Osaka Medical Practitioners' Association　2022年5月 No.155

勤務医LETTER

発行 大阪府保険医協会　https://oh-kinmui.jp/　E-mail web@oh-kinmui.jp
〒556-0021 大阪市浪速区幸町1-2-33　☎06-6568-7721㈹　FAX06-6568-2389

新規開業・継承開業など ご相談は保険医協会へ
ホームページ「勤務医フォーラム」にて、テナント情報、求人、継承者募集など随時更新しております。
問合せ先（組織部） ☎06-6568-7721

特別寄稿

乳腺外科医準強制わいせつ事件裁判 最高裁判決の評価と懸念

東京保険医協会理事
医）いつき会ハートクリニック院長　佐藤　一樹

1．公訴事実と２つの争点の原判決（控訴審判決）

本年２月18日最高裁は、原判決を破棄し、東京高裁に差し戻した。判決文は裁判所のウェブサイト[i]に公開され閲覧できる。

公訴事実
（検察が訴因として起訴状に明記する犯罪事実）

「被告人が執刀した右乳腺腫瘍摘出手術の患者であるＡが同手術後の診察を受けるものと誤信して抗拒不能状態にあることを利用し，同人にわいせつな行為をしようと考え，平成28年５月10日午後２時55分頃から同日午後３時12分頃までの間同病院病室において，同室ベッド上に横たわる同人に対し，その着衣をめくって左乳房を露出させた上，その左乳首を舐めるなどし，もって同人の抗拒不能に乗じてわいせつな行為をしたものである。」（筆者注：自慰行為事実は除かれた）

争点Ⅰ．Ａの証言の信用性、麻酔覚醒時のせん妄の影響の有無と程度
争点Ⅱ．アミラーゼ鑑定とＤＮＡ型鑑定の科学的証拠としての許容性、信用性及び証明力

刑事訴訟では、弁護人が無罪を証明する必要はない。

「合理的な疑問を残さない程度」の証拠を検察官が提出して被告人の犯罪を証明しなければ有罪とすることができない。「疑わしきは被告人の利益に」つまり、個々の事実についても、証拠によって確信できないときは、被告人に有利な方向で決定しなければならない。

第１審は、手術直後の回診時に、被告人が胸をなめ回し、二度目の回診時に自慰行為をしたという事件があったとするには、合理的な疑いを挟む余地があると判示した。しかし、原審は破棄自判し、被告人に懲役２年の実刑を言い渡した。

2．争点Ⅰ　覚醒時せん妄：検察側証人を完全否定

最高裁は「Ａがせん妄に伴う幻覚を体験した可能性を直ちに否定した原判決の判断は，様々な専門家の証言に基づき，本件手術の内容，麻酔薬の種類及び使用量，Ａからの疼痛の訴え及び鎮痛剤の投与の状況，Ａの動静等を総合的に評価し，そのような可能性があり得るものとした第１審判決の判断の不合理性を適切に指摘しているものとはいえない。」と第１審を評価し、検察側井原裕証人（自称：せん妄の専門家ではない）に全面的に乗っかり、せん妄に伴う幻覚は生じていなかったとの原審の判断を批判した。

この時点で、検察官が有罪の立証に失敗したといえるのだから、刑事訴訟の原則によれば、直ちに１審無罪判決を是認し、控訴を棄却（破棄自判）しなければ、著しく正義に反するというべきであろう。

3．争点Ⅱ　個人識別目的のＤＮＡ型鑑定

⑴　ＤＮＡ定量結果が多量ならば乳首を舐めた、なのか？

最高裁は続いて「もっとも，本件アミラーゼ鑑定及び本件ＤＮＡ型鑑定殊に本件定量検査の結果により，Ａの左乳首付近に被告人のＤＮＡが多量に付着していた事実が認められれば，これによって，被告人が公訴事実のとおりのわいせつ行為をしたとするＡの証言の信用性が肯定され，原判決の上記判断の誤りが判決に影響しないとみる余地がある。」と判示する。これでは、ＤＮＡ定量結果が多量だったとの証明があれば、即、乳首を舐めたことになり、Ａの信用性が肯定されると読める。

