

質 疑

在宅（その5）について

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

それでは、ただいまの説明につきまして、ご質問等がございましたら、よろしく
お願いいたします。はい、森委員、お願いいたします。

○森昌平委員（日本薬剤師会副会長）

はい、ありがとうございます。論点に沿ってコメントさせていただきます。

○ 在宅患者に対する訪問薬剤管理指導を実施するためには、無菌製剤処理、医療用麻薬、医療材料等の提供も必要であり、薬局で在庫確保のために負担が生じていることから、このような提供が確保できている薬局の体制評価について、どのように考えるか。

1つ目の論点についてですが、在宅患者の数は2040年以降にピークを迎えると言われており、薬局・薬剤師はかかりつけ医をはじめとする多職種と連携して、在宅においても、より質の高い薬物治療を提供していくことができるよう、質・量の両面から体制整備をしていくべきと考えます。

今後、在宅医療が進展し、これまで入院で行われていた医療が在宅でも行われるようになってきています。

がん治療の選択肢も外来や在宅に広がっている中で、中心静脈栄養法や医療用麻薬の持続注射療法なども利用しやすい環境が整ってきており、ターミナル期を在宅で過ごされている患者さんも増加しています。

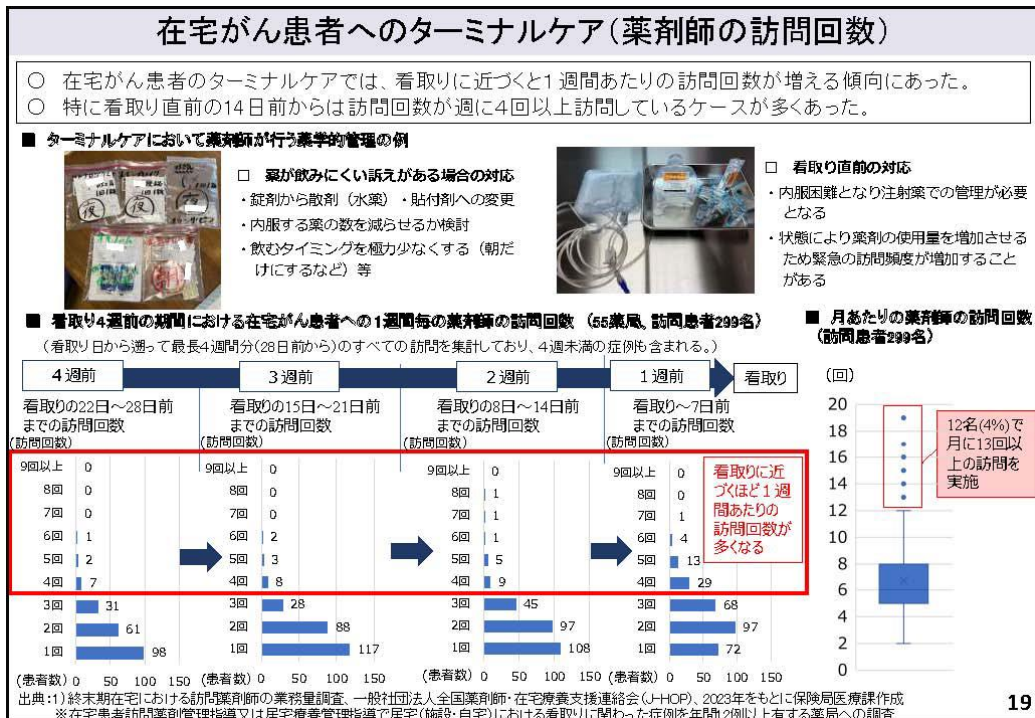
また、近年は重度の重症慢性心不全の患者さんも増えており、これらの患者の呼吸苦の緩和のために非がん患者にも麻薬の使用が進んできています。

このような背景から、今後さらにニーズが見込まれる医療用麻薬の提供体制については、医療用麻薬の備蓄管理、適時・適切な医療用麻薬の提供と薬学管理、ターミナルケアへの参画、刻々と変わる状態に応じた処方変更への対応、夜間・休日の緊急時の対応などが必要で、このような対応ができる薬局への体制評価をお願いしたいと思います。

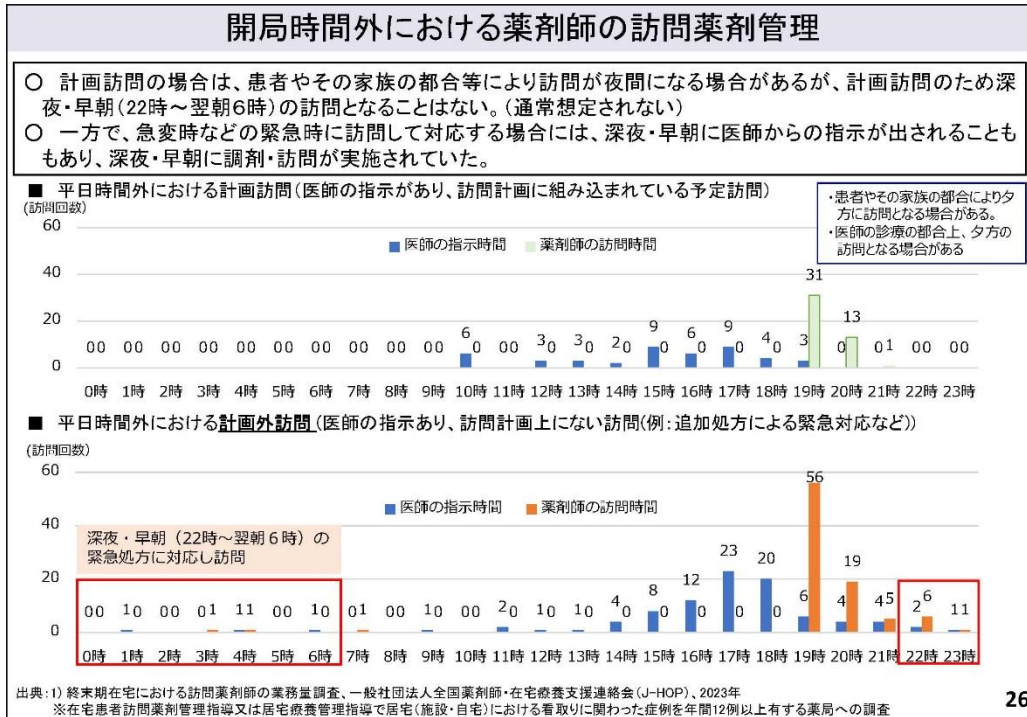
また、無菌調剤はクリーンルーム、クリーンベンチ等が必要で、物理的な観点から全ての薬局で受け入れることは難しく、地域の中で連携して受け入れ体制を整備する必要があると考えます。

