

TURNUP

薬剤師の新たな可能性を拓く応援マガジン

november / december
2015

[ターンアップ]

No.25

MY OPINION — 明日の薬剤師へ —

医療法人社団パリアン クリニック川越院長

川越 厚

Voice — 編集長対談 —

一般社団法人全国訪問看護事業協会会長

伊藤 雅治

在宅医療の看取りで
ともに疼痛コントロールを。
— 川越厚



患者さんの 期待が 聞こえていますか？



わたしたちは、薬剤師の
医療人としての使命について
考えつづけています。

たとえば、地域の在宅チームと協働する在宅支援薬局——

ファーマシの薬局では、地域の在宅ケアを支える在宅支援薬局としての取り組みが根付いています。たとえばファーマシさんて薬局では「在宅訪問薬剤師の配置」、「無菌調剤室の設置」、「24時間365日対応」で、緩和ケア・HPN（在宅中心静脈栄養法）などの幅広い患者さんの受入れが可能です。

そこには「処方提案」、「在宅版CDTM」、「退院調整」など、さまざまな局面でさまざまな医療施設の在宅チームから必要とされ、求められる薬局・薬剤師の姿があります。

わたしたちは、これからも、在宅医療の質向上に向けた積極的な取り組みをさらに継続していきます。



PHARMACY
株式会社ファーマシ

TURNUP

[ターンアップ]

No.25

november / december
2015

contents



MY OPINION—明日の薬剤師へ— 医療法人社団バリアン クリニック川越院長 川越 厚	04
FOYER@MY OPINION 清澄庭園	10
Voice—編集長対談— 一般社団法人全国訪問看護事業協会会長 伊藤 雅治	11
在宅薬剤師『やまね』の訪問日記	17
3分間でわかる医療行政	18
TOPICS	20



医療法人社団パリアン クリニック川越院長

川越 厚

MY OPINION

—明日の薬剤師へ—

構成／武田 宏
文／及川 佐知枝
撮影／木内 博

TURNUP 04

自宅ですごくしたいと願う 末期がんの患者に、薬剤師は 実に大きな貢献ができる。

在宅医療への薬剤師の参画を期待する医療人は決して少なくない。しかし、その期待に十分に応えきれていない、この先も応えられるのか——という状況がづづいていっているように感じる。在宅医療で果たせる役割の実例を示すことにより、薬剤師が持っている可能性に気づいてほしいと願っている最中、出会ったのが川越厚氏だった。

彼が運営するクリニック川越は、自宅ですごしたいと願う末期がん患者を対象とした在宅療養支援診療所である。川越氏は、東京大学医学部の講師時代に進行した大腸がんとなったが、無事生還した経験を持つ。以降、大学には戻らず、診療所医師をつづけている。当然、そうしたことも背景にあつてか、在宅医療に向き合う姿勢にただならぬものを感じた。

末期のがん患者を対象とした在宅医療の現場では、病院と同様に、疼痛コントロールがとて大切だ。薬剤師が大いに活躍できる場があるに違いない。早速、使用される薬剤と、薬剤師とのかかわりについて話を聞いた。

「僕らのように、がんを専門に在宅医療を行うところでは医療用麻薬は必須です。疼痛の苦しみを和らげるために患者さんの8割の方に使用します。

医療用麻薬には、いわゆるパッチ、経口薬、坐薬、注射薬といろいろあり、パッチや経口薬、坐薬は比較的手に入りやすいのですが、注射薬は薬液を取り出せない構造にして患者さんへ渡さなければならぬため、保険薬局でシリ

ンジなどの器具に充填する必要があり、かつ管理も厳しいので、簡単には入手できません。そこで、注射薬は、当院では主に保険薬局に準備してもらっています。

ただ、モルヒネ注射薬の調剤ができる保険薬局は多くありません。たとえば、病院の薬剤部でも最近、見かけるようになった無菌室が必要だったりしますから。さらに1%のプレペノン（一般名・モルヒネ塩酸塩注射液）を注射器に詰めたものを用意していただくケースが多いのですが、痛みが強い患者さんには1%では薄く、4%のプレペノンが必要です。4%はアンブル出しになるので、アンブルを切ってそれを注射器に詰め、密封して届けてもらうことになります。保険薬局が、在宅の緩和医療のパートナーになるのは、なかなかたいへんだと思います」



クリニック川越は、保険薬局をパートナーにがん患者の在宅医療を成立させている。どのような経緯で協力相手を探し、どんなコミュニケーションを図って今にいたるのか興味が高まった。

「連携している保険薬局は、僕の書いた在宅医療の本を読んで共感してくれたのが縁で協働をスタートしました。単に薬を用意して届け、服薬指導をするだけでなく、僕らがどういうかたちでモルヒネを使うのかなどを知っておい

儲けよりも、やり甲斐を求めて生まれ始めた パリアティブ・ケア・ファーマシー。

ていただかないと、処方に対するアドバイスがもらえないので、当初は頻繁にミーティングを行いました。また、次々と課題が出てくるたびに、話し合いをして約束事を積み上げていきました。

麻薬を使用している患者さんが亡くなると、僕らはそれを勝手には処分できません。薬剤師の方が患者宅に行き、麻薬を処分するなどの約束事ができました。医師が麻薬を家に持ち帰れば問題になりますし、診療所の金庫で保管しろと言われても無理です（笑）

遅ればせながら、素朴な疑問が湧いた。そもそも、保険薬局でないとパートナ―は務まらないのか。診療所のスタッフに薬剤師を在籍させることによって、用をすませる方法がある気もする。

「不可能ではないでしょう。しかし、仮に診療所内に薬剤師がいたとしても、診療所で麻薬を用意して、自分のところから持って行って服薬させるには、管理がかなりたいへんです。相当の量の麻薬を使うとなれば、行政からの指導も厳しく、犯罪の関与も疑われます。設備も必要ですし、シビアな管理マニュアルでの運営に神経を使うのもしんどいですね。

保険薬局がケアのチームに入れば、医師が麻薬の処方せんを発行し、薬剤師が麻薬を患者宅に届け、そこで服薬指導をするというシンプルな格好をとれますからね。麻薬の管理の面では、僕らは非常に楽になります」

なるほど。保険薬局でないといけないとなれば、がん患者が増える一方なのだから、保険薬局もがん患者の在宅医療への参加に、もっと目を向けてもいいかもしれない——けれども、川越氏が言うように話はその簡単ではない。

「普通の保険薬局が、がんの在宅医療に関与するのは、残念ながら経営的には難しいと思います。先に触れたように

注射薬の準備でさえ、手がかかります。それが、たまにしか依頼がこなければ、商売にはならないでしょう。緩和医療のパートナ―になるとの看板を掲げ、それを専門とし、緩和医療を行っている医師と、しっかりとした連携をとって、かろうじて経営が成立するレベルだと思います」



◆ ◆ ◆
今、一部で注目され始めているのが、パリアティブ・ケア・ファーマシー。緩和ケア薬局とも呼ばれる。パリアティブ・ケア（緩和ケア）とは、病のために生命を脅かされる患者とその家族を対象とした、全人的なケアを意味し、病期を問わず、患者と家族のQOLの改善を目的としている（WHO、2002年）。痛みのコントロール、心理的な苦痛の除去なども重要な課題だが、こうしたケアのニーズに応える薬局が現れてきているのだ。各地に散在するパリアティブ・ケア・ファーマシーのデータベース化を図る動きがすでにある（在宅緩和ケア対応薬局データベース：<http://www.pcp-net.jp>）。

