

Analyzing the Medical Care Act to Promote Home Care: Current Status and
Legislations of Health Insurance Pharmacies and Health Insurance Pharmacists

Keitaro Yoshida

In 2012, the Medical Care Plans were revised, following which the Ministry of Health, Labour and Welfare has promoted home care and the Integrated Community Care System. The Medical Care Plans, allow pharmacies to take an organizational role in home care equivalent to that of hospitals and clinics. However, according to Central Social Insurance Medical Council, only 11.7% of pharmacies nationwide implemented home care in 2015, making it difficult to say pharmacy home care is prevalent nationally. Therefore, I have researched what legal reform is necessary for the advancement of pharmacy home care. Moreover, I considered the use of current legal system to promote participation home care.

Based on my survey, a lack of pharmacy-based pharmacists to cope with home care related workload was identified as a cause for prevalence of pharmacy home care in 2014; this is likely to continue until 2035. By judicial precedent and law structure, pharmacies cannot be established as a Medical Corporation ensuring stability of medical care, even though pharmacy home care is a largely common medical service; in other words, the present legal system does not encourage home care.

According to Onda et al. (2016), the outreach of pharmacy home care depends on the number of prescriptions per pharmacist. Moreover, creating sustainability and securing human resources are part of medical law reform. Therefore, I suggest revising the ministerial order establishing the framework for operations conducted by pharmacies, and which bases pharmacist numbers on prescriptions as workload. Accordingly, the Medical Care Plans and Integrated Community Care System of the ministerial order will facilitate the nationwide expansion of pharmacy home care. Moreover, I found two current legal systems that promote home care in terms of Japanese medical insurance system. I considered using two systems is the key to promoting home care under the current legal system.

在宅医療を推進するための医療法からの一考察

- 保険薬局ならびに保険薬剤師の現状と問題点 -

吉田啓太郎

I はじめに

急性期医療が充実して救命力も高まっていることや、疾病構造の変化等により、長期療養が必要な患者が増加している。そして、超高齢社会で生じる転機に対応するために、住まい・医療・介護・予防・生活支援が1つとなった地域包括ケアシステムが2012年に提唱された。さらに、同年の医療計画の見直しで、慢性期及び回復期患者の受入先や看取りを行う医療提供体制の1つとして、在宅医療が定められた。くわえて医療計画では、薬局が病院や診療所と同じように、退院支援・日常の療養支援・急変時の対応・看取りに関わる医療機関とされており、薬局の在宅医療が強く求められることとなっている。

現在、医療保険における在宅患者訪問薬剤管理指導の届出を行っている薬局のうち、実施している薬局は12.2%である⁽¹⁾。また、介護保険における居宅療養管理指導を受けている受給者は全受給者のうち12.8%で、薬局が行っている居宅療養管理指導の件数は、全居宅療養管理指導の23.1%に過ぎない⁽²⁾。さらに、在宅医療の実績がある薬局は、全国で11.7%となっており⁽³⁾、薬局の在宅医療が全国的に普及しているとは言い難い状況である。また、医療の切れ目は生活の切れ目となることから、在宅医療の確立は地域包括ケアシステムにおける最大の課題とされており⁽⁴⁾、薬局は薬物治療の要である。

そこで、薬局の在宅医療を推進するためにどのような法制度改革が必要となるのかを、現状の問題点および現行の法制度から考察を行った。また、薬局の在宅医療参加という喫緊の課題を解決するため、現行の法制度の活用方法を考察した。

II 在宅医療における薬局・薬剤師の問題

1 薬局の在宅医療に関する全国調査から

2011年に平成24年度診療報酬・介護報酬同時改定に向けて、評価体系の整理に必要な基礎資料を整備する目的で行われた「薬局のかかりつけ機能に係る実態調査⁽⁵⁾」、2012年度に居宅療養管理指導および在宅患者訪問薬剤管理指導を活用することによる効果の検証を目的に実施された「居宅療養管理指導及び訪問薬剤管理指導のあり方に関する調査⁽⁶⁾」や2014年度に保険薬局全般に関する情報源の確立を目的に行われた「会員管理薬剤師アンケート⁽⁷⁾」において、薬局当りの薬剤師数が不足していることが、在宅医療を行えない主な原因として挙げられていた。

