

PHARMACY DIGEST

1

2017 January

【巻頭インタビュー】…… 2 P

* 多剤服用は「本当に必要か」の見極めが第一義 「減薬ありき」でなく「適正使用」の姿勢で臨む

富士重工業健康保険組合 太田記念病院 薬剤部 部長 山藤 満、同部 医薬品管理情報課 係長 原 佳津行

【地域包括ケア時代の薬局・薬剤師の役割⑨】…… 5 P

* 患者さんにとって「天使」に見える薬剤師とは

ファルメディコ株式会社・大阪大学大学院医学系研究科統合医学寄附講座 狭間研至

【かかりつけ薬剤師が服薬指導にも活かせるコーチング・コミュニケーション④】…… 6 P

* 承認とアクティブリスニング

全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 会長／栃木県薬剤師会 会長／株式会社メディカルグリーン 代表取締役社長 大澤光司

【連載エッセイ／認知症?④】…… 7 P

* 孫娘さんの反応

株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院 在宅医療推進センタ長 亀山仁一

【臨床薬学／臨床推論 ―検査値から読み解く疾患情報―⑨】…… 8 P

* 脂質異常症の症例

クオール株式会社 クオールアカデミー・教育研修部 板垣幸太郎、長沼未加

【医療安全管理入門⑩】…… 10 P

* “あいさつしないこと”が安全向上に繋がるか?

南東北グループ 首都圏薬剤部門 ゼネラルマネージャー 山本 真

* 【今月のおすすめ「食事療法レシピ」】 鮭とかぶの豆乳クリーム煮…… 12 P



多剤服用は「本当に必要か」の見極めが第一義

「減薬ありき」でなく「適正使用」の姿勢で臨む

前号では、富士重工業健康保険組合 太田記念病院薬剤部の取り組みと薬薬連携の概要について、薬剤部部長・山藤満氏にお話しいただいた。今号は、同院のポリファーマシー(多剤服用)への対応について、薬剤部・原佳津行氏にご紹介いただく。また、山藤氏にはインフェクションコントロールドクター(ICD)のお立場から、「抗菌薬使用の削減」に対するご意見も賜った。

ポリファーマシー対策は全入院患者が対象 「適正使用」の結果が「減薬」であるべき

——前号で薬剤部の今年度の目標をご紹介いただきましたが、並行してポリファーマシー問題にも力を入れておられるそうですね。

山藤 今回の診療報酬改定を契機に、原君を中心に薬剤部、医局、事務方でワーキンググループを立ち上げ、「われわれ薬剤師が処方提案するかたちで、病院を挙げてポリファーマシー問題に取り組んでいこう」という方向性をつくることができました。

原 多剤服用については、薬剤部では前々から「医薬品の適正使用」という位置づけで取り組んできましたが、われわれだけで頑張ってもうまくは行きません。

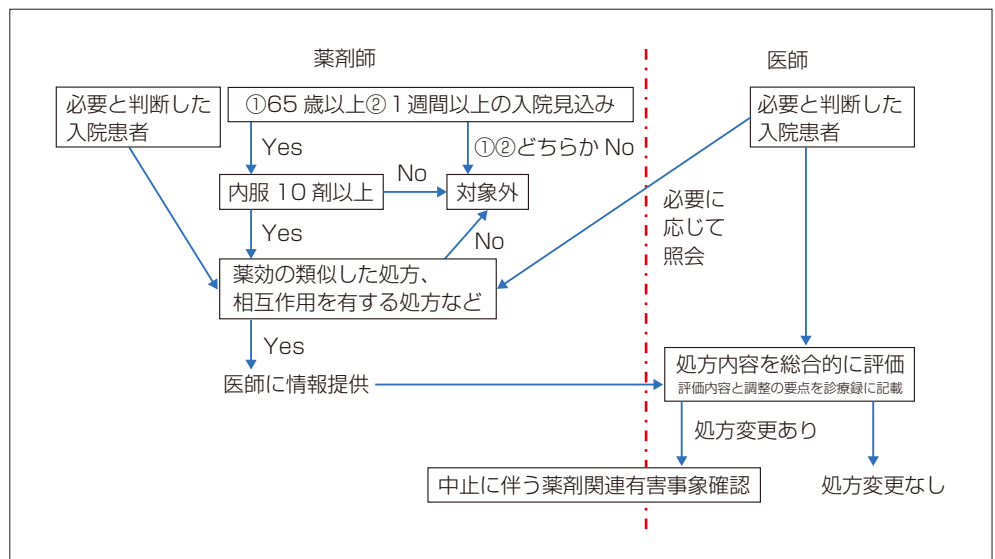
そういう意味では、今回の改定で報酬がついたことはいい動機づけになると思い、山藤部長に「これを機に院内で大々的に取り組めるようにしましょう」と進言しました。そして、私が事務局となってポリファーマシーワーキンググループを立ち上げ、3回のワーキングを実施しました。

