

### 第3回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

---

1. 開催日時：2015年10月2日（金） 16:00～18:00
  2. 場 所：中央合同庁舎第8号館 8階特別中会議室
  3. 出席委員等

主査	榊原定征	東レ株式会社相談役最高顧問
委員	伊藤元重	東京大学大学院経済学研究科教授
	同 伊藤由希子	東京学芸大学人文社会科学系経済学分野准教授
	同 鈴木 準	株式会社大和総研主席研究員
	同 新浪剛史	サントリーホールディングス株式会社代表取締役社長
	同 古井祐司	東京大学政策ビジョン研究センター特任助教
	同 松田晋哉	産業医科大学医学部教授
	同 高橋 進	日本総合研究所理事長（オブザーバー参加）
- 

#### （概要）

##### （1） 関係省から今後の取組方針についてヒアリング

<テーマ：医療・介護提供体制の適正化>

関係省から説明後、以下のとおり意見交換。

#### （財務省）

- ・病床の機能分化、あるいは療養病床の地域差縮小ということで、進めている改革を早期に実現すること、実効性を確保することが大事。
- ・地域差などに着目してデータに基づいて分析をし、そこから改革を進めるという取組を外来の医療費にもスコープを広げることが必要。
- ・地域医療構想を基本的に28年度末までに策定した上で、次の医療費適正化計画の策定を早期に全都道府県で完了し、前倒し実施するようなスピードアップが必要。
- ・実効性の確保という観点から申し上げますと、まず、診療報酬絡みで言えば、一般病床について7対1の病床が非常に多い状況下であり、先ほど、少しずつ減ってきていると厚生労働省から紹介があったが、財政当局としては、平成26年度診療報酬改定で想定していた減少幅よりもはるかに少ない移行でしか進んでいないと考える。28年度診療報酬改定において7対1入院料の算定要件の厳格化等をさらに進める必要がある。
- ・療養病床についても地域差是正が重要な鍵になってくる。特に医療区分2、3という比較的その点数が高い病床で地域差が見られる。そこに本当に真に必要な方が入っている場合には構わないが、要件を厳格化して、療養病床の

中では医療区分 1 に適切に移行させた上で、28 年度診療報酬改定等において、医療区分 1 の療養病床について、配置基準の緩和や報酬を引き下げて介護へのスムーズな移行が進むようにすることが必要。

- ・ その際、受け皿が問題になるので、そちらは、厚生労働省で進めている検討会の結論を踏まえ、より低コストの受け皿への転換や効率的なサービスの提供体制が必要であると考えます。その前提として、介護療養病床は、予定どおり廃止する必要がある。

- ・ 診療報酬改定以外に、高確法 14 条、診療報酬の特例のガイドラインなどについても 28 年中の策定が必要であると考えます。いくつか法律上のもので対応することが必要なものがある。例えば、都道府県の権限強化などは、工程表に、法律の提出時期、遅くとも 29 年通常国会に法案を提出するといった工程を書き込むことが重要である。

- ・ 厚生労働省から説明はなかったが、医療提供体制については、医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平性という③の事項は、速やかに実施する必要がある。

- ・ かかりつけ医普及の観点から、受診時定額負担について、28 年 4 月から紹介状なしの大病院の外来の見直しがあるが、財政当局としては、これはこれとしてやりつつ、並行して、かかりつけ医については、地域包括診療料を使いやすくする必要があり、そういった要件緩和を 28 年度の診療報酬改定で行いつつ、受診時定額負担についてはかかりつけ医以外を受診した場合に一定額の定額負担を導入するといったことについて具体策を検討し、遅くとも 29 年度通常国会までに法案を提出する必要があると考えます。

#### (委員)

- ・ 医療・介護提供体制の適正化、主に医療のところは、厚生労働省が、今、色々やられている研究費、あるいはその事業費の中でこれに対応した部分がかかり組み込まれているので、恐らくこの KPI の策定の過程と整合性をもってやっていただければできると思う。特に、医療保険の場合は、診療報酬の中にそれぞれの検討項目に対応するような項目が含まれているので、それを上手く KPI 化することによって進捗管理をしていくことが可能と考える。