しかし、全国調査では在宅医療の先進地および後進地が同列に処理されていることから、先進地と後進地に分けた比較検討が必要だと考えられた。在宅医療の先進地として大阪府でのデータ報告はあるが、後進地でのデータは報告されていない。そこで、後進地としてのデータを得るため、独自に宮崎県でアンケート調査を行い、両者の比較検討を行った。

2 宮崎県南西部の薬局を対象に行ったアンケート調査の結果から

(1) 集計結果から得られた問題点

地方における問題点を明らかにするために、宮崎県南西部にある都城市北諸県郡薬剤師会に協力を得て、所属薬局を対象としてアンケート調査を実施した。調査期間は2014年5月26日から5月31日で、調査内容から個人の名前や施設名が特定できるような項目は設けず、回収時も無記名の郵送とした（本調査は、九州保健福祉大学倫理委員会の承認を得て行った。）。調査内容は薬局の基本情報（図表1）、在宅医療について（図表2-1、2-2、2-3、2-4）である。在宅医療についての項目では、現在の業務で薬剤師が足りている薬局と不足している薬局に分けた。薬剤師が足りている薬局には在宅医療の可否を尋ね、薬剤師が不足している薬局には、現在の業務を行うのにあと何人薬剤師が必要か尋ねた（図表2-5）。さらに、在宅医療が不可能な薬局と現在の業務で薬剤師が不足している薬局には、在宅医療を行う上での課題を尋ねた（図表2-6）。郵送した調査票は80通のうち62通の回答を得た。

アンケート結果を集計したところ、在宅医療を行える薬局は 23.2%だった。また、在宅医療を行う上での課題に薬局当りの薬剤師「人数」不足が挙げられた。したがって、全国でも地方でも、薬局の在宅医療が困難な原因の 1 つとして、薬局当りの薬剤師不足があるといえる。

（２）分析結果から得られた問題点

（a）宮崎県南西部の薬局を対象にしたアンケート調査から得られた問題点

前述した在宅医療に関する全国調査および宮崎県南西部のアンケート調査から、薬局当りの薬剤師数不足が、在宅医療推進の障害だと明らかになった。そこで、具体的に何人不足しているのか調査を進めた。先述したアンケート調査で、在宅医療が不可能な薬局と可能な薬局に分けて、薬局当りの薬剤師数（図表 3）と 1 日平均取扱処方箋数（図表 4）の t 検定を行った。1 日平均取扱処方箋数に差は無かったが、在宅医療が不可能な薬局は、可能な薬局に比べて薬剤師が 1.2 人不足していた。

（b）大阪府北部と宮崎県南西部の比較から得られた問題点

また、都市型地域医療として薬局の在宅医療が進んでいる大阪府北部⁽⁸⁾と、在宅医療が進んでいない宮崎県南西部にある都城市北諸県郡の比較を行った（図表 5）。この比較においても、1 日平均取扱処方箋数に差が無いにも関わらず、宮崎県南西部の方が、大阪府北部より薬局当りの薬剤師が 2.4 人不足していた。くわえて、2014 年から 2035 年にかけての大阪府と宮崎県の比較も行った（図表 6）。表中の患者は「投薬のある患者数」、処方箋は「取扱処方箋数」、薬剤師は「薬局の薬剤師数」、薬局は「薬局数」を示す⁽⁹⁾。なお、図表 6 下部の需要は「2035 年に見込まれる薬局薬剤師の需要数」を基に導いた⁽¹⁰⁾。この比較により、在宅医療が不可能な地域である宮崎県は、可能な地域の大阪府に比べて薬局当たりの薬剤師が 1 人不足しており、将来的にも 1 人の不足が継続する。しかし、35 年に見込まれる薬局薬剤師の需要数通りに薬剤師を確保できれば、宮崎県の薬剤師 1 人当りの「投薬のある患者数」と「取扱処方箋数」は、14 年の大阪府の薬剤師 1 人当りの「投薬のある患者数」と「取扱処方箋数」と同じになり、宮崎県の薬局の在宅医療が可能になると考えられる。また、35 年に推測される宮崎県の薬局当りの薬剤師数は 1.7 人であり、35 年に見込まれる薬剤師の需要数に従うと薬局当りの薬剤師数は 2.6 人だった。くわえて、35 年

