

# PHARMACY DIGEST

8・9

合併号

2017 August &  
September

【巻頭インタビュー】…… 2 P

## \* “処方箋一辺倒”に薬局の展望なし

地域包括ケア体制に参画し、住民の健康支援に寄与せよ

一般社団法人青森県薬剤師会会長 木村隆次

【地域包括ケア時代の薬局・薬剤師の役割⑮】…… 7 P

## \* 2018年度調剤報酬改定で薬剤師業務は変わるのか？

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 特任准教授 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⑩】…… 8 P

## \* かかりつけを指名する条件は“話しやすさ”

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？⑩】…… 9 P

## \* 認知症予防には“書”

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—⑮(最終回)】…… 10 P

## \* 白血病の症例

クオール株式会社 クオールアカデミー・教育研修部 大向香織、長沼未加

【医療安全管理入門⑥(最終回)】…… 12 P

## \* 医療安全管理体制と診療報酬について

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】…… 14 P

## \* 2018年度調剤報酬改定を先読みする

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」】牛肉の夏しゃぶ…… 16 P



# “処方箋一辺倒”に薬局の展望なし

## 地域包括ケア体制に参画し、住民の健康支援に寄与せよ

国が地域包括ケア体制の整備を急ぐ一方で、主体となる市区町村ならびに現場の認識はまだ不十分だ。そんな現状に、これまで日本薬剤師会常務理事や厚労省社会保障審議会委員、日本介護支援専門員協会会長など要職を歴任してきた木村隆次氏は危機感を募らせている。地域包括ケアの制度化に関わってきた同氏に、「薬局薬剤師はいま何をすべきか」を含めてお話をいただいた。

### 「地域ケア会議」の開催が結果としてシステム構築につながる

——木村先生は、厚労省社会保障審議会介護保険部会委員を務めるなど、地域包括ケアの制度化に深くかかわってこられました。

**木村** 地域包括ケアが目指すのは、誰もが地域生活を継続できるようにすることです。他者の援助が必要になった人でも、できるだけそれまでどおりの生活を続けていけるようにする。当初は対象を高齢者に絞っていましたが、「地域共生社会」を実現させるため、障害

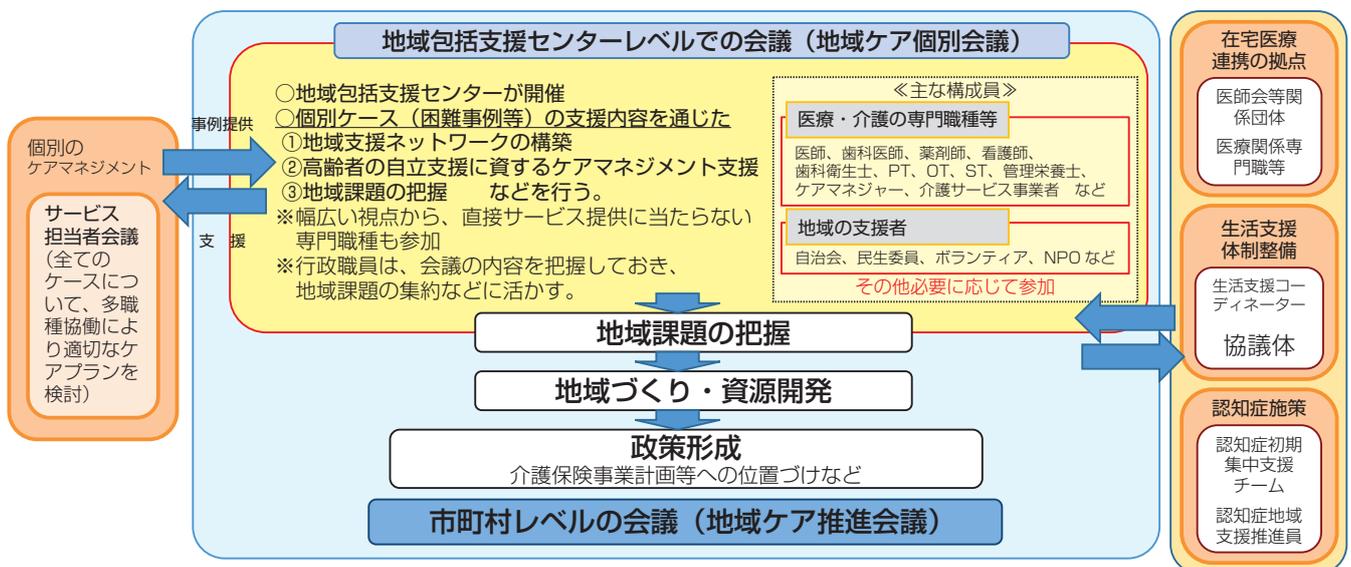
者や子ども、若年認知症者や引きこもりの人など、対象を大きく拡大しています。

地域包括ケアシステムは、医療や福祉といった垣根を越えた連携で実現されるものであり、「地域の実情に応じて」ということで、「日常生活圏域」、平たく言えば「地域包括支援センターが管轄しているエリア」として整備していきます。

——地域包括ケアシステムは、具体的にどのように構築していくのですか？ また、薬局はどのように参加していけばいいのでしょうか。

**木村** システム構築には「地域ケア個別会議」と「地域

図1 地域包括ケアシステム構築のベースとなる2つの地域ケア会議



・地域包括支援センターの箇所数：4,484カ所（センター・ブランチ・サブセンター合計7,196カ所）（平成25年4月末現在）  
 ・地域ケア会議は全国の保険者で約8割（1,207保険者）で実施（平成24年度末時点）

（資料提供：木村隆次氏）



ケア推進会議」の2つが必要です(図1)。前者は地域包括支援センター(市区町村委託含む)が主催する事例検討会議であり、「Aさんは85歳の男性で、認知症による徘徊がしばしば見られるが、どう支援すればいいか」といった、ケアマネ等から提供される事例が話し合われます。つまりは、支援に困っている。軽度だが専門的アドバイスが必要なケースについて多職種が知恵を出し合う“ケアマネ支援会議”のようなものです。

この個別会議には市区町村職員も同席し、地域でどんな課題があるかを抽出していきます。そして、複数の圏域から上がってくる共通な課題は「市区町村レベルの課題」とし、政策形成会議である市区町村主催の「地域ケア推進会議」で検討していくことになります。

このように地域包括ケアシステムは、地域の具体的な課題を抽出し対策を講じていく中で、結果として構築されていくものであり、地域を挙げて問題解決を図っていくという点で「町づくり」そのものといえるでしょう。

翻って「個々の薬局はシステムにどう参入していくか」というと、まずは地域包括ケアシステムの構成員となるために、地区薬剤師会を介して地域ケア個別会議に出席していく。さらには、ケアマネが召集する「サービス担当者会議」に呼んでもらえるよう、日ごろからケアマネと交流しておくことも必要です。

要介護・支援の高齢者のほとんどは、何らかの薬を使用しています。ですから、本来ならばこちらからアプローチしなくても、薬剤師も個別会議や担当者会議

に呼ばれてしかるべきなのです。ところが、薬剤師の職務が周知されていないため、声はかからないし、現場ではヘルパーが服薬介助に四苦八苦している。ですから、薬剤師の業務を知ってもらうことが「初めの一步」です。その証拠に、青森県八戸市でケアマネ協会と地区薬剤師会との合同研修を企画したところ、薬剤師の在宅業務を伝えただけで、翌日から「薬剤師さん、来てください」というオーダーが次々入るようになりました。

