

第1回薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループ

日時 令和4年2月14日(月)

16:00～

場所 田中田村町ビル(8E会議室)

開催形式 Web併用会議

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第1回薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループを開催いたします。構成員の皆様にはお忙しい中、御参加いただき、ありがとうございます。初めに事務局から連絡事項を申し上げます。本日の会議は、新型コロナウイルス感染対策のため、対面の会議とWeb会議を併用しております。会議の内容は公開することとされており、傍聴者にYouTubeでのライブ配信を行っております。また、厚生労働省全体の取組といたしまして、審議会等のペーパーレス化を進めております。本日はペーパーレスでの開催とさせていただきますので、資料はお手元のタブレットを操作して御覧いただくこととなります。操作等で御不明点等がございましたら、適宜事務局がサポートいたしますので、よろしくお願いいたします。

続いて、議論に御意見、御質問をされる構成員の方々にお知らせします。まず、会場にお越しになって御参加いただいている構成員の皆様におかれましては、発言がある場合、挙手していただき、座長から指名されましたら、卓上のマイクを御使用いただき、御発言いただきますよう、お願い申し上げます。また、Webで御参加いただいている構成員の皆様におかれましては、Zoomの挙手ボタンを押していただきますよう、お願い申し上げます。その後、座長から順に発言者を御指名いただきますので、御発言いただく際は、マイクがミュートになっていないことを御確認の上、所属と氏名を告げてから御発言をお願いいたします。御発言時以外はマイクをミュートにさせていただきますよう、お願いいたします。音声の調整が悪い場合には、チャットによりメッセージをお送りください。そのほか、動作不良等がございましたら、事前にお伝えしている事務局の電話番号まで御連絡ください。

それではまず、開催に当たり、鎌田局長より一言御挨拶申し上げます。

○医薬・生活衛生局長 皆さんこんにちは。医薬・生活衛生局の鎌田でございます。一言御挨拶を申し上げます。まず、先生方におかれましては、御多忙の中、ありがとうございます。また、日頃から我々に御支援、御教示いただきまして、感謝申し上げます。

本日から御議論いただきます薬局薬剤師の業務・機能、あるいは役割については、つとに様々な批判、御指摘がございます。医薬分業で患者負担が増えているけれども、メリットは何なのか。そもそも分業に意味があるのか。あるいは、薬剤師・薬局は求められる意義・役割を果たしているのか。ときには聞くに耐えない表現で揶揄されることもあります。厚労省では、患者のための薬局ビジョンを作成いたしまして、患者本位の薬局の在り方ということで、門前からかかりつけ、そして地域へということで、考え方をまとめました。薬局再編の全体像として、薬局が機能を発揮することをお示しし、かかりつけ薬剤師としての役割を発揮してほしいということで、対物から対人へということで進めております。そして、情報の一元化、あるいは連携という観点から、ばらばらから1つへということも伝えております。

しかしながら、現状としては、特定の1つの医療機関からの処方箋が9割を超える薬局

が約 35%、医療機関を 3 か所受診する患者の半数近くが 3 か所以上の薬局を利用しているというデータが報告されております。また、データの取り方もありますが、面分業と言われる薬局が 2 割から 3 割程度という状態です。更に情報の共有の仕組みを作りましたが、利用は進んでおりません。そのため、調剤などの対物業務を行うだけで業が成り立っている、あるいは、依然として調剤の割合が高く、OTC はほとんど扱っていない、処方箋を持っていないと入りづらいという御指摘がございます。

こうした薬局薬剤師の現状はこのままではいけないだろうと。まず、外部環境としてもその変革を促していると考えております。皆様の御指導・御協力により法改正をいたしまして、薬局の認定標準を入れましたが、形式的に基準を満たして数を増やしても意味がないものであります。具体的に何をするのかを考えていかなければなりません。そのときのキーワードは連携でありまして、地域とのつながり、医療機関とのつながり、あるいはそもそも患者とのつながりがあるのではないかと考えております。

さらに DX、ICT への対応がございます。本通常国会には、電子処方箋の仕組みを導入する法案を出します。また、オンライン服薬指導も進んでおります。ハードウェアの対応により、業務の変化・効率化が求められますが、合わせてそこで提供するサービス、ソフトが変わっていかねばなりません。それこそ対人力の強化が必要ですし、そこで初めて薬局薬剤師が差別化されていくものと考えております。そして、服薬指導、フォローアップもあります。そして、リフィルも加わってまいります。これは服薬期間中だけでなく、服薬状況や副作用発現の有無を把握して、それをどうフィードバックするかが必要となってまいります。

さらに、新しい薬事承認制度、それまでも先駆け、あるいは条件付き、特定用途もございます。今度は緊急の承認制度も始めます。それには入念な安全対策が必要となります。そこで、市販後の安全対策が必要となりますが、薬局薬剤師がそれを果たしていけるのか。無論、先般の OTC の品質問題では事件の端緒が薬局からの報告だったという一面もありますが、それをもっと強化していかなければなりません。

さらにセルフメディケーションですが、OTC を売るだけでセルフメディケーションと言えるのか、セルフケアがあつてのセルフメディケーションですので、健康に関する関心、正しい理解、予防、健康づくりにどう薬局が関わっていくのか。この変革の動きを決定的にしているのが新型コロナへの対応です。ウィズコロナ、ポストコロナを考えますと、これを迅速に進めなくてはなりません。医療機関との連携、宅配や治療薬を在宅に運ぶこと、決済手段の転換、検査への協力ということは現実的に求められています。これまでの姿、立ち位置、ビジネススタイルでいいのか、待ちの姿勢で高コスト体制のまま薬局の経営は成り立っているのか。医療機関の近くで調剤してもらうだけでいいのか、買物のついでに調剤してもらうことが本当に対人業務を果たしていると言えるのか、マスクなどの衛生用品を扱っているのか、患者疑いの方、軽症の方をきちんと医療機関に結びつけることができるのかといったことが問われると思います。薬剤師は生活背景を含めてしっかりと人

をみる薬剤師、そして地域の人たちから求められる薬剤師にならなければならないと考えております。薬局は地域に根付き、医療機関をはじめ、様々な方とつながりのある薬局にならなければならないと考えております。

本日、様々な立場の方に御参加いただいております。活発な議論を期待されるところでありますが、決してまとめることだけが目的ではありません。そうした御意見があることが、今の薬局薬剤師の現状だと考えており、我々もそれを踏まえた対応を考えてまいります。活発で自由な御議論をお願いいたします。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 続いて構成員の紹介です。構成員名簿の順に御紹介いたします。本日は第1回ですので、一言御挨拶いただきますようお願いいたします。なお、本ワーキンググループの主査については親の検討会の西島座長に御相談し、赤池先生をお願いしております。また、主査代理については、開催要項に基づき赤池構成員から印南構成員を御指名いただいております。それでは、構成員を紹介させていただきます。和歌山県立医科大学薬学部教授の赤池構成員。

○赤池主査 赤池でございます。どうぞよろしくお願いいたします。本ワーキンググループで主査を承っております。これから薬剤師・薬局の在り方について是非、構成員の先生方に活発な御議論を頂き、今後の薬局薬剤師の向上、進むべき道をまとめさせていただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 続いて、公益社団法人日本医師会副会長の猪口構成員。

○猪口構成員 日本医師会の猪口と申します。今回、薬剤師の機能ということでございますので、いろいろ私どものほうでも考えを述べさせていただけたらと思っております。よろしくをお願いいたします。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 続いて、慶應義塾大学総合政策学部教授の印南構成員。

○印南構成員 慶應義塾大学の印南です。高齢者医薬品適正使用検討会等、皆さんにはお世話になっております。本日の資料の中に規制改革実施計画が入っておりますが、スピード感を持って医療分野のデジタル化を進めることが、政府・与党の合意であります。デジタル化を進めるとともに、対物業務の効率化を図ることが対人業務の充実につながり、医療安全に貢献し、患者及び意欲的な薬剤師の選択肢を拡大すると考えております。本ワーキングにおいては、薬剤師の高度な専門知識を現場で一層いかせるように、リアクティブな議論でなくプロアクティブな議論を行えることを期待しております。よろしくお願い致します。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 続いて、医療法人社団悠翔会理事長・診療部長の佐々木構成員。

○佐々木構成員 皆さん、はじめまして。医療法人社団悠翔会の佐々木と申します。私は在宅医療に従事している内科の医師です。在宅の現場で高齢者を診ていますと、多くの患

者さんたちが飲みきれないほどの薬を抱えてポリファーマシーの状態であつたり、大量の残薬が残されていたり、様々感じるころがあります。高齢化に伴い医療ニーズが著しく変化していると思ひますけれども、先生方に教えていただけると有り難いと思ひております。どうぞよろしくお願ひします。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 続いて、一般社団法人日本チェーンドラッグストア協会理事の関口構成員。

○関口構成員 関口でございます。東京の新宿で龍生堂という薬局を経営しております。薬剤師として、このような会議に出させていただけるということで、いろいろ勉強させていただきたいと思ひます。どうぞよろしくお願ひします。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 株式会社ファーマシィ医療連携部部長の孫構成員。

○孫構成員 株式会社ファーマシィの孫でございます。現場が分かる薬剤師ということで今日お声掛けいただいたものと思ひております。私自身も在宅医療に長く関わっております。どうぞよろしくお願ひいたします。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 株式会社 NTT ドコモビジネスクリエーション部ヘルスケアビジネス推進室室長の出井構成員。

○出井構成員 NTT ドコモの出井でございます。よろしくお願ひいたします。ウィズコロナの中で変わる生活の中に、ICT がどういう形で皆様の生活の役に立てるかという観点で業務を進めております。本日このように専門家の皆様とともに生活者の目線でどうあるべきかという姿を議論させていただければと思ひます。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 続いて、公益社団法人日本薬剤師会常務理事の橋場構成員。

○橋場構成員 日本薬剤師会常務理事を拝命しております橋場と申します。私自身も薬局を 25 年以上してござりまして、まさかこのような場面で発言をできる機会を持つとは思ひもよりませんでした。この長い経験の中で、いろいろな形で薬局業務に携わってきましたので、この経験をもとにして発言し、将来の薬局薬剤師のある意味道しるべみたいな形を議論できるといいかなと思ひております。どうぞよろしくお願ひします。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 一般社団法人日本病院薬剤師会副会長の林構成員。

○林構成員 皆さんこんにちは。日本病院薬剤師会で副会長を拝命しております林でございます。私自身は、東京の虎の門病院に勤務してござりまして、患者さんとの接点、チーム医療における多職種連携、薬剤師としての専門性発揮などに関わっている経験もござります。今回、薬局薬剤師の皆さんの業務あるいは機能に関わるワーキングに参加させていただいて、皆さんと様々な建設的な議論をさせていただけることを楽しみにしてござります。今、病院におきましては医療機関間の連携も大変大切になってござりますし、IT の導入も大変大事になってござりますし、もちろん、薬局の皆さんとの連携も患者さんのフォローアップ、バックアップ、そして様々な医療の局面で大切になってきてござります。この機会にいろいろな未来につながるお話になるといいかなと思ひて参加させていただきました。どう

ぞよろしく願いいたします。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 一般社団法人日本保険薬局協会常務理事の藤井構成員。

○藤井構成員 日本保険薬局協会の藤井と申します。どうぞよろしく願いいたします。私自身、個人のドラッグストアさん、そして個人の調剤薬局、そして今のアイセイ薬局ということで、いろいろな形態の薬局で経験をしてまいりました。やはり医薬分業が始まってから、大きな流れがどんどん変わっていく中で、私たち薬剤師に何が求められ、あるべき姿としてどうしていくべきかということでこの議論に参画させていただきありがとうございます。少しでも自分の経験、今の状況と合わせながら発言できればと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長の山口構成員。

○山口構成員 COML の山口でございます。私たちは患者の立場で、主体的な医療参画を目指して、1990年から活動してまいりました。現在32年目の活動を進めております。これまでに6万件の全国の患者家族の生の声ということで電話相談を実施してまいりました。そんな中で、厚労省の委員もたくさん務めさせていただいておりますが、2015年の健康サポート薬局を議論するところから、特に薬局については私自身関わってまいりまして、薬局の体制について医薬品医療機器制度部会でも発言を続けてまいりました。残念ながら7年前に言っていたことと同じことを言い続けているのが現状だと思っております。今回、親会である「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会」の構成員でもございますけれども、より突っ込んだ議論をこのワーキンググループでできるということで、患者自身が薬局や薬剤師の意義を認め実感できるような、本当の変革につながるような議論ができればと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 ありがとうございます。このほか、本日は参考人として、上田薬剤師会の飯島裕也理事、東京薬科大学教授の益山光一教授にも御参加いただいております。

続いて事務局を紹介させていただきます。医薬・生活衛生局長の鎌田、大臣官房審議官医薬担当の山本、医薬・生活衛生局総務課長の田中、私は総務課薬事企画官の太田です。

最後に資料の確認です。Web参加の構成員の皆様におかれましては、事前にメールで資料をお送りしております。直接会場にお越しいただいている構成員の皆様におかれましては、お手元のタブレットを御覧ください。資料1-1、ワーキンググループ開催要綱、資料1-2、ワーキンググループの進め方(案)、資料2、薬局薬剤師に関する基礎資料(概要)、資料3-1、対人業務の充実、資料3-2、飯島裕也参考人からの提出資料、資料3-3、益山光一参考人からの提出資料です。また、参考資料として、親検討会の取りまとめと、薬局薬剤師に関する基礎資料(その他)を付けております。冒頭の説明は以上です。それでは、以降の議事進行は赤池主査をお願いいたします。

○赤池主査 本ワーキンググループの座長を仰せつかっております赤池です。どうぞよろしく願いいたします。最初に、本日の構成員の出席状況について、事務局より報告をお願いいたします。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 構成員の出席状況について、本日は構成員全員の方に御出席いただいております。なお、赤池構成員、関口構成員、出井構成員、橋場構成員、藤井構成員、益山参考人は、会場から御参加いただいております。

○赤池主査 議事に入ります。本日は事前に構成員の先生方に資料が送られていると思いますが、議題としては、1番はワーキンググループについて、2番として対人業務の充実について、3番はその他です。では、最初の議題、ワーキンググループについて、事務局から資料の説明をお願いいたします。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 事務局より、資料 1-1、資料 1-2、資料 2 について御説明いたします。まずは、本ワーキンググループの開催要綱について、資料 1-1 を御覧ください。本ワーキンググループは、令和 2 年 7 月から開催しております「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会」の開催要綱に基づきまして、検討会で抽出された薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関する課題の検討並びにそのために必要な情報の収集及び整理を行うことを目的として開催することとしています。検討項目、構成員、運営等は資料に記載しているとおりです。

