

第2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3月10日(木)
14:00～
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2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、対面の会議とウェブ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You Tubeでのライブ配信を行っております。

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が、本日は大変申し訳ないのですが、ペーパーレス用のタブレットが準備できませんでしたので、会場にお越しの構成員の皆様方には紙で資料を準備しております。資料は議事次第のとおりですが、過不足等ございましたら、お知らせください。

続いて、議論に御意見、御質問をされる構成員の先生方にお知らせします。

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におかれましては、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、ウェブ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、御発言いただく際にはマイクがミュートになっていないことを御確認の上、御所属とお名前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。

最後に、資料の確認です。ウェブ参加の構成員の皆様におかれましては、事前にメールにて資料を送付しております。直接お越しいただいている構成員の方におかれましては、お手元の資料を御確認ください。

冒頭の説明は以上でございます。

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 赤池でございます。本日もどうぞよろしくをお願いいたします。

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です。

本日は全ての構成員に御参加いただいております。

また、参考人として4名の方にも御参加いただいております。御紹介さしあげます。

デジタルハリウッド大学大学院特任教授の加藤浩晃先生。

津田塾大学総合政策学部教授の伊藤由希子先生。

株式会社カケハシ代表取締役社長の中尾豊先生。

株式会社日本総合研究所調査部副主任研究員の成瀬道紀先生。

以上4名の参考人の方に本日は御参加いただいております。

また、赤池構成員、猪口構成員、関口構成員、橋場構成員、藤井構成員、山口構成員と伊藤参考人、成瀬参考人は、会場から参加いただいております。また、佐々木構成員と伊藤由希子参考人につきましては、途中からの出席となります。

以上でございます。

○赤池主査 どうもありがとうございます。

本日もかなり盛りだくさんの内容になっております。途中で1回休憩を入れて、全体で3時間という予定のようですので、オーバーしないような形で効率よく進めさせていただきたいと思っております。長丁場になりますけれども、構成員の先生方、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、議事に入らせていただきます。最初の議題は「第1回ワーキンググループにおける主なご意見等」についてです。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 それでは、資料1を御覧ください。「第1回ワーキンググループにおける主なご意見」でございます。前回のワーキンググループでいただいた先生方からの意見を事務局のほうでまとめさせていただきました。簡単に御紹介させていただきます。

まず、「全般的な事項」としては、薬局の数、薬剤師の数が世界的にも多いといったところから、この数に見合った役割を發揮できているのかというのが重要というところについて御意見をいただいております。

また、薬局の在り方というところで、門前薬局・敷地内薬局といった点についても指摘をいただいたところでは。

続きまして、「対人業務の充実」という観点で前回御議論いただきました。論点は3つございます。論点ごとに先生方の御意見をまとめさせていただきました。

1つ目の論点につきましては、フォローアップの推進の観点は非常に重要といったところ。フォローアップについては、医療用だけでなく、一般用医薬品のフォローアップも大事だという御意見をいただいております。

また、薬剤レビューについては、薬剤レビューのような対人業務を広い範囲で継続的に実施するといったところで、その普及だったり、それをできる薬剤師の養成といったところをもっと強化していくべきといった御意見。ページ、行っていただいて、さらに患者さんの情報の収集が重要だというところで、医師と薬剤師の情報共有の推進が必要。この部分にICTを活用してはどうかといった御意見。

また、その他の御意見としては、薬局が医薬品情報の収集・整理・評価を行い、関係者に提供する取組だったり、有害事象の情報の活用といったところへのICTの活用などにも御指摘をいただいたところでございます。

続いて、論点の2つ目、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といったところについて、手引の作成の必要性だったり、また、均てん化については、

なぜ全国に普及しないのか。その原因の究明が大事で、そういったところをしっかりと分析・調査していく必要があるといったところも御意見いただいております。また、都道府県内の均てん化、さらには各都道府県間での均てん化といったところをしっかりと進めていく必要があるのではないかとといったところについても御意見いただきました。

最後、論点の3つ目、薬剤師のスキルアップ、専門性の発揮のための取組についてといったところでは、勉強会、症例検討会の実施の推進。

あとは、薬局に就職して、そのまま薬局にいる薬剤師が多いが、病院での経験を積むことも大事じゃないかといったところについて。さらに、全般的には薬学教育の見直しや卒後の研修の充実といったところも御指摘いただいております。

以上が資料1でございますが、この場をおかりして参考資料4についても簡単に御紹介させていただきます。御覧ください。

今回のワーキングを開催するに当たり、現場で働く薬剤師の実態や意見を聴取すべく、事務局のほうで意見交換会を実施させていただきました。各都道府県の自治体だったり、県の薬剤師会から御紹介いただいた30代、40代、ちょうど働き盛りの現場の薬剤師さんに、今回の薬局薬剤師のワーキングの議論の項目について御意見をいただいた点を取りまとめた資料でございます。内容について、この場で紹介することは、時間の関係もありますので省略させていただきますが、先生方の議論の参考に御覧いただければと考えております。

以上でございます。

○赤池主査 どうもありがとうございます。

事務局においては、資料1に前回の主な御意見をまとめていただいておりますけれども、こういった構成員の先生方からいただいた御意見を踏まえて、これからの検討を進めるといことでよろしく願いいたします。

資料1につきまして、ただいま説明いただきましたけれども、構成員の先生方から追加あるいは修正等、もしどうしても何かということがあれば、御意見いただければと思いますが。

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。ありがとうございます。

私から2点、この点について申し上げたいと思います。

まず1つが、2の「対人業務の充実」の(1)の④で認知症について触れられていますけれども、認知症の患者さんにきちんと服薬していただくことというのは本当に大変なのですね。飲み忘れだったり、例えば1週間分の薬をまとめて飲むとか。そういったところをきちんと服薬していただくために、現場の薬剤師は処方医を含めた多職種と本当に小まめに情報共有しながら、また工夫を重ねながら服薬支援というところをしております。そういった点では、ここで薬剤師の関わりということが非常に重要になりますので、ここについてはかなり重要なところとして進めていってほしいなと思っております。

2つ目に関しましては、(3)その他の①になります。いわゆる5疾病の中での薬剤師の

関わりというところにつきましては、前回申し上げましたように、患者さんにきちんと服薬していただく。また、ドロップアウトせずにきちんと治療を継続していただく。そして、何かあったときにきちんと受診勧奨するといった観点で、フォローアップを含めた薬剤師による服薬指導だったり、あとは、患者さんからの相談対応というところが非常に重要になってくると思います。

ただ、先ほど申し上げました認知症であったり、5疾病の関わりという点につきましては、業界全体としてすごく進んでいるといった状況ではまだまだございませんので、それをしっかり推進していく、均てん化していくといった施策が重要ではないかなと考えます。

以上2点になります。

○赤池主査 重要な御指摘、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 孫構成員に質問したいのですが、今、認知症の患者さんに対してのフォローのことをお話しされましたが、これは外来と在宅とで薬剤師の関わり方というのは違いが出てくるのでしょうか。

○孫構成員 ありがとうございます。

実際の現場の運用として、違いがあるのが現状です。特に在宅の場面であれば多職種の顔等もかなり見えていますので、かなりきめ細やかに多職種と連携を図りながら、しっかり支援しているといったところは比較的進んでいるのではないかなと思います。ただ、外来になると、そういった多職種との顔の見える関係だったり、そういったところが在宅と比べては少し劣っているところがあるので、そこはこれからの課題としてすごく重要なところかなと考えています。

以上です。

○山口構成員 ありがとうございます。

というのも、外来ですと、認知症の方の場合は家族が薬局に行かれることがあって、かなり丁寧な情報収集をしないと、その辺りまでのフォローができないのではないかなと思いますので、その辺りも分けて考えていく必要があるのではないかなと思いました。

○赤池主査 どうもありがとうございます。非常に重要なテーマだと思います。

ただ、認知症における薬剤師の役割につきましては、老健局のほうになりますけれども、そちらの事業で今、調査研究を進めておりまして、そちらも私が座長を務めていて、孫先生も委員に入っているという状態で、しかも来週の月曜日に検討会という予定でございます。もちろん、こちらでもぜひ取り扱っていただきたいと思いますが、時間の関係もございますので、もしよろしければ先に進ませていただきたいと思います。ただ、これから非常に重要になってくるテーマだと思いますので、また状況によっては、こちらのワーキンググループでも取り扱っていただければと思います。どうもありがとうございます。

○山口構成員 そちらで話し合われたことをこちらで情報提供していただくというのではないかなと思いますので、ぜひ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。

ほかによろしいでしょうか。

急ぐようですみません。今日のテーマ「薬局薬剤師のDX」という非常に難しいテーマですけれども、そちらが議題となっておりますので、もしよろしければそちらに進みたいと思います。

参考資料4につきまして説明いただきましたけれども、こちらは対象の人数も限られたものではございますけれども、現場ならではの意見も含まれているようでございます。あくまで参考ということですが、本日も含めて、今後の議論の参考としていただければと思います。よろしく申し上げます。

それでは、議題2に移らせていただきます。厚生労働省のほうからの発表ということですが、議題2として「薬局薬剤師DX」、デジタルトランスフォーメーションをテーマとしまして、構成員の先生方に議論をいただくことにしております。

議論の進め方といたしましては、まず資料2-1により、事務局からテーマに関する現状や課題・論点を御説明いただきたいと思います。その後に、資料2-2から資料2-5によりまして、先ほど御紹介いただきましたけれども、4名の参考人の先生方から御説明いただきます。質疑応答、議論につきましては、本来、1名ずつの御発表の後に御質問いただいたらよろしいかと思っておりますけれども、時間が限られておりますので、参考人の先生方の御発表がお二方終わるごとに質疑応答の時間を設けさせていただきたいと思っております。また、全ての資料2のシリーズの説明が終わりました後で、資料2-1の論点を踏まえつつ、議論の時間を設けさせていただきます。

なお、効率的に議論を進めるために、資料2-1の後に質疑応答の時間は設けませんので、御了承いただきますようお願いいたします。

それでは、まず「薬局薬剤師DX」につきまして事務局から説明をお願いいたします。よろしく申し上げます。

○医薬・生活衛生局総務課課長補佐 医薬・生活衛生局、奥野と申します。

事務局から、本日の薬局薬剤師DXの論点の紹介、そして大まかな方向性について御説明いたします。本日、4名の参考人の先生方にお越しいたしまして、そちらの御発表の時間を確保するために、事務局からは端的に御紹介したいと思います。

2枚目をおめくりいただきまして、現状・課題と論点をまとめさせていただいております。

まず、端的に申し上げますと、今日御議論いただきたいのは、下の論点でもございますが、今のICT技術、またIoTデバイスなどの状況を踏まえて、今後、薬局薬剤師の皆様にはどのような業務を行っていただいて、付加価値をつけていただくべきなのかという方向性について御議論いただいた後、それを達成するためにどのような知識や技能を身につけていくべきかという実際的な話まで含めて議論できればと考えております。

さらに細かく申し上げますと、2ページでございます。

上の箱に現状・課題を書かせていただいております。3つ目の○に書かせていただいておりますが、現在、データヘルス改革を厚生労働省としても進めております。その中で既に始まっていることとしては、レセプト情報等の共有。そして、オンライン診療・服薬指導のルール策定は、今まさに進めているところでございます。3つ目の電子処方箋については、来年1月からスタートするというので検討を進めておりますし、また電子版お薬手帳アプリについても、その役割について議論しているところでございます。こうした基盤的なものがどんどん進んでいくという状況にあって、それをいかに活用していくべきか。

さらに、下の論点の2つ目の○にもございますが、そうした基盤とともに、患者のフォローアップ情報ですとか、後で出てきますが、IoTデバイスを活用した情報などを総合的に活用して付加価値をつけていくことが可能になると考えておりますので、それをどう活用していくべきか。そして、それを活用するためには、どういう具体的な教育等をすればいいのかということをおよそ本日の議題としております。

おめくりいただきまして、3ページ目でございます。3ページ目には、今のデータヘルス改革によって得られる薬局薬剤師さんの姿というものを示しております。

簡単に申し上げますと、左側が診察から調剤という流れになっておりまして、医療機関や薬局において、情報を閲覧しながら様々な処方・調剤をしていくことが可能になってくる。その中で、調剤情報のフィードバック等のコミュニケーションも容易になってくるということが実現可能となります。

さらに、患者さんの矢印も書かせていただいておりますが、マイナポータルを通じた情報連携もできるようになってまいりますので、御自身の情報を閲覧いただいたり、さらに申し上げますと、OTC薬を含めた管理とか服薬管理、また適切なヘルスケアサービスを、プッシュ的に提供を促していくこともできるようになってくるということが見えてきます。

さらに、フォローアップと書かせていただいておりますが、コミュニケーションツールも整備されてきますので、このフォローアップがよりやりやすくなっていく。また、IoTデバイスによる情報も入ってくるという中で、薬局のほうでサービス提供あるいは受診勧奨。医療機関に対しては、トレーシングレポート等の情報を提供しやすくなっていく。こうした未来を描いております。

4ページ目でございますが、薬局薬剤師の将来像ということで、先ほど少し敷衍したIoTデバイスについては、既にかんがりの勢いで増えてきております。さらに、将来的にはもっと増えてくるということも見据えていくべきでございます。また、そういうデバイスのほかにもコミュニケーション技術の進化ということで、昔よりはるかにやりやすく、高速かつ大容量の通信ができるようになってくるという状況でございます。

5ページ目でございます。今、私が申し上げたような将来像というものがどういうものかということ、ちょっと考えさせられる論文がございましたので、引用しております。

こちらはアメリカの論文でございますが、将来、デジタル技術に取って代わられる可能性のある職種というものを数値的に評価して分析したものでございますが、まず

Pharmacists、薬剤師さんというものはほぼ代わられないだろうということで、上位にランクされている。一方で、Technicianと呼ばれている人たち、これは定義的にはアメリカの州ごとに免許性かどうかが異なっておりまして、様々なのですけれども、一般的には薬剤師さんの監督下で薬の計量とか分包等の業務を行うような人たちと御認識ください。こういった方々は、将来代わられる可能性が高いとされているところでございます。

私が先ほど申し上げましたようなデータ分析、そして患者さんへの付加価値の提供、受診勧奨等々を行っていくことは、まさにこのPharmacistsの役割であると考えられますので、そうしたビジョンを持っておかないとデジタルに取って代わられてくるということの危機感をここで御紹介させていただいております。

6 ページ目は、ICT活用のイメージということで、現場の方にも少しイメージがわかりやすいように、過去のビジョンでお示ししたものがどう変わってくるのかということをお細かく書き下しております。

7 ページ目も、イメージがわかりやすいように例示として1 つつけさせていただいております。例えば電子処方箋ができますと、電子的に薬局に原本を送付することができるようになりますので、事前送付などが可能になってくる。また、そのことにより、受診が終わってからすぐに薬局に行くというスタイルから、事前に送っておいて、自分のよく行くところに行くという、かかりつけ薬局への展開という面でもメリットがあるのかなということで考えております。

8 ページ目が、今、議論されております電子版お薬手帳の推進というところでございます。先ほどの3 ページ目でも申し上げましたけれども、患者さんのデバイスでは、PHRのアプリですとか電子版お薬手帳ということになるかと思いますが、これまでの処方情報等の記録というだけではなくて、例えば要指導医薬品・一般用医薬品の記録ですとかコミュニケーション機能。また、何らかのプッシュ型の提案をしたり、GS1コードの読み取り機能で薬剤のトレースをしていくといったこともいろいろ考えられるというところで、今まさに議論を行っているところでございます。これも縦割りではなく、こうしたビジョンの中での位置づけということで、私ども、意識をしながら議論を進めていくことを考えております。

9 ページ目、10 ページ目は、海外での事例ということで、電子処方箋とか情報共有の基盤に関する情報でございますが、既に整っている国が多いということで、端的に申し上げますと、日本では、このDXの基盤となるような情報というものが非常に未整備だということでございます。でございますので、データヘルス改革で進めているところではございますが、もう既に世界では先駆けて進んでいると御理解ください。

その1 つが、この11 ページ目の例示でございますが、これはアメリカの承認された機器ということで、真ん中のデバイスは何かというと、薬というものを時間が来たら必要なだけ吐き出すという機能がある。そのほかに、ディスプレイでオンライン診療等ができるということ。また、IoTデバイスとつながってバイタルデータのやり取りができる等々の機能

を持ったものが、既に実用化されているという状況でございます。日本でも、もしこういうものができることになれば、当然薬剤師さんが管理してということになってまいりますので、1つのイメージとして参考としてお示ししております。

最後になりますが、12ページ目で、薬局薬剤師DXのための役割というところで、そういった方向性を踏まえて、今後、薬剤師さんが目指すべき役割。そして、どういう人材育成の在り方であるべきかというところについて、今日は様々な御意見をいただきたいと思っております。それをベースに、今後具体的な対応について、恐らく関係団体の方々とお話しをさせていただきながら対応していくことになると思っておりますけれども、そういった議論へとつなげていきたいと考えております。

役所からの御説明は以上とさせていただきますので、後は参考人の先生方に貴重なお話を伺えればと考えております。

○赤池主査 ありがとうございます。

先ほども申し上げましたとおり、この資料につきましては質疑応答の時間を設けませんので、もし御質問がございましたら、最後の議論の際にお願いいたします。よろしく申し上げます。

続きまして、参考人の先生方からの御発表をお願いいたします。すみません、昨日まで薬理学会にいましたので、学会調になっていきますけれども、ちょっと堅苦しいかもしれませんが、お許してください。

最初は、デジタルハリウッド大学大学院特任教授の加藤参考人です。加藤先生、よろしくをお願いいたします。

○加藤参考人 よろしくをお願いいたします。加藤でございます。

今日は、参考人として「日本における医療DXの取り組み」ということで、私、依頼をいただいておりますので、そちらの情報提供をさせていただこうかと思っております。

まず、自己紹介ですが、私はデジタルハリウッド大学大学院というデジタルヘルスを専門としているような大学院で、もう一つ、アイリス株式会社というAI医療機器開発のプラットフォームをやっている会社をやらせてもらってまして、もともとの背景としては臨床医で、大学の非常勤教員もしながら産官学に関わらせていただいております。今日は、こういう「医療4.0」と「Digital health Trend」という日本の医療の変化について、その年々のデジタルヘルスの取組について取り上げているような書籍を書いている関係で呼んでいただいていると理解しております。

