

平成20年度
医薬分業指導者協議会
資料
(別冊)

厚生労働省

平成21年3月13日

平成19年度医薬分業計画策定事業報告書

平成19年度医薬分業計画策定事業報告

東京都薬剤師会北多摩支部

目次	・ ・ ・ ・ 1
はじめに	・ ・ ・ ・ 2
第Ⅰ章 薬局関連医療計画モデル	・ ・ ・ ・ 3
1. 北多摩支部における地域医療連携実践例	
『国立市における、まちかど保健室 の試み』	・ ・ ・ ・ 4
『立川市などでの結核パスポートを用いた服薬管理の試みと、これからの展望』	・ ・ ・ ・ 5
『おくすり手帳に貼る便利シールを北多摩支部でつくってみる』	・ ・ ・ 1 3
2. これからの地域医療連携を提案する	
『シンポジウム』速記録 ※専門業者に依頼	・ ・ ・ 1 4
付録『シンポジウム』動画。(DVD-ROM内に添付)	
『シンポジウム』資料	・ ・ ・ 5 4
『パンフレット』	・ ・ ・ 5 6
第Ⅱ章 医薬分業計画モデル	・ ・ ・ 8 4
1. 北多摩支部における医薬分業の質的向上をめざした実践例	
後発品の比較実験	
『クラリスロマイシン』『フルチカゾン』など	・ ・ ・ 8 5
「後発品の比較を、もっともっと行ってみる」	
2. 動画閲覧システム導入による在宅研修の試み	・ ・ ・ 9 2
eラーニング環境の薬剤師会による提示を視野に 導入方法・導入事例。	
数年後のeラーニング環境シミュレーション ポータルサイトの運用	
まとめ	・ ・ 1 0 4
北多摩支部プロフィール	・ ・ 1 0 5
実行委員名簿	・ ・ 1 0 6

はじめに

少子・高齢社会の到来や医療の高度化・多様化など社会環境等が大きく変化する中、患者の視点に立った安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築が今望まれている。その基盤整備の一つとして医療従事者の資質向上が上げられ、薬剤師も例外ではない。保健医療分野では、医師・歯科医師・薬剤師・看護師をはじめとする様々な職種が、その専門性を活かすとともに相互に連携することによって、質の高いサービスの提供が可能となる。医療の高度化、専門化、保健医療ニーズの多様化そして医薬分業の進展に伴う医薬品の適正使用の促進といった社会的要請にこたえるため、質の高い薬剤師の養成（平成18年度から大学の薬学教育については、6年制課程へ移行）と確保が重要な課題となっている。そしてそのことは、とりまおさず医薬分業そのものの質的向上が求められていると言えるのかもしれない。

平成19年4月から薬局が「医療提供施設」に位置づけられたことから、薬局には、医薬品等の安全管理体制の他「おくすり手帳」を活用した調剤等における情報提供体制を整備することが求められている。おくすり手帳は、後発医薬品の使用促進とも絡み変更前後の医薬品名の確認のみならず、変更前後の体調変化についてのチェック欄を設けることでよりいっそう患者本人と医療提供者をつなぐ連携ツールの一つとなることが予想される。

これからの医療の方向性として、医療機能の分化・連携の推進による切れ目の無い医療の提供、在宅医療の充実による患者の生活の質（QOL）の向上などが示されている。そんな中、薬局が提供する在宅医療サービスの充実として、居宅における調剤業務の一部実施や近隣薬局間での麻薬の受け渡しが可能となっている。これら、法的整備が進む昨今、薬局が地域の診療所や訪問看護ステーション等と連携して在宅医療サービスを提供しているよう、薬局の役割について十分に検討を行うとともに、相互の顔が見える関係構築が必要と考える。

東京都薬剤師会北多摩支部（以下、北多摩支部と呼ぶ）が取り組んだ、医薬分業の質的向上を目指した実践例2例及び行政、病院、介護施設なども含めた薬局との医療機能連携に関わる事例2例、そして医師・歯科医師・薬剤師・看護師をはじめ介護職までも含めた形で執り行われた様々な職種の方との在宅医療推進のための地域医療連携に関するシンポジウム「薬剤師に求められる地域医療連携 ～他職種との連携の始め方～」についてここに報告する。

