

第4回 医療・介護・保育ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：平成28年11月15日（火）14:00～15:10

2. 場所：中央合同庁舎第4号館12階全省庁共用1214特別会議室

3. 出席者：

（委員）林いづみ（座長）、安念潤司、森下竜一

（専門委員）土屋了介

（事務局）田和規制改革推進室長、中沢参事官

（厚生労働省）保険局 迫井医療課長

医薬・生活衛生局 総務課 紀平医薬情報室長

4. 議題：

（開会）

議題1：「医薬分業推進の下での規制の見直し」について

議題2：「診療報酬の審査の効率化と統一性の確保」について

（閉会）

5. 議事概要：

○中沢参事官 それでは、定刻になりましたので、ただいまより「規制改革推進会議第4回医療・介護・保育ワーキング・グループ」を開催させていただきます。

皆様には、御多忙の中、御出席いただきまして誠にありがとうございます。

さて、本日の議題でございますが、お手元の議事次第を御覧になっていただきたいと思っております。2件でございます。

1つ目は「医薬分業推進の下での規制の見直し」、2つ目は「診療報酬の審査の効率化と統一性の確保」についてでございます。

それでは、ここからの進行は林座長によりしくお願いいたします。

○林座長 ありがとうございます。

それでは、早速議事に入らせていただきます。

議題の1つ目は、先ほど御紹介のありました「医薬分業推進の下での規制の見直し」です。先生方には御案内のとおり、前会議体、規制改革会議において議論したもので、昨年、平成27年6月に閣議決定された項目についての本日はフォローアップという位置付けです。

本テーマについては、今年4月にも前会議体によるフォローアップを実施しておりますが、その後、先月10月より保険医療機関と保険薬局に係る構造規制が緩和されましたので、これを受けまして本日のフォローアップのテーマとして取り上げることとしたものであります。

この構造規制の点も前会議体で要望した事項の一つでありまして、これがどのように実質的に緩和されているかというのをよくフォローアップしたいと思っております。

また、同じ医薬分業関連の閣議決定事項の一つとなっておりますかかりつけ薬剤師、かかりつけ薬局の評価につきましても本日御説明いただくことにしております。

それでは、厚労省保険局と医薬・生活衛生局からそれぞれ15分程度で御説明をお願いいたします。

○厚生労働省（紀平室長） 医薬・生活衛生局の紀平と申します。

では、まず最初に「医薬分業推進の下での規制の見直し」のテーマにつきまして、経緯も改めて簡単に御説明させていただきまして、現在の状況について御説明をさせていただきます。

お手元の資料で資料1と書いてありますものと参考資料がございますので、まず参考資料をおめくりいただければと思います。

参考資料の表紙をめくっていただきまして2枚目のところに、「医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方」がございます。

医薬分業につきましては、医療機関で処方箋を発行し、薬局で医薬品を調剤して患者さんにお渡しするという形で行ってございましたけれども、患者さんがそのメリットを十分に理解できていないという現状があるという御指摘をいただいておりますので、こういった取組を進めてきたところでございます。

まず、薬剤師なり薬局がやるべきこととしまして最初の四角の1行目にありますように、薬剤師はきちんと専門性を発揮してまず調剤をきちんとすること、それから薬学的管理・指導を行うことが薬剤師の行うべきものと考えております。それによりまして、多剤とか、重複投薬の防止ですとか、残薬解消にもつながると考えておりますし、患者さんの薬物療法を適正化するという話がまず1つと、それから医療費の適正化にもつながるということでこの取組を進めているところでございます。

「現状」の課題としましては、左の絵にありますように、やはり患者さんはどうしても医療機関、診療所に行かれたときに、その医療機関ないし診療所の近くの薬局でそれぞれ薬をもらってきてしまう。こういったことによって、重複投薬とかいろいろな問題が起きるのではないかということが課題としてあると考えておりますので、患者さんを中心に薬剤師がきちんとその薬学的管理を行うということで、右側の「今後」という絵で書いておりますけれども、いろいろな医療機関にかかったとしても、かかりつけ薬剤師としてその患者さんがもらう薬を一元的、あるいは継続的に把握をして薬学的管理を行うことを目指すというものでございます。

おめくりいただきまして、次の紙のところに昨年10月に出しました「患者のための薬局ビジョン」ということで、こういった形で将来像を取りまとめたところでございます。先ほど申し上げましたように、下のほうに黄色い部分で「かかりつけ薬剤師・薬局」と書いておりますけれども、患者さんの薬学的管理・指導をきちんと薬剤師が行うということ

目指しまして、そのために必要な機能としまして黄色い部分に3つの大きな機能を書いております。

1つ目が左の「服薬情報の一元的・継続的把握」と、それに基づく薬学的管理・指導というものでございます。それから右側のところで、それを行うためにはいろいろな患者さんのお薬をお渡しした後のいろいろなニーズに応えるために「24時間対応・在宅対応」についても必要になってくるということがありますし、もう一つ、下の部分にありますとおり、いろいろな「医療機関等との連携」ということでまず調剤をするとき、それから調剤をした後、いろいろな服薬状況などにつきまして各医療機関との連携も必要になってくるだろうということを示したものであるということでございます。

こちらのほうでいただきました事項としまして、もう一つの資料1と右上に書いてあります資料のほうでいろいろな事項名はありますけれども、少しおめくりいただきまして5ページ目のところが医薬・生活衛生局に関する案件ということでございます。

ナンバーでいきますと6番と8番ということになっておりまして、まず6番としましてPDCAサイクルの実施、それから8番としましてICT技術を活用した服薬情報の一元化という2つの項目でございます。

まず1つ目の「PDCAサイクルの実施とそれに基づく制度の見直し」についてでございます。前回までの会議の中で一番右側の段、運用状況のところの黒字部分につきましてですけども、かかりつけ薬剤師・薬局の体制整備状況や薬学的管理・指導の実施状況等を複合的に把握する指標を設定したということで、同じ資料のずっと後ろの方になりますけれども、18ページ目、後ろから3枚目のほうにそちらの指標に関する資料を付けていただいております。

18ページ目は「KPIを活用したPDCAサイクルの実施」ということで、「『患者のための薬局ビジョン』実現に向けたKPI」としまして真ん中に6項目書いてあるものを設定しているという状況でございます。

