

特別講演会

講

演

これからの薬剤師・薬局

公益社団法人日本薬剤師会 会長 岩月 進

Profile 昭和30年12月8日生まれ。名城大学薬学部卒業後、塩野義製薬に入社。薬局勤務を経て昭和56年ヨシケン岩月薬局を開局、平成11年有限会社ファーマケアを設立。刈谷市薬剤師会会長、社団法人日本薬剤師会常務理事、一般社団法人愛知県薬剤師会副会長・会長等を歴任、令和6年6月公益社団法人日本薬剤師会会長に就任。平成28年文部科学大臣表彰、令和元年厚生労働大臣表彰、令和5年藍綬褒章並びに愛知県条例表彰を受章。



特別講演会では、日本薬剤師会の岩月会長に「これからの薬剤師・薬局」と題してお話しいただいた。

岩月会長は、調剤報酬改定の流れを追いながら薬剤師と薬局に求められることがどう変化してきたかを解説。また、厚生労働省の検討会で取り上げられる議題を通して現状の課題を紹介するとともに、値引き交渉、多すぎる薬価収載品、包装容量の絞り込み、箱出し調剤の検討など、開局薬剤師の視点で私見を述べられた。さらに、薬局が主体となった地域医薬品の供給情報共有システムを構築して効率的な在庫管理を進めていくべきであるとの考えを示された。

* 講演内容は、当日の講演を原稿に起こし、講師校閲のうえ、掲載したものです。

令和7年1月30日（木）16：15～17：15 パレスホテル東京 2階「葵」

調剤報酬改定の流れ

●平成30年度の改定

いま医療業界、特に医薬品に対して、波風が立っています。これからどうしていくのかについて、開局の薬剤師目線でお話しします。

まず、平成30年度の調剤報酬改定では、かかりつけ薬剤師・地域医療に貢献する薬局の評価、対人業務の評価の充実が図られました。調剤指針の13改訂で、私が調剤の概念の定義を書きました。

当時、「対人業務」「対物業務」という言葉を書籍に書いたのも私が最初だと思います。私は、薬剤師は薬がないと役に立たない仕事だと思っており、対物業務を充実させるために対人業務が必要だという意味でこれらの言葉を使いました。ところが、規制改革では対物業務は機械に行わせて対人業務に力を入れるという意味で使われ、目的と手段が入れ替わっていると私は思っています。

このときに、いわゆる門前薬局の評価の見直しが行われました。当時、薬局の処方箋応需の状況は、69.5%が特定の医療機関で、その状況は現在もあまり変わっていません。面分業とっていますが、面分業を行うと在庫が際限なく増えるので特定の医療機関からだけ処方箋を受けていたほうが経営効率は上がるのです。

余談ですが、訪問看護ステーションで小規模多機能型といわれますが、私は小規模で多機能はないだろうと正直思います。薬局もそうです。20数年前に日本薬剤師会が作成したグランドデザインでは、規模が質を担保するという考え方でした。地域の中に大きな薬局があれば、なんでもできるという考え方でしたが、在庫の負担を鑑みて小さな門前薬局がたくさんできました。

そこで行政は「患者のための薬局ビジョン」をつくり、「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へと、また、対物業務から対人業務へと謳いました。しかし、対人業務が充実すれば患者さんは増えるかというところではありません。それよりも、このときに対物業務や在庫に依存しない薬局経営を提言していれば、いまのような薬価の切り下げを財源にしていなかったかもしれません。薬局の

経営は在庫に左右されるからです。

屋号の「ヨシケン」は四代前が愛知県三河地方で食品卸業を始めたときのものです。代々食品卸業で、祖父も父も「在庫を持つものじゃない。回転率が大事だ」といっていました。ところが薬局では事情はまったく逆です。例えば、5%安く仕入れても20錠在庫が残ったら、ものによっては儲かりません。その状況は変わっていません。

24時間対応、在宅対応、医療機関との連携は、平成30年度に明記されました。ちなみに、連携を強調しなければならない理由は、薬価収載医薬品1万3000品目は多いし、しかも偏在が起きていることが理由のひとつだと思います。

●令和2年度と令和4年度の改定

令和2年度の調剤報酬改定でも、薬剤師・薬局を取り巻く現状についてや、対物業務から対人業務への構造的な転換などがありましたが、一番のポイントは「薬機法等制度改正」でした。

