

第 11 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 12 月 16 日(月)

15 : 00 ～

場所 厚生労働省共用 6 会議室

開催形式 ハイブリッド会議方式

○薬事企画官 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第11回「薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会」を開催いたします。

構成員の皆様には、お忙しい中、御参加いただき、ありがとうございます。

初めに、事務局から、連絡事項を申し上げます。

本日の会議は、対面の会議とウェブ会議を併用しております。会議の内容は、公開することとされており、視聴者に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。操作等で御不明点等がございましたら、適宜、事務局等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。オンラインで御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、指名後に御発言ください。

初めに、本日の出席状況についてでございます。

本日は、富田構成員、花井構成員が御欠席、落合構成員、川上構成員、山本構成員にオンラインにて御参加いただいております。落合構成員につきましては、業務の御都合により、遅れての御出席となる予定でございます。また、小林構成員におかれましては、業務の御都合により、途中で御退席される予定でございます。

最後に、資料の確認です。議事次第にお示ししたとおり、資料1～4、参考資料1～3がございまして、全部で7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。

(報道関係者退室)

○薬事企画官 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。

最初の議題ですが、前回の検討会での意見についてです。

事務局から、説明をお願いします。

○課長補佐 資料1を御覧ください。

前回の検討会における主な意見をまとめたものです。議題ごとに、主な御意見をまとめて、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がございましたら、手短にお願いしたいと思いますけれども、いかがでしょうか。

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。

文章の内容で確認したいところがあったので、幾つか、お伺いしたい。

また後日でも構わないのですけれども、まず、12番です。「好事例について、対応できていないところに広げて行くフェーズに入る必要がある。その上で十分対応できない場合に次のステップを考えるという形に持っていくべきである。」の「十分対応できない場合に次のステップを考えるという形」が何を指しているのか分かりづらかったので、教えていただきたい。

次に、20番なのですが、「現行規定における居宅で実施することが認められている調剤業務の内容についても、対象範囲を見直す必要があるのではないか。」の「対象範囲の見直し」もどういうところまでが入ってくるのか。ふわっとした表現なので、発言のそのままなのかもしれないのですけれども、これも後日で構わないと思っています。

前回か前々回、僕もはっきりと覚えていないのですけれども、大規模な薬局チェーンさんに、地域地域で、医療のリソースが少ないところでは、個別に、全体の指揮系統も離れた上で、または、大分権利を付与していただいて、その地域の医療提供体制に協力していただけるような、地区ごとの交流といいますか、そういうものがあるといいなと、たしか僕は申し上げたと思うのです。もしかしたら、前々回だったかもしれません。そういったことも入れておいていただけたらと思ったので、発言しました。

以上です。

○太田座長　ありがとうございます。

事務局から。

○課長補佐　御意見をありがとうございます。

御意見を踏まえて内容を確認させていただいて、記載の修正をさせていただければと思います。

なお、12番の「次のステップ」については、恐らく特例的な対応のところを意図しているものと考えております。

また、20番の「対象範囲」につきましては、現在、薬剤師法において調剤の場所の規定がございまして、省令、薬剤師法の施行規則におきまして、居宅等で実施できる調剤の業務に関する規定がございます。その規定の内容について、多分、本議題と直接的に関係はないかもしれないのですけれども、今後、検討が必要ではないかといった御意見だったかと考えております。

いずれにせよ、冒頭に申し上げたとおり、確認して修正させ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した。

次回に修正のものが出るということでございます。よろしくお願いいたします。

ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、本日の1つ目の議題でございます。「在宅医療における薬剤提供のあり方について」になります。

それでは、事務局から、資料についての説明をお願いいたします。

○課長補佐 それでは、資料2を御覧ください。「在宅医療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。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。地域における連携体制の構築に向けた取組等、また、地域における連携体制の構築等によっても速やかな課題解決ができない場合の対応等に関する主な意見を、それぞれ、まとめてお示しさせていただいております。

3ページを御覧ください。これまでの検討会での御議論を踏まえまして、在宅医療における地域の状況に応じた対応策について、まとめております。まず、1.にお示ししますように、地域における連携体制の構築等を実施することが必要であり、都道府県の医療計画等に基づき、薬剤師の確保、医療提供施設相互間の連携等により、地域の実情に応じた在宅医療における医薬品提供体制の構築に取り組むことが必要であり、具体的には、都道府県等において、地域の医療機関、薬局による医薬品提供体制を把握し、その上で、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を整えるための課題を抽出し、薬剤師の確保、対応薬局の確保、関係機関、関係職種の連携体制の構築推進等を図ることとしております。また、これに加えて、薬局、医療機関、訪問看護ステーション等の連携について、好事例の横展開等を実施することとしております。続きまして、2. 地域における連携体制の構築等によっても速やかな課題解決ができない場合の対応について、まず、1.の対応によって地域において必要な体制の構築に向けた取組がなされていることが前提となります。その上で、地域において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する対応ができない事例が確認された場合に、地域の行政機関、医師会、薬剤師会等の関係団体、その他の関係者において、特例的な対応を実施しなくても対応可能な方法がないか協議することとし、さらに、それでも対応できないような場合において、特例を実施することを検討する。その結果、特例を実施することとした場合は、さらに、個別の患者ごとに、当該患者の在宅療養を担う医師、薬剤師、訪問看護師による事前の協議で、他の方法による対応が困難であることを踏まえ、特例的な対応を実施できることを合意した上で実施するものになります。

4ページを御覧ください。今回の検討会での論点でございます。1点目ですが、地域における連携体制の構築等によっても速やかな課題解決ができない場合における協議についてでございます。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する対応ができない事例が確認された場合に、地域の関係者、

行政機関や関係団体などによる協議について、協議の場、協議体の在り方、参加が必要な者、参加が望ましい者など、それらについて具体的にどう考えるのかということでございます。また、当該協議の中で実際に何を協議するのかということについて事例をお示ししておりますけれども、特例的な対応の実施の可否の検討の前に、個別の事例において検討すべき事項を挙げています。また、この対応すべき事項の具体的な内容につきましては、次の論点としておりますが、そのほか、協議事項として考えられることについても、御意見をいただきたいと考えております。2つ目の論点でございます。特例的な対応の前に検討すべき対応について、地域において対応できない事例が確認された場合には、地域の行政機関、関係団体、その他関係者において、特例的な対応を実施せずとも対応可能な方法がないか協議することとしておりますが、具体的にどのような対応の実施について検討することが必要と考えられるかについてでございます。例としてお示ししておりますが、あらかじめ処方や調剤をして患者宅等に配置することや夜間・休日を含む緊急時においてほかに連携して対応できる薬局を確保するといった対応が考えられます。このほか、具体的にどのような対応が考えられるのかについて、御意見をいただきたいと考えております。

5 ページを御覧ください。こちらは参考となりますが、本検討会におきまして、令和5年度厚生労働科学特別研究事業における調査結果の中で関係する部分を抜粋したものでございます。薬局、医療機関、訪問看護における事前の準備状況についての調査結果でございますが、事前の準備といたしましては、あらかじめ患者宅に調剤済みの薬剤を配置するといった対応が多く行われているという回答となっております。

6 ページを御覧ください。令和5年度の補正予算により、本年度に繰り越して実施している予算事業の概要でございます。在宅医療の薬物提供における多職種連携の実態把握・課題の抽出のための調査事業でございます。こちらにおきまして、多職種連携の優良事例を把握するための調査等を実施することとしておりまして、こういった予算事業により得られた情報について、厚生労働省としても、好事例の横展開に活用していきたいと考えているものでございます。

資料2の説明は、以上となります。

○太田座長　ありがとうございました。

それでは、資料2の3ページに、まず、対応策として、地域における連携体制の構築が求められていますが、その際、薬局、医療機関、訪問看護ステーション等の連携について、全国的な横展開が考えられる好事例について、御意見を伺いたいと思います。

いかがでしょうか。

それでは、山口構成員、お願いいたします。

○山口構成員　山口でございます。

意見の前に、ここに書いてある「地域」がどういう範囲なのかということが分からなかったのですけれども、「地域」と言っても、例えば、都道府県にするのか、二次医療圏にするのか、それも地域によって差があると思うのです。どういう範囲を想定して「地域」

と書かれているのかということと、それは具体的にどこが決めていくのか、各都道府県にそれを委ねることになるのか、その辺りの全体をまずは教えていただけますでしょうか。

○太田座長 前提となる「地域」の定義というか、範囲についてですね。

事務局から、お願いいたします。

○課長補佐 事務局でございます。

前回の検討会におきましても、在宅医療の医療圏について、設定単位の考え方をお示ししております。具体的には、資料2の後ろに参考資料としてつけておりまして、10ページ、11ページ辺りにそういった関係の記載がございます。ここで、各都道府県において設定される在宅医療の圏域を基本的な単位としつつ、実際にこういった協議を行うに当たっては、それぞれの地域ごとにおいてももう少し狭い範囲が必要なのか、もしくは、その都道府県単位でやるのかといったところは、実情に応じて対応していただくことになる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。

○山口構成員 考える主体は都道府県と解釈すればよろしいですか。

○課長補佐 都道府県で設定される在宅医療の圏域が主体の単位になると思っております。具体的にそれをどうしていくのかということについて、まさに今回、御意見を伺いたい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。

それでは、そういう範囲でということをも前提として、好事例についての御意見を。

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。

自分の経験で申し上げますと、横須賀市の医師会に行って在宅医療を担当したときに、当時、横須賀市役所に地域医療推進課があったのですけれども、その課と医師会が両輪になって、いろいろな講演会をしました。一番大きかったことは、集まって顔が見える関係をつくるのが大事だったと思うのですけれども、その場合は、二次医療圏でいえば、横須賀のところは、三浦、横須賀、逗子、葉山、鎌倉まで入るのですが、実際、人の行き来があるという意味では、鎌倉はまた別なのですよ。全国にいろいろなところがあるので、必ずしも二次医療圏が在宅診療の範囲と一致するとは限らないのですけれども、ある程度、そういった人の交流がある中で、行政が旗振り役になって集めていただくと、結構人が集まって、医師会がやるよりも集まるのですね。そういった意味では、行政に旗振り役になっていただいて、関係職種を集めていただいて、顔が見える関係をつくっていく。または、もう少し人口が希薄な場所であれば、ウェブなどを用いた、Zoomのブレイクアウトルームなどを使ってグループワークをやることは、顔が見える関係になっていくと思いますので、そういったことは、一つ、よかった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す。

