

NPhA

Vol. **75**

Exclusive Interview

特別対談

薬薬連携推進のためには 相互の職域で研修を

一般社団法人
日本病院薬剤師会

会長 **武田 泰生氏**

一般社団法人
日本保険薬局協会

会長 **首藤 正一氏**

Round Table Discussion

座談会「電子処方箋の現状と課題」

HPKIカードは運用準備が 整っている施設に優先発行

厚生労働省 大臣官房総務課企画官 兼 電子処方箋サービス推進室長 **伊藤 建氏**

クオールホールディングス株式会社(東京都) DX・AI推進室長 **樫尾 浩幸氏**

イントロン株式会社(埼玉県) 事業本部 本部長/ITシステム部 部長 **鎌田 悠氏**

Regular General Meeting

NPhA 令和5年度定時総会を5月17日、都内で開催

首藤会長

「業界の発展が医療環境の充実に 結びつくよう取り組む」

Visiting

訪問 シリーズ 在宅医療の専任体制を築く薬局

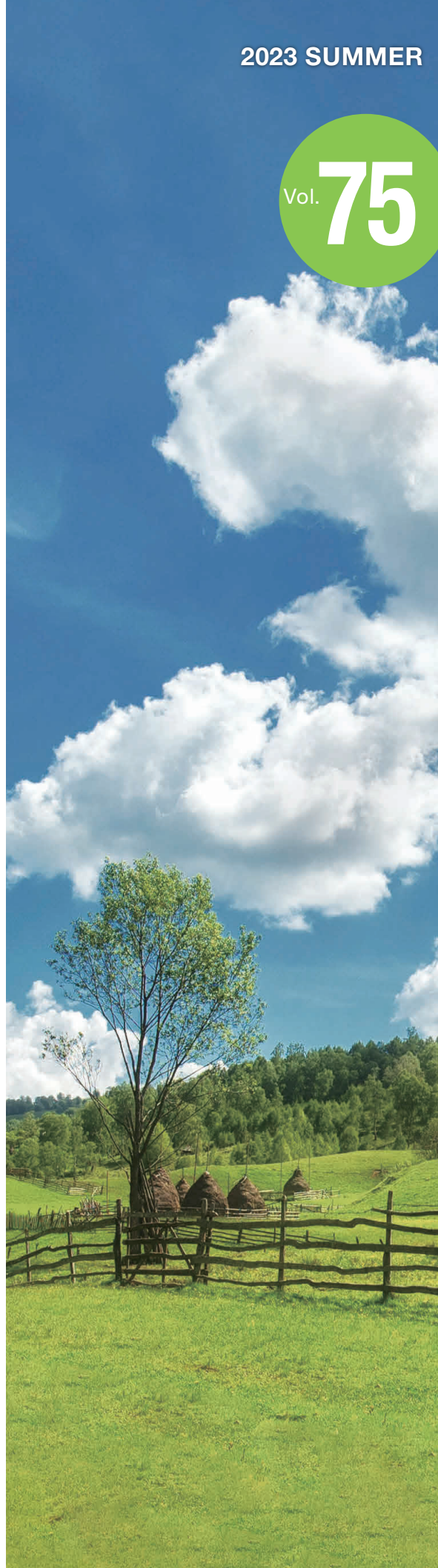
在宅専任薬剤師を3人配置、一刻を争う緊急訪問にも対応

株式会社ファーマダイワ 南熊本調剤薬局(熊本県熊本市)

