2015/11/29 ～ 2015/12/5

HSE イギリス視察研修
「リアルカルチャーショックを体験しよう」 報告書

1 はじめに

HSE 海外視察研修 in イギリスに参加の皆様へ

かつて世界最大の帝国を築いたイギリスは、第 2 次世界大戦の後に「ゆりかごから墓場まで」をスローガンに社会福祉政策に力を入れてきました。その中核をなすのが、国民全員が無料で医療サービスを受けられる国民保健サービス（NHS）と国民全員が加入する国民保険（NIS）です。

ところが、だれもが予想しえない超高齢化は日本だけではありません。この国の社会保障制度も膨大な財政支出に大きな問題を抱えています。

今回は現地で活躍する薬剤師の協力を得て、薬剤師の視点から生のイギリスの社会保障を垣間見て欲しいと思います。

また、訪れるロンドンは世界の都市総合力ランキング「Global Power City Index（GPCI）」で第 1 位になりました。地球規模で展開される都市間競争下において、より魅力的でクリエイティブな人々や企業を世界中から惹きつけられる、いわば都市の“磁力”の観点からも皆様の期待にお応えできると考えております。

是非、積極的な行動と活発な交流をお楽しみください。今回の視察が皆様の心に残るひと時になることを、心からお祈り申し上げます。

株式会社 Kae マネジメント
代表取締役 駒形 和哉
（出発前配布、旅のしおりより引用）

目次

特集記事
はじめに 1
イギリスの医療制度の歴史 2
視察行程 3
総括 4
参加者の報告書 5～
資料編 39～

イギリスの医療制度の歴史

ウィリアム・マースデン
外科医　（1796～1867）

イギリスの医療制度をみる上で NHS(National Health Service)を無視する事は出来ません。NHS は政府の医療サービス事業であり、医療ニーズに対応した公平なアクセス(健康状態や支払能力とは関係なく、医療サービスへアクセス出来ること)を理念として、1948 年に設立され現在に至るまで運営されています。

NHS 制度ができる以前は、医療あるいは健康そのものが贅沢財であり、お金に余裕のある人たちだけが享受できる仕組みでした。19 世紀から 20 世紀初頭にかけては、慈善家あるいは社会改革者たちだけが、人々の医療のフリーチャージを与えていました。その代表例がマースデン(William Marsden)です。

1828 年にロンドンの最も貧しい地域にある 4 階建ての家に診療所を開設し、医療を必要とする非飛び地に医療サービスを無償で提供していました。無料提供医療サービスへの需要はすさまじく、1848 年には年間 3 万人あまりの患者を診療する日々となっていました。スタッフには無償で働いてもらうなど、さまざまな寄付などを得ることにより 1920 年の破産の危機に陥るまで、その無償医療は提供されました。

こういった現状を打破すべく第２次世界大戦終了より 3 年後の 1948 年にイギリス労働党により『NHS』制度が作られました。この時の社会政策スローガンが「ゆりかごから墓場まで」”from the cradle to the grave”です。これが日本を含め各国の社会福祉政策の指針となりました。

医療の原則無料化は前例のない仕組みでありコスト予想は不可能と言われました。医療に対する需要は日々増加していたため、当初のコスト予測計算を簡単にオーバーしてしまい、資金繰りという大きな問題を抱えることになりました。結果としてフリーチャージの挫折とも言うべき事態を迎えることとなり、高額ではない適正な金額をチャージするという仕組みが生まれました。その例として処方せん料、歯科診療に対する定額料金が発生するようになりました。

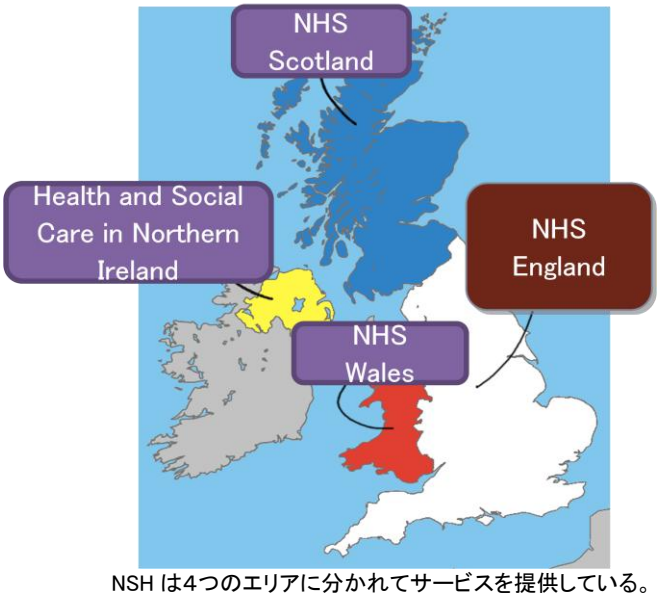
しかし、こうした問題が NHS の価値を下げるものではなく、これまでお金に余裕のある者だけが医療サービスを受けられた時代とは明らかに異なる時代がスタートしたのです。

しかしながら 1978 年からの 10 年は厳しい時代を迎えることとなります。経営改善、組織改善を主に制度を確立してきましたが、医学、医療義中のイノベーションが進みそのために多くの患者が複雑な診療方法によって診察され、治療を受けるようになりました。その結果はもちろん「コスト圧迫」です。1978 年の石油ショックもあり、問題はさらに深刻化しました。この時のイギリスの首相は「鉄の女」こと マーガレット・サッチャーです。

医療スタッフ・患者数の増加によるコスト圧迫の解決策としてサッチャー首相の指導下の基に 1988 年より進められていたのが内部市場の創出です。医療提供施設およびサービスと「提供者」と「購買者」に分け、サービスの切り売りによる市場の創出を図ったのです。これによって市場内での競争化が進み、公平な医療サービスの提供という理念に障害を引き起こすことになります。1997 年には労働党新政権により内部市場の廃止が取りきめられ、本来の理念である「万人の公平な医療へのアクセス」への道を進む事になります。

いまもなおフリーアクセスを維持し続ける NHS ではありますが、患者増によるコスト圧迫などの問題を解決出来たわけではありません。しかしながらも NHS は広くイギリス国民の誇りとして考えられ、その論争は政治にも大きく影響しています。近年では諸外国からの難民の流入による人口増加も問題となっています。

NHS は発展過程において常に医療サービス提供とコスト面でのトレードオフの状態にあると言えます。60 年以上維持してきた仕組みではありますが、今後どのように追及していくかが注目されます。



NSH は4つのエリアに分かれてサービスを提供している。

マーガレット・サッチャー
元英国首相(1979～1990)

(1925～2013)

視察行程

2015 年 11 月 29 日(日)

羽田空港発　09:45　BA008　≪約 12 時間 40 分≫

ロンドン　着　13:35　着後、ホテルへ

11月 30 日(月)

14:00～16:00　ホテル会議室レクチャー

「イギリスの医療制度について」

①公衆衛生コンサルタント

吉崎・エステディウス・美穂　氏

②公衆衛生アシスタントディレクター

グレン・スチュワード　氏

16:30　薬局見学「John Bell and Croydon」

12月1日(火)

午　後　グループ別研修

① 薬局ウォーキングツアー

(コーディネーター:横澤　ひろ子　氏)

② コミュニティ薬局見学

(コーディネーター:國分　麻衣子　氏)

③ 郊外型コミュニティ薬局見学

(コーディネーター:竹内　大祐　氏)

12月2日(水)

午　前　王立薬学協会見学・レクチャー

①王立薬学協会の取り組みについて

Patrick Stubbs　氏

②イギリスにおける薬学教育について

Beth Ward 氏

③薬剤師の職能、認知の拡大

NHS イングランド　責任者

Howard Duff　氏

午　後　現地薬剤師、家庭医によるレクチャー

家庭医(GP)　佐々江　龍一郎　先生

12月3日(木)

終日自由日

12月4日(金)

10:45　ヒースロー空港離陸

12月5日(土)

07:30　羽田空港到着

イギリス視察研修を終えて　【総括】

昨年に引き続き今回で2回目の開催となった「イギリス視察研修」。なぜイギリスなのか、何を学んできたかをより、理解して頂きたく、初めに今回の企画の総括という形で記載をさせて頂きます。

今回のサブタイトルは「リアルカルチャーショック」を体験しようです。

「なぜイギリスなの？」というご意見をよく頂きます。その理由ですが、

①日本と類似した保険制度である
②リピート処方せんの導入がされている(リフィル処方)
③独立処方権を薬剤師が保持している
④テクニシャン、アシスタント制度
⑤総合診療医(家庭医)制度が定着している
⑥混合診療が行われている

上記、をみて日本の置かれている状況から非常に興味深いと思いませんか。いま私達日本がおかれている状況と目指そうとしている未来がイギリスにあると感じています。制度や国民性が違えど、参考になる点が数多くあると思っています。だからイギリスを私達は見てみようと思っています。

以下、参加者のレポートを通し、視察に関する詳細についてはご理解いただけると思いますので、私からは内容を理解するのに必要なイギリスの医療制度の大枠をご説明したいと思います。

保険制度

イギリスの医療を説明する上で「NHS」という言葉を理解せずには何も始まりません。この NHS は国民保険サービスの総称であり、日本で言う「皆保険制度」と言えます。原則、NHS を利用する事によって医療は無償にて受けることが出来るのがイギリスの医療制度となっています。

この「NHS」という言葉は、政府認定という意味合いも持っています。NHS の恩恵を受けるためには、NHS に認定されている病院に掛かる必要があります。すこし混乱をしてしまいがちですが、この NHS には保険サービスの意味と、NHS 病院を指す場合がありますので、ご注意ください。

NHS（National Health Service）

イギリスにおける医療は「NHS」と「プライベート」の2つによって構成されています。プライベートとは日本でいうところの「自費診療」となりますが、その仕組みは日本の形態よりはアメリカに近いといった方が正確です。

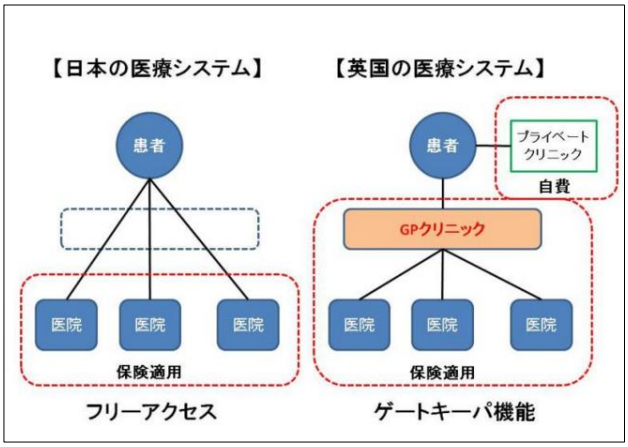
私達にとって自費診療は馴染みが浅い分野ですので、まずは基本である NHS について簡単に説明をします。

イギリスで公的な医療を受けようと思うとまず登録をしなくてはいけないのが「NHS」です。これはイギリス人だけではなくイギリスに住んでいる人であればだれでも受けられるサービスです。

コーディネーター
駒形　公大

株式会社 Kae マネジメント
常務取締役　経営企画室長

NHS に登録するとその地域にいる家庭医（以下、GP）に登録する仕組みになっています。イギリスでは総合診療の考え方が進んでおり、プライマリーケアは GP によって行われます。



日本の医療は「フリーアクセス」であるのに対して、イギリスの医療は「段階的」と言えます。原則、この NHS の仕組みに従って医療を受けていれば無料にて医療提供を受けることが出来ます。しかしながら例外的にお金が掛かることがあります。その一つに処方せん料があります。

イギリスでは技術料という概念はありません。処方せんに書かれている 1 薬剤につき8．2ポンドが掛かります。（8．2ポンドは視察当時の価格）日本円にすると約1，600円が1薬剤に対して患者が負担する金額となります。

（現地ガイドの小林さん）

独立処方権（Independent Prescription）

今回の視察目的でもあったのが薬剤師の「独立処方」です。近年、日本では看護師の特定行為として処方権が加えられました。イギリスの薬剤師には特定の教育を受けた後に処方権が持つことができる制度があります。私達も「クリニック」という言葉を使いますが、イギリスでは「ファーマシークリニック」というクリニックがあります。これは、軽度な疾病に対して薬剤師が処方出来るクリニックを指します。日本でいうところの「零売」に似ている仕組みです。なぜこのような仕組みが成り立つのか今回の研修でお世話になりました現地日本人 GP の「佐々江龍一郎先生」にお伺いをしたところ2つの理由をあげてくれました。

① ファーストコンタクトの場である GP には多くの患者が集まり、重度もバラバラである。そのため全てをカバーすることは難しい。

② イギリスの薬品選択には NICE(英国王立医療技術評価機構)が定めたメニューが決められていて使用薬剤が限定的である。

イギリスでは「分業」という概念から独立処方がスタートしたことが理解できるのではないでしょうか。また NICE の推奨する医薬品選択には「コストメリット」が最優先されます。医師の処方に対しても、NICE の推奨があり、推奨外には理由が求められるという決まりがあります。

コミュニティファーマシーとは

イギリスにおける薬局のあり方はこの言葉に見事表現されているのではないでしょうか。日本では保険薬局と呼ばれる薬局の名称ですが、イギリスでは「コミュニティファーマシー」と広く呼ばれています。ヨーロッパでは箱出し調剤が主流であり、イギリスも例外ではありません。イメージとしては、店頭における要指導薬や第1類医薬品の販売をイメージして頂ければと思います。

ここで日本とイギリスのどちらが優れているという話題は適切ではないのですが、イギリスに行き感じることは「薬を接点に地域に根ざしている」ということだと思います。どの薬局にも置かれているカウンセリングルームでは、OTC の販売や独立処方せんを求めて多くの患者さんが利用をします。先に述べた様に NHS では原則医療の無償提供が理念ですが、例外として処方せん料が挙げられます。医療費抑制の観点などからもセルフメディケーションが積極的に進められ、その提供場所として薬局が活躍しています。

イギリスに見る日本の目指すべき姿と課題

今回の研修で多くの参加者が何を見てきて、何を感じたのかは以降のレポートをご参照頂ければと思いますが、私達が見てきたイギリスは、

① NHS は国民の誇りであり、ナショナリズムとして制度が維持されている。
② NHS の存続は最大ミッションであり、医療費の抑制に向けた医療関係者の協力体制が敷かれている。
（それでも医療費増に悩みを抱えている）
③ 日本の薬剤師にとって可能性を感じる薬局、薬剤師ではあるが国民への理解には日本同様の悩みを抱えている。
④ 医薬分業とは本来「適材適所」であり、医師の全幅の信頼の元に薬剤師が活躍をしている。（独立処方含め）
⑤ 公平公共である医療サービスに市場主義経済の導入すると利益追求の競争社会となり公平が担保出来なくなる。

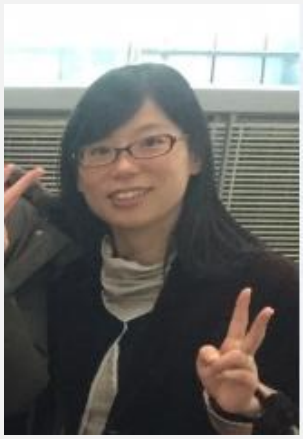
いま日本の抱えている問題がイギリスにあるのではないでしょうか。リフィルや箱出し、主治医機能（総合診療医）、薬局のチェーン化（市場主義）、診療報酬体系、医薬分業のあり方。「イギリスの医療が優れている」ということはありません。国民のリテラシーや現場で行われている医療や仕組みを見ると、日本の質の方が高いことは言うまでもありません。しかしながら、そこには「NHS」という精神的な柱があり、コアがあります。

来年度より新しく「健康サポート薬局」がスタートします。まさしくイギリスに根ざす「コミュニティファーマシー」の形であり、どれだけ近づけることができるのでしょうか。お互いの職能、そして報酬を取り合う世界から、本当の「医薬分業」へとステップを進まなくてはいけません。私達一人一人に出来ることは、「薬局」の可能性をもう一度見直し、地域に根ざすために何が出来るのかを考えることだと思います。今回の研修を通り多くの参加者に気持ちが伝わりましたら幸いに思います。

現地コーディネータ方々と

左から竹内　先生（薬剤師）
佐々江先生（医師）
駒形　　（Kae）
國分　先生（薬剤師）
横澤　先生（薬剤師）

イギリス海外視察研修報告



岩崎　麻里
株式会社フォーラル
管理栄養士（東京都）

【日本人薬剤師によるイギリス医療制度の概要講義、イギリス公衆衛生について講義】

主に国営の国民保健サービス（National Health Service：以下NHS）によって成り立っている。先生（自宅の決まった地域にいる家庭医をかかりつけとして登録する。）に診てもらうのは無料である。NHS 創設当初は処方薬も無料だったが、3 年後の 1951 年には国家財政難のため有料になってしまった。金額は徐々に上がりつつあり、現在処方箋が出た場合は処方薬 1 種類につき£8．2（1600 円程度）かかるようになった。しかし、16 歳以下・60 歳以上・妊婦・生活保護者などに該当する人は現在も医療費が無料。避妊薬や糖尿病薬、抗がん剤も無料となっている。結局は90%の人が支払わないで済む現状である。税金が20%と高額なだけあり、保障の制度も日本と比べしっかりしていると感じた。

家庭医は人手が足りないようで、薬剤師がサポートに入り、薬剤師の仕事の幅を広げる必要性も求められている。薬剤師だが、処方を書くことができる権利を持っている人もいる。インフルエンザの予防接種も薬剤師が数日研修を受けることで行えるようになっている。日本と比べ、医師や看護師の仕事を薬剤師が担っている。その分薬剤師の仕事を、薬剤師でないがテクニシャンやアシスタントといった資格を持っているものが服薬指導を行ったりもできる。マニュアルがしっかり整っているため、成り立っているようである。

日本とは制度が違い、それぞれの職種の行える領域の違いを不思議に感じたが、必要性があるのであれば枠にこだわることなく医療費の削減につながることは行っていけるとよいと感じた。

【John Bell＆Croyden 視察】

イギリスの薬局件数第2位のロイズが展開する、王室御用達のかなりの高級品を取りそろえている薬局。薬局と言っても車椅子や高齢者が危なくないようなお風呂に設置できる椅子、手が不自由な人でも蓋が開けられるように固定する器具など実際にイメージしてもらいやすいように関連するものも一緒に置いている。中でも目を引いたのがスワロフスキーをぜいたくに使ってデコレーションした車椅子である。車で移動する時にトランクに入れることを想定し、実際にジャガーの車を切って壁に埋め込んで試してもらえるようになっている。オーナーは、“老い”に対する不安や悲しみ、介護用品を使うことにむなしさなど後ろ向きな感情を持つ人が多いことから、少しでも楽しんで介護用品を選んでもらいたいという想いからこれらの商品を扱っている。

また、薬剤師が個別にカウンセリングをし、処方箋を発行できるよう個別の部屋がある。他にもプライベートクリニックとしていくつか部屋が設けられている。これらはすべて NHS ではなく、自費で支払うようになるため価格はかなり高めである。

サプリメントの商品もかなり充実しており、たくさん陳列されていた。

【薬局ウォーキングツアー】

日本で薬剤師の資格を取り、現在はアシスタントとホメオパスの資格を持つ方に案内いただき、説明して頂いた。

＊ブーツ：イギリス薬局のトップ。

3 階のフロアがあり、1 回はデパートのような売り場で香水や化粧品を多く取りそろえている。2階は OTC や衛生用品を中心に配置。イギリスでは家庭に体重計がある家が少ないようで、店内には体重や体組成が有料で測ることができる。大手の会社と感じたのは、自社オリジナルの健康セルフチェックマシーンである。体重・BMI に加え、視力検査（細かな見え方の検査もあり）、血圧が不思議なことにこちらは無料でチェックできる。また、視力を確認し眼鏡の販売も行っている。3階は子ども用品を中心に設置。粉ミルクだけでもその時期に合わせて配合されている栄養が決まっているようで、対象時期ごとの商品を取りそろえている。

少しくらいかぜをひいても家庭医は混んでいてなかなか診てもらえない、かといってプライベートクリニックに行くと高く取られてしまうということで、地域の薬局を利用し自分達である程度なんとかするということが多いようである。

その割にはセルフメディケーションに対しては甘いように感じた。マスクやうがいをする習慣もなく、お店に行っておしぼりが出てくるようなところはどこもなかった。

しかし禁煙や妊娠・避妊薬について、発毛や海外に行く時のアドバイスや商品の提案など、地域にたくさん存在する薬局が相談できる場所となっているのは今後の日本も近づいていきたい姿であると感じた。移民が多く多国籍の人が利用することから、名札にも何語が話せるかが記載されており、相談しやすいようにしている。

