

基礎研 レポート

かかりつけ薬剤師・薬局はどこまで医療現場を変えるか

求められる現場やコミュニティでの実践、教育や制度の見直し

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～かかりつけ薬剤師・薬局は医療現場を変えるのか～

服薬指導や健康管理、在宅ケアなどで主体的な役割を担うことが期待される「かかりつけ薬剤師・薬局」に関する診療報酬の仕組みが2016年度にスタートし、5年目を迎えた。さらに、2021年8月からは高齢者などの薬の適正使用をサポートする「地域連携薬局」の認定もスタートするなど、近年は薬剤師・薬局を巡る制度改正が相次いで実施されている。これらの背景には、薬剤師や薬局の業務の中心を調剤などの「対物（モノ）」だけでなく、服薬指導や薬歴管理、在宅療養支援、健康づくりのサポートなど「対人（ヒト）」にシフトさせたいという政府の思惑がある。分かりやすく言えば、「薬剤師＝薬を出してくれる人」「薬局＝薬を出してくれる場所」という役割の変容が迫られている。

では、こうした制度改正はどこまで奏功し、医療現場をどう変えるのだろうか。本稿では、かかりつけ薬剤師・薬局を巡る制度改正の経緯や背景を振り返りつつ、薬剤師や薬局を巡る現状と課題を指摘。その上で、現場やコミュニティでの実践、教育・制度の見直しなど今後の方向性を論じる。

2—かかりつけ薬剤師・薬局とは何か

1 | かかりつけ薬剤師・薬局に求められる主な役割

「地域薬局」認定制を開始 厚労省「かかりつけ」普及目指す——。2021年8月の新聞紙面で、こうした記事が紹介された¹。これは後述する地域連携薬局を紹介する記事であり、これに限らず、かかりつけ薬剤師・薬局に関する制度は5年ほど前から段階的に整備されている。

まず、かかりつけ薬剤師に期待される主な業務としては、表1の通り、▽薬の一元的・継続的な把握、▽薬の飲み合わせなどの

表1：かかりつけ薬剤師・薬局の主な役割

➤ 薬の一元的・継続的な把握	➤ 飲み残した場合の薬の整理
➤ 薬の飲み合わせなどのチェック	➤ 調剤後のフォロー
➤ 薬に関する丁寧な説明	➤ 在宅療養が必要になった場合の対応
➤ 時間外の電話相談	➤ 血液・生化学検査結果などを基にした説明
➤ 他の医療関係者との連携	

出典：厚生労働省資料を基に作成

¹ 2021年8月1日『読売新聞』。

▽調剤後のフォロー、▽在宅療養が必要になった場合の対応、▽血液・生化学検査結果などを基にした説明——などが列挙されている。

つまり、薬を正確に調剤して患者に渡す仕事だけでなく、服薬指導や薬歴管理、薬の飲み合わせや副反応のチェック、残薬解消、在宅ケアでの支援など幅広い業務が想定されている。こうした薬剤師・薬局を拡大する方針については、政府が年末に改定している「新経済・財政再生計画 改革工程表」でも位置付けられており、2020年版では「かかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数」を2022年度までに60%とする数値目標が設定されている。

さらに、こうした薬剤師、あるいは薬剤師が勤務する薬局を後押しするため、様々な制度改正が矢継ぎ早に講じられている。以下、関連する制度として、①かかりつけ薬剤師指導料、②地域支援体制加算、③健康サポート薬局、④地域連携薬局、⑤その他——の順で概要を取り上げる²。

2 | かかりつけ薬剤師指導料

まず、かかりつけ薬剤師の活動を診療報酬で評価する「かかりつけ薬剤師指導料」である³。現在、診療報酬点数は76点（1点＝10円、以下は同じ）であり、表2で挙げた通り、▽患者による同意の取得、▽患者1人に対して、1人の保険薬剤師のみがかかりつけ薬剤師指導料を算定、▽薬剤服用歴管理指導料に関する業務を実施、▽患者が受診している全ての保険医療機関、服用薬などの情報を把握、▽担当患者から24時間相談に応じる体制——などが主な要件として定められている。

施設の要件としても、▽保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験、▽原則として、当該保険薬局に週32時間以上勤務、▽施設基準の届出時点において、当該保険薬局に1年以上在籍、▽医療に関する地域活動の取組に参画、▽独立したカウンターなど患者のプライバシーに配慮——などが定められている。

表2：かかりつけ薬剤師指導料の主な要件

<ul style="list-style-type: none"> ➢ 患者が選択した保険薬剤師が患者の同意を取得。 ➢ 同意は当該患者の署名付きの同意書を作成、保管し、その旨を薬剤服用歴に記載。 ➢ 患者1人に対して、1人の保険薬剤師のみがかかりつけ薬剤師指導料を算定。 ➢ 手帳などにかかりつけ薬剤師の氏名、勤務先の保険薬局の名称及び連絡先を記載。 ➢ 担当患者に対して以下の業務を実施。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤服用歴管理指導料に係る業務。 ・ 患者が受診している全ての保険医療機関、服用薬などの情報を把握。 ・ 担当患者から24時間相談に応じる体制を取り、患者に開局時間外の連絡先を伝え、勤務表を交付。 ・ 調剤後も患者の服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案。 ・ 必要に応じて患家を訪問して服用薬の整理などを実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験。 ➢ 原則として、当該保険薬局に週32時間以上勤務。 ➢ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に1年以上在籍。 ➢ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度などの研修認定を取得。 ➢ 医療に関する地域活動の取組に参画。 ➢ 患者との会話のやり取りが他の患者に聞こえないようパーティションなどで区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮。
---	---

出典：厚生労働省資料を基に作成

この仕組みが作られたのは2016年度診療報酬改定であり、制度の大枠は余り変わっていないが、制度創設時の診療報酬点数は70点だった。その後、2年に一度の診療報酬改定に際して拡充策が論点となったほか、消費税引き上げに伴う影響も含めて、診療報酬の点数や加算の要件が段階的に見直されている。

² かかりつけ薬剤師・薬局に関する最近の制度改正に関しては、玉田慎二（2020）『医薬分業の光と影』ダイヤモンド社、伊藤由希子（2019）「問われる薬局・薬剤師の真価 地域で果たすべき役割とは？」西村周三監修『医療白書2019』、宍戸真梨（2019）「薬局薬剤師に求められる役割の変遷と現在の議論」国立国会図書館『調査と情報』820号などを参照。

³ これとは別に包括で評価する「かかりつけ薬剤師包括管理料」（291点）も設けられているが、かかりつけ薬剤師指導料を本稿では主に取り上げる。

ここで重要なのは「薬の一元的・継続的な把握」という点である。つまり、患者にとっての「お薬の入口」を一元化した上で、服薬の状況などを継続的に把握することで、薬の飲み合わせや副作用をチェックしたり、残薬を解消したりすることが目指されている。実際に表 2 に挙げた通り、「患者 1 人に対して、1 人の保険薬剤師のみがかかりつけ薬剤師指導料を算定」「患者が受診している全ての保険医療機関、服用薬などの情報を把握」といった要件が定められている。