Hottest Topics

Beyond The Sea 米国&英国からのレポート

「医薬品の安定供給」



4 Exclusive Interview

特別
対談

薬薬連携推進のためには 相互の職域で研修を

一般社団法人
日本病院薬剤師会 会長

武田 泰生氏

一般社団法人
日本保険薬局協会 会長

首藤 正一氏

8 Round Table Discussion

座談会 電子処方箋の現状と課題

HPKIカードは運用準備が整っている施設に優先発行

厚生労働省 大臣官房総務課企画官 兼
電子処方箋サービス推進室長

伊藤 建氏

クオールホールディングス株式会社（東京都）
DX・AI推進室長

檜尾 浩幸氏

イントロン株式会社（埼玉県）
事業本部 本部長／ITシステム部 部長

鎌田 悠氏

14 Regular General Meeting

NPhA 令和5年度定時総会を5月17日、都内で開催

首藤会長「業界の発展が医療環境の充実に結び付くよう取り組む」

16 Visiting

訪問 シリーズ 在宅医療の専任体制を築く薬局

在宅専任薬剤師を3人配置、一刻を争う緊急訪問にも対応

株式会社ファーマダイワ 南熊本調剤薬局（熊本県） 山下 晃史氏



協会ロゴマークの由来

協会ロゴマークは、私たちの仕事である調剤業務に古くより使用されている重要な器具・薬匙（スパーテル）を基本にあしらい、さらに日本保険薬局協会の英名 Nippon Pharmacy Association の略である NPhA を薬匙の上に広げて重ね、空を翔ける鳥のようにイメージしました。今後、日本保険薬局協会が大きく羽ばたき成長するよう、希望を込めて作成されています。

[好評連載]

19 Partnership

薬剤師との連携を目指して 株式会社大賀薬局（福岡県） 眞鍋 美恵氏

20 Report

レポート 多職種連携 株式会社メディカルリンク 健やか薬局 上川店（三重県）

22 Hottest Topics

Beyond The Sea 米国&英国からのレポート「医薬品の安定供給」

アメリカ 現在130品目が供給不足も国主導の対策で減少傾向 大野 真理子氏

イギリス EU離脱で欠品が常態化、薬剤師は代替薬を常に意識 國分 麻衣子氏

26 At The Top

地域のトップランナー 株式会社ピー・アンド・エス（秋田県）

28 Diary

薬局管理栄養士ダイアリー 株式会社メディカルシステムネットワーク（北海道）
藤田 智子氏

30 Local Specialty

隠れたわが郷土料理（茨城県） 株式会社マイドラッグ 羽生 健宏氏

31 日本保険薬局協会 新会員紹介

32 ファーマシーセミナースケジュール

33 2023年度 NPhA 主要会議スケジュール

34 編集後記

特別対談

薬薬連携推進のためには 相互の職域で研修を 病院薬剤師の不足・偏在を解消し 病棟業務の充実こそ最重要課題

対談を終えて記念撮影する
武田泰生氏（右）と首藤正一氏



武田泰生氏は木平健治前会長の後を受けて昨年6月、一般社団法人日本病院薬剤師会の第16代会長に就任しました。武田会長は本対談の冒頭、病院薬剤師不足・偏在の解消に向け「病院薬剤師確保の取り組みの手引き」をまとめたことに、安堵の表情を率直に表しました。また、病院薬剤師と薬局薬剤師との連携にも言及、薬薬連携を推進するためには相互の職域で研修を行い、お互いを知り合うことが重要だと強調しました。更に、病棟業務を拡充しなければ薬薬連携は進まないとも指摘、今後、広く病棟業務に取り組んでいく姿勢を明らかにしました。

(4月6日収録)

「病院薬剤師確保の取り組みの手引き」公表

首藤 昨年6月、日本病院薬剤師会の会長に就任され、そろそろ1年を迎えます。この1年、どのように貴会を運営されてきましたか。

武田 これまでの歴代会長が最も心配されてきたことが、病院薬剤師不足の問題でした。対策を具体的に

打ち出していくことが、会長に就任してまず取り組まなければならない最大のテーマでしたので、「病院薬剤師確保の取り組みの手引き」をまとめることができ、ホッとしています。

首藤 2月に公表されましたね。

武田 なんとか年度内に都道府県病院薬剤師会の方々に提示したかったので、2月の臨時総会にドラフトを提出しました。昨年7月、「病院薬

剤師確保に関する特別検討委員会」を立ち上げた際には、厚生労働省も関心を向けてくださり、オブザーバーのような形で議論に加わっていただきました。病院薬剤師の不足・偏在は地域ごとにそれぞれ事情が異なりますので、作成した「手引き」は一つのパターンを決めるのではなく、当該地域の必要性に応じて選択できるように、幾つか複数のパター

