

## 第47回 健康・医療ワーキング・グループ 議事録

1．日時：平成28年4月1日（金）13:59～15:25

2．場所：中央合同庁舎第4号館2階共用第3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）、森下竜一

（専門委員）滝口進、土屋了介、松山幸弘

（事務局）羽深規制改革推進室長、刀禰規制改革推進室次長、中沢参事官

（厚生労働省）大臣官房 吉田審議官（医療介護連携担当）

保険局 渡辺総務課長、宮崎医療課長

医薬・生活衛生局 森総務課長、田宮医薬情報室長

4．議題：

（開会）

1．医薬分業推進の下での規制の見直し

2．市販品と類似した医療用医薬品（市販品類似薬）の保険給付の在り方等の見直し

3．新医薬品の14日間処方日数制限の見直し

（閉会）

5．議事概要：

中沢参事官 それでは、お時間前でございますけれども、皆様おそろいでございますので、規制改革会議第47回「健康・医療ワーキング・グループ」を開催いたします。

皆様におかれましては、御多忙の中、御出席賜りまして、誠にありがとうございます。

本日の議題は、お手元の資料のとおりでございます。フォローアップ3件で、1件目が「医薬分業推進の下での規制の見直し」、2件目が「市販品と類似した医療用医薬品（市販品類似薬）の保険給付の在り方等の見直し」、そして3件目が「新医薬品の14日間処方日数制限の見直し」。以上の3点でございます。

それでは、カメラ撮りの方はここまでとさせていただきますので、報道の皆様は御退室をよろしくお願いいたします。

（報道関係者退室）

中沢参事官 ありがとうございます。

それでは、ここからの進行は、翁座長、よろしく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。

本日は、今、御紹介がありました3点、3つの議題ですが、昨年6月に閣議決定されました事項のフォローアップでございます。

まず、厚生労働省から、各閣議決定事項に関して進捗状況を御説明いただき、その後、質疑応答とさせていただきたいと思えます。

それでは、厚生労働省から御説明をお願いいたします。

今、御指示がありましたように、本日は3つの規制改革基本計画に基づく措置事項について御報告をさせていただきたいと思えます。

お手元、横置き資料をめぐっていただきますと、3つの柱のうち1つ目の課題でございます、医薬分業の関係でございます。

めぐっていただきまして、お手元の3ページ目から5ページ目にかけて、この項目は、小分けいたしますと、非常に多数の御指摘をいただいております。私どもとして閣議決定に盛り込んだ内容が都合幾つかもございますので、これを順次御報告させていただきたいと思えますが、その上で3～5ページというふうにざっと見ていただきますと、2つの項目を除いて「措置済み」という形で、それぞれの期限内に手当てをさせていただいております。

2つと申しますのが、3ページ目の中にございます項目No. 6の関係、いわゆる今回の改革方向、PDCAで回すということについての反映の仕方については、検討中というステータスを書かせていただいております。実施時期につきましては、「平成29年度」ということでございますので、後に御報告いたしますように、それに向けての今、検討中ということでございます。

それから、5ページ目、最後の項目でございます。この会議でも幾つか取り上げていただきました、薬局の独立性に関する構造規制と言われるものについて、措置状況は「措置予定」というふうに資料を登録させていただきましたが、後ほど御報告させていただきますように、昨日、3月31日付で関係の通知など、ルールを明らかにいたしました。資料が直っておりませんで恐縮でございますが、ぎりぎりまで調整した結果ということでお許しいただきまして、これも一応、「措置済み」にさせていただいているということをも御報告させていただきたいと思えます。

その上で、スライドの6ページ目から5個、「患者のための薬局ビジョン」をはじめとする項目について、資料に沿って御報告させていただきます。

厚生労働省（森課長） 医薬の総務課長でございます。説明させていただきます。

薬局全体の改革につきましては、昨年3月、この場での公開討論におきまして、医薬分業といっても門前薬局ばかりで、患者のためになっていないのではないかと御指摘をいただいたところでございます。

それで、御指摘事項でございますけれども「患者のための薬局ビジョン」、6ページで、地域包括ケアの中で、かかりつけ薬局の要件を具体的に明確化するとともに、薬局全体の改革の方向性について検討するという御指摘をいただきました。

7ページで「医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方」でございます。

左側で、御指摘いただきましたように、現状は多くの患者が門前薬局で薬を受け取って

いる。単に立地に依存して、便利さだけで薬局が選ばれる状況であるということですが、これは高齢化社会も含めまして、地域包括ケアの中で、医者だけではなく薬局の薬剤師もかかりつけということで、ケアマネジャーとか訪問看護ステーションとか、他職種と連携いたしまして、在宅訪問もやりつつ、かかりつけ薬剤師・薬局となっていくというのが基本的な考え方でございます。

8 ページで「患者のための薬局ビジョン」。これは昨年10月23日に公表いたしました。その中で、かかりつけ薬剤師・薬局に求められる機能ということで、大きく3点に整理しております。

まず、患者ごとに適切な薬物療法を実施するためには、服薬情報の一元的・継続的な把握が重要であるということで、特に高齢者になりますといろいろな診療科なりお医者さんにかかる方もいらっしゃると思いますので、そこにつきまして、副作用や効果の継続的な確認等をおかかりつけ薬局・薬剤師で行っていく。

また、「いつでも」ということでもございまして、夜間・休日ということで対応していきますし、単に薬局だけで服薬指導するのではなく、在宅患者への薬学的管理等を実施していくということもございまして。

また、先ほど申しましたように、多職種連携、医療機関等との連携が地域において重要でございますので、そこも充実させていく形で機能を整理いたしました。そのほかに上乗せ機能でございますが、セルフメディケーションの支援ということで、「健康サポート機能」。また、特別にがんとかHIVとかの対応について、そういうものがございまして、高度薬学管理機能を上乗せ機能として整理したというものでございます。

9 ページ目で、この薬局再編をどのように進めていくかということで、現状、2025年まで、2035年までという形で姿をつくっております。

これは、なぜ2025年かと言いますと、団塊の世代が後期高齢者となるところが一つ節目でございますので、ここにおきましては全ての薬局をおかかりつけ薬局にするということで考えていきたい。また、2035年になりますと、この団塊の世代の方々が要介護状態が多い85歳以上に到達いたしまして、そのときには立地も含めて地域へという形になっていくのではないかとございまして。

これが姿でございますが、先ほど審議官から申しましたように、これをどういうふうなPDCAサイクルの中で回していくかが重要でございます。10 ページが「PDCAサイクル」で、本実施計画におきましては、今後の医薬分業の推進における政策目標や評価指針を明確化するということで、それを明確にした上で、今後でございますが、PDCAサイクルをちゃんと回して、制度の見直しに反映させるということもございまして。

具体的なPDCAサイクルの指標で、11 ページにございまして。「KPIを活用したPDCAサイクルの実施」で、ここにおいては経済・財政一体改革推進委員会におきましても並行的に議論させていただいておるところでございます。

その中で出た御議論で、単におかかりつけ薬局・薬剤師の数を増やすだけではなくて、ち

やんと服薬情報の一元的・継続的な管理の状況とか、重複投薬の関係とかにつきまして、複合的に把握していくことが重要であるということでございますので、KPIを何個か設定しております。

KPIにつきましては、今、申しましたかかりつけ薬剤師・薬局の体制のほかに、服薬情報の一元的・継続的な把握と、薬学的管理・指導の取組。あと、重複投薬につきましては(iv)でございますけれども、そもそも件数につきまして見える化するとともに、取組状況につきましての水準でございますが、2014年までの直近3年の平均件数の2倍以上となる14万件以上という形で設定する。

また、在宅医療への取組件数、あと、後発医薬品の使用割合につきましても、これは薬剤師が働きかけて提案して、かなり後発医薬品に切り替えていただくケースが多くございますが、これにつきましても、数量シェアについて目標を立てているということでございます。

12ページで、ICTの活用につきましても規制改革実施計画で御指摘いただきました。これは、ICTの有効活用におきまして、患者自身による服薬情報の管理を行うということで、パーソナルヘルスデータの重要性というものを御指摘いただいたところで、同時に、日本再興戦略の中でも電子版お薬手帳のさらなる機能強化という形で御指摘をいただいております。

この点につきましては、13ページで「これからの電子版お薬手帳について」ということで用意しております。

お薬手帳につきましては、今、申しましたパーソナルヘルスデータということで、患者さん自身の服用歴を記録して、経時的に管理するもので、医薬品への意識向上に役立つほか、患者さん自身の方で相互作用防止や副作用回避に資するというところで、例えば阪神・淡路大震災で薬歴がなくなった場合でも継続服薬に資するとか、そういうメリットがあったものでございます。

