

地域包括ケアシステムにおける国民への健康教育 (ヘルスプロモーション) の在り方

Reconsideration of the notion of health promotion for citizens within the Integrated Community Care System (ICCS) in Japan

津村 育子

TSUMURA IKUKO

東京外国語大学大学院博士後期課程

Tokyo University of Foreign Studies, Doctoral Student

著者抄録

本稿では、今後予想される多死社会を鑑み、国民の信頼度が最も高い薬剤師における地域包括システム下での国民への健康教育の可能性を探るため、薬剤師に必要とされる機能のパイロット調査研究を行った。まず初めに、薬剤師および薬局に関して、医療政策の歴史を調査し、次に、東京都町田市で地域住民への健康教育を行っている Y 薬局を調査の対象とし、半構造化インタビューを実施し、分析を行い、その課題から、検討すべき指標を考察した。

今回の調査対象である東京都町田市の Y 薬局は、薬局に来る処方箋を持った高齢者を中心とした患者に対し、調剤以外の活動を栄養士とともに進めていた。月 1 回ではあるが、Y 薬局が主催しているイベントに参加している認知症とともに暮らす高齢者は、このイベントをきっかけにデイサービスに通い始めるようになったなど行動変容を促すことができ、地域に多く存在する薬局を中心とした地域包括ケアシステムの可能性が示された。今後は、対象者、実施回数および実施形態などの調査を行う必要性が示唆された。

Summary

The purpose of this study is reconsidering the notion of professionalism in pharmacists who obtained the highest degree of trust from citizens under the Integrated Community Care System (ICCS) in the ultra-aging society which expects numerous deaths in Japan as a pilot study.

This study reviewed the historical literature of medical politics regarding the role of pharmacists and pharmacies in Japan. In addition, a pharmacy located in Machida-city in Tokyo was assessed as an advanced case in this study interviewed by using semi-structured face to face interview techniques. Interviews were recorded and analysed to create indicators for the next survey. The pharmacy is focused on elderly care in cooperation with registered dietitians. They hold a monthly event called "Dementia Cafe" which is held in front of the pharmacy, which gives the elderly with dementia an opportunity to visit a day-service facility caring for the elderly.

The survey shows possibilities that produced through a care system of pharmacies, located around Japan. In addition, this survey indicates that we need to have another survey to define the role of pharmacists taking into account factors such as age of patients, number and frequency of events and contents.

キーワード

住民教育 地域包括ケア 健康寿命 高齢者 日本

Keywords

Health Promotion; Integrated Community Care System; Citizen; Elderly; Japan

原稿受理 : 2018.12.16

Quadrante, No.21 (2019), pp.175-187.

目次

1. はじめに

1-1. 地域包括ケアシステムとは

2. 多死社会における課題

2-1. 健康寿命の延伸政策

2-2. 多死社会

2-3. 突然死の可能性について

2-4. 我が国の心臓疾患の治療の状況

3. 薬局・薬剤師の可能性

3-1. 薬局・薬剤師の歴史的背景



176 地域包括ケアシステムにおける国民への（ヘルスプロモーション）の在り方

3-2. かかりつけ薬局の推進について

3-2-1. 患者のための薬局ビジョン

3-2-2. 健康サポート薬局

4. 事例研究

4-1. 事例研究「薬樹薬局 原町田店」

4-1-1. 薬局における管理栄養士と地域住民とのかかわり

4-1-2. Dカフェ原町田の樹

5. まとめ

1. はじめに

2015年3月、筆者は、東京大学公共政策大学院医療政策・教育研究ユニット医療政策実践コミュニティ「地域包括支援システム研究班」(H-PAC¹)において、地域包括ケアシステムを推進するための提言²を行った。目的は、高齢者の介護予防を強化するための仕組み作りであり、そのためにすでに政府が公表している「地域包括ケアシステムの好事例」の中で特徴的な地域を選び、インタビュー調査を行った。チームでの活動終了後さらに、地域包括ケアシステムにおけるフィールド調査を重ね、保健師中心の地域包括ケアシステムの在り方について検討を行った³。この調査により、農村部と都市部の保健師の役割は、どちらも人的資源と地域資源(産業など)を活用し、住民を巻き込んだ政策立案と施行が可能であることが判明した。しかし、現状の看護職(保健師養成課程を含む)教育では、新卒の看護職の到達目標の多くは病院での勤務を前提としており、地域包括ケアシステムで機能する能力を養成するためには各大学においてカリキュラムの再構築の必要性が示唆された。

そこで、本稿では、改めて、超高齢社会の中での課題を検討し、さらにこの課題を乗り越えるための施策として、国民からの信頼性の高い薬剤師⁴による薬局を中心とした地域包括ケアシステムにおける住民へのヘルスプロモーションの可能性を探るべく、これまでの事例調査の中で紹介された東

京都町田市の薬樹薬局原町田店の取り組みより考察をおこなった。

1-1. 地域包括ケアシステムとは

2015年に高齢者保健福祉計画(老人福祉法第20条の8)や介護保険事業計画(介護保険法第117条)の第6期が始まった。この中で、第5期で始まった地域包括ケアシステムの構築が課題として各自治体において検討され、計画が実施されている。ヘルスプロモーションにおいても、健康寿命の延伸を目標に計画を作成している自治体も多く見られる。中でも在宅医療介護連携や認知症対応の取り組みの推進は、大きな課題の1つである。また、人口の高齢化にともない、医療は、「治す医療」から、病を抱えながら生活する患者とその家族を対象とし、生活を主眼におきながら支援していく「治し支える医療」への進展が今後ますます進むと考えられる。地域包括ケアシステムとは、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供できるような地域の体制である⁵。また、厚生労働省は、地域包括ケアシステムの実施体制などについてはその地域に委ねているため、運用の仕方、中心となる団体や職種なども自治体によって変わることが、これまでの調査で明らかになった。地域包括ケアシステムは、各地区の中学校区(約30分以内に必要なサービスが提供できるとされている日常生活圏域)に設置されている地域包括支援センターや同センターを統括する自治体の保健福祉を担当する部署が中心を担っているケースが多く見られた。地域包括支援センター⁶は、市町村が設置主体であり、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員などを配置して、3職種のチームアプローチにより、住民の健康の保持と生活の安定の

¹ 2014年度東京大学で行われた社会人講座(2018年9月24日取得)

http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPU/h-pac/documents/H-PAC_04_report.pdf

² 「地域包括ケアシステム機能向上のための提言、介護予防を中心に一保健師の活躍が、地域を動かし、日本を変える」友松ほか(2015年3月)

