

第5回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

日時 令和4年5月27日(金)
14:00～

場所 田中田村町ビル(8E会議室)

開催形式 Web会議

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 ただいまから、第5回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を開催いたします。構成員の皆様には、お忙しい中御参加いただき、ありがとうございます。

はじめに、事務局から連絡事項を申し上げます。本日の会議は、新型コロナウイルス感染対策のため、対面の会議とWeb会議を併用しております。会議の内容は公開することとされており、傍聴者にYouTubeでのライブ配信、及び報道関係者に限り現地での傍聴で行っております。ペーパーレス化や御意見、ご質問の方法はこれまでと同様ですが、Webで御参加の構成員の方々におかれましては、発言がございましたときには、Zoomの挙手ボタンを押していただきますようお願いいたします。最後に資料の確認です。Web参加の構成員におかれましては、事前にメールにて資料を送付しております。直接お越しにいただいている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す。

それでは、以降の議事進行は赤池主査をお願いいたします。

○赤池主査 座長を務めております赤池でございます。本日もどうぞよろしくをお願いいたします。最初に、本日の構成員の出席状況について、事務局より報告をお願いいたします。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 構成員の出席状況についてです。本日は、全ての構成員に御参加いただいております。印南構成員、佐々木構成員、林構成員は、オンラインにて御参加いただいております。冒頭のカメラ撮りは、ここまでとさせていただきます。

○赤池主査 議題に入らせていただきます。前回、大変熱心に御議論いただきまして、ただ、特に重要な課題について積み残しがございます。議題1として、「前回のワーキンググループの議論について」ということで御検討いただきます。まず、事務局から資料に基づいて説明をお願いいたします。

○医薬・生活衛生局総務課課長補佐 資料1-1を御覧ください。こちらは、前回の第4回ワーキンググループで御議論いただいた、地域における薬剤師サービスの提供についての御意見をまとめたものです。説明は省略させていただきますが、何か訂正等がございましたら御指摘いただければと思います。

○赤池主査 資料1-1に、前回先生方から頂いた主な御意見ということで、とりまとめられています。資料1-1について、追加あるいは修正等がございましたら、御指摘いただけたらと思います。橋場先生、お願いします。

○橋場構成員 日本薬剤師会の橋場です。前回、新型コロナでの自宅療養者への対応について、発言するタイミングを逸してしまいましたので、1点だけ発言させてください。前回、コロナに対する自宅療養の患者さんへの薬剤のポストインに対する依頼について、実際に対応してくれたのが大手チェーンの薬局だけで、地区薬剤師会に相談しても動いてくれなかったという御指摘がございました。こちらは、意識とか受止め方の違いがあったのかなというように感じております。私たち日本薬剤師会が把握している状況としましては、都市圏だけではなく全国的に、大手チェーンかどうかといったことに関係なく、非常に多くの薬剤師・薬局に一生懸命取り組んでいただいていたし、都道府県並びに地域の薬剤師会も、自治体、医師会などと連

携して、日々対応していたということに関しては、念のためお伝えしたいと思っていますので、追加で発言させていただきました。

○赤池主査 どうもありがとうございます。ほかに何か御指摘、御追加いただくようなことはございますでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、追加の修正等はここまでとさせていただきます。続きまして、前回のワーキンググループで積み残しとなっていた資料 1-2「地域における薬剤師サービスの提供」について、資料の説明を事務局よりお願いいたします。

○医薬・生活衛生局総務課課長補佐 第4回ワーキンググループの積み残し分ということです。前回説明しておりますので、資料の詳細な説明は簡略化させていただきます。今回、その他ということで、前回は積み残したものがございます。1つ目が、同一薬局の利用推進ということです。2つ目が、敷地内薬局ということです。それぞれの論点を紹介させていただきます。

同一薬局の利用推進については、将来的なかかりつけ薬剤師の推進のために、同一の薬局を繰り返し利用を推進することが重要ではないか、また、同一薬局を繰り返し利用を推進するためにどのような対策が必要か、例えば同一薬局を繰り返し利用することのメリットについて広報等をしてはどうか、ということに記載しております。敷地内薬局については、敷地内薬局について、どのように考えるか、どのような点が懸念されるか、ということです。

資料ですが、敷地内薬局について一部資料を追加しておりますので、御報告いたします。8ページ目です。こちらのワーキングの親検討会において、敷地内薬局の記載がございましたので、ここに追加しております。敷地内薬局あるいは門前薬局の一部について、特定の医療機関に依存するということに関しては、高いサービスを提供しているとは言えず、患者本意の医薬分業とはならない、といったことがまとめられております。本日御議論いただくかと思いますが、敷地内薬局に関しては、10ページ目に論点をまとめさせていただいております。

○赤池主査 まず、3ページを御覧ください。その他の点について論点メモとして、2点を挙げていただいております。1つが同一薬局の利用推進です。もう1つが敷地内薬局という点です。いずれも非常に重要な点かと思えます。1つずつ御議論いただけたらと思えます。まず、同一薬局の利用推進という点について、御意見、御指摘いただける事項がありましたらお願いいたします。山口先生、お願いします。

○山口構成員 COML の山口です。同一薬局の利用推進というのは、かかりつけ薬局ということを含めて、かねてより言われていたことで、びっくりしたのですが、例えば同一薬局を繰り返し利用することのメリットについて広報等をしてはどうかとありまして、今更という感じがいたします。一元管理することの大切さということと、薬歴をずっと積み重ねていっていることの大事さということが、前から薬局を1つに集約するということが言われているにもかかわらず、それができていないということと、患者にそういった一元管理することの重要性をしっかりと説明できていなかったことが、今の結果になっているのではないかと思いますので、改めて、メリットも含めて、しっかりと周知していく必要があるのではないかと思います。

○赤池主査 どうもありがとうございます。正に御指摘いただいたとおりでらうと思えます。ただ、現状として私が十分に把握しているわけではありませんが、更に広報を重ねなければい

けないぐらいに、まだ十分に患者さんが、1つの薬局にかかりつけ薬局的な形で来ていただいているわけではないという状況があるのだと理解しています。橋場先生、お願いします。

○橋場構成員 今、山口構成員からお話があったとおりで、我々日本薬剤師会も反省すべきところは反省するということではございますが、今回のワーキングは、薬局DXというような、デジタル技術をどう活用するかというような論点もございましたので、今後、そういった観点からも、デジタル技術を本当にうまく使いながら、患者・国民への説明・周知に努めていけばどうかとは思っておりますので、その点に関しては賛成するところでございます。

○赤池主査 どうもありがとうございます。オンラインで御参加いただいておりますが、まず林先生からお願いいたします。

○林構成員 私も同様に感じているところがございます。医療機関に入院されると、病院薬剤師が必ず患者面談をして、診療情報提供書やおくすり手帳はもちろん、服用中のお薬の実物を確認して、入院までの薬物療法を総合的に確認・評価して、処方提案することが一般的です。この際に、患者さんが複数の薬局を利用していると確認資料も複数となってきました、全体像を把握するのに時間も要しますし、処方歴、服薬状況、副作用歴を実際に面談確認する作業も複雑になり、とても効率が悪いことをしばしば経験します。

そして、この薬物療法の再評価の中で、薬物相互作用の問題やポリファーマシーにおける処方カスケードの可能性が疑われるケースが見出されることもあります。本日、論点になっていますように、同一薬局をかかりつけ薬局として利用していれば、こうした問題は入院前に解決しているはずですので、薬物療法のリスクに気付きにくいという問題点や医療全体としても効率が悪く負担になっているという点で、望ましくないと思います。是非、推進していければと思っております。

○赤池主査 どうもありがとうございます。佐々木先生、お願いいたします。

○佐々木構成員 同一薬局を繰り返し利用する利点というのは、1つは情報の一元管理、そこからの情報の量と質が高まるということと、情報の連続性が担保できるということで、これはすごく重要なポイントだと思います。もう1つは、そこから導き出される患者さんと薬剤師さんのフェイス・トゥー・フェイスの信頼関係、あるいは薬局と患者さんの信頼関係みたいなものもあると思うのです。

かかりつけ薬剤師とか、こういう制度があるにもかかわらずなかなか普及していないという現状は、利用者さんたちがメリットを実感できていないという現状があるのではないかと思います。薬局を一元化するというのは、目的ではなくて手段です。目的は何かと言うと、よりよいプライマリ・ケアというか、よりよい医学管理を、薬物治療管理を実現するというところにおいて、現状ではそれが発揮できていないというところがあるのだと思います。そのような中でも、これまで議論してきた対物から対人へというのは、正に推進しなければいけないと改めて思うとともに、薬剤師さんの側がかかりつけ薬剤師として、地域住民あるいは患者さんに対して、どういう役割を担わなければいけないのかという部分についての具体的なビジョンが、もしかするときちんと共有されていないのではないかと、医療の立場から多くの薬剤師さんと

関わる中で少し感じることもあります。その辺りについて、薬剤師会さんはどのようにお考えになっていらっしゃるのか、御意見をお聞きしたいなと思います。

○橋場構成員 日本薬剤師会の橋場です。私どもへの御質問ということで、御回答させていただきます。まず、患者さんがメリットをなかなか実感していないというところですが、医薬分業が進んできて、薬物療法の安全性を高めるという点においては、かなり進んできたところなのかなと思っております。つまり、患者さんから見ると、何も問題がないというところが実は一番のメリットなのですけれども、それを患者さん自身が実感するという意味では、問題がないということがメリットとして実感できるかと言うと、なかなか難しいところがあるかとは思っています。ただ、その先に、もしかすると同一薬局を使っていないと問題点が出るというような、ある意味で広報と言うか、しっかりと患者さんに説明するというところが不足していたところがあるかもしれませんので、今後、そういった点を解消していったらというように考えております。

○赤池主査 どうもありがとうございます。山口先生、お願いします。

○山口構成員 同一薬局の利用を推進していくことの重要性を伝えることもさることながら、なぜこういうことが浸透していかないのかということの1つに、患者が薬剤師さんの役割をきちんと理解できていないということが大きいと思います。どういうことをしているのかというような、基本的な薬剤師さんの、例えば薬剤情報提供、薬歴管理、疑義照会、残薬整理、服用期間のフォローアップといった、最低5つぐらいのことを理解すると、なぜ同一薬局を使わないといけないのかということが分かってくると思うのです。ただただ1つにまとめましょうということを連呼するだけでは、なぜなのかということが分からないので、周知するのであれば、薬剤師はこのような役割を持っていて、このようなことを患者は期待できるのだということも伝えた上で、同じ薬局を使いましょうと、そうやって一元管理することが大事なのだということを、併せて情報提供していく必要があると思います。本当に理解しないと、患者の行動変容は起こらないと思います。

○赤池主査 どうもありがとうございます。出井先生、お願いいたします。

○出井構成員 NTT ドコモの出井です。今、患者視点のお話でしたが、私も同じように考えております。自分の健康とか体の状態を、同じ薬剤師の方に相談して、見ていただきたいというニーズはあると思っていますし、我々の調査によると、日常の健康データを蓄積している51%のユーザーの方から、診療や服薬指導にその情報を是非使ってほしいというような声もございます。

当社の例で恐縮ですけれども、我々も異業種ではございますが、ドコモショップで接客をやっております。同時にコールセンターでも接客をやっておりますけれども、同じ方に相談したいというように思っていたくためには、それをバックアップする情報も非常に重要で、先ほどもICTの活用ということがございましたけれども、患者さんの情報ですとか、患者さんとのその前のコミュニケーションの履歴といったものを、しっかりとツールでサポートすることも同時に必要なのではないかと考えます。

○赤池主査 どうもありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。孫先生、お願いします。

○孫構成員 ファーマシィの孫です。論点メモの中に、将来的にかかりつけ薬剤師の推進のために、同一の薬局を繰り返し利用することの推進というように書かれていますけれども、現場感としては、かかりつけ薬剤師の推進が同一薬局の利用促進につながるといったような視点もあるかなと思っております。では、なぜかかりつけ薬剤師が広まらないのか。そもそも患者にとってかかりつけ薬剤師を選びやすい仕組みになっているのかといった点も踏まえて、特に患者さん目線も踏まえて、1度かかりつけ薬剤師の在り方を見直していくといった検討も必要ではないかと考えます。

○赤池主査 どうもありがとうございます。猪口先生、お願いします。

○猪口構成員 日本医師会の猪口です。資料 1-2 の 16 ページに、多医療機関の受診と、それに伴って利用する薬局の数も増えるのだというような表が出ています。正にこれが一番の問題で、ただ、医療機関というのは、例えば専門性がある、今はまだまだ総合的に診る医師がそんなに増えていないという現状から言うと、多科を受診するのはやむを得ないのですけれども、できれば薬局のほうは、様々な薬の多重投薬、重複といったことを防ぐには、1つにまとめていったほうが良いと思っております。ですから、ここはかかりつけ薬剤師、かかりつけ薬局というものを、思い切って推進する方向に舵を切らないと、掛け声だけではこのような状況を変えていくのは難しいかなと思います。

○赤池主査 どうもありがとうございます。大変重要な御指摘だと思います。山口先生、お願いします。

○山口構成員 今の孫構成員と猪口構成員の御意見を踏まえてなのですが、かかりつけ薬剤師については、実は私たちの電話相談では結構不評なのです。なぜかと言うと、「私をかかりつけ薬剤師として同意してください」というように言われるのです。ところが、その人ではなくて、別の方のほうが話しやすいので、それだったらこの人というように言ったら、「この者はその資格がありません」と言われてしまって、行く度にストレスを感じると。ですので、患者が選ぶかかりつけ薬剤師になっていないということと、かかりつけ薬剤師候補になる方がパートの方などが多く中で、その辺のところを選べるだけの状況になっていないことも、私は1つ問題かなというように思っています。

それから、なぜ複数の医療機関にかかって、複数の薬局を利用して、複数のおくすり手帳を持っているのか。これは、門前薬局ということは今一度見直しをしないと、どうしても医療機関の近くにある薬局を利用するのだと思っている方が結構多いのです。そうすると、処方箋も折り曲げてはいけなくて、そのまま持って門前に行く。そうやって複数の医療機関にかかると、複数の門前薬局にかかって、一元管理できないという問題があると思いますので、次の敷地内薬局のこととも関係してきますけれども、門前薬局の在り方ということも1つ議論していく必要があるのではないかなと私は思っています。

○赤池主査 今、お話いただいた点も非常に重要かと思えます。あえて批判されることを覚悟して言うのであれば、私も大きな病院に行って門前薬局で調剤していただいている身ですので

言いますと、やはり便利なのです。そこは否定できないと思うのです。それと、今、先生方がおっしゃっているとおりで、一元化したほうが薬物治療が適正に行われるためには非常に重要なことですし、是非そうならなければいけない。極端な言い方をすれば、患者さんが便利さを捨てて、適正な治療を受けるということを選択していただけるようにと。多分、私が考えるに、薬局だけでは難しいのではないかと。医療機関と協働して、ただ、医療機関の場合は患者さんにどこそこの薬局に行きなさいということは指定できませんので、そここのところが非常に難しいわけですが、ただ、そういった薬の一元管理の重要性をいろいろな形で、医療機関と薬局の両者から患者さんのほうに理解していただくようなことをしないと、なかなか便利さを捨ててそちらに行くということは。もちろん、そうされている方も結構いらっしゃると思うのですが、広まるということについては難しいのかなという気はいたします。橋場先生、どうぞ。

