

薬局のこれから・ 薬剤師のこれから

—真に社会に貢献する 薬局・薬剤師の 育成をめざして—



名古屋市立大学大学院薬学研究科教授

鈴木 匡

2020年は、新型コロナウイルス感染症の拡大により、医療はもちろん、社会全体が大きな影響を受け、未曾有の年となってしまいました。このCOVID-19の感染拡大は、今までの医療を見直し新しい形に変えていかなければいけないという警鐘でもあるように思います。一方、医薬品卸の大規模な不祥事、抗真菌剤への睡眠薬成分混入というあり得ない医療事故等、薬業界もまさに混乱の中にあり、新たな変革を求められた年であったと思います。国民の医療を支えている日本の薬業界は、真に社会に貢献するという大きな大義を実現すべく、今までの方法や考え方、甘えなどを今一度真摯に見直し、そのビジネススタイルや将来ビジョン等の再構築を図る必要を感じています。

私は現在、6年制になった大学の薬学部で薬剤師を目指す学生の臨床業務を教え、大学院の薬学研究科では薬局・薬剤師を対象とした研究を行っています。すでに大学教員になってから10年以上が経ちましたが、大学教員になる前は、22年間ドラッグストアや調剤薬局で薬剤師として店舗業務や経営の仕事をしてきた変わり者です。ですので、学術的な立派なお話はできませんが、今回は、現在の薬局が「真に社会に貢献する」改革を求められており、その変革を求められるまでの経緯とそれを実現するため行ってきた大学と連携した地道な薬局の活動や研修、その効果を検証する研究の紹介をさせていただきます。それが、医薬品卸の

皆さん、ひいては薬業界全体の今後の姿勢を考える素になればと願っております。

〈 私の生い立ちと薬局 〉

私の父は、私の生まれた年（昭和33年）に愛知県の豊橋市で薬局を開業しました。私は薬局の息子として、薬剤師の父、薬種商の母、そして薬局を訪れる多くのお客さんの中で育ちました。父は囲碁が趣味だったので、店に碁盤があって、よく父がお客さん（＝友人）と囲碁をしていたのを知っています。調剤室もあって、私は医薬品や訳のわからない器具のある雰囲気がとても好きでした。そのころの薬局は、「頭が痛い」と相談にすれば、父（＝薬剤師）が「これを飲めば治る」とケースから薬を出して販売していた、いわゆる「over the counter (OTC) drug」です。その当時はもちろん薬局での処方箋調剤など全く見られない時ですから、この販売だけで商売をしていたわけで、店舗開設の距離制限や再販売価格維持制度などもあり、薬局での医薬品販売と言う〈商売〉は確かに守られていました。利益率も高く、薬局は儲かる業種の一つであったと思います。私の父が薬局を始めた頃は、日本は高度成長期であり、誰もが1日中仕事をして休日は日曜日だけという人達ばかりで、病院に行く暇も無い人達が薬局で感冒薬や栄養剤を購入してがんばっている時代でした。ですから、

私の薬局でも深夜にドアをたたかれ、「痛み止めを売ってくれ」というようなことは日常茶飯事でした。私の両親は、年中無休で深夜でも店を開けて薬を販売していました。処方箋調剤が無くても「かかりつけ薬局・薬剤師」だったと思いますし、そのころの「薬局薬剤師」は町の医療人であり何かを相談できるちょっとした町内の名士だったのだと思います。

そのころの私は年中無休の両親には全くかまってもらえず、もっぱら町内の子供達と外で遊んでいましたが、定期的にお店に来ていた医薬品卸の担当者の方のことは、良く覚えています。営業の一環でもあったのだと思いますが、両親が忙しいことを察して、ご自分の子供さんと一緒に映画に連れていってくれたり、来店するたびに父との商談の間に私といっぱい話をしてくださいました。父も信頼して商品のことだけでなく経営全般の相談をしていたようです。競争が激しく、孤独な経営者だった父にとっても心強い存在であったに違いありません。お店のお客さんも私をとてかわいがってくれました。そんな「居心地の良い薬局」という環境で私は育ちました。今でも薬局を訪問するとその薬局が「居心地の良い薬局」かどうかをいつも考えてしまいます。