「我々のような緩和医療にたずさわる医師の呼びかけに応じ、高い志のもとパリアティブ・ケア・ファーマシーをつくったり、パリアティブ・ケア・ファーマシー自体が、自分たちのような保険薬局の必要性を説くことで仲間を増やしたり——。わずかずつですが、確実にパリアティブ・ケア・ファーマシーは増えているようです。

また、やり甲斐を求めて、緩和医療にかかわりたい薬剤師の方が現れていると、協働している薬剤師の方が話していました」

一般的な調剤をしているほうが、圧倒的に儲かる。パリアティブ・ケア・ファーマシーは、薬剤師の善意で成立し

ていると言っても過言ではない。在宅医療、もっと言えば自宅での看取りを推進している行政は、緩和医療における薬剤師の役割を理解し、パリアティブ・ケアに保険薬局がかかりやすい状況をつくるべきだ。そうすれば、在宅緩和ケアの医療の質は必ず上がっていくだろう。



ここで、がん、非がんにかかわらず、保険薬局はこれら在宅医療というステージにおいて、どんな業務を果たすべきなのかに対する川越氏の意見を披露していただいた。

「病院のチーム医療と比較するとよくわかるのですが、なんだかんと言っても、病院の医師と薬剤師は面識があり、ある程度はお互いの癖を知っていて、チーム医療が成立しやすい。けれど、在宅医療では、医師と薬剤師は互いの情報を持っていません。ただ、だからこそ単に薬を届けるという認識ではなく、医師とチームを組み、医療を患者さんに提供しているとの意識をしつかり持っていたきたい。

医師は薬に関して完璧ではありません。間違いを犯すこともあります。投薬量の間違いや、飲み合わせについての情報などを積極的にフィードバックするうちに、薬剤師は在宅医と強力なタッグを組めるようになります。また、これは私の肌感覚での感想ですが、外来診療のみの診療所の医師より、在宅医のほうが薬剤師のフィードバックに素直に耳を傾けようとする姿勢があるように見受けられます」

川越氏は「肌感覚で——」と言ったが、「当たらずといえども遠からず」だろう。一般の診療所の医師と在宅医では、麻薬の使用に対する習熟度が違うことも遠因にはあると思う。

「在宅医療で使用する薬剤や器材の最新の知識は、薬剤師

の方のほうが圧倒的に持っています。たとえば、バルーン式携帯型ディスプレイポルザブル注入ポンプの進化に、一般の診療所の医師はついていません」

在宅特有の薬剤や機器の進歩は速く、どんどん新商品が発売されている。それらの最新情報を医師がいちいちインプットするのは至難で、医師はそれらを薬剤師に全面的に頼る以外にははずだ。

川越氏が挙げたバルーン式携帯型ディスプレイポルザブル注入ポンプとは、バルーン内に薬液を注入し、バルーンが収縮することにより、薬液の持続注入を行える注入器である。医師が1時間に0・5ccと言ったら、1日に12ccを使うと計算し、300ccの薬液を注入したバルーンを用意するなどは薬剤師でなければできない仕事。流量が変更されたものが、どんどん発売されれば、患者にとっぴいちはん効率的で、効果を発揮するバルーンを選べる。最新の情報提供は、在宅医にはありがたいに尽きる。

「見落とされがちですが、在宅医療において薬剤師は、治療に使う材料を準備する役割も担っています。診察室でしたら、ガーゼや消毒液や綿球など、一通りはそろっています。しかし、患者さんのお宅には何もないので、それらはこちらで用意しなければなりません。随行するかどうかは別にして、在宅医が診ている患者さんや治療方法を理解し医師の処方にもとづいて医療材料を用意するのは、薬剤師にしかできない業務です」



在宅医療で、もうひとつ薬剤師が忘れてならないのは、訪問看護師との連携であろう。

「在宅で服薬管理をするのは、基本的には看護師です。医

互いの情報を持っていない。だからこそ在宅医とチームを組んでいる意識を強く持つべし。

在宅で服薬管理をするのは、基本的には看護師。 彼らとの連携によって、ベストの処方提案。

師は処方しますが、実際、在宅の医療現場に行つて、患者さんがきちんと飲んでるか、効き目はどうか、副作用はどうかなどのチェック、あるいは患者家族からの聴取をするのは看護師なのです。

看護師から患者の状況を聞いて、医師が薬の量を変更したりしますが、医師はかなり忙しく、薬のプロではないので、実は判断に自信を持ってないケースもよくあります。

新薬が続々と発売され、副作用や飲み合わせも複雑になり、医師の知識が追いつかなくなっている現状に看護師が気づき、最近では看護師と薬剤師が相談し、結論を出して、薬剤師が僕に『どうでしょう?』と尋ねる場合も増えてきました。一昔前なら『自分の処方につける気か!』と激怒する医師もいたでしょうが、今はすんなりアドバイスを受け入れますし、ありがたいとさえ思っています。

服用する薬の調整が、薬剤師と看護師との連携で行われているとは少し驚きであった。患者のもっとも近くにいるのは看護師で、薬学教育を受けていないまでも薬の知識を豊富に持っている。在宅の場には、医師と看護師がいれば十分、薬剤師が入り込む余地はないのかと思っていた。

「それは、もう25年前の話です。今の在宅医療で、そんなことを言ったら笑われちゃいます。病院ならばね、医師が指示したら薬は患者さんのものに全部届きます。だけど、在宅医療の場では看護師がどんなにがんばっても、薬剤師を経なければ薬を準備して届けられません。疼痛コントロール

ールに使用する取り扱い注意の薬であればなおさらです」
看護師は任される仕事が多く、必然的に器用になんでもこなすようになった。確かに、疾患によっては、全部をやるうと思えばできてしまうだろう。リハビリだって、理学療法士が絶対に必要だとは限らない。リハビリ看護というものもある。特定の医行為に対して、一定の条件のもとに医療行為を代行する時代がくると言う人もいる。

しかし、こと薬に関しては、学生時代に習った、現場で知識を身につけた——そんなレベルではどうも対応できない状況になっている。高い専門性を有した薬剤師の代わりは、やすやすとは務められないのである。



在宅医療に薬剤師の存在が必須なのは、理解できた。うれしいことだが、私だけだろうか、患者宅に医師や看護師とともに赴くイメージは持ちにくい。

「在宅医療に参加する、専門性を発揮するというと、まずは患者さんのそばに行く——と考えがちですが、それは短絡です。保険薬局において医師の相談に乗り、医師の処方に対し薬を準備して患者宅に届けて服薬指導をする。薬剤師には薬剤師なりの、在宅を支えるアプローチがあります。

薬を運ぶだけなら宅配便でもいいでしょう。でも、荷物運びとは違う役割を担って患者宅に薬を届けるわけです。訪

病院にいなくても、チーム医療に参加していると実感できる時代が目前。

薬局で薬を売っていれば儲かる時代の終焉。 医療の流れを見きわめていかなないと淘汰される。

問服薬指導と呼ばれていますが、患者さんやご家族に服薬の仕方を細かく説明します。高い保険点数が設定されているのは、重要な役割と見なされている証左です」

在宅医療において、薬剤師は大きな役割を担える——その点にぶれはなさそうだ。それにしても在宅医療では、薬剤師に限らず、医療者それぞれの職種の役割がまだまだ不明確であるのが現実なのだと再認識した。それゆえに、川越氏へのインタビューで、薬剤師の間でも共有されていない、薬剤師が存在感を示せる活動がポロポロと出てくるのだ。川越氏がつぶやく。