原審では、およそ科学とはいえない独自の算数計算による想定面積あたりのＤＮＡ量は、これも洗練されているとは言えない弁護側飛沫実験１回だけの結果のＤＮＡ量の約642倍で多量だと断定した。しかも、本試料はおそらくは意図的に科捜研によって自ら破棄されおり、再現性を失った。百歩譲って、真に多量だとしても舐めたことになるのだろうか。外科医は、手術直前に健側の乳首の触診をしているので、手指の皮膚細胞が付着していた蓋然性が高い。この場合は多量のＤＮＡが検出されるであろう。

また、採取や保存過程は的確なのかどうか、拭い取ったガーゼの均一性はどうか、ぬぐいとったガーゼのどの部分が鑑定試料になったのかなどの検査手技エラーにかかわる事象について、検討せず問題視しなかったことは怠慢である。

⑵　個人識別目的のＤＮＡ型鑑定における準備検査による定量

ＤＮＡ型鑑定の目的は個人識別である。ＤＮＡ量の多少の証明から行動様態が問われた判例はない。検察の証拠は、型鑑定の準備として行う定量検査であり、本来の目的と異なる。

定量検査のリアルタイムＰＣＲは、既知の標準試料と本試料を同時に増幅し、標準試料の増幅曲線と比較して濃度を測定する「準備段階の検査」で「どの程度の厳密さを有する数値といえるか」「どの程度の範囲で誤差があり得るものであるか」が分からない。標準試料と本試料を同時に増幅する必要があるのに「あらかじめ」ロット番号の標準試料の検量線を使用しており、このような検査方法が検査結果の信頼性にどの程度影響するか分からない。

判決は「定量検査の結果の信頼性については，これを肯定する方向に働く事情も存在するものの，なお未だ明確でない部分があり，それにもかかわらず，この点について審理を尽くすことなく，（中略）公訴事実の通りわいせつ行為をしたと認めらえるとした原判決には，審理不尽の違法があり」と下線を引いて指摘した。下線部が意味するのは、“検察から証拠が出されたのに、原審高裁は却下して取り調べなかったために、よく分からないままになってしまっている。定量検査を信用できそうなのに、証拠が足りないから信用できるとまでは言い切れない”という含みを感じる。裁判長が元大阪高検検事長であったこともあり、検察に寄っているように思える。

結び

検察官も弁護人も裁判官も、科学者や医師ではない。

全身麻酔中のプロポフォール（性的幻覚出現の報告多数）通常量の約２倍、セボフルレン、ペンタゾシン、ジクロフェナクに追加したロピオンの点滴時間帯（15分間）と公訴事実の犯行時間帯（17分間）は一致している。しかし、各裁判所は５剤の相互薬理作用・相加相乗作用や時間的一致について一切審理していない。

原審では、麻酔・外科臨床領域の「覚醒時せん妄」に関連した薬理作用を検討せず、精神科領域の「術後せん妄」におきかわって現実に即さない観念的空理空論が跳梁跋扈した。

弁護側実験結果と新採用される検察の証拠によって多いＤＮＡと判断され、科学的検討もなく、舐めた様態までも断言されてＡ証言の信用性が確定されないように願っている。

i　https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/933/090933_hanrei.pdf

佐藤 一樹　プロフィール

略歴：1991年３月 国立山梨医科大学医学部卒業／1991年４月 東京女子医科大学日本心臓血圧研究所循環器小児外科入局／1999年４月 東京女子医科大学日本心臓血圧研究所循環器小児外科助手／2002年４月 千葉県千葉こども病院心臓血管外科医長を経て2009年12月いつき会ハートクリニック理事長･院長
学位：医学博士
専門：心臓血管外科、小児心臓外科
認定医：外科学会認定医・胸部外科学会認定医
専門医：心臓血管外科専門医・外科専門医（2012年まで）
医療事故調関連：平成26年度 厚生労働省科学研究費 診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究班／日本医療法人協会医療事故調運用ガイドライン作成委員会／東京都医師会医療事故小委員会
著書：「Q&A医療事故調ガイドブック」中外医学社2016 他多数著書あり。学術論文等多数