では、今日は大きく2つ、日本における医療DXの全体像と、2030年に向けた医療の方向性というところを私としては担当させていただくと思っております。まず、今回、薬局薬剤師のDX推進についてというところで、DXの概念をしっかりと共有させていただきたいと思っております。

こちらは、経済産業省の「DX推進ガイドライン」から引用しているものになっていますが、DX (Digital Transformation) というのは、企業がビジネス環境の激しい変化に

対応して、データとデジタル技術を活用して、顧客や社会のニーズを基に、製品やサービス、ビジネスモデルを変革するとともに、業務そのものや、組織、プロセス、企業文化・風土を変革し、競争上の優位性を確立することということで、主語が「企業」。今回の議論ですと、薬局でしたり、薬剤師がというふうに捉えられると思うのですが、こういう競争上の優位性を確立することというところがDX。デジタルを活用して、顧客のニーズを基に、業務をどう変革して競争優位をつくる。この競争優位をつくるというところは、同じ業界や市場で他社よりも高いレベルであるような状態のことを指しているとお理解いただければいいと思います。

こういう話をさせていただくときに、デジタル化とかIT化と区別する必要があると思っております、それをこちらで紹介させていただくのですが、DXに至る道のりとして、前に2つある。

1つがデジタイゼーションと言ってデジタル化のことなのですが、紙の文書をPDF化するような形でデジタル化するようなことが1つ目のプロセスとしてあります。

そして、その後にデジタルライゼーション、これはIT化とも考えていただければいいと思いますが、デジタル化によって業務のやり方が変わっていく。そして効率化が進む。共有ファイルでやり取りをするという形だったり、医療領域ですとCTやMRIの読影のような形で遠隔読影をする。こういうデジタル化によって業務のやり方が変わるような取組がデジタルライゼーションになっています。

そして、この後で①、②を経てデジタルトランスフォーメーション。デジタル化、IT化することで競争上の優位性を確立するということにつながっていくと考えられています。

これをデジタル×医療・ヘルスケアということで、デジタルヘルスと様々なサービスで言われますが、これはデジタルテクノロジーを活用した医療・ヘルスケアサービスになってきます。医療・ヘルスケアで医療提供の格差をなくしたり、医療費を抑えたり、労働環境の改善をしたりという求めることがあります、これを、距離の制限がなくなったり、時間の制限がなくなったり、処理速度の向上があったり、こういうテクノロジーを活用することで改善すること、解決することができて、そのために遠隔医療のサービス、治療用アプリ、AI医療機器。そして、FreeStyleリブレのような、体に医療機器を装着して血糖を測るという医療機器がデジタルヘルスと考えていただければいいと思います。

分類については、もう少しトピックとして持ってきますと、予防、診断、治療、予後という中で、デバイス機器とアプリのようなサービスに分類させていただくと、例えば予防の領域ですと、ウェアラブルデバイスがあったり、健康アプリということで、食事や運動や睡眠に関係するようなアプリがあったり。

また、症状検索と書いていますが、自分の症状を自分で探す。ホームページで探したり、それを健康相談ということでオンラインで聞いたり、またパーソナル・ヘルス・レコードがあったりします。

また、診断のところですと、オンライン診療システムでオンライン診療を行ったり、AI

医療機器、そして、医師と医師がつながるようなD to Dの遠隔医療があったりします。

治療に関して言いますと、アプリで処方して治療効果をうたうような治療用アプリ。または、血圧手帳のような記録するものをアプリで記録するという疾患記録アプリのようなもの。また、手術ロボットがあったりするという形になっております。

これら、それぞれはサービスがIT化されるようなものになっているのですが、医療DXとなると、それぞれをつないでいくような取組になっております。例えば、企業が健康経営としてアプリを提供して改善していったり、PHRで記録していったりする。症状が何か気になってくると、疾患検索をしたり、健康相談を受けたりする。

その後、病院に行くと、病院では予約システムやウェブ問診。これは、対面診察でしたり、オンライン診療というのを選択できる。また、医師はAIとともに、デジタルを活用しながら診断を行えるようになってきている。また、クラウドの電子カルテや自動精算機も医療機関では使えるようになってきている。D to Dで医師が医師に相談しながら自分の患者さんに提供できたり、またレセプトデータをPHRに保存することもできる。

また、薬以外にも、治療用アプリや症状記録アプリを医師が患者さんに提供することも今、進んできております。また、薬の仕事になっていくと、オンライン服薬指導や実際の薬局での提供となっていきますが、こういうそれぞれの一つ一つのIT化を、今ですと患者さんが気になったら健康相談をして、オンライン診療、クラウド上で決済して、オンライン服薬指導で薬を出すというところで、患者さんに価値提供が行われるというのがIT化をつなげる取組になってくると思っています。

最後、2030年に向けた医療というところをお話しさせていただきますと、これは書籍で書かせていただいているのですが、医療が1960年代に始まった医療1.0の時代から、医療2.0の時代、これは少し前に医学部が増えて、日本の医療提供が進んできた時代。そして、3.0の時代を経て、4.0と呼んでいるのが、第4次産業革命のテクノロジーで医療がまた大きく変わってきている。外部環境とともに医療領域も変わらざるを得ない。

このときに3つキーワードがあると考えております。1つが多角化、2つ目が個別化、そして3つ目が主体化となっております。

1つ目の多角化に関しましては、今まで病気になって、病院に行って初めて医療が提供されていたのが、その前後、予防や健康診断、リハビリ、疾患管理。そして、病気になって病院に行かずとも、日常でも医療が提供できるようになってきている。今後、医療というものはさらに日常での接点が増えていくと考えているのが、1つ目の多角化ということになっていきます。

2つ目の個別化というところは何かといいますと、これは医療ビッグデータのパラダイムシフトと言っていますが、今まではビッグデータと言うと、A病院、B病院、C病院のデータを集めてビッグデータと言うことも多かったのですが、今、できているのが、ある個体が様々なリアルタイムデータ、時系列データを持って、1つの個体・個人としてIoTデバイスや様々なデータからビッグデータ。そして、それを整理してAIで分析することで

価値が提供できるようなデータ駆動型医療がこれから進んでいくと考えられております。

3つ目の主体化というのは、これは患者さんが主体的に医療に参加していくというところが次の考えになっています。今、使いたいサービスはそれぞればらばらであるところが、患者さんを中心に健康増進、予防、予測、そして診断、治療、リハビリ。患者さん中心の医療でスマホを中心にデータ連結することで、患者さん自身の健康意識の向上。また、医療への参加が促される。このような多角化、個別化、主体化というところが2030年に向けた医療として考えられているというふうに話をさせていただいております。

私からの参考人発表としては以上になっております。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した。

続きまして、次の御発表に移らせていただきます。津田塾大学総合政策学部教授の伊藤参考人からの御発表です。伊藤先生、よろしくお願いたします。

○伊藤参考人 津田塾大学の伊藤と申します。今回の発表に関して利益相反はございませんということも兼ねて、どのような立場で今回出席しているかという点について、簡単に自己紹介も兼ねて申し上げたいと思います。

まず、私は2015年から内閣府の経済・財政一体改革推進委員会という委員会に入っております。この会議には、今、オンラインで御参加の印南先生とも御一緒しているのですが、経済の活性化と財政の健全化の両立を目指した社会保障の改革メニューということで、改革工程表というものを作っております。

その中で当然、薬剤師・薬局に関するKPIも社会保障の枠組みの中で議論しているのですが、長年来、議論になっていることの一つで、このワーキングに関わることとしては、薬局数や薬剤師数が増加している。そして、付随して特に問題になっているのが、薬剤料とは別に手数的な部分として発生している技術料の増加です。2015年は1.7兆円ということで、この額をざっと比較しますと、義務教育国庫負担といたしまして、小中の公立学校の先生の給与に対して国が払っているお金が1.7兆円だったのですけれども、それと薬局の技術料というのがほぼ同一であった。つまり、薬剤師さんに使うのか、教師に使うのか、という話があったときに、匹敵するほどの大きな額が使われているのだと。

現在、その数値は開きまして、調剤技術料は2兆円。一方で、義務教育の学校の先生の給料の負担というのは1.5兆円に下がりました。これからの世代のことを考えたときに、薬局薬剤師の役割はもちろん大事とはいえ、使える額には上限があるということで、特にその技術料というものが、公立学校における教師のように、患者が求める薬剤師の質と役割に見合うものであるのかという点については、かなり真剣に議論しております。質を高めるためには、数を抑制するか、担う役割を高めるか、いずれかしかないということで、厳しめの議論をしておりました。

2016年には、その前の年にできた「患者のための薬局ビジョン」のKPIの設定ということで設けられたワーキンググループでは、赤池先生、山口先生からもいろいろと教えていただきました。前回、山口先生からも、「薬局ビジョンを策定したときにも私は関わりました

けれども、7年間変わってなくて、同じことを言い続けています」という御発言がありまして、私もまさにそのとおりだと思っております。そのときに一生懸命KPIを策定して、例えば後でも御紹介しますけれども、2017年に比べて2021年には重複投薬の相互作用の加算が1.2倍に増えるようにというKPIも策定いたしました。しかし、後ほど御紹介しますが、それは実現していないという現状にあります。

前置きが長くなりましたけれども、私としては、薬剤師・薬局の職能を生かしていただきたいという応援団の立場でもありながら、経済全体を見たときに、この技術料に対して、どこまで国は予算的に割くことができるのか。それに見合った質が向上していないのに、このまま、つまり国庫から、ないしは保険料から使うことができるのかという意味での非常に厳しい目も持っているということを御紹介いたしました。

現在、医薬DX関係との関連で申しますと、デジタル庁の下部組織でアジャイル政策形成何をやっているかという、いわゆるリアルタイムデータを活用して臨機応変に政策を評価する仕組みの提言です。枕が長くなりましたけれども、簡単に本日お招きいただいた立場をご紹介します。

私が申し上げたいことは3つです。薬剤師・薬局が国民の健康の維持や向上にとって、ぜひ意味のある存在になっていただきたい。そのためには、3つが必要であると考えています。

まず、薬剤師にとって、患者さんにとって真に求められるような服薬管理。特に、重複投薬や相互作用の削減などに対する報酬が、いわゆる対物の薬剤技師という、薬を処方箋どおりに出すだけの仕事を上回るようにする。これが大事であると思います。今、100のきれいごとを述べたとしても、どうしても対物業務への報酬的な依存というのが高い状態にあります。同じ時間を使うときに、片方は一銭にもならず、片方はある程度の患者さん、処方箋がさばけるのでは割に合いません。それが本来の薬剤師の業務に対するディスインセンティブになってはいけないということで、これは診療報酬における、配分の見直しが必要であろうと考えております。

そして、2点目としては、薬局ビジョンのときにも何度も出てきた言葉ですけれども、一元的・継続的な服薬管理という言葉です。これは、全ての国民にとって非常に重要でありながら、その一元的・継続的な管理がなかなかできない。その原因は、自分に情報が集まっていないからだと考えられます。ですので、自分がPersonal Health Recordを参照できることが必要ですし、さらに、その情報がどんなにつながったとしても、責任があり、その情報をコントロールしてくれる適切な専門家がいなければ服薬管理につながりません。この一元的という概念はとても重要性が高いものだと思います。

では、それを実現するためには国は何をすべきかということを考えますと、医薬品がトレーサブルであること。そして、パーソナル・ヘルス レコードをはじめとした診療・処方・服薬などの履歴がつながることが大事だと思います。これがなければ、個人もサービスを受けられないし、そのサービスに対してお金を払っているはずの国も、誰に何をしている

のかということが分析できない。どんな薬局が何をしているのかということが分析できない。これは、ひいては行政における政策立案能力を奪うようなものであると思います。

ですので、この3つを何とか医薬品DX、それから薬剤師DXという範疇で、ないしは、そういった何とかDXという枕をつけなくても、いろいろなサービスをつなげる形で実現することが大事であろうと考えます。

このワーキングでは、ある程度理想というか、長期的な展望でこうありたいという姿を考える会ではあると思うのですけれども、やはり現実を見るべきと思ひまして、以下の資料を持ってまいりました。

まず、日本保険薬局協会から出された公表資料の中から数字を抜粋したものですけれども、例えば重複投薬・相互作用等防止加算、0.44、0.48、0.58と、ちょっと伸びてはいるものの、なかなか思ったような水準には行っていない。在宅の調剤の加算もそれほど伸びているわけではない。

一番下を見ていただきますと、技術料の中で薬学管理料と言われる、いわゆる指導的な部分は、結局、上がるどころか下がって、2割という横ばいがずっと続いているという状態です。つまり、これは個々の薬局でやっている、いろいろな努力を否定するものではありません。もちろん、個々の目的意識を持った現場ではいろいろな取組がなされているとは拝察いたしますし、私も聞き及んでおりますけれども、マクロの数字で見たときにこうなってしまうという現実には直視しなければならないということですね。

そして、もう一つ、先ほど申しそびれましたけれども、実は0410の特例の改定、いわゆるオンライン服薬指導、オンライン診療が初回から可能になった後の状況に関しても、中医協の資料が出ておりまして、算定割合として0.3~0.6という非常に低い割合にとどまっています。急なオンライン対応にともない、かなり要件を緩和したにもかかわらずです。

実際に薬局さんへの調査を見ますと、そういった服薬指導を実施しなかったところが半数、無回答も含めると7割近いということで、問題はオンライン診療というものの加算がついたとしても、そういう面倒くさいことのために接続に3分かけているよりは、その3分の間で処方箋を少しでも処理してしまったほうがいいのではないかという機会費用の問題ですね。この点についても、結局大きな変化が見られていない状況であるということが分かります。

そもそもこうした手段に対するニーズがないのではないかという御指摘もあろうかと思ひます。ニーズというのはなかなかつかみにくいものですが、この調査会社によりますと、実はやってみると非常に便利なもので、使い勝手がいいものだと分かったという感想も記されています。グラフの中で青くハイライトされている部分が、使ってみたくて回答している方。コロナだから使いたいという人も、コロナに関係なく使いたいという人も含めてですけれども、そういったことに関係なく、平常時から使いたいという方が全体の3割である。つまり、ざっくり言って3割程度、オンラインの服薬指導に対するニーズはありつつも、現場で応えられていない。これでいいのか。これで先ほどの技術料の話に

戻ると、経費が高過ぎるのではないかということは、当然に指摘され得る論点であろうかと思えます。

そして、重複投薬と相互作用の防止の、例えば同じ主成分名で1月に3つの医療機関から処方されている件数というものがKPIに入っていますけれども、これもなかなか掘り起こしが進んでいないという状態にあります。つまり、その状態が長らく放置されていて、どこかで一元的・継続的に管理していれば、これを抑えられているはずのものというのが、7年間、なかなか進捗していないということになるかと思えます。

そして、もう一つ、コロナの検証というのがとても大事だと思っています。すみません、御覧いただくには小さい図表を張りつけてしまったのですが、どのような薬の服用のニーズが減ったのかということです。それが、もし一時的なものであれば戻ってきているであろうし、そうでないならばマイナスのままであろうというふうに考えていただくと、この▲の印がついておりますのが、いわゆる薬剤料の部分で何億円のレベルでどのぐらい減ったかという表を示しております。

見ていただくと非常に▲が多くて、つまり、令和2年度、令和3年度を通じて需要が下がったままで戻っていないものが結構ある。ハイライトした部分で言うと、中分類の部分になりますけれども、数百億レベルで薬剤の使用料は減っているということになります。慢性疾患の管理に本当に必要なものであれば、2年間続けて不要にはならないはずだと考えますと、これは本当に必要な薬だったのだろうか。

ということは、このコロナの社会実験と言ってはおこがましいかもしれませんが、なくてもよかった薬を処方していたのではないかということは、個々の現場で検証していただきたいものであろうと思えますし、これを見ると、結局、ヘルスレコードが存在して、本当に要・不要だったのかということ議論する必要があります。

マクロの数字でこの薬がずっと使われないままだから、みんなにとって要らないだろうということはちょっと暴論だと思うので、個別の事例に応じた要・不要というものを判断するためには、Personal Health Recordが存在する。そして、利活用できるということが必要であらうと思えます。

国の統計では、これは先月末の発表なのですが、こういった数字にとどまります。つまり、これをベースに行政をすることが非常に今、危ういといえますか、平均値の議論になってしまっています。平均的に使われていないので、じゃ、やめようというのも暴論ですし、これは一時的なのだからいつか戻るのだということの根拠も、同様に乏しい。誰にとって、どれぐらい必要なのかという根拠データが、これからの行政に必要なのではないかと思っております。

DXでいろいろな情報の取得費用ですとか接続費用は下がるのですが、要は、医療情報は結局個人情報はどう扱うかというところでボトルネックになってしまっています。技術的にはつながるのだけれども、法的・倫理的な観点でつながらないということが多々あります。ということで、これは来週の宣伝になるのですが、あるシンポジウムに

登壇することになりまして、医療情報をもっと利活用しようということで、これは製薬協サイドのお話にはなりますけれども、国民にとって分かりやすい医薬品の情報、それから医薬品の服薬の情報を、もっと私たちが分かる形にして利用できることが、薬剤師・薬局DXの第一歩ではないかという観点で、お話ししました。どうも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した。

伊藤先生が最後に追加された2枚のスライド、この会場からは画面が非常に小さくて見えない状況でございまして、今、ハードコピーを事務局から配っていただいていますので、お手元に委員の先生方、届きましたでしょうか。ちょっとお待ちください。すみません、すぐに届くと思いますので。

○伊藤参考人 すみません、これは私が事務局に送信するときに、よくファイルを確認せずに送ってしまったことが原因でして、大変申し訳ありませんでした。

○赤池主査 ちょっと不十分なところがあるかもしれませんが、時間の関係もありますので、加藤先生、伊藤先生から御説明いただきました内容につきまして質疑の時間を始めさせていただきたいと思います。お許してください。