続いて、資料 1-2 を御覧ください。2 ページ目、本ワーキンググループ設置の背景です。本格的な少子高齢化社会が進む中、コロナ禍もあいまって、地域医療における薬剤師の役割も強く期待されているところです。一方で、AI、ICT 等の技術発展により、薬剤師の業務を取り巻く周辺環境が変化し、それに伴い、薬剤師の業務自体も変化が見込まれています。また、本ワーキンググループの親検討会である「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会」では、昨年 6 月に取りまとめられた提言の中でも、薬剤師が地域包括ケアシステムの中で、この業務や意義を関係者に伝える必要があります。ICT 対応も含め、対物中心の業務から対人中心の業務へのシフト、さらにはそれによって得られた患者への成果を把握・検証する方法を検討すべきとされているところです。以上を踏まえ、今後の薬剤師・薬局業務の在り方及びそれを実現するための具体的な対応策について、本ワーキンググループで検討することとしています。検討内容としては大きく 3 つ、対人業務の充実、医療安全の確保を前提とした対物業務の効率化・高度化、地域における薬剤師の活用、薬局の機能強化を挙げています。

資料 3 ページは、検討内容について親検討会における主な御意見をまとめたものです。全体としては、各論のアウトカムが全体像にどう結び付くのかをイメージした上で議論することが必要、平成 27 年に策定された「患者のための薬局ビジョン」の原点を踏まえて議論をすべき、医薬分業における薬局の役割・意義を患者が認識できるような方向での検討が必要、といった御意見を頂いています。特に地域における薬剤師・薬局関連の内容については、地域における医薬品提供体制、機能分化した薬局の役割の明確化、医療機関等

との連携について検討すべき、さらには、敷地内薬局に関するコメントも頂いたところで  
す。

これらを踏まえて、ワーキンググループの今後のスケジュール(案)について、資料の 4  
ページを御覧ください。本日の第 1 回のワーキングから 6 月までの間に、4 つのテーマに  
分けて 6 回ほど議論を行い、7 月に親検討会に報告することを目途としています。各テー  
マは互いに連動する部分もあり完全には切り離せない内容ですので、後半には議論の整理  
の回も設けています。

続いて、5 ページ目を御覧ください。議論の前提として、薬局薬剤師の主な業務を洗い  
出し、全体像としてまとめたものです。(1)医療保険・介護保険分野として、主に処方箋  
応需部分の対応。(2)は一般用医薬品等の販売として、OTC の販売や健康相談等の対応。  
(3)その他としては、薬事衛生関連部分の業務に分けています。さらに、各業務を行う上  
での基盤として、対人業務を行う上での基盤、対物業務を行う上での基盤の主なものを挙  
げています。この全体像について、ワーキンググループで議論をする回ごとに整理して色  
分けしたものが資料の 6 ページです。見ていただくと分かる通り、それぞれの回のテー  
マが明確に分けられない部分は、便宜上整理させていただいているものもあります。例  
えば、対人業務としては、処方箋応需のほかに、一般用医薬品の販売や多職種との連携と  
いうものも挙げられますが、処方箋応需以外のこうした業務については、第 4 回の地域に  
おける薬剤師サービスの提供の回に検討するという整理をしています。また、第 2 回の  
ICT 関連の回については、対人・対物の区別なく、広く議論していただくことも想定して  
います。

続いて、7 ページ目を御覧ください。全体のコンセプト、各回の論点イメージを記載し  
ています。コンセプトとしては、国民の医療の質の向上、健康増進のために地域の薬剤師  
の人的資源を有効活用するという目的のため、患者のための薬局ビジョンを基本的な考え  
方として、ICT 等新たな技術を活用した薬局薬剤師の業務や薬局の在り方について検討す  
るとしています。各回における論点(案)については、各回でフィックスというものではな  
く、あくまでイメージしていただくに当たり、案として提示させていただいたもので、議  
論の途中経過で論点についても変化しうるものと考えております。よって、御意見等があ  
ります場合には、この場で詳細に議論をするのではなくて、会議終了後等に別途、事務局  
のほうに頂ければ、今後提示していく論点に反映させていければと考えています。

続いて、資料 2 を御覧ください。資料 2 は薬局薬剤師に関する基礎資料として準備いた  
しました。時間の関係で内容の詳細の説明は省略させていただきますが、薬局の数の推移  
や薬剤師数の推移等、関連の基礎データを集めたものです。主な部分のみ紹介させていた  
だきます。

資料の 2 ページを御覧ください。薬局の数について、現在約 6 万軒の薬局、20 店舗以上  
経営する薬局の割合は増加傾向にあり、6 万軒の薬局に従事する薬剤師は約 18 万人です。  
4 ページには処方箋受取率を示しています。令和 2 年度で 75.7%に達している一方で、資

料の 6 ページ、処方箋集中率が 90%を超えている薬局が約 35%です。さらに 7 ページ、薬局の立地には、診療所の近隣が約 6 割と最も多く、次いで病院の近隣が約 2 割とあります。8 ページ目からは主に薬剤師の数についてです。11 ページ、各国の薬剤師数の比較では我が国が最も多く、その伸びも大きいことが分かります。14 ページからは、昨年度実施した薬局の利用に関する質問調査の結果を記載しています。薬局薬剤師に相談したい内容としては、処方された薬について、薬の飲み合わせについてが多く、患者の約 85%が薬剤師の説明や相談に満足しているという結果がある一方で、健康サポート薬局については約 91%の患者が知らないと。さらには 15 ページのように、かかりつけ薬局・薬剤師を決めている方は約 8%。薬局は 1 つに決めているが薬剤師は決めていないという患者は約 18%でした。かかりつけを決めていて良かったことは、生活状況や習慣などを理解してくれた上で薬の説明をしてくれた、服用している全ての飲み合わせについて確認してくれた等が挙がっていますが、国民全体としては、薬局薬剤師の役割や意義が十分に理解されていない、かかりつけ薬剤師や健康サポートといった機能も十分に活用されていないという結果であったと考えられます。

資料 16 ページからは、患者のための薬局ビジョンの進捗状況を把握・評価する指標としての KPI 及びその実績を記載しています。現状の KPI としては資料の下に 6 項目お示していますが、その中の患者のための薬局ビジョンにおいて示す、かかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数に関しては、資料中ほどに掲げた 4 項目を挙げており、具体的な数値については 17 ページにお示ししています。目標値としては、この 4 項目のいずれかを満たす薬局について、2022 年度までに 60%とすることとされており、現時点で 75.7%の結果となっています。

最後に、18 ページは薬機法等制度改正について、厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会の取りまとめとして、医薬分業の今後の在り方について別途取りまとめが作成されており、その一部を抜粋したものです。制度部会でも医薬分業の在り方、薬剤師・薬局の在り方については厳しい御意見を頂いているところでもあり、本ワーキンググループ、親検討会での検討結果については、この制度部会にも報告させていただく予定です。事務局からの説明は以上です。

○赤池主査 説明ありがとうございました。ただいま事務局から、ワーキンググループの進め方、薬局薬剤師に関する基礎資料について説明していただきましたけれども、構成員の先生方から、この 2 点について御質問、あるいは御意見等はございますか。ワーキンググループということですので、親委員会と違う点があるかもしれませんが、先生方から活発に自由に御意見を頂きまして、可能な限りまとめるように努めます。進め方等についてはその場の状況によって、いろいろ御意見を出していただき、本日もそうですが、参考人の先生方からお話いただきますので、そちらについても御意見を頂くこととなります。最後、少し先にはなりますけれども、取りまとめの機会を 2 回ぐらひは少なくとも設ける形で進行させていただく予定になっております。先生方、いかがでしょうか。

○藤井構成員 日本保険薬局協会の藤井です。ワーキンググループの進め方(案)の 5、6 ページの表ですが、対人業務を行う上での主なものということで挙げられてはいますが、自己研鑽というくくりで書かれてはいるのですが、薬局の中でも症例検討会では、人材を育成することも対人業務を行う上での基盤として入るかと思っておりますので、是非、薬局の中にも人材をどう育てていくかという観点を入れていただければと思っております。以上になります。

○赤池主査 ありがとうございます。大変重要な御意見だと思っております。是非、入れていただきたいと思っております。

○橋場構成員 日本薬剤師会の橋場でございます。今回、ワーキンググループでお話を進めるところですけれども、対人業務とか対物業務というような言葉が使われていますが、議論するに当たって仕方ないことかなと思っておりますけれども、このワーキングが始まるに当たって、私も対物業務、対人業務というところを頭の整理をしようと思っております。やはりこの両者は、かなり絡み合っていて、明確に区切ることがなかなかしづらかったです。対人業務が患者さんに接している場面だけみたいなイメージで捉えられて議論されると、それはちょっと違うかなという気がしますので、患者さんのためになる薬物療法の充実という視点で幅広く議論をしていただければと思っております。よろしくお願いいたします。

○赤池主査 ありがとうございます。事務局はよろしいですか。山口先生どうぞ。

○山口構成員 進め方について、資料 1-2 で確認させていただこうと思っていたところ、今、橋場委員の御意見を聞きまして、ちょっと対人業務について 1 つお話ししたいと思います。この薬機法の改正辺りから対人業務の充実ということを言われるようになって、ある都道府県の薬事審議会では行政の方が、「これから対人業務が始まります」というような説明をされたことがありました。対人業務は当たり前の業務であって、それが十分できていないので充実させなければいけない。さらにどんなことをしないといけないかということも今回も議論していくのだと思っておりますので、そのことがきちんと明らかになるような伝え方もしていかなければいけないのではないかなと思っております。

確認したいこととして、資料 2 の 6 ページで、処方箋集中率が 90%以上の薬局は 35%以上とありますが、これはやはり門前が多いということの現れなのか、今、大学病院にはかなり敷地内薬局が増えてきていると実感をしています。かかりつけ薬局やかかりつけ薬剤師という概念の中で、敷地内薬局は逆方向ではないかと思っておりますので、この 35%以上というものの分析みたいなものは出ているのか、最初に確認しておきたいと思っておりますので、事務局の方にお答えいただきたいと思っております。

○医薬・生活衛生局総務課課長補佐 御質問ありがとうございます。事務局です。詳細な分析はしていないのですが、今御説明いただいた 6、7 枚目を総合するとこのようになるのではないかという考え方を御答えさせていただきます。7 枚目を見ていただくと、立地のデータが出ております。その中の敷地内薬局に関しては 4 番で、0.5%となっております。

これはnが762で、アンケート調査の結果なので全部を示したわけではないですけれども、規模感としては敷地内薬局はかなり少ないかと思えます。その点から言えば、6枚目の処方箋集中率が9割を超えるというデータへの寄与に関しては、いわゆる門前薬局と言われるものの寄与が大きいのではないかと推測されます。

○山口構成員 分かりました。ただ、敷地内薬局がどんどん増えていき、これから結構な割合になっていくのではないかと感じています。ありがとうございました。

○赤池主査 どうもありがとうございます。ほかによろしいですか。猪口先生どうぞ。

○猪口構成員 少し意見を、資料2のほうから言わせていただきたいと思います。まず、10ページで、薬局の数が近年非常に増えていることが示されています。また11ページでは、世界の中でもう明らかに薬剤師の数が多いいことも示されています。ここをどのように考えるか、本当にその多い数でそれに見合う仕事をされているのかという観点が、私はかなり重要ではないかなと思っています。それから15ページで、かかりつけ薬剤師・薬局というのが、調査からは、まだ国民からはそのように見られていないというような問題。

それから今、山口委員がおっしゃっていました、敷地内薬局の数はまだ少ないように見えますが、非常に大型の病院の中に増えていますので、規模的にはかなり多くなっていると思えます。これが医薬分業という観点から見て、私は明らかに異なるものだと考えておりまして、このような方向性をもう少し考えないといけないのではないかと。

多面的にこの薬局及び薬剤師の在り方を論じていかないと、今回はなかなか難しい問題が多々あると思っています。特に、世界一多い薬剤師の、その薬剤師としての質を今後どうしていくのかというようなこと。それから正直言って薬局は多過ぎますので、これを今後どのように考えていくかというようなことを、このワーキングで十分にお話ができたらと思っていますので、またよろしく願いいたします。

○赤池主査 どうも重要な御指摘、ありがとうございます。薬剤師の数が多いいという問題と、更にもう1つ、逆に偏在も大きいという問題もあろうかと思えます。いずれにしてもそうした薬剤師数、偏在等についても、このワーキングで是非検討していただきたいと思います。ありがとうございました。印南先生お願いいたします。

○印南構成員 印南です。資料の7ページ、ワーキンググループにおける論点のイメージですが、ここにいろいろ挙がっていて、あとで論点は割と柔軟に追加できるということでしたけれども、現段階で気が付いているところで1つ言わせていただくと、第4回地域における薬剤師サービスの提供にもありますが、薬剤師さんが持っている高度な専門知識を考えると、薬局から把握できる有害事象などの情報は極めて重要ではないかと思うのです。それは個別薬局と患者さんとの間でやりとりしているだけではなくて、地域で共有したり、その場合には個別な薬局というよりは地域の薬剤師会、あるいは関係団体になるかもしれませんが、そういう有害事象等の把握が特にICTを通じて円滑にできれば、現在持っている薬剤師さんも高度な知識をもっといかせると思っていますので、そういう論点も加えることを検討してはいかがでしょうか。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。是非、ICT に関する検討というものも、次回の議題として、そこで検討していただければと思います。ほかにいかがでしょうか。

○出井構成員 出井でございます。今の ICT の活用に関しまして、観点として、第 2 回になるのですが、患者様というか、利用者のほうの ICT の活用というものがあるのかなと思うと同時に、今御指摘がありましたような、地域の中でというのもあると思いますし、第 3 回にあるような、薬局内での ICT の活用というのもあると思いましたので、幅広くその辺りも議論できたらいいと思いました。

もう 1 つが、参考資料の薬局薬剤師に関する基礎資料の 14 ページですけれども、実際に薬局薬剤師さんに相談したい内容というのがこれだけのニーズがあるという所が非常に重要ななと思ってしまして、このニーズをしっかりと満たせるようなことができれば、より患者さん、生活者さんにとってプラスになると思います。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。ほかにいかがですか、よろしいでしょうか。孫先生が挙手されています。お願いいたします。

○孫構成員 資料 2 の 5 ページ目になります。薬局の店舗あたりの薬剤師数ということで、これを見ていくと、薬剤師の数が比較的少ない、1~2 人という小規模の薬局がそれなりの割合を占めているというところが見て取れます。やはりこれからいろいろな役割が求められていく中で、地域の薬局間の連携が、これから非常に重要な鍵になっていくのかなと感じています。個別の項目の中でまた意見を述べさせていただきたいと思っておりますけれども、その地域の薬局間の連携といったような視点も是非、盛り込んでいただくと有り難いと思います。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。これからの検討に是非加えていきたいと思っております。すみません、私から Web で参加されている先生の挙手が見えなくて、ちょっと見落としてしまして失礼いたしました。ほかによろしいでしょうか。もう既に一番最初の進め方の部分で、中身について非常に重要な御意見を頂きました。事務局で把握していただいていると思いますので、これからの議論の中で是非、御検討いただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

