

第36回 健康・医療ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：平成27年5月21日（木）10:00～11:30
2. 場所：中央合同庁舎第4号館4階共用第2特別会議室
3. 出席者：
（委員）翁百合（座長）、林いづみ（座長代理）、岡素之（議長）、
大田弘子（議長代理）、金丸恭文、森下竜一
（専門委員）滝口進、竹川節男、松山幸弘
（事務局）刀禰規制改革推進室次長、市川規制改革推進室次長、
大熊参事官、湯本企画官
（厚生労働省）大臣官房 吉田審議官（医療介護連携担当）、成田審議官（医薬担当）
医薬食品局 三好薬事企画官
保険局 中井医療課薬剤管理官

4. 議題：

（開会）

1. 医薬分業推進の下での規制の見直し及びその他の規制改革事項について

（閉会）

5. 議事概要：

大熊参事官 それでは、時間になりましたので、規制改革会議 健康・医療ワーキング・グループを開催いたします。

皆様方には御多用中、御出席をいただき誠にありがとうございます。

報道の方は退室をお願いします。

（報道関係者退室）

大熊参事官 それでは、ここからの進行は翁座長をお願いいたします。

翁座長 それでは、議事を進めさせていただきます。

議題1は「医薬分業推進の下での規制の見直し及びその他の規制改革事項について」でございます。

本日は3月12日の公開ディスカッションを初め、当ワーキング・グループで議論を行ってきた「医薬分業推進の下での規制の見直し」の他、医薬品等に関連するテーマとして、「市販品と類似した医療用医薬品の処方方の在り方等の見直し」と、「新医療品の14日間処方日数制限の見直し」についても御議論いただきます。

まずは、これまでの議論を踏まえて今後の対応の方向性につきまして、厚生労働省から御説明いただき、その後、質疑応答とさせていただきます。

それでは、よろしくをお願いいたします。

厚生労働省（吉田審議官） おはようございます。厚生労働省の審議官でございます。
お手元資料1に従いまして、まず全体について私から御説明をさせていただきます。

本ワーキング・グループで取り上げていただいております医薬分業等について、これまで累次にわたる御議論をいただいております。私どもとして、本日は幾つかの論点について、私どもパッケージで物事を進めていく、全体像の中で考えていかなければいけないということから、これまで議論をさせていただいておりますけれども、まとめましたものを御報告申し上げたいと思います。

横紙資料をめくっていただきまして2ページ目、2枚目のスライドがこれまでも申しておりましたが、医薬分業に対する私どもの基本的な考え方ということで、これまで進めてまいりました医薬分業という政策あるいは目標というものを、現在の状況あるいはこの規制改革会議での一連の御議論、御指摘を踏まえまして、改めて整理をし直したものでございます。

下にスライドの絵でございますけれども、そこでビジュアルにさせていただいておりますように、現実には7割の薬局がいわゆる門前薬局という状況にある中であっても、医薬分業の分業率という数字そのものは上がってきているというのは、既にこの委員会でも共通認識いただいているところでございます。これからは薬局の薬剤師さんの持つ専門性を発揮して、服用薬についての一元的な薬学管理、そして多剤・重複投薬の防止や残薬解消を通じまして、薬物療法の安全性、有用性の向上、さらには医療費の適正化を目指したいということを変更して整理をさせていただいております。

今後につきましては、今、申し上げました一元的な薬学的管理ということからしますと、できるだけ患者さんはどの医療機関を受診しても身近なところのかかりつけ薬局に行ってください、また、かかりつけ薬局は患者さんの利便性ということも考えれば、患者さんの御自宅に在宅訪問するということも含めて、より今までの医薬分業をバージョンアップしていくような方向がこれからの問題点あるいは課題ではないかと整理をしております。

3枚目のスライドでございますが、患者本位の医薬分業という言葉掲げさせていただきました。この場でも申し上げておりますように、地域包括ケアシステムという中でのかかりつけ薬局ということを考えますと、今、申し上げました一元管理、服薬管理、服薬指導というものから、全体の方向性としてまず患者にとって身近なところにある薬局機能を明確化する。この会議でもまだまだ我々が御説明申し上げている点について不十分、不明確な点があるのではないかと御指摘もいただきましたことを踏まえまして、より明確化するとともに、薬局全体の改革の方向性についてお示しをするように検討していきたいと思っております。

そのような中で、これまで重ねるところがございまして、患者さんの視点から見たときには、そこに並べてございますような一元的・継続的に把握していただけて、処方内容がチェックしてもらえとか、あるいは多剤・重複投薬、相互作用を防止してもらえとか、あるいは患者さんが効果の継続的な確認ができるようになる。在宅で療養する場合にも行

き届いた服薬管理・指導が受けられる。患者さん自身の薬への理解が深まることによって、飲み忘れ、飲み残しが防止されて、残薬が解消できるようになる。薬剤師さんはこういうことを患者さんから見てやっていただけるような存在になるとともに、地域のかかりつけ医の方など、多職種の連携の一員として活躍をする。そしてOTCの使用法を含め、気軽に健康相談が受けられるというような社会像を目指して、私どもこれからの医薬分業を進めていきたいと思っております。

4ページ目、そのような方向性を具体的にどのような手段、ツールで実現するのかということにつきましては、このワーキングでも何度か御指摘をいただきました。現在、1つの手法としては、調剤報酬という診療報酬制度を通じての幾つかの働きかけをさせていただいておりますけれども、今後このような考え方あるいはパッケージの流れの中で、患者さんがかかりつけ薬局のメリットを実感していただけるような調剤報酬に変えていく必要があるだろう。そのためには今、申し上げておりますようなかかりつけ薬局を増やし、いわゆる駅前薬局から機能としてかかりつけ薬局機能を果たしていただけるようなところに移行していただくことを推進する。そのために調剤報酬を見直すということで、そこに書いてございますような地域のチーム医療の一員として活躍する薬剤師さんへの評価、かかりつけ医と連携した服薬管理に対する評価、処方薬の一元的・継続的管理に対する評価、薬剤師の専門性を生かした後発医薬品の使用促進に対する評価、一方でいわゆる駅前薬局に対する評価を見直すこと全体を進めることによって、安全性・有効性の向上と医療費の適正化を目指したいと思っております。

このような全体の報酬の方向性につきましては、いわばこれまでもこの会で御指摘いただきましたように、従来の報酬が必ずしもメリット、デメリットという意味で言うとは分かってはいるのではないかと、あるいはめりはりがついていないのではないかと御指摘もあつたことを踏まえておまして、今、申し上げたような方向で抜本的に調剤報酬を見直したいと思っております。

ただ、率直に申し上げまして、大きな改革を行うには先ほど来、申しておりますように、今の実態の中でどのような形でその方向になるべく早く変わっていただけるかということも私ども念頭に置いて、方向性を明確にした上で次回の改定、通常で申しますと来年4月に次期の調剤報酬の改定が念頭に置かれるかと思っておりますけれども、来年4月の調剤報酬改定以降、累次にわたる改定でこのような方向性を逐次進めることによって、先ほど前のページで申し上げたような患者本位の医薬分業を実現させていきたいということで、今後このような考え方に沿って中央社会保険医療協議会、いわゆる中医協で具体的に検討を進めさせていただけないかと思っております。

その下、3つ目、この会でも御指摘いただきましたPDCAサイクルにつきましては、これまでの御指摘も改めて踏まえまして、医薬分業の質を評価できるような指標。今の時点では例えばということでございますけれども、疑義照会、在宅医療への参画などなど、いろいろな指標を考えながら設定し、定期的な検証を実施しながら医薬分業を推進することを

我々としても進めたいと思っております。

4つ目、構造規制の関係につきましてでございます。今、申し上げたような全体の政策、まずは薬局の方向性を示す。そして、それに向かったの調剤報酬の抜本的な見直しを行う、PDCAを回すことを通じて、いわゆる門前薬局からかかりつけ薬局への移行を進めることをやりながら、あわせてこの規制につきましては経営上の独立性あるいは患者さんの自由な薬局選択をまず確保した上で、今までいろいろな御指摘、御意見をいただきました形式的な参入規制ではないかというようなところから、薬局の機能の評価を転換する。そして患者本位の医薬分業を実現できるように、今後中医協において検討することを私どもとしては進めさせていただきたいと思っております。

5ページ、冒頭、翁座長からもお話がございましたように、これまでこのワーキングの薬周りの御議論としては、医薬分業の他市販品類似薬の問題あるいは14日処方の問題についても御議論をいただいたところと承知をしております。改めて形式を変えて、いただいた御指摘と私どもの考え方、議論が長くなりますので私どもの方向だけまとめてございませけれども、1は医薬分業を再掲をさせていただいた上で、2の市販品類似薬につきましては、いただきました御指摘を踏まえ、私どもとしては市販品類似薬に限らず、医薬品の適正給付及び使用について、残薬削減等の観点から次期診療報酬改定に向けて検討を進めたいと思っております。