「在宅医療にはね、評論家が多すぎるのですよ。医師にしろ、実際に行っていない方が知ったかぶりで発言をする。だから、話がおかしなことになってしまっています」



川越氏の趣味はチェロ演奏。まだ、始めて1年ほどだと語る。演奏中の写真を撮らせてほしいとの取材陣のリクエストに恥ずかしそうにOKをくださり、演奏の準備をしながら、「薬剤師には、本当に感謝です。彼らがかかわるようになって、難しいケースが乗り越えられるようになりました」と話す。話題は、再び在宅の緩和医療に戻った。

「難しいと言うか、モルヒネを大量に使用する場面では、薬剤師がしっかり準備してくれないと対処できませんよ。もちろん、最終的な責任は医師がとるのですが、その要求に対して応えてくれる薬剤師がいないと、やはり在宅での緩和医療を安心して行えないですね。」

これまでの在宅医療は、急変したら病院へ入院させ、状態が落ち着いたら在宅へ戻ってきてもらうの繰り返しで、さらに看取りまでしなくてもいいという格好でやってきま

した。病院や診療所の医師が、片手間で行っていた部分が あったことは否めません。

それが超高齢社会となり、行政は、病院に対しては病院の役割、つまり急性期医療を担い、在宅にはもっと専門性を持ち、がん患者が疼痛コントロールを受けながら自宅で最期を迎えられるような役割を果たすことを推進しています。今後、行政の誘導により、在宅を専門とする診療所や保険薬局が現れるようになるでしょう。これはね、逆に言う時代が到来しつつあるととれます」

ただ単に薬局を構えて、薬を売っていれば儲かる時代ではなくなりつつあるということなのだろう。国を挙げて在宅医療を進めている。そういう医療の流れを理解しておかないと、今は繁栄をきわめている保険薬局が取り残され、淘汰される事態に陥るのも意外と早いかもしれない。

少しただどしいが、チェロの奥深い音が流れる。在宅医療の険しい道を切り拓く人が奏でる音は、音楽の妙なのであろう、何かしら心に響くものがあるから不思議だ。



PROFILE

かわごえ・こう
1947年 山口県山口市生まれ
1966年 私立広島学院高校卒業
1973年 東京大学医学部卒業。以後、茨城県立中央病院産婦人科医長、東京大学講師、白十字診療所在宅ホスピス部長を歴任
1994年 社会福祉法人賛育会 賛育会病院院長
2000年 医療法人社団パリアン クリニック川越院長
2010年 第6回ヘルシー・ソサエティ賞受賞



富士山を模した築山。関東大震災以前は山頂にツツジが植えられ、たなびく雲を表現していたという

取材で訪れたクリニック川越の最寄り駅である森下駅から地下鉄で1駅、清澄白河駅のすぐそばには広大な緑が広がる。住宅が建て込む下町では貴重なこの緑地の名は「清澄庭園」。日本庭園の一種で泉の周囲に築山や枯山水を配置した回遊式林泉庭園である。



庭園が位置する場所には、江戸時代半ば、謎の多い豪商として知られる紀伊國屋文左衛門の屋敷があったと伝えられる。1716年から1736年の間には、下総国関宿藩主である久世氏の下屋敷となり、庭園のもとがかたちづくられた。しかし、その後、庭園は荒廃してしまったという。

世の中から忘れられかけた庭園が復活の道を歩み始めたのは明治になってから。1878年、三菱財閥の創立者、岩崎弥太郎が庭園を含む一帯約3万坪の土地を取得。社員慰安や、貴賓をもてなす場に



名石のひとつ、伊豆川奈石。このほかにも紀州青石、生駒石、佐渡赤玉石など多くの名石がある

FOYER @ MY OPINION

FOYER（ホワイエ）は、
ほっと一息つく休憩の場——。

ここでは、
『MY OPINION』の取材で出会った
場所やものをご紹介します。

清澄庭園

(東京都江東区)

しようと造園に乗り出したのだ。そして1880年、「深川親睦園」として竣工した。その後も、造園はつづけられ、近くを流れる隅田川の水を引いた「大泉水」や、富士山をイメージした築山がつくられた。さらに、園内のあちこちには岩崎家が自社の汽船を用いて、わざわざ全国各地から取り寄せた名石を配置した。岩崎家の造園に対する並々なぬ力の入れようを感じる。

その結果、江戸時代に歴史が始まった回遊式林泉庭園は、当園によって完成したと言われるほどの評価を得た。



1923年、関東大震災が発災し、庭園も被害を受けるが、計らずも近隣住民の避難所となり、多くの人命を救った。所有者である岩崎家は、庭園が備えていた防災機能に着目し、翌年、損壊の少なかった東側半分を公園用地として東京市（当時）に寄附。市が再整備を行い、1932年に市の公園として開



大泉水の磯渡りは3ヵ所あり、写真は中でも特に大きな石が用いられている「大磯渡り」

園したのが、現在の清澄庭園だ。市民の憩いの場として親しまれたのはもちろん、岩崎家が考えたように防災面での利用価値も高く、1945年の東京大空襲では、たくさんの人々の避難場所となった。



現在の庭園のすぐ横には、通行量の多い大通りが走っているが、園内に入ると、うそのように静寂が広がる。周回コースの中には、大泉水の端に置かれた石の上を歩く「磯渡り」も施され、人間に慣れた鯉やカルガモが間近に寄って来る。足元へ向けられた視線を上に向けると、歩を進めるたびに景観が変わって見えるという趣向に目を見張った。訪れる人を魅了する数々のしかけに、感嘆するばかりであった。



大泉水に突き出るように建つ「涼亭」。1909年、英国からの国賓を迎えるために岩崎家が建設した

DATA

清澄庭園

所在地：東京都江東区清澄3-3-9



薬剤師と看護師の協働が 在宅医療を新たな段階に導き レベルアップさせる

一般社団法人全国訪問看護事業協会会長

伊藤 雅治

厚生労働省官房審議官時代、薬害エイズ問題の解決に取り組んだ伊藤雅治氏は、退官後、全国社会保険協会連合会理事長として社会保険病院の改革を実施し、現在の独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）病院の礎を築いた。その伊藤氏が、今、全国訪問看護事業協会会長の職を務める。訪問看護の現場は、文字どおり看護師によって支えられているが、伊藤氏によると、年々、現場の看護師から薬剤師との協働を求める声があがっているという。

ヴォイス

oice

編集長対談

取材／『ターンアップ』編集長：武田 宏

訪問看護ステーションは 管理者が医師以外でも 診療報酬が配分される

——簡単に、貴協会の成り立ちを教えてください。

伊藤 訪問看護の制度的な変遷にもとづいてご説明しましょう。まず、1982年に老人保健法が制定されて、看護師による保健事業としての機能訓練、訪問指導が可能となりました。将来的に、増加が容易に想像される高齢者の寝たきりを予防することが大きなテーマでした。

しかし、すさまじい勢いで進む高齢化で予防は追いつかず、寝たきりの高齢者が激増していきました。そこで1992年より実施されたのが老人訪問看護制度。看護師が直接、家庭を訪問して、寝たきりの高齢者の在宅療養生活を支援することに保険点数がつくようになりました。

同制度は医師以外、つまり看護師が事業所の管理者になっているところに診療報酬が配分されるという、ある意味、画期的な制度と言えます。これをきっかけに訪問看護ステーションの組織化を図るべきとの声が上ががり、1995年に発足したのが当協会です。

