

新しい薬局・薬剤師のあり方検討ワーキンググループ報告書

新しい薬局・薬剤師のあり方に係る提言

令和7年8月

公益社団法人神奈川県薬剤師会

新しい薬局・薬剤師のあり方に係る提言

巻頭言 ～今こそ薬剤師一人一人が考え行動するとき～ (塚本久美).....	1
1. なぜこの検討ワーキンググループを始めたか? (佐藤克哉)	3
2. 現状と課題 (久保田充明).....	5
3. 医薬分業小史 昭和 36(1961)年～平成 12(2000)年(処方箋が出始めた頃) (秋葉保次)	8
4. これからの薬局・薬剤師が目指すところ	
(1) 経験が人を育てる～人生の目標と薬剤師職能の活用～(久保田充明)	12
(2) 昨日までの3つのキッカケ 今日からの1つの提案(佐藤克哉)	17
(3) 人と出会い、世界が変わる	
～神奈川県薬剤師会が人生の扉を開いてくれた～(塚本久美)	20
5. 新しい薬局・薬剤師のあり方検討WGに寄せて ～薬剤師「冥利」～(玉田慎二)	22
6. 終わりに ～川を上れ、海を渡れ～(後藤知良)	24

付録: 突撃取材「くすりと健康相談薬局」(神奈川県薬剤師会会誌『薬壺』より) 抜刷

※「突撃取材!くすりと健康相談薬局」第 1 回から第 23 回までのすべての記事は本会ホームページで
お読みいただけます。

(<https://www.kpa.or.jp/docs/download/0dc0dfc15d3a1f3f5d7e251a821a9482.pdf>)



「突撃取材!くすりと健康相談薬局」

巻頭言

～今こそ薬剤師一人一人が考え行動するとき～

(神奈川県薬剤師会前常務理事 塚本久美)

今現在、地域の薬局でご活躍の薬剤師の方々へ質問です。

『今後の薬局薬剤師の未来はどのように思いますか?』

さて各位はこの質問にどのように答えるのでしょうか?どなたも薬局薬剤師の未来に関して考えたことがあることでしょうか。AIの進歩により多くの職業が消滅するといわれています。そんな時代の中、皆さんの回答は、「明るい」「このままでなんとかなる」「不安はある」「危機感がある」「このままでは絶対にいけない」…さてあなたの考えはどれに近いでしょうか。

明治22(1889)年「薬剤師」という名称と職能が規定され、大正14(1925)年「薬剤師法」が成立、昭和49(1974)年「医薬分業元年」そこから50年、外来処方箋の7割以上が地域の保険薬局で調剤されるようになりました。それまでは存在しなかった「調剤薬局」が全国に開局し、その数は60,000件に達しようとしています。しかしこの医薬分業は「政策誘導」によって進行したものです。つまり薬局薬剤師の一人一人の現場での地道な努力により、地域住民の信頼と要望から今の数字を達成したのではないということです。

平成30(2018)年12月厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会において「院内調剤への一定の回帰」「多くの薬剤師・薬局において本来の機能を果たせておらず、医薬分業のメリットを患者も他の職種も実感できていない」との意見が示されました。

薬局薬剤師のすべての方々に伺いたいのです。『このご意見を聞いてどうですか』と。

薬剤師は本来、国民の公衆衛生の向上及び増進に寄与し、国民の健康な生活を確保するためにあり、その一つの役割として調剤があります。またその他の医薬品の供給、広く薬事衛生を司ることが求められています。

どんな職業も他者から評価され必要とされて初めてその存在価値があり、そして存続することができます。薬剤師は総じて真面目であり勉強し知識を身につけることを重要と考えています。しかしその職能を国民に多職種に行動を持って示すことができず、つまり評価されていないのが現状なのです。だからこそ上記のような部会での意見が出てくるのです。そのことを真摯に受け止めていくことから始めたいと思います。このご意見を生んだのは現在薬剤師として現場で働いている私たち自身なのです。

登録販売者、0402通知、AIの進歩、超高齢化社会、人口減少、社会保障制度改革…今後の日本において生き残る職種に薬剤師は含まれるのでしょうか？

大学卒業後すぐに高給を得、日々ただ真面目に会社の上司の指示に従って業務に当たっている問題は問題なく過ごせるという認識、しかし実はその仕事は費用に見合わないと感じている国民が感じている現状。まさにこれまで日本中で淘汰され消えていった職業の典型なのではないかと感じ、強い危機感を持たずにはられません。これからの薬局は多様化していくことでしょう。そこには地域性が大きく関わってきます。

地域で日々多くの取り組みにより、確かな信頼を獲得している薬局・薬剤師がいることも事実ですが、しかし絶対的にその数が少ないのが現状です。

わたくしたち薬局・薬剤師は変わらなくてはなりません。国の誘導ではなく自らの意識と行動でその変化を国民に示さなければなりません。

『あなたは、あなたの薬局は本当にその地域でなくてはならない存在ですか？』

『あなたの薬局のある町の住民の健康・幸せを真剣に支えようと思って日々の仕事をしていますか？』

地域の住民から最も近い開かれた医療機関として「保健室」としての自覚を持てば、すべきことは見えてきます。

『あなたの薬局には地域の町内会長さん、老人会・子供会の方々、民生委員（児童委員）さん、商店街の方々、サッカーチームの監督、お祭りの実行委員会の方々、ケアマネジャーさん、地域包括支援センターの方々が相談に来ますか？』

『「この頃うちのおばあちゃんがちょっと変なのよ」と相談されますか？』

『夜間子育て中の不安な親御さんから電話はありますか？』

『「この辺で皮膚科に行くなら何処がいい？」と聞かれますか？』

さあすぐに取りかかりましょう！

1. なぜこの検討ワーキンググループを始めたか？

(神奈川県薬剤師会副会長 佐藤克哉)

我が国は、国民皆保険制度や医療・介護システムの充実により世界でもトップクラスの平均寿命を実現している。と同時に2025年には団塊の世代が75歳以上となり、2040年頃には団塊ジュニア世代が65歳以上となる。世界でもトップクラスで高齢化が進んでおり、生産年齢人口である現役世代が急激に減少していく現実がある。この状況下において、全世代の人々が安全安心に暮らし、質の高い医療を継続する為に薬局・薬剤師が出来る事、やらなければならない事は多く、多岐に渡る。

一方、薬局に目を向けると、「まちの化学者」と言われていた地域の健康拠点のような従前のスタイルから、行政主導の「形の上での医薬分業」の波に乗り、薬局バブル時代を迎え、現在では薬局数は全国で60,000を超えている。その増え続ける中において、薬局のごく一部ではあるが、ここ数年を見ても薬歴未記載や無資格者の調剤行為等、モラルの低下、慢心と言わざるを得ない事例が相次いでおり、明確な経営ビジョンの無い薬局や基盤のない薬局は大手チェーン薬局を中心としたM&Aや薬局の閉局などが進んでいる現状がある。

また、薬剤師に目を向ければ、悲願の薬学6年制教育となったが、まだその実績、効果は検証半ばであり、少子化傾向でありながらも近年、薬学部は増加の道をたどっている。今後、薬剤師の需要供給のバランスの変化が予測され、薬剤師過剰時代が来るとも言われており、薬学教育および薬剤師、薬局の変革がより一層求められている。

さて、我々薬局・薬剤師を取り巻く関連の言葉を思いつくまま挙げてみた。「かかりつけ薬剤師・薬局」「対物業務から対人業務へ」「非薬剤師」「薬歴未記載」「敷地内薬局」「ポリファーマシー」「薬機法改正」「くすりと健康相談薬局」「オンライン服薬指導」「多職種連携、薬薬連携、医薬連携」「健康サポート薬局」「地域フォーミュラリー」「AIやICTの活用」「M&A」「薬剤師議員」「調剤ポイント」「地域包括ケアシステム」「薬学部の増設と定員割れ」「行政主導の医薬分業スタイル」「服薬フォローアップ」「無資格調剤」「零売」「アンサンブシンドレラ」「地域連携薬局」「専門医療機関連携薬局」「プレアボイド」「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」「リフィル処方箋」「調剤業務の在り方について」「検査キット販売」「ジェネリック医薬品」「分割調剤」「患者のための薬局ビジョン」「外部委託」「緊急避妊薬」……