○ 終末期の患者に対しては、訪問薬剤管理指導を現行の算定可能な回数を超えて頻回に訪問する必要があることや、患者の看取り後も患者宅を訪問した業務が必要なこと等を踏まえ、これらの業務に対する評価について、どのように考えるか。

次に、2つ目の論点についてですが、ターミナル対応では19ページ目にあるように、看取りが近づくと訪問回数が増加する傾向がありますが、訪問による薬学管理の算定回数には制限があり、医師からの指示で緊急訪問しても算定ができないケースもあります。



また、3つ目の論点にも関連しますが、26 ページ目に示されているように、



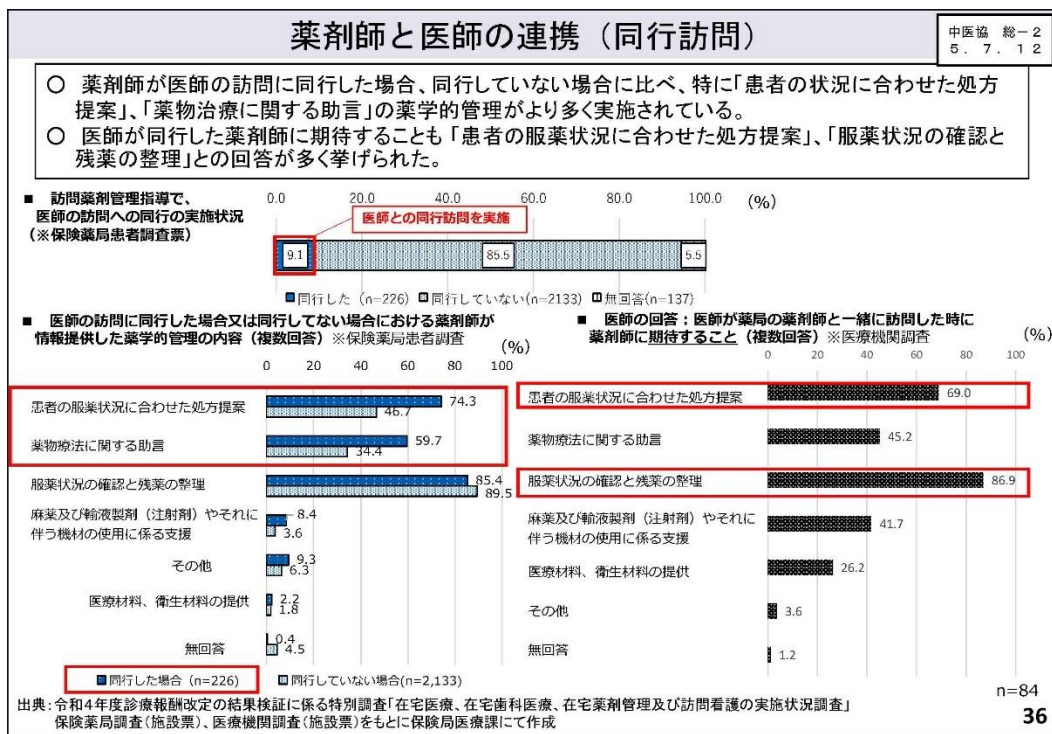
終末期では容体の急変に伴う投薬も発生しますし、痛みのコントロールが相当難しくなり、レスキュー投与の頻度と量が増加するため、麻薬が不足してしまうことも起きるため、一定数、深夜・早朝に調剤、訪問が必要となるケースがあります。

現行のルールでは、医師の処方に基づき、このような対応を実施しても、訪問に関する時間外に関する評価はございませんが、重要な業務の1つですので、このあたりには対応する薬局のためにも適切な評価をお願いします。

また、21 ページ目にあるように、看取り後、9割以上は患者宅を訪問し、医療用麻薬の回収、医療材料などの回収を実施しています。特に医療用麻薬の回収は不正流通防止、乱用防止の観点から欠かすことができません。こうした実態を踏まえ、何かしらの評価をお願いできればと思います。

○ 在宅移行時においては、多職種と連携しながら、退院時処方に基づく薬剤の調整、残薬整理、服薬管理方法の検討等の業務を十分な時間をかけて対応することが多いが、このような業務の評価について、どのように考えるか。また、処方医と連携して処方内容を調整する場合における薬剤師の業務の評価について、どのように考えるか。