それでは、時間の関係もありますので、よろしければ議題の 1 を終わりにして、議題の 2 に移らせていただきたいと思います、よろしいですね。本日は対人業務の充実についてをテーマとして、構成員の先生方に御議論いただくことにしております。議論の進め方としては、まず、資料 3-1 について、事務局からテーマに関する現状や課題、論点を説明いただきます。そして資料 3-2、資料 3-3 により、2 人の参考人の先生方に御説明を頂く予定です。質疑応答については、それぞれの参考人の先生方の御発表の後に、質疑応答の時間を少し設けますので、その都度御質問いただければと思います。

また、資料 3 のシリーズの説明が終わりました後で、厚生労働省のほうから御説明いただく資料 3-1 の論点も踏まえつつ、議論の時間を長く設けたいと思います。効率的に議論を進めるためですけれども、初めに資料 3-1 について、厚生労働省の事務局から説明を頂

きますが、そちらのほうは質疑応答は設けなくて、参考人の先生方の説明に移る形で進めさせていただきたいと思います。もし何か御質問があった場合には、最後に資料3全体について討論いただきますので、そちらで御質問いただければと思います。よろしくお願いいたします。それではまず、事務局から説明をお願いいたします。

○医薬・生活衛生局総務課課長補佐 資料3-1、対人業務の充実について説明いたします。資料の構成としては、全体像及び論点を最初に持ってきており、その後に関連資料を付けております。まず、全体像及び論点です。最初に、医療・介護分野の全体像です。一般用医薬品の販売やセルフメディケーションの支援、こちらも薬局における対人業務の重要な点ですが、こちらは第4回ワーキングで御議論いただく予定です。

資料については、処方箋受付時と処方箋受付時以外で整理しております。処方箋受付時には、患者の特性や場面によっては丁寧な聞き取り・服薬指導が必要です。また、下のほうにあります処方箋受付時以外には、調剤後の相談の受付、副作用等のフォローアップ、個別患者の深掘りとして、ポリファーマシーへの対応、さらにこういったことに基づく受診勧奨、医療関係者に情報提供、提案があると整理しております。最近では、フォローアップをはじめとして、処方箋受付時以外の取組も重要視されています。

続いて現状・課題と論点です。こちらは、後ほどの議論の中心となるかと思っておりますので、読み上げさせていただきたいと思います。まず、現状と課題です。1つ目の○です。薬局薬剤師の処方箋受付時以外の対人業務としては、重複投薬やポリファーマシーへの対応、調剤後のフォローアップ、抗がん剤等のハイリスク薬への対応等が行われている。このほか、糖尿病患者への情報提供・声掛け、褥瘡への対応で薬剤師の関与が効果的との報告がある。2つ目の○です。患者のための薬局ビジョンの策定後、対人業務を推進及び均てん化するために、平成29年度から令和元年度にモデル事業が行われてきた。3つ目の○です。令和元年薬機法改正において、調剤後のフォローアップが義務化された。調剤後のフォローアップについては、研究班において既存の手引きの改訂に向けた調査・研究が行われている。4つ目。ポリファーマシーへの対応、ハイリスク薬の服薬指導、吸入薬の手技の指導等について、関連学会、職能団体及び行政等によりガイドラインや手順書等が作成されている。以上が現状・課題です。

続いて論点です。今回の論点は3つあります。1つ目の論点は、薬局薬剤師の対人業務のうち、今後どのような内容を推進すべきか。2つ目は、質の高い対人業務を均てん化するために、どのような方策が必要か。こちらについては、例えばということで記載していますが、研究班等を活用して標準的な手引きの作成を行うなど、薬局薬剤師の業務の参考となる資料の作成を進めてはどうか。3つ目は、薬剤師がスキルアップし、専門性を発揮するため、どのような取組が必要か。特に丁寧な患者情報の聞き取りや高度な薬学的知識を活用する対人業務について、モデル事業等を実施し、効果の検証や均てん化を行うための方策を検討してはどうか。また、薬局内又は地域レベルで日々のスキルアップを行うため、勉強会や症例検討会を推進するための方策を検討してはどうか。以上、今回、事務局

から、3点の論点を挙げております。

続いてこれらの論点に関連する資料です。ここからは、活発に御議論いただく観点から、概略のみ説明させていただきます。最初のスライドです。こちらは、薬局において疑義照会を行った処方箋の割合となっています。処方箋全体の 2.8%で医師に疑義照会が行われている、かつ、その中の約半数で何らかの処方提案が行われているというものです。

続いてのスライドは、今のスライドの参考です。別のデータの取りまとめの仕方ですが、こういった疑義照会がされているのかが下の棒グラフに示されております。かかりつけ薬剤師とそうでない場合がまとめられております。重複投薬、相互作用、残薬等の割合がそれぞれ出ております。

続いて、ポリファーマシーに関してです。まず、ポリファーマシーは多剤服用の中でも害を示すものとされています。ポリファーマシーの原因としては、多数の医療機関を受診する、あるいは、薬の副作用を抑えるために、別の薬が処方されるという、いわゆる処方カスケードにより形成される可能性があります。これらの対応についても、薬剤師が関与しているというものです。

その次のスライドは、フォローアップに関する法改正のスライドです。調剤後のフォローアップの義務が法律上に明記されました。次のスライドは、フォローアップに関する調査の結果です。左側を見ていただくと、フォローアップの方法は約8割が電話で、最も多いということです。右側の棒グラフですが、収集している情報としては、服薬状況、副作用等の状況という回答が多くなっております。

続いてのスライドもフォローアップについてです。こういった患者にフォローアップが必要かを薬局に尋ねた結果です。服薬コンプライアンスに不良がある、薬剤変更があった場合、副作用に注意すべき薬剤が処方された患者等の回答が多くなっていきます。

続いてのスライドは、後ほど参考人から御発表いただきますが、研究班の内容となっております。手引きの改訂やフォローアップの検証を行うといった内容となっております。

続いて、また別の観点です。抗がん剤の治療において、フォローアップを活用した事例となっております。資料は細かいので説明は省略しますが、薬局が抗がん剤治療においてフォローアップすることにより、副作用の発見に効果があったというデータとなっております。

続いて、また別の観点です。糖尿病に関してのスライドです。事前に教育プログラムを学んだ薬局薬剤師が、資料を活用して、1回3分程度の説明や声掛けの介入を行ったところ、6か月後には対照群と比較して、HbA1cが約0.4%低下したという報告です。次のスライドは今の論文に係る資料です。こういった資料で3分間の説明が行われたかというものです。食生活、運動習慣など、様々な資料が使用されているということです。ただ、1回に使用するものはその中から1枚だけで、その際も一方的に説明するのではなく、患者と一緒に考えるというやり方しているということです。具体的には、真ん中の資料では、歩数の目標をどれぐらいにするのかを患者と共に考えるといった資料となっております。

最後に、糖尿病に関する資料を少しまとめております。ビジーなので説明は省略しますが、例えば(1)2型糖尿病患者から薬局薬剤師が受ける質問をテキストアナリシスで分析した結果となっておりますが、治療に関するもの、薬物治療だけではなくて生活習慣であったり、不安、こういった3つのカテゴリーがあるとされております。

次のスライドも薬剤師の関与する部分ということで、褥瘡を挙げております。資料は3枚ありますが、日本褥瘡学会理事の小黒先生から提供いただいた資料です。1枚目は、薬剤師の関わりとなっております。褥瘡に用いる薬剤については、症状によって基剤、主成分以外の成分ですが、これを考慮することが、治療効果に影響を与えていると言われております。その基剤に関して、薬剤師の関わりとしては、訪問診療に同行して、外用薬の基剤を考慮して処方提案したり、介護者への実技指導、処置方法の確認結果等の医師への報告といった観点で関わりがあるとされております。

2枚目は、薬剤師の介入効果となっております。外用薬の選択に関して、1つの考え方としてFuruta methodという方法があります。こちらの方法を使用すると、治療日数が減少するというデータが、右側の棒グラフとなっております。青のバーよりオレンジのバーのほうが短くなっていることが見て取れます。

最後は褥瘡のまとめです。薬剤師の介入効果として、処方提案、実技指導、再発防止効果に加えて、多職種負担軽減につながることをまとめていただいております。

続いて、対人業務に関して、好事例の均てん化、対人業務の手順等の標準化についてです。1つ目は、モデル事業の関係です。こちらのスライドは細かいですが、厚生労働省のモデル事業をまとめたものです。平成29～令和元年にかけて、各都道府県に依頼して実施しております。それぞれ年度ごとにテーマを決めて実施し、成果については好事例として各都道府県等に共有しております。

次のスライドは具体的な取組についてです。2枚付けております。1枚目が残薬整理の連携です。薬局に残薬を持参してもらうことにより、服薬状況を把握したり、その状況を医療機関に提供しております。

次のスライドについては、退院時の医療機関と薬局の情報提供の連携です。薬局に情報提供することにより、入院中の情報が把握できるといった効果が指摘されております。以上がモデル事業の関係です。

続いて別の視点です。標準化や手順の作成等です。幾つか事例を挙げております。まず、ポリファーマシーの関係です。厚生労働省においては、高齢者の医薬品適正使用の指針を作成しています。薬剤見直しの基本的なチャート、処方の見直しのタイミング等の考えをまとめたものを作成しております。その他ポリファーマシーに関してはいろいろな参考とするものがあり、例えば海外へのガイドライン、日本老年医学会のガイドラインといったものが作成されております。このほか抗がん剤、免疫抑制剤等のハイリスク薬と言われるものに関してのガイドラインです。こちらは日本薬剤師会が作成したものでして、薬効群ごとに薬学的管理指導のポイントが簡潔にまとめられています。共通事項と個別薬効群ご

との確認項目に分かれており、例示しているのは糖尿病の関係です。例えば Sick Day 時の対処方法の指導等が挙げられています。

また、標準手順書の関係です。こちらは吸入指導の事例で、群馬吸入療法研究会で作成されたもので、群馬県薬剤師会のウェブサイトでも掲載されております。製品ごとの説明方法の手順や吸入指導評価表のひな型等が作成されております。

最後はその他です。2 つあります。1 つ目は、症例検討会の開催状況です。薬局機能情報提供制度は各薬局の取組をホームページ上で公表するものですが、その中で各薬局での症例を検討するための会議等の開催の有無も公表しております。こちらについて、一部の都道府県のデータを集計したところ、定期的に症例検討会を実施している薬局は、4~5割程度という結果でした。

資料の最後です。血液検査等の検査値の活用状況です。日本薬剤師会で約 41 万人分の薬局に来局した患者の状況を調査・分析したデータです。全患者の 4%で血清クレアチニンや eGFR といった腎臓機能の検査値を把握しています。体重、血圧、eGFR 等の患者情報の入手経路については、インタビューが約 24%と最も多く、検査結果用紙が約 5%、処方箋記載等が約 4%でした。なお、検査値付処方箋を発行している病院がありますが、少し前のデータでは約 3%の病院でなされているということです。説明は以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。ただいまの事務局からの対人業務の充実については本日の 2 つ目の議題になりますが、こちらについて御説明いただきました。先ほども申し上げましたとおり、この資料については質疑応答の時間は取りませんので御了承ください。もし御質問等がありましたら、最後の質疑の時間をお願いいたします。それでは続いて、参考人の先生方からの御発表をいたしたいと思えます。最初は上田薬剤師会の飯島裕也参考人です。飯島先生、よろしく願いいたします。

○飯島参考人 よろしく願いいたします。上田薬剤師会で理事を務めております、また、イジマ薬局の開設者であります飯島裕也と申します。よろしく願いいたします。早速ですが、資料のほうを進めさせていただきます。本日は、薬剤師による包括的かつ高度な専門的業務、薬剤レビューについて御紹介させていただきます。お願いいたします。

まず、今日お話ししたいこととしては、薬剤レビューについて、海外の薬剤レビューを幾つか紹介した後に、実際の症例は少ないですが紹介し、上田薬剤師会の取組を紹介します。

次です。まず、海外における薬剤師の薬物治療を最適化するための業務として、Medication Review(MR)、こちらは医療チームが患者の現在の医薬品を評価して、臨床的、人文的、経済的な要因を最適化するという業務となっております。Medication Review は、さまざまなサービスの中でも、最新の臨床情報や患者の嗜好に応じて薬物療法を最適化するための組織的なアプローチを意味しています。医療の変遷を経た患者さん、ポリファーマシーを持つ患者さん、あるいは経過観察中の患者さんに対し特に重要な業務となっております。最終的に医薬品の適切性・有効性・安全性を最大限に高め、患者の健康状態を改善することにつながるとされています。

次をお願いします。こちらは海外での薬剤レビューの実施例です。まずオーストラリアです。ホームメディシンレビュー(HMR)とレジデンシャル Medikation Management Review(RMMR)ですが、HMRは日本で言う在宅、RMMRは医療施設の薬剤・薬物治療の適正化の業務となっています。いずれも一般開業医から指示を得て、認定薬剤師が薬物治療の変更等を提案する業務となっています。また、カナダでも MedsCheck として同様の業務があります。

次をお願いします。薬剤レビューの目的として、1 つ目は、生活の質と健康上のアウトカムを向上させる。2 つ目、患者の服用薬の調整を支援します。3 つ目、安全で有効かつ適切な薬物治療を実現させる。4 つ目、薬剤に関する知識と理解、アドヒアランスを向上させる。最後は、医師と協同して薬物治療の適正化を目指すとなっています。

次です。対象患者の例です。幾つか挙げていますが、まず5種類以上の薬剤を常用する患者、ポリファーマシーですね。また、疾患の数が多い患者さん、過去3か月以内に退院等で薬剤投与レジメンを大幅に変更された患者さん、治療域が狭い薬剤・モニタリングを必要とされる患者さん、副作用等を示唆する症状がある患者さん、一般医及び専門医、複数の医療機関を受診されている患者さん、その他、医師が必要とされる患者さんに実施されるとなっています。

薬剤レビューを実施する薬剤師としては、オーストラリアの例ですが、認定薬剤師の資格を有することが必要となっています。認定薬剤師の資格取得基準として、1番は、ワークショップでのHMRトレーニングを必須としておりまして、また、多肢選択問題の試験に合格されており、4つのケーススタディに合格していなければならないことや、毎年専門研修を60単位以上取得する必要があると言われてしています。

下の段、薬剤レビューを実施する薬剤師の所属として、薬局に勤務している薬剤師。また、薬局に勤務していないのですが、かかりつけ薬局の要請に応じて薬剤レビューを実施する薬剤師、フリーランスの薬剤師になります。また、薬剤レビューを専門にしている企業に雇用されている薬剤師と言われてしています。これはお国柄もあるかもしれないのですが、オーストラリアの場合、国土が広くて、片道何百キロの地域にも薬剤レビューをする必要がある場合があるようで、そういった場合、勤務している薬剤師だとなかなか難しいということで、このようにフリーランスの薬剤師さんがいるようです。