また、お薬手帳にケアマネの氏名を記入してもらうことも大事です。

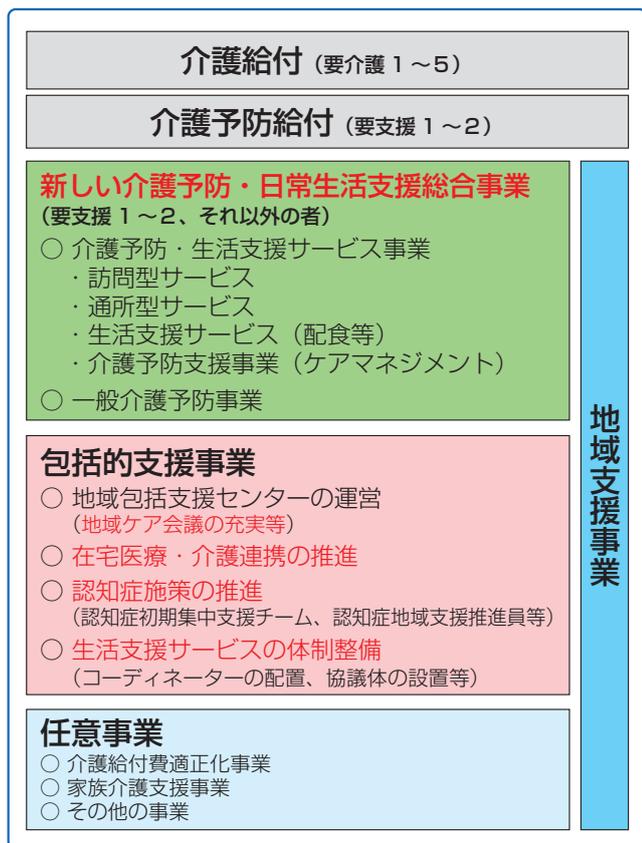
## 会議では専門家としての見地を多職種に伝えていく

——地域ケア個別会議について、もう少し詳しくお話しいただけますか。

**木村** 個別会議は、ケアマネが「フェイスシート」「課題整理総括表」等を提示し、「Bさんはこういう状態で、こういうことができない。今のサービス提供は…」といった事例紹介を行います。それに対し、出席者がそれぞれの専門的見地を述べていくわけです。薬剤師であれば、「薬をきちんと飲んでいるか」「飲めていないなら、どうすればいいか」「その薬が生活機能に影響を及ぼしてはいないか」といった意見を述べることになります。

一例を挙げると、「80歳の独居男性Cさんは、元気ではあるのだが、最近ふらつくようになってきた」という事例に対し、「年だから」で済ませず、それぞれの専門性から多角的に原因を探索していきます。薬剤師なら真っ先に服用薬に注目するわけですね。例えば、「薬のせいで食が細くなって筋肉が落ち、ふらつくようになったのでは？」と疑う。パーキンソン病治療薬のように抗コリン作用の強い薬を飲んでいるなら、「口が渇くから、食事がおいしくないのでは？ だから必要なエネルギー・蛋白質が摂取されていないのでは？」。カルシウム拮抗薬を飲んでいるなら、「歯肉肥

図2 介護保険制度改正後の構成



(資料提供：木村隆次氏)

厚で入れ歯が合わなくなっているのでは？そして、咀嚼がしにくいので食べないのでは？。あるいは、「痛み止めによる胃腸障害が出ているのかもしれない」など。

「食」に焦点を当てましたが、例えば利尿剤を飲んでいるなら、「低カリウム血症に陥って体に力が入らなくなっている」ということも考えられます。高血圧治療の一環で運動の習慣化を図っている人であれば、「運動により血圧が下がって薬が効きすぎるようになり、ふらつく」という可能性もあるわけで、そうであれば処方変更を提案することになります。

会議では、このような薬学的見地を多職種に伝えていくわけです。もっとも、服薬について一番多い問題は「薬がきちんと飲んでいない」ことであり、飲ませ方や剤形、服薬回数の変更などを紹介していくのは基本中の基本です。

注意喚起したいのは、薬剤管理において「誰がどの

ように服薬させているか」が盲点となっていることです。私は、青森市ケアプラン点検事業のアドバイザーをしているのですが、ヘルパーが「服薬介助」と称してPTPシートをはずしているケースが非常に多いことが分かりました。ところが、そうした現状を調剤した薬剤師自身が把握していないし、そもそも「一包化された内用薬」の服薬介助以外は、医療行為だと認識していなかったりするわけです。

これは青森市に限ったことではないはずです。「この薬は誰がどうやって飲ませているのか」ということまで目配りしなければ、「薬剤管理とは何なのか」とわれわれの職責を問われることになるでしょう。「調剤したら終わり」という姿勢を改め、現場スタッフに「薬の相談は看護師でなく薬剤師に」という意識を植えつけていかなければいけません。

### 市区町村主導の包括的支援事業は薬局が大いに活躍すべき領域

——地域包括ケアシステム構築には2つの地域ケア会議が稼働する必要があるとのお話でしたが、それらの会議は介護保険上、どういう位置づけになるのでしょうか。

**木村** 地域ケア会議は、改正介護保険法で2015(平成27)年度から義務化されました。位置づけとしては、市区町村が実施する地域支援事業の中の包括的支援事業ということになります(図2)。

この包括的支援事業については、薬局が大いに活躍できる領域なので、ご紹介しておきたいと思います。

#### ●地域包括支援センターの運営

特に「地域ケア個別会議と地域ケア推進会議を充実させよ」ということであり、先ほどご説明したとおりです。薬局薬剤師は、会議に出席し地域包括ケアシステム構築の一翼を担っていただきたいと思います。

#### ●在宅医療・介護連携の推進

これは、「介護保険財源を使って在宅医療を進める」ということです。医療政策は、二次医療圏ごとに、人

口減少を考慮し標準的な医療提供を担保しつつ、圏域内のベッドを適切な数へと圧縮していこうとしています。そして、そのためには介護との連携により在宅医療を充実させようという構想です。成功に導くには、**図3**にある8つの要素を市区町村がきちんとマネジメントする必要があります。

(ア)～(ク)それぞれの詳細説明はここではできませんが、(エ)の「医療・介護関係者の情報共有の支援」についてだけ補足しておきたいと思います。

在宅医療や介護を受けている方が入退院する際の在宅側(ケアマネ)－病院側の連携を図るため、医療圏ごとにルール(入退院調整ルール)を設けるよう促されており、情報共有シートも整備されます。留意すべきは、そこに詳細な医薬品情報も記載されるという点です。われわれ薬剤師は「お薬手帳」による情報共有を行ってききましたが、加えて新たなシートも普及していくことをご理解ください。青森県は、お薬手帳にない情報を情報共有シートで補完して使用していきます。

### ●認知症施策の推進

認知症施策は薬剤師が大いに活躍できる領域なので、薬局をスクリーニングの場とするなど、より積極的に関与していくべきです。青森県では、県薬剤師会の「健康介護まちかど相談薬局事業」(写真)と県の「まちか

どセルフチェック事業」とリンクさせるかたちで認知症施策事業を実施し、大きな成果を出しています。**図4**のような流れでスクリーニングを行っているのですが、注目すべきポイントは「どこの薬局がスクリーニングしたにせよ、ハイリスク者は当人が住まう圏域担当の地域包括支援センターへつなぐ」ということです。

