

第 12 回薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会

日時 令和 7 年 1 月 31 日(金)

17:00～

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、定刻になりましたので、ただいまから第12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。

構成員の皆様方におかれましては、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。

本日の会議ですが、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まして、傍聴者にYouTubeでのライブ配信を行っているところでございます。

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いたします。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、指名後に御発言をお願いいたします。

初めに、本日の出席状況についてでございます。

本日は、関口構成員、富田構成員、山本構成員がオンラインで御参加いただくこととなっております。山本構成員につきましては出席がまだ遅れているようですが、後ほど御出席いただく予定でございます。

最後に、資料の確認でございます。

議事次第にお示しのとおり、資料としましては資料1、2、それから参考資料1から3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いただければと思います。

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」でございます。

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ています。議題ごとに主な意見をまとめて掲載

したものでございます。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。

また、前回の検討会の議題1におきまして、過去の検討会での意見の記載修正の意見がございましたので、参考資料2の42ページ及び43ページの記載を一部修正しております。

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、御意見等がございましたら手短かにですがお願いしたいと思いますけれども、いかがでしょうか。

どうぞ。

○樋口構成員 訪問看護ステーションはあとの樋口です。

事前にお伝えすべきことだったかと思います。33の番号のところで、多分私が発言させていただいたところなのですが、10行目くらいに「ピコスルファートの点眼薬」と書いてあるのですけれども、その前に、「点眼のピコスルファートが点眼薬と」となっていて、ピコスルファートは点眼薬ではございませんので修正いただけるとありがたいと思います。

○太田座長 ありがとうございます。

事務局、よろしいですね。

○課長補佐 はい。

○太田座長 ほかはいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

ありがとうございます。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。

事務局から資料についての説明をよろしくお願いいたします。

○課長補佐 資料2を御覧ください。

2ページでございます。

こちらは、第11回検討会でお示した「在宅医療における地域の状況に応じた対応策について」になります。

第11回検討会では、「地域における連携体制の構築等」、「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」等について御意見を伺いました。

3ページを御覧ください。

1の「地域における連携体制の構築等について」の主な意見をまとめております。

都道府県の医療計画と整合して医薬品提供体制を整備することが必要、医療職、介護職も含めた連携体制の構築が必要、在宅医療については患者ごとに対応が大きく異なるため、個別事例の対応をそのまま広げていくことは難しい、地域ごとに状況は異なるため、地域でどのような範囲で対応できるのかを考えていく必要がある、在宅医療において個別の薬局で対応できなかった場合は、地域で対応できる薬局や薬剤師会が必要な対応を実施することは最低限の担保として必要ではないかななどの意見がございました。

4 ページを御覧ください。

「地域における連携体制の構築等に係る好事例について」、前回の検討会におきまして紹介いただいた事例等をまとめております。

市と地域医師会による講演会の実施であったり、県医師会による在宅医療トレーニングセンターなどで研修会や講演会の実施が行われておりまして、関係職種において顔の見える関係が構築されている事例などについて御紹介がございました。

また、日本保険薬局協会において「地域医療連携の手引き」を作成・公表しており、その中で好事例を紹介しているとの御意見もございました。

5 ページを御覧ください。

「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、主な意見をまとめております。

まず対応検討のための協議については地域の薬剤師会に情報共有し、薬剤師会や薬局において対応策を協議し、実施する。それでも解決できない場合に関係職種も含めた協議を実施するといった2段階の対応が必要ではないか、協議に参加することが考えられる職種としては、医師、歯科医師、薬剤師、看護師や介護職関係職種、自治体職員等が考えられる。特に特例について協議するのであれば、行政も関与して把握することが必要ではないかという御意見がございました。

また、協議については既存の場があれば、それを活用することが望ましい、専門家だけではなく患者の視点も必要であり、患者の意見を吸い上げるような仕組みが必要といった御意見もございました。

6 ページを御覧ください。

主な意見の続きでございます。

「具体的な協議事項」について、それぞれの専門家が専門性を患者に提供できる体制をどうやってつくるのか、医薬品提供については当然、薬剤師がどのような形で関わるができるのかということについて協議が必要という御意見や、情報の共有、協議が必要な事項としては夜間、休日を含めた在宅対応可能な時間帯であったり、サービス提供までの所要時間であったり、または地域薬剤師会の相談窓口や連絡先等を挙げる御意見がございました。

また、「特例的な対応の検討前に検討しておくべき対応等」についての御意見といたしましては、あらかじめ処方、調剤した薬剤の患者宅等への配置であったり、訪問看護師など多職種が得た情報の共有方法や、地域薬剤師会への情報共有といった御意見がございました。

そのほか、地域において多職種による協議の場があつて連携体制が構築されている場合は、特例的な対応まで必要となることはほとんどないと考えられるのではないかという意見、また、在宅医療は患者ごとに対応が大きく異なるものであり、一つの事例があつたからといって特例的な対応を取る必要があるのか、地域全体でセーフティーネットを構築す

ることのほうが重要ではないかといった御意見がございました。

7 ページを御覧ください。

前回までの検討会での御意見を踏まえまして、「地域の状況に応じた在宅医療における薬剤提供体制に係る課題への対応（案）」をまとめております。

上段の薄い緑色の枠に示しているとおり、「地域における在宅患者への薬剤提供体制の構築・強化」のため、都道府県や二次医療圏等の広域の単位で在宅患者への薬剤提供体制構築の推進について協議を行い、それを踏まえて中段に示しておりますけれども、地域レベルで薬剤提供体制の構築を実施していくこととしております。

都道府県レベルの協議におきましては、地域の医療機関、薬局による在宅医療に係る医薬品提供体制を把握し、それを踏まえて薬剤提供体制を構築するための課題を抽出し、行政、関係機関、関係職種において協議し、連携体制の構築推進等を実施する、また、それを踏まえてその中段になりますけれども、地域レベルで薬剤提供体制の構築に向け、協議を実施することとしています。

その際、地域における個別患者の課題への対応、検討のための方法等について、行政を含めた関係者で協議すること、関係者で必要な情報共有を図ることとしております。

また、地域での体制構築におきましては、地域薬剤師会等による相談応需・協議体制の整備であったり、またそういった体制について関係者へ相談の方法であったり、連絡先等について情報共有を実施するといったことが考えられるとしております。

下段には、「個別の在宅患者において薬剤提供の課題が生じた場合の対応」について記載しております。

「個別の患者の状況に応じて、当該患者の在宅療養を担う医師、薬剤師、訪問看護師等により対応方法を協議、実施」することとしております。

その際の留意点等につきましては、枠の下にチェックで記載しております。

在宅患者でも薬局が訪問して対応していない場合があるといったことはこの検討会でも従前から取り上げておりますけれども、そういった場合におきましては訪問薬剤管理指導の対象にするなどの調整を実施することが考えられます。

また、患者の在宅療養を担う医師、薬剤師、訪問看護師が連携した対応を検討することとしており、具体的にはあらかじめ処方箋を調剤して薬剤を配置しておくことであったり、臨時対応できる薬局の確保等が考えられるとしております。

特に薬局との連携が必要な場合は、地域の体制を踏まえて薬剤師会等に連絡、相談するといったことが必要。それでも対応が困難な場合には、特例的な対応を実施することを検討するとしております。

また、特例的な対応につきましてはそれありきといったことではなく、まずは通常の対応の検討が必要であり、特例的な対応を実施する場合であってもそれを継続して実施しなくて済むよう、改善策を検討することが必要と考えております。

また、さらに特例的な対応を実施する場合においては、監視指導であったり、地域での

体制構築の検討のために行政機関、地域の関係団体等にあらかじめ情報を共有するとともに実績を報告することが必要と考えております。

8 ページを御覧ください。

「在宅医療における地域の状況に応じた対応策」における特例的な対応の例の事務局案でございます。

在宅療養中の患者について、在宅医療を継続する程度の急な状態の変化時におきまして、訪問看護ステーションに処置・投薬で対応する場合に必要な医薬品を準備しておき、必要な場合に医師の指示の下、当該医師または薬剤師が確認の上で患者に当該医薬品を使用することとしております。

また、この対応につきましては臨時的な対応であり、必要最小限の医薬品を使用するもの。そのため、翌日等に改めて診察して処方・調剤するなどの対応が必要であること。また、特例的な対応を実施する場合、あらかじめ都道府県等へ報告の上、実施状況について定期的に報告することを求め、こういった情報について監視指導のほか、地域における医薬品提供体制構築の検討等に活用することとしております。

9 ページが、本日の「論点」でございます。

1 点目ですが、7 ページの「地域の状況に応じた在宅医療における薬剤提供体制に係る課題への対応」についてどう考えるかといったことでございます。

また、2 点目でございますけれども、先ほど8 ページで御説明させていただきました特例的な対応の例の案につきまして実施状況等も含めた対応の是非、また是とする場合において対象患者の状態及び薬剤の範囲であったり、当該薬剤の入手、保管、管理方法であったり、責任の所在等についてどう考えるのかということ、また、そのほか検討すべき事項がないかといったことでございます。

3 点目ですが、事務局でお示しした8 ページの特例的な対応以外にどのような対応が考えられるのかといったことでございます。

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す。

今、論点をお話いただいたわけですが、今回の論点としては大きく3 つあります。

まず1 点目ですが、地域の状況に応じた在宅医療における薬剤提供体制に係る課題への対応について、これは前回までの御意見を踏まえ、7 ページにまとめられておりますけれども、これについてどう考えるかということでございます。

