

医薬分業における薬局・薬剤師の社会的意義と職域拡大の可能性

加藤 裕太

東京大学大学院薬学系研究科 博士課程

桐野 豊

東京大学未来ビジョン研究センター 客員研究員

木村 廣道

東京大学未来ビジョン研究センター 特任教授

Abstract

本格的に医薬分業政策が始まった 1974 年(医薬分業元年)から 50 年近くが経過し、薬局での処方箋受取率(医薬分業率)も約 80%に達するまでになった。薬局数も 6 万軒を超えており、約 5,7000 軒のコンビニエンスストアの数を追い越している。近年、薬局薬剤師の業務に対する報酬の適正性が疑われ、調剤報酬が薬剤師の業務内容に見合っていないという意見が多く、薬局薬剤師への厳しい批判が続いている。

2015年、厚生労働省は、「患者のための薬局ビジョン」を策定し、地域医療に貢献するための薬局及び薬局薬剤師(以下、薬局・薬剤師)の改革を進めてきた。同ビジョンでは、薬剤師業務の「対物業務」から「対人業務」への移行を通して、「服用薬の一元的・継続的管理」に象徴されるような、かかりつけ薬剤師・薬局を軸とする薬局ビジネスモデルへの変遷を提唱している。しかしながら、現実的には変化の歩みは遅々として進まず、目に見える形には至っていない。したがって、本稿では、主に薬剤師の職能が比較的高い欧米諸国(アメリカ、カナダ、イギリス、フランス、ドイツ)を参考にしつつ、日本の薬局・薬剤師が直面している課題を整理し、薬局・薬剤師を最大限に活かすための解決可能性を考察する。なお、本稿は、我が国において、より効率的かつ持続可能な医療提供体制の実現に向けて、薬局薬剤師の活用の可能性をその手段の一つとして考察したものであり、特定の団体の利益や立場を擁護するものではない。

本稿を執筆するにあたっては、日本の薬局・薬剤師に関する書籍、論文、業界団体の報告書等で示唆されている薬局・薬剤師の課題を整理した。次に、海外の薬局・薬剤師に関する論文、各国の業界団体のホームページ等で、海外の医療制度や薬局・薬剤師の役割等を調査し分析した。

その結果、日本の薬局薬剤師の対人業務強化にあたり、関係者の間では以下の通り大きく五つの課題があると考えられている。

第一に、薬局規模に応じた調剤報酬において、小規模薬局優遇による弊害があることである。具体的には、対人業務にそれほど取り組まずとも十分な収益を確保できている薬局が多いという現状にある。

第二に、多職種連携に取り組めず、薬局・薬剤師が地域医療で孤立してしまっている故に、患者情報不足等により薬剤師が専門知識を活かした医療サービスを提供できていない。例えば、薬局薬剤師は、病名や医師の処方意図等は共有されていない。

第三に、業務効率化が進んでおらず、対人業務に割く時間が限定的である。これにより、薬局薬剤師が対人業務を実施するにあたって、時間的制約により充実したサービスを提供できない。

第四に、医師のリフィル処方制度やオンライン診療・服薬指導に対するネガティブな意見が多い。医師が薬局薬剤師の経過フォローアップを信用しきれていない可能性がある。

第五に、多くの薬局で処方箋調剤以外の業務に取り組めていない。薬局薬剤師は、処方

箋調剤業務に依存しており、セルフメディケーション推進にほとんど貢献できていない。

他方、海外(アメリカ、カナダ、イギリス、フランス、ドイツ)の薬局薬剤師に関連する制度および役割を調査した結果、日本と異なる点が多く、改革に向けた有用な知見が得られた。

例えば、イギリスでは、小規模薬局の医薬品卸売業者との価格交渉力の格差に応じて、薬剤費の償還額を調整するというクローンバック制度を採用している。小規模薬局であっても、薬局機能に影響する報酬上の優遇措置はない。

薬局業務に関しては、薬剤師以外の活用や医療DX化により業務効率化を図っている。例えば、欧米諸国は、調剤業務全般を行うテクニシャンと言う職種があり、薬のピッキングや、散剤等の秤量及び混合等を行うことによって、薬剤師の服薬指導等の対人業務時間の創出に貢献している。一部の国では、業務効率化を目的に、調剤外部委託が許可されている。

また、医療DXの普及は、薬局業務の効率化のみならず、多職種連携が行われやすい環境の醸成に貢献する。これにより、多職種それぞれが専門性を発揮でき、欧米諸国の薬局薬剤師は、セルフメディケーション等の軽症患者への対応、リフィル処方箋への対応、ワクチン接種の実施等、幅広いサービスを提供している。一部の欧米諸国では、医師—薬剤師間の充実した医療連携により、薬剤師は、患者の経過に合わせた薬剤の投与量の調整等、一定範囲の処方権が委譲されている場合がある。

また、欧米諸国では、日本と比較してセルフメディケーションが普及している。これは、欧米諸国の医療制度上、OTCで対応可能な疾患の場合は保険対象外であったり、軽症状の患者は診察を後回しにされたりする等が理由である。また、諸外国のOTC医薬品が日本と比べて非常に安価であり、軽症状の場合では、受診するよりセルフメディケーションで対応の方がコストエフェクティブである。

以上を踏まえ、薬局薬剤師が対人業務強化にあたり、今後求められる政策として関係者間で議論されてきたものの内、下記の五つのアクションプランを提示する。

第一に、薬局報酬の適正化である。薬局機能の評価を歪めている可能性のある報酬体系は検討する余地があるだろう。

第二に、多職種連携促進を目的とした充実した医療情報インフラの構築である。現在、薬剤情報等の患者情報が閲覧可能となるオンライン資格確認の導入が進められているが、共有される患者情報は限定的である。今後、オンライン指導やリフィル処方箋の恒久化を鑑みると、電子カルテや薬歴と同等の患者情報が多職種で共有されることも検討に値するだろう。

第三に、薬剤師に対する一定範囲の処方権付与の検討である。こちらは医師—薬剤師間の連携が取れていることを前提とするが、効率的に医療サービスが提供されるよう、薬剤師の職能権限の範囲については議論する余地があるだろう。

第四に、薬局における対物業務の効率化である。具体的には、非薬剤師が実施可能な調

剤業務範囲の拡大や調剤外部委託の許可は、薬局の業務効率化に貢献する可能性がある。

第五に、処方箋調剤以外の薬局・薬剤師の役割拡大である。具体的には、薬剤師によるワクチン接種の許可、軽医療領域の保険給付範囲の見直し等を通して、薬局薬剤師が担うべき役割をより明確化することが望まれる。

最後に、薬局における人材マネジメントの視点から、薬剤師のエンゲージメントの維持・向上のための施策を考察している。薬剤師のエンゲージメントは、薬局サービスの質に影響しうる。しかしながら、画一的な働き方・キャリアパスになる傾向がある薬局薬剤師は、エンゲージメントが低い傾向にある。薬剤師が薬局で働く上で考えられる働き方・キャリアパスを可能な限り多様化することが望まれる。

目次

0: はじめに

1: 薬局・薬剤師を取り巻く環境の変化

- 1.1 日本の医薬分業の歴史と今日の薬局・薬剤師
- 1.2 我が国の医薬分業の特徴
- 1.3 医薬分業の財政的な影響と批判の声
- 1.4 医薬分業のメリット・デメリット
- 1.5 薬局・薬剤師の改革の基本方針と現状
- 1.6 職務に対する薬剤師の自己肯定感とその影響

2: 調剤業務における日本の薬局・薬剤師の現状

- 2.1 調剤報酬の適正性
 - 2.1.1 薬局調剤医療費の内訳
 - 2.1.2 調剤基本料及び地域支援体制加算の適正性
- 2.2 多職種連携の不足
- 2.3 薬局薬剤師が提供する医療サービスの限界
- 2.4 業務効率化の課題
- 2.5 反対意見が多いリフィル処方箋制度と今後の可能性
- 2.6 普及が進まないオンライン服薬指導

3: 薬局ファーストアクセスにおける日本の薬局・薬剤師の現状

- 3.1 健康サポート薬局制度の現状と課題
- 3.2 検体測定室における薬剤師の職能の規制

- 3.3 コロナ禍で見えてきた薬局薬剤師の課題
- 3.4 セルフメディケーション推進において考慮すべき事項
 - 3.4.1 OTC 医薬品に関する情報提供の重要性
 - 3.4.2 OTC 医薬品購入時と受診時の費用負担の比較
 - 3.4.3 セルフメディケーション税制の現状
- 4. 海外の薬局・薬剤師に関わる制度等から得られた知見
 - 4.1 各国の薬局の経営規模格差に対する優遇措置について
 - 4.2 海外薬局の業務の効率化に向けた施策
 - 4.2.1 調剤業務に従事するテクニシャンの存在
 - 4.2.2 調剤外部委託の可能性
 - 4.3 諸外国の医療 DX の現状
 - 4.4 各国の医療環境と薬局・薬剤師の役割
 - 4.4.1 アメリカの現状
 - 4.4.2 カナダの現状
 - 4.4.3 イギリスの現状
 - 4.4.4 フランスの現状
 - 4.4.5 ドイツの現状
 - 4.5 諸外国における OTC 医薬品とセルフメディケーションの有用性
 - 4.6 コロナ禍における薬局・薬剤師の活躍
- 5. 今後、検討されるべき課題解決の方向性
 - 5.1 薬局報酬の適正化
 - 5.2 着々と普及する我が国の医療 DX と今後の方向性
 - 5.3 薬剤師に対する一定範囲の処方権拡大の可能性
 - 5.4 対物業務の効率化に向けた施策の導入
 - 5.4.1 非薬剤師の活用の可能性
 - 5.4.2 調剤外部委託の可能性
 - 5.5 処方箋調剤以外での薬局・薬剤師の役割拡大
 - 5.5.1 セルフメディケーションで対応可能な疾患の保険給付範囲の見直し
 - 5.5.2 薬剤師の検査値データに基づく判断におけるガイドラインの策定
 - 5.5.3 薬剤師によるワクチン接種の許可
 - 5.6 薬局薬剤師のエンゲージメント向上のための人材戦略
- 6. 終わりに

0 はじめに

・ 作成経緯と目的

現在の薬局薬剤師は、日本の医療に貢献できているだろうか？ 本格的に医薬分業政策が始まった1974年(医薬分業元年)から50年近くが経過し、薬局での処方箋受取率(医薬分業率)も約80%に達するまでになった。薬局数も6万軒を超えており、約5,7000軒のコンビニエンスストアの数を追い越している。これら多くの薬局は、医療機関の近隣に建つ、いわゆる門前薬局であり、薬局薬剤師の仕事は、主に患者から受け付けた処方箋に基づき薬を調剤し、処方薬を交付することである。

しかしながら、近年、薬局薬剤師の業務に対する報酬の適正性が疑われている。平成30年12月25日に行われた、厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会では、「医薬分業は、患者にとってのメリットが感じられない」、「公的医療保険財源や患者の負担に見合ったものになっていない」等の指摘がされており¹、調剤報酬が薬剤師の業務内容に見合っていないという意見が多く、薬局薬剤師への厳しい批判が続いている。これは、薬局薬剤師が、主に薬のピッキングや、散剤、軟膏剤の秤量・混合等の「対物業務」に取り組み、薬物治療の有効性・安全性を高める上で重要である丁寧な服薬指導や服薬フォローアップ、健康相談等の「対人業務」に十分に取り組めていないことが原因である。

2015年、地域医療に貢献する薬局及び薬局薬剤師(以下、薬局・薬剤師)を目指すべく、厚生労働省が、「患者のための薬局ビジョン」を策定したことをきっかけに、薬剤師業務の「対物業務」から「対人業務」への移行、「服用薬の一元的・継続的管理」に象徴されるような、かかりつけ薬剤師・薬局を軸とする薬局機能の再構築、改革が進められてきた。基本的には、調剤報酬上の対人業務に対する評価を拡充することで、改革が進められてきたが、現実的には変化の歩みは遅々として進まず、目に見える形には至っていない。

今後、持続可能的に医療保険制度を運用していく上では、薬局薬剤師を最大限に活用し、医療サービスの生産性向上が不可欠である。したがって、本稿では、欧米諸国の薬局・薬剤師を中心に、薬剤師の職能が比較的高いとされている、アメリカ、カナダ、イギリス、フランスの薬剤師、及び日本の薬剤師と同程度の職能をもつドイツの薬剤師を比較し、我が国の薬局・薬剤師の改革を鈍化させる重要な課題を整理し、その解決可能性について考察した。

¹ 厚生労働省 「薬剤師が本来の役割を果たし地域の患者を支援するための医薬分業のあり方について(薬機法等制度改正に関するとりまとめ)」(平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会)

<https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/000463479.pdf>

- ・ 方法と本稿の構成

本稿を執筆するにあたっては、まず、薬局・薬剤師(以下、薬局・薬剤師)に関する書籍(主に直近5年以内に市販されているもの)や、論文、業界団体の報告書等で、現状の日本の薬局や薬局薬剤師直面している様々な課題を整理した。次に、海外の薬局・薬剤師に関する論文や、各国の業界団体のホームページ等で、海外の薬局・薬剤師の現状を調査し、日本の薬局・薬剤師の改革の参考となる事例を整理した。最後に、日本が直面している課題に対する解決の方向性を考察している。

本稿の構成は、まず、第1章で、我が国の医薬分業の歴史を振り返りながら、日本の薬局・薬剤師が、なぜ今日の形に至ったのか?なぜ多くの批判を受けているのか?そして、今後の薬局・薬剤師改革の基本方針について概説する。第2章では、保険調剤業務における薬局・薬剤師の現状と課題を、第3章では、処方箋調剤以外の業務における薬局・薬剤師の現状と課題を整理している。第4章では、海外5カ国(アメリカ、カナダ、イギリス、フランス、ドイツ)の薬局・薬剤師の役割や医療制度等、日本の薬局・薬剤師改革において参考となる知見をまとめている。これら5カ国を比較対象として選択した理由は下記の通りである。

- ・ アメリカ

薬局薬剤師の役割は多岐に渡り、プロトコルに基づいて薬剤師が独自で処方内容の変更や薬剤投与量の変更等を行うことができる。処方箋調剤以外の業務においても、OTC医薬品の販売や健康相談に加えて、ワクチン接種も行っており、薬局サービスが充実している。

- ・ カナダ

ここ20年で薬剤師の職能が急速に拡大している。州によって薬剤師の職能が異なるものの、ほとんどの州で、一定範囲の独立処方権やワクチン接種の実施等が認められている。OTC医薬品の販売や健康相談に加えて、ワクチン接種も行っており、薬局サービスが充実している。

- ・ イギリス

近年、薬剤師への独立処方権の付与が積極的に進められており、薬剤師の職能範囲が拡大している。ワクチン接種にも積極的に取り組んでいる。また、日本とは異なり、セルフメディケーション等の処方箋調剤業務以外に対しても国からの報酬が定められており、独特な報酬体系を築いている。

- ・ フランス

近年、医療 DX が急速に進められ、医療連携の効率性が向上している。同時に、薬剤師の職能範囲も拡大しており、処方医とのプロトコルに基づいた処方権の付与等が普及している。ワクチン接種にも取り組んでいる。

- ・ ドイツ

薬局薬剤師の業務は対物中心であり、日本の薬局体系と類似している。一方で、オンラインでの OTC 医薬品の販売が活発であり、薬局市場の競争要因の一つとして注目されている。また、近年、セルフメディケーションで対応可能な疾患に対する薬剤の一部を保険給付対象から除外する等、セルフメディケーションへの取り組みに積極的である。

第 5 章では、第 2 章～第 4 章で整理したファクトをもとに、今後、薬局・薬剤師の改革を進展させる上で検討すべき施策を具体的に論じている。第 6 章では、本稿のまとめと今後の薬局の可能性について記述している。

本稿では、医療資源としての薬局薬剤師の有効活用に向けて、現状の課題とその解決可能性を分析している。なお、薬局薬剤師の重要な役割の一つである、医薬品の安定供給の確保や、災害時における薬局薬剤師の役割等については議論できていない。こちらのテーマについては、別途、他のリサーチペーパーで記述することとする。

1 薬局・薬剤師を取り巻く環境の変化

1.1 日本の医薬分業の歴史と今日の薬局・薬剤師

医薬分業とは、医師が、患者の診断の上、処方箋を発行し、薬剤師がこれに基づいて処方薬を調剤することである²。近年は、我が国の医薬分業はかなり定着してきた。我が国において、医薬分業が普及する以前は、薬物治療は医師のみの権限で実施されていた。諸外国と比較すると、我が国の医薬分業の歴史は浅く、おおよそ 50 年程度である³。では、そもそも何故我が国でも医薬分業が必要であったのか？それは、当時の医薬品の適正使用に問題があったためと言われている。

本格的に医薬分業政策が進められる以前、医薬品の納入価格と保険償還の価格である薬

² 医薬分業とは、「医」と「薬」の分離によって効率的で適正な薬物療法の実現と医薬品の適正使用によって医療の質の向上と効率化を促すことである。

(日本薬剤師会 HP 「医薬分業とは」)

³ 医薬分業は、ヨーロッパでは 800 年近い歴史があり、神聖ローマ帝国のフリードリヒ II 世(1194~1250 年)が毒殺を恐れて、主治医の処方した薬を別の者にチェックさせたのが始まりと伝えられている。(日本薬剤師会 HP 「医薬分業とは」)

価との間に大きな乖離があり、この価格差が医師の主な収益であった。例えば、定価 1000 円の薬を 350 円で仕入れ、患者に薬を処方すれば、薬価差益として 650 円が医師の収益となる。当時、日本では、薬を使えば使うほど儲けることができる仕組みにより、医師による「クスリ漬け」医療が蔓延していた⁴。

この状況に対応すべく、国は、1974 年以降、度重なる診療報酬改定による、医師の処方箋発行料の 60 円から 500 円への大幅な引き上げや、薬価引き下げによる薬価差益の圧縮、さらには、薬局に対する調剤技術料(薬局薬剤師の一連の調剤業務における技術料)の新設等を通して、医師に外来処方箋の発行を促し、医薬分業を本格的に進めてきた⁵。

当初、政府や自治体、薬局団体等は、目指すべき医薬分業の姿を、特定の医療機関に院外処方箋が集中しない「面分業」を想定していたと言われている⁵。しかしながら、当時の日本政府は、医薬分業の進捗を、薬局での処方箋受取率(医薬分業率)を中心に評価しており、医師から調剤権を切り離すことが医薬分業政策の主目的であった。当時、面分業に対応しようとする薬局は、思うように院外処方箋の受入れ枚数が伸びない中で、厳しい経営を余儀なくされるところが多かった。一方で、医療機関の近隣に建つ薬局(門前薬局)は、当該医療機関の処方箋を一手に引き受けるため、安定的に処方箋枚数を獲得するのみならず、医師の処方傾向を把握し、在庫負担も最小限にすることができた⁶。すなわち、門前薬局のビジネスモデルの方が、経営効率が遥かに優れていたのである。

また、医薬分業政策の当初は、薬局における調剤技術料は、薬のピッキングや、散剤等の秤量及び混合等を行う等の「対物業務」に対する評価が中心であり、処方箋応需枚数の増加が、直接的に薬局収益の増加に大きく寄与していた⁷。結果的に、薬局・薬剤師は、処方薬を効率的に調剤することを最優先とし、患者への服薬指導や、服薬状況の継続的管理等の、いわゆる対人業務への取り組みは、経営効率が低いとされ、あまり重視されてこなかった⁸。

このような背景により、今日の薬局は、病院や診療所の門前に急激に林立し、門前の医療機関の処方箋をターゲットにした、いわゆる「処方箋獲得ビジネス」に依存していった

⁴ 藤田道男 「ポストコロナ時代の薬局ニューノーマル 2040 年を見据えた次世代薬局・薬剤師」 2021 評言社

⁵ 玉田慎二、小幡豊和、上野敬人、高塩健一「薬剤師に迫るコペルニクスの“転界” 専門誌記者がみる過去、現在、そして未来」 2019 薬事日報社

⁶ 遠藤邦夫 著「薬局と薬剤師の進化論」 2021 評言社

⁷ 藤田幸恵 著「ザ・ファーマシスト」 2020 年 評言社 で、藤田氏の薬局では、1982 年時点で、薬局の処方箋調剤だけで、粗利益率が 65%であったと述べている。医薬分業政策が進展しても尚、薬価差益による収益は非常に大きかったことが示唆される。

⁸ 2005 年の調査では、薬剤師業務全体で対人業務の割合はわずか 19%であった。

山田健太郎, 亀井美和子, & 白神誠. (2005). 業務量と患者満足度からみた一人薬剤師薬局における業務改善の問題点. *医療マネジメント学会雑誌*, 6(3), 526-530.

