

2026 July

No.

58-2

神奈川県病院薬剤師会雑誌 58巻2号 通算第172号 令和8年7月30日発行(年3回3・7・11月発行) ISSN 2188-2649

神奈川県病院薬剤師会雑誌

Journal of Kanagawa Society of Hospital Pharmacists

Light【電子版】



公益社団法人 神奈川県病院薬剤師会

神病薬誌
JKSHP

巻頭言 ― 薬剤師ライフを楽しもう～拝啓 新人薬剤師の君へ～／原田知彦 ―――	1
---	---

委員会報告 ―――	2
-----------	---

令和 7 年度 地域薬剤師連絡会
中小病院診療所委員会／宮地正和

会員施設における薬剤師の充足状況と薬剤師確保のための対策
業務検討委員会／芦塚拓也

研修会報告 ―――	12
-----------	----

令和 7 年度 第 1 回 卒後教育研修会
「褥瘡治療薬サミットinかながわ 2025」
業務検討委員会／飯田純一

令和 7 年度 DI (Drug Information) スキルアップ講座
学術情報委員会／清家 亨

令和7年度 薬薬連携推進のための病院薬剤師会と薬剤師会の合同セミナー
業務検討委員会／片山文子

令和 7 年度 薬剤師の法的役割等に関する講演会
業務検討委員会／片山文子

2025 年度「プレアボイド合同研修会」
―より質の高い事例報告・収集を行うために―
業務検討委員会／白鳥千穂

令和 7 年度 市民公開講座～心臓病を正しく知って、健康寿命を延ばす～
／かながわ心不全研修会
学術情報委員会／小原 悠

日本病院薬剤師会令和 7 年度医療政策部セミナー web
(令和 8 年度診療報酬改定説明会)
業務検討委員会／藤本忠行

令和 7 年度 薬剤業務推進のための講演会
業務検討委員会／柏崎友紀江

DI の頁 ― 妊婦の RS ウイルスワクチンの定期接種化について教えてください ―――	48
--	----

大和市立病院／宇野崇之

アトピー性皮膚炎治療薬の生物学的製剤について教えてください
横浜市立大学附属病院／安島秀友

神奈川の花／金光継道 ―――	55
----------------	----

映画に登場する薬物あれこれ 再開第 13 回／西村 浩 ―――	57
---------------------------------	----

帰ってきた爺医精神科医の独り言 第 13 回／西村 浩 ―――	59
---------------------------------	----

くすりの広場／藤塚浩久・福本哲也・圖師美紀子 ―――	61
----------------------------	----

巻頭言

薬剤師ライフを楽しもう ～拝啓 新人薬剤師の君へ～

地方独立行政法人 神奈川県立病院機構 神奈川県立足柄上病院
原田 知彦



新しく薬剤師としての一步を踏み出された皆さん、心より歓迎します。国家試験を乗り越え、いよいよ薬剤師としてのキャリアが始まりました。皆さんの多くは、ちょうど私の子どもと同じくらいの世代になります。そんな思いもあり、今回は子どもたちに手紙を書くような気持ちで、この文章を書かせていただきました。

これからの薬剤師人生は長いようでいて、振り返るとあっという間です。だからこそ最初にお伝えしたいのは、「薬剤師ライフを楽しもう」ということです。

私自身、薬剤師として働き始めた頃は、1日2000枚の院内調剤を始め、目の前の業務を馬車馬の如くこなす毎日でした！しかし転機となったのは、がん専門薬剤師を取得した後に参加した学会の海外研修でした。そこで知り合った仲間と学会のたびに集まり、自然と飲み会を開くようになりました。そこに新しい仲間が加わり、気がつけば全国に薬剤師のネットワークが広がっていました。

その仲間とのつながりは、私の薬剤師人生を大きく変えてくれました。今では、学会の企画に関わったり、シンポジウムで登壇させていただいたり、執筆の機会をいただいたり、自分の実力以上と思えるような経験をさせていただいています。また、この年齢（5X歳）で大学院に進学することを決めたのも、仲間からの刺激が大きなきっかけでした。周囲の挑戦する姿に触れることで、自分も学位を取得したいという気持ちが強くなったのです。

薬剤師という仕事には多くの可能性があります。しかし、その可能性は一人ではなかなか見えません。地域の薬剤師会や勉強会、学会などを通じて人とつながることで、新しい世界が広がります。神奈川県の薬剤師同士がつながり、学び合うことで、個人では見えなかった可能性が見えてくるはずです。

また、チャレンジはいつでもできます。しかしスタートは早い方が良いと感じています。なぜなら、年齢を重ねるにつれて仕事以外の役割や責任も増え、自由に時間を使うことが難しくなっていくからです。

私自身は、妻の理解（あきらめ）もあり、自分のやりたいことに比較的自由に挑戦できた恵まれた環境でした。しかし、こうした環境は決して当たり前ではありません。だからこそ、時間と自由度のある若い時期に、やりたいことや興味のあることには積極的に挑戦してほしいと思います。若い時期の経験や挑戦は、その後のキャリアに大きな影響を与えます。失敗を恐れず、一步踏み出してみてください。

そしてもう一つ。専門資格を取得することは素晴らしいことですが、それを「勲章」にしてはいけません。資格はゴールではなく、より良い医療を実践するための手段です。学び続ける姿勢こそが、薬剤師として最も大切なものだと思います。

これから皆さんの前には、多くの選択肢と可能性が広がっています。薬剤師ライフを楽しみながら、仲間とともに学び、挑戦し続けてください。神奈川県の薬剤師として互いにつながりながら、薬剤師の未来を一緒に広げていきましょう。

委員会報告

Committee report

令和7年度 地域薬剤師連絡会

中小病院診療所委員会

ワゲン療育病院長 宮地 正和

はじめに

神奈川県病院薬剤師会では、中小病院診療所委員会と会員広報・出版委員会により、地域性を重視した取り組みを積極的に行うべく地域のネットワーク構築を目的とした「地域薬剤師連絡会」を年度1回開催している。今年度は相模原地区で開催したので報告する。

概要

開催日：令和7年12月15日（月）
開催場所：総合相模更生病院薬剤部（現地開催）
対象施設：相模原地区の県病薬会員31施設ならびに非会員12施設
参加人数：14施設26名（内、非会員1施設2名）

内容

1. 趣旨説明、神奈川県病院薬剤師会委員会活動説明

会員広報・出版委員会委員長 廣瀬 幸文 先生

神奈川県病院薬剤師会（以下、当会）は1949年に神奈川県病院薬剤師協会が設立され、1995年に社団法人神奈川県病院薬剤師会となり、2012年に公益社団法人の認定を受けた組織である。事業目的は「病院薬剤師の資質向上を図ることによって、適切な薬物治療の推進やチーム医療の発展に貢献することを目指す」「一般市民の方へ正しい薬の知識を普及・啓発することで、皆様の健康的な生活の確保や福祉の向上を目指す」ことである。2025年10月時点で正会員数3,107名、正会員施設数316施設となっている。

現在、9つの委員会を常置し活動しており、研修会の開催、日常業務の推進・支援のための資料

作成や書籍の出版、薬剤業務調査結果のフィードバック、専門・認定薬剤師取得の支援などを行っている。

今回の地域薬剤師連絡会は、中小病院診療所委員会と会員広報・出版委員会が共催する事業であり、未来に向かって同地域の薬剤師が連携し、様々な取り組みを継続するための地盤作りを目的としている。また、当会では会員・会員施設を増やすことも重要と考えている。今後も先生方のご支援をお願いしたい。



2. 幹事施設薬剤部長挨拶、薬剤部紹介

総合相模更生病院 薬剤部長 稲葉 健二郎 先生

○薬剤部の業務戦略

総合相模更生病院薬剤部では毎年BSCを用いて業務目標を立てており、2025年度は「薬剤師業務の強化による地域医療への貢献」、「多職種協働による入退院支援の強化」を戦略テーマとして

いる。地域医療を担う病院として入退院支援を強化しながら、地域連携に力を入れている。

戦略テーマ「薬剤師業務の強化による地域医療への貢献」

学習と成長の視点では、薬剤師の生涯教育を重視しており、地域の先生方にもご協力いただきたいと考えている。また薬剤師の業務負担増加が問題となっていることから、DX化、機械化、調剤補助者へのタスクシフトを推進し、薬剤師の負担軽減と安全性の向上に取り組んでいる。これにより、病棟業務の質と安全性の向上と薬剤師外来の拡大に取り組んでいる。その結果、顧客の視点として、医薬品の適正使用の推進、医師負担軽減、地域薬局・在宅診療との連携による院外処方箋の適正化を推進している。

戦略テーマ「多職種協働による入退院支援の強化」

学習と成長の視点では、入退院支援に関する教育を行い、病棟業務を通じた退院後の服薬環境の提供を目指している。具体的には退院処方箋をどのようにコーディネートするかが最も重要であると考えており、自宅環境に適した処方設計を病棟薬剤師が行っている。

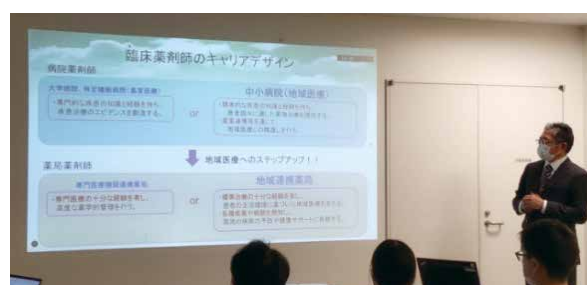
○薬剤部の概要

薬剤部は、薬剤師 21 名（10.6 名 /100 床）、調剤補助 2 名、事務員 1 名が所属している。

調剤業務では、一包化監査支援システムや持参薬鑑別システムなどを導入し、機械化と調剤補助者へのタスクシフトを推進している。病棟業務では、約 25 床に 1 名の薬剤師が常駐し、全薬剤師がチーム医療を実践している。外来業務では、透析センター・薬剤師外来などでも業務を実施している。教育では、卒後教育を入職後 2 年間「薬剤師臨床研修ガイドライン」に準拠して実施している。最初の 4 か月は中央業務、次の 6 か月は病棟業務を研修し、2 年目は症例報告を 4 回実施している。これは専門・認定の取得に症例報告が義務付けられていることから、症例を纏める力の養成を目的としている。他施設研修では、一定期間病棟業務を研修した後、超急性期病院・精神科病院・回復期病院の見学および訪問在宅薬局での研修を 1 週間実施している。これは自施設と異なる環境の薬剤師業務を理解し、薬業連携に活用していくことを目的としている。地域医療を担う当院では、患者の生活を考慮した個別化医療と薬業連携による地域医療へ貢献が実践できる薬剤師の育成を目

指している。

相模原地区地域薬剤師連絡会では、相模原地域の業務連携基盤の構築を目的に、「相模原地域薬剤師連絡表」を作成したいと考えている。連絡先を共有し、自由に情報交換や相談ができるようメールアドレスの共有をお願いしたい。



3. 講演：2026 年度診療報酬改定と病院薬剤師の役割

講師 株式会社メディセオ ソリューション
ビジネス部病院支援グループ
／グループマネージャー 田村 真治 様

【病院を取り巻く環境変化】

現在、病院を取り巻く環境変化は2つあり、1つは医療の先進化や在院日数の短縮化などに起因する病床利用率の低下である。厚労省は、医療リソースの適正化と効率化を目的として、また11万床の削減により1兆円の医療費が軽減される試算のもと、病床数適正化支援事業を開始し、第二次募集までで全国で約11,000床、うち神奈川県で545床が削減された。もうひとつは2040年に向けた地域医療構想のモデルチェンジにより、従来の急性期病棟に地域包括ケア病棟を併せ持つといった病棟毎の機能分化が、今後は病院単位の機能分化が推進されることである。この病院機能は、主に大学病院が担う「広域な観点の医療機関機能」と「地域ごとの医療機関機能」があり、地域ごとの医療機関機能はさらに、①地域の「急性期拠点機能」、②高齢者の救急搬送を受け入れ入院早期から退院に繋げる「高齢者救急等機能」、③集中的なりハビリや一部診療科に特化した「専門等機能」、④地域での在宅医療、訪問看護・介護と連携した「在宅医療連携機能」に分類され、各病院は新たな医療機関機能を都道府県に報告することが求められる。

【中医協の動向】

経済財政運営と改革の基本方針2025を踏まえ令和8年度診療報酬改定の基本方針（案）が策定された。重点課題である「視点1」は処遇改善、業務効率化に資するICT等の利活用・タスクシフトによるチーム医療の推進である。「視点2」は2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保と地域包括ケアシステムの推進、「視点3」は安心・安全で質の高い医療の実現、「視点4」は保険医療制度の安定性・持続可能性の向上である。

(1) 入院

急性期一般入院料2～4（看護基準10：1）の病棟から地域包括医療病棟等（看護基準13：1）への誘導、救急搬送の特定内科診療にあたる疾患の重症度に応じた評価、地域包括医療病棟入院料等で包括される診療行為のうち投薬・注射が一部出来高への移行などが議論されている。

(2) 外来

外来腫瘍化学療法診療料が算定できない皮下注の評価などが議論されている。

(3) 無菌製剤

投与時の曝露予防に資するCSTD（閉鎖式薬物移送システム）の評価が議論されている。

(4) 退院時

連携の対象を薬局のみから他医療機関・診療所・施設に拡大することが議論されている。

(5) ポリファーマシー

2種類以上の減薬が困難であることから実績評価の緩和が議論されている。

(6) OTC 類似薬

保険給付は継続するが長期収載品の選定療養費制度の枠組みでOTC類似薬を外来で処方した場合に自己負担が高くなると予想される。ただし、長期収載品では後発医薬品と先発医薬品との差額は明快であるが、OTCでは差額対象を何にするかが課題である。

【病院薬剤師のこれからについて】

病院薬剤師は、地域医療構想のモデルチェンジにより各医療機関が選択した病院機能に応じた業務へシフトすることが求められる。在庫管理や調剤業務では機械化や補助者へのタスクシフト、病棟でもサマリ作成などはAIにタスクシフトし、人員を効率的に対人業務に振り向け、業務を通して診療報酬として評価されることが重要である。

弊社は医薬品卸売業のほか、薬剤師業務の効率化に資するシステムを取り扱っている。これらの提案を通して貢献したい。



4. 薬剤部門見学

薬剤部門見学では、ピッキングサポートシステム、自動分包機（ユニバーサルカセット対応）、一包化鑑査支援システム、一包化薬剤情報確認サービス、裸錠回収サポートシステム、持参薬識別システムの特徴とそれに伴う調剤補助者へのタスクシフト運用の説明を行った。

薬剤部中央業務（内服・外用・注射薬調剤など）は、医療安全と薬剤師の業務負担軽減を目的として、機械化と調剤補助者へのタスクシフトを推進している。機械化とタスクシフトを組み合わせることで、薬剤師の負担軽減と医療安全の質向上を達成できている。



終わりに

中小病院診療所委員会と会員広報・出版委員会が共催する「地域薬剤師連絡会」は、神奈川県二次保険医療圏に基づき令和7年度は相模原地区で開催した。今後も年度1回予定しているので、開催の医療圏に勤務の先生方の参加と業務連携の基盤となる地域薬剤師連絡表へのご協力をお願いしたい。

会員施設における薬剤師の充足状況と薬剤師確保のための対策

業務検討委員会

西横浜国際総合病院 芦塚 拓也

共同執筆者

田村 英樹（菊名記念病院）
菅野 浩（済生会横浜市東部病院）
藤本 忠行（平塚共済病院）
飯田 純一（済生会横浜市南部病院）
柏崎 友紀江（東戸塚記念病院）
伊藤 卓也（横須賀市立市民病院）
片山 文子（横須賀共済病院）
白鳥 千穂（神奈川歯科大学附属病院）
鈴木 太一（横浜市立大学附属市民総合医療センター）
高橋 照明（横浜旭中央総合病院）
瀧本 淳（済生会横浜市東部病院）
八木 仁史（関東労災病院）
稲葉健二郎（総合相模更生病院・中小病院委員会）

神奈川県医療施設における病院薬剤師の充足状況および各医療施設の薬剤師確保に向けた対策～
神奈川県の病院薬剤部門の人員充足状況調査より～

初めに

2024年度より第8次医療計画が開始されたが、その前年に『厚生労働省医政局地域医療計画課長通知』が発出され、「薬剤師の確保」についても対策が求められている。薬剤師確保についてはその地域偏在も問題となっているが、病院薬剤師においては全国的に偏在指数が低く、薬剤師の確保がより急務となっている。日本病院薬剤師会では毎年実施している病院薬剤部門の現状調査の中で、職員の入退職状況や処遇改善（賃上げ）についても調査している他、令和6年11月に「病院薬剤師の給与・労働条件調査報告（令和5年10月実施）」、令和7年3月に「病院薬剤師確保の取組み（修学資金貸与等）の手引き（Ver 2.0）」を発表するなど国内における病院薬剤師の配置や確保における現状調査や地方自治体との連携状況の

紹介などを行っている。

神奈川県は、全体として薬剤師の偏在数値（需要に対する供給の比率）は1.12と全国平均よりも多いとされるが、病院薬剤師においては0.80と全国平均同様、供給が下回っている。そのため神奈川県においても薬剤師確保対策の取り組みが行われ、神奈川県病院薬剤師会も協力体制を敷いている。2023年8月にはその前段階として県下の医療施設における病院薬剤部門の人員充足状況を調査した（『病院薬剤師の不足・偏在に関する実態調査（神奈川県令和5年8月）』）。同アンケートでは各病院の人員充足状況だけでなく、処遇や人員確保に関する対策、その中で実際の採用に繋がったと実感できる対策など調査している。

本稿では同調査および、日本病院薬剤師会が実施した『病院薬剤部門の現状調査（令和5-6年度・神奈川県版）』から、神奈川県下の会員施設における薬剤師の確保に関する現状調査の結果、地域ごとの傾向、各病院における対策等を抜粋し紹介する。

本稿で提示する資料引用元

- ・「薬剤師確保のためのガイドライン」「薬剤師偏在指標 別添1、2」
厚生労働省・薬剤師確保対策（<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/yakuzaishikakuho.html>）
- ・令和5年8月実施・病院薬剤師の不足・偏在に関する実態調査（神奈川県）…以下「神奈川R5調査」
- ・令和5年6月実施・病院薬剤部門の現状調査（日本病院薬剤師会）…以下「日病R5調査」
- ・令和6年6月実施・病院薬剤部門の現状調査（日本病院薬剤師会）…以下「日病R6調査」
- ・令和5年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（医政地発0331第4号 医政医発0331第3号）

神奈川県における薬剤師の偏在指標と実際の充足状況（地域別・全体）

厚生労働省の「薬剤師確保計画ガイドライン」によると、全国における薬剤師の従事先には地域偏在や業態（病院と薬局）偏在があり、特に病院薬剤師の確保が課題であると指摘されている。令和5年6月に示された薬剤師偏在指標によると、神奈川県全体では指標1.0を超えており、薬剤師多数県となっている（表2）が、業態別（薬局・病院別）では、薬局薬剤師が薬剤師多数県、病院薬剤師が薬剤師少数県となっており、同ガイドラインにおける目標年次である令和18年度の予測においては、病院薬剤師の偏在指標は更に低下する事が予測されている（表1）。なお、薬剤師偏在指標の詳細な説明については厚生労働省のホームページ『薬剤師確保対策』を参照頂きたい。（<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/yakuzaishikakuho.html>）

このように神奈川県内の病院も薬剤師が不足傾向にあると数値化されている。また、実際に各病院の薬剤師の充足状況について調査した所、図1のように、各医療圏において73～95%の病院にて薬剤師数が「全く足りていない」「やや足りていない」と回答しており、特に湘南東部地区では21施設中20施設（95.2%）の施設において薬剤師が不足していると考えられており、偏在指標の低さ（0.68）とも合致している。県内で最も偏在指標の低い（0.62）の県西部地区においては、12施設中9施設（75.0%）が不足しているとの回答であったが、これは回答施設数がやや少なく、病床数が少ない病院の割合が多かったことも影響しているかもしれない（薬剤師が不足しているとは回答した割合は、100床未満の病院62%、80床未満の病院51%となっている）。一方で、県内で唯一偏在指標が1.0を上回っている川崎南部地区でも73%の病院で薬剤師が不足しているとは回答している（図1）。

表1：薬剤師偏在指標^{*1}と薬剤師の多数・少数区域設定^{*2}（医療圏別・神奈川県・全国）

病院	令和5年		令和18年	
	偏在指標	区域の別	偏在指標	区域の別
1. 横浜	0.81		0.77↓	少
2. 川崎北部	0.82		0.68↓	少
3. 川崎南部	1.08	多	1.03↓	多
4. 相模原	0.76		0.70↓	少
5. 横須賀・三浦	0.71	少	0.80↑	
6. 湘南東部	0.68	少	0.64↓	少
7. 湘南西部	0.74		0.72↓	少
8. 県央	0.84		0.81↓	
9. 県西	0.62	少	0.67↑	少
神奈川県	0.8	少	0.76↓	少
全国	0.8		0.82↑	

薬局	令和5年		令和18年	
	偏在指標	区域の別	偏在指標	区域の別
1. 横浜	1.32	多	1.38↑	多
2. 川崎北部	1.32	多	1.23↓	多
3. 川崎南部	1.48	多	1.42↓	多
4. 相模原	1.20	多	1.26↑	多
5. 横須賀・三浦	1.11	多	1.41↑	多
6. 湘南東部	1.24	多	1.28↑	多
7. 湘南西部	1.08	多	1.22↑	多
8. 県央	1.06	多	1.15↑	多
9. 県西	1.08	多	1.33↑	多
神奈川県	1.25	多	1.32↑	多
全国	1.08		1.22↑	

表2：病院と薬局合計の偏在指標

病院+薬局	令和5年		令和18年	
	偏在指標	区域の別	偏在指標	区域の別
神奈川県合計	1.12	多	1.16↑	多い
全国合計	0.99		1.09↑	

※1 薬剤師の必要業務時間(需要)に対する、実働時間(供給)の比率
1.0未満の場合、需要>供給となる。

※2 薬剤師多数地域を「多」、少数区域を「少」と記載

令和5年度は、都道府県別では0.85、医療圏別では0.74を基準とし、令和18年度(推計値)は都道府県別では0.80、医療圏別では0.77を基準とする。

厚生労働省「薬剤師ガイドライン」より(一部統合・編集)

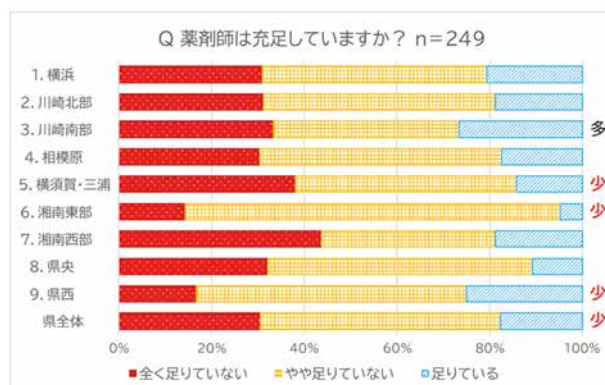


図1：医療圏別薬剤師の充足に対する考え（グラフ右の「多」「小」は偏在指標を表す）

薬剤師の採用率

人材不足の背景には、採用募集人数に対して実際の応募・採用数（採用率）や、退職率、各施設での採用上限が限られているなど様々な理由が考えられる。表3および表4は「日病 R5 および R6 調査」から引用した令和4年4月1日～令和5年3月31日、令和5年4月1日～令和6年3月31日1年間の神奈川県内の病院薬剤師（常勤のみ）の募集数、採用数、新卒採用数、退職者数を表にしたものである（それぞれ令和5年4月1日、令和6年4月1日付新卒採用を含む）。令和4年度1年間と令和5年度1年間に回答施設（各207施設、201施設）全体で300人以上の募集をかけているが実際の採用数は234人、257人と充足率は73～74%にとどまっている。また、募集を行わなかった施設はそれぞれ53施設、58施設と全体の25%程度であったにもかかわらず、実際の採用が0人であった施設は90施設、83施設と40%を超えている。このことから神奈川県全体として募集は行っているが、実採用に至っていない事が人材

不足の大きな要因の一つと考えられる。特に新卒の採用については各年127施設（61%）、116施設（58%）が採用なしであり、新卒採用のあった施設の方が少なかった。一方で回答施設全体の薬剤師数としては36人、55人増と増加傾向であった（採用数－退職者数）。

また、表5は「神奈川 R5 調査」より各地域全体の募集人数と充足率である。横浜地区、横須賀・三浦地区、県央地区、県西地区は県平均である72%を下回っており、特に県央地区58%、県西地区38%と県平均を大きく下回っており、薬剤師の偏在指標の傾向と一致する。

薬剤師の処遇

病院薬剤師の採用率が低い理由の一つに給与を含む処遇の問題がある。病院は他の業種（保険薬局・ドラッグストア・企業等）に比べ給与が低い傾向にあり、採用の壁の一つとなっている。特に新卒薬剤師の奨学金利用率は高く、厚生労働省が大学生に行ったアンケート調査では奨学金の利用

（表3）令和4年度総募集数・採用数・新卒数（R5年度入職）・退職者数 n=207

人数	募集数		実採用数		うち新卒数		退職数	
	施設数	延べ	施設数	延べ	施設数	延べ	施設数	延べ
0	53	0	90	0	127	0	97	0
1	54	54	49	49	26	26	57	57
2	36	72	21	42	12	24	16	32
3	16	48	13	39	7	21	7	21
4	14	56	8	32	4	16	10	40
5	5	25	4	20	3	15	1	5
6	4	24	1	6	0	0	1	6
7	0	0	0	0	1	7	0	0
8	1	8	1	8	1	8	2	16
9	0	0	2	18	1	9	1	9
10	1	10	2	20	2	20	0	0
11	1	11	0	0	0	0	0	0
12	1	12	0	0	0	0	1	12
13	1	13	0	0	0	0	0	0
合計		320		234		146		198

神奈川県全体募集に対する充足率：73.1% うち新卒率：62.4% 増減：36人増

（表4）令和5年度総募集数・採用数・新卒数（R6年度入職）・退職者数 n=201

人数	募集数		実採用数		うち新卒数		退職数	
	施設数	延べ	施設数	延べ	施設数	延べ	施設数	延べ
0	58	0	83	0	116	0	95	0
1	44	44	42	42	27	27	36	36
2	29	58	27	54	14	28	26	52
3	18	54	10	30	5	15	8	24
4	10	40	8	32	8	32	8	32
5	13	65	3	15	2	10	1	5
6	5	30	4	24	3	18	1	6
7	1	7	2	14	0	0	1	7
8	1	8	1	8	1	8	1	8
9	2	18	3	27	3	27	1	9
10	1	10	0	0	0	0	0	0
11	0	0	1	11	0	0	1	11
12	1	12	0	0	0	0	1	12
合計		346		257		165		202

神奈川県全体募集に対する充足率：74.3% うち新卒率：64.2% 増減：55人増

（表5）各地区全体での募集人数と充足率（n=247）

	募集人数	採用人数	充足率
1. 横浜	144	100	69%
2. 川崎北部	23	18	78%
3. 川崎南部	30	23	77%
4. 相模原	33	25	76%
5. 横須賀・三浦	30	20	67%
6. 湘南東部	25	24	96%
7. 湘南西部	25	23	92%
8. 県央	39	22	56%
9. 県西	13	5	38%
県全体	362	260	72%

率は35%を超え、返済額の平均は650万円で、利用者の4人に1人が1000万円を超えていた(第12回薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会より)。

