

薬剤師の新たな可能性を拓く応援マガジン

[ターンアップ]

TURNUP

No.33

march/april 2017

「**二包化**」は、患者から
薬剤の知識を奪うことも。

—
許俊鋭

MY OPINION —明日の薬剤師へ—

地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センターセンター長

許 俊鋭



VOICE —編集長対談—

一般財団法人
倉敷成人病センター診療支援部副部長

今村 牧夫

3分間でわかる医療行政

薬価の毎年改定が決定。
薬局経営は厳しさを増し、業界再編の可能性も

在宅薬剤師『やまね』の訪問日記

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。



株式会社ファーマシィ

TURNUP

[ターンアップ]

No.33

march/april
2017

contents



MY OPINION—明日の薬剤師へ— 04

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターセンター長

許 俊 鋭

FOYER@MY OPINION 10

ウナギ

Voice—編集長対談— 11

一般財団法人倉敷成人病センター診療支援部副部長

今村 牧夫

在宅薬剤師『やまね』の訪問日記 15

3分間でわかる医療行政 16

TOPICS 18

地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター
センター長

許俊鋭

高齢者の服薬にひそむ

「ブラックボックス」。

無視すれば、とんでもない結果を招く。

構成／武田宏
文／及川 佐知枝
撮影／中山 博敬

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターの源流である養育院の院長を務めた渋沢栄一の像の前で



画期的！認知機能と身体機能を 考慮して血糖コントロール目標を設定

糖尿病患者の血糖コントロールのためのHbA1c目標値は6・0%未満。よく知られた数字であるが、高齢患者の場合にはそれが重症低血糖を引き起こし、死を早めてしまう場合が多々ある実態を著者の薬剤師の皆さんはご存じだろうか。我々編集部も地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター（以下、東京都健康長寿医療センター）センター長の許俊鋭氏の取材で初めて知った。

「当院のデータでは、65歳以上で糖尿病に罹患し薬物治療をしている方を、HbA1c値が6・0%未満、6・0以上7・0%未満、7・0以上8・0%未満、8・0以上9・0%未満、9・0%以上で分けると、6・0%未満の正常にコントロールされている群の平均寿命がもつとも短い。合併症やその他の要因もさまざまありますが、大ざっぱに言いますと、高齢者の場合は7・0〜8・0%ぐらいの方がいちばん長生きしているのです。」

日本の国民皆保険の医療制度のもとで設定されているコレステロールや血圧など、いろいろなものの正常値、あるいは標準値の多くは、20〜30歳代の元気で病気がない人をホテルに閉じ込め、夕方6時ごろに食事をさせ、翌日の午前6時ごろに採血したデータの平均値から算出されており、高齢者の65歳、70歳、80歳といった年齢層の正常値はいくつなのか

まったくわかっていません。高齢になって血圧やHbA1cの値が上がると、皆、健康状態が悪くなっていると思いがちですが、ひよっとすると高齢に対する順応かもしれないとの考え方もあります」

高齢者には高齢者の正常値、標準値があるべき。実は、この象徴とも言える「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c値）」（資料）が昨年、日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会によって発表されたという。

「先ほど申し上げたように従来の正常値に維持しようとしたら、糖尿病の高齢者がかえって早く亡くなってしまう。こうした事実から研究が始まり、新たな目標が定められました。画期的なのは、認知機能や身体機能（基本的ADLや手段的ADL）などを考慮して3つのカテゴリーに分け、各々の目標値を細かく設定した点。僕は感動しましたね。」

認知症の人は薬を飲まなかったり、飲みすぎたりします。4週間分、薬をもらって次に病院に行くときに、まったく過不足なく薬剤がなくなっているのを想像できますか？若い人だってそうはいかない。入院をしていれば看護師がチェックしますが、在宅ではどうでしょう。同居する家族がいる人と、いない人でも服薬の状況は大きく違うはずですよ。」

高齢者に関しては、個人の状態によって1日3回服薬するのを2回服薬する場合もあることを前提に最適のコントロール目標が設定され、それにしたがって処方がなされるのが真の薬物治療のあり方。その点を世の中は全然わかっていません」

許氏の言う「世の中」には、おそらく薬剤師も含まれているのだろう。

MY OPINION

—明日の薬剤師へ—

薬剤の相互作用など無視して 処方せんが出されている恐怖

今、高齢者の薬剤における重要な問題のひとつにポリファーマシーがある。東京都健康長寿医療センターは急性期病院であるため、来院する患者に対してまず行うのは薬の整理だ。

「高齢者の医療機関だからたくさんさんの薬剤を出すのではと思われる方もいるかもしれませんが、その逆です。多くが急性期の紹介患者で、来院する方は、その時点でポリファーマシーの状態にあるケースがほとんど。したがって、最初に着手するのが徹底した薬剤の整理です。

たとえば、整形外科の先生のところを受診された方が、血圧を測ったら170あった。整形外科の先生は、患者さんの血圧をモニターしているわけでもないのに、そのたった1回の測定値だけを見て、専門の薬だけでなく、ついでに高血圧の薬も出しておきましようとなる。高齢者には、医師の前に座ると血圧が上がってしまう白衣高血圧症の方も少なくないので、日常での血圧の値を患者と共有してから血圧の薬を出すのがベストなんです。

高齢者は平均3〜4カ所の診療所に通院し、各々でまったく横のつながりなしに独自に処方せんが出される、『ついでに——』がなんの思慮もなく行われるので、我々が精査すると必ず同じような薬が重複して出されています」

【資料】高齢者糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c値）

患者の特徴・健康状態（注1）		カテゴリーⅠ		カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ
		①認知機能正常かつ ②ADL自立		①軽度認知障害～軽度認知症 または ②手段的ADL低下、 基本的ADL自立	①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される 薬剤（インスリン製剤、 SU薬、グリニド薬など） の使用	なし （注2）	7.0%未満		7.0%未満	8.0%未満
	あり （注3）	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 （下限6.5%）	75歳以上 8.0%未満 （下限7.0%）	8.0%未満 （下限7.0%）	8.5%未満 （下限7.5%）

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢にともなって重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する

注1：認知機能や基本的ADL（着衣、移動、入浴、トイレの使用など）、手段的ADL（IADL：買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など）の評価に関しては、日本老年医学会のホームページ（<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/>）を参照する。エンドオブライフの状態では、著しい高血糖を防止し、それにとまらぬ脱水や急性合併症を予防する治療を優先する

