

TURNUP

薬剤師の新たな可能性を拓く応援マガジン

january / february
2012

[ターンアップ]
No.2

MY OPINION—明日の薬剤師へ—

東京大学大学院薬学系研究科医薬品情報学講座教授

澤田 康文

Voice—編集長対談—

財団法人日本薬剤師研修センター理事長

豊島 聡

薬害防止のヒントを無意識に
ゴミ箱に捨てていませんか？

— 澤田 康文 —



TURNUP

[ターンアップ]

No.2

january / february 2012

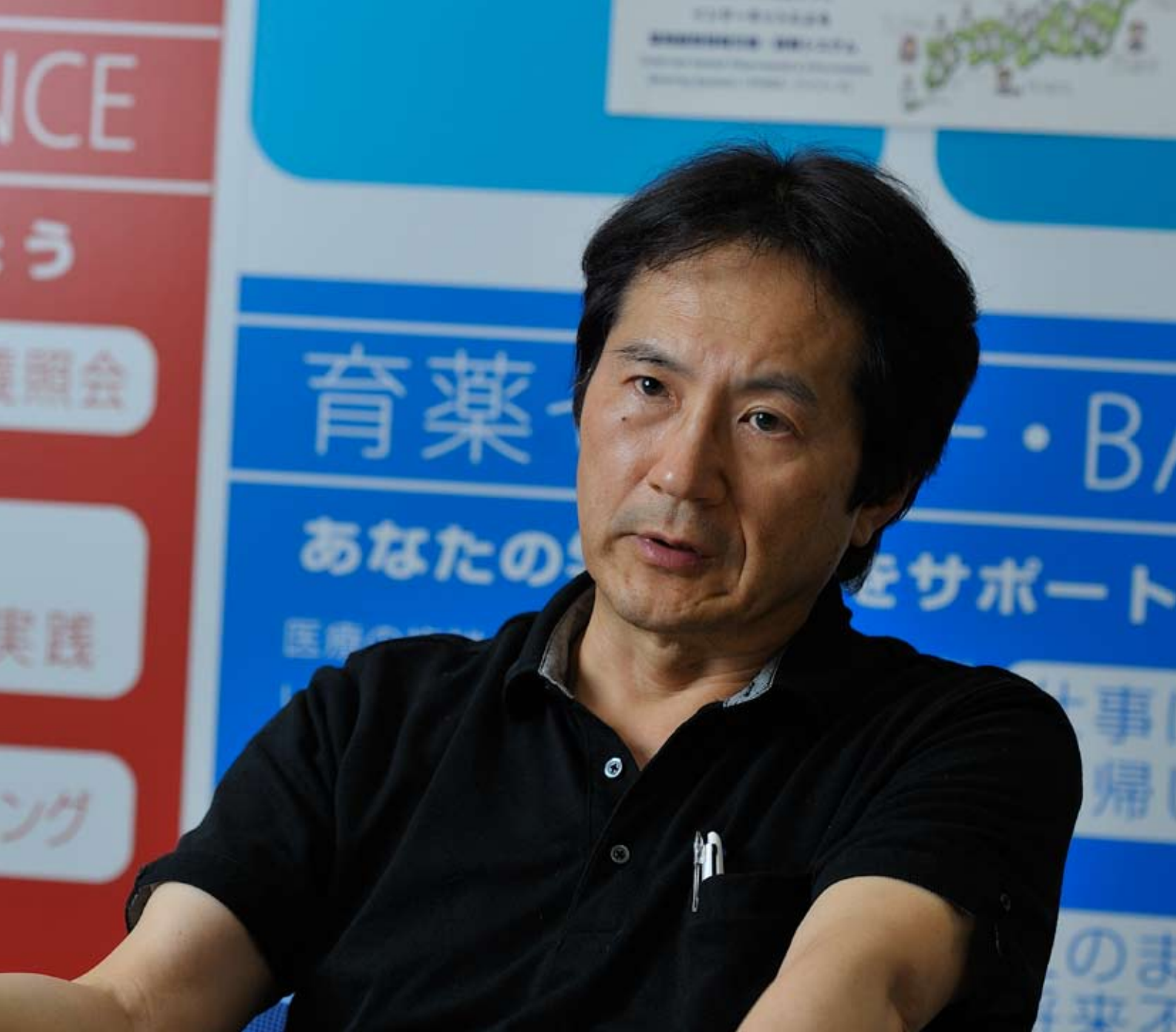
contents



さし絵：日高 和俊
独立行政法人国立病院機構南九州病院筋ジス7病棟
E-mail：earegley-tea@po4.synapse.ne.jp

MY OPINION—明日の薬剤師へ—	04
東京大学大学院薬学系研究科医薬品情報学講座教授 澤田 康文	
FOYER@MY OPINION	10
群林堂（和菓子店）	
Voice—編集長対談—	11
財団法人日本薬剤師研修センター理事長 豊島 聡	
薬局訪問	16