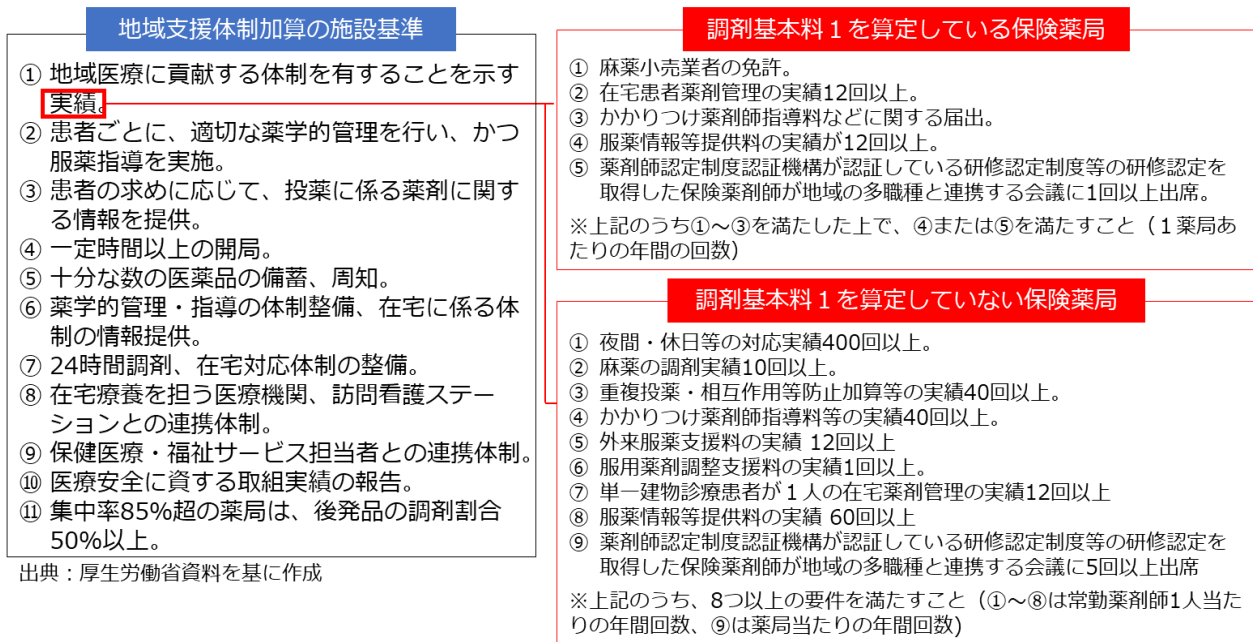
さらに、「薬剤服用歴管理指導料に関する業務を実施」という要件にも注目する必要がある。ここで言う「薬剤服用歴管理指導料」とは、薬剤師が「お薬手帳」など患者の薬剤服用歴に基づき、薬の名前や用法、用量、効能・効果、副作用、相互作用などの情報を文書で提供するとともに、服薬指導を実施した時に取得できる報酬であり、服薬指導や薬歴管理に絡む業務が義務付けられている。

つまり、かかりつけ薬剤師に期待されている役割の一つとして、患者との一元的・継続的な関係性の下、服薬指導や薬歴管理に努めることが期待されていると言える。このほか、「必要に応じて患者を訪問」という要件も定められており、在宅療養支援も意識されている様子を見て取れる。

3 | 地域支援体制加算

さらに、診療報酬上の「地域支援体制加算」(38 点) も関係する。これは 2018 年度診療報酬改定で創設された仕組みであり、かかりつけ薬剤師が機能を発揮できる薬局の機能・活動を評価している。その主な要件は図 1 の通りであり、2020 年度報酬改定で加算額が 35 点から 38 点に引き上げられたほか、加算要件の見直しも講じられた。

図 1：地域支援体制加算の要件



出典：厚生労働省資料を基に作成

具体的には、▽地域医療に貢献する体制を有することを示す実績、▽患者ごとに適切な薬学的管理を行い、かつ服薬指導を実施、▽患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供、▽24 時間調剤、在宅対応体制の整備、▽在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制——などが要件となっている。

このうち、実績については、町の薬局に該当する「調剤基本料 1」を算定している保険薬局と、そ

れ以外の薬局では要件が異なる形で設定されている。例えば、調剤基本料1を算定してる薬局については、▽在宅患者に対する薬剤管理の実績が12回以上、▽かかりつけ薬剤師指導料などに関する届出——が要件として義務付けられるとともに、調剤後も患者の服用薬や服薬状況を把握し、患者に情報を提供した場合に加算する「服薬情報等提供料」の実績が12回以上か、多職種の連携会議に参加することが求められている。

それ以外の調剤基本料1に該当しないチェーンの調剤薬局などに関しても、▽夜間・休日の対応実績が400回以上、▽重複投薬などを防止するとともに、必要に応じて処方箋を書いた医師に照会する「重複投薬・相互作用等防止加算」の実績が40回以上、▽かかりつけ薬剤師指導料の実績が40回以上、▽服薬情報等提供料の実績が60回以上——などの要件が設定されている。

4 | 健康サポート薬局

第3に、「健康サポート薬局」という仕組みも整備されている。これは2016年度から始まった仕組みであり、2015年9月に示された厚生労働省の「健康情報拠点薬局（仮称）のあり方に関する検討会」報告書で、基本的な考え方が示されている。

具体的な役割は表3の通りであり、①地域における連携体制の構築、②薬剤師の資質確保、③薬局の設備、④薬局における表示、⑤要指導医薬品などの取扱い、⑥開局時間、⑦健康相談・健康サポート——という7点が必要な機能として列挙された。

表3：健康サポート薬局に期待されている役割

①地域における連携体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 一般用医薬品等に関する相談を含め、健康の維持・増進に関する相談を受けた場合、利用者の理解を得た上で、かかりつけ医と連携して状況を確認するなど受診勧奨に適切に取り組むこと。 ➢ 健康の維持・増進に関する相談に対し、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションのほか、健診や保健指導の実施機関、市町村保健センターその他の行政機関、介護保険法における介護予防・日常生活支援総合事業の実施者などの連携機関への紹介に取り組むこと。 ➢ 地域の一定範囲内で、医療機関その他の連携機関とあらかじめ連携体制を構築し、連絡・紹介先リストを作成していること。 ➢ 利用者の同意が得られた場合に、必要な情報を紹介先の医療機関などに文書により、提供するよう取り組むこと。 ➢ 地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、介護支援専門員協会などに連携・協力し、地域の行政や医師会などが実施・協力する健康の維持・増進その他の各種事業などに積極的に参加するよう取り組むこと。
②薬剤師の資質確保	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 一般用医薬品や健康食品などの安全かつ適正な使用に関する助言や健康の維持・増進に関する相談、適切な専門職種や関係機関への紹介などに関する研修を修了し、一定の実務経験を有する薬剤師が常駐していること。
③薬局の設備	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 薬局内に、パーテーション等で区切られた相談窓口を設置していること。
④薬局における表示	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 健康サポート機能を有する薬局であることや、一般用医薬品や健康食品などの安全かつ適正な使用に関する助言や健康の維持・増進に関する相談を積極的に行っている旨を薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。 ➢ 薬局で実施している健康サポートの具体的な内容について、薬局内で分かりやすく提示すること。
⑤要指導医薬品などの取扱い	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 要指導医薬品、衛生材料、介護用品などについて、利用者自らが適切に選択できるよう供給機能や助言の体制を有していること。その際、かかりつけ医との適切な連携や受診の妨げとならないよう、適正な運営を行っていること。 ➢ 要指導医薬品や健康食品などに関する相談を受けた場合には、利用者の状況や要指導医薬品や健康食品などの特性を十分に踏まえ、専門的知識に基づき説明すること。
⑥開局時間	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 平日の開局日には連続して開局（午前8時から午後7時までの時間帯に8時間以上が望ましい）していること、さらに土日どちらかにも一定時間開局していること。
⑦健康相談・健康サポート	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 一般用医薬品や健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言や健康の維持・増進に関する相談に対応すること。 ➢ 販売内容や相談内容（受診勧奨や紹介の内容を含む）を記録し、一定期間保存していること。 ➢ 積極的に健康サポートの具体的な取組（例えば、薬剤師による薬の相談会の開催や禁煙相談の実施、健診の受診勧奨や認知症早期発見につながる取組、医師や保健師と連携した糖尿病予防教室や管理栄養士と連携した栄養相談会の開催など）を実施していること。 ➢ 地域の薬剤師会などを通じて自局の取組を発信し、必要に応じて、地域の薬局の取組を支援していること。 ➢ 国、地方自治体、関連学会などが作成する健康の維持・増進に関するポスターの掲示やパンフレットの配布により、啓発活動に協力していること。

出典：厚生労働省資料を基に作成

このうち、①の地域における連携体制の構築について、かかりつけ医への受診勧奨、地域包括支援センターなど介護関係機関との連携、行政や医師会など各種事業への参加が例示されている。さらに、

⑦の健康相談・健康サポート機能では、薬剤師による薬の相談会の開催や禁煙相談の実施、健診の受診勧奨や認知症早期発見に繋げる取り組み、医師や保健師と連携した糖尿病予防教室、管理栄養士と連携した栄養相談会の開催などが示されている。

5 | 地域連携薬局

かかりつけ薬剤師・薬局に関連する仕組みとして、「地域連携薬局」という仕組みが2021年8月からスタートした。これは2019年に改正された薬機法（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律）に基づいており、表4のような要件が定められている⁴。

