

## 【論文】

# 医療マーケティングと薬局イノベーションの 史的考察及び今後の展望について

保田宗良

## 1 はじめに

筆者は、長年医療マーケティングの研究を進めてきた。マーケティングというと斬新なブランド作りであるとか、知覚品質を活用したサイエンスの応用という様なことが話題となるが、医療の場合は様相が大きく異なる。そもそも医療従事者にはマーケティングという概念が希薄であった。診療報酬が決まっているので患者はどこで治療を受けても同一の負担である。広告に制限があったので他のサービス業とはプロモーションの進め方が異なった。医療は専門的であり情報の非対称性が大きい。臨床についての知識と制度についての知識が医療従事者と患者は大きく異なり、対等な議論を進めることが難しい。現在、マーケティング研究では価値共創というキーワードが展開されているが、医療の場合は価値共創による「製品共創」ではなく「情報共創」となる。臨床と医療制度を知らない地域住民と価値を共創するためには、お互いのコミュニケーションが展開できる情報発信が求められる。

こうした研究テーマを進めていく際には軸が重要になる。医療機関の医療マーケティングの論考は蓄積しつつある。地域医療を考える会等で、医師と住民の意見交換が進められている。患者満足度の向上を目的とした地域医療の取り組みはある程度進展している。

しかしながら、調剤薬局のそうした論考は未整備でありこれからの検討課題である。調剤薬局は医療供給施設であり、そこで行われるサービスは医療サービスである。薬剤師による健康指導は間接的に国民医療費の削減に貢献し、在宅患者の残薬指導は直接的に国民医療費の抑制に貢献する。残薬指導は、効果が期待できる他の剤型に変え治療を進めるという意義があり、そうしたことも医療費抑制につながる。

地域包括ケアシステムを進展させるためには薬局マネジメントを進展させる必要があるが、それは薬局イノベーションと捉えられる。在宅医療が進展すると確実に患者の満足度が変革する。入院と同じ程度の医療サービスを求めるので、満足度を向上させるのは容易ではない。多くの職種が連携するので情報交換の齟齬が起きやすい。患者及びその家族はそうしたことに不満を有し満足度を低下させることが想定される。

本稿では、そうした問題意識を踏まえて医療マーケティングと薬局イノベーションを考察する。

地域医療の質的向上は、限られた資源をどのように活用するかが問われている。やるべき行動を限定し、選択と集中の方策が問われているとも言え換えられる。どのようなスタイルを採ろうが、顧客満足度の向上が1つの指針であり、医療においては患者及びその家族の満足度の向上が目標となる。

大病院志向が継続しているが、これも服薬を含めた満足度が関わっている。経験豊富な医師が存在し、検査器具が豊富なので疾病が特定しやすい。医療従事者が多くいるのでリハビリ等の指導が受けられる。院内薬局があれば、1日で医療に関わる行動が完了する。院外処方でも事前にファックスで処方箋を送信しておけば、調剤薬局でのロスが少ない。門前薬局が必ずありアクセスが容易である。

チーム医療の中での薬局、薬剤師の役割は大きく変革を続けている。薬局の革新を多角的に考察することが不可欠であり、本稿では過去のいきさつを振り返り論点を明確にする。その論点にもとづき今後の展望を言及したい。

AIが進展すると衰退する職業の1つに薬剤師が指摘される。形式的な服薬指導であれば機械的に対応するAIで問題は生じないと想定されるが、今後複雑になる在宅医療は患者及びその家族との綿密なコミュニケーションが求められる。介護と連携した服薬指導が求められ、薬剤師がAIに取って代わるとは想定できない。取って代わる薬剤師を有する薬局は、地域で必要とされない薬局となる。

## 2 調剤薬局研究

### ① 医薬分業の歴史的考察

調剤薬局の研究は、その歴史的考察が求められる。医療機関の窓口で渡されていた医薬品が何故調剤薬局での受け取りにシフトしたのか、それは患者満足度の向上に寄与したのか。更には国民医療費の抑制に寄与したのかという視点で総括することが不可欠である。

