PHARMACY DIGEST

2・3
合併号

2017 February & March

【巻頭インタビュー】……２Ｐ
大学病院ならではの薬剤リスクマネジメントを模索
がん化学療法では院内外での標準化に着手
自治医科大学附属病院 薬剤部 副薬剤部長　中澤寛仁

【地域包括ケア時代の薬局・薬剤師の役割⑳】……７Ｐ
疑義照会ではない情報提供も考える
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⑤】……８Ｐ
コーチングを活用して愛される薬剤師に
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?⑤】……９Ｐ
外来での会話
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―⑩】……10Ｐ
気管支喘息の症例
クオール株式会社 クオールアカデミー・教育研修部　佐藤美弥子、長沼未加

【医療安全管理入門㉛】……12Ｐ
繰り返される同様の医療事故をなくすには
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

【薬剤師も知っておきたい厚生行政の傾向と対策】……14Ｐ
2016年度調剤報酬改定の影響とマイナス改定対応策
メディカル・テン代表　宮坂佳紀

【今月のおすすめ「食事療法レシピ」】**冬野菜のトマトクリームシチュー**……16Ｐ

PHARMACY DIGESTは　日本ケミファ株式会社　がお届けいたします

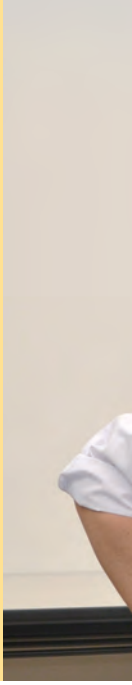
巻頭インタビュー

自治医科大学附属病院
薬剤部 副薬剤部長
中澤 寛仁 氏

大学病院ならではの薬剤リスクマネジメントを模索

がん化学療法では院内外での標準化に着手

病床数1,132床、外来には１日約2,600人もの患者が押し寄せる自治医科大学附属病院（栃木県下野市）。がん医療においては、2006（平成18）年に臨床腫瘍科を、翌2007（平成19）年に外来治療センターを開設し、集学的治療やがん化学療法の外来化を推し進め、薬剤部でも薬剤師外来を置くなど力を入れている。がん化学療法の環境整備に尽力してきた副薬剤部長・中澤寛仁氏にお話を伺った。



医薬品関連のヒヤリハット減少目指し ワーキンググループを立ち上げ対応を推進

――貴院は1,132床ものベッドを抱えるだけあって、薬剤部も大所帯ですね。

中澤　現在当院薬剤部には73名（とちぎ臨床試験推進部8名含む）の薬剤師が所属しています。

薬剤部は大きく３部署に分かれており、それぞれに私を含め３人の副薬剤部長が配置され、さらに細分化したチームを編成し、各チームに主任を配置しています。薬剤部において私は、抗がん剤調製チーム（７名）、TPN 調製・院内製剤などの製剤チーム（４名）、医薬品管理・注射薬調剤チーム（７名）の３チームの統括をしています。また、院内の医療安全対策部を兼任しており、今年度からは医薬品安全管理責任者として医薬品の安全使用の確保に努めています。

――これだけ大きな病院ですと、安全対策の周知・徹底も大変だと思いますが、インシデント・アクシデントも多いのではありませんか。

中澤　そうですね。医薬品情報に関しては電子カルテ上で一斉周知していますが、義務化された医療安全講習などは、全職員の参加が必要になってくるので、約2,500人もの職員がいる当院では、数回に分けて実施するなどをして対応していますが、大変ですね（笑）。

ヒヤリハットについては、当院では月に400～500件のインシデント・アクシデントレポートがあがってきます。医療機能評価機構の年報によると、全国から１年間に70万件以上のインシデント・アクシデントが報告されており、薬剤に関するものは、全体の３分の１を占めています。当院の場合もほぼ同じ割合となっています。薬剤に関するインシデント・アクシデントが報告されたときには、薬剤部でワーキンググループを開催し、再発防止の対策を検討しています。

いま課題となっているのは、散薬の分包紙の内容で、「薬品名だけでなく投与量も表記してほしい」という要望をいただいています。この１月から病院全体の電子カルテ等が新システムに移行され、「１日量」表記だった処方箋が「１回量」表記になりました。今後、それを利用して散薬の分包紙にも投与量を表記できるようにしたいと考えています。

それから調剤内規について、特に小児用内規が非常に複雑で調剤方法のインシデント・アクシデントが発

■ 自治医科大学附属病院 概要 ■

1974（昭和49）年、地域医療の確保ならびに自治医科大学の理念を実践する場として開院。現在、46診療科、病床数1,132床を数えるマンモス施設となっている。

１日平均の外来患者2,669人、入院患者853人（平均在院日数13.8日）（以上、2015年度実績）。職員2,497人のうち、薬剤部員73人。（2016年11月現在）

■所在地：〒329-0498　栃木県下野市薬師寺3311-1
■ URL：http://www.jichi.ac.jp/hospital/top/

生していたので、調剤者などが混乱しない、理解しやすいような内規に改訂作業をしています。また、成人用内規についても内規の見直しを行っており、できる限りリスクを減らしていきたいと考えています。

経口抗がん剤についても、以前のレジメンシステムでは注射抗がん剤のみの対応でしたが、新システムでは経口抗がん剤に関しても管理できるようになりましたので、注射抗がん剤だけでなく経口抗がん剤もきっちり管理していきたいと考えています。

スペシャリストの育成に偏らず薬剤部全体のボトムアップを重視

――実際に医薬品のインシデント・アクシデントが起こりやすいのは、どういう場面ですか。

中澤　薬剤過程の最終段階である与薬におけるインシデント・アクシデントが約８割と圧倒的に多くなっています。つまり、医薬品に関するインシデント・アクシデントを減らすためには、薬剤師が病棟でも医薬品管理を行い、看護師さんなどをサポートしていくことです。

しかしながら現状は、マンパワー等の問題で30以上ある病棟に対し18名の薬剤師を配置するにとどまっています。まだ、病棟薬剤業務実施加算が取得できていませんので、現在、病棟薬剤業務実施加算を取得することが最優先課題となっています。そのためには、増員を求めるだけでなく、いるメンバーで効率的に動けるように、薬剤部の業務体制の見直しや業務効率化などを図っていかなければならないと感じています。

――病棟業務ですが、例えば「Ａ薬剤師は内科病棟」、「Ｂ薬剤師は整形外科病棟」といった具合に、担当病棟を決めているのでしょうか。

中澤　以前は１つの病棟を長期間で担当させていましたが、いまは基本的にはローテーションさせるようにしています。薬剤師経験の少ないうちから同じ病棟に長期間配置してしまうと、特定の診療科や病棟のスペシャリストにはなれるのですが、他の病棟のことや他の薬剤部業務については分からなくなってしまいます。薬剤部としても、「この病棟はＡ薬剤師でないと対応できない」などという状況をつくることは組織的によくないです。

そこで、薬剤部長とわれわれ３名の副薬剤部長が話し合い「薬剤部スタッフが全業務をこなせるようにし、薬剤部全体のボトムアップを図る」という方針を立てて、全スタッフに伝えています。