3分間でわかる医療行政	18
TOPICS	20

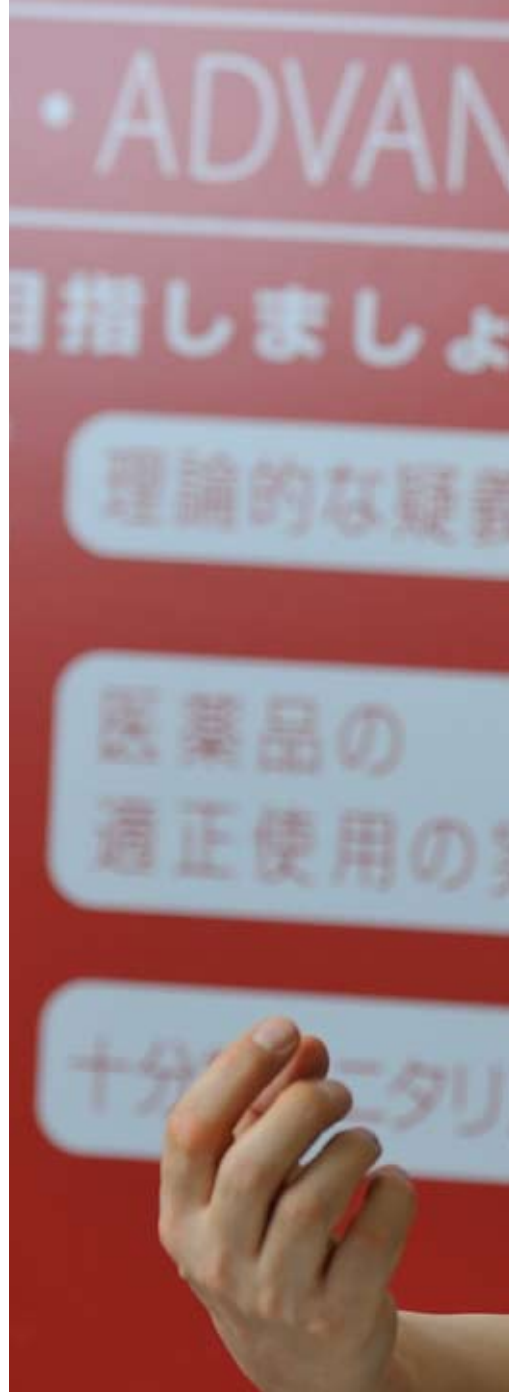


東京大学大学院薬学系研究科医薬品情報学講座教授

澤田 康文

MY OPINION

—明日の薬剤師へ—



薬剤師はもちろん、 医療消費者をも巻き込み、 あらゆる 医薬品の情報発信基地をつくる。

薬物動態学の研究者でありながら 保険薬局の現場の実態を把握

全国の薬剤師をネットワークして「育薬」や薬害防止の情報交換、薬剤師の研修などを展開しているこうとの壮大な夢に向かって着実に歩を進めている澤田康文氏。一般的にはやや耳慣れない「育薬」とは、薬をより良い医薬品へと育てていくこと、すなわち市販後の医薬品が適正使用されているかを監視すると

ともに、新たな副作用・有害事象、使用法・適用法、使用上の注意、適応外使用法がないかを研究・検証し、積極的に国民や医療現場にフィードバックするものだ。実現すれば、薬剤師の働き方や、役割の範囲が根本的に変わるのみならず、製薬会社に与える影響も多大で、国民の受ける恩恵は、計りしれないだろう。

歩みの着実さを確信できたのは、東京大学大学院薬学系研究科医薬品情報学講座教授でありながら、巷にある保険薬局の現場の実態

を驚くほどよく把握していたからだ。彼は、「本物」にしか話せない事柄を微に入り細に入り話してくれた。

東大教授の取材のアポイントをとるには、当然、秘書の方に連絡をさせていただく。スケジュールは、きっちり決められており、空いている時間を教えていただき、うかがうのが通例。しかしながら澤田氏の場合は難儀した。秘書の方がスケジュールを知らなかったのである。なかば諦めつつ何度かお電話を差し上げるうちに、「明日の午前7時には研究

室にいるはずですよ」と教えてもらえた。

探偵のように推測すれば、秘書が居場所を把握していないとは、学内の会議や打ち合わせを極力少なくして、ほとんどの時間を八面六臂、全国の薬剤師のいる現場を走りまわっているとなる。つけ加えるならば、まったく東京大学の教授らしくない。

1分1秒でも無駄にしたくないのだろう、少し早口で始まったインタビューだったが、決して威圧感を感じさせる風情はなく、どこまでも気さく。澤田氏は、ある意味、想像どおりで、ある意味、想像をはるかに超えた人物だった。

薬害の悲劇が起こったのは 薬剤師の機能不全が原因

化学が好きだった少年は、「あまり深い考えも持たず」東京大学に進学、一般教養修了後に専門学部を選ぶときも「なんとなく面白そうだったから」薬学部を選択した。試験管を振りつけていた生活に変化が起きたのが1990年、東京大学医学部附属病院薬剤部での勤務が決まったときだ。

「それまでは基礎の畑でしたから動物を使って薬のいろいろなメカニズムを調べていましたが、病院だと相手はヒトです。ヒトに薬を投与して体の中でどのように働くかの研究になる。自分自身としては、もっとギャップに戸惑うかと思っていたのですが、長年行っていた基礎薬学の薬物動態学が活用できた充実の5年間でした」

医療の現場に出て、新薬や飲み合わせが原因で患者に生じる副作用をしばしば目の当たりにする中、澤田氏にとってエポックメイキングとなる事件が起きた。



PROFILE

(ざわだ・やすふみ)

- 1974年 東京大学薬学部卒業
- 1990年 東京大学医学部助教授・薬剤部副薬剤部長
- 1995年 九州大学薬学部教授
- 2004年 東京大学大学院薬学系研究科教授
- 2005年 東京大学大学院情報学環教授
- 2009年 東京大学大学院薬学系研究科教授

1993年に、がん患者が抗がん剤の一種「フッ化ピリミジン系抗がん剤」(5-フルオロウラシル・5-FUが活性体)と、帯状疱疹で皮膚科から処方された抗ウイルス剤「ソリブジン」を併用したところ、薬物間相互作用が原因と見られる副作用で死亡した事件、世に言う「ソリブジン事件」が起き、犠牲者は15名ほどにも上ったのである。ソリブジンは5-FUの代謝酵素であるジヒドロピリミジンデヒドロゲナーゼという酵素を阻害するため、5-FUと併用すると5-FUの血中濃度が上昇し、骨髄抑制などの副作用が強く表れるのだ。

「同じ病院内で、ひとりの患者さんにどんな薬が出されているのか把握されていない。あまりに杜撰でしょう。どこに原因があるか考えていって、私が出した結論は、薬剤師でした。もちろん医師にも責任はある。自分が処

方している薬に対して、相互作用に関する禁忌の情報を持っていれば絶対に起きない悲劇でしたから。でも、医師の処方をチェックするのは、誰か。薬剤師ですよ。つまり、薬剤師が機能していなかったのです。自分の身のまわりを見ても、他人ごとではありません。

今回のような悲劇を繰り返さないためにはどうすればいいのか。まずは、すでにある相互作用、飲み合わせ、そして薬害の基礎情報を医療従事者に提供するシステムが必要。そして、そのシステムをつくるのも、使うのも薬剤師であるべきだと私は思いました。

しかし、当時、同様な自覚を持っていた薬剤師は決して多くはなかった。なんとかしなければならぬ——強い思いが湧き上がってきました」

運命と言っていないだろう、しばらくして澤田氏は、縁あって病院薬剤部から大学の薬学

部に異動することになった。

薬剤師間におけるWEB上の ネットワークシステムをつくる

1995年、九州大学薬学部に移ってから澤田氏は、基礎的な薬物体内動態の研究だけではなく、臨床研究もスタートさせた。言わずがな、薬害防止のシステムづくりのためだ。

「たとえば、相互作用や飲み合わせに関する情報を、実際に薬をヒトに投与して得るといった研究です。もちろん、安全が担保された中での試みで、相互作用の新しい情報をヒトのサンプルを中心にして、積み上げていきました。

一方で手がけたのは新しい情報の共有化と交換の仕組みの構築。薬剤師にきちんとした処方設計支援、調剤、服薬指導を行ってもらおうと、医療現場への情報提供と同時に情報収集もする薬剤師間におけるWEB上の情報交換ネットワークシステム『アイフィス』を2000年に立ち上げました」

「アイフィス」は、今では臨床現場で起きた諸問題を収集、提供するだけでなく、それらに解説や解析を加え薬剤師のための教育・研修用事例に加工、貴重な臨床事例を研修の観点から共有できるシステムにまで進化しているそうだ。ちなみにシステム運営は、2007年から東京大学大学院薬学系研究科の教授ら有志により設立されたNPO法人DLMセンターに移管され、澤田氏率いる医薬品情報学講座の教室員が運営に協力している。