表4：地域連携薬局の認定基準

<p>①利用者の心身の状況に配慮する観点から必要な構造設備</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▶ 利用者が座って情報の提供、薬学的知見に基づく指導を受けることができる間仕切りなどで区切られた相談窓口その他の区画並びに相談の内容が漏えいしないよう配慮した設備を有すること。 ▶ 高齢者、障害者などの円滑な利用に適した構造であること。
<p>②利用者の薬剤・医薬品の使用に関する情報を他の医療提供施設と共有する体制</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▶ 過去1年間で、実務に従事する薬剤師を、地域包括ケアシステムの構築に資する会議に継続的に参加させていること。 ▶ 利用者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報について地域における医療機関に勤務する薬剤師等に対して随時報告・連絡することができる体制を備えていること。 ▶ 過去1年間、利用者の薬剤、医薬品の使用に関する情報について地域における医療機関に勤務する薬剤師等に対して月平均30回以上報告・連絡させた実績があること。 ▶ 利用者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報について地域における他の薬局に対して報告、連絡することができる体制を備えていること。
<p>③地域の患者に対し安定的に薬剤を供給するための調剤・調剤された薬剤の販売、授与の業務を行う体制</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▶ 開店時間外であっても、利用者からの薬剤及び医薬品に関する相談に対応する体制を備えていること。 ▶ 休日、夜間であっても、調剤の求めがあった場合、地域における他の薬局開設者と連携して対応する体制を備えていること。 ▶ 在庫として保管する医薬品を必要な場合、他の薬局開設者に提供する体制を備えていること。 ▶ 麻薬の調剤の求めがあった場合、当該薬局で調剤させる体制を備えていること。 ▶ 無菌製剤処理を実施できる体制を備えていること。 ▶ 医療安全対策に係る事業に参加するなど、医療安全対策を講じていること。 ▶ 常勤として勤務している薬剤師の半数以上が、当該薬局に継続して1年以上常勤として勤務している者であること。 ▶ 常勤として勤務している薬剤師の半数以上が、地域包括ケアシステムに関する研修を修了した者であること。 ▶ 実務に従事する全ての薬剤師に対し、1年以内ごとに、地域包括ケアシステムに関する研修などを計画的に受けさせていること。 ▶ 過去1年間、地域における他の医療提供施設に対し、医薬品の適正使用に関する情報を提供していること。
<p>④居宅などにおける調剤、情報の提供、薬学的知見に基づく指導を行う体制</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▶ 居宅などにおける調剤並びに情報の提供及び薬学的知見に基づく指導について、過去1年間で月平均2回以上実施した実績があること。 ▶ 高度管理医療機器または特定保守管理医療機器の販売業の許可を受け、訪問診療を利用する者に対し、必要な医療機器、衛生材料を提供するための体制を備えていること。

出典：厚生労働省資料などを基に作成

具体的には、▽利用者の心身の状況に配慮する観点から必要な構造設備、▽利用者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報を他の医療提供施設と共有する体制、▽地域の患者に対し安定的に薬剤を供給するための調剤及び調剤された薬剤の販売又は授与の業務を行う体制、▽居宅などにおける調剤並びに情報の提供及び薬学的知見に基づく指導を行う体制——を満たすことが義務付けられている。

ここで注目されるのは、2番目の「利用者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報を他の医療提供施設と共有する体制」である。つまり、利用者の薬剤や医薬品の使用などに関して、病院など他の医療機関と情報を共有する必要性が示されており、かかりつけ薬剤師指導料や地域支援体制加算の要件、

⁴ 今回は詳しく触れないが、2019年の薬機法改正では、がんなどの専門的な薬学管理について関係機関と連携して対応できる「専門医療機関連携薬局」という仕組みも作られた。

健康サポート薬局の要件と重複する部分が多い。具体的には、「過去1年間において、実務に従事する薬剤師を、地域包括ケアシステムの構築に資する会議に継続的に参加させていること」が要件となっている。

ここで言う地域包括ケアは多義的に使われており、言葉遣いには注意を要するが、地域医療介護総合確保推進法の定義⁵に沿うと、在宅医療や医療・介護連携、介護予防、生活支援などの会議を指していると考えられる。より具体的に言えば、2015年度から市町村に設置が義務付けられている「地域ケア会議」であり、この会議では医師や看護師、リハビリテーション専門職、ケアマネジャー（介護支援専門員）などの関係職種が個別事例を基に改善策などを話し合うことで、ネットワークの形成や地域づくりの推進が期待されている。こうした場に薬剤師の参画が期待されていると言える。

さらに、4番目の「居宅などにおける調剤並びに情報の提供及び薬学的知見に基づく指導を行う体制」では、在宅の患者に対する療養支援が意識されており、かかりつけ薬剤師指導料や地域支援体制加算の要件と重複している様子を見て取れる。

なお、既述した健康サポート薬局との違いは些か分かりにくいだが、健康サポート薬局は都道府県への「届出」、地域連携薬局は都道府県による「認定」といった違いがある。

6 | その他の制度改正

このほか、かかりつけ薬剤師・薬局に関連する制度改正がいくつか進んでいる。まず、処方箋の電子化が挙げられる。これは2023年1月からの運用開始に向けて検討が進んでおり、服薬指導の充実や多剤投与の解消に貢献する可能性がある。具体的には、投薬が一定の基準を超えると、医師や薬剤師が使用しているコンピューターに「重複」「過剰」といった表示が自動的に出るため、医師と薬剤師の意思疎通の強化とか、服薬指導の充実を通じて、かかりつけ薬剤師・薬局の機能をサポートするインフラになる可能性がある。

さらに、マイナンバーカードを活用した健康保険証のオンライン資格確認が2021年3月から始まったことで、服薬指導や薬歴管理が容易に進みやすくなることも期待できる。オンライン資格確認では医師や薬剤師が患者の薬剤情報を閲覧できるようになり、事実上のPHR（Personal Health Record）として個人の健康管理に使われる可能性がある。

新型コロナウイルスへの対応で注目されているオンライン診療⁶の関係でも、2019年の薬機法改正を受けて処方箋薬剤交付時の服薬指導がオンラインで可能となり、2020年度診療報酬改定でオンライン服薬指導に関して本格的に報酬の点数が付いた。さらに、コロナ対応の一環として電話やオンラインによる服薬指導を受けた後、薬の配送を受けられる特例が導入された。

オンラインを活用した医療に関しては、初診対面原則の是非など様々な論点が残されているが、オンラインによる服薬指導が広がれば、薬剤や薬局の多様化に繋がる可能性がある。

⁵ 地域包括ケアは2014年制定の地域医療介護総合確保推進法で、「地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義されているが、現在は多義的に使われている。多義的に使われている実態や背景に関しては、介護保険発足20年を期したコラムの第9回を参照。

⁶ オンライン診療の論点については、2020年6月5日拙稿「[オンライン診療を巡る議論を問い直す](#)」を参照。

7 | かかりつけ薬剤師・薬局に関する制度に共通するキーワード

ここまでの記述を通じて、2016年度以降の制度改正に共通する論点やキーワードが見えて来るのではない。具体的には、処方箋の枚数に頼る経営ではなく、対人業務にシフトする必要性とか、薬局の多様化といった論点であり、キーワードとしては、「薬の一元的・継続的な把握」「服薬指導、薬歴管理の充実」「多職種連携への参画」「在宅医療への参画」などが想定される。それぞれの制度で言葉遣いや力点に違いはあるが、厚生労働省が今後の薬剤師・薬局に期待される役割が見えて来る。

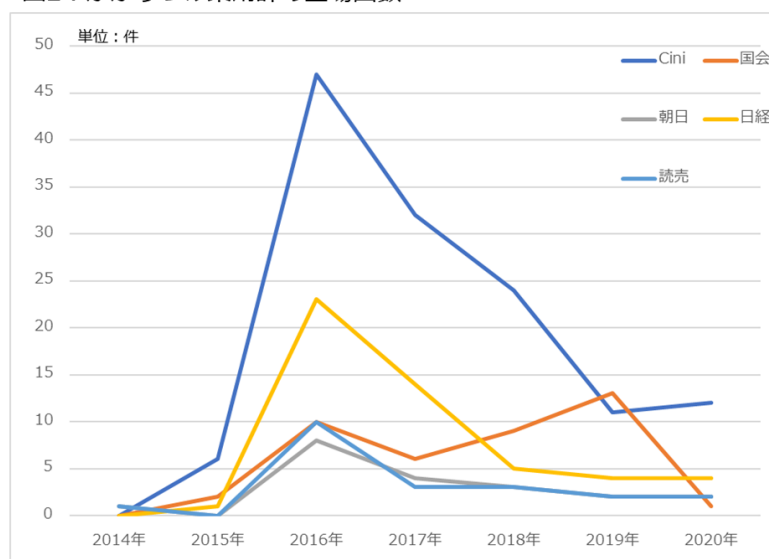
では、こうした仕組みはなぜ生まれたのだろうか。実は、内閣府の世論調査⁷によると、薬局の薬剤師による薬の説明や相談への対応について、「満足している」という答えが85.3%（「とても満足している」「やや満足している」の合計）に上っており、ここまでの制度改正は不必要という判断もあり得るかもしれない。このため、矢継ぎ早に制度改正が始まった2015～2016年頃、どんな議論が交わされたのか把握する必要がある。以下、当時の経緯を振り返りつつ、一連の制度改正の背景を考察する。

