか地域連携薬局が責任を持って地域をまたいでやるのか。

私の薬局であれば、お隣の群馬県の草津などもそうですし、私の隣の管轄外の坂城町なども訪問薬剤管理は行っております。草津に関しましては片道1時間半以上かかります。そういったところも、もしニーズがあるのであればやりますけれども、当然ながらやるに当たっては規模が必要になってきますので、薬剤師の配置だとか、薬局の規模というか、面積とか、そういったところもだんだん必要になってくるという意味では人口が集中していて機能があるのであればそこは議論にはならないかもしれませんが、地域によってはそういったところも今後視野に入れながら、このデータで示されている薬局がない、訪問看護ステーションがない、もしかしたら医療機関も隣に行かなければいけないというところは今後増えていくということを考えると、宮川構成員がおっしゃった実態に合わせたらそのようなのですけれども、若干前倒しでそこら辺も視野に入れながらやっていく必要があるのかなというのの一つあります。

長くなってすみません。最後に川上構成員がおっしゃっていた医薬品の備蓄に関しましても、やはりここは薬局だったり、医療機関が責任を持ってやるが必要であり、そういった意味では今、医薬品の供給が不安定というところで、これ以上それを分散化させるというのはやはり医薬品が分散化される。ましてや輸液みたいなものは今ほとんどこない中で、これがまた違うところにも分散化するとか、薬剤師の偏在もありますので、確かに地方に薬剤師が行けばいいのかもしれませんが、それはやはり現実的に難しい。

人口減もありますし、働き手不足も出てくるというところであれば、やはりパッケージするか、ある程度規模を持たせたところに集約化させて、そこに機能を担わせるかというところは議論があってもいいと思いますし、せつかく薬剤師が6年制になったという観点も言えば、これから訪問看護ステーションが減ってくるかもしれない。いろいろなことで減ってくるというところがあれば、薬剤師にそれなりの機能をもうちょっと幅広く持たせて、医師の指示の下で輸液交換などをするというところも議論の一つ入れてもいいのかなということは思いました。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

それでは、落合構成員が先ですのでどうぞ。

○落合構成員 ありがとうございます。

先ほど井本構成員もおっしゃられておりましたが、やはり一次医療圏ごとの今回の統計などは、これ自体、非常に重要である、基礎として数えられるところをまず数えていくということはとても大事だと思います。このように良いところはあると思いますが、一方でこれまでの調査の中でも、やはり24時間対応が現実的にできているかどうかと、できていない場合も一定程度あるということは統計的に出てきていると思います。

また、今、御指摘がありました。人口減少については当面避けようがないといえます

か、これは別に移民政策を取るわけでなければ、当然ながらあと20、30年は減っていったことはほぼ決まった事実であろうかと思えますので、これは今の時点でどうかということもそうなのですけれども、どんどん漸減していく。

それで、地域で人口減になっていくということは、その中で本来的に無理やり配置をしていこうとすると、専門家のリソースも、医療の中でも恐らく取り合いになる側面ということが今後出てくるでしょうし、当然ながら地域の中で働いていただく方はどの業界でもほとんど人が足りない、と言われているのが昨今の状況と思えます。

そういう意味では、ある程度いろいろな方に、幅広くサービスを提供できるように薬剤師の方々も、本当により力を発揮していただかないと、社会としてもたないと思えます。そういう中でまずどういうお互いの補い方があるのでしょうか。その基礎資料が一次医療圏の話であろうかと思えますし、そういった意味で規制改革実施計画のここで書いていただいた部分というの、まずは基礎資料となるところをお互い分かるようにしましょう、ということを行っているだけではあると思えます。まず基本的な情報を見ていくことは冷静な議論をしていくに当たって、どういったテーマであっても基本ではないかと思っております。そういったところをぜひしっかり行っていただければと思えますし、その上で様々なお互いの補い方は、別に一次医療圏内で全部担わなければいけない、ということではないと思えます。

ただ、一方で一次医療圏と言われている中でも地域差といいますか、人口が集中している場所と、そうでない場所とがあると思えます。この辺りは最終的には一次の中でもそうですし、二次でカバーできるということもあるでしょうし、若干割り切れないところはあろうかと思えます。ただ、そこに課題があるということは数字として見えるところも一定程度あると思えますし、従前、佐々木参考人などからも課題感をお示しいただいたこともあったと思えます。しっかりと、まずは、いろいろなデータを総合してどういった状況にあるのかを見つつ、関係職種の相互の協力がどういう形でできるのかを冷静に見ていくことが大事ではないかと思っております。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

