

第7回 医療・介護ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：平成29年12月5日（火）15:30～17:31

2. 場所：中央合同庁舎第4号館12階1214会議室

3. 出席者：

（委員）林いづみ（座長）、森下竜一（座長代理）、大田弘子（議長）、
金丸恭文（議長代理）、江田麻季子、野坂美穂

（専門委員）川淵孝一、土屋了介、戸田雄三

（事務局）田和規制改革推進室長、窪田規制改革推進室次長、中沢参事官

（厚生労働省）渡辺大臣官房審議官（医療保険担当）

保険局 安藤保険課長

医薬・生活衛生局 総務課 紀平医薬情報室長、吉屋企画官

（社会保険診療報酬支払基金）伊藤理事長、城審議役

（説明者）ヤマトロジスティクス株式会社 メディカル事業戦略室 久保田室長

株式会社ミナカラ 喜納代表取締役薬剤師

4. 議題：

（開会）

1. 社会保険診療報酬支払基金に関する見直しについて

2. Society5.0に向けた医療の実現について

（ヤマトホールディングス(株)、(株)ミナカラからのヒアリング）

（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 医療・介護ワーキング・グループ」第7回を開催いたします。

皆様には、御多忙の中、御出席をいただきまして誠にありがとうございます。

本日は、森田専門委員が御欠席となっております。また、大田議長、金丸議長代理にも御出席いただいております。よろしく願いいたします。

さて、本日の議題でございますが、お手元の資料にありますとおり2件でございます。

1件目は「社会保険診療報酬支払基金に関する見直しについて」、もう一件は「Society5.0に向けた医療の実現について」となっております。

それでは、ここからの進行は林座長、よろしく願いいたします。

○林座長 皆様、こんにちは。お忙しい中をお集まりいただきまして、ありがとうございます。早速議事に移りたいと思います。

本日の最初の議題は、ただいま御紹介のあった「社会保険診療報酬支払基金に関する見直しについて」でございます。本件は、今期の当ワーキング・グループの重点フォローアップテーマの一つです。去る10月2日の第3回ワーキング・グループにおいても、前期の閣議決定事項や、それを踏まえて今年7月に公表された支払基金業務効率化・高度化計画・工程表の具体的中身についての議論をさせていただきました。今回は、その後の進捗状況確認のため、再度フォローアップを行います。

本日は、厚生労働省より渡辺由美子大臣官房審議官様、安藤公一保険局保険課長様、社会保険診療報酬支払基金より伊藤文郎理事長様、城克文審議役様にお越しいただいております。

それでは、資料1で御説明をよろしくお願いいたします。

○厚生労働省（渡辺審議官） 厚生労働省の医療保険担当審議官の渡辺でございます。本日は支払基金の伊藤理事長も参加しておりますけれども、資料は私のほうからまとめて御説明をさせていただきます。

それでは、資料1の1ページをおめくりいただきまして、2ページから御説明を申し上げたいと思います。

先ほど座長からお話ございましたように、10月2日の当ワーキングで7月以降の進捗状況ということで御説明をさせていただきましたが、それ以降、まず大きくは2ページでは今年度中にやるべき課題ということで工程表上書かれたものについての進捗、3ページ、4ページでは来年度、30年度の取組ということで整理をさせていただいております。

2ページでございます。この左のほうの柱立ては、7月に公表いたしました業務効率化・高度化計画の大きな五つの柱に沿って、29年度中に取り組む事項ということで書かれていることの進捗ということで御報告申し上げます。

まず一点目の新システムの構築でございます。これにつきましては、去る10月の会議のときに、このシステムについては非常に急がなければいけないということで、資料で申しますと5ページでございますけれども、厚労省も入った形で、またIT戦略室にも入っていただいて体制を組んで、集中的に議論をするということで御報告申し上げたところでございます。

2ページにお戻りいただきまして、前回以降、この協議を、まずは調達仕様書を書く上での基本方針を取りまとめなければいけないということで集中的に開催いたしまして、大枠の基本方針は定めたところでございます。現在、支払基金におきまして、年内に仕様書を作成するというので鋭意作業を進めておりまして、年度末までに調達そのものに入っていきたいと考えております。

二点目の審査業務の効率化のところでございます。これにつきましては、①のレセプト様式の見直し、これも去る9月末の中医協で、今、レセプト摘要欄で定性的に書かれている事項をなるべく選択項目化して、コンピュータチェックになじむようにしていくという方向で検討している旨、御報告させていただいたところでございます。現在、診療報酬改

定について様々な議論を進めておりますけれども、年明け以降、個別の具体点数の議論と並行してこういった様式の見直しについても最終的な形を固めていきたいと考えております。

②のコンピュータチェックルールの公開基準の策定ということで、工程表上は、29年度中はまず公開基準を策定して、それに沿って30年度以降、順次公開をしていくことになってございます。この公開基準案につきましては、私ども厚労省も入った上で支払基金、さらにもう一つの審査支払機関でございます国保連も入った形でタスクフォースを組みまして、公開基準について議論をしているところでございます。現在、基準策定に向けた作業を進めているところでございます。

③はやや細かい話になりますが、高額医薬品等の注意付箋については一旦廃止をして、その影響を検証することになっておりましたので、これにつきましては年内に基金において一旦廃止をして、検証作業を年明け以降やって、年度内にその検証結果を出すという形にしたいと思っております。

三点目は支部間差異の解消ということで、支部設定ルールの見える化と取扱基準の策定ということでございます。現在、支部独自の設定ルールというのが約14万件あると言われております。これはもちろん重複もあると思いますが、これをまず一旦は全支部から集めて、そしてそれを選び分けしていかなければいけないということで、これは支払基金のほうで既に10月に本部から各支部に対しまして、それぞれの支部で設定している点検条件についての事前整理をしてもらって、一旦全部本部に集約するよう指示を出しております。これから徐々に集まってまいりますけれども、それを見た上で、これは支払基金だけではなくタスクフォースで議論した上で、取扱基準を策定したいと考えております。

四点目の組織の在り方の見直しでございます。これは後ほど30年度のところで申し上げたいと思いますが、30年度の前半にモデル事業、実証事業を行いたいと思っておりますので、まずその実施方針を、タスクフォースの中で議論して、年度内には実証事業の大枠を決定したいと考えております。

それから、審査委員会のガバナンス強化の点につきましては、現在、明文化されていない形ではございますけれども、各審査委員が、自ら関連する医療機関等は審査を担当しない等々の倫理規範がありますが、これを明文化するという事。これは工程表の中にもできるだけ速やかにと書かれておりますので、できるだけ速やかに実施したいと考えております。

以上が年度内にやる事業とその進捗状況でございます。

続きまして、3ページ以降が平成30年度における取組でございます。

これも柱としては29年度と同様の大きな柱に沿ってまとめてございますけれども、最初の審査プロセスの効率化・高度化というところでございます。先ほどのシステムのところでございますが、年度内に調達を終えたいと申し上げました。それを踏まえた上で、30年度前半にシステムの設計を終えまして、年度後半からできれば具体的に開発に着手をして

いきたいと思っております。また、その際、コストとの見合いということもございしますが、AIの有効な活用方法の検討も行っていきたいと考えております。

それから、コンピュータチェックの寄与度を高めるということで、②でございすけれども、まずは来年度の基金の事業として調査事業を組みまして、過去の審査データを一定程度分析しまして、コンピュータチェックルールにどうやって組み込んでいけるかということを整理する。年度半ばに中間報告をまとめて、それを踏まえた上で順次コンピュータチェックルールに設定していきたいと考えております。

二つ目の審査基準の統一化でございます。まず①でございすが、これは先ほど申し上げました各支部で独自に設定しているコンピュータチェックルール、先ほど各支部に一旦全体を本部に集めるように指令を出していると申し上げましたが、これを踏まえた上で、それぞれの支部独自ルールについて、本部チェックルールとして統一的なルールにしていくなのか、あるいはもうそれ自体を廃止してしまうのか等々の振り分け作業をやりたいと思っております。ただ、先ほど申しましたように、これは約14万件もありますので、なかなか30年度1回でというわけにはいきませんが、来年度の半ばに一旦作業状況を整理して、どういう工程で作業を完了させていくかという辺りのターゲットを検討する必要があると考えております。

②でございすが、これは差異解消の一つの手段として、できるだけ本部で統一的に行う審査レセプトの範囲を拡大するというので、現在、本部の特別審査委員会の対象は医科40万点以上の高額レセプトになっておりますが、もう少しこの点数を下げるとか、あるいは専門医が少ない診療科における専門性の高いものについては本部のほうでまとめてやるとか、そういった辺りについて具体的な議論を進めていきたいと思っております。

また、審査におけるウェブ会議方式、これは特に専門医の少ない地域等において特定の診療科のレセプト審査について、こういった方法の活用ができないかということで、これは工程表の中で30年度に検討することになっておりますので、これにも取り組んでいきたいと考えております。

診療報酬点数に係る算定ルールの明確化、これはちょうど来年4月が診療報酬改定の年に当たりますので、もちろんその中でもやっていくと同時に、先ほど申し上げましたレセプト様式の見直しも併せて行っていきたいと思っております。

また、こういった差異事例の見える化、今はアナログ的にやっているのですが、冒頭申し上げました新システムの中では、こういった差異が自動的にレポーティングされるような機能も導入していきたいと思っておりますので、そういう自動レポーティング機能を導入するに当たって、まずは30年度はその差異を調べる手法について検討するための審査データの分析等々を行っていきたいと考えております。

次に4ページでございす。今度は組織の在り方の見直しでございす。これは先ほど29年度のところで申し上げましたけれども、30年度の前半に支部の集約化についてのモデルといいますか、実証事業を実施したいと考えております。具体的には①にございす

が、こういった機能が集約可能なのか、そして、具体的にどういう単位で集約化していくのかと、集約化の方法等を検証していくということで、※のところにございます。来年度6月から2か月を1回の期間としまして、三つのエリアで実施をしまして、年央の9月末までに中間報告を行って、年末までに最終報告をする。その検証も踏まえた上で法整備が必要な場合には、31年の通常国会に関連法案を提出したいと考えております。

その下の審査データの分析等々は、先ほど29年度のところで申し上げたものの再掲でございます。

最後にその他でございますが、手数料体系の見直しでございます。これは毎年基金のほうで保険者団体と協議をした上で手数料の単価の設定をしておるところでございます。来年度に向けても現在協議中と伺っておりますけれども、当然そういった中で手数料単価の引下げを行っていくことと併せまして、今後の審査プロセスの見直し、あるいは新システムの導入による事務コストの軽減ということを踏まえた上で、手数料についても階層化をしていくことに向けて、具体的な検討を行っていきたいと考えております。

