

第2回 医療・介護ワーキング・グループ 議事概要

1. 日時：令和2年10月21日（水）9:00～11:00

2. 場所：中央合同庁舎4号館12階 共用1202会議室

3. 出席者：

（委員）小林議長、高橋議長代理、谷口委員、大石座長、佐藤座長代理、
大橋委員、菅原委員

（専門委員）印南専門委員、高橋専門委員、武藤専門委員、安田専門委員

（政府）河野大臣

（事務局）井上室長、黒田次長、彦谷次長、山西次長、渡部次長、長瀬参事官

（説明者）原聖吾 株式会社MICIN 代表取締役CEO

迫井正深 厚生労働省 医政局長

井内努 厚生労働省 保険局医療課長

山本史 厚生労働省 大臣官房審議官（医薬担当）

込山愛郎 厚生労働省 医薬・生活衛生局総務課長

伊藤廣幸 （一社）日本フランチャイズチェーン協会 専務理事

犬塚毅 株式会社ローソン 理事執行役員

4. 議題：

（開会）

1. オンライン診療・オンライン服薬指導の普及促進
2. 医薬品提供方法の柔軟化・多様化

（閉会）

5. 議事概要：

○長瀬参事官 それでは、定刻でございますので、ただいまから第2回の「医療・介護ワーキング・グループ」を開催させていただきます。

本日の会議もウェブでのオンライン開催でございます。資料をお手元に御準備いただきたいと思っております。

議題でございますが、1つ目が「オンライン診療・オンライン服薬指導の普及促進」、2つ目が「医薬品提供方法の柔軟化・多様化」でございます。

それでは、議事進行を大石座長にお願いしたいと存じます。よろしく願いをいたします。

○大石座長 おはようございます。ありがとうございます。

本日は、河野大臣、小林議長、高橋議長代理、谷口委員に御出席いただいております。

また、高橋専門委員は後ほど遅れて参加される予定です。

それでは、河野大臣、一言御挨拶をお願いします。

○河野大臣 おはようございます。お忙しいところ、ありがとうございます。精力的な御議論、誠にありがとうございます。

10月8日の2+1、平井大臣、田村厚労大臣と私で、オンライン診療については安全性と信頼性をベースに初診も含め原則解禁する、オンライン診療は原則映像で行う、それから、支払基金については最大限合理化する、ということで合意をいたしました。今日はオンライン診療の議論もあると伺っておりますが、こういう合意が行われておりますので、コロナが収束した後も後戻りすることなく、オンライン診療を強力に進めていく必要があります。

総理の柱の一つが、オンライン教育と並んでオンライン診療でございます。新型コロナの時限的・特例的措置の前、オンライン診療の対応は医療機関数1,000ぐらいだったと聞いていますが、現在は、電話を含め1万6000を超える医療機関がオンライン診療を行っているというところまで広がってきていると聞いています。スピード感第一でしっかりと進めていただきたいと思っております。

また、今、押印の廃止を強力に進めておりますが、さらに書面及び対面を廃止する、そういうことでいきたいと思っております。不必要な対面、必置原則は廃止の方向で進めておりますので、これについてもスピード感を持った議論をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

○大石座長 ありがとうございます。

なお、本日、河野大臣は公務のために10時50分に御退席予定です。

では、早速、議題1に移らせてください。議題1の「オンライン診療・オンライン服薬指導の普及促進」に入りたいと思います。本件に関しましては、今、大臣からお話がありましたとおり、初診も含め原則解禁するというところで、河野大臣、平井デジタル担当大臣、田村厚生労働大臣の3大臣の間で合意をされています。こういう状況を踏まえて、本日の議題を議論させていただきたいと思っております。

今日は、株式会社MICINの原聖吾代表取締役CEOにお越しいただいています。また、厚生労働省より迫井正深医政局長、井内努保険局医療課長にお越しいただいています。

それでは、まず、原様より、特例措置に関する患者向けの調査結果及び調査結果を踏まえた御意見についてお話を伺いたいと思っております。原様、よろしくお願いいたします。

○株式会社MICIN（原代表取締役CEO） 御紹介ありがとうございます。MICINの原でございます。今日は貴重な機会をいただきまして、ありがとうございます。よろしくお願いいたします。

私からは「オンライン診療・オンライン服薬指導の普及促進について」ということで、オンライン診療のサービスを医療機関に提供している事業者の視点として、我々が実施した患者調査を基に提言、課題意識を共有させていただきたいと思っております。

早速ですが、こちらでプレゼンテーションを共有させていただきながら、こちらを御覧いただきながら御説明させていただければと思っております。

我々の事業として、オンライン診療のサービスを医療機関向けに提供してまいりまして、現在4,500を超える医療機関の施設に御導入いただいております。本日御共有させていただく患者調査も、我々こういうサービスを展開している事業者として、現場で実際に臨床に携わられている先生方のお声も聞きながら、そうしたご意見も踏まえた提言をさせていただければと思っております。

まず、患者調査からの示唆のまとめですが、大きく3つのポイントがあると考えております。1つが、オンライン診療を実際に利用した患者さんがオンライン診療についてどう捉えているかという点。これはオンライン診療・治療への安心感、そして医師とのコミュニケーションの円滑さにはおおむね満足しているという結果が出ております。

2つ目ですが、オンライン診療に関して、実際に利用された方が利用を継続する意向は高いのですが、課題が何かというと、最も大きな課題としては、患者さんの費用負担増にあると。実際に対面診療とオンライン診療をやった場合に、現在、診療報酬の差分がそこには見られていますが、その差分を医療機関側として、情報通信機器を利用する利用料として10割患者さんの負担という形で、患者さんに求めているものが、こういう形に現れているのではないかとということが示唆されるかと思えます。

3つ目ですが、実際にどういう患者さんにオンライン診療が行われていたのかということを見ると、オンライン診療は既に一度その医療機関に受診した患者さんが8割近くを占めていまして、少なくとも現状では一定かかりつけ医のような、医師、患者間である程度信頼関係が構築されている中でのオンライン診療というものが活用されている状況が見てとれるかと考えております。

それでは、具体的にサーベイの内容について御紹介させていただきたいと思えます。

今回実施したサーベイは、7月末から8月初旬にかけて、「クロン」という我々のオンライン診療サービスをコロナ以降の3月から6月の間に少なくとも1回利用した患者さんを対象に行っております。回答数としては837名で、回答者の内訳は御覧のとおりです。全体的な傾向としては、60歳以下の方が9割近くを占めている。あと、女性が比較的多い。あと、関東地方の都市部と思われそうですが、そういった方が比較的多く入っているかと思えます。これは前提として我々のオンライン診療サービスを使った患者さんのサーベイになりますので、一定その点でのバイアスはかかっているかと思えますが、そういった前提で御覧いただければと思えます。

まず1つ目のポイントに関連してですが、オンライン診療は、ともすると対面と比べて医師からも得られる情報が少ないので、患者側としてなかなか不安に思われている可能性があるということもあって、こういう質問をしているのですが、実際にはオンライン診療での診察、治療への安心感ということで見てみると、およそ9割以上の方が「まあ安心して受診できた」あるいは「とても安心して受診できた」と答えているようです。当初の我々の想定に比べると、患者さんにはある程度安心感を持ってオンライン診療が受け止めてもらえているということが見てとれるかと思えます。

また、相談のしやすさについて聞いたところですが、これも対面診療と変わらない、あるいは相談しやすいと答えている方が8割ほどを占めている。これもある程度、ビデオ通話を前提としたオンライン診療というところで相談のしやすさも担保されているということが言えるのではないかと考えております。

オンライン診療を実際に行った後、新型コロナウイルス感染症が落ち着いてからも、オンライン診療を引き続きやりたいと思いますかということを探ったところ、およそ65%の方は引き続きオンライン診療の活用継続を希望していると。これ以上続けないと答えた方は1割未満であって、実際に使った方の継続意向は非常に高いというのが見てとれるかと思えます。

その中で何が課題かということを知ると、オンライン診療を受けて患者さんが感じた問題点としては、診療にかかる費用負担が増えたということが最も多く回答として上がっております。3割程度の方がそのように回答しておりまして、続いて、音声・映像のトラブルであるとか、コミュニケーションが難しかったという課題が続いております。この辺りはネットワーク上の問題であったり、私どもが事業者として努力すべき点であったりあるかと思いますが、それ以上に費用負担のところが大きな課題として上がっているというのが見てとれるかと思えます。

これをさらに、先ほどの質問で探ったオンライン診療の利用継続意向がない患者さんに聞くと、費用負担が増えたと答える割合がさらに増えて、およそ半数以上の方が費用負担がオンライン診療のデメリットだと答えている。ここから、利用継続をやめてしまう最大の理由は、オンライン診療の費用負担が増えた部分にあるということが言えるかと思えます。

実際に支払う金額が変わりましたかということを知ると、大体4割以上の方が増えていきますということを回答されていて、これは自費診療、保険診療を問わず、およそこの割合で費用負担が増えたという回答が上げられています。

この費用負担がどのくらい支払われていたのかというものを伺ってみると、こちらの分布のようになっているのですが、一番多いボリュームゾーンとしては1,000円から1,500円というところが多いのですが、特徴的なのは1,500円以上のところが全体で4割ぐらいを占めていると。ここが特に利用者が増えてしまっているゾーンになるかと考えております。これは実際に特定疾患療養管理料などを取っている方でも、通常1,250円ぐらいになることを考えると、それに加えて医療機関側から患者さん側に何らかの自己負担を求めているものがあるかと思えます。これはオンライン診療料の場合には、情報通信機器を利用した利用料、電話等再診の場合には通話料等ということで、患者さんに10割の負担を求めることができるようになっておりまして、ここからは推察ではありますが、診療報酬上、対面診療と比べてオンライン診療の報酬が少ないところを、患者さんに対して一定の利用負担を求めているということが、この患者さんの利用負担増に現れているのではないかと考えております。

また、どういう医療機関でどういう診療が行われてきたのかということを探ねてみると、もともとオンライン診療で受診した医療機関に以前もかかったことがあるかと聞いたところ、8割近くの方は一度はその医療機関にかかっている。受診したときにも同じ症状だったかということを探ねると、同じ症状で受診した方が7割ぐらゐを占めるということで、もともと何らか受診したことがあるような医療機関でのオンライン診療が大きな割合を占めていたというのが見えてくるかと思ひます。

どういふ疾患で使われていたかということを探くと、慢性疾患の定期通院継続という方が3分の2程度ということで、主には慢性疾患の持病を抱えているような方が、今、医療機関に行くと感じ症のリスクがあるのでオンライン診療を使おうと、こういった形で活用されているケースが多かったのではないかと推察されるかと思ひます。

