

薬剤師が取り組む フィジカルアセスメント ～CDTM実践への戦略的アプローチ



ファルメディコ(株) 代表取締役社長 狭間 研至 氏

がん化学療法における薬剤師の役割は、処方せんに従った薬剤の調製と処方せんの疑義照会に限定されると多くの薬剤師は誤解している。「イブニングセミナー」の講師となった狭間研至氏は、処方した医師の意図した効果が薬剤を投与された患者に現れているか否かを検証することも薬剤師の職務であり、そのために薬剤師も患者のバイタルサインを取るべきであると主張する。米国から日本に持ち込まれ、今後広がり期待される医師と薬剤師による共同薬物管理(Collaborative Drug Therapy Management; CDTM)の概念が有力なツールになるという。

薬剤師の方々は常々、医療の世界で八方ふさがりという話をする。色々な薬剤師さんとお会いして話をしていると、金魚鉢の金魚というイメージがある。色々な所へ行きたい、しかし見えない壁があると。ところが、金魚鉢の天井は開いており、飛び出すことが可能である。つまり、飛び出そうと思ったら、いつでも天井は開いているのである。

在宅死亡率 40%に 全ての施策は取れんする

現在、急性期医療の入院期間は9日～2週間で、バックアップ病院でも90日間。そうすると介護施設、在宅で長期にわたって療養するという時代が今まさに来ている。厚生労働省は2025年に向けて「在宅死亡率40%」という大目標を掲げているが、現在の在宅死亡率は約12%であり、在宅で亡くなる方は今後、圧倒的に増えることになる。2025年になると年間に160万人が死亡するが、現在の病床数、老人保健施設、特別養護老人ホームのままであれば、47万床不足するという試算がある。今後、そこに向かってこの

国の色々な施策が取れんしていくことになる。

それでは13年後にどのような疾患があるのか。急性期医療は今より進歩するので、心・脳血管疾患の患者は救命されていく。そうした患者たちは合併症を持ちながら、病院外で療養することになる。一方で、喫煙率はまだ高く、しかもメタボリックシンドロームの患者も増える。両方もがんに関係しているために、がん患者数、が

んによる死亡の件数は現在よりも増加することになるといえる。

薬余りは医療崩壊の1つの形

在宅で長期療養する患者が増える問題となるのが、「医師が処方した薬剤を適正に使用することができずに大量に余る」という事実だ。英国、カナダのデータでは全医療費の0.8～1.8%に相当する薬剤費が無駄になっているが、これを日本に当てはめると0.5



司会
国立がん研究センター
中央病院薬剤部
牧野 好倫 氏

兆円が捨てられていることになる。

これは見かけ以上に深刻な問題であり、「医療崩壊」の1つの形と言える。適切に薬剤が使用されていないのに、在宅ではきちんと服用されたものと想定して診察することになるからだ。つまり、医師が意図した治療が行われないうちに、患者は誤った治療判断を受けながら、ずっと治療が進行していく。これは由々しき問題であり、まさに医療の崩壊は深く速く進行しているのではないかと思う。

在宅で薬剤を受け取ることは地域医療の重要な点である。ここで問われるのは、こうした状況の中で薬剤師の使命は何かということだ。薬をデリバリーするだけではないことは明らかである。薬を出して、一体いつ頃から副作用が起こり始めるのか。地域連携の中で重要な知識、情報も、1つ1つ記憶していなくてもGoogleなどの最新のITシステムで十分カバーできるはずだ(図1)。

患者へのボディータッチも 薬剤師の仕事

本当に患者が処方どおり服薬しているのか。そしてその結果が、医師の意図したものになっているのか。それを探ることも薬剤師の仕事の1つである。医師と薬剤師が処方の結果を共同で検証するための共通言語が患者の血圧や体重、体温、心拍といったバイタルサインであり、在宅でも心電計を持って行って、心電図を測定することができる。バイタルサインを得るために患者の身体に触れることは薬剤師ではできないと思っている方が多くいるが、これは誤解である。