注2：高齢者糖尿病においても、合併症予防のための目標は7.0%未満である。ただし、適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法の副作用なく達成可能な場合の目標を6.0%未満、治療の強化が難しい場合の目標を8.0%未満とする。下限を設けない。カテゴリーⅢに該当する状態で、多剤併用による有害作用が懸念される場合や、重篤な併存疾患を有し、社会的サポートが乏しい場合などには、8.5%未満を目標とすることも許容される

注3：糖尿病罹病期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定しても良い。65歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が図の目標や下限を下まわる場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。グリニド薬は、種類・使用量・血糖値等を勘案し、重症低血糖が危惧されない薬剤に分類される場合もある

【重要な注意事項】
糖尿病治療薬の使用にあたっては、日本老年医学会編『高齢者の安全な薬物療法ガイドライン』を参照すること。薬剤使用時には多剤併用を避け、副作用の出現に十分に注意する

出典：高齢者糖尿病の治療向上のための日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会発表資料

ポリファーマシーが、副作用や飲み合わせによる負の相互作用など、かえって健康状態を悪化させる危険性を内包しているのと言わずもがな。

「高齢者には、ひとつの医療機関で7剤まで処方できるようなってしまいますが、多数の疾患を持つているので、5剤くらいから最大7剤まで平気で出されているのが現状。その5剤なり7剤のあらゆる組み合わせの相互作用なんて、わかりようもない。高齢者の服薬が、そのような世界に突入していることを我々医療者は理解しなくてはならない。まったく怖いことです」

同センターでは退院時に、薬を整理した結果を患者や家族に説明し、ポリファーマシーへの注意を喚起しているそうだ。

「一包化」を安易に すすめてはいませんか？

2015年度の医療費は、前年度にくらべて1兆5000億円（3・8%）増加し、41兆5000億円となった。調剤医療費が9・4%も増加したことが響いた結果である。増加の要因のひとつはポリファーマシーにありそうだが、「一包化」の影響も多大だったのではないかと許氏は指摘する。

一包化は、多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしば見られる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りの防止、または心身の特性により錠剤等を直接の被包から取り出して服薬するのが困難な患者への配慮

を目的として行われる。高齢の患者には、きわめて有効に思われるのだが――。

「確かに認知症が進んだ方などには必要な措置でしょう。でもね、ちょっと考えてみてください。薬剤が全部飲み切れないうちに処方の一部が変わるとは日常茶飯事。そんなとき、患者さんが薬剤師さんに『前のは、どうしますか？』と尋ねると、『あ、捨てちゃってください』と言われる保険薬局もあるようです。ここで想像以上の無駄が生じているかもしれません。

また、『先生のところの薬を飲んでも調子が良くならない』と言われた場合、一包化されていたら、何が効かないのかの分析がしづらい。慎重な患者さんだと、たとえば新たに追加された薬を服用して調子が悪くなると、すぐに受診し『新しい薬をやめて良いでしょうか』と相談してくれたりします。一包化されていなければ、細かな処方の変更によって、患者さんの意見を聞きながら、患者さんとともに最適な処方を見出す作業がしやすくなるのです」

だから許氏は、高齢者であっても薬をきちんと飲めると判断した患者には、一包化はしないように指示する。

「ところが保険薬局の薬剤師さんは、患者さんが高齢であるだけで『一包化するように手配しましょうか』とすすめがち。

保険点数もつくし、良かれとの親切心からだと思うのですが、一包化は薬の無駄を発生させるとともに、薬の知識を患者さんやご家族から奪うことにもなりかねないのだと薬剤師さんには気づいていただきたいですね」



PROFILE

きよ・しゅんえい

- 1974年 東京大学医学部卒業
三井記念病院外科入局
- 1981年 ハーバード大学医学部研究員 (MGH勤務)
- 1982年 埼玉医科大学第一外科講師 (小児心臓外科主任)
- 1997年 埼玉医科大学総合医療センター外科教授
- 1999年 埼玉医科大学第一外科主任教授
- 2008年 東京大学「重症心不全治療開発」講座特任教授
- 2015年 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
センター長

「平日9時・5時」の意識では チーム医療の一員にはなれない

許氏からは、薬剤師が知るべき話が次々と繰り出されたが、終盤には薬剤師の意識に話が及んだ。

「多くの薬剤師さんに共通しているのが、『平日9時・5時』の意識だと感じます。一般的に病院勤務の薬剤師は、平日午前9時から午後5時で働いていて土日は休み。ところが、薬剤の事故が起こりやすいのは、準夜、深夜、土日なんです。当センターの場合で言えば、昼は看護師が8、9名いますが、準夜、深夜、土日は、だいたい3名程度のシフトなので、どうしてもマンパワーが手薄になってしまいます。当直薬剤師がいますが、たった1名なので十分なりリスクヘッジにはなりません。そこで私は、深夜

とは言いません、せめて準夜に病棟薬剤師のサポートがほしいと薬剤部をお願いします。

一方、保険薬局に目を向けると、やはり『平日9時・5時勤務』で働いている。最近は少し遅くまで開いている薬局も増えつつありますが、せいぜい7時ごろまででしょう。しかも、やはり土日はお休みです。平日の昼間に医療機関を受診できる方はいいいですが、夜遅くまで開いている診療所に通院しているサラリーマンや、当院のような急性期病院で夜間に治療を受けた方は、処方せんをもらっても、薬局が開いていないので不便きわまりません。

チーム医療、チーム医療と、さかんに言われているけれども、『薬剤師の皆さんは、そのなんたるかを理解しているのですか?』と僕は問いたい。『平日9時・5時勤務』の意識では、チーム医療の一員にはなれないのです」

高齢者の薬物治療に関して、多岐にわたって示唆に富んだ話を披露してくれた許氏は、最後に、保険薬局の薬剤師に向けてお願いがあると言う。

「高齢の患者さんが来局したならば、認知症の進み具合などの状況、家族のサポートのある・なし、実際の服薬状況など、しっかりと把握したうえで調剤をしてほしいと切に望みます。お話ししたように高齢者の服薬には、とんでもない『ブラックボックス』があちこちにひそんでいるのですから」

ブラックボックスを無視し、医師の言うがままに調剤することが、とんでもない結果を招いているかもしれない。考えるとそろそろ恐ろしくなった。薬剤師は自分が医療人であり、患者の治療の大切な一翼を担っている自覚をもっともって持たねばならぬ。