安全で効率的な抗がん剤治療の環境づくりに注力

――2006（平成18）年に臨床腫瘍科、2007（平成19）年にがん患者さんを対象とした外来治療センターが開設されました。薬剤部では中澤先生を中心に、安全で効率よい抗がん剤治療のシステムを構築してきたと聞いています。

中澤　今では考えられませんが、私が2003（平成15）年に、自治医大さいたま医療センターから異動してきたときの当院は、外来においては、伝票による箱渡しが行われていて、薬剤師による処方監査やミキシングが、行われていない状態、また、入院に関しても

表１　2003年時の注射抗がん剤の扱い

	外　来	入　院
払い出し方法	伝票による箱渡し（月、木曜日請求）	処方箋による個人別セット渡し
薬剤師による処方監査	×	添付文書、参考書、経験等
薬剤師によるミキシング	×	MTX 大量

（資料提供：自治医科大学附属病院薬剤部）

抗がん剤の処方監査が添付文書や参考書、今までの経験といったもので行われていました(**表１**)。また、薬剤部で調製を行っていたのは、唯一、メトトレキサート(MTX)の大量療法だけでした。当時、薬剤師は薬を払い出すことがメインで、臨床の現場で何が起こっているか分からない、例えインシデント・アクシデントがあっても分からない、非常に恐ろしい状態でした。

これではまずいということで、「改善すべきではないか？」と提案したら、「じゃあ、お前がやれ」となりまして(笑)。

――当時の取り組みの内容をご紹介いただけますか。

中澤　まず、薬剤部としてレジメンを収集し、レジメンに基づいた処方監査および調剤の実施、全抗がん剤処方の個人別セット渡しの開始、抗がん剤ミキシング業務の拡大といった取り組みを行い、院内全体においても医療安全対策部の先生方と協力して、インフォームド・コンセントの徹底や薬剤部へのレジメンの提出、各診療科における治療メニューの整理、医師２名によるダブルチェック、まだその当時はオーダリングシステムが導入されていませんでしたので、手書きの処方箋に患者情報やレジメン名などの必要事項を記入してもらったり、患者さん自身にも確認作業に参加してもらう、看護師さんもレジメンの確認といった取り組みを行っていきました(**表２**)。現在、抗がん剤調製に関しては、外来・入院ともに365日24時間、薬剤師が調製を行うようになっています。

――着々とがん化学療法の環境改善を行っていったわけですね。

中澤　はい。オーダリングシステム導入時には、レジメンシステムを組み込みまして、現在では、抗がん剤は単独でオーダーはできず、レジメン単位でのみしかオーダーができないようになっています。当然、これを可能とするためには、レジメンを事前に登録しておく必要がありますし、それから、抗がん剤はレジメンによって投与量や投与法が異なってきますので、各レジメンの Rp ごとに抗がん剤の投与量や投与法を設定しておく必要があります。当院では、上限値を設定して、上限値を上回る入力はできないようにしました。また、レジメンの休薬期間を設定し、その休薬期間終了までは他のレジメンがオーダーできない仕組みになっています。当院で使用できるがん化学療法レジメンは、化学療法部会のレジメン審査で承認されたレジメンのみとなっています。

表２　病院全体での取り組み

1. 化学療法では十分な説明と同意が必要であり、全診療科において書面でのインフォームド・コンセントを徹底する。
2. 化学療法のレジメンを薬剤部に提出する。その際に各診療科で治療メニューを整理することをお願いする。
3. 処方箋はオーベンネーベンなど医師２名の確認とサインを必要とし、必ず患者の身長、体重、体表面積、病名、レジメン名を記入する。
4. 可能な患者では、患者自身にも確認作業に参加していただく。
5. 看護師も、レジメンの確認作業に参加してもらう。

（資料提供：自治医科大学附属病院薬剤部）

▲写真１　外来治療センターと臨床腫瘍科診察室の入口。効率を考え、両者のブースは隣接させている。
（写真提供：自治医科大学附属病院薬剤部）

――外来治療センターには、何名の薬剤師が配置されているのですか。

中澤　外来治療センターの入口(**写真１**)を入ると、診察室・相談室の４部屋が備えてありまして(**写真２**)、現在、臨床腫瘍科の先生がこれらの診察室で外来の診察を行っています。また、当院も薬剤師外来を開設しており、がん専門薬剤師１名が常駐しています。薬剤師外来では、医師の診察を受ける前に患者さんと面談し、がん化学療法の説明・指導、副作用のモニタリング、内服薬の残薬・コンプライアンス確認などを行っています(**表３**、**表４**)。

また、当センター内に薬剤調製室(**写真３**)を設置し、薬剤部調製担当者が午前中５～７名、午後は２～３名、常駐しています。

▲写真２　薬剤師外来は医師の診察室と並んで専用ブースがある。手前から４つめが薬剤師外来のブース。
（写真提供：自治医科大学附属病院薬剤部）

▲写真３　外来治療センター内の薬剤調製室
（写真提供：自治医科大学附属病院薬剤部）

表３　薬剤師外来の内容

- がん化学療法の説明・指導
- 副作用モニタリング及びアセスメント
- 疼痛コントロール
- 残薬・コンプライアンスの確認
- 電話を用いた患者サポート
- 処方提案

（資料提供：自治医科大学附属病院薬剤部）

表４　がん患者に対する服薬指導の目的

- 治療に対する患者の理解度を向上させ、不安を軽減させる。
- 薬物治療に対する理解度を向上させ、服薬コンプライアンスを高める。
- 治療や有害事象の出現に対して、自ら対処できるように患者の意識を高める。

（資料提供：自治医科大学附属病院薬剤部）

がん化学療法を介して深める薬薬連携 薬局でも病院外来と遜色ない指導が目標

――がん化学療法を支える薬剤師の職能、役割の中には「薬薬連携」もありますね。「薬薬連携」を始めたのはいつごろですか。

中澤　2011（平成23）年度から当院薬剤部と地域保険薬局では、病院薬剤師と地域保険薬局薬剤師の情報共有体制を構築するために「がん化学療法薬・薬連携カンファレンス」を開始し、共同での勉強会・グループディスカッションの実施、レジメン情報の公開、連携手段の検討、服薬指導支援ツールおよびシステムの考案、メーリングリストの作成などを行ってきました。病院薬剤師と地域保険薬局薬剤師との連携が開始してから5年以上が経過しました。当初は、病院側から勉強会のテーマなどについて提示することが多かったのですが、最近では、保険薬局側から提示されることが多くなってきました。テーマについては、当初は「治療法について知りたい」という声が多かったですが、治療法についてはだいぶ理解が進み、最近は「副作用が出たときの患者さんへの対応の仕方」といった対人をテーマにしたものが多くなってきました。