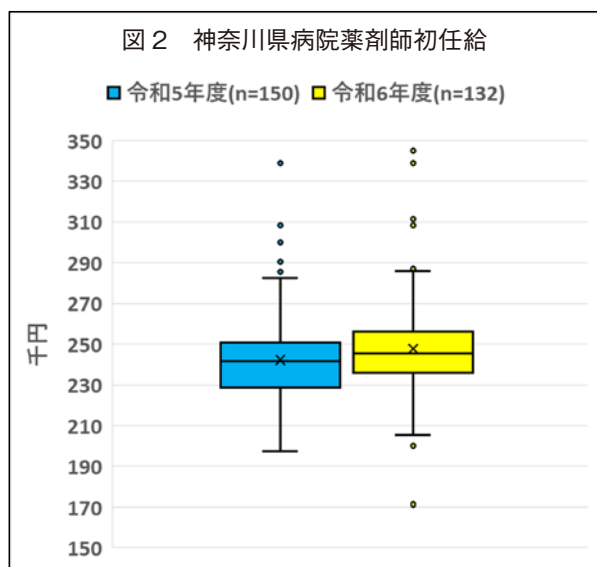
日本病院薬剤師会では、令和5年度に全国の病院薬剤師の給与・労働条件について調査しており、その調査結果では新卒薬剤師の税込み年収の中央値は約380万円(月収16.4カ月で算出・月収換算)であった(データ非掲載)。しかし、病院薬剤師の給与は病院の規模や形態、適応される俸給表などの他に、地域差も大きいとされる。そこで本稿では、令和5年度、6年度の神奈川の病院薬剤師の平均月収(基本給+手当※通勤手当・超過勤務手当・宿日直手当は含まず)について図2に示す。神奈川県の新卒病院薬剤師の初任給の中央値は令和5年度では241,500円、令和6年度では245,738円であった。令和5年度の推定年収(16.4か月分で計算)は約396万円となり、令和5年度の全国の初任給中央値より高い傾向にあった。また、令和6年度は令和5年度に比べ中央値が3,258円上昇していたが、これは令和6年度診療報酬改定におけるベースアップ評価料による賃上げの影響も考えられる。

なお上記の「令和5年度病院薬剤師の給与・労働条件調査結果」では、様々な病院形態別年収、年代別年収などの調査結果なども公開されている。日本病院薬剤師会ホームページの会員のページ(IDとパスワードは日本病院薬剤師会雑誌の最終頁参照)より閲覧可能なため参照いただきたい。(https://www.jshp.or.jp/member/document/rodojoken-r510.html)

採用活動の実情

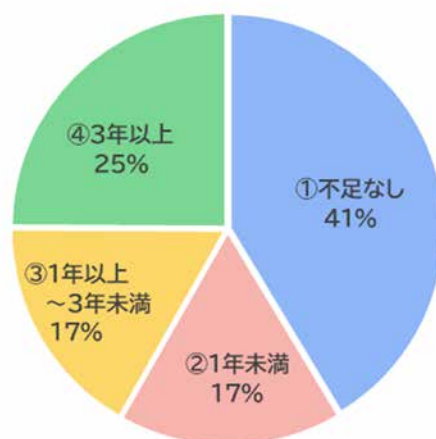
「神奈川 R5 調査」では、会員施設での採用活動の実情についても調査している。神奈川県全体で約60%の施設で「薬剤師が不足している」と回答し、全体の25%は3年以上不足していると回答しており、慢性的に薬剤師が不足している施設が多い事がわかる(図3)。

薬剤師不足を解消するため、会員施設は様々な取り組みを行っている(図4)。特に病院見学を実施している施設は156施設と多く、次いでホームページの充実やSNS等を利用した広報活動が103施設と多く、勤務時間の柔軟な対応86施設、採用時の年齢域上げ・撤廃84施設と続いた。大



年度	R5	R6
中央値	241,500	245,738
平均値	242,285	247,741

図3 薬剤師が不足している期間



きな課題となっている奨学金返済への対応を行っている施設は22施設と少ない事が現状であった。

実際に薬剤師の採用に繋がった活動についても調査している(図5)。実採用に繋がった取り組みとして上位3項目は、病院見学の実施(23施設)、就職説明会への積極的な参加(17施設)、勤務時間の柔軟な対応(13施設)であった。病院見学や就職説明会などで学生や転職検討中の薬剤師と直接顔を合わせることが薬剤師確保において重要である事がわかる。就職説明会で出展した病院を初めて知ったという学生も非常に多く、就活者に認知されるという点において就職説明会への参加は非常に有用である。

また、勤務時間の柔軟な対応が上位にある事は、

ワークライフバランスを重視する傾向や、将来的な育産休や子育て期の仕事を視野に入れた学生が増えている事も影響しているかもしれない。一方で奨学金返済が採用に繋がったと答えた施設は3施設に留まった。これは奨学金返済への対応を行っている施設がそもそも少ない事や、奨学金返済を抱えている学生・薬剤師で病院を選択肢に入っていない人が多い事も要因であると考えられる。これは実際に同調査内で調査時点から過去3年間で採用した薬剤師577人中、奨学金の支払いを有している薬剤師は38人(n=135)と6.5%と少なく(図無し)、奨学金利用率が35%以上である実情と大きく離れている事からも推察される。

図4 薬剤師の採用時の工夫や薬剤師確保のために実施している事(施設数 複数回答 n=249)

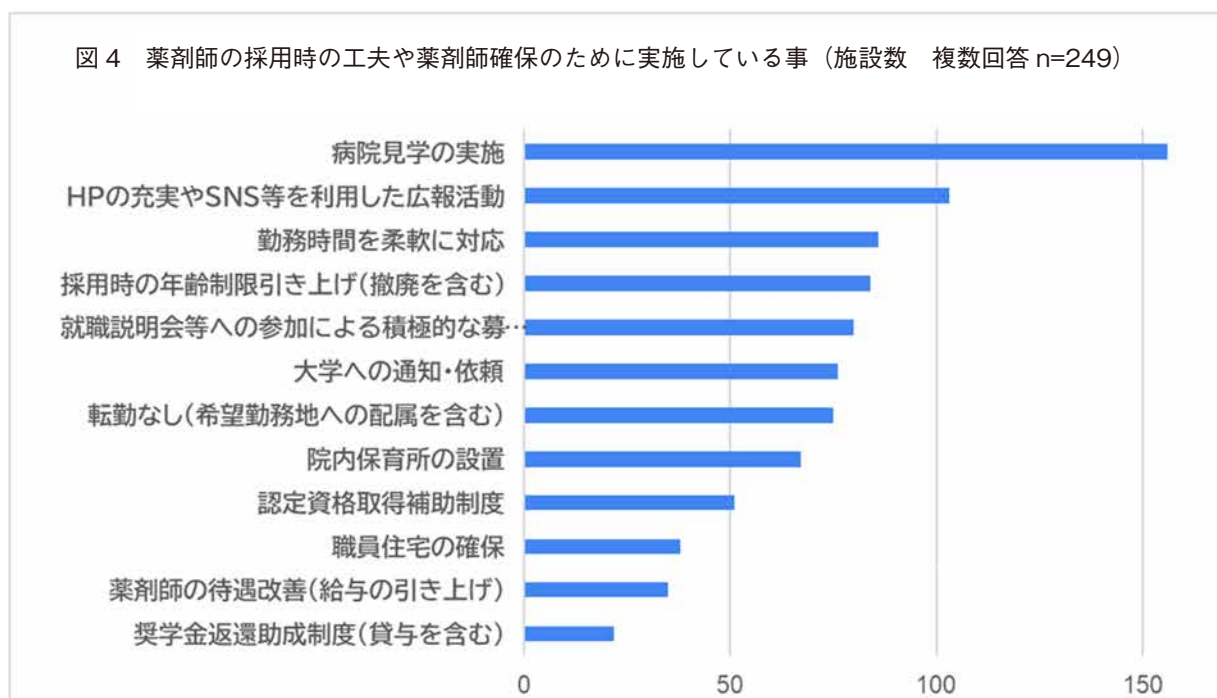
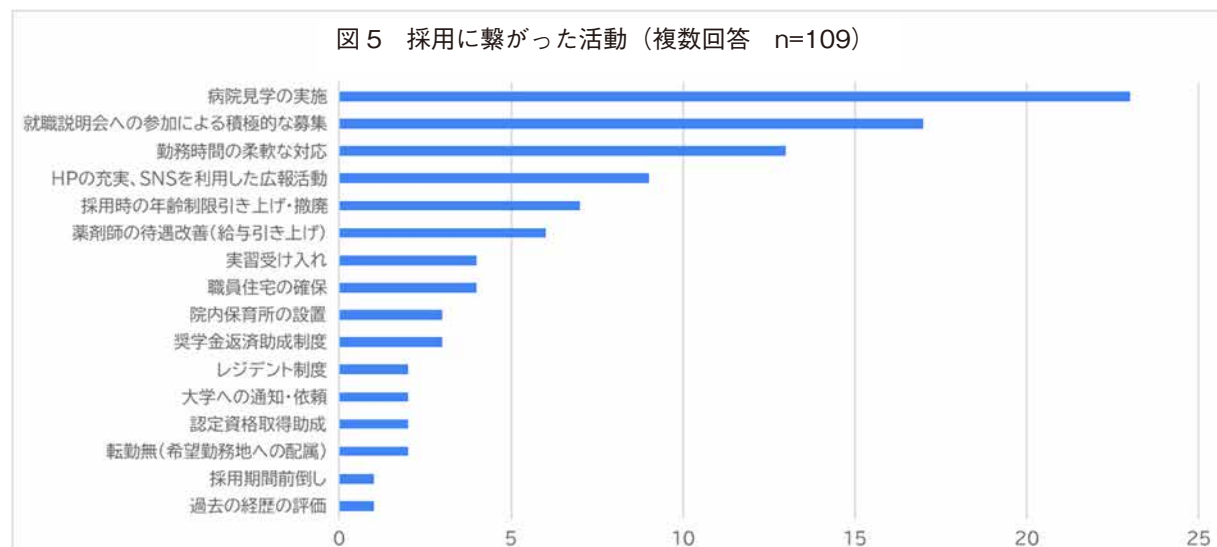


図5 採用に繋がった活動(複数回答 n=109)



病院を知ってもらうために

採用活動には、非常に時間とコストがかかる。経営的な面からも時間・コストを潤沢に使うことが出来る施設は少ないと考えられる。採用に繋がった活動の4番目にホームページの充実、SNSを利用した広報活動があげられているが、自施設・自部署のホームページについては比較的低コストで作成・充実させることが出来るのではないだろうか。しかしながらそれらの広報活動は学生・転職者に関覧されて初めて効果を発揮する。多くの学生・転職者の目に触れる機会を増やすためには、様々な場所で採用活動を行っている事やそのホームページを紹介してもらう必要がある。そこで採用案内・ホームページを紹介する媒体としてコストもかからず、私たち病院薬剤師にとっても最も身近な日本病院薬剤師会のホームページへの掲載について最後に紹介する。

日本病院薬剤師会ホームページ (<https://www.jshp.or.jp/>) のトップページにある『日本病院薬剤師会 就活ポータルサイト (図6)』より、『日本病院薬剤師会 求人求職システム』へ進むと画面右上に『求人掲載を希望する施設はこちら』が表示される。次のページで施設情報を入力することで、ホームページへの掲載希望について日本病院薬剤師会事務局へ問い合わせることが出来る。その後の手続きが完了すると、同システム上で掲載され、図7のように検索も可能となる。

日本病院薬剤師会の求人求職システムについて

は、ご存じの方も多いと思われる。しかしながら、その利用率は高いとは言えず、実際に神奈川県下で同システムを活用している会員施設は2026年3月時点で39施設(施設紹介は8施設)とまだまだ少ない。筆者の病院に見学を訪れた就活生にも同ホームページを知っている学生が一定数存在するが、あまり載っておらず、結局どんな病院があるのか一施設ずつ調べていく必要があるという意見も多かった。より多くの施設が紹介されることで、近年の就職活動にも効率性を重視する学生や他県より神奈川での就職を希望している人にも広く利用されるツールとなると考えられる。

さいごに

本報告では、令和5～6年に実施された各調査等をもとに、神奈川県の地域性、県下の病院施設における薬剤師の充足・確保状況や、施設の取り組み内容について紹介した。病院施設における薬剤師不足は全国共通の課題であり、近年、地方自治体と各病院薬剤師会が連携して様々な調査や、取り組みを行っている。しかしながら薬剤師の採用はまだまだ十分とは言えず、施設によっては慢性的なマンパワー不足状態になっていることもあるだろう。繰り返しになるが採用活動は大きな時間とコストを必要とする。本報告で紹介した各会員施設の取り組みや、最後に紹介した日本病院薬剤師会の求人の無料システムなどが採用活動の一助となることを期待する。

図6 日本病院薬剤師会 HP トップページ

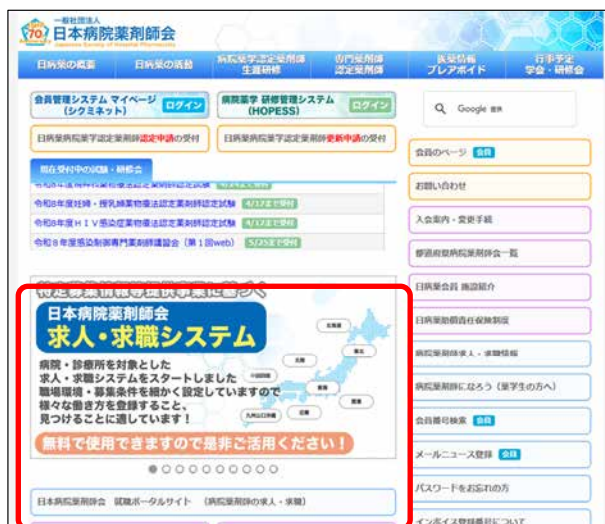


図7 求人病院検索システム



研修会報告

Committee report

令和7年度 第1回 卒後教育研修会 「褥瘡治療薬サミットin かながわ2025」

業務検討委員会

済生会横浜市南部病院 飯田 純一

はじめに

本研修会は、公益社団法人神奈川県病院薬剤師会と公益社団法人神奈川県薬剤師会の「薬薬連携」合同研修会として企画され、本年度で12回目を迎える。今回は2名の講師を招き、褥瘡の治療や予防について、幅広い視点からの講演および実技実習が行われた。

日時：2025年10月26日（日）13：00～17：30
会場：神奈川県総合薬事保健センター（横浜市磯子区西町14-11）

開催形式：講義および実技実習【現地開催のみ】
参加者数：70名（県病薬会員：29名、日病薬会員：7名、その他：34名）

プログラム：

《講義1》 限られた薬剤で省力化・効率化を実現する外用薬治療フルタ・メソッド～基剤ファーストと薬剤滞留～

医療法人愛生館小林記念病院
褥瘡ケアセンター長 古田 勝経氏

《講義2》 皮膚創傷管理に重要な視点の「失禁ケア」について

済生会横浜市南部病院

皮膚・排泄ケア特定認定看護師 片山 真紀氏

《実技実習》「6種類の褥瘡外用薬と1種類の創傷被覆材の組み合わせで、省力化したガーゼ交換で効率的に褥瘡を治すフルタメソッド」

医療法人愛生館小林記念病院
褥瘡ケアセンター長 古田 勝経氏

講演内容

《講義1》

「限られた薬剤で省力化・効率化を実現する外用

薬治療フルタ・メソッド～基剤ファーストと薬剤滞留～」

褥瘡治療においては、患者背景やケア環境、病状全般の治療方針など、多角的な検討が必要であり、多職種で情報共有を行うことが治療成績の向上につながる。ガイドラインに準拠した治療を実施しても、症例によっては治癒までに時間を要することがある。その要因の一つとして、適正な外用薬選択において考慮すべき「基剤特性」や「薬剤滞留」などの確認が不十分なケースが挙げられる。皮膚外用薬を適正に使用することは、処置回数の削減、すなわち科学的根拠に基づく省力化・効率化につながり、在宅医療や介護現場の人手不足解消にも貢献し得る。このような考え方に基づく外用薬治療の「フルタ・メソッド」における、薬剤師の視点から見た治療の4本柱は以下の通りである。

基剤特性：基剤の特性を活かした基剤ファースト

薬剤滞留：薬剤滞留を維持する創固定

壊死組織：効果的な清浄化と維持

感染制御：バイオフィルムの形成防止とカビの予防



「薬剤滞留」とは、外用薬を患部に留め、効果を持続させることである。体動や皮膚のたるみにより薬剤が創部から排出されるのを防ぐため、テーピングによる牽引固定や、ポリウレタン発泡体「エラストン®」を用いた創外固定などで対応する。また、創面の清浄化と感染管理の一手法としては、ヨードホルムガーゼ®（薬価基準未収載）が紹介された。これは殺菌消毒のみならず、線維性壊死組織の除去やバイオフィーム形成の抑制により創環境を改善し、肉芽形成を促進する。創面の清浄化を維持するには、過度な洗浄や擦過を避け、褥瘡の病期や深さに応じたプロメライン®軟膏などの壊死組織除去剤を選択し、継続的に管理することが重要である。

《講義 2》

「皮膚創傷管理に重要な視点の「失禁ケア」について」

失禁関連皮膚障害（IAD）とは、尿や便への曝露、および便に含まれる微生物・消化酵素などによって生じる炎症性の皮膚障害で、失禁ケアの中核概念である。創傷治癒に及ぼす具体的な悪影響としては、尿のアンモニアによる皮膚表面のアルカリ化、便中の細菌・消化酵素による感染リスクの上昇、創辺縁の浸軟や上皮化の遅延などが挙げられる。これらを軽減させる IAD 予防および治療の基本は「洗浄」「保湿」「保護」の3点である。洗浄には皮膚への化学的刺激を抑える弱酸性洗浄剤を用い、保護にはワセリンやジメチコンを含む撥水性皮膚保護剤を使用して排泄物の付着を防ぐことが重要である。また、尿取りパッドの重ね使いは高温多湿環境を生み出し、体圧を高める要因



講師：片山真紀氏

となるため、避けるべきである。

《実技実習》

「6種類の褥瘡外用薬と1種類の創傷被覆材の組み合わせで、省力化したガーゼ交換で効率的に褥瘡を治すフルタメソッド」

実習では、まず軟膏基剤の確認がクイズ形式で行われた。外観の観察や実際の塗布を通じ、質感などの特性を学んだ。ブレンド軟膏の調製実習では、参加者が相互にフィルム剤を用いて塗布を行った。褥瘡モデルを用いた実習では、外用薬と創傷被覆材を実際に使用し、ガーゼ交換の省力化を体験した。また、フィブラストスプレー®をバスキチン® W-A に噴霧して褥瘡モデルに充填する「創内固定」の手技も行われた。さらに、治癒が停滞した場合の「リセット処方」や薬剤滞留のための「創外固定」など、臨床ですぐに実践できる内容であった。



実技実習の様子

おわりに

今回も実践的な実技を交えた研修を通じ、褥瘡治療の現場で不可欠な知識を習得する有意義な機会となった。講師の古田氏からは、創を早く治し、医療費を削減するための処方提案など、薬剤師が役割を果たすことの重要性が説かれた。褥瘡治療は医師や看護師と協同したチーム医療であり、地域連携への展開も不可欠である。本研修会は、そのために必要な知識を習得する場として非常に価値のあるものであった。次年度は2026年10月18日（日）の開催に向け準備を進めている。多くの皆様のご参加を期待したい。

令和7年度 DI (Drug Information) スキルアップ講座

学術情報委員会

神奈川リハビリテーション病院 清家 亨

はじめに

令和7年度のDI(Drug Information)スキルアップ講座は、「新医薬品の評価方法を知る」をテーマに、東京大学医学部附属病院 薬剤部 大野能之先生をお招きし、新薬の評価手法に関するご講演およびワークショップを開催した。内容について以下のとおり報告する。

プログラム

日時：令和8年1月31日(土) 13:30～17:00

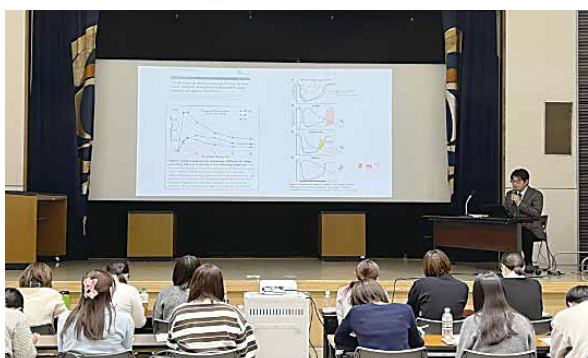
会場：かながわ県民センター2階ホール

テーマ：新医薬品の評価方法を知る

講師：大野 能之先生（東京大学医学部附属病院 薬剤部）

参加者：38名（内訳：県病薬会員37名、非会員1名）

共催：神奈川県病院薬剤師会、日本医療薬学会
2024年度医療薬学学術第2小委員会、日本医薬品情報学会学術委員会



講義内容

<医療現場における新医薬品の評価の手引き>

薬の適正使用には、開発経緯、薬理作用、薬物動態等を批判的に吟味する姿勢が重要であり、「医療現場における新医薬品の評価の手引き」が参考

となる。

「開発の経緯」からは、開発の根本的な動機や、同効他剤と比較して優れている点などの「位置づけ」を読み解くことができる。例えば、ダリドレキサントは、半減期が短く、翌朝への持ち越し効果を回避しつつ、入眠時に最適な効果を得ることを目的に開発された。しかし「従来製剤と比べて、その半減期の差は臨床的に有意なのか」「本当に持ち越し効果はないのか」などは検証が必要である。また、本剤はデュアルオレキシン受容体拮抗薬（DORA）に分類されるが、オレキシン受容体1（OX1R）と受容体2（OX2R）の両方を阻害することにどのような臨床的意義があるのかなども検証する必要がある。

「薬理作用」の理解は、潜在的な副作用リスクの予測に有用であるが、*in vitro*における薬理作用の強度の比較のみで、臨床効果の比較をしてはならない。ダリドレキサントのオレキシン受容体に対するKi値（阻害定数：受容体を50%阻害する濃度）はOX1R：0.47nM、OX2R：0.93nMであり両受容体を同程度に阻害する。対してレンボレキサントは、OX1R：8.1nM、OX2R：0.48nMであり、OX2Rへの選択性が高い。現時点では、これらの差異が臨床上の利点の指標として確立されているわけではない。また、 α_1 遮断薬のタムスロシンは前立腺の α 受容体への選択性が血管平滑筋に対するKi値の約12倍となる。しかし、臨床用量における受容体占有率は、血管平滑筋に対しても50%程度となる。さらに臨床用量の3倍になると、占有率は80%近くに達し、血管拡張による血圧低下の副作用が十分起こりうる。また、血中濃度に比べてKi値が極めて小さい場合、血中濃度低下後も高い占有率となる可能性も理解しておく必要がある。

「薬物動態パラメータ」からは血中濃度の推移を把握できる。経口薬の場合はバイオアベイラビリティ（BA）の評価が重要となる。レンボレキサントには静脈内投与のデータがなく絶対的BA

は不明である。「13%が未変化体として糞中に排泄」と記載があるが、残りの87%がBAとは解離できない。吸収後、肝初回通過効果による代謝を受け、BAは低くなる可能性がある。また「放射能の尿中平均回収率が30%」という記載があるが、初回通過効果での代謝物を含む可能性が高く、BAが30%以上であるとは言えない点にも注意する。

< CR-IR法の活用：概要説明 >

薬物相互作用の定量的なリスク評価には、*in vivo*での臨床試験データに基づいた「CR-IR法」が有用となる。基質薬の代謝寄与率(CR)と阻害薬の阻害率(IR)を用いてAUC上昇率を予測する手法である。基本式は $AUC_{ratio} = 1 / (1 - CR \times IR)$ で表される。注意点として、CRとIRは独立しており、CRが高いからといって阻害能が強いわけではない。また、基質同士の競合阻害も臨床用量では稀である。パラメータ算出の際は、CRを求めるには強力な阻害薬(イトラコナゾール等)、IRを求めるには選択的な基質薬(ミダゾラム等)とのデータを用いることが推奨される。活用例として、アメナビルはケトコナゾール(IR=1)との併用によりAUCが2.58倍になることから、CYP3A寄与率(CR)は約0.61と計算される。このCR値より、クラリスロマイシン(IR=0.88)併用時にはAUCは約2.2倍に上昇すると評価できる。

このCR-IR法による予測値と、薬剤自体の危険度を組み合わせて相互作用のリスクを分類したものが「PISCS (Pharmacokinetics Drug Interaction Significance Classification System)」であり、医療現場での注意喚起に活用できる。相互作用によるリスク許容度は薬剤により異なり、スタチン系はAUC10倍以上で禁忌相当だが、転倒リスクのあるベンゾジアゼピン系は5倍以上で禁忌相当と厳しく評価される。CR-IR法の予測精度は、実測値の上下2倍の範囲、約80%は1.5倍程度の誤差範囲となる。

< CR-IR法の活用：ワークショップ >

ボルノレキサントを例に、下記のテーマについて4つの班に分かれて議論した。

- ①血中消失半減期は(類薬と比較して?)
- ②吸収率は? バイオアベイラビリティは?
- ③主たるクリアランス経路は? 寄与率は?

- ④OX2Rの占有率(ピーク、6時間後、9時間後)は?

- ⑤薬物相互作用は(類薬と比較して?) 併用禁忌・注意の妥当性は?

- ⑥薬物動態、薬物相互作用の視点から、類薬と差別化・使い分け可能か?

- ①血中消失半減期は(類薬と比較して?)

ボルノレキサントの消失半減期は約2.13時間と類薬中でも短いと思われる。ただし、翌朝への持ち越し回避の臨床的意義についてはしっかり評価したいとの意見があった。

- ②吸収率は? バイオアベイラビリティは?

ボルノレキサントの吸収率は82.4%以上だが、バイオアベイラビリティは記載がなく正確には評価できないとの結論に至った。

- ③主たるクリアランス経路は? 寄与率は?

ボルノレキサントのクリアランスは、排泄物中(尿中82%、糞中20%)から未変化体が検出されず、すべて代謝物であったことから、完全肝消失型と判断した。CYP3AのCRは、イトラコナゾール併用時にAUCが約12倍上昇することから、CR-IR法を用いて算出し、 $CRCYP3A=0.96$ と推測された。

- ④OX2Rの占有率(ピーク、6時間後、9時間後)は?

占有率は計算式「 $100 \times \text{非結合形濃度} / (\text{非結合形濃度} + K_i \text{ 値})$ 」を用い、ボルノレキサント10mg服用したときのピーク時の $f_u \cdot C_{max} \div 31 \text{ nmol/L}$ 、 $K_i \div 0.374 \text{ nmol/L}$ から占有率を算出した結果、約98%となった。また6時間後は84%、9時間後は50%程度となった。

- ⑤薬物相互作用は(類薬と比較して?) 併用禁忌・注意の妥当性は?

- ⑥薬物動態、薬物相互作用の視点から、類薬と差別化・使い分け可能か?

