

The Journal of Tokyo Medical Association

TMA

医師と東京都医師会を結ぶ会報誌

9

2025 VOL.78
NO.8

特別対談

医 と 薬

東京都薬剤師会会長
高橋正夫
東京都医師会会長
尾崎治夫





東京都薬剤師会 会長
高橋 正夫



医と
薬



東京都医師会 会長
尾崎 治夫

東京

ともに守っていく東京の未来

近年、激甚化・頻発化する自然災害に加え、
コロナ禍を経てパンデミックへの備えも重要になっていきます。
有事の際に命を救うために何ができるのか。
そして依然として少子超高齢化が進んでいく中で、
都民の健康をどのように守っていくのか。
未来に向けて課題を考えながら、
東京を支える医療と医薬の提供体制の今後に迫ります。
東京都薬剤師会の高橋正夫会長をお迎えして、
これからの医療と医薬のあり方について
尾崎治夫会長と語り合っていただきました。

対談日:2025年7月22日 東京都医師会館にて



01 有事の際に必要とされるのは 医療チームの連携と避難所環境の見直し

尾崎 近年はますます自然災害やパンデミックへの備えが重要になっています。まずは、有事における医療や医薬の提供体制のあり方から議論をはじめたいと思います。

高橋 2011年の東日本大震災の際、私も多くの薬剤師とともに被災地に赴きました。現場はあらゆるモノが不足しています。我々としては必要な人に必要な薬を届けることが責務で、それは薬をどう集めるかにかかっていました。

実際、被災地には日本各地から多くの医薬品が届きました。しかし、これは後でわかったことですが、たとえば保健所には来ているのにそこで止まってしまって、医療機関や避難所までは届かず、被災者の方に出すことができない状況に陥っていたのです。

尾崎 それはなぜだったのでしょうか。

高橋 上からの指示がなかったからです。そこに薬剤師がいて、この薬が使いたいと言っても、保健所が管理しているものではなく送ってもらったものだったため現場では判断できなかったのです。また、段ボール箱いっぱいに詰められた薬を一つひとつ取り出して整理する必要もありました。そこに人手が割かれて

しまい、薬剤師本来の仕事に影響が出ることもありました。

それを教訓に、東京都薬剤師会では東京都医師会やさまざまな機関と連携した研修会などで話し合いを重ねてきました。そして、もし東京が被災した場合、医療チームが派遣された後は医薬品の配送を止めてもらうことにしました。また、配送については医薬品卸会社に一任します。ロジスティクスの知見を活用して、医薬品を分類して届けていただくことすぐに使える状況をつくります。

尾崎 災害時の医療は時間との闘いでですから、非常に大事なことですね。2024年の能登半島地震の状況はいかがでしたか。

高橋 薬剤師が派遣される前に薬が届いていて、在庫や管理の状況がわかつた上で行くことができ、DMATが被災地に入ったときにはいつでも動ける形になっていましたね。

今、東京都薬剤師会では関東1都6県の薬剤師会と連携を結び、被災した際は相互に薬剤師を派遣する体制をつくりたいと思っています。人材を派遣するとき、被災地にある医療機関や薬局がどのような活動を行うのか事前に把握しておくことが非常に重要になります。災害対策の方針は各県によって少しずつ違い、それを知らずに東京の考え方で動いてしまうと、かえって邪魔することになりますから。その地域の薬局や薬剤師はこう動くんだ、ということがわかれれば支援の仕方も明確になります。

各県によって起きやすい災害も違います。たとえば茨城県は洪水が頻繁に起こるため、その点に関する対応力が





高い。浸水時に医薬品はどう保管したらよいかといった話を聞くことができます。こうした知見を1都6県でシェアしながら今後の体制づくりに取り組んでいきたいと思っています。

また、東京都の委託事業に災害時薬事活動リーダー研修があります。東京都医師会とも連携して、東京の各二次医療圏において6年かけて実施してきました。現在は研修内容を新しい段階に進めるために議論を重ねています。

それとは別に、東京都が任命する災害薬事コーディネーターの研修も東京都薬剤師会で行うために東京都と話を進めています。まだ各区市町村では浸透しきっていませんが、これから東京DMATなどと一緒に動ける状況を全般的につくり、さらに他県との横のつながりがなければと考えています。