新オレンジプランの中で義務づけられた薬剤師認知症対応力向上研修についても、青森県ではすでに390人が受講しました。そして、本県では県、市町村、県薬剤師会、地区薬剤師会が連携し、それら修了者が市町村の認知症初期集中支援チームの構成員になる仕組みを作りました。これは、薬局薬剤師が地域で活躍できるよう後押しする仕組みであり、これを糸口にかかりつけ薬局・薬剤師、ひいては健康サポート薬局へとつなげていってほしいと考えています。

### ●生活支援サービスの体制整備

包括的支援事業の4つめの柱は、「生活支援サービスの体制整備」です。高齢者が増えているとはいえ、その約8割は、自立した元気な方々です。しかし元気な状態を維持するには、意識的な社会参加やフレイル予防が必要であり、市区町村はもとより民間団体やボランティアなど様々な担い手と資源を活用し、多様なメニューで支援しようということです。

図3 事業8項目と取り組み例

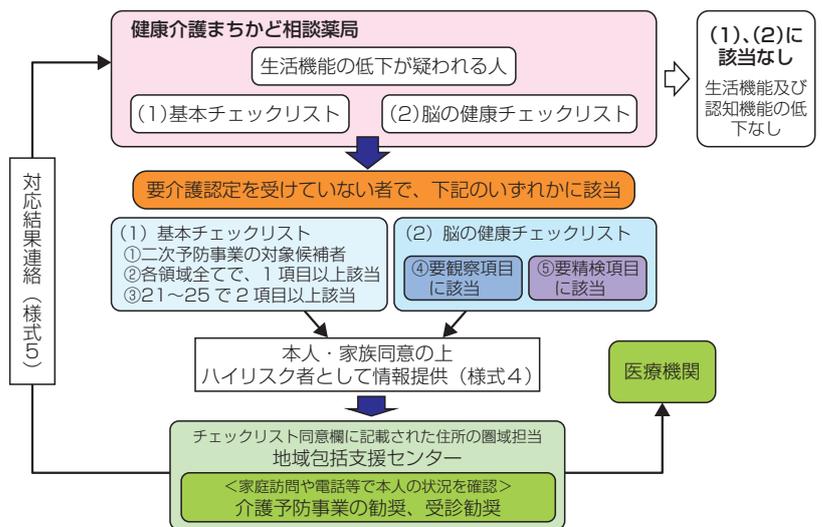
<p><b>(ア) 地域の医療・介護の資源の把握</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化</li> <li>◆ 必要に応じて、連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)を調査</li> <li>◆ 結果を関係者間で共有</li> </ul>	<p><b>(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援</li> <li>◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用</li> </ul>	<p><b>(キ) 地域住民への普及啓発</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催</li> <li>◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発</li> <li>◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等</li> </ul>
<p><b>(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討</li> </ul>	<p><b>(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。</li> </ul>	<p><b>(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討</li> </ul>
<p><b>(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進</li> </ul>	<p><b>(カ) 医療・介護関係者の研修</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実践を習得</li> <li>◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等</li> </ul>	

(資料提供：木村隆次氏より)



▲写真 青森県薬剤師会の「健康介護まちかど相談薬局」は、この看板を目印にさまざまな健康相談に応じている。  
(資料提供：木村隆次氏)

図4 健康介護まちかど相談薬局の認知症スクリーニング



(出典：青森県高齢福祉保険課「まちかどセルフチェックマニュアル」)

生活支援サービスの取り組みの1つに「地域サロン活動」があります。実は私も4月から、青森市事業として「ふれあい・いきいきサロン萬々」を立ち上げ、月～土曜の1日3時間、地域住民に開放しています。健康チェックのため、血圧計やBMI値管理のため身長・体重計も設置してありますが、基本は「地域の高齢者に楽しい時間を過ごしていただくこと」を目的としています。実際、サロン萬々では、集まった方々がゲームに手習いにと、楽しく自由に活動していて、活気もあるし笑いも絶えません。一番人気のカラオケでは、皆さん、競い合うように歌っていて、サロンを閉める時間になっても「時間延長して」とせがまれる始末です(笑)。

5月から、管理栄養士が栄養価を考えたバイキング式ランチ(有料)を提供するようになりました。それがまた大変好評をいただいています。特に、自炊することが少ない独居男性にとっては栄養の偏りを補正できますし、引きこもり気味の人であれば「サロンへ行けば旨いものが食べられる」と、外へ出る動機づけともなります。

フレイル予防としては「蛋白質をとること、口腔機能を保つこと、そして歩くこと、社会参加」と言われますが、サロン萬々には皆さん歩いてきますし、ラン

チ食で蛋白質を十分にとることができます。サロン内には笑いがあふれており、ストレス発散にもなります。つまり、サロンそのものがフレイル予防となっているのです。他方、経費はほとんどかからず、介護保険財源にも喜ばしい。サロン活動は、まさに一挙両得的な取り組みといえます。

高齢者向けの地域サロン活動を例に挙げましたが、薬局にとって「地域住民の健康支援」は取り組みやすいテーマだと思います。薬局は、具合が悪い人も健康な人も出入りしますので、一次予防から三次予防まで全てカバーできるのです。また、地域包括ケアについても「地元でどのような支援メニューがあるか」という情報発信をしていける場にもなれます。

このように、町の薬局は非常にいいポジションにあります。ぜひそれを活用すべきですし、そうしなければ経営的にも行き詰っていくでしょう。なぜなら、国は「2025年」と期限を切り、全国、日常生活圏域ごとに地域包括ケアシステムを構築すべく突き進んでいるからです。これまでのように処方箋にのみ着目しては、生き残れなくなると思います。

——薬局は一刻も早く、地域包括ケアシステム構築の取り組みに参画すべきだと分かりました。示唆に富む様々なお話をありがとうございました。

# 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特任准教授  
医師・医学博士 狭間 研至

## 第25回 2018年度調剤報酬改定で薬剤師業務は変わるのか？

**医薬分業制度の本来の意義を果たすために  
調剤報酬の抜本的改革は必要不可欠？**

2018年度調剤報酬改定の内容が決まるまで、あと半年あまりとなりました。中医協のみならず、経済財政諮問会議や骨太の方針など、社会保障にとどまらない国の大きな方針の中でも、調剤報酬は抜本的な改革が必要であると認識されていることを示す資料が呈示されるようになりました。

実際、学会や業界のメディアでも、関連のシンポジウムや特集記事は組まれていますし、私自身が講師として呼んでいただく講演会等でも、来年度改定を見据えた内容のご依頼をいただくことが増えてきました。そこで一緒に多くの識者の方の認識は、抜本的改革は避けられないということに一致しています。

調剤報酬制度が変わるということは、業務の1つ1つにコストが設定されている薬局薬剤師にとっては、業務内容やフローを変えなくてはならないということです。従来も2年の一度の調剤報酬改定はありましたが、基本的に、医師の処方箋を応需し、必要な疑義があればきちんと照会して解消したのち、正確・迅速に調剤して、分かりやすい服薬指導とともに患者さんにお薬を交付、一連の作業の内容を薬歴に記載して残す——という業務の内容は変わっていません。その中で、いわば細かい事項について調整していくことで、十二分に対応できてきたのだと思います。しかし、状況は変わっていることにお気づきでしょうか？

その最大の証左が、2015年に厚生労働省から示された『患者のための薬局ビジョン』です。この中で、いくつかの要点が出てきましたが、「立地から機能」「対物から対人」「バラバラから1つ」ということが重要なキーワードとして示されています。先ほど述べた、従来の（そして、現在多くの）薬剤師の業務は、立地に依存し、バラバラの拠点から、お薬をお渡しするというものと言うことができます。今回の薬局ビジョンは、このことからの脱却を明確に示したのではないかと