平成30年12月の制度部会では「現在の医薬分業は政策誘導をした結果の形式的な分業」「単純に薬剤の調製などの対物中心の業務を行うだけで薬が成り立っており、多くの薬剤師・薬局が患者や他の職種から意義を理解されていないという危機感がない」と公式文書に書かれました。

令和4年度の改定でも、同じように薬局・薬剤師の概況が書かれました。対人業務の評価の拡充や薬局の機能と効率性に応じた評価の見直しなどがありましたが、ポイントは在宅業務がいよいよ本格化してきたことでした。

●令和6年度の改定

令和6年度の改定では、医療従事者の賃上げが記されました。薬価を下げておいてどうやって賃上げを行うのか、と私は思います。

令和4年度改定も令和6年度改定も技術料、調剤料を徐々に調剤基本料へ移すというのが大きな流れだと私は理解しています。財務省は「加算は過剰請求の温床」だと考えているらしく、処方箋1枚当たりにつく加算を調剤基本料に移せば過剰請求はなくなるだろうと考えているようにみえます。

おそらく令和8年度改定もこの流れで行われ、加算は減少方向でしょう。服薬情報等提供料の見直しなどいろいろありますが、リフィル処方箋のように患者が来なくなる政策で、果たして医療機関へ行く患者は減るでしょうか。むしろ患者を教育することのほうが大事であり、結果的に医療財政に資することになると思います。

令和6年度改定では、薬局の持つ機能の地域への明示化として、①48薬効のOTC医薬品の販売（在庫の見える化）、②感染症協定締結薬局の意味、③災害時の薬局の役割の見える化——が挙げられました。②は、例えば県や地域の総合防災訓練に薬剤師が参加しないと、薬局の機能が地域の誰にもわからないということです。③は災害が発災したら、なるべく早く普段どおりに営業することです。このように、地域の住民や関連職への薬局・薬剤師の持つ機能をプレゼンテーションすることが重要だとしています。

今後の医薬品を取り巻く状況

●働き手不足と社会保障費増

今後の医薬品を取り巻く状況では、この10年間で430万人の働き手が減っており、2030年からの10年間で860万人の働き手が減ります。

いま卸の皆さんは大変で、1日1回の配送や土日対応などを行っていますが、これらの費用が出せないぐらいに削られています。そうしたコスト増は働き手がいらないためです。人手不足による値



岩月会長の話に耳を傾ける聴講者

上げは一般の業界では当たり前ですが、医薬品業界では単価が下がっています。

そのような中、令和7年度の一般会計予算、歳出・歳入の構成は75%が実質予算で、25%が国債と国債の償還費となっています。その実質予算のうち社会保障費は33.1%、防衛関係費は7.5%、公共事業費は5.3%で、上がっているのは防衛関係費と社会保障費だけです。社会保障費は我々が一生懸命に頑張って売上を上げたという成果ではなく、日本の人口の構造変化によるものです。あるいは疾病構造の変化によるものなのです。国がハンドリングを間違えているのに、私たちに「もっと努力しろ」といわれているような気分になります。

ちなみに、一般会計歳出総額は115兆円です。昔の国家予算は50兆円を割っていたので、倍以上になっています。

●薬局や医療を取り巻く環境の変化

医薬分業の進展とともに、薬局数が増えて令和5年度の薬局数は全国で6万2828軒、薬剤師総数は32万3690人となっています。30年間で薬剤師数は2倍になっていますが、増加分の大半が薬局薬剤師です。

これから高齢化対策を進めていくと、団塊の世代がピークアウトした後は、その施設や設備投資が余ることになります。医療と介護の複合ニーズが一層高まるということは、一層お金を使うということです。働く人は減っていますから、これでは日本の財政は持たないでしょう。

社会保障費の将来見通しでは、2040年度には現在の1.4倍になります。国民皆保険制度は維持すると決めているものの、負担割合を維持するとは誰もっていないので、おそらく保険免責とか給付の見直し、保険料の見直しがあるでしょう。そういうことが必ず起こると思っていたほうがよいと思います。そうすると、医療費が高くなり、医療機関へ行くのをやめる世代が増えるでしょう。

●薬局の現況

薬局は寡占化しています。資本主義経済では資本を集約したほうが勝つに決まっているので、複



「これからの薬剤師・薬局」と題して講演する岩月会長

数の都道府県にまたがって薬局を経営している経営者がどんどん増えています。40県以上、ほぼ全国をカバーしている薬局が2.1%で、6万軒のうちの2%あります。

薬局店舗数別の法人割合の推移をみると、令和3年には1～5店舗が少し減って20店舗以上が増えています。小さな薬局では在庫負担が大変ですから、皆で融通し合って均てん化することです。ただ、こうして経営効率を上げると実は点数が下がります。相互扶助で成り立っている保険なので、経営効率を追求すると保険者に負担がかかるということで、点数が下げられるのです。