〈 ドラッグストアという業態 〉

その後、父は「ドラッグストア」を目指します。薬局にとって1961年に始まる国民皆保険や高齢者の負担金無料化等は、医薬品販売の大きな転機となりました（図1）。薬局で感冒薬を買うより病院に行って診察を受け、そこで薬をもらう方が費用が安い…という制度が整備され、さらには薬局で薬剤師が直接販売できる医薬品も安全性の面から規制が厳しくなり多くの成分が販売できなくなりました。その背景には政治的な駆け引きや「サリドマイド」などの薬害や「かぜ薬アンプル事件」などの重篤な有害事象を薬局の商売下では十分対応できないと判断されたことがあると思いま

図1 日本の医療保険制度の歩み

1922年(T11)	健康保険法制定、公布(1927年施行)
1938年(S13)	国民健康保険法制定
1961年(S36)	国民皆保険
1973年(S48)	老人医療費無料化(「福祉元年」)
1982年(S57)	老人保健制度創設(定額一部負担)
1984年(S59)	退職者医療制度創設
1997年(H9)	健保法等改正(健保本人2割負担、薬剤一部負担金)
2000年(H12)	介護保険制度創設 健保法等改正(老人上限付き1割負担)
2002年(H14)	健保法等改正(健保本人3割負担)
2006年(H18)	医療制度構造改革
2008年(H20)	後期高齢者医療制度創設

す。今のスイッチOTCとは反対のことが一度行われて、医療費の削減が必要となれば、医療用医薬品を薬局で適切に販売することが求められ、習慣性のある医薬品については未だに薬局での販売に警告が続いている…ここに今も変わらない薬局の立場の難しさが表れています。

「ドラッグストア」は業種店である薬屋とは違い、集客と顧客の利便性を考えた商品構成で販売を行う業態店です。国民皆保険で病院での診察が容易になり、薬局で薬を買うより病院へ行くという選択が普通になってくると、薬局は医薬品販売だけでは立ちゆかなくなり、ビジネスの方向を模索します。OTC製薬メーカーによるチェーン化が進み、多店舗展開の薬局が増えてきます。その中で、欧米のビジネスモデルを積極的に勉強して導入するグループが台頭し、「ドラッグストア」を始めました。私の父もアメリカのドラッグストアを見学に行き、研修にも参加してドラッグストア作りに熱中しました。豊橋で初めてのドラッグストアを開設しましたが、地方都市でのドラッグストア経営には多くの困難があったことは想像ができます。私が小学校の時、父は珍しく私を旅行に連れていってくれましたが、それは、名古屋にできた新しいドラッグストアを見るための旅行だったのを鮮明に覚えています。

いわゆる「薬屋」は町から姿を消し、医薬品の販売では「ドラッグストア」という形態が主流と

なり、雑貨と同じようにセルフサービスで医薬品を販売するこの業態は、100坪、300坪と店舗はますます大きくなっていき、販売競争の中で倒産やM&Aが繰り返され、今や日本を代表する企業になった会社も出てきました。社会のニーズを的確に捉えたドラッグストアというビジネスは日本の日常生活に無くてはならないものになりました。それはCOVID-19の猛威の中でも確実にその存在感を示したと思います。残念ながら、私の父の作ったドラッグストアは、私も大学院を卒業してから一緒に経営に参加したのですが、他社との競争に勝てず倒産してしまいました。薬のことや健康相談には相当自信のあった私ですが、経営（ビジネス）は全く別の領域・能力であることを悟りました。でも、地域の人達が手軽に健康相談に来て薬や衛生用品などを買う町内の社交場のようなお店が私は大好きでした。ドラッグストアは効率化、大量販売と利益ミックスの中、人員削減を行い、結局、健康相談ができてセルフメディケーションをきちんと指導できる薬剤師は姿を消していきます。薬剤師がそんな仕事をしなくなったのに呼応して、薬剤師ではないが能力のある店員さんが一生懸命勉強して医薬品販売を手伝うようになり、それが今の登録販売者につながっています。OTC販売は