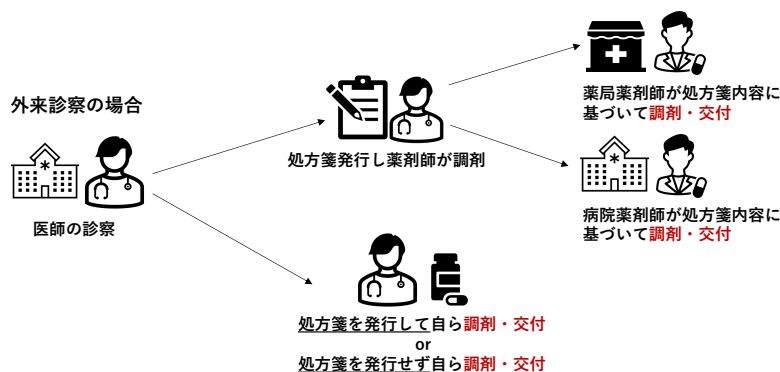
のである⁹。

1.2 我が国の医薬分業の特徴

我が国の医薬分業は、諸外国とは異なり完全な医薬分業ではない。繰り返しになるが、医薬分業とは、医師が処方箋を発行し薬剤師がこれに基づいて処方薬を調剤することであるが、日本では、全ての医療用医薬品¹⁰がこのプロセスで交付されるわけではない。下図は、日本で外来診察を受けた場合の医療用医薬品の交付プロセスを図式化したものである。

日本の医薬分業の特徴

- ✓ 医師は、処方箋を発行せずに調剤もしくは処方箋を発行した際も処方医自ら調剤することが認められている（医師法22条、薬剤師法19条）。



・ 医師法22条
医師は、患者に対し治療上薬剤を調剤して投与する必要があると認めた場合には、患者又は現にその看護に当たっている者に対して処方箋を交付しなければならない。ただし、患者又は現にその看護に当たっている者が処方箋の交付を必要としない旨を申し出た場合及び次の各号のいずれかに該当する場合には、この限りでない(以下、省略)。

・ 薬剤師法19条
薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない。ただし、医師若しくは歯科医師が次に掲げる目的において自己の処方せんにより自ら調剤するとき、又は獣医師が自己の処方せんにより自ら調剤するときは、この限りでない。

ここで留意すべき点は、患者が外来診察で医療用医薬品を受け取る際、必ずしも薬剤師による「調剤」を必要としないことである。この点、今回調査した5カ国(アメリカ、カナダ、イギリス、フランス、ドイツ)では、「調剤」は薬剤師の独占業務であり、医師はいかなる場合も調剤することは認められていない。すなわち、患者が外来診察で処方薬を受け取る際は、必ず薬剤師に処方薬を調剤してもらう必要がある。日本の不完全な医薬分業を是とするか否とするかについては本稿では議論しないが、日本の医薬分業の特徴は理解しておく必要がある。

⁹ 保険薬局の約75%は、門前薬局である。

厚生労働省 「かかりつけ薬剤師・薬局に関する調査報告書(2019)」

¹⁰ 医薬品は、医療用医薬品と一般用医薬品に分類される。医療用医薬品は原則、医師の処方箋による交付が必要であるが、一般用医薬品は処方箋なしでドラッグストア等で購入できる医薬品である。

1.3 医薬分業の財政的な影響と批判の声

現在、多くの薬局が「処方箋獲得ビジネス」に依存したまま、発行された外来処方箋枚数のうち薬局で調剤された処方箋枚数の割合(医薬分業率)は、約 80%にまで伸びた。医療技術の発展、医薬分業が進展するにつれ、医師、薬剤師、看護師等の医療資源が増加する一方で、これらにかかる国民医療費も増加している。

医療資源の比較¹¹

	2000 年度	2020 年度	伸び率(%)
医師	255,792 人	339,623 人	32.8%
薬剤師	217,477 人	321,982 人	48%
看護師	653,617 人	1280,991 人	96%
医療機関(病院+一般診療所)	98,705 施設	110,850 施設	12.3%
薬局	46,763 軒	60,951 軒¹²	30.3%
医薬分業率	39.5%	75.7%	91.6%
国民医療費	27.9 兆円	42.2 兆円 (17.9%)	40.2%
薬局調剤医療費(対国民医療費%)	2.7 兆円(9.7%)	7.4 兆円(17.5%)	174%
医薬品保険収載品目	23,108 品目	41,872 品目 (2018 年度)	81.2%

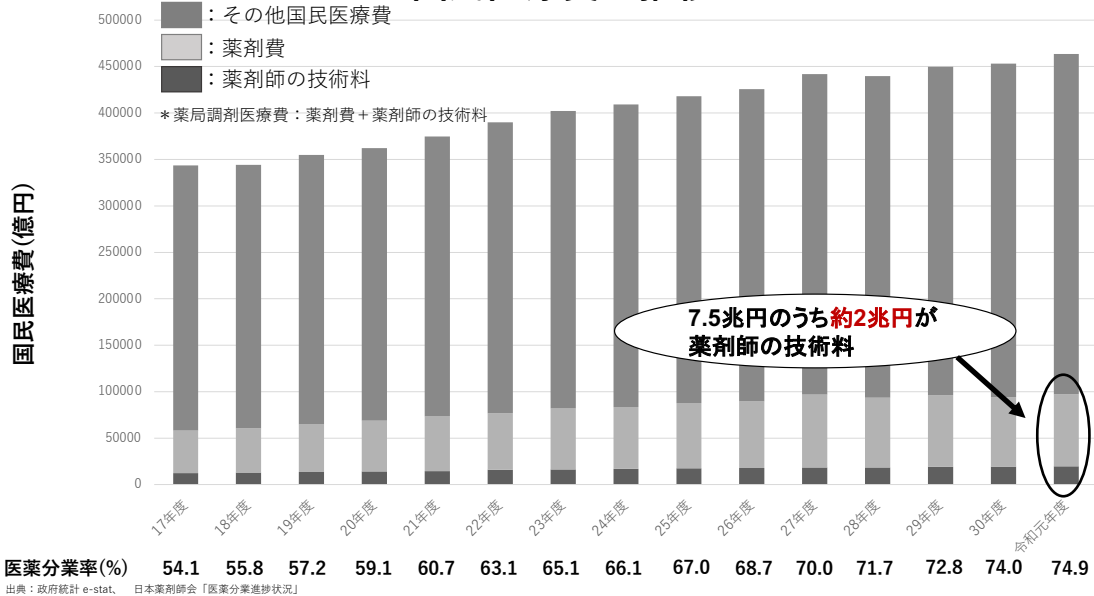
特に、ここ 20 年で、薬局調剤医療費は高い伸び率を示している。下図は、薬局調剤医療費の内訳とその推移を示したものである。

¹¹ 厚生労働省「衛生行政報告令 -就業保健師・助産師・看護師・准看護師-」、「医師・歯科医師・薬剤師統計の概要」、「医療施設動態調査」、「衛生行政報告令 -薬事関係-」、「令和 2 年度 医療費の動向」、「平成 12 年度 国民医療費 結果の概要」、日本薬剤師会「保険調剤の動向」、「SSRI 社会情報サービス(SSRI 保険薬価データベース)」

¹² 現在、コンビニエンスストアは、56,936 軒ある(2021.1 時点)。

<https://www.nipponsoft.co.jp/blog/analysis/chain-convenience2022/>

国民医療費の推移



これに関しては、関係者からは、「国民医療費増は薬局調剤医療費の増加が原因だ。(日本医師会)」、「現在の薬局業務は調剤技術料に見合った内容なのか。(厚生労働省関係者)」、「薬局は医師の下請けをしているだけではないか。(健康保険組合)」等の薬局に対する批判的な意見が相次いでいる¹³。実際、7.5兆円の薬局調剤医療費のうち、薬局薬剤師に支払われている技術料は約2兆円である。40兆円を超える国民医療費のうち、この2兆円は大した額とはみなされないかもしれないが、例えば、約2兆円の国家予算があれば、全国の大学の授業料の無償化が可能になる。前述の「クスリ漬け医療」から脱却し、調剤を病院から切り離すためだけに2兆円が使われていると考えると、批判の声が上がるのも納得がいく¹⁴。

薬局調剤医療費増加の主な要因は、主に二つ挙げられる。一つは、創薬技術の急速な発展により、バイオ医薬品等の画期的医薬品の登場である。これら医薬品は、膨大な研究費が伴うため、類似薬が存在しない場合は、非常に高い薬価が設定され、薬剤費の高騰の要因である¹⁵。二つ目の理由は、薬剤師数や薬局数の急激な増加により、薬局薬剤師の技術

¹³ 藤田道男 「ポストコロナ時代の薬局ニューノーマル 2040年を見据えた次世代薬局・薬剤師」 2021 評言社

¹⁴

出典: 東京新聞「防衛費倍増に必要な「5兆円」教育や医療に向ければ何が出来る? 自民提言受け考えた」 2022.6.3 <https://www.tokyo-np.co.jp/article/181138>

¹⁵ 新薬は、類似薬が存在しない場合、製造原価(原料費、製造経費等)や販売管理費(研究開発費、販売費等)、流通経費等を積み上げ、そこに製薬企業の利益を乗せることで、薬価が設定されている。

料等の算定件数が増加したためである。薬剤師数や薬局数増加の原因は二つある。一つは、前述した積極的な医薬分業政策により、多くの薬局が、既に10万施設近くあった医療機関(2000年当時)とのマンツーマンの体制を進めてきたためである。その結果、2000年から2020年の間で医療機関数の伸び率は12.3%なのに対し、薬局数は30.3%であった(上表：医療資源の比較を参照)。この背景には、日本には薬局開設規制がないことも影響している¹⁶。医薬分業政策が本格的に始動する以前は、薬局開設の距離制限が法律で定められていたが、1975年に最高裁判所は、憲法第22条の営業の自由を侵害しており違憲であるとして、当該規制が撤廃されている¹⁷。当然、薬局が増えれば薬剤師の需要も高まる。結果的に薬剤師を充足する方向に進み、薬剤師数は増加した。もう一つは、2006年から導入された薬学教育6年制を契機に、薬学の人気が高まると期待されていたこともあり、私立薬学部や薬科大が乱立し、薬剤師数が急激に増加した¹⁸。結果的に2000年から2020年にかけて薬剤師数は約1.5倍までに増加している(上表：医療資源の比較を参照)。2022年7月に開かれた薬学教育に関する有識者会議では、文部科学省は、薬剤師供給過剰の懸念により2025年以降の薬学部の新設及び定員増加を原則として認めない方針を示している¹⁹。

1.4 医薬分業のメリット・デメリット

医薬分業の本来の目的は、医師と薬剤師が独立した立場からそれぞれの専門性を発揮して、薬物治療における有効性・安全性を確保することである。ここでは、外来診察後に処方箋を発行してもらい、薬局で薬を調剤してもらう医薬分業体制のメリット・デメリットを比較する。医薬分業は、患者の金銭的負担が増える等のデメリットがあるものの、それを凌ぐ様々なメリットがあり、欧米諸国では当たり前となっている。下図は、医薬分業のメリット・デメリットを各ステークホルダーの立場で整理したものである。

厚生労働省「原価計算方式について」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001geji-att/2r9852000001geo8.pdf>

¹⁶ この点、後述するフランスやドイツでは、薬局開設に関する規制があり、薬局開設者1人が開設できる薬局数が定められている。

¹⁷ 最高裁判所大法廷 昭和50年4月30日判決 事件番号:昭和43年(行ツ)第120号

https://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail?id=51936

¹⁸ 藤田道男 「図解入門業界研究 最新調剤薬局の動向とカラクリがよ〜くわかる本」2012年 秀和システム

¹⁹ 日本経済新聞「薬学部・定員増認めず 25年度以降、文科省方針」2022年7月22日

<https://www.nikkei.com/article/DGXZQOUF229QT0S2A720C2000000/>

我が国における医薬分業のメリット・デメリット

	メリット	デメリット
患者	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 薬局薬剤師による薬学的管理により、重複投薬や相互作用のリスクを軽減し、薬物治療の有効性・安全性が向上する。 ✓ 処方薬の服用方法や副作用等について詳しい説明を受けることができる。 ✓ 自身の処方内容を把握することができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 患者自己負担金が増加する。 ✓ 院外薬局で処方薬を受け取るため、二度手間になる。
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 医師や歯科医師は、使用したい医薬品が手元になくても、患者に必要な医薬品を自由に処方できる。 ✓ 病院や診療所の医師、看護師、病院薬剤師等の外来調剤業務の負担が軽減される。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 限定的な患者情報で、薬局薬剤師が十分に薬学的管理を実施できるか不安がある。 ✓ 医師－薬剤師間の連携が十分でない故、薬物治療における安全性等の懸念がある。
社会	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 医薬品の過剰投与を抑制することができる。 ✓ 医師と薬剤師が相互にチェックすることにより、薬物乱用や誤用が減少する。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 薬局調剤医療費が増加する。

出典：厚生労働省「薬局・薬剤師のあり方、医薬分業のあり方（その2）」平成30年11月8日 <https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/000382711.pdf>
 翁百合, (2015), 医薬分業政策の評価と課題, JRI レビュー= Japan Research Institute review, 2015(11), 41-55.

上図で示されているように、薬局薬剤師が、外外来処方箋の調剤の役割を担うことは、多くのメリットがある。ただ、日本では、前述した通り形式的な医薬分業を優先したが故に、医薬分業の恩恵を十分に受けられていない。そもそも、診療所と薬局のマンツーマン体制に代表される日本特有の医薬分業では、処方箋が一つの薬局に集約されず、薬局薬剤師は、患者がお薬手帳等により自身の服用薬剤を管理できていない限り、患者情報不足等により充実した薬局サービスを提供できないことが多い。また、患者にとっては、処方薬を受け取るために、わざわざ薬局に足を運ばなければならず、二度手間に感じてしまう。そして、患者は、処方薬を薬局でもらうだけのために薬局調剤分の自己負担金を支払わなければならない、医薬分業のデメリットがメリットよりも目立っている現状にある。

1.5 薬局・薬剤師の改革の基本方針と現状

ここまですを振り返ると、我が国では、診療報酬改定等による政府主導の医薬分業が進む中、薬局の多くが、医療機関の近隣に開設し、処方箋獲得に依存したビジネスモデルを構築している。これが、患者や国民のための医薬分業になっていない点が問題であろう。

そこで、2015年、厚生労働省は、「患者のための薬局ビジョン」を策定し、薬局・薬剤師の改革の方向性を明確化した。同ビジョンでは、薬局薬剤師のピッキング調剤、散剤等の秤量及び混合、監査業務等を主とした「対物業務」から、丁寧な服薬指導、在宅訪問での薬学管理、多職種連携等を主とした「対人業務」への移行を目指している。さらに、国は、「患者はどの医療機関を受診しても、身近なところにあるかかりつけ薬局に行く。」と

いう、「かかりつけ薬剤師・薬局」の実現を目標としている²⁰。これにより、患者の処方箋が一つの薬局に集約され、薬剤師は、患者の服用薬剤の一元的管理が可能となり、多剤重複投与や薬物間相互作用の発生を未然に防ぐことができる。また、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の一つとして、在宅医療への取り組みも求められている。具体的には、医師、訪問看護師、介護士、ケアマネジャー等との多職種連携を通して、在宅患者の残薬管理等の必要な薬学的管理に従事することである。さらに、薬局は、保険調剤以外においても、薬剤師による健康相談や OTC 医薬品²²の販売等により、医療のファーストアクセスの場として機能することで、国民の病気の予防や健康寿命延伸等に貢献することも求められている²³。

²⁰複数医療機関を受診している患者は、各医療機関の門前薬局で処方薬を調剤してもらうことが多い。このため、薬局薬剤師は、患者がどの医療機関で何の薬を服用しているか把握することが困難である。「患者のための薬局ビジョン」が示す、かかりつけ薬剤師・薬局が実現できれば、このような患者の服用薬剤を一元的に管理することが可能であり、併用薬や食事等との相互作用の確認等、薬剤師の職能を発揮できる環境が整う。

厚生労働省(2015)「患者のための薬局ビジョン」

https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11121000-Iyakushokuhinkyoku-Soumuka/gaiyou_1.pdf

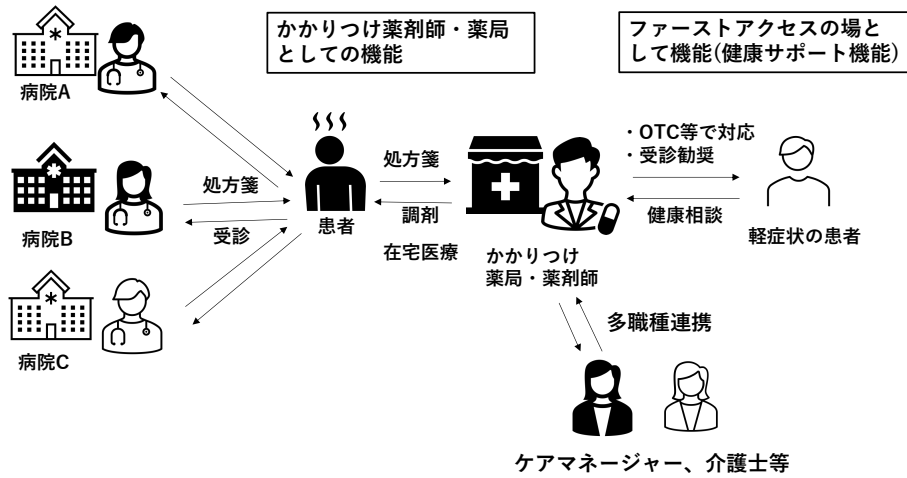
²¹ 日本薬剤師会の HP では、「かかりつけ薬剤師・薬局」を、薬による治療のこと、健康や介護に関することなどに豊富な知識と経験を持ち、患者や生活者のニーズに沿った相談に応じることができる薬剤師及び薬局と定義している

出典：日本薬剤師会ホームページ「かかりつけ薬剤師・薬局とは？」

²² OTC 医薬品とは、Over The Counter の略称であり、処方箋なしで購入できる市販薬を意味する。

²³ 内閣府「日本再興戦略～Japan is back」2013 年

患者のための薬局ビジョン



出典：厚生労働省 「患者のための薬局ビジョン(概要)」のスライド1枚目 一部改変

「患者のための薬局ビジョン」の策定以降、度重なる診療報酬改定により、薬局に払われる報酬は、徐々に対物業務中心の評価から対人業務中心への評価に移行している²⁴。しかしながら、その評価は、依然として対物業務による評価の割合が多く、薬剤師業務が対物業務中心であっても、経営上、十分な収益を確保できる薬局が多く存在している(詳しくは2.1で後述する)。一方で、OTC医薬品の販売や健康相談等の保険外サービスに対する国からの報酬はない。したがって、現状の調剤報酬体系では、処方箋調剤に依存する門前薬局がファーストアクセス機能を拡充するインセンティブはほぼ皆無であり、多くの薬局が、近隣の医療機関の処方箋発行に依存しているビジネスモデルである。

1.6 職務に対する薬剤師の自己肯定感とその影響

薬局サービスの質を向上させる上では、薬剤師は、職務に対する自己肯定感を高め、常にプロフェッショナルの意識を持ち続けることも重要であろう。しかしながら、現状、我が国の薬剤師は、職務内容等に満足していない可能性があり、職務に対する自己肯定感が低いことが報告されている。下図は、医療従事者の自己肯定感に関する指標を比較したものであるが、薬局薬剤師は、他の医療職種と比較して職務に対する達成感や自律性の得点が突出して低く、薬剤師としての自己肯定感が低いことが示唆されている。

医療従事者の自己肯定感に関する指標

²⁴ 詳しくは第2章で解説するが、令和2年度に保険償還された調剤技術料のうち、対物業務の算定割合が最も多かった。

	達成感	成長	社会的地位	人間関係	自律性	労働条件
薬剤師	-0.377	1.005	1.873	0.488	-0.383	1.879
看護師	0.429	1.338	2	1.433	0.085	0.417
内科医	0.905	1.022	3.019	1.726	1.694	1.613

出典：若子 直也「薬剤師の未来進行形」

また、三島(2019)²⁵の薬局薬剤師を対象としたインタビュー調査では、薬剤師の職務満足
の源泉は、「患者との接触」や「他の医療従事者との接触」に関する臨床業務、すなわち
対人業務にあると考察している。同調査では、「薬剤師は、処方監査時の際、自分たちで
決められることがごく少ない」という意見も挙げられており、薬剤師は自らの職能を
発揮できていないことにもどかしさを感じている可能性もある。この点、詳しくは後述する
が、現状の過度に制限されている薬剤師の職能権限の範囲が、間接的に影響している可能
性がある。

加藤ら(2023)は、保険薬局で働く薬剤師 1966 名を対象に、薬剤師の労働生活の質
(QWL: Quality of Work Life)と対人業務に関するパフォーマンス評価(自己評価)の関係性を
分析している²⁶。一般的に、労働生活の質とは、職業領域にとどまらず、非職業領域の生
活の質も評価する包括的な概念と定義されている。この研究では、薬剤師の QWL を測定
する上で、既に Lee JW (2003)によって開発されている「日本の高齢者福祉施設スタッフ
の QWL 測定尺度」²⁷を用いており、薬剤師の QWL は、「待遇に関する満足」、「上司との
関係満足」、「同僚との関係満足」、「成長満足」の 4 要素で測定されている。これら QWL
の 4 要素と、薬剤師の対人業務に関するパフォーマンス評価(自己評価)を重回帰分析によ
り関係性の強さを検証したところ、「成長満足」が、パフォーマンス評価に最も強い正の
影響を示していた ($\beta=0.336, p<0.001, R^2=0.128$)。すなわち、薬剤師自身の自己肯定感を
高め、成長意欲を向上させるような労働環境が、薬局サービスの質向上に貢献する可能性
を示唆している²⁸。

²⁵ 三島重顕. (2019). チェーン薬局に勤務するエリアマネージャーの経営管理に関する一考
察. 大阪経大論集, 70(2), 71.

²⁶ 加藤 裕太, 関谷 剛, 石井 僚, 平子 庸志, 佐藤 宏樹, 木村 廣道. 日本における薬局薬剤師の
労働生活の質(QWL: Quality of Working Life)と主観的パフォーマンス評価の因果検証 ～
全国の保険薬局を対象とした大規模調査～.ポスター発表; 日本薬学会; 第 143 回年会; 2023
年 3 月 28 日;北海道大学

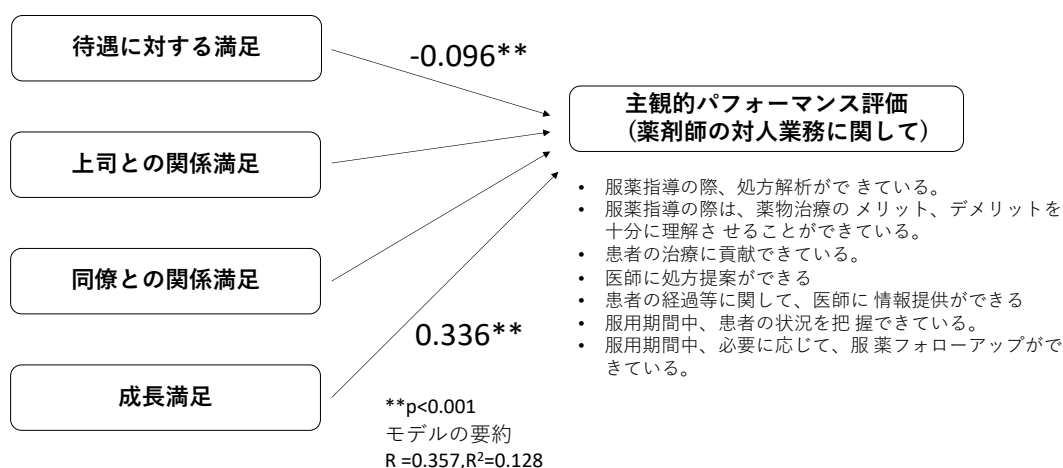
²⁷ Lee JW (2006). Development of a Japanese measurement scale of quality of working life
for staff working in nursing facilities for the elderly. Soc Sci Jpn J. (略号) 4:13-24.

²⁸ 諸外国においても、薬剤師の職務に対する認識や自己肯定感の向上が、薬局サービスの
質に正の影響をもたらす可能性を示唆する報告がある。

出典：

・ Corcoran, T.B. Improving the Quality of Work Life in Public Schools; Research for Better

薬局薬剤師のQWLと対人業務に関するパフォーマンス評価(自己評価)の関係性



出典： 加藤 裕太, 関谷 剛, 石井 僚, 平子 庸志, 佐藤 宏樹, 木村 廣道. 日本における薬局薬剤師の労働生活の質(QWL: Quality of Working Life)と主観的パフォーマンス評価の因果検証～全国の保険薬局を対象とした大規模調査～. ポスター発表; 日本薬学会; 第143回年会; 2023年3月28日; 北海道大学

2. 調剤業務における日本の薬局・薬剤師の現状

2.1 調剤報酬の適正性

前述の通り、「患者のための薬局ビジョン」の実現を目指し、調剤報酬における評価が、対物業務から対人業務へと変遷している。しかしながら、従来の薬局経営にそれほどインパクトを与えるようなインセンティブはなく、必ずしも意図した帰結をもたらしていない。現状、対人業務にそれほど取り組まなくても、十分に薬局経営が成り立つ可能性がある。ここでは、改革を加速させるためのインセンティブでもある、調剤報酬体系の問題点について議論する。

2.1.1 薬局調剤医療費の内訳

Schools, Inc.: Philadelphia, PA, USA, 1986.