考えています。

蛇足ではありますが、このビジョンは自然発生的にふっと出たものではありません。規制改革会議で調剤報酬について話し合われ、現在の医薬分業制度は、その本来の意義を果たしていないのではないかという問題が提起されたことを端緒に、塩崎厚生労働大臣が、その解決策として経済財政諮問会議の中で半年程度の間にとまとめて呈示すると明言した上でまとめられたのが、このビジョンです。という意味では、「地域包括ケアシステム」の実現に向けて国を挙げて動こうとしている中で、薬局向けに示された極めて重要な文書であることが分かります。

**“対物”業務のコストを“対人”業務にシフトすることで  
薬剤師業務の在り方が大きく変わる**

このビジョンが示されて2年が経とうとしています。調剤報酬がどう変わるかを考えたときに、先ほどの3つのキーワードを実現させるために変わると捉えるのが合理的ではないでしょうか？ また、その変化は「抜本的」なものになるとすると、過去数回よりももっと思い切った改定になるのではないのでしょうか。もちろん、2017年の夏時点では具体的なことは何一つ明らかにはされていませんが、次回改定の話合いの資料の中でも、いわゆるポリファーマシーや残薬の問題を解決できるように、いかに薬剤師が動くかが重要であろうことは伺い知れます。

ともすると、従来の“対物”業務に設定されていたコストを、“対人”業務へとシフトするのも知れませんが、もとより、今の“対物”を中心とした薬剤師の業務を突き詰めても、いろいろな問題は残存している訳ですから、これを解決に導くためにも思い切った調剤報酬改定はあり得ないことではないと思います。このコスト構造が変われば、薬局薬剤師の業務の在り方は大きく変わるのではないかと考えています。時代の転換点は、意外にすぐそこに来ているのかも知れません。

# 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10回 かかりつけを指名する条件は“話しやすさ”

### 4つのタイプを患者様に当てはめ それぞれの特徴と留意点を知っておく

コーチングではコミュニケーション・スタイルから、人を4つのタイプに分ける<sup>1)2)</sup>とお伝えしました。これを患者様に当てはめた場合のそれぞれの特徴と対応上の留意点をまとめてみます。

**プロモータータイプの患者様**：開放的でポジティブです。どんな話題にも乗ってくるので“オープンクエスチョン”が有効です。ただし、話題がどんどん拡散する傾向があるので、服薬のポイントなど大事なことは、会話の最後にもう一度確認するようにしましょう。このタイプは、1つのことを長期間継続するのが苦手なので、服薬コンプライアンスの確認も必要です。

**アナライザータイプの患者様**：結論を出す前にたくさんの情報を集めたがる傾向があります。このタイプの患者様からの質問には、場合によっては“クローズドクエスチョン”を使ったアクティブリスニング(第4回参照)で、「本当に聞きたいことは何か」を探り出す必要があります。

**コントローラータイプの患者様**：人から指示・管理されるのを嫌うため、「体調はいかがですか?」といった質問さえ、答え難く感じることがあります。服薬指導の際には「今、お時間がありますか?」などと心理的スタンス(第3回参照)を確認することが大事です。そうすることで患者様は「話す・話さない」という自己決定権を得て安心し、コミュニケーションが円滑になります。

**サポータータイプの患者様**：心配りがあり質問にも素直に答えてくれるので、一見、コミュニケーションを取りやすいように思われます。しかし、質問者の意に沿った“模範回答”をしたり、気になることがあっても口にしなかったりする傾向があります。ですから、語られた言葉を鵜呑みにできないことがあります。このタイプの患者様は「自分と同じ」という仲間意識を持ってもらうとコミュニケーションしやすくなるため、共感的繰り返し(第7回参照)などが有効です。

### タイプ別関わり方の調整例 筆者(プロモータータイプ)の場合

患者様とスムーズに会話したいなら、相手のタイプに合わせて、こちらの関わり方を調整することです。私・大澤(プロモータータイプ)の経験を、かいつまんでご紹介しましょう。

**vs プロモータータイプの患者様**：プロモーター同士は非常に馬が合いますが、盛り上がり過ぎて話が脱線し、本来の目的が見失われる恐れがあります。事実、ある患者様とは、話が盛り上がったはいいのですが、患者様は薬を忘れて帰ってしまわれるし、私もそのことにしばらくは気付かなかったということがありました。

**vs アナライザータイプの患者様**：このタイプの患者様で、血圧値がわずかに変動しただけで不安を訴えてきた方がいました。このような典型的なアナライザータイプには「大丈夫ですよ」といった言い方ではなく、例えばEBMに基づく情報を提供し安心させる必要があります。このときは“正常値の範囲”を提示することで患者様は納得されました。また、このタイプの患者様には「調子はどうですか?」といったプロモータータイプにありがちなアバウトな質問の仕方は慎み、“クローズドクエスチョン”で状況を具体的に掘り下げていくようにしています。

**vs コントローラータイプの患者様**：質問しても返答してくれないなど、私にはやや扱いにくい印象を受けるタイプですが、ファーストアクション次第で良い雰囲気を作れます。例えば、「今、お話してもいいでしょうか?」と承認を得たり、「お疲れのようですが、お仕事忙しいのですか?」とフィードバック(第8回参照)したりすると、会話がつながっていくように感じます。

**vs サポータータイプの患者様**：質問には素直に答えてくれますが、気になることがあっても口にしないタイプで、「何か分からないことがありますか?」と水を向けても「いいえ、別に」と表に出せずに帰ってしまうことがあります。私のようなプロモータータイプは、

相手の答えを真に受けてしまいがちなので、会話中の表情や様子をよく観察し、“異変”を察知するよう心がけています。

以上、プロモータータイプの私が患者様に対応するときの留意点です。あなたも自分のタイプを知り、患者様とのコミュニケーションに工夫してみてください。

## コミュニケーションスキルを身につけて患者様に支持される薬剤師になろう

10回にわたり、ざっくりとファーマシューティカル・コーチングについて見てきましたが、いかがでしたか？ 日ごろの業務に役立ちそうでしょうか？

私は10年以上コーチングを学んできて、患者様とのやり取りにも非常に有用であることから、ファーマシューティカル・コーチングという分野を提唱し始めました。かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師が推奨されるようになった今、このスキルは威力を発揮すると確信しています。なぜなら、患者様がかかりつけを指名する際の条件には、必ずや“話しやすい”が入っているはずだからです。

しかしながら、コーチングは一朝一夕に身につくも

のではありません。本格的に身につけようとするなら、定期的なしっかりした学びが必要であることを心得ておいてください。正式にコーチングを学びたい場合には、私も学んだ株式会社コーチ・エィのHP等をご覧になってください。

薬剤師の職域が広がり、かつてないほどにわれわれ薬剤師への期待が高まっています。そうした社会的責務や役割をあなたはどうか捉えているのでしょうか。「仕事だから、仕方なくやる」のではなく、「社会から必要とされている仕事だから、やる」。さらには、「人々を幸せにできる仕事だから、やる」と、モチベーションをより高く持って取り組みたいものです。そうした高い職業意識にコーチングのようなコミュニケーションスキルが加われば、鬼に金棒！ 必ずや患者様に支持される薬剤師となるはずですよ。あなたの奮起に期待しています。

### 参考文献

- 1) 株式会社コーチ・エィ(日本拠点：東京都千代田区)  
<https://www.coacha.com/>
- 2) 鈴木義幸著. 伊藤守監修: 図解 コーチング流タイプ分けを知ってアプローチするとうまくいく. ディスカヴァー・トゥエンティワン. 2006.

