

令和6年度 秋田県薬事審議会 議事要旨

- ・日時 令和7年3月19日（水）午後3時から午後4時30分まで
- ・場所 アキタパークホテル
- ・出欠 出席12委員、欠席8委員

1 開 会

秋田県薬事審議会各委員の紹介及び審議会の成立確認の後、石川医務薬事課長より開催挨拶（省略）

2 議 事

(1) 報 告

ア 本県薬事行政の進捗状況について

事務局から、資料1及び参考資料1により説明（省略）

伊藤良正委員 薬機法第9条の4違反事例について、病院に配達したのは、おそらく薬を受け取る方の利便性ということだったと思いますが、医療機関の職員に対する薬剤だったのか、あるいは患者さんに対するものもあったのか教えていただきたいと思います。

事務局（藤井） 保健所の調査結果を見た限りですと、病院の職員に対するものが多かったようです。理由は、忙しくて届けて欲しいですとか、コロナを機に、多忙な病院の業務の助けになればと思って始めたという話もありました。現在は、すべて改善されたと聞いております。

伊藤良正委員 良かれと思ってやったということだと思うのですが、この場合、院外処方しないで、院内処方で院内の薬局から職員の方に渡したとすればどうなるのでしょうか。それもあまり勧められないことでしょうか。

大越会長 院内処方であっても、（薬剤を受け取る）本人が直接お見えになって、お渡しするときに、服薬指導というものがきちんとなされるということが大前提になると思います。ですから、院内であろうが院外であろうが、薬剤師が関わるというのが大前提です。今回問題になった薬局に関しては、何十年も前、先代からずっと続いていた慣習という形になっていたようで、断れなかったという経緯があるようです。我々もそのような慣習というのは無くなっているものだと思っていましたが、全県に一斉調査をしたところ、3日間のアンケート（回収率100%）の中で、トータル十数件、当該地区に関わらず、他地区からも同様の事案が出てきて、それで行政の方から監査が入ったというような状況です。

面川委員 確かに利便性を考えると、職員にとっては非常に助かることだろうと思います。ですので、伊藤委員おっしゃる通り、院内処方であれば、そういうことは無いのだろうなと思います。

大越会長 今回、悪質と思われるのは、そこに金銭授受が伴っていたというのがありました。

小玉委員 (質問一つめ) オンライン診療というのは、病院に行かなくてもいいという事ではなくて、病院に行った時にしゃべらなくていいように、私の経歴が表示されるということなののでしょうか。

(質問二つめ) お薬をいただくときに、お薬手帳って必ず言われるんですが、(電子処方箋の普及率が)全国的に3割程度であるというお話を伺いましたけれども、今後、お薬手帳は不要になるのかなと思ったりしました。

(質問三つめ) 大きい病院では後発品を進めなければならないという理由で、先生(医師)が後発品をお書きになるのですが、地域の病院では、先生方がお薬の商品名ではなくて、元の学術的なお名前(一般名)をお書きになれば、薬局で先発品にするか後発品にするか確認されます。なんとなく先発品を希望しますと言うと、すごく値段が高いんですよね。それが以前よりも高くなっているため、この値段差は何ですかと質問したところ、昨年の秋頃から先発品をもらう人は何割増くらいに高くなっているということだったのです。4割も高くなることもあって、ちょっと合点がいかないというか、説明をいただきたいと思います。

安田委員 (小玉委員の質問一つめに対して)

昨年10月1日から選定療養と呼ばれる仕組みが調剤にも導入されました。お医者さんが一般名で処方箋を書いた場合、患者さんが選べる仕組みは前からでして、先発品の方が値段高いですから、若干高くなるわけですが、昨年10月から始まった仕組みというのは、先発品と後発品の値段(薬価)の差額、例えば先発品が1錠100円、後発品が50円としますと50円の差がありますよね。9月までは、各々に応じた保険の負担割合だったわけです。1割負担だったら10円と5円、つまり5円の差だったわけです。それが、10月1日からは50円の差額の1/4を患者さんに保険外で負担してくださいという仕組みです。この選定療養は調剤に限らなくて、例えば病院の差額ベッド代も保険外の患者さん負担になります。ですので、先発品でも高いお薬、後発品と価格差が大きいお薬の場合は、その差額の1/4が患者さんの自己負担になるわけです。それが30日分だったら×30、60日分だったら×60となります。例えば先発品と後発品で10円の差額がある場合ですね。30日分だと330円

