

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大を—

調査部 副主任研究員 成瀬 道紀

目 次

1. はじめに
2. わが国の薬剤師と対人業務の強化
 - (1) わが国の薬剤師の概況
 - (2) 政府による薬局薬剤師の対人業務強化策
 - (3) 対人業務強化に向けた課題
3. イギリスの事例
 - (1) 多職種連携の促進
 - (2) 処方箋調剤以外の多様なサービス
 - (3) 国民の選択に資する情報提供
 - (4) 規模の格差への対処
4. 求められる政策
 - (1) 多職種連携の促進
 - (2) 処方箋調剤以外の業務の拡大
 - (3) 国民への情報提供の充実
 - (4) 小規模薬局優遇の適正化
5. おわりに

要 約

1. わが国は、医療保険制度の持続可能性を維持しつつ、医療サービスの質向上を図るという重要な課題に直面している。医療における薬物療法の役割の大きさを踏まえれば、こうした課題の解決に向けて薬剤師の能力を最大限に活かすことが不可欠である。本稿は、薬局薬剤師の役割の拡大を進めているイギリスを参照しつつ、わが国の薬局薬剤師がその能力を一段と発揮するためにとるべき政策を考察する。
2. わが国の薬剤師数は31万人（2018年）と、医師数（33万人）に匹敵する規模である。近年、なかでも薬局薬剤師の増加が著しい。薬剤師の業務には、薬の調製（対物業務）に加え、服薬指導や服薬フォロー（服薬遵守状況や薬の効果・副作用の確認）などもある。これらの業務は対物業務との対比で対人業務と呼ばれる。わが国では、プライマリ・ケアと呼ばれる患者に身近な医療において、薬局薬剤師の対人業務への取り組みが不十分との指摘が再三されている。政府もこうした状況を深刻に受け止めており、薬局薬剤師の対人業務強化に取り組んでいる。
3. わが国の薬局薬剤師の対人業務強化に当たり、大きく三つの課題がある。一つ目は、プライマリ・ケアを担うチームの一員としての多職種連携の不足である。病院薬剤師に目を転じれば、患者の電子カルテ等の閲覧が可能で、院内カンファレンスに参加し、多職種で連携してチーム医療を実践している。これに対し、薬局薬剤師は医師とは別の組織に属するという制約もあって、データの共有も含めて医師との連携が十分にとれていないことが多い。例えば、処方箋にはほとんどの場合病名すら記載されていないなど、薬局薬剤師には医師の診断内容や処方意図が共有されていない。
4. 二つ目は、薬局に対人業務強化を促す政策手法の金銭的インセンティブによる誘導への依存過多である。具体的には、薬局が提供するサービスへの対価である調剤報酬について、政府が詳細な要件を定め、それを充足した薬局に対して加算する措置がとられている。もっとも、その要件は外形的なものであり、成果に基づくものではない。このため、必ずしも対人業務の質向上という本来の目的の達成につながっていないうえ、加算取得が自己目的化している面すらある。調剤報酬による誘導に依存せざるを得ない背景には、わが国の薬局が差別化の難しい処方箋調剤に偏重するなか、患者が薬局を選ぶ際に対人業務の質を重視しない傾向があることを指摘できる。
5. 三つ目は、薬局の規模に応じた調剤報酬体系となっており、小規模薬局優遇の弊害が目立つことである。現在の調剤報酬体系は、処方箋受付回数が少ない薬局に手厚くなっている。小規模薬局の優遇は、薬局の規模の違いに起因した卸売との価格交渉力の格差是正や過疎地域における薬局へのアクセス確保などの目的であれば是認されるであろうが、そうした目的は明示されておらず、都市部や病院の門前に複数存在する薬局に対しても規模の小ささのみを理由に一律に優遇されている。こうした状況は、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うえ、薬局に複数の薬剤師が必要な在宅医療への参画や24時間体制の構築を難しくするなど、薬局薬剤師のプライマリ・ケアへの貢献という観点からも問題がある。

6. 翻ってイギリスでは、薬局薬剤師が医師の作成した患者データを閲覧できるITインフラが整備されているうえ、医師と薬局薬剤師との人的交流など、多職種連携を行いやすい環境の醸成に取り組んでいる。薬局は、①セルフメディケーションを含む軽症患者への対応、②リフィル処方箋を中心とした慢性疾患患者への対応、③インフルエンザワクチン接種をはじめとした予防・公衆衛生など、幅広いサービスを提供している。さらに、政府機関のホームページで各薬局のサービス内容や患者からの評価を掲載しているほか、義務教育で薬局について教育するなど、国民への情報提供が充実している。小規模薬局への支援は、原則データに基づき価格交渉力の格差による部分を調整するのみで、過疎地域などで薬局へのアクセスを確保するための追加的な支援は、近隣に他の薬局がない薬局に限定して行っている。

7. 以上を踏まえ、わが国の薬局の対人業務強化に当たり、求められる政策は以下の通りである。第1に、多職種連携の強化である。ポイントは、多職種でデータを連携できるITインフラの構築と、人的交流の促進である。第2に、薬局薬剤師の役割の拡大である。具体的には、セルフメディケーションの強力な推進と、2022年4月から導入予定のリフィル処方箋の普及促進、ワクチン接種等での薬剤師の活用などが挙げられる。第3に、国民への情報提供の充実である。個々の薬局に関する基本情報はすでに都道府県が提供しているものの、患者による評価の追加など内容の充実や、情報提供制度そのものの周知など改善の余地がある。さらに、義務教育の段階から、薬局の役割を含め医療制度を全国民に教育することが有効と考えられる。第4に、小規模薬局の優遇の適正化である。優遇の目的と根拠を明確にして、薬局の規模拡大のインセンティブを阻害しない報酬体系とすべきである。

1. はじめに

医療保険制度の持続可能性を維持しつつ、医療サービスの質向上を図ることはわが国において喫緊の課題である。医療における薬物療法の役割の大きさを踏まえれば、こうした課題の解決に向けて、医師数33万人にほぼ匹敵する31万人（2018年）を擁する薬剤師の能力を最大限に活かすことが不可欠である。

そもそも薬剤師の業務には、医師の処方に従って薬を調製する対物業務に加え、服薬指導や服薬フォローなどの対人業務がある。こうしたなか、プライマリ・ケア（注1）と呼ばれる患者に身近な医療において薬局薬剤師の対人業務への取り組みが不十分との指摘が再三されてきた。その背景には、1970年代以降に診療報酬を用いた誘導によって医薬分業（医師が処方し薬局で薬剤師が調剤する役割分担）を進めてきたというわが国の歴史的経緯がある（注2）。薬を調製する場所が薬局でさえあれば高い報酬を得られる仕組みであったため（注3）、薬局では対物業務が重視されてきた面がある。現在においても、薬局薬剤師の所掌は患者に薬を渡し、飲み方を指導するところまでであり、その後のフォローも本来的な役割に含まれるとの認識は一般には持たれていないであろう。政府もこうした状況を深刻に受け止めており、薬局薬剤師の対人業務強化に取り組んでいる。

もっとも、わが国の取り組みについては、大きく三つの課題が指摘できる。一つ目は、「対人業務」という薬剤師と患者の二者間に閉ざされた呼称からうかがえるように、多職種連携の不足である。プライマリ・ケアはチームで担われなければならない。ところが、処方箋には病名すら記載されていないケースがほとんどであり、薬局薬剤師には医師の診断内容や処方意図が共有されていない。さらに、薬局薬剤師は、医師が勤務する医療機関（本稿では病院・診療所を指す）とは別組織に所属するため、往々にして医師と密にコミュニケーションをとることが容易ではない。コミュニケーションが容易であれば、医療の質向上が期待できる。例えば、利尿薬の副作用で患者に夜間頻尿が生じ、睡眠の妨げになっているとの情報を薬剤師が得て、医師に利尿薬の処方内容変更を提案することなどが考えられる。

二つ目は、薬局に対人業務強化を促す政策手法の問題である。政府は、薬局に調剤報酬（診療報酬のうち薬局に対するもの）を通じ金銭的インセンティブを与えているものの、それが必ずしも意図した帰結をもたらしていない。具体的には、調剤報酬について、政府が詳細な要件を定め、それを充足した薬局に対して加算する措置がとられている。もっとも、その要件は外形的なものであり、成果に基づくものではない。いわば、学生を出席日数のみで評価し、学業の達成度を測らないようなものである。このため、加算の獲得が自己目的化している側面がある。

三つ目は、薬局の規模に応じた調剤報酬体系となっており、小規模薬局優遇の弊害が目立つことである。現在の調剤報酬体系は、処方箋受付回数が少ない薬局に手厚くなっている。小規模薬局の優遇は、薬局の規模の違いに起因した卸売との価格交渉力の格差是正や過疎地域における薬局へのアクセス確保などの目的であれば是認されよう。しかし、そうした目的は明示されておらず、都市部や病院の門前に複数存在する薬局に対しても規模の小ささのみを理由に一律に優遇されている。こうした状況は、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うえ、薬局に複数の薬剤師が必要な在宅医療への参画や24時間体制の構築を難しくするなど、薬局薬剤師のプライマリ・ケアへの貢献という観点からも問題がある。

そこで、本稿では、薬局薬剤師の能力を最大限に活かすためのより望ましい政策を考察する。その際、

イギリスの事例を参照する。同国はプライマリ・ケアの先進国として広く知られ、薬局薬剤師のプライマリ・ケアにおける役割の拡大や多職種連携の強化に積極的に取り組んでいる。薬局の調剤報酬の単価は原則一定であり、わが国のような金銭的インセンティブで薬局を誘導する手法はとられていない。さらに、チェーン薬局と個店薬局（注4）が共存しており、それを支える薬局規模格差への対処法はわが国にとって示唆に富む。

本稿の構成は次の通りである。続く第2章では、わが国の薬剤師の概況と政府による対人業務強化策、およびその課題を整理する。第3章では、イギリスの事例を参照し、わが国も抱える諸課題にイギリスがいかに対処してきたかを明らかにする。以上の議論を踏まえ、第4章では、薬局薬剤師の対人業務強化に向けてわが国が取り組むべき政策を提言する。

- （注1）外来や在宅医療などの身近な医療を指す。入院や先端医療などの二次・三次医療との対比で一次医療とも呼ばれる。なお、入院患者の調剤は病院薬剤師が担うため、薬局薬剤師は外来患者・在宅患者への対応が中心である。
- （注2）例えば、医薬分業元年といわれる1974年には、医師が院外処方することで得られる処方箋料が前年の6点（60円）から50点（500円）に大幅に引き上げられた。
- （注3）調剤（服薬指導等も含む）に対する報酬は、薬局で調剤する院外処方の方が、院内処方の場合よりも顕著に高く設定されている。この構造は現在に至るまで変わっていない。成瀬 [2021b] を参照。
- （注4）チェーン展開していない薬局を指す。なお、例えばドイツでは、薬局の開設が本店に加え支店3店舗まで（本店含め4店舗）と規制されているなど、薬局の大規模チェーン展開を認めていない国もある。