○橋場構成員 今、赤池先生がおっしゃった利便性というところですが、まさしく一番最初にお話があったとおり、そこを上回るメリットを、いかに患者さん、国民に理解してもらうか、そのための広報をしっかりとしていかなければいけないというところに戻ってしまうかと思っています。ただ、そうは言っても、どうしても患者さんの都合というのは、100%なくなるわけではないということはあるかと思えます。例えば旅行先だったり、東京ですと、ほとんど東京に住んでいるわけではなくて、埼玉、千葉、神奈川などから通ってきて、仕事は東京だというような場合に、東京で受診したり、逆に家の近くで受診したりということもありますので、慢性の疾患であれば薬は家の近くでもらっていただきたいと思いますが、どうしても急なときというのは、自分の勤め先の近くの病院で薬をもらわなければいけないという場合もあるかと思えますので、その都度都度ということにはなろうかと思えますけれども、現状、そういった課題はあるかと思えます。

ただ、ワーキングの中でも発言させてもらいましたけれども、去年、私ども日薬で、一元管理に関するアンケートを、9,000近い薬局の研究をさせていただきましたが、そこでも、おくすり手帳とか、患者さんへのインタビューをしっかりとやることによって、一元管理はかなり進んでいるというようには捉えております。その先のかかりつけ薬局、かかりつけ薬剤師というところに関しては、山口構成員がおっしゃったような、患者さんから見た視点での課題というものはあるかと思えますので、そこは例えば広い意味でのかかりつけ、患者から見てのかかりつけというところと、いわゆる調剤報酬上のかかりつけのギャップも、今後しっかりと埋めていかなければいけないところかと思っています。

○赤池主査 どうもありがとうございます。あと、関連する課題ですが、2点目の敷地内薬局という点について御議論いただければと思います。出井先生、お願いします。

○出井構成員 先ほどの論点に1つだけ追加させてください。先ほどの話で赤池先生がおっしゃったように、利便性よりも選ばれるということを追求するならば、その方に接客してほしいというモチベーションが非常に重要だと思っています。当社の場合は、情報で、どのお店に行っても企業で接客のクオリティを守るということをしておりますが、それでも「この人に対応

してほしい」と言って、わざわざそのお店に行く人もいらっしゃいます。それは何かと言うと、接客力を上げているということだし、その前に、そうするために重要なのは、今正にここで議論されている、対人業務にいかにか時間を割いて、そこにしっかりと薬剤師が価値を見出せる。対人することによって、自分のやっていることが正しく評価されるのだという仕組みを作るべきではないかと思います。

場合によっては、薬剤師さんに対して、今も資格があるかと思いますがけれども、接客スキルアップしたときに、そこをまた評価するような仕組み、制度みたいなものも同時に必要なのかなと思いましたが、正に今の対人・対物業務の分業の話と、かかりつけ薬剤師というのが非常にマッチしている話なのかなと思いましたが、論点が終わりましたが、付け加えさせていただきました。

○赤池主査 どうもありがとうございます。印南先生、お願いいたします。

○印南構成員 今回の御意見とほぼ同じなので簡略にしますが、かかりつけ薬局、かかりつけ薬剤師を推進する意味でも、対人業務の充実が重要で、だからこそこに位置づけられているのです。何も問題が起きていないから、メリットが実感できなくても仕方ないのではないかと思います。医療安全の問題が起きていないのは当然のこととして、それ以上のメリットを患者さんが感じるようにする必要があります。いろいろな情報を提供してくれるとか、地域における動向とかを薬局同士が情報を共有したり、いろいろなことをして患者に提供すればメリットは自然に感じられるようになってくるのではないのでしょうか。なので、同一薬局というのは手段でしかなくて、本当の目的は対人サービスで、患者さんに分業のメリットが十分に分かるぐらい充実させるのが、本道ではないかと思います。

○赤池主査 どうもありがとうございます。それでは藤井先生、お願いいたします。

○藤井構成員 よろしく申し上げます。日本保険薬局協会の藤井です。私のほうから敷地内薬局について少し発言させていただきたいと思っております。よろしく申し上げます。我々協会として、こちらの資料の 10 ページに健康サポートとか状況は不明と書かれている所がございましたので、その辺り、NPhA のデータも使いながら少しお話をさせていただきたいと思っております。

今回、厚生局届出データの比較ということで、特別調剤基本料、200 薬局と全国の 6 万薬局の平均で出させていただきました。ちなみに、薬局数としては特別調剤基本料が 200 薬局、全国は先ほど申し上げたように 6 万薬局でございます。例えば後発品の体制加算 1 ですが、敷地内薬局のほうでは 6.5%、全国では 8.6%、加算 2 のほうになりますと、敷地内は 14.5%、全国では 21.1%、後発品体制加算 3 になりますと、敷地内のほうは 67.5%、全国では 49%という形になりますので、立地的なところの辺りで病院とのやり取りというのができていないかと思っています。

また、かかりつけ薬剤師は届出になりますが、敷地内のほうは 58%、全国としては 56.7%、ほぼ同じという形です。在宅のほうも加算の届出ですが、敷地内が 49.5%、全国では 35.1%という形になっています。無菌製剤の処理体制のほうでは、敷地内のほうは 25%のニーズがあるということで整備をされているかと思っております。全国としてはまだ 6.8%ということですので

で、こういったところは少し差が出ているかと思います。

もう1つ、特定薬剤服薬指導加算2のほうは、外来がんの化学療法質向上のため、患者の治療方針を把握した上で必要な服薬指導、フォローアップをして情報提供すると算定できるものになりますが、こちらも敷地内ですと32.5%、全国ですと12.8%ということで、中にあるからこそその連携というものは取れているかと思います。

健康サポート薬局はまだ少ないですが、敷地内のほうでは7%、全国では4.3%ということですので、全くもってやっていないということではなく、そういったデータもあるということでお話させていただきます。また、地域連携薬局のほうは始まったばかりですが、全国では3.6%、敷地内では10.5%、専門医療機関連携も少ないですが、敷地内が3%、全国では0.2%という形になっています。

疑義照会率ですが、こちらのほうも、薬局における患者の薬物療法の把握及び検査値を用いた薬剤師業務に関する研究の報告書のほうから抜粋させていただいています。こちらは敷地内というか、ある種、特定の病院の処方箋を受けている薬局というくくりではあったのですが、こちらのほうは9.4%、様々な処方箋を受けている所では2.3%ということもあり、医師と顔が見える関係というところで進んでいる部分も若干あるのかなということでお示しさせていただきます。

そのほかになります、これは本当に一企業のデータですので、是非、この後、全体的な調査をして敷地内の状況を見ていただきたいと思います。まず全体の薬局の算定率を1とするならば、敷地内薬局ではその算定状況がどうかということで比較しています。かかりつけ薬剤指導料は、全体を1とすると敷地内は0.7です。やはり立地的に家から遠いというところでは、かかりつけというのは少し難しいところがあるのかなと思います。先ほど申し上げた特定薬剤服薬指導加算は、全体を1とすると敷地内は6.8という形になりますので、こちらのほうは敷地内ならでの連携が取れているという形かと思います。あとは、例えば在宅の実績です。こちらのほうも全体を1とするならば敷地内でも1.3ということで、敷地内にあるからそういったことができていない状況ではないというデータは頂いています。

それ以外の取組事例を御紹介させていただくと、疑義照会に関して簡素化のプロトコルということで効率化を図っている。吸入指導の連携であったりインシュリン注射指導の連携であったり、地域の薬局関連団体との連携ということでは地域合同での勉強会を実施したり、薬剤師会のクリーンベンチ研修への協力、薬剤師会と連携する健康フェアの実施であったり、行政と災害対策の医薬品の備蓄といったところで連携したり、365日24時間営業ということで、地域に少しでもということに対応されている事例もあると伺っています。

また、高額医薬品の備蓄ということでは、大学の大きな病院ですと高額医薬品というものが処方されますが、なかなか地域で全ての薬局がその備蓄をすることが難しい状況もあり、お問合せがあれば、そういったものも地域の備蓄センターとして分譲を実施している事例もございます。それ以外にもいろいろな事例があります。こういった形で確かに立地的なところでいろいろ御議論があることは重々承知していますが、論点にあるような状況不明という中では、あ

る程度いろいろな機能を果たしている部分もあるということで御紹介させていただきました。
以上となります。

○赤池主査 統計的なデータも含めまして、具体的に御説明いただきました。ありがとうございました。橋場先生。

○橋場構成員 ありがとうございます。藤井構成員から敷地内薬局でこういうふうなデータが出ていますよという御意見もございましたけれども、今、おっしゃっていただいたデータというのが、敷地内薬局でなくてはならないという理由には決してならないと思っています。医薬分業の趣旨ということから考えますと、薬局というのは、経済的、機能的、構造的に医療機関から独立していることが不可欠であることは申し述べさせていただき、その上で敷地内薬局は患者さんから見た場合、病院の一部に見えてしまうところがございます。先ほどから出ている、どの医療機関にかかっても、この薬局で調剤を受けるという機能に関しては、この状態では目的を達成することができないだろうと思います。そういったかかりつけ薬局・薬剤師の推進、また、患者のための薬局ビジョンの推進も国が目指しているところですが、それとも逆行していると言わざるを得ないと思います。

また、今、いろいろな形で敷地内薬局を誘致することが進んでいますけれども、あまりにもひどい誘致合戦という状況になっていて、本当に目に余る状況だと思っています。こちらのほうから考えましても、今、敷地内薬局というものを絶対に止めるんだというぐらいの意識がないと、医薬分業の精神、趣旨ということにも反してしまうところがございますので、是非、そういった形で進めていただきたいと思っています。

なお、前回、日本薬剤師会から論点に対する意見ということで資料を出させていただきましたが、今回、誤解を受けるような表現がありましたので、修正した意見ということで資料を出していますので、そちらのほうも御確認いただければと思います。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございました。猪口先生、お願いいたします。

○猪口構成員 ありがとうございます。今の橋場先生のお話と共通する部分があるのですが、医療機関から見た敷地内薬局について、意見を述べさせていただきます。そもそも医薬分業が起こって長いわけですが、果たして敷地内薬局が医薬分業の精神にのっとっているかどうかということです。それぞれが独立していることが基本であるということで、今、正に話していた、かかりつけ薬剤師・薬局は敷地内薬局であるはずがないというのは、大病院に敷地内薬局が多いですから、そのそばに住んでいる人というのは余りいないので、そうすると自宅のそばで、かかりつけで地域の中で見ていくというそもそもの考え方に反しているということが言えると思います。それと、私も病院のいろいろな事情を聞いていますと、明らかに医療機関への利益供与を行っているということが見えます。これは本来の在り方を本当に否定しているやり方ですので、早急に改める必要があるだろうと思います。

それから、例えば病院は、今、大きい病院で見ると、紹介・逆紹介ということで、地域の医療機関に行ってもらい、その地域でまず治療を受けて、必要なときに大病院に来るという流れを、作ろうとしている中で、明らかにそこに逆行しているわけです。ですから、何でこういう

ものがどんどん出ていくのか非常に疑問を持っているところです。せめて言うならば、先ほどの専門医療機関連携薬局、それと地域の薬局とが連携していく。薬局もそういうような中心の薬局から地域の薬局に戻すという連携も必要だろうと思いますので、そもそもの在り方からして、これは早急に、その在り方そのものを見直すべきだろうと思います。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。山口先生。

○山口構成員 私も猪口構成員と同じような意見ですが、先ほど藤井構成員が利点のところをおっしゃった。それは 10 ページにあるように、超大型・大型の薬局の強みだと思います。確かに高度な機能とか、そういった先ほど御紹介いただいたようなところは得意なところだと思いますけれども、敷地内薬局が認められて、大学病院に次々と敷地内薬局ができてきたときに、正直、なぜ国の動かし方としていた方向と逆行するのだろうかということ、とても疑問を感じました。というのも、ほとんど大学病院をはじめとした大きな病院の敷地内にあります。そうすると、今、医療機能の分化ということで、その大きな病院に行くときというのは一定の、急性期の治療が必要なときであって、その後は逆紹介されるわけです。そうすると、その医療機関にかかり続けるわけではないので、敷地内薬局がかかりつけ薬局になるはずがないとは思っています。ですから、先ほどの同一薬局を使うというようなことを考えたとき、あるいは複数の医療機関にかかっている人を一元管理するときに敷地内薬局がかかりつけ薬局になるというのは、どう考えてもちょっとこれは違うのではないかと思いますので、国としては、こういうかかりつけ薬局の推進ということの方向性を出しながら、それと逆行するようなことを認めていることについては、国民の理解につながらないのではないかと、そんなふうに私は思っています。ですから、敷地内薬局もさることながら、門前薬局も逆行しているということを考えていく必要があるのではないかと思います。

○赤池主査 どうもありがとうございます。大変重要な御指摘だと思います。先に関口先生、お願いします。

○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。皆様と考え方は同じなので、簡略に申し上げさせていただきたいと思いますが、日本チェーンドラッグストア協会としても同一薬局の推進という観点から考えますと、これはとても不便であるということが言えますので、そちらのほうを重視するならば、規制を強化すべきなのではないかと捉えています。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございました。多分、藤井先生から御発言があるのだろうと思いますが、オンラインで挙手されていますので、オンラインで参加されている先生方に先に御発言いただきたいと思います。林先生と佐々木先生が挙手されています。まず、林先生からお願いいたします。

○林構成員 ありがとうございます。病院薬剤部の観点から。

○赤池主査 すみません、ちょっと音声が小さいようです。

○林構成員 すみません。マイクが遠かったです。これで聞こえますでしょうか。

○赤池主査 はい、聞こえます。

○林構成員 病院薬剤師の観点から今のお話を聞いていて、橋場先生、猪口先生のお話は本当にそのとおりだなと思って伺っていました。病院薬剤部では医師と薬剤師の協働の下、電子カルテなどの設備とその情報を日々の調剤に利用しています。この中には副作用・アレルギー歴とか処方提案や処方方針、そして有効性・安全性の評価に必要な検査値などの情報がありまして、これらの情報、設備は、仮に敷地内薬局だとしてもないものです。そして、この情報が必要だからこそ連携が重要になっているわけです。病院薬剤部はこういう機能、設備を持っているのに、同じ敷地内で薬局を利用しても同じベネフィットは得られないわけです。だからこそ地域のかかりつけ薬局の皆さんが大切であり、そもそも医薬分業をしようと言って始まったのは、そのためだと思います。入退院にかかわらずシームレスな薬物療法を提供できるように、私たち医療機関の薬剤師あるいは医療機関と薬局が連携して、かかりつけ薬局・薬剤師の皆さんと情報共有し、患者さんお一人お一人の薬物療法を最適なものにしたいと私たちも考えています。しかし、敷地内薬局については、今、しばしばお話に出ていたように、かかりつけ薬局としての機能は難しくなりますので、薬物療法の一元管理とは一致しませんし、医療・介護の継続的な提供体制として考えられている地域包括ケアシステムの構築に逆行するようなものなので、賛成できないと感じています。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。佐々木先生、お願いいたします。

