

Title	規制産業・利益創出戦略：保険薬局市場の分析より
Sub Title	
Author	吉川, 麻衣子(Yoshikawa, Maiko) 小幡, 績(Obata, Seki)
Publisher	慶應義塾大学大学院経営管理研究科
Publication year	2016
Jtitle	
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	修士学位論文. 2016年度経営学 第3219号
Genre	Thesis or Dissertation
URL	<a href="https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=KO40003001-00002016-3219">https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=KO40003001-00002016-3219</a>

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the Keio Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

慶應義塾大学大学院経営管理研究科修士課程

学位論文（ 2016 年度）

論文題名

規制産業・利益創出戦略—保険薬局市場の分析より—

主 査	小幡 績 准教授
副 査	小林 喜一郎 教授
副 査	井上 哲浩 教授

氏 名	吉川 麻衣子
-----	--------

## 論文要旨

所属ゼミ	小幡 績 研究会	氏名	吉川 麻衣子
(論文題名) 規制産業・利益創出戦略—保険薬局市場の分析より—			
(内容の要旨) 保険薬局の事業規模は近年目覚ましい拡大を遂げている。事業規模の拡大が起きている一方で、保険薬局の企業内は非合理的である実態がある（非合理的とは、収益最大化に向けた効率化が充分でない状態）。企業が非合理的であるにも関わらず規模拡大が可能な原因を調べる。 企業構造が非合理的であるにも関わらず規模拡大が可能であった理由は、経営の効率性が最適化されていなくても黒字が維持できる産業構造にあった。これは保険薬局の収益が規制によって担保されており、概ね黒字になるよう設計された制度に立脚したビジネスであったからである。よって保険薬局は規制産業である事から、非合理性の存在があるにも関わらず規模拡大が起き得た。 規制産業内の企業は規制が変化しない状態では概ね現状維持する事で企業収益は維持される。一方で規制や制度が変更される事によって大きな影響を受ける。よって今後の保険薬局に起き得る変化を予測し、事前に対応しておく事が今後の保険薬局市場で企業が存続するポイントとなる。制度の変更予測に関しては、マクロ環境の現状を整理した上で、海外の事例も参考に予想する。 日本の保険薬局を取り巻く市場環境の現状整理と海外事例からの変化を予想した所、各国の制度は歴史的背景での差異が大きい。海外事例を直接反映するなど、大きな制度変更は実行困難である。よって日本が今後制度を変更する際も、影響は一部分であり枝葉部分に留まると考えられる。つまり企業は、将来の制度変更を勘案しても本業の合理化が重要であり、実践する事で今後の保険薬局市場でも企業存続が継続すると考えられる。 よって保険薬局の本業の合理化におけるポイントをマニュアルとして述べる。このマニュアルを実践する事が、現状の非合理性を解決する方法であり、それだけで現状の収益を改善する事が可能である。よってマニュアルを実践する事で本業の収益最大化が可能となる。また制度も（枝葉部分ではあるものの）徐々に変更されるため、新しい技術や市場変化にも先んじて対応するべきである。先んじて対応した部分は、制度変更時に先行者利益として受諾する事が出来ると考えられる。 保険薬局はどの時代においても制度上に立脚しているため、本業部分から非合理性をできる限り排除するだけで存続が可能である。非合理性の排除に関してはマニュアルを参考に、関係する従業員の全てが実践する事で実現が可能となる。 また、その上で新しいビジネスチャンスを得られる状態にする為には、マニュアルを超えた圧倒的な合理性を追求する事の出来る個人の存在が重要となる。圧倒的にパフォーマンスの高い/有能な社員を保有する事で、待ちゼロ時間における新規顧客の確保、新規得意先の開拓、などの実現が可能となる。これが企業の存続から、他企業と比較して差別化が可能な要因となりえる。			

## 目次

1. 研究の背景 .....	2
1-1. 背景と問題意識 .....	2
1-2. 先行研究 .....	5
2. 研究の目的・意義 .....	6
4. 研究の分析と結果 .....	7
4-1. 現状の整理 .....	7
4-1-1. マクロ環境 .....	7
4-1-2. 保険薬局業界 .....	9
4-1-3. 他業界との比較 .....	11
4-1-4. 企業 .....	12
4-1-5. 考察 .....	15
4-2. 海外事例 .....	17
4-2-1. 海外の医療制度 .....	17
4-2-2. 海外事例からの変化可能性まとめ .....	21
4-2-3. 変化の可能性まとめ .....	21
5. 考察 .....	23
5-1. 保険薬局の最適なビジネスモデル .....	23
5-2. 保険薬局市場における差別化 .....	24
5-3. 保険薬局市場の今後 .....	26
6. まとめ .....	29
6-1. 保険薬局市場まとめ .....	29
6-2. 考察及びまとめ .....	29
7. 参考文献 .....	32
8. 謝辞 .....	34
(付録) .....	35

## 1. 研究の背景

### 1-1. 背景と問題意識

日本では、江戸時代までは漢方治療が主体で、医師による薬の調剤が定着していた。しかし、明治時代、西欧先進国に様々な制度を学ぶなか、すでにドイツで採用されていた医薬分業に倣い制度を取り入れた。ただし、当時は薬剤師や薬舗が不足しており引き続き医師による調剤が認められていた為、医薬分業が実態として進むことはなかった。第二次大戦後、アメリカが日本を占領するも、GHQ が日本政府に対してアメリカ流の医薬分業の実施を迫った。この背景には薬剤師協会の働きかけがあったとされるが、日本医師会は、投薬は医療行為であるとの声明を出し、医薬分業に反対する姿勢をとった。こうした反対はあったが、厚生省は1951年（昭和26年）に「医薬分業法案」を提出し、成立させた。実際には、日本医師会の反対もあり、医薬分業は1956年（昭和31年）から実施とされたものの、収益源でもある薬価差益を手放すことを医師は好まず、医師が薬を調剤する状況がその後も続くこととなった。

この医薬分業についての論点は主に下記の2つである。

- ・ 医薬品を処方する権利（医師）と利益受給者（医師、薬剤師）の分離
- ・ 医療過誤を未然に防ぐための方策（ダブルチェック）

これらの議論を背景とした政策誘導も近年、実施されてきた。大きく下記の3つを後押しする目的とした制度変更が行われて来ており、各年代において薬事法（平成26年度改正にて現「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」（略称：医薬品医療機器等法、通称：薬機法））の改正や、介護保険法の制定、変更などが実施された。

- ・ 経営権（医科機能、薬局機能）の分離
- ・ 医療サービス提供施設（病院、薬局）の立地を分離
- ・ 地域に根差したサービスの提供

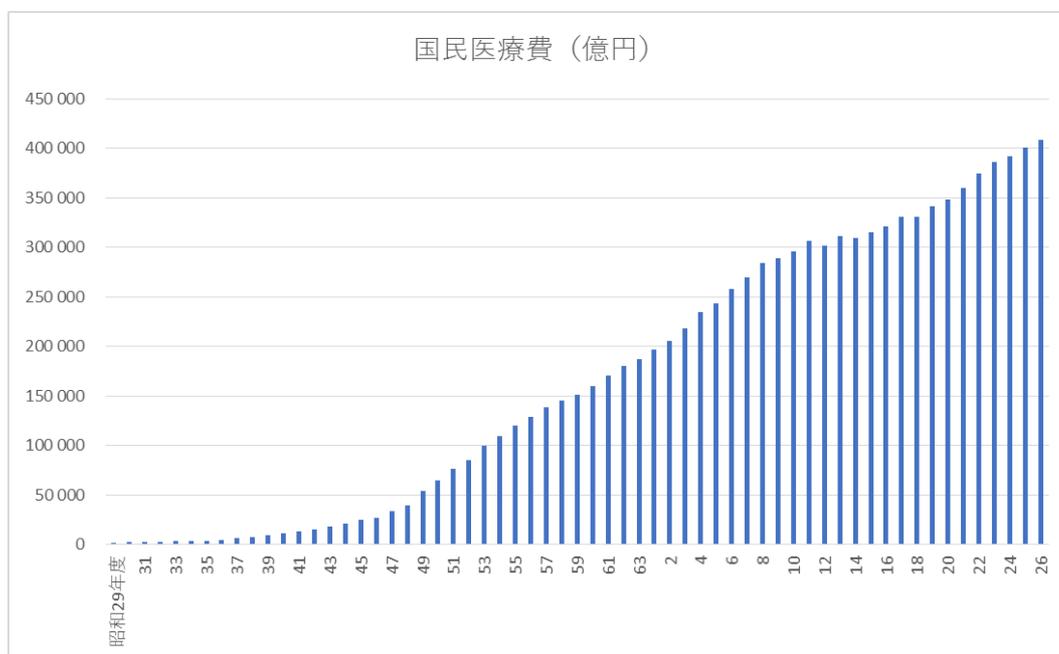
特に1970年代に行われた制度変更により、保険薬局として独立した事業形態を取る事で直接的に金銭的利益を保険薬局は享受することが可能になった。

（1974年の診療報酬改定により、医師の処方箋料が前年まで6点（60円）であったのが、50点（500円）に引き上げられた。）

1874年	「医制」が制定
1878年	「医師の薬舗兼業を自今禁止する令」が発布
1884年	「医師の薬舗兼業を自今禁止する令」が解除
1949年	アメリカ薬剤師協会使節団より「勧告書」提出
1889年	「薬品営業並薬品取扱規則」が制定
1951年	「医薬分業法案」が国会に提出
1955年	「医薬分業法の一部改正」が公布
<b>1974年</b>	<b>診療報酬改定</b> （1枚処方箋=500円と制定）

この時期を境に、戦後から数十年間 10~20%を横ばいで推移していた医薬分業率は、その後の 40 年で約 70%まで伸長した。この医薬分業により、保険薬局の市場規模も大きく成長し、現在 6 兆円を超える産業となっている。また今後、日本の高齢化を背景に保険薬局の市場規模は数十年間、継続して拡大すると予想されている。

一方で、高齢化を背景にした国民医療費の増加に対しては、様々な議論がなされている。日本では社会保障の一環で国民皆保険制度を土台とした医療制度を敷いている。これは国民全員の医療に対する支出を、主に生産年齢人口の国民が保険料として一部負担する仕組みである。医療サービスという社会保障を、国家単位で安定的に普及する為の互助の仕組みとして取り入れられた。この制度によって戦後、日本全体の医療サービスが量と質の両面から底上げされた。その結果、国民の平均寿命が延び、現在日本は世界一の長寿国となっている。しかしながら導入時には、国民の寿命がこれほど延びる事は予想されておらず、また生産年齢人口についても増加の一途を辿ると考えられていた。よって現在の高齢化と少子化による人口構成の変化は策定当時には想定外の事象であり、その変化から財源である保険料の需給バランスが取れなくなっている。その為、医療費財源の収支バランスをとる目的で、自己負担率の増加や、保険適応範囲の縮小などの議論がなされている。

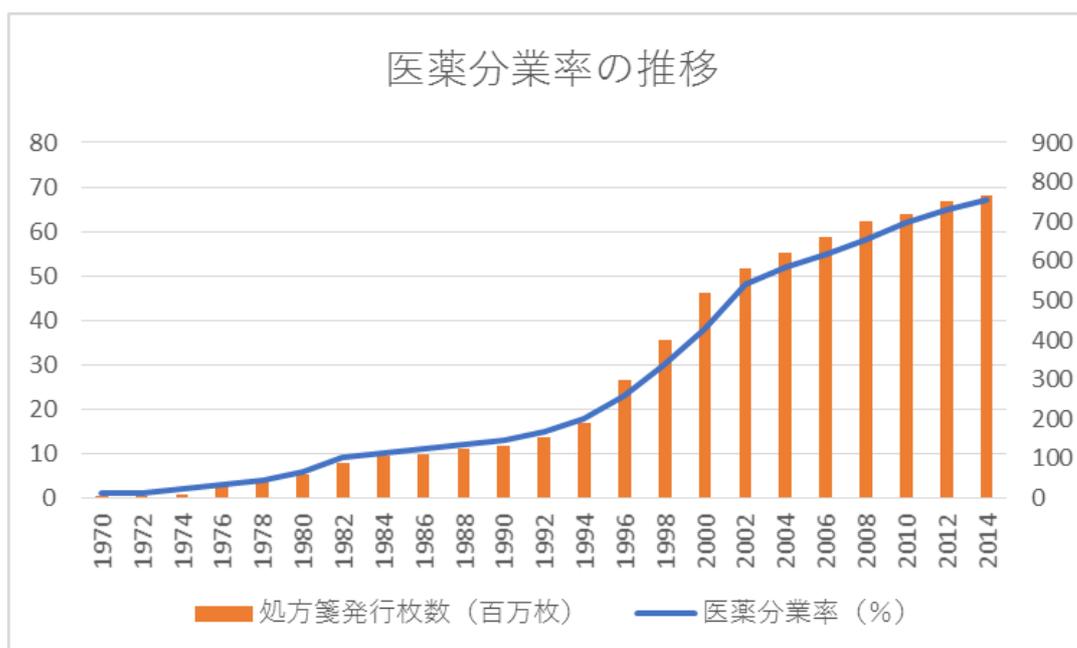


(統計局データより作図)

特に医療費全体に占める技術・サービス費用と比較して、医薬品の費用とその増加割合が大きい。よって、今後医療費削減を議論する上で医薬品とその周辺産業に対する費用削減の圧力は免れないと考えられる。この医薬品の費用削

減圧力は、医薬品の差益が薬局における利益の源泉の一つとなっている為、薬局側の経営という観点からも影響が大きいと考えられる。

また薬局機能という部分を含み、医薬品の取扱い自体は医科施設内にもあるが、薬局機能を医科施設から切り離し、独立させた保険薬局の方が医薬品取扱い額の伸長は顕著である。その為、今後保険薬局部分の医療費を削減する、または成長を抑制する議論がなされ、政策を用いて変更される事は容易に予測が可能である。



(厚生労働省[2015]「規制改革会議公開ディスカッション資料 2-2」より作図)

現在では少数派となっているものの、診療報酬で誘導しているにもかかわらず、院外処方を選ばず、院内処方を続ける医療機関の選択の理由も検討しておく。

院内処方は院外処方と比較すると、調剤にかかる報酬が低い。一方で医療機関が卸から医薬品を仕入れて薬価差益を多少確保できるとしてもその差益は減少傾向にあるため、1万数千種類もの医薬品が販売されている現在、院内での薬の在庫管理のコストなどを考えれば、院内処方は収益的には以前より格段にメリットが小さい状況となっている。よって収益面の理由以外では、以下の要因が考えられる。

第1に、薬局が少ない地域においては、医療機関が院内処方を維持せざるを得ないという場合がある。地域によっては住民の高齢化が進んでおり、高齢者などが遠くの薬局に行く必要があるため、患者の利便性を考え、医療機関が利益を追わずに、善意で処方を続けている場合がある。なお、院内処方の場合、医療機関のなかで医師自身が処方と合わせ調剤している場合と、医療機関のなかの薬剤師が調剤している場合がある。後者の場合は組織内の適切なガバナンス