ぐらいを患者さんがさらに負担していただく形になるんですね。9月までと違って、そういった仕組みで、おそらく高くなったって感じていらっしゃるのかなと。今までも差額はあったのですが、すべて保険で賄われていたので実際には、ゼロ割から3割の負担割合に応じては、その差分をあまり意識することがなかったというのが正しい認識になるのかなと思います。ですので、その差額を今、小玉さんおっしゃられたように、増額になったっていうのは、その差額の自己負担分が目に見える形で出てきたっていうことだと思います。

小玉委員 その理由は何なのでしょう。なぜ、個人負担を多くしなければいけないのか。国の方針なのでしょう。先発品も後発品も本当は一緒にしてもらいたいです。効き目は一緒ですから。理由がはっきりしないと思います。

安田委員 保険調剤で取り扱う先発品があって、何十種類もの同じ成分の後発品というのが、薬によっては存在するんですね。市場に出ているお薬としては、すべてが同一であるというもとに販売、流通されていまして、そういった点では、どの薬を使っても同じ治療効果は得られるでしょう、というのが前提です。そこで後発品をなぜ国が推進したかという、いわゆる医療費の削減です。患者さんは100円の薬を、例えば3割負担だと30円負担しますが、残りの70円は保険者等から入るわけですね。これが結局、患者さんとすれば30円だけの負担なのですが、全体とすれば100円の薬は100円なわけですよ。だから3割を患者さんからもらった場合に、30円が患者さん、7割70円は保険者等からという形で入るのですが、これが後発品になった場合は50円としますと、15円は患者さんからで、35円は保険者等から、トータルでは保険から払われる金額は後発品を使用することで圧縮されるんですね。後発品の効果については、確かにここ数年、品質の問題とかで後発品メーカーに改善を求める事例等が多数ありました。しかし、実際のところ一番大きい効果の差が出る大きいところが個人差なんです。有害事象が出ない限り、多少の個人差はあるものだと。それに依拠して、例えばその処方する側の治療の方針とか、そういった部分で用量の調節とかが行われますので、患者さんの治療目的には変わらないんです。なので、先発品を選ぶ、後発品を選ぶという明確なその意味付けっていうのはあまりないんですね。ただ、製造上の違いがあります。添加物の違いがあります。例えば小麦粉を混ぜているのか、でんぷんを混ぜているのか、そういった添加物によるアレルギー、こういったものの発生もやはり個人差です。患者さんによって合わない人もいれば合う人もいます。こういった場合にお医者さんの方は、この人は先発じゃなきゃいけませんという印をつけて処方箋を書いたりすることもできます。やはり先生とお話になっ

て決定する、もしくは薬局の方で相談されるっていうのが、上手な使い方かなと思います。

事務局 (小玉委員の質問二つめ、三つめに対して)

(佐藤)

通常、紙でもらう処方箋ですが、電子化されることによって、手元に処方箋がなくても、病院から薬局に行ってお薬を調剤してもらえんというような形になるということで、オンライン診療（自宅にいて、テレビ画面で先生と話して）とは違います。電子処方箋を導入していると、オンライン診療でも紙のやりとりがなくなるので、医療従事者にとっては法律的にオンライン診療も可能になるというようなメリットもございます。お薬手帳についてですが、電子処方箋が導入されれば、直近のお薬情報が見られるので、電子処方箋はいらないのではないかなというように思われる方も多いと思うのですが、お薬手帳もすぐに不要になるわけではなくて、電子処方箋に蓄積される情報というのが、保険調剤されたお薬の情報になりまして、それ以外の情報は蓄積されません。それ以外の情報としては、例えばドラッグストアで買ったお薬についてそれに記載したり、アレルギーのお薬についてそれに記載したりというのは、電子処方箋の中では情報は蓄積されませんので、そういったものの管理といたしまして、お薬手帳は今後も必要になってまいりますので、電子処方箋になったとしても、お薬手帳は皆さんお持ちいただきたいと思います。