MY OPINION

—明日の薬剤師へ—

東京都健康長寿医療センターセンター長の許俊鋭氏に好物を聞いてみたところ、速攻で「ウナギ」との回答であった。海外に目を向けると、イギリス料理にジェリード・イールと称する、いわゆるウナギの煮凝り（ウナギのゼリー寄せ）が存在するが、味については賛否両論ある。やはり、ウナギ料理の王様は日本の蒲焼きと言っていいのではないだろうか。その証左に日本人のウナギの消費量は群を抜いており、世界の消費量の6～7割を占めるそうだ。

ところが、近年、ウナギは絶滅の危機に瀕している。ニホンウナギが絶滅危惧種に指定されたのは2014年、それと前後してヨーロッパウナギやアメリカウナギも絶滅危惧種に指定された。また、各国で輸出規制が行われているのだ。

このままでは、ウナギ料理が食べられなくなる日も近いかもしれ



ウナギの蒲焼きを使った料理の代表、鰻重

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。

ウナギ

ない——。そんな状況を打開すべく、ウナギとウナギ料理を愛してきた人々が、各方面で動き出している。まずは、まだわからない部分もある生態系の解明と完全養殖



ウナギ(上)とナマズ(下)

の研究。そして代替できる食材探しの研究。精進料理では昔から、豆腐と山芋と海苔で見た目もよく似たウナギの蒲焼きもどきがあったようだが、ここにきて注目を浴びているのは、なんとナマズである。

クロマグロの完全養殖で注目を浴びた近畿大学が、次に開発したのが、「ウナギ味のナマズ」。すでに2016年夏には限定的ながら大手スーパーで市販され、味の評価はさておき、話題を呼んだのは確かだ。ウナギとナマズ、“ヘタウマ”なイラストにしてみれば似ているところもあるものの、本来は淡水魚のナマズが、海と川を行ったり来たりするウナギの代わりを果たせるのだろうか。そもそもナマズを食材として受け入れることに抵抗のある日本人は多いように思う。

海外では、ナマズはウナギよりポピュラーな食材、世界では養殖魚のうち3番目の消費量である。「日本でも江戸時代までは普通に美味しく食されていた」と熱心に説く声も聞こえてくるが、ウナギ味のナマズが日本の食卓のレギュラーになれるのかどうかは、まだ「？」だ。興味を持った読者の方は、ぜひ、挑戦してみて感想を本誌編集部にお送りいただきたい。

VOICE

編集長対談

一般財団法人
倉敷成人病センター診療支援部副部長

今村 牧夫



薬剤師の発案でスタートした
がん患者のための
薬剤師外来「サポート外来」

構成／『ターンアップ』編集長：武田 宏

一般財団法人倉敷成人病センターに2008年、日本で初めてとなるがん患者のための薬剤師外来、称して「サポート外来」が開設された。同外来の設立を提案し立ち上げたのは、がん専門薬剤師の今村牧夫氏。外来治療が中心となりつつある、がんの化学療法において懸念される医師の負担増や、患者の医療安全の低下を防ぐべく、今村氏は薬剤師の知見を存分に生かした活動を展開する。

主治医の診察前に がん患者を薬剤師が診て 処方設計

——貴院のサポート外来は、がん患者に薬剤師が対応する部門です。具体的には、どのような役割を担っているのでしょうか。

今村 当外来には、化学療法や疼痛緩和治療を受けている、もしくはこれから受けようとするがん患者のうち主治医が必要と判断した方が紹介されてきます。業務を担当する薬剤師の条件は勤務年数などではなくがん専門薬剤師の資格取得者と定め、提供する薬剤師職能の質を担保しています。

当外来の役割には、まず化学療法をこれから始める方、あるいは現在の治療法を変更する方に対する説明と同意の取得が挙げられます。外来中に長く時間を割いて細か

い説明をする余裕のない医師に代わり、1回20〜30分の時間をかけて、不安や疑問の解消に努めています。

また、治療法の選択肢が複数にわたる場合は、各々のメリットやデメリット、たとえば治療スケジュールやどんな副作用が起きる可能性があるかなどをお話しし、患者さんが治療法を決める支援をしています。

——自ら納得して選んだ方法ならば、患者さんは前向きに治療に取り組みそうです。すでに化学療法を始めて継続している方に対しては何を？

今村 前回の治療後、どんな症状があったか、何が辛かったかなどをしっかりと話しただき、患者さんの状態を評価します。

当外来では、血液や尿検査の結果、画像所見を電子カルテで確認できるので、それらのデータからもスクリーニングを行いま

すが、データには現れない、ご本人しか感じられない症状は患者さんから聞くしかありません。患者さんの話の中から、重篤な副作用につながる前段階の症状を見つくれるのです。

——さながら薬剤師による「診療」のようですね。患者さんは、主治医の診察も受けるはずですが、サポート外来とはどのように連携しているのでしょうか。

今村 当外来は、主治医の診察に先行して患者さんを診ます。一般的な診療の流れは「主治医の診察→治療の可否や処方の決定→薬剤師による疑義照会や処方見直しの提案」ですが、当院では逆。

まず、薬剤師が患者さんの全身状態を評価して、化学療法の可否を検討し、用量設定や処方設計を行います。医師はカルテ上で、薬剤師から提供された患者情報や代行

入力された処方内容を見ながら診察。処方提案に問題がなければ電子カルテ上で「確定」ボタンを押すと、注射や処方オーダーが実行されるシステムとなっています。主治医の診察により処方追加、変更されることもあり、医師と薬剤師が協働して処方を考えている体制と言えます。

化学療法の外来移行を契機に 日本で初めてとなる薬剤師の サポート外来を設立

——薬剤師が専門知識を生かしつつ、医師の負担を極力減らすチーム医療が実現していますが、そもそも2008年にサポート外来が貴院に開設された経緯をお聞かせください。

今村 当院が2009年にDPC（診断群分類別包括評価制度）へ移行すると決定したことがきっかけです。

DPCでは病院運営上、化学療法を外来で行う必要があったのですが、当院では、化学療法の多くが入院で実施されていました。入院なら、医師は余裕のある時間に患者さんを診られますし、体調不良が起きても速やかに対応ができたからです。

ところが、外来化学療法では、医師は検査、診察、治療判断や処方のすべてを多忙な外来診療の最中にやらなければなりません。したがって、単純に化学療法を入院から外来へ移すだけなら、医師の負担がますます大きくなり、さらには医療安全上の問題も生じかねないのではないかと。そう