の宮崎県においても、在宅医療が不可能な場合は可能な場合に比べて、薬局当りの薬剤師数が 0.9 人不足していた。

(c) 現状と法制度の比較から得られた問題点

さて、薬局の薬剤師員数は、1 日平均取扱処方箋数を 40 で除して得た数以上という算定方法に則っている（薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令第 1 条第 2 項〔以下、体制省令〕）。前述の比較で、在宅医療が不可能な薬局の薬剤師数は、59.1 枚に対して 1.5 人（図表 3、4）、60.5 枚に対して 2.4 人（図表 5）や 45.1 枚に対して 2 人（図表 6）であり、体制省令で定めている最低数の員数だった。一方、在宅医療が可能な薬局の薬剤師数は、67.8 枚に対して 2.7 人（図表 3、4）、57.8 枚に対して 4.8 人（図表 5）や 42.6 枚に対して 2.9 人（図表 6）であり、体制省令で定められた員数算定方法より 1 人多いことがわかる⁽¹¹⁾。体制省令において、1 日に応需する平均取扱処方箋 40 ごとに薬剤師 1 人とは、「患者等との対話、薬歴管理、服薬指導、疑義照会などの薬剤師としての業務量」⁽¹²⁾が織込まれた算定方法であり、調剤業務を重視したものである⁽¹³⁾。すなわち、現行の体制省令の員数算定方法は、在宅医療を考慮した形になっていない。そして、現状の薬剤師数と在宅医療可否の関係から、現行の体制省令は、在宅医療を含めた薬局の業務量に対して適切でないといえる。

薬局の在宅医療が全国的に普及していない原因として、薬局当りの薬剤師数不足が判明した。そして、在宅医療が追加された業務量に対して、薬局当りの薬剤師が 1 人不足している事も明らかとなった。そこで、人員不足を解消し、薬局の在宅医療推進の一助となるような法制度改革について、関連法制度から考察を行った。

Ⅲ 法的考察

1 医療法人制度

(1) 現行の医療法人について

薬局は、調剤業務を行う場所であると同時に（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第 2 条第 13 項〔以下、医薬品医療機

器等法]]、病院や診療所と同等の医療提供施設である（医療法第2条の2第2項）。また、健康保険法の指定を受けることで、保険薬局となる（健康保険法第63条第1号）。そして、日本の医療は国民皆保険制度の下で行われているため、法的には、薬局が保険薬局だと考える必要がある。また、本論では、地域における医療の重要な担い手である医療法人、医療の提供体制の根幹である医療計画⁽¹⁴⁾を定めている医療法に注目する（医療法第40条の2）。

医療法人とは、経営に継続性を付与して医療の安定性を確保するものである。一般的に、病院や診療所の方が薬局より在宅医療を行っている。そして、在宅医療の主たる担い手となっている在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院の開設者の多くは、医療法人である⁽¹⁵⁾。提供する医療に安定性を持たせる医療法人が、医師側の在宅医療が進んでいる一因だと推測される。そこで、医療法人制度と薬局に焦点を当てることとした。

医療法人の本来業務は、診療所や介護老人保健施設の開設だが（医療法第39条）、保健衛生に関する附帯業務として薬局が規定されている（同法第42条第6号）⁽¹⁶⁾。ここで、附帯業務での薬局を保険薬局として考えると、保険医療機関と一体的な構造や経営を保険薬局は行ってはならないと定められており（保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則第2条の3第1項第1号）、附帯業務で薬局を行うことは原則不可能である。さらに、一体的な構造や経営についての解釈は、平成24年（行コ）第462号保険薬局指定拒否処分取消等請求事件の判例によると、保険薬局と保険医療機関との間に資本関係が全くないことが経営上の独立性の要件とされ、経営上の独立性が十分に確保されている場合には、構造上の独立性に関する規定は緩やかに解すべきだと示された⁽¹⁷⁾。したがって、保険医療機関である病院や診療所が、保険薬局を医療法人の附帯業務として行うことは、資本関係のある同じ法人のため、不可能である。現行の医療法では、薬局は病院や診療所と同等の医療提供施設や在宅医療に係る機関であるにも関わらず、医療法人により薬局を行うことはできないため、薬局の提供する医療は、安定性が確保されていない。

（2）改正医療法における医療法人について

2015年9月に医療法の一部を改正する法律が公布された。地域において質が高く、効率的な医療提供体制を確保することを目的とした地域医療連携推進法

人が、医療法人の新たな枠組みとして創設される⁽¹⁸⁾。地域医療連携推進法人は、複数の法人から成り、地域医療や地域包括ケアを推進することが期待されている。参加できる法人は、病院等を開設する法人、介護事業等に係る施設や事業所を開設し、または管理する法人に限られており、薬局は参加法人として法的に認められていない。病院、診療所、介護事業者等に関しては、今後の時代に備えた法整備が行われ、各々が提供する医療の安定性が確保されることとなる。一方、将来的に薬局が提供する医療については、地域医療や地域包括ケアで薬物治療が必須にも関わらず、法的な安定性が確保されない。