大越会長

若干タイムラグが出るんですよ。現在の情報がすぐその場に出るというものではないんです。ですから、お薬手帳はぜひ持ってきていただきたい。この前、国会で維新の会の猪瀬議員がお薬手帳も一切いなくなるだろう、いらないものはどんどん切っていくみたいな発言をされておりましたけれども、これは認識が大きく間違っています。

伊藤良正
委員

処方箋の発行が無くなって、紙を持たなくても薬局に行ってお薬を調剤してもらえんというふうに聞こえましたが、ということは、病院で、診療側は診察が終わって、マイナ保険証を薬局に持っていけば、そこで調剤できるということですか。

事務局
(佐藤)

そのとおりです。マイナ保険証を使うときに、端末で顔認証されるかと思うのですが、その際に、電子処方箋にしますか、というように質問が出てきますので、電子処方箋を希望しますと、紙の処方箋なしで薬局に行ってお薬を調剤を受けることが可能になります。

小玉委員

そうすると、お医者さんに対面しなくても、今までの履歴があれば薬

局でお薬もらえるのですか。

伊藤良正 委員 診察しないとお薬は出ません。

伊藤良正 委員 処方箋を持って行くか行かないかだけです。病院から実際は、例えば整理番号みたいな書類は必要じゃないのでしょうか。何も持たなくて薬局にいったマイナカードだけで大丈夫ですか。

事務局 (佐藤) 今は何もなくとも、マイナポータルから自分のお薬情報が見られます。また、番号が付与されますので、薬局において番号で調剤することが可能です。ただ、やっぱり紙の処方箋を受け取って調剤を受けるというのが、皆さんそういうものだと思っていて、紙がなくてもお薬を受けることに慣れていらっしゃらないので、現時点では、処方箋に変わるその番号が付与されたものが医療機関から交付されます。

伊藤良正 委員 ですね。結局、患者さんからすれば、処方箋をもらって薬局に行くのか、その整理券を持っていくのか。あんまり変わらないようなところもあるんですね。

大越会長 先生のおっしゃる通りで。だから電子処方箋がなかなか進まないんです。

安田委員 電子処方箋管理サービスというところに、処方医が処方登録した際に、その処方内容を示す、引き換え番号というのが発行されるんですね。現在の国の運用だと、引き換え書を発行してくださいというふうになっています。ただ、その引き換え書に記載されているのは、その控え番号（管理番号）と簡単な内容なんですけども、それを紙で薬局に持っていくのが、番号を口頭で伝えようが、手段は何でもいいんです。紙がよろしい方は、その引き換え券というか、控えを持っていった提出すればいい。その紙がいない方は、マイナンバーカードに格納された番号を薬局で読んでもらえばいい。もしくは口頭で伝えれば、薬局はその内容を引き出してくれるんですね。なので、国としましては、いずれ引き換え書の発行もやめたい、完全ペーパーレスにしたいという方向になっています。ではその番号、今どうやって持ち運ぶかっていうことですが、最近増えているのは、電子版お薬手帳ということで、スマートフォンのアプリ、こういったものに入れる、それで薬局に伝えるという方法もありますし、控えをそのまま従来のようにファックスで送信する方法もあります。要は、どこの誰がその番号なのかというのが確認できれば、その人の処方箋という形で薬局側は確認ができるので、それさえ伝われば、調剤に入れることになります。つまり、処方箋っていうのは、今まで原本がないと調剤ができなかったんです。ファックスを見てもそれはあく

までも調剤の準備であって、定義上の調剤に当たらないんですね。けれども、電子処方箋になると、控え番号を薬局が入手した時点で原本を入手することになるので、小玉委員がおっしゃったように、オンライン診療で先生とテレビ電話で診療をして、はい、お薬を出しておきますね。番号は何々ですっていう番号を教えてもらったら、その薬局のここに今度テレビ電話でつないで、私の番号は何番ですと言うと、薬局側も小玉委員の処方箋を手に入れたことになるわけです。

小玉委員 そうすると、その番号をもらうために、マイナンバーカードの他に申告が必要なのでしょうか。

安田委員 マイナンバーカードに入れることもできますけど、マイナンバーカードがなくても電子処方箋って発行してもらえるんですよ。申告というより、あのお医者さん側はどこの誰さんって、ちゃんと本人確認をして、診察をしているわけです。

