



## 他医療機関や薬局との 連携の基礎は、 やはり「病棟業務」の 充実にある

“在宅”は病院と薬局のかかりつけ  
薬剤師のダブルの関与が理想的

日本病院薬剤師会会長

### 武田 泰生氏

Yasuo Takeda

日本病院薬剤師会の武田泰生会長は、「病棟業務の普及・充実」を目指し、薬剤師確保と地域偏在解消に向けた取り組みを積極的に進めています。入院中の薬物治療や患者状態について、患者さんが次に移る先の医療機関等に情報提供することが“連携”であり、シームレスな薬物治療管理をするためには、病棟に薬剤師を配置できる体制が必要と話します。

#### “連携”充実のためにも病棟に薬剤師配置できる体制づくりが必要

——病院薬剤師業務は、モノからヒトへとシフトし、大きく変化しています。現状と課題についてお聞かせください。

**武田** 病院薬剤師業務を対人業務中心へと変えていく流れは、医師等の負担軽減にもつながることから始まったと認識しています。セントラル業務だけでなく、しっかりと入院患者さんの薬物治療管理を行う業務が求められるようになりました。チーム医療のなかで他職種と連携して、管理することが一番効果的であり、生産性が高いと思います。

そのための加算の設定など、診療報酬上の誘導も行われ、2012年度診療報酬改定で病棟薬剤業務実施加算が新設されました。各病院での努力により算定施設数が20%を超えてきましたが、未だ充実できていません。その理由には病院経営者や薬剤部長の考え方もあると思いますが、やはり薬剤師不足や病院機能

別の偏在によるマンパワー不足で、病棟業務を展開できないというのが現状かと思います。

結論から言えば、病棟に薬剤師を配置できるよう、それぞれの病院で体制を作る必要があります。病棟配置によりチーム医療としての薬物治療ができ、入院中の薬物治療や状態など、その患者さんが次に移る先の医療機関等に必要な情報提供をすることができます。それが連携なのです。その基本となる病棟業務を充実していくことが、我々にとって最大の課題だと思っています。

——1988年新設の入院調剤技術基本料、いわゆる100点業務の時にも見られましたが、病棟薬剤業務実施加算も未だ算定率が低いのは、病院間の差が大きいということでしょうか。

**武田** 差は広がっていると思います。1997年頃の病院薬剤師数を

100とした場合、この20年で400床以上の病院では1.5倍から2倍に増えました。一方、400床未満の中小病院では1.5倍以下、逆に80%など減っている病院もあります。そういう病院では病棟に薬剤師を配置できず、病棟業務もできません。

そのなかで病院薬剤師にはタスク・シフト/シェアが求められています。薬剤師は薬物治療において最も医師に近いところにいますので、医師がより生産性の高い仕事に専念できるよ

## 病院薬剤師をめぐる環境と“確保”に向けた認識が大きく変化

——武田会長は、当初から「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会」に参加しています。2021年には卒前・卒後の薬剤師の資質向上に向けた方向性、23年3月には都道府県別薬剤師偏在指標、薬剤師確保計画ガイドラインが示されました。同検討会を含め病院薬剤師をめぐる環境、薬剤師確保に対する認識は変わったと思われますか。

**武田** 大いになりました。全国的に病院薬剤師不足や地域偏在が認知され、他職種や地方行政でも認識してもらえるようになり、第8次医療計画にもその対応が書き込まれたことは大きな前進です。

これまでも「足りない!」とは訴えてきましたが、何人必要かという数値ではなく、いわば感覚でしかなかったと思います。そこに薬剤師偏在指標が示され(表1)、なおかつ病院と薬局とを分けて示されたことはありがたいと思います。約9割の病院では偏在指標が0.9以下、つまり明らかに足りないことが客観的に示されたことは大きいと思います。