最後に、これらを踏まえてオンライン診療を真に普及させていくためにどういふ要素が重要かということを探めさせていたひておひます。大きくこの診療報酬上の課題、そして服薬指導上の課題があるかと考えておひます。こちらは対象疾患、そして診療報酬、収益性のところ、そして初診を含めた実施要件。診療報酬についてはこの3つが重要だと考えておひます。ともすると、初診のところはクローズアップされがちではあるかと思ひますが、特に重要だと考えているのは対象疾患の制約を外していくところ。そして、この診療報酬上、対面診療と同等水準でオンライン診療を評価していくと、こういったところが特に重要ではないかと考えておひます。

対象疾患に関しては、今回、このコロナウイルス感染症下で見ると、もともとオンライン診療料の対象になっていた疾患ではない疾患が全体の3分の2ほど使われていたと。こういった領域でのニーズが非常に高いということが推察されます。具体的には、アレルギーであるとか皮膚科であるとか小児科、こういった診療科で多く使われておひまして、現行の制度ですとオンライン診療料の対象疾患が限定されていると思ひますが、診療料を疾患で制限するということは合理性が乏しいと思ひますので、これは疾患の制限を外していく必要があろうかと考えておひます。

また、診療報酬のところは、先ほどの患者向けの調査でもオンライン診療による費用負担増が最大の課題として上げられておひますし、医師向けに取った調査でも、今度、医師側から見たときにも診療報酬が課題と答えている方が最も多かった。これは特にオンライン診療の診療報酬の中でも管理料と呼ばれる継続的な診療にかかるときの診療報酬の差分が現在非常に大きいので、ここを対面と同等水準に速やかに引き上げていくことが重要ではないかと考えておひます。

また、実施要件のところですが、これは実は初診のところはそこまで多くは使われていなかったというような結果が出ておひまして、大体4分の1ぐらゐ、私どものサービス等利用者がいくと初診でオンラインを使われておひます。

なので、初診のオンラインに関しては、先ほど医療機関の受診の傾向でもある程度受診歴がある患者さんでオンライン診療を活用されていたということを探まえると、一定、初

診のところはもともと関係性のあるような医療機関で行う等、安全性を担保して初診を広げていくという考え方が重要ではないかと考えております。

最後に、服薬指導のところは、処方箋授受の複雑さが対面服薬指導と比べて最大の課題とされているようなサーベイの結果も出ていますので、電子処方箋を実運用に足るような形で運用できるようにすること。また、これが実施されるまでは、今、医療機関から薬局にファクスで処方箋が送られているのですが、こういった現行の形も許容していくことが重要ではないかと考えております。

今、申し上げた普及促進に向けた提言をまとめると、こちらのページのとおりになります。改めて申し上げますと、特にこの初診のところだけではなくて、対象疾患の制限を外すこと、診療報酬については特に管理料のところを対面診療と同等水準に算定していくことが重要だと考えております。

私からは以上になります。ありがとうございました。

○大石座長 原様、ありがとうございます。

ただいまの御説明について、御質問がございましたら、お願いします。時間が限られておりますので、質問に関しては簡潔にお願いします。また、大変恐縮なのですが、予定時刻の5分前、全体で7～8分なので数分後なのですが、5分前の質問は打ち切らせていただきます。御質問のある方は、また後日、事務局向けにメールでお知らせいただければと思います。

御質問のある方、お願いします。

印南先生、お願いします。

○印南専門委員 まず、質問というよりも、問題の捉え方について一言コメントさせていただきます。オンライン診療の問題は、初診に今いろいろとフォーカスが当たっていますが、オンライン診療・オンライン服薬指導だけでなく、全体としてオンラインで完結する医療、あるいはデジタル医療として捉えたほうが良いと思います。なぜかと言いますと、オンライン初診の前には、オンラインの受診勧奨もありますし、総務省がやっている無料成人電話相談というのもあるわけですね。これらも一応、広い意味ではオンラインです。それから、その後に電子処方箋の話があって、オンライン服薬指導、調剤、薬剤配送、キャッシュレス支払いの話もあるのですね。少なくとも電子処方箋以下は、一気に全部まとめて進めない限り、ばらばらに議論しても意味がありませんし、スピード感を持って進めることはできません。

ちなみに、電子処方箋について言いますと、厚労省のほうは今後2年間の重点審議・実施事項にしていますけれども、そこだけ進んでいても、その後のオンライン服薬指導と結びつかないと意味がありません。なので、一気通貫型でデジタル医療を目指して議論すべきだというのが第一です。

もう一つは、今日の広範の議論で薬剤配送の話とかいろいろ規制の話が出てきますが、これは一般用医薬品の話にどうも限定されているみたいです。そうではなくて、医療用医

薬品についても、現在の種々の規制を見直す必要があるのではないかと考えております。ですので、議論の進め方について一言コメントさせていただきました。オンライン診療については、また後で意見を言います。

以上です。

○大石座長 貴重な御意見をありがとうございます。

武藤先生、お願いします。

○武藤専門委員 武藤です。

最初に確認なのですが、先ほどの河野大臣の2 + 1合意、10月8日のですけれども、この中でオンライン診療、電話ではなく映像であることが原則というようなお話がありました。実は今、御承知のように、旧来から電話等再診の中には電話とテレビ電話が両方含まれているのですね。それとまたオンライン診療が別個にあるわけです。

今回は電話ではなく映像であるということは、電話等再診におけるテレビ電話の扱いはどうなるのでしょうか。あるいは旧来からの電話の初診あるいは再診に関しても、今後どうなるのでしょうか。

それと、映像というふうにあります。これは動画像のみを指すのでしょうか、それとも静止画像も含むのでしょうか。これを確認したいのですけれども、いかがでしょうか。

以上です。

○大石座長 ありがとうございます。

これは原さん、お答えできますか。

○武藤専門委員 これは厚労省さんをお願いしたいと思います。

○長瀬参事官 厚労省さんがいらしていますので、お答えというか、コメントをいただきたいと思います。

○厚生労働省（迫井医政局長） 医政局長でございます。

御質問でございますが、私どもの資料「第2回医療・介護WG」の2ページ目、後ほど触れますけれども、先ほど冒頭の御挨拶で河野大臣からお話がありました、その記載でございます。真ん中辺に書いてございますけれども、電話ではなく映像があることということでございますが、テレビ電話の場合には、おっしゃるとおり映像があります。その取扱いについて今後どうするかはテクニカルな話として整理させていただきますけれども、私どもの受け止め、認識は、映像があるかないかが、まずはポイントだということでございます。

○厚生労働省（井内保険局医療課長） 保険局医療課でございます。

電話等再診とオンライン診療料の違い、あわせて今後どうなるのかという御質問というふうにご認識しております。現在進んでおりますオンライン診療の検討と併せて、現在、コロナということで、電話等再診料というのがメインで動いているという認識でございますが、この辺りもきちんと整理をしていくという認識でございます。

○武藤専門委員 画像は動画像に限るのでしょうかね。

○厚生労働省（井内保険局医療課長）　そこも先ほど医政局長のほうから御説明させていただきましたように、全体の方針がどうなるか、全体としてどういう形になるかということと併せて、診療報酬もどういうふうにするか。これは中医協での議論になりますけれども、そういった前提での議論をしていただくということです。まずは、これからどういう方針でいくかということが一番メインのお話だと考えております。

○武藤専門委員　了解です。

○大石座長　ありがとうございます。

　そうしましたら、安田専門委員、お願いします。その後、谷口委員、お願いします。

○安田専門委員　ありがとうございます。

　私も質問の趣旨は武藤先生と同じ主旨なのですが、むしろ原様に伺いたいのは、映像があったほうが有利であること、音声だけではできなかったことといった両者の違いが分かるコメントをいただければありがたいと思って手を挙げさせていただきました。よろしくお願いします。

○株式会社MICIN（原代表取締役CEO）　ありがとうございます。

　やはり映像があった場合のほうが、より多くの情報を得て診療できるという声は多く聞かれております。例えば喉の画像を見て、そこを踏まえてインフルエンザを含めた上気道感染症の診断の一助にするであるとか、皮膚科の場合であれば皮膚の状態を見て診療するであるとか、こういったところは電話の診療ではできないことですので、より多くの情報で、より質の高い診療が実現できるかと思えます。

○安田専門委員　間違っていたら御指摘いただきたいのですが、診断をつけるとか、状況が変わっているかどうかを見極めるときには画像がすごく有利なのかと思うのですが、コンサルテーションというのでしょうか、状態が継続していること、変化がないことを確認するような問診が中心となるような診察の場合は画像がなくてもあまり変わらないのかなとも思うのですが、その辺はどう思われますか。

○株式会社MICIN（原代表取締役CEO）　ありがとうございます。

　今、申し上げた皮膚科であるとか、喉の画像を見るのに比べると、画像を見る重要性は比較的少なくなると思うのですが、実際の診療では、やはり顔色を見て、患者さんの全体の状態を見て診療するという観点では、糖尿病や高血圧のような慢性疾患の継続診療においても、画像も見て診療するということは一定の意味を持っているかと思えます。

○大石座長　ありがとうございます。

　そうしましたら、谷口委員、原様への御質問、御意見になりますでしょうか。ございましたら、お願いします。

○谷口委員　費用負担が高くなるという点について質問させてください。オンラインで病院まで行く交通費や移動の時間コスト、例えば子供を連れていかなければならないなどの手間とかコストが削減されたのではないかと思うのですが、今回の調査では、それについては聞いていないのでしょうか。もし、聞いていないのであれば、今後同様の調査

をすることがあれば、ぜひ追加いただきたいです。

診療報酬が不利であるという問題はもちろん改善すべきだと思うのですが、移動のコストは削減できていて、通信コストと診療報酬の追加分がプラスになるとして、トータルとしてのコストみたいなことを国民に認識してもらう必要があるのではないかと思います。

以上です。

○大石座長 ありがとうございます。

原さん、そこら辺も聞いていらっしゃいますか。

○株式会社MICIN（原代表取締役CEO） ありがとうございます。

今回の質問では、診療自体の費用の負担増について聞いておまして、まさに御指摘のとおり、交通費等々はこの中には含まれていないものと認識しております。ただ、御指摘の点、私もおっしゃるとおりだと思いますので、次回以降の調査に反映いたしますし、それも踏まえて捉えていくというのは全くおっしゃるとおりだと思います。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、時間になりましたので、原様への質疑応答は以上とさせていただきます。お忙しい中、御対応いただきまして、ありがとうございました。

それでは、御退出をお願いします。

○株式会社MICIN（原代表取締役CEO） ありがとうございました。失礼いたします。

○大石座長 続きまして、厚生労働省より御説明をお願いします。

○厚生労働省（迫井医政局長） 厚生労働省医政局長でございます。

時間も限られておりますので、ごく簡単に御説明いたします。

めくっていただきまして、最初のページでございます。これは時限的措置の考え方、それからその現状でございます。これも何度もお話に出ています、今回のコロナウイルス感染症拡大に伴いまして、双方の事情も含めてということだと思いますが、医療機関の受診が困難になりつつあったということでございます。現に今もそういう状況は続いている部分もありますが、その状況を踏まえまして、あくまで時限的・特例的という前提を確認した上ではございますけれども、こういった形で初診も含め、医師の責任の下で可能と判断した範囲においてということでございます。この取扱いについて、今後、恒久化することを議論するというところでございます。