³ 津村育子, 2018年「地域包括ケアシステムにおける看護

教育の在り方」『日本語・日本語学研究』第8号、117-139。

⁴ 日本医療政策機構, 2016, 『2016年日本の医療に関する世論調査』

⁵ メヂカルフレンド社, 2016『2016看護展望 地域包括ケアシステムを見据えた看護教育』

⁶ 一般財団法人長寿社会開発センター, 2011, 『地域包括支援センター業務マニュアル』

ために必要な援助を行っている⁷。主な業務は、介護予防支援及び包括的支援事業（①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）で、制度横断的な連携ネットワークを構築して実施している。

2. 多死社会における課題

2-1. 健康寿命の延伸政策

国が推進している地域包括ケアシステムにおいて、日本各地の市町村で予防と健康に関する取り組みが行われており、健康寿命の延伸に向けて多様な施策を推進している。2015年7月には経済団体・保険者・自治体・医療関係団体などの民間組織が連携して「日本健康会議」を発足させた。「日本健康会議」は、少子高齢化が急速に進展する日本において、国民一人ひとりの健康寿命延伸と適正な医療について、民間組織が連携し行政の全面的な支援のもと実効的な活動を行うために組織された活動体である。同会議は8つの活動指針「健康なまち・職場づくり宣言2020」を示しており、宣言1として、その目標を「予防・健康づくりについて、一般市民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする」と定めている。2018年8月に行われた「日本健康会議2018」において、2016年115市町村の取り組みが2017年には328市町村、2018年には563市町村（対前年比172%）となり、目標達成率は71%（全国1716市町村）であると公表された。宣言2「かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議などの活用を図る」においては、目標の800市町村以上を大きく上回る1003市町村が達成しており、目標達成率は126%であった。この数字からも活動の取り組みによる成果は、毎年順調に向上しているといえる。また、保険者と連携して健康経営に取り組む企業は、目標500社以上に対し、2016年138社から2017年には235社、2018年には539社（目標達成

率108%）と増加している。会社単位の取り組みが促進されている理由としては、超高齢社会における社会保障費の増加が国家の財政を圧迫する要因になるほか、労働力の減少に伴う経済活動への影響を懸念して、経済産業省が健康経営への取り組みを推進している。労働力について経済産業省は、2017年は、現役世代2人が1人の高齢者を支えているが、今後、同じように支えていく場合、2050年には1.3人で1人の高齢者を支えることになると予想している⁸。しかし、65歳以上の人自立して働く支え手側になる場合、2050年であっても2.3人で1人を支える社会が実現できると推測している。経済産業省も、健康寿命の延伸をめざし、会社単位の働きかけにより「生涯現役社会」の構築を考えている。健康経営銘柄、ホワイト500等の顕彰制度、健康経営アドバイザー、自治体・地銀信金等による優遇策等、個人の健康推進に関する施策として企業単位で行うものを「健康経営」と呼び、この活動を経済産業省は推進している。健康経営とは、経営的視点をもってする個人の健康保持・増進の取組が、将来的に企業の収益性等を高める投資であるとの考えの下、個人の健康管理を戦略的に実践することである。会社は、従業員の健康保持・増進に向けて具体的な取組（投資）を行い、従業員の体調を整え、従業員の活力向上や生産性向上等の組織の活性化を図る。経済産業省は、過去においては、先進医療の技術開発を進めてきたが、これからの社会に必要なことは健康文化の醸成であり、この健康経営という概念を当たり前にしていくことが必要であると考え、4年前に東京証券取引所とともに「健康銘柄」の選定を始めた。従業員の健康は産業保健担当の領域であったものを、経営者を巻き込んだ企業全体での取り組みととらえている。このように健康・予防への取り組みが推進され、国民の関心が高まり、いつまでも元気で働き続けられる社会の実現の必要性は、企業単位でも促進されている。

地域包括ケアシステムとともに、厚生労働省は「データヘルス計画⁹」の作成を各自治体に課して

⁷ 厚生労働省,1997,『介護保険法第115条の46第1項』

⁸ 日本医療政策機構,2017,『第65回定例朝食会「職場から考える健康・医療－健康経営の取り組み－」報告書』

⁹ 厚生労働省,2017,『平成29年9月改定版「データヘルス

計画作成の手引き』(2018年9月15日取得)
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000201969.pdf>

いる。これは、2013年6月に閣議決定された成長戦略「日本再興戦略」において、全ての健康保険組合に対し、レセプト・健診データの分析に基づくデータヘルス計画の作成・公表、事業実施、評価などの取組みが求められているため、その方針を踏まえて2014年3月に保険事業の実施指針が改正された。第1期データヘルス計画は2015年度から始まった。これは保険者機能において「データヘルス横展開」による「医療の質と持続可能性の向上」を行い、「健康長寿」および「医療費の適正化」を実現することを目的とし、このために保険者機能の強化が述べられている。これらは、糖尿病性腎症の重症化予防など生活習慣病において、医療費の削減に大きく寄与するものと期待されている。

2-2. 多死社会

「第1回新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」（2016年10月3日実施）の資料4の「我が国の医療の現状」の中で、2015年は約1,311千人だった死亡数が、2040年には年間1,669千人にのぼると推計し、日本は多死社会を迎えると予想されている¹⁰。2018年4月現在の社会保障制度において、後期高齢者の医療費負担は、収入により差はあるものの一般的には1割負担であり、さらに高額療養費の負担は1月最大12,000円以内と、労働生産人口世代に比較すると極めて少ない負担である。つまり、今後は健康寿命の延伸とともに、後期高齢者の医療費が増加するものと予測され、社会保障全体に影響を及ぼすものと考えられる。これに伴い終末期に係る医療費は今後ますます問題が顕著化することが予測される。多死社会の中で、終末期に係る後期高齢者の医療へのアクセスを適正化するためには、国民への健康教育（ヘルスプロモーション）の在り方が重要であると考え、持続可能な社会保障について考えていく。

2-3. 突然死の可能性について

超高齢社会における健康寿命の延伸活動が、医療費の増加をもたらすのではないかとという仮説に対し、医療費がかからないと仮定される「突然死」の可能性について調査を行った。