これを電子化するというところで、この電子版お薬手帳の課題につきましては、次の14ページで若干書いてございますけれども、平成27年度の委託事業におきまして調査・分析をした後、検討会を立ち上げたのですが、戻っていただきまして、電子版お薬手帳はスマートフォンとか携帯電話でも入りますので、非常に利便性は高いのですけれども、30ぐらいの事業者さんがいらっやいまして、薬局・医療機関・利用者による閲覧・書き込み方法等にばらつきとか見にくさ等がございまして、やはりこういう利用者が薬局やお薬手帳を自由に選択でき、便利に使える環境整備が必要であろうということで、検討会の御意見もいただいた中で、私どもは1.~4.のことを周知させていただいているところでございます。

1つは、どのお薬手帳を利用していても、医療機関や薬局のパソコンから一元的に閲覧できる仕組みを構築するというところで、そうしますと、いろいろなお薬手帳を使っても、1つのアプリで見られる。

電子版お薬手帳につきまして、データの移行機能を備えまして、利用者が乗り換え、お薬手帳の選択性を確保することが重要であろう。

電子版お薬手帳の電子というところの利点を生かしまして、最低1年分の服薬履歴を閲覧できる一覧性を保持する。

あとは、これは書き込みということで、単に処方薬だけではなくて、OTCとかそういう一般用医薬品につきましても入力やコメントを通じまして薬歴管理をすることが重要でございまして、そのための標準フォーマットを拡充・統一しまして取組を推進しているところで、こういうものの普及啓発を図っていききたいということでございます。

厚生労働省（吉田審議官） 続いて、お手元の15ページから、患者の視点、利用者の視点に立って医薬分業を進めるという今回の方針の中の、この4月に行いました診療報酬改定の関係について御報告をいたします。

まず、診療報酬改定を少し振り返らせていただきますと、この会議でいただきました御議論、そして、それを踏まえた閣議決定を基に、関係いたします中央社会保険医療協議会、中医協において議論をさせていただきました。2月10日にいわゆる諮問・答申という形で今回の改定の基本方針について中医協としての了解をいただき、3月4日に関係の告示などを行い、この4月1日から施行させていただいている。一部、経過措置的に時間を置いているものもございますが、この4月からルールを変えさせていただきました。

15ページにありますように、この関係でいただきました御指摘は大きく3つあるかと思えます。1つは、調剤報酬、薬局の報酬の在り方について、抜本的に見直すべし。その際には、これまで進めてまいりました医薬分業という考え方が患者にとってメリットが実感できる、その狙いにきちんと則したものにすべしという御指摘内容であったと思えます。2つ目は、利用者が選択できるということ 키워ドに、必要なサービス情報を提供するという。3つ目には、リフィルと言われる処方箋あるいは分割調剤について一定の方向を示していただいたと思えます。

16ページで、まずかかりつけ薬剤師という概念を今回の報酬で打ち立てさせていただきました。

この間、この会議でも申し上げておりましたような、また先ほど薬局ビジョンのところでも申し上げました、今後の本来の薬剤師、あるいは薬局が果たすべき機能。そして、それが利用者にとって真にプラスになり、メリットが感じられるという方向に沿うべく、かかりつけ薬剤師という考え方を診療報酬の中にも明確に打ち立てまして、例えばこの16ページに書かせていただいておりますように、薬剤の服用歴の管理に着目した評価についても、かかりつけ薬剤師が行った場合の点数とそれ以外の方の点数を分けさせていただきました。

具体的にかかりつけ薬剤師の考え方、要件につきましては、その16ページの右側の箱、下に書いてございますけれども、一定の薬剤師としての薬局勤務経験。ここは「一定」と書いてございますが、具体的に3年という整理をさせていただいております。また、やは

リフェース・ツー・フェースである程度の関係性を持っていただくという意味では、その薬局に週32時間以上働いていただく。時々来るといのはなかなか難しいのではないかと。3つ目に、薬局に一定年数。ころころ変わるといのはなかなか関係が作りにくいということで、6か月のいわば継続雇用の経験を持っている。そして、研修を受けていただいている、地域に活動もしていただいているということをかかりつけ薬剤師という形で今回要件化し、それに着目した評価をさせていただきました。

その下にありますように、例えば基準調剤加算などについても、この辺りに着目してございます。

17ページで、一方、大型の門前薬局と言われるようなところで、全体としての薬局あるいは薬剤師さんの在り方を立地から機能へという方向で見直しました。17ページの左上にありますように、まずは大型の、特にグループ全体として運営されているところは、コストが安くなる。決して大型のグループで運営していること自身を問題視するというのではなく、そこにおけるスケールメリットに着目して、全体の調剤基本料を下げさせていただきました。

一方、17ページの下で4.と書いてございますところは、大型門前というサービス形態というものが全体の流れからいかなものかということで、これまでも基本料については減点をしておりますので、その減点対象を広げさせていただくということをさせていただきました。

一方で、こういう減算対象の要件に該当しても、先ほど来、申ししておりますように、半分以上のそこで勤務する方がかかりつけ薬剤師としても機能している。ですから、立地は確かに門前にいるかもしれませんが、きちんとかかりつけ薬剤師としての機能を果たしていただいているところについては、このような減算はかからないというきめ細かな対応をさせていただいたところであります。

17ページの右側は調剤料ということで、ここでいただきました一定の調剤報酬の見直しの中で必要な点数の見直しをさせていただきました。

18ページ目は、2つ目にありました、きちんと患者さん、利用者さんに対して選択をしていただけるような情報提供をすべしという点についても、今後の薬局あるいは薬剤師の在り方としてあるべき姿をきちんと明確にさせていただいたところでございます。

19ページ目は、いわゆるリフィル、分割調剤の関係についての見直しでございます。

従来、分割調剤として行われるもので、例えば長期に保存が困難なものとか、あるいは後発医薬品を最初に調剤するときなど、一定のところについて分割調剤を認めていたところではありますが、今回、その19ページに書かせていただいておりますように、医師が処方時に指示したということをもってして、いろいろな細かい要件については緩和をさせていただいたところでございます。

次なる課題として、20ページからは薬局の、いわゆる構造規制についての見直しでございます。

21ページに内容を書かせていただきました。この会議でも随分な時間をかけて御指摘をいただきましたことを踏まえまして、21ページ目の下、緑のところ「改正案」と書かせていただきましたが、いわゆるフェンスに代表されるような形式的な構造の規制については見直しをさせていただきました。

同一敷地内であっても、3つ目の でございますけれども、一部、公道等から容易に確認できない。薬局が後ろに引っ込んでいて、普通の方が行き来できない、あるいは休診日には閉まってしまっているため医療機関の休診日には保険薬局に行けないとか、あるいは病院と薬局の間が渡り廊下のような形になっていて、一体的に運用されている。ここに例示しておりますように、普通の患者さんを含めて一般の方が薬局に自由に行き来できないものはさすがに困るという点は明確にしながらも、それ以外については同一敷地内にあるものもフェンスだ、何だという形式的な規制を問うことなく認めることにさせていただきました。

ただし、この場でも御議論いただきましたけれども、院内薬局というものについては今回の対応においては認めてございませぬということは一言付言させていただきたいと思っております。

また一方で、形式的という御指摘をいただきました構造規制については廃止する一方、一体的な経営については、例えば不動産の賃貸借関係などについて、例えば6年に1度、薬局については指定更新を行っておりますけれども、こういう指定の更新時の際に、現場に即して議論できるという形に入れました。

この規制については、先ほど冒頭に申しましたように、昨日、通知という形で示しましたが、若干、現場における周知期間、関係者の方々に徹底をさせていただくために、この規制の改革につきましては本年10月1日を予定しているところでございます。

23ページ目からは、大きく3つありました議題の2つ目、3つ目で、市販品類似薬の扱いとか、あるいは処方日数の関係についてまとめさせていただいております。

23~24ページは、いずれも具体的な規制改革実施計画に盛り込ませていただいた内容で、いずれも私も、この平成27年度中に措置というふうに整理をいたしました点については、措置をさせていただいたと思っております。

具体的な項目につきましては、25ページ目以下でありますけれども、25ページ目を御覧いただきますと、まず1つは湿布薬の問題であります。いわゆるOTCをはじめとする医療用医薬品に類似するようなものとして、市販品類似薬を含めた扱いについての例示として、特に湿布薬というものが問題になってございました。

26ページにありますように、本件につきましては給付の範囲ということで、中医協にとどまらず、関係する社会保障審議会の医療保険部会も含めて議論をさせていただいた結果、27ページでございますけれども、今般、いわゆる医薬品の適正給付という観点から、そして、医療の必要性ということ、両方を議論させていただいた上で、外来患者に対しては1処方につき計70枚を超えて投薬することは基本的には算定しないという形にさせていただ

