

TURNUP

FEBRUARY 2019 No.42

地域で暮らす精神疾患の
患者への貢献度では、
薬剤師が突出できる。

—
吉尾
隆



MY OPINION —明日の薬剤師へ—

東邦大学薬学部医療薬学教育センター
臨床薬学研究室教授

吉尾 隆

VOICE —編集長対談—

医療法人社団プラタナス桜新町アーバンクリニック院長
遠矢 純一郎

もしあなたが臨床研究を学んだら
薬剤師の仕事はもっとときめく
研究計画のつくり方

3分間でわかる医療行政

AMR対策の認識が浸透する医療現場
課題は国民の意識変革

編

集

長

の

つ

ぶ

や

ま

vol.6

このままではAIに とって代わられるのも時間の問題 —存在感を示すためにも処方薬の一元管理を—

医療界にもAIの波が押し寄せている。近い将来、初診患者の問診を医師ではなく、AIが行うという施策は、今やかなり現実味を帯びている。

当然、薬剤師においても、調剤作業は機械が行い、簡単な服薬指導ならAIで十分だとの見方は強い。薬剤師のレベルもピンからキリまで。AIが行えば、属人的な能力に左右されず、患者のすべてが均一な内容の服薬指導を受けられるというわけだ。

しかし、それは逆から考えると、患者本位の価値ある指導は受けられないということである。患者には、さまざま事情があり、薬を飲むという行為だけでも、ままならないケースが多々ある。たとえば、現在、患者の高齢化が著しく、認知症や独居の高齢患者の服薬のハードルの高さが問題になっている。

AIがいくら一定レベルの服薬指導をできたとしても、前述したような高齢患者に、どのようにしたら適切に薬を飲むかのアドバイスをするのは、現在のところ不可能だ。したがって、これからの薬剤師に求められるのは、AIが得意とする正確な調剤作業や単純な服薬指導ではなく、患者の人生、生活、家族関係などの背景までを考慮した指導であるのは明らか。薬剤師の方々には、ぜひ、その

ような意識を持って服薬指導に臨んでいただきたい。



高齢患者の服薬指導が難しいと申し上げたが、高齢患者の場合、さまざまな疾患を持っているために多くの薬剤が出される傾向にあり、近年では、その多剤処方による副作用のリスクや、誤服薬の増加なども大きな課題である。

課題解決に向けて薬剤師がすべきは、処方薬の一元管理の徹底だろう。だが、悲しいかな現状では、薬剤師が一元管理のために患者に話しかけても、「うるさいな」などと、とり合われない場面が多く見受けられる。そこで、薬剤師たちがしなければならないのは、国民の理解の獲得だ。それには、一元管理で副作用が抑えられたり、誤服薬が減少したなどの成果を薬剤師たちが持ち寄ってデータ化し、急ぎ公表する必要があると考える。

国民の周知を得て、薬剤師が薬を整理した結果、患者が元気になり、「ああ、薬剤師がいてくれて良かった」と言ってもらえるようになれば、一元管理はスムーズに進み、薬剤師の存在感も増すに違いない。

TURNUP

[ターンアップ]

FEBRUARY 2019 No.42

CONTENTS



編集長のつぶやき	02
MY OPINION —明日の薬剤師へ—	04
東邦大学薬学部医療薬学教育センター臨床薬学研究室教授 吉尾 隆	
FOYER@MY OPINION	10
江戸前寿司	
VOICE —編集長対談—	11
医療法人社団プラタナス桜新町アーバンクリニック院長 遠矢 純一郎	
在宅薬剤師もり日記	15
3分間でわかる医療行政	16
もしあなたが臨床研究を学んだら 薬剤師の仕事はもっとときめく	18
TOPICS	21

『ターンアップ』は、薬剤師の新たな可能性を拓く応援マガジンです。

地域で暮らす精神疾患の患者には、
薬局薬剤師が突出して貢献できる。
存在感をアピールする好機を逃すな！



東邦大学薬学部医療薬学教育センター臨床薬学研究室教授

吉尾 隆

ポリファーマシー

精神科医療の分野では、すでに
ポリファーマシーを改善する動きが

近年、多剤処方⇨ポリファーマシーという言葉をよく耳にするようになった。日本は超高齢社会に突入し、患者の高齢化が進んでいる。高齢者では生活習慣病や老年症候群など複数の疾患が併存するケースが多く、処方薬の増加傾向が著しい。結果、副作用のリスクや誤服薬の増加、アドヒアランスの低下といった、ポリファーマシーの弊害が多く見受けられ始めたのが、大きな理由だと考えられる。

さて、このポリファーマシー、精神科医療の分野においては、すでに改善の動きが出ているのを読者の方々はご存じだろうか。2014年度診療報酬改定では、抗精神病薬をはじめとする向精神薬の多剤処方について大きな見直しが行われた。種類数制限のない非定型抗精神病薬加算2は廃止。1回の処方につき、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬、4種類以上の抗精神病薬を処方すると、精神科継続外来支援・指導料が不算定となり、処方せん料や処方料なども軒並み減算とされたのである。

MY OPINION

明日の薬剤師へ

構成/武田 宏 取材・文/及川 佐知枝 撮影/林 溪泉

こうした改善を具現化させるのに奔走してきたのが、現在、東邦大学薬学部医療薬学教育センター臨床薬学研究室の教授を務める吉尾隆氏だ。そもそも彼が精神科の薬剤の処方に疑問を持ったのは、薬学部のある学生のころだったと言う。

「精神科の病院で看護助手のアルバイトをしていたとき、統合失調症の患者さんの薬物治療に4〜5種類の薬が当たり前のようには処方されていました。海外に目を向けると、1種類か2種類の薬で十分に効果をあげている。日本だけが多いのには諸説あり、いずれが真実か定かではありませんが、とにかく確固たる理由なく、伝統的に多剤処方がまかり通っていたのです。どうして誰も問題提起しないのか、不思議でなりませんでした」

薬理にもとづかない処方を正すため 独自に臨床研究を開始する

しかし、疑問を放置できないのが、吉尾氏。大学卒業後、いったんは一般病院に勤務するも、抱いた疑問が心に引っかかり精神科専科の病院の薬剤部に勤務する。

「そこでも、学生時代に働いた病院と同じような治療が行われていました。統合失調症患者に抗精神病薬をひとつ使って効かなかったら、もうひとつを併用し、それでもダメだったらもうひとつ……。どんどん増えて3〜4種類の薬を同時に使うのが、普通だった。

でも、そうすると何が起きるか。副作用が出現しやすくなります。たとえば、ある薬にひとつの副作用があり、もうひとつの似たような薬にも副作用がある。2つの作用機序はほとんど同様なので、副作用も重なりますから、必然的に副作用が出やすくなるのは医療関係者でなくても容易に想像できます。

さらに悪いことに副作用が出現し、それを抑えるための薬が用いられると、今度はその薬の副作用が出てきて、いわゆる、いたちごっこみたいな治療に陥ってしまいます」

精神科の薬剤の副作用で代表的なのが、錐体外路症状。体の運動機能の異変で、手が震えたり、筋肉がこわばったり、腕が勝手に動いたり……。このような不随意運動とも呼ばれる症状を止めるための薬を使うと多少の改善が見られるが、副作用として、口の渇き、便秘、あるいは排尿障害が起きるケースが多々あるそうだ。

