

木村委員：

20年前の平成18年度にですね、薬学部が4年制から6年制に移行になりました。

そのことに関してですね、今日はちょっと議論してみたいと思います。

先の健康保険法改正で、OTC類似薬の議論については、制度改正として一応の整理がなされたんですが、あの議論を見ていまして強く感じたのは、本来議論すべき本丸から逃げているのではないかという点なんです。

その本丸というのは言うまでもなく、薬剤師の役割のあり方、特に6年制以降の意味なんです。

OTCの問題と言うのは、くすりの販売の方法や、値段・価格だけのことでなくてですね、本来、薬剤師の専門性をどう生かすかという議論と不可分だったはずなんです。

にもかかわらず、そこは深掘りされずに終わりました。

まず確認いたしますが、厚生労働省として、今回の一連の議論の中で、薬剤師の職能そのものを再設計という問題意識を持っておられたのか、率直にお答えください。

宮本医薬局長：

薬剤師の職能のあり方については、需要なであると認識しております。

とりわけ医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担することで、相互に独立した立場で専門性を発揮し、安全で効果的な薬物療法の実施を行う医薬分業の考え方の中で、医療の安全性を確保しながら、薬剤師が適切に職責を果たすということが重要であると考えております。

こうした観点から、チーム医療の中で薬剤師が専門性をより発揮できるよう、対人業務の充実等の施策を進めているところでございます。

加えて、地域における薬局薬剤師の機能も処方箋調剤を担うだけの存在ではなく、健康相談、OTC医薬品の販売など、健康増進支援機能も含めた形での見直しを進めているところでございます。

木村委員：

今の答弁を伺ってまして、そこが非常に問題だと思っているんですが

今局長はね、重要だとか進めているとか、そうおっしゃってましたけど、現場は本当にそうなっているのかということなんです。

薬学部を6年制にした時、これは大きな政策判断でした。

実は私自身もその決断に関わったものとして申し上げますけれども、何をやるうとしていたのか、これははっきりしていたはずなんです。

当時は、薬剤師が薬局の中に閉じこもるのではなくて、患者に向き合い、薬物療法に主体的に関わり、医師と同じくらいの臨床対応能力を身につけるために、臨床教育を強化するということでした。

患者を診るということなんです。

2年延ばして6年制にしたわけですけども、これは単に勉強量を増やしたという話ではなくて、役割を変えるという制度改革だったはずなんです。

ところが現状はどうか、現場を見れば、まだまだ多くの薬剤師が少しは改善しているところはあるんですけど、依然としてですね、調剤業務に時間をとられています。

いわゆる対物業務ですね。

この対人業務、患者を直接みる、薬物療法に主体的に関与する、そういう姿にどれだけなっているんでしょうか？

率直に言って、あの制度改正の狙いはまるで実現していないのではないのでしょうか？

ここで伺いたいのは評価ではありません。なぜ実現できていないかです。

制度は20年前に変えたんですよ。20年前にね。

教育も変わったし、にもかかわらず、現場が変わっていない。チョット形で歩みはあったかもしれませんが。

であれば、それは現場の問題ではなくて、制度の運用、あるいは政策のもっていき方の問題ではないでしょうかね。

さらにここでより考えねばならないことはですね、薬剤師の魅力が低下しているんじゃないかという、そういう感じがしてならないんです。

特に薬学部に進学した人たちの意欲が低下しているのではないのでしょうか？

国家試験の合格率もけっして褒められたものではありません。

むしろ、毎年残念ながら薬学部が廃校する、そういう動きが出ているわけであります。

この最大の背景は、せっかく6年制になったにも関わらず、やっていることはテクニシャンでも十分できるし、最近では自動調剤機がとって代わろうというのが現状なんですね。

これじゃ4年制と全く同じじゃないですか。

薬剤師の医療人としての崇高な使命はいったいどこにいったんでしょうか？

厚生労働省は、6年制の導入の狙いと、現状との関係をどう総括するのか、しっかりお答えいたたきたいと思います。

宮本医薬局長：

薬学教育6年制につきましては、先生ご指摘の通り、臨床における実践的な能力を有する薬剤師を養成することを目的として導入されました。

これはチーム医療の中で、薬学的知見に基づき、疑義照会や処方提案を行い、薬物療法の安全性有効性、適正使用を確保する、対人業務の役割を發揮することにあると考えております。