これでいいのか日本の医療

日本の超過死亡について

第12回

上（かみ）　昌広（まさひろ）
特定非営利活動法人
医療ガバナンス研究所
理事長

4月15日、総務省は昨年10月1日現在の人口推計を発表した。総人口は前年比64万4,000人減の1億2,550万人で、減少率は0.51%だった。これは、比較可能な1950年以降で最大だ。

大阪府は前年比0.36%減で、対前年差0.31%で、全国最大だった。つまり、もっとも人口減が加速した自治体ということになる。なぜだろうか。

毎日新聞は4月16日の一面の記事で「新型コロナウイルスによる外国人の入国制限が影響しており、感染症の深刻さを示した」と解説している。総務省の人口推計には外国人も含まれるが、この分析は不適切だ。出国者と入国者の差は3万5,000人に過ぎず、60万人以上の人口が自然減しているからだ。では、何が問題だったのだろうか。

最近、このことを考える上で示唆に富む論文が公開された。それは、3月10日、米ワシントン大学の研究チームが、英『ランセット』誌に発表した論文だ。この研究では、74ケ国と地域を対象に、2020年1月から21年12月までの超過死亡が推定された。

超過死亡とは、過去の死亡統計や高齢化の進行から予想される死亡者数と、実際の死亡者数を比較した数字だ。統計処理により、偶然では考えにくい増加が確認されれば、感染症の流行の影響があったと判断する。ただ、超過死亡は全てが感染症によるものではない。コロナ感染を恐れた受診控え、医療逼迫など様々な要因が影響する。

では、結果はどうだったろうか。まずは世界全体の解析結果だ。コロナパンデミック下、世界では1,820万人の超過死亡が確認されている。実際に報告された死者数は594万人だったから、3.1倍の超過死亡が生じていた。多くの研究者は検査体制が整備されていない途上国での見落としが多いと考えている。

では日本はどうだったろうか。実は、日本の超過死亡数は多い。11万1,000人と推定され、確認された1万8,400人のコロナ死亡の6.0倍だ。この数字は経済協力開発機構（OECD）加盟38カ国中で最高だ。ちなみに韓国は0.82倍で、コロナ流行下で死亡者数は減少していた。

あまり議論されないが、コロナ流行下、日本では死亡数が急増している。2月25日、厚労省が発表した昨年の人口動態統計の速報値によれば、2021年の死亡数は前年比4.9%増の145万2,289人で戦後最多だった。特にアルファ株が流行した昨春以降、前年同月より10%以上増えていた。冒頭に紹介した人口減は、昨年の後半の急速な死亡増が原因なのだ。

なぜ死者が増えたのだろう。最も考えられるのは、自粛に伴う高齢者の健康状態の悪化だ。このことを直接的に証明する臨床研究はないが、多くの臨床医はそう感じているはずだ。私の外来には、コロナ自粛で体重が増加し、高血圧、糖尿病、高脂血症を悪化させた患者は大勢いる。その中には脳卒中で亡くなった人もいる。また、昨年12月、スポーツ庁は全国の小学5年生と中学2年生を対象とした2021年度の全国体力テストで、男女とも全8種目の合計点の平均が調査開始以来最低だったと発表した。小中学生の体力が落ちるのだから高齢者の健康が害されるのも当然だ。