次をお願いします。報酬としては、かかりつけ医の報酬は、認定薬剤師を紹介することでの報酬として208.22豪ドルです。認定薬剤師の報酬は、1回目の薬剤レビューは222.77豪ドルで、その後、フォローアップとして2回までの報酬が認められています。

次をお願いします。ここからが肝なのですが、まず、薬剤レビューの流れとして、1番はASK、情報収集となります。情報源としては、薬局の記録に加え、患者及び家族等、介護者、医師・他の医療従事者からの得られる記録となります。ここで現状、業務をしている上で、この情報収集が非常に困難です。患者さんから得るか、地域にあるネットワークから拾うかとなっています。最近、マイナポータルで健康診断の情報等も得られるように

なってきたはいるのですが、この情報が多くないと、なかなか薬剤レビューにつなげることができないので、今後の課題がここに1つあると私は感じております。

ここから得られた情報から、2番のASSESS、問題の分析と特定、ここは非常に薬剤師としての真骨頂となる業務となります。横に青い矢印で、ステップ1からステップ5までぐるぐると回転するのですが、まず、患者さんの治療目標を確認して、その中から、多いのではないか、足りていないのではないかという薬剤を薬剤師として薬学的な観点から分析をします。また、全ての薬剤のリスクやベネフィットを全て洗い出しながら、もし新たな薬物治療の提案があれば、それを明確化して薬物治療計画を立案し、医師にレポートを作成していくという流れになります。その後、薬物治療が変更になった場合、どのようなモニタリングが必要かどうか検討しながら、そのモニタリングのタイミング、モニタリングの内容等を検討し、それを実施していく。このぐるぐる回っている回転は1回で終わらず、またその後、継続的に患者さんを見ていく、それを継続的に医師に報告していくことが重要だという形になっています。

最後はADVISE、治療を記録し、患者・介護者と医師に情報を伝達とありますが、これは、上記のような薬物治療の計画を立案した場合に関係者に報告をするという流れになります。

次をお願いします。こちらは、私の持っている患者さんの1例なのですが、ちょっと見にくくて申し訳ないですが、簡潔に言いますと、腎機能障害を患っている患者さんが高Mg血症も疑われた事例です。便秘の患者さんは酸化Mgを飲んでいる方が多いのは皆さん御存じだと思うのですが、腎機能障害と結び付けるとハイリスクグループに入ってきます。また、この患者さんは高Mg血症が疑われる症状がありまして、薬学的な観点から、医師に酸化Mgの中止とモビコール配合内用剤の代替案を提案し、その後、モニタリングして、医師に血液検査等の実施を依頼した結果、最終的には腎機能障害と高Mg血症が改善された例となります。

次をお願いします。御存じの方もいらっしゃるかもしれませんが、上田薬剤師会では、医薬分業が始まってから今日まで面分業が保たれている地域ということで、10年前に上田薬剤師会は、この Medikation Review のワークショップを、オーストラリアから薬剤 Medikation Review の専門の薬剤師を招聘して、継続的に毎年、薬剤レビューのワークショップを実施してきました。これは、薬剤レビューのオーストラリアのテキストを翻訳したものになります。

次をお願いします。薬剤レビューを薬局で実施することでの業務変化について課題として挙げているのですが、どうしても薬剤レビューをするに当たって、患者さんからの情報収集、又はほかの医療機関等からの情報収集に非常に時間と手間が掛かります。また、得られた情報を精査するに当たって、対人業務と言いますが、実際は、レビューをするに当たっては患者さんの前ではなくて調剤室等で実施するのですが、そこに時間を割くことで、どうしても業務効率の改善が必須となるのかと感じております。

イイジマ薬局では、自動調剤マシンを入れて、調剤補助員にも手伝ってもらいながら業務効率をしているのですが、薬剤師に必要な業務というのが、この薬剤レビュー以外にも一般用医薬品だったり健康サポート機能としてのいろいろな業務がありますので、ある程度人数を抱えていてもなかなか難しいと感じています。調剤の効率化を図るためにパッケージングなど、もっと効率化を図ることが必要かと感じています。

良い点としては、上田ではこの 10 年間、薬剤レビューを実施してきて、服薬情報提供書の質がかなり高いものだとは感じています。その中で、開業医の先生たちとの信頼関係がより向上しているのかと感じております。ときには、開業医の先生から、こんなガイドラインが出だぞとか、自分の治療で、海外でこういう事例を使ってやっているぞと、先生のほうから私たちに、こういう勉強をしたほうが良いという情報提供をしてくださるような関係性も出来上がってきております。

最後、対物業務から対人業務ということで、より専門的な知識を用いることで、今までのようにお薬を渡すだけではなく、薬剤師として先生と協同しながらクリエイティブな業務に変換していくことができるので、やりがいにつながっているのかと感じております。

次をお願いします。おこがましいですが、変わらなければならない薬剤師の業務として、これは一定の薬局において、一定の薬局というのは、私は全ての薬局に必要があると思うのですが、こういった薬剤レビューを行える薬剤師がいるようにしなければならないと感じています。また、質の高い薬剤師を増やすための取組が必要ということで、政策誘導とか診療報酬等では、薬局薬剤師の質は上がっていかないのではないかと感じています。薬剤師の質を担保するために、やはり継続した研修が必要で、そういった意味でも、薬局や地域で症例検討などを実施して共有していく。また、そういったものを競い合うような環境があればレベルが上がっていくのかと感じております。

次をお願いします。あとは、薬剤レビューの他の国の事例を載せてありますので、またお時間があるときにお目通しいただければと思います。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございました。飯島先生から薬剤レビューという方向で御紹介いただきました。薬剤師として非常に重要な取組だろうと思います。どの程度までするかは別にして、調剤に関わる薬剤師全ての方がそういった努力をすべきと言えるようなお話だったかと思います。飯島先生から御説明いただきましたけれども、構成員の先生方から御質問あるいは御意見等はございますか。手を挙げられている印南先生、お願いします。

○印南構成員 飯島先生、大変貴重なプレゼンテーションをありがとうございました。薬剤レビューが本当に普及すればいいのかなと思って聞いておりました。私の質問は資料の 9 ページ、一種の PDCA サイクルみたいなものを回して、最後の部分に患者・介護者と医師と共有するというので、それ自体は素晴らしいことなのですが、そこで終わっているように見えるのですね。一方で、13 ページでは、薬局や地域で症例検討を実施し、共有するというように書いておられます。私の質問は、オーストラリアでは患者や介護者と医

師と共有して終わったのでしょうか。州や国レベルにそういった情報は伝えられ、あるいは国レベル、地域で吸い上げで、それをオーストラリア全土で実施するような仕組みがあるのかというのが最初の質問です。

それから、上田薬剤師会の場合、この素晴らしい取組をどうやって地域や国に普及啓発を伝播されているのでしょうか。オーストラリアのケースブックは書いてありますけれども、どのような取組をされているのでしょうか。その2点の質問です。よろしくお願いたします。

○飯島参考人 印南先生、ありがとうございます。まず1点目の質問ですが、お恥ずかしながら私はその情報は持ち合わせてございませんので、オーストラリアでの薬剤レビュー等の情報の吸い上げ、そういったものの利用というのはまた調べておきたいと思えます。

2点目は、10年前から始めた薬剤レビューに関しては、全国的にワークショップの実施を広報していきまして、実際に上田薬剤師会で毎年2月か3月にワークショップを実施しているのですが、南は鹿児島、北は北海道からの薬剤師さんが参加してくださっている状況になります。10年間連続でやってきた中で、半分ぐらいは同じ志ある薬剤師さんが集まってくれます。もう半分ぐらいは新規に参加している薬剤師となっていて、実際広報はしていて、今までの事例ですと、他の地域では小田原の薬剤師会さんだったり、岐阜県薬さんだったり、この取組を持ち帰ってそちらのほうで進めてくださったりとか、参加した薬局の薬剤師さんが自分の薬局に持ち帰って、同じスタッフで共有しながら執行プロセスを共有していかしているというのは聞いております。

また、つい最近参加された薬剤師さんは、実務実習生に対して薬剤レビューについてテキストを用いて研修したところ、実習中に補助はありましたけれども、実務実習生のレベルでも薬剤レビューを実施して、医師にそれなりの内容のあるレポートを書けたという事例もございました。回答になっていますでしょうか。

○印南構成員 ありがとうございます。ちなみに、これは厚生労働省のモデル事業か何かになっているのですか、なっていないのですか。

○飯島参考人 過去に4回ほど補助金で実施しました。

○印南構成員 そのときは補助金を使って実施できても、その後はしないと、こういうモデル事業はよく言われていますよね。

○飯島参考人 そうですね。そこが当会では、この内容がやはり薬剤師の一番生きる道、一番大事な部分だと感じておりましたので、補助金がなくても実施を続けておりました。ただ、海外から講師を呼んで、また日程調整等をするということは非常にコストが掛かる、かつ労力が非常に掛かるので、ここがネックではないかなと感じています。

○印南構成員 ありがとうございます。

○赤池主査 どうもありがとうございます。山口先生、お願いします。

○山口構成員 御説明ありがとうございます。薬局薬剤師に役割を発揮していただくことを期待している私としては、今、御発表いただいたようなことを薬剤師さんが専門職と

してするのは当たり前のことだと思っているのですけれども、残念ながら日本では、まだ今の御発表は到達してほしい理想像にとどまっているのかなという気もしました。13 ページの変わらなければならない薬剤師の業務という所で、政策誘導、診療報酬等では薬剤師の質の向上は変わらないと書いてあって、むしろ質を担保するための継続した研修は有効ではないかと先ほどの説明にもあったのですけれども、そういった研修を全国的に展開できるためにどのようなことが必要だというように考えておられますか。例えばどんなことをすれば、そういう意識を持って全国的に研修が開かれるのか。私はそういう研修を全国的に開くとしたら、リーダーシップを取れる人の存在がどうしても全国に必要だと思うのですけれども、これを全国展開するためには何が必要だとお感じですか。それをお聞きしたいと思います。

○飯島参考人　すごく難しい質問ですね、全国展開ですか。私は大それたことは言えないのですけれども、薬剤レビューの本当の現場感ですが、ワークショップに参加すると、薬剤師の意義みたいな、薬剤師の仕事はやはりこれなのだというものを感じられるのです。曲がりなりにも薬剤師になって、医療従事者の1つとしているのであれば、こういう業務をすることでやりがいが見いだされると思いますので、まず、こういった勉強会を開いていくということが大事だと思います。

また、私の感覚だと、やはりこういった執行プロセスを大学レベルでも教育していただいて、そういった知識を持った学生さんが出てくる。また、そのような業務をしていない薬局で実務実習をしたときに、これは違うのではないかと学生さんから疑問を抱けるような環境を作っていくと、下から押し上げるような環境を作るのがいいのではないかなと私は感じております。

○山口構成員　ありがとうございます。なぜ全国展開と言ったかということ、対人業務を充実させるということは、こういったことを全国展開しないと充実したことにならなと思っていますからです。今の御回答はとても参考になりました。ありがとうございます。

○赤池主査　私がこのように言うのは不適切かもしれませんが、このワーキンググループで検討して重要だということを検討会上げて、それから厚生労働省に上げて広げていくことは、1つの道筋かなと思います。山口先生が指摘されているのは非常に重要な取組みだと思いますし、極端な言い方をすると、また後で御質問していただきたいと思いますが、どの程度までするかは別にして、いわゆる調剤というプロセスには必ず入っていなければいけない要素だと思います。佐々木先生が手を挙げておられます。よろしく願いいたします。

○佐々木構成員　飯島先生、ありがとうございます。こういう Medikation レビューというのは、私たち医師をすごく助けてくれると思う一方で、先生も御指摘になっていましたけれども、ASK という場所がすごく重要というか、患者情報を医療機関、医師と薬剤師と共有するというのは現状ほとんどできていないのではないかと私は思っています。病院であれば電子カルテを見ることはできると思いますが、調剤薬局となると、医療機関

の電子カルテを見に行くわけにいかないと思います。そこで、先生方はどういう形でこの情報を処理されているのか。

私たちは在宅医療をやっています。今、法人では 587 の薬局とお付き合いさせていただいておりますけれども、そのうち 280 が訪問服薬指導をやってくれていて、そのうち 100 薬局ぐらひは大変熱心です。実は我々の電子カルテのアカウントを薬剤師の先生方に持っていて、担当の患者さんのデータを直接見る形にすると、疑義照会もすごく的を射たものが多くなってきて、我々のカルテを見た上でのリファーになればそれは間違いないということで、本当に私も信頼して一緒に仕事ができている感じがあるのです。その中で、上田市では何か具体的な医療機関との情報共有の取組みたいなものをお考えになっていらっしゃるのか、あるいはそれがうまくいっていない障害要素は何ですか。

○飯島参考人 先生、ありがとうございます。まず、上田の場合は、上小メディカルネットというネットワークがありまして、こちらに患者さんの同意を頂けると、検査値とか診断名とか、がんの患者さんであればレジメン名だとか、カルテに近いようなものが一覧できるようになっていますので、その情報を基に薬剤レビューを実施しています。

ただ、現状、開業医レベルであると、この上小メディカルネットから閲覧することはできませんので、私たちは患者さんから検査値等を頂くか、場合によっては先生に問い合わせ、情報を得ることしかできない状況なので、やはり今、佐々木先生がおっしゃるように、特定の関係性を持った形である程度閲覧できるようになれば、先生がおっしゃるようによりの的を射た薬剤レビューが実施できると思います。今のところは不十分という状況です。

○佐々木構成員 ありがとうございます。薬剤師さんたちも、是非メディケーションレビューをお願いしたいと思うのですけれども、情報がないのにレビューしろと言われても厳しいのが実情かなと思って、そこは絶対に改善しないと対人援助がいいものにはならないのだろうなと思っています。ありがとうございます。

○赤池主査 ありがとうございます。猪口先生、よろしくお願ひいたします。

○猪口構成員 御講義ありがとうございます。外国の例で最初にオーストラリアとカナダが出てきたので教えていただきたいのですけれども、これらの諸外国の薬局の姿は、日本の薬局若しくはここに配置している薬剤師の数などを見た場合に、日本とどのような差があるかですね。同じ形態か、形態そのものが違うのか、その辺を少し教えていただけますか。

○飯島参考人 猪口先生、ありがとうございます。私の勉強している範囲ですけれども、かなり違う感じだと私は認識しております。まず患者さん自身が病院に掛かれる、かかりつけ医 GP 制度が敷かれており、GP にしか掛かれないという現状になりますので、多くの医療機関から処方が発行される状況ではないというのが 1 つです。また、薬局でもテクニシャン制度、テクニシャンが国家資格として認められ、薬剤師が調剤・服薬指導するカテゴリーと、テクニシャンに任せられているカテゴリーが決まっていますので、薬剤師の分