特に、経口抗がん剤のみの場合、病院薬剤師が関与することなく、つまり、病院薬剤師から服用方法や副作用などについての説明がないまま院外処方箋として出てしまうケースも少なくありません。当院薬剤部と地域保険薬局との「薬薬連携」には、まだまだ多くの課題がありますが、多くの方々と協力しながら、がん患者さんが安心して治療を受けられる体制を作っていきたいと考えています。

――各地で地域包括ケアシステムの構築が進められています。がん化学療法も、外来化が進めばその中に組み込まれていくように思われますが。

中澤　地域包括ケアシステムでは、地域との連携が求められてきます。当然、外来がん化学療法、緩和医療なども地域の保険薬局との連携、かかりつけ薬剤師との連携が不可欠になってきます。がん化学療法は、これからどんどん入院から外来へと移行していきますので、患者さんへの情報提供の機会、あるいは時間がどうしても減ってしまいます。少なくとも病棟で行うの

表5　日本臨床腫瘍薬学会学術大会2017 開催概要

●学会名　日本臨床腫瘍薬学会学術大会2017
●テーマ　がんと生きる時代 ～薬剤師が紡ぐがん医療～
●会　期　2017年3月18日(土)・19日(日)
●会　場　朱鷺メッセ　新潟コンベンションセンター
●大会長　齊藤 真一郎氏
(前 国立がん研究センター東病院　薬剤部長)
●実行委員長　野村 久祥氏
(国立がん研究センター東病院 薬剤部)
●主　催　一般社団法人日本臨床腫瘍薬学会(JASPO)

ではなくて外来で説明することが必要になってきますし、外来がん化学療法では、患者さんが帰宅してからいろんな副作用を経験しますので、在宅時の支援を効率よく行う仕組みも必要になってきます。紙媒体で行ったり、あるいはスマートフォン、インターネットなどのITを使うようになるかもしれません。まだ、当院では、具体的なものはできていませんが、在宅患者さんへの支援もこれからは必要になってくると思います。われわれ病院薬剤師も地域に貢献できる体制の構築が必要になってくるでしょう。

――最後に、これからの保険薬局のあり方についてお聞かせください。かかりつけ薬局・薬剤師ということが言われていますが、それらについて、どのようなイメージをお持ちですか。

中澤　がんのチーム医療は、病院の中だけの話ではなく、外来・在宅・居宅患者さんにあたっては、保険薬局の薬剤師がチーム医療の重要な一員となってきます。

また、かかりつけ薬剤師は地域包括ケアシステムの一翼を担っています。患者さんに安全で最適な薬物治療を提供できるように、われわれ病院薬剤師も頑張らなければいけませんが、共に頑張っていきましょう。

かかりつけ薬剤師のイメージですが、「薬のプロフェッショナルとして、患者さんに信頼され、薬のことはもちろん、健康全般のアドバイスなどができ、医療機関などとの連携をしてくれる薬剤師」、私も全くなれていませんので、そういう薬剤師になれるように努力しないといけないのですが…。

今度、3月18～19日に新潟で開催される日本臨床腫瘍薬学会(JASPO)の学術大会(**表5**)において、「育てていこう！ かかりつけ薬剤師が活躍する社会」と題するシンポジウムにシンポジストとして参加させていただきます。現状とさまざまな課題などを通じて、今後の病院薬剤師と保険薬局薬剤師、かかりつけ薬剤師との連携のあり方、そして、がんと生きる時代において、どのようにしてかかりつけ薬剤師が活躍する社会を育てていくか、皆様方と一緒に考えていきたいです。

▲中澤寛仁氏

――JASPOは、保険薬局薬剤師も参加できる学会なのですか。

中澤　もちろんです。JASPOは病院、薬局、大学、製薬企業やがん関連領域に携わる人たちを支援する学会です。現在2,300名以上の会員を擁する学会になりましたが、その多くは病院薬剤師であり、薬局薬剤師は1割程度とまだまだ少ないです。

JASPOでは、保険薬局薬剤師と病院薬剤師の連携、いわゆる、薬薬連携、病診連携とも言いますが、これを大きな柱の一つとしている学会で、薬薬連携の推進のほかにも、薬剤師の臨床研究の支援、がん薬物療法に携わる薬剤師の資質の向上を図るための学術大会やセミナーなどの開催、専門性を有する薬剤師には、外来がん治療認定薬剤師(APACC)の認定を行っております。より多くの薬局薬剤師にご参加いただきたいと思っています。

――有意義なシンポジウムとなることを祈っております。本日はどうもありがとうございました。

中澤　こちらこそ、ありがとうございました。感謝、感謝です。

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20回 疑義照会ではない情報提供も考える

疑義照会はきちんと機能していない？ 行われているのは全処方箋の３%程度

地域包括ケアにおいて、薬剤師はどういう役割を果たすかと考えたときに、医薬品の物流の面を支えるとともに、きちんとした処方監査を行い、その内容に疑義があればきちんと照会して確認することが重要だというのは、多くの薬剤師が持つ意見だと思います。しかし、その一方で、疑義照会という仕組みそのものがきちんと機能していないというのも事実ではないでしょうか。いわゆる「門前薬局」の場合には、処方医にあまりいろいろなことが言いづらいという微妙なパワーバランスがあったり、基幹病院からの処方箋の場合には、なかなか処方医に連絡がとれなかったりするというのは薬局薬剤師共通の悩みかも知れません。

医師も当然ですが、注意して処方をしているはずです。しかし、やはりミスをゼロにするということはできませんし、多数の医療機関を受診しているときの重複投与や相互作用などは、どうしても分かりづらく、結果的に適切ではない処方箋が患者さんに交付されているケースは、残念ながら存在しているというのが現状ではないでしょうか。

疑義照会は薬剤師法24条に定められた薬剤師の職務であり、それに真摯に応えるのも医師としては当然のことです。しかし、慌ただしい日常業務や、通り一遍の疑義照会というか、確認が繰り返されるようなことが多いような現状もあってか、医師としては現在の疑義照会を受け容れがたいというのが正直なところかも知れません。実際、日本薬剤師会の集計では、疑義照会が行われているのは、全処方箋の３%程度だそうです。

これから医師に伝えるべきは 服用後にチェックした患者さんの状態

ただ、この数年、私自身の薬局の取り組みの中で、疑義照会とはちょっと異なる医師への情報提供や処方提案の形があることが、特に在宅療養支援の現場で増えてきました。そのポイントは、薬剤師が調剤後も患者さんの状態をチェックするということですが、これは、単純ではありますが、あまり今までやってこなかったことではないでしょうか？

この方法だと、医師への連絡は、処方当日ではなく、調剤したクスリを実際に使用し始めた後ということになります。そして、医師に伝えるのは、併用注意や過量投与かも知れないので処方内容を考え直して欲しいということではなく、先日診察していただいた患者さんの状態がこんな風になっているが、その理由は、前回ご処方いただいたこの薬剤の影響かも知れないということになります。