スの下で相互に機能を果たしていれば問題はないが、前者の場合、地域によっては薬剤師不足などでやむを得ない場合があるとしても、相互チェック機能が果たされていない問題点はある。

第2に、治療の観点から院内処方維持し続けているところも少なくない。こうした病院は、院内処方とすることによって、院内の医師と薬剤師が連携して患者の病名や症状を確認し合ってチーム医療体制がとれるため、病院としてデータを継続的に集め、患者の治療や臨床研究に生かしやすいという考えのもとで院内処方を続けている。そもそも、入院患者の場合は、院内調剤を医師と薬剤師のチーム医療で実現しているのであり、外来患者の場合のみ院内調剤が問題となるということではないように考えられる。とくに大病院の場合は難病の患者が多く、薬が非常に特殊で街中の薬局で入手困難な場合もあり、また副作用や薬の効き具合などを継続的にフォローする必要があると考えて、院内処方を維持している場合もある。

このように、現在も院内処方を続けている医療機関も一部存在し、収益的側面というよりも、善意または医師としての独自の考えから、これを維持している医療機関も存在する。

しかしながら市場全体としては、医薬分業が後押しした事によって直近十数年で保険薬局は市場規模を拡大し、参入プレイヤーも一気に増加した。またこの市場規模自体は今後も数十年は高齢化を背景に拡大すると考えられる。しかしながら、医療費の削減を目的とした制度設計を含めて大きな変更や変革は起きると考えられる。大幅な変革が起きた際には、現状の保険薬局では生存できないプレイヤーも出てくると考えられ、予測可能な変化に対応していない現状に対して問題意識がある。

その為、大きな変革にも耐え得る最適モデルを作成することで今後の予測に対応可能な事業形態を検討する。また、最適モデルの保険薬局を大きな環境変化前に実現しておくことで、環境変化が起きた際にその他プレイヤーに対して様々な方法でそのノウハウを提供する事が可能であると考えられる。

## 1-2. 先行研究

地域包括ケアシステムにおける保険薬局のビジネスモデル (2013)

保険薬局における予防医療を含む「かかりつけ薬局」としての医療活動の実態とその地域差 (2008)

## 2. 研究の目的・意義

現在、日本の保険薬局市場には様々なプレーヤーが存在する。また各プレーヤーの経営状況を他産業と比較すると、概ね安定収益を確保していると考えられる。これは保険薬局自体が規制産業であり、保険点数で売上高が決まるなど、医療制度に守られた上で成立している事業体である事が主な原因であると考えられる。しかしながら各プレーヤーの企業規模には様々あり、近年では他産業からの参入なども散見される。

その中で、どの様な条件を満たせば企業として成功する可能性が高いのかは明確になっていない。またその方法論などについて言及されている報告はない。更に、今後起き得る様々な環境変化に現状のモデルで対応できるのかの検討がなされた報告はない。

よって本研究にて、保険薬局市場における成功要因について仮説と検証を行い、結論を導き出す。その結論を元に、保険薬局事業としての最適化モデルを提案する。

## 3. 研究の方法

規制産業の一つである保険薬局市場のビジネスにおいて取るべき戦略を検討する。現在の保険薬局市場における情報を整理した上で分析し、評価する。

まずは現状の保険薬局における市場構造がどういったものであるのかを調査する。また市場の歴史的経緯を確認する。今までにどういった変化があり、その変化に対して政策の変更、プレーヤーの動きなどを確認する。これらは現在記録のある資料を元に確認する。また他産業を含めたケース等を用いた調査により、事業体の規模拡大/成功する要因を探る。更に、将来の人口構成変化などのマクロ環境変化の予測について、各種報告などを参考に確認する。導き出された現状の薬局の状況に関し、とるべき戦略を提案する。

更に将来の薬局市場を予測し、将来市場に向けて各企業がとるべき戦略を提案する。

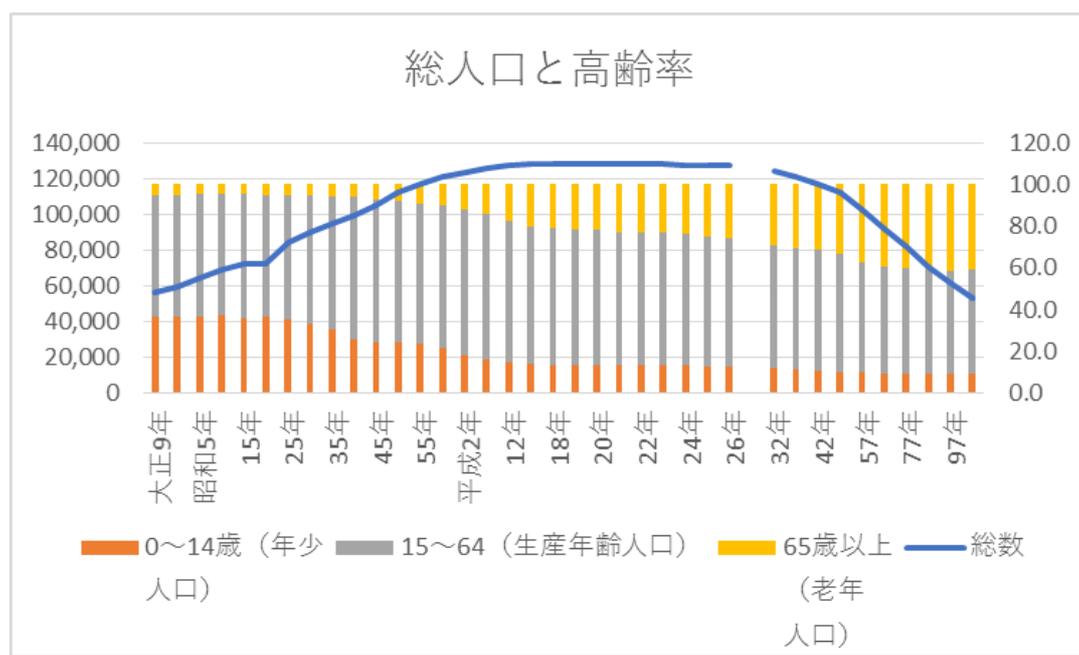
#### 4. 研究の分析と結果

##### 4-1. 現状の整理

現在の情報をマクロ環境、業界、企業のそれぞれにおいて整理する。また日本の将来展望について変化を予測する為、海外の医療制度と保険薬局に相当する業界の現状も併せて整理する。

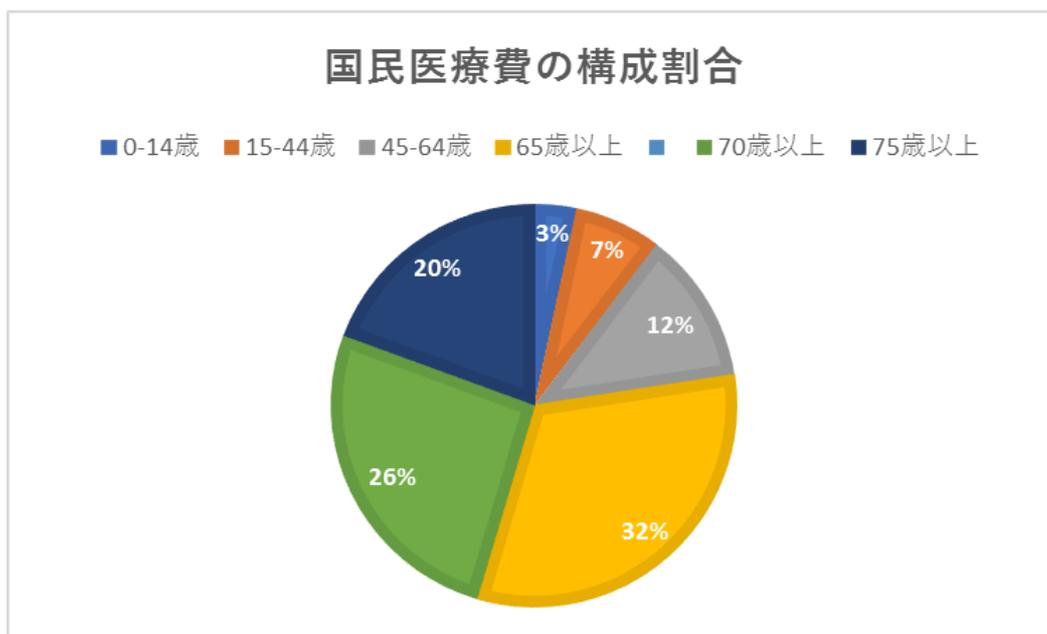
##### 4-1-1. マクロ環境

日本は第2次世界大戦後に出生率の増加、若年死亡率の低下を背景に人口が増加してきた。人口増加と同時に平均寿命が延長した事により、人口対比での高齢者割合が増加し、これが高齢化の発端となっている。近年では出生数の減少により人口増加が2010年で頭打ちとなっている一方で、平均寿命の延長は継続しているため、高齢化率は上昇の一途を辿っている。高齢化人口の増加はこの後も継続し続ける。高齢化率の指標である65歳以上人口については2045年まで増加が見込まれ、その後2060年までは75歳以上人口は増加が見込まれている。



(統計局データより作図)

日本における国民全体医療費は平成26年時点で総額が40兆円超となっている。その使用実態は高齢になる程各個人に必要となる医療費が増加する為、国民医療費は65歳以上人口が総額の約半数相当の金額を消費している。

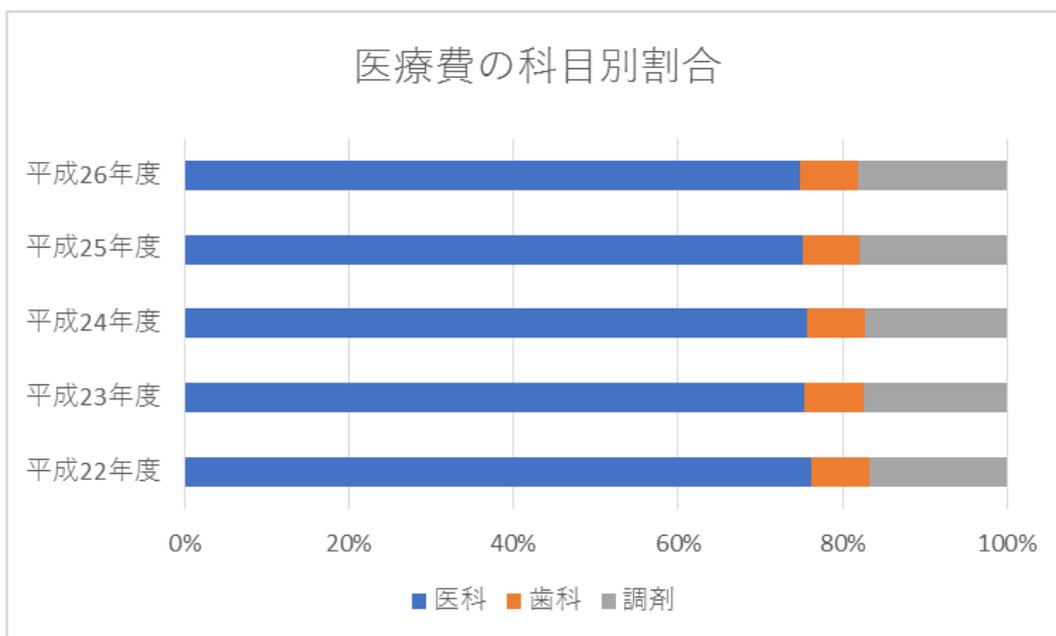


(統計局データより作図)

医療費の各科目別消費割合は、概ね医科 75%、歯科 7%、調剤 18%で推移している。この消費科目の構成割合は、医薬分業の以前と変化していない。

医療費の推移 (兆円)	総計	医科	歯科	調剤
平成22年度	36.6	30.5	2.6	6.1
平成23年度	37.8	31.1	2.7	6.6
平成24年度	38.4	31.7	2.7	6.6
平成25年度	39.3	32.1	2.7	7
平成26年度	40	32.6	2.8	7.2

(厚生労働省保険局発表資料 (2017) より作図)



(厚生労働省保険局発表資料 (2017) より作図)

よって、高齢者の人口が増加する間は、国民医療費総額は増加すると考えられる。また、その中の構成割合が同一の場合、調剤に当たる科目の消費額も増加が継続すると考えられる。

#### 4-1-2. 保険薬局業界

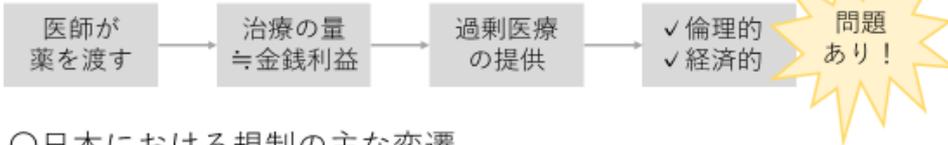
医療の提供は医師が患者を診察し、疾患を診断し、治療をする。薬の処方治療の一環で行われ、薬剤の処方と服薬による治療効果を期待して行われる。前述の通り、医師が処方と薬剤の提供までを一貫して行うことは倫理的に問題があるとされており、医薬分業が推し進められてきた。

倫理的に問題があるという理由で業界での推奨はされており、国家取り組みとしての政策誘導は1970年代から実施されていた。しかし医師及び薬剤師に医薬分業を進めるインセンティブは現実的にはあまり強くなく、医師は院内処方箋を使用する事で薬価差益を得られることから、実際の医薬分業はそこまで一般的ではなかった。また医師は処方権に併せて調剤権も持つため、薬剤師不在で処方を実施できることから、過剰な人件費と掛ける必要もなく、実務でも特に院内処方箋を維持する事で困る事がなかった為、医薬分業は実践されることが少なかった。

しかしマクロ環境変化による人口増大、高齢化率の上昇を背景に国民医療費の増大が国家としての国家財源を圧迫する費用割合が増大し、影響力が増してきた。よって政策誘導として、緩やかな医薬分業に対する推奨から、制度変更によって医薬分業を直接的に推し進めるインセンティブを与える必要が出てきた。制度設計による直接のインセンティブを与える変更は1974年の診療報酬の改定で実施され、医師は院外処方箋を発行した方が収入は高くなるように診療報酬が設計された。

## 医薬分業の歴史

○ 医薬分業の流れ (1240年神聖ローマ帝国の法律施行が世界初)