それでは、橋場構成員お願いいたします。

○橋場構成員 ありがとうございます。

本日、一次医療圏ごとの、薬局・訪問看護ステーションのあるなしがデータとして示されて、若干議論が反目し合うような形で流れているというのは、私としてはいかがなものかなと思っております。本来、薬局と訪問看護ステーションは協力し合うものでありますので、この検討の場でも建設的な議論がなされるべきかと思っているのをまず1つ意見として述べさせていただきます。

それで、私が初めて参加させていただいた第7回検討会だったと思えますけれども、そのときは本日の議題1の「地域における薬局・薬剤師のあり方」の中で発言させていただ

いたかと思いますが、やはり「地域においてどれだけの準備ができているのか？」というところが、今回へき地も離島も一番ベースになるところではないかと思います。

本日の議題1の「地域における薬局・薬剤師のあり方」の中でも、行政を巻き込んだ上であらゆる関係職種が顔の見える関係をつくって話し合い、工夫をしながら準備をするという形が示されていますが、これまでも工夫をして準備をしてきて、多分それなりに困らない環境をつくり出してきたと思うのです。

しかしながら、その中でも時間的なことなのか距離的なことなのか、その中で少し漏れているケースが出てきているというのが今回大きい議論のテーマになってしまっているところでありますけれども、私が本日冒頭に意見させていただいたとおり、まず大きいところを組み立てて、へき地・離島のあるべき姿というものを組み立てた上で、その上で本当のレアケースを検討していかないと、何か本日のような建設的でない議論の方向にもなってしまうのかなというのが少し気になり意見させていただきました。

○太田座長 ありがとうございます。

それでは、花井構成員お願いいたします。

○花井構成員 ありがとうございます。

いろいろな議論を積み重ねて、ちょっと本筋とは違うので発言を控えていたんですけども、そもそも一次医療圏におけるインフラ的な意味でどうかというときに、一言で在庫と言いましても薬剤の種類は多様でございまして、私どもの場合はかなり特殊な薬で在宅をやっているわけです。そもそも命に関わる薬もあるので、そのロジが途切れるのはあり得ないから、それはかなり特殊な状況をつくって何とかして対応するということなので、今回の大きな議論ではないと思いますが、一方、在宅医療に必要なというときに、やはり希少疾病の患者さんというのがいて、恐らくそういう患者さんはそういう議論以前に何とかやってロジをつくらないと命に関わるからやっているんですけども、今どうなっているかという、一次医療圏に通院をして、場合によっては連携薬局から送ってもらったりしながら、ある種、医薬品が自分の自宅に3か月分のバッファーを持っていて、それでもたせているわけです。それが、今後高齢になって通院が不可能になってくるとどうするか問題というのがあります。

だから、今回のときに例えば日常診療に使う湿布薬の供給とか、そういうレベルの話から、在宅でその人しか使わないような薬のロジというのは存在すると思うので、そういった観点で一人一人の患者にとって必要な薬となると、それは全部を完璧に全国レベルというのは私たちも不可能とっていて、私どものグループでは患者会でも、引っ越しをしたとかということを行わざる得ない場合も多いのですけれども、とはいえ、一応こういうことをやっているのは憲法25条が前提で、国民全部が何とか適切にということなのでこういう議論になっているとは思いますが、やはり薬の在庫リスクで、希少疾病薬は在庫リスクが取れるようなものではないのでそういう問題ではないのですけれども、在庫というときにどの程度の在庫を考えるとか、そういった薬とか疾病ごとに違うという部分も一定程度

あるので、一つの枝葉の議論かもしれませんが、やはり希少な疾病の在宅というところも視野に入れてほしい。

それから、これはこの場とは全然関係ないんですけども、訪問看護ステーションや薬局、診療所、いろいろあるのですが、私どもHIVというだけで、嫌と言われて対応できないという例もあるので、こうした機会なので、やはり疾病によって嫌とか、差別とか、そういうことがないことは、皆さんここにおられる方々はそんなことはないと思うのですけれども、現実問題として地域の医療を在宅でつくろうとするときにHIVということが相当足かせになったりしています。