一方、先生ご指摘の通り、現場において多くの時間をとられている、対物業務の効率化を図り、対人業務の充実により、薬剤師の専門性を十分に發揮していくことが重要でありまして、これは道半ばではございますが、そのために各種の施策をすすめてきたところでございます。

具体的には、平成31年に薬剤師の指示の下で、薬剤師以外のものが実施可能な業務の基本的な考え方を示した他、令和7年の薬機法改正においては、調剤業務の一部を外部委託を可能することといたしまして、対物業務の効率化に資する各種施策をすすめているところでございます。

さらにICTや、各種医療情報を活用し、対人業務の効率化もすすめていく必要があると考えております。

厚生労働省としては、薬剤師が対人業務に一層注力し、その専門性を十分に發揮できる体制の構築を引き続き進めていきたいと考えております。

木村委員：

これまで議論してきた通りですね、6年制で薬剤師の能力は確実に引き上げられていると思うんです。

しかし、まだまだ今お話しがありましたけど、制度はまだ十分追いついていないんです。

この点に将来を見据えて考える必要があると私は思います。

今はまだ、医師偏在の問題という形で議論されておられますが、将来的には人口構造の変化の中で医師不足の地域が残る一方で、薬剤師は相対的に余剰になる時期が来るといって、そういう推計もあるんです。

そうであれば、今のうちから、役割の再設計をしておかなければ、医療資源のミスマッチを固定化することになります。

いわゆるタスクシフト、タスクシェアリングの課題です。

そのひとつの方法としては、私はですね、薬剤師法第23条を見直して、一定の範囲で軽医療を薬剤師が担えるようにすべきではないでしょうか？

もちろん最初から無制限にやるという話ではありません。

軽度の症状、既に診断がついている慢性疾患、薬物療法が中心の領域において、薬剤師が一定の判断と対応を担う仕組みです。

処方箋がなければ調剤できない、医師の処方を実際の前提とするこの 23 条の規定は、薬剤師の役割を構造的に受け身に固定する規定でありましてですね、これはある意味で、封建時代の身分制度みたいなものじゃないですか。

※薬剤師法（昭和三十五年法律第百四十六号）
<https://laws.e-gov.go.jp/law/335AC0000000146>

（処方せんによる調剤）

第二十三条 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。

2 薬剤師は、処方せんに記載された医薬品につき、その処方せンを交付した医師、歯科医師又は獣医師の同意を得た場合を除くほか、これを変更して調剤してはならない。

その一つの例がですね、挙げますけど、零売です。これもいろんな問題があるんですけどね

あれは本来は、薬剤師が自らの判断で医薬品を提供し、国民の身近な健康問題に直接応えることができる、数少ない機会だったはずなんです。

適切に運用すれば、患者がわざわざ医療機関に行かなくて済む、3 時間待って 3 分診療なんて今でも続いていますよ。

利便性の満足度が上がります。

結果として、医療費の抑制にもつながるんじゃないですか？

そういう可能性を持っていたにも関わらず、昨年の薬機法の改正では、そこをむしろ絞る方向になっていて、そこがですね、私がどうしても薬剤師の能力を生かす方向ではなくて、逆に抑え込む方向に制度が動いているようにしかたがありません。

こないだもですね、100mg のバイアスピリンがちょっと、医者にもらったのが足りなくなったんで赤坂周辺の薬局を歩いたんだけど、どこも扱ってくれない。

今度は逆に零売薬局に行ったら、うちは 500 錠しか売りませんとか、うちは会員になってもらえますとか、100 錠単位ですとか、なんか零売の制度が今ね変な改正をしたからますますおかしくなって