——地域偏在指標は二次医療圏単位でも示されましたが、今後はどのような対応が必要でしょうか。

**武田** 実際の配置に関しては、第8次医療計画の中で病棟機能別にどれだけの病院・病床が必要なかが、現在、整理されていますので、それに従って病院薬剤師も配置すべきだと考えます。それぞれの医療圏の地域医療構想調整会議で医師や看護師の不足、配置が検討されていますが、薬剤師も取り上げてくれれば良いと思っています。

——病院の機能分化が進み病院間での連携は重要ですが、病院と薬局との連携も重要です。どのように薬業連携をとらせておられますか。

**武田** 長年、薬業連携を推進する必要性が指摘されてきましたが、実際には十分ではないように思います。地域の病院と薬

う、積極的に対応していきたいと思っていますが、そのためにもマンパワーが必要です。

「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会」でも指摘されていますが、調剤や製剤など、モノに関わる業務の機械化や薬剤師の管理下での薬剤師以外の者へのシフトにより、病棟業務にマンパワーを向けていく必要があります。

表1:現在時点における薬剤師偏在指標

都道府県	病院薬剤師	薬局薬剤師	都道府県	病院薬剤師	薬局薬剤師
北海道	0.86	1.01	京都府	0.95	0.95
青森県	0.55	0.88	大阪府	0.92	1.12
岩手県	0.65	0.97	兵庫県	0.89	1.19
宮城県	0.76	1.16	奈良県	0.86	0.92
秋田県	0.56	0.96	和歌山県	0.80	0.87
山形県	0.60	0.91	鳥取県	0.73	0.97
福島県	0.65	0.95	島根県	0.70	0.93
茨城県	0.67	0.99	岡山県	0.85	0.97
栃木県	0.69	1.04	広島県	0.81	1.19
群馬県	0.74	0.92	山口県	0.77	1.04
埼玉県	0.76	1.08	徳島県	0.94	1.03
千葉県	0.79	1.07	香川県	0.78	1.09
東京都	0.94	1.42	愛媛県	0.74	0.92
神奈川県	0.80	1.25	高知県	0.82	0.93
新潟県	0.67	0.94	福岡県	0.93	1.17
富山県	0.75	0.82	佐賀県	0.69	1.10
石川県	0.87	0.96	長崎県	0.75	0.93
福井県	0.76	0.73	熊本県	0.85	0.93
山梨県	0.72	1.01	大分県	0.73	0.87
長野県	0.73	0.95	宮崎県	0.65	0.91
岐阜県	0.69	0.91	鹿児島県	0.74	0.86
静岡県	0.66	1.01	沖縄県	0.91	0.90
愛知県	0.76	1.00			
三重県	0.63	0.90	全都道府県 への 偏在指標	0.80	1.08
滋賀県	0.81	1.03			

「現在時点における薬剤師偏在指標」(厚生労働省)  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/001079340.pdf>)より抜粋して作成

局との関係性、薬剤師同士の関係性に依存してくるのではないのでしょうか。

また、急性期や療養型病床と薬局間の連携では、両方向で保険点数の算定が可能です。しかし、高齢者の出入りが多い地域包括ケア病棟(地ケア)や回復期・リハビリテーション病棟(回りハ)では一方向、つまり病院側の点数設定がされていません。

がんの連携充実加算に関して事例があります。がんの連携充実加算に対して、薬局側には特定薬剤指導加算が設定され

ていますが、ある地方大学病院で連携充実加算がとれる環境を整備し、情報提供も月に20件ほど、地域での勉強会も年に3回ほど開催しているそうですが、薬局からはなかなかトレーニングレポートの返信が少ない状況もあるようです。

しっかり連携ができている事例を収集し、広げていかざるを得ないのかなと思っていますが、自施設に落とし込むには、地域性もあり難しい点があるのかもしれません。

## 卒後研修は、基本的なプログラムを組んでグループで受けるのが“理想的”

——この数年来の検討会等を通じて、薬剤師の資質向上が求められています。

**武田** 検討会での議論では皆さん、資質を高めるために卒後研修が必要だというのが一致した見解でした。しかし、具体的な制度化に向けては難しい課題もあります。当然、研修費用や受け入れ施設の確保、卒業生全員を対象にするのかなど、まず、その方向性を決める必要があります。