2 点目は、特例的な対応として事務局が例示したものについてどう考えるか。

3 点目は、事務局案以外に特例的な対応としてどのようなものが考えられるか。

この3 点について、それぞれ御議論いただこうと思っております。

まずは1 点目の地域の状況に応じた対応策のうち、7 ページ上段の「地域における在宅患者への薬剤提供体制の構築・強化」について御意見を伺いたいと思っておりますけれども、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ございます。

まず論点の1のiでコメントを述べさせていただきますけれども、その前にこれまでの議論を踏まえて在宅医療における薬剤提供体制の在り方について7枚目のスライドに非常に分かりやすくまとめていただいたということを事務局に御礼申し上げたいと思います。

この7枚目のスライドの中に、薬剤提供に係る体制の維持、強化について協議がされ、薬の専門家である薬剤師が医薬品提供にしっかりと関わる。そういう地域のチーム医療における医薬品提供体制の概念がしっかりと盛り込まれていると思います。そして、この提供体制等は都道府県で策定される医療計画に沿った形で構築、もしくは機能すること、こちらも非常に重要なことと考えます。

その上で、このスライドの上部、中段に整理されていますように「地域における在宅患者への薬剤提供体制の構築・強化」につきましては、都道府県・二次医療圏等の広域での協議を想定した「在宅患者への薬剤提供体制構築の推進」と、地域レベルでの協議を想定した「地域における薬剤提供体制の構築」、こちらが推進・支援という形、そしてフィードバックと、こういった仕組みによって着実に連携がされて、かつ継続して回していくということで初めて成立するというふうに考えますので、非常によくできたスライドにまとめていただいていると思います。

そして、これを成立させるためには行政関係機関、関係職種が相互に連携、協力する体制が不可欠であり、常に変化する人口動態、医療体制において、医薬品提供体制の圏域での状況というものを常に把握する体制で、変化があったときにフレキシブルに対応できる体制というものが重要と考えます。地域住民への確実な医薬品提供、そのためにはぜひこのような体制を実現していただきたいと思いますし、我々薬剤師会としてもそのために努力していきたいと考えます。

まずはコメントでございます。

○太田座長 ありがとうございます。

それでは、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。

今の橋場構成員のことに重ねてということでございますけれども、今まで薬剤師会を中心にとすると、どうしても会員、非会員の問題があったかと思います。

現在会員、非会員にかかわらず地域の方々にどういった薬局があって提供体制があるのかというのを一覧化することが進みましたので、我々としてもさらなる協力関係が築け、皆様に提供できることを強化できるというふうには考えております。

また、連絡先が分からないというのがアンケートや、いろいろな調査の中でも出ておりました。ここを地方薬剤師会の方に窓口になっていただくことで、会員、非会員を問わず、しっかりと誰が対応できるのかというところの調整をしていただけるようなことが構築で

できれば、穴が空くようなことがあっても困らずに相談できる形になるかと思っていますので、我々もしっかり地域の皆様にどう貢献するかというのを考えながら、これを実現させるということを次にやっていきたいと考えております。

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。

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。

3 ページの「対応案」の抜粋の囲みの中について御意見を申し上げたいと思います。

「地域における連携体制の構築等」ということで、在宅医療における医薬品の提供体制の構築に取り組むと明確化していただきましてありがとうございます。

その下のボツのことなのですが、そこには薬剤師の確保、対応薬局の確保等、必要な構築推進策が記述されているところでありますが、これまでの検討会の流れを見ますと、ほかの構成員からもやはり24時間対応ですとか、患宅にしっかり届けられる体制のための薬剤師の確保や対応薬局の確保のことも意見が出されていたと思います。そういったところを少しフォローされる文章を追記いただければ大変ありがたいと思いました。

○太田座長 ありがとうございます。

この点はよろしいですね。

では、そうさせていただこうと思います。ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

それでは、磯崎構成員お願いします。

○磯崎構成員 神奈川県医師会の磯崎です。

7 ページの図のことなのですが、二次医療圏と、地域レベルでサイクルを回していくことは大賛成でありまして、特に行政が旗振り役になっていただきますと、自分の経験上、関係職種が集まりやすいということもありますので、必ず行政にも中に入っていて、特に地域レベルのほうは行政が入ったほうがいろいろな関係職種が本当によく集まります。ですから、特に青で網かけしてあるほうは行政に必ず入っていただくというようなちょっと強い形で文章を書いて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す。

関口構成員がウェブから御発言だと思えます。関口構成員、よろしくをお願いいたします。

○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。

橋場構成員、それから藤井構成員のおっしゃられたとおり、日本チェーンドラッグストア協会としても日本薬剤師会が作成した夜間・休日リストを基にしっかりと供給体制を整えてまいりたいと思っております。簡単ですけれども、私からのコメントとさせていただきます。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

それでは、落合構成員よろしくお願いいたします。

○落合構成員 どうもありがとうございます。

今までの議論を踏まえて、取りまとめを進めていただいているように思っております。

それで、1点、前回の中間報告だったかのときも申し上げたかと思いますが、状況は次第に変わっていくというところがございます。実際に連携体制を構築したとしても、その後、例えばいろいろな人口減少が5年、10年で進んできたりとか、そうすると実際にそのの現地におられる方々というのも変わってきたりすると思います。このため、一度つくただけではなくて継続的に見直しをしていく、といった趣旨をぜひ入れていただくことで適切な対応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す。反映させたいと思います。

飯島構成員、よろしくお願いいたします。

○飯島構成員 イイジマ薬局の飯島です。

私も、この緑色のところの都道府県・二次医療圏での広域の協議というのは大賛成で、ぜひ進めていただきたいと考えております。また、磯崎構成員がおっしゃるように、私の地域でも地域薬剤師会でできるところはあるのですが、やはりこういった協議の場というのは行政が絡んでいただかないと多職種が集まりにくいというのは私のときにもあったので、ぜひそこら辺は地域の行政の方に旗を振っていただいて、多職種が集まれる場で各地域の現場で困っていること、課題を抽出できるような現場をつくっていただきたい。

また、ちょっとそれるのですが、その中で各地域での困り事に対して、今なお現場では医療、介護、福祉の職種を垣根を越えた、自分たちの持ち回りを越えた患者さん、地域住民のためのサービスや関わりをやっていることは確実に事例としてあるかと思います。そういったものも抽出していただいて、さらに上のほうにフィードバックして好事例を横展開していただけるような体制構築というものが必要なのかなと思います。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

それでは、樋口構成員よろしくお願いいたします。

○樋口構成員 訪問看護ステーションはあとの樋口です。

この7ページの表につきましては、私も本当に賛成の意見です。先ほどからお話がありますように、行政が旗振りということでやっていただけるようになるのは非常にうれしいなと思います。

特に、地域における薬剤提供の体制の構築に関しましては、本当に地域は地域で様々な地域ごとの課題を抱えています。連携をしていく、それから連携をしていったり話し合いを

していったりということで非常に大事なことは分かるのですが、話し合いをする場所といたしますか、環境も整わないところはたくさんあります。交通の事情だとか、それこそそういうサービス業者さんや薬局が少なくて先に進まないといいますか、なかなか自分たちだけの力では前に進まないことがたくさんありますので、そこはやはり一番行政の方が患者さんのことや、地域のことや、そして様々なサービスの方々からの困り事にしっかり耳を傾けていただいて、一步一步その地域に合った方法を考えていただけたら本当にどんなにいいかと思います。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

いかがでしょう。

では、小林構成員をお願いします。

○小林構成員 薬局薬剤師の小林でございます。

今、行政に関わってもらってという数々の意見が出たと思いますので、7ページの図の中の真ん中の水色の囲み枠の部分ですね。地域におけるより具体例という形なのですが、地域によっては休日・夜間に対応するために行政と地域薬剤師会が連携して運営しているような休日・夜間対応の薬局というのものもある地域がありますので、そういうケースではそのような薬局の活用も視野に入れてはどうかと思います。行政や地域の関係者と連携しての対応となりますので、共通認識を持って対応できることが考えられ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。

落合構成員からどうぞ。

○落合構成員 質問ですが、この「二次医療圏等」となっているところは必ずしも二次医療圏とは限らず、例えば隣接している自治体であれば協力をすることがあり得るか、そういった趣旨が入っているというものなののでしょうか。

○太田座長 よろしく願いいたします。

○課長補佐 事務局でございます。

その場合は多分、地域レベルになっているのかなと考えていますが、一方で北海道につきましては三次医療圏単位であったとしても都道府県とは必ずしも一致しないといったこともあり、その辺はまさに地域の実情に応じて、必要に応じた単位で実施していただくということが必要なのではないかと考えております。

○落合構成員 分かりました。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、橋場構成員をお願いいたします。

○橋場構成員 ありがとうございます。

先ほど来、行政の関与を含めた協議というお話がたくさん出ている中で、具体的な事例

ということで、ちょうど私はおとといなのですけれども、地元の地域の保健所が開催した難病患者さんに対してどのように医療体制を地域で構築していくかというような会議に出てまいりました。そこには保健所、市町村の担当者、その管轄は4市町村でございましたので、4市町村の担当者と医師、薬剤師、看護師、これらが集まって地域にいる難病患者さんにおける、今回は災害時の対応でしたけれども、こちらについて協議を行いました。