だからこれはね、当局の話によると普通の薬局でもその程度だったらね、十分に対応できるということに今なっているんだそうです。

だから現場と当局の話全然違っているんです。

私はもう 3 時間くらい、いやもっとかな、歩いて身をもって体験しましたから

ここは患者の利便性向上につながるし、医療機関の負担軽減にもつながる、ちゃんとやればですが

6 年制でここまで能力を高めた以上、制度がそれを受け止める段階に来ているのではないのでしょうか？

薬剤師法第 23 条の見直しによる（薬剤師の）役割拡大について、この政府参考人の所見を伺います

宮本医薬局長：

薬剤師法第 23 条を含む現行制度は、医師による診断処方と薬剤師による調剤監査を分離し、それぞれが独立した専門的立場から関与することで、医療の安全性を確保する、いわゆる医薬分業の考え方を基礎とするものでございます。

この枠組みは薬剤師が医師から独立した立場で処方内容を確認し、適正な薬物療法を担保する観点から重要な意義を有しており、こうした観点を踏まえれば、薬剤師の独立性を損なう制度改正には慎重であるべきと考えております。

他方で薬剤師の役割の充実が重要であり、健康増進薬局の推進、スイッチ OTC を含む OTC 医薬品の活

用、地域における健康増進や薬局機能の強化等により、薬剤師がその専門性を発揮できる環境整備を進めており、引き続き、薬剤師の機能強化をはかってまいりたいと考えております。

木村委員：

今の答弁ではですね、健康増進支援、OTCの活用、セルフメディケーションの推進と薬剤師の役割を拡げていく方向性は示されているわけなんですけど、しかし、そうであるならば、私はどうしても一点腑に落ちないところがあるんですね。

そこまで健康増進を前面に出すのであれば、なぜ薬剤師に予防接種を担わせないのか、コロナ禍では医療提供体制が非常に逼迫するなかで、他職種には一定の役割を担ってもらいました。

一方で薬剤師についてはですね、ワクチンという最も薬剤（薬剤師）に近い分野であっても、関与させませんでした。

これ、どうしてもね不思議だなと思ってまして、海外では薬剤師どころか、ボランティアにどんどん打たせているんですね。

これはどう見てもですね。能力の問題ではなく、制度の問題です。

健康相談をやる、OTC販売もやる、しかも最もわかりやすい健康増進である予防接種をやらせない

これでは役割の線引きが中途半端になっているのではないのでしょうか？

もっともこのことに関してはですね、ちょっといろんなご意見があるんで、ここはちょっと時間がないので、今日はここは省かせて頂きます

まあ、いろいろと噂が流れていると、こういうことですね。

今、お話にあったように、医薬分業の観点から、制度改正が難しいのであれば、特区で限定的に薬剤師による軽医療や予防接種を試行するというアプローチは考えられないのでしょうか？

さらに申し上げれば、法改正に至らないとしてもですね、少なくとも次の点は進めるべきであります。

第一に教育の強化です。

臨床の中で、慢性疾患患者のフォロー、軽度症状への初期対応、ワクチンを含めた予防医療に体系的に関与できるような実践教育を強化すべきです。

ここで文部科学省に来ていただいているのでお尋ねしますが、文部科学省としては、現在の薬学部の様々な課題ですね、今後このへんにどのように対処していくのか

特に臨床教育の実施に関して考えをお聞かせて頂ければと思います。

松浦審議官（文部科学省・高等教育局及び科学技術政策連携担当）：

薬学教育を通じまして、科学的探究力とともに、薬物治療の実践力を兼ね備えた薬の専門家としての薬剤師を養成し、常に高度化、多様化する医療に対応していくという課題に対応することは極めて重要であります。

そのため文部科学省といたしましては、特に臨床教育の充実に向けて、これまでも薬学教育モデルコアカリキュラムにおいて、薬局及び病院それぞれ11週間、計22週間の実務実習の実施を盛り込み、薬物治療やセルフメディケーションに係る実務経験を積む機会の整備等に取り組んできたところであります。

さらに22週の実践実習に加えまして、患者の状態を総合的に評価することや、長期的な経過を追うことで、より患者にあった薬物療法を実践することや、地域における住民向けの健康教室等の活動に参画することで、より地域における医療や予防、健康支援に主体的に貢献することなどを通じまして、薬物使用の個別・最適化の経験をさらに深め、薬学生の実践力をさらに向上させることを目的とした8週間程度の実践実習を実施できるよう、体制整備を行うことを各大学に求めておりまして、具体的な準備をすすめていくよう働きかけをおこなっているところであります。