3——かかりつけ薬剤師・薬局が制度化された経緯

1 | 突然浮上したことを示す数字

実は、政策形成過程で「かかりつけ薬剤師」「かかりつけ薬局」という言葉が一般的に使われるようになったのは最近に過ぎない。図2は国立情報学研究所が提供する「CiNi」（NII 学術情報ナビゲータ）、国立国会図書館が運営する「国会会議検索録システム」、さらに『朝日新聞』、『日本経済新聞』、『読売新聞』のデータベースで、「かかりつけ薬剤師」という言葉がヒットした回数の年次別推移である。

図2：かかりつけ薬剤師の登場回数



出典：国立情報学研究所「CiNi」、国立国会図書館「国会会議検索録システム」、朝日新聞「聞蔵Ⅱビジュアル」、日本経済新聞「日経テレコン」、読売新聞「ヨミタス歴史館」を基に作成
注1：国会会議録は同じ日に複数回、登場した場合でも1件でカウントした。
注2：朝日はデジタル、『週刊朝日』『AERA』も含む。
注3：日経は『グローバル』『日経産業新聞』などを含む。

これを見ると分かる通り、2016年に増えた様子を読みとれる（国会会議録で2019年の件数が増えている

のは先に触れた改正薬機法の審議による影響と思われる）。確かに当時の経緯を振り返ると、かかりつけ薬剤師・薬局の制度化論議は些か唐突に浮上した。その契機は2015年の規制改革会議の指摘だった。

2 | 規制改革会議の議論

医薬分業に見合うメリットを感じていないのではないか——。政府の規制改革会議は2015年3月の公開ディスカッションで、医師と薬剤師の仕事を分離する「医薬分業」の見直しを提起した。ここで

⁷ 202年2月12日、内閣府「薬局の利用に関する世論調査」を参照。回答者数は1,944人。

言う医薬分業とは、「医師は処方箋、薬剤師は調剤・服薬指導」と両者の業務を分けることで、薬の副作用や安全性などについて薬剤師がチェックできる体制を指す。医薬分業の歴史的な経緯の詳細は後段で述べるとして、規制改革会議は2015年6月の第3次答申で下記のように指摘した。

- ・ **医薬分業においては、薬剤師が処方医とは独立した立場で患者に対する薬学的管理を行う必要がある。このため保険薬局と保険医療機関は、一体的な経営だけでなく、一体的な構造も禁止され、公道等を介さずに専用通路等により患者が行き来する形態であってはならないとされている。**
- ・ **患者の利便性に配慮する観点から、保険薬局と保険医療機関の間で、患者が公道を介して行き来することを求め、(略)その結果フェンスが設置されるような現行の構造上の規制を改める。**

ここでのポイントは「フェンス」だった。当時、医薬分業を物理的に担保するため、病院と同じ敷地に薬局を設置することを禁じる規制が導入されていた。このため、規制改革会議は「車いすを利用する患者や高齢者等に過度な不便を強いているのではないかとの指摘がある」と論じた。結局、フェンスの規制は2016年10月から部分的に見直された。

さらに、規制改革会議が医薬分業の有効性にまで疑問を投げ掛けたことで、厚生労働省は「防戦」を強いられた。しかも、当時は薬剤服用歴管理指導料の加算を取得しているのに、薬歴を記載していない不正請求など薬局を巡る不祥事が続発したことで、日本医師会（日医）から医薬分業の意義について疑問が寄せられていた⁸。こうした状況の下、規制改革会議の第3次答申では、「地域包括ケアの中でチーム医療の一員として専門性の発揮が期待されている『かかりつけ薬局』については、その要件を明確化する」と定められるに至った。

3 | 患者のための薬局ビジョン

さらに規制改革会議の議論と並行する形で、厚生労働省は薬剤師・薬局の業務見直しを進めた。2015年10月には「患者のための薬局ビジョン」（以下、薬局ビジョン）を公表し、薬剤師・薬局の業務見直しに関して、①立地から機能へ、②対物業務から対人業務へ、③バラバラから一つへ——という3つを掲げた。これは現在の制度改正論議にも通じる報告書なので、少し丁寧に見て行こう。

1番目の点については、薬局ビジョンはサブ見出しに『『門前』から『かかりつけ』、そして『地域』へ』という表現を用いている通り、医療機関の目の前に立地することで患者を獲得する「門前薬局」からの転換を促した。具体的には、「門前薬局など立地に依存し、便利さだけで患者に選択される存在から脱却し、薬剤師としての専門性や、24時間対応・在宅対応等の様々な患者・住民のニーズに対応できる機能を発揮することを通じて患者に選択してもらえるようにする」と指摘した。

2点目について、薬局ビジョンは「患者に選択してもらえる薬剤師・薬局となるため、専門性やコミュニケーション能力の向上を通じ、薬剤の調製などの対物中心の業務から、患者・住民との関わりの度合いの高い対人業務へとシフトを図る」と強調した。

イメージとしては、処方箋を受け取った後の調剤だけでなく、▽処方内容チェック（重複投薬、飲

⁸ 2012年4月に会長に就いた日医の横倉義武氏は「医薬分業で医療費がどれだけ伸びているのかも検討しなければならない。本当に医薬分業が国民のためになっているのかを考える必要がある」と述べていた。2012年4月4日『m3.com』配信記事。

み合わせ)、▽医師への疑義照会、▽丁寧な服薬指導、▽在宅訪問での薬学管理、▽副作用・服薬状況のフィードバック、▽処方提案、▽残薬解消——といった業務を挙げた。

3番目の「バラバラから一つへ」では、「患者・住民がかかりつけ薬剤師・薬局を選択することにより、服薬情報が一つにまとまり、飲み合わせの確認や残薬管理など安心できる薬物療法を受けることができる」「薬剤師・薬局が調剤業務のみを行い、地域で孤立する存在ではなく、かかりつけ医を始めとした多職種・他機関と連携して地域包括ケアの一翼を担う存在となる」と定めた。

要約すると、門前薬局を中心に調剤業務で報酬を稼ぐビジネスモデルではなく、患者とのコミュニケーションを通じた丁寧な服薬指導とか、医師や介護職との連携を通じた在宅ケアの支援、多剤投与や残薬解消など、患者個人のニーズに合わせた業務を強化するよう訴えたわけだ。その際には患者が複数の薬剤師にかかっていると、継続的な服薬指導や薬学管理などが難しくなるため、かかりつけ薬剤師・薬局が一元的に対応することを重視したと言える。

別の角度で見ると、薬剤師の業務や薬局の機能を多様化させる狙いも読み取れる。2017年に公表された国の委託調査報告書⁹によると、「薬局は何をしてくれるか」という問いに対し、国民の9割以上が「医師から処方された薬を受け取る場所」と答えていたが、「薬剤師＝薬を出してくれる人」「薬局＝薬を出してくれる場所」という国民の意識を変えるような行動変容を薬剤師、薬局に迫っていると言える。その際には「門前薬局」に代表される通り、医療機関からのアクセス性だけで選ばれている薬局の機能を多様化させる意図も看取できる¹⁰。

しかも、規制改革会議の指摘は直接的な引き金に過ぎず、通奏低音に流れる社会的な背景にも注目する必要がある。以下、①薬局調剤費の適正化の必要性、②多剤投与、残薬の解消の必要性、③「生活モデル」への転換の必要性——の順で説明する。

4——かかりつけ薬剤師・薬局が制度化された社会的な背景

1 | 薬局調剤費の適正化の必要性

第1に、薬局調剤費の適正化の必要性である。保険財政からの支出を示す国民医療費のうち、薬局調剤医療費は図3の通り、2016年度まで右肩上がりの基調で増加しており、国民医療費に占めるシェアも伸びていた。こうした状況の下、かかりつけ薬剤師が制度化された背景として、薬局調剤医療費を抑制したいという思惑があったことは間違いない。実際、規制改革会議による2015年3月の公開ディスカッションでは、健康保険組合連合会や日医が医薬分業を再考する必要性を指摘する際、薬局調剤医療費の増加に言及していた。

なお、2015年度を境にして、薬局調剤医療費の金額と、国民医療費に占めるシェアが低下している点については、特殊要因と制度的な要因が考えられる。2016年度については、C型肝炎治療薬が登場したことに伴って2015年度の医療費が大きく伸びた反動に伴う減少と考えられる。