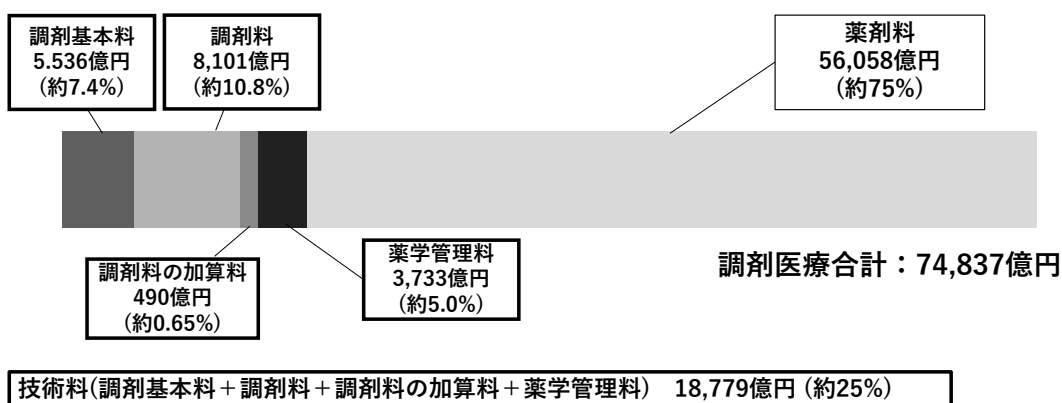
・ Chui, M. A., & Mott, D. A. (2012). Community pharmacists' subjective workload and perceived task performance: a human factors approach. *Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA*, 52(6), e153–e160.

<https://doi.org/10.1331/JAPhA.2012.11135>

薬局・薬剤師が一連の保険調剤業務で得られる報酬は、保険者から薬局調剤医療費として薬局に支払われる。下図は、令和2年度時点の薬局調剤医療費の内訳であるが、その約75%は薬剤費であり調剤業務の技術料は25%にとどまる。

令和2年度 薬局調剤医療費の内訳

- ✓ 年間の薬局調剤医療費は約7.5兆円であるが、そのうち約75%は薬剤費である。
- ✓ 薬局・薬剤師の専門的サービスに係る部分は約25%であり、主に薬剤師の対人業務の評価とされている「薬学管理料」は、わずか5%である。



出典：厚生労働省 「令和4年度調剤報酬改定の概要(調剤)」 2022.3.4版

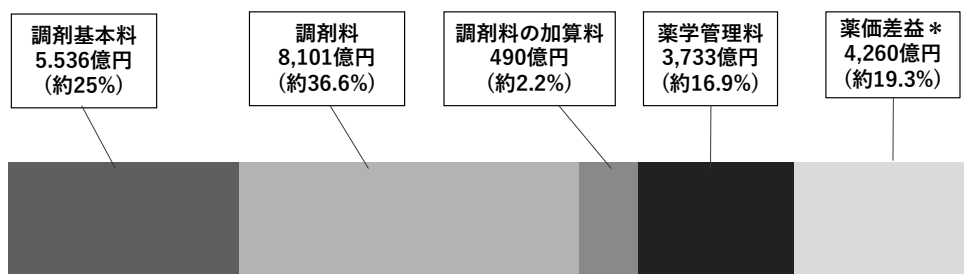
現在、薬価と医薬品の納入額との平均乖離率は約7.6%(2021年時点)²⁹であるため、上図の薬剤料の約7.6%(約4,260億円)は、全国の薬局が医薬品を販売したことによって得られる収益である。これを踏まえて、改めて薬局の収益構造をグラフ化すると下図のようになる。

²⁹Answers News 「21年度薬価調査 平均乖離率は7.6%・・・昨年度から0.4ポイント縮小「調整幅」焦点に」 2021.12.03 掲載

<https://answers.ten-navi.com/pharmanews/22231/>

令和2年度 薬局調剤医療費の内訳(薬局収益換算)

- ✓ 現状、対人業務の評価である「薬学管理料」は、保険調剤における薬局収益のわずか約16.9%であり、収益源は対人業務以外によるものが多い。



*薬価差益：医薬品納入額と薬価の平均乖離率を7.6%ととして計算

薬局収益合計：22,120億円

出典：
厚生労働省 「令和4年度調剤報酬改定の概要(調剤)」 2022.3.4版
ミクスOnline 「【速報】21年9月薬価本調査 平均乖離率は約7.6% 談合疑いで当該6社と国病機構の取引データは除外」 2021.12.3掲載

薬局調剤医療費を薬局収益に換算すると、対人業務の評価である「薬学管理料」は、金額にして、わずか 16.9%しか算定されていない。薬学管理料の算定要件に応じて、調剤基本料の加算(地域支援体制加算など)が発生する場合もあるが、薬局は、対物業務中心であっても、医療機関から処方箋が発行されている限り、概ね安定収益を確保できている可能性がある³⁰。近年の調剤報酬体系は、対物業務から対人業務への評価に移行しているが、改革のインセンティブとして十分機能しているかどうかについては検討の余地がある。

2.1.2 調剤基本料及び地域支援体制加算の適正性

前項2.1.1の図で示されている薬局調剤医療費の内訳のうち、薬局で処方箋に基づく調剤を行った際に算定できる基本料金として、調剤基本料がある。調剤基本料は、主に各薬局の処方箋受付回数と処方箋集中度³¹で決定されており、基本的に、小規模展開の薬局グループは、大規模展開の大手薬局グループと比較して点数が高めに設定されている。このように、経営効率の格差を是正する目的で、小規模薬局が報酬上の優遇を受けている。この点

³⁰ 下記書籍においても、保険薬局は、しばらくは食いつなげると述べている。

出典：玉田慎二、小幡豊和、上野敬人、高塩健一「薬剤師に迫るコペルニクスの“転界”専門誌記者がみる過去、現在、そして未来」2019 薬事日報社

³¹ 処方箋集中度とは、特定の医療機関から集中して処方箋を受けている状況を表すもの。
式：主の特定の医療機関からの処方箋枚数/薬局で受け付けた全ての処方箋枚数 × 100
で表される。

に関しては、諸外国でも同様の措置が取られている。加えて、調剤基本料の加算の位置付けとして薬局サービスの質を評価する、地域支援体制加算がある。同加算は、対人業務に取り組んでいる薬局ほど高い点数が算定される仕組みである。この点に関しては、成瀬(2022)の報告書によってその問題点が整理されているので、以下、その概要を紹介する³²。

・調剤基本料について

調剤基本料において、小規模薬局が優遇されるべき主な理由は、大手薬局グループと比較して、卸売との価格交渉力が劣勢であるためである。医薬品の販売価格は公定価格(薬価)である一方で仕入価格は市場価格である故、一般に、大量購入等ができず価格交渉力の弱い小規模薬局ほど薬価差益を得にくくなる。

前項でも少し触れたが、薬局の収益は、調剤基本料、調剤料、調剤料の加算料、薬学管理料、薬価差益で構成されている。これらのうち、我が国の小規模薬局に対する優遇措置は、調剤基本料で調整されている。調剤基本料は、薬局又は薬局グループにおける処方箋受付回数、処方箋集中率、薬局の経営規模で決められており、基本的には、各薬局の経営効率等を考慮した算定点数となっている。例えば、ある薬局が、処方箋集中率が85%以下、処方箋受付回数が2000回/月で、300店舗以上の大手薬局グループに所属している場合、調剤基本料3ハ(32点：320円)を算定することになる。一方で、当該薬局と同じ条件で、大手薬局グループに所属していない薬局であれば、調剤基本料1(42点：420円)を算定できる(下図参照)。このように、単純に経営規模のみで調剤基本料が定められており、小規模薬局であることによって、具体的に何が大手薬局等に比べて経営的に不利であり優遇されるべき点なのかが明確にされていない。

³² 成瀬 道紀 「薬局薬剤師のプライマリ・ケアへの取り組み強化に向けて—多職種連携強化と薬剤師の役割の拡充を—」JRIレビュー 2022 Vol.4, No.99 29-55 2022

調剤基本料の算定要件

- ✓ 薬局グループでの「処方箋受付回数」と「処方箋集中度」の2要素により、算定する調剤基本料が定められている。
- ✓ 基本的に小規模薬局は、経営効率等の観点から、調剤基本料で報酬上の優遇を受けている。

	要件		点数
	処方箋受付回数等	処方箋集中度	
調剤基本料1	調剤基本料2、3以外		42点
調剤基本料2	①処方箋受付回数が2000回超～4000回 ②処方箋受付回数が月4000回超 ③処方箋受付回数が1800回超～2000回 ④特定の医療機関からの処方箋受付回数が4000回超	①85% ②70% ③95% ④-	26点
調剤基本料3	イ	同グループで処方箋受付回数が月3万5千回超～4万回 95%超	21点
		同グループで処方箋受付回数が月4万回超～40万回 85%	
	ロ	同グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上	16点
	ハ	同グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上 85%以下	32点

出典：厚生労働省 「令和4年度調剤報酬改定の概要(調剤)」 2022.3.4版

また、患者視点から考えると、処方箋集中度の高い駅前薬局で処方箋薬を調剤してもらう方が自己負担額が低くなることにも留意したい。この点、患者に対しては、かかりつけ薬剤師・薬局を目指した現行の政策とは真逆のインセンティブを与えているところ、別途、患者が自宅近く等のかかりつけ薬局を選択するようなインセンティブを改めて検討する必要があるだろう。

・地域支援体制加算について

もう一つ、小規模薬局が優遇されていることとして、地域支援体制加算がある。地域支援体制加算とは、調剤基本料の加算の位置付けであり、薬局サービスの質を評価するものである。下図は、地域支援体制加算の詳細を示した図である。

地域支援体制加算の算定要件

- ✓ 薬局の対人サービスの評価にあたる地域支援体制加算は、調剤基本料と連動した形で算定される。
- ✓ 調剤基本料1を算定している小規模薬局は、比較的容易に地域支援体制加算で高い点数を算定できる。

地域支援体制加算		点数	算定要件
調剤基本料1の薬局	地域支援体制加算 1 ・ 4つ以上を満たすこと。(ただし1~3は必須) ・ 2、4及び5については、保険薬局 当たりの直近1年間の実績とする	39点	1 麻薬小売業者免許 2 在宅薬剤管理の実績 24回以上 3 かかりつけ薬剤師指導料等の届出 4 服薬情報等提供料の実績* 12回 5 多職種会議への参加** 1回以上
	地域支援体制加算 2 ・ 地域支援体制加算 1の要件を満たした上で、1~9のうち、3つ以上を満たすこと。	47点	1 夜間・休日等の対応実績 400回以上 2 麻薬の調剤実績 10回以上 3 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回以上 4 かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回以上 5 外来服薬支援料1の実績 12回以上
調剤基本料1以外の薬局	地域支援体制加算 3 ・ 麻薬小売業者免許・1~9のうち、3つ以上を満たすこと。(ただし4及び7は必須)	17点	6 服用薬剤調整支援料1及び2の実績 1回以上 7 単一建物診療患者1人の在宅薬剤管理の実績 24回以上 8 服薬情報等提供料の実績 60回以上
	地域支援体制加算 4 ・ 1~9のうち、8つ以上を満たすこと。	39点	9 多職種会議への参加 5回以上 ✓ ただし9は保険薬局当たりの直近1年間の実績、それ以外は保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数1万回当たりの実績。 ✓ 直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満は、処方箋受付回数1万回とみなす。

出典：厚生労働省 「令和4年度調剤報酬改定の概要(調剤)」より作成

算定している調剤基本料(1~3)に応じて、地域支援体制加算の算定要件や報酬が異なることを確認する。例えば、小規模薬局等で、調剤基本料 1(42 点：420 円)を算定している薬局は、算定要件として「麻薬小売業者の免許」、「かかりつけ薬剤師指導料等の届出」等の条件を満たしていれば、地域支援体制加算 1(39 点：390 円)を算定できる。一方で、300 店舗以上の大手薬局グループで、調剤基本料 3 ハ(32 点：320 円)を算定している薬局が、同様の点数(39 点：390 円)である地域支援体制加算 4(39 点：390 円)を算定しようとする場合、図の右下部の 9 つの条件のうち、8 つ以上の要件を満たさなければならず、小規模薬局の場合と比較して非常にハードルが高い。

このように、対人業務の強化を促すための地域支援体制加算が、経営的な優遇措置である調剤基本料と連動していることにより、同じ評価を受けているにも関わらず、大手薬局と小規模薬局における薬局サービスの質には大きな乖離がある。日本の薬局市場は、中小規模の薬局が多く占めており³³、SCUEL DATA REPORT Vol.22 の「【調剤報酬改定 2022】地域支援体制加算の今 2022 年 6 月時点」の報告によると、関東信越地方の地域支援体制加算 1 及び 2 の算定件数の割合は 95%を超える³⁴。すなわち、それほど対人業務に取り組まなくても十分に収益が得られている薬局が多く存在している。この薬局の対人業務に対する評価の格差が、改革の進展を鈍化させている可能性がある。

³³ 薬局大手企業トップ 10 社の市場シェアはわずか 14%であり、中小企業の薬局が市場の多くを占めている。

出典：薬キャリア職場ナビ https://pcareer.m3.com/shokubanavi/feature_articles/129

³⁴ SCUEL DATA REPORT Vol.22 「【調剤報酬改定 2022】地域支援体制加算の今 2022 年 6 月時点」

また、このような報酬体系は、薬局の規模拡大に対して、著しいディスインセンティブとなっている。例えば、ある薬局が調剤基本料 1(42 点：420 円)及び地域支援体制加算 1(39 点：390 円)を算定していた場合、集患力を高め、処方箋受付回数が算定要件の閾値を超えた場合、調剤基本料 2(26 点：260 円)を算定することになる。結果的に、当該薬局は、地域支援体制加算を算定できなくなり、全く同様の薬局サービスを提供していたとしても、経営規模が拡大したという理由だけで処方箋 1 枚当たり 550 円³⁵も減収となる。

一般的に、薬局規模の拡大は、業務効率化への設備投資等が促進され、薬剤師の対人業務強化に貢献する。例えば、日本保険薬局協会(NPhA)の会員である薬局企業の多くは大手企業であるが、対人業務に係る算定件数等は全国平均と比較して多く、対人業務への取り組みが充実している³⁶。成瀬(2022)は、このような薬局規模に応じた調剤報酬体系では、薬局が対人業務の質を高めて、患者を増やそうとする健全な競争を阻害することに加えて、薬局業務のデジタル化への投資や多品目の在庫への投資等も行われにくくなると指摘している³⁷。

2.2 多職種連携の不足

「患者のための薬局ビジョン」において、かかりつけ薬局が持つべき機能の一つとして、「かかりつけ医を始めとした医療機関等との連携強化」が挙げられている。特に、在宅医療、オンライン服薬指導、リフィル処方箋への対応等においては、多職種との患者情報の共有不足が治療効果に大きく影響する可能性があり、薬局薬剤師及び医師、看護師、介護士等との切れ目のない連携が不可欠である³⁸。しかしながら、今日の薬局薬剤師は、多職種連携どころか、処方医との連携も十分に組み合わせておらず、自らの職能を十分にアウトプットできていない。

薬局薬剤師が、処方医に対して患者の治療経過等の情報提供を行った際に算定できる調剤報酬点数として、「服薬情報提供料」がある。これは、薬局—医療機関間の連携状況を確認する上で有用な指標である。厚生労働省が発表した 887 薬局を対象とした調査によると、「服薬情報提供料」を算定したことのある薬局はわずか 34.9%であり³⁹、薬局薬剤師か

³⁵ 調剤基本料 1(42 点：420 円)と調剤基本料 2(26 点：260 円)の差額を 160 円(16 点)と地域支援体制加算 1 の 390 円(39 点)を足し合わせた。

³⁶ 日本保険薬局協会「調剤報酬における届出・実績調査 報告書」2020.12

³⁷ 成瀬 道紀 「薬局薬剤師のプライマリ・ケアへの取り組み強化に向けて—多職種連携強化と薬剤師の役割の拡充を—」JRI レビュー 2022 Vol.4, No.99 29-55 2022

³⁸ 薬剤師は、薬剤の専門家として各医療スタッフからの相談に応じることができるような体制を整えることが重要とされている

出典：厚生労働省「チーム医療の推進に関する検討会 報告書」平成 22 年 3 月 19 日

³⁹ 厚生労働省 「令和 2 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和 3 年度調査)かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査 報告書」2021

ら処方医へのコミュニケーションが乏しいことを示唆している。また、処方医から薬局への情報提供においても、連携が不十分であることが多い。薬局薬剤師は、主に処方箋、お薬手帳、患者からの聞き取り等の限られた情報源から患者情報を収集しており、医師の処方意図が不明確かつ正確な患者情報が不足したまま、患者の病状を推察し、調剤しなければならないことがしばしばある⁴⁰。薬局薬剤師は、処方医以外にも、看護師、介護士、ケアマネージャー等との密な地域連携が必要とされるが、日本保険薬局協会が実施した「調剤報酬における届出・実績調査報告書」によると、年間5回以上の地域ケア会議(地域の多職種と連携する会議)⁴¹の参加機会が「ある」と回答した薬局は、わずか20%と非常に少ない⁴²。

このように、現状、薬局は、地域医療においてほとんど孤立してしまっている可能性がある。

年12月 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000860750.pdf>

⁴⁰ 通常、情報セキュリティの観点から、処方医と薬剤師の連携手段は、電話や報告書等、アナログ的である。これにより、薬局薬剤師が面識の無い医師にコンタクトするハードルは高いという報告もあり、処方医へのフィードバックが困難な場合が多いと推察される。

出典：飯岡緒美, & 大西弘高. (2012). 医療者間コミュニケーションについて—薬剤師の立場から疑義照会場面における医師と薬剤師のコミュニケーションを考える—. *日本内科学会雑誌*, 101(6), 1720-1726.

⁴¹ 地域ケア会議とは、地域包括支援センター等が主催し、設置・運営する「行政職員をはじめ、地域の関係者から構成される会議体」と定義されており、地域の医療・介護に関わる多職種が参加する。近年、国は、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される、地域包括ケアシステムの構築を目指しており、地域ケア会議は、その手法の一つとして位置付けられる。

出典：厚生労働省 「地域包括ケアシステムの実現に向けて」

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000018729.pdf

：介護ワーカー コラム 「地域ケア会議とは？会議の目的や運営方法、5つの機能までわかりやすく解説します」 <https://kaigoworker.jp/column/434/>

⁴² このアンケート調査は、日本保険薬局協会の賛助会員の薬局グループを対象にした調査である故、比較的、改革への意識が高い傾向にあると思われる。よって、多職種連携の意識も比較的高いと考えられるが、このような薬局グループでさえも十分に連携できていない。

2.3 薬局薬剤師が提供する医療サービスの限界

薬局薬剤師は、基本的に医師の指示通りに処方薬を調剤し、疑義が生じた場合は医師に処方内容を再度確認にした後に調剤する。この流れは、医薬分業において世界共通である。しかしながら、詳しくは後述するが、海外の薬局薬剤師は、一定範囲の処方権が与えられている場合があり、患者の服薬状況や治療経過に応じて、薬剤師独自の判断で、処方日数や服薬タイミングの変更、投与量の変更等が認められている場合がある。この際、疑義照会が必要としない。

日本では、薬局薬剤師で対応可能な軽度な処方変更でさえも、医師への疑義照会が必要であるところ、患者の待ち時間の増加や、処方医との連絡が取れない場合は、その日に調剤できない等の患者利便性を低下させている事態が頻繁に生じている⁴³。疑義照会の内容は、一包化や粉碎の可否等、調剤上の軽微な変更に関するものが多くあり、必ずしも医学的な専門性を問わない内容が多くある⁴⁴。このように、保険医療サービスにおける薬局薬剤師の職能は非常に限定的であり、薬剤師が持つ本来の専門性を十分にアウトプットできていない。今日の医薬分業における薬局薬剤師への批判は、このような過度に制限された職能が原因である可能性も否定できない。

このような状況下、2010年に厚生労働省によって取りまとめられた「チーム医療の推進に関する検討会 報告書」では、「薬剤師において、一定条件の下、処方箋に記載された指示内容を変更した調剤、検査オーダー等の実施等、更なる業務範囲・役割拡大について検討されることが望まれる」と述べられており、一定範囲の薬剤師による処方変更権の付与の必要性が議論されている⁴⁵。その後、厚生労働省の「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」の通知により、医師と薬剤師により、事前に作成・合意されたプロトコルに基づき、薬剤師が、専門的知見の活用を通じ、医師等と共同して、軽度な処方変更等を実施することが認められた⁴⁶。下図は、同通知に基づいて、実際に京都大学附属病院と多数の地域薬局で締結している疑義照会プロトコルの一部を抜粋したものである。

⁴³ 複数人の薬局薬剤師よりヒアリング。

⁴⁴ 櫻井香織, 尾崎淳子, 矢野育子, 安達昂一郎, 木村嘉彦, 松村勝之, & 松原和夫. (2016). 病院と薬局の合意に基づく院外処方せんにおける疑義照会簡素化プロトコルとその効果. *医療薬学*, 42(5), 336-342.