医薬品流通を考究すると、医薬分業の歴史的検証が求められる。長らく医療機関の敷地と隣り合わせにある第二薬局が医薬品の処方をしていたことがあり、形式的な医薬分業の時代が続いた。第二薬局の場合、医療機関と一体化しているので服薬指導の独自性を保つのが難しい。医師に処方の変更を求めるのは別組織でも心労を要する。経営組織が分離していない仲間内であれば更に難しい。経営の原資を薬価差益に固執していた医療機関は、中々医薬分業に転換しなかった。医薬品の専門家は薬剤師であるが、医師法により医師が医療機関で医薬品を処方することが認められたことがその背景にある。やがて医薬分業のインセンティブが働くようになると、医療機関は積極的に処方箋を患者に渡し、医薬品は患者が選択した調剤薬局で受け取る形式が普及した。その際、アクセスが重要視されたので病院前にある調剤薬局が選択された。

医薬分業については、秋葉保次・中村健・西川隆・渡辺徹（2012）「医薬分業の歴史 証言で綴る日本の医薬分業史」薬事日報社で詳細に歴史的考察がなされている。1つのターニングポイントが第五次医療法改正において薬局が医療供給施設として位置づけられたことである。医療法では、医療機関は営利を目的としてはならないという規定がある。一般用医薬品を販売し、株式会社もある

薬局は、医療供給施設として位置づけるべきではないという背景がこの認定に時間を要していた<sup>1)</sup>。

医療機関は営利を目的としてはならない。従業員の雇用を維持する収益が必要であるが、医療法人はそうした規定を遵守して設立されている。調剤薬局が医療供給施設になったのは、医薬分業が進展し分業率が50%を超えたことが契機となっている。過半数を超えるということは地域医療体制で、無くてはならない責任を担っていることを意味する。また薬局関係者にとって医療供給施設として認定されたことは、大きな励みとなった。

医薬分業の進展により調剤薬局の役割が明確になりつつあったか、後発医薬品使用促進と代替調剤制度の実現が役割の進展に求められた。国民医療費を抑制するためには薬剤費を節減しなければならない。そのためには薬価が先発医薬品に比較して安い後発医薬品の処方があるべきであり、そのための方策が求められていた。欧米では後発医薬品が多く処方されている。患者の薬剤費の負担が日本と異なることが、その要因である。

医療費の自己負担が1～3割であるとコスト意識が低く、患者は先発医薬品の価格の負担が気にならない。医師に変換を求める患者は皆無である。製薬会社の医薬情報担当者の営業力で、医師は先発医薬品を処方する。医師が処方箋に後発医薬品を記すことは、困難である状況が続いた。ブランド好きな医師は、有名メーカーの新薬を処方する。製薬会社の医薬情報担当者が頻繁に来て処方を勧めれば、医師は大きな影響を受ける。後発医薬品メーカーは医薬情報担当者の人数が少ないので医薬品卸の営業力に期待をかけたが、医薬品卸は先発メーカーとの付き合いが長く、単価が高い先発医薬品の利幅が大きかったため、積極的に後発医薬品を勧めることは少なかった。

平成20年の医療費改定において、平成18年の処方箋記載を一步進め、医師が変更を認めない場合は「後発品への変更不可」の欄に署名することとし、署名が無い場合は、患者の同意が得られれば薬剤師の判断で後発品への変更を認めることになった。これは欧米で認められている薬剤師の「代替調剤」を認めることを意味している。調剤薬局の薬剤師は自分の判断で後発品に変更できるので、患者のコスト負担の助言ができ、その立ち位置が変革した。

平成22年の改正では更に前進し、同一有効成分の製剤であれば、含量規格が異なる銘柄への変更（錠剤からカプセル剤、丸剤）も患者の同意が得られれば、医師の確認が不要になった<sup>2)</sup>。

ブランド好きの医師は大手製薬会社の有名先発医薬品を処方するが、薬剤師が患者と相談し同意が得られれば、後発（ジェネリック）医薬品を処方することが可能になった。この制度ができたことが後発医薬品の普及に大きく寄与することとなる。常に服用が必要な慢性疾患の場合、患者の負担は確実に軽減される。国民医療費の抑制にもなるが、医師の理解が異なり円滑に普及が進んだわけでは無い。

先発医薬品と後発医薬品は同一の医薬品なのかという議論が専門研究者の間に実在していた。添加物が異なるので似たような医薬品という主張が見受けられた。欧米では特許が切れると後発医薬品が市場を占有するが、日本では馴染まない状態が存在していた。ジェネリックというのは一般名という意味であるが、一般名がおなじでも適応症が異なると成分に対する不安があった。医師でも