もはや薬剤師の仕事ではないのかもしれませんが。

〈 薬剤師は「調剤」へ 〉

では、薬剤師は何を目指したのか、それは「調剤」いわゆる医薬分業です。1974年に処方箋発行料が大幅に引き上げられると、それが加速し始めます（図2）。国が予算を付けて医薬分業を推進したのは何故かといえば、出来高払いの日本の保険では、医師が必要だということで好きなだけ薬が出せ、出した薬の分だけ医師に儲けが出てしまうわけで、そんなシステムの中では、どんどん薬の使用量が増えて、保険の財政を圧迫します。しかも政治的な駆け引きの産物か、患者の保険負担金が少ない高齢者では、風呂敷いっぱい薬をもらって帰る光景も珍しくありませんでした。いよいよ医療費が高騰して国の予算に陰りが見え始めると、医薬分業は国際標準だとして、医師は診察で収入を得て、処方箋で必要な薬を必要なだけ出すように指示され、薬価をどんどん切り下げて薬の差益を減らし始めます。処方箋で薬を出せば、薬局の薬剤師が処方箋をダブルチェックでき、複数の病院に通院している患者のチェックもできて医療に参画できるということで、薬局薬剤師の新しい業務

として調剤がどんどん導入されます。それは医薬品販売をドラッグストアという業態に吸い上げられた町の薬局にとっても大きな光でした。

しかしながら、そもそも医師に処方箋をもらって調剤する下地の無い日本では、調剤できる薬剤師そして調剤室を完備した薬局がほとんどありませんでした。そこに台頭したのが病院とマンツーマンで薬局を作る日本独自の「調剤薬局」と言う形態です。私も、父のドラッグストアが倒産した後、まだ黎明期だった調剤薬局に就職し、そのノウハウを一から学びました。「調剤薬局」は医療保険・介護保険という保険からの収入の割合が非常に高い業種です。2年に一度改定される保険の

図2 （戦後）薬局の歴史的変遷

1950年代：個人「薬局」（薬屋）の時代
1960年代：ドラッグストア導入期
1970年代：薬局チェーン化が盛んに行われる 1974年「医薬分業」元年（診療報酬改定により処方箋料500円に）
1980年代：ドラッグストア多店舗化 販売競争の激化 マンツーマン調剤薬局の展開進む
1990年代：ドラッグストアの大型化・多様化 大型調剤薬局チェーンの台頭
2000年代：薬局・ドラッグストアの統廃合進む 調剤ドラッグ併設店舗の増加
2006年 調剤をする薬局が医療提供施設に位置づけ
2008年 薬事関連法規改正（新しいOTC販売形態へ）
2013年 薬事関連法規改正（一般用医薬品インターネット販売許可）
2016年「健康サポート薬局」の届出開始
2018年「かかりつけ薬局・薬剤師」推進、「敷地内薬局」の許可始まる
2019年 医薬品医療機器等法改正 「地域連携薬局」「専門医療機関連携薬局」の制度化

