

地域包括ケアにおける薬局・薬剤師の役割

—平成30年度調剤報酬改定を踏まえて—

ファルメディコ株式会社 代表取締役社長 狭間 研至

目 次

1. はじめに
2. 医療的社会資源としての薬局を見直す
3. 薬剤師の役割を考える三つのポイント
 - (1) 薬剤師の業務の在り方
 - (2) 薬剤師の専門性
 - (3) 薬学が医療のPDCAサイクルに組み込まれる
4. 地域包括ケアシステムという概念から逆算する
5. 患者のための薬局ビジョンを読み解けば
6. これからの薬剤師に必要なもの
7. おわりに

要 約

2013年に厚生労働省から示された「地域包括ケアシステム」という概念は、超高齢社会となったわが国で、安心して過ごせる社会をつくるためには不可欠だ。ただ、この枠組みのなかで薬剤師は何をするのかということには議論がある。地域包括ケアにおいては、医療の「ことがら」のほとんどは薬物治療が占める。高齢化に伴い複雑化する薬物治療支援のニーズが飛躍的に拡大するなかで、薬物治療の個別最適化が極めて重要であることを考えれば薬局・薬剤師が果たす役割は、入院、外来、在宅などすべての場面で重要になるはずだ。

しかし、処方箋調剤業務を機械的にこなす「モノ」と「情報」の専門家としての従来の薬剤師であれば、機械化の進展、ICTの普及によりその重要性は相対的に低下する。一方、薬剤師が、薬を患者さんに渡すまでの仕事から、薬を服用した後の患者さんをチェックすることで前回処方の妥当性を薬学的に評価し、次回の処方内容の適正化につなげるという医師との協働した薬物治療を行う仕事にシフトすることで状況は一変する。

このことは、薬を渡すまでは対物業務、飲んだあとまでフォローするというのは対人業務であることを考えれば、「患者のための薬局ビジョン」に示された、「対物から対人へ」という方向性にも一致する。今後、多くの薬局・薬剤師が地域包括ケアシステムで活躍するようになるには、薬剤師が患者をアセスメントするための知識・技能・態度、薬剤師が患者を診るための時間・気力・体力とともに、調剤報酬の抜本的な改革が必要であると思われる。

1. はじめに

高齢化と少子化が同時に進行するわが国で、国民皆保険制度を堅持しながら、世界最高長寿を維持するという事は、容易なことではない。ただ、人口動態と疾病構造がどのように変化しつつあるのかということを見ると、その解決に向けた糸口がないわけではないことに気がつく。

本稿では、地域包括ケアにおける薬局・薬剤師の役割を、医師として活動するとともに、薬局運営や薬剤師生涯教育などに携わるといふ筆者の少し変わった立場を踏まえて私見を述べたい。

2. 医療的社会資源としての薬局を見直す

1974年の分業元年から40年あまり。現在の薬局はコンビニエンスストアよりも多く、そこに勤務する薬局薬剤師は、診療所やクリニックで勤務する医師よりも多くなってきた(図表1)。これだけの巨大な社会資源としての薬局・薬剤師は、現在のところ、「薬を置いてある場所」「処方箋を持ち込めば薬を準備して説明してくれる人」と認識されているのではないだろうか。この薬局や薬剤師の在り方を見直すことは、これからの地域医療の在り方を考えるうえで重要であるが、その理由は二つある。

一つは、急増する医療ニーズに急増しない医療専門職で対応するためには、薬剤師も含めて様々な医療職種の働き方が変わらなくてはならないということである。たとえて言えば、医師が出した処方箋を、ピッチャーが投じたボールのように捉え、そのボールを淡々と打ち返すバッターのような役割が薬剤師だという仕組みが変わらなくてはならないということだ。

そしてもう一つは、医薬分業導入時の目的であった「多剤併用の回避」「薬害の根絶」という二つの問題の解決がまだ、なされていないことである。もちろん、薬を正しく早く準備して、的確な説明とともにお渡しすることは、薬物治療が行われるうえで極めて重要であるが、今や8兆円に迫らんとする規模にまで市場が成長したにもかかわらず、これらの問題が全く変わらずに存在しているということは、やはり、薬局や薬剤師の現状の在り方は変わらなくては行けない、ということだ。

(図表1) 社会資源としての薬局・薬剤師



(C) Kenji Hazama, M.D., Ph.D.