4つ目の論点についてですが、在宅移行時には、患者の療養環境、服薬状況の確認、残薬整理、介護・看護状況等を確認し、患者個々に応じた薬剤の調製、服薬管理方法等の検討を踏まえ、医師との処方内容調整やケアマネをはじめとする多職種との情報共有など時間をかけて対応することが多くあり、このことはシームレスで、より質の高い在宅医療につながっています。



また、36 ページ目に示されているとおり、医師の診察への同行が進んでおり、同行時に患者の服薬状況に応じた処方提案が積極的に行われており、医師調査においても期待されています。

また、ケアカンファレンス時などでも医師へ処方提案を行っており、処方前の段階で医師と薬剤師が処方内容を調整し、その内容が処方に反映されます。

しかし、このような場合には医師への疑義照会は不要となるため、処方箋交付後に疑義照会を行ったときのような評価がありません。

さらに言えば、最近ではICTを利用した多職種連携も進んできているので、このような観点も必要かもしれません。

このような、医師に対して事前に処方調整や処方提案を行った場合などについて、何かしらの評価をお願いしたいと考えます。

○ 高齢者施設においても適切な医薬品提供や服薬管理等が必要なことから、以下の業務の評価について、どのように考えるか。
 ①現在算定することができない介護老人保健施設等の入所者の処方箋を薬局が応需した際の調剤・訪問薬剤管理指導の業務
 ②特別養護老人ホームにおいて、特に入所時の対応も含め、薬学管理等の実態を踏まえた業務
 ③短期入所の患者に対して実施する薬学管理等の業務

次に、5つ目の論点についてですが、39 ページ目にあるように、高齢者施設は利用者の状況やニーズに合わせて多様化しており、

高齢者施設等の各施設類型における薬剤管理							中医協 総一 2 5. 7. 12 一部 改 変
○ 高齢者施設等においては、施設類型によって医師・薬剤師の配置や入所者の状況等が異なることから、それぞれの施設類型に応じた薬剤管理の対応が必要であり、以下のような課題も有する。							
施設配置基準	医師	介護医療院	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	その他施設 (サ高住等)	短期入所 (ショートステイ)	
						短期入所療養介護	短期入所生活介護
		○ I型: 3以上 / 48:1以上 II型: 1以上 / 100:1以上	○ 1以上	○ 必要数 (非常勤可)	×	○ ※	○ 必要数 (非常勤可)
	薬剤師	○ I型: 150:1 以上 II型: 300:1 以上	○ 適当数 (300:1)	×	×	○ ※	×
	薬剤管理の現状等	自施設の医師・薬剤師等が薬剤管理を実施 抗がん剤・抗ウイルス剤・麻薬等の一部の薬剤については、往診を行う医師が処方する場合は、薬剤費について医療保険による給付が可能 (処方箋の交付も可能)		薬局の薬剤師が訪問し、薬剤管理指導を実施 末期の悪性腫瘍の患者に対しては、計画に基づく訪問による薬剤管理指導が可能	薬局の薬剤師が計画に基づく訪問により薬剤管理指導を実施 介護認定を受けている方は介護保険が適用	普段は在宅等で薬局薬剤師等による薬剤管理指導 (居宅療養管理指導) を受けている者が、短期的に入所し、その期間は当該施設において薬剤管理を受ける	
	課題	抗がん剤等の処方箋を薬局が応需した場合であっても調剤報酬が算定できない		要介護度3以上の患者に対する訪問薬剤管理指導の評価として現行の服薬管理指導料3が適切であるかについて検討が必要	麻薬の持続注射療法や中心静脈栄養法の管理について、医療保険では評価されているが、介護保険では評価されていない	短期入所中において薬学管理が適切に継続できないことがある	

※ 短期入所療養介護は、病院・診療所・介護医療院・老健施設が実施することができ、人員配置基準は、原則施設ごとの基準による。

それぞれの施設によって医師・薬剤師・看護師等の配置や医療の提供状況、介護スタッフの配置、入居者の要介護度や生活環境などはさまざまであり、その施設の特性に応じた対応が必要となります。

薬剤師は施設の関係者と密に連携して、入所者の情報を収集し、医師や施設スタッフと連携した服薬支援や薬学的管理を行っていますが、施設によっては調剤報酬を算定できないケースがあります。