「もっと困るのは、精神病の悪化です。眠れないとか、不安が強くなるとか。そうになると、別の精神科の薬が処方され、ポリファーマシーに拍車がかかります」

かつて吉尾氏は、学生時代にアルバイトをしていた先の精神科医に「なぜ、こんなにたくさん薬を使うのですか？」と詰め寄ったことがあった。返ってきたのは次のような答えだったという。

「私が使う薬は専用の薬籠（薬箱）に入っていて、使い慣れた薬を組み合わせて処方をする。患者さんの症状と薬の組み合わせは、鍵と鍵穴のようなもので、うまく鍵が開いて効果が現れるまで、いろいろ

PROFILE

よしお・たかし

1979年 東邦大学薬学部衛生薬学科卒業
立川第一相互病院
西八王子病院

1991年 西八王子病院薬局長

1994年 桜ヶ丘病院薬剤科長

桜ヶ丘病院薬剤部長

2008年 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科非常勤研究員
東邦大学薬学部医療薬学教育センター臨床薬学研究室教授



な薬の組み合わせを試すんだ」

薬理にもとづかない処方正せるのは、薬剤師しかいない。そう痛感した吉尾氏は、業務外の時間を使い、薬が及ぼす患者への影響について小規模ではあるが、独自に臨床研究を開始した。

精神科臨床薬学研究会を創設 全国から1000名の薬剤師が結集

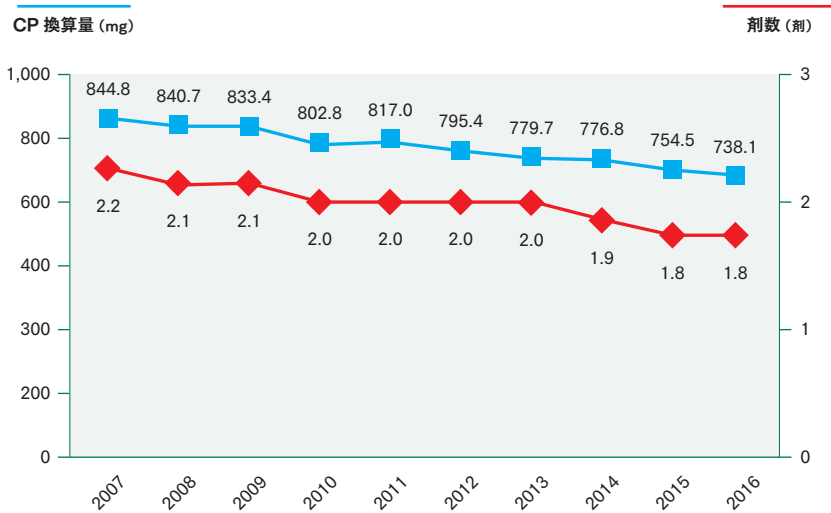
そんな精神科医療に異が唱えられ、変革を余儀なくされ始めたのが20世紀終盤。

「きっかけのひとつは、栃木県で発生した精神科病院での事件でしょう。1983年、栃木県宇都宮市にある精神科病院で看護職員らの暴行により、患者2名が死亡しました。当初、病院は隠ぺいを図りましたが、翌年、新聞報道で明るみに出たのです」

この事件の発覚は大きな波紋を呼び、社会では精神科病院の閉鎖性とともに、患者の人権侵害が問題視される。

「結果的に統合失調症の患者さんに対する治療の方向性が、院内での鎮静でなく、院外で普通の生活ができるようにすべき、つまり、多剤処方を見直そうとの流れに変わってきた。見直すには、まず、現状の処方分析を行わねばなりません。そこで2006年に、地道につづけてきた臨床研究を仲間を募って大規模なものにし、処方分析にも挑もうと精神科臨床薬学研究会（以下、PCP研究会）を立ち上げました」

【資料1】抗精神病薬の処方の推移



出典：精神科臨床薬学研究会ウェブサイトより抜粋

精神科医療にたずさわる薬剤師の専門性の向上及び精神科医療のレベルアップへの貢献を目的に掲げたPCP研究会には、なんと1年間で1000名以上の薬剤師が集まった。初年度から活発な活動を展開し、立ち上げの動機となった統合失調症の処方実態調査も会の世話人の施設で行い、日本精神神経学会で発表するにいたる。

「以降、毎年、調査を実施して結果を学会で発表するのが恒例となりました。すると、だんだんと薬の種類、量が減っていくという現象が起きてきました」

（資料1）

MY OPINION

明日の薬剤師へ

薬の使い方を正そうとの雰囲気が高まってきたからでもありますが、協力施設に調査結果のフィードバックを行っていた効果が大きかった。他施設と比較した自身の施設の現状認識が、もっと改善の余地があるのではないかと考える動機づけになり、好循環が生まれたようです」

PCP研究会が調査結果をもとに抗精神病薬の制限を厚生労働省に働きかけると、データの提出を求められ、直後に冒頭に記した診療報酬の改定が成った。吉尾氏らの提言が、精神科薬物療法におけるポリファーマシーの是正をあと押ししたと言っているだろう。

薬局薬剤師も取得しやすい 精神科専門薬剤師の認定制度を

薬剤師が精神科医療にもっと役立てるよう、吉尾氏は歩みを止めない。2016年には、精神科の専門薬剤師の認定資格制度の確立と臨床研究の奨励をめざし、日本精神薬学会を創設した。

実は、精神科領域の専門薬剤師には日本病院薬剤師会が認定する精神科専門薬剤師が存在しており、吉尾氏はこの認定制度をつくったひとりで、第1号の認定薬剤師でもある。あえて、新たな資格を設けた意図を尋ねた。

「日本病院薬剤師会は職能団体なので、精神科専門薬剤師は残念ながら専門資格として広告ができません。また、取得条件が病院薬剤師向けです。しかしなが

ら日本精神薬学会の精神薬学会認定薬剤師は、学会という学術団体のものですから広告ができますし、取得も全薬剤師を対象にしています」

確かに精神科専門薬剤師認定申請資格を見ると、精神科領域に関する学会発表が3回以上（うち、少なくとも1回は発表者）、複数査読制のある国際的あるいは全国的学会誌・学術雑誌に精神科領域の学術論文が2編以上（うち、少なくとも1編は筆頭著者）のすべてを満たしていることなどがある。かなりのハードルの高さだ。一方、精神薬学会認定薬剤師の認定申請資格（[資料2](#)）には、学会発表などの文字は見当たらず、取得しやすい印象である。