ンを挙げています。都道府県病薬が、自治体や都道府県薬剤師会と連携し病院薬剤師の確保策を作る際の参考にしてほしいと考えています。

首藤 最近、病院薬剤師は病棟業務の充実、医師の負担軽減を目的としたタスクシフト・タスクシェアに取り組んでおられます。

武田 日病薬としては以前から、プロトコルに基づく薬物治療管理 (Protocol Based Pharmacotherapy Management=PBPM) を積極的に推進してきました。PBPMとは、薬剤師が医師と共同業務の契約を交わし、その範囲内で薬物治療管理を行うことです。アメリカの共同薬物治療管理業務 (Collaborative Drug Therapy Management=CDTM) に相当するものが、日本ではPBPMだろうと日病薬では考え、これを拡大する形でタスクシフト・タスクシェアを積極的に受け入れていく方針で取り組んできました。一方、日病薬としては厚労科研とか厚生労働省の委託研究等がありますので、その中で、例えば現状調査を行ってきたほか、業務拡大のテーマの中にタスクシフト・タスクシェアを組み入れるようにしてきました。また、各病院の取組事例を収集し事例集をまとめ、会員の参考にしていただいています。例えば、ある大学病院では、患者さんの入院時に薬剤師が持参薬のオーダー入力支援を行った結果、1患者当たりの持参薬管理に掛かった全職種の合計時間が、62.6分から37.6分へと25分も短縮した事例がありました。もう一例、ご紹介しましょう。西日本の私立病院の取り組みなのですが、薬剤師が処方支援業務を行ったことで、総処方件数と共に時間外オーダーの割合が減少した

という調査結果もありました。同病院の呼吸器内科で、薬剤師が持参薬の継続・院内採用薬への切り替えなどを提案する処方支援を行ったことで、全処方に対する時間外処方の割合が支援前の19.6%から支援後の15.8%に減少しました。更に、総処方件数も低減しています。支援前は1,927件だったものが、支援後は1,745件に減少しました。これら以外にも、調剤ロボットを導入することで薬剤師業務の効率化を図ったケースなどもあります。ロボットの活用は、いわば薬剤師のタスクシフトです。即ち、一方で医師からのタスクシフトがあり、また一方で薬剤師の業務をロボットや調剤助手にタスクシフトしていく。こうした機械化とデジタル化、PBPMを促進することで、結果として医師の負担軽減に繋がっている病院が少なくない、私どもでは受け止めています。

職能拡大、資質向上、マンパワー確保が課せられたテーマ

首藤 薬学教育が6年制に移行したことで、病院薬剤師の業務内容に変化はあったのでしょうか。

武田 大いにありました。6年制になって最も大きく変化したことは病棟業務が拡大したことです。ちょうど、6年制の第1期生が薬剤師として社会に出た2012年に、いわゆる「新100点業務」と言われる病棟薬剤業務実施加算が新設されました。ですから、6年制薬剤師はまさに病棟における対人業務、あるいはチーム医療への参画を本格的にスタートさせた世代と言うことができます。それこそ、病院薬剤師にとってこの年は、調剤業務中心から病棟業務中心に変わった転換点となり、その



武田泰生氏

後、病院薬剤師に対する診療報酬上の評価が一気に増えていきました。

首藤 確かに、最近の病院薬剤師の取り組みに対する高い評価は、診療報酬上ばかりではなく、多くの医療関係者からも聞こえてきます。

武田 現在、急性期病院では薬剤師がかなり充足するようになってきましたが、一方で、行わなければならない業務量に対する人員配置は、決して十分とは言えません。また、慢性期病院に至っては人員がほとんど増えていないので、病棟業務すら取り組めていない施設が少なくありません。病棟薬剤業務実施加算を算定している施設がようやく2割を超えましたが、まだ8割の病院は加算の算定ができていないのが現状です。その改善が、私ども日病薬としての大きな課題となっています。

首藤 2023年度の事業計画を拝見しました。重点的に取り組んでいるテーマをお聞かせください。

武田 全てが重点項目なのですが、私が講演でいつもお話ししていることが三つあります。第一は業務拡大、職能の拡大です。タスクシフト・タスクシェアを通じて病棟業務に取り組むことでチーム医療に参画し、業務拡大を積極的に図っていく必要があると考えています。二つ目は、



電子処方箋の 現状と課題

HPKIカードは
運用準備が整っている
施設に優先発行
薬局は全国医療情報プラットフォーム
活用できる薬剤師養成が急務

出席者 (発言順)

厚生労働省

大臣官房総務課企画官 兼
電子処方箋サービス推進室長

伊藤 建氏

クオールホールディングス株式会社 (東京都)

DX・AI 推進室長

榎尾 浩幸氏

イントロン株式会社 (埼玉県)