日本のコロナ対策は早急に見直さねばならない。ところがそのような議論は皆無だ。前出の『ランセット』誌で発表された論文は、発表当日に英『ネイチャー』誌が「コロナの真の死者数：公式記録より遙かに高い」という記事で紹介し、イスラエルのヘブライ大学のアリエル・カーリンスキ氏の「報告されたコロナ死亡の6倍以上にあたる10万人を超す超過死亡は馬鹿げている。研究チームがどうやってこの数字を導いたのか理解できない」というコメントを紹介した。日本の超過死亡の多さは世界の専門家の常識を越えているのだ。ところが、この推定は正しい。根拠となる数字は前述した通りだ。

災害時の長期間にわたる自粛は、高齢者の健康を蝕む。このことはコロナに限った話ではなく、既に臨床研究が報告されている。それは日本からだ。福島第一原発事故後の福島県浜通りでは、被曝を避けるために屋内退避が推奨された。運動不足と精神的ストレスで糖尿病や高血圧を悪化させる住民が続出した。2017年8月には、坪倉正治医師（当時、東大医科研大学院生、現福島県立医科大学教授）を中心とした研究チームが、相馬市と南相馬市の原発事故後の総死亡リスクが、それ以前と比べて男性で2.6倍、女性で2.5倍増加していたことを英『疫学・公共健康誌』で発表している。この地域で被曝が原因で亡くなった人はいないから、死亡者の増加は原発事故後のストレスと生活習慣の変化が原因だ。コロナ流行下の日本でも同じようなことが起こっていたのだろう。これは由々しき問題だ。

しかしながら、日本のマスコミは『ランセット』の研究を報じず、厚労省や専門家も無視を決め込んでいる。これでは亡くなった人は浮かばれない。

第6波では多くの先進国が厳しい規制を課さなかった中、日本はまん延防止等重点措置を発令した。規制により感染拡大は一定程度予防できるかもしれないが、高齢者の命を危険に曝す。我々はこのことを認識すべきである。日本のコロナ対策は見直しが必要だ。

開業医の先生方を力強くサポート
新規開業講習会
会場　大阪府保険医協会 会議室
（浪速区幸町1-2-33　TEL 06-6568-7721）
申込　組織部 FAX 06-6568-2389
FAXまたは右のQRコードよりお申込みください。
申込フォーム
参加費　無料 ※事前にご予約ください。
主催　大阪府保険医協会 組織部

2022年6月以降の予定
保険診療編（内科を中心に）
審査委員、先輩開業医がわかりやすく解説
6月18日(土) 14:30〜16:30
講師　審査委員・保険医協会役員
新規個別指導編
新規開業医が知っておくべきポイント
7月16日(土) 14:30〜16:00
講師　保険医協会役員・事務局
医院経営・スタッフ育成編
経営コンサルが指南する
7月23日(土) 14:30〜16:30
講師　株式会社621メディカル
雇用管理編
よりよい医療の提供は最適な雇用管理から
9月17日(土) 14:30〜16:30
講師　桂 好志郎 社会保険労務士

勤務先・自宅住所が変わられた先生方へ
自宅住所、勤務先が変わられた場合にはご連絡をお願いします。
ホームページ(https://osaka-hk.org/)のお問い合わせフォームから登録情報の変更が可能です。

手頃な保険料で先生方の万が一に備える
家族のサポート グループ保険（死亡・高度障がい保障）
幅広い保障プラン
保険金額は300万円〜最大6,000万円
配偶者も最大3,000万円までご加入いただけます！
●簡単な告知のみ（医師の診査なし）でご加入できるのも忙しい先生方にとって魅力です
＊6,000万円以上の保障をご希望の際は、保険医共済会の「新グループ保険（最大6,000万円）」を上乗せでご加入いただけます。
お問い合わせ先　TEL 06-6568-2230（直通）

手頃な保険料
加入プラン例①
万が一の場合、残された家族の生活が心配…
35歳（保険年齢）
保険金額6,000万円の場合
月額保険料　男性5,460円　女性3,420円
加入プラン例②
子どもが独立し、保障を少し減らしたい
50歳（保険年齢）
保険金額2,000万円の場合
月額保険料　男性4,620円　女性3,460円
さらに！
配当金の還元により保険料の負担が軽くなります。
直近3年平均 約20%を配当！ ※配当金は毎年変動します