尾崎 災害対策に関しては、東京都医師会でもさまざまな機関と協定を結んで対応にあたることとしています。災害やパンデミックへの備えとして、臨時医療施設を広範囲に整備しておく必要があります。そして高橋会長がおっしゃったような連携や、特に医薬品においては備蓄も大切になりますね。

災害発生後の72時間はDMATによる急性期の治療が最重要です。その3日間が過ぎると今度は医療機関や避難所がどれほど生き残っているかという問題になります。DMATの活動を引き継ぎJMATが入って内科を中心とした長期的な医療支援を行いますが、災害前に日常的に治療を受けていた人の薬がなくなるような事態が起きてくる。そのとき医師、看護師、事務職員などで組んでいるチームに薬剤師の方も入っていた

だいて、処方から服薬指導まで一緒に行っていく形になっています。

高橋 東日本大震災の際はお薬手帳が非常に役に立ちました。医薬品の在庫を確認しつつ、ドクターと代替薬の相談をしながら調剤を行いました。ただ、患者さんは普段と違う薬を飲むことに非常に抵抗があって説明に苦心しましたね。

尾崎 被災された方が身を寄せる避難所の環境も見直さなければいけません。それが今一番私がやりたいこと、能登半島地震でも変わらなかった体育館の雑魚寝からの訣別です。災害に遭いながらも生き残った人が、避難所生活でさらなる困難を強いられるのはあまりにも酷です。心身が弱って災害関連死に至る事態は環境改善で防げるはずです。ただ、各自治体に任せると予算面で難しいでしょうから、東京都が財源を投入して整備するべきだと提言しています。

高橋 私も少し前に都庁の感染症対策部の方と話をする機会がありました。コロナ禍で医療機関は発熱外来をつくり、一般外来と分けて対応しましたよね。しかし、医療機関で処方箋が出ると結局は薬局で一緒になってしまいます。それが私は非常に嫌で、空気感染の可能性があるときに感染症対応の薬局を指定することはできないかと聞いたのです。症状が出た人が行く薬局を決めておく。数を増やすわけではなく地域の中で数軒に絞る。その代わり非常に高いリスクに対して東京都は補助金を出す。そうした対策も今後は考えた方がいいと思います。



02

医療の体制も薬剤師の意識も変えなければ これからの時代を乗り切れない

尾崎 有事に限らず平時まで視点を広げましょう。2024年10月から長期収載品の選定療養がスタートしましたが、薬局での対応や負担についてはいかがですか。

高橋 制度をつくって周知するのは国の役割ですが、国民に対して特に宣伝もないまま始めてしまいました。厚生労働省からは薬局で対応してくださいと投げられましたが、窓口で説明するにも制度の内容が難しい。これはあまりにも理不尽だと記者会見で主張させていただきましたが、国としてはパンフレットやウェ

ブサイトがあるといいます。それを見て全て理解してくれる人がどれほどいるでしょうか。結果として薬局に立つ我々が批判されてしまいました。

我々としても特別の料金の計算は未だにレセプトコンピュータに任せている状況です。薬価を点数に置き換えた上で後発品置き換え率や経過年数などから計算するため、先発医薬品と後発医薬品の単純な差額ではないのです。薬価にあまり差がない場合は後発薬の方が高くなる逆転現象も起きます。

患者さんは、先発医薬品はブランド

品、後発医薬品は安からう悪からうの感覚を持たれていたように思います。それが今回の制度で後発薬置き換え率が初めて9割を超えるました。その点を踏まえると、患者さんは薬に対してそこまでこだわりや意識を持っていなかったのかと今は感じています。

尾崎 薬局や薬剤師の方の責任ではないにも関わらず、不満が集まってしまうのは不本意ですね。

高橋 ある意味で諦めの境地もあります。薬局で対応する薬剤師が慣れてしまった面もあると思います。カスタマーハラスメントの観点からアンケートを取ったのですが、選定療養に関しては多くありませんでした。近年、頻繁にメディアで取り上げていただいているのが功を奏しているようです。

後発品の安定供給にも問題はあります。深刻なのは呼吸器系の抗生素などで、ご迷惑をおかけしているという認識があります。薬剤師側からすると、せっかく医師の方が患者さんを診て処方したお薬が出せず、代替薬について疑義照会をかけるなどしているのが現状です。

尾崎 国の方ではOTC類似薬の保険適用除外が議論されています。医療費4兆円削減のための施策とのことです。これは医療や医薬の成り立ちを無視した乱暴な話です。そうした思考で医療は効率化できるものではありません。