ほかはいかがでしょうか。

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。

日本薬剤師会の橋場です。

今ほどの対応策の1.で、まずは上のポツです。こちらが一番大事だと思っております。ここに示してありますとおり、医薬品提供について、都道府県等における医薬品提供計画は医療計画と整合性の取れた形で作成されなければならないものだろうと思っております。その際には、法的な措置、盛り込むべき具体的な内容を示すといった、都道府県等が計画を進めるに当たってのサポートを厚労省にもお願いしたいと思っております。当然、当会においても積極的な活動をしてまいりたいと思っております。また、国が現在示しております第8次医療計画における留意事項及び指針においても、薬局の役割として、医薬品等の供給体制の確保という記述はございますけれども、医薬品提供は医療を実施する上で本当に重要なファクターであることから、もう少し具体的な計画がなされる必要があると考えます。今、医薬品提供で困っている地域に速やかに対応するためにも、都道府県の医療計画もしくは別立ての医薬品提供計画も含めて、きめ細かく医薬品提供についての記述がなされるよう、厚労省の後押しをお願いするところでございます。さらに、私は富山県の人間ですが、今年の元旦に発生した能登半島地震のように、日本は自然災害多発国でございますので、そういった災害時の対応についての医薬品提供の体制、また、コロナもありましたし、パンデミック時のような医薬品の体制などについての視点もぜひ盛り込んでいただきたい。そういったことも含めて、平時の医薬品提供体制の在り方、有事の医薬品提供の在り方を御検討いただきたいと思います。

次に、ポツの2つ目、好事例ですが、私は富山の人間ですので、富山市などですと、先ほど磯崎構成員がおっしゃったように、まず、行政が中心となって、富山市は5つの区域に分かれて、それぞれの区域で、多職種の会議、顔の見える関係をつくるのが、かなり前から行われているということがございます。こうなると、かなり多くの方々が参加されるということがございます。富山市の事例になりますけれども、有志で行われている会議、集合して対面でやる会議もあれば、ウェブでやられている会議もあり、そこには、医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー等、いろいろな方々が参加しながら地域の課題を解決するといった事例もありますので、そういったことがますます進んでいくようなところが重要だと思います。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

藤井構成員、お願いいたします。

○藤井構成員 日本保険薬局協会の藤井です。よろしくお願いいたします。

私から、好事例ということで、我々の協会から、こういった地域連携の手引を出して、その後ろに、いわゆる地域医療連携の事例集ということで、5個しかないの

すけれども、掲載させていただいています。そこで出てくるキーワードとして、中核の病院さんがハブとなりながら、地域の在宅のクリニックの先生、薬剤部も出て、薬局と連携しているという事例があります。当然、そこは地域の基幹病院だけではなく行政の皆様も関わっているのですけれども、沖縄などはそういった形で多職種連携をやっているという事例などもありました。細かいところはもし必要があればと思うのですけれども、地域、そこを構成している医療機関が、それぞれに組み合っってそういう体制をつくっていくということも、事例としてございましたので、御紹介させていただきます。

○太田座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

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。

すみません。先ほど言い忘れてしまったのですが、神奈川県医師会、神奈川県全域に対して、今、医師会で、在宅医療トレーニングセンターというものを行っております。平成27年から地域医療介護総合確保基金を用いて始めて、その後、非常に参加者が多くてうまく回っています。ウェブも併用しながら、現場の在宅医療、訪問看護などの実習もしながらの少ない人数でやるトレーニングと、講演会形式またはブレイクアウトルームも使いながらやる講演会形式の両立てでやって、今、大体年間に6,000人くらいの参加者がおりまして、講演会や講習会も100回以上やって、そういう意味では、それはうまく回っている好事例なのだと思います。最初はそういったウェブの顔が見える関係でいいのかな？と思ったのですが、ブレイクアウトルームでも、ファシリテーターを置いて話を促すと、意外と皆さんも盛り上がってくるので、神奈川県の西と東ではつながりませんが、ある程度の圏域、ある程度の広さでつながってきているという実感はあります。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

確認なのですけれども、この在宅医療トレーニングセンターを構成している医療職種はいかがでしょうか。

○磯崎構成員 医師会からいろいろな関係団体、訪看さん、看護協会、リハビリテーションの方、ホームヘルパーやケアマネさん、神奈川県も傘下に入っていて、全部で16～17ぐらいの関連団体に入っています。そこで集まって運営協議会というものをやっているのですけれども、そこでも、いろいろな皆さんの今困っていることなどの課題抽出ができておりまして、まだその課題解決までにはっていないのですが、全体的に医療・介護の関係の課題がどんなことかということも分かるので、そういう意味では、非常に助かっております。

○太田座長 ありがとうございます。

関口構成員、お待ちいたしました。

○関口構成員 日本チェーンドラッグストア協会の関口でございます。

ありがとうございます。

まず、現在、在宅療養においては、サービス担当者会議というものが行われておりまして、そこで、患者様の個別の案件に関してのみ、医療機関と薬局で調剤薬の情報共有等がなされております。今、こういう状況下で、供給が不安定な状況になっております。そういった中で、個別案件ではなく、これが地域に広がったら非常に有益なことだと思いますし、患者様にとっての安定した薬物治療に貢献できるのではないかと考える次第でございます。

好事例のほうでございます。前回、新宿区の事例を紹介させていただいたかと思いますが、けれども、それ以外に、少し細かい話になりますが、例えば、在宅療養において、患者宅訪問の後に、報告書を作成させていただいています。その提出先が、処方医とケアマネジャーということになっているのですが、居宅療養管理指導の算定の要件としてそれが定められているということになっております。事例として、細かいですけれども、訪問看護ステーションの訪問看護師の方にも薬局薬剤師が自発的に送って、そういった報告書を送ることによって訪問看護師の方も使用状況や管理の把握・理解が進んで、結果として、患者様の在宅医療全体の質のアップにつながっているという事例があるかと思います。

もう1つ、これは考え方でございますけれども、薬のことは全て薬剤師で完結させるんだということだけでは今回の件は多分済まないと思うのですね。例えば、飲み忘れの患者様と飲み過ぎの患者様の2通りは多くありますけれども、多職種が曜日をずらして訪問できないかということを相談して、何時までに飲めていなかったらその薬は服用を促してください、だけれども、何時を過ぎたらスキップをしたほうがいいといった、判断を伴わない作業としての指示も必要になってくるかと思います。機械的な作業になるような依頼内容を共有することも必要になってくるのではないかと思います。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

それでは、小林構成員、お願いいたします。

○小林構成員 ありがとうございます。

小林でございます。

私の場合は、実際に自分が在宅訪問をしている患者さんの事例を基に考えてみました。最近訪問した事例なのですが、年末年始をこれから迎えるに当たって、いざという場合に備えて、薬を予備として持っておきたい、次回先生が訪問される際にそれをお願いしておきたいんだというお話が、患者さんの家族から、出てまいりました。ちなみに、この患者さんは要介護5の方なのですが、この患者さんの御家族の方がおっしゃる「いざという場合」は、急な発熱などを意味していらっしゃるということで、肺炎や尿路感染症などの感染症を引き起こした際の抗生剤や解熱剤をあらかじめ持っておきたいという御希望でした。いい機会でしたので、あらかじめ薬を備えておきたいという理由についてお考えを伺わせていただきました。その理由は、命に関わるほどの問題でなかったとしても

薬物療法のタイミングは逃したくないんだというお話でした。早くに対処することで、その状態の悪化や治療の長期化を防ぎたいということが一番の御希望でした。そのために薬を持っておきたいと、何かいつもと違うなと感じた場合にはかかりつけの在宅医に連絡してその医師の指示で速やかな使用開始につなげたいというお考えでした。事前に処方してもらっておけば、すぐに医師の訪問が受けられなかったような場合でも、電話で指示を受けることで使用開始につながるのではないかとというお考えを持っていらっしゃいました。さらに、前もって家にあつて、日頃から見たり手に触れていたりすると、平時からそのように薬に触れていると、また、説明を受けておくと、緊急時により落ち着いて対処ができるのではないかとというお考えを伺いました。このような患者さんの御家族の御意見も含めて、関係する多職種が情報共有をして、評価して、その結果、どのように対応したかということも含めて、多職種でまた情報共有がされるような体制の構築をするべきではないかと思いました。この患者さんのケースなのですけれども、御家族の方がこのようなお考えを持っていらっしゃいますので、これまでも、何か臨時の処方があった場合には、いつもは薬局が薬を届けに伺っているのだけれども、何時だったら今日は自分の手が空いて行ける、何時だったらヘルパーさんが取りに行ってくれるということで、必ず連絡を薬局にくれて、そのときにどうするかという話をして、そのときに最短で届けられるような方法を取ってきたといった経緯もあります。医療職だけではなく、介護職も含めた連携体制の構築が、まずは必要になってくるのではないかと思います。

医薬品提供体制の構築のためなのですけれども、やはり地域医療構想調整会議等で検討されるといいのだろーと思われるのですが、自分が参加していてもなかなか医薬品提供体制に関わる議題までは出てこないことが多く、それであれば、自治体を中心とした協議会や連絡会議のようところで検討されることがいいのではないかと考えます。このように、その地域での医薬品提供体制の構築の大切さが浸透していけば、地域ケア会議、先ほどもお話に出ましたようなサービス担当者会議の中でも、話題に出てくる機会は増えてくるのではないかと思います。サービス担当者会議の場合ですと、患者様の御家族も含めての検討ができるようになると思いますので、そういった仕組みの構築をと思います。

以上です。

○太田座長　ありがとうございました。

いかがでしょうか。

樋口構成員、お願いいたします。

○樋口構成員　よろしく願いいたします。訪問看護ステーションはあとの樋口です。

今、在宅のお話、その前にはコロナのときや緊急時のお話が出てきたので、私もいろいろ思い出したのですが、好事例といいますか、先ほどどういう会議で話を進めていくかということがいろいろあったのですけれども、地域でも、首長が入るような意見交換会や住み続けたいまちづくりのような会議があつて、そういうところで話題が出ることもありますが、今のところはそこから先に進んでいないという現状もあるのですよね。そう

いう意味では、まだ進行形なので、好事例ということで発表することはなかなかできないのですけれども、先ほどお話がありました予備のお薬の1週間分とかを置くようなお勧めを私たちもしていて、何かあったときに、定期薬であっても多めに置いておくということは常に勧めるようにしています。そこに関しましては、地域の薬局薬剤師さんにも御相談して、多めといたしますか、受診の早めの推奨のお声をかけるようにはなってきました。