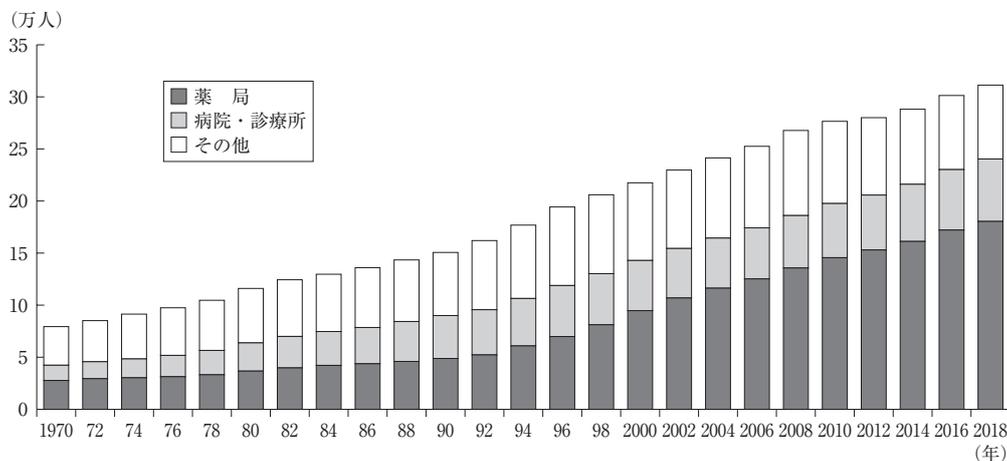
2. わが国の薬剤師と対人業務の強化

(1) わが国の薬剤師の概況

A. 勤務施設別の薬剤師数

わが国の薬剤師数は31万人（2018年）と、医師数（33万人）にほぼ匹敵する。勤務施設別の内訳は、医療機関（病院・診療所）が6万人、薬局が18万人、その他が7万人である（図表1）。このうち医療機関および薬局の薬剤師は、薬剤師免許が必須である。その他7万人の薬剤師は、製薬企業・医薬品

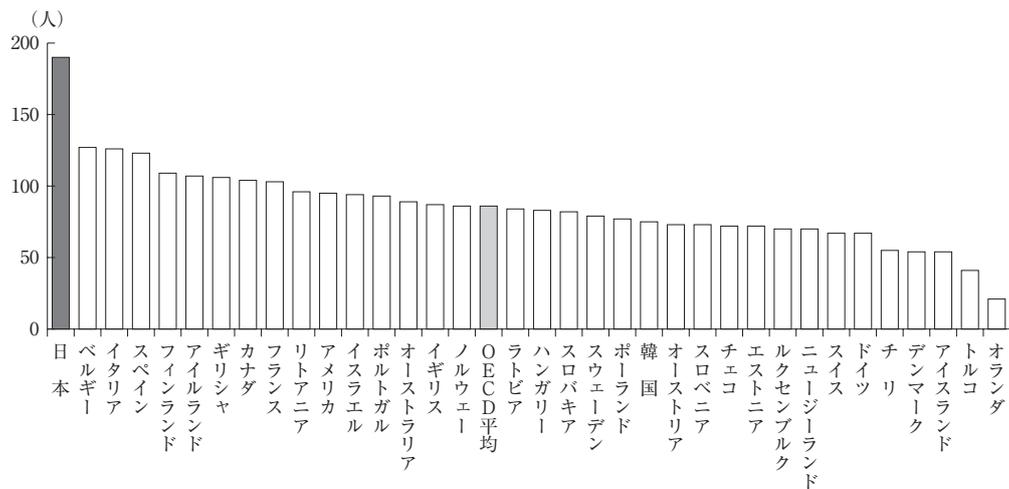
（図表1）勤務施設別の薬剤師数



（資料）厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

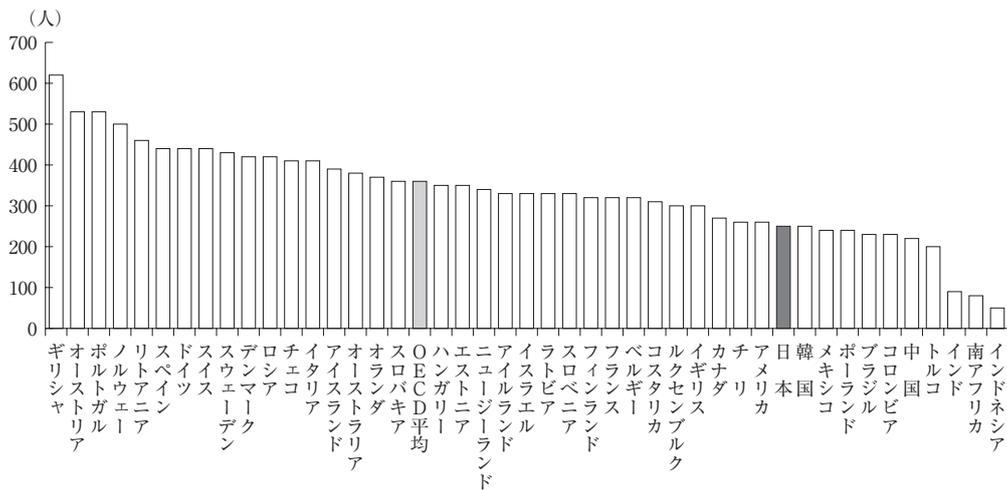
卸・薬事行政などの分野で、免許は必須ではないものの薬学的専門知識を活かして薬に関連する業務に従事している人が多い。薬剤師数は一貫して増加傾向にあり、政府による医薬分業の推進もあって、とりわけ薬局で勤務する薬剤師の増加が顕著である。わが国の人口当たりの薬剤師数は、国際的にみると突出して多い（図表2）。これは、人口当たりの医師数が国際的にみてやや少ないのと対照的である（図表3）。

（図表2）人口10万人当たりの薬剤師数（2019年）



（資料） OECD 「Health at a Glance 2021 OECD INDICATORS」

（図表3）人口10万人当たりの医師数（2019年）



（資料） OECD 「Health at a Glance 2021 OECD INDICATORS」

B. 薬剤師の業務

薬剤師の業務として、一般に想起されるのは調剤であろう。医師の処方の問題がないかを確認（処方監査）し、問題があれば疑義照会を行い、問題がなければ処方通りに薬を調製して患者に交付する。こうしたモノ（薬）を扱う業務を対物業務と呼ぶ。加えて、服薬指導や服薬フォローも薬剤師の職能の根幹となる重要な業務である。これらの業務は対物業務との対比で対人業務と呼ばれる。具体的な業務プロセスやその他の付随する業務は、薬剤師の勤務先がa. 医療機関かb. 薬局かによって異なる。

a. 医療機関の薬剤師

医療機関の薬剤師の業務として特徴的なのは、入院・外来・在宅などそれぞれの患者の薬物療法に対する支援、および、医療機関全体としての薬物療法の指針策定である。入院患者に対しては、調剤に加え、電子カルテなどの患者データを参照しつつ病棟で患者への服薬指導を行い、さらに薬効や副作用の状況をモニタリングする。そこで得られた情報を院内カンファレンス（注5）の場でチーム全体に共有したり、医師へ処方提案を行ったりすることで、個々の患者の薬物療法の方針決定に大きく関与している。

外来患者に対する医療機関の薬剤師のかかわり方は、医療機関で調剤する院内処方と、院外の薬局で調剤する院外処方の場合で異なる。院内処方の場合、医療機関の薬剤師が調剤や服薬指導を行い直接患者に薬を交付する。一方、院外処方の場合は、医療機関が発行した処方箋を患者が院外の薬局へ持ち込む。医療機関の薬剤師は、医師に代わり、調剤を担う院外の薬局からの疑義照会に応じることが多い（いわゆる薬薬連携）。

在宅医療を受ける患者は、院外処方が一般的であるが、在宅医療に力を入れる在宅療養支援診療所（在支診、注6）などでも徐々に薬剤師勤務の事例が出てきている。在支診の薬剤師は、退院前カンファレンス（注7）などに参加し入院中の薬物療法の方針や服薬状況を確認したり、退院後の初診往訪時に医師と帯同して患者宅を往訪し、入院前からの残薬の状況や生活環境を踏まえ医師の処方を支援したりしている。その後の反復的な調剤や服薬指導は薬局の薬剤師が担うケースが多いが、在支診の薬剤師は薬局薬剤師に患者の情報や薬物療法の方針・経緯を共有するなど円滑な連携に注力している。

こうした個々の患者への薬物療法の支援に加え、新薬の評価やフォーミュラリー（注8）の作成など医療機関全体としての薬物療法の指針策定も、医療機関の薬剤師の重要な業務となっている。

b. 薬局薬剤師

薬局薬剤師の主要な業務は、外来と在宅の患者に対する処方箋調剤（服薬指導、服薬フォローを含む）、およびOTC医薬品（注9）の販売である。通常、外来患者に対する処方箋調剤は患者が医師から受け取った処方箋を薬局に持ち込むところから始まる。薬局薬剤師は応需した処方箋を処方監査し、問題がなければ処方箋に従って薬を調製し、患者へ服薬指導をしたうえで薬を交付する。その際、薬局内の調剤録・薬歴に記録を残す。現状、複数の医療機関を受診する患者は、それぞれの医療機関に隣接する薬局（いわゆる門前薬局）に処方箋を持ち込むケースが多く、各薬局の記録だけでは患者の薬歴を網羅できないため、患者が持参したお薬手帳にも薬剤師が薬歴を記録する。さらに、必要に応じて服薬後

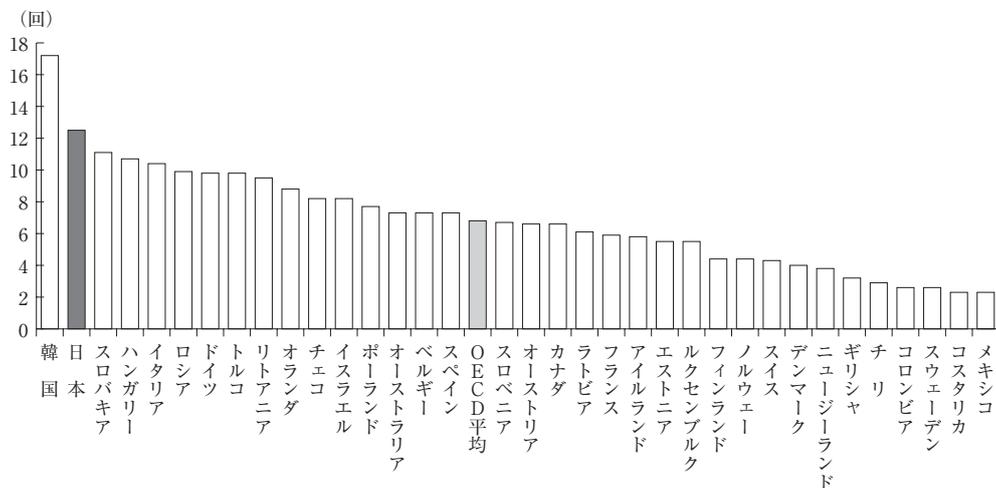
のフォローを行うことが求められているものの（注10）、多くの場合、薬局薬剤師が外来患者と対面する機会は薬を交付する時に限られるため、服薬フォローを行っているケースは現状ではごく一部とみられる。