ただ、進捗管理をする時に、ナショナルデータベースを使うことを想定していると思うが、そのナショナルデータベースをどのくらいのスピードでこの作業に落とし込むことができるかということが一番のネックになってくるのではないかと考える。

- ・ 過去にある一定の政策目的をもって導入した診療報酬がたくさんある。例えば、病床機能の分化を進めていくということであれば、地域連携パス、あ

るいは、早期のリハビリテーションなど色々あるが、そういったものをナショナルデータベース等を通じて検証し、真の政策効果がある KPI を作っていく。

今回の地域医療構想は、現場の先生、医療関係者の自主的な行動変容、対応によって変革を進めていくということであるので、目的性が明確であるメッセージを出していくことが大事であり、そこを工夫したらよいと思う。

検討項目の中で一番簡単な例で言うと、都道府県ごとの地域医療構想の策定による、医療の「見える化」を踏まえた病床の機能分化連携の促進、その際の療養病床に係る地域差の是正があるが、この中に複数の KPI の設定項目が入っている。

例えば、都道府県ごとの地域医療構想の策定というのは、先ほど財務省からご指摘があったように平成 28 年度までに、100%これを実現するということが一つある。見える化を踏まえたということになると、見える化ができる情報システムがどんなふうに機能的に動くようにするかということが課題となるし、病床の機能分化・連携の推進ということになると、それに関連した診療報酬の項目をうまく KPI 化し、それをモニタリングすることが必要になる。

その結果として、療養病床に係る地域差の是正という形になっていくが、また、もう一つの視点として、構造を変えるという KPI と、プロセスを変えるという KPI と、その結果としてのアウトカムの KPI がある。その辺の関係性も意識した上でやっていただければ十分対応できるものができる。

・ただ、この中には、例えば人生の最終段階における医療の在り方のように、医療費の適正化という観点で議論をしてしまうと非常に感情的な反発が出てきてしまう項目も含まれている。そういうものについてはどちらかという医療の質という観点から、あるいは QOL という観点からの KPI の策定という形での配慮も必要ではないか。

・今日、説明いただいたように、ほとんどのものについて、現在の診療報酬で把握できるデータで KPI 化が可能である。その辺は色々と研究もやらせていただいているので、厚生労働省の関係者と協力して作っていきたいと思う。

(委員)

・①の地域医療構想の進捗について、ガイドライン等検討会で議論されるということだが、その際には病床機能報告制度のブラッシュアップの視点が十分に含まれるか。現状の医療機能の区分は定性的であるので、「うちは全て高度急性期」といった報告をされてしまうといった話も耳にした。今後、PDCA サイクルを回していくという観点では、病床機能報告制度において、例えば

高度急性期の要件や基準をより明確化することが必要である。

- ・今後の改革では、病床の機能分化に加えて、療養病床での入院受療率の地域差の是正が非常に重要である。項目番号②や⑪（iii）とも関係するが、慢性期医療の適正評価について、今年の診療報酬改定や予算編成の中でどのような検討が進められていくか本ワーキングとして強い関心を向けるべきである。

- ・外来については、⑤や⑥になるが、医療費適正化計画を前倒しでやるというお考えをいただいている。前倒しで実施するためには、具体的で実効性のある目標を盛り込んだ計画を早期に策定する必要がある。さらに、計画を策定するに当たっては、どのような目標や KPI がふさわしいか考えなければならないし、その前提として、外来医療費について早期に分析しなければならない。このようにゴールから逆算的に考えて工程表を作る必要がある。外来医療費の適正化は病床機能の再編と車の両輪であり、まさに見える化とインセンティブ改革として非常に重要。また、高確法 14 条の活用も非常に重要。

- ・⑧の人生の最後段階における医療は、医療の現場で本当に深い悩みがある一方で、社会全体としてはご本人が望まない過剰な医療になっているのではないかという問題意識があり、国民的議論を着実に深める必要がある。