2 公益性の高い医療サービス

2012 年の医療計画の見直しによって、「4 疾病並びに 5 事業」に精神疾患と在宅医療が追加され、「5 疾病並びに 5 事業及び在宅医療」となった。また、12 年の改正前から 5 事業は、地域住民にとって不可欠な事業を担う公益性の高い法人とされる社会医療法人の要件である。そして、在宅医療は 5 事業と併記されており、5 疾病 5 事業並みに取組むべきものとなっている⁽¹⁹⁾。さらに、薬局は地域包括ケアシステムの一員として、地域の医療提供体制に更なる貢献が期待されることから、公共性を強く求められており⁽²⁰⁾、薬局の在宅医療は公益性の高い医療サービスといえるのではないかと。

公益性の高い医療サービスの定義は、「通常提供される医療サービスと比較して、継続的な医療サービスの提供に困難を伴うものであるにも関わらず、地域社会にとって、なくてはならない医療サービス」である⁽²¹⁾。また、時代や地域によって具体的内容は変わり、時代の節々で見直しが必要だとされている。

このように、在宅医療実践のために、医療や介護との連携が必須とされているが⁽²²⁾、現状の薬局当たりの薬剤師数では、通常行っている外来の調剤業務で精一杯であり、連携以前に薬局内の在宅医療を行う体制が満足に構築されていない。また、薬局の在宅医療の業務量は、従来の調剤業務より増加し、採算が合わない⁽²³⁾。薬局当たりの薬剤師数不足や経営面によって、地域社会に対して等しく医療を提供出来ないことから、薬局の在宅医療は「継続的な医療サービスの提供に困難を伴う」ものになる。また、国策でも勧められている様に、薬局の在宅医療は、薬物治療や地域包括ケアシステムの要として「地域社会にと

ってなくてはならない医療サービス」である。したがって、薬局の在宅医療は、公益性の高い医療サービスといえるだろう。しかし、薬局の在宅医療が公益性の高いものであっても、薬局の在宅医療実施の支援を行う法制度は存在していないのが実状である。

3 法制度への改革

医療法において、薬剤師や薬局が関わっているのは、全8章のうち第4章までである。また、医療提供体制に関する内容や地域包括ケアシステムに関する内容、そして医療の安定性を確保するための内容について、薬局は医療提供施設であるにも関わらず、一切規定されていない。これは、医薬品医療機器等法についても同様で、全17章のうち薬局に関することは第3章の定義付けだけである。したがって、前述してきたように現行の法制度には、薬局が提供する医療の安定性を確保するような法制度や、薬局の在宅医療実施の支援を行うような法制度が存在しない。現状のままでは、薬局は、人員不足による医療や介護との連携体制の構築不可や経済的な理由から、患者が必要とする在宅医療を、薬局が提供できないという事態に陥ってしまうことになる。

薬局が在宅医療に参加することで、治療アウトカムの改善⁽²⁴⁾や残薬整理による医療費削減⁽²⁵⁾の実績が報告されている。これらは、国民医療の向上ならびに社会保障費の抑制を担っている。

したがって、更なる推進のために、人員不足を解消し、薬局の在宅医療が可能になるような法制度改革が必須だと考える。

IV 医薬分業と薬剤師業務の変革

まず本論にて、薬局の業務量に対して薬剤師数が不足していることが明らかとなった。そして、医療分野の法制度改革には、人材を確保して制度を持続可能にしていくという軸があり⁽²⁶⁾、薬局の在宅医療の可否には、薬剤師1人当りの処方箋数が関わっていると報告されている⁽²⁷⁾。よって、在宅医療を含めた薬局が提供する医療の安定性を確保し、持続可能とするためには、処方箋数を業務量として薬剤師数を規定している体制省令が、法制度改革の鍵だと考えられ