き、もし、それが必要あるという場合には、その旨をお医者さんの判断としてきちんと処方箋や診療報酬明細書に書いていただくという形にさせていただくことにいたしました。

この辺りにつきましては、次の28ページでございますが、この湿布薬に始まる残薬、あるいは重複・多剤投薬、今日は湿布薬の扱いについて御報告をしておりますが、いろいろと医療側あるいは薬局側の取組について、今回、残薬あるいは重複・多剤投薬の削減というものを取組ませていただきました。この手の措置についての今後の実態を引き続き調査・検証するという事を中医協としても求められております。今後、私どもとしては実態を把握しながらフォローしてまいりたいと思っております。

また、29ページからはビタミン剤、あるいはうがい薬という形で、過去に行いました一定の取組のその後についてフォローをすべしという御指摘をいただいていること、あるいは規制改革実施計画の中で盛り込まれていることについて、30～32ページと、実態とその後の状況を中医協にも御報告し、明らかにし、公開の場で評価をさせていただいているところでございます。

33ページ目からは3つ目の話題で、いわゆる処方日数の関係でございます。現在、新医薬品に関して14日という規制がございますけれども、これについてきちんと議論をすべしということになっております。

34ページあるいは35ページに分けて書かせていただいておりますように、これにつきましては実態も明らかにした上で、それぞれ診療側あるいは支払い側との間での議論を深めさせていただきました。

35ページに、その時点における概要を書かせていただいておりますけれども、この議論については今回の4月1日からの診療報酬においては、まだまだ議論が不十分ということで、安全性の確保の点からより議論をすべきという支払い側、支払い関係者の方々の御意見もありましたので、引き続き議論をしていくという形にさせていただいたところでございます。

以上、全体としての厚生労働省からの御報告でありました。

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。

最初は、医薬分業の1のところからと思いますが、御質問や御意見などがございましたら、お願いいたします。

大田さん、お願いいたします。

大田議長代理 ありがとうございます。

私どもは、かかりつけ薬局をつくってくれとお願いしたわけではないのです。診療報酬で医薬分業に誘導するという役割はもう終わったのではないかと。だから、単に薬を受け取るだけならば、院内で受け取ろうが、薬屋で受け取ろうが、そこは同じにすべき。だから、医薬分業に対する診療報酬上の措置は完全に下げる。その上で患者のために特別な、望ましい機能を提供するところへの報酬を上げるということをお願いしてきたわけです。



その観点から幾つか御質問したいのですが、まず、たまに風邪を引く、で、服薬管理も必要ない。かかりつけも必要ない。職場の近くで受け取りたいというだけのためであれば、これまで診療報酬が何点であったものが何点に下がるのかというのが1点です。

この質問の中には薬剤服用歴管理指導料は利用者が選択できるのかという質問が入っております。つまり、サービスをノーが言えるのかということです。

それから、かかりつけ薬剤師以外の薬剤師の場合、初めて行くときの診療報酬は50点となっていますけれども、これではこれまでより高コストになるのではないかと。たまに風邪を引いて、そのときだけ薬を受け取りたい。職場の近くで受け取るだけという人にとっては高コストになるのではないかとというのが2点目です。

3番目は意見なのですが、2025年に全てをかかりつけ薬局にするというのは、なぜ、こういう政策が出てきたのか。職場の近くで便利に低コストで受け取りたいというニーズは、幾ら高齢化社会になっても、依然として続きます。かかりつけを希望する人だけがかかりつけ薬局を利用できればいいわけで、全てをかかりつけ薬局にするということに私は賛成ではありません。

以上です。

翁座長 それでは、お願いいたします。

厚生労働省（吉田審議官） すみません。何点から何点というのはちょっと精査が必要なので、今、並行して確認をさせていただきます。

まず、冒頭申し上げなければいけません。先ほど私の説明が不足したかと思いますが、今回、診療報酬上に位置付けましたかかりつけ薬剤師という仕組みにつきましては、今、大田議長代理がおっしゃっていただきましたように、飽くまでも患者さんの同意に基づいて、患者さんが欲しているということが基本でございますので、いや、私はいいいいという形におられる方にまでこのような形の仕組みに無理やり入れるような形ではございません。

また付言をすれば、かかりつけ薬剤師を仮に私が持ちましよう。年に一遍、行くか、行かないかであっても、いろいろと市販薬を買っていたり、あるいは体質がありますので、どこかでやろうということも思ったときにも、それは例えば職場の近くで日頃通っているようなところをかかりつけ薬剤師にすることについては、もちろん、御本人の同意の下にと言いますか、希望を踏まえてということですが、それは排除するものではございません。

ですので、何か行政がと言いましようか、一律の仕組み、こうしなければいけないということを今回の診療報酬改定において導入したものではありません。飽くまでも薬剤師がその専門性をきちんと発揮できるということを御本人さんがメリットを感じ、希望される場合にきちんとそういうものに誘導していく、あるいはそういうものを踏まえて評価をしていくという考え方で整理をさせていただいたということでもあります。

点数については、すみません、実務的に並行して確認させていただきたいと思います。

大田議長代理 先ほどの質問の繰り返しになりますが、6か月を超えて薬局に行く場合の初回が50点になるというのは、やはりかかりつけ的なものが望ましいからこの点数を上

げたということではないのかというのが1つです。

それと、薬剤服用歴管理指導は要らない場合はノーを言えるのかどうか。

翁座長 お願いします。

厚生労働省(吉田審議官) 必要があれば実務的に補足をさせようと思いますけれども、まず考え方として、要らないとか要らぬと言いますか、かかりつけ薬剤師として一定の業務をしていただいたときには、先ほど申し上げましたように、そもそも患者さんが希望し、同意してということをお前提ですが、そこでこの16ページの右上のところに書かせていただきました赤字のようなことをやっていたらいい。それを評価させていく。その手間賃をやはり診療報酬上評価するというので、値段について、その点数について差がついているということがまず基本的な設計理念であるとお考えいただければと思います。

薬剤服用歴管理指導料につきましても、飽くまでも相対でやっていたらいい話ですので、薬剤師さん、薬局さんと患者さんとのきちんとした合意なくして算定はできないというのが基本であろうと思います。

ただ、望むらくは、薬局あるいは薬剤師さんの職能としてこういうことをやっていたらいいことが私どもとしてみれば全体の医療の中で望ましいことではないか。そして、やっていたらいいことに対してはきちんと評価をしようということで、このような点数設計をしたとお考えいただければと思います。

大田議長代理 では、私は要りませんということは、最初に言えばいいわけですね。今は何のアドバイスもなされなくても点数が付いてしまっているのですけれども、そういうことはもうなくなるということですね。

厚生労働省(吉田審議官) 正に今、お手元の18ページのところでございますけれども、患者さんの選択を基盤としてというのは、この会議でもいろいろと御指摘をいただいたと思います。今回の留意事項におきましても、その点は今回新設された点数であれ、これまでの点数であれ、きちんと丁寧に、正に薬剤師・薬局の方から患者さん・利用者さんに御説明をした上で、納得づくでそこにおいてのサービスを受けていただき、それに基づく評価をしていただくことが基本であろうと思います。

大田議長代理 くどいようですが、では、私はあなたの薬剤の服用歴についてアドバイスをいたしますが、それは50点付きます、と。要りますかという質問があるわけですね。

厚生労働省(吉田審議官) 率直に申しまして、この18ページにありましたように、なるべくかかりつけ薬剤師さんとして基本的な、薬剤を交付する際の分かりやすい場所に掲示するとか、その費用が、業務内容とか費用を理解していただけるように、また患者さんの求めに応じてであるということは徹底してまいりたいと思いますが、正直、個々の患者さんと個々の薬剤師さんでどういうやり取りがあるかということまで、この仕組みは縛っておりませんので、その辺りはどういう形が分かりませんが、私どもとして今回設けさせていただきました、このきちんと説明をしろということ、あるいは患者さんの求めに応じて付加価値を付けるべく頑張っていたらいい、それについて報酬を請求してい

ただルールがどのようになっているかというのは、今後、注意深くフォローしていきたいと思います。

翁座長 今回の関連で、薬剤服用歴管理指導料が選択できるというのは、今、伺って分かったのですが、この初回が50点というのは、たまに風邪で行く。それで、6か月に1回以上薬局を利用する人は、お薬手帳があった場合、38点になるかもしれませんが、たまに行くだけで50点ということになるのは、選べるにしろ、健康でいることがかえって負担増につながってしまうように思うのですが、そういうインセンティブ上の問題がないでしょうか。