＊ロイズ：イギリスの薬局 No.2。

少し高級な商品を取り扱っている。

＊NELSONS HOMEOPATHIC PHARMACY

ホメオパシーのレメディや無添加・自然なもので作られた商品を取りそろえている薬局。自分に合ったフラワーエッセンスが何か、質問に答えていくことで適した種類を教えてくれるディスパッチも設置。スポイトから数滴口の中に垂らして飲むものである。ブランデーベースで口当たりの良いものであった。西洋医学だけに頼らないイギリスならではのお店と感じた。

【王立薬学協会視察・講義】

日本でいう薬剤師会のような組織だが、古い歴史を持っている。協会の推進していきたいビジョンのお話をしていただいた。薬剤師の資格を取って終わりではなく、更にステップアップして専門性を高く、プロフェッショナルになるカリキュラムや制度を設け開始しているということだった。資格を取ったら終りでなく、生涯学習する制度を設け自分自身に足りないところなどを見つけることもできるよ

うである。イギリスでは上を目指す人が多いという話があり、なぜそうなれるのかと疑問に思った。質問に答えてくれた薬剤師はそれだけ認められ対価として賃金にも影響してくる事が大きいのではという話だった。

【イギリスの家庭医と Q&A】

日本人でありながらも子どものころからイギリスに住んでおり、現在もイギリスの家庭医として活躍されている先生とざっくばらんにお話できる時間をいただけた。リフィル処方箋も既に実施されている。イギリスの医療は皆公平に受けられるが、公的なためサービス精神は乏しくなってしまっている現状はデメリットという話だった。毎日の忙しさと収入が見合っていないということで、家庭医は現在人気低下中で卒業後30%程度の人しか目指さないという。

【最後に】

今回初めて海外研修をさせていただき、国により制度も違えば考え方や価値観、食文化も違い、たくさんの驚きと発見がありました。日本に住んでいただけでは体験、体感することができない経験をさせていただきました。参加した方は薬剤師の方ばかりで、私が管理栄養士であることに驚かれました。既に管理栄養士を雇って活動している薬局のかたもいらっしゃいましたが、多くの方が管理栄養士のいることに対し興味と有用性があると話してくださいました。地方薬局のお話や、病児保育の取り組みの話などを聞いたりと、一緒に参加させてもらった薬剤師の方からも、タメになるお話や元気をもらいました。今回のこの旅で出会った参加者の方、現地で働く薬剤師・医師の方とつながりをいただけたことも本当にありがたいことと感じています。薬剤師ではない私にもこのような貴重な機会を下さったことに、誠に感謝致します。

（グループワークコーディネータの横澤さんと）

イギリス研修　報告書

古藤　純子

株式会社サティスファーマ

薬剤師（鹿児島県）

今回の視察は、イギリスと日本の医療制度や薬局の活動内容や国民性の違いなどを感じることができ、大変興味深い体験だった。

イギリス医療は、NHS（National Health Service 国民保健サービス）によって成り立ち、原則皆がかかりつけの家庭医（GP）に登録することになっており、予約をして受診。しかし、予約が取りづらく、日本のようにすぐに診てもらうことはできない。
その為、アクセスの良さからコミュニティ薬局に足を運ぶ人も多い。日本より薬剤師ができる業務の幅も広く、インフルエンザの予防接種や、簡易検査などができるということにも驚いたが、処方権もあるというのは衝撃だった。
また、緊急時には処方箋無しで薬が出せる（薬の制限や48時間以内に処方箋を入手しなければならないなどの規定あり）などの、融通の良さも薬局が選ばれる理由の一つであるよう。
決まった症状のみではあるが、5£でネット上でいくつかの質問項目にチェックすると、オンライン上の医師より処方箋が発行され薬局で受け取り、または配達してくれるという On line doctor service も面白いと思う。ピアスの穴をあけるサービスもあるとか。日本よりはるかに薬局に求められる役割は多い。

リピート処方調剤による慢性疾患患者に対する MUR（医薬品使用見直し）や NMS（新処方常用薬サービス）など、認定を受けた薬剤師が店内に設置された「コンサルティングルーム」で患者と話し合うということで、コミュニケーション力も必要である。

また、GP から話を直接伺えたのは大変面白い時間であった。医師が薬剤師を信頼していること・チームのような関係性であること。1 年に 1 度薬剤師主体の監査チームが GP のところにチェックに行くというのは想像すらしなかった話であった。
テオフィリンやシクロスポリンなど数種以外は、どの後発品でも使え、前回とメーカーが違っても問い合わせが不要。患者も気にしないという。

また薬局の役割が増え、薬剤師の専門的な知識を活かせる場面が多なる分、より勉強が必要だが、卒後継続教育の環境が整っていることは、少し気後れしてしまうが羨ましくも思った。

ロンドン研修報告

田代　泰理
東ファーマシー株式会社
薬剤師（長崎県）

11 月 29 日（土）から 12 月 5 日（土）まで、Kae マネジメント主催の「HSE 海外研修 in イギリス」に参加致しましたので、その内容を報告致します。

①GP（General Practitioner）

・イギリス医療制度の中でプライマリケアの重要な役割を担う家庭医。

・国民は GP への登録が義務付けられ、基本的には住居か勤務先の最寄りを登録する。

・症状、不調の種類を問わず、何かあればまず GP を受診し、必要と判断されれば専門医に紹介される。これは不必要な救急医療等の高度医療利用を抑える門番的な役割でもある。

・GP 受診には予約が必要で、ほとんどの場合数日待ち。よほどの緊急性がない限り、即時で診てもらえることはない。

・GP から専門医への紹介は Passway に従って行われる。疾患の Passway に詳しい別の GP が仲介として入り、Passway を満たさなければ GP への差し戻しもある。専門医紹介か GP への差し戻しかの判断に期間を必要とする場合があり、患者はその間治療が受けられないこともある。

・GP は全体として不足しており多忙。医師以外でも処方可能なものは積極的に薬剤師や看護師に処方してもらいたいとの思いもある。

②コミュニティ薬局

・プライマリケアの担い手の 1 つ。NHS との契約枠組みの中でサービスを供給する。

・予約が必要で診察まで時間を要する GP と比べ、住民との距離が近く、気軽に誰でも医療相談ができる場所として公衆衛生の役割も担う。

・カウンセリング室を設けるなど、プライバシーへの配慮もある。

・単に調剤、販売を行うのではなく、患者の健康維持、増進に携わっている自負がある。

③Repeat 処方箋

・イギリスの全処方のうち 2/3 は Repeat 処方である。

・ほとんど症状が安定しており、医者にかかる必要がない患者については 2,3 か月分の処方箋をまとめて GP が発行し、その期間薬局が分割して調剤していく。

・処方内容は一定期間で再度検討される。

・高血圧、糖尿病をはじめとした症状の安定した長期疾患が Repeat 処方の対象となり、Repeat 処方にするかどうかの選択は患者本人が決定する。

・GP の観点：医薬品の無駄がなく、手間がかからない。薬剤師の方が薬に詳しいため任せておける。

・薬剤師の観点：前もって医薬品を準備でき、品切れも防止できる。余った時間をより高度な作業に当てられる。

・GP と薬剤師の情報共有が重要で、薬局で患者の状態が悪化した場合の対応等に注意が必要。

④処方薬剤師： 医師以外の処方 NMP（Non-Medical Prescribing）ができる薬剤師

・いかにはやく患者に薬を届けられるか、健康増進に寄与できるかを検討し NMP という制度ができた。主にコスト面の利点が大きい。

・1980 年代から NMP について意見され、2003 年に薬剤師にも処方権が認められた。2012 年より薬剤師による麻薬処方も認められている。

・処方権を持つには専門の大学院でパートタイム 6 ヶ月、実際の医師について最低 25 時間、理想的には 90 時間の実地訓練が必要。

・自分の専門で自信があるものに限り処方することが原則。それ以外は GP へ。

＜雑感＞

初の海外研修で緊張はあったものの、同行の参加者にも恵まれ有意義な時間が過ごせた。

ロンドンは歴史と文化の都市で、訪れたすべての場所にそれを感じた。他人種が集う都市ということもあるのか、市民の外国人への対応が親切なことが印象的であった。王室が国民から愛されていること、国民の誇りとなっていることも随所に感じられた。医療では、文化の違いもあり、日本と単純に比較するのは難しい。

日本人 GP 佐々江先生の話にもあったが、死生観の違いは特に大きいと感じた。イギリスで死とは「天寿を全うし、天に召される」ことであり、死を受け入れる土壌がある。日本では「避けるべきもの」であり、恐怖の対象である。この違いは、正しい医療を行っても結果が伴わない場合に、それに納得できるか、そうでないかの違いにつながる。イギリスの医療はフェアだが融通が利かない部分がある。その両方を受け入れられる文化、国民性があるからこそ、成立しているのだろう。

今回の視察は、他国の文化・医療・薬剤師等について学ぶことで、自国のそれらを考え直す良い機会となった。また、参加者同士の様々な会話にも多くの刺激を受けた。自身について考えさせられる日々でもあった。あらためて、多くの出会いに感謝したい。帰国便の座席は、行きとほとんど変わらないだろう配置でありながら、しかしまったく異なる居心地の良さと安心感があった。それはこの視察ならではかもしれない。

最後に、今回の視察を企画、調整いただきました Kae マネジメント駒形様、マイチケット岩井様、共に研修に参加させていただいた皆様、現地で対応いただいた皆様に感謝いたします。

イギリス視察研修レポート

谷田　祐佳

株式会社うさぎ薬局

薬剤師（静岡県）

イギリスの医療

イギリスは国営の健康保険サービスである National Health Service（NHS）を通じて、税金による無料の医療サービスを提供している。また、医療供給体制も診療所から大学病院まで自由に選べ、フリーアクセスで受診できる日本とは違い、まずは登録した診療所の General Practitioner（GP:家庭医)を受診し、さらに専門的な治療の必要があれば地域内の専門病院へ紹介されるというシステムである。GP が高度サービス医療へのゲートキーパーとなり、Primary Care と二次・三次医療の機能分化がなされている。また、診療報酬も出来高払いの日本とは違い、イギリスでは Primary Care の担い手である GP の報酬が人頭払いをベースとしている。支払われる報酬が定額となるため、簡単な医療行為を薬局で行うことによる収入面のマイナスはなく、むしろ常に激務の GP にとっては代わりに仕事をしてくれるので業務負担の軽減につながる。この背景もあり、イギリスの薬局ではどんどん職域を拡大している。 さらにイギリスでは GP 不足のため患者が GP の予約をとりにくく、国民の医療へのアクセスが極端に悪い。薬局のほうがアクセスしやすいこともあり、国民は風邪や軽症のけが程度では GP を訪れず、まずコンタクトをとるのは薬局のようだ。この流れもあり保健省が中心となり薬剤師の臨床面への進出が進み、軽度な疾患に対する対応、慢性疾患の管理、あるいはクラミジアなど性感染症のスクリーニング等々、薬剤師の新しい役割が求められるようになった。また、それに伴い薬剤師が新しい業務に専念できるように調剤室の運営はファーマシーテクニシャンに委ねられるようになった。

イギリスの薬局

イギリスではテクニシャン、アシスタントいずれも国で認められた資格職である。また、調剤過程の大部分はテクニシャンによって行われていて、日本の薬剤師が行える「処方監査」「調剤」「最終監査」「服薬指導」の4つの業務のうち「処方監査」以外の3つをイギリスのテクニシャンは日常業務として行うことができる。これにより、イギリスの薬剤師はより専門知識を活かした、リピート調剤、補足的処方、PGD(Patient Group Direction)、独立処方等の日本にはない多くの重要な役割を果たし、医師の機能を補う役割を担っている。

イギリスではリピート処方箋の需要が加速したことにより、「オンライン処方調剤サービス」が近年台頭した。患者が薬局のウェブサイト上で申し込みをすると、受付後 48 時間以内に薬を受け取ることができるサービスだ。このようにイギリスは日本より ICT 化が進み、電子医療記録・電子処方箋のネットワークサービスや医療機関のオンライン予約など医療関係者だけでなく患者の利便性も良いと感じた。また、リピート処方箋が発達しているため、患者によっては1年間全く GP に会わないということもありうる。その間の患者の症状・服用チェックはもちろん薬剤師の仕事で、イギリスの薬局内には患者の健康相談を受ける個室のコンサルティングルームが設置されている。ここで得られた情報は必要に応じて薬剤師が薬物治療学的観点から問題点を見つけ出し、適切なアドバイスを添えて GP にフィードバックするなど包括的な医療サービスも行われている。

イギリスの薬学教育

イギリスでは晴れて国家試験に合格しても、免許取得後の２年間はまだまだ半人前として扱われていることもり、免許取得後２年間の新人薬剤師研修制度であるファンデーション制度がというものがある。これは日本でいう研修医制度のようなもので、薬剤師として必須のすべての分野に精通したジェネラリスト薬剤師になるまでの課程である。また、ファンデーションを修了しても、それで終わりではなく、次は全薬剤師を対象とした統一職能認定制度のファクルティが待っている。

また、イギリスでは中堅薬剤師を対象とした大学の教育プログラムがたくさんあり、段階的な継続教育を受けることができる。そのためイギリスではキャリアアップのためにパートタイム大学に戻り、再び職業人としての系統だった勉強をするのが一般的だそうだ。また、イギリスでは CPD を薬剤師の義務としている。CPD とは4つのステップからなり、日々の薬剤師業務や役割のなかで必要な知識・スキルは何かを振返って、①自己判断し、それに対して②学習計画をたて、③実践し、それを④評価するという一連のサイクルである。イギリスでは１年で最低９個の CPD を行うよう法令で定めており、免許の更新の際に CPD の記録を提出することになっている。イギリスの教育は教わるのではなく、自ら学んでいく主体性と積極性に重きを置いていると感じた。

感想

今回の視察の感想として、イギリスの薬局、薬剤師、薬学教育は進んでいるなと正直感じた。求められるニーズや社会的医療経済学的背景が異なるので単純にイギリスと日本の長短を比較することはできないが、イギリスの薬局、薬剤師は、時代の変化を敏感に感じ取り、社会から求められる医療を提供できるよう努めてきたことで現在の社会的ステータスを確立し、今も模索しているように感じる。 日本では、2025年問題を迎えるにあたり、薬局は地域包括システムの中で健康サポート機能や高度薬学管理機能、かかりつけ薬局、薬剤師機能を求められている。また、来年度から総合診療医教育がスタートすることがすでに決定しており、今後日本でも Primary Care と Secondary Care の機能分化が進むと考えられる。個人的には Primary Care として薬局がどのくらいできるのか試されている時期だと感じている。この流れをくむと、調剤中心の薬局から地域のヘルスアドバイザーとしての薬局へと変遷してきたイギリスに学ぶべきことは多々あり、イギリスの医療は日本の調剤薬局のあるべき未来像を考えるヒントになるのではないだろうか。

日々忙しく働いていると、なかなか仕事以外のことを考える余裕がないが、今回の視察でイギリスの医療にふれ日本との違いを感じる中で今一度薬局とは何か、薬剤師とは何かと立ち返って考えることができた。今後、薬局、薬剤師として地域住民の求める医療は何かを考える上で新しい視点を得ることができたように感じている。

最後に、今回の視察は非常に有意義なものとなりました。ご協力いただきました皆様に感謝いたします。

イギリス視察研修レポート

徳吉　淳一
有限会社　徳吉薬局
取締役　薬剤師（鳥取県）

イギリスの薬局薬剤師が国民に必要とされるのは、医療制度にある。

イギリスでは、医療費は無料であるが、その代わり、家庭医制度により、国民は医療機関へのアクセスが制限されている。イギリス国民は、自宅もしくわ、職場近くのクリニックに登録する必要があり、ファーストアクセスはそのクリニックを受診しないとNHSによる医療費無料の恩恵を受けることができない。そのため、イギリスの家庭医はとても多忙であり、一日に処理できる患者の数は限られている。また、NHSからの報酬も登録患者数に応じて設定され、一日に患者を何人診ようと報酬が変わらない。だから、イギリス国民は医療機関にかかりたいと思ったときに、電話で家庭医に予約をしようとしても、3~4日は待つことになり、軽症と思われる風邪症状の場合、受診を待っている意味がない。そこでイギリス国民は、薬局へ行き、薬剤師と様々な対話をすることで薬剤を選択してもらい購入する。このような理由で、イギリス国民にとって薬局はアクセスもよく、生活になくてはならない存在である。このように制度的にも、日本との違いは明らかであるが、国民目線で考えると、日本の国民皆保険制度は、いつでもどこでも保険証さえあれば同じ医療が受けることができるという意味では、とても素晴らしい制度と言える。だが、財政的に医療費が上がるので厳しい。

イギリスの薬剤師は医師にも必要とされている。

日本のクリニックの医療行為はほぼ出来高払いであるので、患者を診察すればするほど報酬を請求でき医療機関は経営的に有利である。だから、受診を抑制することにつながる制度などに対して敏感であり、また、2週間しか薬を処方しないこともある。

一方イギリスのクリニックは、患者登録数で報酬がきまるので、1日に何人患者を診察しようとNHSからの報酬は変わらない。だから、たくさん診察しようとしない不可抗力が働く。また、多くのペーパー業務があり、とても多忙であるために、1日に診れる患者数は限られてしまう。そこで、慢性疾患患者で安定している患者はリフィル処方箋により長期処方である。

イギリスの医師は他職種に多くの権限を与えることに寛容である。

PGDのように契約内容に乗っ取っていれば、医師以外の薬剤師・看護師に処方権を与えているし、最近では独立処方薬剤師・看護師と呼ばれる資格制度をつくり、その資格を有した薬剤師、看護師は患者を診察し、診断を下し、薬を処方することができる。ただし、実際は、全責任がもちろん薬剤師に及ぶわけなので、まだまだ少数の薬剤師しかこのような行為は行っていない。

日本の薬剤師が、このような独立処方ができるようになることがゴールなのか？

私は決してそうではなく、医師は診察、診断、薬の処方であり、薬剤師の目指すところは、処方された薬が最高の効果を発揮することであると考えている。そのために、特に、処方監査、服薬状況の確認、相互作用の確認を徹底して、患者に対して薬剤師の役割をしっかりと伝えることが大切であると今回のイギリスでの研修を通じて改めて感じた。

イギリス視察研修を終えて

中川　真弥
株式会社メディカルサポート
薬剤師　（東京都）

今回の研修前に、予備知識を高めようと様々な資料による学習を試みた。ところが、日本とは異なる医療制度が私には複雑に感じられ、それだけでなく遠く離れた異国での医療といった事に対していまいち実感がわかなかったことや自身の理解力のなさもあったのだろう、多くの疑問を抱えたままの出発となった。

しかし、現地で様々な講義を受け、実際に薬局を見学させていただき、更にはイギリスに住む人々の生活などを滞在中の様々なシーンから肌で感じることにより、知識としてだけではなく体感してたくさんの事を理解し吸収することができた。

全く異なる文化の日本とイギリスが抱えている医療の課題に多くの共通点があることを知ったのだが、日本の調剤薬局で働いている私が日常的に感じていた課題の答えに繋がるヒントがイギリスで見つかったように思う。

（ページ数に限りがあるため施設説明は割愛させて頂きました）

≪イギリスの医療制度≫

イギリスの医療はかなりシビアに感じた。不調を訴えても緊急性がなければすぐに診てもらうことができないし、運よく入院・治療を受けられてもすぐに退院させられてしまっては患者が不安にならないのだろうかと。しかし、日本の治療サービスが過剰なのかもしれないとの気付きもあった。日本は手厚い医療がある反面、患者や医師が求めただけ過分に治療を受けることもある。はたしてそれは、患者に対して親切なのだろうか、本当に患者は守られているということだろうか？必要のない過分な治療であるか否かは患者にはわからない場合も多いのだから、エビデンスに基づいた効率よい短期治療で得られる患者の安心感や満足感こそ重要なのではないだろうか。ただ、過小治療により再発を繰り返してしまうことは問題なので、そのバランスは難しいとも思う。

≪コミュニティ薬局と公衆衛生≫

イギリスの薬局では様々なサービスを行うことで薬局に足を運ぶ機会が増え、人間関係を構築することにより本当の意味での「かかりつけ薬局」となっていく様子が感じられた。日本の調剤薬局はお薬をもらうためだけのために訪れる患者様が多く、限られた投薬時間だけのコミュニケーションで本当に患者様のサポーターになれているのだろうか。イギリスの課題にもあるように日本も地域や福祉との連携により、医療従事者や介護などチームを組んでの仕事が求められているが、その他にも限られた人々の為の薬局ではなく老若男女様々な方にとって来局の機会があり、健康のサポートができることが重要だと感じた。