最後に②のレセプト様式、これは先ほども申しましたので繰り返しません。できるだけコンピュータチェックになじむように選択方式にしていくとか、そういう形でレセプト様式の見直し、これは30年度診療報酬改定だけでなく、毎回の診療報酬改定において、こういったことについては継続的に実施をしていきたいと思っております。

以上、簡単でございますが、私どもからの御報告とさせていただきます。

○林座長 御説明ありがとうございました。

それでは、委員の皆様、御意見、御質問等をよろしくお願いいたします。

では、大田議長、どうぞ。

○大田議長 ありがとうございます。

最初に確認をさせていただきたいのですが、この7月に発表された支払基金業務効率化・高度化計画、これを着実に実行していくという、これはそのとおりですね。変わらないですね。

○厚生労働省（渡辺審議官） そうでございます。

○大田議長 ありがとうございます。

計画では、来年の通常国会でこの計画に沿った法整備を行うとされているのですが、今回の資料では、法整備が必要な場合は平成31年の通常国会に関連法案を提出するとなっております。準備ができなければ法案を提出できませんので、時期の問題はまだいいとして、「法整備が必要な場合には」と、なぜこういう具合になったのでしょうか。支部機能を集約するとすれば法整備は必要だと思うのですが、いかがでしょうか。

○厚生労働省（渡辺審議官） 基本的にはやはり法改正になっていくと思います。ただ、支部機能の集約の仕方、ここはまたこちらでも何度か御議論させていただかないといけないと思っておりますが、現在、支部の機能には法律上の権能といえますか、支部長に与えられた権能と、それから実質的な事務作業というものがございます。集約化をする際に権

能も含めて、例えば全国何ブロックかに固めていくというようなことになれば、これは当然、法改正が必要になりますし、権能はそのまま置いて、むしろ業務そのものの効率化に応じて、例えば人員体制とかそういうものを縮小していくことになった場合、法律まで改正する必要があるかどうかということもあります。そこは集約化のやり方によって、法改正が必要かどうかというところは判断が必要になってくると考えております。

ただ、恐らくこれまで規制改革会議で御議論してきた内容は、どちらかというところ、支部そのものの数を減らしていくという、私が申し上げた前者のほうだと思っておりますので、それであれば当然に法改正は必要になると考えております。

○大田議長 私どもは支部長の権能まで含めて議論すべきと思っておりますので、ここは引き続きフォローアップさせていただきます。

審査に関連して三点お聞きしたいのですが、統一的・客観的なコンピュータチェックルールの設定は2017年度から着手とされていますので、これは着手なさっていると思うのですが、今日の資料では、3ページ目の上の箱の②ですが、審査委員会の意向を踏まえた上でコンピュータチェックルールに設定していくと。「審査委員会の意向を踏まえた上で」というのは計画にはない文言なのですが、なぜこれが入ったのでしょうか。これが一点です。

それから、審査のやり方で、「『審査委員会による審査の段階』における対応として、支払基金の『審査の一般的な取扱い』の公表を一層促進するとともに、本部の中立した視点を持って再審査に関与する仕組みを導入する」と、これが2017年度から実施ということになっておりますが、これは今どういう状態でしょうか。

もう一点、重点審査の審査決定に関して、「診療担当者代表と保険者代表の間で意見が相違する事案等が生じた際には、双方の意見を聞いた上で、中立な立場にある公益委員に判断を委ねる仕組みとする」という、これは2018年度に実施となっているのですが、今日の30年度における取組には書いてありませんので、これはどうなっているのでしょうか。以上、三点お願いいたします。

○林座長 お願いします。

○厚生労働省(渡辺審議官) 後ほど支払基金のほうからも補足をさせていただきますが、まず、私のほうから一点目のところでございます。どういったものを客観的な統一ルールにしていくかというときに、まず過去の審査事例というものはきっちり洗わなければいけない。その上で、それをどちらに判断するかというときに、医学的な視点というものは欠かせないと思っております。その意味で、現在、審査委員会は御案内のとおり全員ドクターでございますので、そこの意見を聞くということは手続として踏まなければいけないのではないかと考えています。

ただ、実際には審査委員会は全都道府県に置かれていますので、例えば一つのチェックルールをどちらに振り分けるかというときに47全部聞くのかということも、これまた非常に非効率だと思います。具体的なやり方についてはタスクフォース的なものを置いてやるの

かとか、そういうことも含めてやり方は考えていかなければいけないと思います。

二点目のところと、三点目は2018年度からということになりますが、ここにつきましては、支払基金のほうからお話をさせていただきたいと思います。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） 城でございます。

まず二点目、再審査、再々審査に本部の関与する仕組みということの部分だと思えます。これにつきましては、どういう案にするかということまではまだ正直たどり着いておりませんが、どういった形でやっていけばうまく回るかということについて実際にもう中で検討を始めております。といいますのは、再審査も再々審査も相当な件数がございまして、全部を見ていくと正直、件数的にも、本部のほうのキャパを考えたときになかなか厳しい。けれども、これはきちんとやらなければいけない。どのような関与の仕方があるかということについて、今、正に内部で案を練っているところでありまして、まだ本日御報告できるところに至っておりません。そういう状況であります。

○厚生労働省（渡辺審議官） これをやらないということでは当然ございません。我々が聞いている中では、審査の現場では保険者側対診療者側といった、対立構図は余り見られていないのではないかと思います。ただ、やはり意見が分かれたときに中立的な立場でどういう形で判断をしていくかというルール作りはきちんとする必要があると考えておりますので、そこは、先ほど申しましたタスクフォースの中でどういう形にするかということも基金と一緒に考えていこうと思っております。

今回、規制改革推進会議では支払基金のことを取り上げていただいておりますが、我々厚労省から見ると、審査支払機関、国保のほうもありますので、そのタスクフォースには国保からも入ってもらって、できるだけ同じような形で進むようにしていきたいと考えております。

○大田議長 一つ目の点、医学的判断を確認するというのは当然でしょうけれども、統一的・客観的なコンピュータチェックルールを大幅に増やして、コンピュータチェックで調査を完結させることが可能な事例を拡大するということが趣旨ですので、各都道府県の審査委員会の意向を踏まえてということにはなるべく避けていただきたいと思います。

○林座長 ありがとうございます。

ほかにいかがですか。よろしいですか。

では、川淵先生。

○川淵専門委員 非常に広範な話ですが大改革だと思いますので二つお聞きしたいのです。一つは、新システムの調達仕様書についてです。これはどなたが書くのか。というのも、今、各支部で恐らく何らかのシステムが動いていると思うからです。中央集権にすると物すごく大掛かりなシステムになりますね。そのときにレセプト様式の見直しは事務の効率化・合理化の観点から行うということですがレセプトの様式を決めていかないと、仕様書はなかなか書けないのかなと。受けたベンダーさんや相当SEも大変苦労されるのかなと思います。

レセプト摘要欄の選択項目化とか、添付資料や高額医療費の注意付箋を無くすというのは分かるのですが、結局何をデジタル化するか。例えばアメリカのメディケアは、コードで請求書を書いています。どの医療機関も、病名や処置・手術をコーディングしているのです。これに対して、今まで我が国のレセプトはアナログです。だから、摘要欄や症状詳記で細かいことを書かせていたのですけれども、それをやめるのかどうか。早い段階からこのようにやるのですよと決めていかないと結構お金の無駄遣いにならないか非常に心配です。

もう一つは、診療報酬についてです。平成30年度の診療報酬は介護報酬と同時改定ですけれども、ポイントはいかに算定ルールの明確化をするか。これまでは診療報酬改定の後に告示・通知が出てくるわけですが、4月1日には間に合わなくて、その後、事後的にソフトを直しているというのが医療界の実態です。レセプト改革で結局、告示・通知がどうなるのか。もうあと4か月切っていますが一定のタスクフォースが進んでいるのか。

というのも、診療報酬点数表の解釈という言葉が、なぜか一物一価なのに存在するからです。算定ルールの明確化は結構大事ですが、外科の先生は点数表にないアップ・ツー・デートな術式を結構準用しているところもあって、地方に行くと非常にフラストレーションがたまっています。そういうことでローカルルールがこんなにいっぱいできているのかなと思ったりするのだけれども、そこは今どのようになっているのか、現状を教えてくださいませんかと思います。

○林座長 ありがとうございます。

一点目はレセプトを例にお話しされましたけれども、調達仕様書の基本方針を取りまとめたということについての質問です。業務プロセスの改革なくして、その絵姿なくしてどうやって調達仕様書の基本方針を取りまとめられるのか、私も不思議でございますので、その点、是非レセプト様式の点も含めてお答えいただきたいと思います。

また、二点目は診療報酬の改定の解釈に関するご質問です。その点もお答えいただければと思います。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） 城でございます。

今、御指摘のあった30年改定に向けてという話と、32年度の私たちの新システムのリリースに向けてという話の二つが同時に走っているとお考えいただければと思います。まず30年の改定に向けての議論というのは、おっしゃったような今回の30年改定に向けて中医協で議論しているレセプト様式の見直しであるとか、細かい点数の変更等に対応できるような、今のある意味効率の悪いシステムも使わなければいけない。30年改定後、32年度までの間使うそのシステムの改修は並行して行っております。これはもう従来型にならざるを得ない。ぎりぎり通知・告示が出た後に、それを積み込んでいく形でやらざるを得ないということになります。

もう一つ、新システムに向けてということでもあります。正にここで記載しております仕様書の話は新システムの話ではありますが、この新システムについては、従来と異なって大

きい一連のシステムを細かくモジュール化して分けていく形の整理にしていまして、受付、審査、支払と大きく分けた上で、受付の中でもオンラインの事前チェック、事務点検とかルールチェック、そういった細かいモジュールに分けて調達をする形にしますので、大きく書き換えていきます。電子レセですから中でカンマで区切ったデータが流れ込んでくるわけですが、そのレセプトの様式に対応した部分もありますが、根本的にまず大きな受付だけのシステムの在り方、審査のときのどのように、どういう手順で画面に出したりそれを流していくかという業務フローそのものも含めた見直しをして、その大きなところの要件を整理し、それを年内にきちんと仕様書として調達手続に向けていく。まずそんな大きな話がございます。

スケジュール的にはかなり厳しい中ではありますが、そういったことやっていきつつ、個別の細かい、例えばレセプトの様式であったり、点数表の変更であったりというものは別途マスターテーブルを用意して、そこから読み込んで柔軟に対応できるようにしていく。今でしたらプログラムの書換えに入ってしまうのですが、そうならないようにモジュール化して、別途テーブル参照するような形にしてやっていく仕組みにしていこうと思っています。

ですので、まずは今年度、年末までに調達仕様書の基本方針を取りまとめるということ、そして、開発事業者が決定するようというところでやっているのが大きな、ほぼさらから作り直すようなシステム部分をやっているということで御理解いただければと思います。
○林座長 追加はありますか。