まだまだあるが、非常に多くの関連キーワードが出てくる。私はこのキーワードを見て、この中で薬剤師自身が主体性を持って先頭に立ち、自らが率先して取り組んでいる事例はどの位あるのか？と疑問に思った。もしかしたら、「薬剤師は誰かに決めてもらわないと自分たちでは動く事が出来ない人たち」と思われたいだろうか？ その流れに薬剤師は流されているのではないかと。

本当に私達薬剤師が自らを律した上で将来に向かってどの方向を向いていくか？を考える事が重要なのではないかと。薬局・薬剤師が地域のコミュニティの中で存在意義を発揮する為にはどのような考え方やコンセプトが必要なのか？ を整理するキッカケになればとの認識の下、学識経験者、薬業界に精通している記者、薬局開設者、勤務薬剤師等の幅広い分野、経験者の意見を集約したのがこの「新しい薬局・薬剤師のあり方検討ワーキンググループ」を立ち上げた経緯である。

現在、薬局や薬剤師を取り巻く環境は大きく波立ち、大きな風が吹いている。この大きな変化を果たしてどの位の薬剤師が感じているだろうか？ そしてどの位の薬剤師がその波に乗り、風を利用して羽ばたこうとしているだろうか？ 今、このチャンスの際に薬局・薬剤師は行動を起こし波に乗り、風を利用して飛ぼうではないか！

なお、神奈川県薬剤師会では、平成27(2015)年から地域薬剤師会と協働で県民及び地域の保健・医療・福祉・公衆衛生に貢献し薬局の模範となる「くすりと健康相談薬局」制度を独自に運営しており、国の「健康サポート薬局」「地域医療連携薬局」に先んずるとともにより高い基準を設けている。

付録として今まで立ち寄った「くすりと健康相談薬局」の記事の抜粋を添付している。各薬局のアクションは様々であるがその根底にあるものは決して別方向のベクトルだけではないと感じるはずである。あなたの薬局の「現場」にも必ずある、薬剤師として、薬局としての「ベクトル」を思い出す、見つめ直し将来の方向を自身で決める機会にこの検討ワーキンググループの取りまとめが一助になれば幸いである。

2. 現状と課題

(神奈川県薬剤師会副会長 久保田充明)

分業元年から五十年、平成の約三十年を経て薬局は大きく様変わりしていった。平成元(1989)年に約11%だった分業率は平成30(2018)年には74%まで上昇した。飛躍的に伸びた原因は政策誘導であり、診療報酬が分業を後押ししていった。一定程度の処方箋を受け取り調剤すれば経営が成り立つようになり、薬局は本来果たすべき役割を少しずつ失っていった。

平成4(1992)年に薬剤師は「医療の担い手」とされ、平成18(2006)年には薬局が「医療提供施設」として位置づけられたが、多くの薬局は地域医療への貢献には目もくれず、ひたすらに処方箋を求め「ビジネス」として成長、今では全国で62,828軒(令和6(2024)年3月31日時点)と文字通り“コンビニより多い”状況となった。

処方箋を求めて新たに作られた多くの薬局は専ら処方箋調剤を行い、「調剤薬局」という造語を生んだ。本来の薬局の姿、あるべき論から考えれば非常に残念ではあるが自ら「〇〇調剤薬局」と名乗る薬局もあるくらいだから仕方ないのかもしれない。

より効率的に経営するためにはより多くの処方箋を集めればいい。ビジネスマンは様々な策を考えていく。複数の医者を集め1か所に複数の医療機関をまとめる。医療モールや医療ビレッジをコーディネートする薬局やコンサルタント業者。多くの処方箋獲得が見込める大病院の門前に軒を連ねて開業する薬局。挙句の果てには病院の敷地内に薬局が作られ地域との関係は疎遠になる一方だ。ビジネスとして成長した薬局は株式会社となり、利益を株主に還元する。ビジネスだからこそ医療者としてのモラルより企業がバナンスが優先されてしまう。時には患者の利益より企業の利益が優先されてしまい、数々の不祥事が起こってしまった。

こんな状況だから薬局業界は多くの批判や指摘を受けるようになった。医療提供施設に位置付けられ、様々な場面でエールを送られてきた薬局薬剤師だが多くの薬剤師はその期待にこたえられなかった。平成27(2015)年、時の厚労大臣が放った「病院前の景色を変える」の発言はあまりにも有名だが、それさえも知らない薬局薬剤師がいることに驚きを隠せない。

自ら行動しない、行動できない薬剤師に向けて示されたのが「患者のための薬局ビジョン」だった。そしてこのビジョンを基に平成28(2016)年には「健康サポート薬局」制度が始まったが、こちらも令和元(2019)年末時点で全国1,797軒、令和7(2025)年3月末時点でも3,188軒と積極的な取り組みが見られない状況となっている。法律の中に定義された地域連携薬局や専門医療機関連携薬局の方が健康サポート薬局より早く増加しているがそれでも十分とは言えないだろう。何を言われても行動しない薬剤師を動かすには経済誘導しかないのだろうか。

因みに薬学教育の場では平成25(2013)年に、卒業時に必要とされる資質として「薬剤師に求められる基本的な資質」が文科省から示された。各大学はこれを達成するためにカリキュラムを再検討し様々な教育改革を行っていった。「患者のための薬局ビジョン」が示されるよりも前から未来の薬剤師像は発表されており、教育現場ではそこに向けて薬剤師養成をしていたのだ。賢明な薬剤師はその時点で今後の自身の在り方について思いを馳せていたかもしれない。尚、薬学教育は令和6(2024)年度から新しいカリキュラムに変更され、医療人として求められる資質をさらに追及する形になっている。

原点に立ち返り薬剤師の使命を確認してみたい。皆さんご承知の通りだが薬剤師法第一条には「薬剤師は、調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする」と記されている。薬剤師にとって「調剤行為」は手段の一部であり、我々に与えられた使命は「国民の健康な生活を確保する」ことだという事は明白である。こうした使命をもつ薬剤師が活躍する場が薬局であるならば、薬局が果たすべき役割はおのずと見えてくるのではないだろうか。勿論、「医療の担い手」たる薬剤師として「医療提供施設」である薬局で患者のためにより良い医療を提供することも必要ではあるが、それだけでは公衆衛生の向上、ひいては国民の健康な生活の確保には至らない。薬局の果たすべき役割は多岐に渡る。

より良い医療を提供するためには、かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の機能は必須だが、現状は理想とはかけ離れている。処方された医薬品の安定供給を求めて作られた「駅前薬局」には近隣医療機関の処方箋だけが持ち込まれ、同一患者の処方箋が一元管理されていない。患者は自身の居住地域や生活圏とは異なるエリアの医療機関を受診し、その近隣薬局で調剤をしてもらう事が多く、結果としてかかりつけ化がしにくい環境もある。こうした中、診療報酬によりかかりつけを推進しようとした結果、ゆがんだ形でかかりつけ薬剤師が独り歩きしてしまった。本来のかかりつけを進めるためには生活圏にマッチした薬局がかかりつけ化を推進すべきではないだろうか。

また、医療機関と距離が近い薬局の多くは医師に対して適切に意見が出来ない状況もある。世界的なエビデンスより医師個人の考えが優先されてはいないだろうか。患者から投げかけられた疑問に対し「あの先生はこういう考え方だから」と答えた経験は私にもあるが、時としてエビデンスのない医師の意見の場合もある。そんな時、医師に対して適切な意見が出来ない関係性があるとすれば、患者のために最善を尽くすことは難しいかもしれない。しかし現実問題としてそういったシチュエーションは無いとは言えない。

特定の医療機関の処方箋を受け付け、調剤する機会が多い薬剤師は、薬剤師として自分の責任で判断することが少ない環境にあるのかもしれない。そうした中に長くいることで専門職として責任を取ることを重荷と感じている薬剤師も多いのではないか。責任を取る覚悟がないから自ら判断することを避け安全にやり過ごそうとする。患者からの相談に対し、「それはお医者さんに相談し

てください。」と答えたことはないだろうか。患者の相談に向き合わず、自己の責任で判断することを避け他に斡旋するような態度を見せればたちまち信頼を失い相談できる相手ではなくなってしまう。薬局で相談する人が少なくなったのは誰のせいでもなく我々自身の行動が原因ではないか。

