

講演

薬局からみた 医薬品をめぐる 環境変化と流通問題



(公社)日本薬剤師会会長

山本信夫

令和元年11月7日(木)
15:10~16:10

講演では、日本薬剤師会の山本会長に「薬局からみた医薬品をめぐる環境変化と流通問題」と題してお話しいただいた。

山本会長は、薬剤師は高い倫理観を持ち自律した職業人でなければならないとして、一昨年起きた偽薬の流通に関して当該薬剤師を厳しく批判。また、人口減少・超高齢社会では、薬局が中心となって各人の生活、健康状態などを把握し、それらの情報を医療機関、介護施設などと共有しながら地域医療を担っていくべきだと強調した。さらに、気軽に健康相談に立ち寄れるファーストアクセスの薬局にすることで、セルフケアに貢献できるとの見解を示した。

薬剤師の本分

● 医薬品の流通範囲と薬剤師

本日の講演では、私は町の薬局の立場でお話します。流通問題というよりも医薬品全般にわたるかもしれませんが、我々はどんな環境にいて何が問題になっているのか。そのような中で卸の皆さんに何をお願いしたいのかをお話します。

まず、薬剤師から見た医薬品流通の範囲ですが、医薬品は製薬企業がつくり卸売業を介して市場に出ます。一方、薬剤師は病院や診療所、薬局、ドラッグストアなどにおいて、ある意味ではエンドユーザーになります。同時に、そこから先の地域の方々に医薬品を提供するという意味では、エンドユーザーに伝える中間の立場です。つまり、薬剤師は両者にとって、なくてはならない存在だと

自負しています。

さらに、医薬品業界を「企業」という視点で眺めると、製薬企業が大きく、その次が卸売業、小規模なのが薬局でしょう。けれども、例えば、バイエルというメーカーは大企業ですが、スタートは薬局だというのが彼らの誇りだそうです。となると、薬局は企業なのかそうでないのか、様々な議論があり、とりわけ診療報酬改定の議論が始まると、「あなた方は非営利企業でしょ」とよく言われます。

流通の経緯で考えると、薬局は極めて変わった業態で、医療提供施設の中で唯一販売ができる特別な存在です。かたや小売業に分類されており、どちらの性質も持っていることが我々のアドバンテージであり皆さんとの共通点でもあります。

●医薬分業の原点

その一方で、医療の中に立っているという複雑さが薬剤師、薬局の立場を非常に微妙なものにしていると考えています。

薬剤師の始まりは1240年、ちょうど鎌倉幕府ができた頃だと言われています。日本で薬律、薬剤師法ができたのは1890年です。ヨーロッパでは薬剤師誕生のときから、いまのような形だったのに対して、日本では1000年ぐらい医薬一緒が続き、その後、強制的に分けました。つまり、医薬分業は日本にしかない言葉です。

ヨーロッパでは自分の国をうまく治めるために法律をつくりましたが、その中には、税金や社会の仕組みのほか、医薬品に関する項目も数項目あり、どうやって品質を守るのか、規格規定などとともに医薬品を売るときにはきちんと利益を取りなさいと記載されています。同時に、医師や薬剤師は病人から不当な利益を取ってはだめだとも記されています。一方で、医師や薬剤師から税金を取り、それを財源にして薬事制度をつくったようです。具体的には、料金は公定価格で国が決め、税金は組合から徴収するといったものです。その代表例がフリードリッヒ二世の定めた行政の書に記載されている薬の扱いに関するチャートです。

日本でも1945年に戦争が終わった後、短期間で

はありますが、地域の税務署が地域全体の薬局という業種に税金をかけた時期があったそうです。そのとき、医師が薬剤費を取ってはいけなくなり、このことが医薬分業する意味になりました。

その定書きによって地域内での薬局の数が決められました。どこにでも薬局があるように、との考えからで、同時に薬局には必ず薬剤師が存在するという仕組みになりました。その結果、どうなったか。薬剤師は公定価格で販売でき、一定の利益が見込めるので、地域の中では極めて安定的な仕事ことができました。そのことが、薬は薬局へ行けばいいという社会的評価の高まりを促進しました。