また、新薬の14日処方制限につきましては、御指摘をいただいておりますけれども、副作用等の早期発見など、安全性の確保に留意の上、中医協において検討させていただきたいと私どもとしては考えております。

私どもが用意させていただいた資料は以上でございます。

翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、質疑応答に移らせていただきます。御質問、御意見などございましたらお願いいたします。

林座長代理 ありがとうございます。

本日の資料1、1ページのところに「医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方」とあります。最初の四角の の、「薬局の薬剤師が専門性を発揮して、患者の服用薬について一元的な薬学的管理を実施する。これにより多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、患者の薬物療法の安全性・有効性が向上する他、医療費の適正化にもつながる。」という点ですが、これ自体は誰も反対しないし、私どももこの理念、これが医薬分業の理念だと思うのですが、これ自体は是非実現したいところだということを申し上げた上で質問させていただきたいと思えます。

この理念は、「分業」と言いますが、むしろ医薬「協業」、協力して業を行うという協業の理念ではないかと思えます。このスライド1「今後の薬局の在り方」についてですが、現状、これまで、医薬「分業」ということで物理的に分けていたので、門前薬局といういわば歪んだ形が発生してしまっている。今後はむしろ医薬「協業」に向かって

この理念を実現していくというところに、この後の厚労省のお話の計画は進まれていくものと期待しております。

そういった意味ではスライド3の「患者本位の医薬分業の実現に向けて」について、1つ、疑問があります。患者本位の医薬分業を実現する上で、全体の方向性に書かれている、患者本位の医薬分業、医薬協業で「実現できること」はドラえもんで言ったら「こんなことできたらいいな」という話。もともとの理念の出発点を繰り返していると思います。しかし、これまで40年やってきた医薬分業のやり方の問題は、一元的・継続的な患者情報の把握ができていない前提の下で、単に分けてきたということが問題でありまして、その点、一元的・継続的な患者情報の把握の点を解決しないで、次のスライド4に行きますけれども、Howということでツールとしてお考えの「かかりつけ薬局」で、調剤報酬やPDCAサイクルとか構造規制についての見直しをやると言っても、かかりつけ薬局が機能するためには、まずその前提として患者情報の一元化が必要だと思います。ここについて、これ以上先延ばしすることはできないと思うのです。それについてどのような具体的な方策をお考えになっているのかというのが質問の第1点でございます。

あわせて御質問したいのですが、この「かかりつけ薬局」、実際にどのように機能していくのかというのはこれからだと思うのですが、かかりつけ薬局に限らず、薬局に行ったときに患者、利用者が薬剤師さんのサービス、いろいろなサービスメニューがあり、それについて調剤報酬が今後めりはりつけていただけたとしても、利用者が必要か要らないかということが選択できるかどうかの問題。こういったサービスを選択できるのか。そのサービスはそれぞれ幾らかかるのか。そういったサービスと価格を分かりやすく薬局に表示してあって、そして利用者の意向確認を行うようなプロセスが必要ではないかと思うのです。その点も具体的に方向性を明確にした上で、28年4月からの改定に向けて中医協で検討していただけるのかどうか。この2点をお伺いしたいと思います。

厚生労働省（三好薬事企画官） 今、御質問をいただきました2点のうちの最初の1点目について御回答差し上げますけれども、かかりつけ薬局を推進していくことと、患者情報の一元化というものの関係なのですが、具体的に考えておりますのは3つございまして、まず1つはどちらがニワトリでどちらが卵かということがあるのですけれども、かかりつけ薬局という取組を推進していくことによって、患者情報の一元化を図ることをまず考えております。つまり個々の患者さんが、自分が基本的に薬を受け取る薬局を1つに決めて、そこはどの医療機関にかかっても使うということをいたしますれば、いわゆる薬歴というものもその薬局の中で管理ができますので、過去からの服用歴でありますとか、その患者さんのこれまでの副作用履歴でありますとか、アレルギーの記録でありますとか、そういったことを通じた情報提供とか服薬指導ができてまいりますので、かかりつけ薬局の取組を進めることそのものが、一元管理というものにつながると思っております。

2点目は、いわゆる患者情報の一元化のツールとして今、お薬手帳というものを使っておりますが、なかなかこれが機能していない。つまりいろいろな薬局に行くと、それぞれ

の薬局でお薬手帳を発行されていて、笑い話であるのは、おばあちゃんが薬局に行って、お薬手帳をごそごそ探していて、今日はこの薬局だからこのお薬手帳を出すために、そういうことをやっていることがあって、それではその方の一元的な情報管理というのは薬局でもできないということがありますので、そういったお薬手帳を集約化するような取組も進めていかなければいけないのではないかと思います。

お薬手帳との関係でもう1点申し上げますと、電子化というものを進めていきたい。紙の場合ですとばらばら発行されるわけですが、それを電子化するという取組が、これは今の薬剤師会でありますとか保険薬局協会でありますとか、あるいは大手の調剤チェーン、民間企業さん、こういったところでも開発されております。そういった電子版お薬手帳の取組を通じまして、患者情報の集約化を図る取組を進めていきたいと思っております。

翁座長 お願いします。

厚生労働省（吉田審議官） 御質問の後段の部分、前回あるいはその前から、患者さんにとって医薬分業というものがメリットを感じるあるいは実感を得るためには、サービスについて、あるいは価格についての情報提供あるいは開示について、もう一段の工夫が必要なのではないかという御指摘をいただいております。

まずファクトとして申しますと、現在も例えば診療報酬で24時間対応ができるとか、あるいは開局時間を少しうちは長くしていますとか、休日・夜間でも対応しますというような受付時間がありますとか、あるいはうちは服薬指導をしますとか、後発品の調剤を積極的に行っていますというような診療報酬の算定と並んだ形のものについては、患者さんのサービス内容として病院内や外側に、開局時間は中では意味がないので、外のところに掲示をすることを今のルールにおいても求めております。

一方、お金の面で申し上げますと、これは御案内のことだと思いますけれども、支払った後の領収書については、22年から具体的に何が幾ら入っていますよというものを薬局でも出すことになったという形になってはおります。

ただ、そういうルールになっているからといって、実態それが患者さんにちゃんと選択いただけるような形になっているかどうかというところは、ルールの問題があるでしょうけれども、さらにそれがどう適用されているとか、実際どうなっているかというところは、我々としても御指摘をいただいた問題意識を共有しまして、少しどんなことがやれるのか関係者にも働きかけをしたり、あるいはいろいろな御意見を聞いてみたいと思っております。

林座長代理 ありがとうございます。

まず1点目の情報の一元化の具体化の点について、3つあると言って回答されたのですが、2.5なのかなという感じなのですが、いずれにしても、まず1番目の自分が薬を受け取る薬局を1つに決めるとするのは全く患者本位ではありません。地域にいつも住んでいて家から動かない人ならともかく、現役世代、若者世代は毎日働いているのです。そ

ういったことを全く無視して、情報の一元化と「かかりつけ薬局」との関係についての回答の、第1としてそれを延々と御説明されるのは、全く危機感がないとしか思えず大変残念です。

2番目におっしゃったお薬手帳が機能していないということで笑い話をおっしゃいましたけれども、笑い話をおっしゃっている場合ではないのです。お薬手帳が機能していないのだから、それを電子化してまとめるなんてことをやっても意味がないのです。今、求められているのは、患者情報が患者本位に患者自身がちゃんと使えるようにすることが求められており、それをとっくにやらなければいけないということで、マイナンバーとどうつなげるかという議論もされているのに、それをないことのようにしてお薬手帳がどうだというような話をされるのは大変不愉快です。

情報の一元化が医薬協業していく上での大前提だということが明白であるにもかかわらず、それについて何らの対策もせず、相変わらずお薬手帳だということでお茶を濁しているというのであれば、改革する意欲が厚労省にはないとしか思えません。なので、基本的に一元化をどうするかということについての具体的な政策を、厚労省として是非打ち出していただきたいと思います。

2番目の審議官からいただいた利用者への表示の点なのですが、これは前向きなお答えをいただいたとっております。現在の領収書は言い値で払ったものを後から確認するだけです。消費者にとっての選択肢は全く示されておりません。こんなことは普通の社会ではあり得ないことです。こんな状態を何十年も続けているということは、いい加減に改めていただく必要があると思っております。

御案内のように政策官庁として、社会保障費をどのように効率化、重点化していくかということについては、厚労省は責任官庁なものですから、危機感を持って取り組んでいただいているところだと思っておりますので、是非この点についての今までのような、やり方を何か小手先で少しここを直すとかいうのではなく、抜本的な在り方の改革になるようなことを御一緒に考えていきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