——ちょうど今年で、創立20周年を迎えられるのですね。現在、訪問看護ステーションの数は、どれくらいあるのでしょうか。

伊藤 当協会発足後、ほぼずっと増加傾向にあり、2000年に介護保険法が施行され、

訪問看護事業が、医療保険、介護保険の双方に対応するようになると、これが追い風となり、2015年現在で訪問看護ステーション数は約8200軒（資料1）となっています。ちなみに、訪問看護師4万人、訪問看護利用者42万人です。

在宅医療の現場では 高度な薬物治療が 行われるようになってい

——「在宅医療ではチーム医療が必須」とされていますが、訪問看護を推進する立場にあつて、他職種との連携の必要性を感じる機会はありますか。

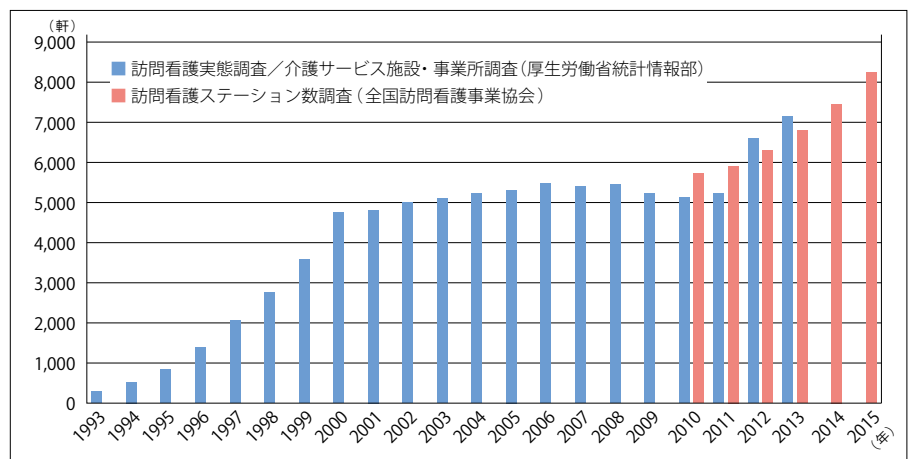
伊藤 現場の様子を耳にするにつれ、薬剤師との連携は欠かせないと感じています。理由は明確です。【資料2】をご覧ください。

同資料は、訪問看護サービス利用者が医療保険と介護保険のどちらの適用を受けているかを示したグラフです。かつて、すべての訪問看護は医療保険にもとづいたサービスでしたが、2000年に介護保険制度が誕生し、訪問看護は基本的に介護保険に根拠を置くようになりました。

しかし、医師が判断し、特別な医療処置が必要と指示があった場合には、医療保険が適用される例外があります。そして、その対象者は制度発足時の17.2%から2013年には26.0%まで増え、訪問看護利用者の4分の1に達しています。

——医師から「特別な医療処置の指示」が出され、医療保険が適用されるケースとは？

【資料1】訪問看護ステーション数(全国)



伊藤 医療保険が適用される利用者は、主にがん末期患者や難病患者などです。そして、こうした方々は高度な薬物治療を必要とするケースが多い。そこで、対応に苦慮する現場の訪問看護師から、「薬剤師といっしょに訪問したい」との要望が、数多く当協会に寄せられているのです。

——複雑な服薬管理や指導が必要となれば、薬剤師が十分に能力を発揮できる分野です。

伊藤 加えて、訪問看護ステーションには利用者や家族から、さまざまな相談の電話がかかってきます。それらの内訳を調べたある調査によると、薬に関する問い合わせが上位5番目までに入っていました。夜間・深夜の時間帯に多いようです。

24時間オンコールは訪問看護師にとって非常に大きな負担となります。したがって、看護師には答えるのが難しい薬の質問には、薬剤師との協働が必要です。

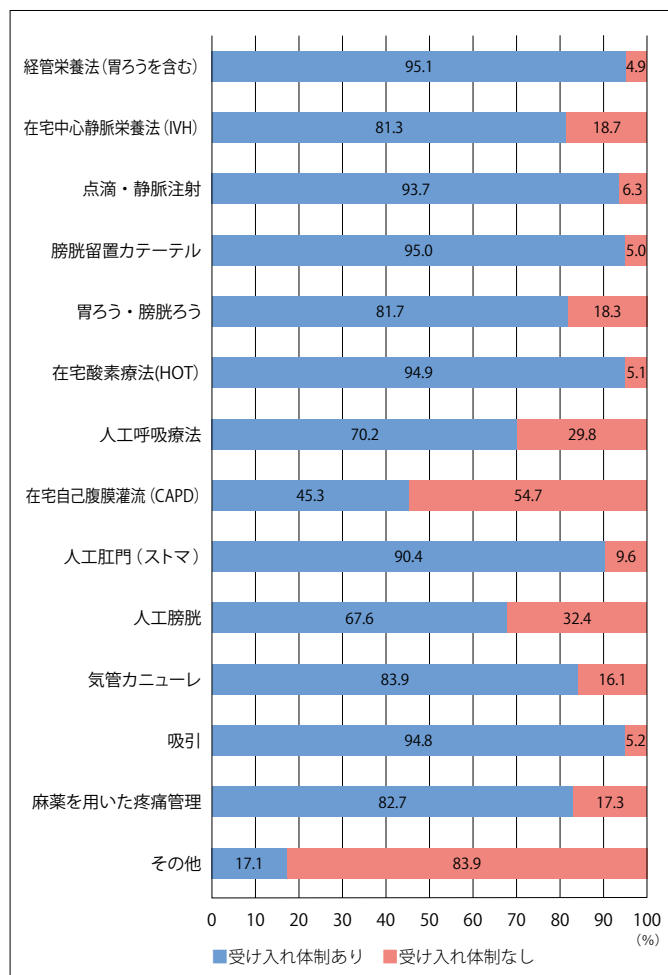
特に、がん治療などにおける疼痛管理のように麻薬を用いる場合、看護師の方の手にはあまるでしょうね。

伊藤 ご指摘のとおりです。【資料3】は、特別な医療処置を必要とする利用者に対し、どれだけの訪問看護ステーションが対応できるかを示したグラフですが、「麻薬を用いた疼痛管理」では、17・3%が受け入れられていません。