保険金額と保険料表（一例）

保険金額と月額保険料		35歳まで	36〜40歳まで	41〜45歳まで	46〜50歳まで
6,000万円	男性	5,460円	7,020円	9,600円	13,860円
	女性	3,420円	5,880円	7,260円	10,380円
5,000万円	男性	4,550円	5,850円	8,000円	11,550円
	女性	2,850円	4,900円	6,050円	8,650円
4,000万円	男性	3,640円	4,680円	6,400円	9,240円
	女性	2,280円	3,920円	4,840円	6,920円
3,000万円	男性	2,730円	3,510円	4,800円	6,930円
	女性	1,710円	2,940円	3,630円	5,190円
2,000万円	男性	1,820円	2,340円	3,200円	4,620円
	女性	1,140円	1,960円	2,420円	3,460円

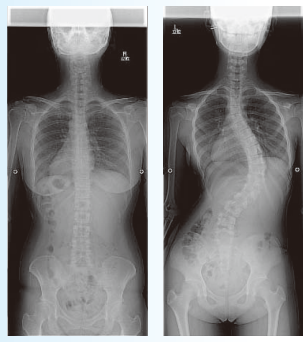
シリーズ 臨床Update 82

側弯症はどうして治療しないといけないのか

大阪市立総合医療センター　整形外科
側弯症センター　松村　昭

側弯症とは

通常の脊柱は、正面からみた場合まっすぐです。それに対して側方に曲がっている状態を脊柱側弯症と呼びます。側弯症の定義は立位X線にてコブ角が10度を超える場合です。



正常の脊柱　側弯症

小児側弯症（こどもの側弯症）

小児側弯症は学校検診の結果、医療機関の受診し判明することが多いです。側弯症は、特に成長期に悪化することが知られており、成長期には注意が必要です。成熟後には急速に悪化することはありませんが、弯曲が大きければも少しずつ悪化し機能障害の原因となる可能性があります。

特発性側弯症

約80%の側弯症は“特発性側弯症”とよばれるものです。“特発性”とは、原因がわからないことを意味します。学童期の後半から思春期にかけて（小学校高学年～中高生）、成長とともに“せぼね”（脊椎・脊柱）が曲がっていく病気です。特発性側弯症の治療は、成長の程度・脊柱の変形の程度から判断し、⑴外来での経過観察、⑵装具治療、⑶手術治療を行います。診療する上では疾患の基礎情報が重要ですので簡単にまとめます。

▶原因

特発性の名前がついているように原因は不明です。遺伝的な要因はある程度ありますが、その詳細は不明です。最近の疫学研究で母親が特発性側弯症の場合には1.5倍の危険因子となるようです。

▶発生頻度

10度以上の側弯症の頻度は2～3%と言われています。また治療を要する側弯症（Cobb角30度以上）は0.1～0.3%で、男女比は1：10と言われています。

▶症状

小児期にはほとんど症状はありません。

- **腰下肢痛**：思春期には側弯が原因となることは極めて少ないと言われています。ただ、手術適応になるような側弯症の場合には骨成熟後も側弯カーブは進行し症状を惹起します。
- **呼吸機能障害**：Cobb角80度を超えるようなカーブでは呼吸機能障害を惹起する可能性があり、注意が必要です。
- **消化器症状**：思春期には症状の原因となることはまずありません。ただ、成人期になり変形が進行すると逆流性食道炎（GERD）の原因となります。
- **整容面**：女児が多い本疾患では、体表面上の異常（前述）が大きな心理的ストレスとなっていることが多くなります。美容的な要因は無視できない問題ですので、患児の心理を十分理解し診療にあたる必要があると考えます。

▶自然経過

成長期にカーブは急激に進行する場合もあります。骨成熟後の自然経過は、胸椎カーブ45～50度以上、腰椎カーブ35～40度以上の場合には年間0.5～1度程度はカーブが進行する可能性があると言われています。