る。

1993 年の体制省令改正によって、薬局の薬剤師数は、1 日平均取扱処方箋 40 ごとに 1 人と定められるようになった。そもそも処方箋 40 という数字は、薬局にくる処方箋 1 枚当たりが 1.8 剤であるため、1 人の薬剤師が薬歴等医薬品情報に気を配りながら大衆薬等も供給し調剤をするのに、72 剤に相当する処方箋 40 が妥当だとして、厚生省が定めたものである⁽²⁸⁾。その根拠は、当時の 1 日平均取扱処方箋 40.6 枚⁽²⁹⁾に 1.8 剤を乗じた 73.1 剤だと筆者は考える。改正当時は、医薬分業が加速的に増加した時期であり、現行の処方箋 40 という数字は、医薬分業により生じ始めた調剤などの業務量から導き出されている。

そこで、薬局の在宅医療を推進するために、体制省令の改正過程を踏まえた法制度改革の論点を 2 点提示したい。まず 1 点目に、現在の薬局や薬局薬剤師の業務量が増加していることである。薬局業務は、従来の医薬品販売と医薬分業以降の調剤にくわえて、新たに在宅医療が求められる時期に差掛っている。さらに、現在の処方箋 1 枚当たりの薬剤数は 2.88 剤⁽³⁰⁾となっており、1 日平均取扱処方箋も 60 枚⁽⁵⁾に増加していることから、調剤だけでも明らかに業務量が増加している。そして 2 点目は、将来的にも業務量増加が見込まれることである。医薬品医療機器等法の改正や臨床検査技師等に関する法律の改正、日本再興戦略などにより、後発医薬品の変更調剤や残薬解消、健康相談、検体測定室、一般用医薬品や要指導医薬品の販売など、今後は、薬局や薬局薬剤師の大幅な業務量増加が見込まれる。

地域包括ケアシステムに則して、現在の薬局を在宅医療等を行う薬局に再編する⁽³¹⁾と厚生労働省が発表している。しかし、現行の法制度では、薬局が在宅医療を持続的に行える体制ではない。薬局の在宅医療を推進するためには、先の 2 点を踏まえて、体制省令で定めている薬剤師の業務量を見直す必要があると考える。従来の 72 剤に合わせて薬剤師 1 人当りの処方箋を 25 枚とするのか、在宅医療を行っている薬局に合わせて 20 枚⁽¹¹⁾とするのかは、在宅医療で取扱われている処方箋の内容を精査する必要があるだろう。また、医療法施行規則では、病院の薬剤師員数を入院患者と外来の取扱処方箋数から算定している。それに倣い、薬局の外に出る在宅業務と、薬局の中で行う調剤業務等に分けて、新たな薬剤師の業務量を見直してもよいのではないだろうか。

V おわりに

医療法から見ると、薬局の在宅医療実施の支援を行うような法制度が存在しないのが実状である。そして、薬局の在宅医療が全国的に普及していない要因として、業務量に対する薬剤師数不足を見出した。薬局薬剤師数を定めている体制省令の業務量とは、93年当時の資料を基に作られたものであり、現在の業務量と大きな差異がある。93年に体制省令が改正された時は、医薬分業という大きな転換期で、医薬分業に合わせた薬剤師の員数算定方法が定められた。そして現在、在宅医療を含めた地域包括ケアシステムへの転換期に差掛っており、医療計画や地域包括ケアシステムに合わせて体制省令を見直すことが必要である。

また、薬局の在宅医療は国民皆保険制度の中で行われるため、一定基準以上の質を保たなければならない。医療の質を構造面から捉えると、薬局の提供する医療は薬剤師数に依存し⁽³²⁾、在宅医療が可能な薬局と不可能な薬局の薬剤師数は、おおよそ1 : 0.5となっていた（図表3、5）。したがって、人材を確保して制度を持続可能にしていくという観点からも、体制省令の見直しが、薬局の在宅医療を推進するような法制度改革になるのではないかと考える。

次に、医療連携体制という観点から現行の医療保険制度を見ると、在宅医療の推進に活用すべき制度が2点確認できる。この2点の活用により調剤報酬が得られることになり、在宅医療へのインセンティブとなりえるといえる。

1点目は、算定している薬局が1.42%の退院時共同指導料である⁽³³⁾。これにより、退院後に在宅医療を受ける患者に対して、薬局薬剤師が病院薬剤師と連携を取り、患者の薬剤情報を共有できる。

2点目は、利用していない薬局が85.7%のサポート薬局制度である⁽³⁴⁾。かかりつけ薬局が、やむを得ない理由で在宅業務を行えない場合に、サポート薬局が臨時対応するものである。