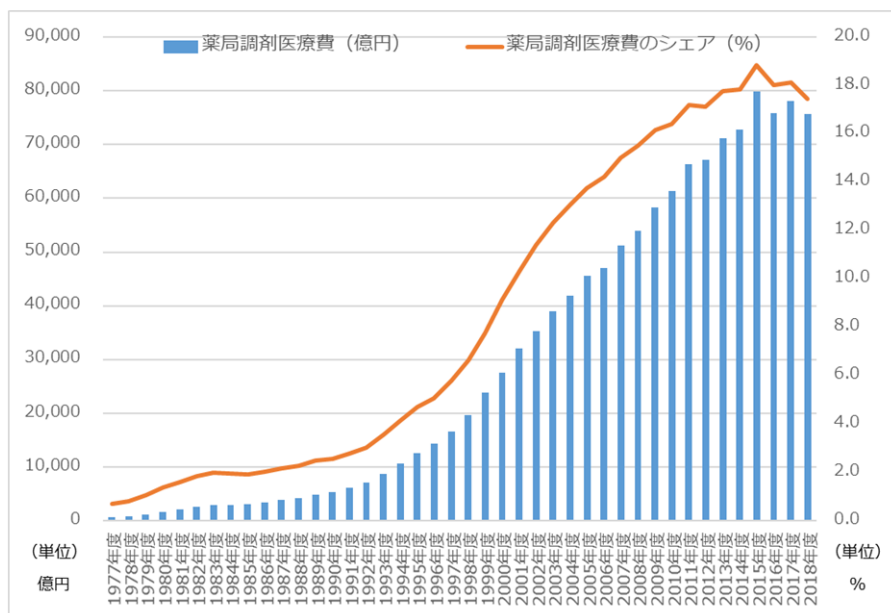
⁹ みずほ情報総研(2017)「患者のための薬局ビジョン実現のための実態調査報告」を参照。「薬局は何をしてくれるか」という問いに対し、「医師から処方された薬を受け取る場所」という回答が94.8%、「医師から処方された薬について説明する場所」という回答が76.2%であり、以下は「薬について相談する場所」は64.5%、「自分の服用している薬に重複した薬がないかどうかや、相互作用を確認する場所」は56.0%、「自分の服用している薬やアレルギー歴などの情報を管理する場所」は45.4%という答えの順番だった。複数回答可。回答者数は2,025人。

¹⁰ 同上の調査では、利用した薬局を選んだ理由を尋ねる質問(複数回答可)に対し、「以前からよく利用している薬局だから」という回答が55.5%、「受診している病院・診療所から近いから」という回答が51.5%だった。回答者数は2,025人。

2018年度の減少に関しては、診療報酬の薬価引き下げに加えて、既述した通り、かかりつけ薬剤師指導料の導入など調剤報酬の改革が奏功した可能性が想定される。例えば、2018年度の薬局調剤医療費は前年度の7兆8,108億円から7兆5,687億円に減っており、65歳以上の薬局調剤医療費も4兆5,523億円から4兆3,826億円に減少した。

なお、2年に1回の頻度で見直されていた薬価は2021年度以降、毎年改定される予定であり、この後も同じ傾向が続くか見極める必要がある。

図3：薬局調剤費の推移



出典：厚生労働省「国民医療費」を基に作成
注：「薬局調剤費」の内訳が示されるようになった1977年度以降で作成。

2 | 多剤投与、残薬の解消の必要性

第2に、主に高齢者に対する多剤投与、残薬の解消である。厚生労働省が2019年6月に公表した「高齢者の医薬品適正使用の指針」では、65～74歳の3割と75歳以上の4割でそれぞれ5種類以上の薬剤が処方されている統計が示されている。さらに、1,890薬局から5,447人分の患者データを収集した研究¹¹でも内服薬数の中央値は7種類に上り、めまいや立ちくらみなどの副反応は14.4%の患者に見られたという。

こうした状況の下、既述した薬局ビジョンでは「患者が副作用等の継続的な確認を受けられたり、多剤・重複投薬や相互作用が防止されるようにするためには、かかりつけ薬剤師・薬局に、服薬情報を一元的・継続的に把握してもらい、それに基づき適切な薬学的管理や指導を受けることが非常に重要」との認識が披露されており、かかりつけ薬剤師指導料などの要件にも反映されている。

多剤投与、残薬の解消については、別の制度改正でも意識されている¹²。例えば、2021年度から本格始動したデータに基づく介護を目指す「科学的介護」では、科学的介護推進体制加算の要件として事業所や施設にデータ提出を義務付ける情報に「服薬情報」が含まれている。さらに、在宅復帰などを支援する介護老人保健施設（老健）に関する「かかりつけ医連携調剤調整加算」でも、かかりつけ医と連携しつつ、かかりつけ医と老健の医師が連携した結果、6種類以上の内服薬を1種類以上減少させた場合、加算を受け取れる類型が創設されている。

¹¹ 恩田光子ほか（2016）「在宅患者における薬物治療に伴う副作用」『薬剤疫学』21巻1号。

¹² 2021年度介護報酬改定に関しては、2021年5月14日拙稿「[2021年度介護報酬改定を読み解く](#)」、科学的介護に関しては、2022年9月15日拙稿「[科学的介護を巡る『モヤモヤ』の原因を探る](#)」を参照。

3 | 生活モデルへのシフトの必要性

さらに、在宅ケアを中心とした「生活モデル」へのシフトも意識されている。生活モデルとは、個人と環境の関係性に着目しつつ、その双方に関わることで、自宅を中心とした暮らしを支える医療の考え方であり、一般的に病気の治癒・治療を重視する「医学モデル」と対置される。具体的には、医学モデルでは病院を中心とした病気の治癒や延命が意識されていたのに対し、生活モデルでは患者と患者を取り巻く環境の双方に配慮しつつ、自宅を中心としたケアが重視される。その際には、医師を中心としたヒエラルキー構造で提供される医療ではなく、多職種による連携が重要になり、ここに薬剤師が関わる重要性が意識されている。

以下、事例で考えて見よう。例えば、軽度な認知症が疑われるものの、身体機能は衰えておらず、自分で病院やスーパーにも行ける高齢者の在宅ケアを意識すると、医師による認知機能の検査・診断や介護保険サービスを使った日常生活の支援だけでなく、互助組織と連携した見守り活動、その高齢者が日常的に使っているスーパー、交通機関との意思疎通など、様々な関係者との連携が必要になる。

では、こうした中で、薬剤師の専門性はどこで期待できるだろうか。従来は薬の正確な調剤とか、薬の飲み忘れを防ぐ「一包化」（服薬する薬を1回ずつまとめて小さな袋に小分けすること）が中心だったかもしれないが、多職種連携が必要な局面では「薬が体内に入った後の専門家」¹³として、在宅での薬歴管理や服薬指導を通じて、薬の飲み合わせから起因する副反応の把握、その場合の処方変更の提案や多剤投与・残薬解消などで関わる余地が生まれる。その際には、地域ケア会議など多職種が集まる会議に出席し、医師や看護師、リハビリテーション職、ケアマネジャーなどと情報を交換することも求められる。

この点については、薬局ビジョンで「地域で在宅医療を含めた必要な医療や在宅介護サービスを受けられるようになることを考慮すると、地域包括ケアが推進される中で、やがては多くの住民が地域の身近な薬剤師・薬局をかかりつけ薬剤師・薬局として選択していくことになる」と言及されている点とか、各種制度に在宅ケアの支援や多職種連携が要件とされている点からも見て取れる。

言い換えると、背景としての生活モデルの重要性を意識しなければ、かかりつけ薬剤師・薬局の重要性は十分に認識されないまま、単に「診療報酬の加算を取るため、どうするか」「地域連携薬局の認定を取るための要件は何か」といった些末な議論に終始しかねない。

後述する通り、実は筆者が危惧しているのは、こうした状況であり、かかりつけ薬剤師・薬局は地域医療の現場を変える可能性を有している反面、疑問を持たざるを得ない面もある。次に「かかりつけ薬剤師・薬局が機能を果たせるのか」という点について議論を深めることにする。

5——かかりつけ薬剤師・薬局の可能性

1 | 薬剤師の権限

まず、薬剤師が他の医療専門職と比して、強い権限を有している点を指摘できる。例えば、薬剤師の権限は医師や看護師などと並んで業務独占であり、理学療法士、作業療法士など名称独占となっている他の専門職と異なる。