それで、その中にいる全ての難病患者さん一人ずつの災害時の個別支援計画というものを作成しまして、これには患者の基本情報から始まって、関係者の連絡リスト、人工呼吸器の停電時の対応の方法ですとか、備えておくべき備品のリスト、もちろん使用している薬剤の情報ですとか、災害時を想定して余裕を持った薬剤の必要量というのはどれくらいなのだろうかということ、または非難ということ想定して御自宅のどこに薬剤が置いてあるか、そういった本当に細かい情報をその個別支援計画に盛り込んでおくということが協議され、それで、情報の共有の方法につきまして関係者間でどのように行うかということも協議されました。

今日、ここで在宅医療における薬剤提供についても議論されておりますが、まさしくそういったことを協議する場なのだろうということを感じてきたというところがありましたので報告させていただきました。

○太田座長　ありがとうございます。

大変貴重な情報だと思います。ありがとうございました。

ほかはいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

第1点目の論点に関しましては、皆さん大体方向性は一緒かなという感じがいたしました。それに付け加えることも御提案いただきましてありがとうございます。修正をして、再度提示したいと思います。

それでは、続きまして7ページ下段の「個別の在宅患者において薬剤提供の課題が生じた場合の対応」について、皆さんからの御意見を受けたしたいと思います。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。

論点1のiiでございますけれども、7枚目のスライドの下部というところですが、この図にありますように、在宅患者さんの調剤を担当する場合においては薬剤師による訪問薬剤管理指導、すなわち患者宅を訪問した上での薬剤管理、服薬指導管理が重要であるということをもまず御理解いただきたいと思います。それなくして安全な薬物治療というものはあり得ないと、そういった前提が必要であって、患者さんの状況に応じて在宅療養を担う医師、薬剤師、訪問看護師などにより対応方法を協議しながら医療を提供していくということが何よりも患者さんのために必要なことなのだろうと思います。

その上で現場レベル、個別の患者の状況に応じて実施できるということについては、例えばですけれども、患者の状況により在宅担当医に指示を仰いで急な対応が必要になって

困ってしまうということがないよう、必要最小限の量の薬剤があらかじめ処方されて、それを調剤した上で患者宅に配置しておくということが最も有効な方法であるというのはこれまでも議論されてきたことかと思っております。

また、仮に医師から訪問指示がないということがあって、薬局薬剤師がその患者さんの訪問指導まで対応できていないというケースがあったとしても、関係職種間で対応方法を共有しておいて、その際に訪問指示がなくてもあらかじめ薬局薬剤師にも情報を共有していくということが準備という点では非常に重要なことかと思っております。

取りあえず以上でございます。

○太田座長 ありがとうございます。

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。COMLの山口です。

7 ページの下の2つ目のところに、「患者の在宅療養を担う医師、薬剤師、訪問看護師が連携した対応を検討する」と書いてあるわけですが、次の8 ページのところにも今回改めて特例的な対応の例と、これは次の議題ではあるのですが、ここに訪問看護ステーションが出てまいります。こういう例が新たに出てきたのは、何か今まで議題にならなかったことが問題として出てきてこれが出てきたのかをお尋ねしたいと思っていました。

と申しますのも、私たちは日常的に電話相談を受けております。それで、ついこの間、在宅医療を受けていらっしゃる家族の方が、夜中に状態が悪くなってドクターに往診に来てもらったときに薬の指示が出た。それを受けた訪問看護師さんが24時間対応しているという薬局複数に連絡をしたけれども、連絡がつかない。非常に困っているそのやり取りを見ていて、どうしたんですかと聞いたら、訪問看護師がよくあるんですよとおっしゃったと言うんです。今までこの会議の中で、比較的在宅医療の場合は薬局との連携がうまくいっているとお聞きしていたので、非常に意外な感じがいたしました。

そのことで、ほかのうちに相談を受けているスタッフに確認したところ、やはり同じような声をこれまでに聞いているというんです。ですので、もしかしたらこの場で共有できていないような現状があるのではないかと思います。例えば訪問看護ステーションの樋口構成員とか、訪問看護ステーションの現状を把握していらっしゃる井本構成員とか、もし何かそういう現状があるのであれば検討しないといけないことではないかと思いましたが、もし何かあればお話を聞かせていただきたいというのが1つです。

それで、事務局には、こういう例が出てきたということは何か新たな問題点が耳に入っているのかどうかということと、それからさっきもあらかじめ処方を調剤して配置しておくことというのがここに出てきているわけですが、例えば急な状態の悪化の場合というのは処方前なわけですね。それを訪問看護ステーションであらかじめ調達する方法というのがあるのも含めてお聞きしたいと思いました。

○太田座長 ありがとうございます。

まず事務局からどうでしょうか。

○課長補佐 御指摘ありがとうございます。

今おっしゃっていただいた点につきましては、資料2の11ページに記載されております令和5年度の規制改革実施計画の(3)の12となっているところの柱書きの部分にまさに記載されていることなのかなと考えております。したがって、そういった課題があるのではないかと御指摘自体はこれまでもあったというところでございます。

また、参考資料3として本日お付けしております厚生労働科学研究の研究班の結果におきましても、一定の事例があるということ自体は訪問看護事業所への調査の結果でもお示ししておりますし、資料の後ろのほうに個別事案についてもそれぞれこういった場合があったということについては掲載しております。その中で、薬局との連絡がうまくできていないというようなケースもそこで拾えていると思いますので、実際にそういったものがあるということ自体はあるのだと思います。

ただ、その中でこれまでの御意見では、そもそもちゃんと連携する薬局を探しておくことが必要ではないかといったような御意見もございましたし、そういった対応があるというところではございますけれども、一方で薬局が確保できないというようなケースもあると思いますので、今回こういった形で提案させていただいているということになります。

○山口構成員 見つからないということになると、何らかの形で対応していらっしゃると思うのですけれども、それがやはり表面に出てこないと解決策を考えることができないのではないかと思います。ぜひ、もしよろしかったら現場の声をお聞きしたいと思います。

○太田座長 それでは、樋口構成員よろしいでしょうか。

○樋口構成員 では、現場の声ということで、樋口のほうから分かる範囲でお話をさせていただきたいと思います。

私たちが訪問看護ステーションとして薬が必要になったときに、薬剤師さんがおうちに行って薬を届けて説明をしてくれるということが一番だと思っています。ナースももちろん薬剤についてはよく勉強しておりますが、薬剤師さんはプロですので、その方にやっていただけるのが一番だと思っています。

ただ、先ほど山口構成員から、患者様とかスタッフさんから耳にすることがあったということですが、実際に私はあり得るだろうなと思います。確かにそういうことがたくさんあると思うのですが、なぜ表在化しないのかというと、私はこうだろうなというのはあります。

実は、私たちも本当に困っているのは、薬局さんが行っていただければ一番なのですが、薬局が開いていないということが実際にあります。そしてまた、薬局さんがお薬を患者さんのところに届けてくれるということがあったとしても、薬局を閉めてから行きますということになると、欲しいときに届かない。

そういうときには何をしているかというと、やはり看護師が動くんです。患者さんが困らないようにしようという思いで看護師が動くことで、やはり何事もなかったようになっ

ていることがあるのではないかと思います。

そういうことを考えると、今回8ページにもありましたが、特例なのかどうかというのはあるのですが、実際にあると思います。本当に薬局さんがなくて、薬局を探したりとか、あるいは処方していただいたクリニックに私たち看護師が取りに行行って患者さんに渡すということが看護師の中では普通になっている。実際は、本当に当たり前になっているのではないかと思います。

ですから、アンケートでは多少挙がっていましたが、困り事にはなかなか挙がらないし、そうなると思えば解決できますので薬局に相談するというところにまで至っていないんじゃないかと思うんです。

看護師というのは患者さんを待たせるとか、それから処方箋が出ました、薬局に行ってくださいとかということで、薬局に行くことすらどうやったら行けるのかとか、本当に大変な思いをしている介護者さんたちの生の声を聞いているので、そういう家族を動かすよりは看護師が動いたほうが早いとか、手間がかからないとか、親切だとか、そういうことは本当に身に染みているので、自分で動くほうが早いと思ってしまうんです。そうすると、本当に表在化しないんだと思います。

私たちは、24時間のコールで対応することは多くあります。大体、訪問看護ステーションは24時間なのでやっているのですけれども、何かコールがあったときに、笑い話ではないのですが、看護師に言えば薬を持ってきてくれるのかなと思ったというような声も聞きます。

それがいいのかどうかというか、そういう患者さんからの声は置いておいて、私たちは患者さんに関わり、不要になったお薬を薬局に返すことがあります。それで、返すときに、この薬が本当に欲しいなと、こういう言い方をすると失礼ですけれども、この薬だけでもステーションに置けたらとか、いただけたらどんなにいいだろうと、それはできないのでやりませんけれども、そういうことを思うことが多々あります。

正直なところ、そういう陰の看護師たち、私たちの活動というものが逆に表面化していないのかなというのはここで申し上げたいと思います。

以上です。

○太田座長 貴重な御意見、ありがとうございます。

それでは、井本構成員から追加の御発言をよろしくお願いいたします。

○井本構成員 御質問ありがとうございます。

日本看護協会としましては、この検討会の当初、そして昨今の中間の1回くらいにこの在宅での薬剤提供の論点が挙がったときに実は申し上げたつもりではあったのですが、まさに樋口委員が今おっしゃったような情報、状況が会員から実は問合せがあったということがあります。