直近の状況（１）（２）とございます。これは実績でありまして、細かく御説明はいたしません。医療機関の数、それから件数、このように記載させていただいております。それから、時限的・特例的な取扱いを行うに当たりまして、やはり様々な懸念もありましたし、どういったことになるのかということを確認するために、３か月ごとの検証を行っております。４月から始めましたので、６月までの実績について、細かい部分については後ろに資料をつけております。もし御質問等がありましたら、そのときはお答えしたいと思います。大きくまとめますと、（２）の２つ目の○であります。まず、電話診療やオ

ンライン診療の患者さんは小児が多かったということと、比較的軽症と思われる患者さんを中心に、初診について実際に対応したケースがありました。一方で、物理的に大きく離れていた地域でありますとか、本来これは禁止をしているというような処方等がございましたので、これは結論的にはしっかり指導していくということで、あまり御存じなかったケースだと承知しておりますけれども、こういったことが報告されたということでございます。

踏まえて、当面継続をするということと、最後の○は、検証の結果として、まず要件の遵守徹底、これは今申し上げたことでございます。それから、基本的には対面診療等の継続も含めた視点から、生活・就労の拠点といった生活圏域、2次医療圏内を対象とすることが望ましい。それから、一定の手續とか様々な違いもありますので、ある程度そういった知識をつけていただくための研修受講、こういったことを周知しましたということでございます。

おめぐりいただきまして、2ページ、これは既に冒頭の河野大臣からの御発言もございました。ごく簡単に確認的にお話をさせていただきますと、3つ四角がございしますが、一番上は先ほど触れていただいたことでございまして、これは田村厚生労働大臣の会見の発言そのものでございますので、少し話し言葉になってございます。その中で触れております、安全性と信頼性をベースに、初診も含め、オンライン診療を原則解禁ということでございます。それから、先ほど話題になりましたが、そのちょっと下でありますけれども、オンライン診療は電話ではなく、映像があることを原則とするということで、これは先ほど御説明させていただいたとおりであります。

その下の四角は、これをひもときますと、考え方はこういうことかなということで、◆が3つあります。繰り返しになるので細かく御説明いたしませんけれども、最初の2つの◆は今、お話をさせていただいたようなことでございます。3つ目の◆であります。安全性と信頼性をどのように捉えてということでありまして、これはすなわちオンライン診療を行うことによる患者さんの利便性等のメリットもあります。しかし、対面診療を行わないことによるデメリットと申しますか、ここに記載しておりますけれども、疾患の見逃し・重症化のリスクがあることは事実でありますし、なりすまし等の問題もありますので、患者と医療機関のトラブルのリスク、こういったことを総合的に勘案するのかなということで受け止めております。

それを踏まえて、今後の対応方針でありますけれども、まずはこの検証を続けていくに当たりまして、関係者の意見を聴取するのですが、これは追加的な調査事項も含めて、10月から既に始めておりますけれども、そういった追加調査の実施を予定いたしております。

2つ目の○であります。今、3大臣のお話を受け止めて、私どもとしてはスピード感を持って対応させていただきたいと思っておりますので、検討会において引き続き検討させていただくということでございます。

以下、参考資料がございまして、詳細な御説明は省略をさせていただきます。

以上でございます。

○大石座長 ありがとうございます。

では、ただいまの御説明について、御意見、御質問等ございましたら、お願いします。

なお、本日は保険局医療課長にもお越しいただいていますので、診療報酬上の御評価についても御質問、御意見等ありましたら、お願いします。

そうしましたら、まず、河野大臣、お願いします。

○河野大臣 ありがとうございます。

今後の対応方針のところですけれども、もともとオンライン診療に後ろ向きの人だけ集めて議論しても意味がないと思います。お医者さんだけでなく、消費者側の意見もきちんと反映をしてもらわなければなりません。そういう意味で、どこで検討するかというのは非常に大事だと思います。もともとオンライン診療をやろうというときに後ろ向きだった人だけ集めているような会議でも、結果は前向きにならないのは見えていますから、どこで検討するかというのを厚労省はきちんと考えてもらいたい。前向きにやろうという合意ができているわけですから、それに沿った検討の場をしっかりと設けて、スピード感を持って早く結論を出していただきたいと思います。いつまでに結論を出すのかということも明確にして議論を進めてください。

少なくとも3点、合意をしていますから、支払基金の議論はここでやる必要はないと思いますけれども、原則オンライン診療を解禁するというで動いているわけですから、いつまでに結論を出すかということもきちんと明確にして、しっかりとした検討の場所をつくって議論をしてください。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、佐藤先生、お願いします。

○佐藤座長代理 ありがとうございます。

私からも大きく2点ですけれども、まずはこのオンライン診療の出口について。今はまさに初診のほうに注目が集まっていますけれども、本来はこのオンライン診療を通して大きく医療のビジネスモデルがある意味転換する契機だと思うのです。MICINさんからの御報告にもちょっとありましたけれども、具体的にはかかりつけ医の存在です。やはりオンライン診療の担い手というのはかかりつけ医だと思うので、併せてかかりつけ医の普及とか、それから、これは診療報酬にも関わるのですけれども、単に病気になった人を診るだけではなくて、まさに見守りといいますか、特に慢性疾患を持っている方は重症化する前に手を打たなければいけないので、見守りも含めた対応というのが必要だと思うのです。

そういう意味において、恐らくこれは特に開業医の方々のビジネスモデルの転換になると思うのですが、この辺りはどう捉えていらっしゃるのかということ。

それから、これは先ほど印南先生からも御指摘がありましたけれども、医療は公共サービスですので、今、デジタルガバメントというように、まさに公共サービスのデジタル化を進めようとしているわけですから、オンライン服薬指導も含めて、ついでに支払いもキ

キャッシュレスで一気通貫にデジタル化を進めるという、その中にオンライン診療を位置づけるべきで、オンライン診療だけ取り上げて、そこだけデバイスを使ってやりましたではちょっと不十分かなと思いましたがということです。

2つ目は、既に大臣からも御指摘があったのですが、これからオンラインの指針をつくられるということなのですが、やはり構成員の中にもうちょっと患者さんの視点があっていいと思うのです。つまり、安全性や信頼性は大事ですけども、やはりもっと利便性というのものもあるわけではないですか。先ほど谷口委員が御指摘のとおり、やはり子供を抱えた家であると、子供を連れていかなければいけないという問題もありますので、患者さんの利便性という視点をもっと前面に出したらいいのかなというのと、あと、対象疾患の範囲も決めて、本来は幅広くやることを前提に、それを進める上においてボトルネックは何なのかと。そのボトルネックを解消するためにどうしたらいいのかという議論をしていただけだと思います。

以上です。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、先ほどの河野大臣と佐藤先生の御意見の部分、一部重なっているかと思えますけれども、この御意見について、厚労省様、コメントいただければと思います。

○厚生労働省（迫井医政局長） ありがとうございます。医政局長でございます。

河野大臣からの御指摘、ありがとうございます。私どもとしてははっきり御指摘を踏まえて対応させていただきたいと思っております。スピード感はそのとおりでありますし、その中には、これは田村大臣もいつまでもずっと時間をかけてやるつもりはないということはしっかり会見等でもお話をされておりますし、私どももそのように指示を受けております。それから、検討の場、議論の展開については患者さん、利用者の視点での議論でありますとか、保険者の視点も必要なのではないかとかねてからご指摘をいただいております。これは中医協との関係もありますので、よく整理をさせていただきたいと思っておりますけれども、いずれにいたしましても、大臣御指摘の点についてはしっかり受け止めて、適切な答えを出していけるように努力をさせていただきたい、御相談させていただきながら進めさせていただきたいと思っております。

あと、佐藤座長代理のお話ですが、ご指摘のとおり、初診対面かどうかということにすぐフォーカスが当たったのは事実であります、これはMICINさんのプレゼンの中にもありましたし、多くの関係者が、初診というよりもむしろ再診を含めた全体をどう進めていくのかということにもう少しフォーカスを当てるべきだと御指摘いただいている点でもあります。ガイドラインの中で、そういったことも含めてどのように整理をしていくのかという御指摘についてはしっかり受け止めてやらせていただきたいと思いますと思っております。

とりわけビジネスモデルというか、診療全体がDXといいますか、デジタル化を受けて進めていくということは政府全体の方針だと、私どももしっかりそれは受け止めておりますので、そういった視点で全体のバランスも含めてしっかり考えさせていただきたいと考え

ております。

○大石座長 ありがとうございます。

似たような話なので、私からも少しコメントをするのと、あと、高橋先生から、ちょっと今御出席いただけないのでこれを伝えてほしいということをお願いしているので、今の少し関連してお話をさせていただきたいのですが、多分、検討会の委員構成もそうなのですけれども、全国に今回の緊急措置の中でとてもよかったユースケースが出てきていると思うので、これはかかりつけ医だとか在宅医でも出てきていますし、いろいろなところで出てくるので、そのようなものをきちんと拾って、どのようにして使われたのか、また、どういうふうにすると安全に使えるのかということについても調査の中に入れていただきたいと思います。

また、高橋先生からは、眼科に関しては、五感を通じて診断する必要があるのではなくて、いろいろな検査が全てデジタル化されていて、特に大学病院だとか、高橋先生がやられているiPSだとかの非常に高度医療のところでは、わざわざ遠くから患者さんが来られて、結果として適応がなかったというようなことも結構あるので、そのような場面でオンライン、特に初診のオンラインというのは使えるのではないかというコメントをいただいています。

以上、私からの補足の意見なのですが、引き続きまして、印南先生、お願いします。

○印南専門委員 オンライン診療に対して後ろ向きの姿勢だと誤解されるのは嫌なのですが、オンライン診療を前向きに進めるためにぜひやってほしいことがあります。制度の乱用とか、一部患者があちこちのオンライン診療をかけまわるとか、それから、なりすました医師や患者がこういう制度を使うとかの話です。こういうものに対して厚生労働省は早く明示的に議論したほうが、むしろオンライン診療が促進するのではないかと思います。コメントです。

以上です。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、高橋代理、お願いします。

○高橋議長代理 全体の議論の中では小さなことかもしれないのですが、厚労省さんの資料の中に物理的に大きく離れた地域に対して診療が行われている、これは望ましくないという判断があります。確かに分かりますけれども、ただ、例えば非常にいい先生にかかりたいとか、特殊な例があったりするので、ここを一律に2次医療圏が望ましいというふうに切ってしまう方がいいのかどうか。その辺について具体的な事例とか考え方をお聞きしたいと思います。