このように欧州では、薬剤師は高い倫理観を持っているという前提で就く職業です。いまでも海外の学会に行くと、医療用医薬品はエシカル(倫理の)ドラッグで通用し、薬剤師は後継者を育てることも職務で、不幸にして後継者が成長する前に薬剤師が亡くなった場合、残された妻子の面倒を見てくれる、他の薬剤師にその薬局を継いでもらう、そういう共同社会の中自分たちの仕事を守ってきました。まさに生涯教育と薬剤師教育、同業者家族への生活保護のようなものも含めて薬剤師という組織、仕組みができてきたわけです。

薬剤師は専門職業、いわゆるプロフェッションで、「広く社会に私はこうします」という誓いを立て、道徳よりも法律よりも、もっと上位にある職業倫理を行動の原点としています。

●薬の持つ有害性

薬はよく効きますが、様々な害もあります。量を間違えれば死に至ります。また、野放しにすると価格高騰を招くので国が管理しています。

ちなみに、偽薬が横行するのは、薬をすぐに欲しい患者さんが差し出された薬を疑わずに購入するからです。だから万一、悪徳商人が薬の販売をすると大変なことになります。

●薬剤師の役割と義務

日本では薬剤師はすべての薬を取り扱うことができる専門職です。そういった意味での薬剤師の役割は何かと問われると、一般的には医薬品、調

剤の専門家であり、薬の番人と言われています。だからこそ厳しい職業倫理が求められるのです。医師、歯科医師、薬剤師だけは、人々から必要とされれば拒否できない応召義務を負っています。そのような職業は三師だけでほかの職業にはありません。

医薬品がもし誰でも扱えるとなると、経済的にも健康面でも様々な害を及ぼしかねず、流通の管理をどうするかは重要な問題です。ここでも自律された業務体系がないと成り立ちませんが、卸の皆さんのサポートにより健全な流通が保たれています。

●薬剤師気質とは

薬剤師はどんな気質(かたぎ)なのか。品質の管理、共通の規格の作成等が挙げられます。日本の薬局方は初版からおよそ100年経ちますが、当時自国の局方を持っていたのはイギリスとスイスとドイツぐらいだと聞いています。その規格書を今日の薬学部の学生は習い使っています。アジアで自国の局方を持っているのは、たぶん日本だけだと思います。ほかはかつての宗主国の局方を使っていました。宗主国がイギリスだった国はBPを、米国だった国はUSPを使っていますが、いま、記録をされたアジアの局方をつくらうとPMDAがサポートしています。

昨今、大きな問題だと感じたのは、GMP(医薬品の製造と品質管理の国際基準)の基準にしたがっていないモノ(薬)を流通させた事例です。そうして造られたモノが医薬品と言えるのかどうか、疑義はまだ残っていますが、きちんと記録に残してくれないと薬剤師としてはとても困ります。

薬剤師の本分は、いつでも、どこでも、安全に薬を提供することです。だから地域の中でいつでも手に入り、薬を正しく使っていくための情報提供、さらにはそうした情報提供がどこでもできるようなネットワークを組むことが期待されているのです。

これが「医薬分業制度」と考えています。しかし日本の医薬分業は、処方箋を出す所と薬を提供する所を分けたという形式だけで、それは厚生労働

省の厚生白書の医薬分業の定義になっています。その定義をそろそろ変えないと大きな誤解が生じる、というのが私の見解です。これから皆さんと一緒にすべきことは、どう医薬分業制度を構築していくかだと思います。日本に薬剤師や薬局があることが、国民からよかったと思われるような仕組みをつくることが求められています。そのためには、どんな流通過程が最適か、あるいは、どんな流通をさせたら最も効率的かを考えるべきです。

