



HSE・イギリス視察研修 報告書

2016/11/20～2016/11/26

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。

訪れるロンドンの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)

イギリスの医療制度の歴史 ①



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、人々に医療をフリーチャージで与えていました。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となりました。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。

イギリスの医療制度の歴史 ②



マーガレット・サッチャー
元英国首相
(1925～2013)

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、医療技術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 年には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（公平な医療に対する）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。（後の、BREXIT へと繋がる）

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。

Brexit（イギリスの EU 離脱）に揺れた 2016



イギリスと聞いて真っ先に連想されるのが 2016 年 6 月 23 日に行われた「EU」（欧州連合）からの離脱の是非を問う国民投票ではないでしょうか。この問題は BREXIT（Britain と Exit）と呼ばれ世界が注目をしました。

日本では突如出てきた問題のように見えがちですが、イギリスの EU 懐疑論の歴史は古く、1975 年にも EU の前身である EEC（欧州経済共同体）からの離脱をめぐる国民投票が行われています。

その背景にはイギリスという国家のナショナリズムや政治的要素があげられていますが、重要な問題として「社会保障費」もあげられています。イギリスの誇る公的医療サービス「NHS」は世界に誇る仕組みといわれている反面、その手厚さゆえに社会保障費の増大が近年大きな問題となっています。

EU 随一安定している国として、毎年多くの移民がイギリス国内に入ってきます。安い移民労働者が国内に入ってくることによる、賃金の低下、労働の需要と供給の崩れ、そこから生まれる生活保護と負のスパイラルに陥っているといわれています。まさしく現在日本で問われている問題と同じことがイギリスで起こっているといえるのではないのでしょうか。

国民性や制度は違えど、同じ社会保障費が大きな課題となっているイギリスに私たち日本が学ぶべきことは多くあるのではないのでしょうか。今回のイギリス視察では医療についてはもちろんですが、「社会保障制度の維持」という着眼点を加えて開催いたしました。



国民投票の結果を受け辞任
デービス・キャメロン元首相
(2010 年 5 月～2016 年 7 月)

視察行程

2016 年 11 月 20 日 (日)

羽田空港発 09:45 BA-006 《約 12 時間 40 分》

ロンドン着 12:20 到着後、ホテルへ

11 月 21 日 (月)

14:00 ホテル内、会議室にてレクチャー
「英国の医療制度の基礎と NHS」
吉崎・エステディウス・美穂 氏
(現地薬剤師・公衆衛生コンサルタント)

16:30 薬局見学「John Bell and Croyden」

11 月 22 日 (火)

13:00 グループ別研修

①薬局ウォーキング+ホメオパシー薬局見学
(コーディネーター: 横澤 ひろ子 氏)

②大学門前型モデル薬局見学
(コーディネーター: 國分 麻衣子 氏)

③郊外型コミュニティファーマシー見学
(コーディネーター: 竹内 大祐 氏)

19:00 現地関係者(薬剤師)との意見交換会

11 月 23 日 (水)

10:00 王立薬学協会(RPS)見学・レクチャー

①王立薬学協会について
(荒川 直子 氏 RPS 国際プロジェクトリーダー)

②イギリスにおける薬学教育について
(Chris John 氏)

③RPS の最優先事項と啓蒙キャンペーンについて
(Sandra Gidley 氏 元・国会議員)

16:00 家庭医(GP)レクチャー・意見交換会
(佐々江 龍一郎 先生 : 現地家庭医)
(横澤 ひろ子 氏 : 現地薬剤師)
(國分 麻衣子 氏 : 現地病院薬剤師)
(ユミ・プール 氏 : 現地 Dgs 薬剤師)

19:00 現地医療関係者との情報交換会

11 月 24 日 (木)

終日自由日

11 月 25 日 (金)

10:45 BA-004 ヒースロー空港 離陸

26 日 (土)

10:30 羽田空港 到着



Kae マネジメント主催のイギリス研修は今回 3 回目と言うことで、イギリスの医療制度や薬局見学の詳細、公衆衛生や王立薬学協会での薬剤師の資格についての講演内容などは今まで及び今回参加されている他の方々の報告書に記載されているので、単純に私個人の感想を書きたいと思います。

NHS はイギリスの国民全体が無料で医療サービスを受けられる国民保健サービスでありその財政基盤は国民全員が加入する国民保険（NIS）です。高齢化に伴い膨大な医療費の伸びは支出として大きくのしかかり、それ故 NHS は出来るだけ医療費削減を唱えているとの事、強いては少しでも高い薬価の物は使えないと言う事実は興味深かったです。ほぼ半年に 1 回のペースで GP が処方できる薬剤が改定されるそうですが、処方できる薬剤としてハーボニーやオプジーボなどは挙がってきていないのが現状です。また抗凝固剤に関してもワーファリンがメインでイグザレルトやエリキュースはなかなか使えないとの事。もちろん GE に関しても同様で GE のある薬剤に関しては GE のみがリストに挙がっている様子です。

薬価収載と NHS が処方していいと言う薬が違うというのはいい考えだと思います。ブランドものや高額な薬を希望される方はプライベートに行き高額医療費を保健適応ではなく自腹で支払うことが出来る、いわゆる選択権が患者自身に任される仕組みです。また薬剤師単独で処方していい薬剤もリストがあるとのことでそういうガイドラインがあるのは良いのかも知れません。日本でも零売や薬局製剤がありますが、例えば薬局製剤をネット販売されている薬局さんもあります。また漢方などの販売も店頭もしくはネットでされている場合があります。勿論顧客に信頼されて販売や業績を積み重ねられているからだと思いますが、そういう零売や薬局製剤、スイッチ OTC の見直しも今後薬剤師として、薬局として必要かと思います。余談ですが処方できる薬剤が決まっているので薬局にはメーカーの MR さんは全く来ないそうです。日本ではなかなか門前の医師との関係がありますが、なんせ GP に予約しても数週間待つのはザラというイギリスの現状と今の日本の現状と明らかに異なっています。医師に診察してもらえないので薬局に行く、OTC で済むならそれを購入する。または診察してもらえないので薬剤師にカウンセリングしてもらい、資格のある薬剤師に NHS が定める薬剤の中から処方してもらう。

最近日本ではオプジーボの価格改定が話題になっています。先日の新聞記事によると日本ではオプジーボは 100mg 約 73 万円です。それに対しアメリカでは約 30 万円、イギリスでは、現地 GP の佐々江医師は NHS のリストに見たことがないと言われていましたが、約 15 万で日本の約 1/5 です。日本で開発された薬剤に関わらずです。日本では当初は少数の皮膚がんの患者（患者数約 500 人）を想定して計算され、高い開発費用を考慮しての薬価収載だったとの事ですが、肺がん患者にも適用追加で患者数は当初の 30 倍、1.5 万人になり、将来的には 100 倍の約 5 万人に増えるとの推計もあります。今後腎臓がんや血液のガンなど適応拡大の傾向です。今の薬価だと肺がん患者一人に年間約 3500 万円かかる見込



株式会社せいき
薬剤師 浅田 和美

みになり 5 万人の患者に適応になれば 1.75 兆円の医療費に膨れ上がる計算になります。そのため来年 2 月より薬価を約半分にすることになりましたがそれでもイギリスの 2 倍以上です。

オゾンボの価格改定に伴い色々取りざたされている薬価ですが、こちらも 2 年ごとの改定から毎年改定へと新聞をにぎわせています。政府と製薬協、メーカーなど色々思惑もあると思いますが医療費の膨大な増加に伴い GE, GE というが、GE や先発品の薬価を決めているのは厚労省であるのも事実です。政府は実情に合わせた薬価設定を行い、スイッチ OTC を勧め、市販品と同一成分のものが保健適用の医薬品として薬価収載されている現状を改めて見つめ直す必要があると思います。

多剤服用に関してですが、日本でも最近ポリファーマシーという言葉で取り扱われていますが、イギリスの NHS における保険点数では薬価ではなくその薬局が月に何剤処方したかで薬局への報酬が決まります。ただ患者一人当たりの処方薬剤数に関しては NHS の厳しいチェックもあり平均約 1-2 剤が主な模様です。剤数が多いと日本の返戻の様に問い合わせがあるとの事です。ただ高齢者の場合は何剤も服用している場合もあり一包化なども行いますが、イギリスの調剤薬局を見学させていただきましたが、分包機はなくプラスチックのトレイの様なものにテクニシャンの方が裸錠を入れ、それを曜日などが書いた厚紙でシールし分包する仕組みです。そうです分包機が薬局にはないのです。粉薬の処方も殆どなく小児や幼児には水剤が主流で、粉は水剤に溶かして水薬瓶で渡すことがまれにある位との事です。前述した様に緊急を要する診察がまず GP にはありません、子供だけでなく成人も風邪かな？熱かな？と思っても GP に電話して予約を取り付けることが出来たとしても 2 週間後や 3 週間後の診察です、すぐに診察してもらいたい場合は救急へ行かなければなりません。風邪や熱などで病院に行くという概念がイギリスの方にはない模様です。という事は処方も緊急性のものが非常に少なく抗生物質などは殆ど見ないと事です。

また外用薬も殆どありません。オナリンや湿布薬などの貼り薬は勿論、目薬、塗り薬も殆ど処方として扱われることはなく、見学した調剤薬局にもドレッシング剤はありましたが私たちが日常よく見かける外用剤は全くと言っていいほどおいてなかったです。

お薬手帳や薬情、薬の説明などもないです。そもそも投薬で日本の調剤報酬の様に加算がないので、薬歴も勿論ありません。例えば大手チェーン薬局などでは事前にオンラインで処方箋を受け取り、またはレポート処方箋などの処方内容をオンラインでセンターに送信して 3 日後にパッケージにされた物が店舗にやってきて、それを患者さんにただ渡すという感じだそうです。つまり過剰の在庫などもなく、在庫管理などと言う雑務に時間をかけることがないとの事です。

今回イギリスの国民保健サービス (NHS) の制度の話を聞き、日本において医療保険や介護保険などの仕組みについて小さい頃から学校で教育すべきではと思います。実際国家の税収入の話など授業に取り入れている場合もあるかと思いますが、日本だけでなくイギリスやアメリカなど諸外国の保健制度の比較なども含めて学び、保健や医療、介護や年金などの社会福祉に対して考える教育現場があ

ればと思います。そして各国の社会福祉制度におけるそれぞれのいい点を吸収して、日本の人口や社会 factor を考慮して柔軟に対応していける未来の大人を育てる事が必要かと思います。私自身実際薬剤師として働くようになってから保健制度や公費のことなどを知り、月々の介護保険の支払いが始まってまだまだ介護保険制度の現状に乏しい所があります。前述した薬価制度もそうですが、中学生位から何故自分の医療費の薬剤費はかからないのか？高校生になったらどうして3割でいいのか？高齢者医療にどれだけの負担を国や国民がしているかなど、私自身も含めて国民一人一人が興味を持って知る必要があると思います。国民一人一人が世代を超え、今の日本の医療や介護など社会福祉の実情を知ること、このままではダメだと気づく事で、いわゆる世論が動いて、政治的に新しい事を進めやすくなるのではないのでしょうか。

王立薬学協会で政治家でもある Gidley さんの講演の中にもありましたが、(10月に日本の名古屋で行われた日本薬剤師学術大会にて同内容の講演をされております)、色々の政策キャンペーンの中で一番実現可能だと思われるものを絞りそこに人材も予算もメ็ดเงินも集中させて実現可能にもって行く、とても政治的発言だと思いますがその通りだと思います。あれもこれもと考えはあるでしょうが、例えば薬剤師会としてこういう方向で薬剤師の地位向上を目指したいと絞り、その中でも世論がついてきてくれそうで、なおかつ薬剤師一人一人の賛同を得られやすく、予算も少なくて済むものから実現可能にもって行く、そういう政治的手腕も薬剤師会には必要ではないかと思われま

す。研修に参加させて頂いてありきたりですが非常に楽しかったです。色々な話を聞けてそして見る事ができて、刺激になり新たな事を知ることは発見でありそれがまた楽しかったです。

今回地元の薬局に引率して頂いた現地薬剤師の國分さんをはじめ GP である佐々江医師や他の方々も含むお話をさせて頂いた方皆さんは本当に時間を惜しんで沢山話しをして下さいました。また企画をされた Kae マネジメントの計らいもあり昼食や夕食など食事時に相席もしてくださり、移動のバスにも同乗して下さって様々な私たちの質問にも嫌な顔せず答えて下さいました。だからこそ、3日目の午後はグループ分けをせずに出来る事なら行けなかったコースなども全て行って、現地薬剤師である竹内さんの話しや職場を見学したり、ウォーキングツアーでブーツやロイズなどのチェーン薬局や紅茶のテイスティング、ホメオパシーの実際の現場とかも見てみたかったと言うのが本音です。

ツアーガイドさんも2人いて、生活している側からのイギリスの医療と言うのも色々聞けて、それは職業とされている人達との立場とは違ってこちら興味深かったです。このツアーガイドの方が日本にいるご両親の病気などで一時帰国され日本の薬局に行かれた話も非常に面白かったです。私がイギリスの薬局を見学して思った事の逆、イギリスの医療制度ではあたり前の事が日本では行われておらず、日本の調剤報酬制度で行われているあたり前の事がイギリスでは行われていない、ある意味今回の研修のサブタイトルでもあるリアルカルチャーショックだと思います。

ただ私個人として思うことは、企画会社の方も國分さんも NHS (イギリスの国民保

健サービス) をイギリス人の方は誇りにしているとの事でしたが、実際のイギリス人がどう思っているかの survey があればと思います。思うだけでなくどうしたいか問題点はないのかななどもっと現地の人の生の声を聞きたかったなと思います。例えば、日本の医療保険制度に対して私個人が思うものと、薬剤師としての私が思うもの、高齢の親をもつ家族として思うものと見方が異なると思います。それゆえ現地イギリスの方々のような年齢層や職業層による NHS への考え方も異なると思うのでそう言った点も聞ければよかったなと思います。加えて、薬剤師のイメージや GP のイメージ、薬剤師に求めているものなども聞ければ良かったかなと思います。時間の都合もあるとは思いますが、薬局に勤務されているアシスタントやテクニシャンの方々やプレジと呼ばれる実習期間の学生さんの声なども聞ける時間があればと思いました。

研修では見学やレクチャーだけでなく今回の研修に参加されている方々からも色々お話を聞く事が出来、こちらも非常に興味深かったです。以前には管理栄養士の方も参加されていたみたいですが、卸の方や薬局経営者、取締役の方、6年制卒業2年目3年目の薬剤師の方々など、年齢も薬剤師としても経験も職種もバラエティに富、同じレクチャーを受けても感じる事が少しずつ違っており、それぞれの目を通して得るものは異なるものだと思います。また地方の方も多かったのもあり、日本での日々の業務の話や、経営者として人材確保をどうしているか、大学と連携して実務実習を出来るだけ出身県の薬局で行い就職につなげるなどの話もありました。ちなみにイギリスでのプレジの1年間の実習でも入学して1年目の長期休みなどにアシスタントとしてアルバイトをし、そこでプレジを行い、ひいては就職先になると言う感じの仕組みが大手では出来つつあるそうです。

さて、研修からすでに1ヶ月が経過しました。上記の感想は研修最終日のロンドンから羽田への機上にて携帯に付したものです。研修から日常の業務に戻り改めてイギリス研修を、一般のそれも経営者でもない薬局の一薬剤師としてどう反映できるか考えました。前述した通りイギリスと日本では根本的に保健や医療の仕組みが異なります。宗教的および歴史的背景も異なり、薬や診察という行為に対する考え方がまず違います。その中でまず自身に改めて薬剤師とは何だろうと疑問が生まれました。現地 GP の佐々江医師も言っておられましたが「チーム医療」の中で多忙な GP に代わり看護師の役割は大きいとの事。アメリカでもそうですが病院や診療所における看護師は診察や処置、処方権などがあります。私は調剤薬局に勤めているので病院での薬剤師の方々の現状を知らないのですが、私たち薬剤師は日本において医薬分業という言葉の下に、いつの間にか薬剤師の業務は調剤中心になってしまったのではないのでしょうか。おりしも今年は健康保険料薬局制度が開始し来年はセルフメディケーション税制が始まります。今後増え続ける医療費を抑え国民の健康寿命を延ばす為には調剤ではない薬剤師の役割が重要になっていくのではないかと思います。また診療所やクリニックに常駐しゲートキーパーであるチーム医療の一員として自分達の存在価値を訴えなければいけないと思います。加えて検体測定や様々な簡易測定を実施し国民の健康

のチェック機能をつかさどりカンセリングを行う事も今後の課題ではないでしょうか。社会福祉の面からも、在宅だけではなく高齢者施設における薬剤師の役割にも目を向ける必要があると思われます。日々の服用のコンプライアンスと言う点だけでなく、施設に半常駐し高齢者の健康面をサポートする事及び QOL を考慮しての医療を提供するなども重要ではないでしょうか。

王立薬学協会でのレクチャーにもありましたが、国家試験で合格し薬剤師となるのではなく薬剤師として働き始めてからどういう風になって行くかが課題だと思います。今後数年間で自分はどのような事をしていきたいか、そしてその数年が実際終了した時に自分はどのような事をしたかと言う、自身へのアセスメントおよび mentor や上司からのアセスメントが自身の向上の為にも必要ではないでしょうか。

最後に、今回企画をされた Kae マネジメントの方々、現地で協力して下さった方々、そして一緒に研修に参加された方々、海外研修という貴重な機会を下さった上司の方々、本当にありがとうございました。色々な事を見つめ直すそして問い直すきっかけになり、現地にいた6日間だけでなく今後の自身を見つめ直す契機になったと思います。本当にありがとうございます。



イギリス視察研修を終えて

●Boots ドラッグストアー

実際に町を歩いていて1週間で10件ほどのBootsと言うドラッグストアを見ました。入りやすく外からも見えるようにどの店舗も中がしっかり見えるガラス張りでした。地域によって品揃えは様々でしたが、中でも繁華街にある店舗だと、薬、健康食品、サプリメント、食料品、電化製品、サングラスなど、ここに来たら何でも揃う！日本でいうデパートのようでした。繁華街の店舗では無料で視力や血圧が測れるマシンが置いてあり、測定が終わるとオススメの商品が必要か表示される仕組みになっておりました。日本でも血圧、血管年齢などを測る機械が置いているドラッグストアはありますが商品に結びつけるアプローチをしてくれる機械は見たことないので驚きました。

●John Bell&Croyden

アラブ系のお金持ち向けのドラッグストアも見学しました。店内はかなり広く、通路もかなり広い店舗でした。売り場はカテゴリーごとに見やすく分けられ、売り場ごとに担当のスタッフがいらっしゃいました。中には数百万するキラキラしたバイクなども置いてありました。とにかく店内は見やすく高級感がとてもあり、店内にいるお客さんはカゴいっぱい買い物をされている方が多かったです。中にはカゴ2つの人なども……。レジの後ろには調剤室があり、店内にはAEDなども置いてありました。

●ホメオパシー薬局

「Nelsons Homeopathic Pharmacy」と言うホメオパシー薬局を見学しました。ホメオパシーとは約200年前にドイツのサミュエル・ハーネマン医師により見出され、確立させた自己治療力を使う同種療法です。同種療法の起源は古代ギリシャのヒポクラテスまでさかのぼることができ、「症状を起こすものは、その症状を取り去るものになる」という「同種の法則」が根本原則になっています。ギリシャ語で「同じ」という意味の「ホメオエ (homeoeo)」と「病気」を意味する「パシー (pathy)」を合わせた言葉で、近代西洋医学のように、症状を抑え込む療法とは正反対の、「症状には同じような症状を出すものを天文学的に希釈振盪して与える」という「同種の法則」に基づいています。症状は体からにしろ、心からにしろ、必要があって表出しているものであり、同種療法によって症状を出し切ることが治癒につながるという考え方です。ハーネマンはこの「同種の法則」にプラスして、症状を起こすものを非常に薄め活性化（希釈振盪）して使うことにより体に悪影響を与えることなく、症状だけを取っていくものとなるという「超微量の法則」を打ち建て、物質の悪影響もなく、情報パターンだけを与えることで安全で体にやさしく常習性を持たないホメオパシー療法を完成させました。ホメオパシーでは症状を抑圧するのではなく、症状を出し切れるように後押しします。そう