こちらのほうで、(ii)番、(iii)番、(v)番につきましては、診療報酬の算定件数ということで、そちらのほうでフォローアップをしていくということになります。それから、(iv)番の「重複投薬の件数」につきましては、今後、見える化のほうでデータを取っていく。(vi)番の「後発医薬品の使用割合」につきましては、今後いろいろなところで数字が出てくるというものでございます。

薬局としまして、(i)番の「かかりつけ薬剤師・薬局の体制」ということにつきまして、KPIとしまして、かかりつけ薬局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というものを指標として設定しているところでございます。

先ほどの5ページ目にお戻りいただきますけれども、赤字で追記してある部分がこちらに該当するものになります。このかかりつけ薬剤師として役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数の具体的な評価の仕方につきまして、今年度モデル事業等を踏まえてこの薬局の具体的な把握の仕方について検討を現在行っているところでございます。

実施時期ですが、27年度検討・結論、28年度措置というものを目指しまして現在作業を進めているところでございます。

それから下の8番、「ICT技術を活用した服薬情報の一元化」についてでございます。こちらは右側の運用状況のところでは黒字部分、これまでの部分につきましては、いわゆる標準フォーマットへの準拠などにつきまして運営事業者等に通知を発出したというものでございます。

こちらに関係する資料は最後の紙、20ページ目に「ICTを活用した服薬情報の一元的・継続的把握」に関する資料がございます。これはお薬手帳についてなんですけれども、お薬手帳はこれまで紙で主に利用されていたものを電子化したものを利用していくということで取組を進めているものでございます。

2段目のところに「現在の電子版お薬手帳の課題」ということで、閲覧方法とか書き込み方法についていろいろな事業者さんがいるところで統一化されていないところがありましたので、次の四角にありますように機能性向上による普及促進としまして、どのお薬手帳を利用し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、これはリンク付けサーバーと俗に呼んでいますけれども、こちらを導入するということですか、電子版お薬手帳サービス間でのデータの移行機構を備えたものをきちんと用意していただく、あるいは最低1年分の服薬履歴を閲覧できる仕組みとか、OTC医薬品やコメントの書き込みなどについて標準フォーマットを拡充するといったことを事業者向けに周知をしたところでございます。

実際に周知をした資料につきましては参考資料の8枚目以降、後ろ半分くらいに「NO.8 関係資料」と左上に書かれたものとしまして、各都道府県向けに発出しました総務課長通知をお付けしておりますので参考までに御覧いただければと思います。

資料1の5ページ目にお戻りいただきまして、運用状況の赤字部分についてですけれども、今年度からこの留意事項に沿って運用される電子版お薬手帳を、紙媒体のお薬手帳と同様に診療報酬上でも評価することとなりましたので、こういったものを利用いただくことによってICTの技術を使った服薬状況の一元化というものを、より進めてもらえればと考えているところでございます。

まず、医薬局関係については以上でございます。

○厚生労働省（迫井課長） それでは、引き続きまして保険局医療課の迫井でございます。よろしく願いいたします。

お手元の資料でいきますと、おめくりいただきまして最初の2ページから幾つかの資料でございます。

まず、最初に2ページでございますけれども、こちらにつきましては今回報酬改定の機会を捉えまして抜本的な見直しを行い、サービスの向上、それから財政の健全化ということに資するような門前薬局の評価を見直すという考え方で対応しております。

「規制改革の内容」の下半分のところに書いてございますが、基本的に患者さんにメリ

ットが実感できるということが非常に重要だという理解でおります。したがいまして、そういう努力をした薬局、薬剤師さんが評価をされるということをしつかり念頭に置いた報酬設定をいたしております。

具体的に申し上げますと、「これまでの運用状況」のところに書いてございますけれども、まずかかりつけ薬剤師・薬局の評価といたしまして、後ろの7ページ、8ページに参考資料を付けさせていただいております。

7ページでございますが、まず「かかりつけ薬剤師の評価」ということで、前提として患者さんが選択をしたかかりつけの薬剤師さんが処方医と連携をして、一元的、継続的な把握をするということを前提とした薬学管理を評価をするという形に改めてございます。

2つの報酬設定をしておりまして、かかりつけ薬剤師が行う場合と、そうでない場合につきまして、これは基本的に対人業務を評価するというのも念頭に設定をいたしております。

次の8ページにもう少し細かい具体的な内容を書いておりますが、8ページの赤線のところを特に強調させていただいておりますけれども、患者さんがまず選択をする。選択をして同意を得ているということを前提に、様々な今、御説明しましたようなことの要件として課しているというのがまず1点目のかかりつけ薬剤師・薬局の評価でございます。

2ページに戻っていただきまして、2つ目の「・」ですが、いわゆる門前薬局の評価の見直しということで、こちらにつきましては資料の9ページの後ろにございます。いわゆる大型の門前薬局につきましては特例を追加するというような形でございまして、これはいろいろ議論はもちろんあるのですが、月4万回超というような大型の門前薬局を念頭に置いた薬局につきましては、こういった正しい要件で集中率95%超、それから特定の医療機関との間で不動産の賃貸等の関係があるというようなことにつきまして大きく方針を見直しているということでございます。

それから、元の資料の2ページに戻っていただきまして、今お話ししたようなことも含めまして、基本的に対物業務から対人業務への構造的な報酬の考え方を大きくシフトしていこうということでありまして、行ったり来たりで恐縮ですが、10ページに資料を付けております。

調剤報酬の見直しの中では「5. 内服薬の調剤料及び一包化加算の見直し」の中で、冒頭も既にはっきり書いておりますが、対物業務から対人業務への構造的な転換を図るために報酬の見直しをしておりまして、例えば一番下の内服薬の調剤料の見直しにつきましては報酬を減額するとともに、その下の一包化加算につきましては算定要件の中で日数の変更、それから報酬単位の減額、これらを併せまして算定件数と単価につきまして大きく見直して実益を下げているということでございます。

また行ったり来たりで恐縮ですが、2ページの「※」のところに書いてございますけれども、今回の改定は取っかかりでございますので、今後、累次に及ぶ改定の中で引き続きこういった取組を行ってまいりますし、今回、28年度改定の影響、効果につきましては検証

をしていくということを念頭に置いております。

資料で申し上げますと、行ったり来たりで本当に恐縮ですが、12ページ、13ページでございますが、これは今回改定に係るいわゆる附帯意見というものでございまして、はっきり明記をしております、12ページの10に赤字で3行書いてございます。今お話をしましたように、大きな流れの見直しにつきましては引き続き検討するということでございますし、13ページに具体的な検証項目といたしまして今、御説明しましたようなことに関連する様々な調査をさせていただくということを予定いたしております。これが、まず1点目の「薬局における診療報酬とサービスの在り方の見直し」の部分でございます。