厚生労働省（成田審議官） 前半の件でございますけれども、かかりつけ薬局と申し上げましたのは、全体の将来的な方向性についてはこういうふうにお示しいたしましたが、先生御指摘のように前回にも申し上げたかもしれませんが、若い方で通勤の途中にということもあるでしょうから、お勤めの近くのところを御自分のかかりつけ薬局にして、いろいろ処方箋をいただいたらそこに行ってくださいということ、あるいは駅の近くでも結構でしょうし、御自分でいろいろな医療機関に受診された場合に、処方箋が出たときにお持ちいただけたところをまず作っていただくという意味でございます。そういう意味でそこはかかりつけ薬局になるのではないかと。1つのかかりつけ薬局で一元化が可能なのではなからうかと思っております。

林座長代理 だったらスライド3の「患者本位の医薬分業の実現に向けて」の最初の箱の「地域で暮らす患者本位の」の「地域で暮らす」は削ってください。これはどうも最初

からおっしゃられているような「地域で暮らすお年寄りの」が残っているのではないかと
思うのですが、「患者本位の医薬分業の実現」という形にさせていただきたいと思います。

翁座長 吉田審議官、お願いします。

厚生労働省（吉田審議官） ありがとうございます。

幾つかいただいた御指摘を少しコメントさせていただきます。

まず最後の点、私どもとしては言葉足らずなのか、少し概念が整理し切れていないかというところかと思えますけれども、スライドで言うと2ページ目のスライドにもありますように、基本的には今、成田審議官から申し上げましたように、患者さんの利便性を考えれば、どこか1つ地域に限らず、身近なところというのが基本だと思っております。

ただ、その上で、そうは言いながら3ページ目のところの箱には地域と書いてあるではないかというところは、地域包括ケアというどちらかというとお年寄りを念頭に置いたこれからのチーム医療の方向の中では、2ページ目の右側のスライドにありますように、なるべく方々の身近なところでいろいろなチームのサービスが受けられる。その一員としてという思いが強く出過ぎたかと思えます。

かかりつけ薬局一般はここでも議論になっておりますように、例えば若い方が勤務地の近くで病院にかかったときに、どこの薬局に行くかとか、それでもなるべく勤務地の近くで一元的な薬局があるのがいいのではないかと私どもとしては思いますが、場所についてはそれぞれいろいろな利便性あるいはそれぞれの御都合もあろうということは十分踏まえた上で、これから方向になっていくという点については御理解いただきたいと思えます。ここに「地域に暮らす」という言葉を入れさせていただいたのは、地域包括ケアを念頭に置いた表現だったものですからそうっておりますけれども、全体としては「身近なところで」ということで御理解いただければというのが1点でございます。

2点目で、情報開示のところ、あるいは情報提供のところについてはお話申し上げ、あるいはまたコメントいただいたとおりかと思えます。さらに申し上げれば、料金表といいたましようか、領収書だけではなくて、料金についても今はルールの上ではというか、診療報酬の運用に当たっては料金表を患者さんが見えるところに掲示をして、患者さんの求めがあればきちんと説明することということをやっておりますので、実は薬局のどこかに一覧表みたいな形で値段表が張ってあるような形にはなっているかとは思いますが、それがあるからといって患者さんの選択が十分できているのかという、いわば現実においてどうなっているかというところの問題提起かと思っておりますので、そこは今、いただきましたように、全体の中でどうやって患者さんに対してということについて問題意識を持ってまいりたいと思えます。

なお、先ほど私は領収書の義務を平成22年と申し上げましたが、不正確でありまして、領収書そのものは平成18年から。領収書の内訳、明細まで細かく出しましたのが22年ということで、間違っただけでコメント申し上げたので訂正したいと思います。

最後に、全体の医療費あるいは調剤医療費の効率化というものが大事ではないか。社会

保障全体の伸びをなるべくマイルドにするために必要ではないかという問題意識は我々も共有しておりますので、今回幾つか医薬分業という流れの中で、我々が考えていることにおいても残薬の問題、重複投与の問題あるいはそもそも多剤の問題などなど、医療費の適正化につながるような観点からの今回の施策の展開というのは必要だと思っております。そういう意味では情報の問題で言えば前回のとき岡議長から御指摘いただきました、マイナンバー法が今、範囲拡大ということで医療保険の分野の範囲あるいは予防接種の分野の範囲拡大も含めて国会で審議をいただいておりますけれども、マイナンバーを活用した形で行うもの。これはどちらかということ行政事務の範囲の便宜でございますので、よりそれを広げるためにマイナンバー制度のインフラを活用した形での符号を、要するに別体系ではなくて、マイナンバー制度に乗った形での見える番号、見えない番号をちゃんと整理し、医療情報が非常に機微にわたる情報だということ踏まえた上でのいわばIDとしていろいろな情報を連携していく。また、本人にとっての情報の操作性を持つという形で取り組もうとしております。

まずはマイナンバーを活用したもの。それから、マイナンバー制度のインフラを活用した医療等番号によって、例えば情報連携の話とか、さらにはビッグデータみたいなところにつなげるような、研究につながるようなものもないかという問題意識を持って進めております。遅いではないかという御指摘もいただいておりますけれども、一つ一つ急いでやりたいと思っておりますので、そこについては御理解いただければと思います。

翁座長 金丸委員、お願いします。

金丸委員 林委員の御指摘に重複はするのですが、話をお伺いして、今、働き方そのものが多様性を増して、産業の職種なども物すごくバラエティーがあるわけです。そこでかかりつけ薬局というのはどこか決めた方がいいのではないかと、決められればいいのでしょうかけれども、例えば私どもの会社のITコンサルタントは自宅から会社だけではなくて、そこから先、プロジェクトが3カ月とか、あるいはロケーションが違って東京から例えば京都のお客様とお仕事をしているとかいって、プロジェクトの期間ごとに場所が変わっていくのです。そういう人たちが社員の大半を占めていて、オフィスにいる人は間接部門の人たちなので、患者本位とおっしゃっている患者の定義、先ほど吉田さんはやや高齢者に絞ったイメージで考えているとおっしゃったので、患者本位という書き出しの患者本位の患者というイメージをAパターン、Bパターン、Cパターンと明らかにしてほしいというのが1つ。

薬剤師というのは国家試験を通過して、この間の話で申し訳ないけれども、インターネットの医薬品販売のときは、薬剤師の人たちは五感を活用しながらお客様とクオリティーの高いサービスが提供できる。これが全国の薬剤師がそうだという話だったわけだから、本当なら薬歴の情報がサーバー側で一元管理されているべき。例えば私も昨年は90パーセント社外で過ごしたわけです。この霞が関周辺にほとんどいて、そうすると、この辺のかかりつけ薬局ってどこにあるのというと、結構皆さん困るのではないかと。

そういう意味で人の行動とか人の選択肢を制約する形とか、あるいは何か固定的な前提を置いた制度設計やそれをIT化するとなると最悪だと私は思うので、是非皆さんが考えている患者本位の患者のイメージははっきりさせていただきたい。若年層や、あるいは私たちが申し上げたサービス産業というか、プロジェクト単位に動いている人たちもいるし、あるいは工場にずっと行っている人は工場の近くに薬局があればいいかもしれませんし、だからすごくバラエティーがある話。お医者さんにかかると、この処方箋は出しますけれども、どこの薬局でもいいですよとお医者さんから言われたのに、これからはかかりつけ薬局に行ってくださいねと言われることになるのか。

本来なら、先ほど申し上げた薬剤師の人たちがある一定の知識とか知見があって、クオリティーの高いサービスが提供されるという前提があれば、バーチャルに言うと全員がかかりつけ薬局というか、かかりつけ薬局というのは組織名称で、かかりつけ薬剤師でなければいけないわけでしょう。かかりつけ薬剤師と言ったって、かかりつけ薬局に行ったら違う人がいたらしょうがないわけだから、やはり情報が重要で情報さえあれば自由な形で私たちはクオリティーの高い平均以上のサービスをどこに行っても得られるのではないかと思います。どうもお話をお伺いしていると物理的なもの、薬手帳というと紙が出てくるし、薬手帳を持っていないとプリントアウトされたものが出てきて、そこにプリントアウトされた副作用というか、こういう傾向がありますよね。ああいうものですから、ほとんどITを有効活用すれば、あんなプリントアウトしなくてもスマートフォンやデジタルでぴっと出すこともできるし、読み取りが可能になるし、それはマイナンバーとはまた別の問題で、マイナンバーがなくても本来できる話なので、ICTの有効活用をして社会保障費全般の重点化、効率化をやっていきましょうというのが国の今の大きな方針だと思います。ターゲットを絞り込まないで、皆さんの思っているとおりの人というのは相当少ないのではないかと私は思いますので、是非そこはまた改めて御検討いただければと思います。