勿論利用者の相談に応えるためには対応の武器を持たなくてはならない。知識は当然だが、ニーズに合わせた物の提供も必要となる。物は購入すれば済むのだが、知識は一朝一夕では身に付かない。残念ながら知識が足りていないにもかかわらず補う努力が見られない薬剤師もいる。

昨今、多職種連携の重要性が叫ばれ薬剤師も連携の輪に加わろうとする動きが増えてきた。後から参戦する新参者は人一倍努力が必要だが我々は十分な努力をしているだろうか。薬剤師として専門職の責任の下、多職種に貢献しているだろうか。多くの薬剤師がそうした努力を積み重ねていく事で社会の評価は変わるのだが、残念ながらこうした活動は一部の薬剤師に限定されている。

さて、薬剤師が国民の健康な生活を確保するためには、薬局で患者の対応をしているだけでは事足りないのは明らかである。地域住民の健康をサポートする活動にも力を入れるべきであるが現状は如何なものか。巷に調剤偏重の薬局があふれた結果、薬局は“処方箋をもっていき、お薬をもらう場所”との認識が国民に根付いてしまった。事実、薬局で何かイベントを行っても「処方箋を持ってないけど大丈夫ですか？」と声を掛けられたことが複数回ある。こんな状況で地域住民の相談を受け、健康をサポートすることなんて出来るわけがない。まずは気軽に立ち寄り話ができる環境作りに取り組まなければならないだろう。

その方法は幾つも考えられ実践している薬局もある。勿論、既存のかかりつけの患者から相談を受け、患者以外の地域住民に繋がる可能性もある。いずれにせよ、利用者のニーズにこたえる努力をしなくてはならないが、調剤業務に追われてそれどころでは無いと感じている薬剤師もいるだろう。どこかで方向転換しなければ存在価値が無くなるとは思わないのだろうか。

薬の適正使用の啓発や健康サポートへの取り組みは何も薬局の中だけで行う必要はない。地域に飛び出し、そのコミュニティの中で活動し存在感を示すことが出来れば、結果として薬局利用者として返ってくることもある。薬局カウンターを飛び出し活動することが今まさに求められている。

3. 医薬分業小史 昭和36(1961)年～平成12(2000)年(処方箋が出始めた頃)

(日本薬剤師会相談役 秋葉保次)

① 強制分業から任意分業へ

「医薬分業はどうなっているんだ」という質問が多発した昭和36(1961)年の日薬代議員会の後、参議院議員である高野日薬会長は自身が参議院議員として関わった医薬分業法で何故処方箋が出ないのか、運動の経過を反芻してみた。当時の日薬は「医師の投薬禁止」と強制分業を目標としていたが一部の代議員は日医との話し合いを主張していた。医師法・歯科医師法の体裁は原則分業となっていたが、8項目の除外例を楯にして処方箋は出てこなかった。高野会長は強制論者だが、出ないことに悩んでいたらしい。

数日後、高野会長は武見日医会長に分業について意見交換を申し入れた。武見日医会長自身は院内投薬をせず総て処方箋を発行していたこともあって、大歓迎でこれを迎えた。そしてそれまでの形骸化した三志会をご破算にし、歯科医師会を加えて、三師会を開催した。会合を年数回することとし、医薬分業を法律で強制することを排除し、意見交換をしながら徐々に分業を進める任意分業で合意した。処方箋を出す方も、受け入れ側も準備不足だから、スムーズに出るのは10年ぐらい先と想定し話し合いを進めた。

日薬の強制分業派は、この流れに反発して動き、会内において任意分業派と激しく対立するようになった。この内部分裂の結果、昭和45(1970)年の参議院選挙では3期目を目指していた高野会長を落選させ、会長職も辞職させてしまった。議員がいなくなるとは法を改正して強制分業に持ち込めない。後任の武田新会長は、任意派だったが、役員は強制派が主流で、任意派の若い役員をいびり出す有様であった。

また、昭和36(1961)年日薬は薬政会を薬剤師連盟と改組し、医薬分業期成同盟を立ち上げ特別会費を徴収し、強制派の筆頭で役員坂口徳治郎を立候補させたが、惨敗に終わった。

② その頃の情勢～院内薬局と医薬品の乱売など

一方昭和35(1960)年頃から東大病院近くの水野薬局、竹内薬局、東京薬局などが東大病院の処方箋を受け入れていた。同病院は予算削減で医薬品購入困難となったので処方箋を出すことにした。その受け皿として同病院の組合が好仁会薬局を病院内に設立したが、周辺の薬局も相当量の調剤で、いわばそのバックアップとして機能していた。日薬はそれを特別枠と見なし標準的な分業と見なさなかった。しかしこの大学病院組合薬局作り

は全国的に普及したが、東大病院ほど周辺には流れなかったので、局地的な事情とされた。

また昭和28(1953)年頃から、高度成長の波に乗って、生活用品を中心に扱う薬局が増え、その流れて医薬品の安売り、乱売が激しくなってきた。その流れを押さえようと、薬局の開設制限を考え、高野会長は距離制限を理論付けした博士論文「薬事法制」を提出し、薬事法を改正し距離制限を条文に入れることに成功した。この条文は昭和50(1975)年最高裁で違憲とされるまで続いた。(当時は、再販制度に守られ一般用医薬品は定価で販売されており、一般的な薬局はその利潤で運営されていた。)

③ 細々の処方箋

薬局が距離制限で護られている間、処方箋受入れの準備も進んだ。昭和40(1965)年頃、東京池袋地区薬剤師会は歯科医師会と簡略な協定処方集を作成し、それにより処方箋が発行された。この他にもポツリポツリ発行の動きが伝えられるようになってきたが、分業率が判るほどではなかった。日薬の揉め事とは別に、現場では細々ながら調剤を経験するようになった。

この間、社会環境は甚だしく変化し医薬品もそれに揉まれた。医薬品の販売は小売りだけでなく仕入価格も乱れ、同一品を同量添付する問題、有効性を問題とする薬効問題、アンプル入り風邪薬問題、サリドマイド問題、筋注注射問題等が発生した。これに対応して薬事行政も大きく変化した。医薬品取扱いを一般用と医療用とに区分し、薬効の再評価等承認審査の改正を進めた。また医療保険が普及して保険医療・調剤が常態となった。

④ 石館会長時代

武田会長が急逝した後、石館新会長は日薬の存在を大きくし、役員の大半に任意派を登用して、受け入れ体制構築をすすめ、薬業の各分野から俊英を集めて重厚な役員構成とした。分業に意欲ある会員を組織し資質の向上のためのゼミを度々開催した。この費用は私費で補ったとも伝えられた。武見日医会長は抜群の指導力で医師の結束を強化し、医療政策において政府・行政を手玉にとり日医の存在感を示した。薬剤師に対しても、受け入れ準備不足と言い立てて医師会営薬局を作るぞなどと脅かす一方、1週間分業など行政への圧力と薬剤師に対するハツパ掛けなど、非常に屈折した形で分業の促進を図っていた。

これに対して石館会長は硬軟自在に受止めて薬剤師の結束を図った。分業の風潮が高まるにつれ、一部の診療所は敷地内など近隣地に自身で独立した薬局を設立し、発行した処方箋を受け入れていた。これは従前から行われていた国立大学病院の診療所版であり、第2薬局と呼ばれた。確かに分業であるが、一般の薬局は眉をひそめ、その後

行政も規制する方向で動き出した。一方では長野県上田地区、東京都蒲田地区では見事な分業を展開し始めていた。この頃になると医薬分業という言葉は社会的に認知されるようになってきたが、分業率は1桁程度であった。

⑤ 薬歴の提唱

その頃日薬の役員の佐谷圭一は、調剤録に着目して、これを元に患者と薬剤師、それに医師を結びつけ、調剤が薬を渡す終点ではなく、薬剤師業務の出発点と考えて、薬歴というシステムを提唱した。調剤録を患者毎にファイルし、患者特性や説明など調剤に関わる諸問題を記載し、それを処方医にも連絡する。これを繰り返し、蓄積することで処方医と調剤する薬剤師が、その患者の薬についての物語を共有することになる。佐谷は記載内容を記載するファイルのレイアウト、ファイリング方法などのフローを緻密に作り上げて実施した。複数の医師からの処方であっても薬の重複投薬・相互作用の発生を事前に防ぐことが出来た。患者の理解を得られれば、特性などをより深く極めることになり、互いの信頼関係は深まる。薬歴を実施した薬剤師からは賞賛の声が上がり、日薬雑誌に寄稿されてからは、全国に普及するようになった。