近年、在宅患者も増加しており（注11）、在宅患者の調剤は主に薬局薬剤師が担っている。この場合、薬局薬剤師は、調剤の後、薬の配送を兼ねて患者宅を訪問し、服薬指導等を行う。在宅医療では、薬局薬剤師が患者と会うタイミングが必ずしも医師による診察の直後ではないため、薬剤師による服薬フォローの重要性は外来患者よりも相対的に大きいと考えられる。在宅患者には終末期の痛患者なども多く、医療用麻薬の取り扱いや無菌調剤などの体制整備が薬局に求められる。なお、薬局薬剤師の在宅医療への取り組みの水準にはばらつきがあり、服薬フォローまで適切に行う場合もあれば、薬の配達以上の役割を期待されていないためか、患者の家に上がれず、家族に薬を渡すだけのいわゆる玄関先対応に終わるケースも少なくないとされる（注12）。

本来、OTC医薬品の販売は薬局薬剤師の重要な業務であるものの、積極的な取り組みは多くない。その要因は、薬局、患者、医療機関それぞれに求めることができる。まず、薬局にとっては、そもそもOTC医薬品で代替できる医薬品も医師が処方し需要が少ないこと、薬局の面積が狭くOTC医薬品の置き場がないなどといった事情がある。次に、患者にとっては、医療機関を受診すれば薬代も含めて公的医療保険の対象となり、薬局で直接OTC医薬品を購入するよりも少ない自己負担で薬を入手できる。さらに、医療機関の側でも、出来高払い制度のもと受診者が増えるほど収入が増えるため、軽症患者の受診を歓迎している面も否めない。わが国の一人当たりの外来受診回数は、OECD平均の2倍近くと突出しており（図表4、注13）、OTC医薬品を用いたセルフメディケーションで対処すべき症状でも、医療機関を受診する患者が多いことを示唆している。

このように、わが国の薬局薬剤師の業務は処方箋調剤が中心となっている。さらに、処方箋調剤に関する業務のなかでも、服薬フォローなどの対人業務が十分に行われておらず、もっぱら処方箋通りに薬

（図表4）一人当たり外来受診回数（2019年）



（資料）OECD「Health at a Glance 2021 OECD INDICATORS」

を調製する対物業務が中心となっている面がある。

実際、冒頭で述べた通り、わが国の薬局薬剤師の対人業務への取り組みが不十分との指摘が再三なされてきた。2018年12月25日の厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会の取りまとめがその代表である。そこでは、次のように厳しい表現で医薬分業や薬局薬剤師の課題が指摘されている。「これまで長らく薬局においては概して調剤における薬剤の調製などの対物中心の業務が行われるにとどまり、薬剤師による薬学的管理・指導が十分に行われているとはいえず…」、「現在の医薬分業は、政策誘導した結果の形式的な分業であって多くの薬剤師・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」。審議会の報告書で、医薬分業のような政府が推進する重要政策をこのように厳しく指摘するのは異例といえよう。

以上のように、薬局薬剤師が本来の役割を果たせていない状況は、わが国のプライマリ・ケアにおける重大な損失といえる。前述の通り、薬局の薬剤師数は18万人にのぼる。これは診療所の医師数（10万人）を大きく上回っており（注14）、その専門分野やマンパワーを踏まえれば、薬局薬剤師はプライマリ・ケアにおける薬物療法の中核的な役割を担うことが期待されている。

(2) 政府による薬局薬剤師の対人業務強化策

政府もこうした状況を深刻に受け止めており、薬局薬剤師の対人業務強化に注力してきた。2015年に厚生労働省が公表した「患者のための薬局ビジョン」では、薬局薬剤師の対物業務から対人業務へのシフト、それぞれの医療機関の門前薬局ではなく特定の「かかりつけ薬局」による一元的・継続的な薬歴管理、24時間対応・在宅医療対応などを今後の薬局のあるべき姿として示している。このビジョンに対しては目立った異論は見られず、薬局が目指すべき姿として妥当なものといえよう。

もっとも、対人業務強化を促す施策は、薬局に金銭的インセンティブを与えて誘導する手法に大きく依存している。具体的には、薬局が提供するサービスへの対価である調剤報酬について詳細な要件を定め、それを充足した薬局に対して加算する措置がとられている。しかも、その要件は外形的なものであり、医療の質向上といった成果に基づくものではない。

薬局に対人業務強化を促す代表的な調剤報酬項目は、地域支援体制加算である。地域支援体制加算では、①麻薬の取り扱いや在宅患者への対応、②かかりつけ薬剤師指導料（注15）に係る届出、③24時間調剤など政府の定めた要件を充足することで、処方箋1枚につき38点（380円）が加算される（図表5）。具体的な要件は、薬局の調剤基本料の区分（後述）によって異なる。地域支援体制加算の要件を充足すれば、①～③の恩恵が及ばない患者も含め薬局を訪れるすべての患者に対して処方箋1枚につき収入が380円増えるため、薬局経営への影響は極めて大きく、インセンティブとしては強力である。もっとも、外形的な要件を満たしたところで、必ずしも対人業務の質が向上するとは限らない。

(図表5) 地域支援体制加算の算定要件

調剤基本料1の薬局	調剤基本料1以外の薬局
①～③すべて、かつ④または⑤を満たす ①麻薬小売業者の免許取得 ②在宅患者に対する薬学的管理指導12回以上 ③かかりつけ薬剤師指導料に係る届出 ④服薬情報の医療機関への提供12回以上 ⑤地域の多職種と連携する会議に出席	①～⑨のうち八つ以上を満たす ①夜間・休日等の対応実績400回以上 ②調剤料の麻薬加算算定回数10回以上 ③重複投薬・相互作用等防止加算40回以上 ④かかりつけ薬剤師指導料の実績40回以上 ⑤外来服薬支援料の実績12回以上 ⑥服用薬剤調整支援料の実績1回以上 ⑦在宅薬剤管理の実績12回以上 ⑧服薬情報等提供料の実績60回以上 ⑨地域の多職種と連携する会議に5回以上出席
共 通	
1,200品目以上の医療用医薬品備蓄 24時間調剤、在宅対応体制の整備・周知 担当者および直接連絡がとれる連絡先電話番号等の周知 患者ごとに適切な薬学管理を行い、かつ、服薬指導を行っている 開局時間平日1日8時間以上、土日何れか、週45時間以上開局 勤務経験5年以上、在籍1年以上、週32時間以上勤務の管理薬剤師 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している 在宅患者に対する薬学的管理指導の体制整備、周知 定期的な研修の実施 医薬品医療機器情報配信サービスへの登録 医薬品安全性情報等の提供体制の整備 パーテーションの設置など患者のプライバシーへの配慮 一般用医薬品の販売 健康情報拠点としての役割を果たす 健康相談または健康教室を行っている旨の掲示・周知 医療材料および衛生材料を供給できる体制の整備 在宅医療に関して医療機関や訪問看護ステーション等との円滑な連携 ケアマネージャー、社会福祉士等との連携 プレアボイド事例の把握・収集に関する取組 副作用報告に係る手順書の作成と報告体制の整備 後発医薬品の調剤割合が50%以上（処方箋集中率が85%超の薬局）	

(資料) 厚生労働省「保医発0305第3号 令和2年3月5日 特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」などより日本総合研究所作成

(注) 調剤基本料1以外の薬局の①～⑧は常勤の薬剤師一人当たりの直近1年間実績。他の回数は保険薬局当たり。

(3) 対人業務強化に向けた課題

このようにわが国では薬局薬剤師の対人業務への取り組み不足が大きな課題として認識され、政府はその強化に向けた施策を進めているものの、いまだ十分な成果は上がっていないのが実情である。わが国における薬局薬剤師の対人業務強化の実現に向けて、大きく以下の三つの課題が指摘できる。

A. 多職種連携の不足

一つ目は、プライマリ・ケアの担い手として期待される薬局薬剤師における多職種連携の不足である。医療サービスは本来、医師・看護師・薬剤師などそれぞれの専門性を持った複数の専門家が協力して提供されるべきものである。例えば、前述のように医療機関の薬剤師であれば、患者の電子カルテなどのデータを参照しつつ、医師に薬物療法の方針について助言をするなど、チーム医療を実践している。一方、薬局薬剤師は医師とは別の組織に属していることが制約となり、データの共有も含めて医師との連携が十分にとれていないケースが多い。

医師から薬局薬剤師への情報は、もっぱら患者が医師から受け取り薬局に持ち込む処方箋によって伝えられる。もっとも、処方箋には病名すら記載されていないことがほとんどであり、薬局薬剤師は病状を患者に確認するか処方された薬から推測するしかない。いわばテストの回答から問題を類推するよう

なものである。例えば、処方箋記載の薬の投与量が前回より減っていた場合、症状が治まったからなのか、副作用が出たからなのかなど、医師の処方意図を薬局薬剤師が把握することは容易ではない。こうした状況での処方監査や服薬指導には自ずと限界がある。

さらに、薬局薬剤師が把握した患者に関する有用な情報を医師に伝える機会も限られる。医師の処方に問題ありと判断された場合、法律上、薬剤師は疑義照会をしなければ調剤できないので、薬剤師は電話などで医師に連絡をとる。もっとも、薬局薬剤師が面識のない医師にコンタクトするハードルは高いとされている（飯岡ら [2012] など）。薬局側では医師の繁閑を把握しにくいこともあって、電話連絡にためらいが生じる。患者の個人情報を取扱うため、情報セキュリティー上Eメールは使いにくい。

在宅患者や介護が必要な患者に対しては、医師だけでなく訪問看護や介護のスタッフなどとの連携が重要となるが、これらの職種と薬剤師との連携も現状十分ではない。これは薬局薬剤師に限った問題ではなく、そもそも医療と介護の連携が不足している面がある。医療・介護・予防・生活支援・住まいなどのサービスの一体的な提供を目指す地域包括ケアシステムの構築が目指されるなか、薬局薬剤師もこれに積極的に参画することが望まれている。

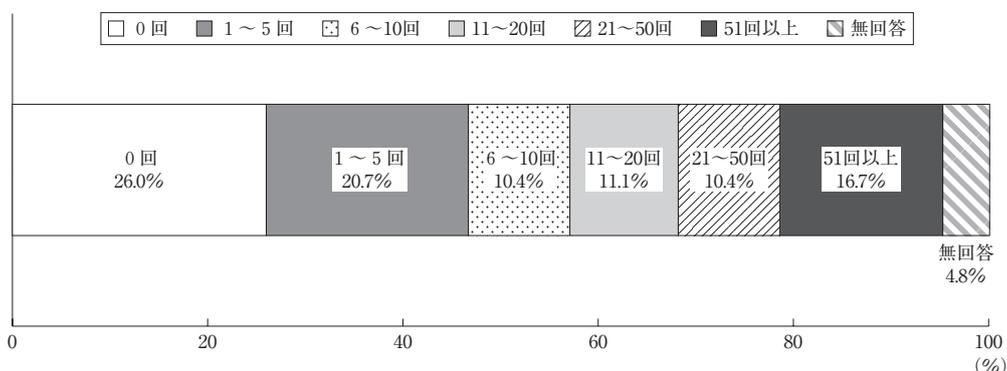
B. 調剤報酬による誘導への依存

二つ目は、薬局薬剤師に対人業務強化を促す施策の調剤報酬による誘導への依存過多である。政府は、地域支援体制加算などにより、詳細な要件を満たした薬局の調剤報酬を加算することで、対人業務を強化するよう薬局を誘導している。医療の質を評価する視点として、Structure（構造）、Process（過程）、Outcome（結果）の三つが知られており（注16）、患者の健康を守るという本来の目的を達成するうえではOutcomeによる評価が望ましい。もっとも、結果や過程を計測するのは難しいため、診療報酬においては看護配置や施設基準のような構造、言い換えれば外形基準による評価が多く用いられる傾向があり（遠藤 [2014] など）、地域支援体制加算はまさにその典型例といえる。構造や過程による評価は、それを満たすことで結果に結び付かなければ意味がないし、インセンティブが大き過ぎると、要件充足による加算の取得が自己目的化する懸念がある。