これは、最近研究班で調査も行っていますが、結構厳しい状況であって、こういうロジスティクスの話もそうなんですけれども、やはり職能団体におかれましてはそういった患者の人権ということも含めて、今回の議論とは直接関係ありませんけれども、それを担保された形でロジスティクスということも生きてくるということを申し上げたいと思いました。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

それでは、三澤構成員お願いいたします。

○三澤構成員 慶應薬学部の三澤です。

飯島構成員もお話の中にありましたけれども、規模が大きくなるとなかなか細かい在宅訪問であったりとか、薬剤を提供するというのはできないというのは、医師や看護師は在宅医療であったり訪問看護ステーションであったりというふうな比較的多業種、多様性のある業態が認められていますが、私が見ていると、薬局に関しては比較的那様な多様性は認められていないような気がします。

その理由は、全て理解しているわけではないですけども、1つはやはり薬品在庫の問題であって物を扱っているということかと思えますし、もう一つは処方箋の応需義務があるということだと思のです。そこはもっと軽くしては如何でしょうか。薬局を開店していたら処方箋を持ってきた人には応需しなくちゃいけないということでは薬剤師さん一人の薬局で訪問に行っていたら店舗対応できないわけです。そうすると、たくさん従業員が必要であったり、いろんな体制を予め組まなくちゃいけない。

でも、例えば訪問薬局ステーションみたいなものが業態として成立するような経済的な支援と、なおかつ法律的な制限をもっと軽くすることで、薬局というものがもっと多様な形でできるように、今の時代のニーズ、たとえば時代が変わってポツンと一軒家に薬を届けなくちゃいけないという場合にも対応できるようなものを、それは大きくなった薬局、余裕のある薬局がやるということではなくて、業態としてそういうものも可能だというふうな制度を、今よりも制限を解除するような方向で考えていったらどうでしょうか。

もっと薬局というのは多様な業態、やり方があってもいいような気がします。薬品在庫などはいろんな基本的なものは取りそろえなくちゃいけないということから外れて、うち

はこういうことに特化しますよということではいけないと思います。それはどうでしょうか。そういうものは全然現実的ではないのでしょうか。

○太田座長 どうでしょうか。

○薬事企画官 事務局でございます。

現時点で何かいい案があるかというところではございませんけれども、いただいた御意見を踏まえまして、どういったことが可能かというところについては次回以降いろいろなパターンを出させていたどうかと思っておりますので、現状というよりも将来を見据えた形で何ができるのかというところは今後考えていければと思っております。

ほかの構成員の先生方からも種々御意見をいただきました。全部が全部対応できるかは分からないところではございますけれども、次回事務局のほうでも何らかの案という形を出させていたどうかと思っております。

それで、1点だけ、飯島構成員から御発言いただいた薬剤師による輸液交換の議論についてはここではなくて、規制改革は別な動きがあって医政局のほうで検討する話でございますので、そちらについては御意見をいただいたことも含めて医政局に伝えさせていただきますと思います。

○太田座長 よろしいでしょうか。

それでは、樋口構成員お願いいたします。

○樋口構成員 ちょっと話がずれてしまうかもしれないのですが、先ほどから制限の解除とか、それから顔の見える関係とか、私は訪問看護ステーションですが、訪問が特化していますので確かにフットワークは軽いところです。

その中で利用者さんのところ、地域の患者さんのところにお薬を届けるということで、その薬の内容などのお話が出ていたのですが、これからお話を考えていく中で皆さんのところに少しでもイメージがと思うのですけれども、届けるお薬は発熱したとか云々とか、救急のときには救急車でもちろん運ぶような体制が必要ですが、それだけではなくてずっと持っている病気といいますか、そういうものを維持しなければいけない。例えば、地域などで高齢者とかが多くなってきましたと、あつという間に褥瘡ができてしまう。褥瘡は私たちは予防が絶対だと思っておりますので、早期の対処が必要です。そのための判断もできます。

だけれども、お薬がないということが起きます。そこは受診ではないし、先生のほうに御相談して薬の配置ができないかということはいつも考えているところです。

何が言いたいかと申しますと、訪問看護ステーション自体はもちろん薬局と連携をしながら常にお薬が手に届くようにしたいし、そういうふうにはやっているのですが、現状ではステーションに高齢者の軟膏すらも置けないんです。そういうことで、なかなか地域のところには内服だけではなくて今、欲しい軟膏類とか、そういうものも含めて渴望しているというところは考えておいてほしいなと思っております。