（王立御用達のシンボル）

≪John Bell & Croyden≫

富裕層を対象にした薬局やクリニックがあるというのが、階級社会のイギリスならではの発想だと感じた。しかし、イギリスだけでなく薬局間の競争が激しくなる中で、日本においても生き残りのためには様々なサービスや発想をもって他の薬局との差別化を設けることは大切である。私が勤務する調剤薬局は高級住宅街として知られる白金に近く、弊社には他にも広尾店や恵比寿店といった

車イスに対するネガティブイメージの払しょくのために作られたスワロフスキーを散りばめた車いす

富裕層や芸能人などが訪れることもある店舗が存在している。先日、私の店にも某有名人が「薬局でしか手に入らない、アレルギー体質の赤ちゃんにも優しいボディーソープがあると聞いたのですが、こちらに置いていますか？」と来店された。あいにく取り揃えていなかったのだが、少し高価でも珍しいものや話題のものはよく売れる立地であるため、そのようなものを多数取り揃えて置くことで他と差別化を図れるかもしれない。もちろん、日本における薬局は一部の人のための物であってはいけないと思うので、誰でも入りやすい状況は維持しなければならないが、薬局で通常行われているサービスについても、ママタレントから拡散され薬局のサービスとしての認知度が上がるかもしれないし、その薬局に行くといつも珍しいものや新しい発見があるとか、その薬局がかかりつけであることがステータスだと感じてもらえるのも面白い試みだと感じた。

≪Green Light Pharmacy≫

（麻薬中毒者への投薬専用ブース）

イギリスでは医師と薬剤師の信頼関係が強いため、与えられる業務も多く、薬剤師の仕事の可能性が広いと感じた。服薬指導に関しては、投薬時に箱で渡して用法や用量などについては中に入っている説明書を各自読んでもらうという、かなり患者の責任に任され行われているという事実には驚きだったが、細かなことまで介入することはプライバシー侵害だと嫌がる国民性にも原因があるようだ。MUR や NMS といった制度ができ、これからどのように変わるのか気になるところだが、正しく薬を服用開始させられた患者がわずか16%しかいなかったとは低すぎると思うので、より良く患者の薬識を高め改善されていくことを期待したい。日英の調剤薬局の制度を比較して、国民性の違いや文化の違いが影響し、それぞれのやり方には独特な違いは存在しどちらが優れているとは言えないがそれぞれの違いを実感し、まさにカルチャーショックを受けた。自身の服薬指導内容は、本当に患者が欲している情報なのか改めて見直していかなければならないと、ハッとさせられる講義であった。

≪王立薬学協会≫（ご理解頂くため、制度説明を記載）

① FOUNDATION

この制度は新人薬剤師やブランクがある薬剤師などの基礎的な職能を高めるサポートシステムで、薬剤師に必要な知識・所作・スキル・経験などを学ぶもの。王立薬学協会の会員であれば登録料は無く、自由に学習に参加できる。毎年、総大会を開き職能を競い合ったり技術や質を高めるための発表も行ったりしている。どのような患者も質の良い医療を受けられるように薬剤師のレベルを上げようとの思いが込められた制度なのだが、新人の教育だけでなく、新人を教育する上司にもある程度の基準が求められ、教育をしながらも自身の能力の未熟さに気が付くなど指導者にとっても向上心をもてる仕組みでもある。

FOUNDATION の受講対象者は新人だけではない。出産や育児のために長期休んでいた者や、しばらく海外に渡航していたなど様々な理由で現場を離れていた者、薬局から病院への転職やその逆への転職により、新たに各職場で必要とされる基礎的な知識をブラッシュアップしたいと考える者に対してもサポートしてくれる。その内容やレベルは、自身がどのような能力を既に習得している

か細かなチェック項目があり、自分の弱点は何か、どの程度能力が向上したのかがわかりやすい仕組みになっているという。各受講者の習熟度をチェックするための評価方法としては、まず、書類によるものが2通りある。一つ目が自己アピールの為の履歴書のようなものを自身で作成したもの、もう一つは職場のスタッフなどに自身を評価した推薦状を作成してもらったもの。それらのレポートによって審査され評価されるというものだ。書類による評価の他には口頭試験も設けられているのだが、協会スタッフが抜き打ちで職場に現れて様々なインタビューをし、それに受講者が答えるという評価試験だ。イギリス王立協会では5年後までに全ての薬剤師をこのシステムの受講対象者にしたいとの話だった。

② FACULTY（認定薬剤師）

この制度は２０１３年から始められたまだ新しいシステムで、FOUNDATION の研修段階を終えたにベテラン薬剤師を対象とした生涯学習のためのものである。受講料は£３００（６万円くらい）かかり、受講の有効期間は5年間。自分に足りない分野を見つけるための学習ツールにもなっているため、様々なカテゴリーやレベルが用意されていて、１０年以上勤務していればどのレベルからでもスタートできる。評価は FOUNDATION 同様に、自己アピールの書類と他者からの推薦書類によるもので、勤務１０年未満の受講者はまだ職務実績が少ないため、抜き打ち訪問による口答試験も加えての評価となる。

教育制度の他、現在のイギリスが抱える医療の問題など実に様々なテーマに沿って貴重なお話をいただいた。イギリスは階級社会といわれるが、薬剤師の世界においてもその能力や知識など個人の実力差によって明らかな待遇の違いなどもあるのだろう。多民族の集まる国ということもありそれぞれの薬剤師たちがこれまでに受けてきた教育、生活や文化などは様々な違いがあるのだが、どのようなバックグラウンドを持った者でも共通の教育システムや評価システムにより一定の基準に沿ったレベルに育成され、系統だった治療システムを構築することで基準に沿った医療を提供できるようになっている。教育が整備され高い能力を持った薬剤師が育成されているため、その信頼も厚く日本では当たり前に医師が行っているような多くの仕事を任されているのだろう。GP の仕事のサポートや患者の医薬品の適正使用のためのサポート、必要以上に薬が処方されていないかのチェックや退院時の処方に誤りがないかのチェックなど、医師不足解消のため、医療費抑制のために薬剤師の活躍がますます望まれている。

（感想）

日本でも FOUNDATION や FACULTY のような研修システムの導入を検討したいとのことで、本国からの視察団が王立薬学協会を訪問したとのこと。自身のレベルや苦手な分野がわかりやすく可視化されるのは、効率的に学習をすることができるので大変うらやましく思った。しかし、イギリスの薬剤師の方々も感じているようだが、日々の業務が忙しい中で自己アピールの書類を作ったり、また職場の人に書類を作成してもらったりしなければならないのは、かなり時間的にも労力的にも負担になるだろう。子育てをしなが

ら、家事をしながら、日常の業務もこなしながら、さらに研修の書類作成とやっていく自信がないのが現状かもしれない。日本の多くの薬剤師の性格的にも自己アピールの書類というのはなかなかハードルの高い作業だと思う。ただ、現状として学習する機会や勉強会に参加できる機会がかなり少ないのも事実だ。もっと学習を積んでより高い知識や能力を身に着けていかなければいけないなと反省した。

≪現地家庭医の先生のお話≫

最後に、イギリスで GP として活躍されている佐々江先生とのディスカッション形式での講義だった。Q&A のような形でのお話となるため、様々な分野に関するお話を伺うことができた。この項では、医師のお話から感じた私自身の感想や、個人の体験も交えての構成とする。

・先の項でもあった通りイギリスでは不調時にまずは GP を受診する。GP により治療が可能なのはそのうちの90%くらいで、10%程度が専門医への紹介になるとのこと。紹介状はカルテの電子情報を仲介サービスに送り、そこから専門医へと送られるシステム。GP で決められたガイドラインに則って治療が行われ、それ以上の専門性が必要な時にしか専門医へ紹介をしてはいけない決まりのため、専門家への紹介が必要な段階でないと判断されてしまうと、申請が却下されてしまうこともあるようだ。この仲介の段階でかなり時間がかかり、何か月も待たされることもあれば、早くして欲しいと自己主張を強めた患者が優先されることもある。

・リピート処方をすることで時間もお金も無駄が省ける。日本では安全性などの問題を提起する医師会からの反発がありなかなか進まないが、佐々江先生はリピート処方を安全ではないと感じた経験はないとのこと。帰国後、日本の大病院で働く医師にもリピート処方について個人的感想を伺ったが、リピート処方に賛成されていた。症状が安定しコントロールされているのに、毎月のように受診しなければいけない理由はなく、医師は非常に忙しいのに安定した患者が頻繁に受診されて診察に時間を取られてしまうのも困るとのこと。そのため、安定している患者には極力長期処方にしているが、あまり長期日数の処方を出していると、頻繁に受診させる必要性を訴える街の医師から反発を受け、医師会を通じて忠告が来ることもあるのでやりにくいとのお話だった。そのように、日本では基本的に処方の日数に関してさえも医師に決定権があるが、イギリスでは患者の残薬や次回受診可能日など患者都合が優先される。GP も忙しく診察回数は収入に影響が無いので、頻繁に受診の必要がない場合はリピートを望むのだろう。

・日本では何に関しても医師に権利が委ねられ過ぎていて薬剤師の発言権もあまりないように感じるが、イギリスは薬の事は薬剤師に、緩和ケアなどに関しては看護師にと医師が各専門家に各々の専門分野に関しては頼り、分業が明確化されていることで、各々の専門能力が発揮されているようだ。佐々江先生は4，800人もの患者さんを3人の GP で担当してらっしゃるので大変忙しいとのこと、そのため薬剤師や看護師などの各専門家にそれぞれの専門分野は担当してもらいたいとのお話だった。

・医師免許は更新制。毎年自分の目標を決めてそれを達成したか、そのエビデンスはどのようなものなのかを記録する。更に、様々な学習をすることでポイントが加算される。それらを評価する

のは、その本人に関わりや個人的な繋がりのない他の GP が行う。それら評価を5年分集約して GMC と呼ばれる医師免許の登録や、取り消し、評価などをする機関に送る。医師は常に向上心を持って、自己研鑽に励まなければならず日々の診療もたくさんの患者を抱えていて本当に忙しそうだ。各々の専門家が高いレベルにあり、それをお互いに認め信頼しチーム医療の形が構築されているのだなと感じた。

イギリスでは経済政策で GP の数や GP の収入を減らしたりすることもあるようだ。GP 不足で仕事量が増えるうえ、GP の給料が下がるとなると仕事としての人気も落ちる。そのような中でも自己研鑽に励み続ける医師たちは素晴らしいと思う。私たち日本の薬剤師は免許更新制ではないが、それに甘んじて堕落することのないよう日々能力向上のための努力を続けなければならない。経済政策や世間の批判などの影響を受け薬剤師がその価値を軽んじられることの無いよう、医療の現場で専門性を発揮し人々の健康の為に他専門医療者と力を合わせて活躍していき必要とされる人材でありたいと思った。

イギリス視察研修報告

中野　洋平

株式会社メディカルサポート

薬剤師（青森県）

1）イギリス医療について

・NHS(National Health Service)　類：国民皆保険制度
医療費原則無料
→日本と同様医療費膨大が課題

・国民は GP(家庭医)に義務登録　（1週間待ち当たり前）
薬局が最初の窓口になりつつある(医療費抑止に繋がる)

・薬局でのサービス
エッセンシャルサービス：調剤・健康増進活動・OTC 販売
アドバンスドサービス：
MUR(医薬品使用見直し：薬の必要 性、副作用確認)
NMS(新処方薬サービス：薬の妥当性、相互作用チェック)
負荷サービス：時間外対応、外国語対応
公衆衛生(薬物依存治療、禁煙指導、クラミジア検査　など)

・医療費の内生活習慣病比率7割　薬局での健康増進活動が期待されている
課題：国民に薬局のサービスが十分理解されていない
➡広報や新聞等でアピール　薬剤師も他職種との連携急務

2）コミュニティ薬局(John Bell and Croydon)見学

・王室御用達　観光客等お多く訪れる(処方品も高め)
介護用品にも力を入れ、一見派手な商品も置く
→介護＝暗いイメージの払しょく　老後を楽しくする発想

3）薬局ウォーキングツアー

・薬局再大手 Boots 店舗見学
ヘルスチェック機設置・それをもとにアドバイス
予防接種(イギリスの薬剤師は数日研修うければ接種資格とれる)
調剤ではなく、前述のｱﾄﾞﾊﾞﾝｽ・負荷サービスを重視している
イギリス人愛用の香水、おもちゃ売り場等十分確保し、誰でも入りやすい環境

・薬局内従業員分類
アシスタント：患者への問診　薬剤ピッキング
テクニシャン：薬剤監査　投薬(服薬指導はない　薬箱に説明書入り
薬剤師：処方監査　治療方針計画・決定・見直し　ガイドライン外の治療アドバイス

処方(全薬剤師の1割程　国立医療技術評価機構が作る処方マニュアルが存在)

・イギリスの薬の分類
GSL：薬剤師不在のスーパーなどでも購入可能
P：薬剤師のいる薬局で購入可能
POM：処方箋取り扱いのみ

4）英国王立薬学協会(RPS) 類：日本薬剤師会

目的：薬剤師の職能向上にむけた活動　他会と連携し治療ガイドライン作成　医薬情報発信

・卒後教育システムの作成

FOUNDATION：新人薬剤師、職場復帰薬剤師向けカリキュラム
FACULTY：認定薬剤師制度(専門・他職種連携・ﾘｰﾀﾞｰ・ﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄなど多分野)

実技、筆記試験、ポートフィリオ作成、上司評価、外部評価等取得は大変難しい

・薬剤師職能拡張

薬局の改革(風邪等小病対応　慢性疾患対応　在宅業務　入院短縮　公衆衛生)を目指す

難点：国民に理解されていない　医師の中によく思わない人もいる

現状国内医師不足→薬剤師の活動チャンス

5）現地GPより

GP：地域かかりつけ・総合診療医(NHS認可)

GP3～4人で登録患者4000人程

出来高制ではなく、患者数で報酬が決まる

機材は初歩的　要検査の方は病院紹介(時間かかる)

患者さんの内、本当にすぐ診なければならない患者は少ない(予約の段階でトリアージ重要)

→医療費増の要因につながらないようにEBM意識

不必要な医療・薬剤ないよう、ガイドラインに沿った治療

薬剤については専門家である薬剤師に問い合わせ

6）展望

医療費の膨大、調剤からOTC薬、健康サポートへのシフト、医療費抑制に薬局薬剤師の重要性、しかしまだ国・国民への理解はされていないこと。薬局・薬剤師における制度の違いはあるが、日本も英国も状況・問題は類似している。

現在日本では医薬の分業の是非が議論されているが、分業のメリットが活かされていないというのも最もで、薬局ビジネスが先行してしまい、薬剤師業務が期待に応えられていないためだ。

現地薬剤師・スタッフの方々とお話しして一番思ったことは、自己研鑽への意識の違いである。正社員・パート、薬剤師・テクニシャン・アシスタント問わず、自身を高めることを怠らない姿勢が見られた。そういった姿勢が成果・実績とつながり、今の職域も得られている。もちろん、国ごとに医療制度が異なるので、日本ではまだまだ同じようには進むのは難しいことではあるが、今できる・求められている、医療費削減のためのGE医薬品の普及・残薬解消、かかりつけ薬局・薬剤師と呼ばれる、1枚の処方箋・薬にとどまらず、健康・介護相談、OTC販売等サポート・サービス活動を地道に進める他ならない。

その積み重ねが、薬剤師職域拡大の可能性につながると信じている。

イギリス視察研修レポート

西平　聡吾

株式会社アクロス

薬剤師　（山口県）

今回初めて、海外視察研修に参加させていただきました。
今まで、10 数年前にオーストラリアを旅行した際に、町の薬局で胃薬を購入した機会がありましたが、今回はイギリス視察研修で、現地で活躍されている日本人薬剤師、通訳、ガイドの方々にコーディネートして頂いたことで、単に「見る」だけでなく、よく「知る」「聞く」ことができ、貴重な経験を得る素晴らしい機会となりました。また、参加された方との交流し、自身を含め同じ仲間達と、日本の医療制度、薬局、薬剤師は、将来どこへどう向かっていくべきかを考えさせられ、文化や制度の違いもありますが、大きなヒントを得られたと感じます。

[イギリスと日本の医療の違い]

日本の皆保険制度のモデルとなった「NHS（ナショナルヘルスケアサービス）」というシステムがあり、6か月以上合法的に居住していれば加入でき、無償で医療を受けることが出来ます。一部の例外（処方薬、歯科や眼科検診）がありますが、原則無料というのは国民にとって大きな魅力で、支持され続けています。
政府が運営するこの国民保険サービスは、税収の一般財源にて賄われているため、医療費の増大による財政困難や政治の影響も受けやすい面は日本と変わりません。

イギリスで最初に医療を受けるためには、「GP（General Practitioner）」と言われる家庭医にかかる必要があります。GPは地域住民（受診者）に登録されており「かかりつけ医」としての機能を持っています。当然ながら総合診療となり、入院・検査等が必要となれば専門医や病院への紹介となります。過剰な医療アクセスを防ぐゲートキーパー役を担っており、かかりつけ医によるプライマリーケアと専門性の高い病院によるセカンダリーケアの機能分化が進んでいます。
現地の日本人医師のクリニックでは医師３名で約4,800人の患者登録があるそうです。多くの患者が登録されているため、予約制であり、数週間も待たされる弊害が生じています。
また診療報酬の概念がなく、登録されている患者数、いわゆる「人頭払い」のシステムで医師の給料も決まります。
日本における、患者が複数の医療機関に受診できる「フリーアクセス」、民間中心の医療機関が一日に何人の患者を診た「出来高払い」の診療報酬は、医療費が膨張し続ける要素となっていますが、イギリス政府主導の NHS のシステムは医療費を抑える統制が効いているといえるでしょう。

[イギリスの薬局・薬剤師]

イギリスでは完全分業が成り立っています。薬局内にも分業・分担？が進んでおり、「アシスタント」、「テクニシャン」、「薬剤師」の３つの職種が存在します。
「アシスタント」は、処方せんに基づき薬の取り揃え・ピッキング。
「テクニシャン」は、取り揃えた薬の確認し薬剤師に鑑査してもらい、患者になんと投薬！
箱出し調剤が一般的で、例えば 28 日分の箱を渡すだけで服薬指導はしない。患者は箱の中の服薬支援文書で確認する仕組みで

自己責任で服用するのが当然の文化。
「薬剤師」は、取り揃えた薬の鑑査、必要あれば疑義照会（ﾃｸﾆｼｬﾝにもできる内容もあり）。さらに必要があれば患者へのコンサルテーションやカウンセリングを行う。
　薬剤師は対物より対人業務が中心で、薬局内にプライバシー配慮されたカウンターや、カウンセリングルームが設置されています。

　薬剤師の対人業務として、MUR、NMS という加算業務があります。
MUR＝メディシン・ユーズ・レビュー
慢性疾患患者の飲んでいる薬に一定期間後、副作用や異変がないか確認するサービス。
リピート処方せんが増えており、何か問題ありそうな患者をピックアップして対応。
NMR＝ニュー・メディシン・サービス
新しい薬が処方された時に、服薬確認するサービス。例えば、吸入指導など。

　また日本と大きく違い、イギリスでは薬剤師の「独立処方権」が認められていることです。特定のカリキュラムを卒業し GP の元で臨床研修を受けた薬剤師には、独立処方権が与えられています。患者にヒアリングを行い、「NICE」という処方に関するマニュアルで、年齢性別群、EBM、コストメリットに基づいた薬の選定が出来るようになっています。
　視察した薬局では、糖尿病・気管支喘息・COPD を専門とした独立処方権を持つ薬剤師が居られ、専門外は GP に任されるとのことでした。

[総括]
　イギリスでは、薬局薬剤師が信頼されており、患者・地域住民と親密な関係を構築していくために、薬剤師の権限・業務の拡大に繋がっていると感じました。日本においても、仕組みに左右され、日常業務のみに終始するのであれば、進化・発展はありえません。未来に向かって、薬局・薬剤師業務の質・サービスの向上へ、地域の皆様に貢献するためにもっともっとアピールできるように考え・行動する事が必要です。まず対物業務から対人業務へルーティーンの見直しから始めていこうと思います。

　最後に、視察研修を企画立案された Kae マネジメントの駒形様、サポートして頂いた現地で活躍されている日本人薬剤師・医師の方々、マイチケットの岩井様、共に研修参加された方々と貴重な体験を共有できたことに、心より感謝申し上げます。