した懸念から薬剤師を活用するサポート外来を提案しました。

——薬剤師による、がんのサポート外来は日本初の取り組みでしたから、導入には苦勞されたのではないかと推察します。

今村 幸運にも当院の倫理委員会には「先行事例がないのなら、当院が先行事例になる」との理解があり、承認されました。

開設当時に心がけたのは「紹介してくれる医師、診させていただく患者さん双方にとって価値ある取り組みにしたい」ということです。そこで当初は一部の診療科、医師のみに限定して紹介を受けつけ、ノウハウを少しずつ確実に蓄積していきました。

——慎重な戦略が奏功し、今につながったのです。

ところで、サポート外来は新たな試みなので、貴院では無償で始めたとお聞きしました。経営面で負荷がかからなかったのかになります。

今村 負荷と言っても、薬剤師ひとり分の人件費なので大きいものではありません。病院側には、サポート外来によって医師の業務負担が軽減し、外来診療の効率が上がれば病院経営に資すると提案しました。

その後、実績を学会や論文で公表していくうちに他院でも薬剤師外来が開設され始めました。国立がんセンター東病院の呼びかけで、いくつかの病院と協力して厚生労働省に実績を提出したところ評価を受け、

2014年度診療報酬改定では算定回数に制限はあるものの、「がん患者指導管理料3」が新設されたようです。

患者が疲弊しない治療法を 医師に提案して QOLを向上させる

——薬剤師の活動が医療の効率化につながると評価され、診療報酬に反映されたとは喜ばしい限りです。一方、患者さんのQOL向上への貢献も当然、求められます。

今村 当外来では、「患者さんにできるだけ普段の生活をしていただく」を念頭に置いています。ですから、副作用症状軽減のための支持療法設計や治療レジメン選択の際には特に気を配ります。

たとえば、乳がんや卵巣がんの術後治療では、脱毛をとまなう強力な化学療法が用いられ、女性患者のQOLが低下します。治療が終了すれば毛髪は回復しますが、不

【資料】サポート外来の提案の臨床反映率

(2008年5月20日～2016年8月31日)

提案の種類	臨床反映率
支持療法薬剤 新規処方・増量	97%
支持療法薬剤 減量・処方中止	97%
他診療科・リハビリ等紹介	92%
画像検査・検体検査	93%
がん薬物療法 施行延期	96%
がん薬物療法 投与量変更	94%
がん薬物療法 レジメン変更	95%
がん薬物療法 中断・中止	100%
積極的治療中止	100%

出典：倉敷成人病センター資料より作成

PROFILE

いまむら・まさお

2000年岡山大学薬学部卒業後、岡山大学大学院自然科学研究科薬学薬品化学専攻入学。2002年財団法人倉敷成人病センター薬剤師入職。2012年より現職。2013年岡山大学大学院医歯薬総合研究科博士課程入学。日本病院薬剤師会認定が

ん薬物療法認定薬剤師、日本医療薬学会認定がん指導薬剤師、日本医療薬学会認定がん専門薬剤師、日本緩和医療薬学会緩和薬物療法認定薬剤師、日本医療薬学会認定薬剤師。日本医療薬学会代議員、日本緩和医療薬学会評議員

幸にも再発すると、化学療法を再開しなければなりません。そこで、再発治療を選択する場合、患者さんから脱毛回避の希望があれば、治療効果が見劣りせず脱毛頻度の低い化学療法を医師に提案します。日本のがん治療では手術を行う外科医が主治医を務めるケースが多く、化学療法や支持療法の知識をこまめにアップデートすることは困難なので、その点を意識したフォローをしています。

闘病が長引くなら、治療はもちろん重要ですが、患者さんが自分らしく生きることも大切。患者さんが疲弊しないような治療法を医師に提案し、患者さんのQOLを上げていくのも当外来の重要な役割です。

ただ「待つ」のではなく 保険薬局から医療機関へ 情報提供を促してほしい

——貴院は院内処方ですが、院外処方の場合、事実上は薬局薬剤師も、がん治療にかかわることになります。

ところが、がん領域では適応外使用の処方が行われる場合も多く、なんの情報提供もないまま出された処方せんを見て、困惑した経験を持つ薬局薬剤師は少なくないようです。

今村 今、保険薬局は医薬分業の矛盾のしわ寄せを受けています。医薬分業は当初、単に「調剤作業」を分離する目的で導入されたのでしよう。薬局薬剤師は調剤だけをしていれば良かったので、医療機関から特

段の情報提供を受けなくても問題はありませんでした。

ところが、時代が変わり薬局薬剤師にも多職種協働への参画が要請されるようになったのに、情報共有のための法整備はなされていません。薬局薬剤師は処方せん以外の患者情報を持たないまま、推理ゲームのような状況で患者さんに対応しています。

——かかりつけ薬剤師が提唱されるなら、医療機関側からの情報提供の仕組みが整えられるべきですが、そうした動きはまだまだ限られています。

今村 真のチーム医療のメンバーとして活躍したいと考えるのであれば、仕組みが整うのを待つだけでなく、薬局薬剤師の皆さんから医療機関へ、定期的な意見交換会の開催や、必要な情報を共有できる仕組みづくりを要望すべきだと思います。医療機関側の病院薬剤師と連携すれば、必ず改善につながるでしょう。ただ、診療情報の共有については、日本薬剤師会が本腰を入れて動く必要があります。

「なんてつまらない仕事」 失望の日々を乗り越え 薬剤師の可能性を示す

——サポート外来は、まさに「待つ」のではなく、薬剤師が職能を發揮しようとした自発的な取り組みです。今村先生は、薬剤師になったときから、こうした機会を探っていたのでしょうか。

今村 そうとは言えません。私が薬剤師を志したきっかけは、両親がともにがんを患ったことでした。「化学療法は薬剤を用いる治療だから、薬剤師がいろいろと活躍するのだろう」と漠然と思ったのです。

ところが現実の薬剤師の仕事は予想とまったく違い、処方せん内で、間違い探しをして、処方せんどおり調剤するだけ。「なんてつまらない仕事なんだ」と入職当時は失望する日々が過ぎました。

——しかし、サポート外来の発案と実現によって、ご自身で仕事の身を大きく変えられた。

今村 若いころは知識もなく、視野も狭かったので、「薬剤師は決められたことをこなす仕事。何かを生み出す職種ではない」との悲観的な固定観念が植えつけられていたのでしよう。

でも、そんなはずはありません。薬剤師は専門知識を備え、患者さんとコミュニケーションを図れるし、しっかり考えられる頭を持っている。患者さんやチーム医療のメンバーのために薬剤師職能をアウトプットする仕事をしなければならぬのです。