株式会社アペックス
伊藤 孝一



して初めて心身ともに健康になると考えます。私達の心や細胞が抱える不自然なパターンを解放し、真の自分を取り戻し本来の自分を生きることができるようになる自然療法、それがホメオパシーです。ドイツを始めとしてフランス、イギリスに広まって現在はヨーロッパ、アフリカ、インド、ロシア、中南米まで、また低コストであることから発展途上国でも知れ渡り使用されています。フランスなどのヨーロッパの国や南アフリカでは医師や博士以上の資格がないとホメオパスになれないところもあります。

《砂糖玉 レメディー》

ホメオパシーでは、症状を増幅させるときに、ある作用を持つ植物・鉱物・昆虫などを徹底的に薄めた砂糖玉「レメディー」を使用します。レメディーは、元の物質がなくなるまで薄める「希釈・振盪（しんとう）」という特別な方法によって作られます。

実際にホメオパシー薬局にて日本人の薬剤師さんに相談をしてみました。

『アトピーなんですけど、何かいいのありますか？』

「全身？いつから？特にひどい所は？膿は出る？何か薬飲んでいる？」など、色々質問されました。最初に保湿剤の売り場に行き、症状の酷い所をみせました。中が乾燥しているのか表が乾燥しているのか……。2種類選んでもらい悩んだ結果ホープスリリーフクリームを購入することになりました。飲み薬も欲しいと頼むと、もしかしたら最初に症状が悪くなる場合があると説明を受けました。大丈夫ですと答えると小さな瓶に入った大きさ3ミリほどの砂糖玉(約60個)の薬を処方して頂きました。これを朝晩飲んでと言うよりは舐めてと言われました。電磁波の出ている物(テレビなど)の近くにはあまり置かないで下さいと言われました。1か月分にして金額は7ポンド=日本円で約1000円ほどでした。日本で相談薬局でOTCを買うと1万円~3万円は掛かると思います。その事が頭にあったので、とても安く感じてしまいました。その後、乳酸菌とか飲んでいますか？と聞かれ飲んでいる物を見せました。日本でも乳酸菌をとると〇〇に良いとかかなり注目されていますが、イギリスでも流行っているみたいで色々な乳酸菌がありましたが、ゼリータイプはないと言っておりました。

色々な薬局やドラッグストアを見学しましたがドラッグストアに置いてある商品は日本と海外ではそこまで変わりはありませんでした。市販薬は日本では処方箋がないと貰えない薬も購入できる物がたくさんありました。(イミグランやアフターピルなど)1人1個まで。1番感じたのは専門的なスタッフが店内に大勢居た事です。日本ではどのドラッグストアでもレジと品出しスタッフしか見た事がないです。日本では店員に話しかけてもあまり商品について詳しい人は居ませんが、イギリスでは商品の事を細かく把握してしまし

た。ホメオパシー薬局では1人1人に時間をかけて色々相談をしながら薬の販売に結びつける、日本のOTC専門の相談薬局に近いと感じました。日本では何か体に異変がおきるとすぐに病院に行く人が多いですが、何かあったらまず薬局やドラッグストアに行くという環境を作れるようにもっとOTCや体の仕組みなどを勉強して、全ての患者さんに対応できるようにしていきたいです。



イギリス視察研修レポート

今回の視察では、イギリスの文化を学び、日本との違いやそこから日々の業務に通ずるなにかを見つけること、国が違くと薬剤師の存在は何か違うことがあるのか、そして、他の文化を観て何かを感じたいという目的で参加した。

イギリスの医療制度と日本の医療制度は異なる点も多く学ぶ点も数多くあるが、国民性も異なるため、一概に日本に同様の制度を持ち込むことは難しいと思う。その中でも日本で活かせるのではないかと個人的に考えた点をあげてみる。

1 独立処方権をもつ薬剤師、生涯学習の重要性

まずイギリスの医療制度についてまとめる。イギリスには NHS という医療制度があり、財源は主に税金、国民は原則無料で医療を受けることができる。

日本との大きな違いは、自ら病院を選択するわけではなく、登録している診療所の家庭医(GP)を受診し、必要があればさらに専門的な病院を紹介してもらうシステムになっているところである。

実際に GP の先生のお話を聞くことができたが、1 人の家庭医に対して患者数が多いため待ち時間が長く、受けたいときにすぐ受診することができない現状があるとのことだ。

このことからイギリスでは軽度な症状では家庭医にかからず、アクセスのよい薬局に薬を求めるため、日本よりも患者の薬局利用率、OTC 購入率が高く、薬剤師の業務の幅も広がっている。

ここで登場するのが処方権をもった薬剤師の存在である。

イギリスでは非常に有効に活用されており、GP が多忙であるがゆえに必要不可欠になっている。但し、この権利は薬剤師誰もが持てるわけではなく医師のもと、特別な講習を受けた薬剤師のみに持つことが許されている。イギリスの薬剤師は、ただ薬剤師国家試験に合格するだけでなく、スキルアップをして、業務の幅を広げている。

また、イギリスでも 2013 年からの新しい取り組みで、王立薬学協会が発足したファクルティと呼ばれる段階職能認定制度がある。知識、技術、経験、態度の面で自己評価し、ポートフォリオと呼ばれるレポートを作成すると基礎薬剤師、専門薬剤師、フェローと 3 段階の称号を与えられる。5 年ごとの更新制であるこの取り組みは、向上心のある薬剤師のキャリアアップとなる。



有限会社徳吉薬局
薬剤師 伊藤 由香

2 簡易検査の実施、健康食品の販売、生活習慣指導と医師へのフィードバック

まずイギリスの生活習慣病についてまとめる。

日本と同じく、イギリスが抱える課題として、高齢者の増加と肥満などの生活習慣病の増加がある。

日本では15歳以上の約4人に1人が肥満(BMI 25以上)とされているが、イギリスでは61.7%とかなり多い。これは、私も1週間の滞在のなかで強く感じたが、食生活が非常に影響していると思う。(イギリスの食事は脂質・タンパク質の比率が高く、野菜が少なかった。)

薬局では、訪ねてきた患者にヘルスチェックをし、食生活に興味をもってもらい健康食品・サプリメントの販売や生活指導を行っている。

また街を散策している中で、喫煙、特に女性の喫煙が日本よりも多いと感じた。これは、イギリスでは室内での喫煙を一切禁じており、路上に喫煙のスペースがあるために、喫煙者が目につきやすかったこともあるが、データとしても女性の喫煙率は日本の2倍以上であった。

薬局では健康のための禁煙を推進していく為に禁煙指導をおこなっている。

ここまで書いた内容は日本でも少なかれ行われていることである。ただし日本との大きな違いが一つある。

それが、この簡易検査の結果や生活指導を行った内容を患者のかかりつけ医にフィードバックする事で、患者は長い待ち時間の診察を受けなくても必要な薬を受け取ることができる点である。

まとめ

この2点が日本で薬剤師として働いている私たちにも参考にできる点ではないかと考えた。

これは日本ではまったく行われていない新しい取り組みではない。日本でも自主的にやっている薬局もあると思われるが、イギリスではしっかりと制度化され医療制度の中に浸透しているように思われる。

ではこれを日本でも制度化しようと声があげればいいのか。それは必要なことではあるが、やはりまずは自分の薬局で、または自分の地域の薬局と連携して同じような取り組みを行っていき、制度に縛られなくともできることをしていくべきと思われる。

今の薬局、薬剤師は保守的な部分が多く、今までやってきた処方箋を受けて薬を渡す。という作業に重点を置き、受け身の仕事になっているのではないと思う。

ただ今はサポート薬局という制度もでき、より地域へ、より患者を見るような方向になりつつある。この流れに乗り、もう一度薬剤師の役割を見つめ直し、できることを模索していく必要がある。

今の日本の薬剤師が見ているのは薬なのか、病気なのか、イギリスの薬剤師はしっかりと患者の健康を見ていると実感した。

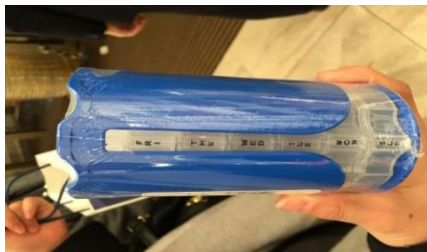


イギリス視察研修レポート

一番印象に残っているのは、2018 年からイギリスでは薬剤師の免許が更新制になるということです。

私は参加しなかった今年の 10 月に名古屋で開催された日本薬剤師会学術大会で講演された英国国立薬学協会（R P S）のサドウさんの話では、イギリスでは介護施設に薬剤師を配置する事により、長くて 10 年のリピート処方箋を薬剤師がチェックして残薬管理などで 177 億円の医療費の節約になります。日本は 2015 年に過去最高の医療費 42.3 兆円で医療費の削減が、共通した課題であると認識しました。そして、2016 年に R P S と J R A が協働プロジェクトを立ち上げた事で J P A L S システムが変わったことも知りました。

・ J o h n B e l l & C r o y d e n 薬局見学、吉崎美穂講師の話
薬局内に医師もいて歯科も併設、店舗は広く、ゆったりとした豪華な王室御用達のお店。日本の百貨店にいる感じです。O T C、健康食品、化粧品、医療用具、介護用具など 12000 種類の商品を扱う。ヘルプアシスタント 10 人＋販売員 10 人＋テクニシャン 4 人＋薬剤師 4 人の従業員の多さに驚いたが職員の配置は適材適所で良く考えていると感心しました。私の印象は痛み関係の商品が多かった。



曜日毎の薬箱（横から）



曜日毎の薬箱（上から）

ロンドン市内の一部の薬局では今年から薬剤師の仕事に患者の喉の痛みがスワブ検査の結果によって菌かウイルスか判断して抗生剤処方を考えるという業務が新しく加わりました。

・エセックス州の T h e N e w P h a m a c y 見学 竹内大祐講師の話
イギリスの N H S 処方医は B N F 7 2 の本に基づいて治療するため、適応外処方、医師の処方箋がないからこの本に記載がないと D r に問い合わせしやすい。D r への疑似照会に悩まされている私には羨ましいです。しかし、投薬の箱にサインすることで副作用などすべての責任を負うというイギリスの薬剤師の責任の重さも実感しました。又小児の薬の粉薬を計量することがないことに驚きました。避妊用ピルは 6 割の使用率で、無償でコンドーム配付、ニコチンガムを用いた禁煙指導、来月からインフルエンザの予防接種開始など薬局での仕事の幅が広く、充実しています。インド人のオーナー



株式会社アクロス
薬剤師 岩本 尚美

は昨年から開発した香水を日本に輸出する事業も開始し、薬局の多角経営を実施しています。



1 包化の薬箱

・英国国立薬学協会（RPS）の見学 國分麻衣子講師他の話

イギリスの薬剤師は3つのCがあり、職業領域の包括的能力のCompetence, 職業領域を支える行動のCompetency、行動に裏付けられる特徴のCompetencies. 氷山に例えると下の部分になるCompetencyの知識、技能、才能、態度、価値観、信条の概念に基づき効果的に持続させます。イギリスにはメーター制度（師匠制度）があるのは羨ましかった。

家庭医付きの薬剤師は薬剤師の処方権を使い、不足している家庭医の仕事を減らす。開始当初の家庭医付き薬剤師は250人、個々1, 2年で400人に増やす予定です。NHS救急医療室に患者の待ち時間短縮のなどのために24時間薬剤師を配置しました。地域のコミュニティ薬局からカルテにアクセス出来て、将来的には薬剤師がカルテに書き込めるようにしたい。と聞きすごいことだと驚きました。私が病院薬剤師の時はカルテを見られたが、薬局薬剤師ではカルテが見られないためせめて病名だけでもわかればと日々の業務で思うことがあります。

・家庭医 佐々江龍一郎講師

家庭医から専門医に紹介して診察まで18週の時間がかかる。医療費の支出の割合の9割専門医、1割家庭医である。家庭医の役割の大きさを認識しました。イギリスの国民は薬を欲しがらない。日本とイギリスの国民性の違いがあると痛感しました。

・感想

今回初めて海外研修に参加しました。海外旅行も19年ぶりです。帰国後、イギリスでの家庭医の素晴らしさがわかり、職場にあったK I S E E I K U R 2013 V O 6を読み返した時に北海道寿都町立寿都診療所の家庭医で活躍する中川貴史Drの記事の特集の内容に以前と違って共感しました。百聞は一見にしかず、日本、イギリスそれぞれ医療制度のメリットデメリットがあると思いますが、ぜひ多くの方に海外研修を体験して欲しいです。同じ世代の薬剤師の方がイギリスで大活躍されている姿をみて、又20代の若い薬剤師と一緒に研修をして、自分も初心に戻ってまた頑張ろうと

思いました。3日間も同じおかずの弁当で我慢してくれた中3の息子、高3娘、家事してくれた夫、海外研修の機会を与えてくれた職場のおかげで貴重な体験ができました。4月からかかりつけ薬剤師制度も始まったし、これから地域に貢献できる薬剤師として努力します。

最後に視察研修を企画されたK a e マネジメントの駒形さん、現地の日本人の医師、薬剤師、通訳の方々、マイチケットの岩井さん、一緒に研修に参加された方々に感謝と皆様のご多幸を心よりお祈り申し上げます。



イギリス視察研修レポート

●イギリスのNHS(National Health Service)の概要

《内容》

イギリスの医療サービスNHSについての講義です。イギリス国民に対して公平な医療サービスを軸に1948年に設立。3大原則として、1. 全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。とあります。イギリスでは個々に家庭医というものを登録しておきます。日本の様にどこのクリニックに行けるわけでもなく必ずその家庭医に受診をします。すなわちプライマリケアです。そこでより高度の治療を行う必要のある方のみ2次治療へと進みます。また疾患に対する薬ですが、NICEガイドラインに沿った薬しか処方する事の出来ない仕組みになっています。

《感想》

イギリス医療はとにかく節約を重視した医療のように感じました。また薬剤師の力も強く、ドクターにしっかりと意見を言うこともできます。NICEガイドラインは各疾患毎に出せる薬が決まっており、それに背くことは、薬剤師も医師も出来ません。また、高額な新薬もイギリスではほとんど使用する事も無いようです。因みにここ最近ダビガトロンが使用できるようになったそうです。医療費の高騰と言われている中、とても画期的な医療の様に感じました。また、薬剤師の医療への介入も日本より進んでおり、今後はスワブ検査と言う、感染症の簡易検査を薬剤師が実施→抗生剤処方など薬剤師の立場も日本より進んでいるように感じました。

●イギリスのコミュニティ薬局について

《内容》

イギリスの薬局の報酬についての仕組みです。イギリスの報酬は必須サービス+高度サービス+付加サービスと3つのサービスによる報酬が得られます。必須サービスは全ての薬局が実施をしないといけないサービスで、調剤レポート処方箋の管理、不使用薬の廃棄、健康増進活動、セルフケアサポートなどがあります。高度サービスにはMUR(医薬品使用の見直し)1件につき£28、年間400件、NMS(新規処方サービス)1件につき£20~28、年50件迄、AUR(医療装具使用見直し)£28(店内)、£54(在宅)、SAC(ストマスタマイズ)£4.32/アイテムがあります。付加サービスはニーズに沿ったサービスで、ヘルスケア、禁煙指導、避妊薬処方などがあります。

《感想》

日本の点数制度に比べて簡易的な報酬システムのように感じました。特に注目した点が付加サービスの点です。禁煙指導や、避妊薬の処方など今の日本の薬剤師ではほとんど携わっていないところにも関与していました。公衆衛生に関わるサービスなども積極的に取り入れています。また地域ごとで薬剤師による新しい取り組みについてもご紹介して下さいました。マンチェスターでは



株式会社ハッピーファーマシー
エリアマネージャー
薬剤師 佐川 禎朗

薬剤師による薬局クリニックで軽度の怪我などの治療にあたったり、リハビリでは薬剤師による COPD クリニックなど展開しているようです。今後、日本でも薬剤師にこのようなことを求められる時代が来るのではないかと考えています。

●イギリスのコミュニティファーマシー薬局 (John Bell & Croyden)

《内容》

NHS 管轄外のプライベート薬局の見学。基本的に診察代、薬代は自費の為、高額所得者や、アラブのセルフなどが受診をします。中には薬剤師の診察部屋や、医師に貸出をしている診察室などが設置されていました。また美容器具や化粧品その他高級日用品も多数取り揃えていました。NHS の制度で家庭医に受診しようとする予約制の為ものすごく待ち時間があるそうです。※家庭医の不足の為※その為、裕福な方はこういった薬局を利用します。NHS で医療を受けられるメリットは経済的負担は無いですが、待ち時間がある点が、国民にとって大きなデメリットとなっています。

《感想》

中の様子、置いているもの何をとっても素晴らしく、見栄えも良く感じました。基本的に一般向けでは、有りませんが、薬剤師の診察室など日本では聞きなれない事ばかりです。美容意識が強いのか化粧品のラインナップが充実していました。日本のドラッグストアに近い存在でしょうが、OTC の陳列なども目を奪われるほどきれいに並べられていて、購買欲を引き立たせるような商品配置をされていました。

●地域のコミュニティ薬局の見学

《内容》

郊外にある個人経営の薬局の見学。日本の調剤薬局の様な感じです。そこで基本的な処方箋応需から、患者様にお渡しまでの流れの体験など教えて頂きました。イギリスではレシート処方箋で 3 か月が有効期間となります。薬局がその管理をしっかりと行い患者様が薬が無くなると、取りに来るか、郵送などで対応します。調剤は箱渡しです。中には管理が難しい方は一包化をします。日本の様に分包するのではなく、お弁当容器みたいなものに服用時点毎に薬を詰めて渡します。その作業はテクニシャンの仕事です。薬剤師は主に健康相談や、避妊薬の処方メインとの事でした。また、OTC のラインナップも豊富で、特にその薬局では香水の開発を主として取り組んでいました。

《感想》

計数調剤もなく、基本的に箱でお渡しです。驚いたのは日本の薬局に比べて薬品の備蓄数がとても少なかったことです。NICE がガイドラインに沿って、慢性疾患に使用する薬は基本的に同じなため、その備蓄数でも賄えるのだと思います。日本ではデットストックなどでお困りの薬局が多いが、こう少ないと、管

理もしやすく思えます。また耐性菌の観点からイギリスでは抗生剤はほとんど処方が出ることがないそうです。当たり前の様に風邪で受診をしたら、抗生剤が出る日本とは大きく異なります。規格、名称なども日本で使用しているものとは異なり、海外との違いを目の当たりにしました。

●英国王立薬学協会

《内容》

RPS〔王立薬学協会〕にて、イギリスが考える今後の薬剤師の評価方法などの説明をして頂きました。長い薬剤師としての人生を PreFoundation〔大学実習〕⇒Foundation〔新人3年〕⇒Faculty〔その後〕に分け、その期間で薬剤師が磨くべくスキルを明確化しています。新人の間は知識・技術・能力を高め、その後は専門的な分野をスキルアップするように進めているようです。RPSは薬剤師の職能の開発をメインに行っています。また、その他イギリスではNHSの緊急医療室に薬剤師を導入することや、介護施設に薬剤師を導入したりすることを検討中です。薬剤師による処方権も徐々に増えてきている現状です。イギリスではGPの不足が問題となっており、受診ができるまで時間がかかります。それゆえ緊急時の薬剤師による対応が求められています。

《感想》

イギリスでは薬剤師により多くのことを求められています。日本ではいまだ考えられない処方薬剤師など。ただ日本でも医療費が高くなっている現状、受診ではなく薬剤師によるセルフメディケーションも今後重要なポイントになってくると思います。イギリスのように急性疾患時に薬局に来て薬剤師が対応するのが当たり前になる時代も近々くるように感じます。それゆえ今まで調剤にとらわれていた、薬剤師の風習を払拭して、新たな薬剤師像を目指していくべきと考えています。日々医療について勉強することがとても大切に感じました。