事業本部 本部長
ITシステム部 部長

鎌田 悠氏

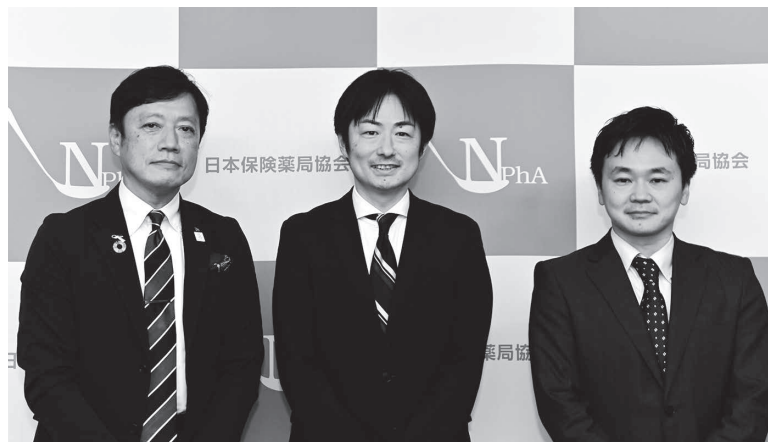
今、全国の薬局・薬剤師が電子処方箋に強い関心を向けています。昨年10月から全国4地域でモデル事業がスタート、今年1月からは実際の運用が始まりました。そこで本号では、厚生労働省から伊藤建氏をお招きし、クオールホールディングス・榎尾浩幸氏、イントロン・鎌田悠氏のお三方に、電子処方箋の現状と今後について話し合っていました。伊藤氏はHPKIカードの発行について、電子処方箋の運用準備が整っている施設の申請者に、優先的に発行する仕組みを導入したと説明しました。また、薬局サイドからは、今後、電子カルテや介護現場の情報も共有できるようになる全国医療情報プラットフォームを活用できる薬剤師の養成が急務であるとの指摘が出ました。

(4月14日収録)

薬局は国民・医療機関にメリット示す伝道師

——まず、現在の電子処方箋に対応可能な病院・医科診療所・歯科診療所・薬局数と、HPKIカードの発行枚数など最新の進捗状況をお聞かせください。

伊藤 最新の状況は、厚生労働省のホームページに掲載しており、毎週、更新しています。4月23日時点では対応施設数が計3,352で、その内訳は病院9、医科診療所250、歯科診療所11、薬局3,082です。この数から見ても明らかなように、電子処方箋の普及は薬局がリードしていると言っても過言ではない状況です。一方、HPKIカードは、3月末時点で約4万6,000枚を発行しています。これは、日本医師会・日本薬剤師会・医療情報システム開発センターの3認証局全てを合算した数字で、医師・歯科医師・薬剤師を含んでいます。



左から榎尾浩幸氏、伊藤建氏、鎌田悠氏

——榎尾さんと鎌田さんにお聞きします。システム導入やHPKIカードの取得状況、あるいは社員研修など電子処方箋応需に向けた体制整備の現状についてご説明ください。また、体制整備における課題がありましたら、お聞かせください。

榎尾 弊社は、グループにおけるDX推進役も担っておりますので、グループ全体の現状をご説明します。準備を終えている薬局は少なくないのですが、現在、実際に稼働している薬局はモデル地域を中心に7店舗あります。電子処方箋の応需件数は4月10日現在で計58件でした。その処方元のほとんどが山形県酒田市にある日本海総合病院でした。HPKIカードについては、少々出遅れてしまっているのですが、年内には3桁に乗せたいと思っています。HPKIカードは現在、管理薬剤師を優先して申し込んでいるのですが、実は2枚目の申請を始めました。というのも、私どもとしては調剤結果のアップロードこそが電子処方箋システムの肝と考えているため、紙の処方箋であっても調剤結果のアップロードを同時に進めなければならないと考えているからです。しかしながらHPKIカードが1枚ですと、受け付けとバッティングし調剤結果のアップロードができないことがありますので、それを避けるため、2枚目のHPKIカードが必要になると考えました。