- ・⑨のかかりつけ医については、定額負担の検討ばかり注目されるが、本来の趣旨は、かかりつけ医の普及が患者のためになり、あるいは、医療資源の適正配分によって医療界の方が働きやすくなることにある。まずは、地域包括診療料の普及を促すための要件緩和が検討課題ではないか。

（厚生労働省）

- ・委員から病床機能報告についてのブラッシュアップを考えているかご質問をいただいた。引き続きフォローアップと、特にこの病床機能報告によって、まず、今の病床構造を見える化する。一方、地域医療構想を作る過程で、2025 年時点における望ましいアロケーションというものが見える。

この足元と将来像の間の違いを地域で関係者の方々に話し合ってもらっていただく場を法制化して、民間医療機関をアジャストしていく仕掛けがこの地域医療構想である。

委員がおっしゃったように、まず自己申告を前提に足元を明らかにしていくこととしている。正直、この制度を走らせるに当たって客観的な基準を詰めきれず、まずは、この形で実施している。27 年 10 月の 2 回目の報告は、議論し、若干の現場における混乱のないような工夫をした上で今年の仕組みのままに進んでいる。

ただ、28 年 10 月にご報告をいただくまでの間には、もう少しその医療機関

の客観的な状況と紐づけて、それぞれの医療機関からご申告いただく仕掛けにならないか、ガイドライン検討会で関係者も含めてアジェンダ化しているので、その議論をこれから精力的に始めることを予定している。具体的に何をというわけではないが、問題意識を共有し、それについて着手し、28年10月からの届出までには一定の方向性を出すつもりで検討を進める。

・人生最終段階の医療については、穏やかな最期の迎え方を可能とするような環境整備としてどういうことがあるのかということの切り口に、今、議論したり、あるいはモデル事業に取り組んでいる。

(委員)

・⑪の都道府県が行う病床再編や地域差是正の努力を支援するための取組について、資料には、診療報酬の点数等でみることと、都道府県の体制権限の整備の検討の2項目がある。スウェーデンは公立病院であるから、上から病床再編ができる国であるが、日本は、民間病院が多くできない。したがって、当然、報酬をインセンティブで使うことになるが、さはさりながら、地域の医療をより適正な方向にもっていくための主体としての都道府県の権限についてやれるところはやっていかなければいけない。ここを強化することが可能であるとしたら、どれだけの選択肢があるのか。どのようなスケジュール感で検討するのか。

財務省が言ったように、7対1の病床は、少ししか減っていない。やはりその価格や料金だけのインセンティブでは、なかなか難しい。このところをもう少し深めていただいて、どこまで都道府県の権限の強化ができるか色々な観点から議論しなければいけないと思う。

・7対1の病床は、かなりの勢いで増えてきて、少し減ったという話であるが、地域別のデータはあるのか。地域によって違いがあれば教えていただきたい。

(厚生労働省)

・都道府県知事が講ずることができる措置の今の仕組みは資料のとおり。ただ、実際にまだ発動したことがなく、地域医療構想が具体化していく中でどのようなことが起こるか見なければいけないというのが正直なところである。そういう動きも見ながら、もう一段何ができるのか、次に議論しなければいけないという問題意識は持っているが、検討のスケジュール感について具体的に今、申し上げるところまでは至っていない。

・厚生労働省だけではなく、総務省においても新公立病院改革のガイドラインという形を作って公立病院に対して改革インセンティブの通る仕組みを動

かし始めている。公立病院は、27、28 年で色々なプランを作るという動きもあるので、そういうものも見ながら、行政の処分としてだけでなく、さらにもう一段何ができるのか問題意識を持っていきたい。

(厚生労働省)

・ 7 対 1 病床の地域別の傾向についてご質問をいただいたが、全国を、地方単位に分けるとどこも少しずつ減少している。どこが特に減少しているとか、していないとか、そのような一定の傾向は見いだせない。都道府県別ぐらいまで見ると、多少ばらつきはあるが、特に一定の傾向はないと考える。

(財務省)