○大石座長 御質問についてお答えはいかがでしょうか。

○厚生労働省（迫井医政局長） 医政局長でございます。よろしいでしょうか。

御指摘のとおり、例えば専門的な診療を日本全国、2次医療圏で全てできるということではないケースはもちろんございますので、高橋座長代理が御指摘の点は、私どもとして

は組合せだという理解でございます。決してそういった専門的な診療を、場合によっては少し離れたところで受けるということを否定してはおりませんし、ブロックするつもりもございません。まずは一般論として、実際に対面でないとできないこと、一番分かりやすい例は手術や処置が必要になった場合、実際問題はオンラインでできないので、そういったことを切り替えることもあり得るので、基本は身近なエリアでやっていただくということをまず申し上げた上で、しかし、どうしても遠隔地の専門医のドクターのアクセスが必要だ。そういう場合に一々飛行機に乗って行かなければいけないというのは改められないか、そういった対応も可能にしていくという前提で、現時点でもそうですし、今後もしっかり踏まえて制度設計をやらせていただいたいと考えております。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、菅原委員、お願いします。

○菅原委員 ありがとうございます。簡単に2つ。

一つは、先ほどから出ています今後のスケジュールの詳細について、後日で結構なので示していただきたい。お願いします。また、資料にある直近の概況ですが、具体的な医師の声やそこから出てきている課題、どういう疾患のオンライン診療実績が多かったかという情報も出していただきたいと思います。

もう一つ、今後、オンライン診療を推進する上で多くの規制を緩和して、基本的には医師の判断で、医師と患者が合意の下で進めることが必要と思っています。もちろんそのためにはガイドラインなどを作っていかなければいけないと思いますが。医師の判断によって、どう診断方法とか診断ツールを使うかを決めるという点に関して、厚生労働省としてどうお考えになっていますか。

○大石座長 厚労省さん、お願いします。

○厚生労働省（迫井医政局長） ありがとうございます。

今回、河野大臣から先ほどお話もございましたが、スピード感を持って、オンライン診療全体を進めていくという大きな幹といいますか、考え方の整理の上で、制度の設計を進めていく必要があります。

一方で、菅原委員からお話があったことは、今、実診療では極めて重要な側面がありまして、診療科によって実施する検査でありますとか、内容がオンライン診療導入で全く変わる場合があります。この辺りのディテールはしっかり専門家にご相談しなければいけません。ただ、それに時間をかけ過ぎてということにならないように、まず大きな幹をちゃんと確認させていただいた上で、そこから先、具体的な検査でありますとか、今お話のありました診断のツールというような様々なアシスト、あるいはICTを活用することも含めてだと思っておりますが、これは患者さんの安全性に関わる話でもありますので、各疾患分野の臨床の専門家にしっかり御相談させていただいて、作業を進めていくというイメージを持ってございます。

以上であります。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、大橋委員、お願いします。

○大橋委員 ありがとうございます。

お時間ないので手短に。診療報酬に関してですけれども、そもそも現在、差分があるというところがあるというふうにMICINさんから御説明があったかと思えますけれども、この辺りはどう合理化できるのか、あるいは今後どう直していくのかというのは重要な問題だと思います。もし、オンラインで同等の診療の精度が可能であるとするならば、少なくとも同等というのはあると思えますし、さらに、谷口先生がおっしゃったように、その移動なり時間削減のコストがあるのであれば、アウトカムで評価すれば、実はプラスアルファがついてもいいのではないかと。

暫定的には、コロナの感染リスクを排除できるというか防ぐことができるわけですから、ここは浸透を加速させるという意味でも、オンラインの診療報酬のほうが高めについてもおかしくないのかなという感じがします。コロナが今まさに足元大変な問題になっているのですから、ぜひ迅速に考えていただく必要があるのかなと思っています。

以上です。ありがとうございます。

○大石座長 御意見ありがとうございます。

そうしましたら、小林議長、手を挙げていらっしゃいますか。

○小林議長 簡単なことなのですけれども厚労省さんにちょっとお願いしたいのは、例えば中国の平安保険が提供しているレベルのオンライン診療を含めた、オンライン診療の世界の動きというものを一度整理してほしいのです。

○大石座長 厚労省さん、いかがですか。

○厚生労働省（迫井医政局長） ありがとうございます。

これは田村大臣からもそのような指示を受けておまして、諸外国の状況についてしっかり整理をした上で、我が国の進むべき道についてもちゃんと議論をすると、そのように指示を受けておりますので、可能な限り整理を早くさせていただいて、皆様と共有したいと思っております。

以上でございます。

○小林議長 お願いします。

○厚生労働省（井内保険局医療課長） 先ほどいただきました診療報酬の差の部分でございます。これにつきましても、恒久的な制度といたしましては、どのような形で進めるかということを中医協において議論していただいて、形を変えていくというものだと考えております。

コロナ禍の現状において、電話等を用いた診療ということで、点数のほう、また管理料のほうも今までは取れなかった部分も取れるような形にしてというふうに暫定的にしております。こういった現状ではございますが、今後、今御議論いただきましたように、利便性をどう考えるのか、また、費用負担をどう考えるのかということをトータルで検討させ

ていただきました上で、恒久的な制度としてはどういう形があるのかということも議論させていただいた上で、決定していくというスタンスでございます。

○大石座長 ありがとうございます。

河野大臣、お願いします。

○河野大臣 今、特例とはいえオンライン診療が動いているわけですから、何も難しいことをやろうという話ではないと思います。先ほど厚労省からいろいろなことが言われましたけれども、場合によっては、これをこのままずっと継続して、疾病を足していけばいいわけですから、そののところはスピード感を持って、今やっていることよりも消費者の利便性が落ちることがないようにしてください。

それから、小林議長の話にもありましたけれども、オンライン診療になれば別に世界中どこからでも受けられるし、日本の患者さんが外国のお医者さんにかかることもできるし、外国の患者さんが日本のお医者さんにかかることだってできるようになる、それくらい、だんだん物事のバリアがなくなってくるわけです。医療の分野だって極端なことを言えば何年後かには国際競争にさらされるということだって起こり得るわけなので、厚労省には、その辺のこともきちんと考えてやっていただきたいと思います。

○大石座長 厚労省さん、コメントをお願いします。

○厚生労働省（迫井医政局長） ありがとうございます。医政局長でございます。

御指摘をしっかりと受け止めて、しっかりと対応させていただきたいと思っております。ありがとうございます。

○大石座長 そうしましたら、安田さん、お願いします。

○安田専門委員 簡潔に。今、河野大臣のほうからも、利便性が損なわれないようにということをお願いしていたのですが、それに関連して2点お願いごとです。

1つが、原則映像を伴うということは賛成なのですが、例えば高齢者の方だと、必ずしもスマホであるとか映像になじみのない方が、映像を原則とすることによってリモートで診察を受けるということが阻害されないという観点も必要かなと思うので、今の電話等再診みたいなのは使えるような形で残していただけるといいかなと思っています。

もう一つは、先ほど高橋議長代理がおっしゃったことと重なりますが、オンライン診療は小児の利用が多いということ踏まえると、専門医へのアクセスという観点で、2次医療圏を越えないと受診ができないような専門医療でも使えるように配慮いただけるといいかなと思っています。

以上です。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、高橋議長代理、お願いします。

○高橋議長代理 繰り返して申し訳ないのですが、大方針を決めて、それから細かいルール設定までやって、実際に原則解禁になるというまでのスケジュール感ですね。改めてどのくらいをめどで考えればいいのか、3か月なのか、6か月なのか、その辺をちょ

っと概略でいいので改めて教えていただきたいのです。

○大石座長 厚労省さん、いかがでしょうか。

○厚生労働省（迫井医政局長） これは私ども、田村大臣ともよく相談させていただきたいと思っておりますので、速やかに整理をさせていただいて、皆さんと共有させていただければと思っております。ありがとうございます。

○大石座長 分かりました。

印南先生、もう一回手を挙げていらっしゃいますか。

○印南専門委員 すみません。MICINさんに聞くべきだったのですが、一部の通信料を患者さんに転嫁するのは良いのですが、金額的に高すぎるようなものもあるようです。この問題は何年か前の領収書の明細書発行の際に法外な手数料を患者に求めていた問題を思い出させます。若干の通信料を患者さんに求めるのはいいとしても、MICINさんのデータの中にも5,000円以上求めているものもあったのですね。あれはどう見ても通信料としては高過ぎますので、患者に転嫁される通信料の金額について指導するような体制をつくっていただきたいと思います。

以上です。

○大石座長 ありがとうございます。

厚労省さん、何かコメントはございますか。

多分、今、もう手を挙げていらっしゃる方はいませんね。

そうしましたら、いろいろな議論が出たので、一応、オンライン診療に関してはここで終わりたいと思うのですが、事務局のほうで、今日出たコメントとそれについての課題と質問をもう一回まとめ直して、きちんと厚労省様と共有して御回答いただけるようお願いしたいと思います。

ちょっと駆け足で申し訳なかったですが、次の議題に移りたいと思います。

迫井医政局長、ありがとうございます。御退室ください。

（説明者交代）

○大石座長 続きまして、オンライン服薬指導に移りたいと思います。

本日は、厚生労働省より山本史大臣官房審議官（医薬担当）にお越しいただいています。また、井内医療課長には前半に引き続き御対応をお願いします。

それでは、御説明をお願いします。

○厚生労働省（山本大臣官房審議官（医薬担当）） ありがとうございます。審議官の山本でございます。

それでは、お手元の資料1-2に沿ってオンライン服薬指導につきまして簡単に御説明をさせていただきたいと思います。先ほどのオンライン診療と同じようなところもございますが、改めてお願いいたします。

1枚おめぐりいただきまして、オンライン服薬指導でございますが、従来は対面原則ということで薬機法に位置づけられておりましたが、昨年12月に薬機法改正がなされまして、

改正法が公布されました。それに基づきまして、本年9月1日から医療用のオンライン服薬指導につきまして薬機法に基づくルールが定められ、施行されております。それがお手元の資料2ページ目の左側の列でございます。主立ったところを書き出しております。

それに相前後してコロナの感染が発生いたしましたので、右側の列で時間軸として重なっているのですけれども、本年4月10日より、コロナ禍での緊急的・時限的な取扱いというところで事務連絡を発出させていただいております。

この内容につきましては、要は左右を見比べていただきますと、右側のコロナ禍での事務連絡の取扱いのほうが広くできることが盛り込まれております。例えば実施方法につきましては、左側の9月1日から施行された薬機法に基づくルールの初回は対面、右側の緊急的・時限的な措置については、薬剤師の判断でオンラインでできると判断できれば、そこが初回でも服薬指導は可能といったことになっております。

また、通信方法につきましても、映像、音声による対応というところが9月1日施行のルールでございますが、コロナ禍での4月10日事務連絡では電話でも可とさせていただいております。