日薬はこの薬歴を、調剤薬の的確使用、安全性や患者や医師との信頼など調剤の優位性を裏付ける理論的根拠になるとして、普及に努めた。後年ファーマシューティカルケアの中心要素として、分業を促す強力なツールとなり、調剤報酬で評価されるようになった。

⑥ 医薬分業元年

昭和49(1974)年日医は理事会で、今後は医薬分業を推進することが決定された。三師会で分業を確認してから14年が経過していた。医薬分業元年とも言われた。吉田俊・望月正作・水野睦夫など日薬で腕を撫していた役員は、規模に合わせた受け入れ体制を作り上げ普及に努めた。

昭和50(1975)年新潟市で開催された日薬学術大会は、石館会長・武見日医会長・中原日歯会長の三会長を迎え、分業ムードは空前の高まりを見せた。ところが、処方箋は殆ど発行されなかった。医師や患者の不慣れもあったし、薬局が受け入れ可能か否か等の問題もあったが、日薬は医療保険の仕組みや市場構造に問題ありと考えた。

病院・診療所の仕入れ価格は薬価基準と比べると、非常に低額で大きな差益があったから、収益性から見れば、院内投薬が有利である。そのため処方箋は出ない。日薬は、薬価基準問題の研究に入って、大阪薬剤師会の山田順三の提案を受け入れ、バルクライン法よりも加重平均値法の採用と、銘柄別収載を提唱した。特に算定方法の変更については、永い年月を費やすことになった。

⑦ 再び参議院へ

昭和49(1974)年薬業界から仁丹社社長の森下泰が参議院議員になった。薬剤師ではないが、薬剤師会役員の菅沼正二を秘書として、医薬分業モデル地区などの分業推進予算獲得に尽力して、立法者の存在感を示した。

日薬は昭和58(1983)年薬剤師の石井道子を参議院議員に当選させることが出来た。待望の薬剤師の立法者である。石井議員は、以前の強制分業を唱えることはなく、任意分業路線が遅々としていたが着実に進んでいたのを背景に、医療人として薬剤師を位置づけることを願って、医療法に薬剤師を入れ込むことに尽力した。その頃は、分業は認めても、それは医療とは関係ない、だから薬剤師は医療関係者ではないとの認識が医系人の間では普通であった。院内投薬は医療だが、処方箋は医療ではないと云うのである。医療を分断するのは奇異と思えるが、当時はそのような状況であった。

その状況下で、石井議員の取り組みは困難を極めたが、繰り返し各分野を説得し、多くの賛同者を得た。初めは地域医療の実施通知だけに入ったが、度重なる医療法の改正で、7年がかりで「医療の担い手である薬剤師」とすることに成功した。タイミング良く、「流近協」が薬価算定方式をR幅方式に変更し、それまで40%あると云われた薬価差益をR幅初期値15%とし、R幅を縮小することを決定した。このR幅は山田順三が提唱した加重平均値方式に他ならない。医薬品が過大な収益になってしまうメカニズムが改善された。製薬企業が支配していた流通は卸企業の手に戻ったのである。収益の少ない医薬品を院内で管理するより処方箋に切り替えれば経営上効率も良い。処方箋発行が目に見えて増加した。明治時代から希求してきた医薬分業が、話し合いを始めてから40年足らずで日の目を見ることになった。

⑧ 終わりに

当時の高野会長が強制派から何故話し合いに転じたのか、真の理由は良くわかっていない。また距離制限撤廃以後の薬務行政が、薬剤師を鼓舞し、医薬分業に向かわせるように仕向けたかに見える。これは何故か。1~2人の行政官の言説がささやかれているが、それが永年引き継がれたのだろうか。何故あの時期に薬価差縮小の政策がとられたのか。医薬分業推進に役立つ動きが多くある。表面だけでは底に何があるか判らない。

今、分業は安定しているように見える。しかし、法律で強制していない。暗黙の了解で分業が成り立っている。この状態が100~200年もたてば、慣習として定着したといえよう。しかし近い将来、経済的な効率を強く求めるとどうなるか。その時でも、薬剤師による医薬分業が最良であると言い切りたい。そのためにも、現状に安穩とすることなく、その業務と思想を深耕する必要がある。

4. これからの薬局・薬剤師が目指すところ

(1) 経験が人を育てる ～人生の目標と薬剤師職能の活用～

(神奈川県薬剤師会副会長 久保田充明)

このテーマについてはここ数年ずっと考え、悩み、そして試している。

医薬分業が政策誘導で順調に進む中、保険調剤をメイン業務として薬局は成長していった。元来の役割を忘れ、調剤偏重になった薬局に対し、薬局不要論が出るほど分業バッシングが激化していく。平成27(2015)年には「患者の為の薬局ビジョン」なるものが発出され、とうとう外部から薬局はこうあるべきと指示されてしまった。他人に指示され行動するようではプロフェッショナルではない。言われたことをやるだけなんて気に入らない。だからこそ自分なりの答えを探し続けている。勿論、薬局や薬局薬剤師の在り方について唯一無二の正解があるわけではない。薬局には多くの可能性が残されているから様々な取り組みが各所でなされている。いいと思うものは試してみて、ダメならまた他のことを考える。失敗とチャレンジの繰り返しで少しずつ前進しているはずだ…。

さて、折角こうして文章に残す機会を頂いたので、今日に至るまでの私自身の歩みを振り返って今後の展望を含め、改めて省察したいと思う。

思い返せば私の人生は分岐点のたびに「病氣」が付きまとっている。大学受験を控えた高校3年生。部活動に明け暮れ、さして勤勉ではなかった私は夏休みの補講に全てを賭けていた。ところがその「勝負の夏休み」に消化器系疾患で入院を2回もすることになる。結果的に補講を受けることは叶わず、第一志望大学合格が見えなくなった私は何となく指定校推薦をとり、偶々薬学部に入學した。薬剤師になりたかった訳ではなく、進みたかった化学の道に何となく近そうな薬学部の推薦を取っただけなので志はない。

志を持たぬまま薬学部に入學したが、幸い大学では勉強で苦勞することはなく、高校時代と同様、部活動に精を出した。当時、薬剤師になりたいとの思いはまだ芽生えていなかったが、薬学には興味を持っていたので研究職を目指したいと考えていた。再び私のもとに「病氣」が影を落としたのは卒業を控えた大学4年の冬頃だった。今回は整形領域(腰椎椎間板ヘルニア)。激痛で座位を保つことが困難な状況となっていた私は、国家試験を“保健室受験”させてもらえないかと相談に行ったほどだった。相談はしたがあつけなく却下され、結局国家試験は全科目規定時間の半分程度で途中退出することとなったが、今となってはいい思い出である。

トラブルはあったが、国家試験も終了して大学院修士課程に進學した私は、更にその先の博士課程への進學も視野に入れながら日々実験に勤しんでいた。そんな私にまたもや「病氣」が降りかかったのは修士課程2年。腰痛の再発だった。当時の研究室は比較的ハードワークで通學すら困難になり自宅療養もした私は進學を断念することとなる。当初は就職も考えていたが状態が思わ

しくない為、1年間の療養期間を取ることにした。この頃に知人に依頼されて薬局で保険薬剤師としてアルバイトをしたのが私の薬剤師キャリアのはじまりだった。薬局ってこんな感じかと思いながら保険調剤のお手伝いをし、手作業ばかりで煩雑だった集計作業を効率化するための帳票作りなどを行っていたが、今思えばまさに手伝いレベルの仕事しかしていなかったと思う。