地域支援体制加算においても、加算取得の自己目的化を示唆するデータが散見される。例えば、同加算を算定するには前掲図表5の通り複数の条件を満たす必要があるが、そのうち、かかりつけ薬剤師指導料に関する項目については、調剤基本料1の薬局は、届出施設にさえなっていれば、算定実績までは求められていない。こうしたなか、かかりつけ薬剤師指導料等届出施設であるにもかかわらず1カ月の間にかかりつけ薬剤師指導料を算定していない、すなわち全く実績のない薬局が26%ある（図表6）。あるいは、同様に24時間体制を整備した（地域支援体制加算の要件）にもかかわらず時間外対応が0件である薬局が37.7%ある（図表7）。患者に加算という追加的な負担を求めながらも、そのニーズと関係なく、形式的に地域支援体制加算の要件を満たしている薬局も存在している可能性がある（注17）。なお、2020年の地域支援体制加算の総額は合計約927億円（注18）に上ると推計される。

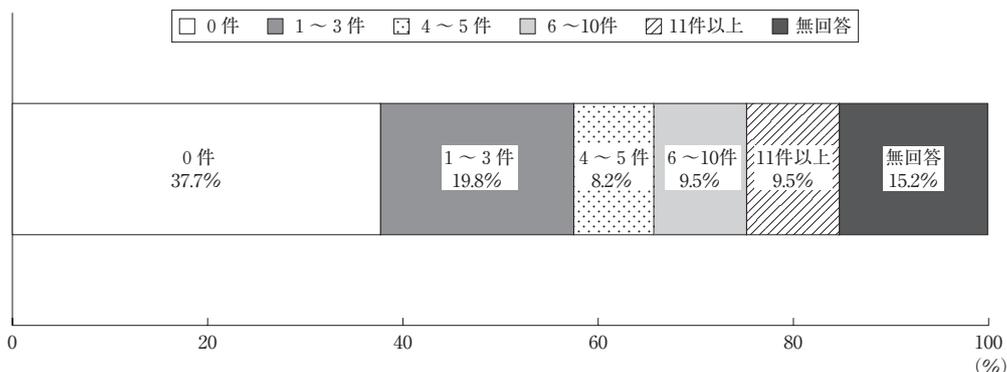
改めて確認すれば、現在のように調剤報酬で誘導する手法では、対人業務の質向上という本来の目標の実現に必ずしもつながっていないうえ、加算取得の自己目的化や費用の増大などの弊害も懸念される。そもそも、患者が薬局を選ぶ際に対人業務の質を重視するのであれば、あえて政府が調剤報酬で薬局を

(図表6) かかりつけ薬剤師指導料等届出施設における同指導料算定回数 (2018年3月)



(資料) 厚生労働省「平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 (令和元年度調査) 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 (案)」

(図表7) 24時間対応可能な体制を整備した薬局の時間外対応件数 (2019年4月~6月の3カ月間)



(資料) 厚生労働省「平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 (令和元年度調査) 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 (案)」

誘導する必要性は小さい。本来、患者の目こそが重要であり、対人業務をなおざりにする薬局は、患者を失い淘汰されるというのが本来の姿であろう。

もっとも、わが国では患者が薬局を選ぶ際に対人業務の質を考慮せず、処方を受けた医療機関に隣接した門前薬局を利用する傾向がある。その背景として、わが国の薬局の処方箋調剤への偏重が指摘できる。患者は医療機関の受診後以外に薬局と接する場面がなく、薬局のサービスを評価する機会が少ない。さらに、処方箋調剤は基本的にどの薬局へ行っても同じ薬が交付されるため、差別化が難しい。処方監査は薬剤師の重要な役割であるが、疑義照会から処方変更に至る頻度は少ないなか (注19)、患者が疑義照会により危険を回避することで薬剤師の業務の質を評価する場面は限られる。このように、患者による対人業務の質の評価が薬局への十分なインセンティブとなっていないため、やむを得ず調剤報酬による誘導に依存している面もあるといえよう。

C. 目的と根拠が不明確な小規模薬局の優遇

三つ目は、小規模薬局が優遇されているものの、目的と根拠が不明確であるうえ、弊害が目立つこと

である。小規模薬局の優遇は、本来、主に次の二つの目的のもと是認されるであろう。一つは、過疎地域などでの薬局へのアクセス確保である。もう一つは、卸売との間で劣位になりがちな価格交渉力の補償である。薬の販売価格は公定価格である一方、仕入価格は市場価格であるため、一般に価格交渉力の弱い小規模薬局ほど薬価差益（薬の販売価格と仕入価格の差）を得にくくなる（注20）。すると、サービスの質よりも価格交渉力で薬局の優劣がつくことになりかねない。

問題は、政府がこうした目的を明示せず根拠に乏しい方法で小規模薬局を優遇していることにある。具体的な仕組みは、処方箋1枚ごとに薬局の区分に応じた点数が付与される調剤基本料において、処方箋受付回数が少ない薬局が点数の高い調剤基本料1に区分されやすくなっている（図表8）。処方箋集中率（注21）が80%の場合、処方箋受付回数が月間4,000枚以下であれば調剤基本料1（42点：420円）となるが、4,000枚を超えると調剤基本料2（26点：260円）となる。この差額の160円（420円－260円）について明確な根拠は見当たらない。さらに、前述の地域支援体制加算（38点：380円）は調剤基本料1か否かで要件が異なる。その結果、調剤基本料1以外の薬局では加算の取得が極めて困難となっている（図表9）。そもそも、なぜ対人業務の強化を促す地域支援体制加算が小規模薬局を優遇する調剤基本料の区分と結び付いているのか論理的な理解が難しい。

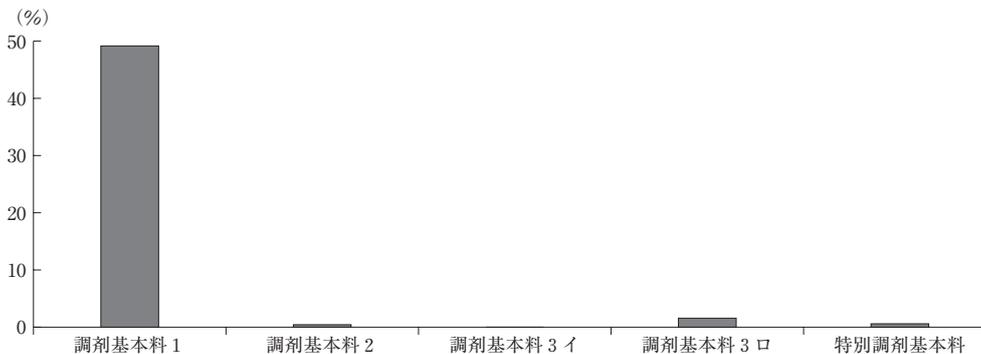
これらの仕組みは、薬局の規模拡大のインセンティブを著しく削いでいると言わざるを得ない。処方

（図表8）調剤基本料の区分

区分	要件		点数
	処方箋受付回数等	処方箋集中率	
調剤基本料1	調剤基本料2、調剤基本料3および特別調剤基本料以外		42点
調剤基本料2	①	処方箋受付回数が月2,000回超～4,000回	26点
	②	処方箋受付回数が月4,000回超	
	③	処方箋受付回数が月1,800回超～2,000回	
	④	特定の医療機関からの処方箋受付回数が月4,000回超	
調剤基本料3	イ	同一グループで処方箋受付回数が月3万5,000回超～4万回	21点
		同一グループで処方箋受付回数が月4万回超～40万回	
	ロ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超	16点
特別調剤基本料	医療機関敷地内の薬局等		11点

（資料）厚生労働省「令和2年度診療報酬改定の概要（調剤）」より日本総合研究所作成

（図表9）調剤基本料区分ごとの地域支援体制加算の算定割合（2020年6月審査分）

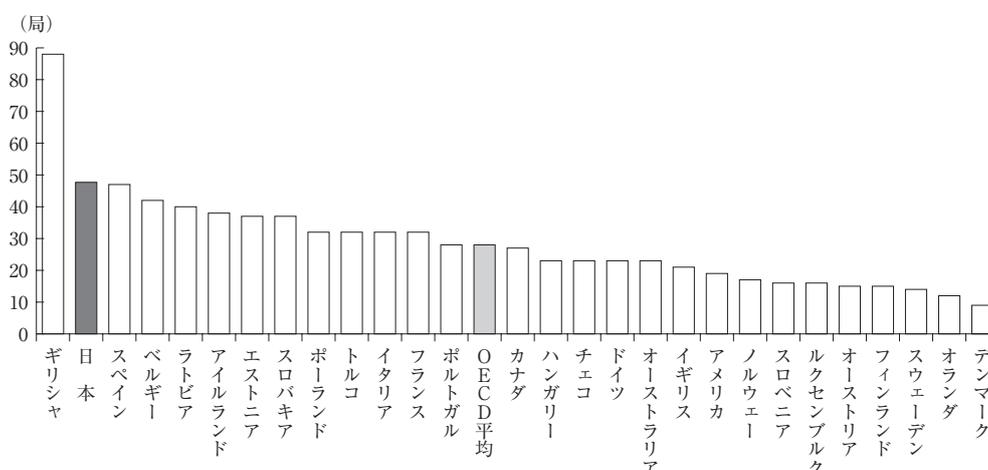


（資料）厚生労働省「社会医療診療行為別統計」

箋受付回数が閾値を超えることで、全く同じサービスを提供していても処方箋1枚当たり540円（160円＋380円）も収入が減少するケースが出てくる。閾値の前後で価格交渉力が急激に強まり薬価差益が増大するとは考えにくく、患者を増やして閾値を超えたら、調剤基本料1から外れて大幅減収に陥ることになりかねない。

実際、人口当たりの薬局数は、わが国はOECD諸国でギリシャに次いで多い（図表10）。過疎地でも薬局へのアクセスが確保されたという側面はあるかもしれないが、薬局の規模を拡大する意欲が削がれ、必要以上に都市部や病院の門前に小規模薬局が乱立した結果とみることもできるだろう。

（図表10）人口10万人当たりの薬局数（2019年）



（資料）OECD「Health at a Glance 2021 OECD INDICATORS」、厚生労働省「衛生行政報告例」、総務省「人口推計」
（注）日本以外はOECDの公表値。日本は「衛生行政報告例」、「人口推計」より日本総合研究所が試算。

こうした薬局規模拡大のインセンティブの阻害は、薬局薬剤師の対人業務強化という観点から三つの問題がある。第1に、対人業務の質を高めて患者をより多く獲得しようとする健全な競争の妨げとなる。第2に、プライマリ・ケアで重要な在宅医療への取り組みや24時間対応を難しくする。少数の薬剤師で運営する小規模薬局では、患者宅への訪問や24時間体制の構築は物理的に困難な面がある。第3に、オンライン服薬指導（注22）なども含めたデジタル化への投資（注23）や多品目の在庫への投資などが行いにくくなる。こうした投資は小規模薬局でも可能だが、規模の大きい薬局の方が効率的に投資しやすい。