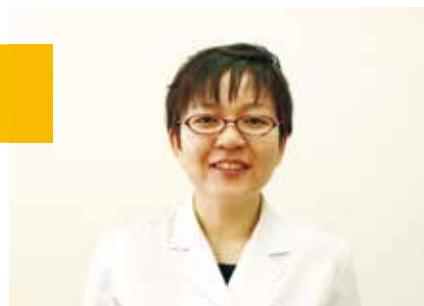
——薬剤師の大きな可能性を感じられるお話で、励みになりました。同時に調剤だけしているようでは、未来はないとの危機感も高まりました。

多くの薬剤師にこの危機感を持っていたら、自分の仕事を見つめ直してほしいと願います。

在宅薬剤師『やまね』の訪問日記

第22回

株式会社ファーマシイ 山根 暁子



私にとって「薬局」の原体験となるのは、小学校低学年のときの出来事だ。自宅から歩いて20分ほど、学校へ行く通学路の中間地点あたりの大きなイチョウがあるお寺の前に、いわゆる薬店があった。

季節は覚えていないが、ある日、まだ小さかった妹が体調を崩して、夜になって熱が上がり、ぐったりしてしまった。病院で治療は受けたが、それでも具合が悪そうな妹を母と兄とで心配していたところ、ふと母が、「〇〇の薬（名前は覚えていない）があれば、少しは楽になるかもしれない」とつぶやいた。それを聞いた2つ年上の兄は、「あのくすり屋さんなら△△時まで開いているはずだ！買ってくる！」と自転車で飛び出していった。母に言われた薬と、当時、新発売でテレビでコマーシャルが流れていた「塗る風邪薬」を買ってきて、いそいそと、「これがきつと効くよ」と妹の胸に塗ってやっている情景を覚えている。

妹は、家族からとても大事にされている、大切な存在だと強く感じた。そして同時に、夜が深まる中、店内から漏れた明かりで道を照らし、困っている私たちを迎え入れ助けてくれた「くすり屋さん」は、あたたかい場所だというイメージが焼きついた。

年月を経て最近。大晦日に、母が慌てて「お屠蘇がない！」と言い出した。私自身はお屠蘇に強い思い入れはないので生返事をしていた。すると母は、「〇〇さんならあるかもしれない。あそこにはなんでもある。年末年始も開いている」と町の薬局の名前を挙げた。以前、当コラムで「薬局がお正月に開いている必要はない！」と言いきった母である。真逆の主張に内心笑いながら電話

をかけると、果たしてお屠蘇を置いているという。ちょうど残り1袋。母屋の掃除をしながら薬局は夕方まで開けているから、いらっしゃいとのこと。なんとまあ。

買いに行くと、店舗は「古き良きくすり屋さん」の風情で杖や手押し車などの介護用品が並んだ奥にカウンターがあった。店長さんに声をかけると、「ああ、電話をくれた人？」と言って、お金を払うより先にお屠蘇の袋を渡してくるような接客。山根家のお正月を守ってくれた感謝を込めて何度もお礼を言った。

最近、「ワークライフバランス」なる和製英語を聞く。「仕事と私生活の配分が適切か」を問いかける言葉だ。地域住民の生活を守る仕事をしていると、そこは曖昧になる。人の生活は24時間継続していて途切れることがなく、その中で必要とされるのだから——。一方、お屠蘇を売ってくれた薬局は、処方せんの取り扱いはほとんどしていなかった。自分の生活の地つづきの範囲で、“呼吸をするように”お店を開けておられた。

私のように終末期の患者さんと接する場合は、もう少しエネルギーがいる気がする。できるだけコールが鳴らないように事前にしっかりと準備をしつつ、それでもコールがあれば駆けつけなければならない。

私は、「住み慣れた場所で、安心して薬物治療をしてもらうための体制」をつくりたい。そして、安静時の穏やかな呼吸のようにはいかなくとも、“呼吸をするように”たずさわっていきたく願う。時に、それが自分のエゴなのか社会的使命なのか、境界がわからなくなりながらも、今日も地域に根ざした薬物治療の準備と、あと始末に明け暮れる。



分間でわかる 医療行政

第21回

薬価の毎年改定が決定。 薬局経営は厳しさを増し、 業界再編の可能性も

市場実勢価格が大きく
値下がりした薬剤を対象に
2019年度から毎年改定

昨年12月、薬価改定をめぐり、歴史的に
大きな事件が起こりました。これまで2年
に1回、診療・調剤報酬改定と同時に行わ

れていた薬価改定について、塩崎恭久厚生
労働大臣、麻生太郎財務大臣、菅義偉官房
長官、石原伸晃内閣府特命担当大臣（経済
財政政策）が協議し、毎年改定を行うこと
とする基本方針の合意にいたったのです。

基本方針では、従来の2年に1回の薬価
改定の間の年にも、大手医薬品卸業者を対
象として全薬剤の市場実勢価格を調査し、
大きく値下がりした薬剤の薬価を引き下げ

るとしています。

また、効能効果追加によって市場規模が
拡大する薬剤については、年4回ある新規
薬剤の薬価収載の機会を利用し、そのた
びに薬価を見直す方針も示されました。

いずれの方策についても、具体的な進め
方や品目を2017年中に決定、翌201
8年に調査を行い、2019年度から毎年
改定が実施される見込みです。

40兆円を超えた国民医療費と 超高額薬オプジーボの存在が 薬価改革をあと押ししたか

今回の基本方針は、昨年11月に政府の経
済財政諮問会議で民間議員が示した見直し
案にもとづいていますが、見直し案の提示
時点で、医療関係者からは強い懸念の声
が上がりました。

日本薬剤師会（以下、日薬）は、「薬価
の頻回引き下げは保険薬局における在庫薬
の資産価値の減少につながる。また、新た
な薬剤開発の意欲をそぎ、画期的医薬品の
国民への提供に支障をきたす恐れがある」
などと批判。日本医師会や日本製薬団体連
合会といった関連団体も、こぞって反対を
表明していました。

歴史を振り返ると、薬価改定の頻度を
変えざるべきとの主張は、これまでに何度
も示されましたが、医療関係者が強
硬に抵抗して実現しませんでした。しか
し、今回も強い反対があったにもか
かわらず、薬価毎年改定が決定した
背景には、膨張しつづけてきた国民
医療費がついに年間40兆円を突破

し、国民の間に危機感が広まったことがあると思われず。ただ、国民医療費における薬剤費の割合は、ここ10数年、21〜22%付近で安定しており〔資料〕、薬剤費だけが急激に増加し、保険財政を圧迫するようになったとは言いきれない状況でした。