業が進んでいます。日本と違って計数調剤もありませんので、医薬品を箱で出して患者さんに提供している実態もあり、対物業務に関しての法律化が非常に進んでいます。そういった点で薬剤師は、変な話、頭を使った仕事に傾倒できるという状況になっております。薬局の置かれている状況、人員配置に関しては、先ほどのデータが適切かどうか分かりませんが、薬剤師の人数は 1~2 人ぐらいの薬局が多くて、そこにテクニシャンが数人いるような薬局の仕組みとなっているようです。

○猪口構成員 ありがとうございます。そうするとテクニシャンというのは、日本の場合には存在していないと考えられて、それがいると、また仕事をある程度任せられて、薬剤師が本来業務というか、対人業務に専念できる可能性が強くなってくる、そのように考えてよろしいのでしょうか。

○飯島参考人 そうですね、はい。

○猪口構成員 分かりました。ありがとうございます。

○赤池主査 ほかによろしいでしょうか。林先生、よろしく申し上げます。

○林構成員 飯島先生、御紹介ありがとうございます。実際には海外から講師をお招きになったり、とても努力というか、御苦勞されて、こういった成果を上げられているのだなというのを拝見していました。

実は、日本病院薬剤師会では 25 年前から薬剤師の臨床業務を、ファーマシューティカルケアによる処方提案などの副作用回避や副作用未然回避、重篤回避の事例をプレアボイド報告として会員から集めておりまして、今、年間 5 万件からの報告が全国から集まってきた状況です。多分、今後全国展開されるときに、もちろん先生方のように海外から講師をお招きになって、処方評価あるいは患者さんの Medikation Review をされるのも大変いいと思いますし、佐々木先生からお話があったように、医師との連携の下に進めていくというのは、病院薬剤師にとって病棟や薬剤師外来を中心とした医師との連携はとても基本的なことになっていますので、医師の先生方とも連携をしつつ、必要があれば病院薬剤師、各地域でたくさんの報告が出ていますので、連携をしていくという在り方もあっていいのかなと思いました。

ちなみに、私どもで解析しますと、どのようにしてその副作用の重篤化の問題点に気付いたかということについては、検査値が端緒になっているものが 33.8%ありますが、実際には患者さんの訴えがちょっと今までと違う、あるいは重大な副作用の初期症状に該当するのではないかと疑ったケースが 33.5%あります。薬剤師自身が貧血とか出血や血圧というようなフィジカルアセスメントの中で、その患者さんの治療の課題に気付くことも、それは確か 6.7%ぐらいあったと思いますが、少なくとも病院薬剤師のように医師の皆さんと常時同じ屋根の下で Medikation Review というか、私たちファーマシューティカルケアとかプレアボイドと呼んでいます。そういったことをされていくことは、今後、地域で環境を整えられて、成果を上げていかれるのがよろしいかと思えます。

そして、最終的に、もちろん処方提案としては、医師の先生方への報告ということもあ

るのですけれども、最終的にはその処方変更になったような内容も、私たち薬剤師が何でそのように治療変更の提案しているのかということをお客様自身に説明をして、変更した後もまた納得いくアウトカムにつながるかどうか御一緒していくということがとても大事で、そこがファーマシューティカルケアのアウトカムなのだと思います。先生方、そのように成果を上げていかれることを、また、私どもも地域の薬剤師の皆さんと連携して、今後の地域包括ケア等に備えていくことが重要とっておりますので、ますます実績を上げられるように今後も連携をしたり、相互に研鑽し合ったりできるといいなと思っております。どうぞ引き続き御活躍いただけるといいなと思っております。よろしく願いいたします。

○赤池主査 どうもありがとうございます。それでは、会場のほうから橋場先生にお願いいたします。

○橋場構成員 飯島先生、御発表ありがとうございます。私自身は薬剤連携は存じ上げておまして、先生方の御活躍というのは拝見させていただいているところです。

今日はこのように形で御発表いただきまして、改めてお話を聞いていると、やはり先ほど赤池座長からもお話があったとおり、少なからず薬剤師が頭の中で行ってきたものを体系化したということであるのかなと思っております。そういう意味では、質を高めるという効果もありますし、評価できるものかなと思っております。あとは、やはり薬剤師の業務は、なかなか見えづらいというところが、これらのことをやることによって、具体化・見える化されるという意味では評価されるのではないかなと思っております。

先ほど山口構成員からも、ではどうやってこれを全国展開したらいいのだというお話もあったかと思いますが、例えばこの後にお話いただける益山先生のフォローアップということやポリファーマシー対策がやはり国にとって必要、社会にとって必要ということが出てくれば、当然それが全国に広がっていくのが普通の流れかなと思っております。座長の赤池先生からも先ほどあったように、このワーキンググループで必要ということが認められれば、多分、広がっていくのだらうと思っておりますので、是非、飯島先生からもこれは必要なのだという力強いメッセージを頂けるといいのかなと思ったところです。意見になりましたけれども、ありがとうございます。

○赤池主査 ほかによろしいでしょうか。出井先生どうぞ。

○出井構成員 御発表ありがとうございます。大変勉強になりました。1つ質問させてください。高度なコンサルティングのようなお仕事をなさっていて、それが薬剤師さんのお仕事の本質だということを改めて理解しました。それをすることによって、実際のかかりつけ薬剤師やかかりつけ薬局がしていない所と、した所を比較した場合、効果はいかがでしょうか。

○飯島参考人 かかりつけ薬剤師の所からもう一度お願いします。

○出井構成員 薬剤レビューを行うことによってかかりつけ薬剤師とか、かかりつけ薬局というのは実際に普及定着に効果があったのかを伺います。

○飯島参考人 ありがとうございます。回答になるか分からないのですが、上田の地域、私の所の当薬局に関しましては、ほとんどがかかりつけの患者さんなのです。変な話、この地域は門前と呼ばれる薬局に患者さんは行かないので、患者さん自身はかかりつけを持っていると。そこまで信頼してくださっていますので、今の御質問で言うと、薬剤レビューをすることによってかかりつけ薬局、薬剤師が増えたというところでは、変わらないという回答になります。ただ、実際にこれをやることによって、自分の薬に悩んでいる患者さんが頼ってくるような環境は出来上がっているというか、増えてきているのは実感しております。

○出井構成員 ありがとうございます。

○赤池主査 どうもありがとうございます。ほかに御質問はございますでしょうか。山口先生、お願いします。

○山口構成員 飯島参考人への質問ではなくて、今、日本薬剤師会の橋場委員の御発言に、ちょっと引っ掛かっていました。飯島参考人の発表に対して評価ができるのか、この場で必要性が認められると広まっていくのではないかというような御発言があったのですが、こういうことが必要だと実感されているならば、それを全国に広める役割日本薬剤師会ではないかと思っています。ですので、ちょっと距離を置いた御意見ではなくて、職能団体として全国にいらっしゃる会員の方に広めていくというようなことを、是非日薬で取り組んでいただきたいと思いますので、一言そのことを伝えたいと思いました。

○橋場構成員 山口さん、どうもありがとうございます。日本薬剤師会としても、こういったことについて積極的に広めていこうという形で取り組んでいるところはあります。ただ、今、薬局薬剤師はコロナも含めてやらなければいけないことが多く出ているということも実際です。ですからある意味、先ほども言いましたようにフォローアップ、ポリファーマシー対策、コロナ対策、感染症対策ということで順序立ててやっていかなければいけないだろうと。全て一遍にやってしまうとすると、現場の薬剤師もあっぴあっぴになってしまうので、その部分は必要に応じて進めていきたいという考えで先ほどの発言になったというところで、別に後ろ向きで何か決めようということではありませんので、その辺は御理解いただければと思います。

○山口構成員 たくさんいろいろなことを同時進行でやらなければいけない状況でいらっしゃることは重々承知しておりますけれども、今回のワーキンググループでは対人業務が一番のポイントだと思っています。それを度外視するのではなくて、やはり一番に進めていただきたいところだと私は思っています。

○赤池主査 重要な御指摘をありがとうございます。日本薬剤師会としては、表にはっきりと出る形ではないにしろ、当然取り組んでおられる対応だろうとは思いますが、恐らく問題は、ほかの薬剤師の先生方が行っている業務もそうだと思いますが、必ずしも患者さんが実感できるような形に現場はできていないという点です。

こういう発言をここでしていいのかどうか分かりませんが、やはりきちんとでき

ている所とできていない所と、比率は別にして様々であって、そういう意味で、事務局の説明はありましたけれども、やはり均てん化という観点で、できていない面があるのだらうと思います。そういったことはこのワーキングでも是非検討していただきたいと思えますし、日本薬剤師会としても、そういった点で素晴らしい薬局と現実的にそうではない薬局とあると思えます。そこは、いかに底上げしていくかというところが、今、非常に重要な課題として突き付けられているのではないかと感じますので、その点は是非よろしくお願い申し上げます。

○橋場構成員 赤池座長、ありがとうございます。おっしゃることは全くごもっともで、やはり均てん化という言葉に2つの意味合いがあって、優れているところをどんどん進めていって、ある意味、よく人材のことで2:6:2の法則というように言われますけれども、6を引き上げていくというところもありますし、なかなか進んでいない下のほうの2を捨てておくということではできませんので、そこをどう引き上げていくかという2つの側面を、我々日本薬剤師会で考えていかなければいけないところとしてずっと取り組んでいます。今回、後ほど論点の中で質の高い対人業務を均てん化するためという表現がありますので、そういう意味では前者のほうなのかなと思っておりまして、そこに関しては積極的に今回議論していきたいと思っております。

○赤池主査 どうもありがとうございます。ほかによろしいでしょうか。孫先生、よろしく申し上げます。

○孫構成員 ファーマシィの孫でございます。先ほど多くの先生方から話として出ている均てん化をどうやって進めていくのかというところですよ。やはり地域レベルでどう進めていくのかというところで、私は医科での取組が非常に参考になるのかなと考えております。例えば在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の中で、複数の医療機関が連携を行う強化型というものがあります。強化型の中には、実は定期的に連携を行う医療機関の中でカンファレンスを行うといったような要件があります。やはりそういった部分も非常に参考になろうかなと思えますし、例えば訪問看護の話であれば、機能強化型訪問看護ステーションの中で、地域の訪問看護の人材育成などの役割を評価するということで、機能強化型3というカテゴリーがあります。その中には、地域の医療機関や訪問看護ステーションを対象とした研修を実施していくことといったカテゴリーも、訪問看護の考え方の中であるということです。

冒頭に申し上げましたように、どうも薬局の中ではそういった地域薬局間の連携、また、その地域の薬局間で連携を図りながら薬剤師の質の向上を図っていくところが、ちょっとほかの医科のところと比べて弱いのかなということが個人的な印象として持っております。

飯島先生に1つお伺いしたいのは、いわゆる地域支援という考え方の中で、認定薬局や地域支援体制加算を届け出る薬局が、そういった地域の均てんを図っていく、薬剤師の質の向上を図っていく役割を担っていくことについて御意見をお聞かせいただければと思います。よろしく申し上げます。

○飯島参考人 地域認定薬局や地域支援体制加算を算定している薬局、健康サポート薬局みたいな所が地域を引っ張っていくというものはあるかと思うのですが、実際、地域住民の方たちはそのようなのは分からない。自分たちが使う薬局を使っているわけですから、認定されている、何かを算定している薬局だけがいいというのでは私は駄目だと思いますので、やはり均てん化というか、全薬局がそういった意識を持って進めていかなければいけないと思います。誰かが引っ張るのではなくて、先ほど山口先生がおっしゃったように、職能団体としてちゃんと道筋を立てて、上田の地域がどうこうではないですが、薬剤師会という職能団体がこうやっていかなければ駄目なのだとということを見せて、そこについてくる薬局が残ると。ほかはやはりどうしても選ばれなくなっていくようなものを作っていくということが大事なのかなと私は思っています。

○孫構成員 正に地区の薬剤師会の支部レベルで、しっかり周りを引っ張っていくといったようなところになりますかね。どうもありがとうございます。

○赤池主査 どうもありがとうございます。まだ御質問があるかもしれませんが、時間が大分超過していますし、まだ益山先生の御発表がこの後ありますので、次に移らせていただきたいと思います。続いて、東京薬科大学の益山先生からの御発表です。益山参考人より、薬剤師の職能のための薬学的知見に基づく継続的な指導等の方策についての調査研究について、御説明をよろしくお願いします。

○益山参考人 赤池先生、どうもありがとうございます。私が東京薬科大学で法制度及びその運用等々についての研究を進めていく中で、今回、厚労科研で令和 2～4 年度ということで、まだ中間年なので終わっておりませんが、現時点でのお話をさせていただければと思います。よろしくお願いたします。

まず、これは先ほど出てきた資料で、フォローアップの推進のための方策です。薬機法改正に基づいて、服薬フォローアップという概念が法律上も出てきたわけです。これは新しい概念というわけではないのですが、法律上きちんと規定されたということと、今後、どのように実施していくのかについて、フォローアップの事例の収集と、現在、日本薬剤師会とも連携をした上で、フォローアップの手引きについて具体例等を列記したような内容にしていくことを主な目的としているところです。

それ以外にも、様々な研究をしております。もともと公募要項の中でも事例の収集と、かかりつけ薬局・薬剤師に関する実態調査のアンケート調査をするということ、フォローアップによる効果的な事例の今後の考え方、薬剤の種類、患者の状況、その他の要件をまとめます。あと、薬剤師が職能を発揮し、質の高い薬学管理を提供する方策について考えていくといったところが課題としてあります。そういった課題について、研究計画ということで具体事例を集めること、KPI を基にしたアンケート調査を実施すること、服薬フォローアップの効果の測定、薬薬連携の検証、海外調査も含めた質の高い薬学的管理・評価指標を検討しております。

研究は途中になっておりますので、今日はその中でも具体事例について、少しお話をし

たいと思っております。御案内の先生も多いかと思いますが、「薬剤使用中の患者フォローアップの手引き」ということで、日本薬剤師会から 1.1 バージョンが 9 月に出ております。その前に 1.0 バージョンが 7 月に出ており、それをバージョンアップしたものです。薬剤使用期間中の患者のフォローアップというのは、来局だけではなく、調剤した後、薬剤の使用期間中に適切な形で薬剤の使用状況、一般用医薬品も含む併用薬、患者の状況や生活環境を把握するとともに、薬学的知見に基づく分析・評価から必要な対応を実施することにより、薬剤の使用期間中を通じて、患者が安心できる適切な薬物療法を提供する薬剤師の行動を指すとあります。

この後、こういった概念に基づいて非常に適切な内容が書いてあるのですが、その具体例が入っていないと、なかなか読みづらいところがあります。実は、この後最後まで大事になるのが、概念の中で標準的な患者フォローアップの方法を幾つか考えていく上で、基本的にはこの①②③が大事になると考えているということを示しております。個々の患者の特性と、罹患している疾病の特性と、その薬剤の特性というこの 3 つです。どれが大事ということではなく、多分絡み合っていると思うのです。ここがポイントになってきます。ここに合わせ、適切に患者のフォローアップをしていくということが大事になります。