こうなると、薬剤師の有り様は、実は大きく変わります。

１つは、薬剤師が薬剤を準備してお渡しするという仕事（＝対物業務）から、患者さんの病状を改善させるために考え行動する仕事（＝対人業務）に変化するということ。そして、もう１つは、服用後の薬の効き方や時間経過に伴う症状の変化を見て判断するということは、薬理学・薬物動態学・製剤学といった薬剤師でしか知らない知識をもとにさまざまな決断をするわけで、薬剤師としての専門性を発揮することになります。この２つの条件が加わると、チーム医療の中での薬剤師の立ち位置や活動範囲は劇的に変わると思います。

ただ、１つ難点は、このように情報提供すると、医師が発行する次回の処方には、薬剤師のもたらす薬学的知識がすでに含まれているため、疑義照会は生じないことであり、調剤報酬上の評価がないというところです。

しかし、実績を積み重ねていくときっとその状況も変わっていくのではないかと思います。まずは、自分が調剤を担当した患者さんをフォローしてみる。そのことだけで、あなたの薬剤師としての仕事が大きく変わるはずです。

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５回　コーチングを活用して愛される薬剤師に

薬中心に考える業務（DOS）から患者中心に考える業務（POS）へ

薬剤師は薬の専門家であるがために、どうしても薬の問題を中心に考え、患者様に目が行かなくなってしまう傾向があるように感じています。

薬中心に考える考え方を、私はDOS（Drug Oriented System）と呼んでいます。つまり、極端に言えば「薬が変わらなければ、患者様も変わらない」という考え方です。そうなってしまうと、例えば患者様に何かの変化があっても処方が変わらない場合、

薬剤師「お薬は前と同じです。調子は変わりませんか？」
患者「特に変わりません」（表情は不安そう）
薬剤師「分かりました。それではお会計は……」

というような感じになってしまうことがあります。

POS（Patient Oriented system）的な感覚を持っていれば表情に気付きますので、

薬剤師「お薬は前と同じです。調子は変わりませんか？」
患者「特に変わりません」（表情は不安そう）
薬剤師「そうですか。でも何か不安がありますか？」

と問題に気付ける可能性があるわけです。

コミュニケーションの基本は、相手に興味を持つことです。薬（物）中心の業務から、患者（人）中心の業務に変えることこそ、「かかりつけ薬剤師」を目指す現代の薬剤師にとって、欠くことのできない観点であると思います。

コーチング的関わりが必要な患者様とは？服薬に関する４つの行動パターンから考察

コーチング的関わりが必要な患者様とは、どういう方かを考えてみたいと思います。

服薬に関する理解と服薬行動には４つのパターンがあります。

まず１番目は、服薬の意義について「よく分からないけど飲んでいる」という方です。なぜこの薬を飲まなければいけないのか、よく分からないけれども、医師から飲んだほうが良いと言われたので、仕方なく飲んでいるというパターンです。

このような患者様には、「なぜ飲まなければいけないのか」についての情報提供が有効です。服薬の意義を分かって飲んでもらうことで、服薬に関する意識、モチベーションが高まり、患者満足度も高まります。

２番目が、服薬の意義について「よく分からないので飲まない」という方です。「なぜ飲まなくてはいけないのか」、あるいは「自覚症状もないのに、どうして続けて飲む必要があるのか」など、理由がはっきりしないので飲まない、もしくは飲み忘れてしまうパターンです。

このタイプもやはり情報提供が有効と思われます。１番目のタイプに比べて、飲まないという選択をしてしまっているので、情報提供によってコンプライアンスを改善する重要性はより高くなります。

３番目が、薬について服薬の意義を理解しているので、「分かって飲んでいる」というパターンです。

これがある意味理想形で、他の３タイプもこの状態に持っていきたいものです。

そして４番目が、服薬の意義について「分かっているけど飲めない」もしくは「分かっているけど飲まない」という方です。なぜこの薬を飲む必要があるのか理解している（もしくは理解しているつもり）なのに、

何か障害があって服用しないパターンです。

このタイプの患者様が最もコーチングを必要とされているわけです。「分かっているが飲まない」を「分かっていて飲む」に変換するために、コーチングのテクニックを最大限ご活用いただきたいと思います。

コミュニケーション力を活かして薬剤師としての業務を充実させよう

思い返せば、一昨年(2015年)は薬剤師、そして医薬分業にとって大変な逆風が吹き荒れた年となりました。そして、そのような逆風を跳ね返し、医薬分業の目指すべき本来の形を具現化したものが「かかりつけ薬剤師」制度であり、現在進められている「健康サポート薬局」制度ということになるかと思います。

さらに、超高齢化を迎えている日本において進められている「地域包括ケアシステム」では、例えば在宅医療を通して、薬剤師も多くの多職種、そして市民の皆さんとともに連携し、薬剤師職能をフルに活用していくことが求められています。

そんな時代においては、薬剤師も専門知識だけではなく、周りの皆さんに信頼され、頼りにされるような人間性を求められると思います。

規制緩和や医療費抑制なども加わり、大変厳しい時代になったとしても、患者様から信頼され、愛される薬剤師であれば、きっと生き残れるでしょうし、他職種や患者様から信頼を得ることができるでしょう。

そうなるためには、コミュニケーション力は大切なポイントだと思います。さあ、いよいよ実践です。ここからが本番です。

せっかく獲得した新しい知識も、「参考になるな」と分かったつもりでいて行動に移さなかったら、何も変わりません。行動に移してこそ知識は生きてくるのですから。

早速明日から、いえ今日から実践していただき、薬剤師としての業務がさらに充実すること、そして一人でも多くの患者様、他職種から真の「かかりつけ薬剤師」として信頼され、選ばれることを目指してスキルアップしていきましょう。

連載エッセイ　認知症？

第5話　外来での会話

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

認知症外来の担当医と、高齢の女性患者さんとの会話。

担当医「今日は何月何日ですか？」
患者さん「そんなことは、今の私には必要ありません」
担当医「今日は何曜日ですか？」

患者さん「そんなことは知らなくても、何も困りません」
担当医「ここはどこですか？」
患者さん「さあ、どこなんでしょう。教えて下さい」
担当医「私の名前は何と言うんでしたっけ？」

実は、何回も受診している患者さんだったので、こういう質問が出ました。

患者さん「ああー、かわいい子ちゃん」

さっぱりまともな質疑応答にはなっていませんでした。それを脇で聞いていた看護師やご家族は、「一応、何やかんや考えて応えてはいるんだ。けど、おかしい」と笑っていました。

認知症の患者さんって、似たり寄ったり、こんなもんなのでしょう。担当医も笑っていました。慣れているのでしょう…。

＜頓珍漢＞

・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。

臨床薬学

臨床推論
—検査値から読み解く疾患情報—
第10回 気管支喘息の症例

佐藤美弥子　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

患者基本情報　Aさん、36歳、女性。職業：予備校講師。他科受診・併用：耳鼻科にて点鼻薬。既往：小児喘息、アレルギー性鼻炎。アレルギー：ほこり・花粉。喫煙：なし。飲酒：ほぼ毎日ビール1缶程度。車運転：たまにする。妊娠・授乳：なし。OTC：有(QP コーワゴールド)。