コロナのお話があったのですが、これは本当に緊急事態の緊急事態だったと思うのですけれども、施設内で集団コロナが発生したときに非常に大変な思いをしまして、訪問看護ステーションの一人として施設にずっと入り込んで支援をしたことがあります。そういうときもあったのですけれども、そういうときには、脱水の患者さんたちが非常に多かったのですけれども、外に出ることもできない、先生をそこにお呼びすることもできない状況の中で、一時的に、点滴等をお預かりして、特定行為ができる、脱水と点滴の必要性の判断ができるナースと、医師が、電話やLINEを使用して本当に報告をまめにしながら実際に行っていて、脱水を回避したということも、実際には、ありました。現在、この状況の中でそれが通用するかどうかは分からないのですけれども、実際に緊急のときにはそのような動きがあったこともあり、現在、そういうことも踏まえて、LINEでやり取りをして、まめに電話で先生とやり取りしたことがあります。私のいる市内では、現在、ICTをこれから進めていこうということで、やっと始まったところなのです。その中で、ストック情報やフロー情報をつくり上げていくときに、誰がどのように入ってどのようなものをつくっていくと市民にとって一番いいか、情報が入ることによってみんなが困らないかということ、医師や看護師だけでなく、ヘルパーも含めたり、病院のソーシャルワーカーが入ったり、もちろん、お金のかかることですので、行政も入りながら、今、つくっているところなのです。過去にそういう緊急事態だったところが冒頭のこれからどうやってまちづくりをしていくかというところになっていったときに、お薬の話や通院のことも情報に入ってくると思います。そうすると、今後の好事例につながるのではないかと、私は思っております。

以上です。

○太田座長　ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

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。藤井です。

今、樋口先生のお話にあったのですけれども、ICT化のところに關しては、これから構築されとなると、またそこで費用がかかる。使う・使わないの判断は都道府県でいいのですけれども、ぜひとも国として統一のシステムは御検討いただきたいと思います。それが1つあって、これを活用しようとしたときに一からつくる必要がなくなると、速やかに構築ができると思います。特に都道府県の県境ですと、こちらはこのシステム、こちらはこのシステムということで、そのシステム整備とかが皆さんも大変になってくるので、システム化の推進もしくは構築に關しては、できれば全国一律で運用できるような形をぜひ

御検討いただければと思います。

以上です。

○太田座長 宮川構成員、お願いいたします。

○宮川構成員 日本医師会の宮川でございます。

今、お話があったように、好事例の横展開は非常に難しいところがありまして、在宅医療は100人の在宅の患者さんがいれば、100例、個々の事例として、全く違うということを念頭に置いて議論をしなければいけません。好事例の横展開と言っても、1人の患者さんの事例がほかのケースにそのまま適合できるということではありません。先ほど小林構成員や樋口構成員がおっしゃったように、個々にこういうことがあった、類似のところがあったということでの好事例の横展開ということの意味合いをよく理解しながら、この事例を集め、どのような枠組みをつくれるのかということを検討しなければいけません。藤井構成員が言ったように、全国一律の大枠の中での検討と、それをどのように応用していくのかという検討を分けていかないと、単に100事例を集めても、全国規模では不十分ということになります。その辺を理解しながら、事務局も含めて、取り扱っていただきたいと思っています。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

追加して、飯島構成員、お願いいたします。

○飯島構成員 上田市の飯島です。

いろいろな御意見があるかと思うのですけれども、事の発端はお薬が欲しいときに手に入らないというところだと思いますので、連携の中で、やはり、薬局間連携、薬局と薬局同士の連携が最も重要だと思います。確かに、質の担保という意味では、医療機関や訪問看護ステーション等々の多職種との連携は当然ながら大事なのですけれども、いざというときに薬が入らない、その担当の薬局が対応できないのであれば、その地域で動ける薬局・薬剤師が対応することが大事というところが、最低限の担保だと思います。その地域の中で薬局同士がどのように連携できるか、また、その機能が薬局間同士で見えるかというところがすごく大事だと思いますので、いろいろな方々に御協力いただくところはあるかと思うのですけれども、薬剤師の一丁目一番地であるいわゆる医薬品の安定供給は薬剤師が責任を持ってやるべきだと思いますので、地域間の薬局間連携が重要だと思っています。

以上です。

○太田座長 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。

今飯島構成員が言ったことは、最初に山口構成員が言ったことにつながるわけですね。つまり、どのような行政単位、どういう地域に落とし込めるのかということで、それを小さな地域に落とし込んで、できないと言って特例をつくるということが、いかに無駄なことなのかが、今の発言で浮き出てくるように思います。薬局間同士でどのように融通でき

るのか、また、在宅は医師がその患者さんを診ているところから始まるわけですから医療機関同士も、どういう連携を取れるのかを検討することが非常に重要です。ですから、検討の枠組みを殊さら小さくするのではなく、どのような枠組みとするのかを、厚労省も含め、都道府県、市町村で考えていくべき課題だろうと考えています。

○太田座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

それでは、次の論点に移りたいと思います。4ページを御覧いただくと、論点が2つ示されております。まず、1つ目の論点からいきたいと思います。地域における連携体制の構築等によっても速やかな課題解決ができない場合における協議について、具体的にはどのような在り方が考えられるのか、また、協議する必要がある事項は何かについての御意見を伺いたいと思いますが、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、今言っていた4枚目の論点の1つ目の丸について、各地域で実態把握を行って、その時点で患者に供給する対応ができない事例が確認された場合ですけれども、まず、その地域の薬剤師会または近隣地域の薬剤師会への情報、連絡がされることが一番重要ではなかろうかと思います。医薬品提供が地域の医療機関も担っている場合もございますので、その場合は医療機関への連絡も必要になろうかと思います。その上で、この1つ目の丸の1つ目のポチ、「協議の場、協議体のあり方、参加が必要な者、参加が望ましい者」については、地域または隣接する地域の薬局と薬剤師会と医療機関で解決できるよう、薬剤師会が中心となって協議が行われることが、まずは最初だろうと思います。その中で解決策を見いだせれば、当然、実施する形になります。同時に、その解決策を行政機関や関係する医療・介護関係職種と情報共有をするという流れが、まずは第一になろうかと思います。次に、地域の薬剤師会や薬局だけでなかなか解決ができないことがもしあるならば、ほかの関係職種による協力が必要だろうというところで、関係職種による協議がなされ、その中で解決策が生み出され、その解決策はやはり関係する行政機関や医療・介護関係職種と情報共有するといった流れの2段階で行われる必要があると思います。これらを実践することで、例えば、突然緊急で薬を届けてほしいと言われて対応に苦慮するとか、在宅対応可能な薬局が実は近隣に存在しているといったことがあるにもかかわらず他職種の方から在宅訪問を行う薬局が見つからないといったミスマッチが防げるのではと思います。

協議への参加が考えられる職種でございますけれども、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ職、ケアマネジャー、保健所の方、自治体の方、医薬品の卸売業の方などの参加も考えられるかと思います。場合によっては、介護施設関係者やソーシャルワーカーといった方々も入っていいのではと思います。

協議する場ということでは、既にできている協議体があればそれが望ましいと考えます。

例えば、都道府県レベルであれば、地域医療構想調整会議、都道府県の医療審議会、医療計画を検討する各種会議体なども既にあるかと思います。僻地医療対策を検討する会議もあるかと思うので、そういったことを、あまりにも縦に分かれることなく、横にうまくつなげなければいけないということは必要かなと思いますけれども、そういった既にある会議体を活用することが考えられます。地方の薬事審議会も、活用としては、いいかなと思っています。個別患者に関する協議体としては、やはりサービス担当者会議が一番ふさわしいのではないかなと思っています。

まず、1つ目のポチについては、以上とさせていただきます。

○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。

中島構成員、お願いいたします。

○中島構成員 東京都の中島です。

資料の中で、課題解決ができない場合には関係者が協議して特例的な対応を実施するとありますけれども、ここにある「特例的な対応」は現行の法令の範囲内では実施できない内容も含むのか、確認させていただきたいと考えております。もし特例が法令に触れるおそれのある内容を含むのであれば、国が事前に特例内容を定めるなど、内容に一定の制限をかける必要があると考えております。また、特例を実施する際に法令上の問題や疑義が生じないように、制度の改正、また、具体的な運用方法や留意点を周知するなどの対応が必要になると考えております。

次に、協議について、特例の内容にもよってくるかと思うのですが、在宅医療に関わる、病院、診療所、薬局、訪看ステーション、介護施設などの許認可や監視指導等を所管する行政も関与しまして、特例対応が行われることをきちんと把握しておく必要があると考えております。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

確認ですけれども、いかがでしょうか。

○課長補佐 事務局でございます。

まず、特例的な対応につきましては、本検討会において実際にどのようなことを実施できることとする必要があるのかということを、今後の会で議論していただきたいと考えております。したがって、具体的にどういったことができるのかということについては一定の定めをするということなので、各地域において自由に何でもできるということを想定しているものではございません。また、当然、議論の中では、現行の法的な枠組みにとらわれず、幅広く御意見を伺っていきたいと考えておりますが、実際にそれをどう実施していくのかというときには、当然法的な枠組みの中で何ができるのかといったところについても検討する必要がありますので、仮に法改正が必要ということであれば法律改正が必要になりますし、省令や通知等で対応できるものであればそういった対応になると思

います。まさにどういったことを実施するのかということを踏まえて、その検討においても、多分、法的な枠組みの中でどうするのかというところも、要素としては、入ってくるのだと思いますけれども、検討していくことになるのだろーと思っています。

○太田座長 よろしいでしょうか。

それでは、磯崎構成員、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。

まず、薬剤提供、必要な薬剤を届けるということです。前にも言いましたけれども、まず、そのときに必要な薬剤とはどんなものなのかということの吟味も必要ですし、患者さんが欲しいと言えは出すということではないと思うのですよね。

もう1つは、協議の場があつてかなり連携が取れているような地域においては、今、非常に困っていることが少ないと、これまでのアンケート調査でも分かっていますので、実はこの前提となっている協議がしっかりとされているということになった場合には、必要な薬剤を届けるということに困ることは本当に少ないレアケースになってくるのではないかと思うのです。今までの自分たちの経験でいえば、連携が取れているところではそういうことは非常に少ないことが分かっていますので、そう考えると、協議をしっかりとやっていただいて連携を取るということを第一に進めるのですけれども、その上で本当に困るということは、例えば、これまでの例でいうと、離島の荒天時とか、本当に少ないシチュエーション、これしかないよねというようなときしかないのではないかと想定しております。連携が取れていないからこそ、今、困っていることが多いのではないのかなと思ったので、発言しました。

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、お願いいたします。

○山口構成員 ありがとうございます。

この協議が必要になるときは、結構いろいろな場合があると思うのですよね。こういったことは専門家の視点で協議していかれると思うのですけれども、その個々の問題について患者や家族の方にどんな困り事があつて、今、この困っている事態についてどう受け止めているかという意見は、先ほど小林構成員が行かれている患者さんのところでお話を聞いたとおっしゃったのですけれども、医療者から見た視点と患者側は一致しないことがあったり、あるいは、意外なところに課題を感じていらしたりすることもあると思います。そうかといって、協議の場に当事者が出ることはかなり難しいので、関係する医療者の方あるいは介護職員の方がその辺りをしっかりと聞き出して、協議の場にその内容を盛り込んでいくことも不可欠ではないかと思います。そういった視点もぜひ入れていただきたいと思います。