ちなみに、薬はメディスンですが、語源はラテン語の内科学です。イギリスの王立薬剤師会の会長は以前は医師で薬剤師という肩書きを持った人であったそうですが、右手で処方箋を書き、左手で死亡診断書を書くのはおかしいと、薬剤師になったと聞きました。余談ですが、ヨーロッパでは男性は剣、女性は薬で敵を殺すと言われていません。薬は毒にもなりますが、イタリア・メディチ家のカトリーヌ・ド・メディチは巧みに毒を使ったことで有名な女性です。

偽薬流通問題

●ハーボニー偽薬の事例

流通および薬機法に関して11月末に法案が通るのではと思いますが、今回は薬剤師の有り様についても大きな議論がありました。

流通の問題では、ハーボニー偽薬の事例が問題視され、いかに流通を安定化して偽薬が流通しないようにするかに焦点が当てられました。私は、最も悪いのは薬剤師だと思います。そもそも箱がなかったり、添付文書がないものを流通させ、それを買ってきて売るというのは、偽薬と認識して売った方の責任もありますが、安いから買ったというのでは薬剤師の倫理が問われます。

海外の学会に行くと「日本では偽薬は出ません。ネット販売などで売っていることはあるが、しかし正しい流通網では、いままで偽薬は出ていません」と自慢していたのですが、今回の事例で「やはり出たではないか」と友人達から責められました。

中身はサプリで無害だったそうですが、ハーボニーはC型肝炎治療薬ですから、服薬できないと

症状が悪化する可能性があります。薬剤師なら分かっていることなのに、そんなことを平気でやったことは許せません。これは流通の問題だと言われていますが、皆さんが正しい医薬品を流通させることに腐心して立派な流通ネットワークをつくったにもかかわらず、安価な偽薬に飛びついた薬剤師がいたことは残念です。

もう1つは、情報提供に関する問題です。薬は情報と一緒に初めてメディスンになるわけで、情報がなければただのドラッグです。それなのに添付文書のない医薬品が流通してしまったことが残念です。流通に関しても、出元はひとつでそれぞれ同じような現金卸が介在しており、結果的に患者さんの手元にまで行ってしまいました。

1点だけ皆さんにお願いしたいことがあります。ハーボニーの件に関して「あれは現金問屋だよな」という言葉を随分聞きましたが、日本で許可されているのは現金問屋ではなく医薬品の卸売業です。薬局と言わずに調剤薬局という言葉もよく聞きますが、そうした個別の概念はなく、すべて薬局です。言葉で区別することで、皆が何となく別のものと思ってしまうようですが、それは間違った認識です。

繰り返しになりますが、精緻な流通経路を構築しながらも偽薬が患者さんに売られたことは本当に残念で、薬剤師の信頼も卸の皆さんの信頼も貶めてしまいました。

●医薬品を介した三者の関係

薬局は、医薬品を地域の方々に供給していますが、製薬企業、卸、薬局の本来あるべき姿は社会への適切な医薬品のDistributeだと思います。

SupplyとDistributeの違いをご存じですか。昔の車は正しくプラグに電気をサプライしないとうまく動きませんでした。その機械をディストリビューターと言います。つまり、継続的に流すのがSupplyで、Distributeは必要なところに適切に流していくということなのだと思います。

いまは、卸の皆さんや薬局、メーカー単独というよりも全体の雰囲気として、利益追求主義になっているのではないのでしょうか。そうすると、

経済効率を考えるなら、なるべく医薬品を置きたくない、仕事をしたくない、でも利益は欲しいとなり、売上だけが問題になっていきます。いま、国が進めている社会政策、あるいは公共政策からすれば、医療体制、社会保障の一部を医薬品が担っていますが、こうした思いで本当に整合性が取れていると言えるのでしょうか。

医薬品流通と薬局

●2025年に向けて

医薬品流通関係者あるいは薬局では、2025年が大きな課題の年とされました。日本の健康を支えてきた医療保険制度の中に医薬品の供給体制がありますが、基本システムが壊れるかもしれないからです。2020年改定がありますが、2020年改定だけでなく2022年、2024年、さらに地域医療提供体制の仕組みに大きな改革を迎える2025年に向けたロングスパンで考えなければならず、そうしたロングスパンでの仕組みをつくる必要があると思います。