また、ピンク色の処方箋、上から4段目でございますが、基本的に左側ではオンライン診療又は訪問診療を行った際に交付された処方箋に基づいたオンライン服薬指導を可能としておりますが、右側では、どの診療の処方箋でも可能といった取扱いを出させていただいております。

全部を御紹介はせずに、次に進めさせていただきます。

次に、実施状況につきまして、少しだけ御紹介させていただきたいと思っております。6ページを御覧いただければと思いますが、これは5月から8月にかけての実施状況を調査したところでございます。オンライン服薬指導の実施、この調査月の中では5月が一番実施件数が多く、6、7、8月と少し落ち着いているところでございます。

右側で、診療と違ましてお薬をどうやって患者さんのお手元に届けるかということがございます。ほとんど9割が郵送でございますが、1割、薬局のスタッフさんが患者さんのところまで直接自分たちでお届けに行くと。恐らく地域の近くの薬局が郵送するよりも時間もコスト的にもリーズナブルだということで、こういったことも実は取られているという実態があるようでございます。

7ページ、右側の図でございますが、どんな方が電話や情報通信機器での服薬指導を利用されているかということですが、過去の当該薬局利用の方がほとんどであったということで、初めての薬局をお使いになる方はあまりいらっしゃらなかったという状況のようでございます。

8ページでございますが、今申し上げたようなところを数字でまとめてみたところでございます。赤字で書いてあるところが4か月分の総数でございますが、①の実施割合を御覧いただければと思います。日本全体で1か月の処方箋枚数を足し合わせて、今回、先ほど御紹介しましたオンラインでの実施件数を分子に乗せると、日本全体の服薬指導の中

での実施割合としては0.5%程度でございます。

それを都道府県別に割ってみたのが9ページ目でございます。地域で実施件数自体はばらつきがございます。ただ、必ずしも地方がというわけではなくて、東京の実施件数が一番多うございますし、かといって北海道も多い、福岡も多いということでございます。服薬指導を割合にしてみますと、下のオレンジの棒グラフでございますが、こんなところでございまして、多少のこぼこはございますが、ここをどう評価できるかというところは、まだ持ち合わせておりません。こういったところでございます。

11ページ目には、先ほど電子処方箋のお話もあったかと思えます。関連するということで御紹介させていただきますが、電子処方箋の実用化が求められておりますので、現在、厚生労働省といたしまして、2022年夏を目途に運用を開始できるように、できるだけ早くきちんとしたものが医療の現場にお届けできるように作業をしているところでございます。

戻っていただきまして、こういった中で、本日のテーマである恒久化に向けてどうやっていくかというところでございますが、3ページにお戻りいただければと思います。コロナ禍での時限的な取扱いの実施状況、4か月分は先ほど御紹介させていただいたところでございますが、オンライン診療と同様、これらの実施状況を踏まえまして、今後、薬機法に基づく9月1日から施行されたものがございますが、そこに対して見直しを検討していきたいと考えております。

具体的には、この実施状況について、厚労省の研究班でこれから調査と評価をしていこうと思っております。10月から実態調査を実施する予定でございますし、その結果を踏まえまして、今後の薬機法に基づく恒久的なルールをどうしていくことがよいかということを検討していきたいと考えております。

簡単ではございますが、以上でございます。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、ただいまの御説明について御意見、御質問がありましたら、お願いします。申し訳ないのですが、挙手のマークを出していただいて、御質問、御発言が終わったら一回切っていただけますか。ずっとそのままになっていると、どちらなのか分からなくて。あと、終わりの時間があるので、10時20分になったら切らせていただきますので、そのほかの御質問、御意見に関しては、事務局のほうに出していただければ、厚労省に聞いて、またコメントを戻すという段取りで進めさせていただきます。

では、武藤先生、お願いします。

○武藤専門委員 武藤です。

4月10日の事務連絡以降、服薬指導は電話でオーケー、それから、オンライン診療のひもづけが取れたと、これは大変いいことだと思います。これはぜひとも恒久化していただきたいと思えます。

オンライン診療、電子処方箋、オンライン服薬指導、これは一気通貫すると、図柄はきれいなのですけれども、これを待っていたらきりがありませんから、単独でもって服薬指導

に関しては恒久的に解禁してほしいですね。

あと、これを解禁したことで不都合な事例というのは何かありましたでしょうか。

以上です。

○大石座長 厚労省さん、いかがでしょうか。

○厚生労働省（山本大臣官房審議官（医薬担当）） 恐らく、よかった事例、困った事例、現場ではいろいろあるのだと思っております。私どもはそれを先ほどの研究班でこれから丁寧に拾っていこうと思っておりますが、やはり服薬指導の場合、もちろん患者さんの状態とかを電話だとうまく把握できないとかいろいろあるようでございます。また、診療と違ってお薬を患者さんと店舗であれば無意識に共有している。画像ではないですけれども、箱の表示とかそういうものが意識せずに共有できるのですけれども、やはり電話とかで何もないと、薬の実物が目視で確認できない。それによってコミュニケーションが非常にやりにくいところもある。あるいは患者さんがそれを理解しているかどうかがよくつかめないという薬剤師側の不安があるといったような声は聞いております。これから少し丁寧にそこら辺を、よい点、困った点というのを拾っていきたいと思っております。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、菅原委員、お願いします。

○菅原委員 ありがとうございます。

まず、資料の一番最初のページで9月1日施行の改正薬機法とコロナ禍の4月10日事務連絡取扱いの比較表がありますが、コロナ禍の実態調査結果を踏まえ、基本的にこの数か月できていたことは今後も続けるという姿勢で考えていくべきではないかと思えます。例えば実施方法についても、コロナ禍では初回でも薬剤師の判断によりできたわけですから、今後もそういう方向で検討ができないのか。もしできないとすれば、何が原因で今後は初回は対面にするのかの根拠を教えてくださいたいと思えます。また、同一薬剤師の話は前から議論があり、今回の改正薬機法でも、やむを得ない場合には別の薬剤師の方でもいい、となっていたかと思えます。基本的に処方履歴等きちんとデータをそろえておけば、ほかの薬剤師の方でもプロですからできるのではないかと思えます。今後、かかりつけ薬剤師を定着させていくという意味では、よりデータが蓄積され一時的に他の薬剤師の対応環境が整備できると思えます。

また、現ルールでは薬局内からの服薬指導が基本なのではないかと思えますが、違っていたら訂正いただきたいのですが、もしそうであれば、むしろプライバシー確保という観点からは薬局には別の患者もいるため、必ずしも薬局である必要はないような気がします。また、薬剤師の働き方にも逆行していく話なので、リモート服薬指導なども含めて考えていただきたい。

最後の質問は、調剤報酬の件がこの資料ではないのですが、たしかオンラインの指導割合が1割以下という規制があったと思うのですが、調剤報酬に関して教えていただければと思います。

ありがとうございます。

○大石座長 厚労省さん、お願いします。

○厚生労働省（山本大臣官房審議官（医薬担当）） ありがとうございます。審議官の山本でございますが、まず、私のほうから3点お答えさせていただきたいと思います。

初回につきましては、考え方としましては、やはり安全性と信頼性という診療報酬と同様のところを軸にしながら、初回も含めてオンライン服薬指導を原則できるようにする方向で検討していきたいと考えております。その際に必要となるような条件は何だということで、後が続くといった感じで、初回も可能になるための条件設定を考えていきたいと思っております。

それから、同一の薬剤師の点でございます。先生から今御指摘がありましたように、基本的に同一の薬剤師、これまでの患者さんの薬歴ないしは症状、副作用といった部分をしっかりと踏まえた上でオンラインでの服薬指導を重ねていただくとというのが基本でございます。その軸としては、同一の薬剤師というのを、4月10日事務連絡にございますかかりつけの薬剤師というほうが我々の趣旨として合っているというか、そこが本来だと思っておりますので、かかりつけ薬剤師というものをベースにしながら、どういった環境であれば同じ薬局の違う薬剤師さんでもきちんと服薬指導をしていただけるかということを検討していきたいと思っております。

それから、場といいますか、どこにいる薬剤師さんがオンラインで服薬指導をできるかということなのですが、御指摘のとおり、その調剤を行った薬局内でやっていただくという現在のルールにしております。リモートでということももちろん今後の検討のメニューには入ってくると思いますが、1つ、やはり診療もそうなのだと思うのですけれども、患者さんのプライバシーが保たれるようなきちんとした環境であるべきだと思っておりますので、オープンな空間とかではなくて、どういったところでやるべきか。原則は薬局、あるいは在宅であれば在宅だと思っておりますけれども、皆様がリモートと言われても多分いろいろなケースがあるのだと思います。どういったところであれば服薬指導が可能かといったことは検討したいと思っております。

○厚生労働省（井内保険局医療課長） 診療報酬のほうで1つ御質問があったということで、薬剤服用歴管理指導料ということで、全体の1割以下でないと取れないということが情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合にございました。現状でございますが、4月10日の厚生労働省通知以降は、その1割は適応されていません。今はなくなっているということでございます。

○菅原委員 その方針はこれからも続けていくということですか。

○長瀬参事官 厚労省さん、お願いします。

○厚生労働省（井内保険局医療課長） 現状、コロナが流行している状況に当たってということですので、そういった状況では続けていく。ただ、今後恒久的な対応を考えるという中で、それも全体的な考え方が示される中で、これについても続けていくべきか、それ

とも何らかの形に変えるべきか、また全体の中での調整ということになると考えております。全体の方針に従った形で、また中医協の中で議論をいただくことになると思っております。

○菅原委員 時間がないので再質問はしませんが、基本的にどの質問もユーザー目線で、患者がどう負担軽減できるか、時間的、経済的なコストなども含めて、もう一度全体を総濼いしていただくほうがよいと感じていますので、よろしくお願ひします。

○大石座長 今の御発言はそのとおりだと思います。

引き続き、御質問、御意見で、佐藤先生、お願ひします。

○佐藤座長代理 よろしくお願ひします。

先ほどの御説明の中で薬剤師の所在地については、患者さんと同じ居住地が望ましいという趣旨の記述があったと思うのですが、かかりつけ医については確かに2次医療圏の中でというのは何となく分かるのです。専門医はそうである必要性は全くないと思うのですが、ただ、薬剤師に関していうと、オンラインをちゃんとできるのであれば、必ずしも同じ居住地である必要性は、根拠としては乏しいのではないかと思ったのですけれども、そちらはいかがなんでしょうかという質問です。

先ほどちょっとプライバシーの話があったのですが、これはデジタルガバメント全体を通じる話なのですが、プライバシーは場所で、多分薬局の中にいればプライバシーが守られるというのはあまり根拠がないと思うのです。これは技術的な話なので、セキュリティーはセキュリティーで別途議論したほうがいいのかなと思いました。