医師の指示があって薬剤が必要な状況にもかかわらず、なかなか手元に届かない。例えば、一晩超えてとかいうこともあります。本当は患者、生活者のそばにいたいところなの

ですが、先ほどあったように患宅の介護者も非常に高齢で動くのも苦しい。特に夜間などは危ないというようなことを加味して自分たちが動いているけれども、これしかないのかとか、そういうような声が実はあったところです。何とかこういった状況を標準的な理解の下に解決ができないだろうかということを考えまして、この検討会では課題として意見してきたつもりなのですが、すみません。うまく伝わっていなかったと思っております。

ただ、今回8ページに特例的な例として、これから論点の議論が展開されると思いますが、こういったことが何かしらあり、非常に困っていて、なかなか解決できないと、これからは薬剤を在宅で提供する側にいる者にとっては、この検討会で考えてこられた内容をしっかりやってからということが前提にあることは承知しておりますが、そのように思った次第でございます。

以上です。

○太田座長　ありがとうございます。

山口構成員、どうぞ。

○山口構成員　今のお話を伺って、当たり前になっていて表在化しなかったというのは、私は結構問題ではないかと思いました。やはりそういったことは何らかの形で解決しないといけない問題なんだということを、例えば訪問看護ステーションの方々に、これは問題なんだと認識していただくことが大事で、それを認識していただいて、ではどんな解決策があるのかという次の方向に持っていけないのではないかとということを改めて思いましたので、その辺りもぜひ検討していただきたいと思います。

○太田座長　では、宮川構成員お願いします。

○宮川構成員　日本医師会の宮川です。

今の議論の中で、一番重要なところが1つ欠けているのかなと思います。指示をした医師がどのような行動を次にとったのか、つまり、患宅でそのようなことがあったときに、薬剤の提供が無理だったということが医師に伝わっているのか、伝わっていないのか、です。もし、伝わっていれば医師は次の手を打っているはずで、次の一手を打っていて、少しタイムラグはあったとしてもそれで解決しているのであれば、そこで課題解決なわけです。けれども、仮に、問題が放置されたということであれば、それは当該医師の問題であるという解釈になるのだろうと私は思うのですが、実際にそのようなことまであったのが重要です。

患者さんが「在宅療養を継続する程度の状態の変化」と、今回の資料の（注）に書いてある状況になった場合、指示を出した医師がどのような行動を取ったのか、また、患者さんや夜間に対応した訪問看護師がどのような形であろうとも医師にフィードバックしたのか、議論に際してその点の確認が抜けているのであれば、対策を立てようがなく、議論になりません。いま出ていたお話で、当該医師はどのような行動を取ったのかについて、当然ながら私は疑問に思っております。

患者さんやご家族が医師と話す機会があるわけですから、ファーストコンタクトを取って指示を出した医師が次の指示を出せないということがあったのかどうか、そのほうが私は重要な観点、そして論点だろうと思っています。

以上です。

○太田座長 それでは、磯崎構成員お願いいたします。

○磯崎構成員 神奈川県医師会の磯崎です。

今回、参考資料の3に調査結果をつけていただいているのですが、そちらの29ページです。容態が変化して迅速な対応が必要になった事例における訪問のうち、医薬品の投与が必要になった回数というのがありますけれども、これはそれぞれの訪問看護ステーションに聞いていただいている、それぞれ件数があって、その下のかっこ4番の速やかに対応できなかった回数はかなりの数の訪問看護ステーションにおいてゼロ件だったということなのです。

ですから、今、山口構成員が言ったように、自分も経験があります。急に思っていないような容態の変化があって、新しい薬が必要になって自分たちが訪問したときに持って行くということも、医師が持って行くこともあります。それで、訪問看護ステーションの看護師さんが持って行くことがあるということもよく承知しております。

一方で、薬局は24時間開いているところがつながらなかったのは後日また検討していただかなければいけないと思うのですが、今、日本全国で24時間の薬剤の提供をすぐできるという体制はなかなか現場感としては難しいと思っています。医療のリソースが整っているところはいいのですが、僻地であったり、離島であったり、そういうところがなかなか難しいと思いますので、そういうところに限って、僻地認定がある場所とか、離島ですとか、そういうところは特例的なものもやはり必要な状態があるのではないかと思います。ということは推測しております。

もう一つは、前から申し上げますけれども、患者さんの容態の変化があったときにどんな薬剤が本当に必要なのかという点です。もちろんすごく効果の強い薬が必要なほどの変化ということになればほとんどがやはり入院をお勧めするわけで、患者さんによっては入院したくない、もう入院させたくないということもあるので、それが全てではないのですが、今回の議論は在宅の状況を続行可能な範囲での変化ということになります。そうすると、お熱が出ているんだとか、少しおなかが痛いんだとか、そういった変化だと思ふのです。

それで、次にこの資料の36ページを御覧ください。これは調査結果で、そういった変化があったときにその後どうなったかということが書いてありますけれども、幸いにも入院した事例というのは過疎地の1例だけなのです。もちろん状況が悪化したというのもアンケート結果であるのですが、そういった重篤な転帰がなかったというのはよかったことなのです。そういう意味で在宅療養は続行可能な範囲ということかと思ふのです。

それで、34ページを御覧ください。

こちらは薬局に連絡しましたかと、連絡が取れなかったということも確かにアンケート結果で出てきております。ですから、現場の感覚としてはそういった困った事例とか、そういうことは特に医療リソースの少ない地域においてはやはりあると思っています。自分も横須賀でそういう経験もあります。

ですから、先ほど宮川構成員がおっしゃったように、まずは思ってもいないような事例が起きたらそこで今回の多職種間、または主治医がその次の手を打つということがすごく大事で、多職種間の話合いでも、ではどうして駄目だったのか、連絡がつかなかったらこの薬局ならば連絡がつくのか、本当にそれ以外の方法はなかったのかということをよく検討するというのが今回の趣旨でもあるのかなと思っています。

以上です。

○太田座長　ありがとうございました。

飯島構成員、お願いいたします。

○飯島構成員　私も薬局の現場からなのですけども、私の地域でも実際にあります。それで、私の薬局は365時間24時間、最後の自分の地域の受け皿という覚悟で常にやっておりますので、手前みそですけども、うちみたいな薬局があれば多分どの地域も問題はなく事足りるだろう。

ただ、それは適切ではないと思いますので、宮川構成員がおっしゃったように、医薬品が手に入らなかったときに看護師の方々が医師に伝えるのか、その地域のリソースで薬局が対応できる場所を探していただくかというところが、先日の薬局の機能を見える化しているということにもつながってくるかと思いますので、ぜひ処方医に行く前にまずは医薬品の提供というのは私たちの責務でありますので、その地域の薬剤師会なり薬局なりの機能を見ていただいてそこに問い合わせいただければということは1つ思います。

それで、その中で今、磯崎先生がおっしゃった参考資料3の14ページの医薬品を速やかに提供できなかった理由というところに、在庫がなかったからということが多くを占めていると思うんです。私の薬局では全ての医薬品を備蓄しているわけではないので、こういった備蓄の難しさというのがなかなか悩ましいところではあります。それで、私の地域では夜間当番制をしいて、常に365日当番の薬局があるのですけれども、では在宅を補完できるような備蓄を全ての当番の薬局が持っているかという結局は持っていなくて、急性期のそういった疾患の薬物治療に関しては問題ないのですが、在宅となるとやはりこれは別問題になってくる。

そうすると、在宅を重点的にやっている薬局に、結局は夜間当番ではないけれども回ってくるという体制が必要なのかなと個人的には思っておりまして、その中で14ページの(3)のところに対応できる薬局に医薬品の供給を依頼したということもあれば、いろいろあるのですけれども、磯崎先生がおっしゃったように、その中でも薬局間同士の連携、自分ができないからできませんではなくて、薬局同士がどここの薬局さんをお願いしますということで、薬局同士で解決できる体制というのにも必要だ。

ですから、看護師の方々が医師や薬剤師にいろいろ取り次ぐということもせずに、自分
ができなければ違う薬局間同士で体制を連携して課題解決していただくということが一つ
は大事なのかなと思っております。

以上です。

○太田座長　ありがとうございます。

宮川構成員、お願いします。

○宮川構成員　日本医師会の宮川です。

渡邊先生が行った調査の中について、今、各構成員が指摘したことが在宅での実態だと
思います。

また、在宅を維持するための薬を準備したいということになれば、そのためのコストと
いうのが非常に大きな問題になってきます。

訪問看護ステーションは1万8000近くあり、薬局は6万3000くらいあります。どちらも
同じように在宅対応医薬品の準備が必要と考えるのは医療資源の分散になり合理的ではあ
りません。だからこそ、薬局間でしっかりとした連携を組めるか、また、医療機関や訪問
看護ステーション同士の連携を検討することが妥当であると思います。

そのような連携で、自分のないものを補い合う。それで、薬剤についても、一部の薬局
に拠点をつくって、そこで在庫も確認しながら連携を深めていくようなことをしなければ、
在宅医療のこれからの展開・進展はないと思います。この検討会で例外的な事例だけを取
り上げて議論して、医薬品が訪問看護ステーションにないから全て機能を持たせようとい
う結論になれば、日本の中でどれだけ医薬品のコストがかかるようになるのかも考えなけ
ればいけません。

今、医薬品の安定供給さえ困窮しております。私は安定供給に関する国の会議に出席し
ていますけれども、非常に困窮しています。製薬企業での限定出荷を含め、様々な事象が
起こっているにもかかわらず、訪問看護ステーションも医薬品を欲することとなったら、
その影響は計り知れません。