まず患者さん側はOTC医薬品についての理解がまだ不十分です。保険適用の医療用医薬品は保険医が処方します。そうではないOTC医薬品を買うときに自分で判断できず医師に相談しては意味がありません。自身の健康状態やアレル



ギーや飲んでいる薬などについてある程度把握するセルフケアが肝要になります。そしてセルフケアは7つの柱からなります。まず健康リテラシー、検査、口腔ケア・衛生管理、禁煙、運動・睡眠、食事に取り組むことが大きな流れ。その上で軽度の不調があった場合に、自分で手当てするのがセルフメディケーションです。健康に関する正しい情報を得て判断できるヘルスリテラシーを身につけるのが最初で、OTC医薬品を使うのは最後なんですね。そのステップを飛ばしていきなり薬局で治療薬を購入して治癒しようとするのは難しいわけです。また、医療用医薬品は医院と薬局でそれぞれ説明を受けて時間がかかりますが、薬局でOTC医薬品がすぐに手に入れば短時間で済みます。薬の値段だけでなく時間や労力なども含めたコストで考えるべきです。

現状では薬局や薬剤師の方も対応しきれないと思います。対応の仕方もばらつきがあるのではないかと思う。たとえば、風邪薬を買いに来た人に「かかりつけ医に処方してもらった方がいいですよ」と伝えるだけのところもある。それで終わらせず「どんな薬をもらっているか」「お薬手帳はあるか」「だったら風邪薬は相互作用がない」ところまでやらないとセルフメディケーションは成立しません。ぜひかかりつけ薬局に啓発していただきたいところです。

そうした患者側と薬局・薬剤師側のお互いが準備不足の中で、いきなりOTC類似薬の保険適用を外そうとするのは議論が浅いと言わざるを得ません。

高橋 OTC医薬品に触れてない若い薬剤師は結構いて、たとえば調剤に特化し



た薬局に就職して処方箋を見て処方薬を出すことが仕事になっています。OTC医薬品の対応をするとき、尾崎会長がおっしゃられた、アレルギーや体質について質問したり、相談をされたりしたときに受け止められるまで成熟していない状況があると思います。それは認識していて、東京都薬剤師会としては研修会を開いて若い薬剤師の底上げを考えています。薬局で薬を売るだけではなく相談を受けて応える体制ができるか。薬局の中でもリテラシーを向上していかなければなりません。

かつては家に薬箱があって家庭薬が置いてありました。親も自分の子どもが何を飲めば何に効くかがわかっていて、薬局で買っていた習慣が時代とともになくなり、調子が悪くなったら病院に行って先生が出てくれた薬を飲む。それに頼りきって、真夜中でも開いている病院や薬局を探して行くようになると、尾崎会長が最も心配されている医療資源の枯渇につながります。本来は朝まで様子を見て収まらないときは病院に行く流れが一番いいはずです。その健康リテラシーの考えがあれば我々も対応がしやすくなります。

尾崎 重い持病もなく普段は健康な人が高熱が出たそのうちに重篤化することはほぼありません。そして1日様子を見ると、さまざまなことがわかつてくるわけです。熱は続いているのか下がったのか、感染症のウイルスも増えてきますから検査すればきちんと陽性反応が出ます。それを当日すぐに調べても偽陰性になる可能性があります。そういうことを考えず、ただ皆保険制度だからと具合が悪くなったらすぐ診てほしいと来られても、限りある医療資源では受け止められません。今後、超高齢化が進み医療費が4倍、介護費が10倍になるということは、それだけ医療を必要とする人が激増して、外来も入院も在宅医療も全て埋めていくわけですから、セルフメディケーションが必要な時代になります。それで浮いた分をずっと上がっていない初診料や再診料、入院基本料などに上乗せして、診るべき人をきちんと診ればやつていいける体制に変えなければいけないと思います。

高橋 薬剤師側の意識も変える必要があります。薬局で毎回同じ薬が出ている人に毎回同じ薬の説明をする、そんな馬鹿な話はないですよ。いつもの湿布の枚



03 医療と医薬と都民が協力して ともに東京を守る体制をつくっていく

数が増えたときに「どこか痛めたの?」と聞けば別の話が出てきます。そうした変化の聞き取りができれば、OTC医薬品の販売時も相談に乗ることができます。マニュアル一辺倒の対応では今後の時代を乗り切れません。