第I章 薬局関連医療計画モデル

1. 北多摩支部における地域医療連携実施例

- ・北多摩支部における地域医療連携の先進事例として、行政と連携し、薬局が身近な地域で情報収集や健康相談ができる場として活動した実施例(1)
- ・現代型・都市型結核の克服に向けて地域連携クリニカルパスによる地域服薬支援活動に参加した実施例(2)
- ・医療機関と連携し、お薬手帳を介した患者さんの服薬情報の共有を図る活動である実施例(3)について報告する。

実施例1 『国立市における、まちかど保健室 の試み』

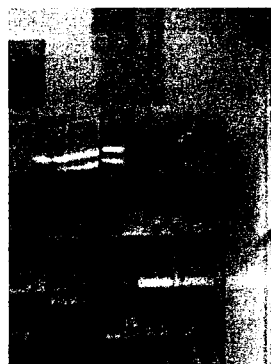
国立市薬剤師会
西武薬局
椎木 滋郎

国立市と国立市薬剤師会が行っている事業で“まちかど保健室”は平成15年12月から始まった。概要は、国立市内の5ヶ所の薬局の店舗内の一部に自動血圧計とパンフレット、休憩できる場所を設置するものである。また、市保健センターの保健師による巡回相談をすることを柱にして運営をしている。

なぜこのような事業を始めたかという、平成13年より“元気なくにたち健康づくり計画”という審議会を立ち上げてその中で国立市の地域特性及び社会資源を生かした市民の健康づくりに必要な施策についての審議会の中で身近な地域で情報収集や健康相談ができるような場を作ったり、ウォーキングや散歩の途中に立ち寄ることができる拠点作りを行い健康への意識の高揚を図るためにというおもいではじめた。

はじめた頃は、保健師の巡回相談を月2回各店舗でしていたが、思ったほどの相談が無い各店舗で相談者がいた時に保健センターの保健師さんと連絡を取り合って相談することにした。

また健康に関するパンフレットや国、都、市で実施している講演会等のお知らせを置いて、市民の皆さんに情報提供をしている。



5年が経過したので見直しを行い利用は少ないが、息の長い事業なのでそのまま実行していくことに決まった。血圧測定とパンフレットなどは沢山の方の利用があり相談は、別の日になるので結構日にち時間などがうまく合わないと思われれます。

北多摩支部では従来より、行政より依頼されたポスター掲示やリーフレットや健康関連パンフレットの設置などの健康関連情報の提供につとめてきた。

今後は、国立市におけるまちかど保健室を参考に医薬品の適正使用へ貢献し、薬局が地域住民の健康情報・健康相談の拠点となるように努力していきたい。

実施例2 『立川市などでの結核パスノートを用いた服薬管理の試みと、これからの展望』

多摩立川保健所・多摩府中保健所管内医療連携
「結核地域連携クリニカルパスについて」

立川市薬剤師会
ファーマシーメント柏町薬局
古谷 美穂子

(1) 結核地域連携パスとは

結核地域連携パス（以下連携パス）は、結核を治療するすべての患者の完治を目標に、

- ① 患者の主体的な治療参加、②病診連携の促進、③服薬支援の連携強化、を目指して作成したものである。

連携パスは、①各機関別の連携パス；各機関（病院、診療所、薬局、介護機関・生活、保健所）で実際に行う具体的な支援、手順内容が記されたもの。②医療機関別パス概要版；時間軸を基軸に各機関別パスを一覧した表。③本人用パス（以下服薬パスノート）；患者本人がもつパス。実際の進行状況を記入、確認する。の3つから構成されている。

資料1；地域連携パス薬局用1（退院～外来治療1か月）

資料2；地域連携パス薬局用2（外来治療2か月～4か月）

資料3；服薬パスノート記入例

資料4；地域連携パス進行管理シート

平成18年度は試案を作成、試行計画を立案し、19年度、試行及び評価の実施、連携パスの完成、平成20年度以降定例事業化となる。

(2) 連携パス検討委員会

パスの作成、実施検討は以下の機関のメンバーでおこなっている。

医療機関；都立府中病院医師、看護師、立川市医師会医師

保健所 ; 多摩立川保健所・多摩府中保健所保健対策課感染症対策係

薬局 ; 立川市薬剤師会薬剤師 (古谷出席)