「突然死」とは、何の前兆もなく働き盛りの人を襲う死であり、「予期していない突然の病死」のことで、急死ともいい、発症から死亡までの時間が24時間以内という医学的定義がされている。太田壽城ほか(1994)¹¹の研究によると、突然死の原因には、急性心筋梗塞、狭心症、不整脈、心筋疾患、弁膜症、心不全など心臓病によるものが6割以上と多く、ほかに脳血管障害、消化器疾患などがある。突然死の中でも心臓病に原因するものを心臓突然死といい、急性症状が起こってから1時間以内と短時間で死亡するため、「瞬間死」ともいわれる。心臓突然死の中でも特に多いのが急性心筋梗塞である。さらに、心臓突然死は先にあげた心臓病が原因となるが、心臓が停止する直接の原因は、心室細動という不整脈が大部分であり、心筋梗塞を例にあげれば、心臓に栄養と酸素を送る冠動脈に動脈硬化が進行して血管の内側（内腔）が狭くなり、さらに狭くなった部分に血栓が詰まると、そこから先の血流が途絶えて心筋が壊死してしまう。こうした事態が発生した後30分～1時間で致命的な不整脈である心室細動が起こり、心室細動によって心室筋が協調した動きを失い、心臓はポンプとしての機能を失う。そのため脳に血液を送ることができなくなり死に至るといふ。また、田辺ほか(2005)¹²は心臓突然死¹³について述べているが、我が国の突然死の実態にはいまだ不明な点が多く、突然死には統一された定義がないことを指摘している。概念的には、通常の世界を送っていたものが予期せず急死したことを突然死としてよいのではないかと考えられるが、例えば突然死をきたす可能性のある心疾患に罹患していた者が急死した場合に「予期せぬ急死」に含めるのか、急死を

¹⁰厚生労働省,2016,「我が国の医療の現状」,第1回新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会

¹¹ 太田壽城,1994,『既往歴保有者における日常生活活動中の突然死の発現率に関する研究. 突然死に関する研究』1994年度厚生科学研究補助金成人病対策総合研究事業突然死に関する研究,国立循環器病センター(2018年9月15

日取得) <http://www.jhf.or.jp/heartnews/vol21.html>

¹² 田辺直仁,2005,「疫学からみた我が国の突然死の実態ほか」『心電図 = Electrocardiology』26(2): 111-117

¹³ 日本心電学会,2005,心臓突然死の疫学、予知、治療、予防,第22回日本心電学会学術集会 学術諮問委員会指定トピックス

発症から死亡までの時期によって決めるべきか、死亡に至った臨床経過で判断すべきか、心肺停止から蘇生例を突然死に含めるべきか否かなど、研究者の立場によって判断が分かれていると説明している。また、世界保健機関では世界各国での突然死研究レビューにより、全ての目的を包括する単一の定義はあり得ないと結論付けているという。国際疾病分類においても突然死を包括するコードは存在しない。さらに突然死の頻度について田辺ら(2005)によると、新潟県や愛知県の調査では、年間人口 10 万対 100 強であるが、これに対し、15 歳～65 歳を対象とした新潟市・長岡市での調査では 33、20～74 歳を対象とした尾前班の全国共同研究では 35 であり、年齢に上限を設けた研究では低い値となっている。性別、年齢階級別にみると男性より女性が高く、年齢とともに発生率が高くなる共通した特徴を示している。同論文のなかで田辺直仁ほか(2005)は、突然死の死因と心臓突然死の割合の調査も実施しており、1994 年から 1995 年に行った新潟市・長岡市での調査では、発症登録調査(15～65 歳)において、カルテ調査が実施された 136 名を対象として死因構成を検討している。このカルテ情報をもとにした突然死の死因内訳は、心臓性突然死 70%、大動脈疾患 3%、脳血管障害 17%、循環器以外の疾患 10%と続いている。東京都監察医務院による剖検調査(全年齢を対象、180 名)においても剖検調査結果から、死因の約 60%が心臓性突然死に分類可能であり、さらに長野県佐久総合病院における突然死症例の検討でも、剖検症例の剖検診断、非剖検症例の臨床診断の両社において、詳細な疾病構成は異なるものの、約 65%が心臓性突然死に分類されるとしている。このように、突然死の約 60～70%が心臓性突然死であるということは、剖検の有無によらずほぼ一致している¹⁴。

2-4. 我が国の心臓疾患の治療の状況

2-3 で「突然死」の定義とその中で心臓性突然死が大部分を占めるという調査結果をまとめた。次

に、心臓性突然死に至る手前の心疾患の治療の現状について文献調査を行った。心疾患は、高齢化の進展につれて、高度大動脈弁狭窄症をはじめとして増加することが予想されている。心臓血管外科の専門家は、2025 年から 2030 年にかけて人口の高齢化にともない心不全の患者が増え「心不全パンデミック」が起ると予測している¹⁵。すなわち、健康寿命が延びて 100 歳まで生きる世の中になれば心臓疾患は増え、手術適応範囲が拡大すれば医療費はますます増幅することを示唆している。千葉県は、症状や状態により費用は異なるが、心臓手術にかかる費用を「総医療費としては 400 万円(人工弁置換 1 か所、冠動脈バイパス術などの場合)程度かかります¹⁶」とホームページに記載している。また、医療の高度化により手術適応となる高齢者の年齢が上がったにも関わらず、従来難易度の高い症例とされていたものが、安全に行うことができるようになった。人間の死の原因としては、心臓が止まるまで様々な理由が存在する。たとえ元気であっても心臓の機能は老化により徐々に落ちていくからである。独居の高齢者が元気な状態で突然の発作でなくなるとすれば、それは孤独死が考えられるが、現在の地域包括ケアシステムや様々な情報通信技術(ICT)の活用により、たとえ独居であっても孤独死の確率は減少することが予想される。また、家族や、つながりがある社会では、死を控えた高齢者の意思が必ずしも尊重されるとは限らず、病院に運ばれた患者は手術適応状態であれば高齢者であっても病院は手術を行うなど、延命治療が行われることが予想される。更には、現在の医療制度で後期高齢者(75 歳以上)の医療費の自己負担額は収入により差はあるが、医療機関において一般的には後期高齢者である被保険者の窓口支払い費用は 1 割負担であり、さらに高額療養費の負担は 1 か月最大 12,000 円以内である。これは極めて少ない負担であり、受療行動を促進するものと予想される。

¹⁴ 田辺直仁,2006,「心臓突然死の疫学、予知、治療、予防」第 22 回日本心電学会学術集会報告

¹⁵ 日本医学ジャーナリスト協会,2018,2018 年新年賀詞交歓会報告書

¹⁶ 千葉県,2018,千葉県ホームページ「健康・医療 Q&A」(2018 年 8 月 3 日取得)