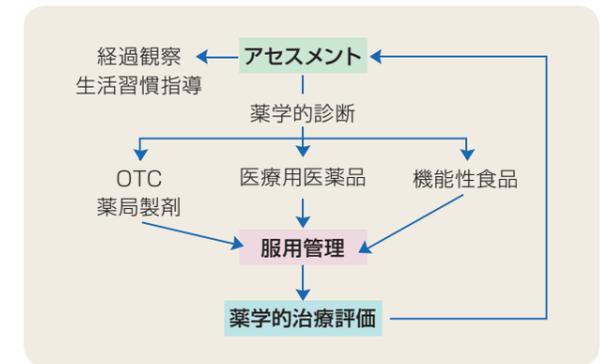
医師法17条には「医師のみが医療

行為を行う」とあり、薬剤師のボディータッチが医業として認定されるならば、医師法17条に違反することになってしまう。「医業」については平成17年の医政局長通知(医政発0726005号)で「医行為の反復継続である」と定義されているが、この中でバイタルサインの取得の殆どが医行為ではないとされた。もう1つ重要なのが薬剤師法25条の2である。ここでは「適正使用のための情報提供義務」が薬剤師にあると定められている。義務、つまりやらなくてはいけないわけだ。

医師としては薬剤師に患者の家に呼んでもらって、バイタルサインをチェックしてきてほしい。医師が処方している薬が本当に正しいのか見て来てほしい。疑義照会のタイミングではなく、医師に情報を提供してほしい。これが軌道に乗れば、薬剤師と医師とが共同で薬物管理をしているということが実感できるはずだ(図2)。CDTMは米国で生まれた概念だが、これについて行かなければ遅れてしまうと思う。事前に合意されたプロトコルに従って薬剤師と医師とが協働する。事前に合意するという事は、決して上下関係ではないのである。

がんの化学療法では、薬物の用量、奏効、完遂率の3つが重要だが、患者にとっては最後まで標準治療として

図2 薬局でのプライマリケア



© Kenji Hazama, M.D., Ph.D.

設置された治療が完遂できるかどうか非常に大きな意味を持つ。調剤指針第13改定にも薬剤を交付した後もその経過を見ていくと定められているが、「薬業連携」も目的ではなく、治療の完遂率を上げるための手段であるということを外してはいけない。

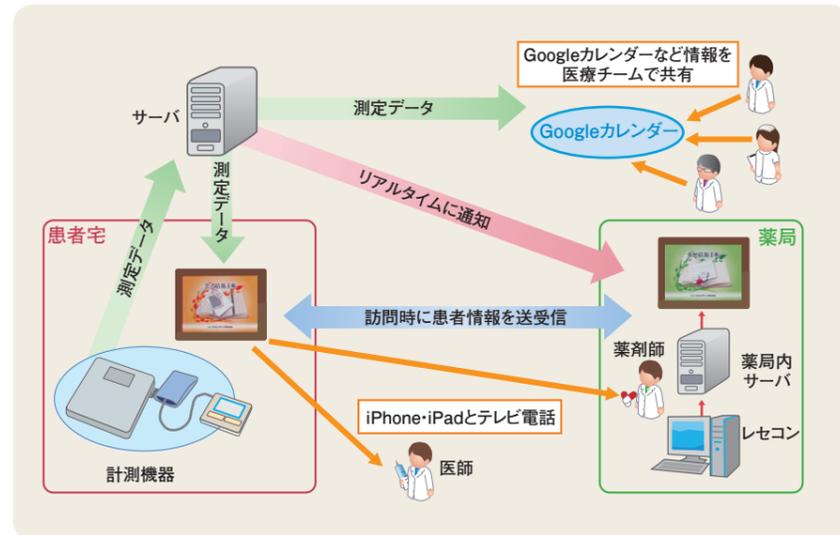
アセスメントができる薬剤師を

昔の薬剤師もOTCについては決断していた。しかし、インスリンもオピオイドも抗がん剤についての知識もなかった。しかし、現在の薬剤師はその知識を持っている。「こんな処方せんが、うちに来たら困る」。こういう調剤薬局はもはや通用せず、薬剤師も決断してほしい。このとき、患者をアセスメントする行為が欠かせない。今年4月に6年制の薬学教育を受けた薬剤師が誕生した。これは以前の薬剤師とは異なる医療人が26万人も誕生したことを意味しており、これが薬学部6年制の「キモ」だと考えている。そのポイントは何かというところ、患者をアセスメントすることであろうといえる。

狭間研至(はざま・けんじ)氏

1969年大阪生まれ。95年に大阪大学医学部を卒業し、大阪府立急性期総合医療センター、宝塚市立病院に勤務。2000年に大阪大学大学院医学系研究科博士課程に入学、04年医学博士。03年に狭間薬局を運営するファルメディコ(株)の代表取締役役に就任。08年に一般社団法人「薬剤師あゆみの会」の理事長に就任。著書に「薬剤師のためのバイタルサイン」「外科医、薬局に帰る」がある。

図1 最新のITシステムによる患者情報の活用



© Kenji Hazama, M.D., Ph.D.