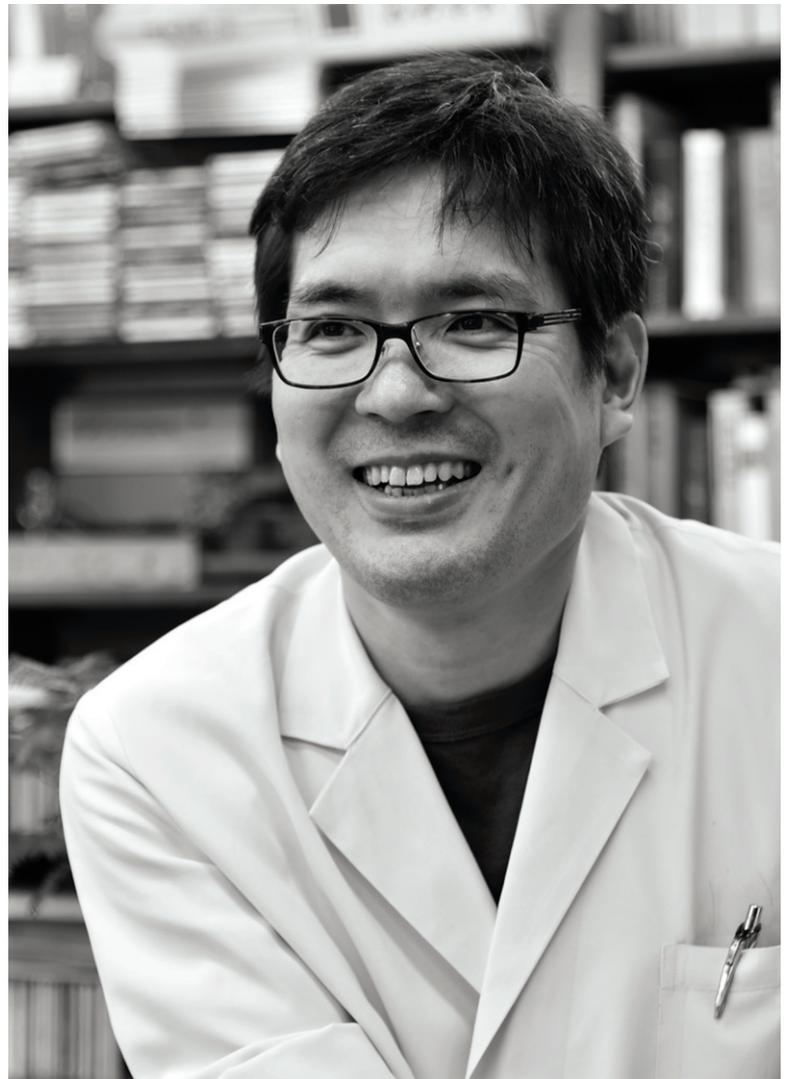


TURNUP

NOVEMBER 2019 No.45

「川上型分業」をめざす
以外に道はない。

—
田代 健



VOICE —編集長対談—

宝塚市立病院薬剤部部長

吉岡 睦展

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

研究計画の実現可能性(実施可能性)を考える

3分間でわかる医療行政

健康寿命延伸に向けてPHRを
推進するため厚労省が検討会を開催

MY OPINION —明日の薬剤師へ—

地球堂薬局

田代 健

編

集

長

の

つ

ぶ

や

ま

vol.9

「受け身」を脱し、打って出よ！

厚生労働省医薬・生活衛生局から「0402」通知が都道府県に発出され、薬剤師以外の者が実施できる調剤の業務が明確化した。たとえば、薬剤師の指示にもとづけば、薬剤師以外の者がPTPなどのピッキングを実施するのは可能とされたのである。

ピッキングは、すでに「調剤の準備（調剤ではなく、薬剤師以外が準備し薬剤師が確認する作業）」というかたちで薬剤師以外の者が行うことが暗黙のうちに了解を得ていた側面もあるが、調剤業務の範囲が明確でなかったゆえに、薬剤師の中には、何もかも自分がやらなければならないと思っていた者も少なからずいたようだ。



今回、発出された通知によって、調剤業務のファジーな部分がすっきりしたと、一定の評価はできるだろう。しかし、遅きに失した感は否めない。

欧米では、はるか以前から、対物業務はすべてテクニシャンに任せられ、薬剤師は対人業務に徹している。ところが、日本の薬剤師は欧米のテクニシャンレベルの仕事しかしてこなかった。

私は、医薬分業元年とされる1974年の2年後に処方せんを取り扱う保険薬局を開設したが、当初からテクニシャンの誕生を望んでいた。欧米同様、薬剤師は薬剤師にしかできない業務に特化すべきと考えていたからだ。



調剤業務の範囲の明確化に見られるように

我々の業界は、本当にだらしがないと言わざるをえない。

1974年に院外処方処方せん料が10点から50点に引き上げられ、政策誘導による医薬分業が始まった。その後、多くの薬剤師は敷かれたレールの上を進むだけで自らの価値を示すことをせず、あげくの果てには、本来なら薬剤師自らが示すべき『患者のための薬局ビジョン』まで厚生労働省が策定した次第である。



受け身の業界をなんとかしなければ、薬剤師の未来は語れないが、一刻の猶予もないのが現状だ。足元は揺らぎ始めている。

薬学部志望者が5年連続で減少し、7年ぶりに80,000人台にまで落ち込んだ。人気低迷する薬学部を尻目に、自らの力で業務拡大をめざす看護師を育成する看護学部の偏差値は上がっている。

しかも、両者を志望する学生の意識の違いは、入学時点で明白。看護学生は、「患者さんのために役に立ちたい」との強い目的意識を有しているが、薬学生はどうだろうか。

さらに、薬学部の教育は、6年制になったにもかかわらず、臨床に強い薬剤師を育成するにはいたっていない。このような現状に堪え、医療方面への進学希望者に対し、薬学部より看護学部を推奨する高校が現れているとも聞く。

薬学部、薬剤師業界は、早急に打って出なければならない。

TURNUP

[ターンアップ]

