

専門薬剤師に必要な医師との共同薬物治療管理

避けては通れないフィジカルアセスメントの実践

高齢者人口が加速して増える中、薬剤師が薬剤師であることの根源的な意味を再評価する動きが強まっている。医療リソースとしての薬局・薬剤師に注目し、多職種連携の下に在宅医療を支える次世代型「薬局3.0」への進化を提唱する日本在宅薬学会（日在薬）の狭間研至理事長に、薬剤師機能の本質について聞いた。 【聞き手＝大阪支局編集部・大津好広】

要件提示に入った 日在薬認定薬剤師制度

——2012年7月に立ち上げた日在薬の現状からお願いします。

狭間 薬剤師の職能拡大と薬局の機能拡張を目的にした旧在宅療養支援薬局研究会（2009年12月設立）から名称変更しました。丸3年が経過し、バイタルサイン講習会の受講者は1,300人を超えています。

うち講習会を開催できる認定ディレクターが101人、実技指導にあたるインストラクターが約200人（2012年度末見通し）です。

バイタルサインを採集する手技はツールに過ぎません。それより薬剤師が手掛けてこなかったフィジカルアセスメントの実践という「アイデア」に関心が寄せられ、大きなムーブメントになりました。現在、認定ディレクターを中心に組織する評議員会では、「バイタルサインの手技をどのような領域で活用するのか」がクローズアップされています。

総論的には薬理学、薬物動態学、製剤学などが必須になるでしょう。薬理学と薬物動態学は菅野彊氏（岩手県・どんぐり工房）、製剤学は簡易懸濁液や褥瘡について専門家をお招きし、シリーズ化した

講習会を計画しています。

——日在薬認定薬剤師制度の見通しは？

狭間 評議員による専門薬剤師制度検討委員会を設けました。まず、認定薬剤師をつくり、それから次のステージへと進みます。研修プロバイダー「薬剤師あゆみの会」の流れもあり、日在薬としても薬剤師認定制度認証機構（CPC）の認証を受けたい。

認定薬剤師は現在、要件提示に入っています。知識・技能・実践それぞれに項目を設け、それを満たす内容について議論している段階です。

ジェネラリストとしての薬剤師をベースに位置付け、その上に特定あるいは専門領域を乗せる形で薬剤師あゆみの会との整合性を図ります。2012年度内に概要を固め、2013年4月から告知できる体制にしたいですね。

在宅医療の現場では、知識・技能・実践経験を積んでいることを薬剤師以外の医療専門職に分かりやすく示す必要があります。講習会に何回か出席すると登録されるといった「ラジオ体操、形式ではなく、「さすがに認定バッジを付けた専門薬剤師は違う」と思われるだけの実践力を備えているべきでしょう。

薬剤師の専門化で軽減される 医師の過剰負担

——昨年10月に開設された「神戸がんサポートセンター」の滑り出しはいかがでしょう。

狭間 患者さん向けのイベント開催や外装の見せ方、ネットでの情報発信など、試行錯誤しながらアピールを重ねているところです。

一般的な調剤薬局に勤める薬剤師は、オープンした日から患者さんが来ると思いがちですが、そうではありません。開局したことや提供するサービスの内容などを周囲に知らせる企業努力が必要です。これは経営者だけでなく、勤務する薬剤師も一緒に考えてほしい。処方箋発行施設に頼らなくても、本来的に薬局は独自に集客できる価値と機能を持っているはずですよ。

——がんサポートセンターに勤務する薬剤師はスペシャリストですか。

狭間 当社（ファルメディコ）では現在、化学療法のスペシャリストはいませんが、1人の薬剤師は神戸大学医学部附属病院で1カ月研修を修了しています。抗がん剤治療に適したヒアリングシートの検討も行っています。日本臨床腫瘍学会でも保険薬局の薬剤師が取れる認定薬剤師制度の検討が始まるなど、今後、外来化学療法支援に薬局薬剤師が関わる流れが加速していくでしょう。

——薬剤師がエキスパートにな



狭間研至理事長

ることの意義をどのようにお考えでしょうか。

狭間 まず医師の負担が相当軽減されます。地域連携パスのような概念になりますが、薬剤師が患者さんの状態を常に把握し、状況次第で投薬の中断を含む医師への勧告を行う。神戸大学医学部付属病院は、神戸での取り組みも地域医療連携の中で進めていくことになると思います。

——薬物療法への関与が深まっていますね。

狭間 薬歴管理のあり方が変わることになるでしょう。処方箋監査、調剤ではなく、服薬指導から先の領域へと踏み込みます。服薬指導は薬の飲み方でなく、むしろ飲んだ後にシェアが広がっていかなければなりません。そうすると、フィジカルアセスメントは避けて通れなくなります。

専門・認定制度に不可欠な 系統的教育プログラム

——専門医と比較して、専門薬

剤師は横断型のイメージです。

狭間 基本的にそうなるでしょうね。抗がん剤には詳しいけれど湿布薬の指導をしたことがないなんて困りますからね。専門医もプライマリケアがベースになります。

日本薬剤師会のポートフォリオシステムなどが普及すると、現場における実効性も向上すると思います。何時間受講して何単位取得したということではなく、具体的に何ができるかが問われます。

——専門薬剤師に求められる資質とは何でしょうか。

狭間 処方箋調剤だけでは専門性以前の話です。服薬指導も薬歴ソフトがあれば形式的にはできます。また、その情報は患者さんもネットで容易に検索できる。ポイントは調剤薬を渡した後の管理です。それには当然、知識と技術が必要です。専門・認定薬剤師制度には、系統的な教育プログラムが不可欠です。

——専門薬剤師制度の認知度向上は「服用後」の管理ができるか否かにかかっていますね。

狭間 患者の状態が把握できるようになることは極めて重要です。薬物負荷がかかった後、何日目にどういう作用が起りやすく、いかに対処するかなどマネジメントができると、医師との「共同薬物治療管理」が可能になります。

す。専門薬剤師および認定薬剤師は、これに尽きると私は考えます。

——医師と薬剤師の新しい連携の形です。

狭間 薬学教育が6年制に移行したことは、結果的に大きな影響を及ぼしていると言えますね。今までと同じことをしているとおかしいという雰囲気が出てきています。

一方、経営効率で評価すると、進めにくい。そこからは経営者の決断になります。

私の提唱する「第3世代薬局」は、従来型の調剤薬局からの離脱を目指したものです。皆、変化の必要性を感じていますが、具体的にどう離脱すればいいか見いだせなかった。処方箋監査から調剤までは機械や事務の人がやればよい。これからの服薬指導・薬歴作成は、14日間で何が起るかということを考えて行うものであってほしい。薬歴に記載するのは過去の記録から未来の予測へとシフトしていくのではないのでしょうか。

薬剤師の強みである専門性をどのように組み込めば治療のアウトカムが良くなるか。これを追求することが、米国式 CDTM ではなく日本語で共同薬物治療管理を考える実践につながります。その延長線上で専門薬剤師制度が見えてくるのかなという印象です。