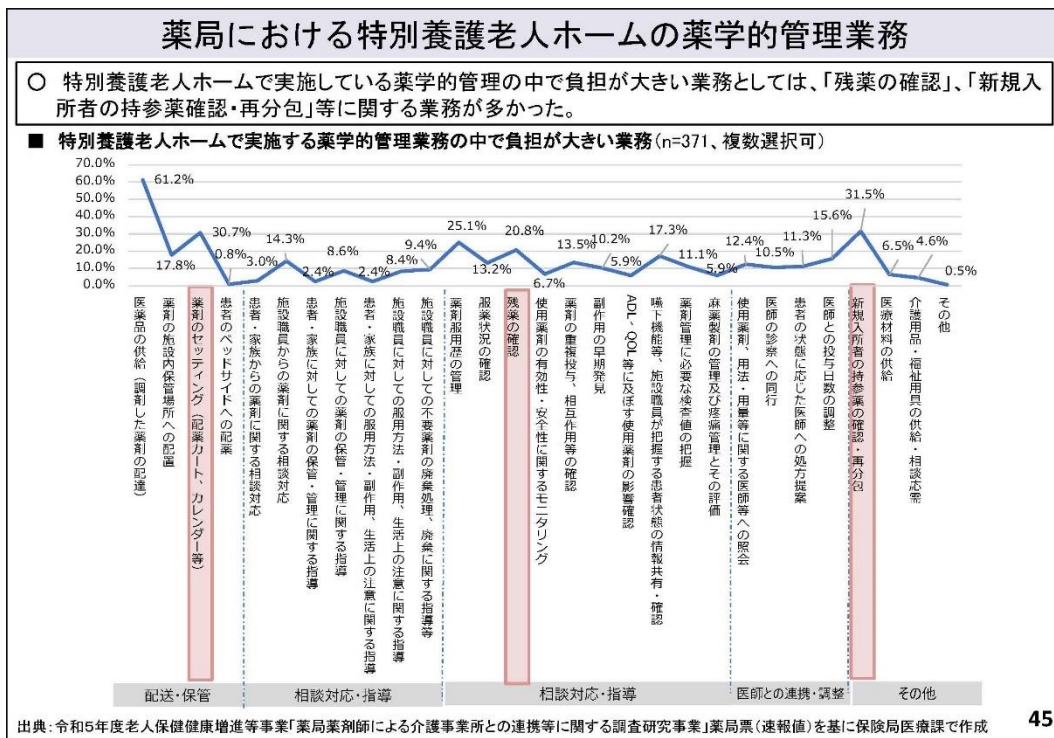
施設内で提供可能な医療				社保審-介護給付費分科会																													
				第215回 (R5.3.16)	資料2-3 一部改変																												
<p>○ 施設内で実施可能な医療として、疼痛管理(麻薬なし)が可能と回答した施設は、介護医療院で69.2%、介護老人保健施設で68.1%、特養で42.4%であった。また、疼痛管理(麻薬使用)については、介護医療院で46.2%、介護老人保健施設で19.5%、特養で15.7%であった。</p>																																	
<p>【施設内で提供可能な医療の割合(介護老人保健施設票問38、介護医療院票問21、介護老人福祉施設票問23、医療療養病床票問15)】</p> <p>○「経鼻経管栄養」について、老健では41.7%、介護医療院では93.7%、特養では28.7%であった。</p> <p>○「24時間持続点滴」について、老健では39.9%、介護医療院では82.4%、特養では5.7%であった。</p> <p>○「喀痰吸引(1日8回以上)」について、老健では50.3%、介護医療院では83.7%、特養では24.1%であった。</p> <p>○「酸素療養(酸素吸入)」について、老健では66.1%、介護医療院では90.5%、特養では53.9%であった。</p> <p>○「インスリン注射」について、老健では86.8%、介護医療院では91.9%、特養では69.1%であった。</p>																																	
<p>図表 2-3 施設内で提供可能な医療の割合(施設別割合)</p>																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>施設種別</th> <th>施設数</th> <th>割合</th> <th>施設数</th> <th>割合</th> <th>施設数</th> <th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>介護医療院</td> <td>21</td> <td>69.2%</td> <td>21</td> <td>69.2%</td> <td>21</td> <td>69.2%</td> </tr> <tr> <td>介護老人保健施設</td> <td>38</td> <td>68.1%</td> <td>38</td> <td>68.1%</td> <td>38</td> <td>68.1%</td> </tr> <tr> <td>特養</td> <td>42</td> <td>42.4%</td> <td>42</td> <td>42.4%</td> <td>42</td> <td>42.4%</td> </tr> </tbody> </table>						施設種別	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	介護医療院	21	69.2%	21	69.2%	21	69.2%	介護老人保健施設	38	68.1%	38	68.1%	38	68.1%	特養	42	42.4%	42	42.4%	42	42.4%
施設種別	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合																											
介護医療院	21	69.2%	21	69.2%	21	69.2%																											
介護老人保健施設	38	68.1%	38	68.1%	38	68.1%																											
特養	42	42.4%	42	42.4%	42	42.4%																											
<p>出典：令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究にかかる調査(令和4年度調査)</p>																																	

40 ページ目にありますように、施設内で医療用麻薬を使用した疼痛管理が実施可能と回答した施設は、特養では 15.7%となっております。

麻薬に関しては、厳格な管理とともに薬学管理が不可欠です。患者の望む場所で療養できる。施設で安全・安心に麻薬が使用できることは重要な視点です。

現在、特養では、末期がん患者のみ訪問薬剤管理指導が実施可能であります。施設の類型から末期がん患者以外の場合、同等の業務を行っても評価されていません。

また、切れ目なく適切な薬物療法の継続という視点では、ショートステイを利用する人が増加していますが、ショートステイ時の薬学管理も重要で、ショートステイ入所時の服用薬、服用方法等、施設への情報提供、利用期間中の薬学管理等を行っても算定できません。施設の類型等によらず、ニーズ、実態に合わせた評価をお願いしたいと思います。



また、45 ページ目にありますように、特養入所時にそれまで服用していた薬を整理し、施設職員への説明と、施設の特性に応じて安全に予薬できるような調剤方法を検討し、再分包等を行っています。

このような業務は大きな負担となっていますが、評価されていませんので、特養入所時の対応として評価が必要と考えます。私からは以上です。

○小塩隆士会長 (一橋大学経済研究所教授)

はい、ありがとうございました。ほかにございますでしょうか。はい、長島委員、お願いいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい、ありがとうございます。私も論点についてコメントします。まず1つ目です。

○ 在宅患者に対する訪問薬剤管理指導を実施するためには、無菌製剤処理、医療用麻薬、医療材料等の提供も必要であり、薬局で在庫確保のために負担が生じていることから、このような提供が確保できている薬局の体制評価について、どのように考えるか。

今回、論点に記載されている体制は、既に調剤基本料自体において評価されているのではないのでしょうか。既存の評価との違いを整理し、必要があるのであれば、既存の評価から切り出す必要があると考えます。