異質であると主張する人がおり、学会で主要な論題となったことがある。

ジェネリック医薬品は在庫管理が難しかった。患者が調剤薬局に処方箋を持参しても在庫が無ければ再度行かなければならない。その間の治療が遅れる。調剤薬局のグループで一括して在庫管理を行う等、店舗間の融通を利かせるようになり、また患者が事前にファックスで処方箋を送り、欠品が無いような工夫が施される等、改善が進められている。ジェネリック医薬品に特化した医薬品卸（大阪市に本社がある榎本薬品は、ジェネリック医薬品に特化した医薬品卸である。筆者は2013年2月に榎本薬品を訪問して聞き取り調査を行ったが、医師の意識がかなり変革して、ジェネリック医薬品を処方を選択肢とする傾向が増しているという旨の、医療現場の状況を伺った。）があり、流通面の改善は進みつつある。

医薬分業の本質は、医師と薬剤師が医薬品のダブルチェックを行うことにある。医師が似たような名前の医薬品を誤って処方することや、複数の診療科に通う患者の場合、医薬品の飲み合わせが問題になることがある。医師は患者の行動を詳細に把握しているわけではない。データベースである「お薬手帳」で薬歴を確認し、健康食品の使用についても明確にし、何か問題があれば薬剤師は医師に医薬品変更の提案をすることが職務となっている。

こうした疑義照会は、調剤薬局の薬剤師の大きな任務である。患者はおくすり手帳を持参することが求められている。何冊も持っている患者がおり、1冊にまとめ薬歴を管理することや、朝食を摂らない患者は1日2回服用の医薬品に処方を変更することを、医師に提案するなど効果的な服用を模索している。

現在、医薬分業は70%となり日常化しているが医療機関で時間を費やし、調剤薬局でも待ち時間を有し、二度手間であるという不満が存在する。事務的に処方薬を貰うだけならそのような感覚が否めない。大きな医療機関は院内薬局があり、医療機関内で医薬品をもらう。こうしたシステムも医薬分業である。院内薬局がある医療機関から予約が取りやすい診療所に移る患者の場合、異なるスタイルの医薬分業を利用することになる。その場合は薬剤師間の情報伝達（薬薬連携）があれば、患者の利便性は高まる。

医薬分業のマクロ的な分析が求められる。薬価差益が最大時で1兆3,000億円あったと報告され、医療機関はその差益を経営の資金としていたが、そうした差益を縮小し、国民医療費を削減するために医薬分業を進める動向があった。現実に国民医療費が削減されたのかという検証が求められ、処方箋を活用し調剤薬局で医薬品を受け取るという形式は、本当に経済的効果があるのか疑問視されていた。

筆者は、医薬分業の歴史的考察を多方面から進めたが、医師と薬剤師が医薬品をチェックするという役割、医薬品の専門家である薬剤師が医師に様々な提案をすることは大きな意義があると考えられるが、薬剤費を減らすのに寄与しているという論考は稀有であると判断している。そうした論考は、過剰な薬剤を医師に削除するように求めることとか、ジェネリック医薬品に切り替えることで薬剤費を削減するという論考で、薬剤師の機能を強化することに行き着き、論点の本質とは一致しない。

## ② 医療供給施設としての役割

調剤薬局は、地域医療の質的向上に大きな役割を担っている。その1つに薬剤師の健康指導があげられる。現在、調剤薬局が検討していることは処方箋を持参しない患者の健康指導である。今のところ理想論であり、現実の取り組みは極めて少ないが、調剤部門を有しているドラッグストアで、顧客が顔見知りの薬剤師に健康相談を持ちかけることは行われている。医療機関の場合、診察室に入り医師の問診に応ずれば必ず初診料か再診料が必要になるが、薬剤師に健康指導を受けることは無料である。これは調剤部門を有するドラッグストアの戦略となりうる。無料の健康指導により顧客と薬剤師の信頼関係が高まれば、店舗へのストアロイヤリティが高まる。薬剤師、栄養士がいるドラッグストアは、そうした面で地域医療に貢献することが可能である。薬剤師は流動性が高い職業と言われている。機械的に医薬品を販売しているのみでは専門性が発揮できない。きめ細かい健康指導が可能であれば専門性が発揮できる。医師とは異なり触診はできないが面談シートを使ったやり取りである程度のアドバイスは可能である。