（注5）医師・看護師・薬剤師などの病院内の医療スタッフで、患者の治療方針などを打ち合わせる会議。

（注6）24時間対応など在宅医療を担うのに求められる一定の基準を満たし届出をした診療所。なお、本稿における在宅医療に関する記述に関しては、在宅療養支援診療所薬剤師連絡会〔2021〕を多く参考にしている。

（注7）退院に先立ち、病院の医師・薬剤師・看護師など入院中の医療提供者と、在宅医療や介護など退院後の支援をする専門家などの間で情報共有・引継ぎ等を行う会議。

（注8）医師が処方する薬を選択する際の指針となる薬剤のリスト。有用性・安全性・経済性等の評価に基づき、疾患の種類や重症度に応じて、推奨される薬剤の優先順位が示される。

（注9）医師の処方箋がなくても購入できる医薬品。要指導医薬品と一般用医薬品（第1類～第3類）に区分される。なお、要指導

医薬品と第1類一般用医薬品を販売できるのは薬剤師のみである。第2類および第3類の一般用医薬品は薬剤師または登録販売者が販売できる。

- (注10) 2020年9月施行の改正薬剤師法、および改正薬機法（正式名称：医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律）において、薬剤師の服薬フォローの義務が明文化された。すべての患者に対してではなく、必要な場合に服薬フォローを義務付けており、その判断は事実上薬剤師の判断にゆだねられている。なお、改正前は服薬フォローが不要であったわけではなく、もともと必要であったものが法律上明文化されたという位置付けである。
- (注11) 厚生労働省「平成29年患者調査の概況」によれば、わが国の在宅医療を受けた患者数は、2005年の6.5万人から2017年には18万人に増加した（該当年の調査日1日に受診した人数）。
- (注12) 在宅療養支援診療所薬剤師連絡会〔2021〕の114ページ、138ページなど。
- (注13) 一人当たりの外来受診回数のトップは韓国である。韓国はわが国同様、フリーアクセス（家庭医制の未導入）・出来高払い・公的医療制度による低い自己負担・リフィル処方箋の未導入など、外来受診回数が増えやすい条件が揃っている。さらに、西洋医療と韓方医療（韓国の伝統医学に基づく医療）が公的医療制度のなかでそれぞれ別々のシステムとして認められていることも、外来受診回数の押し上げに作用している可能性がある。
- (注14) イギリスをはじめ欧米では、診療所がプライマリ・ケア、病院が入院と役割分担が明確な国が多い。わが国の場合、病院と診療所の役割分担が明確ではなく、病院もプライマリ・ケアの機能を一定程度有しているものの、プライマリ・ケアの担い手のメインは診療所である。なお、院外処方箋の発行元の78%が診療所である（厚生労働省「令和2年度調剤医療費（電算処理分）の動向」）。
- (注15) 一定の要件を満たして届出をした薬局の薬剤師が、医師と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握したうえで患者に対して服薬指導を行った場合などに算定できる。患者からの書面による同意が必要である。あいまいな要件が多いため、事実上患者から書面による同意を得られるかどうか最大のポイントになっている。
- (注16) 医療の質を、Structure、Process、Outcomeの三つの視点で評価する考え方は、1966年にアメリカのDonabedianによって提唱された。
- (注17) 地域支援体制加算の要件は、形式的に満たすだけでは効果が期待できない項目が他にもみられる。例えば1,200品目以上の医療用医薬品の備蓄という要件は、使われる見込みがなくても1錠ずつ備蓄しておけば充足できる。地域の多職種と連携する会議に出席しても居眠りをしていたら意味がない。さらに、在庫の備蓄品目数も含め、行政として要件を形式的に充足しているかすら、検証する手段に乏しい項目も散見される。
- (注18) 厚生労働省「社会医療診療行為別統計」の2020年6月審査分の数値（77.3億円）を12倍して計算した。
- (注19) 日本薬剤師会「平成27年度全国薬局疑義照会実態調査報告書」によれば、薬局で応需した処方箋のうち疑義照会を行ったものは、2.56%であった。そのうち、処方箋の形式的な不備（形式的疑義照会）を除き薬物療法の内容に関する疑義照会（薬学的疑義照会）が78.10%、薬学的疑義照会のうち処方変更に至ったものが74.88%であった。
- (注20) 2020年に薬局が得た薬価差益は、わが国全体で総額4,485億円と推計される。これはサービスの対価である技術料の総額1兆8,779億円（推計値）の約24%に相当する。推計方法は、成瀬〔2021b〕参照。
- (注21) 薬局が受け付けた全処方箋のうち、受付回数が最大となる医療機関からの処方箋の比率。
- (注22) 通信機器を活用して服薬指導等を行うこと。オンライン診療と親和性が高い。在宅患者に対して、薬剤師が服薬指導をオンラインで実施し薬の配送は配送業者に任せれば、薬剤師が毎回患者宅を訪問する必要がなくなるし、患者にとってはいつでも服薬指導を受けられる安心感が得られる。さらに、外来患者等への服薬フォローは、これまで薬を渡したあと薬剤師が患者と会う機会がないことがネックとなっていたが、オンラインであれば会わなくてもフォローが可能である。こうしたことから、オンライン服薬指導の普及が望まれる。
- (注23) 在庫管理などのいわゆる効率化のためのデジタル化投資も、薬剤師が対人業務に注ぐ時間を十分に捻出するうえで重要である。

3. イギリスの事例

わが国がこうした課題を乗り越え、薬局薬剤師の対人業務強化の具体的手法を検討するに当たり、イギリス（注24）の事例が示唆に富む。本章では、イギリスの薬局や薬剤師に関する政策を紹介するが、前提として、わが国とイギリスの医療提供体制の違いを踏まえておいた方が、全体像を捉えやすい。イギリスは、国民一人ひとりがGP（General Practice：家庭医または総合診療専門医）に登録しており、救急の場合を除きまずGPを受診する。多くの場合はGPが自ら治療し、入院や先端医療などが必要であれば病院の専門医を紹介する。GPの報酬は登録された患者数に基づく人頭払いが基本であり（注25）、医療サービスの供給量を増やす金銭的インセンティブは限定的である。この点、フリーアクセス、出来

高払いを特徴とするわが国と大きく異なる。

イギリスにおいても、薬局薬剤師が十分活用されていないという問題意識が広くもたれ、薬局薬剤師がプライマリ・ケアのチームの一員としてより幅広いサービスを提供することが、GPの負荷を低減し医療サービスの持続可能性を維持するうえで不可欠と認識されてきた（注26）。その実現のためには、薬局薬剤師の多職種連携が急務との認識が共有され、その強化に向けて各種取り組みが行われてきた。調剤報酬は、原則薬剤1種類につき1.29ポンド（注27）と一定であり、わが国のような調剤報酬による誘導に依存した対人業務強化策はみられない。その背景には、患者が薬局のサービスを評価して薬局を選択できる環境が整っていることがある。薬局規模の格差への配慮は、薬価差益の部分の調整と患者の薬局へのアクセスの確保など、目的と根拠を明確にしたうえで小規模薬局を支援している。

(1) 多職種連携の促進

薬局の薬剤師は医療機関の医師と異なる組織に属するため、多職種連携に一定の困難が伴うことは、わが国に限らず世界共通の現象である。イギリスにおいても、ごく最近まで、薬局薬剤師は孤立し、地域の医療チームに統合されていなかったと指摘されていた（Richard Murray [2016] など）。こうした状況の克服に向けて、イギリスでは主に二つの取り組みが進められている。

一つは、デジタル技術を活用した医療従事者間での患者データの共有である。イギリスではSCR（Summary Care Record：サマリーケアレコード）と呼ばれるGPが作成した患者のデータベースをNHS（公的医療制度を運営する政府組織）のセンターサーバーで管理しており、2016年から薬局薬剤師もアクセスが可能となった。SCRの基本情報および追加情報は次の通りである。

基本情報：患者の薬歴、アレルギー、副作用

追加情報：投薬の理由、診断内容、ワクチン接種情報など

追加情報もオプトアウトの手続きをした患者を除いて表示される（注28）。SCRにより、薬局薬剤師は患者の状況を正確に把握したうえで、処方監査や服薬指導などの業務を行うことが可能になる。なお、現時点ではSCRに薬局の薬剤師側からの情報提供はできないが、今後書き込み可能とすることも検討されている（Richard Murray [2016]）。

さらに、異なる組織に所属する医療従事者間で、患者などに関する機密性の高いデータをやりとりできるクラウドベースのセキュリティーが確保されたメールサービスが提供されている。これはNHS-mailと呼ばれ、薬局薬剤師は、患者の服薬フォローの結果や患者に対して行った指導などをGPなどに伝えることができ、GPは空いた時間にその内容を確認することができる。

もう一つは、多職種の交流である。イギリスでは、薬剤師とGPなど他の職種との関係の構築の重要性が強く認識されている。多職種がお互いを理解し合うための具体的な取り組みとして広く知られているのが、ロンドンのルイシャム区のCCG（注29）が2015年に実施したWalk in my Shoesというプロジェクトである。同プロジェクトでは、42ある域内すべてのGPの診療所と、45の薬局（域内薬局の79%に相当）が参加し、GPと薬剤師などが相互に相手の職場を訪問した。参加者からは、相互理解が進み、ミスの削減や効率化につながったと好評を博した。後日PSNC（注30）がその効果を取りまとめ、GPなどの関係者へ参加を促す文書の雛形や相互訪問時に相手に伝えるべき内容のチェックリストなどのツール

ルを公表した。こうしたツールを活用しつつ、同様の取り組みが他の地区に横展開されている。

このように、デジタル技術の活用と地道な人的交流の両輪で取り組むことによって、イギリスの薬局薬剤師は、組織の壁を越えて多職種連携を強化している。

(2) 処方箋調剤以外の多様なサービス

イギリスの薬局が提供するサービスは、わが国よりも幅広い。薬局のサービスの内容は、2005年以降CPCF (Community Pharmacy Contractual Framework) というフレームワークに基づくNHSとの契約によって定められている (図表11)。調剤 (Dispensing Medicines) 以外にも多数のサービスがあり一見して特徴を掴みにくいが、Pharmacy Voice他 [2016] で今後の薬局に求められる基本的な役割として提示された次の三分野を念頭に整理するとイギリスの薬局薬剤師の業務の特徴を理解しやすい。