それでは、ただいまお二人の先生方から、それぞれDXに関係する内容につきまして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ございましてでしょうか。いかがでしょうか。

それでは、まず山口先生からお願いいたします。

○山口構成員 ありがとうございます。山口でございます。

お二人、御説明ありがとうございました。

伊藤参考人の服薬管理などに対する報酬が対物業務の報酬を上回るようにすることが大事だということは、私も本当にそのとおりだなと思っております。

その中で、特にDXということで、お二人の参考人に同じ質問をしたいのですが、私が以前から問題だと思っているのが、薬剤師が対人業務を進めていくに当たって、薬剤師の手にしている情報がずっと変わらないということです。処方箋と患者から得る情報のみということが大半だと思います。一部の医療機関においては、検査値をつけるというような取組をされたりしているところもあるのですが、医療機関からの情報が圧倒的になくて、そもそも病名も分からない、病状も分からない。そのような中で対人業務を進めていくということには、非常に限界があるのではないかと考えております。

そこで、加藤参考人には、先ほどのDXを推進していくときに、そういった情報が少ないことが歯止めにならないか。もっとこういうものがなければ進めていくことができないということがあれば、その辺り、DXの観点から教えていただきたいと思います。

それから、伊藤参考人には、さっき診療・処方・服薬などの履歴がつながるというお話があったのですが、そういった情報について進めていくに当たって不足していると思われる部分があれば、その辺りの御意見をお聞かせいただきたいと思います。

○赤池主査 御質問ありがとうございます。

それでは、まず加藤先生から御回答いただけますでしょうか。よろしく申し上げます。

○加藤参考人 御質問いただき、ありがとうございます。

今、いただいたのは、医療情報をもっとつないでいくときにどういうことができるのかとか、こういうものがあれば歯止めにならないという話なのですが、私としては、今、厚労省の資料2-1で奥野さんからもお話いただいたような、データヘルス改革の文脈の中でレセプトでの病名が共有されていったり、服薬指導の話が出てきているので、これはデータヘルス改革の中で病名が薬局にも伝わるようになっていたり、処方データが伝わるようになっていったりという流れになっていると思います。そのタイムラインが、例えば2024年度であったり、2023年度というところが早い、遅いというところはあるのですが、そのような形に向かっていると私としては認識しております。

また、そういう中でどういうところが歯止めになるのかというと、先ほど医療4.0という考え方で、短い時間でしたが、出したのですが、例えば日本の医療制度というものが1960年代に始まってきて、これが1.0で、20年ごとに2.0、3.0、4.0と呼んでいるのですが、製品のプロダクト・ライフ・サイクル的な考えで考えていくと、最初に出てきて、成長期があって、成熟期があって、衰退期。今は、1960年から始まっているような同じような制度ですと、これが制度疲労を起こしてきているのではないかと私としては考えております。

そういう中で、いろいろな人から学んだようなOSをインストールされたような、これは薬剤師さんだけではなく、医師もそうだと思いますし、そのほかの医療資源もそうだと思うのですが、いろいろな人から教えてもらったような形で同じような働き方をしていると、それはこういうデジタルとともに付加価値を持った医療提供をしていくという時代に合わせたようなOSに、医療者自身が再インストールできていないのではないかと私としては考えております。

限界があるとしたら、そのような形で環境としていろいろITサービスを使えるように、デジタルヘルスサービスが使えるようになってきているにもかかわらず、それを知らないというか、それを受け入れようとしていない医療者のOSというか、マインドが私としては障壁になっていて、いいものがたくさんあるにもかかわらず、患者さんや生活者の方に価値が提供されていないと認識しております。

以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。

山口先生、よろしいでしょうか。よろしいですね。

では、伊藤先生、お願いします。

○伊藤参考人 問題が2つあると思っていまして、1つは、こういう業界の審議会の場にありがちなのですけれども、個別最適にこだわり過ぎるという点がどうしてもあると思います。例として電子版お薬手帳というのがあって、これは7年前の患者の薬局ビジョンのときに、そういったものが必要だということを書いたのですけれども、その後何が起こったかという、電子版お薬手帳にすると診療報酬は何点つくのですかというような質問

ばかり受けるのです。そういうことじゃないのですということです。紙のものが電子化されたからといって、山口先生がおっしゃるように情報量自体が増えるわけじゃなくて、処方薬の情報しかないわけです。

そういうことじゃなくて、本当に患者さんの健康のためを考えたら、どういう病気で、どういう服薬をされていて、どんな副作用があったのかということも含めて、そういった履歴が全部分からないといけないわけなので、電子版お薬手帳ばかり最適化しようとしても、これは本当に木を見て森を見ずの話になってしまいますよということを感じます。

もう一つは、履歴がつながるといことでの利便性がなかなか理解されないことだと思います。もちろん、個人として、そういったものを知られたくないというプライバシーの観点は分かるのですけれども、問題なのは、医療を提供する側もそういったものをシェアしようとしめない態度であることです。それは自己防衛なのか、患者さんのプライバシーを先走って患者さん以上にケアしているのか、ちょっと分かりませんが、シェアすることに対する抵抗はまだある。そして、個別最適にこだわり過ぎる。この2点であろうかと思います。

○赤池主査 どうもありがとうございます。

あと、私、思うのですけれども、山口先生がおっしゃっているように、薬局がいわゆる患者さんの医療情報にきちんとアクセスできるというのは非常に重要な要件だろうと思います。地域によっては、医療情報ネットワークに薬局が参加して、実際にそういったことが実現できているところがある。

私が知っている限りでは、例えば長崎のあじさいネットとか福島のキビタンネット。あと、和歌山にも清州リンクというのがありまして、かなりの薬局、100件を超える薬局がそこに参加して情報を取っているということもありますし、どういう形がいいかは分かりませんが、そういったネットワークから薬局が必要となる医療情報を取得して服薬管理・指導に生かしていくということは、当然患者さんの利益になることですし、非常に重要なことかなと思います。

山口先生、お願いします。

○山口構成員 ありがとうございます。

本当にそうだと思います。やっているところはやっているのですけれども、全体になってきていないということに問題があって、私が医薬品医療機器制度部会でも、医療機関からの情報連携が必要だという発言をしていると、いや、一部の薬局の薬剤師さんの中には、そんな個人情報を手にしたらどうしていいか分からないという声があるということを知っていて、ちょっとびっくりしてしまったのです。本当の対人業務をするに当たっては、どんな情報が必要なのかということを真剣に薬剤師さんに考えていただきたいと思っています。

○赤池主査 あと、まさにおっしゃるとおりで、やっているところはやっている、やっていないところはやっていない。なおかつ、それが全く報酬とは関係ない。極端な言い方をすると、やればやるほど、下手をすると収入が減るとというのが現状だろうと思います。で

すから、そういったところがいかに合理化されていくというか、やりやすくなるかというところ。これは制度の問題も恐らく入ってくるのではないかと思いますけれども、そういったところは、ぜひこのワーキンググループでも検討していただければと思います。

どうぞ。

○医薬・生活衛生局総務課課長補佐 事務局から、先ほど加藤先生からレセプトの病名というのが予定されているというお話をいただいております。今のところ、レセプトの病名を共有するというにはまだなっていないかと思うので、それは今後の議論なのかなと認識しております。1点、事実関係として補足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。

先ほど挙手いただいていました藤井先生、よろしく申し上げます。

○藤井構成員 日本保険薬局協会の藤井です。

伊藤先生、加藤先生、ありがとうございます。

伊藤先生に、すみません、弊会の資料を使っていただき、ありがとうございます。1点補足させていただきたいと思います。こちらの参考資料、社会医療行為の統計データということになりますので、在宅のほうの加算が伸びていないということですが、これは医療保険のほうの在宅になります。今、在宅は介護保険の居宅療養管理指導が大多数を占めております。ですので、例えば2016年ですと771万回、これが2019年ですと1220万回。倍近く在宅に関わる薬局薬剤師が増えているという状況がございますので、我々の資料はこういう切り方ではありましたが、介護の部分においては、かなりやっているということで、いろいろな資料が出ておりますので、こちらのほうもぜひ御覧いただければと思います。

もう一つ、重複投薬・相互作用等防止加算のほうも2016年からということで書かれているのですが、実は平成27年ですと8万7673回ということでかなり少なかったものが、0.1いくか、0.2いくかというところも、16年より前から比べると0.53%まで増えている。少ないといえば少ないのですが、ごめんなさい、30万回ですね。29万6548ということで、令和2年の数字がございます。一番多いのが平成30年で40万回という算定回数にもなっております。

ただ、先生も先ほどおっしゃられたように、そもそも母数として重複投与がどのくらいあるのか。例えば、現場で100枚処方箋が来たとして、重複投与されている、もしくは相互作用があるような処方箋がどれだけ来ますかという、当然医療機関側のほうのチェックも入りますので、もともと母数としてはそこまで多くないと認識しております。ただし、これもデータがあって申し上げているわけではないので、申し訳ありません。ここをKPIとして見るのであれば、そもそもどのくらいあるのか。それが加算対象となるべきか、そこまでいかに済んでしまっているようなものがあるのかというのも、ぜひKPIということでは、実態を見た上での設定というのをお願いしたいかなというの思いました。

あと、服薬フォローアップのほうも始まっておりまして、これは加算はなく算定されるものではございません。我々の会のデータで恐縮ですが、始まった2020年8月ぐらいでは

64%ぐらいであったものが、現在、2022年1月ですと、行ったことがあるというちょっと消極的なイエスも入れてしまって恐縮なのですが、9割近くまでは、この服薬フォローは我々の義務であるということで実施しておりますので、KPIのほうも、これから新しく増えたニーズに対してどうなのかというのは、今後、ぜひ調査をしていただきたいなと思っております。

すみません、長くなって、最後1点なのですが、先ほど0410対応のところ、オンラインを活用した服薬指導が、ニーズがあるのに実施されていないということでお話ししていただきました。これも、0410対応のところ、厚生労働省の薬剤師に必要な研修プログラムに関する研究にあったのですが、実際、服薬指導の検証、どうだろうというのをされた集計結果がございます。この中で、結局オンラインを使わず、電話を使わずに服薬指導を対面で実施した理由というものがございまして、9割方、実は患者様の希望であった。これはなぜかというのは、いろいろと理由はあると思うのですが、結果としてはオンラインということそのものに患者様のニーズはあるけれども、それを使ってやるということが浸透していないというのが1つあるのと。もう一つは、0410のときは、処方箋が病院から事前にファクスをされる。行ったら、待ち時間なくもらえる。それがコロナ対応の大きな趣旨であったので、先に処方箋を送ってくれているなら、待ち時間がなくて、さっさと行って、さっとももらえるから、近くの薬局だったらもらって帰りたいといったニーズ。この辺はもう少し分析する必要はあると思うのですが、ニーズはある、でも、実際利用されなかった。その理由としては、患者様の希望だったという結果もありますので、この辺りは我々の努力とともに、患者様にいかにその辺りを啓蒙していくのかというのも1つの課題ではないかと感じましたので、すみません、長くなりましたが、発言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。

詳細を追加いただきまして、ありがとうございます。結局、どこまでニーズがあるか。もう一つは、患者さんの側として、ニーズとともに、例えばスマホを持っているかどうかということも含めて、手段を持っておられるか。そういったところが非常にポイントになって、しかも、そこについては、まだ分からない点も結構あるという理解でよろしいのでしょうか。どうもありがとうございます。

どうぞ。

○橋場構成員 日本薬剤師会、橋場でございます。今日はどうもありがとうございました。

まず、一元管理というところで、日本薬剤師会が昨年実施した研究がございまして、日本保険薬局協会さん、チェーンドラッグ協会さんにも御協力いただいて、全国9000弱の薬局さんで40万人の患者さんのデータが収集できて、実際、一元管理がどのようにされているか。あと、検査値を把握し、どう活用しているかという研究をさせていただきました。

その結果なのですが、先ほどからのお話のように、1つの薬局に全ての処方箋が集まっているというところまでは行っていないということはありますけれども、お薬手帳

を使ったり、特に患者さんの聴き取りをインタビューでかなり実施しているところがありまして、他の医療機関の受診状況とかお薬の状況、あと、検査値のほうも、疾患別で、例えばがんの患者さんですと体表面積が必要ですので、身長・体重とか腎機能値といった情報等をかなりの薬局が把握しよう、把握しているというところが今回分かったということがございます。これは、デジタル化というところで、薬局、薬剤師に情報がもっと入ってくるような時代になれば、活用できてくるのかなと思っているところがございます。

あと、山口先生から、検査値が手に入ってもどうしていいか分からないと言う薬剤師がいたということがありますがけれども、今の話も含めて、先ほどの話をお聞きしたとき、ああ、薬剤師っぽいなというところがあったのですけれども、経験したことがないと、薬剤師はすごく不安を口にされる方が非常に多い。ただ、順応性というか、対応性というのは薬剤師はすごく持ち合わせていると思いますので、経験すればそつなくやっていくのだらうなと感じているところがございます。

○山口構成員 ちょっと訂正していいですか。検査値を見せられたらじゃなくて、病名や病状を手にしたら、一体どうしていいか分からないという御意見でした。

○橋場構成員 失礼いたしました。ただ、同じだろうと思いますし、今、使わせていただいた去年の研究では、病名の把握に関しましては非常に積極的にやっているということが見てとれたという結果が出ておりますので、その辺も時代とともに変わってきているところではないかなと思っております。

○赤池主査 ウェブのほうで挙手されていますので、加藤先生からお願いします。

○加藤参考人 すみません、先ほど、厚労省の奥野さんだと思うのですがけれども、事実確認で訂正を言われたのですけれども、データヘルス改革で、2024年からマイナポータルと連携して、傷病告知名などはマイナポータルから確認できるようになる。僕が先ほどレセプトの話から関連しながら病名の話をしたので、レセプトのほうからは確かに手術の話だったり、医学管理情報とか、そういうところがレセプトに関係すると思いますけれども、告知病名というのは2024年度でマイナポータルから確認できるように、データヘルス改革の工程表というのは進んでいると思っているので、そういう話だったと思うのですが。

○赤池主査 事務局のほうからよろしいでしょうか。

○医薬・生活衛生局総務課課長補佐 確認させていただきます。レセプトデータしかなかったという認識だったので発言いたしました。その点につきましては確認ができておりませんので、失礼いたしました。確認しておきます。

○加藤参考人 アレルギー情報とか告知傷病名とか検査結果情報というのを、2024年度からマイナポータルで閲覧できるようにするという形に、データヘルス改革の工程表には載っているという認識でおります。

○赤池主査 どうもありがとうございました。

あと、ウェブのほうで挙手されていますドコモの出井先生、お願いします。

○出井構成員 加藤先生、伊藤先生、ありがとうございました。大変参考になりましたし、

改めて課題が何なのかということ整理することができました。

その点でお二人にぜひお伺いしたいのですけれども、私もPHRが今後、非常に重要になってくると思っています。国民というか、患者・生活者が初めて自分の医療データを統合的に手元に持つということになると思っていますので、そういった中で、データがあればよいというものではなく、どうやったら活用されるのか。また、有効にそれが活用されるのかというのが非常に重要だと思っていて、これは多分両面からのアプローチが重要だと思っています。

1つは、医療機関側、医療従事者側からのアプローチと、もう一つは患者側がどのようにそれを活用しようという意欲を持つのか、リテラシーの部分と両方必要かなと思っています。特に、私の場合は、患者側というか、自分自身が生活者だったり、ふだん見ているユーザーが生活者の観点に近いですので、そういった観点で考えますと、お二人からも、加藤先生からは、主体的に医療に参加していくことが重要だというお言葉ですとか、伊藤先生も、主体的に健康・医療に対してのリテラシーをしっかりと上げていくことが重要だというお話がありましたが、どのようにしたら生活者側がそういったリテラシーを上げられるのか。もしくは、そういった関心を高めることができるのかという辺りについて、もし御意見等、御示唆があればお願いいたします。

○赤池主査 どうもありがとうございます。

御発表いただいた先生方、今の御質問、いかがでしょうか。確かに重要な点だと思えますけれども、加藤先生、お願いいたします。

○加藤参考人 質問ありがとうございます。加藤です。

私としても、すみません、主体的に関わると言っていながら、患者さんだったり、生活者の方が、もちろん知識がついてとか、そういうところに関心が高まって、その知識としては深くなって自ら取り組むというところが一番なのですが、昔に比べると、コロナで自分のセルフケアというか、自分の体に対して全体的に意識が高まってきますので、テクノロジーでこういうふうに患者さんの意識が高まっていきますと話をさせていただいた反面、それがすごいきれいごとも言っていて、みんながみんな健康に理解を示して、そしてちゃんと動いてくれるかというところは疑問を持っているところももちろんあります。そういうことをやれるというのが、私はテクノロジーだと思っています。

例えば、東北のほうで、さりげないセンシングをやっていたり、例えばアップルウォッチに入っているような診療系のアプリも、使っていると思っていないまま医療に触れていると考えているのですね。

今、データという中でも、例えば健診のような年1回のデータと、日々取っていくような、僕は静的データと動的データと呼んでいるのですけれども、その2つを合わせることで、新たな、自社の宣伝になってしまうのですけれども、またAIも開発することができて、そこで患者さんが知らないうちに、生活者が知らないうちに最適行動を取っているところに導いていけるのではないかと考えています。

例えば、僕はすごい例だと思っているのですけれども、ゲーミフィケーションとかがそのいい例だと思いますし、ポケモンGOであったり、クエストウォーク、歩いているということ先をしながら、知らないうちに健康にしているというゲーミフィケーションの取組もありますし、何かテクノロジーで誘導していくと言ってしまう言い過ぎなのかもしれませんが、こういうふうにしていくと健康になっていくよと方向を示してあげて、テクノロジーを背景にしながら選択させていくことで、健康な人をたくさん増やしていけると考えています。そういうことで、みんながなっていくということの啓発も進めていく中で、背後にテクノロジーを使っていきながら、今までと変わったやり方で対応できるのではないかと私としては考えております。