1回目は、ワーキンググループ内でポリファーマシーに対する共通認識

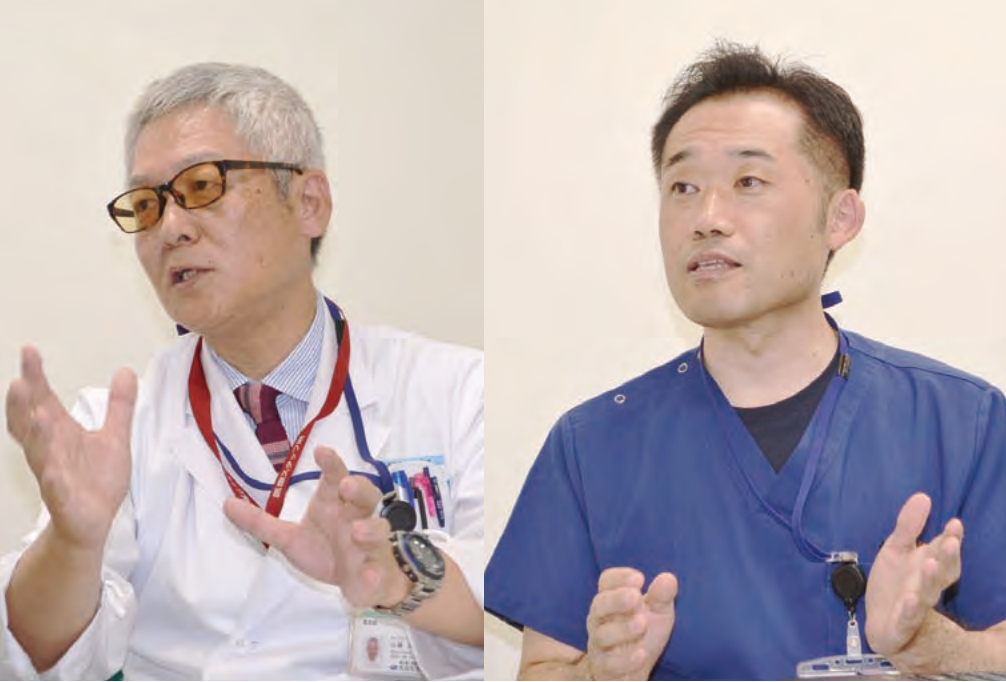
を持ち、院内でどう取り組んでいくかを議論しました。その結果、入院患者さんを対象にわれわれ薬剤部が主体となって試行的取り組みをしていくことになりました。

実際の動き方は、他院を参考にフローチャートを作成し、2回目のワーキングで了承いただきました(図)。対象は入院患者さんですが、マンパワーの問題もあり、全員を対象とするのは無理があります。そこで、「循環器内科と腎臓内科に1週間以上入院している65歳以上の高齢者で、10剤以上を内服している人」と、ターゲットを絞り込み、当てはまる患者さんに対してフローチャートを運用することとしました。病棟薬剤師は、該当者がいないか精査し、見つけたら重複投薬などがないかチェックし、問題があれば医師に情報提供

図 同院のポリファーマシー対応フローチャート(案)



(資料提供：富士重工業健康保険組合 太田記念病院薬剤部)



総合的評価を依頼していきました。結果、2剤減薬となるなど、薬剤総合評価調整加算を算定できた患者さんもいます。

3回目のワーキングでは取り組みの総括を行い、フローチャートを全病棟に広げていくことが確認されました。

山藤 そうした報告を受け、私のほうでは経営会議と部長会議で「薬剤師が積極的に多剤服用者のリス

して処方内容を吟味してもらおう、という流れです。

一方、医師側にも、条件には当てはまらなくても投与薬が多過ぎるとされる患者さんがいたら、われわれ薬剤師に処方チェックを打診してくれるようお願いしました。

こうした取り組みを7月1～15日まで実施したところ、該当する患者さんが9人抽出されました(表)。実は、ほかにも10剤以上服用している人が5人いたのですが、65歳未満だったり入院日数が短かったので、対応はしましたが調査サンプルには含みませんでした。

いずれにせよ、多剤服用者は大勢いることが分かり、なかには15剤も飲んでいる人がいることが明らかになりました。そこで、それら対象者について、医師に

トアップとチェックを行うので、先生方もわれわれが依頼した際には総合的評価をしていただきたい」と訴え、了承を得ました。これまで散発的な取り組みに終始していたポリファーマシー対応でしたが、これで入院患者さんすべてを対象に取り組みることとなりました。

原 診療報酬が追い風とはなりませんが、取り組みの目的は「点数の算定」ではなく、「医薬品の適正使用」です。「個々の患者さんに適した処方を」ということを肝に銘じて取り組んでいきたいと考えています。

ポリファーマシーの取り組みは若手の成長やチーム医療促進にもメリット

——ポリファーマシーの取り組みには薬剤部の全員が参加したと思いますが、若手には刺激になったでしょうね。

原 はい。自分の提案が医師に受け入れられると、嬉しそうにしていたし、そういう経験が自主性を養っていくようです。調査対象となった循環器内科病棟の薬剤師などは、自ら問題ある事例を見つけ、「どう対処すべきでしょうか?」と打診してくるようになりました。報酬の有無にかかわらず、問題のある患者さんには進んで対応しようという姿勢になってきたように感じます。

表 調査期間中に抽出された同院のポリファーマシー候補患者

診療科	循環器内科	腎臓内科
調査期間	7/1～7/15の定期処方	7/1～7/15の定期処方
定期処方患者数	21名	25名
ポリファーマシー候補患者数 ①65歳以上 ②1週間以上の入院見込み ③10剤以上	7名	2名
内訳	67歳男性 15剤 67歳男性 11剤 82歳女性 13剤 68歳女性 14剤 86歳女性 11剤 69歳男性 13剤 67歳女性 10剤	71歳男性 10剤 67歳女性 10剤
10剤以上で対象外	年齢対象外 2名	年齢対象外 2名 入院1週間未満 1名

(資料提供：富士重工業健康保険組合 太田記念病院薬剤部)

感染症への取り組みと抗菌薬の適正使用

山藤氏はインфекションコントロールドクターでもあり、早期から院内ラウンドを行ってきた。耐性菌対策ならびに国が提示する「抗菌薬使用の削減」について、ご意見を伺った。

山藤 病院長が感染症専門医ですので、10年くらい前から、2人で抗MRSA薬投与者を対象に定期的なラウンドを始めました。

こちらからおせっかい的に病棟に行っていたものから、当初は関心を示さない先生もおられました。しかし、重症感染症のような難渋するケースに対応していくうちに、徐々にドクターからコンサルテーション依頼が来るようになりました。