調剤報酬や薬価に右往左往して経営をしなければなりません。しかし、ドラッグストアのように価格競争をする必要がないだけでも安定しています。ただ、処方箋は近くの病院に依存しますから、病院の方針などにも大きく振り回され、医薬分業が始まったころは、医師の書く処方箋は絶対で、処方箋の疑義すら簡単に確認することができないのが実状でした。私も、調剤薬局の仕事に就いた当初は、近隣の医師に処方箋を発行して欲しいと日参してお願いして回り、新しく始まった薬局薬剤師の在宅訪問薬剤管理指導のため、医師の往診に付いて回って勉強しました。それが昨日のように感じられます。そして、この25年で、病院に行ったら処方箋をもらい、それを薬局で調剤してもらう医薬分業がほぼ普通のことになりました。確かに最初はマンツーマンと言う形態で始まった調剤薬局ですが、近隣にたくさんの調剤ができる薬局ができたことで、質の高い調剤が地域の人にとって本当に身近な存在になってきたことは事実です。これは本当に「社会のニーズに合った」成果なのか、それとも国が力を入れて政策を推し進めた結果なのか皆さんはどうお考えでしょうか？ 大学の講義で学生に「医薬分業」はどこが良いと思うかと言う問いに、薬剤師の新しい働き場所ができたこと、と答えた学生がいましたが、病院と薬局で分けて薬をもらい、病院で直接薬をもらうより値段も高いこの制度は本当に社会に貢献しているのか。そこが今の薬剤師が置かれている微妙な立場を問うこととなってしまいました。

ドラッグストアも調剤薬局も図1、2のような日本の医療制度の変化の中で出来上がったもので、現在、薬局と言えばほぼこの2つの種類のどちらかに分類されるかと思います。2006年には調剤を行う薬局は「医療提供施設」に位置づけられました。その後、介護を支える薬局薬剤師の在宅支援、「健康サポート薬局」や「かかりつけ薬剤師制度」など社会貢献を求められて数多く打ち出された薬局の業務がどれほど地域住民の皆さんから評価されているのか、そこをもう一度考えていく必要を感じています。なぜなら、私の経験からも一般の地域住民の皆さんから真に評価されなければ「薬

局」という商売は生き残れないと考えるからです。

〈 参加型医療への転換を推進する 〉

日本の医療費、特に保険診療に伴う国民医療費の適切な削減は、日本の最重要な課題であり、特にCOVID-19で感染症対応費用が莫大に膨れあがった中では待ったなしの状況です。20世紀の日本は、病院施設を中心に医療を支える、つまり、行政が整備する医療施設を充実させ、その恩恵をより多くの人に与える施策で世界でも指折りの長寿国になりましたが、それは行政が先導し支えた医療です。少子高齢化で医療への資金に限界を迎えた21世紀の日本ではそのモデルは継続可能なモデルではありません。これからは行政だけでなく国民みんなの努力で医療を支えていく「参加型医療」で質の高い医療を維持していくしかありません。「地域包括ケアシステム」はまさに国民参加型の介護福祉システムです。同じように医療も国民一人一人がみんなで努力し支えながら有限の資金や人材、施設を効果的に使用して医療を支えていく必要があると考えます。

〈 セルフメディケーションを進める・勧める！ 〉

「参加型医療」で必要なのは「セルフメディケーション」の推進です。少子超高齢社会であっても国民全員が自分たちの努力で健康を維持し、病院などのお世話になる機会が減れば、最も有効で適切な医療費の削減になります。その「セルフメディケーション」を進めるために、国は2008年登録販売者、第1～3類のOTC分類などを整備し、特定保健用食品などの保健機能食品の導入などを進め、OTC購入時の税制優遇も行ってきました。当然それらを販売する薬局はセルフメディケーションを進める最前線として期待されています。しかし、残念ながら、現在、薬局でのOTC販売は思うほど伸びていません。まだまだ、特に高齢者では、調子が悪ければまず病院へという優れた日本の医療保険の影響が色濃く残り、私が子供の頃のように

健康相談でまず薬局へという意識は薄く、医療費削減の切り札とも言えるセルフメディケーションは足踏み状態だと私は思います。それを推進するためにはその重要性をまず住民に理解してもらい、効果的で利用しやすい環境を整備して、是非セルフメディケーションを進めましょうと勧める！ことから始める必要を感じます。そのために薬局では何ができるか、どのようにしたら良いのか…それが私の研究課題でもあります。