調剤薬局を併設しているドラッグストアが実施している健康イベントが、多くの役割を果たしている。健康イベントは数値を計測することが多く、その結果は短期間で参加者に返還される。参加者はその数値を見ただけでは、治療が必要なのか否か判断ができないことが多く、薬剤師の助言を求めることがある。ドラッグストアに備えてある一般用医薬品で対応できれば、それに越したことはない。指定された条件を満たせばセルフメディケーション税制が利用できる。医療費控除は長年の実績で周知されているが、セルフメディケーション税制は薬剤師の助言が無いとルールが分からない<sup>3)</sup>。

セルフメディケーション税制の対象になるスイッチOTCは、元医療用医薬品であるが副作用等の安全性を鑑みて一般用医薬品にシフトしたものである。従って効き目がやや強く、薬剤師の指導が要されるものである。上手く活用すれば早期の回復が期待でき、国民医療費の負担にはならないので使い方次第という性格を有する。

2025年問題への対応が進められている。団塊の世代が後期高齢者になると現在の医療サービスでは対応できないとされている。急性期の症状の時は医療機関で治療をするが、症状が安定したら自宅か介護施設で治療を進めないと、地域医療は維持ができない。在宅医療を充実させることが急務の課題となっており、そのメンバーの中に調剤薬局が含まれている。在宅医療は、多（他）職種連携であり、薬剤師、栄養士が専門の力量を発揮することが期待されている。したがって、薬剤師は薬局内の勤務と在宅患者の指導と多面的な勤務体制となる。在宅患者には残薬の指導が求められており、飲み残しの医薬品が無いか確認することが任務となっている。残薬指導は大きな意義を有している。飲み残しの医薬品は廃棄されることが多いが、結果として国民医療費の無駄遣いとなっている。飲み残しにより治療が遅れることが医師には分からないので、更に処方量が増加することになる。服用にルーズな患者は、より一層飲み残しが増え、国民医療費のロスが増加する。薬剤師は家族や介護者に記録を付けることを促し、確実に服用をするような指導を試みている。

2015年の厚生労働省の発表によると、潜在的な残薬は年間500億円とされている。薬剤師の管理や指導で400億円の改善が可能とされており、これだけの金額が改善されれば無駄な公金の投入は減少される<sup>4)</sup>。

狭間研至（2015）「薬局マネジメント3.0—次世代型地域薬局の機能と経営戦略」評言社において、狭間研至氏は薬局を3段階に分類しており、薬局マネジメント3.0を洞察している。薬局マネジメント3.0は医療供給施設の薬局のあり方を示唆したものである。狭間氏は薬剤師の役割についての多面的な考察を進め、新たな医療サービスの創造について言及している。

「我が国の人口動態や疾病構造の変化、薬学教育6年制への移行といった外的要因を背景に、医療ニーズは在宅や介護施設に移っていく。薬局はアクセス依存から人的依存のビジネスモデルに変貌する。」<sup>5)</sup>

狭間氏の著書は、この分野の興味深い先行研究である。薬局マネジメントをステージで分類する試みは、他の医療サービスに応用可能である。従来、薬局はアクセスが良ければ患者が集まっていた。大規模医療機関に隣接していれば処方箋を持った患者で混雑しているのが常であった。患者は短時間に医薬品をもらえれば良く、健康指導、服薬のアドバイスを受けることは念頭に無かった。

陳拍延氏の先行研究が、そのことを示唆している。陳氏は調剤薬局の患者満足度の要因分析を研究しているが、実証研究の結果、患者は薬局を選択する自由はあるが、病院か自宅の近くの薬局から選ぶ。評判が良いからといって、遠方の薬局を選択することは少ないとしている<sup>6)</sup>。

高齢社会が進行し医療ニーズは確実に変革している。重い介護が伴う患者は、薬剤師が自宅まで来て服薬、残薬指導をしてくれると大変有難い。認知症を有する患者の場合、介護職との連携が求められるので薬剤師の機敏な判断が必要となり、多職種連携の構築が決め手となる。

また薬局内の業務は改善が求められる。業務全体を見直し薬剤師が行うものと他の職種が行うものを整理しなければならない。在宅医療にシフトすると薬剤師の任務は増加する。多職種との時間調整を行う必要があるが、こうした任務は事務職でも可能である。医薬品卸がそうした業務を取り入れる計画を示している。