翁座長 滝口専門委員、お願いします。

滝口専門委員 今の話に関連してではありますが、保険調剤薬局が手にする情報について御省のお考えを少し伺いたいと思っています。

仮にお薬手帳が完全に機能したとしても、これは服薬履歴のみです。もともと保険調剤薬局が手にする情報は極めてプアであると考えておりました、殊に病名とか受療履歴を全く知らされていません。病名や受療履歴を知らないで果たして「服薬指導」というのは、医者である私の立場からすると考えられないのであって、では何で病名や受療履歴が薬剤師にきちんと伝わるような仕組みが今まで議論になっていないのだろうか、という点について伺いたい。

翁座長 それでは、今の金丸委員と滝口専門委員のコメントについてお願いできればと思います。

厚生労働省（成田審議官） 最初の金丸先生からのお話でございますけれども、以前というか、最初の公開ディスカッションのときに薬剤師会からプレゼンがあった資料の中に、

医薬分業は進化してきており、第1世代から今は第5世代まで来ていますという御説明があったかと思うのですが、理想的に言えばかかりつけ薬剤師みたいなものを持っていただいて、そことやっていただくのが本当に理想的だと思いますが、その前には薬歴をできるだけ一元管理していただいて、どこでもそこを見ながらできるというのは1つだと思っています。

ですので、それはいろいろな形態がありますので、かかりつけ薬局をできるだけ持っていただくというのはそうなのですが、それは薬局選択をしていただくのは患者さんというのが大前提だと思っておりますので、そういうところは選択していただくということではないかと思っております。

病歴等でございますが、現状は処方箋にミニマムとして書かれるのは薬剤名と用法・用量だと思います。それに関しましては薬局で薬剤師さんがまずいろいろヒアリングと申しますか、服薬指導を行うために必要な事項を患者さんからいろいろ聞き取る。あるいは必要があれば処方されたお医者さんに照会していただくというのが現状だと思っております。

一方で、例えば検査値を記入したものを処方箋に添付するという試み等もできつつありますので、これからどういうふうな形でいくのがいいのかというのは、これからかかりつけ薬局や地域包括ケアも含めて、あるいは全国的にどういうふうに処方箋を応需するのかということも含めて、具体的に検討していかなくてはいけないのではないかと思っております。

厚生労働省（中井薬剤管理官） 滝口先生の件について、少しでも補足をさせていただきたいと思えます。

確かに病名も分かった方がいいという意見は従来からあって、それは確かにそうだと思います。ただ、世界的にも薬剤師は薬剤師として薬学的観点から診るとというのが1つのポイントでありまして、確かに情報はいっぱいあった方がいいのは事実と思いますが、先ほど金丸先生もおっしゃられたように、そういった情報の一元化とか、林先生が言われたIT化ということも考えなければいけないと思います。薬学的管理というときに、ポイントとしては継続して飲んでいるときの患者さんの状態、どういう副作用が出るかということは大体薬物に依存しますし、ちゃんと飲んでるか、どういうふうに飲ませているか、定期的に飲んでいて残さないのか。飲めなかったら何で飲めないのか。そういうことを一元的に管理することが今、一番求められているということなのだと思っております。

翁座長 滝口専門委員、お願いします。

滝口専門委員 それはそれで非常に大事なことですし、当然、薬剤師の業務として中心的なものではあるとは思いますが、ただ、例えばアダラートが出ていて、これが狭心症に対して出されているのか、高血圧に対して出されているのか、ジェネリックによっては適用がなかったりもするので、そういったことを知らされないで薬剤師の方にそういった管理をさせること自体にかなり無理があるのではないかと。

また、例えば1年前に胃を全摘した患者さんに対して、その事実を知らないで出ている

薬の履歴だけを見て、飲み方についての指導をするというのは先ほど申し上げたように、医者としては考えにくいというか、考えられないような行動です。どうやって病名を薬剤師にきちんと伝えられるか。もちろん患者さんからヒアリングをするということがありますが、そもそも医師会の見解として正確な病名を患者に知らせることによって治療に妨げが出る可能性があるのです。それは主治医の判断によるということであれば、必ずしも患者本人が正確な病名を知らされているとは限らないし、その部分については大きな情報の不備が現存していると考えざるを得ないと思います。

ひとつ、これは特に今回も御省の場合、保険局の方においでいただいておりますが、もっと我が国の健康保険制度の下で、保険者の持っている情報を存分に活用するといった発想があってもいいのではないかと私は以前から考えておりました。この辺りについて一度省内でも御議論いただければと存じます。

翁座長 よろしいですか。

厚生労働省（吉田審議官） 一言。今、最後のところは保険者が持っているいろいろな情報を活用して、御本人のためになるような働きかけをする、あるいはマクロとして医療費の適正化や全体の健康水準をアップするために、いろいろな次へのつなぎをするという点については、我々も全く同感であります。これまでの取組がぬるかったのではないかと御批判もいろいろなところでいただいております。先ほど来ありますICTの話や保険者機能の強化という大きな流れの中で、具体的にデータヘルスとかいろいろ私も取組を始めておりますので、また別途機会を改めていろいろ御意見をいただければと思います。

翁座長 森下委員、お願いします。

森下委員 視点を変えたいと思うのですが、かかりつけ薬局の中で先ほど金丸さんもお話されましたし、成田さんも言いましたけれども、最終的には薬剤師の方がキャリアアップを図っていただかないと、なかなか機能しない話だろうと思うのです。

今回、調剤報酬を抜本的に見直すということと、累次にわたる改定で対応するというところで、かなり厚労省さんとしては思い切って踏み込んでいただいたのかなということで評価しているのですが、その中で是非薬剤師さん自身のキャリアアップも図って、先ほど林先生が言われた医薬協業ということになると、薬剤師の方がパートで対応されているという状況が続く中ではなかなか難しいのだろうと思うのです。先ほど話が出たように病名の話にしても、薬剤師さんの方のキャリアアップを図っていかないと、なかなかそういうことを実際にできないだろうと思いますし、その意味では是非将来的な医薬分業の在り方というか、どういう形が患者本位として最終的に厚労省は目指しているのか。これは単純に薬局という場所ではなくて、薬剤師という方の立ち位置を明確にしてもらう必要があるだろうと思いますので、是非そういう観点も入れて議論してほしいなということをお願いしたいと思います。

もう一点は少し変わるのですが、新薬の14日処方のところ、今回検討ということで方向性が余り見えないのですけれども、患者の利便性を増す方向で検討していただくと理解

しておりますが、それでよろしいですかということを確認したいと思います。

厚生労働省（中井薬剤管理官） もちろん、それも踏まえて検討させていただきたいと思います。

翁座長 大田委員、お願いします。

大田議長代理 いろいろ私どもの意見を受けとめていただいて、ありがとうございます。その上で幾つか申し上げます。

まず、かかりつけ薬局ですけれども、定義を明確にさせていただきたい。特別の報酬をつけるわけですから、相当厳しく定義させていただきたい。重要なことは、何かをやったことに対して報酬をつけてほしいということです。例えば、後発医薬品をそろえているだけで加算がつくというようなことではなくて、24時間対応をしたら、それに対して加算がつく。それから、在宅に出かけていったら、それについて加算がつくということをやりたい。実現主義といいますか、薬を出すだけの機能は診療報酬のインセンティブの対象ではなくして、特別のことをやった場合にだけ加算をさけていただきたい。これについてどうでしょうかというのが1点です。

それから、先ほど来、出ているように患者の選択肢が非常に重要で、忙しいときはもちろんですけれども、自宅に普通おられる高齢の方でも本当にきついときに病院にタクシーで行く。その後、かかりつけ薬局と言っても自宅の隣にあるわけではないですから、またかかりつけ薬局まで行って、また帰ってくるというのはとても大変なわけです。したがって、選択肢を確保するために患者が必要なサービスだけお金を払うようにしていただきたい。議長がかねがね言うておられることですが、必要なサービス、例えば在宅に来てほしいというときはそれに対してお金を払う。先ほど値段表が張ってあるということでしたけれども、値段表が張ってあって、全部セットメニューで料金を請求されても困りますので、必要なサービスを選択して、それについて私どもは診療報酬の中の自己負担として払うようにしていただきたいが、これはどうかというのが2点目です。

構造規制に関して幾つか御検討いただいて、「形式的な参入規制から薬局の機能の評価へ転換」と書かれています。形式的な参入規制を見直していただくのは是非お願いします。なぜ公道やフェンスが必要なのか、何の意味があるのか、私は納得しておりませんし、納得できる説明もいただいておりませんので、形式的な参入規制を見直すというのは早くやっていただきたいと思うのですが、質問は、そこから「薬局の機能の評価へ転換する」ということの意味。ここは分離の話をしているのに、「形式的な参入規制」から「薬局の機能の評価へ」という意味が分かりませんので、教えていただきたい。