類薬との比較としては、「レンボレキサントは相互作用の禁忌がなく2.5mgが選択できるため使いやすいと思う」や「ボルノレキサントと中等度阻害薬との併用を計算するとAUCが2~3倍程度となるので、用量を5mgから2.5mgへ減量するという記載は妥当であると思う」などの意見が挙げられた。また「同じオレキシン受容体拮抗



薬でも寄与率を求めると値が異なっていたので阻害薬との併用の際には注意が必要」といった意見もみられた。

<解説>

ボルノレキサントの排泄率は尿中 82.4%、糞中 21.8% であり、全てが代謝物であることから、吸収率は 100% に近いと考える。静脈内投与データがなく、絶対的 BA は不明である。他剤との差別化としては短い半減期を背景に、添付文書の運転等の操作についての記載が、「従事させない」ではなく、「十分な注意」に留まる点である。これは服用 9 時間後の SDLP（標準偏差側方位置：ふらつきの指標）のデータに基づいている。占有率も 50% 前後であり妥当であると考ええる。しかし、このデータはあくまで 9 時間後のものであり、6 時間後では受容体占有率は 80% を超えると計算されたことから、安全性は不明確なため留意が必要である。イトラコナゾール併用時、AUC 約 12 倍に対し Cmax は約 2.6 倍の上昇に留まる。これは BA が高い薬剤の特徴で、影響が初回通過効果の回避（Cmax 上昇）よりも、クリアランスの低下（消失遅延）に強く現れることを示す。実際、半減期は 2 時間から 11 時間へ延長している。これは、睡眠薬としての「持ち越し効果」に直結す

るため、臨床的なリスク管理が重要となる。

・参加者からの質問

- Q. CYP3A 阻害による血中濃度上昇の際、逆にヒト由来の内因性オレキシンが過剰発現し、薬と競合して効果を減弱させる可能性はないのでしょうか？
- A. 一般に拮抗薬の受容体親和性は内因性オレキシンに比べて高いため、生体内のオレキシン濃度の変動が薬の効果を減弱させるほど過剰発現することは、起こりにくいと考える。

おわりに

今回の研修会では、CR-IR 法を用いて添付文書の背景にあるデータを自ら解析し、評価するプロセスを体験した。ディスカッションを通じて、単に「半減期が短い」という知識だけでなく、それが「受容体占有率の速やかな低下」や「翌朝への持ち越し」にどう繋がるのか、また「代謝寄与率の高さ」が相互作用の管理を必要とする根拠について、参加者間で深く共有することができた。新薬採用時や処方提案において、このような定量的かつ論理的な評価を行うことの重要性を再認識する有意義な研修会であった。

令和7年度 薬薬連携推進のための病院薬剤師会と薬剤師会の合同セミナー

業務検討委員会

横須賀共済病院 片山 文子

はじめに

近年、フォーミュラの導入を推進することが求められていることもあり、今年度は「地域フォーミュラ」をテーマに、横須賀地区での事例を、病院側と薬局側の立場からご講演いただいた。講演内容は Web によるライブ配信が行われた。

プログラム

開催日時：令和8年2月5日（木）19：30～21：00

司会：神奈川県薬剤師会

医療・介護保険委員会 芦塚 拓也

開会挨拶：神奈川県病院薬剤師会

副会長 田村 英樹

座長：神奈川県病院薬剤師会

業務検討委員会 委員長 菅野 浩

講演1 横須賀地区における地域フォーミュラの取り組みについて

（病院薬剤師の立場から）

神奈川歯科大学附属病院 薬剤部

山崎 勇輝 先生

講演2 横須賀地区における地域フォーミュラの取り組みについて

（保健薬局薬剤師の立場から）

クリタ調剤薬局 米が浜店

鈴木 貴之 先生

閉会挨拶：神奈川県薬剤師会

副会長 佐藤 克哉

参加者概要

参加人数：神奈川県病院薬剤師会 会員 72 名

神奈川県薬剤師会 会員 26 名

講演1 ；横須賀地区における地域フォーミュラの取り組みについて

（病院薬剤師の立場から）

地域フォーミュラの作成状況は、2025 年 11 月 8 日現在の日本フォーミュラ学会による調査によると、全国での実施数 25 か所、準備中 23 か所となっており、神奈川県では鶴見区と横須賀市で実施している。2025 年 6 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2025」では、2026 年度より地域フォーミュラを全国展開するとの記載もある。地域フォーミュラは地域の患者に対して、最も有効で経済的な医薬品の使用における指針となる。院内フォーミュラ作成は、病院内の医師や薬剤師が行うが、地域フォーミュラでは、三師会より選出された委員で行い、地域の医師会、薬剤師会、中核病院が中心となり策定を行う。導入の難易度は高いが、地域の医療経済への影響度は大きい。



アメリカにおけるフォーミュラは、「営利民間保険会社が契約している診療所及び患者に使用を許可した医薬品リスト」という意味で使用されることもあるように、海外におけるフォーミュラの定義は国々で内容に相違があり、それぞれの国における医療の歴史や保険制度に由来しているとのことだ。

地域フォーミュラはあくまで地域における推奨薬の位置づけであり、導入のメリットとしては標準薬物療法の推進、ジェネリック医薬品の活用などによる薬剤師の軽減、医薬品数を減らすこと

による処方簡明化による医療事故の防止、医薬品管理業務の負荷軽減等が挙げられる。今後迎える超高齢化社会では、慢性疾患が中心となり、転院・在宅・退院と患者のステータスが頻回に変わり各医療施設の採用薬の違いによる薬剤変更、残薬・ポリファーマシーの問題、薬剤費が払えないことによる薬物治療の中断などの課題がある。これらの課題解決のために、地域フォーミュラリ導入が望まれる。

横須賀地区のフォーミュラリのワーキンググループ構成員としては、医師、歯科医師、薬剤師、行政職員から成り立っており、多職種連携による専門性と実効性を確保したメンバーになっている。薬剤師会で運用方針の原案を作成し検討している。対面とオンラインのハイブリット形式によるワーキング開催をしており、多忙な中でも参加できるよう柔軟な形式のため継続的な議論と連携を実現できている。まず、歯科領域のフォーミュラリとして抜歯時の経口抗菌薬、歯科領域の内服鎮痛薬について2024年10月よりスタートした。次に、2024年11月より内科のワーキングを立ち上げ、2025年11月27日よりスタートしたのとして、HMG-CoA還元酵素阻害薬、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬、アンジオテンシン変換酵素阻害薬、尿酸生成抑制薬、ジヒドロピリジン系カルシウム拮抗薬（高血圧症）がある。地域フォーミュラリの詳細については、横須賀市薬剤師会ホームページにも掲載し自由にアクセス可能にしている。課題として、保険データの使用や地域のEHR（さくらネット）の活用など挙げられるが、地域一体となってフォーミュラリに取り組むことで、薬剤費を軽減し、医薬品の安全な適正使用を高めていくことができる。

講演2 ；横須賀地区における地域フォーミュラリの取り組みについて （薬局薬剤師の立場から）

地域フォーミュラリの運用には、三師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会）・横須賀市・患者・卸・医薬品各メーカーなど、医薬品を取り巻く環境すべてが関与してくる。フォーミュラリ策定・更新時には、地域における医薬品の使用量集計を行うが、当初ファックス調査を行っていたが、行政が関与したことで国保のデータを利用できるようになった。集計の際は、ジェネリック医薬品をメーカー別に数量ベースや金額ベースで集計を行って

いる。この集計をもとに推奨薬が決まった際のシュミレーションも行っている。推奨薬を決める指標としては、主に有効性、安全性、経済性の主に3つの観点から総合的にを行い、医薬品の供給体制や患者・医療者の利便性も加味して検討している。推奨薬以外にも必要な薬や載せておくべき項目がある場合はオプションとして追加で記載している。周知させる方法としては研修会やホームページに掲載して行っている。地域フォーミュラリは、一度作ったら終わりではなく、最新の医学的知見や医薬品の供給状況など社会の変化に応じて改定が必要になる。

保険薬局における地域フォーミュラリの利点として、次の事が挙げられる。

- ・処方・調剤が統一
 - ：医療機関間で同じ医薬品が処方されやすくなり、薬局での混乱や調剤ミスを防げる。
- ・残薬・重複投薬の削除
 - ：複数の医療機関を受診する患者が同じ薬を受け取れるため、残薬が増えにくく、成分重複によるポリファーマシーのリスクが減る。
- ・情報共有の促進
 - ：病院と薬局が同じリストを見ることで、患者の薬物治療に関する情報共有が円滑になる。
- ・スムーズな入退院の支援
 - ：入院中・退院後の処方調整がしやすくなり、患者が安心して治療を継続できるようになる。



また、医薬品の供給困難に対しても、地域フォーミュラリを活用することで、供給が不安定な医薬品の代替薬をリストアップし、医療従事者がスムーズに選択できるようになり、地域の実情に合

わせた代替薬選定や情報共有ができる。さらに、医薬品卸に対しては、地域フォーミュラリのリストにある薬剤を優先的に流通させることができるなど、薬剤不足が生じないように対処方法を作り上げることができる。

地域フォーミュラリは、医療の質・安全性が向上され、業務の効率化とともに薬剤費が適正化、患者負担軽減にもなり、薬薬連携がさらに強化される等、メリットが多い。今後は、市民向けにも広報していく予定とのことだ。

おわりに

医療者だけでなく、行政、患者を含め、医療を取り巻く環境すべてに利点の大きい地域フォーミュラリの取り組みは、超高齢化社会の医療を維持することに重要な役割を担っていることが再確認できた。今後も策定項目を増やし、継続的な見直しを行っていくことでより安全な医薬品の適正使用となり、医療経済的な効果をもたらすと考え

令和7年度 薬剤師の法的役割等に関する講演会

業務検討委員会

横須賀共済病院 片山 文子

はじめに

本年度も薬剤師の法的役割に関する講演会として、講師の土屋先生をお招きし、神奈川県総合薬事保健センターからウェブ配信で行われた。本研修では、医療 DX を進めていく上で、薬剤師がどのような役割を果たすべきなのか、わかりやすくご講演いただいた。

プログラム

日時 令和8年2月9日(月) 18:30～20:00
司会 神奈川県病院薬剤師会 業務検討委員会
委員長 菅野 浩
講演 「医療 DX、タスクシフトが進展する今、
原点に戻って法が求める薬剤師像を考える」
一般財団法人 医薬品安全使用調査研究機構
設立準備室 室長
(元・日本病院薬剤師会 副会長)
土屋 文人 先生
閉会の挨拶 神奈川県病院薬剤師会
担当副会長 田村 英樹

参加者概要

参加人数 神奈川県病院薬剤師会 会員 109名
日本病院薬剤師会 会員 25名

講演

薬機法の令和7年法律第37号の改訂概要と、医療法の改訂から医療 DX に対して薬剤師として備えておくべきことをご講演いただいた。

〈講演内容〉

1. 薬機法・医療法の改訂等について
2. 医療 DX に備える：電子処方箋・院内処方箋に関する諸課題

3. 医療 DX に備える：電子版お薬手帳の利活用について
4. 医療 DX に備える：処方チェック機能の現状と今後
5. AI の発展と処方チェックの未来像
6. 医療安全における薬剤師の役割：医療安全情報等について
7. 法が求める薬剤師像を考える



本公演は、土屋先生のご厚意によりスライドを公開し、講演後もオンデマンド配信を行った。詳細については、同掲載した講演スライドをご参照いただきたい。

おわりに

医療 DX の転換期にあたる現状では、さまざまな面で電子化が進展していき、後戻りはできない。電子化するには運用を再確認する必要があるため、従来の働き方、習慣を見直すチャンスでもある。薬剤師とは何をする職種なのかを原点に戻り、様々な視点から検討していくことが必要になる。薬剤師の果たすべき役割を考え、AI や ICT を過信せず、正確に理解する必要があることを深く認識した。

従来、医療DXは単に政策としての対応であったが、今回の医療法が改正されたことにより、当該政策は「法的根拠を持った政策」となった



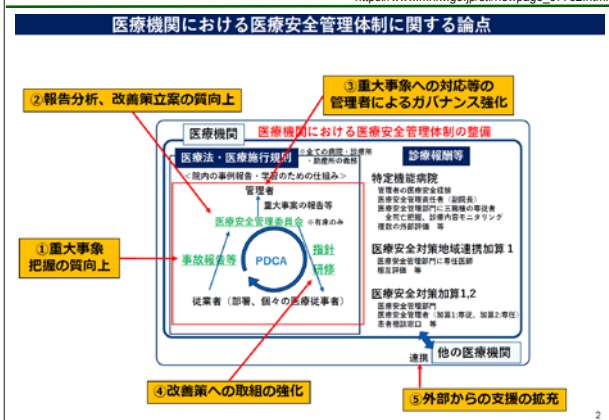
官僚にとっては、法に示された内容を期限(2030年)までに実現することは義務であり、外観上で実現する(完全実現かどうかは別として)ために、何が何でも実行する(したことにする)ということが、従来の対応とは、「全く異なる環境の変化となった」ことに十分に留意する必要がある



医療機関としては、当事者意識を強く持って、ここ数年以内に医療DXへの具体的な対応策を確立することが求められていることに十分留意すべきである

「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」報告書について

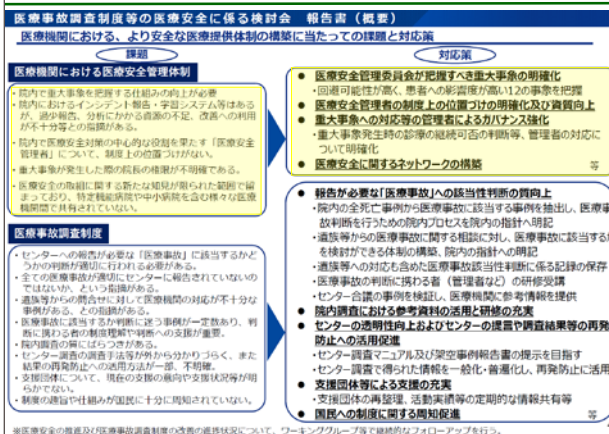
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67752.html



「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」報告書について



「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」報告書について



<本日の内容>

1. 薬機法・医療法の改正等について
2. 医療DXに備える：電子処方箋・院内処方箋に関する諸課題
3. 医療DXに備える：電子版薬手帳の利活用について
4. 医療DXに備える：処方チェック機能の現状と今後
5. AIの発展と処方チェックの未来像
6. 医療安全における薬剤師の役割：医療安全情報等について
7. 法が求める薬剤師像を考える

資料 2

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

電子処方箋・電子カルテの目標設定等について

令和 7 年 7 月 1 日

資料 2

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

電子処方箋・電子カルテの目標設定等の概要①

1. 電子処方箋の新目標
 - 電子処方箋については、「概ね全国の医療機関・薬局に対し、2025年3月までに普及させる」※1こととしていた。2025年6月時点で運用開始済の薬局は8割を超えており、薬局については概ね全ての薬局での導入が見込まれる。一方、医療機関への導入は1割程度に限られる。
 - 医療機関において電子処方箋の導入を進めるにあたっては、電子カルテが導入されていることが重要であるため、電子処方箋の新たな目標は、電子カルテ/共有サービスと一体的な導入を進めることとし、「患者の医療情報を共有するための電子カルテを整備するすべての医療機関への導入を目指す」。
2. 電子カルテ/共有サービスの普及率
 - 電子カルテについては、「遅くとも2030年には概ねすべての医療機関において必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す」※2こととしている。この目標達成に向け、オンライン型で、かつ、カスタマイズしている現行の電子カルテから、いわゆるクラウドネイティブを基本とする標準的なものに移行することを図りつつ、
 - ① 電子カルテ導入済の医療機関※3には、次回更新時に、共有サービス/電子処方箋に対応するシステム改修等の実施。
 - ② 電子カルテ未導入の医療機関※4には、共有サービス/電子処方箋に対応できる標準化された電子カルテの導入を進める。

※1 医療DXの推進に関する上程書(2023.6.2)医療DX推進本部
※2 医療DXの推進に関する上程書(2023.6.2)医療DX推進本部
※3 医療DXの推進に関する上程書(2023.6.2)医療DX推進本部
※4 医療DXの推進に関する上程書(2023.6.2)医療DX推進本部

電子処方箋に関する新たな目標設定

- 電子処方箋については、令和7年6月時点で、薬局の8割超に導入、利用申請は9割を超えていることから、今夏時点で概ねすべての薬局に導入されることが見込まれる。一方で、医療機関への導入は1割程度に留まる。
- 調剤結果登録率も金店処方箋の約8割に達し、8月には電子処方箋管理サービスの改修（医薬品のタミコードを受け付けられない）も完了し、今夏以降、薬局において電子処方箋管理サービスの利用も一般的になり、遠くの薬局情報の活用による医療安全が確保されつつあるが、電子処方箋の意義を発揮し、更なる医療安全を確保するためにも、調剤結果登録の更なる充実及び医療機関への導入は課題である。
- 医療機関において電子処方箋の導入を進めるにあたっては、電子カルテが導入されていることが重要である。電子カルテが導入されていることにより、改訂費用が一定からことから、医療機関に過度な負担が生じないよう、電子カルテの更新期間（5～7年）の希望するタイミングで、電子カルテ情報共有サービスへの対応とともに一体的に導入を促すことが肝要である。

電子処方箋の新たな目標

更なる医療安全を確保するため、電子処方箋については、

- 保険制度下における処方箋について、速やかに取組むべく、調剤結果が電子処方箋管理サービスに登録されることを目標するとともに、患者の医療情報を共有するための電子カルテを登録するすべての医療機関への導入を目指す

医療機関への導入方針

【電子カルテを導入済の医療機関】 電子カルテを改訂するタイミング等で、電子カルテ情報共有サービスへの対応とともに一体的に導入を促進

【電子カルテを導入していない医療機関】 電子カルテ情報共有サービスに導入している医療機関に対しては電子処方箋管理サービスの導入を促進

【電子カルテを未導入の医療機関】 電子処方箋機能を実装する標準型電子カルテの導入を促す。電子カルテ情報共有サービスに対応したクラウド型電子カルテとの一体的導入を促進

今後の対応方針

電子処方箋については、今夏時点で概ねすべての薬局に導入されることが見込まれる。今夏以降、薬局においては電子処方箋システムの利用も一般的になる。新たな目標を踏まえ、電子処方箋の意義を発揮し、医療現場にとって電子処方箋を利用しやすく安全に活用できる仕組み・環境を引き続き整備するとともに、導入阻害要因の解消に向け、新たな導入・利用促進策、周知広報の強化、効果検証等を実施する。

安全に活用できる仕組み・環境の整備

- 令和7年8月に電子処方箋管理サービスの改修（医薬品のタミコードを受け付けられない）を完了。その他、医薬品コードに関するシステム上の課題も同月までに実施済み。必要な改修については、医療現場への負担が可能な限り軽減し、速やかに実施。
- 医薬品コードの整備、マスタの一元管理を進める
- 医療従事者等に向けたコードやマスタ等に関するわかりやすい周知の実施

新たな導入・利用促進策の方針

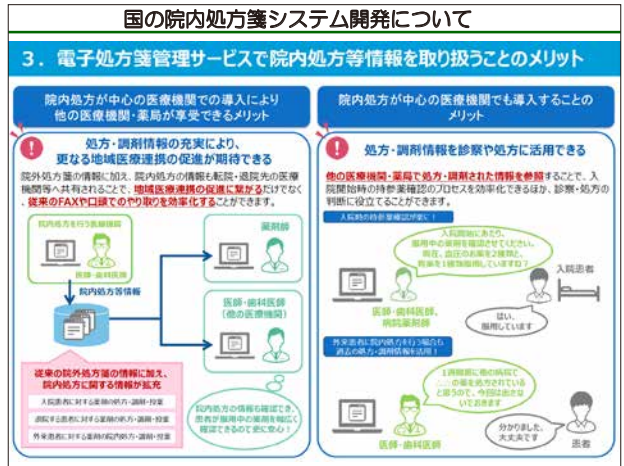
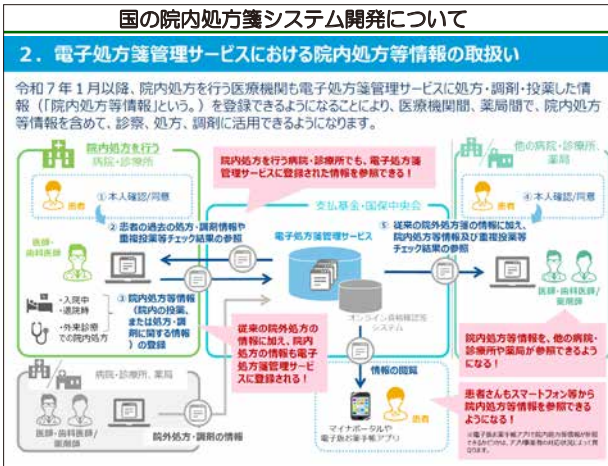
- 保険制度下における医療用医薬品の調剤情報取得は電子処方箋システムの活用を原則としていく
- 医療機関については、医療機関の実情を踏まえ、患者の医療情報を共有するための電子カルテ等との一体的な導入を進めるとともに、地域の医療ニーズに合わせた医療DXの推進を進める
- 電子処方箋の導入状況や医療機関の実情を踏まえ、財政支援のあり方について検討
- タミコードに関する電子処方箋管理サービスの改修、医薬品コードの整備により、導入済医療機関で安全に電子処方箋が活用できる環境を確保するとともに、利用者のDX向上に資するよう運用を改善
- 電子処方箋の活用に必要な電子署名システムに関し、安定的な運用基盤の整備の検討を進める
- ベンダーに対し、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスへの対応並びに医薬品コード等への適切な対応を要請する

周知広報の強化

- 令和7年9月以降、医師・医療従事者向けに、電子処方箋を含む医療DXのメリット・医療機関間連携を念頭に導入事例等について周知広報を強化し、関係機関を連携させる
- 院内処方においても電子処方箋で得られるメリットや負担の軽減等について、プレ導入の検証も踏まえながら適切な周知を実施
- 日本災害医学学会等の関連学会と協力し、臨床における電子処方箋の活用事例等を周知

効果検証

- 未導入医療機関の導入阻害要因を継続的に分析するため、定期的にフォーラムを開催
- 未導入医療機関・薬局における利用状況や効果等の調査。今後概ねすべての薬局に導入されることが見込まれることを踏まえ、今後さらに周知に導入された医療機関・薬局における利用状況や効果等を調査



「院内処方箋」「電子処方箋」と一言でいうけれど・・・

医師法第22条

医師は、患者に対し治療に際して処方箋を交付する必要があると認められた場合には、患者又は別にその管理に当たっている者に対して処方箋を交付しなければならない。ただし、患者又は別にその管理に当たっている者が処方箋の交付を必要としない旨を申し出た場合及び次の各号のいずれかに該当する場合には、この限りでない。

- 1 指示的処方を指示する場合には、処方箋を交付することその旨の指示を受けるおそれがある場合
- 2 処方箋を交付することが診療又は治療の予後について患者に不安を与え、その治療の効果を阻害するおそれがある場合
- 3 病状の経過観察に際して処方箋を交付する必要がある場合
- 4 診断又は治療方法の決定に際して処方箋を交付する必要がある場合
- 5 治療上必要な処方の決定に際して処方箋を交付する必要がある場合
- 6 安否を要する患者以外に処方箋の交付を受けることができる者がいない場合
- 7 処方箋を交付する場合
- 8 処方箋が取り組んでいない給付内において処方箋を交付する場合

薬物療法を行う際に処方箋の交付は必須ではない

PMDA医療用医薬品情報検索では

処方箋医薬品 6165件 非処方箋医薬品 5372件

処方箋医薬品の法的定義（薬機法第49条:処方箋医薬品の販売）

調剤用医薬品又は医薬品の販売業者は、医師、歯科医師又は獣医師から処方箋の交付を受けた者以外の人に対して、正当な理由なく、厚生労働大臣の指定する医薬品を販売し、又は授与してはならない。ただし、薬剤師等に販売し、又は授与するときは、この限りでない。

(法的にみたら) 薬物療法を実施する際に必ずしも処方箋の交付が必要なのではない

「院内処方箋」のシステム構築には原点に戻って、「院内処方箋」の定義をする必要があるのではないだろうか

（院内）処方箋の電子化と実施時期の順番について

① 外来患者の院内処方箋（交付処方箋） → 対応済

② 外来患者の院内処方箋（非交付処方箋） → 開発中

（注） 院内処方禁止薬の存在

入院患者の定時処方箋、臨時処方箋 → 開発中

退院時処方箋 → 開発中

病棟定数配置薬：処置伝票（内服薬、外用薬、注射薬）

③ 処置用薬剤：処置伝票（注射薬、外用薬、放射性医薬品等） → 次期開発

検査用薬剤：処置伝票（造影剤、検査用薬、放射性医薬品等）

院内処方箋システムの全体像としてはこれら院内で実施された薬物療法に関連した各種情報をデータとして捉えることが必要

入院時には入院診療計画書患者等に交付する必要があることから、電子カルテがらみで、これらの情報も含んだ形で活用できるシステム開発を行うことはできないのだろうか

＊入院中に与えられる検査、手術、投薬その他の治療（入院中の看護及び栄養管理を含む。）に関する計画

「院内処方箋」と一言でいうけれど・・・

2. 紙媒体の処方箋の運用の形態

ここでの院内処方箋の運用とは、保険診療に伴い患者に交付された処方箋の運用を念頭に置いている。医師又は歯科医師（以下「医師等」という）が行う医療行為の中には、医療保険を利用しないもの（例えば、自費による診療、自動車賠償責任保険による診療等）もあるが、多くの医療行為は医療保険を利用したものであること、保険診療における運用が明確であれば、両者が可能と考えられることから保険診療に伴い交付された処方箋の運用を念頭に置いて記述した。また、この他にも医療機関内で用いられている処方箋についても、今後所要の検討が必要であると考えられる。（医療情報ネットワーク基盤検討会 2013年7月）

医療機関内で医薬品が使用される場合、必ずしも処方箋という書類が使用されているわけではない

処方箋：外来患者（院内処方箋＝交付処方箋、院内処方箋＝非交付処方箋）、入院患者（非交付処方箋）

病棟定数配置薬：処置伝票（内服薬、外用薬、注射薬）

処置用薬剤：処置伝票（注射薬、外用薬、放射性医薬品、治療用アレルギー剤）

検査用薬剤：処置伝票（造影剤、検査用薬、放射性医薬品、診断用アレルギー剤）

院内処方箋の電子化の定義として

「院内における

- ①『持参薬を含む薬物療法に関する医師の指示に関する記録』
- ②『患者に使用する医薬品に関する物流記録及び調製記録』
- ③『実施された医薬品に関する記録』

を正確に把握することを目的とした記録システム」と定めた上で、求められる要件、実施時期等について検討すべきではないか

＜本日の内容＞

1. 薬機法・医療法の改正等について
2. 医療DXに備える：電子処方箋・院内処方箋に関する諸課題
3. 医療DXに備える：電子版お薬手帳の利活用について
4. 医療DXに備える：処方チェック機能の現状と今後
5. AIの発展と処方チェックの未来像
6. 医療安全における薬剤師の役割：医療安全情報等について
7. 法が求める薬剤師像を考える

<本日の内容>

1. 薬機法・医療法の改正等について
2. 医療DXに備える：電子処方箋・院内処方箋に関する諸課題
3. 医療DXに備える：電子版お薬手帳の利活用について
4. 医療DXに備える：処方チェック機能の現状と今後
5. AIの発展と処方チェックの未来像
6. 医療安全における薬剤師の役割：医療安全情報等について
7. 法が求める薬剤師像を考える