かかりつけ薬剤師、健康サポート薬局が制度化され動き出している。かかりつけ薬局という制度もある。本稿ではかかりつけ薬剤師と健康サポート薬局に限定して専門用語の解説を進める。かかりつけ薬剤師とは、医療機関の主治医のようなものであるが認定の条件はやや厳しい。平成28年4月からスタートした。

「・薬剤師として薬局の勤務経験が3年以上かつ1つの薬局に週32時間以上勤務、その薬局に半年以上在籍

- ・認定薬剤師の資格
- ・地域の医療イベントの参加経験

がかかりつけ薬剤師の条件となっている。

その役割は3つあげられている。

- 服薬状況の管理と指導
- 医療機関との密な連携
- 24時間対応

患者が薬剤師を指名し、文章で契約を交わすとかかりつけ薬剤師となり、上記の3つの役割を担うことになる。特に24時間対応は、実践が厳しいものとなる。かかりつけ薬剤師がいる薬局が、かかりつけ薬局である。

健康サポート薬局は、かかりつけ薬局の機能を包括しさらに機能を拡大した薬局である。平成28年10月から実働している。認定の条件が厳しいので実働してから1年を経ても全国で200に満たない。2025年には1万程度認定されることが目標とされている。

健康サポート薬局とは、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能を有し、地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援する薬局と定義されている。

具体的には

- 医薬品や健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言
- 地域住民の身近な存在として健康の維持・増進に関する相談を幅広く受け付け、適切な専門職種や関係機関に紹介
- 率先して地域住民の健康サポートを実施し、地域の薬局への情報発信、取り組み支援を実施といった項目を支援することが求められている。

健康サポート薬局では、健康サポート薬局に係る研修を修了し、一定の実務経験を有する薬剤師の常駐が条件となっており、その条件は厳しいものとなっている。

- 薬局薬剤師としての経験が5年以上
- 技能修得型研修が8時間以上、知識習得型研修が22時間以上
- 研修修了証の有効期限は6年

この3項目を満たさないと、健康サポート薬局常駐の薬剤師とはなれない。」<sup>7)</sup>

こうした質の高い薬剤師がかかりつけ薬剤師になれば、地域医療の質はかなり向上する。団塊の世代が後期高齢者になる2025年以降は、こうした健康サポート薬局が整備されていることを前提に在宅医療の進展を計画している。

医薬品のみならず健康食品の使用に関する助言は、大きな任務である。健康食品は食品であり医薬品では無い。健康の保持には有効であるが治療に使うものではない。しかしながら、広告宣伝が曖昧で過剰な期待を持たせるものがある。健康食品に頼りすぎて疾病がかなり進行し、手遅れになってから医療機関を訪問する患者が少なくないという<sup>8)</sup>。

健康サポート薬局のかかりつけ薬剤師は、そうした健康食品の使い方の助言が任務となる。高価な健康食品を使用し、偏った栄養を取り体調が悪化することは絶対に回避しなければならない。

### 3 おわりに

2025年問題への取り組みが進められている。単年度だけの問題ではなく、その後ずっと継続する問題である。高齢社会は様々なサービスの支援が必要であるが、そのうちの1つが医療サービスの効率的な支援である。国民医療費を抑制しつつ、医療の質を維持するためには新たな取り組みが求められる。健康の基本は食生活にあるので、高齢者に適合した栄養指導が不可欠である。チーム医療に栄養士が参画し栄養指導を行えば健康の維持に貢献し、医療費を節約することにつながる。調剤薬局を併設したドラッグストアに所属する栄養士は、薬剤師と情報共有ができるので総合的な指導が可能となる。

本論考では、地域医療における調剤薬局の役割を展望した。調剤薬局は医療供給施設として大きな責任と貢献が求められる。それは薬局イノベーションを展開することで可能となる。多様なサービスとイノベーションを軸とした、医療マーケティング戦略の実践が調剤薬局の生き残りを左右する。そのためには患者との価値共創を考えなければならない。高齢社会における薬剤費の節減は、医薬品の専門家である薬剤師の助言がなければ機能しない。個別の患者の薬剤費の節減は多職種のメンバーで意識すべきテーマである。

通常のマーケティングにおける価値共創は、製品の共同開発であるが医療における価値共創は、情報共創である。医師と患者の情報共創は「地域医療を考える会」等で進められているが薬剤師と患者の情報共創はまだ萌芽の状態である。かかりつけ薬剤師が選定され、健康サポート薬局の認定が進めば、双方が理解できるコミュニケーションの設定、つまり情報共創を進めなければならない。データベースであるお薬手帳を活用し、患者が分かる言葉での丁寧な説明が要される。