・ 「経済・財政再生計画」には、高確法 14 条という適正化が進んでいないときに診療報酬の点数を変える、端的に言えば、減算する仕組みと、民間病院に対する県の権限強化が検討課題として書いてある。

民間病院への権限強化は職業選択の自由とか、そういう憲法論との関係があると思うが、この論点は保険としてどうするかということである。病院として設立を許可するということと、そこを保険の病院として指定するかは、一定の違う議論があり得る。今でも病床過剰地域は保険医療機関としての指定をしないことができる。

つまり、完全に自由になっているわけではないと思うので、ここはよく厚労省とも話をしながら法制的なところを詰めなければいけないところである。どういうことができるのかよく検討し、法律改正が要るものはできるだけ早く法律改正をする必要がある。高確法 14 条は、法律があるので、速やかにガイドラインの策定作業が必要であると考えている。

(委員)

・ 医療費を見るときには、バランスが大事である。医療費がかからない構造に転換していくことが大事である。

外来医療費に関しては、現役世代で健診結果に基づく意識づけを進めていって、受診や生活習慣の改善行動を促すと外来医療費が上がり、また一方で医療費単価が下がっていく傾向が見られるので、この辺はあるべき構造の検討に重要な視点と思う。

保険者努力支援制度等に関しては、医療費の適正化に資する構造というものが大分見えてきているので、その構造を促す KPI を意識した制度運営や、資源配分に資するような補助金の配分を目指すこと、いわゆる保健事業をどのぐらいやっているかということだけではなく、保険者がどういうプロセス

を踏んだら、予防が進み医療費がかからない構造になるかというところに着地させるような評価項目や配分指標が大事である。

・今までの傾向として、例えば予防・健康づくりの項目では、重症化予防の取組やジェネリックといった、特定の対象に絞られたアプローチに少し偏っているところがあり、医療費を削減するという意味では集団全体が高齢化で悪化していくので、集団全体の悪化率・改善率といった指標によって、構造がどういうふうに変わっているかという過程を捉え、改善を促すことが必要ではないか。

今までは、どちらかというところ、実施量や一部のハイリスク者を捉えることでよかったのが、これからは集団全体の変化を捉える指標が必須になる。

(厚生労働省)

・医療費のかかり方、外来については要素を分析して、例えば重複があるのか否か、あるいは残薬の問題といった切り口もあり、その前の段階の健康づくりといったところもあることを十分頭に置いてこれから作業を進めてまいりたい。予防・健康づくりについては、ハイリスクアプローチの方が、データが見やすく、変化量が今までのエビデンスとして出やすい。これに基づいて色々なインセンティブをつけるなり、ディスインセンティブをかける場合の関係者に御納得いただきやすさという意味で現在の取組になっているが、委員がおっしゃっておられるようにもう少しポピュレーションアプローチ的な話も重要である。あるいは、集団の行動変容をどうするかというところについて、介護まで視野に入れればいろいろな取組を始めたところでもありますので、我々も有識者の方々にお助けいただいてそのエビデンスをきちんと整理しながら進めてまいりたい。

<テーマ：薬価、調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革>

関係省から説明後、以下のとおり意見交換。

(財務省)

・28年度は診療報酬改定、薬価改定が行われる。改定率にかかわる議論は先ほどご紹介があったように予算編成過程でまずは政府内で調整をしていくことになるが、一方で今回のこの計画の中に診療報酬の制度にかかわることについて幾つか検討事項が盛り込まれている。したがって、診療報酬改定の折衝と並行してこの制度にかかわる事項についてワーキング・グループで御議論をいただき、工程表の中で方向性を示していただきたい。それを踏まえて、それも取り込んだ形で28年度の診療報酬改定を行っていきたい。

・⑳のジェネリックは新しい目標が設定されたので、今ある制度に新しい目標も反映させることがまず必要である。DPC 病院の機能別係数、あるいは調剤薬局の体制加算に今の古い目標が閾値で設定されているが、それに新目標を反映させることと、さらに追加的な措置として、例えば病院であれば DPC 病院以外のところは特にインセンティブがないので、さらにそのスコープを広げてこのジェネリックの使用促進に向けたインセンティブ措置を強化する必要があるのではないかと考える。