処方チェックを考える

対物チェック

- ①患者が服用している医薬品（自院のみならず他院あるいはOTC薬も含む）の重複投与回避
- ②併用禁忌（相互作用回避）

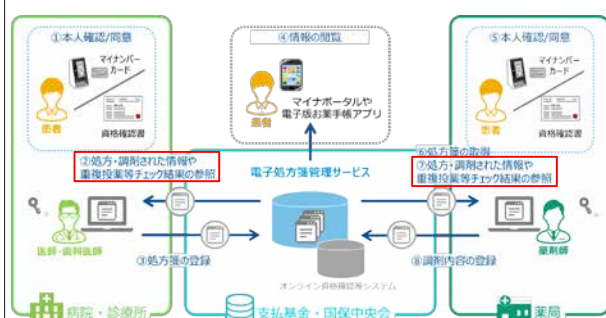
対人チェック

- ③病態禁忌
- ④アレルギー
- ⑤腎機能障害や肝機能障害等による投与量調整

現在実施されている対物チェック（OTC薬の重複は除く）は現状では主に薬局/薬剤部門システムにおいて行われているが、これらは本来処方時にチェックすべきものではないか

電子処方箋ではこれらの対物チェック（OTC薬は除く）が処方時/調剤時に実施されることになる

電子処方箋における情報の流れ（現状）



現状における処方チェックを考える

電子処方箋では処方時及び調剤時に①②（OTCは除く）がチェックされる

現状ではやむを得ない面があるが、将来的にはOTCを含めてチェックする仕組みを構築すべきではないか（処方時はともかく薬局においてはチェックすべき）

薬局のシステム（少なくとも電子薬歴システム）はOTC等に関する情報の登録及び重複/併用禁忌チェック機能は必須ではないか（電子薬歴システムに標準仕様とすべき）

令和8年1月23日の通知により、OTCでJANコードがついているOTCは情報が登録される予定

現状における処方チェックを考える

OTC類似薬に関しては（今回は実施されないが）今後保険適用外となることもあり得る

少なくとも医療用医薬品の添付文書に「相互作用あり」と記載されている成分を有するOTC（一部のサプリメントを含む）に関してはチェックを行う機能を標準機能として有することが求められるのではないかと

このようなチェック機能を薬局のシステムが標準装備で有していれば、医療分業の意義（薬局の存在意義）を示すことにもなると思われる

厚生科研の調査で病院薬剤師はOTC薬の情報に関して（情報の入手方法を含め）認知度が低いとされている
医療機関の薬剤部門システムも今後同様のチェック機能をもつことが望ましいのではないかと

<本日の内容>

1. 薬機法・医療法の改正等について
2. 医療DXに備える：電子処方箋・院内処方箋に関する諸課題
3. 医療DXに備える：電子版お薬手帳の利活用について
4. 医療DXに備える：処方チェック機能の現状と今後
5. AIの発展と処方チェックの未来像
6. 医療安全における薬剤師の役割：医療安全情報等について
7. 法が求める薬剤師像を考える

処方チェックの未来像

対物チェック

- ①患者が服用している医薬品（自院のみならず他院あるいはOTC薬も含む）の重複投与回避
- ②併用禁忌（相互作用回避）

対人チェック

- ③病態禁忌
- ④アレルギー
- ⑤腎機能障害や肝機能障害等による投与量調整

これからの10年間で
処方チェックも従来の「対物チェック中心」から
「対人チェック中心」に移るものと考えられる

従来の一般的チェックから患者個人情報を活用した
個別化されたチェックが実施されるようになる

AIに聞いてみました

薬剤師の業務照会はAIが進展することによりどのように変化するかを5年後、10年後、15年後、20年後について教えてください

<ChatGPT5.2による回答>

5年後：AI補助型の業務照会（「一緒に監査するAI」）
主な変化
・処方監査時にAIが
・情報に基いた用量
・年齢・体重補正
・重要相互作用
を自動チェック
・疑念になり得るポイントが「候補リスト」として表示される
業務照会の性質
人が探す → AIが見つけて人が確認する
薬剤師の役割
・AIアラートの妥当性を判断
・「本当に臨床的に問題か？」を評価
見落としは減るが、疑念件数はまだ大きくは減らない

<Geminiによる回答>

5年後（2031年）
【フェーズ1】デジタイゼーションと「トリアージ」
キーマッセージ：電話からの解放と「ノイズ」の削減
・コミュニケーションの非同期化
・電話から「医療用チャット/専用アプリ」へ完全移行。
・医師は診療の合間に「承認」ボタンを押すだけで完了。
・AIによる自動ドラフト作成
・「処方箋書」「処方箋」「処方箋変更」などの形式的な照会文をAIが自動生成。
・薬剤師はAIの提案を確認・送達するだけのオペレータ的役割へ。
不要な照会の削減（フィルタリング）
・AIが「これは医師の意図的な処方（緊急不要）」と判定したものはアラートを出さない。
・本当に危険な処方にのみ集中できる環境の構築。

A I に聞いてみました

薬剤師の疑義照会はAIが進展することによりどのように変化するかを5年後、10年後、15年後、20年後について教えてください

<ChatGPT5.2による回答>

10年後：疑義照会の「質が標準化」する時代

主な変化

- AIが処方情報（検査値・既往歴・併用薬）を統合し「この患者で発症しやすい処方」だけを抽出
- 疑義照会の文章をAIが自動で書き
- ガイドラインとの照合がリアルタイム化

疑義照会の性質

「急のため確認」型から「根拠を示した臨床的提案」型へ進化

薬剤師の役割

- AIの提示情報を臨床文脈で解釈
- 医師とより対等な臨床ディスカッションを行う存在に

<Gemini による回答>

10年後 (2036年)

【フェーズ2】リアルタイム統合と「処方前」介入

キーメッセージ：事後修正から「未然防止」へ

処方確定前のブロック機能

- 医師（電子カルテ）と薬局システム（AI）が完全に連携
- 医師が処方入力中に、薬局側のAIがバックグラウンドで在庫や禁忌をチェックし、処方確定前に警告上で修正を促す。

「疑義」の消滅

- 処方箋が発行された時点で、既に整合性が取れているため、事後の問い合わせが激減する。

治療（臨床試験）とのシームレス連携

- 処方時にAIが「治療の除外基準」を提示し、不適切な併用薬の処方を未然に防ぐ。
- （※ここが臨床試験のプロであるユーザー側の領域と強くリンクします）

A I に聞いてみました

薬剤師の疑義照会はAIが進展することによりどのように変化するかを5年後、10年後、15年後、20年後について教えてください

<ChatGPT5.2による回答>

15年後：疑義照会は「例外対応業務」になる

主な変化

- 医師が処方入力する段階でAIが強力に補正
 - 用量ミス・禁忌処方は激減
- 疑義照会が必要なのは
 - ・多剤併用時
 - ・ガイドライン外治療
 - ・副作用リスクと治療効果のトレードオフ症例などの難症例中心

疑義照会の性質

件数は減少

1件あたりの難易度は上昇

薬剤師の役割

「エラー検出者」から「高度臨床コンサルタント」へ

<Gemini による回答>

15年後 (2041年)

【フェーズ3】PBPM（プロトコルに基づく薬物治療管理）の自動化

キーメッセージ：問い合わせではなく「事後報告」へ

AIエージェントによる自律的な変更

- 事前に承認されたプロトコル（機械能による減量、副作用時の投与量追加などの範囲内で、AIと薬剤師が処方を変更・実行する。

- 医師へは「変更しました」という事後レポートが送られる運用が標準化。

AI陪士（AIコパイロット）

- 特定のAI「この患者はA薬が必要」
- 薬局のAI「在庫切れのため、同等薬Bに変更し、経過A薬に置き換えてください」
- 上記の情報をAI陪士が行い、人間（薬剤師・医師）は最終承認のみを行う。

A I に聞いてみました

薬剤師の疑義照会をAIが進展することによりどのように変化するかを5年後、10年後、15年後、20年後について教えてください

<ChatGPT5.2による回答>

20年後：疑義照会は「人間による最終判断」の場に

主な変化

- 医師側AIと薬局側AIが事前にリスクを相互チェック
- 技術的な処方ミスはほぼ自動検出
- 残る課題は
 - ・生活の質（QOL）
 - ・予後と副作用のどちらを重視するか
 - ・高齢・終末期での治療強度
 - など価値観や価値観に異なる問題

疑義照会の性質

ミス修正ではなく治療方針への専門的セカンドオピニオン

薬剤師の役割

AIでは扱えない「この患者にとって本当に最善か」を判断する人間の専門職

<Gemini による回答>

20年後 (2049年)

【フェーズ4】デジタルツインと「プレジジョン・メディシン」

キーメッセージ：ミスの訂正から「未来の最適化」へ

・デジタルツイン（仮想的患者モデル）でのシミュレーション

- 「この処方だと3ヶ月後に肝機能が悪化する確率80%」といった未来予測に対し、予防的な処方変更を行う。
- 治療の「共同設計（Co-design）」

- AIが提示した複数の治療オプション（糖・竹・糖）に対し、医師（診断のプロ）と薬剤師（薬物のプロ）が対等な立場で議論し、最終的に最適解を選び取る。

- 完全な個別化医療

- ゲノム情報、生活習慣データをAIがフル活用し、「統計的な正解」ではなく「その人だけの正解」を導き出す。

<ChatGPT5.2による回答>

時期 疑義照会の中心 薬剤師の立ち位置

5年後 AI補助で見落とし減少 AIチェックの評価者

10年後 根拠ある標準化疑義 臨床的判断の専門家

15年後 難症例中心に集中 高度臨床コンサルタント

20年後 倫理・価値判断領域 人間による最終保証者

疑義照会は減少するのではなく高度化する

単純エラー対応はAIが担う時代へ

薬剤師は医療の質と安全を保障する最終専門職へ進化

<Gemini による回答>

薬剤師の役割はどう変わるか？

- チェッカーからデザイナーへ
 - ・「間違いを探す」業務はAIに代替される。
 - ・「AIの予測に基づき、最適な治療戦略を医師とデザインする」業務へシフト。
- 対物業務の完全自動化
 - ・調剤・監査・形式的な照会システムが担う。
- 人間に残る価値
 - ・AIには理解できない「患者の価値観」「コンプライアンスの心理的障壁」を読み取り、治療方針に反映させる。

処方チェックの未来像への対応

対人チェック

- ③病態禁忌
- ④アレルギー
- ⑤腎機能障害や肝機能障害等による投与量調整

従来の「対物中心のチェック」から「対人中心のチェック」に移行するためには、「病歴データ」「検査値」「添付文書のデータ」等をどのタイミングで、どのように活用してチェックを行うかについて、様々な試行が必要である

国が進める電子処方箋は定型的なチェックは行うが、個別のチェックを行うことは必ずしも求められない可能性があるが、医療機関での処方チェックはこれらの「対人チェック機能」を行うべく開発を進める必要がある

各ベンダーが自社のフィロソフィーの下、（各社共有の部分があっても構わないが）独自開発をすることが求められている

ロボット化、A I と職業の代替可能性

日本の労働人口の49%が人工知能やロボット等で代替可能に
～601種の職業ごとに、コンピューター技術による代替確率を試算～

2015年12月02日 株式会社野村総合研究所
（オックスフォード大との共同研究）

医療職における代替可能性

薬剤師の代替可能確率は38.8%

精神科医	0.1%	助産師	0.2%	視能訓練士	33.5%
小児科医	0.2%	理学療法士	0.4%	薬剤師	38.8%
内科医	0.6%	看護師	1.3%	臨床工学技師	48.1%
産婦人科医	0.7%	保健師	2.1%	歯科衛生士	61.5%
歯科医師	0.4%	栄養士	7.3%	放射線技師	62.4%
獣医師	1.0%			歯科技工士	74.5%
				臨床検査技師	77.6%

10年後の薬剤師に求められるのは

週刊誌によれば……

給料が下がる仕事①（10～1位）	給料が下がる仕事②（11位～50位）	給料が上がる仕事③（51位～100位）
1. 事務員 34,521円 ① 17,520円	11. 農林技術員 32,004円 ② 17,237円	51. 情報技術員 32,444円 ③ 17,271円
2. 事務員 34,521円 ① 17,520円	12. 事務員 31,839円 ② 17,237円	52. 事務員 31,839円 ③ 17,237円
3. 事務員 34,521円 ① 17,520円	13. 事務員 31,839円 ② 17,237円	53. 事務員 31,839円 ③ 17,237円
4. 事務員 34,521円 ① 17,520円	14. 事務員 31,839円 ② 17,237円	54. 事務員 31,839円 ③ 17,237円
5. 事務員 34,521円 ① 17,520円	15. 事務員 31,839円 ② 17,237円	55. 事務員 31,839円 ③ 17,237円
6. 事務員 34,521円 ① 17,520円	16. 事務員 31,839円 ② 17,237円	56. 事務員 31,839円 ③ 17,237円
7. 事務員 34,521円 ① 17,520円	17. 事務員 31,839円 ② 17,237円	57. 事務員 31,839円 ③ 17,237円
8. 事務員 34,521円 ① 17,520円	18. 事務員 31,839円 ② 17,237円	58. 事務員 31,839円 ③ 17,237円
9. 事務員 34,521円 ① 17,520円	19. 事務員 31,839円 ② 17,237円	59. 事務員 31,839円 ③ 17,237円
10. 事務員 34,521円 ① 17,520円	20. 事務員 31,839円 ② 17,237円	60. 事務員 31,839円 ③ 17,237円

人間の専門性が代替不能な「AI耐性の高い」職業20選

出典：Forbes 2026.2.02 <https://forbesjapan.com/articles/detail/90860>

レジューム・ナウ (Resume Now) が新たに公表した「AI耐性キャリア指数」(AI-Resistant Careers Index) は、米労働省のO*NETデータベース（職業情報ネットワーク）と、ペイスケール (Payscale、給与情報サービス) の給与情報に基づき、自動化に置き換えられにくい職業のAI耐性を特定した。

この指数は、(1) 雇用率、(2) ストレス耐性、(3) 自動化という3つの重要な人間のスキルを測定する。3項目すべてでスコアが4以上で、かつ年収中央値が少なくとも7万4000ドル（約1147万円、1ドル＝155円換算）の職業のみが選出された。

1. 麻酔科医 (Nurse Anesthetists)
2. 救急医 (Emergency Physicians)
3. 精神科医 (Psychiatrists)
4. 一般外科医 (General Surgeons)
5. 民間パイロット (Commercial Pilots)
6. 医師助手 (Physician Assistants)
7. 航空会社のパイロット、操縦士、フライトエンジニア (Airline Pilots, Copilots and Flight Engineers)
8. 飛行試験エンジニア (Flight Test Engineers)
9. 航空交通管制 (Air Traffic Controllers)
10. 獣医師 (Veterinarians)
11. 麻酔科医 (Anesthesiologists)
12. 最高経営責任者 (CEO: Chief Executive Officers)
13. 最高情報セキュリティ責任者 (CISO: Chief Information Security Officers)
14. 薬剤師 (Pharmacists)
15. 弁護士 (Attorneys and Lawyers)
16. 財務マネージャー (Financial Managers)
17. 歯科医師 (Dentists)
18. 建設マネージャー (Construction Managers)
19. 原子力発電所の原子炉運転員 (Nuclear Power Reactor Operators)
20. サイバーセキュリティアナリスト (Cybersecurity Analysts)

人間の専門性が代替不能な「AI耐性の高い」職業20選
出典：Forbes 2026.2.02 <https://forbesjapan.com/articles/detail/90860>

14. 薬剤師 (Pharmacists)

薬剤師は医薬品を調剤し、適切な使用法を患者に助言する。AI耐性指数は83.0。年収中央値は12万4169ドル(約1925万円)である。

この職業には、個々の患者ニーズや薬物相互作用の可能性に応じて対応し、調剤ミスが起きた際の緊迫した状況をさばき、難しい患者に接する場面でも冷静さを保つことが求められる。自動化は調剤を支援できるが、薬剤師の臨床的専門性は不可欠である。

医政医局 1219 第1号
平成 30 年 12 月 19 日
各都道府県衛生主管官(局長) 宛
このような支援システムに関する責任の所在については、既に平成30年に通知が発出されており、この通知の対象は医師となっており、この内容は医師に限らず、当然のことながら医療職に対して当てはまることを再認識すべきである。

今後、AIが大幅に導入されることが想定される。その場合であっても、最終判断を行うのは「人」であり、ロボットに責任転嫁を行うことは避けなければならないことを再認識することが絶対必要。

(参考) 医師法第17条 医師でなければ、医療をなしてはならない。

AIの進展に伴い薬剤師に求められる留意点

生成AIの発展により、従来行われてきた処方チェック等の多くは(少なくとも10年後には)システムに移行することが想定される

AIが出してくる結果は人に比べれば、網羅性、正確性において「正しいことが多い」と思われるが、「常に正しいのではない」

AIによるシステムは「あくまで支援システムであり」それらの「結果の責任を有するものではない」

AIシステムは薬学部も卒業していないし、国家試験の合格証もゆうてはいない

AIシステムの支援を受けたとしても、最終決定をするのは、ライセンスホルダーである薬剤師であり、当然責任も薬剤師に存在することを改めて認識すべきである

＜本日の内容＞

1. 薬機法・医療法の改正等について
2. 医療DXに備える：電子処方箋・院内処方箋に関する諸課題
3. 医療DXに備える：電子版お薬手帳の利活用について
4. 医療DXに備える：処方チェック機能の現状と今後
5. AIの発展と処方チェックの未来像
6. 医療安全における薬剤師の役割：医療安全情報等について
7. 法が求める薬剤師像を考える

最近発出された医療安全情報①

医療安全情報 2025年11月 No.228

粉砕調製された持参薬の過量と薬

粉砕調製された持参薬の薬量の表記が統一されていないため、患者に過量に与えられた事例が報告されています。

2024年11月1日～2025年9月30日の間の報告情報です。この情報は、薬剤師が患者に処方した薬の量を正確に把握し、患者の安全を確保するために重要です。

事例1

患者Aは、1日1回、1錠を処方された。しかし、処方された薬は、1錠ではなく、1/2錠であった。患者Aは、1日1回、1錠を服用したが、実際には1/2錠を服用していたため、過量に薬を服用した。

事例2

患者Bは、1日2回、1錠を処方された。しかし、処方された薬は、1錠ではなく、1/2錠であった。患者Bは、1日2回、1錠を服用したが、実際には1/2錠を服用していたため、過量に薬を服用した。

事例3

患者Cは、1日1回、1錠を処方された。しかし、処方された薬は、1錠ではなく、1/2錠であった。患者Cは、1日1回、1錠を服用したが、実際には1/2錠を服用していたため、過量に薬を服用した。

最近発出された医療安全情報②

医療安全情報 2025年9月 No.226

定数配置薬からのアレルギーがある薬剤の投与

アレルギー情報登録されている薬剤を定数配置薬から準備し、患者に投与した事例が報告されています。

2024年1月1日～2025年9月30日の間の報告情報です。この情報は、薬剤師が患者に処方した薬の量を正確に把握し、患者の安全を確保するために重要です。

事例1

患者Aは、アレルギー情報登録されている薬剤を定数配置薬から準備し、患者に投与した。患者Aは、アレルギー反応を示した。

事例2

患者Bは、アレルギー情報登録されている薬剤を定数配置薬から準備し、患者に投与した。患者Bは、アレルギー反応を示した。

事例3

患者Cは、アレルギー情報登録されている薬剤を定数配置薬から準備し、患者に投与した。患者Cは、アレルギー反応を示した。

最近発出された医療安全情報③

医療安全情報 2025年7月 No.224

退院時の処方漏れによる内服の中断

退院後に内服すべき薬剤が退院処方から漏れたため、内服が中断した事例が報告されています。

2024年1月1日～2025年6月30日の間の報告情報です。この情報は、薬剤師が患者に処方した薬の量を正確に把握し、患者の安全を確保するために重要です。

事例1

患者Aは、退院時に処方された薬剤が漏れたため、内服が中断した。

事例2

患者Bは、退院時に処方された薬剤が漏れたため、内服が中断した。

事例3

患者Cは、退院時に処方された薬剤が漏れたため、内服が中断した。

最近発出された医療安全情報④

医療安全情報 2025年5月 No.222

カテコラミン製剤の持続投与の中断

シリンジポンプでカテコラミン製剤を持続投与中、注射器の交換が遅れ、患者の循環動態に影響があった事例が報告されています。

2024年1月1日～2025年4月30日の間の報告情報です。この情報は、薬剤師が患者に処方した薬の量を正確に把握し、患者の安全を確保するために重要です。

事例1

患者Aは、シリンジポンプでカテコラミン製剤を持続投与中、注射器の交換が遅れたため、患者の循環動態に影響があった。

事例2

患者Bは、シリンジポンプでカテコラミン製剤を持続投与中、注射器の交換が遅れたため、患者の循環動態に影響があった。

事例3

患者Cは、シリンジポンプでカテコラミン製剤を持続投与中、注射器の交換が遅れたため、患者の循環動態に影響があった。

最近発出された医療安全情報⑤

医療安全情報

2025年4月 No.221

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

カリウム製剤の投与方法間違い (第2報)

カリウム製剤をプレフィルドシリンジから注射器に移し替え、急速注射した事例が報告されています。

医薬品医療機器等法(平成17年法律第141号)第117条第1項の規定に基づき、本情報は、厚生労働省(以下「厚労省」)のウェブサイト(www.mhlw.go.jp)に掲載されています。

カリウム製剤を急速注射すると心停止を招く危険性があります

事例のイメージ

① プレフィルドシリンジの蓋を開けず、注射器に移し替えてはいけません。

② カリウム製剤を急速注射してはいけません。

カリウム製剤の投与方法間違い(第2報)

本通知の趣旨は、カリウム製剤の投与方法の誤りによる心停止の事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●プレフィルドシリンジを使用する際は、蓋を開けず直接注射器に移し替えない。
●プレフィルドシリンジの形を目的を明確にする。
●カリウム製剤の投与方法を注意喚起で統一し、必ず確認して投与する。

(注)本通知は、医療従事者の注意喚起を目的としたものであり、医療従事者の判断を代替するものではありません。

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

カリウム製剤の投与方法間違い(第2報)

本通知の趣旨は、カリウム製剤の投与方法の誤りによる心停止の事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●プレフィルドシリンジを使用する際は、蓋を開けず直接注射器に移し替えない。
●プレフィルドシリンジの形を目的を明確にする。
●カリウム製剤の投与方法を注意喚起で統一し、必ず確認して投与する。

(注)本通知は、医療従事者の注意喚起を目的としたものであり、医療従事者の判断を代替するものではありません。

最近発出されたPMDA医療安全情報①

医療安全情報

2025年4月 No.221

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

各種製剤による薬剤取り違えについて(その2) — 一般名とブランド名を併記 —

本通知の趣旨は、各種製剤の薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●各種製剤の薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

各種製剤による薬剤取り違えについて(その2) — 一般名とブランド名を併記 —

本通知の趣旨は、各種製剤の薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●各種製剤の薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

一般名とブランド名の併記

本通知の趣旨は、一般名とブランド名の併記による薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●一般名とブランド名の併記による薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

一般名とブランド名の併記

本通知の趣旨は、一般名とブランド名の併記による薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●一般名とブランド名の併記による薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

最近発出されたPMDA医療安全情報①

医療安全情報

2025年4月 No.221

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

アミノ酸製剤による薬剤取り違えについて

本通知の趣旨は、アミノ酸製剤の薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●アミノ酸製剤の薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

アミノ酸製剤による薬剤取り違えについて

本通知の趣旨は、アミノ酸製剤の薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●アミノ酸製剤の薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

アミノ酸製剤による薬剤取り違えについて

本通知の趣旨は、アミノ酸製剤の薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●アミノ酸製剤の薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

アミノ酸製剤による薬剤取り違えについて

本通知の趣旨は、アミノ酸製剤の薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●アミノ酸製剤の薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

最近発出されたPMDA医療安全情報②

医療安全情報

2025年4月 No.221

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

ACE阻害薬服用患者の血圧低下時の注意について

本通知の趣旨は、ACE阻害薬服用患者の血圧低下時の注意を喚起することです。

●ACE阻害薬服用患者の血圧低下時の注意を喚起することです。

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

ACE阻害薬服用患者の血圧低下時の注意について

本通知の趣旨は、ACE阻害薬服用患者の血圧低下時の注意を喚起することです。

●ACE阻害薬服用患者の血圧低下時の注意を喚起することです。

ACE阻害薬服用患者の血圧低下時の注意について

本通知の趣旨は、ACE阻害薬服用患者の血圧低下時の注意を喚起することです。

●ACE阻害薬服用患者の血圧低下時の注意を喚起することです。

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

ACE阻害薬服用患者の血圧低下時の注意について

本通知の趣旨は、ACE阻害薬服用患者の血圧低下時の注意を喚起することです。

●ACE阻害薬服用患者の血圧低下時の注意を喚起することです。

最近発出されたPMDA医療安全情報②

医療安全情報

2025年4月 No.221

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

薬剤取り違えの事例について

本通知の趣旨は、薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

薬剤取り違えの事例について

本通知の趣旨は、薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

薬剤取り違えの事例について

本通知の趣旨は、薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

薬剤取り違えの事例について

本通知の趣旨は、薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●薬剤取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

薬局ヒヤリハット事例報告制度 共有すべき事例①

医療安全情報

2025年4月 No.221

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

名簿類似品の取り違え

本通知の趣旨は、名簿類似品の取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●名簿類似品の取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

名簿類似品の取り違え

本通知の趣旨は、名簿類似品の取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●名簿類似品の取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

禁忌

本通知の趣旨は、禁忌の事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●禁忌の事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

禁忌

本通知の趣旨は、禁忌の事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●禁忌の事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

薬局ヒヤリハット事例報告制度 共有すべき事例②

医療安全情報

2025年4月 No.221

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

共有すべき事例

本通知の趣旨は、共有すべき事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●共有すべき事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

共有すべき事例

本通知の趣旨は、共有すべき事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●共有すべき事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

共有すべき事例

本通知の趣旨は、共有すべき事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●共有すべき事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

共有すべき事例

本通知の趣旨は、共有すべき事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●共有すべき事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

処方違い/調剤間違いの事例

医療安全情報

2025年4月 No.221

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

「ソフルザ」と「ゾコーバ」の取り違え注意のお願い

本通知の趣旨は、「ソフルザ」と「ゾコーバ」の取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●「ソフルザ」と「ゾコーバ」の取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

「ソフルザ」と「ゾコーバ」の取り違え注意のお願い

本通知の趣旨は、「ソフルザ」と「ゾコーバ」の取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●「ソフルザ」と「ゾコーバ」の取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

「ソフルザ」と「ゾコーバ」の取り違え注意のお願い

本通知の趣旨は、「ソフルザ」と「ゾコーバ」の取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●「ソフルザ」と「ゾコーバ」の取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

医療安全情報 No.221 (2025年4月)

「ソフルザ」と「ゾコーバ」の取り違え注意のお願い

本通知の趣旨は、「ソフルザ」と「ゾコーバ」の取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

●「ソフルザ」と「ゾコーバ」の取り違えの事例を踏まえ、医療従事者の注意を喚起することです。

対物業務における薬剤師の使命

国民に対して品質の保証された医薬品を供給する

医療機関内・在宅において他職種（特に看護師）患者等がエラーを起こさない医薬品の供給方法を確立する

患者が正しく服用(使用)できるよう患者の状況に合致した調剤設計を行い、薬剤調製を行う

今後「対物業務の作業」はロボット化が進展することで薬剤師が行う必要度は低くなってくる

薬剤師は「対物業務の管理」を行う

対人業務（对患者）における薬剤師の使命

患者から（お薬手帳を介して）服薬状況や服薬中に関する諸症状等について、丁寧に聞き取りを行う等の情報収集を行う

患者から得た各種情報を基に、患者のニーズに合致し、患者が適正に医薬品を使用するために、薬学的観点から当該患者に最適な剤形・用法等の決定する（調剤設計）と共に、必要な情報提供・薬学的指導を行う