現在は医師2人、検査技師1人、感染管理認定看護師

1人、そして薬剤師2人という構成でICT（Infection Control Team：感染制御チーム）を組んで、週1回ラウンドしています。

感染症予防については、国が耐性菌対策として「ヒトへの抗菌薬の使用を2013年比で33%減らせ」と言っています。しかし、やや数字が先走っているのではないかと危惧します。不適切な抗菌薬使用はどんどん減らしていけばいいと思いますが、感染症を発症している患者さんに対して単純に減薬するのは、適正使用とは言えません。近年、AST（Antimicrobial Stewardship Team：抗菌薬適正使用支援チーム）が注目されてきたように、感染症患者に対しては抗菌薬を適正に使用することが推奨されています。「削減ありき」ではなく、「必要な患者さんには適正に使っていく」。ポリファーマシーへの対応と同じで、適正使用の結果として、「33%減」を達成していくのが筋だと思います。

山藤 そういう、「本当に必要な薬なのだろうか」と問い直す姿勢を持つことが大事であり、ポリファーマシーの取り組みはそのトレーニングにもなります。そして、「その結果、報酬を算定できた」となればベストです。

原 ワーキングでも、先生方から「薬剤師側から積極的に提案してほしい」という意見をいただきました。医師たちもポリファーマシーを問題視していること、一緒に取り組もうという姿勢があることが分かりました。

山藤 「一緒に」ということでは、チーム医療の広がりとともに、他職種とフラットにやりとりする医師が多くなりましたね。当院の医師も「こういう薬剤を処方したのだが、腎機能は大丈夫だろうか？」などと、気軽に聞いてきてくれます。看護師さんもそうです。病棟薬剤師にいろいろと問い合わせをくれますし、「あの患者さんに薬の説明をしてほしい」といった依頼も少なくありません。病棟に出るようになって、われわれ薬剤師も医療チームに馴染んだし、他職種からも頼りにされるようになったと感じています。

山藤 まず、入退院センターを充実させていきたいですね。当院は1階に入退院センターというコーナーがあり、持参薬の鑑別などもそこで受け付けています。しかし、現在は依頼があったときだけ対応しに出向くかたちなので、すべての鑑別を薬剤師が行っているわけではありません。そのあたりをもっと充実させたいと考えています。それから、病棟だけでなく、手術室やERにも担当を置きたいと考えています。

しかしながら、問題はマンパワーです。薬剤師が取り組めることはたくさんあるし、他職種からの期待も感じるのですが、十分に応えていくには現状の20人体制ではとても足りません。少なくとも、あと2、3人は必要です。当面は引き続き業務の再編・省力化に努め余力を引き出していきますが、薬剤部の収益性を経営陣にアピールし、人員を確保していかなくてはと思います。実際、ここ数年の薬剤部の収益は右肩上がりに伸びています。薬剤管理指導料や病棟薬剤業務実施工算、特に後者ができるようになったことが大きいのですが、治験も細々とですがSMO（Site Management Organization：治験施設支援機関）と契約して8本走っています（2016年12月現在）。2、3年後には実益になると思うので、こちらでもアピール材料にしていきます。

——ますますの発展が期待できそうですね。本日はどうもありがとうございました。

薬剤部の収益性をアピールし マンパワーアップによって期待に応えたい

——最後に、薬剤部の今後の抱負をお聞かせください。

地域包括ケア時代の 薬局・薬剤師の役割



ファルメディコ株式会社
大阪大学大学院医学系研究科
統合医療学寄附講座
医師・医学博士 狭間 研至

第19回 患者さんにとって「天使」に見える薬剤師とは

**医師や看護師のみが有り難い存在として
患者さんに専門性を発揮している現状**

医師をしていて、患者さんとの関係がぐっと縮まり信頼されるのは、患者さんが困っているときに医師としての専門性を発揮し、苦しみや悩みから解放してあげることができたときです。

以前、営業活動に関する本で、「困っているときに出てきた人は天使に見えるけれど、別段困っていないときに出てきた人はハエに見える」といったことを読んだことがあります。確かに、困っている患者さんの前に出て行くと、こちらが恐縮するほど感謝されたり、お礼の手紙をいただいたりと、まさに医者冥利に尽きるような体験をすることが少なくありません。

そんなことを考えて、ふと、気がついたことがあります。それは、病院・薬局を問わず、薬剤師は現在の業務の中で、困っている患者さんに接するような仕組みになっていないのではないか、ということです。

患者さんは体調が悪い、薬がなくなりそうといった困りごとに直面して、医療機関を訪れます。そして、医師の診察の後、診断を得て、処方箋が発行されます。この過程において、患者さんは医師や看護師と話をしながら、自分が持つ不安や不満、不備や不足といった困りごとを解決していきます。そして、医療機関で会計を済ませて処方箋をもらって保険調剤薬局に行くときには、困りごとはほとんど解決し、あとは、指示された薬を手に入れて飲むだけ、という問題解決の最終段階に入っているのではないのでしょうか？

また、入院している患者さんの場合でも、医師はさまざまな検査や処置、手術などを行い、その過程で必要な薬を処方します。薬の内容や目的についても、必要な説明をし、治療を進めていきます。つまり、入院している間の困りごとは、主治医や看護師だけで、解決の方向に向かっているのではないのでしょうか？

その中で、登場する薬剤師の業務は、基本的に医師

の処方準じて薬を準備し、定められた説明をすることがほとんどです。一般の方は、医薬品の取り扱いに関するさまざまな法律や規制を知らず、薬に関する情報も、いざとなれば手元のスマートフォンで調べることができます。しかも、登場するのは、それほど困っていないときなのです。ハエというのは言い過ぎですが、あまり有り難い存在として薬剤師を見ていないのも無理はないのかもしれない。