○厚生労働省（渡辺審議官） あとは算定ルールの明確化のところ御指摘があった点でございます。これも多分二つに分けられると思っておりまして、現在ある、様々な点数がございますけれども、これが正に審査の現場の中で意見がいろいろ分かれたり、そういう意味で明確化を求められているものがあります。そういうものは改定のたびに、これまでもそうなのですが、例えば支払基金もそうですし、国保連とかそれぞれの審査支払機関からこういうものについての明確化を求めるということを我々厚労省は頂いていますので、それについては30年改定の中で、今、新しい点数の作業もしておりますけれども、それと並行してやっていく。

ただ、先生がおっしゃった4月以降になるというのは、どうしても新しい点数とかそういうものについては、通常ですと2月に答申があって、3月に告示をして、それとほぼ並行ですけれども、新しい点数の施設基準とかQ&Aを出していくので、4月とかにずれ込むものもあるというところはございます。ただ、そこはできるだけ我々もなるべく作業スピードを上げるという形で厚労省のほうでも努力していきたいと思っております。

○林座長 ありがとうございます。

私からもちょっと関連で質問したいのですが、今のお話ですと、2020年、平成32年から稼働する新システムにおいては、7月の計画・工程表に書かれているように、レセプト全体の9割程度の審査はコンピュータチェックのみで完結するというところでよろしいのです

ね、という確認が一点。

それから、その新システムの下、2020年からは審査基準の統一化とか本部審査の範囲拡大を行うという、この7月の計画・工程表を遵守するということでよろしいですねということが二点目。

三点目の質問ですが、今の三点を前提とした上で、2020年以降も審査プロセスにおいて都道府県ごとに審査委員会を置く必要があるとお考えか。もしあるというのなら、その理由は何であるのかということをお聞きしたいと思います。

関連して、審査委員会の機能以外に、都道府県ごとに支部を置く必要性のある機能があるのか、どんな機能を考えておられるのかということをお伺いしたいと思います。お願いします。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） まず、2020年度、平成32年度ですが、年度ということでシステムの切替えは結構大きな休暇を挟んでやるとかそういうことをやりますので、ゴールデンウィークか年末かどちらかということになって、多分、我々はゴールデンウィークではちょっと厳しいと思っていまして、年末の休みを超えたところから切り替えることを考えていますので、32年度、33年1月というのをリリースの時期として今、射程に置いているところであります。

そこで9割完結するのかという御指摘であります。システムそのものではそういったことは可能なシステムを用意するつもりで設計していますが、ルールそのものの明確化を並行して走らせていかなければいけないというのが実態であります。

計画のほうの記載につきましても、システム刷新後2年以内に9割程度、コンピュータチェックで完結することを目指すという記載でありまして、切り替えた瞬間から変わるかと言われると、そこは目標としても32年度切替え、それから2年以内に9割を目指すという記載でありまして、それに間に合うように努力をしたいと思っております。

まず、その部分についてはそういう形であります。

○厚生労働省（渡辺審議官） 重なるところもあるかもしれませんが、まず一点目の9割をいつ実現するかということですが、これについては、7月の工程表上は、システム刷新後2年以内になっております。システム刷新が2020年度ですので、2020年度に全部9割になるということは工程表上も書かれてはいないのです。ただ、先ほど申しましたように、単にシステムを刷新するというだけではなくて、今様々あるルールのうちどういふものをコンピュータチェックに入れていくかということも、先ほど並行して検討を始めると申し上げましたので、そういう作業もしながら、できるだけコンピュータチェックの寄与度を高めていく。少なくとも工程表に書かれたシステム刷新後2年以内にレセプト全体の9割程度をコンピュータチェックで完結することを目指すということは、我々は目標として失っているわけではないので、これはしっかりやっていきたいと思っております。

あと、本部審査の機能拡大とか基準の統一化の話です。本部審査の機能拡大は、先ほど

30年度にも例えば高額レセプトの点数の引下げも含めて拡大していくと申し上げましたけれども、新システムが稼働するまでは現行システムですのでどうしてもリソースに限りがあるので、本部でどこまでどの量の審査をできるかというところにはありますけれども、今の旧システムの中でできるだけ本部の審査する範囲の拡大ということはやっていきたいと考えております。

新システム稼働後に審査委員会の設置が47都道府県で必要かどうかということでございますけれども、これは、そもそも稼働後の全体の業務がどうなっていくかということにも関わります。これまでも大体、コンピュータチェックと職員審査で8割ぐらい、残り2割ぐらいを審査委員の方に見ていただいているわけですが、当然、コンピュータチェックの寄与度が高まってくれば審査委員の方に見ていただく分量は減っていくと思いますので、審査委員会そのものの体制もどうなるのかということもあろうかと思っております。

ただ、私どもとしては、最終的な医学的判断は、どこまでコンピュータを入れていっても残るところはあるということで、最終的にはそういう医学的判断は必要だろうと思っております。

その際、今の法律の建て付けでは、審査委員は、各都道府県の医師会であったり、あるいは保険者団体からそれぞれ推薦を頂くという形で今の構成を組んでおります。そういった背景を考えたときに、47都道府県以外のどういうブロックみたいな形で組み得るのかという問題もあると思っております。7月の工程表の中で新システムが稼働するまでの間に、審査委員会の在り方を検討することが宿題として出されておりますので、その中で考えていきたいと思っております。

今の時点でどういう単位にするというところを私がまだ申し上げられる段階にはないということでございます。

○林座長 今おっしゃるところによると、審査委員会を都道府県ごとに置くという点についても、今後、2020年の新システム稼働までに検討していくということだったと思うのですが、最後の質問は、審査委員会以外に都道府県ごとに支部を置く必要がある機能というのは果たしてあるのか、あるというのであればそれはどんな機能をお考えなのかという質問です。

○厚生労働省（渡辺審議官） 失礼しました。最後の点につきましては、正にそこは先ほど申し上げました30年度の実証事業の中で、いずれ支部機能を集約化していく中で考えていかなければいけないことだと思っております。

今、法律上の権能として各支部の支部長に与えられているものは、まず審査委員の委嘱という法律行為がございますし、実際に審査委員会に出席して説明を求めるとかそういった機能があります。実際にそれが今どれぐらいワークしているのかということですか、あとは法律上の権能ではございませんけれども、審査委員会が審査をするに当たって事実行為として事務補助という業務もございます。こういう辺りは恐らくコンピュータチェックの寄与度が高まれば、かなり業務量としては減ってくると思っておりますので、そういう事実

上の行為としての事務補助と法律上の権能、これが今一体どれぐらいワークしているのか、それがコンピュータによってどう変わっていくのかということとを来年度のモデル事業等を通じて検証しつつ、その見極めをしながら、もちろん基金ともよく御相談しなければいけません、法改正に向けた検討を進めていきたいと考えております。

○林座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○土屋専門委員 土屋ですけれども、先ほど3ページで御指摘があった算定ルールの明確化というのは我々現場でも大変望むところで、その上にある②の高額レセプトの基準を引き下げるところが現実的にはかなり影響があると思うのです。実は今まで100万点を40万点にするのは、中央としては大変大きな問題ですけれども、我々施設からするとむしろ10万点から40万点ぐらいのところのせめぎ合いが数は圧倒的に多いので、その辺が多分、再審査の要求も多いところだと思うのです。それが④の算定ルールの明確化ということになるべく避けられれば、現場としても有り難い。

ただ、問題は、これは別に責めるわけではなく、むしろ支払基金さん、あるいは保険局さんに同情して申し上げるのですけれども、医学的な判断ということが最終的になるだろうと。日本の場合には医学界でのコンセンサスが少な過ぎるというか、コンセンサス作りが日常余りやられてないという実情をお知りおきいただきたい。学会の運営の仕方がヨーロッパの域内学会とかアメリカの国内学会ですと、私は現役のとき外科をやっていましたが、大体三日間の会期で午前中は1会場なのです。例えば胸部外科医ですとアメリカは約4,000人の会員がいるのですが、1,500ぐらい椅子を用意しておいてほとんど埋まって、ということは全米の各施設のチーフはほとんどその学会に出席をして、みんなで聞いておる。そうすると、演題数が午前中は1会場、午後は3会場ですから、三日間やっても少ない年は60演題、多いときで90演題ぐらいで、ほぼ全員が自分の関係するところは聞いている。しかも、ピアレビューでセレクトされた演題しかないの、そこで出た結論はかなり断定的に受けられるというような、かなり優れた演題しかない。それもしかと同じような研究をやっている方、あるいは同じような発表を要望したけれども落ちた方に事前に演説の抄録を渡して、反論をもうその場でやる。我々がフロアで質問したいなと思うことは大概その方がやっちゃって、実際にきちんとしたロジカルなディスカッションが行われて、それを1,500人ぐらいの全員が聞いておる。これがディスカッションも含めて半年以内に雑誌に載っているということで、全米あるいはヨーロッパの外科医はほとんど毎年頭がリニューアルされて、同じような頭になる。

一方、我が国に帰ってくると、大体4,000題採用したとか、信じられない数が外科の学会で報告される。これは全部ポスターを用意したところでもとてこなし切れないので、ビッグサイトとか多くはパシフィコ横浜の展示場会場いっぱいポスターを貼ったり、あるいは会場も10から20会場用意してやると、同じ外科でも分科会ばかりで、全員が聞くというのはほとんどない。全員が聞くのは唯一会長講演で、何をやるかということ自分の教室の自

慢話で余り役に立たない過去の話だと。

その辺で、日本では、実は各領域でコンセンサスが余りできていない。この事情を加味しないと、先ほど14万件とおっしゃったのですけれども、それはそのようなベースがあっ
てなっているので、その辺を保険局が全部は手を突っ込めないでしょうけれども、医政局
とか文科省と組んで、その辺から掘り起こしていかないとなかなか難しい。

ですから、先ほど、ICD10が今、アメリカでもしていると。日本ではそれをベースにDPC
をやりながら、ほとんどローカルルールになってきてしまっている。しかも、包括の請求
だといいいながら、例外をどんどん足して行って、DPCの最初るときはこんな厚いのが薄くな
ったはずなのですが、今やもとのもくあみで戻っている。あれは出来高とどこが違うのだ
というようなルールでは、多分、算定ルールの明確化ということは、文章にただけで、
文章化はできるけれども、本当に明確化になっているのか。コンセンサスということにな
るのかということをごどこかで、社会保障制度審議会は本来そういうことを議論するべきで
はないかと思うのですが、金勘定の中医協ばかり注目されるのですが、その辺も踏まえた
御議論を厚生労働省としてやっていただきたい気がいたします。すぐには無理なのですけ
れども、ただ、この④と②を解決するには、そこまで遡らないと根本的な解決は無理では
ないかということをごコメントとして御指摘したいと思います。