○ 日本における規制の主な変遷

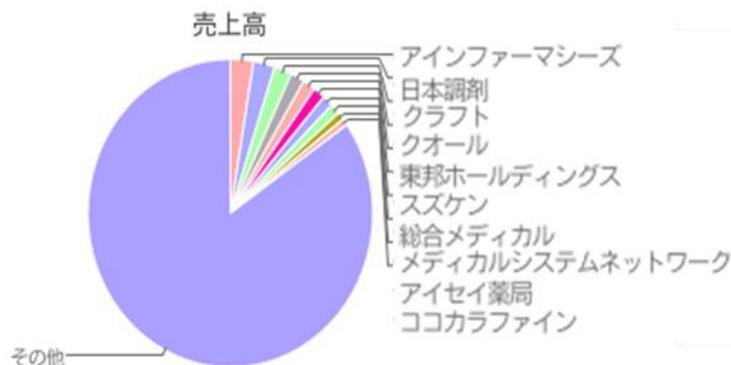
- 1874年 「医制」が制定
- 1878年 「医師の薬舗兼業を自今禁止する令」が発布
- 1884年 「医師の薬舗兼業を自今禁止する令」が解除
- 1889年 「薬品営業並薬品取扱規則」が制定
- 1949年 アメリカ薬剤師協会使節団より「勧告書」提出
- 1951年 「医薬分業法案」が国会に提出
- 1955年 「医薬分業法の一部改正」が公布  
(※翌年実施)
- **1974年 診療報酬改定**  
(1枚処方箋 = 500円と制定)

→ 医薬分業は昔から必要とされていた  
→ 政策変更による直接の目的は医療費の削減

1

制度変更を受け、保険薬局業界の市場は1970年～2010年の約40年間で急成長した。結果、1970年時点ではほぼゼロだった医薬分業率2015年時点で67.0%となった。保険薬局の店舗実数で約5万7000軒である。店舗数の増加と共に保険薬局市場が拡大し、現在約7兆円の市場規模である。

保険薬局は店舗数増大と共に、単店舗経営、中小規模のチェーン経営だけでなく、全国区の大手薬局企業が出現し、上場企業も存在する。前述の通り平成28年現在、保険薬局市場は売上高で総額7兆円市場である。その中に上場企業は約20社ある(合併など変動あり)。総店舗数が日本全国で約5万7000軒あるうち、上場企業20社で店舗数の30%を保有している。残り70%の店舗は中小規模の企業が占めている



(M&A キャピタルパートナーズより抜粋)

#### 4-1-3. 他業界との比較

直近40年で市場が新しく立ち上がり、急拡大し、同様の市場規模がある業界として、コンビニ業界と比較する。

コンビニ業界は2016年時点において、市場規模が約10兆円、店舗数は全国で約54,400店ある。保険薬局業界は2016年時点において、市場規模が約7兆円、店舗数は全国で約57,000店ある。

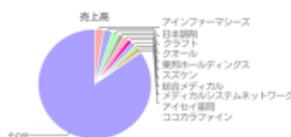
両業界に共通する規模拡大のポイントは店舗の新規展開と不採算店舗の閉店である。業界内における企業の規模は店舗保有数とほぼ同様になり、市場拡大による業界内競争が起きると新規出店と不採算店舗の閉店は加速する。店舗数の拡大により市場全体の規模は拡大するが、市場が日本である場合、新規出店にも地域的に上限がある。新規出店が地域的限界の上限に達する事で、市場は寡占化に向かい、企業同士の買収合併が加速する。市場に自由競争が働く場合、概ねこの流れで業界が変化する。

実際、市場規模の拡大と共にコンビニ業界では買収合併が相次ぎ、2016年現在では上場4企業の上位4社で店舗シェア約90%を占めている。これはコンビニ業界で自由競争が起き、40年で業界が成熟し、寡占化したと考えられる。

一方で保険薬局業界に置いて、企業規模の拡大方法はコンビニ業界同様、新規店舗の出店と不採算店舗の閉鎖である。しかしながら業界内に上場企業が存在する一方で、上場企業21社を全て合算しても市場における店舗シェアは30%にとどまっている。これは保険薬局業界の現状が寡占化しているとは言い難い。店舗数の増加による市場規模の拡大は起きている事が確認されているため、市場の成長はなされているが、寡占化はしていないと言える状態であると考えられる。

## 業界の比較

### 保険薬局業界



### (参考) コンビニ業界



	直近40年で店舗数が急増	直近40年で店舗数が急増
全国店舗数	約57,000店	約54,400店
市場規模	約7兆円	約10兆円
1位企業	店舗数シェア3%	売上高シェア30%
上場企業	全21社で 店舗数シェア30%	上位4社で 店舗数シェア90%

**薬局業界は市場の寡占化が進んでいない**

8

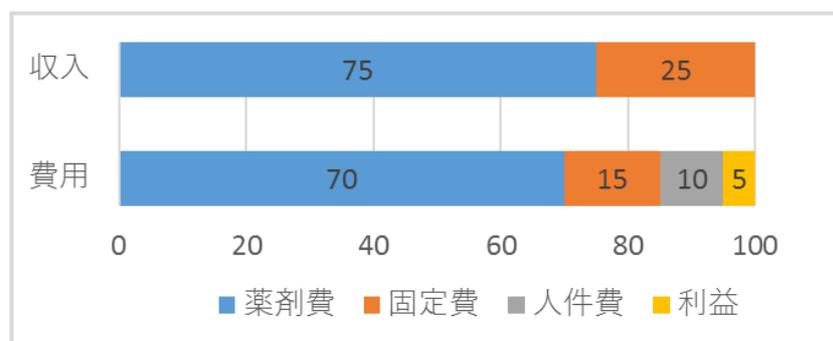
#### 4-1-4. 企業

##### 4-1-4-1. 保険薬局

日本は国民皆保険制度によって、すべての国民が保険診療を受けることができる。その保険診療に基づいて医師の出す処方箋に従い、調剤を行う薬局のことを「保険薬局」という。(日本薬剤師会 HP より抜粋)

医師が処方権を持っており、その権限の下で発行された院外処方箋を保険薬局は受諾する。保険薬局は受諾した処方箋に従って監査を行い、薬剤師の調剤権に基づいて調剤を実施し、服薬指導などの医療サービスを併せて提供する。

各患者単体での売り上げは主に医薬品の物販と、医療情報提供などの医療サービスの提供から成り立っている。



店舗単体での利益についてまとめる。全国の薬局処方箋枚数/店舗数、1 か月

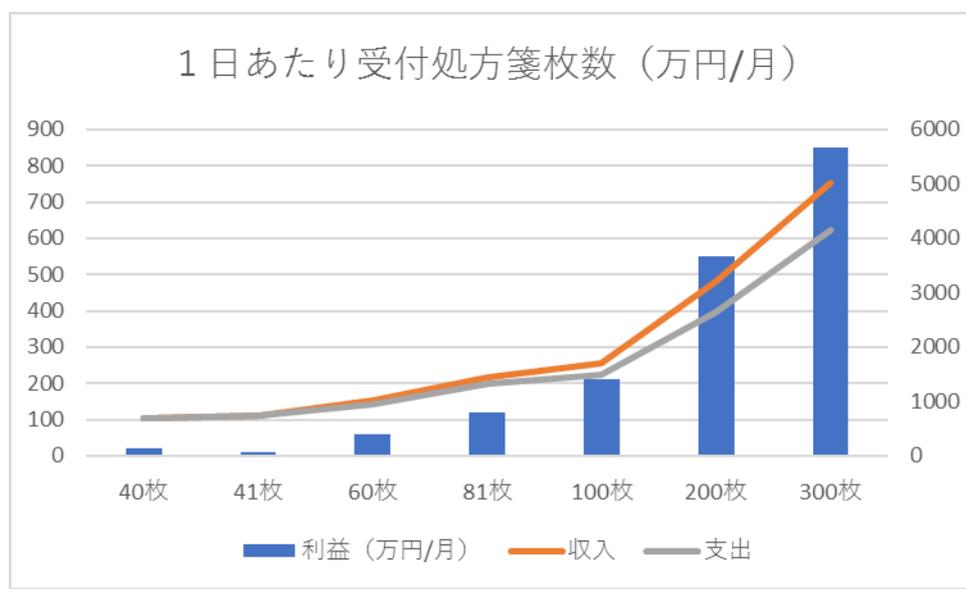
の営業日数を21日とした場合、1店舗当たりの平均処方箋枚数は60枚である。また調剤報酬である調剤技術料、指導管理料、薬剤料、特定医療材料料は処方箋1枚当たりの業界平均値〔厚生労働省、平成27年度〕を参考とした。また人件費は処方箋枚数に応じ、薬剤師法の規定に沿った薬剤師員数を採用した。

(薬局の薬剤師の員数)

第一条 薬事法 (以下「法」という。) 第五条第二号の規定に基づく厚生労働省令で定める薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師の員数は、その薬局における一日平均取扱処方せん数が四十までは一とし、それ以上四十又はその端数を増すごとに一を加えた数とする。

2 前項の一日平均取扱処方せん数は、前年における総取扱処方せん数(前年において取り扱った眼科、耳鼻いんこう科及び歯科の処方せんの数にそれぞれ三分の二を乗じた数とその他の診療科の処方せんの数との合計数をいう。)を前年において業務を行った日数で除して得た数とする。ただし、前年において業務を行った期間がないか、又は三箇月未満である場合においては、推定によるものとする。(薬剤師法より抜粋)

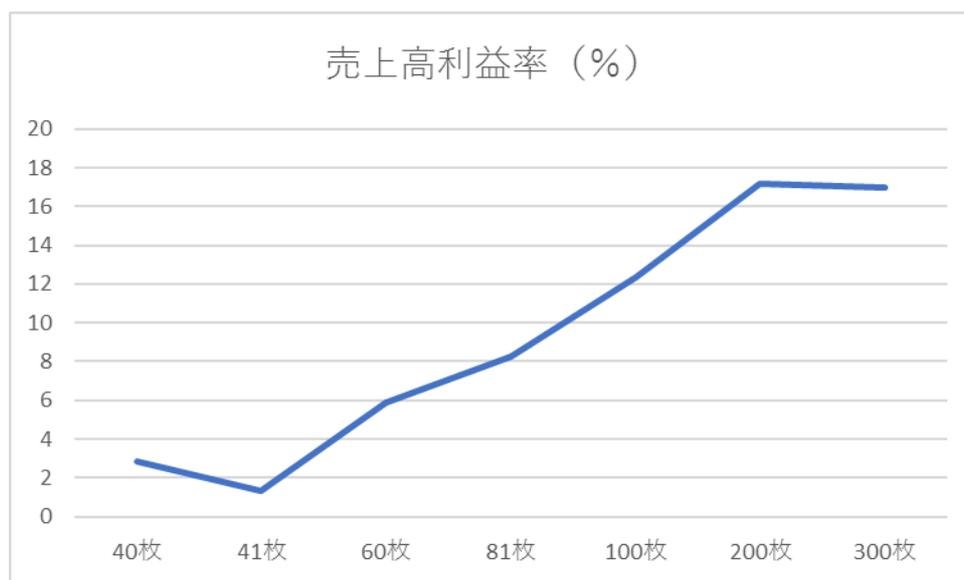
薬剤師以外の事務員数は1名とし、各月給は薬剤師50万円/月、事務員30万円/月とした。店舗賃借料は50-60万円/月、設備費は10万円/月とした。損益分岐点が処方箋45枚/月となっており、処方箋枚数が45枚を超えた場合は黒字となる。



45枚/月以下の場合には人件費と薬剤料の調整が必要であり、45枚/月以上の場合は利益額は上昇する。しかしながら前述のとおり、処方箋枚数の増加とともに設置すべき薬剤師員数も増加する為、利益率は一定幅に収まる。また処方箋枚数はその保険薬局にアクセスする患者数とほぼ同一のため、距離的分散から1店舗で応需が可能な処方箋枚数には上限があると考えられる。

#### 4-1-4-2. 分析結果

保険薬局の売上高は前述の通り処方箋を受諾し、医療サービスと医薬品の物販で成立している。よって売上高は処方箋の応需枚数が増加するほど、高くなると考えられる。また売上高の増加によって売上高固定比率の逡減が起きる為、利益率は処方箋応需枚数の増加によってある程度増加する。



一方で保険薬局の取引を保険利用前提で考えた場合、その中身である医療サービスは調剤報酬制度、医薬品の物販は法定薬価での算定である為、処方箋応需枚数を増加させる以外に個々の店舗間で利益率に圧倒的な差異を出す事は現実的に難しい。また個々の店舗においても、人の行動範囲の限界がその店舗における処方箋応需枚数の限界と一致する。この側面からも、個々の店舗として利益率を上げる事が出来ても、圧倒的に利益率を高く維持する事自体は実現困難だと考えられる。

また中小規模の薬局の場合は前述の通りとなり、複数店舗を保有している企業においてはある程度のコスト部分について逡減が可能であるが、実際はコストベネフィットが圧倒的にあるとは言い難い。このコスト低減については現在主に、医薬品の仕入れ値引き率（調達コスト）の上昇と、店舗間で人材を共有することで人件費の低減が実施されている。しかしながらこれらの店舗拡大によるコストベネフィットは、店舗数を拡大する事で利益率の上昇には相関していない。

以下、上場企業 21 社及び非上場 14 社の直近 10 年間の数字をパネルにする事で各種数値に相関が認められるか、若しくは認められないかを確認した。



た、各店舗が黒字化している事により、複数店舗を保有している中小規模の企業も経営は黒字化している。一方で店舗の新規出店や買収などを実施し、企業規模が更に拡大した場合、その利益率は一定幅にとどまっており、現状では中小規模及び大規模での企業間での利益率に差異（相関）は見られない。これにより現状、規模の経済が圧倒的に効いている業界ではない事が分かる。しかしながら全く規模の経済が期待できない訳ではない。現在行われているチェーン化による人件費の低減など地域単位でのコストベネフィットの増大に加え、全国チェーンになる事によるバイイングパワーの増大が予測される。これにより、規模の経済の効果は今後更に増すものと考えられる。

また企業としての拡大を実施する際、例外的に採算の取れない赤字店舗を保有する事もある。不採算店に関しては現状、閉店する事で対応している。これは一般的な企業における店舗拡大と同様の方針であり、スクラップアンドビルドのビジネスであると言える。しかしながら保険薬局において、「スクラップ」の印象がない。これは全体における赤字の店舗数が他業種と比較して圧倒的に少ないという点と、保険薬局が医療施設である事から閉店に対して倫理的に問題があると考えられている点が主な原因ある。

実際は、医療の利便性が圧倒的に損なわれるような事は回避しながら、閉店は実施されている。保険薬局の医療提供に対する受益者は患者であり、その患者を周辺の医療施設への紹介する事や、医科施設への協力を促すなどの取り組み実施する事で医療の公衆性を保ちながら、結果的に不採算店舗は閉店を実施している。