厚生労働省（吉田審議官） 私どもも、いろいろな観点から評価をし、また議論を深めていきたいと思いますが、この薬剤服用歴管理指導料ということの重要性は、正に今、風邪引きとおっしゃいましたけれども、たまに来た、例えば私などがそうですが、医者にはそんなにかかっておりませんので、たまに来たときにきちんと状況を聞いていただいて、それに対してアドバイスをいただくということに対しての評価で、38点になれば確かに何回か続けて来ていただくことを、あるいは患者さんの方にもインセンティブになりましょうし、また、来ていただければという形で薬局・薬剤師さんの方も話をする事ができるかと思えます。

ただ、基本は、健康であるからということの価値を特に値段で評価するだけではなくて、かかっている手間の部分について、やはり初回はインタビューなどがありますので、その部分に着目した。できれば、これはお叱りを受けるかもしれませんが、診療報酬という形で物事を評価していくときに、この場でも議論になりました、患者負担につながるということなので、そこはきちんと納得をしていただくことが必要なのと、それから、このいわば増点した部分、プラスで評価をした部分が高いか、安いかというのはなかなか一概に言えないにしても、そこでの幾らということを超える価値もきちんと薬局・薬剤師さんが今後は実績を通じて世の中、国民の皆さんに御理解をいただけるような形にしたいという思いも込めて、今回の診療報酬では取り組んでおります。

厚生労働省（森課長） 医薬サイドでございますけれども、私どもは患者ごとに最適な薬物療法を行うためには、継続的かつ一元的な服薬指導というものは非常に重要であると考えておまして、例えば私が存じ上げているところでは、風邪薬でも失明される方もいらっしゃいますし、そういう観点からしますと、適切なそういう服薬指導というものは重要であるとと考えております。

その上で、正に患者の選択というものは重要でございますし、それはかかりつけ薬局が別に会社の近くとか、そういう所にあっても構わないと思えますけれども、そういう形で一元的な管理をしていくことが今後の薬剤師・薬局の機能として非常に重要であると考えております。

大田議長代理 そうしますと、今のお話は、医師が処方した風邪薬について私どもが薬局でこれで失明しないのでしょうかということを探ねなければいけないということですか。

厚生労働省（森課長） また、私が存じているケースですと、安易にお薬を、アメリカでは、日本より2倍容量が多いから2倍飲んでもいいのではないかと思ひ込み、2倍飲んでスティーブンス・ジョンソン症候群が起こって失明された方もいらっしゃいますし、そういう形で服薬指導等は非常に重要であると考えておりました、そういうことは一言申し上げておきたいと存じています。

翁座長 そのほか、いかがでございますでしょうか。

森下先生、どうぞ。

森下委員 ちょっと視点を変えて、お薬手帳の話を含めて、世間では誤解が通っていますので、厚生労働省さんにその辺はしっかり説明をしてもらわなければいけないのかなと思っています。というのが、先日、自分で薬を院外処方に取りに行ったら、お薬手帳を持っていないと次回から高くなりますと言われまして、これは大分、マスコミやメディアでもお薬手帳がないと高くなるというので、逆に患者さんが損をしているというふうに結構思われているところがあるのです。

本来であれば、お薬手帳があれば安くなるというのが多分正しい理解だと思うのですが、どうも逆のように捉えられていますし、薬剤師の方自身からもそのように、実際に私は説明を受けましたので、厚生労働省の方で制度を難しくし過ぎたので、必ずしも現場まで浸透していないのではないかという不安があるのですが、その辺りはいかがですか。その制度改革自体の意味がちゃんと伝わっているかどうか、ちょっと不安なのです。

厚生労働省（吉田審議官） 私ども、中医協での議論を含めてここまで参りましたが、おっしゃるように、全国5万7,000の薬局がございますので、それぞれのところにおいて、きちんと今回の改正の考え方、あるいは個々の点数の解釈などについて浸透しているかという点については、まだまだであると率直に思います。それはいろいろなメディアを通じて、あるいは関係団体を始めとする関係者の方々に対して、何度も私どもも趣旨を御理解いただくように働きかけをしながら浸透させていただきたいというのが基本でありますので、確かにまだまだ十分ではないというお叱りはきちんと受け止めさせていただきたいと思います。

その上で、おっしゃっていただきましたように、先ほど来、16ページのところにあります50点/38点を例にすれば、初回であれば50点という、インタビューに手間のかかる部分、2回目以降、お薬手帳を持ってきていただければ、薬局側としてみれば、それについて、その検索が楽になりますし、薬学管理をよりきちんとやらせていただくことには、少ない手間で大きなコストが得られるということでもありますので、そういう形に誘導すると言いましょうか、そういうところを、実際にかかったコストも着目した上で評価をさせていただいたということではありますが、先ほど来、議論がありますように、いろいろな患者さんのお考えもありませんから、そのお考えを踏まえた上で、一生懸命、そういう薬学管理に取り組み、手帳というツールを使って一元的な、かつ継続的なフォローをしていたらいいという薬剤師さん、あるいは薬局に対しては、できるだけ私どもとして応援と言いまし

ようか、それに見合う評価をさせていただきたいということで、今回の報酬改定になったと思います。

それが結果、どうなったかという点については、先ほど来、申しておりますように、フォローをしながら、どういうふうに行ったかというのは、累次にわたる改定でこの部分を見直させていただくということをやっていると申しておりますので、取り組ませていただきたいと思います。

翁座長 お願いします。

森下委員 規制改革をした結果、患者さんが不便になったとか、あるいは費用が高かったというふうに関連した誤解をされないようにという点と、そういうふうになさかたないねという確認も含めて、是非お願いしたいなと思います。

翁座長 いかがでしょうか。

お願いします。

林座長代理 ありがとうございます。

私どもが昨年お願いしたことをいろいろ御検討いただいて、個別に入れていただいたことにまずは感謝したいと思います。

ただ、元々の我々の考えていた精神がこの今回の措置で実現するのかどうかというのはいま一つ、まだ少し分かりにくいところがございます。まずは電子版お薬手帳の点なのですが、今、政府の方ではICTを活用して、パーソナルデータについても今後、データポータビリティの観点でのシステムを構築しようとしているのではないかと思います。

その観点から言いますと、電子版お薬手帳というものは患者自身の情報を携帯可能にして、ポータビリティを持たせて、どこの薬局に行ってもICTを活用して一元的サービスを得られるということを目指しているのではないかと私は思います。そうありますと、電子版お薬手帳が促進されるようになれば、この薬剤服用歴管理指導料で毎回お金を取られるというのはどこに根拠があるのかなというのが1つ分からないところがございます。

それで、16ページの右側に<「かかりつけ薬剤師」が行う業務>を右側の一番上の箱に書いていただいております。それで、私どもでずっと、かかりつけ薬局とかかかりつけ薬剤師はどんな役割を果たすのかを明らかにしていただいた上で、かかりつけという名前はともかくとして、その役割に見合った報酬が、点数が付くのであれば、そこは合理性があるけれども、そこが確認できないということを申し上げていたわけなのです。

ここに挙げられている下の2つ、24時間体制とか、それから、患者のお宅を訪問して、残薬がないとか、そういうことの指導をしていただくという、この辺は実働が分かるのですけれども、最初の2つの、服薬状況の一元的把握とか、それを医療機関に提供するという部分については、電子版お薬手帳で個人の投薬情報が自分の、患者自身の情報としてポータビリティが持てるようになれば、当然のことながら、ここは点数に反映してくるものではないのではないかと申す方も、現行の41点から改定後、かかりつけ薬剤師が行うかかりつけ薬剤師指導料が70点と、それから、薬剤服用歴管理指導料が50点、

両方かかりますということと今回上げられている業務はどういう対応関係にあるのか。何をやると、この点数が付くのかというところをもう一度教えていただけますでしょうか。

翁座長 お願いします。

厚生労働省（吉田審議官） 電子版お薬手帳の意義について、必要に応じて、また医薬局の方から補足をさせていただくことになろうかと思いますが、私の頭が整理できていないとすれば申し訳ないのですけれども、多分、今、林座長代理がおっしゃっていたことは2つあるのだと思うのです。

電子版お薬手帳が普及することによって、患者さんが自らの情報を自らの手で持ちながら、それをポータブルにしながら一元化するツールができる。それは事実だと思えますし、そういう評価の上で我々はこれから幾つかの技術的な問題をクリアしながら進めていくことになろうと思えます。

そういう意味で言いますと、電子版お薬手帳なき段階においては、そういう形であまたある情報を一元的に管理する手間あるいは価値は、独立して一つあるので、その部分については、例えば世の中で電子版お薬手帳がポピュラーになった暁には、特段そこに着目して評価するというものはなくなるのだと思えます。その上で言いますと、ここは経過的な部分かと思えます。