患者の服薬状況（真の薬歴）を正確に把握する（薬歴のデータ化）

服用（使用）された医薬品について、患者モニタリングを積極的に行う

薬物療法における医療安全とは

1. この十数年対策をとってきたのは「使用の安全」確保

使用に際する安全性（ヒューマンエラー；使用の安全）

医療従事者の責務

医薬品を取り巻く環境的要因（医薬品の名前、容器・包装、法・制度等）

対策はほぼ出尽くしている（今後はロボット化で対応することが進展する）

2. これからの薬物療法における医療安全の大きな目標は「安全・安心で良質かつ適正な薬物療法の確保」

医薬品そのものの安全性（物の安全）

有害事象など

最近臨床の場で使用されるようになってきた分子標的薬をはじめ、新しい作用を持った医薬品は、未知の重篤な副作用発現の危険があるので、市販後の調査を含めて厳重なチェックが不可欠である。また、今後は海外で承認された医薬品がそのまま使用されることが考えられる（副作用の発現増大の危険性があることを認識すべき）

多職種協働で患者を守ることが極めて重要

<本日の内容>

1. 薬機法・医療法の改正等について

2. 医療DXに備える：電子処方箋・院内処方箋に関する諸課題

3. 医療DXに備える：電子版お薬手帳の利活用について

4. 医療DXに備える：処方チェック機能の現状と今後

5. AIの発展と処方チェックの未来像

6. 医療安全における薬剤師の役割：医療安全情報等について

7. 法が求める薬剤師像を考える

薬剤師の対物業務で残すべき記録

薬剤師の対物業務は、薬剤の購入から倉庫での保管・調剤（病棟）患者に服用されるまでの各プロセスの正しさが記録として残される事が必要

① Right Patient（正しい患者）
② Right Drug（正しい薬剤）
③ Right Purpose（正しい目的）
④ Right Dose（正しい用量）
⑤ Right Route（正しい方法）
⑥ Right Time（正しい時間）

調製した薬剤の正しさに関する記録

品質保証された薬剤が調製されたことに関する記録

調製から投与に至るプロセスの正しさに関する記録

薬剤購入・保管に関する記録

薬剤採用プロセス

発注・納品・検収・保管プロセス

薬剤調製に関する記録（画像情報を含む）

製剤に関する記録

加工せずに調製（無加工の記録）

加工して調製（加工内容の記録）

品質保証情報（ロット・期限を含む）

使用に関する記録

（病棟・患者への）供給に関する記録

薬剤部→病棟→患者

医師等の同意に関する記録

縫製縫合に関する記録

処方せんで調剤を行った記録

調剤を薬剤師が行った記録

<参考：調剤記録に求められる記載事項>

1 患者の氏名及び年齢

2 薬名及び分量

3 調剤並びに情報の提供及び指導を行った年月日

4 調剤量

5 調剤並びに情報の提供及び指導を行った薬剤師の氏名

6 情報の提供及び指導の内容の要点（新設）

7 処方せんの発行年月日

8 処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師の氏名

9 前号の者の住所又は勤務する病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの名称及び所在地

10 前条第2号及び第3号に掲げる事項

2 法第23条第2項の規定により医師、歯科医師又は獣医師の同意を得て処方せんに記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更の内容

3 法第24条の規定により医師、歯科医師又は獣医師に交付しし点を記載した場合には、その記載の内容

薬剤師の対人業務で残すべき記録

薬剤師は対人業務の「実施及び実施した内容の正しさ」を証明できる記録を残す必要がある

① Right Patient（正しい患者）
② Right Drug（正しい薬剤）
③ Right Purpose（正しい目的）
④ Right Dose（正しい用量）
⑤ Right Route（正しい方法）
⑥ Right Time（正しい時間）

薬剤の使用状況（交付後を含む）に関する記録

薬学的知見に基づく指導に関する記録

他の医療職への適正使用のための情報提供に関する記録

患者からの情報収集及び患者等に提供・指導した内容に関する記録

処方箋の妥当性に関する記録

提供した情報に関する記録

薬学的知見に基づく指導に関する記録

薬剤管理指導業務に関する記録

他の医療職へ提供した情報に関する記録

看護師等への使用薬剤に関する留意事項

医師への処方提案

持参薬の使用に関連する各種情報

適正使用に必要な医薬品情報を関連する医療職に伝えたことの記録

薬局に提供した（から提供された）情報に関する記録

薬局に提供した（から提供された）記録

1 患者の氏名及び年齢

2 薬名及び分量

3 調剤並びに情報の提供及び指導を行った年月日

4 調剤量

5 調剤並びに情報の提供及び指導を行った薬剤師の氏名

6 情報の提供及び指導の内容の要点（新設）

7 処方せんの発行年月日

8 処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師の氏名

9 前号の者の住所又は勤務する病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの名称及び所在地

10 前条第2号及び第3号に掲げる事項

2 法第23条第2項の規定により医師、歯科医師又は獣医師の同意を得て処方せんに記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更の内容

3 法第24条の規定により医師、歯科医師又は獣医師に交付しし点を記載した場合には、その記載の内容

この10年間で薬剤師が身につけるべき能力は

対患者

・対面でまともな会話が出来る

・難しいことを相手の状況に合わせてわかりやすく簡潔に説明できる

・相手のニーズを的確に把握できる（聞き出す力）

対医療関係者

知識面（薬学）

・ジェネラリストとして（総合力）

・専門領域に対応できる

・RMPを十分理解している

・薬をめぐる各種制度を熟知している

・D I 室と同様の機能を果たせる

知識/技能面

・薬剤師業務の正確・簡潔に記録ができる（記録を通じて医療スタッフに情報を伝達）

・各医療スタッフの職能を理解している（チーム医療における役割分担）

・情報システムについて十分理解している

薬剤師とはどのような職種なのか？

対人業務

対物業務

薬剤師法 第1条（薬剤師の任務）

薬剤師は、調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。

医師法 第1条

医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。

医療法 第1条の2

医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、主に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

対人業務

薬剤師は医療職の中で対人業務と対物業務の両方を責務として負っている唯一の職種である

薬剤師業務を原点に戻って考える

薬剤師の業務は多岐にわたっている

「対物中心の業務」から「対人中心の業務」への
転換を求められている
(しかし対物業務は薬剤師の責務)

薬剤師業務を見直す際に必要な視点は
薬剤師でなくてはできない(薬剤師以外がしてはいけない)業務
薬剤師が行うことが望ましい業務

薬剤師が行わなくてもかまわない業務
薬剤師が行う必要が無い業務

をきちんと分別すること

電子処方箋について再考すると

- 現在の処方箋には医療用医薬品と特定保険医療材料も併記されている
- 現在医療用医薬品の中から「OTC類似薬」「長期収載医薬品」等が将来的に保険適用でなくなることが想定されることから、それらの医薬品に関して「医師の指示書」が必要となる場合もありうるのではないか

処方箋に記載する医薬品を保険(薬価基準)のしきりから解放し、医師法が定める
薬名・分量・用法・用量について、原点に戻って検討することも必要なのではないか

- リフィル処方箋の利用率は以前低いままである
- 外来患者への調剤方法として、将来的には欧州で行われている「箱渡し調剤」に移行することが想定される

その場合には薬価基準の取扱い方法にも大幅な改訂が必要となる

これらのことを想定すると、将来的には「現在の処方箋」を前提に電子処方箋システムを構築することは再考すべき余地があるのではないかと

(例えば) 現在外来患者に対して実施されている「特定疾患療養管理計画書」「生活習慣病療養計画書」等を参考に新たに「薬物療法計画書(仮称)」の概念を加え、その情報の作成を処方箋の代わりに使うシステム開発も視野に入れて、電子処方箋のシステム構築を検討してはどうか

医療DXが普及するまでに解決すべき課題

残された記録が正しいこと(虚偽記載がない)

処方データ・調剤データの虚偽記載を撲滅する

倍量処方箋の撲滅!!!

医療関係者が電子カルテに虚偽記載をすることは絶対に許されない

倍量処方箋の殆どが新薬に限られていることから、新薬については処方制限をするのではなく、調剤制限を定め、「リフィル処方」で対応することを定めるべきではないか

薬剤師法第25条の2第2項に従い、薬剤師は当該新薬に関しては、RMPの資料等を参考に、有害事象あるいはその兆候が発生していないかの経過観察を行い、その結果等の情報を医療機関に提供すると共に、リフィル調剤を行う
虚偽記載とはいえないが、疑い病名を電子カルテ内でどのような位置づけにするのか

医療DXが普及するまでに、医療関係者(特に薬剤師)には医療現場で発生する各種データが「正しいデータ」となるために、いかに努力を払うかが求められている

損害賠償請求事件判決

平成23年02月10日 東京地方裁判所

東京地裁は、投薬を指示した担当医や、薬剤師3人の賠償責任を認め、2365万円の支払いを命じた。医療過誤訴訟で薬剤師の責任を認める判決は異例。

このようなオーダリングシステムの導入は、薬剤師とシステムとのダブルチェックによる過誤の防止という点で効果を発揮するととらえられ、そのシステムの設定・活用の仕方次第で、機械的なチェックに馴染む面々的な事項については、システムによるより迅速で確実、網羅的なチェックが可能となり、数多くの医薬品について、限られた時間で、調剤・監査を行わなければならない医薬品の調剤・監査業務の事務処理を全体としてより合理化し得るものとして、重要な意義を有するものということができた。ところが、オーダリングシステムを導入する病院において、調剤・監査業務に関与する薬剤師等が、

- ①そのシステムの機能や具体的なチェック項目等について十分理解し、明確な認識を持った上で、
- ②当該システムが正常に機能することを信じて業務を行い、かつ、
- ③当該システムが正常に機能する技術的担保があるなど、これが正常に機能することと信じるにつき正当な理由がある場合には、薬剤師は、同システムが正常に機能することを信頼して自らの業務を行えば足りるものと解するのが相当である。

B1

医療人たる薬剤師に求められる視点とは何か?

薬物療法を「薬物から見る(考える)」
(薬学的臨床推論を行うのであり、医学的診断を行うのではない)

1. 処方せんに記載された医薬品及び併用している医薬品(薬歴)から「薬学的視点」で発生する事象を推測する
2. 使用している医薬品の体内動態等を考慮して、臓器の機能が不十分な場合に発生する事象を推測する(検査値を参照する理由)
3. 患者が罹患している疾患や薬歴を考慮して発生する不都合な事象を推測する

医療DXを原点に戻って考える

医療DXが法に基づいたものになってしまったため、2030年を一つの目標として、国が定める院内処方を含む電子処方箋等のシステム開発を行うことはベンダーとして対応せざるを得ないことは事実である

元来、わが国の医療は「保険請求」を基本(大原則)として発展してきたが、AIの発展を積極的に取り入れて、電子カルテは、「真のメディカルレコードを記録するシステム」として再構築し、レセプトはアウトプットの一方法として捉える、つまり「保険システムとの呪縛からの脱却」を前提とした、「最新の技術を取り入れた上で原点に戻った電子カルテ」の開発を、新規に行うことが求められている最後のチャンスといえるのではないかと

AI・ICT活用において薬剤師業務を安全に推進するために克服すべき課題

○AI・ICTの活用をするためには、まず原点に戻る事が必要(虎ノ門病院の判決を参考にすべき)

肺がん治療のため入院していた病院で、肺炎の薬を投与された後に死亡した大学教授の男性の遺族が、(中略)約1億円の損害賠償を求め、東京地裁に提訴した。遺族は「過剰な投与で死亡させた」として、調剤した薬剤師に対して「薬剤を調製する業務を怠った」と訴えている。訴状などによると男性は05年10月、肺炎にかかったが、医師の処方に基づき、1日の用量の5倍の薬を3日連続で与えられたため血圧が低下し、10日後に死亡したという。遺族の代理人弁護士によると、病院側は投薬ミスが起きた経緯について、(1)担当した研修医が病院で使う医薬品リストを眺め間違え、誤った用量の数字をパソコンに入力して調剤を指示した、(2)誤入力を指摘するシステムが働かず、薬剤師も指示の誤りに気づけなかった、とする調査報告書を遺族側に送ったという。薬剤師法は「処方箋に疑わしい点があるときは医師に問い合わせて確かめなければならない」と定めており、弁護士は「〇〇のような有名な病院でチェックがきかないのなら、同じような事件は今後も起こる。原因について納得のいく説明を受け、責任を明らかにしたい」というのが遺族の気持ちだ」と話した。

- ①調剤における薬剤師の責務(疑義照会)が果たされているか
- ②病院情報システム、薬剤部門システムがどのような機能を果たしているのか
- ③システムの機能や具体的なチェック項目・チェック内容等について十分理解しているか

薬剤師の養成及び資質向上に関する検討会 とりまとめ

令和3年6月30日

- (1)今後の薬剤師が目指す姿
- ②医療機関
 - チーム医療の推進により、多職種と連携しながら病棟の薬剤業務の充実が求められている。病棟機能別に病棟業務の時間を見ると、急性期の病棟において病棟業務の時間が多く、病院機能によって病棟業務の実施状況に差があり、回復期、慢性期などの病棟で更なる充実が期待される。
 - 「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」(平成22年4月30日厚生労働省医政局長通知)において薬剤師を積極的に活用することが可能な業務や、「医師の働き方改革を進めるためのタスクシフト/シェアの推進に関する検討会」(令和2年12月23日議論の整理)において示された取組をきめ、医薬品の専門家である薬剤師が薬物療法に積極的に関わっていくことが必要である。
 - 病棟業務のほか、薬剤師による外来支援業務、治験・臨床研究、手術室、ICU、救命救急等の業務への取組も必要である。
 - 入退院時等におけるシームレスな薬学的管理を実践するため、地域の薬局等の関連機関や機能の異なる医療機関間との連携に係る業務にも今後関与していく必要がある。薬局と医療機関の連携のためには、医療機関の薬剤師として在宅医療をはじめとする薬局の業務についても理解しておくことが必要であり、薬局の薬剤師との会議や研修等により連携を充実させる取組が効果的である。
 - また、上記の連携等の業務は、薬局の場合と同様に、電子処方箋等の取組や電子版お薬手帳の活用により、業務が大きく変わっていくことが予想されるため、ICTを活用した薬剤師の業務を積極的に考えることが必要となる。

薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会 とりまとめ 令和3年6月30日
○医療機関における医療安全の取組として、医療安全管理部門に薬剤師を配置すること等により、院内における医薬品安全管理の組織体制を構築するとともに、他職種への研修等を通して、必要となる情報提供や安全確保を目的とした取組が求められる。 ○薬機法改正により、先駆け審査指定制度や条件付き早期承認制度等が法制化され、優れた医薬品が早期に実用化されることになるが、医薬品リスク管理計画(RMP)等を活用して副作用のモニタリングを行うことにより、医薬品の適正使用により貢献していくことが求められる。(薬局の薬剤師も同様) ○このような業務の充実の一方で、薬局の場合と同様に、対物業務の効率化も考える必要がある。特に、中小規模の医療機関では病棟業務に係る時間が短い傾向があり、十分な病棟業務や院内での活動の確保・充実のために、業務効率化が求められる。 ○上記のような各種取組の推進のためには、免許取得後に薬物療法をとりまく最新の知見を幅広く習得するなど生涯研修による質の向上が必要であるとともに、がんなどの疾患領域に応じた専門性も求められる。



医療DXにおける薬剤師の役割と求められる心得
○AI・ICTを過信せず、AI・ICTは何をやっているのか(何をやるか・やらせようとしているのか)を正確に理解する ○ロボットの利用に関しては、ロボットが前提としていること、そのロボットとしては対象としていないことを正確に理解する(治験における適用基準、除外基準をロボットに当てはめる) ○薬剤師が今やっている手順・作業を基準とするのではなく、手順・作業の目的・手段を正確に理解する。 ○薬効や副作用等のデータ解析に関しては、対象とするデータに含まれるリスク要因を正確に理解しておくことが重要(処方歴・調剤歴・服薬歴の違いをきちんと理解する) ○薬剤師とは何をする職種なのかを原点に戻り、様々な視点から考えることが必要(医療保険や介護保険等の資金面の制度からに偏る傾向にある)

おわりに
医療DXの名の下で今後さまざまな面で電子化が進展することは間違いない(後戻りはない) 電子化をする際には原則に戻って全体を観た上で、制度を含めて検討をしなくてはならない 医療DX、医師の働き方改革、各種タスクシェア・シフト等への対応策を検討することは従来の習慣を見直す最後のチャンス 医薬品データの将来的利活用を見据えて、今なすべきことは(実施記録を含む)正確な記録を残すために、いかにして現状の問題点を認識し、その問題点を改善するための努力を払うことである 行政は全体的な観点で制度について検討することはできるが、細かな事は分からないのは当然である。「行政は現場がわかっていない」と批判するのではなく、現場が行政に対して「現状及びそこに存在する課題等についてきちんと説明を行い」その上で「現場ならではのアイデア・智慧を積極的に示す」ことが必要である

2025年度「プレアボイド合同研修会」 —より質の高い事例報告・収集を行うために—

業務検討委員会

神奈川歯科大学附属病院 白鳥 千穂

はじめに

継続的な薬学管理と患者支援を実践するためには、病院と保険薬局の連携が大変重要である。今回もプレアボイド事例を通じ、互いの理解とより強力な連携促進を目的に神奈川県薬剤師会との合同研修会を開催した。研修会はオンライン形式で開催し、両会から昨年度受賞された各3名の先生方にご講演いただいた。

プログラム

日時：2026年3月5日（木）19：00～21：00

内容：Ⅰ．受賞者講演

講演1 2024年度神奈川県病院薬剤師会プレアボイド報告優秀事例受賞者講演

講演2 2024年度神奈川県薬剤師会プレアボイド報告優秀事例報告者講演

Ⅱ．2025年度プレアボイド報告優秀賞受賞者発表

参加者の概要

参加人数：141名（神奈川県病院薬剤師会会員82名、神奈川県薬剤師会会員59名）

研修内容

Ⅰ．受賞者講演

講演1 2024年度神奈川県病院薬剤師会プレアボイド報告優秀事例受賞者講演

座長：神奈川県病院薬剤師会

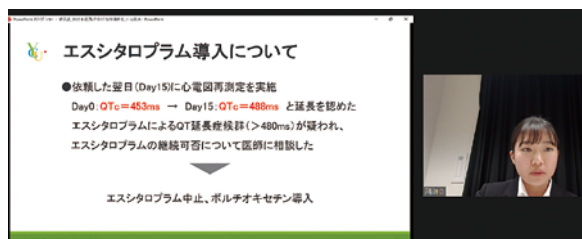
業務検討委員会 片山 文子

①「エシタロプラムによるQT延長の重篤化回避に薬剤師が介入した一例」

横浜市立大学附属病院 小山 実央 先生

エシタロプラムが導入された患者において、薬剤性QT延長を疑い早期介入した症例。

「QT延長のある患者」に禁忌とされるエシタロプラムが入院後追加となったが、入院時の心電図でややQT延長あり。その他考慮すべき心血管系疾患がないこと、長期服用が予想されたことから心電図の再測定を医師に提案。翌日の再測定でQTc上昇が認められたためエシタロプラムは中止となった。退院後の心電図測定で改善が確認され、致死的な不整脈の回避に貢献できた症例である。QT延長リスクがある薬剤の導入時には心電図モニタリングを提案するなど積極的な介入が有用であることが伝えられた。



②「地域をつなぐプレアボイドと薬薬連携による未然防止の実践 ～入院支援外来における周術期リスク回避～」

社会医療法人財団石心会 川崎幸病院

白田 昌弘 先生

腹腔鏡下胆嚢摘出術予定の患者に対し、入院支援外来でアセトアミノフェン含有のOTC服用が継続されていたことを確認。必要な休薬期間を確保し安全に手術を行うことができた症例。

入院支援外来では施設における入院支援の他、中止薬遵守が困難であると判断した患者に対し「薬剤管理依頼書」を発行するなど、地域との連携を図っていることが伝えられた。また、今回の

ように OTC やサプリメントの服用に関しては医療 DX 化の進展では解決できていない問題であるため、薬剤師による能動的な介入や連携の重要性が示された。

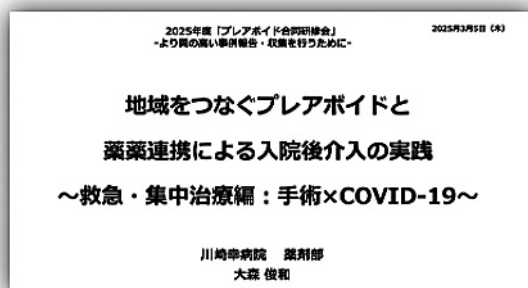


③「地域をつなぐプレアボイドと薬薬連携による入院後介入の実践 ～救急・集中治療編：手術×COVID-19～」

社会医療法人財団石心会 川崎幸病院
大森 俊和 先生

急性期医療において外部医療機関や薬局と連携し情報を補完したことで治療最適化に寄与した症例。

関節リウマチでステロイド服用中の COVID-19 陽性患者に対し、主治医よりヒドロコルチゾン投与の指示が出されたが、診療情報提供書やお薬手帳のみでは既往歴や服用期間が正確に把握できないと判断。外部医療機関や薬局と連携することで、自己免疫疾患患者の治療方針決定に重要であるステロイド内服期間及び生物学的製剤未使用を確認し、リスクを適切に評価することができた症例である。



講演 2 2024 年度神奈川県薬剤師会プレアボイド報告優秀事例報告者講演

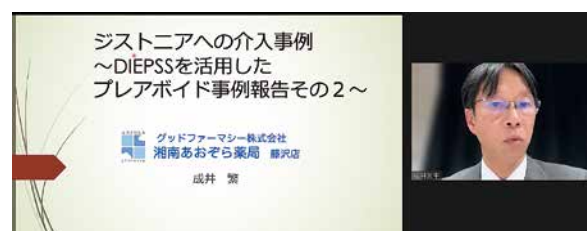
座長：神奈川県薬剤師会
リスクマネジメント委員会 加藤 大雅

①「ジストニアへの介入」

湘南あおぞら薬局藤沢店 成井 繁 先生

錐体外路症状の重症度を測る評価尺度である DIEPSS を活用した処方提案で、患者の苦痛軽減に貢献した症例。

統合失調症では薬物療法が中心となるが、副作用である錐体外路症状によりコンプライアンス不良となることがある。グループホームのスタッフから症状変化の情報があつた症例に対し、ジストニアを疑い DIEPSS の評価を行った。5 点評価でジストニア 2、歩行 2 と評価し医師へ対象薬剤減量の提案を行った。徐々に減量となり 12 週間後にはジストニア 0 歩行 1 と改善した。今回はスタッフの情報提供が重要であったことから、施設間連携の重要性が伝えられた。



②「在宅医療における副作用早期発見事例」

十二所薬局 小川 亮子 先生

意思疎通困難な高齢者に対し追加投与されたメトホルミンの副作用を早期発見した症例。

血糖コントロール改善目的でエクア®からエクメット配合錠®に処方変更後、介護士より体重減少及び下痢症状が報告された。副作用を疑い医師に処方提案し、メトホルミン中止及びフロセミド減量となり、重篤な副作用回避につながった。高齢者は採血結果のみでは副作用の評価が困難であるため、介護士による生活上の変化の気付きが重要であった症例である。医療職以外でも薬に関する気付きがあるため、気付きの質を高めるための環境づくりが重要であることが伝えられた。

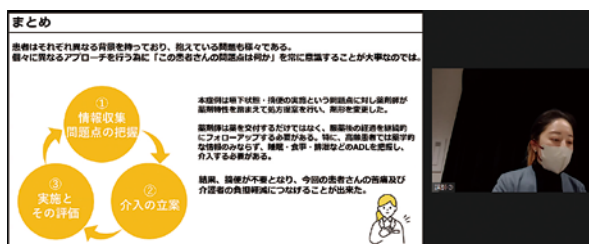


③「調剤の特性を用いた服用方法の提案」

わかば薬局大津店 北代 玲子 先生

嚥下状態と排便の実施に対し介入した症例。

排便コントロールでアミティーザ®開始され、嚥下障害に対し看護師から内服薬粉砕が提案された。粉砕の必要性や理由を確認、食事や水分摂取状況から服用できる剤型を推測し、服用困難なアミティーザ®からラグノス NF 配合ゼリー®へ変更を提案した。ラグノスゼリー®はアミティーザ®に変わる排便コントロール及び服薬補助ゼリーの代用としても有効であった。この処方変更で排便コントロールが改善し、介護スタッフの負担軽減や排便による患者の羞恥回避にもつながった。この症例では薬剤師が患者個々に抱えている問題を意識して介入する大切さが伝えられた。



Ⅱ. 2025 年度プレアボイド報告優秀賞受賞者並びに県病薬最多報告施設発表

・神奈川県病院薬剤師会

2025 年 11 月にプレアボイド報告推進月間としてキャンペーンを実施した。期間中 385 件の報告があり、この中から優秀事例が選ばれ発表された。

重篤化回避優秀賞

社会医療法人財団石心会 川崎幸病院
寺林 晃輝 先生

未然回避優秀賞

公立大学法人 横浜市立大学附属病院
八木 道直 先生

薬物治療効果の向上優秀賞

社会医療法人財団石心会 川崎幸病院
米内 洸 先生

・神奈川県薬剤師会

10 月にプレアボイド報告キャンペーンを実施した。期間を含め 611 件の報告があり、この中から優秀事例が選ばれ発表された。

ミチト薬局 野庭店 林 哲哉 先生
二子薬局 都筑店 渡辺 美穂 先生

おわりに

今回も両会から多数の参加があり、入院から外来へ継続した患者支援のために必要な情報を共有する機会となった。最後に神奈川県病院薬剤師会会長から挨拶があり、高齢化社会に向け薬剤師の力が問われる時代となっているため、薬剤師としての聴取力、観察力、思考力、医師への提案力などを磨き、患者指導や医療を支えることへの期待が伝えられた。

令和7年度 市民公開講座 ～心臓病を正しく知って、健康寿命を延ばす～/かながわ心不全研修会 学術情報委員会

北里大学病院薬剤部 小原 悠

はじめに

学術情報委員会が主催する市民向けの公開講座は、2023年5月13日に行われた県民公開講座以来の開催となりました。市民公開講座は地域の方に心臓にまつわる病気の知識を理解してもらうこと、心不全研修会は薬剤師に地域医療における薬剤師の役割を学ぶことを目的に開催しました。以下の通り、報告します。

開催概要

・市民公開講座

日時：令和8年3月7日（土） 10：00～12：00

形式：現地開催

参加者：134名

主催：神奈川県病院薬剤師会

後援：横浜市医療局



・心不全研修会

日時：令和8年3月7日（土） 13：00～16：30

形式：現地開催

参加者：県病薬会員：56名、県病薬非会員：38名

共催：神奈川県病院薬剤師会・神奈川県薬剤師会

後援：横浜市医療局・かながわ心不全ネットワーク

内容

～市民公開講座～

講演：心臓を元気に守ろう！最新の治療とセルフマネジメント

演者：菅野 康夫先生（一般社団法人神奈川県警友会けいゆう病院 循環器内科部長）



心不全に関して市民向けに基礎からわかりやすく解説された。心不全患者は爆発的に増加しており、「心不全パンデミック」と表現されている。その背景として、心不全患者の高齢化が問題になっており、高齢者心不全の特徴として①症状のみでは判断できない②合併症が多い③フレイルなどが挙げられる。心不全パンデミックに対応するためには、病院と地域の連携や自身で意識を持ち早期発見に務めることが重要である。

治療薬として、Fantastic4 と称される、ARNI、 β 受容体遮断薬、MRA、SGLT2 阻害薬や ACE 阻害薬・ARB などについて作用機序と有効性の違いが解説された。非薬物療法として、経皮的冠