企業努力をすると報酬が下がるということへの怒りはわからないわけではないのですが、ただその原資が安く仕入れた薬代の差額となると話は別です。本来安く買うものではないからです。本来の手取りではない分が、保険の仕組みの中で差益として出てきているからです。それは返せという話だと私は思います。もちろん、それは違うと話す経営者はいると思いますが、相互扶助で取り組んでいる保険である以上、そうしないと保険の仕組みは維持できないでしょう。

運営薬局店舗数別の法人割合の推移をみても、20店舗以上の法人が多くなっています。

●地域での薬剤師サービス

地域における薬剤師サービスの提供に関する国の資料の基本的な考えでは、「本格的な少子高齢化社会が到来し、地域包括ケアシステムのさらな

る進展が求められている」「このため、薬局薬剤師は、①地域の他の薬局や医療機関等と連携しながら、②薬学的専門性を活かした対人業務を充実させるとともに、③健康相談、一般用医薬品等の適正な販売をはじめとしたセルフケア、セルフメディケーションの支援等の健康サポート業務に積極的に取り組む必要がある」「オンライン診療・オンライン服薬指導の普及、データヘルス改革・電子処方箋の導入を通じた各種医療情報の共有が進む中で、ICT化への対応は必須。さらにICT化を含むデジタル技術を活かして、患者・国民サービスの利便性及び質の向上を図る取組を積極的に進めることが求められている」といっています。

薬局の68%ぐらいは電子処方箋の受付が可能ですが、電子処方箋で重複を削られて、いわば売上が減るのに多額の投資をしているわけです。日本薬剤師会では電子処方箋が受けられる、受けられないで薬局を選別されたくないの、皆で導入しようといっていますが、出す側の医療機関からすると、大規模な投資をして効率化が進むという話です。

また、「地域におけるこうした薬局間連携の枠組みの中で、自治体、医師会、薬剤師会等関係者間と協議の場を持ち、相互に協力・連携を図りつつ、災害や新興感染症への対応体制や、過疎地域の薬剤師サービスの提供等地域医療に必要な機能の確保策を検討することが有効である」と書いてありますが、なかなか協議の場は持てない状況です。医師や他の医療職は厚生労働省医政局の管轄ですが、薬剤だけは医薬局で管轄が別だからです。

厚生労働省検討会での検討事項

●地域の医薬品提供体制

厚生労働省の検討会では様々なことが課題項目となっています。地域の医薬品提供体制では、離島・僻地における医薬品提供、点滴交換・充填、褥瘡薬の塗布等、薬剤配達、モバイルファーマシーの僻地活用などが取り上げられています。このような検討会の議論をみると、国が何を考えているかがわかります。これらは規制改革に関するもの

なのです。

日本薬剤師会では薬剤師サービスとか医薬品提供計画といいますが、実は調剤の定義が決まっています。処方箋を受け付ける、あるいはOTC医薬品を買いに来た患者さんから始まるとすると、その患者さんが実際に使ってどうなったかというアフターフォローというかアフターサービスが必要です。そこまでを調剤といわないと、薬剤師は薬を数えて袋に入れるだけ、配達は薬剤師でなくてもよいなどといわれ、配達をドローン事業者に託されてしまうかもしれません。

異業種の参入はマーケットとして魅力があるということです。つまり、医療は減っていくかもしれませんが絶対になくなるので、効率化すれば儲かる可能性があるということです。

●薬局の機能と地域連携

薬局の機能に関して、認定薬局や健康サポート薬局についての議論がありました。なぜこのような当たり前のことが議論されているのか、と私は疑問に思いました。

さすがに、専門医療機関連携薬局として、がんの勉強を皆で行うというのは難しいと思いますが、令和7年は地域包括ケアシステムの目標年とされています。しかし、地域連携薬局は未だに何をしているのかが見えません。目に見える連携が地域でできているのかというと、できていないと私は思っています。

例えば、連携といっても、疾病によって連携する相手が違います。糖尿病であれば、おそらく栄養士が必須だと思います。こういうことを日本薬剤師会や都道府県薬剤師会はサポートしますが、現場で誰と誰が手を組むと一番効率的なのかなど、業界のことをよく知る卸の皆さんにお知恵を拝借できればと思っています。