今回、事例を集めるに当たって、患者の基本情報、これは常に集めているのですが、今回のフォローアップ手引きの中では患者への確認のタイミング、患者等への確認の方法、確認事項、分析と評価、結果と対応、記録についてフォーマットを検討するといったところが入っております。ちょっとビジーになっていて見えないと思いますが、基本情報と処方内容、フォローアップのタイミングはどのタイミングなのか、患者等へ何を確認したのか、分析と評価、分析した内容とその後フォローアップした結果の評価、結果の対応で患者の状況を確認し、薬剤師の取った行動はどのようなものだったのか、フォローアップをした結果、体調はどうだったのか、副作用関係だったのか、服薬状況が変わったのかというところについて、確認をしてもらおうといったフォーマットを作成しました。

このフォーマットに基づいて、初年度は 9 名の薬剤師の委員に基本 1 例以上ということでフォーマットに記載してもらって、いろいろと修正を加えながら、現在のフォーマットになったということです。1 年目が 11 例、2 年目の令和 3 年の現時点で 30 例の事例を集め、計 41 例を集めております。ここではまだ記載していないのですが、今回発表用にどのような形になったのかというのを、中間的にまとめております。その中で、どのようなものが出てきたのか、その一例を御紹介します。

例えば抗がん剤で、飲むタイミング、服用タイミングが難しいヴォトリエント錠というのがあります。これは 1 回 800mg を食事の 1 時間以上前、又は食後 2 時間以上以降に服用します。ただ、これを服用していた患者に下痢という症状が出てきたことでフォローアップを実施したところ、1 時間以上あけて食事を摂る必要があることをちゃんと説明して、服用時期をフォローアップして電話でチェックをして、正しく服用されて下痢も改善したというものです。

2 番目は、フルボキサミンが新規処方されたという例です。もともとの疾患の関係もありますが、患者は薬を飲むことに非常に不安を感じていたということで、コンプライアンスが悪くなったというところを発見して、医師と常に連携を取りながら服用継続に至ったという例です。

3 番目に書いてある事例は、これもよくある事例なのかもしれません。血圧がなかなか下がらないといった状況が発見したのですが、よく調べてみますと、飲み忘れが多いだけでなく、患者自身が血圧が高いと思ったときだけ飲んでいただけという事例です。服薬の必要性を再度説明し、それを御理解いただいて血圧も安定するようになったという事例です。

あと、この辺は在宅の先生方ではよくある事例なのかもしれません。退院後に抗がん剤治療をすることと、疼痛コントロールが必要になったという事例です。服薬・服用状況等を把握することは非常に大事なので、早めに薬局のほうで服薬対応をして、退院1週間後に患者訪問をしたところ、自宅療養中に発熱、口内炎等々の課題が出てきました。疼痛コントロールをしたいということですが、完全に消失すると体動が増え、前に骨折した部分で再発する可能性があるため、疼痛はある程度とどめなければならないという医療関係者との連携もあって、必要な疼痛のレスキュー対応といったところで、薬の対応も医師と相談しながらフォローアップを実施していったという事例です。

最後の事例も、よく見かける事例だと思うのです。自分が飲んでいる薬に、サプリメントでも対応していたと。サプリメントを8種類服用していたのですが、実は同じようなサプリメントを飲んでいて飲み合わせがあったと。後でトレーシングレポートで医師にも報告した上で、サプリメントを減らして改善したといった事例などが挙げられます。

こういった事例を41 挙げております。少々女性の事例が多くなっております。また、高齢者の事例のほうが、数としては多くなっているということと、フォローアップ期間は2ヶ月程度が一番多くなっているということです。フォローアップの方法としては、その前の厚生労働省の結果でもありましたように、電話が一番多くなっております。フォローアップの理由は先生方のほうに、どれが一番大きいかということでチェックしてもらいました。先ほどの①②③の3つの特性のどれか、完全に切り分けられる話ではないのですが、個々の患者の特性が一番多くなっていました。

体調の変化ですが、先ほどの報告の中で、どこが改善したか重複も含めて見てみますと、一番多かったのが、体調が改善したことです。そのほかには服薬情報とか、不安を感じている患者さんや先入観を持っている患者さんも多かったということもあって、そういったところも改善したという結果になっております。

他職種連携への貢献では、半分ぐらいは連携しているという状況です。「なし」と言った所についても、トレーシングレポートを提出しているものが半分以上あります。未提出のものでも情報の共有はしているといった状況です。

途中段階ではあったのですが、今回、フォローアップで効果が得られた事例について、どういった内容に分けられるかをある程度、見出しのほうで我々研究班で整理をしてみま

した。これは今後、また見直していかなくてはいけないと思っています。先ほどの厚労省のデータでもあった新規処方や処方変更時とか、アドヒアランス不良、ハイリスク薬使用時で、抗がん剤の化学療法や疼痛管理。あとは手技の不良というのが結構あります。これは自己注射がちゃんとできていないとか、吸入薬がしっかり吸入できていないとか、坐薬がうまく使えなかったというところもありました。あとは副作用などの発現時といったことで、低血糖になってしまったとか、先ほどのデータにもあったポリファーマシー、服薬に関する不安、退院のときにどう対応するかを契機にフォローアップするとか、処方提案を実施するといった内容がありました。

これを前のように並べているだけでは様子が分からないので、ブレンストーミングをしました。その結果、フォローアップで見込まれる効果としてアドヒアランスだったり、副作用というところが大きいとは思いますが、やはり患者自身のいろいろな不安とか、退院したときの状況についてもあるかと思えます。これはベン図で書いてあるので重複も多いとは思いますが、こういったところをフォローアップをしていって改善につなげ、途中でおかしいとなった場合には、医師にしっかりつけて受診勧奨をしていく。その中で気付いた点について、薬剤師から処方提案をしていくことが大事になっていくということが、改めて分かったのではないかと感じました。

あと、事例以外に何をやっているかを、御紹介します。まだ途中なので結果は出ておりませんが、KPIを主体とした薬剤師KPIのポイントについてアンケートの中に入れて、全体を把握するようなアンケート調査を、今年度は今、実施している最中です。来年度、本格的に実施したいと考えております。

フォローアップについては、小児の調査はなかなかやりづらいので、アカデミアで内容を考えて、現場の薬剤師に協力してもらいながら調査をするといったことを、現在実施しております。薬薬連携も結構ポイントになるのですが、現在、抗がん剤について抗がん剤連携病院でどのような情報を提供しているのか、公開しているのかを検証1年目、2年目でやっております。そこと薬局の欲しい、若しくは必要な情報について、もう一度何が必要かを確認して、PBPM等々を活用しながら、事前に合意をして情報提供をしてもらえそうな形が効率化につなげられるのではないかと今、検討しております。

海外の調査も実施しています。現在進めている途中なのが、イギリスのNICE Guidelineでアドヒアランスに関するものです。私どもの調べた限りでは、世界的にこういったフォローアップに近いガイドライン、ガイダンスを出しているのがこれぐらいしか見つからなかったのですが、今、NICEと協議をしながら日本語訳を実施している途中です。NICEでも確認をするということで向こうに返しているのですが、ここにはちょっと問題点があります。日本にそのまま持ってきても、制度が違うのでなかなか難しいところがあります。基本的に概念が書かれている内容なので、日本ではどう解釈することにしていくか、慢性疾患の先生方を集めて別途検討している最中です。

それでは、まとめに入ります。一番最初にお話したとおり、フォローアップの必要性と

というのは、患者個々の特性と、罹患している疾病の特性と、何を使っているのかという医薬品の特性の3つのどれかだけではなく、1つだったり、2つだったり、3つだったりすることがあると思います。様々な状況で影響してくるといったところで、非常にたくさんのパターンがあり得ます。そのような多様な内容については引き続き収集した上で整理をしていくことが必要なのかと感じております。実際に今回、具体例を集めることで今後やらなければならないことも、更にイメージできるのではないかと感じております。

また、収集・整理とともに継続的なフォローアップや効果的な事例について、先ほど中間的にまとめてみましたが、やはり薬剤の種類、これには抗がん剤のようなものやハイリスク薬のようなものや、患者のアドヒアランスが良くないといった状況等々、様々なパターンのまとめを行っていくことが大事だと感じております。

その前の飯島先生からもありましたが、フォローアップをするに当たって、先ほどのフォーマットを付けて個別事例を集めるといったことを一過性にするのではなく、これは今後、日本薬剤師会さんの協力の下に、その内容をしっかりレビューしていくことが、大事になるのではないかと思います。そのレビュー自身は誰に返すのかということと患者さんだったり、医師、看護師、介護士の皆さんに、その患者さんの特性、薬剤の特性も、どういったところに何の問題があって、どのように解決していったのかを共有し、患者中心の医療を実施していくことも大事なのではないかと感じております。

また、フォローアップの効果や地域貢献のエビデンスについては、各薬剤師にそのエビデンスを出していけといったことも大事だとは思いますが、それだけではなかなか難しいかと思えます。そこで我々大学等々のアカデミアも協働して、しっかりと第三者的にもチェックをして見せていくことも必要なのではないかと感じております。今後は海外の情報も参考にしながら、例えばフォローアップでイギリスのアドヒアランスの事例だけではなく、その他、アメリカ等々の良いところを日本の医療の中でどのようにできるかも考えた上で、発信につなげられればという形で、来年度の研究に向けて動いているところです。私からは以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。益山先生からは、服薬フォローアップ、患者さんのフォローアップですが、手続き作成に向けたご研究につきまして途中経過も含めまして報告をいただきました。ちょっとすみません、1つコメントを入れさせていただきたいのですが、大変活発に御議論いただきましてありがとうございます。私が厚生労働省事務局から頂いたタイムテーブルを超過しまして、ほぼ30分遅れの状況となっています。誠に申し訳ないのですが、この会議は6時30分までとなっていますが、よろしければ19時まで30分ほど、総合討論の必要がありますので、延長させていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。なお、御予定がある先生もいらっしゃるかと思います。申し訳ございませんが、時間になりましたら、その先生方については御退席ください。御退席される先生は、恐れ入りますが早めに挙手いただきまして、コメントをおっしゃっていただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、ただいまの益山先生の御説明について、御質問、あるいは御意見等よろしくお願ひします。藤井先生、どうぞ。

○藤井構成員 日本保険薬局協会の藤井です。益山先生、ありがとうございます。私から質問というか要望なのですが、中医協の調剤(その2)で、報告にもあったのですが、いわゆるフォローアップによってアドヒアランス向上、次回診療時に参考になるなど、医療機関側のメリットが示された資料がありました。是非、医療機関、多職種、また特に患者様、先生から本日出していただきました事例を受けて、どのように思われたか、若しくは有用であったと感じられたかという辺りも、この中に入れていただき、それを我々も受けて手引きなどアップデートされることにより、患者様に活用していただけるようなフォローアップができるのではないかと思いますので、是非、その辺りを入れていただければという要望ということで申し上げます。

○赤池主査 どうもありがとうございます。益山先生、いかがでしょうか

○益山参考人 御指摘どうもありがとうございます。できる限りその方向で考えたいと思います。

○赤池主査 どうもありがとうございます。

○橋場構成員 橋場です。益山先生、どうもありがとうございました。日本薬剤師会もこのフォローアップに関しては、本当に重要な業務になるだろうと考えています。先生の資料の13ページで、フォローアップによって見込まれる効果というスライドがありますが、ここで私は効果としてもう1つあるのではないかと考えています。それは、患者さんの薬物情報に対するリテラシーを向上する効果があるのではないかと。リテラシー向上は当然、アドヒアランスの改善にもつながりますし、そういうところは安心・安全にもつながりますので、そういった効果が見込まれることを、我々として感じているところです。

あと、先ほどの飯島先生の御発表にもありましたとおり、このフォローアップも含めて日本薬剤師会では調剤業務を一連のサイクルだと考えています。調剤は処方箋受付の1回ずつで完結するのではなくて、フォローアップを含めて一連のサイクルになっていることが、今後の調剤、今までもそうですが、1回ずつ完結するものではないというところは追加で発言したいと思います。ありがとうございました。

○益山参考人 どうもありがとうございます。

○赤池主査 ほかにいかがですか。よろしいですか。参考人のお二人の先生方、ありがとうございました。大変貴重な御発表であり、参考にさせていただきます。参考人のお二人の先生方におかれましては、お時間がありましたら、先ほど申し上げましたように、後に討論の時間を延長させていただきますが、引き続き本日の議論に参加いただけましたら幸いです。どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、ここからは各構成員の先生方から御発言いただきまして、本日のテーマである対人業務の充実について御議論いただきたいと思ひます。事務局から最初に説明いただきましたが、本日の対人業務の充実という点で、論点としては今ちょうど出ていますが、

薬局薬剤師の対人業務のうち、今後どのような内容を推進すべきかということ。2番目としては、質の高い対人業務を均てん化するためにどのような方策が必要であるか。それから3番目の論点としては、薬剤師がスキルアップし専門性を発揮するため、どのような取組が必要かという3つの論点です。本日、お二人の参考人の先生方に御発表いただきました内容は、この3つの論点に密接に関係した内容であったと思います。ここからはある種のフリートリーキング的な形で自由に御発言いただきたいと思います。論点の順番というより、適宜、お考えをおっしゃっていただければと思います。橋場先生、どうぞ。

○橋場構成員 ありがとうございます。日本薬剤師会としては、今回の対人業務の充実についての事務局から提案していただきました論点に従って、少し意見を述べさせていただきます。

まず、論点の前に、コロナ禍ということも含めまして、そこでこの医療システムにおける薬剤師に対する期待が高まっているということに関しては、日本薬剤師会としても大いに感じているところであって、その期待に応えるための活動を続けていますし、これからも続けていきたいと考えています。その中で、令和元年に改正されました薬機法において、薬局というものが調剤の業務並びに調剤した薬剤を含むあらゆる医薬品の適正な使用に必要な情報の提供及び薬学的知見に基づく指導業務を行う場所という形で定義付けられています。また、薬機法においては、薬局において開設者が薬剤師に行わせなければならない業務が明記されています。今回のワーキンググループの議論を含めて、薬剤師によるあらゆる医薬品の提供並びに今回のテーマである対人業務の位置付けというものが明確にされまして、薬剤師にしかできない目指すべき対人業務の方向について示していきたいと考えています。

それで論点の1つ目ですが、日本薬剤師会としても対人業務を充実し、国民のためにより良い薬剤師サービスを提供していくということについては、今までもこれからも重要と考えています。今回、事務局から御提示いただいたいろいろな提案、益山先生の御提案、飯島先生の御提案も含めて、似たような形にはなるのですが、もう1つ提案させていただきたいと思っています。対人業務になります。DI業務、医薬品情報、こちらの推進が必要だろうと考えているところです。先ほどの薬剤レビューもその中の1つに入るかなと思います。病院のほうで古くからDI業務という形で患者のみならず、医師等多職種に対して行われているとなっていて、近年ではポリファーマシー対策という形でも機能し始めているところかなと思っています。