〈 薬局がそこで店舗を構える意義・ コミュニティ再構築を担う 〉

厚生労働省から「健康サポート薬局」制度が提示され、処方箋調剤だけでなく、地域住民の健康相談に随時対応し、積極的に情報を発信していく薬局像がこれからの薬局の指標として示されました。また調剤においては「かかりつけ薬局・薬剤師」として、総合的に個々の住民の方の薬物療法を管理する業務が制度化されて、薬局の業務のレベルアップが急務となりました。薬局は、調剤だけを行う、物品販売のみを行うのではなく、地域の健康ステーションとして機能しろという薬局ビジョンに従った薬局でなければ薬局の看板を上げるなどということでしょうか。先にお話した私が子供のころの薬局はこのビジョンに近かったように思いますし、多分「居心地の良い」薬局とは、そのような薬局かもしれません。しかし、50年前の薬局に戻れば良いという訳ではありません。時代の社会のニーズに合った薬局とはどんな薬局なのかを私は「研究」として具体的に模索しています。

まず、インターネットが発達し通信販売で何でも手に入る時代に、そこに薬局が「店舗」を構える意義は何なのでしょう。その住民の皆さんの健康維持・増進に責任を持って貢献するために店舗を構えて覚悟を示すということはもちろんあると思いますが、私は、今の薬局店舗に求められている役割は「医療や介護を維持するための地域コミュニティの再構築」なのだと考えています。薬局に処方箋を持ってくる患者さん、OTCを買いに来るお客さんなど、健康をキーワードに薬局に

集う人たちが気軽にそこで相談したりすることは、個々の住民の方の情報を収集し、また地域に情報発信することにつながり、しかも、子供のころから高齢者になるまで、健康な時から最期を迎える時までずっと関わっていられるのが薬局です。そこには薬剤師という医療の専門家が常駐しているわけで、病院とも介護施設とも違うまさに地域コミュニティ構築の有望な施設だと考えます。特に都市部では背景の違う住民の方達が集まって暮らしており、隣に誰が住んでいるのかわからないまま暮らしている人も多いのが現状です。そういう環境の中で「参加型の医療」を推進するためには、新しいコミュニティ、特に高齢者のコミュニティを地道に作っていく必要があります。その役割を担うことができるのが薬局という店舗だと考えています。

〈 薬局を処方箋が無くても気軽に相談 できる場所に・薬局との共同研究を進める 〉

そのような「地域コミュニティの再構築」を担うためには、薬局が気軽に出入りできる施設でなければなりません。しかしながら、例えば今の調剤薬局やドラッグストアの薬剤師に相談するためには処方箋を持って行かないと何となく敷居が高いと感じる方が多いと思います。

そこで、処方箋が無くても薬局に気軽に相談できるようなしくみ作りをすることが必要であると考え、私達の研究室では、医薬品卸、ICT関連企業などのご支援を得て薬局との共同研究をいくつか進めてきました。

●薬局店頭での「検体測定室」を活用した生活習慣病予防の効果検証^{1)、2)}

現在、薬局でも厚生労働省に届出をして許可を得れば、簡易の血液検査が可能なのをご存知でしょうか。2014年に設定された「検体測定室」開設許可を薬局でとれば自己採血による血液検査(専用の測定キットと測定器を使用)が可能です。定期的な健康診断を受けてない方などでも、薬局で手軽に検査(もちろん有料です)ができれば、糖尿病予備軍などの方を早期発見することができ