●対物業務に対する規制の広がり

調剤業務の一部外部委託では、例えば、私がある薬局に一包化を委託したら、どんなメーカーの分包機を使って、分包紙は何で、誰が何時何分に操作し、薬のロット番号と使用期限を全部出せと

いいます。そうでないと信用できないからです。外注するとそういわれますが、自分で行っても同じことをいわれます。

実は分包紙にJIS規格はなく、遮光や吸湿防止性が重要ですが、誰も検証していません。このままスタートして大丈夫なのかと思います。温度管理についても、調剤室内に温度データロガーがないので、例えば、北海道の旭川の冬と沖縄の那覇の夏場では大丈夫なのかと思います。

このように、自分たちプロに任せておけば安心だといっていたことが、どんどん微に入り細に入り規制がかかるようになってきています。性善説ですべてお任せが最もコストがかからないのですが、誰かが何か悪いことをするとチェック体制が厳しくなって法制化が進み、コストがどんどんかかるようになります。例えば、製薬会社の一部が完成品に問題ないから良いと思っていたら、手順が違くと指摘されました。

●OTC医薬品に関する薬剤師の資質向上

専門薬剤師に係る検討では、OTC医薬品も片頭痛とPPIが通ると、次は生活習慣病にいくのだと思います。これは経口避妊薬も含めて、開局の薬剤師がきちんと行わないと絶対に前に進まない要件だと思っています。

ところが、薬学部にはOTC医薬品の教科書がありません。OTC医薬品を売ったことがある教員は、80の薬科大学のうち1人もいないのです。どうやって教えるのでしょうか。

私は、開局前に薬局に勤めて経験を積みました。いまはそういうことを行わないので、売り方を知らない薬剤師が多いのではないかと考えています。

在宅医療における薬剤師の役割

●在宅医療における地域の状況

在宅医療はこれから増えます。愛知県は54市町村しかないのですが、保険薬局のない中学校区が11もあります。地域の医薬品提供体制の課題は、離島や山間僻地への提供にお金も時間も労力もかかることです。都市部でも夜間や休日の提供では

同様の課題があります。

そうすると、そのコストを誰が負担するのかということになります。いまコンビニエンスストアが飽和状態になって、営業時間をどんどん短縮しています。これは人がいないからです。郵便局も同じです。

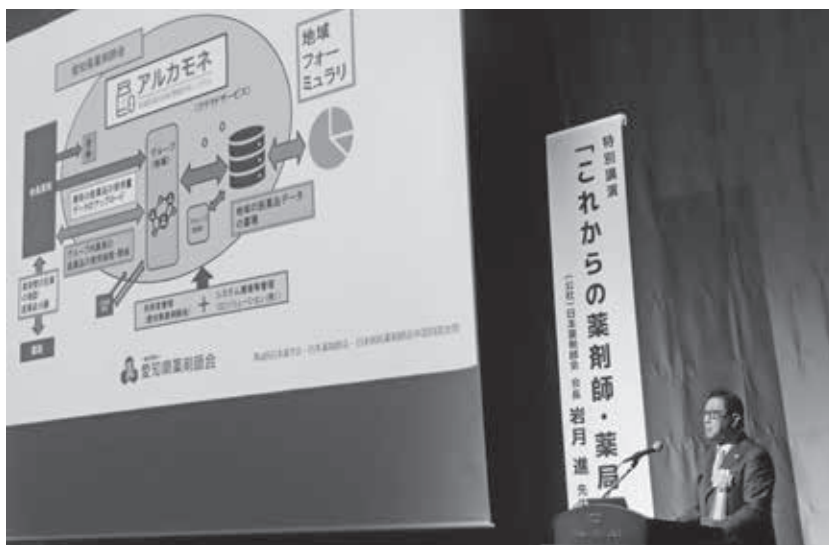
ですから、地域における薬剤師の役割に関して、訪看セッションに薬を置いたらどうだという意見もあります。しかし、こうした対策よりも、薬剤師が使える注射の範囲を広げるなど、方法はいくらでもあると思っています。