\*「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」は今号で最終回となります。次号より、大澤光司氏による新たな連載がスタートしますので、引き続きご期待ください。(編集部)

## 連載エッセイ

## 認知症？

### 第10話 認知症予防には“書”

家内は書道家です。特に“かな”部門が得意。家内曰く、「認知症の予防には“書”が良い」と。特に、細かな文字の“かな”が良いらしい。なぜ？ と聞いてみると、「手先で細かい仕事をすると脳が活性化する」とのこと。私には、この事実関係が医学的に証明されているか分かりません。調べてみるのも良いかもと、探してみることに。



すると、昼食時に、

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



新聞を読んでいる時、見つけました。この原稿を書いた日の毎日新聞に“読み、書き、計算 認知症進まず”という題で。公文教育研究会が、“認知症の高齢者で読み、書き、計算を行った方が、介護度が1低く、介護費用も年間約20万円節減できた”と、報告。

発見は、とにかく執念です。昔、世界的に大変めずらしい病気を4人見つけたこともありました。1人は広島県、1人は秋田県といった具合に。

絶えず問題点を頭の中に入れておくと、意外に探し出せるものです。

<金の草鞋で探す>

・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15回(最終回) 白血病の症例



大向香織

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、白血病症例における注意すべき項目、指導内容について解説します。

**患者基本情報** Aさん、25歳、女性。身長155cm、体重49kg。両親と3人暮らし。既往歴、副作用歴、他科受診、併用薬、家族歴：なし。アルコール摂取：ときどき。運動習慣：特になし。喫煙、車の運転：なし

**背景** 17歳、高校生のころ、学校の血液検査で軽度の貧血や白血球数が若干多かったが、特に治療するほどではなかった。大学に進学し20歳のとき、だるさと腹部の腫れがあった。夜間のコンビニのバイト等、不規則な生活が続いたためと考えていたが、心配した親の勧めで受診。精密検査となり、慢性骨髄性白血病と診断され、イマチニブ400mgで治療開始、Bcr-Abl キメラ遺伝子消失を確認、イマチニブ継続で症状は安定していた。定期的に来局し、アドヒアランスもよい患者であった。本日処方箋を持参し来局、イマチニブ600mgに増量となっていた。

## 検査値

	検査値
赤血球数	280万/μL
血小板数(自動血球計数器)	9万5,000/μL
白血球数	5万8,000/μL
フィラデルフィア染色体	(+)
NAPスコア	102

## お薬手帳の内容

## ● 今回の処方内容

イマチニブ錠200mg 3T 朝食後(前回より200mg増量)

## Aさんの検査値解説

● 慢性骨髄性白血病(CML: Chronic Myeloid Leukemia) について<sup>1)</sup>

慢性骨髄性白血病(CML)は、白血球、赤血球、血小板をつくる過程で造血幹細胞ががん化する病気で、毎年約

10万人に1人の割合で発症します。発症頻度は白血病全体の約20%を占めます。

診断は、問診、血液検査、骨髄検査などの結果に基づいて行われます。CMLは自覚症状としてはっきりしたものがなく、健康診断等の血液検査で偶然見つかることも多い疾患です。血液細胞の数や種類に異常が見つかり、骨髄液を吸引する「骨髄穿刺(マルク)」や、骨髄の組織を採取する「骨髄生検」などの骨髄中の細胞の数や種類、染色体(フィラデルフィア染色体等)や遺伝子の状態を確認し、白血病かどうかを確定診断します。

CMLは、Bcr-Abl チロシンキナーゼが恒常的に活性化して白血病細胞増殖の度合いによって分けられ、①白血球や血小板の増加を認めるものの自覚症状の乏しい慢性期(chronic phase: CP、診断後約3~5年間、CML全体の85%)、②顆粒球の分化異常が進行する移行期(accelerated phase: AP、3~9カ月間)、③未分化な芽球が増加して急性白血病に類似する急性転化期(blast phase: BP、約3~6カ月)へ進展し、致命的となります(WHO分類2008<sup>2)</sup>の規準に従いCP、AP、BP期が定義される(表1))。

つまりAさんは、高校時代はCP、大学進学時はAPとなり、腹部の腫れは脾臓の腫れと思われます。イマチニブ効果・症状寛解判定は、白血球数・血小板数の正常化とBcr-Abl キメラ遺伝子の消失がキーポイントです。Aさんは約5年間症状安定でしたが、今回、増量になっていることからCMLはAPまたはBPに入っていると推察されます。

## Aさんに対する今回の指導のポイント

## ■ #1 今後の治療について

CMLに対しての治療は、以前はインターフェロンや造血幹細胞移植等の治療法しか選択肢がなく、治療成績も十分とは言えませんでした。イマチニブの登場により治療効果が向上しています。しかし残念ながら、Aさんのよう

表1 慢性骨髄性白血病の分類とその検査値目安<sup>2)3)</sup>

慢性期(CP)		移行期(AP)		急性転化期(BP)	
フィラデルフィア染色体	(+)	赤血球数	300万/μL		
Bcr-Abl キメラ遺伝子	(+)	血小板数	10万μL以下、または300万μL以上		
白血球数	著明な増加	慢性期治療に抵抗する白血球数	5万μL以上		
白血病裂孔	(-)	末梢血または骨髄中の好塩基球	著増(20%以上)	白血病裂孔	(+)
幼若顆粒球	段階的出現			幼若顆粒球	増加
骨髄穿刺		骨髄穿刺			
NAPスコア	低値	NAPスコア	上昇(100以上)		
LDH, ビタミンB <sub>12</sub>	上昇			リンパ節・その他腫瘍形成	
腹部画像	脾腫または巨脾				

(文献2, 3を参考に著者作成)

に長期的経過観察中に耐性ができ、病態が動き始めてしまう患者さんもあります。今回、増量で白血球数・血小板数の正常化と Bcr-Abl キメラ遺伝子の消失が見られれば、ケースによっては同種造血幹細胞移植を選択することもあります(図1)<sup>4)</sup>。最大800mgまでの投与が可能で、その場合は400mgを1日2回に分けて投与します。

イマチニブ増量で効果不十分となった場合でも、ニロチニブ、ダサチニブへの変更による治療にも希望があります。しかし、BP では寛解は難しく、通常の抗がん剤治療で効果不十分な場合は、副作用が軽いタイプの抗がん剤ハイドロキシウレアなどで白血球数をコントロールし、病気と付き合っていくことも検討します。

国立がん研究センターのがん対策情報センターから出ている冊子<sup>4)</sup>にも分かりやすい記載がありますので、利用するとよいでしょう。治療の経過を十分理解した上で、医師からの説明の前にネガティブな情報を与えないよう、説明時には患者さんの心理には十分配慮しましょう。

## ■ #2 薬物療法上の注意

イマチニブは、食事の影響は受けにくいものの、胃腸障害が出やすいので多めの水で服用します。絶対生物学利用率は98%と、吸収効率は良好です<sup>5)</sup>。重大な副作用は出血、消化管穿孔、重篤な体液貯留、重篤な腎障害、間質性肺炎、肺高血圧症、心膜炎、麻痺性イレウス、脳浮腫、血栓症等があります<sup>5)</sup>。今回は薬剤増量時であるため、特に注意します。グレープフルーツジュースやアセトアミノフェンは相互作用が出るので、併用しないよう指導します。