先天性側弯症

生まれた時から椎骨（背骨）の形態異常があり、この形態異常により側弯変形を来している疾患です。椎骨の形態異常の種類やカーブの大きさを考慮し治療方法を選択します。幼児期から学童期に手術治療が必要となる場合もあります。

症候性側弯症

側弯症の原因となる疾患が基礎にある場合です。原因疾患として、神経線維腫症、マルファン症候群、脊髄空洞症などがあります。

小児側弯症の治療

最も多い特発性側弯症についての説明します。

▶定期的経過観察

弯曲が軽い場合（20～30度未満）には、成熟するまで定期的に経過観察を行います。1年に2～3回レントゲン写真を確認します。進行があれば適切なタイミングで次の段階の治療に移行します。

▶装具治療

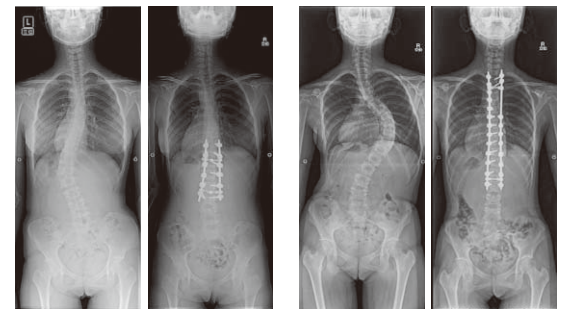
弯曲が中等度の場合（20～30度以上）、側弯が進行しないよう装具治療を行います。装具治療は弯曲が急速に悪化する成長期にのみ行います。成熟した時点で弯曲が中等度で治まれば、装具治療終了となります。

OCGH装具

装具なし　装具あり

▶手術治療

弯曲が大きな場合（胸椎カーブ：45度以上、腰椎カーブ：35度以上）は成熟後も弯曲が悪化することが知られています。進行は少しずつではありますが、数十年の経過でさらに大きな弯曲となり、前述の機能障害の原因となる可能性があります。これらの障害を予防するため、適切なタイミングでの手術治療が勧められます。



腰椎の側弯症手術　胸椎の側弯症手術

まとめ

小児側弯症の治療の目的は将来起こる可能性がある障害の発生を予防することです。そのためには適切なタイミングでの治療が重要です。基本的には専門機関での治療が薦められます。

松村　昭　プロフィール

大阪市立総合医療センター整形外科副部長
1997年　大阪市立大学医学部 卒業
2003年　同大学院医学研究科生理学系専攻 卒業 医学博士
日本整形外科学会整形外科専門医・脊椎脊髄病医
日本脊椎脊髄病学会指導医
美唄労災病院、淀川キリスト教病、大阪市立大学附属病院等を経て
2008年　大阪市立総合医療センター整形外科 医長
2014年　大阪市立総合医療センター整形外科 副部長

2022年4月
大阪市立総合医療センター
側弯症センター開設

■外来予約について
診療予約依頼書に必要事項を記入し、診療情報提供書と一緒に地域医療連携センターへFAXでお申込みください。

紹介のポイント
必ず紹介していただきたい基準
- 骨未成熟（初潮未、Risser 0-2）でCobb角20度以上の場合
- 先天性側弯（椎骨の奇形あり）

上記以外でも
- 患者家族の希望がある場合
- クリニックの先生方が気になる場合

地域医療連携センター
FAX 06-6929-0886
TEL 06-6929-3643（直通）
※診療予約依頼書FAX用紙は「勤務医フォーラム」ホームページを参照ください。
勤務医フォーラムホームページ