1年の療養期間で体調を戻して改めて今後の進む道を決めようと思っていたのだが、人生は思うようにいかない。療養期間が始まって数ヶ月で異変がおきた。全く眠れない。夜布団に入って何もせずじっとしているのに一睡も出来ないまま朝を迎える。日中眠気は出るが数時間程度。暑い時期に差し掛かっていたので気候の影響かとも考えたが尋常でない。そうこうしているうちに、坂道で息切れを起こすようになり、食事をすれば異常な量の汗が出るようになった。これはおかしいとクリニックで血液検査を受けた。結果が出るまで1週間と言われて待機していると検査結果が出る前に体が結果を出す。ほんの数日で甲状腺が腫れあがり首のサイズが2倍くらいになってしまった。検査結果も予想通りで今度は内分泌疾患に襲われた。教科書に載っているくらいの典型的な腫れ方で、状態も悪く入院加療も行ったが改善しなかったため、外科手術を受けることとなった。担当医がムンテラで「甲状腺の肥大が激しく神経が確認し難いため、神経を傷つける可能性がある。最悪の場合、目を覚まさないかもしれない」と言ったのは今でも鮮明に覚えている。ICについては理解していたが、もう少し患者の気持ちに配慮したらどうだと突っ込みたかった。

術後は甲状腺機能低下症状が続き、体がだるく思うように動けない。自堕落な生活を続けて療養期間は2年になった頃、両親の檄を受け社会復帰を果たすこととなった。ここで就職したのが前述した薬局だった。今回は薬剤師として働き、生活していくと決めていたので少しだけ志を持って臨んでいた。20代半ばでこれだけ病気の経験がある人は少ないだろう。私は患者の気持ちに寄り添える薬剤師になろうと決めて就職した。

かれこれ20年ほど前の話である。当時は院外処方箋が徐々に伸び始めた時代。薬局で薬剤師が説明することに否定的な医師も多かった。処方医に余計なことを患者に教えるなど怒られ理想と現実のギャップを知った。メインの処方元の患者とは適度な距離を保つ努力をしながら、対応の患者には自身の経験を生かした対応をするように心がけていた。元々研究職志望だったこともあり、気になることがあれば論文を取り寄せ、勉強会があれば薬剤師向けに限らず参加して自己研鑽を積んでいったがモチベーションは保てなかった。

保険請求業務も含め一通りこなせる様になった私は転職し、現在の薬局に勤めることとなった。面接に行った店舗は漢方薬も扱う相談薬局だったが、配属店舗は保険調剤に特化した薬局だった。分業元年頃に創業した薬局で元々は相談薬局から始まったが時代の流れに合わせて調剤メイン、調剤特化の薬局へと変わっている最中だった。日々保険調剤に追われ、調剤業務だけが薬剤師としての私の仕事になっていった。

そんな日々を終止符を打ち、薬剤師の職能について考えるようになったのもやはりきっかけは「病気」だった。第2子誕生の翌日、私は産科医に呼び出され、数時間後には大学病院のNICUに

いた。医師からは「心臓の壁に大きな穴が幾つか開いている。肺への負担も強く生きられないかもしれない。また身体的な特徴からダウン症である疑いが強い。」との説明があった。1才3か月までに心臓の大きな手術を2度経験した娘は、その他にもあった命の危機を脱し無事に成長している。娘とのかかわりの中で患者家族としての経験、療育を受ける子供の親としての経験を積み、薬剤師として患者やその家族に寄り添う能力のレベルが上がった。こうした私自身の経験が薬物治療を受ける皆さんとの関わり方に活かしているし、現在の薬局の在り方に対する考えにも繋がっている。

また、娘とのかかわりの中で私の人生の目的が1つ増えた。それは娘が、親が亡くなった後も地域の皆さんに見守られ、支えられ住み慣れた地域で自分らしく幸せに暮らせる環境を作ることだ。そのために先ず私自身が地域の中で認知される必要があり、そのツールの1つとして薬剤師を活用しようと考えた。

活動を開始した当初は地域住民の一人としてイベントに協力し、時々薬剤師としてのアドバイスをやる程度だった。それでもPTAの活動や地区社会福祉協議会の活動に参加し、地域包括支援センターのスタッフや自治会の皆さんとも少しずつ距離を縮めることが出来ていた。とは言えそのスピードは牛歩のようだと思うようには進まない。そこで薬剤師を前面に新たな活動を行うことにしたのだが、ここまできて漸く衝撃的な事実が気が付いた。世間一般では薬剤師は「お薬を渡してくれる人」でしかなかったのだ。病院の帰りにお薬を渡してくれる人が地域で何をしてくれるのか、何ができるのかが地域の皆さんにはイメージできない。そんな状態だから地域に薬剤師のニーズがあまりないという事実を突きつけられた。改めて薬局に目を向けてみると、多くの薬局は調剤業務に勤しみそれ以外の業務をないがしろにしている。医療のファーストアクセスとしての機能は影を潜め、相談機能や予防への貢献は見られず、市販薬などの取り扱いすら止めてしまっている店舗もある。薬局自ら“調剤薬局”と名乗り調剤以外の機能を果たさなかった為、従事する薬剤師は調剤以外の業務を忘れていく。人材紹介業者は調剤に関わるスキルしか伝えてこないし、転職希望者もそれ以外のアピールはほぼない。こうした従業員たる薬剤師は薬剤師の使命を記した薬剤師法第1条を覚えてもいない。以前から、薬剤師として自身の責任と判断のもとで業務を遂行できない従業員たる薬剤師に疑問を覚えていたが、それ以前の問題だった。

偉そうに雇われ薬剤師を批判しているが私もその雇われ薬剤師の一人である。だが、変わらなければいけないことには気が付いた。薬局が地域の一員として地域に溶け込むために、地域の皆さんから信頼され頼られるために必要な機能・能力を整備していかななくてはならない。国もそれを望んでいるし、今後より厳しくなるこの業界で生き残るためにはやるしかないと考え、思いつくまま新たな取り組みを提案していった。幸い、オーナーは相談薬局出身の薬剤師だったので抵抗は少なかった。

先ずは薬局の相談対応能力の強化を考えた。従事する薬剤師の意識を変え、能力を向上させることが出来ればいいのだが、過去と他人は変えられない。短時間で変化を作るなら、新しい風を外から取り込むのが早いだろうと、管理栄養士の採用を行った。県薬の研修会で管理栄養士の栄

養指導について学んだ際にこれだと思ったのがきっかけだった。オーナーの反対にあったが、事務さんの採用にかこつけて上手く採用することができた。採用してしまえばこっちのもの。事務業務も行いながらではあるが管理栄養士の活動を始める。無料の栄養相談の他、栄養士と薬剤師がコラボした健康フェアの開催や離乳食教室の開催などできそうなことから始め、地域の関連団体とのコラボも果たした。現在では地域の見守り配食サービスのメニュー提供、子育て支援拠点での栄養相談会の定期開催、健康にまつわるテーマにそったレシピ公開や薬局での特定保健指導など少しずつ活動の場を広げている。管理栄養士による収益事業構築や地域への広報を考え、認定栄養ケアステーションを立ち上げた。実は日本調剤さんより先に認定栄養ケアステーションを立ち上げていたがブランド力・広報力の差は歴然だった。

健康フェアを行ってもツールがなければ集客は出来ない。集客アップを目的に体組成計を購入した。測定器具があるだけで健康フェアの集客力はぐっと上がったため、相談対応する機会も増えていった。その後、体組成計を持って地域サロンを訪問する出張測定&相談会もスタートした。現在では姿勢チェックなど測定機器を増やし、地域に提供できるメニューの多様化に取り組んでいる。

更に集客力をアップするためにチラシ作成に取り組んだ。チラシは配布するための媒体や内容などで大きく効果が変わる。幾多の失敗を経て今の方法にたどり着いた。

相談者が増えれば対応するための物も必要になる。品数の充実はもちろん必要だが、ナショナルブランドの商品ばかりでは代り映えしないし、すぐ隣にあるドラッグストアに勝てない。ボランティアチェーンに加盟しプライベートブランドの商品取り扱いを始めた。さらに協励会（一般社団法人日本薬局協励会）や日専同（日本専門薬局同志会）にも加盟し、相談力及び販売力の強化に取り組んでいる。

同時進行していた地域活動も新たな取り組みへと繋げていく。認知症キャラバンメイトとして地域の皆さんと認知症サポーター養成講座を開催。ここでの繋がりから地域サロンでのお薬説明会などを行うようになった。子育て応援ネットに参加し地域の子育て施策に協力。ここでの繋がりから子育て支援拠点でのおくすり相談会の定期開催や手洗い講座や受動喫煙防止講座の開催に繋がった。地域障がい者団体との関係づくりを経て、就労支援事業所の制作物の販売委託に繋がった。地区社会福祉協議会での関係づくりを経て地域サロンでのおくすり相談会の開催に繋がった。