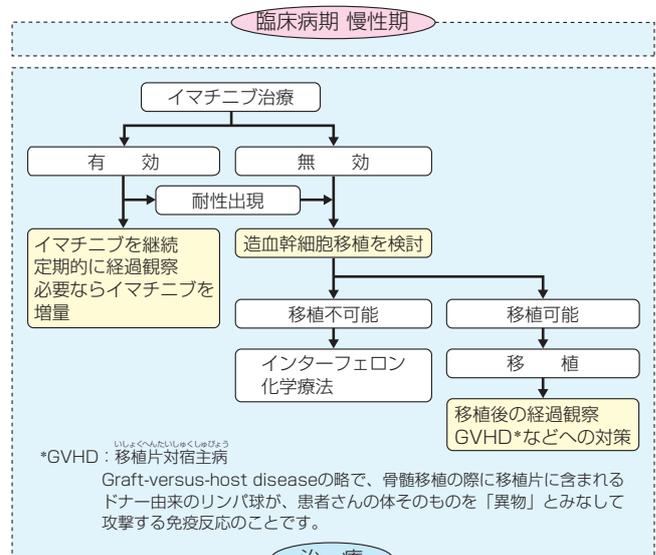
## ■ #3 生活上の注意点

体に大きな負担がかかっている状況ですので、体力温存につとめ、血小板の減少も認められますので、けが等がないように配慮します。

## ■ #4 医療費について

副作用の激しさによっては、休職等も検討が必要な場合があります。しかし、大きな疾患にかかったときに「治療に専念したい」と仕事を辞めてしまう方が時にいらっしゃいますが、傷病手当等の需給ができなくなるデメリットも

図1 慢性骨髄性白血病の治療<sup>4)</sup>



(出典：国立がん研究センター がん対策情報センター：がんの冊子 各種がんシリーズ 慢性骨髄性白血病 第2版)

あります。重要な決断は急がないよう、アドバイスも必要です。

白血病の治療は医療費が高額になることも患者の心理的負担になります。高度療養費制度<sup>6)</sup>については病院で説明を受けるはずですが、分かりにくい場合には薬局でもサポートをしてあげましょう。

## 参考文献

- 1) 日本血液学会編：造血器腫瘍診療ガイドライン2013年版[Web]. <http://www.jshem.or.jp/gui-hemali/table.html>
- 2) Swerdlow SH, et al. editors. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues [4th edition]. Lyon : IARC Press ; 2008.
- 3) 高久史磨監修, 黒川清ほか編集：臨床検査データブック LAB DATE 2015-2016. 医学書院. 2015.
- 4) 国立がん研究センターがん対策情報センター：がんの冊子 各種がんシリーズ 慢性骨髄性白血病(第2版). 2012.
- 5) 金岡祐次, 吉村知哲監修, 吉村知哲編：がん専門・認定薬剤師のためのがん必須ポイント(第3版). じほう. 2016.
- 6) 厚生労働省 HP：高額療養費制度を利用される皆さまへ. [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuuhoken/juuyou/kougakuiryuu/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/juuyou/kougakuiryuu/index.html)

\*連載「臨床薬学/臨床推論 一検査値から読み解く疾患情報」は今号で最終回となります。長い間ご愛読を賜りまして誠にありがとうございました。(編集部)

# 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

山本 真



第86回(最終回)

## 医療安全管理体制と診療報酬について

### 安全管理体制の立入検査にあたって 確認しておきたい主なポイント

これまで医療安全に関する情報を紹介してきましたが、今回で最終回となりました。そこで今回は原点に戻り、医療安全管理体制と診療報酬について復習します。まずは、全ての病院に対し共通に求められる安全管理体制(表1)について見ていきましょう。

立入検査時等には、必ず表1の6項目を詳細に確認されます。また、病院機能評価受審時のサーベイヤーによる訪問審査の中でも必ず確認が行われます。

このうち、主となる(ア)～(エ)までのポイントを紹介します。

(ア)定められた事項が文書化されており、医療に係る安全管理のための委員会(医療安全管理委員会)で策定および変更し、当該指針は従業者へ周知徹底することが求められます。ラウンド時には必ず「医療安全指針」の存在・保管場所を現場で確認します。また、「医療安全指針」を改訂する場合は、医療安全管理委員会に諮り、承認を得て議事録に必ず記録を残します。

(イ)委員は各部門の安全管理のための責任者等で構成されており、委員会の管理および運営規定が定められていることが求められます。また、委員会は月1回程度開催されており、重大な問題が発生した場合は、随

時開催することが求められます。安全管理委員会の委員は、院長・副院長・看護部長・事務長等の責任者が含まれているのか、委員の出席状況を確認します。半期ごとに少なくとも80%程度の出席率があることを確認し、出席率の低い委員には、出席の依頼を行い、業務の都合により出席が厳しい場合は委員(変更可の委員の場合)の変更も検討します。臨床研修病院等では医療安全管理者が医療安全管理委員会の構成員であることが求められます。

(ウ)医療機関全体に共通する安全管理に関する内容について、従業者に周知徹底を行うものであり、年2回程度開催する必要があります。また、実施した内容について記録を残す必要があります。少なくとも開催日時・出席者・研修項目が確認されます。開催したときに写真を撮っておいて、記録として残すと立入検査時等に具体的に状況が分かりやすくなります。特に出席率に関して細かく質問されることが多いため、全体の出席率のほか、職種別の出席率を集計しておくといでしょう。研修会に出席できなかった職員に対するフォローの方法や研修会に出席しやすくするための配慮についても質問されることが多いようです。研修会は1回ではなく、複数回開催し、開催日を複数化したり、時間を変えて開催する等は評価されます。研修会に参加できなかった職員に対しては、研修会を録画してDVD化し貸し出す等の方法も有効です。DVD化は研修会の内容の記録にもなります。

(エ)インシデントレポート、アクシデントレポート等の院内報告制度で事例を収集し、分析します。医療機関内の問題点を把握し、組織としての改善策の企画立案およびその実施状況を評価し、情報を共有化します。そのためラウンド時には、改善策が実施されているか、効果が出ているかを確認します。当然このラウンドの

表1 安全管理体制に求められる6項目<sup>1)</sup>

- (ア) 医療に係る安全管理のための指針を整備すること。
- (イ) 医療安全管理委員会を設置すること。
- (ウ) 医療に係る安全管理のための職員研修を実施すること。
- (エ) 事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善方を講じること。
- (オ) 医療事故に係る再発防止策の周知及び遵守。
- (カ) 医療事故防止マニュアルの作成等、医療機関内の業務全般に関して、標準化、統一化、規則化を推進し、定期的に改定すること。

表2 入院基本料のポイント<sup>2)</sup>

以下の5つの医療提供体制が、厚生労働大臣の定める基準に適合していない場合、**入院基本料が算定できない**。

- ①入院診療計画に関する基準
- ②院内感染防止対策に関する基準
- ③医療安全管理体制に関する基準
- ④褥瘡対策に関する基準
- ⑤栄養管理体制に関する基準

結果も記録として残します。

インシデントレポート、アクシデントレポート等の院内報告制度で事例を収集し、集計は行われていても、分析まで行われることは少ないようです。いろいろな分析手法がありますので、各施設で手法を選択し実際に分析することが重要です。代表的な分析手法にRCA(根本原因解析)があります。また、事故の未然防止のために、FMEA(故障モード影響解析)を実施することも有用です。