動脈インターベンション、心臓再同期療法、呼吸補助療法、弁膜症に対する治療（含 MitraClip、経カテーテル的大動脈弁植え込み術、手術）、心房細動に対するカテーテルアブレーションについて治療の概要について解説された。

心不全は2次予防でセルフマネジメントを行うことが重要である。心不全を悪化させない5つの工夫として、①減塩②毎朝の体重測定③服薬遵守④感染症の予防⑤適度な運動がある。適度な運動については、目安の運動量やレジスタントトレーニングの一例を紹介された。

～かながわ心不全研修会～

基調講演：「次の一步をチームで創る心不全トータルケア～患者さんの明日を支えるシームレスな医療を実現するために～」

演者：河合 慧先生（聖隷横浜病院 心臓血管センター内科 主任医長）



医師の視点からチーム医療の重要性について、薬剤師向けに解説された。心不全で注意を要する時期として、退院後早期のVulnerable Phaseがあり、この時期にGDMTを行うことが予後を左右する。推奨薬が導入・増量されないClinical Inertiaが生じないよう、薬剤師が医師に注意喚起をすることは重要である。

シームレスな医療を実現するためには2人主治医制が重要である。病院から地域へ情報を渡す際には、「現在の病状・ステージ」、「体重を含む検査データの基準値」、「増悪因子」、「再受診の基準」などの連携ルール、「薬歴と目標」などのテンプレート例について説明された。

これらをもとに薬局では、退院後1～2週は週1回の患者フォローを行うことで迅速なGDMTの最適化が可能となる。また、病院と地域で情報

連携のハブとして、「心不全手帳」や「お薬手帳」、「地域共有フォーマット」などが有効である。

多職種からの患者教育によって心不全の再入院を抑制することが示されている。その際に、患者に対して「なぜ」を伝えることで患者の治療への理解が深まり、動機づけにもつながる。薬剤師は、ポリファーマシーの適正化やアドヒアランスの向上を通じて患者の予後に貢献することができる。

Fantastic4は、禁忌でない限り全例に導入すること、入院中に少量でも4剤を開始することが重要である。副作用として低血圧や腎機能障害などが懸念されるが、無症候性の低血圧やRAS阻害薬やSGLT2阻害薬導入初期のeGFR低下であれば、むやみに中止すべきではない。

シンポジウム

タイトル：「不整脈と心不全」

演者：武田 真央先生（川崎市立多摩病院 薬剤部）



心房細動について解説された。心房細動から心不全、心不全から心房細動の原因となりうるため心房細動について理解することは薬剤師にとって重要である。治療として心房細動のまま、心拍数を適切に管理するレートコントロール。また、心房細動を制御して、洞調律に戻し維持するリズムコントロールがある。リズムコントロールの非薬物療法としてカテーテルアブレーションがあり、出来るだけ早く行うことが望まれる。

タイトル：「チームで管理する心不全治療～虚血性心疾患の症例から「退院後の継続」を設計する～」
 演者：鈴木 隆索先生（シンワ薬局市民病院前店）



心筋梗塞の治療薬について解説された。抗血小板薬、強化スタチン、 β 遮断薬、RAAS 阻害薬、SGLT2 阻害薬を服用する患者の金銭的負担軽減を目的に介入された症例について紹介された。抗血小板薬などを後発品がある成分へ変更することで、月額 5,200 円の削減を実現した。薬局での介入は患者背景・治療方針の把握が必要であり、退院情報提供書などの情報共有が望まれる。

タイトル：「抗がん剤と心不全」
 演者：橋本 学先生（クスリのナカヤマ薬局久地駅前店）



がん治療に関連する心機能障害について解説された。薬局薬剤師としては、自覚症状などの心不全徴候にいち早く気づくことが重要である。クスリのナカヤマ薬局の取り組みとして、レジメン毎にフォローアップチェックシートを用いて定型的に情報収集を行う。しかし、薬局の課題としてレジメンの把握が難しい場面もある。

タイトル：「おくすり手帳用シールに込めた思い～小さなシールに込めた大きなメッセージ～」

演者：杉本 匠先生（東海大学医学部附属病院薬剤科）



おくすり手帳用シールについて解説された。病院でおくすり手帳用シールを貼付することで、多職種で情報共有が容易に可能となる。患者自身もシールを視認することで、自覚症状の気づきにつながる。心不全チェックシートは、他の方に疾患を知られたくない患者にも配慮し、お薬手帳に QR コードで貼付するもので、患者家族含めてセルフチェックを可能としている。

タイトル：「薬局薬剤師の心不全への関わり」
 演者：阿部 隆介先生（阿部薬局・テラオ薬局）



心不全手帳について解説された。日本心不全学会が発行する心不全手帳は有料であるが、導入時の説明では有用である。患者のセルフモニタリングへの理解度を確かめ向上させることができる。また、心不全薬剤管理サマリーを活用することでかかりつけ医で GDMT の実施が可能となる。

タイトル：「地域における心不全ケアへの関わり」
演者：漆畑 俊哉（一般社団法人日本心不全薬学
共創機構 代表理事）



地域の心不全ケアについて解説された。薬局薬剤師の悪化徴候を早期発見するために、薬局での心電図測定を行う取り組みについて紹介された。家庭用心電計を用いて、心房細動やQT延長、不整脈などフォローアップが可能である。しかし、薬剤師はあくまでも診断に深踏み込みすぎないことが重要である。

おわりに

市民公開講座は開催前から30人程の列ができていた。講演中に市民がメモを取る様子、質疑時間で絶え間なく質問が続いたことから、市民の心臓病に対する関心が高いことが窺えた。市民に疾患を正しく理解していただくことで、セルフマネジメントの質が向上していくと考えられる。市民へのアンケート結果では、参加者の多くが70代以上の高齢者であり、また自身が疾患を抱える患者本人が約半数を占めていた。講演内容については「わかりやすい」との回答が多数を占め、満足度も高い結果であった。さらに、本講演を通じて新たな知見を得て生活改善に努めたいとの意見が多く、薬剤師への相談を検討するきっかけになったとの回答も半数を占めた。加えて、次回以降も同様の講演に参加したいとの意向が多く示された。

心不全研修会は、聴講者参加型の研修会として各演者でアンケートを実施して行った。受講しながら、聴講者の考えが分かるようになっており、受講者の興味を引く研修会であった。質問はス

マートフォンから投稿可能であり、最後の総合討論では時間では収まりきれないほどの質問があり、学びとして有意義であった。今後も、充実した研修会を企画していきたい。

日本病院薬剤師会令和7年度医療政策部セミナー web (令和8年度診療報酬改定説明会)

業務検討委員会

国家公務員共済組合連合会平塚共済病院 藤本 忠行

はじめに

令和8年3月21日、日本病院薬剤師会より医療政策部セミナーが開催され神奈川県病院薬剤師会の代表としてセミナーに参加させて頂いた。

今回の改定は本体部分が3.09%であり今後の業務構築にかなりの好影響をもたらすであろう。参加者は500名弱であり全国各地から多くの関心を持たれていた。

以下、各演題について概要を報告する。

日時：2026年3月21日（土）10：30～16：30
Web配信場所：TKP ガーデンシティ PREMIUM
品川高輪口

<第一部>医療政策の最近の動向

[座長 日本病院薬剤師会医療政策部会 部員 菅野 浩]

10：35～11：15

タスク・シフティングの推進について

タスク・シフト/シェアに関する検討特別委員会 委員長 外山 聡

令和2年度より日病薬の取り組みとしてタスク・シフティングの推進事業を行ってきた。

現在の主な業務として処方支援、薬剤調製、持参薬関連、オーダー代行、患者面談・指導等がある。いずれの取り組みも看護師、特に医師の評価は高く、負担軽減も認められる。薬剤師の負担は増加してしまうがプロトコルに基づく取り組みは負担が減少する場合もある。

また薬剤師の負担軽減を考える上でSPD等の補助者の役割を構築していく事も肝要である。

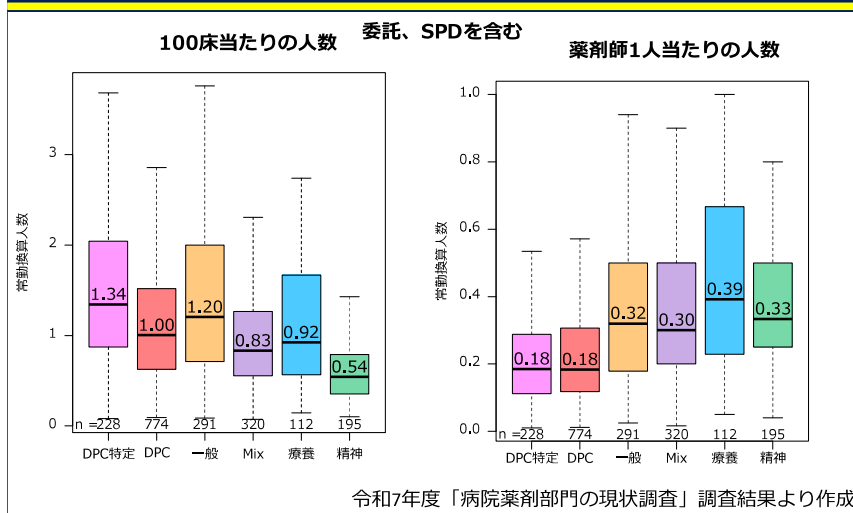
11：15～11：55

薬剤師出向の実態

(薬剤業務向上加算施設の調査等による)

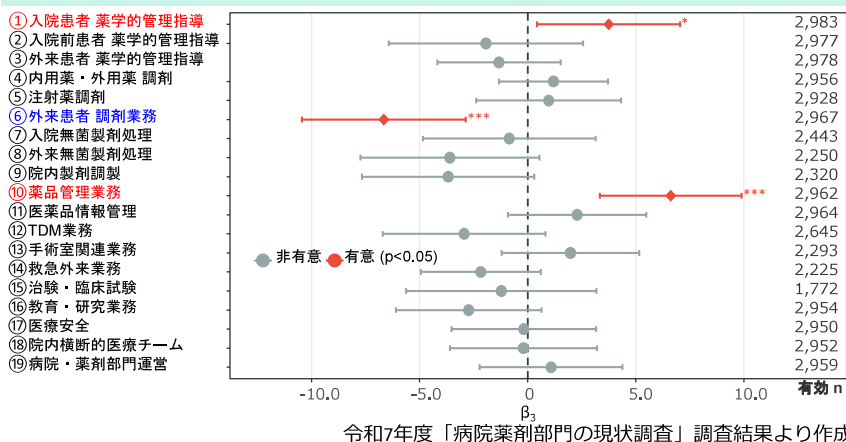
病院薬剤師確保策に関する検討特別委員会
委員長 崔 吉道

現状調査：配置施設の調剤補助者数



現状調査：調剤補助者の効果の推定

調剤を補助する者を配置することで『1. 入院患者に対する薬学的管理指導（病棟薬剤業務、薬剤管理指導、退院時指導等）』が推進されることが示唆される。



薬剤業務向上加算を算定している施設を対象に実態（2026.3 時点、中間報告）を解説いただいた。

病院薬剤師の確保と育成を後押しするツールとして地域医療介護総合確保基金、第8次医療計画、そして薬剤業務向上加算等があげられる。

また、同加算の算定は出向研修の意義にも繋がる好循環であり、今後出向者数増加に期待する。2040 年の社会問題（人材確保、連携体制）の糸口としたい。

質疑応答

* 薬剤業務向上加算は出向元で算定できるため、出向者（元）の評価などは必要と理解していますが、出向先の声も聞いてみたいです。また、出向先の選定などどのように選定されたのか？地域性なども考慮して選定されたのか不明な気がしますが、何かご存じであれば教えてください。
⇒出向先選定は行政と連携して行うことが基本で、地域の出向先事情を勘案して決めていく。出向先の声に関しては今後公開予定である。

* 地方の多くの中小病院では人員不足のため、出向していただけるなら非常にありがたいと考えていますが、大きな病院の薬剤師に教えられることが少ないのではないかと考えています。それでも申請することは可能でしょうか？
⇒中小病院であろうと医療全体を捉える事が大事なので学ぶことは多い。地域の事情、患者との関わりを通じて視野を広げることにつながると

思う。

* 保険点数算定とは無関係に個別の施設間の合意のもとにこのような関係構築が進むとしたら、現時点で、何か問題や懸念される事項はありますか？

⇒やはり地域の実情に応じた共有が望ましい。

* 出向先で薬剤管理指導などの算定が可能となった場合、出向期間が短いと算定の維持が難しくなりますが、一度出向した場合は、同じ施設への出向を継続しなければならないのでしょうか？

⇒それぞれの事情による。

12:05 ~ 13:00

医療 DX について

医療 DX 対応検討特別委員会 委員長 舟越 亮寛

医療 DX の狙い

- * 電子カルテや AI 活用による現場の負担軽減
- * 電子処方箋など医療 DX サービスによる全国的な患者の医療情報共有体制の整備
- * 最新技術の活用による、情報システムコストの

上昇抑制

本講演では、外来診療や救急、持参薬における病院薬剤師のオンライン資格確認の活用状況等についても報告がなされ、情報が共有された。

診療報酬改定 × 医療DX × 病院薬剤師

令和 8 年度診療報酬改定

2040年とその先を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

- 入院分野では、在宅・介護施設からの緊急入院の受け入れ、円滑な入退院の実現、高齢者で必要となるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の充実など見直しを実施。
- 在宅医療・訪問看護分野においては、平時からのICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、重症患者や住まいの特性に合わせて評価の見直しを実施。



2

8. 質の高い在宅医療の推進

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001669888.pdf>

13:00 ~ 13:30

医薬品の品質・安定供給体制確保について

日本病院薬剤師会 副会長 川上 純一

医薬品供給不足の背景

- * 企業不祥事による影響
- * 原料、製造、流通のサプライチェーン脆弱性
- * 新型コロナウイルス感染症の拡大等による急激な需要増

今後の安定供給確保対策

- * 製造販売業者の安定供給体制の整備
- * 供給不安な医薬品の迅速把握、必要な要請や指示を行なえる規定 (厚労省)
- * 医療 DX による需給状況モニタリング

重要供給確保医薬品A群（案）

別表第一 供給確保医薬品及び重要供給確保医薬品(ワクチンを除く。)

群	医薬品の名称	投与形態	薬効分類
A	アセトアミノフェン	外用剤	114 解熱鎮痛消炎剤
	アドレナリン	注射剤	245 副腎ホルモン剤
	アルゴトロバン水和物	注射剤	219 その他の循環器器官用薬
	アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム	注射剤	613 主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの
	シクロスポリン	内用剤	399 他に分類されない代謝性医薬品
	スガマデクスナトリウム	注射剤	392 解毒剤
	セファゾリンナトリウム	注射剤	613 主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの
	セファゾリンナトリウム水和物	注射剤	613 主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの
	セフトリアキソンナトリウム水和物	注射剤	613 主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの
	セフメタゾールナトリウム	注射剤	613 主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの
	タクロリムス水和物	内用剤	399 他に分類されない代謝性医薬品
	タゾバクタム・ピペラシリン水和物	注射剤	613 主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの
	ドパミン塩酸塩	注射剤	211 強心剤
	トロンピン	外用剤	332 止血剤
	ノルアドレナリン	注射剤	245 副腎ホルモン剤
	バンコマイシン塩酸塩	注射剤	611 主としてグラム陽性菌に作用するもの
	フルマゼニル	注射剤	221 呼吸促進剤
	プロポフォール	注射剤	111 全身麻酔剤
	ミダゾラム	注射剤	112 催眠鎮静剤、抗不安剤
	メトレキサート	注射剤	422 代謝拮抗剤
	メロペナム水和物	注射剤	613 主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの
ロクロニウム臭化物	注射剤	122 骨格筋弛緩剤	
ワルファリンカリウム	内用剤	333 血液凝固阻剤	

(厚生労働省, 医療用医薬品の流通改善に関する懇談会(第40回), 安定確保医薬品の見直しを踏まえた別枠品の取扱等について, 資料2, 2025.11.5)

別表第二 供給確保医薬品及び重要供給確保医薬品(ワクチンに限る。)

群	ワクチンの名称	投与形態	薬効分類
A	インフルエンザHAワクチン	注射剤	631 ワクチン類
	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン	注射剤	631 ワクチン類
	乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	注射剤	631 ワクチン類
	乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン	注射剤	631 ワクチン類
	乾燥弱毒生水痘ワクチン	注射剤	631 ワクチン類
	乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン	注射剤	636 混合生物学 の製剤
	乾燥BCGワクチン	注射剤	631 ワクチン類
	組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様 粒子ワクチン	注射剤	631 ワクチン類
	組換え沈降B型肝炎ワクチン	注射剤	631 ワクチン類
	コロナウイルス(SARS-CoV-2)RNA ワクチン	注射剤	631 ワクチン類
	沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド	注射剤	636 混合生物学 の製剤
	沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活 化ポリオヘプシルスb型混合ワクチン	注射剤	636 混合生物学 の製剤
沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン	注射剤	631 ワクチン類	

組換え沈降B型肝炎ワクチンは薬価基準収載品目

重要供給確保医薬品B群（案）

別表第一 供給確保医薬品及び重要供給確保医薬品(ワクチンを除く。)

群	医薬品の名称	投与形態	薬効分類
B	アスホターゼ アルファ(遺伝子組換え)	注射剤	395 酵素製剤
	アルブロスタジル	注射剤	219 その他の循環器官用薬
	エプタコグアルファ(活性型)(遺伝子組換え)	注射剤	634 血液製剤類
	エベロリムス	内用剤	399 他に分類されない代謝性医薬品
	エベロリムス	内用剤	429 その他の腫瘍用薬
	塩化ラジウム(223Ra)	注射剤	429 その他の腫瘍用薬
	カバジタキセル アセトン付加物	注射剤	424 抗腫瘍性植物成分製剤
	乾燥イオン交換樹脂処理人免疫グロブリン	注射剤	634 血液製剤類
	乾燥スルホ化人免疫グロブリン	注射剤	634 血液製剤類
	乾燥BCG膀胱内用(日本株)	外用剤	639 その他の生物学的製剤
	乾燥人フィブリノゲン	注射剤	634 血液製剤類
	乾燥ポリエアレングリコール処理人免疫グロブリン	注射剤	634 血液製剤類
	抗ヒト胸腺細胞ウサギ免疫グロブリン	注射剤	639 その他の生物学的製剤
	コルヒチン	内用剤	394 癌病治療剤
	ジアゼパム	外用剤	112 催眠鎮静剤, 抗不安剤
	ダフツムマブ(遺伝子組換え)	注射剤	429 その他の腫瘍用薬
	テガフル・ギメラシル・オテランルカリウム配合剤	内用剤	422 代謝拮抗剤
	テモゾロミド	注射剤	421 アルキル化剤
	トルバタダン	内用剤	213 利尿剤

バソバニブ塩酸塩	内用剤	429 その他の腫瘍用薬
バルガンシクロビル塩酸塩	内用剤	625 抗ウイルス剤
ヒト血漿由来乾燥血液凝固第XⅢ因子	注射剤	634 血液製剤類
人免疫グロブリン	注射剤	634 血液製剤類
ヒドロキシカルバミド	内用剤	422 代謝拮抗剤
ヒドロキシクロキニン硫酸塩	内用剤	399 他に分類されない代謝性医薬品
ブスルファン	注射剤	421 アルキル化剤
フルダラビンリン酸エステル	注射剤	422 代謝拮抗剤
フルドロコルチゾン酢酸エステル	内用剤	245 副腎ホルモン剤
pH4処理酸性人免疫グロブリン	注射剤	634 血液製剤類
pH4処理酸性人免疫グロブリン(皮下注射)	注射剤	634 血液製剤類
ベリムマブ(遺伝子組換え)	注射剤	399 他に分類されない代謝性医薬品
ポリエチレングリコール処理人免疫グロブリン	注射剤	634 血液製剤類
ポリカルボフィルカルシウム	内用剤	239 その他の消化器官用薬
ロピバカイン塩酸塩水和物	注射剤	121 局所麻酔剤

別表第二 供給確保医薬品及び重要供給確保医薬品(ワクチンに限る。)

群	ワクチンの名称	投与形態	薬効分類
B	黄熱ワクチン	注射剤	631 ワクチン類
	乾燥細胞培養痘苗ワクチン	注射剤	631 ワクチン類
	乾燥細胞培養不活化A型肝炎ワクチン	注射剤	631 ワクチン類
	精製Vi多糖体腸チフスワクチン	注射剤	631 ワクチン類
	不活化ポリオワクチン	注射剤	631 ワクチン類
	4価髄膜炎菌ワクチン	注射剤	631 ワクチン類

4 価髄膜炎菌ワクチンは薬価基準収載品目

(厚生労働省, 医療用医薬品の流通改善に関する懇談会(第40回), 安定確保医薬品の見直しを踏まえた別枠品の取扱等について, 資料2, 2025.11.5)

＜第二部＞令和 8 年度診療報酬改定
〔座長 日本病院薬剤師会医療政策部会 部員
渡邊 学、鈴木 昭夫〕

13：40～14：10

令和 8 年度診療報酬改定のポイント（薬価改定・
調剤報酬を含む）
厚生労働省保険局医療課 課長補佐 井上 大輔

診療報酬改定概要

＊物価・賃金上昇に対する対応

＊地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮する
ための体制評価の見直し
＊質の高い医療推進のための薬局・薬剤師におけ
る対人業務評価の見直し

診療報酬点数（薬剤師関連）の改定点

＊令和 8 年度診療報酬概要
＊病院薬剤師を取り巻く状況
＊中央社会医療保険協議会における議論
＊医科点数表における改正ポイント

令和 8 年度診療報酬改定について（令和 7 年12月24日大臣折衝事項）

1. 診療報酬 **+3.09%**（R 8 年度及び R 9 年度の 2 年度平均。R 8 年度 +2.41%、R 9 年度 +3.77%）（R 8 年 6 月施行）

- ※ 1 うち、賃上げ分 **+1.70%**（2 年度平均。R 8 年度 +1.23%、R 9 年度 +2.18%）
 - ・医療現場での生産性向上の取組と併せ、R 8・R 9 にそれぞれ 3.2%（看護補助者、事務職員は 5.7%）のペアを実現するための措置
 - ・うち、改定率の 0.28% 分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的対応
- ※ 2 うち、物価対応分 **+0.76%**（2 年度平均。R 8 年度 +0.55%、R 9 年度 +0.97%）
 - ・特に、R 8 以降の物価上昇への対応として +0.62%（R 8 年度 +0.41%、R 9 年度 +0.82%）を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。（病院 +0.49%、医科診療所 +0.10%、歯科診療所 +0.02%、保険薬局 +0.01%）
 - ・また、改定率の 0.14% 分は、高度医療機能を担う病院（大学病院を含む）が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応
- ※ 3 うち、食費・光熱水費分 **+0.09%**（入院時の食費基準額の引上げ（40 円/食）、光熱水費基準額の引上げ（60 円/日））
 - ・患者負担の引上げ：食費は原則 40 円/食（低所得者は所得区分等に応じて 20～30 円/食）、光熱水費は原則 60 円（指定難病患者等は据え置き）
- ※ 4 うち、R 6 改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 **+0.44%**
 - ・配分に当たっては、R 7 補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持（病院 +0.40%、医科診療所 +0.02%、歯科診療所 +0.01%、保険薬局 +0.01%）
- ※ 5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の
評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 **▲0.15%**
- ※ 6 うち、※ 1～5 以外分 **+0.25%** 各科改定率：医科 +0.28%、歯科 +0.31%、調剤 +0.08%

2. 薬価等

薬価： ▲0.86%（R 8 年 4 月施行）
材料価格： ▲0.01%（R 8 年 6 月施行）
合計： ▲0.87%

3. 診療報酬制度関連事項

- ① R 9 年度における更なる調整及び R 10 年度
以降の経済・物価動向等への対応の検討
- ② 賃上げの実効性確保のための対応
- ③ 医師偏在対策のための対応
- ④ 更なる経営情報の見える化のための対応

4. 薬価制度関連事項

- ① R 8 年度薬価制度改革及び
R 9 年度の薬価改定の実施
- ② 費用対効果評価制度の更なる
活用

14：10～14：40

令和8年度診療報酬点数表（薬剤師関連）の改定点

厚生労働省保険局医療課 課長補佐 井上 大輔

令和8年度診療報酬改定 IV-4-2 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進②

（医）病棟薬剤業務実施加算について

- 病棟薬剤業務実施加算について、ポリファーマシー対策や施設間の薬剤情報連携、転院・退院時の服薬指導等に資する薬学的介入の実績を適切に評価する観点から、薬剤総合評価調整加算等の算定回数が多い場合の評価を見直す

現行	改定後
【（医）病棟薬剤業務実施加算】 1 病棟薬剤業務実施加算 1（週1回） 120点 2 病棟薬剤業務実施加算 2（1日につき） 100点	【（医）病棟薬剤業務実施加算】 1 （新）病棟薬剤業務実施加算 1（週1回） 300点 2 病棟薬剤業務実施加算 2（週1回） 120点 3 病棟薬剤業務実施加算 3（1日につき） 100点

【施設基準】
 三十五の四 病棟薬剤業務実施加算の施設基準
 (1) 病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準
 イ 病棟ごとに専任の薬剤師が配置されていること。
 □ 薬剤師が実施する病棟における薬剤関連業務につき、病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性に資するために十分な時間が確保されていること。
 ハ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有すること。
 ニ 当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。
 ホ 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
ト 薬剤総合評価調整業務及び退院時薬剤情報管理指導につき十分な実績を有していること。
 (2) 病棟薬剤業務実施加算 2 の施設基準
 (1) のイからホまで該当する保険医療機関であること。
 (3) 病棟薬剤業務実施加算 3 の施設基準
 イ～ホ（略）
 (4) （略）

薬剤総合評価調整加算
 退院時薬剤情報管理指導料
 情報連携
 退院指導

【A250】薬剤総合評価調整加算の算定回数が直近3ヶ月で10回
 【B014】退院時薬剤情報管理指導料の算定割合が直近3ヶ月における退院患者に対する退院時薬剤情報管理指導料の算定割合が4割以上

29

14：40～15：10

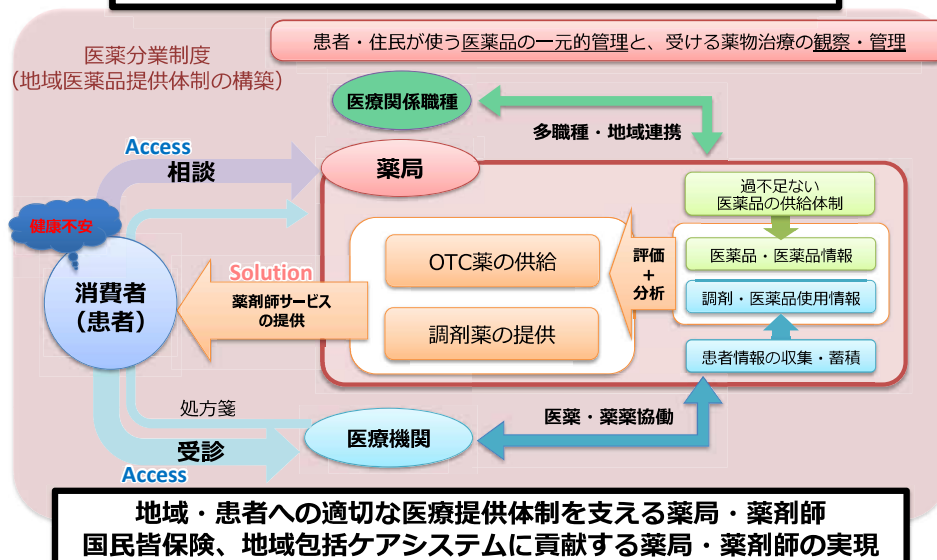
令和8年度調剤報酬改定について

中央社会保険医療協議会委員
 （日本薬剤師会副会長、日本病院薬剤師会
 医療政策部会特別部員）森 昌平

令和8年度診療報酬改定の主なポイント

- * 地域の医薬品供給拠点としての評価体系の見直し
- * 安心・安全で質の高い医療推進のための薬局・薬剤師における対人業務評価の見直し
- * その他（物価・賃金上昇対応、選定療養、調剤報酬の簡素化、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則関係、薬剤調製料関係）