#### 4-1-5-2. 日本市場の将来予測

今後の日本に起き得る変化について考察する。日本国内では人口動態が変化する。医療サービスを受諾する患者背景は高齢である程多くなる。よって人口動態が変化しても65歳以上人口が増加する事で、今後も医療費は増大し、医療サービスを提供する企業にとっての市場は拡大すると考えられ、保険薬局における事業規模も拡大すると考えられる。保険薬局事業の市場規模拡大は医薬分業率の上昇からわかる通り、新規店舗展開が主であった。医薬分業率に日本の地理的特徴から限界がある一方で、現在はまだピークに達していない。よって現状新しい店舗の展開を実施することが可能で、それによっても市場は更に拡大すると考えられる。また市場の拡大と同時に、市場の成熟は起こる。よって既存企業間での買収や合併は今後も継続される。

医薬分業率の更なる拡大によって、制度変更による医療費への影響が出やすい状況が作られている。

高齢化と少子化による人口減少が起きている日本において、医療機関の保有する病床数をこれ以上増やす必要はないと考えられる。よって今後の医療サービスは、病院やクリニックで個々に病床を使いながら医療サービスを受けるだけでなく、在宅での医療サービスを受けられる環境が充実すると考えられる。医療サービス提供者は現状の医療機関内だけでなく、在宅もしくは患者の住環

境に出来るだけ近い場所にサービス提供場所を拡大、移行していく必要がある。この様に、利用者の近い場所で医療行為を実施することが可能となる、若しくは必要とされる制度変更が実施されると考えられる。

また労働集約的産業であると言われるヘルスケアに関しても、技術の進歩を取り入れる必要がある。技術を活用する事で人的資源が必要であった労働を技術で代替する事で、必要人員数を減少させることが可能である。必要専門職人員を減少させ、余裕を持たせることで、確保された人材を更に専門特化した業務担わせることが可能となる。各専門職の作業絶対量を減少させる目的で技術を取り入れる事が求められる、もしくは可能となる制度変更が行われることが予想される。

## 4-2. 海外事例

### 4-2-1. 海外の医療制度

海外の医療制度と、その上に成立している薬局制度について整理する。各国の医療制度は、各国の成り立ちによって異なっており、それぞれ歴史的背景に影響された特色が存在する。医療制度上に則った病院のシステムがあり、薬局はその病院のシステムに則って存在する。また、各医療機関で就業する専門職人員の権限もそれぞれ異なっているため、それぞれについて整理する。

## 海外事例 # 1

### ・マクロ

		日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	オーストラリア
社会保障/財源		社会保険	民間保険	税金	社会保険	社会保険	税+保険料
クリニック	アクセス	フリー	フリー	登録制	フリー	フリー	フリー
	診療報酬	出来高	出来高	人頭払い	条件付き 出来高	出来高	出来高 (公的)
病院	アクセス	フリー →紹介	一部紹介	紹介	フリー	フリー	紹介
	診療報酬	出来高/包括	包括	包括	包括	包括	?公的:公費 ?私的:償還
	技術料	含まない	含まない	含む	公:含む 私:含まない	含まない	公:含む 私:含まない

### 社会保障における相違

- ・ 国家の取り組みの有無
- ・ 財源の仕組み
- ・ 医療アクセスを効率化する仕組み
- ・ 技術料を削減する仕組み

25

まず、各国によって保険や社会保障としての財源が異なり、大きく 3 種類に分類される。

まず 1 つ目の例であるが、日本は社会保険となっており、国民の社会保障加入者（ほぼ全国民のため、国民皆保険と呼ばれる）が保険料を支払っている。

この保険料を主な財源とし、医療行為に対する保険料として賄っている。この同様保険加入者が支払った保険料を主な財源にしている国はドイツ、フランスなどが挙げられる。

2 つ目の例として挙げられるのは、国家として保有している税金から社会保障費として還元する方法である。国民全員が様々な方法で支払った税金の一部を財源として活用する方法である。同様に税金を財源とする国は他にオーストラリアがあるが、オーストラリアの財源は税金と社会保険を組み合わせる為、1 つ目と2 つ目の混合型である。

3 つ目の例として挙げられるのは、民間保険のみのアメリカである。国家としての社会保障は高齢者向けのメディケアと、貧困層向けのメディケイドがあるのみである。国民は民間の保険に各自が加入する必要がある、国民全体が加入している、もしくは活用できる国家としての保険システムはない。この民間保険主に活用している国は他にカナダが挙げられる。

各国の医療機関について、大きく病院、クリニック、薬局に分ける。ここでの病院とクリニックは病床数などで明確に分類したものではなく、高度な技術や難易度の高い医療行為を実施している病院と、それ以外の日常的な医療を提供しているクリニックに分けている。医療機関としての規模は病院の方が大きく、クリニックは開業医や家庭医と呼ばれ、医療機関としての規模は病院と比較して小さい。一般的に患者は、クリニックに受診して総合的な診断と医療行為を受ける。その上で更に専門的若しくは、難易度や高度な技術を要する医療行為を病院でうける。

どの国でも規模の大きい施設と規模の小さい施設ではアクセスや診療報酬に差異がある。アクセスとは、医療サービスを受けたい患者が、その医療施設に自由に診療行為を受けに行けるかどうかである。クリニックではイギリスを除いた全ての国でフリーアクセスとなっており、患者が自身のタイミングで医療行為を受けたいと考えた際に、自身が利用したいと考えるクリニックを利用できる。イギリスではクリニックのアクセスが登録制となっている。これは患者が利用できるクリニックがそれぞれに指定されている。よって各自に家庭医が付いている状態となっており、各自が医療行為を受けたいと考えた場合はその登録先のクリニックに連絡し、医療行為を受ける。クリニックと比較して規模の大きい病院では、患者が自身で自由に病院を選択でき、必要と考えた場合のいつでも受診する事が出来るフリーアクセスを維持しているのはドイツ及びフランスになる。フリーアクセス以外の受診方法は、クリニック若しくは他病院からの紹介である。これは一度診断を受けた患者が、専門職判断で必要と考える医療機関に受診する方法である。イギリス、オーストラリアがこれにあたる。またアメリカは民間保険の提携範囲内で、紹介で受診する事ができる。日本は当初、病院全体がフリーアクセスだったが、近年の制度変更により、徐々に紹介制に移行している。

クリニック、若しくは病院で医療行為を受け、治療の一環として薬剤治療を

受ける際に薬局機能が必要となる。薬局機能に関しては、各国の医療制度や成り立ちの歴史的背景、専門職が実施可能な医療行為の権限の違いによって各国の違いがある。薬局機能における国別の差異は、病院及びクリニックよりも大きい為、国別で個々に整理する。特に日本の現状を整理し、それと比較して異なる部分を列挙する。

## 海外事例 # 2

### • 業界

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	オーストラリア
店舗形態と取扱い	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ドラッグストア</li> <li>：日用品</li> <li>・チェーン化</li> <li>・大手の存在</li> <li>・町中/田舎に立地</li> <li>✓調剤薬局</li> <li>：薬のみ</li> <li>・チェーン化中</li> <li>・大手シェア数%</li> <li>・主に病院門前</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓薬局</li> <li>：薬/日用品</li> <li>・チェーン化</li> <li>・大手の存在</li> <li>・単体で大きく立地</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓Chemist</li> <li>街の薬局</li> <li>：医薬品/OTC</li> <li>チェーン</li> <li>：薬/日用品</li> <li>✓Pharmacy</li> <li>調剤薬局</li> <li>：医薬品</li> <li>/自社ブランド</li> <li>✓Drugstore</li> <li>総合スーパー</li> <li>：薬/日用品</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓Apotheke</li> <li>薬局</li> <li>：薬/薬剤師必</li> <li>要OTC</li> <li>✓Drogerie</li> <li>薬店</li> <li>：薬剤師不要</li> <li>OTC</li> <li>・チェーン化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓薬局</li> <li>：日用品/OTC</li> <li>薬</li> <li>1階 日用品</li> <li>2階 OTC/薬な</li> <li>ど</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓薬局</li> <li>：薬/日用品</li> <li>ショッピングセ</li> <li>ンターに立地</li> <li>✓チェーン化困</li> <li>難</li> </ul>

薬局業界における相違

- ・生活文化の違い
- ・いままでの薬局の存在

26

## 海外事例 # 3

### • 企業

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	オーストラリア
薬の分類	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓薬</li> <li>・処方箋：要</li> <li>→処方箋医薬品</li> <li>・処方箋：不要</li> <li>→OTC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓薬</li> <li>・処方箋：要</li> <li>→処方箋医薬品</li> <li>・処方箋：不要</li> <li>→OTC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓薬</li> <li>・処方箋医薬品</li> <li>・自由販売医薬品</li> <li>・薬局販売医薬品</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓薬</li> <li>・処方箋医薬品</li> <li>・薬局販売医薬品</li> <li>・自由販売医薬品</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓薬</li> <li>・処方せん医薬品</li> <li>・処方せん任意医薬品</li> <li>(償還率%： 100,65,30,15,0)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓薬</li> <li>・スケジュール (Schedule9権)</li> <li>・Unschedule</li> <li>自由販売医薬品</li> <li>・2:薬局OTC</li> <li>・3:薬局調剤薬</li> <li>・4:処方箋医薬品</li> </ul>
専門職の分類	<ul style="list-style-type: none"> <li>不要</li> <li>→OTC</li> <li>✓専門職</li> <li>・薬剤師</li> <li>・登録販売者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓専門職</li> <li>・薬剤師</li> <li>Pharmacists</li> <li>・調剤技師</li> <li>Pharmacy technicians</li> <li>+トレーニング要</li> <li>予防接種</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓専門職</li> <li>・薬剤師</li> <li>Pharmacy technician</li> <li>・healthcare assistant</li> <li>・Dispensing assistant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓専門職</li> <li>・薬剤師</li> <li>・薬剤技術助手 (薬剤師監督下で販売可)</li> <li>・薬剤商業従業員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓専門職</li> <li>・主任薬剤師</li> <li>・補助薬剤師</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓専門職</li> <li>・薬剤師</li> <li>・調剤アシスタント</li> </ul>

物品、専門職の違い

- ・物品の分け方
- ・いままでの専門職の存在
- ・技術の権限の分け方

27

日本は薬局機能が概ね 2 種類に分かれている。一つは日用品を扱うドラッグストアであり、もう一つは処方箋医薬品を取り扱う保険薬局である。ドラッグストアは街中や住宅街など様々な場所に立地しており、それぞれチェーン化が進行し、大手企業が存在する。一方で、薬局は処方箋発行元である病院やクリニックの門前や周辺に立地している事が多く、街中や住宅街に関わらず存在する。店舗間の買収や合併なども実施されているが、完全なチェーン化がなされているわけではない。また各店舗において、取り扱う製品の種別によって所属が必要とされる専門職が規定されている。専門職は薬剤師、登録販売者がある。薬の種別は処方箋医薬品、OTC（第1～3種医薬品）、日用品となる。薬剤師により全ての種別の製品の販売が可能で、登録販売者により第2, 3種医薬品の販売が可能となっている。

米国は日用品や処方箋医薬品などの全てを取扱う薬局が存在する。単体で比較的広い敷地面積を確保した店舗として各所に立地する。それぞれチェーン化されており、大手チェーンが存在する。大手チェーンでは処方箋の必要な処方医薬品、処方箋が不要で専門職の判断で処方できる処方薬、患者判断で購入可能な OTC が取り扱われている。専門職は薬剤師 (Pharmacist)、調剤技師 (Pharmacy technician) が存在する。薬剤師はトレーニングをする事で予防接種などの一部の医療行為を実施する事ができる。また薬剤師の在籍により処方医薬品の販売だけでなく処方薬の処方も可能である。

イギリスでは薬局機能が3種類の形態をとっている。Chemist は医薬品や OTC などの全般を取り扱い、Pharmacy は処方医薬品を含む医薬品と、自社ブランド品を取り扱う。また総合スーパーの形態である Drugstore は日用品を取り扱う。取扱いの出来る薬は、処方箋医薬品、自由販売医薬品、薬局販売医薬品の3種に分かれている。専門職は薬剤師以外に Pharmacy technician と Healthcare assistant と Dispensing assistant に分かれている。

ドイツの薬局機能の形態は日本に類似し、2 種に分かれている。Apotheke が処方箋医薬品と薬剤師が処方可能な医薬品を販売し、Drogerie が日用品と OTC を販売し、チェーン化がされている。薬の分類は3種であり、処方箋医薬品、薬局販売医薬品、自由販売医薬品である。専門職は薬剤師、薬剤技術助手（薬剤師の監視下で医薬品が販売可能）、薬剤商業従業員である。

フランスの薬局は主に単店舗で日用品、OTC、医薬品の全てを取り扱う。建物の階層で分かれている事が多く、1階で日用品の販売を実施し、2階で OTC や医薬品を販売する。薬の分類は処方箋医薬品と処方箋任意医薬品に分類される。専門職は主任薬剤師と補助薬剤師が存在する。

オーストラリアの薬局は日用品や医薬品を取扱い、主にショッピングセンター内に立地する。薬は4種に分類される。処方箋の必要な医薬品は Schedule と

呼ばれ、更に9種に細分化される。残りの3種は処方箋の不要な自由販売医薬品で、Unschedule と呼ばれ#2 薬局 OTC、#3 薬局調剤薬、#4 処方医薬品に分類される。専門職は薬剤師と調剤アシスタントが存在する。

#### 4-2-2. 海外事例からの変化可能性まとめ

海外事例において、日本の保険薬局市場がそのまま実施する事の出来る事例はない。これは、各国の社会保障が各国の歴史的背景を踏まえて制度設計されているからである。つまり日本の制度は世界と比較しても日本の個別事情に対応している。一方で日本でも参考にした方が良い部分はある為、そこから実現が可能か、即時対応が可能か、効果があるかかについては言及せず参考になる制度や状況を挙げる。

内容	具体例
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 財源の変更</li> <li>• 償還率の変更</li> <li>• 医療機関の開設基準に規制緩和</li> <li>• 専門職の権限移譲</li> <li>• 新しい専門職種の新設</li> <li>• 医薬品の分類</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 社会保険→税金（英、濠）</li> <li>➤ 一律負担割合→傾斜割合（仏）</li> <li>➤ 専門職の配置基準数の緩和（米、濠）</li> <li>➤ 実務の移動 専門職→コメディカル</li> <li>➤ 調剤技師（米）、薬品技術助手（独）</li> <li>➤ 分類細分化（英、濠）、自由度が拡大</li> </ul>

#### 4-2-3. 変化の可能性まとめ

以上の事より、今後の変化や制度変更は下記の通り起こりえると考えられる。

##### 日本市場の変化による制度の方向性

- 患者の住環境に近い場所で医療サービスを提供する。
- 労働を技術に移転する事による、労働者の作業の専門性を推進する。

##### 海外事例からの制度の方向性

- 高齢化に対応する財源の変更
- 医療行為の需要と必要性に応じた保険負担率の細分化
- 専門職人員の必要人員数変更（現象）
- 専門職の実務における権限移譲
- 専門職の新設による医療従事者の増大
- 医薬品分類の細分化による患者自由度の拡大