○林座長 ありがとうございます。

今の点は重要だと思いますので、是非御検討いただきたいと思います。

では、森下先生、どうぞ。

○森下座長代理 私も今の話の続きになるのですが、この話は中央側というか、支部では
なく本部、あるいは厚労省がどうするかというのが一番大きいと思います。例外を認めて
いくとどんどん膨らんでいくというのは過去の事例から見ても分かるように、基本、例外
はないと。でも、それはある意味、当たり前だと思うのです。税金でやっているわけす
から。医学的な判断が分かれる部分は支部ルールとかではなくてちゃんと議論してもらえ
ばいい話であって、そうではない部分は例外は一切なし。そこのところをはっきりさせな
いと、5～6年たったらもとのもくあみということに本当になりかねないので、是非例外
はないというのを大前提にして、大前提というかそういう決まりなのだとということでや
っていただきたいと思います。そこのところは本当はかなり本部の心意気というか、気構え
が問われるところだと思いますので、是非よろしくお願いします。

○林座長 ありがとうございます。

では、順番で、金丸議長代理、大田議長。

○金丸議長代理 ありがとうございます。

このペーパーの1番の審査支払新システムの構築というプロセスを確認したいのですけ
れども、今回の調達というのは、ソフトウェアの設計と開発を一体化した調達を行うとい
うことでいいのですか。そういう理解ですか。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） 多分、私が御趣旨を取り違えていなければ、

そういう形となります。

○金丸議長代理 今のお話だと、ハードウェアもこの調達仕様書にスペックが書かれて、ソフトウェアもアプリケーションの開発だけなのか、それとも、アプリケーションの開発まで至るデザインが終わっていないので、デザイン業者が決まる。しかも、それは先ほどモジュール化で、幾つかのモジュールを大別して挙げていただきましたけれども、それを全部包含したものを言っているのか、それとも、例えば審査受付の部分をいうのか。だから、部分なのか全体なのか、設計なのか開発も込めているのかをまず教えてほしい。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） 城でございます。

まず、御趣旨は理解しました。今回、調達をするものは、全体の設計をするための調達の準備ということになりますので、基本のソフトウェア部分の設計をし、それに必要なハードウェアのスペックを決めていく。ハードウェアについては来年度、多分9月、10月頃にそのスペックが明らかになるという形になりますので、それ以降となります。ですから、部分ということでは部分になります。

○金丸議長代理 言いたいのは、これまで日本政府にある大きめのシステムで成功する確率は限りなく低かったわけですね。その中におかれて、厚労省は国民に何か自慢げに発表できる特に成功したシステムは私はないと思っているのです。今回、皆さんの大きな期待をしょって支払基金改革の一環として新システムの出来栄えいかんによっては、先ほどAIみたいな話もありましたけれども、AIどころではないかもしれないですね。

それから、もともと皆様と議論させていただいた問題提起の大もとは保険者から見ても、それから国民から見ても、支払基金という組織が必要とする機能を有したシステムを自分で主体的に開発をし、運用して、保険者から委託をされた責任が果たせるとはとても思えないという問題提起からこれはスタートしたわけですね。

今回の調達は、やり方をまずはっきりしてほしい。やり方が間違っていたら、やり方から間違っていると我々は言わねばならない。それから、今、アプリケーションの開発の工数まで見積もれるような調達仕様書ができるとは私は思っていません。だから、本格的な大きなプロジェクトにする前に、必要なものを準備する相手を決める。それも一社なのか、複数でもいいのかもしれないですね。なぜなら一番最初にやるべきことは業務改革で、今回の業務プロセスの見直しをしなければいけないので、そういう人が必要ですね。

それから、レセプトのフォーマットを変えるのとデータベースはイコールなので、これもずっと申し上げているのだけれども、レセプトの様式のフォーマットには全部デジタルのコードを振らねばいけません。一方で、診療行為とか薬とか病名も新たなコードを振らなければいけないから、これはコード体系を決めなければいけないですね。それによってデータベースが出来上がるイメージができる。

今度は、業務プロセスとはデータとその中に秘められているいわゆる業務ロジックと言われるものなので、データと業務ロジックを整理しなければいけないですね。

それから、ワークフローでAの人からBの人にデータが渡って、Cの人が何をするといい

うのを横串で書かなければいけないのです。今、申し上げたようなことをまだできていないので、それを今からやらなければいけないので、アクションアイテムごとに幾つかに作業をカテゴライズしてまとめてもいいと思いますけれども、そういう人を決めるのであって、何かゼネコンを決めることではないということが一番言いたいのです。そんなやり方を今から採ろうと思うのだったら、もう一回振出しに戻って支払基金がそういう組織たり得るかどうから議論をもう一回しなければいけないと思うので、そんなことはないようにしてほしいと思います。

それから、この調達仕様書は、逆に読むと、作成してから開発業者を決定すると言っているのだけれども、年度末までにソフトウェアの開発事業者が決定できるような調達仕様書でなければいけないということなのですね。だから、調達仕様書がプアだと、開発業者の決め方もずさんになるのは明らかなので、そんなことはないようにしてほしい。

それから、何よりも不思議に思ったのは5ページの体制です。この体制の中に何で健保連が入らないのか。保険者、全国津々浦々の健保組合から委ねられた健保連がいて、この開発費は、そこからお金が出るのではないのですか。だけれども、この間の議論でもオブザーバーではいらっしやいましたけれども、何で健保連がないのか。そうすると、私は当社の会社の小さな健保組合の理事長なのですけれども、理事長として健保連に言いに行ったら、健保連はこの中に入っていないわけですから知らないと言われるので、それはどういうガバナンスなのかな。健保連は関心がないのですか。国保は入っていますね。

○林座長 では、ここでまず一回区切って、渡辺審議官にお答えいただきましょう。

○厚生労働省（渡辺審議官） 最後の体制のところでございますけれども、健保連というか医療保険者ですね。支払基金の理事構成は、当然保険者代表も入っておりますので、健保連と協会けんぽ、要するにそれぞれの被用者保険の保険者から代表した者が入っているので、そういう意味では支払基金という中に一つは包含されていると言えると思います。

ただ、先生がおっしゃるのは組織体としての健保連、ここでもヒアリングをされたと聞きましたが、そこが本当に蚊帳の外でいいのかということはあると思います。そこは厚労省として健保連なり協会けんぽというそれぞれの団体とこの改革については、情報共有しながらやっておりますので、その意味では全く知らないということではありません。

基金のシステム改修の費用は、保険者が払っている手数料の中から払われていきますので、当然彼らもこういったシステムを含めて、これがどうなっていくかというのは厳しく見ていると思います。そういう意味では、実質上は入っているということだと思います。

○金丸議長代理 実質上は入っていないと思います。なぜかというと、支払基金の中に会社で言うと社外役員で誰かが入っているから、よって、そのもともとの組織を代表しているということにはならないですね。健保連内で何かを決定して議決していただければいいでしょう。支払基金の中で議決してきたと、そんなの逆に言うと利益相反ではないですか。それは私はおかしいと思います。

それから、今おっしゃったのは、多分、実態が健保連を入れなくても実質何もないから

ではないですか。健保連は何もしないということを認めているかのごとくではないですか。それはおかしくないですか。例えば発注仕様書も、最大の関心を持って健保連は見るべきだと私は思います。お金を払う我々の代理人で頼んでいるのだから。その人が何もしないように見えるのはおかしい。

あと、この体制でいろいろな人が入っているのですけれども、最後に発注仕様書なり、これから節目節目でシステムが決定しますね。これはどこの誰の責任によって決めていくのかということも追加で教えていただけますか。

○林座長 では、最後に、責任者は誰ですか。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） 健保連について一言だけ申し上げると、現状でこの仕組みの中には入っていませんが、興味をお持ちであることは事実です。ただ、細かいところまで見たいということではないのですが、我々としては、事実上はもう相談に行ったり説明には行くのです。今の御指摘を踏まえて、どういう形になるかというのは考えたいと思いますが、それはそれで、総額を払う以上はそれなりに口もきちんと言出すというお考えだと思っております。

責任ということで行きますと、基本的には、国保は保険者としてではなく審査機関として参加しておりますが、国保中央会、それから厚労省、支払基金の三者でタスクフォース、連絡会議を設けております。ここで照会もしますし、議論も行いますし、ある程度の方向性は決めるわけですが、最終システムについてどのように決めるかという点におきましては、支払基金で調達するシステムでございますので、IT室等々とも十分相談した上で、支払基金で最終的には決定をする形で調達をすることになるのだらうと思っております。

○金丸議長代理 全体のメンバー表はいいのですけれども、これを発注サイドと請け負って作る側で明確に分けるべきだと思うのです。何か一緒に並んでいるのだけれども、役割や責任は全く違いますね。そうすると、厚労省側はどちらですか。発注者側なのか、時には支払基金側なのか。健保連は発注者側でしょう。支払基金は健保連と一体で考えると、今度は業者に対しては発注側になるのですね。それは明確に分けないといけないのではないかと。

○林座長 渡辺審議官、いかがですか。

○厚生労働省（渡辺審議官） 審査支払というのは保険者の本来的な機能ですが、これを支払基金という組織に委託していますので、その意味では、委託者である保険者と受託している支払基金というのがベースの関係だと思います。ですから、厚労省が何か発注をしたり受注をしたりということではありません。ただ、そこで行われる審査支払業務というのは正に国民皆保険の重要なインフラでありますので、ここがきちんとワークしなければ、当然制度としての医療保険制度は動いていきません。そういう全体の大きなプロジェクト管理的な立場としてこれがうまくワークするように見ていくというのが厚労省の立場だと思っております。個別のシステムの業者の調達とかについて直接的に入ってはいきませんが、全体の進捗管理、あるいはそれがきちんとワークするようにという調整は厚労省

が責任を負っているという立場だと思っております。

○林座長 国民皆保険制度における保険者の主体としての地位が、今、見えないところが問題なのだなと、お話を伺っていて思いました。本日、質問し切れない点は追って書面で質問いたしますので、書面でまたお答えいただきたいと思えます。

そうしたら、最後に大田議長、どうぞ。

○大田議長 長年の課題であった支払基金の改革で、7月の計画及び工程表でここまで詳細に工程が書かれたのは初めてですので、何としてもこれを実現しなければいけませんし、私どもも心してフォローアップさせていただきたいと思えますので、どうぞよろしく願います。

今日の段階で、まずは、法改正を伴わない支部機能の集約化という選択肢が入ったことに私はショックを受けております。改めてこの工程表と計画を読んでも、どう見ても、やはり集約化していくということですので、これは法改正を前提とした検討をしていただきたい。これが一点です。