(資料) 厚生労働省、日本フランチャイズチェーン2015-18

すなわち、地域医療を支える専門職の働き方からしても、地域医療が直面する課題解決の観点からしても、医療的社会資源としての薬局・薬剤師の在り方や地域医療における役割を見直すことは必要である。

3. 薬剤師の役割を考える三つのポイント

私は、医師・薬局経営者の立場から薬剤師の役割を模索してきたなかで、以下の三つのポイントが重要ではないかと考えている。

(1) 薬剤師の業務の在り方

現在の薬剤師の業務は、処方箋を応需するところをスタートにして、医薬品を投薬するところをゴールとする極めてシンプルな業務のように見えなくもない。薬剤師は、早く、正しく、解りやすく薬を準備してお渡しできるように脚力やフォームを磨いているスプリンターのようなものである。しかし、2006年から薬学教育が6年制へ移行していることや、医薬分業導入から40年経っても、多剤併用や薬剤性有害事象の問題が解決していないことは、この在り方が結果的にはうまく機能していないことを示しているのではないだろうか。とはいえ、この業務以外に何を考えれば良いのかということに戸惑いを覚える薬剤師も少なくない。というのも、現状の薬剤師の業務は、少子高齢化が進もうと、薬学教育が6年制に移行しようと、早く、正しく、解りやすくということが重要であるからである。

(2) 薬剤師の専門性

これから何をすべきかということを考えるうえでは、薬剤師の養成課程を考えると、大学に入学するまでは、医師や歯科医師と同様にいわゆる理系科目を系統的に学ぶ。ということは、医師、歯科医師、薬剤師は高校卒業まではその教育内容に差が無いということである。逆に言えば、医学部、歯学部、薬学部という専門教育課程での教育内容があって初めて専門家になり得るということであるし、その大学教育の内容を業務で使ってこそ、専門性が活かせるというのがわが国の医療系専門職育成システムではないだろうか。

しかし、現状の薬剤師は、病院、外来、在宅を問わずその専門性を活かすことができていない。というのも、薬剤師が薬学部で学ぶ専門的知識の代表である薬理学・薬物動態学・製剤学といった学問は、薬がどのようなメカニズムで効果や副作用を示すかということ、時間軸を持って理解し、それらを達成するために製剤的な工夫をどのように加えるかということ、これらはいずれも薬が体に入ったあと、どうなるかということ、これを考える際に役立つ知識である。一方、(1)で示したような現在の薬剤師の業務で担当するのは、薬が体に入るまでなのである。すなわち、薬剤師は大学で薬が体に入ったあとの事柄を学び、国家試験でもその部分の習熟度を試されたあと、一定の基準をクリアして初めて薬剤師となるのにもかかわらず、現場では薬が体に入るまでしか担当しないのである(図表2)。これであれば、薬剤師はその専門性を発揮することができず、突き詰めていけば、薬剤師が今の医薬分業制度のなかで果たすべき専門家として役割が極めて見えづらくなってしまふ。では、どうすればよいのか。答えは簡単で、薬剤師が調剤を担当した患者の服薬後の状況をフォローアップして、確認すれば良いのである。