(図表11) CPCFで定義された薬局のサービス

サービス名	概要
Essential Services (基本サービス)	すべての薬局が提供すべきサービス。
調剤 Dispensing Medicines	処方箋に基づく調剤。服薬指導を実施。調剤や指導の内容は記録に残す。
医療器具の供給 Dispensing Appliances	医療器具の販売。
リフィル処方箋 Repeat Dispensing	リフィル処方箋に基づく調剤。同じ薬が継続的に必要な患者に対して、処方箋を繰り返し利用することで一定期間医師を受診することなく調剤が可能。
退院時医薬支援サービス Discharge Medicines Service	病院・NHSからの紹介を受けた退院後の患者に対して、薬物療法に関するコンサルティングを実施。薬局は入院中のデータなどの連携を受ける。
公衆衛生 Public Health	年6回の健康増進キャンペーンに参加。薬局へのポスターの掲示など。
地域の医療福祉サービスの案内 Signposting	顧客の状況に適した地域の医療や社会福祉のサービスを提供する施設を紹介。
セルフケアのサポート Support for Selfcare	セルフケアを行う患者への助言。OTC医薬品の販売。必要であれば受診を勧奨。
不要な薬の廃棄 Disposal of Unwanted Medicines	患者から不要になった薬を受け取り廃棄。
Advanced Services (高度サービス)	基準を満たし契約した薬局が提供するサービス。
医療器具使用レビュー AUR (Appliance Use Review)	特定の医療器具に関して適切な使用方法を指導。
薬局薬剤師相談サービス CPCS (Community Pharmacist Consultation Service)	NHS111やGPなどからの紹介を受けて、薬局薬剤師が軽症の患者へコンサルティングを実施。
新型コロナ検査キット供給サービス C-19 Lateral Flow Device Distribution Service	新型コロナウイルス検査キットを供給。
インフルエンザワクチン接種サービス Flu Vaccination Service	インフルエンザワクチンの予防接種。
C型肝炎検査サービス Hepatitis C Testing Service	C型肝炎の抗体検査を実施。
高血圧症例発見サービス Hypertension Case-Finding Service	原則40歳以上で高血圧の診断を受けていない人の血圧を測定し、助言の実施やGPへの受診を指示。
新薬サービス NMS (New Medicine Service)	慢性疾患患者に新たな薬が処方された場合に、服薬指導を実施。2～3週間後に服薬フォローを実施。
ストーマ器具のカスタマイズ SAC (Stoma Appliance Customisation)	ストーマ (人工肛門) のカスタマイズと使用法の指導。
禁煙サービス Stop Smoking Advanced Service	病院からの紹介で患者の禁煙をサポート。
Locally Commissioned Services (地方委託サービス)	NHSの地方組織ごとにそれぞれ独自のサービスを薬局に委託。

(資料) Pharmaceutical Services Negotiating Committeeホームページなどより日本総合研究所作成

-
- A. 軽症患者への対応
 - B. 慢性疾患患者への対応
 - C. 予防・公衆衛生

A. 軽症患者への対応

イギリスでは、軽症患者は薬局薬剤師が対応するという役割分担が明確である。具体的には、セルフメディケーションが広く浸透していること、薬局薬剤師相談サービスという薬剤師が軽症患者を診察する制度があることが特徴的である。

CPCFで定義された薬局が提供するサービスとして、セルフケアのサポート、すなわちOTC医薬品の販売などセルフメディケーションの支援がある。セルフメディケーションの支援が薬局薬剤師の業務に含まれること自体にわが国と違いはないが、イギリスでは軽症でGPを受診することは少なく、セルフメディケーションが広く浸透している。その理由は大きく二つある。一つは、軽症患者はすぐにGPを受診できないことである。イギリスでは医療のニーズに応じて受診の優先順位がつけられるため、軽症では受診できるまでに時間を要する傾向がある（注31）。このため、感冒や胃腸炎などの患者は受診する頃には病気が治っているという事態となり（高屋 [2010]）、薬で症状の緩和を図りたい患者の多くは、薬局で薬剤師と相談してOTC医薬品を購入する。

もう一つは、わが国のように処方薬の自己負担の方がOTCを買うより安いといういわば逆転現象が起りにくいことである。イギリスの公的医療は原則無料であるが、処方薬に関しては1品目当たり一律9.35ポンドの自己負担が求められる。このため、風邪薬などの安価な医薬品は、薬局でOTC医薬品を購入した方が患者の金銭的負担は小さくなる。この処方薬に関する9.35ポンドの自己負担は、子供・高齢者・低所得者などの社会的弱者は免除されている。免除の該当者は、Minor Ailment Schemeという制度により、一定のOTC医薬品の薬局での購入をNHSによる給付対象としている。この結果、患者の属性にかかわらず、GPを受診して処方箋をもらった方が薬局で購入するより自己負担が少なく済むという事象は起りにくくなっている。

さらに、2019年10月にCPCFに追加された薬局薬剤師相談サービスは、軽症患者は薬剤師が対応するというプライマリ・ケアにおける役割分担をより鮮明に示している。同サービスでは、医療の電話相談窓口であるNHS 111で、薬局で対応すべき患者と判断されれば、薬局が紹介される。2020年11月からは、GPが自ら診察せず患者を薬局に紹介するという流れも認められるようになった。患者の紹介を受けた薬局は相談料として1回につき14ポンドの収入をNHSから得る。軽症患者の診察を薬剤師が行うことが制度上位置付けられ、それに対する報酬も用意されたと捉えることができる。なお、薬局薬剤師相談サービスを提供するためには、薬局はプライバシーを確保できる診察室を有する、SCRやNHSmileへの接続環境を整えるなどの条件を満たす必要がある。

B. 慢性疾患患者への対応

薬局薬剤師が慢性疾患患者の薬物療法に関して主体的な役割を果たすうえで最も重要なのが、リフィル処方箋である。リフィル処方箋とは、症状が安定した慢性疾患患者などに対して、定められた期間繰

り返し使える処方箋である。患者としては、一定の期間GPを受診せずに薬局で薬を受け取れる。薬局薬剤師にとっては、一回限りの処方箋にも増して、患者の容体変化や服薬遵守状況・効果・副作用などに対するモニタリングが求められる。患者が薬局を訪れる前にGPを受診していない分、薬局薬剤師の臨床能力がより問われるのである。このため、リフィル処方箋を使う患者は、対人業務の質をより重視して薬局を選び、自らの状況を理解している薬局に継続的に通うことになりやすい。

わが国では2022年4月からリフィル処方箋が導入される予定であるが、イギリスでは2005年から全国的に導入され、広く浸透している。イギリスでリフィル処方箋が順調に普及した背景として、GPからすると、人頭払いを基本とした報酬体系のため、受診回数が増えても収入増加につながりにくいことがある。医学的に診察の必要性がない限り、リフィル処方箋を発行して患者に直接薬局に行ってもらった方が、GPは重症患者への対応などにより多くの時間を割くことができる。患者としても、定期的に必要な薬について、予約が必要なGPを毎回受診することなく、直接薬局で受け取ることができるのは利便性が高い。

C. 予防・公衆衛生

CPCFで定義されたサービスの項目数としては、予防・公衆衛生にかかわるものが多い。健康増進キャンペーンへの参加（ポスターの掲示など）や、高血圧症例発見サービス、C型肝炎検査、禁煙のサポート、インフルエンザのワクチン接種など幅広い。こうしたサービスを通じて、薬局が国民にとって身近な存在になっていると考えられる。

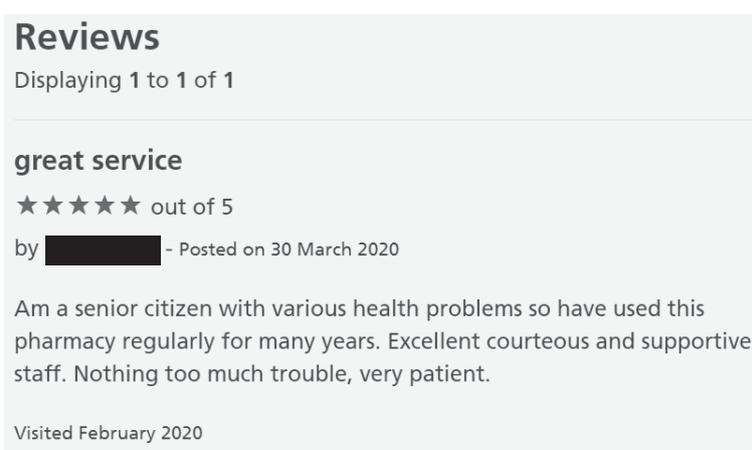
イギリスの予防・公衆衛生の分野の薬局のサービスに関して、わが国と比較して二つの特徴を指摘できる。一つは、わが国では医師自ら、または、医師の指示の下で行うとされるインフルエンザのワクチン接種を、薬局薬剤師が行えることである。これにより、GPの負担が軽減されている。もう一つは、高血圧症例発見サービスなどわが国にはそもそも公的医療保険の範疇にない予防分野のサービスを、イギリスでは公的医療制度の枠組みのなかで薬局が提供していることである。高血圧症例発見サービスでは、原則40歳以上の人に対し、血圧を測定・記録（注32）し、その値に応じて薬剤師が生活習慣を助言したり、直ちにGPを受診するよう指示したりする。こうしたサービスは、限られたエリアで費用対効果に優れていることが実証されたうえで、全国的なサービスとして展開されるのが通例である。

このようにイギリスの薬局薬剤師の業務は、処方箋調剤にとどまらず幅広い。人口当たりの薬剤師数がイギリスの2倍超のわが国で（前掲図表2）処方箋調剤以外の業務への取り組みが限定的であるのに対し、イギリスは薬局薬剤師の活用が進んでいるといえよう。さらに、薬局が多様なサービスを提供することは、患者が差別化されやすい対人業務の質を踏まえて薬局を選びやすい環境を醸成している。まず、国民が薬局のサービスに接する場面が増え、薬局のサービスを評価する機会が増える。患者が医療機関で処方箋を受け取り持ち込む薬局を選択する際にも、これまでに薬局から受けた処方箋調剤以外のサービスを参考にできる。次に、薬局薬剤師相談サービスやリフィル処方箋などより高度な臨床能力が求められるサービスも含まれるため、患者が自らの健康を守るためにも薬局薬剤師の対人業務の質を重視することになる。

(3) 国民の選択に資する情報提供

イギリスでは、政府が各種の情報提供を行うことで、国民が薬局を選択・利用することをサポートしている。一つは、NHS Choicesである。各薬局が提供しているサービス内容や営業時間などの基本的情報を、NHSのホームページで公開し、そこにあたかも通販サイトのように利用者がレーティング（5段階）やレビューを残せるようになっている（図表12）。はじめて薬局を利用する人も、こうした情報を参考に自らに適した薬局を選ぶことができる。

（図表12） NHS Choicesの薬局に対する患者レビューの例



（資料） NHSホームページ
（注） 投稿者の名前部分は日本総合研究所にて黒塗り。

もう一つは、学校教育である。イギリスでは、小学校から中学校にかけて、Step into the NHS（NHSへの一歩）というカリキュラムで、薬剤師も含めたNHSを支える多様な職業について学ぶ。さらに中学校では、Knowing your NHS（あなたのNHSを知ろう）というカリキュラムで、GP・薬局・NHS111などが提供しているサービスの内容と、症状に応じてどのサービスを選ぶべきかなどについて理解を深める。これらのカリキュラムのコンテンツは、NHSのホームページに公開されており、生徒のみならずすべての国民が適宜参照できる。イギリスの世論調査ではイギリスで誇れるものとしてNHS制度がトップとなっているが（注33）、このように義務教育の段階からNHS制度への理解を深めていることも大きく寄与していると思われる。

こうした教育や情報提供により、イギリス国民は、どのような時に薬局に行き、具体的にどの薬局を選ばよいかという判断がしやすくなっている。

(4) 規模の格差への対処

イギリスにおいても、Bootsをはじめとする大手チェーン薬局とチェーン化していない個店薬局が並存している。イギリスでも薬局規模の格差を是正する制度はあるが、薬価差益の調整、薬局へのアクセスの確保など目的や根拠を明確にして小規模薬局を支援している点がわが国と大きく異なっている。