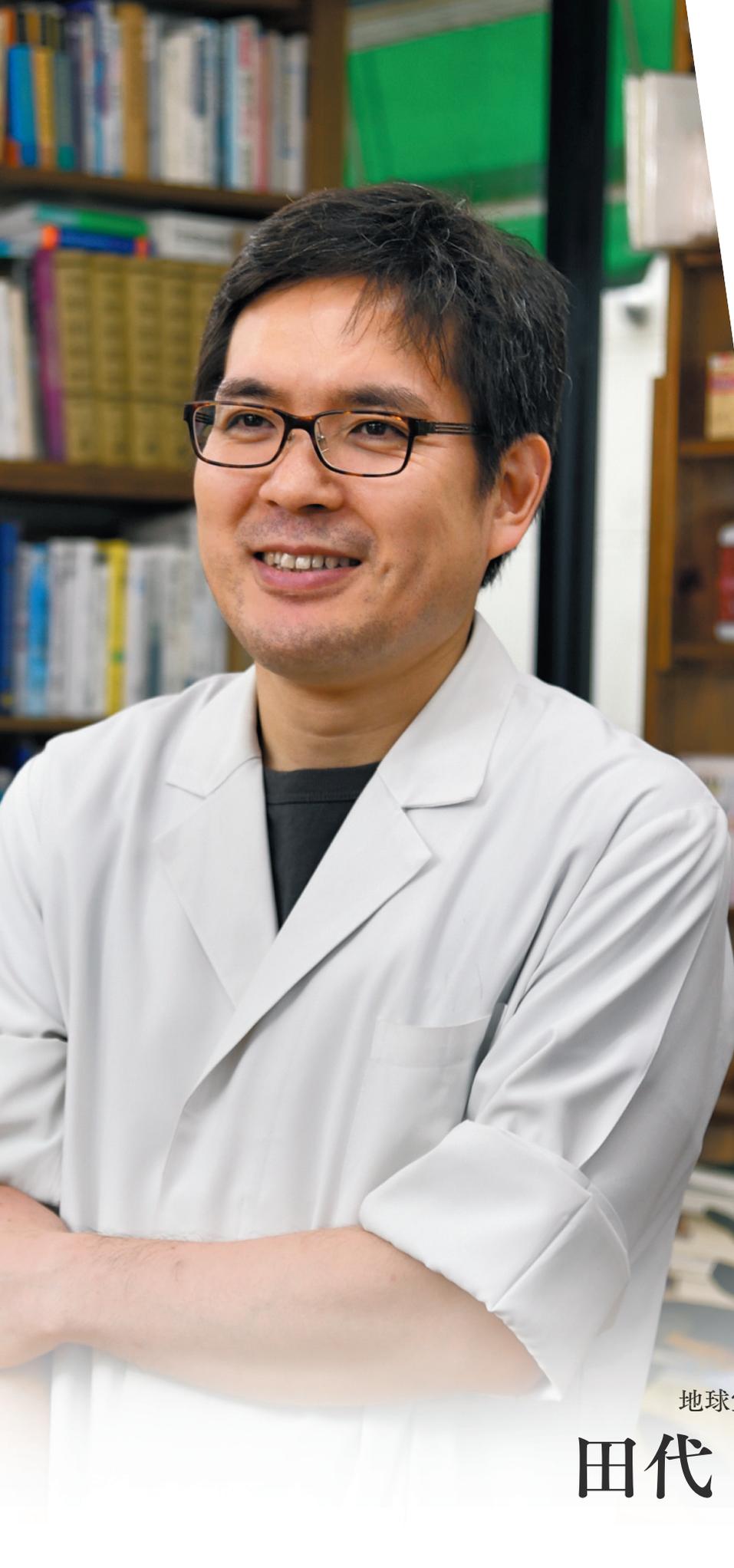
NOVEMBER 2019 No.45

CONTENTS



編集長のつぶやき	02
MY OPINION —明日の薬剤師へ—	04
地球堂薬局 田代 健	
FOYER@MY OPINION	10
『万定フルーツパーラー』のカレーライス	
VOICE —編集長対談—	11
宝塚市立病院薬剤部部長 吉岡 睦展	
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。



医薬分業を成功させるには
「川下型分業」から「川上型分業」への
シフト以外に道はない。

地球堂薬局

田代 健

期せずして入社したシンクタンクで 薬剤師とは異質な視点を備える

東京大学薬学部を卒業して、株式会社野村総合研究所（以下、野村総研）に入社。その後、薬局を営しながら、一般社団法人保険薬局経営者連合会（以下、連合会）副会長として、また、同会がつくった株式会社薬事政策研究所（以下、薬事政策研究所）代表取締役として活躍。こうした経歴と肩書を持つ田代健氏とは、いったいどんな人物なのか。取材に先立ち、まず、その人物像に興味をそそられた。

田代氏の経営する地球堂薬局に、約束より少し早めに訪れて様子をおうかがうと、そこには、肩書から想像されるのとは少し違う姿があった。商店街の一角にある薬局で、ひとり薬剤師の田代氏は、座って

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

待つ高齢の患者に歩み寄り、視線が合う高さまでしゃがみ込んで調剤した薬剤を渡しながら話しかけていた。田代氏と患者の間に、さえぎるものはない。おそらく、それが同薬局における日常的な風景なのだろう。

最初に野村総研に入社したのも、何かねらいがあったのかと思っただが、やむをえない事情からだったようだ。

「博士課程1年に在籍中の1996年12月、父親の進行がんが判明、いつまでも学生をつづけているわけにはいかないと、指導教官の縁故などに頼らず、翌年4月から入社できる会社を探して1社だけ見つけられたのが野村総研でした」

期せずして薬剤師とはまったく畑違いの仕事に就いたことが、結果的に後の活動につながった。

「システムエンジニアの枠で採用してもらい、中央官庁を顧客とする部署に配属され、システムの設計や、顧客とメーカー、プログラマーの間に入っている仕様の調整などの業務に就き、厳しく鍛えてもらいました。

社会人として最初に経験した仕事はインパクトが強、薬剤師とは異なる視点が備えられたように感じています」

最終的に薬局の経営者となった経緯はいかに。「1999年に、『ファクス送信で処方せん調剤を行っても良い』との規制緩和が行われ、薬局業務がデータのフローとモノのフローとで分離し、新しいアイデアがいろいろと出てくる面白い業界になるのではないかと期待して、薬局薬剤師への転職を決めま

した。

とはいえ、薬剤師資格は持っていたものの実務経験がなかったため、ケイアイ薬局グループに入社。その後、闘病中だった父親が亡くなり、紆余曲折があった末、2000年に実家のある埼玉県内に戻って、現住所で薬局を開設したのです」

かかりつけ薬局を使ったら、患者にインセンティブがつくようにすべき

さて、田代氏のバックグラウンドがわかったところで、展開してきた活動について話を聞いた。2009年、中小規模薬局の経営者のための団体である連合会の立ち上げメンバーのひとりとなる。

「連合会では、『資本金に関係なく、患者に支持される薬局が生き残るような市場環境を整えるには何をすべきか』をテーマに、業界紙やウェブサイトを通して意見を発信してきました。

特に調剤報酬に関しては、

①かかりつけ薬局の登録化（患者が選んだ1薬局を利用した場合と、それ以外の薬局を利用した場合とで自己負担率に差がつく）

②調剤報酬の簡素化（調剤報酬＝基本料＋薬価×粗利益率）

③薬剤の自己負担率の変動化

といった3点を主張しつづけています」

中でも注目されたのは、①のかかりつけ薬局の登録化。現行制度では、かかりつけ薬剤師指導料があ



PROFILE

たしろ・けん
1994年 東京大学薬学部卒業
1996年 東京大学大学院薬学系研究科修士課程修了
1997年 株式会社野村総合研究所
1999年 ケイアイ薬局グループ
2000年 地球堂薬局開設
2009年 一般社団法人保険薬局経営者連合会設立・副会長
2013年 株式会社薬事政策研究所設立・代表取締役