<https://www.pref.chiba.lg.jp/kenshidou.faq/290.html>

3. 薬局・薬剤師の可能性

3-1. 薬局・薬剤師の歴史的背景

「日本薬剤師会のあゆみ¹⁷」より、薬剤師及び薬局の歴史において、制度の改正を含め医療政策に関連するものをまとめた。

日本における薬剤師の調剤権は、1874年から始まったが、薬剤師の名称は、1889年に規定され、1893年日本薬剤師会が創立された。1909年に公益団体となり、1926年には、薬剤師は公法人道府県薬剤師会に全員が強制加入すること定められた。日本薬剤師会は1943年に国家機関となった。この後、薬剤師に関する法律は薬事法により改正が行われている。1948年、日本薬剤師会は日本薬学会と合併し、社団法人日本薬剤師協会が誕生。1956年に医薬分業制度が法制化され、1960年に、薬事法から「薬剤師法」は分離された。1962年に日本薬学会は再び独立し、社団法人日本薬剤師会となった。1985年、医療計画条項中に初めて「薬局」が記載され、医薬分業推進体制の強化のため「医薬分業推進対策本部」が設置された。「基準薬局」制度は1990年に開始、1992年薬剤師は医療の担い手として他の医療職とともに明記された。1993年に厚生省は、「薬局業務運営ガイドライン」を策定。その後、1994年に「薬剤師教育改善推進対策本部」を設置。1996年より、調剤した薬剤についての情報提供が薬剤師に義務化され、1997年に公表された「薬局のグランドデザインー将来ビジョンと21世紀初頭に向けての活動方針一」の中で、国民や患者の視点から薬局・薬剤師のあり方を論じ、医薬分業の進展に伴い、薬局薬剤師が21世紀に医療・保健・福祉の分野で果たすべき役割と評価を確立するための方策論が述べられた。2000年4月に介護保険法が施行に伴い、薬剤師は在宅での役割が期待されるようになった。2003年には、医薬品の製造販売業に薬剤師等の配置が義務づけられ、2005年4月に全面施行された。2007年4月、薬局機能に関する情報の開示が義務付けられ、調剤の場所が患者居宅へ拡大された。2006年、薬局は、医療提供施設として位置づけられ、薬剤師の役割拡大に伴い、大学における薬剤師教育の就業

年数が4年から6年に延長された。2008年4月から行政処分を受けた薬剤師に対する再教育研修が義務づけられたほか、薬剤師氏名等が公表されることとなった。2009年には、新たな医薬品販売制度が定められた。2012年4月に日本薬剤師会は、公益社団法人になった。2013年に要指導医薬品が新設され、一般用医薬品のインターネット等販売のルール整備が図られ、薬剤師による薬学的知見に基づく指導が明記された2015年に「患者のための薬局ビジョン」が公表され、2016年健康サポート薬局制度が開始された。

医療法においては、「薬剤師」が医療職として明記されたのが1992年（平成4年）であり、「薬局」が医療提供施設として位置付けられたのが2006年（平成18年）、2015年（平成27年）に公表された「患者のための薬局ビジョン」ならびに2016年（平成27年）の健康サポート薬局制度の開始など、近年、地域包括ケアシステムにおいても薬局と薬剤師は、医薬分業の推進に伴い、重要な役割を果たしていることが伺えた。これは、薬局数についても伺え、厚生労働省の調査によると1989年に36,670件であったものが、2014年には57,784件と伸びている。1年間に発行された処方箋の枚数も1989年に13,542枚が77,558枚と増加しており、処方せん枚数は、医薬分業の増加率（1989年11.3%から2014年に68.7%）にほぼ比例して増えてきた¹⁸。

3-2. かかりつけ薬局の推進について

次に、薬剤師及び薬局の歴史を踏まえ、地域での薬局と薬剤師の機能を考えるうえで、かかりつけ薬局が地域で果たす役割とかかりつけ薬局を推進するために策定された「患者のための薬局ビジョン」と「健康サポート薬局制度」について考察をおこなった。

3-2-1. 患者のための薬局ビジョン（2015年

（平成27年）10月23日）厚生労働省策定）

医薬分業を行うことにより、薬局の薬剤師が患者の状態や服用薬を一元的・継続的に把握し、処

¹⁷ 公益社団法人日本薬剤師会,2018,日本薬剤師会ホームページ「日本薬剤師会のあゆみ」(2018年9月22日取得)
<http://www.nichiyaku.or.jp/about/summary/history.html>

¹⁸ 同上。

方内容をチェックすることにより複数診療科受診による重複投薬や相互作用の有無の確認や、副作用・期待される効果の継続などが確認でき、薬物療法の安全性、有効性が向上することが期待されている。健康サポート薬局やかかりつけ薬局の推進により、医薬分業率は、2014年に68.7%に達した。医薬分業を推進するためには、薬局における薬剤師の能力と役割が重要となる。この推進の一環で、大学における薬剤師教育は2009年に4年制から6年制となった。厚生労働省の調査によると医薬分業は、薬局における後発医薬品の使用促進や、薬剤師の在宅医療への積極的な取り組みにつながり、医療保険財政の効率化が期待されている。薬局における後発医薬品の使用割合は2012年4月に46.5%であったものが2015年3月には58.4%に上がった。患者が後発医薬品に変更したきっかけは、約7割が薬剤師からの説明となっている¹⁹。後発医薬品の置換えによる適正価格の推計は約4,000億円²⁰（2012年度）であり、在宅医療での残薬管理により、薬剤費の削減効果が後期高齢者で約400億円²¹見込めると推計で報告されている。

医薬分業による薬剤師の地域での役割を強化することで社会的メリットも出てきている。この状況を鑑み、2016年5月26日の経済財政諮問会議において、厚生労働大臣から、医薬分業の原点に立ち返り、57,000の薬局を患者本位のかかりつけ薬局に再編するため、年内に「患者のための薬局ビジョン」を策定する旨が表明され、2016年10月23日に策定された。厚生労働省は、かかりつけ薬局を「患者のための薬局ビジョン」の中で、「患者さんのための薬局」と位置付けており、薬局と薬剤師のあるべき姿を明確にした。すなわち、かかりつけ薬剤師、薬局は、患者の服薬情報の一元的・継続的の把握をし、在宅において患者に24時間対応でき、さらに医療機関等との連携を図るように示されている。かなり要件が厳しいように感じられ