○佐々木構成員 敷地内薬局が地域包括ケアシステムの概念と相容れないというのは、確かに私もそのとおりだなと思いますが、そういう意味で言うと、大学病院や急性期の大病院も、実は地域包括ケアシステムとは相容れないところがあるのです。患者さんへの選択肢という意味では、私は敷地内薬局にも一定の存在意義はあるのだろうと思っています。大学病院など的大病院に通院する患者さんたちは、急性期で悪化して、そこでしかできない治療をするために入院し退院して、すぐ地域の医療機関に戻る人ばかりかというところを決してそういうわけではありません。例えばがんで化学療法をやっている患者さん、特別な膠原病に対して薬物治療の調整をしている患者さん、神経疾患の患者さん、あるいは希少疾患の患者さん、重度の心不全など、地域のかかりつけ医では診きれない病気の方というのは一定の割合でいらっしゃるのです。そういった方はメインの医療機関として大病院に通院を続けている方はいらっしゃいます。そういった方々の薬物療法に対して、大学病院で処方箋をもらって地域のかかりつけ薬局に行き、そこで薬をすぐに調製できるか。膠原病の患者さんが、薬が変わって新しい免疫抑制剤に変わりましたよとか、生物学的製剤が出ましたよというときに、薬局にはその在庫がないし、薬の単価も非常に高いので、たくさん仕入れたとしても、また薬が変わってしまうとストックになってしまうリスクみたいなものも、多分あるのだと思います。一般的な医療機関もちゃんとはなっていないけれども、プライマリ・ケアを担うかかりつけ医と高度専門医療を提供する専門医療機関があるように、薬局の機能もプライマリ・ケアを担うかかりつけ薬局・薬剤師と、高度な治療、特別な薬物、特別な治療法に対応できる高度な専門性も発揮し得る薬局、ここで役割分担するということは、多分、あってもいいのだと思います。

難病とかがんの患者さんたちは、主たる疾患がそういった病気なので、血圧がちょっと高い、

血糖がちょっと高いというのも、実は病院の先生がまとめて処方箋に書いてくださっているケースも少なくないと思います。複数医療機関になってきたときに、どっちの薬局がメインになるのかという問題はありますけれども、患者さんは大学病院には行くわけで、その薬をどこでもらうかです。ほかにもらう薬がないのであれば、そこでもらっても私はいいと思いますし、ほかにもらう薬があるのであれば、かかりつけとしてどっちが機能を発揮するのが患者さんの医療ニーズに、あるいは生活の中で安心感があるのかというところは、患者さんが判断すべきところだと思っています。なので、私は敷地内薬局はけしからんという立場ということではなく、敷地内薬局でなければ果たせない役割を果たすという前提で、一定の存在意義はあるのではないかと考えています。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。高度な薬学的管理が必要というケースの場合に、一定の役割があるという御指摘だったろうと思います。先に藤井先生が挙手されていたので、藤井先生からお願いします。

○藤井構成員 ありがとうございます。私どもは敷地内薬局を推進するということは全くもって考えていませんし、先生方がおっしゃるとおり、地域ということ考えたときには、御自宅の近くなりでかかるというのは理想的なのだろうなと思います。ただ、佐々木先生もおっしゃるように、どうしても高度な医療を受けて、その処方箋を受けるとなったときに、全ての薬局がそれを担うことが難しい。それで今回、専門連携薬局というのもできたのだと思っています。当然、専門連携薬局が敷地内薬局である必要もないですし、地域の中でそれが取られればそれはそれですが、佐々木先生がおっしゃるように、患者様が困らないことというのが一番大事だと思っています。大きい病院の処方箋を持って来ても、結局、在庫がないという関係の中で何軒か回って、最終的に敷地内なのか病院門前なのか、特に大きい病院だと結果的に戻ってくる方もいらっしゃると思います。もちろん、手前側で御要望いただければ対応することも十分可能ではあるのですが、その辺りのところがなかなかうまくいかない場合がある。なので、ある種、急性のときには敷地内、病院門前、大きい所に行くかもしれないけれども、連携という中では病状が落ち着き、それこそ診療所のほうに戻られるときには、改めて地域でかかっているかかりつけ薬剤師のほうで連携する。そのときに、その敷地内なのか、病院門前と地域の薬局がある意味、薬局同士の連携の中で情報を連携するような形になって、より患者様が困らない、利便性があるような形が構築されるのが一番なので、おっしゃるとおり、これは国として、敷地内はこれ以上どうだろうという御判断があるのであれば、それは決めの問題ですので、そのような形になると思います。

ただ、私どもとしては、そうは言いながら、そういった敷地の中でやっている薬局もあり、こういったなかなか姿が見えないというところで、活用できる部分もあるものは是非御紹介させていただき、その中で要るのか要らないのか、若しくは一定ニーズがあるのか、ないのかというところは、ここでというよりまた別になると思いますけれども、いろいろな議論の中で決まっていくのかなと思っています。

○赤池主査 どうもありがとうございます。橋場先生、お願いいたします。

○橋場構成員 ありがとうございます。先ほど佐々木構成員からお話いただきました高度な調剤に対するニーズというものは、少なからずあろうかというふうに思っています。それをある意味解決する手段の1つとして、今回、専門医療機関連携薬局という認定薬局制度ができた。専門医療機関連携薬局の要件にも、地域の薬局としっかり連携することという要件が入ったりしていますから、そういった形で進めようということで、今の議論から外れていないと感じているところです。

今、藤井構成員からも御発言があったところですが、専門医療機関連携薬局が敷地内薬局である理由には残念ながらもならないと思います。この敷地内薬局の問題が中医協でも、これは問題だよねというふうな議論になっていたと思いますし、今日のこの議論の中でも、敷地内薬局は問題だよねというふうな、ある意味、コンセンサスが得られているような感じを私は得ていますので、是非、もうこれ以上はやらないよというような宣言を頂けるといいのかなというのが1点です。ただ、片や、病院側のほうが誘致をしているという事実もある。こちらのほうは是非、行政の方に何かしらの方策でお止めいただくようなこともお願いしたいと思います。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございました。重要な御議論を頂いて、ある程度まとまってきたかなというふうに思います。もう少し御意見があるかもしれませんが、議題2というのがございます。次の議題ですけれども、こちらでかなり時間を取って御議論いただきたいと思っておりますので、もしよろしければ議題1につきましましては取りあえずここまでとさせていただきます。次の議題に移らせていただきたいと思っておりますが、よろしいでしょうか。ありがとうございます。それでは、続きまして、議題2、「追加の議論について」に入らせていただきます。資料2が該当いたします。事務局から資料2につきまして、説明をお願いいたします。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 それでは、事務局より資料2について御説明いたします。まず、とりまとめに向けて追加で御議論いただく点として、前回のワーキングまでに頂いた御意見を踏まえ、更に議論が必要と思われる点について、事務局で整理をさせていただきました。

資料の2ページ目を御覧ください。主に調剤業務の一部の外部委託、薬局間連携の在り方、その他ということでまとめております。まずは調剤業務の一部の外部委託につきまして、3ページを御覧ください。外部委託に関する基本的な考え方として、第3回ワーキングで頂いた御意見を記載しています。

対人業務の推進のための対物業務の効率化は不可欠であり、そのための1つの手段として調剤業務の外部委託が挙げられる。一方で、患者の医療安全の確保は大前提であり、これを担保するための仕組みの検討は必須。こうしたことを加味した上で、真の効率化につながるのかどうかは検証が必要。また、委託自体は強制ではなく、薬局の判断により一定のルールに基づき実施するものであり、患者の希望も重要であり、薬局の都合を患者に押し付けるようなことがあってはならず、患者の医薬品アクセスに支障が出ない範囲での検討が必要。さらには、薬局には地域への医薬品提供等、本来備えるべき機能があり、外部委託によりその機能が失われな

いようにすべき等の御意見を頂いたところです。その上で今回、具体的な論点を3つ準備しております。

資料4ページになります。まず1つ目の論点は、委託業務の範囲についてです。第3回のワーキングでは、委託可能な範囲として、機械化により負担やミス削減が見込まれるという観点から、一包化、さらには慢性疾患の定期的な薬剤、リフィル、高齢者施設入居者への調剤等が挙げられたところです。これらを踏まえた論点としまして、外部委託可能とする業務の範囲としては、その必要性、実施可能性を考慮し、一包化、高齢者施設入居者への調剤(両者共に直ちに必要とするものを除く)とする、さらに、委託先の一包化業務は自動分包機、自動監査機等の使用が前提としてはどうかと、論点を挙げております。

続きまして5ページ目を御覧ください。2つ目の論点は、安全性の確保についてです。第3回ワーキングでの御意見を前段に記載しておりますが、これを踏まえた論点として4つ、下のほうに明示をしております。1つ目は、最終監査の方法についてです。次の6ページ目を御覧ください。外部委託を実施した場合のプロセスのイメージを記載したのですが、この図の中で赤線と青線で書き分けた部分になります。委託元の最終監査の方法について、委託元に薬剤を配送して確認するパターンと、画像等の確認により最終監査を実施し、委託先から患者への直接配送も可能とする方法が考えられます。

続きまして、論点の2つ目です。2つ目は、この図の中の服薬指導のタイミングについてです。現状は一連の業務を同一薬局で実施しているので、服薬指導は主に最後の部分の、患者さんに薬剤を交付する段階で実施されている所が多いかと思いますが、委託を想定した場合に、先ほどの監査の工程をどうするかも含め、例えば処方設計の段階で患者への聞き取りが必要とすると、当該設計が完了した時点での服薬指導を実施することも考えられるのかどうか等を挙げているところです。

戻りまして資料5ページ目ですが、論点の3つ目、4つ目について説明いたします。3つ目については、行政による委託先の管理体制への監視指導の権限の必要性についてです。委受託は民民の契約にて実施されるものですが、不正があった場合の対応等、しかるべき法的管理の下に置き、委託先に対しても行政による監視指導がなされるべきものと考えてよいかという点です。最後の4つ目につきましては、委託元による委託先の監督方法や、委託先と委託元の情報連携について、その他留意すべき点があるか、以上の4つを挙げております。

続きまして7ページ目を御覧ください。大きな3つ目の論点は、委託先の範囲についてです。こちらも様々な御意見を第3回のワーキングで頂いたところです。これらを踏まえて、個別の論点は後段のほうに記載をしております。委託先は、薬局の許可が必要ということでよいか。委託先の範囲は、同一法人内には限定しないことでよいか。さらに、委託先について、距離の制限等の範囲を設ける必要があるか。仮に制限を設ける場合の理由についてということで、例示として患者が入手するまでの時間、委託が進んだ場合の地域医療への影響、寡占・独占等の懸念を挙げています。

地域医療への懸念については、資料の8ページ目を御覧ください。外部委託の目的は、薬局

の対物業務の効率化を通じた対人業務の推進により、患者及び地域の住民に充実した薬剤師サービスを提供しようとするものであって、効率化、機械化を進めること自体は目的ではありません。委託先の範囲に距離制限、地理的制限を設けない場合、効率化・集中化により、医薬品を提供する拠点が極端に集約される可能性があるかと。

海外でも集約化が実際に進んでいる事例もあるかと思えます。この場合、医薬品の供給拠点が減少することによる自然災害等に対するリスクや、各薬局の医薬品の在庫が減る。さらには薬局間の競争が激化することで、地域の薬局の在庫や薬局自体が減ることで、最終的に患者・国民への医薬品のアクセスに懸念が出るといったことを可能性として挙げています。さらには、距離制限の考え方の参考として、資料の9ページ目に医療計画における医療圏の概要についてもお示ししております。以上が調剤の一部外部委託に関する論点です。

続きまして、資料10ページ目からは薬局間連携についてです。まずは資料11ページ目に、前回ワーキンググループで頂いた御意見を記載しています。地域連携を検討する上で、地域全体で薬局が持つべき役割を整理すべき。こうした役割を単独の薬局が有することは容易ではなく、地域全体で薬局機能・薬剤師サービスを提供していくという観点も必要。このため、地域の薬局が連携する仕組みを構築しておくことが必要。この連携を円滑に進めるための調整役が必要であるが、その在り方については様々な御意見を頂いたところです。

それらを踏まえて、資料12ページ目を御覧ください。まず、地域において求められる薬剤師サービスの全体像として、どのようなものがあるかについて挙げております。医薬品供給の拠点等をそこに記載をしているところですが、このようなサービスについて、小規模の薬局では単独で全ての役割を担うのは困難であり、薬局管理業務を補完するような連携が必要。さらに、薬局間連携を実施することで、地域の薬局のボトムアップにつながるのではないかとしています。さらに、処方箋受付時以外の対人業務は様々であり、薬局間連携により業務を効率化することで、薬局ごとに特色のある薬剤師メニューを提供することが可能となるのではないかといたるところです。さらには、患者の選択肢も増加するといった効果も期待しているところです。

続いて3ポツの薬局間連携の在り方としまして、薬局の規模によらず、連携の中心的な役割を果たす薬局、薬局連携のハブとなる薬局と、ここでは整理させていただきましたが、こういった薬局が必要ではないか。そうした上で、その連携の在り方のパターンとしまして、人的・物的なリソースが豊富な薬局が多くの機能を担い、その機能を各薬局に提供する場合。また、2つ目としましては、人的・物的なリソースが豊富でないものの、ほかの薬局と連携して機能を補完しあう場合等が想定されるところです。

飛びまして、14ページ目を御覧ください。前回も同様の図を掲載いたしましたところですが、地域における薬局間連携の在り方のイメージ図です。緑の部分ですが、ポイントは連携の中心となる薬局が、しっかりと自治体や地域薬剤師会と連携した上で、地域における必要な役割を果たしていくといったところです。

また戻っていただいて、13ページです。こうした薬局間連携のハブとなる薬局の制度上の

位置づけというところで整理させていただきました。前回ワーキンググループの意見では、こうした薬局について、新たな区分を作ることは否定的な御意見がありました。

一方、既存の区分としては、地域連携薬局があります。今回、地域連携薬局の説明として、資料の 15 ページに地域連携薬局の位置づけ及び要件を記載しています。地域連携薬局は、患者の療養環境が移行する中で、それを継続的に対応できる薬局として位置づけられており、在宅への対応だったり、入退院時の医療機関との連携のほか、それ以外にも、そこに挙げております要件には、休日・夜間の対応、他の薬局に対する情報提供等、一部薬局間の連携を担う機能も挙げられております。

そういったことを踏まえまして、また 13 ページに戻っていただいて、このハブとなる薬局について、地域連携薬局をベースとして考えてはどうかということを論点に入れております。考え方の例としては、地域連携薬局の要件を拡充するとか、地域連携薬局の強化型、発展系といった形で位置づけるということを考えております。

また、そうしたところを踏まえまして、3 つ目の○の所ですが、自治体や関係者が、地域において、地域で必要な薬剤師サービスの必要量の目安を作成することについてどう考えるか。最後の論点としましては、地域におけるこうした薬局間連携の取組メニューの 1 つとして、前段に説明しました調剤業務の一部の外部委託等を位置づけてはどうかといったところを論点に入れていくところです。以上、参考資料が続いておりまして、最後の 21 ページ目からその他としての論点の説明に入ります。

その他として今回、リフィル処方箋への対応についてまとめています。資料 22 ページを御覧ください。リフィル処方箋、令和 4 年度、診療報酬改定から始まりましたこの仕組みについての改定の説明資料をここに掲げておりますが、薬局薬剤師としては、リフィル処方箋が来たときのその対応について、しっかりと適切に対応できるようにしておくことが重要で、この論点に掲げてありますように、薬局がリフィル処方箋を応需する場合に、適切に処方医への情報提供や受診勧奨などを行うため、留意点等をまとめた手引きを作成することとしてはどうかといった論点を挙げております。以上、簡単ですが、資料 2 の説明です。