以上です。

○大石座長 ありがとうございます。

厚労省さん、何かありますか。

○厚生労働省（山本大臣官房審議官（医薬担当）） ありがとうございます。

診療とは違って患者さんと離れていてもいいのではないかという御意見でございますが、やはりずっとオンライン、例えば北海道と東京ということで薬局と患者さんがあまりにも離れていて、本当に患者さんが直接対面で相談をしたい、あるいは話を聞きたい、そういったときに行けない距離というのは少なくとも望ましくないのではないかなと考えているところでございます。

その辺り、ユーザー目線も含めて、それから医療ということを含めて、どういうものがよいのか、あるいは望ましいのか、あるいはできるのかといったことを検討する必要があると考えております。

○佐藤座長代理 1点だけ。多分、結構大手の薬局はもうチェーン化しているので、本社の東京に問い合わせ、いざというときは地元の薬局が対応することも可能だと思うので、そこは患者情報の共有の話ではないかと思いました。それについてはコメントです。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、印南先生、お願ひします。

○印南専門委員 オンライン医療全般の中で、オンライン診療については医療安全の観点から対面というのがある程度必要だというのはよく分かるのですが、服薬指導については対面で行う理由が私も非常に乏しいと感じます。はっきり言って、別にチェーン薬局でもなくても、大企業がこの分野に進出してきて東京で集中的にオンライン服薬指導をして、東京や地方の拠点都市から全部薬剤を発送すればいいだけの話ですね。ついでにキャッシュレスにするともっと便利です。それに加えて、お薬手帳の電子化を行い、履歴情報をきちんとためる。一部の向精神薬等については特に注意を要するのですけれども、重複投薬の指導をきちんとしていただく。

それから、こういう議論に出ていませんけれども、ポリファーマシーですね。多剤服用が結構問題になっているのに、この分野は全然服薬指導の中に入ってきていないと思うのです。それも含めると、むしろ本来の服薬指導を行うには、オンラインのほうが原則であるべきだと思います。

以上、コメントです。

○大石座長 ありがとうございます。

今のコメントについて、厚労省さん、いかがでしょうか。

○厚生労働省（山本大臣官房審議官（医薬担当）） ありがとうございます。

ポリファーマシーのお話とか、いろいろな病院にかかった上で、それぞれの処方箋についていろいろな薬局に持ち込むのではなくて、できるだけ1か所の薬局で、ないしはそれらが全体分かるような環境下で重複投薬を避けるとか、あるいはお薬の相互作用を避けるといったことについては非常に重要なことだと思っております。それをどうやってやりやすくするのかというのがもう一つの行政の課題だと思っております。

電子処方箋などの体制が構築されれば、ひとつそこにつづる環境が整うところもあるのかなと思っております。引き続き、先生御指摘の点も重要だと認識しておりますので、その視点も入れて考えていきたいと思っております。

○印南専門委員 言い忘れたので一言だけ。残薬チェックもオンラインのほうがやりやすいですね。家の中の様子が映りますから、わざわざ薬局に残薬を持っていかなくても済むわけです。さらに、御高齢の患者さん等に対して、画面に家族に出てきてもらえばいいわけで、そのほうが服薬指導も充実するはずですね。そういうことで、オンライン服薬指導のほうが原則だと考えます。

以上です。

○大石座長 ありがとうございます。

○厚生労働省（山本大臣官房審議官（医薬担当）） よろしいでしょうか。御指摘ありがとうございます。手短かに。

先生が今おっしゃったような、いわゆる画面を最大限活用してできることが充実するという視点は我々もかなり感じておりますので、そこも含め、考えていきたいと思っております。

○大石座長 ありがとうございます。

一応これで手を挙げていらっしゃる方は全員お話しいただいたと思うのですが、どなたか何かありますか。なければ、議題1については以上とさせていただきます。

多分、今日のディスカッションの中で分かったこととしては、オンライン診療・オンライン服薬指導も、今結構話題になっている初診対面をどうするかということだけではなくて、もっと幅広い範囲で検討しなくてはいけないということであるとか、また、そのときにどのような人に話を聞き、どういうデータを取って議論するのかということのほうをもう一回改めて見直したほうがいいであるとか、また、検討体制だとかプロセス、時間軸、従来のテクノロジーではなくて新しいテクノロジーの中では何ができるのかという全然違う視点の中でも議論しなくてはいけないということが明らかになったのではないかと思います。

なので、引き続き、大臣ほか委員の皆様からコメントもしくは質問があれば、一回事務局のほうで集めていただいて、またその全体感ですね。単に課題だけではなくて、どういうプロセスで、誰がどうやって何を使いながら検討するのかという全体感を一度、厚労省とお話をしたほうがいいのではないかと感じました。

ということで、また追加的な御説明等を厚労省様のほうにはお願いするかと思いますので、よろしく申し上げます。

では、第1部は以上とさせていただきます。

引き続きまして、日本フランチャイズチェーン協会の皆様に入ってくださいまして、厚労省の井内医療課長は御退室ください。

(説明者交代)

○大石座長 続きまして、議題2「医薬品提供方法の柔軟化・多様化」に入りたいと思います。

本日は、一般社団法人日本フランチャイズチェーン協会より伊藤廣幸専務理事、また、株式会社ローソンより犬塚毅理事執行役員にお越しいただいています。また、厚生労働省より引き続き山本審議官に御対応いただきますとともに、込山愛郎医薬・生活衛生局総務課長にもお越しいただいています。

そうしましたら、日本フランチャイズチェーン協会様、株式会社ローソン様、御説明をお願いします。

○一般社団法人日本フランチャイズチェーン協会（伊藤専務理事） 伊藤でございます。それでは、私から御説明をさせていただきます。

本日は、規制改革推進会議医療・介護ワーキング・グループにおけますコンビニエンスストアでの医薬品の販売規制の緩和について2点提案させていただきましたこと、感謝申し上げます。ありがとうございます。

まず、私から全体のお話をさせていただいて、後にローソン様のほうから深掘りした内容で御説明をさせていただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

まず、全体のフランチャイズチェーン協会の概要でございます。私たちの協会は、1972

年、48年前でございますけれども、フランチャイズシステムの健全な発展を図ることを目的といたしまして、フランチャイザー、本部の集まった団体で構成されてございます。

私たちが毎年定期的に捉えてございますフランチャイズ業界の市場規模でございますけれども、約55年を経過する中で、現在は売上高で26兆円を超え、店舗数で26万4000店を超える規模になってまいりました。毎年右肩上がり成長を続けているという業界でございます。幅広い業種・業態でフランチャイズシステムの適用が可能ですので、さらに拡大していくものと予想してございます。

その中におきまして、コンビニエンスストアにおけます医薬品の取扱い状況でございますけれども、残念ながら5万7000店を超える店舗の中でたかだか331店舗の扱いということで、0.6%でしかなく、私たちの努力不足もございますけれども、規制があるために進まないということもございますので、ぜひ今日は皆様方の御尽力もいただければと思います。よろしく願いいたします。

今日は2点御提案を申し上げさせていただきました。まず、対面販売によります規制、このことによりまして、私たちのお店で扱っています医薬品がどうしても販売できない時間帯がございます。そのために、この対面販売に代わる仕組みを用いて、対面販売と同等の仕組みで実施できれば可能ではないかということで、この御提案をする次第でございます。

内容としては、資格保有者によります遠隔管理販売の実現ということでございます。要するに、今までは薬剤師、登録販売者の皆さんによる服薬指導であるとか、あるいはまた薬の適否の判断であるとか、こういったアドバイスを対面で行うことが必要ということでございましたけれども、このことをやりながら、遠隔販売でも可能になるのではないかと考えているわけでございます。

今、ICTの技術がこれだけ進んでまいりますと、今までは対面という方法しかございませんでしたけれども、今後はタブレットを使って、センターのほうに薬剤師又は登録販売者の方にいていただいて、そして、お店に来られたお客様に対して全てこのタブレットで、服薬指導、あるいはまた販売の可否を判断していくことで、間違いのないような体制が取れるのではないかと考えてございます。

そして、もう一点でございますけれども、24時間営業店舗での柔軟な販売の実現ということをお願いしてございます。今の規制は、営業時間に対して2分の1規制ということがございます。2分の1規制ということになりますと、コンビニエンスストアにとっては一番大きな負担になっているということでございます。といいますのも、今申し上げたとおり24時間営業が基本になっている中で、最低2分の1ですから12時間の販売をしなければいけないということになってございます。そうなりますと、1店舗において最低でも2人以上の登録販売者の方が必要になっていくということで、これが言ってみれば阻害要因になっているということで、拡大できない一因にもなっているということも申し上げることができると思います。

このことについては、一般の店舗であれば、12時間営業ぐらいでやっているわけですから、その半分といえは6時間程度。また、働き方改革、私たちの実際に従事していただく方たちを、1日8時間労働、週休2日で考えれば、当然週のうち6時間ぐらいの勤務体系になろうかと思しますので、そうした意味では、2分の1規制ではなくて、時間に切り替えていただければ助かります。そういう点で、まずは6時間ぐらいの営業時間にしていただければありがたいということでございます。

最後に、このことが実現できますと、資料に記載ございますように、お客様の利便性の向上であるとかインフラ機能、また、災害時の対応の強化ということにもつながっていくかと思えます。さらに、有資格者の働き方改革にもつながる。また、そもそものセルフメディケーションに大きく貢献できるのではないかと考えてございますので、ぜひ皆様方の御尽力をよろしくお願いいたします。

私からは以上でございます。

○大石座長 ありがとうございます。

ローソン様、お願いします。

○株式会社ローソン（犬塚理事執行役員） ありがとうございます。株式会社ローソンの犬塚でございます。本日はこのような機会をいただきまして、誠にありがとうございます。

それでは、私のほうから、概要を含めて説明をさせていただきたいと思えます。

まず、私どもローソンの概要でございますが、皆様御承知のとおりコンビニエンスストア事業を展開させていただいております。コンビニエンスストア業界そのものに関しましては、消費者のニーズに対応する形で様々な新しい商品ですとかサービス、このようなものを導入して、40年強、成長を続けさせていただいております。

その結果、今では近くていつでも開いているというところ、それから、何でもそろっている、あるいはワンストップでいろいろなことが完結できるということで、近年ではもう社会インフラとしての位置づけをいただけるようになっております。特に大規模な災害の際におきましては、地域の重要な拠点、ライフラインとして真っ先に営業を再開するといったような機能も果たしている状況でございます。

ローソンといたしましては、町の方、それからお客様、こういう方々の健康に対しても何か貢献できないものかということで、登録販売者制度が導入されました2008年、2009年、この頃から医薬品販売に関しては取組を続けております。結果、本日現在では240店程度、2月末で222店でございますが、調剤薬局併設の店舗50店というところまで増やしておりますけれども、まだまだ全国のお客様のニーズに対応できている数とは言えませんので、この辺りは努力を続けてまいりたいと思えますが、先ほどJFA様からもありましたとおり、いろいろな規制の問題もありまして、出店そのものが難しいという状況もございますので、この辺りは何とか緩和をしていただけるとありがたいところでございます。