イギリスでもわが国と同様に薬の販売価格は公定薬価として定められている一方、仕入価格は市場価格である。販売価格と仕入価格の差が薬価差益となるが、価格交渉力の強い大手チェーン薬局は同じ薬でもより安く仕入れることができ、大きな薬価差益を得られる。そこで、NHSが薬局に薬剤費を償還する際、公定薬価から規模に応じた割引率を差し引いた金額で償還することで、規模による薬価差益の格差を是正している。割引率は、薬剤販売額が月間125ポンド以下の最も小規模な薬局で5.63%、同じく月間16万ポンド超の最も大規模な薬局で11.5%である。例えば、薬価100ポンドの薬を販売した場合、薬局の規模により償還価格が94.37 (=100-5.63) ポンドから88.5 (=100-11.5) ポンドと異なり、小規模な薬局ほど高い価格で償還を受ける。この割引率は、Margin Surveyと呼ばれる薬局の薬の仕入価格の調査に基づき薬局の規模ごとに定められている。

こうした薬価差益の調整のほかに、Pharmacy Access Scheme (PhAS) という小規模薬局を支援するスキームがある。PhASでは、半径1マイル(約1.6km)以内に他の薬局がない薬局に対して規模に応じた補助金が交付される(図表13)。各薬局に対する補助の金額は、年間の調剤数(注34)が45,001~60,000回の規模の薬局に対して最大となっているが、調剤1回当たりに換算すれば、おおむね規模の小さい薬局ほど金額が大きくなる。本スキームにより、人口が少なく多くの患者を集めることが難しい地域でも、薬局の経営が可能となり、国民の薬局へのアクセスが確保される。

(図表13) 薬局規模別のPhASの補助額

年間調剤数(回) (Single Activity Feeの数)	月間補助額 (ポンド)
1,200~2,500	109.38
2,501~5,000	291.67
5,001~10,000	546.88
10,001~15,000	765.63
15,001~20,000	947.92
20,001~25,000	1,093.75
25,001~30,000	1,203.13
30,001~35,000	1,276.04
35,001~40,000	1,348.96
40,001~45,000	1,421.88
45,001~50,000	1,458.33
50,001~55,000	1,458.33
55,001~60,000	1,458.33
60,001~65,000	1,421.88
65,001~70,000	1,348.96
70,001~75,000	1,276.04
75,001~80,000	1,203.13
80,001~85,000	1,093.75
85,001~90,000	947.92
90,001~95,000	765.63
95,001~100,000	546.88
100,001~102,500	291.67
102,501~104,789	109.38

(資料) NHS Business Services Authority 「Drug Tariff」より日本総合研究所作成

(注24) イギリスは、イングランド・ウェールズ・スコットランド・北アイルランドの四つのカントリー(国)から成り、医療制度はカントリーごとに異なる。本稿でイギリスの医療制度に関して述べる場合は、イングランドの医療制度を指す。なお、イングランドはイギリスの人口の約84%を占める。

(注25) ただし、Enhanced Servicesと呼ばれる一定の高度なサービスには出来高払いが適用される。

(注26) Richard Murray [2016]では、「It is widely recognized that community pharmacists and their teams are an underutilized resource.」、「As essential members of the wider primary care team, the ability of community pharmacy to provide a wider range of services, at scale, that reduces pressure on general practice make it an urgent necessity to make progress at greater pace.」としている。

(注27) Single Activity Feeと呼ばれ、不定期に改定される。直近では、2021年8月に1.27ポンドから1.29ポンドに引き上げられた。

(注28) 2020年3月以前は、追加情報に関しては希望した患者のみが多職種で共有される仕組みであったが(オプトイン)、2020年4月以降オプトアウトとなった。

(注29) Clinical Commissioning Group、臨床委託グループ。地区ごとにNHSの予算管理を行う組織。メンバーは地区のGPを中心とした医療関係者などから成る。

(注30) Pharmaceutical Services Negotiating Committee。薬局の全国的組織でNHSとの契約に関して薬局を代表して交渉するほか、薬局への情報提供、サポートなどを行う。

(注31) 日本医師会ホームページ(日本と諸外国の医療水準と医療費)では、イギリスの医療サービスについて、「緊急でない場合は2~3週間以上待たされることもあるようです」としている(<https://www.med.or.jp/people/info/kaifo/compare/>)。その他、株式会社Kaeマネジメント「HSE・イギリス視察研修報告書 2018/11/18~2018/11/24」で参加者の稲田善行氏は、「GPは完全予約制だが、予約を取れるのが数週間後になることもあるなど、待ち時間の長さが問題となっている。風邪などの急性疾

患のとき、GPが緊急でない判断した場合、数日後の予約になり、それまではセルフケアで対応することが鍵となり、そこで薬局の役割が重要となる。」と報告している。

(注32) なお、血圧の記録はGPとも共有される。

(注33) 堀 [2021] によれば、イギリスの最も代表的な世論調査機関であるIpsos MORIの調査で、イギリスで誇れるものとして1位がNHS制度、2位が歴史、3位が英国王室、4位が民主主義であった。

(注34) 処方箋1枚に3種類の薬剤が処方された場合3回とカウントする。より厳密には、Single Activity Feeの獲得回数である。リフィル処方箋の調剤も回数に含む。

4. 求められる政策

以上の議論を踏まえ、わが国の薬局薬剤師の対人業務強化に向けて、今後求められる政策を考察すれば以下の通りである。

(1) 多職種連携の促進

第1に、薬局薬剤師の多職種連携の促進である。これを実現するためのポイントは二つある。一つは、プライマリ・ケアを担う多職種が患者データを連携可能なITインフラの構築である。わが国においても、マイナンバーを用いて患者のデータを一元管理する「データヘルス改革」により、複数の医療機関や薬局で患者のデータを共有可能とする環境整備を進めようとしている。その点は評価できる。ただし、集中改革期間とされる2022年度までに共有可能とする方針が決まっているデータは薬剤情報などごく狭い範囲に限られている。本来、イギリスのサマリーケアレコード（SCR）の基本情報と追加情報のような家庭医が作成した患者のデータベースを多職種で共有することが望ましい。まずは、2023年1月から運用開始予定の電子処方箋において、病名、検査値、処方意図など最低限必要な情報を共有できる設計とすべきであろう（成瀬 [2021a] など）。

もう一つは、多職種の人的交流を促進する取り組みの強化である。GPと薬剤師が相互に相手の職場を訪問するイギリスのwalk in my shoesプロジェクトは一例に過ぎないが、参考になる部分はある。わが国では、医療と介護に関連する多職種が連携する地域ケア会議と呼ばれる仕組みがあるものの、介護保険法で定義された会議であることもあり、参加者は介護職が中心となっている面がある。ここに、診療所の医師や薬局の薬剤師などの一層の参画を促していくのも一つの方向性である（注35）。薬剤師の能力を最大限に活かすには、薬剤師だけが変わればよいのではなく、こうした人的交流を通して医師の側も意識を高め、共にプライマリ・ケアを担うパートナーとして薬剤師を認識することが重要である（注36）。

(2) 処方箋調剤以外の業務の拡大

第2に、薬局薬剤師の処方箋調剤以外の業務の拡大である。具体的な分野としては、イギリス同様、軽症患者への対応、慢性疾患患者への対応、予防・公衆衛生の分野が有力である。

軽症患者への対応に関しては、現行の制度でも、OTC医薬品の販売などセルフメディケーションの支援は薬局薬剤師の業務と位置付けられている。しかし、前述の通り、わが国ではセルフメディケーション自体が十分根付いておらず、患者は症状の軽重にかかわらず医療機関を受診しがちである。セルフメディケーションを浸透させるには、医療機関を受診した方が薬局でOTC医薬品を購入するよりも少

ない自己負担で薬を入手できるという制度的矛盾を早急に解消しなければならない。経済財政運営と改革の基本方針2021（いわゆる骨太方針2021）が提言している、OTC類似医薬品等の保険給付範囲の見直しは有力な手段である。より端的に言えば、OTC類似医薬品の保険給付範囲からの除外である。除外する医薬品の線引きが難しいようであれば、イギリスのようにすべての処方薬に一定額の自己負担を課すのも有力な代替手法であろう。

セルフメディケーションの支援という現行制度で認められている薬局薬剤師の役割を最大限果たすことを優先して進めたうえで、次のステップとして、イギリスのように医療電話相談窓口などからの薬局の紹介や、薬局に対する軽症患者への診察料の創設も検討されてしかるべきである。

慢性疾患患者への対応については、リフィル処方箋の導入と普及が最大のポイントである。わが国では従来リフィル処方箋の活用が認められてこなかったが、2022年4月より認められる予定であり、この点は高く評価できる。ただし、制度上導入するだけでなく、実際に普及させることが何よりも重要である。わが国の場合、とくに外来医療の診療報酬は出来高払いが中心であり、医療機関の経営上は患者の受診頻度を落とさない方が収入が安定するため、リフィル処方箋を積極的に利用しないという懸念も残る。イギリスのように、人頭払いを基本とする診療報酬とすれば、そのような懸念はなくなる。あるいは、現行の診療報酬体系を大きく変えないなかで対応するのであれば、リフィル処方箋が有効な特定の慢性疾患の患者に絞り、診療報酬に人頭払いの性格を取り入れる方法も考えられる。

予防・公衆衛生の分野では、すでに国民生活にとって身近なサービスとなっているワクチン接種を薬局で受けられるようにするところからはじめるのが取り組みやすい。新型コロナ禍においても、ワクチンの打ち手不足が課題となった。薬局で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と考えられる。なお、薬剤師によるワクチン接種は、イギリスだけでなく、アメリカ・フランス・カナダ・ポルトガル・スイス・ノルウェー・デンマークなど欧米の多くの国で認められている。

次のステップとして、今後5年以内を目途にイギリスのように血圧測定など新たな予防分野のサービスを薬局の業務として取り入れていくことも、検討を進めるべきである。そもそもわが国の医療は予防への取り組みが手薄である。極めて厳しい医療保険財政のなか新たなサービスに使える財源は限られるものの、実証研究を通じ費用対効果を十分検証したうえであれば、公的医療制度でカバーされる予防分野のサービスの拡充は許容されよう。

ワクチン接種をはじめ、薬局薬剤師の役割や権限の拡大を検討するうえで予想される反対論は、薬剤師の臨床能力が十分でないという懸念である。確かに、薬学部の臨床教育が現在でも医学部に比べて短いことに加え（注37）、4年制で基礎科学を重視していた頃の薬学部を卒業した薬剤師も多く残るなか（注38）、こうした懸念も軽視はできない。もっとも、これに対しては、薬剤師免許に加え、別途必要な研修や認定を受けた薬剤師にのみ新たな権限を与えることで対応可能と考えられる（注39）。さらに、効果が表れるのに一定の期間を要するものの、薬学部教育で臨床教育を一段と強化し（注40）、全体として薬剤師の臨床能力のさらなる向上を図ることが重要である。

(3) 国民への情報提供の充実

第3に、国民への情報提供の充実である。個々の薬局に対する情報を中立な立場で政府や地方自治体が提供することは、国民が薬局を選択・利用するうえで有益である。広く知られていないものの、薬局機能情報提供制度に基づき、各都道府県が各薬局の名称・開設者・管理者・営業時間などの基本情報をホームページに公表している。公表内容に関しては、患者からの評価などを加えれば一層付加価値が高まる。さらに、データヘルス改革の進捗と並行して、電子処方箋の疑義照会の内容などをAI（人工知能）等で解析し、薬局が適切な疑義照会を行っているかなど、これまで患者から見えにくかった部分が見える化することが有効と考えられる。このように公表する内容を充実させるとともに、こうした制度の存在が広く周知されることが極めて重要である。