どのように地域の中で在宅のための薬を補完し合いながら備蓄していくのかを考えるこ
とが重要です。先ほど在庫がないという構成員のご指摘がありましたが、在宅医療で用い
る薬を備蓄すると、往々にしてデッドストックになってしまうからこそ、これは在庫をな
くしたのではなくて、それほど需要がなかったからこそ在庫がないという結果となったわ
けです。

在庫を備蓄するように各薬局に依頼した場合、10個入りなどの包装単位になっており、
国が医薬品を1アンプルだけ、1パックだけ補液で出すように製薬企業に指示はできない
ため、1つ使うと残りがデッドストックになってしまいます。

そういう状況では、薬局を束ねる団体同士が連携して、どのように無駄なく医薬品の備
蓄をしていくのかを考えることが重要であり、そうしなければ、この薬局薬剤師の機能強
化には繋がりません。

今、ある程度の方向性というのは見えてきたように思いますが、やはりコストのこと、国の様々な施策の流れ、流通の状況も含めてですけれども、そういうことを考えながらしっかりと議論を積み上げていかなければいけないことが判明してきたと思います。

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 ありがとうございます。NPhAの藤井です。

少し論点からはずれてしまうかもしれないのと、特例的な対応として例示した方法以外にかぶってしまうのかもしれないのですけれども、今、薬局は外来が基本で、その中で在宅を担っていくというのが求められています。

ただ、これがもし訪問看護ステーションのように訪問薬局というようなくくりが今後地域連携の中でも出てくる、どんな機能を持つのだろうという話の中では、もしかしたらそういった在宅を専門でやる薬局というものもお認めいただけることによって、外来を閉めないと外に行けないとかというのは少しクリアすることもできてるのかなと。

ただ、それはやはり連携の中でありますので、絶対外来を応需しないというわけではなく、外来もある程度は応需する。かかりつけとなれば在宅から外来に戻られる方に関しては責任を持ってやるんだけれども、メインとしては在宅を中心としてやって、ある程度開局時間内でも在宅に出るのを優先して許可をいただけるというようなことも考えていかないと、常に店を開けておくのがまず大前提という中では、もしかすると対応し切れないというのはあるのかもしれないかもしれません。論点を変えてしまって恐縮なのですが、そういったことも考えていかないと、カバーし切れないということも今後出るかもしれないと考えております。

以上です。

○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。

山口構成員、樋口構成員、井本構成員のお話をお聞きしておりまして、これまで現場レベルでは御苦労があったということかと思います。だからこそこういった形で検討しているのだろうとは思いますが、今、言っているような課題ですね。それがこういった国の検討の場に出されている。

では、今日のスライドの7こま目の体制も含めてなのですけれども、都道府県レベルでその課題は共有されているのか。その下の地域レベルで共有されているのかというと、なかなかまだまだそういった課題感を行政も含めて地域レベル、都道府県レベルの関係者も共有し切れていないのではないのかという気がしております。だからこそ、こういう体制を構築しようということで、やはりちょっと現場任せにし過ぎていたのかなというところも、これは反省点としてあるのかなと思います。

それで、今回こういうふうな形で体制を構築しましょうということで、特に行政もしつ

かり先陣を切ってやってもらいましょうというのはすごく大事なところだと思いますし、本当に今日集まっていたいただいた方々はみんな同じ気持ちだと思います。一緒に協議をして、この課題を解決していこう。だからこういう体制で頑張りましょうということだと思います。

そのときには、今回我々プレイヤーの話ばかりしておりましたけれども、先ほどどなたから、看護師さんが薬を持ってきてもらえると思っていたというお話もあったかと思います。恐らく、それももともと薬剤師がしっかり関わっていて、我々がそういうときはお薬を持って行きますよというふうに御家族、患者さんにお伝えしていれば、多分そういう話にはならなかったのだろーと思いますし、やはりそこには薬局薬剤師がしっかり在宅の現場に絡んでいくんだという体制を構築することで解決できるのかなと思いました。

あとは、在庫備蓄の問題は非常に今、我々も苦慮しているところでございます。一薬局で1,000、2,000、多くは3,000、4,000の薬を抱えている薬局もありますが、そうは言ってもなかなか全てカバーすることはできないというのは実態であります。

ただ、それは外来を想定しての2,000、3,000、4,000というような品数となっていると思いますけれども、在宅の場であらかじめ協議を行っていて、この患者さんにはこういうような薬剤が出ますよということが協議されていれば、あらかじめの準備は外来よりもしやすいのではないかと考えます。だからこそ、あらかじめの準備をするための協議というのがすごく大事であるというのが1点です。

あとは、地域の中でどんな医薬品が流通しているのか、使用されているのかということを見える化しなければいけないだろうと思います。それは今、地域の薬剤師会もそういった体制を取ろうという形で動き始めていますので、そういったところは我々も目配りをしながら、この地域ではこの医薬品が出ていますよ。それを医師の先生方、訪問看護の先生方にもお伝えして、医師の先生方はこういう薬剤がこういうところで動いているんだ。では、それを使って薬物治療をしていきたいと思いますという形にもなるでしょうし、もしその中にどうしても使いたい薬がない場合ということも起こり得ると思います。それもあらかじめ薬剤師会を通じてでもいいですし、個別の薬局でもいいと思いますけれども、連絡をしていただければ準備ができるということになるかと思いますので、やはりそういったところだと思います。

繰り返しになるのですが、やはりこの7こま目のスライド、この体制を構築することが今まで議論してきた中での解決策ではないかなと考えます。

○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　何となく現場の感じと皆さんが想像している感じが少し違うのではないかなと思うのでたとえ話をしたいのですが、夜間の在宅医療で対応するのはいわゆる夜間の休日急患診療所と同じような対応をするわけなのです。ですから、休日急患診療所に勤めている医師はその診療所にある薬剤の中で何とかするわけなのです。すごくたくさんの薬

の中からピンポイントで選ぶのではなくて、まずはその日の夜、患者さんの症状を薬にするようなお薬を出すというのが休日夜間診療所だと思うのです。それを御自宅に行っているのが夜間の在宅医療だと思います。

ですから、薬剤がなかった、在庫がなかったというのは薬局のせいだけではなくて、もしかすると、医師側のわがままな薬のチョイスにあるのかもしれないなということをちょっと想像したので申し上げております。つまりある薬局に連絡がつけば、その薬局にある薬の中で何とか患者さんの症状を緩和できる薬がないかというのを薬剤師と医師で相談しながら出すというのが現場感なんです。ですから、夜は何でもかんでもいっぱい薬を用意してくださいというわけではなくて、よくある症状を緩和するもので、もし二次救急まで必要な患者さんがいるとすれば、それはやはり救急車で搬送ということになりますので、在宅療養続行可能というのは休日夜間診療所にかかるくらいの患者さんの困ったことという範囲なんだと思います。

ですから、繰り返しになりますけれども、医師もその地域において薬剤師の先生方とよく連携を取って、例えば夜間はこれくらいのお薬の中から選びましょうとか、そういうことを今後検討していただいてもいいのかなと思っております。

以上です。

○太田座長　ありがとうございます。

では、落合構成員お願いいたします。

○落合構成員　どうもありがとうございます。

特に参考資料3についてはかなり詳細にお調べをいただいております、大変参考になる資料なのではないかと思っております。

それで、これを見てみますと3つ足りないものがあるように思っております。その3つというのは、1つは先ほど来議論になっていました薬そのものの欠品の話がございます。また、人がいないこともアンケート結果の中で幾つか出てきますので、医薬品という物と、専門家という人と、加えて、知らないということで連携可能な範囲にあるものの知らない、情報が伝達していない、という3つの課題がそれぞれあるように思っております。この複合的に足りないものがある状況を解く必要があるということだと思います。物の配置についても、その物だけではなくて、実際には医療の体制自体、専門家がしっかり関与して動かしていくということは動かさない大前提だと思います。

そうであるとする、物の点で、物を効率的にというのも大事だとは思いますが、最終的に対応される専門家である先生方がどうなのかもあると思います。単純に物の観点だけで議論できない部分はあり、それ以上に専門家の先生方の判断が最重要であるという中ですので、そちらのほうも見ていく必要があると思います。

それで、データのほうを見ていきますと、いろいろな申合せですとか、これは病院ですとか訪看、薬局、それぞれお調べいただいております。しかし、こういった物が足りないことであつたり、人が足りないことについて、どちらかというと僻地、離島であつたり、

いわゆる過疎地域のほうがかなり数としては多く出てくると想像していたところではあったのですが、思った以上に都心部のほうでもこういったものが足りないという話が出てきているように思いました。課題としては、基本的には、より過疎地域のほうが問題としては大きくなっていくであろうとは思いますが、そういった地域に限らず対応していく必要がある課題ではないかと思いました。

例えば44ページの医薬品の点について見ますと、(2)の中で言うと医薬品の在庫がないというのが一番多かったのは大都市型のほうで、これは20分の15でありますので75%です。サンプル調査ではありますが、ここが足りなかったという話になっております。N数がそんなに大きくないので、パーセンテージで比べても仕方がないかもしれませんが、意外と過疎地域や地方に比べても、より割合が多くなっています。それ自体はどうかということはないと思いますが、ただ、このページで見てまいりましても、少し上のほうにいきまして、訪看と薬局との連携のところで25ページを拝見しておりますと、対応可能な薬局を知らないというのは大都市型、地方都市、過疎地域に限らず、どちらもどうもあるように見えております。9、5、6というふうになっておりますので、N数が違うので割合は違う気がしますが、どうも共通して生じているようであります。