将来目指すべき薬剤師・薬局の姿 （地域に貢献する薬剤師・薬局のビジョン）



15:25～16:25

質疑応答（診療報酬改定関連）

*薬剤総合評価調整加算について

・“直近3か月、10件以上”の算定要件は病棟薬剤業務実施加算対象の病棟に限られるか？

⇒算定要件としての記載はない。しかし今後Q&Aで詳細を確認いただきたい。

・退院後自施設通院の患者の場合、主治医に情報提供すれば算定可能か？

⇒困難であろう。

・他施設への情報連携手段として、薬剤管理サマリーを患者に預ける形でよいのか？カンファレンスは必要か？施設の要件として何か規定はあるか？

⇒算定要件としての記載はない。記載されていることを実施すればよいが、サマリー作成やカンファレンスを実施することが望ましい。

*退院時薬剤情報管理指導料について

・“直近3か月、退院患者の4割以上”の算出方法として死亡退院は分母に含まれるか？

⇒含まれない。

・ケアミックス病棟は対象となるか。

⇒対象とはならないが、本来の業務として実施しなくてもよいという解釈ではない。

*チーム医療における助言業務の評価について

感染対策向上加算や医療安全対策加算における専従要件の見直し（業務時間拡大）で、時間計上をどのようにすればよいのか？

⇒日々の勤務記録を計上して鑑査時に提示できるようにしておくこと。

（専従時間の時間配分を明確にして他業務を行う）

*地域支援・医薬品供給対応体制加算について

前身の後発医薬品使用体制加算にあった“カットオフ値”に関しては廃止という解釈でよいのか？

⇒その通りである。

*バイオ後続品使用体制加算について

後続品使用割合として数量シェア【ア】80%以上、【イ】50%以上の実績が求められるようになったという解釈でよいのか？

⇒その通りである。それぞれの要件に分けて要件を満たすこと。

*ベースアップ評価料について

人事院勧告に基づく賃上げに包括されてしまうと、コメディカルの処遇改善としての色合いが消えてしまう。他業種との差別化という点では機能しにくいのではないかと。

⇒公立病院では俸給表があるため、その改訂は困難かもしれない。民間病院や薬局については変えていける可能性はある。

*包括診療における薬剤管理指導料と退院時薬剤情報管理指導料について

現状算定できないが、今後の可能性としてはどうか？

⇒困難である。もし変えていくなれば現状の包括病棟において、どのような病棟業務をしたら患者へのメリットとなるのかを示していく必要がある。

*除外薬剤について

エリスロポエチン製剤やHIF-PH阻害剤等の除外対象は、血液透析や腹膜透析の患者に限られるか。また除外薬品の一覧は公表されるか。

⇒透析等生命に直結する薬剤に関しては、包括から除外され、例外的に出来高請求ができるという考え方である。リスト化もされていく。

*都市部や医療ビル内の新規薬局抑制について

医療モール内薬局や門前薬局対象の減算について、処方元の医療機関との距離を条件にした理由は？

⇒薬局開設の乱立を抑え、地域に貢献し得る薬局を適切に評価する措置。50mは視覚的に薬局が確認でき、直径にすると100mとなる観点である。

おわりに

昨今、度重なる医薬品の出荷調整に対応するため、単なる「後発品使用率」を評価する体制から、医薬品の「供給体制整備」を評価する方向性となった。このように今回の診療報酬改定は、2040年を見据えた医療体制構築、物価高騰やベースアップへの対応を目的としている。

我々病院薬剤師への責務は勿論、期待も込められており身が引き締まる思いである。出来る限りの貢献を全力で取り組んでいきたい。

令和7年度 薬剤業務推進のための講演会

業務検討委員会

東戸塚記念病院 柏崎 友紀江

はじめに

令和8年度の診療報酬改定では、病院薬剤師に対して非常に高い評価がなされた。本講演会では、日本血液製剤機構の谷澤氏を招き、本改定において薬剤師がこれほどまでに高く評価された背景や今後の展望について解説していただいた。

プログラム

日時：令和8年3月30日（月）19：00～20：30
内容：特別講演「令和8年度診療報酬改定の概要
～病院薬剤師はいかに評価されたか 今後の対応を考える～」

日本血液製剤機構 事業戦略部
谷澤 正明 氏

参加者の概要

県病薬会員 185名
非会員 日病薬会員 22名
その他 2名

講演内容

1. 病院薬剤師を取り巻く環境と評価の背景

日本は2040年に向け、現役世代の急減と高齢者人口のピークが重なる「2040年問題」に直面している。これに伴い、医療提供体制は高度急性期から地域包括医療へのシフト、医療DXの推進、そして医療機関の機能分化と連携が加速している。こうした中で、多くの急性期病院が医業利益の赤字という経営危機に瀕しており、政府は令和7年度補正予算や診療報酬改定を通じて財政支援を強化している。

このような時代において、病院薬剤師は「かつてない大きな追い風」の中にある。令和8年度診療報酬改定では、薬剤師がチーム医療の一員とし

て病棟業務を最大化し、医療の質向上と病院経営の両面に寄与することが明確に評価された。

2. 病院薬剤師はいかに評価されたか

まず、病棟薬剤業務実施加算1が120点から300点へと、現行の2.5倍に引き上げられ、極めて高い評価がなされた。これは薬剤師による処方前介入やタスク・シフト／シェアが、医師の負担軽減と安全な薬物療法に直結していると認められた結果である。

次に、救急医療における薬剤師の価値が再認識された。新設された救急外来医学管理料の最上位区分では、薬剤師の常時院内配置が要件化・評価の対象となり、ERやICU、HCUといった高度急性期の現場における薬剤師の介在が不可欠なものとなっている。

さらに、薬剤総合評価調整加算の見直しにより、退院・転院時の薬剤サマリーを用いた情報共有が強力に推進される。転院先や保険薬局との連携において、薬剤師が主体となってポリファーマシー解消に取り組む体制が、より高い点数で評価される。

3. 薬剤師が目指すべき方向性

高い評価を得た一方で、病院薬剤師には今後、その期待に応えるための具体的な行動が求められる。

「医師が処方する前」の介入の徹底：病棟において医師の処方設計段階から積極的に介入することが求められる。多職種連携を推進し、薬剤師の専門性を直接的に患者の治療成績（アウトカム）へ繋げる必要がある。

医療DXの主導的な活用：電子処方箋やマイナ保険証、電子カルテ情報共有サービスの普及により、患者の薬剤情報を一元的に把握できる環境が整いつつある。特に救急時医療情報の閲覧機能は要件化されており、これらのインフラを通じて重複投薬の防止や副作用の早期発見を行う体制が評

価される。

医薬品政策への貢献：バイオ後続品（BS）の使用促進や「地域フォーミュラリ」の策定において、薬剤師がリーダーシップを発揮することが期待されている。特に BS については 2030 年までの政府目標達成に向け、薬剤師主体の切り替え促進が診療報酬上でも重要視される。

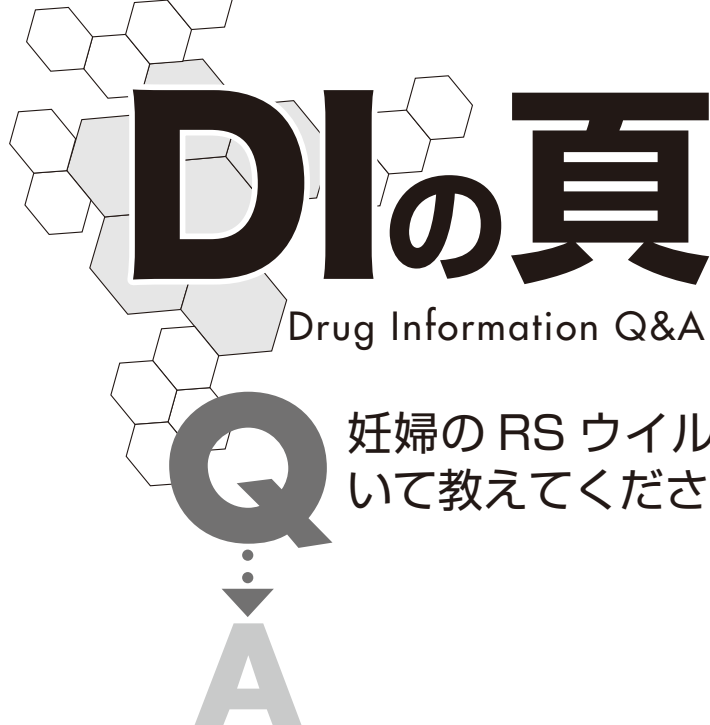
4. 結論

病院薬剤師は今、新たな評価ステージに立っている。令和8年度改定で示された追い風を活かし、薬剤師増員や機械化、タスク・シフト / シェア等の業務効率化を通じて薬物療法の質の向上へ寄与することが求められている。



おわりに

今回の講演会の聴講者は 200 名を超え、令和 8 年度の診療報酬改定に対する関心の高さが伺えた。講演の中でも示されたように、この改定は病院薬剤師にとって大きな追い風であり、病棟薬剤業務や多職種連携を通じ薬剤師の専門性を発揮することが、患者への質の高い医療の提供と病院経営の改善の両立に繋がると期待される。



DIの頁

Drug Information Q&A



妊婦のRSウイルスワクチンの定期接種化について教えてください

1. はじめに

RSウイルス感染症（respiratory syncytial virus infection）は、RSウイルス（以下、RSVとする。）感染による急性の呼吸器疾患である。RSVは2歳までにほぼ100%の児が少なくとも一度は感染するとされている¹⁾。日本では、毎年12～14万人の2歳未満の児がRSV感染症と診断され、その約4分の1（約3万人）が入院を要すると推定されている²⁾。そして、入院症例の約7%が何らかの人工換気が必要とするなど、重症化により集中的な治療を要する感染症である³⁾。また、世界的に大きな疾病負荷をもたらしていることを踏まえ、WHO（World Health Organization）は各国に対してワクチンや抗体製剤などの予防手段の導入を推奨している³⁾。そこで2024年1月に妊婦向けRSVワクチン（アブリスボ[®]筋注用）が承認され2024年5月に販売された⁴⁾。当初は任意接種だったが、厚生労働省より2026年4月からの定期接種（A類疾病）が開始されており、今後の動向に注目が集まっている。

今回は、アブリスボ[®]筋注用を中心に詳述する。

2. 製品特徴⁴⁾

アブリスボ[®]筋注用は、RSV-AおよびBの安定化融合前Fタンパク質を抗原として含有する2価の組換えタンパクワクチンであり、不活化ワクチンの一種に分類される。RSVの膜融合前構造のFタンパク質に対する免疫応答が誘導され、産生される中和抗体はRSVの感染阻害能を有し、

RSVによる下気道疾患の予防に寄与する。また、妊婦への接種によって母体で産生された抗体が胎児に移行し、新生児および乳児のRSVによる下気道疾患の予防に寄与する。

3. 適応

2026年4月時点で、日本で任意接種として接種可能なRSVワクチンは、アブリスボ[®]筋注用とアレックスビー筋注用の2種類がある。なお、海外ではmRNAワクチンであるエムレスビア[®]筋注シリンジも発売されており、日本でも2025年5月に承認され、今後使用可能になる予定である⁵⁾。アブリスボ[®]筋注用は妊婦に接種可能な唯一のRSVワクチンであるとともに、60歳以上の者に対する適応も取得している。一方、アレックスビー筋注用とエムレスビア[®]筋注シリンジは妊娠中の使用は承認されておらず、海外では妊婦へのアレックスビー誤接種の報告がある⁶⁾。薬剤師は適応の違いを明確に把握し、接種前に確認を徹底する必要がある。また、医療安全の観点から誤接種を防止するための体制整備もあわせて重要となる。

4. 用法及び用量、関連する注意⁴⁾

・アブリスボ[®]筋注用

妊婦：妊娠24～36週の妊婦に1回0.5mLを筋肉内に接種する。

（臨床試験では28～36週での接種で有効性がより高い傾向が認められており、推奨接種期間は28～36週である。）

60歳以上の者:1回0.5mLを筋肉内に接種する。

5. 同時接種

アブリスボ®筋注用のインタビューフォームでは「医師が必要と認めた場合に限り、他のワクチンと同時に接種できる」と記載されており⁴⁾、破傷風、ジフテリア、インフルエンザ、COVID-19などの他のワクチンと、同日接種または任意間隔で接種可能である⁷⁾。ただし、百日咳菌の防御抗原を含有するワクチンと同時に接種した場合は百日咳成分への免疫応答が低下する可能性が示唆されており、併用注意となる⁴⁾。なお、この結果は、海外で使用されている成人用3種混合ワクチン(Tdap)との同時接種の成績のため、わが国で使われているDPTワクチンとの同時接種の成績ではない⁸⁾。また、同時接種による免疫応答低下の臨床的意義は定かではない⁷⁾。

6. 接種不適当者⁴⁾

予防接種法および予防接種法施行規則に基づき、以下の者はアブリスボ®筋注用の接種が不適当と設定されている。

- ①明らかな発熱を呈している者
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- ③本剤の成分によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな者
- ④上記に掲げる者のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

7. 副反応⁴⁾

妊婦における臨床試験で報告された主な副反応は以下の通りである。

10%以上:疼痛(40.6%)、頭痛(31.0%)、筋肉痛(26.5%)

10%未満:紅斑、腫脹

頻度不明:ショック、アナフィラキシー、発疹、蕁麻疹

2024年5月～11月に実施された市販直後調査では、推定接種者数は25,680人であり、早産、死産、低出生体重児、妊娠高血圧症候群などの有害事象の増加は認められなかったと報告されている⁹⁾。

8. 薬剤調製時の注意⁴⁾

下記の【アブリスボ®筋注用 薬剤調製方法】に従って、接種準備を行う。

アブリスボ®筋注用 薬剤調製方法

- ①専用溶解用液が充填されたシリンジに注射針を装着します。



- ②シリンジ内の溶解用液を全量バイアルに注入し、針を刺したままバイアルを地面に水平に円を描くように回して粉末を完全に溶かします。



注:振りまぜないようにします。

- ③装着したままのシリンジに、溶解液を全量抜きます。このときにシリンジ内の溶液を確認してください(無色澄明(透明)、沈殿物なし)。



注:抜き取り時、プランジャーロッドを引き抜かないように注意します。

- ④筋肉内接種用の注射針に交換します。

※調製に使用した注射針は筋肉内接種に使用できません。



9. 抗RSVモノクローナル抗体製剤

日本小児科学会、日本産科婦人科学会、日本周産期・新生児医学会はいずれも、RSウイルス母子免疫ワクチンを乳児早期の重症RSV感染症を予防する有効な新戦略として位置付けている。また、他ワクチンとの同時接種やモノクローナル抗体製剤(表1)との使い分けについては、周産期・小児科領域が連携し、個別症例ごとに適切に判断すべきであると提言している^{2,7,10)}。

妊婦への組換えRSVワクチンの接種にかかわらず、以下の①～⑤の場合はニルセビマブまたはパリビズマブの積極的な投与が推奨される。その中で、②～⑤は、母体RSVワクチン接種の児に対する効果が低下することが予測される^{7,11-13)}。

- ①重篤なRSウイルス感染症の発症リスクを有する児(ニルセビマブまたはパリビズマブの適応症を有する児)
- ②妊婦がワクチン接種後14日以内に出生した児(胎盤を介する十分な抗体移行が期待できない)

と考えられるため)

- ③母体で十分な免疫応答が得られない可能性がある妊婦（例：免疫不全状態の人）や経胎盤 RSV 抗体移行が減少する可能性がある妊婦（例：HIV 感染者）から出生した児
- ④出生後に RSV 抗体の消失につながる心肺バイパスを受けたもしくは体外式膜型人工肺を使用した児
- ⑤生後 6 か月までに流行シーズンを十分にカバーできない児（移行抗体が消失してしまうと考えられるため）。

10. おわりに

アブリスボ®筋注用は出生前から乳児を守る新たな予防手段として大きな期待が寄せられるワクチンである。接種対象である妊婦には適切な時期に 1 回接種を行い、乳幼児の入院リスク低減を図る。薬剤師は従来、ガイドラインや副反応情報の把握が求められているが、定期接種の開始に伴い、より一層適切な情報提供と対応が重要になるとともに、妊婦への啓発および接種体制の整備に努める必要がある。

表 1. 抗 RSV ヒトモノクローナル抗体製剤一覧^{12,13)}

商品名	シナジス®筋注液	ベイフォータス®筋注
有効成分	パリビズマブ（遺伝子組換え）	ニルセビマブ（遺伝子組換え）
効能又は効果	重篤な RSV 感染症のリスクを有する新生児、乳児および幼児における RSV 感染による重篤な下気道疾患の発症抑制	1. 生後初回又は 2 回目の RSV 感染流行期の重篤な RSV 感染症のリスクを有する新生児、乳児及び幼児における、RSV 感染による下気道疾患の発症抑制 2. 生後初回の RSV 感染流行期の 1. 以外のすべての新生児及び乳児における RSV 感染による下気道疾患の予防
重篤な RSV 感染症のリスク	RSV 感染流行初期において 1. 在胎期 28 週以下の早産で、12 ヶ月齢以下の児 2. 在胎期間 29 週～35 週の早産で、6 ヶ月齢以下の児 3. 24 ヶ月齢以下の ・過去 6 ヶ月以内に気管支肺異形成症(BPD)の治療を受けた児 ・血行動態に異常のある先天性心疾患 (CHD) の児 ・免疫不全を伴う児 ・ダウン症候群の児 ・肺低形成を伴う児 ・気道狭窄を伴う児 ・先天性食道閉鎖症の児 ・先天性代謝異常症の児 ・神経筋疾患の児	○生後初回の RSV 感染流行期の、流行初期において ・在胎期間 28 週以下の早産で、12 ヶ月齢以下の児 ・在胎期間 29～35 週の早産で、6 ヶ月齢以下の児 ○生後初回及び生後 2 回目の RSV 感染流行期の、流行初期において 24 ヶ月齢以下の ・過去 6 ヶ月以内に慢性肺疾患の治療を受けた児 ・血行動態に異常のある先天性心疾患の児 ・免疫不全を伴う児 ・ダウン症候群の児

引用文献

- 1) 厚生労働省ホームページ, RS ウイルス感染症
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekakukansenshou/rsv.html (2026 年 2 月 22 日閲覧)
- 2) 日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会,
RS ウイルス母子免疫ワクチンに関する考え方,
2024 年 2 月 17 日
- 3) 厚生労働省 第 32 回厚生科学審議会予防接種・
ワクチン分科会 予防接種基本方針部会 ワクチン
評価に関する小委員会, 小児における RS ウイル
ス感染症の予防について, 2025 年 10 月 22 日
- 4) ファイザー株式会社, アプリスボ®筋注用 イン
タビューフォーム (2025 年 12 月改訂 第 5 版)
- 5) 日本感染症学会・日本呼吸器学会・日本ワクチ
ン学会, 成人の RS ウイルスワクチンに関する見
解, 2025 年 12 月 9 日
- 6) Moro PL, Gallego R, Scheffey A, et al.,
Administration of the GSK Respiratory
Syncytial Virus Vaccine to Pregnant Persons in
Error. Obstet Gynecol, 143, 704 - 706, 2024.
(PMID : 38394669)
- 7) 日本周産期・新生児医学会 感染症対策委員会,
妊婦に接種する RS ウイルス母子免疫ワクチン
について 追補版①, 2024 年 8 月 23 日
- 8) 岡部信彦, 多屋馨子, 予防接種に関する Q&A 集
2025, 日本ワクチン産業協会, 東京, 2025
- 9) ファイザー株式会社, アプリスボ®筋注用 市販
直後調査 結果のお知らせ, 2025 年 4 月
- 10) 日本産科婦人科学会 / 日本産婦人科医会, 妊婦
に接種する RS ウイルスワクチンについて, 2024
年 5 月 21 日
- 11) 日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会,
日本におけるニルセビマブの使用に関するコン
センサスガイドライン Q&A (2025 年 10 月 7 日
一部修正)
- 12) アストラゼネカ株式会社, シナジス®筋注液
50mg・100mg インタビューフォーム 2024 年
3 月改訂 (第 11 版)
- 13) アストラゼネカ株式会社, ベイフォータス®筋注
液 50mg・100mg インタビューフォーム 2025
年 8 月改訂 (第 4 版)

(文責：大和市立病院 宇野崇之)



アトピー性皮膚炎治療薬の生物学的製剤について教えてください

はじめに

アトピー性皮膚炎の治療方法は、その病態に基づいて①薬物療法、②皮膚の生理学的異常に対する外用療法・スキンケア、③悪化因子の検索と対策の3点が基本になる¹⁾。薬物療法は、ステロイド外用薬やタクロリムス軟膏などの抗炎症外用薬、シクロスポリン、経口ヤヌスキナーゼ阻害薬、経口ステロイド薬などの抗炎症内服薬、そしてデュピルマブ（遺伝子組換え）をはじめとする生物学的製剤などがある。特に生物学的製剤は「アトピー性皮膚炎における生物学的製剤の使用ガイダンス」が公表され、「治療選択にあたっては、その疾患要因、治療要因、背景要因を十分に吟味勘案し、それらを患者と共有する形で治療選択を決めることが重要である」とされている²⁾。

本稿では、アトピー性皮膚炎治療薬の生物学的製剤について紹介する。

作用機序と効能・効果

Interleukin (IL) -4 および IL-13 を介したシグナル伝達経路は、2 型炎症反応に寄与し、アトピー性皮膚炎の病態に重要な役割を果たしている。また、IL-31 は主に活性化した T 細胞から産生されるサイトカインで、アトピー性皮膚炎のそう痒に関与することが知られている²⁾。

本邦でアトピー性皮膚炎治療に使用可能な生物学的製剤は4 種類である(表1)。デュピルマブ(遺伝子組換え)は IL-4/IL-13 受容体を、トラロキスマブ(遺伝子組換え)およびレプリキズマブ(遺伝子組換え)は IL-13 を標的とし「既存治療で効果不十分なアトピー性皮膚炎」に効能・効果を有する³⁻⁵⁾。一方、ネモリズマブ(遺伝子組換え)は

IL-31 受容体 A を標的とし、「アトピー性皮膚炎に伴うそう痒(既存治療で効果不十分な場合に限る)」に効能・効果を有する⁶⁾。

有効性

これらの生物学的製剤の有効性は、プラセボを対照としたランダム化比較試験の結果に基づいている。ネモリズマブ(遺伝子組換え)の臨床試験における主要評価項目は、投与16 週後のそう痒 VAS (Visual Analogue Scale) 変化率であり、プラセボ群と比較して有意な改善を認めた⁶⁾。一方、他の生物学的製剤における臨床試験の主要評価項目は、投与16 週後の IGA (Investigator's Global Assessment) が1 以下かつベースラインから2 以上減少した被験者の割合 (IGA ≤ 1 達成率) および EASI (Eczema Area and Severity Index) スコアがベースラインから75% 以上改善した被験者の割合 (EASI-75 達成率) であった³⁻⁵⁾。いずれの生物学的製剤でも、主要評価項目においてプラセボ群と比較して有意な改善を認めた。しかしながら、2 型炎症反応に寄与するシグナル伝達経路を標的とした治療によっても、完全な皮疹消失に至る患者は最大でも約3 分の1にとどまると報告されている⁷⁾。

3 つの生物学的製剤を直接比較した臨床試験は実施されていないが、Drucker らのネットワークメタ解析ではデュピルマブ(遺伝子組換え)と比較した相対的な効果を評価している⁸⁾。その結果、EASI 値を指標とした場合、レプリキズマブ(遺伝子組換え)は、デュピルマブ(遺伝子組換え)と同等の有効性を示す可能性が示唆されている。ただし、評価項目が EASI-75 達成率での結論ではない点や間接比較であるため直接比較試験と比

べて確実性が低い可能性がある点には注意が必要である。

したがって、製剤間における有効性の優劣については、参考となる情報は存在するものの、現時点で強固な根拠があるとは言い難い。

使用時の注意点

4 種類の生物学的製剤すべてが、最適使用推進ガイドラインの対象品目である。該当製剤を使用する際には「有効性及び安全性に関する情報が十分蓄積されるまでの間、当該医薬品の恩恵を強く受けることが期待される患者に対して使用するとともに、副作用が発現した際に必要な対応をとることが可能な一定の要件を満たす医療機関で使用する」ことが求められている^{9,12)}。そのため、使用予定の患者が最適使用推進ガイドラインの要件を満たしているかの確認が重要である。

また、IL-4/IL-13 受容体および IL-13 を標的と

する生物学的製剤は、臨床試験の結果から、投与後 16 週までに治療反応が得られない場合は投与中止を考慮する必要がある^{3,5)}。有効性が得られている場合であっても、原則としてアトピー性皮膚炎の病変部位の状態に応じて抗炎症外用剤を併用する必要がある。一方、ネモリズマブ（遺伝子組換え）では、そう痒が改善した場合であってもアトピー性皮膚炎に対する治療継続が必要となるほか、浮腫性紅斑や湿疹等を含む皮膚症状の悪化が認められることがあるため、皮膚症状が悪化した場合には、投与継続の可否を慎重に検討する必要がある⁶⁾。

おわりに

本稿では、アトピー性皮膚炎治療薬の生物学的製剤について紹介した。これらの製剤により治療の選択肢は拡大した。一方で、全ての患者に必ずしも十分な効果が得られるわけではなく、製剤間

表 1 アトピー性皮膚炎治療薬の生物学的製剤一覧^{3,6)}

一般名 (商品名)	デュピルマブ (遺伝子組換え) (デュピクセント®)	トラロキヌマブ (遺伝子組換え) (アドトラゼ®)	レブリキズマブ (遺伝子組換え) (イブグリース®)	ネモリズマブ (遺伝子組換え) (ミチーガ®)
販売開始年月	2018 年 4 月	2023 年 9 月	2024 年 5 月	2022 年 8 月
標的	IL-4/IL-13 受容体	IL-13		IL-31 受容体 A
投与経路	皮下投与			
アトピー性皮膚炎 に関する効能・効果	既存治療で効果不十分なアトピー性皮膚炎			アトピー性皮膚炎に 伴うそう痒 (既存治療で効果不 十分な場合に限る)
成人の 用法・用量	初回 600mg、以後 300mg を 2 週間毎		初回、2 週後 500mg、 4 週以降 250mg を 2 週毎 患者の状態に応じて、 4 週以降 250mg を 4 週毎に投与可能	60mg を 4 週間毎
投与継続時の 注意点	< 共通 > ・原則として、本剤投与時にはアトピー性皮膚炎の病変部位の状態に応じて抗炎症外用剤を併用すること ・本剤投与時も保湿外用剤を継続使用すること < デュピルマブ（遺伝子組換え）、トラロキヌマブ（遺伝子組換え）、レブリキズマブ（遺伝子組換え） > ・投与開始から 16 週までに治療反応が得られない場合は、投与中止を考慮すること < ネモリズマブ（遺伝子組換え） > ・そう痒が改善した場合も含め、アトピー性皮膚炎に対して必要な治療を継続すること ・皮膚症状が悪化した場合には、継続の可否について慎重に検討すること			