次に2点目ですが、3ページでございます。こちらにつきましては、内容を分かりやすく御説明するというようなことをいかに対応していくのかということございまして、具体的には後ろの11ページに記載をしておりますけれども、これは診療報酬改定で様々な運用に係る留意事項通知というのを出しております。

この通則の部分、すなわち全ての保険薬局に適用される部分でございますけれども、通則に掲示の義務をかけるということでございます。患者さんが薬局における業務の内容と費用が理解できるようにということございまして、それを分かりやすい場所に掲示をする。それから、患者の求めに応じてその内容を説明するということを通則の中でしっかり書かせていただいております。したがって、全ての保険薬局に適用する形でこういった取組を必須とするということでございます。

それから、本当に恐縮ですが、3ページの内容でございます。NO.3ですが、「これまでの運用状況」の下半分でございますけれども、先ほど申し上げましたとおり、かかりつけ薬剤師の指導料に関しましてはそもそも前提として患者さんの同意を求めるということを明記させていただいております。

それから、3点目でございます。項目番号でいきますと7番目ですが、4ページになりまして、これはいわゆるフェンスの設置に係る話でございます。従来からいろいろ御指摘があった中で、今回運用の見直しを行うということをやっております。

4ページの項目番号7のところ赤字で書いてございますけれども、保険薬局の独立性と患者さんの利便性の向上の両立を図るということを検討いたしまして、この10月1日から施行を始めておりまして、具体的な内容といたしましては後ろの14ページからですが、実質はめくっていただきまして15ページになります。

構造規制の見直しということでございますけれども、従来から特定の関係にあるような保険薬局の在り方については基本的には一定の規制を課すということで運用しておりますが、これを今お話ししましたとおり独立性と利便性をしっかり両立させるという観点で、緑の「改正後」ということで書いてございますけれども、公道等を介するというものを一律に求めるというのをやめまして、同一敷地内の形態も可能な限り認める。

ただ、具体的にいろいろ考えていく中で、事実上、専用通路でございますとか、不適切な事例もありますので、そこを明記する形でこの3つ目の「○」に書いてございますけれ

ども、同一敷地内に保険薬局がある場合でも、この3つの「・」は例でございますが、こういったものについては引き続きだめだけれども、そうでないものまでについて一律に公道を介するというのを求めることはやめようということで運用を始めたところでございます。この10月1日から適用開始しているということでございます。

16ページをおめくりいただきまして、具体的な解釈を通知として発出をいたしております。今お話をしましたとおり、16ページの下半分に「ア」「イ」「ウ」ということで例示をしつつ、実際に現場の運用につきましては様々ございますので、個別に判断するものも含めまして今まで一律でということの運用を改めるという対応をしてくれているところでございます。保険局からは、以上でございます。

○林座長 ありがとうございます。

資料が1と参考資料とそれぞれ行ったり来たりで分かりにくいところが多々あるのですが、それでは、質問、御意見をよろしくお願いいたします。

どうぞ、森下先生。

○森下委員 幾つかあるんですけども、最初に8ページの診療報酬の見直しの(2)のかかりつけ薬局の話なのですが、先ほど患者が選択をするということでこの点数を付けるんだという話がありましたけれども、1点目はどういうふうに変更をしたというふうにみなすのか。もう一点は、選択はしたけれども当然替えたいという方がいらっしゃると思うので、その場合、自由に替え得るかどうか、ある意味、囲い込みにつながって自由に替えられないような状況になっているんじゃないかということをやっと心配しているんで、まずこの2点をお教え願えればと思います。

○厚生労働省（迫井課長） まず、2点目は明らかで当然替えられるということなんですけれども、1点目の御質問の趣旨といいますか、どういうふうに変更というか。

○森下委員 何をもって患者が選択をしたというふうにみなしているかという話です。

○厚生労働省（迫井課長） これは算定要件にも関わらずでございますけれども、書面上しっかりそれを明記していただく。その上で、具体的に言いますと、お薬手帳にかかりつけ薬剤師の氏名等をしっかり記載していただくことで変更をしたということを双方、薬剤師さんと患者さんが書面文字で確実に管理をする、確認をするということでございます。

○森下委員 そうすると、やはり2点目のところで自由に替えられるところが、当然替えたい薬剤師さんに申し出て替えるということになると心理的な圧迫感があるんじゃないか。要するに、自由に替えられない可能性があるんじゃないかと思うのですが、そこは考慮されているんですか。医者もなかなか替えにくいという話ですから、薬剤師さんも替えにくいんじゃないかと思うんですけども。

○厚生労働省（迫井課長） 御指摘のとおり、これは薬剤師さんに限らず診療の中では一定の契約といいますか、お願いをする。それから、言ってみればそれを前提でいろいろなサービスを受けるという場合に確認行為がございまして、確かにお願いをしている方に別の方を御紹介いただくとか、セカンドオピニオンとか、正に今仰ったようなことは、事

実上やり取りの中で生じるのはやむを得ないと思います。

ただ、飽くまでもそれも含めて書面上のやり取りをしていくということと、セカンドオピニオンは実際に世の中で随分普及をいたしまして、今どきセカンドオピニオンをお願いして、自分が信用できないのかという議論はほとんどあり得ないと思いますし、逆にそういうお医者さんは診ていただかなくてもいいというような風潮だろうと思いますので、むしろ書面を介してそういったことが普及すること自体がかかりつけの薬剤師さんを適切に選んでいただくということにつながるのではないかと理解いたしております。

○森下委員 ちょっと性善説に過ぎるんじゃないかという気がいたしますけれども、実態としてどの程度、今後自由に選んでいるかどうかというのは一度調べていきたいと思いません。

2点目は構造規制の見直しに関してなんですけれども、一部の新聞で、厚生労働省が国立病院機構本部に対して病院内の敷地内に建てることは望ましくないというふうに指導したという報道がされております。この点に関しての事実関係と、もしそういうことがあるとすれば、本来厚生省が率先してやらなければいけなくて、国立病院機構に対してそんなものは自由なんだということを使うべきなのが全く逆行した話じゃないかと思うのですが、事実関係と状況を御説明いただければと思います。

○厚生労働省（紀平室長） まず、事実関係について御説明差し上げます。先ほど最初に御説明いたしましたように、まず医薬分業につきまして患者さんがメリットを実感していただけるような医薬分業を実現するということが大事かと考えておりまして、薬剤師とか薬局につきましてはかかりつけ薬剤師としての機能をきちんと果たすようにということは今、目指すように求めているということでございます。