●日本人GPとディスカッションする『日本的、英国的医療とは』

《内容》

19世紀より始まるイギリスの家庭医療についての講義。家庭医は大学でも1つの専攻過程であります。GPの割合は全Dr.の1/3を占めています。佐々江先生の病院では3人のDr.で約4000人の患者様を診ています。英国では現状ナースを色々な場面で活用しているそうです。英国の医療は待ち時間が紹介から治療を始めるまで4か月半以上かかることがあるそうです。イギリスのNHSにおける医療は国営の為、日本のようにサービスに特化していません。またGPの不足がイギリスでは問題視されており、そこで薬剤師の活躍が期待されています。現に家庭医のクリニックに薬剤師を常駐しているところもあるみたいです。薬剤師に処方権を与えている医療機関もあります。特に緊急医療での薬剤師の診療というところも期待をされています。

《感想》

イギリスの医療はコスト面などから理にかなっているところもありますが、特定のG Pにしか受診ができない点から待ち時間に問題があるように感じられます。そこで薬剤師の活躍が期待されているところが現状です。医療の多くを医者に頼っていましたが、薬剤師も責任を持ち医療に積極的に取り組んでいく必要があるように強く感じました。国は違っても、薬剤師に求められていることがすごく大きくなってきています。今後精進していく必要があるように感じています。



「HSE海外視察 in イギリス」 参加レポート

視察目的

今回の「HSE海外視察 in イギリス」の私の参加目的は、日本の保険制度はイギリスの保険制度であるNHSを参考に構築されている事、財政状況、高齢化社会などの国を取り巻く環境が日本の現状と類似している事、これらにより、イギリスが少し先の日本の将来を表している様に感じ、現地関係者との意見交換もできるという事で、視察のサブタイトルにもあるように「リアル」に現地の病院、クリニック、薬局（コミュニティーファーマシー）、医療制度等の現状、問題点を把握、理解する事でした。

それにより従来の「調剤薬局」から「地域のかかりつけ薬局」への変化を求められている、弊社の業態である保険薬局の今後の方向性を考える上で参考とできればと考えておりました。海外視察を終え、いくつか参考となる事がありましたので、レポートさせていただきます。

視察を終えて

近年、日本において医療費の増加は国の財政を圧迫しており、その増加抑制は日本が抱える問題点の1つとなっておりますが、イギリスでも同様な問題が起きていました。日本の国民皆保険でもイギリスのNHSでも、医療制度を構築、維持していく為には国や制度に違いはあっても大きなコストが発生する事に変わりがないようでした。

そのため、イギリスでは日本にはみられない制度やシステムなどを導入する事で、対策をとっていましたが、特徴的なものとして総合診療医（家庭医GP）制度の導入があげられると思います。日本の医療は基本的には「フリーアクセス」であり、患者は日本全国どここの病院、クリニックでも受診し、医療サービスを受けることができますが、イギリスのNHSでは医療サービスを受ける場合、必ず自らが登録した総合診療医（GP）をまず受診するの必要があり、そこで総合診療医（GP）が専門医、病院への紹介の必要性があるか判断していました。これにより、外来よりも医療費増加につながる病院での受診、入院、検査を減らし、無駄な医療費を抑制する役割を担っていました。

ただ、デメリットとして少ない総合診療医（GP）に多数の患者が集中し、日本とは比較にならないくらいの待ち時間、受診までの日数を必要とする現状となっており、総合診療医（GP）の業務負担は当然大きいものになるとともに、患者のNHSに対する不満ともなっていました。

ここで総合診療医（GP）の負担を減らすため、日本では見られない考え方として、総合診療医（GP）の役割の一部を「調剤薬局」に積極的に移管す



株式会社アクロス
取締役 角 将司

るというものがありません。「薬局でできる事は、薬局で」という考え方が浸透しており、医師の役割が多い日本の医療制度とは異なり、驚きがありました。その中でも、薬局薬剤師が保持する独立処方権に基づき、軽症の症状に対し、薬の処方を行うという制度には特に驚きました。例を挙げると、ウイルス性の風邪か、細菌性の風邪かを簡易検査により薬剤師が判断し、細菌性ならば抗生物質を処方するというものでした。もちろん、これを行うには研修を受ける必要があると同時に、大きな責任を伴うとの事でした。この制度は、総合診療医（G P）の負担軽減、患者の利便性向上とともに、薬剤師の処方行為は総合診療医（G P）の診察費よりも低い価格が設定されており、医療費抑制にも貢献していました。また、ワクチンなどの予防接種を行う事も認められており、薬局薬剤師の職能の1つとなっていました。

これらのように、イギリスの薬剤師の職能は、日本の薬剤師の職能より明らかに広範囲に及んでおりますが、イギリスでは日本の薬剤師会にあたる英国王立薬学協会が中心となり、「救命救急科による軽度の怪我や病気の治療」、「薬局によるCOPDクリニック」、「生活習慣病クリニック」、「薬局によるペインクリニック」などの新しい取り組みを実験的に進めることで、さらなる職能の拡大をめざすと同時に、戦略的に薬剤師の存在価値を英国国民にアピールしているとの事でした。またそのために必要な教育、研修制度の充実も図っていくとの事でした。

日本の調剤薬局でも調剤から服薬指導、服薬管理へ重点を置く報酬体系への転換が図られていますが、日本の薬剤師、調剤薬局が環境に合わせ自らの職能を変化させていくこと、自分たちの必要性を訴求することが重要であると強く感じました。また、現地総合診療医（G P）の佐々江先生が「経済性、対費用効果を考えて医療行為を行う事が、G Pの存在意義の1つ」とお話しされていましたが、同様に日本の薬剤師も、ジェネリック薬品の推進、残薬解消などは、医療費抑制につながる業務であることをもう少し意識する必要があると考えました。

ただ、イギリスのNHSにも問題点がたくさん存在していること、王立薬学協会と現場の薬剤師の考え方の違い、現地の日本人の中には日本に帰国して手術を受ける人もいる話など、必ずしもイギリスの現状が理想的なものではない事もわかりました。

考察

現状、日本の調剤薬局の売上のほとんどは調剤報酬で占められているのが現状ですが、調剤報酬が今後、減少していくのは確実だと思います。その時、見学したイギリスの薬局（コミュニティーファーマシー）のようにOTC、物販の販売にも力を入れるのか、職能拡大による新たな収益源を確保するのか。来年度から「健康サポート薬局」の制度も始まりますが、どのような

状況になろうとも地域に根ざすための活動が必要になるのは間違いないと思います。

今回、「HSE海外視察 in イギリス」を通じてイギリスの医療制度、文化、歴史などに触れ、考える事はたくさんありましたが、普段、私も薬剤師として業務にあたっておりますが、イギリスの薬剤師の多様な職能は、責任は重いですが、うらやましく思ったのが、一番の感想です。また、日本の未来を考えたとき、日本の薬剤師に求められる職能は今後必ず変化していくと実感しましたので、少しずつでも準備をしていきたいと思っています。

最後になりましたが、このような海外視察の機会を与えて頂きありがとうございました。今回の研修で学んだことを今後の業務に活かしていきたいと思っています。



HSE・イギリス視察研修

◇イギリス NHS の概要

NHS とは日本でいう国民皆保険制度のようなもので、原則無料で医療サービスが受けられる。それとは別にプライベートといわれる有料の医療機関も存在する。日本の保険制度はイギリスの保険制度を真似して作られた。また日本の分業は多剤投与防止を目的にスタートした。これもまた元々はイギリスを真似してできたものである。

医療データを比較すると入院平均在院日数は日本が手厚くイギリスの二倍以上の日数である。イギリスでは早く退院して自宅での療養がメインで医療費の削減につなげている。

NHS ができた経緯は、支払いの格差から医療アクセス(受診)の差が出ることからである。医療アクセスはすべての国民の権利であるとされ国民保険サービス法が制定された。

NHS の設立から現在まで変わらない三つの原則

- ・すべての人の必要を満たす
- ・原則無料
- ・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

NHS は政権の変化に伴い仕組みが変化してきた。サービス提供側からすると提供の仕方に変化がでていますが患者目線では変化していないとのこと。特に 1990 年代に大きく変化し、病院の民営化がなされ効率の良い医療を目指すようになった。2000 年代からは医療の質の向上に目が向けられている。

プライマリケア(家庭医、看護師、薬局)と専門性の高いセカンダリングケアの機能分化が進んでおり、国民にはかかりつけの診療所への登録が義務付けられている。ほとんどが最寄りの診療所に登録している。原則無料であるイギリスの医療制度は金銭的な問題により医療を受けられないという国民の不安を解消している。しかし家庭医の治療を受けてから専門医へ紹介という制度であるため治療期間がかかってしまうという問題点もある。

他にも NHS の今後の課題として増加している支出や介護との連携強化などがある。介護は地方自治体が提供しており、医療を提供している NHS と提供しているところが違うため上手くいかないこともあるとのこと。

◇イギリスのコミュニティ薬局

薬局でのサービスは NHS との契約のもとで提供される。3 種類のサービスから成る。

- ・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

調剤やリフィル処方箋の管理、OTC の販売などがある。イギリスでは日本に比べて OTC の扱いが多く、売れる薬も幅広い。

- ・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サービス。



上別府グループ調剤薬局
薬剤師 清 安奈

薬剤師にしかできないことを薬剤師が行うという概念。日本でいうと服薬指導もここにあたる。

・付加サービス：地域ごとのニーズにより提供されるサービス。地方自治体からの依頼で行うこともある。緊急避妊薬の処方や薬物依存治療、NHS ヘルスチェックなど。

イギリスでは国の負担を減らすためほとんどジェネリック医薬品が使われる。患者さんにジェネリック希望の聞き取りを行うことはほぼない。

コミュニティ薬局の長所はいつでも予約なしでアクセスできる身近さ、病気の人から健康な人まで幅広い客層、緊急時の迅速な対応(インフルエンザなど)、薬剤師の幅広い知識や技術による幅広いサービス展開などが挙げられている。コミュニティ薬局には家庭医の負担減のため予防接種や禁煙指導など健康増進活動への貢献や臨床的な役割、臨床的な役割が期待されている。

◇EU 離脱による医療への影響

医療人不足によりトレーニングできる人の減少や税金支払い者が減ることでの財源・経済への影響が考えられている。

◇薬局見学 NHS と契約しているコミュニティ薬局の見学

かかりつけ医の予約が取れないことが問題になっているのでインフルエンザの予防接種などコミュニティ薬局でできることは薬局で行い、それが成功し国全体でも取り組みたいという流れになってきている。

薬局での高度サービスの一つである MUR:医薬品使用見直しも行っていて喘息やCOPD、ハイリスク薬服用中の患者さんを対象にしている。一店舗につき 400 件/年間まで請求ができる。すべての薬剤師に資格があるわけではなく研修を受けた薬剤師で且つカウンセリングルームがある薬局でのみサービスを提供できる。NMS:新処方薬サービスでは医療費の無駄を避けるために薬局で新処方薬の聞き取りすることでコンプライアンスの向上、治療効果の確認を行っている。

薬局構造では、投薬台には必ずパーテーションが設置されてあった。プライバシー保護のため個室の設置もなされており薬物中毒などプライバシー保護が必要な患者さんに配慮した工夫もされていた。また、業務が混雑しないように受付から調剤、投薬までが一直線上で動けるような構造になっていた。処方箋入れのカゴが色分けされており処方薬が危険薬かどうか一目で分かるようにしてあった。薬局内に有料の体重計などもあり処方箋なしで自己検診に来る人もみられた。

◇王国薬学協会でのレクチャー

すべては患者様のために。を唱え薬剤師の教育・職能発展、ポリシーやガイドンスの作成などを行っている。

イギリスではプレレジ(pre-registration)という制度があり大学 4 年間の後に自分で薬局または病院を探し 1000 日間実務経験できる。その後国家試験受験資格をプレレジ先の薬剤師により与えられる。

また近年、家庭医付きの薬剤師が注目されていてコミュニケーション薬局薬剤師の協力の必要性が気付かれだしている。家庭医不足が問題になりつつあるイギリスではその穴を薬剤師でカバーできないか実験が行われている。処方見直しがスムーズになるなどが期待されている。

◇現地家庭医によるレクチャー

家庭医療は一つの専門医療になっており医師のうち 1/3 は家庭医になるといわれている。総合医療に加えて予防医療まで行っている。費用対効果が高いので家庭医が注目されている。家庭医は国営の医療であるため税金が賄っている。そのため過剰なサービスを行いにくく、薬剤選択も EBM に沿って行う。EBM はコストや効果など考慮して決める。また、家庭医は公共サービスのようなのなので競争がほとんどなくサービスもいまいち…ということもある。家庭医から専門医への紹介という流れで、その間の期間は 4 か月以内が平均といわれているが実際はもっとかかってしまうという現状にある。

処方薬はナイスというガイドラインがありそれに沿って第一選択薬を処方することがほとんど。

家庭医付きの薬剤師により家庭医の負担軽減につながることを医師も期待しており検査やチェック業務、患者指導など薬剤師としての特性を活かしてチーム医療を進めていきたいと考えている。家庭医が考える家庭医のメリットとして信頼できるドクターに自分を知ってもらいそれが患者さんの安心材料になると考えているとのこと。

約一週間の研修期間で現地医師、薬剤師などの現場の生の声を聞くことができ、表面的な部分だけでなくイギリス医療の本質や本当のメリット、デメリットを聞くことができました。実際の薬局見学では患者さんのプライベートを重視した造りが印象的で海外らしさを感じた。日本もイギリスも目指しているところ、上手くいっていないところは共通する点が多いことが分かった。また薬剤師にできることはもっとたくさんあると感じ、希望が持てました。



イギリス視察研修を終えて

今回イギリス研修に参加させて頂き、簡単ではございますが、レポートを書かせて頂きます。

イギリスと日本との共通点として、皆保険制度であること。超高齢化社会を迎えていることでした。

違いはたくさんありますが、私が研修を通して驚いたのは、日本は基本的にフリーアクセスですが、イギリスでは登録している診療所の受診をして、難しい場合・重症の場合初めて専門科へ受診と言う流れでした。

・病院の受診方法の違い

日本では、風邪を引けば内科を受診、けがをすれば外科を、普段通院している病院が多ければ別の所に、などフリーアクセスが基本。

イギリスでは、患者が地域のかかりつけ診療所を登録する。

どのような症状・不調でも診療所受診が基本。また、予約制になっており、予約に1～2週間かかることもしばしば。かかりつけ医が総合医として、患者の治療にあたる。

そこでイギリスにおいては、薬局が大きく医療に役立っていました。

・薬局の違い

イギリスではリピート処方箋は当たり前、その後の患者の状態も薬局で問診し、場合によっては薬剤の減量、減薬、逆に増量など処方権も有しています。

処方箋の中身でOTCに変えた方が安い場合などは、薬局でOTCに変更することもできました。最近では、機械の導入により、病気がウイルスによるものなのか、菌によるものかを判別でき、菌である場合は薬剤師が有効な抗生物質を処方することも可能だそうです。

また、予防接種であるインフルエンザワクチンなども薬剤師が接種するなど、日本では医者しかできないものが、イギリスでは薬局で、薬剤師ができることができました。

また、薬剤師をサポートするテクニシャン・アシスタントという職種があります。

テクニシャンの役割としては、医薬品の供給・調剤全般、患者への服薬指導・持参薬の確認など。テクニシャンの監督下にあるアシスタントは、薬局では主にOTC販売がメインとなっています。

薬剤師・テクニシャン・アシスタントの3つ職種が、薬局をひとつの医療施設として機能させ、患者の健康をサポートしていると感じました。



東七株式会社
諫早営業所 高石 涼

日本においても、健康サポート薬局、相談窓口など、国から推奨されていますが、イギリスにはその参考になる医療制度があると感じました。

今後、日本においても、医療費抑制、また薬局として生き残っていくためにも、処方箋を受けるだけの薬局ではなく、地域のかかりつけ薬局として、患者様の健康サポート、セルフメディケーションを推進していくことが大事だと感じました。

今回、医薬品卸として参加させて頂きましたが、今後の営業活動としても、薬局様にどういった情報を提供していけばいいか、共存していくためにどう動かなければいけないか、という行動のヒントになった研修でした。

また、参加された、全国各地の薬局様の方々とお話を通して、視野・価値観が広がりました。

現地では、家庭医である佐々江先生、薬剤師・テクニシャンの先生である、國分先生、横澤先生、吉崎先生からの講義・同行・会議をして頂き、現場を回るだけでは得られない貴重な体験ができました。

今後、ますます日本はもちろん海外の医療制度に関しても知識を深め、常に視野を広く持って、今何を提案すべきか、どう動くべきかを考え、営業活動に励んでいきます。

最後になりますが、今回研修を企画して頂き、研修の間もスムーズに企画を遂行して頂いた、Kae マネジメントの駒形 公大様、視察のサポートをして頂いた、マイチケットの岩井様、現地でガイドして下さった方々に感謝を申し上げますとともに、益々の皆様のご活躍をご祈願致しまして、レポートの締めとさせていただきます。

ありがとうございました。



イギリス研修報告書

●イギリスの医療体制

イギリスでは国民保健サービス法（National Health Service Act :以下 NHS と表記）による医療が、三つの原則（すべての人の必要を満たす、原則無料、支払い能力ではなく医学的必要に応じて医療が提供される ※この原則は現在でも守られている）のもと国民に提供されている。

日本では患者が必要に応じて、診療科を選びその都度自らで医療機関を選び医療を受けることができる。医療機関に行けば待ち時間はあるものの、当日のうちに診察を受けることができる。さらに高度な医療が必要であれば、医師から高度医療機関に紹介され医療を受けることができる。

一方、イギリスでは医療サービスを受けるためにはまず家庭医（以下 GP と表記）を登録し、必要時に予約をして受診するという流れが決まっている。この GP は地域ごとに登録されており、その地域に住んでいる患者はそこから GP を選ぶ必要がある。イギリスの場合、予約から診察前に時間がかかり長い場合は数週間ほどかかることもある。このため、処方薬の内容が変わらない慢性疾患の患者には長期の処方箋やリピート処方箋などが発行されることが多い。さらに、専門性が必要な場合には、そこから専門医に紹介される。ただし紹介から診察に行きつくまでには時間がかかり 18 週間もかかることがある。

もちろん骨折などの緊急時には緊急外来（A&E（Accident&Emergency））がある病院に行けば、その都度必要な診察をしてもらえるが、早めの診察を求める患者が集中するためそこでも診察までには 4～5 時間かかるのは当然、という風潮がある。

また、NHS による医療とは別にプライベート診療もイギリスでは発達しており、負担は多いがそこでも医療を受けることができる。（患者の自己負担）

以上のような背景もあり、イギリスでは GP だけでは NHS による医療を希望するすべての患者に対応できないというような状態がある。そこで期待されているのが薬剤師である。イギリスでは GP の仕事を減らすため、医療費の削減のため、より迅速な医療サービスの提供のために薬剤師の職能が様々な場所で活かされている。

1、コミュニティ薬局(John Bell and Croydon)見学

コミュニティ薬局は、イギリスでは 2015 年 3 月の時点で 11674 薬局あり、うち 60%は 6 店舗以上をもつチェーン薬局である。イギリスでも薬局は増加傾向にあり、小規模の薬局よりも大手の薬局のほうが有利な状況にある。

薬局でのサービスは NHS との契約枠組みの下で提供される。（契約していないと NHS のサービスを提供できない。）この契約枠組みは以下の 3 つのサービスからなる。

①必須（エッセンシャル）サービス…すべての薬局が提供しなければならない



上別府グループ調剤薬局
薬剤師 徳永 志織

い。

・調剤・医療器具の提供・リピート処方性の管理・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※施設基準のようなものなので、出来高報酬ではない　・OTC の販売

②高度（アドバンスド）サービス…診察室などの規定を満たした薬局のみ提供できる。出来高で報酬が決まる。

③付加（エンハンスド）サービス）…地域ごとのニーズによって提供される。

・時間外・外国語サービス・

薬局の報酬は必須サービスによる収入＋高度、付加サービスによる収入。

必須サービスにはサービスの効率化、プライマリケア・NHS の向上を目的とした報酬改定も行われる。

コミュニティ薬局には臨床的役割（他の医療、介護サービスとの連携強化、生活習慣病の治療、緊急医療）と健康増進活動への貢献（緊急避妊薬の処方、クラミジア検査と治療、禁煙指導、予防接種）が求められる。