○赤池主査 どうもありがとうございました。ただいま、資料 2 につきまして御説明いただきました。論点としましては、2 ページ目のスライドにあります。調剤業務の外部委託、もう 1 つが地域における薬剤師サービスの提供、あと、その他。その他については、リフィル処方箋についてということになってまいります。一括しては無理ですので、順番に御議論いただければと思います。

まず、調剤業務の一部の外部委託につきまして。これは、論点としては大きく 3 つに分かれるという御説明でした。まず、1 つ目です。スライドの 4 ページ目になりますか、資料 2 の 4 ページです。外部委託の中の 1 つ目の論点ですが、委託業務の範囲について御議論いただければと思います。前回も少し議論していただいたところですが、例えば一包化ということがありました。あと、4 ページにあります。論点として、高齢者施設入居者への調剤というものはどうかという 2 つの論点が出てきております。それでは橋場先生、お願いします。

○橋場構成員 調剤業務の一部外部委託ということですが、申し上げたいことはもうたくさんあるのですが、まずその前に、本日、御提示されました資料の内容について、外部委託があたかも解禁であって、今回、その範囲などについて議論を行うという印象を受けております。とりまとめの議論に当たっては、安全が保たれた上でという前提、こちらをまず前提として検討されなければならない。したがって、仮に外部委託の実施が検討に値するとなったとしても、実証実験等を実施しまして、その効果の検証と十分な安全性を確認する必要があると思います。したがって、拙速に事を運ぶべきではないということは最初に申し述べさせていただきます。その上で、まずスライド4の論点、委託可能な業務範囲について意見を述べさせていただきます。

まず、薬局が調剤自体を外部委託とすることは、その薬剤師に委ねられています行為、業務、こちらをほかの薬局に丸投げするということと同じとなります。言い換えれば、その薬剤師が調剤しているわけではありませんので、到底認められるものではないと思います。今回、ここで議論、検討すべきことは、薬剤師が担う調剤業務の中で、特に負担が大きいと考えられる調製業務、こちらの外部委託を可能にすることとした場合に、その可能な範囲をどう考えるかということであろうかと理解しております。薬剤師が目の前の患者さんのために行う調剤の中で、外部委託として考え得る調製業務とは何かということと考えますと、1つ目の一包化という調製業務につきましても、検討すべきものであろうかと考えます。しかしながら、2つ目の高齢者施設入居者への調剤という整理の仕方については、調製業務の一部ではなく、調剤そのものを意味しているものと同じと考えます。すなわち、先ほど指摘しました、薬剤師が担う業務の丸投げと同義であって、外部委託の範囲としてはふさわしいものではないため、このような整理の仕方には明確に反対いたします。

事務局が示された、ここで言う高齢者施設入居者とは一体どのような施設か。若しくは、どのような状態の患者を想定されているのか。一くくりに高齢者施設と言いましても、介護を必要とするような方々ばかりではなくて、一般的な外来の患者さんと変わらない生活をされている方々まで様々いらっしゃいます。すなわち、一包化が必要な患者さんだけではなく、一包化せず計数調剤のみという患者さんも多くいらっしゃいます。実際、88歳になる私の父親が、その状況です。一包化を必要とせず、服薬管理も問題ございません。また、こちらは以前、確か佐々木構成員からの御意見だったかと思いますが、医師はよほどのことがない限り、実際には余り処方を変えたがらないということをおっしゃっていらっしゃいました。ただ、処方を行う立場から見た場合は、もしかしたらそうなのかもしれませんが、我々処方箋を受け付けた薬局の薬剤師としては、たとえいつもと変わらない処方内容であっても、患者さんに服薬中、服薬後に問題はなかったのか、ほかの医師から処方された薬はないか、ほかの薬との重複や相互作用に問題はないか、といったことを毎回チェックしながら調剤することが仕事であり、責務であります。

もしかすると、割合からしますと、その値は非常に小さいかもしれませんが、ただ、そのまま調剤してしまいましたら、その患者さんにとって問題が生じる危険性があると認められた場合

には、疑義照会を行って処方変更をしてもらうか、結果としてそのまま調剤することになったとしても、その後慎重に様子を見ていくことが必要になります。高齢者施設入居者イコール処方の変更率が低い、処方内容が変わらないというのは、あくまでも結果の話で、処方内容が同じだから、その調剤を外部委託しても構わないということではないはずです。すなわち、高齢者施設入居者という一くくりで考えること自体、誤りであると言わざるを得ません。もう少し丁寧に説明するとすると、高齢者施設入居者の患者さんの場合であって、かつ一包化を必要とするケースの場合は理解できますが、そうでない患者さんまで対象とするという考え方は、明らかにおかしいと考えます。

また、調剤自体を外部委託という形で丸投げを認めるようなことになれば、望むか望まないかにかかわらず、結果として地域医療の崩壊につながってしまうということは容易に想像できます。地域医療の崩壊につながるような改革は絶対に認めるわけにはいきません。仮に調剤の丸投げという形の外部委託が可能となれば、それをフルに活用する委託元の薬局にとっては、医薬品備蓄に係る負担は軽減するかもしれませんが、しかし、丸投げが行き過ぎれば、過剰な枚数の処方箋を取り扱うことになったり、過度な効率性を追求するあまり、処方箋を取り次ぐだけの薬局、こういった薬局がはびこることになりかねません。その結果何が起こるか。地域に必要な本来あるべき姿の薬局が減っていく、なくなってしまうこととなり、もしそうなってしまったら、例えば、今般の新型コロナウイルスのような緊急事態が発生した場合に、本来の機能を持たない薬局ばかりでは、地域医療に必要な調剤サービスを担うこと、すなわち、薬剤師並びに薬局が責務を果たすことは、ほぼ不可能と言えます。薬局というインフラは、一度崩壊してしまっただけでは簡単に立て直すことはできません。また、いざとなつてからでは遅いのです。地域医療を守るため、調剤の丸投げとなってしまう委託範囲は到底認めることはできません。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。それでは、関口先生、お願いします。

○関口構成員 日本チェーンドラッグストア協会の関口です。日本チェーンドラッグストア協会としても、昨年 10 月に会長名で、厚生労働省側に調剤の一部、一部というか委託業務の反対についてという文書を出させていただいております。しかしながら、こういったところで議論することは非常に大切なことだと思いますし、進めていくかどうかというのは、やはり法的なもの、それから安全性というものが確立されなければできないと考えていることに変わりはありません。

ただ、今回のように、一部外部委託についてということだと、意見として言わせていただきますが、先ほどの御意見とちょっと反する部分もあろうかと思いますが、対物業務の効率化ということを考えれば、あってもいいのかなというところなんです。一包化などそういったこともございますが、こちらに書かれている高齢者施設ということ、私もその部分には引っ掛かっております。これは高齢者施設に限らず、緊急以外の在宅全般というふうにしてもいいのではないかと思います。例えば、小児在宅など、これはかなり時間が掛かるわけです。私どもでも 3 時間ぐらい調製に掛かってしまうという部分がありまして、薬剤師の対物業務というものの比

重を軽くするという意味では、これは有効であると考えられます。また、委託元のほうがそういった業務に関わらなくて済むということは、十分な服薬指導に対する時間、それからアフターフォロー、そういったことも取れるわけですから、これも対人業務の強化につながるのではないかということを考えております。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。山口先生、お願いします。

○山口構成員 事務局に質問したいと思うのです。先ほどの橋場構成員の演説を伺っていて、素朴な疑問として、この論点の中に高齢者施設が出てきたのは、何かそういうニーズがあつてのことなのでしょうか。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 事務局よりお答えします。ここに挙げさせていただいたのは、前回のワーキングで高齢者施設への入居者への調剤ということが御意見として上げられたというのと、あとは、高齢者施設の入居者、これもどこまでの範囲にするかとかいうのは、是非、御意見を頂ければと思いますが、大量に一気に多人数の方の調剤をするので、この辺りが非常に薬局さんにとって負担になっているといったところもありましたので、ここに論点として入れさせていただいたという、これは決定事項でもありませんので、是非、御意見を頂ければと思います。

○山口構成員 だとすれば、もう少しやはり具体的に、このようなところにニーズがあるということをつかりやすく書いていただければ、何か高齢者施設全般みたいに受け止めてしまつての御意見だったように思いますので、その辺りを少し整理していただいて、こういう場合なのだということにある程度特化していただいたらいいのかなと思いました。

○赤池主査 どうもありがとうございます。まず、オンラインで挙手いただいていますので、ちょっと私から見にくいのですが、佐々木先生と印南先生ですか。でしたら、まず佐々木先生からお願いします。

○佐々木構成員 今、山口様から御指摘を頂いた、高齢者施設は何で挙がっているのだと。これは多分、私が意見として上げたのだと思います。在宅医療の現場では、特に特別養護老人ホームとか特定施設とか、要介護状態の方だけが入っている施設というのがありまして、そういった所は、基本的に入居者の方は外の病院に通院するのが大変ですから、在宅医療を入れている。在宅医療を入れている方の多くは訪問服薬指導を入れている、通常、施設ごとに薬局は1軒入っています。ですので、薬局さんにも訪問服薬指導が集約されるのであれば、しかも多くの方が一包化を使いますので、ここに一包化と書いていませんが、高齢者施設の入居者で訪問服薬指導を使っている方は、基本的には一包化している方が多いだろうという前提で上げています。ただ、中には通院して処方箋をもらってくる方もいらっしゃいますし、自己管理をされたいという方もいらっしゃるの、そういった方は一包化する必要は必ずしもないと思いますが、前提としては、そういうイメージで私はお伝えしたつもりです。

橋場先生のほうから、調剤業務を丸投げするなどあり得ないというお話で、もちろん調剤業務の丸投げというのはあり得ないと思いますが、事務局から出していただいたこの資料は、調剤業務の丸投げではなくて、調製業務の外部委託という話だと私は理解しています。この部分

において、ここが非常に、時間的に薬剤師さんたちの活動をかなり拘束しているのだということは、このワーキングでもかなり明らかになっているところですので、ここが外部委託できることで、薬剤師さんたちが対物から対人にシフトできる、これは患者さんたちの価値にそのまま転換できると私は思いますので、進めるべきだと思います。

それから、橋場先生のほうから、本来あるべき薬局の姿が守れなくなるというお話もありましたが、本来あるべき薬局の姿というのが、今、時代が変わっている、患者ニーズが変化している、通院できない人が増えてきて、多病の人が増えてきて、しかもオンライン診療などが始まってという中で、これから先の本来あるべき薬局の姿というのを、今正に議論しなければいけないフェーズなのではないかと私は思っています。災害時の対応にしても、先生方が考えている本来あるべき薬局が存在すると、では、災害時、あるいはコロナの波のパンデミックのときにきちんと地域や社会が守れるのかということ、現状、これまでも、震災のときも、洪水のときも、そして今回の感染拡大のときも、やはり第一義的に対応ができたのは町の薬局ではなかったと、私は認識しています。地域にいろいろな選択肢があって、いろいろな機能があって、その中でそれぞれが強みを発揮して、地域住民に最適なバランスで薬剤師サービスが提供できるというのが望ましいのだと思いますし、その中において、町の薬局がかかりつけ薬剤師としてきちんと対人業務を中心に機能を果たすためには、一包化の業務が外に出ていくというのは、皆さんにとって利益はあっても損はないように思うのですが、どうなのでしょう。

○赤池主査 重要な御指摘を頂いたと思います。どうもありがとうございます。あとは印南先生、挙手されていますでしょうか。

○印南構成員 はい。

○赤池主査 よろしく申し上げます。

○印南構成員 大きなロジックでいくと、恐らくかかりつけ薬局やかかりつけ薬剤師を推進する必要があるという認識は皆さん共通していると思うのです。そのためには、対人業務が今より充実しないと分業のメリットも感じられない。そのために対物業の合理化が必要だというロジックになっているのです、全体が。一方で、医療安全を無視していいわけもなく、それから、医療安全が脅かされる蓋然性が高ければ、それは事前にきちんと考えるべきだとは思いますが、一方で、対人業務にシフトするための対物業の合理化について、先ほどから出ているように、事前にはニーズが完全に把握できないのです。なぜかと言うと、現在認めていないからです。

現在認めていないもののニーズを探るのは非常に大変で、そういうことを含めて考えますと、ここに書いてある表現で言いますと、「外部委託を可能とする業務の範囲としては、その必要性、実施可能性を考慮し」の後に、「当面」という言葉を入れていただきたいです。いきなり何の制限もなく、外部委託を認めるべきだという主張は誰もしていないと思うのです。一定程度の慎重な扱いが必要なことも恐らく誰も反対はしていません。それが慎重過ぎると、全然普及しないし、そうすると、対物業の合理化もしなくて、対人業務も充実せず、結局、最終的というか、目指しているかかりつけ薬局の話にも進展しないのです。そういうことを考える

と、ここの部分に「当面」という言葉を入れてほしいというのが1つです。

それと、橋場先生の中に実証実験という言葉がちょっと出てきましたが、実際に実験するかどうかは別として、例えば2年とか3年の間にもう一回これをレビューして、外部委託がもし進んだとしたらですが、そういう場合の問題点とかそういうものをまとめて、その後もう一回検討することを、この検討会できちんと明らかにしておく。つまり、予定しておく。そういうのはいかがでしょうかということです。以上です。

○赤池主査 これまでの先生方の議論をとりまとめていただきまして、どうもありがとうございます。非常に重要な点だろうと思います。そうしたら、出井先生、どうぞお願いします。

○出井構成員 NTT ドコモの出井です。外部委託に関しましては、今の印南先生の御意見に私も同意です。まずは、大きな目的は、やはりリアルな薬局店舗がいかに対人業務を充実させ、かかりつけ薬剤師、かかりつけ薬局を作るかということだと思います。そうしない限り、逆に今後、もしオンラインが進んでいったり、オンラインだけで調剤ができるみたいな所が出てきた場合に、果たして、競争力を薬局が維持できるのかというほうが懸念があります。私どもが調査した中では、以前にも御紹介したかもしれませんが、生活者側の調査で、薬局に行つての待ち時間に非常に不満を感じているというのが6割以上ありました。ここまでペインが大きいことというのはなかなかないものですから、そこが逆にクリアになってしまった場合、違う手段で、オンラインでもう済んでしまうみたいなことになってしまった場合に、逆に、リアルな薬局様がどうやってそこに違う付加価値を持つのかということがすごく大事なのではないかと思います。

私も、町にある薬局がなくなることに對して、別に推進しているわけでもなくて、それはあるべきだと思っていますし、そうする中での競争力が、恐らくかかりつけ薬局なのだと思います。そのために、対物業務をある程度集約していくことは非常に大事だと思っています。ある調査の中では、対物業務の中で、薬局さんの業務時間の75%は対物業務に掛かっていて、25%が対人業務という調査もありますので、まずは、何に時間が掛かっているのか、その負担をいかに軽減できるのか、それによって対人業務にいかに向かっているのか、そのクオリティを上げていけるのか、ということ議論するのが重要なのではないかなと思います。それは逆に、薬局の力を付けていく、残っていくことに寄与するのではないかなと思っています。

ここにある一包化、高齢者施設の入居者への調剤というのが、この2点だけで終了してしまうというのは、私もここだけではないのではないかなと思いますので、最初はこれかもしれませんが、その後、よりやはり手間暇が掛かっているもの、時間を節約できるものは何なのかということを広げていく、可能性を広げていくということは是非、残していただきたいと思いません。