**薬剤師ならではのアプローチで困りごとを解決
個別最適化された服薬指導などのサポートが可能**

しかし、その後、患者さんがずっと困らないかという決してそうではありません。外来患者さんの場合には、家に帰っていざ薬を飲もうと思ったら、吸入器の使い方が分からない、子どもが薬を飲んでくれない、錠剤が大きくて飲めないといった、些細かもしれませんが重要なことで困ることがあります。また、薬を飲み始めた途端に、気分が悪くなったり、ふらついたり、かゆみや発疹が出たりといったこともあります。

現在、そのようなときには、ほとんど医師か看護師が登場しており、薬剤師はそこにはいません。しかし、ここにも薬剤師が登場すれば、個別最適化された服薬指導や「薬剤師ならではの」というサポートができるでしょうし、医師や看護師が新たな病気とってしまうような症状を、現在服用している薬による副作用かもしれないという別の視点でアプローチすることができるでしょう。このことは、薬剤師が薬理学・薬物動態学・製剤学といった専門知識を活かして、患者さんの困りごとを主体的に解決していくことに他なりません。このような環境で薬剤師が活動することを広げていければ、薬剤師は患者さんの困りごとを解決する人物になり、まさに天使のように見えるはずですよ。そして、そのときの患者さんとのやりとりは、薬剤師冥利を感じるような瞬間になるのではないのでしょうか。

かかりつけ薬剤師が 服薬指導にも活かせる コーチング・コミュニケーション

全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 会長
栃木県薬剤師会 会長
株式会社メディカルグリーン 代表取締役社長
大澤光司



第4回 承認とアクティブリスニング

共感の気持ちを言葉で伝えることが重要 ちょっとした心がけで印象が大きく変化

承認のテクニックは、コーチングの中にもよく出てきます。人は自分の存在や実績(行動)を認めてもらうことに喜びを感じるものです。

高血圧の患者様が薬局にいらした際の会話の例を見てください。

薬剤師「今日の血圧はいかがでしたか？」

患者A「今日は130の75でした」

薬剤師「分かりました……ところで最近他の病院等にかかっていますか？(別の話題)」

これでは薬剤師はただ事実確認のために聞いただけで、まったく承認もありません。逆に患者様の立場からいわせると、「単に薬剤師の仕事を手伝っただけ」という解釈になってしまうおそれさえあります。

そこで承認を入れた会話を見てください。

薬剤師「今日の血圧はいかがでしたか？」

患者A「今日は130の75でした」

薬剤師「あ、そうですか！ 130の75だったんですね、それは非常に良い血圧ですね！ Aさんはお薬をきちんと飲んでいただいていますし、その成果が出ましたね」

このケースの薬剤師は、少なくとも患者様の言葉を受け取り、繰り返すことで「聞きましたよ！」というメッセージを送り返し、そして「非常に良い血圧ですね！ Aさんはお薬をきちんと飲んでいただいていますし、その成果が出ましたね」と承認しています。

この会話のパターンですと、前の例のように患者様から見て「単に薬剤師の仕事を手伝っただけ」という解釈にはなりにくいのではないのでしょうか？

承認は一見ものすごくシンプルで簡単に実行できますが、患者様への印象は大きく異なります。こういったちょっとした心がけで、患者様との心理的な距離感が変わってきます。

コミュニケーションに役立つ2つの質問形式 会話の過程によって使い分けよう

コーチングではさまざまな質問のテクニックがあります。ここでは薬剤師が患者様とコミュニケーションをとる場合に、特に役立つと思われる2種類の質問形式について説明します。

・クローズドクエスチョン

クローズドクエスチョンとは「はい」「いいえ」で答えられる質問のことをいいます。比較的答えやすい質問形式のため、一般的には会話の始めのころに有効とされています。事実を客観的に確認するのに有効な質問形式ですが、あまり使いすぎると、答えなくてはいけない患者様にとっては、事務的な(冷たい)印象を与えてしまうことがあります。

・オープンクエスチョン

オープンクエスチョンとは、少し考えないと答えられない質問形式です。「はい」「いいえ」で答えられる場合に比べると若干答えづらい質問形式のため、会話の始めに使うよりも、ある程度コミュニケーションがとれてきてから使うと有効とされています。事実を確認するというよりも患者様の主観や感情を聞くのに役立つ質問形式になります。

質問の意味を十分に把握してから回答すること(アクティブリスニング)でニーズに合った情報が効率的に伝わる

人間は会話をするときに、「答えようとして聞いている」といわれています。質問されれば答えるのが当たり前じゃないか、と思われる方もいるかと思いますが、特に服薬指導の場面での患者様からの質問には、きちんと答えたいものです。しかし、ここで問題なのは、「患者様が本当は何を聞きたいか？」ということです。アクティブリスニングでは、質問にはすぐには答えず、質問の意味を十分に把握してから回答をします。

副作用に関する患者様からの質問を例にとって解説をしてみたいと思います。

患者B「このお薬には、副作用がありますか？」

さて、こんなよくある質問ですが、あなたなら何をして、何とお答えしますか？

アクティブリスニングでは、まず患者様が「なぜ副作用についての質問をしたのか？」をこちらからの質問で探っていきます。

薬剤師「〇〇様、副作用ってご心配ですか？」

これに対する患者様の答えによっては、その後にとるべき回答内容が大きく変わってきます。

例えば、患者様の答えが「心配です」となったら、さらに薬剤師は「副作用がご心配なのですね」と一旦繰り返して、患者様の気持ちを受け止め、「副作用がどのようにご心配なのですか？」とアクティブリスニングで聞き返します。

患者様が「実は、このお薬を飲んでから何となく頭が痛むような気がするのです」となれば、薬剤師は「頭が痛むのですか。それは辛いし、心配でしょうね」と共感的繰り返して、さらに受け止め「それでは、このお薬で頭が痛くなるかどうか、詳しく確認いたしま