各製剤の医薬品インタビューフォームを参考に作成

の有効性の優劣についても明確な結論は得られていない。したがって、病態や患者背景を踏まえた治療薬選択と最適使用推進ガイドラインに基づく適正使用が重要である。今後、更なる根拠の蓄積により、各製剤の位置づけが明確になることが期待される。

引用文献

- 1) 佐伯秀久, 大矢幸弘, 古田淳一, ほか, アトピー性皮膚炎診療ガイドライン 2021, 日本皮膚科学会雑誌, 131, 2691-2777, 2021
- 2) 佐伯秀久, 秋山真志, 安部正敏, ほか, アトピー性皮膚炎における生物学的製剤の使用ガイドライン, 日本皮膚科学会雑誌, 133, 1817-1827, 2023
- 3) サノフィ株式会社, デュピクセント®皮下注 200mg ペン・シリンジ / 300mg ペン・シリンジ 医薬品インタビューフォーム 2026 年 3 月改訂 (第 20 版)
- 4) レオ ファーマ株式会社, アドトラサ®皮下注 150mg シリンジ / 300mg ペン 医薬品インタビューフォーム 2024 年 12 月改訂 (第 6 版)
- 5) 日本イーライリリー株式会社, イブグリース®皮下注 250mg オートインジェクター・シリンジ 医薬品インタビューフォーム 2025 年 5 月改訂 (第 3 版)
- 6) マルホ株式会社, ミチーガ®皮下注用 30mg バイアル / 60mg シリンジ 医薬品インタビューフォーム 2026 年 4 月改訂 (第 16 版)
- 7) Emma Guttman-Yassky, Yael Renert-Yuval, Patrick M Brunner, Atopic dermatitis, Lancet, 405, 583-596, 2025
- 8) Aaron M Drucker, Megan Lam, David Prieto-Merino, et al., Systemic Immunomodulatory Treatments for Atopic Dermatitis: Living Systematic Review and Network Meta-Analysis Update, JAMA Dermatol, 160, 936-944, 2024
- 9) 厚生労働省, 最適使用推進ガイドライン デュピルマブ (遺伝子組換え) ～アトピー性皮膚炎～, 平成 30 年 4 月 (令和 7 年 12 月改訂)
- 10) 厚生労働省, 最適使用推進ガイドライン トラロキヌマブ (遺伝子組換え) ～アトピー性皮膚炎～, 令和 5 年 3 月 (令和 6 年 4 月改訂)
- 11) 厚生労働省, 最適使用推進ガイドライン レプリキズマブ (遺伝子組換え) ～アトピー性皮膚炎～, 令和 6 年 4 月 (令和 7 年 5 月改訂)
- 12) 厚生労働省, 最適使用推進ガイドライン ネモリ

ズマブ (遺伝子組換え) ～アトピー性皮膚炎に伴うそう痒～, 令和 4 年 5 月 (令和 6 年 5 月改訂)

(文責: 横浜市立大学附属病院 安島 秀友)

神奈川の花 *kanagawa flowers*

セイヨウオダマキ (キンポウゲ科)



モッコウバラ (バラ科)



神奈川の花

金光継道

毎回初めについて天候のことを書いてしまうが、やはり自然の植物は花の咲く時期が一番季節の変化に敏感です。桜が満開になる日がテレビで毎日放送されるように、特に花期の短いものではついうっかりしていると翌年まで会えなくなってしまう。この原稿も今度はあれにしようと思っていても半分は見逃して今日についた花を取り上げることとなる。昨今騒がれている熊の出没も昨年のドングリが不作の為に餌を求めて人里に表れて十分に太り冬眠も短く、春熊は味占めた人里へまた降りてきて被害が起きている。地球温暖化が生物に与える影響は大きく、渡り鳥移動時期、漁場の変化、昆虫の発生などにも大きな変化をもたらしている。

桜が終わり藤も散りツツジが賑やかな住宅街を歩いていると庭先の鮮やかな花が目についた。この家はいつも珍しい花を植えているのでいつも気を付けてみている。明るい色と花の後ろに長い距がある独特の形なので西洋オダマキとわかった。日本原産のものはミヤマオダマキ・ヤマオダマキ・オダマキの3種類がある。草丈10～50cm 5～6月に4cmほどの白か紫の花をつける。キンボウゲ科は63属3000種もある大きな科で良く知られている美しい花が多い。フクジュソウ・テッセン・アネモネ・クリスマスローズ・トリカブト・セツブンソウなどがある・花は美しいが毒草もあるので注意が必要だ。特に根と葉に有毒成分プロトアネモニンを含む。皮膚に付くと発疹や水疱ができ、誤食により嘔吐をおこすので作業をする時は手袋を使用する。ミヤマオダマキは昔から山野草として人気がある。オダマキは園芸品種で草丈が高く花も大きい。ミヤマオダマキは中部以北の高山にありヤマオダマキは日本各地で見られる。両者共花は下向きに咲く。オダマキは庭で栽培されているが耐寒性は強いが暑さには弱いので水はけが良く夏は半日蔭が良い。花はがく片5枚花弁5枚基部が長く後ろに伸びて先の曲がった距になり中に蜜線がある。セイヨウオダマキはイギリス・北ヨーロッパ原産で草丈60～70cmと大きく花も大きく花付きもよい。白・黄・赤・紫・八重咲などが作られている。

今年特に目についた花にモッコウバラがある。中国南部原産でバラ科常緑つる性木本、花は4、5月、生育は旺盛で放置していると10mも伸びて根元は5cmにもなる。バラには珍しくとげが無いので扱い易い。病害虫にも強い。枝先に2～3cmの花を5～10輪を房状につける。色は白と淡黄色で一重と八重があり花付きはとても良い。インド原産の木香という木の香りが似ているのでモッコウバラという。この香りを楽しむには一重の白色が一番強い。また伸びたシュウトを地面に対し水平または斜めに誘引すると花芽が付きやすくなる。近所を歩くと生け垣が黄色い家を多く見た。どうも同じ植木屋さんが入っていてこの人の好みで植えて回っているようだ。花言葉は純潔・初恋・素朴の美・あなたにふさわしい人などがある。キモッコウバラは秋篠宮真子内親王のお印として知られている。バラ科は木も草もあり花が美しいものが多い。桜・リンゴ・ナシ・ウメ・ビワ・アーモンド。草ではバライチゴ・チングルマ・シモツケソウなどがある。西洋では古くからバラは愛されBC1500年のギリシャの壁画にも描かれている。日本でも野生のバラは北海道から沖縄まで十数種の野生バラがある北海道のハマナスは特に美しく、皇后雅子様のお印となっている。今まで不可能とされていた青色のバラは2004年にサントリーがパンジーの青色色素テルフォニジンを作る遺伝子組み換えで開発されたサントリーブルーローズ、アプローズが発表された。花言葉は夢がかなうです。1本4ないし5000円で販売されている。

I'm back!

映画に登場する薬物あれこれ

—なぜかヨーロッパ映画特集になりました— 西村 浩

再開第13回

“Late shift”「ナースコール」(2025年スイス・ドイツ合作) 舞台はドイツの病院かと思って観ていましたが、「マーゲンゾンデ(胃管)」や「ツエアー(腫瘍)」などのドイツ語だけでなく「メルシー」やら「フラン」やらが出てくるので「?」と思っていたら、舞台はスイスの州立病院でした。スイスは深刻なナース不足、このナース不足は世界的なこととWHOのコメントが最後に登場します。多忙な病棟業務、どれだけ訓練したのか俳優の演技には脱帽です。ナイスな医師もいれば酷い医師も登場します。薬物は内服薬に点滴薬とあれこれ登場します。お楽しみに。なお4万スイスフランは約800万円に相当します。

“Das Verschwinden des Josef Mengele”「死の天使 ヨーゼフ・メンゲレ」(2025年フランス・ドイツ合作映画) オープニングはブラジル、サンパウロの医学部解剖実習室! 骨学と運動器学との講義中です、なぜ? なんとアウシュビッツで「死の天使」と恐れられた親衛隊医師のヨーゼフ・メンゲレの全身骨格が教材とされているのです、驚きました。映画の中で「アウシュビッツ収容所には親衛隊医師が20人いた」そうですが、そのなかでも代表格とされています。記憶では「odd eye(両目の虹彩の色が違う)」に非常に興味を抱き、その対象者を大勢集めて研究対象とした」そうでした。1993年でしたか、米国ワシントンDCにホロコースト博物館ができた際に訪問しました。展示の中にかかなり高所かつ上からのぞかないと見えないようにされていたのが、全身の骨格標本でした、児童には見えないようにとの配慮のようでした。このような骨格標本の作製法が映画では詳しく描写されています。ダッハウ収容所博物館でも医学実験のコーナーがあり、ザクセンハウゼン収容所博物館でも「ナチ医師」の写真がありました。こうした強制収容所での「最終的解決」の前に行われた「T4作戦」から医師や薬剤師が協力したことが明らかになっており、こうした事実が第二次世界大戦後の医学界の一つの精神的原点であると感じています。舞台はブラジルからベネズエラ、ドイツそして最後はブラジルに戻ります。

“Bugonia”「ブゴニア」(2025年アイルランド・イギリス・カナダ・韓国・アメリカ合作映画) コカ・コーラとCNNとのある(これらしか無いとも言われている) Georgia州が舞台ですからやはりテレビニュースの場面ではCNNです。お笑い映画かと観ていると、ラストまさかの展開に啞然。黄体ホルモン注射薬と抗ヒスタミン軟膏とが登場します、黄体ホルモンは米国ではchemical castrationすなわち性犯罪者に用いられる「化学的去勢」と映画のなかでも説明されています。丸刈りにしたエマストーン女史が拝めます。

“Affeksjonsverdi”「センチメンタル・バリュー」(2025年ノルウェー・フランス・デンマーク・ドイツ合作映画) 東京都心にある大学病院で初期研修しました、大きな劇場の初日前夜にパニック発作を訴えて救急受診する舞台関係者が絶えないと聞いておりました。この映画のオープニングがまさにそれ、国立劇場を埋め尽くした満員の観客が待つ開幕の裏ではパニックを起こした主演女優が興奮しており、周囲のスタッフが対応に追われています。さてこの女優の父親は有名な映画監督ですが、二人の娘たちとの関係は良好とはいえないことが明らかになります。有名監督なのでハリウッドスターからも尊敬されており、映画祭での個室ダイナーにも招待されます。翌朝、ビーチチェアで前胸部を押さえながらいそいで常用薬らしい錠剤を内服します、狭心症でしょうか? その後も、意識消失して救急搬送され一命を取り留めた監督は最後の長編映画になるであろう新作の撮影に臨み、家族の再生を果たします。めでたし、めでたし

(編集担当より)

赤十字国際委員会本部が置かれているスイスでナース不足が深刻とは驚きます。演技訓練を積んだ俳優なら医療行為代行も可能か？(制度上許容と仮定して)

「死の天使」の恐ろしい医師、戦時下では医療の倫理観が揺るがされる。過去の過ちを教訓に奢らず医療に携わっていきたいものです。

“Chao” “Salut” “GutenTag” …様々な言語で挨拶しながら院内巡回している西村先生へのメッセージをお待ちしています。

右の QR コードまたは URL からご入力下さい。

[https://forms.gle/e](https://forms.gle/eUL1JrD1m98xRcr49)



[UL1JrD1m98xRcr49](https://forms.gle/eUL1JrD1m98xRcr49)

西村 浩：名古屋市立小幡小学校、函館市立弥生小学校を経て川崎市立生田小学校ならびに同生田中学校卒、神奈川県立厚木高校卒、早稲田大学政治経済学部経済学科を経て 1986 年弘前大学医学部卒。1996 - 1998 年 UCLA 留学を経て現在も厚木市立病院精神科に勤務中

東日本大震災から15年

2011年5月まだかなりの被害が残る、東北自動車道を使い岩手および宮城に行きました。普段の2倍程度の時間を要しましたが、道中見かけるのは自衛隊のトラック、全国からの警察車両および救急車、そして大勢のボランティアを乗せたバスなどがほとんどでした。JR大船渡線を使い岩手県一関市から宮城県気仙沼市へ、途中あちこちに自衛隊の車両などが多数駐車する野営地のような施設がいくつも見えました。気仙沼駅周辺は一見すると大きな被害はなさそうでしたが、駅前から坂を下りてゆくと気仙沼市役所から下は道路の舗装がはがれており、あちこちに小型の船舶や自動車などが乗り上げています、そして使用済み消火器の山があちこちにありました。津波により水道管がやられたため消火用水が使えず、あちこちから消火器を集めて火災に対応したのでしょう。その舗装のはがれた道を自動車が走りますが、どこへいっても消毒薬の臭いがします。当時まだ約1000名の行方不明者がいるとのことでした。海から遠く離れた山間部でも御遺体が見つかるとのことでしたから、津波被害の恐ろしさを痛感しました。小学校の教師をしている親戚がおり、担任しているクラスは「両親を失った子が少なくとも5人、父か母を失った子は少なくとも10人、とてもクラス運営などできない状態」と絶望的な表情でした。

2011年の夏、日本老年精神医学会からの呼びかけに応じて、福島県南相馬付近では唯一再開した精神病院の当直に行きました。再開は一部の病棟だけで、ほとんどの病棟は3月の福島第一原発事故による緊急避難時のままでした、与薬の準備がされたままのナースステーション、がらんとしたデイルーム、ベッドサイドの患者さんの私物などだけが残し、全く人の気配がない病棟、まるでSF映画のようでした。当直室には放射線量計があり、「高線量になったらアラームが鳴りますので避難してください」との指示がありましたが、当直医はどこに避難すべきなのか途方に暮れました。幸いアラームが鳴ることはなく、通常の当直業務のみでした。この病院には年末年始にも当直に行きました。その時は再開病床が増えており、

久々に精神保健指定医業務もしました。

2012年秋、今度は日本総合病院精神医学会からの呼びかけに応じて、いわき市にある松村総合病院精神科外来での外来支援に参加。「応援医師」としての月1回の外来支援ですが、途中で常勤の先生が突然亡くなられ、「応援」のはずが「主役」になってしまいそうになるなどしながら、14年間なんとか継続してきています。被災地支援医療、通常の場合なら現地の医療機関再開とともに支援は撤退するものですが、いわきは福島第一原発から約40km、より原発に近い地域での医療機関の再開は難しく、中長期的な支援が必要とのことで継続しています。続けてきてようやくわかってきたことも多々ありますが、最近でも「今だから話せますが」と前置きしてお話をしてくださったかたがおいででした。「福島第一原発の水素爆発が起こったときに、ナースを始めとする若い医療従事者の多くが現場を離れました。わたしたち定年間近なナースなどが残り業務を続けました。誰も誰かを責めたりはしませんでした、今まで誰にも話せませんでした」とのことでした。外来支援を長年続けてきたからこそ話してくださったのだと思います。

急性期の支援に日本海側の大学病院から参加した内科医に聞いた話があります。津波の被害甚大だった地域で高齢女性のかたから「父ちゃんも家も車もみんな流されたけど、こうして全国から先生様たちが大勢やってきてくれてありがたい、長生きはするもんだ」と言われ、医療支援メンバー全員がその場で号泣。「被災者に泣かされたんだよ、俺たちは」と、今でもこの話をするときには涙ぐむそうです。合掌

被災15年「ロコク・キッチン」「宣誓」など、様々な立場から数多くの映画が作られています。現地では感情的になる方にはお会いしたことはありませんが、原発再稼働と東京オリンピック開催とについては伝わってくるものがありました。

精神保健指定医 西村 浩

(編集担当より)

あれから 15 年。高齢被災者の言葉に支援医療者が全員号泣エピソードは読む度に泣かされます。災害による精神障害は長期間にわたり、それを支える医療者は自分の思いを仕舞い込んだまま時間が過ぎているかもしれません。今だから話せることを打ち明けてくれたのは、今もいわき市に通い続けている西村先生への信頼があるからなのでしょう。

今も東日本大震災被災地域への支援を続ける西村先生へメッセージをお待ちしております。

右の QR コードもしくは URL からご入力ください。

<https://forms.gle/557npNdetdbKVhfhf9>



57npNdetdbKVhfhf9

くすりの広場

注射オーダー運用についての問題と薬剤師の役割

医療法人財団青山会 福井記念病院 薬剤部 藤塚 浩久

精神科病院における薬物療法は、内服薬に加え注射薬の適正使用も重要であり、その運用には多職種の連携が不可欠である。私は日常業務の中で、注射オーダーに付随するフラッシュ用の生理食塩液の扱いに関する課題に直面した。本来、注射薬の投与においては安全性と確実性を担保することが最優先であるが、実際の現場ではシステム上の制約や職種間の役割分担が複雑に絡み合い、単純な問題として処理できない場面が少なくない。

抗菌薬などの投与前後のフラッシュ用生理食塩液をセットオーダーとして組み込むことで問い合わせ削減を試みたが、電子カルテ上の仕様により一部のオーダーのみを中止することができず、現場の柔軟な運用と整合しない状況が生じた。一方で、フラッシュ用の生理食塩液を別オーダーとした場合には、医師への確認や追加指示が必要となり、結果として薬剤部および医師の業務負担が増加するという別の問題が生じる。さらに、フラッシュの要否は患者状態に応じて現場で判断する場面もあり、医師のオーダー、現場での実施判断、システム上の制約の間に乖離が存在していた。

このように、安全性を優先すれば業務負担が増加し、業務効率を優先すれば柔軟性や安全性に影響が出るというトレードオフが存在しており、単一の最適解を導くことは容易ではない。本課題に対して、複数の運用案（セット化、単独オーダー、限定的なセット運用）を整理し、関係者間で共有することで、現場で選択可能な形に落とし込むことを試みた。しかし、いずれの案にも一長一短があり、すべての条件を満たす解決策には至らなかった。

この経験から、医療現場における課題の多くは、個々の職種の努力だけでは解決できず、システムと運用の整合性、多職種間の認識共有が不可欠であることを実感した。特に薬剤師は、薬剤の専門家としての立場に加え、医師、看護師、システムの間立ち、それぞれの特性や制約を踏まえた現実的な運用案を提示する「調整者」としての役割を担うことが求められることがあると感じている。また、こうした課題に対しては、単一の正解を求めるのではなく、複数の選択肢を提示し、現場で最も実行可能な方法を選択できる環境を整えること自体が重要であると考えている。薬剤師の業務は直接的なアウトカムが見えにくい側面もあるが、このような調整や課題整理の積み重ねが、結果として医療の安全性と質の向上に寄与すると考える。

さらに、本課題の検討を通じて得られた視点は、注射オーダーに限らず他の薬物療法にも応用可能であると考えている。システムと運用の乖離を前提とし、現場での実行可能性を重視した設計を行うことが、安全性向上につながると思われる。また、こうした日々の問題に継続的に関与し改善を積み重ねること自体が、薬剤師の専門性を発揮する機会であるとも感じている。加えて、日常業務で得られた問題を記録し、共有可能な形に整理することは、将来的な業務標準化にも寄与すると思われる。

30年後の未来像

三浦市立病院 薬剤科 福本 哲也

皆さん、30年前の薬剤師の仕事を覚えていますか。

当時の薬剤師の姿を思い浮かべると、病院や薬局の調剤室で、処方箋を確認し、薬袋を作り、錠剤を数え、患者さんに薬を渡す姿がまず浮かびます。薬歴は紙に記録され、疑義照会は電話で行い、情報収集も分厚い添付文書や書籍を開きながら行っていました。医師の処方を正確に読み取り、間違いなく薬を患者さんに届けること。それは薬剤師にとって、医療の安全を守る大切な役割でした。

しかし、30年という時間の中で、薬剤師を取り巻く環境は大きく変わりました。薬学教育は6年制となり、薬の知識だけでなく、臨床能力、コミュニケーション能力、多職種連携、地域医療への関わりが求められるようになりました。病院では病棟薬剤業務が広がり、薬局では在宅医療への関与も進んでいます。薬剤師の仕事は、薬を正確に扱うことに加えて、患者さんの治療や生活を支える方向へと広がってきました。

一方で、薬剤師という職業への見方にも変化が出ています。かつて薬学部は、安定した資格職につながる進路として人気がありました。しかし現在は、6年制教育による学費や時間の負担、国家試験の厳しさ、薬剤師の将来需要への不安などから、薬学部の人気には翳りが見え始めています。今年も一部の薬学部では定員割れがみられ、「資格を取れば将来は安泰」と単純には言えない時代になってきました。

さらに、これからの30年で大きな影響を与えるのが、AIやロボットの進化です。処方内容の確認、相互作用のチェック、検査値や病歴に基づく薬物療法の評価、在庫管理、服薬情報の整理など、これまで薬剤師が担ってきた多くの業務は、より高度に自動化されていくでしょう。AIは膨大な情報を瞬時に処理し、標準的な判断や確認作業を高い精度で行うようになります。

そうすると、30年後の未来では、薬剤師が日常的に担ってきた仕事の多くが、今とは違う形になっているはずです。薬をそろえること、情報を調べること、一般的な説明を行うことだけでは、薬剤師の専門性を示すことが難しくなっていきます。薬剤師の仕事がなくなるのではなく、薬剤師に求められる役割の中心が変わっていくのです。

では、未来の薬剤師には、どのような役割が残るのでしょうか。

私は、これからの薬剤師に求められるのは、薬の知識を患者さんの生活に結びつける力だと思います。AIが正確な情報を示しても、その情報を患者さんが受け入れ、実際の生活の中で続けられる形にするには、人の関わりが必要です。

薬を飲めない理由は、単に知識が足りないからではありません。副作用への不安、経済的な負担、認知機能の低下、家族関係、独居による孤立、生活習慣、治療へのあきらめなど、患者さん一人ひとりに異なる背景があります。数字やデータだけでは見えない事情をくみ取り、患者さんと一緒に解決策を考えること。そこに、薬剤師が人として関わる意味があります。

これからの薬剤師は、薬局や病院の中だけで完結する存在ではなく、地域や生活の場に近づいていく必要があります。医師、看護師、管理栄養士、介護職、ケアマネジャーと連携しながら、薬物療法が無理なく続けられるように支えること。病気だけを見るのではなく、その人がどのように暮らし、何に困り、何を大切にしているのかを理解すること。そこに、未来の薬剤

師の専門性があるのだと思います。

30年後、薬剤師が社会に必要とされ続けるためには、AIにできる仕事を守ろうとするのではなく、AIにはできない仕事を深めていく必要があります。薬を通して人を支え、生活を見つめ、患者さんの未来に寄り添うこと。そこにこそ、これからの薬剤師の居場所があるのではないのでしょうか。

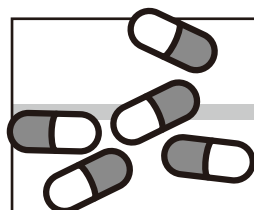
自分を振り返るきっかけ

社会福祉法人聖テレジア会鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 薬剤科 圖師 美紀子

私が薬剤師になってから25年以上経ちました。私には小学生のころから青年海外協力隊に参加したいという夢があり、それがいつしか薬剤師として協力隊に参加したいという希望に変わっていきました。薬学部卒業後、病院薬剤師として働き、たくさんの事を経験し学ばせていただきました。毎日が業務や勉強で過ぎ、忙しくても充実していましたが、人生や進路について考える機会が立て続けにある時期がありました。病院を辞めて開業される医師に声をかけていただいたり、ずっと登録していた骨髄移植のドナー先が見つかったり、30歳という壁も見えていたときでした。それまで忙しくても全て自分の為にと考えて働いてきましたが、その時これは他の人の為になさうと言われていたような気が勝手にして、協力隊に参加したいという夢を改めて思い出し、応募しました。一度は落ちたのですが、辞退が出て繰り上げ合格になり、晴れて協力隊に参加することになりました。そして3か月の訓練のあと、アフリカのマラウイ共和国に赴任となりました。私は北部地区の県立病院が赴任先で、仕事内容としては、外来患者への投薬、病棟や薬局の薬剤の在庫や期限の管理、村々の診療所を回って薬剤の在庫や期限の管理、面白いものではWHOのHIV/AIDSプログラムの薬剤管理の手伝いなどでした。マラウイ共和国は最貧国の一つだったので県立病院で使用する薬はほとんどがドネーションであり、必ずほしい薬もないし、抗生剤は2、3種類くらいしかありませんでした。血圧や糖尿の薬も1種類ずつしかないという状況でしたが、薬を受け取りに来る患者さんの中は、「自分は〇〇の病気で、これは〇〇の薬だろう？」と言ってくるのが印象的でした。外国人の私に分かっているんだぞと示したいだけだったのかもしれませんが、それまで日本で接していた患者さんたちの多くは、お医者さんに出された薬だから飲んでますという受け身の反応が多く、病気のことも理解していない患者さんも多かったように感じていました。その頃は薬情を必ず付けるわけでもなく、注意喚起の必要な薬に、メーカーが作成している患者さん向けの紙や自分たちで作成した紙をつけたり、また、必要に応じて消したり加えたりした手作りの薬情を渡したりしていました。だから私には自分は何の病気でそれに対する薬を飲んでいるんだとはっきり言うマラウイ人が新鮮でした。20年前の話です。

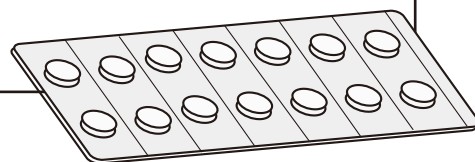
もちろん、日本に帰国後再就職したときには、薬情は当たり前、患者さんの病識のレベルもあがっていました。インターネットで誰でもなんでも調べられますし、逆に試されるようなかの質問もされるようになりました。インターネットの環境が進化したのはもちろんですが、日々、多くの先生方がひとつひとつ丁寧に仕事をし続けてきた成果だと思います。

気づけばあつという間の25年でした。どこにいても仕事の内容は基本変わらないと思いますが、これからあと10年、15年薬剤師として働いていくためには更に日々の研鑽と社会の進化に敏感になっていかなければ置いて行かれるという焦燥感にかられます。デジタル化が進み何でも便利な社会になっていますが、薬剤師が行う仕事の意味を考えて行動できるようにしていきたいです。今回原稿依頼をいただいて久しぶりに協力隊の事を思い出し、改めて自分を振り返り、目指していかなければいけないことを考える機会を頂きました。ありがとうございました。



編集後記

当家では6月にカブトムシ17匹が羽化しました。オスメス比が3:7であり薬剤師業界のようです。このような種なのか？とも思いましたが、AIに相談したところ、普通は1:1だが全17匹であれば偏りの範囲内とのことでした(H.U)。



神奈川県病院薬剤師会雑誌 第58巻2号

令和8年7月30日発行

編集発行 公益社団法人神奈川県病院薬剤師会
〒235-0007 横浜市磯子区西町14-11
神奈川県総合薬事保健センター406号室
TEL 045-761-3345 FAX 045-761-3347
<http://www.kshp.jp/>

発行責任者 山田 裕之
喜古 康博

委員 五十嵐 文／井口 恵美子／宇野 洋司
瀬川 亮／竹島 秀司／永尾 美智瑠
中村 彰子／野村 恭子／廣瀬 幸文
藤巻 智則／宮坂 優人／山崎 勇輝
山波 大輔／依田 竜也

印刷 (株)横濱大氣堂
〒231-0016 横浜市中区真砂町4-40
TEL 045-641-4161