大越会長 要するに整理券だと思えば間違いないです。整理券が紙で出るのか、それとも自分で伝えるのかということ。お医者さんが勝手に薬局に送るっていうものではないです。あくまでも患者さんが薬局に請求するということです。ちゃんと聞けば聞くほどストンとなかなか落ちにくいとは思いますが、そういうシステムになっています。今、小玉さんが疑問に思っているようなことがストンと落ちていない人がいるために、なかなか普及しないであろうとは思っています。

安田委員 今、県内数か所ですけども、医療 MaaS（遠隔診療システム）といって、過疎地に診療車と看護師さんがいて、病院のお医者さんとテレビで診察を受ける（仕組みがある）わけです。その際に、今までの紙の処方箋だと、病院から物理的に紙処方箋が出なければダメだったのですが、電子処方箋の場合は、電子的に番号が発行されると、その番号が処方箋と同じ意味を持つので、紙の処方箋が来るのを待たなくても、すぐそのまま薬局に伝えれば、薬局の方から薬を貰えるっていう形になるため、状況とか使い方によっては、非常に便利になる仕組みだと思ってもらえればいいと思います。

大越会長 いつでも都合のいい時に薬局に薬を取りに行けば受け取れるというような形ですね。配達とかっていうことになると、さきほどの不法行為になってしまうので、そこら辺は難しいかと思いますが。

伊藤良子委員 （薬機法第9条の4違反事例について）秋田市保健所管内の違反1件については対応していないんですよね？

大越会長 全て対応はされています。（事務局からも同回答）

伊藤良子委員 マイナンバーカードについて、私のようにどこにでもある名前の場合、間違っ
て他の人と紐付けされれば、自分の病歴なんかも知られる可能性があるため、私は嫌
です。今は幸い病院にかかっていませんが、以前、病院で手術したり、外来受診した
時はありふれた名前であるために、間違われていたので、私はマイナンバーカードを
勧められても、カードは作りましたが使っていません。

安田委員 マイナンバーカードのことで補足なのですが、カードは人に貸したり渡
したりするものではなく、機械に入れて、顔か暗証番号で認識して、そこでご本人
さんとカードの持ち主って決まりますよね。診察などでお呼びする時は、医療機
関さんの方ではお名前おっしゃってください、生年月日をおっしゃってくださいと
言って確認してくれると思いますので、間違われる心配っていうのは最近なくなっ
てきていると思います。ですので、そこはあまり心配なさなくても大丈夫です。

イ 薬機法等制度改正の状況について

事務局から、資料2により説明（省略）

大越会長 この件に関しては、穴があるものが多すぎるんですね。調剤の一部業
務委託についても、誰が責任を取るのかっていうことも全く明確化されてないで
す。ですから、今こういうことが話し合われて、こういう方向に行っていますよと
いうくらいで御理解いただければと思うのですが、何かご質問等ありますか。

各委員 意見なし

ウ 各部会開催状況について

事務局より、資料3により説明（省略）

大越会長 3つの部会開催状況について説明いただきましたが、何かご質問等あ
りますでしょうか。

各委員 意見なし

(2) 協 議

令和7年度秋田県血液事業推進計画（案）について

事務局から、資料4により説明（省略）

面川委員 多少補足させていただきますが、令和7年度の計画では、大きな特徴が二つあります。最初のページを見ていただきたいと思います。令和7年度に確保すべき血液目標量がありますが、秋田県は人口減少と高齢化が著しく、大きく影響を受けております。赤血球と血漿は、昨年度比で多少増減はあるものの、大きく変わりはないのですが、血小板製剤が63,420単位（昨年比7,490単位減）であり、血小板製剤の使用量がここ数年大きく減少しています。秋田県のピークで10万単位を超えることがあったので、（ピーク時の）3分の2ぐらいになっている状況です。これは、色々な要因があるのですが、医療の進展というところが大きいです。血液疾患の患者さんに抗がん剤や化学療法を強力にやって、血小板減少をきたして（血小板製剤を）適用するというのが通常であったのが、今は、効果的な薬剤ができたことによって、その必要度も少なくなったという点があります。このように、新薬の開発が非常に大きいです。