それで、今、御指摘いただきました災害医療センターの薬局につきましては、その立地状況ですとか公募の状況からかかりつけ薬剤師・薬局の機能を果たすことが難しいというふうに考えられましたので、厚生労働省が所管する独立行政法人としては望ましくないという見解をお伝えしたというものでございます。

○森下委員 その動きをもって他の国立病院機構もそうした動きが止まったというような報道もされておりますし、一体、何をもって望ましくないのか。要するに、望ましいような形で敷地内に作るということも当然可能だろうと思うのですが、何かその指導の方向性がおかしいんじゃないか。

要するに、結論ありきの指導じゃないかというふうに聞こえるんですけれども、仮に計画案を出し直して敷地内にあるということであれば、それは認めてもいいということなんですか。

○厚生労働省（紀平室長） もちろん、先ほど保険局のほうから御説明ありましたように、敷地内にあること自体がおかしいというものではないとは考えておりますので、薬局に対して求めるものですとか、その公募の内容などによって個別に判断するものと思っております。

○森下委員 ちょっとしつこいようですけれども、薬剤師会等ではそれをもって成果だと言っているという報道もありますが、実際として、では構わないんだというのを改めて国立病院機構のほうに明確に厚労省から提示してもらわなければ通常、親から言われたら子供は委縮するだろうというのは驚く話じゃないと思うんです。

むしろそういうのを改めて出したということは、気持ちは実は今までと変わっていなくて、規制改革会議から言われたから形だけ作ったというふうに私どもとしてはとれなくもない話だと思うんです。

そういう意味では、改めて国立病院内でも条件を満たすのであれば構わないということの通知を出すなり明示をしていただきたいと思いますと思うのですが、いかがでしょうか。

○厚生労働省（紀平室長） 今回の件につきましては個別の案件としてということで考えておりますし、今、御指摘いただいたようなことにつきまして関係部局は他にもありますので、そちらのほうとも相談しまして対応を考えたいと思います。

○森下委員 しつこいようですが、ちゃんと対応をしていただかないと、これは出して終わり、しかも中ではそうじゃなかったよねという話だと、それは末端には伝わらないというのが過去にもよくある事例なので、そこを何らかの形で明確にしてもらわないと、特例で今回のものが逆に珍しいんだというふうにはとても私どもとしては受け取れないと思うのですが、どうでしょうか。

○厚生労働省（紀平室長） 先生の御指摘、御指示を我々は十分理解しましたので、持ち帰って検討させていただければと思います。

○土屋専門委員 今のことと別の観点から、公的な国立病院機構のどこの病院がやったのか知らないんですけれども、その病院がもしそういうものを作ろうとすると、本来は地方厚生局が個別に指導するのが筋なのではないかと思うのですが、これは独法の本部が全国規模だからというので本省がその本部に個別の案件について指導するというのはちょっと筋違いではないか。どことこの病院が申請したら、それはおかしいというのは地方厚生局の仕事じゃないんですか。

○厚生労働省（紀平室長） 御指摘のとおり、個別の薬局の許可につきましては各厚生局が行うものですけれども、今回は薬局の許可の申請という前に公募を行ったということ、その内容等についてということでお話をさせていただいたものでございます。

○土屋専門委員 それは、全国的に一律に公募をしたということですか。

○厚生労働省（紀平室長） 皆さんが見られるような形で公募が行われていたというものでございます。

○土屋専門委員 その百余病院全部が募集した。

○厚生労働省（紀平室長） これは、個別の一機関のお話でございます。

○土屋専門委員 ですから、先ほど申し上げたように、それが10カ所あれば10カ所に相当する地方厚生局がやるべき仕事ではないんですか。この申請を応募するのはおかしい、あるいはこの配置ではおかしいと、せっかくこうやって決めたんですから個別案件ではない

んですか。行政手続上の問題を言っているんです。

○厚生労働省（紀平室長） その辺りは実際に申請が挙がってくれば、あるいはその設置についての相談があれば、実際に許可を出す厚生局のほうが対応するものと思いますけれども、こちらは公募されたというお話がもう既に表になっていて、独立行政法人としてということで厚生労働省のほうからお話をさせていただいたということです。

○土屋専門委員 それは、公募をしては何かまずいんですか。

○厚生労働省（紀平室長） 公募をしたということ自体がまずいというものではなくて、公募をされた内容とか状況を見て、この薬局の形は望ましくないのではないかというふうにお伝えをさせていただいたというものでございます。

○土屋専門委員 病院によって、形は違うわけですね。ですから、先ほど言ったようにこの病院のここはいけない、ここは募集してもよろしいと個別に判断すべきではないんですか。

○厚生労働省（紀平室長） ここという場所だけの問題ではなくて、公募の内容とか状況によってということで、今回は飽くまでも個別にお話をさせていただいたということです。

○土屋専門委員 それは個別とは言わないで一律に禁止だということになってしまうので、それに合致するのがあるのまでやっちゃいけないという話になりますから、これはやはり一件一件丁寧にやっていただかないといけないのではないかと。厚労省本省と本部とのやり取りで、一律に今回の公募はよろしくないというのはちょっと筋違いではないかと思いますが。

○林座長 今の関連でちょっと確認させていただきたいのですが、厚労省としては先ほどの御回答では国立病院機構本部がなされた国立病院機構災害医療センターの敷地内の薬局誘致の公募について、立地状況などを考えて難しいというコメントをされた。それで、国立病院機構災害医療センターは公募を中止したということをお認めになったんですが、では厚労省としては何の根拠に基づいて難しいという判断をお示しになったのか。そこを、もう一度御説明いただけますでしょうか。

○厚生労働省（紀平室長） 先ほど、立地状況や公募状況によってということでお話をさせていただきましたけれども、今回の公募の内容が災害医療センターからの処方箋を集中して応需することが想定されるのではないかということで現在進めている、かかりつけ薬剤師・薬局の方向性の機能を果たすことが難しいのではないかとということで考えましたので、望ましくないというふうにお伝えしたというものでございます。

○林座長 失礼ですけれども、今日の参考資料の7番の関係資料ということで、構造規制の緩和について平成28年3月31日付けの保険局医療課の「保険薬局の指定について」という通知をいただいております、そこに別紙として事例の1から7までが挙げられているんですが、これの当てはめとは関係のない観点での難しいという御判断だったのでしょうか。