・ジェネリックの価格の見直し、特許切れの先発医薬品、いわゆる長期収載品の在り方であるが、ここは2つに種類が分かれる。1つは診療報酬改定、薬価改定で対応が可能なものとして、先ほどご紹介のあったような後発医薬品の価格算定ルール見直し、あるいは特許切れの先発品にかかる引き下げ措置、一般に Z2 と呼ばれる措置、長期収載品の価格の引き下げについて置換率の閾値を見直すなどの対応が必要ではないかと考える。今はこの Z2 という形で順次、後発品の価格へと近づけているわけであるが、財政当局としては今回のこの計画の中に盛り込まれたもう一つの事項として、さらに特許切れの先発品の価格、保険償還の価格については、後発品の価格までを保険で見て、価格を超える部分については患者負担にすることが必要であると考えている。かつて一度提言された参照価格制度に近い制度であるが、特許切れの医薬品のみを対象とするという意味で今回のものは違うと考えており、その導入も必要ではないかと考える。ただし、これは恐らくある程度ジェネリックの生産体制なりが整わないと流通市場、あるいは現場に混乱を来すと思うので、こうした点にも留意して工程表の検討が必要ではないかと考えている。

同時に、ジェネリックを進めると先発品メーカーの産業競争力が問題になるが、そちらの方も㉑で盛り込まれているように総合的な対策を講じる必要があると思う。ご紹介のあった新薬創出加算は、今、価格の下落率を指標として試行的に行っているが、これが薬の有用性の評価の代替指標として適正なのかということや、財政当局としては疑問点として投げかけている。仮に本格実施をするのであれば、やはり費用対効果分析をきちんと実施することを前提にした上で、真に有用な新薬をきちんと評価していく枠組みが必要である。

それから、薬価政策だけで先発品メーカーの国際競争力を支えるのは困難である。実際に医薬品市場は過半が外資の薬、あるいはそこにライセンスのある薬であり、国内の産業競争力強化という意味では他の手段も含めて総合的な戦略を講じていくことが大事である。先ほどご紹介のあった総合戦略にもあるように、業界再編も含めて事業会社側の様々な取組も必要で、ここは官民あわせて取り組んでいかなければいけない。

・調剤報酬は今回盛り込まれた検討事項の趣旨を踏まえて、やはりゼロベースで抜本的に見直す必要がある。調剤薬局の果たすべき役割という御議論について厚生労働省からご紹介があった。こうした要素を適切に評価することは必要だと思うが、やはり全体としては、医薬分業の進展を勘案してもなお、調剤技術料の伸びが医科・歯科の医療費に比べて伸びが大きい状態にある。

視点として、1つは大型門前薬局に収益も集中し、かなり林立している状況にあるので、その観点からの見直しが必要ではないかということが1点。

もう一つは、院内で処方された場合と院外で処方された場合にかかなりの点数の差があり、患者負担の差がある。この中身について調剤薬局の今日の業務の実態、あるいは技術の進歩に鑑みて、不合理ではないかと考えられる仕組みを改めるといような構造改革が必要である。

他方で、薬学管理料については、その中身をよく吟味して、薬局が果たすべき役割を果たしているところにはきちんと評価をすることが必要ではないかと考えている。

(委員)

・同じ薬なのに場所によってサービスの価格が著しく違うというような明らかに不公平で是正しやすいところは早期の対応がまず可能である。

・情報のデータベースが重視されていて多数構築されている。ただし、それを接続する作業や分析する作業はまだ足りない。構築したデータは費用対効果分析の基礎であり、徹底的に行い、今後の診療報酬改定の透明化に向けて必要な前段階の作業をするべきだ。

・後発薬を普及させるとともに後発薬の価格を引き下げていく。それによって先発薬メーカーとの適度な競争環境をつくって、その適度な競争環境がさらに先発薬メーカーのイノベーションを生むというようなことは先行研究でも出ている話である。うまい両立を見極めながらすすめる必要がある。