ます。その手軽さと、薬剤師の的確な指導で生活習慣病予防を推進するとともに、薬局で気軽に健康相談できる環境を作ろうという試みを2015年から3年間、愛知県薬剤師会の支援の下、薬局の健康情報拠点推進事業として研究を実施いたしました。この事業では、まず、薬局で健康測定会を実施し、体重や血圧、血糖値、HbA1c、血中コレステロール、中性脂肪を測定して、その値が生活習慣病予備軍と考えられる方達に薬局で定期的に薬剤師が指導を行うことで、測定値の改善を試みたものです。薬局での指導は、私の研究室で開発した「生活習慣振り返りシート」を使用しました。これは、店頭で食事や運動、睡眠などの基本的な生活習慣を5分程度で聞き取り、その結果を来局者の方と共有することで、来局者本人に振返っていただき、改善すべき内容を探り、次の測定会までの目標（例：1日5000歩は必ず歩くなど）を自身で立ててもらいます。次回の測定会では、その目標はどのくらい達成できたか振返っていただき、また目標を立ててもらおうという指導法ですが、この方法であれば、機器による検体測定の測定値が出るまでの時間で指導ができますし、何より来局者の生活状況を確認する中で、薬の相談があったり、有害事象を確認したりできるコミュニケーションの時間がとても有益だと考えられます。この研究では、血圧や血糖値、中性脂肪、コレステロールの値が改善される傾向は確認できましたが、残念ながら薬剤師が指導していないコントロール群との顕著な差は見られませんでした。やはり、もともと健康な状態で生活している方達であり、運動や食事など少し厳しくても確実な改善が確認できそうな目標を課すことでないと測定値の改善までは難しいということだと考察しています。しかしながら、この事業を行った薬局では顕著に測定値や生活習慣が改善した事例もみられ、住民の方が、処方箋が無くても薬局で相談できるメリットを意識していただけたかなと考えています。

今後は、薬剤師による生活習慣病の予防に有効な指導法をさらに開拓し、「検体測定室」での定期的な測定による、薬局での地域住民健康増進活動の効果検証を進めたいと考えております。

●薬局で行う継続的なロコモティブシンドローム予防活動の効果検証³⁾

ロコモティブシンドローム（以下、ロコモ）とは、日本整形外科学会が提唱する老化に伴う運動器の障害のために移動機能が低下した状態を表した言葉で、介助なく一人で安定した歩行ができることを維持することの重要性を訴えたものです。今年度のようにCOVID-19の影響で家の中に居ることが多く、運動する機会が少なくなると、いわゆるロコモの状態になることが心配されます。ロコモの状態が悪化すると要介護・寝たきりの生活になってしまいますので、超高齢社会の日本では介護の問題とも合わせて重要な課題と考えられます。ロコモは学会が設定した進行度合いの目安があり、自分がどの程度のロコモであるかを測定することが可能です。ロコモの進行状況に応じて、ロコモ度1, 2, 3の3段階が規定されています。ロコモ度は、40cm、20cmの高さの箱に座った状態から片足、両足で立ち上れるか、大股で2歩ステップした歩幅、ロコモ25というアンケートの3つを行うことで測定することができ、ロコモ度が悪化しないように毎日行う簡易のトレーニング（以下、ロコトレ）も提唱されています。

ロコモ度を測定し、ロコトレを指導することでロコモの悪化を予防できることが分かっているのに、この予防活動はなかなか進みませんでした。簡易に測定や指導ができるのにそれを実施する場所や指導者が限られていたからです。薬局には毎日多くの高齢者の方が処方箋やOTC購入で来局されます。少しスペースがあれば、ロコモ測定の機材を常設することも可能ですし、指導者として薬剤師が常駐し、薬局が開いている時であればいつでも測定や指導が可能です。何よりロコトレという予防教材も揃っており、改善度合いも明確な目標があることで、薬局での活動にぴったりです。そこで、ロコモ予防を推進している介護予防ネットワーク協会に、薬局で薬剤師が指導するロコモ予防活動の導入をお願いしたところ、快諾いただき、早速、薬剤師のトレーナー研修を行ってロコモゼロトレーナーの認定をしていただきました。