課題としては、HPKIカードの到着が遅かったことが、まず挙げられます。二つ目は、電子処方箋を発行されている医療機関が、まだ限られていることです。電子処方箋を発行されている医師にお聞きすると、業務負担は紙の処方箋を発行する場合とほとんど変わらないというお話でした。ただし、医療機関としての利点も余り感じておられない。重複投与の防止など多くのメリットがあるはずですので、薬局が電子処方箋の利点を「見える化」して、お伝えしていかなければならないと感じました。更に言えば多くの国民がまだ、電子処方箋のメリットを理解していないことが、普及スピードの遅い背景のように受け止めています。ただ単に、紙の処方箋が電子化されただけという理解に止まってしまうと、医療DXの本質を見誤ることになります。従って、国民に電子処方箋のメリットを説明し、患者さんが自ら電子処方箋の発行を望むような気運の醸

成も必要だと考えています。言い換えれば、国民に対する啓発が今、最も大事ではないかと考えています。

鎌田 オンライン資格確認システム（以下オン資）は3月末日までに、全40店舗に導入済みです。HPKIカードについては全ての管理薬剤師が申請し、25人の手元には届いています。第二ラウンドとして、多くの店舗を回っているエリア長が申請を始めたところです。一方、電子処方箋へのシステム対応に関しては、ようやく3月30日にレセコンメーカーから案内が届きました。運用業務フローも変更しなければなりませんので、全店一斉は難しいため、まずは数店舗に導入する予定です。現状の課題としては、マイナンバーカード持参率の低さがあります。処方箋を1日100～150枚応需している薬局でも、持参する患者さんは1～2人という状況ですので、マイナンバーカードに関する国民への周知が、未だに十分に行き届いていない印象を持っています。ただ、啓発活動の全てを国にお任せするわけにはいきませんので、弊社が所属しているNPhA デジタル推進委員会でもマイナ保険証の持参啓発動画を作成しました。それも活用しながら、薬局としても積極的に協力していきたいと考えています。一方、オン資については店舗間の理解度の格差が生じたので、全社的に理解度の底上げをしなくてはならないことも、課題の一つとして浮上しています。

マイナ保険証の持参率アップが当面の課題

——鎌田さんから指摘のありましたマイナンバーカードの持参率の低さについては、どのようにお考えですか。

伊藤 マイナンバーカードの申請状況は運転免許証を上回ってしまっていて、しかも、その7割ぐらいの方が保険証利用の登録を終えています。従って、かなり多くの方がお持ちなのですが、持参される方が少ない。まさに、これが課題ですので、今年度からマイナ保険証を持って来ていただけるような周知広報を、重点的に行っていく計画です。持参することが習慣になるよう、さまざまな媒体を使い広報活動を展開するつもりです。電子処方箋のメリットと共に、マイナンバーカードの保険証利用を進めることで利便性が向上することを、同時に訴えていきたいと考えています。

【連載】

訪問 シリーズ No.2

在宅医療の 専任体制を築く薬局

在宅担当薬剤師

山下 晃史氏

株式会社ファーマダイワ 南熊本調剤薬局（熊本県熊本市）

在宅専任薬剤師を3人配置、
一刻を争う緊急訪問にも対応
チーム医療では全ての専門職による
治療目標の共有こそ最も重要

聞き手

日本保険薬局協会
専務理事

吉野隆之氏



熊本県内で29店舗の薬局を運営しているファーマダイワ（熊本市）では、在宅医療に注力している店舗を「在宅基幹薬局」と位置付けています。熊本市内に立地する南熊本調剤薬局も在宅基幹薬局に位置付けられており、在宅専任薬剤師が3人配置されています。

山下晃史氏は在宅専任薬剤師の一人で、主に在宅緩和ケアに取り組んでいます。山下氏は、他の専門職に意図した情報を十分に伝達するためには情報の伝え方に配慮が必要と指摘した上で、「チーム医療で何より重要なのは全員が一つの治療目標を共有すること」と強調しました。（3月10日取材）

いつでも多職種と連携が取れるよう 専任制を導入

——南熊本調剤薬局の概要をお聞かせください。

山下 薬局の開設は1990年6月ですから、今から33年前になります。その後、2009年から在宅医療を始めました。隣接して診療所があるほか、近隣には医療機関が複数ありますので、1日に応需する処方箋は外来が平均40枚、在宅は20枚程度です。薬剤師数は6人で、そのうち在宅専任薬剤師が3人です。調剤室も在宅部門と外来部門で分けていまして、在宅専任薬剤師は外来調剤業務をほとんど行わず、訪問業務に専念できる体制を整えています。また、当薬局は地域連携薬局の認定を受けています。