・将来的には診療報酬だけではなく法改正も絡むような話題に踏む込ことも必要だ。例えば先ほどの調剤のかかりつけ薬局をいかに機能させていくか。現在では、処方箋の数で稼ぐようなビジネスモデルが非常に林立している。一方で、服薬指導の機能、服薬管理の機能という調剤の本質的な機能は、現状ではこのような項目が余り算定に入っていない。疑義照会や、ハイリスク投薬など、薬剤師でなければできないような作業が生かされていない。

本当にかかりつけの薬剤師を持ちたいというようなインセンティブを我々が持つためには、例えばリフィル処方箋や薬剤師に大幅に権限を委譲するような取組がなければ、本当の意味でのかかりつけ薬局、つまり一元的継続的な投薬管理、服薬管理というのは機能しないのではないかと。

・先発薬に対して患者自己負担の見直しをどのようにするかということで、参照価格制度のような取組は、患者にとっての自己選択を促す意味で必要だ。ただし医薬品の中で適用していくにはどのようなルールを決めていくかということが大事。

・先発薬であれ、後発薬であれ、やはり安定供給、品質保持保証、効能維持保証が常に担保されることが第一の前提である。それは制度として担保していかなければならないので、後発薬の安定供給への取組、それから先発薬の先駆け審査制度等は早急整えていかなければならない。

・データベースを整えるために予算を使うことは非常に大事な投資であり、このような取組を地道ながらも続けていくことが将来のイノベーション、我々の評価の基礎になる。ある程度効果を可視化できることが前提となって、創薬のイノベーション、先進医療の支援というものが医薬品の観点からできるのではないかと考える。

(委員)

・門前薬局はどうなるのか。かかりつけ機能を強く持った薬局を評価しているという話であったが、現状では門前薬局は非常に多く、例えば5年後、10年後の日本の薬局全体のネットワークがどうなっているかということがわからないとなかなか実際には難しいのではないか。

・かかりつけ薬局の話であるが、現実問題として、マイナンバー制度のようなものをこれからもし本当に使えるようになれば、特定の薬局にアナログ的に全部依存するだけの仕組みが本当に国民のメリットになるかどうか。現実問題としても皆、門前薬局に行ってしまうというのは便利だという面もあると思う。かかりつけ薬局的な機能は非常に大事だと思うが、それを特定の薬局との個人的な関係だけに限定しないような仕組みを考えていくことが、結果論としていろいろな意味で品質向上につながるのではないか。

・調剤技術料はどうやって加算してジェネリックを増やすかといった話がされた気がするが、なかなか難しいと思う。減算の話も少し踏み込んで議論をしていただいた方が、全体としての財政的な見通しができるのではないか。

・産業政策に関連して財務省がおっしゃったことは、大賛成である。特に国際競争をしているところでは、あるいは経済学の分析の中でも本当に新しい薬を開発するために社会的に一番効率的な方法は、必ずしも価格支持ではない。もっと直接成果を見ながらの補助金等、価格だけに頼ったような産業施策ではない視点を教えていただきたい。

・ジェネリックで50%まで下げるということであれば、長期収載品の価格をそれに近いところまで下げていくという考え方もあり得ると思う。もちろん、

実際にそれをやれば新薬メーカーの経営が大変になるかもしれないという議論も当然あり得るわけで、いろいろな配慮があると思うが、それにしても長期収載品の価格についてももう少し踏み込んだ議論があればと思う。

・品質確認検査体制は大事である。医療関係者の方から聞くとところによると、本当に品質は大丈夫なのかという不安を持っている。それを解消することが、ジェネリックが普及する上でも非常に大事であることはよくわかるが、それを全部予算措置でやるのが適切かどうか。

現実問題として、電気製品、あるいは一般の食料品であろうが、他の分野では、担当している流通業なり、メーカーなり、あるいは小売業なり、医薬品の場合には保険者が入ってもよいかもわからないが、そういう人たちのかわりも非常に重要であり、ユーザー、あるいは医療関係者が安心して品質に信頼を持てることが重要であるとするならば、もう少し踏み込んで考えて、どこまでを財政でやって、どこまでをもう少し民間に委ねるような形にするか教えていただきたい。