⁴⁵ 厚生労働省「チーム医療の推進について(チーム医療の推進に関する検討会 報告書)」平成22年3月19日

⁴⁶ 厚生労働省「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」2010

必ずしも医師の確認を必要としないと思われる軽度な処方変更内容

例) 京都大学医学部附属病院—地域薬局間の疑義照会プロトコル

- 同一成分名の銘柄変更
- 剤形変更 例)散剤から錠剤、OD錠から普通錠などへの剤形変更
- 5mg錠 1日2回を10mg錠1日 1回などの別規格への変更
- アドヒアランス等の理由によって半割、粉碎、混合する場合
- 「患者希望」あるいは「アドヒアランス不良で一包化による向上が見込まれる」の理由により一包化調剤すること
- 湿布薬や軟膏での規格変更に関すること
- 一般名処方における調剤時の類似剤形への変更
- 残薬があるため投与日数を調整して調剤すること

など

出典：京都大学医学部附属病院薬剤部「院外処方箋における問い合わせ簡素化のプロトコル」 2021.10.13

このように、医療機関—薬局個別でのプロトコルの締結により、薬局薬剤師は、疑義照会を介さずに、上図のような処方変更を実施できる。一部の大病院等では、調剤上の典型的な変更に伴う疑義照会を減らし、処方医や薬局薬剤師の業務効率化という目的で、薬局—医療機関間の疑義照会プロトコルの運用に前向きな考えを示している。しかしながら、現状、このようなプロトコル締結の多くは、一部の医療機関—近隣の薬局間のプロトコル締結にとどまっており、全国的な普及はしていない。これは、前項でも挙げたように医療機関と薬局で十分な連携が取れていないことや、処方医と薬局個別で詳細なプロトコルを締結しなければならない等の手間が、普及の障壁となっている可能性がある⁴⁷。

2.4 業務効率化の課題

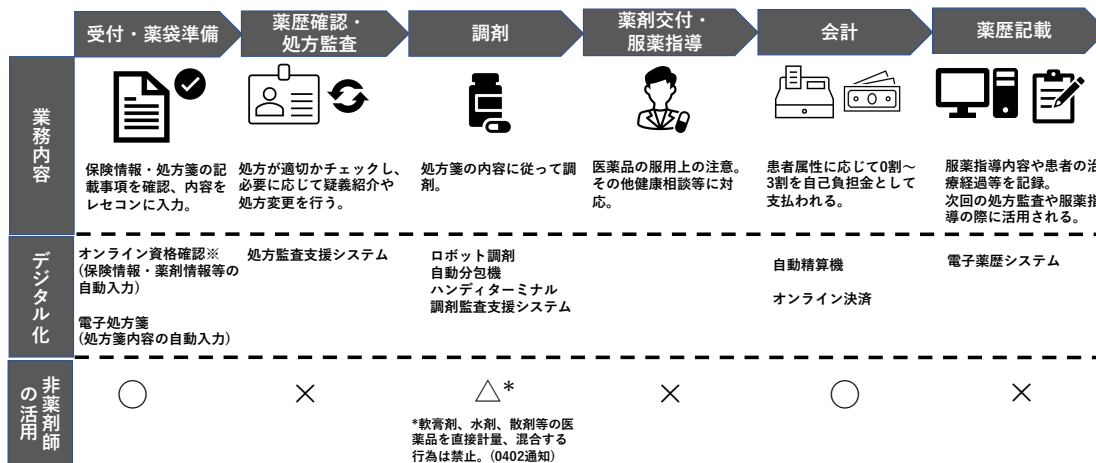
薬局薬剤師は、処方薬を調剤する際、患者の保険情報、処方内容、併用薬との相互作用等を確認し、安全に薬物治療が実施できると判断した上で、調剤、監査を行い、服薬指導を実施する。前述した通り、薬局薬剤師の業務は、対物から対人への移行が求められているが、業務効率化が十分に進んでおらず、対人業務時間の確保が困難な場合が多い。

薬局における処方箋調剤業務の流れを下図に示しているが、これらのうち薬剤師が必ずしも実施する必要のない業務は多く存在する。

⁴⁷ 有識者インタビュー(薬剤師)

薬局業務の効率化

✓ 処方箋調剤における薬剤師の対物業務は、事務職員等の非薬剤師の活用やITシステムの活用により、効率化が進められている。



出典：独自作成

薬局業務は、医療 DX により処方箋入力業務等がオートメーション化されていたり、薬剤師でない従業員(非薬剤師)が一部の調剤業務を実施したりと、様々な方法で業務効率化が目指されている。しかしながら、現状、対物業務の効率化に苦戦している薬局が多い。近年の高齢化の進展により、多剤併用による服用薬剤チェックや、一包化調剤等で、調剤業務にかかる時間は増加傾向にある。また、紙ベースでの患者情報の管理をしている薬局も少なくなく、対人業務へ移行する上で、薬剤師業務の効率化は、喫緊の課題である⁴⁸。

このように、薬局業務の負担が増加している中、薬剤師の調剤業務の負担軽減を目的として、2019年4月2日、厚生労働省の0402通知により、非薬剤師による一部の調剤行為が調剤補助行為として許可された⁴⁹。非薬剤師が実施できる行為は、ピッキング調剤等に限定されているが、薬剤師の調剤業務時間の削減にある程度貢献できていると思われる。しかしながら、同通知は、海外のテクニシャン(非薬剤師であり調剤業務の補助をする業種；詳しくは第4章で解説する)のように、調剤業務全般を実施できるわけではないため、その効果は限定的である。0402通知以前は、非薬剤師による調剤補助業務はグレーゾーンとされていたが、業務効率化の観点から、すでに非薬剤師によるピッキング調剤や一包化調剤

⁴⁸ 電子薬歴システムを導入していない薬局は、およそ25%と報告されている。

出典：厚生労働省の「第9回薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会資料」2022

⁴⁹ 厚生労働省0402通知：PTPシート(錠剤シート)のピッキングの調剤補助は、非薬剤師による実施が認められているが、水剤、軟膏剤、散剤等の調剤補助は認められていない。

<https://www.mhlw.go.jp/content/000498352.pdf>

の補助業務を実施している小規模薬局等は多く存在していたようだ⁵⁰。したがって、このような薬局に対しては、同通知は業務効率化にほとんど貢献しなかったと推察される。

調剤業務の機械化も近年注目されている。一部の薬局では、調剤業務の負担軽減を目的として、調剤ロボットを導入している。株式会社メディカルユアーズが運営する大阪の梅田薬局では、ピッキング調剤ロボットを導入し、患者待ち時間が平均 8 分 17 秒から平均 2 分 53 秒に大幅に短縮され、著しい業務の効率化に成功している⁵¹。しかしながら、このような調剤ロボットの導入は、コスト面の問題に加え、設置にある程度の敷地面積が必要であり、小型店舗が多い日本の薬局では、導入困難な場合が多い。

以上を鑑みると、多くの薬局は、業務効率化を試みているものの、それを阻害するファクターが多く存在し、薬局における対物業務から対人業務へのドラステックな変遷は困難な状況にあると言える。

2.5 反対意見が多いリフィル処方箋制度と今後の可能性

リフィル処方箋とは、1 枚の処方箋を一定の期間内で繰り返し反復利用できる処方箋であり、医師の労働負担の軽減、患者の受診負担軽減、医療費削減等に貢献すると期待されている⁵²。諸外国では、既に導入されている制度であり、高血圧症や糖尿病等の症状が安定した慢性疾患患者に関しては、基本的にリフィル処方箋で対応されている⁵³。日本でも、2022 年度の診療報酬改定より、リフィル処方箋制度が解禁された⁵⁴。

我が国では、薬を処方してもらうための受診、いわゆる「お薬受診」が問題となっており、その有用性が疑われている。赤羽ら(2019)が実施したアンケート調査では、コントロール良好な降圧薬を 1~2 剤服用する患者の 79.7%が 1 ヶ月に 1 回通院しており、全体の 4 人に 1 人が通院頻度を減らしたいと回答していた³⁸。また、金銭的な負担を感じていると訴える患者も少なくなく、「お薬受診」が患者の負担になっている可能性は十分にある

⁵⁰ 薬局薬剤師ヒアリングより

⁵¹ 神戸新聞 NEXT「待たせません ロボット調剤薬局 すぐさま準備し処方」
<https://www.kobe-np.co.jp/news/sougou/202104/0014228429.shtml>

⁵² 患者の受診負担軽減効果に関しては、経済面で 3,360 円/年(3 割負担)、時間面で 2.7-5.3 時間/年(診察時間)の軽減効果が見込まれている。

医療費削減効果に関しては、やや広い条件でリフィル処方対象となり得る患者(第 1 群)³⁰を基にすると、医療費削減見込み額は 1,556 億円、そのうち特にリフィル処方にする必然性が高い患者(第 2 群)⁵²を基にすると、医療費削減見込み額は 339 億円であると報告している。詳細は下記論文に譲る。

(前田あゆみ, & 菅野敦之. (2020). リフィル処方制度導入がもたらす経済性の効果予測. *社会薬学*, 39(1), 35-39.)

⁵³ 「世界薬学探訪記」 桐野 豊 編著 徳島文理大学電子出版研究会 2019 年

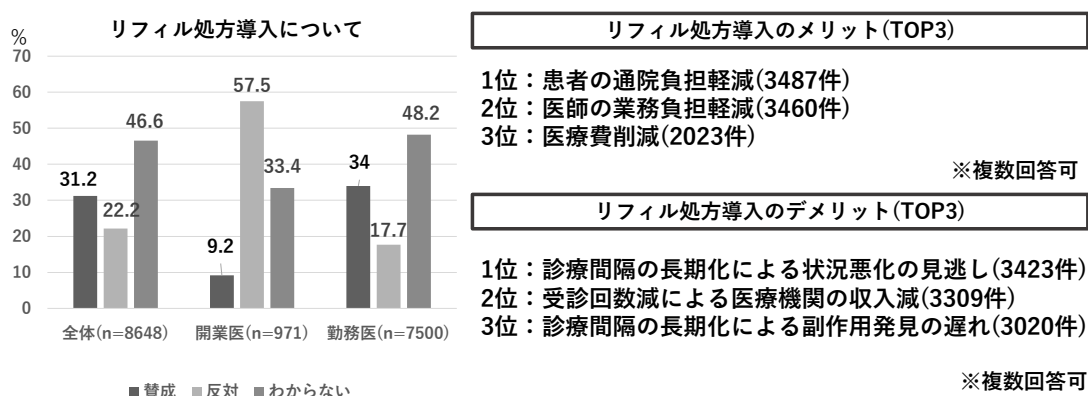
⁵⁴ 厚生労働省「令和 4 年度診療報酬改定の概要」

55. この点、リフィル処方箋制度は、「お薬受診」による患者負担を軽減させると期待できると思われる。

しかしながら、リフィル処方箋制度に関しては、反対している医師が多い。下図は、日経メディカル Online の医師会員を対象としたアンケート結果である。

リフィル処方箋に関する医師のアンケート調査

8648人の日経メディカル Onlineは医師会員を対象としたアンケート調査



出典: 日経メディカル “開業医の57.5%はリフィル処方箋導入に「反対」” 2022.2.16 掲載

57.5%の開業医がリフィル処方に反対している原因としては、おそらく受診回数減による収入低下が強く関係していると推察される。しかしながら、医師が回答するリフィル処方制度のデメリットとして、「診療間隔の長期化による状況悪化の見逃し」、「診療間隔の長期化による副作用発見の遅れ」が挙げられている点について、これらは本来、薬局薬剤師が担う役割であるところ、多くの医師が薬局薬剤師の質を信用できていないことを示唆している。

他方、薬局薬剤師による薬物治療の継続的管理が、患者に好影響をもたらしている報告もある。2020年9月、日本保険薬局協会(NPhA:Nippon Pharmacy Association)の医療制度検討委員会が発表した「服薬期間中フォローアップ事例と成果の収集」⁵⁶では、525名の患者に対して、薬剤師のテレフォンフォローアップ後、497名(95%)の患者に一定の成果が

⁵⁵ 赤羽優輝, 能城裕希, 櫻井浩子, & 益山光一. (2019). リフィル制度の取組みに向けたわが国の課題. レギュラトリーサイエンス学会誌, 9(2), 69-78.

⁵⁶ 日本保険薬局協会(NPhA:Nippon Pharmacy Association) 「服薬期間中フォローアップ事例と成果の収集」 2020.9.10

<https://secure.nippon-pa.org/mail/img/npha20200911.pdf>

あり、そのうち 268 名(54%)が処方変更されたと報告している。処方変更内容は主に薬剤の中止、他薬への変更、処方追加、用量の減量等であり、薬局薬剤師による経過フォローは、十分に薬物治療の質向上に貢献していると思われる。

リフィル処方箋制度の本質は、薬局薬剤師が、主体的に患者の薬物治療を継続的管理することを意味している。症状が安定している慢性疾患患者に対しては、薬局薬剤師が十分に治療経過をフォローアップできていれば、リフィル処方箋により、「お薬受診」の問題は解決され、患者の利便性向上、それに伴う国民医療費の削減にも貢献できる可能性は高い。2022年6月時点では、リフィル処方箋の受付実績がある薬局は、17.6%、全処方箋に占める受付回数割合は、0.053%と、決して多いとは言えないが、リフィル2回目以降は、患者が同一の薬局を希望する等の報告も多く、かかりつけ薬剤師・薬局の推進に大きく貢献する可能性がある⁵⁷。

2.6 普及が進まないオンライン服薬指導

オンライン服薬指導とは、パソコンやスマートフォンなどを使用して、薬剤師がオンライン上で服薬指導を行うことができる制度である。コロナウイルス感染拡大による「受診控え」を契機に、オンライン診療・服薬指導が「ニューノーマル」として、恒久化する可能性があるとして注目されている⁵⁸。オンライン診療・服薬指導は、患者の受診負担が軽減されることで、受診のハードルが下がり、患者の通院中断を防止できたり、病気の早期発見や、副作用の早期対応等に貢献できたりと、様々な魅力的な利点がある。2022年度の診療報酬改定では、オンライン診療の恒久化を見据えて、初回からオンライン診療・服薬指導が可能となった⁵⁹。

オンライン診療・服薬指導の有用性は、利用者アンケートの結果にも顕れている。デロイトトーマツのオンライン診療・服薬指導に関するアンケート調査⁶⁰によると、オンライ

⁵⁷ ミクス Online 「NPhA 調査 リフィル処方箋の受付実績のある薬局 17.6% わずか 2 ヶ月で着々と普及 薬剤師の意識に変化も」 2022.6.10 掲載

<https://www.mixonline.jp/tabid55.html?artid=73179>

⁵⁸ 感染拡大初期、厚生労働省の「0401 通知」により、初診を含め電話等での診察、服薬指導が一時的に認められた。2022 年度の診療報酬改定では、同通知は廃止となり、映像や音声での対話可能な情報通信機器を用いた場合のみ、初診を含めオンラインでの診察・服薬指導の実施が容認されている。

⁵⁹ 厚生労働省「令和 4 年度診療報酬改定の概要」

⁶⁰ デロイトトーマツ調査、オンライン診療・オンライン服薬指導 利用率は伸び悩むも、経験者の 76%は再度利用意向 2021. 8. 16

<https://www2.deloitte.com/jp/ja/pages/about-deloitte/articles/news-releases/nr20210816.html>

ン診療及びオンライン服薬指導の認知度はそれぞれ 70.2%、52.2%であり、利用率は共に 6%台に留まっている一方で、再利用意向率は共に 76%である(2021.5.25 時点)。オンライン診療・服薬指導の利用率は低いものの、再利用意向率の高さを考慮すると、国民のニーズを満たす施策である可能性が高い。

しかしながら、オンライン診療・服薬指導は全ての患者に適用できるわけではない。例えば、オンラインでは、血液検査、触診、組織採取等の診察が不可能であり、場合によっては患者情報の不足による誤診を招く恐れがある⁶¹。また、患者の通信環境や IT リテラシー次第で実施できないこともある⁶²。さらに、オンライン服薬指導は、処方薬等の輸送費も考慮する必要がある。ある薬局薬剤師にヒアリングしたところ、処方薬の輸送費は、一件あたり梱包費等を含め、500~600 円程度であり、この費用は基本的に患者が負担している⁶³。

以上のように、オンライン診療・服薬指導は、患者利便性を高めるための有用な施策であるが、現状、懸念すべき課題も多く存在している。

3: ファーストアクセスにおける日本の薬局・薬剤師の現状

3.1 健康サポート薬局制度の現状と課題

近年、健康寿命の延伸は、個人の QOL(生活の質)の維持・向上、地域の活性化をもたらす、医療・介護の費用を抑制する可能性があるという点で、注目されている。2013 年に閣議決定された「日本再興戦略~Japan is back~」では、薬局・薬剤師は、セルフメディケーションの推進等を通して、国民の健康寿命の延伸に貢献するよう求められている⁶⁴。これに追随する形で、2015 年の 9 月に、「健康サポート薬局制度」が開始された。健康サポート薬局とは、かかりつけ薬剤師・薬局⁶⁵の機能に加えて、市販薬や健康食品に関することや、介護や食事・栄養摂取に関することまで気軽に相談できる薬局のことである⁶⁶。健康サポ

⁶¹ 厚生労働省 「電話診療・オンライン診療に関するアンケート結果」

⁶² オンライン診療のデータではあるが、令和 3 年 1 月~3 月のオンライン診療の受診者は、全体の約 4 分の 3 が 40 歳以下であり、年代が高くなればなるほど、対面診療を希望している傾向がある。

出典：厚生労働省(2021) 「情報通信白書 第 2 節 コロナ禍における公的分野のデジタル活用」

<https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r03/pdf/n2200000.pdf>

⁶³ 薬局薬剤師ヒアリング

⁶⁴ 内閣府 「日本再興戦略~Japan is back~」2013 年

⁶⁵ かかりつけ薬剤師・薬局の定義については、2.2 改革の方針を参照。

⁶⁶ 日本薬剤師会 HP 「健康サポート薬局について」 参照

<https://www.nichiyaku.or.jp/activities/support/about.html>

ート薬局の表示は、厚生労働大臣が定める一定基準を満たす必要があり、届出が必要である。健康サポート薬局の届出をする際は、地域における連携体制の構築や、要指導用医薬品等の取り扱い、8 時間以上の開局及び土日どちらかの一定時間の開局等の要件をクリアする必要がある。

このように、同制度は、薬局薬剤師が町の健康コンサルタントとして活躍し、薬局のファーストアクセス機能の向上を目的に発足された。しかしながら、現状の健康サポート薬局の届出数は、全国の薬局約 60,000 軒のうち、わずか 2842 軒(2021.12.31 時点)であり⁶⁷、ほとんど普及していない。これは、多くの国民にとって、薬局は、保険調剤を行う場所であり、OTC 医薬品や健康食品の購入、健康相談等の場所としては、ほとんど認識されていないためである⁶⁸。また、健康サポート薬局の存在を認知している国民も圧倒的に少数であるため、他の薬局との差別化として機能する可能性も低い⁶⁹。さらに、健康サポート薬局に対する特別な金銭的インセンティブ等がなく、健康サポート薬局に対する経営的メリットがほとんどないと言える。

3.2 検体測定室における薬剤師の職能の規制

2014 年、検体測定室⁷⁰の届出を申請すれば、薬局でも利用者の自己採血による検体測定が可能になった⁷¹。これは、薬局が処方箋調剤以外のサービスを拡大する上で非常に有用と思われたが、薬局薬剤師が、検体測定結果に基づいて提供できる健康ソリューションは非常に限定的である。

「健康寿命延伸産業分野における新事業活動のガイドライン」によると、医師以外の民間事業者は、検体測定における情報提供において、測定結果を伝える、もしくは受診勧奨に限定されてしまっている⁷²。例えば、数ヶ月の血糖値の状況を表す HbA1c の値が、

⁶⁷ 厚生労働省 「健康サポート薬局の届出件数(令和 3 年 12 月 31 日時点)」

⁶⁸ マイボイスコム株式会社「調剤薬局に関するアンケート調査(2016 年実施)」

⁶⁹ 健康サポート薬局について知っていたか聞いたところ、「よく知っていた」と答えた者の割合が 1.5%、「言葉だけは知っていた」と答えた者の割合が 6.5%、「知らなかった」と答えた者の割合が 91.4%となっている。

出典：内閣府 「令和 2 年度 薬局の利用に関する世論調査」

<https://survey.gov-online.go.jp/r02/r02-yakkyoku/2-5.html>

⁷⁰ 人体から採取された検体(受検者が自ら採取したものに限る)について生化学的検査を行う施設 (厚生労働省ホームページ)

⁷¹ 厚生労働省告示, 臨床検査技師等に関する法律 第二十条の三第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める施設の一部を改正する件(厚生労働 一五六). 官報, 2014, 号外 70, 272

⁷² 厚生労働省 「健康寿命延伸産業分野における新事業活動のガイドライン」

6.2(正常値：5.9 以下、糖尿病予備軍：6.0-6.4)と高めであり、利用者が生活上のアドバイスを求めているとしても、薬局薬剤師はこれに対して、健康アドバイスや健康食品の販売等の健康ソリューションを提供できない。これは、検体測定結果に基づく薬剤師のアドバイス等は、医師による医業に該当する「診断」行為と解釈されているためである⁷³。

医師法 17 条 医師でなければ、医業をなしてはならない。

吉田ら(2016)の検体測定室届出薬局を対象としたアンケート調査では、9割以上の薬剤師が、このガイドラインにやりづらさを感じており、やりづらさ理由として特に多かった回答は、「利用者から健康アドバイスを求められた場合も一般論でしか答えてはいけない」の71.3%と、「生活指導してはいけない」の64.7%であった⁷⁴。この点、前述の「1.5 職務に対する自己肯定感とその影響」で触れた、薬剤師自身の職務に対する自己肯定感を低下させている例の一つであり、過度に制限された薬剤師の職能が、改革を鈍化させている可能性がある。

現在、検体測定室の運営件数は、2022年3月31日時点で運営件数は2040件にとどまっている⁷⁵。この結果から、薬剤師が検査結果に対して健康アドバイスができない以上、薬局が検体測定室を持つ意義がないと考える薬局経営者、薬局薬剤師は多いと推察される。

3.3 コロナ禍で見えてきた薬局薬剤師の課題

新型コロナウイルス感染拡大の際、院内感染を恐れる患者が受診を控える傾向が顕著になり、医療業界全体の経営に大きな打撃を与えた。厚生労働省が公表しているレセプト請求件数(受診患者数)は、感染拡大が顕著となった2020年3月～5月にかけて大きく落ち込み、前年同月比で、医科(病院または診療所)、調剤(薬局)でそれぞれ平均14.1%、12.1%低下した⁷⁶。これは、日本の薬局の多くが処方箋調剤依存型であり、そのほとんどが医療機関の近隣に構える門前薬局であることから、患者の受診抑制と相関する形で来局者数の減少に繋がったことが原因である。また、都市部の調剤薬局の中には、パート薬剤師や契

⁷³ 赤羽根秀宜「法律からみる薬剤師の仕事～これからの業務の法解釈～」薬事日報社 2016年

⁷⁴ 吉田加奈, 岩田紘樹, 小林典子, 藤本和子, 岡崎光洋, & 山浦克典. (2016). 検体測定室届出薬局における簡易血液検査の継続を阻害する要因の解明. *医療薬学*, 42(7), 543-549.