この2つの制度を併せて活用することが、現行の法制度のなかで、薬局の在宅医療を推進する鍵となるはずである。

註

(1)平成 26 年に在宅患者訪問薬剤管理指導の届出を行っている薬局は、46095 店舗だった。さらに、届出を行っている薬局のうち、実施している薬局は 5605 店舗だった（中央社会医療保険協議会）。

(2)厚生労働省大臣官房統計情報部 平成 26 年度介護給付費実態調査の概況」。

(3)平成 26 年における保険薬局数は、56341 店舗であり（医療経済機構）、在宅医療の実績がある在宅患者調剤加算の届出を行っている薬局は、6582 店舗だった（中央社会医療保険協議会）。

(4)東京大学高齢社会総合研究機構編「地域包括ケアのすすめ 在宅医療推進のための多職種連携の試み」東京大学出版会、2014 年、23 頁。

(5)日経 BP コンサルティング「薬局のかかりつけ機能に関する実態調査」2011 年 11 月 30 日 66 頁、76-77 頁。

(6)日本薬剤師会「居宅療養管理指導及び訪問薬剤管理指導のあり方に関する調査研究事業報告書」2013 年 3 月 62 頁。

(7)日本保険薬局協会 薬局薬剤師機能拡大委員会「2014 年度会員管理薬剤師アンケート報告書」2015 年 3 月 21 頁。

(8)廣谷芳彦．八十永理．的場俊哉．池田賢二．恩田光子．川瀬雅也．名徳倫明「保険薬局における在宅医療への実施状況と薬剤師の意識・意見に関する調査研究」医療薬学、2012 年、第 38 巻第 6 号、371-378 頁。

(9)山本展裕．内山充「日本における薬剤師需給の予測に関する研究」YAKUGAKU ZASSHI、2002 年、第 122 巻第 5 号、309-321 頁。

山本らの方法に則り、眼科、耳鼻咽喉科および歯科を歯科とした。そして、人口に医科受療率と歯科受療率を乗じて患者数を導き、医科と歯科の投薬率を乗じて「投薬のある患者数」を求めた。また、「取扱処方箋数」は、医科の「投薬のある患者数」に処方箋受取率を乗じた数と歯科の「投薬のある患者数」に処方箋受取率と 2/3 を乗じた数の和である。

なお、人口は人口推計（総務省）と日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）、薬剤師数は平成 26 年度医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）を用い、平成 26 年以降の薬剤師数は人口当たりの割合が一定とした。外来受療率は平成 26 年度患者調査（厚生労働省）、薬局数は平成 26 年度衛生行政報告例（厚生労働省）、医科と歯科等の投薬率は平成 26 年度処方箋受取率の推計（日本薬剤師会）を用い、以降は一定とした。眼科及び耳鼻咽喉科の投薬率は定められていなかったため、山本らと同様に、歯科と同一であると仮定して計算した。

(10)望月正隆「薬剤師需給動向の予測に関する研究」厚生労働科学研究費補助金 平成 24 年度総括研究報告書 2013 年 5 月 3-8 頁。

(11)「地域医療における薬剤師の積極的な関与の方策に関する研究」の平成 25 年度研

究報告書で、在宅医療を行う薬局の特徴は処方箋 55 枚に対して薬剤師 3 人だと報告されている。また、薬剤師 1 人当りの取扱処方箋数は 20 だった。

(12)「薬局業務運営ガイドラインについて」1993 年 4 月 30 日薬企第 37 号。

(13)「薬事法施行規則及び薬局及び一般販売業の薬剤師の員数を定める省令の一部改正について」1993 年 4 月 30 日薬発第 410 号。

(14)東京大学公共政策大学院 医療政策教育・研究ユニット編「医療政策集中講義 医療を動かす戦略と実践」医学書院、2015 年、32 頁。

(15)中央社会医療保険協議会「在宅療養後方支援病院の新設や機能強化型在宅療養支援診療所等の評価の見直しによる影響、在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制の推進等を含む在宅医療の実施状況調査」2015 年 11 月 6 日 10 頁。

(16)厚生労働省「医療法人の業務範囲<平成 27 年 9 月 30 日現在>」。

(17)原田大樹「市街地再開発の結果、同一建物内に病院と薬局が隣接することとなった場合について、保険薬局指定拒否処分が取り消された事例」判例時報、2015 年、第 2250 号、112-117 頁。