●これからの調剤

完全な私見ですが、調剤した薬剤師の責任の明確化、地域の医薬品情報の収集と管理、地域フォーミュラの作成と維持管理が必要だと思います。要するに、医薬品情報を薬局がグリップして互いに持っている情報を共有や交換することが必要なのです。例えば、電子処方箋では処方した情報は集積されますが、薬局で変更した情報は残りません。しかし、薬局でどのような医薬品が1か月間流動しているかは保険請求時に医薬品データを抜き出せば、すぐに出てきます。こういった情報を蓄積しようということです。福岡県は一部で行っていますが、医薬品情報や調剤室の温度管理ログ、分包機の使用ログなども対象にしたいと思っています。

もう一つ、私が危惧しているのはオンライン販売です。本物かどうかかわからない危うさがあると感じています。ちなみにドイツの田舎では処方箋ポストがあり、当番制で薬剤師が処方箋を取りに行って配達します。その費用は地域の薬剤師全員で負担し合っています。これから日本でも、僻地はそんなことをしないとイケないのではないかと考えています。

しかしながら、先ほどお話ししたように、規模が質を担保するのなら、連携してグランドデザイ



資料などにそってわかりやすく解説

ン薬局のようなものをつくらないと対応できません。2人しかいない薬局では、学校薬剤師や在宅医療に関わるのは無理です。また、抗がん剤などの高額医薬品の在庫を持つと、運転資金が枯渇して倒産の憂き目に遭いかねません。

私は箱出し調剤推進派で、例えば、500錠包装、1000錠包装は、100錠包装を5個、10個束ねればよいと思っています。様々な会合で提案していますが、賛同してもらえるまでには至っていません。

医薬品の供給不安定

●医薬品の供給状況と効率化

医薬品の供給不安定の問題では、国も一生懸命取り組んでいますが、私は、値引き交渉は実際どうなのかと思っています。

私の偏見ですが、チェーンドラッグが自社の流通経路で運営していて、卸の皆さんのコスト削減に貢献しているからまとめ買いとして値引きをするならわかるのですが、各店舗からの発注、個別配達と経費は我々薬局と同じにかかっているのなら話は違います。MSの皆さんは我々のような小さな薬局にはあまり来ませんが、大きなところには何度も行っているのに、人件費を多くかけているといえます。となると、なぜ大手のほうが安いのかと私は問いたいです。

それはさておき、いま話したように包装容量の

絞り込み、いわゆるバンドル化すれば包装資材も少なくて済みます。そうした作業の絞り込みの究極が、箱出し調剤だと思っています。

愛知県薬剤師会は地域医薬品供給情報共有システム「アルカモネ」を構築しています。保険請求時に医薬品情報を集めて地域で共有するシステムで、昨年6月から稼働しています。こういったことを進めていかないと集約化・効率化はできないだろうと思います。何よりも、薬剤師会が地域で動いている医薬品の情報を知る必要があります。その課題に最初に取り組んだのは長野県の上田薬剤師会で、面分業が進展しています。

●医薬分業における医師と薬剤師の役割

改めて、医薬分業における医師と薬剤師の役割について考えてみましょう。昔、ドイツにジェネリックの調査に行ったとき、ベルリンの保険医に「銘柄変更は処方権の侵害ではないか」と質問したところ「処方権ではなく処方義務だ」といわれました。権利ではなく義務なので分離するということが成り立っているのです。だから調剤義務を負う者に処方をする力を与えないというわけです。

イギリスでは今年4月から薬剤師免許取得者は処方権を付与されます。医薬分業と矛盾していますが、カナダもすでに実施しています。しかしながら、日本では薬剤師と医師の仕事、つまり処方と調剤を明確に分けることが必要だとしています。

OTC医薬品について

●OTC医薬品市場とドラッグストア

OTC医薬品の市場は月1000億円超しかありませんが、大手製薬企業はなかなかOTC医薬品を止めないどころか最近では力を入れています。通販でも売っており、これから変化があると思っています。漢方薬の処方が少しずつ増えているのと同時に、いわゆる家庭薬といわれる昔からの「〇〇丸」が売っていますが、あれはドラッグストアでは売れないそうです。なぜなら、若い薬剤師が多く、彼らは商品をよく知らないからです。これは独立系薬局のマーケットかもしれないとも考えています。

ドラッグストア販売額の商品別内訳をみると、調剤とOTC医薬品で20%強です。逆にいうと、残り8割は違うもので稼いでいます。だから、薬剤師を限定した時間にしか置けないのです。つまり、店舗販売業と薬局を使い分けているのですが、営業時間を自分で決めておいて、勝手に薬剤師がいる・いない時間帯を設定するのはおかしいと思います。