⁷⁵ 検体測定室連携協議会「検体測定室運営件数 2022.3.31日付」

⁷⁶ 第131回社会保障審議会医療保険部会資料「医療保険制度における新型コロナウイルス感染症の影響について」2020年10月14日(厚生労働省)

約薬剤師の「雇い止め」に踏み切った企業もあり、薬剤師過剰の現象も一部で見られたようだ⁷⁷。

このように、薬局は、感染拡大初期ではほとんど存在感をアピールできなかったが、2022年7月22日に厚生労働省により通知された「新型コロナウイルス感染症の感染拡大下における薬局での医療用抗原検査キットの取扱いについて」⁷⁸によって、医療用抗原検査キットの販売の役割を担うことになった。さらに、2022年12月には、コロナウイルスとインフルエンザウイルスの感染を同時に試験できる一般用新型コロナウイルス・インフルエンザウイルス抗原定性検査キットも薬局で販売されることになった⁷⁹。これら検査キットの販売には、薬剤師により書面を用いて情報提供が必須あるため、処方箋を持たずに抗原検査キットを買い求める来局者が増加した。急激な需要増加により欠品が相次いだものの、薬局が処方箋調剤以外の業務に取り組めたことを考慮すると、薬局での抗原検査キットの販売は評価されるべき点と言える。

しかしながら、日本の薬局は、基本的に医療のセカンドアクセスの位置付けであることから、国民が処方箋調剤や抗原検査キット以外にはコロナ対応で薬局を頼るケースはほとんど皆無に近い状況であった。日本の薬局は、海外の薬局のようにOTCや衛生用品の販売、ワクチン接種等の処方箋調剤以外のサービスが充実していない。諸外国の薬局のコロナ禍での対応に関しては、次章で後述するが、新型コロナウイルス感染拡大によって、日本の薬局の処方箋調剤以外のサービス、すなわちファーストアクセス機能の貧弱さが、課題として浮き彫りになったことは明らかである。

3.4 セルフメディケーション推進において考慮すべき事項

セルフメディケーションとは、「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること」と、世界保健機関(World Health Organization; WHO)によって定義されている⁸⁰。結論から述べると、日本のセルフメディケーションは、ほとんど進んでいない。なぜならば、日本の年間受診数はOECD諸国において第2位の12.5回であり、日本は、医師頼りの医療体制であるためである。

⁷⁷ 藤田道男 「ポストコロナ時代の薬局ニューノーマル 2040年を見据えた次世代薬局・薬剤師」 2021 評言社

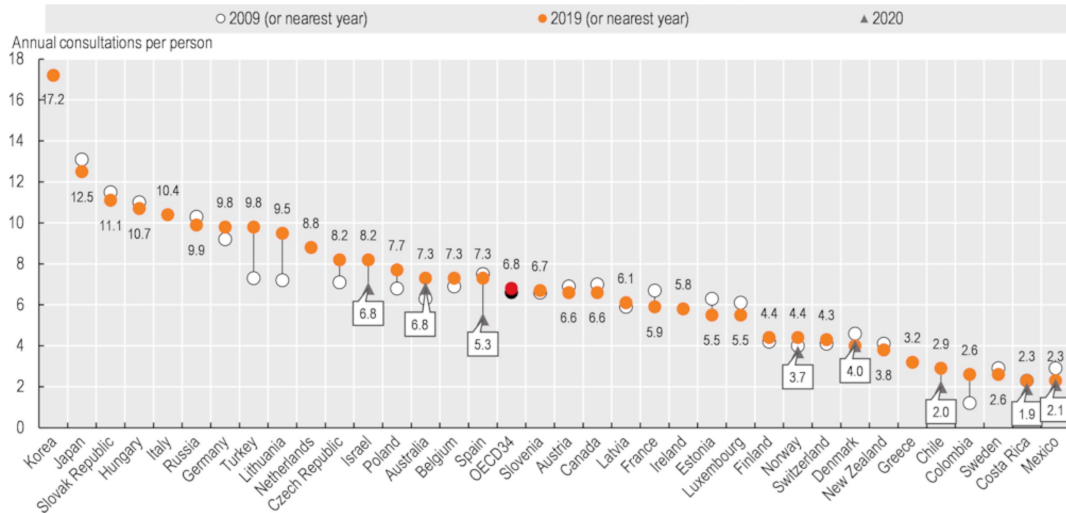
⁷⁸ 厚生労働省 「新型コロナウイルス感染症の感染拡大下における薬局での医療用抗原検査キットの取扱いについて」 2022年7月
<https://www.mhlw.go.jp/content/000836277.pdf>

⁷⁹ 厚生労働省 「新型コロナウイルス感染症・季節性インフルエンザ同時期流行下における一般用新型コロナウイルス・インフルエンザウイルス抗原定性検査キットの販売時における留意事項について」 2022年12月
<https://www.mhlw.go.jp/content/001022692.pdf>

⁸⁰ World Health Organization (WHO), “Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for Use in Self-Medication,” WHO, Geneva, 2000, pp. 4-31.

OECD諸国の年間受診数

Figure 5.11. Number of in-person doctor consultations per person, 2009, 2019 and 2020



出典：OECD Health Statistics 2021

本章の冒頭でも述べた通り、2013年6月に閣議決定された「日本再興戦略~Japan is back~」の中で、薬局は健康相談や要指導用医薬品等を適切に選択できるような供給機能や助言の体制を整え、国民のセルフメディケーションを支える健康サポート機能が求められた⁸¹。しかしながら、厚生労働省のかかりつけ薬剤師・薬局に関する調査報告書(2019)⁸²によると、OTC医薬品において、要指導用医薬品⁸³を取り扱っていない薬局が48.1%、一般用医薬品⁸⁴の取り扱いが9品目以下の薬局が35.2%を占めており、多くの薬局は、OTC医薬品の販売に積極的ではなく、セルフメディケーションのサポートに前向きではないこ

⁸¹ 内閣府 首相官邸「日本再興戦略- Japan is Back-」平成25年(2013年)6月14日

⁸² 調剤薬局及び調剤併設型ドラッグストア(それぞれ83.8%、15.6%)を対象とした調査である。

⁸³ 要指導用医薬品は、薬剤師による対面販売が義務付けられているOTC医薬品である。
出典：日本OTC医薬品協会HP <https://www.jsmi.jp/what/index2.html>

⁸⁴ 一般用医薬品は、OTC医薬品の一種であり、リスクの程度により、第一類医薬品、第二類医薬品、第三類医薬品に分類される。このうち、第一類医薬品は、最もリスクが高いとされており、販売時に薬剤師が必要な情報を提供することが義務付けられている。
出典：日本OTC医薬品協会HP <https://www.jsmi.jp/what/index2.html>

とを示唆している⁸⁵。本項では、OTC 医薬品によるセルフメディケーションに焦点を当てて、日本でセルフメディケーションを推進する上で確認すべき事項を整理する。

3.4.1 OTC 医薬品に関する情報提供の重要性

日本の OTC 医薬品は、医療現場での処方内容を考慮して、複数成分配合によって便宜性や合理性を高めたものが多い。しかしながら、OTC 医薬品が複数の有効成分で配合されていることにより、慢性疾患等で治療している患者は OTC 医薬品を使用しづらい場合がある。例えば、一般的な総合感冒薬には、鼻詰まりを治療する成分として、プソイドエフェドリン、メチルエフェドリン等が含まれている場合がある。これら成分は、血糖値を上昇させる作用があるため、糖尿病患者には使用できないことが多い。他にも、クロルフェニラミンマレイン酸塩は、鼻汁症状を治療する有効成分であるが、前立腺肥大症や緑内障を悪化させる恐れがあり、注意が必要である。

このように、比較的安全と認識されている OTC 医薬品であっても、服用する患者によっては、持病を悪化させてしまう可能性がある。2018 年に実施されたマイボイスコム of 医薬品購入に関するアンケート調査では、普段購入する市販の医薬品として、複数有効成分が配合されている風邪薬(ベンザブロック、ルル、パブロン等)を挙げており⁸⁶、OTC 医薬品購入の際の情報提供に加えて、薬剤師等による利用者の持病や服用薬剤等の確認は、安全にセルフメディケーションに取り組む上で非常に重要である。また、同調査では、市販薬の購入時の不満点・困ることとして、「自分の身体に適しているか不安な時がある」や「種類が多すぎてどれを選べばいいかわからない」等のような回答が多くあり、薬局薬剤師が介入する余地は十分にあることが示唆されている。

3.4.2 OTC 医薬品購入時と受診時の費用負担の比較

OTC 医薬品によるセルフメディケーションは、受診時よりも負担費用が高い場合がある。例えば、鼻炎や胸焼け等の軽症状においては、OTC 医薬品購入等のセルフメディケーションで対応するより、医療機関を受診した方がコストエフェクティブであることがある。下図は、2020 セルフメディケーションの日シンポジウムで五十嵐氏が発表した、受診時における患者自己負担額(3割負担)と OTC 医薬品購入による負担額を比較した図である

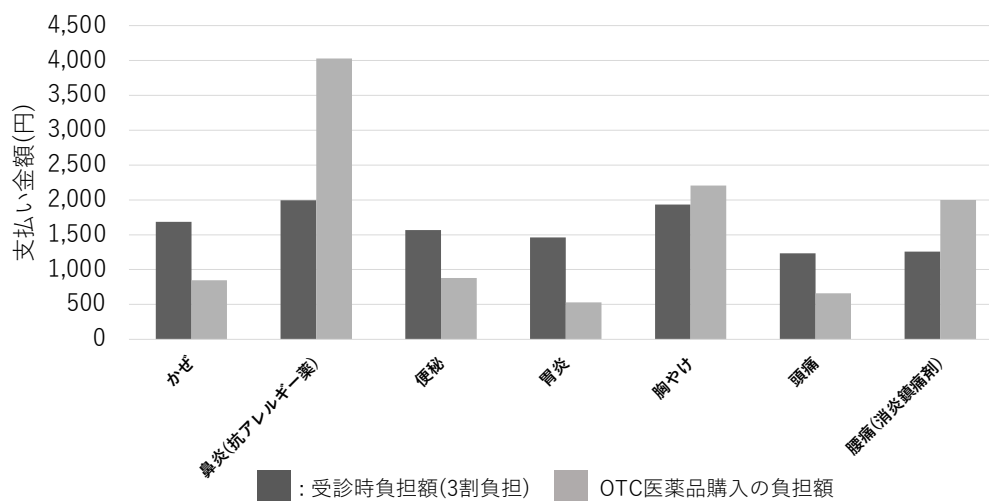
⁸⁵ 厚生労働省 「かかりつけ薬剤師・薬局機能調査・検討一式 かかりつけ薬剤師・薬局に関する調査報告書 別添 1 アンケート調査結果」 2019 年

<https://www.mhlw.go.jp/content/000509233.pdf>

⁸⁶ マイボイスコム of アンケートデータベース「医薬品購入に関するアンケート調査(第 6 回)」

が、疾患によっては、OTC 医薬品購入の方が金銭的な負担が大きい。

3割負担の医療費とOTC医薬品の費用の比較



出典：日本OTC医薬品協会 セルフメディケーションの日 シンポジウム 2020.11.5 五十嵐中 横浜市立大学医学群健康社会医学ユニット 東京大学大学院薬学系研究科

例えば、鼻炎(抗アレルギー薬)に関して、花粉症等で苦しむ人は、OTC 医薬品でアレグラ FX⁸⁷やクラリチン EX⁸⁸を購入するより、受診した方が負担費用は半額程度で済む。また、このような場合、医療機関で 3 ヶ月分をまとめて処方してもらう等によりさらに医療費自己負担分を抑えることも可能である。

成井ら(2013)の報告によると、OTC 医薬品の購入費などセルフメディケーションのためにかけてもよいと思う 1 ヶ月あたりの費用の上限を調査したところ、1000 円以下と回答した人が 25.9%、2000 円以下と回答した人が 42.8%であった⁸⁹。すなわち、多くの国民は、

⁸⁷ アレグラ FX(28 日分) 3,850 円(メーカー希望小売価格)

<https://www.hisamitsu.co.jp/healthcare/products/601.html>

⁸⁸ クラリチン EX(28 日分) 3960 円(メーカー希望小売価格)

<https://www.taisho.co.jp/company/news/2021/20210118000718.html>

⁸⁹ 成井ら(2013)の調査における回答者基本属性

【性別】男性 448 名、女性 580 名、性別不明 56 名

【年齢】20 歳未満 10 名、20 代 62 名、30 代 127 名、40 代 171 名、50 代 219 名、60 代 243 名、70 歳以上 205 名、年齢不明 47 名

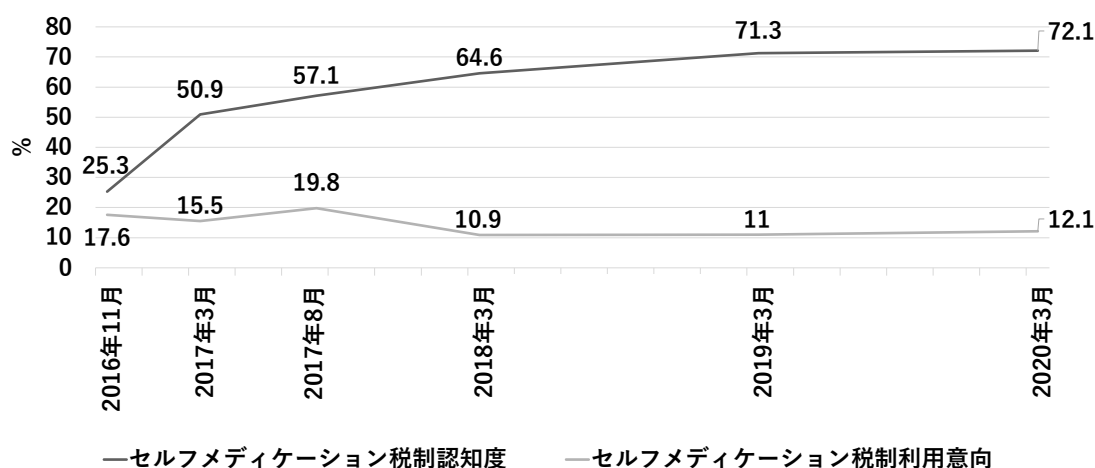
出典：成井浩二, 太田隼樹, 山田裕子, 末次大作, & 渡辺謹三. (2013). 改正薬事法施行後における一般用医薬品とセルフメディケーションに関する一般消費者の意識調査. *医薬品情報学*, 14(4), 161-169.

月当たりの医療費を 1,000 円～2,000 円に抑えたいと考えており、OTC 医薬品の価格は、セルフメディケーション推進において、少なからず影響している可能性がある。

3.4.3 セルフメディケーション税制の現状

2017 年、セルフメディケーション取り組みへのインセンティブとして、特定の OTC 医薬品購入に対する新しい税制「セルフメディケーション税制」が始まった。これによって、定期的に健康診断を受けている人が、一部の OTC 医薬品を一定額以上購入した際に所得控除を受けられるようになった。しかしながら、セルフメディケーション税制は、前項の OTC 医薬品の価格の課題を解決できると期待されていたところ、国民のインセンティブとなることはなかった。下図は、日本 OTC 医薬品協会が確定申告状況等のデータ及びインターネット調査によって得られた結果を示したものである⁹⁰。

セルフメディケーション税制(認知度vs利用意向)



出典：日本OTC医薬品協会 「セルフメディケーション税制16万人調査の結果」 プレスセミナー(2020年7月2日開催)資料 スライド3枚目より作成

図が示す通り、セルフメディケーション税制の認知度は、72.1%と高いにも関わらず、利用意向は 10%台にとどまっている。原因は、当該制度の内容にある。セルフメディケーション税制は、OTC 医薬品購入額が年間 12,000 円を超えた場合、その超えた分の額が課税

⁹⁰ 日本 OTC 医薬品協会 「セルフメディケーション税制 16 万人調査の結果」
プレスセミナー(2020 年 7 月 2 日開催)資料より、図を作成。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10807000/000732462.pdf>

所得から控除される⁹¹。すなわち、国民は、年間 12,000 円分以上の対象の OTC 医薬品を購入しなければ、セルフメディケーション税制を利用できない。また、OTC 医薬品購入時のレシートを保存しておく等の申告手続きの手間もあり、セルフメディケーション税制は、OTC 医薬品購入のインセンティブとしてはほとんど機能していない⁹²。

4. 海外の薬局・薬剤師に関わる制度等から得られた知見

一般的に、欧米諸国の薬剤師は、ワクチン接種や独立処方等の権限があり、幅広い薬局サービスを提供している。今後、日本でも持続可能な医療保険制度を実現するために、薬局薬剤師の積極的活用は不可欠であり、諸外国の薬局・薬剤師の現状を分析することは、改革を加速させる上で重要である。本章では、欧米諸国 5 カ国(アメリカ、カナダ、イギリス、フランス、ドイツ)の薬局・薬剤師を取り巻く制度や薬局薬剤師の役割等、日本が直面している課題に対する解決策として参考となる知見を紹介している。

4.1 各国の薬局の経営規模格差に対する優遇措置について

2.1 調剤報酬の適正性では、日本の調剤報酬体系における中小規模の薬局への優遇が過度に手厚く、薬局改革の推進を妨げている可能性があることを指摘した。これに対する解決の方向性を議論するにあたってはイギリスが大変参考になる。

イギリスの薬局の収入は主に、「処方箋調剤による調剤報酬」、「調剤以外の給付サービスにおける償還」、「薬価差益」の 3 つである。このうち、「薬価差益」に関しては、前述した通り価格交渉力の関係から小規模薬局では不利となる⁹³。このため、NHS⁹⁴が薬局に薬剤費を償還する際は、公定薬価から規模に応じて一定の割引率を差し引いた金額で償還す

⁹¹ ※厚生労働省「セルフメディケーション税制概要について」平成 29 年

⁹² 日本 OTC 医薬品協会の「セルフメディケーション税制 16 万人調査の結果」によると、セルフメディケーション税制を利用するニーズとして、控除対象の下限額の撤廃を求める意見が多い。

出典：日本 OTC 医薬品協会 「セルフメディケーション税制 16 万人調査の結果」2019
<https://www.mhlw.go.jp/content/10807000/000732462.pdf>

⁹³ イギリスでも日本と同様、処方箋医薬品は公定薬価として定められており、一般的に薬局における仕入れ額は公定薬価よりも低い。

⁹⁴ イギリスの医療制度は、国民保健サービス法(NHS 法：National Health Service 法)に基づき、国民に公平かつ無料の医療保険サービスが提供されている(詳細は 4.4 で後述する)。

ることで、経営規模による薬価差益の格差を是正している(クローバック制度)⁹⁵。このように、イギリスでは、小規模薬局の卸売業者との価格交渉力のような弱点部分を補完した報酬体系があり、優遇の目的が明確化されている。

カナダのオンタリオ州では、薬局の立地条件や他の薬局との競争の観点から、薬局に支払われる調剤費が異なる場合がある。例えば、薬局 A から半径 5km~10km に別の薬局 B がある場合、それぞれの薬局の調剤費は\$9.93 を上限とされている。しかし、ある薬局から半径 25km 以内に別の薬局がない場合、調剤費の上限は\$13.25 を上限としている。これは、医療資源の地域的隔たりを解消するための優遇措置であり、日本のように経営規模の格差を優遇するものではない。

アメリカの薬局は、小売薬局、調剤専門薬局、在宅輸液療法専門薬局等、複数のカテゴリーに分類されているが、一般的には、保険者からの薬剤費の償還額は薬価(AWP)に対して 16%ディスカウントされた薬剤費に調剤費(1.5 ドル/処方箋)を加えた料金が適用されるようだ。しかしながら、各薬局が享受している薬価差益は多少異なるようだ。特に薬局カテゴリーや経営規模の違いによる調剤費の違いは確認できなかった。

フランスやドイツでも経営規模による報酬上の優遇は確認できなかった。これは、フランスやドイツでは、法律上同一法人で営業できる薬局数が数店舗に制限されている故、経営規模格差に対して是正する必要がないためだと考えられる⁹⁶。

以上を鑑みると、今回調査した 5 カ国(アメリカ、カナダ、イギリス、ドイツ、フランス)では、日本の地域支援体制加算のように、保険者からの償還される報酬が薬局機能の向上や薬局規模拡大に影響することはないと言える。

4.2 海外薬局の業務の効率化に向けた施策

4.2.1 調剤業務に従事するテクニシャンの存在

今回調査した欧米諸国(アメリカ、カナダ、イギリス、フランス、ドイツ)では、薬局業務効率化を目的に、薬局薬剤師の調剤業務を補助するテクニシャン制度を採用している。通常、テクニシャンは、2 年間の専門学校を卒業して、国家資格を授与されることにより、薬局業務に従事することができる⁹⁷。テクニシャンの職域は、各国で多少異なるものの、

⁹⁵ 医療経済研究機構 「薬剤師使用状況等に関する調査研究 報告書 令和 4 年 3 月」

⁹⁶ <https://www.mhlw.go.jp/content/10807000/000994643.pdf>

⁹⁷ アメリカ、カナダ、イギリス、ドイツのテクニシャンは 2 年間の専門学校教育が必要。
出典:

① 医療経済研究機構 「薬剤師使用状況等に関する調査研究 報告書 令和 4 年 3 月」 ② 桐野 豊「世界薬学探訪記」徳島文理大学電子出版研究会 2019 年

主に処方箋受付や在庫管理等の業務や、混合調剤や一包化等の調剤業務全般の役割を担っている。イギリスでは、簡単な疑義照会や最終監査もテクニシャンの業務に加えられている場合がある⁹⁸。カナダでは、テクニシャンとは別に、特別な資格を必要としない Pharmacy assistant がいる。こちらは、高校生等のアルバイト等でも実施することができ、主な業務内容は、ピッキング調剤、水剤の調製、軟膏混合、一包化調剤である⁹⁹。

このように、諸外国では、薬剤調整や在庫管理等の対物業務をテクニシャン等の非薬剤師に任せることによって、薬剤師は、健康相談等の対人業務に専念でき、充実した薬局サービスを提供している¹⁰⁰。

4.2.2 調剤外部委託の可能性

調剤外部委託とは、薬局薬剤師の対人業務時間の創出等を目的とし、薬局における薬のピッキングや、散剤等の秤量及び混合等の調剤業務を外部の薬局に委託できる制度である。小型薬局が、調剤業務の一部を機械化が進んだ大型薬局等に委託できれば、薬局薬剤師の対人業務時間の創出が可能である。また、今後、オンライン診療・服薬指導の恒久化を想定すれば、必ずしも処方箋を受け付けた薬局で、調剤から服薬指導を一貫して役割を担う必要はない可能性もある。

アメリカでは、遠隔医療への対応や業務効率化等の目的で、約 34%の処方箋調剤が外部委託によって行われている。イギリスでも、現在、同一法人内のみで調剤外部委託が認められているが、他法人からの委託も可能とする方向で検討が進められている。また、フランスでは、基本的には調剤外部委託を認めていないものの、複雑な製剤調剤(軟膏と原薬の粉末の混合等)に関しては、製剤調剤の設備を持たない小型薬局等のための外部委託が一部認められている。

⁹⁸ 渥美 景子 Pharm D クラブ 「英国におけるファーマシーテクニシャンについて」
2013 年掲載 http://pharmd-club.cocolog-nifty.com/blog/files/82_KA_2_2013.pdf

⁹⁹ 若子 直也 「薬剤師の未来進行形」 2020 年 薬事日報社

¹⁰⁰ 日本において、事務職員等の非薬剤師は、水剤の調製、軟膏の混合に関しては、薬剤師の独占業務である「調剤」にあたるとして、薬剤師以外の実施は禁止されている。

調剤外部委託における海外の現状

✓ 諸外国の一部は、業務効率化や調剤過誤防止等の目的で許可されている。

	アメリカ	カナダ	イギリス	フランス	ドイツ
調剤外部委託の実施有無	○	○	△ ※同一法人内のみ委託可能	△	△
責任の所在(法人)	受託元(薬局)と委託先(薬局)の共同責任	受託元(薬局)と委託先(薬局)の共同責任	XXX	XXX	XXX ルールが明確化されていない。
備考	調剤業務の効率化、調剤過誤防止の目的で導入。	特定の処方内容の場合に外部委託可能。	調剤業務の効率化、調剤過誤防止の目的で導入。 2021年2月の法改正により、他法人からの受託も可能とする方向で検討中。	製剤設備の持たない小型薬局のため、製剤系の調剤外部委託は認められている。 全般的に調剤外部委託は認められていない。	法制度上可能だが、業界団体が反対しているため、普及はあまりしていない。

※日本は、調剤外部委託は禁止されている。

出典：
内閣府 第1回 医療・介護・感染症対策ワーキング・グループ 議事次第 「國峰法律事務所欧米の調剤外注に関する規制について」 2022.1.19
PHARMACY CONNECTION.ca. "5 Things to Know about Centralized Prescription Processing (Central Fill)"
桐野 豊 「世界薬学探訪記」 徳島文理大学電子出版研究会 2019年

諸外国の多くの実証実験では、オートメーション化されたロボット調剤の方が、人の手による調剤より調剤過誤等の発生率が低いという結果が得られている¹⁰¹。調剤外部委託を認めている国の多くは、このようなエビデンスに基づいて調剤外部委託を認めている場合が多い。

4.3 諸外国の医療 DX の現状

海外の薬局や医療機関では、医療 DX による医療情報基盤が整備されていることにより、患者情報の入力業務の簡素化、患者情報の共有化を通して、効率的な業務体系を実現している。

アメリカでは、2011 年、医療 ICT に係る法律である HITECH 法(Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act)が制定されている。同法律では、詳細な

¹⁰¹ ①あるアメリカの論文によると、調剤外部委託における 21,252 件の処方箋のうち、16 件(0.075%)のエラーが発生した。全てのエラーが、処方箋情報の入力における人的ミスであった一方で、機械化された調剤におけるエラーは 0 件であった。外部委託における調剤エラー件数は、通常の薬局での調剤のエラー件数より、はるかに低いことが報告されている。

(Teagarden JR, Nagle B, Aubert RE, Wasdyke C, Courtney P, Epstein RS. Dispensing error rate in a highly automated mail-service pharmacy practice. *Pharmacotherapy*. 2005 Nov;25(11):1629-35. doi: 10.1592/phco.2005.25.11.1629. PMID: 16232024.)