○出井構成員 ありがとうございます。

○赤池主査 ありがとうございます。

もう大分時間が過ぎておりますので、会場のほうで挙手されておりました関口先生、猪口先生の順番に御質問をお願いいたします。それでは、関口先生。

○関口構成員 日本チェーンドラッグストア協会の関口でございます。

先ほどの山口先生、橋場先生のお話の流れの中で発言したかったのですけれども、薬剤師が情報をどういうふうにするかということでありまして、山口先生の御指摘のとおり、薬剤師がもっと成長していかなければいけないということはよく分かっていることでもあります。

ただ、現状で、在宅領域においてはICTを活用して情報共有とか、そういったことができているとは思えるのですが、外来において何でできないかという、情報が一方通行になってしまっている。我々が例えば薬学的見地から情報提供をした場合でも、その後の情報がどういうふうに取り扱われているかというのが、実は我々にも分からないというところも問題点だと思います。今後、どのようにそういうことをしていくかということが重要だと思いますので、意見として言わせていただきます。

○赤池主査 どうもありがとうございます。

猪口先生、お願いいたします。

○猪口構成員 猪口でございます。

今の薬剤関係、薬局におけるDXというお話なのですが、これを進めるのに、そこだけ進めるとするのは、私は余り意味がないと思っております。医療全体、医療機関と薬局というのをどうつなぐかというのがありますけれども、問題は介護とどうつなぐかということもあって、そこの中のどういう情報を、どういうツールを使ってつないでいくかということで、これは残念ながら、今の日本の状況は最悪なのです。電子カルテは各ベンダーがばらばらに作っていてつながらない。それから、介護のほうも、介護の地域の連携システムを違うシステムをオーケーにして地域に選ばせたので、日本全体が全くつながらない状況になっています。

ちょっと悪いですがけれども、これは厚労省がこの辺の持っていく方を民間に任せ過ぎた

というか、ちゃんとしたポリシーで動いていないというのが現状なので、そこから変えていかないと、薬剤だけの問題ではないので、今、電子カルテは組み直しがやっと動き出しましたので、ぜひそこをしっかりとやって、その一環としてやっていただきたいということが1つです。

それから、先ほど伊藤先生の御発表、ありがとうございました。ただ、ここで私がちょっと気になるのは、これは薬剤の額で示されています。そうすると、平成2年、3年、4年と、ずっと毎年のように薬価切下げが起きているのですね。薬価切下げによって薬剤額が下がっているということが十分考えられるので、量ではないですから。ですから、そこをどう考えるかということを考えないと、一概に減っているということは言えないということ。

それから、COVID-19に関しての医療への影響はここだけの問題ではなくて、例えば医療へのアクセスが悪くなったために、フレイルを起こしてしまうとか手術が遅れたとかBMが悪化したとか、いろいろな面で今、検証されているところですので、一面だけでCOVID-19の影響で不要な薬剤が出たとか、不要な医療どうこうということを結論づけるような言い方はぜひ避けていただきたい。これは、ちゃんとした検証が必要だと思っています。

○赤池主査 どうもありがとうございました。

伊藤先生、お願いいたします。

○伊藤参考人 もちろん、御意見のとおりだと思います。私もこの1枚紙だけで何か結論づけるつもりはなくて、実際には処方箋枚数とか年齢階級別とか、様々な情報が出ております。複合的に情報を取る必要があると思います。

この中で申し上げたかったのは、この額が減っているから、イコール不要であるということそのものよりも、むしろ後半です。こういった情報を見たときに、これは要らなかったのか、そうじゃなかったのかどうかということ、この情報だけでは判断できないことに問題があるという点を述べたかったわけです。つまり、厚労省が患者調査とか社会医療診療行為別調査といったものから得られる情報というのは、医療機関等からあるサンプルで提供してもらった一定の期間のサンプルだけを見て判断している。

そういった集計値の議論というのは、もう古い。50年前と同じことをやって、これからのヘルスケアができるはずがない。不要だったのかどうかを本当に判断するためには、ヘルスレコードがなければならないという意味で申し上げました。この数字の▲が多いから要らなかったということじゃなくて、申し上げたいこととしては、猪口先生がおっしゃったことと全く同じで、詳しい検証が必要である。そのためにはデータがなければならないということです。

以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございました。

加藤先生、さっき挙手されていたように見えましたけれども、特によろしいですか。

○加藤参考人 一言コメントさせてもらえたらと思っていたのですが、すみません、

ショートに。

僕自身、今回、こういう薬局薬剤師にリンクするところで話をさせていただいて、今のお話にもあったのですが、医療業界の中で薬局が一番最初にDXを進めていけるのではないかと考えています。それは、運営として株式会社としてやれるとか。介護とかももちろんそうなのですけれども、そういうところでグループ化されているということももちろんありますし、もっと効率的にデジタルが導入されるとなると、しっかり入っていくのではないかと自分としては期待しています。

これが医療業界ですと、医師として個人でも開業できますし、法人として連携していても、自由クリニックもつながっていないような、グループ化されていないのが医療業界です。なので、そういうふうに考えていくと、薬局、そして薬剤師の方のDXが医療のDXの先陣になるのではないかと考えて、とても期待していると、最後、すみません、コメント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。

それにしても、医療全体のDXが進まないとなかなか難しいという状況もあろうかと思えますし、その両方ということだろうと思えます。

事務局から、特に追加はよろしいですか。

○医薬・生活衛生局総務課課長補佐 厚労省全体として、電子カルテの共有化等進めてまいりますので、全体で頑張ってください。

○赤池主査 どうもありがとうございます。

まだ、もしかしたら御意見あろうかと思えますけれども、私のほうにいただいているシナリオで、30分程度時間が超過しております。覚悟しておりましたけれども、申し訳ありませんが、最後に全体の御議論もいただきますので、次の参考人の先生方の発表に移らせていただきたいと思えます。

続きまして、株式会社カケハシ代表取締役社長の中尾先生から御発表いただきたいと思えます。中尾先生、よろしくお願いたします。

○中尾参考人 よろしくお願いたします。

議論が非常に活発化しておりますので、各種論点にひもづくような話ができたらと思っております。そして、このような貴重な場で参考人としてお声がけいただきましたことを大変光栄に思っております。ありがとうございます。

私からどんなお話しをしようかなと考えたときに、現場の薬局薬剤師の方がどんな課題を抱えていて、テクノロジーでどんなどのような効果が得られるのか。具体的に言うと、効率化の面、患者さんへの付加価値をDXと言われているテクノロジーの活用によってどのように創出できるのかを中心にお話しできたらと思っております。

私の簡単な自己紹介ですけれども、医師や薬剤師が親族に多く、そのような環境で育ち、社会に出たときに、場所、関係性、時間に限らず、気軽に医療従事者に相談できるような世界に向かっていけると良いのではないかと。医療従事者が身近にいるメリットを感じてい

たので、もう少し医療と患者さんの関係性を近づけるような世界観を実現するために、カケハシを創業いたしました。その中で、未来投資会議や、各薬科大学で講義を持たせていただいているところでございます。

今回のアジェンダですけれども、はじめに、テクノロジーでできることをお話しし、2つ目に、薬局薬剤師のDX推進に向けて、具体的にどんな内容になるのか、お話しいたします。また3つ目としては、データヘルス改革をこれから進めていく上で、ボトルネックになりそうなところに対する課題提起や、解決策について少しお話ができたらと思っております。

まず、テクノロジーで実現できることについてお話ししたいなと思っておりますが、加藤先生から先ほどDXについての概要をご紹介いただきましたので、一言だけ触れます。端的に言うと、既存の業務の効率化という概念だけではなく、どうやったら新しい付加価値を創造できるのか、デジタル活用をすることによって、新たな付加価値をどう創出できるか、そういった前提で少しお話ができればと思っております。

どういうメリットがあるのか、もしくはテクノロジー活用においてこういったところが特徴として挙げられるのかについては、こちらの資料を提出しております。左側は抽象度が高いので、右側の部分でお話ができると思うのですけれども、皆様方、先生方がイメージされやすいところだと、「つながる」ところですね。テクノロジーを活用するとつながりやすいです。2つ目は、データが蓄積されやすい。3つ目は、「創造する」と書いてありますけれども、データが蓄積されると新たな知見がサジェストされる。可視化される。新たな気づきが提案される。そんなところが特徴としてあるかなと思います。

ですので、つながって、データが蓄積されて、新たな知見が得られるというところによって、左側にあるような、より便利な社会。場所や時間に依存せず、患者さんの状態を把握しながら、より付加的な話ができるとか、アセスメント、もしくは考察ができるというところが特徴になります。

もう少し具体的にイメージできるような特徴としてはこちらなのですが、病院・薬局・患者さん、あとは介護施設というお話がありましたけれども、医療従事者同士がつながりやすいというところが特徴としてあります。

次に、時間や場所、いつでもどこでも患者さんの問題を発見・解決しやすいという点になります。こちらについては後ほど具体の事例をお話できればと思っております。

そして、データが蓄積されると、患者さんという大きい概念ではなく、どんな患者さんにはどんな医療がいいのか、より細かくセグメントして考えられることができるというのが特徴としてあります。例えば、シニア世代の方であれば、もしかしたら電話でフォローするほうがいいねというのが分かるかもしれないですし、例えば子育て世代の方になると、こういうアプローチがよいかもしれないという気づきを得られる可能性もある。このように、患者さんという大きな枠ではなくて、個々に合わせた医療体験を実現できるという特徴もございます。

次に、患者さんだけではなくて、薬剤師さんの業務に関してもパフォーマンスが可視化できる点は大きな特徴かなと思っています。具体的には、今までのレセプト程の情報粒度でございますと、やった結果が見える形になります。どんな行為を行ったのかというのがログに残ることによって、薬剤師さんがPDCAを回せる世界観に変わってくるかなと思います。

抽象度を上げると、服薬指導、在宅、オンライン服薬指導という点の業務ではなくて、これからはフォローアップも含めた線の業務に変わって行って、つながるという概念をつくっていく。域医療上、その情報をどうやって面として処理し、各医療従事者の方が1人の患者さんを守っていくのか。こうした課題は、テクノロジーとの相性が非常によいのではないかと考えております。

より具体のところを少し触れさせていただきたいなと思っております。点の強化、線の強化、面の強化という話に分けさせていただいています。

まず、点の強化は、外来の服薬指導、在宅のケア、あとはオンラインの服薬指導において、薬剤師の方や患者さんがより質が高まるような話ができる、理解が高まるような取組がテクノロジーでできる。質の強化をしていきたいと考えています。

次に、線の強化です。継続的なフォローアップがこれから重要になる事は疑いなく、報酬周りでも変化がありますけれども、生活における薬の問題点というのをどうやって効率的に把握して、労働集約的ではない形でケアしていくのかが問われておりますので、この点に関してもテクノロジーは非常に有効だと考えております。

次に、そこで得られたデータを基に、医師の方、介護の方にどう情報提供していくのか、非常に重要な論点になってきますので、点の強化、線の強化とともに、面の強化についてもお話しをしていきたいなと思っております。

では、先ほどの点と線と面の概念を1枚のイメージ図でお話しすると、図の通りになります。左下が薬剤師さん。患者さんと常に点を強化しながら、アドヒアランスを高める服薬指導をしていただく。同時に、継続的なフォローアップをテクノロジーを活用して行いながら、情報を収集していく。薬剤師さんが問題解決できることは実践していただき、医師の方もしくは介護の方に情報提供すべきことは、ツールを活用しながら情報提供していく、ということになります。患者さんを「面」でどう捉えて課題解決するのかに関しては、具体的に今のテクノロジーで実現可能なことを、事例を通してお話ししていきたいと思っております。

では、点の強化についてですけれども、まず外来の服薬指導及び在宅の話を少しいたしますが、今のテクノロジーがどういうことになっているかというと、患者さんの年齢と疾患と今の季節、生活習慣、あとお薬を分析して「あなただったらこのお薬を飲むときに、どういうことに気をつけたらいいですよ」ということがサジェストできるようになっていますという概念のテクノロジーのレベルに今なっております。

これを基に薬剤師さんに「この方だったら、こういう話をしたほうがよりいいな」とい

う最終判断をしていただいて、患者さんに映像をお見せしながら服薬指導する。同時に、患者さんに対する服薬指で、薬の説明にとどまらず、このように生活習慣に関する内容をお伝えすることも可能になります。対象となる患者さんに当てはまるアドバイスがあれば、それもサジェストされます。例えば患者さんが運動なさる場合、食前よりも食後のほうが効果的であるという論文があれば、患者さんにイラストを見せながらそれを説明することが可能です。つまり、薬剤師の方の知識補完になるだけではなく、患者さんに新しい情報を容易に提供することができるわけで、テクノロジーがその原動力になっています。

そして、オンライン服薬指導においても同様になります。ぜひイメージしていただきたいのが、オンライン服薬指導のフローです。患者さんにオンライン服薬指導した後にお薬が家に届く、もしくは患者さんが取りに行くという流れになります。その際に手元にお薬がないのです。現在、厚生労働省が出されている省令ですと、電話ではなく、映像で対面できるツールを使っていきましょうという話がございしますが、薬剤師と患者さんが顔を見合わせても、誰々さん、お薬が6剤、これから届きます。1剤目は白い粉で、2剤目は錠剤で黄色ですと言われても覚えられないのが実情です。

つまり、具体的にどんな薬なのか、どんな形なのか、何色なのか。そして、何に気をつけるべきなのかというのは、患者さんに見える形で画面を見せて、文章やイラストを見せて行うことが、今のテクノロジーではできるようになっています。

また、対物業務の効率化もしっかりケアしていかなければいけません。その点に寄与できるのも、テクノロジーのメリットかなと感じております。患者さんに指導をした内容を、薬剤師の判断でタッチ、ツールを触っていただくと、薬歴の下書きが記載されるという形で記録の概念になります。全てを自動にしていくことがゴールと考えているわけではなく、テクノロジーに任せられるものは任せ、薬剤師として専門性高く付加価値を創出できる事に集中していく、そういった未来を実現できればと考えております。

一方で、患者さんの様子をアセスメントして、次にどんな申し送りをするのかとか、どんなケアをするべきなのか。その点を薬剤師の先生方が考察して記録を残す必要性があり、しっかりと記録に残る対人業務を記録として記載し、残していくことが、テクノロジーで実現できるようになっています。

具体例として、どのような効率化ができていくのかというと、例えば普通のカルテのような薬歴からこういったツールに切り換えたときに、1日約100人患者さんがいらっしゃる薬局ですと、平均して1時間ぐらい記録が薬歴に付帯する業務が効率化されることが分かっております。1時間の時間が創出できると、もう一軒在宅に行ってみようとか、もう二、三件フォローアップしてみようという形で業務の時間が生まれます。タイピングの時間をどうやって患者さんのため時間にシフトできるのか。対物の効率化も重要なのではないかと考えております。

続いては点から線の論点に移ります。フォローアップが重要であることは事実です。薬剤師の先生方が「この人、気になるな」という方に電話することは非常に重要な業務だと

思います。一方で、薬剤師の方も検知しづらい実情はあるなど。ですので、電話も活用しながら補完的なポジションとして、こういったツールを活用すると、より良い医療体験の提供につながると考えております。

どうということかと申しますと、例えば患者さんが飲んでおられるお薬を分析して、服薬指導中に全てを説明しれなかったところも含めて、「お薬でこういうことに困っていませんか?」「こういう副作用が起きていませんか」という質問が患者さんに届きます。そして、患者さんがその質問に対して回答する。患者さん自身が問題かどうか分かっていなかったとしても、「システムが自動的に判別をする」。これがポイントになります。リテラシーに依存しません。患者さんが自分の状態をただ回答するだけです。

アプリケーションで簡易的にスクリーニングをし、その結果が右側の薬剤師さんの画面に映るようになっていきます。誰々さんが、例えばインスリンでこういう問題が起きている可能性が高いですということを、薬剤師が患者さん全員に確認しなくても、情報が収集できる形になります。そうして情報収集をした上で、患者さんに対し、例えばAさんがインスリンの打ち方を間違えているのであれば、「Aさん、インスリンはこういうふうにつくとよいですよ」というアドバイスができる。ですので、精度が高まるだけでなく、インテリジェンスの高い薬剤師が情報の収集に時間をかけなくて済むというメリットが生まれます。

どれぐらいの反応率になったのかというファクトをお話いたします。具体的な質問が患者さんに届きますので、患者さんに自分ごととして捉えてもらえる傾向が高いことが分かっております。患者さんの反応率は6割ぐらいになっておりますが、回答した6割の中での問題発生率は予想に反して高かったのです。薬がうまく飲めていない、もしくは副作用が起きてしまった率が3割から4割ぐらい。具体的に言うと39%という形になっていきます。

これが患者さん自身は問題だと思っていない場合も生じるのです。例えば、眠気があった場合、症状が薬のせいだと思っていないケースもあるわけです。薬剤師だと、このアレルギーのお薬によって眠気が起きているのだなという薬学的な知見がありますので、「この薬はちょっと種類を変えたほうがいいので、先生のところへ伝えますね」と介入の余地が生まれる点も非常に大きなメリットになります。患者さん自身が気がついていない問題も含めて、薬剤師が把握し、解決できるということに大きなメリットがある。

具体的にどんな差があるのか、どんな効果があるのかをお話いたします。新潟薬科大学との研究データを活用しております。こういったアプリケーションによるフォローアップと、電話でフォローアップした場合の、発見された問題点の比率の差をここに書いております。後ろ向きで見たものなのですが、電話だとつながらない傾向が22%。同時に、把握できた内容は、電話だと服薬指導の補填の内容が比較的多かった。一方で、アプリを使った場合は、副作用の部分が非常に把握しやすいということがあります。

一概に電話が駄目ですと言いたいわけではなくて、電話がつかない方もいますし、

薬剤師の方はその方に問題があるかどうか分からないことが多い中で、自動的にアプリケーションで「この人はこの薬で副作用が起きている可能性が高い」と検知し、アラートがかかったことによって、問題を解決できた比率が高まり、精度が高まったという事例になります。