(18)「医療法の一部を改正する法律の公布について」2015 年 9 月 28 日医政支発第 0928 第 1 号。

(19)前掲「医療政策集中講義 医療を動かす戦略と実践」50 頁。

(20)厚生労働省「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～」2015 年 10 月 23 日 7 頁。

(21)医業経営の非営利性等に関する検討会「医療法人制度改革の考え方～医療提供体制の担い手の中心となる将来の医療法人の姿～」2005 年 7 月 22 日 13-14 頁。

(22)日本学術会議薬学委員会「薬剤師の職能将来像と社会貢献」2014 年 1 月 20 日 4 頁。

(23)狭間研至「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、2015 年、137-145 頁。

(24)今井博久「地域医療における薬剤師の積極的な関与の方策に関する研究」厚生労働科学研究費補助金 平成 25 年度総括・分担研究報告書 2014 年 3 月 1-6 頁。

(25)恩田光子、今井博久、春日美香、安田実央、下村真美子、岡本夏実、高田百合奈、七海陽子、田中有香、荒川行生「薬剤師の在宅医療サービスによる残薬解消効果」医薬品情報学、2015 年、第 17 巻第 1 号、21-33 頁。

(26)前掲「医療政策集中講義 医療を動かす戦略と実践」13 頁。

(27)七海陽子、恩田光子、今井博久「在宅訪問業務を実施している薬局の属性と業務内容との関連から見出された今後あるべき薬局像～全国調査による分析的観察研究からの考察～」日本薬剤師会雑誌、2016 年、第 68 巻第 1 号、35-39 頁。

(28)厚生省薬務局企画課監修、日本薬剤師会編「薬局業務運営ガイドライン解説」日本薬剤師研修センター、1993 年、38-41 頁。

- (29)日本薬剤師会「保険薬局処方せん取扱い状況調査の概要(平成3年10月調剤分)」
1992年。
- (30)厚生労働省保険局「調剤医療費(電算処理分)の動向～平成26年度版～」2015年
9月3日。
- (31)前掲「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～」5頁。
- (32)今中雄一、大日康史「シリーズ生命倫理学第17巻 医療制度・医療政策・医療経
済」丸善株式会社、2013年、20-23頁。
- (33)前掲「2014年度会員管理薬剤師アンケート報告書」26頁。
- (34)厚生労働省保険局「薬局の機能に係る実態調査報告書」厚生労働省保険局医療課、
2013年、42頁。