薬歴情報

	前回(3月6日)	今回(3月23日)
S (主観的情報)	最初鼻水と咳で耳鼻科受診して咳止め等服薬していたが、咳がどんどん悪化、息苦しくて横になって眠れない状態となり、つらいので受診。 風邪(マイコプラズマ疑い)、黄砂、花粉の刺激で喘息発作誘発。院内で点滴と吸入(ネブライザー)処置有。	症状軽快。 モンテルカスト自己調整による休薬で息苦しさ発現あったため毎日服用。 吸入は嗄声(+)のため講義に支障あり自己中断(中断の理由は医師に話していない)、残有。うがいは実施していた。医師より残薬を継続するよう指示有。
O (客観的情報)	肩で息をして辛そう、ぐったりした感じ。 Rp 1～4　NEW。 胸部X線撮影：肺炎疑い(−)、SpO_2：95%、% PEF：80%(院内処置後)。	3日ほど遅い Rp 1、2(−)。 吸入処方なし→疑義照会にてアドエア125エアゾール追加、FP(フルチカゾンプロピオン酸エステル)減量。
A (薬剤師の分析・判断)	治療初めてのため、吸入手技説明必要。 マイコプラズマ、他の刺激による喘息性気管支炎→気管支喘息？	マイコプラズマによる症状は改善したものの気道炎症は継続有。病識・薬識不足、嗄声(+)にて仕事に支障ありアドヒアランス低下のため、医療機関にDPI→p-MDIの提案実施。吸入薬変更とFP減量指示有。 DPI→p-MDI変更により吸入手技変更注意必要。デモ機用いて吸入指導必要。
P (指導内容・計画)	薬効用法用量説明指導　Rp 1、2　自己判断で中止せず飲み切り指導。 デモ機用いて吸入手技説明、うがい実施指導。 次回：喘息様症状確認、吸入剤アドヒアランス確認。	コントローラーの使用意義、自覚症状なくても気道炎症はまだ残っていること説明し、Rp 4 DPIと比較し嗄声の副作用が少ないことを伝え、継続使用指導。デモ機用いて吸入指導。 次回：吸入アドヒアランス確認、嗄声軽減されたか確認。

お薬手帳の内容

●前回の処方内容(3月6日・初来局)

[アレルギー科]

Rp1. ジスロマック錠250mg
　1日1回 1回2錠(1日2錠) 朝食後 3日分

Rp2. プレドニン錠5mg
　1日2回 1回2錠(1日4錠) 朝昼食後 5日分

Rp3. モンテルカスト錠10mg
　1日1回 1回1錠(1日1錠) 就寝前 14日分

Rp4. アドエアディスカス500μg　28吸入用(28BL)
　1個 1日2回 1回1吸入

●今回の処方内容(3月23日)

Rp3. モンテルカスト錠10mg　1錠 就寝前 28日分

Rp5. アドエア125エアゾール120吸入用　1本
　1日2回 1回2吸入(※医師への処方提案による追加)

気管支喘息の治療について

治療・管理の目標は、気道炎症を惹起する因子を取り除き、薬物治療による炎症の抑制と気道拡張により、気道過敏性と気流制限を軽減ないし寛解し、その結果、患者のQOLを改善して健常人と変わらない日常生活を送れるようにすることです。そのためには、医療者と患者の良好なパートナーシップが非常に重要ですが、薬物治療が喘息コントロールの中心的な役割を担っているため、薬剤師は喘息治療をよく理解し、適切に介入していく必要があります。

●喘息発作時の治療

3月6日の初来局時は、感染症により惹起されたと考えられる喘息発作に対する治療が行われています。初回治療ではまず喘息以外の疾患との鑑別を実施、喘息と診断されたら主に呼吸困難の程度で喘息発作強度の判定を速やかに行います。Aさんはぐったりはしているものの、徒歩にて受診・来局できています。しかし、横になることができないという訴え(起座呼吸)があり、院内にて短時間作用型β_2刺激薬の吸入、アミノフィリンの点滴静注を実施、処方せんにてプレドニゾロンが投与されていることから、中等度の発作に対する治療であると推察されます。

●喘息治療に用いられる呼吸機能検査

・スパイロメトリー

スパイロメトリーによる呼吸機能(気流閉塞)の評価は、

喘息重症度の判定や治療効果判定のための客観的データとして重要です。

[１秒量 /FEV$_1$、１秒率 /FEV$_1$%]：最大吸気位よりできるだけ早く最後まで呼出を行ったときの全呼出量を FEC（努力肺活量）、最初の１秒間の呼出量を１秒量 /FEV$_1$、１秒量の努力肺活量に対する割合を%値で表したものを１秒率 /FEV$_1$%といいます。喘息の方は閉塞性換気障害（１秒率が70%未満）が一般的ですが、治療により正常となっている場合もあるため注意が必要です。

[% FEV$_1$]：１秒量の基準値（予測値）に対する測定値の割合です。基準値（予測値）は、性別・身長・年齢・体重から求められます。80%以上であれば呼吸機能が良好な状態とされています。

・ピークフロー（PEF）

最大呼気速度（peak expiratory flow：PEF）は、喘息が増悪すると呼出が困難になって値が低下し、コントロール良好であれば上昇します。PEF 値の日内変動が20%以上ある場合は、可逆性気流制限があると判断できます。PEF モニタリングにより気道状態を認識することは、喘息増悪の防止に非常に有用です。

[% PEF]：PEF 値の基準値に対する測定値の割合です。基準値は、性別・身長・年齢から PEF 値の標準値（PEF 予測値）または今まで測定した最も高い PEF 値（自己最良値）を用います。80%以上であれば呼吸機能が良好な状態とされています。

・血液ガス

喘息発作強度の判定には血液ガスの測定が用いられます。

[SaO_2　動脈血酸素飽和度]：動脈血液中のヘモグロビンが O_2とどれくらい結合しているか、割合を示したものです。

[SpO_2　経皮的動脈血酸素飽和度]：動脈血中の酸素飽和度を経皮的に測定したものです。指先にクリップ状のプローブを装着して測定します。SpO_2標準値は96%以上、95%以下で呼吸不全の疑い、90%以下では酸素吸入の適応となります。貧血や慢性閉塞性肺疾患（COPD）などの患者は正確な値が測定できないため注意が必要です。

●薬物によるコントロール

治療薬には「長期管理薬」と「発作治療薬」の２種類があります。『喘息予防・管理ガイドライン2015』では、治療ステップ１～４まで各重症度に応じた治療が推奨されています[1)]ので、詳細は同ガイドラインを参照してください。喘息の治療で重要なことは、コントロール良好状態を維持することです。そのために症状、発作治療薬の使用、活動制限、呼吸機能、増悪頻度などを評価し、コントロール状態を判定します。

●アドヒアランス向上のために

病識・薬識の欠如や吸入手技の未熟さ、服薬アドヒアランスの低下、治療薬による副作用、治療への満足度が低いことなどは、治療アドヒアランスの低下に大きく影響します。ただ指示通りの薬物治療を指導するのではなく、患者の生活背景や治療に対する考え方などをよく聞き取って、どのようにすれば治療アドヒアランスが向上できるかを、医師も含めたチームで検討していく必要があります。