本システムの登録者数は2011年現在で約1万8000名、全国薬剤師の8名に1名に達していると聞いて仰天した。さらに、こ

れまでの投稿事例から創製した教育・研修用事例は800事例を超えており、事例のライブラリー化も進行中だという。しかし、これだけで驚いてはいけない。

「薬物治療の適正化には医師対象のシステムも不可欠だと考え、『アイメディス』を、やはりWEB上で展開しています。医師に情報を提供したり、逆に医師から情報を収集する薬学のプラットフォームは、さわめて珍しいでしょう。医師は忙しく、何もしなければアクセスは望めませんから、『アイフィス』でつくった教育・研修用事例を医師向けに加工し、医師が医薬品について簡便に勉強できるコンテンツを提供しました。反応は上々で、確実に会員の輪を広げています。こちらでも2011年に運営をDLMセンターに移管しました。会員数は6000名です」

無意識に「ゴミ箱」に捨てている？ さまざまな情報は、実は宝の山

先ほどから「DLM」なる言葉が、出てくるが――。

「『育薬』により薬害の抑制と薬物治療の適正化が可能となりますが、その工程からは製品寿命の延長、新たな創薬や剤形のニーズの掘り起こしなど（医薬品のプロダクトライフサイクルマネジメント）が期待されます。医薬品の臨床使用から、これら一連のプロセスを『医薬品ライフタイムマネジメント（Drug Lifetime Management）』、略してDLMと呼んでいるのです」

薬剤の品質向上、あるいは新薬の開発と製造。ならば、結局のところ育薬やDLMを実現するのは、製薬企業になるのではないか。「」指摘のとおりです。医薬品は製薬企業で

しかつくれません。大学での『創薬』の示すところは基礎研究で、実際に医薬品をつくるには200億円、300億円以上のコストがかかるうえ、20年近くの時間がかかることもあります。だからこそ、製薬企業に良い薬をつくらせてもらうため、医療者には彼らに薬の現場を知ってもらう努力が必要。育薬も同様です。

育薬は、プロダクトライフサイクルマネジメントの繰り返しで、次から次に見出される新情報によって、ひとつの薬がより良く育つことを指しますから、病院や薬局では製薬企業に協力する精神が重要、薬に関するトラブルなどを製薬企業にフィードバックする姿勢を持つていなければなりませんね。医師は、MRが来たら『何か用事か？』ばかりじゃなくて（笑）、『この薬をこういうふうに変えていただけませんか』と頭を下げてお願いしていただきたい。

特に、薬剤師がそうした発想を持つていれば、いろいろな情報を製薬企業に与えられるでしょう。薬剤師の皆さんが無意識にゴミ箱に捨てているさまざまな情報は、実は宝の山で、企業の育薬や創薬に役立つのです」

薬剤師の皆さん、いかがだろう。薬で患者にトラブルが起きても「ときには、こんなケースもあるのか」と、何もなかったように記憶の外に捨ててしまった「宝」は、なかったらどうか。

学生は病院と薬局での役割の 違いを実習を通し理解している

5年間に及ぶ経験を踏んで2004年、澤田氏は母校の大学院薬学系研究科の教授に就任。



澤田氏の著書『ヒヤリハット事例に学ぶ 服薬指導のリスクマネジメント』
(発行：日経BP社)

「育薬といった発想が現場の薬剤師に、ほとんどないのは悲しい限りですが、彼らばかりを責められません。大学が必要な教育をしてこなかったのですから。そうした意味でも、薬学部6年制課程には賛成ですね」

6年制となって、もっとも変わったのは実務実習期間の長期化だ。病院で11週間、保険薬局で11週間の実習が義務づけられた。そして、実習を推し進めてきた人々の間からも疑問視されたのが、保険薬局での実習期間の長さだ。保険薬局の規模はさまざま。中には薬剤師が2、3名のところも少なくなく、病院と同様の11週間も実習が必要なのかといった声がいまだにあまた聞かれる。

「最初は私も不安だったのですが、きちっとした実習の棲み分けができてくるように見えます。病院ではいろいろな部署をまわり、最先端の医療を見聞します。薬の管理室、試験

研究室や、調剤室、病棟など。見学しているだけでも11週間など、あつという間にすぎていくでしょう。けれどチーム医療でもありませんから患者さんと接する経験は多くはないかもしれません。

かたや保険薬局の実習は、始まるまでは大学の先生も薬局の方自身も、何をどう教えられるのか、おろおろするばかり。けれど、少なくとも私たちのまわりではまったく不安感はなくまりました。病院では経験できない患者さんとのコミュニケーションがメインとなる薬局の実習に学生は目の色を変えて取り組み、貴重な時間だったと言っています」

「どうやら多くの関係者が抱いた不安は杞憂だったようだ。

「学生は薬剤師の病院での役割、薬局での役割の違いを実習を通してそれぞれきちんと理解していつています。病院より薬局の実習を下に見る風潮が一部であるとも聞きますが、いずれが上か下かのような感覚は少なくとも東大の学生には皆無。実習を終えてもいまだに薬局に顔を出している学生も多数いるほどです。薬局の皆さんには、ぜひ自信を持って学生の実習に協力してやってください。

話は変わりますが、東大の場合は厚生労働省に入る者がけっこう多いので、6年制の教育を受け、薬局の状況をよくわかっている人間が役人になり始めれば、きっと薬事行政も変わってくるでしょう」

発信されてくる情報に触発され 飽きる暇などまったくない

薬害防止のシステムが、いつしか育薬や創薬の情報をも発信するようになり、現在はそのシステムをより広め、より強固に機能させ

るため尽力する日々を送る。疲れも見せず、トップギアで走りつづける原動力は――。

「根っからの研究者なのですね。すべてが面白い。薬局の現場では、毎日、新しい事象がいっぱい起こっているんですよ。報告されてくるそれらの情報を見聞きするのがものすごく楽しいですね。『こんなエビデンスがあったのか!』、『え?患者さんが、こんな行動するの?ならば、この薬はこう変えたらいいんじゃないのか』など、研究のヒントやきっかけをもらえる。触発されつづけて、まったく飽きる暇がありません。

保険薬局では、毎日きつと、いろいろな事象が起こっているはず。ポイントは、薬剤師さんが問題意識を持っているかどうか。持っていないければ、先ほど言ったように何もかもゴミ箱行きで忘れ去られてしまいます。ものすごく重要な宝物が混じっていたかもしれない。

捨ててはいけないのは必ず報告される重篤なミスなどではなく、『へえ?この薬をこんなふうにする患者さんがいるんだ』、『錠剤を飲みやすくするこんな工夫、初めて見た』のような、本当に単純な事柄です」

澤田氏が、たとえ話をしてくれた。ロキソニンと称する薬の色。患者と薬剤師に「薬の色を言ってみなさい」と尋ねると、同じ薬なのに患者は白、薬剤師はピンクだと言う。謎はすぐに解けた。包装（PTP）の全体のアルミ部分は白なのだが、錠剤はピンクだったのだ。