それから、この文章を読むと、かかりつけ薬局が整備されて構造分離を本格的に見直すまでには時間がかかりそうな感じがするのですが、それまでの間、本当に不便をこうむっている人のために何らかの応急措置はできないだろうか。実現までに1年以上かかるような場合は、例えば車椅子の方、高齢の方、高熱を出している方、そういう方には例えば病院内に門前薬局のカウンターを作って利用できるようにするとか、つまり門前薬局の側が

公道やフェンスを越えていただくというようなことはできないだろうかと思いますが、いかがでしょうかということです。

最後です。PDCAについて、これはバリュー・フォー・マネーということがとても大事ですので、コストについて厳密に出し、ベネフィットについても厳密に出してバリュー・フォー・マネーを示していただきたい。これについてはいかがでしょうか。

以上です。

厚生労働省（中井薬剤管理官） 最初の2つについてお答えします。

やったことに点をつけるといった御指摘だと思います。それもごもっともですが、できればやった成果で評価したいとも思っています。やったことと言うとやっただけになってしまいますので、やった成果としたい。ただ、そう簡単ではないことは事実であり、そういうことについてはもちろん我々としては議論をして納得できるものにしたいと思えます。一気に全てを変えてしまうことはどうしても避けたいと思えますが、そういう方向性に向けて頑張っていきたいと思っております。

患者が必要なサービスにのみ払うというのは、これも先ほどの質問と同じだと思いますので、それも一気にできるかどうかは別にして、診療報酬というのは技術フィーとホスピタルフィーと2つありますので、一気にこちらだけなくしてしまうという、それまたえらく大きいことになりますので、それはそれとして方向性としては先生御指摘の方向で、検討はしていきたいと思っております。

厚生労働省（吉田審議官） 構造の問題についての指摘をいただきました。本日ここに書かせていただきましたが、私ども繰り返し申し上げますように、今回の一連の御議論も踏まえまして、全体の方向性、薬局の在り方、あるいは薬剤師さんも今日も御指摘いただきましたように、どういう方向に持っていくかということと、それを実現するための政策ツールとしての調剤報酬というものを累次にわたることにはなりますが、抜本的に見直すということと一緒に、先ほど門前薬局からかかりつけ薬局への移行という、その報酬評価の中でも1つテーマとなり得るものとあわせて、この問題についても受けとめさせていただくことを基本にしております。

ここに書かせていただきましたように、率直に言いまして私ども具体的にいろいろと中でも御指摘をこれまでいただいておりますので、議論をし、検討をしておりますけれども、今、少しお時間をいただきたい。といいますのは、1つはそもそもの在り方や報酬の設計みたいなものとあわせて、今おっしゃっていただいているどういう誘導が実際的についでいる、ついていないというものは、パッケージで見極めていかなければいけないという点において、全体を中医協を含めて議論していく中で、もう少しお時間をいただいて最後決めなければいけないかなという部分と、この場でもいろいろいただきましたけれども、これはなかなかこういうケースはどうなるのか、こうなった場合のこれは なの×なのという、やはりある程度分かりやすさとか、現場におけるルールのフィージビリティといましようか、納得度を考えますと、今の仕組みというのは御指摘いただきましたように

公道というパブリックスペースが間に入っているというのが基本であって、そのいろいろな適用においてフェンスとか出口が2つという形になっておるわけですが、そういうものをどういうふうにすっきりできるのかということころは、もう少し議論をさせていただかなければいけないという意味で、まだ今日のところでこれだということは申し上げられない。全体のパッケージで示すということと、様々なケースがあるということについて考えておりますけれども、問題意識としては一連の議論の流れの中で、患者本位の医薬分業というのがどういうふうにあるかということ全体、関係者の方々にも御議論をいただきながら進めていきたいと思っております。

最後、門前薬局のカウンターという新しい御提案をいただいたので、私どもとしてはそのケースをどうしようかとまた考えなければいけないのですけれども、ただ、率直に申しまして前回までのところでも御議論ありましたが、構造規制を考えていく中において、正確に言うと院内といいたいでしょうか、テナント型というのと敷地内だけれども、ちょっと離れていて今フェンスが求められているという話とか、離れているけれども、事実上、門前だよとか、いろいろなバリエーションがある中で、全体いわゆる門前と言われるものの評価の見直しも含めて全体を考えて、かかりつけ薬局という方向に持っていくというのが今回のパッケージであります。さすがに院内という形でのテナント方式といいたいでしょうか、御議論としては幾つかいただいたかと思っておりますけれども、私どものこれまで議論している中では、大家・店子という関係で、どうしても医療機関と薬局あるいは薬剤師さんの関係で優越的な地位のようなものとなり、経営上は例えば別の会社ですという形で独立していたとしても、さてさて保てるだろうかという点については疑念が払拭できませんし、医療機関全体のガバナンスの問題の中でそれをどう考えるかということから、今の時点では私どもなかなかその方向まで分かったというふうにはまだ至っておりません。そういう中で、また新しい門前薬局の院内のカウンターという御提案については、1つの課題として受けとめさせていただきたいと思っております。

ただ、実際にはそういう形の便宜、この会でいろいろな御指摘がありましたので、私どもはいろいろな方にお話を聞いたり現場を見ています。網羅的ではありませんけれども、実際にはまだ大きな流れになっているかどうかはありますが、薬局が正に幾つかありましたように高齢者の方とか車椅子の方でどうしてもという方については、御自宅にデリバリーという形でサービスを始めておられるのも広がりつつある。繰り返し申しますが、全体数を把握しているわけではありませんけれども、そういう動きがあるという流れの中で、先ほど来の全体、このかかりつけ薬局なり新しい医薬分業という絵柄で、どういう方向を私どもとしてはより関係者の方々に動いていただくようお願いするか、あるいはそういう旗を振っていくかということも含めて考えさせていただきたい。正直、院内の薬局、ましてやなかなか新しい提案については、今の段階では私どもとしては分かったというふうには申し上げられないかなということだけ申し上げます。

翁座長 大田委員、お願いします。

大田議長代理 私どもも、くどいようですが、医薬分業に反対しているわけでは全くないですが、患者にあれだけの不便を強いてやっていることは何なんだということをずっと言ってきたつもりです。構造規制の見直しが実現するまで、この4行を読むと相当時間がかかりそうですので、まずは患者の不便に対して何らかの措置をとっていただきたいということです。別にカウンターを作ってくれということが発言の趣旨ではありませんので、例えばの話で申し上げましたので、是非その応急措置をよろしくお願いいたします。

岡議長 よろしいですか。多くの委員の皆さんと重複するかもしれませんが、厚労省のペーパーにありますように、患者本位、国民本位なのです。ここに起点を置いていただきたいと思います。

これまで何回かこの会議の中で「かかりつけ薬局」という言葉が出てきましたが、そのこと自体、私は個人的には賛成です。ただ、この「かかりつけ薬局」についても、患者本位で、自宅のそばの薬局にするのか、会社の近くの薬局にするのかは患者が自分にとって一番いい所を選ぶ。あの薬局に行ったら自分の記録が残っていると、相談に乗ってくれる優しい薬剤師がいるとか、選ぶのは飽くまでも患者であって、地域包括ケアシステムという説明がありましたけれども、「地域で暮らす患者本位」という文章は誤解を与えてしまう。患者にとって「身近なところ」というのは、家のそばというふうにとられてしまうとまずいのであって、もっと幅広い、勤務先のそばも含めて、誤解を与えないような表現に変えた方がいい。

昔、40、50年ぐらい前、かかりつけの医者がいて大変便利だったという体験を私はしています。このかかりつけ薬局についても、うまく機能して、国民や患者にとってプラスになるような方向性は大変結構ではないかと思います。このテーマを考えるときは常に患者本位、患者中心、国民中心ということでお願いします。

先ほど大田さんからありましたが、私も前から言っているのだけれども、そのかかりつけ薬局に行っているいろいろなサービスを受けます。定食だけではなくて、アラカルトでも選べて、それに見合ったお金を払う。今日はいつものサービスは要らない。とにかく薬だけもらえばいいんだといったら、かかりつけ薬局ではなくて、一番近くの別の薬局に行って薬だけもらうことも選択できる。そういう幅広い国民視点、患者視点。一言で言うと選択肢を増やすということではないかと思います。