抗がん剤を服用する方や、疼痛管理を必要とする方は、高齢化の進行にともない、今後ますます増えると考えられます。薬剤師が知見を生かさなければならぬ領域が広がります。

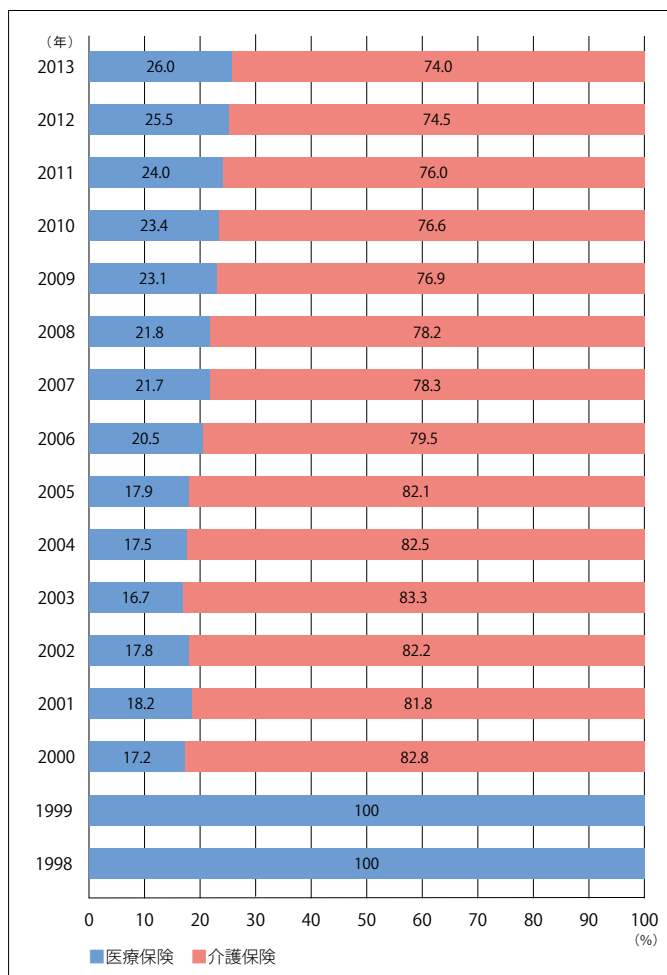
伊藤 訪問看護ステーションのスタッフ体制については、前述のとおり訪問看護制度が、当初は高齢者の寝たきり予防を目的にスタートした経緯があるため、看護師、准看護師、保健師の看護職3種類と、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のリハビリ職が制度化されています。

【資料3】特別な医療処置を必要とする利用者の受け入れ状況



(出典：全国訪問看護事業協会「訪問看護の質の確保と安全なサービス提供に関する調査研究事業～訪問看護ステーションのサービスの提供体制に着目して～」より作成)

【資料2】訪問看護サービス利用者に適用される保険の割合



(出典：厚生労働省統計情報部訪問看護実態調査〈1998、1999年〉、厚生労働省統計情報部介護サービス施設・事業所調査〈2000～2013年〉より作成)

現状では、薬剤師は枠の外に置かれていますが、そうした環境下でも、なんらかのかたちで、薬剤師が関与することが望まれています。たとえば、地域の保険薬局の薬剤師が、いっしょに利用者宅を訪問して、看護師にはなかなか手が及ばない薬剤に関する部分のケアをすれば、在宅医療の質が上がるのは間違いないありません。

訪問看護だけでなく 他職種が多機能を果たす 在宅スタッフステーションへ

——そもそも論になりますが、なぜ訪問看護ステーションは看護師を中心とした制度となつたのでしょうか。

伊藤 日本の訪問看護ステーションは、制度立ち上げ時に、旧西ドイツのシステムを参考にしました。

同国の訪問看護ステーションに該当するソーシャルステーションは、訪問看護に加えて介護と生活支援の3つの機能を備えており、看護師が診療の補助行為、介護士が入浴など療養上の介助、そして、それらの資格を持たない別の職種が生活支援を行うものでした。3つのサービスをひとつのソーシャルステーションが提供する点でたいへん合理的であり厚生省（当時）老人保健課長として実際に現地を赴いた私は感銘を受けました。

しかし、当時の我が国の福祉サービスは、利用申し込み者に対し、自治体が条件を満たしているかを審査し、結果に応じてサービスの利用可否や、利用先が決定されるものでした。利用者の意向が尊重されにくい、いわゆる

「措置制度」の時代です。ゆえに旧西ドイツのような先進的サービスを全面的に導入するのは難しく、訪問看護の部分だけをとり出して制度化しました。それが、日本の訪問看護ステーションなのです。

——看護師が柱をなす制度に対し、他職種の反応はどうだったのでしょうか。

伊藤 老人保健課長として、訪問看護ステーションの立ち上げに直接、たずさわりましたが、看護師のみが単独で事業所を持てる制度に対し、リハビリ職など他職種の団体からは「なぜ、看護師の運営するステーションに入つて仕事をしなければならぬのか。自分たちも、単独で事業所を開設できるようにしてほしい」との陳情を何度も受けました。しかし、そのたびに私は制度の理念を次のようにお話しして説得にあたりました。

「この制度では、自宅でサービスを受ける利用者の立場に立ち、必要なサービスをいかに迅速に届けるかを考えなければならぬ。それぞれの専門職が個別に事業所を設けていては、利用者にとって逆に不便になってしまいます」——。制度の枠組みはあるにしても職種間の壁を乗り越えて、横断的な仕組みを地域につくらなければならないと考えたわけです。

——なるほど。薬剤師との協働を進めようとお考えも、そうした理念の一環ということですね。しかし、在宅医療でチーム医療の必要性が高まっていけば、現在の訪問看護ステーションのままでは、機動力の限界に達するのではないのでしょうか。

伊藤 病院では、かつての「ナースステーション」に代わり、「スタッフステーション」が一般的になりつつあります。同様に在宅医療でも、「訪問看護ステーション」から「在宅スタッフステーション」に概念を進化させるときがきたのかもしれない。

利用者の自宅が「病室」だと考えると、訪問看護ステーションが看護師だけの詰め所であるのは無理がある。栄養管理には管理栄養士が必要ですし、嚥下性肺炎の予防として注目されている口腔ケアには、歯科衛生士が必要。そして、高度な薬剤の取り扱いには薬剤師が欠かせません。

私は、他職種が、最低、非常勤で働いた際にも、きちんと報酬が出るようなかたちを実現すべく、厚生労働省にも働きかけが必要と考えています。

保険薬局に期待するのは 医療材料や介護用品の 確かな供給ルートとなること

——近年、いくつかの保険薬局は積極的に在宅医療支援に乗り出そうとしています。早急に保険薬局がすべきことはありますか。

伊藤 訪問看護ステーションの課題のひとつとして、医療を受ける利用者に対する衛生材料や医療材料の適切な確保が挙げられるでしょう。

これらは本来、利用者が受診している医療機関から提供されるべきですが、かかりつけ医がいないなど、さまざまな要因から供給がスムーズにいかず、結果的に訪問看護ステーションが費用を持ち出して購入しているケー

スが少なくないのが現状です。

一方、保険薬局はこうした材料の供給拠点になれます。したがって、訪問看護ステーションの負担を軽減させてくれるはずですよ。

——2014年の診療報酬改定では、保険薬局がそれらの供給拠点を担うと明記されましたが、残念ながらその事実は医療者の方々に広くは知られていないようです。我々、薬剤師が、認知を高める活動をすべきと思っています。ほかにあれば教えてください。

伊藤 利用者の方は高齢者です。必然的に多くの慢性疾患を抱え、複数の医療機関を受診している方が大勢います。ぜひ、服薬情報の一元管理を薬剤師の方に担ってほしいと思います。

——かつて、病院薬剤師が病棟に出るようになった際、長年、ベッドサイドにいた看護師の方から「来なくてもいい」と言われた薬剤師もいたようです。在宅医療においても、同様なことが起きるのではないかと懸念する薬剤師が多くなります。

伊藤 薬剤師の在宅医療の現場への進出をあまり強く意識していない看護師はまだまだ存在するようですが、多職種協働が定着しつつあり、医療が高度化する今、看護師の間では皆といっしょに地域で役立つシステムをつくり上げようとの考え方が確実に浸透してきています。

私は、訪問看護師団体の代表を務める立場から、従来の考えに固執する看護師の方には

「それは、おかしいのではないか」と躊躇なく言います。

——看護師と薬剤師が、互いに胸襟を開いて話し合うような場があるといいですね。

伊藤 当協会を含む看護師関連の各種団体と薬剤師の職能団体のトップが率先して意見交換を始めるのがひとつの方法でしょう。おそらく、両者ともに「こんなことをしてもらったら助かるな」、「こんな仕組みであれば協働しやすいのに」といった思いを持っているはず。