引き続き関係機関と連携し、次期薬学教育モデルコアカリキュラムの改定における必要な対応を含めまして、社会構造の変化に対応しながら、社会に貢献できる資質、能力を兼ね備えた薬剤師の養成に取り組んでまいります。

木村委員：

今の話だと、文科省さんは医学部では 80 週間以上あった、薬剤師では 22 週間のあと、8 週間増やすと前進しているじゃないですか。

是非文科厚労両省が力を合わせて薬剤師の魅力をさらに未来に向かって発展させるためにですね、ご尽力を頂きたいと思います。

大きく期待をしてやみません。ありがとうございました。

木村委員：

質問を厚労省に戻します。

今までのご説明ではですね、制度を動かさない理由にはなっていない理由にはなっていないと思っております。

正面からの法改正が難しいのであれば、特区による実証など限定的でも新しい役割を試し、その結果で、制度を考えるというのが筋ではないでしょうか？

そこで医薬局長さんにお伺いします。

これまでの答弁を踏まえてもなお、特区やモデル事業といった形で、段階的に実施するという発想はなぜ出てこないのか？

制度の結論ではなく、研修のしくみについてどう考えているのか、整理をしてお答えして頂きたいと思います。

宮本医薬局長：

先生ご指摘の通り、今後の役割のあり方を検討するにあたりましては、地域の医療資源の状況や患者のニーズ、薬剤師の資質、研修等も踏まえつつ、どのような範囲まで対応し得るかという視点は大変重要だというふうに考えております。

一方で、薬剤師の業務範囲の見直しに関わる事項については、医師との適切な役割分担や保健衛生上の安全性の確保の観点から、慎重な検討が求められる分野であるということ、また、委員ご提案の特区の取り組みにつきましては、地域や事業者などの具体的なニーズや提案に基づき個別に検討される仕組みであることから、具体的な個別の事情を踏まえて、慎重に考える必要があるというふうに考えております。

厚生労働省といたしましては、まずは現行制度の下で、薬剤師がその専門性を十分に発揮できる環境整備を進めるとともに、ご指摘のような役割の拡大のあり方についても、医療提供全体の中での位置づけを踏まえながら、引き続き検討させて頂きたいと考えております。

木村委員：

今の医薬局長の答弁を聞いてちょっと気になったのはですね

慎重に検討というお話でしたけれども、昔から言われているんですが、そもそも厚生労働省でいう「検討」という二文字は、何もしないということと同意だといわれて、そういつて揶揄されてきたんですよ。

今回はそれに対して、さらにその上に「慎重に」という二文字がついててね、これじゃね全くお話にならない、こんな感じがいたしてなりません。

それじゃですね、先ほどから申し上げた通り、現場は何も変わらない可能性があるじゃないですか

そこで、ここでいよいよ大臣にご登板を願います。

制度の抜本的な見直しという議論に至らないとしてもですね、現行制度の中で、実際にどこまで広げていくのかという議論、具体論が避けて通れないはずですよ。

その中でも現実的に動かせるのが、スイッチ OTC だと思います。

昨年の方針（経済財政運営と改革の基本方針 2025）、あんまり好きじゃないんですけど、ちょうど都合よく出ていますので

この方針では、「当初の医師の診断や処方に基づき症状の安定している患者が定期的に服用する医薬品や、低侵襲性検体である穿刺血を用いる検査薬を含む医薬品・検査薬の更なるスイッチ OTC 化」こう書いてあ

るんですよ。推進することになっています。

※経済財政運営と改革の基本方針 2025 ～「今日より明日はよくなる」と実感できる社会へ～
https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2025/2025_basicpolicies_ja.pdf

(p42 抜粋)

当初の医師の診断や処方に基づき症状の安定している患者が定期的に服用する医薬品や、低侵襲性検体である穿刺血を用いる検査薬を含む医薬品・検査薬の更なるスイッチOTC化など、具体的な工程表を策定した上でセルフケア・セルフメディケーションを推進しつつ、薬剤自己負担の見直しを検討する。