ところが2015年末、抗がん剤の中でも100ミリグラムで約73万円（今年2月に50%臨時引き下げ）と群を抜いて高いオプジーボ（一般名…ニボルマブ）の適応が非小細胞肺がんに拡大された結果、同剤の服用者ひとり当たりの薬剤費が年間3500万円にも達すると大きく報道され、国民に「薬剤費が保険財政の危機に拍車をかけているのでは」との認識が強まりました。こうしたことから薬価制度にメスを入れやすい環境が整ったと判断されたようです。

薬価は下落、仕入れ値は上昇 卸業者との交渉力の必要性が 薬局の合併・吸収を促す

薬価の毎年改定は、今後、保険薬局に対し、どのような影響を及ぼすのかを考えてみましょう。

まず、前述の日薬の声明でも触れている在庫薬の資産価値の減少を避けるため、各保険薬局では在庫を減らす可能性がります。こうした動きは、処方せんが出される機会の少ない薬剤の取り扱いを見送る風潮につながりかねず、最終的に患者の利益を損ねる懸念があります。

また、薬価の引き下げだけでなく、薬価改定頻度の増加自体も、頭の痛いところで

す。改定のたびにレセコンのシステム改修が必要となり、日薬では、1薬局当たり10万円前後の負担が発生するだろうと見込んでいます。

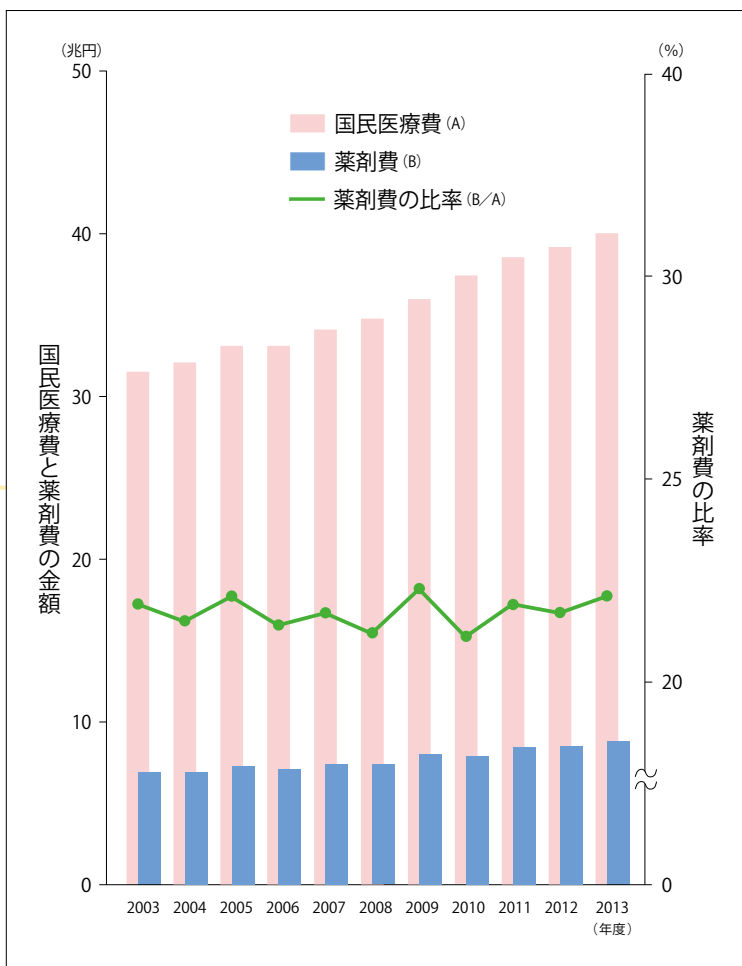
そして保険薬局の経営上最大の問題は収益源のひとつである薬価差益の縮小です。冒頭で少し触れたとおり、薬価は市場実勢価格、すなわち保険薬局が薬剤を仕入れる価格を参考にして決定されるので、毎年改定による薬価の下落スピードを落とそうと製薬企業は卸業者への、卸業者は保険薬局への納入価格を引き上げようとするでしょう。すると、薬剤を今までより高く買うはめになる保険薬局の薬価差益は、当然小さ

くなってしまう。このため、卸業者との間で厳しい価格交渉が行われるのは必至で、2015年度で8・8%（厚生労働省調査）とされる保険薬局の薬価差益が低下することは避けられないでしょう。

こうした事態に対処するには、卸業者との価格交渉力をつける必要があります。結果、保険薬局業界では「規模のメリット」を追求する姿勢が強まって、ますます合併・吸収が進み、業界が再編されると考えられます。

薬局薬剤師の皆さんは、これから保険薬局をめぐる状況が、今以上に激変するのは間違いないと認識しておくべきでしょう。

【資料】国民医療費と薬剤費の推移



出典：中央社会保険医療協議会資料をもとに作成

TOPICS

BOOK

『検査値×処方箋の読み方』

よくあるケースに自信をもって疑義照会する！』

編集：増田智先、渡邊裕之、金谷朗子／発行：じほう



薬局薬剤師はこれまで、調剤時に、処方せんの内容や患者からの聞き取りなど、きわめて限られた情報しか得られない状況にありましたが、近年は臨床検査値が追加記載された外来処方せんが増えつつあります。検査値の確認は、処方監査や疑義照会などに役立ち、より適切な薬物療法の提供につながります。

こうした中、九州大学病院薬剤部では、薬局薬剤師を対象に勉強

会を実施し、検査値を読み解くノウハウの普及に取り組んできました。本書はその成果をまとめたもので、同大学病院教授・薬剤部長の増田智先氏らが編集を行っています。

本書では、34の処方ケースを通じて用法・用量や副作用のチェックに生かせる検査値の読み方を解説。異常値のとらえ方から疑義照会のコツまでわかりやすく紹介しています。チーム医療の一員として薬局薬剤師への期待が高まる中、本書は検査値の結果を使いこなすスキルを磨くのに最適の1冊と言えるでしょう。

CAUTION

外観の類似した薬剤の取り違えに注意

公益財団法人日本医療機能評価機構は、アンプルや包装の色など外観の類似した薬剤を取り違えた事例4件を報告し、注意喚起を行いました。

ある事例では、外来受診後、保険薬局で内服薬を受け取って帰宅した患者が、2日後に脱水症状で入院。持参薬を確認したところ、抗凝固薬「ワーファリン錠」の薬袋に利尿薬「ラシックス錠」が入っていました。原因を調査した結果、薬局薬剤師は、同じ棚に並んでいた赤いPTP包装を見てワーファリン錠と思い込み、監査でも間違いに気づかなかった経緯がわかりました。