地域との繋がりから薬の適性使用や公衆衛生にまつわる啓発活動を進めているが、一薬局の取り組みだけでは地域全体に薬局や薬剤師の出来ることを伝えていくのは難しい。地域薬剤師会に掛け合い、地域包括支援センター毎に担当の薬剤師を配置し運営委員会に参加させてもらえるようになった。また子育て支援も薬局には必要だと地域薬剤師会を巻き込み、地域で開催される子育てイベントに薬剤師会としてブースを出し、啓発活動やおくすり相談を開始した。高齢者関連の施策には医師会も薬剤師会も参加しているが、子育て支援にはどちらも参加していなかったのが薬剤師の職能アピールになったのではないかと思う。

これからの薬局はエビデンスを作って発信していかなければならない。とは言え、研究能力が高

くないので、大学とのコラボも必要だろう。大学からの調査依頼は積極的に受け、更に共同研究の打診も行っている。

令和2(2020)年は新型コロナウイルス感染症が社会に大きな影響を与えた。2月のクルーズ船対応から始まり、マスクや消毒薬の枯渇、緊急事態宣言発動から外出制限、新しい生活様式・ニューノーマルの提唱。薬局業界も例にもれず、患者減による経営負担増やICT化の加速が見られた。特にICT化は近い将来起こる変化だと思っていたものが急激に押し寄せた感がある。社会情勢の変化は一目瞭然で当然薬局も社会に合わせて変化が必要だと考えた。まずはオンライン相談窓口を開設した。処方薬の配達対応のツールとしてタブレットを準備し、事務スタッフの配達時に薬局と患者がオンラインでやり取りできるシステムも準備した。また新卒採用に目を向け、合同企業説明会やリアルインターンシップの機会が減った学生に対するアプローチを検討した。学生団体が主催する学生と企業のWeb座談会に参加し、学生ニーズの収集を行った。自社の会社説明用に動画を作成しYouTubeで公開し公式LINEやTwitterをはじめた。インターンシップもzoomを利用したWeb開催を行った。

地域に対しては感染症の基本情報や予防・消毒薬についての講演を積極的に行っていた。予想通りではあるがITリテラシーの低い高齢者は毎日毎日TVを見て偏った情報を基に生活している。正しい情報を少しでも多くの方に届ける必要性を感じた。

これまでにいくつかの取組を行ってきたが勿論失敗も多い。例えばオンライン健康相談では、ニーズ調査と広報に問題があった。そもそも薬局に来ている方はこんな状況でも必要があれば相談もしているし、電話での問い合わせもある。来局者に向けて店内に相談窓口のチラシを張ってもニーズにマッチしていなかった。相談窓口開設に合わせてHPも作ったがこちらは広報を失敗している。HPのSEO対策が不十分で検索エンジンに引っかからない。これだけ失敗していれば窓口もただのアリバイ作りで閑古鳥が鳴いている。

失敗があるからチャレンジが面白いのもまた事実。失敗の原因を追究し次に生かしてPDCAサイクルを回すことも大切だ。そして成果が出た時の喜びが次のチャレンジへの糧になっている。

医療財政が逼迫する中、分業バッシングは収まる気配はない。調剤報酬カットは避けられないだろうし、状況次第では調剤薬局不要論に則り薬局削減に向けた“大ナタ”が振るわれるかもしれない。こんな状況だから保険調剤以外の経営の柱を確立する必要がある。また地域との繋がりを強化し、淘汰の時代でも選ばれる、生き残る薬局にならなくてはいけない。こうした目標のもと、まだ実現していないが準備を進めている事もある。まずは以前は取り扱っていた「薬局製剤」や「刻みの漢方薬」を再開し薬局の武器を増やす。地域住民に対して薬局認知度を上げるため、地域向けのイベントを開催する。地域サロン等への出張を強化し、地域と顔の見える繋がりを持つスタッフを増やす。

地域のニーズをきちんと捉えつつ様々なチャレンジをしていきたいと思う。

4. これからの薬局・薬剤師が目指すところ

(2) 昨日までの3つのキッカケ 今日からの1つの提案

(神奈川県薬剤師会副会長 佐藤克哉)

私にとって薬剤師としてのターニングポイントとなったキッカケが3つある。

最初は大学院を離れて、新人の病院薬剤師として数か月経ったころの話だ。

当時、勤務していた病院では院外処方への移行を模索していた時期であり、多くの外来患者の調剤は院内で行っていた。一日1,000枚以上の処方調剤を錠剤ピッキング、散剤水剤調剤、監査、投薬等の担当を決めてローテーションで対応していた。ウツカリすると、どんどん未調剤のボックスが積み重なっていく中、黙々と必死になって調剤棚と向き合っていた。

そんな日々を繰り返していた時である。その日も朝から黙々と処方箋を片手にして調剤棚の前に立ったその時だった。ふと「あれ？ 今日、患者さんの顔を見たかな？ 朝からずっと処方箋しか見ていないじゃないか。この処方箋の患者さんの顔や人柄や生活環境などが全然イメージ出来ていないじゃないか!」と思い、ピッキングの手が止まってしまった。そして「これではピッキングマシーン(機械)だな」とつぶやいていた。今まで何の疑いもなくこなしていた日常業務を行う自分自身が歯車の一部と同じだと感じてしまったのだ。その時に「薬剤師って何だろう？ 私が薬剤師である意味は何だろうか?」と考え始めたのが最初のキッカケだった。

次のキッカケは、私が病院薬剤師から独立して薬局を開局して3年たったころである。ある寡黙な老人男性の自宅に伺い、在宅訪問業務を行うことになった時だ。その男性はベッドからでる事は殆どなく私との会話も少なかったが、数か月経つと雑談をするようになった。男性は都内で工場経営をしていたが、事業拡大のために工場を地方に移転。家族にも恵まれ、充実した人生を送っていた。15年程前に工場は後継者に全て譲渡し、息子夫婦宅のある相模原に来た事などを聞いた。しかし私が行くようになって2年程経った頃、その老人男性は家族が見守る中で息を引き取った。しばらくは気持ちの整理がつかず、その一ヶ月後にやっと訪問した時に息子さんから「うちの親父は口数少なかったけど、あなたの事をすごく気にしていたよ」と聞かされた。「自分の若い時と似ていて、あいつ不器用だな」と言っていたと。そして、亡くなる少し前に私にメッセージを書いてくれていたらしいと息子さんより手紙が渡された。そこには、「あなたが来てくれることが楽しみだったこと」、「いつか薬を飲んでも治らないから意味が無いと私が言ったら、あなたは薬を飲むより大好きなお酒を飲むほうが、精神的にも身体にも良いかもしれませんよね!」と言ってくれた言葉で、心が少し楽になったこと等が書かれていた。そして手紙の最後に「私はあなたが家に来てくれて、笑顔でまた来ますから元気でね!」と言ってくることが薬を飲むより効果があります。いつもありがとう。恥ず

かしくて直接は言えませんが、これからもよろしく願いいたします」とあった。この時の「ありがとう」が、今の私の原動力になっている。

最後は開局当初、私の薬局は調剤室と椅子以外、壁には色褪せたお知らせのポスターが貼ってあるだけだった。調剤メインでOTC薬なんて置く必要が無いと信じて疑っていなかった。そんなある日、お酒の席で他県の薬局薬剤師と意見交換していた時だ。私の向かいに座っていた薬剤師から「あなたの薬局には市販薬や地域に必要なものをどのくらい準備されているのですか？」と聞かれ、「調剤薬局なのでほとんど無いです」と即答した。するとその薬剤師はひどく驚き、「えっ！そんな体制で正々堂々と薬局を名乗っているのですか？ あなたとあなたの地域にとって必要とされる薬局や薬剤師は調剤が全てですか？ それだけですか？」と言われて何も返せなかった。翌日からその言葉がキッカケになり、私は色あせたポスターを剥がして、調剤室と椅子しかなかったスペースに市販薬、サプリメント、薬局製剤等を揃え始めた。お薬相談や地域への出向講演も行いますと地域に声を掛け始めた。すると徐々にOTC薬やサプリメントが動くようになり、相談や出向講演依頼も増えていった。初めに抱いていた「当薬局で調剤以外やっても意味が無い」という考えは、我々を必要としているニーズが無かったのでは無く、我々が必要とされているニーズに気がついていないだけだったことを痛感した。あの酒の席でのやり取りは、薬局、薬剤師が地域に対して出来る事、やらなければならない事がこんなにあったという事実気付かされた鋭い言葉だった。