○太田座長 ありがとうございます。

樋口構成員、お願いいたします。

○樋口構成員 訪問看護ステーションはあとの樋口です。

先ほどもいろいろとお話が出ているように、本当に地域の薬剤師さんたちの連絡体制は非常に大事だし、これはどこの地域でも共通しているのだなと思って聞いております。地域の問題として、地域で切れ目のない薬剤供給ができるということが一番だと思うので、そう考えていったときに、私は不勉強で教えていただきたいのですが、今、患者さんたちの声も含めて、地域の薬剤師さんたちが患者さんの声とかを聴いて、実際に供給したいのにできなかったから困っているということが話題に出るような、地域連携の中での薬剤師さんたちの会議といいますか、話合いといいますか、ここでいうところの「協議の場」は、今、どのぐらいあるのでしょうか。すごく大ざっぱな質問で申し訳ないのですが、各地域でそういうものは実際にされているものなのかどうか、私自身、看護師の立場でいうと、分からないものがあるので、教えていただきたいと思います。

○太田座長 いかがでしょうか。

橋場構成員から、お願いいたします。

○橋場構成員 ありがとうございます。

恐らく、樋口構成員が、そのような悩みというか、疑問を持たれるということは、どこに聞いたらいいか、どこに質問したらいいのかということが分からないということが一番の課題かと、感じました。地域の薬剤師会では、そういった事例が情報として入りましたら、当然、役員を含めて担当で話し合っ、どのように解決をしようかという形で行われます。先日も、私が所属している富山県では、そういった連絡が入って、医療機関、クリニックから連絡があったかと思えますけれども、これから在宅をやっていき、どういった薬局が対応できますかという質問が来て、それに対して薬剤師会として回答しているということもございました。まず、地域の薬剤師会が連絡窓口になりますので、そこに御連絡いただければ、必ず検討した上で回答できるかと思えます。そう御理解いただければと思います。

○太田座長 よろしいでしょうか。

○樋口構成員 ありがとうございます。

前回の私の話で、話合いをする、協議の場に持っていくのに、すごくハードルが高いというイメージを持っているということをお話しさせていただいて、そうではなくて本当にクレームレベルでいいのではないかとというアドバイスもいただきました。そのときに、私は、そのクレームレベルのものを、どこでどう処理すると、どのように持っていつてくれて、それがどのように解決するのか、自分の中でイメージができなかったのですよね。今回、このような地域の問題はやはり地域で解決するべきだと思っているので、そのときに、具体的にはどうしたものかとずっと考えていました。今、お答えいただいて、早速、地域のところで、どういう話が上がってきているのか、薬剤師さんたちだけでは解決できない問題があるとしたら、それには医療や看護の中でお手伝いできるものがあるのかどうかも含めまして、検討ができるのではないかと思います。

○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。

それでは、井本構成員、お願いいたします。

○井本構成員 日本看護協会の井本でございます。

先ほど来、協議会の在り方については、いろいろな御意見があったと思いますが、私も会内で会員に情報収集をしますと、ここの構成員の皆さんがお話しされていたように、既存の地域で在宅に関わる様々な課題について議論される場があるところに、何かしらの形で看護師が関わっていられれば、そこで今の課題をお話しするようなことはできているといった好事例があります。そういったことを考えると、既存の会議体等で協議していただくのがいいのではないかと思います。

2点目として、こういったことに取り組んでおられるところとして、やはり地域薬剤師会の中で、かかりつけ薬局に御相談したときに対応できない場合にそういったことを申し上げれば、具体的な仕組みを提示いただいて、その仕組みで全訪問看護事業者の看護師が動ける、つまり、効率よく患者さんのお宅に行って対応ができているという取組も情報提供がありました。

そういった取組が全国展開できるようなことをぜひお願いしたいなと思っています。

○太田座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。よろしいでしょうか。

それでは、橋場構成員、お願いいたします。

○橋場構成員 先ほど、私から、1つ目の丸、1番目のポチについて、発言をさせていただきまして、今回は、2つ目のポチ、具体的に協議する必要のある事項について、意見を添えさせていただきます。

まず、先ほど飯島構成員からお話があったところとかぶりますけれども、どうすれば資格者である専門家がそれぞれの専門性を患者に提供できる体制をつくるか、このことについて話し合われることが一番の前提なのだと思います。それが患者に安全な医療を提供することにつながると思います。今回は医薬品提供というところで議論していただいておりますので、当然、薬剤師がどのような形で関わるができるのか、今もし関わるができるのでないのであればどういった形で関わるができるのかということを前提に話をされることが一番大切だと思います。

また、医薬品の提供が医療において欠かすことができないものであることは、都道府県単位であっても、サービス担当者単位であっても、医療体制を協議する際に、医療・介護だけではなくて、必ず医薬品提供がついてくるという認識を高めておくこともすごく大切であると思っております。

具体的な協議が必要な内容は、当然、地域の医療体制、医薬品提供体制の実態に応じてということになりますけれども、例えば、夜間・休日を含めた在宅対応可能な時間帯、サービスを提供するに当たってどのくらいの時間を要するかといった内容、救急搬送が必要

な場合にこういった対応をあらかじめ考えておけるか、地域の在宅現場で処方が必要となる医薬品の種類はどういうものがあるか、医薬品の種類ごとの医薬品卸の配送の状況、例えば、麻薬などは土日なかなか卸から薬局に提供されない実態もありますので、そういった場面ごとの状況、先ほどのお話ではないですけれども、地域薬剤師会の相談窓口や連絡先にはどういったものがあるか、曜日・時間ごとの関係職種の連絡先、サービス担当者会議を開くときに、昼間に会議をされると、薬局は患者対応をしている場合が多いということがあって、対応できない場合もありますので、実際にどういう場合だったら可能なのか、ウェブ開催も活用していただきたいとか、そういったことも協議されるべきと考えます。さらに細かいところで言うと、患者にあらかじめ調剤した薬を置いているか、OTC医薬品を活用する場合においてどこにどういう形で医薬品が置かれているかなどといった情報、患者・家族の生活度に合わせた余裕のある調剤数量はどれくらい大切なのかといった状況、在宅ですので、ACPについてもどのような状況であるのか、現在であれば、医薬品の供給不安がございますので、その医薬品はどういったものがあるのか、様々な内容についてきめ細かく協議がなされることが必要と思います。昨今は、使用できる麻薬の種類も多くなってきております。高額な医薬品も、増えてきております。これらの医薬品が薬局のキャッシュフローを大きく圧迫しているという状況もございます。例えば、そういった麻薬や高額医薬品を処方する際の処方単位を地域で合わせていただけるといったこと、薬局の在庫数量が余ってしまうことによってキャッシュフローに影響を与えるようなことも、今、非常に切迫した事態になっているということもございますので、もし可能であれば、協議がなされるとありがたいと思っております。

2つ目のポチについては、以上でございます。

○太田座長　ありがとうございました。

宮川構成員、お願いいたします。

○宮川構成員　日本医師会の宮川でございます。

今、橋場構成員が非常に幅広い視点で御指摘されました。私も医薬品安定供給に関する国の会議にも出席しておりますが、非常に困窮する状況にあります。地域でどのような薬がないのか、融通や処方単位、備蓄の問題もあるということで、議論しなければならない様々な課題があります。各職種でどれだけ質の向上を図れるのか、その情報をどのように共有できるのかということが、非常に重要です。

そのようなことも考えずに、殊さらタスクシフトを専門職種の各団体が申し述べてくるところがありますが、それは、本質的な解決策ではありません。しっかりと情報共有しながら質の向上を図ることのほうが重要で、そういうことをなくしてはいけないからこそ、協議体が必要です。その協議体の単位はどこにあるべきなのか、最初に山口構成員のお話があったように、どこで、誰が、どのように構成をして、やっていくのかの検討が重要です。市町村であれば市町村なりのやり方があり、県であれば県のやり方、もちろん国であれば国としてのやり方を考えながら、しっかりと議論をこれから積み重ねていくことが大

事です。まずは、都道府県、市町村のいろいろな会議にどのように落とし込めるのかということで、都道府県で大枠をつくっていただくところから始めて、個々から上がってくる様々な困った事案を吸い上げて、そこで調整をしなければいけません。今、医薬品の安定供給ができない状況の中で、実質的な議論ができなければ、更に困ってくることもあるかと思いますので、しっかりとした議論をしていただきたいと思います。

○太田座長　ありがとうございます。

総括的な議論をいただきました。

続きまして、2つ目の論点に移りたいと思います。地域において対応できない事例が確認された場合、事前に対応方法について協議することとしていますけれども、具体的にどのような対応の実施について検討することが必要と考えられるかについて、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。

樋口構成員、お願いいたします。

○樋口構成員　よろしく申し上げます。樋口です。

こちらに、特例的な対応の前に検討すべき対応ということで、例が2つ書かれております。この例に関しましても私がいいなと思っているものはあるのですが、あらかじめ処方や調剤をして患者宅に配置することにつきましては、磯崎先生を含め、先生方から御提案もありますし、実際に、こういうことがきちんとできると、がんの患者さんたちも多くなっておりますし、調整も非常にうまくいって、いい方法だなと私自体も思っているのですが、これが全てではないなということも私の意見ではあります。これも個人的な症例になりますので、地域の問題かと言われますと様々な御意見はあるかもしれないのですが、現在、高齢者、独居、認知症の方々も、いろいろな病気を持っていて、様々な症状に対してお薬を出していただくときには、やはり使いにくい手段だなと思っています。あくまでも、患者さん御本人、介護者の方、家族がしっかりとしている方でないと、やはり心配なところがたくさんあるなと感じております。

これも症例になってしまいますが、このようなお薬をいただいて訪問看護でケアをすることもいろいろとあるのですが、行くと、古いものと新しいものの区別が難しくなっている方がたくさんいます。御高齢、認知、受診のときだけに遠方から来る家族という現状になっていますので、実際に患者さんだけがうちにいたときに正しい管理ができていないということもたくさん見てきました。本当に症例なのですが、点眼の目薬を見ても、ラキソベロンやピコスルファートと一緒に置いてある。冷蔵庫に置くべき座薬なども、冷蔵庫のポケット、卵とかがあるこっち側のポケットに入れて、ソースの下になっていて探さなければいけないとか、別のものか分からない。私が一番恐ろしいなと思ったのは、家族間で薬を共有する方がいるのですよね。もちろんこの辺は薬剤師さんがお渡しするときに本当に十分に注意してお話ししてくれていることだとは思いますが、オピオイドなど、フェントステープみたいなものは非常に痛みにも効くということで、腰痛持ちの家族に「これは痛み止めでよく効くから使え」と言って渡しているところ