導入要件の設定と多額のインセンティブで、各医療機関等を対象に、医療情報交換システム(EHR: Electronic Health Record)に接続可能な電子カルテ(EMR: Electronic Medical Record)の導入を進めている¹⁰²。2018年時点で、診療所の約80%、病院の約85%~100%で導入されており、既にICT活用による充実した医療連携インフラが整備されている。

カナダでは、各州や準州で、電子カルテ、薬歴システムが統一化されており、他の薬局や医療機関が閲覧できる体制が整っている。例えば、BC州の薬局では、PharmaNetという独自の薬歴データベースがあり、同州におけるすべての処方薬剤データが記録されている。また、アルバータ州でもNetCareというEHRを採用しており、患者の服用薬剤、検査結果(画像診断も含む)、医師の診察カルテが記録されている。EHRの利用率は90%を超えており、医療連携における重要な情報基盤となっている¹⁰³。

イギリスでは、約93.9%の処方箋が、Electronic Prescription Service(ESP)という、オンライン処方サービスにより電子的に発行されている¹⁰⁴。ESPによって発行された電子処方箋には、患者情報が記載されており、入力時間の削減が可能であったり、患者到着の前に処方箋が送信されるため在庫管理も容易になったり等、対物業務の効率化に貢献している。電子処方箋システムを在庫管理システムと統合して在庫管理する等も可能である。個々の患者情報は、SCR(Summary Care Record)と呼ばれるGP(かかりつけ医)が作成した患者データベースをNHS(公的医療制度を運営する政府組織)で管理されており、薬局や医療機関でNHSシステムを通していつでも閲覧可能である¹⁰⁵。

フランスでは、近年、医療のICT化を積極的に進めている。2022年1月1日付で、電子薬歴ファイルや電子診療録は、患者からの異議がないことを条件に、オプトアウトの原則に従い自動作成されるようになり、医療従事者は、患者に投与された薬剤等の医薬品情報等を容易に確認することが可能になった。また、電子処方箋の運用も2019年から開始しており、普及を進めている¹⁰⁶。

¹⁰² Meaningful Use (MU)という、導入要件を満たした場合に、医療機関等がインセンティブ受領可能である。逆に、2015年までに要件を満たさなかった場合はペナルティが課される。

出典：厚生労働省「諸外国における医療情報の標準化動向の調査」平成31年3月29日

¹⁰³ A Look at Canadian EHR Implementations, Orion Health White Paper May 2019
<https://orionhealth.com/media/4815/white-paper-ehr-may-2019.pdf>

¹⁰⁴ 医療経済研究機構「薬剤師使用状況等に関する調査研究 報告書 令和4年3月」

¹⁰⁵ SCRは、患者の基本情報として、薬歴、アレルギー、副作用歴、追加情報として、投薬の理由、診断内容、ワクチン接種情報等が記載されている。

出典：成瀬 道紀 「薬局薬剤師のプライマリ・ケアへの取り組み強化に向けてー多職種連携強化と薬剤師の役割の拡充をー」 JR I レビュー 2022 Vol.4, No.99 29-55 2022

¹⁰⁶ 医療経済研究機構「薬剤師使用状況等に関する調査研究 報告書 令和4年3月」

ドイツでも、近年、医療 DX を積極的に進めている。ドイツは、日本と同様、医療のデジタル化が長年停滞していた国の一つである。そこで、ドイツ政府は、2019 年に、Digital Supply Law (DVG:デジタル供給法)が導入され、本格的に医療デジタル化を推進していく意向を示している。同法律には、電子処方箋の普及や、医師が電子媒体の医療データを利用した場合の診療報酬を引き上げる等、紙媒体での医療情報の取扱いの段階的な廃止が進められている¹⁰⁷。2021 年 1 月より、公的保険加入者(国民の約 90%)に対して電子健康記録 (Electric Health Record)の導入を開始した。電子健康記録には、年齢、性別、居住地、健康状態、治療法等の患者情報が含まれており、保存される患者情報は、患者自身が選択できることになっている¹⁰⁸。

4.4 各国の医療環境と薬局・薬剤師の役割

本項では、アメリカ、カナダ、イギリス、フランス、ドイツの 5 カ国における医療制度や薬局・薬剤師の役割等を比較し、我が国の薬局・薬剤師改革において、有用と思われる知見を整理する。まずは、各国の薬局・薬剤師に関わる基本情報を確認する。

各国の薬局・薬剤師に関わる基本情報

✓ 日本の薬局数、薬剤師数は、圧倒的に多い。その他の医療水準を考慮しても、薬局・薬剤師は積極的に活用されるべき。

	アメリカ	カナダ	イギリス	フランス	ドイツ	日本	
薬剤師関連情報	薬剤師数 (人口10万人あたり)	95	104	87	103	67	190
	平均時給(円) ^{注1}	7,899円	4,837円	3,216円	2,476円	2,063円	2,385円
	処方権の有無	○	○	○	○	×	×
	予防接種の有無	○	○	○	○	△ ^{注2}	×
	薬学教育年数 (年)	6年(Pharm D)	6年(Pharm D)	5年	6年	5年	6年
薬局数 (人口10万人あたり)	19	27	21	32	23	48.3	
医師数 (人口1000人あたり)	2.6	2.7	3.0	3.2	4.4	2.5	
看護師数 (人口1000人あたり)	12.0	10.0	8.2	11.1	13.9	11.8	
医療制度	民間保険主体 (10%無保険者)	国民皆保険	国民皆保険	国民皆保険	国民皆保険	国民皆保険	
医療費/GDP(%)	16.8	10.8	10.2	11.1	11.7	11.0	

出典：注1：2022.7.12 時点での為替レートで計算 注2：2022.2よりコロナウイルスワクチン接種業務が許可される予定
 OECD Health Statistics 2019, 2021、日本医療経済研究機構「薬剤師使用状況等に関する調査報告書(2022)」、桐野豊「世界薬学探訪記」徳島文理大学電子出版研究会 2019、
 総務省「令和2年度国勢調査」、厚生労働省「薬局薬剤師に関する基礎資料(令和4年)」、Pay scale

¹⁰⁷ <https://www.healthcareitnews.com/news/emea/germany-introduces-digital-supply-act-digitalise-healthcare>

¹⁰⁸ <https://blogs.bmj.com/bmj/2021/02/18/new-german-digital-project-paves-the-way-for-online-access-to-personal-electronic-health-records/>

我が国は、2006年に薬剤師の臨床能力を向上させる目的で、薬剤師養成の薬学教育課程は4年制から6年制になった。しかしながら、世界で比較すると、日本の薬学教育は、6年制と同程度であるにもかかわらず、薬剤師の職能権限はかなり低く、薬局薬剤師は、専門性を活かした薬局サービスを十分にアウトプットできていない可能性がある。ここでは、日本の薬剤師の職能拡大の可能性を見据えて、各国の医療制度や、薬剤師の職能権限、地域医療における薬局薬剤師の役割を確認する。なお、本項では、医療経済研究機構が発行している「薬剤師使用状況等に関する調査研究 報告書 令和4年3月」の内容を中心に、他の関連する文献で内容を補足しつつ概説している。

4.4.1 アメリカの現状

・医療制度の概要

アメリカの医療制度は、一般的に民間医療保険主導型である。65歳以上等の一定の条件を満たした国民に関しては、公的医療保険に加入している。また、アメリカは、国民皆保険を達成しておらず、無保険の国民が約10%程度存在する。国民は、加入している保険プランで利用可能な医療機関、薬局等のネットワークの範囲内で、医療サービスを受けることができる。したがって、強制ではないが、ある程度、かかりつけ医やかかりつけ薬局が決まっている。アメリカの医療保険の特性として、一定の年間免責額を設けており、保険医療を受ける際は、自己負担費用が各保険プランの免責額を超えなければ、保険償還を受けることができない。例えば、免責額が\$300だとすると、年間の医療費が\$300を超えるまで、全額自己負担となる。また、多くの民間保険では、OTC医薬品も保険償還の対象にしており、セルフメディケーションがかなり普及している¹⁰⁹。

・薬局・薬剤師の役割

アメリカの薬剤師は、医師とのプロトコルに基づいて、処方日数の変更や、薬剤の投与量等の調整を薬剤師の判断で実施している¹¹⁰。例えば、アイダホ州では、薬剤師自らの判断により、単純ヘルペス、季節性インフルエンザ、尿路感染症等の治療薬の投与が認められている。また、CPA(Collaborative Practice Agreements)により、医師による患者のプライマリケアの一部を薬剤師が担うことができる。これにより、薬剤師は、ワクチン投与、禁煙支援、オピオイドの適正使用、インフルエンザの検査、COVID-19の検査等に取り組むことができる。在宅医療における薬局薬剤師の役割としては、医師の処方箋に基づく在

¹⁰⁹ OTC DRUGS BECOMING MORE LIKE CONSUMER GOODS
— BUSINESS OPPORTUNITIES EXTENDING TO OTHER INDUSTRY PLAYERS—
Michiyo Sakai Industrial Research Dept. II, Industrial Studies Div. Mitsui & Co. Global Strategic Studies Institute

¹¹⁰ 当該業務をCDTA(薬物治療共同管理)という。

在宅輸液療法(Home Infusion)がある。こちらは、看護師や介護士等との多職種連携のもと実施されるものだが、薬剤師は、輸液の調製等にとどまらず、治療全体のコーディネーションが任されており、在宅ケアの中心的な役割を果たしている¹¹¹。

アメリカでは、リフィル処方箋は当たり前となっている。リフィル調剤を薬剤師が行うことにより、医師はより重症な患者に時間を割くことができ、結果として、多くの患者の医療アクセス向上につながっているとされている。

4.4.2 カナダの現状

・医療制度の概要

カナダの医療制度は、公的医療保険が基本であり国民の100%が加入している。カナダの医療保険制度の特徴は、病院における医学的処置及び処置に必要な医薬品の投与に関しては、患者属性に関わらず、患者自己負担はない。一方で、薬局における外来処方箋薬については、公的医療保険の対象外である。したがって、薬局で受け取る処方箋薬については、全額自己負担である故、多くの国民は補完的な位置づけで民間保険に加入している¹¹²。このような民間保険では、プランによって保険償還可能な医薬品リスト(フォーミュラリー)が定められている。したがって、薬局薬剤師の重要な業務として、患者の民間保険のフォーミュラリー(各保険における保険償還可能な医薬品集)に合わせた処方薬の提案や、代替薬の変更等があり、薬局薬剤師は、通常の保険調剤業務の一環として、患者の医療費負担等のケアにも積極的に取り組んでいる¹¹³。

・薬局・薬剤師の役割

カナダの薬剤師の職能は、州によって異なるが、多くの州において、処方箋の再発行、延長、用量・剤形の変更、代替処方、軽症疾患に対する処方、検査値の閲覧及び検査の依頼、注射剤の投薬、ワクチン接種等の業務が可能である¹¹⁴。下図は、カナダ各州における薬剤師の職能を比較したものである。

¹¹¹ この点、日本の薬局薬剤師の在宅医療への取り組みは、処方薬を届け、簡単な服薬指導を実施する程度であり、アメリカの薬剤師の業務内容とは大きく異なる。

¹¹² 国民の約67%は、公的医療保険と補完的な位置付けで、民間保険に加入している。

¹¹³ 若子直也著 「薬剤師の未来進行形 対物業務を超えて、世界標準の薬局を目指して」
2020年 薬事日報社

¹¹⁴ Canadian Pharmacist Association HP <https://www.pharmacists.ca>

Pharmacists' Scope of Practice in Canada

Scope of Practice ¹		Province/Territory												
		BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PEI	NL	NWT	YT	NU
Prescriptive Authority (Schedule 1 Drugs) ¹	Independently, for any Schedule 1 drug	X	✓ ⁵	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	In a collaborative practice setting/agreement	X	✓ ⁵	✓ ⁵	✓ ⁵	X	✓	✓	✓	X	X	X	X	X
	Initiate ²	X	✓	✓	✓ ⁵	P	✓	✓	✓	✓ ⁵	✓	✓	X	X
	For minor ailments/conditions	X	✓	✓	✓ ⁵	P	✓	✓	✓	✓ ⁵	✓	✓	X	X
	For smoking/tobacco cessation	X	✓	✓	✓ ⁵	✓	✓	✓	✓	✓ ⁵	✓	✓	X	X
In an emergency	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	X	X	X	
Adapt / Manage	Independently, for any Schedule 1 drug ⁴	X	✓ ⁵	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Independently, in a collaborative practice ⁴	X	✓ ⁵	✓ ⁵	✓ ⁵	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X
	Make therapeutic substitution	✓	✓	✓	X	X	P	✓	✓	✓	✓	X	✓	X
	Change drug dosage, formulation, regimen, etc.	✓	✓	✓ ⁷	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	X
	Renew/extend prescription for continuity of care	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
Injection Authority (SC or IM) ¹⁴	Any drug or vaccine	P	✓	✓	✓	X ⁸	P ⁹	✓	X	✓	✓	X	✓	X
	Vaccines ⁶	✓	✓	✓	✓	✓	P	✓	✓	✓	✓	X	✓	X
	Influenza vaccine	✓	✓	✓	✓	✓	P	✓	✓	✓	✓	X	✓	X
Labs	Order and interpret lab tests	X	✓	P ¹⁰	✓ ¹¹	X	✓	P	P ¹⁰	✓ ¹³	X	X	X	X
Techs	Regulated pharmacy technicians	✓	✓	✓	✓ ¹²	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	X	X

¹ Scope of activities, regulations, training requirements and/or limitations differ between jurisdictions. Please refer to the pharmacy regulatory authorities for details.
² Initiate new prescription drug therapy, not including drugs covered under the *Controlled Drugs and Substances Act*.
³ Alter another prescriber's original/existing/current prescription for drug therapy.
⁴ Pharmacists independently manage Schedule 1 drug therapy under their own authority, unrestricted by existing/initial prescription(s), drug type, condition, etc.
⁵ Applies only to pharmacists with additional training, certification and/or authorisation through their regulatory authority.
⁶ Authority to inject may not be inclusive of all vaccines in this category. Please refer to the jurisdictional regulations.
⁷ Applies only to pharmacists working under collaborative practice agreements.
⁸ For education/demonstration purposes only.
⁹ In emergency situations.
¹⁰ Ordering by community pharmacists pending health system regulations for pharmacist requisitions to labs.
¹¹ Authority is limited to ordering lab tests.
¹² Pharmacy technician registration available through the regulatory authority (no official licensing).
¹³ Community pharmacists' authority limited to ordering blood tests. No authority to interpret tests.

出典：カナダ薬剤師会

例えば、BC 州等の処方箋には、処方薬の用法用量は記載されておらず、薬剤師が、患者のライフスタイル及び薬剤の特性を考慮した上で決定している(上図：Adapt/Manage ;Change drug dosage, formulation, regimen, etc)¹¹⁵。アルバータ(AB)州等では、治療開始における独立処方権も許可されており、薬物治療が薬剤師単独で完結する場合もある。

カナダでも、リフィル処方箋は当たり前となっている。リフィル処方箋の期間は 6 ヶ月または 1 年などであり、患者は、薬局薬剤師と相談しながら数ヶ月分の薬を調剤してもらっている。その際、薬局薬剤師は、治療経過や副作用の有無等を確認し、医師の診察を受けるべきか、そのまま当該医薬品を続けるべきかについて、患者に指導・助言を行っている。

また、カナダにおける薬剤師の職能が、2005 年くらいから約 10 年間で急速に拡大したことは注目すべき点である。この背景には、当時、カナダの薬剤師は、既存の規制の枠内でセルフケアや OTC 医薬品の販売等の取り組みを継続し、その実績をエビデンスとして蓄積しながら他のステークホルダーを説得してきたことがある。禁煙療法の担当、インスリンの投与量調節、ワクチン接種等もこの文脈で獲得してきた職能とされている。

なお、カナダの薬剤師は在宅医療には取り組んでいない。人件費の高い薬剤師が、わざわざ患者宅を訪問することは、医療生産性上、有用性があるのかという疑問が多く見受けられている。

¹¹⁵ 若子直也著 「薬剤師の未来進行形」 2020 薬事日報社

4.4.3 イギリスの現状

・医療制度の概要

イギリスの医療制度は、国民保健サービス法(NHS 法：National Health Service 法)に基づき、一般財源(税金)で運営されており、国民に公平かつ無料の医療保険サービスが提供されている。国民は、GP(General Practitioner)制度により、あらかじめ、かかりつけ医(GP)を登録し、緊急時を除いては、1次医療として、まず、診療所のGPを受診し、必要に応じてGPの紹介状などで病院を受診する。イギリスにおける病院の位置づけは、2次医療もしくは3次医療であり、受診する際は原則、GPの紹介状が必要である。また、国民が薬局で処方薬を受け取る際は、1薬剤につき9.35ポンドの自己負担金を支払わなければならないが、患者属性によっては免除される¹¹⁶。これら自己負担金を要さない処方箋は、全体の約9割であり、外来処方薬のほとんどが国で支払われている。なお、病院(2次医療、3次医療)の場合は、患者属性に関わらず、治療や薬剤など全て自己負担無料である。

イギリスでは、症状の重さによって、受診の順番における優先順位が決められており、基本的に風邪等の軽症状の場合は、後回しにされ、数週間待たなければならない場合が多い。したがって、多くのイギリス国民は、軽症状の際は、OTC医薬品等を購入し、セルフメディケーションで対応している¹¹⁷。

・薬局・薬剤師の役割

薬局の収益の約90%がNHSからの支払いによるものであるが、これは、調剤業務に加えて、セルフケアサポートや地域医療資源の案内等の調剤以外の業務も含まれた報酬となっている。薬局が提供する医療サービスは、「必須サービス」、「アドバンスドサービス」、「地域サービス」の大きく3つに分類される。

必須サービスは、全ての薬局が有していなければならないが、その内容は、調剤、医療機器の供給、リピート調剤・電子リピート調剤(リフィル処方：最長期間は6ヶ月)、退院時医薬品サービス、不要薬剤の破棄(イギリスでは、患者が残薬・不要薬を廃棄することは禁じられている)、公衆衛生(健康生活の促進)、地域医療資源の案内、セルフケアのサポートであり、処方箋調剤以外のサービス¹¹⁸が多く含まれている。したがって、日本の薬局のよう

¹¹⁶ 16歳未満、16-18歳のフルタイムの学生、60歳以上、出産前後の女性、特定疾患の患者は無料である。

¹¹⁷ 成瀬 道紀 「薬局薬剤師のプライマリ・ケアへの取り組み強化に向けてー多職種連携強化と薬剤師の役割の拡充をー」 JR I レビュー 2022 Vol.4, No.99 29-55 2022

¹¹⁸ イギリスの注目すべき点は、「調剤以外の給付サービスにおける償還」である NHS111 サービスという、軽症状患者が利用する医療電話相談サービスがある。患者は、自らの症状に関して電話相談し、当該症状が薬局で対応されるべきと判断された場合は、薬局が紹介される¹¹⁸。そして、紹介を受けた薬局は一件当たり14ポンドをNHSから償還される。

な調剤業務のみに従事した薬局はほぼない。アドバンスドサービスは、必須サービスの全てに取り組みなければならない等の一定の要件が課せられているが、基本的に全ての薬局において提供できる権利がある。具体的には、インフルエンザの予防接種や C 型肝炎の検査等が挙げられる。地域サービスは、薬局の許可権者等ごとに提供するサービスは異なるが、例としては、クラミジア検査等の各種検査業務や、PGD (Patient Group Direction) というプロトコルに基づく要処方箋薬の販売(緊急避妊薬、インフルエンザ薬、花粉症薬、禁煙補助薬等)が行われている。

イギリスでは、医師以外の医療従事者に処方権が付与されている。処方権は、補足的処方者(Supplementary Prescriber)と独立処方者(Independent Prescriber)に分類される。前者は、特定の医師の診断・処方に基づき、モニタリングやその投与量の調整等を行う者であり、2001 年に、薬剤師、看護師、理学療法士等に認められている。後者は、2006 年に、薬剤師及び看護師のみに認められており、自らの専門分野・能力の範囲内に限り、独立処方が認められている。独立処方者は、大学薬学部での研修や、医師のもとでの臨床研修に一定期間取り組む必要があり、それによって資格が得られる。近年、スコットランド政府は、2023 年までに全ての薬剤師を独立処方者とすることを予定している¹¹⁹。このような処方権の委託は、イギリスにおける深刻な医師不足により、適切なプライマリケアを受けられない国民が増加する懸念があったことから、一定範囲の処方権委託を認めたという背景がある¹²⁰。

4.4.4 フランスの現状

・医療制度の概要

フランスの医療制度は、公的医療保険と自己負担分をカバーする民間医療保険で構成されている。民間医療保険の加入率が比較的高いことから、実質的な患者自己負担率は 6.4% 程度である。制度の特徴として、「医療の自由」の原則下、フリーアクセスを主体としているが、2004 年にかかりつけ制度等が導入され、少しずつ原則の変遷が進んでいる¹²¹。

このように、処方箋調剤以外のサービスでも一部、保険償還が認められていることがあり、イギリスは薬局薬剤師によるセルフメディケーション推進にも注力している。

¹¹⁹ Scottish Government, Prescription for Excellence, September 2013

¹²⁰ PharmD クラブ「第 106 回コラム 英国薬剤師の処方権について」2015.2.27 掲載
<http://pharmd-club.cocolog-nifty.com/blog/2015/02/106-cdd2.html>

¹²¹ フランスにおけるかかりつけ制度は、あらかじめ登録したかかりつけ医以外を受診した場合、通常 30%の患者自己負担率のところ、70%に増え、この差額は民間保険においても保険償還の対象外となっている。したがって、実質的には、日本のようなフリーアクセス機能とは異なる。

公的医療保険の保険償還率は、医師の医行為が70%、他の医療職種のフィーが60%、入院費が80%、薬剤費は品目グループごとで異なる等、サービスの種類により細かく定められており、定額負担金や免責額の設定等も多い。他方、自己負担上限額が設定されており、自己負担額分を充足させる民間医療保険への加入率が極めて高いことから実質的な自己負担額は6.5%程度である(2021.2.17時点)。