○ 終末期の患者に対しては、訪問薬剤管理指導を現行の算定可能な回数を超えて頻回に訪問する必要があることや、患者の看取り後も患者宅を訪問した業務が必要なこと等を踏まえ、これらの業務に対する評価について、どのように考えるか。

2つ目です。19 ページ、20 ページの資料を見ると、終末期に訪問回数が多いケースがあることは理解しました。

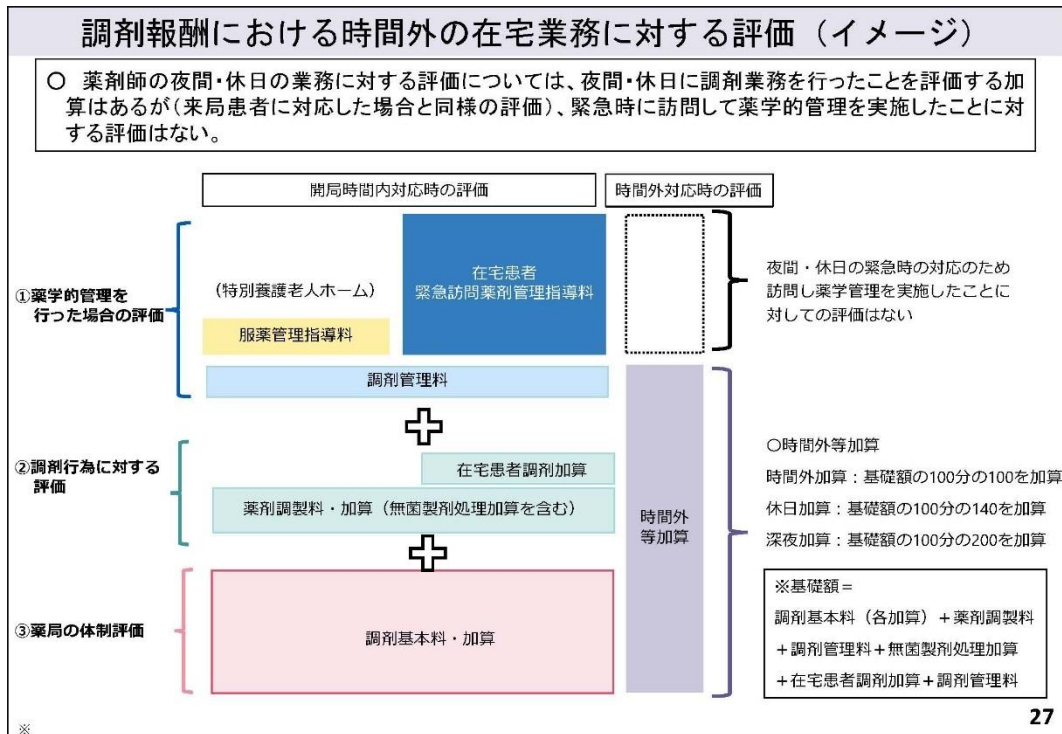
ただ、その多い回数の訪問がどういった必要性に基づいて行われているのか、資料では読み取ることができないと思います。

ターミナルケアの対応は薬剤師が中心となっているわけではありませんので、多職種の対応との関連性も含めて説明をお願いしたいと思います。

○ 訪問薬剤管理指導の時間外対応及び緊急時の患者宅への訪問の評価について、どのように考えるか。

3つ目です。27 ページを見ますと、調剤管理料の時間外加算が設定されている中で、指導料にも加算を評価するのはなぜでしょうか。

重複評価になるような印象も受けますので、まずは評価の必要性について整理が必要であると考えます。



4つ目です。この論点で示されているような業務は、退院時共同指導料、あるいは初回の在宅患者訪問薬剤管理指導料に含まれているようにも思いますが、

○ 在宅移行時においては、多職種と連携しながら、退院時処方に基づく薬剤の調整、残薬整理、服薬管理方法の検討等の業務を十分な時間をかけて対応することが多いが、このような業務の評価について、どのように考えるか。また、処方医と連携して処方内容を調整する場合における薬剤師の業務の評価について、どのように考えるか。

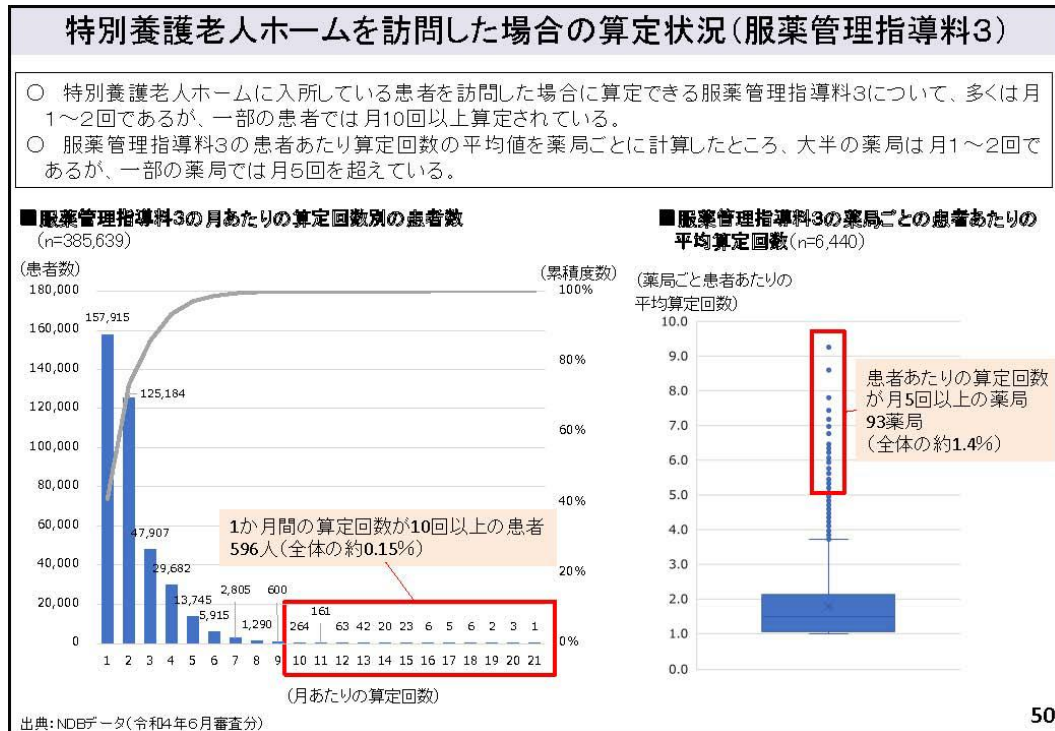
なぜ別途、評価するのか。その根拠を明確にしておく必要があるのではないかと考えます。