それから、先ほどの「審査委員会の意向を踏まえた上で」というところですが、これも改めて計画を見ますと、コンピュータチェックルールの見直しに関して、これまでの審査事例を分析し、審査結果が一定の中範囲内に収まるもの等については、その範囲を基準とする統一的なコンピュータチェックの導入を進めると書かれております。それから、医学的判断であっても既に定着しているレセプトについて、医療専門職等の知見を活用し、コンピュータチェックに組み込めるものについてはコンピュータチェックへの導入を進めるとなっております。したがって、審査委員会の意向、「意向」となっているのですね、この意向を踏まえた上で、という曖昧な文言は是非削除していただきたいと改めてお願いいたします。

○林座長 ありがとうございます。

議論は本当に尽きないところなのですが、本日、第2番目の議題の時間に相当食い込んでおりますので、すみません。本日はここまでとさせていただきます。

厚労省及び支払基金におかれましては、前期の閣議決定事項の確実な実施に向け、引き続き手綱を引き締めて改革を進めていただきますようお願いいたします。

当ワーキング・グループといたしましても、今後とも、閣議決定事項の履行状況について注視を続けまして、また、本日し尽くせなかった質問については書面でお出ししますので、それについての書面での回答をお願いしたいと思います。その上で、また皆様を再度このワーキング・グループにお呼びしたいと思います。

今日はどうもありがとうございました。

(厚生労働省、社会保険診療報酬支払基金 退室)

(ヤマトロジスティクス株式会社、株式会社ミナカラ、厚生労働省 入室)

○林座長 それでは、次の議題に移りたいと思えます。本日2番目の議題は「Society5.0に向けた医療の実現について」について、今回は新たなテーマとして、薬剤師による服薬

指導の場所の問題について、要望者からのヒアリングを実施いたします。

本日は、ヤマトロジスティクス株式会社より久保田妙子メディカル事業戦略室室長様、株式会社ミナカラより喜納信也代表取締役薬剤師様にお越しいただいております。

それでは、すみません、ちょっと時間が短くなってしまったのですが、御説明をよろしくをお願いします。

○ヤマトロジスティクス株式会社（久保田室長）では、時間も押しているということで、早速手元の資料に基づきまして説明をさせていただきます。タイトルとしまして、お手元にありますとおり「超スマート医療社会実現コンソーシアム」という大層大きな名前を付けさせていただきました。ただ、まだ、現在見えているメンバーは、当ヤマトホールディングスとミナカラ様だけなのですけれども、今後、適宜、関係該当者の皆様とメンバーを増やしていきたいと考えております。

めくっていただきまして、パート1、パート2、2部構成になっているのですけれども、まずパート1におきまして、ICT活用による超スマート医療社会の実現というふうに考えた背景みたいなものから御説明をしたいと思います。

めくっていただけますでしょうか。1-（1）が起案の背景になります。こちらは当然のことながら、皆様御承知のとおり、日本がこれから抱える大きな課題としまして、危機的な医療費の増加、医療財源の不足という点と、あとは御多分に漏れず超少子高齢化という社会が目の前に迫っているという実情がございます。それがこのメディカル、医療の業界の中にどういう影響を及ぼすのだろうと考えたときに、真ん中の赤いところに書いてありますが、医療従事者というものが、高齢者が増えていくだけではなくて、在宅ケアですとか、もっと言うと予防というところにもどんだん力を入れていかなければいけない。事業領域というものが広くこれから求められている中で、更に業務の負荷が増えていくであろうと。それに対してのきちんとした手当てという部分に関しても、医療費の負担がこれ以上膨らむことに関しては、非常に赤信号がともっている状況と理解をしています。

こういう背景をきちんとクリアした上で、隅々まで生活者が安心して医療サービスを受けられるような世界が何らかの形で築けないと、一番右端にありますとおり、国民の苦難、特に過疎地のアクセスの悪いようなところに関しては、医療難民というものが増えてしまうのではないかとこの危惧を持っております。

それを解決し得るキーワードは、下段のグレーのところ三つほど考えさせていただいたのですけれども、やはり何かしらの仕組み、やり方を変えざるを得ないであろうと。医療従事者の方々、きちんとその資格を持った方々は、それをより発揮できる領域に業務を特化していくという考え方に立ったときに、それを保管するツールとしまして、例えば遠隔診療ですとかAI、もっと言うとシェアリング、本当にそれは医者とか薬剤師がやらなければいけない業務なのだろうかみたいなどころを見直していく必要があるであろうと。

そういったことをやりながら、新しい医療の仕組みというものを作り上げていった先に、超スマート社会の実現というようなことが最終的にはつながっていくのではないかと考え

ております。

そういった問題点が、ミナカラさんというベンチャーの調剤薬局さんと我々医療業界とは直接関わりがないように見える物流業者が問題意識として合致したというところで今回のコンソーシアムが発足した、こういう背景と御理解いただければと思います。

○株式会社ミナカラ（喜納代表取締役薬剤師） 株式会社ミナカラの喜納です。本日はこのような貴重な機会を頂き、ありがとうございます。

私自身が薬剤師であり、かつエンジニアでもあります。そのため、弊社では、現場の薬剤師の立場から見たICTを活用した事業開発に取り組んでおります。その中で、テストモデルとして情報提供できるものがございますので、本日参りました。

スライド5ページ目ですが、薬局への来局が困難な状況となってしまうたり、御自宅まで運搬するのが困難な医薬品を処方されている患者様に対して、薬局で調剤した薬を薬剤師が御自宅までお届けし、御自宅で服薬指導を提供するお薬宅配というサービスをテストモデルとして提供しております。

薬剤師は、もちろん処方薬を正しく調剤して、患者様にお渡しします。その際に、お薬をお渡しするだけではなくて、患者様の症状や服薬状況を確認しながら、薬の正しい使用方法に関する情報も併せてお届けします。これを服薬指導といいます。服薬指導自体は必ず対面で行う必要があります、薬剤師が必ず患者様にお会いする必要があるため、今回のテストモデルでは薬剤師が調剤した薬を持って患者様の御自宅までお伺いする形となっております。

このモデルでは、本来、薬剤師の価値が発揮される調剤や服薬指導といったもの以外の部分である物流や配送に関しても薬剤師が必要となっており、その配送のコスト、大きく1,000~2,000円かかっておりましたが、そのコストを薬局が負担しながら行っておりました。特に調剤や服薬指導を含めた薬剤師の価値が発揮される部分や、医療の質をしっかりと担保することを前提としつつ、物流や配送を将来的に配送業者さん、宅配業者さんに担っていただくということで、今回のようなテストモデルがもっとよりよい形に発展したものを患者様や薬局も活用しやすくなるものと考えています。それがスライド5ページ目です。

次に、スライド6ページ目の調剤の現状というページですが、こちらはICTの活用によって、患者様にとっても薬剤師にとっても服薬指導の環境をよりよくできるといったものが趣旨のページとなっております。

まず、一般的な薬局のプロセスを記載しております。患者様が処方箋を持参して来局された後に、薬剤師が、処方箋の内容が正しいか、薬学的な管理、チェックを行います。これを疑義照会と呼びます。処方内容に不備がある場合は医師と連携しながら必要な処方内容に修正するなどの対応を採ります。

その次に、例えば棚から薬を取るなどを含めた調剤を行い、調剤内容が正しいかどうかの内容の監査を薬剤師が行い、その上で監査済みのお薬を患者様にお渡しします。その際に、先ほどお伝えした服薬指導を提供しながら、監査済みのお薬をお渡しするという流れ

になっております。

その後、服薬指導する中で患者様の服薬状況だったり、実施した調剤の内容、服薬指導の内容を薬歴というものに記載して管理するのが大きな流れです。もちろんこのプロセス全てに薬剤師が管理する責任を持っていますので、いずれもが大切な業務ですが、機械ではなく人であり、かつ薬学のプロである薬剤師の本領が特に発揮されるのは、この赤枠の部分、疑義照会、服薬指導、薬歴管理といった部分は特に重要な部分ではないかと私は考えています。

疑義照会も含めた処方内容に対する薬学的管理と医師やほかの医療従事者との連携、また、患者様の服薬状況・予後モニタリングに対する薬学的管理と患者様が適切な服薬を行えるようにするための情報提供といった部分です。いずれも薬学のプロであるからこそ発揮できる価値と、もう一つは人だからこそ発揮できる価値といった部分だと私は考えています。

患者様の医療体験は、病院、診療所に受診した後に薬局でお薬を受け取るという医療の大きなプロセスの先に、日常生活で服薬を開始するという日常生活のプロセスをたどります。患者様は御自宅に帰り、日常生活に戻ってからがむしろ服薬治療のスタートなわけです。その医療のプロセスと日常生活のプロセスのリレーのアンカーポジションを担っているのが、薬剤師ではないかと思っています。なので、患者様が日常生活を安心して適切な服薬を行えるようにするために、服薬指導をしっかりと行っていくことが大切だと思っています。

しかし、6ページ目の右側の円グラフに見られるように、実際の薬局でのカウンター越しでの服薬指導を受けている方自体が服薬する御本人様ではないケースも3～4割に上るといったデータがあったりします。こちらのデータは薬剤師会の中部・東海・神奈川を中心とした650の薬局に対して定点観測を行ったものをベースとしています。

将来、ICTが活用される中で、特にオンラインで薬剤師などの服薬指導や健康相談を受けられるようにすることで、確実に患者様御本人が服薬指導を受けられるようになり、かつ薬剤師にとっても活躍の機会が更に広がることが期待できると考えています。

次に7ページ目ですが、こちらのスライドは、患者様にとっても薬剤師に相談する、薬剤師を活用するニーズがあるといったものが趣旨になっております。

弊社では、24時間365日、薬剤師にオンラインで健康相談をできるサービスを提供しております。こちらのサービスは毎日30～100件、一般の方から薬剤師に対して健康の御相談を頂いています。月で1,000～2,000件、過去3万件以上の御相談を患者様から頂いております。また、同じような悩みや課題に直面するような患者様が多くいらっしゃいますので、過去の薬剤師の回答を一般の方が閲覧できるようにしております。その中で、過去の薬剤師の回答を見ている方が毎日2万回以上出ております。まず、これだけ多くの方に薬剤師への相談や活用のニーズがあるということです。

また、質問内容を分析すると、その内容のほとんどはアフターフォロー性のものです。

代表的なものでは飲み合わせです。病院で出たお薬をもちろん持っているのですが、例えば途中で風邪を引いてしまって一時的に市販薬を飲みたいといったときに、このお薬と一緒に飲んでも大丈夫なのかといったような疑問だったり、授乳中の相談も多いです。病院の受診時に授乳していることをドクターの方にお伝えし忘れたときなどに、これは結局飲んでいいのか分からなくなったといったような御質問を多々頂いております。つまり、患者様が薬剤師を頼りたいのは、これから受診したり市販薬を買いたいという方だけではなくて、既に薬を持って日常生活の中で何らか服薬に困った方なども多いのです。患者様が服薬指導や薬剤師の力を必要とするのは、いざ飲むときの服薬の課題だと思います。そして、いざ飲むときというのは、薬局のカウンター越しのタイミングではなくて日常生活の中でやってくることが多いものだと考えています。