一方で、そういう形で一元的に情報が集まった上で、それを評価する、あるいはそれに基づいて相談をする。それに基づいてお医者さんに対して、それぞれの処方医がおられますから、一定の処方提案をするという、まず集める作業と、集まった情報を基に次にアクションをするという2段階で考えるとすれば、正に薬剤師、あるいはかかりつけ薬剤師という形で、特にマンツーマンで対応していただける方が、集まった情報を基に次のアクションを起こしていただくことをやはり我々は期待したいですし、それが必要であると思っておりますし、そこをやっていただいた方に対しては評価をするという考え方であろうかと思えます。

その上で、おっしゃっていただきましたような、16ページの上にありますようなかかりつけ薬剤師の仕事について、具体的に見えにくい部分があるというお話につきましては、実際、私どもとしてこういう形で考え方をお示しし、現場で幾つか既に実践されている例も我々は見聞きはしておりますが、今回のこういう点数でこの部分を評価した上で何が起こったかという点については、ちゃんと次の改定までの間にフォローをしていきたいと思えます。

また、実務的な点で1点だけ補足をさせていただきますと、70点、その横にあります50点/38点のところについて、極めて技術的な説明で申し訳ございません。これは併算定はできませんので、70点足す50点若しくは38点ではなくて、ここはオアになっております。そういう意味では、かかりつけ薬剤師の方は下の50点/38点業務に付加価値を付けていただくであろうという部分を併せて評価をして70点になっているという点数設計になっていることだけ御報告したいと思えます。

林座長代理 ありがとうございます。私の整理できない質問に対して、すごく整理して答えていただいて感謝申し上げます。

ユーザーの立場から言いますと、お医者さんから処方箋をいただいて、薬局に行って、保険証と一緒に出します。正直なところ、まずそれで、飲み方は分からない薬はまれなので、普通はこの薬を飲むのが初めてですかと聞かれて、いつも飲んでいますと言ったら、それで終わります。これでも点が付くのかなというのはちょっと抵抗があるところですし、それとか、お変わりはありませんかとか、お元気ですかとか、そういうレベルのものまで一律に付いてしまうのではなくて、これは私の意見なのですが、むしろ今、具体的におっしゃっていただきましたような、この<「かかりつけ薬剤師」が行う業務>の中での3つ目のポツとか4つ目のポツにある、個別に24時間で相談に応じます、例えば夜の9時なのに電話をかけたなら相談に応じてくれましたとか、わざわざ家に来て残薬指導してくれましたというスペシャルなサービスについて、ある程度、ちゃんとした点数を付けるという方が公平感はあるような気がいたします。

もう一点だけ、この関係でお伺いしたいのですが、改定の前後で総支出額の増減額の見込みはどのくらい計算されておられるのでしょうか。

厚生労働省（吉田審議官） すみません。このかかりつけ薬局、今、ここで御指摘いただいたものだけではなくていろいろと、先ほど申しましたように、他に残薬対策であるとか、重複投薬防止のために薬剤師さんにやっていただくことの評価というものも合わせ技で、全体としてみれば調剤報酬を0.17パーセントのプラスという形にしております。

今回の診療報酬は、薬価等の引き下げも行っておりますので、トータルで言いますと、医療費は下がるのですけれども、いわゆる本体と言われる技術料の部分につきましては、診療報酬全体が0.49というプラスの中、調剤報酬については、いろいろな見直しも行いました結果、0.17パーセントのプラスですので、医療費ベースで言いますと、ざっくり100億円強ぐらいの感じであるというふうに私どもとしては試算しております。

林座長代理 ありがとうございます。

トータルのところでより削減効果が生まれることを期待するのですけれども、やはり直接的には、この対象範囲についてはプラスになってしまったことは少し残念に思います。

翁座長 お願いいたします。

岡議長 この電子版お薬手帳の件なのですけれども、これは同じ厚労省の別の局に、マイナンバーカードを持っていたら、病院へ行っても歯医者へ行っても薬局へ行っても全部対応してもらえる。そういうサービスを検討していただいているわけですよ。そのとき、カードは1枚。複数のカードを持っていくのではなくて、マイナンバーカード1枚だけ持っていけばいいということで検討していただいておりますので、この電子版お薬手帳もそこに組み込んでほしいのです。マイナンバーカードと電子版お薬手帳を2つ持っていくのではなくて、とにかく一本化していただかないといけない。

私は、マイナンバーカードは、税・社会保障以外では、特に医療分野が一番、国民にと

って利便性が高いと思っています。他にも運転免許証もとか、いろいろ意見があるのですが、まずは医療分野での国民の利便性を高めることが一番効果的かなと思いますので、是非、そのところは一本化していただくことをお願いしたいと思います。

翁座長 お願いします。

厚生労働省（森課長） 非常に大切な御指摘をいただきました。医療分野における情報の一体的利便性の確保というものは非常に重要であると考えております。

ただ、マイナンバーについては、先生御存じだと思いますけれども、ここ3年間の利用範囲というものが法律で確定されているところでございますが、先ほど林先生からいただきましたように、電子版お薬手帳につきましては、これは薬剤師のインタビュー等を補完するようなものでございますけれども、2018年度までを目標とする地域医療情報連携ネットワークの全国展開の中で普及させていくこととしていますので、私ども、引き続き、これは強力に推進していきたいと考えております。

翁座長 お願いします。

岡議長 いろいろな事情があろうかと思うのですが、ポイントはとにかく一本化なのです。医師会がいろいろ言っていて、医療IDナンバーがどうのこうのという議論があるようですが、それは駄目。とにかく一本化なのです。

そういうことで、産業競争力会議では何度も、一昨日もやりましたけれども、これをやるかやらないかというのはすごく大きいポイントなので、是非この電子版お薬手帳もそこに組み入れて一本化していただく。家庭に置いてという話もあるのですが、そうしますと結局ばらばらになってしまうおそれがありますから、最初から一本化を目指して、是非お願いしたい。

2つ目は「かかりつけ薬局」の話です。先ほど大田議長代理も言いましたが、私は、国民の選択肢として、全国たくさんある薬局のどこへ行っても、お薬を受け取るというミニマムのサービスは当然受けられる。ただ「かかりつけ薬局」と称されるところに行きますと、こういうベターサービスがありますということで差別化すべきではないかと思います。ミニマムのサービスはどこでも受けられます。しかし、「かかりつけ薬局」に行けば、こんなサービスが受けられるのは有り難いと。場合によっては、その分、余分に負担してもいいと思うのですが、そのような位置付けでよろしいのでないか。

ほどの資料9ページに、2025年までにすべての薬局を「かかりつけ薬局」にする方針が書いてありましたが、厚労省が「かかりつけ薬局」の定義をして、すべてそうするのはなかなか難しいのではないかと。ベターサービスを求めない国民は、普通の薬局で普通のサービスが受けられますという、その辺のところは明確にしておいた方がかかりつけ薬局のメリットも訴えられるのかなという気がします。

翁座長 すみません。私、今日は所用がございまして、ここで中座させていただきますので、以降は林座長代理に議事運営をお願いします。

（翁座長退室）



林座長代理 ありがとうございます。

それでは、今の岡議長からの御意見について、厚労省様、いかがでしょうか。  
どうぞ。

厚生労働省（森課長） 非常に重要な御指摘をいただきました。日本再興戦略におきまして、薬局全体の改革ということで、おっしゃられたように、地域包括ケアの中で薬剤師の技能を果たしていくということを御指摘いただいております。正に地域包括ケアの中で、いろいろな職種の方と協力しながら付加価値を高めていって、患者さんに薬剤師の意義を認識してもらうのは非常に重要なことであると思いますので、その方向で考えていくということでございます。

林座長代理 ありがとうございます。  
どうぞ。

大田議長代理 診療報酬の件で1点だけ、今、議長も言われましたように、患者のニーズというものは多様で、その選択に応えることが何より大事ですので、服用履歴の管理については患者の同意がなければ算定はできないということを是非徹底してお伝えいただけるようによろしくお願いいたします。

林さんが言われましたように、前と同じ薬を受け取る場合もありますし、風邪で、いつものお医者さんで、説明もちゃんと受けているという薬もありますので、そこは是非、患者の同意なく算定はできないということを徹底して御指導いただければと思います。

それから、構造規制について2点御質問がありますが、こちらに移ってしまっていていいですか。

林座長代理 はい。

大田議長代理 1つは、同一敷地内に保険薬局がある形態でも、例外的なものは認めない。その例外にあたるかどうかは、地方社会保険医療協議会において必要な検討をした上で、地方厚生局において判断するとなっておりますが、地方によって違う判断がなされるといけませんので、そこはよく全体を見て、統一的なことをしていただけるのかどうかというのが1点です。

それと、専用通路があると駄目だということなのですが、この理由がよく分かりません。同じ敷地で、通路があれば駄目で、通路がなければオーケーという、この違いは何なのでしょう。