また、ほかの職種と連携するのですから、薬局薬剤師だけが評価されるようであれば違和感を感じます。

○ 高齢者施設においても適切な医薬品提供や服薬管理等が必要なことから、以下の業務の評価について、どのように考えるか。

- ① 現在算定することができない介護老人保健施設等の入所者の処方箋を薬局が応需した際の調剤・訪問薬剤管理指導の業務
- ② 特別養護老人ホームにおいて、特に入所時の対応も含め、薬学管理等の実態を踏まえた業務
- ③ 短期入所の患者に対して実施する薬学管理等の業務

最後です。②については、50 ページに、特別養護老人ホームに入所している患者を訪問した場合に算定できる服薬管理の指導料3が一部の患者において、月10回以上算定されている実態が示されておりますが、これも、こういった背景で頻回に施設に行く必要があるのか、明確にする必要があると思います。



また、③については、短期入所中において薬学管理が適切に継続できない課題があるようですが、今回の資料では具体的な内容が明らかではありません。

また、普段から在宅で薬剤管理指導を行っている薬剤師が入所を見越して対応することも考えられ、何が課題なのか、もう少し整理する必要があるように思います。

以上、全体として、今回の事務局の提案は、課題や評価の医学的背景や必要性が明確になっていない印象を受けましたので、

事務局におかれましては、より理解につながる資料の提供をお願いしたいと思います。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。長島委員、いくつか問題提起をなさいましたけど、現時点で事務局から回答をお願いするということではございませんね？

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

もし現時点であればですけれども、難しいようでしたら、次回以降、資料として提供していただければと思います。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、わかりました。事務局、よろしいでしょうか。現時点で何かご回答できるものがございましたら、お願いいたします。

○厚労省保険局医療課・安川孝志薬剤管理官

はい。薬剤管理官でございます。どういったことが準備ができるか、そういったところは改めて整理はしたいと思っておるところでございます。

今回、さまざまな観点の論点を示しているところは、通常の業務の評価されている点数は当然あるんですけども、そういったところにプラス、いろんな、さまざまな業務が発生していることをどういうふうにか考えるかという視点で整理したつもりでございます。

また、薬剤師の観点で、いろんな、訪問回数がこうなったという話もありますが、基本的には医師が処方箋を出したことに對して対応せざるを得ない、対応しなければいけないってところの実態があるがゆえに、こういったターミナルとか、ところの必要性というところの現場の声ということを踏まえて資料をまとめさせてもらったところでございます。

いずれにしても、どういうふうなことが明確に説明ができるかとか、いうところも含めて考えていきたいと思っております。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

よろしいでしょうか。はい、ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。それでは、松本委員、お願いいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。それでは、論点に沿ってコメントしたいと思います。

○ 在宅患者に対する訪問薬剤管理指導を実施するためには、無菌製剤処理、医療用麻薬、医療材料等の提供も必要であり、薬局で在庫確保のために負担が生じていることから、このような提供が確保できている薬局の体制評価について、どのように考えるか。