研修報告書　HSE 海外視察 in イギリス

新田　修平
株式会社
ハッピーファーマシー
薬剤師　（愛媛県）

＜研修内容＞

ロンドン州の公衆衛生部に勤務する吉崎美穂氏より、イギリスの医療制度である National Health Service(NHS)についての概要のレクチャー。

NHS は、全ての人に、原則無料で、医学的必要に応じて医療が提供されるという 3 つの原理を基に設立され、現在でも全ての住民に無料で医療を提供しています。また、全ての住民がかかりつけ診療所への登録が義務付けられており、まずはそちらへの受診が基本となっています。診療所では診療報酬も出来高払いではなく、人頭報酬＋成果報酬となっているため、日本の医療制度とは大きく異なっている事が分かります。また、イギリスは大きく 4 つの地方がありますが、NHS イングランド、NHS スコットランドといったようにそれぞれの医療制度が存在します。また、イギリスのコミュニティ薬局についても教えて頂きました。薬局でのサービスは大きく 3 つに分けられます。調剤・OTC の販売等の必須サービス、診療室の規定を満たした薬局での高度サービス、そして外国語によるサービス等の付加サービスがあるようです。

また、Glenn Stewart 氏からコミュニティ薬局についてもレクチャーして頂きました。コミュニティ薬局とは、誰もが最初に医療等のアドバイスを受けるために行く所であり、簡単にアクセスでき、老若男女問わず利用できる場所と位置付けられているようです。そのようになってきた背景には 2009 年に流行した豚インフルエンザがきっかけとなり、薬局の対応に注目が集ってきたことがあげられるようです。それ以降、各薬局にて健康・医療における対応が幅広くなってきているとの事でした。

王室御用達のコミュニティ薬局の見学

この薬局では調剤から始まり、OTC 販売を併設し、カウンセリングルームやリハビリ等のサポートも行っています。また、薬局内にクリニックもいくつか併設されており、処方権を持つ薬剤師も在籍しているようです。薬局を訪れる利用者のうち海外からの利用者も 20%を超えており、より幅広く患者のニーズに応えていくよう変化し続けているとの事です。

コミュニティ薬局である Green Light Pharmacy の見学

こちらの薬局ではまずリピート処方について教えて頂きました。実際に処方箋も見せて頂きましたが、6 リピートの処方では 1 ヵ月分の処方箋が 6 枚つづりになっており、来局するごとに 1 枚ずつ処理していくもののようです。リピート処方の対象とのなるのは、症状が安定している事と長期疾患であることが大前提です。それを踏まえて医師がリピート処方に切り替えているようです。その薬局側のメリットは、医薬品の無駄が減る、疑義照会が減る、薬の観点から薬剤師の方が体調の異常を判断しやすい等があり、患者のメリットは受診回数が減る、残薬が減ることなどがあります。デメリットとしては病院と薬局の連携が不可欠であること、患者の症状に変化があった時の対応等があるようです。そしてこの薬局にも処方権を持つ薬剤師が在籍しており、実際に話を聞くことができました。イギリスでは薬剤師のみならず看護師や理学療法士にも処方権を得るための資格があるようです。主に医師の多忙さや公衆衛生の増進、職能の増進のために資格ができたという背景があるようです。どのような薬でも処方はできるが、原則として自分の責任

のとれない専門外の薬は処方してはいけない暗黙の決まりがあるようです。その後、薬局内を見学させて頂きました。リピート処方の患者の薬の管理方法についても見せて頂きました。また、投薬にはパーテーションが必須となっており、薬物中毒者のための個室等も完備されておりました。

王立薬学協会の見学

王立薬学協会とは、国民の健康を向上させる薬学集団であり、薬剤師の職能を向上させる組織であります。特に薬剤師の研修制度についてが印象的でした。新人薬剤師の研修薬剤師制度、それを経てからの認定薬剤師制度があります。また、日本の薬剤師会の方もこの研修制度について視察をしているようで、近い将来日本でもこの制度が導入されるかもしれないようです。

家庭医(GP)によるレクチャー

現地で働く日本人の GP からの質疑応答形式でのレクチャーでした。GP を受診するために 2 日~1 週間以上でないと予約が取れない状況もあるようで、リピート処方や薬剤師等の処方権についてはとても有用のようです。また、イギリスにも高齢者施設があり、そちらにも赴いているとの事で、高齢化については日本と同じようになってきているのだと実感しました。

≪感想≫

今回のイギリス研修では、他国の医療制度や薬剤師としての在り方を学ぶことが出来ましたので、本当に有意義で充実したものでした。研修中に特に感じたのが、各薬局や施設のどのスタッフも、患者や地域の事を一番に考えているという事でした。患者のために何をできるか、地域のために何ができるかを常に考えていないとできない事と思います。今私は、目の前の仕事をこなしているだけになりがちなのですが、そういった考えを持って仕事に臨んでいるということがとても新鮮であり刺激的でした。この研修を機に自分の仕事を改めて見直し、イギリスで学んだことを自分達の薬局の中で活かしていけるように、また会社全体に浸透させ、地域に貢献できるように一層努力していきます。

イギリス海外視察研修報告

野村　加奈恵

株式会社フォーラル

薬剤師　（東京都）

○医療制度の違い

医療費は財源に大きな違いがある。日本が主に保険料で賄われ、支払い能力に応じて負担額が異なる。対してイギリスは、国民保健サービス（＝NHS）という患者さんの医療ニーズに対して公平なサービスを提供するために設立されたもので医療費を出費しており、主に税金で賄われている。支払い能力にかかわらず利用可能であり、自己負担は原則無料である。
患者さんの医療費＝国の負担は以下となる。

A＆E（救命救急）：127 ポンド
家庭医：80 ポンド
薬局：30 ポンド　処方箋が発行される場合、1 剤につき 8.2 ポンド（※この薬代は自己負担）

○家庭医の役割

イギリスでは、患者さんは家や職場付近の家庭医（以下、GP）に登録する。体調不良などがあれば、まずはGPに診察予約を行うシステムである。家庭医で手が負えない症状の場合は、専門医のいる病院へ患者さんを紹介するなどゲートキーパーの役割を担っている。ただ、ここで問題がある。現状、家庭医に受診するまで 1 週間以上待つことが普通のようで緊急時などすぐに診てもらえない。診察に時間がかかることで、患者さんがGPではなく、緊急時に高度医療の救急に駆け込む動きがある。

○薬局の立場

イギリスの薬局は、住民にとって身近な存在である。医療のことでアドバイスを求める場所として薬局が一番に挙げられる。大きな理由としては、すぐに無料でスペシャリストと相談できることである。また、医療費は無料だが、薬代は自己負担である。処方箋により調剤された薬は 1 剤につき 8.2 ポンドかかるが、OTCだと約 6 ポンドと安く、この負担からも薬局で相談して購入することが多いようだ。
しかし、薬局サービスはまだまだ知られていないこともあり、様々な取り組みにより認知度を上げる努力をしている。

○薬局薬剤師の役割

薬局の役割は様々な体調不良時の相談、OTCの販売、予防接種、公衆衛生（緊急ピル、禁煙指導、禁酒、食事など）についてのサービスなどがある。上記、GPがゲートキーパーとして整備している医療システムだが、GP不足やGPの高齢化などにより仕事量が増えている。また、医療費負担（前述）から見てわかる通り、国の医療費を削減するためにも“より安く提供できる場所での役割を増やす＝薬局での業務を増やす”ことが求められている。その実現のために、薬局で行っているサービスのプロモーションや医師以外の処方権の拡大により、薬剤師の職域を広げることが重要視されており、そのノウハウの活用が求められている。

〇医師以外の処方権

医師以外の処方権は、薬剤師以外に歯科医、看護師、理学療法士などにも与えられる。薬剤師に関しては、イギリス薬剤師であること、免許取得後 2 年以上であること、25 時間以上の研修を受けること、大学院に行くこと(パートタイムで 6 か月間)で 70 項目以上の条件をクリアするなど様々な条件をクリアする必要がある。

〇リピート処方箋

イギリスでは、患者さんの同意のもとに医師がリピート処方箋を発行する。紙形式で、親処方箋に子処方箋(発行番号記載)をホチキスなどで止めセットにした状態で渡す。親処方箋の有効期間は 1 年が限度のようで、子処方での投薬は 1 か月程度が一般的のようだ。
対象患者は、慢性疾患(高血圧、糖尿病、喘息、COPD、甲状腺など)の方、治療が安定している方などが挙げられる。

〇薬局業務の違い

イギリスでは、患者さんにとって医療費が無料のため、日本のように患者さんに指導することが必須ではない。つまり、症状が安定している患者さんにリピート処方を続けることが前提であるが、その聞き取りを記録する義務がない。そのため、患者さんがすぐに帰りたいようであればニーズに応える。その点、薬局でも無駄がない。ただし、新規処方の患者さんや、慢性疾患のリピート処方の患者さんでもカウンセリングで効果が上がりそうな患者さんをピックアップして報酬を得るサービスが存在する。リピート処方の場合、患者さんが電話で次にいつ頃来局するか連絡をくれることが一般的のようだ。そのようなやり取りが普段からあるため、ちょっとした相談もしやすい環境にあると考える。

〇薬局薬剤師の職域の違い

イギリスでは全処方中リピート処方は 2/3 を占め、一般的に広がっている。リピート処方を受けた患者さんは病院よりも薬局を利用することが多く、薬剤師も知識を生かす機会が生まれる。また、予防接種も薬局で行うサービスとなっている。そして、処方権を取得した薬剤師は、診断から処方まで行えるため、GPとの連携により効率的な医療を提供でき、職域拡大によりモチベーションの向上にも繋がっている。

<まとめ>

今回のイギリス研修では、主に家庭医と調剤薬局の役割について学んだ。テクニシャンはもちろん存在するが、ほとんど話には出てこなかった。

根本的な制度の違いより難しい部分はあるが、薬剤師業務、職能の幅を広げるためにもリピート処方を進める必要性を感じた。

また、イギリスでは教育や資格を取得するために細かいマニュアルをマスターすることが必須である。GPに関してもマニュアルに則った治療サービスを行う。そのため、治療できる範囲が明確でありサービスのバラツキが少なく、高くも低くもない最低限の医療を提供できる点が良い点である。それ以上は専門医に紹介という流れである。日本はオリジナルの医療により、いわゆる町医者レベルでも知識や最新機械があれば高度なサービスを提供できてしまう点で、バラツキが大きい医療にある。

イギリスでは、医療従事者がチームとしてそれぞれの専門分野や知識を尊重することと、ポートフォリオといい、自己の評価を他の医療従事者に記録してもらうなど様々な職種との関わりが多いようでフラットなチーム医療が成り立っているが、日本では現状医師の立場がピラミッドの頂点となり医療従事者間の不平等が根強い。

日本と比較して、薬局業務に関しては、薬歴記載が必須ではないためカウンセリング時間や予防接種、OTCの販売など対人の時間が多く取れている印象を受けた。病院受診の早さは劣り、非効率的である。

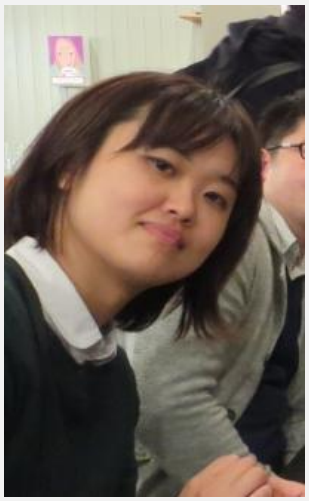
現在、英国王立薬剤師会では新たな薬剤師、経験の長い薬剤師の職能を上げるためのカリキュラム、マニュアル化を進めている。実際新たなシステムに関しては多くの項目があり、働きながら行うことは厳しいという意見もあるようだが、世界一のシステム作りに力を入れているようだ。

日本の今後の医療体制が、薬剤師が患者さんにより貢献できるようなものに変化することを期待したい。仕事の幅が増えることが向上心に繋がると考える。イギリスは世界の先頭に立ってそれを柔軟に実行している国であり、今でも現在進行形で医療制度や教育体制の改革が進められている。

今回、イギリスで学ばせて頂いた医療の違いは、現在の薬剤師業務のあり方を再度考える機会となりました。今後の店舗業務に生かしていきます。

貴重な経験をさせて頂きありがとうございました。

HSE・イギリス視察研修



引田　貴子

有限会社　徳吉薬局

薬剤師　（鳥取県）

今回のイギリス視察研修では、実際に現地の方々に様々なお話を聞き、イギリスの医療制度や薬局・薬剤師が医療にどのようにかかわっているのかなど今まで知らなかった「イギリスの医療」について多くのことを学ぶことができた。

＜NHS の概要、コミュニティ薬局の役割について＞

イギリスでは NHS（National Health Service）という医療制度のもと、すべての国民に対して原則無料で医療が提供される。NHS のサービスを受ける際には家庭医（GP）への登録が義務付けられている。病気になったときには GP にまず受診し、必要と判断されたときのみ専門医へ紹介される。どのような症状、不調であっても GP への受診が基本となっており、GP は高度サービス利用への門番役となっている。また、治療ガイドラインが詳細に決められていて、それに従って治療がおこなわれる。また、さまざまな監視、モニターシステムにより医療行為についてチェックが行われ、過小・過大医療の抑制、一定のクオリティー維持を目指している。住んでいる地域、収入などにかかわらず平等に医療が提供されることを目的とする制度となっている。

NHS は原則無料で診察を受けられるという半面、待ち時間が長く、数日・数週間待ちということもあり、その日に予約が取れたとしても何時間も待たなければならないということも珍しくないようである。そのため、イギリスでは地域の薬局（コミュニティ薬局）の役割は大きく、処方箋調剤だけでなく様々は医療サービスの提供が行われている。

薬局では、処方箋調剤、OTC 販売、予防接種、経口避妊薬の提供、禁煙指導、眼鏡・コンタクトレンズの販売、血圧測定、視力測定、健康相談など多岐にわたるサービスを提供している。また、GP に代わって慢性疾患など継続処方の処方権をもつ薬剤師も存在する。

＜OTC 販売について＞

イギリスでの薬の位置づけは、薬剤師がいなくてもスーパーなどで購入可能な GSL（General Sale List Medicines）、薬剤師のいる薬局で購入可能な P（Pharmacy Medicines）、処方箋取扱のみの POM（Prescription Only Medicines）の主に3つに分類される。それぞれ記号が薬のパッケージに記載されている。イギリスでは日本とくらべて広範囲の薬が P の分類で販売されている。そのため薬剤師以外の職種（テクニシャン、アシスタントなど）も販売に際しチェック項目を確認したうえで販売、必要な場合には薬剤師がさらにチェックして販売している。

確認項目としては、誰が服用・使用する薬か、どんな症状か、いつから症状が出ているか、症状に対して何か治療をおこなっているか、併用薬はあるか、などが挙げられる。さらに販売されているが規制のある薬もある。エフェドリンなど違法ドラッグの原料になる可能性のある薬、アスピリンなど一定量以上で中毒を起こしやすい薬、子供に投与できない成分を含む咳止めや風邪薬などがあげられる。規制のある薬については薬剤師が必ずチェックしてから販売する。

＜まとめ・感想＞

今回の研修を通じて、イギリスでは薬剤師は日本と比べてかかわることのできる医療サービスが広範囲にわたっていると感じた。日本の薬局においても禁煙指導など同様に行っていることもあるが、予防接種・処方箋発行もできる薬剤師がいることには驚いた。

イギリスの薬局での多様な医療サービスに触れることで、今後薬局の薬剤師として働いていく上で、薬局として、薬剤師として何ができるか、何をしなければならないかを改めて考えるよいきっかけとなったと思う。

最後に今回この研修に参加させていただき、貴重な体験をさせていただきありがとうございました。

（現地ドラッグストアでの予防接種を体験）

イギリスの医療制度の歴史

福田　淳
東ファーマシー株式会社
薬剤師　（長崎県）

1.ロンドン市内にある“John Bell and Croyden”訪問(2 日目)

王室御用達であることを明白に感じさせる店舗の広さや内装の装飾がまず目に留まった。来店者の多くが裕福な層の旅行者(サウジアラビアなど)とのことで高額な商品も展示されていた。目を見張る装飾の電動車いすの展示には、ライフスタイルをイメージできるようにと本物のJaguar が横に設置されている。車いすでの生活に老いという負のイメージを感じさせないようにとの気遣いだと説明された。薬局のスタンスは来店者への全体的なサポートを行いたいとのことで、医薬品をはじめ美容、健康食品、介護用品と幅広い品揃えをしているとのこと。各部門においてそれぞれにアドバイザーがついており、来店者への購入に対してのサポート体制が整っていた。薬局内に医師が勤務しており処方や相談が受けられる。さらに、処方のできる薬剤師も勤務しており、日本では見られない薬局のスタイルを見ることができた。疑問を感じたところは、日本では処方箋がないと購入できないネキシウム®などの販売があるものの、取り扱いの商品のアピールポイントとしては裕福な層を対象としているようで、商品の選択についは疑問を感じた。視察にて真似できないことが多々ある薬局であったが、来店者に対しての体制について、来店者が見て取るだけの配置の考慮だけではない、健康の相談役としての心遣いがあったことが、慌ただしく業務をこなすだけの自分の現状には非常に原点に返る思いを感じた。

2.イギリスの医療制度について(2 日目)

医療を人の権利と考えるイギリスでは、NHS のもとすべての住民に原則無料で医療が提供されていた。日本の医療制度との違いの１つには受診方法が登録制であることがあげられる。日本のようにフリーアクセスではなく、登録をしている診療所の受診を介して必要であれば専門を紹介される。イギリスのコミュニティ薬局のサービスは NHS イングランドの契約枠組みのもとで提供されているのこと。イギリスも日本と同じく超高齢化社会であり、医療費の問題があった。

3.　グループ視察　コース C“薬局ウォーキング”(3 日目)

イギリスを代表するドラッグストアである“Boots”をはじめ漢方を取り扱う薬局の見学を歩いて回った。“Boots”では OTC の販売を行うフロアを見学。店内にはパンフレットの設置がなされ、情報の提供が行われていることに目が留まった。疾患別に豊富な情報量が無料で提供されている。また、血圧、体重、視力検査、聴力検査を測定する健康器具が設置されており、測定するだけでなく質問形式で来店者が答えることにより、来店者が相談しやすくなるような工夫がされていた。インフルエンザの注射を薬剤師が行うことができ、実際に接種する様子を見学。日本との違いをみた。

4.　王立薬学協会(4 日目)

王立薬学協会は、日本でいう日本薬剤師会に当たる。キャリアや薬学研究、書物の出版、ガイドラインの作成などの職業支援や薬局・薬剤師の役割の啓蒙・啓発活動(公的手段（TV、議員、新聞など）を利用した普及)など職業団体としてイギリス薬剤師をリード

している。最近では、薬剤師の卒後研修や産後など一度職業を離れた薬剤師の復帰支援をする FOUNDATION という制度、薬剤師の能力を段階づけることで専門性を高めようとする FACULTY という制度をつくり、薬学の発展を支えているそうだ。FACULTY は日本薬剤師会が行っている生涯学習支援システム JPALS に当たると思えた。FOUNDATION は行える研修施設が限定的であることが課題であると考えるが、薬剤師が足りない日本でも取り入れることは薬剤師の確保だけでなく、質の向上にもつながるのではないかと考えさせられた。

5.GP(家庭医)とのディスカッション(4 日目)

イギリスの医療制度では、患者が受診したいのであれば登録した診療所を受診することになる。GP 制度の利点は、①患者を適切な専門科に紹介することができ効率的であること、②患者本人やその家族に長く関わっているため患者を深く理解したうえでの診断ができること、③保健指導や予防医療を十分に担うことができる、といった点だと分かった。また、GP を通して必要な専門医療が提供されるので、無駄な検査や医療が省け、医療費の節約につなげられることが分かった。しかしながら、GP は膨大な患者数を受け持つことから、患者の立場からでは診てもらいたいときに診てもらえないという欠点があることが分かった。患者の点から見ると日本の受診方法が良いと思われた。

6.その他

今回海外研修をさせて頂き日本の医療制度を見つめることができ、自分の薬剤師業務を見直すことが出来ました。薬局を見学し、また、王立薬学協会で薬剤師としての業務内容を知って、来局者への十分な指導を行うための基礎の部分が自分は足りないと感じさせられました。信頼を得る為の基礎、すなわち EMB に基づく指導を実践しているイギリスの内容は、これからの自分が行うべき業務だと考えます。科学者としての立場であること、人と人とのつながりで成り立つ仕事であることの両方を大事にしていこうと考えることができた貴重な体験でした。