り、患者がかかりつけ薬局、かかりつけ薬剤師を使うと調剤報酬点数が上がる制度になっているが、田代氏の主張は、それとは真逆。しかし、聞いてみれば、彼がいかに正論を語っているのかは、すぐに分かる。

「薬局にインセンティブがつくのであれば、患者は安いほうがいいので、かかりつけ薬局を使わなくなるに決まっている。にもかかわらず、そのあたりの矛盾を誰も説明しようとしていません。患者が、かかりつけ薬局をひとつだけ選び、そこに行ったら安くなるといった患者にインセンティブがつく仕組みにすれば、かかりつけ薬局、かかりつけ薬剤師のシステムは、きわめてスムーズに機能するでしょう」

当初、周囲の同業者からはまったく受け入れられなかったが、薬局を取り巻く環境の激変により、最近になって現実的になりつつある空気感が出てきたと言う。

連合会だけで満足しないのが、田代氏。2013年には、薬事政策研究所を設立し代表取締役に。

「連合会は一般社団法人のため事業に制約があり、自由な政策提言などができなかった。そこで、連合会から派生するかたちで、株式会社である薬事政策研究所を設立しました。イメージとしては、日本医師会に対して日医総研と称するシンクタンクがあるように、日本薬剤師会に対してシンクタンクの薬事政策研究所があるという感じです」

薬事政策研究所の取り組みで特筆すべきは、なんと言っても保険者連携プログラム（HORP）の構築だろう。協会けんぽが、各保険の加入者の中から「定期健診を受けていない」などの理由で、将来、医療費が高額になると予想される患者を抽出し、プログラムに参加している近隣の薬局で指導を受けてもらうよう促すという画期的な事業である。

「現在、いくつかの組織が始めていますが、弊社が先鞭をつけました」

**薬局が生き残るためには
「川上型分業」をめざす以外にない**

社会からネガティブな意見が浴びせかけられている医薬分業について意見を求めると、今まで聞いた

MY OPINION

明日の薬剤師へ

ことがないような興味深い持論を披露してくれた。
まず医薬分業には「川下型分業」と「川上型分業」
の2つの形態がある点を理解してほしいと話す。

『川下型分業』は、患者が医療機関を受診したあとで処方せんを持って薬局に行く形態で、薬局は医療機関よりも下流に位置する。一般的な医薬分業は、この形態を指します。これに対して患者が医療機関を受診する前の段階で薬局を訪れ、モノを購入した情報を得たりするケースも存在し、これらを一括して『川上型分業』と呼びます」

2つの形態を解説したうえで、医薬分業が社会から評価されるには、つまり、薬局が生き残るには、川上型分業をめざす以外ないと述べる。そのロジックは以下のとおり。

「薬局の顧客には、①保険給付を行ってくれる政府、②処方せんを発行してくれる医療機関、③患者の3つが考えられます。これまでは、政府や医療機関のみを顧客とみなし、川下型分業に徹した事業を行っても経営は成り立ちました。

けれども、顧客とみなしていた政府や医療機関が想定した患者の行動と、実際の患者の行動との間に乖離が生じてくると、薬局の経営基盤の脆弱化が進み、患者を第一の顧客とする川上型分業をとり入れていかねば、薬局の経営が立ちいかなくなっているのです」

要は、患者を軽視するあまり、患者にとって薬局は単なる処方せんと薬剤を引き換える場所になり下がってしまい、どこの薬局でも用が足りるがゆえに安定経営が望めなくなってしまったのだ。

「分業バッシングを通じて、『わざわざ薬をもらうのに薬局に行くのは二度手間だ』との患者の声をよく聞きますが、本来、薬局は逆に、『わざわざ処方せんを書いてもらうために病院まで行くのは二度手間だ』と言ってもらえる存在をめざさなければならぬ」と考えます」

一般的に医薬分業の起源とされる 解釈の間違いが混乱を招いている

ただ、もし彼が言うように、究極の川上型分業を薬局がめざすならば、薬剤師に処方権が必要になってくる。これは、日本薬剤師会のウェブサイトに次のように書かれている医薬分業の定義や起源を覆すことにほかならない。

—— 医薬分業とは、薬の処方と調剤を分離し、それぞれを医師、薬剤師という専門家が分担して行うことを意味しています。ヨーロッパでは800年近い歴史があり、神聖ローマ帝国のフリードリヒII世が毒殺を怖れて、主治医の処方した薬を別の者にチェックさせたのがはじまりと伝えられています。1240年には5カ条の法律（薬剤師大憲章）を定め、医師が薬局を持つことを禁じました。これが医薬分業と薬剤師制度のルーツとされています——

ここで、田代氏は驚くべき発言をする。
「日本薬剤師会のウェブサイトにある、一般的に医薬分業の起源とされる解釈は誤りです。薬剤師大憲章と呼ばれる一連の条文を含む『メルフィ法典』を

素直に読めば『薬剤師が悪事を働かないように、薬剤師が医師の処方どおりに調剤を行うことを義務づけた。その一環として（薬剤師を監督する立場の）医師の薬局の所有も禁じた』が、医薬分業の起源だとわかります」

医師の処方を監視するのが薬剤師の役割だと解釈は間違っていて、むしろ、薬剤師に信頼が置けないから処方権を奪われ、医薬分業となったというわけだ。

「実は、このような薬局規制の伝統は今日までつづいていて、医薬品の販売規制があるのは、薬剤師が信用されていないから。したがって、医薬品流通の規制緩和について今の政府は、『薬剤師を信用しないが規制緩和を進める』との立場をとっています。

ただ、薬剤師を信用しないのに規制を緩めるといのは明らかにおかしい。そこで、僕の主張としては、『薬剤師が、信用してもらえない存在となる。それに合わせて医薬品の規制緩和を進め、できれば薬剤師が処方権を持つようにしていただきたい』となります」

人間同士として向き合うことが優先されるケースもある

地球堂薬局の今後を問うと、薬局を取り巻く環境をシビアに分析しながら次のように答える。

「厚生労働省が毎年公表している『衛生行政報告例』によると、当薬局のような開設者が管理薬剤師を兼

ねる薬局は、2025年ごろにはゼロとなるペースで減少しています。私の薬局も、大多数の薬局と同じように淘汰される確率が高いとは思いますが、わずかに存続する薬局もあるはずですから、そのグループに入れるよう尽力するつもりです。