これから、地域医療上、医療従事者の連携強化が進んでいくと思われませんが、そうした未来における面の話ができればと思います。薬局に来局される間のところで、こういったアプリケーション及び薬剤師の方がフォローアップしていく形になり、生活の中で起きる問題点を薬剤師の方が把握しやすくなります。薬剤師の方が問題解決できることは、ぜひ担っていただければと思います。他方、薬剤師の権限ではできない領域も出てくる。そうなった際に、こういったツール、アプリケーションと電子薬歴を自動的に連携させて、すぐにトレーシングレポートを書ける状況というのも、テクノロジー活用のメリットになります。

実際に現場のお話を伺っていると、こういった情報が薬歴に随時たまってくるようになると、次の外来での服薬指導の点の強化になります。つまり、「問題はありませんでしたか？」という服薬指導時の傾聴からではなく、ファクトが分かった上で、便秘だったのですね。便秘だった場合、これがいいですよという形でお話いただくとか、もしくは患者さんの悩みに対して寄り添うケアの話がすぐできるわけです。ですので、点の強化、線の強化、そして面の強化ということにおいても、テクノロジーは非常に有効なのかなと思っています。

そして、先ほどの話でもありましたが、どうやって全国に拡大化させていくのかを検討すると、テクノロジーを使えば全て解決するというわけではなくて、具体的にオペレーションで困るケースもあるのです。薬局業界、約6万店舗ございますが、チェーン薬局が全てのシェアを占めているわけではなくて、地域に根づいた個人薬局の比率も非常に高い。そういった方々は、情報収集する場所がなかったりするのです。ですので、薬剤師さん同士がそれぞれの知見もしくは困っていることを共有し、解決する場が必要になるのですがこれが、それがテクノロジーだと容易に実現できるという話です。

これまでは、どういうふうにとやったら臨床効果が高いのかなど、学会等、現地に行って情報収集するというようなところがありましたが、実臨床をやっている先生方にすぐに質問でき、すぐに解決できるというような場所というのも、テクノロジーで実現できるような場面があるのではないかと考えています。

では、ここから未来への提言の話に移りたいと思います。データヘルス改革を本気で実現させるため、成功させるためにボトルネックになりそうなところを2点、お話しいたします。

まず、1つ目ですけれども、オンライン資格確認及び電子処方箋の普及を見据えた先に、既存のレセプトコンピューターとまずつながりましょうという仕様に、オンライン資格確認側がなくなってしまうと、薬剤師の方のオペレーションを考えると、まず情報を電子処方箋

で得て、薬学的な加算、処方監査をして服薬指導して、しっかりと服薬指導した場合はそれぐらいの加算を取るというオペレーションになります。その後で会計になると考えると、レセプトコンピューターは後になるわけですね。ですので、そこからの情報の一方通行という話ではなく、はじめにオンライン服薬指導アプリだったり、電子薬歴といったほかのいろいろなシステム、薬剤師が目にするシステムと電子処方箋が見られる状況をつくる必要があるのではないかと考えております。

2つ目に1個目の論点にも少し近いのですが、具体的なお話をいたします薬局業界には、日本薬剤師会が提供されているNSIPSという共通フォーマットがございます。これは歴史的にも、ないと困っていた、そしてあることによって非常にオペレーションもよくなったという点もございます。しかし、電子処方箋の時代になってきたときに、NSIPSはレセプトコンピューターからほかの分包機や電子薬歴に一方通行の仕様となっているため、逆の情報連携というものができないと、情報を二度入力する必要があったり、そこまでまた見に行く必要が出てきたりする状況になってしまいます。

ですので、情報連携を薬局内でもシームレスに行えるようにするには、日本薬剤師会の皆様方とご相談をした上でということにはなりますが、共通フォーマットを薬局内で情報連携できるようにしていかないといけないなと思っております。これは、各ベンダーの都合という話ではございません。薬局薬剤師の方が患者さんに価値を届け、オペレーションしやすい状況をどうつくるかということに対して、日本薬剤師会、厚労省の方に新たな共通フォーマットの創出を提言していただき、ベンダーの都合ではなく、薬局が働きやすい状況をいかに設計できるかがポイントだと考えております。具体的なところはご相談いただければと思っております。

諸々の課題が解決された先にどういう世界があるのか、最後の1枚でございますけれども、お話ししたいと思います。先ほどのテクノロジーで副作用モニタリングが、ある程度自動的に、タイムリーにできるようになる。つまり、どんな患者さんで、どんな薬で、どんな副作用が起きているのか、どんどん集計される世界になった際に何が起きるかということ、例えば市販直後調査のようなところにも効率的につなげられるのではないかと。PMDAさんもお話がされますけれども、そこが1つ目のポイント。

2つ目としては、例えば第3相臨床試験において、患者さんの副作用のモニタリングという創薬の領域においても活かせるのではないかとこのも考えられるポイントかと思えます。

3つ目、薬剤師の働き方の文脈でございますけれども、薬剤師のところで、薬歴といわれているクラウド上の情報で患者さんの情報が確認できる。そして、オンラインで服薬指導もフォローアップもできると考えたときに、薬剤師の働き方が薬局だけの限定という形ではなくて、在宅の合間や、家でも働ける状況が実現できるのではないかと考えております。

4つ目でございます。これは、先ほどのディスカッションにおいても論点が挙がりまし

たけれども、どのようにシームレスな情報連携を地域レベルでできるのかということを考えなければいけないなと思っております。オンライン資格確認や電子処方箋にどう連携するのか。例えば、トレーシングレポートや在宅の報告書に関しても、情報連携したときに、これがトレーシングレポートの要件をみたしていないのでもう一回形式的に「書かなくてはならない」ことが起きると、二度手間の業務が発生し得ると思います。そこに対して、非効率な部分は制度及び仕組みで解決する必要性はあるのかなと考えております。

そういった法整備、規制緩和に関しては、比較的柔軟にしていく必要があると考えております。

私の発言は以上となります。御清聴、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した。

続きまして、4人目の参考人の先生からの御発表です。株式会社日本総合研究所調査部副主任研究員の成瀬参考人からの御発表です。成瀬先生、よろしくお願ひいたします。

○成瀬参考人 日本総合研究所の成瀬と申します。私は、シンクタンクのエコノミストとして医療制度の調査研究を行っております。実務経験は全くないのですが、薬学部を卒業して薬剤師の免許を持っているということもあって、医療制度の中でも薬に関連する分野に重点を置いて取り組んでおります。本日はよろしくお願ひいたします。

今回の第2回のワーキンググループのテーマは、DX、デジタルと伺っております。デジタルは、いろいろな用途で使えますが、私からは、デジタルを多職種連携の強化に用いるという観点からお話しをしたいと思います。この多職種連携の強化こそ、薬局薬剤師の潜在能力を発揮して、より活躍していただく上で不可欠ではないかと思っております。

まず、マクロの数字を見ますけれども、御存じのとおり、薬剤師は右肩上がりが増加しております。全体で31万人、うち薬局薬剤師が18万人です。薬局の薬剤師は、プライマリ・ケアの薬物療法の担い手と位置づけられます。同じくプライマリ・ケアの担い手である診療所の医師は10万人です。こう考えると、医療の中でプライマリ・ケアという領域においては、既に医師よりも薬剤師のほうが圧倒的に多くなっています。ですので、薬局薬剤師には、プライマリ・ケアの薬物療法において中核的な役割を果たすことが期待されていると言えます。

次に、国際比較ですが、我が国の人口当たりの薬剤師数は突出して多いです。薬局薬剤師を有効活用することは、全ての国にとって必要なことですが、我が国こそ、その重要性は極めて大きいと言えます。

一方、我が国は医師の数は比較的少ない状況にあります。これが医師の長時間労働などにもつながっていると思います。こうした人員構成を考えると、薬剤師にできることはできる限り薬剤師が行って、医師の負担を軽減していくことが重要と言えます。

一方で、我が国の外来受診回数はかなり多いです。その理由の1つとして、薬局で対処できる症状でも医療機関を受診している患者が多いということが言えます。薬局で処方箋調剤をするだけでなく、例えばセルフメディケーションの相談を行い、患者が初めから薬

局に行くという流れができれば、医師の負担を軽減でき、医療費抑制はもちろんですけれども、医師もより重症者に集中して時間を取ることもできると期待されます。

薬局薬剤師は、対人業務への取組が不十分であるという厳しい指摘がされておりますし、もっと活躍してほしいという思いを皆さん、持っているのではないかと思います。一方で、医師と別の組織に属するということが、より活躍していただく上で大きな制約になっていると思います。今日、山口先生などからも御指摘いただいたとおりなので、簡単に話しますけれども、医師から得られる情報は処方箋によるものが多くて、病名や検査値なども書いていないので、患者の情報を十分に把握することが難しいです。

一方、医師に何か伝えたいときも、疑義照会とかであれば、これは法律上の義務ですから必ずするのですけれども、その他の用件では連絡しにくいという状況があるのではないのでしょうか。下手したら会ったこともない医師ですし、診察中かもしれないので電話もしにくいですし、患者情報をeメールで送ったりすることも当然できないので、連携が困難というのが薬局薬剤師のさらなる活躍の阻害要因になっているように思います。薬局薬剤師に対人業務を強化してほしいとか、あるいはもっと頑張してほしいと言うのであれば、こうした課題に適切に対策を講じていく必要があると思います。

今日は、今まで述べてきたような問題意識・課題に対して、同様の課題に直面し、それに対処してきたイギリスの事例をお話ししたいと思います。イギリスでも薬局薬剤師が十分活用されていないという認識・問題意識が広く持たれておりました。この点、我が国と似ている面があると思います。

また、GP（医師）への負担を軽減するため、NHS（イギリスの医療制度）を持続可能にするためには、薬局薬剤師がより臨床的なサービスを提供し、その能力を最大限に発揮することが不可欠というのが共通認識になって、NHS全体として取り組みました。

我が国の対人業務と言うのは、恐らく日本でつくられた言葉じゃないかと思うのですが、臨床的なサービスと対人業務は、重なる部分も多いのではないかと思います。こうした問題意識があったものですから、当然様々な分析や提言が行われました。それを読んでいくと、より臨床的な役割を果たす上で、薬局薬剤師がプライマリ・ケアのチームから孤立していることが障害ということが多くの報告書で報告され、その克服に向けて、デジタル基盤の整備をはじめ、薬局薬剤師の多職種連携強化が必要であると結論づけられて、実際に政府としてもそれに取り組んできたということです。

その効果もあって、現在では薬局薬剤師が提供するサービスが拡大しており、処方箋調剤にとどまらない幅広いサービスを提供しています。そうした話を御紹介したいと思います。

まず、患者情報を共有するデジタル基盤ですけれども、主に3つございます。

1つは、我が国でも進めている電子処方箋です。仕組みは大体同じで、日本では支払基金のサーバーで情報管理していますが、イギリスではNHSのサーバーでデータを管理しております。日本とちょっと違う点としては、マイナンバーカードがないので、これを使って

いないということです。どうやって処方箋を処理する薬局を特定するかというと、1つはかかりつけ薬局を事前に登録しておくという方法です。そうすると、医師が処方箋を出すと、事前に決めた薬局に自然と処方データが行き、患者としては薬局に行く前に調剤も終わっているということができます。

ただ、みんながかかりつけ薬局を登録しているわけでもないので、それ以外の人はどうするかというと、医師のところでトークンと呼ばれる紙のバーコードをもらって、それを薬局に持っていき、薬局の機械でそれを読み込むと、NHSのサーバーから電子処方箋のデータをダウンロードすることができるという紙を使った処理を行っております。ポイントは、電子処方箋は2005年からですから、我が国より18年も先に導入しております。2018年時点のOECDのデータで普及率90%ということで、足元では100%近く普及していると思います。これによりタイムリーな情報共有ができ、効率化による対人業務に割ける時間の増加などの効果もあったと言われております。

ただ、電子処方箋自体は、情報共有は速くなるのですけれども、何か新しいデータを共有するというわけではなくて、あくまで紙で共有したデータを電子的に共有するようになったということでございます。

2つ目のSummary Care Recordが、日本ではまだ取組が進んでいない制度で、NHSの中央のサーバーで管理していることは電子処方箋と変わらないのですけれども、GPという医師が登録した患者データをNHSの医療従事者が共有する仕組みです。イギリスの医療制度を簡単に説明しますと、イギリスでは医師が登録制になっておりまして、事前に決めたGPと呼ばれる医師の紹介を受けないと病院の専門医にかかれなくなっています。国民全てが自分のGPを登録しています。このGPが患者のデータを整備していて、そのデータが、GPはもちろん、救急車とか救急医療センターとか、あるいは薬局薬剤師も含めて共有されるということです。

共有されるデータの内容ですが、基本情報として薬歴、アレルギー、副作用などが共有されます。薬歴に関しては徹底していて、例えば電子処方箋ですと、入院中の薬とかは共有が難しいのではないかと思います。イギリスの場合は退院したときに病院からGPに連絡があって、それをGPがSummary Care Recordに登録するというので、かなり徹底して共有しております。

ほかに、追加情報という、投薬の理由とか診断内容とかワクチン接種情報という代表的なものがありますけれども、かなり多数の項目がありまして、これは2020年まではオプトインで希望した患者のみが共有していたのですけれども、2020年からオプトアウトとなって、共有しないでくださいという意思表示をしない限り、NHSの医療従事者間で共有されるようになっております。

3つ目がNHS mailで、特徴としては、異なる組織に属する医療従事者間でメールができるということで、GPと薬局薬剤師などがメールできます。セキュリティが確保されているので、患者データも伝達できます。ですので、メールをしておけば、GPに時間があるとき

に見てもらえます。

このようにデジタル基盤はすごく大事なのですけれども、一方でそれだけに頼ればいいわけではなくて、人と人との関係というのもすごく重要であるということがイギリスでも認識されております。その代表的なプロジェクトを御紹介しますと、Walk in my Shoesプロジェクトがあって、地域のGP（医師）と薬剤師が相手の職場を相互に訪問して相互理解を深めました。これは結構好評で、相手のことがよく分かったとかミスが減ったということでございまして、その後、各種ツールが公表され、ほかの地区に横展開され、各地で薬剤師と医師の交流を深める取り組みが行われております。

こうした多職種連携の強化の結果、イギリスでは薬局薬剤師の役割を拡大してきました。主に3つの分野があるのですけれども、1つは軽症患者への対応、2つ目が慢性疾患患者への対応、3つ目が予防・公衆衛生です。

まず、軽症患者への対応としましては、セルフケアのサポートという項目がございます。これは、OTC医薬品の販売などセルフメディケーションの支援ということで、特段我が国と変わったことはないのですけれども、ポイントは、イギリスではセルフメディケーションが広く浸透していて、軽症でGPのところに行く人はほとんどいないと言われております。なぜかという、1つは、GPがすぐに受診できないということで、GPは重症な人から診ていくので、かぜぐらいだと後回しにされてしまって、下手したら受診するまでに治ってしまっているとか、そういうこともあるようです。

もう一つは、GPを受診したほうが、OTC医薬品を購入するより自己負担が少なくなるという逆転現象が起こりにくいということです。イギリスの医療は基本無料なのですけれども、処方薬につきましては、1品目につき9.35ポンドの自己負担が発生します。これは1500円ぐらいと大きいので、であれば薬局でかぜ薬を買おうかということになると思います。

もう一つ、軽症患者への対応で、日本では見られないのが薬局薬剤師相談サービスというサービスです。これは、NHS111と呼ばれる医療の電話窓口やGPから患者の紹介を受けて薬局薬剤師が相談をするということです。それに対し、薬の販売と関係なしに14ポンド、報酬が発生します。日本では、電話の窓口で相談しても、受診すべきか家で様子を見るかぐらいで、薬局に行ってくださいと紹介することは少ないと思いますけれども、イギリスではシステムとして薬局を紹介する仕組みがあり、そこで報酬が発生します。最近では、GPが、うちに来ないで薬局に行ってくださいという紹介もできるようになっています。

このサービスを提供するには条件があって、例えば診察室を備えているとかがあるのですけれども、一番重要なのは、先ほど申し上げましたSummary Care RecordやNHS mailへアクセスできるということが条件になっております。つまり、こうした高度なサービスは、連携する基盤が整っていないと提供できないという考えが背景にございます。

2つ目の慢性疾患患者への対応ですけれども、ここで一番大事なのはリフィル処方箋でございます。これは、来年度から日本でも導入される予定ですが、イギリスでは2002年から、今の形になったのは2005年から、リフィル処方箋が導入され、現在では広く浸透して

おります。うまく浸透した背景として、GPの報酬が人头払い、つまり登録した人数によって払われる報酬が決まるため、頻繁に患者に受診してもらってもそんなに報酬が増えないということで、むしろ薬局に行ってもらったほうが、収入が減ることもないし、より重症者を診られるということで、リフィル処方箋が広く浸透しています。

リフィル処方箋の場合は、直前にGP（医師）の診察を受けないわけですから、服薬フォローの重要性が非常に大きくなります。ですので、薬局薬剤師がしっかり服薬フォローすることが重要になります。

あと、新薬サービスというのは、慢性患者に新たな薬が処方された場合に服薬指導を実施するもので、これも報酬が発生します。

最後、3つ目の予防・公衆衛生の分野で、公衆衛生のキャンペーンに参加するという無料のものもありますけれども、一つ一つの説明は省きますが、結構いろいろなメニューがあって、それに対してしっかり報酬が発生するようになっております。日本の場合は、予防・公衆衛生というのは薬局の大事な業務なのですが、報酬が発生しないで、健康教室とかをボランティアでやっているのが多かったです。イギリスとの違いだと思います。

我が国への示唆としては、多職種連携を強化するために、デジタル技術を活用したデータ共有を行うということです。日本の場合、イギリスのSummary Care Recordのような基盤がまだないので、場合によっては、来年始まる電子処方箋等で、病名・検査値・処方意図などを先行して共有するという事も考えられるかと思えます。

あと、人的交流は、地域ケア会議なども含め、意識して行っていく必要があると考えます。

軽症患者への対応については、セルフメディケーションの推進ということで、今、医療機関を受診してしまっている状態があるのですが、軽症では薬局に行くことを徹底するためにも、OTC医薬品を購入するよりも医療機関を受診したほうが自己負担は小さいという逆転現象は是正する必要があると思えます。