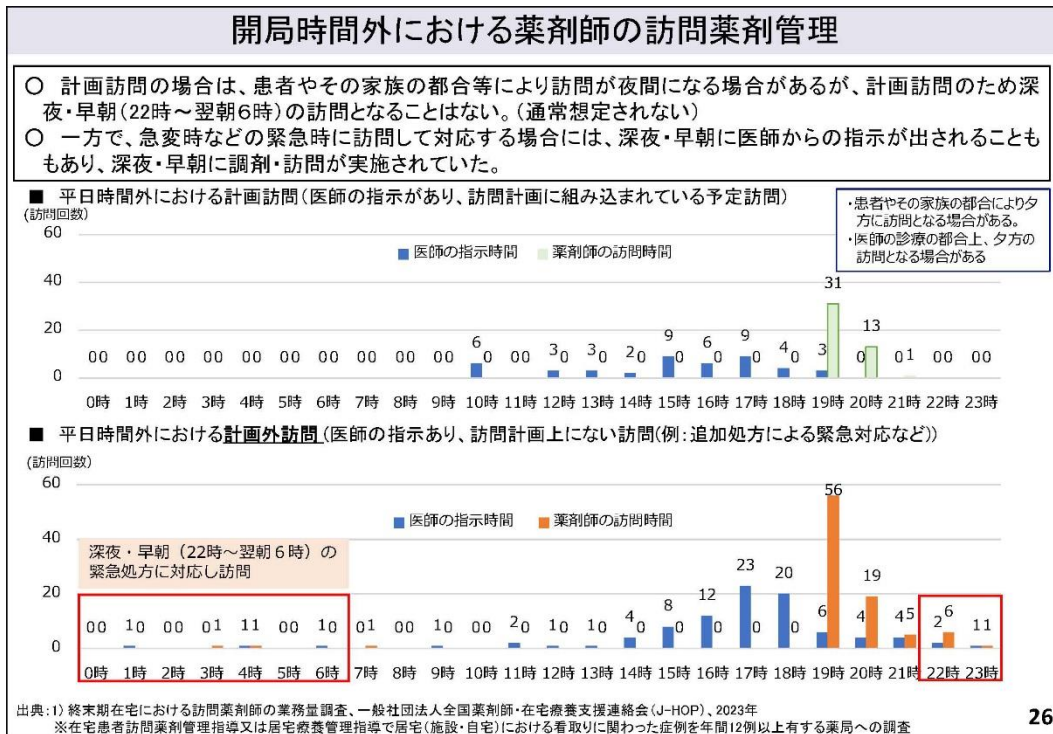
まず在宅対応している薬局において、無菌製剤処理や麻薬の備蓄、医療材料の取り揃えなど在庫負担が生じていることは理解いたしますけども、体制評価ということについては、調剤時の評価との関係も考慮して、どのような方法があるのか、具体案を見た上で判断したいというふうに思います。

○ 終末期の患者に対しては、訪問薬剤管理指導を現行の算定可能な回数を超えて頻回に訪問する必要があることや、患者の看取り後も患者宅を訪問した業務が必要なこと等を踏まえ、これらの業務に対する評価について、どのように考えるか。

次に、19 ページ、20 ページの関係でございますけども、終末期の患者に対する訪問薬剤管理指導については、看取り直前の 14 日前あたりから訪問回数が多くなっている実態を踏まえ、在宅患者訪問薬剤管理指導料や在宅緊急訪問薬剤管理指導料の月当たりの算定回数は見直す余地があるというふうに考えます。

○ 訪問薬剤管理指導の時間外対応及び緊急時の患者宅への訪問の評価について、どのように考えるか。

続きまして、訪問薬剤管理指導の時間外対応や緊急時の対応の訪問については、資料 26 ページを見ますと、計画外訪問において、深夜・早朝の緊急処方の実態があることがわかります。



その内容について、追加処方による緊急対応など患者の状態に応じた緊急の訪問が必要な状況があるのであれば、緊急時の訪問を評価することも考えられます。

○ 在宅移行時においては、多職種と連携しながら、退院時処方に基づく薬剤の調整、残薬整理、服薬管理方法の検討等の業務を十分な時間をかけて対応することが多いが、このような業務の評価について、どのように考えるか。また、処方医と連携して処方内容を調整する場合における薬剤師の業務の評価について、どのように考えるか。

在宅移行時の多職種と連携した対応については、30 ページを見ますと、医師等の関係者との調整、自宅での薬剤管理状況を含めた薬剤の調整など、

薬剤師が担うべき役割があるにもかかわらず、評価がない、十分でないということですので、一定の評価を検討することも考えられますが、

既存の評価に含まれている業務との切り分けや、退院時と初回訪問のどちらで評価するのかといった具体的な案を示していただきたいというふうに思います。

処方内容の確認・調整に係る評価

○ 外来患者では、交付された処方箋に基づき薬局の薬剤師が処方内容の確認を行うことになるが、在宅医療の場合は処方医と連携しながら対応する機会が多く、処方の段階で医師と薬剤師が処方内容を調整することがあるため、外来患者のような処方内容の照会に係る評価が得られないことがある。

➢ 在宅患者における処方内容の確認・調整の評価(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料)

評価されている業務	評価されない業務
<p>○ 在宅患者に交付された処方箋に基づき、薬剤師が処方医に対して以下を確認し、処方内容が変更された場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・併用薬との重複投薬及び併用薬、飲食物等との相互作用を防止するために処方を変更された場合 ・残薬の確認の結果、処方を変更された場合 ・薬剤師が薬学的観点から必要と認め処方医に照会した上で処方が変更された場合 	<p>○ 処方箋交付前に、薬剤師が処方医と連携して処方内容を調整し、薬剤師による処方提案等により、変更された内容で処方箋が交付される場合</p> <p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事前の調整における麻薬の処方量の変更(※処方箋交付後であれば処方内容を医師に照会して変更する内容) ・医師の訪問へ同行した際の処方提案等

➢ 在宅患者重複投薬・相互作用防止管理料を算定できない場合のイメージ

34

続きまして、34 ページにございます処方医と連携して処方内容を連携する取組については、重複投薬・相互作用等防止管理料の中で評価できるようにすることも考えられます。

○ 高齢者施設においても適切な医薬品提供や服薬管理等が必要なことから、以下の業務の評価について、どのように考えるか。

- ① 現在算定することができない介護老人保健施設等の入所者の処方箋を薬局が応需した際の調剤・訪問薬剤管理指導の業務
- ② 特別養護老人ホームにおいて、特に入所時の対応も含め、薬学管理等の実態を踏まえた業務
- ③ 短期入所の患者に対して実施する薬学管理等の業務

また、高齢者施設における薬剤管理については一定のニーズがあることは理解しますが、介護保険との関係や業務の効率性を踏まえて慎重に判断をしたいと思いません。

先ほど、長島委員が最後に言われた、ある意味で観点でございますけども、私も同様の印象を受けましたので、

それについては、やっぱり必要性であるとか、あるいは、その連携、あるいは分化しなきゃいけないものもありますので、その点をしっかり切り分けて、やっぱり説明いただく必要があるかというふうに思います。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