在宅医療を進める地域包括ケアシステムは、在宅患者を受け入れる基幹病院の整備、行政の支援等、医療をまちづくりに組み込む作業になる。それは医療イノベーションを進めることと換言できる。薬局は多職種連携の軸となり、薬剤師は多くの意識改革が求められている。地域医療は、全体最適であることが求められるが、1つの医療供給施設が最適である部分最適では全体の質の維持が不可能となる。地域を見据えた地域医療の質的向上を目指し、高齢社会に対応するための仕組みを作らなければならない。

イノベーションとは、革新を超えた新しいスタイルを進めることである。団塊の世代が後期高齢者となると、新たな医療サービスの設定が必要となる。医療資源の配分を検討することになり、まちづくりに組み込む計画が進められる。調剤薬局が主導となり医療モールを設計しているが、大規模医療機関の混雑緩和に寄与し、アクセスが良いところに設置しているので地域住民の利便性に貢献している。医療モールに設置されている調剤薬局は、患者の利便性を考慮して在宅医療を視野に入れつつある。



## 4 今後の検討課題

### ① 地域の課題への応用

筆者が、医療マーケティングと薬局イノベーションの研究を進める動機として、日本で1番短命県の青森県の健康づくりに、薬局イノベーションが貢献できるのではないかという問題提起があった。短命県脱出は医療関係者の献身的な努力が求められるが、社会科学の研究者にも貢献できる分野が実在する。臨床の学識が無くても、ユーザーイノベーションによる価値共創や患者満足度の向上に関してはマーケティング分野からの接近が可能である。

厚生労働省が公表した、2015年市区町村別生命表によると、平均寿命ワースト10位以内に男女合わせて青森県の10市町村が含まれている。同50位以内まで見ると青森県は男女計46市町村が含まれている。青森県は日本一の短命県であると言われているが、具体的に示された数値がその厳しい状況を示唆している。現在、官民挙げての健康増進策が進められており、短命県返上に向けて各自治体は様々な取り組みを試みている。塩分、アルコールが多い食生活の改善、健康診断の受診率の向上等やるべき試みは様々ある。野菜摂取量が少ない食生活、食習慣や嗜好品の摂取の変革を進めるためには、成人病対策等、健康に対する意識改革を進展させなければならない。

地道な取り組みが効を奏し、青森市の男性が5年前調査時に比較して2.4歳、階上町の女性が2.2歳、平均寿命を延ばしているという資料がある。全国最下位ではあるが明るい兆しが見えつつある<sup>9)</sup>。

こうした短命県脱出への取り組みは様々なイノベーションが求められるが、医薬品流通業者のイノベーションも不可避である。特に調剤薬局所属の薬剤師の栄養指導、健康指導が効果を発揮すると想定される。患者は医師には言いにくいことでも薬剤師には相談できることがあり、複数の指導者がいることは地域住民には心強い。

青森県は質の高い地域医療サービスの提供に、力点を置いている。2020年までに平均寿命を全国平均に近づけることを目標としている。更に健康寿命の延伸を視野に入れている。健康寿命と平均寿命には10年程度の開きがあると言われているが、青森県の場合は、15年の調査結果によれば男性71.64歳 全国34位、女性75.14歳 全国20位となっている<sup>10)</sup>。

健康上の問題がなく日常生活を制限無く過ごす健康寿命の延伸は、まちづくりにおける大きなテーマである。健康寿命が延びれば医療、介護に掛ける費用が軽減される。公的資金の支出が確実に軽減できる。健康寿命延伸に医療従事者が中心に多職種のメンバーが連携して、成果を上げることが喫緊の課題であり、薬局関係者はその中で重責を担っている。幼児期の服薬指導を行う学校薬剤師がその一躍を担っているが、力量を発揮していないという意見があり<sup>11)</sup>、薬剤師のあり方は多岐に渡っている。

### ② まちづくりへの取り込み

高齢社会への対応は、全体最適を見据えたまちづくりから始まる。医療、介護、福祉の地域ネッ

トワークづくりは、ネットワークを核としたまちづくりを進めることである。この場合、ネットワークの密度は地域住民としての満足度の向上に連動する。そうした満足度の向上とまちづくりの進め方に、薬局イノベーションがどのように関わるべきかを現場の薬剤師と議論することが必要である。健康サポート薬局は、老人会や自治会に出前講座を計画しているが、そうした試みもまちづくりに波及する。