本音を言い合える場があれば、予想以上に看護師と薬剤師の協働は速やかに進むかもしれません。

——行政の協力も不可欠です。

伊藤 厚生労働省内では現在、地域包括ケアシステムや医療と介護の連携推進などについて、細かいルールづくりの検討がなされている最中ですが、薬系技官にもっと地域医療の仕組みづくりに関与してほしいと希望しています。

このままでは、保険薬局の機能や薬剤師の職能が正しく理解されず、十分に活用されないおそれがあります。

——薬局薬剤師に何ができるのか、我々から行政に対して、しっかりとアピールしていく方を早速、考えようと思います。

本日は、薬剤師が在宅医療に関して何をすべきかが明確に理解できました。ありがとうございました。



PROFILE

いとう・まさはる

1968年新潟大学医学部卒業、新潟県衛生部。1971年厚生省公衆衛生局結核予防課。1975年在サンパウロ日本国総領事館領事。1978年国際協力事業団医療協力部医療第二課長。1980年厚生省環境衛生局食品衛生課。1982年青森県環境保健部長。1985年厚生省保健医療局健康増進栄養課長。1986年厚生省保健医療局感染症対策室長。1989年厚生省老人保健課長。1992年厚生省健康政策局計画課長。1994年厚生省大臣官房審議官（科学技術・児童家庭担当）。1998年厚生省保健医療局長。1999年厚生省健康政策局長。2001年厚生労働省医政局長、全国社会保険協会連合会副理事長。2003年全国社会保険協会連合会理事長。2013年現職

ひとりでも多くの方の
健康の支えとなるべく、

ファーマシィは前進し、成長します。

独自の「**自主運営型薬局**」を展開しています。

自主運営型薬局は独立とは異なり、
ファーマシィ社員の立場のまま、

希望地で責任者として運営を任される薬局です。

薬剤師の能力を活かす、

やればやっただけ報われる制度です。

ファーマシィは地域に根ざした

信頼される薬剤師の育成をめざしています。

合計 **76** 薬局

中国エリア
55
薬局

四国エリア
4
薬局

関西エリア
11
薬局

関東エリア
6
薬局



PHARMACY
株式会社ファーマシィ

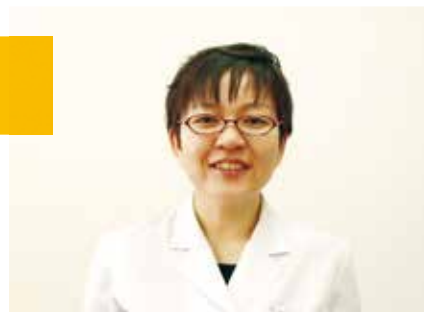
ファーマシィ

検索

在宅薬剤師『やまね』の訪問日記

第14回

株式会社ファーマシイ 山根 暁子



「人間は二度死ぬ」という言葉を聞いたことがある。
引用しようと辞典を調べると、意外にも近代の俳優の言葉だった。あまりに金言なので、古代ローマだとか中世ヨーロッパだとかの思想家の言葉のように思い込んでいた。
人間は肉体が減びたときだけでなく、そのあとで皆の記憶から消えたときにもう一度死ぬとの意味だが、見方を変えると「人は肉体が減んだあとも愛する存在に影響を与えられる」わけで、すべての存在に課せられた死、消滅という運命を考える際に、逝く者にとっても遺される者にとっても、よすがとなると感じる。どちらかと言えば、現世で生きている者を慰める意味合いでたびたび思い出す言葉だ。

*

もう直接、話しはできない、とても大切な人たちがいる。そのうちのおひとりの話。「師・先生」という言葉以外では、その人をうまく表現できない。大学教授をされていたが、私といわゆる師弟関係はないので、じかに何かを授かったわけではない。しかし私は、その方の教え子を通して多くの言葉や考え方を教わった。

先生は、大学で学ぶ専門知識が社会の役に立つことをめざし、教え子にそのための姿勢を伝える方。知識の伝授だけではなく知性を育てる方。よく見せようだとか、いいことを言ってやろうというのではなく、そのとき相対している存在に向けて、常に誠実に真心の対応をされる方だった。

私の働く薬局に、「薬局薬剤師の在宅医療参画の実情

を見せてほしい」と言う学生さんが来る。患者さんのお宅までの移動時間などに、なんととはなしにいろいろな話をする。彼らの中にときどき、くだんの先生のかげらを見せてくれる門下生がいる。先日、見学に来てくれた学生さんと、先生の人となり言葉を描き出そうとして、ひとしきり盛り上がり話した。

不思議な時間だった。亡き人を偲ぶ、と言えば、しみみりした空気になりやすいが、そうではなく、先生が自分たちの中に生きているのを再確認する作業だ。先生を思い出すと、社会のために知性を使わねばならないとの気持ちになるのだ。そして、初対面のその学生さんと先生を介して融和させてもらう感覚。心の深いところを話せる友になれる予感がした。

その場にいないのに先生は生きていて、私たちが今も成長させてくれ、同志とめぐり合わせてくれる。その学生さんが「なんだか、先生がいない人とは思えない」と言った。まったく同感だった。肉体がある存在以上にそのとき、その場所に先生は生きていた。

*

「人間は二度死ぬ、肉体が減びたときと、人々に忘れ去られたとき」——。ならば、先生は永遠に生きておられ、私は先生に、弟子たちを通じて今後も出会えるだろう。門下生全員の中に生き、そして彼らが社会に役立つことで、その意識は未来に継承されていく。

直接の門下生ではないからこそ、余計にすばらしいものが継承されていく様子を実感できたのかもしれない。死を超越する「希望」を体験させてもらった。

分間でわかる 医療行政

第17回

2035年の医療に向け 薬剤師にも求められる パラダイムシフト

団塊世代につづき
団塊ジュニアの高齢化にも
対応を迫られる

現在、我が国の医療行政で注目されているのは、約800万人いるとされる団塊世

代が後期高齢者となる、いわゆる「2025年問題」です。その後も高齢化や人口減少がつづくのは確実と見られ、2025年よりもさらに10年先の2035年には、今度団塊ジュニア世代が65歳に到達し始まります。

こうした状況下、厚生労働省では初めて2035年の医療を見越した将来ビジョン

である提言書「保健医療2035」を公表しました。

同提言書は、我が国の従来の医療政策がその場しのぎの連続でパッチワーク的になっている点に कांगがみ、既存の取り組みを総花的に並べるのではなく、さまざまなしからみや縦割りの制度・組織にとらわれない内容となっているのが特徴です。

提言の範囲は、通常の医療政策のみならず、日本の保健医療の国際貢献や、予防の観点から、たばこ、アルコール、砂糖など健康リスクに対する課税といった幅広い分野にわたっています。今回は、その中でも薬剤師に影響を及ぼしそうなポイントを数点、ご紹介しましょう。

提供する医療や技術に
費用対効果の計算が
求められるかもしれない

同提言書では、これまでのように単に、「保健医療制度の維持」をめざす政策には限界があり、医療が住まい、地域づくり、働き方などと調和しながら機能する「社会システム」となるべく、根本的パラダイムシフト〔資料〕が必要だとしています。そのうえで、具体的なアクション例を挙げています。

たとえば、「リーン（引き締まった）・ヘルスケア」の実現のために、国民がより良い医療をより安く享受できる仕組みを提案しています。ひとつの方策として、医療者の提供する技術や医療用品の効能などに対する「医療技術評価（HTA）」を導入