勤務医に役立つ医薬情報 第16回

認定薬局について（前編）

廣田 憲威 ひろた のりたけ
薬剤師　一般社団法人　大阪ファルマプラン　理事長

2019年12月の改正薬機法において、患者自身が自分に適した薬局を選択できることを目的に新たに「認定薬局」（地域連携薬局、専門医療機関連携薬局：知事認定制度、名称独占）が新設され、2021年８月より施行されています。筆者が所属する（一社）大阪ファルマプランは、大阪市内に11薬局と吹田市に１薬局を運営していますが、全12薬局で健康サポート薬局の基準適合を受け、地域連携薬局についても昨年８月１日付で全薬局が認定を受けました。ちなみに、法人内で一番規模の大きいあおぞら薬局（西淀川区）は、健康サポート薬局と地域連携薬局の両方で大阪府下第１号です。

今回は、「認定薬局」（地域連携薬局、専門医療機関連携薬局）が導入された経緯と、その概要についてご紹介します。

「薬局の求められる機能とあるべき姿」が薬局の方向性を大きく変えることに

明治以降、わが国では医師や歯科医師も自らが発行した処方箋については調剤できる「任意分業」のシステムとなっています。厚生省（当時）は欧米のような医薬分業をめざし、1974年（昭和49年）に医師による処方箋発行料を10点から50点に大きく引き上げました。薬局業界では、この年を「医薬分業元年」と呼んでいます。しかし、そのことで実質的な処方箋発行は進みませんでしたが、1992年に医療用医薬品の流通システムに導入された新仕切価制度（建値制度）によって医療機関での薬価差益が圧縮することとなり、急速に院内調剤から院外処方箋による保険調剤に移行していくこととなりました。このことで、従来から営業されていた地域の薬局が医療機関からの処方箋を応需することに加えて、処方箋調剤に新たなビジネスチャンスを期待する他業種が医療機関の門前に保険薬局を開局するようになります。いわゆる処方箋調剤に特化（一般用医薬品や物販を行わない）した「調剤薬局」が増えていくこととなります。ちなみに、調剤薬局という言葉は法律用語ではありませんが、1980年代から90年代にかけて、一般用医薬品や衛生材料の物販を主とする薬局と差別化（医療用医薬品を専門的に扱う）をはかる目的で作られた造語です。

調剤薬局の出現によって医薬分業は大きく進むこととなりますが、「薬局で一般用医薬品を配置しないのはどうなのか？」「処方箋が無ければ薬局を利用することができない。」などの疑問や批判の声が聞かれるようになりました。そうした背景の中で、日本医療薬学会は2014年１月に厚生労働科学研究費補助金を受けて「薬局の求められる機能とあるべき姿」を発表します。この文書は学会が出したものですが、当時の厚労省医薬食品局総務課は、各都道府県・政令市・特別区の薬務主幹部（局）長宛に、この文書を行政としても活用することを示した課長通知（薬食総発0121第１号）を出しました。当時、私はこの通知を見て異例のこととだと思ったのと、この文章で書かれた内容で、今後の薬局行政が進められると、ある意味で確信したのでした。