今回、JFA様経由で御提案をさせていただきましたのは、医薬品の販売規制の緩和の中で、特にインターネットを通じたところのことでございます。医薬品の販売に関しましては、

安全性確保という観点から、販売許可店舗におきまして登録販売者による相談応需を経て購入するというのが原則でございます。皆さん、薬局、ドラッグストアで御購入いただくというのが通常かと思いますが、現在はインターネットでの購入も可能となっております。ただ、いずれのケースにおきましても、大都市部の深夜営業をやっているようなお店を除きまして、夕方以降、早朝、朝といったところの今欲しいというようなニーズを満たせていないのが現状かなと考えております。

コンビニはいつでも開いているということもありまして、コンビニで扱ってほしい商品の上位に医薬品が入るとするのはこの辺りの背景もあろうかと思っております。

また、我々のほうに直接お客様のお声がある話としましても、女性の社会進出が進んできていることもありますが、お子様を夕方、仕事帰りに迎えに行かれた方が、ちょっと発熱の状況があるとか風邪っぽいというお話を受けて、薬が欲しいというときに、御飯も作らなければいけない、家にも帰らなければいけないという忙しい中で、コンビニに置いているとすごく助かるのですけれども、ないのですねというお声を結構いただくことがございます。

それから、大規模な災害の後にはコンビニが。

○大石座長 犬塚さん、ごめんなさい。ちょっと時間が押しているのですが、一般消費者にニーズがあるところは多分皆さん理解されたと思うので、具体的な課題と、どうすればいいのかというところをお話いただくとありがたいです。

○株式会社ローソン（犬塚理事執行役員） 分かりました。

では、インターネットの販売の現状のところ、4ページ目を御覧いただければと思います。インターネットの最大のメリットは、いつでもどこでも買えるということ。それから、そのほかのメリットは下のほうに記載しているところがございますが、一方で、販売者側から見ましても、頻回ですとか継続購入をされているお客様に対して、場合によっては受診勧奨を行えるといったような点が最大のメリットかと思っております。

一方で、インターネットの場合はすぐに受け取れないということ。翌日以降、1週間以内ぐらいに届くということが最大の課題かなと考えておるところでございます。

そして、物流に関しても発送後は通常の商品と同じ形で届きますので、この辺りの管理というところが課題かなと考えているところがございます。

5ページ目を御覧いただければと思うのですけれども、今回御提案をしているのは、ロッカーのようなものを活用した形でございます。インターネットでの購入までは通常の今許されているところと同じなのですけれども、購入した商品そのものをきちんと安全性が担保できている状態で保管されているロッカーに販売店から発行されたQRコードなどをかざすことによって、買った商品だけが取り出せるというような仕組みを考えております。これが実現しますと、深夜帯、早朝等々でもインターネットで買った物がすぐ受け取れるというような社会が実現できるのかなと考えております。

セルフメディケーションの推進等々に関しては、医薬品が入手できる場所を拡大してい

くというのが非常に重要と考えておりますので、私どもの全国にいっぱいある店舗を活用していただくような仕組みをぜひ実現していただきたいと考えておりますので、何とぞよろしく願いいたします。

私からは以上でございます。

○大石座長 ありがとうございます。

そういたしましたら、今の御説明について、御意見、御質問等ございましたら、手を挙げてください。お願いします。

高橋代理、お願いします。

○高橋議長代理 1点質問させていただきます。

遠隔販売と販売時間の問題、2つリクエストいただいておりますけれども、これは遠隔販売が実現できるのであれば、オンラインで代替できるので、12時間営業しなければいけないというところは条件から外してもいいのか、それともこの2つを一緒にやらなくてはいけないという御要望なのか、そこをお聞きしたいと思います。

○株式会社ローソン（犬塚理事執行役員） これは結論から申し上げますと2つ同時にということをお願いしたいと思っております。やはりインターネットでの販売の場合、特にロッカーなどに保管しているものというのは商品数も限られると思っておりますので、ある意味幅広い中から選べるというところは時間のある方に関しては必要なかと思っております。その場合、やはりどうしても店舗を増やしていく上で、販売時間が長いコンビニエンスストアのような業態の場合ですと、12時間以上売らなければそもそも許可がいただけないということになりますので、リアルな実店舗を増やしていくのも非常に大事なことでと考えておりますので、ぜひ両方とも御検討いただければと考えております。

○大石座長 ありがとうございます。

ほかに御質問、御意見ございますでしょうか。

武藤先生、お願いします。

○武藤専門委員 武藤です。

この遠隔販売のまずは営業時間の2分の1規制も外して、さらにリモートでやることも賛成です。ただ、ちょっと懸念は、営業時間の問題、それからリモートでやるときの登録販売者、有資格者の義務として、店舗における医薬品の管理・保管があると思うのです。これがちゃんと担保できているのかなど。それがあればリモートでも全然問題ないと思います。

もう一つは、ネット通販で購入した医薬品をコンビニの店舗引渡し、これは現状ではできないですね。これに関して何か教えていただければと思います。

○株式会社ローソン（犬塚理事執行役員） ありがとうございます。

今、ネットで買ったものをコンビニで即時引渡しができないというのは、売った店舗から発送したものでないとならないという規制がございまして、ですから、同じものであっても実際にインターネットで注文を受けたお店から発送されたものでなければならぬと

いうことをございますので、コンビニですぐ引き渡すことができないのが現状でございます。

○武藤専門委員 それは同じものであればコンビニ引渡しもできるわけですね。

○株式会社ローソン（犬塚理事執行役員） 同じものというのがJANコードなどで確認ができれば実現可能かなということで今回提案させていただいております。

○武藤専門委員 それは割と簡単にできるのではないかと思います。

あと、先ほどの登録販売者の店舗における医薬品の保管管理、これはどうですか。

○株式会社ローソン（犬塚理事執行役員） こちらは販売の店舗という意味では、今、インターネット販売、それから実店舗も同様、そこまでは同じでございますので、保管管理は売っている側のお店は現状どおりと。保管しているロッカーに関しては、有資格者以外で管理する、あるいは管理されている状況をロッカーのような形で担保することで、保管・管理に関しましても巡回してしっかりと見ていくということのできるのではないかと。この辺の細かい仕様に関しては、いろいろ打合せ等々も含めて詰めさせていただきたいと考えております。

○武藤専門委員 分かりました。ありがとうございます。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、ほかに御質問もないようなので、次に、厚労省様の御説明に移りたいと思います。

日本フランチャイズチェーン協会様、ローソン様、ありがとうございました。御退室ください。

○長瀬参事官 それでは、御説明をお願いいたします。

○厚生労働省（山本大臣官房審議官（医薬担当）） それでは、厚生労働省の審議官の山本でございます。お手元の資料2-3に沿って御説明をさせていただきたいと思います。

1枚おめぐりいただきまして、2つテーマをいただいておりますが、1つ目、資格保有者の遠隔管理販売の実現という題目でいただいているものです。こちらの資料でいきますと「薬剤師・登録販売者による管理体制」ということでございます。現在の制度では、医薬品を薬局ないしは薬店で販売する場合には、販売する時間帯において、その店舗において専門家といいますのは、ここで言えば薬剤師又は登録販売者でございますが、専門家が医薬品の管理から利用者あるいは購入者の方への販売、それから、その後の相談応需まで、全体を時限的・一体的に行っていただく必要があると考えまして、そのような制度とさせていただきます。

具体的には、店舗販売業においては、販売するというだけではなくて、実際の実物、医薬品を貯蔵・陳列したり、それを適切な医薬品に必要な温度管理なり、きちんとした管理をしていただく。あるいは購入されようとするお客さんへの情報提供、購入して服用された方が後日店舗においでになって相談をするといったこと、そして、その一連を店舗管理者がその店舗で自ら実地で管理していただきたいということを求めております。

点線の囲みの中で、もちろん相談応需、情報提供といったお客様への対応以外に店舗管理者の方が店内で、お客様の手元に渡すお薬を貯蔵・陳列する、あるいはそのための適切な店舗管理をするといった観点からも、ここの囲みにございますようお願いいたします。

これらを通じて全体的に薬局あるいは薬店が購入されようとする方、あるいは来訪される消費者の方々に安心して医薬品を購入できる体制を担保していただきたいと考えております。

2点目でございますが、2分の1の販売時間ということでの御要望でございます。一般用医薬品の販売時間ということで、この点について4ページを御覧いただければと思います。

先ほどの御説明にありましたように、薬機法においては販売業としての営業はその店舗が全体で営業している中の2分の1をしっかりと確保していただきたいということをお願いしております。これはもちろん利用者さんの利便性からいって、24時間ないしは長時間のうちのほんの一部、1時間とか2時間だけ薬を売れる体制をとっているのではなくて、やはり販売業として薬を御提供いただくからには一定程度お薬を販売していただきたいということとともに、お薬を売るだけではなくて、その後、購入したお薬を飲んで副作用が起きた、あるいは症状がどの程度になったとあって、後日、後日でもなくて当日かもしれませんが、当然その店舗に御相談にもう一度お越しになるお客様、消費者の方もいらっしゃると思います。そういった方々に対してサービスが、短い営業時間の中ではなくて、一定程度相談応需をきちんと受けられるようにしていただくということからも、購入するお客様がよくいらっしゃる時間帯だけではなくて、広く一定程度の時間帯は相談応需の体制を店舗において取っていただきたいという狙いがございます。

そういったことから、お店が開いている時間のうちの2分の1を薬の販売、あるいは相談応需のために対応できる時間としていただきたいというお願いをしております。

2つとも、当時あるいは現在の規制の考え方でございますが、御要望のあったようなITをどうやって活用して、どうやって消費者の方の利便性を損なうことなく、サービスも損なうことなく企業の皆様により薬を安全安心に売っていただくということを考える際に、今後、ITを活用する余地というのは増えていくものと思いますが、先ほども申し上げましたように、1点目においては店舗の実地の管理がどうなるのかというところが1つ重要なところだと思っております。

先ほどの御説明でも、私はすぐに理解できなかったのですが、お客様に渡す薬はその店舗にあるものを渡すという理解で私は今日ここに来たのですが、やりとりの中では逆に、リモートで外にいる専門家の方のそばにあるものを渡すのかというようなお話にも受け取れるところもございましたし、きちんとしたところで管理をきちんとしていただいたものを、きちんとお客様に渡すといった体制をどうやってつくっていくことができるのかということも、この御要望にどう対応できるかというところに影響してくるかと思っております。

す。

また、営業時間の制限につきましても、やはり利用者目線、あるいは消費者の皆様の間をゆる薬というものについて、買うだけではなくて、買った後に専門家がきちんと相談に対応できるということを、その店舗の責任としてどうやって確保していただくかというところに肝があると考えております。