す」といって添付文書を調べ、回答するのが良いでしょう。

しかし、患者様の答えが「いや、特に体調には変わりはないのだが、昨夜テレビを見ていたら、“薬には必ず副作用がある”と放送していたのを見て、ちょっと心配になったので聞いてみただけなんだけど」程度の軽いものだったら、わざわざ添付文書をひっくり返して、記載されている副作用についていちいち説明する必要はないと思います。

この例を見ただけでも、最初に患者様が言った「このお薬には、副作用がありますか？」という質問だけでは、正確にその患者様の欲している答えをすることはできませんし、安易な答えをすると、かえって誤解を生む原因になることがお分かりいただけることでしょう。薬剤師、患者様ともに、限られた時間の無駄遣いにもなってしまっておそれもあります。

このようにアクティブリスニングを活用すると、一人ひとりの患者様のニーズに合った情報を効率的にお伝えすることができるわけです。

連載エッセイ

認知症？

第4話 孫娘さんの反応

認知症と診断されたご一家のことについて書いてみます。

祖母が認知症と診断されました。孫娘さんは、その診断に納得がいかなかったようです。



「他の病気でも同様な症状が出ることもあることから、CTやMRIなどの精密検査を行ってほしい」と主張し始めました。

祖母から見た子どもさんたちや、その他のお孫さんたちは納得されたにもかか

株式会社 日立製作所
ひたちなか総合病院 在宅医療推進センタ長
亀山仁一



わらず。

当の孫娘さんは、おそらく、他のお孫さんたちに比べ、多く面倒をみてもらったことがあったからでしょうか？

家族一同に再度、客観的な説明をし、何とか当の孫娘さんにも理解してもらえたようで、精密検査の話はなくなりました。

やはり、認知症のみならず、がんなどの病気でも、身内のこととなるとなかなか認めたがらないようです。客観的な事実を突き付けられても、これが人情なのでしょう。

<家族愛>

・本エッセイの内容はすべて執筆者の個人的な見解であり、現在所属する病院の公式見解を示すものではありません。

臨床推論

—検査値から読み解く疾患情報—

第9回 脂質異常症の症例



板垣幸太郎 長沼未加

クオール株式会社 クオールアカデミー・教育研修部

今回は、脂質異常症における管理すべき項目、指導内容について解説します。

患者基本情報 Aさん、42歳、女性、主婦。身長 161cm、体重 71kg、腹囲 95cm。他科受診：なし。家族歴：なし。運動習慣：なし。喫煙：なし。アルコール：週1回程度（ビール1缶）。車：毎日運転する。家族構成：会社員の夫と10歳の長男、8歳の長女の4人暮らし。

薬歴情報 以前からコレステロールが高いと指摘され、半年ほど前から薬物治療を開始。薬物治療開始前から食事内容も脂質を減らすなど工夫しているが、運動療法はしておらず、買い物なども車移動がほとんど。今回、検査結果が改善されないためコレステロール増量となった。

検査値 (↑：基準値より高め)

	今回	基準値 ¹⁾²⁾³⁾
血圧	131/87mmHg	140/90mmHg 未満
LDL-C	200mg/dL ↑	65~163mg/dL
HDL-C	56mg/dL	41~100mg/dL
TG	124mg/dL	33~172mg/dL
HbA1c	5.5%	6.0%未満
空腹時血糖値	99mg/dL	110mg/dL 未満

主訴 「コレステロールの数値が高い状態が続いて、医師から薬の量を増やすと言われました。薬だけでなく食事や運動など生活習慣も改善するように言われたのですが、運動は得意ではないので、お肉や油は控えてきました。もっと控えなければいけないのでしょうか？」

お薬手帳の内容

●今回の処方内容

コレステロール5mg 1錠 分1 夕食後28日分
(前回処方はコレステロール2.5mg 1錠)

脂質異常症について

高 LDL コレステロール(LDL-C)血症、低 HDL コレステロール(HDL-C)血症、高トリグリセライド(TG)血症の

いずれかを認める病態を脂質異常症とよびます。脂質異常症の総患者数(継続的な治療を受けていると推測される患者数)は約206万2,000人(男性59万6,000人、女性146万5,000人)で、女性は男性の2.5倍も多いという調査結果が出ています⁴⁾。推計患者数は、外来患者14万3,700人に対し入院は300人で⁵⁾、ほとんどの患者は通院治療、つまり薬剤師が治療に深くかわかり、病態の改善に寄与していくことのできる疾患であると言えます。

●基準値と治療について

脂質異常症のスクリーニングは、一般的に①高 LDL-C 血症：LDL-C \geq 140mg/dL、②低 HDL-C 血症：HDL-C $<$ 40mg/dL、③高 TG 血症：TG \geq 150mg/dL、の①～③のうちいずれか1つを満たすことが指標として使用されています。この指標より、Aさんは高 LDL-C 血症と判断されます。また、Aさんはメタボリックシンドロームの診断基準(ウエスト周囲長が男性 \geq 85cm、女性 \geq 90cm。また以下の3項目のうち2項目以上該当する〔空腹時血糖 \geq 110mg/dL、TG \geq 150mg/dL かつ / または HDL-C $<$ 40mg/dL、収縮期血圧 \geq 130mmHg かつ / または拡張期血圧 \geq 85mmHg])⁶⁾も満たしているため、今後、動脈硬化性疾患の発症リスクが上昇する可能性があります。高 LDL-C 血症はメタボリックシンドロームの診断基準にはありませんが、単独で動脈硬化性疾患の強力なリスク因子となるので、これを改善するために運動療法と食事療法の生活習慣の改善と薬物治療が行われます。