このほかに、「セレネース注」と「サイレース静注」、「ラシックス注」と「プリンペラン注射液」、「プリンペラン注射液」と「ベルジピン注射液」について、似たアンプルであったために誤投与が起きた事例が報告されています。

同機構では、まずアンプルや包装の色が類似した薬剤がある点を認識したうえで、外観で判断せず、薬剤を手にとった際に薬剤名を確認する手順を遵守するよう呼びかけています。

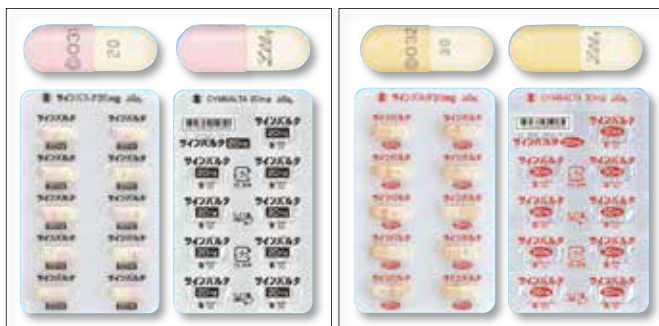
PRODUCT

SNRIに変形性関節症による疼痛への適応を追加

塩野義製薬株式会社と日本イーライリリー株式会社は、主にうつ病の治療などで用いられるセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤(SNRI)「サインバルタカプセル20mg、30mg」(一般名：デュロキセチン塩酸塩)について、厚生労働省より「変形性関節症にともなう疼痛」に対する適応追加の承認を取得したと発表しました。

変形性関節症は、関節にある軟骨がすり減って、骨と骨がこすれることで関節が変形し、炎症や痛み、こわばりなどを引き起こす病気で、膝関節や股関節、足関節などでよく発症します。変形性関節症にともなう疼痛は、関節の炎症そのものによる直接的な痛みだけでなく、その痛みの持続的な刺激によって起こる、痛みを和らげる神経系(下行性疼痛抑制系)の機能減弱も原因のひとつと見られています。

本剤は、セロトニンとノルアドレナリンの再取り込み阻害作用を介して下行性疼痛抑制系を活性化させるため、変形性関節症にともなう疼痛において鎮痛効果を発揮すると考えられており、患者にとって新たな治療の選択肢になると見込まれます。



サインバルタカプセル20mg(左)と同30mg(右)

無料送付・登録変更のご案内

TURNUP

[ターンアップ]

新規の無料送付申し込み、お届け先変更のご連絡には
この封筒をご利用ください。

皆様のご意見、ご感想もお待ちしております。

第32号(2017年1月1日発行)に同封した「お知らせ」でご案内しておりました、
継続送付先再登録のお手続きを行っていただいた方は送付不要です。

『ターンアップ』第34号の発行は5月の予定です。

『ターンアップ』は、発行元の株式会社ファーマシよりお送りいたします。

山折り



料金受取人払郵便

福山郵便局
承認

5096

差出有効期間

平成29年6月4日まで
(切手は不要です)

7 2 0 8 7 9 0

305

✂ キリトリ

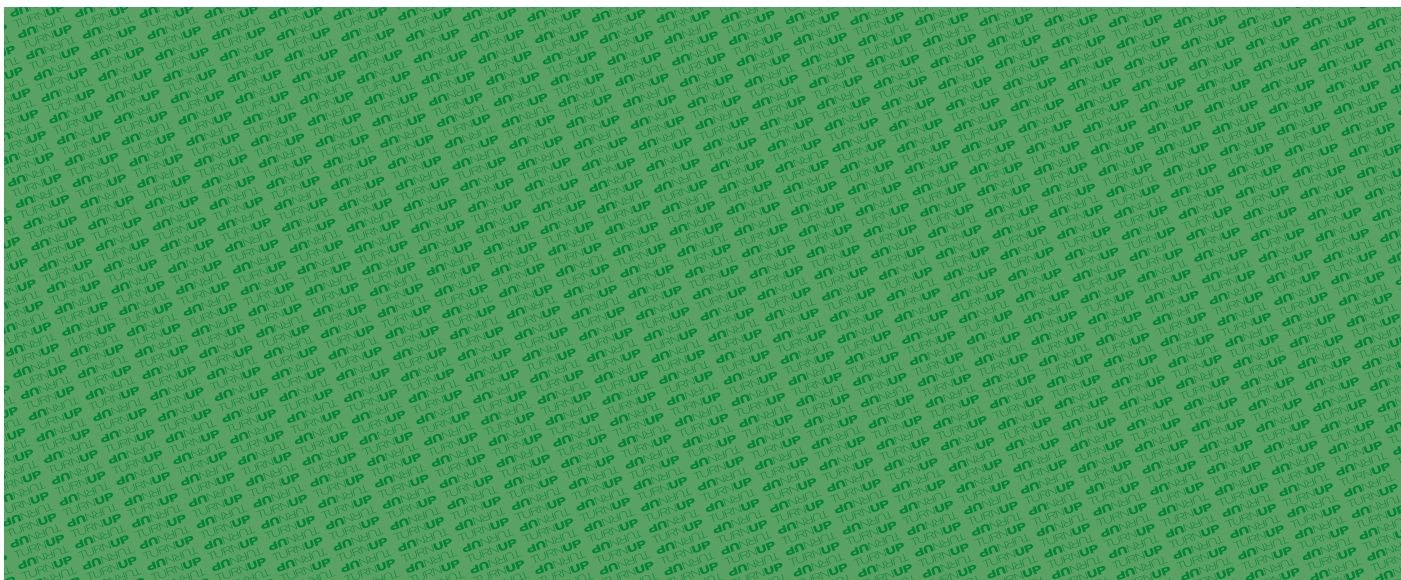
広島県福山市沖野上町4-13-27

株式会社ファーマシ

『ターンアップ』担当行



山折り



■ご連絡内容

『ターンアップ』送付希望 ※バックナンバーの送付も可能です。ご希望の号数を右欄に記入してください()号)

登録の変更

■送付先(必須。チェックをおつけください)

自宅 勤務先

送付先名称、氏名(必須)

フリガナ

送付先住所(必須)

〒 -

都道府県

勤務先名(必須)

部署名

職種区分(必須)

薬局薬剤師 病院薬剤師 大学関係(講師など) 企業関係 学生
その他()