どうやら学会の創設には、保険薬局の薬剤師にまでその野を広げての教育や啓発が必須との思いがあったようだ。

「現在、約300万人の精神疾患を有した患者さん

【資料2】精神薬学会認定薬剤師認定申請資格

- (1) 日本国の薬剤師免許を有し、薬剤師として優れた見識を備えていること
- (2) 薬剤師免許を取得後5年以上経過していること
- (3) 3年度以上引き続いて本学会の一般会員であること
- (4) 所属長（病院長あるいは施設長等）または保険薬局においては開設者の推薦があること
- (5) 業務を通じて精神疾患患者の薬物療法における有効性または安全性に直接寄与した症例を10症例報告できること（複数の精神疾患を含む）
- (6) 4年度内に所定の単位を取得し、規程の講習を受けていること
- (7) 本学会が実施する試験に合格していること
- (8) 薬剤師認定制度承認機構により認証された生涯学習認定薬剤師として認定を受けていること

出典：日本精神薬学会ウェブサイトより抜粋

MY OPINION

明日の薬剤師へ

のほとんどが、外来通院をしています。今後も退院促進にもなっていて多くの患者さんが外来通院され、地域で生活されます。そのような患者さんを適切にサポートするために、精神薬学会認定薬剤師には的確な知識を持ち、患者さんやそのご家族が安心して相談できる薬剤師になってほしいですね」

日本精神薬学会の精神薬学会認定薬剤師の認定試験は、2018年11月に第1回が行われたばかり。精神科の患者が増えていると言われる昨今、薬剤師の皆さんには、ぜひ、注目いただきたい。

患者本人から病態を話してもらえ コミュニケーションスキルを磨け

吉尾氏のもとには、「精神科の患者さんが来たら、どう対応したらいいのか?」、「処方せんを見てもなんの病気がわからない場合がほとんどで、服薬指導に難渋する」などの薬局薬剤師からの質問が、頻繁に寄せられる。

「悩まれる気持ちはよくわかります。たとえば、抗うつ薬と抗精神病薬、気分安定薬、睡眠薬が処方されていた。抗うつ薬と気分安定薬、睡眠薬だけだったら、うつ病か躁うつ病かと考えるところですが、抗精神病薬が入っていると、統合失調症の可能性もあるわけです」

精神科医の処方せんから病気を特定するのはきわめて至難で、精神科医同士であっても、精神科医Aが出した処方せんを精神科医Bが正しく把握できる確率

は低いと吉尾氏は話す。処方せんでわからなければどうしたらいいのか。

「患者さんに聞くのが、いちばんです。ただ、病名を聞かれた患者さんが、薬局の窓口で『私はうつ病です』とか『統合失調症です』とは、おそらく言わないでしょう。」

だから、症状だけを聞くアプローチによって医師の意向を処方せんから読み取る努力も重要であり、そのうえで患者さんに薬の相互作用や副作用についての情報提供を行ってもらいたいですね。こうした会話が進む中で患者さんとの間に良い関係が構築されれば、さらに患者さんの病気に対する不安や心配に寄り添っていくことも可能になります。

『副作用が出たらすぐ来てください』と言う際にも、『飲むのをやめて、すぐに来てください』と、『飲んでいてもいいですが、早めに来てください』の2種類がある。薬の出ている目的がわからなければ、2つのうち、どちらの言葉で説明すべきかの判断はできません。

したがって、薬局薬剤師の方々には、目の前にいる患者さん本人から、病態を話してもらえコミュニケーションスキルを持っていただきたいと切望します」

新しい精神薬学会認定薬剤師への思いを語った言葉からも、吉尾氏の薬局薬剤師に対する熱い期待は明らか。地域で暮らす精神疾患の患者への貢献度に関して、薬剤師の中でも薬局薬剤師が突出するところがあるだろう。これは、薬局薬剤師の存在感をアピールする好機となるはずだ。

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。

最近、寿司と言えばまわっているものが人気を博しているが、吉尾隆氏は江戸前寿司をこよなく愛すると話す。

「江戸前寿司は日本文化を代表する食べ物で、一種の芸術だと思っています。」

あのひと握りをつくるのに、仕入れから始めて、たとえばネタを昆布で締めたり、魚によって切り方を変えたり——。一つひとつに、たいへんな技術と創造力が必要。そうした食べ物は日本にしか存在しないのではないのでしょうか



江戸前寿司と呼ばれるには当然、意味がある。ひとつには江戸前＝東京湾という意味。江戸時代は今より魚介が豊富で、江戸の住人は東京湾の魚介を江戸前と呼んで自慢し、それらを使った寿司を「江戸前寿司」と言った。

そして2つには「江戸前の仕事」という意味。冷蔵や冷凍技術も交通手段もない江戸時代であったから、職人は寿司ネタに味や鮮度を保つための工夫をこらしてお客に提供した。たとえば、塩や酢で締める、蒸す、煮る、漬ける、タレを塗るなどといったさまざまな工夫が、ネタに施されているのだ。



吉尾氏は、単に江戸前寿司であれば良いのではない。店に赴いて、カウンター越しに職人の握りたてを食べなければ気がすまないという。

「出前の寿司は、もちろんきちんと仕事はしてありますが、握ってから時間がたつと、まずくなっちゃうんです。」

職人さんが出してくれた寿司を、そのまま手でつまんで食べるのが、いちばんおいしいですね」



江戸前寿司

実は、江戸前寿司はすぐ食べることを前提にシャリの温度まで考え抜かれている。シャリは人肌の基本だが、ネタによって温度を微妙に変えたり台への置き方を変えたりして提供されるため、すぐにいただくのがベスト。吉尾氏のこだわりは、大正解なのである。



もうひとつ、吉尾氏が店に行って食べる理由は職人との会話に薬剤師として学ぶべき点が多かるから。

「寿司職人の方は、お客との何気ない会話から、どんなネタをすすめればいいのか、握りの固さはどの程度にすればいいのかなどを鋭く推察してくれるのです。」

したがって職人さんとの会話は、薬剤師にとって患者さんとのコミュニケーションのとり方に関して大いに示唆に富んでおり、たいへん勉強になります」

とはいえ、仕事を意識すると、寿司本来のおいしさを感じられないだろう。まずは江戸前寿司の味を堪能するところから始めて、余裕ができれば寿司職人からスキルを学ぶ機会を持つのがいいかもしれない。

院内薬剤師の活躍が
薬局の在宅医療への
参画を促す起爆剤に



医療法人社団プラタナス桜新町アーバンクリニック院長

遠矢 純一郎

在宅患者を訪問する薬局は、全薬局のうち医療保険の場合で約1割、介護保険の場合で約3割にとどまっている（2016年度時点。厚生労働省調査）。このように在宅医療への薬局の進出が滞っている中、桜新町アーバンクリニック院長の遠矢純一郎氏は、院内薬剤師を参画させての在宅医療を展開している。希少なこの取り組みについて遠矢氏から話を聞くうちに、薬局が在宅医療において果たせる役割の大きさや、貢献するために必要な条件が見えてきた。

とや・じゅんいちろう

1992年鹿児島大学医学部卒業後、鹿児島大学医学部第3内科所属、沖縄県立中部病院研修。2000年医療法人社団プラタナス用賀アーバンクリニック副院長。2006年医療法人ナカノ会ナカノ在宅医療クリニック。2009年医療法人社団プラタナス桜新町アーバンクリニック院長