●薬物治療について

脂質異常症はその病態によって使用する薬剤を選択します。高 LDL-C 血症にはスタチンやエゼチミブ、高 TG 血症にはフィブラートなどが用いられます。低 HDL-C 血症に対する治療薬はまだありませんが、多くの場合高 TG 血症を伴うため、一般的に高 TG 血症に準じた治療が行われます。今回の症例は、LDL-C のみ基準値以上で、その他の検査値は正常範囲のため、スタチンであるコレステロールにより治療していると考えられます。コレステロールは他の

表1 目標とするBMIの範囲*

年齢(歳)	目標とするBMI (kg/m ²)
18~49	18.5~24.9
50~69	20.0~24.9
70以上	21.5~24.9

*男女共通 (文献8より一部改変)

スタチンと比べ、CYPを介した相互作用も少なく、幅広く使用されています⁷⁾。

●食事療法について

目的は生活習慣病の発症予防とともに「重症化予防」です。厚生労働省『日本人の食事摂取基準(2015年版)』⁸⁾のポイントから、Aさんへの食事指導を検討してみます。

・エネルギーについては、「体格(BMI)」を指標とする

BMI(体重[kg]÷身長[m]²)はエネルギーの摂取量および消費量のバランスを示す指標で、目標とするBMIの範囲が示されています(表1)。

・脂質の摂取基準の上限が設定されていない

飽和脂肪酸は目標量、n-3系脂肪酸とn-6系脂肪酸は目安量が設定されていますが、脂質の摂取不足、過剰摂取の両方で有害事象の発生のリスクがあるとする研究結果から、脂質の目標値を設定する科学的根拠が十分ではないと判断され、上限は設定されていません。脂質の摂りすぎにはもちろん注意が必要ですが、安易に脂質を抑えるように指導することにも注意が必要です。

・食物繊維の目標量の設定

食物繊維の摂取不足が生活習慣病の発症に関連するという報告が多いことから、目標量が設定されています。

●運動療法について

厚生労働省の『健康づくりのための身体活動基準2013』⁹⁾は、ライフステージに応じた健康づくりのための身体活動(生活活動・運動)を推進するための基準であり、保健指導で運動指導を安全に推進するための具体的な判断や対応の手順についても示されています。生活習慣病患者等において身体活動が不足している場合には、強度が3~6メッツの運動を10メッツ・時/週行うことが望ましいとされています(表2)。

表2 生活活動・運動のメッツ表

メッツ	3メッツ以上の生活活動・運動の例
3.0	普通歩行(平地、67m/分)、ボウリング、バレーボール、太極拳
3.5	歩行(平地、75~85m/分)、お風呂掃除、自体重を使った軽い筋力トレーニング(軽中等度)、体操(軽中等度)
4.0	自転車に乗る(≒16km/時未満)、階段を上がる、卓球、ラジオ体操第一
4.5	水中歩行(中等度)、ラジオ体操第二
5.0	かなり速歩(平地、107m/分)、野球、ソフトボール、バレエ(モダン、ジャズ)
6.0	ゆっくりとしたジョギング、ウエイトトレーニング(高強度、パワーリフティング・ボディビル)、水泳(のんびり泳ぐ)

(文献9より一部改変)

め、Aさんの普段の食事の内容をしっかりと聞き取る必要があります。脂質を制限しすぎず、目標量・目安量に基づき、飽和脂肪酸、n-3系、n-6系脂肪酸の摂取を勧めましょう。その他、食物繊維の摂取もLDL-Cの数値を下げる効果があるとされています。AさんのBMIは27.4で、目標とするBMIを超えていて、エネルギー摂取量がエネルギー消費量よりも多いことを表しています。

■#3 運動指導

Aさんは普段運動を全くしていないため、摂取エネルギーを抑えていたとしても消費エネルギーの方が少ないと推測されます。そのため、運動療法が病態の改善により効果があると思われます。具体的には、歩行またはそれと同等できついと感じない程度の30~60分の運動を週3回以上行うことが推奨されています。Aさんは車移動がほとんどのため、徒歩移動に変更するなど、無理のない運動から行うように指導することも有効です。また、生活習慣病患者は運動によるリスクもあるため、医師とも相談しながら運動療法を行っていくよう指導しましょう。

■#4 その他の注意点

現在、栄養学はさまざまな研究が行われ、今までの常識とは異なる新しいエビデンスも出てきています。私たち薬剤師は、常に新しい情報を収集し、そのエビデンスを評価し、患者に誤った情報を伝えないよう細心の注意を払う必要があります。

参考文献

- 1) 高久史磨監修, 黒川清ほか編: 臨床検査データブックLAB DATA 2015-2016. 医学書院. 2015.
- 2) 日本臨床検査医学会ガイドライン作成委員会: 臨床検査のガイドライン JSLM2015. 宇宙堂八木書店. 2015.
- 3) 日本糖尿病学会編: 糖尿病治療ガイド2016-2017 文光堂. 2016.
- 4) 一般社団法人日本生活習慣病予防協会HP: <http://www.seikatsusyukanbyo.com/guide/dyslipidemia.php>
- 5) 厚生労働省HP: 平成26年(2014)患者調査の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/O1.pdf>
- 6) メタボリックシンドローム診断基準検討委員会: メタボリックシンドロームの定義と診断基準. 日本内科学会雑誌 第94巻第4号. 2005.
- 7) 医療情報科学研究所編: 薬がみえる vol.2. メディックメディア. 2015.
- 8) 厚生労働省HP: 日本人の食事摂取基準(2015年版). <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/000041824.html>
- 9) 厚生労働省HP: 健康づくりのための身体活動基準2013. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xple-att/2r9852000002xpqt.pdf>