社会保障の国家が実施する事で、その国の安定、安寧の確保に繋がっている。よって社会保障が維持継続する事自体が最も重要である。

日本の社会保障制度は、概ね全ての国民が加入する社会保険制度が土台となっていて出来ている。その為、社会保障制度の全体変更はほぼ全国民が個別に対応する必要があり、実現は現実的ではない。制度変更により、全国民が個々に対応する必要のない部分に関しては、実現可能性があると考えられる。

また社会保障を維持継続しながら制度変更を実施する必要がある為、各事業者が本業を実施継続する事が可能な制度の変更が重要となる。

よって根本的な社会保障制度の圧倒的な変革は起こりにくい。また、既存の事業者が既存事業を実施継続しながら対応が可能な変更のみが現実的な制度変更になると考えられる。

事業者側は、制度変更が実施された後でも対応可能であると考えられる。しかしながら、制度変更が実施される以前から実施する事が出来れば、制度変更による利益を先行者利益として受諾する事が出来る。よって制度変更が予測され、既存の業務効率を大きく損なわずに先進的に取り入れる事が可能な部分に関しては、徐々に取り入れていく必要がある。

## 5. 考察

### 5-1. 保険薬局の最適なビジネスモデル

保険薬局の利益構造について確認する。利益は売上高とコストの差分で表現できる。保険薬局の売上高は、応需した処方箋枚数×保険点数によって決定する。処方箋枚数は地理的距離から、生活圏内もしくは移動可能距離範囲内に限られる。また、その処方箋1枚からの売上高は薬局の企業努力に関わらず、日本の保険制度によって設定されている金額（点数）になる。保険制度で設定されている金額の詳細には、薬価および技術料があり、どちらも日本全国で同一に設定されている。薬価は毎2年おきでの薬価改定が実施され、その価格が全国一律に反映される。また技術料も診療報酬の改定が実施され、診療報酬で制定された基準が全国一律で適応される。各店舗ではその薬価及び技術料を、薬価は実数分、技術料は施設基準などに応じた点数で算定し、合算する。（顧客である患者は、その合算点数に対し、自身の保険の負担割合に応じて支払いを実施する。）またコストに関しては、医薬品の納入価と人件費が主な支出となる。この医薬品の納入は医薬品卸からの仕入れとなる。この医薬品卸業の企業は業界内の合併に伴い、主に4社が日本全国の医薬品の物流を網羅している。また人件費は主に専門職の人件費となる為、経験年数から年次的に業界内で概ね一定水準を保っている。

企業を経営する場合、利益の確保と収益の最大化を求める事は重要である。前述の通り、保険薬局の単店舗としての利益構造は自主的に大きく変更することが難しい。よって保険薬局が企業として利益の最大化を狙うために実践すべきは本業の効率化である。保険薬局の本業とは、患者から処方箋を受取り、調剤を実施し、医療情報と併せて提供する事である。これを効率的に実行する為には各業務における無駄を排除するべきである。無駄の排除とは作業を標準化する事である。標準化をする事で業務自体から無駄を排除し、業務全体の効率をあげる事ができる。

この標準化の本質的な達成は、明文化する、マニュアルに落とす事が重要である。明文化する事によって、今までの暗黙知を作業員全員で共有する事が可能となるため、店舗内での全ての作業員が実践できる事になる。それぞれに実施する事が出来、所属する従業員が実行する事によって、保険薬局は最適モデルを実践する事が可能となる。またマニュアルは、単店舗内だけでなく多店舗での実践が可能であるため、横展開を可能にする。

一度、店舗内業務における効率化を検討し、それを標準化し、明文化しておく必要がある、それがもっとも重要である。明文化しておく事によって、作業員全員が最適化された作業内容を共有する事ができる。また明文化する事で横展開が可能になり、多店舗での実践が可能になる。一度明文化した場合はその段階で完了でなく、随時改良や改善、また時代に合わせた効率化を検討する必要がある。

（添付資料：「開業から運営の為の「薬局マニュアル」」平成29年1月作成）

## 5-2. 保険薬局市場における差別化

標準化された薬局を運営する事で、安定的かつ同業他社と比較しても勝る利益率を確保する事が可能であり、事業は存続が可能となる。単店舗の事業継続が可能となった場合、その店舗内での利益率拡大を検討する必要がある。作業の標準化と、その作業をマニュアルとして明文化する事で、誰もが即座にその業務を行う事が可能となる。標準化された作業を行った上でカイゼンを実施する事で、店舗における利益率の向上が可能となる。これは保険薬局市場の中における他店舗との差別化に繋がる。

それでは、店舗内業務のカイゼン要素がどこにあるのかを分析する。店舗内の作業内容を、オペレーションで分解する。特にカイゼンの実施が重要である作業は接客部分にあるため、顧客である患者が来店してから退店するまでを、順番にオペレーションとして分解した。顧客が店舗内に滞在している間の作業を、作業員視点で15の手順に分解し、そこにかかっているコストを評価する。コストは2種類に分類し、人材コストおよび物理的コストで表示する。

### 効率化によるコストメリットがある

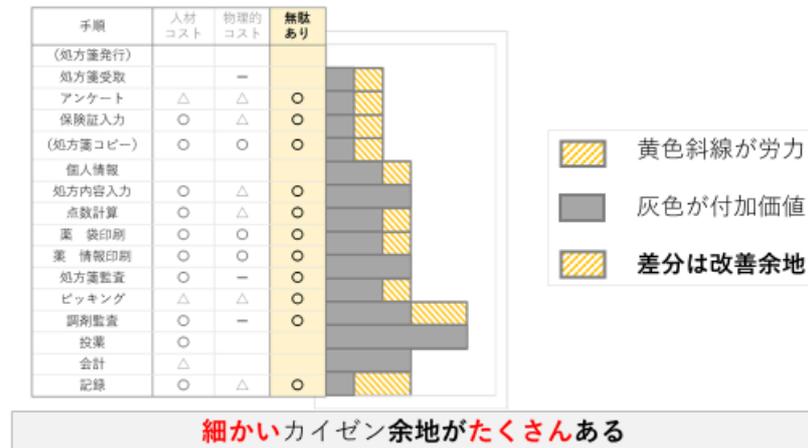
薬局内のオペレーション				薬局内の従業員
手順	人材コスト	物理的コスト	無駄あり	
(処方箋発行)				効率化しなくても何とかなっている 慣習なので何となく継続している 項目が細かく対応が面倒くさい  効率化する事で利益率を上げられる
処方箋受取		-		
アンケート	△	△	○	
保険証入力	○	△	○	
(処方箋コピー)	○	○	○	
個人情報				
処方内容入力	○	△	○	
点数計算	○	△	○	
薬袋印刷	○	○	○	
薬情報印刷	○	○	○	
処方箋監査	○	-	○	
ピッキング	△	△	○	
調剤監査	○	-	○	
投薬	○			
会計	△			
記録	○	△	○	

41

各作業は付加価値を提供している。その付加価値を創出するためのコストが前述の人材コストと物理的コストだと考えられる。では2種のコストを総合して労力と表現した場合、各オペレーションにおいて提供している付加価値と労力を視覚的に表現する。

## カイゼンの余地は隠れている

### 薬局内のオペレーション



10

各オペレーションにおいて、提供している付加価値と労力には差分が発生している。この差分が、各オペレーションにおいてカイゼンの対象となる。概ね全ての手順において、創出している付加価値と労力に差分がある事が確認できる。つまり概ねどの手順においてもカイゼンの余地があり、このカイゼンを実施する事でコストを相対的に圧縮する事が実現される。

薬局の店舗内におけるカイゼンの可能性は、ほぼ全ての作業手順において存在するが、それぞれのカイゼンの経営に対するインパクトは小さい。これが各手順のカイゼンを実施する事によるコストの圧縮がそれぞれにはあまり見込めないことから、実際に無駄があるにも関わらず、カイゼンが実践されていない理由である。作業従事者は実際の細かい無駄の存在は認識している事になるが、その無駄が細かすぎる事から介入する重要性が認識されにくい。これによっても、作業内の無駄は黙認され、全作業員が実施するインセンティブも出てこない。

それでは、この店舗内カイゼンをどう実施するのか。その実践には、マニュアルを超えた圧倒的な合理性を追求する事の出来る個人の存在が重要となる。圧倒的にパフォーマンスが高い、もしくは有能な社員を店舗に1名確保する。その人員は、通常の業務が相対的に短時間で完了する。よって

1. 通常業務に加え、追加の作業ができる
2. 大量の細かい効率化を実施できる

これらの両方を実施する人員数は、作業が細かいカイゼンの積み重ねであることから店舗に1名で十分だと考えられる。またこの有能な人を店舗内に確保することで、新しいビジネスチャンスを得られる状態にすることが可能となる。新しいビジネスチャンスとは、

- ・ 待ちゼロ時間における新規顧客の確保
- ・ 空き時間の活用による社員の営業が可能となるため新規得意先の開拓

などの実現が可能となる。これらは保険薬局の利益のうち、売上高の上昇に繋がる為、前述のカイゼンの実施によるコスト削減に上回る利益を生むことができると考えられる。

よって、保険薬局市場においては、圧倒的にパフォーマンスが高い、もしくは有能な社員を店舗に1名確保することが他の保険薬局と比較して差別化が可能な要因となりえる。これはカイゼンによるコスト削減効果及び、新しいビジネスチャンスを生む状態にすることで売上高の向上を見込むことができ、それこそが他店舗との差別化になる。

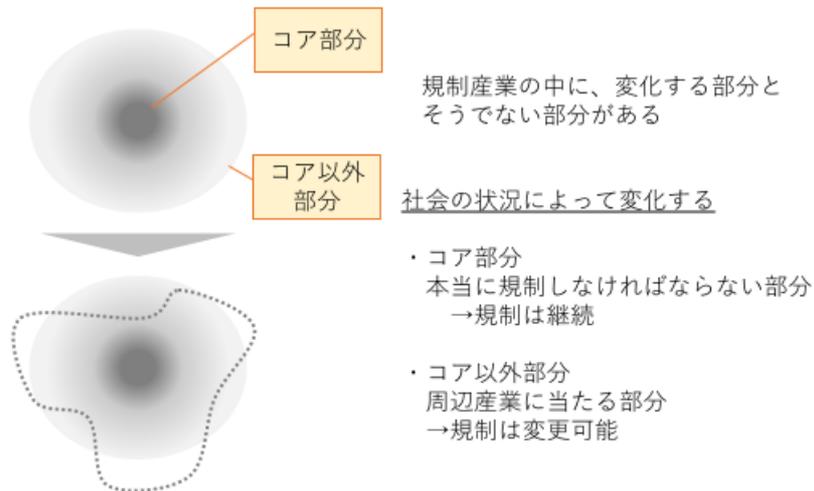
### 5-3. 保険薬局市場の今後

規制産業である保険薬局市場も、今後の状況に応じて制度変更が行われる可能性がある。その、制度変更部分について検討する。

規制は社会の安定を目的とし、その目的を達成する為に規制をかけている。その為、現状の社会にとって必須もしくは重要である機能やサービスを保護する為に規制が敷かれていると考える。規制で守られているエリアの中にも、社会の安定を達成する為に必須である重要な部分とその周辺部分が存在すると考えられる。これは、重要な部分の規制は変化せず、その周辺部分に関しては変化の可能性があると言える。その時点での社会の安定を獲得、維持するための制度である場合、社会状況に応じてそれぞれの部分の制度変更が実施される。

## 規制は変化する

### 目的：社会の安定



46

それでは、保険薬局市場における規制のコア部分を検討する。コア部分は重要な機能を提供しており、そのため付加価値は高くなる。よって前述のオペレーションの付加価値の高い部分を更に分解する。

特に投薬部分が薬局もしくは薬剤師が現在提供している価値の最も重要な部分である。その中でも特に顧客である患者から提供される明示的・非明示的な情報を把握し、それらを包括した上で患者の質問に回答する、不安を解消する、アドバイスを提供するサービスが最も重要で付加価値を提供している。これはホテルのコンシェルジュのようなサービスであり、日本語ではよろず承り係の役目を果たしている。このよろず承り係の部分が規制で守っているコア部分となる。

## 保険薬局機能に最重要部分がある

### 規制のコアを見つける為にオペレーションで分解



22

よって、この部分に関しては社会状況に応じて求められる付加価値が増大する可能性がある。一方で、それ以外で薬局が現在提供しているサービス部分に関しては、今後社会状況に応じて規制がなくなる可能性がある。

## 規制の変更は起きる

### • 規制産業と保険薬局業界



23

## 6. まとめ

### 6-1. 保険薬局市場まとめ

社会状況に応じた規制の変更は、それが規制産業である場合、既存業界を破壊するほどの速度で実行されることはない。しかしながら規制は社会状況の変更と共にいつか変更され、その時の状況に即した制度になる。よって保険薬局市場も、今後緩やかに制度変更は実施されると考えられる。その制度変更の方向性を事前に予測する場合、現在の事業領域もしくは規制の領域の中でどこが最重要部分であるかを明確にすることが必要である。この最重要部分であるコア部分と、その周辺領域であるコア以外部分を見分けておくことで、将来の制度変更の方向や可能性を事前に予測することが可能となる。制度変更の方向性が事前に予測できる場合、各企業的意思決定で事前に対応することが可能となり、事前に対応しておいた企業こそが、制度変更のタイミングで先行して利益を獲得することができる。

よって、規制産業の一つである保険薬局市場こそがビジネスチャンスを含んでいる。この保険薬局市場は規制産業であり外部からはその規制自体が参入障壁に見える。しかしながら内部の情報もしくは今回では内部の作業内容を標準化し、明文化したマニュアルを手に入れることで、業界外部の誰もが参入が可能となる。

マニュアルを手に入れ保険薬局市場に参入したのちは、本業の実践で概ね黒字化が可能であり、制度に乗っ取って運営することで企業の経営は安定する。しかしながらさらなる利益の確保は細かい店舗内のカイゼンを実施することで可能となる。この無数にある細かい効率化の積み重ねは、圧倒的にパフォーマンスが高い、もしくは有能な社員を店舗に1名確保することで達成することができる。これはコスト削減に繋がるだけでなく、効率化の重要性を店舗内で共有することで、売上高をあげる新しいビジネスチャンスを産むことが可能となる。このモデルを横展開することこそが保険薬局市場内での差別化に繋がり、企業活動を継続し、他社より利益を獲得することができる。

また企業活動を継続していると、それが規制で守られている市場であるゆえ、社会状況の変化に応じて現状の規制も制度変更が実施される。社会として規制をかけるべき産業であるため、制度変更は既存業界を崩壊させるほどの早い速度で実施はされない。しかしながらその制度変更を事前に予測し、対応しておくことにより、制度変更のタイミングで即座に対応ができる。そのタイミングでの対応は先行者利益となって更なる業界内での他社との差別化に繋がる。