将来、ICTの活用によってオンラインでも薬剤師の服薬指導を提供できたり、制度上も日常生活でのアフターフォロー性の高い薬学的管理を提供しやすくなることで、薬剤師が今以上に患者様にとってもより必要とされる本質的なかかりつけ薬剤師になっていくものと考えております。

○ヤマトロジスティクス株式会社（久保田室長） 次に1－（5）にお進みください。ということで、私たちが超スマート社会というものを実現するときはどういうスキームが考えられるかという仮説のフローを記したものがこちらになります。一言で言いますと、遠隔という部分をうまく活用しながら通院、来局したときの補完としてきちんと機能させるという側面が一個と、それを医者・薬剤師が直接動線まで生活者のところへ行くのではなくて、あくまでも服薬指導ですとか診察、健康相談みたいなものに特化していただいて、遠隔なので必ず物を届けるというアクションが備わってきますから、そこは商物分離のような考え方で、きちんと役割分担をしていってはどうかというところが一点です。

もう一つは、今それぞれの調剤薬局で薬を備蓄、在庫して、来たお客様に適宜お出しするという状態が通常の流れだと思っているのですけれども、先発、ジェネリックを含めて考えると、正直、非常に数の多い薬をどの薬局もリアルタイムで備蓄しておくなどということは非現実的ですし、特に、たまにしかかからないような病気だと、行ってもすぐにもらえないというケース、逆に、たまにしか来ない患者さんのために買った薬が、結果そのまま廃棄に流れるケースみたいなことも考えますと、例えば一番左側の物流事業者が、反復して飲むような慢性疾患の薬ですとか、逆にレア、余り出ないような薬に関しては中央集約型に在庫管理をして、適宜調剤薬局なり、あるいは患者さんに直接届けるみたいなことも将来的には可能性として検討すべき内容なのではないかと考えております。

調剤薬局のミナカラ様のお考えに大変共感しているヤマトグループとしても、そういったデジタルを活用した医薬品の在庫管理ですとかピッキング、あるいは配送などは物流業者に任せていただいて、薬剤師の職能は服薬指導のほか、在宅ケアですとか健康相談による予防など、これから幅広く御活躍いただくことが社会のためだと思っております。

一方で、パート2のほうなのですけれども、健康経営を推進しようとする企業の立場に

私たちの会社を置きかえても、薬の宅配どころか、もっと手前のところで引っ掛かってしまう規制があるという事例を御説明したいと思っております。

2-(1)にお進みください。こちらがヤマトグループとしての起案の背景なのですが、左側の表はヤマトグループの医療費の内訳データになります。上位を占めているのが高血圧と糖尿病になるのですが、このうち受診したかどうかの表が円グラフになりまして、血圧に関しては未受診が6割強、糖尿系に関しては未受診が3割強ほど、現時点であります。この理由は、仮説なのですが、労働集約産業の我々ですので、平日の日中で時間確保が困難な上、労働力確保がなかなか難しくなっているため、自分が抜けてしまうと周りに迷惑が掛かるといったような遠慮もあるかと思えます。あるいはヤマトの拠点というのは基本的に物流の動線を重視して配置されているので、市街地から結果離れた場所になっています。なので、ちょっと30分病院に行くということがなかなかしにくい事情があるのです。こういった物理的課題があるにもかかわらず、たとえ長が受診してこいということを勧めても、結果、現実的に無理というところを課題として持っております。

よって、私たちがそれを改善するために検討したいスキームを考えたときに、2-(2)のようなフローを今模索しております。ここのフローは、簡単に言ってしまうと、遠隔診療システムを活用して勤務時間中に社員が気軽に受診できる仕組みを整備したら、社員の重症化を防げるのではないかと考えて描いた流れになります。

ちょっと触れさせていただきますと、ヤマト健保から対象の社員に対して、こういう簡便な仕組みがあるので受診してみたらどうかといったような勧奨をまず①で行います。それを受けて、社員のほうは、あらかじめ予約などをしまして、会社の中のしかるべき場所で、②先生とオンライン診療を、現在認められている範囲内で活用するというのを考えています。そこで診療を受けた先に、③処方箋の送付を本人にしまして、本人が調剤薬局に処方箋を送信する。最終的に調剤をして、お薬を宅配するというような流れを考えてみました。

本来であれば、処方箋も現物を③④みたいな形で送って、また薬局に送り返すという形ではなくて、③のようにあらかじめ医師の元、病院から薬局へデータで直接送れるようになったり、もっと言いますと、⑥のお薬宅配も物流会社が宅配したりみたいなほうが効率的なのですが、このスキームは、まずは現行法でオーケーな枠内で、薬剤師に宅配してもらって、そこで服薬指導を受けるというスキームを検討してみたのですが、結果、疑義照会の末、最後の職場での服薬指導というものが現時点では法にNGというような解釈が現状の結果になります。

具体的にどこが引っ掛かったのが2-(3)の中身になるのですが、薬剤師法第22条の「調剤の場所」というところに、薬剤師は、医療を受ける者の居宅等において服薬指導等々もしなければいけないという記載があるのですが、この居宅等の定義が、薬剤師法施行規則第13条に明確にこことこことここというところで指定をされているので、

これ以外は駄目ですという認識になっております。私たちサラリーマンとして見ますと、一日のうちの大半を時間として置いているのが職場になります。なので、生活者にとっては、現実的には仕事場も非常に重要な生活の拠点の一つと認識をしておりますので、何とかこの職場というものも生活の一部という解釈で服薬指導等々もできるようにできないのかというのが御相談内容となります。

ちょっと時間も押しているのですが、2－（４）と（５）はもう簡単になのですが、もしこれができるようになったときにどういう社会的なメリットが出てくるのかを簡単にまとめています。

（４）は医師、薬剤師、被保険者、保険者、企業というくくりなのですけれども、当然未受診者を減らして今よりもよりよい医療ケアが、来局しなかった人が来局できるようになるということなので、お医者さんにとっても薬剤師にとっても、かかりつけという部分の機能発揮につながるし、医療サービスの高度化にもつながっていくだろうと。

被保険者は、重症化する前に未然にケアできるので、健康寿命を延伸できてハッピー。保険者のほうも、重症化予防が結果としてなって医療費が削減できるし、企業としても、社員が元気でいつまでも働いていただけるということは会社にとっても財産になるというようなことをここにまとめております。

最後です。2－（５）に関しては、居宅等という解釈が、職場だけではなくて、いろいろな人が生活動線の延長線上で過ごしそうな、例えば公共施設ですとか宿泊場所、ホテルですね。そういったものまで広がると、公共施設でありましたら、例えば過疎地で高齢者が日中集うようなときに遠隔で医療サービスを受けることもできるようになるでしょうし、もっと言うとホテル等々では、長期出張者あるいは海外渡航者が急に病気になったときに、その場できちんとした医療提供が受けられるといったこともメリットとして想定されるのではないかと考えております。

ちょっと長くなってしまっていて恐縮なのですが、以上が私どもの発表内容とさせていただきます。

以上です。

○林座長 御説明ありがとうございました。

この超スマート医療社会、実現したいモデルについての御提案と、それから現行の規制緩和についての御要望を頂きました。

なお、本日は、厚生労働省医薬・生活衛生局総務課より、紀平哲也医薬情報室長様、吉屋拓之企画官様にもお越しいただいております。必要に応じて御対応をよろしくお願いいたします。

それでは、委員の皆様、御意見、御質問等をよろしくお願いいたします。

川渕先生、どうぞ。

○川渕専門委員 非常に斬新な発想で、アメリカのアマゾンのビジネスモデルと非常に似ているなと思いました。今話を聞いて、「等」が一番論点なのかなと思いました。

今日はせっかく厚労省から企画官と室長がお見えなので、どうでしょうか。こんなのそんなに大した話ではないのではないかと思います。御見解はいかに。

○林座長 では、御回答をよろしくお願ひします。

○厚生労働省（紀平室長） 御質問ありがとうございます。

まず、現行の規定について御説明差し上げますと、先ほどの資料の12ページに法律と施行規則が書いてございます。法律のほうで居宅等となっていて、この居宅等について、右側の施行規則で定めているということで、こちらのほうに、いわゆる職場というものが今は書いていないという現状で、多分そのような回答になったかと思っております。

今日のお話を受けて、この後、どうするかというのは、今後のお話ということで、居宅等の解釈うんぬんという問題ではなくて、今後どういうところまで可能とするのかという検討課題かと思っております。

○林座長 それは今後、見直しを検討すると受け止めさせていただきましたが。

○厚生労働省（紀平室長） まず、今の法律の解釈と施行規則の書きぶりで行くと、現行法ではできないというのは先ほど御説明があったとおりに思っております。ですので、このスキームを実現しようと思えば、施行規則のほうにこれを追加なり見直すことが必要になってくるということかと考えております。

○林座長 では、森下先生。

○森下座長代理 今の話を分かりやすく言うと、現行法ではできないので、新規に施行規則に付け加えてくださるというふうに聞こえたのですけれども、間違っていますか。

○厚生労働省（紀平室長） まず、今の解釈としてはそのようになりますので、実現しようとするのであれば、そういう手続が必要になりますという御説明をさせていただきました。

○森下座長代理 実現しようと思ったださっているというふうに理解して私は聞いているのですけれども、会社に医務室とかがありますね。会社に医務室がある場合は当然そこで薬を出すわけですけれども、それは現行でも可能ですね。例えば医務室があつて、そこに薬剤師さんが来て出すというのも可能だと私は思うのですけれども、どうなのですか。それも駄目なのですか。

○厚生労働省（紀平室長） 御説明させていただきます。

医師が院内処方でお薬を出すという形と同じ状況かと思っております。ですので、職場の医務室とかで医師自身がお薬を投薬される、あるいは、診療所に相当するのだと思うのですけれども、その場にいる薬剤師が医師の指示の下に出すことは可能かと思っております。これは薬局という話ですので、こういう形になっていると。

○森下座長代理 例えば医師の指示を受けて薬剤師の方が来られて医務室で処方箋を基に薬を交付するというのは可能。今の話だと可能なように私は聞こえたのですけれども、それは駄目なのですか。要するに、医者はいないけれども、薬剤師さんが医者（医師）の指示の下に処方箋を持って現れた場合。