「ピックアップマシン」

「ありがとう」

「地域にとって必要とされる薬局、薬剤師とは？」

私にとって薬剤師としてのターニングポイントとなった3つのキッカケ。

みなさんにも、きっと同じような経験があるのではないだろうか？

「青臭い事を言っているな」と思う方もいるかもしれない。しかし、理想の薬局、薬剤師であるために何をすべきか？ を私たち自身で考える事が重要であり、そんな「青臭い事」を堂々と言える事が大切だと私は信じている。

話は変わるが、平成9(1997)年に薬剤師や薬局の将来を見据えて「薬局のグランドデザイン」(以下「GD」)が公表されている。改めて読んでみて正直、驚いた。薬剤師自身がここまで考えて自ら行動しようとしていたのか！と。ではなぜこのGDが残念ながら浸透せず今に至ったのだろうか？

GDを策定するに至っては当時の担当者が知恵を重ねて作成したものであり、20年以上経過した現在でも方向性が逸脱していないと感じる。であるならば、今一度GDで示された内容を振り返ってみると、今後進むべき道も見えてくるかもしれない。

GDが進まなかった事由はいくつかある。GDをそのまま実行しようとする現状ではある一定の薬局、薬剤師を切り離す事になるかもしれないからだ。仮に現在において、同じものをそのまま実行しても浸透せずに同じ結果になるかもしれない。

そこで一つ提案がある。当時のGDは多くの部分において自己完結型薬局になる事を示している。確かに理想だと思うが、その前段階として一人薬剤師や小規模薬局でも対応可能とする為に薬局間での連携も視野に入れてみるのはどうだろうか？

例えば薬剤師が一人～少人数の薬局では、正直に言ってGDに掲げている事の多くは直ぐには対応できないかもしれない。そこで例えば薬剤師数常勤換算〇人以上となる所まで連携する。同様に調剤室〇〇坪以上必要と謳うのであれば、その坪数以上になる所まで薬局間連携をする。夜間対応、在宅対応、なども同様である。もちろん数を揃えただけでは何も変わらないが、現状よりも可能性は広がると考える。

当然、このような考え方に異論はあるだろう。しかし、実際に体を動かさず、口だけ動かしていても現状打破は見えてこない。先ずは一步踏み出して行動、実行して地域の中で「薬局、薬剤師の見える化」を行い、それから口を動かして検証する方が建設的であると考えがいかがだろうか？

最後に今、我々の置かれている状況は大きく変化している。コロナ禍を経て、その変化のスピードは増していくばかりだ。立ち止まっている時間はもう無い。

「地域にとって必要とされる薬局、薬剤師とは？」

この問いに私たちは各々が自信を持って答えることができるだろうか？

薬局、薬剤師が進むべき道は私たち自身から声をあげ、自らで示すべきだ。

そして今からすぐに実行していかなければと思う。

4. これからの薬局・薬剤師が目指すところ

(3) 人と出会い、世界が変わる

～神奈川県薬剤師会が人生の扉を開いてくれた～

(神奈川県薬剤師会前常務理事 塚本久美)

今から46年前、医薬分業のはしりの頃、今は亡き薬剤師の母が薬局を開局した。私が薬学部に入學した年、昭和54(1979)年の夏のことである。母が「遂に薬が薬剤師の手に帰ってきた」と嬉しそうに語っていた姿が鮮やかに思い出される。私には薬剤師である母が輝いて見え、誇らしかった。

大学を卒業し、他社への就職を反対され親の指示に従い素直に母の会社に入社した。日々母、先輩薬剤師の指導の下、必死で働き、三人の子育てをしながらではあったがあらゆる勉強会に参加した。しかし医学、薬学等の知識は増えても一向に視野は広がらない。つまりその頃は処方箋を持参された患者さんにどれだけわかりやすく、丁寧に服薬説明ができるかに終始していたのである。やがて経営者となり勤務する薬剤師さんたちには「患者さんが薬の説明を聞いてくれるのはあなたにサービスしてくれているだけ、+αの情報提供をしっかりと今日はこの薬局に来て、この薬剤師さんに薬をもらって説明を受けて得した!と思わせてお帰り頂きなさい」といつも言っていた。今から40年前の薬局の中では投薬時の説明が丁寧であるとの評価はいただけていたと自負している。しかしその頃は調剤偏重であること、OTC・衛生材料の取り扱いがほとんどないことにまったく疑問さえも感じたことがなかった。

平成6(1994)年10月に医療保険で訪問薬剤管理指導が始まった。お手本となるものが無い中、手探りで在宅訪問に力を注いだ。介護保険制度が始まる前のことであり、在宅介護はすべてお嫁さん一人にのしかかっているのが実情であった。往診医師と訪問看護師のみの現場に新しく薬剤師が参入してきたわけで看護師さんたちからの反発はかなりのものであった。それでも胃ろう、経管栄養、褥瘡、見取り、小児がんと次々に取り組み、報告書はワープロで作成した。情報源は書籍、横須賀市薬剤師会・神奈川県薬剤師会・製薬会社等の開催する研修会のみ、もちろんPCも無く、狭い世界でネットワークも無く、孤独な戦いが続いていた。

そんなある日いつものように神奈川県薬剤師会の研修会に出かけた。受付の横で横須賀市薬剤師会会長の米山先生に声をかけられた。「塚本さん、県薬の介護保険委員会の委員やってくれない?」簡単なお説明を受け、お引き受けすることとなったのだが、まさにこれが私の人生の転機となった。

神奈川県薬剤師会では多様な薬局の個性豊かでそれぞれに信念を持った経営者、勤務薬剤師たちが活躍されていた。そこにいる仲間が委員会で、委員会後の食事会で本音を、そしてとっておきの情報を惜しげもなく披露してくれる。研修会に参加するだけでは知ることのできないそれぞれの薬剤師たちの思い、こだわりを知り、薬局薬剤師の役割の多様性に気付かされたのである。

「処方箋の調剤だけではない本来やるべき町の薬局薬剤師の仕事とは何か？」を考え、動き始めた。医療用の薬の知識だけでは話にならない。地域で必要とされるOTC医薬品、衛生材料、医療機器、健康をサポートする食品、衣料品などを厳選して取り揃え、知識を身に付けていった。またニーズに合わせて毎年薬局のリフォームを重ねた。薬、健康、食事、生活、介護、公衆衛生、行政サービス情報、地域の多職種の情報など幅広く集め地域に提供していく。地域に飛び出し「姿の見える薬剤師」を目指し、「健康講演会」「多職種向け講演会」「施設向け講演会」を開催、そこから地域住民、多職種から薬剤師が求められることがさらに見えてくるというサイクルが回りだした。

「地域の健康よろず相談所」を目指す目標も変化してきた。「あなたの薬局がこの町にあって良かった!」こう言っていたくために、一人一人の薬剤師が、すべてのスタッフが日々キラキラと輝き、活躍できる薬局を作ろう。

多くの行政、その他の委員を引き受けることで多職種との輪が広がり、友人となり求められることで苦しみながらもさらに成長できる。

あなたの薬局、会社の外に薬剤師としてもう一つの世界を持ちませんか？

☆ぜひ神奈川県薬剤師会の中に入り、一緒に薬剤師の未来を作りましょう。

5. 新しい薬局・薬剤師のあり方検討WGに寄せて ～薬剤師「冥利」～

(医薬コラムニスト/ジャーナリスト 玉田慎二)