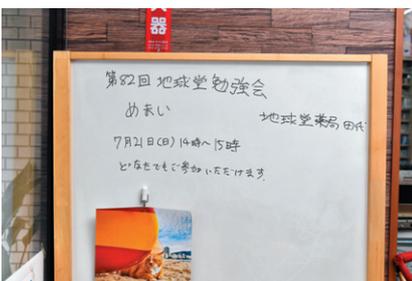
意思決定が終わったあとの段階でのサービスが中心となる川下型分業に特化した薬局と、地球堂薬局のような川上型分業を志す薬局は、顧客においては比較的わかりやすく区別できているようです。この点で独自性を深化させられたなら、経営を持続できる道もあるのではないかと思います」

最後に、このコーナーの恒例となった薬局薬剤師へのメッセージをいただいた。

「薬剤師が患者に対して『薬剤師として』対面すれば、患者は『患者として』向き合わざるをえなくなります。それが、対人関係としてふさわしいケースもありますが、そうではなく、人間同士として向き合うことがふさわしいケースもあるでしょう。

顧客の状況に合わせ、どちらのケースで向き合うかを瞬時に判断し、スイッチを切り替えられるようになるために、薬学以外の得意ジャンル（スポーツや音楽など、なんでもかまいません）を何かひとつでも持ち、勉強をつづけることをおすすめします」

そういえば、田代氏が視線の高さを合わせて話しかけていた高齢患者が、実にうれしそうにしながら彼に対していたのが脳裏をよぎる。一見、どこにでもありそうな薬局なのだが、地球堂薬局は、生き残ろうとする薬局が獲得しなければならないもののヒントにあふれていた。



FOYER@MY OPINION

『万定フルーツパーラー』の カレーライス

FOYER（ホワイエ）は、ほっと一息つく休憩の場——。

ここでは、『MY OPINION』に登場された方にまつわる「食」の情報を紹介します。

とにかく炭水化物が大好きだと話す田代健氏が今でもときどき思い出すのは、東京大学（以下、東大）の学生時代に通いつめていた『万定フルーツパーラー』のカレーライス。

「店名にフルーツパーラーとあるのですが、メニューには、それらしきものはなく、お客さんは、カレーライスかハヤシライスのいずれかを食べていました」

いささか変わった店のようで、どのような味のカレーライスだったのか興味が湧く。

「具が煮込まれて、もう全部溶けちゃっているような感じで——。そんな激辛というわけではないですが、ちょっとスパシーで、たぶん、ずっと食べていても飽きないような味です」



早速、編集部では、田代氏が魅了された味を求めて東大正門前にある店に行ってみた。かなり年季の入った店がまえと内装。メニューを見ると、田代氏が言っていたように、2大メニューのカレーライスとハヤシライスのほかは、カレースパゲティ、ハヤシスパゲティと数種類のフレッシュ



万定フルーツパーラーの看板メニューのカレーライス

ジュースとコーヒー、紅茶があるのみ。

店主の女性の方に尋ねると、創業はなんと100年以上前の1914年だと言う。

「義父が、東大病院へお見舞いに行く方に向けてメロンなどのフルーツを売る果物店を開いたのがきっかけでした。当時、フルーツパーラーが流行っていて、ならばと、果物店の裏にあるこの場所で、フルーツポンチやスイカを切って出すフルーツパーラーを始めたそうです」

その後、果物店は閉じられたため、フルーツのメニューはなくなったとのこと。なるほど、それで「フルーツパーラー」だけが今も店名に残っていたのである。



編集部スタッフが取材で訪れた日は、たまたまほかにお客がいなかったのだが、それは東大が夏休み中だったから。普段であれば、アルバイトにも来てもらうほど忙しいとか。田代氏が通っていた時代と変わらず、今も多くの東大生に愛されているようだ。

DATA

万定フルーツパーラー

〒113-0033 東京都文京区本郷6-17-1



店は「看板建築」と称する建築様式で建てられている



宝塚市立病院薬剤部部長

吉岡 睦展

高齢患者の増加にともない、深刻化しているポリファーマシー。防止するには薬剤師の知見が大きく役立つはずだ。しかし、たとえば入院患者に対し、病院薬剤師が薬剤整理を提案して医師が処方の見直しを行っても、その意図が逆紹介先の開業医や、かかりつけ薬局に伝わらず、結局、薬剤整理前の処方に戻ってしまうケースが少なくない。こうした状況を打開すべく、宝塚市立病院薬剤部部長の吉岡睦展氏は、病院・開業医・薬局間で確実な情報共有を可能にする『退院時薬剤情報提供書』を発案、ポリファーマシー対策に大きな成果を上げている。

よしおか・むつのぶ

1988年京都薬科大学薬学部卒業、田辺製薬株式会社入社。1990年宝塚市立病院薬剤部入職。2000年宝塚市立病院薬剤部主査。2006年博士（薬学）取得（京都薬科大学）。2008年宝塚市立病院薬剤部副主幹。2011～2017年武庫川女子大学薬学部非常勤講師。2013～2016年宝塚市立病院地域医療連携部。2015年兵庫医療大学薬学部非常勤講師。2016年宝塚市立病院薬剤部主幹。2018年より現職

構成／『ターンアップ』編集長：武田 宏

病院・開業医・薬局間で 確実な情報共有を可能にする 『退院時薬剤情報提供書』を発案

開業医が減薬理由を見すごし 処方を見せようとすると かかりつけ薬局が指摘

——吉岡先生は、ご勤務先の宝塚市立病院で、入院患者における薬剤整理の情報を院外と共有する『退院時薬剤情報提供書』を発案、2016年に導入されたとお聞きしました。まず、運用の仕組みについて教えてください。

吉岡 退院時薬剤情報提供書は、退院患者を、かかりつけの開業医にお返しする際、診療情報提供書に添付して、開業医に提供します。それと同時に、患者のかかりつけ薬局に対しても、診療情報提供書の内容を踏まえた連絡状、及び開業医に提供したのと同じ退院時薬剤情報提供書をファクスで送ります。

——入院中に行われた薬剤整理の情報が開業医と薬局とで共有されるのですね。

吉岡 そのとおりです。退院時薬剤情報提供書には、減薬の理由なども記載されているのですが、たとえば、開業医は忙しいので、どうしても斜め読みになり、中止された薬剤を再度、処方するケース

が起こりえます。

そんなときには、かかりつけ薬局にも退院時薬剤情報提供書が送付されているので、薬局薬剤師が「病院で中止になった薬剤が処方されているが問題ないか」と開業医に疑義照会を行ってくれ、ポリファーマシー防止につながります。

また、開業医が理由があつて処方を再開した場合には、かかりつけ薬局が当院にトレーシングレポートを送ってくれるシステムになっています。

こうした運用により、薬剤情報に関する確実な病診連携、さらには薬業連携が実現しているのです（資料1）。

——理想的な仕組みと言えそうですが、病院薬剤師の負担が大きいのでは？

吉岡 ご指摘のとおりで、従来、退院時薬剤情報提供書の作成は手作業で行っており、年間240〜280件程度が限界でした。なんとかかすべく、2018年、日本老年医学会の『高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015』や、米国老年医学会の『ビーズ基準』、さらに添付文書にもとづき、中止を考慮すべき服用中の薬剤を抽出して自動的に退院時薬剤情報提供書を作成するシステムをメーカーと共同開発しました。