○厚生労働省（紀平室長） 12ページに薬剤師法がありますけれども、ここで幾つか書いております。まず、原則が4行目の最後からなのですけれども、薬局以外の場所で調剤してはならない、これが基本として書いてあります。その前段のところ、居宅等の場合を除きということで、居宅等で、省令で定めるところではできますというのがまず一つあります。

それ以外にもう一つが、下から7行目「以下この条において」以降ですけれども、調剤所において、その病院若しくは診療所又はうんぬんで、医師の処方箋によって調剤する場合ですので、調剤所において、病院・診療所の中の話であればということで今の規定はなっております。ですから、医師の指示があれば。

○森下座長代理 医師の指示があれば構わない。

○厚生労働省（紀平室長） どこでもいいのではなくて、あくまで病院・診療所にある調剤所の中で医師の指示があればという、場所の限定がここでかかっています。

○森下座長代理 医務室というのはその対象になる、ならない、どちらなのですか。

○厚生労働省（紀平室長） 要は薬局ではない場所になりますので。

○森下座長代理 できない。でも、医務室で医者は普通に診察もしますね。医師の指示は、処方箋を持っているわけだから、来る方は当然受けていますね。

○厚生労働省（紀平室長） そこは薬局として薬剤師がやっているものではないです。

○森下座長代理 でも、薬局ではなくても、薬を持って行って、同じではないの。何か法律的に矛盾している気がしてきたのだけれども。

○林座長 今のところは多分、「以下この条において同じ」と定められている、調剤所において一定の場合は「この限りではない」とされていることによりできるということになるのでしょうか。

少し戻らせていただくと、「居宅等」の解釈については、同様の規定がある医療法の1条では、医療の提供を受ける場所として患者の居宅等が規定されており、その解釈については職場の会議室などについても医療法の施行規則第1条第5号で、その他条項があるので、1条の5号の条件次第では、これも居宅等に該当するという回答を医政局から頂いていると伺っております。そうすると、医療法で医療の提供を受けることができる場所、つまり職場の会議室等について、薬剤師法の居宅等の解釈を同様に考えられない理由はないのではないかと思いますのですが、その辺の見直しの検討においては、その点はいかがでしょうか。

○厚生労働省（紀平室長） あくまで法律と省令で定めているものですので、医療法では既にそういう省令を書いているということかと思っています。現行の薬剤師法の居宅等の等について厚生労働省で定めるところで、今の省令の中ではそこを明示していないので、今の省令の中では含まれていませんという現状の御説明を先ほどからさせていただいているところです。

○林座長 それで、今日の御要望を受けていかがですかということです。

○厚生労働省（紀平室長） それについては、今回の御提案を踏まえて検討させていただきますということになるかと思えます。

○林座長 では、江田委員、お願いします。

○江田委員 繰り返しになりますけれども、企業にとりましては本当に人材確保は逼迫した問題でございますし、情報機器を採用したこのような考え方は場所を設定するのではなく、御検討いただきたいと思えます。

一つ質問がございます。ミナカラさんのところであった6ページ、調剤の部分ですけれども、薬剤師の役割として、アナログ的なピッキング、検品よりもプロの人がやったほうがいいのではないかという御意見があったのですが、厚生労働省の方にお聞きしたいのですけれども、薬剤師の役割。今、薬剤師の方が運ばなければいけないというわけで啞然としているのですけれども、今の時代に合った形で再定義が必要なのではないかと思うのですが、その点、どのようにお考えでしょうか。

○林座長 では、お答えをお願いします。

○厚生労働省（吉屋企画官） 先ほどの議論でちょっと行き違いがある部分があるので、趣旨も含めて御説明させていただきたいのですけれども、これは場所を定めているということなのですが、場所はどこで交付するかということではなくて、そもそもこの6ページのところで私はむしろお聞きしたい部分があるのですが、処方箋を受けてチェックすると、疑義照会がここで終わっていることになっているのですが、通常、服薬指導をして直接お話をすると、あれ、実はこのお薬はおかしかったなと思ってひっくり返ることが間々あるのではないかと思っています。そうすると、この場所で処方箋をチェックして、処方箋を調剤して持ってくる場合と、持ってきたのだけれども、行ってみたら違ったのでどうしましょうという場合があると思うので、そこの便宜があるので一緒の場所でやったらいいのではないかという趣旨で調剤場所と交付する場所が一緒だと。そういう意味で居宅だということになっているのです。そこはミナカラさんにお伺いしたいのですけれども、これは先ほどの説明だと、チェックした後、そのまま服薬指導ということになっているのですが、この場合は戻るとは基本的にないということなのではないでしょうか。

○株式会社ミナカラ（喜納代表取締役薬剤師） おっしゃるとおりで、服薬指導する中でそもそも疑義が必要になるというケースは時々あります。その場合はもちろん患者様の御自宅から薬局に戻りやり直します。なぜ戻るかといえば、物流自体を薬剤師が行っているため、薬局に戻って疑義照会をかけて、もう一度患者様の御自宅へ行くという形になります。

○厚生労働省（吉屋企画官） ですから、今のところがポイントで、その部分が不安なものですから、疑義照会をして来た方にそのままお渡しできるようにということで薬局であり、調剤する場所だというのがそもそもの原則で書いてあったということなのです。なので、場所がどうこうというよりは、一緒の場所でないと患者さんに対して不便を与えるのではないかという趣旨で、こういうふうに書いているということで御理解いただければ

と思います。

○林座長 こういうふうに書いているとはどういうことですか。

○厚生労働省（吉屋企画官） 今の12ページにある薬剤師法の22条ですけれども、居宅等はすごく特殊な場合であって、原則的には調剤の業務をした場所で交付をしてくださいと指定してある、こういう理解です。

○林座長 どうぞ。

○金丸議長代理 この程度の改正ですごく時間が掛かるようだったら、この国はおしまいだと思うのです。今の話も、どちらがレアケースですかということでしょう。服薬指導してみたら変わりましたというケースで、それで行ったり来たりするのは薬剤師の人で、ミナカラさんの薬剤師の人ではないですか。患者さんも、これでよかったと思ったら違う。でも、それはよりいいものがまた改めて届くわけだから、それはその人たちの手間暇がかかるからどうかというのは厚労省が心配するような話ではないと思うのです。薬が合っていたかどうかであって、合っているかどうかについては、行ったり来たりするからといって、そのほうが不安だとか不便だというのは変ですよ。薬が合っているかどうか、誰が処方するかについて厚労省は考えるべきであって、何が便利かというのは、あなたたちが考えることではないと思います。

それから、これの改正を我々としてはこんなに時間を掛けて、いっぱいたくさん案件があって、このことにそんなに時間も掛けたくないの、私は速やかに検討して、速やかに回答を持ってきてほしいと思います。

○林座長 ということで、異論ないところだと思います。

土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 今の6ページのところからいくと、服薬指導で帰る、帰らないというのは1回目と2回目以降、慢性疾患であれば恐ろしく違うと思うのです。1回目は引っ掛かることが多分あると思いますけれども、2回目以降、同じ薬局であれば、まず引っ掛かることはないだろうと。ですから、無駄な議論ではないかと私も思います。

それと、むしろ8ページでヤマトさんがお示しになった遠隔診療と遠隔服薬指導、これはみんな、こういうのを持っていたらみんなやりたくてしょうがないわけですね。そのときに、11ページで受診勧奨があって、2番目で通院／オンライン診療、これは1回目だ2回目だということはあるでしょうけれども、診療自体がオンラインでできて、むしろ調剤というのは薬局の中でやっているわけですから全然問題ない。そうすると服薬指導のところなわけですね。診療がオンラインでできて、服薬指導がどうしてもできないのかということのほうが一般の方から見れば不思議なことですね。顔色を見なくて診療しているのかという議論は随分前にあった話で、そんなものはできるだろうということで、服薬指導だけがここでバツェンだというのは、ちょっとおかしい。

1回目は直接行ってというぐらいの条件を付けるのならまだ話は分かるのですけれども、全くゼロ回答というのはないのではないかと。このところであれば、場がうんぬんとい

う問題ではなくて、調剤はもちろん薬局でやっておけばいいわけです。それを運んでいけばよろしいのではないかという気がいたします。

それから、もう一個は何だったか。また思い出したらやります。

○林座長 ありがとうございます。

今、オンライン診療との関係で土屋先生から御紹介がありましたが、11月15日の未来投資会議において、情報通信機器を用いた診療に関するルール整備に向けた研究を行う研究班が立ち上がり、その中で挙げられたオンライン診療については、実施場所や提供主体がより柔軟になり得るという論点についても議論を行うということ、厚労省の椎葉審議官が説明しておられます。医療の提供を受けることができる場所の定義が変化するのであれば、今、土屋先生がおっしゃったように、薬剤師が服薬指導を含む調剤を行うことができる場所についても見直しを検討する必要があるのではないかと思います。また、会議の論点の中には、薬剤について処方、薬の配送、服薬指導までを含めてオンラインを用いて医師、薬剤師との連携ができることが望ましいという御指摘もあるところです。金丸議長代理からも強い御意見があったように、もうこれは「見直す」という方向で是非御検討いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○厚生労働省（紀平室長） 二点、分けて御説明申し上げます。

まず一点目の場所の話ですけれども、先ほどから出ているのは、調剤をした後、その薬剤を実際に授与するときに情報提供と併せて行う場所ということで、対面によりというのが今の法律の規定にある。それが今、薬局と居宅ということになっておりますので、職場等に広げるということであれば、所定の規定の見直しが必要になりますので検討させていただきますというのがまず一点です。

もう一点が、ICTなどを活用した遠隔の調剤については服薬指導ということになります。こちらのほうは、現在、国家戦略特区の特区法の中で遠隔服薬指導というスキームを作って、これから実施をしようとしているところではございます。その特区法の改正の国会審議の中でも、全国的に普及をさせることを前提としないということがそれぞれ衆議院、参議院のほうで附帯決議として出されているところですので、まずは特区法のスキームに基づいて実証してみるということが、今やるべきことと考えております。

○林座長 その特区法の経緯は重々承知しておりますが、むしろそれと同時に未来投資会議においては、オンライン診療の場において真にSociety5.0におけるオンライン診療のメリットを在宅や職場の患者さんが享受するためには、服薬指導や薬の配送の部分までパッケージで手当てしないとメリットを享受できないのではないかという論点もあがっていたと聞いています。特区のほうでそういう形の整理になっているからといって、並行してこちらの議論ができないということではないと思いますので、是非その点は御検討いただきたいと思います。