経験談ですが、「ガスター10」を買いに新橋の大手チェーン店舗に行ったら「薬剤師がいないから売れません」といわれました。「私は薬剤師です」といっても売ってもらえませんでした。そのような商売でよいのでしょうか。薬局では薬剤師が常駐しています。同じ仕事で同じ報酬を得るなら、同じ義務を課さないと不公平だと思います。

医薬品ネット販売での第1類医薬品の売上をみると、実はドラッグストアチェーンよりも楽天やビックカメラのほうが多くなっています。ところが医薬部外品の通販ではマツモトキヨシがトップです。専門家がいるところで医薬部外品が売れているとはどういうことなのか。令和3年のデータですが、何かを示唆しているのかもしれませんが。

●医薬品遠隔管理販売とオンライン販売

医薬品の遠隔管理販売が薬局にもたらす影響を考えてみると、私は自分の薬局で行ってもよいと思っています。薬局を留置き先にしてくれるれば、きちんと説明します。コンビニエンスストアより薬局のほうが多いのですから、配送手数料が下がった分だけ、何らかの説明代をいただければと思います。繰り返しますが、薬の配送も調剤だという概念がないと、先が心配になります。

オンライン販売で心配なのは、誰かに指示されて買っているといったケースです。一つルールを緩めたら、新たなルールをつくって安全を担保しないといけないのですが、日本では一つルールを緩めると、緩めっ放しにしている感があります。

長期収載品についてOTC医薬品のほうが安いと思ったら、反論されたことがありました。たくさん買うと保険のほうが安いことを忘れていたので

指摘されたのですが、こういうことを保険者に話していくことも大切だと思っています。

アクセス機会の拡大

続いて、アクセス機会の拡大についてお話しします。

我々薬剤師会は、スイッチOTCにしたから保険から外せとは主張していません。例えば、有効成分の一覧表を何のために日本薬剤師会が作成したかということ、余分な成分を購入者に買わせないためです。こういうことを地道に進めて、薬剤師が関与しないとセルフケア、セルフメディケーションは難しいと認識してもらえるようにすることが、我々の使命だと思っています。

また、零売に関しては、様々な考え方があります。私は、医療用医薬品には適応症が書いてあるので、その医薬品を選択したことで医師法に触れる可能性が限りなくあるのではないかと考えていますが、やむを得ず販売せざるを得なかった場合、薬剤師は医師法違反を免責されると理解しています。ですから、継続的に反復的に販売するのはその主旨と違うのではないかと考えています。

薬局DXとAI

薬局DXについては、医師からみて薬剤師からどのような情報が来ると有益なのか、薬局薬剤師は医師からどのような情報が来ると有益なのか。病名なのか、病名なら保険病名かレセプト病名かなど、連携しないと、せっかく構築したDXが活かされないことになります。

ちなみに現状、電子処方箋についても紙媒体の処方箋と同様に薬剤師が疑義照会したことに关する記録は備考欄に記載されるのですが、それだけでは、具体的な薬剤師の業務が見えづらいかもしれません。

また、AIについて、専門知識はAIに負けるとよくいわれますが、AIは無駄な情報も含めた過去の経験の蓄積を推論しているので、無駄を省くことはあまりしていません。しかしながら、AIはかな

り良くなったという話もありますが、最終的には、専門家は免許で責任を取る仕事と理解しています。

今後の薬局と薬剤師

今後の薬局と薬剤師についてお話しします。

薬局は医薬品を提供するところなので、地域の実情を理解するマーケティングと顧客管理が重要になります。例えば、子どもが少ない地域では小児用薬の需要がそれほどあるわけではないので、そういうことを皆で理解することが大事です。

これからの薬剤師にまず大事なことは、やる気です。やる気があって、テクニカルスキルがあって、コミュニケーションスキルがあって、最後に心配する気持ちがあることです。これがないと、おそらく機械に負けると思います。

最後に、ドイツのベルリンにある薬局を紹介합니다。棚は液晶パネルです。何がよいのかというと、医薬品の実数が見えないから在庫が少なくて済むことです。もう一つの薬局は、中央にガラス張りの調剤室があり、ここからピッキングマシンが箱ごと持って来てくれるので、薬剤師と患者さんの会話が途切れません。日本ではいったん患者さんを放っておいて調剤室に入ってしまう。そのようなドイツの先進性に学ぶところはあるのではないかと思います。

以上で本日の話を終えさせていただきます。ご清聴、誠にありがとうございました。



薬局や医療を取り巻く環境の変化を語る岩月会長