平成19年4月1日より、薬局開設者には「薬局における安全管理体制の整備」が義務付けられています。

### 入院基本料算定のために 基準の一つとなる医療安全管理体制

厚生労働省のホームページの中に保険診療における指導・監査に関するページ<sup>2)</sup>があります。ここに集団指導用資料として、「[スライド資料]保険診療の理解のために【医科】」が公開されており、改めて保険診療を理解するためには、とても分かりやすい資料となっています。また、保険薬局の先生方には【薬局】版が公開されていますので、新人教育や知識の再確認に活用できます。

上記の【医科】版の内容をみると、医療安全に関することに触れられていました。入院基本料算定のためには、5つの医療提供体制が厚生労働大臣の定める基準に適合してはならず、その一つとして医療安全管理体制があります(表2)。当然ですが、医療安全管理体制として、「医療事故等の院内報告制度の整備」、「安全管理のための委員会を月1回程度開催」、「職員研修を年2回程度開催」等が例に挙がっていました(表3)。

医療安全管理が病院の収益に貢献できる部分としては、医療安全対策加算1・2があり、入院初日に、そ

表3 入院基本料の基準<sup>2)</sup>

入院診療計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓医師、看護師、その他必要に応じて<b>関係職種が共同して診療計画を作成</b></li> <li>✓病名、症状、治療計画、検査内容・日程、手術内容・日程、推定される入院期間等について、<b>入院後7日以内</b>に文書により説明</li> <li>✓説明に用いた文書は患者・家族等に<b>交付</b>するとともに、その写しを<b>診療録に貼付</b></li> </ul>	等
院内感染防止対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓<b>院内感染対策委員会</b>を月1回程度、定期的に開催</li> <li>✓<b>感染情報レポート</b>を週1回程度作成</li> </ul>	等
医療安全管理体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓医療事故等の<b>院内報告制度</b>の整備</li> <li>✓<b>安全管理のための委員会</b>を月1回程度開催</li> <li>✓<b>職員研修</b>を年2回程度開催</li> </ul>	等
褥瘡対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓褥瘡看護に関する<b>臨床経験を有する専任の看護職員</b>等により構成される<b>褥瘡対策チーム</b>の設置</li> <li>✓日常生活の自立度が低い入院患者に対する<b>評価の実施</b></li> </ul>	等
栄養管理体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓保険医療機関内に<b>常勤の管理栄養士</b>を1名以上配置</li> <li>✓多職種が共同して<b>栄養管理手順</b>を作成</li> <li>✓入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認し、<b>特別な栄養管理の必要性の有無について記載</b></li> <li>✓栄養管理計画に基づいた栄養管理、栄養状態の定期的な記録</li> <li>✓栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直し</li> </ul>	等

れぞれ85点・35点を算定できます。感染防止対策加算と比較すると点数が低いと感じていました。しかし、入院基本料算定のためにも必要な体制であるため、職員全員でと研修会開催時等のアピールに使用し、参加率向上やインシデントレポート、アクシデントレポート等の院内報告制度の活性化に活用できます。

海上自衛隊岩国航空基地のガレージの中にも「俺がやらなきゃ 誰がやる!」「安全第一」と大きく掲示されていました。

安全文化の醸成は一朝一夕には進まず、じっくり時間をかけ、繰り返して行かなくてはなりません。組織の全員が当事者意識を持って、安全ファーストとなることを期待しています。

### 参考文献

- 1) 東京都福祉保険局医療政策部医療安全課：病院管理の手引き(平成29年3月)。
- 2) 厚生労働省ホームページ：保険診療における指導・監査。  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuuoken/shidou\\_kansa.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuoken/shidou_kansa.html)

\*連載「医療安全管理入門」は今号で最終回となります。長い間ご愛読を賜りまして誠にありがとうございました。(編集部)

## 薬剤師も知っておきたい厚生行政の傾向と対策

# 2018年度調剤報酬改定を先読みする —財務省の提案と厚労省の対案の実現性はどうか—

メディカル・テン代表

宮坂 佳紀



2016年度調剤報酬改定では、中医協だけでなく、改定財源を握る財務省の提案が議論に大きな影響を与えたと言っても過言ではない。同様に、2018年度調剤報酬改定も中医協のみならず、財務省の提案と厚労省の対案からスタートする様相となっている。本稿では、6月1日現在での調剤報酬改定の動向を取り上げ、実現性が高いと想定できる論点に絞り込んで、大胆に先読みしてみたい。

### 中医協総会で

### 2018年度調剤報酬改定議論がスタート

継続される調剤報酬の抜本の見直し

3月29日に開催された中医協総会は、2018年度調剤報酬改定に向け、これまでに類を見ないほど加速度を増して議論が開始された。調剤報酬改定の課題や論点を前年度に提示した厚労省の意図は、前回改定における調剤基本料の抜本改革並みの大きな改定を実施するため、「保険薬局側でも早い段階で準備を進めるべき」と示唆することが目的だ。それだけ厳しい改定となることが予測できよう。

厚労省は調剤報酬の課題として、(1)かかりつけ薬剤師・薬局の評価、(2)対人業務の評価の充実、(3)後発医薬品の使用促進策、(4)いわゆる門前薬局の評価の見直し——などの現状を報告。その上で、医薬分業の進展に伴い、薬剤料を中心として全体の調剤医療費は増加していると分析した。

保険薬局にとって、薬剤料や調剤技術料のマイナスを回避するためには、前回新設された

「かかりつけ薬剤師指導料」などの薬学管理料の効果的な算定を行うしか手立てはない。中医協総会でも「かかりつけ薬剤師・薬局の評価」の中で、「かかりつけ薬剤師指導料およびかかりつけ薬剤師包括管理料施設基準届出薬局は、2017年2月で2万9,086薬局、50.7%の薬局が届出した」との報告があった。厚労省は今後、改定の影響を検証した上で、患者本位の医薬分業を実現するため、薬局の機能に応じた評価の在り方などを論点として掲げている(表)。

### 診療側委員は院内処方と院外処方の 技術料見直しを要求

格差是正の結果、薬局はマイナス改定に

その他、日本医師会などが強く要望してきた「院内と院外処方の技術料格差」も課題として取り上げられている。中医協総会では「解熱鎮痛剤・抗生剤7日分処方」を例に、院内処方の薬剤師技術料を27点(調剤技術基本料月1回8点、内服薬調剤料9点、薬剤情報

### ■表 [参考] 2018年度改定における調剤報酬の課題

- 医薬分業の進展(処方せん枚数増加)に伴い、薬剤料を中心として全体の調剤医療費は増加傾向。
- 2016年度調剤報酬改定では、かかりつけ薬剤師・薬局の評価、薬局における対人業務の評価の充実、後発医薬品の使用促進策、いわゆる門前薬局の評価の適正化等を行った。その結果、改定直後の限られたデータであるものの、在宅対応を実施する薬局及び重複投薬・相互作用防止加算の算定件数が増加したほか、かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準の届出薬局は半数以上に達するなど、対人業務の増加傾向が見られる。
- 薬局における後発医薬品の数量シェアは増加しており、後発医薬品使用促進に貢献している。
- 薬局の中には、特定の医療機関からの処方せんを集中して受け付けること等により、かかりつけ薬剤師・薬局としての機能を十分に果たしていない薬局があるとの指摘がある。
- 地域包括ケアのチームの一員として、かかりつけ薬剤師が専門性を発揮して、服薬状況を一元かつ継続的に把握し、薬学的管理・指導を実施する体制の構築に取り組む必要がある。これにより多剤・重複投薬の防止や残薬解消などを通じ、医療費の適正化にも貢献することが期待される。