健康サポート薬局しかり、訪問看護ステーションもナースは予防のために動いています。

病院に行かない際にどうするか。ちょっとしたことでも行かないように、何とか予防をしながら私たちも苦慮しているところで、そのときに必要なものというのは結構あったりするんです。それも含めて、地域の方々、町や村や関係なく考えていけたらいいなと思っているところです。

以上、意見です。

○太田座長 では、事務局からお願いいたします。

○課長補佐 御意見ありがとうございます。

まさに在宅医療につきましてはそれぞれの専門職種がそれぞれの専門性を発揮した上で、かつできる限りのことで対応しているのが現状というところで先生方から御意見をいただいていると思います。

基本的な考え方のところでお示ししているとおりでありますが、本検討会においては薬剤師が調剤、または医師が自己の処方箋により自ら調剤したものを必要なときに必要な患者に供給できる体制ということが原則であると思いますし、まずはこの原則を守った上で、では何ができるのか、何が必要なのかというところを考えるべきだと認識しております。

その上で、それをした上でさらに何かというところはまさに次のステップなのかなと思いますし、そこについては現状、まず優先順位としては基本的な考え方で示している部分のところをしっかりと議論していくべきだと承知しているところでございます。

規制改革の話などもございますけれども、基本的にはその部分の前提というところを守った上で、では専門性を発揮しつつ、それをどう活用していくのか、そういったことについて何かできないのかというところについて、今回は一次医療圏で切り分けたデータとしてお示ししておりますけれども、それだけではなくて、結局へき地医療につきましては参考資料として後ろの15ページ、16ページのところで示しているとおりで、様々な医療の二次医療圏であったり、それより狭い単位での対策というものがなされているものの中で、地域として医療提供体制が回っているというか、担われているというところだと思いますので、あくまでも今回お示ししているのは参考となるような情報にはなるとは思いますけれども、先生方から御指摘したところも踏まえつつ、では何が必要なのかとか、何ができるのかといったところについて次回また御検討いただきたい、こちらからも、ある程度具体的なものをお示しして御検討いただきたいと考えているところでございます。

○太田座長 それでは、宮川構成員お願いいたします。

○宮川構成員 在宅医療の提供体制というのは、厚労省が「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」を令和3年10月に既に開催していますよね。それは1年近く続けて、資料もきちんとそろえて二次医療圏の問題だとか、それが一次医療圏でどう波及するのか、二次医療圏で大体66%だったか、そういうものが全部データは出ています。

そういうデータと合わせていかないと、ただ特出しで薬剤提供の在り方だけを見ていると、私が先ほど言っているように議論が片側面になってしまうんです。それで、ワーキンググループのときに在宅医療の提供体制という大枠の中で在宅医療というものをきちんと

どうやって考えるのか、それも多職種で、医療だけではなくて介護のほうもそこで検討されているはずなので、そういう資料も踏まえながら特出しで薬剤提供体制をどうするのか、それに薬剤師がどのように関与するのか、そういう側面からだけ検討すれば、私はよろしいのではないかと考えます。

ワーキンググループでは在宅医療の基礎の部分まで様々に議論して、もう既に結論が出ています。その結論と在宅医療の提供体制を踏まえながら、薬剤師のことだけではなく、薬剤を離島・へき地にどのように提供するのかを考えていくことが重要です。今さらに人口が過疎になってくるところも含めて、医療体制部分は少し変わってきているところもありますので、そこをどうやって議論するのかというふうに考えていったほうが、この参考資料だけでは多少少ないのかなと思っています。ぜひその辺を検討していただければと思っています。

○太田座長 よろしいでしょうか。

大変活発な御意見をいろいろいただきましてありがとうございます。今回、一次医療圏にちょっと集中して議論が進んでいるように思いますが、これは6年度の上期での措置という形で報告をするということもございましてこのような形になっているのですが、今後事務局において本日の御意見も踏まえて、引き続きもう少し具体的な薬剤の提供体制の構築について考えていただければと思います。引き続き検討会を進めていただきますようお願いしたいと思います。

本日の議論は以上でございます。ほかに事務局より何かございますでしょうか。

○薬事企画官 本日も活発な御議論、ありがとうございます。

次回開催につきましては、また日程調整させていただいて追って御連絡させていただきます。

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、以上で本日の検討会は終了いたします。

ありがとうございました。