ただ、連携可能な場所がないという課題については大都市型では起こりにくく、1ですのであまりないとのこと。どちらかということ、やはり地方都市や、過疎地域になっていて、さらに地方都市、過疎地域に至っては薬局なしで対応することが決まっているということで、最初から諦めているのかどうかまではアンケートの項目だけでは分からないように思いますが、こういった状況があるように見受けられます。

そうしますと、特に物に関する課題や、情報に関する課題は、特に大都市、地方、過疎の地域に比較的共通する課題であるように見受けられます。人や、ほかの施設が近くにあるかどうかは、小さい都市圏において、より顕著に出てくるような課題だろうと思いました。

そういう意味では、後段で特例について議論されるところはあると思いますが、その中でもととの案で示していただいたとおり、過疎地域等の地域のほうがその3つのうち3つとも当てはまるような場合が多いと思います。このため、特に課題は多いのだと思うのですが、そのうちの幾つかの部分については大都市、地方都市型においても少しずつ出てきているということも認識しながら、今後議論していくことも重要ではないかと思いました。

長くなりましたが、以上でございます。

○太田座長　ありがとうございました。

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。

先ほど藤井構成員が言われた、外来処方箋対応もして在宅もやられている薬局、それと同じように、医師にも日中は外来診療をされて、それにプラス在宅もやられている医師も

少なからずおられます。

ところが今、都市部で一部の在宅医療専門の医療機関が問題をはらんでいる状況があります。一般の医療機関は地域で外来と在宅医療を担うに際して、薬局も、訪問看護ステーションも、ヘルパーさんも、それからケアマネジャーも、意外とよく連携を取れております。

ところが、在宅医療専門の一部の医療機関に非常に問題があります。良心的な在宅医療専門医療機関もありますが、そうではなく、経済効率的なことだけ考えて何百人も在宅の患者さんを抱えていて、さらにそれをチェーン展開している在宅専門の医療機関は地域の方々と顔の見える連携を取っていない場合が多いのです。

在宅専門の医療機関が規制改革の波に乗って経済効率的な側面のみで展開しており、今後もっと増える可能性もあり、患者さんや患宅で大きな問題を起こしてくる危険性が少し認識され始めており、これからもっと多くの問題が起こる可能性について認識をしていたくことが重要です。

規制改革等により、従来の医療機関、薬局、そして訪問看護ステーション、看護師さんたち、そういうものの枠組みを少しばかりゆがめられている現状がそこにあるんだということも御理解いただけたらと思っています。大都市では物があふれているにもかかわらず地方に比べて顔の見える連携ができておらず、そこに齟齬が生じていることを御理解いただきたいと思います。

以上です。

○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　先生の方に言うのも何なんですけれども、そういう事情も確かにあるかとは思いますが、このアンケートの結果にも出ているように、私たち訪問看護も薬局との細かな連携というのでしょうか、やりとりは非常に大事だと思います。アンケートの結果からも、どのくらいの頻度で薬局とやりとりするかというのはほぼ月1回程度という結果が多いので、そういうことを考えると地域の薬局、あるいはその薬局薬剤師さんの連携というのは訪問看護ステーションでもどんどん取っていくべきなのではないかと思います。

今、先生の御指摘もありましたが、全ての先生があつた薬局と連携しているから、開いているし、この薬は処方箋を出したら出してくれるよというような連携は全てできているような先生、薬局、地域だと私たちは何も困らないのですけれども、私たちは訪問看護の立場からいうと、お薬が手に入ればいいし、患者さんが困らなければ本当にいいと思ってやっております。ですから、お薬もどこの薬局にも全部同じ薬を置いてもらいたいとは思っていませんし、開いている薬局が分かって、どこかが開いていてくれて、それでその処方箋を持って行ったときに、その薬局になれば薬局さん同士で連携して、何分後にはこういった薬が届くからねとか、うちは行けないけれどもあそこが行けるからねという連携が取れるのであれば、それが本当にありがたい一番の話だと思っています。

ただ、問題はこちらの7ページのほうにもある前半の話がされたときに、私が行政も本当にぜひということも言いましたが、やはり先ほど出ている地域性は大きいんだと思います。一人薬局とか、大都市ではなくて選ぶことすらできない。薬局を選ぶことすらできない地域というのはありますし、そういうところに行政が入って、自分の地域はこういうことなので、今、顔の見える関係と先生はおっしゃってくださいましたが、そういうところで何かを改善するのではなくて、ここだとどうしても無理がある。薬局を開設するとか、そういうことではなくて、24時間も大事なんだけど、どうしてもここでは無理がある。そうだとしたら、それがやはり特例的な対応の例になってくると思うのです。

そうすると、たくさんの薬が要るわけでもないし、地域の方々が1晩でも2晩でも安心して暮らせるだけの、先ほど救急の話を磯崎構成員がおっしゃいましたが、ちょっと今助かるというものが手にあるような特例のところであれば、それが本当にいいんじゃないかと今、私のほうでは思います。

以上です。

○太田座長　ありがとうございました。

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。

お話をいろいろ伺っていて、今日御提案の内容については現状あるものをどうやってうまく組み合わせるかということで、これは当然やるべきことで、方向として私は間違っていないと思いますし、すごく賛成です。

一方、在宅を求める患者さんというのはこれから増えていくことが予想されています。一方、クリニックであったり、各訪問介護ステーションであったり、薬局であったりというものが同じように増えていくかというと、とてもそう思えません。これから増えていく在宅のニーズを満たすだけの資源が、なかなか現状のものを、どのようにうまく組み合わせるかだけでは、十分に供給できないだろうと私は思っています。

そこで、前から私が疑問に思っていたのは、訪問クリニックがあって訪問看護ステーションがあるのに訪問薬局はなぜないのかということです。多分、今そういうものがないのは報酬の仕組み、診療報酬の仕組みなり、業務としてというか、経営としてうまく成り立たないような仕組みになっているのではないかと思います。やはりそこを一步進めて、訪問看護ステーション、訪問クリニックと同じように訪問薬局というものが成り立つように、要するに私としてはプレイヤーを増やしてほしいと思います。それで、薬局・薬剤師に関しては、新しい形のプレイヤーを導入することで、将来的にはそういうことになっていくというふうにしたほうが良いと私は思っています。

急変していない患者さんは家で見て、急変したら入院するということは多分、建前はそうかもしれませんが、家でみとってほしいという患者さんも今、増えてきていますし、これからも増えていくと思います。

そういうものを支えるためには、安心が必要だと思います。家族も患者さん自身も安心

できる状況をいかにつくるか。だからお医者さんも看護師も薬剤師も仕事がどういうふう
にうまくできるかではなくて、患者さんと家族が安心していられる状態のためにどうすれ
ばいいか、そのような視点から議論していただきたい。それが一つは訪問薬局みたいな形
で、新しい機能としてそういうところを強化する。それでもうまくいかないところはやは
り特例で、規則に従わない部分を特例とすることなのですけれども、それはやむを
得ないと思いますし、むしろ特例というのは認めるべきものであって、それは法律に従っ
て業務をしているものだけではなくて患者さんの立場に立って必要なことを考えれば、そ
れは当然そうすべきだと私は思います。

以上です。

○太田座長 では、磯崎構成員。

○磯崎構成員 神奈川県医師会の磯崎です。

先ほど落合構成員のお話と宮川構成員のお話で、自分も経験があるので御報告したいと
思っているのですが、大都会で薬局が見つからないことがあるということなのです。いわ
ゆる高齢者の施設についての話です。そういうところで例えばAという施設があって100
人入ったとして、そのAという施設は単一の薬局にしかお願いできない独自ルールがあっ
たりするんです。うちの施設はこの薬局に処方箋は持っていってもらって、そこからお薬
を出してもらっていますというような施設があったり、単一の訪問診療機関しか入らない
ので、例えば自分がこれまで外来で診た方がその施設に入ると、自分たちは訪問診療で
きるのですけれども、その施設がオリジナルルールで、うちは何々先生だけに診てもらっ
ていますからということがあります。そうすると、大都会にあっても過疎地と一緒になん
です。単一の医療機関、単一の薬局しかないので、そういうこともあってそういったことが
起きてきているのではないかと推定しました。

それは、もともとは本来であれば患者さんや家族が自分のお願したい先生や薬局を選
ぶという建前というか、そういうことになっているので非常におかしな話なのですけれ
ども、でも現状としてはそういうことは多々あります。

あとは、今、三澤構成員が言っていたように、患者さんの安心のためということがあり
ました。これは手前みそで申し訳ないのですけれども、自分のところは訪問に行っている
患者さんの85%から90%は自分たちで最期までみとりをしております。

うちは訪問診療専門機関ではなくて普通にかかりつけ医で外来もやり、訪問もやってい
ます。ですから、先生がおっしゃるように、患者さんが納得していれば、病院に行かなけ
ればいけないときでも我々が毎日行って、例えば注射薬を注射するとか、そういうことも
やっておりますので、いろいろな先生がいらっしゃるのももちろんそれは一つの例にすぎ
ないのですけれども、そういうことも御報告としてあります。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