るが、これらは、地域住民の病気の予防や健康サポートに貢献するためとしている。地域における薬局は、地域住民から頼りにされる存在であり、気軽に相談できる存在を目指していくべきとしている。さらに、高度薬学管理機能を持つことも期待している。つまり、地域住民にとって身近な存在でありながら、専門医療機関との連携を図り、例えば「抗がん剤の副作用対策等の相談に対して具体的なアドバイスができるようになる」という狙いがあると、薬局情報サイトでの特別インタビューに厚生労働省の担当者が答えている²²。このように、薬局の薬剤師は調剤業務のみを行い地域で孤立する存在ではなく、かかりつけ医をはじめとした多職種、他機関と連携を図り、地域包括ケアの一翼を担う存在となること、ビジョンの中でも記載されている。

3-2-2. 健康サポート薬局

次に、2016年（平成27年）に制度化された「健康サポート薬局制度」について考察を行う。健康サポート薬局の理念やあるべき姿については、2015年6月に設置された「健康情報拠点薬局（仮称）のあり方に関する検討会」において議論され、「健康サポート薬局のあり方について」報告書にまとめられている²³。健康サポート薬局制度は、2017年10月から開始された。これは、業務体制や設備について厚生労働省告示に適合する一定の基準を満たした薬局が、都道府県知事などに届け出を行うことにより「健康サポート薬局」である旨の表示ができる制度である。健康サポート機能の要件の1つである「薬剤師の資質確保」については、要指導医薬品等及び健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言、健康の保持増進に関する相談並びに適切な専門職種又は関係機関への紹介等に関する研修を修了していることとしている。2017年11月15日に行われた第3回医薬品医療機

¹⁹ 厚生労働省,2014,『平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」』

²⁰ 中央社会保険医療協議会,2013,『薬価専門部会資料』

²¹ 厚生労働省,2007,「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」,平成19年度老人保健事業推進費等補助金

²² 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—」（2018年5月5日取得）https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11121000-Iyakushokuhinkyoku-Soumuka/vision_1.pdf

²³ 厚生労働省,2017,『第3回医薬品医療機器制度部会・資料1「健康サポート薬局の現状」』（2018年9月22日取得）<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000184920.pdf>

器制度部会の資料1「健康サポート薬局の現状」によると、2018年10月現在、このための薬剤師研修を実施している機関は、公益社団法人日本薬剤師会・公益財団法人日本薬剤師センター、特定非営利活動法人 Healthy Aging Projects for women、一般社団法人日本保険薬局協会、一般社団法人上田薬剤師会、一般社団法人薬局共創未来人材育成機構、一般社団法人日本薬業研修センターの6団体である。2018年10月末までの1年間で健康サポート研修終了薬剤師数は4,000人を超え、健康サポート薬局の届け出数は2018年10月末全国で567件であった。

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おり、積極的な支援に関しては、①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、②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、③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、取り組み支援も実施するといった、地域住民に対しての働きかけを機能の中心に置いたものである。具体的には、出前講座、ロコモ活動教室、ウォーキング会、健康フェア、お薬・栄養・介護相談会などが行われ、健康通信を出している薬局もある²⁴。健康サポート薬局の要件に関しては「健康サポート薬局に関するQ&Aについて(その2)」²⁵の中で次のような3つの解釈が示されている。

- (1) 健康保持増進その他の各種事業等へ積極的に参加すること
- (2) 研修終了薬剤師が常駐していること
- (3) 積極的な健康サポートの取組を月1回程度実施していることが望ましい

(3)のサポートを促進するために、(2)の研修を修了した薬剤師を薬局に常駐させ、地域住民とかが

わるイベントに積極的に参加または、イベントの開催をすることとしており、健康サポート薬局は、地域住民に健康に関する相談を行う身近な場として位置付けられている。

2015年の「患者のための薬局ビジョン」と2016年に制度化された「健康サポート薬局制度」から、地域における薬局および薬剤師が地域住民と関わり健康をサポートする役割が増加し、地域包括ケアシステムでの薬剤師の機能を意識したものになっていることが伺えた。

4. 事例研究

保険薬局における地域への関わりを調査した研究「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」によると、超高齢社会の中で、薬剤師は、在宅医療への参画が強く望まれており、特に地方では、専門性を活かして、地域で療養している高齢者に対して適切な医薬品の供給および品質の確保など在宅医療の質を向上させる役割を担うことが強く求められていること、またそのことが調剤報酬にも評価されていることが述べられている。しかしながら日本薬剤師会の調査によると、実際に患者居宅の訪問の実施経験のある保険薬局は14.4%と非常に少ないことも指摘されている。廣谷(2012)²⁶らが行ったアンケート調査は715中375の保健薬局から回答を得ており、検証を行っている。この中で薬剤師が在宅医療で関わっている疾患は認知症18.0%、高血圧14.3%、脳疾患(後遺症)13.5%、がん8.3%、呼吸器疾患8.3%、心疾患5.2%であった。同調査によると、常勤薬剤師数は平均2.26人であり、居宅での服薬指導実施が困難または訪問時間帯が限定される保険薬局が多いことを示唆している。また、訪問指導の届出数および訪問指導の指示があれば対応できると回答した保険薬局は75.4%であるが、実際に訪問指導を行っているのは30.3%の保険薬局であり、現状、訪問服薬指導を行っている保険薬局の数は少ないことが伺えた。このことから、

²⁴ 厚生労働省,2017,「健康サポート薬局の現状」,第3回医薬品医療機器制度部会・資料1(2018年9月22日取得)
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000184920.pdf>

²⁵ 厚生労働省,2016,健康サポート薬局に関するQ&Aとい

て(2018年9月22日取得) <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11120000-Iyakushokuhinkyoku/0000163062.pdf>

²⁶ 廣谷 芳彦,2012,「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』38巻6号、371-378

廣谷らは訪問介護員などの他職種が、患者の薬剤管理や服薬介助を行っているものと推定している。介護施設において薬剤師が薬剤の服薬指導等ほどの程度関与しているかという調査では、処方薬の配達には約 3 割の保険薬局が実施しており、薬剤師が服薬指導を行っていたのはその内の 19.8%であった。このことから、介護施設では薬剤師による服薬指導の割合は極めて低いと想定された。また、106 名から得られた自由記載の内容によるテキストマイニングから、薬剤師が来客患者の訪問指導を行う必要性については、服薬のコンプライアンスが不良ないし服薬に問題があることが確認された。具体的には「1 人暮らしの高齢者の方で薬の管理ができていない時」が挙げられている。また「認知症のため、服薬の真否を実際に確かめたほうがよい場合がある」などの内容も記載されるなど、服薬指導において高齢者の認知機能の低下に関するコミュニケーションを問題としている回答がみられ、大学における薬剤師教育の課題を示唆している。