を見たときには、本当に恐ろしいなと思いました。これはあくまでも訪問看護が入っていて私たちがびっくりして早急に対応ができるということがあったのですけれども、全ての方では難しいことがある。非常にいい方法だと思っています。事前に置いていただければ、発熱だの何だのがあったときに、私たちも安心です。それこそ、緊急といっても、先ほど磯崎先生がおっしゃってくれたように、そんなにないのですよ。発熱のときや少し風邪っぽいということだったとしても、それを事前に置いておくことの恐ろしさが、一つ、あります。

今まで経験しているのは、今、経済的なこと、お薬のお話、もったいないお話、足りないお話がありましたけれども、捨ててしまっていて、オピオイドなどは本当にもったいないですよ。返さなければいけないし、全部捨てなければいけないのだと思うのですが、そういうものを返してしまう量が多かったりすることもあります。処方されるときは本当に大事だなと思います。多めに出してしまったり、もしも使わなかったときには、使わないことは、症状がなければ、ラッキーではあるのですけれども、経済的な問題が絡んでくると、患者さんがお支払いしているものだと思うので、そのものに関しても、時々、私としては、訪問していく身としては、いろいろな心配があったり、胸が痛いときもあります。まず、ここで、いい方法だなと思うのですが、御報告させていただきたいなと思います。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

それでは、磯崎構成員、どうぞ。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。

樋口構成員に在宅の現場で困っていることをいろいろとお話しいただいて、今日の薬剤の供給という意味では少し離れてしまうかもしれないのですけれども、そういった在宅医療の中の薬剤の使い方という論点で見ていただければ、本当に今述べていただいたとおりで、認知の方、老々介護といったことで、日々、困っております。もし薬剤の供給以上のことまで今回のこの延長線上で検討していただくとすれば、非常にありがたいと思いました。ありがとうございました。

以上です。

○太田座長 宮川構成員、お願いいたします。

○宮川構成員 日本医師会の宮川です。

今、樋口構成員、磯崎構成員からのお話がありましたけれども、在宅医療は夢のような医療ではありません。私もずっと在宅医療をやっていましたが、本当に想定外のことばかりが起こります。冒頭に申し上げましたが、100人いれば100通りの在宅医療について議論しなければいけないということは、大変なことなのです。それなのに、薬剤の供給1点だけをここで議論しなければいけないとされていますので、今お話があったようなことは頭に入れつつ議論していくべきであると、樋口構成員には非常に良いサジェスチョンを与えていただいたと思います。薬剤の提供体制1つのことだけを殊さら捉えて議

論してしまうと、大変な結論となることを私たちは理解しながら、在宅医療の分野の大枠でどのようにセーフティーネットをつくっていくのかということを考えるのが大事だと考えています。在宅医療では、全てが特例的な対応に近いことになってしまうことがあり、非常にお金がかかる場合や、逆に医療資源が投入できない場合があるので、個別に検討しなければいけません。医師、薬剤師、看護師、ヘルパー、栄養士、歯科医師が一举に、カンファレンスのように、一人の患者さん宅に行くということであればいいのですが、そういうことができないのが在宅医療ですから、この特例的な対応をしっかりと検討していかないと、議論がただ特例的なことだけで特出しをするだけで良しとする結論になってしまいます。

渡邊研究班の報告書で判明しているとおりの、例外的なものはそれほど多くはありませんでした、これは、関係する全ての医療者が在宅患者を一生懸命お守りするように対応しているので、本当に大きな不都合は起こってこない。もし不都合があれば、在宅対応を終わらせて、救急搬送となります。

○太田座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

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。

先ほど樋口構成員におっしゃっていただいたことは、本当に現場感があふれる御発言で、私自身にもそういった経験もあります。看護師の方が、状態観察で、家庭環境も含めて、状況を把握していただいていることは、我々にとってもすごくありがたい。今日のテーマになっていると思うのですが、その情報がいかに関係者で共有されるか。共有いただければ、薬剤師も、こういう方法があるのではないかと、薬剤が余っているのであればこういった処方提案ができるのではないかと、きめ細かくできるのではないかと、思っておりますので、看護師の皆様方が知り得た情報の共有はどのような形ですと一番ふさわしいのかというところを、それぞれの地域、患者さん単位で考えていくことが重要であると思いました。よろしくお願いいたします。

○太田座長 ありがとうございます。

かなり時間が押しておりますので、この議論はこれまでとしたいと思います。

どうぞ。井本構成員、お願いいたします。

○井本構成員 座長、申し訳ありません。

少しだけ、質問を事務局にさせていただきたいと思いました。

先ほど、この特例的な対応の前に検討すべき対応についての下、2つのポツは、現行制度下でもできるものだと思っておりますが、それでよろしいですか。上の対応できない事例が確認された場合に、協議するまでの各事項、地域の行政機関とはどこかとか、いろいろと話になったと思うのですが、構成員から意見が出ていたことと事務局のイメージは同じような状況なのではないかということを知りたいのです。例えば、橋場構成員は対応

できない事例が確認されたら地域の薬剤師会に御相談いただくことが必要ですよと言ってくださったと思うし、地域の行政機関とは県レベルと事務局から御回答があったと思うのですけれども、そういったことでよかったでしょうか。協議をする場合も薬剤師会の方がやらなければいけないと橋場構成員はおっしゃったと思ったのですが、なぜこれを聞くかと言うと、この後、我々看護職にこういったことをしていくことが必要だよと言うときに、イメージがずれているとよくないと思いますので、質問させていただきます。

○太田座長　ありがとうございます。

それでは、事務局から、お願いします。

○課長補佐　まず、1点目の下の2点については、現行制度下でも可能な方法と認識しております。

また、2つ目の御質問については、おおむね大きくずれているものではないと考えておりますし、それは各地域でできればいい対応になるのではないかと考えているところでございます。

○井本構成員　ありがとうございます。

先ほどの現行制度下でもできるよということでしたら、下のポツについては、そもそも連携の中でこういうことができるかというところで協議ができそうなことでもあるということですね。改めて検討というよりは、こういったこともやっているのかという確認的な事項でもあるということによろしかったでしょうか。

○課長補佐　通常、多分、皆さん、ここまで考えていらっしゃる人が多いかとは思いますが、全てのケースでそれに当てはまっているかという、必ずしもそうではないと考えております。そういった面も含めて、そもそもどういったことを考えていったほうがいいのかということを御提示したほうがいいのかという考えに基づいて議論していただいているものになります。

○太田座長　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。

3 ページ目の対応策が、まず、大事なのかなと思っております。1 ポチ目の地域における連携体制の構築と言われるものが、私が先ほどから申しております医薬品提供体制、県レベルでどのような形で医薬品提供をするのかという大きい枠組みを検討されるべきだろうということでイメージをしていただければいいのかと思っております。その上で、個々の医薬品をなかなか提供できない事例が起こった場合、そのときの対応という意味では、地域の薬剤師会に御連絡いただければ、その都度、検討して、こういった対応方法がありますよとか、我々の中でも検討させていただいた上で、回答する。今日、大きい枠組みを検討する協議と個々の事例を検討するということの2つについて議論されていまして、混同されたのかと思いますけれども、そのように分けて考え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。

ここに関して、本日は大変活発な御議論をいただいたわけですので、事務局において、この御意見を踏まえて、引き続き検討を進めていただければと思います。

ありがとうございました。

それでは、次に進みたいと思います。

続きまして、議題3「その他」です。

初めに、専門医療機関連携薬局について、事務局からの資料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を御覧ください。「専門医療機関連携薬局について」でございます。

2ページを御覧ください。患者のための薬局ビジョンにおきまして、患者等のニーズに応じて強化・充実すべき2つの機能として、健康サポート機能と高度薬学管理機能が示されております。高度薬学管理機能については、専門機関と連携し、抗がん剤の副作用対応や抗HIV薬の選択などを支援することとされております。

3ページは、薬局ビジョンの本文の抜粋になります。高度薬学管理機能について、それを有する薬局においては、専門医療機関とも連携を保ちながら、患者に対する適切な薬学的管理を行うとともに、医療機関へ情報をフィードバックできる体制を構築すべきであることや、高度薬学管理機能を発揮するためには、学会等が提供する専門薬剤師の認定との仕組みなども活用し、より高度な知識や技能の習得を目指すことが望まれることとされております。

4ページを御覧ください。令和元年の薬機法改正において、がん等の専門的な薬学管理に係る機関と連携して対応できる薬局を専門医療機関連携薬局として認定する制度が導入されています。専門医療機関連携薬局については、傷病の区分を規定し、認定するものであり、現在はがんの区分として規定しております。

5ページです。認定薬局の基準の考え方になります。患者が安心して相談しやすい体制、医療提供施設との連携体制、地域でいつでも相談・調剤できる体制への参加、一定の資格を持つ薬剤師が連携体制や患者に継続して関わるための体制といった観点で、基準が規定されております。

6ページに、具体的な基準を示しております。専門的な薬学的知見に基づく調剤及び指導の業務を行う体制について、麻薬の調剤応需体制の整備やがんに係る専門性を有する常勤薬剤師の配置などを基準として求めているものでございます。

7ページを御覧ください。がんに係る専門性を有する薬剤師の認定については、日本医療薬学会、日本臨床腫瘍薬学会が行っているものについて、専門医療機関連携薬局の認定基準を満たす学会認定薬剤師として取り扱っているところでございます。

8ページです。専門医療機関連携薬局の認定数の経過でございます。制度導入後から増加しており、令和6年9月末時点で全国に205件が認定されているものでございます。

9ページを御覧ください。第4回の検討会でもお示ししたものでございますが、認定薬

局とその他の薬局の状況を比較したものでございます。専門医療機関連携薬局では、副作用の発生状況について、他の薬局と連携・共有している割合が高くなっているところがございます。

10ページを御覧ください。専門医療機関連携薬局について、麻薬加算の算定実績が多く、応需した麻薬処方箋の発行医療機関数も多くなっているところがございます。

11ページです。無菌製剤処理に係る体制について、お示ししております。専門医療機関連携薬局の37.8%に、無菌製剤処理設備があります。また、PCAポンプの取扱実績のある薬局の割合も、全体と比較して、高くなっているところがございます。