「抗血液凝固剤のワルファリンという薬があります。1ミリグラム規格のワルファリンの錠剤そのものは白なのですが、フィルムが赤なので赤く見えてしまいます。一方、5ミ

リグラムのほうは、錠剤が赤なのでですね。

東日本大震災のとき、被災した患者さんがワルファリンの名前は覚えていたものの、何ミリグラムだったかは覚えていなかったため患者さんに『何色でしたか?』と聞いたところ、患者さんが『赤』と答えたそうです。薬剤師は色から5ミリグラムの錠剤だと判断した。本当は1ミリグラムの白の錠剤だったのに……。もし、そのまま患者さんが服用していたら、通常の5倍の過剰投与になり、大出血で惨事になったでしょう。薬剤師は普通、薬の色と言えば、錠剤そのものの色しか頭がないので、赤と聞いて5ミリだと思込んでしまった。患者さんは表面積の大きいPTPのほうを見ていたのです。

色の問題を、薬剤師が現場で経験しても、『へえ』で終わらせてしまったら、何も残りません。きちんと報告してくれば、製薬企業にフィードバックされ、新しい薬をつくる場合、ハイリスクな薬に関しては包装まで考えなければならぬとの良い教訓になるでしょう。薬剤師自身も、患者さんに薬の色を聞くときは、錠剤の色か包装を含めた全体の色かを聞くようにしなければならぬのだと学ぶはずですよ。

「些細な出来事の中に宝ものがある」と、やや高揚しながら話す澤田氏の顔は、砂遊びをしていて思いがけず、砂に埋もれていたおもちゃを見つけた少年の顔だった。

意欲がなければ、何も始まらず 何も変わりはない

今、薬剤師にもっとも望むことを尋ねると、即刻、返ってきた答えは「勉強」。

「勉強のきっかけには、学会参加が手っ取り

早い。たとえば薬業連携がうまくいった発表を聞くと、連携を行っていない薬局の方の中には自分の薬局でもやりたいと刺激を受ける人もいるでしょう。そして、いざ実行となれば勉強が必要になってきます。

忙しい中で学会に出たり勉強するのは、経営者の理解が必須ですが、その前に薬剤師自身に意欲がなければ、何も始まりません。DLMセンターには薬剤師を対象とした研修システムがあるのですが、受講生の年齢を見ると、ほとんどが40〜50歳台の方。40や50歳になって、初めて薬剤師の仕事の魅力がわかってくるのではないかと分析しています。しかし、薬剤師の地位向上、仕事内容の改善を力強く引張っていくには若い世代の力が必要です。若い方に研修してもらえるようにするのが目下の課題。保険薬局の経営者の皆さんには薬剤師が研修を受けられるようバック

アップをお願いします。

これから6年制課程を終えた方が職場の大半を占めるようになり、以前のように『研修を受けさせられる面倒くさい薬局は嫌だ』などと言う薬剤師は減って、逆に、勉強もさせてもらえる薬局でないと思向きもされなくなるといえる。今は想像できないかもしれませんが、本時代に近い将来、そうした時代がくる。そんな時代をつくるのが僕の使命のひとつです」

東京大学本郷キャンパスにある、東京大学大学院薬学系研究科医薬品情報学講座。同講座がDLMセンターとタッグを組んで、薬剤師はもちろん、消費者も巻き込んだあらゆる医薬品の情報発信基地になる。とんでもなく大きな構想。だが、そのとんでもない構想が澤田氏を中心に実現化されつつある。とんでもなく大きな人物に会ってしまった余韻は、今でも脳裏から離れない。

新サイト「みんくす」開設

東京大学大学院薬学系研究科医薬品情報学講座ではこれまで、コラム「くすりを育てよう!くすりを学ぼう!」をホームページに掲載し、広く一般の人々へ「育薬」の大切さを伝えてきたが、コンテンツの内容をさらに充実させ、新サイト「みんくす」を開設した。「みんくす」は、引きつづき市販後の医薬品を患者にとってより使いやすく、より安全に進化させること(=「育薬」)を目的としている(登録無料の会員制)。

<http://www.ikuyaku-ut.jp/minkusu/>



「MY OPINION」の取材で訪れた、東大本郷キャンパスと同じ東京・文京区にある和菓子店「群林堂」。ある東大OBの方に、本郷キャンパスからは少し離れているが「その豆大福は絶品！」と聞いていたので、取材後、足を延ばして行ってみた。あまり大きくない店らしかったのですが、見つけれないかもしれないと心配しながら地下鉄の階段を上ったが、探す必要などまったくなかった。平日の午後にもかかわらず、歩道にまでのお客の列が店の場所をすぐに教えてくれたのである。年配のご婦人にサラリーマン、下校途中と思しき高校生。老若男女問わず人気のようだ。

創業は1916年の老舗。東京一、おいしいとの声も聞かれるこの店の豆大福は、かつて、吉川英治や三島由紀夫も虜になったという。通りを挟んで店のななめ向かいには講談社があり、「編集者の方が作家さんの手土産に持っていったのがきっかけになったようです」と、2代目主人の池田正一氏は話す。松本清張にいたっては、告別式にこの豆大福が供えられたほどお気に入りだったそうだ。

早速その豆大福を食べてみる。



店頭からつづくお客の列

FOYER @ MY OPINION

ホワイエは、
ほっと一息つく休憩の場——。
ここでは、取材中に出会った
素敵な場所をご紹介します。

群林堂

(和菓子店)

やわらかく絶妙な塩味の餅の中に赤えんどう豆と餡がたっぷり入っている。この赤えんどう豆の歯ごたえは、今までに経験したことがない。

厳選された素材は、赤えんどう豆が北海道富良野産、同じく小豆は北海道十勝産で、もち米は国内産だ。池田氏が「豆大福は庶民のお菓子」と言うように、なんと価格は147円。この味、このボリュームを考えると安すぎると思わずにいられない。ただ近年の赤えんどう豆と小豆の不作に悩まされ、近々、値上げに踏み切るかもしれないそうだ。しかし、外国産ではこの味はありえないと、素材の産地にはこだわりつけてきた。そ



看板商品の豆大福

の姿勢は、いつまでも変わらないのだろう。

「毎日、朝の5時からつくり始めます。そして、その日の分の材料がなくなるまでつくりつづけて、常に新しく、温かい豆大福を店頭に出しています」(池田氏)

ゆえに毎日、午後2時ごろには完売してしまう。行列ができる理由が腑に落ちた。

豆大福をおいしく食べるには、「とにかく、できたてをすぐに食べる。当店の豆大福には添加物がまったく入っていませんから時間がたつと固くなってしまいます」(池田氏)。できたてにこだわるため、地方発送や置き置きはいっさい行っていない。

店のそばには徳川家ゆかりの名刹、護国寺がある。お参りのあとに店へ寄り、できたての豆大福を召しあがってはいかがだろうか。豆大福を確実にゲットしたいならば、お参りの前に店を訪れるようお勧めする。