Aさんに対する今回の指導のポイント

■#1 薬物治療

クレストールの副作用で特に注意が必要な横紋筋融解症は、用量依存的に発症リスクが高くなります。今回増量になっていますので、副作用について改めて注意喚起が必要です。また、肝機能や腎機能についても血液検査の結果を定期的に確認しましょう。

■#2 食事指導

偏った知識によって食事制限をしている可能性もあるた

医療安全管理入門

南東北グループ 首都圏薬剤部門 セネラルマネージャー

第80回

山本 真



“あいさつしないこと”が安全向上に繋がるか？

**コミュニケーションの基本である“あいさつ”が
防犯意識の高まりの中で否定された!?**

ヒヤリハットや事故の多くは、コミュニケーション不足やチームワーク、リーダーシップの欠如といったシステムに起因していると言われています。

先日、練馬総合病院さんの医療の質向上活動発表大会に参加させていただきましたが、本年度の統一主題が「アサーション —適切な意思疎通・情報伝達—」で、まさにドンピシャの統一主題であり、大変興味深く発表を聞くことができました。

ちなみに「アサーション」とは、「適切な意思疎通・情報伝達」を意味し、単なる自己主張、説得する技術や情報伝達ではなく、意思や情報が適切に相手に伝わっているかが重要とのことでした。

そのような折、全く反対に、周囲とのコミュニケーションを取らないことが安全に繋がると、マンション内での住民同士のあいさつを中止にしたとのテレビニュースを見ました。医療安全のためには、まさに「アサーション」が重要であるのに、適切な意思疎通・情報伝達の基本であるあいさつをしないことを決めてしまったことに、びっくりしました。

テレビやネットでのニュースを簡単にまとめてみると、11月4日付の神戸新聞に掲載された、マンションの管理組合理事をしているという男性からの投稿が始まりだったようです。住民総会で、小学生の子どもを持つ方から、「知らない人にあいさつされたら逃げないように教えているので、マンション内ではあいさつをしないように決めてください」という内容の提案がありました。住民総会に出席していた他の住民からも、「こちらからあいさつしても、あいさつが返ってこないのが気分が悪かった。お互いにやめましょう」と賛同する意見が出て、「あいさつ禁止」が決定してしまったのだそうです。

ネットの中でも話題となり、賛否両論の意見が出ています。防犯上、むしろあいさつをしたほうが効果があるのではとか、「知らない人」でも毎日あいさつをすることでだんだん「知ってる人」になっていくと、「あいさつなし」を支持する人より、「あいさつする」ほうを支持する人が多かったとあり、安心しました。

防犯意識の高まりの中で、“あいさつ”という重要なコミュニケーションの基本が否定されてしまうとは——。昨年(2016年)6月23日の欧州連合(EU)からの離脱の是非を問う英国の国民投票や、アメリカ大統領選挙等、最近では予想に反する思わぬ結果を経験することが多くなっているように感じます。

**実は見舞いの面会者管理にも盲点あり
病院における外部者管理の難しさ**

ホテルは、病院等の医療機関と同様にフリーアクセスが基本のため、職員は防犯のため積極的に来訪者に対してあいさつしたり、声掛けをしていると以前研修会で聞いていました。何か良くないことを考えている人が進入してきたときでも、ホテルの職員が積極的にあいさつしたり、「何かお困りですか」・「どちらの施設をお探しですか」と声掛けすることで、何かを起さそうと考えていても、見られている・気にされていると思い、計画を中止するそうです。そのため、病院でも“あいさつ”や“声掛け”は防犯上も重要なリスクマネジメントの1つであると考えられています。

特に、病院は職員以外に見舞客や患者家族などいろいろな方がやってくるため、最近報道されている事件を見ても、外部者の管理が重要な問題になっています。お見舞い等の面会者の管理は、どうすることがベストなのでしょうか。一般には受付窓口等で面会者記録を取り、名札やバッジを渡し、帰るときにそれらを回収する等の対応を取っている施設が多いと思います。面

会者記録は個人情報の問題もあつたり、出入り口が1つしかなければ良いのですが、複数ある場合は名札やバッジを返却することなく持ち帰ってしまう方もまれに経験します。慣れた家族が(悪意はないと思いますが)、受付にてバッジを返却せずに持ち帰り、翌日病院の入り口でそのバッジを付けている姿を見たことがあります。

また、報道があつた医療機関の対策として、防犯カメラの設置が目立ちます。防犯カメラの設置は犯罪の抑止力としては有効であるようですが、職員としてはいつも誰かに見られているようで常に気が抜けません。筆者の病院でも出入り口が複数あるため、防犯カメラが活躍しています。今まで防犯カメラが役立ったのは、無断離院の確認で、どの出入り口から出て行ったのかの確認ができたことでした。

安全で質の高い医療提供には やはり“コミュニケーション”という基本こそ不可欠

医療安全の話に戻りますが、筆者の病院でのヒヤリハット報告の内容を見てみると、やはりコミュニケーション不足が原因となっているものが多くなっています。病院の規模が大きくなり、職員の人数も増えてくると、顔が分からない方も多くなります。白衣に着替えず総務にいたときに、看護師から「すみませんが、結婚したため免許の名字の変更で……」と声をかけられたことが1度ありました。

疑義照会のときも、顔が判らない医師に電話で行うよりは、顔が判る、過去にコミュニケーションを取ったことのある医師に行くほうが楽なはずです。聞きやすいため、必要な確認業務が正確に行えます。

以前、他施設であつた医療事故調査報告書の中に、こんなケースがありました。当直医が筋弛緩剤サクシンを処方したことに不安を感じた看護師が、当直医に「本当にサクシンでいいですか」と確認。ところが、解熱鎮痛作用のあるサクシゾン処方したと誤っていた当直医は、看護師の言葉を聞き違え「20分ぐらいで(投与して)」と答えたといひます。ここでも、不安を感じた看護師が、さらにもう一度「筋弛緩剤のサクシンでいいですか」と確認できるような雰囲気やコミュニケーションが取れていたのか、看護師から確認された医師も、看護師からの問い合わせに対して聞く耳を