慢性疾患患者への対応としては、リフィル処方箋が始まるわけですから、これを実際に普及させていくことが重要だと思います。

予防・公衆衛生についても、公的医療保険対象となるようなサービスを加えていって、薬局が提供するという方向性も考えられると思えます。

最後にまとめますと、言いたいことは2つでございます。薬局薬剤師にさらに活躍していただくためには、デジタル技術も活用した多職種連携の強化が不可欠であるということが1つです。

もう一つは、薬局薬剤師の活躍の内容で、対人業務の強化でもいいのですが、処方箋調剤のうちの服薬指導と服薬フォローだけに注目するのではなくて、セルフメディケーションとかリフィル処方箋への取組であるとか予防・公衆衛生とか、より幅広い役割で活躍していただくことを期待することが重要な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した。

いろいろと御意見があろうかと思えますけれども、大分時間がたっておりますので、取りあえず、ここで休憩を入れさせていただきたいと思えます。16時10分ですので、10分休憩を入れまして、次に16時20分から、3人目、4人目の先生方の発表につきまして討論の時間を設けたいと思えます。

あと、既に休憩を入れますと、次は16時20分からということになりまして、まだ議題3が残っております。ということですので、誠に申し訳ないのですが、17時に終えることは難しいかと思えますので、17時15分ぐらいまで延長をお認めいただければと思えます。ただ、どうしても次の御予定がある先生がいらっしゃるならば、17時に御退出いただいても、本当に申し訳ないのですが、差し支えないかと思えますけれども、15分ぐらい延長させていただきたいと思えます。その点、よろしく願います。

ですから、次の議論も時間を切って誠に申し訳ないのですが、その後の問題もありますので、20分程度の議論ということで進めさせていただきたいと思えます。

それでは、10分間、次、16時20分から始めさせていただきます。よろしく願います。

(休 憩)

○赤池主査 それでは、申し訳ございません。休憩時間を過ぎましたので、続きを始めさせていただきますと思えます。先ほど申し上げましたように、時間が大分延長して申し訳ございません。ちょっと押しております。17時15分ぐらいをめでに終わるように進行させていただきます。よろしく願います。

それでは、先ほど中尾参考人、成瀬参考人、お二人の先生から御発表いただきましたけれども、その内容につきまして御質問あるいは御意見等ございますでしょうか。

それでは、橋場先生、願います。

○橋場構成員 ありがとうございます。

まず、中尾先生のほうから、NSIPSの絡みで日本薬剤師会のほうへの要望という形もいただきましたので。NSIPSに関しましては、もともと薬局内の複数のシステムをつなぐための仕様となっているというところがあります。それを含めて、今後、他施設等の連携を考えるとということであれば、おっしゃっていただいたとおり、医療情報の標準化の一部として再構築・再策定していくというのはいいことかなと考えております。そういう中で、業界団体でJAHISさんというのがありますので、ぜひJAHISさんのほうでそのところを積極的に進めていただくという形が一番よろしいのかなと思っているところがありますので、中尾さんのほうからも積極的に御提案いただければ、逆に我々も乗りやすいのかなと思えますので、よろしく願います。

あと、もう一点、成瀬先生のほうから、いろいろなイギリスの取組を含めて御提案いただいているところがございますけれども、中でも電子処方箋というものが来年スタートす

るということが、我々としても非常に期待するところでもあり、しっかり運用していかなければいけないかなと思っているところでもあります。そういう中で、今、検討中でございますけれども、成瀬先生のほうからも御提案いただいたとおり、病名とか検査値とか処方意図といった情報が、我々も適切な服薬指導を今後もよりやっていくためには必要な情報かなと思っておりますので、そういったところはぜひとも進めていきたいと考えているところで、資料でそういった形でお示しいただいたのはすごくありがたいかなと思ひまして、御意見させていただきました。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。

中尾先生、成瀬先生、何か御追加ございますでしょうか。

○中尾参考人 橋場先生、前向きなコメントをいただき、ありがとうございます。

、NSIPS は薬局内の情報連携ツールであるというコメントをいただきましたけれども、まさにおっしゃるとおりで、私の提案も薬局内の情報連携がシームレスにできるということを目的とした提言をさせていただいております。薬局外になりますと、オンライン資格確認や電子処方箋等になるかと存じますが、薬局内の情報連携が難しいと、薬剤師の方と店舗内にいる非薬剤師の方、事務員の方、そういった方との情報連携がしづらくなってしまいうという課題感がありますので、薬局内の情報連携として一緒に共通フォーマットを何かしら提言できればと思っております。

また、NSIPS を JAHIS 様がつくられたという理解を私はしていなかったのですけれども、そのような理解でよろしいですか。

○橋場構成員 橋場です。恐れ入ります。

NSIPSは、もともと日本薬剤師会がつくったフォーマットでございますので、それは間違いないのですけれども、今後、いろいろな形で医療情報を標準化するという。ある意味、薬局という小さい括りで標準化するというのではなくて、幅広く、ほかの医療機関とか、先ほど介護というお話もありましたけれども、そういったところとつなげていくということを考えると、もっと大きい括りでJAHISさんというところで検討したほうがいいのではないかなという提案をさせていただいたところです。

○赤池主査 どうもありがとうございます。

あと、会場からございますか。山口先生、お願いします。

○山口構成員 ありがとうございます。

成瀬参考人にちょっとお聞きしたいというか、御意見を伺いたいと思います。スライドの13ページで慢性疾患への対応ということで、リフィル処方箋への期待大と書いてあるのですけれども、私はリフィル処方箋は余り期待できないと思っております。その理由としては、議論が全然なく始まろうとしていることと。それから、安心して医師がリフィル可としようと思ったら、薬剤師さんにきちんと確認してもらえるのだといった薬剤師さんとの信頼関係、それから、見える関係ということがなければ無理じゃないかなと思っております。それに、先ほどおっしゃったように、そもそもの報酬の在り方ということがイギリス

と日本では全く違うということがあって、この患者さんにはリフィルでオーケーと思う医師はかなり少ないのではないかと考えています。

そういったことから言うと、イギリスと日本の違いということを考えても、それでも期待大ということは今すぐ考えられるのかなというのがちょっと疑問なのですけれども、その辺り、いかがでしょうか。

○赤池主査 お願いいたします。

○成瀬参考人 ありがとうございます。

御指摘いただきましたとおり、リフィル処方箋が有効に機能するには、薬剤師の対人業務、特にこれまで十分に行われていなかったとされる服薬フォローをしっかりとできるというのが大前提だと思います。ですので、まだいろいろな共有ができていなくて、服薬フォローが仮にできていないのであれば、リフィル処方箋が必ずうまくいくというわけではないと思います。

ただ、今回お話ししたのは、多職種連携を強化していけば、リフィル処方箋のようなことはより有効に使えるということで、今でもきちんと連携していらっしゃる薬局であれば、有効なものだと。医師に毎回同じ薬をもらうのに、何回も受診するという必要がなくなり直接薬局に行けるようになるので、薬剤師が服薬フォローをしっかりとしているという前提の下で有効であると思います。

○山口構成員 一部、きちんと連携できている薬局はあると思うのですけれども、ほとんどの医療機関が、どこの薬局が、どこまでのことをやっているかということを理解していない上では、かなり難しいのではないかなと考えていますので、その解決がありきではないかなと思います。

○赤池主査 橋場先生、お願いします。

○橋場構成員 すみません、リフィル処方箋についてですけれども、実はリフィル処方箋が届きます。そこについて、この処方箋をこのとおりに調剤しているのかどうかという判断というのは今までも行ってきていて、疑義があれば当然疑義照会をやってきたというところがありますので、そこについては、リフィルであっても、今までの処方箋であっても、やることに何ら変わりはないのかなと考えているところはあります。

ただ、フォローアップとか、昔からの薬剤師がやってきた方法ではありますけれども、これだけクローズアップされて、いろいろなところでやり始めたという状況はありますので、それをうまく活用しながら、患者さんに安心していただくということはすごく大事だと思っておりますので、処方箋を受け付けた段階で、これまでと違うことを薬剤師が何かしなければいけないとはいうふうには、捉えていないと考えております。

○山口構成員 そんなふうには思っているわけではなくて、リフィルを発行された後ということでは問題ないと思うのですけれども、多分余り発行されないだろうと思っております。

○赤池主査 すみません、今日はリフィル処方箋は議題に入っておりませんので。

藤井先生、お願いします。

○藤井構成員 よろしくお願ひします。

私、御質問というより、どちらかというとお願ひということなのですが、中尾参考人のほうから、薬歴、記載業務の効率化ということでお話をいただいております。一つ一つタップして文章が入っていくということで、記載に対する効率化ができるというお話をいただいたのですが、実際、我々、個別指導を受ける際に、この薬歴の記載に対して、かなり細かく、もちろん加算を取るための算定要件が見合っているかどうかというのを御判断いただくための大事な資料ではあるのですが、例えばこういった定型文を使用していますと、これは患者最適・個別最適になっているのですかという御指導をいただいたりするのですね。

例えば、同じ患者様に全く同じ指導文が毎回続けば、それは明らかにおかしいだろうというのはよく分かるのですが、普通に手で打てば、Aさん、Bさん、Cさん、同じ様な指導内容の場合でも、いろいろな書き方とか表現の仕方が変わります。こういうシステム機能を使う場合、Aさん、Bさん、Cさんがそれぞれ違う患者様であっても、それぞれ指導したい内容がある程度同じ場合、どうしても同じ文章が入ってしまう。それに関して、これでは算定要件としては十分ではないという指摘をいただいたりします

他にも、SOAP形式、いわゆる主観的情報、客観的情報から、アセスメントしてプロブレムというのを、これで書きなさいという指導官もいれば、SOA0形式では駄目ですという指導官の方もいらっしゃいます。これは、都道府県もしくは担当官の皆様によって結構ばらばらです。今後、ビッグデータの活用ですね。薬歴も、いろいろな情報収集をして、分析をしていくとなったときには、ある程度その辺りの、特に患者様固有の情報ではなく、指導というところに関しては、それなりに均一化というか、なっていくというのは、流れとしてはそこもある程度見ていただかないと、ある意味効率化にならないのではないのかと。手で全部打たないと、自分の言った一言一句を打たないと、それでは駄目ですという話になると、この辺のせっかくのシステムが生きないのかなと。

業務効率化という意味では、薬歴の記載というのは服薬指導と同じぐらいの時間がかかっております。これを、このシステム導入により、本当に1時間、時間が空いて在宅に行ける。先ほどもあったようなトレーシングレポートも、上手に活用してうまく書けるのであれば、現場の皆さんにお話いただいている意見交換会のところにもあるように、調剤業務のほかに薬歴とか報告書の作成に手間と時間がかかる。これは本当に現場では、そのデジタル化というのがなかなか進んでいないというのもあります。なので、この先、運用を進めるに当たっては、その辺りもしっかりと見ていただくと、現場としてはいいシステムを生かして、より対人に注力できるかなと思っておりますので、御提言させていただきました。

もう一つ、中尾社長にお伺いしたいのがセキュリティの問題です。システムとして、場所を問わずというのもお書きいただいていたのですが、その辺のネット環境を整える。それを個々人で整えるというのは結構大変なのかなと思うので、その辺りというのは、

何かいいアドバイスというか、システムがあるのかなというのは、ぜひお伺いできればと思うのですが。

○赤池主査 中尾先生、いかがでしょうか。

○中尾参考人 御質問いただき、ありがとうございます。御質問とコメントされていた部分に対して、コメントさせていただきたいと思っております。

セキュリティに関する御質問でございますけれども、大前提として、例えばクラウド化されているツール、もしくはクラウド化されていないツールのどちらからセキュリティ上問題があるかという論点は、本質的ではないと考えております。それぞれにリスクは存在し、可能性はゼロではないものかと。クラウド化でないものが、例えばUSBで情報が抜き取れてしまった場合、数年前にも事例があったかと記憶しておりますが、そういったところで問題が起きているケースもあります。

一方で、クラウド化になってくると、相対的にセキュリティレベルが高くなる傾向がございます。どういうことかと申し上げますと、薬剤師が患者さんのデータを抜き取ることが非常に難しい仕様になっており、データの蓄積手法が、例えば患者さんの名前はここ、検査値はここ、薬歴のデータはここというふうに、複雑性の高いデータベースでためていくような状況になっておりますので、比較的セキュリティレベルが高くなっている傾向があるということがございます。なので、一社だけではなく、各種ベンダーさんがそういったところを意識し、厚労省のガイドラインに沿った形でつくっていく形になると思うので、その辺は御安心いただける形を作っていければと考えております。

あと、個別指導の観点で少しだけコメントさせていただきますと、藤井先生がおっしゃっていたことに私も非常に賛成でございます。地域と担当官によって言っていることに差異があるということに、現場が非常に疲弊しているのです。なので、この人はどういうことを聞くのだろうという、本質的ではない情報戦になっており、現場が非常に疲弊しておりますので、できるだけ共通化していくことが非常に重要だと思います。

大前提として、ツールで便利になる一方、患者さんに対してどんなケアをするべきかを思考・実行する事が薬剤師の本質的な価値になっていきます。患者さんの情報をどのようにリアルでもヒアリングできるのか。それを基にどうアセスメントするのか。どうフォローするのか。そのような点を考えて書いていくことが重要になるので、全てをテクノロジーで代替できない領域もございます。テクノロジーをうまく活用しながらも、個別指導の在り方みたいなところは少し議論の余地はあるかなと考えております。

○赤池主査 どうもありがとうございます。

あと、ウェブのほうでお二人、手を挙げられていまして、すみません、大分時間が押してきておりますので、ここに関しましては、お二人の挙手されている先生で止めさせていただきたいと思っております。

まず、孫先生、お願いします。

○孫構成員 ありがとうございます。

私からは、2点です。

まず1点は、これは先ほどの話にもありましたように、様々な情報をつないでいくに当たって大きなネックになっているのが、現状のNSIPSの仕様だと感じておりますので、その点については、橋場先生、また中尾先生、何とぞよろしくお願ひいたしたいと思ひます。

2つ目は、中尾先生のプレゼン資料の一番最後にありました副作用のモニタリング。また、それを製薬会社と連携して共有していくことというところに関しては、これは結構重要かなと考えております。特に、薬局が市販後調査にまだまだ積極的に動けていなかったといった現状もあろうかと思ひますし、最近では緊急承認の話とか。あと、ドラッグラグの解消に伴った、例えば海外での使用経験がなかったり、少ないような医薬品が出てきているというところを考えると、薬局の副作用情報を収集していくというところの取組がすごく重要かなと思ひております。

その中で重要な鍵を握るのは、電子薬歴といったところで集積されたデータが非常に重要だと思ひます。加藤先生、伊藤先生からもありましたように、そういった情報をきちんと整理した上で集積して、それをどう分析して利活用していくのかというところが非常に重要になってくると思ひます。そうすると、中尾先生もおっしゃっていましたように、電子薬歴システムの中の、例えば定型化されたテンプレートなどを活用していくというところも一定程度必要だと思ひます。

それを活用しながら、必要なときに必要なデータをきちんと抽出できる仕組みが重要かなと思ひましたけれども、先ほど藤井先生、中尾先生からありましたように、個別指導の中で、そういった定型化されたものの活用というものをある意味阻害するような、行き過ぎた個別指導があるというのは実情としてありますので、その変化するDXという流れの中で、そういった部分についてはぜひとも改善、検討いただきたいと思ひます。

以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございました。

参考人の先生方から、何か御追加ございますでしょうか。よろしいですか。

それでは、佐々木先生、お願ひいたします。

○佐々木構成員 成瀬先生の発表に関して、ありがとうございました。

まさに御指摘のとおりだと思ひます。今、日本のプライマリ・ケアを担っているのは、本来、セルフメディケーションで十分にやれる領域に実は開業医の先生たちがかなり食い込んでいて、役割分担的に言ひますと、軽症は開業医が診て、それ以上の人たちは病院に送ってしまうというのが、多分日本のプライマリ・ケアの現状だと思ひます。慢性疾患の管理にしても、先ほど山口さんのほうからリフィルはちょっと信用ならぬみたいなお話もありましたが、じゃ、慢性疾患を診ているまちのかかりつけ医の先生は、毎回考えながら、その薬を出しているのかというと、基本的には我々、D0処方と呼びますけれども、同じ内容のものをざっくり出していく。

主治医が変わるみたいなタイミングのときに、初めて薬の見直しというのが行われて、

この人、ずっとカルシウム拮抗薬を飲んでいるけれども、足がばんばんにむくんでいて、利尿剤が出ているけれども、これは降圧薬の影響じゃないかとか、そういうことに気づくのですね。なので、私はむしろリフィル処方箋みたいなものを入れることで、薬物療法の主役を医師から薬剤師に移すことで、ポリファーマシーとか残薬といった問題も解決すると思いますし、薬物療法の適正化もよりきめ細やかに進むのは間違いないだろうと、薬剤師さんたちの真面目な性格を見ていると思います。

医師から、特に開業医からまちの薬局に仕事を移していくときに、多分一番のネックになっているのは診療報酬制度だと思います。イギリスのGPが自分のところに仕事を抱え込まないのは、診療報酬の大部分が人头払いになっているから、かかりつけにしている住民の受診が少ないほうが売上の割合がいいというか、仕事当たりの収入が増えるという仕組みになっています。一方で、日本は出来高払いなので、とにかく細かくたくさん診ていったほうが収入が増えるというのがあるので、細かい簡単な仕事を医師は手放したくないというのがあると思います。

あとは、ここにも御指摘のとおり、湿布薬とかかぜ薬とか、なぜか受診して処方してもらったほうが安上がりだという現象があって、我々としては、こんな人に湿布とか漢方薬は要らないなと思っても、患者が欲しいと言うと、出さないと、結局、隣のクリニックに行って、それをもらってしまうということになってしまうのです。なので、この辺りの構造的な問題は診療報酬制度の中できちんと整理しないといけないだろうなと思います。薬局薬剤師が活躍できないのは、薬局薬剤師さんたちのモチベーションによる部分もあるのかもしれませんが、一方で、こういう制度で、活躍できるはずなのにできない状況に封じ込められているという部分もあると思います。