DATA

群林堂

所在地：〒112-0013

東京都文京区音羽2-1-2

TEL：03-3941-8281

定休日：日曜日

営業時間：9：30～17：00



財団法人財日本薬剤師研修センター理事長

豊島 聰

1989年、すぐれた薬学的ケアを行える薬剤師を求める社会的要請に応え、
薬剤師の生涯学習を支援し推進することを目的として、
厚生省（当時）薬務局の認可のもとに設立された財団法人日本薬剤師研修センター（以下、JPEC）。
薬剤師が、あらゆる職域において自らの資質向上のため、
生涯を通じて常に新しい知識と技能を修得し、業務の充実に努められるよう、
各種研修会の開催、研修認定薬剤師の認定、
学習用の書籍や教材の刊行等の事業を展開している。

聞き手／武田 宏

ヴォイス

oice

編集長対談

受診勧告のできる薬剤師は 求められる薬剤師像の 象徴のひとつ

——2012年春にいよいよ薬学部6年制課程を修了した薬剤師が、世に出ようとしている現在。この変化にともなって、薬剤師の能力や自己研鑽への関心は、きわめて高くなりつつあります。

豊島 6年制課程を修了した薬剤師には大いに期待していますが、一方で、彼らと、以前の教育、つまり4年制課程の世代の薬剤師とのさまざまなギャップを埋める努力、方策はとても大きな課題です。

——ギャップを埋める方策とは、具体的にはどんな？

豊島 JPECは、4年制卒業薬剤師が、卒前の教育課程及び卒業後の各々の実務の現場において習得できなかった知識、技能、態度を身につけるために2007度より6年制カリキュラム対応研修を実施しています。

また、JPECの取り組みの中では、病態・生理学に関する研修プログラムも関係しています。チーム医療の担い手を期待される薬剤師にもっとも必要で、しかしながら4年制課程の方々に決定的に知識が不足しているのがこの分野と思われる。ぜひ、同プログラムで研修していただきたいですね。

——特に、保険薬局で働く薬剤師の知識不足が著しい。

豊島 チーム医療の時代の医薬分業において、保険薬局の薬剤師にも期待されることはとても多い。

中でも受診勧告は、街の保険薬局がいか

に地域住民の役に立ち、広い意味でのチーム医療を成立させられるかの鍵でしょう。個々の薬局によ

っては、対応しているところもあるようですが、まだまだその数は少ないようです。

——相談されてもわからないしアドバイスも

勧告もできない。だから、患者は保険薬局の薬剤師に何も期待していないのが現状です。

豊島 欧米では軽度の体調不良を感じたならば、薬局に駆け込み、薬剤師に相談する。OTCでまかなえるならOTCを出し、それでは対応できないと判断したら薬剤師は医師への受診を勧めます。医師や医療機関の過度の負担を軽減できるので、日本でも近い将来、確実に定着させなければなりません。

ですからJPECでは、前述したように座学講義、DVDグループ研修、VOD（ビデオオンデマンド）などの研修プログラムを充実させていますし、現在さらなる方策にも着手しているところです。

——さらなる方策とは？



PROFILE

- (とよしま・さとし)
- 1970年 東京大学薬学部卒業
 - 1975年 東京大学薬学部助手
 - 1977年 米国立衛生研究所 (NIH) 博士研究員
 - 1980年 東京大学薬学部助教授
 - 1992年 財団法人医薬品衛生研究所副所長
 - 1995年 星薬科大学教授
 - 2000年 国立医薬品食品衛生研究所医薬品医療機器審査センター長
 - 2004年 独立行政法人医薬品医療機器総合機構理事・審査センター長
 - 2010年 独立行政法人医薬品医療機器総合機構シニア・アドバイザー
 - 京都大学iPS細胞研究所客員教授
 - 武蔵野大学客員教授
 - 2011年 京都薬科大学客員教授
 - 財団法人日本薬剤師研修センター理事長

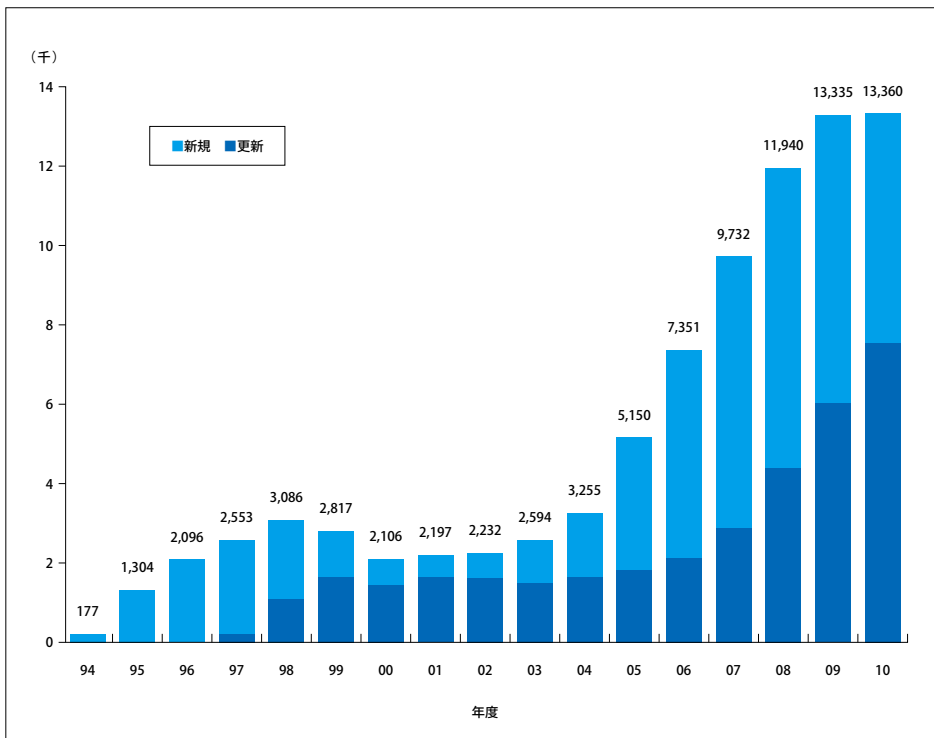
人大学院での病態・生理学の単位をJPECでも認定できればそれも可能性のひとつになると考えます。