○患者本位の医薬分業を実現するために、前回の診療報酬改定の影響を検証した上で、累次にわたる調剤報酬の抜本の見直しを継続するべく、薬局の機能に応じた評価の在り方などについてどう考えるか。

(厚生労働省、2017年3月29日付、中央社会保険医療協議会総会資料より一部改変)

提供料〔手帳記載なし〕10点)と、かかりつけ薬剤師での調剤報酬178点(基準調剤加算32点、調剤基本料41点、調剤料35点、かかりつけ薬剤師指導料70点)と、門前薬局の調剤報酬105点から110点(調剤基本料20点から25点、調剤料35点、薬剤服用歴管理指導料50点)との比較資料を提示した。当然ながら日医選出の診療側委員は、院内と院外で調剤報酬の差が大きいと指摘。薬剤師がいる院内調剤の場合、かかりつけ薬剤師と同じ役割を果たせると主張し、「同じ仕事には同じフィーが必要」と強調している。

### 医薬分業率は診療報酬の誘導効果で70%超に 院内と院外の格差(技術料)は3.3倍

4月11日に開催された内閣府経済財政諮問会議の経済財政一体改革推進委員会・社会保障ワーキンググループ(WG)では、「調剤・薬剤費の動向分析」を踏まえ論点整理をしている。

具体的には「多すぎる薬剤の問題から多すぎる薬局の問題へ、対物業務への偏重」と強調。その上で「医薬分業率は診療報酬の誘導効果により70%超、院内院外格差(技術料)は3.3倍」「薬局数は約5万(2004年)から約5万8,000(2014年)に増加」「その半数は1人薬剤師薬局」であり、「脆弱なかかりつけ(一元管理)機能」と現状を指摘した。すなわち、薬剤師が1~2人の小規模薬局が8割を占める現状は、「かかりつけ機能」を担うには「脆弱」とし、何らかの「連携の評価」を検討すべきというのだ。

WG資料には「調剤技術料の見直し」の論点として、(1)対物業務に係る評価の適正化を行うとともに、対人業務を重視した調剤報酬を検討する。また、かかりつけ薬剤師・薬局の機能や、その機能を果たすために必要な連携体制等について検討し、患者の行動変容を起こさせるアウトカムの適切な検証と併せて、国民の納得を得られるような調剤報酬の在り方を検討する、(2)いわゆる門前薬局や門内薬局を含め、さまざまな形態の薬局が実際に果たしている機能を精査し、院内調剤と比べてどの程度の機能を果たしているかという観点も含め、報酬の在り方を検討する——ことを提案している。

### 調剤報酬改定は3つの論点に絞り込み

かかりつけ薬局、後発医薬品、院内・院外技術料格差是正

5月23日に開催された経済財政諮問会議では、厚

労相が、患者本位の医薬分業の実現に向けた薬局・薬剤師業務を推進するため、調剤報酬の抜本的な見直しを進め、患者にとって付加価値のある業務の評価にシフトしていく方針を打ち出した。

具体的には、(1)かかりつけ機能の推進と重複投薬の防止、(2)リフィル処方による患者本位の医薬分業の実現、(3)よりメリハリの利いた薬局の評価——の3項目を挙げた。

リフィル処方への対応や重複投薬の防止、後発医薬品の使用促進(2020年9月に80%以上)などを進めることは、医療費適正化への貢献にもつながるとの考えも示している。ここでも厚労相は、よりメリハリの利いた薬局の評価について、門前薬局と門内薬局の存在に言及。門前薬局と門内薬局では、調剤に係る報酬は変わらないものの、院内調剤との違いも考慮し、薬局が果たすべき機能に応じた評価をさらに進めるとの対案を示している。

このうち、リフィル処方については、これまで処方箋発行元である関係団体からの反対意見もあり、中医協総会でも課題として挙げられていないことから、時期尚早の感は否めない。

そこで、中医協総会での課題と財務省の提案および厚労省の対案から、2018年度調剤報酬改定の論点を3つに絞り込んでみた。それは、医療費適正化を念頭に、(1)複数の薬剤師を常時配置したかかりつけ薬局(健康サポート薬局など)を評価、(2)後発医薬品数量シェア80%超への対応として、加算要件引き上げまたはシェア率によっては減算、(3)院内と院外処方技術料格差是正——の3項目だ。

保険薬局にとって最も気になることは、中医協総会でも課題となっている「院内と院外格差(技術料)」がどこまで縮小、または院外技術料の引き下げが実施されるかだろう。具体的には、院内調剤技術料を引き上げる財源を、調剤報酬引き下げで賄うという「財政中立」の視点である。

これまで処方日数によって評価されてきた調剤技術料の引き下げが、次期改定の「調剤医療費適正化策」という最も大きな課題となりそうだ。

#### 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」



## 牛肉の夏しゃぶ

このような傾向の方におすすめ

- 高脂血症 ● 肥満 ● 高尿酸血症・痛風

サッと熱湯にくぐらせた牛しゃぶにせん切りレタスやみょうが、大根おろしを添え、ポン酢でいただきます。夏にぴったりのさっぱりおかずです。

### ◎管理栄養士からのレシピポイント

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。牛肉は熱湯にくぐらせてしゃぶしゃぶにすることで余分な脂肪が落ち、カロリーダウンにつながります。

#### 材料（2人分）

牛もも薄切り肉（脂身なし） 160g  
オクラ 4本  
きゅうり 1/2本  
みょうが 2個  
レタス 大1枚  
ミニトマト 2個  
大根おろし 200g（1カップ）  
ポン酢 大3

#### 作り方

- ①オクラは塩少々（分量外）で表面をこすり、牛肉とともに熱湯にさっとくぐらせ氷水にとる。
- ②きゅうり、みょうが、レタスはせん切りにし、ミニトマトは半分に切る。①のオクラは食べやすく切る。
- ③②の野菜とともに①の牛肉を盛り付け、大根おろしとポン酢をかける。

- 塩分（1人前） 1.4g
- カロリー（1人前） 193kcal
- 調理時間：15分
- 分類：主菜
- 難易度：簡単
- ジャンル：和



©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/>

新発売

薬価基準収載

## 日本ケミファの平成29年6月発売品目

胆汁排泄型持続性AT<sub>1</sub>受容体ブロッカー

処方箋医薬品<sup>注</sup>

テルミサルタン錠20mg・40mg・80mg「ケミファ」  
＜日本薬局方 テルミサルタン錠＞

テルミサルタン錠 40mg「ケミファ」



（剤形写真）

ロイコトリエン受容体拮抗剤 / 気管支喘息治療剤

モンテルカスト細粒4mg「ケミファ」  
＜モンテルカストナトリウム細粒＞

モンテルカスト細粒 4mg「ケミファ」



（包装写真）

ロイコトリエン受容体拮抗剤 / 気管支喘息治療剤

モンテルカストチュアブル錠5mg「ケミファ」  
＜日本薬局方 モンテルカストナトリウムチュアブル錠＞

モンテルカストチュアブル錠 5mg「ケミファ」



（剤形写真）

注）注意 - 医師等の処方箋により使用すること

- 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

H29-6

### 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8・9月合併号]

発行日 ■ 2017年7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