先ほど、懸念点で橋場構成員がおっしゃっていた安全性、それから丸投げというところがありました。丸投げ先が、すみません、私の認識が間違っていたら申し訳ないのですが、丸投げ先も薬局さんなのではないかなと思っています。薬剤師さんがきちっといらっしゃるという前提での議論なのかなと思っています。違っていたらすみません。薬剤師さんがしっかりいら

っしゃるということは、そこが必ずしもスキルが低い、クオリティが低いのかと言うと、そうではないのではないかと思っています。逆に言うと、委託先になる所の品質をいかに担保していくのか。おっしゃるとおり、安全性というのは非常に大事だと、それは思います。ですので、やはりその安全性を逆にどう担保していくのかという議論をしたほうがいいのではないかと感じております。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。では、藤井先生、お願いします。

○藤井構成員 よろしくお願いいたします。私のほうもそもそもということでお伺いしたいところがありまして、外部委託を可能とする業務の範囲ということなのですが、大前提として、これをやるのは薬剤師なのですか？薬剤師が管理する薬剤師以外の者も入るのですか？それによって、高齢者施設への調剤もそうなのですが、一包化以外となれば当然散薬、水剤、それ以外のお薬も入るでしょう。先ほど小児在宅というお話がありましたが、小児在宅においては、錠剤を粉碎し、子供の量に合わせて微調整をする。これは時間が掛かりますし、本当に繊細な調製になります。そういった事を踏まえて、そもそもの前提として薬剤師が必ずやるというのか、それ以外なのかによって、当然委託される範囲は変わってこなければいけないと思いますし、この前提をしっかりと整理した上で、では、こういう状況だから、ここまで委託しても大丈夫なのか、いや、こういう状況であれば、それは委託はできないのか。当然、委託先の一包化は自動分包機と書いていただいているのですけれども、残念ながら、小児在宅まで入れる話になったら、確実に全自動というのはほぼ不可能かと思っています。また全てに散剤であるわけではありませんので、それは御老人の調整でも一緒だと思います。血液濃度をしっかりと見るものであって、でも、散剤が無くて錠剤を粉碎して作らなければいけないというものもあります。この前提をまず整理して、こういう状況なので、委託可能な範囲はこうなるということで御議論いただきたいなと思います。

○赤池主査 どうもありがとうございます。2 つ目の論点で少し見ていただこうと思ひまして、少し抽象的な形で入りましたので、若干、先生方の中での思い描いている姿がずれているかなという形に、私のほうで。では、先に猪口先生、お願いします。

○猪口構成員 猪口です。この議論は多分前提があって、調剤するときに、それがある程度急性期、緊急性がある調剤なのか、症状が落ち着いた方の調剤なのかによって、考え方が私は変わると思っています。この6 ページで見ますと、一番左が現状という、現在やっている方法ですけれども、ある程度急性期、緊急性がある場合には、この方法ではないと多分うまくいかない。ただ、これが症状が落ち着いていて、しかも一包化でいいということに限って言えば、右側に移るのだと思うのですが、ただ、今は超高齢社会で、高齢者にお薬を説明して、渡していく場合など、これはやはりこの赤のラインにしないと、多分うまくいかないだろうと思います。もちろんうまくいくような方は青ということもあり得るかもしれませんが、地域の中小薬局に来局する方は高齢者が多いわけですから、その場合は、やはり赤のラインに行くのだと思います。これは考え方としては、非常に症状が落ち着いている、処方変更のない高齢者の施設、特養とか、そういう場合にも同じ考え方が当てはまると思っています。

そうしますと、ある程度外部委託をすとしても、かなり条件があるはずで、どこもかしこも大型の全自動機器が置いてあるわけではないので、それがあ程度の数しかないとする、そこを利用するのは当然同一法人内だけであってはならない、地域でなくてはいけないということ、それから、先ほどから出ている地域連携薬局のような、ある程度大型で、人も多くいるような所に全自動型が置いてあって、どこの薬局からの依頼もきちんと受けられるという条件がやはり付いてくるのかなと思います。余り何でも OK という形にはしないほうが安全ではないかと思っています。

○赤池主査 正に今、私が申し上げようとしたことをおっしゃっていただきまして、どうもありがとうございます。今、猪口先生から御発言いただきましたけれども、6 ページ目の図をまず御覧いただけますでしょうか。猪口先生の御指摘も含めまして、やはり先ほど来お話が出ていますけれども、安全性の確保というのが当然大前提になってまいります。あと、橋場先生がおっしゃっていましたように、丸投げということはあり得ないということも、そのとおりだと思います。当然、委託元も委託先も薬局であると、この6 ページにありますように、これは前回も少し議論が出たかと思っています。

委託する内容につきましては、当然全てを委託するわけではなくて、やはり調製の部分というところが厚生労働省のほうで、これは基本的には前回の説明、議論といったものを踏まえてとりまとめていただいたのだと私は解釈しておりますけれども、ということでまとめられていることになっていますので、恐らく全てが一致するわけではないのかもしれませんが、橋場先生が御指摘された部分というのも、かなり加味された形では入っていると私は思っております。

その上でということですが、今、猪口先生がおっしゃいましたけれども、2 つ目の論点としまして、安全性の確保といった場合に2 つの重要なポイントがありまして、当然これは、コントロールするのは委託を行う薬局側、つまり、この図でいきますと、左側ということになります。その委託をする薬局側が患者さんに服薬指導を行うということが当然あります。そのタイミングをどうするか。それから、委託した場合に、主に一包化ということが想定されるのだらうと思いますが、そういった調製された薬剤を患者さんにお届けするといった場合に、赤のラインでいきますと、1 回委託元の薬局に戻して、そこから患者さんにお渡しするというパターン。

もう1 つは、直接委託先の薬局から患者さんに、これは主に配送になるのだらうということが想定されるわけですが、配送するというパターンが考えられます。安全性の確保という点から、特にどちらかにしなければいけないということはないのだらうと思います。赤のパターンというのは、特に御異議がないのだらうと思いますけれども、一番ポイントになるのは、いわゆる直接委託先の薬局から直送するというを必ず行うというわけではないにしても、可能にするかどうかというところが非常に大きな論点になるのではないかと思います。これらの点につきまして御意見を頂けますか。橋場先生、どうぞ。

○橋場構成員 今、赤池先生におっしゃっていただいた議論はすごく大事なところで、先ほど猪口先生からも御発言を頂きましたけれども、赤のラインに関しては問題ないのだらうという

ところはありますけれども、問題は青のラインをどうするかというところなのですが、基本的に外部委託を仮にしたとして、その薬剤が配送が認められるという場合だとしても、委託先の薬局から患者宅へ直送するという事は考えづらいと考えております。ICT を活用して、この青のラインで書いてありますとおり、画像を使って一定程度の薬剤監査を行うということは可能なのかなという気もしますけれども、当該薬局内で調剤した場合と全く同じレベルというようには決してならないと思いますので、何を使って、どのような方法でやるのかといったことを慎重に検討する必要があるかと思えます。取りあえず以上でございます。

○赤池主査 どうもありがとうございます。山口先生、お願いします。

○山口構成員 今回のルートですけれども、患者の立場にしてみると、処方箋を持って行きました、一包化するのとはほかの所に委託しますと言われて、またその数日後に来てくださいと言って、そこで説明を受けて2度来ないといけないということは、何でそのようなことになるのですか、というような疑問を生じるのは、何か目に見えているのかなという気がします。最終監査ということをおもとでやっていただくことはいいのですけれども、例えば最初に処方箋を持って行ったときの調剤設計の後に、服薬指導をするということのほうが現実的なのではないかと思いました。その最終監査をした後は、やはり直接配送してもらおうということにしないと、やはり何度も何度も足を運ぶことを強要されてしまうと、ちょっと疑問を感じてしまうのではないかなと思いました。

それから、論点その2の3つ目の所ですが、不正防止等の観点から行政による委託先の管理体制の監視指導の権限が必要と考えてよいかと書いてあって、当然だと思っていたのですけれども、これは改めて考えると、薬局がやるわけですね。ということは、行政の指導下に置かれていると思えますので、改めて委託先としての、何か指導するというようなことと解釈することよろしいのでしょうか。それを確認させてください。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 そのとおりでございます。委託先としての管理とか指導が入るという意味で書いています。

○山口構成員 改めて論点に書いてあるので、薬局以外の所がするのではないかというような発想になるのもその点かなと思いますので、そこを加えていただいて、委託先としての監督というような、ほかの視点なのだとということが分かるように書いていただくと、誤解が生じないのではないかなと思いました。

○赤池主査 どうもありがとうございます。橋場先生、どうぞ。

○橋場構成員 今、山口構成員から、前段の御意見というところで、以前、これは孫構成員にもおっしゃっていただいたところかと思えますけれども、調剤した薬剤というものを患者さんと薬剤師とが目の前に持って、そこで服薬指導を行うことで、疑義照会が必要となるケースというのは非常に多いと思えます。ですから、やはり服薬指導するその時点で薬があるということは、非常に重要であるということをおし上げさせていただこうと思えます。

その上で、調剤も含めて、先ほど猪口構成員からもお話があったように、急性期だったり慢性期だったり、いろいろなケースはあろうかと思えますので、その都度考えなければいけない

ということはあるかと思えますけれども、原則としては、やはり患者さんと薬剤師が、薬をしっかりとお互いに見ながら服薬指導を行うということが非常に大切であると思っております。

後半の件ですけれども、薬局が委託先であるというのは原則と思っておりますが、議論の中でもありましたとおり、昨今、後発品の製薬企業の問題もありまして、あそこも当然許可を受けている所であるにもかかわらず、非常に問題点があったところはあるかと思えます。したがって、委託元が、いかに委託先というものを管理・監督できるかという、この視点というものは非常に重要であると思えます。当然、行政の管理・監督というものも必要かとは思いますが、委託元がどうやって委託先を管理・監督するか、この視点を是非しっかり検討の余地に入れないと、同じような問題点が起こるだろうと思えますし、正しくそのときにあった、死亡例もありましたけれども、そういったことが起こってからでは本当に遅いということをおっしゃっていただきたいと思えます。

○赤池主査 どうもありがとうございます。山口先生、お願いします。

○山口構成員 今、橋場構成員がおっしゃった前段の所ですが、私も薬をしっかりと共有しながら説明していただくことというのは、これは当たり前、必須だと思っております。ただ、持って行ったときに、これは一包化を委託しますので、出来上がったら説明しますから、もう一回来てくださと言われて、恐らく不満が患者側からは生じてきて、何で何度も何度も足を運ばなければいけないのだという話は当然出てくるだろうという懸念で申し上げました。

○赤池主査 確かに2回薬局に行かなければいけないというのは、患者さんにとってはかなり負担になるということで、極端な言い方をすると、忌避される可能性もあるかと思えます。例えばですが、薬局で調剤をして出すときに薬がないという場合がありますけれども、私も実際に患者として行ったときにそういったことがありまして、これは薬局によって違うのかもしれませんが、私の経験では、ない物については、後で宅急便で送っていただいたということで対応していただきました。聞かれて、それを希望して、行っていただいたのですけれども、そういうようなことを考えると、必ずこの青の線であればいけないということではないのですけれども、患者さんが、もし直接送ってもらうことを希望された場合には、それを薬局が、いや、それは駄目ですと言う必要はないのかなと思えますが、いかがなのでしょう。

○出井構成員 出井です。私も、今、先ほど赤池先生がおっしゃったとおり、選択肢があっているのではないかと思います。もう一回取りに行って、その場で見たい、そうしないと不安である、患者側の視点で言うと、そういう人がいるならば、そうすればいいですし、送ってくださいという方がいれば、送ったらいいと思っていて、赤だけにしてしまったときの懸念は、委託して稼働を削減したつもりが、これがまた戻ってきたときの手間は結構薬局に掛かるのではないかなと想像して、戻ってきます、それを受け取りました、それが誰のもので、いつのものだったかを確認して、それをまた連絡して、来てもらってお渡しするという工程をするぐらいなら、委託しなくていいやということになるのではないかなと。分かりませんが、私がオペレーションに詳しくないので分かりませんが、そうなりそうかなとちょっと想像しました。必ずしも青だけではなくてもいいというのはおっしゃるとおりだと思いますし、そ

こは選択肢だと思いますけれども、青があってもいいと思います。

安全性というところでは、素人観点かもしれませんが、画像で、デジタルで確認して、それがログで残ったりするのを聞いたことがあります。ログで残るのであれば、どういう内容を誰が一包化したのか、調剤したのかということが明らかになると思いますし、この場だったか記憶は定かではありませんが、英国の例で、調剤の業務のヒューマンエラーが過去 3%だったものが、機械化することで 0.01%未満になったお話もあったかと思しますので、必ずしもヒューマンエラーが増えたり、安全性が脅かされるのかということ、そうでもないのかなと思います。ただ、赤と青を選びたい、選べるみたいに選択肢があれば、そこは実際にやっていたりする薬局さんの御判断なのかなと思います。

もう 1 つの観点で言うと、配送をもう一回戻してもらうことが増えるということは時間が掛かるという点と、多分コストが掛かると思います。そうすると、その分を誰が負担するのかとなってくると、やはり委託はしないということにもなってしまうのではないかなと思いました。その辺は逆に懸念が残りました。以上でございます。

○赤池主査 橋場先生、お願いします。

○橋場構成員 今の出井構成員の御質問というか、御疑念ということで、まず、今回この議論をずっとしていく中で、一包化というところの議論もありましたけれども、そもそも時間に余裕のある方に対してこれはやりましょうということが前提にあったと思います。ということから考えると、時間に余裕がある人なので、戻すということも、十分に余裕があるということで、議論されていることと思っております。それが 1 点です。

それから、先ほど赤池先生の御疑念というか、御疑問というか、あれなのですけれども、恐らく薬局薬剤師が、赤池先生がいらっしゃいました、赤池先生とお話させていただいて、赤池先生であればリテラシー的にも全く問題がないだろうというような判断を多分そこでして、薬剤師が大丈夫だろうという判断をして、配送しているのだろうと思います。ですので、やはり患者さんがどのような状況なのかということが一番大事なのであって、なぜ一包化するかということになると、服薬アドヒアランスを上げるためという目的ですから、まず、では服薬アドヒアランスを上げるためにどのような形でやらなければいけないのか。それはやはり患者さんの状態を考えて行わなければいけませんし、患者さんの状態もその都度変わりますので、そこを判断しながら、では、配送は可能なのか、直接渡さなければいけないのか。場合によっては、薬がない場合に御自宅にお届けする、いわゆる在宅ではなくて、お届けすることも薬局はやっていますので、そういったことも含めて、薬剤師個々が判断してやっていることだと思います。

○赤池主査 私がリテラシーが高いかどうかちょっと置いておきまして、確かにどうするかということは患者の要望だけではなくて、担当している薬剤師のほうの判断ということも当然加味されなければいけないというのは御指摘のとおりだろうと思います。どうもありがとうございます。印南先生が挙手されていますので、よろしく願いいたします。

○印南構成員 大体皆さんと同じなので、手短にいけますけれども、結局これは、パターン 2 を絶対認めないという意見はなかったと私は理解しています。これはどちらが原則で、特に赤

のほうが決定的原則なのか、あるいは半々なのか、そういうことは実際にやってみないと分からないし、そこに問題があるのだったら、それも先ほど言いましたとおり、一定期間後に見直せばいいわけですね。ですので、少なくとも薬局さんと患者さん双方の選択肢を残すという意味では、青を残すべきだと思います。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。藤井先生、お願いします。