(図表 2) 現在の薬剤師業務と薬学的専門性のギャップ



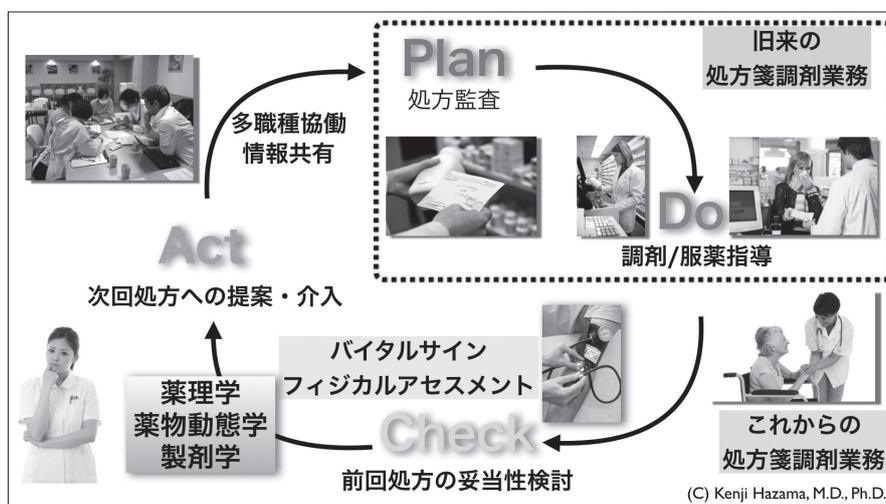
(資料) 厚生労働省、日本フランチャイズチェーン2015-18

(3) 薬学が医療のPDCAサイクルに組み込まれる

薬剤師が、患者が薬をのむまでではなく、薬をのんだあとまでフォローすれば薬物治療の質は大きく向上するという事は、図表3を見れば理解しやすい。すなわち、現在の薬剤師の業務は医師の処方に基づいて調剤するという極めて限定的な、また、医療全体のサイクルから言えば一部業務委託をするような外出しの業務であった。しかし、この部分は昨今の機械化やICT化によって薬剤師でなくても担えるようになってきており、そのため薬剤師が自らの存在意義に疑問を持つようになってきている側面もある。

ただ、薬剤師が機械化やICT化によって捻出された時間を使って患者の状態をみて効果の発現や副作用の有無を確認するようになれば、事情が異なってくるのである。

(図表 3) 医療のPDCAに薬学的専門性を入れ込む



(資料) 厚生労働省、日本フランチャイズチェーン2015-18

というのも、薬剤師が自ら調剤した薬を服用した患者の状態を見た時に、必ず、その状態を薬学的見地から評価するからである。そして、それらの評価の内容を医師の次回処方前に医師に伝える事で薬剤師の専門的評価が医師の処方箋に反映されることにより、薬物治療の質は向上するはずである。その過程で「多剤併用」「薬剤性有害事象」の回避という医薬分業の目的は達成されると考えている。

これら三つのことを総合して考えれば、地域医療における問題点やそこにかかわる薬剤師の在り方が浮き彫りになってくる。まず、驚くべきことだが、現在の日本の薬物治療には薬学という専門知識が反映されていないことになる。個人的に考えても、医師は患者が症状を訴えると、たとえそれが薬剤性有害事象であったとしても、新しい病気の出現と考える思考回路を持っている。よって、患者の症状に応じて薬がどんどん追加されるイメージとなる。しかし、薬剤師が患者の状態を見ればそれをチェックすることができ、「医薬品の適正使用」「医療安全の確保」という薬剤師の持つミッションをクリアすべく行動範囲を広げることができる。

地域医療における薬剤師の役割を考えるうえで、是非、この三つの観点から見直すべきではないだろうか。

4. 地域包括ケアシステムという概念から逆算する

高齢化が進むわが国では、地域医療の「ことがら」のほとんどは、薬物治療になっていくということだ。基本的に、医療行為の多くは薬物治療が占めているが、高齢化、慢性疾患へのシフト、医薬品の進歩もあいまって、その比率はますます上がっていくことが予想される。加えて、認知機能や嚥下機能の低下は、様々な服薬支援を必要とするし、肝機能・腎機能の低下は、処方内容の個別最適化を必要とするであろう。このように複雑化する薬物治療支援のニーズが飛躍的に拡大するなかで、それを支える医師や看護師数は増大しないのがわが国である。医療ニーズと医療提供体制のミスマッチを解決するために多職種連携は必須であるが、とくに医療ニーズの多くが薬物治療の個別最適化であることを考えれば、薬剤師が果たす役割は、入院、外来、在宅にかかわらず極めて重要になるはずだ。

そうしたなかで、2013年に厚生労働省は「地域包括ケアシステム」という概念を呈示した。これは、高齢者の尊厳と自立の保持を目的に、住み慣れた場所で最期までその人らしく暮らせるような仕組みを、国を挙げてつくっていくというもので、医療・介護をはじめとする社会保障の様々な政策は「地域包括ケアシステム」に基づいて遂行される。では、この枠組みのなかで薬剤師は何をするのか。私は、現在の業務の延長上に考えるのではなく、「地域包括ケアシステム」という来たるべき未来から逆算して考えるのが良いと思っている。

地域包括ケアにおいては医療の「ことがら」のほとんどは薬物治療が占める。認知機能や嚥下機能の低下は、様々な服薬支援を必要とするし、肝機能・腎機能の低下は処方内容の個別最適化を必要とするはずだ。このように複雑化する薬物治療支援のニーズが飛躍的に拡大するなかで、先ほどの医療のPD-CAサイクルに「調剤」という技術だけでなく「薬学」という学問体系を入れ込むことの意義は大きい。