また、原料血漿の確保ということになります。来年は15,861Lということで、これは何に使われるかという、血漿分画製剤のアルブミンと免疫グロブリンの精製に使われます。輸入でもアルブミンや免疫グロブリンの確保ができますが、国内需給を達成しようという国の大きな目標があります。アルブミンの使用量は適正使用が進んでいますので、年々減っていますが、今、問題になっているのは、免疫グロブリンの使用量の増加なんです。神経難病等に免疫グロブリンを使うケースが非常に増えており、使用量が大きく増える、そうしますと、日赤に国から割り振られる原料血漿確保量も増えるということになっています。こうしたことが令和7年度の特徴としてあると思います。

伊藤良子委員 2年くらい前に秋田市役所で献血キャンペーンをやっていたのですが、結構、時間が長かったので、血液センターの方にいつまで採血や献血をやっているんですかとお尋ねしたところ、40人の目標分が集まらないということだったんです。それで、秋田市役所では、職員や来庁の皆様に対して、献血協力をお願いしますってアナウンスしていたのです。仕事中でも献血できるし、市役所は、大庁舎なのでかなりの人数だと思うのですが、わずか40名も集まらないということが私は疑問だったんです。ですので、工夫として、事前に市役所の職員とかに周知徹底とかできないものではないかと思いました。

面川委員 今、40人という数字が出たと思いますが、献血できる所は、献血バ

スのほかに固定施設のルームもあるのですが、献血バスの目標は、大体定まっています、40人というのは最低ラインです。県内いろいろな事業所がありまして、一つのバスで行くのですが、2カ所、3カ所回って献血者を集めていくということです。県庁や市役所は大きい事業所ですので、バスを一日いっぱい配車することもあります。バスの一稼働で何人を採血するかという数字がありますが、秋田県の昨年のバス一台平均は43人なのですが、もっと多い県（60人程度）があります。秋田県の順位は、全国40位ぐらいです。それでも努力してきたところではあります。秋田市役所は、職員の方がたくさんいらっしゃるのですが、市役所の内部にお伺いして、御案内し、各部署に御連絡くださいということもお話しておりますし、当日はもちろん市役所の許可、また事業所の許可を得られれば、所内を回ってということ而努力してやっている結果でございます。鋭意努力しているところであります。

伊藤良正
委員

献血率が3.7%というのは、全国的に見て高いのかということと、令和2年の人口で割って算出しているのですが、令和2年ですと県人口が95万人くらいいたのですが、今はもう90万人を切っているので、微々たるものかもしれませんが、今はもっと率は高くなっているということだと思います。秋田県は高齢者人口が多いですから、実際に献血できる人数というのはもっと厳しいというか、少ないのかと思いますが、どうなのでしょうか。

面川委員

秋田県は、実は若齢者10代20代の献血率が全国的に高いという特徴になっています。献血は69歳までできます。率としては記載のとおりなのですが、リスクとしてはそれほどでもないと考えています。

3. その他

嶋田委員

THC（大麻の有害成分）が麻薬指定になったということで、今後、買い上げ強化が行われるのかということと、大麻由来の製品が販売されるとなると、製品の形態によって含量が規定されると思うのですが、成分表示として、分析した結果を載せて販売されるのでしょうか。

事務局
（笹嶋）

買い上げ調査に関しては、現在も（国の委託事業として）やっておりまして、THC（テトラヒドロカンナビノール）という、大麻に含まれる有害成分が入っているかどうかという検査は、今後も継続してやっていくことになると思います。現状は、国衛研（国の検査機関）に買い上げた製品を送りましてそちらで分析していますが、そのスキームで、今後も対象として行われていくと考えております。成分表示に関しまして

は、現時点では、どのように表示されるかは情報がありません。嶋田委員おっしゃった通り、有害成分に関しては、その形態（例えばのオイルや飲料等）によって、その上限値が定められましたので、当然、市場流通するものはその上限値未満のものが流通されることになるのですが、そこに表示まで求めるかどうかについては、今後、詰められていく可能性はあります。

午後4時30分会議終了