——妙案ですね。社会人大学院ならば、全国にある大学を受け入れ先の対象にできる。

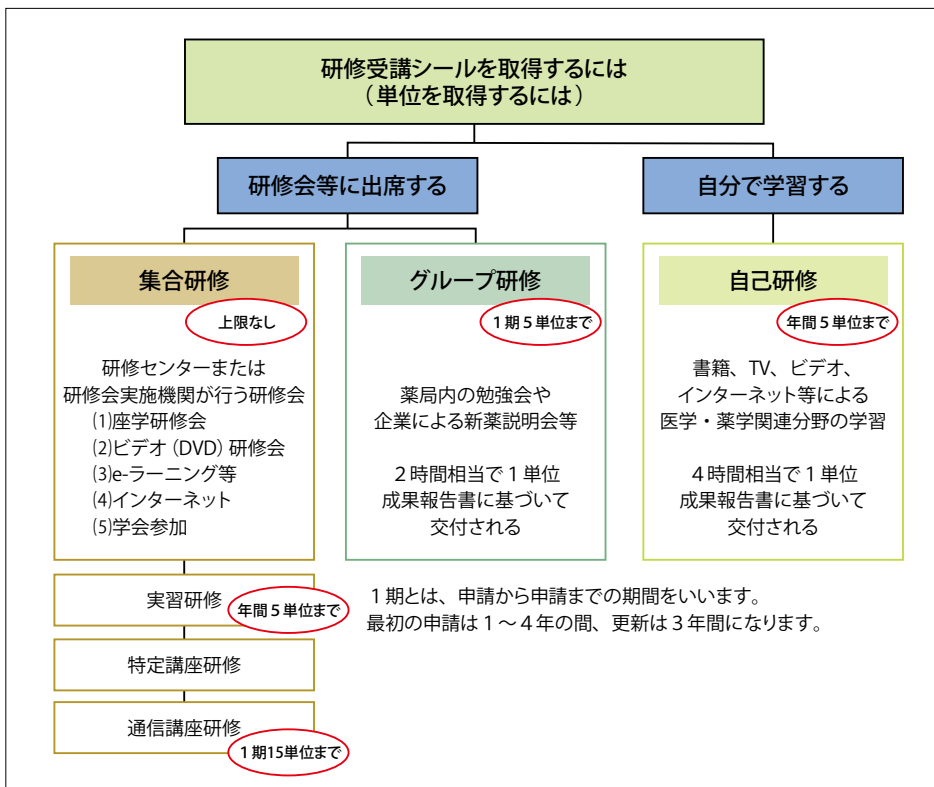
豊島 私は2012年度から武蔵野大学の特任教授も務める予定で、この機会を足がかりに大学院との連携を強力に推進していけるのではないかと期待しています。

免許更新制度のない日本 自己研鑽を促す仕組みを つくり上げるJPEC

——ところで、私はJPECを設立当初から存じ上げていますし、その存在に大きな期待を寄せてきた者のひとりです。ただ、正直申し上げて、JPECが具体的にどんな取り組みを進めているかをあまりよく理解できていません。



研修認定薬剤師の認定証発行数の推移



研修受講シールを取得できる研修の種類と手順

豊島 残念ながら同様の感想は私にもありません。私は2011年春、理事長に就任したばかりですが、もともとも力を入れねばならないのが広報活動だと痛感しています。JPECの諸制度やプログラムの利用率を、もっと上げなければなりません。具体的な事業や提供している事柄をもっと知っていただき、もっと利用していただけるよう努力していかないと考えています。

——対談をお受けいただいたのを機に、事前にJPECのプロフィールを紐解いてみました。事業の3本の柱は、研修事業、研修認定事業、教材等提供事業。3つの事業を通して薬剤師の生涯学習を支援している。

豊島 当センターの研修認定制度について手短かに説明させていただきますと、薬学部卒業生にはあまねく配布し、卒業社会人として働

いている薬剤師には購入していただいている「薬剤師研修手帳」に、JPEC認定の研修を受講することによって授与された研修受講シールを貼っていただきます。

4年間で40単位(毎年5単位以上)を取得すると研修認定薬剤師の認定にいたり、以後は、3年ごとに30単位以上の取得で認定の更新が可能になります。当センターでは認定したことを証明するIDカードを発行していま

すが、このカードの色は更新回数が増える
と変わります。5回更新するとゴールドにな
り以降は変わりません。

——海外の薬剤師免許更新制度に似た制度で
すね。

豊島 研修が義務化されていませんで、海
外の薬剤師免許更新制度とは異なっています
が、本来は日本でも薬剤師免許の更新制度は
必要と思われます。免許制度の改革には法整
備が必要で、一朝一夕にはいきません。そこ
を補完し、薬剤師の自己研鑽をサポートする
のが、JPEC最大のミッションと考えてい
ます。

——研修の義務化は、議論されているのでし
ょうか。

豊島 議論はあります。ただ、やはり法制度
の改変にまつわるので簡単ではありません。
また、現場の薬剤師の意見もよく聞いてみな
ければいけないと思います。けれども、めざ
すところを考えれば、ある程度の強制力が、
どうあっても必要だとは考えます。

——JPECの単位取得の対象となる研修で
は、(1)集合研修、(2)グループ研修、
(3)自己研修とされており、個人的な学び
も単位の対象になっているのがすばらしいと
感じました。

豊島 何より、自分で考え、自律した学びが
大切だと考えます。WEB上で登録し利用で
きる「薬剤師研修支援システム」を通じて成

果報告書を出せば、WEB上での研修でも研
修受講シールを取得できます。

薬剤師の日常は、多忙です。忙しい中で自
己研鑽するのは、文字どおり言うは易し行
うは難しです。ですから私は、まず、とにかく
「研修を受ける習慣」を身につけていただき
たいと思っています。

主眼にあるのは 研修の機会を与えられにくい 保険薬局の薬剤師の啓発

——「都道府県薬剤師研修協議会」が申請を
仲介し、企業や団体の研修プログラムも単位
の対象となる。

豊島 最低1年間の活動実績と書類審査があ
りますが、企業、団体による研修の実施は研
修認定薬剤師制度の大きな柱のひとつです。

——ところで、私は常々、現行の日本病院薬
剤師会などが推進する専門薬剤師、認定薬剤
師の資格制度は、病院薬剤師を対象にしてお
り、病院や医師の視点から求められる能力を
問う資格制度だと感じています。

薬剤師自身が求める薬剤師像の具現化、さ
らには、保険薬局で求められる能力の形成に
は、別の資格制度が必要なのではないでしょ
うか。

豊島 その見解にほぼ同意します。JPEC
の研修認定は、働く場所を選ばず、すべての
薬剤師が持つていなければならぬ知識を薬
剤師である限り持ちつづけていただくもので
す。しかし、もちろん病院薬剤師を排除する

との意味ではなく、主眼にあるのは、自己研
鑽の機会を与えられにくい薬局薬剤師の啓発
です。

さらに説明しますと、JPECの活動指針
を示した文言には「あらゆる職域において、
薬剤師が自らの資質向上の」とあります。
この「あらゆる職域」には、医療現場以外も
入ってきます。

——製薬会社ですか？

豊島 そうです。法律では製薬会社の創業の
総括責任者は薬剤師資格保持者とされていま
すが、現実にはかたちだけです。会社組織に身
を投じた薬剤師の資質向上と地位向上も、薬
剤師界全体の重要テーマと考え、研修を企画
していこうと考えています。