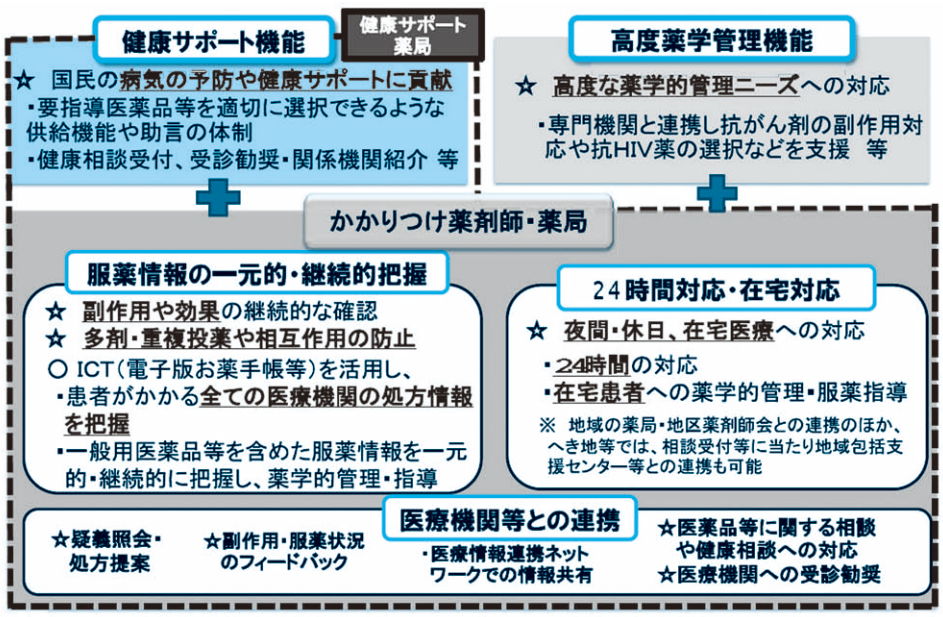
医薬分業を本来の目的に戻すための「患者のための薬局ビジョン」

「薬局の求められる機能とあるべき姿」が公表された翌年の2015年10月に、今度は厚労省がその内容をさらに発展させた「患者のための薬局ビジョン」を発表します（図１）。この政策のサブタイトルは「『門前』から『かかりつけ』へ、そして『地域』へ」で、塩崎厚労大臣（当時）は記者会見で「病院の前の景色を変える」と言い、大きな波紋を呼びました。「病院の前の景色」とは、大学病院などの大病院の門前に立ち並ぶ薬局の姿を示したもので、「患者のための薬局ビジョン」の政策を推進することによって、患者が医療機関を受診するごとに門前の薬局を利用するのではなく、薬局の「かかりつけ機能」（処方箋の一元管理、継続的把握）を高め、医師と薬剤師が協業することで、医薬品による副作用や効果の継続的な確認と多剤・重複投薬や相互作用の防止をすすめるという「医薬分業の本来の目的」に軌道修正することを打ち出しました。

翌年（2016年）４月の調剤報酬改定において「患者のための薬局ビジョン」の具体化の第１弾として「かかりつけ薬剤師指導料」が新設されました。10月からは健康サポート薬局（名称独占）の届出も開始されました。健康サポート薬局については、今回のテーマである認定薬局とは異なり、薬機法の施行規則に位置付けられている制度で、薬局が所在する自治体の薬務課（保健所）に厚労省が示す基準に適合していることを示す書類を提出することで、健康サポート薬局を名乗ることができます（認定ではなく基準適合制度）。また、「患者のための薬局ビジョン」で示された薬局の「かかりつけ機能」は、2018年４月の調剤報酬改定において「地域支援体制加算」（基準調剤加算の廃止に伴う新設）として具体化されました。

（後編は次号に掲載します）

図１　「患者のための薬局ビジョン」（2015年10月）
～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～



締切り迫る！6月25日まで

保険医年金

予定利率 1.140%
（2022年７月１日から適用）
短期のご利用では積立金が掛金を下回ります

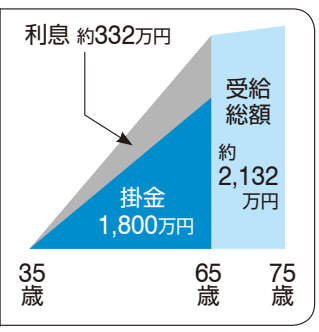
加入資格　満74歳までの協会会員
＊月払増口・一時払申込みは79歳まで

加入口数　月払　1口　1万円（通算30口まで）
一時払　1口50万円（毎回40口まで）

安定・安心
加入者数　5万2,000人
積立金額　1兆3,000億円
スケールメリットを生かし低廉な手数料を実現

いつでも自在
年金受給は
加入5年後から可
※１口単位での解約可
掛金払込中断・再開制度あり

35歳から加入
65歳から10年確定で受給の場合
月払　5口　加入
受取月額　約17万円
受給総額　約2,132万円
【掛金総額 1,800万円】



生命保険会社６社（大樹・明治安田・富国・日本・太陽・第一）が受託し、リスク分散を図ることで安全性を高めています。