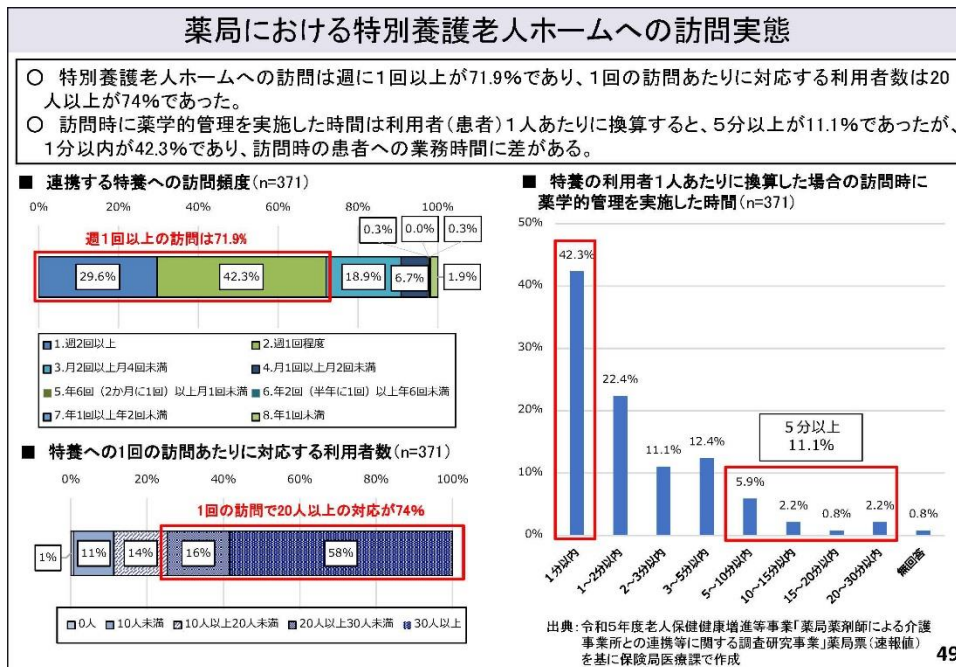
はい、ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。はい、佐保委員、お願いいたします。

○佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）

はい、ありがとうございます。53 ページの論点の 5 つ目の丸の②に関してですが、

○ 高齢者施設においても適切な医薬品提供や服薬管理等が必要なことから、以下の業務の評価について、どのように考えるか。
 ①現在算定することができない介護老人保健施設等の入所者の処方箋を薬局が応需した際の調剤・訪問薬剤管理指導の業務
 ②特別養護老人ホームにおいて、特に入所時の対応も含め、薬学管理等の実態を踏まえた業務
 ③短期入所の患者に対して実施する薬学管理等の業務

資料 49 ページの薬局における特別養護老人ホームへの訪問実態を見ますと、1 分以内が 42.3%とあり、業務時間に差があることが示されております。



詳細な状況はわかりませんが、訪問時の薬学的管理は重要と思いますので、より丁寧な指導が必要ではないかというふうに考えております。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。ほかはいかがでしょうか。はい、森委員、お願いいたします。

○森昌平委員（日本薬剤師会副会長）

はい、ありがとうございます。いろいろご指摘ありがとうございました。

いくつかあってですね、ちょっと順不同になりますけど、ショートステイなんですけども、ショートステイ、薬剤師って大変心配をしている。なぜ心配か。最近、ショートステイを利用される方、多くなったんですけども、

実はショートステイ先ではですね、患者さんに、1つは、その患者さんに慣れてないということ。それから、慣れてない薬が多く持ち込まれるのと、薬局によって調剤方法はさまざまで、

さまざまな調剤方法の薬が持ち込まれたときに、この患者にどう飲まして、どういうことを注意していいのかっていうのがですね、実はこれまで、スプーンと抜けてたんですね。

ロングショートも最近、増えてきた中で、その中での薬学管理もありますので、ここはちょっと安全に安心して使えるように情報提供を含めて、しっかりと取り組んでいく必要があるんじゃないかというふうに思ってます。

それから、事務局からもありましたけど、ターミナルケアのときに、もちろん薬剤師が単独で勝手に行けるわけではなくてですね、頻回訪問、それから、夜間に関してレスキューが必要になったり麻薬が足りなくなったときに医師の処方に応じて訪問していることになります。

それで現状、夜間、夜中に訪問しても訪問に関しての評価がないということもありますので、そこは今後、急なときにそういうことにきちっと対応できるように評価をいただきたいというふうに思っております。

それから、特養の指導なんですけども、1分以内というのもあったんですけども、実はあれ、指導だけで、その前に例えば残薬を確認したり、さまざまなことをしています。

それから、症状が安定している人は正直言って1分以内ですけど、4割ですけど、見ていただくと5分とか15分もありますので、そこはメリハリをつけながら仕事をしているところになりますので、

特養は特に施設の職員の方等と連携をしながらしっかりと取り組んでいかなければいけないことだというふうに思っています。私のほうからは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。はい。それでは、ほかに、ご質問等ないようですので、本件に係る質疑はこのあたりといたします。

今後、事務局におかれましては、本日いただいたご意見も踏まえて対応していただくようお願いいたします。

そろそろ、お昼なんですけれども、誠に申し訳ございません。まだ重要な案件が残っておりますので、ここで休憩を挟みまして、一息つけていただきたいと思います。

▼ 休憩 11:58 ~ 12:03