あとは、公衆衛生の部分で、健康づくりの取組とか予防医学の取組というのは、プライマリ・ケア提供機関として、ぜひ調剤薬局等でやっていただくのがいいのだと思いますけれども、そこにおいては、それが合理的な介入なのかどうかを評価する仕組みというのは絶対に必要で、まちのおばちゃんを集めて健康講座をやって、それに報酬をつけられるかという、それによって高血圧の早期発見ができて、虚血性心疾患が減るというエビデンスがあれば、もちろん点数はつくのでしょうけれどもね。

イギリスの場合は、Summary Care Recordがそこできちんと機能していて、疫学的な情報がリアルタイムに集まっていくので、どういう介入がどういう効果があると思われる部分があると思いますけれども、日本の場合、そういうふうには今のところなっていないので。なので、薬剤師さんたちの活動範囲を広げていく、本来の役割を果たしていただくという意味で、短期的に比較的すぐに取りかけられる部分としては、多分診療報酬制度というのが1つあると思いますし、先頃から出ているビッグデータの問題とか情報共有のプラットフォームというのにはできない。

ただ、これも計画を立ててやっていかなければいけないとは思いますが、短期的にやれる部分と中長期的にやらなければいけない部分に整理して取り組んでいくというの

がすごく重要なのかなと、皆さんの御発表を聞いていて思いました。

それから、個別指導などについて、これも僕らも診療所を18個運営していますと、同じことをやっているのにネガティブな評価をする指導官もいれば、非常に高く評価してくれる指導官もいるのですね。このローカルルールを何とかしていただく必要は、多分あるのだろうなと思います。私たちも在宅医療機関ですので、患者への指導内容を書かないと診療報酬を1円も請求できないのですけれども、その指導内容というのは、文章量をたくさん書いているかどうかみたいなのが評価されたりして、きちんと指導しているのかどうかという部分は、実は余り評価されていないのですね。エビデンスとしての記録は求められているけれども、その中身が本当にその人の指導内容かと言われると、ちょっと分からないところがある。

なので、定型文だから認めないとか、そういうことではなく、もうちょっときちんと中身を評価する仕組みをつくらないといけないのだと思うのですね。その中で、もしオンライン診療とかオンライン服薬指導をやっていくのであれば、例えば動画とか音声の記録をそのまま服薬指導の記録にするとか、そういった形の取組をすれば、一々紙に書き起こす必要はないし、紙に書くとニュアンスが変わっていく部分もあるので、そういった形の音声とか画像での記録というのを例えば認めるとか、そういうのもアイデアとしてあってもいいのではないかなと思いました。

長くなってすみません。

○赤池主査 どうもありがとうございました。

非常に重要な御意見をいただけたと思います。いろいろな側面があるということの反映かなと思って伺っておりました。

ほか、よろしいでしょうか。すみません、大分時間が押しております、4人の参考人の先生方から大変貴重な御発表をいただきまして、ありがとうございました。参考人の先生方におかれましては、お時間がありましたら、引き続き本日の議論に参加いただけたらと思います。

本来ですと、ここから各構成員から御発言いただき、薬局におけるICT技術の活用について御議論いただくということになっておりますが、もう大分時間が押しております、特にここで御発言があるという先生がいらっしゃいましたら、お受けしたいと思っておりますけれども、先生、よろしくお願ひします。

○猪口構成員 先ほども言いましたように、医療全体とか、例えばオンライン資格確認とか、この分野で言うと電子処方箋とか、これから進んでいくのだと思いますけれども、昨今のサイバーセキュリティというのは本当に大変で、マルウェア、ランサムウェア、医療機関にも来るようになってしまっています。ですから、ここをどのようにちゃんと守っていくか。それを設計の上で本当に最重点にさせていただきたいなと思います。

例えば、VPNシステムをつくるのも、そこの入口をどれだけちゃんとしたものを置くかによって変わるというような、セキュリティの、これは警視庁の方から話を聞いたのですけ

れども、そういうこともありますので、これはかなり投資も必要です。ですから、進める以上は必要な投資をぜひ国のほうで見ていただかないと、それぞれがやるにはかなりの重みがかかってくる問題だということで、ここを1点だけお願いしたいなと思います。

それから、何度も言うように、最初の資料2-1の5ページは、こんなことがあり得るのかというぐらい、92%、作業がデジタルトランスフォーメーションによって代わっていくということならば、今日、薬剤師さんの数が世界一多いという御発表もありましたので、今後、若い人口が減っていく日本の中で、薬剤師さんはどういう教育が必要で、どれぐらいの数が必要なのかという需要と供給のバランスをしっかりと見て、また病院に薬剤師が来ないという問題もございますので、そういう目でしっかりと教育とともに考えていただきたいと思います。

以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。

薬剤師の偏在の解消というのは、非常に重要な点だろうと思います。どうもありがとうございました。

それでは、申し訳ございませんけれども、次の議題に移らせていただきます。議題3として「オンライン服薬指導について」をテーマといたしまして、構成員の先生方に御議論いただくことにしております。

まず、資料3-1より、事務局からテーマに関する現状や課題、論点を御説明いただき、その後、日本薬剤師会からの御意見として、橋場構成員から御発表いただきたいと思えます。質疑応答、議論につきましては、橋場先生の御発表後に時間を設けますので、よろしくをお願いします。

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 事務局でございます。

資料3-1「オンライン服薬指導について」、極めて手短かに御説明いたします。

オンライン服薬指導につきましての経緯でございますが、令和元年の薬機法改正の中で、オンライン服薬指導ができるようになったというところでございます。ただ、その施行前に、新型コロナウイルス感染症の拡大を踏まえた特例的措置ということで、いわゆる0410事務連絡による運用が始まったということで、現在、この0410事務連絡でのオンライン服薬指導のみが行われてきたという状況でございます。その状況を踏まえて、従来のルールより一部変わっているところが0410でございまして、その結果を踏まえて、もともとのルールを変えてもいいのではないかという議論がされております。

例えば、オンライン診療でなければいけないとか、そういった様々なルールがございましたが、基本的には現場の薬剤師さんがオンライン服薬指導ができると判断されれば、その判断と責任に基づき可能ということで整理させていただいております。

という中でございますが、本日の論点といたしましては、シンプルで2つございます。ただ、薬剤師さんが判断するに当たって、具体的にこの患者さんであればオンラインがで

きる。一方で、こういう場合は対面が必要だという議論が十分尽くされているという状況ではございません。本ワーキンググループには、薬剤師の先生方、医師の先生方、多くおられますので、そういった臨床学的な観点も踏まえて、対面の必要なケースについて御意見いただくと大変ありがたく存じます。

そして、もう一つ、先ほどプレゼンの中でもありましたが、ICT化の推進によって働き方が多様化できます。その中で、薬剤師さんが薬局以外、薬剤師さんの自宅等の場所において服薬指導を行うことについて、どう考えるのか。その際、セキュリティやプライバシーという論点があると思います。誤解なきよう申し上げますと、セキュリティについては、オンライン服薬指導そのもののセキュリティのほかに、薬剤師さんが御自宅で薬歴システムなどに接続する場合のセキュリティ。これは、安全管理ガイドラインと言われているものに従うことになると思いますけれども、そういったセキュリティも含めてトータルで考えるということでございます。

先ほど猪口先生からも御指摘いただいた、極めて重要な点でございますので、その点も含めて、どう考えるのかという御議論をいただければと思います。

後は、参考的に資料をつけておりますので、こちら、あえて御説明いたしません、論点の提示としては以上でございます。

○赤池主査 どうもありがとうございます。

続きまして、橋場構成員から御発表をお願いいたします。

○橋場構成員 日本薬剤師会の橋場でございます。発言の機会をいただきまして、ありがとうございます。時間が押しているということでございますので、少し早口で話させていただきますこと、お許しいただければと思います。よろしくをお願いいたします。

資料3-2を踏まえてお話しさせていただきますけれども、日本薬剤師会で、今回御提示いただきました論点も含めて、薬剤師が自宅から行うオンライン服薬指導について、基本的な考え方について述べさせていただきたいと思っております。

薬剤師が地域医療の担い手として、より一層の役割を担っていくことが期待されておりますけれども、その中で、保育や介護を行いながら働く薬剤師については、やむを得ず自宅を離れることができないケースが発生してしまうといった問題があるというのは、我々も存じておるところでございます。地域医療における医療資源の活用という観点からも、そのような薬剤師をどうやって活用するかという方策について、患者のかかりつけ薬剤師が、当該薬剤師の自宅からのオンライン服薬指導を実施できるよう検討を進めることについては、必要ではないかと考えております。

その上で、今後検討するに当たって留意する点について、論点も含めてお話ししたいと考えております。

まず、オンライン服薬指導を行う薬剤師でございますけれども、自宅においてオンライン服薬指導を行う薬剤師というものは、調剤を行う薬局で調剤業務に従事・勤務している薬剤師であることが必要かと思っております。理由といたしましては、調剤業務とは、処方箋の

受付・確認、処方監査、疑義照会、薬剤の調製、調製された薬の鑑査、情報提供、服薬指導、モニタリングといった一連の行為であって、薬剤師自らが責任を持って実施する必要があります。これによって医療安全が担保されるというものでございます。

次に、調剤を行った薬局の開設者は、当該薬局の薬剤師にその薬剤に関する情報提供及び服薬指導並びに相談応需を実施させなければならないことが法令上義務づけられているということも述べさせていただきます。

次に、オンライン服薬指導を行う薬剤師の役割、位置づけということに関してですけれども、薬剤師が自宅から行うオンライン服薬指導は、薬局において調剤業務に当たっている薬剤師が行う服薬指導の補完的業務の範囲にならざるを得ないと考えております。

理由といたしましては、調剤時の服薬指導は、責任の所在が一貫している必要があるという観点から、まずは実際に調剤を行った薬剤師が行うことが適切であろうかと思えます。薬剤師が自宅から行うオンライン服薬指導は、自宅にいる薬剤師が行うことが適切であるという理由がある場合ですとか、患者の意向に沿う形である必要があるかと思っております。

具体的には、患者のかかりつけ薬剤師でなければ対応できないケースであるために、薬局で現に調剤に当たっている薬剤師が、当該かかりつけ薬剤師による服薬指導の必要性があると認めた場合、また薬局で調剤に当たっている薬剤師と連携の下、当該患者の求めに応じて、自宅にいる当該かかりつけ薬剤師がオンライン服薬指導を行う場合などが想定されるかと思えます。

次に、オンライン服薬指導に当たり必要な情報及び環境というところですが、薬剤師が服薬指導を行う際には、対面方式・オンライン方式、いずれの場合であっても、当該患者の薬剤服用歴をはじめ、併用薬、副作用歴、アレルギー歴、複数科受診、疑義照会の内容等に関する当該患者の情報の確認が不可欠であると考えております。

その理由としましては、過去に患者から収集・確認した、当該薬局に保管されている調剤録・薬歴等の記録内容を確認した上でなければ、適切な服薬指導を行うことはできない。

薬剤師が自宅からオンライン服薬指導を行う場合には、対面指導と同様、患者の正確な薬歴情報の確認・把握が必要であり、薬剤師が自宅において患者情報を参照するためには、医療安全の確保、患者・薬剤師双方のプライバシーや個人情報の保護、安全・適切に服薬指導を行うことができる場所の確保、通信環境にかかるセキュリティの確保等が担保されなければならぬと思えます。

先ほどから出ていましたように、サイバーセキュリティの問題もございます。私も開設者でございますので、自分のところに勤めている薬剤師が自宅からとなると、どうやって自宅のセキュリティを保つことができるだろうかということは、すごく悩ましいところかなと考えるところがありますので、そういったところがきちんと担保されなければいけないのかなと思えます。

画像とか音声を伴うやり取りとなりますので、薬剤師の同居家族等に患者の個人情報や

プライバシーが漏えいしないための対策が必要であろう。

個人情報の流出防止のため、個人所有のパソコンなどの端末の使用は不可とすることですとか、電子媒体・紙媒体を問わず情報の保管方法の厳格なルールを設けるといった措置が必要かと考えております。

次に、薬剤師が自宅でオンライン服薬指導を実施することで、どういったことが想定されるかということですが、薬局における業務においては、一般的なテレワークと違いまして、常に薬剤師が在宅勤務により対応することを前提とした調剤業務もしくは薬剤師業務は想定されにくいのではないかなと思っております。

また、薬剤師が自宅でオンライン服薬指導を実施することが想定されるケースとしては、例えば、家族の具合が悪くなり、勤務先の薬局に出向くことができない。今、流行っておりますコロナウイルスへの感染とか濃厚接触の可能性があるため自宅待機となったといった場合などであり、常時テレワークによる対応を前提とする勤務形態というのはちょっと考えづらいかなと思います。

最後、他の薬剤師との連携ということですが、管理薬剤師が、自宅からオンライン服薬指導を行う薬剤師が有する技能、能力、経験、知識等について把握できていることが必要かと思っております。

また、自宅からオンライン服薬指導を行う薬剤師も、当該薬局における調剤業務に従事しており、普段から当該薬局の他の薬剤師とのコミュニケーションがしっかり図れているといったことなど、薬局の状況を理解できていることが非常に重要かと思っております。

あと、資料には記載していませんけれども、その他の留意点という形で、薬剤師が自宅からオンライン服薬指導を行うということにつきましては、薬局または薬剤師がそれを患者さんに押しつけるものであってはならないと思っております。あくまでも患者の求めに応じて実施すべきであるという形であると、我々は理解しております。こういったことを少し補足させていただきます。

私からは以上でございます。お時間いただきまして、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。

それでは、ここから各構成員の先生方から御発言いただきまして、オンライン服薬指導について御議論いただきたいと思っております。先生方、いかがでしょうか。

それでは、山口先生、お願いします。

○山口構成員 ありがとうございます。山口でございます。

このオンライン服薬指導については、私はいまだに患者さんの中で、病院で長い時間待たされて、また薬局でいろいろ聞かれて説明されることに苦情を呈する方がいらっしゃるなかで、オンライン服薬指導になると一定の時間を確保しないといけなくなるわけなので、患者さん側の理解が得られるかどうかということがまず必要になってくるのではないかと考えています。

私は、オンライン服薬指導というのは、進められるのであれば、進めていく方向性とい

うのはもちろんですが、その前提として、服薬指導の重要性の理解を患者側がしていくことが先決問題かと思えます。そうでないと、きちんとしたオンライン服薬指導はできないのではないかと考えています。今、時限的措置ということで、私の周りで、花粉症がひどくて、オンライン診療で薬を出してもらったという人がいました。服薬指導もオンラインでできますと言われて、自宅で待っていたら電話がかかってきて、確かに処方箋を受け取っているのを送りますねと終わろうとしたので、オンライン服薬指導というのがあると聞いたのですけれどもと言ったら、いや、これでいいですよと言って終わってしまったのだそうです。

時限的措置だから電話でということが終わったのかもしれませんが、そういうことを今、経験していると期待できなくなってしまう。ですので、オンライン服薬指導をするのであれば、どういうことをしっかりやらないといけないのかということ、薬剤師さんのほうにも自覚していただきたいなと思っています。

それから、先ほど橋場構成員からのお話があって、自宅でもということをお聞きして考えてきたときに、患者の立場から見たときに、例えば自宅で薬剤師さんがオンライン服薬指導をするのであれば、薬歴などの情報をしっかり確認してもらわないといけない。その情報を共有するということになる、セキュリティの問題が非常に大きな問題として出てくるのではないかなと思います。

それから、患者とどんなやり取りをしたのか。薬局であれば、周りでほかの薬剤師さんが聞いている可能性もあるので、その辺りがストッパーじゃないですけども、やり過ぎにならないとか、いいかげんにならないということになると思うのですが、例えば音声データを残して、モニタリング監査とか、チェックとか、品質保証ということができるような体制づくりということがないと無理ではないかなと思いました。

それから、オンラインで私もいろいろな会議とか講演が増えてきて、とても問題だなと思いますのが、オンラインでやっているときの環境を相手の方が全然分からないということです。例えば、画面には映っていませんけれども、周りに人がいっぱいいるとか、知らない間に聞こえているとか。非常にセンシティブな倫理審査委員会などに出ているときに、ヘッドセットを使っていたとしても、質問の内容によっては、どんな研究が行われているかが明らかになってしまう。でも、そのたびに貸し会議室を借りるわけにいかないということもあって、ウェブ用の部屋を造ったのです。

そういったことを想像して考えると、例えば自宅でオンライン服薬指導をやっている薬剤師さんの周りに、もしかしたら他者がいるかもしれない。でも、患者の個人情報があるので話されるわけですので、そういったこともチェックできるようなことがないと、これは大きな問題に発展することもあるのではないかなと思いました。

以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。

○山口構成員 すみません、もう一つ追加で。先ほど猪口構成員がおっしゃった資料2-

1の5ページで、デジタル技術に取って代わられるのが、薬剤技師、テクニシャンが92%、薬剤師が1.2%とあって、この資料を素直に読むと、薬剤師はデジタル技術では不可能な、将来的に必要な職業だと見えるのですけれども、これはあくまでも付加価値がしっかり役割を果たせていればの話で、対人業務が充実すればであって、今の日本の多くの薬剤師さんの役割だと92%のほうに入っているのではないかという気がしたのですけれども、そのところをちゃんと確認しておきたいなと思いました。すみません。

○赤池主査 これはあくまでアメリカのデータですね。

○山口構成員 ですね。だから、日本の場合はここになり得ていない、本当は目指さないといけないという意味で出された資料かなと私は思ったのですけれども、そういう解釈でよろしいでしょうか。

○赤池主査 お願いします。

○医薬・生活衛生局総務課課長補佐 意図としてはおっしゃるとおりでございまして、代替できるようなことだけやっていると、もう駄目ですよということを言いたかった資料でございまして。