国際アルツハイマー協会による世界アルツハイマーレポートによる²⁷と認知症患者数は、2013 年までに 6,600 万人、2050 年までに 1 億 1,500 万人に上ると予測されており、この問題は日本の超高齢化社会においても議論されている。廣谷(2012)の研究では、薬剤師は、今後、在宅医療への参画を望まれているが、現状は、十分な取り組みはされていない。現状の取り組みからは、高齢者とのコミュニケーションが、服薬指導において困難とされているケースの中で高齢者の認知機能と関連している事例が多く見られることが示唆された。

保険薬局とは、保険指定を受けた薬局であり、薬剤師が「健康保険法」に基づく療養の給付の一環として、保険調剤業務を取り扱う薬局のことをいう。保険薬局は「保険医療機関と一体的な構造とする又は保険医療機関と一体的な経営を行ってはならないこと」及び保険薬局は「保険医又は保険医療機関に対し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として金品その他の財産上の利益を供与し

てはならないこと」と保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則²⁸に記載されている。

認知症の人を支える活動として、日本では、認知症カフェが開催されている。認知症カフェは、認知症当事者を中心にその家族や支援を行う人及び地域住民が交流し、情報交換をすることを目的とした場であり、厚生労働省が策定した新オレンジプランといわれる「認知症施策推進総合戦略」に戦略の一つとして記載され、全国に広がっている。世界で最初の認知症カフェ（アルツハイマーカフェ）は、1997 年、オランダのライデン大学でベレ・ミーセン博士が開催したと言われている。運営の主体となる団体は、行政、社会福祉法人、医療機関、NPO 法人、株式会社、地域に住む個人などであり、明確な設置基準はなく、月 1 回程度集まり、お茶やコーヒーを飲みながら交流するタイプから、常設型などもある。認知症カフェについては、運営サイトを NPO 法人認知症フレンドシップクラブが行っている地区もあり、今回調査対象とした薬局店舗が立地する東京都町田市の場合、認知症フレンドシップ町田が、認知症カフェをはじめとした、認知症当事者が参加しやすい場所やイベントをホームページにて紹介している。紹介は、活動団体の意思に基づいている。本サイトには、町田市内 18 か所の D カフェが掲載されている。サイトには、カフェを 3 つのタイプに分類し、掲載している。(1)ご本人中心のタイプ、(2)家族交流会タイプ、(3)認知所カフェタイプであり、「ご本人中心のタイプ」は 3 か所、(2)家族交流会タイプは 2 か所、(3)認知症カフェタイプは 13 か所になっている。設置の団体別にみると、行政主権が 4 件（高齢者支援センター、まちの保健室）、有志による集まりが 12 件、医療法人主権が 1 件、薬局主権が 1 件となっている。活動内容は認知症当事者、専門職、支援者や活動に興味がある町田市を中心とした人がだれでも参加できるようになっているものが中心であるが、野菜の収穫などのレクリエーションを行ったり、専門職によるセミナーやワークショップを行っているところもある。今回、この中で、薬局の薬剤師が主催している「D カフ

²⁷ 国際アルツハイマー協会,2019,世界アルツハイマーレポート (2018 年 9 月 22 日取得) <http://www.alzheimer.or.jp/wp-content/uploads/2010/07/42ad7783aa9f9fe3c7ea3b90b52a7a0e1.pdf>

²⁸ 厚生労働省,2012,保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則 (平成 24 年 3 月 5 日厚生労働省令第 26 号)

エ 原町田の樹」を主宰している薬剤師 A 氏と管理栄養士 B 氏の 2 名にインタビューを行った。

4-1. 事例研究「薬樹薬局 原町田店」

「D カフェ原町田の樹」を主宰している A 氏が薬剤師として勤務する薬樹薬局原町田店は保険薬局であり、薬剤師による調剤業務に加え、管理栄養士による栄養相談も行っている。薬剤師は、変動はあるものの約 5 名が常時勤務しており、管理栄養士は他の店舗と併任で 2 名勤務している。

4-1-1. 薬局における管理栄養士と地域住民とのかわり

栄養指導の依頼は、月に 3、4 件程度である。栄養相談に来られる方は 60 代から 70 代がメインで糖尿病の人が多い。薬樹薬局原町田店では月 1 回の D カフェ以外にウォーキングなどのイベントを行っているが、その際は 50 歳代の参加も見られる。イベントはクリニックの医師と協働で実施することもある。近隣の健ナビ薬樹薬局成瀬が主催しているメディカルウォーキングイベントでは、東葛クリニック病院の副院長が監修にあっている。メディカルウォーキングとは、医学と栄養学に基づいた健康の増進に働きかけるウォーキングであり、年齢や歩行能力に関わらず、誰もが、いつでも、どこでも、気軽に、安全に取り組むことができるものである。参加費は 500 円である。このイベントには(1)メディカルウォーキングアドバンスー、(2)いつでもウォーキング、(3)みんなでウォーキングの 3 パターンの参加形式がある。(1)のメディカルウォーキングアドバンスーでは、参加費は 500 円で、講座とウォーキングがセットになったものである。歩く前に、体組成分析を実施し、自身の筋肉量を把握し、食事内容を考える講座やウォーキング方法の講座などを開催し、その後野外をウォーキングする。2018 年 7 月 9 日に実施したときの参加者は 7 名であった。(2)いつでもウォーキングは、参加料無料で、薬局が開いている日の 10:00 から 17:00 に薬局に来てもらい、報告の上、ウォーキングを実施する。(3)みんなでウォーキングは、参加費無料で、皆で集まってウォーキングを実施しており、月に 1 回実施している。イベン

トの告知は、個別の告知案内チラシを作って店内で案内しているほか、町田エリアにある薬樹薬局 8 店舗協働のイベントスケジュール表を作り、それぞれの薬局でも配布している。さらに相談の際にも直接伝えている。2018 年 1 月 8 回、2 月 10 回、3 月 12 回、4 月 10 回、5 月 10 回、6 月 12 回とコンスタントに開催している。ウォーキングのほか、認知症カフェ、各種栄養講座、運動講座（筋肉トレーニング）、転倒予防講座、カラダ年齢測定会、骨密度測定会、お薬講座、健康相談会や「薬局を中心とした健康コミュニティ」である健ナビ倶楽部（年会費 5,000 円）専用のイベントも実施している。開催は平日のほか、土曜日も開催しており、仕事をしている人も参加可能となっているが、参加者の多くは高齢者である。これは、薬局に薬の処方箋を持ってくる人の年齢の割合と比例しているかもしれないとのことであった。カラダ年齢測定会では、専用の測定器で計測する。計測により、肥満度や筋肉と脂肪のバランス及びお腹周りの未来予想図や身体年齢が分かる。このイベントは、データをもとにした管理栄養士による個別のアドバイスが聞けることもあり、人気があるという。現在は高齢者が中心であるが、イベントの中には、高齢期に入る前の段階から取り組んだ方が良いものもあり、年齢層については拡大していきたいと考えている。最近では、イベントで知り合った参加者同士は仲良くなり、自主的にグループを作って、薬局を介さなくても継続して活動を行っている例も見られるようになってきた。