——会社として在宅医療に取り組むこととなった経緯は？

山下 在宅緩和ケアをメインとして開業しようとするドクターとの出会いがきっかけとなり、在宅医療を支えていく体制を作り始めました。その後、ご遺族からの寄付をもとに取得したPCAポンプの貸出しの拠点業務をお引き受けするなどして、在宅医の先生方とのネットワークが深まっていきました。

現在、弊社は熊本県内で29店舗の薬局を運営し、そのうちの7割くらいの薬局が、在宅医療に取り組んでいます。中でも、在宅医療に積極的に取り組んでいる店舗を「在宅基幹薬局」と位置付けていまして、現在、在宅基幹薬局が4店舗あります。それら在宅基幹薬局に在宅専任薬剤師が配置され、今では全社で11人になりました。在宅医療がやりたいから当社を志望するという学生も出てきているなど、ブランドとして

も定着していることを感じます。

南熊本調剤薬局も在宅基幹薬局に位置付けられています。もちろん、在宅基幹薬局ではない店舗でも在宅医療に対応し、施設に入居する患者さんやご自宅で慢性疾患の療養を行っている患者さん等の服薬を支援しています。一方、在宅基幹薬局では主に、がん終末期など医療依存度の高い患者さんをサポートしています。こうした患者さんを支援するためには、多職種がチームとして強い連携を取る必要があります。いつでも多職種との連携が取れるように、在宅医療のみ担当する専任制を導入した経緯があります。外来調剤との併任制では担当者会議にも参加できませんし、一刻を争う緊急時の訪問も難しくなりますので、当薬局のように在宅緩和ケアに重点を置いている薬局においては、在宅専任薬剤師の配置は不可欠と考えています。

——在宅緩和ケアに取り組む薬局薬剤師は徐々に増加しているように聞いていますが、熊本でもニーズは高まっているのでしょうか。

山下 おっしゃるように、最近、がん終末期患者さんへの訪問依頼は急増しています。例えば、今年2月の全訪問件数は個人在宅266件、施設131件でした。

ファーマダイワ
南熊本調剤薬局



同薬局の店内。写真奥の調剤室は外来・在宅部門に分かれている



山下晃史氏

この実績からお分かりの通り個人在宅が多い上に、個人在宅266件のうち、薬剤師居宅療養Ⅱ1（がん末期の患者・中心静脈患者以外の場合）が62件と2割近くを占めます。

がん終末期の患者さんが多いこともあり、直近1年の（昨年）看取り件数は52件に上りました。

言うまでもなく、緩和ケアチームには医師・歯科医師、訪問看護師をはじめケアマネジャーや福祉用具貸与事業所など、在宅療養を支える多くの医療・介護職が参画しています。われわれ薬剤師が緩和ケアに介入することによって、医療用麻薬の服薬指導や体調変化に伴う緊急対応が可能になるなど、多くのメリットを患者さんやご家族に提供できるようになります。

私が初めて、在宅がん終末期の患者さんに関わったのは、肺がん末期の70代の女性でした。主訴は呼吸苦で、在宅酸素療法を行っていたものの、入退院を繰り返していました。初めて終末期の患者さんと向き合いましたので、薬剤師として何ができるのか、多職種連携や医療用麻薬の服薬指導が上手くできるのかなど不安ばかりでした。しかし、患者さんとの雑談を通じて、薬剤師としてすべきことが次第に明確になっていきました。お亡くなりになった後、弔問に伺い、ご遺族と暫く時間を共有し、弔問の様子はグループウェアに投稿しました。また、薬代をいただかなければなりませんし、医療用麻薬等の回収も行いつつ、ご遺族の体調にも目を配り、場合によっては地域に繋げることも薬剤師の仕事だと教えられました。薬剤師が緩和ケアチームに加わることで、患者さんのQOLが高まり、結果として医師の負担も軽減し、看護師なども本来の仕事に注力することができるようになります。そのサイクルが上手く回転し始めると、患者さんもお家族も、また医療・介護職も多職種連携のメリットを高いレベルで享受することが可能になると考えています。

在宅医療ではコミュニケーションこそ命、 発信は素早く的確に

——どのような方が在宅専任薬剤師に就いているのですか。

山下 多くの場合は外来調剤を数年、経験した後に