在宅の緩和ケアに関する 体制整備を期待して 院内薬剤師を採用

——遠矢先生が院長を務められる東京・世田谷区の桜新町アーバンクリニックの在宅医療部門には、薬剤師が配属されています。クリニックが在宅医療のために院内薬剤師を置くのは、かなり珍しい事例ですが、なぜ、そうした施策に踏み切ったのか、お聞かせください。

遠矢 当院の沿革を交えながらご説明します。当院では2009年に在宅医療を開始しました。当初は2〜3名の患者宅をまわる程度でしたが、徐々に患者数が増加し、2年目には約100名に到達。中でも、緩和医療を必要とする末期がん患者の割合が大きくなってきました。当然、医療用麻薬やPCAポンプを使う機会が増えましたが、特殊な薬剤や医療機器の調達や管理に、次第に不安を覚えるようになったのです。

——貴院のある世田谷区は、都区内でも人口が多い地域で薬局もたくさんありますが、薬局薬剤師に緩和ケアに関する業務を担わせられなかったのでしょうか。

遠矢 当時はまだ、近隣に高度な在宅機能を持つ薬局は見当たりませんでした。PCAポンプの手配などは、埼玉県の薬局に依頼していたのですが、がん患者は夜間や休日に突然、容態が悪化して急な対応を迫られるケースも頻回で、距離の離れた薬局に依存する体制では心もとないと感じました。

また、院内に医療用麻薬などの薬剤をストックし、看護師が管理していたのですが、患者さんのケアの合間の作業になるので、どうしても十分に目が行き届かず、使用期限が切れてしまうなどの問題が発生しました。

こうした状況にかんがみ、院内で緩和ケアに関する体制を専門家として整えてくれること、そして、できれば在宅医療において近隣薬局との連携体制を構築してくれることを期待して、院内薬剤師の導入にいたったのです。

院内薬剤師が患者宅と 地域の薬局とをつなぐ 架け橋の役割を果たす

——採用した院内薬剤師の働きぶりは、いかがでしたか。

遠矢 想像以上に重要な役割を果たして

くれ、在宅医療の体制がより強固になりました。

院内薬剤師の業務として、たとえば、私や看護師とともに在宅患者の初回訪問への同行が挙げられます。初回訪問は非常に重要で、医師には、病歴や今後の希望、ご家族のニーズなど確認すべき事項が多くありますが、薬剤師がいなかったときは服薬状況のチェックも医師がしなければなりませんでした。

当院の在宅患者の9割は高齢者で、そのうち6〜7割に認知症の症状が見られます。押し入れの中から、飲んでいるのかどうかもわからない薬が山のように出てくる事態もざらで、その整理だけではないへんな時間がかかっていましたが、今は院内薬剤師が現在の服薬や残薬の状況を把握してくれています。

——院内薬剤師が加わったおかげで、遠矢先生は患者さんの診察や、ご家族との面談に時間を確保できるようになったのですね。

遠矢 しかし、院内薬剤師がすべての患者さんの服薬管理を担うのは無理です。そこで、当院と地域の薬局薬剤師との連携をコーディネートする目的で、訪問服薬支援の必要性をアセスメントしてくれ

る点でも助かっています。

具体的には、初回訪問時に院内薬剤師から、薬局薬剤師が訪問する仕組みを患者さんやご家族に説明。必要に応じてかかりつけ薬局に連絡して訪問の相談をします。かかりつけ薬局が在宅医療に未対応ならば、近隣で薬局を探して手配します。また、訪問が決まった薬局には、院内薬剤師が患者さんの状況を詳細に説明するので、訪問する薬局も安心です。

——院内薬剤師が、在宅現場と薬局との架け橋の役割を果たしているのですね。驚きです。

地域に3つしかなかった 在宅を応需する薬局が 30以上にまで急増

遠矢 さらに、院内薬剤師の働きで、薬局の姿勢に変化が生じています。

院内薬剤師の導入当初、在宅医療に対応する薬局は周辺に3つのみで、薬剤師の訪問を受けていた患者さんは15%程度にすぎませんでした。ところが、院内薬剤師が薬局へ訪問の相談を持ち込むようになると、対応する薬局が増え始めたのです。現在では30以上の薬局が応需し、薬剤師の訪問指導を受ける患者さんの割

合は約6割に上っています。

——在宅医療に取り組みたくても方法がわからず、躊躇している薬局が多いとの証左かもしれませんね。

遠矢 院内薬剤師の薬学的知識にもとづいた配慮が、薬局の在宅医療への参入のハードルをさらに下げているとも感じます。たとえば、嚥下機能の低下した患者さんに対し、医師が処方せんに「〇〇錠を粉砕化」と書くと、院内薬剤師がその場で「この薬には粉末がある」、「OD錠で対応できる」などと提案してくれるので、訪問を担っている薬局の負担が軽減されます。

——処方せんが「粉砕化」のままなら、薬局は手間をかけてそのとおり調剤するか、疑義照会をしなければなりません。院内薬剤師が処方最適化してくれるのはありがたいでしょう。

ところで、これほど活躍している院内薬剤師は、診療報酬上、どのように位置づけられているのですか。

遠矢 現状では算定対象にはなっていません。しかし、院内薬剤師の存在が業務を大幅に効率化してくれた結果、より多

くの患者さんを診られるようになって診療機能が拡大するなど、クリニックの経営に大いに貢献しています。現在、定期的に訪問している患者数は450名にまで増え、スタッフも薬剤師以外に常勤医6名、非常勤医4名、看護師13名、管理栄養士2名、作業療法士2名にまで増強できました。

——先進的な施策ですので、いつか診療報酬で評価されるよう願っています。

診療記録を全職種に開示 各々が専門性を発揮するには 情報の共有化が不可欠

——院内薬剤師の目覚ましい仕事ぶりを知りましたが、裏を返せば、地域の薬局がしっかりしていないので、院内薬剤師が必要だったとも言えるのでは？

【資料】在宅訪問中の院内薬剤師



遠矢 確かにそうした側面はあるでしょう。ただ薬局ばかりを責められません。大半の医療機関が処方せんを発行するだけで、患者さんの詳しい情報をほとんど薬局に提供しない現状では、自信を持った服薬指導ができず、薬局薬剤師が在宅医療に尻込みするのは当然です。

——貴院では、薬局とどのような情報を共有しているのですか。

遠矢 薬局に限らず、訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパーなど、在宅にかかわるすべての職種に対して、患者さんの同意のもと、毎回の診療記録を共有しています。

——それは、すばらしい。先ほど、貴院の周辺で在宅医療に参入する薬局が大幅に増えたとお聞きしましたが、この取り組みもまた、それを、あと押ししているはずですか。

遠矢 処方せんから病状を読み取る「処方推論」と称する学問まであるようですが、診療記録を共有すればすむ話です。

在宅患者は今後も増えつづけ、各職種による分業は、ますます必要になります。が大前提として各職種が同一情報にも

とづいたケアをしなければ、真に患者さんのためになる医療は届けられません。我々医師は体制を見直し、情報の共有化を積極的に進めるべきでしょう。

院外にいる薬局薬剤師も チーム医療の輪に加わって 職能を示さなければならぬ

——院内薬剤師の存在は、医師や各職種の方が薬剤師の職能を知る貴重な機会の創出にもつながると感じます。

遠矢 そのとおりです。院内スタッフが薬剤師の仕事ぶりを直接、見られるようになったので専門性への評価が大幅に上がりました。特に医師にとっては、忙しいときに薬剤師から疑義照会があると、ついイラッとしてしまいがちでしたが、どのような薬剤のサポートをしているのかがわかるようになって考え方が変わりました。