○厚生労働省（紀平室長） 単にこの立地の場所という観点だけではなく、他の要素も考

慮してということでございます。

○林座長 もう一度伺いますけれども、かかりつけ薬局というのは全ての薬局がかかりつけ薬局である必要はないんですね。かかりつけ薬局としての算定基準を満たしたものはかかりつけ薬局になるわけですが、全ての薬局がかかりつけ薬局である必要はないという理解でいるんですけれども、そこはよろしいのでしょうか。

○厚生労働省（紀平室長） まず、かかりつけ薬剤師なりかかりつけ薬局がどういうものかということにもよるとは思うんですけれども、患者さん自身がかかりつけとしてその薬剤師なり薬局を選んでいただくというのがまず第一かと思っております。

参考資料の4枚目、資料では24ページと右下に振られていますけれども、「薬局再編の全体像」ということで、患者のために薬局ビジョンの中で示した方向性についてこちらのほうにお示ししております。

一応、目標としましては2025年までに全ての薬局を「かかりつけ薬局」へということで、薬局であれば患者さんにかかりつけとして求められればその機能を果たせるような薬局になってほしいというのを方向性として示しているというものでございます。

ですので、少なくともかかりつけ薬局として求められればなっていたきたいというのが考えているところではございます。

○林座長 今の国立病院機構本部が敷地内に薬局を設けた場合に、その薬局を患者がかかりつけ薬局として選択すればいいわけですね。かかりつけ薬局かどうかというのは、患者との関係で決まるわけですね。それが、かかりつけ薬局を普及させる観点で今回の公募を望ましくないという厚労省が判断されたというのはどういうロジックなのか、ちょっと理解し難いのですが、もう一度御説明いただけますか。

○厚生労働省（紀平室長） 先ほども御説明差し上げましたけれども、今回公募された薬局につきましてその立地状況とか公募の内容、公募状況から考えまして、この災害医療センターからの処方箋を集中して応需することなどが想定されて、かかりつけ薬剤師・薬局としての機能を果たすという方向性は難しいのではないかと考えたところでございます。

○森下委員 具体的に理由を言ってもらわないと、なかなかよく分からないと思うんです。そんなことを言うんだったらどこでも断れるというか、どこまでも中止というのは言えると思うんです。

それに、先ほど先生も言われましたけれども、厚労省自体に中止させたり、望ましくないと言う権利があるんですか。厚生局ならまだ分かりますけれども、でもその場合も望ましくないではなくて、本来はこういうふうに変えなさいという指導だと思うので、何か非常に異例な対応のように思うんです。

まず1つは理由をもっと明確にしてもらおうのと、ここに至った経緯をもうちょっと説明してほしいと思うんです。なぜ厚労省本体が病院機構に対してお話をしたか。やはりこれは手続上もおかしいんじゃないかと思うのですが、いかがですか。

○厚生労働省（紀平室長） まず、お話をさせていただくことにつきましては飽くまでも厚

生労働省が所管する法人だからということで見解をお伝えしたというものでございます。

具体的などの要件がというのは、個別にどれがどうというのをここで御説明するのはなかなか難しいんですけども、その内容全体を見てということでございます。

○土屋専門委員 答えになっていないので別の問題に移りたいと思うのですが、その前に一言だけ、資料の9ページのところに処方箋の集中率が95%以上であれば基本料を20点にするという規則があるんですから、やらせておいて95%を超えたらこの扱いだということに最初からできているので理由にならないわけです。

ですから、答えになっていないので、これはここで切って別の観点でちょっと迫井先生に教えていただきたいんですけども、インセンティブという言葉がよく出てくるんです。例えば、診療所へまず行ってそれから大病院にかかってほしいというときに、大病院側の初診料を高くしますね。むしろ、診療所のほうが安くかかれる。わざわざ大病院へいきなり来ないでください。

このとき、むしろ患者にとってはインセンティブになっていない。インセンティブになるだろう、安いから行くだろうと、むしろ患者さんにとっては経済的なメリットがあるという意味でのインセンティブだという考えだと思うのですが、このかかりつけ薬局とかいわゆる院外、院内という形で以前はやったと思うんですが、むしろ院外のほうが高くつく。患者さんにとっては、何のメリットもないんです。

いろいろ指導するとか、医薬分業で間違いがないとか、かかりつけ薬局でやると患者さんにメリットがあるんだと理屈では言うんですけども、では経済的なメリットがあるかという患者さんは余計に払わなければならない。先ほどの大病院から診療所への誘導の仕方と、患者側から見たら全く逆の反応をやっている。

ですから、私は医者免許を持っていますけれども、患者さんの立場から言えば、患者にとってのインセンティブは何か。これはやはり安くて良質の医療が受けられるにこしたことはないので、その観点からいくと政策的に矛盾する政策ではないかと思うんですが、その点はいかがでしょうか。

○厚生労働省（迫井課長） ありがとうございます。土屋専門委員の御指摘は、極めて本質的な課題なんだと思います。

経済的なインセンティブを報酬設定で見たときには、実はその提供者サイドの行動としてはより手間暇が掛かるクオリティの高いサービスを提供するときには当然見合った報酬を付けるということになりますが、反射的に逆に言うと非常に高い負担を求めることになります。

ですから、一定の給付率を前提とする場合にそこが衝突してしまうというのは今の医療保険の内在する難しさでありまして、これは現に御説明の例示の中にもありましたが、大病院からの集中を避けるために再診料なり初診料なりを設定いたしますと、逆に患者さんにとってみればそちらが安いので、そちらに集中するという矛盾した現象が見られて非常に悩ましいということでもあります。

給付率の問題は法律事項でありますので、なかなか弾力的に対応ができないという、これも制度上の難しさがありますので、絶えずその部分のバランスを取ることに悩みながら今回工夫をさせていただいたのは、正にかかりつけ薬剤師さんの言うてみれば目に見える良さ、クオリティーの高さが今まで見えてこなかったもので、そこをはっきりさせるために、まず選択をちゃんとしてもらう、同意をもらう。その上で幾つかの要件を課して、確かに報酬上は高くなるけれども、前提として今はサービスの良さが見えないからインセンティブに見合うだけのサービスのリターンがないということが問題でしたので、クオリティーの高いサービスのリターンを前提とするという要件を設定することで、今回改定については対応させていただいたという考え方でございます。