今日の御説明で、門前薬局からかかりつけ薬局に移行していくという大きな方向性を出されたことは今の話と一致しているのだけれども、もう一つ、国民の選択肢という観点から、今日は薬だけもらってさっと家に帰りたいので、院内にもある。これは大変便利なのです。ここはかかりつけ薬局ではないので、患者さんは、後日、かかりつけ薬局に行って、こういう薬を病院でもらってきたのだけれども薬剤師さんどうでしょうかという話をやったらいいわけです。そういう選択肢を考えていくと、経営の独立性さえ確保できれば、院内にあったって何の問題もないのではないかというのが私の意見なのだけれども、審議官から大変苦しい御説明をいただいているので、必ずしも院内ということでもなくとも、少な

くとも、今の障害のある状態ぐらいは早く取り除くことを前向きに御検討いただきたいと思います。

最後に、林さんがおっしゃった、このテーマを「医薬分業」ではなくて、「医薬協業」にするということはどうなのですか。

厚生労働省（成田審議官） どうもありがとうございます。

協業という意味がどういう意味かだと思うのですが、医薬分業そのものについては、薬剤師が医師とは別の視点から薬物療法の安全性・有効性の向上を図るということですので、基本的に連携はするのですが、協業という意味はよくわからないのですけれども、連携を密にするというのは当然そうだと思います。

岡議長 そういう回答が多分あるだろうと思ったのだけれども、そうしたら、せめて「医薬連携」かなと思います。

厚生労働省（成田審議官） いろいろな医薬の連携は必要だと思っております。

林座長代理 ありがとうございます。

物理的に分けても、高齢者の薬漬けは治りません。多剤投与も残薬も物理的に分けても治りません。これは40年やって分かったことだと思います。そういった意味で物理的に分けることの政策効果がないということが明らかになっているのですから、むしろ理念に立ち戻って政策を改革していくべきではないか。公開ディスカッションのときに狭間先生が出された資料2 - 7の27ページに、医政発0430第1号というものを掲げられているのですが、ここでも薬剤師が医師等と「協働」して実施していくということを厚労省自身おっしゃっているわけですし、これが理念であるとすれば、分けることに拘ることはないのではないかということをお願いしたいと思います。

翁座長 実は私も同じ考えを持っていまして、協力して働く。それぞれが専門性を発揮しつつ連携する。例えば地域包括ケアなんか正にそういうことではないかと思っているのです。

私は処方箋の情報に問題があると思うのですけれども、でもそこも制約がある中で医師と協働してやれなければ、多剤を処方している人たちに対する適切なアドバイスなんかできないのではないかと思います。その意味でも物理的な分業ということに拘るのではなく、むしろ専門性を生かしつつ、患者に対してそれぞれの専門性を発揮して働きかけるという方向で方向転換していただくことが必要なのではないか。

そうすると、例えば狭間先生の例なんかは、医師が1回行って、次に薬剤師が2回行ってというような御説明がありましたけれども、これは誘導ではないですね。協働ですね。ですから、今、誘導というのが以前から問題だと言われていますが、すごく曖昧な定義だと思うのです。むしろ患者に対して一番よかれと思って、それぞれの専門性を発揮するというようなことで、医師と薬剤師が協働して専門性を独立した立場から話し合いながらやっていくような方向を目指していくのが必要ではないかと思うのです。

厚生労働省（中井薬剤管理官） 医薬分業というのは、そもそも先ほど翁先生が最後に

言われた独立した立場からお互いにチェックし合うということが基本になると思います。その上で協働という概念は私もよく講演の中で言うのですけれども、これからは薬剤師も地域のチーム医療の一員なんだという表現をするのですが、そういうふうに行っていくことになると思います。そこは恐らくそんなに先生方と我々の意見がずれているとは思っておりません。

翁座長 松山専門委員、お願いします。

松山専門委員 今、議論になっている医師と薬剤師との協働及び厚労省さんがおっしゃっているかかりつけ薬局というものがうまくいくための前提条件は、患者情報の一元管理だと思います。問題は患者情報の一元管理の中心的主体をどこに求めるかです。

今、使われているお薬手帳というのは、これは患者側に情報一元化の仕事をしてもらうという、どちらかというとならPHR的な発想のものです。PHRというのは各国取り組んでいますけれども、なかなか上手くいっていない。そういう中で、国レベルで取り組んだPHRの成功モデルとして評価できるものに、オーストラリアが2012年6月から運用開始したPHRがあります。1年半後の2013年12月に120万人、国民の5.1%が使うようになった。しかし、オーストラリア政府の資料を見ると、これが急速に国民全体に普及するとは考えていないのです。つまり国民一人一人に自分の投薬履歴とか診療録を管理しなさいと言っても、なかなかそれを積極的にしない。例えば私もお薬手帳というものがあるのは知っていましたが、利用したことは一度もないのです。アメリカの地域包括ケア事業体にその辺を聞きますと、アメリカではPHRは諦めた。それにかわるものとして、地域包括ケア事業体、医療機関側がデータベースを作り、それを地域住民が使えるようにしてあげる。患者の診療録の管理等に関しては、患者側に権限を与えない。それでも十分PHRに匹敵するだけのサービスは提供できているということなのです。

アメリカでは、保険者と医療機関側が連結経営している地域包括ケア事業体ほどこの仕組みが上手くいっている。要は医療機関側で情報を集めて、保険者も同じグループの中にありますから、共同で分析するわけです。それを患者が自宅のパソコンやスマートフォンで見ることができて、健康相談、遠隔診療、処方箋更新手続、診療予約などのサービスを受けられる。その患者を担当する医療チームも患者の承認のもとで何時でも何処でも閲覧できる。

では日本はどうすべきか。私はお薬手帳的な発想よりも、むしろ今、厚労省が進めているかかりつけ医、医療機関側のデータベースを充実させる方が有効に機能すると思います。ただし、ここに保険者も加わることが重要なのです。そういう意味で先ほど滝口専門委員がおっしゃったように、保険者が持っているデータをもっと活用する仕掛けを作る方が最も早く政策目的を達成できるように思います。

問題は、ICTの投資コストを誰が負担するのかですが、こういう仕組みができたときに一番経済的に得をするのは保険者ですから、保険者がICT投資コストの主たる負担者になる政策を検討する必要があると思います。

以上です。

翁座長 今の御意見につきまして何かございますか。

厚生労働省（吉田審議官） 先ほどの滝口専門委員のお話とあわせて、まずはデータをどのように連結する基盤を作るか。両方なのですけれども、そのデータをどう使うか。誰がコントロールをし、その費用負担を誰がするかというのはつながったお話だと思います。

全体として今、御指摘いただいたような内容は、個々についてはいろいろ議論もしなければいけませんし、気になるところもありますが、大きな流れとしては我々も共感しておりますので、これは別のところで御意見いただきながら、我々としても先ほど林先生がおっしゃったように、大きな意味でそういうものを活用しながら限られたリソースを保健・医療の充実のためにどう使っていくか。今回このテーマで取り上げていただいたところ、脈絡と流れは同じものがあると思っておりますので、そういうスタンスから取り組ませていただきたいと思えます。

翁座長 森下委員、お願いします。

森下委員 先ほど吉田さんから、テナント方式とか院内までは考えていないという話がありましたけれども、患者の利便性を考えたら原点はそこだと思うのです。ですから、余りそこを今からできないと言うのではなくて、抜本的に見直すのであれば、どういう形が患者本位なのかというところの視点を入れて、是非中医協に諮っていただくのが大事だと思うので、余り現時点でここまでは考えにくいという話では困るかなと正直思いますので、是非患者本位という点は忘れずに議論してもらえればと思います。

翁座長 ちょっとお伺いしたいのですけれども、4ページのかかりつけ薬局で が5つ ついているのですが、これはいずれも重要な視点だとは思いますが、いわゆるかかりつけ薬局というのは、これらの機能を全てやっている薬局をかかりつけ薬局と定義することなのでしょうか。

つまり、かかりつけ薬局を増やしていくと書いてありますが、今、5万幾つ薬局がありますけれども、かかりつけ薬局というものはどのぐらいの数あるというイメージをお持ちでこの議論をされているのかということをお伺いしたいということでございます。

厚生労働省（吉田審議官） まずスライドの4ページのところに で打っているものをもってして、かかりつけ医の定義と考えているのかという御質問から申し上げれば、これは正にいずれもかかりつけ医機能に必要なものと我々、今の時点で思っておりますが、これは報酬でこれから抜本的に見直す際の1つの入り口になるのだろうということで、「例えば」という形で例示をさせていただいておりますので、これに限るものでもありませんし、これについてももう少し議論をして、要件を明確化するような議論もこれからはあり得るだろうと思えます。

その上で、報酬のところは大田議長代理からもありましたように、そこは明確にしておきませんと、曖昧なままだというのはこれまでの流れの中でよくないということですので、問題意識として例えばというものを例示しながら明確にしていく。それをかかりつけ薬局