——医薬分業の理念のもと、薬局薬剤師は院外で医療にかかわっています。結果、医師や他職種から遠い存在のように見なされている側面があります。

遠矢 薬剤の一元管理などの面から、薬



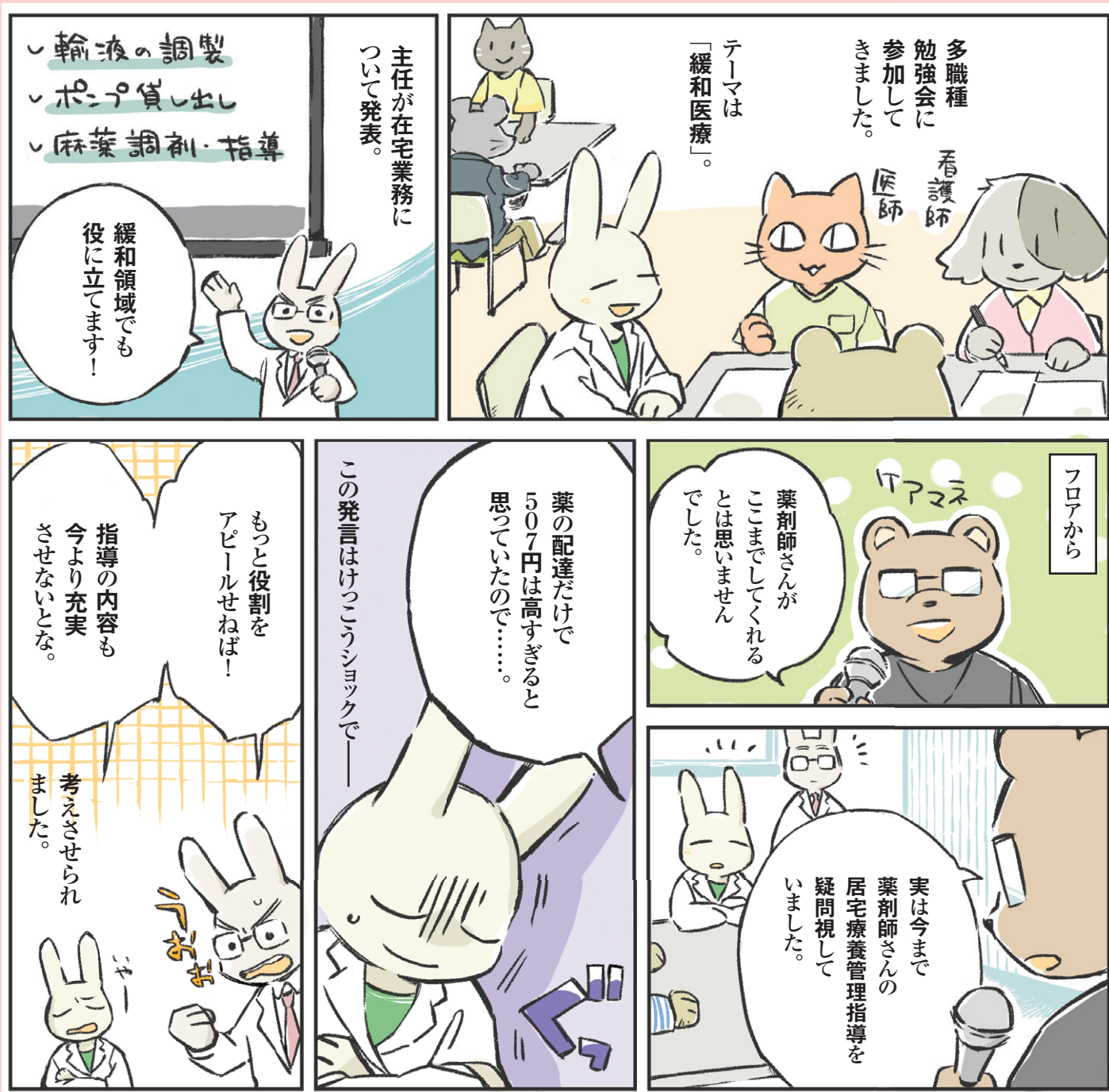
『ターンアップ』編集長
武田 宏(たけだ・ひろむ)

製薬会社勤務を経て渡米し、現地で薬剤師が市民から尊敬される職業であると知って、感銘を受ける。1976年保険薬局の株式会社ファーマシーを設立、代表取締役役に就任。現在、医師向け情報誌「Primaria」の発行人を兼務

剤師が院外にいる必要性は間違いなくあります。ただ、たとえ院外にいても、十分にチーム医療が成り立つような仕組みを考えねばなりません。

当院で院内薬剤師が示してくれたように、薬局薬剤師もチーム内で職能を発揮し、何ができるのかを他職種に見せてほしい。そして、自分たちに何が求められるのかを常に考えて専門性を磨き、他職種とともに地域医療に貢献してくれることを期待します。

——薬局薬剤師が、なすべき働きが、あらためて浮き彫りにされたお話でした。本日は、ありがとうございます。



緩和ケアをテーマに、多職種が参加する地域勉強会が開催されています。今回、当薬局では「緩和領域における薬剤師の役割」と題し、今までかかわった疼痛管理の症例を紹介しつつ、服薬指導や介入内容、無菌調剤などをアピールしました。「そんなことをしてもらえとは知らなかった」、「とても助かる」との感想が多く、うれしい

半面、連携不足で情報が行きわたっていない点を反省しました。また、「薬剤師の薬の配達に507円（1割負担）、場合によっては1,014円（2割負担）がかかると患者に言いづらく困っていた」とのケアマネジャーの声が心に残りました。費用に対し納得いただける仕事できていないと思い知ったエピソードでした。課題は多そうです。

医療行政

3分間でわかる

第30回

AMR対策の認識が浸透する医療現場 課題は国民の意識変革

2016年から本格化したAMR対策にもとづいて 厚労省が実態を多面的に調査

近年、世界中の医療界で薬剤耐性（AMR）対策が重要なテーマとなっています（詳細は、本誌第38（2018年2月）号を参照）。我が国でも事態を重く見た世界保健機関（WHO）の勧告にのっとり、2016年に『AMR対策アクションプラン』を策定し、抗菌薬の使用量の削減に向けた取り組みを展開中です。

同プランでは、薬剤耐性菌に関する「ワンヘルス（人の健康を守るためには、動物や環境にも目を配って取り組む必要があるとする概念）」の視点にもとづいた動向調査の実施が明記されており、このほど厚生労働省が『薬剤耐性ワンヘルス動向調査年次報告書2018』を作成、公表しました。今回は報