滋賀県モデルがいよいよ始動する。ドラッグストアが旗艦店となり個店がサテライトとなり、在宅療養する地域住民の御用聞き機能を務める。地域包括ケアを推進する新しいモデルとされている<sup>12)</sup>。本稿脱稿の時点では予定であり実働していないが、今後注視しまちづくりとの関わりを見据える必要がある。

## 注

- 1) 秋葉保次・中村健・西川隆・渡辺徹 (2012)「医薬分業の歴史 証言で綴る日本の医薬分業史」薬事日報社、pp.424-425。
- 2) 秋葉保次・中村健・西川隆・渡辺徹 (2012)「医薬分業の歴史 証言で綴る日本の医薬分業史」薬事日報社、pp.427-428。
- 3) セルフメディケーション税制とは、平成29年1月1日から平成33年12月31日までの間に、自己又は自己と生計を一つにする配偶者その他の親族に係る一定のスイッチOTC医薬品の購入の対価を支払った場合において、その年内に支払ったその対価の額の合計額が1万2千円を超えるときは、その超える部分の金額、その金額が8万8千円を超える場合には8万8千円について、その年分の総所得金額から控除する。医療費控除との併用はできないという税制度である。平素からレシートを収集することが前提となる。
- 4) 産経ニュース 2015年11月18日ウェブニュース (2018年5月1日閲覧)
- 5) 狭間研至 (2015)「薬局マネジメント3.0一次世代型地域医療の機能と経営戦略」評言社、p.194。
- 6) 陳拍延(2007)「調剤薬局における患者満足度の要因分析に関する研究」『信州医誌』55(6)、信州医学会、p.328。
- 7) 厚生労働省ホームページ「薬局・薬剤師に関する情報、患者のための薬局ビジョン、健康サポート薬局」に記載されている内容、日本薬剤師会ホームページ「健康サポート薬局Q&A」の内容を整理して記述した。それぞれのホームページは、2018年1月5日参照。
- 8) 弘前大学医学部附属病院の匿名希望の看護師による聞き取り調査をした。(2018年2月)
- 9) 「陸奥新報」2018年4月20日、p.4の記事を参照してまとめた。
- 10) 「陸奥新報」2018年4月20日、p.4の記事を参照した。
- 11) 匿名希望県内薬剤師の談話(2017年3月)
- 12) 「ドラッグトピックス」2018年5月28日、p.1。

## 参考文献

- 翁百合 (2017)「国民視点の医療改革 ー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、第2章。
- 志村裕久 (2017)「2025年の医療サプライチェーンの将来像とあるべき姿」薬事日報社、pp.55-94。
- 辻哲夫総監修、久野譜也、本田茂樹監修 (2017)「長寿社会のまちづくり 超高齢社会への挑戦」時評社。
- 辻哲夫監修 田城孝雄・内田要編 (2017)「まちづくりとしての地域包括ケアシステム」東京大学出版会。
- 辻哲夫監修 (2018)「医療・介護・福祉の地域ネットワークづくり事例集ー住民、多職種、行政が協働する包括ケア」素朴社。
- 野中猛、野中ケアマネジメント研究会 (2016)「多職種連携の技術 ー地域生活支援のための理論と実践」中央法規
- 藤本健太郎 (2018)「人口減少を乗り越えるー縦割りを脱し、市民と共に地域で挑む」法律文化社、第5章。

Peter M.Ginter, W.Jack Dunkun, Linda E.Swayne (2013) Strategic Management of Health Care Organizations, 8<sup>th</sup> ed., Wiley.  
Roy C.Wood (2015) Hospitality Management a brief introduction, Sage.  
Tal Katz-Navon, Eitan Naveh, and Ann Terleak (2005) Safety Climate in Health Care Organizations: A Multidimensional Approach, The Academy of Management Journal, Vol. 48, No. 6, pp. 1075–1089.  
Teodore H.Tulchinsky (2018) Case Studies in Public Health, Academic Press.

本稿を作成するに当たり、社会薬学の造詣が深い多くの薬剤師との対談を参考にさせていただきました。深く感謝を申し上げます。

(謝辞) 本稿はJSPS科研費 JP17K03987の助成を受けたものです。