有志の薬局の薬剤師の方にご協力いただき、昨

年本格的な薬局でのロコモ予防活動のトライアル研究を行いました。この研究では、ロコモ度1の被験者の方に薬局薬剤師がロコトレを3か月間指導してロコモ度や筋力の改善等を測定しました。被験者の方には毎日ロコトレをどのくらい行ったかノートに記録していただき、それを1か月に1回お店に持ってきていただいて薬剤師が確認するとともに、規定の測定とロコトレが正しくできているかどうかの確認も薬剤師が行いました。その結果、3か月後の測定では、ロコモ25、下肢筋力、開眼片脚立ち時間に有意な改善が確認でき、ロコモ度が改善した被験者もおられました。薬局薬剤師が定期的に来局者に寄り添ってロコトレ実施を励まし、指導を行うことの効果を確認することができました。これは、薬局に「来ていただく」ことの意義を示す事例でもあると思います。処方箋が無くても薬局に気軽に来て、薬剤師と話をし、簡易の測定を薬局で継続的に行うことが、来局者の健康に対するモチベーションに影響したと考えられます。

現在、さらに多くの薬局に協力していただいて、薬剤師が定期的に指導した群と、そうでないコントロール群でロコモの改善に有意な差があるかどうかを検証中です。

〈 地域で評価される

薬局在宅支援業務の開拓 〉

薬局薬剤師が施設や自宅で療養される患者さんに処方箋の薬を届け服薬指導する業務は、ここ10年で急速に進みました。地域包括ケアシステムの中で薬剤師が活躍することは、地域医療に貢献する意味でも非常に重要です。医師、看護師、薬剤師、ケアマネなど多職種連携で居宅療養の患者さんを支えることは、医療・介護の要となる業務となってきました。現在の薬局薬剤師の居宅療養指導は、単に薬を届けて患者の服薬状況を確認するだけでなく、患者の血圧を測定したり詳しい問診をして患者の状況から処方の提案を行ったりすることも多くなっています。病院では専門家が24時間対応できる状況で治療を行いますが、在宅の患

者さんの場合は、時々訪問するヘルパー、看護師、医師、薬剤師の方達がそれぞれの仕事をカバーしながら治療を続けることとなります。従って薬剤師の訪問時の情報も非常に重要な情報になり得ます。現在薬局はコンビニエンスストアと同じように全国に5万軒以上あり、都市部であれば町内に少なくとも1、2軒は薬局があります。その薬局の薬剤師が、その町内の在宅で療養する高齢者を一人2、3人ずつでも在宅療養のかけつけ薬剤師として機能してくれたら地域包括ケアがさらに進み、安心して効果的な医療の提供ができるのではないかと考えています。

●薬局薬剤師の在宅支援情報の多職種間共有の推進

私達の研究室では、数年前からICT関連企業と共同で「薬局薬剤師の在宅支援情報の有効活用を進めるICTツールの開発とその効果検証」を行っています。現在、法的には薬剤師が在宅患者訪問薬剤管理指導（医療保険）あるいは居宅療養管理指導（介護保険）を行った際は、担当医とケアマネに報告書を送ることになっています。積極的な在宅支援を行っている薬局では、この報告書には患者さんの服薬状況や残薬の情報だけでなく、薬剤師のアセスメントや患者さんの生活状況など貴重な情報が記載されていて、単に報告書として送るだけでなく、有益な患者情報源としての活用が可能ではないかと考えました。特に、在宅支援では訪問看護師やヘルパーの方達は医師から十分な薬物療法の説明を受ける機会が少なく、そういう方達に向けてこの情報は有益な情報ではないかと考え、薬局薬剤師の情報を多職種に向けて発信し、その効果を分析しています。薬局からの情報発信は結局FAXが効果的であることが分かり、特に情報を送った訪問看護師の方達からは薬局への返信や相談、情報提供が格段に増えており薬局薬剤師の情報が有益であることが確認できました。現在、薬局からの情報発信を自動化して薬剤師の負担を少なくすることと、どのような情報が有益か、どのような情報発信が効果的かの分析を進め、薬局薬剤師による報告業務のレベルアップを目指して研究を継続しています。