○藤井構成員 少し今までの議論とずれてしまいますけれども、先ほどから服薬指導のタイミングをどう見るのかというお話もあったと思います。私としては、やはり調剤設計するに当たっては、当然患者様に残薬の状況とか、いろいろなことの聞き取りをまずしなければいけないとは思っております。そこで、今回のお薬の状況を伺った上で変更がないということが確認できれば、調製のほうの外部委託に入るのかと。ただ、最終監査を終わって、この後、服薬指導になるのか、その薬がもし配送されるのであれば、確実に、まず着きましたか、という確認も必要になるでしょうし、それが服薬フォローという形になるのか……。どちらにしても、最初と最後の両方を患者様には確認する必要があるのかなと考えています。そうなったときに、この調剤の、いわゆる完了というのですか、今ですと当然、患者様にお渡しして、服薬指導をして、薬歴を書いて、調剤としては完了という形になるのですけれども、この薬歴を書くところも、そうすると二段階に分かれてくる。また処方箋としては交付から4日以内というように、お薬を渡す縛りもある中で、その辺りのタイミングも含めて、何をもって最終的にこの患者様に対する今回の調剤が完了という扱いになるのかとか、その辺りも少し整理をしておかないと、特に薬歴の部分では混乱が残る。速やかに記載しなさいの「速やか」がいつなのですかというところを整理するというのも必要となります。整理をするという意味でも、やはり実証実験をしっかりとやっていただく必要があると思います。

もう1つあるのが、先ほど確認というお話をしているのですけれども、従来処方だけであればなのですが、やはり残薬があったときに、その残った分を含めて一包化、日数調整をして一包化を改めてしてほしいというようなニーズがあったりしたときに、その辺のやり取りも、実際どうスムーズにできるのかというのは、いろいろな場面を想定してやってみないと、本当の意味での患者様のニーズに合った業務とならないのかなとは思っているので、その辺りも見ただけならと思います。

○赤池主査 どうもありがとうございます。ただいまオンラインで佐々木先生が挙手されていて、孫先生、出井先生の順番で御発言いただけたらと思います。まず、佐々木先生、お願いいたします。

○佐々木構成員 当面の調製業務の外部委託という部分において、主たる対象は慢性疾患で一包化を希望する方と、それから、高齢者介護施設に入居していて一包化を必要とする方というように考えると、恐らくこの調製業務、外部委託を利用する方の絶対数としては、ほとんどが高齢者施設の入居者になるのではないかと私は感じています。この高齢者施設の入居者、例えば、薬剤師さんが介護保険を使って自宅にお薬を届ける訪問服薬指導、居宅療養管理指導を算定しますけれども、厚労省の資料を見ますと、100万回算定されているうち80万回は、実は

施設の入居者の方なのです。したがって、訪問服薬指導を利用している高齢者の大部分は、実は施設入居者ということを考えます。そうすると、施設の場合は、訪問服薬指導の指導対象が本人というよりは、やはり介護者であったり看護師であったりという所が多いと思いますし、例えば、調剤を委託された先から薬がそのまま届き、薬剤師さんたちは診療に時々同行してくれますので、施設に定期的にいらっしゃいますけれども、そのタイミングで、例えば訪問服薬指導するなどということを見ると、やはりパターン2を残しておかないと、現場の作業動線が1つ増えることになるのではないかと思いますし、パターン2は恐らく、居宅の患者さんというか、自宅に住んでいらっしゃる方がというよりは施設に入居されている方がより多く、絶対数としてより多く利用するのではないかと私は思います。

○赤池主査 どうもありがとうございます。次は、孫先生にお願いします。

○孫構成員 ファーマシィの孫でございます。私から最終監査の方法ということで、委託元が実施することが前提で、その手段については遠隔でも適切にできるのであれば、それはそれでよろしいのかなと思っております。

それを踏まえて、論点1のほうに戻るのですが、その業務の範囲として、一包化又は高齢者施設の入居者というようになっております。これは、高齢者施設の入居者に関しては、いわゆる一包化以外のものも含むということになってくると、実際は高齢者の調剤の中で、例えば粉を混ぜるとか、水剤を混ぜるとか、錠剤を粉碎するとか、要は、遠隔で監査が不可能な調剤というものも、かなり含まれるということです。そう考えたときに、論点の中に実施可能性と書かれていますけれども、そういった調剤は、遠隔での監査は実施が不可能だと考えております。それを踏まえて、そもそもそういったスキームに乗らないものを今回の1つの例示として挙げられてしまうと、ちょっと、さすがにこの議論はかなり振れ過ぎなのかなというように感じております。ということであれば、本件に関しては、非常に慎重な議論が必要だと思っておりますので、まずは一包化から始めてどういう問題があるのか、そういったところの検証を踏まえて次を検討していくということなのかなと思っております。高齢者施設であっても、一包化以外でも OK ということに関しては、ちょっと議論としては極論なのかなと感じております。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。それでは、出井先生にお願いします。

○出井構成員 ちょっと参考になるか分かりませんが、これを考えたときに、当社の場合、携帯電話の故障受付ということをやっているとして、私はドコモショップで店長をやっていたことがあるのですが、故障受付を店頭でやって、お客様と確認して、店頭に取りに来ていただくパターンと、最近では郵送するパターンがあり、郵送も、携帯電話の場合は、事が違うかもしれませんが、最初から電話で申し込むパターンというのがあります。私がお店にいたときに故障受付をして、非常に大事な携帯電話にもかかわらず、取りに来ないことが結構ありまして、取りに来るまでずっとスタッフが何回もそのお客様に御連絡をして、早く取りに来てくださいということを繰り返すのです。その管理も非常に心をやはり砕きますし、誤渡しなどということは起こってはならないものですので、厳重に管理も付けますし、そういっ

たようなことは、この赤いラインの所に、少し時間がたってからそのセンターから帰ってきて、赤いラインにする所というのを思い出したものですから、選択があって、もちろんそのお客様に対して御説明をしてお渡ししたほうがいいという選択をする場合は、お越しいただいてというところはしっかり残すべきだなと思いました。参考までにお伝えしました。

○赤池主査 どうもありがとうございます。林先生が挙手されています。よろしくお願ひします。

○林構成員 林です。先生方のパターン1とパターン2の御議論について、いずれもそれぞれにごもつともなことかなと思って伺っていたのですが、やはり調剤をする薬剤師としてコメントさせていただくとすると、服薬指導というのは後に来るのでもいいのですが、調剤設計のところで、やはりここに調剤設計のための患者面接評価というのを入れておかないと、この図の全体がロスの多い再調剤みたいなことを生み出しかねない。つまり、今、かかりつけを目指して、対人業務の充実を目指しているの、他院からの処方前回の処方インターバルからの間がないのかとか、飲んでることによって、残薬はもちろんですけれども、何か不具合がないのかということをもっと最初に確認をするということが大前提になって、最後の服薬指導まで、一番左のパターンでも右の2つのパターンでも成り立つのだということを再認識しておく必要があると思っています。一番左のパターンの場合は、最後の服薬指導までいってから、あっ、そのような事情があったのですかと、それは相互作用はありますね、いや、そのような手の震えが出ているのだったら先生に言わなかったのですかみたいな話で、先生と相談をして、処方を変えて、もう一回調剤し直すことはできますが、この右の2つの場合には、外部委託先で調剤してしまったものが届いていたり、戻ってきたりした段階でもう一回やり直すということは、とても効率が悪いですし、まず最初にそういうものが来るのだという前提でこの図式が成り立つ可能性があるのだということを、再確認をこの会でおいたほうがいいのかなと思いました。よろしくお願ひします。

○赤池主査 どうもありがとうございます。重要な御指摘だと思います。ただ、厚生労働省の事務局のほうからも御説明がありましたけれども、ここは全部が入っているわけではなくて、正に林先生が御指摘になったような部分は、図から省略はされていますけれども、行うことが前提の上ということだろうと考えられます。橋場先生、どうぞ。

○橋場構成員 橋場でございます。まず、出井構成員、携帯と薬を同じにされると、ちょっとというところがありますので、それは一言言わせていただきたいと思います。その上で、今、議論されている中で、繰り返しになりますけれども、今回の対象となる方に、時間的余裕があるというところをまず大前提に進めようという話になっていますので、そういう意味からしても委託元に戻さないというのは、ちょっと考えづらいと思います。加えて、一包化をするだけが調剤ではなく、監査も含めてなのですけれども、これはヒヤリ・ハットの報告書などにもありますけれども、薬袋に記載された内容と、また薬袋に、その中にきちんとその患者さんの物が入っているということも含めて、最後に委託元が監査をしないと、正しい薬というものが提供されなくなるということもあります。また、薬袋の記載内容につきましても、これが間違っ

ていますと、患者さんに幾ら説明をしても、間違っただ服用してしまうということもありますので、そういった確認も必要だということから考えても、直送というのはなかなか考えづらいかと、一旦、委託元の薬局がきちんとその辺りも全て確認するという作業が、私は必要だと思います。よろしくをお願いします。

○赤池主査 どうもありがとうございます。確認が必要ということで、ただ、いろいろな手段はあろうかと思いますが、1 つは、3 番目の論点に関わってきますけれども、やはりこういったこと的前提に、委託元と委託先の信頼関係ということが入ってくると思います。そういう意味で、委託の範囲ということになってくると思います。

もう既に本日始まってから 2 時間が経過しておりますので、よろしければ、ここで 1 回休憩を入れさせていただきたいと思います。時間は 10 分は取れませんが、16 時 10 分まで休憩を入れさせていただきます。会議の時間は、16 時 30 分までということをお願いしておりますけれども、毎回と同じで恐縮ですが、もう少し延ばさせていただきまして、17 時までには終わるような形でお許しいただければと思いますので、その点もどうぞ御了承ください。よろしくをお願いします。それでは、16 時 10 分まで休憩とさせていただきます。

(休憩)

○赤池主査 すみません。あつと言う間に休憩時間がたちまして、17 時には終わりたいと思いますので、そろそろ再開させていただきたいと思います。

そのためにはということですが、この論点の後に薬局の連携のほうで、やはり 20 分から 25 分ぐらい時間を取らせていただきたいと思いますので、今のこの御検討いただいている中での委託の範囲については、およそ 15 分程度で論点の検討を切り上げさせていただきたいと思います。その点、どうぞ御了承ください。そういう意味では、もし同じような意見という場合に、申し訳ありませんが、あえておっしゃらなくてもお一人がおっしゃっていただきますと、事務局で整理いただけるとと思いますので、ちょっとその点を御配慮いただきますと大変有り難いと思います。必要でしたら、またメール等でも御意見をお寄せいただくことも可能だと思います。そういうことで、進めさせていただきます。

委託先の範囲について、このスライドでは論点の 3 番ということになっています。7 ページ目、8 ページ目、9 ページ目という所になってきますが、やはり前回も出てきましたが、例えばという形ですが、顔の見える範囲と言いますか、要するにお互いがきちっと分かっている信頼ができるということが非常に重要であろうということが出てきました。それについては、先生方、御同意いただけているのだと思います。

ただ、その場合に、では具体的にどういう範囲を考えるかということをお考えいただきたいということですが、まず、印南先生に挙手いただいておりますので、よろしく願いいたします。

○印南構成員 3 つほど。まず、7 ページの真ん中ぐらいにある寡占・独占等の懸念という部分、そこに関して皆さんと情報を共有したいということなのですが、本日、規制改革推進会議の親会議をやっています、先ほど答申が出たのです。この寡占・独占等に対する懸念は、実

は規制改革推進会議も共有しています。その関係で記述を入れています。御存じかもしれませんが、かいつまんで言いますと、公正取引委員会は、独占又は寡占的な地位を有するプラットフォームその他の事業者が、その競争上の地位を利用してうんぬん、不公正な取引方法によって地域の調剤薬局を不当に排除することがないように、独禁法に違反する行為が認められた場合には厳正・的確に対処すると明確な文章が入っています。ですから、このポンチ絵では誤解を受けるような、何かその下の 8 ページは正に 1 社の、1 つの調剤センターが独占しているような図になっているのですが、こういうことに対しては規正改革推進会議も関心を持っていて、あらかじめ公正取引委員会も呼んで意見を聞いて、手立てを打っているということがまず第 1 です。

それから 2 点目が、この図そのものですが、先ほど言ったとおり、外部の調剤センターが日本に 1 社しかなくて、しかもセンターが 1 つしかなければ、これは正しく災害にも極めてぜい弱だし、いろいろな問題点が生じる、これはよく分かります。一方で、極めて狭い地理的制限を設けると、本日の最初の 3 ページに書いてあるとおり、本当に外部委託等は真に効率的なのか検証する必要があると書いてあるので、はじめから手足を縛ってしまって、効率性を発揮しようがなくなります。狭くなった場合に、実際には外部委託は全然生じない可能性が出てきて、そうすると、8 ページには薬局間の競争で競争上不利になると書いてありますが、これは逆です。こういう小規模な薬局こそ、全機能を備えられないので、外部委託したりいろいろな工夫をして、対人業務にシフトしたいわけです。それなのに、こっちで手足を縛ると、これは予定調和的に外部委託が駄目だという結論を導くような図と私には見えてしまうのです。ですので、そこが問題だということになります。

それから、上に顔が見える範囲という記述があります。顔が見える範囲という言葉はすごく曖昧で、かつやや情緒的な表現です。曖昧なので皆さん反論しなかったと私は理解しています。文字どおり捉えると、顔の見える範囲と言ったら、1 つのお部屋の中にいる 5 メートルぐらい先の人しか顔は見えないわけです。逆にオンラインのようなものを使えば、全国どこでも顔が見えてしまう。でも、赤池座長がおっしゃったとおり、顔が見える、顔が見えないというフィジカルな話ではなくて、これは信頼関係のことですね。外部委託やそういうものを一切強制するものではないし、先ほどいろいろな懸念があるので、委託する薬局さんはやはり相当、契約に当たって相手をチェックすると思います。そういうことを考えれば、信頼関係は醸成できるので、ここで本当にその地理的な制限を設ける必要があるのかかなり疑問だと思います。もちろん、先ほど言ったように全国で 1 か所しかないと困りますが。では三次医療圏なのか、都道府県なのかなど、それもよく分からない。そういう制限を本当に事前に設ける必要があるのかなということが、まず疑問だと思います。もし災害など、そういうことを気にされるのだったら、1 つの外部調剤センター、1 社が 1 つしか持たないことを禁じればいいわけです。少なくとも複数持つ。複数の外部調剤法人が複数センターを設ければ、それだけで数箇所になるわけです。大規模災害に対しては、それで十分だと思います。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。それでは橋場先生、お願いいたします。

○橋場構成員 今、印南先生におっしゃっていただいた中で、規制改革推進会議からも寡占・独占等についての懸念が入っているということで、そうなのか、なるほど、当たり前のことだなと感じるところですが、そうは言っても、この我々のワーキンググループでしっかり議論しないといけないところだと思っておりますので、そういった点でもお話させていただきたいと思っております。

委託先がまず薬局に限るというのは、もうコンセンサスが得られたところかと思っておりますが、委託先の範囲についても事務局案のとおり、同一法人に限定するべきではないということは賛同します。ただ、委託元から委託先に対して、委託内容や指示内容が正確に間違いなく伝わる、このようにするためには、また、万が一予期しない問題が発生した場合のことを考えれば、委託先、委託元の関係は顔の見える範囲。先ほどお話が出ているように、信頼関係があると同時に、万が一の予期しない問題が起こった場合での距離というものは非常に重要だと思っております。