Aさんに対する今回の指導のポイント

■＃１ 長期管理薬剤継続意義の理解

Aさんの場合は長期管理薬として、ガイドライン[1)]で治療ステップ３とされているステロイド薬と長時間作用性β_2刺激薬の配合剤、ロイコトリエン受容体拮抗薬（以下LTRA）が処方されています。配合剤については、ステロイド薬と長時間作用性β_2刺激薬を個々に吸入するより有効性が高いと考えられ、吸入操作回数の減少や長時間作用性β_2刺激薬の単独使用が防げるなどの利点もあります。LTRA は気管支拡張作用と気道炎症抑制作用があり、喘息症状、呼吸機能、吸入β_2刺激薬の吸入頓用回数、気道炎症、気道過敏性、吸入ステロイド薬使用量、喘息増悪回数および患者の QOL を有意に改善させるエビデンスがあります。また、アレルギー性鼻炎合併喘息患者の長期管理に有用ですので、Aさんには適した薬剤であると考えられます。

■＃２ 嗄声の副作用によるアドヒアランス低下

Aさんの場合、アドエアディスカスの自己判断による中止がみられました。理由を伺ってみたところ、薬識不足による症状軽快時の中断に加え、吸入剤使用の副作用による嗄声が発生、講師の仕事に支障が出たことで、アドヒアランスが低下してしまったことが分かりました。そこで、同じアドエアでも、ドライパウダー吸入器（DPI）より嗄声の少ない加圧噴射式定量吸入器（p-MDI）へのデバイス変更を医師に提案し、変更となりました。

今回は２回目の受診があり治療中断は免れましたが、喘息のように長期管理が必要な疾患については、初回の来局後、患者に電話等で連絡をとり、治療中断に繋がる要因や治療に対する不安がないか、吸入手技に問題はないかなどの確認を行い、適切なアドバイスや、必要があれば医療機関への情報提供を実施することも治療アドヒアランス向上には非常に有用であり、まさに今、薬剤師に求められている役割といえるでしょう。

参考文献

1）一般社団法人日本アレルギー学会喘息ガイドライン専門部会監修：喘息予防・管理ガイドライン2015．協和企画．

医療安全管理入門

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

第81回
繰り返される同様の医療事故をなくすには

「忘れていた」ことが原因で発生した昨年の痛ましい死亡事例

昨年(2016年)7月、栃木県芳賀町の駐車場にとめていた軽自動車の車内で、男児が死亡しているのが見つかりました。

報道等によると、7月29日午後5時10分ごろ、宇都宮市内に住む2歳の男児が車内でぐったりしているのを父親が発見し、119番通報しました。救急隊が現場に駆けつけたところ、男児はチャイルドシートでシートベルトを付けた状態で、全身にやけどを負って死亡していたそうです。栃木県警真岡署は、熱中症で死亡した可能性が高いとみて、死因などを調べました。真岡署によると、父親は朝通勤する際に男児を保育園に送るはずでしたが、「仕事のことなどを考えていたら忘れていた」などと話したということです。父親は7月29日の朝、男児を後部座席のチャイルドシートに乗せたまま会社に出勤し、午後5時ごろに母親からの「子どもが保育園に来ていない」との連絡によって、車内に置き去りにしていたことに気付いたということで、男児は午前9時ごろから約8時間、車内に置き去りにされたとみられています。

この出来事は、筆者の故郷の隣町で起こったこともあり、強く記憶に残っています。報道されたときは、「なぜ自分の子供を忘れてしまうのか」と疑問だらけでした。

ところが、年が替わった1月4日に「難病患者をトイレに2時間放置、1カ月後に死亡」というニュースが飛び込んできました。昨年8月に福岡市の病院で、入院患者の68歳の女性が、看護助手の付き添いでトイレに行ったあと放置され、およそ2時間後、心肺停止の状態で見つかりました。女性は血圧の低下で意識を失い呼吸が停止したと見られるということで、およそ1カ月後に死亡しました。なんと、栃木での出来事からそれほど時間が経っていない時期に発生した事例でした。

「自分は直接関係ない」と考えることが貴重な情報を共有する機会を失わせている

病院によると、女性は運動機能が失われていく難病で、体が動かしにくく会話も難しい状態で、入院後にトイレで血圧が低下して意識が遠のいたことが何度かあり、院内では「見守りが必要」という申し送りをしていたそうです。申し送りは、この日の朝礼でも周知されていましたが、担当した看護助手は途中で別の業務に向かったため、伝えられていませんでした。そのため、申し送りの内容が伝わっておらず、女性にナースコールを渡してトイレから離れてしまったそうです。

また、女性が病室にいないことに看護師や作業療法士が気付いたものの、リハビリに行っていると思い、行方を探すことはなかったそうです。

特に大きな問題だと考えられるのは、病院は当初、患者の家族に対し、看護助手への聞き取りを基に「5～10分おきに様子を見ていた」と説明していましたが、その後、それが事実でないと分かり、改めて家族に謝罪したということです。

医療従事者は自分には直接関係ないと、朝礼や会議に参加しない、参加しても遅刻したり途中で抜ける方を見かけます。「患者さんのため」との言い訳で、このような機会への参加を避ける方も多いようです。しかし、これらの共有化すべき情報の中には真に重要な情報が含まれていることがあり、「直接関係ない」と参加を避けることで貴重な情報が周知されないことになってしまいます。

「私にはあり得ない」と考えても、実際には発生する

ことがあります。「自分には関係ない」「そのようなことは起こさない」と考えても、「私の常識は、実は非常識」となることがあります。

筆者も、帰宅するときに、医療安全管理室の部屋のカギを警備員へ返却しているのですが、ある日、途中でトイレに寄った際にカギをポケットに入れてしまい、警備員も見舞い客への対応中であったため、カギを返却することを忘れ、駅へ向かうバスの中でポケットに手を入れてカギに気が付いたということがありました。その後は必ずカギは手に持ち、まずは警備員へ返却するようにしています。

他施設や自施設で発生した重要事例の情報を、できる限りお知らせしていますが、同じような出来事が繰り返されることがあります。「なぜ同じことが起こるのか」と苛立つこともありますが、やはり「他人事」と情報がしっかり共有化されていないことが多いようです。そのため、重要事例の提供はしつこいくらいに繰り返すことにしています。

医療安全というと、医師や看護師、そして薬剤師や技師が中心と考えているその他の職種の方も多いようですが、今回のトイレの事例では看護助手が関わっていることからも分かるとおり、「医療に携わるすべての職種が関係するのだ」という意識が大切です。

在宅の場や介護施設など医療施設以外の場所の医療安全にも注意を

また、わが国の高齢化と医療財政の問題から、在宅医療が推進されています。今までは医療安全というと、病院やクリニック、そして保険薬局内を考えれば良かったのですが、今後は自宅や施設の医療安全管理も重要となってきます。