◎見学

見学させていただいた John Bell and Croydon は、アラブ系の高収入世帯や観光客などをターゲットに設定しているコミュニティ薬局である。明るく広い店内には薬だけでなくコスメから介護用品まで幅広い商品が陳列されていた。もちろん処方薬を受け付ける専用のカウンターもあり、調剤室も店内から見る事ができる。奥のほうには、（プライベート診療であるが）診察室や、薬剤師による個別の相談室の部屋も設けてあった。OTC の種類も豊富で、風邪などの軽い症状や早めに対応を望む患者は、GP の予約ではなくコミュニティ薬局に行き、薬剤師などに相談しその内容に応じた OTC やサプリメントを購入する、という流れが多いようだ。（患者にとっても早く症状に対応できるし、国としても医療費の削減につながる）。また、感染症やインフルエンザなどの予防接種を薬剤師が受け持つこともある。（ただし全ての薬剤師ではなく、許可を得た薬剤師）

2、薬局ウォーキングツアー（Boots、Lloyds Pharmacy、NELSONS HOMEOPATHIC PHARMACY）

・横澤ひろ子先生の指導のもと、三つの薬局を見学した。

①Boots

イギリスを代表するドラッグストアである。見学した店舗のほかにもホテルの近くの駅ビル内やバスから見える通りにも何店舗もあり、展開規模の大きさを知ることができた。

今回見学したのはオックスフォードストリート沿いにある地下一階から3階までが店舗という Boots の中でも大型の店舗である。観光客も多い通り

なので、まず客を引き付けるために 1 階フロアには香水などのコスメ商品が多く並んでいた。2 階に OTC や処方薬コーナーがある。上がってすぐのところには簡単に健康チェックをできる機械が設置されている。イギリスでは人口に対する肥満率が日本よりも三倍ほど高い現状があるが、意外にも体重計を家に置いている家庭は少ないらしい。健康チェックの機械 (Boots 独自の機械) は、視力、血圧、体重が一度に測定できるという画期的なシステムである。診断後は結果がでるだけでなく、食生活や生活習慣に対するアドバイス、希望であれば薬剤師が対応するといった旨の文書が出てくる。機械の近くには体重計なども陳列されており、顧客のニーズを押さえた陳列になっていると感じた。また、入ってすぐのところにもこのような機械を設置することでセルフメディケーションの推進にも力を入れているということが分かった。

ここでは薬剤師による予防接種の見学ができた。(代表として予防接種を受けてくださったマイチケットの岩井さんには感謝いたします)

予防接種は個室のカウンセリング室で行われた。接種前に、氏名、アレルギーなどの患者情報をヒアリングする。パソコン上で患者データ (電子カルテのようなもの) を記録したあとに予防接種が行われた。当然ながら接種そのものは Dr によるものと変わらない手順であった。

ここではインフルエンザだけでなく、旅行前に現地の感染症にかからないように予防接種を希望する患者も多いらしく、その都度薬剤師が対応しているとのことであった。

②Llooy'sPharmacy、

大型デパートの一階フロアにある店舗を見学した。フロア内の店舗ということで、規模は大きくはないが OTC を中心とした品ぞろえであった。カウンター内に処方箋薬があり処方箋による調剤はそこで行われていた日本でのショッピングセンター内にある薬局のように、買い物のついでに立ち寄ることができる薬局であり、気軽に入ることができる空間だと感じた。風邪薬など多くの人にニーズがありそうな薬が一番目に入りやすいところに配置されており、客の動きに沿った陳列だと感じた。

③NELSONS HOMEOPATEIC PHARMACY

ホメオパシー医療に基づく商品がメインの薬局。先に見学した薬局とは少し異なる商品が並んでおり、イメージとしては日本でいう漢方薬局のような雰囲気であった。(ホメオパシーでは植物や鉱物などに由来するものを、適切な量に薄めて使用する。西洋医学とは少し異なり、低コストでいいため発展途上国でも広がっている。イギリスでは助産師が妊娠中、出産時の様々な症状に対して使用することもあるようである。) 今回は薬剤師が症状に対して適切な商品を選ぶ場面を直接見学できた。

3、王立薬学協会訪問

王立薬学協会・・・日本でいう日本薬剤師会にあたる。国家試験に受かったばかりの薬剤師からベテラン薬剤師まですべての世代の薬剤師のための生涯教育をサポートする組織でもある。現在イギリスでは、免許の更新制が検討されているようであるが、その前に制度の変更に向けて現場の薬剤師をサポートするための教育システムを構築している。また、薬剤師の職能向上のためにも政府に働きかけている。日本でもこのイギリスのシステムを参考にする動きがあるという。

4、家庭医によるレクチャー

佐々江 龍一郎 先生にイギリスでの家庭医事情についてレクチャーしていただいた。

日本では、患者が自由に病院を選ぶことができる。そのため自分の症状がどういう症状なのか、どのような診療科に行けばいいのかある程度調べてから受診する必要もある。イギリスでは、まずは家庭医を受診するという流れになっているので、家庭医には総合医としての知識が求められる。患者も様々な疾患の人が訪れるそう。

処方に関しては、統一されたガイドラインが決まっているため、EBMに沿ってなおかつ低コストで長期間服用できる薬が選ばれる。日本ではガイドラインもばらつきがあり多剤を併用することが多いが、イギリスではなるべく少ない種類で済むようなガイドラインが推奨されている。

また、GP の受診には予約が必要で時間がかかるが、その中でも緊急性があるものか、そうでないのかのトリージングも重要になるという。一方患者側も、受付時に自分の症状をいかにうまく伝えるかで必要な診察を必要な時期に受けることができるか決まってくるので、その点は日本とは少し違うと感じた。

5、研修を終えての感想

イギリスではかかりつけ医を登録する、そしてその医師を通して専門医にかかる、という流れにまず驚いた。さらに衝撃的だったのが予約から受診までに時間がかかり（時間ではなく、日・週単位！）、さらに専門医に紹介されてから診察までにさらに時間がかかるということである。日本の制度に慣れているものからすると、すぐに医療を受けられない、というのには驚いた。一方、慢性疾患で毎月受診し、同じ薬をもらうまでに半日以上かかる日本の現状と比較すると、予約して診察日が決まればその日に受診し、リポート処方箋があれば後は自分のタイミングで定期薬を受け取ることができる、というイギリスの仕組みは慢性疾患の患者にとっては負担が少ないだろうなとも感じた。

薬局の薬剤師の職能の幅広さにも驚いた。予防接種を薬局で受けることができ、症状によっては薬局で薬剤師に相談してすぐに薬を受け取ることができる。緊急に必要な薬は薬局で手に入れることができる。見学に行ったコ

コミュニティ薬局では医療・介護グッズも幅広く取り揃えてあった。日本の調剤薬局では、処方箋に従った調剤、および投薬に重点が置かれている。もちろん在宅医療や OTC 販売によるセルフメディケーションの推進も進められている。今後リピート処方箋などの仕組みが日本にも入ってくれば、薬局はどう患者を取り込むか、というのが大きな課題になってくると思う。その時には、いかに薬剤師の職能を広げるか、というのが重要だと思う。今回の研修では、イギリスの医療の仕組みを理解するのがとても難しかった。正直理解が足りていない部分もあるが、実際にイギリスの薬局を見学して薬剤師が多岐にわたる活躍をしている姿を見て、薬剤師はもっと活躍できるのだな、と感ずることができた。実際に現地で薬剤師として働いていらっしゃる先生方に直接お話を伺うことができたのも自分にとって大変貴重な経験になった。(仕事だけでなく、生活スタイルについてお話を聞いたのも個人的には大変楽しかったです)

日ごろの業務にイギリスで見てきたことを取り入れる、というのはまた難しい話ではあるが、今回の研修を通して、イギリスの医療制度について学び実際の現場を見学することで、日本の医療制度や薬局の現状を客観的に見ることができたと思う。視野を広げることができた、というのが今回の一番の収穫だったと思う。

今回は大変貴重な経験をさせていただき本当にありがとうございました。



イギリス研修報告

イギリスの医療は国営である。したがって、病院、クリニックはすべて国営であり、そこに勤務する医師、看護師などの職種も国家公務員である。だから、クリニック、病院ごとに競争の原理が働かない。保険制度は、NHS という日本でいう国民皆保険制度のようなものであり、受ける医療はすべて無料である。医療費は基本的に国が支払うものであり、緊縮財政が必要となる。そのため、NHS から医療費を給付してもらうためには、患者が希望登録したクリニックでまずは診察してもらう制度になっている。これを家庭医制度という。この家庭医の紹介なくして病院を受診することはできない。このことにより、患者の医療へのアクセスを制限することで、医療費を抑制している。

しかし、家庭医は多忙であり、1日に診察できる患者の数も限りがあるので、軽症の疾患でも、家庭医を受診するのに、3～4日かかることもあり、患者にはかなりの不便を強いる結果となっている。そのため、風邪などの軽症の場合、発症から3～4日後に受診しても意味がないので、患者は、薬局に行き、薬剤師に相談したうえで、薬剤を購入して服薬する。これにより、医療費の抑制にもつながっているわけだが、医療のアクセスサービスは高いとは言えない。それを考えると、日本はフリーアクセスであり、いつでも、どこでも保険証一枚で均一な医療を受けることができ、患者の利便性は高いが、医療費の給付が上がるのは致し方ないことなのかもしれない。

現在、家庭医の数は、約1万人である。家庭医が忙しいのは、家庭医が不足しているからではないかと思うが、家庭医をこれ以上増やそうという動きはない。それなら、薬剤師をクリニック内に雇用し、家庭医の代わりに診察を担えばアクセス制限の問題の解決につながるということで、条件を満たした薬剤師を家庭医内に雇用する動きが最近のトレンドのようだ。

これを可能にしている背景には、NICE という審査機関による、処方薬の制限ということも関係している。疾患ごとにファーストチョイスの薬剤が決められており、それ以外の処方をするとなれば NHS が使えない。このことが、処方の均一化をもたらし、医師以外の職種が処方することも簡易に可能にさせていると考える。

日本との大きな違いはさまざまあるが、特に感じたのは、医師が多職種に渡せる仕事は任せたいと考えていることではないだろうか？それは、医師の報酬にも関係があるのだろうが、いずれにせよ、日本の医師の「自分の領域は守りたい。」という考え方とは大きく乖離していると思う。また、もう1つの大きな違いは、国策として、たとえば、2016年は「抗生剤の処方



有限会社徳吉薬局
取締役 徳吉 淳一

量を10%削減したら NHS から報酬を支給する」というようなスローガンをかかげ、国をあげて政策に取り組んでいるところだ。日本では、このようなことはまずできないだろうと思った。

日本は将来、少子高齢化をむかえ、医療費の削減が急がれているが、地域包括ケアシステムを構築することで、自宅で死を迎えるようにと、患者本人のみならず、介護する側へも負担をしいるような無意味でダイナミックなシステムよりも、イギリスのように医療・患者サービスが低下してでも削る場所は削っていかないといけないと感じた。



イギリス研修報告

英国視察研修を振り返って感じられるのは、僅か 7 日間で英国の医療制度や薬局・薬剤師の役割について、予想以上に深く理解することができた自分自身に対する達成感である。過去にドイツへの視察研修に参加した経験があるが、このような思いは到底得られていない。私にとって何がドイツと違っていたのか。考えられる要因をいくつか挙げてみる。

まず、日本と英国の医療の仕組みに類似点が多く比較が容易であったため、概要が理解しやすかったことが挙げられる。英国の医療は日本と同じ国民皆保険で運用されており、基本的に患者負担はゼロ、慢性的な財源不足という問題を抱えている点も同じである。日本で導入が検討されている「かかりつけ医(GP)制度」が既に定着しており、医療費節約を目的とした「セルフメディケーションの推進」についても、英国は日本の数歩先を進んでいる。厚労省が国家ビジョンを描くにあたり、英国の医療制度を参考にしていると噂されるのも頷ける。

また、事前に主催者から配布された資料で英国の医療制度や薬局・薬剤師の役割について予備知識を得ることができたこと、研修最終日に渡された資料を帰国後に読むことで、研修中に得た知識を改めて咀嚼し、総括することができた点も挙げられる。当たり前ではあるが、学習の基本である「予習→実地→復習」という工程をきっちりと踏むことができたことも大きかった。(英国薬剤師資格を持ち、英国の病院に勤務している日本人である國分麻衣子さんが 2010 年 2 月号から 2012 年 3 月号まで DRUG magazine に寄稿した記事を事前資料としていただき、研修後資料として NPhA 2012 年 6 月号から 2016 年 9 月号までに同じく國分さんが寄稿した記事を復習に使用した。)

そして、これが最も大きな要因だと思うが、英国で我々参加者の世話してくれた添乗員、薬剤師、医師が全員日本人であったことが挙げられる。研修中はもちろん英国人から話を伺うこともあるのだが、その話の内容を(ここが非常に重要なのだが)日本の医療制度、文化や日本人の気質を理解している英国在住の日本人が通訳してくれることが、英語の理解できない私にとって、今回の研修内容を非常に理解しやすいものにしてくれたのは間違いない。この点に関しては、外国においてこれだけの日本人スペシャリストを集めてくれた Kae マネジメントさんの企画力と人脈に脱帽するしかない。

ここからは日本と英国を比較して感じた、日本の優れている点と、逆に日本が英国を見習うべき点をいくつか挙げていきたい。

日本の長所としてまず挙げられるのが、「サービスの質の高さ」である。



マリン薬局株式会社
代表取締役 野崎 秀人

日本ではフリーアクセスの特性により、どの医療機関を受診するのかを患者自身が自由に選択できる。そのため医療機関間の競争原理が生まれ、サービスの質が担保される。また、検査の有無や処方内容などの治療方針についても、医師に対して患者の希望がある程度聞き入れてもらえるのも有り難いところだ。それに対して英国では、患者はどのような疾患であっても、まずは個々に決められている GP を受診しなければならない。専門医を紹介されるのか、処方箋が発行されるのか、あるいは自宅療養（薬剤師に相談して OTC 薬を購入）するのか、患者に自己決定権はなく、GP の判断に従わなければならない。

このサービスの質の差はどこから生まれてくるのか？突き詰めていくと、日本人は「連帯責任」を重視し、「人の命は何（お金）よりも尊い」と考えるのに対し、英国人は「権限と責任」や「効率性（財源とサービスのバランス）」を重要視する国民性の違いによるものと考えられる。日本人から見れば「お金をケチり、ろくに救急医療も受けられない薄情な国」と感じられる英国だが、英国人には日本の医療は「何もかもがあやふやで、財源を無視した至れり尽くせりの過剰サービス」に映ることだろう。

日本が英国に見習う点を挙げるとすれば、「準備不足でもまずは実践してみる。問題があればその都度修正していけばいい」とする英国の姿勢だ。それに対して日本は「石橋を叩いても渡らない、極端な先延ばし体質」と言える。GP 制度の導入に対する両国の取り組みの違いがよい例だ。英国での GP 制度もたくさんの課題を抱えているが、制度を運用しながら常に PDCA を繰り返し、よりよい仕組み作りに努めている。日本でも GP 制度の導入が議論されているが、「かかりつけ医の定義が決まっていない」などと、できない理由ばかりが先に挙がってしまうのが非常に残念でならない。

英国の医療資格保持者が既得権益保持に固執しない姿勢も見習いたいところだ。英国の薬剤師は処方権を持っているし、インフルエンザのワクチンも注射も打てる。医師・看護師は薬剤師に権限を譲渡して、より専門性を活かした医療を提供しようとするし、薬剤師はテクニシャン（日本で言えば調剤事務）にピッキングなどの調剤業務は任せて、知識や専門性を活かした薬剤師にしかできない医療を提供しようとしている。

私は常日頃から、日本に比べて外国の薬剤師の方が総じて社会的地位が高いと感じている。各国の医療制度の違いが影響しているのだろうが、その違いは今まで薬剤師が社会に対して何をしてきたか、どんな貢献をしてきたかということに起因するのは間違いない。英国の薬剤師は向上心が高く、よく勉強しているし、何より自身の仕事に誇りを持っている。最も見習わなければならないところだ。

この思いをより一層強くしたことをもって、今研修の最大の収穫としたい。

最後に Kae マネジメントさんに要望をひとつ。インプットばかりでアウトプットする機会が少なかったように思う。せっかく日本全国から立場の違う参加者（若い薬剤師や次世代の後継者、卸関係者）が集まったのだから、彼らが研修を受けて何を感じたのかが知りたかった。きっと私とは違う感じ方をしていたはずだ。夕食後に皆が集まり、一日終えての感想や意見を交換し合う場を設けるなどしてみればよかったのではないかな。



HSE・イギリス視察研修 報告書

以下に、気になった点を、心に留まった点を記載させていただきます。羅列のため、文脈の違和感など見苦しい点はお容赦下さいませ。

「リアルカルチャーショック」を体験しようとのサブタイトル通り、日本とイギリス、同じ島国なのに様々な点でカルチャーショックを目の当たりにできた研修でした。

最も異なっている点は、医療が民間か国営かの違いということである。同じ医薬分業とは言え、方向性が真逆に感じた。

日本で言えば、様々な職種（特に、医科・歯科・調剤）がフィーの取り合いをしている。

しかしイギリスは、汚い言い方だが、仕事を擦り付け合っている。どちらの分業が正しいか、考えさせられた違いだ。

「医療へのアクセスは国民の権利！」

このスローガンは素晴らしいものだと思うが、継続実現させていくのはたくさんの壁がありそうだ。

日本の仕組み・国民性からして、イギリスのような医療制度そのものになることはないに等しいと思われるが、日本版にリメイクし、導入される可能性のあるものも学べた。

かかりつけ医（家庭医）の配置、コミュニティ薬局の仕組み、免許更新制、教育制度などがそうではないだろうか？

コミュニティ薬局に関しては、エッセンシャル・アドバンスド・エンハンスドの3区分での薬局体制だった。詳細に関して、参考になる点もあった。

教育制度に関しては、かなり細かく、具体的なものが出来上がっているような感覚はうけた。ただイギリスにおいても始まったばかりのようだったので、どれだけ浸透し、実績が上がっていくかはわからないが…

個人的にイギリスでの緊急（A&E）はいただけないと感じた。緊急とは名ばかりで、ひどい対応だと思う。ここは真似して欲しくない。

イギリスでも新規薬局の登録は申請に対し、許可が下りるのは70%程度とのこと。

日本でも、薬局の剪定が始まっている。そのうち、新規許可に対しても、



株式会社ショーワ薬局
取締役 吉川 晃之祐

すごく厳しい時代がくるのかもしれない。

聞きたかったことなのだが、確認するのを忘れてしまったことがある。イギリスにおいて、国民は薬剤師を必要としているのでしょうか？世論の違いが日本とイギリスの間であるのか、気になる点ではある。

最後に、根本の問題はどこの国も同じなのだと、自分なりに合点した。

- ・高齢化の伴う医療費（医療財源）の枯渇
- ・医療（介護）従事者の疲弊感
- ・医療（制度）と介護（制度）の関係性
- ・生活習慣病、認知症の脅威
- ・薬剤師会、英国王立薬学協会の威厳

これらの問題をすべて解決していくことは、難しそうだ。

研修全体を通して、現地日本人の先生方に、通訳なしで、生の声が聞けたことに本当に感謝しております。言いにくいお話もたくさんして頂けたように感じております。

ありがとうございました。

【追記】 そーなんだ！

- ・高速道路無料化
- ・薬剤師国家試験 2回/年
- ・今日の治療薬的なものの充実 2回/年は発行
- ・子供だけで外出させれば違法
- ・子供だけでお留守番は違法
- ・税金 20%だが生活必需品はフリー
- ・ロイヤルが民間会社を経営している



イギリス研修報告

今回の視察では日本とイギリスの医療現場の差異を知り、その上で自身の日常業務に取り入れられることはないか模索することを目的とした。

・イギリスの医療制度について

日本と制度の面で大きく違っている点として NHS という団体が医療を国営事業として行っていることが挙げられる。国民は NHS に登録した家庭医 (GP) から無料で診療を受けることができる。国民が無料で医療を受けることができるという点は素晴らしいが、一方で短所もある。GP は NHS から報酬を受けるが、この報酬は診察人数に関わらず一律である。その為 GP 間には競争がなく、よりよいサービスの質を求めるのが難しい。医師により質のバラツキが見られる。国民に対する GP の人数が絶対的に足りていないのも問題点である。そこで GP からは薬剤師には可能な範囲の診療を行ってほしいとの期待がかかっている。いわゆる代替医療である。薬剤師が代替医療に関わることの長所としては、GP が急性疾患でも予約から診察までに 1～2 週間かかるのに対し薬局なら予約なしでいつでもアクセス可である事が挙げられる。また薬剤師はインフルエンザの流行やパンデミックなどの緊急時に迅速な対応が期待されている。