そうした観点からは、どのような時に薬局を利用すべきで、どのように薬局を選べばよいかということ、全国民が最低限理解していることが必要である。医療制度や薬局・薬剤師の役割などを義務教育のカリキュラムに組み込み、全国民に教育することは有効と考えられる。

(4) 小規模薬局優遇の適正化

第4に、小規模薬局優遇の適正化である。まず、小規模薬局を支援する目的を明確にする必要がある。そもそも目的が定まらなければ、どのような方法で支援するのが適切か議論のしようがない。これについては、価格交渉力の格差是正と過疎地域における薬局へのアクセスの確保の二つでおおむねコンセンサスを得ることができるであろう。

次に、それぞれの目的達成のための手法の選択である。一つ目の価格交渉力の格差是正は、薬局規模ごとの仕入価格を定期的に把握したうえで（注41）、イギリス同様、それに基づき薬価差益が薬局規模にかかわらず同水準となるように規模ごとに薬の償還価格を変える方法が有力である。他方、サービスの対価である技術料は、薬局規模に拠らない体系とする。具体的には、技術料のうちとりわけ目的および根拠が不明確であり弊害も目立っている調剤基本料（第2章3節）は一本化または廃止する。それと連動している地域支援体制加算については、連動を解消すべきである。これにより、規模の大小にかかわらず薬局はサービスの質が問われることになる。

もう一つの過疎地域における薬局へのアクセス確保のための支援は、上記の償還価格の調整とは別に技術料または補助金等に対応する必要があるが、対象とする薬局を限定すべきである。都市部や病院の門前に高密度で存在する薬局に対して規模が小さいことだけを理由に支援する必要性は乏しい。具体的な支援対象の定め方は、イギリスのように近隣に他の薬局がない小規模薬局とするか、指定された過疎地域に所在する小規模薬局に限定する方法が考えられる。

(注35) 厚生労働省〔2017〕では、地域ケア会議に薬剤師が参加することで多職種連携が強化された事例が複数報告されている。

(注36) 2018年7月5日の厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会で、日本薬剤師会の委員が処方意図を理解して調剤する必要がある旨の発言をしたのに対し、日本医師会の委員は、「今、あなたは極めて重大な発言をしているのです。処方箋を持ってきた患者さんの処方内容がいちいちかかりつけ医の意図を解析した上でないと薬を出せないとおっしゃっているのです。それでいいですか。」と発言している。医師のなかで、こうした考え方が主流であれば、たとえ電子処方箋などに処方意図の欄を設けても、記入はなおざりにされてしまうことが懸念される。

(注37) 薬学部の実務実習期間は22週以上と、原則72週の臨床実習がある医学部と比べて短い。さらに、医師は診療に従事するため

には、国家試験合格後に臨床研修医として2年間研修を受ける必要があるが、薬剤師にはこうした制度はなく、国家試験合格後直ちに他の薬剤師と同じ権限が与えられる。

- (注38) 2006年度入学生から、薬学部は6年生となり実務実習が大幅に強化された。それ以前は4年生で基礎科学が中心であった。
- (注39) プライマリ・ケア認定薬剤師制度などのように、臨床能力を重視した薬剤師の認定制度はすでに存在している。限られた薬剤師に新たな権限を与える際には、こうした制度の認定基準を政府が精査したうえで活用していくことが現実的と考えられる。
- (注40) 薬学部に関しては、臨床教育の一段の強化に加え、定員削減も重要な課題である。図表2で示した通り、すでにわが国の人口当たりの薬剤師数は国際的にみて突出して多いにもかかわらず、早急に薬学部の定員削減に取り組まない限り、薬剤師数は今後も増え続けることになる。近年は薬科大学や薬学部の定員割れも目立ち、学生の質の低下も懸念される状況にある。
- (注41) 厚生労働省「医薬品価格調査」を活用することで、薬局規模ごとの仕入価格を一定程度把握できると考えられる。わが国では、市場実勢価格（医療機関・薬局における卸からの薬の仕入価格）をもとに、公定薬価を定期的に改定している（薬価改定）。医薬品価格調査は、個々の品目の薬価改定の基礎資料を得ることを目的としているため、現状、薬局規模ごとの仕入価格は集計・公表されていない。調査対象薬局に月間の処方箋受付回数等を回答してもらえば、そのレンジごとに仕入価格を集計することが可能である。

5. おわりに

わが国では、明治初期に、西洋医学とともに医薬分業が制度としては取り入れられたものの（注42）、引き続き医師による調剤も認められたため、制度導入から1世紀を経てもなお、医薬分業はほとんど進まなかった。医薬分業元年といわれる1974年に、医師が院外処方を行うことで得られる処方箋料を前年の6点（60円）から50点（500円）に大幅に引き上げるなどの診療報酬（調剤報酬を含む）による医療機関・薬局への誘導で、ようやく薬局で調剤を行うという形式的な意味においては医薬分業が進み始めた。

医薬分業元年からさらに半世紀近く経った現在においても、薬局薬剤師の対人業務への取り組みが不十分で医薬分業の効果が実感できないなどの指摘が絶えない。そもそも、医師と薬剤師がそれぞれの専門性を発揮しながら連携して患者の健康を守るという本来の医薬分業ではなく、調剤の部分だけを医師から切り離して薬局薬剤師にシフトした医薬分断ともいえる状況が生じているのではないだろうか。こうした事態に至ったのは、審議会でも指摘されているように診療報酬による強力な誘導で分業を推進したため、医薬分業が自己目的化し、形式的なものにとどまったからに他ならない。こうしたなか、医薬分業の本来の姿に向けて対人業務強化を図る施策が、またしても調剤報酬による誘導に大きく依存しているのは、まさに皮肉といえよう。

本稿の主張の核心は、患者が対人業務の質の高い薬局を選択する環境を醸成することにより、政府が調剤報酬で薬局を誘導する手法から脱却すべきという点にある。端的に言えば、政府主導の金銭的誘導から患者主体の市場メカニズムの活用への転換ともいえる。そのためには、薬局薬剤師の処方箋調剤への偏重を改め、プライマリ・ケアにおける役割の拡大が不可欠と論じてきた。

ただし、連携がない状態での薬局薬剤師の役割の拡大はむしろ非効率かつ危険であり、医師に権限や役割を集中させてきた従来のわが国の医療のあり方にも一定の合理性があったといえる。薬局薬剤師の役割の拡大は、単独で成り立つものではなく、多職種連携の強化とセットで進められなければならない。近年、デジタル技術の発展により、適切なシステムを構築すれば組織の壁を越えてデータを共有し、より緊密に連携することも可能となった。依然さまざまな困難はあるものの、薬局薬剤師が医師をはじめとした多職種と連携し、プライマリ・ケアにおける薬物療法の質向上に一段と貢献するという本来の医薬分業の実現に向けて大きく踏み出すべき局面にきているといえよう。

(注42) 日本薬剤師会のホームページによれば、1874年制定の医制に、「医師タル者ハ自ラ薬ヲ鬻（ヒサ）クコトヲ禁ス 医師ハ処方書ヲ病家ニ附与シ相当ノ診察料ヲ受クヘシ」「調薬ハ薬舗主薬舗手代及ヒ薬舗見習ニ非サレハ之ヲ許サス」と記載されている。

(2022. 3. 8)

参考文献

- [1] 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—」
- [2] 遠藤久夫 [2014]. 「診療報酬の決定プロセス」日本内科学会雑誌103巻12号
- [3] 翁百合 [2015]. 「医薬分業政策の評価と課題」JRIレビュー2015 Vol.11, No.30
- [4] 翁百合 [2017]. 『国民視点の医療改革 超高齢社会に向けた技術革新と制度』慶應義塾大学出版会
- [5] 亀井美和子 [2017a]. 「英国NHSにおける薬剤給付—高額薬剤に対する給付、OTC薬の使用に関して」健保連海外医療保障 No.113
- [6] 亀井美和子 [2017b]. 「英国NHSにおける薬局の役割—高齢社会を見据えたロードマップ」健保連海外医療保障 No.114
- [7] 小泉俊三・井部俊子 [2019]. 『患者の〈賢い選択〉を支える看護』日本看護協会出版会
- [8] 葛西龍樹 [2013]. 『医療大転換—日本のプライマリ・ケア革命』筑摩書房
- [9] 郡司篤晃 [1998]. 『医療システム研究ノート』丸善プラネット
- [10] 厚生労働省 [2015]. 「患者のための薬局ビジョン～『門前』から『かかりつけ』、そして『地域』へ～」
- [11] 厚生労働省 [2017]. 「地域包括ケアシステムにおいて薬剤師・薬局が参画している好事例集」
- [12] 効率的・効果的な医療提供体制構築に向けた研究チーム [2020]. 「効率的・効果的な医療提供体制構築に関する提言」
- [13] 在宅療養支援診療所薬剤師連絡会 [2021]. 『在宅診療薬剤師という働き方—在宅医療における新しい役割をデザインする』薬事日報社
- [14] 高屋潔 [2010]. 「英国の医療事情—医療費タダは天国か—」
- [15] 田畑雄紀 [2016]. 「イギリスの薬剤政策と薬局・薬剤師の役割」健保連海外医療保障 No.109
- [16] 玉田慎二 [2020]. 『医薬分業の光と影 薬剤師、官僚、医師会のインサイドストーリー』ダイヤモンド・リテイルメディア
- [17] 東京財団 [2012]. 「医療・介護制度改革の基本的な考え方—真の国民的議論を実現するために—」
- [18] 成瀬道紀 [2021a]. 「電子処方箋の導入に向けた課題—完全電子化を実現し医療サービスの質向上へ貢献を—」日本総研Research Focus No.2020-047
- [19] 成瀬道紀 [2021b]. 「調剤報酬の国際比較—わが国の技術料・薬価差益は対GDP比で英・独の3倍—」日本総研Research Focus No.2021-038
- [20] 西沢和彦 [2018]. 「薬価制度改革の在り方—イギリスとの比較を通じた考察—」JRIレビュー2018

Vol.5, No56

- [21] 西沢和彦 [2020].『医療保険制度の再構築 失われつつある<社会保険としての機能>を取り戻す』慶應義塾大学出版会
- [22] 狭間研至 [2019].「地域包括ケアにおける薬局・薬剤師の役割—平成30年度調剤報酬改定を踏まえて—」JRIレビュー2019 Vol.7, No.68
- [23] 狭間研至 [2020].『CIPPS到来！業界大転換期を乗り切れ 薬局マネジメントを劇的にバージョンアップする』評言社
- [24] 藤田道男 [2021].『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』評言社
- [25] 堀真奈美 [2021].「NHS制度に対する国民の認識の実態と理解促進に向けた取り組み」健保連海外医療保障No.127
- [26] Department of Health [2008]. “Pharmacy in England Building on strengths - delivering the future”.
- [27] National Association of Primary Care [2018]. “Primary care home : community pharmacy integration and innovation”.
- [28] Pharmacy Voice, Pharmaceutical Services Negotiating Committee [2016]. “Community Pharmacy FORWARD VIEW”.
- [29] Richard Murray [2016]. “Community Pharmacy Clinical Services Review”.