と言うんですとか、それを幾つですかみたいなことは、先ほど金丸委員からもお話がございましたが、もう少し全体像を練る必要があるのではないかと、誰を患者本位の患者とイメージするのかというところは、これからスライド3にありますように、薬局全体をそういう点を含めて何が要るのか、どういうことをやらなければいけないのか、その際にはどういう形で数量イメージであるとか、移行に向けての時間軸とか政策手段とか、いろいろな切り口はあるかと思えます。その辺はもう少し、今日のところは検討するという事を申し上げて、これから勉強したいと思っております。

翁座長 分かりました。ありがとうございます。

今、調剤報酬は1.8兆円ございますけれども、それをどういうふうにバリュー・フォー・マネーという形で分配していくか。より患者にとって、これだったらきちんと払っていいと思えるような薬局を増やしていく。そういう形で分配を変えて努力した薬局が報われるような仕組みに変えていく。そして、先ほども御指摘が何人かございましたけれども、実現したことに対して払っていく。単に誘導しっ放しということにしないことがとても大事だと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思っておりますのと、そこはPDCAで質の評価、KPIとかも設けていくということで質も是非評価していただきたいのですが、やはりどのぐらい薬剤費が全体として、このぐらいのコストをかけたからには大体このぐらいの効果があるだろうということについては、より明確なPDCAについても工夫していただいて、コストについても説明がきちんとできるような体制を是非作っていただきたいと思えます。

林座長代理 今日の論点の中で、スライド5の2ポツの市販品類似薬のところについても1点だけお伺ひしたいと思えます。

私ども思いますのは、税金と同じぐらい、健康保険料の支払いは若者、現役世代にとって非常に重い負担になっています。この限られた財源の中でいかに効率的に医療を実現していくかということを考えますと、そういった現在世代に負担の共感を持っていただけるような制度設計が必要だということから、公平の観点から市販品類似薬について効率化、重点化が必要ではないか。こういうことをやっていかないといけないという切羽詰まったところでの御提案だったわけなのです。これについての考え方というスライドでお示しいただいておりますのが、「残薬削減等の観点から次期診療報酬改定に向けて検討」ということです。もう少しここを具体的に教えていただきたいのですが、残薬削減等の「等」には何が入っているのか。そして、次期診療報酬改定、来年4月に向けてなのでしょうか。どういう政策的な観点を示しての検討をしていってくださるのか。この辺を具体的にもう少し説明していただけないでしょうか。

翁座長 お願いします。

厚生労働省（吉田審議官） 正に次期診療報酬改定、中医協での御議論もいただかなければいけない形なので、ここで全てを申し上げにくいというところはまずお断りした上で、考え方としては残薬の削減という1つの切り口でありまして、そもそも多剤というか多量処方かもしれませんが、出す量がどうなのか。残薬というのは本来ならば適正に処方とし

ては、お医者さんとしてはこれだけが必要だと思ったにもかかわらず、何らかの理由、患者さんのコンプライアンスの問題なのか何かで残っているとすれば、それはどこかに問題があります。それは医療費の適正使用という意味ではいかななものでしょうかという切り口になります。そのときに、そもそも出した量がひょっとしたら多いのかもしれないということからすると、お医者さん側に多くの量を出そうとするインセンティブを起しているような、モラルハザードを起しているような仕組みがもし仮に今あるとすれば、そこは正していかなければいけないという視点もあるのではないかと。そういう意味では、残薬という最後残ってしまったところでどうだったかというだけではなくて、そもそものところの処方というのがどういうことなのかも切り口としてはあるのではないかと。

いずれにしても、今おっしゃっていただいたように市販類似薬という形で、具体的に幾つか取り上げられているようなものについては、いろいろな視点があるかと思っておりますので、そういうことについてはここにごさいます医薬品の適正給付及び使用という1つの哲学の中で検討をさせていただきたいと思っております。

林座長代理 そうしますと、この御検討の中では、お医者さんの方はそもそもこれは処方しますけれども、ここは自分で買ってくださいねと。保険適用から外して、保険適用されませんので、これは市販で売っているものを買ってくださいねと、そういうスタイルもありということなのではないかと。可能性としては。

厚生労働省（吉田審議官） 今の御質問は丁寧にやらないと制度の本質、規制改革で患者申出療養を御議論いただいた際の、いわゆる混合診療問題に近づくような話ですので、慎重に整理をしなければいけないと思っております。

私どもとしては、当然保険診療として行われている中で給付される例えば市販類似薬というものの量がどうかということは、いろいろな仕組みがあるのかどうか中医協での御議論にもつなげていきたいと思っております。

その上で今おっしゃったのは、いわば保険診療の中で、ここから先は自費で買ってくださいという形になるというのは、今のルールからダイレクトには導かれるものではないのかなと思っておりますので、おっしゃっておられるのは、本来のガイドラインと言うのがいいのかどうか、その筋から言うとこれぐらいの量だと思っても、もう少し御本人の希望あるいはお医者さんがよかれと思って出されるとすれば、そこまで保険はつき合わなくてもいいのではないかと。という仕組みを念頭にもし置いておられるとすれば、それは今の仕組みの中ではなかなかできないので、私どもここに込められた思いとしては、そこまでは入っておりませんが、いずれにしても適正使用と適正利用、適正給付というものについて、どういう形であるかは検討させていただきたいと思っております。

大田議長代理 今、林さんの言われたところなのですから、まず「市販品類似薬に限らず」とあるのですが、市販品類似薬について検討してほしいのです。「に限らず」でばんと広げるのではなくて、まずここに重点を置いて検討していただきたいというのが私どもの趣旨です。

それから、林さんが言われたように、医薬品の適正給付や使用、残薬削減というところだけに主眼があるわけではなくて、保険制度というのは国民の財産ですから、これからの時代、これをいかに守るかが重要です。つまり医薬品というより保険制度の適正使用といえますか、そちらまで含めての議論をしてきておりますので、残薬削減等に狭めないでいただきたいのですが、いかがでしょうかというのが1点です。

3番目の新薬の14日処方制限で、厚労省の考え方として「副作用等の早期発見など、安全性の確保に留意の上」とあります。当然、安全性の確保というのは非常に重要ではありますが、そのために14日ルールをやるといというのは、何ら科学的根拠はないというのが前回の私どもが議論したときの意見です。副作用をどう防止するかについては情報の収集とか連絡体制をしっかりと整えることでカバーできるのではないかと思いますので、「留意の上」という、このところが14日ルールをそもそも見直す本来の私どもの趣旨とそごを来すことがないようにお願いしたいと思います。

翁座長 滝口専門委員、お願いします。

滝口専門委員 市販品類似薬の議論は、恐らく、保険適用となっている薬のうち、既に市販品があるのであるから、これは保険から外してもいいのではないかと、という保険適用からの退出のルールの議論なのだろうと思っています。本当にきちんと客観的に評価をして、この薬は市販品で十分なので保険から外してもいいのではないかとという形、仕組みをどう作っていくかということがこれまでの議論の中では主眼だったので、残薬をどうしようとか、適正給付をどうするという事とは若干違うような印象があります。

翁座長 お願いいたします。

厚生労働省（吉田審議官） まず大田議員からいただきました「限らず」とか「残薬を広く」という、片一方はもっとターゲットを絞って、方法論としては広くという御指摘。我々としてはもちろん市販品類似薬もですけども、それ以外も気になるので、我々の基本スタンスとしてこのように書かせていただいた。もちろん市販品類似薬を外すわけではありません。視野に入れられないわけではありませんので、そういう書き方をさせていただいた。

あと、手法については先ほどの林委員の御質問とも絡みますけれども、正直まだこれからどのような形でやるか、もう少し我々も詰めさせていただかなければいけないということで、今、我々の頭にあるものを残薬削減等と書かせていただいたという趣旨で御理解をいただければと思います。

14日処方の関係につきましては、おっしゃっていただいていること、私どもとしてもこれまでの議論の中でフォローはしておりますが、ただ、ここは大変恐縮ですけども、一方で我々はそうは言いながらも新薬の中には一定の安全性という意味で言うと、一定の間隔でお医者さんもしくは薬剤師さんの関与というものが必要な薬が安全性という意味ではないか。それについてはモニタリングの仕掛けの1つとして、こういう形での制度を設けている。ただ、これまでも個別についてはこういうやり方でもいいのではないかと、

ああいうやり方でもいいのではないかという形で対応していることもございますので、そういう流れの中で我々としては今回このような形で文章整理をして御報告しているということで、ここは安全性の問題を横に置いていいのではないかとおっしゃっているかどうか、ちょっと正確ではないかもしれませんが、そういうわけではないとして、我々としては正に書かせていただいているような安全性の確保ということも念頭に置いて、この14日処方というものを置く、あるいは少し緩めるという個別のものについては考えているということも申し上げている。