次の事例は昨年８月、大阪の介護付き有料老人ホームで、入居者の女性が死亡しているのが見つかったものです。

警察の調査によると、この女性は病気のため自分で呼吸できず人工呼吸器を着けていましたが、担当の准看護師が痰を吸引する際、呼吸器の電源を切ったあと入れ忘れたと見られることが分かったということです。警察は、安全管理が不十分だったとして、准看護師と施設長の２人を業務上過失致死の疑いで書類送検しました。

警察によると、この施設では昨年６月にも、同じ入居者に着けられた人工呼吸器の電源を、別の看護師が一時、入れ忘れましたが、施設長は具体的な再発防止策を取っていなかったということです。

２人は容疑を認め、准看護師は「電源をつけたままだとアラーム音が鳴るので、切って作業していた」と話し、施設長は「医師や看護師に任せきりになっていた」などと話しているそうです。

報道によると、「看護職員のほとんどが人工呼吸器の適切な使い方を知らず、過去にあった同様の事故についても対策や報告が行われていなかった。入居者の安全が軽視され、企業の都合や利益が優先されていたことが残念でならない。安全管理を徹底し、二度と同じような事故を起こさないでほしい」と遺族が指摘しています。

人工呼吸器の電源の入れ忘れによる事故は、過去にも病院での出来事が報告されています。事故防止対策として電源を切らないことが決められていた病院でも、一部の職員がその決めごとを守らずに、「いつもやっていたから」と吸引時に電源を切って作業を行い、その後に電源を入れ忘れて患者が死亡するという事故が発生しています。その事故も、確か「電源をつけたままだとアラーム音が鳴るので、切って作業していた」事例であったと記憶しています。

介護付き有料老人ホームでは、過去の貴重な情報が伝わっていたのか、共有化されていたのか、改めて事例の取り扱いと情報共有化の重要性を考えさせられます。

ちょっと早いのですが、４月からは新人が数多く仲間入りすることになります。教える側では、毎回教育しているため当たり前と考えやすいですが、受ける側は初めてのことです。また、受ける側も全員100%理解しているわけではないこと、それぞれの考え方の違いを理解して対応することが必要・重要となります。

「人は誰でも間違える」ものですが、「同じ失敗は繰り返さない」ようにしていきたいものです。

薬剤師も知っておきたい厚生行政の傾向と対策

2016年度調剤報酬改定の影響とマイナス改定対応策

メディカル・テン代表
宮坂 佳紀

2016年度調剤報酬改定は「算定要件厳格化改定」

薬剤服用歴管理指導料評価も調剤基本料と連動

2016年度調剤報酬改定は、これまでに類を見ない「算定要件厳格化改定」となった。調剤基本料は処方せん受付回数、特定機関調剤割合、医薬品価格の未妥結に伴う減算措置及び大型門前薬局の評価見直しにより、６区分に分割された（**表１**）。点数は、従来の調剤基本料（41点）、特例（25点）と比較して低い点数設定となっている。さらに、2017年４月１日までは経過措置が設けられたものの、かかりつけ機能基本的業務未減算も加えると12区分に細分化され、大きく減額された。

また、基準調剤加算は一本化され、別途施設基準を満たした調剤基本料１のみが算定可能となり、まさに「算定要件厳格化改定」となっている。さらに、特定の医療機関調剤割合が90%を超える場合、後発医薬品の調剤割合が30%未満では、基準調剤加算を算定できないという、これまで想定していなかった自局単独機能以外の要件が加わったことが特徴的だ。

薬剤服用歴管理指導料も、調剤基本料と連動した見直し改定となった。薬剤服用歴管理指導料は今回の改定で、

１．原則過去６月以内の患者38点（初回来局時）
２．その他50点（２回目以降来局時）

に分割された。ただし、手帳を持参していない患者または調剤基本料１、４以外の薬局では、来局回数にかかわらず、初回来局時の点数と同一の点数を算定することになった。ただ、調剤基本料２、３、５と特例薬局＋薬剤服用歴管理指導料でもマイナス改定となる場合がある。

加えて、新規開局でも同一法人グループであれば、処方箋受付枚数４万回を超えると、開局時から調剤基本料３で算定するというマイナス要素もある。

かかりつけ薬剤師指導料は新設薬局では算定不可

高い人員基準のハードル

新設された「かかりつけ薬剤師指導料70点（出来高）」と「かかりつけ薬剤師包括管理料270点」は、点数も高いが、人員基準のハードルもすこぶる高い。人員基準では「薬剤師認定制度認証機構認証の研修認定

■表１　調剤基本料の概要と基準調剤加算及び薬剤服用歴管理指導料算定の可否

項　目		調剤基本料１	調剤基本料２	調剤基本料３	調剤基本料４	調剤基本料５	特別調剤基本料
点　数		41点	25点	20点	31点	19点	15点
減算後※50/100（１点未満四捨五入）		21点	13点	10点	16点	10点	8点
かかりつけ機能届出による特例※※			適用除外（特例）				
妥結率		50%超			50%以下		
回数／割合①	処方せん受付回数	4,000回以下	4,000回超		4,000回以下	4,000回超	
	特定機関調剤割合	70%以下	70%超		70%以下	70%超	
回数／割合②	処方せん受付回数	2,000回以下	2,000回超		2,000回以下	2,000回超	
	特定機関調剤割合	90%以下	90%超		90%以下	90%超	
回数③	処方せん受付回数	4,000回以下	4,000回超		4,000回以下	4,000回超	
回数／割合④	同一法人グループ内受付回数	月40,000回以下	月40,000回以下	月40,000回超	月40,000回以下	月40,000回以下	月40,000回超
	特定機関調剤割合	95%以下	95%以下	95%超	95%以下	95%以下	95%超
	または	または	または	または	または	または	または
	特定機関と不動産賃貸借関係	なし	なし	あり	なし	なし	あり

※かかりつけ機能基本的業務未減算（かかりつけ薬剤師指導料（新設70点）、かかりつけ薬剤師包括管理料（新設270点）、重複投薬・相互作用防止等加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料等）を１年実施していない場合（ただし１月受付回数600回以下の薬局は減算なし）（経過措置）平成29年４月１日から実施。
※※特例の要件＝かかりつけ薬剤師50%以上、かかりつけ薬剤師指導料またはかかりつけ薬剤師包括管理料実績届出要。基本料１か４を算定。

基準調剤加算		算定可	算定不可				
点　数		32点					
薬剤服用管理指導料の点数	過去６月以内の患者	38点			38点		
	過去６月以上の患者	50点			50点		
	手帳なし及び上記以外	50点	50点		50点	50点	

（調剤報酬点数表をもとに著者作成）

■表２　処方箋１枚当たりの調剤報酬別内訳と対前年度同月比

（単位：円）

			2014年度 4月～3月	2015年度 4月～3月	2016年度 4月～5月
単位当たり	調剤医療費		8,899	9,546	9,036
	技術料（構成割合：%）		2,200 (24.7)	2,232 (23.4)	2,210 (24.5)
		調剤技術料	1,813	1,846	1,769
		調剤基本料	621	651	579
		調剤料	1,028	1,029	1,025
		加算料	165	166	164
		薬学管理料	387	386	441
	薬剤料		6,684	7,299	6,810
	特定保険医療材料料		15	15	15