・イギリスの調剤薬局について

調剤薬局では薬剤師だけではなく Pharmacy Technician、Accuracy Checking Technician、Dispenser、Medicine Counter Assistant といった様々な資格を持った人が働いている。インフルエンザや海外渡航前のワクチン接種を行えるのは薬剤師のみである。薬剤師以外は大学で専門課程を取らなくても、一定時間以上薬局で働き、管理薬剤師に指導をしてもらえれば資格取得が可能である。

ロンドンには特に国際色豊かな土地柄で、いろんな国籍の患者が来局する。薬局の中から同じ言語を話すスタッフを探したり、通訳を呼んで対応している。暴力的な態度を取る患者にはカウンター下のアラームボタンで他のスタッフを呼び、複数人で対応することもある。

・代替医療の例

Sore throat test & Treat service : 患者が喉の痛みを訴えて薬局へ来局。スワブ検査を行い痛みの原因が細菌性かウイルス性かを判定する。細菌性であれば薬剤師が抗生物質を処方する。

OTC の販売 : 処方箋薬でも同成分の OTC 薬の方が安価であれば変更して販売することが可能である。

ホメオパシー : GP の診察までに患者自身で病状の改善を図る方法はないか。その手段として有効である。



有限会社徳吉薬局
薬剤師 長谷川 純子

・OTC の取扱について

イギリスでは OTC 薬は主に 3 つに分類されている。

GSL・・・薬剤師のいないスーパーなどでも購入可。例えばアセトアミノフェンなど。

P・・・薬剤師のいる薬局で購入可。カウンターを挟んだ場所に設置。

POM・・・処方箋取扱のみ

最も広範囲に渡るのが P の分類薬である。薬剤師以外の職種も症状、年齢、併用薬を確認したうえで販売することが可能である。ただし規制のある薬剤もある。例えばパラセタモールは一定量以上で中毒を起こしやすいため、32 錠以上は販売禁止である。また、風邪薬や咳止めは小児に投与できない成分があり、規制がある。基本的に咳は止める必要はないとの考え方が根底にある。

・ホメオパシーについて

ブシ・ハチ毒・ヒ素・硫黄などの植物、鉱物を何倍にも希釈、振とうし毒性を弱めて人体に投与する。自己治癒力を高める治療法である。EBM データは少ないが妊婦・授乳婦・乳児・高齢者と幅広い年齢層の方が服用可であることが利点である。低コストであることから発展途上国でも広く知られている。イギリスではホメオパシー専門の薬局もあり、代替医療として一般的な治療法である。

・ドラッグストアチェーン健康増進の取り組み

大手ドラッグストアチェーン店の Boots には身長、体重、血圧、視力をセルフチェックできる機械が設置されており、無料で測定できる。結果により受診勧奨や日常生活の中の注意点を事細かく記載してある用紙を持ち帰ることができる。病気の早期発見・早期治療に繋がり、国民の健康に対する知識レベルを上げる点でも大変良い取り組みである。

・総括

今回の視察で日本とイギリスは医療制度自体全く異なっていることが理解できた。NHS が運営する公的な医療だけでなく自由診療の範囲も広く、薬剤師が活躍できる場も多いと感じた。イギリスの薬局の取り組みをそのまま日常業務に反映することは難しいが、いくつか参考になったことがあった。特にドラッグストアに無料でメディカルチェックができる機械があったのは印象的だった。自身の職場でも血圧、HbA1c を測定する機械があるので、もっと多くの人に知ってもらい、処方箋がなくても気軽に測定や健康相談に来てもらえるような薬局を目指したい。また、患者の症状に合った OTC の販売にも力を入れたと考えた。

HSE・イギリス視察研修レポート

平成 28 年 11 月 20 日～26 日で、株式会社 Kae マネジメントさん企画のイギリス視察研修に行ってきました。「ゆりかごから墓場まで」をスローガンとした社会保障に力を入れている英国。「すべての国民に無料の医療提供」をどのようにして行っているのか、研修に行く前からとても興味を持ちました。英国の医療・保険制度、英国での薬剤師の役割・立ち位置、そして今年 6 月の国民投票により決定した EU 離脱が英国の医療制度にどのように影響してくるのかを現地の薬剤師の方や王立薬学協会の方から話を直接聴けるとのことで、この貴重な機会を体験して、自分がどのように感じて、刺激を受けるかを楽しみに出発の日を迎えました。



研修 2 日目の 11 月 21 日。元・弊社サティスファーマ社員であった吉崎美穂さんから「イギリス NHS の概要」についてのレクチャーを受けました。日本と英国の医療制度を比較したときに、私が最も相違点だと感じた部分は、医療機関の受診システムです。日本は基本的にフリーアクセスでできることにに対し、英国は GP と呼ばれる家庭医がプライマリケアを担当し、必要に応じて専門医を紹介するという制度となっています。GP で診れるものは GP で完結させ、上位医療が必要であると GP が判断すれば紹介状を書いて専門性の高いセカンダリケアへ繋ぐという棲み分けがされています。ただ、GP 受診のための予約ですら 2 週間という時間がかかることもあるそうです。一般的な風邪症状で受診しようと思ったとすれば、2 週間もあれば治っていることが多いかもしれません。2 週間も待てない人は、OTC 医薬品を薬局に購入しに行くのです。そういった背景によりセルフメディケーションが自然に根付いていると感じました。それに比べて、日本は医療機関の受診の敷居が低すぎると思いました。自己負担金があるとはいえ、3 割（1 割）の金額だと高額ではないという感覚があるので、コンビニのようにふらっとクリニックを受診するという人が多いと実際に薬局勤務していても感じます。私個人としては、英国システムの方がむやみやたらな受診内容が減少し医療費削減に繋がるのではないかと思います。医療受診が自由にできることに慣れてしまっている日本人にとって



株式会社サティスファーマ
薬剤師 松田 美咲

ら、この英国システムを取り入れるとなれば、パニックになり不満が多く出るのだろうなとも予測できます。生まれた自国の制度や習慣なので仕方のない部分もあるかもしれませんが、日本でも国民ひとりひとりが医療費の主な財源が保険料であることやセルフメディケーションに対して意識をもっと高めることが必要であると感じました。そして、英国の EU 離脱による医療への影響についても話がありました。EU 離脱が決定してからのこの半年ではまだ影響はみられていないようです。しかし、これから先考えられる影響には、英国以外の EU 加盟国に頼っていた NHS に関わる人材不足、これまで自由だった人やモノの移動への規制、諸外国に住んでいた大勢の英国人が母国に帰ってくることによる NHS の財政圧迫等が予想されるということです。EU 離脱完了予定は約 2 年後とのことで、今後も英国の NHS 制度の行方について注目していきたいと思います。



研修 3 日目の 11 月 22 日は、3 グループに分かれての見学ツアーでした。私は、コミュニティ薬局の見学グループで、グリーンライト薬局の見学に伺いました。地下に教育実習室があり、本物の調剤室さながらの施設で棚にある薬剤も本物であるとのことでした。実習室が、私が勤務している薬局の調剤室の 3 倍以上の広さで驚きました。英国の薬局サービスは 3 種類に分けられ、①必須サービス②高度サービス③付加サービスとなっている。①必須サービスはすべての薬局が提供しなければならないサービスとして設けられているもの。私が印象に残っているのは②高度サービスです。英国にはすべての患者の薬歴を記載するというルールはなくて、それに近いのが MUR という高度サービス。MUR は簡単に言えば、患者を絞ってより一歩踏み込んだ服薬指導や薬剤管理を行う高度サービスに位置付けられているサービス。患者を絞るというのは、多剤服用している高齢者、喘息・COPD 患者、心血管疾患患者、退院して間もない患者等を対象とするということ。この MUR サービスは薬剤師が誰でも行えるわけではなくて、認定を持っている薬剤師に限られ、そして個別の面談室内で行われることが条件とされています。このサービスはとても効率的だと感じました。必要な人に必要な時間をかけて指導を行うことが徹底できる仕組みだと思いました。日本の薬局では個別のカウンセリングルームがある薬局なんて少ないし、一人あたりに 20 分もの時間をかけて投薬をしていたら待っている他の患者さんのイライラ

が薬局内に立ちこめることが想像できてしまいます。自分の投薬を振り返ってみても、風邪症状で来ている患者と糖尿尿でインスリン注射治療をしている患者とでは指導にかける時間もボリュームも異なります。良い意味で患者を差別化することで、充実した服薬指導が行え、それが薬剤減量や医療費削減につながるが見込まれます。もう一つ、高度サービスに位置付けられているものがNMSです。NMSとは、新処方常用薬サービスと呼ばれるもので、新規の薬が処方された対象患者に対して、1対1のコンサルテーションを行う内容です。主な目的は患者のコンプライアンスを向上させることです。新規薬処方時の服用開始10日間で副作用発現等の問題が起こり、3割の患者が服薬から脱落するというデータが背景にあり、1か月のうちに3回、患者とコンタクトをとることとされています。こうやって患者のコンプライアンスを高めることで、医療費削減やポリファーマシーの対策に繋がります。その他のサービスとしては、グリーンライト薬局ではインフルエンザワクチンの接種も行っていました。驚いたのは、1日300枚処方せんが来るこの薬局に、薬剤師は1人しかいないということでした。他のメンバーは、プレレジ1人とアシスタントが3人。薬剤師は処方せんのチェックのみができるようにアシスタントやテクニシャンの人員配置を考えているとのことでした。現在、日本ではアシスタントやテクニシャンの調剤が認められていないので薬剤師が調剤をするのが当たり前ですが、この先、調剤の機械化・自動化が進み、アシスタント・テクニシャンの存在が認められれば薬剤師の人員も今までより要らなくなり、薬剤師が淘汰されていく日も遠くないかと思いました。

研修4日目、11月23日の午前は、英国王立薬学協会(RPS)を訪問して、レクチャーを受けました。RPSは職能団体として英国薬剤師の職業能力向上のためのサポートをしていくことを掲げています。コミュニティ薬局薬剤師、病院薬剤師、企業勤務薬剤師に関係なく、全薬剤師に対して統一の評価を行うと話していました。個人の努力を評価していきたいとのことで、自己評価を行い、業務パフォーマンスがどれだけ遂行できているか提出するというポートフォリオ形式をとっているそうです。英国では2018年より薬剤師免許の更新が5年ごとになることが決まるかもしれないとのことで、これまで以上に職能開発・向上が注目されてくるだろうと思われます。いずれ日本でも薬剤師免許更新制度というあまり考えたくない時代がやってくるかもしれないので、英国薬剤師の動向を気に留めていたいと思います。

研修4日目の午後は、現地医療関係者によるレクチャー。GP(家庭医)である佐々江先生のお話から。レポートの冒頭に書いた通り、英国ではGPがプライマリケアを担当します。プライマリケアを担当と聞くと、総合医というイメージが強かったのですが、佐々江先生はGPも専門医療のひとつだとおっしゃっています。GPのところには、予想できない疾患がくることも珍しくはないそうで、チャレンジでもあると話していました。GPひとりでは、

全てはカバーしきれないためチーム医療が重要になってきます。現状は、緩和専門ナース、糖尿病専門ナース、呼吸器専門ナースなどのナースをうまく活用しているとのこと。そこで薬剤師に求めることは、禁煙支援や皮膚症状の対応、緊急避妊薬のカウンセリング供給など。薬剤師が対応できると GP としても「その症状は薬局に行ってください」と言えるとのこと。英国は、国営医療のようなものだから、薬剤師が医師の仕事を取ったみたいなことにはならないと話していました。むしろ働く国民性ではないから、薬剤師にどんどん仕事を振りたいとのことでした。私がもうひとつ印象に残っていることは、英国は新薬を使うのがとても遅いということです。私の中の勝手なイメージで、欧米は日本よりとても早く新薬が承認され、使用も頻繁にされていると思っていました。ですから、イギリスも例外ではないと思っていました。しかし、英国は NHS により医療が提供されているため、NICE ガイドラインに収載されている薬剤しか NHS で使えません。新薬はどうしても高い薬価であることが多いため、財政のことを考えると NICE ガイドラインに収載されるのに時間を要するとのことでした。現地の薬剤師の先生方いわく、先進国で最も英国が新薬を使うのが遅いのではないかと話していて、驚きました。

研修に行く前は「日本とイギリスの医療制度のどちらが優れているのだろう？」と思っていたのですが、研修で実際の英国の医療制度のレクチャーを受けて、国の歴史や文化、国民性、国民の医療への意識など様々な因子が絡み合って成り立っている制度であると感じました。したがって、英国で成功している制度を日本に当てはめても、うまくいく確証はないし、むしろこれまでの制度が習慣となっているので、不安や不満に繋がるであろうと思いました。比較することは出来るけれど、どちらが優れているかの評価はするべきではないという結論に至りました。しかし、他国の医療制度や保険制度を知ることは、これから超高齢社会を迎える日本にとって何かヒントや糸口になることがあるかもしれないので、「知っておく」ということはとても大切なことだと思いました。

薬剤師の役割として感じたことは、英国では、処方権のある薬剤師がいたり、薬剤師をサポートする役割としてアシスタントやテクニシャンがいて薬剤師は鑑査やカウンセリングの時間を割くことができたりと、より職能を発揮できる機会や環境にあって羨ましく感じました。日本だと制度上、調剤や一包化など英国ではアシスタントらが行っている業務に追われることも多く、一番大切な処方鑑査や服薬指導に十分な時間を充てられないことも多いです。しかし、日本で薬剤師をする以上この制度の下で働いていくしかないので、制度を言い訳にするのではなく、薬局でより効率的に業務が行えるように店舗内や会社内で意見を出し合ったり、話し合ったり、職能を向上させるために勉強会への参加や自習をより積極的に行うことが今のわたしに出来ることだと思いました。

この研修がとても充実したもので、楽しく過ごせたのは、現地で協力してくださった薬剤師の方々や佐々江先生、ガイドの皆さま、企画・同行してくださった Kae マネジメントの公大さん、添乗員の岩井さん、一緒に参加したメンバーの皆さまのおかげです。そして、昨年からイギリス研修に行きたいと立候補する私を本当に指名してくれた社長と楽しんできてね！と快く送り出してくれた薬局の店舗のみんなにもとても感謝しています。

来年以降もこの研修が継続して、多くの方にこの経験をしてもらいたいと願っております。ありがとうございました。



視察から得られる多くの“気づき”【統括】

今回 3 度目となるイギリス研修。「1 回見ればいいのではないか」と多くの方がそう言われると思います。立場を置き換えたときに、私たち日本が誇る「国民皆保険制度」や「フリーアクセス」といった仕組みを、まったく異なる制度や文化を持つ方々に 3~4 日で伝えることが出来るでしょうか。制度や文化が違えば、多くの方がその違いに困惑し、「優劣」をつけて物事を考えるかと思えます。しかしそれではモノの本質は見えなくなってしまうと思います。現に多くの薬局関係者が色々な国の医療制度を視察し、「日本のほうがいい仕組みだ」「〇〇の方が優れている」という感想になってしまっていないでしょうか。

たしかに、「優劣」(そう感じる)は存在すると思います。今回行ってきた「イギリス」という国の医療と、日本の医療を比較すると、「日本が優れている」と思う(感じる)のは必然的だと思います。それだけ日本という国は発展している国だということが分かります。しかしながら大事なことは、文化的背景や国民性がどうあるのか、どのようにして制度が成り立ち、維持されているのかという「本質」を考えることによる、たくさんの『気づき』を得ることだと私は考えます。毎年イギリスに行くたびに多くの「気づき」をと、日本の医療制度や国民性、政治や経済と幅広いことについて考えるきっかけを与えてくれます。今回の視察では過去の経験を通し、参加者の皆様には終始、「本質」を見ていただきたいと伝えて参りました。少しでも多くの「気づき」そして「変化の種」に出会って頂けた機会になったら幸いです。

イギリスにあり日本にないもの

イギリスの医療制度について、先述の通り簡単には語れるものではなく割愛しながらの説明となりますことをご容赦いただきたいと思います。イギリスの医療制度における大きな特徴は多くの参加者が書いているように「限定的アクセス」である点です。GP と呼ばれる家庭への受診から医療が始まります。ゲートキーパーと呼ばれる通り、GP を通して各専門医療機関への割振りが行われます。しかしながら、多くの患者を数名の GP が診るため予約を取ることは大変難しく、多くの場合は数日から数週間掛かかります。そのため、風邪などの疾病について当日に診察を受けられる機会は難しく、多くの方がドラッグストアや薬局にて薬を購入する、いわゆるセルフメディケーションによって治療を行います。

薬局の業務を見てみると、風邪薬や胃腸薬などの OTC の販売を始め、処方薬の取扱を行っています。既知の通り、欧米諸国では箱出し調剤が行われているので、日本における「調剤行為」はほとんどありません。複数のアシスタントやテクニシャン(※)でスタッフは構成され、管理者として薬剤師が配置されているのが一般的です。基本的には、医薬品の薬の中に添付文章や患者向け情報の紙面が入れているため、服薬指導やカウンセリングなどは行われずに投薬が行われます。経過措置やカウンセリングが必要な患者に対しては、MUR や NMS などのカウンセリング業務が行われます。



株式会社 Kae マネジメント
常務取締役 経営企画室
駒形 公大
(コーディネーター)

※日本では「調剤補助」がテクニシャンとされていますが、英国におけるテクニシャンは制度化されており、高度な医療教育を受けた職種です。

この医療と調剤という2つの特徴から、イギリスの医療は「選択型医療」であると見て取れるのではないのでしょうか。日本の全ての国民に平等で、同じサービスという「統一型医療」と対極といえるのではないのでしょうか。日本で生まれ育った私たちからするととても、不便に思う制度かも知れませんが、医療費抑制という視点から見ると実に効率的な医療が提供されているといえるのではないのでしょうか。「必要性（重要性）が高いのか、低いのか」、必要なところに対し必要なモノを提供する、そんな考え方が見受けられます。この制度が当たり前のイギリス国民にとって多少の不便があっても、これが当たり前です。必然的な「医療費抑制のリテラシー」が作られているのではないのでしょうか。

軽度医療を軽視するわけではありませんが、日本では「病院に行く」ことが当たり前になっています。セルフメディケーションの推進が進まれるなか、本当に国民に対しその説明や方法が説明されているのでしょうか。生まれたときから当たり前なシステムであるイギリス国民の理解と、フリーアクセスで育ってきた日本国民とは意識が違うことは当然です。選択と集中による職能の発揮、必要な医療を必要なときにという選択的医療の展開、これから日本が求められる形を見ることが出来るのではないのでしょうか。

かかりつけの先にあるコミュニティファーマシー

イギリスの薬局は「ファーマシー」ではなく、「コミュニティ・ファーマシー」と呼ばれます。平成 28 年度調剤報酬改定では「かかりつけ薬剤師」制度が新設され、日本でも地域に目を向けた取り組みが求められるようになりました。かかりつけ薬剤師（薬局）が求められる機能は地域に目を向け、門前医院に頼ることのない営業、患者の薬の一元管理による薬剤師の無駄の削減、リスク管理があげられるかと思います。同年 10 月には「健康サポート薬局」が新しい取り組みとして始まりました。健康サポート薬局はかかりつけ機能に、地域医療機関との連携、受診勧奨（早期発見）、セルフメディケーションの推進などが盛り込まれています。今日までの薬局は「処方せん薬局」や「調剤薬局」と呼ばれるように「処方せん」が中心に展開されてきましたが、これから次世代に向け「モノからヒトへ」といわれるように患者の QOL に目を向けた取り組みが求められています。