林座長代理 どうぞ。

厚生労働省（吉田審議官） 2ついただきました。

まず1点目で、私どもとしてはこういう形で地方社会保険医療協議会、地医協、あるいは地方厚生局という、地方厚生局が従来から私どもの出先として受け付けておりますので、そこに行くのですが、そこにおいても、ルールは今回、明確に全国ルールとさせていただきます。

ただ、当初は多少、事例の収集のところにおいて、現場を、実態をきちんと把握するこ

とが必要なために、東京でやりかねる部分はそれぞれの地方において実態確認をしていたらこうという趣旨からこのような仕組みで走らせていただくことにしましたが、おっしゃるように、これが結果的にローカルルールになってしまうことを我々は決して望むものではありませんので、そこはきちんと丁寧にフォローをさせていただきながら、ばらつきがないように、変なことにならないように私どもも運用をしてみたいと思います。

それから、専用通路の問題というのは、結局、個々の話というよりも、先ほど申しましたように、患者を含めて一般の方が薬局を自由に行き来できると言いますか、薬局選択にゆがみがないということがこの独立性であるということはずっと一貫して申し上げておりましたので、別に当然、同じ敷地内で行き来ができることが自由であれば全然問題ないと思いますけれども、この道はその先、薬局しかないという形の場合については、患者さんからしますと、その先は当該薬局しかないというのは自由に行き来できるものに該当するのか。そこはそうではないのだろうということから、こういう形のルールを付言させていただいております。

基本的な考え方は、要するに患者さんが選んだ薬局にきちんと行っていただくのに当たって、フェンスのような形の上での規制は撤廃するというにさせていただいたということでございます。

林座長代理 他にいかがでしょうか。

どうぞ。

土屋専門委員 前のかかりつけ薬局、かかりつけ薬剤師に関してなのですが、16ページでは「かかりつけ薬剤師」が行う業務」とありまして、その下の点線の枠の中で、これは「『かかりつけ薬剤師』の要件」ということでかなり詳しく書いてあるのです。一言で言えば、大学を出ただけでは一人前ではないので、ある程度、経験を積んで、オン・ザ・ジョブ・トレーニングと言いますか、社内教育を受けて、一定の実力を持って、自分で判断できる薬剤師ということが解釈できるのではないかと。

ですから、それがかかりつけ薬剤師としての要件であると解釈しますと、この上の括弧の中の赤い字がある「かかりつけ薬剤師」が行う業務」というものは、薬剤師ではなくて、むしろ薬局が行う業務ではないか。例えば「患者の全ての受診医療機関と服薬状況を一元的に把握」というものは事務的な事柄であって、必ずしも薬剤師そのものの仕事ではないと思うのです。これはかかりつけ薬局が、それこそコンピューターを使うなりなんなりですぐ把握ができる。これを利用して、その後にあるような、必要に応じて医者にアドバイスをするということは判断力が求められますので、点線内の実力のある薬剤師でないと、これは役に立たない。

それから、3番目のポツの「患者からの相談に24時間応じられる体制」というものも、これは施設の条件でありまして、かかりつけ薬剤師個人の条件ではないだろうということで、個人が24時間ずっと起きているわけにはいかないもので、これに対応するとすれば、複数の薬剤師が1つの薬局に存在することが想定されるわけです。そうしますと、この4番

目のポツの「服用薬の整理（必要に応じて患家を訪問）」は、整理だけは飽くまで事務的な仕事で、これに基づいてアドバイスができるという実力がかかりつけ薬剤師であろう。そうしますと、この辺の薬局の機能として何を持っているかという問題と、かかりつけ薬剤師として判断力があるか、ないかということをやはり区別すべきではないか。

そうしますと、11ページに戻りますと「(i)かかりつけ薬剤師・薬局の体制」とありますけれども、薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数。これは、ただ、かかりつけ薬剤師としての実力があるか、ないかは別として、1人でもいればいいのかということ、かかりつけ薬局の定義がどうなのかということとはちょっと気になるところであります。

そうしますと、例えば24時間相談に応じられていますけれども、夜中に当番でいる方がまだ経験が浅くて、かかりつけ薬剤師としての条件を満たしていないとしますと、これはかかりつけ薬局としての機能がないということになりますので、その辺がちょっと具体的にはなかなか難しいのかなと思って、この2か所を見ていたわけでありました。

さらにその前に来ると、9ページで、同じく2025年までに全ての薬局をかかりつけ薬局にする。これはかかりつけ薬局といった場合、今、言いましたような条件を満たしているかかりつけ薬剤師だけで構成しなければいけないのか。見習い的な薬剤師さんはどういう役割を果たすのかということ、このICTを活用して一元管理とか、継続的な把握とか、24時間対応というところでかなり問題になるのかなという気がいたします。

私の方もまだよく整理がついていませんけれども、その辺が何かかかりつけ薬局とかかかりつけ薬剤師がかなり混同されているかなという気がしましたので、御質問しました。

林座長代理 今の御意見について、よろしく申し上げます。

厚生労働省（吉田審議官） ありがとうございます。

ここの部分が、規制改革の実施計画を政府として、規制改革会議としての御意見を踏まえて、政府として受け止めさせていただいて以来、論点になった一つでありました。

2つのことを申し上げられると思うのですが、率直に申し上げますと、大田議長代理からもお話がございましたが、2025年に向けての薬局ビジョンというものをやっておりますのと、まず今の診療報酬において大きく、今回、御指摘いただきました方向に世の中を動かす、メッセージを出すというところに若干タイムラグがありますので、2025年に全ての薬局をかかりつけ薬局にという方向を示す一方で、まず改定としてやるべきことは、少しでも、今、求められている、患者さんにとって本当に意味のある医薬分業にする、あるいは薬剤師・薬局になっていただくためにはどうしたらいいかということに支援するという意味で、少しずれていると言いますか、時間的に視野に置いている部分が違うという部分は率直にあらうかと思いますが、その中で今回の改定でメッセージを、あるいは必要な見直しをさせていただいているというのが1点。

それと、今、土屋先生からおっしゃっていただいたように、薬局なのか、薬剤師なのかというのがありまして、当面、顔の見える関係として、フェース・ツー・フェースでやっ

ていただく。そういう意味では、先ほど大田議長代理が何度もおっしゃいましたように、飽くまでもそれは患者さんが求めているということを前提にしながらも、やはり顔の見える関係を作ることが、特に高齢者など、多剤を幾つかのところでもらっておられる方にとっては重要ではないかということから組みましたけれども、それが結局、全ての人がかかりつけ薬剤師さんになるというのは、この要件から御覧いただいても分かりますように、今回の改定で望んでいるものではございません。

そういう意味では、薬局として目指すべき話と、診療報酬の中でまずきちんと事態を動かし、物事を薬局・薬剤師、特に薬剤師が変わっていただくために必要なところを評価するという趣旨から言いますと、この診療報酬では特に薬剤師に着目して、かかりつけ薬剤師という概念で、これは大変いろいろ、薬局か、薬剤師かというものは関係者の間で議論がありましたけれども、今回はやらせていただいた。

あえて、もう一つ言いますと、かかりつけ医との関係で言えば、かかりつけのお医者さんと違いまして、かかりつけの薬剤師は薬局の中に複数おられることが多くて、そこで言えば顔の見える関係とか、先ほどおっしゃっていただきました、組織としての薬局が一元管理をしているのを超えて、個々の患者さんに対してきちんと、このかかりつけ機能を発揮していただくためには、薬剤師という観点からのチェックと言いましょか、要件も必要ではないかという議論で今回の改定ではさせていただいたということですので、今後、フォローをしながら、今、おっしゃっていただいた問題意識を持って、これからの改定に望んでいきたいと思えます。

林座長代理 是非よろしく願います。

では、森下先生、どうぞ。

森下委員 後半でもいいですか。

林座長代理 はい。

森下委員 新医薬品のところは。

大田議長代理 すみません。先ほどお願いした診療報酬点数はどうなったのでしょうか。  
厚生労働省（宮寄課長） 医療課長でございます。

先ほど御指摘がありました点数の関係ですけれども、具体的にどういう形でモデルを組み上げるかという作業はなかなか難しいので、総体として申し上げるのは難しいのですけれども、個別の点数で申し上げますと、先ほど御指摘がありましたように、ただ調剤してもらって受け取るだけというケースですと、基本料で言いますと、先ほどの41点のところは25点とか20点になるのだろうかということとか、あと、指導料のお話もありましたけれども、41点のところは50点か38点なのですが、これも患者さんとしっかり話ししていただいて算定するというお話もあったと思えますので、そこは具体的にどういうケースが出てくるかというのは個別のケースであると思えますが、そういう点数の変化です。

あと、調剤料につきましても、14日以内は変わらないのですけれども、15日以上の場合については、若干、点数を下げさせていただいておりますので、これは剤数とか日数によ