○赤池主査 私としては、なってほしい。どこまで行っているかは別にして、なりつつあるのではないかと伺っておりました。

橋場先生、何か御追加ございますか。

○橋場構成員 ありがとうございます。

今、赤池先生がおっしゃっていただいた通りということが1つと。制度が若干違いますので、アメリカの場合、テクニシャン制度というものがきちり入っていて、日本の場合は、日本の薬剤師は、薬剤師業務と、アメリカで言うテクニシャン業務を包括してやっているというところはあろうかと思えます。そのところを整理しながら進めていくことが重要かと思えます。

○赤池主査 ありがとうございます。

いずれにしても、猪口先生もおっしゃっていましたが、山口先生もおっしゃっていましたが、自宅でもし行くとすれば、セキュリティとか患者さんのプライバシー。それから、要はログを保存しておくということでしょうけれども、どういうことがそこで行われたか、話されたかといった記録、そういったことは恐らく非常に重要な考慮すべき要素になってくるのではないかと私も思います。どうもありがとうございました。

ウェブのほうでたくさんの先生方が挙手されていまして、印南先生、まずお願いします。

○印南構成員 2点ほど。

まず第1点は、薬剤師会様提出の資料を見て思ったのですが、ほかの検討会でもそうなのですが、調剤という言葉がきちんと定義されずに使われている。私が調べたところ、調剤は法的には定義されていないということが1つと、大正時代の判例があるにすぎない。

それ自体は別にいいのですが、こういうところで議論する調剤とは、一体何を示しているのか。実際問題、ほとんどはいわゆる計数調剤と言われているもので、医師の処方に従

って、用法用量がきちんと限定された薬剤のリストが処方箋として渡されて、調剤室の棚に薬剤が保管されていて、諸外国では箱出しと言って、シールを切らないで出すみたいですが、日本では箱を開封し、シートを切って錠数をきちんと合わせ、それを確認して患者さんに渡している。こういう業務を前提にした場合には、処方箋を受け取った薬剤師自身が、本当に服薬指導をしなければいけないのかというのはかなり疑問だと思うのです。

つまり、軟膏剤とか、実際に服用が非常に難しいものとか、そういうものは一定の合理性があると思うので、全面的に否定しているのではないのですけれども、ほとんどの計数調剤では、ここまでの要求は必要ないのではないかというのが1点です。

それから、2点目は大きな話になりますけれども、この検討会で議論していることは、実は規制改革推進会議でも議論していて、これは私の個人的な見解になるのですけれども、議論しているのは、より大きな目で見ると単なるDXではなくてイノベーションなのです。調剤業務にイノベーションをどうやって取り入れるかという話なのです。現在の規制がつくられたのは昭和30年代で、70年ぐらい前なのです。そこから機械化も物すごく進んだし、通信技術も進んだし、5G、6Gと言っている時代になってきているわけですね。そのときに、このイノベーションを調剤に取り入れられないということそのものが、まずあり得ないというのが1つです。

それから、イノベーションの中身は2つあって、それは技術革新を取り入れることによって生産性を格段に向上させることで、もう一つは、コストの削減です。こちらについては、幾らICTを導入してもコストがむしろ増えるのはおかしいのです。実は健康・医療・介護情報利活用検討会ではちょっと問題にしたのですけれども、ベンダーロックインみたいなものがあれば、実質的なコスト増になってしまうので、中尾参考人もおっしゃられたと思いますけれども、これはきちんと統一したシステムにして、ベンダーロックインを許さない仕組みであり、外部と接続しやすい仕組みにする必要がある。これは、コスト削減という意味で非常に重要だと思うのです。

イノベーションを取り入れた結果、生じるものは何かというと、いろいろなセキュリティとか個人情報の漏えいの話もありますけれども、一番基本は、こういうイノベーションを取り入れることによって、医療安全も高まるということです。なぜかというと、いわゆる調剤過誤を調べるとほとんどが計数調剤で、しかも人的ミスなのです。1人の薬剤師が初めからずっとやっているから、ミスが生じているというのがむしろ多いように見受けられるわけです。これは事実確認が必要で、断定はしません。そういうことを考えると、医療安全にもこういうイノベーションの取り入れは役に立つのです。単に業務革新とか競争優位という企業から見た話ではなくて、患者から見た医療安全の話に密接に結びついていると言えます。

それから、医療の質の向上です。情報連携することによって、提供される医療、服薬指導の質が向上するわけです。

3番目は、ほとんど出てきていないのですが、忙しい現役世代は、はっきり言って、便

利になればもっと医療機関に行けると思うのです。医療安全を犠牲にして患者の利便性を追求する議論をしているのではありません患者の利便性を高める。特に、オンライン診療とかオンライン服薬指導、あるいは関連するいろいろな通信技術を使ったもので利便性が高まれば、実は医療へのアクセスも向上して、場合によっては、ちょっとずつ減少しつつある受診率も向上する可能性もあるし、処方箋の枚数も増える可能性もあるわけです。ですから、基本的には、こういうイノベーションとかDX化をポジティブに捉えて議論を進めるべきだと思います。

以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。

それでは、橋場先生、お願いします。

○橋場構成員 印南先生、どうもありがとうございます。

まず、調剤の定義ということでございます。法的にどうかというところはありますけれども、日本薬剤師会では、50年前から調剤指針という、ある意味調剤を行う上でのバイブルみたいなものをつくらせていただいております。今、14改訂まで進んでおるところですけれども、社会の求めに応じて、その中で調剤の概念というものを示させていただきまして、こういったことを調剤としなければいけないですよという図式も出させていただいております。それが、今回資料で出させていただきました資料3-2の1ページ目の理由というところの一番最初の処方箋の受付から始まって、モニタリングといったところまで。今後はフォローアップというところも入ってくるのかなと思っております。

その一連の流れを調剤というふうにならずにずっと定義させていただいておまして、調剤報酬改定の議論の中でも、そういったことを踏まえまして、似たような図式を出して検討されていることかなと思っております。というのがまず1点。

あと、DX、イノベーションということを我々も本当に進めていかなければいけないと思っておりますし、対人業務をますます充実させるためには、効率化できるところは効率化しなければいけないという理解はさせていただいておりますけれども、規制改革実施計画の中でも書かれておりますように、DX化ということに関しましては、安全性が担保された上でというただし書きが書いてあると我々も認識しているところでありますし、当然、我々医療従事者ということから考えますと、ある意味、1人の犠牲者も出さないという姿勢で常に薬局薬剤師業務を行っているところもでございます。

なので、医療安全を高めるという意味でのDX化、機械化といったものはどんどん導入していくべきだろうと思っておりますし、そういったものが全ての薬局に備わっていくということが、逆に言うと必要なのかと思っております。

あと、患者の利便性を高めるということに関しましても、今と同じでございますので、安全性が担保されることがまず大前提ということ、医療者の我々からは発言させていただ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した。

○印南構成員 いいですか、簡単に。

1 番目の定義については、当然知っています。

それから、2 番目、一番大事なのは、安全性を担保してからということがあったと思いますけれども、安全性を担保するためにもDX化を進める。それについては、異論はなかったと理解します。

最後ですが、全薬局がそろって云々と言ってから進めているのでは、いつまでたっても物事は進みません。私が見ているに、一部の患者さんは物すごく自分の健康情報を集めて、積極的に活用しようとしていますし、一部の薬剤師さんや薬局の方は、これまでにないような想像性を発揮してクリエイティブな調剤業務にチャレンジしているわけです。そういう方たちがいて、そういう方が主流になっていくためには、全員がそろってから何か事を進めるという態度では駄目で、アジャイル型政策形成云々の検討会でもそういうものを議論していると思うのですが、そういう意味でのスピード感を持ったデジタル化を進めていくべきだと政府全体はなっているということです。

以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございます。

橋場先生。

○橋場構成員 印南先生、ありがとうございます。

すみません、最後の点、私の説明不足のところがあるかと思えますけれども、全ての薬局に備わってから進めていこうと思っているわけではなくて、医薬品を日本全国にどのような形で提供していくかということを考えたときに、日本は災害が非常に多い国ということもございますので、どこかが災害に遭ってというところの補完的な薬局というのも当然必要になってくると思えますし、日本というのは停電も、ほかの国と比べたら非常に少ないというところがありますけれども、停電だけ見ても、1年間で平均すると1軒で84分起こっていると言われております。

ですので、私自身は余り停電を経験したことがないということを考えますと、1つの災害等で非常に長い時間、停電が起こっているということも考えますと、そういった有事とか災害のこともある意味考えながら、このDX化というのも検討していかなければいけない。そういう意味では、サイバーセキュリティの問題も含めてということで、慎重に議論していきたいと発言させていただいていると御理解いただければと思います。よろしく願います。

○赤池主査 どうもありがとうございます。

まだ御議論があろうかと思えます。今、4名の先生が挙手されている状況ですけれども、先ほど申し上げましたように、15分延長させていただきまして、もう既に17時15分になっております。これ以上の延長は難しいかなと思えますけれども、いかがでしょうか。では、4名限りで。それでは、今、挙手されている4名の先生方につきましては、申し訳ありま

せんけれども、御意見を手短かにという形でいただけたらと思います。私のほうで画面上、上からということになりますけれども、NTTドコモの出井先生から、まずお願いいたします。

○出井構成員 ありがとうございます。

私も、今、印南先生がおっしゃっていただきましたとおり、DXについてはよいこともあると思っていますし、進められるところでは進めるべきではないかと考えています。当社の通信技術の質を一生懸命高くしていかなければいけないかもしれませんが、オンラインでもできること、それから高精細になってきておりますので、そういったところはポジティブに取り入れていただけるとありがたいなと思います。

一方で、情報に関してのすごいセンシティブな問題があるというのは理解していますので、両方見て進めなければいけないと思っています。先ほどあったような、例えば後ろに人がいたらというところは、どちらかというモラルの問題ではないかなと思いますので、そういったところは、きちんと人がいるかもしれないところでは個人名を出さないとか、そういうところでやらないというルールを引きながら、全てがNGとか全てがオーケーとかではなくて、実際に少しでもやってみる。

例えば、先ほどカケハシの中尾先生からお話がありましたとおり、もしかしたら患者様から答えてもらうことで、患者データを今まで全部見なければならなかったものを補完できる可能性もあると思います。オンラインだからできるやり方、今までとは違うやり方でやれば、そういったセキュリティの問題とか、どうしても防がなければならない大きな課題について解決できるのではないかと思いますので、私もぜひアジャイルで実際にやってみるところ。

決して冒険をするということを行っているのではなくて、やれるところというのはあるのではないかと考えますので、その辺り、ぜひポジティブに考えて、やれるところを実践的にやってみたいなと思いますし、ぜひそういったことを厚労省さんを含めて考えさせていただければなと思います。

すみません、以上です。

○赤池主査 どうもありがとうございました。

それでは、日本病院薬剤師会の林先生、お願いいたします。

○林構成員 ありがとうございます。

1点目は、オンライン服薬指導に関する幾つかの御議論について、様々ごもったもなお話があったかと思います。私からは、オンライン服薬指導において、患者さんのモニタリングを一定程度やることを考えると、今日、こういった画面で見えていても、先生方の顔色が濃い方も白っぽい方も赤っぽい方もいらっしゃいますが、貧血があるのか、目が充血しているのか、表情がこわばっているのかというのをオンライン服薬指導で見てとりながら、副作用の発現等をモニタリングする前提で考えると、そういうことに配慮すべきことも、1つこういった会議で確認しておいて、確実に患者さんへのアウトカムにつながるような利活用を進めていけたらいいなと思っております。

もう一つ、本日のメインのテーマのDXの推進については、問題点をクリアしながら、とにかく前へ進むということが、今、必須の課題になっているのだろうと思っております。その中で、病院においては多職種連携、医師と薬剤師の協働が大変うまく患者さんのアウトカムにつながっていると思います。全く分けてしまうのではなくて、それを地域医療の中で、多職種連携で医師と薬剤師も協働してやっていくと考えた場合に、既に先行するビジネスモデルはあるので、ぜひそういったいいところの成功事例を利活用していただければと思います。

情報の共有という観点でも、地域の薬局の皆さんと病院の薬剤師の情報の連携というのは、退院時にも入院時にもトレーシングレポートでも大変大切なことになると思います。そういったものがDXで、より多くの情報も含めてうまく回転していくことが、結果的にはDXのゴールとしては、先ほど来話し合われているように、患者さんの満足度の向上というか、患者さんのアウトカムの向上につながっていかないといけないと思います。その上で生産性が向上し、安全性も含めた品質が向上する方向に行けばいいと思います。私どもも前向きに捉えて御一緒させていただければと思っていますので、そういった観点でもぜひ御一考いただければと思って発言させていただきました。

引き続きよろしくお願いたします。

○赤池主査 どうもありがとうございます。

次に、参考人の中尾先生が挙手されています。お願いたします。

○中尾参考人 ありがとうございます。

1つは、目指すべき薬局薬剤師の日本の姿みたいところに触れさせていただいて、その後に提言させていただきたいと思っています。まず、目指すべき日本の薬局薬剤師の姿はどこにあるのかは、今、検討・議論がなされている認識であります。アメリカを事例として触れさせていただきたいのですが、35億枚の処方箋があつて、薬の5分の1が患者さんの手元に届いていない。一方で、その届いている中での5割が、薬の飲み方、量を間違えているという報告があるのです。何を言いたいかというと、利便性に振り切るということは一定リスクになる可能性があるということでもあります。山口先生がおっしゃっていたような、電話でさくっと終わらせてしましましょうということさえもやっていないボトル調剤でメールオーダー制のような医療世界と。

日本はどういうことかという、利便性も加味しながら、アジャイルで進めていきつつ、安全性をどう保つのが大事だと思っています。ここを目指す上では、ガイドラインをつくっていくほうがいいのではないかと考えています。

具体的に申し上げますと、外来と非劣勢状態が担保された服薬指導ができる状況は目指すべきだと思っています。薬歴情報を確認しながら指導するとか。また、外来でも薬剤師の先生方は、薬剤情報を見せながら服薬指導をされています。なので、薬剤情報をオンライン服薬指導時でも画面で映しながらとか、見せられる状況で服薬指導していきましようという形のガイドラインをやるだけでも、一定の抑止力になるのではないかと考えており

ます。利便性ととも質が担保できるとまでは言えないかもしれませんが、目指すような日本の医療の在り方について提言するガイドライン・ルール作りができればと思っております。

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、最後になりますが、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。

オンライン服薬指導は、基本的には患者さんの利便性にはすごく大きく貢献すると思うのですけれども、一般的によく言われるようにニーズとデマンドというのは違うので、薬に薬を届けてくれて、オンラインで済ませてくれという患者さんの求めにただ応じるということではなくて、この人はオンラインで見ていい人なのか、対面でちゃんと見たほうがいいのかは、専門職が判断するプロセスを挟む必要はあるのだろうと、当然に思っています。

一方で、患者さんに選択肢があるということが前提としては重要なので、オンライン服薬指導というのは、薬剤師さんの側から見るとこういうリスクがあるから、対面のほうがいいということではなくて、そのリスクの判断も含めて患者さんに委ねるべきではないかなと私は思います。

それから、オンライン服薬指導を自宅からやることに対して、大変慎重な姿勢を私、感じましたけれども、私、在宅医ですけれども、在宅医療の世界では、しばしば電話再診という診療形式があります。患者さんたちは困ったときにいつでも電話できて、我々、電話で診察して、場合によっては薬を出したりすることもあるのですけれども、この電話診療というものを診療所でやっているかということ、そうではなくて、お布団で寝ているときに電話が鳴ったら、その場で対応するのですね。そのときに、自分たちでクラウド型の電子カルテを開いて、患者さんの情報を確認します。わざわざ診療所に行かないと患者の診療情報がないということは今どきないし、これは薬局においても近い将来、必ずそうなるのだと思うのですね。

なので、オンライン服薬指導を自宅でやるのが危なくて、在宅医療のオンライン指導というか、電話診療は自宅でやっていいというのは、これは変なダブルスタンダードで、診療が許されているなら、服薬指導だって当然許されているのではないかなと私は思います。

それから、先ほど停電の話もありましたけれども、停電したら、通常の薬局の業務だってストップするわけですし、災害時に情報がどうなのかといったときに、結局、気仙沼とか南三陸ではカルテがみんな流されてしまったのです。その代わり、電子カルテサーバーは北海道とか大阪にあって、その診療情報は大丈夫だった。むしろ災害とかがある国だからこそ、情報の電子化というものを進めていかないとはいけませんし、それがフレキシブルに使える体制を平時からつくっておくというのは、そういった意味でも重要なのではないかなと思います。

○赤池主査 重要な御指摘、どうもありがとうございました。

まだいろいろと御意見あろうかと思えますけれども、もう大分時間がたっておりますので、この議論はここで打ち切らせていただきたいと思います。どうぞお許してください。

あと、事務局のほうから、資料3-1の4ページ目になりますけれども、オンライン服薬指導についての論点ということで、2つの点を示していただきました。もしこの論点につきまして御意見がございましたらば、この会議の後ということになりますけれども、事務局のほうにメールでお伝えしたらよろしいのですね。お伝えいただくようによろしくお願いいたします。時間の関係で退席した先生方もいらっしゃいますので、事務局から1回、この論点について、もし御意見があればお送りいただくように、委員の先生方にメールの送信先も含めてメールで御連絡いただけますでしょうか。もう大分時間が経過していますので、重要な点ではございますけれども、今日はそこまではできないということになります。

何か事務局で追加がありましたら、お願いいたします。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 本日も活発な御議論いただき、ありがとうございます。また、時間が超過してしまい、大変申し訳ございませんでした。

赤池先生から御発言あったとおり、事務局のほうで、本日、十分に御発言いただけなかった点につきましては、後ほどメール等でお伺いさせていただきますので、頂ければ、次回の開催のときに頂いた御意見の中に含めて御紹介させていただければと思います。

以上でございます。

○赤池主査 どうもありがとうございます。

本当に重要な貴重な御意見いただきまして、ありがとうございます。まだまだ議論したいところですが、この会議、合宿研修でもしないと終わらないかもしれないですね。どうもありがとうございます。

ほかに事務局から何か追加、連絡等ありますでしょうか。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 大丈夫です。ございません。

次回の開催につきましては、追って御連絡いたします。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した。

それでは、本日のワーキンググループを終了いたします。どうもありがとうございました。