私どもとしましては、具体的に御要望をいただいた中でどういったことが可能となるのかは、今申し上げましたように、それぞれの肝がございますので、慎重に考えていくことが必要だと考えておりますので、よくお話を伺っていきたくと考えております。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、河野大臣、お願いします。

○河野大臣 今の厚労省の説明は理解できないのですが、1つは、薬を売っている時間に薬剤師さんがいてください、というのは、それはまあそうかなとは思いますが。けれども、例えばお昼の1時間薬を売りますと、それは買いに来る人がいるからで、その薬を売っている時間に薬剤師さんが1時間いるかどうかはお店が決めればいい話であって、開店している時間のうち半分はいなければいけない、というのは厚労省の思い込みであって、必要性は全くないと思う。

それから、副作用が出たときにその薬を買ったお店が対応しなければいけないというのだったら、観光地にある薬局は観光客には薬を売れないことになります。沖縄まで東京から来た人に沖縄の薬局が薬を売って、その人が飛行機に乗って帰って副作用が出たら、沖縄の薬局はその副作用に対して説明したり責任を持ったりしなければいけない、ということではできないわけなので、言っていることが理解できない。

小さな薬局が、24時間、お客さんに副作用が出たら、その薬局が対応しなければいけないのか、というと、そんなことはやっていないのではないかと。一定の時間を確保するかどうかは、店が決めればいいだけで、その間に薬剤師さんがいなさいというのは、それはそうかもしれないけれども、それを何時間にしろとか、何分の1だけ薬剤師を置け、などというのを厚労省が決める必要性は全くないのではないのでしょうか。

それから、よく安心、安心と言うけれども、では、薬剤師さんがいるお店で風邪薬の何とかを下さい、と言って、「はい、どうぞ」というだけで売り買いがされているものが全体のどれぐらいあるのか。例えば「〇〇という薬を下さい」、と言われ「右の棚です」と言われて、それだけで買って帰るといのは、結構あるのではないかと思います。本当に薬剤師さんがいなければいけない、薬剤師さんが何かやらなければいけないケースといのは、薬を売買したときの全体の中でどれぐらいあるのか。

よく、薬剤師さんは五感を使って何とかと言うけれども、私の知る限り、薬剤師さんにおいがかがれたりなめられたり、などといった人は一人もいない。だから、今、厚労省が薬剤師さんの必要性について説明していることのかなりの部分は疑わしい。本当に薬剤師さんが必要なのはどういう状況なのか、というのを厚労省はきちんと調べて、こういう

状況で薬剤師さんが必要だった、という立証責任は、厚労省にあると思う。今までのように、安心だとか、副作用が出たときとか、五感を使ってとかいう説明は、きちんと立証されていない。そういう中で、こういうルールを決めるのはもうやめなければ駄目だと思います。どういう場合に薬剤師さんが本当に必要だったのか、薬剤師さんにどれだけの相談があるのか。それらを厚労省はきちんとエビデンスとして集めて、それをベースに議論しなければ駄目だと思う。

○大石座長 ありがとうございます。

厚労省さん、いかがでしょうか。

○厚生労働省（山本大臣官房審議官（医薬担当）） 御指摘ありがとうございます。

薬剤師、あるいはもう一つの専門家である登録販売者がどういうときに必要だったかという辺りは、またまとめたいと思いますが、先ほど大臣が御指摘いただいたような、薬剤師、売っている時間だけ、1時間だけいるというときに、それ以外の時間帯、昼間ないしは夜間の販売時間帯の薬剤師勤務だけだと、後日相談をしたいというときに、店舗に薬剤師や登録販売者がいないということで、相談しても結局相談できないといったことはやはりできるだけ回避したい、あるいは回避していただきたいと思っております。

○河野大臣 それだと自分の住んでいるところ以外で薬局に行けないのではないか。東京の人間が北海道に出張、観光で行って、そこで薬を買ったら後日どうするのか。そんな説得力のない説明をしては駄目だよ。

○大石座長 お願いします。

○厚生労働省（山本大臣官房審議官（医薬担当）） 購入者の方がどういうふうに対応するかというのはもちろんあるかと思いますが、店舗を開けている事業者の方には、地域の方がそういった購入をされた後の相談に応需していただく体制をつくっていただきたいと、そういう趣旨でルールを作っております。

○河野大臣 地域の人かどうか一々聞くのか。地域の人ではない人には売らないのか。

○厚生労働省（山本大臣官房審議官（医薬担当）） 地域以外のお客様を拒否するとかそういうものではないのですけれども、その地域、あるいは地域の外の方でもそうですけれども、相談を後日したいという方々に対して体制を組んでいただきたいという趣旨でございます。決して地方の方を峻別して、売ってはいけないとか、相談を拒絶するとかそういうものではございません。

○河野大臣 重篤な人なら救急車を呼ぶのではないか。病院に行くのではないか。

○厚生労働省（山本大臣官房審議官（医薬担当）） もちろん症状が重篤になったら、お薬を飲んで症状がよくなるというような訴えがあったときには、それは例えば店舗であれば、店舗にそういう声が寄せられたら医療機関に受診勧奨するといった背中を押すような仕事の場面も出てくるかと思えます。そういう意味で、消費者の方、あるいは症状を訴える方に店舗の専門家がサポートをする、助言をしていくという体制を組んでいただきたいという趣旨でございます。

登録販売者、薬剤師以外にそういった専門家、店舗で一般用医薬品を扱うことができる資格者を充実させて、店舗での実地の提供あるいは相談応需体制を充実しろというような求めも10年ほど前にあって、登録販売者という制度をつくったのがこの制度のきっかけでございます。そういう意味で、当時の議論、また、今のところでもそうですが、店舗においてお求めがある場合に相談がきちんとできるというところを制度の肝としております。

要望にあるようなITを活用してどうやっていくことができるかということは、実地の管理ないしは営業時間、どのぐらいの中でやっていただくことができるかということは慎重に、できるところを考えていきたいと思っております。

○大石座長 大臣、よろしいでしょうか。

厚労省さん、多分、大臣の御質問に対して理論的なお答えになっていないと思うので、またちょっとそこら辺は整理をして御回答いただいたほうがいいと思いますので、また事務局を通してやりとりさせてください。

ちなみに、安田さん、何か関連されて御質問がございますか。

○安田専門委員 質問というより、河野大臣がおっしゃっていることは誠にごもつともで、ITを併用することで時間や場所の融通を利かせるという観点でいくと、必ずしも現地で相談対応ができなければいけないということはないだろうと思います。

先ほどローソンさんの資料説明、詳しく説明されなかった箇所ですが、資料の6ページから、有識者がいないと全部シャッターを閉めてしまうみたいなことをして、売っているはずだと思っていたのに、実際に買えなかったということが生じているとか、そういうこともあるということが分かります。

考えるべきは一連のプロセスの中で「販売」の成立をどのタイミングで捉えるかだと思うのですが、購入の意思決定をしたタイミングと捉えるのであれば、店舗に薬剤師さんがいなくても、電話だったりオンラインでの遠隔販売は今できているので、それと同じように何らかの通信手段で薬剤師さんのアドバイスを受けながら購入することを決めたタイミングで「販売」が成立しており、店舗では単に受け取るのみという説明だったのだと私は認識しており、そうであれば、先ほど武藤先生がおっしゃっていただいた管理の問題と本人確認の問題に集約して解決方法を検討すれば、十分実現できる話かと思えます。よろしくをお願いします。

○大石座長 ありがとうございます。

では、最後に佐藤先生、お願いします。

○佐藤座長代理 ちょっと感想めいた話になるかもしれないのですがけれども、これはスイッチOTCのときもそう思ったのですがけれども、どうも厚労省さんは消費者というか購入者はあまり賢くなくて、その賢くない消費者を保護するために薬剤師で手厚い助言をしなければいけないという、そんなビジネスモデルを考えているような気がするのですがけれども、むしろ求められるのは賢い消費者をつくることであって、薬剤師はその手助けをすればいいだけですね。なので、薬剤師の役割は実態とかなり離れているのではないですか。

大臣もおっしゃっていたとおり、普通、我々はドラッグストアに行ってそんな細かい助言なんて受けないですね。なので、一般用医薬品についての薬剤師の関わり方というのは実態をちゃんと捉えて、その実態をとらまえた上で判断されたほうがいいのではないかと。ということ、何度も言いますけれども、これは利用者目線で議論したほうがよくて、どう考えても労働時間2分の1も含めて、多分薬剤師目線ですよ。ぶっちゃけ要するにパートタイムの薬剤師ではなくて、彼らに一定の所得を保障しなければいけないから、ある程度働いてもらわないといけないので、そういった観点から2分の1という規制があるのではないかと勝手に邪推するのですけれども、利用者目線というところで議論をされたほうが、大臣からのコメントには正しく答えられるのではないかと思います。

以上です。

○大石座長 佐藤先生、ありがとうございます。

厚労省さん、今の安田さん、佐藤先生からの御意見について何かありますか。

○厚生労働省（山本大臣官房審議官（医薬担当）） 実地の管理とかそういったところはおっしゃるとおりだと思います。また、薬剤師は今忙しいので、決して薬剤師ないしは登録販売者の時間帯を専門家側として確保したいというつもりはこちらとしてはございません。消費者目線の趣旨での制度だと説明させていただきましたが、その趣旨がうまく伝わっていなかったら申し訳ございません。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、時間が参りましたので、質疑応答は以上とします。

議題2に関しましては、事業者さんの課題意識と提言も少しクリアではないところがあるので、もう一度フランチャイズチェーン協会様とローソン様と議論させていただいて、もう一回整理をしていただきたいと思います。

これに対しては、多分、厚労省様のおっしゃった御回答は、基本、ゼロ回答ということをおっしゃっているのだと思いますが、そこはやはり、昔どういう経緯でどう決まったのかということは置いておいたとして、今の時代にITだとか、また賢い消費者も出てきて、いろいろ状況が変わっている中で、どうあるべきかということ。また、単に安全とか安心というものだけを掲げるのではなくて、本当に利便性だとか、トータルの医療費だとか、いろいろな視点で見たときにどうなのかということを一回ゼロベースでお考えいただいたほうがいいと思うのです。

大臣も非常に御関心を持たれていますので、もう一度整理して、課題意識に対しての御回答をお願いできればと思います。

いずれにしても、また追加的な御説明等をお願いするかと思いますので、よろしく願います。

そうしましたら、時間も参りましたので、本日はこれにて会議を終了したいと思います。

また、高橋政代先生は途中から入られたと思いますが、前半の議論に関しましても、質問、御意見等を事務局のほうで取りまとめてくださいますので、先生のコメントは簡単に

私から御説明しましたけれども、また改めて、高橋先生以外の皆様も、事務局宛てに投げ
ていただければと思います。

今日は本当にどうもありがとうございました。またよろしく申し上げます。