12ページを御覧ください。在宅訪問や無菌調剤に関する相談や依頼を受ける頻度は、薬局全体と比較して、高くなっていることが示されております。

13ページを御覧ください。終末期の利用者・患者への訪問薬剤管理指導の有無について、専門医療機関連携薬局でも実施されているといった回答が得られております。

14ページです。まとめでございます。現状の欄につきましては、ただいま御説明した内容を整理して記載しております。今後の対応について、御意見をお伺いしたい点を記載しております。専門医療機関連携薬局については、特定の傷病の区分について、学会の認定等を受けた専門薬剤師が、専門的な調剤や指導に関して、地域の他の医療提供施設と連携し、その専門性を発揮し適切に実施することが可能な薬局として、現在、傷病の区分をがんのみ認めて対応している状況でございますが、今後、この傷病の区分について、追加を検討するために、まずは、専門的な医療機関や学会で専門薬剤師の認定が行われている、HIV、小児（疾病）について、検討することとし、関係者へのヒアリングを実施してはどうかということでございます。

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す。

専門医療機関連携薬局について、現状と今後の対応の説明がございました。今後の対応として、区分拡大の検討のためにヒアリングを実施してはどうかというものだったと思いますが、御意見があれば、伺いたいと思います。いかがでしょうか。

山口構成員、お願いいたします。

○山口構成員 ありがとうございます。

ぜひヒアリングは実施していただいて、本当に必要な領域があれば、そういったことを専門にする薬局も出てくることで、差別化を図っていただけるのではないかと思います。ただ、数でいうとまだ200幾つということで、地域によっては物すごく少ない地域もまだまだあるわけですが、一般的に、私たち患者が、例えば、かかりつけで診てもらっていて、本当に専門的な病院が必要になったときはかかりつけから紹介してもらうわけですね。薬局の場合も、こういう専門的な薬局が出てきていて、そういったところがどこにあるとか、どこが専門性を持っているかということが分からないときに、薬局がそういう認定薬局を紹介してくださるという発想はあまりないように思うのです。そういったことも

考えて、せっかく認定薬局というものをつくっていますので、「こういうときはうちの薬局で対応しますけれども、あなたのこの部分については、認定薬局があるので、そういったところを紹介しましょうか」という発想も、ぜひ薬局に持っていただきたいと思います。そうすることによって、この領域を広げていくのであれば、例えば、どこが小児のことに強い薬局なのか、HIVに強いのかということも、患者が探すよりは紹介してもらえのほうが安心できると思いますので、そういった薬局に発想の転換をしていただくようなことも含めて、御検討いただきたいと思います。

○太田座長　ありがとうございました。

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、山口構成員からご指摘があったように、他の領域の専門薬局を作ることにについても考えていただきたいと思います。

がんも、まだ200ほどで、全国的にも偏っています。厚労省も地域性の偏りは御認識されていると思いますが、各県にがんの専門の拠点があるので、やはり患者数に応じたがん専門の認定薬局はすべからくあるべきだろうと認識しております。

HIVだけではなく、小児においては、小児専門のこども病院がありますけれども、その周辺で辛うじて薬局が工夫してやっていらっしゃるところがございますので、そこに対しては、ある程度のインセンティブを含めた対応もあるべきだと思います。小児の場合は、分量も非常に微細で難しく、小児慢性疾患やがんもある中で、様々な工夫をされながら対応している薬局があります。こども病院の周辺でそのような専門薬局が1店舗あって、そういう専門薬局が、もともとの機能として、近くの患者さんのための他の薬局と連携していくということができる仕組みになっております。しっかりとインセンティブなどの支援を行う立てつけをつくっていただいて、他の疾患に対しても、特に小児においては、ぜひ必要でありますので、御配慮いただければと思います。

以上です。

○太田座長　ありがとうございました。

それでは、藤井構成員、お願いいたします。

○藤井構成員　よろしくをお願いいたします。

専門ということではあるのですが、関係者のヒアリングで、私としても、患者様を含めて、地域のニーズとして何が求められているのか、ぜひお聞きいただきたいことと、認知症の方は、母数も多くいらっしゃるので、専門という形がいいのかどうかというのはあるかと思うのですが、オレンジリング活動などもあるように、地域としてしっかりと支えていく、その中でも専門の薬局があってさらに強化できるというありようもあるのかなと思いますので、御検討いただければと思います。

○太田座長　ありがとうございました。

ほかはいかがでしょうか。

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。

私も、まず、事務局に御提案いただきましたHIVと小児（疾病）について、検討することは非常によいと思っております。検討に当たっては、専門家及び現場の意見もぜひしっかりとヒアリングをしていただいて、その上で、患者の薬物療法の質が高まるということ、先ほどから山口構成員や宮川構成員におっしゃっていただいている、いわゆる専門医療機関連携薬局と地域の個々の薬局の連携をもっとしっかりと取れるような体制構築ができるよう、丁寧な議論をされた上で、進めていくことがすごく大切であると思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○太田座長 ありがとうございます。

関口構成員、お願いいたします。

○関口構成員 ありがとうございます。日本チェーンドラッグストア協会の関口でございます。

医療が、入院から在宅療養へ移行していく中で、薬局薬剤師が、がんだけではなくて、多くの疾病と携わるケースが年々増加していると思います。そういったことから、事務局案の専門医療機関連携薬局の疾病区分の追加は検討すべき項目ではないかと感じている次第でございます。一方で、例えば、HIVとかですと、更生医療というくくりがあるかと思っています。更生医療を中心にその内容を検討されてみてはいかがかと思っております。

一方で、薬局薬剤師側の問題としては、今まで以上に医師や近隣薬局や地域の薬局との連携が必ず必要になってくると思いますので、情報の共有の在り方がこれからの地域の課題になっていくのではないかと感じている次第です。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

宮川構成員、お願いいたします。

○宮川構成員 宮川です。

4 ページにあるように、地域の薬局と地域の医療機関が基本なのです。つまり、ここではがんですけれども、がん等も含めて、専門医療がそこにあるべきかもしれませんが、日常の医療は地域で行われるわけです。その支援が重要ですが、なかなか支援が得られない患者さんと、その患者さんを受け持つ地域の薬局をサポートしていくために、専門医療機関連携薬局があるのです。地域の薬局をどのようにサポートをしていくのかというところが非常に重要で、今のこの書き方からすると、情報連携だけでやっているようだけれども、日常医療はその地域にあるわけです。地域の日常医療を守る中で、がんという特定の疾患に対してどのように連携して専門的な情報を与えていくのかであって、この専門医療機関連携薬局が地域薬局よりも働いているわけではない。あくまでも、情報をかみ砕くように地域の薬局にお渡しして、日常の医療を含めて守るためにあることが、図としては、十分に書かれていないように思います。さきほどのご発言の通り、サポートは薬のやり取

りに関してよりも、情報が大事ということも含めて、書き加えていただければと思っております。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

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。

今後増えてくる小児分野とHIVに関して、がんもそうかもしれませんが、大体患者さんたちが特別な薬を使って高価な薬を使っているときは専門病院に行っていることが多くて、その場合の薬剤がそろっている薬局に行くことが多いのですよね。それ以外の日常生活、例えば、慢性期の病気、小児科でいえば風邪を引いたとかといったことに関しては、地域のところに来る。今、宮川構成員が言ったように、情報の連携は大事で、地元で生活の場があって、特別な病気だけそのように行っていることが多いということが、臨床の現場からの実感ではあります。特に小児科の場合は、専門病院にかかっているお子さんたちは、お母さんも含め、その専門病院からなかなか離れられないのですよね。特に今問題になっていることは、15歳になって小児科から内科になったときにもそういった病院から離れられなくて、小児科の先生に非常に負担がかかってしまって、なかなか地域の内科に行けないという現実もあります。そういった意味でも、情報連携が取れることは、僕としても、非常に賛成であります。

以上です。

○太田座長 ありがとうございました。

ウェブから、川上構成員が手を挙げておられると思います。

よろしくお願いいたします。

○川上構成員 川上です。

ウェブから、よろしくお願いします。

検討を進めていただくことはよろしいかと思います。その上で2点、考えることが必要かと思います。

専門医療機関連携薬局の場合は、その領域の専門性を持った薬剤師をいかに育成していくかが重要になろうかと思います。がんに関しては、がんの診療拠点病院が大体400施設ある中で、現状では今の専門医療機関連携薬局（がん）が200ぐらいかと思います。2006年にがん対策基本法ができてから、厚生労働省の施策もあって、その領域の専門性を有する薬剤師をある程度は育成してきた経緯があります。日病薬ですと1,000名以上、日本病院薬学会や日本臨床腫瘍薬学会でも800名ぐらい、当該領域の専門性を有する薬剤師が実際に認定されていて、その一部は薬局薬剤師としても勤務している実態があります。

HIVに関しては、エイズの診療拠点病院が、がんよりは少ないのですけれども、300数十施設はあったかと思います。日病薬のHIVの認定薬剤師の数が大体100名規模で、薬局の先

生でも資格を取れるのですけれども、そのうち10名ちょっとなのです。そういった意味では、HIV領域の専門性を持った薬局薬剤師をどうやって育成していくのかという課題があるかと思います。

また、小児に関しても、小児中核病院と地域小児科センターで大体500ぐらいの病院があると思います。小児領域に関しては、小児臨床薬理学会と薬剤師研修センターと一緒に小児薬物療法の認定薬剤師を育成していきまして、これも1,000名近い方がおられると思いますけれども、果たしてそのうちどのぐらいの方が実際の薬局に御勤務なのかというところも考慮する必要があるかと思います。

いずれにしても、エイズの診療拠点病院や小児の中核病院など、医療機関が決まっています、恐らくその近くの薬局の方がもっぱら対応されている実態はあると思うので、ニーズは高いと思うのですけれども、どうやってその専門性を有した薬剤師を育成するかという課題が、1点目です。

2点目は、がんの専門医療機関連携薬局は、現状でもあるのですけれども、これが各都道府県の医療計画の中でどのぐらいしっかりと位置づけられて、今後も各都道府県の医療計画の中で実効性を持って専門医療機関連携薬局を増やそうとされているのかも、ポイントになってくるかと思います。小児医療に関しても、5疾病・6事業の中で位置づけられていますし、エイズ診療の拠点病院を設けることも、国の施策として行われていると思います。ついてはこの専門医療機関連携薬局が、我々関係者だけの議論になるのではなく、地域医療の中で医療計画に位置づけられて、行政としてそういった薬局をきちんと医療提供体制として整備していくことに結びつける必要があることが、2点目になるかと思います。

ヒアリングに関しては、そういった領域の仕事を頑張っておられる方や、そういう専門性のある薬剤師を育成している方たちは、皆さん、ものすごく熱い思いがあるので、尋ねると、「絶対に必要です」、「絶対にやります」とおっしゃられると思うのですけれども、先ほど申し上げた2点を進めていただくために必要な方にも、本当に協力していただけるのか、実行可能なのかという辺りも含めて、幅広くヒアリングと情報収集をしていただければと思う次第です。