告書から、我が国におけるAMR対策の現状と課題について考えてみます。

カルバペネム系の抗菌薬の国内での状況は悪くないが耐性率が上昇中の抗菌薬も

AMR対策が求められる薬剤耐性菌は数多いですが、グラム陰性菌の分野で最近、特に世界各国で問題となっているのは、腸内細菌科細菌におけるカルバペネム系抗菌薬への耐性率の上昇で、米国疾病対策予防センター（CDC）が「悪夢」と表現しているほどです。報告書によると、幸い我が国では、大腸菌、肺炎桿菌におけるカルバペネム系抗菌薬への耐性率は1%未満と低い水準にとどまっており、現時点では上昇傾向は見られません。

その一方で、大腸菌におけるセフトキシム（C

【資料】一般国民の薬剤耐性に関する意識調査の結果

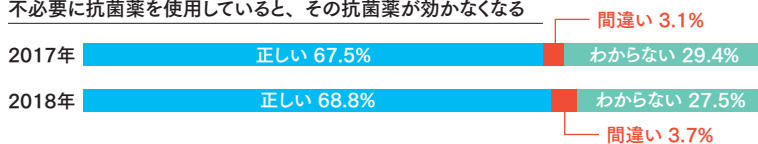
抗菌薬はウイルスをやっつける



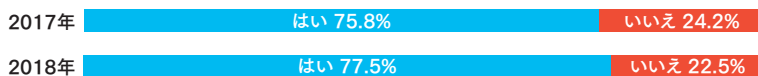
風邪やインフルエンザに抗菌薬は効果的だ



不必要に抗菌薬を使用していると、その抗菌薬が効かなくなる



自宅に保管している抗菌薬を自分で使ったことがある



自宅に保管している抗菌薬を家族や友人にあげて使ったことがある



出典：『薬剤耐性ワンヘルス動向調査年次報告書2018』より作成

TX)などの第3世代セファロスポリン系抗菌薬やレボフロキサシン(LVFX)などのフルオロキノロン系抗菌薬への耐性率は年々、悪化。2011年に14・8%だったCTXの耐性率は2017年には26・8%に、LVFXも同じく31・4%から40・1%に上昇しており、特に慎重な使用が必要と考えられています。

また、日本におけるヒト用抗菌薬の販売量にもとづいた使用量を見ると、2013年から2016年にかけては大きな変化がなかったものの、2017年は低下し13・8DIDでした。2013年と

比較して7・3%減少しており、AMR対策アクションプランによって、医療現場で抗菌薬の使用に慎重になっている様子が表れていると言えそうです。

国民の誤った知識と

誤った使い方を正せる

可能性を持つ薬局薬剤師

報告書では、医療現場での抗菌薬の実態だけでなく、一般国民の意識についての調査も取りまとめられています(【資料】)。

それによると、たとえば、「抗菌薬はウイルスをやっつける」、「風邪やインフルエンザに抗菌薬は効果的だ」などの誤った知識を持っている国民は4割以上にのぼり、前年調査と比較して数値が改善していないことから、抗菌薬をめぐる問題は、国民には十分周知されていないのが実態です。

さらに、抗菌薬の内服を自己判断で中止した患者は約2割に達しており、その残った抗菌薬を後日、自己判断で使ったり、あるいは家族や友人にあげたことがあるとの回答も少なくありませんでした。報告書では、こうした不適切な服薬を防ぐには、国民の意識を変えるさまざまな啓発活動が必要であるとしています。が、薬剤を直接、患者に手渡す薬局薬剤師なら、たとえば「症状が良くなったからと抗菌薬の服用を途中で勝手にやめると、治りにくくなったり、耐性菌が現れて薬が効きにくくなるおそれがありますよ」と正しい知識を伝えることで、患者啓発の一翼を担えるのではないのでしょうか。

第1回 研究計画のつくり方

普段の業務で疑問に思ったことを調べたけれど、よくわからない、答えが見つからない——。じゃあ臨床研究をしてみませんか？このコーナーでは、医療者が医療現場で抱いた疑問を出発点に、研究計画（研究デザイン）をつくり上げるまでのコツを紹介します。ときめき病院で働く新人薬剤師のビート君は、何やら薬業連携をテーマに研究をしたいと思っている様子。看護師のコリンさんとの会話の様子をのぞいてみましょう。

連携がうまくいけば
未来は明るいんですが……
現実にはこんなデータが…

え〜っ！
全国の病院薬剤部の
2/3 しか薬局に
情報を提供していないのね

保険薬局への情報提供をしていますか？

1. かなり実施している	6.2%
2. よく実施している	15.2%
3. ときどき実施している	45.3%
4. 実施していない	33.3%

(日本病院薬剤師会 平成 29 年度病院薬剤部門の現状調査
(回答施設 3,904, 回答率 46.3%))