昨今、ICTの進展も相まって我々医療関係者が扱える情報量が、飛躍的に増大しています。その中で薬剤師が医薬品情報の収集・整理・評価を行って、情報の交通整理をした上で患者及びその介護者、ほかの医療職種などに提供することで、医薬品の適正使用が進む。こちらが大切な対人業務であろうかと考えています。薬局においては、今までは主に患者さん及び処方医に対してDI業務を行ってきたことがありますが、今後は、地域の幅広い職種に対してDI業務が行われて、医薬品の適正使用をより進めることが重要かと思いま

す。このことは改正薬機法で位置付けられた地域連携薬局の要件にもなっていますので、正に期待されている業務と言えるかと思えます。このように DI 業務もそうですし、先ほどのフォローアップ、薬剤レビューなど全てですが、ある意味手段というところで、目指すべきところは薬物療法の個別最適化だろうと思っています。それに向けてのいろいろな手段が対人業務の中に含まれていくものということ、まず1つ申し上げておきたいと思っています。

論点の2つ目ですが、質の高い薬剤師業務の均てん化に対しては、日本薬剤師会では先ほどの益山先生から御発表があったように、フォローアップの手引きや薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン、その他多くの手引きを作成して、現場で薬剤師それぞれの業務のサポートを行ってきています。何よりも調剤業務に関しては、調剤指針というものを60年以上前の1955年から出しており、今、14改訂になっています。ある意味薬剤師のバイブルという位置付けになっていまして、薬局に備えるべき書籍として充実した内容となっており、これからも改訂していくことになっています。また、日本が重点疾患としている5疾病に対しても、疾患特性に基づく薬学的管理指導のガイドを順次作成しているところです。

このように論点である質の高い対人業務に関しては、我々が作ったものだけではなく、いろいろな手引きを活用するなどして、各地で取り組んでいるところですが、より充実したものとするために、事務局から御提案がありました研究班等を活用するという点については、賛同したいと思います。

論点の3つ目ですが、日本薬剤師会では目指すべき薬剤師・薬局の姿として、薬剤師の業務について、個々の患者において患者情報及び使用する医薬品、両方合わせて評価・分析を行って医療機関の医師・薬剤師その他の職種と連携しつつ、個別最適な薬物療法とすることは、薬剤師サービスの1つとして重要だと考えています。医療用医薬品だけではなく、要指導医薬品、一般用医薬品、サプリメント等の使用状況の一元的把握を行って医師等へ情報共有することも、もちろん大切であると考えています。また、これら医薬品を提供する体制は、先ほど偏在という言葉もありましたが、全国全てに整備されることが重要であると考えています。分業率が75%までできていますが、医薬品提供を行う体制は若干偏在していますので、そちらの点も念頭において議論を進めていければと考えています。

また、先ほどから申しています日本薬剤師会の考えですが、対人業務を含む薬剤師サービスについては、このワーキンググループの場でもどこかでお示しする場を頂けると非常に有り難いと考えています。とりあえず、意見とさせていただきます。

○赤池主査 どうもありがとうございます。ただいま、山口先生、猪口先生、佐々木先生が挙手されていますが、先ほど申し上げましたように7時まで延長させていただきますので、もし6時半に退室が必要という先生がいらっしゃいましたら、ちょっと実際に手を挙げていただきましたら優先的に御指名させていただきます。よろしいですか、もしなければ挙手された順番ということで、最初に山口先生、よろしくお願いたします。

○山口構成員 ありがとうございます。今回、論点をお話したいと思いますが、先ほど橋場委員から 2:6:2 というお話があって、それを伺って、6 の所に入っている薬剤師さんが、これで自分たちはきちんとやっていて、これでいいのだと思われるところに問題があるのではないかと感じました。薬局ビジョンが作られたときに、2025 年までに全ての薬局がかりつけ薬局にとうたわれています。それを受けてか、今回 2022 年度の調剤報酬の改訂で対人業務が重視され、もう調剤だけをやっていたら成り立たないような感じにシフトしてきたというような改訂内容になってきているのではないかなと思いました。

私は、調剤だけしていたのでは報酬上成り立たないような仕組みにしないと、対人業務はもっと進んでいかなければいけないかなと思っています。今日の論点の一番最初のどんな対人業務を推進すべきかということですが、それが先ほど発表があった服用期間のフォローアップだと考えています。これは従前から申し上げていますが、これが当たり前に行われることによって、患者の薬剤師を見る目が必ず変わらなと思うのです。ですので、ここは絶対に進めていただきたいと思っています。もちろん患者への服薬支援、そしてその結果、医師への情報提供、それから医療機関との連携、そして地域医療への貢献、そういったことを対人業務として進めていかなければならないと思っています。

その対人業務を行うために、より具体的な考えを出せるのが症例検討会ではないかなと思っています。実際に実施されているのが 50%程度だと今回の資料でも出ていましたので、この均てん化、それからスキルアップが 2 つ目と 3 つ目に関係してきますが、処方評価やレビュー、そういったことを当たり前にするような方向性を示さないことには、均てん化もスキルアップも図っていけないのではないかなと、ここは少し考える必要があるのではないかなと思っています。

質の高い対人業務の均てん化をするためにどうしたらいいのかということなのですが、実は服用期間のフォローアップについても、私は薬機法改正にも関わっていて、これを法改正に入れてほしいということを強く主張した立場なのですが、そのときには本来は法律に入れる必要はないと思っていました。なぜならば、服用期間のフォローアップをするのは専門家としては当然の仕事だと私は考えていたからです。ところが、待っていたら全体的にする方向になっていかなので、だとすれば法律に入れて当たり前にするしかない。だから法律に入れてほしいということを主張しました。実際に法改正が行われたあと、複数の薬剤師さんから、実は服用期間のフォローアップをしたかった、ところが薬局のトップからそんなことに時間を割くなと言われて、やりたくてもやれなかったという声を複数聞きました。そういうことが例えば法律になることによって、やりたかった薬剤師さんが本来の業務ができるようになるのだ、こんなことも実感しましたので、この均てん化のために手引きを示す行うことは必要だと思っています。ただ、手引きを示すだけでは、質が上がって均てん化には至らないと思いますので、それぞれの業務を最低限どこまで果たさないといけないのか、具体的なレベルが分かる手引きを作る必要があるのではないかなと考えています。

最後の薬剤師がスキルアップしてという所ですが、もちろんここについては先ほど申し上げた症例報告、症例検討会、そういった具体的なことをやっていくことで、自分たちは業務で何をしなければいけないのかが見えることにつながっていくと思います。ただし、薬局が手にできる情報をもっと増やさないと、先ほど飯島参考人が、いろいろな所から情報収集するのに、とても時間が掛かるとおっしゃっていました。薬剤師法の改正があって薬学的知見に基づく指導をするということが法律に書き込まれたにもかかわらず、その前後で薬剤師さんが手にする情報は何ら変わっていないというのは、非常に大きな問題だと感じています。ですので、きちんと医療機関から薬局に情報提供するような仕組みを作って、時間を掛けなくても情報収集ができる、それが対人業務を行う上での、あるいはスキルアップをする上での必要条件になってくるのではないかなと思います。

そして、スキルアップをして専門性を発揮するためには、これはここで言っても仕方ないのかもしれませんが、親会でも取り上げられましたが、やはり薬学教育の見直しが不可欠で、そして卒後研修の充実が専門性を発揮するために必要だと思っています。そもそも薬剤師になれる学生を入学させて、そして十分な教育をして、偏在がないように病院や薬局に配置できるという仕組みを作らないと、せつかく6年間、薬学部で学んだとしても、薬剤師になれない人が何人もいるという現状を変える必要があると思います。これは文科省でも話合いが行われていくと思いますが、そのこともまたこのワーキンググループでも強く申し上げておきたいと思います。以上、長くなりましたが、今回の論点について感じていることをお話ししました。

○赤池主査 どうもありがとうございます。医薬品医療機器制度部会、さらに親検討会で検討されている非常に重要な内容について、手短かに簡潔にまとめていただきまして、ありがとうございます。非常に重要な課題が、今、薬剤師に問われている、これは当然その教育に関わっている大学にもと思います。是非、このワーキンググループ、あと5回行いますので、そこで更に検討を進めていきたいと思っています。よろしくお願いします。それでは猪口先生、お願いいたします。

○猪口構成員 ありがとうございます。2つほどお話をしたいと思っています。先ほどの資料2で薬局の立地状況というものがありました。その中で、診療所の近隣60%以上、病院の近隣が約20%ということで、合わせると80%以上がいわゆる門前薬局という状況だと思います。そういう中で果たして、本当にかかりつけの薬剤師が育つのかどうか。また、ポリファーマシーの問題も、この状況を変えないと多分変えていけないのだろうと思います。先ほどオーストラリアの件もありましたが、医療施設や在宅ではむしろ顔を合わせる機会が多くて、ドクターもかかりつけが決まっていて、薬剤師さんも決まっているということから、非常に情報交換がやりやすいのだろうと思いますが、むしろ日本の場合には日常の処方箋をどこで受けて、どのようにそれを実施されていくかという体がほとんどになってきます。ここに手を付けられるかが非常に重要だろうということが1点です。

それから、対人業務の充実ということで、患者さんにちゃんと説明をする、日々ドクタ

一とも接する、そしてスキルアップをしてという中で、私はやはり薬剤師さんのほとんどとは言いませんが、6割以上が多分、薬局に就職をして、そのまま薬局にいると思いますが、是非これは病院のほうに一度は就職をしていただいで、経験をしていただくといいと思います。病院ならば、そこにはいつもドクターがおりますし、ナースもおりますし、副作用もすぐ分かりますし、患者さんと接する時間が多く持てます。そういう中でスキルアップをしていただくというところで、また薬局のほうに行ったときには、そこで学んだことを近隣と連携しながら充実を図っていくというような方法がいいのではないかなと思います。薬局にだけ就職すると、本当に限られた作業だけで、下手すると一生涯終わってしまうわけですから、そういうことにならないように病院への就職ということ、ある程度考慮すべきではないかと思っています。以上です。

○赤池主査 ありがとうございます。それではその次ですが、佐々木先生、お願いいたします。

○佐々木構成員 ありがとうございます。私は在宅医療の立場で、日々たくさんの薬剤師さんと一緒に仕事をしていますが、基本的には対物志向の先生と対人志向の先生に大きく分かれると思います。対人志向の先生は、やはりまだまだ少数派だということも感じます。在宅医療でお付き合いくださる薬局さんは、それでもまだ対人志向の割合が高い薬局だと思いますが、現状、御自身が臨床家である、対人援助職であるという認識を持っていない方がまだまだ多いのではないかなと失礼ながら思っています。

先ほど医薬品情報管理がすごく重要で、これも一部対人だというお話がありましたが、やはり薬物療法の専門家として、医師とこの診療という業務をタスクシェアする、それが多分患者さんにとって一番最適です。新しい薬がどんどん出てきますので我々はとてもキャッチアップしていけない、しかも日本では専門医に患者さんたちは掛かるので、1人の患者さんに臓器別・疾患別に複数の専門医が付きます。個々のドクターは、それぞれの臓器に最適な治療をしますが、それを全部足し合わせると、その人にとって最適なのかというと、それは個々のドクターにも分からないのです。ですので、場合によっては、たくさんの病気を持ったその人を見ることができるのは、もしかしたら薬剤師さんしかいないということ、やはり認識をした上で、自分は臨床家として一定の責任を果たさなくては行けないということ、教育でも研修でもきちんと埋め込んでいくことと、それから個々の薬局でそれができる環境を作っていくかなくては行けないのではないかと考えています。

この薬がガイドラインどおりに出ているかどうかということよりも、この人にこの薬で大丈夫なのかというところが多分すごく重要で、むしろお医者さんよりも薬剤師さんがそこをきっちりとカバーしていただくと、薬剤師の質というよりも医療の質が均てん化されていくと思いました。ただ、実際にポリファーマシーの原因は医者が処方している薬なので、これが減らないのに薬剤師の責任だというのは、医者の立場からこれもおかしい議論だなどは思うのです。私もポリファーマシーに関する講演をあちこちで行うと必ず薬剤師さんから質問を受けるのは、私たちが意見を言っても聞いてくれないお医者さんに対し

てはどうしたらいいのですかという問題が必ずあるので、ここはやはりドクターの側の意識も同時に変えていかなければいけないと思います。ポリファーマシーというのは、医師と薬剤師が共に取り組まないといけない課題で、できたらここに KPI を設定して取り組むなど、そういうことをやっていくことが必要なのかなと思っています。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。それでは次に孫先生、よろしくお願ひします。

○孫構成員 ファーマシーの孫です。論点に沿ってお話をさせていただきたいと思います。まず最初の、対人業務で何を進めていくのかは、正に山口構成員のおっしゃられたフォローアップというところだと思います。やはり薬剤師がこれまで学んできた専門性を、患者さんの個別性に合わせてしっかり活用しながら行っていく業務になろうかと思っています。実は、当社のある薬局のフォローアップの状況を精査しました。約 7 か月間ぐらいで、数としては 574 件ですが、この 574 件のフォローアップを行った中で、医師へフィードバックを行った割合は 3 割です。この 3 割という数字は、もしかしたらフォローアップをしなければ、そういった状況を見逃がしていた可能性であったり、場合によっては医師との連携の機会を失っていたという、すごく大切な 3 割だと思います。

では、そのフォローアップがどういったメリットがあったのかについては、やはり大きく 3 つあると思います。結果としてもそこに集約されていたのですが、まず 1 つは、何かあったときに医療機関に受診勧奨すること、又は処方医にフィードバックをするというところが最も多く、重要だと思います。あとは、患者さんにきちんと服薬をしていただくというところでは、治療アドヒアランスを高め、患者さんに適切に受診を継続していただくということです。要は、治療からドロップアウトさせない。フォローアップがこの 3 つに大きく集約されていたのかなと感じております。特にそのフォローアップを行う場面として最も多いのは、処方変更があったときです。当然ながら、処方変更があったときにその薬の効果や副作用の確認をします。どれぐらいの効果が出て、どれぐらいのタイミングで副作用が出やすいのか。ここは薬剤師が最も得意とする薬物動態学の中で、どのタイミングでフォローアップを行うのが最も効果的なタイミングなのか。そういったところは薬剤師の専門性なのかなと思っています。

2 つ目は、適正使用の関わりです。やはり患者さんに薬をきちんと服用していただくということです。処方された薬が正しく服用されるという当たり前のことがどれだけ大変かということなのです。例えば、認知症の患者さんがちゃんと薬を服用できるかといったような話。患者さんによっては錠剤が大きいから飲み込めないといった様々な問題の中で、きちんと患者さんに服薬をしていただくというところで薬剤師が関わっていくことが重要だと思います。