最後に、今回 HSE・イギリス視察研修を企画して頂いた株式会社 Kae マネジメントの駒形様、同行して頂きました(株)マイチケットの岩井様、一緒に研修して頂いた各薬局の皆さまへ感謝申し上げます。研修中何の不安もなく研修し、多くのことを学ぶことができました。今後も良いお付き合いができればと思っています。

イギリス視察研修レポート

松原　隆

株式会社　アクロス

代表取締役

薬剤師　（山口県）

今回のイギリス視察研修ではイギリスと日本の医療制度の違いについて学ばせていただきました。今までドイツ、アメリカと視察研修に参加しましたが、今回視察したイギリスも医療コスト削減のためにあらゆる制度を導入している点では方向性は同じだと感じました。
私は日本の医療システムは大変優れており、世界に誇れるシステムだと思っています。しかし、患者さんに対する自由度が高すぎ、医療費がかかりすぎるシステムになっていると思います。
今後は、海外のシンプルなシステムも導入しながら、患者さんの満足度も満たすシステムの構築が必要であると感じました。

＜日本とイギリスの医療の違いについて＞

イギリスの医療は NHS(ナショナル・ヘルスケア・サービス)という日本の国民皆保険制度のようなシステムで行われており、すべてのイギリス国民は NHS に加入し、医療を無償で受けることが出来ます。

イギリスでは医者にかかりたい時は、まずＧＰ（General Practitioner)と言われる「家庭医」を受診します。GPはかかりつけ医の役割があり総合診療を行います。
その後、患者さんの状況によって専門医や病院を紹介してもらうシステムになっています。

日本ではフリーアクセスで自由にクリニックを替えることが出来る点に大きな違いがあります。イギリスの医療システムはとてもシンプルで、地域ごとの医療が完結している点で優れたシステムだと思いました。しかし、研修を進めていく中でイギリスの医療の良い面、悪い面が見えてきました。

GP（家庭医）いわゆるクリニックでは、通常３～４名のDrが勤務し、地域の登録されている 4,000～5,000 人の住民（患者）を診ています。イギリスの医療報酬は「人頭払い」であり、日本の「出来高払い」ではありません。医師の給与は登録されている住民（患者）の数で決まるので、必要以上に患者さんを診察する必要がありません。（患者さんをたくさん診ても給与は変わりません）
受診は完全予約制で、すぐには予約が取れないため、風邪などの軽症の患者さんは薬局のOTCで治すそうです。日本の感覚だと受診したい時にすぐにDrに診てもらえないということになります。またイギリスの医療制度にはNHSの他にプライベート（自由診療）もあるため、お金に余裕のある人は個人で保険に入り、タイムリーな医療を受けています。

現地のガイドさんにイギリスの医療の事を聞くと、やはりGPは予約が取りづらいため、大抵のことは薬局のOTCで治すそうです。また早く受診したい場合は実費で受診し、検査結果を持ってGPにかかったり、日本に帰国する際に日本で治療することもあるようです。このような問題点を聞くと日本の医療システムがいかに便利で至れり尽くせりなシステムなのかと思い知らされます。イメージとしては自由度が高く受診しやすいことから医療費も多くかかるように思います。

＜イギリスの薬剤師＞

イギリスの薬局では3つの職種の方が働いています。
薬をピッキングする「アシスタント」、ピッキングした薬を確認する「テクニシャン」、薬の監査や患者さんのカウンセリングを行う「薬剤師」です。驚いてしまうのは、投薬するのはテクニシャンです。しかし投薬といっても日本のような服薬指導はありませんので、患者さんを間違えずに渡すという投薬ですから、テクニシャンでもいいようです。

海外では箱出し瓶出し調剤は当たり前で、イギリスでは箱の中に同封してある薬の飲み方などが書かれた添付の書類で確認します。日本での投薬を考えるととても不親切に感じますが、海外では患者さんが自己責任の元に薬を服用することは当たり前の事です。

イギリスではアドヒアランスを高めるために薬剤師の業務として、慢性疾患の薬や新しく処方された薬のチェックをする MUR、NMS という加算業務があり、服薬の難しい患者さんのフォローをしています。

また日本の薬剤師と大きく違うことは、イギリスでは薬剤師の「独立処方権」が認められていることです。
どの薬剤師でも処方が出せるわけではありませんが、特定のカリキュラムを卒業した薬剤師には独立処方権が与えられます。

GPの受診の予約が取りづらいこともあり、イギリス国民の薬局利用率は高く、薬剤師への信頼も厚いことから、イギリスの薬剤師も他の国と同様に業務の幅がとても広く、日本では医療行為と認識されている簡易検査やワクチン接種等が行える環境にあります。

＜感想＞

日本の国民皆保険制度を崩壊させないためには医療費の抑制が必要です。薬価改定や診療報酬改定や調剤報酬改定だけでは解決しません。あらためてコストエフェクティブを考慮した医療システムの再構築が必要です。

私見ですが、イギリスのように受診をコントロールする仕組み、安易な受診をさせない仕組みが必要だと思います。そうすると薬局の業務範囲が広がり、努力のし甲斐があります。
かかりつけ薬剤師の議論もされていますが、まずは家庭医（ホームドクター制）の整備が先決です。その後のかかりつけ薬剤師ならしっくりきます。

まだまだ時間のかかることだと思いますが、患者に寄り添うかかりつけ薬局を目指して頑張りたいと思います。

最後に、今回の視察研修を企画して頂いた Kae マネジメントの駒形さん、イギリスで活躍されている日本人医療スタッフの方々に感謝申し上げます。有難うございました。

HSE セミナーイギリス視察レポート

森本　聡
有限会社　徳吉薬局
薬剤師　（鳥取県）

イギリスの医療

イギリスにはNHSと呼ばれる誰でも無料で医療が受けられるサービスがあり、財源は税金で賄われている。NHSで医療を受けるには、個々が家庭医（GP）に事前に登録し電話で診察の予約をするのが一般的な流れになっている。地域ごとにGPはいるのだが、密集された地域では患者登録数が多く、いざ登録したくても断れるケースがあるようだ。さらに診察の予約がなかなか取れず2週間待ちになることもある。イギリスでは完全分業されており、薬は処方せんが発行され、患者の希望する薬局で薬をもらう。

イギリスの薬局

イギリスの薬局はまず立地が日本と異なり、病院の隣にセットであることは少ない。昔ながらの建物が多いため、薬局を開局する際はその建物を借りることがほとんどのようで、GPの隣が空いていないと隣に立てることはできない。なので、アクセスのしやすい駅の近くや街中に点在している。さらにイギリスの薬局には調剤室もあるが、化粧品やOTC、介護用品、香水など様々なものが売っているスペースも広く取ってある。NHSは受診するのに時間がかかるため、イギリスでは軽症ならば薬局で相談するという文化があるようで、薬局に相談にやってくる患者も多いようだ。

イギリス薬剤師

おおまかな業務は変わりないが、イギリスではテクニッシャン制度があるため調剤を薬剤師は行わない。基本的に箱出し調剤となり、入っている添付文書を患者に読んで飲んでもらうため詳しい薬の説明はしない。また個々の薬歴も書かない。

資料編

イギリス医療制度の概要

吉崎　美穂
Health Intelligence Manager, Enfield Public Health

目次

- イギリスの医療制度
  1. NHSの歴史
  2. NHSの組織と概要
  3. 日本の医療制度との違い

日本とイギリス：how healthy are we?

		日本	イギリス
人口		1億3千万人	6千3百万人
高齢者（60歳以上）の割合		32%	23%
平均寿命	男性	80歳	79歳
	女性	87歳	83歳
死因トップ5		1. 下部呼吸器感染症 2. 脳卒中 3. 虚血性心疾患 4. 肺がん 5. 胃がん	1. 虚血性心疾患 2. 脳卒中 3. 肺がん 4. 認知症 5. 下部呼吸器感染症
肥満　BMI>=25（18歳以上）		24.2%	63.4%
喫煙率*	男性	33.7%	19.9%
	女性	10.6%	18.4%

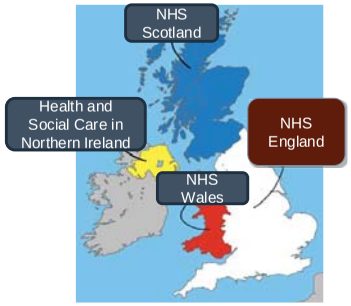
*estimates for 2015

出所）Global Health Statistics, WHO (2013年のデータに基づく)

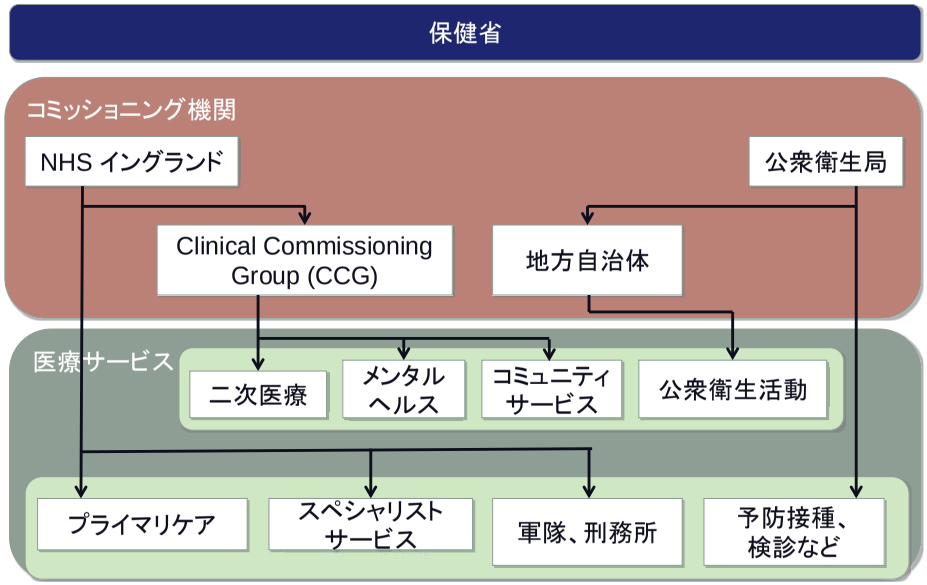
イギリスの医療制度

NHSの歴史

- 1948年　三つの原理のもとに設立：
  1. すべての人の必要を満たす
  2. 原則無料
  3. 支払い能力ではなくて、医学的必要に応じて医療が提供される
- 改革を繰り返しながら、現在もすべての住民に原則無料で医療を提供し続けている



NHSの概要(1)



NHSの概要 (2)

- プライマリケアと専門性の高いセカンダリケアの機能分化が進んでいる
- プライマリケアの担い手：
  家庭医、プライマリケア看護師、コミュニティ薬局
- かかりつけの診療所への登録が義務づけ
- どのような症状・不調も診療所受診が基本→高度医療サービス利用への門番役
- 様々な監視、モニターシステムで、過小・過大医療の抑制、一定のクオリティー維持を目指す

日本の医療制度との比較

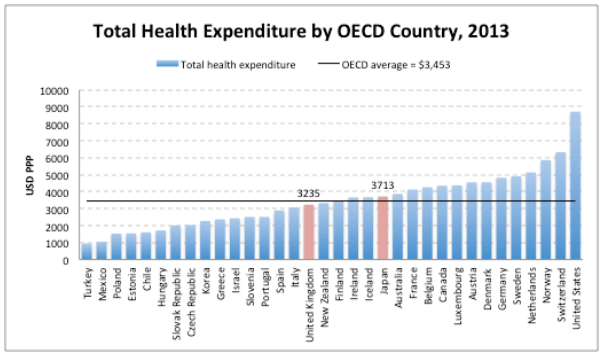
	日本	イギリス
財源	主に保険料	主に税金
受診方法	特定機能病院など一部を除き、フリーアクセス	登録している診療所の受診を経て、専門科を受診
患者負担	全国一律の定率負担。低所得者や特定の疾患を持つ人への減免措置あり。	原則無料。処方箋や歯科など患者負担のサービスにも広く減免措置あり。
診療報酬（外来）	出来高払い	診療所：人頭報酬＋成果報酬 病院：主に出来高制 （各CCGとの契約による）
診療報酬（入院）	出来高制＋診療群別包括払い	各CCGとの契約による，PbR*など

*PbR – Payment by Result: 包括払いの一種。診療郡別に報酬が定められており、最小限の入院期間など効率の向上を促す仕組みになっている

Source: 田畑（2012）を参考に著者加筆

医療費のまとめ

	日本	イギリス
GDPに占める総医療費	10.2%	8.5%
人口一人当たりの医療費 (US$)	$3,713	$3,235
総医療費に占める公共支出の割合	83.2%	83.3%



Source: OECD Health Statistics 2015, OECD

日本 vs. イギリス: 医療データの比較

	日本	イギリス	OECD平均
人口1,000人あたり総病床数	13.3	2.8	4.8
人口1,000人あたり急性期病床数	7.9	2.3	3.3
入院平均在院日数	17.2日*	7.0日	7.3日

*長期療養の入院はのぞく

Source: OECD Health Statistics 2015, OECD

イギリスのコミュニティ薬局

コミュニティ薬局 in イングランド:numbers

- 11,674薬局（2015年3月現在）
- うち、約60%は6店舗以上をもつチェーン経営
- 2005年度以降、イギリスの薬局数は増加の傾向（2014年度までに18%増加）
- 2014年度には、788件の新規または拡大の申請があり、うち549件(70%)に許可が下りた

調剤された剤数	**9.8億剤**
調剤料件数	10億件
一店舗あたりの平均調剤料件数	85,351件
一調剤料件あたりの平均薬剤料	£7.94

Source: General Pharmaceutical Services: England 2005/06 to 2014/15, HSCIC

薬局でのサービス

- 薬局でのサービスはNHSイングランドとの契約枠組みのもとで提供される
- NHSイングランドの契約枠組みは３種類のサービスからなる
  1. エッセンシャル（必須）サービス
  2. アドバンスド（高度）サービス
  3. エンハンスド（付加）サービス

薬局はこのほかにも、地方自治体、CCGなどと地域ごとに契約を結び、公衆衛生サービスなどを提供することができる。

必須サービス

- すべての薬局が提供しなければならないサービス
  - 調剤
  - 医療器具（ストマなど）の
  - リピート処方箋の管理
  - 不使用の薬剤の廃棄
  - 健康増進活動
  - セルフケアのサポート
  - OTCの販売

高度サービス

診療室などの規定を満たした薬局のみ提供できる。

1. **Medicinal Uses Review (MUR:医薬品使用見直し)**
   - 診療報酬: 1件につき£28、最高年間400件
   - 2014/15には、93.5%の薬局が提供した（平均292件/年）
2. **New Medicines Service (NMS: 新処方薬サービス)**
   - 診療報酬: 1件につき£20~£28、最高月間5~50件
   - 2014/15には、79.7%の薬局が提供した（平均83件/月）
3. **Appliance Use Review (AUR: 医療装具使用見直し)**
   - 診療報酬: £28 (店内), £54 (在宅)
   - 2014/15には、0.6%が店内で0.5%が在宅で提供(平均273件)
4. **Stoma Appliance Customisation (SAC: ストマカスタマイズ)** £4.32/アイテム（バッグなど）
   - 14.8%の薬局/医療装具店で提供された（平均707件）

Source: General Pharmaceutical Services: England 2005/06 to 2014/15, HSCIC
Pharmaceutical Services Negotiation Committee

付加サービス

- 地域ごとに異なるサービス。

  ＜例＞

  ◦時間外

  ◦外国語によるサービス

  ◦Minor Ailments Management – 風邪など軽症の症状に対しての処方（生活保護者など）

  ◦公衆衛生に関わるサービス – NHS ヘルスチェック、薬物依存治療、禁煙指導、セクシャルヘルスサービス（クラミジア検査など）

Community Pharmacy and Public Health

Glenn Stewart
(Assistant Director of Public Health)

Striving for excellence

www.enfield.gov.uk

ENFIELD Council

What is community pharmacy?

What is Public Health?

ENFIELD Council

Community pharmacy

- Community pharmacists work in high street pharmacies, supermarkets, local healthcare centres and GP surgeries. They are involved in maintaining and improving people's health by providing advice and information, as well as supplying prescription medicines.
- Community pharmacists also sell over-the-counter medical products and instruct patients on the use of medicines and medical appliances.
- Some pharmacists will offer specialist health checks, such as blood pressure monitoring and diabetes screening, and run stop-smoking clinics and weight-reduction programmes.

http://www.prospects.ac.uk/community_pharmacist_job_description.htm 17/112015

ENFIELD Council

Public health (Faculty of Public Health)

- The science and art of promoting and protecting health and well-being, preventing ill-health and prolonging life through the organised efforts of society.

ENFIELD Council

Why community pharmacies?

- Proximity to communities
- Range of service users
- Generic skills in behaviour change
- Rapid response during crisis
- Number of services that can be offered

Proximity to communities

- 84% adults use a pharmacy at least once per year
- 1.6m visits to UK pharmacists daily
- Average of 16 visits per user per year
- In London approximately 1800 community pharmacists

Service users

- 96% of population can access pharmacy by walking or public transport
- Longer opening hours, evenings and weekends
- Usually no appointment necessary
- Available to unregistered population, young, old, male, female, BME etc etc.

Behaviour change

- 70% of NHS budget spent on long-term conditions
- All long-term conditions amenable to lifestyle change
- Smoking, physical activity, eating, drinking (alcohol)
- Identify high risk groups
- Offer lifestyle advice
- Signpost to other services – physical activity etc
- Referral for further interventions

Rapid response during crisis

- 2009 pandemic flu
- Distribution of anti-virals
- Scaled up from nothing to 50+ pharmacies within a week
- Population-wide coverage

ENFIELD Council

Services that can be offered

- Smoking
- Blood pressure
- Cholesterol
- Healthchecks (risk of vascular disease)
- Minor ailments (athletes foot to warts and varrucas)
- Sexual health services – condoms, HIV, chlamydia testing, condom schemes, Emergency Hormonal Contraception, HIV
- Substance misuse supervised consumption
- Needle exchange
- Healthy Start Vitamins
- Etc etc - no limits (as long as its within the law)

ENFIELD Council

Going forward - challenges

- NHS austerity and looking for ways to provide better care
- Crowded market of local pharmacies
- On-line and e-prescribing threatening pharmacist role
- Need to adapt to needs of pts with LTCs
- Lack of public awareness of services that might be provided
- Can be perceived as insular and not an integral part of the Healthcare economy

ENFIELD Council

Going forward

- Workforce development - skilled team to pro-actively support and promote behaviour change, improving health and wellbeing
- Premises
- Engagement with local community, other health professionals, social care, Local Authorities
- Engagement with carers, voluntary sector?

ENFIELD Council

Why?

- Move from a service based on dispensing and supply of medicines to one focused on helping people make the most of their medicines, supporting clinical care and supporting them to stay well
- Technology / electronic prescribing has the potential to release pharmacists to undertake more patient-orientated care
- Highly trained professional workforce, local and accessible premises and understanding of local communities.

Green Light Pharmacy

- Making Every Contact Count (MECC)
- Travel abroad pointed towards travel clinic
- Starting point for health walks
- Inside designed to increase interaction with staff
- Healthy living seminars in English and Bengali

Liverpool

- 4 pharmacies (Boots, Lloyds, Co-op and Rowlands) running programme on COPD management
- PH advice and information on lung health, diet, physical activity and lifestyle
- Medication monitored when pts come in for prescriptions
- Pt held record card checked and updated
- Offered flu vaccinations whilst there

Croydon

- Pharmacist runs clinics for pts with LTCs (CVD, respiratory disease and hypertension)
- Structured support to improve understanding of condition and use of medication
- Also manages medicine issues related to hospital admissions

Essex

- Pharmacist with specialism in pain management ran NHS pain management clinic from community pharmacist
- Pts referred by GPs, would have usually gone into secondary care.
- Pharmacist has full access to pt record
- Quicker and more convenient access than trips to hospital
- Reduced GP appts and A&E usage

Conclusion

- Pharmacists very accessible to all the community and very well used
- Number of challenges including NHS austerity, perception and changing role
- Need to redefine role towards pt-centred care and management of LTCs
- Need to be proactive with other healthcare providers in outlining role and potential of pharmacy

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

Welcome and overview

Patrick Stubbs Chartered Marketer FCIM FIDM MA(Oxon)
Marketing & Membership Director

Wednesday 2nd December 2015

Agenda

TIME	TALK	PRESENTER
9.30	Welcome & Introduction to RPS	Patrick Stubbs, Director of Marketing and Membership
10.00	Current Issues in UK Pharmacy - RPS Vision for Workforce Development - RPS Foundation Programme - RPS Faculty - Summary Care Records	Beth Ward, Foundation Programme Manager Howard Duff, Director for England
11.30	Coffee break	
11.45	Extending the Pharmacist's role in Medicines Optimisation in England	Howard Duff, Director for England
12.30	Close	

A brief history ...