——自動化によって発行数は、かなり増加したことでしょうか。

吉岡 発行数は、年間1300件超に達し、12剤中10剤を中止するなどの大幅な減薬例も見られるようになりました。

ただ、多くを発行しても、開業医に読んでもらわなければ意味がありませんので、当院の薬剤師がわかりやすく文面を編集するなどしています（資料2）。

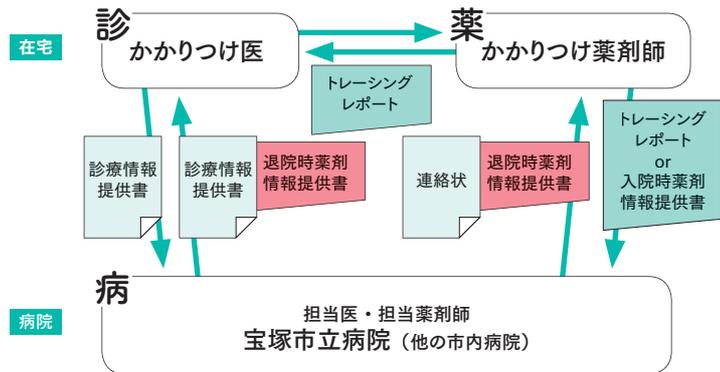
診療所への訪問を通じて 開業医の悩みに気づき 情報共有が必須と痛感

——退院時薬剤情報提供書導入の経緯をお聞かせください。

吉岡 きっかけは2013年の薬剤部から地域医療室への異動でした。同年に当院が地域医療支援病院に承認され、要件である開放型病床を開設したのですが、当時は病診連携が立ち遅れていたため、毎日、開業医を訪問して当院をPRしたり、要望を聞いたりしていました。その過程で、薬剤の情報共有の重要性を痛感したのです。

——開業医の先生方は、どんな話を？

【資料1】宝塚市における退院時薬剤情報提供書の運用の仕組み



出典：吉岡氏提供資料

【資料2】退院時薬剤情報提供書の例(抜粋)

登録日付：XXXX年X月X日

退院時 薬剤情報提供書 (登録日現在の情報です)

患者カナ名：〇〇〇〇 年齢：89歳〇ヵ月 診療科：整形外科
 患者氏名：〇〇〇〇 生年月日：XXXX年X月X日 入院日：XXXX年X月X日

No.	調整区分	薬品名	事由
1	中止	ザンタック錠 150	タケブロンと系統重複があったこと、また高齢者の場合、認知機能低下やせん妄を含む CNS 副作用の発症リスクが高いため中止とさせてもらっています
2	中止	プロマック顆粒 15%	かかりつけ医と協議のうえ、飲みきり終了となりました
3	中止	ピオフェルミン R 錠	同上
4	中止	メチコバル錠 500μg	OP 後症状改善したため中止
5	中止	サイロリック錠 100	200mg / 日で服用されていましたが、入院時の UA 値は 1.5 と期待以上の効果があり、また現在の腎機能 (Ccr : 33mL / min) では減量が必要でしたのでいったん中止で経過を見ていました。中止後、徐々に UA 値の上昇を認め、治療薬は腎障害のリスクなどを考慮して、当薬剤からフェブリクへ変更しています。
6	追加	フェブリク錠 20mg	
7	中止	セララ錠 25mg	高カリウム血症が持続したため、かかりつけ医と相談 (軽い心不全のためアゾセמידのみでコントロール可能) のうえ、中止としています (アルドステロン拮抗薬の高齢者への使用は高カリウム血症のリスクとなるため定期的な血液検査の実施が必要) 出典：「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015」
8	中止	クレストール OD 錠 2.5mg	入院時の脂質検査を行ったところ、特に問題なくコントロールできていました (TC : 142、TG : 138、LDL-C : 73、HDL-C : 49mg / dL)。吹田スコアで算出した 10 年以内の冠動脈疾患の発生率は 2% と低かったため、患者 ADL 及び QOL 並びに 89 歳と高齢など多面的に考慮した結果、ベネフィットよりも服用することのリスクが高いと判断し、中止としています
12	継続	アゾセמיד錠 30mg 「JG」	持参薬のダイアートから当院採用の後発品に切り替えて継続しています
13	継続	ランソプラゾール OD 錠 15mg 「日医工」	持参薬のタケブロンから当院採用の後発品に切り替えて継続しています

持参薬を含めた退院時の処方

No.	薬品名	用法
1	フェブリク錠 20mg	0.5 錠 内服 分1 朝食後
2	アゾセמיד錠 30mg 「JG」	0.5 錠 内服 分1 朝食後
3	ランソプラゾール OD 錠 15mg 「日医工」	1 錠 内服 分1 朝食後

特記事項
 入院中の経過により、内服薬 12 剤を上記 3 剤へ調整いたしました。今後の病態・状況に応じたご対応をよろしく申し上げます。お手数ですがご不明な点はご連絡ください

医師：〇〇〇〇 薬剤師：〇〇〇〇 宝塚市立病院薬剤部 0797-XX-XXXX

出典：吉岡氏提供資料

吉岡 薬剤に関して、よく聞かれた意見は、「自分が処方した薬剤が、なぜ中止されたのかがわからない」でした。病院医師が書く診療情報提供書は、診断に関する情報は細かく記されていますが、薬剤整理については言及がなかったのです。医師ひとりが専門領域以外の薬剤について網羅することは難しいので、当然かもしれません。そこで、薬剤整理の理由を開業医に提供する必要があると考えました。

——そして、退院時薬剤情報提供書のアイデアが生まれた。

吉岡 はい。さらに、時期を同じくしてポリファーマシーへの関心が高まり始まります。たとえば、当院の入院患者の約半数は 75 歳以上の後期高齢者で、まず間違いないでポリファーマシーに陥っていると考えられ、適切な対策が求められています。

そのような機運に乗り、市内の多職種交流会である『3つの若葉を育てる会』が 2015 年に立ち上がると、自然と協働してポリファーマシーの防止を検討するようになり、退院時薬剤情報提供書のアイデアが具現化したのです。

吉岡 導入に際し、医師会の協力が得られたことが、最大の要因だと分析できます。「処方師は医師がするのだから薬剤師は処方師のサポートに徹する。退院時薬剤情報提供書は、それを実現するツール」

医師会との協働は不可欠
 医師を巻き込まなければ
 運用はうまくいかなかった

——退院時薬剤情報提供書が成功を収めた秘訣は、ズバリなんです。

とのスタンスを貫きました。

——具体的には、どういう？

吉岡 たとえば、退院時薬剤情報提供書には、病院医師と薬剤師の両方の署名が入っており、薬剤師が勝手につくったものではない点をアピールしています。

——病院薬剤部と薬局間だけの運用ではうまくいかなかったかもしれませんね。

吉岡 医師をはずし、薬業間だけで情報共有をしようとすると、病院医師と開業医がやり取りをする情報との間に齟齬が生じ、トラブルが起きかねない。薬業連携がうまくいっていないケースでは、こうした事例がよく見受けられます。