¹³ 狭間研至（2015）『薬局マネジメント 3.0』評言社の記述を参考にした。

さらに、薬剤師法を読むと、処方箋に疑義がある場合、その処方箋を交付した医師、歯科医師に問い合わせるだけでなく、「その疑わしい点を確認した後でなければ、これによつて調剤してはならない」（第24条）と定められており、こうした権限は「医師の指示」の下で動くことが原則として義務付けられている他の専門職と比べると、強い権限と独立性を有している。この点は薬剤師が地域医療に貢献する強みとして働くと期待できる。

2 | 薬剤師の数

さらに薬剤師の多さもプラスとなる要素である。厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師統計」によると、2018年度現在で薬剤師の数は31万1,289人であり、これは医師の数（32万7,210人）とほぼ同じである。この数には企業で働く研究職なども含んでおり、全てが薬局で勤務しているわけではないが、それでも薬局には約18万人が勤務しており、その多さは強みになる可能性がある。

3 | 関連する制度での貢献

既に述べた通り、かかりつけ薬剤師・薬局への期待として、服薬指導の充実や多剤投与の解消、在宅ケアへの参画などが論じられているが、これら以外の制度改正でも貢献できる余地は大きい。

例えば、政府は健康づくりに関して、薬局で買える医薬品（いわゆるOTC医薬品）を上手に利用して自分で手当とする「セルフメディケーション」に期待しており、これを後押しする優遇税制¹⁴も2017年から創設されている。こうした健康相談に関して、薬剤師や薬局が関われる余地は考えられる。

さらに医療提供体制改革でも、薬剤師・薬局が関われる余地が考えられる¹⁵。例えば、急性期病床の削減などを目指す「地域医療構想」とか、医師の残業時間を減らす「医師の働き方改革」が進められている中、需要面から医療機関や医師の負担を減らす¹⁶観点に立ち、患者の適切な受診勧奨が重視されており、薬剤師や薬局の関与が期待される。

実際、健康づくりや受診勧奨に関して、東京都の地域医療構想では「日常的な診療、処方、服薬管理及び健康管理等を行い、必要な場合には専門的な医療につなぐ役割」「適切な受療行動を促すため、高度医療提供施設の役割や機能などを分かりやすく情報提供（筆者注：の推進）」を担う主体の一つとして、かかりつけ医¹⁷とともに、かかりつけ薬剤師が言及されている。

4 | 研究や実践例

こうした薬剤師・薬局の新たな機能について、今後の発展を期待されるような研究や実践が少しずつ

¹⁴ セルフメディケーション税制では、特定の医薬品を購入した場合、所得控除を受けられる。

¹⁵ 提供体制改革のうち、地域医療構想については、2017年11～12月の「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く](#)」（全4回、リンク先は第1回）、2019年5～6月の拙稿「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」（全2回、リンク先は第1回）、2019年10月31日「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」、2020年5月15日「[新型コロナがもたらす2つの『帰郷』現象](#)」。併せて、三原岳（2020）『地域医療は再生するか』医薬経済社も参照。医師の働き方改革に関しては、2021年6月22日拙稿「[医師の働き方改革は医療制度にどんな影響を与えるか](#)」を参照。

¹⁶ この関係で厚生労働省は現在、患者に適切な受療を促す「上手な医療のかかり方」を提唱している。その論点などについては、2020年2月5日拙稿「[『上手な医療のかかり方』はどこまで可能か](#)」を参照。

¹⁷ かかりつけ医の論点に関しては、2021年8月16日拙稿「[医療制度論議における『かかりつけ医』の意味を問い直す](#)」を参照。地域医療構想を考察する連載の2017年12月8日拙稿「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く（4）](#)」も参照。

つ蓄積されつつある。例えば、かかりつけ薬剤師指導料がスタートした直後の研究¹⁸では、かかりつけ薬剤師に期待するサービスとして、病気や健康の助言、地域の医療機関や介護施設の紹介、薬の情報の記録・管理が挙げられていた。さらに、かかりつけ薬剤師指導料の同意取得率を高める要因として、薬局が閉まっている時間帯での相談対応、地域の病院・診療所や介護施設の紹介、自宅訪問による薬の説明や管理、残薬の整理といった活動が背後要因として抽出できるという実証も示されている¹⁹。

実践に関しては、厚生労働省のウェブサイトでは好事例として、▽在宅における残薬解消に向けた資材キットの整備（埼玉県）、▽会員薬局による休日当番を輪番で回す取り組み（千葉県松戸市）、▽多剤投与の解消に向けた病院薬剤師と薬局薬剤師の連携（新潟県）、▽行政と薬剤師会の連携による糖尿病重症化予防の取り組み（長野県松本市）、▽地域の現状や足りない機能を明らかにすることで、薬剤師や薬局の自主的な対応を促す「薬局版地域医療構想」（京都府）、▽多職種連携による分割調剤を通じた服薬指導の充実（岡山県）、▽高血圧対策などに取り組む薬局を認定する県独自の「健康づくり支援薬局」制度、多剤投与の解消を目指す「在宅服薬支援事業」の取り組み（高知県）、▽電子版お薬手帳の導入助成（沖縄県）——などが紹介されている²⁰。

このほか、広島市や茨城県那珂市では残薬解消に向けて薬剤師と自治体の連携が進められているほか、約3カ月間に及ぶ延べ5,748人に対する服薬指導や薬歴管理の徹底を通じて計949万円の薬剤費を節減できた青森県薬剤師会の事例も報じられている。岡山市は薬剤師の在宅での服薬指導や残薬解消などに取り組む薬局を認定する独自の「在宅介護対応薬局」を2013年度から開始しているほか、高齢者の残薬解消に向けたケアマネジャーと薬剤師による茨城県古河市の連携事例、新型コロナウイルスへの対応として受診相談などに取り組む静岡県内の薬局による事例、生活雑貨の量販店に薬局や健康関連商品などを販売する「まちの保健室」を設置した事例もメディアに取り上げられている²¹。

こうした事例が各地で広がれば、「薬剤師＝薬を出してくれる人」「薬局＝薬を出してくれる場所」という国民の意識が変わる可能性もある。かかりつけ薬剤師の制度を認識することで、お薬手帳の提示や処方の一元化など、患者の行動に変化が見られたという研究結果も出ている²²。

しかし、国が描いているような展望、あるいは筆者が上記で挙げた期待が実現するかどうか、疑問を持たざるを得ない面もある。以下、制度が必ずしも広がっていない定着度から見た疑問、医薬分業の歴史から見た疑問、さらに技術革新から見た疑問の順で考察する。

6——かかりつけ薬剤師・薬局の可能性に向けた疑問

1 | 制度の定着度から見た疑問

まず、矢継ぎ早に実施された制度改正のうち、最初に制度化された、かかりつけ薬剤師指導料の取

¹⁸ 佐藤健太ほか（2016）「患者が求めるかかりつけ薬剤師とは」『調剤と情報』Vol. 22 No. 14。

¹⁹ 堀井徳光ほか（2021）「かかりつけ薬剤師指導料算定同意に影響をおよぼす薬剤師のサービス」『医薬品情報学』23 巻 1 号。

²⁰ 好事例に関しては、厚生労働省ウェブサイトに掲載されている2017～2018年度「患者のための薬局ビジョン実現に資するテーマ別モデル事業」、2016年度「患者のための薬局ビジョン実現のためのアクションプラン検討事業」に加えて、地域包括ケアに関する「市町村職員を対象とするセミナー」の第138回と第128回を参照。

²¹ メディアに取り上げられた事例については、2021年7月22日『新潟日報』、2021年4月3日『中国新聞』、2020年5月13日『静岡新聞』、2020年5月4日・2018年10月6日『茨城新聞』、2018年8月30日『朝日新聞』、2018年4月5日『山陽新聞』を参照。

²² 堀井徳光ほか（2021）「かかりつけ薬剤師制度認識前後のかかりつけ薬剤師の役割に対する患者の行動変化」『薬局薬学』13 巻 1 号。

得状況を見て行こう。厚生労働省の公表資料によると、2016年4月からスタートした後、算定薬局の数は1年間で約1万5,000カ所まで増えたが、2021年7月の中央社会保険医療協議会（厚生労働相の諮問機関）で示された資料²³によると、ほとんど最近は増えておらず、約6万件の調剤薬局の3割にも満たない。

健康サポート薬局の申請件数についても、制度創設から5年近くを経ているのに、2021年3月末現在で2,515件に過ぎない。内閣府が2021年2月に公表した世論調査²⁴でも健康サポート薬局に関する認知度について、「よく知っていた」という答えが1.5%、「言葉だけは知っていた」と答えた割合が6.5%にとどまり、「知らなかった」と答えた者の割合が91.4%となっていた。薬剤師が在宅ケアで服薬指導などに従事した場合に受け取れる介護保険の居宅療養管理指導を算定している薬局の数を見ても、2019年現在で約2万5,000件にとどまっている²⁵。