### 6-2. 考察及びまとめ

一般的には利益率の低いと考えられている規制産業こそが、ビジネスチャンスを内包する市場である。

規制産業は一般的に利益率の低い産業である。規制産業は規制の存在により、ビジネスを行う上でのダウンサイドリスクは少なく、その分アップサイド

メリットも少ない。よって、ローリスクローリターン産業であると一般的に認識されている。

規制産業の中で儲けるには、現状の規制産業での利益受給者が誰なのかを明らかにする必要がある。規制産業でのビジネスは既得権益のかたまりである為、規制産業に先行して参入した企業が既得権益の保有者であり、利益の受益者である。よって規制産業で儲けるためには、参入する事が条件となり、インナーサークルに入る事こそがビジネスチャンスに触れる事になる。

しかし、業界のインナーサークルに入る事が出来る者は、そもそも業界内部にいた者、若しくは内部資源へのアクセスを保有する者であると考えられている。つまり元々内部に居る者のみが参加できる市場であると認識されている。

その中で、市場外部に存在する者が市場内部に入るためには、規制産業内自体を知る必要がある。しかしながら規制産業内外では情報の非対称性が生じており、それが規制を通じて拡大化して産業外部からみえる。よって、規制産業は規制の存在自体が参入障壁となっている。

市場外部から内部に参入する為には、外部から圧倒的に高いと見える参入障壁を壊して侵入する必要があると考えられている。しかし実際に参入障壁は市場外部から見られるほど高くない為、市場内部の既存業界を模倣するだけで参入が可能となる。

市場内部での利益率は低く、現状全ての規制産業内の事業からハイリターンを得られているとは言えない。一方で規制産業の市場内での企業活動は合理化されているとは言い難い。合理化されていない企業でも利益を受給できている事こそが、規制産業内の企業が合理化するインセンティブがない事の表れでもある。よって、規制産業内では合理化を実行するだけで、業界内の他企業との差別化になる。この差別化は利益に直結する。よって、規制産業内では本業の合理化をする事がアップサイドを確保する事に繋がる。

規制産業内での合理化によるメリットは、実行するだけで即時受給する事が可能であり、継続する事で利益の蓄積に繋がる。

一方で規制産業の市場を作っている制度は随時変更される。規制産業において、本当に規制をかけて守るべき部分はコア部分であり、その周辺産業の規制は重要ではない。また制度はその時点での社会状況に応じた設計がなされている。よって時代が変わると同時にその時点での社会状況に対応する形で制度は変更される。その場合コア部分の規制は維持され、コア以外部分となる規制は状況に応じて変更もしくは規制自体の撤廃がおきる。

実際の制度変更は既存市場に破滅的影響を与える事なく、徐々に変更が実施される。よって制度変更が実施された後に企業が対応する事も可能である。一方で、制度変更は業界内にいる事で予測が可能であり、事前対応する事も可能

である。事前対応するか否かは企業の意思決定によるものであり、事前対応した企業は制度変更直後から利益を受給できる。

よって規制産業は内部情報を獲得し、まずは参入すべきである。参入後は本業の実施により利益は確保が可能である。現状の制度内で他社と比較して更に利益率を上げるためには、カイゼンの実施が効果的である。また規制産業は規制自体が産業領域になるため、社会状況に応じた制度変更に対応すべきである。これは業界内部にいる事で制度変更は予測が可能であり、事前対応することによって規制の変更時に他社に先んじて実施する事で先行者利益を享受できる。

## 7. 参考文献

- ・ 水口錠二. (2008). 調剤薬局・開業成功マニュアル : 業界の現状と成功する開業ノウハウを収録. ぱる出版
- ・ 服部英治. (2009) 最新/医療機関の就業規則・諸規程完全マニュアル. 日本法令
- ・ William N. Tindall, Robert S. Beardsley, Carole L. Kimberin [編] ; 竹内由和 [ほか] 訳. (2005). 薬局におけるコミュニケーション能力の開発と実践. じほう
- ・ アインフアーマシーズ. (2011). 調剤薬局運営パーフェクトマニュアル. 日経BP社
- ・ なの花薬局在宅推進委員会著. 札幌: 北海道医薬総合研究所. (2014). 薬局薬剤師における在宅業務マニュアル. 薬事日報社
- ・ じほう編集. (2016). 保険薬局 Q&A : 薬局・薬剤師業務のポイント. 平成 28 年版. じほう
- ・ 日本病院薬剤師会中小病院委員会編集. (1997). 薬剤管理指導業務マニュアル : 導入から届出受理後の問題まで. ミクス
- ・ 日本薬剤師会編集. (2016). 保険調剤 Q&A : 調剤報酬点数のポイント. 平成 28 年版. じほう
- ・ 日本薬剤師会編. (2014). 保険薬局業務指針 2014 年版 (第 23 版). 薬事日報社
- ・ 日本薬剤師会編集. (2012). 薬剤師のための災害対策マニュアル. 薬事日報社
- ・ 鶴田邦雄. (2004). 医療・介護施設のための在庫管理入門. じほう
- ・ 小林喜一郎. (1999). 経営戦略の理論と応用. 白桃書房
- ・ 総務省. (日付不明). 超高齢社会がもたらす課題. 参照日 : 2017 年 12 月 22 日  
参照先 : [http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h25/html/n\\_c123120.html](http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h25/html/n_c123120.html)
- ・ 総務省法令データ提供システム. (日付不明). 薬剤師法. 参照日 : 2017 年 12 月 22 日  
参照先 : <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S35/S35H0146.html>
- ・ 厚生労働省. (日付不明). 薬事工業生産動態統計調査. 参照日 : 2017 年 12 月 22 日  
参照先 : <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/105-1.html>
- ・ 厚生労働省. (日付不明). 調剤医療費の動向調査. 参照日 : 2017 年 12 月 22 日  
参照先 : [http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/zenpan/cyouzai\\_doukou.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/zenpan/cyouzai_doukou.html)
- ・ 厚生労働省. (日付不明). 薬事工業生産動態統計調査. 参照日 : 2017 年 12 月 22 日  
参照先 : <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/105-1.html>

- 日本薬剤師会. (日付不明). 薬剤師倫理規定. 参照日 : 2017 年 12 月 22 日  
参照先 : [http://www.nichiyaku.or.jp/contents/info\\_97/n971031.html](http://www.nichiyaku.or.jp/contents/info_97/n971031.html)
- 日本薬剤師会. (日付不明). 調剤報酬点数表. 参照日 : 2017 年 12 月 22 日  
参照先 : [http://www.nichiyaku.or.jp/wp-content/uploads/2016/02/h28023\\_4.pdf](http://www.nichiyaku.or.jp/wp-content/uploads/2016/02/h28023_4.pdf)
- 日本医師会総合政策研究機構. (日付不明). リサーチ一覧. 参照日 : 2017 年 12 月 22 日  
参照先 : <http://www.jmari.med.or.jp/research/research/index-0.html>

## 8. 謝辞

本論文は、筆者が慶應義塾大学経営管理研究科に在籍中の研究成果をまとめたものである。本研究の遂行にあたり、同専攻、小幡績准教授には指導教官として、研究の基礎から完成に至るまで全ての段階で懇切丁寧にご指導を頂いた。保険薬局の業界特性を見極めてその特徴を捉える、またそこから得られる示唆への一般化に関しても手厚くご指導を頂いた。また今後もビジネスに携わる者として全体をどう捉えるか、その本質に到達する方法や視点など、温かく、細やかなご指導で諭して頂いた。ここに深謝の意を表す。

また副査の同専攻小林喜一郎教授には体系化された視点を用い、分析対象をその視点から評価する視点を入れる事、井上哲浩教授にはマーケティングのツールだけでなく、ビジネス化する際の定量評価や予測の視点を入れる事、など様々、機長なご助言を頂いた。ここにここに深謝の意を表す。

本研究の遂行において同小幡績研究会の同期である山本昌央さんには、ゼミやサブゼミを通し、1年間を通じてディスカッションをし、アドバイスや意見、様々な視点の情報など、日頃から大変有益な助言を頂いた。ここに深謝の意を表す。

(付録)

開業から運営の為の  
「薬局マニュアル」

平成 29 年 1 月作成

## 目次

1. 保険薬局とは
  - 1-1. 保険薬局とは
  - 1-2. 保険薬局で提供するサービス
  - 1-3. 保険調剤の基本的ルール
  - 1-4. 調剤に関わる法令や規則
    - 1-4-1. 医療法
    - 1-4-2. 薬剤師法
    - 1-4-3. 薬機法（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）
    - 1-4-4. その他
  - 1-5. 開局時の準備/許認可関連
    - 1-5-1. 一薬局開設時の手続き窓口と書類
    - 1-5-2. 薬局開設時の申請書類
    - 1-5-3. 保険薬局申請に関わる申請書類
    - 1-5-4. その他、必要とされる申請
  - 1-6. 医療サービスを提供する主体における義務
2. 薬局に立つ前に
  - 2-1. 保険薬局の目的
  - 2-2. 保険薬局の心構え
  - 2-3. 保険薬局に従事する者としての倫理感
  - 2-4. サービス業としての接遇
3. 店舗内業務：共通
  - 3-1. 作業順序の確認
  - 3-2. 開局前準備
  - (3-3. 店舗掲示物：義務※別紙?)
4. 店舗内業務：事務/調剤
  - 4-1. 店舗内オペレーション
  - 4-2. 監査内容
    - 4-2-1. 事務  
※参考資料：調剤報酬点数表（H28用、添付資料）
    - 4-2-2. 調剤（薬剤師）
5. 店舗内整備
6. 在庫管理
  - 6-1. 管理方法
  - 6-2. 経済的発注量
  - 6-3. 発注方法
  - 6-4. 在庫補充方法
7. 経理
  - 7-1. 即時取引
    - 7-1-1. 物品購入と経理

- 7-1-2. 処方箋受付と経理
  - 7-2. その他
    - 7-2-1. 売掛
    - 7-2-2. 買掛
- 8. 労務管理
  - 8-1. 就業規則
- 9. 危機管理
  - 9-1. 事前に出来る事
  - 9-2. 基本対応
    - 9-2-1. 即時対応
    - 9-2-2. 2次対応
    - 9-2-3. 店舗状況の確認
    - 9-2-4. 業務継続の判断など
    - 9-2-5. 他機関への連絡
- 10. 資料保存
- 11. その他

## 1. 保険薬局とは

### 1-1. 保険薬局とは

日本は国民皆保険制度によって、すべての国民が保険診療を受けることができる。その保険診療に基づいて医師の出す処方箋に従い、調剤を行う薬局のことを「保険薬局」という。

(日本薬剤師会参考)

### 1-2. 保険薬局で提供するサービス

「保険薬局」では、療養の給付として薬学的に打倒適正な調剤（患者指導を含む）を行う。

### 1-3. 保険調剤の基本的ルール

・保険調剤は、健康保険法等の各法に基づく、保険者と保険薬局との間の「公法上の契約」による契約調剤である。

・保険調剤の実施において、保険薬局及び保健薬剤師であるという事は、健康保険法名地で規定されている保険調剤のルールを熟知していることが前提となる。

・保険薬剤師が保険調剤を行うにあたっては、保険調剤のルールを順守する必要がある。

(「保険調剤の理解のために」平成24年度配布用、厚生労働省)

### 1-4. 調剤に関わる法令や規則

保険調剤の前提として下記の法律や規則は遵守すべきであり、保険調剤に関わるスタッフは医療提供者として各法律や規則を熟知しておく必要がある。

#### 主な法令

- 1-4-1. 医療法
- 1-4-2. 薬剤師法
- 1-4-3. 薬機法
- 1-4-4. その他

#### 1-4-1. 医療法

第一条の二の1 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

第一条の二の2 医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設（以下「医療提供施設」という。）、医療を受ける者の居宅等（居宅そ

の他厚生労働省令で定める場所をいう。以下同じ。)において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。

第一条の四の1 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、第一条の二に規定する理念に基づき、医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。

第一条の四の2 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。

## 1-4-2. 薬剤師法

第一条 (薬剤師の任務)

薬剤師は、調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。

第二条 (免許)

薬剤師になろうとする者は、厚生労働大臣の免許を受けなければならない。

第五条 (相対的欠格事由)

次の各号のいずれかに該当する者には、免許を与えないことがある。

- 一 心身の障害により薬剤師の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの
- 二 麻薬、大麻又はあへんの中毒者
- 三 罰金以上の刑に処せられた者
- 四 前号に該当する者を除くほか、薬事に関し犯罪又は不正の行為があつた者

第八条 (免許の取消し等)

薬剤師が、成年被後見人又は被保佐人になったときは、厚生労働大臣は、その免許を取り消す。

薬剤師が、第五条各号のいずれかに該当し、又は薬剤師としての品位を損するような行為のあつたときは、厚生労働大臣は、次に掲げる処分をすることができる。

- 一 戒告
- 二 三年以内の業務の停止
- 三 免許の取消し

第十九条 (調剤)

薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない。ただし、医師若しくは歯科医師が次に掲げる場合において自己の処方せん

により自ら調剤するとき、又は獣医師が自己の処方せんにより自ら調剤するときは、この限りでない。

#### 第二十一条（調剤の求めに応ずる義務）

調剤に従事する薬剤師は、調剤の求めがあつた場合には、正当な理由がなければ、これを拒んではならない。

#### 第二十二条（調剤の場所）

薬剤師は、医療を受ける者の居宅等（居宅その他の厚生労働省令で定める場所をいう。）において医師又は歯科医師が交付した処方せんにより、当該居宅等において調剤の業務のうち厚生労働省令で定めるものを行う場合を除き、薬局以外の場所で、販売又は授与の目的で調剤してはならない。ただし、災害その他特殊の事由により薬剤師が薬局において調剤することができない場合その他の厚生労働省令で定める特別の事情がある場合は、この限りでない。

#### 第二十三条（処方せんによる調剤）

薬剤師は、医師、歯科医師又は獣医師の処方せんによらなければ、販売又は授与の目的で調剤してはならない。

#### 第二十四条（処方せん中の疑義）

薬剤師は、処方せん中に疑わしい点があるときは、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師に問い合わせ、その疑わしい点を確かめた後でなければ、これによって調剤してはならない。

#### 第二十五条の二（情報の提供及び指導）

薬剤師は、調剤した薬剤の適正な使用のため、販売又は授与の目的で調剤したときは、患者又は現にその看護に当たっている者に対し、必要な情報を提供し、及び必要な薬学的知見に基づく指導を行わなければならない。

#### 第二十六条（処方せんへの記入等）

薬剤師は、調剤したときは、その処方せんに、調剤済みの旨（その調剤によって、当該処方せんが調剤済みとならなかつたときは、調剤量）、調剤年月日その他厚生労働省令で定める事項を記入し、かつ、記名押印し、又は署名しなければならない。