って変わりますが、その辺の点数が幾らか下がってくるというのが全体像でございます。

大田議長代理 そうしますと、薬を受け取るだけであれば、院内と院外は一緒になったと。調剤料だけということですね。

厚生労働省（宮寄課長） 院内と院外につきましては、処方箋料と処方料の違いとか、調剤料も点数が違いますので、そこは変わっていないというよりも、同じになっていないということでございます。

大田議長代理 院内は処方箋料がつくということですか。

厚生労働省（宮寄課長） 院内の場合は処方料ですけれども、院外のときには処方箋料がかかってきますので、その点数の差は今までと同じように残っているということです。

大田議長代理 これは今までと同じということですね。

厚生労働省（宮寄課長） はい。

大田議長代理 ありがとうございます。

林座長代理 では、森下先生、どうぞ。

森下委員 後半のところ、1つは厚労省さんを褒めてもいいかなと思っているのですが、あと2つは非常に問題だなと実は思っています。

それで、今回の医薬品の適正給付の中で、湿布薬の制限というもので、これは早速、私も出し過ぎたもので2つくらい書類を書くことになりまして、既に機能しているものがこの4月1日を待たずに、これに関してはかなり皆さん守らなっているのではないかと、正に適正給付というものが一歩進んだのかなとは思っています。

ここはよろしいのですが、一方でリフィル処方箋に関して、今回、30日ごとに3回分割調剤という例が出ていますけれども、現在でも90日は出せるので、本来であれば分割調剤がなくてもいけるものがわざわざ分割調剤になっているのではないかと。これはある意味、規制強化になっているのではないかとという点が非常に疑問である一つは思っています。

さらに問題であると思っておりますのが新医薬品の14日処方のところですが、これは今回、厚労省の指導では既に閣議決定に関して、これは「措置済み」という言い方をされていますが、これは何も変わっていないのに「措置済み」というのはおかしいのではないかと。実際に中医協の場に出された議論等を見させてもらいましたけれども、議論としては何日、例えば14日が本当に正しいのか。それとも、28日なら変わらず安全性が担保されるのか。そうした議論もなく、正に無制限に新医薬品でもできるかのような議論の持ち方をして、こうした議論になっている。

これは厚生労働省が方向を決めないままに、単純に中医協に出しただけではないか。それで元へ戻るのであれば、閣議決定をする意味はないのではないかと。要するに、中医協に出して、中医協がこういう意見を言うのであれば、厚労省では何もしませんということが「措置済み」であるということは欺瞞でしかない。このようなことがまかり通るのはおかしいのではないかと私は思うのです。しっかり議論してもらって、14日というものが果た

して正しいのかどうか。それが28日なら、なぜ、安全性が守れないのか。あるいは30日ならまずいのかとか、さすがに無制限ということは、元々の議論の中でこちらも言っていない訳です。

もう一点は、これは今、1年間という期間になっていますけれども、実際には安全性の収集というものは半年ぐらいで終わるわけです。それで、残り半年間というものは、収集が終わったにもかかわらず漫然と1年間という期限を区切っているわけで、これも本来の趣旨から言えばおかしいのではないかと。安全性確認をされれば速やかに14日処方を取って、働きながら病気と闘っている方が新しいお薬を十分使えるような環境を作るべきではないか。そういう意味では、安全性という観点は重要ではありますが、厚生労働省のやり方は全く本来の趣旨を酌んでいないのではないかと。

私は、ここに関しては、この措置済みというものは一切納得できないと思っていますので、是非持って帰っていただくか、再度考えるべきである。私、個人的には、これは閣議決定違反であると思っています。

林座長代理 今の点、いかがでしょうか。

厚生労働省（吉田審議官） ありがとうございます。

90日のところにつきましては、技術的な点もございますので、後に医療課長の方から説明したいと思います。

後者について、厳しい御指摘をいただきました。私どもとして、この資料で言いますと、34ページ、35ページのところにお示ししましたように、中医協に対して、この規制改革の実施計画を基に提案をさせていただき、議論をさせていただいた結果、率直に言いますと、私ども事務局の提案が反対されて、それもいわゆる1号側、2号側と言われる医療関係者からも支払い側からも反対されて、今回、このような形になったということをもってして、議論はさせていただいたのですけれどもということで、このような扱いにさせていただいております。

もちろん、事務方といたしましては、私どもは閣議決定の意を体して提案させていただいたことが、最終的には中医協においてそのままの形で認められなかったということではございますが、私どもとしては議論をさせていただいたということで、それがどう御評価いただくのは、こういう場において改めての御評価をいただき、また次なる議論に向けての私どもとしてはステップにさせていただきたいということだけ申し上げたいと思います。

すみません。90日のところは医療課長の方から。

厚生労働省（宮崎課長） 分割調剤の仕組みがこういう形で入っているのが逆に規制強化になっているのではないかとのお話ですけれども、これはもう先生御案内のとおりですが、もちろん、90日処方そのままできるケースもありますが、患者さんの状況を見ながらフォローしていくときに、30日ごとに来院させるということではなくて、90日処方のまま分割を出して30日で、別に30日でなくてもいいのですけれども、管理できる期間を区切って、何回かに分割して処方できるという仕組みを、今まで限られたケースだけであった

ところを広くしたということで、これだけをもって規制が厳しくなったというよりは、逆にお医者さんの方から見ても、患者さんの方から見ても、選択肢が広がったというふうに御理解いただけたらと思うのです。

林座長代理 どうぞ。

森下委員 リフィルに関しては、そうしますと、医者の方に対して、これに関しては一体、何点の点数が付いたかをまずお教え願いたいと思うのです。ここに書いてあるのは薬剤師側の点数ですね。

それから、後半の方の14日処方に関しては、今の話ですと、再度議論してあげるというふうに私は聞こえましたので、是非安全性の確保の観点から、なぜ28日では駄目なのか、あるいは30日では駄目なのか。14日とどう違うのか。その点を厚生労働省で、科学的な意見を基にして、違いがあるのであれば私は納得しますけれども、違いがないのであれば、是非、再度議論をしていただきたいなと思いますし、少なくとも「措置済み」であるというのはおかしいと思います。

これが「措置済み」であったら、全ての案件を投げて否定されても「措置済み」であるという話でしょう。明らかに日本語の使い方として間違っていると思いますので、ここは措置ができていないというふうにしてほしいと思います。

林座長代理 私からも申し上げますと、35ページの支払い側の委員の御意見の中には「個別の医薬品で安全性が担保されるのであれば、その医薬品を例外として取り扱う措置は、検討してもよいのではないか」という御意見も出されておりますので、こういった検討をする御予定があるのかどうか。具体的に、例外措置についての要望受付窓口とか、検討の手続とか、そういうものを含めて検討される予定があるのかということも併せてお答えいただけますでしょうか。

厚生労働省（吉田審議官） まず、後者の部分につきまして、今、林座長代理からもお話がございましたようなところにつきましては、今回の改定としては1回、こういう形で改定に結実しましたけれども、本件に限らず、いろいろな形でそれぞれの各側が御意見としておっしゃって、今回まとめられなかったものもございます。次回の改定に向けて、改めて中医協は、先ほど来、申しておりますように、今回の改定の検証をすると同時に、そのときに向けての新たな課題についての議論を行うということでございますので、具体的に今の時点でこういう議論を中医協でということまで申し上げる段階には率直に言ってございませんけれども、幾つかあります課題の中の一つとして、少なくともここに書いてございます、支払い側は認識されているというふうに事務局は受け止めております。

林座長代理 是非引き続き、御検討をよろしくお願いしたいと思います。

大田先生、どうぞ。

大田議長代理 14日制限について、森下さんも言われましたように、私どもの意見としては14日の根拠が分からないということであった訳です。制限を全部外せなどということは端から言っていないわけで、それは薬によっても違うはずなのに、なぜ14日なのかとい

うのが非常に大きいポイントです。この議論のときは副作用の発現率とか、そういうデータをベースに議論がなされたのでしょうか。

厚生労働省（宮寄課長） 医療課長でございます。

まず、今の点ですけれども、どこまでのデータで議論したかという話ですが、今、御指摘のようなデータまで中医協にお示しして議論したということではなくて、先ほども審議官の方からありましたが、こういう指摘について、事務局としてはこういう考え方があるのではないかということでお示ししましたけれども、結果的には診療側とも支払い側ともこういう意見をかなりいただいたというのが結果でございます。

ですので、御質問のような、そういう詳細なデータを示して議論したという状況ではないというのが1つです。

それから、ちょっと戻って恐縮ですけれども、先ほど森下先生から御質問のありました分割調剤のところですが、ここは基本的にお医者さんの方の点数も変わりませんし、これは薬局もそうですけれども、基本的には増えるとか減るとかではなくて、ルールを明確化しただけで、点数としては同じという、お医者さん側も同じですし、薬局の方も3分の1になって、それぞれ取ることですから、同じという考え方で点数を設定させていただいております。