——なるほど、そのような取り組みは存じ上
げませんでした。不明を恥じるばかりです。
ほかの重要な取り組みについても、お教えく
ださい。

豊島 たとえば薬剤師の啓発に関して言いま



薬剤師研修手帳



「薬剤師研修支援システム」のホームページ (<http://www.jpcc.or.jp/contents/pess/>)。システムに個人登録することで、研修会申し込みや終了報告等が可能で、受講シールを入手することもできる

豊島 私の母などは薬局に電話して病状を相談し、薬局からOTCを届けてもらっていたと聞きます。

セルフメディケーションや在宅医療を通して地域医療の担い手になっていた薬剤師の姿は、

——先ほど受診勧告の話題が出ましたが、昔、具体的には戦前は、国民はもっと薬局を頼っていた。

豊島 同感です。私は、「薬剤師のあるべき姿」があまりにもおぼろげと感じます。もっと積極的に、薬剤師自ら明確に「あるべき姿」を提示すべきではないでしょうか。

伊では、薬剤師が国民の期待に
 応えるのは難しいでしょう。

行政に与えられたにすぎない役割に関し、まるで既得権を当然のように受容する程度の認識で満足している。そのようなメンタリテ

——医薬分業がかなり進展した現在ですが、私が、薬剤師のひとりとして常に肝に銘じているのは、この医薬分業が、私たち薬剤師自らの力でかち取ったものではないという事実です。

**あまりにおぼろげな
 「薬剤師のあるべき姿」を
 明確に提示すべきとき**

戦前には普通に見られたようですね。

——現在は、ある意味、戦前の薬剤師が身につけていた能力と大きかった存在価値を再獲得できるか否かの重要なときです。薬剤師にはとにかく勉強をしてほしい。そして、存在価値をアピールできるようにしてほしい。昔の薬剤師は、とても勉強していたそうですから。

豊島 つまるところ、学ぶ姿勢、努力は個人に帰結します。薬剤師の生涯研修を担う認定制度は当研修センター以外にもあります。その中から、必要な研修を選び自己研鑽を積んでほしいと思います。特に、手前味噌になりますが、JPCCは、勉強をして向上しようとの意欲を持った薬剤師の方々を、さまざまな角度からサポートしていく組織だと自覚していますので、研修をする場があることを広く知っていただき、JPCCの研修を受けるのが薬剤師界で当たり前になるよう尽力していく覚悟です。

すと、小児薬物治療で、薬剤師はもっと活躍できるはずだと思います。あまり現場で問題視されていないかもしれませんが、新薬開発においてほとんどの場合、小児の臨床試験は行われていません。医師は成人の処方実績から類推して、小児の処方せんを設計しているのです。保険薬局の薬剤師はその処方せんにもとづき、特に疑問を持つことなく調剤していると思われれます。

現在、薬剤師がもっと小児薬物治療についての知識を深められるよう、認定プログラムを鋭意開発し、来年度から実施しようと考えています。

DATA

財団法人財日本薬剤師研修センター (JPCC)

優れた業学的ケアを実行できる薬剤師を求める社会的要請に応えるため、薬剤師の生涯学習を支援し、推進することによって国民の健康確保に寄与することを目的として、1989年、当時の厚生省薬務局の認可によって設立された財団法人。

あらゆる職域において、薬剤師が自らの資質向上のために生涯を通じて、常に新しい知識と技能を習得し、業務の充実に努めることができるように、研修認定薬剤師の認定、各種研修会の開催などの事業を行っている。

所在地: 〒107-0052
 東京都港区赤坂1-9-13 三會堂ビル5階
 TEL: 03-3568-8201 (代表)
 URL: <http://www.jpcc.or.jp>

分間でわかる 医療行政

第2回

高額薬剤をめぐる DPC(包括支払い制度)の 見直しが進む

参加病院が増える
DPCの問題を
改善する

2003年に始まった、DPC(診断群分類)にもとづく包括支払い制度は、急性期入

院医療を対象とした、診療報酬の包括評価制度。DPCは、入院期間中に医療資源をもつとも投入した「傷病名」と、その間に提供された手術や投薬などの「診療行為」で組み合わせられた分類で、14桁の数字によって表されます。

DPC導入により、医療機関は、分類ごとに設定された在院日数に応じた1日当たりの

定額報酬を、患者に請求することになりました。つまり、使われた医療資源を積み重ねた出来高払いではなく、疾病ごとに決められた金額を患者は支払うわけです。

DPCに参加する病院は、特定機能病院など82病院からスタートしましたが、2011年4月時点で1449病院に達し、病床数では全一般病床の過半数を占めるにいたっています。

一方、制度開始から時間がたち、参加する病院も増えつつける中、疾病ごとに決められた保険点数の改善が必要となってきました。そこで、厚生労働省中央社会保険医療協議会(中医協)のDPC評価分科会では2012年4月の次期診療報酬改定に向け、さまざまな変更を検討しています。そして、中でも大きなテーマのひとつである「高額薬剤等に係る対応」について2011年9月に改定内容の方針を固めました。

新薬、高額な薬剤の
基準が厳しすぎて
医療に支障が起きる

DPCでは、すべてが包括払いの対象になるわけではありません。包括評価部分のほかに出来高評価部分もあります。とはいえ、薬剤については、HIV感染症の抗ウイルス薬や、血友病の血液凝固因子製剤など、長期継続的な投与を要する一部の高額薬剤が出来高評価されるだけで、それ以外の薬剤は包括評価に含まれています。

新規に承認された、あるいは効能追加となつた高額な新薬を使用する場合は、まだ点数表に反映されていないので、包括払いでは病

院側に赤字が発生してしまうケースがあります。このため次の診療報酬改定までの間は、使用した薬剤が一定以上の場合には出来高算定できるようにしています。

現在、この「一定以上」の判断には、「対象DPC薬剤費の包括範囲薬剤費の平均+1SD（標準偏差）」、いわゆる「平均+1SDルール」という基準が適用されています。具体的には、新薬を使用した場合の標準的な費用の見込み額が、使用しない場合の薬剤費の平均+1SDを超える場合に出来高算定とされるのです。

ところが、病院側からはこの基準が厳しすぎて医療に支障が起きているとの声が出ていました。また、この計算方法は統計学の「正規分布」の考え方が用いられていますが、薬剤費の分布は正規分布にはならないため、それを基準に用いるのは不適切であるとの指摘もありました。

包括評価は変えないが 基準を見直し 事実上の規制緩和

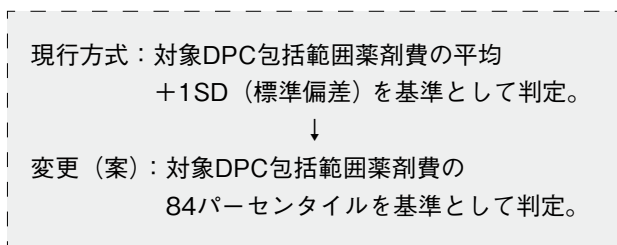
実際、DPC評価分科会が医療関係者を対象に行ったヒアリングでは、「薬剤の点数が低すぎ、治療が制限されている」など深刻な弊害が報告され、医療現場からは、出来高評価部分の大幅な拡大を求める声もあります。しかし、抗がん剤のように薬剤費の相当部分を占めるような分野の薬剤を包括範囲からはずすと、DPCの意義が大きく損なわれることにもなりかねません。また、一定額以上の高額薬剤を包括評価からはずし、出来高請求にすると、高額薬剤が優先して使われる可能