○土屋専門委員 御苦勞はそのとおりだと思うんですけども、やはり患者目線で実際にそのメリットが感じられるような工夫というのがこの場合にも必要じゃないか。ただ、いいから行け行けと言っても、なかなか今の懐具合ではそうもいかないというのが患者さんの実感じゃないかと思うんです。

それともう一つお聞きしたいのは、かかりつけ薬局と言うと聞こえはいいんですけども、かかりつけ医自体がまだ定着していない状況ですね。皆、何でも診られるんだというけれども、大きく皮膚科と書いてあって隣に小さく内科、外科と書いてあると、この人は皮膚科を勉強していて開業したから何でも診るんだなど、明らかに表示してあるのは医師会から出てくる、かかりつけ医にずらっと名を連ねている。

こんなことでやはり信用されないの、かかりつけ薬局のほうも一体何だ。一般の人が考えたときに何が違うんだ。言ったから申請したらいいんだというのでは、やはり納得がいかないだろうと思うんです。ですから、本当にそういうトレーニングをどれだけ受けたのかとか、6年制の大学を出たとは言っても大学を出ていきなり使いものになるわけではないですから、卒業した後でどういうトレーニングをされて、本当に患者さんにとってこういうメリットがあるんだというのは我々専門家が見ても分からないわけですね。

だけど、かかりつけの契約をしたから点数を付けるというのは患者目線、国民目線からいうとおかしいんじゃないかという気がします。

○厚生労働省（迫井課長） 御指摘の点は非常に重要だと、やはり同じく認識をしております。例えばドクター、医師であればかかりつけ医、それから歯科の場合もかかりつけ歯科医のような概念があるのではないかと。

一方で、やはり医科と歯科は診療の形態とか広がりからいうと今、土屋専門委員が仰ったように、同じドクターでも様々な診療科がある。それから、複数の診療科が診られるドクターがいる。かなり多様性がある中で、かかりつけ医ということを概念的にまだ十分患者さんとか国民と、それから医療を提供する側とのコンセンサスといいますか、概念が確立できていないというのが正直な御指摘なんだろうと思います。

ですから、これは日本医師会を始め医療の提供者の方々ともちゃんと対話といいますか、キャッチボールをしながらその理解を得ることがないと広がっていかないので、非常に大

きな課題だと思います。

一方で、歯科医師で今回診療報酬改定でやはりその機能が議論になったのですが、一般的に歯科医師の場合はむしろかかりつけがほぼ前提となっているような診療形態ではないかということなので、同じかかりつけという言葉遣いでも、薬剤師さん、薬局、それから歯科医師、医師で全く実態が違いますので、その実態に応じてどういう患者さんにとってのメリット、役割なのかということをもう少しきめ細かくひもといっていく必要があると理解しています。

ですから、かかりつけ薬剤師、薬局の場合には今回報酬でこういった対応をしていますけれども、冒頭申し上げましたとおり、そもそも大きく医薬分業も含めて累次の改定だとわざわざしつこく申し上げておりますのは、1回こっきりの改定でおしまいということではなくて、その改定の効果も見ながら更に進めていくべき政策とか考え方は何なのかということをもとにしながらやっていくという前提でおりますので、今回のこのかかりつけの薬剤師さん、それから薬局に関する報酬の効果についてはしっかり把握をして、次の改定に向けてさらに検討を進めていきたいと考えております。

○土屋専門委員 しつこいようですが、大上段に構えるとやはり専門医制度とか、そういうことまで関係するのですが、少なくとも薬局について5年後とか10年後にどういう姿になるのかというようなことが分かると、今回はこのところをいじったというのは分かるんですけども、2年ごとの診療報酬の改定の機会ごとにいじるんだと言われても将来像が全然見えてこないんですね。

ここに絵として、例えば今後のところで薬局が3つあったのが1つになっちゃうと書いてあるんですけども、患者の動きからいったらA医療機関、B医療機関はやはり受診しなければならないので、その帰りがけに寄ったほうがよほど薬は受け取りやすいわけです。門前が悪いと言うけれども、患者の身になったらそのほうがはるかに便利だ。

自宅の近くといっても、これは歩いて行くと時間が掛かるから一々行くのは大変だというのが実感だと思うんです。恐らく多くの国民はそういう生活をしているので、この絵どおりにはなかなかいかない。

だけど、この絵のとおりになかなくても、一方でICTを使っていくとなると、Aの門前、Bの門前でもらおうが、ICTが発達していれば一挙にパソコンで全部見られるわけですね。そうすると、何も24時間対応じゃなくても、何かおかしければ病院の救急に行くわけですから、救急で全部診られれば別に薬局が24時間対応していなくても内容について分かる。それで、院内には薬剤師もいる。そういうような図に、ちょっと見えてこないんですね。

ですから、このICTを活用するうんぬんというのは、5年後にはこういう形でお薬手帳もそうなるんだ。別に手帳を持っていなくてもICのカードを持っていれば、番号さえ分かれば差し込めば医療情報をどこでも専門家のところならば本人が認証すればできるとか、そういう絵が出てくれば今回はここで我慢しようかというようなこともあると思うんです。

もう一点は、かかりつけ医について、先ほど言ったように日本の医者のはほとんどは特殊

な科のトレーニングを受けて、それから開業したときに親の後を継いで幅を広げてみるというんですけれども、アメリカあるいはヨーロッパでは卒業した医学生の半分近くが家庭医の教育を3年とか5年受けて家庭医として活躍している。

我が国でもそれを目指すのであれば、今からそれをしっかりトレーニングをした人からこの制度を始めないと、今、医師会がかかりつけ医を、俺がやると手を挙げたから指名するというと、これははっきりいって信用を置けないわけですね。ただ手を挙げたからかかりつけ医かという、国民の信頼はとて得られないんじゃないか。ですから、その辺は時間が掛かってもじっくり国民の信頼を得るような制度をベースにかかりつけ薬局なども考えていただかないと定着しないんじゃないかと思いますが、その辺について迫井課長はいかがですか。

○厚生労働省（迫井課長） なかなか重たいといえますか、大きな御指摘だろうと思います。

特にかかりつけ医の役割とか概念とかをもう少し熟度を高めるということと、やはり理解を前提としないと機能しないというのは仰るとおりです。そういう意味では、翻ってかかりつけという同じ名称でも、薬局もそうですし、歯科も話をさせていただきましたが、薬剤師さん、薬局につきましても当然そういったことを共有といえますか、共通の認識としていかに患者さんというか、国民目線でどういった役割を担っていただけるか。どういうメリットがあるか。そういったことをまず共有してこそ、初めて機能するというのはそのとおりだと思います。