つまり、様々な制度改正が積み重ねられているにもかかわらず、それほど制度が広がっているとは言えない。言い換えれば、「対物業務から対人業務」などの転換方針を2015年頃から掲げているものの、調剤報酬を頼りにする調剤薬局の経営は余り変わっていない様子を見て取れる。

2 | 医薬分業の歴史から見た疑問

医薬分業の歴史を見ると、現時点で語られている薬剤師・薬局の見直し論議が決して新しくないことを確認できる。ここで簡単に医薬分業の歴史²⁶を振り返ると、近代以前の日本では、医師の別名を「薬師（くすし）」と呼んでいた通り、医師と薬剤師の仕事が未分化であり、医師が薬を処方するだけでなく、薬を調剤したり、販売したりしていた。その後、明治期に入って西欧では一般的な医薬分業の導入論議が始まったが、調剤の権利を手放したがる医師サイドと、医薬分業を望む薬剤師の間で、「百年戦争」とも言えるほど長く激しい議論が交わされた。特に敗戦後、GHQ（連合軍最高司令部）の指示で、医薬分業を強制実施する流れが生まれたが、日医の強い反対で頓挫した。

結局、1974年度から院外処方の報酬が引き上げられるなどして、実質的に医薬分業が図られた。その後、薬剤師法は累次の改正を経て、その権限が強化されており、既述した処方箋に関する疑義紹介に加えて、服薬指導や薬歴管理についても根拠規定が盛り込まれている。

つまり、在宅ケアや多職種連携に関わる部分を除けば、かかりつけ薬剤師・薬局の充実に関して、ここ5~6年で語られている議論は医薬分業を含めて、全て以前から論じられていると言える。それにもかかわらず、同じようなテーマが論じられていることを踏まえると、医薬分業が効果を発揮していない可能性が想定される。

この点については、規制改革会議が実施したアンケート調査²⁷と符合する。調査によると、医薬分

²³ 2021年7月14日、中央社会保険医療協議会総会資料。

²⁴ 2021年2月12日、内閣府「薬局の利用に関する世論調査」を参照。回答者数は1,944人。

²⁵ 2020年8月19日、社会保障審議会介護給付費分科会資料を参照。

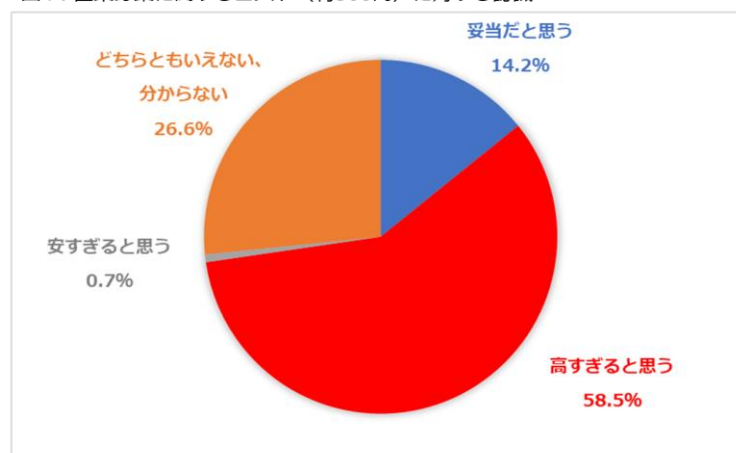
²⁶ 医薬分業の歴史については、玉田前掲書に加え、秋葉保次ほか編著（2012）『医薬分業の歴史』薬事日報社、奥健太郎（2012）「独立回復期の利益団体と政党政治」『年報政治学』63巻2号、小坂富美子（1997）『医薬分業の時代』勁草書房を参照。

²⁷ 2015年3月12日、規制改革会議資料を参照。調査は2015年2~3月にインターネット経由で実施し、回答者数は1,036人。医薬分業のコストに関する質問文は「『医薬分業』を行わない医療機関で直接薬をもらうよりも、『医薬分業』を行う医療機関から処方箋を受け取り、薬局で薬をもらうほうが、同じ薬をもらう場合でも、サービス料金が約300円（医療保険でカバーされる金額を加えると約1,000円）増えますが、薬局で受けられるサービスの内容に照らして、この価格差は妥当だと思いますか？」。

業の認知度について、「知っている」と答えた人は45.5%にとどまり、「知らない」と答えた人は54.5%に及んだ。さらに医薬分業に関するコスト（医療保険全体では1,000円、自己負担は約300円）について、薬局のサービス内容に照らして妥当か尋ねた設問では図4の通り、「妥当」という回答は14.2%に過ぎず、「高すぎる」という回答は58.5%に及んだ。

こうした経緯や数字を踏まえると、薬剤師業界が医師サイドとの「百年戦争」を経て勝ち取った医薬分業について、国民が大してメリットを感じていないと言わざるを得ず、2015年6月の規制改革会議答申が「医薬分業の理念」に立ち返った議論を求めたのも、こうした背景があったと言える。この点については、2018年12月の厚生科学審議会（厚生労働相の諮問機関）医薬品医療機器制度部会が公表した取りまとめで、医薬分業のメリットを国民や他の職種が感じられていない指摘などを引き合いに出しつつ、「関係者により重く受け止められるべきである」と強いトーンでクギを刺している辺りからも読み取れる。

図4：医薬分業に関するコスト（約300円）に対する認識



出典：2015年3月12日、規制改革会議資料を基に作成
 注1：調査は2015年2～3月にインターネット経由で実施。
 注2：回答者数は15歳以上の男性499人、女性537人の計1,036人。
 注3：質問文は「『医薬分業』を行わない医療機関で直接薬をもらうよりも、『医薬分業』を行う医療機関から処方箋を受け取り、薬局で薬をもらうほうが、同じ薬をもらう場合でも、サービス料金が約300円（医療保険でカバーされる金額を加えると約1,000円）増えますが、薬局で受けられるサービスの内容に照らして、この価格差は妥当だと思いますか？」。

3 | 技術革新から見た疑問

さらに技術革新の影響から見ても、今の調剤を中心とした薬剤師・薬局の業務がどこまで続くのか疑問がある。具体的には、AI（人工知能）やIoT（モノのインターネット）、DX（デジタルトランスフォーメーション）などが進んだ場合、医師からの処方箋を基に正確に調剤する業務とか、薬を飲みやすく管理しやすいようにする一包化、お薬手帳の管理などは自動化される可能性が高い（実は今も相当程度、自動化されている）。

この結果、薬剤師や薬局の不要論が出てくる可能性さえ想定される。言い換えると、患者との何気ない会話から生活の課題を引き出したり、在宅医療の支援で訪ねた際に目にした家具や文物から人となりや予想したりする業務など、人間にしかできない業務にシフトしなければ、機械に取って代わられるリスクさえ想定する必要がある。この点については、薬剤師や薬局の改革を提唱する医師兼薬局経営者が薬剤師の仕事について、測定、稼働、処理という3要件に留まれば、いずれ機械の進歩やICTの活用で薬剤師の仕事ではなくなっていくという指摘と符合する²⁸。

4 | 薬剤師や薬局は必要か？

こうした状況を踏まえると、薬剤師や薬局の機能が変わらなければ、風当たりは今後も強まる危険

²⁸ 狭間研至前掲書 pp208-209。

性がある。しかも、厚生労働省の薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会が2021年6月にまとめた報告書では、2045年に最大で12.6万人の薬剤師が余ると試算されている。さらに、新型コロナウイルスに伴う受診控えと業界の過当競争で2021年1～8月の調剤薬局の倒産件数が22件と過去最高²⁹になった点も加味すると、「薬剤師＝薬を出してくれる人」「薬局＝薬を出してくれる場所」という役割のままでは、薬剤師や薬局の不要論が高まりかねない状況さえ想定される。

実際、厚生労働省の担当官から「薬局の差別化、それぞれの薬局がどういう薬局であるべきか考える時期に来た」「変えないといけないのは薬剤師の仕事の中身ではなく薬剤師の意識ではないか」との意見が出ている³⁰。医薬分業見直しを迫った日医も「医薬分業はそろそろ限界に来ているのではないか」「弊害のほうが目立ってきている」³¹というスタンスを変えていないし、対人業務に関する薬剤師の専門性を発揮できなければ、こうした声は強まる可能性が高い。