性もあります。

そこで、2012年度診療報酬改定では、現行どおり、包括評価とする原則は変えませんが、「平均+1SDルール」を見直して、「対象DPC包括範囲薬剤費の84パーセントイル」をDPC対象の基準にする見込みです。

パーセントイルとは、簡単に言うと、対象とする数値を小さい順に並び替え、指定された個数番目の値を基準にすることです。たと

【資料】がんの化学療法症例数上位5DPCにおける「平均+1SD」の値とパーセントイル値の関係
(「DPC制度(DPC/PDPS)に係るこれまでの検討状況について(中間報告)」より)



DPC (化学療法を実施する分類)	包括範囲薬剤費(点)					平均在院 日数(日)	
	平均値	平均+1SD		84パーセントイル	75パーセントイル		50パーセントイル
		値	パーセントイル換算値				
040040xx9904xx (肺)	14,861	27,541	91%	21,516	17,658	11,913	18.2
060020xx99x30x (胃)	6,917	15,688	94%	9,854	7,565	4,686	9.5
060035xx99x5xx (大腸)	27,109	37,377	91%	33,851	31,469	25,425	4.8
120010xx99x50x (卵巣・子宮附属器)	15,532	21,906	93%	19,899	18,554	15,524	5.9
120020xx99x40x (子宮頸・体部)	12,901	19,739	88%	18,835	17,244	122,971	6.2

基準を「平均+1SD」から「84パーセントイル」に変更すると、出来高算定の対象となる点数が下がっている。

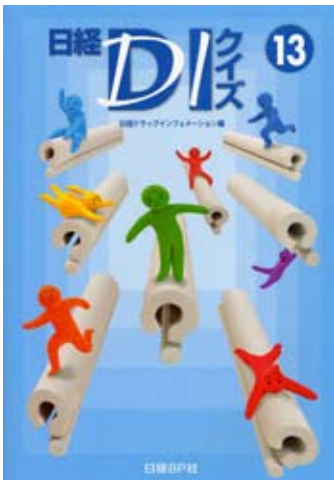
例えば、100の症例があったとして、薬剤費の少ないほうから数えて84番目までは包括評価、85番目以上であれば出来高評価とするわけです。統計学的に見ると、「84パーセントイル」は「平均+1SD」とほぼ変わらない数値なのですが、前述の「標準分布」を用いないことで事実上の基準緩和となり、多くの事例で出来高評価となるケースが増加する見込みです。

TOPICS

BOOK

『日経DIクイズ 13』

日経ドラッグインフォメーション・編／日経BP社・発行



薬局・薬剤師向け月刊誌の「日経ドラッグインフォメーション（日経DI）」に連載中の『日経DIクイズ』の第13弾が発売されました。新薬や添付文書改訂、後発医薬品などをテーマに、すでに掲載されたクイズ47題と書き下ろしの13題を加えた全60題のクイズを収録しています。

また、「症例に学ぶ 医師が処方を決めるまで」のコーナーでは、第一線の臨床医が、経験やエビデンスをもとにし

て処方を書くにいたるまでの考え方、あるいは、患者の経過とともに変化する処方を決める勘どころをわかりやすく解説。薬物治療だけにとどまらず、診断基準や薬物療法以外の治療、患者をいやす声かけのフレーズなど、薬剤師が知っておきたい周辺知識についても盛り込まれています。各疾患について5ページずつ、丁寧に解説した充実の内容です。

CAUTION

「チャンピックス錠」服薬中に意識障害が発生

ファイザー株式会社は、禁煙補助薬「チャンピックス錠」について、服薬中の患者が自動車の運転などをしないよう注意喚起を行いました。本剤は、「ニコチン依存症の喫煙者に対する禁煙の補助」の効能・効果で承認され、2008年8月の発売後、国内の累積服用者数は2011年6月までに約85万人にのぼると推定されるなど広く利用されています。

一方で、本剤を服薬中の患者が自動車を運転中に、めまい、傾眠、意識障害などを起こし、事故につながった事例が報告されていました。これを受けて、2011年7月、厚生労働省は同社に添

付文書の改訂を指示し、同社では服薬患者への注意喚起を行いました。その後も同年9月末までに同様の事故が複数件、発生しています。

状況が改善されないため、同社ではあらためて薬剤師等に、自動車の運転など危険をとまなう機械操作はしない、初診時だけでなく再来院時にも自動車の運転などをしないなど、患者への服薬指導を徹底するよう呼びかけています。

(出典：厚生労働省、ファイザー株式会社ホームページ)

RESEARCH

最新の後発医薬品調剤率は24.3%

厚生労働省は、2011年10月の中央社会保険医療協議会（中医協）総会で、後発医薬品の使用状況調査結果（速報）を発表しました。最新の後発医薬品調剤率（数量ベース）は24.3%（2011年6月現在）で、前年同月より0.8%増加しました。

また、調査に回答した632薬局が取り扱った処方せん約18万枚（8月18～24日の1週間）のうち、医師が後発医薬品への変更を不可としていない処方せんは69.0%で、そのうち1品目でも後発医薬品が提供された処方せんは32.3%でした。

後発医薬品について説明を行っても、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由には、「医師が処方した薬を変えることに抵抗があった（30.2%）」、「これまで使っていた薬の変更に抵抗があった（14.3%）」、「薬剤料等の差額が小さい（9.1%）」などが挙げられています。

一方、患者を対象に後発医薬品の認知状況を調査したところ、「知っている」が76.2%、「名前は聞いたことがある」が16.7%でした。

後発医薬品調剤率（数量ベース）

	2010年			2011年		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1月	20.3	11.1	17.9	24.0	11.5	22.4
2月	21.2	12.1	18.9	23.9	11.4	23.0
3月	21.8	11.4	20.0	23.6	11.5	22.4
4月	22.8	11.7	21.2	24.0	11.3	23.0
5月	23.2	11.6	21.8	24.2	11.4	23.1
6月	23.5	11.6	21.9	24.3	11.3	23.3

(単位：%)



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。

夢を見定めた武田宏が信念を込めて設立した株式会社ファーマシは、日本の医薬分業と歩みを共にし、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」を使命と掲げ、時には相談者に「薬の服用より運動を」とアドバイスすることも是とする薬局運営をしています。

21世紀に入り10年以上を経た現在、わたしたちは

「見える薬局・薬剤師」の実践を最大のテーマに活動しています。

セルフメディケーション支援、OTC販売、在宅における薬の管理など、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。