(委員)

・先ほど財務省から後発品を普及させていくために現行制度の強化、あるいは新しい追加的措置が必要だという話があったが、そういったことを含めて骨太方針 2015 に基づき中医協並びに予算編成過程でどういうふうに御検討いただけるかが課題。後発品の価格算定ルールについて 26 年度改革での取組を深掘りしていただく、また、長期収載品の現行制度も深掘りして改革していただくということではないか。さらに、新薬等加算制度の改革については、本当に国際競争力強化になるというエビデンスや説得的な因果関係の説明が求められる。診療報酬改定はプレイヤー 3 者で行われるという御説明をいただいたが、このワーキングも経済・財政一体改革を遂げるというミッションを負っているので、その観点からはご相談しながら進めていきたい。

・かかりつけの薬局像や薬剤師像はまだ見えていないという話であったが、現在のお薬手帳、薬の説明、残薬の確認などから考えてもかかりつけということのイメージが率直に申し上げてよくわからない。人々は門前薬局が便利なのでそこに行くわけで、かかりつけ薬局が本当に機能するとしたら、多剤・重複投薬の防止や残薬の解消が今以上に可能になるということなどが期待できるのであれば、説得力が出てくると思う。ただ、この点は保険者の方がむしろ上手くやれるかもしれないので、担うべき役割のバランスも考えて御検討いただきたい。

(委員)

・まさにかかりつけの定義の話。かかりつけというとは解決するのみならず、予防までやっていただくというイメージが今回の医療、財政、また経済をつくり上げていくところでも大きな要因になってくる。予防ということで、民間もこの中に入っていけるようにどう接点を持っていくのか。

いわゆる残薬解消だけで本当にかかりつけになれるのか。頼りにされるのか。その先として健康管理をどのように見ていくか。今の支出に対して本当に価値があるかどうかと考えると、どういうふう健康になっていくかというところにも責任を持っていただくということである。

・もう一点、競争できる体制をどうしていくか。消費者基点で考える薬剤師が本当の意味のかかりつけ医だというデフィニションだとすると、平均値から懸け離れてしまっているのではないか。今までどおりの 1.7 兆円を払っていく価値はないのではないか。そういった意味で、構造的に抜本的に改革をしなければいけない。メンタリティも改革していかなければいけない。健康になってもらうために、ホスピタリティをもってやっていけるという像をつくって改革をしていかなければならない。

(委員)

・医薬分業は、もともとコストとメリットのバランスがおかしいということで問題になった。そういう意味で門前薬局に問題があるのではなく、そもそも医薬分業を必要とする状況があるか否かいうところから見直すべきではないか。

・医療レセプトと薬剤のレセプトが分かれている状況で、薬局、薬剤師により積極的な役割を果たせるのか。この報酬体系をゼロベースで見直すべきであるが、その前にまず薬剤師の像というものをきちんと固めて、その上でかかりつけ薬局という話ではないのか。

(委員)

・薬剤の管理という観点から、かかりつけ薬局のかかりつけ制について考えると、多分患者が飲んでいる薬剤を総合的に管理できるということであると思う。

・フランスはビタルカードを皆さん持たれていて、それを持って行くと、どこの薬局に行っても自分がどのような薬剤を処方されているか見ることができる。日本は薬局間で情報の共有がないために、患者が何を飲んでいるかわからない。しかも、患者は必ずしも自分がどういう病気か、自分がどういう薬を飲んでいるかもわからないことがある。そういうことが残薬などにつながっていると思う。ただ、この管理を薬剤師に全部押しつけるのはやはり無理