現場の薬局、薬剤師たちを悩ませ続けた「医薬品の供給不足」問題。一時はパニックになるほどの重大な事態にまで陥った。後発品メーカーの不祥事を契機に、各社相次ぐGMP違反が露見し、「出荷停止」「供給遅延」に発展、消失するメーカーまで出た。問題の深淵には、製薬企業の体力を削ぎ落とす「毎年薬価改定」があり、また簡単には不採算品の「薬価削除」が認められないという制度慣行上のシバリもあった。さらには「少量多品種の製造販売」といった後発品メーカーの宿命もある。企業側が、施策や制度に翻弄されているという側面は確かに横たわる。しかし、この問題の本質は後発品メーカー自身の「体質」に他ならない。ヒトの生命に直結するルールを守らなかったのだ。糾弾されてしかるべきだった。

そのうえで、敢えて指摘したい。薬剤師はこれまで、後発品に関して、どこまで知識を巡らせ、知恵を絞り、品質を見極めて、患者に勧めてきたのか——と。

私は10年以上前、ある懇談会で後発品メーカー社長に、こんな質問をぶつけたコトがある。「御社の製品をお孫さんにも飲ませますか？」と。するとこの社長、顔をみるみる真っ赤にさせ「ジェネリックは安全だと言ってるだろう」と怒鳴ってきた。それでも「自社製品をお孫さんに飲ませますか？それだけを聞いているんです。ご本人や奥さんはさすがに飲んでいるでしょうから。可愛いにお孫さんが病気になったとき、自社製品を服用させますか？」たたみかけた。

社長は「安全だ」と繰り返し、最後まで「孫に服用させる」とは言わなかった。私がなにかネタを掴んでいて、言質を取られたら記事にでもされると思ったのかもしれない。私としてはただ単に、個人的な興味による質問だったのだが…。

というのも、「実体験」からだった。母親がある手術を受けるかどうかで、家族で揉めていた。母親は交通事故で重傷を負い、一時は生死をさまよった。劇的に回復し、最後に肩関節の負傷が残った。本人は手術を拒否し、妹弟は母親に同調した。いくつもの大きな手術を経験し、もう手術はこりこりだったようだ。私は今後のQOLから「手術を受けるべき」と考えていたものの、家族を説得するにはいまひとつ材料が足りなかった。そんなとき、知り合いのベテラン看護師がアドバイスしてくれた。「そのドクターに、自分の母親が同じような状況でも手術を受けさせるかどうか聞いてみたら。その辺は、医者は嘘つかないから」と。

なるほど、医療関係者にそれぞれが担う医療を「自身が大事にするヒトに受けさせるかどうか」というのはキラークエスト。核心を突く質問だ。早速、家族を集め、母親の前で担当ドクターに質問した。するとあっさり「私の母親でも、もちろん手術をさせます」即答だった。この会話を聞いて家族は安心し、母親は渋々手術を受け入れた。結果、彼女は退院後、元気に独居を続けている。

つまり、キラークエストを後発品メーカートップにもぶつけた訳だ。ただし、期待した回答は得られなかった。私はこうした経験から「後発品には懐疑的」といったスタンスで、自分が服用する医薬品は選択している。けれどこれは「文系」の業界紙記者が導き出したひとつの知見に過ぎない。正しいかわからない。だからこそ「専門」の薬剤師から納得のいく説明を受けたい。「政府の方針だから」「後発品に切り替えると点数が付くから」「厚労省が認可したから」などといった理由ではなく、自分たちが能動的に選んだ後発品を知りたい。業界紙記者が納得するような推奨理由を聞きたい。

話しはちょっと変わるが、昨今人気の人工知能AI。すさまじい勢いで進化し続けるツールに、取って代わられる職業として絶えず拳がるのは「薬剤師」や「記者ライター」などだ。私自身は「やれやれ」という感じだが、心配し、内心ビクビクしている薬剤師は多いようだ。でも、そうであれば、薬剤師は後発品不足問題の本質を考える必要がある。

この問題提起を薬剤師相手の講演で話すと、返ってくるのは「では我々薬剤師は何を、どうしたらいいのですか？」という問いだ。私は「ソレを考えるのがあなたたちの仕事でしょう」と突き放す。もちろん、市井の薬剤師では手段は限られているかもしれない。メーカーや行政に個々の後発品を問い合わせても、明確な回答は得られないかもしれない。しかしそうしたメーカーの態度もまた、評価選択のひとつになる。要は、薬剤師がプロフェッショナルとしてどこまで納得出来るか、なのだろう。「過程」もまた判断材料となる。もし仮に結論に辿り着かなくても、試みたやり取りのなかで方向性は見えてくるかもしれない。実は、私は、いや市民は、職能を發揮した、プロとして取り組んだ「過程」やその「内容」を知りたい。

私の新聞記者としてのやり甲斐は「記者冥利に尽きる」コトだ。冥利とは「それ以外のものでは決して味わうことの出来ない人間としての最高の充足感、満足感」(新明解国語辞典)。他紙を出し抜いたスクープを書いたとき、充足感を得ることはある。けれどそれよりももっと、日々の取材のなかで「おもしろく、素敵な、尊敬する」人物に出会い、取材を越えた付き合いが始まったとき、記者冥利を実感する。これからの時間にワクワクする。薬剤師にも「冥利に尽きる」瞬間があるはずだ。そしてその手段は、いくらでも日常のなかに転がっている。

6. 終わりに ～川を上れ、海を渡れ～

(神奈川県薬剤師会前副会長 後藤知良)

本会は令和2(2020)年2月に創立 130 周年を迎えた。その折開催された記念式典の開会の辞において、私は「川を上れ、海を渡れ」と申し上げた。この言葉は、私が先達から教えられ大切にしているものである。困難に直面した時、あるいは大きな課題に向かい合う時、「川を上れ」とは、時間を遡りその問題がどのような経緯で発生したか、また解決していったかを調べること、「海を渡れ」とは、同様に海外の事情を調べろということである。

この原稿の執筆開始時の令和3(2021)年1月には、コロナウイルス感染症の拡大は未だ収束していなかった。そこで歴史を紐解いてみるとしよう。明治 35(1902)年、日本においてペストが大流行した。その際、本会は防疫業務を請け負い、殺鼠剤の製造から配布、住民の収容施設で使用する薬品、包帯材料など全てを寄付した。(本会創立 130 周年記念誌より) 先達は、公衆衛生の重要性を認識し、尚且つ私財を投じ、それを実行していたわけである。

薬剤師は、自身の将来をどう考えるのか? そのためには、どうしなければならないのか? 私には、多くの会員から、その意志や意気込みが感じられない。薬剤師法や薬機法を遵守し、淡々と仕事をこなす姿勢は受動的に映り、プロフェッショナルの匂いがしない。私は、少なくとも厚労省に将来を委ねたくないし、医師会をはじめ他の団体に要らぬ心配をしていただきたくもない。

薬局についても同様だ。多くの会員から、チェーンの薬局、あるいはドラッグストアに対し多くの批判が寄せられる。薬剤師会は、その成り立ちから個店や比較的小規模の薬局の開設者の団体であった。大規模なチェーン店に対抗し、地域においてその存在を確実にするためには、如何に地域に密着するかにかかっていると思う。そんなことは分かっていると多くの会員は言うだろう。しかし、チェーン薬局の批判をいくら声高に叫んだところで、自分の薬局が救われるという事はない。自分の薬局の将来は、自身で切り開かなければならない。

やはり薬剤師の将来は薬剤師が考え、そのための行動をするべきである。そこで薬剤師会は、折に触れ、あるいは常に薬剤師や薬局のあり方を議論しておく必要があるのではないか? それがこの検討ワーキンググループの趣旨である。

もちろん時代により在るべき薬剤師の姿や薬局の役割は変化していくだろう。だったら尚更、不断の議論は必要であろう。しかしながら多くの薬剤師会にそれは見いだせない。

本検討ワーキンググループの委員各位は、日常業務の中から常に課題を見出し、その解決のため行動をしている。もちろん失敗もあれば成功もあろう。この姿勢こそが我々の目指すところだと考える。本検討ワーキンググループの取りまとめが、読者の行動に変化をもたらすことを期待する。

ここまで筆を進めた上で、我ながら恥ずかしいが、「川を上れ、海を渡れ」この言葉は、複眼的に俯瞰的にもものを見よ、色々な角度から事柄について考えよということも意味するものだとも最近になって気づいた。読者におかれては、目先のことはひとまず置いておかれて、入門編として本会創立130周年記念誌をご覧になってみてはいかがか。