——医師会を巻き込んだ方法は？

吉岡 先に述べた私の診療所訪問のほかにも、医師会と薬剤師会が協働する『宝つーかーの会』の開催を通して、開業医の先生方に、退院時薬剤情報提供書に対する理解を深めていただきました。

退院時薬剤情報提供書は、封かんされた診療情報提供書に添付されるため、長年服用していた薬が原因で有害事象が起

こったケースでは、患者の目に触れずすみ、患者の開業医への信頼が損なわれないことも大きかったように思います。

そして、医師会から特に好評だったのは、減薬剤数が少ない、新規に薬剤を処方したなどで薬剤総合評価調整加算を算定できない場合でも、宝塚市立病院は退院時薬剤情報提供書を作成している点です。「診療報酬算定の可・不可にかかわらず病院での変化を開業医とかがりつけ薬局と共有するのは病院の責務だ」という姿勢が高く評価されたと推察します。

入院日数の短縮傾向によって 病院でのフォローには限界が 期待される薬局薬剤師の役割

——退院時薬剤情報提供書の運用においては、薬局も大切な役割を果たしています。スムーズな運用のために、薬局薬剤師にアドバイスがあればお願いします。

吉岡 前述のとおり、運用には医師会を巻き込むことが必須。ですから、ぜひ、開業医との良好な協働関係を築くよう努めてください。

——しかし、医師とのかかわりが希薄な薬局薬剤師も少なくありません。



『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

吉岡 処方医の顔を知らないようでは疑問。積極的に医師の参加する勉強会などに顔を出して覚えてもらい、相談できるきっかけをつくるのが肝要です。

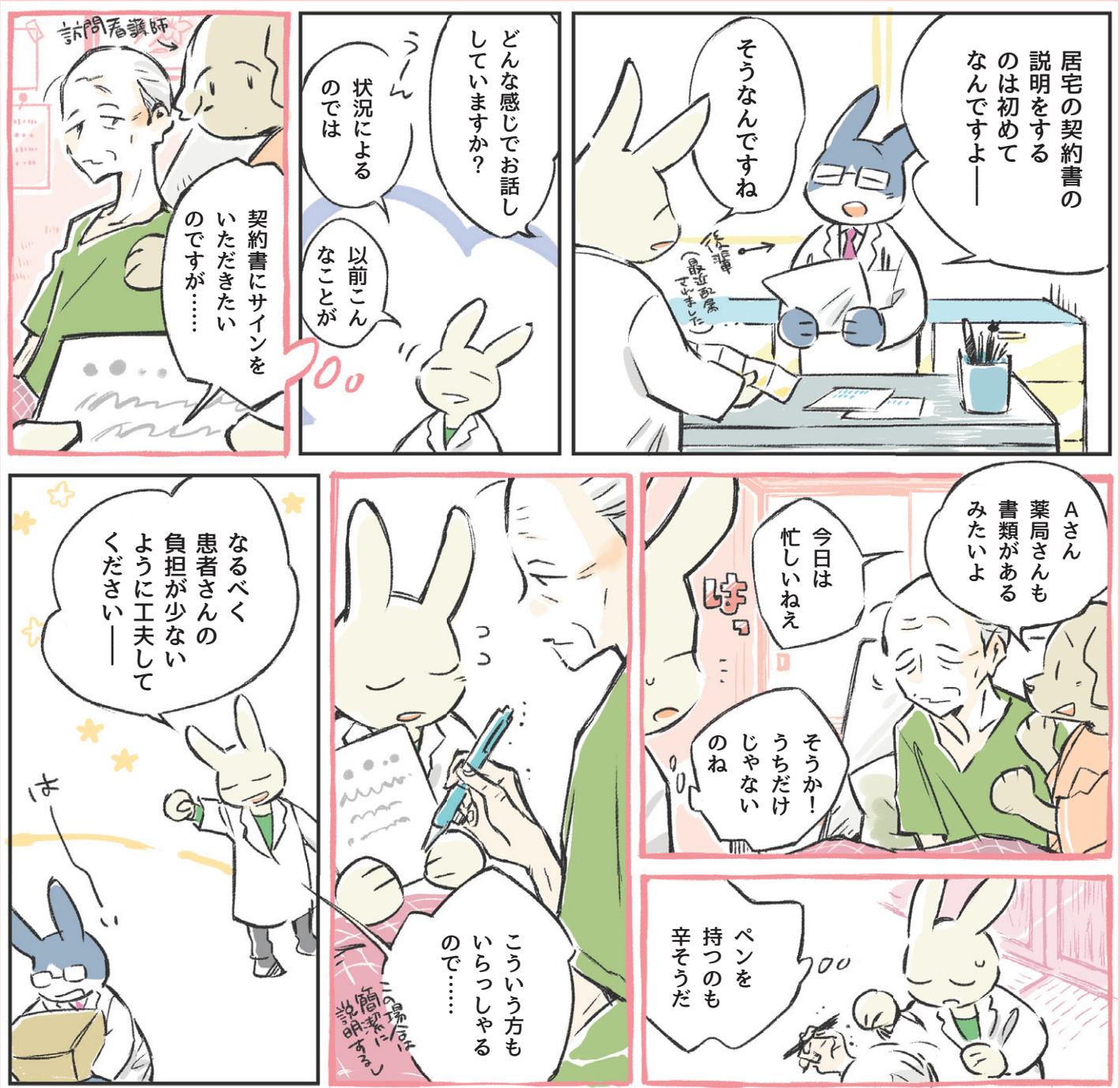
——最後に薬局薬剤師へメッセージを。

吉岡 退院時薬剤情報提供書を薬局に提供する理由には、昨今、入院日数が短くなり、本当に減薬して問題がなかったのかを入院中に見届けられず、薬局のフォローが欠かなくなっていることが挙げられます。薬局薬剤師の役割は、ますます重要になる。活躍を期待しています。

在宅薬剤師 もり日記

第8回

作・画 / 株式会社ファーマシー 森 聡子



居宅療養管理指導を開始する際、サービスの内容を説明して、患者さんかご家族から契約書にサインをもらうのですが、最近、気づいたことがあります。退院当日は、薬局以外にも医師、訪問看護師、ヘルパーなど多職種がそれぞれ今後の説明をするので、独居や状態の良くない方は、話を聞くだけでくたくたになってしまうようなので

す。「いろいろな人から書類をもらって混乱する」との声を耳にしたこともあります。穏やかな時間をすごせると思って帰宅した方にとって、いきなりの大仕事は、重い負担になってしまうのではないのでしょうか。契約書を交わす段階から、患者さんの状態をよく観察をしてお話ししなくてはならないと、あらためて思いました。