国は薬価を切り下げればよいという方針で、財政制度等審議会の建議や財務省案では、高齢者の負担割合の変更や、一部負担金に加え定額負担を求めていわゆるワンコイン取るといった案が出ています。それは財務省的なスタンスなら仕方のないことかもしれませんが、どういう基準で徴収するのでしょうか。また、医療用医薬品のうちOTCに似たものは保険から外すという案で、いままで何度か試して必ずしもうまくいかなかったにもかかわらず、なぜそれを繰り返すのでしょうか。

人口が減り、現役世代が減って高齢世代が増えます。これは日本の社会保障制度の恩恵でもあるのですが、財源をどこから持ってくればよいのでしょうか。国の言い分は「知りません。皆さんが子どもをつくらなかったからでしょう」というようにも聞こえます。まずは、給付と負担の在り方を議論しなければなりません。財源となると、国は自ら用意するのではなく薬価や調剤費の切り下げを主張します。国は「イノベーションを進めて創薬を発展させる」と言いつつ、薬価を下げています。

どういうロジックなのでしょう。

医薬品産業を規制しすぎて業界自体の力が下がったら、その産業構造はどうなるのかも極めて問題です。未知の疾病に向けては、R&Dを進めながら、一方で安価な医薬品を安定的に供給して全体のバランスを取るのが本来の姿です。高いから下げればいいという施策は、瞬間的には経費抑制になりますが、そのようなことで流通や製薬企業が持ちこたえられるのでしょうか。

●薬局の課題と現状

また、薬剤師の働く場所を薬局に限定すると、基本的な役割を備えていない施設が出てくるのではないかと危惧しています。これは薬局の方の問題ですが、調剤しか行わない薬局やOTCしか売らない薬局が、医薬品供給者と言えるのでしょうか。

繰り返しますが、中医協では調剤が悪い、薬が悪いといった意見が主のようですが、本当に薬が悪かったのでしょうか。こんなにいい薬があり、こんなに安い価格で国民に提供できる国は、世界中どこにもないと思っています。多少誇張されているとは思いますが、米国では「治療のためお腹を開けたけれど、治療費が払えないのならそのまま閉じる」という状況と聞いています。それに比べて日本では具合が悪ければ、きちんとケアしてもらえます。多少のオーバークオリティはありますが、こんないい国がどこにあるのでしょうか。

あるいは、薬価差をどう獲得するかが妥結率に影響するわけですが、薬価差を取ることに

は、私は否定しません。ただし、過大な薬価差は、本来の医薬品の価値を下げるからいけません。多少の差は自由経済と統制経済的な薬価制度の中では仕方がないでしょう。しかも、その取り分を何に使うかと言うと、例えば、損耗廃棄費用は診療報酬や調剤報酬に含まれないので、そういう経費になります。

目先の抑制だけを主眼とすると、いまの日本の薬価制度は一番高い参照価格と言えます。ですから、その仕組みを全部壊せば、この国ではいい薬は使えなくなるでしょう。その意味では、流通の負担も大きくなるし、薬剤師は適正な医薬品を供給できなくなります。さらに、最も迷惑するのは、税金を払っている国民だと思います。

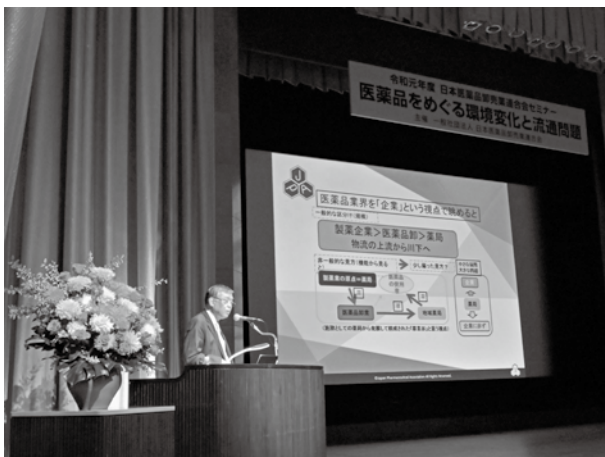
また、薬剤師に対して、後発医薬品使用促進に非協力的だという意見もありますが、薬剤師の中には接遇がうまくない人もいて、上手に勧められないだけです。それよりも、解決すべき問題は供給体制にあるのではないのでしょうか。先発品メーカーは企業の責任として医薬品を供給し続けてくれますが、後発品メーカーには、先発品メーカーに取って代わって自分たちがあつという間に医薬品の供給を担うといった覚悟があるのでしょうか。例えば、ブロックバスターの特許が切れた途端に60何種類の医薬品が出てきます。こんなことは諸外国ではありません。そのような中で競争していることが、供給体制に大きな影響を与えているのではないのでしょうか。