・薬局・薬剤師の役割

フランスでは、担当薬剤師制度というものがあり、医師と患者の双方が任命した薬剤師に対し、処方箋の更新や処方薬の投与量の調整を委託する制度がある。また、薬局薬剤師は、季節性インフルエンザのワクチン投与や検査業務(検体測定、連鎖球菌スクリーニング、インフルエンザ診断用の鼻咽頭検査)も実施しており、一次医療にも積極的に取り組んでいる。

2019年には、薬剤師が、医師の要請又は同意を得て、定期的に慢性疾患の治療を担当し、必要に応じて投与量を調整し、その効果を最適化するために投薬健診を行うことが可能となった(当該薬剤師をコレスポンデント薬剤師という)。当該薬剤師は、プロトコールに基づいた処方医薬品の調剤として、膀胱炎、扁桃腺炎、季節アレルギー、蕁麻疹などの発疹等の低リスクの緊急事態のケアの対応も許可されている。なお、当該業務は、事前の薬剤師教育訓練及びかかりつけ医への報告が条件となっている。

フランスでは、慢性疾患の患者は6ヶ月を限度として長期の処方箋を発行してもらえる。ただし、一度に調剤できる量は3ヶ月分が限度であるため、患者は長期処方箋を何回かに分けて薬局で調剤してもらうことになる。フランスでは、この制度が法で定められる以前から慣習として行われていたため、リフィル処方という用語は浸透していないが、事実上のリフィル調剤である。この制度により、薬局薬剤師は、長期処方の患者の服薬状況や症状の経過を確認することができ、薬の誤飲や紛失の危険を防いだりできることから、医療関係者の間では良い制度と評価を受けている。

4.4.5 ドイツの現状

・医療制度の概要

ドイツの国民は、公的医療保険もしくは民間保険のいずれかに所属しており、国民皆保険を達成している。国民の約9割弱が公的医療保険に加入している。ドイツの医療機関では、開業医は外来診療、病院は入院診療とそれぞれの役割が明確に分類されている。さらに開業医は、家庭医と専門医に分けられ、家庭医は総合診療を行い、専門医は専門的な診療を行う。患者が保険医療サービスを受ける際は、まず家庭医を受診してから、必要に応

じて専門医の外来診療もしくは、病院の入院診療を受ける流れが一般的である。しかしながら、患者がこうした家庭医中心の医療に加わるかどうかは自由な選択に委ねられている。

外来診療の給付率は 100%のため、患者の自己負担はない。一方、薬剤費に関しては、10%の患者自己負担が生じるが、上限が 10 ユーロ、下限が 5 ユーロ(ただし、薬剤の価格を超えない)とされている¹²²。

・薬局・薬剤師の役割

ドイツの薬局は、7d24h の応召義務が基本であるが、緊急供給サークルに加盟することで義務が緩和されることになっている¹²³。これにより、地域単位で、薬局の 24 時間営業を実現している。薬剤師の職能は、基本的に日本と変わらないが、2022 年に薬剤師によるコロナワクチン接種が認められている¹²⁴。在宅医療においては、薬剤師による血圧等の測定は可能だが、報酬がつくことはなく、介護士の仕事という認識が強い。また、ドイツは、リフィル処方制度は存在しない。

近年、医薬品使用に対する経済性重視の傾向が高まり、薬局に対する経済的な圧力も高まっている。医薬品卸との価格交渉も厳しい状態であり、処方箋義務医薬品の販売での利益を伸ばすのは難しい。ある程度の規模を確保しないと薬局経営は難しい現状にある。ドイツの薬局数は、2000-2008 年に約 21,600 軒あったのが、2020 年時点では 18,753 軒と減少傾向にある。一般的な薬局では、処方箋義務医薬品が売上の 8 割を占める。このため、今後、薬局店舗の市場における自然淘汰や統合が進み、将来は 15,000 軒程度になるのではないかとされている。ドイツの薬局は OTC 販売やコンサルテーションで他の薬局との差別化を図り、薬局競争はさらに進むと言われている。

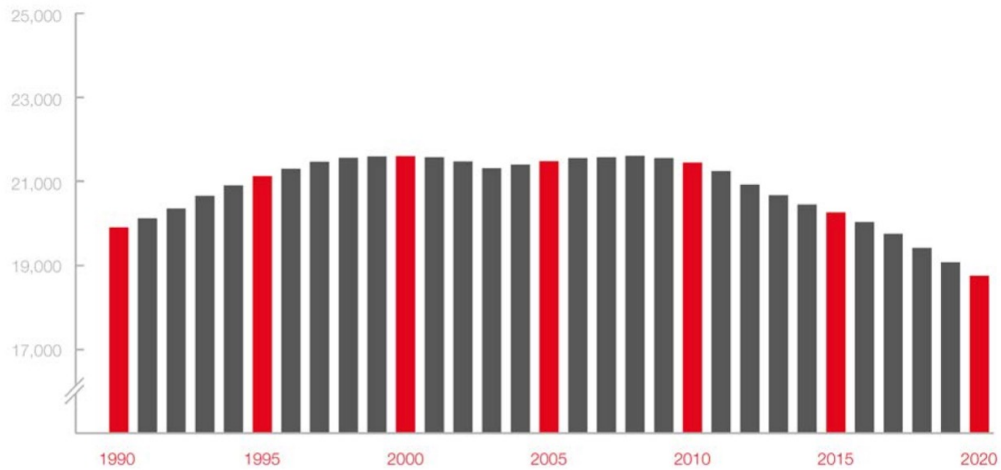
¹²² 大久保豪. (2021). 日本, ドイツ, フランス, イギリスにおける患者自己負担制度の違いについて. *医療と社会*, 31(1), 45-59.

¹²³ 藤田 幸恵 著 「ザ・ファーマシスト」2020 年 評言社

¹²⁴ NNA EUROPE ヨーロッパ経済ニュース「独、薬局でのワクチン接種を開始へ」
2022.1.12 掲載

<https://europe.nna.jp/news/show/2285543>

図表 3-25 ドイツにおける薬局数の推移



出典：ABDA. German Pharmacies Figures Data Facts 2021.

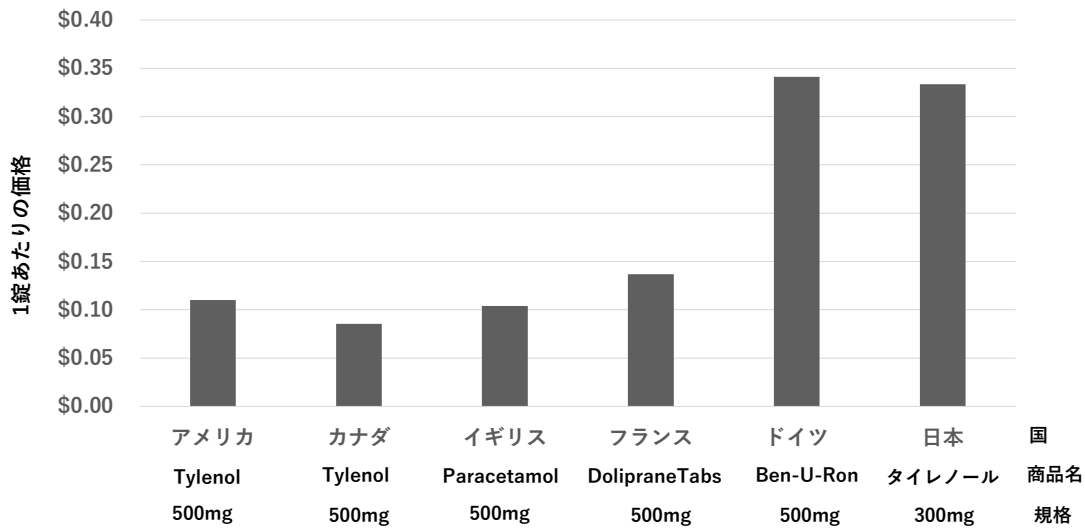
出典：医療経済研究機構

4.5 諸外国における OTC 医薬品とセルフメディケーションの有用性

第2章では、日本では、OTC 医薬品購入によるセルフメディケーションが、コストエフェクティブな健康ソリューションとして機能していない可能性があることを課題として挙げた。ここでは、前項で紹介した諸外国の医療制度及び OTC 医薬品の販売価格を考慮し、国民の視点から、各国におけるセルフメディケーションの有用性について比較検討した。

下図は、各国のウェブストア等で販売されている、アセトアミノフェン(解熱鎮痛剤)を有効成分とする OTC 医薬品の価格を各国で比較したものである。

アセトアミノフェンを主成分としたOTCの価格



出典：アメリカ、カナダ、ドイツ、日本は各国のAmazonサイトを参照。イギリスは、Bootsオンラインストアを参照。フランスは、SHOP PHARMACIEオンラインストアを参照。
 なお、2022.6.18時点の為替レートで計算している。

上図は、ナショナルブランド(NB)の OTC 医薬品の価格を比較したものである¹²⁵。店舗での販売価格やプライベートブランド(PB)の OTC 医薬品の価格を反映していないので、国によっては、もう少し安くなる可能性がある。しかしながら、日本とドイツの OTC 医薬品は、他国と比較して高価である可能性は高い。日本の OTC 医薬品が高価である理由は、後発医薬品の薬価が諸外国と比較して高いことが影響している可能性があるが、詳細は不明である¹²⁶。

今回の調査では、アメリカ、カナダ、イギリス、フランスの OTC 医薬品は、日本の半額以下で販売されており、OTC 医薬品等の購入の方が、受診するよりもコストエフェクティブである可能性が高い。

また、国によっては、医療制度や加入している保険プラン等により、受診のハードルが高いことがある。これが、セルフメディケーションの普及を加速化させている一面もある。

例えば、アメリカでは、各医療保険に免責額が設けられている。つまり、免責額が年間 10,000 円だとすると、保険医療であっても、自己負担額が年間 10,000 円を超えないと、受診における保険償還を受けられない。さらに、加入している保険によっては、OTC 医薬品も保険給付の対象である場合もある。したがって、多くのアメリカ国民は、軽症状に関し

¹²⁵ NB は、全国規模（ナショナル）で販売するメーカーのブランド、PB は、小売業がメーカーと協力して独自に企画した小売業のブランドである。一般的に、PB の方が、後発の位置付けであり、販売価格は比較的安価である。

¹²⁶ 日本の後発医薬品(GE)の薬価は、諸外国より高めに設定されている。日本の GE の平均薬価はアメリカの約 2.3 倍、カナダの約 1.3 倍、イギリスの約 1.5 倍、フランスの約 1.3 倍、ドイツの約 1.5 倍である。

ては、OTC 医薬品の購入の方が安価であり、受診するよりはるかにコストエフェクティブな場合が多い。

また、イギリスでは、症状の重さによって、受診可能な優先順位が決められており、基本的に風邪等の軽症状の場合は、後回しにされ、数週間待たなければならない場合が多い。また、薬剤費は、1 薬剤につき 9.35 ポンドの自己負担金を支払わなければならない。そのため、一般的に、イギリス国民の多くは、風邪等の軽症状には OTC 医薬品等で対応している¹²⁷。さらに、OTC 医薬品も安価であるため、セルフメディケーションに取り組むインセンティブは十分にある。

ドイツでは、近年、オンラインによる OTC 医薬品販売が目立っており、2018 年の OTC 医薬品の総売上高に占めるオンライン薬局の割合は、世界で最も高い 17%を超えた。これは、2000 年頃に、オランダのヘールレンに本社を置くオンライン薬局ベンチャー DocMorris が、ドイツの市場価格を下回る価格でドイツ国民に、OTC 医薬品等のオンライン通信販売を始めたことがきっかけだった。この点、OTC 医薬品の価格が、国民のセルフメディケーションに対する意識の変化に少なからず影響する可能性を示唆している。

当時、ドイツでは医薬品のオンライン販売が禁止されていたが、2003 年 12 月、欧州司法裁判所は、OTC 医薬品の国境を越えたオンライン販売を許可した。また、2018 年には、医療費削減を理由に、風邪等のセルフメディケーションで対応可能な医薬品を保険対象から除外している。これにより、軽症状においては医療機関を受診するより、OTC 医薬品購入で対応する方が、負担費用が安くなり、OTC 医薬品のオンライン販売が加速した。ドイツでの全 OTC 医薬品売上に対するオンラインでの OTC 医薬品売上の割合は、約 10 年間で、6.4%(2008 年)から 17%(2019 年)に上昇している¹²⁸。このように、ドイツの OTC 医薬品はやや高価であるものの、OTC 医薬品の販売の推進に成功している。

4.6 コロナ禍における薬局・薬剤師の活躍

コロナ禍における薬局薬剤師の活躍については、岡田ら(2020)¹²⁹がまとめている。本項で

¹²⁷ 成瀬 道紀 「薬局薬剤師のプライマリ・ケアへの取り組み強化に向けて—多職種連携強化と薬剤師の役割の拡充を—」 2022

¹²⁸ OTC DRUGS BECOMING MORE LIKE CONSUMER GOODS — BUSINESS OPPORTUNITIES EXTENDING TO OTHER INDUSTRY PLAYERS— Michiyo Sakai Industrial Research Dept. II, Industrial Studies Div. Mitsui & Co. Global Strategic Studies Institute

¹²⁹ 岡田浩, & 鈴木渉太. (2020). COVID-19 パンデミック下での薬局薬剤師の役割. *社会薬学*, 39(2), 93-99.

は、主にこちらの内容を概説する。

欧米諸国の薬局は、処方箋調剤のみならず OTC 医薬品の販売やその他衛生用品の販売にも積極的に取り組んでおり、新型コロナウイルス感染拡大時は、消毒液やマスク、体温計等の感染対策用品の販売の拠点となっていた。また、各国の薬剤師会は、WEB サイトに新型コロナ対策ページを作り、独自の薬局での感染防御対策やよくある質問(FAQ)を薬局向けに提供している。薬局においても、COVID-19 対策啓発ポスターを作成する等の情報発信に力を注いでいたという報告もある。

また、今回調査した欧米諸国では、薬剤師によるワクチン接種や検査業務が広く実施されていた¹³⁰。なお、アメリカでは、薬剤師による新型コロナウイルスの治療薬(パクスロピド)の独立処方が許可されている¹³¹。また、カナダは州によって薬剤師の職能が異なるが、感染拡大期には、全ての州で薬剤師の職能範囲を拡大させ、薬剤師は一定条件下において、処方医の許可なしの代替処方や、新規薬剤の処方が可能になった。このように、薬剤師の処方権の拡大も注目すべき点である。

海外では、各国の薬剤師会がリーダーシップを取り、薬局・薬剤師が担うべき役割等を明確化している。これにより、海外の薬局薬剤師は、COVID-19 に関する正確な情報を積極的に発信できたと言える。また、海外の薬局は、OTC 医薬品、衛生用品の販売、ワクチン接種、検査等のサービスも充実しており、コロナ禍においても地域医療に大きく貢献していた。

5. 今後、検討されるべき課題解決の方向性

5.1 薬局報酬の適正化

近年、2 年ごとに実施される診療報酬改定により、徐々に薬局薬剤師の対人業務の評価が拡充されているが、現状の調剤報酬体系では、多くの薬局は、対物業務中心であっても十分な安定収益を確保している(2.1.1 参照)。このような報酬体系において、薬局が、従業員の負担を増やしてまでも、対人中心の業務に取り組むメリットは低いであろう。特に、小規模薬局にとっては、機械化等による対物業務の効率化に投資し、対人業務中心に移行できたとしても、しばらくは、投資額以上の収益を得ることは困難であると思われる。

薬剤師業務の対物から対人への評価の移行は、慎重に進めていく必要がある。なぜなら

¹³⁰ ドイツの薬剤師は 2022 年にコロナウイルスワクチン接種が認められたため、他の欧米諸国より、やや遅れてのスタートだった。

¹³¹ JETRO ビジネス短信「米 FDA 薬剤師に新型コロナ経口治療薬の処方を許可」
2022.7.13 掲載

<https://www.jetro.go.jp/biznews/2022/07/73fd4a3a95f2a8be.html>

ば、急激な対物から対人への評価体系の変遷は、多くの対物業務中心の小規模薬局の廃業を招く可能性が高く、外来処方箋の受け皿が急激に減少し、医療提供体制に混乱を招く恐れがあるためである。しかしながら、2015年の「患者のための薬局ビジョン」が策定されてから7年近く経っているにも関わらず、薬剤師の対人業務の直接的な評価である「薬学管理料」の割合は、薬局収益のうち約16.9%(2.1.1参照)であり、対人業務へのインセンティブとしては非常に低い。薬剤師の対人業務の評価の拡充については、検討する余地が十分にあると考える。

他方、即座に対応すべき課題としては、調剤基本料と連動した形で評価される地域支援体制加算の算定要件であると考ええる。この報酬体系により、小規模薬局は、経営的に不利であるという理由で、対人サービスをそれほど提供せずとも薬局経営が成り立ってしまっている現状にある。小規模薬局等にとっては、対人サービスが充実し処方箋枚数が増加すると、算定できる調剤基本料が異なり、それと連動する地域支援体制加算の要件も難化する。したがって、このような薬局は、同加算を算定できず、収益が低下してしまう恐れがある。

小規模薬局が、報酬上で優遇されるべき点は、医薬品納入時の価格交渉力における薬価差益の格差である。この点、イギリスのクローバック制度の例のように、薬局規模ごとの医薬品の仕入価格を定期的に把握することで、規模ごとに医薬品の償還価格を変える方法が有用であろう。現状、日本では、調剤基本料と地域支援体制加算が連動した報酬体系が、対人業務の拡充や、薬局規模拡大に対してディスインセンティブになっている。今後は、このような報酬体系を廃止し、規模によらない薬局機能の評価体系を再構築すべきであると考ええる。

5.2 着々と普及する我が国の医療DXと今後の方向性

薬剤師の職能が高い欧米諸国では、医療DXの普及により詳細な患者情報が薬局にも共有されている。そのため、薬局薬剤師は、患者のライフスタイルに寄り添った、よりパーソナルな服薬指導や健康相談等が可能となり、町の健康コンサルタントとしての役割を担っている。このように、地域医療において、薬剤師の職能を最大限に発揮するためには、充実した多職種間の連携が必至であると考ええる。

欧米諸国と日本の地域医療で大きく異なる点は、薬局が正確な患者情報を入手できない場合が多いことである。患者自身が、お薬手帳等で服用薬剤が管理できていれば問題はないが、多くの場合は、薬剤師は、患者からの聞き取りによって情報収集している。我が国でも、諸外国のようにデジタル技術を活用した医療情報インフラが構築され、薬局にも処方医のカルテ内容や患者の服用薬剤等の情報が共有されれば、第2章でも述べた、以下の課題を一挙に解決することができると思われる。

- ・ 業務効率化の課題
- ・ 多職種連携の不足
- ・ 普及しないオンライン服薬指導
- ・ 反対意見が多いリフィル処方箋制度

今後、さらなる超高齢化の進展及び人口減少が予測されている中、人的資源がさらに効率的に活用される必要があることは、医療業界においても例外ではない。特に事務的な業務等は、ITにより医療情報の入力漏れや記載ミス等の人的ミスを最小限に抑えることができ、業務効率性の向上に加え、医療安全の観点からも重要である。

また、医療 DX によって共有可能な患者情報が充実すれば、薬局薬剤師と他の医療職種との連携が深まる可能性が高い。この点、今回調査対象とした、アメリカ、カナダ、イギリス、フランスの薬剤師の職能が高い国々では、医療 DX によって、医師—薬剤師間の連携がとりやすい環境が整っている。薬剤師の職能権限の拡大には、多職種連携が不可欠であることを示唆している。

海外薬局のICTインフラの状況と薬剤師の職能

- ✓ 欧州諸国では、ICTインフラが整備されており、多職種連携における円滑な情報共有が可能。
- ✓ 多職種連携が盛んな国では、薬剤師の職能も高い傾向があり、日本の薬剤師の職域拡大には、多職種連携のためのICTインフラ整備が不可欠。

	アメリカ	カナダ	イギリス	フランス	ドイツ	日本
電子処方箋の普及	○	○	○	○	×	× (2023年開始予定)
電子薬歴、カルテ等による多職種連携		州毎に共通の電子薬歴システムが普及。医師等が薬歴確認可能。	NHSのシステムにより、患者情報は多職種間で確認可能。	患者情報を薬局—医療機関間で閲覧可能。多職種連携が円滑に進む体制が整っている。		各医療機関でICTシステムが共通化されておらず、患者情報の共有は困難。
ワクチン接種	○	○	○	○	△	×
詳細	季節性インフルエンザ、	季節性インフルエンザ等、	季節性インフルエンザ等、、、	季節性インフルエンザのみ	コロナワクチン投与が2022年から認められる予定	
処方権	○	○	○	○	×	△
詳細	CDTAに基づいて一定範囲の独立処方権を有する。CPAによってオピオイド投与等も可能。	治療方針に沿った軽度な処方変更可能。一定範囲の独立処方権あり。	軽度な処方変更可能な補助的処方者、専門範囲での独立処方権を持つ独立処方者が存在する。	コレスポンデント薬剤師：プロトコルに基づき投与量を調整し、治療効果を最適化する。		

また、多職種連携が充実していれば、在宅医療においても薬局薬剤師が貢献できる範囲が広がる可能性がある。例えば、アメリカの事例で挙げた在宅輸液療法(Home Infusion)のように、医師、看護師、介護士との連携を通して、薬局薬剤師が、在宅医療における治療全体のコーディネーターの役割を担うことも可能であろう。すなわち、医師が確認しきれない、病状が安定している慢性期の在宅患者では、薬局薬剤師がリーダーシップをとり、その治療アセスメントを多職種で共有することで、在宅医療の質の向上が期待できるであろう。今後は、日本においても、多職種連携を強化し、医師自らが対応する必要のない業

務については、薬局薬剤師等の他の医療職種にその権限を委譲し、より効率的な医療提供体制を目指すべきであると考え。

オンライン診療・服薬指導においても、医療情報インフラの構築は必須である。前述した通り、オンライン医療において得られる患者情報が限られているということもあり、一部の医師は、オンライン医療に前向きな姿勢を示していない。この点、医療 DX により、詳細な患者データが医療機関一薬局間で共有可能であれば、患者の治療経過等を把握でき、オンラインで対応可能な疾患範囲も拡大できる可能性がある。

リフィル処方箋の普及においても、医師一薬剤師間の円滑な医療連携体制の構築が不可欠である。「2.5 リフィル処方箋制度の可能性」でも述べた通り、リフィル処方箋制度に反対している医師の多くは、患者の治療経過を確認できないことや、薬の副作用発見の遅れ等を懸念している。リフィル処方箋の普及は、処方医がリフィル処方箋を発行しない限り不可能であり、処方医が治療経過を追えない等のデメリットは最小限に抑える必要がある。この点、医療 DX により、患者の症状の変化や、服薬コンプライアンス、副作用発現状況等の薬物治療経過を、薬局薬剤師から医師へ円滑にフィードバックできる体制が整えば、ある程度対応できるであろう。