ではイギリスはどうなっているのかというと、処方せんはもちろんですが、営業のメインは物販に注がれています。収益形態は「処方せん＋物販＋サービス」と3本の柱から成り立っています。イギリスの医療制度から、薬局で扱う処方せんの多くは慢性疾患等の薬となります。繰り返し使える「リピータブル処方せん」と、軽度医療に対応する数多くのOTC、または化粧品や香水などの物販。そして日本の薬学的管理に似たMURやNMSなどのサービスが主たるところです。その役割は日本の薬局に求められる「かかりつけ薬局」＋「健康サポート薬局」といえるのではないのでしょうか。昨年日本でも多く問題となった地域活動も行われています。多くの薬局が所属する地域の公衆衛生サービスに関

わっています。その一つとして「避妊具の配布」や「アフターピルの処方」、「インフルエンザの予防接種」です。こういったものは自治体の予算や自費によって行われており、医療費抑制にも寄与しています。賛否両論ある日本の「かかりつけ」や「健康サポート」ではありますが、取り組み方の一つでは地域貢献はたまた日本の医療費抑制に貢献できるのではないのでしょうか。よく「地域に根ざした薬局」という理念を聞きます。私たちの次なるステップは、この「地域」という言葉を深掘りし、「なにがしたいのか、どうしたいのか」というミッションを掲げることが必要なのではないのでしょうか。そうすれば必然的にやるべきことが見えてくると思います。そしてその先に「コミュニティファーマシー」が見えてくると思います。

いま世界で薬局について考えられている

このテーマをもって今回の視察研修報告の最後の統括にしたいと思います。昨今沸き起こる薬局バッシングは日本だけで起きている問題ではありません。イギリスにおいても「薬局」のあり方が考えられています。日本では「ヒトからモノへ」というスローガンが掲げられ残薬減やポリファーマシーなど医療費抑制のための活躍が求められています。イギリスも同様に昨今の薬局の課題は「減薬」となっています。日本のような調剤報酬制度のないイギリスでは処方せんに頼った経営は行われておらず物販やカウンセリングなど、すでに「ヒトからモノへ」の転換が行われていると言われているますが、より一層の薬局の活躍が求められています。日本よりイギリスが進んでいるという一番の点は機能分化です。GPは多くの患者を抱えています。診療科目やポイントは多岐にわたり、負担が多いといわれています。今回参加者に講義をいただいた現地GPである佐々江龍一郎先生も同様のことを話しており、薬に関しての専門家は薬剤師であり軽度医療や自身の病院でも積極的な薬剤師の活用を行っていると言っていました。積極的な活用とは薬剤師による医薬品の選択です。日本とイギリスでは医療費増大の要因は異なります。日本では超高齢社会、イギリスでは多くの移民を抱えることによる生活保護や生活習慣病の増加です。求められる活躍は異なりますが、薬局がより積極的に関わることにより医療費が抑制されると言われています。

医療費増大という問題の大枠に日本とイギリスの両国が世界に誇る「社会保障制度」が立ちはだかっています。いま両国が公平な医療、無償化という大きな壁にぶつかっています。その壁にぶつかった両国が取った政策が「市場主義導入による競争化」であると思います。医療という公的サービスに民間企業を参入させ、競争化を起こすことによるサービスの向上や負担の軽減が考えられました。しかしながら、民間企業は「営利企業」であり最大の目的は利益を出すことです。「公民乱立」という現象に陥っています。

薬局が医療における重要な機関であり、インフラと呼べるものであることはどの国でも同じです。多くの国が薬局に求めるものは「国民の安全」と「医療費の抑制」です。企業は継続のために利益を得たい、しかしながら国は医療費を抑制するために何とかしたい。この矛盾が現在起きている大きな課題の根底

だと思います。「病気が世の中からなくなればいい」と私たち医療関係者でなくても思う理想の世界ではありますが、現実問題はインフルエンザや、花粉症などの流行り具合に敏感になってしまう現実があります。理想を追い求めれば企業が成り立たない。利益を求めれば医療が成り立たない。どの国も抱える問題は同じなのではないでしょうか。改めて感じることは、私たち医療関係者（特に保険〇〇と付く）は、医療は公的サービスにて行われているという認識と課せられたミッションを理解すること、国民は私たちのいる国で起きている問題に少しでも興味をもち、それぞれに対するリテラシーをあげていくことが重要が重要なのではないのでしょうか。

今年も現地で活躍する多くの日本人薬剤師の方々、そして家庭医である佐々江龍一郎先生ご協力を頂き、リアルな声を「日本人の声」として聞かせて頂くことが出来ました。ご協力頂きました方々に心より感謝を申し上げます。今回の報告書では書き入れないことが多々あります。しかしながらそれは現地に行ったヒトが分かる特権ということでご了承をいただければと思います。限られた時間の中で、インプットできることには限界があるかと思います。しかしながら、日本とは違う制度や考え方、国民性や文化、問題点などは決して日本の薬局とかけ離れたものではないと感じています。

少しでも現地での気づきを日常の業務に生かす、そして地域に根ざすコミュニティ薬局への一歩としていただけましたら幸いです。

最後に・・・

イギリスの人口は6,300万人、薬局数は11,600軒。日本の人口は13,000万人に対し58,000軒です。人口1,000人当たりの病床数はイギリスの2.8に対し、日本は13.3。平均在院日数はイギリスが7日に対し、日本は17日です。本当に日本の優しさに富んだ国であると感じます。しかしながら、これから日本が向かえる医療の適正化（特に薬局）は絵空事ではないことだといえるのではないのでしょうか。



現地でお世話になった皆さま



■ 吉崎 美穂 氏

(元・㈱サティスファーマ 薬剤師)

現在、イギリスにて公衆衛生に携わっている。



■ 國分 麻衣子 氏

(薬剤師)

ロンドンで病院薬剤師として勤務。

本視察の総合コーディネーター



■ 竹内 大祐 氏

(薬剤師)

ロンドン近郊で病院薬剤師として勤務

グループワークで薬局見学をコーディネート



■ 横澤 ひろ子 氏

(薬剤師)

現在ロンドンにて、ホメオパシー

(同質療法、同種療法) 薬局に勤務。



■ Yumi Poole 氏

(薬剤師)

現在、イギリスを代表するドラッグストア
の「Boots」に勤務。



■ 佐々江 龍一郎 氏

(医師)

イギリスで活躍する数少ない日本人の GP

日本生まれ、イギリス育ち。

当研修の医療部門のアドバイザー。

思い出



【バッキンガム宮殿】



【ホテルでのレクチャー】



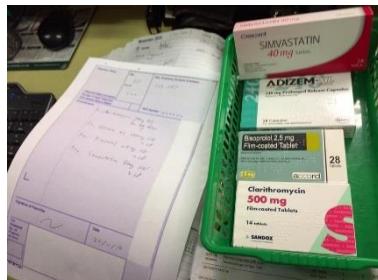
【吉崎氏と記念写真】



【John Bell and Croyden 見学】



【イギリスの一化包】



【監査前の医薬品（箱出調剤）】



【元国会議員のサンドラ氏】



【王立薬学協会レクチャー】



【処方せん（リピート）】



【現地関係者との意見交流会】

資料編



イギリスNHSの概要

吉崎 美穂
Public Health Specialist

目次

- イギリスの医療制度
 - NHSの歴史
 - NHSの組織と概要
- イギリスの調剤薬局
- EU離脱による医療・介護サービスへの影響

日本とイギリスの比較(1)

	日本	イギリス
人口	1億3千万人	6千3百万人
平均寿命 (2013年)	84歳	81歳
健康寿命 (2013年)	75歳	71歳
高齢者 (60歳以上)の割合 (2013年)	32%	23%
死因トップ5 (2000-2012年)	1. 下部呼吸器感染症 2. 脳卒中 3. 虚血性心疾患 4. 呼吸器のがん 5. 胃がん	1. 虚血性心疾患 2. 脳卒中 3. 呼吸器のがん 4. 認知症 5. 下部呼吸器感染症
肥満 BMI>=25 (2014年、15歳以上)	24.7%	61.7%
喫煙率 (2013年、15歳以上)	男性	22%
	女性	17%

出所) WHO statistical profile, OECD Health Statistics

日本とイギリスの比較(2)

	日本	イギリス
GDPに占める総医療費	11.2%	9.8%
人口一人当たりの医療費 (購買力評価、US\$換算)	\$4,150	\$4,003
総医療費に占める公共支出の割合	84.9%	79.0%

Source: OECD Health Statistics 2016, OECD

日本 vs. イギリス: 医療データの比較

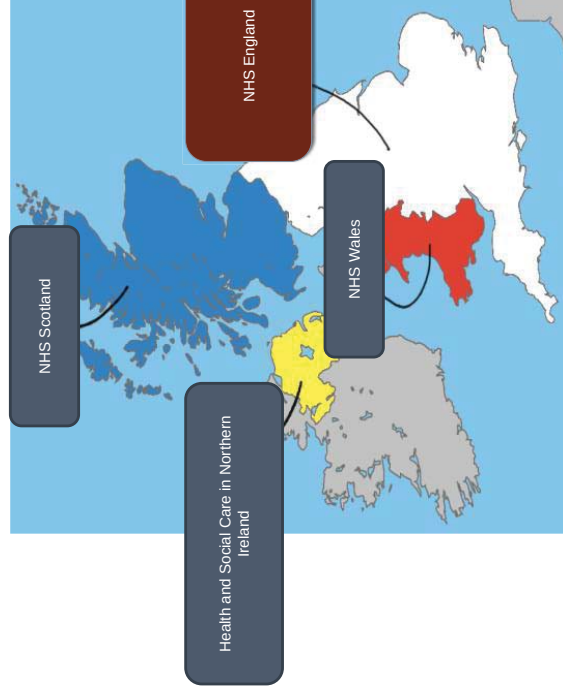
	日本	イギリス	OECD平均
人口1,000人あたり 総病床数	13.3	2.8	4.8
人口1,000人あたり 急性期病床数	7.9	2.3	3.3
入院平均在院日数	17.2日*	7.0日	7.3日

*長期療養の入院はのぞく

Source: OECD Health Statistics 2015, OECD

イングランド NHS の仕組み

NHS イングランド



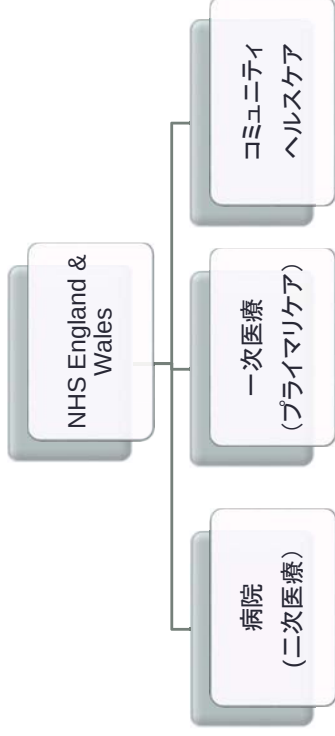
NHSができるまで

- 19世紀後半:
 - 医療へのアクセスは近代国家のシステムであるべき
 - 病院を運営する地方自治体もできた
- 患者に支払い義務あり
- 無料／低価格の医療→非営利団体、地方自治体の病院
- 1942年: 社会保障に関する政府の報告書（'The Beveridge Report'）
→医療へのアクセスはすべての国民の権利
- 1946年: 国民保健サービス法の制定 (National Health Service Act)

NHSの設立 - 1948年

• NHS, 三つの原則:

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



NHSの変遷

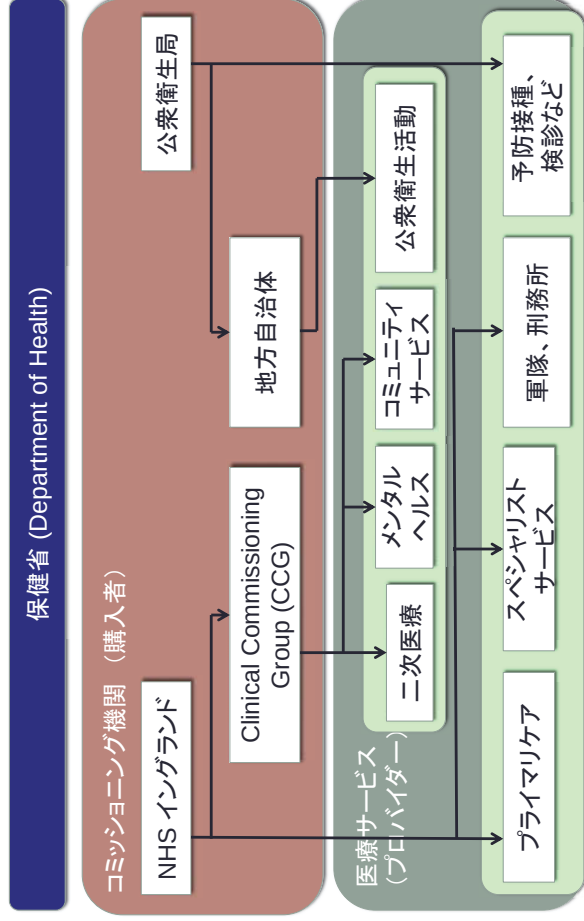
1970年代、1980年代

- 1974年: NHS England再編成、1982年さらに再編成
- 医療の進歩、需要の増加、経済成長の縮小とともに、財政への危機感
→ 効率の向上が求められた

1990年代

- 1990年のNHS再編成で購入者／プロバイダー分離

現在のNHSの概要



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	家庭医：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。診療群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

NHSの課題

- 増加し続けるNHSの支出
 - 2014/15から2020/21の間に£10億の増加予想
- 高齢者の増加 — 介護との連携強化必要
- 肥満とそれに伴う疾患の増加
- 経済成長の縮小と政府の財政難

数字で見るイギリスコミュニティ薬局

- 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

イギリスの コミュニティ薬局

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
- 付加サービスは、地域の必要に応じて設定される

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（1対1でのアドバイス、6キャンペーン/年
- 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: 医療器具使用見直し)**
 - 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/医療器具店で提供された（平均707件）

付加サービス

- 地域ごとのニーズにより提供されるサービス。
 - ＜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（緊急避妊薬の処方、クラミジア検査など）

薬局の報酬の仕組み

必須サービスによる収入

+

高度サービス、付加サービスによる収入(オプショナル)

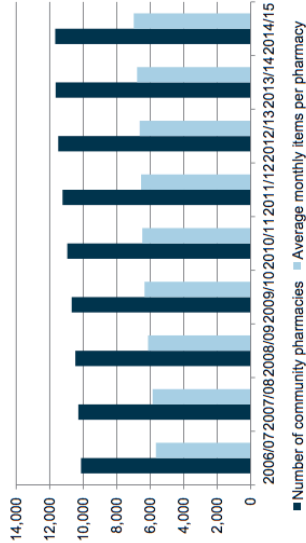
薬局の報酬：必須サービス

<2016年11月現在>

Items per month	Total income from		Estimated average buying profit	Indicative total income pcm
	allowances pcm	fees and pcm		
1,000		£1,375	£635	£2,010
2,000		£2,948	£1,270	£4,219
2,500		£6,069	£1,588	£7,657
2,830		£6,648	£1,798	£8,445
3,150		£7,210	£2,001	£9,211
4,000		£8,504	£2,541	£11,045
5,000		£10,026	£3,176	£13,202
6,000		£11,548	£3,811	£15,359
7,000		£13,069	£4,447	£17,516
8,000		£14,591	£5,082	£19,673
9,000		£16,113	£5,717	£21,830
10,000		£17,635	£6,352	£23,987
11,000		£19,157	£6,988	£26,144
13,000		£22,200	£8,258	£30,459
15,000		£25,244	£9,529	£34,773

必須サービスの報酬改定

コミュニティ薬局サービスの効率化、拡大によりプライマリケア、NHSの向上をめざす



Number of pharmacies and average monthly items dispensed in England, 2003-2015
Source: Prescriptions Dispensed in the Community, Statistics for England - 2003-2013 [NS]

- 結果、多いところでは約20%必須サービスによる収入減

コミュニティ薬局の長所

- いつでも、予約なしでアクセスできる身近さ
- 病気・けがの治療中の人から、健康な人まで幅広い客層
- 緊急時に迅速な対応(インフルエンザ・パンデミック等)
- 幅広いサービス展開が可能
- 薬剤師の幅広い知識、技術(行動変容の基本技術など)

コミュニティ薬局への期待

臨床的な役割

- 他の医療、介護サービスとの連携強化（家庭医、訪問医療、保健師、介護施設など）
- 薬物療法の最適化
- 生活習慣病のマネジメント
- 緊急・応急医療

健康増進活動への貢献

- 禁煙指導、生活習慣指導など行動変化をサポート
- ヘルスチェック
- 予防接種

コミュニティ薬局のこれから：課題

- 政府による緊縮政策
- 薬局の乱立
- オンラインやe-prescription (e-処方箋) の普及
- 患者、地域住民のニーズの変化
- 薬局・薬剤師のサービス、スキル等の認知度
- 薬局はプライマリケアの担い手という認識が低い

新しい取り組み例

マンチェスター

- 救急救命科で薬剤師による薬局クリニック、軽度のけが、病気の治療にあたる

リバプール

- 薬局によるCOPDクリニック

クロイドン

- 薬剤師による生活習慣病クリニック

エセックス

- 薬局でペイン・クリニックを展開

新しい取り組み例

Healthy Living Pharmacy

- 地域のニーズに合わせた幅広いサービスを展開することによって受けられる認定制度

Sore Throat Test & Treat service

- 喉の痛み薬局で治療
- スワブ検査の結果によって抗生物質の処方

EU離脱とNHSへの影響

EU離脱による、医療・介護への影響

- 人材
- EU圏内での医療へのアクセス
- 規制
 - 労働基準
 - 公平な購買プロセスにかかわる規制
 - 医薬品や臨床試験などにかかわる規制
- 国境を越えた協力が必要な問題
- 財源、経済への影響



NHS Community Pharmacy Contract

22nd November 2016

Simon Harris MRPharmS
Head of Education and Training
simon@greenlightpharmacy.com
[@simonharrisGL](https://twitter.com/simonharrisGL)



Agenda

- ▶ Who are Green Light Pharmacy?
- ▶ What makes us different?
- ▶ NHS Pharmacy Contract
- ▶ Pharmacy Design and Tour

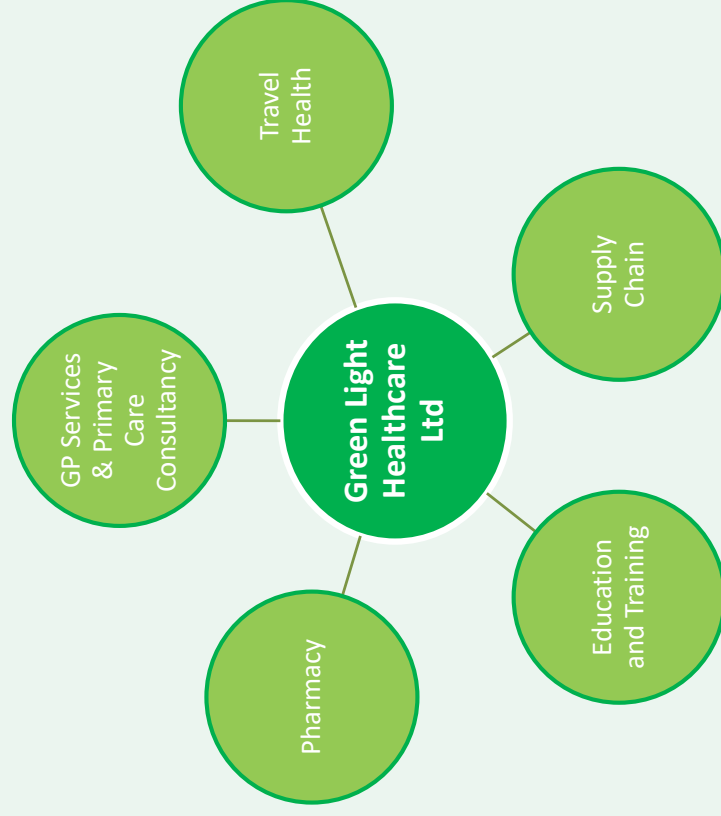
NHS Community Pharmacy Contract

Essential Services

Advanced Services

Enhanced Services

Pharmaceutical
Services
Negotiating
Committee



Essential Services

1. Dispensing
2. Repeat dispensing
3. Disposal of unwanted medicines
4. Promotion of Healthy Lifestyles (Public health)
5. Signposting patients to other healthcare providers
6. Support for self-care
7. Clinical governance
8. Dispensing appliances



Advanced Services - Medication Use Reviews (MURs)

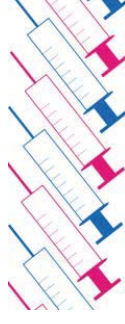
Aim of MUR:

- ▶ To assess the **patient's use** of their medicines
- ▶ To increase **patient's knowledge** of their medication and **improve their adherence**
- ▶ To encourage **healthy lifestyle**

The MUR can be on a regular basis every 12 months (**annual MUR**) or on an ad hoc basis (**Rx intervention**) when a significant problem with a patient's medication is highlighted.