では、落合構成員お願いいたします。

○落合構成員 どうもありがとうございます。

どの地域についても結局、連携が非常に大事ということは共通して出てきていることか
と思います。特にこのアンケート結果を見ておりますと、訪問看護の事業所と薬局との連
携があり、薬局もほかの薬局と連携します。また、薬局と医療機関の連携、これがそれぞ
れのパーツで重要だと見える状況があるものの、どうも連携ができていないことがあるよ
うに思っております。これは1つ目の課題の点で強化をしていくというお話もあったと思
いますが、しっかり実効性を持って、場合によってはルールをつくったりすることもある
かもしれませんが、どういう形で連携できるようにしていくのかを考えていくことは重要
ではないかと思えます。

また、個別のアンケートの項目をさっきから少し拝見していて気づいたことがありますし
て、出荷制限の場合には困難であると想定されるということが、薬局のほうで言いますと
結構後ろのページで、例えば55ページでしょうか。医療機関と取決めを実施しておくこと
が考えられます。ここまでは分かりやすいのですが、出荷制限の場合は困難であると思わ
れるということがあります。しかも、これはこの項目だけでもなくて、57ページも出荷制
限の場合ということもあり、59ページの事例Hなどもありますし、結構多く出荷制限に関
する部分があります。単純に取決めというだけではなくて、実効的なという意味でいうと、
出荷制限に対する対応ということは、どのようにしていけば合理的に対応できるのかは少
し考えておく必要があると思いました。

これは単純に資料を拝見していて、そういう問題があるのではないかと気づいただけな
ので、こうすればいいという対策を何か考えたというわけではありませんが、今後の検討
のためにということで指摘させていただきました。

○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。

先ほど、在宅に対するリソースの必要量というお話が出たと思っています。これから在
宅がどんどん増えていくというのは、全国的にはそういうふうなことなのかなと思ってい
ます。

ただ、自分の肌感で言うと、地域によってはもう既にピークアウトしているところも実
際にはあるとも感じているところがあります。やはり地域差があるだろう。だからこそ、
地域において細かく検討されていくべきだろうと思います。その中で、在宅を担う薬局の
ある意味、数ですとか、そういったものを、ではどういうふうな形で配置していったら
いいのだろうか。質も量もということになるのですけれども、それがやはり我々が常日頃言
っています地域医薬品提供体制、提供計画をつくるんだということなのだろうと思います。

そうでないと、在宅が幾ら増えていくといっても、外来に比べると圧倒的に数が少ない
んです。では、無尽蔵に在宅に対応できる薬局を増やせばいいのというと、決してそんな
ことはないということを考えると、やはりそういった地域ごとの計画というものがすごく

大事なんだろうということで、計画を立ててもらいたいというところをまずお話しさせていただきます。

それで、論点2のほうに皆さんいつてしまっているのですが、そのときにしゃべろうかと思ったのですけれども、もうそこにいつているのでお話しさせていただくと、我々としても現在薬剤師というのは患者さん宅、在宅の現場で調剤済みの薬剤の数量を減らすということしか法令上できないということになっています。それで、今後省令改正レベルでの措置というものが必要になってくると思いますし、それはぜひお願いしたいところではありますが、患者宅を訪問したときに薬剤師の手元に調剤をする前の医薬品を持っておいで、その場で医師の指示を受けて調剤をすれば医薬品はその場で提供できるという形になります。時間的にも効率的だろうと思いますので、ぜひそういったことも検討いただきたいというところで提案ということでございます。

もう一点、現場レベルの工夫ということではないですけれども、僻地とか離島のようなところで医薬品提供というものを想定した場合においては、薬局の設置というものはどうしてもフィーの面でなかなか苦しいということがございます。そういった場合に関して、例えば開局する曜日ですとか時間というものを限定した形態で設置を認めていただくとか、行政が誘致していただくという方法もあろうかと思います。その際に、例えば薬局の構造設備の要件を可能な限りで緩和するとか、そういったことで地域住民のための医薬品提供の場というものを確保しやすくするという方法もぜひ考えていつていただきたいと思います。これは要望でございますので、よろしくお願いいたします。

○太田座長 川上構成員、お願いいたします。

○川上構成員 資料の7ページの上の緑枠のレ点の2つ目ですが、括弧書きで「(ただし、医療機関が地域の薬剤提供を担っている場合は当該医療機関も含めた体制の検討が必要)」とあります。

恐らく2つくらいが考えられ、1つは訪問薬剤管理指導を実施する薬局がその地域にない場合と、あるいは患者さんの病態によっては薬局が取り扱えない注射薬を必要とする在宅医療の患者さんがいる場合かと思います。

前者であれば、これは薬剤提供の問題ではなくて地域の医療計画における在宅医療の在り方なので、実店舗を持たずビジネス的に在宅医療だけに応じる薬局を増やすのではなく、医療計画の中でしっかりと議論をしていただいた方が、現実的な解決かと思います。後者のような難しい状態の患者さんにも薬局で対応せざるを得ないのであれば、薬局で取り扱える注射薬の種類を見直して増やしていくような対応も必要かと思います。

ここで医療機関が括弧書きの「ただし」で例外的に書かれているのですけれども、医療機関も在宅医療を担っているわけですし、薬剤のみの提供というよりも、薬剤を用いた薬物治療や処置とか、その内容を医療として提供していると思います。

宮川先生からも御指摘ありましたけれども、その処方や指示をしている医師の先生も在宅医療を当然提供されているので、その地域における標準的な医薬品の選択と、それを可

能にする地域における標準的な薬剤の在庫や提供をきちんと確保すれば、救急車を呼ばない程度の夜間診療所で診る程度の対症療法とか症状緩和の範囲内での薬物治療であれば、論点2の特例的な対応というのは一切しなくても実際には行えるのではないかと、むしろ、そういう体制を構築するということを、ここでは議論すべきではないかと、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。

宮川先生、お願いいたします。

○宮川構成員　宮川でございます。

今、川上構成員に論点を整理していただいたように思います。離島、へき地というのは事例ごとに別個に考えなければいけません。離島やへき地ではない一般的な在宅医療の在り方というのは、医療計画も含めて、地域医療の在り方を考えていくところでは別途しっかり議論をしていただく必要はあります。その議論の場で、在宅医療に応じた薬剤提供の在り方を十分に議論していけば、おおよその問題は解決できます。国が7ページのように整理して、その論点の在り方を示せば、それに則って地域で議論していけば、おのずと回答は得られますので、本筋がしっかりと議論されるように示していくことが重要です。

○太田座長　ありがとうございます。

そろそろ時間もかなりきているのですが、橋場構成員お願いします。

○橋場構成員　手短に、最後に川上構成員のことに関連してですけれども、在宅の現場で処方できない注射剤とよく言われるのですが、これは保険上の問題であって、全ての医薬品は処方箋医薬品か、それ以外の医薬品ですので、全て調剤できる。薬事上はですね。その上で、保険上の問題がありますので調剤できない、処方できないみたいな感じになっていますけれども、基本的には薬事上は全てできますので、あとは保険局医療課などとも議論しながら、先ほど川上構成員が言っていたような形で、本当に必要なものは保険として認めていただくとか、そういった形が必要なのかと思っておりますのでよろしくお願いします。

○太田座長　時間の関係で2つ目の論点にもう既にほぼ入っているので、今さら何だということもあるかもしれませんが、2つ目の論点に関しまして構成員の皆さんから何かあれば改めて伺いたいと思いますが、いかがでしょうか。この是非に関してもですけれども。

どうぞ。

○花井構成員　最後に、川上構成員と宮川構成員におまとめいただいたとおりで、このスキームはこれでいいけれども、やはり基本的な今のやり方で本当に特例的なものは特例だということだと思ったし、そういう整理かなと思ったので私はそれでよいと思います。

最後に1つ申し上げたいのは、結局ここは薬の供給の話なのですが、言ってみればみんな在宅医療の在り方についての議論をやっていたと思うのですが、実は宮川構成員

や磯崎構成員がおっしゃっていた話は非常に気になっています。

つまり、ユーザー側の立場からすれば、私も東北で、地域ではその地元のお医者さんと長い付き合いがあって、うちの親もそこでやっていて、その延長線上に自宅の在宅とか介護があったのですけれども、きょうだいみんな都会にいるものだからよくあるパターンで、落下傘で連れてきてしまうわけです。その瞬間に施設で、さっき磯崎さんがおっしゃられたように、それは例えばあるサ高住のソリューションとしての、サ高住のサービス体制の中で訪問の医師がいますよ、薬剤師がいますよという話でしかなくて、その先生が関係としてもともとあるようなプリミティブな日本におけるお医者さんと患者の関係ではなくなっているんです。その施設のサービスの中に、ちゃんとこの施設だったらお医者さんも来てくれるし、薬剤師さんも来てくれるというオプションでしかないんですね。

これというのは、ユーザー側からすれば全く違うビジネスサービスに放り込まれている形にはなっているんです。それで、もちろん医師法とか薬剤師法とか、制度上の立てつけとは別に業態が結構あって、お医者さんといってもいろいろだし、薬剤師さんもいろいろで、訪問看護もいろいろだとなると、実はここで議論している意味の薬剤師さんとかお医者さんというのとは違って、業態バリエーションがユーザーから見えている同じお医者さんでも違うんです。