大田議長代理 会議に出せる資料がないということは、やはり14日ということそのものが何の根拠もないのではないのでしょうか。

厚生労働省（宮寄課長） すみません。出せる資料がないというふうに申し上げたわけではなくて、我々、中医協の方にはそういう資料までお示しして議論をしていただいた形にはなっていないということでございます。

大田議長代理 そうしますと、その14日を示す根拠のデータはあるということですね。中医協には出していなくても、あるということですね。

厚生労働省（宮寄課長） 飽くまでも、この日数制限というものは、ある程度、保険診療上の支払い側と診療側の合意したところの決めでございますので、例えば13日とか14日とか15日が、幾つがいいとか、そういうデータはないということでございます。

森下委員 ちょっと気になりますけれども、結局、データはないのでしょうか。私、正直な話、見たことがないです。それをもって14日というのがまかり通るのがおかしい話で、では、何日ならいいのか。そうではなくて、患者さんの利便性も考えた上で、元々厚生労働省が言うレギュラトリーサイエンス、科学的な考え方に基づいていったらどうなるのかという議論だと思います。それを出さずにいきなり、しかも出し方が無制限に新薬もいいですみたいな言い方をされていますね。それは正直な話、委員から言われても、私だって、その場において、そういう言われ方をしたら、それは駄目だと言うと思うのです。

だけれども、それが14日なのか、28日なのか。科学的根拠としてこうなっているので、では、そこは患者さんが使いやすいようにしましょうと言うかどうかというのは、やはり全然違う話ですし、正直、閣議決定まで行って、厚生労働省がそれなりの義務を背負って



いるわけです。にもかかわらず、そこをされていないというのは、やはり努力が足りないのであって、先ほど来、言っているように、それを「措置済み」だということで終わらせるということは、私は到底納得できないので、ここは是非、先ほど来、言っていますように、「措置済み」であるという言葉自体、撤回していただきたいと思っています。

大田議長代理 私どもがこれを検討したときも、重い病気で14日に1回、薬を受け取りに行かなければいけない方とか、御遠方から飛行機などに乗って来ている方などの例をうかがいました。そういうことを考えますと、やはりここはきっちりとしたエビデンスに基づいて、もう一度、御検討いただけませんか。

厚生労働省（宮崎課長） 必要なデータ、エビデンスに基づいてというのは、正に御指摘のとおりなのですけれども、これは森下先生も御存じだと思いますが、そもそも薬というものは全体が14日制限であったと思うのです。正に森下先生御指摘のように、それをどういうケースだったら外せるだろうか、どういうケースだったら外したらいいだろうかという形で来て、今、御案内のとおり、新薬でも個別に判断して、長いケースもございませけれども、原則として新薬についてはまだ14日という形になっているのをどう考えるかについて、中医協で御議論いただいて、やはり原則はこうであろうと。

そういうことで、ただ、御案内のとおり、個別に剤形とかいろいろな問題で新薬でも外れるケースもございませるので、実際には個別にそのときに議論をして、外れるものもあるのが実態でございませけれども、御指摘もございましたので、中医協でいつ議論をするという話にはなかなか今の段階では申し上げにくいですが、当然、次の改定に向けて、これだけではないですけれども、いろいろな課題がございませるので、その中で議論させていただくようなことを考えさせていただければと思います。

森下委員 おっしゃるように、元々14日処方というものがありませんけれども、その14日自体が根拠がないわけです。それで、週に1回来て、さすがに毎週はしんどいから2週間に1回でいいねというぐらいに決まっているわけで、これは当時から元々根拠がありませんし、これからも多分、根拠はつくれないと思いますよ。

そうした意味の中で、そこをもって、広がったからそれでいいのですという話にならないでしょうし、この議論をしたときに考え方が逆で、むしろ危険なものは14日にしましょう。そうでなければ、それが28日であり、あるいは最近であればジェネリックに近いようなものでも新薬の扱いもあるわけです。そういうものに関してはもっと長くてもいいのではないか。あくまでも副作用を見るための期間がどれぐらい必要かという議論をしているのであって、何日という、単純に処方が最初14日でしたからという話はおかしな話でありまして、やはり根本的な議論の姿が間違っていると思うのですよ。

あくまでも14日であるべきだという薬は、私はないとは言いません。実際にあるだろうと思いますけれども、一方で、今、お話がありましたように、半年に1回の薬はもう出ているわけです。ですから、14日縛り自体が意味がなくなっている中で、そこが昔からそうだったからといって、それを守るのがおかしいということを行っているのであって、飽く

までも科学的な議論の上に乗っかってしてほしい。

それとともに、先ほど来、いつ中医協にのるか分かりませんと言われてましても、ここで「措置済み」と書いていたら、これは実施されたことになる。実施されたことになるということは、一回決めたとしても、中医協が否定したらそれでいいのだという話になってしまうわけでしょう。それはやはり議論の仕方次第で、当然ながら、中医協の方々の中で十分、この話が理解できるほど時間を取っていないのは明らかに会議を見ても分かるわけです。ですから、そこのところはもっとしっかり考えていく必要があるでしょうし、今のまま、これでオーケーとは、先ほど来、言っていますように、私はとても納得できません。

林座長代理 森下先生の御意見は私どもも共有しており、また、この点については引き続き御検討いただきたいということは重ねて申し上げたいと思います。

これ以外のところで、何か先生方から御意見はございますか。よろしいでしょうか。どうぞ。

滝口専門委員 議論のための議論になってしまうかもしれませんが、元々御省は伝統的に診療報酬で医療をコントロールするという手法をずっと用いてこられていて、今回もそれは遺憾なく発揮されておられる。例えばかかりつけ薬剤師の指導料を70点という高い点数を付ける一方で、大型の門前薬局の調剤基本料は半以下にするとか、そういったことでのコントロールをなさっておられるわけです。

そうしますと、いわゆる給付率というものが、患者負担と給付率、どちらでも同じ事ですが、給付率が常に7割で一定だとしますと、これは結果的に大型のチェーン店の門前に行けば自己負担額が安くすむことになるわけで、これまではこの保険制度の基本的な立て付けとして、患者の選択はこれまでほとんど認めてこなかったわけですが、今後、特にこういった調剤の部分で患者の選択を認めていこうということであれば、そのインセンティブとして、患者の自己負担率、正確に言えば給付率を変化させていくという、これは制度の根幹に関わる事かもしれませんが、ご検討なさるおつもりが今の計画の中にあるのか、ないのか、ちょっと伺いたいと思って質問いたしました。

厚生労働省（吉田審議官） まず前段でお話しいただきましたように、医療政策を診療報酬だけで左右できるかと言いますか、医療を変える政策手段として診療報酬だけでできるかという点につきましては、過去、いろいろな御議論・御指摘をいただく中で、昨今、我々としては、それには自ずと制約がある。診療報酬だけではなく、あまたの政策手段をもってして変えなければいけないということをまず基本として思っていることを申し上げます。

ただ、診療報酬が非常に重要な、医療の現場の物事を決める要素であるというのは医療関係者の方々のお話を聞いても感じられますので、もちろん、限界をきちんと踏まえた上で、特に先生おっしゃっていただいたような、一部負担のところの扱いというものも出てまいりますので、そこのところについては、私ども十分、問題意識を共有しながら進めさせていただきたいと思います。

その上で、後段の本質的な問題については、正直、ここですぐに反論と言いますか、コメントするような話ではなく、もっと時間をかけてであると思いますけれども、いろいろと考えなければいけない問題もありますし、既存の医療費の自己負担、公的医療保険とはどうあるべきかという議論も含めて議論すべきものであると思っております。

林座長代理 ありがとうございます。

それでは、予定の時間が大分過ぎてしまいましたので、本日の議論はここで終わりにさせていただきます。

本日の議題のうち、特に最初の「医薬分業推進の下での規制の見直し」につきましては、来年度中を期限とする事項や引き続き検討が必要な事項もございますので、厚生労働省には継続的な取組を進めていただくこととしまして、その実施状況につきましても適宜、事務局を通じて確認してまいりたいと思います。

厚労省の皆様、ありがとうございます。どうぞ、御退室ください。

岡議長 ありがとうございます。

(厚生労働省関係者退室)

林座長代理 本日のワーキング・グループの議題は以上でございます。そのほかに事務的な連絡があれば、事務局からお願いいたします。

中沢参事官 次回のワーキング・グループの日程、議題等につきましては、事務局から御連絡させていただきます。

林座長代理 それでは、これにて会議を終了いたします。