The Pharmaceutical Society of Great Britain was founded on April 15th 1841 by a group of leading London chemists and druggists. So next year we will be 175 years old.

The Society was re-launched on 27 September 2010 after 77 years as the regulator as the dedicated professional body for pharmacists and pharmacy in England, Scotland and Wales

Our purpose

The RPS leads the profession of pharmacy to improve the public's health and well being

Who are we?

The Royal Pharmaceutical Society is the professional membership body for pharmacists and pharmacy in Great Britain and an internationally renowned publisher of medicines information.

We advance the profession of pharmacy for public and patient benefit to secure the future of the profession and our members.

www.rpharms.com

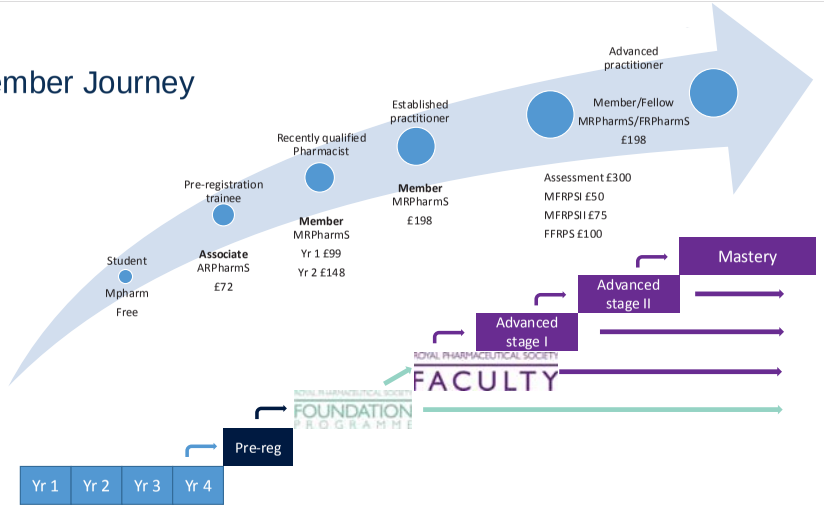
What we do

- We support our members and customers to improve health outcomes for society through professional development and support and the provision of quality medicines information and advice.
- We are committed to improving patient care and safety through developing professional practice by:

Support and development

- We produce professional guidance and support tools to develop and supplement our members' skills and knowledge.
- We work in collaboration with other royal colleges to develop guidance that supports effective patient care.

Member Journey



Professional recognition

- We provide our members with professional recognition through the RPS Foundation and RPS Faculty, enabling them to gain recognition for their stage of practice by employers, commissioners, fellow professionals, patients and the public.
- Our expert members regularly appear in the media to ensure the public has the best information when medicines are in the news and to reinforce the role of our membe[illegible] medicines.

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY FOUNDATION PROGRAMME

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY FACULTY

Voice of the profession

- We ensure the voice of the whole profession is heard and taken on board at the highest levels of healthcare and government through our responses to consultations, influencing policy development and through our expert advisory panels.

MedicinesComplete

Medicines information

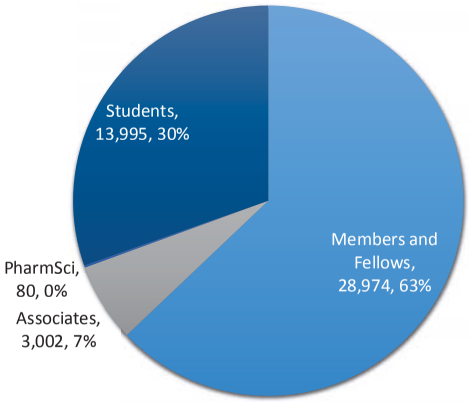
- We provide healthcare professionals across the world, students and scientists with the most trusted and usable data, information and therapeutic guidance on drugs and medicines.

Membership categories

- Fellow
- Member
- Pharmaceutical Scientist
- Associate
- Student

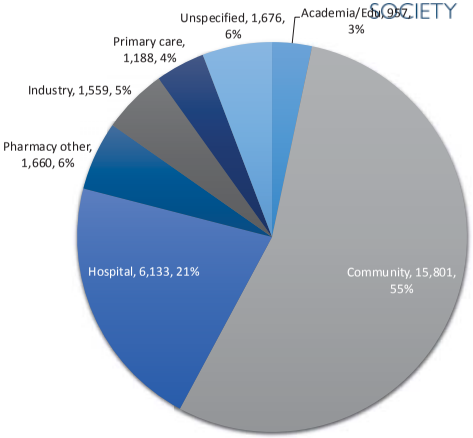
Membership by category

- 46,061 members



Members and Fellows by Sector

- All sectors are represented.



ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

Welcoming pharmacy students, pharmacists and pharmaceutical scientists members from around the world

Find out more at www.rpharms.com

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

Professional Development and Recognition in Great Britain

Beth Ward MSc MFRPSII MRPharmS

Professional Development in Great Britain

- About the RPS
- The RPS Workforce Vision
- How the RPS supports the development of pharmacists:
  - –Foundation
  - –Faculty
- RPS and JPA Partnership Agreement

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY
The Royal Pharmaceutical Society

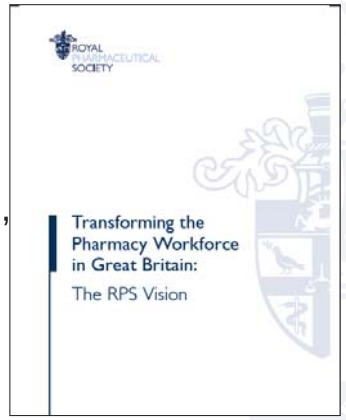
ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

RPS Work Force Vision

Supporting an evolving workforce

- Evolving roles
- Aspiring to excellence
- Support, development, standards
- Quality support, quality assurance, quality delivery



It's all about the patients

Professional Development and Recognition Programmes

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY
FOUNDATION PROGRAMME

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY
FACULTY

Supporting pharmacists to be the best they can be

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

The RPS Foundation Programme

Foundation Framework and Programme

- The road map for professional development
- What pharmacists need in their career:

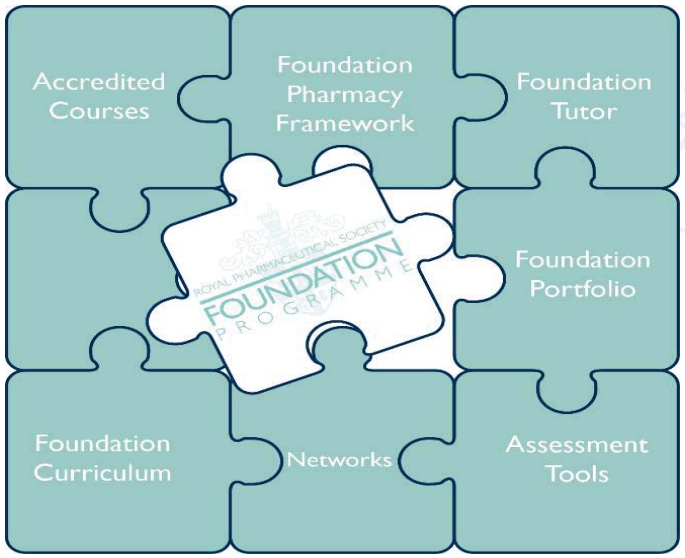
  knowledge, behaviours, skills and experiences

- Support tools that allow practitioners, tutors, supervisors, mentors to easily identify strengths as well as any gaps in knowledge and skills, and development needs
- Preparation for advanced practice

RPS Foundation Programme

- A resource for early careers pharmacists
- A resource for those returning to practice after maternity leave or a career break
- A resource for those changing sector or planning locum work
- A resource for those involved in supervising & tutoring foundation years pharmacists
- A resource for employers

RPS Foundation Programme



The Foundation Pharmacy Framework (FPF)

1. Patient and Pharmaceutical Care: Improves professional practice in order to benefit patient care

2. Professional Practice: Promotes effective communication and professionalism personally and within the team. Supports the education and learning of others

3. Personal Practice: Uses knowledge and research to inform and improve practice

4. Management and Organisation: Leads, manages and organises service delivery commensurate with working environment and scope of practice

1. Patient and Pharmaceutical Care
Improves professional practice in order to benefit patient care

			Provide examples			
			Rarely	Sometimes	Usually	Consistently
1.1	Patient Consultation	Patient consent *Satisfactorily obtains patient consent if appropriate*				
		Patient assessment *Uses appropriate questioning to obtain all relevant information from the patient*				
		Consultation or referral *Appropriately refer pharmaceutical or health problems*				
		Recording consultations *Documents consultations where appropriate in the patient's records*				
Comments:						
1.2	Need for the Medicine	Relevant patient background *Retrieves relevant or available information*				
		Medicine history *Documents an accurate and comprehensive medicines history when required*				
Comments:						
1.3	Provision of Medicine	The prescription is clear *Ensures the prescriber's intentions are clear for any patient*				
		Ensure the prescription is legal				
		Ensure the correct medicine is dispensed				
		Ensure the medicine is dispensed in a timely manner				
Comments:						

Assessment of Foundation Practice

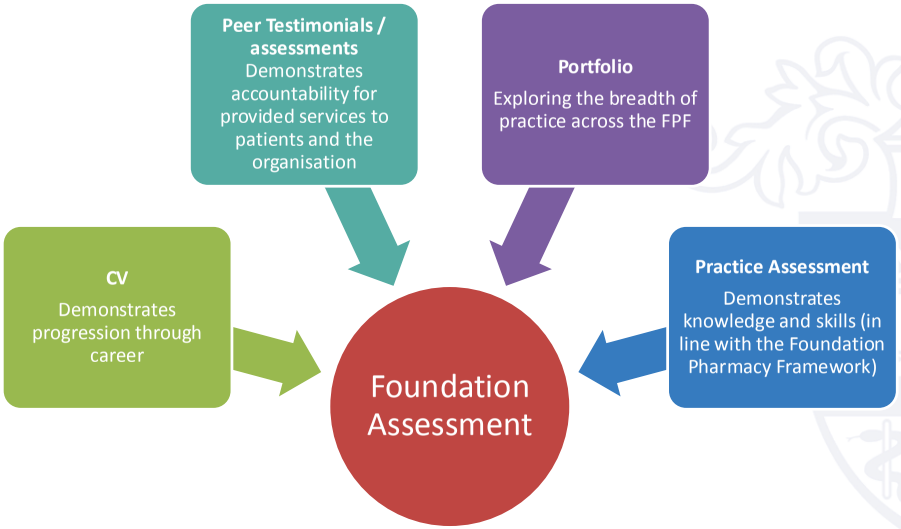
1. Assessment throughout the training period

2. Assessment at the end of training – 'Certificate of Completion'

Assessments Tools

Assessing Yourself	• FPF Assessment tool • Reflective account tool
Demonstrating your Practice	• Peer assessment tool (PAT) • Direct observation of practical skills tool (DOPS) • Case based discussion tool (CbD) • Extended intervention tool • Pharmaceutical care assessment tool (PCA)
Developing your Knowledge & Understanding	• Consultation skills assessment • iRx

Certificate of Completion of Foundation Training



Foundation to Faculty

The FPF can be used firstly to ensure pharmacists are able to demonstrate competence with essential skills before moving on to demonstrate that they are at an advanced stage of practice and ready for Faculty membership

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

Our 5 year vision for Foundation Training

- All post registration pharmacists will be enrolled into Foundation Training with a RPS accredited training provider
- **Recognised as a model for continuing Fitness to Practise**
- Recognised internationally as the gold standard of post registration professional development
- Tutoring and mentoring of Foundation Practice are seen as essential components of all job descriptions
- Clear and seamless career progression:

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

The RPS Faculty

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

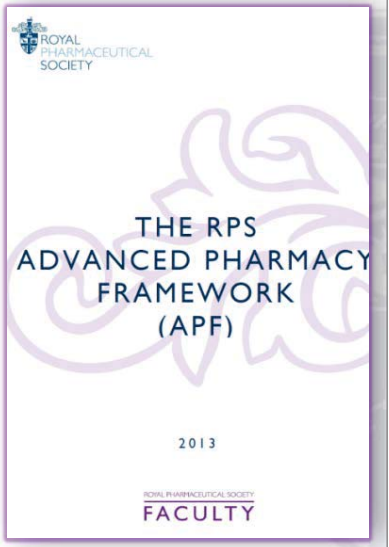
What is the Faculty?

- RPS Professional Development and Recognition Programme
- Recognition of advanced practice
- Quality assurance marker that a practitioner is advanced
  - ➢A confirmation that they can handle complexity and make complex decisions with confidence.

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

The Advanced Pharmacy Framework

- Development framework
- Identify where pharmacists are in their development
- Basis for building a portfolio to demonstrate advanced practice



Advanced Pharmacy Framework (APF)

- **Expert Professional Practice**
- **Collaborative Working Relationships**
- **Leadership**
- **Management**
- **Education, Training and Development**
- **Research and Evaluation**

Advanced Stage I: **Established**	• Established in a role, performing well, advanced beyond foundation years or at early stages of specialisation and advancement
Advanced Stage II: **Excellent**	• An expert in an area of practice, experienced. Routinely manages complex situations and a recognised leader locally/regionally
Mastery: **Exceptional**	• Recognised leader in community or primary care; equivalent leads in hospital, business / corporate leadership roles in industry; business or leader in community. A nationally recognised leader in an area of expertise

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

Faculty Assessments

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY
The Royal Pharmaceutical Society

The Faculty Assessment

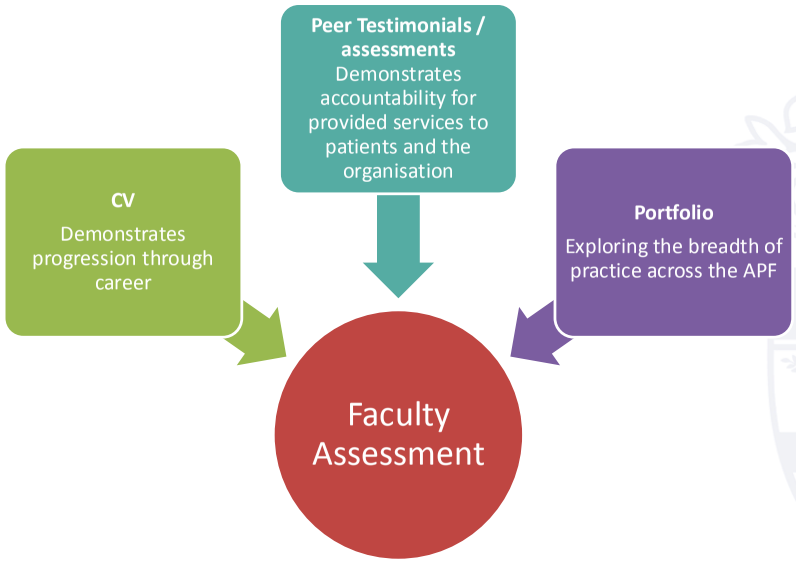
ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY FACULTY

1. Recognition of Prior Experience

2. Faculty Practice Assessments

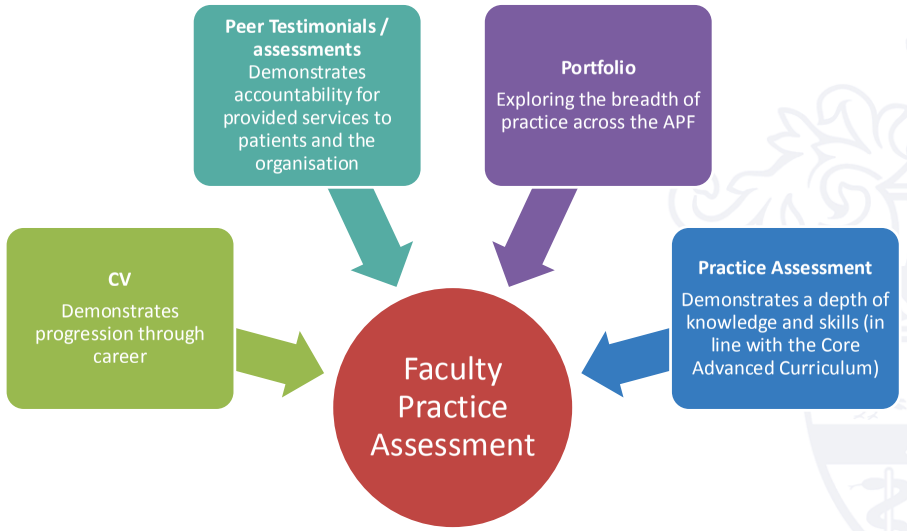
ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

Recognition of Prior Experience



ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

Faculty Practice Assessments



ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

RPS and JPA Partnership Agreement

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

Royal Pharmaceutical Society (RPS) and Japan Pharmaceutical Association (JPA) Collaborative Relationship

Timeline	Actions
2014	Grassroots-level collaboration for pharmacy workforce development
Sep 2014	RPS-JPA dialogue for collaboration at the FIP World Congress in Bangkok, Thailand
Sep 2015	Memorandum of Understanding signed by RPS and JPA at the FIP World Congress in Dusseldorf, Germany
2016~	RPS-JPA Collaborative Projects start:
	(1) Developing Japanese pharmacy competency framework and CPD model based on RPS CPD model
	(2) Sharing of the best practices between GB and Japan – policy oriented pharmacy practice comparison based on mutual needs of GB and Japan

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY FOUNDATION PROGRAMME

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY FACULTY

Dr Catherine Duggan
catherine.duggan@rpharms.com @DrCDuggan
Beth Ward
elizabeth.ward@rpharms.com @FoundationRPS
RPS Support Team
support@rpharms.com @RPSsupport

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

Professional Development and Recognition in Great Britain

Beth Ward MSc MFRPSII MRPharmS

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY
The Royal Pharmaceutical Society

RPS and JPA Partnership Agreement

The collaboration will initially focus on two main projects:

(1) a policy review comparison between the UK and Japan so that sharing the best practices can take place

(2) sharing professional development frameworks for enhancing pharmacy workforce development.

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

Extending and Promoting the Role of Pharmacists in Optimising Medicines Use

Howard Duff, Director for England

Extending and Promoting the Role of Pharmacists

- Why?
  - Change of government
  - Economic necessity
  - Opportunities
- What?
  - Extensions to current roles
  - Completely new ones
- How? (and Who?)
  - What needs to happen to enable the changes
    - Idea & concepts
    - Law & resource
    - Commissioners & managers

WHY?