ある論文があります。その論文は、服薬介助を行っている看護や介護スタッフを対象に行ったものです。服薬介助を行っていて怖いと思う場面は、大きく 2 つございました。まず 1 つは、嚥下機能が落ちている患者さんに服薬させるのが非常に怖いということです。そういった場合は当然ながら、どうすれば飲ませやすいのかといった工夫や、剤形変更と

いうところが薬剤師として関わる部分かと思えます。2 つ目は、誤って患者さんに薬を飲ませてしまう。いわゆる誤薬のリスクです。この誤薬に関しては、やはり服用方法の複雑化などが大きく関わってくると思えますので、そういった部分で薬剤師がどう関わっていくのかだと思えます。正に薬剤師が得意とする製剤学が重要なアプローチの部分になってくるのかと考えています。そういったところでは、やはりフォローアップを基点に、対人業務を推進していくことが重要かと思えます。

具体的にそれを均てん化する方策は、まず1つは手引きの作成が重要だと思えます。先ほど橋場先生がおっしゃいましたように、やはり日本薬剤師会の中にも非常に良い手引きがあります。例えば、日本病院薬剤師会でも、薬局薬剤師との連携ということで、地域医療連携の手引きが出されています。日本保険薬局協会でも地域医療連携の手引きということで、病院薬剤師との連携についての手引きがあります。非常に良い手引きが全国各地域でもあろうかと思えますけれども、正にそういったところをきちんと。ばらばらになって、それがなかなか活用しきれないのは、ある意味もったいないところですので、そういったところを1つにまとめた、いわゆるオール薬剤師の手引きも検討されてみてはいいのかなと思えます。

また、地域にどう広めていくのかという点については、私個人としては、仕組化を進めていくところが非常に重要だと思えます。例えば、いわゆるがん医療の均てん化が非常に参考になろうかと思えます。がん医療の均てん化については、幾つか方策が立てられています。まずその1つは、同じ都道府県内において相互訪問による情報共有、いわゆるピアレビューという形で、同じ都道府県の中での均てん化を図っていくといった方策が1つ。2 つ目は、各都道府県の取組を情報共有していくことです。そういった地域レベルでしっかり均てん化を進めていくための仕組みをどういう形で作っていくのかというところは、これからの検討になろうかと思えますけれども、しっかり仕組みを作っていく方策が重要なのかなと感じています。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございました。あとは参考人の飯島先生が挙手されておりますが、構成員の先生方、飯島先生に御発言いただいてよろしいですか。どうもありがとうございます。それでは飯島先生、よろしくお願ひいたします。

○飯島参考人 すみません。参考人ですのに手を挙げてしまいました。若干それるかもしれませんが、薬剤レビュー等の研修を継続してやっていく中で、私は一般用医薬品のフォローも重要視してまして、今、上田薬剤師会では一般用医薬品のフォローアップを事業として実施しています。何が大事かという、要は無責任に一般用医薬品を販売する。セルフメディケーションについて、この地域は割と薬局がファーストアクセスの場になっています。そういった中で、そこを薬剤師はちゃんと判断できているのか。自分の判断が合っているのか。私は今日、ちょっとフォローアップしたときに、受診勧奨した患者さんが病院に行っていなかったのですね。そういったところもちゃんと見て、セルフメディケーションをちゃんとフォローしていくことが非常に重要なのかと。医療費削減という観点

ではちょっと逆行してしまうかもしれないのですけれども、やはり地域住民の安心安全という点で言うと、ちゃんと医療機関と結び付けられているのか、責任を持ってやっていく。一般用医薬品を絡めて、そういったところをちゃんとやっていくことが必要だと思いますので、そういったところも盛り込んでいただけるといいのかなと思います。以上です。すみませんでした。

○赤池主査 どうもありがとうございました。大変重要な御意見だと思います。林先生、お願いいたします。

○林構成員 この課題と論点に書かれている内容で、既に何人かの先生の一部に御発言があったことなのですが、この薬剤師として高度な薬学的知識あるいはスキルアップして専門性を発揮していくという中で、佐々木先生からも声掛けいただいたかもしれないのですが、薬の専門家として、医師のパートナーとして、薬の問題点を提案したり解決策を提案していくときに、やはり先ほど来出ている薬物動態学的な知識や臨床薬理的な知識は欠かせないと思うのです。一般に DI とか医薬品情報と言うと、インタビューフォームとか添付文書というところに行くのですが、私自身は、質の高い対人業務をする根拠になる薬剤師が持っている知識としては、CTDなどをしっかり読み込んでいないと、その問題点が薬によるものなのかそうではない確率が高いのかを判断できないし、提案できないと思うのです。今、PMDA のホームページから CTD は全て誰でも、薬剤師であれば、医師の皆さんもそうですが、読めるようになっていきます。ちょっとボリューミーですが、やはりフェーズ3スタディ、検証的な試験とか、フェーズ2でどういう薬の使い方をするのかを決めたスタディは、薬剤師は添付文書以上に知っていないと、医師の皆さんと一緒に患者さんの問題解決につながらないと思うのです。

私が病院でCTDを含めた治験薬の勉強会をするときには、まず登録された患者さんの人口統計背景をスタッフに見るように、よく言っています。つまり、目の前にいる患者さんが治験の患者さんと同じような患者さんなのか、病気の重症度が違う人なのかとか、前治療薬が同じなのか違うのかによって、提案すべきことは違ってきます。また、主要評価項目、プライマリーエンドポイントが得られた患者さんのパーセンテージは何パーセントなのか。この薬で良い思いができる人は何パーセントなのか。そして、それが得られた週数は何週目なのか。14、28、56 と見たときに、28、56 と上がってくるなら、「先生、しばらくこの方向で患者さんと打ち合わせてもいいですか」と提案できますが、28週で頭打ちで、56に上がらないのであれば、それはまた違う方法を患者さんのために提案できないといけないと思うので、こういったプライマリーエンドポイントの得られる率や週数、プライマリーは検査値や画像データですが、セカンダリーエンドポイントが患者さんの症状であることもありますので、それがどのぐらい平行なのかはちゃんと読み込んで提案する必要があると思うのです。

それから、安全性に対しては死亡例も大事なのですが、中止例です。どういう患者さんでは、治験をやった専門医であっても中止したのかを知っておいて、こういう副作用があ

った、これ以上しんどかったら1回休薬するか中止しましょうということが提案できる能力も要ると思うのです。そして、そういうことが薬物動態に裏付けられているのか、薬理に裏付けられているのか、相互作用によって裏付けられているのかを、私たちが知っていて処方提案できるということが大事だと思います。

副作用も、重篤な副作用と重大な副作用と頻度の高い副作用は知っておかないといけないのですが、治験のときフェーズ3で、対照群のプラセボ群か標準治療群と比較して頻度の高かった副作用がそのお薬のキャラクターですので、もともと病気で起こるような出来事も副作用の有害事象として入ってきてしまいますが、何がこの薬のキャラクターとしての副作用なのか知って処方提案できることはとても大事です。

病院薬剤師はそういうことを自ら研鑽したり、医師から質問されて分からないと勉強し直して、更に提案をしたりしていますので、今回この高度な薬学的知識とかスキルという中に、先ほど来提案があったDIリテラシーも高いということと、やはり臨床薬理的・薬物動態学的なスペシャリストである要素は是非チーム医療の中で求められるスキルだと考えます。それは病院内でも地域医療でも同じだと思います。そういうことを開局の薬剤師の先生方もされているのだと思うのですが、以前にRMPの利活用に関する調査を病院と薬局で実施したときに、薬局の先生方はRMPを読み込むのはなかなか大変ですというアンケート結果もありましたので、CTDはよりボリュームミーなのですが、読むところは限られているので、薬剤師としての特性をいかすような、地域医療におけるチーム医療において発揮されるような何か方策を、今回検討の中に入れていただけるといいのかなと思って発言させていただきました。病院薬剤師会でもそういうトレーニングをしていますし、関連の学会でもそういうトレーニングをしていますので、そういう所に参加されることでもいいですし、今回何かツールができていれば、それはそれでこの事業の素晴らしいアウトカムなのかなと思いました。どうぞ何か御参考に検討事項に入れていただければと思います。よろしくをお願いします。

○赤池主査 どうもありがとうございます。林先生、どうもありがとうございました。構成員の先生方から、最後に討論の場でそれぞれ非常に重要な御意見、御提案を伺いまして、大変参考になりました。印南先生、よろしくお願ひいたします。

○印南構成員 今出されている資料5ページ、対人業務について、モデル事業等を実施し、効果を検討してはどうかと書いてあります。厚生労働省の出された資料では、既にモデル事業をかなりやっていて、数年間たっています。先ほどの2:6:2の議論とも絡むのですが、冒頭の御挨拶にもあったように、どうしてモデル事業的なことが全国に普及しないのかが問題です。よく経済財政諮問会議でも成功事例を横展開するという理屈が出され、それ自体はもっともで誰も反対しませんが、5年たっても成功事例の横展開が出てくるわけではなくて、いつまでも成功事例が単発で出てくるのです。問題は、成功事例がどういうものなのだとということではなくて、どうしてこういうことが全国的にできないのか、障害の発見のほうだと思います。

今日プレゼンのあった上田薬剤師会等は、薬剤師さんのやる気が非常にあって、特定の薬剤師の方やその地域の中心となる人たち、これは医師の先生かもしれませんが、そういう特定の人たちのやる気に依存したシステムは全国的には普及しないのです。ですから、そもそもなぜそれが普及しないのかという観点での調査・検証が必要ではないかと思えます。それは結果として、山口先生がおっしゃっていたように、ひょっとしたら対物業務だけで経営が成り立つ仕組みそのものがそれを妨げているのかもしれませんが、あるいは医療機関から情報提供がシステム化・IT化されてないために必要な情報が集めにくい。ほかにも原因はあるかと思いますが、その障害を明確にしない限り、均てん化は進まないのではないかと思います。以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。最後に全体をまとめる点で、非常に重要な御意見だと思います。どうぞ出井先生。

○出井構成員 最後になってすみません。今日参加させていただきまして、ありがとうございます。私自身全く違う業界の者なので、失礼な話でしたら申し訳ないのですが、対人業務を充実させるというのはそもそも何のためにしているのかなと、お話を聞きながら思っていました。恐らくゴールとしては、使っていただく方がその薬局を使い、その薬剤師さんに対応を聞いて、その結果、治療効果が高まって、最終的には医療費が削減するなどということではないかと思っていました。

我々の独自調査の中で、60%ぐらいの方から、薬局に対して待ち時間がもう少し短くなったらいいなという意見がありました。6割というのは結構高く、不満がある所に別の手段が現れたときに、そちらが選ばれてしまう。つまり、不本意だと思うのですが、待ち時間がなくて薬がどんどん貰えるみたいな所が出てきたら、全部そこへ行ってしまうのではないかと、ユーザーの1人として不安があります。本当に目指したいのは、薬局が頼りになって、いろいろ相談ができて、時間の問題がなくて、中身の問題で解決できることではないかと素人ながら思っていて、そのように考えたときに、やはり対人業務が素晴らしいと、それ以外の、例えば薬だけどんどん出せばいいんでしょうという集団とは全然違うのだというような、その存在意義みたいなことを示していかなければいけないのではないかと。これは利用者の1人として思いました。

2つ目として、ではスキルとして何が重要なのか、お話を聞いていて勉強になったのですが、フォローアップは重要だとか、医療とのリレーションシップの拡充も重要で、結果、患者としてのリテラシーが上がる環境ができれば素晴らしいと思いました。スキルとは何が重要なのかという辺りが最終的な議論に出てくるだろうと思いました。

3つ目として、私は現状理解ができておりませんが、2:6:2の話がありましたが、今、目標に向けて2:6:2のどこにいるのか、日本の薬局、薬剤師さんの現状、どこにいるのか私としては理解できていないところがあるので、今、2:6:2の50%ぐらいのところ来ているのか、それとも、まだそんなに来ていないのか、かなり来ているのか、地域差があるのか、その辺りが共通理解になってくると、どのぐらいのことを誰に対して何をしたらいい

のかというゴールがはっきり見えてくると思えました。感想めいていますが。

そういう中に、ICT の活用などできることがあればいいなと思えましたし、我々は業種は違うのですが、お店を運営しています。お店のスタッフは数万人全国におりまして、そのクオリティをどうやって高めるのか、維持するのか結構四苦八苦して 25 年ぐらい営業しております。業種は違えど何かお役に立てることがあればと思います。最終的にいろいろな議論をして、最後 2 回ぐらいラップアップしていただいて、そこまでに私も勉強して何かこちらでできるかなと思えました。

○赤池主査 どうもありがとうございました。いろいろ御提案、それから御意見を頂きました。現状で薬剤師の方たちが、病院もそうだと思いますが、薬局は極めて多忙であることは間違いないので、そういった意味で、時間的なゆとりを持つためのツールとしては、ICT の活用というのは極めて重要です。次回の検討課題にもありますので、またそちらでも。橋場先生、どうぞ。

○橋場構成員 2:6:2 の話もありましたが、今現在のゴールというのも当然あるかと思えます。社会の流れが変わってきているということもあります。私もこの業界に長くおりまして、20 数年前ですと処方箋を出してくださいと、患者さんをお願いすると、病院の領収書を出されるということもありました。それから考えると処方箋が当たり前になったように、例えばフォローアップというのは全ての薬局、全ての薬剤師が当たり前のようにできることが我々の務めかと思えます。例えばおくすり手帳についても、今ではおくすり手帳は当たり前になっていますが 20 数年前にとある薬局から始められたものが評価されました。そういった形でフォローアップも当たりの形になれば良いと思えます。そういう中で、待っているだけは駄目ですよという形になりましたし、当然我々も質を上げていく施策をやっていきます。日本薬剤師会では、研修シラバスというものも作らせていただいています。薬剤師としての倫理観や心構え、薬剤師を取り巻く社会的背景、薬剤師が職能を発揮していく上で具体的な手法、薬剤師に必要な具体的な知識・技能に関する事項、これを切り口にして薬剤師の行動目標というものを研修を通じて身に付けていく事業を提示しております。これは、都道府県薬剤師会や関連団体、そういったものが研修の指標として利用していただいています。研修の均てん化というところも進めていければと思います。

○赤池主査 どうもありがとうございました。ほかはよろしいでしょうか。申し訳ありません。30 分延長していただいたのですが、それもかなり超過してしまいましたので、もしよろしければ本日の議論は終了させていただきたいと思えます。よろしいですか。どうもありがとうございました。本当に大変重要な、更に活発な御意見を頂きまして、ありがとうございます。是非次回につなげさせていただきたいと思えますので、よろしく願いいたします。それでは、本日の議論は以上とさせていただきます。本日の議題は以上ですけれども、ほかに事務局からございますか。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 ごさいます。本日は長い時間にわたり、先生方

お時間取っていただき、誠にありがとうございました。次回の開催の詳細については、改めて事務局より御連絡させていただきます。ありがとうございました。

○赤池主査 それでは、以上で本日のワーキンググループは終了します。どうもありがとうございました。