ここまでは政府として既に決定してるんですね。決定している話なんです。

さらに言えば、スイッチ OTC であれば、調剤を前提とする薬剤師法第 23 条に縛られることなく、薬剤師が直接関与できる領域を広げることができるんです。

制度をいじらなくたってですね、動かせる領域なんですよ。

ですから、私としては非常に単純に伺いたいんですが、高血圧や糖尿病などの生活習慣病などが、診断がついて、長期に安定している患者の医薬品については、これはもう何年もですね、十何年もですね、同じような処方箋でずっとやっている人はたくさんいますよ。

その長期に安定している患者の医薬品については OTC 化を進め、薬剤師が継続的に関与できる仕組みを構築すべきではないか。

これは、患者の利便性の向上。さっき言ったように薬局を（探して）ウロウロ歩かなくて済むということではなく、行ったらすぐにもらえるとかね

医療機関の負担の軽減 いいじゃないですか

医療費の効率化に資するものであり、政府の方針としても整合的です

政府の方針と厚生労働省の方針と多少違うのか、財務省の方針と多少違うのか

これは政府の方針とも整合的です

繰り返します、能力は既にあるんです。問題は制度が追い付いていない。あるいは役所が追い付いていないのか、その辺はアレですけども

海外でもあまり例はありませんが、日本の薬剤師教育を考えれば、ちゃんとできるはずであり、高血圧や糖尿病といった慢性疾患領域について、本気でスイッチ OTC 化をすすめるつもりがあるのか大臣のご見解をお伺いします

上野厚労大臣：

はい。あの今日はあの委員の方からですね、薬剤師を巡る様々な課題につきましてご提案をいただきました。

あの、対人業務を中心として、これからさらに、役割十分に、能力を発揮していただくために、その環境を十分整えるということは大事だということをもて認識をしたところであります。

その上で、委員ご指摘のございました、骨太の方針、昨年でございしますが、そこに記載をされております通り、当初の医師の診断や処方に基づき症状の安定している患者が定期的に服用する医薬品のスイッチ OTC 化を進めることによって、薬剤師が慢性疾患の継続的な支援に関わる場面、こうしたことを広げていくことは大変重要な政策の方向性だと考えております。

具体的にどのように進めていくかということにつきましては、まだまだこれからという面もございします

委員のご指摘も十分踏まえながら検討をしまいたいと考えています。

こうした点も含めまして薬剤師の皆さんが専門性を十分に発揮をしていただいて、いただけるように、実行性のある政策を進めていきたいと考えています。

木村委員：

骨太の方針ですね、ここまで明確に書き込まれているのであれば、方向性は今おっしゃられたように議論の余地ないと思います。

問題はやるかやらないかではなくて、いつ行うのか、どのスピードでやるのか、どこまで踏み込むか、どこまで踏み込むことができるのか、そこに尽きるのではないのでしょうか。

大臣とそれを支える厚労省の担当者の皆さんには是非、現場の変化につながる形で覚悟を持ってこの課題に取り組んでいただきたいと思います。

このように見てくるとですね、薬学6年制以降に一番阻害的な動きをしていたのはですね、医薬関係局ではなくて他の財政関係の局ではないかとですね、強く疑うようになってまいりました。

本来であればOTCの制度改正をですね、薬剤師の活躍にする制度にすべきであったにもかかわらず、財政当局の意向を忖度したのか、患者の選定療養として患者負担増の話にすり替えた。

この課題に最初に、本丸から逃げているという話をしましたがまさにこのことなんです。

自分たちの都合のいい部分だけを先取りして時間のかかる都合の悪い部分を後に追いやってしまうという議論の仕方を実行してきた財政当局による厚生部局にさらに追従したその場にはいませんが、一部関係者に強く反省を求めたいと思います。

以上で質問終わります。ありがとうございました。

【参議院インターネット審議中継】2026年6月25日 厚生労働委員会
<https://www.webtv.sangiin.go.jp/webtv/detail.php?sid=9126&fromtop=1>