#### 第二十七条（処方せんの保存）

薬局開設者は、当該薬局で調剤済みとなった処方せんを、調剤済みとなった日から三年間、保存しなければならない。

#### 第二十八条（調剤録）

薬局開設者は、薬局に調剤録を備えなければならない。

### 1-4-3. 薬機法（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）

- 第三章 薬局
- 第四条：開設の許可
- 第五条：許可の基準
- 第七条：薬局の管理
- 第八条：管理者の義務
- 第九条：薬局開設者の遵守事項
- 第十条：休廃止などの届け出

### 1-4-4. その他

- 健康保険法
- 薬担規則（保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則）
- 療担規則（保険医療機関及び保険医療養担当規則）
- 麻薬及び向精神薬取締法
- 覚せい剤取締法
- 毒物・劇物取締法

### 1-5. 開局時の準備/許認可関連

薬局開設時には必要書類を揃えた上で、書く必要窓口での法的手続きが必要である。

#### 1-5-1. 一薬局開設時の手続き窓口と書類

- ・保健所→「薬局開設の届出」
- ・社会保険事務局→「保険薬局の申請」

#### 1-5-2. 薬局開設時の申請書類

1. 薬局開設許可申請書
2. 付近の見取り図
3. 店舗見取り図
4. 開設者（申請者）の診断書
5. 管理薬剤師の雇用契約書

保険薬局申請の手続き窓口

（「開設者が薬剤師であり、当該薬剤師が調剤業務に従事するが場合」を除く 健康保険法）

#### 1-5-3. 保険薬局申請に関わる申請書類

1. 保険薬局指定申請書
2. 薬局開設許可書
3. 付近の見取り図
4. 薬局の見取り図

5. 管理薬剤師の履歴書
6. 管理薬剤師の免許書

#### 1-5-4. その他、必要とされる申請

1. 麻薬小売業の免許取得
2. 労災保険指定
3. 公費負担医療指定薬局手続き
  - 結核予防法、生活保護法、母子健康法、障害者自立支援法、原爆被爆者援護法、戦傷者特別援護法、児童福祉法など
4. 保険調剤
  - 社会保険診療欧州支払基金→社会保険に関する明細書
  - 国民健康保険団体連合会→国民健康保険に関する明細書
5. 毒物・劇物販売業登録
  - 毒物劇物販売登録申請書
  - 毒物劇物取扱責任者設置届
  - 毒物劇物取扱責任者診断書
  - 毒物劇物取扱責任者資格証
6. 薬局製造販売医薬品の製造業許可・製造販売業許可・製造販売承認取得
  - 薬局製剤製造業許可申請書
  - 薬局製剤製造販売業許可申請書
  - 薬局製剤製造販売承認申請書
  - 製造販売承認品目表

#### 1-6. 医療サービスを提供する主体における義務

医療サービスを提供する主体は顧客となる患者に対して、良質な医療を、常時提供する体制を整えるべきである。よって、保険薬局として以下の事を実施する必要がある。

- 情報の開示—店舗運営に関わる業務手順書の設置—従業員教育
- ・店舗に関する情報を開示、提供
  - ・店舗の管理、安全体制に関する業務手順書の作成と店舗内に設置
  - ・医薬品に関する情報の開示、提供
  - ・医薬品の保管、管理に関する業務手順書の作成と店舗内に設置
  - ・全従業員の医療提供体制を維持向上させる研修体制の拡充

## **2. 薬局に立つ前に**

### 2-1. 保険薬局の目的

保険薬局は調剤サービスを通じ、地域の住民に健康と安心を提供することを目的とする。

## 2-2. 保険薬局の心構え

薬剤師は適正な医療情報を、的確に必要なとされている分量で提供するべきである。事務スタッフは顧客に快適な空間を提供するべきである。両者は顧客の時間を無駄にする事なく、かつ待ち時間も快適な空間を提供し、接客は相手が再度来たくなる様な快感を与える事を追求する。

## 2-3. 保険薬局に従事する者としての倫理感

保険薬局の業務に携わる者は医療の担い手の一員であるという自覚を持ち、高い倫理観に基づいて日々の業務を行い、行動するべきである。また倫理観については提供する医療の質を担保すると共に、医療が常に個人情報と共にあることを踏まえ、守秘義務においても高い倫理観を持ってプライバシーの保護に努めるべきである。

・参考：薬剤師→社団法人 日本薬剤師会「薬剤師倫理規定」

## 2-4. サービス業としての接遇

サービス業として、顧客である患者が心地よく、信用・信頼が感じられる服装や身だしなみを心掛けるべきである。また医療を提供している意識を常に持つことで顧客の体調などを考慮し、特に不快感に繋がる可能性のある項目に関しては、できる限り考慮するべきである。

### 一 身だしなみ

#### ・服装

衣類は清潔を心掛ける

制服/白衣

シミ、汚れ、ほころびなどがないか

きちんとプレスされた状態で、しわなどがないか

名札の位置は正しいか

ポケットが歪んでいないか（物を入れ過ぎていないか）

私服

奇抜や華美な色/柄が見えていないか

過剰に見える露出はないか

装飾品が清潔で、過剰/華美でないか

#### ・身だしなみ

髪形を整え、清潔感があるか

前髪が長すぎず、額が見えているか

長い髪は後ろで束ねているか

髪の色（色味、明るさ）は適切か

化粧は適度に自然で、華美でないか

爪は短く、ケアされているか

履物は適切なものを使用し、清潔にケアされているか

（職場に応じて：つま先部分の保護があるか）

臭いのケアはされているか（過度な香水、清潔な口臭、体臭など）

## 一挨拶、受け答え

- 正しい姿勢を保っているか
- 礼儀正しく、明るい笑顔で対応しているか
- 社会人として正しい言葉遣いが出来ているか
- 顧客に合わせた配慮、心配りが出来ているか

## 一コミュニケーション

常に患者視点中心でコミュニケーションを取るように心掛けなければいけない。正確な医療情報の提供を実施するだけでなく、患者の治療方針を理解し、それをサポートする為の手助けになるようなコミュニケーションを取るべきである。

コミュニケーションを通じて、下記の機能を充足する。

- ・医療従事者と患者の間に、継続的な人間関係を築く。
- ・患者の健康状態を判定し、医学的な問題を解決するための処置を行い、治療の効果を判定して、それが患者のQOL向上にいかに関与したかを判断する為の情報交換を行う

患者とのコミュニケーションについては、言語、非言語の両方を患者からのメッセージとして捉え、両方の情報を合わせて総合的に判断する。

- ・言語（内容と、その意図するメッセージの真意）
- ・非言語（身体の身振り、動作/環境/話し相手との距離/気を散らす因子）

特にこちらからの姿勢として心掛けておくべきなのは傾聴と共感である。

### ・傾聴

相手の言葉と、真意、意図を正しくとらえる為に傾聴のスキルを活用する。これは直接発せられた言語と同時に、非言語の情報をくみ取る必要がある。傾聴を示す際の効果的なテクニックは以下の3点がある。

1. 要約
2. 言い換え
3. 共感的応答

### ・共感

相手に共感を示す事で、患者の感情や発言に理解を示す事になるため、信頼関係の構築に繋がる。これは患者の発言に対して理解や同意を示すだけでなく、共感的応答を効果的に使用する事で、建設的な会話にする事が出来る。その共感的応答の主なパターンを以下に述べる。

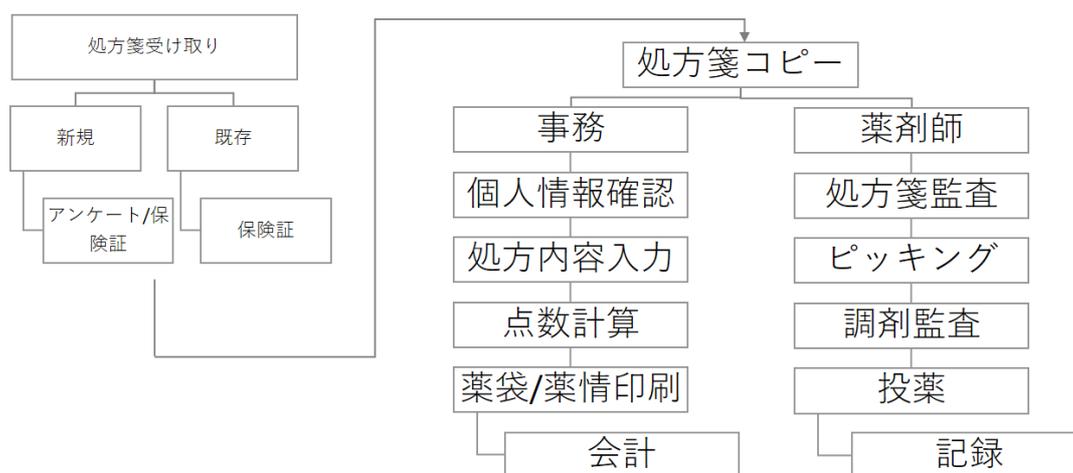
- ・判断して、応答する応答
- ・助言を与える応答
- ・慰める、安心感を与える応答

- ・一般論として返答する
- ・相手の話を確かめる為の応答
- ・気をそらす内容で返答する
- ・理解したことをわからせる応答

### 3. 店舗内業務：共通

#### 3-1. 作業順序の確認

- ・ 処方箋を受け取ってから投薬、記録までの流れ



#### 3-2. 開局前準備

- ・ 配置の確認、在庫の確認
  - 機器
  - 事務備品
  - 医薬品在庫、充填、余製
- ・ 器具の点検と清掃、整頓
  - 散剤：乳鉢、乳棒、スパーテルなど
  - 液剤：メートルグラス、メスシリンダー、投薬ビンなど
  - 軟膏：軟膏板、軟膏ヘラなど
- ・ 機器の電源を入れ、作業可能な状態にしておく
  - PC、タブレット端末
  - プリンタ、スキャナ
  - 電子天秤
  - 調剤監査用機械
  - 散剤/錠剤分包機
  - 軟膏遠心混和機

#### （3-3. 店舗掲示物：義務※別紙？）

#### 4. 店舗内業務：事務/調剤

##### 4-1. 店舗内オペレーション

###### <事務>

	監査
処方箋受取	①
(アンケート)	
(保険証)	②
処方内容入力	③
点数計算	④
薬袋印刷	
薬情報印刷	

###### <調剤>

	監査
処方箋受取	⑤
ピッキング	⑥
投薬	⑦
会計	⑧
記録	

##### 4-2. 監査内容

###### 4-2-1. 事務

###### ①処方箋受取

###### 一保険法規上のチェック

1. 保険情報の欄…受付をした処方箋の保険情報の欄に、正しい保険者番号、被保険者証、被保険者手帳の記号、番号などが記載されているかどうかを確認にします。
2. 医療機関の欄…届出の医療機関の正式名称や所在地、電話番号、そして処方医の記名押印もしくは署名を確認します。
3. 交付年月日…処方箋の使用期限は発効日を含めて4日以内
4. 患者の欄…患者氏名（カタカナでもOK）を確認します。生年月日は年齢でも問題ありませんが、小児と高齢者は生年月日が必要な場合もあります。男女の区別、被保険者または被扶養者の区別の記載も確認が必要です。老人医療の場合、負担割合もチェックします。

###### ②保険証

1. 保険者
2. 交付年月日
3. 家族/被扶養者

4. 氏名
5. 生年月日
6. 保険者番号
7. 記号、番号

### ③処方内容入力

#### —処方記載方法のチェック

処方箋の処方の欄に調剤する薬品名・分量・用法・用量などが記載されているので、正しく書かれているかを確認する。訂正抹消が行われている場合、2本線を引いてあるだけでなく、訂正印（処方医の印）が捺印されているかを確認する。追加処方された場合にも、その内容の横に処方医の捺印が必要である。

1. 薬品名…処方の欄に記入する薬品名は、本来は薬価収載されていれば、商品名、局方名、一般名（成分名）のいずれでも構わない。一般名で書かれていて複数の商品が薬価収載されている場合は、薬局側で薬品を選択する。
2. 投与日数…14日制限があるもの（麻薬・向精神薬・発売1年以内の新薬）、投与日数に制限があるもの（添付文書などに記載がある薬品）などには注意をする。
3. 備考欄…医師からの調剤に対しての指示（一包化など）や後発医薬品への変更の是非が記載されている。薬剤師が処方内容についての疑義照会を行った場合、その内容と結果もこの備考欄に記入が必要である。

### ④点数計算

保険調剤として調剤報酬が支払われる為には以下の条件を満たす必要がある。

1. 保険薬剤師が
2. 保険薬局において
3. 健康保険法、薬剤師法、薬事法の各種関係法令の規定を遵守し
4. 「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」の規定を遵守し
5. 薬学的に妥当適切な患者指導を含む調剤を行う
6. 調剤報酬点数表に定められた算定要件を満たした上で請求を行うこと

※参考資料：調剤報酬点数表（H28 用、添付資料）

### 第 1 節 調剤技術料

調剤基本料 基準調剤加算 1・2、後発医薬品調剤体制加算 1・2・3 . . .