- Change of government
- Economic necessity
- Opportunities
- Patient benefit

What is the National Health Service

NHS

Came into being on 5th July 1948
Nye Bevan – Socialist Politician
Post war labour government
Free health care at the point of delivery
National Insurance funding
Prescription charges (1952 = 5p = 9.25 Yen)
Now provides nearly all health care in the UK
10.5 million operation per year
76 million Outpatient appointments

62,641,000 (2011)
United Kingdom, Population

53,013,000 (2011)
England, Population

Some key facts about medicines

In England the number of prescriptions dispensed in the community rose from

650 million in 2003 to over **1 billion** in 2013 — a **58% rise**

Cost increased from (£7.51 bn) to 10.75 bn Euro (£8.6 bn) — a **14.5% rise**

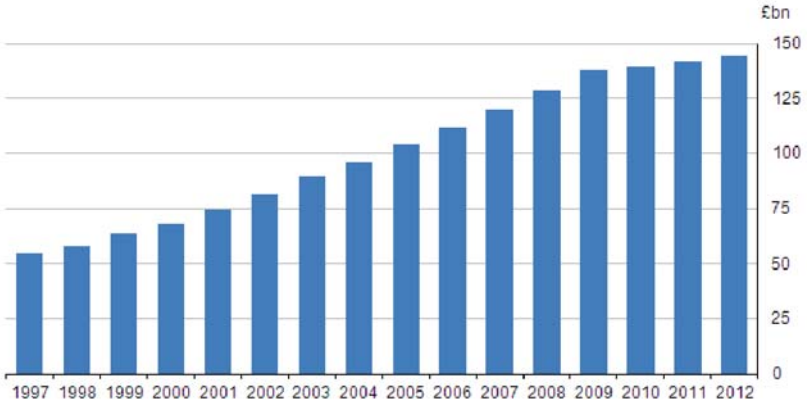
Cost per item fell from 1,389 bn Yen (£11.56) to 1,591 Bn Yen (£8.37) — a **28% fall**

On average this equates to > 19 items per person in England

Only around 10% of patients pay the current 1,526 Yen prescription fee

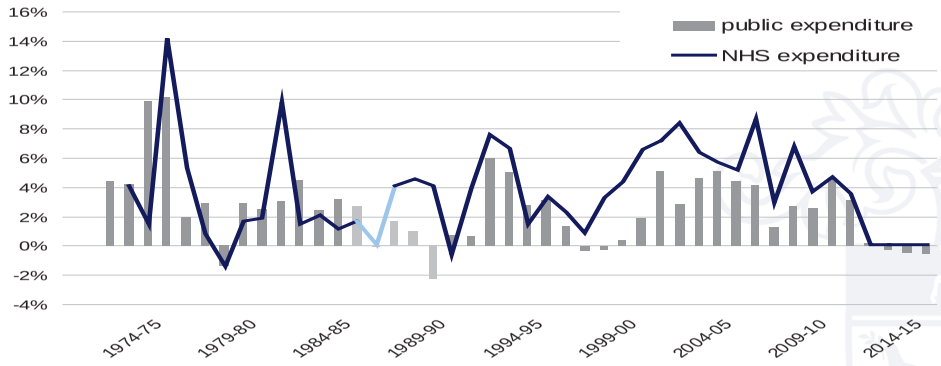
Over this time health spending per capita has more than doubled to 3.5 m Yen (£1,900)

•UK total Health Spend 1997 to 2012



And the challenge is immense

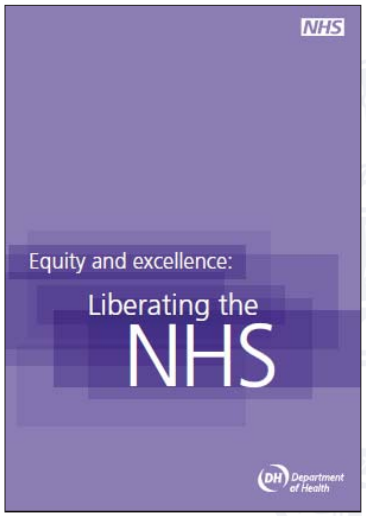
Change in real current spending

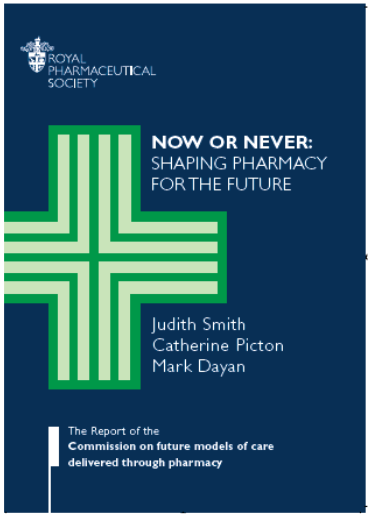


Steps are currently being taken to deliver £20bn of efficiency savings by 2015

Drivers for change

- New coalition government
- Economic Situation
- Demographic changes





- Download a copy of the report at: www.rpharms.com/futuremodels

Why a Commission on pharmacy

- Unprecedented era of economic, demographic and technological change
- Significant reforms to the NHS in England
- Narrative for the pharmacy profession's role in the reformed NHS in England
- Royal Pharmaceutical Society (the leadership body for pharmacists) sets up a Commission on future models of care delivered through pharmacy
- Independent Chair - Dr Judith Smith, Director of Policy, Nuffield Trust

Models of care

- Over 100 models of care reported to us
- The future is here – but only in some places
- Models developed despite the barriers often reported
- Pharmacists are slowly forming new networks and organisations
- Disheartening that examples remain relatively rare
- Much more that could be done – is the desire really there?

1. Access for advice and minor ailments
2. Integrated long-term conditions management
3. Support for older and vulnerable people at home or in care
4. Helping people to get or stay out of hospital
5. Providing local public health services

Examples of Clinical services

South London pharmacist running Long Term Condition Clinics in GP surgery:

Prescribes for cardiovascular and COPD patients

Holds a case load

Is now a partner

A community pharmacy prescriber in Essex ran a Chronic Pain clinic as a 1 year trial

Effective but no savings were able to be proven so not commissioned

Examples of Clinical services 2

In Brighton 17 community pharmacies have collectively taken the INR testing service from the hospital pathology laboratory:

Testing local and at convenient times for patients

Able to adjust doses

Supported by specialised GP team

Community Pharmacy domiciliary service in South London

Frail elderly or other high risk patients referred by GP or hospital A&E team

Paid for by Social services

Examples of Clinical services 3

In the North of England pharmacy multiple groups have come together in a pilot to provide a programme of structured practical support for patients to help them get the best outcomes from their medicines and thus support their condition. Patients undergo an initial assessment once they have joined the service. This involves a **COP D** test (COP D Assessment Test) and dyspnoea score. Public health advice and **information** on lung health, diet, exercise and lifestyle are provided and interventions such as smoking cessation signposted where appropriate. Patients' symptoms and **adherence with medication** are monitored regularly to improve medicine optimisation and **inhaler technique** is checked to ensure they are receiving maximum benefit.

Targeted medicines use reviews are provided as part of the service and the provision of a rescue pack for rapid intervention is provided if necessary.

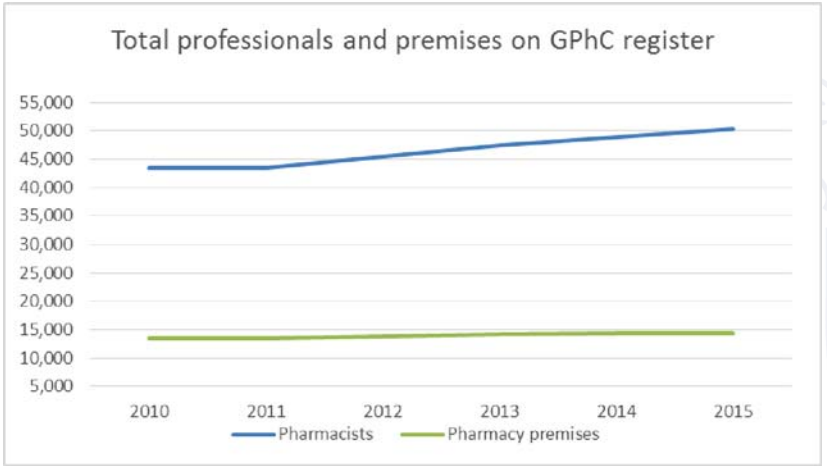
Patients undertake an annual health assessment with measurement of outcomes and **patient satisfaction,** alongside flu vaccinations.

Why are they not widespread?

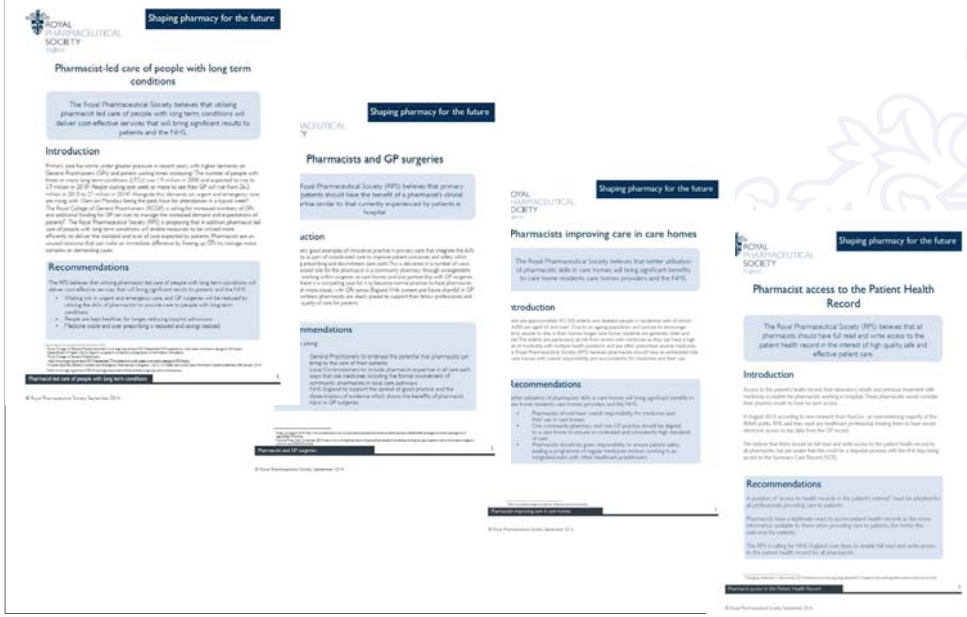
- Pharmacists (especially community) are marginalised within the NHS, nationally and locally
- There is a poor level of understanding among the public, and within the NHS, of the potential role of pharmacists
- Lack of national and local leadership, exacerbated by multiple groups
- Lack of fulfilling career opportunities for new graduates
- Locally, pharmacists are often professionally isolated from the wider primary care team and sometimes peers.
- Fragmented and complex commissioning of community pharmacy services.
- Little alignment of pharmacy funding with that of general practice and other community services

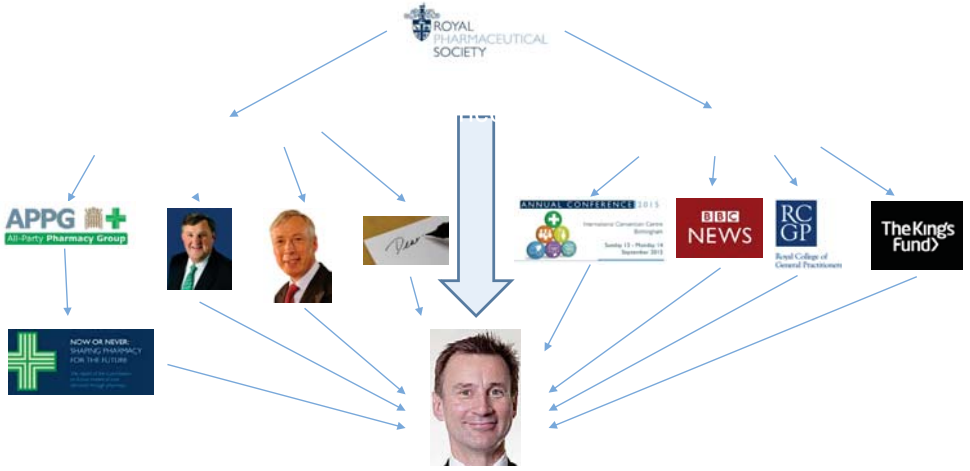
We are short of Doctors

- The Times: ‘Pharmacists will be drafted in to GP surgeries to help combat the dearth of family doctors under plans to be unveiled today’.
-
- British Medical Journal: ‘The Royal College of General Practitioners and Royal Pharmaceutical Society have called on pharmacists to work as part of the general practice team, much the same as practice nurses do, to help ease pressure in primary care.’
-
- Daily Mirror: The Royal College of General Practitioners says GPs face 70 million more consultations than five years ago and millions of patients wait for a week to see one’.
-
- Wigan Reporter: ‘Throughout last winter Wigan Infirmary struggled to cope with the sheer number of patients visiting A&E- of which 40 per cent should have sought advice from pharmacists or GPs instead according to hospital chiefs’.



•RPS campaigns





Methods to successful lobbying

Political/Parliamentary

- Parliamentary groups
- Individual MPs
- Engaging with Ministers
- Direct correspondence

Media and public opinion

- Think tanks
- Respected and influential partners
- Media promotion
- Direct public engagement

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

What we asked for

- Nationally commissioned common ailment service
- All A&E departments should have a pharmacist to manage medicines related issues
- Pharmacist should be more integrated into NHS 111 as an option to support urgent and emergency care

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

Pharmacists and Urgent and Emergency Care

- 4 TV interviews
- 22 radio interviews
- Online and print coverage
- Social media coverage: Twitter #RPSUrgentcare- 243 retweets, 95 favourites, 29,000 impressions

•MINA Study, Watson et al

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

Treating Common Ailments

Results are equally good wherever patients are treated for their common ailments: in A&E, at GP surgeries or in community pharmacies.

Treating all common ailments in pharmacies could save the NHS £1 billion a year as treatment costs are much lower than at A&E or GP surgeries.

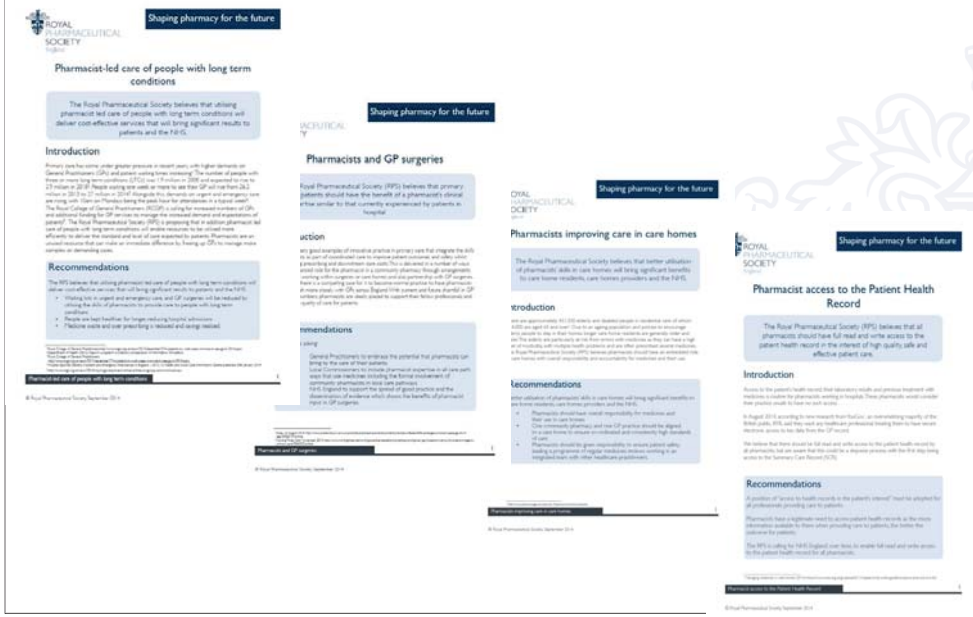
A&E | GP surgery | Pharmacy

Cost savings

£1bn

www.rpharms.com/futuremodels

•RPS campaigns



What our campaign currently asks for policy objectives:

•GPs should embrace the potential that pharmacists can bring to their patients

•Local commissioners should include pharmacists in all care pathways that use medicines

•NHS England should support the spread of good practice showing the benefits of pharmacists in GP surgeries

Pharmacists and GPs

Pharmacists drafted in to help at GP surgeries

By the way… Put pharmacists in every GP surgery

Chemist will see you now

'Hidden army' of pharmacists could ease crisis in GP numbers

- 6 National TV interviews
- Coverage on over 30 radio stations
- National print coverage
- Social media: Twitter #kfpharmacy trended
- 399 retweets, 148 favourites, 62,000 impressions

What?

- Extensions to current roles
- Completely new ones

How? (and Who?)

– What needs to happen to enable the changes
  - Idea & concepts
  - Law & resource
  - Commissioners & managers

– Who
  - Government
  - Patients
  - Other professionals
  - Public & patients

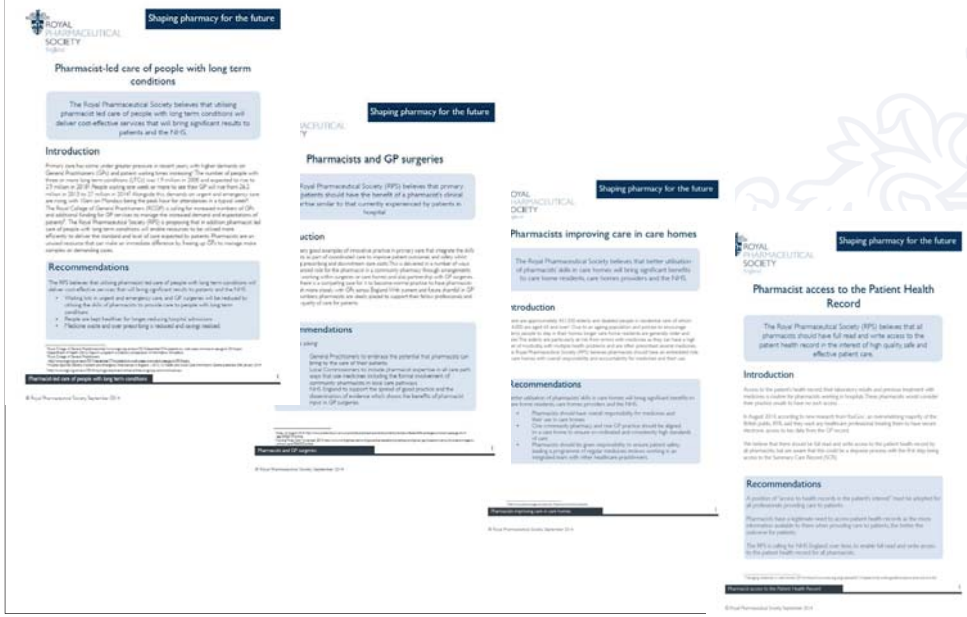
•RPS campaigns

Pharmacist access to the Patient Health record

- A position of ‘access to health records in the patient’s interest’ must be adopted for all professionals providing care to patients
- Pharmacists have a legitimate need to access PHRs leading to better outcomes for patients
- We are calling for full read and write access to the PHR for all pharmacists

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

•RPS campaigns



ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

Pharmacists improving care in care homes

- Pharmacists should have overall responsibility for medicines and their use in care homes
- One CP and one GP practice should be aligned to a care home
- Pharmacists should be given responsibility to ensure patient safety in care homes working with an integrated team

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

Pharmacist led care of people with long term conditions

- Using the skills of pharmacists to provide care to people with LTCs will reduce waiting lists in U&E care and GP surgeries
- People are kept healthier for longer reducing hospital admissions
- Medicines waste and over prescribing is reduced
- Polypharmacy is tackled

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

•Section Title

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

Thank you

Howard Duff, Director for England

Community Pharmacy in the UK

1st December 2015

Simon Harris MRPharmS
Head of Education and Training

Ravi Sharma MRPharmS IP
Head of Primary Care Integration

Agenda

- Repeat Dispensing Service (RDS)
- Pharmacist Independent Prescribers
- Patient Group Directions (PGD's)
- Patient Counselling
- Counselling Role Play
- Pharmacy Design and Tour

Repeat Dispensing Service

Introduction to repeat dispensing

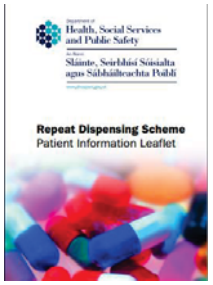
- At least **two thirds** of **all prescriptions** generated in primary care are for patients needing repeat supplies of regular medicines
- Many patients receiving these prescriptions have relatively stable conditions
- Community Pharmacy repeat dispensing service offers potential benefits to prescribers, practices and patients for **safe and efficient** continued supply and management of **regular medicines**
- Designed to ensure clinical supervision is maintained by **patient selection criteria** and **robust SOP within the pharmacy.**

What is repeat dispensing?

- *''It is a way of dispensing regular medicines in instalments to suitable patients over a defined period of time''*

- *''It is an alternative model of prescribing and dispensing regular medicines to patients on stable long-term conditions, where repeat supplies are managed by the patient's pharmacy of choice''*

Some good resources to help explain…



How does Repeat Dispensing work?

- A doctor will give a patient several prescription forms; a **'repeatable prescription''** (a prescription with **'RA'** on it that is **signed by the doctor**)
- Also a set of **''Batch prescriptions''** (prescriptions with **'RD'** on them, **not signed by doctor**)
- New repeatable prescriptions cannot be hand written.
- With these prescriptions you can collect your medicines from the pharmacy at regular intervals for **up to 12 months without having to contact doctor**.
- Doctor will decide how often you should collect your prescription and how long it will last for

Repeat dispensing (RA's and RD's)

Patient selection

- Repeat dispensing is a model for people on STABLE, LONG-TERM CONDITIONS and will not be suitable for all patients
- What patients are less likely to be suitable?
- What type of drug is definitely unsuitable for this?
- What are examples of suitable patient groups/situations?

Why should we use repeat dispensing service?