Advanced Services

1. Medication Use Reviews (**MURs**)
2. New Medicine Service (**NMS**)
3. Flu Vaccination Service



70% of the MURs community pharmacies provide each financial year must be for patients who fall within one or more of the following four national target groups:

MUR Target Groups

1. patients with respiratory disease (e.g. asthma and COPD)
2. patients recently discharged from hospital
3. patient taking a 'high risk' medicine (NSAIDs, anticoagulants, antiplatelets and diuretics)
4. patients at risk of or diagnosed with cardiovascular disease **and** regularly being prescribed at least four medicines.

Advanced Services

The New Medicine Service (NMS)

- ▶ Research shows that after 10 days, two thirds of patients prescribed a new medicine reported problems including side effects, difficulties taking the medicine and a need for further information
- ▶ **30% - 50%** of prescribed medicines are not taken as recommended



Which patients are eligible for the NMS?

Currently only patients prescribed a **new medicine** for one of the following conditions/therapies:

- ▶ **Asthma or chronic obstructive pulmonary disease (COPD)**
- ▶ **Diabetes (type 2)**
- ▶ **Antiplatelet / anticoagulant**
- ▶ **Hypertension**

The New Medicine Service (NMS) - What are the benefits?

- ▶ Help improve patient adherence to their newly prescribed medicine
- ▶ Saving NHS money by:
 - Reduction in medicines wastage (£300million!)
 - Reduction in drug-related hospital admissions
- ▶ increase patient engagement with their condition and medicines
- ▶ supporting patients in making decisions about their treatment and self-management

NMS – 3 main stages

Patient Engagement

- ▶ **Day 1:** Pharmacist provides patient with information on their new medicine and how to use it when it is first dispensed.

Initial Intervention

- ▶ **Day 7-14:** Pharmacist discusses with the patient how they are getting on with their new medicine. Further information and advice on the use of the medicine will be provided and advice on any problems the patient may be having.

Follow-Up

- ▶ **Day 21-28:** Final consultation to discuss the medicine and whether any issues or concerns identified during the previous consultations have been resolved.

Advanced Services - Flu Vaccination Service

- ▶ **Children, older people, pregnant** women and those with **underlying disease** are at particular risk of severe illness if they catch the flu.
- ▶ Community pharmacies in England can offer a seasonal influenza (flu) vaccination service for patients in **at-risk groups**.
- ▶ Full service spec on psnc website (www.psnc.org.uk)



Advanced Services - Flu Vaccination Service

Eligible groups:

- ▶ people aged 65 years and over;
- ▶ pregnant women;
- ▶ people living in long-stay residential care homes, or carers;
- ▶ household contacts of immunocompromised individuals;
- ▶ people aged 18 to 64, with one or more specific medical conditions, including:
 - chronic **respiratory** disease e.g. severe asthma, COPD or bronchitis;
 - chronic **heart** disease e.g. heart failure;
 - chronic **kidney, liver or neurological** disease;
 - **diabetes** or **splenic dysfunction**; or
 - a **weakened immune system** due to disease (e.g. HIV/AIDS) or treatment (e.g. cancer treatment).

Advanced Services - Flu Vaccination Service

- ▶ The flu vaccination service aims to:
 - **sustain uptake of flu vaccine** by **building the capacity of community pharmacies** as an alternative to general practice;
 - **provide more opportunities and improve convenience** for eligible patients to access flu vaccinations; and
 - **reduce variation** and provide **consistent levels of population coverage** of community pharmacy flu vaccination across England by providing a national framework.



Enhanced Services

- Substance misuse services:** needle exchange services; supervised consumption of methadone
- Sexual health services:** EHC; pregnancy testing; Chlamydia screening and treatment
- Stop smoking services:** 12 week smoking cessation programme
- NHS Health Checks for people aged 40-74 years:** full vascular risk assessment, providing advice and support to help reduce the risk of heart disease, strokes, diabetes and obesity
- Minor Ailments Service:** encouraging patients to visit their pharmacy first with minor ailments



Private Services

- Travel vaccinations
- Malaria prophylaxis
- Diabetes and cholesterol testing
- Health checks

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

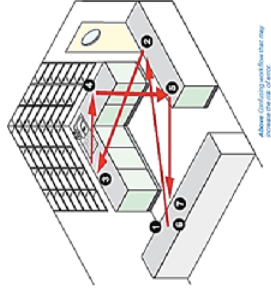
Dispensing environment

1.2 Workflow

Issues

- A poorly planned workflow can result in confusion, fatigue, and increased risk of error.
- Dispensing a prescription involves many steps, and 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 Supplying dispensing and medicines
- 6 Medication and final accuracy check
- 7 Patient counselling



Above: Confusing workflow may increase the risk of error.

Same dispensary, improved workflow

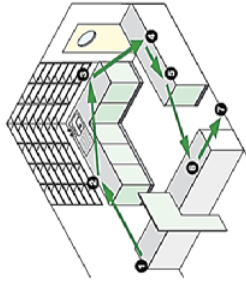
Dispensing environment

Recommendations

- Research has shown that workflow can be improved by re-organising the dispensing activity and patient counselling.
- By breaking the process down into individual steps, each step can be looked at individually and unique methods applied to each step to improve the process as much as possible.

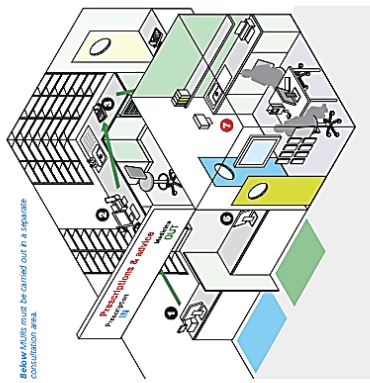
Action

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



Above: An unorganised and logical workflow leading to better results.

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.
- MUFs must be carried out in a separate consultation area that provides a secure and confidential environment. 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 consulting areas allowing for differing levels of privacy.
- Build substantial modifications into future business plans and consider at least 10%.
- Consider future possible developments when developing plans.



Thank you



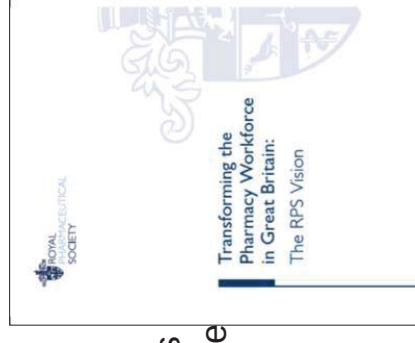
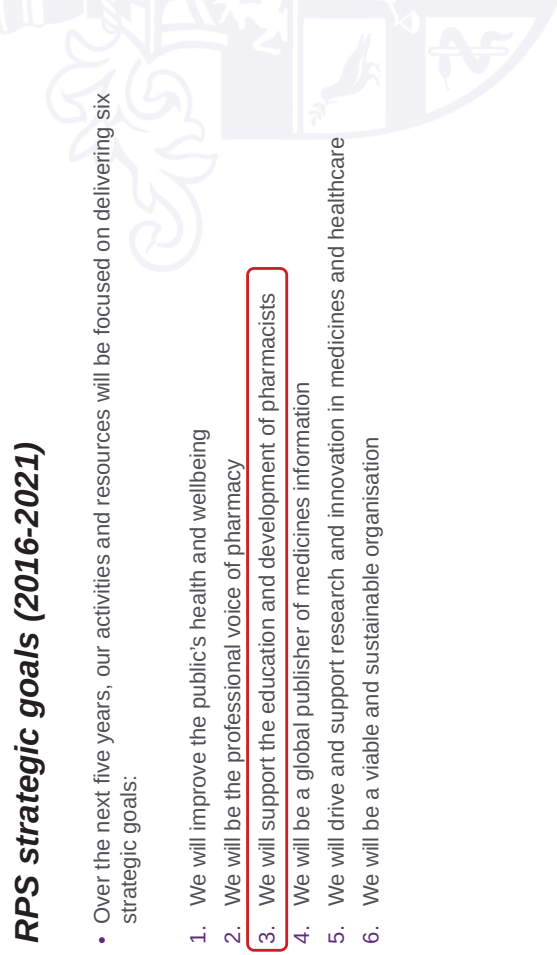
RPS strategic goals (2016-2021)

- Over the next five years, our activities and resources will be focused on delivering six strategic goals:
- 1. We will improve the public's health and wellbeing
- 2. We will be the professional voice of pharmacy
- 3. We will support the education and development of pharmacists
- 4. We will be a global publisher of medicines information
- 5. We will drive and support research and innovation in medicines and healthcare
- 6. We will be a viable and sustainable organisation

The RPS Roadmap for Professional Development Advancement and Assessment

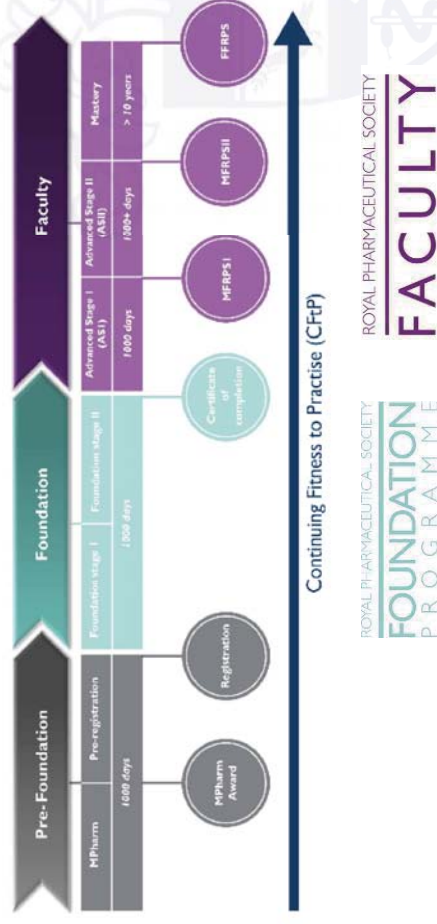
Supporting an evolving workforce

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



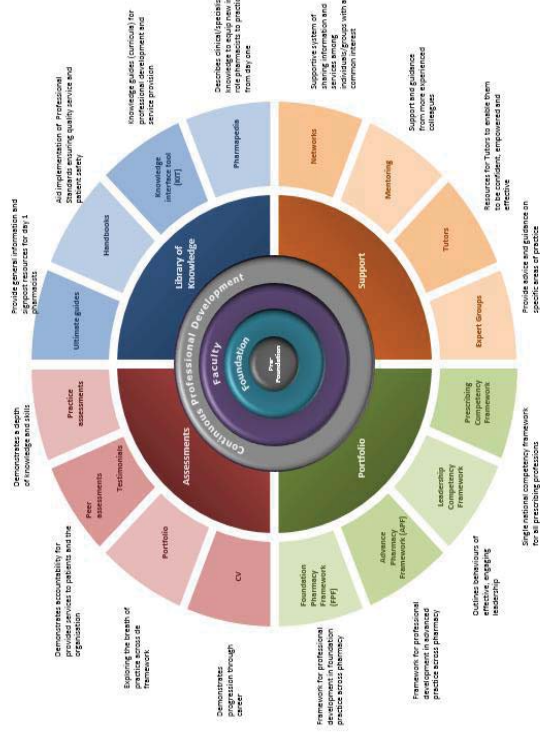
It's all about the patients

RPS Professional Development Roadmap

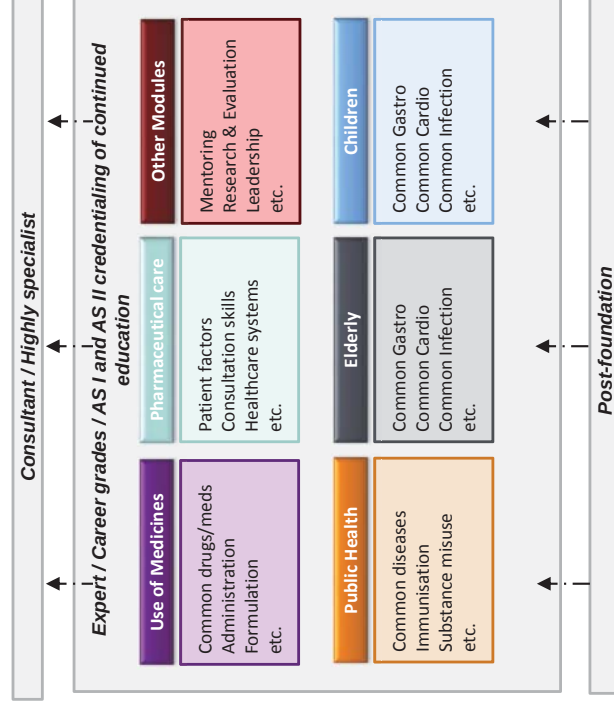


Roadmap Engagement Plans 2016/17

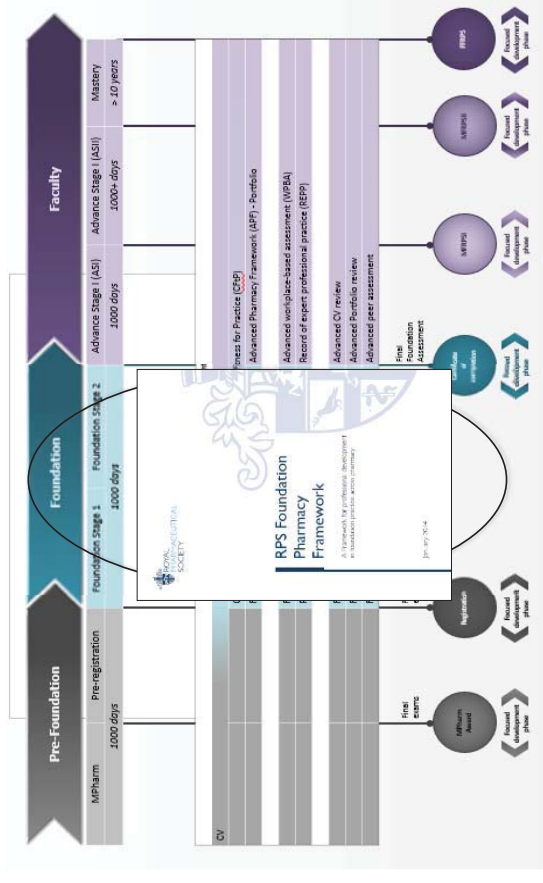
Core components of RPS Professional Development Programmes



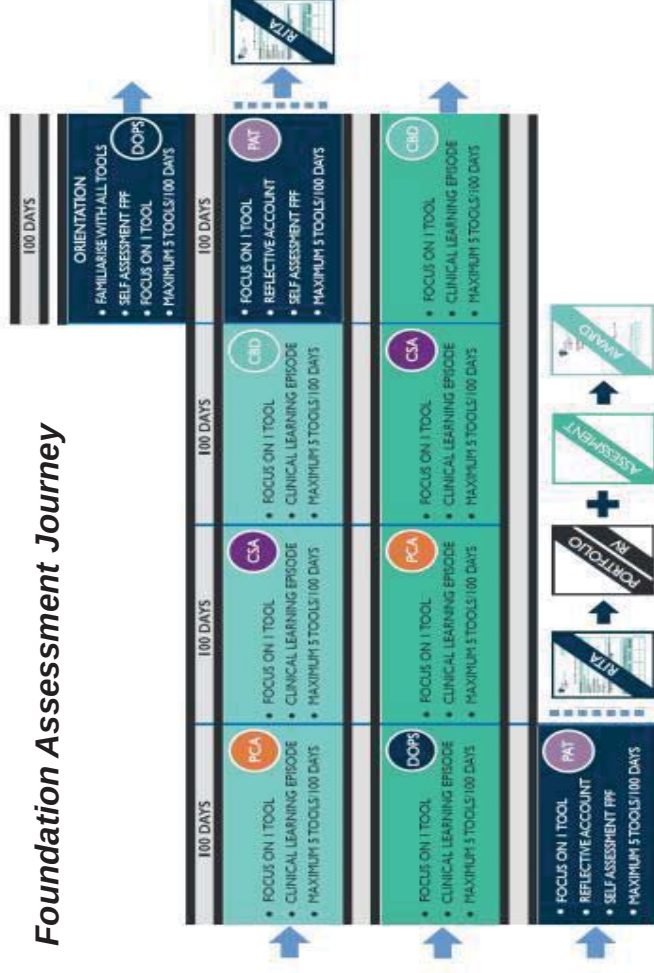
RPS Affiliated Partners National Training Programmes



Highly structured, supported, safe development for novice pharmacists

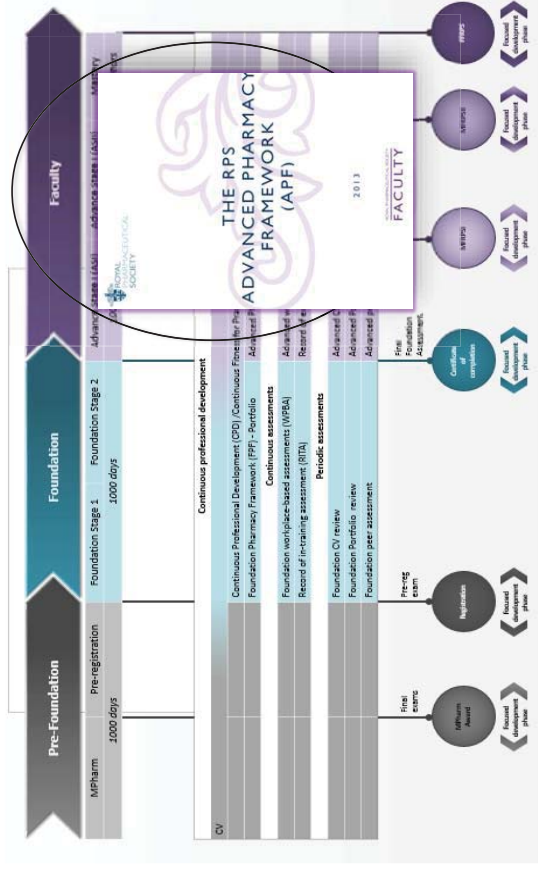


Foundation Assessment Journey



RPS Faculty development:

Less structure, broader skill sets, building practitioner independence and flexibility of career and scope



Foundation Stage: Development of established practice:

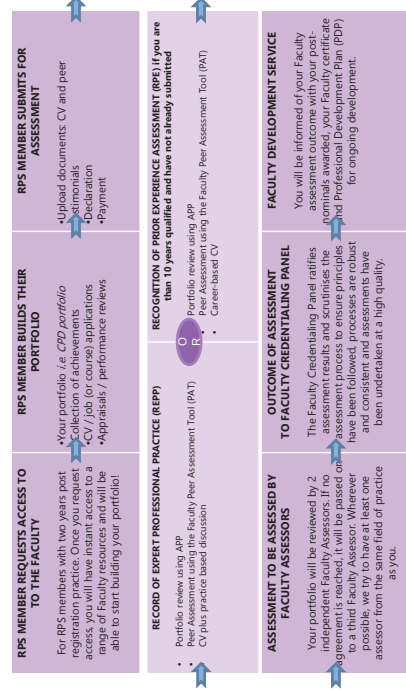
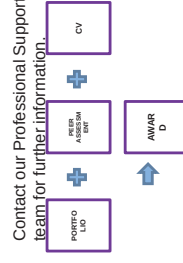
Highly structured, supported, safe development for novice pharmacists

FOUNDATION PRACTICE – each 12-18 months during first 1000 days	FOUNDATION PRACTICE – each year during sustaining phase
Foundation Pharmacy Framework self-assessment	6-12 portfolio entries including: ●Foundation Pharmacy Framework self-assessment
5 - 25 Workplace-based assessments (WPBA)	●1-3 Workplace-based assessments
Reflective account	●Reflective account
1 Peer Assessment	●Peer assessment
3-6 Clinical learning episodes (aligned to RPS Foundation Curriculum)	●Clinical learning episodes (aligned to RPS Foundation Curriculum)
1 Record of In-Training Assessment (portfolio review with Foundation Tutor)	1 portfolio review with Foundation Tutor or RPS CPD Assessor
End of first 1000 days and then every 5 years	
Foundation Portfolio Review (with RPS Foundation Assessor) and Final Foundation Assessment	

YOUR FACULTY JOURNEY

This infographic aims to give you an idea of what the Faculty Assessment Process looks like.