端的に言えば、医師や看護師は患者さんの症状を聞くとどうしても疾病を想定し、それに対応する処方を行うが、地域包括ケア時代には、患者さんの症状のなかで少なくない比率のものは、現在服用中の薬によって起こっている可能性があるということだ。ここを薬剤師がきちんとスクリーニングすること

で、結果的に「多剤併用」、「薬剤性有害事象」はともに回避できるはずである。

5. 患者のための薬局ビジョンを読み解けば

これらのことを、2015年の「患者のための薬局ビジョン」の内容とすりあわせてみると、興味深いことが見えてくる（図表4）。

まず、第1に立地から機能へということが挙げられている。唐突にも見えるこの項目だが、処方箋を発行する医療機関に隣接して薬局を設置し、そこに自然と足を運ぶ患者の処方箋を応需し、それらにしたがって薬をお渡しするというだけでは、「多剤併用」や「薬剤性有害事象」を回避するという医薬分業の本質的問題をクリアできなくなっていることを考えると、抜本的な見直しは不可欠であろう。また、地域包括ケアシステムの実現に向けて在宅療養支援への取り組みや、一般用医薬品や機能性食品を用いたセルフメディケーションや予防医療への参画など、地域の健康情報拠点としての薬局が果たすべき役割は多岐にわたることが明らかになってきた。そういった意味で、立地に依存したビジネスモデルから、機能によって選ばれるというビジネスモデルへ転換することが重要である。

次に、対物から対人へということが挙げられている。薬剤師が薬の準備をして説明をして渡すだけであれば、それはまさに対物業務である。しかし、その後の経過や結果を確認して、体調がより良い方向に向かったり病気が治癒したりするということへのサポートを行うというのは、対人業務である。そのためには、自らが調剤した薬を服用している患者の状態をきちんとフォローアップすることが必要であり、昨今、色々な講習会が開かれたり薬学教育のモデルコアカリキュラムでも注目されたりしているバイタルサインというのは、そのために必要なツールであることも理解できよう。服用後の状態を見ることで、対物業務から対人業務へのシフトが図られると言えよう。

最後に、バラバラから一つということであるが、薬の服用後までフォローすると言うことは、まさに「かかりつけ」という状態であり、それが達成できていけば、自ずと患者が処方箋を持ち込む薬局だけ

（図表4）患者のための薬局ビジョン



（資料）厚生労働省、日本フランチャイズチェーン2015-18

でなく、担当する薬剤師も決まっていくはずだ。今は、バラバラにある患者情報や服薬情報が一つになるためには、また、かかりつけ薬局ではなくかかりつけ薬剤師がきちんと投薬後のフォローまでしていくことが必要不可欠である。

これらのことを通じて、いずれ、薬局は「立地」で選ばれるのではなく「かかりつけ」ているかどうかで選ばれるようになり、結果的に、その薬局は門前を離れて「地域」に移っていくということなのではないだろうか。

6. これからの薬剤師に必要なもの

これからの薬剤師に必要なものは、薬剤を出した後をフォローした際に患者の状態を知るための知識・技能・態度を習得するとともに、患者を良くするための時間・気力・体力が必要になると考えている（図表5）。

（図表5）これからの薬剤師に必要なもの



（資料）厚生労働省、日本フランチャイズチェーン2015-18

今、保険調剤薬局の店頭で「対物」業務に従事している薬剤師が、「対人」業務にシフトすることは難しい。すなわち、急に患者の状態を診るといっても、一体何を、どのようにすれば良いのか解らないし、その状態を薬学的にどう読み解けば良いのか解らない。さらにそれをどのように医師に伝えれば良いのかも解らない。

これらはその薬剤師の才能が欠けているのではなく、そういった業務がなかったことや、学ぶための教育プログラムがないためである。これらを克服するには、薬剤師が患者の状態を知るためのツールとしてのバイタルサインについて学ぶことや、薬学的専門性を臨床現場にフィードバックするためのリカレント教育、さらには、先事例のある現場に赴いての実地研修が必要になろう（図表6、7）。

それとともに、「対物」業務に追われ、毎日、残業を余儀なくされている薬剤師が、患者を良くするための活動を行う時間を持つことは難しいだけでなく、自分が感じたことを医師に伝えて調整しようと