以上です。

○太田座長　ありがとうございました。

具体的な数字を挙げていただきまして、非常にこれからの議論がクリアになったかと思っています。

いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

これに関しましても、本日、いろいろな御意見があったと思います。引き続き、事務局は検討を進めていただきますようお願いいたします。

続きまして、議題3「その他」の続きですね。病院の敷地内に所在する薬局の調査結果について、事務局からの資料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4を御覧ください。「病院の敷地内に所在する薬局に関する調査について」でございます。

2ページを御覧ください。いわゆる敷地内薬局につきましては、令和4年に開催した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において、薬局機能、病院との関係性に関する論点の整理を行いました。当該ワーキングの取りまとめにおきまして、医療機関の敷地内に所在する薬局については、地域の医療・介護関係者と連携した対応を行うという地域包括ケアの精神に逆行するという意見が多数あった一方、高度な医療を提供するという病院の敷地内薬局の場合、高額な薬剤の調剤や高度な薬学管理など、地域の薬局では果たせない役割を持つ場合があるのではないか、ターミナルケアや高度な薬学管理といった機能分化が必要な場合があるのではないかといった御意見がございました。また、公募内容を踏まえれば、薬局から病院への利益供与に当たると考えられるなどの意見もあり、厚生労働省は、敷地内薬局の現状や病院の公募内容の調査を実施するべきとされているところでございます。

3ページを御覧ください。令和4年に、先ほどのワーキンググループに提示した資料になりますけれども、業界紙によりますと、令和3年4月時点で、いわゆる病院敷地内薬局は196あるとされていたところでございます。

4ページを御覧ください。調査の概要等でございます。調査の背景につきましては、先ほど御説明したとおりでございます。調査対象・調査方法につきましては、病院敷地内薬局を対象に、厚生労働省で作成したウェブアンケートフォームをメール等で送付いたしまして、回答を収集しております。敷地内薬局の選定に当たっては、令和5年4月1日時点で特別調剤基本料を算定している薬局のうち、敷地内薬局である蓋然性が高い薬局に加えて、関係団体等に御協力いただき、把握している病院敷地内薬局も対象に追加したものでございます。調査期間は、記載のとおりでございます。調査内容につきましては、詳細を5ページと6ページにお示ししております。回答のあった病院敷地内薬局の数は、220薬局となっております。

次のページを御覧ください。調査事項の詳細でございます。高度な薬学管理機能について、また、かかりつけ機能・地域との連携体制について、お示ししている項目について、調査を実施しております。

6ページを御覧ください。調査項目の続きでございます。敷地内医療機関との連携体制について、また、薬局の開設について、お示ししている項目について、調査を実施しているところでございます。

7ページを御覧ください。調査結果の概要でございます。詳細な調査結果につきましては、参考資料3にお示ししているところでございます。参考までに、関連する調査結果の詳細なページ、参考資料3の該当するページを、資料4の中でも記載しているところでございます。初めに、病院敷地内薬局の体制についてでございます。処方箋応需枚数は、平均2,744枚／月、また、1日当たりの平均勤務薬剤師数は5.7人となっております。また、

高度な薬学管理機能について、医療用医薬品の備蓄品目数の平均は1,667品目でございました。また、病院敷地内薬局における認定薬局等の割合は、健康サポート薬局が8.2%、地域連携薬局が35.5%、専門医療機関連携薬局が12.3%であり、専門医療機関連携薬局の約1割が病院敷地内薬局となっているところでございます。続きまして、かかりつけ機能・地域との連携体制についてでございます。病院敷地内薬局の90%以上が自薬局単独で夜間・休日に調剤や相談に対応する体制を整備しており、半数以上の薬局において、月に1回以上、時間外等加算の算定実績がありました。在宅患者への対応実績がある病院敷地内薬局は85%であり、1か月当たりの算定実績は平均43.2回、うち80%の病院敷地内薬局では在宅関連の加算の算定実績がございました。病院敷地内薬局の51.8%に無菌調剤の対応実績があり、他の薬局との共同利用に対応している薬局も15%ありました。麻薬の調剤実績については、84.1%にあり、その平均については、32.5回／月でございました。病院敷地内薬局の31.4%が地域ケア会議、50.9%がサービス担当者会議へ参加しているという結果でございました。

8ページを御覧ください。敷地内医療機関との連携体制についてでございます。敷地内薬局の処方箋の応需状況について、平均51.7施設の医療機関の処方箋を受け取っておりますが、処方箋集中率で見ますと93.1%と高くなっておりました。敷地内薬局において、医療機関からの求めで医療機関に情報提供をした実績につきましては、平均65.5回／月、うち、敷地内の医療機関からの求めによるものが13.0回／月となっております。敷地内薬局の34.1%が地域の他薬局も含めて同一敷地の医療機関とプロトコールに基づく問合せの簡素化に関する協議を行っております。敷地内薬局とのみ協議している場合も含めると、敷地内薬局の50.4%が同一敷地内の医療機関と協議しているという結果でございました。薬局の開設についてでございます。回答のあった敷地内薬局のうち、同一敷地内の病院の開設者としては、医療法人が最も多くなっております。次いで、国立大学法人、市町村立病院がありました。また、公募型プロポーザルでございますが、「あった」と回答したのは78薬局、「なかった」と回答したのは59薬局、無回答は83薬局となっております。「あった」と回答した薬局における公募要件の内容につきましては、「県内での薬局の運営実績があること」といった回答が最も多かったところでございます。

9ページを御覧ください。まとめになります。調査結果によりますと、いわゆる病院敷地内薬局におきましては、24時間対応や麻薬の調剤対応など、地域に貢献するような業務が実施されているものもあり、また、敷地内の医療機関のみならず、地域の医療機関・薬局との連携がなされている場合もありました。全ての敷地内薬局において上記のような対応がなされているものではございませんが、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取りまとめにも記載されているとおり、門前薬局など敷地内薬局以外の薬局も同じ状況で考えられることから、立地によらず機能を発揮していくことが重要であるとの考え方を否定するものではないと考えられます。一方、本検討会のこれまでの議論のまとめ（地域における薬局・薬剤師のあり方）では、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、本取りまとめやこれまでの厚生労働省の有識者検討会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しており、必要に応じ、敷地内薬局も含め、今後の地域における薬局の在り方について、引き続き検討することとしてはどうかと考えているところでございます。

事務局からの説明は、以上です。

○太田座長 ありがとうございました。

病院の敷地内に所在する薬局の調査結果について、御説明いただいたわけですが。敷地内薬局の調査結果及びそれを踏まえたまとめに関しまして、御意見があればお伺いしたいと思えますけれども、いかがでしょうか。

樋口構成員、お願いいたします。

○樋口構成員 意見といいますか、私のほうで分からないので、単純に、質問なのですけれども、分かる方に教えていただきたいと思います。

7 ページのところで、この結果なのですけれども、かかりつけ機能・地域との連携体制の最後の四角で、病院敷地内薬局の31.4%が地域ケア会議、50.9%がサービス担当者会議へ参加していたとありました。参考資料も見させていただいたのですけれども、私の感覚としては、これだけなんだなという感じだったのですよね。もしかしたらそれが間違っているのかもしれないのですが、私などは、病院から出てすぐに薬局があつて、自分の持つて行った処方箋ですぐ薬も出してもらえて、すごく便利だなと思えますし、そういう薬局が、自分が退院するとか、在宅に戻るときに、患者さんだけではなくて、様々な人とも連携できるとても大事な場だったり、患者さんの声が聴ける場だったりするのではないかと思います。この薬局だけではなくて、地域との薬局ともつながる大事な場なのではないかと思っているのです。これは、声がかからないからなのか、それともかかっても出られない状況がこの数字なのか、分からないなと思ったのですよね。それによっては、いろいろ考え方があるのかなと思ったのですよね。退院のときには必ず声をかけるとか、いろいろな地域ケア会議の必要性をもう少しお話しするとか、もちろん分かっているらっしゃる方々だと思うのです。何かなと思ったのですけれども、私に教えてください。

○太田座長 ありがとうございます。

事務局から、この実態について、どうですか。

○課長補佐 実態につきましては、多分関係者の方々に御説明いただいたほうがいいと思うのですけれども、事務局の感覚といたしましては、地域ケア会議やサービス担当者会議につきまして、まず、前者については、全部の薬局が出席できるほどの出席のキャパがあるような会議ではないと承知しています。また、後者については、当然、在宅対応にひもづくものでございますので、実際に在宅対応をやっているところのうち、どうなのかというところを考える必要があるのではないかと考えているところでございます。

○太田座長 いかがでしょうか。

橋場構成員、お願いします。

○橋場構成員 ありがとうございます。

今回は敷地内薬局に関するデータなので、私も細かいところを情報として持ち合わせていないので、なかなかお答えしかねるところがあるのですけれども、一般的なお話というところでさせていただくと、先ほどの最初の議論1のところでもお話しさせていただいたように、時間が合わないというところが多分にあるのではないかと考えます。「声をかけてもなかなか出てくれないんだよね」などという意見を私も聞いたりするのですけれども、敷地内薬局の場合にどうなのかは分からないのですが、1人の薬剤師しかいないという薬局で、昼間に会議を開催されてしまうと、出て行くとなると薬局を閉めなければいけないようなこともありますので、そういったことも含めて、お互いの状況の理解をもう少し深めるほうが、こういった地域ケア会議やサービス担当者会議への参加が進むのではないかと思います。

○太田座長 ありがとうございます。

三澤構成員、お願いします。

○三澤構成員 慶應薬学部、三澤です。

資料で数字を示してくださって、大変ありがたいと思います。

これを見ると、1日当たり平均勤務薬剤師数が、この敷地内に所在する薬局、敷地内薬局の場合は5.7人、一般のほかの薬局平均は2.7人で、大分差があります。処方箋応需枚数も、かなり多い。一方、先ほどからいろいろとお話が出ています在宅患者への対応は、病院内、敷地内薬局のほうが85%というのは、一般より多いということなのではないでしょうか。見方を教えていただきたいのですけれども。

○太田座長 そうだと思いますけれども、事務局から、どうですか。

○課長補佐 事務局でございます。

今、正確な数字がぱっと出てこないのですけれども、恐らく全体の数字と比較したら、対応している薬局の割合としては多いのかもしれないです。すみません。少し確認する時間をいただければと思います。

○三澤構成員 その前提が違ってくると質問にならないのですけれども、質問を続けると、私が聞きたかったのは、これが多いとしたら、それは単なるスケールメリットなのか、敷地内に薬局があることは在宅対応の実績があるということに何らかの形で結びついているのか、この因果関係があるのかないのかということです。これを見ていて一番気になったところなので、質問させていただいたのですけれども、分かりますか。