私は今、保険局の立場ですが、診療報酬だけの問題では決してございませんで、医療提供体制、医政、それから医薬であれば薬局もそうだと思いますけれども、様々な政策がそこで整合をとるような形で進めていくのは非常に重要という御指摘というふうに受け止めさせていただいております。

○土屋専門委員 これで最後にしますけれども、それだからこそ各局が壁を取り払って、全体にグラウンドデザインを描いた上でこういうのをやっていただかないと出来上がらないんじゃないか。

それをやるには、さっき言ったように、せこせこと災害医療センターの薬局がどうだとか本省が口を出しちゃいけないんです。そんなことに時間を使っているからグラウンドデザインを描けないので、地方厚生局なり都道府県に任せることは任せて、そんなことに一々口を出さないというようなことがないと、とても国の本庁とは思えない行動だということです。

○林座長 森下先生、どうぞ。

○森下委員 かかりつけ医の議論に関しては私も同意見なんですけれども、かかりつけ薬局なりかかりつけ薬剤師が機能するにはやはりかかりつけ医ができてこないと当然対応しないだろうという想定ができるので、今日お答えいただく話ではありませんけれども、かかりつけ医をどうしていくかということは一度また議論といえますか、お話を聞きたいと

は思っています。

それで、先ほどの望ましくないというお話に関して、もう時間もありませんのでこれ以上今日この場では聞きませんけれども、是非どういう経緯で厚生省本省がこの問題に対してそうしたコメントを出すに至ったかという経緯の説明と、それから何が望ましくないか。これは、やはり明確に文書として理由を示していただきたい。

それから、3番目の点については、今後どういうふうに対応するのか。その点もやはりはっきり明示していただきたい。これは、宿題として是非お願いしたいと思います。

コメントとしてもう一つお願いしたいのは、18ページのところのPDCAサイクルです。今回スタートなので水準増加、水準増加というのも結構ですけれども、来年以降はやはり数字を入れてもらわないと、どう増加したのかが大事だと思いますので、当然来年は数字が入ると私は思っていますけれども、是非ちゃんとした数字をここに入れていただいて今後はPDCAサイクルを見せていただくというのはお約束いただきたいと思います。

○林座長 よろしくお願ひします。ただいま森下委員から御要望のあった点について、できるだけ速やかな時点で、書面で提出していただきたいと思っております。

私からもちょっと関連で質問させていただきたいのですが、10月1日施行の3月の構造規制緩和についての通知の運用状況ですね。これについて、保険薬局の指定に当たって地方厚生局から厚労省にどのような照会が挙がっていて、厚労省としてどのような対応を行っているのかを書面で御報告いただきたいと思ひます。本日時点までのものを網羅的に挙げていただきたいと思ひます。先ほどのKPIの話は、数字のないKPIを見て驚いてしまったんですけれども、是非数字を入れたKPIにさせていただきたいと思ひます。

それから、医薬分業につきまして前会議体での私どもの議論では、そもそも医薬分業の政策趣旨を実現するためのツールとして物理的な構造規制を行うことにどれだけの効果があるのかが疑問であるという議論をしましてし、また患者情報の点につきましても、それを患者の医療の向上に生かすという点で、果たして物理的に立地を特定した、かかりつけ薬局という在り方がそれにふさわしいのかどうかという点も議論をさせていただきました。

その関連で、その当時、厚労省の御説明では電子版お薬手帳を普及させますというお話がありました。本日の参考資料の8番のところに「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」、平成27年11月27日の通知がございまして、その3ページ目に「4 データの閲覧・書込」という項目があり、4の（2）に記載されている意味についてお伺ひしたいと思ひます。

（2）として、「複数の運営事業者等が提供しているお薬手帳サービスの情報を含め、提供薬局等において一元的に情報閲覧できる仕組みの構築が必要であるが、その構築が実現された場合には、その仕組みを活用することが望ましいこと」と書かれているのですが、これは一体どういう意味なのでしょう。

私どもとしては、アプリとか薬局などのプラットフォームに拘束されずに、患者が自分自身の服薬情報を確認できるのが一番消費者、患者にとっては便利だと思ひますが、

そういった消費者目線での開発というのは行われているのでしょうか。よろしくお願ひします。

○厚生労働省（紀平室長） 電子版お薬手帳についてですけれども、資料1の最後の20ページを御覧いただければと思います。

まず電子版お薬手帳につきましては、患者さん御本人が使われているものについては御本人が全て見られるというのが前提かと思っております。

ここで、先ほど御指摘いただいた通知の4の（2）に記載していたものについては、もし患者さん御自身が使っている会社の電子版お薬手帳を使っていない薬局、あるいは別のものを利用している薬局に行ったときに、薬局のほうはその患者さんのお薬手帳の情報を見られるような形をとりたい。要は、違う事業者のお薬手帳の情報も医療機関なり薬局が見られる形にしたいというのが先ほどの通知の中で書いていたものです。

その内容が、20ページでいきますと左の下の絵になります。こちらは「リンク付けサーバー」と書いてあります。例えば、薬局Bのほうで運営事業者さんAの電子版お薬手帳を利用している場合、今まで患者さんが薬局Yとかで運営事業者さんBの電子版お薬手帳を使っていた場合に、薬局Bのほうでは運営事業者さんBの電子版お薬手帳の情報は直接だと見えない形なんですけれども、各事業者さんのほうからリンク付けサーバーというものを介して違う事業者さんのお薬手帳の情報も見られるような仕組みを構築するというものでございます。

今こちらのほうが動き始めておりますので、異なる事業者さんのお薬手帳を使っている薬局なり患者さんとの間でも、それぞれの情報が見られる形が採れているということでございます。

○土屋専門委員 金丸さんがいれば私よりよく説明できると思うんですけれども、これでリンク付きサーバーの図にないのは、患者がここに書いていないからおかしいので、患者がこのリンク付きサーバーにアプローチすればいいことなんです。

その人がどこかの薬局に行ったり病院に行ったりして、その人がキーを持っていてそれで開ければ、どこへかかっても、病院のほうでも薬局のほうでも全部開くようにすればいい話で、発想が全然違うんです。これは、業者側の発想で書いている。

しかも、4の（2）の書き方も医療者側の立場で書いていて患者目線で書いていないんです。患者が全ての情報の持ち主であって、その人が許可したらアプローチができれば、夜中にどこの病院に行こうが、日本中アプローチできるようにする。韓国なんか、みんなそれをやっているわけです。ですから、そういう発想で御相談いただきたいと思うんです。