●医薬品の流通と薬局の再確認

現在の薬局を大きなカテゴリーで見ると、必ずしも望ましい姿だとは思っていません。それを何とかアジャストしようとして、今回の薬機法の改正になりました。

薬局の持つ機能は様々ですが、基本的にはその場所から薬剤師が薬をきちんと管理して、地域に供給していく。それが唯一無二の役割です。

また、卸の皆さんや製薬企業があつてはじめて薬局が存在します。一方で、川上から川下へ「モノと情報」が動いていきます。では、最終消費者はというと、私たちではなく患者さん、つまり国民で



資料も示して分かりやすく解説する

す。けれども、薬に対するアクセスは必ずしも十分ではないと思います。

例えば、東京に薬局はたくさんありますが、それでも私の住んでいる文京区は、人々が住んでいる地域に薬局がないところがたくさんあります。東大前の高級住宅地の中には、薬局は1軒もありません。

薬局までは卸の皆さんがきちんと供給してくれますが、その後が問題です。日本の医薬品卸売業は、世界的に評価されるべきで、金融機能まで持った流通卸は日本だけです。ただし、そこまでの機能が必要なかどうかについては、私の中では結論が出ていません。

例えば、仕事でドイツの薬局へ行ったとき、一緒にいた卸の管理薬剤師が、なぜ卸に薬剤師がいるのかと、とても不思議がられました。外国では卸の役目は薬を届けることのみです。でも、日本ではそういう仕組みにはまだならないと思っています。

今後の展開

●医療提供体制の在り方の変化

社会の変化、医療構造の変化に伴い医薬品提供の在り方、医療の在り方が変わると我々薬剤師も変わらざるを得ません。これまでの医療機関完結型から、地域の中での仕掛け、治療から予防へ、あるいは重症化させない、発症させない医療など、視点が変わってきています。

薬剤師にも予防の視点が必要です。残念なことに、日本の医療保険制度は予防についてはケアしていません。だから、治療だけでなく発症前からの関わりや、ライフステージ、病期と言いますがステージに応じた薬剤師の関わりも変わってきています。地域の保健衛生の分野でも関わりが出てくるでしょう。

今回、大変大きな被害が出た水害もそうですが、水が引いた後の消毒などは公衆衛生の出番です。あるいは、健康維持に関しても、医師の指導もあるでしょうが、最も気楽な相談窓口は薬局だと私は思っています。また、今後、処方箋有効期間が

長くなれば、その間の服薬管理や、次の来局までの間、どう私たちがフォローできるかなど、役割の転換を図っていく必要性を感じています。

●コミュニティ・ファーマシー

今度の薬機法の改正では、患者の服用期間中のフォローアップやその記録が義務づけられています。超高齢社会の中で、地域の薬局としてコミュニティ・ファーマシーとなり、それが地域包括体制の中での薬局の役割と考えると、医療と介護と生活支援の三位一体の仕組みの中での働き方も見えてきます。薬局は、医薬品等の提供とともに、必ず情報をつけ、さらにフォローアップする存在になります。情報とは、患者さん個別のものを指し、それがプラスされてはじめて医薬品になるのです。

英語で「a pen」そこにあるペン、「the pen」は「その」で特定されたペン。つまり、「the pen」のように、「この患者さん」として患者への対応を考えなければ、安心・安全な医療サービスは提供できないでしょう。