（単位：%）

2014年度 4月～3月	2015年度 4月～3月	2016年度 4月～5月
0.5	7.3	▲ 1.9
0.0 (▲ 0.1)	1.4 (▲ 1.3)	▲ 1.1 (0.2)
0.8	1.8	▲ 4.3
0.1	5.0	▲ 10.4
0.6	0.1	▲ 1.0
4.9	0.6	▲ 1.4
▲ 3.5	▲ 0.3	14.3
0.6	9.2	▲ 2.2
1.8	1.8	▲ 0.6

注）「調剤基本料」には、基準調剤加算、後発医薬品調剤体制加算、夜間・休日等加算、時間外等の加算（調剤基本料に係る部分）、及び在宅患者調剤加算を含めている。

（厚生労働省：「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向　平成28年５月号」より一部抜粋作成）

が2.2%マイナスとなっていることが分かる。

注目すべきは、調剤基本料が10.4%のマイナスとなっていることだろう。一方で、薬学管理料は14.3%のプラスだ。調剤基本料のマイナス分を、薬学管理料の算定率向上策で回避した経営効果とも言えよう。

制度等の研修認定を取得」「地域の行政機関や関係団体等が主催する講演会、研修会等への参加、講演等の実績（１年間の経過措置あり）」が要件となっている。とりわけ「薬剤師として３年以上の薬局勤務経験があり、同一の薬局に週32時間以上勤務しているとともに、当薬局に半年以上在籍していること」とあり、新規開設薬局や研修取得薬剤師の人事異動後しばらくは算定できないことになる。

また、調剤基本料１の算定要件にも、

(1)勤務薬剤師の５割以上がかかりつけ薬剤師指導料算定要件を満たすこと

(2)かかりつけ薬剤指導料や包括管理料の実績

が要件化されている。それ以外にも業務内容と点数を比較して、また調剤基本料１及び基準調剤加算を算定せずとも、効果的な点数とは言えないだろう。

ただ、10年後には、かかりつけ薬剤師のいる薬局のみが保険薬局となる可能性もあり、研修実績、同一薬局での勤務実績は、今から要件を満たすために整えておくことが肝要だろう。

同一グループ薬局の調剤基本料マイナス分は薬学管理料プラスで回避

2016年度４月、５月調剤医療費動向から

各都道府県厚生局がホームページで公表している施設基準一覧を見ると、県別で格差はあるものの、全国平均で調剤技術基本料１の届出薬局は約90%となっている。このことから、同一グループ薬局などが届出した調剤技術基本料２、３は10%ということになり、この10%の薬局が大きなマイナス影響を被った。事実、厚労省が2016年11月に公表した「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」（**表２**）を見ると、処方箋１枚当たりの調剤医療費は1.9%のマイナス、薬剤料

医療機関からの求めに応じた外来服薬支援料

継続的な服薬管理にも関連

薬局は、飲み忘れ・飲み残しという残薬対応に関連して見直しされた「外来服薬支援料」にも注目すべきだ。今改定により対象患者について、自己服薬管理が困難な患者や家族等に加えて、医療機関が必要とした患者、すなわち医療機関からの指示も対象患者として追加されている。さらに、ブラウンバッグなどを活用し、患者や家族等が薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を医療機関に情報提供した場合についても算定可能となった。算定回数は月１回と限定されたが、新設の「かかりつけ薬剤師指導料70点」とも併算定可能な点数である。服薬整理については、薬局に患者などが持参して実施する場合以外にも、薬局から自宅訪問して実施した場合も算定できることになった。この訪問という手間は、単に算定回数増によるマイナス改定解消策に終わらないはずだ。すなわち、積極的に実施することで医療機関側への「残薬解消対応薬局」というイメージ向上につながり、「かかりつけ薬剤師のいる薬局」という目に見えない営業対策にもなり得るだろう。

今回の改定は「対物業務から対人業務」への移行がスローガンだ。マイナス改定回避策は、「残薬解消」のため見直し新設された外来服薬支援料や在宅患者重複投薬・相互防止管理料などの算定要件を満たし、患者に納得される管理指導を行うことだと言える。

宮坂佳紀（みやさか・よしのり）

「医療と介護のプランナー」メディカル・テン代表、公益社団法人京都府介護支援専門員会顧問。病院、診療所、介護保険施設や訪問・通所系サービス事業所、保険薬局の経営コンサルティングや職員向け研修会等を実施。

今月のおすすめ「食事療法レシピ」

冬野菜のトマトクリームシチュー

このような傾向の方におすすめ
●糖尿病　●高脂血症　●肥満　●高尿酸血症

鶏むね肉とにんじん、れんこん、チンゲンサイなどの冬野菜をトマトで煮込み、豆乳を加えてやさしい味に仕上げます。

◉管理栄養士からのレシピポイント

豆乳に含まれる大豆の苦味成分サポニンには、コレステロールや中性脂肪を減らして動脈硬化を予防する働きがあります。野菜には、酸性に傾いた尿をアルカリ化する働きがあります。

塩分（1人前） 1.6g
カロリー（1人前） 238kcal
調理時間：25分
分　　類：主菜
難 易 度：簡単
ジャンル：洋

材料（2人分）

鶏むね肉（皮なし）　120g
塩、こしょう　各少々
小麦粉　小2
オリーブ油　大1
にんじん　80g
れんこん　60g
玉ねぎ　50g
チンゲンサイ　70g
トマト水煮缶　50g
水　1カップ
固形コンソメ　1/2個
豆乳　1/2カップ
かたくり粉　小2
バター　5g

作り方

①鶏むね肉は一口大に切り、塩、こしょうをふり、小麦粉をまぶす。
②にんじん、れんこん、玉ねぎはひと口大に切る。チンゲンサイは4㎝長さに切る。
③厚手の鍋にオリーブ油を熱し、①を炒める。肉の色が変わってきたらにんじん、れんこん、玉ねぎを加えて炒め、全体に油が回ったらトマト缶、水、コンソメを加えて煮る。
④具材が煮えたらチンゲンサイ、豆乳を加え、ひと煮立ちしたら、倍量の水で溶いたかたくり粉でとろみをつける。
⑤最後にバターで風味づけし、塩、こしょうで味をととのえる。

©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

選択的 AT_1 受容体ブロッカー

重ねてきた信頼の歴史を ジェネリック医薬品の未来に

処方箋医薬品注)

バルサルタン錠20mg・40mg・80mg・160mg「ケミファ」

Valsartan〈日本薬局方　バルサルタン錠〉

注)注意－医師等の処方箋により使用すること

直径：8.6mm

バルサルタン錠80mg「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下さい。

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

H28-9

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2・3月合併号］
発行日 ■ 2017年1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