- Firstly…

Repeat dispensing is **an essential service.** All pharmacies with an NHS Contract are **obliged to offer and provide this service** under the NHS Community Pharmacy Contractual Framework

But it most importantly… it **benefits ALL!**

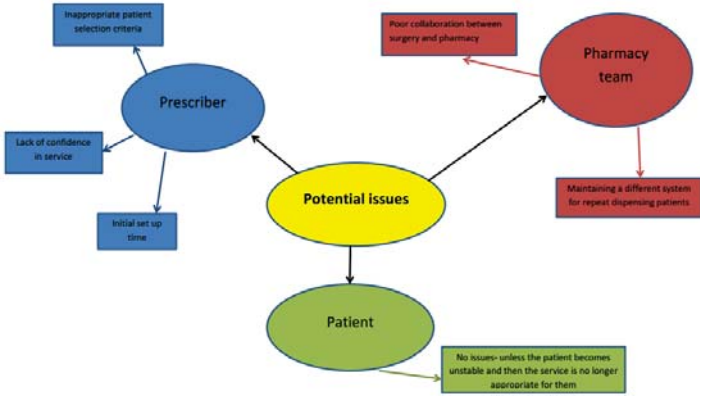
Potential benefits from repeat dispensing?

- **For GP's and the practice**
  - Reduction in workload issuing and re-authorising repeat prescriptions
  - Reduced medicines waste
  - Earlier detection of medicine related problems
  - Less queries and therefore potential delays in treatment
- **For Pharmacy teams**
  - Planned workload
  - Improved stock control
  - Increase patient contact
  - Opportunity for services

Potential benefits from repeat dispensing?

- **Patients**
  - All medicines synchronised
  - Saves time
  - Increased safety
  - Better access
  - Simplified process
  - Increase contact – more opportunities to discuss medicine related issues

Potential issues?



Electronic Prescription Service?

- http://systems.hscic.gov.uk/eps/patients/films/repeatdispensing

Patient Group Directions (PGDs)

Introduction to PGDs

- Difference between prescribing and the use of PGDs
- Use of PGDs **does not constitute prescribing**, although it can be argued that the processes leading up to both the generation of a prescription and use of a PGD are similar

What is a PGD?

- *"it is a **written instruction** for the sale, supply and/or administration of named medicines in an identified clinical situation. It applies to **groups of patients** who may not be individually identified before presenting for treatment"* (NPC 2009 p.11)
- They should be clear, well written and legally correct
- Must be defined responsibilities for ownership and clear governance arrangements

Who may supply and/or administer under PGD?

- PGDs allows a **healthcare professional** to supply and/or administer a medicine directly to the patient
- This can be down without the patient being required to see a prescriber, although prescriber may have referred.
- Each healthcare professional practising under a PGD must be **named and authorised** for that PGD.
- HCP using PGD is **responsible for assessing patient**, just as a prescriber would in order to reach a decision about treatment – **must ensure they fit criteria in PGD.**

Limitations of PGDs

- A person must fit the criteria of the PGD
- The healthcare professional cannot delegate supply or administration responsibility to someone else

When is a PGD necessary?

- PGD is **NOT required** for General Sales List (GSL) medicines, pharmacy-only (P) medicines administrations or medical gases
- PGD **is required** for pharmacy-only medicines supply, expect by a pharmacist in a registered pharmacy
- PGD is **not appropriate** for medicines for long-term conditions, uncertain diagnosis, frequent or complex monitoring, frequent dosage adjustments or dosage changes when the medicine is in the patient's possession.
- http://www.medicinesresources.nhs.uk/en/Communities/NHS/PGDs/FAQs/When-is-a-PGD-not-necessary/?query=gsl&rank=36

Is a PGD legal?

- **A PGD is legal…**
  - For a medicines with a UK Market Authorisation
  - If a medicine is not mixed prior to administrations
- **A PGD is not legal for….**
  - Radiopharmaceuticals
  - Dressings, appliances, devices (as these are not medicines)
- Other legal requirements could be?
- What about controlled drugs?

Non-Medical Prescribing (NMP)

Why Non medical prescribing?

Promoted by the government as a means of:

- Increasing patient access to medicines
- Enhancing public health
- Ensuring the expertise of practitioners is recognised
  (DoH 1999,2002, 2004, 2006)

Patient safety and professional competence of NMPs are consistent themes

Enables organisations to ensure:

- Value for money
- Patient safety
- Meet European Union Working Time Directive
- 18-week referral to treatment pathway
- Quality Outcome Framework (QOF) and National Service Framework targets (see NPC 2010, DoH 2009)

Enables organisations to ensure: (2)

- Improved access to treatment
- Delivery on national and local priorities
- Commissioning competencies
- Deliver care closer to home
- Workforce development (NPC 2010)

Developments in Non Medical Prescribing

- 1980 promoted actively by RCN
- 1986 Cumberlege report- recommended prescribing from nursing formulary for district nurses and health visitors
- 1989 Crown report agreed, outlined possible role for other non medical prescribers
- 1992 Eventual Private member's Bill enabling prescribing by DN's and HV's

Developments in Non Medical Prescribing (2)

- 1994: Secondary legislation defining professional groups who can prescribe (DNs HVs and practice nurses with either qualification. Able to prescribe within Nurse Practitioner Formulary (NPF) for community practitioners
- Prescribing allowed in eight pilot sites
- 1998: Roll out of prescribing to all HVs and DNs within 2 year period

Developments in Non Medical Prescribing (3)

- 1998 Interim Crown report – supply and administration of medicines using group protocols (patient group directions) (HSC 2000/026)
- 2000 Nurse Px part of specialist qualification (V100 award)
- 2002 Extended prescribing by nurses working in minor illness, minor injuries, health promotion and palliative care

On-going developments in Non Medical Prescribing (3)

- Supplementary Prescribing by nurses & pharmacists (2004)
- Independent prescribing of controlled drugs by nurses allowed (2005)
- Independent prescribing of any licensed product within the BNF by nurses and pharmacists (May 2006)

On-going developments in Non Medical Prescribing (4)

- Nurses and pharmacists allowed to prescribe unlicensed products (2010)
- Prescribing of all CDs by nurse and pharmacist independent prescribers in 2012 – they now have equivalent prescribing rights to doctors
- Independent prescribing by physios and podiatrists 2013 (not unlicensed or CDs)
- Local clinical governance arrangements and policies must be in place for all new roles

Independent prescribing

- *"Prescribing by a practitioner (e.g. doctor, dentist, nurse, pharmacist) **responsible and accountable** for the assessment of patients with undiagnosed or diagnosed conditions and for decisions about the clinical management required, including **prescribing and monitoring of that prescribing**"* (DoH 2006)
- Definition clearly underpinned by legal, professional and ethical principles, with responsibility and accountability at its centre.

The evidence so far.....

Is non medical prescribing effective?

Growing body of literature e.g. Luker et al 1998, Latter et al 2005, Bissell et al 2008, Stenner et al 2010, Latter et al 2010, Latter et al 2011). General findings:

- Small but growing body of evidence that non-medical prescribing is safe, although not always in line with national guidelines (Latter et al 2011)
- Patients and carers valued its convenience, the fact that a complete episode of care is provided by the NMP and the health teaching and advice that was also provided
- Practitioners welcomed the improved team working that generally occurred

Is non medical prescribing effective? (2)

- Greater recognition from doctors of the expertise of nurses
- Some evidence from PACT data that (nurse) prescribing is cost neutral or even reduces costs
- Nurses - general difficulties with their pharmacological knowledge and concerns re pharmacists' assessment skills (Latter et al 2011, Offredy et al 2008)

Challenges for NHS

- Does non-medical prescribing enhance care?
- Cost of preparation?
- Slow development of strategic approach, including clinical governance arrangements

Challenges for Practitioners

- Little recognition of enhanced role (AfC offers little clarity) and the extent of the support available within Trusts
- CPD a major issue
- Need to negotiate a new working relationship with medical staff
- May need to be able to justify their role in business terms

How do you become a Pharmacist Independent prescriber in the UK?

Entry requirements

The GPhC requires that pharmacists applying to undertake an **independent prescribing programme** must:

- be a registered pharmacist with the GPhC or the Pharmaceutical Society of Northern Ireland (PSNI)
- have at least two years appropriate patient-orientated experience in a UK hospital, community or primary care setting following their pre-registration year.

Additionally:

- The provider must ensure that the designated medical practitioner (DMP), identified by the pharmacist, has training and experience appropriate to their role. This may be demonstrated by adherence to the Department of Health Guidance (2001). The DMP must have agreed to provide supervision, support and shadowing opportunities for the student, and be familiar with the GPhC's requirements and learning outcomes for the programme.

Course providers may stipulate additional entry requirements, so it is best to check the full entry requirements with your chosen place of study with (see Accredited courses).

Further reading

- DoH (2006) *Medicines Matters*
- DoH (2006) *Improving patients' access to medicines*
- *GPhC (2015) Pharmacist Independent Prescriber* *https://www.pharmacyregulation.org/education/pharmacist-independent-prescriber*
- *Available from:* *http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Medicinespharmacyandindustry/Prescriptions/TheNon-MedicalPrescribingProgramme/Nurseprescribing/DH_099261*

Consultation Skills in the Pharmacy

What is a consultation?

'A meeting to discuss something or get advice, with the goal of discovering the best course of action to take'

- Medicines reconciliation/medicines optimisation
- Handing out prescriptions
- OTC requests
- Public health discussions (weight management, smoking cessation)

Every time we speak with a patient we have the opportunity to make a difference

Challenges with medicines use today

- Studies have shown that medicines use today is often suboptimal
- Between **30-50%** of patients do not take their medicines as intended
- As few as **16%** of patients prescribed a new medicine
  - take it as prescribed
  - experience no problems
  - receive as much information as they need

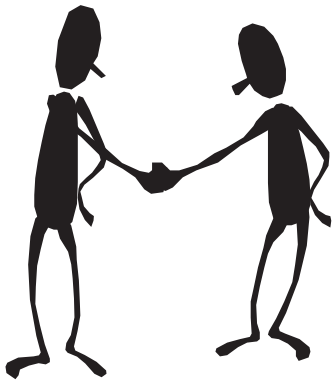
Current Patient Consultation

Product Centric

Focus on providing information **the pharmacist perceives as important**

Patients amass wealth of knowledge/information. Their expertise may be richer, more detailed and complex than medical texts and guidelines

Patient Centred Consultation



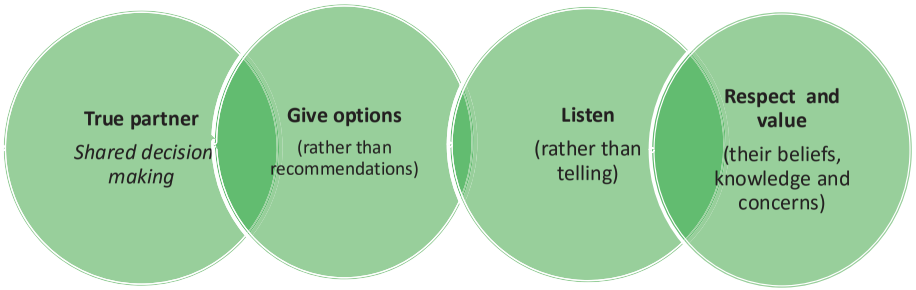
Patients are experts "about themselves":

- in how they live with their condition or issue
- their experience of treatment
- their ability to decide what's best for them
- Accept the **patient as an equal expert**

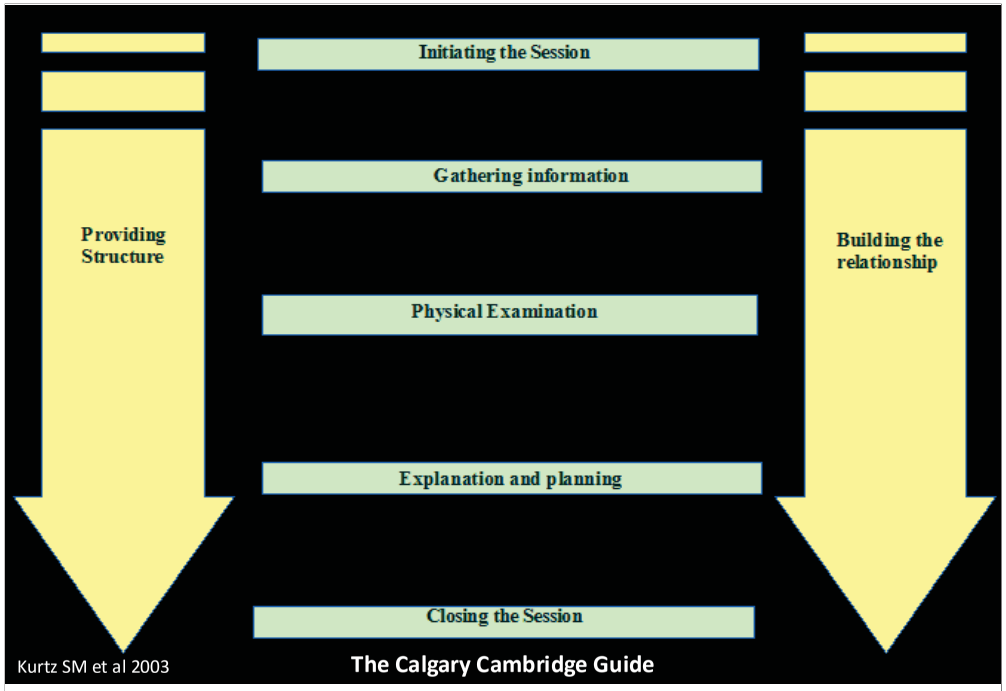
Culture Shift Towards Partnership

From Product Centric	To Patient-Centred
"Telling" the patient what to do	"Listening" to the patient
	Asking questions to explore the patient's perspective
	A non-judgemental attitude and respect for the patient's expertise
Setting the agenda according to what the pharmacist believes to be pertinent	Exploring the patient's needs and concerns to negotiate a shared agenda
Providing information from the pharmacist's perspective	Providing information and advice in response to patient's wants, needs and preferences
Making decisions for the patient	Involving the patient in decision making, empowering them to take ownership and responsibility with appropriate support

The patient-centred consultation



'Patient-centred care is care that meets and responds to patient's wants, needs and preferences and where patients are autonomous and able to decide for themselves'



Kurtz SM et al 2003

The Calgary Cambridge Guide

Initiating the Session

- Introduce yourself and say "*Hello, my name is Simon and I am the pharmacist*"
- Confirm the patient's identity
- Establish initial rapport
- Explain your reason for the consultation
- **Establish what the patient wants from the consultation** (this may be different to your own aim) **to negotiate a shared agenda**

Gathering Information

Explore* the patient's perspective using *ICE

- ***I deas:*** Explore what the patient has been told or knows already about their medicine or condition, including benefits and risks of treatment
- ***C oncerns***: What concerns does the patient have about their medicine or condition?
- ***E xpectations***: What does the patient hope to gain from their treatment? Their goals may be different to the pharmacist's goals

Explanation and Planning

Explanation: Educate patients in response to:

- Information or advice they've asked for
- Misunderstandings or misconceptions they have
- Essential safety advice about a medicine according to patient need or to re-emphasise key information e.g. *"Rinse your mouth with water after using your [steroid} inhaler to remove any traces and reduce the risk of thrush."*

Explanation and Planning

Planning: **Empower** the patient to come up with own options to encourage ownership and responsibility (with support from pharmacist as necessary) e.g.

- Address adherence issues
- What to do about missed doses
- **Enable** patient to fit medicines taking into their routine and lifestyle
- Referral or alternatives **if their decision is not to take a medicine or to stop taking**

Closing the Session

- Safety netting – providing guidance if patient experiences issues, has further concerns or things don't go to plan
- Check the patient's agreement to decisions
- Summarise and recap, check commitment to agreed options and decisions

Patient Counselling - Role play

A pharmacist conducts a NMS consultation with a patient who has recently been diagnosed with a stroke

Pharmacy Design

Can you design safety into a pharmacy?

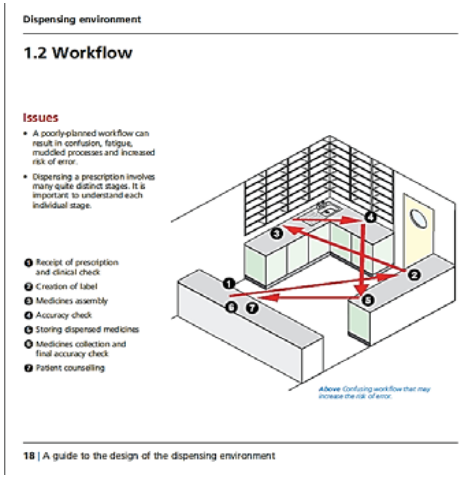
- Would a logical workflow help?
- Would separate sections for each activity/process help?

Can you design privacy into a pharmacy?

- Consultation rooms
- Private areas

NPSA document in 2007:
"Design for patient safety: a guide to the design of the dispensing environment"

Poor workflow



Dispensing environment

1.2 Workflow

Issues

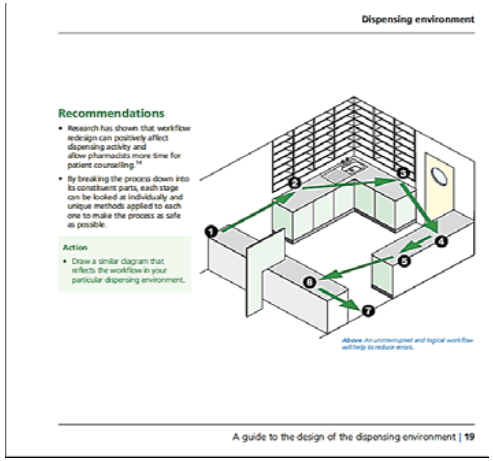
- A poorly-planned workflow can result in confusion, fatigue, muddled processes and increased risk of error.
- Dispensing a prescription involves many quite distinct stages. It is important to understand each individual stage.

1. Receipt of prescription and clinical check
2. Creation of label
3. Medicines assembly
4. Accuracy check
5. Storing dispensed medicines
6. Medicines collection and final accuracy check
7. Patient counselling

Above: Confusing workflow that may increase the risk of error.

18 | A guide to the design of the dispensing environment

Same dispensary, improved workflow



Dispensing environment

Recommendations

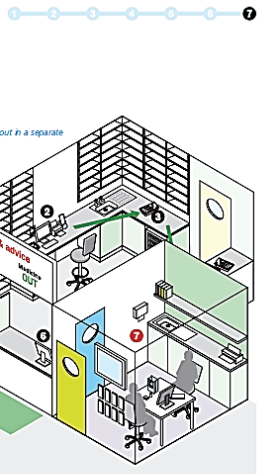
- Research has shown that workflow redesign can positively affect dispensing activity and allow pharmacists more time for patient counselling.[14]
- By breaking the process down into its constituent parts, each stage can be looked at individually and unique methods applied to each one to make the process as safe as possible.

Action

- Draw a similar diagram that reflects the workflow in your particular dispensing environment.

Above: An uninterrupted and logical workflow will help to reduce errors.

A guide to the design of the dispensing environment | 19



Stages in dispensing a prescription

Recommendations

- Consider design changes to enable different types of consultation e.g. include seating where an extended consultation is being conducted.
- Semi-private areas can be aided by good queue control and the use of counter dividers, etc. to demarcate specific areas.
- MURs must be carried out in a separate consultation area that conforms to requirements for confidentiality, etc. as set out in the *Directions for enhanced and advanced services*. Future services may also require use of this facility.

Action

- Consider how existing infrastructure could be adapted to provide a range of counselling areas allowing for differing levels of privacy.
- Build substantial modifications into future business plans and consider at next refit.
- Consider future possible enhanced services when developing plans.

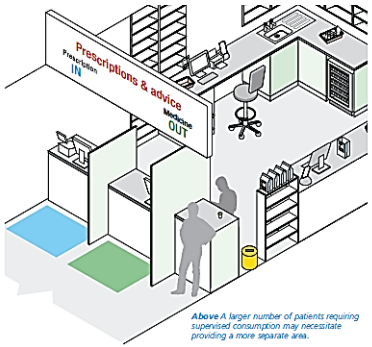
Below MURs must be carried out in a separate consultation area.

A guide to the design of the dispensing environment | 59

2.9 Supervised consumption

Issues

- It may not be possible to provide a sufficient level of privacy for the self administration of medicines in the pharmacy.
- Poor communication may be caused by patient overcrowding and poor design.
- Patient and staff security may be inadequate.



Above A larger number of patients requiring supervised consumption may necessitate providing a more separate area.

Consultation room

Dividers to provide privacy

Colour coded baskets

Designated areas

THE GUIDED TOUR

Thank you