ただ、市販類似薬の議論については、もちろんいろいろな議論があろうかと思えますけれども、私ども、それについてもこれまでのワーキングの議論の過程で、そもそものところについては例えば入れる、出すの話について言えば、保険給付の中かどうかということについては患者さんの御負担の問題とか、あるいは同じ薬であっても市販と適用とか用量が違うという面で、必ずしも必要性があると認めた薬について外すというのは難しいのではないかとこのことを申し上げたところだと思っております、そのような流れの中でこのようなスタンスを書かせていただきました。

大田議長代理 一言だけ。安全性を外せなんて全く申し上げていなくて、安全性のために14日ルールが何の関係があるのか。安全性を確保するための手法として14日ルールがベストであるのかというのが発言の趣旨です。先ほど申し上げたように問題があるときの情報収集とか、そういうことをきっちりやればいいのではないかと。それを検討していただきたいという趣旨です。

厚生労働省（吉田審議官） 失礼いたしました。

翁座長 森下委員、お願いします。

森下委員 私もその点に関してですけれども、やはり原則は今、14日になっているのが逆になったらいいと思うのです。14日でなければいけないものがあるのであれば14日がいいと思うのですけれども、それ以外のものに関しては30日なり、もう少し長くしていけばいいという話であって、今は14日というのが原則になってしまっているのです、ここがおかしいのではないかとこの話だと思っております。

ですから、そういう意味では安全性として14日間は絶対に見なければいけないんだということを皆さんが認めるのであれば、それは14日でもいいと思うのですが、全部が全部その規定に当てはまるとはとても思えない。場合によっては今や半年に一回の新薬もどんどん出ていますし、そういう意味では現在の新薬の状況から見ると14日というのは合理性がないので、何日間必要かということ個別の案件ごとに考えるべきではないかというのがポイントだと思うのです。ですから、そういう意味では安全性を無視するのではなくて、安全性をしっかりとした上で、考え方としてはできるだけ働いている方が新薬を使って不便がないようにしてほしいということです。そこの趣旨をしっかりと考えて方向性を出してもらえればと思います。

翁座長 よろしゅうございますでしょうか。

林座長代理 いろいろな政策の実現をする上で、先ほど来から中医協で御検討いただくというお言葉を何回かいただいています。確かにそういう仕組みになっているわけなのですが、中医協の委員の先生方がその政策について責任を取れるわけではないですね。委員の先生方から御意見を伺って、それを決めて実施していくのは厚労省なわけですから、もしこれまでのこうした議論の中でなかなか政策実現ができないのだとしたら、今のような検討の在り方自体も厚労省としては考えていく必要があるのではないかと考えています。

その意味で、保険適用についても中医協で、必要なもの、患者にとって望まれているものを保険適用していくというのは確かに大事なことで、望まれていることなのですが、一方で効率化、重点化という観点からは、保険適用からの卒業生も本来であれば考えていかなければいけないところを、それが現在までのところ入学する人ばかり多くて、なかなか卒業していかないという状況があるのではないかと考えています。

この市販品類似薬の保険適用からの見直しという論点も、卒業生をどう決めていくかという判断の仕組みの問題ではないかと考えておりますので、その点についても厚労省としてどういった検討の在り方がいいのかということも含めて、御検討いただけないかと思っております。

翁座長 医薬分業のところに関しましても、これまで非常に長くこの政策を推進してきたわけですが、今回いろいろ、もう一回、一から考えてみると、患者目線で見るといろいろな不思議、なかなか理解が難しいことなどがありまして、一般の人たちの見方とか利用者の意見とか、そういったことがより反映されるような形で御検討を是非お願いしたいと思いますし、もちろん私ども規制改革会議もこの点に関しては非常に興味を持っておりますので、いろいろ意見を申し上げていきますけれども、もう少しそういった一般の利用者の人たちがどういうふうに制度を感じているのかというようなことが、よりもう少しそういったことに対してオープンな形で議論を進めていただくことが必要かなと思っています。

竹川専門委員 正に座長がおっしゃったことと同じなのですが、かかりつけ薬局の普及は非常に大切なことだと思うのですが、もう少し定義と対象者を明確に、私はこの4ページの箱の中の5つのうちの上2つだと思うのです。ですから調剤薬局の中でさらにかかりつけ薬局が出てくる。一般の調剤とは違うというふうにして、その対象患者さんは恐らく高齢者の方だと思うのですけれども、そういうことを明確にした方が良いと思います。

それから、の一番上です。地域のチーム医療の一員として活躍する。どういう人を対象にして、どういうふうに活躍する。そういう薬剤師さんがいる薬局がかかりつけ薬剤師さんの定義です。そういうことをもう少し省内で議論されて明確にお示しした方が、そういうかかりつけ薬局というのは必要だという意見がもっと出てくると思います。そうなるとうかがいできる薬剤師さんが今、実際にどのぐらいいるのかという問題。正にかかりつけ医が普及しないのは総合診療医が足りないからで、多分、同じような問題が出て

くと思うのですけれども、時間をかけてゴールを明確にした方が国民も納得するというか評価しますし、応援団もいっぱい出てくると思いますので、時間はかかるかもしれませんが、ある程度理想形を出していかれた方が、私は非常にかかりつけ薬局の普及についてはいいと思います。これはコメントでございます。

岡議長 今回の会議を通じて、厚労省が非常に前向きにいろいろ検討していただいているということは我々感じていますし、かかりつけ薬局というものを成功裏に実現させていくことは非常に大きいと思います。

ただ、先ほど竹川さんも言いましたけれども、これは患者が評価しなければお話にならないわけです。厚労省が「こことここはかかりつけ薬局ですよ」と言っても意味がない。患者が「これがマイドラッグストアだ」というような形にしていかなければいけないわけで、そのためにはどのようなサービスが提供されるのかを決めるのは厚労省のリーダーシップだと思います。薬局を選ぶのは患者ですよ、国民ですよ。患者・国民が評価するようなドラッグストアを、患者の自宅のそばということではなくて、それぞれに「身近なところ」に作っていくんですよということをもっと明確にされたらどうかと思います。

それと、先ほど森下さんが言ったのでダメ押しですけれども、是非、院内も諦めないで御検討いただきたい。

翁座長 金丸委員、お願いします。

金丸委員 先ほどの自分の意見に対してもう一回、誤解のないように補足させていただきたいのですけれども、かかりつけ医と言っておいて今回かかりつけ薬局と言うわけですね。薬局なのだから物理的な組織ではないですか。ところが、先ほど私が申し上げたのは、かかりつけ薬剤師だったら、同じ人がいつも知っているということでクオリティーがより高まる。でもかかりつけ薬局となぜ言っているかということ、同じ薬局に行けば私の情報がそこに複数の薬剤師の人がおられても、その薬局の中で情報共有ができていからかかりつけ薬局と言っていたわけでしょう。だから私は情報共有さえあれば全国津々浦々の薬剤師の人が、私にとってのかかりつけ薬剤師になれるでしょうということが言いたかったのです。

そういう意味では先ほど松山さんもおっしゃられたし、滝口さんもおっしゃられたのだけれども、薬歴なり病歴の情報のマスターファイルがあって、その後、例えば保険者とかいろいろ移動していくだけの話であって、最初はお医者さんのところで病名とカルテと処方箋があって、どういう処方をするかという情報はそこに発生しているわけです。その情報が医療関係者、患者も含めて共有できているイメージをしてから制度設計するのと、それをイメージしないまま今の物理的制約の中で何かを考えるのは、私は大きく違いが出るのではないかということをおし上げたかったのです。だから私はかかりつけ薬局という呼び方がそもそも外れていると思っています。それはかかりつけ薬剤師と言うべき。しかもその薬剤師の人がより仕事をしやすい環境を作るべきです。そういう意味では情報は薬剤師の人にも広く与えればいい。もちろん医薬分業でお医者さんと薬剤師の責任分担は、そ

それぞれの専門分野ごとにあってしかるべきだと思うのです。だけれども、患者から見ると、連携というのは情報共有だと思っています。今日改めてICT回りは一度御説明をしてもいいようなお話も出たので、それは別途また御検討いただければと思います。

翁座長 よろしいでしょうか。

今日いろいろまだ御検討いただきたいという課題がたくさん出ましたので、是非今日の御説明に加えて、今日出ましたことにつきましても再検討をいただいて、またこれからの取りまとめにつなげていきたいと思っています。

よろしゅうございますでしょうか。それでは、本日の議題はこれで終了とさせていただきます。

全体を通じまして事務局から何か補足説明はございますでしょうか。

大熊参事官 次回の健康・医療ワーキング・グループの日程や議題については、追って事務局から御連絡させていただきます。

翁座長 それでは、これで会議を終了します。どうもありがとうございました。