ただ、一元管理の問題は、自分で調剤したものは分かりますが、他に何か飲んでいる、他の店でOTCを買ったといった情報はゼロになります。ですから、そうした薬学的視点に立って医薬品提供をしながら、一方で医療機関や他の薬局等と十分な連携を図ることで、本当の意味でのコミュニティ・ファーマシーができてくるのです。そのために、これからどういうことを行わなければならないかというのが、我々の最大の課題であり、目標です。

●ドラッグではなくメディシン

薬剤師には、医薬品の情報や患者さんの情報が十分に手元にあり、しかもその情報を評価し、分析する能力があります。友人が「メディシン＝ドラッグ＋インフォメーション」と言いましたが、どちらが欠けても薬としては存在しません。その情報は医薬品情報でもあり、的確性、適切性という意味では患者情報でもあります。これらを相互に比較参照した上で仕事をする。それが薬局、薬剤

師の役割です。医薬品の安定供給、さらに良い薬の市場提供、適切な使用が薬価を守ることになります。加えて、国民がいつも新薬にアクセスできるようにすることも薬剤師の役目だと考えています。

しかしながら医薬品情報と患者情報の評価分析が十分にできていないので、誰に対しても同じような情報提供をしてしまうようです。例えば、薬局で調剤してもらおうと、必ず薬と一緒に情報提供紙をもらいます。薬名や注意事項が載っていますが、あれはメーカーがつくった添付文書を患者向けに整理したものです。しかし、注意事項などは本当に患者さんは理解できていますでしょうか。食後3回と書いてあっても、ご飯は2回という人もいます。これではその人に合った情報だとは言えません。

私に対応すべき課題だと思っているのは、薬剤師のみならず、患者さんも医療に参画しなさいという施策です。国民は自分たちがどんな医療を提供されるのか自ら判断すべきで、判断できなければ専門家に相談して選択する。一方、医療側は患者さんに情報提供して納得してもらおう、いわゆるインフォームドコンセントとなると、薬剤師が行っている情報提供は何でしょうか。難しいことを書いて渡したり、「今日はどうしましたか」と聞くだけで、インフォームドコンセントと言えるでしょうか。これは、インフォームドコンテンツではないでしょうか。いまの薬剤師は、コンテンツで終わってしまいコンセントになっていません。患者さんはきっと納得していないと思います。なぜなら、薬剤師は自分が出したコンテンツで終わっているからです。そのため、患者さんから不満が出るのです。患者さんは自らネットで調べたりして満足するでしょうが、本当に欲しいのは分かりやすい情報のはずです。

●患者に寄り添う薬剤師

患者さん側の情報が手元にあって、その人の暮らしぶりを把握できて初めて、この薬はこの人に合うと分かるものです。したがって、男性、女性、子ども、大人といった分類ではなく、その患者さ

ん個人として、判断すべきです。そのための記録であり、それを持つことが薬剤師に求められているのです。また、その情報を医療提供者とどう共有していけばよいのか。個人情報ですから、そう簡単ではないのですが、医療機関との連携とはそういうものだと考えています。

本当に患者さんに寄り添うのであれば、その人に対峙して、その人のことを突き詰めてみなければならず、その結果、初めて適切な薬物情報だという確信が持てるのだと思います。それだけの確信を得てやっと薬剤師は情報提供ができ、患者さんに説明でき、その結果、責任を負えるのです。

私の薬局は病院の隣で、105年前に祖父が現在の場所に薬局を創業しました。医薬分業の相当前なので、門前薬局と言われるのは合点がいきません。私どもが先ですから。

何が言いたいのかと言うと、立地で区別されるのは、薬剤師としては不本意なので、そこは考えていただきたいということです。病院であろうと診療所であろうと、そこで薬剤師が医薬品を提供することに支障がないような流通体系を卸の皆さんにはお願いしたいと思います。

●ファーストアクセスの薬局

最後に、超高齢社会の中で国民にとってどんなことが必要になるか考えてみました。薬局を中心に、その周辺を患者さんや地域住民がぐるぐる回っているようなイメージを持っていただけのが理想です。