4-1-2. D カフェ原町田の樹

D カフェの開設にあたっては、他地区で実施されていた D カフェ（認知症カフェ）に A 氏が参加し、参加者の楽しそうな雰囲気を見て、町田地区にも同じような場所を作りたいという思いから始めた。2017 年 11 月実施の日本認知症学会で土志田伸ほか(2017)が発表²⁹しているが、D カフェ原町田の樹は、D カフェにおいて認知症患者とその家族が地域の中で、孤立せず安心して生活できる地域づくりのきっかけとなる事をめざして 2017 年 3 月にオープンした。毎月 1 回 2 時間、原町田店待合スペースや地域のカフェなどで開催している。

²⁹ 第 36 回日本認知症学会,2017,「保険薬局における認知

症カフェ 『D カフェ』の取り組み」

実施内容は(1)医師による疾患講座、口腔ケア、(2)ワークショップ、(3)参加者コーナー(4)歓談である。また、土志田ほか(2017)は、Dカフェ参加者に実施後インタビューを実施している。具体的な内容をみていくと、(1)疾患講義では、「診察で聞けないことを相談しよう」と題した耳鼻科医師、歯科医師による講義を行っている。(2)ワークショップでは、薬剤師による「薬の飲み方・使い方」や管理栄養士による「食生活と栄養」、さらにスタッフによる「フラワーアート」「お手玉づくり」「茶道」「きり絵」などを行っている。(3)参加者コーナーでは「紙芝居」、「昔話」、「童話」、「ギター演奏」、「ヨーヨー釣り」など、(4)歓談では疾患や薬、栄養相談や日常生活の困りごとや悩み相談が多い。内容に関しては、認知症患者は意識せずに参加でき、それ以外の人も十分楽しめるものであり、実施後のインタビューからも楽しそうな様子が伝わってきた。インタビューに対して認知症患者は「本人はここに来ると安心できる。いろいろな方と話ができて楽しい場所です」と答え、家族は「診察と違い医師や医療職の方と気軽に時間を気にせず話せるのが嬉しい」、医療福祉関係者は「専門職の方々が集まって地域の方と触れ合える場所は貴重です。私が担当している人もここに参加させたい」と答えており、医師は「普段診療時に時間をかけて診察しているつもりだったが、皆さんいろいろなことを知りたがっていることが分かった。今後の診療に生かしていきたい。口腔ケアの大切さをもっと広めたい」と述べている。現状、スタッフが半数近くを占めているが、将来、この活動が続けば、自然に参加者コーナーの希望者が増え、スタッフの役割を果たす参加者も出てくるのではないかと予想される。また、主催者である薬局スタッフは「Dカフェ開催前の認知症の方に対する偏見を反省した。接し方が大切なことが理解できた。Dカフェ開催は難しいことではない」と語っており、今後のDカフェの全国展開についてもプラスになる意見が多い。土志田ほか(2017)は「月1回ではあるが、Dカフェを継続することにより、町田地区多職種との連携が強固になりつつある。認知症本人の参加

は1回1~2名とわずかであったがうち1名はDカフェ参加によって今まで通うのを拒んでいたデイサービスへも通い始めるようになり行動変容を促すことができた」と報告しており、薬局が中心になり多職種を連携した認知症カフェの運営の可能性を示唆している。2017年3月から10月の参加者は表1の通りである。合計した人数は、3月13名、4月11名、5月11名、6月9名、7月6名、8月16名、9月9名、10月33名であった。

土志田は、今後はDカフェを続けることと町田地区における認知症患者本人会議及び家族会議とのハブとなり町田地区の健康プラットフォームを目指していきたいと述べている。原町田店が中心となって実施しているDカフェ原町田の樹は、認知症当事者とその家族などの参加のきっかけづくりを薬局が担っている。また、多職種連携の場所にもなっており、自治体が行っている多職種連携の会合より少人数であるため、密な会話を可能にしている。このようにDカフェ原町田の樹は、患者側とその家族だけではなく実施する側もプラスの効果を得ることができており、Win-Winの場であるともいえる。Dカフェは今年の3月に1周年を迎え、薬樹薬局原町田店内には、認知症に関する書籍を貸出しするコーナー「オレンジライブラリー」を設置した。これは、認知症に関する本を読んで、認知症について一度向き合ってもらいたいというメッセージを合わせて掲示している。認知症当事者や関係者だけではなく、地域住民に利用してもらい、認知症当事者の理解の促進を期待して設置している。大人に読んでもらいたい絵本『ばあばは、だいじょうぶ』³⁰や『認知症の語り』³¹『認知症になった私が伝えたいこと』³²などが置かれている。書籍のほかにも、町田市の認知症カフェ(Dカフェ)マップ一覧や相談窓口のお知らせ、認知症ケアパス、各種イベント案内などを設置しており、気軽に薬局に来た患者が話しかけやすい雰囲気づくりに努めている。

5. まとめ

保険薬局は全国に2016年度58,678件あり、20

³⁰ 楠 章子, 2016, 「ばあばは、だいじょうぶ」, 童心社

³¹ 認定 NPO 法人 健康と病いの語りデイペクスジャパン, 2016, 「認知症の語り」, 日本看護協会出版会

³² 佐藤雅彦, 2014, 「認知症になった私が伝えたいこと」, 大月書店

年前の 1996 年度 40,310 件、10 年前の 2006 年度 51,952 件とくらべて増加傾向にある。医薬分業率全国平均を見ても 1996 年度 22.5%、2006 年度 55.8%、2014 年度 68.7%と増えてきている³³。都道府県別にみると 2016 年度の無薬局町村は全国で 145、北海道が 26 と突出しているが、関東圏を見ると茨城 1、栃木 0、群馬 4、埼玉 1、千葉 0、東京 6、神奈川 1 であり、ほぼすべての町村単位に保険薬局は存在する³⁴。日本は超高齢化の対策の 1 つとして地域包括ケアシステムを推進しているが、その実施の体制などは各地域の自治体に委ねられているため、運用の仕方などは変わってくる。保健師を中心とした地域包括ケアシステムが機能している地域はあるが、保健師の養成に関して、中心となる大学での養成カリキュラムが大学に依存している現状にあり、全国一律に保健師を中心としたシステムを展開することは現状の大学における看護教育が変わらない限り難しいことが筆者の過去の研究³⁵で明らかになっている。今回調査対象とした薬樹薬局原町田店では、薬局に所属する薬剤師が多職種（医療職）と地域住民とのコーディネーター的役割を果たすことにより、住民の意識改善にまでつなげることができたと土志田ら（2017）は報告している。小規模な活動ではあるが、地元密着型のこのような活動を展開することによって地域連携を強固なものにできるのではないかと示唆された。今回の活動に関する検討項目としては以下をあげる。