具体的な指標ということになりますと、例えば1つの指標として在宅医療における16kmというものもあるかと思っております。ほかの指標としては、薬局の調剤に関する業務ということを考えて、万が一の問題が発生した場合、これも想定しますと、最大限でも薬局の許可単位である同一都道府県内に制限するということは、当然、必要だと思っております。さらに、調剤に関するということであれば、医療と全く関係なく規定すべきではないということを考えますと、二次医療圏内ということも考え方としてはあるかと思っております。ただ、同じ二次医療圏内でも、その圏域の中で人口に10倍以上の違いがあるという実態もあると聞いていますので、例えば、今、国が押し進めている地域包括ケアシステムというものが、小学校区、中学校区、旧行政区、住民の生活形態、地域づくりの単位など、面積や人口だけではなく地域の特性などを踏まえて設定しているということから考えましても、この地域包括ケアシステムの単位というものを導入するということも考えられるかと思っております。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。関口先生、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す。どのような切り方、区分の仕方をするかということだと思いますが、余り小さく切ると境目が増えてしまいます。必ず単位に対して、境目が発生してくる。例えば、川の向こう側なのに行政区が違う、道路の目の前なのに全然違うなど、区が違うなど、そういうことは医療の中ではよくあることだと思いますので、余り小さく切り過ぎると、これは複雑化すると思います。ただ、広ければいいのかなという、今度は管理監督の問題が出てくると思いますので、日本チェーンドラッグストア協会としては三次医療圏が適切なのではないかと考えています。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございました。山口先生、お願いいたします。

○山口構成員 いろいろな事情があると思いますが、やはり余り地域を限定するというよりは、流通がこれだけ発達しているということもありますし、それから、先ほど印南構成員もおっしゃったように、信頼関係の築き方はいろいろな方法があると思います。それを考えたときに、やはり委託する側がこういう所だったら安心できるという所が。範囲限定してしまうと、その

範囲を越えた所だとできなくなるということのほうが、余り現実的ではないのではないかなという気がしますので、そこはやはりしっかりと守るべきものが薬の場合はあると思います。例えば何日以内に配送してもらわないと困るなど、薬局の所に戻すのだとしたら、そこに品質管理ができるかどうかなど、そっちのほうが重要視すべきであって、余り範囲というのは私は関係ないのではないかと思います。

○赤池主査 どうもありがとうございました。出井先生、お願いいたします。

○出井構成員 私も印南構成員と山口構成員と同じ意見です。エリア制限を設ける必要はないと思います。もちろん災害を考慮して、リスクの観点で何箇所か、物流が特に行きにくい場所などもあると思いますし、何箇所か持つべきだと思います。ただ、余り細分化すると提供されないエリアというものが出てくるのではないかと考えていて、提供する側が株式会社だとするならば、やはり経済合理性がある所となってしまうと考えていて、そうすると提供されないエリアの地域の格差が生まれてしまうのではないかと考えています。どちらかというところ、やはりこれは対人業務を充実させて、患者様が薬局で良いサービス、サポートを受けられるということを目標にするならば、地域格差はあるべきではないと思いますので、どこの薬局においても受けられる状態、対人・対物の委託先を選べる状態というのが提供されるべきだと思います。さすがに三次医療圏 52、二次医療圏 335 ではあると思いますが、これを提供できる会社が果たしてあるか、それから、利益が上がりにくい所にあえて提供するということが選択できるのかどうかという観点で、その地域差というところはちょっと懸念されます。

もう1つが、顔が見える範囲の信頼関係ということがありました。確かに先ほど橋場さんからありましたとおり、指示内容が正確に伝わるかどうか、これが一番重要だと思います。指示内容が正確に伝わるかどうかは、どちらかと言うと、顔が見えるかどうか、信頼関係があるかは大事なことでありますが、しっかりどういうツールやどういう契約内容などで縛るのか、約束するのか、オペレーションを整理するのかということが大事なのではないかなと考えます。オンラインでも、我々はずっとこのコロナ禍においては、オンラインだけでずっと会っていないという方々と信頼関係ができていないかというところ、そうではなくて、もちろん会えることは限りなく良いことだと思いますが、毎日毎日会う必要性は正直ないと考えていて、委託するときの確認であるなど、時々定期的に、そういった顔を見せたオペレーションのその場の確認であるなど、そういう監査を入れるということで十分守れるのではないかなと考えます。

○赤池主査 どうもありがとうございます。あとは、オンラインで佐々木先生が挙手されていると思います。よろしくお願いいたします

○佐々木構成員 大分重複していますので、今更ですが、訪問診療は半径 16km と制限はありますが、半径 16km 圏内に訪問診療を提供する医療機関がなければ、その範囲を越えて訪問診療は行けることになっています。ですので、その範囲を誰かが決めるということよりも、委託元と委託先の関係性の中で合理的な決定をすればいいと思います。距離が離れていても、非常に交通手段が豊かであれば、短時間で配送できる所もあるでしょうし、距離が短くても山間部のように間に山や谷があれば、すぐに行けないという所もあるでしょうし、これは何か物理的

なルールを決めるということよりも、委託先と委託元の関係性の中で、委託先がここに委託することが合理的であると判断をして、その判断に対して患者さんが納得できる。それが前提としてそこにあるわけですから、その求められる機能が果たせれば、その範囲というものは具体的にここで何か指定しなければいけないというものではないと思います。

また、情報の連携についても、先ほども指摘されたとおり、顔が見えるから情報共有できるということではなく、やはりきちんとした形で、デジタルで情報が共有できるプラットフォームを作るなど、そういった部分について、むしろ資格認証を厳しくすべきで、物理的範囲にそんなにこだわる必然性はないのではないかと思います。

○赤池主査 どうもありがとうございます。どうぞ、橋場先生、お願いいたします。

○橋場構成員 ありがとうございます。距離制限のことは、1つは有事と平時のことも踏まえなければいけないと思うのが、まず1点。平時においては、効率化ということも当然考えていかなければいけないことを考えると、今、先生方がおっしゃられた意見もあるかと思いますが、有事ということを考えたときに、例えば一包化業務が外部委託できるということになったときに、どんどんそれが進んでいってしまっていて、特に我々は民間企業ですので、当然経営者からすると、効率化というものを追求するというのも1つあるかと思いますが。距離制限など、そういったものを設けないと、やみくもにそちらにシフトしてしまう可能性はあると思います。そうなったときに、特定の地域に医薬品が存在しなくなってしまうような状況は絶対避けなければならないと思いますので、そういった形で進むのかということからは、これからある意味、我々自身も試されていくところかと思いますが、そういった医療を我々が地域に提供するという公共性というものを、いかに規定するかということが大事なところだろうと思いますので、全てを民間に任せてしまえばいいということでは、まずなかろうかと思いますが。先ほども申しましたとおり、インフラが一度なくなってしまうと、立ち直れなくなりますので、そういった点では慎重に事を進めていただきたいと思います。

やはり今回は、一包化というところがターゲットになっていますが、一包化であっても調剤というものが相手先に行って、その後もう一度やり直しするケースというものもあるのです。そういった場合に、患者宅、施設、そこに近い薬局でないと、そういったことは対応できません。そういった場合に、では委託元の薬局が一包化をしなくてはいけないということも想定されるわけですから、そういったことも考えると、薬がその地域になければいけないということは当然だろうと思いますので、そういった視点は是非とも入れていただきたいと思います。

○赤池主査 どうもありがとうございます。おっしゃるとおりで、薬局に薬がないという状態になっては、私もいけないと思います。1つ重要な点は、やはりこの議論そのものが、もともとは対人業務を充実させるために対物業務を合理化しようとする、その合理化の1つの方策として、外部委託ということが出てきているということであって、外部委託が目的ではなくて、あくまでこれは手段であるということが前提になると思います。そのときに、やはり1つはロジステイクスの問題がどうしても入ってくる。それからもう1つは、橋場先生もおっしゃったと思いますが、いろいろな関係でトラブルが起こったときに、お互いにすぐに対応できるということ。

両方ともある意味で物理的な、つまり距離的な制限というものは当然出てくるのだろうということは考えられます。極端な話ですが、九州の薬局が北海道の薬局に委託して、薬を九州の患者さんに北海道から送ってもらうというのは、非常に非合理的なことです。やはりそういう意味でロジスティクス的な意味での合理性での距離というものは、当然出てくるかなと思います。初めて行われることですので、やはりそういう意味で、距離制限という意味ではないのかもしれませんが、しかも固定されるというよりも、とりあえずは実施をするときにこのぐらいの距離でどうですかということも含めた、やはり距離の指標というものはある程度は出していく必要があるのかなと思います。そういうときには、例えばですが、都道府県単位ということもありますし、よくいろいろな所で議論されるのは、やはり二次医療圏という範囲で議論されるケースもありますので、どの辺がいいかというのは今日は結論は出ないのかもしれませんが、それなりの距離の指標、制限という言い過ぎかもしれませんが、ある程度このぐらいの距離でやってくださいというようなところは出す必要があるのかなとは考えています。

もう少し議論を深めたいと思いますが、ちょっと時間がありませんので、もしよろしければ次の論点に移らせていただきたいと思います。よろしいでしょうか。どうもありがとうございます。

その次の論点ですが、薬局の薬局間連携の在り方について、御議論いただきたいと思います。ハブ薬局の要件ということにもなってきますが、13 ページですか。地域間連携の考え方と論点ということですが、1 番から 3 番までここに書かれています。3 番にあります。薬局間連携ということを行った場合、前回のワーキングが行われたときにも、薬局の規模によらず中心的な役割を果たす薬局、いわゆる薬局連携のハブとなる薬局が必要ではないかということが出てきました。

その次の 13 ページになりますが、そういった場合の薬局間連携のハブとなる薬局の制度上の位置づけということで、一番上の○にあります。前回のワーキングでは新たな区分を作ることには否定的な意見があったということ。それから 2 番目ですが、薬局の既存の区分としては地域連携薬局があるといったようなことがあります。

論点として、下の四角に 4 つの論点がありますが、その 2 つ目の○になりますが、論点として事務局から挙げていただいているのは、地域連携薬局をベースとして考えてはどうかといったような論点が挙げられているということです。こういうハブ薬局の考え方、あるいは薬局間連携ということについて、最後に御議論いただきたいと思います。まず、橋場先生からお願いいたします。

○橋場構成員 スライド番号で言うと、12、13 以降になると思います。まず、12 コマ目の 1. 地域において求められる薬剤師サービスの全体像については、全体像としてはおおむねこのようなところかと思います。2. の地域の薬局間連携についても、各々の薬局が地域や患者のニーズに対応するためには、必要なものではなかろうかというふうに思います。

その上で、3. 薬局間連携の在り方については、やはり、地域に合わせて様々な形や方法があることは、これまでの議論の中でも申し上げてまいりました。今回提示されている方法も、や

り方の1つだと思います。この形以外は認めないということでなければ、連携の方向としてあり得るのではないかと思います。なお、この中心的な役割を果たす薬局ですが、連携のまとめ役、調整役を担うものであると理解しております。その上で、議論を進めていきたいと思いません。

まず、論点に対する意見を申し述べさせていただく前に、このワーキングでハブという言葉が示されて以来、私が当初に懸念を申し述べさせていただいたとおり、現状、Webでも業界紙等でもいろいろなイメージが飛び交っていると思います。したがって、本日、私はあえてハブという言葉は使わず、薬局間連携のまとめ役の薬局という言葉を使用させていただこうというふうに思っております。

さて、13ページの論点です。1つ目の○、各薬局がしっかりとサービスを提供することを前提に、薬局間の連携によってその機能が充実することは当然望ましいことだろうと思います。この連携の調整を担うまとめ役としては、地域薬剤師会であったり、その地域でリーダー的な役割を担ってきた薬局であったり、様々だと思います。

そこで、14ページにイメージ図が書かれております。この中で、薬局間の連携体が自治体等と連携するイメージというふうにも記載されております。14コマ目のイメージ図は、薬局同士の連携の調整役としての薬局の役割と、薬局と自治体の連携を取るという役割と、2つの別の役割がここに混ざって記載されているというふうに認識しております。

この2つの役割は、区別して考える必要があるだろうと思います。まず、薬局間連携の調整役、まとめ役を薬局が担う場合、そして、それを薬局間連携の制度として位置づけるとするならば、その薬局が自らや一部の薬局のみに利益提供することは起きてはいけません。したがって、公的な性質が必要であるというふうに思いますし、一定の基準も必要だろうと思います。

次に、自治体との連携についてです。災害や感染症など有事の対応や自治体と連携した事業への取組など、既に薬剤師会が自治体のカウンターパートとして役割を担っています。そういう土台がある場合に、わざわざ新しい窓口を作ることは、かえって混乱を招いたり、既にある連携が壊れたりすることにつながりかねません。ここは懸念がございます。したがって、示されている薬局間連携のまとめ役の薬局が地域の薬剤師会と連携することが、地域の薬局と自治体とのスムーズな連携の基盤であるというように考えます。

何よりも、薬局間連携は患者のため、また、地域のニーズの対応として公共的な観点からなされるものであり、薬局の事情や都合によって行われるべきではない。重ねて申し上げますが、公的な性質を持っている必要があるかと思いません。

2つ目の○です。薬局間連携のまとめ役の薬局を制度上に位置づける場合に、地域連携薬局をベースにしようという御提案です。元来、地域連携薬局は、患者のための薬局ビジョンに掲げたかかりつけ機能について、一定の基準を満たしていることを国民・患者に向けて明確化することを目的としておりました。

具体的には、外来、入院、退院、在宅医療、その患者の医療への関わり方が仮に変わったとしても、一元的・継続的に患者の薬学的管理を行えること、また、それらの地域の医療機関や

ほかの薬局と連携して質の高い薬剤師サービスができることを認定の基準としており、患者に対してどのようなサービスを薬局が提供できるのかの明確化がコンセプトになっておりました。つまり、国民の薬局選択に資する薬局機能の明確化となっております。

今後、薬局間連携のまとめ役の薬局像を考えていくに当たり、地域連携薬局をベースに考えることについて反対するものではありませんが、もし制度化を目指すのであれば、今、申し上げた地域連携薬局の本来の目的が変わってしまうことや、在り方がねじ曲がることのないようにする必要は、注意点として申し述べさせていただきたいと思っております。

3 つ目の○です。地域で必要な最低限の薬剤師サービスがどのようなものかの目安を作ることについては、進めるべきと考えております。これは前回も発言しましたが、へき地など足りない所をどうするかが課題。不足している地域に適切に薬局を配備して薬剤師サービスを提供するために、必要量を地域で検討することは重要だと思っております。

なお、我々日本薬剤師会の課題意識は、地域の足りない所に対する提案です。多い所をどうしようということではないことを申し述べさせていただくと同時に、民間の取組だけでは、どうしても効率の悪い所へのサービスが足りなくなってしまうことが必然となるので、繰り返しになりますが、公的な観点からの取組が必要だと申し上げておきます。

4 つ目の○です。薬局間連携で行うメニューの 1 つとして、外部委託が挙げられております。先ほど来、並列で議論されている最中ですので、今、これについて議論することは難しいところかと思っております。ただ、先ほどから出ている、地域で顔の見える関係で連携できているということであれば、理解できると考えております。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。山口先生、お願いします。