〈 薬局と地域医療機関との地域連携強化・ 薬局、薬剤師の貢献レベルアップを目指す 〉

薬学部では、地域貢献として薬剤師の生涯学習支援を行っています。上記で述べたように薬局薬剤師の業務はどんどん進化しており、修得しなければならないことはどんどん増えていますが、特に薬局の先生方は研修を受ける機会が少ないのが現状です。そこで、本研究室では医薬品卸企業のご支援をいただき、新しい薬局業務を開拓する研修を作り、提供して参りました。

●大学・薬局・医薬品卸が共同で行う新しい地域医療連携の構築

薬局と病院の連携（薬薬連携）の推進が望まれています。なかなか薬局薬剤師の先生方と病院の先生方が一緒に研修する機会がありません。そこで、大学が主催し、医薬品卸の方々に情報発信や病院との連携をお願いして、薬局薬剤師向けのスキルアップ研修会を継続して開催しています。テーマは少し前までは、フィジカルアセスメントなどの医師や看護師の方のスキルを学ぶ研修が多かったのですが、最近は、栄養士、理学療法士、歯科医師など多職種の方達の考えや活動を理解し、その上で薬剤師がどのように患者を支援すればよいかというような研修が主になっています。

その研修の参加者の方達から、学んだことを活かさなければ意味がないというご意見をいただき、2020年から地域の中核病院と地区薬剤師会と協議し、病院の診断や治療、ケアの考え方や内容を医師、看護師、栄養士など多職種の方達との研修で学んだ後、実際に薬局での服薬指導や健康相談で活かして薬薬連携につながった事例を大学が集めて分析しフィードバックするというモデル研修を開始しました。残念ながらCOVID-19の影響で十分な研修時間が現在は確保できていませんが、地域の病院、薬局の先生方が一緒に研修を行うだけでも連携（情報共有）が進むのではないかと考えています。すでに、この研修会で病院の看護師さんからフットケアの技術を学んだあと、薬局で糖尿病の患者さんの足を実際に見せてもらい指導し

ましたというような報告も出てきています。

薬局、薬剤師は今後「健康サポート薬局」「地域連携薬局」「専門医療機関連携薬局」など地域の中で具体的に貢献し存在感を示していくことが必要です。では、どのように貢献すれば良いのかについては、エビデンスに基づいた分析が重要です。誰が見ても貢献しているという評価がいただけるような薬剤師業務を開拓していくためにも、私達が行っている「研究」は薬局において今後さらに重要性を増すと考えています。

〈 最後に・社会に真に評価されなければ 生き残れない 〉

私の生い立ちに合わせ薬局の今昔をお話してきました。保険制度や行政の変化に呼応して、ビジネスの形を変え、薬局のあり方、薬剤師のあり方そのものも厳しい社会の評価の風にさらされ、様々な努力がされ、成功したものが生き残ってきました。しかしながら、今、成功してるものがいづまでも存続できることはなく、常に変化が必要な時代です。どんな努力も変化も社会のニーズに合い、社会への貢献が認められるものでなければ存続できません。真に社会に貢献しているかどうかを評価するのはとても難しいことですが、そこに私達の様なアカデミアの者が第三者として科学的に分析する意味があると思っています。

今回の私の話は薬局、薬剤師のお話でしたが、いくつかは医薬品卸の皆さんにも同感いただけるお話ではないかと思えます。薬業界全体が真に社会に貢献する方向性をきちんと打ち出して社会に評価されてこそ、医療という領域でビジネスが進められるのではないかと考えますが、いかがでしょうか。是非ご意見をお聞かせいただければと存じます。

[参考文献]

- 1) YAKUGAKU ZASSHI 139, 1047-1054 (2019)
- 2) YAKUGAKU ZASSHI 136, 1445-1448 (2016)
- 3) Journal of Pharmaceutical Health Care and Sciences (2020)
<https://doi.org/10.1186/s40780-020-00182-8>