では、かかりつけ薬剤師・薬局を定着させる上で、何が必要だろうか。以下、「現場、コミュニティでの実践」「薬剤師の教育見直し」の重要性を指摘するほか、必要な制度改正として、「診療報酬の見直し」「処方箋の見直し」「薬剤師業務の見直し」「薬局の情報提供制度見直し」を挙げる。

7—かかりつけ薬剤師・薬局の定着に向けた方策

1 | 現場、コミュニティでの実践、事例の共有

第1に、薬剤師自身による実践と事例共有である。かかりつけ薬剤師にしても、地域連携薬局にしても、ユーザーである患者や住民、他の職種が意義を理解しなければ、なかなか定着しないだろう。このため、薬剤師や薬局が「薬剤師＝薬を出してくれる人」「薬局＝薬を出してくれる場所」という国民の意識を変えるような取り組みを現場やコミュニティで実践し、先進事例を国民に共有することが望ましい。

しかし、一部の意欲的な薬剤師や薬局を除けば、現場では「加算を取るため、加算要件が求めている活動を実践する」「要件を満たすため、地域活動に参加する」といった形で、制度の趣旨が理解されているようにも映る。これでは制度改正が効果を上げることは困難になり、各種の制度改正は水泡に帰すと言っても過言ではない。

2 | 薬剤師の教育見直し

第2に、薬剤師の教育見直しである。新臨床研修制度で地域医療の現場に触れる機会が確保されている医師と比べると、2006年度から導入された6年制の教育を通じて、薬剤師が地域医療の実践を体験できる機会は少ないようだ。このため、薬剤師の教育課程の段階で、在宅ケアや多職種連携の場に参加するような機会を増やす必要がある。例えば、厚生労働省の薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会が2021年6月にまとめた報告書でも、▽在宅医療への対応を踏まえた介護分野の教育、▽住民の健康増進に繋がる内容、▽多職種連携、患者との対話を通じた薬学的知見に基づく指導を可能

²⁹ 2021年9月7日東京商工リサーチ発表資。

³⁰ 2021年9月26日開催の薬局団体連絡協議会主催のシンポジウムにおける保険局医療課の紀平哲也薬剤管理官による発言。同月27日『ミクス Online』配信記事。

³¹ 2018年4月11日、厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会議事録における中川俊男副会長（当時）の発言。

にするコミュニケーション能力の向上——などを教育課程に取り込む必要性が指摘されている。

さらに、既に現場で働いている薬剤師だけでなく、薬剤師を育てる専門教員の再教育も必要になるだろうし、その際には現場に近い各自治体が地域ケア会議への参画を促すなど、研修の機会を増やす選択肢も考えられるかもしれない。

3 | 必要な制度改革(1)～診療報酬の改革～

必要な制度改革のうち、かかりつけ薬剤師が専門性を発揮できるようにするための診療報酬の改革が考えられる。例えば、調剤薬局に関する報酬の差別化は選択肢になり得る。既に地域支援体制加算の基準について、大手の調剤チェーンと中小薬局の基準に差異が付けられているが、今後は地域連携薬局に対して手厚い報酬を講じるとか、かかりつけ薬剤師指導料を引き上げるなどの対応策も必要になる。

さらに一歩進めた改革として、かかりつけ薬剤師・薬局に対する報酬を包括払いにシフトする選択肢も考えられる。現在、薬局に対する報酬は処方箋の枚数をベースとした出来高払いが中心であり、かかりつけ薬剤師指導料は加算として受け取れる形になっているが、出来高払いのウェイトを小さくする一方、かかりつけ薬剤師指導料の同意を得た患者の数などに応じて支払う部分を増やす制度改革も検討に値すると思われる。

4 | 必要な制度改革(2)～処方箋の見直し～

必要な制度改革として、処方箋の見直しが考えられる。現在、医師から交付される処方箋に病名が書かれておらず、薬剤師は処方箋の内容とか、患者との対話を通じて、病名を推測するしかない。これは患者にとって、説明が二度手間になっている感があり、処方箋に病名が入れば、薬剤師の対人業務が円滑に進むと期待される。

5 | 必要な制度改革(3)～薬剤師業務の見直し～

このほか、医師から薬剤師に対する権限移譲も考えられる。例えば、病状が安定している慢性疾患の患者などを対象に、医師が認めた場合に限って一定の期間、医師の再診を受けなくても、患者が薬局で同じ薬を繰り返し受け取れる「リフィル処方箋」の導入が考えられる。既に薬学系の大学や学会が認定する「研修認定薬剤師」が整備されているが、一定の要件を満たした薬剤師に対して、一部の権限を医師から移譲する選択肢もあり得るのではないか。

薬剤師からの権限移譲に関しても、2019年4月に示された通知に基づき、薬剤師の指示など一定の要件を満たせば、薬剤師以外の者が医薬品の必要量の取り揃えなどが可能になった。今後も安全性に配慮しつつ、こうした権限移譲を検討する価値は高いと思われる。

6 | 必要な制度改革(4)～薬局の情報提供制度の見直し～

患者が薬局を選びやすい制度改革として、薬局の情報提供制度の見直しも考えられる。現状も「薬局機能情報提供制度」という仕組みがあり、都道府県が薬局の名称、開設者・管理者の名前、地図情報、車椅子配慮や聴覚・視覚的配慮の有無、勤務する薬剤師の数、連絡先、営業日・営業時間、健康

サポート薬局や地域連携薬局の指定の有無などを開示している（ただし開示内容に地域差がある）。

しかし、患者が薬局を決める際、門前薬局に代表される通り、アクセスが重視されている現状を考えると、薬局の差別化を後押しする観点に立ち、かかりつけ薬剤師指導料を得ている患者の数とか、診療報酬における訪問薬剤管理指導の有無、新型コロナウイルスの特例として導入されたオンライン服薬指導の実施の有無、薬局の経営理念や重点的に取り組んでいる分野などを開示させる選択肢も考えられる。さらに、国民の選択肢を広げる観点に立てば、医療機関からのアクセス性を重視する現在の「門前薬局」のような機能も必要になるため、「早く薬を欲しい」というニーズにも対応する観点に立ち、例えば平均待ち時間なども開示対象になるかもしれない。

さらに患者の選択を支える仕組みとして、イギリスの公的医療保障制度である NHS (National Health Service) が診療所を対象に実施している制度も参考になるかもしれない。具体的には、NHS のウェブサイトでは、居住地域や郵便番号を入力すると、住民は最寄りの診療所の住所や連絡先、待ち時間、定期的に行われているアンケート調査の結果、患者の評価などを把握できるほか、近隣の診療所との比較、当該地域や全国平均とも比較できるようになっている。こうした取り組みを参考にすれば、アクセスだけで判断されている薬局の選定に際して、薬剤師の専門性とか、薬局の特徴など別の要素が加味されるのではないだろうか。

8—おわりに

近代経済学の祖、アダム・スミスの古典『国富論』に興味深い一節がある。ここでは薬屋の利潤が「常識を超える法外さを示す常套句になっている」とした上で、薬屋が患者の信任を得る技能を持っている以上、薬の値段や薬屋の報酬が高いのは当然と指摘している³²。ここで言う「薬屋」にはアポセカリー (apothecary) という単語が使われており、今の GP (General Practitioner、家庭医) の仕事も担っていたため、今の薬剤師と完全には一致しないが、それでも「薬屋」の専門技能が報酬として評価されることを当然視している点は注目に値する。

この指摘は現在にも当てはまる面が多いと思われる。つまり、医薬分業を含めた累次の制度改革を経ても、国民は「薬剤師＝薬を出してくれる人」「薬局＝薬を出してくれる場所」という意識を持っており、薬剤師の専門技能が十分に理解されているとは言い難い。こうした中で、かかりつけ薬剤師・薬局に対する診療報酬を拡充しても、上乘せされる診療報酬の自己負担について、患者が有益と感じなければ、僅か 300 円の自己負担でさえ「高い」と思われている医薬分業の二の舞になりかねない。

つまり、いくら制度改革でテコ入れを講じても、患者が「報酬の引き上げは技能と信任に足る」と評価しなければ、半世紀近くも趣旨が徹底されなかった医薬分業と同じ轍を踏むかもしれない。本稿で述べた通り、様々な制度改革の選択肢が考えられるが、かかりつけ薬剤師・薬局に関する一連の制度を上手く活用しつつ、薬剤師・薬局が現場やコミュニティで実践することが求められる。

³² Adam Smith (1789) “An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations” [高哲男訳 (2020) 『国富論 (上)』講談社学術文庫 pp181-182]。