し、診療報酬点数に反映させることを考察しています。つまり、先進的あるいは高額な医療がすぐれているとか、検査や薬剤は量を投入すれば良いとの発想ではなく、費用対効果を測定する仕組みを制度化するのです。

H T A は海外で採用例があり、我が国でも従来から導入が検討されてきたものの、見送りがつづいていました。しかし、同提言書では、早ければ2016年の診療報酬改定で一部導入を視野に入れています。仮に本格的に導入されれば、医療費で大きな割合を占める薬剤料はもちろん、薬剤師の調剤技術料のあり方も、経済的な観点から問われるようになるかもしれません。

保険薬局と薬剤師に 寄せられるのは 職能への期待と変革

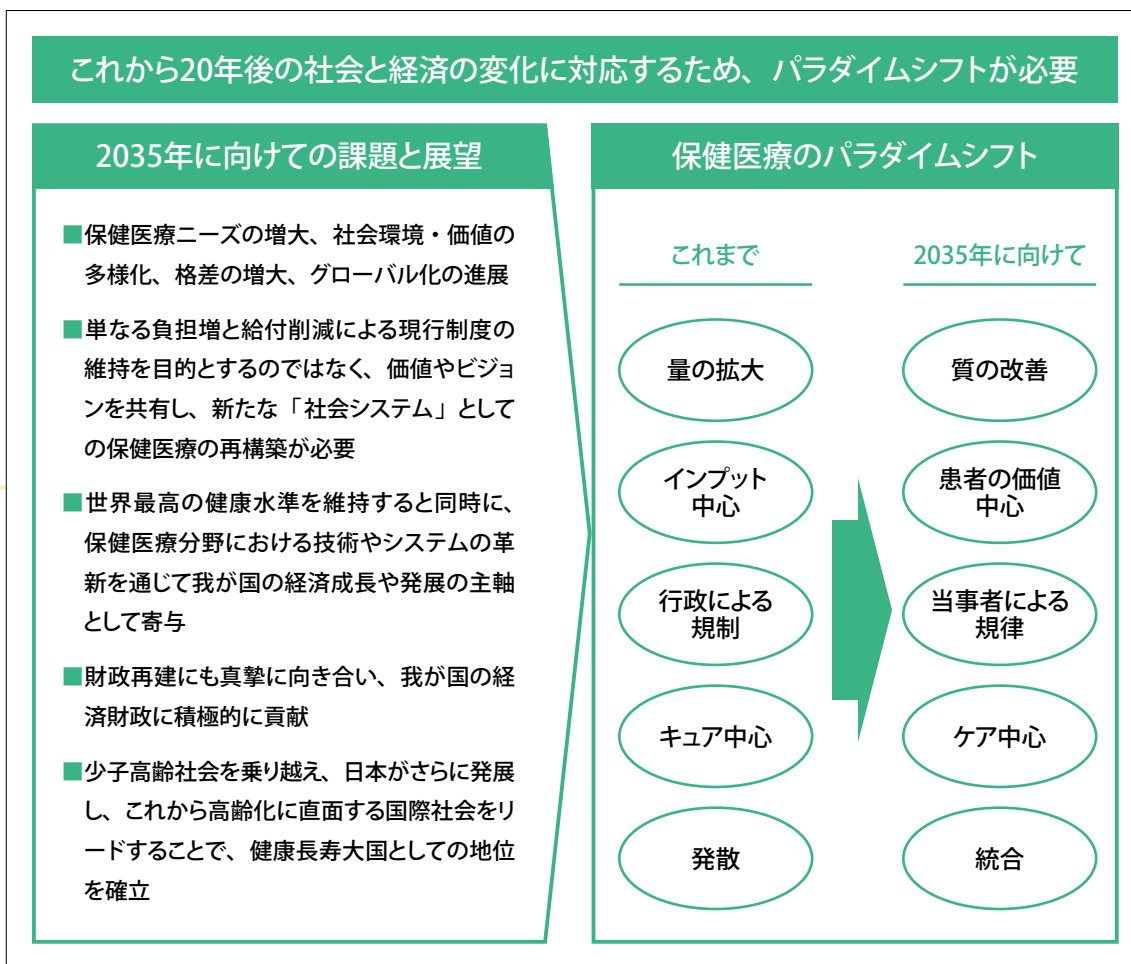
「リーン・ヘルスケア」の一環として、従来の中央集権的医療を地域主体の保健医療に再編し、地域包括ケアシステムを推進することも掲げられています。そして、同システムに対応するため、他の専門職との連携、調整にすぐれたマネジメント能力を持つ人材の育成や、医療、看護、介護、リハビリに及ぶ総合的な資格創設が提案されています。もちろん、保険薬局やそこで働く薬剤師にもこうした役割が担える可能性があるのです。薬剤師の職能のアピールがますます大切になってくるでしょう。

同提言書では、保険薬局に具体的に触れている部分もあります。国民が自ら健康を

育めるようにするため、OTCを活用したセルフメディケーション支援の拠点の役割を保険薬局に求めているのです。一方で、現在の門前薬局の機能を抜本的に見直し、

薬局再編の姿を示す「患者のための薬局ビジョン」の具体化の推進も訴えています。2035年に向け、保険薬局にも大変革が求められるのは間違いないでしょう。

【資料】2035年までに必要な保健医療のパラダイムシフト



(出典：『保健医療2035（参考資料）』)

TOPICS

REVIEW 01

『ここが知りたかった腎機能チェック』

薬剤師が処方せんと検査値から腎機能を評価するコツ』

監修：八田告／編集：三宅健文／発行：南江堂



薬剤師が、慢性腎臓病や高齢者など腎機能が低下している患者に対し、適切な薬剤選択、投与設計を行うには十分な知識を身につける必要があります。これは医師の処方を監査するうえでも重要です。そして、薬剤師にとっての“十分な知識”とは、単に薬剤選択や投与量に詳しいだけでなく、これらの基本的な知識を患者の病態や状況に合わせて、どう生かせるかを知

っていることを意味するはず。仮に、前者のような意味の知識を身につけたいのであれば、各学会が発行している診療ガイドライン、医療用医薬品の添付文書、さらには各出版社より多く出されている薬物療法ハンドブックなどを参考にすれば良いでしょう。しかし、前述のとおり、実際の現場では、薬剤の適正使用のために、一人ひとりの患者のさまざまな状況に合わせた対応が求められます。

本書は、若手薬剤師や薬学生を対象とし、腎臓内科医の監修のもと、現実の臨床現場で遭遇するような事例を挙げ、「ここが知りたかった」とかゆいところに手が届くような内容となっています。腎機能が低下している患者に対し、適切な薬剤選択、投与設計を行うには、腎臓や腎機能を評価する推算式の成り立ちを頭に入れておく必要がありますが、それらは本書の前半で学びます。

さらに後半では、実際に知識や能力を活用する場面を想定した22症例を提示。検査値や処方せんから、どのように患者の腎機能を推測しアプローチするかを事例で示し、疑義照会のコツがわかるように会話形式で記載しています。腎機能が低下している患者に対して投与量を考慮しなければいけない薬剤一覧も掲載しており、付録として、薬局内の錠剤棚などに貼る「CKDリマインダーシール」が綴じ込まれています。“腎機能を評価するコツ”を実践的に学べ、読んだ翌日からすぐに役立ちます。