施設基準あり

分割調剤（1 処方せんの 2 回目以降の調剤）

調剤料 内服薬・屯服薬・浸煎薬・湯薬・注射薬・外用薬・内服用液剤  
（加算料）嚥下困難者用製剤加算

一包化加算

無菌製剤処理加算 . . . 施設基準あり

麻薬・向精神薬・覚せい剤原料又は毒薬加算

調剤技術料の時間外加算等（時間外加算・休日加算・深夜加算）

調剤料の夜間・休日等加算

自家製剤加算

計量混合調剤加算

在宅患者調剤加算

### 第 2 節 薬学管理料

薬剤服用歴管理指導料

（加算料）麻薬管理指導加算

重複投薬・相互作用防止加算

特定薬剤管理指導加算

乳幼児服薬指導加算

長期投薬情報提供料 1・2

服薬情報等提供料

外来服薬支援料

在宅患者訪問薬剤管理指導料 1・2

（加算料）麻薬管理指導加算

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

（加算料）麻薬管理指導加算

在宅患者緊急時等共同指導料

（加算料）麻薬管理指導加算

退院時共同指導

### 第 3 節 薬剤料

### 第 4 節 特定保険医療材料料

#### 4-2-2. 調剤 (薬剤師)

##### ⑤処方箋受取

###### —処方記載項目のチェック

1. 患者の氏名、年齢
2. 薬名、分量、用法、用量
3. 発行年月日
4. 使用期間
5. 病院、診療所などの名称、所在地
6. 処方医氏名の署名あるいは記名押印
7. 保険者番号、被保険者証などの記号、番号など

(麻薬処方せんの場合は以下も必要)

1. 麻薬の施用者の免許証番号
2. 患者の住所

###### —処方内容の薬学的チェック

用法・用量、禁忌薬、相互作用、副作用、疾患による禁忌などに関する問題がないかを確認することは、薬剤師として医薬品の安全かつ適正な使用において非常に重要な業務である。

##### 1、処方内容の確認

調剤薬の特定 (薬品名+剤形+規格)

分量、用法・用量

警告・禁忌

相互作用

配合変化

使用上の注意点

##### 2、薬歴の確認その他

重複処方、他科受診

##### ⑥ピッキング

各：薬剤名、剤形、規格、単位、数量

処方箋記載の薬剤種類数

##### ⑦投薬

##### ⑧会計

負担割合、調剤点数などに留意すべきである。

#### 5. 店舗内整備

店舗内は業務が常に効率的に実施出来るようにする。

また常時、整理・整頓・清掃・清潔をスタッフ全員で実行する。またその活動

は常に実施し、習慣化（躰）させる。その活動によって、顧客である患者に心地良さや安心感を提供できる場にする。

- ・整理 不要なものを捨てること
- ・整頓 使いやすく並べて表示をすること
- ・清掃 きれいに掃除をしながら、あわせて点検すること
- ・清潔 きれいな状態を維持すること
- ・躰（しつけ） きれいに使うように習慣づけること

また従業員の中で合意した内容を実行する事で、上記を習慣化させ維持する。

- ・物の配置は決めておき、従業員の全員が分かる状態にする。
- ・配置変更に関しては独断で決定せず、効果が確からしく、周囲の合意が取れた場合に実行する
- ・受付、投薬台、調剤台など作業が必要となる箇所にはスペースを常に確保する
- ・不要物は正確に分別し、直ちに廃棄する（通常ごみ、裁断必要ごみ、医療用廃棄物）

## 6. 在庫管理

### 6-1. 管理方法

在庫品目の情報を全て、物品マスター表に一元管理を実施する。(Excel ベース)

適宜更新し、各月末日に数量確認、期限の近い医薬品（主に半年未満）は他院へ売却する。

- ✓ 整理番号
- ✓ 商品名
- ✓ 一般名
- ✓ 規格
- ✓ 単価
- ✓ 単位
- ✓ 商品分類
- ✓ メーカー名
- ✓ 発注先
- ✓ 商品コード
- ✓ 請求名簿
- ✓ 購入月日
- ✓ 使用期限
- ✓ 置き場所/棚番号
- ✓ 残数

システムの理論在庫との整合性が取れるよう、数式を入れておく。システムから輩出したデータはExcel ファイルで保存、保管を行う。

## 6-2. 経済的発注量

適正在庫を維持する上で発注数量と発注回数の決定は最も重要である。発注数量を増加させると保管と管理コストがかかる。また発注回数を多くすると通信費などの発注コストがかかる。1 ヶ月に 2 回の発注が経済的な面から理想であると言われる。しかし実際には倉庫スペースには限界がある、医療施設への納品サイクルが短い（翌日/即日配達可能、配送費用なし）などを鑑みて、1 ヶ月に 2 回以上の短期スパンで発注を実施する事になる。

## 6-3. 発注方法

使用頻度と単価によって発注方法を選択する。また、発注頻度によって単回の発注量を決定する。それぞれ都度発注、定点発注、定量発注のどれかに当てはめ、定期的には発注頻度が適正であるかを見直す必要がある。

### ・都度発注

発注頻度が極めて低いものを対象とする。1 ヶ月に 1 度未満の発注頻度で業務を充分行う事が出来るものを対象とする。特定の業務にしか使用しないもの、については、通常在庫を置く必要がない。

### ・定期発注

あらかじめ発注日を決めて発注をする。これは定期的に発注を実施するが、数量に変動がある物品に適応する。週に 1 回~1 ヶ月に複数回の頻度で発注が必要になるものを対象とする。発注に関しては、予定使用量からその時点での在庫数量、発注済かつ未納品の数量、納品までの消費予測量を引いた数量を発注するのが望ましい。

#### ・単価の高いもの

#### ・使用量の予測が可能なもの

#### ・発注してから納期までに時間を要するもの

#### ・使用数量がある程度一定のもの

などに特にこの発注方式が適している。

### ・定量発注

在庫量が規定量に達した時点で、常に一定の量を発注する。この発注日は一定ではない。これは納品までに品切れを起こさない規定量を設定し、その時点から使用済である発注量分を発注する。発注を規定する数量が最も重要となり、これは各製品によって設定すべきである。また一定期間において規定量と発注量の見直しは必要である。一方で、規定量と発注量を決定した後の発注は単純作業となる為、日常業務量自体は平均化される。

#### ・安価なもの

#### ・消費量の多いもの

#### ・消費動向がある程度一定のもの

以上の 3 種類の発注方法を適宜組み合わせる発注を実施する。医薬品の欠品は欠品対応に対して不必要なコストを作り出す事から、できる限り避ける必要がある。一方で在庫を大量に保有する必要もなく、適正在庫を維持し続ける為に 3 種の発注方法が適正か、その数量が適正化などの見直しと変更は適宜実施するべきである。

#### 6-4. 在庫補充方法

倉庫スペースや実作業スペースに納品された製品を補充するには、主に 2 種類の方法がある。

##### 1. 定点不足品補充方式

1 品目ごとに規定量に対する不足数量を補充する。在庫量は少なくなるが、作業量は多くなる。

##### 2. ダブルピン方式 (2 棚法)

必要となる物品を 2 つのケースに分割して補充する。片方の在庫がなくなった時点でケースを入替え、補充を行う。在庫量が多くなるが、補充にかかる作業量は少なくて済む。またケースを用意する必要が出てくるが、欠品は起こしにくくなる。

#### **7. 経理**

各支払時に必要な書類と、処理の終了した書類は同種類のものを同一ファイルにまとめ、保管する。毎日 3 回 (始業前、昼、終業時) に現金を確認し、記録する。書面上の数値と実際の金額に差異がないかの確認を実施する。

#### 7-1. 即時取引

経理処理のうち、即時取引が実施されるもの。現金取引もしくは、金融機関を介しての取引が行われる。

##### 7-1-1. 物品購入と経理

1. 納入業者と価格の折衝 : 見積書
2. 契約、発注 : 契約書
3. 納品 : 納品書
4. 請求 : 請求書
5. 支払い : 領収書

##### 7-1-2. 処方箋受付と経理

1. 処方箋の受付
2. 点数計算
3. 服薬指導
4. 請求
5. 支払い

## 7-2. その他

薬局での経理処理では、即時処理が主である。しかしながら個別に売掛金や買掛金としての処置が必要になる場合が存在する。下記に記載した場合、それぞれに対応する必要があり、経理処理にも書面との時間差が発生する。各経理処理の一元管理は必須であり、それぞれに未処理/処理済として管理する。

### 7-2-1. 売掛

1. 患者事情
2. (従業員、患者による) ミス、変更、修正
3. その他個別事情

### 7-2-2. 買掛

1. 金融機関を介した処理が発生する業者
2. 価格交渉の可能な製品を取り扱う業者
3. 薬局事情 (営業時間、担当者不在など)
4. その他個別事情

## **8. 労務管理**

各有資格者を、業務遂行に対する必要人員数について確保する。業務に従事する各員は、就業規則に則って就業する。

就業規則の法定作成義務は職員10名以上となっているが、開業時に就業規則を作成しておくことが望ましい。また、各事業所の規模拡大や縮小に応じて、就業規則は追記や変更をする事が望ましい。

### 8-1. 就業規則

会社名：            会社名〇〇/保険薬局名〇〇

## 就業規則

### 第1章 総 則

#### 第1条（目的）

この就業規則（以下「規則」という。）は、従業員の労働条件、服務規律その他の就業に関する事項を定めるものである。会社及び従業員は、ともにこの規則を守り、たがいに協力して業務の運営に当たらなければならない。

#### 第2条（遵守事項）

従業員は、次の事項を守らなければならない。

1. 勤務中はあいさつを忘れず、職務に専念し、みだりに勤務場所を離れないこと
2. 許可なく職務以外の目的で会社の施設、物品等を使用しないこと
3. 職務に関連して自己の利益を図り、または、他より不当に金品を借用し、若しくは贈与を受けるなど不正な行為を行わないこと
4. 正当な理由なく、会社の名誉又は信用を損なう行為をしないこと
5. 正当な理由なく、会社、取引先等の機密を漏らさないこと
6. 許可なく他の会社等の業務に従事しないこと
7. その他酒気をおびて就業するなど従業員としてふさわしくない行為をしないこと

### 第2章 採用、異動等

#### 第3条（採用）

会社は就職を希望する者の中より、面接試験に合格し、提出書類など、所定の手続きを経た者を従業員として採用する。正社員、臨時従業員、アルバイトなどを雇用する場合は従業員名簿を作成し会社の事務所、営業所に常備する必要がある。

#### 提出必要書類

1. 履歴書（3か月以内の写真添付）
2. 源泉徴収票（前職のある者のみ）
3. 扶養控除等申告書
4. 年金手帳、雇用保険被保険者証（所持者のみ）
5. マイカー通勤許可申請書（該当者のみ、運転免許証及び加入任意保険証書の写しを添付）
6. 銀行口座振込依頼書
7. 誓約書
8. 秘密保持に関する誓約書
9. 資格証明書の写し（有資格者のみ）

## 10. その他会社の必要と認めたもの

### 第4条（労働条件の明示）

会社は、従業員を採用するとき、採用時の賃金、就業場所、従事する業務、労働時間、その他の労働条件を記した書面、「労働条件通知書」及びこの規則を交付して労働条件を明示するものとする。

### 第5条（人事異動）

会社は、業務上必要がある場合は、従業員の就業する場所又は従事する業務の変更を命ずることがある。

## 第3章 服務規律

### 第6条（服務）

従業員は、職務上の責任を自覚し、誠実に職務を遂行するとともに、会社の指示命令に従い、職場秩序の維持に努めなければならない。

### 第7条（出退勤）

従業員は、始業及び終業時にタイムカードに記入し、始業、終業時刻を記録しなければならない。

## 第4章 労働時間

### 第8条（労働時間及び休憩時間）

1. 労働時間は原則、1週間について40時間、1日について8時間以内とする。
2. 始業・終業の時刻及び休憩時間は、会社の指示するものとする。ただし、業務の都合その他やむを得ない事情により、これらを繰り上げ、または、繰り下げることがある。

## 第5章 安全衛生

### 第9条（遵守義務）

1. 会社は、従業員の安全衛生の確保及び改善を図り、快適な職場の形成のため必要な措置を講ずる。
2. 従業員は、安全衛生に関する法令及び会社の指示を守り、会社と協力して労働災害の防止に努めなければならない。問題が生じた場合は本社に報告を行わなくてはならない。

## 第6章 賃 金

### 第10条（給与、賞与）

正社員及び臨時従業員、アルバイトの給与及び賞与のそれぞれを、本人の年齢、技能、経験、学歴、勤務条件などを考慮し、個別に決定する。

### 第11条（給与及び賞与の支払い）

給与及び賞与の支払いは、本人の同意を得て、指定する金融機関の口座へ振り込むものとする。

この規則は、平成〇〇年〇〇月〇〇日から施行する。

以上

## 9. 危機管理

### 9-1. 事前に出来る事

災害が起きる事を想定し、災害時に必要となると考えられるものを常備しておく必要がある。

- ・ 災害時の連絡先一覧（携帯電話番号、メールアドレス、緊急連絡先など）を作成し、従事者に周知する。
- ・ 災害発生時の連絡方法、集合場所、休日/時間外における対応、その際の担当者や参集者をあらかじめ決めておく
- ・ 災害発生時、薬剤師としての出勤に備え、災害時の出勤許可をあらかじめ薬局開設者から得ておく。

#### ・ ライフラインの確保

##### 1. 通信手段

複数の通信手段を確保しておく。

：固定電話、FAX、インターネット、携帯電話など

##### 2. 電気

停電用の非常用電源を確保しておく。

：非常用自家発電装置、蓄電池、各種乾電池など

##### 3. 水

非常用に飲料水を確保しておく。

##### 4. 交通手段

非常時の安全確保方法を確認しておく。避難する為の交通手段を確認、確保しておく

：非常階段、近隣の避難場所、避難ルート、避難方法（徒歩、自転車、バイク、自動車など）

##### 5. 防災用品の確保

防災用品を常備しておく

### 9-2. 基本対応

#### ・ 安否確認と避難誘導

##### 9-2-1. 即時対応

- ・ 店舗内にいる人の安否確認、避難誘導を実施
- ・ 在宅、透析、在宅酸素など特別な治療を受けている患者の安否確認、避難支援を実施

##### 9-2-2. 2次対応

- ・ 従事者の安否確認
- ・ 従事者の帰宅や翌日の手巾の可否の判断を実施
- ・ 緊急参集が必要かどうか、可能かどうかの判断と連絡を実施

##### 9-2-3. 店舗状況の確認

- ・ ライフラインの確認（電気、水道、通信）と構造設備の確認

- ・燃料（ガス、燃料など）の確認
- ・医薬品の状況（使用可能な医薬品）の確認
- ・調剤機器、器具、その他消耗品の確認
- ・近隣薬局の業務継続/中止/再開状況を確認

#### 9-2-4. 業務継続の判断など

- ・業務が可能であるのか、従事者や店舗の状況を総合的に判断する
- ・業務の継続が困難な場合は、その旨と再開予定などの状況を随時患者に広く広報する
- ・近隣医療機関や、他施設、薬剤師会などの支援が可能であれば実施する
- ・地域の医療状況について情報を共有する

#### 9-2-5. 他機関への連絡

薬局の状況は、薬剤師会を通じて地域の保健所等、自治体に報告する。地域の薬剤師会が機能しない場合は都道府県薬剤師会を経由してその他自治体に報告する。

### 10. 資料保存

法的に必要とされている書類について、規定された期間中、現物を保存する必要がある。法的に必要と指定されていない書類については、現物である必要がないが、データ化するなどして保存、保管する事が望ましい。

#### 法的な資料保存の規定

記録の種類	保存期間	規定法律、種類
処方箋	調剤が完了した日から3年 (自立支援医療制度に関わる場合は5年)	薬剤師法第27条、保険薬剤師療養担当規則第6条)
調剤録	最終記入日から3年	薬剤師法第28条、保険薬剤師療養担当規則第6条
薬歴	最終記入日から3年	厚生労働省通知

### 11. その他

今後、様々な環境の変化が予想される。環境変化や、制度変更に対応するべく、各種の取り組みは随時実施する事が望ましい。新しい取り組みを実施する際は、各部分のオペレーション効率の変更なども勘案するべきである。また実務に従事する従業員の合意の下で、実施すべきである。

- ・在宅業務を積極的に実施する
- ・テクノロジーの変化は随時取り入れる（タブレット端末の活用など）

以上