- (1) 実施回数
- (2) 実施時間帯
- (3) 実施場所
- (4) 告知方法
- (5) イベントの内容
- (6) 参加する医療職の職種と人数
- (7) 参加者の年齢
- (8) 総合的な参加者の感想

今回の調査は一事例であり限界もある。今後は、上記項目について広域調査を行い、薬局を主体とした薬剤師がコーディネーターとなる地域連携の可能性を検討し、モデルの作成を行う必要がある。特にイベントの内容に関しては、好事例を集約したサイトを作成し、多様な選択肢を作ることににより、より簡易にそれぞれの地域で実施できるようにする必要があると考える。また、地域の健康維持・増進の支援が期待される「健康サポート薬局」の届け出数は 2018 年 10 月末全国で 567 件であるが、2018 年 8 月 31 日現在の情報を厚生労働省ホームページにある医療機能情報提供制度（医療情報ネット）³⁶で検索したところ、薬樹薬局原町田店は現時点で届け出されていなかった。健康サポート薬局の在り方を含め、届け出のある薬局への調査を実施することも検討したい。

今回の調査から、地域の医療・介護の現場でのチーム医療の在り方を再考する必要性が示唆された。また、健康サポート薬局の申請に係る要件である「かかりつけ薬局の基本機能」については、「患者のための薬局ビジョン³⁷」に記載されているが、下記 4 項目ある。

- (1) 服薬情報の一元的かつ継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導
- (2) 24 時間対応
- (3) 在宅対応
- (4) かかりつけ医を始めとした医療機関等との連携

今回の調査で(2)を除く 3 項目については、超高齢社会の中、求められる必須機能であることが示唆された。(2)について要件を満たすためには人材配置や金銭面での負担を企業が負うため、柔軟な体制を検討すべきではないかと考える。薬局の総数から見ても輪番制の導入など緩やかな制度の改

³³ 厚生労働省,2014,「薬局数」厚生労働省医薬・生活衛生局)

³⁴ 厚生労働省,2017,「平成 28 年度衛生行政報告例」,政策統括官（統計・情報政策担当）

³⁵ 津村育子,2018,「地域包括ケアシステムにおける看護教育の在り方」『日本語・日本語学研究』第 8 号、117-139

³⁶ 医療情報ネット,2007,「医療機能情報提供制度」(2018

年 9 月 22 日取得)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryou/teikyouseido/index.html

³⁷ 厚生労働省,2015,「患者のための薬局ビジョンー「門前」から「かかりつけ」,そして「地域」へー」(2018 年 9 月 23 日取得)

<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000102179.html>

変を期待する声があるのではないかと予想される。

薬剤師は、保険薬局での調剤業務を担当するイメージが大きい中、診療報酬制度の変更に伴い、服薬指導の中で、患者との対話が求められるようになってきた。また、近年保険薬局は、ドラッグストアの一角に位置する場合もあり、例えば神奈川県川崎市多摩区に立地するクスリのナカヤマ向ヶ丘遊園北口店は、株式会社クスリのナカヤマが設置している店舗であるが、店内には保険薬局の機能のほかに、医薬品、化粧品、雑貨、雑貨志向食品、食品類さらには雑誌など、生活必需品の多くが調達可能となっている。このことは、代表の中山唱司氏の「美と健康のスペシャリストとして、健康発信基地として、地域で信頼されるドラッグストアでありたい、という思いです。そのためには、医薬品をただ安く売るディスカウントストアとなるのではなく、お客様の本当の痛みや悩みを理解した上で、それを解決できる店舗を目指さなければなりません」というホームページ³⁸での挨拶からも伺える。同店舗は、2階に24時間オープンフィットネスクラブを併設しており、ターゲット年齢の幅も広いと推測される。また、23時までオープンしており、夜間や土日祝日は、生産労働人口層や家族連れも利用している。この環境を利用すれば、高齢者のみならず、中年層の取り込みも可能性はある。

居宅での活動を視野にいれた薬剤師の配置を考

えた時、在宅医療の変化も検討項目に入れるべきであろう。従来は病院で行っていた終末期の緩和ケアなどを居宅で行うことになると、そのための薬剤師の知識が求められる。薬剤師に関していえば、技術の進化により新薬の増加も今後見込まれ、薬剤師教育の在り方にも関係する。さらに、保険薬局に勤務する薬剤師の場合、調剤において患者の診療録にアクセスできる権利がなく、クリニックからの処方箋に基づき処方を行うため、患者との対話がなされなければ、正確な疾患名は薬からは推測が難しい。この問題を解決するためには、診療録へのアクセス権について議論を行いながら、薬剤師のコミュニケーションスキルの向上についても検討をしなければならない。日本がこれから迎える多死社会の前に、患者との良好な関係作りを薬剤師がすることができれば、リビングウイルの促進にもつながるし、不要な医療が削減できるとともに、患者の意思を尊重した医療の実施が可能になると考える。そのような観点からもDカフェでの多職種連携は、(1)医療者間での患者情報の交換の場としての機能、(2)患者との信頼感を高める機能といった2つの機能を持つ可能性がある。今回の事例で、薬剤師は医療の知識を活かしたコーディネーターとしての機能が期待できることが示唆された。今後、量的調査により可能性を調査する必要があると考える。

表1：Dカフェ参加者 土志田ほか(2017)をもとに筆者作成（2018年12月16日）

	本人	家族介護者	町田地区関係者	他参加者*	運営スタッフ
3月22日	1	0	1	5	6
4月26日	1	0	1	2	7
5月30日	1	1	1	1	7
6月14日	0	1	1	1	6
7月12日	0	0	1	0	5
8月10日	1	1	6	3	5
9月14日	1	1	1	0	6
10月11日	2	4	10	5	12

(*他参加者：町田地区医療福祉関係者)

³⁸ 株式会社クスリのナカヤマ,2018,クスリのナカヤマホームページ（2018年9月24日取得）