いう気力、そして、そもそも実際に患者のそばに赴くための体力も残されていないことが多い。一言で言えば、忙しすぎるのである。

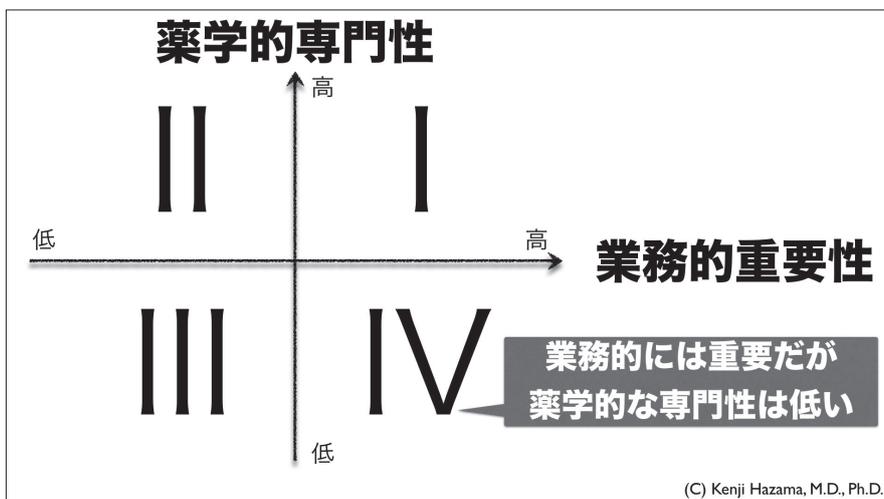
その理由は、何も人材不足にのみあるわけではない。業務フローを見直して無理・無駄・ムラをなくし、適切な機械化、IT化を進めたうえで、業務的 중요性は高いが、薬学的専門性は低い仕事を、薬剤師から外していく業務システムづくりが欠かせない。私自身は、それを「パートナー」と名付けて、自社の薬局での適用を始めているが、この存在がなければ、薬剤師の新たな展開を考えることは、薬局運営上極めて難しいと考えている。なお、このパートナー制度については、一般社団法人日本在宅薬学会において制度化している。

(図表6) 患者の状態を知るための知識・技能・態度を習得するために



(資料) 厚生労働省、日本フランチャイズチェーン2015-18

(図表7) 患者を良くするための時間・気力・体力を創出するために



(資料) 厚生労働省、日本フランチャイズチェーン2015-18

7. おわりに

2018年（平成30年）12月14日の厚生科学審議会・医薬品医療機器制度部会では、服薬期間中のフォローアップを薬剤師に義務付け、そこで得られたアセスメントの医師へのフィードバックを努力義務とするだけでなく、薬局開設者には薬剤師にそういった活動をさせることを義務付けるということ、医薬品医療機器法（薬機法）の改正に盛り込むことが大枠で合意された。これらは、いずれ調剤報酬にも反映され、「対物」から「対人」という流れは、一気に具現化するのではないかと考えている。

地域包括ケアシステムにおける薬局・薬剤師の役割は、ますます重要になってくるだろう。お渡しするまでではなく、飲んだ後までをフォローするというパラダイムシフトは、すぐそこにまで迫っていると言えよう。

(2019. 1. 7)

参考文献

- ・厚生労働省 [2015]. 患者のための薬局ビジョン <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000102179.html>

○狭間 研至（はざま けんじ）氏 ご経歴

ファルメディコ株式会社 代表取締役社長

一般社団法人 日本在宅薬学会 理事長

医療法人嘉健会 思温病院 理事長

大阪大学大学院医学系研究科 統合医療学寄附講座 特任准教授

熊本大学薬学部・熊本大学大学院薬学教育部 臨床教授

京都薬科大学 客員教授

平成7年大阪大学医学部卒業後、大阪大学医学部附属病院、大阪府立病院（現大阪急性期・総合医療センター）、宝塚市立病院で外科・呼吸器外科診療に従事。

平成12年大阪大学大学院医学系研究科臓器制御外科にて異種移植をテーマとした研究および臨床業務に携わる。平成16年同修了後、現職。

医師、医学博士、一般社団法人 日本外科学会 認定登録医。

現在は、地域医療の現場で医師として診療も行うとともに、一般社団法人 薬剤師あゆみの会・一般社団法人 日本在宅薬学会の理事長として薬剤師生涯教育に、長崎大学薬学部、近畿大学薬学部・兵庫医療大学薬学部、愛知学院大学薬学部、名城大学薬学部などで薬学教育にも携わっている。