持って回答する雰囲気であつたのか、疑問です。

ヒヤリハット報告には、「忙しかったから」とか「～と思ひ込んでいた」と書かれているものをよく見かけますが、調査してみるとコミュニケーション不足やチームワークの欠如が原因であることを多く経験します。

AとBの検査を行う2名の患者の予約がありました。検査受付より、技師と担当看護師に「A検査の患者が来院した」と連絡が入り、技師は、2名の検査があることを知っていたため、先に行うA検査用の薬剤を投与を行う処置室に、後から来院予定のB検査用の薬剤を準備室のトレイに準備しました。看護師は、いつも薬が準備してある準備室のトレイから薬を取り、処置室の患者に投与しました。その結果、撮影しても画像が写らず、投与違いが発覚。投与済みの薬剤を確認したところ、A検査の薬剤ではなく、後の検査に使用するB検査用の薬剤でした。幸ひ患者さんには全く健康被害はありませんでしたが、担当医師から誤投薬について説明・お詫びを行い、原因等の調査を行ったところ、

1. 通常、薬剤は技師が準備し、看護師が確認後に投与の流れとなっているが、一緒にダブルチェック(声掛け)等の確認がなかつた
2. 1薬剤1トレイとなつていたが、患者名の記載(紙の指示書等)がなかつた
3. 投与前の薬剤置き場が明確に定められていなかつた(言い伝え)
4. 検査の開始時に、技師と看護師によるブリーフィングがなく、情報の共有・コミュニケーションが取れていなかつた

ことが判明しました。

このようなケースが多いため、まずは“あいさつ”を行い、チーム内のコミュニケーション不足を解消することが必要だと感じます。人によっては波長が合わない方もいるでしょう。だからといってお互いに話もせず、患者さんの情報の共有化もせず、自分に与えられた仕事(作業)だけを淡々とこなしていたり、せっかくの優しい心遣ひも相手に伝わってなければ、相手の失敗を誘因してしまうことになります。

あくまで患者さんのことを中心に考え、仕事の中では相互のコミュニケーションを取ることが、安全で質の高い医療を提供することになります。

あなたの職場やチームは「アサーション 適切な意思疎通・情報伝達」ができていますか。

今月のおすすめ「食事療法レシピ」



鮭とかぶの豆乳クリーム煮

このような傾向の方におすすめ

- 糖尿病 ● 高脂血症 ● 肥満

食べやすく切った鮭と皮つきのかぶを昆布茶で煮、豆乳と白みそでクリーミーに仕上げます。

◎管理栄養士からのレシピポイント

鮭に含まれる EPA や DHA には、中性脂肪や LDL コレステロールを減らし、HDL コレステロールを増やす働きがあります。かぶやかぶの葉に豊富なビタミン C、鮭に豊富なビタミン E には、過酸化脂質の生成を抑え動脈硬化を予防する働きがあります。

材料 (2人分)

生鮭 2切れ
塩、こしょう 各少々
小麦粉 大1
オリーブ油 大1
玉ねぎ 1/4個
かぶ 100g
かぶの葉 60g
豆乳 1/2カップ
水 1カップ
昆布茶 小1
白みそ 大2
かたくり粉 小1

作り方

- ①生鮭は食べやすい大きさに切って塩をふり、10分程置いて水けを拭き取る。こしょうをふり、小麦粉を薄くまぶす。
- ②フライパンにオリーブ油を熱し、①を焼く。
- ③玉ねぎは薄切り、かぶは皮つきのままくし形に切る。かぶの葉は食べやすい長さに切る。
- ④②に玉ねぎ、かぶ、水と昆布茶を加え、蓋をして煮る。
- ⑤かぶが煮えたらかぶの葉を加える。仕上げに豆乳、白みそを加え、倍量の水で溶いたかたくり粉でとろみをつける。

- 塩分 (1人前) 1.5g
- カロリー (1人前) 250kcal
- 調理時間: 20分
- 分類: 主菜
- 難易度: 簡単
- ジャンル: 洋



©Nippon Chemiphar Co., Ltd.

そのほかのレシピもご紹介しています。詳しくは日本ケミファホームページへ。 <http://www.chemiphar.co.jp/>

薬価基準収載

アレルギー性疾患治療剤

フェキソフェナジン塩酸塩錠30mg・60mg「ケミファ」

Fexofenadine

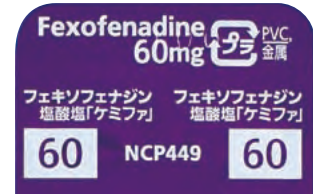
〈日本薬局方 フェキソフェナジン塩酸塩錠〉



フェキソフェナジン塩酸塩錠30mg「ケミファ」



フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「ケミファ」



- 効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意等につきましては添付文書をご参照ください。



製造販売元(資料請求先)

日本ケミファ株式会社
東京都千代田区岩本町2丁目2-3

H28-11

おくすりに関する資料及び製品に関するお問い合わせ先

日本ケミファ株式会社 くすり相談室(安全管理部)

受付時間 8:45~17:30 土日・祝祭日を除く

TEL 03-3863-1225 フリーダイヤル 0120-47-9321

PHARMACY DIGEST [2017年1月号]

発行日 ■ 2016年12月27日

発行 ■ 日本ケミファ株式会社

〒101-0032 東京都千代田区岩本町2丁目2番3号

TEL: 03-3863-1211 (大代表) URL: <http://www.chemiphar.co.jp>

製 作 ■ 株式会社ドラッグマガジン / 印 刷 ■ 広研印刷株式会社