業務形態	保険調剤	95.2%
	一般用医薬品	4.8%
薬剤師数	常勤	1.8人
	非常勤	0.6人
1日平均取扱処方箋数		60.5枚

図表 1 薬局の基本情報

出典：「宮崎県南西部の薬局を対象にしたアンケート調査」を参考に著者作成

在宅患者訪問薬剤管理指導	届出あり	59.0%
	届出なし	41.0%

図表 2－1 在宅患者訪問薬剤管理指導について

出典：「宮崎県南西部の薬局を対象にしたアンケート調査」を参考に著者作成

居宅療養管理指導	指定あり	49.2%
	指定なし	50.8%

図表 2－2 居宅療養管理指導について
 出典：「宮崎県南西部の薬局を対象にしたアンケート調査」を参考に著者作成

在宅医療の実績	在宅患者訪問薬剤管理指導	1.6%
	居宅療養管理指導	4.8%

図表 2－3 在宅医療の実績について
 出典：「宮崎県南西部の薬局を対象にしたアンケート調査」を参考に著者作成

現在の業務に対する薬剤師数	足りている	70.5%
	足りていない	29.5%

図表 2－4 薬剤師数について

出典：「宮崎県南西部の薬局を対象にしたアンケート調査」を参考に著者作成

薬剤師が足りている	
在宅医療の実践	可能 不可能
	33.3% 66.7%

図表 2－5 薬剤師数と在宅医療について

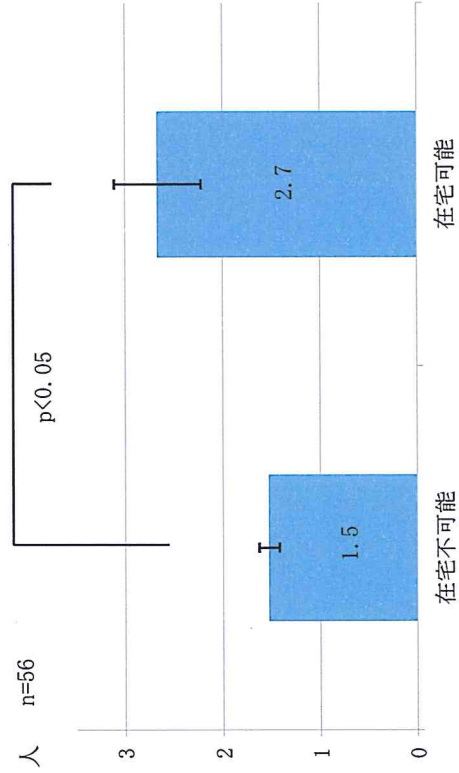
出典：「宮崎県南西部の薬局を対象にしたアンケート調査」を参考に著者作成

薬剤師が足りていない	
必要な薬剤師数	1.5人

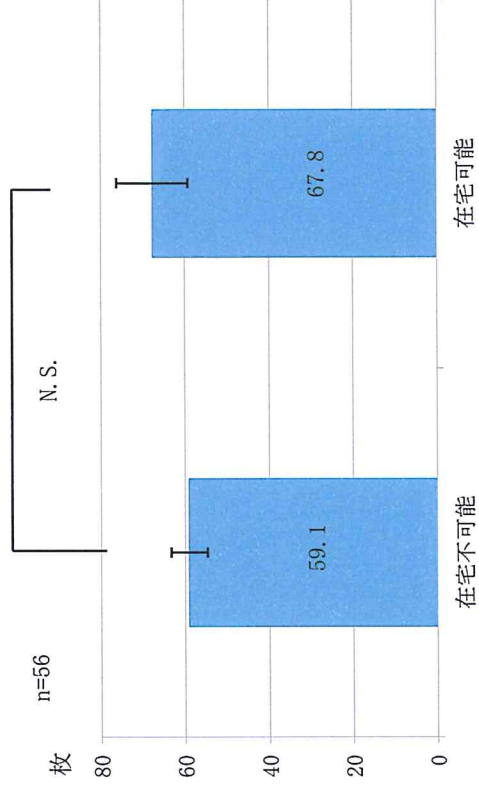
実践に対する課題人数	
時間	51.2%
経済	85.4%
医師の参加	26.8%
	58.5%

図表 2－6 在宅医療の課題について

出典：「宮崎県南西部の薬局を対象にしたアンケート調査」を参考に著者作成



図表 3 在宅医療が不可能な薬局と可能な薬局の薬剤師数
出典：「宮崎県南西部の薬局を対象にしたアンケート調査」を参考に著者作成



図表 4 在宅医療が不可能な薬局と可能な薬局の 1 日平均取扱処方箋数
出典：「宮崎県南西部の薬局を対象にしたアンケート調査」を参考に著者作成

大阪府北部 宮崎県南西部		
平均薬剤師数/薬局	4.8(ref.)	2.4(0.5)
1日平均取扱処方箋数/薬局	57.8(ref.)	60.5(0.94)
在宅医療が可能な薬局	75.4%	23.2%

図表 5 大阪府北部と宮崎県南西部の比較

出典：廣谷ら「保険薬局における在宅医療への実施状況と薬剤師の意識・意見に関する調査研究」医療薬学、2012年、第38巻第6号、371-378頁を参考に著者作成

		大阪	宮崎
2014	患者/薬剤師	25.8	30.6
	処方箋/薬剤師	14.5	22.2
	患者/薬局	75.6	62.1
	処方箋/薬局	42.6	45.1
	薬剤師/薬局	2.9	2
2025	患者/薬剤師	25.8	30.6
	処方箋/薬剤師	14.5	22.2
	患者/薬局	71.9	57.7
	処方箋/薬局	40.6	41.8
	薬剤師/薬局	2.8	1.9
2035	患者/薬剤師	25.8	30.6
	処方箋/薬剤師	14.5	22.2
	患者/薬局	66.6	52.8
	処方箋/薬局	37.6	38.3
	薬剤師/薬局	2.6	1.7
需要	患者/薬剤師	17.3	20.6
	処方箋/薬剤師	9.8	14.9
	患者/薬局	66.6	52.8
	処方箋/薬局	37.6	38.3
	薬剤師/薬局	3.8	2.6

図表 6 大阪府と宮崎県の比較

出典：山本ら「日本における薬剤師需給の予測に関する研究」YAKUGAKUZHASSHI、2002年、第122巻第5号、309-321頁

望月ら「薬剤師需給動向の予測に関する研究」厚生労働科学研究費補助金平成24年度総括研究報告書を参考に著者作成