それで僕 ずっと心に秘めて
きたことがあります
「薬業連携により高齢患者の
慢性疾患管理の質が向上するか
どうかを明らかにしたい」
と思っているんです

それって
RQ じゃない！
スゴイスゴイ！

へへへ…
これって研究になるのかな？
これまで習ったことをもとに
研究計画をつくらうと思うのですが…
コリンさんも
アドバイスいただけますか？

そうね 私だけじゃ
不安だから
しんのすけ先生と
ふうたろう先生にも
聞いてみるわよ

ありがとうございます！

よ〜し
今日もあと少し頑張ろう！

ビート君は、研究計画を立てるために
最初に何をすべきなのか？

←
解説

は 20 ページを ご覧ください。

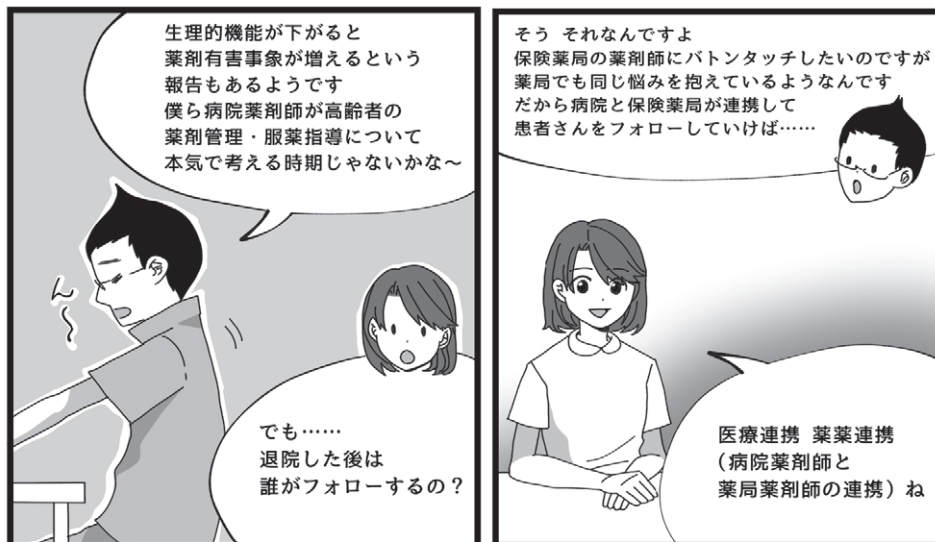
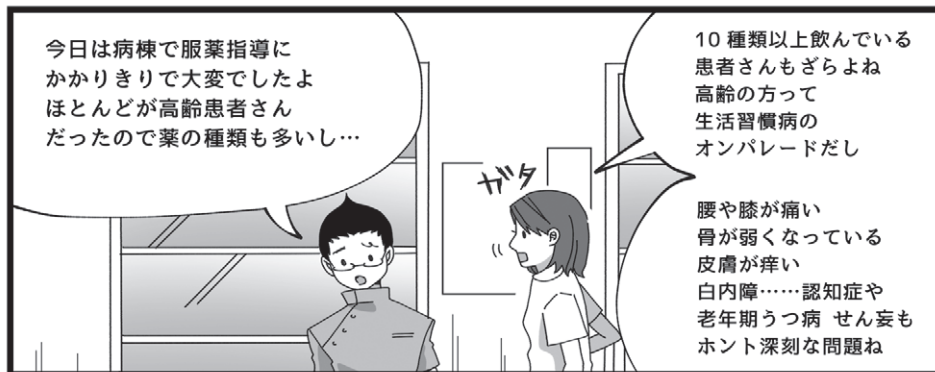
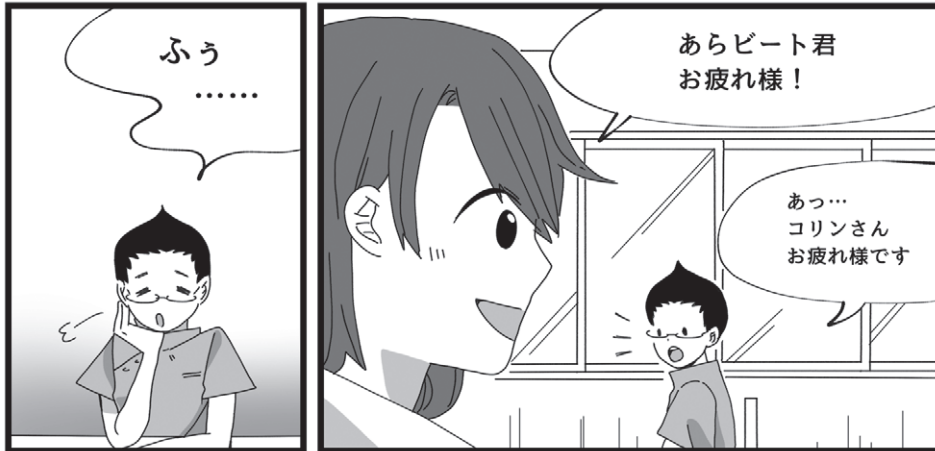
出典：単行本『もしあなたが臨床研究を学んだら医療現場はもっとときめく』

もしあなたが臨床研究を学んだら

薬剤師の仕事はもっとときめく

監修

京都大学
准教授
福間真悟



解説

コリンさんが言った「RQ」とは、リサーチ・クエスチョンのこと。研究で明らかにしたい事柄を宣言した簡潔な文章を指します。今回は、ビート君のRQ「薬薬連携により高齢患者の慢性疾患管理の質は向上するか？」から、研究計画をつくるために最初にしなければならないことを学びましょう。

医療現場で医療者から生まれるRQこそ、患者、社会、医療者にとって切実で良いRQです。しかし、このRQを科学的に質の高い方法で解決するには、よく練られた研究計画が必須です。細部が曖昧なまま研究を始めると、結局は失敗してしまいます。

今回は、よく練られた研究計画をつくるための最初のポイントを2つご紹介します。

■RQをより具体的に決める

ビート君が明らかにしたいのは、「薬薬連携」という「要因」と、「慢性疾患管理の質」という「アウトカム（結果）」が、どのように関連しているかです。つまり、要因とアウトカムの関連を調べることが、ビート君のRQになります。次に、要因とアウトカムの内容を明確にする必要があります。「薬薬連携」や「慢性疾患管理の質」は、かなり広い概念なので、より具体的にしていかなければなりません。この場合は、薬薬連携を「病院・薬局間の情報共有の有無」と定義し、慢性疾患管理の質を「糖尿病患者における血糖コントロール」とすることにして考えていきましょう。

■PECOを明確にする

ビート君のRQの目的は、「病院・薬局間の情報共有と血糖コントロールの関連を調べる」と明確になりました。

つづいて、それをどんな方法によって解決するのか。まずは、研究計画の基本的な骨格であるPECOを決めます。PECOとは、以下の頭文字をとったものです。

P (Patients / Participants): 誰に? (対象)

E (Exposure): 何があると? (要因)

C (Comparison): 何 (要因がないか、別の要因がある)とくらべて? (比較対照)

O (Outcome): どうなるか? (アウトカム)

ビート君のRQで例を示します。P=高齢糖尿病患者、E=患者の病名・検査値など情報共有あり、C=患者の病名・検査値など情報共有なし、O=HbA1cの改善。これで、PECOがはっきり決まりました。

研究計画は、このようにRQやPECOを具体的、かつ明確にするところから出発します。



『もしあなたが臨床研究を学んだら 医療現場はもっとときめく』

著：福間 真悟 京都大学准教授
渡部 一宏 昭和薬科大学教授
監修：福原 俊一 京都大学教授／福島県立医科大学副学長
発行：じほう
A5判／258ページ／本体3,600円（税別）／2019年1月発行（予定）

臨床研究のはじめの一步を、マンガを交えて紹介。臨床研究デザインでははずせないポイントや、陥りがちな落とし穴をわかりやすく解説しています。ケーススタディや理解度確認クイズもついているので実践的に学べる1冊です！

BOOK

『改訂5版 漢方業務指針』

編集：日本薬剤師会／発行：じほう



漢方業務にかかわる薬剤師などの医療者に広く利用されている『漢方業務指針』が約20年ぶりに大改訂され、第5版として発刊されました。

内容は、一般用漢方製剤承認基準（新基準）、第17改正日本薬局方、日本薬局方外生薬規格2015、薬局製剤指針などの最新の情報を踏まえ、大幅にアップデートされています。

さらに、新規処方として24処方を追加掲載しているほか、すべての処方について体力表を配置し、患者の体力状況に応じた処方かどうかを確認できるようになりました。また、従来版と比較して索引機能が拡充し、利便性が向上しています。

原料生薬に関する解説も充実しており、漢方業務の適切な理解と実施に必須の1冊です。

CAUTION

マイスリーとマイスタンの取り違い注意

アステラス製薬株式会社の催眠鎮静剤『マイスリー』（一般名：ゾルピデム酒石酸塩）と、大日本住友製薬株式会社の抗てんかん剤『マイスタン』（一般名：クロバザム）に関して、名称が似ているために取り違いが相次いでいるとして、両社が注意を呼びかけています。