そういうところがやはりちょっと調査されて、この場ではないと思うのですけれども、在宅医療を考えると特に都市部ではそれが起こっていて、いろいろなサービスソリューション化されてしまっている医療の話と、いわゆるもともと考えている制度上の医療の話が違って、ユーザー側から見ると選びようがないからそうなっているというところがあるので、この場ではないと思いますけれども、今後在宅医療を議論するときにはやはりいろいろな業態が生じているという実態もきちんとお調べになられて議論していくほうが、今日はそれぞれの現場からのお話だったので景色が違うんですね。そののころを思いました。よりいい議論ができると思いますけれども、薬品についてはそれだけ議論するのは難しいということも痛感しましたが、今回の事務局案はリーズナブルにまとまったと思います。

以上です。

○太田座長 分かりました。

では、宮川構成員お願いします。

○宮川構成員 宮川ですけれども、短く少しだけ。

今お話しになったのは、そのとおりです。ですから、私がさきほど発言した一部の在宅専門医療機関の問題は、規制改革の弊害で医療の中にビジネスが入ってきて、医療制度が多少壊されたところも見えてきております。また、ビジネスであるならせめてきちんとしたビジネスとして継続的に役割を果たしてほしいのです。

ところが、そのような医療機関はやりっ放しが多く、継続的な責任を果たさないということを先ほど私は申し上げたので、今お話しになったのは非常に重要なことだということ

を我々は認識すべきだろうと思います。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

実態としてそういうことがあるということですね。

では、短くお願いします。

○山口構成員 今おっしゃっていたようなことですが、施設に入ったがためにこれまでのかかりつけ医との関係が絶たれてしまった。何とかしてほしい、継続したいと言っても認めてもらえなかったという相談は実に多いです。それが実態だということをぜひお伝えしたいと思いました。

○太田座長 ありがとうございます。

では、どうぞ。

○橋場構成員 すみません。論点でなかなかしゃべれなかったので、我々としても今日議論いただいた7こま目のスライドをしっかりとやるということがまず大前提で、これをやると我々としては特例的な対応が必要となる場面というのはなかなか思いつかないんです。それで、具体的にどういうことが起こり得るのかというのが見えないと何か議論にならなくて、今日でなくて構わないのですけれども、そこも分かると我々としても、なるほどね、それだったらこういうふうな方法があるよねということが言いやすいと思いますので、ぜひお願いしたいと思います。

○太田座長 分かりました。

それでは、落合構成員どうぞ。

○落合構成員 ありがとうございます。

先ほど来議論がありました、7ページの対策を基本的にまずしっかり行っていくというのは大前提だと思います。それで、先ほど宮川構成員がおっしゃられたところの話もそうだと思うのですけれども、きっちりやるというときには本当に実効性を持ってできるようにするか、ルールをつくったら守らないことは許さない。そこまでそういう言い方をするかどうかはともかくとして、ただ、実際にワークしないと単に情報を共有したとか、それだけでは課題は解決しないというところがありますので、あくまでも実効性を持った対策ができるかどうかということ自体は極めて大事なのではないかと思います。

あとは、参考資料3の25ページについてですけれども、急変時の対応で、薬局が連携可能な範囲にないというのは、大都市型はさすがに小さいのですが、地方都市型であったり、そういったところでもあるということもありまして、本当にいろいろな地域を全部見ていったときに漏れなくカバーできるのかどうかというのは、このアンケート結果を見るとちょっと分からないところがあるように思いますので、基本は大前提として7ページで攻略をしていくべきだと思いますが、それができない場合というのも地理的な条件なども含めてあり得そうだという状況だと思いますので、それを踏まえて検討していただけるといいかなと思っております。

以上です。

○太田座長 ありがとうございます。

飯島構成員、どうぞ。

○飯島構成員 時間がないのにすみません。どうしても話したくて。

いろいろな職種の先生方がいる中でおこがましいですけども、患者さん、地域住民が求めるのであれば、赤ちゃんから死ぬまで薬局というのは常に変わらずに関与できる最も社会的価値がある職種でもあると私は思っております。

その中で在宅に特化するとなったときに、薬剤師の未来を考えたとき、薬局の未来を考えたときに、では学生が実務実習するときに在宅をやっていない、一般用医薬品も置いていない。ただ処方箋調剤していない。逆に、在宅しかしていない。そんなところで未来のある薬剤師が育つかと言ったら育たないと思います。やはりここが頑張って職能を発揮して、国家資格者として全てをやるという覚悟を持って体制整備をしていただきたいと思います。

○太田座長 大変白熱しまして、ありがとうございます。

時間の関係で最後に1つだけ、2つ目の論点の中で薬剤の入手、保管、管理方法、この辺でもし訪問ステーションの立場から何か具体的なものがあれば、それを御教示いただければということです。

○樋口構成員 保管、管理方法、責任の所在ですが、保管、管理方法に関しましては、そこは問題ないかと思います。

問題ないというのは、管理方法とか分かっていますので指定されたとおりのことはできると思いますし、自宅に置くことを考えるとすると安全な方法で管理ができるものと私は思っております。

入手の方法に関しては、訪問看護ステーションが買っておくということは考えにくいので、やはり地域の薬局がその場所に置くというのでしょうか。薬局とやはりそこは連携して、薬局がそこに配置をして、薬局が棚卸をするとか管理をするとかということで、そういう方法だと問題がないのかなという気はしますが、これは本当に私の考えです。

○太田座長 それでは、薬剤、医薬品の範囲に関してはいかがでしょうか。

○樋口構成員 範囲ですか。何度もこれは出てきていますように、緊急といいましても本当に1晩大丈夫か、この薬があれば1晩問題がないとか、ちょっと対応ができるとかという薬ですので、今まで出てきたとおり鎮痛剤のような薬や下剤だとか、あとは簡単な風邪薬のようなものがあればもちろんいいかもしれませんが、軟膏類に関しましては本当にアズノール一本手に入らないので、そういう汎用性の高い軟膏類なども手に入れば非常にいいのだろうとは思っております。

本当にそこは管理が必要になってくるものが出てきますので、薬局さんとか、あとは地域の実情に合わせてお薬を検討していただければステーションがきちんと管理できるものと思っております。

○太田座長　ありがとうございます。

いかがでしょう。もし追加で何か、例えば特例的なときに医薬品の範囲としてどんなものがあるかということの御提案があれば。

橋場構成員、お願いいたします。

○橋場構成員　提案というか、今、樋口構成員のお話の中でどうしても看過できなくて、薬局というのは安全な薬物医療を提供するために法的に定めた基準にのっとって適切な構造管理、設備も守って保管管理しております。あまり医薬品の保管管理に関して簡単であるみたいな感じで言われると非常に心外なので、そこらはまずお考えいただきたいと思います。

あとは、患家に置くのと、例えば訪問看護ステーションに置いておくのと、どちらが効率的でどちらが安全に保たれるかということ考えたときに、では訪問看護ステーションだったら安全に管理ができます。患家だとできませんではなくて、患家のほうが効率的であるのは間違いないですね。そうであれば、患家で安全に管理ができる方法というのはどうなんだということを先に考えたほうが私はリーズナブルだと思います。

以上です。

○太田座長　樋口構成員、お願いいたします。

○樋口構成員　大変失礼いたしました。言葉がうまく使えませんでした、本当に申し訳ありません。全く本当にそのようなことはなく、薬の大切だとかも十分分かっていますので、申し訳ありません。失礼いたします。

薬によっては非常に高価なものですし、大事に扱うべきものだということは重々承知しておりますので、その辺は御承知おきください。

○太田座長　大変白熱して、今日はすごくいろいろな意見が聞けて非常によかったとは思いますが、なかなか進行上の問題で中途半端になってしまったところもあるかと思いますが、何か言い足りないことがございますか。

矢野構成員、お願いします。

○矢野構成員　すみません。すぐ終わります。

私も薬の管理についてはこの提案されたもので全く問題なくて、やはりお話があったように在宅医療の体制整備ですね。そこで在宅の薬剤師に対するフィーが低いと思うのです。最近聞いたお話では、お昼の12時半から5時までの4時間半で16件行く。そうしないと、赤字になってしまって成り立たないということです。だから、そこはそんなにしなければいけないのか、何とかならないかと思います。

以上です。

○太田座長　ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

よろしいでしょうか。

では、どうぞ。

○宮川構成員 宮川です。

今、矢野構成員がお話しされたように、医療には様々な必要なコストがあるにもかかわらず、なかなかその必要なコストを認めていただけていないというのがやはり問題で、医療というものは人間の安全保障であるにもかかわらず、経済の観点だけから語られることが多々あります。

ですから、人間の安全保障としての社会保障の中での医療介護の分野に800万人の従事者がいるわけですが、必要なコストに見合った報酬が得られる制度づくりを国には考えていただきたい。

一部破綻して国民が十分な医療、介護を受けることができないところがあるのは、今の国のありようを反映しているのではないのでしょうか。もう少し医療のこと、介護のこと、社会保障のことを大事にしていきたいと思っています。

○太田座長 まとめていただきましてありがとうございます。

本日は、本当に活発な御議論をいろいろいただきましてありがとうございます。事務局におかれましては、本日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いたします。

本日の議論は以上ということにさせていただきますが、ほかに事務局から何かございますか。

○薬事企画官 本日は、活発な御議論ありがとうございました。地域医療の在り方に加えて、在庫、コストの問題ですとか、様々な論点で御議論いただけたかと思います。いただいた御意見を踏まえまして、事務局のほうで整理させていただきたいと思っています。

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たいと思いますのでよろしくお願いいたします。

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を終了させていただきます。どうもありがとうございました。