がある。

・制度としてあるのにきちんと把握されていないのが、お薬手帳である。お薬手帳を持っていくことを患者に義務化すれば、それだけでかなりの医薬品の適正管理ができる。薬のことに関しては薬剤師のことだけが言われがちであるが、患者もきちんとそれに協力する仕組みをこの中に入れ込まない限り、適切な薬剤管理は難しい。そういう意味で、例えば、お薬手帳を持っていかない場合には自己負担で少しペナルティをかけることがあってもよいと思う。そういうものがなければセルフメディケーションは無理であろう。患者は、必ずしも自分の病気に関して正しい情報を持っていないので、その状態でセルフメディケーションをやってしまうと非常に危ない。患者がどういう薬を飲んでいるのか、少なくともどういう病気であるかということがわかるようなお薬手帳のようなものを携帯することを義務づけることが必要ではないか。

(委員)

・薬局の問題の背景には、薬剤師のパフォーマンスが発揮されていないことがあるのではないかと。先ほど委員からメンタリティということがあったが、まさに薬剤師は能力が高いにもかかわらず必ずしもモチベーションは高くない。

・今の薬局は処方ワンショットで終わってしまっていて、その患者さんのその後をモニタリングできていない。

データヘルス事業を分析すると、重要疾患で倒れる方の半数は服薬者から倒れているという現状が把握された。

つまり、薬を飲んでいるだけではなく、それをモニタリングして、必要な受診や服薬指導なり、予防を促していくのがかかりつけ薬局ではないか。ベースをもう一回考えて算定の構造化などをしたほうがよいのではないかと。

(委員)

・第一類医薬品をどれだけ増やすか。かかりつけ薬局の薬剤師に第一類医薬品をもっと売っていただく。売上がインセンティブになる。もっと重要なのはお客様である患者、もしくは患者さんになってしまう手前の人たちがそこへ行って相談する。この結果として、薬剤師のモチベーションも上がっていく。

・薬剤師の未来像はなにか。何が薬剤師のモチベーションになっていくか。一番よいのは、ひょっとしたら薬局を自分で持つことかもしれないが、既に薬局は5万5,000軒ぐらいあると聞いている。そんなに数はいらなと思う。聞く限りでは、サラリーマンでやっても最初の給料はよいがその後は頭打ち

である。病院も医薬品メーカーにもそんなに雇ってもらえない。だから、やはりもっと違うビジネスなり何なりを自分たちでつくることができるようになってくる。そこに経済的なメリット、いわゆる経済が活性化になるメリットもある。経済合理性からも、また経済成長からも考えていかなければならないことではないか。

OTC のときはいろいろなことがあったと思うが、風邪薬のようなものをもっと販売できるようにしていく。薬剤師はそれだけの能力を持っている人たちなので活性化をしていくべきではないか。

(委員)

- ・厚生労働省において、各項目について非常に意欲的に検討を進めていただいたと評価したい。それぞれについていろいろな難しさ、制約や障害があると思うが、検討した結果、難しいから改革を先送りするということがないように思い切った改革につなげていただきたい。

- ・今回の目的は財政健全化、財政効率を上げることであり、そういう視点で意欲的な KPI を設定していただきたい。

(厚生労働省)

- ・各委員からいただいたことを、一つ一つきちんと受けとめてこれからの検討の中に反映させたい。なかなか難しいものもあるが、難しいからやらないのではなく、それをどうするかというふうに考えたい。

- ・医薬分業のそもそもから薬剤師像の目標、そして今のかかりつけ薬剤師、薬局というのとは何かという切り口からのご質問、あるいは御意見をいただいた。それを明確にしなければいけない。これまでなかったわけではないと思うが、やはりまだシンボリックにこれだということまでできていない。それをやりながら、単に薬剤師だけではなく、ICT 的な連携や他職種との連携もありながら機能を果たしていくという意味での薬剤師、あるいは薬局像というものを考えたい。

- ・それを踏まえて報酬という面でどういう形で対応していくか考えたい。また、薬の中でメーカー、あるいは流通のほうで言えば、委員からお話あったように産業政策という視点で考えたときに、というご示唆をいただいたところであり、後発医薬品 80%時代における、その一定の環境の中でイノベーションなり産業政策をどうするかは先ほどのパッケージであるので、それをきちんと形にするように、これからもまた御意見をいただきながら進めさせていきたい。

以上