医療行政

3分間でわかる

第33回

健康寿命延伸に向けて PHRを推進するため 厚労省が検討会を開催

健康診断結果や薬歴を
電子情報として提供し
本人や家族が把握する

個人の健康診断の結果や服薬履歴などの情報を、電子記録として本人や家族が正確に把握する仕組みであるパーソナル・ヘルス・レコード（PHR）が世界的な広まりを見せており、我が国でも、健康寿命の延伸に向けた取り組みの一環としてPHRの推進が必要だと考えられるようになっていきます。

そこで、厚生労働省（以下、厚労省）では、『国民の健康づくりに向けたPHRの推進に関する検討会』（以下、検討会）を設立、今年9月11日に第1回の検討会を開催しました。今回は、第1回検討会の議論を踏まえ、これからPHRがどのように整備されていくのかを見てみましょう。

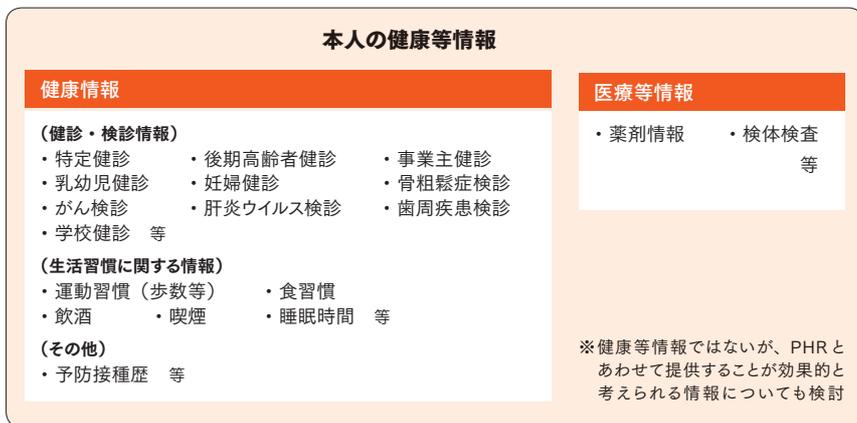
国民に向けてどのような情報をもとのような方法で提供するのか
これから議論が繰り広げられる

第1回検討会では、まず厚労省側から、PHRの推進に向けたこれまでの活動を振り返るとともに、今後の検討の進め方について説明が行われました。

厚労省は、PHRを推進する背景には、2020年度から特定健診や乳幼児健診等の結果、また2021年度からは薬剤情報が、政府が運営するオンラインサービス『マイナポータル』で閲覧できる事業がスタートすることがあると示しました。これらの情報をPHRに組み込み、予防や健康づくりに生かす仕組みをつくろうというわけです。

さらに、今年の6月21日に閣議決定された『経済財政と運営の基本方針2019』「令和」新時代…

【資料】PHRの概要



PHRとして活用する健康等情報の種別や、その電子化・管理・保存の方向性の整理

情報を活用して、自身の健康状況を正確に把握できる環境の整備

想定される効果

- ①本人の日常生活習慣の改善等の行動変容や健康増進につながる
- ②健診結果等のデータを簡単に医療従事者に提供できることにより、医療従事者との円滑なコミュニケーションが可能となる

出典：厚生労働省『PHRの検討に関する論点や基本的な方向性について（案）』

「Society 5.0」への挑戦』において、学校や職場などで生涯にわたって受ける健診・検診情報の予防等への分析・活用を進めるため、健診・検診情報を2022年度をめどに標準化されたかたちでデジタル化すべく、2020年夏までに工程表を作成するとしたことも、PHRを推進する理由として挙げられました。

その後、厚労省では、PHR活用に関する論点として、①PHRとして提供する情報（情報の種別や

提供範囲）、②情報提供・閲覧のあり方——の2点が考えられるとしました。そして、具体的にどのような情報をPHRで国民に提供するのか、情報提供にあたってどのようなデータ形式を採用するのか、データの保存主体はどうするのか、民間事業者が関与する部分ではどのようにセキュリティを確保するのか、などを検討していく方針を提示しました。

せっかく提供された情報を患者に生かせるかどうかは医療職の果たす役割次第だ

こうした厚労省の説明に対し、検討会では、「一般の国民がPHRで提供された情報を見ても、十分に活用できないのではないか。医療職がともに閲覧する必要があるだろう」といった趣旨の指摘がありました。確かに、いかに貴重な情報であっても、情報を正しく解釈できる専門家のアドバイスがなければ患者にメリットは望めません。PHRの議論においては、薬局や薬剤師がどのような役割を果たすのかは旭上に載せられていませんが、PHRで取り扱う情報には服薬履歴などが含まれる可能性は当然高く、薬剤師と無縁とは言えないでしょう。したがって、今後の議論の展開を注視したいところです。

なお、検討会では今年11月の第2回で基本方針を検討し、その後、必要に応じた追加開催を経て、2020年度早期には、PHR推進に向けた今後の方策について一定の結論を出すとともに、工程表を策定する方針です。

第4回 研究計画の実現可能性（実施可能性）を考える

前回、時めき病院の新人薬剤師であるビート君は、「高齢糖尿病患者における薬薬連携と血糖コントロールの関連」というリサーチ・クエスチョン（RQ）を立て、研究計画を練り上げました。それを臨床研究のエキスパートである、ふうたろう先生に見せに行ったところ、数々の重要なアドバイスをもらいました。ただ、まだまだ研究の前に確認すべきことがあります。今回は、そのうちのひとつ「実現可能性」のお話です。



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』

ビート君が考えた研究計画には
実現可能性があるのだろうか！

←
解説

は20ページをご覧ください。

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
福岡真悟



解説

研究計画ができ上がったときに必ずやっていただきたいのが、以前にもご紹介した FIRM²NESS チェックです。良い研究計画の要件を示す言葉の頭文字をとったもので、最初の「F」は Feasible、つまり実現可能性を示します。ビート君の研究計画を例にとり、実現可能性について解説していきましょう。

■実現可能性を決める2つの要素

まず、ビート君が立てた研究計画の基本骨格である PECO をおさらいしてみます。

P（対象者）：高齢（75歳以上）の糖尿病患者／血糖降下薬を内服中／退院時の HbA1c 7.0%以上

E（要因）：薬局と病院で病名・検査値いずれかの情報共有あり

C（比較対象）：薬局と病院で病名・検査値のどちらも情報共有なし

O（アウトカム）：血糖の長期コントロール（1年後の HbA1c 変化量）

研究を成し遂げるには、ビート君の言うように研究者のやる気がとても大事ですが、実現可能性を決める研究デザイン上の要素としては、大きく以下の2つが挙げられます。

- ① **サンプルサイズ**：研究対象者の数
- ② **データの取得可能性**：分析するために必要なデータを得られる可能性

■サンプルサイズは研究結果を左右する

今回は①について解説します。サンプルサイズと

は、研究対象者の数です。研究を始める前には、サンプルサイズを決める「サンプルサイズ設計」をしなければなりません。設計どおりのサンプルサイズを実現するのは簡単ではありません。たとえば、対象者を効率的に集めるには、ビート君の病院だけでなく他施設に協力してもらう方法がありますが、対象者の条件が厳しすぎたり、協力施設の選定が不適切な場合は、対象者を十分に集めるのが難しくなります。