以上より、充実した医療情報インフラを基盤として、多職種連携がもたらすメリットは、薬局・薬剤師にとって非常に大きい。現在、我が国では、医療情報インフラの構築に向けて、オンライン資格確認等システムの導入が進められている。2022年6月に内閣府によって取りまとめられた「骨太方針 2022」では、オンライン資格確認について、保険医療機関及び薬局に、2023年4月から導入を原則として義務付けるとしている。また、同方針では、2024年度中を目途に健康保険証の原則廃止も目指されている。現在、運用している医療機関数は107,889軒(46.9%)と低迷している一方で、同システム導入の申込み件数は、209,752件(91.3%)と高い(2023年1月29日時点)¹³²。これは、多くの医療機関が、システム導入の際の手続きや機器受取待ち等の待機状態にあることが示唆されているところ、オンライン資格確認の普及の目処はおおよそ立っていると思われる。

さらに、我が国でも、2023年1月から電子処方箋の運用が開始され、電子処方箋に対応している医療機関は、「電子処方箋管理サービス」を利用できる。同サービスは、オンライン資格確認システムと連動しており、医師が患者の服用薬剤情報を閲覧できることに加え、併用禁忌や重複投与、処方箋の記載項目が自動的にチェックされる。これにより、形式的な疑義照会¹³³の件数減少につながり、医療従事者の業務負担の軽減に貢献すると期待

¹³² 厚生労働省「オンライン資格確認の都道府県別導入状況について」

https://www.mhlw.go.jp/stf/index_14821.html

¹³³ 形式的な疑義照会とは、処方箋内容の記載不備がある場合の疑義照会である。2016年に日本薬剤師会が報告したレポートでは、形式的な疑義照会の件数は全体の21.9%であった。

されている。2022年1月15日時点では、電子処方箋に対応している医療機関(薬局を含む)は、現時点で277施設である¹³⁴が、今後、オンライン資格確認システムの普及率に比例して、電子処方箋は普及してくると思われる。

前述した通り、欧米諸国では、薬局薬剤師や他の医療機関の医療従事者が、処方医の電子カルテ等の様々な患者情報を閲覧することができる。現時点では、我が国のオンライン資格確認や電子処方箋で共有可能な患者データは、薬剤情報、特定健診情報、診療情報(受診歴)の閲覧に限られており、アメリカのEMRやイギリスのSCRのような詳細な患者情報は共有できていない。今後は、病名や処方意図等も含め、共有可能な患者情報を拡大する余地は十分にあると考える。また、多職種連携を深める上では、これら患者情報は、医療機関や薬局等に限らず、介護施設等への共有も検討すべきであろう。

5.3 薬剤師の一定範囲の処方権拡大の可能性

今後は、医療DXによる多職種連携が進展することを見据えて、薬剤師による処方変更可能な範囲を再検討する必要がある。なぜならば、前述した通り、頻繁な疑義照会は様々な場面で不都合になり得るからである。例えば、休診日や診察時間外等で、薬剤師による処方医への疑義照会が困難な場合がある。この場合、薬剤師は医師の確認が取れるまで調剤を実施することができず、後日に調剤せざるを得ない。また、頻繁な疑義照会は、医療従事者の業務負担による人件費の増大や、薬局における疑義照会に係る保険点数の算定数増加等、医療費増大にも少なからず寄与していると思われる。

現在、残薬調整による処方日数の変更やアドヒアランス向上を目的とした一包化調剤等に関しては、医療機関と薬局間で疑義照会簡素化のプロトコルが締結された場合のみ、薬剤師の独断で実施できるとされている。同プロトコルについては、厚生労働省も既に推奨していることではあるが、多くの薬局は、近隣の医療機関がプロトコル締結に積極的な姿勢でない限り、前向きな姿勢を示していない。

解決の方向性としては、職能団体である日本薬剤師会等がリーダーシップをとり、日本医師会等との連携を通して、薬局薬剤師が疑義照会簡素化のプロトコルによる処方変更を処方医に提案しやすいような体制を整備することが有効と考えられる。そして、「4.4.2 カナダの現状」でも挙げたように、実際に薬剤師が一定範囲の職能権限を獲得するためには、薬剤師会や関連の業界団体によるリーダーシップを通して、各薬局が疑義照会プロトコルによる薬剤師の処方変更の実績をエビデンスとして残し、他のステークホルダーを説得し

出典：公益社団法人日本薬剤師会「平成27年度全国薬局疑義照会調査報告書」

<https://www.nichiyaku.or.jp/assets/uploads/activities/gigihokoku.pdf>

¹³⁴ 厚生労働省「電子処方箋対応の医療機関・薬局についてのお知らせ」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/denshishohousen_taioushisetsu.html

ていくことが重要である。

薬学部の臨床教育の拡充を目的に、2006年から薬剤師養成の教育課程は6年制となり、同課程を卒業した薬剤師が世に輩出されてから約10年経ったが、薬剤師の職能権限は、旧4年制の薬剤師とほとんど変化していない。我が国の薬局薬剤師は、その職能を十分に発揮できておらず、薬学的知見で軽度な処方変更等には対応できるにも関わらず、処方医の確認が必要な場合が未だ多くある。もちろん、旧4年制卒の薬剤師の一部は、一定範囲の処方変更をするための薬学的知識・技術が十分でない可能性も考えられるが、この点に関しても日本薬剤師会等の業界団体が主体となり、研修制度や卒後教育を推進することによって十分に対応可能であろう。

「1.5 職務に対する薬剤師の自己肯定感」でも触れたように、薬剤師の処方権の拡大は、薬剤師の自己肯定感やエンゲージメントを高め、薬剤師が提供する医療サービスの質の向上につながる可能性もある。国民皆保険制度の持続可能性を高めるためにも、薬剤師の積極的な活用に関しては、国全体で検討すべき重要な議題であろう。

5.4 対物業務の効率化に向けた施策の導入

現在、処方箋情報や保険情報の入力業務等の効率化の施策の一つとして、政府主導で、オンライン資格確認や電子処方箋の普及が進められている。これに関しては、前項の「5.2 着々と普及する我が国の医療DXと今後の可能性」で記述しているので割愛する。ここでは、日本において、特に効率化が進んでいない、ピッキング調剤、散剤や軟膏剤の秤量や混合、一包化調剤等の調剤業務の効率化の施策について考察する。

5.4.1 非薬剤師の活用の可能性

薬剤師の業務効率化においては、薬剤師業務の一部を非薬剤師に権限移譲することも検討すべきであろう。具体的には、単剤の軟膏や、散剤の秤量、半錠調剤等、薬剤師が調剤実施の前後で確認できるものであれば、非薬剤師でも実施可能であると考えられる。

前述した通り、日本では、厚生労働省の0402通知により、これまでグレーゾーンとされてきた、薬局事務職員等の非薬剤師によるピッキング調剤等の業務が許可されている。一方、今回比較した5カ国(アメリカ、カナダ、イギリス、フランス、ドイツ)すべてで、テクニシャン制度を導入しており、薬のピッキングや、散剤や軟膏剤の秤量及び混合等の調剤業務は、基本的にテクニシャンの業務であり、薬剤師はコンサルテーション等の対人業務にフォーカスしている。また、カナダでは、Pharmacy assistant (特別な教育を受けていない非薬剤師)が、軟膏の混合や一包化調剤を実施している。

日本の場合、薬剤師の人数や一部調剤業務の機械化が普及しつつあることを考慮すると、新たにテクニシャン制度の導入の必要性は低いと考える。しかしながら、現状、業務効率

化に苦戦している薬局も多く存在しており、特に小規模薬局や個人薬局では、業務効率化のための設備投資にかけられる資金も限られている。このような薬局では、冒頭でも述べた通り、薬剤師が調剤業務の前後で確認する等で、非薬剤師による調剤業務の範囲拡大の余地は十分にあるだろう。

5.4.2 調剤外部委託の可能性

薬局の業務効率化を進める目的で、調剤外部委託は非常に有用な施策であると考えている。小規模薬局が、単独で調剤サービスに加え、多様な薬局サービスを提供することは困難である可能性が高い。そのため、地域の医療ニーズに応えるためには、薬局間の連携が不可欠であり、地域単位で薬局サービスの質を向上させることが重要であると考えている¹³⁵。前述したように、我が国では、中小企業の薬局が処方箋調剤市場の90%近くを占めており、大半の薬局は、業務効率化に苦戦している可能性がある。このような薬局が、調剤外部委託を利用することができれば、薬剤師の職能を最大限に活かした対人サービスを提供することが可能となり、薬局・薬剤師改革を大きく進展させる可能性がある。

欧米諸国においても、調剤外部委託は既に実施されている国も多く、薬局業務の効率化や調剤過誤の防止等に役立っている。現状、日本における調剤外部委託に関しては様々な意見があるものの¹³⁶、2022年7月11日の「薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループ」のとりまとめでは、安全性の確保や法的整備が十分に検討された上

¹³⁵ 2022年4月に開催された、「第4回薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループ」でも、地域包括ケアシステムにおいて、薬局機能を最大化するためには、薬局間の連携が不可欠であるという意見が多く見受けられている。

出典：厚生労働省「第4回薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループ」2022.4 <https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/000930741.pdf>

¹³⁶ 日本経済団体連合会は、一包化等の調剤業務を、高度に機械化の進んだ薬局へ外部委託することで、薬剤師は対人業務により集中できると提言している。一方、日本薬剤師会は、調剤外部委託は調剤における責任の所在を不明瞭にするため認められないとの見解を示している。また、日本保険薬局協会(NPhA)も、調剤の責任の所在が曖昧になることに加え、委託先の業務の正確性、安全性等を委託先から確認することは極めて困難とされ、医療安全性を著しく損なう可能性があるとして述べている。

出典1：週刊 経団連タイムス「Society 5.0時代のヘルスケアⅢ<3>」

出典2：内閣府「第1回医療・介護・感染症対策ワーキンググループ 資料1-4 公益社団法人日本薬剤師会 “調剤外部委託に関する本会の考え方” 2022.1.19」

出典3：内閣府「第1回医療・介護・感染症対策ワーキンググループ 資料1-5 一般社団法人日本保険薬局協会 “調剤業務の効率化について” 2022.1.19」

で、緊急性のない薬剤であれば、調剤に多くの時間を費やす一包化調剤のみを外部委託可能とするアクションプランを提言している¹³⁷。全処方箋のうち一包化調剤が含まれる処方箋割合は約7%程度と推計されているが¹³⁸、今後、高齢化が進展するにつれ、その割合は増加してくると推測される。したがって、一包化調剤のみに限定した調剤外部委託であっても、ある程度の薬局の業務効率化に貢献できると考える。しかしながら、調剤外部委託を一包化調剤のみに限定するという明確な理由が明らかにされておらず、対物業務中心の薬局を擁護している一面も見受けられる。今後は、前述の調剤報酬体系の見直しとともに、調剤外部委託の適用範囲の拡大も視野に入れるべきであろう。

5.5 処方箋調剤以外での薬局・薬剤師の役割拡大

これまで、我が国の多くの薬局経営は、処方箋調剤に依存しており、OTC医薬品の販売やその他衛生用品の販売に積極的に取り組んでこなかった。このような経営体制では、薬局が医療のファーストアクセスとなるのはほとんど不可能であり、世間から薬局が処方薬をもらう場所として認識されてしまうことは当然の結果といえよう。他方、多くの欧米諸国では、薬局が医療のファーストアクセスとして機能し、国民は、ワクチン接種、感染症検査、OTC販売、健康相談等の多岐にわたる薬局サービスを気軽に受けられる。これが、我が国の薬局と大きく異なる点である。

国民の薬局に対する意識変革をもたらすためには、保険調剤以外の薬局サービスを充実させることが必至であると考えられる。本項では、我が国の薬局が、保険調剤以外のサービスを提供する上で、必要と思われる具体的なアクションプランを提言している。

5.5.1 セルフメディケーションで対応可能な疾患の保険給付範囲の見直し

薬局のファーストアクセス機能の向上の要は、セルフメディケーションの推進であり、軽症状においては、受診するより来局して OTC 医薬品の購入等に対応する方がコストエフェクティブであるような制度設計が必要である。具体的には、ドイツの例のように、セルフメディケーションで対応可能な疾患領域の薬を保険対象外から除外するという施策が有効であろう。または、カナダやイギリスのように、処方箋薬は全額患者自己負担もしくは一

¹³⁷ 厚生労働省「薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループ とりまとめ」2022.7.11 <https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/000962998.pdf>

¹³⁸ R4.1.19 開催 第1回医療・介護 WG に関する委員・専門委員からの追加質疑・意見 https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kisei/meeting/wg/2201_03medical/220315/medical04_ref01.pdf

定額の自己負担を課すのも有力な施策であると考えられる。このように、軽症状における受診のハードルを上げることによって、OTC医薬品の購入等によるセルフメディケーションのハードルを相対的に下げられるであろう。

今後、日本は、人口減少や更なる超高齢社会に立ち向かう上で、限られた医療資源を有効的に活用する必要がある。日本の薬局・薬剤師は、必要に応じて OTC 医薬品の販売や受診勧奨等を行い、軽症状の患者をトリアージしていくような医療のファーストアクセスとして機能するような医療制度を検討していく必要があるだろう。

5.5.2 薬剤師の検査値データに基づく判断におけるガイドラインの策定

今後、データヘルス改革により、セルフメディケーションの領域においても、ウェアラブル端末等で得られた検査値データでの判断を求められることが多くなると予測される。すなわち、将来的に、薬剤師が、セルフメディケーションのサポートをする際は、医師の「診断」に近い行為をする必要があり、現状のままでは、ほとんど患者ニーズに応えることができないと考えられる。この点、検体測定室を設置している薬局の薬剤師の中には、データに基づく健康アドバイスを提供できないことに不満を持っている意見も多く、薬剤師のプロフェッショナルとしての意識を低下させ、薬局サービスの質低下につながる可能性も否めない。

したがって、「3.2 検体測定室における薬剤師の職能の規制」で紹介した「健康寿命延伸産業分野における新事業活動のガイドライン」の改訂が必要であると考えられる。具体的には、検査値の基準値の範囲内かつ当該薬剤師が対応可能と判断できる場合に限り、薬剤師が健康ソリューションの提供を可能とする等、データに基づくセルフメディケーション推進のための新たなガイドラインを検討すべきであろう。

5.5.3 薬剤師によるワクチン接種の許可

薬局薬剤師が、処方箋調剤以外の業務に取り組む上で、ワクチン接種は、比較的取り掛かりやすいと考える。薬剤師によるワクチン接種は、今回調査した国、アメリカ、カナダ、イギリス、フランスで認められている。なお、新型コロナウイルスのワクチン接種に限れば、ドイツでも認められている。日本では、臨床教育が充実したカリキュラムである薬学教育6年制課程卒の薬剤師が世に出てから約10年が経ち、臨床能力が比較的高い薬剤師は増えてきている。一方で、旧4年制の基礎科学を重視していた時代の薬学部を卒業した薬剤師も多く残るが、これまでの薬剤師としての臨床経験を考慮すると、ワクチン接種業務に取り組んでも申し分ないと考えられる。しかしながら、薬局薬剤師がワクチン業務に従事する際は、注射器の扱いや手技等も問われることから、一定の研修制度を設ける等で権限が与えられるような制度設計が必要であると考えられる。

日本は、新型コロナウイルス感染拡大の際、ワクチンの打ち手不足が課題となり、世界でもワクチン接種に遅れをとった国の一つである。また、コロナ禍における医師のワクチン接種業務の時給は最低でも1~2万円であり、非常に高コストであり¹³⁹、コロナ予算を圧迫している一つの要因と言えよう。この点、薬局薬剤師もワクチン接種が可能であれば、より迅速かつ低コストでワクチン接種を進めることができたであろう。

また、薬局薬剤師がワクチン接種の役割を担うことにより、国民が処方箋を持たずに来局する頻度が増え、薬局が医療のファーストアクセスとなるきっかけになる可能性がある。我が国の予防医療の質を向上させるためにも、ワクチン接種における薬局薬剤師の活用は必要不可欠であると考えられる。

5.6 薬局薬剤師のエンゲージメント向上のための人材戦略

薬剤師自身は、改革内容や企業の経営方針に納得して働いているだろうか？例えば、薬局経営では、待ち時間の短縮、算定点数の増加による患者単価の増加、処方箋応需枚数の増加等は、収益に直結するため企業価値向上に最も貢献すると言えるが、このような経営方針が薬剤師業務の自由度を低下させ、薬剤師個々の能力を発揮した業務を実施できていない状況を生み出している可能性がある。冒頭にも述べたように、薬剤師は他の医療職種と比較して「達成感」や「自律性」が突出して低いことから、薬剤師自身のエンゲージメントは低いと推察できる。また、2018年に出版された荒井ママレ氏の薬剤師を題材にした漫画「アンサングシンデレラ」¹⁴⁰では、薬剤師を称賛されない仕事として紹介されていることから、薬剤師自身、薬剤師という職業の必要性を実感できていないと推察できる。

このような状況下、多くの薬局企業では、薬剤師のエンゲージメントの維持・向上に苦戦している可能性が高い。本項では、薬局薬剤師の職務に対するエンゲージメントの向上を目的として、伊藤邦雄氏の「人的資本経営の実現に向けた検討会 報告書～人材版伊藤レポート 2.0～」¹⁴¹を参考にしながら、薬局企業がとるべき人材戦略の方向性を考察する。

- ・ 具体的な施策の方向性

¹³⁹ https://career.m3.com/recruits/contract?covid19_vaccination=true&page=2

¹⁴⁰ 荒井ママレ 「アンサングシンデレラ～病院薬剤師 葵みどり～ 第1巻」 2018年 徳間書店

¹⁴¹ 伊藤邦雄 「人的資本経営の実現に向けた検討会 報告書～人材版伊藤レポート 2.0～」 令和4年5月 経済産業省
https://www.meti.go.jp/policy/economy/jinteki_shihon/pdf/report2.0.pdf

一般的に、社員が自身の能力を最大限発揮するためには、薬剤師自身がやりがいや働きがいを感じ、主体的に業務に取り組むことができる労働環境作りが重要である。また、エンゲージメントを高めるためには、画一的なキャリアパスではなく、多様な就業経験や機会の提供を行うことが求められる。

まずは、社内のエンゲージメントレベルの測定により課題を抱える薬剤師(社員)を把握し、薬剤師のエンゲージメントに影響し得る要素を具体化する必要がある。これまで得られているファクトから推察すると、薬剤師(社員)が考える自身の働き方と、会社が提供する働き方とのギャップが、社員のエンゲージメント低下を招いている可能性がある。この場合、社員がどのような働き方・キャリアプランを考えているかを聞き取り、社員一人一人が考える働き方・キャリアプランと会社のニーズを可能な限り一致させることが重要である。例えば、在宅医療に積極的に取り組みたいのか、認定薬剤師を取得して自身の知識・専門性を深めたいのか、薬局長として薬局経営に携わりたいのか等、薬剤師個々で希望する働き方や学びたい業務内容は様々である。これら業務に対して公募制・立候補制を採用する等して、社員が働きたい薬局店舗もしくは本社勤務等を選択できる環境を整備すれば、当該社員は異動後に高いエンゲージメントを持って職務をこなすことが期待できる。もう少し柔軟に考えると、社内での兼業・副業等で多様な働き方を推進することも、社員のエンゲージメントを高める施策として有用である。例えば、自店舗の薬剤師業務と他店舗の薬剤師業務の兼務や、店舗の薬剤師業務と本部の業務との兼務等は、薬局薬剤師としての視野を広げ、学び直しの意欲や認定資格への挑戦意欲も高まる効果も期待できるはずだ。

以上のように、企業が、社員が求める働き方・キャリアプランに寄り添うことで、企業の価値創造と個人の自律的なキャリア開発を同時に達成することが可能である。今後は、薬局企業が、薬剤師自身が考えている働き方・キャリアプランに可能な限り応ずるような人材戦略を心掛け、高いエンゲージメントを持って働けるような制度や労働環境を創り上げることが、薬局変革期の人材マネジメントには重要な視点であろう。

6. 終わりに

本稿では、国民のための医薬分業を推進する上で、医療資源としての薬局・薬剤師の活用の可能性について考察した。より具体的には、日本の薬局薬剤師の職能が過小評価されている可能性があることに注目し、薬剤師の職能が最大限発揮されるための必要な制度設計の方向性について掘り下げた。

冒頭でも述べたように、1974年の医薬分業元年から約50年が経ち、医薬分業率は80%に迫る勢いであるが、我が国の医薬分業は、本来のあるべき姿の医薬分業とは言えない。日本では、世界でも類を見ないスピードで高齢化が進み、それに伴う国民医療費の増加であったり、生産年齢人口の減少に伴い医療費財源の確保が困難であったりと、現状のまま

では国民皆保険制度を維持することは困難であるという共通認識がある。そして、今後、医療における人的資源が逼迫することも目に見えている。

コロナウイルス感染拡大をきっかけに、これまで薬局が直面していた課題がより明確に浮き彫りになった。特に多くの薬局は、ファーストアクセス機能が乏しかったことにより、処方箋枚数の減少が直接収益低下をもたらした。この点、国民に処方箋なしでも薬局サービスを利用してもらうことが重要であるところ、ワクチン接種等の処方箋調剤以外の薬局サービスの拡充も視野に入れておくべきかもしれない。当然のことながら、薬局は、外来処方箋を受け入れ、調剤のみに特化したこれまでのビジネスモデルでは、国民の支持を得ることは困難であり、将来的には存在価値そのものが失われてしまう可能性がある。

一方で、薬局薬剤師は、他の医療職種と比較して職務に対する達成感や自律性等の自己肯定感が低く、自らの職能を発揮できていないもどかしさを感じている可能性も示唆されている。前述したように、薬局薬剤師の職務に対する自己肯定感は、薬局サービスの質に影響する可能性があるところ、薬剤師が職務を全うする上で必要な職能権限の付与は不可避な課題となるだろう。

加えて、現場の薬剤師自身は、さらに対人業務の質を高め、より付加価値の高い医療サービスを提供しなければならないことを再認識する必要がある。2021年4月、厚生労働省は「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会」を開き、薬剤師需給推計に関する調査結果を公表した。これによると、2045年時点で薬剤師は、最大で12万6千人、少なく見積もっても2万4千人が過剰になる見通しである。薬剤師の役割や職能が従来そのまま国民のニーズに応えきれない状況が続けば、関係者間で広がりつつある見解、すなわち「薬剤師過剰」の未来もそう遠くはないだろう。

日本は、OECD諸国において、人口10万人当たりの薬剤師数は190人、薬局数は48.3軒と共に1位であり、世界でも類を見ない巨大薬局インフラが整備されている。将来的には薬局や薬剤師が過剰であることが危惧されているが、既存の薬局、薬剤師が世界水準の医療サービスを提供することができれば、日本は世界で最も効率的に医療サービスを提供できる国になり得ると考えられる。理想としては、欧米並みに、国民が自宅近くの薬局で健康相談、ワクチン接種、検体検査等の薬局サービスを気軽に受けることができる体制を整え、国民の医療サービスを受ける際の金銭的及び時間的負担は軽減されるべきであろう。このような充実した薬局サービス通じて、国民の健康寿命延伸のための新たな健康的ライフスタイルが形成されることにも期待したいところである。