また、政治はどうしても議論を万人受けする方向に持っていくとします。それで本当に必要な医療費を減らしたしわ寄せが社会保障費にきている気がして仕方ありません。

尾崎 政治家や経済人が口を揃えて言う「効率化」がそもそも間違います。たとえば新しい電化製品の発売初期は性能の割に高価です。それが1~2年経てば高性能かつ低価の商品が出てきます。医療も同じ感覚で安く提供できるはずだと考えるわけです。

しかし医師も薬剤師も看護師も、相応の年月をかけて国家試験を通して資格と知識と技術を持った人の集まりです。その人件費を削減することはできません。企業の人材でも同じでしょう。医療や介護や看護は全て積み重なってきた歴史と知見の上に成り立っています。そして人と人が介在しないとできない仕事です。電化製品を製造して販売するというプロセスだけで済む仕事と同じように効率化の流れにつなげて考えてはいけません。役人は役所の机で医療費削減の計算だけするのではなく、現場を見ていただきたい。もし診療報酬の点数を減らすのなら、その点数がつく現場に足を運んで実態を見て判断した上で決めてもらわないと困ります。

高橋 東京は広いため、地域ごとに行政と医師会と薬剤師会が連携して各自で動いています。その各二次医療圏の活動内容の差異についてアンケートを取り、都全体の均等化を図りたいと考えています。ただ、大きな病院が密集する都心部は医療資源が多い一方で、西多摩や島しょ部に行くほど資源は少なくなり活用方法も大事になります。薬局がない薬剤師がいない過疎化の問題も含めて、東京都と話をしながら進めるべき今後の課題です。

尾崎 東京都自体は他の道府県とは全く違う未来になるのは確かです。そもそも二次医療圏とは地域で完結しようとするものです。それが東京では、例えば八王子から中央線に乗れば1時間ほどで都

心に到着できてしまう。だから途中の二次医療圏をいくつも通り越して、がん研究センターに行く人が絶えません。山を越えなければ他に行けない地方は二次医療圏が機能しますが、その考え方で無理やり東京にもつくってしまった弊害です。中央線、西武線、京王線など沿線によってさまざまな人の流れがあります。それを無視した医療圏の区分は、むしろ分断政策とも言えます。ですから先ほどおっしゃった西多摩や島しょ部を除いて、東京の二次医療圏は一つにしましょうと言いたいですね。

高橋 私も全く同じことを考えていました。地域医療構想調整会議で病床の話がありますが、二次医療圏を越えて都民



が移動してしまうと関係なくなってしまう。二次医療圏の切り方も鉄道を考えずに区分しているため意味をなしていませんね。

尾崎 東京が一つになって健康を守る体制をつくっていく、東京から日本を元気にしていくことに取り組んでいきたいと思います。そうしたことは本来は国がやるべきなのに、何もしないから何も動きません。自分たちでできることはもっとたくさんあるはずです。

法政大学経済学部の菅原琢磨教授は、2年ほど海外留学されて各国を見て回った結論として、日本が一番いい国だとおっしゃっています。それを日本に住んでいる人が実感できる政治はできているでしょう

か。物価高に苦しむ飲食店経営者は商品の値段を上げざるを得ません。それでもきちんと売れるように働く人の給料も上げなくてはなりません。誰もが一生懸命働いていて、医師も薬剤師も薄利多売で踏ん張っているのに「さらに効率化を」なんて話はおかしいでしょう。

高橋 そして薬価を下げ続ければ、製薬会社が利益を確保できなくなつて創薬が止まるという事態につながりかねません。原薬が全て国外に流出してしまうと、有事の際は中国やインドといった大国が薬を押さえて、日本には何にも入ってこなくなってしまいます。

尾崎 そういった意味でも日本は戦争してはいけない国なのに、核武装の議論が

なされているのは悲しいことです。

明るい話題は少ないですが、災害やパンデミックについても、セルフケアやセルフメディケーションについても、都民が一緒にになって協力する姿勢が東京を元気にしていく鍵になると思います。これまで通り全てのサービスが受けられることは今後は難しいですが、医療側も頑張るので都民も任せにせず頑張ってもらえば、日本の良さを生かした医療や医薬の提供体制を共創していくことはできます。ともに東京を守るために今後も真摯に取り組んでいこうと思います。本日は医療と医薬について議論を深めるお時間をいただき、ありがとうございました。