実際にどうかと言うと、ある調査では、ドラッグストアなら簡単に行けるが、薬局に行くには入場券がいると思っている人が多いそうです。入場券とは処方箋です。そんなことはないのですが、もしそうだとすると、患者さんや地域から見た薬局のポジションは最後のアクセスということになります。病気になって病院へ行き、処方箋をもらった後のラストアクセスです。しかし、セルフケアを考えたら、まず来てほしいのが薬局で、その先の振り分けをするのも薬局の仕事のはずです。

残念ながら、現状では薬局はファーストアクセスになっていません。これから先、地域主体の医

療、健康維持体制を考えれば、生活支援も地域でということになり、地域活動のようなソーシャルアクセスが必要でしょう。

いま唯一薬剤師が行っているといえるのが、学校薬剤師です。このほか地域の中での健康習慣、地域住民に対する薬の教育なども当然必要になってきます。

一方で、チームアクセスは薬剤師がどういう連携を組むかです。病院内での専門職間の連携は比較的容易にできていますが、地域の中であれば職種間ではなく施設間連携が必要で、これはかなりむずかしいと思います。また、そこではコストの適正化が不可欠だと考えます。どこが儲かるのかではなく、コストを全体でうまく抑えることによって、国全体が使える医療費が増えてくるはず

です。多職種が連携しながら、その患者さんをみんなで面倒見る。そのときにお金ではなくケアによって質が上がり、かつ費用は下がる。そういうことがチームアクセスの中で起こるべきです。

そのようなことを想定して、改めて薬局・薬剤師は社会の中でどう位置づけられるべきなのか。それは、あらゆる方向へ自分たちがアンテナを張りながら、薬局に来る方々に適切に対応していく存在になるということだと思います。理想は患者さんや地域の人がまずやってきて、気軽に相談できる薬局です。そのためには、いつでもどこでも誰でも適切に薬を提供できる体制を組まなければならないので、卸の皆さんの力添えなしには成り立ちません。

ラストアクセスは相手によって決まるので品揃えが楽ですが、地域の中でファーストアクセスになるためには膨大な品数が必要になります。自慢ではありませんが、うちは小さな薬局ですが、2000品目を超える医療用の医薬品在庫があります。高いものから安いものまでありますが2000品目ないと、薬局にやって来る患者さんの処方箋に応需できません。さらにOTCも置いています。私の薬局は坂の途中にあり、坂の上と下にはドラッグストアがあるため、うちに相談に来てドラッグストアへ買いに行く方もいてOTCはあまり売れないの

ですが、それでもとりあえず薬局に行って聞いてみようと思ってもらえただけで、私はうれしいのです。

そんなファーストアクセスの薬局を我々はつくりたいのです。それが今回の薬機法の改正の大きな課題です。

流通改善や新薬をなるべく早く出すという承認申請の迅速等を含めて、地域の中で頼られる薬局になるため、顔の見える仕事ができるように、役割が十分果たせるようにと思えば、自分たちなりにどのようにアンテナを張るかがポイントです。アンテナを張った結果、薬が必要になったら、ぜひ卸の皆さんのお力ですぐに用意していただきたいと思います。それが、我々薬局・薬剤師が卸の皆さんにお願いしたいことです。それ以上のことは、基本的にありません。もちろん、少し安くしてもらえればうれしいのは事実ですが、それはまた別の話です。

まずは医薬品がなければ、我々としては戦いの場に立てないことを卸の皆さんと共有しながら、国民が安心して良い薬を適切に使えるという環境をつくり、維持していきたいのです。川上から川下に向かって安定した供給体制を組んでいただければ有難いです。

我々は、医薬品を製造する製薬企業、医薬品を適切に流通させる卸の皆さんに助けられ、またそれを利用してもらいながら、自分たちの役割を全うしていきたいと思っていますので、今後ともどうぞよろしくお祈りします。



薬局からみた環境変化と流通問題について話す山本会長