厚労省の中にはICTを自分で開発する人がいないんじゃないかと思うんですけれども、やはり患者側がアプローチできる体制でこれを考えてほしいんです。ここに患者を全然書いていないというのは、それは頭にないからだと思うんです。

○厚生労働省（紀平室長） 患者さん御自身が、御自分で御利用されている電子版お薬手帳の情報は全て御本人が見られるということが、まず最初に前提になっていると思ってお

ります。

それで、例えばスマホを薬局とか医療機関に行って預けて見てもらうという形を採るのか、パソコンを通じてそれを見られるのかという形にするために、こういったことを事業者のほうにお話をしているものでございます。

ですから、患者さんが見られるというのは前提になっていると思っております。

○土屋専門委員 もちろんそうです。ですから、患者が許可してその診療所なり薬局に開かせればいい話で、そうすればよそでも完全にどこでもアプローチができる。患者中心のものと考えれば、簡単な話だと思います。

○厚生労働省（紀平室長） 患者さんのスマホを利用するのか、パソコンを通じて利用するのかというのは、お薬手帳の形態によって変わってくると思っております。

○土屋専門委員 パソコンだろうが、何を使おうが構わないんです。患者さんがキーを持っているかどうかというだけの問題です。

○厚生労働省（紀平室長） もちろん、患者さんがキーを持っているという前提でございます。それで、違う事業者の情報を見に行くというのも、飽くまでもその患者さんにキーをもらって見に行くというものですので、確かにこの絵の中で患者さんが漏れているというのは御指摘のとおりかと思えますけれども、一応患者さんも考慮した形でこういった仕組みの運用を考えているところでございます。

○林座長 今回の仕組みについてもまた資料等をいただいて確認させていただきたいと思うのですが、今仰っている形だと薬局X、Y、Z、それぞれに患者がそれぞれをかかりつけ薬局として説明を受けて同意をしてサインをしているという前提なんでしょうか。

○厚生労働省（紀平室長） かかりつけ薬局、かかりつけ薬剤師のサインうんぬんとは別に、それぞれの医療機関なり薬局で利用するときというものでございます。ですから、それぞれ個別に話をして患者さんの同意をいただいた上で見に行くというものかと思っております。

○林座長 そうすると、都度、患者の同意をとるということを前提にされているわけですか。

○厚生労働省（紀平室長） その形で考えております。

○林座長 そうであるとする、そもそも患者基点で考えておけばより整理された形になると思うんですけれども、それと関連して患者の同意の点について質問しておきたいと思えます。

資料1の3ページのところにも、調剤報酬点数表の一覧等について分かりやすい場所に提示することを規定したということなのですが、果たしてその運営状況はどうなっているのか。厚労省は、それについてどう把握されていますでしょうか。患者は、私自身も一般の薬局に行ったときに、お金を払い終わって明細を見て初めて何かいろいろついているというのが分かるという現状なんですけれども、その運営状況をどう把握されているのかということです。

それから、患者同意の際に費用も含めて説明することを規定していると3ページに書かれていますけれども、説明しない場合の罰則はないのでしょうか。例えば、薬剤師が勝手に同意書にサインして不正請求するという可能性はないのでしょうか。

○厚生労働省（迫井課長） まず保険上の取扱いですけれども、それは保険薬局の薬担と俗に呼んでいますが、これは療養担当規則と同じような考え方でできているものですが、それに当然のっとして、その不正の程度ももちろんあると思いますけれども、その事案ごとにしっかりそれを判断して必要な措置を採るといえるのは大前提で制度設計されております。

ですから、全く自主的な取組は任せていて、不適切な報酬をとってそのままということは決してございませんで、指導監査のメカニズムとセットで運用をされているということでございます。

○林座長 では、不正な同意書に勝手にサインされていないということは、どのような指導監査で確認されているのでしょうか。

○厚生労働省（迫井課長） 一定の頻度で指導監査、これは薬局に限らず保険医療機関も頻度のもちろん差はあるとは思いますが、一定の頻度でいわゆる指導監査に入ることが行われております。

その際、必要な書類、あるいは現地での確認も含めて、実際に実施されている保険医療サービスの実態をちゃんと担保するというのが前提でございます。

○林座長 その適正な頻度というのがどのくらいの頻度で、抜き打ちでなされているのかどうか分かりませんが、かかりつけ薬剤師の指導料や包括管理料の同意については説明した場合、そのうちのどれだけの患者さん、利用者が同意しているのかどうかといった統計情報とか分析資料というのはあるのでしょうか。

○厚生労働省（迫井課長） これはこの4月に導入した報酬でございますので、現時点でその実績等についての数値は持ち合わせておりません。

○林座長 今後、その調査をなさる御予定はありますか。

○厚生労働省（迫井課長） これはルーチンでとっているということではございませんけれども、冒頭御説明した中の一つに、今からいろいろな取組をする中で診療報酬改定の結果検証のような取組をしております。来年度、今回の一連のかかりつけ薬局も含めまして、そういった報酬設定の結果として生じている様々な事例について、数字は集計をして確認させていただくことになっております。

○林座長 今日の要望事項への御回答、それから今の検証の結果なども踏まえて、この件については引き続きフォローしていきたいと思っておりますが、先生方からほかにはよろしいでしょうか。

それでは、医薬分業というのは前会議体においても国民の皆様の興味が非常に高かった重要なテーマでございますので、今、申し上げましたとおり当ワーキング・グループとしては引き続きしっかりとフォローアップしていきたいと思っております。

厚生労働省の皆様、今日はどうもありがとうございました。引き続き、よろしく願いいたします。では、どうぞ御退室ください。

(厚生労働省退室)

○林座長 それでは、次の議題に移りたいと思います。議題2は、「診療報酬の審査の効率化と統一性の確保」についてでございます。

このテーマにつきましては、お手元の資料2の意見を本日午前中に開催されました規制改革推進会議において、私がワーキング・グループ意見として御説明し、御審議いただいた上です承され、規制改革推進会議意見となりました。以上、御報告申し上げます。

本日の議題は以上ですが、事務局から何かございますか。

○中沢参事官 次回のワーキングの日程につきましては、また改めまして御案内をさせていただきます。事務局からは以上です。

○林座長 それでは、本日はこれにて会議を終了いたします。お忙しい中、お集まりいただきありがとうございました。