両製品では、2012年にも同様の注意喚起が行われましたが、その後も調剤時の取り違いなどが起きています。具体的な取り違い例としては、マイスリーを処方するために処方オーダーシステムで「マイス」と入力して検索を行い、表示された候補リストの中から誤ってマイスタンを選択し処方したケース

が報告されています。対策として両社では、処方オーダーシステムの表示を改良して販売名の前に薬効を追記し、「〈抗てんかん剤〉マイスタン錠」のように表示したり、抗てんかん剤などのハイリスク薬は薬剤名称の前に「★」マークをつけて表示するなどして取り違いを防ぐように提案しています。

PRODUCT

慢性便秘症治療薬が新発売

EAファーマ株式会社と持田製薬株式会社は、慢性便秘症治療薬『モビコール配合内用剤』の発売を開始しました。

本剤は、器質的疾患による便秘を除く慢性便秘症を対象とする国内初のポリエチレングリコール製剤で、2歳以上の小児及び成人において使用が可能です。本剤は、主成分のポリエチレングリコールの浸透圧効果により腸管内の水分量を増加させ、その結果、便中水分量が増加、便が軟化、便容積が増大することで生理的に大腸の蠕動運動を活発化し、排便を促すメカニズムを備えています。また、水に溶解して服用するため、適切な硬さの便が見られるまで適宜増減が可能な点も特徴です。

便秘症は、若年層では女性に多く、高齢者では男女ともに罹患比率が高い疾患で、小児は特に重症化しやすい傾向があります。また、排便回数の減少に加えて残便感、硬便などの症状が慢性化し、QOLの低下に悩まされている患者が多く存在します。本剤は、欧州を中心とする海外では、オランダにあるNorgine社から『MOVICOL』の販売名ですでに販売され、多くの慢性便秘症患者が服用しています。今回の国内発売により、日本でも新たな同疾患の治療の選択肢になることが期待されています。



モビコール配合内用剤

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



〈2012年3月〉No.3
弁護士
三輪 亮寿



〈2012年1月〉No.2
東京大学大学院教授
澤田 康文



〈2011年11月〉No.1
PMDA理事長
近藤 達也



〈2013年11月〉No.13
山梨大学特任教授
岩崎 甫



〈2013年9月〉No.12
国立がん研究センター総長
堀田 知光



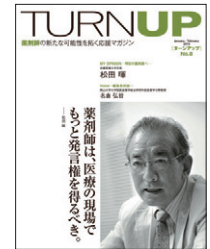
〈2013年7月〉No.11
神戸市立医療センター中央市民病院長
北 徹



〈2013年5月〉No.10
日本プライマリ・ケア連合学会理事長
丸山 泉



〈2013年3月〉No.9
福島県立医科大学理事長兼学長
菊地 臣一



〈2013年1月〉No.8
兵庫医療大学学長
松田 暉



〈2015年7月〉No.23
聖路加国際大学大学院特任教授
宮坂 勝之



〈2015年5月〉No.22
虎の門病院分院腎臓センター内科部長
乳原 善文



〈2015年3月〉No.21
眼科三宅病院理事長
三宅 謙作



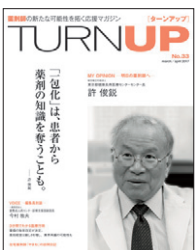
〈2015年1月〉No.20
東京慈恵会医科大学教授
大木 隆生



〈2014年11月〉No.19
滋賀県立成人病センター院長
宮地 良樹



〈2014年9月〉No.18
三井記念病院院長
高本 眞一



〈2017年3月〉No.33
東京都健康長寿医療センター長
許 俊鋭



〈2017年1月〉No.32
岡山大学客員教授
宮島 俊彦



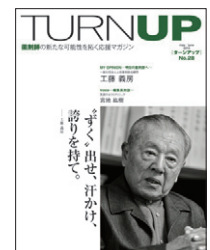
〈2016年11月〉No.31
新田クリニック院長
新田 國夫



〈2016年9月〉No.30
藤田保健衛生大学客員教授
鍋島 俊隆



〈2016年7月〉No.29
帝京大学副学長
井上 圭三



〈2016年5月〉No.28
上田薬剤師会顧問
工藤 義房



〈2018年11月〉No.41
医療法人社団鴻巣会理事長
城谷 典保



〈2018年8月〉No.40
東京都立小児総合医療センター部長
赤澤 晃



〈2018年5月〉No.39
JA新潟厚生連佐藤総合病院院長
佐藤 賢治



〈2018年2月〉No.38
神戸薬科大学学長
北河 修治

次回『ターンアップ』第43号は、
2019年5月発行予定です。

本号の取材を通して、薬剤師からの情報共有、医師からの情報共有の双方があって初めて医療がうまくまわっていくのだと感じた。そうした環境を実現するために、薬剤師は専門領域で知見を発揮し、積極的に医師へ情報のフィードバックを行っていく必要がある。有用なフィードバックがあれば自ずと医師からの情報共有も増えてくるだろう。院内や在宅では、すでにそうした成果が出てきているが、本丸は外来通院されている患者が対象ではないだろうか。薬局薬剤師が地域に暮らす患者に対して、また医療全体の中で存在感や必要性を示せるのかは、そこにかかっているはずだ。(H.T.)

薬剤師による臨床研究をテーマにした新連載「もしあなたが臨床研究を学んだら薬剤師の仕事はもっとときめく」が本号からスタートしました。皆様の学びの一助になりましたら幸いです。(K.K.)

最近、医師や多職種の方が集まる取材の現場に出る機会が増えたのですが、出席した薬局薬剤師の方が話をすると、「そんなことまでできるの!?!」と周囲の方が驚くシーンに、しばしば遭遇します。薬局薬剤師の職能は、まだまだ知られていないのだと痛感する瞬間です。(フク)

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.....マッチアンドカンパニー
- オブザーバー.....勝山 浩二
- 発行.....株式会社ファーマシィ
http://www.pharmacy-net.co.jp/
- 制作.....株式会社プレアッシュ
http://www.pre-ash.co.jp/



(2012年11月) No.7
GRIPSアカデミックフェロー
黒川 清



(2012年9月) No.6
全国自治体病院協議会長
邊見 公雄



(2012年7月) No.5
CPC代表理事
内山 充



(2012年5月) No.4
全社連理事長
伊藤 雅治



(2014年7月) No.17
東京山手メディカルセンター院長
万代 恭嗣



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



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



(2014年1月) No.14
先端医療振興財団TRIセンター長
福島 雅典



(2016年3月) No.27
昭和薬科大学学長
西島 正弘



(2016年1月) No.26
日本看護協会会長
坂本 すが



(2015年11月) No.25
クリニック川越院長
川越 厚



(2015年9月) No.24
国際医療福祉大学教授
上島 国利



(2017年11月) No.37
JR広島病院理事長/ 病院長
小野 栄治



(2017年9月) No.36
国立病院機構東京病院長
大田 健



(2017年7月) No.35
旭神経内科リハビリテーション病院長
旭 俊臣



(2017年5月) No.34
日本医療政策機構理事
宮田 俊男

『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

〒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『ターンアップ』担当 宛



株式会社ファーマシィ

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