○山口構成員 12 ページの、地域において求められる薬剤師サービスの全体像です。これを薬局連携でやっていくという発想は、これまでほとんどなかったのではないかと思います。個々の薬局が取り組んでいたり、あるいは、チェーン内で共同して取り組んでいるのが実態であり、一部の地域で薬局が連携しているのは存じ上げておりますが、全国的にはできていないのではないかと。

そもそも、地域に出ていき、他職種と連携することも積極的にやっていないのに、薬局同士が連携して何かをやるという発想はないのではないかとこのように思っています。だとすれば、まず、今、薬局間連携が求められていることを薬局に自覚していただくことが一番大事であり、そもそも、地域で連携していくときに、地域の特性があると思っております。本来は、その地域の特性に合った連携の仕方が自然発生的にできて、ハブが出来てくるのであり、要件を決めたり、制度として一定の決め方をすることでは、連携は成り立たないのではないかとこのように思っています。

13 ページの、地域連携薬局をハブとしてはどうかということです。恐らく、地域連携薬局として手を挙げた所は、ハブとしての役割を担うことを踏まえて手を挙げているものではないというふうに思っていますので、これも少し無理があるのではないかとこのように思っています。途中で申し上げたように、まず、今、地域で薬局が連携していくことが求められていて、それはなぜなの

か。個別ではできないから連携しなければいけないのだということによって対人業務にシフトしていくのだということ、まず、しっかり自覚していただくことが前提ではないかと思えますので、今の段階で要件を決めたりするという事ではないように思います。

○赤池主査 どうもありがとうございます。重要な御指摘かと思えます。藤井先生、お願いします。

○藤井構成員 地域での連携は本当に重要です。今、それぞれ全く連携していないのかといえ、こちらにも書かれているように、特に医薬品の融通では地域の中でそれぞれ連携を取りながらやっています

前にもありましたが、今は地域支援体制加算ですけれども、それぞれの薬局同士が連携先を、例えば、夜間でどうしても受けられないときには、連携先を明示して、そことやり取りをするという形の連携はあるというふうに思っております。ただ、私の中のイメージは、あくまでも対等であるべきというふうに考えています。

ハブについて少し心配なのは、在宅対応、無菌と麻薬です。特に無菌は設備がないと、というところはあるのですが、うっかりすると、対応できないので在宅はそちらにお願いしますという形になったとするならば、先ほどあったように同一薬局の利用というところで、かかりつけでありながら機能として果たせないのでは、果たせるハブ薬局さんに渡すという事象が起きないだろうかと懸念しております。

ハブとなる薬局というの分かるのですが、やはり、それぞれの薬局として果たすべき機能を持ち、その中で、あくまでも対等の中での連携。そういう意味では、行政と一緒に地域の方に対して健康のイベントをする、若しくは勉強会をするなど、地域の底上げをするという意味では連携すべきだと思います。

この連携の在り方のイメージとしては、真ん中にあるのは、あくまでも、先ほどあった薬剤師会や公的なものが担うべきであり、薬局同士は同じ機能を発揮できるようなステータスを用意してあげるほうが、地域の患者様にとって、特にかかりつけを考えるのであれば、そちらのほうが連携の在り方としてはいいのではないかというふうに思っております。

○赤池主査 どうもありがとうございます。まず、山口先生、お願いします。

○山口構成員 1つ言い忘れました。地域間の連携を考えるに当たって、薬薬連携は避けて通れないと思っております。やはり、薬局と地域の医療機関で連携していただき、その地域の中でどうしていくかを考えないといけないということからすると、例えば、地域によってはハブになる所が病院かもしれないということも、柔軟に考えていく必要があるのではないかというふうに思っておりました。追加です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。関口先生が挙手されていて、オンラインで佐々木先生が挙手されています。まず、関口先生、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す。地域連携薬局をハブ薬局とするかということ、地域連携薬局自体の機能を考えると、実際、それが機能としてはないということ、ここに書かれている発展型、機能強化型のものがハブ薬局となるということ

に関して、私は正しいのではないかと考えております。

患者様は地域連携薬局だから来ているわけではないという部分は、外から見ても分かりません。健康サポート薬局もそうです。ハブ薬局となったときには、薬局間の連携だけでなく、患者様にも分かるように外部に表示できるなど、患者様に分かりやすい方法を考えるべきではないかと考えております。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。佐々木先生、お願いいたします。

○佐々木構成員 機能強化型とそうでない薬局が連携して地域を支える仕組みは、実は在宅医療では一步先に進んでいます。在宅の患者さんは、24 時間対応や専門的な診療サービスなど、いろいろなものが必要になってきます。やはり、1 人開業医の先生ではカバーしきれない部分が出てきます。そうなったときに、例えば、私たちのような在宅医療専門クリニックが休日・夜間対応を支える、先生方が診られない病気や医療機器の管理を私たちがお手伝いするという形で、実際に連携しながら患者さんを診ています。

その中で、患者さんのニーズとして、無菌調剤や麻薬、確実な 24 時間対応が必要な人の割合は決して多くないのです。多分、多くの方は日中よくある薬を使うだけで済んでいると思います。ただ、中にはそうでない患者さんもいらっしゃいます。そういう患者さんについて、例えば、かかりつけ薬局を持ちながら TPN の無菌調剤だけをそちらでお願いする、オピオイドだけをそちらでお願いするみたいなことが果たして合理的なのかということ、そうでない可能性もあると思いますし、場合によっては、かかりつけ薬局がそちらに移ることも選択肢としてあっていいと思います。

患者さんにとって、最も安心できて、利便性の高いかかりつけ薬剤師の在り方が必要だと思います。薬局さんがかかりつけの患者さんをずっと見ていくことに限らず、地域の薬局は患者さんのニーズに応じて選択できていいと思いますし、もちろん、地域の薬剤師さんとハブ薬局で連携しながら見ていくこともあっていいと思います。

ちなみに、在宅医療をやっている私たちの場合は、地域のかかりつけの患者さんの主治医を我々がやることは決してなく、夜間対応だけ、少し高度な医療機器の対応だけということをやっています。ただ、先生方から、私が診ないほうが患者さんにとっていいのではないかというケースについては、主治医を引き継ぐこともあります。やはり、誰を主語にするかということ、患者さんだと思います。患者さんを支える最適な体制の中で、薬局の選択や薬局の連携もあるのだと思います。

○赤池主査 どうもありがとうございます。大分、時間が押してきました。もう 1 つ議題がございますので、孫先生が挙手されていますので、手短にということで最後にさせていただきますと思います。

○孫構成員 では、手短にということで、12 ページの 3. で、パターンとして①②が挙げられております。①であれば、同一法人内であればうまくいくのかというイメージができますが、例えば、開設者が変わるとどうなのかとか、とは言っても②がうまくいくのかなど、はかりかねるところがあります。例えば、やる気依存型システムではなく、かつ、横展開がしやすい形

がどうなのかということ、実証事業などで検証されることがあってもいいのかと感じました。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。それでは、申し訳ないのですが、5 時には終わらないといけないかと思しますので、ここは切らせていただきます。あと、リフィル処方箋の仕組みについても御議論いただきたかったのですが、時間がなくなってしまいました。

22 ページにあります。論点として、留意点をまとめた手引きを作成することとしてはどうかということで挙げられています。これについてはよろしいでしょうか。もし御意見があれば、メールでお送りいただくということでもよろしいですか。もしどうしてもここでということがございましたら、御意見を頂きます。あと、出井先生からお聞きできなかったのも、御意見については事務局にお送りいただくようお願いいたします。申し訳ございません。

それでは、続いて、事務局から資料 3「電子処方箋導入の数値目標について」の説明を頂きたいと思えます。よろしくをお願いします。

○医薬・生活衛生局総務課課長補佐 資料 3「電子処方箋導入の数値目標について」の説明です。電子処方箋については、先日、無事に法案を成立していただき、20 日に公布されました。国会審議においても、基本的には前に進めるべしという御意見を頂いております。私どもとしては、目標を掲げて前に進めていくことを考えております。

2 ページに、規制改革推進会議における当面の実施事項を記載しており、こういったものも踏まえ、3 ページに導入目標を掲げております。具体的には、来年 3 月末時点において、オンライン資格確認等システムを導入した施設のうち 7 割程度の導入を目標とする。その 1 年後に 9 割程度、更にその 1 年後におおむね全ての医療機関及び薬局の導入を目標とするとしております。基本的には、全てオンライン資格確認等システムを導入した施設のうちということです。

これらについては、今後、厚生労働省において対策を打っていく目標となるものです。基本的には、ここで合意を取るというよりは、国としてこういう目標を掲げていることを御紹介させていただき、もし何らかの御意見があれば承ります。以上です。

○赤池主査 御説明ありがとうございました。先生方から、何か御質問ございますか。猪口先生、お願いします。

○猪口構成員 今、オンラインシステム、電子処方箋、電子カルテが進もうとしているわけですが、セキュリティをどのように担保するかをもう少しはっきりしていただきたい。今、実際に医療機関もセキュリティが弱いと、本当にやられたり、マルウェアぐらいであればいいですが、ランサムが入ったら本当に終わってしまいます。

しかも、セキュリティを掛けるのは、例えば、地域によって光ファイバーが単独で引ける所はまだ安全なのです。地域によっては、まだ光ファイバーが引けないのです。そうすると、既存のものを使わなければいけない。そうすると、セキュリティがとても弱いのです。もちろん、これだけではなく電子カルテやオンラインシステムもそうなのですが、これを進めていく上では、やはり、国として医療機関に対するセキュリティにもっと責任を持っていただきたい。その保障をせずに、ただやれと言うのはとても危ない。問題が起こる前に、是非、そこについ

て話し合いをしていただきたいと思います。

○赤池主査 ありがとうございます。関口先生。

○関口構成員 日本チェーンドラッグストア協会の関口です。電子処方箋の導入についての数値目標ということで、おおむね書かれているとおりのことかと思えます。電子処方箋受付のために、既にオンライン認証システムの導入やレセコン業者との協議が行われていて、ハード面の導入の目安はほぼほぼついているのです。

しかしながら、電子処方箋を受けるときに、HPKI による電子署名が必要とされるというふうに聞いております。HPKI 発行が律速段階になるのではないかと懸念されます。これは来年 1 月から運用開始ということですが、HPKI の認証を持たない薬剤師は電子処方箋の調剤ができないということになると、結局、認証がどうなってくるのかが一番の問題となってくるのではないかと思います。例えば、厚労省が認めるサブ認定局を一時的に増やし、そして、HPKI の発行の速度を上げることが、この実現に対して必要になってくるのではないかとこのように考えております。

また、これは御提案なのですが、薬剤師免許発行時に HPKI を同時に発行してしまっただけではどうか。ついでに言うと、薬剤師免許もカード状にしてもらったほうが非常に楽なのです。これはチェーンドラッグストア協会からの御提案です。どうぞよろしくお願いします。

○赤池主査 どうもありがとうございます。ほかによろしいでしょうか。孫先生、お願いします。

○孫構成員 ファーマシィの孫です。先ほど、関口構成員から HPKI のカード発行の話が出ました。恐らく、この運用で大きなネックになってくるのは、カードの発行料だと思っております。それが非常に高額だということで、日本医師会では、会員であれば無料、非会員であってもかなり安価という価格設定をされております。日本薬剤師会においては、これがなかなか高額だということです。これは非常に大きなネックになる可能性があると思っておりますので、是非、日本薬剤師会で御検討いただきたいと思います。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございました。事務局からお願いします。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 印南先生は 4 時半に御退席されております。先ほどの薬局間連携について一言コメントということでメールを頂いておりますので、読み上げさせていただきます。

「薬局間連携につきましては事務局案に賛成で、責任の所在を明確にすることを含めて、立法化された地域連携薬局の発展型の形で、ハブとなる薬局を位置づけたほうがよいと思います」という御意見を頂いております。御紹介だけさせていただきます。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございました。それでは、議題 2. 「追加の議論について」ということですが、もしかしたら、まだ御意見があるかもしれませんけれども、打ち切りたいと思います。

議題 3. 「とりまとめに向けた検討について」です。資料 4-1 と 4-2 について、事務局より説明をお願いいたします。

○医薬・生活衛生局総務課課長補佐　ごく手短に御説明いたします。基本的には、この後、御意見を頂く形にさせていただきたいと思えます。資料 4-1 は、このワーキングのとりまとめの構成案ということで、本日、御承認いただき、こういう形でまとめたいと思えます。

第 1「はじめに」、第 2「薬局・薬剤師をめぐる現状と課題」、第 3「基本的な考え方」、第 4「具体的な対応の方向性」です。こちらは幾つかのパートに分かれてワーキンググループで議論しておりますが、そちらを 1～4 で並べております。そして、第 5「その他」、第 6「おわりに」ということで記載しております。

資料 4-2 について、本日は時間の都合上、説明は省略させていただきます。今、申し上げた構成の中で言うと、イメージ的には、第 4「具体的な対応の方向性」のベースになるものです。こちらについて現時点では、「〇〇すべきとの意見があった」というような書き方になっておりますが、今後、構成員の皆様におおむね合意いただいた事項については、「〇〇すべきとの意見があった」の「との意見があった」の部分を削除等して、ワーキンググループの意見ということでブラッシュアップさせていただきたいと思っております。

資料 4-2 については、後ほど赤池先生から御提案があるかと思えますが、事務局としては、詳細の議論は行わず、後日書面にてと考えております。資料 4-3 は、これまでの意見を全てまとめたものですので省略いたします。事務局からは、以上です。

○赤池主査　どうもありがとうございました。誠に申し訳ないのですが、本日は資料 4-1 と 4-2 について議論する時間がなくなりました。このため、今後の進め方として、まず、ただいま説明していただいた内容について、本日、追加で御議論いただいた内容を事務局が資料 4-2 に追加して、議論のまとめを案という形で作成します。

次のステップとして、当該のまとめについて書面ベースでメール会議の形を取り、それを第 6 回のワーキンググループという形で開催して、構成員の先生方から御意見を頂き、ブラッシュアップしたいと思います。

最終的に、修正の御意見を踏まえて事務局がとりまとめ案を作成し、既に日程が決まっておりますが、6 月 23 日に第 7 回のワーキンググループを開催して、最終にならないかもしれませんが、そこで先生方から御意見を頂き、最終調整していただくということに。最終なることを期待しております。これはいいことですが、何しろ非常に活発な御意見を頂くワーキンググループです。御意見を頂いて、とりまとめに向けていければと思えます。

大体こういう進め方で、要するに、2 ステップですが、よろしいでしょうか。本日、特に御指摘したい点がございましたら手短に御意見を頂きたいと思えますが、よろしいでしょうか。どうもありがとうございます。それでは、そういう進め方で進めさせていただきます。よろしく願いいたします。

時間について、既に 5 時まで延長した上に更に数分延長しておりますが、活発な御意見をどうもありがとうございました。本日の議論は、以上です。本日頂いた御意見は事務局で整理していただき、先ほども申し上げたように、書面開催の第 6 回ワーキンググループで議論を深めていきたいと思えます。本日の議題は以上ですが、事務局から何かございますか。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 本日も長時間にわたり御議論いただき、ありがとうございました。今後のスケジュールですが、ただいま赤池先生から御紹介があったとおり、かなりタイトに先生方に御確認をお願いすることになると思われますので、引き続き、御協力のほど、どうぞよろしく願いいたします。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。それでは、第5回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を終了いたします。どうもありがとうございました。