○宮川構成員 宮川です。

その関連ですけれども、参考資料3、21ページの在宅患者への対応状況のスライドの左側の在宅患者訪問薬剤管理指導料・居宅療養管理指導料の算定実績で、91以上のところが15薬局あり、これが平均値の上振れを起こしておりますが、たくさんの敷地内薬局が在宅

に対応していることはありません。これは厚労省の書きぶりの問題で、これを見れば分かるように、スケールメリットで出している病院敷地内薬局が15あるので、それが上振れを起こしており、平均の数値が上がってしまっています。そのため、優れている・多いという書きぶりは資料にあるべきではないと思います。そういう観点で見えていかないと、三澤構成員からあったように、スケールメリットで出しているの、そこが御懸念のあったところではないかと思います。敷地内薬局の特性を意図的にその方向に出して行って、その病院とプロポーザルを含めて、約束事があったわけですが、営業時間を合わせるといった特性を持たないと出店させないという面があるのかもしれない。そうでなければこういうスケールメリットがあるようなことが出てこないと推察します。敷地内薬局が良いような書きぶりですが、合目的な形で薬局を誘致していることが見えてくるように思いますので、調査してぜひ把握していただきたいと思います。

以上です。

○太田座長 よろしいですか。

それでは、山口構成員。

○山口構成員 私も、全く同じところに疑問を感じまして、この85%が本当に敷地内薬局の全体の85%なのかなと感じたところです。例えば、在宅を一生懸命やっているところがどういう医療機関にある敷地内薬局なのか。見てみると、医療法人が多いということですが、医療法人でもどれぐらいの規模の医療法人なのかということも分からないので、もう少し細かく分析したものをを見せていただくと納得できるのではないかと思います。その少し細かい資料をぜひお願いしたいと思います。

○太田座長 ありがとうございます。

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。

今ほどいろいろな構成員の方々から機能についての御意見が出ていたかと思いますけれども、私からすると、薬局としての許可を得ていることから、機能を果たしていないとまずは問題だということもありますので、一定の機能を果たしていることについては、逆に言うと、このような結果が出て安心したと思っているところもあります。

ただ、一番は、参考資料3、35ページ目、36ページ目なのだろうと思うのです。こういった公募要件が出されて、かつ、それを受けてしまっている。36ページ目ですと、不動産取引に関しましても同様の結果で、このようないびつな状況を生み出してしまっているところが、実態として、今回、浮き彫りになったと感じているということが、私の率直な感想です。これは、日本が目指してきた医薬分業ではないですし、薬局ビジョンからも大きく外れているということは、言うまでもないと思います。最近、報道ベースですが、敷地内薬局を閉めるとか、公募をしても手挙げをするところがないとか、そういった事例も見聞きしておりますけれども、ようやくあるべき医薬分業の姿の理解が進んだのではと思っているところです。

少し今回の議論と外れるところもあるのですが、医薬分業が何で必要なのか。分業と連携が混同されることもあってはならないだろうと思います。例えば、今、医療DXという形で、オンライン診療やオンライン服薬指導、電子処方箋が進む中でも、医薬分業の趣旨がゆがめられるやり方がはびこることがないように、制度としても、きちんと整理していただきたいと願っています。これは意見でございますので、よろしくお願いいたします。

○太田座長　ありがとうございました。

磯崎構成員、お願いいたします。

○磯崎構成員　幾つか、質問があります。

まず、資料4、4ページ、敷地内薬局の現状について、業界紙の記事によるとということで引用があったのですが、現在、幾つあるのかということは把握されていますでしょうか。

○太田座長　いかがですか。

○課長補佐　もともと、敷地内薬局の数を我々厚生労働省として把握しているものはございません。令和6年診療報酬改定において、一定程度、そういった特別調剤基本料について、そもそも調剤基本料の届出をしていない場合もそれに該当してしまっていて、その場合は、敷地内薬局であるかどうかにかかわらず、それに該当するものになって、その区別がつかなかったという状況がございます。そこについては、医療機関と特別な関係が薬局とそれ以外、そもそも届出をしていない薬局は、点数上、分かれることになりましたので、今後、もう少しそれに近い数字が見えてくるのかなとは思っております。

いずれにせよ、この報道があった時点よりは増えているということは、調査結果からしても、そもそも220で増えているということは、間違いがないと考えております。それが1,000や2,000になっているということは、病院の数から考えると、当然ないと思いますので、実際のところ、ある程度の回答数が得られているのではないかと考えているところでございます。

○磯崎構成員　ありがとうございます。

ただ、参考資料のアンケートによっていろいろとデータが出てくれば、敷地内に薬局があると患者さんにとっての便利なことがあるとか、理由づけが出るのかなと思って、そういう目で見たいので、聞きたいのです。

まず、参考資料の9ページです。高度な薬学管理機能であえて敷地内にあるということ言うためには、門前薬局とのデータの比較は必要だと思っています。なかなかデータを取るというのが難しいということは承知しているのですけれども。

また、11ページです。特定薬剤管理指導加算2の算定実績の半分くらいが、ゼロだった。これはどう見たらいいのかなということ。

門前と比較していただきたいのは、17ページですね。ポチの2つ目です。1か月当たり時間外等加算の算定回数の総数も、薬局全体ではなくて、大きい病院の目の前にある薬局

群との比較をしていただいて、確かに多いなということであれば、意義があるのかなと思いました。

34ページなのですが、敷地内薬局医療機関の開設者のところなのですが、上の個人から下の国立大学法人までだと135の回答数があって、かなり公益性の強い法人が敷地内薬局を持っているというデータなのだと思うのですよね。僕も医薬分業にそんなに詳しいわけではないのですが、そういう精神から見ると、どうなのかなと思っております。回答数220の中の135というと、61.4%なのですよ。

次に、35ページ、下の医療機関の開設者から、上に行って、医療機関の建替えや新棟の建設をすることまでは、少しうがった見方をすれば、利益供与と言われても仕方がないような内容になっていますので、これも内容がもう少し分かるアンケートを取っていただくといいのかなと思いました。

次の36ページ、不動産取引の関係がある場合の賃貸料なのですが、面積が分からないと、これが妥当な額かどうか、なかなか難しいので、面積も同様にアンケートに入らせていただくと、もちろん都会が高く、田舎が安いことは当たり前だと思うのですが、単位面積当たりで2万以下は随分安いなと思ったものなので、質問させていただきます。

そういったデータの補足があれば、敷地内にある、優位性や、意義が浮き彫りになってくると思います。比較対照がやはり大事かなと思った次第です。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

事務局から、もし何かあれば。

○課長補佐 御意見をありがとうございます。

御指摘はごもっともで、門前薬局と比較することも当初は考えたところもあるのですが、何をもって門前薬局とするのかという定義が非常に難しいところもございますので、そこと直接比較することは、調査の立てつけ上、難しいのではないかと。例えば、道を渡ったところまでは門前なのか、その1本先は門前ではないのかと考え出すと、範囲を決めることは難しいものと考えております。

また、様々な御意見がございましたけれども、まずは、そもそも実績としてどういった状況なのか、実態としてどういった状況なのかというところについて、調査をさせていただいたものでございます。

御意見をいただいたもののうち、面積につきましては、データもアンケートの中で調査しておりますので、そういったものなど、分析できる範囲で分析はさせていただければと思いますが、それ以上の調査となると少し難しい部分もあるというところについては、御理解いただければと考えております。

○太田座長 落合構成員から手が挙がっていると思います。よろしくお願いします。

○落合構成員 ありがとうございます。

今回、いろいろとお調べいただいております、いろいろな御質問もあるところだとは思いますが、まずは、外形的な調査がされているのではないかと考えております。

この中で、1つ気になった点としては、資料4の7ページでは、病院敷地内薬局の半数以上はがんや在宅に注力していたといったところがあります。こういった状況があること自体は、もともと議論していた、想定される医療の内容を踏まえた対応がされている側面もあるところだと思います。こういった部分については、それはそれで評価していく必要があるのではないかと考えております。

もう1点、薬局を選択する患者の立場になった場合に、こういった検討ができるかという点も重要ではないかと考えております。その観点では、敷地内薬局だけではなくて、敷地内薬局と門前薬局を併せてどのように考えていくのか自体は、検討としても、今後、重要な点ではないかと思いました。

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、お願いいたします。

○宮川構成員 日本医師会の宮川でございます。

今、お話があったように、がんや在宅は、先ほど議論としてありましたけれども、参考資料3の34ページの法人の部分で、法人が合目的にがん専門と在宅医療をやっていれば、その敷地内薬局であれば、当然その比率は上がってきますので、先ほど、実例として、91薬局という数字を出したわけです。患者さんにとっては、重要かもしれません。しかしながら、実際の在宅医療は、地域での面の対応でございますので、どこまでそれをしっかりと追っていくのかということとはなかなか難しいことだろうとは思いますが。

先ほど磯崎構成員からあったように、参考資料3の35ページの公募要件で、会議室、駐車場、更衣室、コンビニ、カフェ、レストラン、開設者の施設の整備などは、とても際どい話だろうと思います。資料で、開設者に括弧をして「大学等」と書いてありましたので、大変驚きました。磯崎構成員の御指摘も含めて、がんや在宅医療をやっていればいいということではない側面も見えており、判断していかなければいけないということだろうと考えますので、ぜひ考察を精緻化していただいて、問題がないところには進めていただいても構いませんけれども、利益供与も含めて、問題があるところはしっかりと御指摘しなければならぬだろうと考えております。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

かなり時間が押しておりますが、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。

今、公募型プロポーザルのお話があったのですけれども、これに関して、もし確認ができればなのですが、薬局単独として公募をしているのか？が分かればと思います。案件によっては、薬局以外のプロポーザルをしている会社があって、その中の一角、公募の中の

要件として、アメニティー等々を整備する中に薬局も入れてくれと、全体の公募の中で共同事業者としての薬局という位置づけという公募もあるとは聞いております。これが本当に薬局単独での公募なのか、共同型の形でやられているのかどうか、その辺のところも見えたと助かります。よろしくお願いいたします。

○太田座長 分かりました。工夫するのは、なかなか難しいと思うのですよね。

ありがとうございます。

時間が超過しておりますので、今日の議論はここまでとさせていただきます。活発な御意見を本当にありがとうございました。

事務局におかれましては、本日の御意見を参考に、今後、必要に応じて、地域における薬局の在り方の中で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。

本日の議論は、以上でございます。

ほかに、事務局より、何かあれば、よろしくお願いいたします。

○薬事企画官 特段ございませんが、次回開催につきましては、また追って連絡させていただきますので、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。

本日は、ありがとうございました。