REVIEW 02

『CRAの教科書』

編集：小嶋純／発行：南山堂



製薬企業や医療機器関連企業は、医薬品や医療機器の製造販売の許可を得るために数多くの試験を行います。その中でも、実際にヒトを対象とした治験に関する業務を専門に行う職種がCRA (Clinical Research Associate) です。治験計画書にのっとり、種々の手続きを行うとともに、医師や治験事務局、薬剤部と情報交換をし、治験が適切に実施されているかを確認して

問題があればすぐに是正するのがCRAの役割となります。せっかくの新製品も、治験で有効性が示せなければ上市できないので、CRAの責務はたいへん重大と言えます。

CRAの育成は、企業内や医薬品開発業務受託機関で行われていますが、非常に大切な業務を担う存在にもかかわらず、教育内容はばらばらで一貫性がなく、そのことがCRAの質に影響を及ぼしている可能性は否定できません。そこで、レベルの高いCRAの育成をめざし、CRAに関する初めての教科書として発刊されたのが本書です。編者の小嶋氏は、製薬企業で新薬開発にたずさわった後、臨床現場での研究を経て一般社団法人を設立、医薬品の承認申請のコンサルティングや薬効・薬理試験、臨床試験の支援などを行っています。

CRAになるには、国の定める「医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令 (GCP)」の理解が必要です。企業内での研修同様、本書でもGCPの学習が中心を占めていますが、知識を詰め込むだけでは良いCRAにはなりません。そこで、実際の現場で業務を行うための実践的なエッセンスを、さまざまな立場の執筆者が披露しています。また、他職種から見た、CRAに対する率直な感想も記されています。実際にCRAをめざす方はもちろん、それ以外の方にとっても、新薬がどのような過程で上市されるのが学べる、たいへん貴重な書です。

薬局薬剤師の殻を破りたい。



一緒に殻を
破りませんか？
詳細はこのQRコードから



薬剤師の新たな可能性を拓く応援マガジン

TURNUP

[ターンアップ]

バックナンバーのご紹介



No. 2 (2012年1月発行)
東大大学院薬学系研究科教授
澤田 康文



No. 1 (2011年11月発行)
PMDA理事長
近藤 達也



No.10 (2013年5月発行)
日本プライマリ・ケア連合学会理事長
丸山 泉



No. 9 (2013年3月発行)
福島県立医科大学理事長兼学長
菊地 臣一



No. 8 (2013年1月発行)
兵庫医療大学長
松田 暉



No. 7 (2012年11月発行)
GRIPSアカデミックフェロー
黒川 清



No. 6 (2012年9月発行)
全国自治体病院協議会長
遠見 公雄



No.18 (2014年9月発行)
三井記念病院院長
高本 真一



No.17 (2014年7月発行)
東京山手メディカルセンター院長
万代 恭嗣



No.16 (2014年5月発行)
国立長寿医療研究センター名誉総長
大島 伸一



No.15 (2014年3月発行)
筑波大学水戸地域医療教育センター教授
徳田 安春



No.14 (2014年1月発行)
先端医療振興財団臨床研究情報センター長
福島 雅典

『ターンアップ』は、薬剤師・医療関係の方には無料でお送りします。

ご希望の方は下記にご連絡をください。

また、皆様のご意見・ご感想をお寄せください。

株式会社ファーマシィ

検索

〒720-0825 広島県福山市沖野上町4-13-27

株式会社ファーマシィ宛

編集後記

「MY OPINION」、「編集長対談」のお二方の取材を終え、在宅医療というフィールドで、薬局薬剤師のあるべき姿が顕在化し始めたように感じた。それとともに、世の中の多くの薬局薬剤師が、薬局の外へ飛び出すことが容易となるような環境の整備が課題かもしれない。そして、何よりも在宅医療以外のフィールド、すなわち通常の外来処方への調剤においても、同様のレベルで薬局薬剤師がかかわることが医薬分業の理想的なあり方のひとつではないか。(H.T.)

今号にご登場いただいた先生方のお話からも、保険薬局が存在意義を発揮するには、医師、看護師をはじめとする他職種との密な連携が重要だとあらためて認識できました。(K.K.)

STAFF

編集長 武田 宏
副編集長 山中 修
及川 佐知枝
編集スタッフ 福田 洋祐
デザイン イクスキューズ
オブザーバー 勝山 浩二
発行 株式会社ファーマシー www.pharmacy-net.co.jp/
制作 株式会社プレアッシュ

制作会社の社名変更のお知らせ

『ターンアップ』の制作をしております株式会社カレットが株式会社プレアッシュと名称を変更することになりました。

「アッシュ」は「灰」で、その前に「プレ」をつけました。「プレアッシュ」は、「灰になる前のギリギリのところまで力を出し切って仕事に臨む集団」を意味する造語です。

医療界で働くさまざまな職種の皆様の常にギリギリのところまで働く姿を見てまいりました。その皆様の姿をご紹介しますうえで、我々も自らの妥協を少しも許さない覚悟を社名に込めました。これを機に社員一同いっそう業務に励んでまいる所存でございますので、なにとぞ今後とも変わらぬご支援ご指導を賜りますようお願い申し上げます。

株式会社プレアッシュ
代表取締役 及川 佐知枝



No. 5 (2012年7月発行)
CPC代表理事
内山 充



No. 4 (2012年5月発行)
全社連理事長
伊藤 雅治



No. 3 (2012年3月発行)
弁護士
三輪 亮寿



No.13 (2013年11月発行)
山梨大学臨床研究開発学講座特任教授
岩崎 甫



No.12 (2013年9月発行)
国立がん研究センター理事長／総長
堀田 知光



No.11 (2013年7月発行)
神戸市立医療センター中央市民病院長
北 徹



No.21 (2015年3月発行)
眼科三宅病院理事長
三宅 謙作



No.20 (2015年1月発行)
東京慈恵会医科大学血管外科教授
大木 隆生



No.19 (2014年11月発行)
滋賀県立成人病センター院長／京都大学名誉教授
宮地 良樹



No.24 (2015年9月発行)
国際医療福祉大学教授
上島 国利



No.23 (2015年7月発行)
聖路加国際大学大学院特任教授
宮坂 勝之



No.22 (2015年5月発行)
虎の門病院分院腎センター内科部長
乳原 善文



代表取締役社長
武田 宏

製薬会社を退職し、将来展望を固めようと海を渡ったアメリカで、薬剤師が「市民から尊敬される職業」であることを知りました。薬剤師資格を持つ私には夢のような社会であるアメリカへの憧れは、やがて「日本で、薬剤師本来の役割を果たす」仕組みづくりへの情熱へと変わっていったのです。



1973年、アメリカ。 すべてはここから始まりました。

国民から尊敬を集める職業——薬剤師

日本でもそうあるべきと信じ、1976年、保険薬局の先駆けとなりました。

株式会社ファーマシィは、医薬分業の黎明期に保険薬局の先駆者として、常に薬剤師の可能性を模索し、成長してきました。設立当初より「地域の皆さまの健康相談窓口」を使命に掲げ、薬局運営をしています。薬剤師の本来の姿は、「かかりつけ薬剤師」になることです。かかりつけ薬剤師は、服用している処方薬の一元管理はもちろん、OTC医薬品やサプリメントを使ったセルフメディケーションのサポート、さらには、在宅医療、介護にも携わり、その人の一生に寄り添って支援していく存在です。薬剤師の活躍できるフィールドをさらに広げ、地域の多くの方々と触れ合う機会を大切にし、新しい薬剤師像、未来の薬局のあり方を率先してかたちにしていこうと努力しています。



PHARMACY
株式会社ファーマシィ