では、サンプルサイズが不足するとどうなってしまうのでしょうか——。ビート君が研究を行い、仮に「薬薬連携を行っている病院や薬局に通う患者のほうが、そうではない病院や薬局に通う患者より1年後の HbA1c が改善した」という結果を得たとします。しかし、サンプルサイズが足りなければ、結果はたまたまで、本当は薬薬連携と HbA1c 改善との間に関連はなかったとも考えられるのです。結果が偶然ではない、統計学的に有意だと示すうえで重要なのが、サンプルサイズ。したがって、もし必要十分なサンプルサイズを実現するのが難しいとわかれば、事前に研究計画を変更する必要があります。



『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／280ページ／本体3,600円（税別）／2019年2月発行

臨床研究のはじめの一歩を、マンガを交えて紹介。臨床研究デザインでは欠かせないポイントや、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

『機能・活動・参加とQOLを高める リハビリテーション薬剤』

編集代表：若林秀隆／編集：中道真理子、中村直人／発行：じほう



超高齢社会の日本では、生活機能やQOLが低下したフレイルの高齢者が増加しています。そのような中、栄養状態の改善によって生活機能やQOLを最大限に高める「リハ栄養」の概念が知られるようになってきて

いますが、本書では、その薬剤版と言える「リハ薬剤」を提唱しています。

リハ薬剤とは、国際生活機能分類（ICF）による評価や患者のリハビリテーションの内容を考慮した薬物治療を行う「リハからみた薬剤」、薬物治療の内容を考慮したリハビリテーションを行う「薬剤からみたリハ」といった考えにもとづき、薬物治療とリハビリテーションを進めるものです。

本書では、リハ薬剤の基本から臨床での実践までをわかりやすく解説しています。高齢者の増加とともに、今後、薬剤師とリハビリテーション職との連携の必要性は高まるはずですので、ぜひ本書を読んでおきたいところです。

CAUTION

販売名類似による取り違いに注意

前立腺がん治療剤『ザイティガ錠』（一般名：アピラテロン酢酸エステル）と、前立腺肥大症にともなう排尿障害改善剤『ザルティア錠』（一般名：タダラフィル）に関し、処方間違い・薬剤取り違い事例が発生したため、注意喚起が行われています。

ザイティガ錠は、製造販売元がヤンセンファーマ株式会社、プロモーション提携がアストラゼネカ株式会社。ザルティア錠は、製造販売元が日本イーラ

イリリー株式会社、発売元が日本新薬株式会社。4社によると、両剤とも泌尿器科用薬剤であるうえに販売名が類似しているため、今年7月末までに18件の処方間違い・薬剤取り違い事例が報告されているとのことです。

報告された事例のひとつとして、泌尿器科が発行した処方せんを薬局で受けとったところ、本来のザイティガ錠の用法・用量とは異なる内容で、併用されるべきプレドニゾロンの処方もなかったため疑義照会が行われた結果、ザルティア錠との処方間違いが明らかになったケースが挙げられています。

4社では、薬剤師に対し、ザイティガ錠が処方されている際にはプレドニゾロンが併用されていること、販売名と用法・用量が合っているかを確認することを呼びかけています。

PRODUCT

国内初の遺伝子治療用製品が発売

バイオベンチャーのアンジェス株式会社と、田辺三菱製薬株式会社は、重症虚血肢を対象としたヒト肝細胞増殖因子（HGF）遺伝子治療用製品『コラテジェン筋注用4mg』（一般名：ベベルミノゲンペルプラスミド）を発売しました。本製品は、今年3月に慢性動脈閉塞症の潰瘍の改善を効能、効果または性能として「条件及び期限付製造販売承認」を取得した国内で初めての遺伝子治療用製品です。

コラテジェンはHGFを発現するプラスミドDNAであり、標的細胞である下肢の筋肉細胞内にとり込まれ、細胞内で転写・翻訳されて、HGFを産生・分泌します。HGFの血管新生作用によって虚血部位の血管数と局所血流量を増加させ、虚血状態を改善させます。

なお、本製品については製造販売後5年以内に承認条件評価を実施し、本承認を取得することが課せられています。



コラテジェン筋注用4mg

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



〈2019年5月〉No.43
早稲田大学特命教授
笠貫 宏



〈2019年2月〉No.42
東邦大学医療薬学教育センター教授
吉尾 隆



〈2018年11月〉No.41
医療法人社団鴻鶴会理事長
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新潟厚生連佐越総合病院院長
佐藤 賢治



〈2018年2月〉No.38
神戸薬科大学学長
北河 修治

今号の取材をする中で、かかりつけ薬局とは「川上型分業」にほかならないと合点がいった。かかりつけ薬局が機能すれば一元管理が容易になる。そうではない薬局の場合、服用歴を管理するために、さまざまな手段を用いて情報収集に努めなければならない。前者のほうが手間が減るのだから、お薬手帳持参の費用の考え方と同じで、調剤報酬が減額されてしかるべきだ。患者に費用が安くなるインセンティブがつけば、行動に変化をもたらしてくれる可能性もあるだろう。また、医療制度が変わる中、病院が患者をサポートしきれず、代わりに薬局が担うべき部分がより広がっている。そうした役割を着実に果たすには医薬協業が欠かせない。医薬協業あつての医薬分業ではないだろうか。(H.T.)

消費税率が上がってしまいました。当社でもQRコード払いができるよう検討を進めているのですが、とても便利でお得なのですね。これまで現金払いしかしたことがなかったのですが、これを機にキャッシュレスデビューを考えたいと思います。(K.K.)

抗菌薬を薬局で調剤していただいたところ、薬剤師の方から「抗菌薬は、すべて飲んでください」との服薬指導がありました。ただ、その説明だけでは、背景に薬剤耐性の拡大防止の目的があることは伝わらず、中には途中で服薬をやめてしまう患者さんもあるのではないかと不安になりました。「なぜなら……」の部分の説明が必要ではないかと思ひます。(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



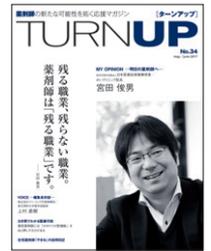
〈2017年11月〉No.37
JR広島病院理事長/ 病院長
小野 栄治



〈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

次回『ターナーアップ』第46号は、2020年2月発行予定です。

『ターナーアップ』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 広島県福山市中野上町4-13-27
株式会社ファーマシィ『ターナーアップ』担当 宛



〈2019年8月〉No.44
医療法人社団めぐみ会理事長
田村 豊



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。