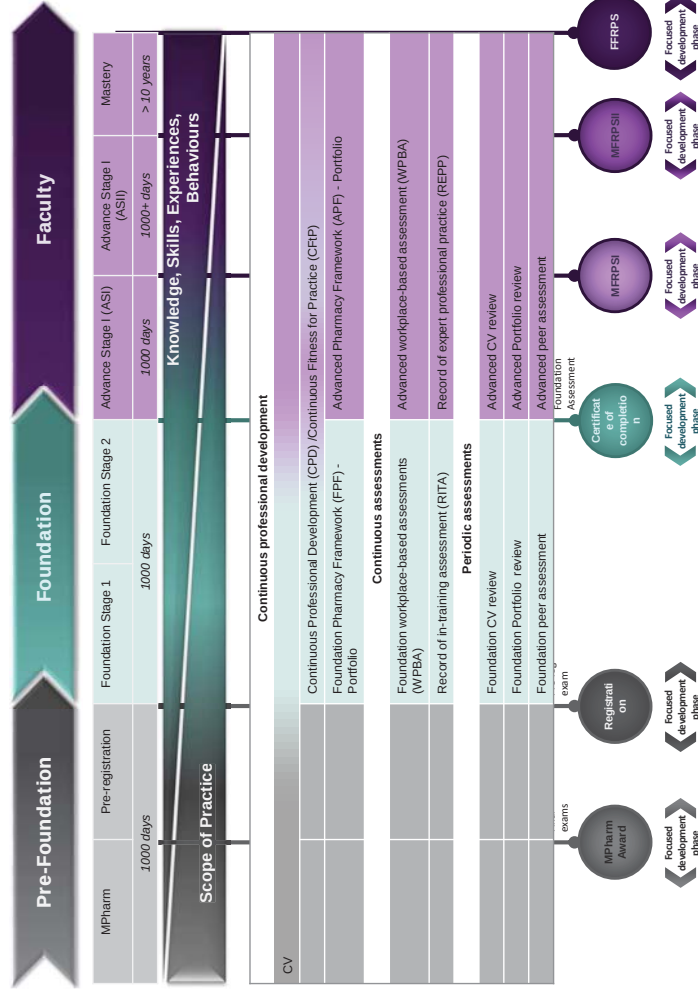
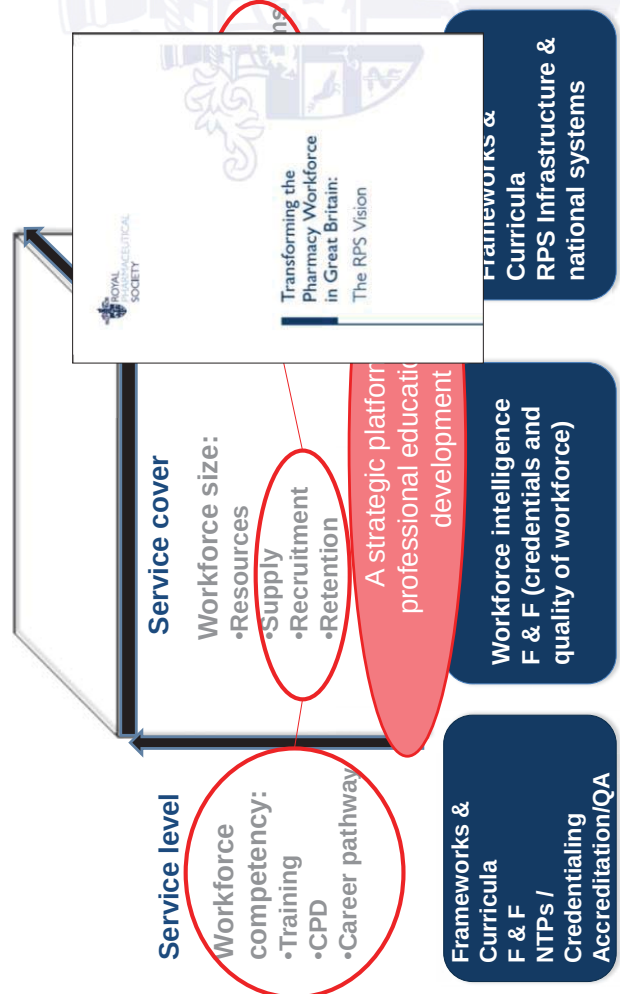
There are three stages of Faculty membership and post-nominals: Advanced Stage I, Advanced Stage II and Mastery. Your post-nominals are valid for five years after which you will need to be reassessed in order to continue to use your post-nominals.



Advanced Practice: Advancement and Sustainability:
Building practitioner independence and flexibility

ADVANCED PRACTICE – each 12-18 months (1000 days) during focused development	ADVANCED PRACTICE – each year during sustaining phase
6-12 Faculty portfolio entries reviewed by RPS CPD Assessor / Faculty assessor	6-12 Faculty portfolio entries reviewed by RPS CPD Assessor / Faculty assessor
Advanced Pharmacy Framework self-assessment	Advanced Pharmacy Framework self-assessment
Practice based assessments (as defined by area of practice) required in preparation for Record of Expert Professional Practice (REPP)	1-3 practice based assessments (as defined by area of practice) required in preparation for REPP and full Faculty assessment every 5 years
1 REPP (5 to 25 practice based assessments)	1 Peer Assessment
1 Peer Assessment	
Faculty assessment (peer assessment) via portfolio review, once every 5 years	

Workforce dimensions in service delivery



Next Steps: the Board to agree

- Implementation!

Campaigns and RPS Priorities Update

キャンペーンとRPS優先事項最新事

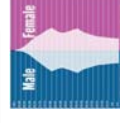
項

Ms Sandra Gidley

English Pharmacy Board Chair, Royal Pharmaceutical Society



Common strategic drivers... | 共通の戦略的課題



Aging population
人口の高齢化

世界銀行収入レベル:
高

Financial/economic
資金/経済

World Bank Income Level:
High

- ✓ 癌
- ✓ 下気道感染症
- ✓ 脳卒中
- ✓ 虚血性心疾患

Top causes of death in common
共通の上位死因

- ✓ Cancers
- ✓ Lower respiratory infections
- ✓ Stroke
- ✓ Ischaemic heart diseases

国民皆保険制度

Universal healthcare system
国民皆保険システム



RPS England programmes

RPS イングランド・プログラム

- Rebalancing
- Long-term conditions and prescribing
- Community pharmacy reforms
- Hospital pharmacy reforms
- Care homes
- Urgent and Emergency Care
- GP surgeries
- Access to records / Information Management & Technology
- Medicines optimisation
- Additional corporate plans and Business-as-Usual
- バランスの再考
- 長期慢性疾患と処方
- 地域薬局のリフォーム
- 病院薬局のリフォーム
- 介護施設
- 緊急医療
- かかりつけ医
- 患者情報へのアクセス / 情報管理 & テクノロジー
- 医薬品の最適化
- 追加の企業計画と旧態依然

CURRENT EPB Campaign: Pharmacists improving care in care homes II

RPSによる現在のキャンペーン：薬剤師による介護施設でのケア向上 (2)

- One pharmacist and one general practitioner should be responsible for medicines in each care home ensuring co-ordinated and consistently high standards of care.
- Where a care home specialises e.g. in dementia care, the pharmacist should ensure they are competent to support the relevant clinical speciality
- Pharmacists should lead a programme of regular medicines reviews and staff training, working in an integrated team with other healthcare practitioners ensuring medicines safety.
- 協調し、一貫した質の高い医療を確保するため、薬剤師とかかりつけ医が各一人ずつ各介護施設の医薬品に責任を持つべきである。
- 介護施設を専門領域とするならば（例：認知症治療）、薬剤師は関連臨床専門領域での能力を有していることを保証すべきである。
- 薬剤師は、他医療従事者と共に統合されたチーム内で働きながら、医薬品使用の安全性を確保するため、定期的な医薬品レビューとスタッフのトレーニングを先導する必要がある。

CURRENT EPB Campaign: Pharmacists improving care in care homes I

RPSによる現在のキャンペーン：薬剤師による介護施設でのケア向上 (1)

Pharmacists, as part of the multidisciplinary team, should have overall responsibility for medicines and their use in care homes. This will result in significant benefits to care home residents, care home providers and the NHS

薬剤師は、多職種チームの一員として、介護施設での医薬品とその使用に関して全般的な責任を持つべきである。これは介護施設居住者、介護施設提供者、そしてNHSに非常に大きな利益をもたらす。



RPS website

<http://www.rpharms.com/our-campaigns/pharmacists-improving-care-in-care-homes.asp>

Includes blogs, videos, guidance, policy documents etc

Shaping pharmacy for the future
About the Commission
Report
Our campaigns
Improving urgent and emergency care through better use of pharmacists
Pharmacists and GP surgeries
Pharmacist access to the patient health record
Pharmacists improving care in care homes
Pharmacist-led care of people with long term conditions



The Royal Pharmaceutical Society believes that better utilisation of pharmacists' skills in care homes will bring significant benefits to care home residents, care home providers and the NHS

There are approximately 431,500 elderly and disabled people in residential care of whom 414,000 are aged 65 and over. The elderly are particularly at risk from errors with medicines as they can have a high level of morbidity, with multiple health problems and are often prescribed several medicines. The RPS believes pharmacists should have an embedded role in care homes with overall responsibility and accountability for medicines and their use.

Read the briefing

Read our policy briefing outlining how we think better utilising pharmacists' skills in care homes would lead to significant benefits »

Useful resources

- Getting the medicines right report (transfer of care)
- Referral toolkit
- Multidisciplinary review of medication in nursing homes, a clinical-ethical framework
- Clark nurses' transformation

What works? | Pharmacist-led medicines reviews demonstrate: 上手くいくのは? | 薬剤師による服用薬レビューが示すものは:



CURRENT EPB Campaign: Pharmacists improving care in care homes IV

RPSによる現在のキャンペーン: 薬剤師による介護施設でのケア向上 (4)

Support for campaign:

- Statements of support from
 - Dr Keith Ridge (Chief Pharmaceutical Officer, NHS England)
 - Caroline Abrahams, Age UK
 - Katherine Murphy, Patients Association
 - Prof Martin Green, Care England
 - Laurie Thraves, Alzheimer's Society
 - Simon O'Neill, Diabetes UK
 - Dr Maureen Baker, RCGP
 - Prof Stephen Jackson, British Geriatrics Society
 - Dr Clifford Mann, RCEM
- Statements of support from
 - Dr Keith Ridge (NHSイングランドの薬剤師長官)
 - Caroline Abrahams, Age UK
 - Katherine Murphy, 患者団体
 - Prof Martin Green, ケア・イングランド
 - Laurie Thraves, 認知症協会
 - Simon O'Neill, 糖尿病UK
 - Dr Maureen Baker, かかりつけ医学
 - 会
 - Prof Stephen Jackson, 英国老年学会
 - Dr Clifford Mann, 緊急医学学会

CURRENT EPB Campaign: Pharmacists improving care in care homes III

RPSによる現在のキャンペーン: 薬剤師による介護施設でのケア向上 (3)

Successes to date:

現在までの業績:

- Care Home Summit on 10 Dec 2015
- Launch Event: Kings Fund one day conference on 24 February 2016
- Times (letter) – print and online (signed by RPS, Alzheimer's Society, Care England, Patient's Association and Diabetes UK)
- 2 Regional papers (Yorkshire, Newcastle)
- 11 Specialist media
- TV (ITV Meridian & Latest TV (Brighton))
- Radio (national, BBC Newcastle & Sunrise Radio)
- 2015年12月10日: 介護施設サミット
- 2016年2月24日: キングス財団1日学会、発表イベント
- Times (レター) – 紙面 + オンライン (RPS、認知症協会、ケア・イングランド、患者団体、糖尿病UKによる署名)
- 2つの地域紙 (ヨークシャー、ニューキャッスル)
- 11の専門領域メディア
- テレビ (ITV Meridian & TV (Brighton))
- ラジオ (国家、BBCニューカッスル & サンライズラジオ)

CURRENT EPB Campaign: Pharmacists improving care in care homes V

RPSによる現在のキャンペーン: 薬剤師による介護施設でのケア向上 (5)

Future work

- Local events through Local Practice Forums
- Working with care home leads through a pharmacy community of practice
- Professional Development and Support directorate developing an 'Ultimate Guide to care homes'
- Continuing Politician engagement
- Better use of Care Homes (NHS England group)
 - Contribute to national agenda & garner support

これからの業務

- 地域薬剤師フォーラムを通じた地域イベント
- 薬剤師共同体を通じた介護施設長との連携
- 専門能力開発 & 支援部門による「介護施設での基本ガイド」の開発
- 継続した政治家との連携
- 介護施設のより良い使用 (NHS イングランドグループ)
 - 国家指針への貢献と支援獲得

NEXT EPB Campaign:

Supporting people with LTCs through pharmacy + enabled by prescribing

RPSによる次のキャンペーン:

薬剤師処方者+薬局を通じた長期慢性疾患患者の支援

What are we asking for?

- Increase the support pharmacists give to people with LTCs to reduce waiting lists in U&E care and GP surgeries
- Medicines waste and over prescribing is reduced
- Polypharmacy is tackled
- Barriers to increasing the number of pharmacist prescribers are removed
- Fits well with Review into clinical services in the community

何を求めているのか?

- 緊急治療とかかりつけ医診療所での待機リストの減少のため、長期慢性疾患を持つ人々へ薬剤師が提供できる支援の増加
- 医薬品の廃棄と余剰価格の減少
- 多剤併用への取り組み
- 薬剤師処方者の増加に対する障壁の除去
- 地域での臨床サービスに関するレビューとの関連性

Prescribing | 処方

Launch of Rx framework in July

- Endorsement from almost all the professional bodies representing prescribers (RCP, RCGP, BPS, British Dental Association, optoms, physios, radiographers, podiatrists, dieticians, RCN)
- Lobby for change the law: existing non medical prescribers can be supervisors
- Support profession with practical "how to be a prescriber" events: working with UK Clinical Pharmacy Association (UKCPA) and Primary Care Pharmacy Association (PCPA)
- Align with deprescribing guidance from National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)

6月に独立処方者のフレームワーク発表

- 処方者を代表するほぼ全ての職能団体からの支援（医学会、一般開業医学会、植科医協会、検眼士学会、理学療法士学会、X線技師会、足治療士会、栄養士会、看護師会）
- 法改正の陳情：医師でない処方者による監督
- 実践的な「処方者のなり方」イベント開催による専門職の支援：臨床薬剤師協会とプライマリケア薬剤師協会との協働
- 英国国立医療技術評価機構による指針と調整

QUESTION FOR EPB: Focus or be generic about LTCs ?

RPSへの質問：長期慢性疾患一各疾患、又は全般的に

Focus on one Long-term Condition?

一つの長期慢性疾患に焦点を当てるべき？

- Allows us to be specific about benefits and stakeholders will be easier to define
- More meaningful campaign as will be about supporting people with X condition
- May be accused on being selective

- 利益を具体的にすることが出来、利害関係者を特定しやすい。
- 他の疾病を持つ人々の支援についてもより意義の高いキャンペーン
- 差別だと非難される可能性

Generic campaign about all LTCs ?

全ての長期慢性疾患について一般的なキャンペーン？

- Allows us to pick and choose examples, avoids "leaving anyone out"
- Can also focus on multi- morbidity and polypharmacy
- Perhaps hard to translate, harder for us to limit engagement with stakeholders- or accused of being selective

- 例を選択することが出来、誰かを除外することを防げる。
- 多疾病と多剤兵財へ焦点を当てる事が出来る
- 解釈が難しく、利害関係者との連携を制限するのが難しい（さもなくば差別的だと非難を受ける）

EPB Ongoing Campaign: Pharmacists and GP surgeries

Aligning to NHSE / DH / HEE Priorities

RPSによる進行中のキャンペーン：薬剤師とかかりつけ医診療所
NHSイングランド/保健省/イングランド医療従事者教育機関との調整

What we asks for

1. GPs should embrace the potential that pharmacists can bring to their patients
2. Local commissioners should include pharmacists in all care pathways that use medicines
3. NHS England should support the spread of good practice showing the benefits of pharmacists in GP surgeries
4. Pharmacists working in community pharmacies are enabled to make a greater contribution to patient care as part of an integrated primary care workforce
5. Pharmacists become part of the multidisciplinary team that work in every General Practice, providing direct care to patients

我々が要求するもの

1. かかりつけ医は薬剤師が彼らの患者にもたらすことが出来る可能性を容認すべきだ。
2. 地域委託者は医薬品を使用する全ての医療経路において薬剤師を含むべきだ。
3. NHSイングランドはかかりつけ医診療所における薬剤師の利益を提示する良い実務の普及を支援すべきだ。
4. 地域薬局で働く薬剤師はプライマリケア統合チームの一部として患者ケアへのより良い貢献が出来るようになるべきだ。
5. 薬剤師は患者へ直接ケアを提供するかかりつけ医の各診療において多職種チームの一部として働くようになる。

Campaign 2: Aligning to NHSE / DH / HEE Priorities Pharmacists role in Urgent and Emergency care

キャンペーン2：NHSイングランド/保健省/イングランド医療従事者教育
機関との調整
緊急治療における薬剤師の役割

What we asked for

我々が要求するもの

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

2. 医薬品関連事例を取り扱うよう全ての緊急医療部門に薬剤師を置くべきだ。
3. 緊急医療を支援するためのオペレーションとして、薬剤師はNHS緊急電話サービスへより統合されるべきだ。

Campaign3: Aligning to NHSE / DH / HEE Priorities Pharmacist access to the Patient Health Record (PHR)

キャンペーン3：キャンペーン2：NHSイングランド/保健省/イングランド医療従事者教育機関との調整
薬剤師による患者医療記録へのアクセス

What we are asking for:

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

我々が要求しているもの:

1. 「患者の利益のための医療記録へのアクセス」という立場は患者へ医療を提供する全ての医療従事者へ適用されなければならない。
2. 薬剤師は患者のより良い治療結果を導く患者の医療記録へのアクセスへの正当な必要性を持つ
3. 全ての患者に対して医療記録を読むことと書き込むアクセスを要求する

Campaign 2: Aligning to NHSE / DH / HEE Priorities Pharmacists role in Urgent and Emergency care

キャンペーン2：NHSイングランド/保健省/イングランド医療従事者教育機関との調整
緊急治療における薬剤師の役割

Where are we now?

我々は今どこにいるのか？

- RPS endorsed 'Better, safer, faster care' document which highlights role of community pharmacists in U&E care
- We are part of the out of hospital care reference group looking at how pharmacists can be better utilised (referral, minor ailments, urgent repeat meds, call centres)
- Report of pharmacists in A&E expected soon

- RPSは、緊急医療における地域薬剤師の役割を強調した「より良い、より安全で、より早い医療」のレポートを承認
- RPSは薬剤師がいかににより上手に使えるかを調査する病院ケア関連グループの一部（紹介、軽医療、緊急線り返し処方薬、電話センター）
- 緊急医療における薬剤師に関するレポートがまもなく発表される

Campaigns in a nutshell キャンペーンを一言で言うと...

- Decide on subject
- Three "asks"
- Produce supporting document
- Launch event
- Communications around launch
- Third sector/patient group involvement
- Engage with key people in health service
- Lobby politicians
- Zeitgeist

- 対象を決定
- 三つの「質問」
- 支援資料を作成
- 発表記念イベント
- 発表に関するコミュニケーション
- 第三セクター/患者グループの関与
- 医療サービスにおけるキーパーソンとの連携
- 政治家への陳情
- 時代精神