E-mail(必須)

■株式会社ファーマシが、医療分野における教育・研究・経営などに関する情報を

指定されたご住所へ送付することに

同意する 同意しない

【個人情報の取り扱いについて】

ご登録いただいた個人情報は、株式会社ファーマシにて適切な安全管理措置を講ずることによって保護管理し、『ターンアップ』誌の送付に使用いたします。また、上記に同意された場合のみ、医療分野における教育・研究・経営などに関する情報の送付にも使用いたします。

■ご意見、ご感想

●皆様の学びの参考となったコンテンツを2つまで選び、○で囲んでください(必須)

①MY OPINION ②編集長対談 ③3分間でわかる医療行政 ④在宅薬剤師『やまね』の訪問日記

●弊誌を何でお知りになりましたか?○で囲んでください(必須)

①薬局、病院への送付 ②講演、イベント等での配布 ③ホームページ

④紹介されて ⑤その他()

●保険薬局の独立開業に興味はありますか?○で囲んでください

はい いいえ

●ご意見、ご感想をご自由にお書きください

のりしろ

↑谷折りA

のりしろ

↑谷折りB

のりしろ

のりしろ

↑谷折りA

のりしろ

↑谷折りB

のりしろ

のりしろののりをつけ、谷折りA↓Bの順に貼り合わせてください。

✂キリトリ



株式会社ファーマシィ



ファーマシィの 挑戦

独自の「自主運営型薬局」の展開

コンセプト

- 自分の理想とする薬局づくりをめざせます
- 成果を上げれば、しっかり報酬などに還元されます
- 薬局経営のノウハウ（営業力・労務管理・計数管理）が得られます
- 立場はあくまで社員、資金も会社が負担。安心して経営に集中できます

現場の薬剤師が、薬局経営者と同じように活躍できる。
この仕組みで薬剤師の未知の能力を引き出すとともに、
地域に根ざした「かかりつけ薬剤師のいる薬局」を生み出しています。



ファーマシィ

検索



No. 3 (2012年3月)
弁護士
三輪 亮寿



No. 2 (2012年1月)
東京大学大学院教授
澤田 康文



No. 1 (2011年11月)
PMDA理事長
近藤 達也

TURNUP

【ターンアップ】
バックナンバーのご紹介

『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 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『ターンアップ』担当 宛



No.13 (2013年11月)
山梨大学特任教授
岩崎 甫



No.12 (2013年9月)
国立がん研究センター総長
堀田 知光



No.11 (2013年7月)
神戸市立医療センター中央市民病院長
北 徹



No.10 (2013年5月)
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)
福島県立医科大学理事長兼学長
菊地 臣一



No.21 (2015年3月)
眼科三宅病院理事長
三宅 謙作



No.20 (2015年1月)
東京慈恵会医科大学教授
大木 隆生



No.19 (2014年11月)
滋賀県立成人病センター院長
宮地 良樹



No.18 (2014年9月)
三井記念病院院長
高本 真一



No.17 (2014年7月)
東京山手メディカルセンター院長
万代 恭嗣



No.29 (2016年7月)
帝京大学副学長
井上 圭三



No.28 (2016年5月)
上田薬剤師会顧問
工藤 義房



No.27 (2016年3月)
昭和薬科大学学長
西島 正弘



No.26 (2016年1月)
日本看護協会会長
坂本 すが



No.25 (2015年11月)
クリニック川越院長
川越 厚



No. 8 (2013年1月)
兵庫医療大学長
松田 暉



No. 7 (2012年11月)
GRIPSアカデミックフェロー
黒川 清



No. 6 (2012年9月)
全国自治体病院協議会長
邊見 公雄



No. 5 (2012年7月)
CPC代表理事
内山 充



No. 4 (2012年5月)
全社連理事長
伊藤 雅治

編集後記

薬 剤師として、患者さんとかかわっていくのか。対物から対人へと業務のシフトが叫ばれる中、一人ひとりが真剣に考えるべきである。チーム医療と言いつつ、自ら動いていないのではない。慣例に縛られ、行動できていないケースがまだまだあるのではない。今号の取材において、サポート外来、患者情報の共有、ポリファーマシーや一包化の是非などのお話をうかがう中、世の中の薬剤師が対人業務のほうを向いていないのではないかと感じるとともに、これからは正念場だと思った。(H.T.)

以 前、当社に外部講師をお招きしご講演いただいた際、「経営戦略にとって、何をやるか以上に何をやらないかを決めることが大切」というお話をうかがいました。今、保険薬局は、その機能の充実を期待され、新たなたくさんの「やること」が求められています。期待に応えるためには、「何をやめるか」を業界全体で真剣に考え、決めなければいけない時代になったのではないのでしょうか。(K.K.)

本 号から、無料送付希望の組み立て封筒が巻末につくようになりました。「自宅で読みたい!」、「友人にすすめてみたい!」などと思ってくださいる方々、どうぞご利用ください。ひとりでも多くの皆さんに読んでいただきたいと願っております。よろしくお願いたします。(ほっ)

昨 年の暮れに眼科にかかったのですが、ネット予約を採用しており、たいして待たずに受診できました。こうした仕組みがもっと広まってほしいところです。(フク)



No.16 (2014年5月)
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)
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)
先端医療振興財団TRIセンター長
福島 雅典



No.24 (2015年9月)
国際医療福祉大学教授
上島 国利



No.23 (2015年7月)
聖路加国際大学大学院特任教授
宮坂 勝之



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

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
板橋 世津子
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
www.pre-ash.co.jp/



No.32 (2017年1月)
岡山大学客員教授
宮島 俊彦



No.31 (2016年11月)
新田クリニック院長
新田 國夫



No.30 (2016年9月)
藤田保健衛生大学客員教授
鍋島 俊隆



本当の
薬局を、
つくりたい。

本当の
薬剤師を、
育てたい。

保険薬局の薬剤師が、医療人として
誇りを持って働ける環境を創造します。

私たちファーマシィは、時代のニーズをいち早くつかみ、1976年、医薬分業の先駆者として設立。以来、「地域に根ざした、信頼される薬局」を理想に、かかりつけ薬剤師の育成とかかりつけ薬局の開発を常に追求してきました。

そして、医療がこれまでにない厳しい課題に直面している現在、薬剤師が地域医療を支える医療人として、責任と誇りを持って働ける環境を創造していきます。

本当の薬局を、つくりたい。本当の薬剤師を、育てたい。私たちファーマシィの挑戦に終わりはありません。

ファーマシィ

検索