日病薬では、1年間の卒後研修をイメージしたモデル事業を受託していますが、今回の研修は、現に薬局に勤務している薬剤師が対象で、薬局からは給与が支払われています。いずれにしても病院で1年あるいは半年間研修して薬局に戻ることは、将来的なキャリアを考えても大きなメリットになると考えます。

一方、大学病院や大病院ではレジデント制度という研修があります。それら施設では将来的にもこの制度を維持したいと思っていますし、急性期病院で専門を目指す方は、その研修を受けるのがよいと思います。

いま求められている研修は、資質向上が焦点です。また、急性期病院が全員を受け入れるのは難しく、理想を言えば、グループで受け入れるのがいいと思います。基本的な「これはクリアしましょう」というプログラムを組み、例えば2施設あるいは地域の基幹病院と慢性期病院、地域薬局等を加えた複数施設で、1年間の研修を組む。それぞれ何人受け入れられるか表明してもらい、医師の卒後研修と同様にマッチングをかければ、全員を受け入れられるのではないかと考えます。

ただ、実務実習の現状をいうと、例えば鹿児島県で手挙げしている施設には半分くらいしか学生が来ていません。鹿児島大学病院でも1期当たり最大で15人は受け入れられますが、5人程度しか来ません。また、ふる里実習も自宅から通えなければ、宿泊費や生活費が発生しますので、現実的には大学の近くで実習するケースが多くなります。医師の「新医師臨床研

——大きな病院ばかりでなく、地域の中小病院と薬局との連携関係も非常に重要だと思います。

**武田** 地ケアや回りハ病棟など中小病院から在宅に患者さんが戻るとき、後方支援をし、薬局に情報提供することが必要だろうと思いますが、病棟薬剤師がいない施設では、薬業連携がとりにくい面があると思います。しかし、地ケアや回りハの施設と薬局間での情報提供は、とても効果的だと思います。

修制度」は2004年度から必修化され、国から給与が支給されていますが、研修生の処遇や受け入れ施設の負担への対応の検討が望まれます。

——今後の地域医療の推進に向け薬局の経営者や薬剤師への期待などお聞かせください。

**武田** まずは、地域の薬局同士でさらなる連携をしていただきたい。患者のための薬局ビジョンが示されて以降、薬局機能の分化が進められ、認定薬局制度が創設されましたが、顔の見える関係性が重要です。認定薬局はそれぞれの機能を中心に考えていると思いますが、患者さんの視点が重要です。例えば都会と田舎では人口動態が異なり、疾病構造も違ってきます。その地域状況に合わせた地域医療を考えていくことが重要です。

在宅医療の推進が叫ばれる中ですが、多くの薬局薬剤師は病院経験が無く、医師や看護師との触れ合いも少ないと思います。在宅に入って何を管理したら良いか、状態をどうモニターして把握し、主治医に何を伝えたらよいかという判断はなかなか難しいのではないのでしょうか。そこで在宅医療の最初は、病院・診療所の薬剤師が関与するのがよいのではないかと考えています。

全てではありませんが、病院・診療所からも薬剤師が出向き、薬局のかかりつけ薬剤師も参加して、在宅薬物治療管理をする。その後も頻度は少ないですが、両者が連携を取りつつ、通常のことは薬局のかかりつけ薬剤師が担当するという、薬剤師がダブルの形で対応する。そして、最終的には薬局のかかりつけ薬剤師にお任せするというのが、患者のためにシームレスに薬物治療管理をつなぐ理想的な連携ではないかと思っています。病院・診療所の薬剤師に対しても期待していますが、薬局薬剤師の積極的な取り組みが望まれます。