これは本日の御要望の第一点、実現したいモデルのほうの話でございまして、居宅等の場所の話はそれ以前の現状の規制緩和の要望ですので、両方併せて具体的に御検討いただ

きたいと思いますので、よろしいでしょうか。

○厚生労働省（紀平室長） 持ち帰って検討させていただきます。

○林座長 ありがとうございます。

では、大田議長、どうぞ。

○大田議長 先ほどの江田さんの質問に対してまだ十分にお答えいただけていないのですが、調剤というのはどこまでの行為が該当するのか。ピッキングや検品、これは薬剤師でなければ行うことができない業務とは考えにくいのですが、これも調剤に当たるのでしょうか。

○厚生労働省（紀平室長） まず、現行の調剤の考え方については、処方箋を受け付けてから、その処方箋の内容の確認、あるいは御本人からのいろいろな聴取の結果を含めての疑義照会、それからお薬を取りそろえて監査まで行ってというところが、ある意味、狭義の調剤と考えております。

その中で、調剤、すべからず薬剤師でなければならないかという点は、現在も実際に薬局の中で薬剤師の方の管理の下にお手伝いされている方もいらっしゃると思いますし、既に機械化もある程度進んでいる部分にもなってきていますので、すべからず薬剤師でなければほかに誰も触っては駄目だということまでは考えておりません。

ただ、内容によって、これまでも通知の中で、例えば粉薬を混ぜたり、水薬を混ぜたり、後で調剤された結果のものを薬剤師が見て確認できないような行為は、基本的に薬剤師以外の方が行うことは望ましくないといった解釈をしておりますので、その辺、個別にここまでだったらいいという話は整理が必要かと思っております。

○大田議長 そうすると、ピッキング、検品というのは、これは薬剤師でなくてもできるわけですね。特別な場合を除いては調剤には入らないということですね。

○厚生労働省（紀平室長） 数を数えて取りそろえるというところは、できると思っております。少なくとも薬剤師でなければ駄目だとは言っておりません。

○林座長 そういう御見解は公表されているところなのですか。

○厚生労働省（紀平室長） 厳密にこういう行為はいいですという言い方はしておりませんが、薬剤師の方との関わり合いの中で、どこまでがいいかというのは実際問題あると思いますので、端的に文字としてこれはいいですといった言い方はしていないと思います。

○林座長 現状、今日の6ページですと、今の厚労省様のお答えにしても、ピッキングとか検品というものは、薬剤師でなければ行えない業務とは考えていないということで理解されていると思うのですが、そうしますと、厚労省としては、今後の薬剤師のコア業務、あるべき姿、本業というのは何だと捉えていらっしゃるのか。

○厚生労働省（紀平室長） 以前からこちらのほうで御説明差し上げています「患者のための薬局ビジョン」とかでは、いわゆる物から人へという言い方をしておりますが、単に物を取りそろえて患者さんにお渡しするところだけではなくて、患者さんがきちんと薬物

治療を行っているかどうかといった、今回の御説明でもあったようなお渡しした後の薬学的管理ということを中心にやってみようということをお知らせしております。

一方では、偽造薬の事件も今年起きましたけれども、きちんとした物を納入して取り扱う、間違いなく正しい薬を渡すというところも薬剤師として責任を持たなければいけない部分かと思っておりますので、両方大事だと考えております。

○林座長 ありがとうございます。

今の御説明について、要望者のほうからはいかがですか。この6ページのところでは、薬剤師の本業というのを挙げておられますけれども。

○株式会社ミナカラ（喜納代表取締役薬剤師） それこそ本業に集中するためにも、それ以外の部分をなるべくカットしていくということも重要なのではないかとというのがお伝えしたいことです。先ほど御指摘いただいたように、レアケースですが患者様の御自宅で服薬指導をする中で疑義照会が必要になれば薬局に戻るケースもあります。しかし、そもそも物流である足元の部分などを薬剤師がやっていなければ、もう少し薬学的管理と服薬指導に集中して何回も繰り返せるような体制になり、より効率的になるのではないかと考えています。特に、私のほうでお伝えしたいのは、やはり「居宅等」の場所の扱いにしても、先ほどの院内処方の話にしても、薬局が絡むことで少しルールを変える必要があるという課題が結構あると思っています。例えば遠隔診療に関しては、現状、院内処方という形であれば、ヤマトさんを含めた配送業者による医薬品の配送が病院から既にできます。では、その配送のコストだったり梱包する作業を院内処方なので病院でやるのかとかいう課題は残ります。しかし、せめて薬の部分はプロでもあり、もともとそういうパッケージも含めて作りやすい薬局を活用しようとする、遠隔で診断を受けたのに薬局に行かないといけなとか、薬剤師を自宅に呼ばないといけななど、医療側と薬局側の法の違いのような課題はまだ結構あると思います。

なので、やはり大きな絵として、先ほどヤマトさんからもお話があったような部分がうまく描いていけるといいなというのが一番お伝えしたいことです。

○林座長 ありがとうございます。

では、土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 一部繰り返しになりますが、やはり薬剤師さんの本来業務は何かというコア部分だけをしっかり決めて、それ以外は助手でよろしいと。例えばレセコン入力とここに書いてあるのですけれども、これも別に薬剤師さんがやらなくてもいいわけですね。むしろ女の子が毎日やっているほうが正確に入るので、医者とか薬剤師がコンピュータ入力なんて絶対に失敗するのです。ですから、それをもっと明確に、本当にコアだけ、これは譲ってはいかぬというものを決めておけばいい話で、余り枝葉末節のほうを議論するのは大変無駄ではないかと。ピッキングなど機械のほうがどんどん正確になっているので、これはほとんどの病院がもうやっているということです。ですから、そういう目で見えてい

ただきたい。トヨタの工場に行ったら、頭に手ぬぐいをやったおばちゃんがピッキングのトレーニングのコースまで、トヨタ道場というのがあって、それが一番正確なわけですね。ですから、薬剤師さんは本来業務をやっていただくという方向で今の議論を是非続けていただければと思います。

○林座長 ありがとうございます。

ほかに。

では、江田先生、どうぞ。

○江田委員 7ページなのですがすけれども、いろいろなアフターフォローの問合せが2万件ほど来ているというお話を頂いたのですが、こちらは有償でやられているのですか。

○株式会社ミナカラ(喜納代表取締役薬剤師) 現状は無償でやらせていただいています。構想としては、本当はそこでお薬の選び方などにニーズがあるのかなと。薬が売れる中で、ドラッグストア等で薬剤師さんに相談すること自体は無料となっているではないですか。同じようなモデルがインターネット上でも作れるのではというところが一応仮説としてあったのですが、実際にはアフターフォローが圧倒的に多かったというところでは。

○江田委員 多くの人たちは働いていて時間もないわけですね。また、子育てがあったり、介護があったりする中で、こういった形のアフターフォローがビジネスとして成り立つというのもいいのかなという感想を持ちました。

○株式会社ミナカラ(喜納代表取締役薬剤師) そうですね。やっている当社としての要望というか意見でもあるのですが、私も薬局の現場でも働いていた人間でして、病院に受診した直後、薬局に来ていただいてカウンター越しに服薬指導するときに患者さんが挙げてくる解決したい課題と、日常生活にもう一回戻ってから時間が空いて、いろいろなことを忘れていることも含めて環境が変わっていく中で発生する課題があり、割合は、圧倒的に後者のほうが多いのかなと思います。かつ、薬剤師が特に価値を発揮しやすいシーンというのは、むしろその日常生活の中ではないかと思っています。

その中で、例えば日常生活で本当にちゃんと服薬管理、薬学的管理を薬剤師がサポートするのであれば、点数が欲しいとまでは言わないですけれども、薬剤師が活躍しやすくなるような制度が将来整ってくるといいなというのはやっていて思うことです。

○林座長 ありがとうございます。

ユーザーとしても、実際には服薬指導を受けたと思わない場所で点数が付いており、本当のニーズのところについては点数が付いていないのは何か不均衡だなという感覚を持っているのです。

森下先生。

○森下座長代理 最後なのであれですけれども、はっきりと何となく答えが聞けなかったのですが、是非よろしく願います。趣旨は伝わっていると考えていますので、できるだけ、今後の働き方改革にもつながる話なので、是非働きながら病気と闘いやすいように場所を追加していただくということをお願いしたいと思います。十分御理解いただいている

と思いますので、よろしく申し上げます。

○林座長 そうですね。厚労省の皆様も10回ぐらいうなずいていらっしやいましたので、十分御理解いただいていると思います。ありがとうございました。

まず、川渕先生。

○川渕専門委員 先ほどアマゾンの話をしましたけれども、日本の医薬分業は非常にいびつだと思えます。暴論かもしれませんが、やはり病医院が処方箋を出して、餅は餅屋で、ヤマトさんが届けてくれる。そうしてミナカラさんはバーチャル薬局で服薬指導をして付加価値を付けるというビジネスモデルはいかがでしょうか。今、かかりつけ薬局になると70点付くのですが、その一方で、健康サポート薬局は点数が付かないから全然普及しない。財源を付け替えてミナカラさんは、バーチャル薬局をやってみませんか。

○株式会社ミナカラ（喜納代表取締役薬剤師） そうですね。私が目指しているのはオンライン薬局です。オンラインで薬剤師がもっと患者様の日常生活に入っていくことで、患者様のニーズや課題を解決できる余地は多いと考えます。先ほどお伝えしたとおり実際に明らかに患者様のニーズがあります。患者様にニーズがあるからこそ薬剤師が活躍できるという順番でもあるかと思っています。私自身は弊社のサービスをやる中で、薬剤師に相談できること自体に既に患者様のニーズが見えています。なので、オンライン薬局という形で、薬局機能をうまく拡張できたらなというのは私も思っていることです。

○林座長 それを許さない今の法律があるということだと思っております。

では、土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 前回の繰り返しになりますけれども、前回は別の場で、公民館は医療をやってはいかぬと。ですから、これは先ほどミナカラさんがおっしゃったように、薬剤師法と医療法、医師法と矛盾があるわけですね。医療を受ける者の居宅等という解釈が局によって違っては困るので、国民目線で統一したものを是非出してほしいと思います。

○林座長 ありがとうございます。

議論は尽きないところでありますけれども、お時間の関係もありますので、本日はここまでとさせていただきます。

本当に要望者の方々、厚労省の皆様、ありがとうございました。是非とも前向きに御検討をお願いしたいと思います。

当ワーキング・グループとしましては、Society5.0に向けた医療の実現を目指す中で、診療から処方箋医薬品が患者の方のお手元に届くまでの一気通貫で、安全性を担保しつつも患者の方の利便性を向上させることが重要だと考えておりますので、厚生労働省におかれましても、是非国民目線、患者目線での前向きな御検討をよろしくお願いいたします。

本日の御説明、ありがとうございました。

では、本日の議事は以上ですが、事務局から何かございますか。

○中沢参事官 今後の開催日程につきましては、改めまして御案内をいたします。

以上です。

○林座長 ありがとうございました。

それでは、本日はこれにて会議を終了いたします。ありがとうございました。