介護保険機関; 立川市地域包括支援センター看護師

今後検討委員会は順次拡大していく予定である。

(3) 「DOTS」について

DOTSとは、Directly Observed Therapy Short course (直接監視下短期化学療法) の略。WHOが打ち出す結核対策戦略であるが、平たくは、確実な服薬のための患者支援。患者入院中は院内DOTS、退院してからは地域DOTSとなる。

地域DOTS患者は3つのタイプにより、支援の方法が異なる。

- ① Aタイプ; 治療中断リスクの高い患者・・毎日服薬支援をおこなう。(地域の診療所、薬局などに毎日服薬のため来てもらう、または出向いていく)
- ② Bタイプ; 服薬支援が必要な患者・・週1から2回程度の服薬支援をおこなう。
- ③ Cタイプ; 自己管理が可能な患者・・月1から2回程度の服薬支援をおこなう。

4. コホート検討会

集団的にみた(コホートの)結核治療の成績を客観的に評価する。多摩立川保健所では年2回おこなわれる。内容は①結核の新規発生状況の分析、②治療成績の検討、③DOTS実施状況、④連携パスの活用について、など。

出席者は連携パス検討委員会とほぼ同じだが、結核予防会顧問、DOTS支援をおこなった薬局も参加する。コホート検討会の開催により、地域における服薬支援への移行がスムーズになるだけでなく、連携の意識が高まると思われる。

私はこの地域連携システムにかかわってきて、結核治療は特殊な事例ではあるが、医師、保健所と薬局薬剤師が密接な関係を持ち、患者の治療について開かれた情報の中で服薬支援を行い、(もちろん個人情報には万全の注意をはらい)治療効果を上げることは、薬剤師にとっても大きな前進であると思う。結核だけでなく、もっと患者個人個人に適切な服薬指導ができれば医療の効率も上がるのではないかな。

最後に、以下は当薬局で服薬支援をおこなった感想を保健所に提出したものである。

初めてのDOTS支援

(1) DOTS開始まで

平成19年9月12日、多摩立川保健所にて、コホート検討会に出席した際に、保健師さんから、「ミントの近くにお住まいで、現在保健所にてDOTS支援中の患者さ

まがいらっしゃるのだけど、そちらで引き継いでもらえないか」というお話があり、スタッフと相談の結果、お受けすることにしました。

19日、早速保健師さんが薬局にみえて詳細の説明をいただき、翌20日、スタッフ全員と結核治療およびDOTSの説明をうけました。患者さま(Aさん)とも面談し、毎日11時に来局してその場で服薬してもらうことを決めました。

Aさんはすでに3か月の入院DOTS、1か月の保健所DOTSをうけていて、その間は何の問題もなく、私どもでは、約2か月引き継ぐだけでしたが、果たしてうまくできるのだろうか?Aさんが来なかったらどうしよう?具合が悪くなったときはどうするんだっけ??と不安をかかえつつ、開始しました。

(2) いよいよ開始

Aさんは服薬パスノートではなく、病院で渡されたチェックシートを使っていたので、継続してそちらに記入することにしました。毎日、HRE3種類の薬を3錠ずつ計9錠を一袋にいれておき、確認しながら服用してもらい、体調の変化などがなければ、印をおします。ご自分でボールペンも持参するほど、几帳面で真面目な方の反面、こちらから話しかけても最低限のお返事しか戻ってこない口数の少ない方で、初めは戸惑ってしまいましたが、毎日お会いするうちに、だんだん笑顔もでるようになりました。

約束の時間に見えなかったのは一度だけでした。丁度深夜の仕事を始めたばかりで、起きられなかったのかな?具合悪くなったのかな?と40分程過ぎた頃お電話してみると、「寝ちゃってた、今から行きます」とのお返事。体調が悪い訳でなくほっとしました。

(3) 終了式

そして11月5日、終了式。保健師さんもみえて終了証書をお渡しし、薬局からもささやかなプレゼント。でも恥ずかしそうに俯くだけのAさんでした。

後日、それも忘れかけた頃、Aさんからのお礼状がきたと保健師さんから連絡をいただき、そこには、「6か月間、毎日きちんと飲めた」と題名つきで、お礼の言葉が綴られていました。あの、口数少ない、シャイなAさんが一生懸命書いてくださったと思うと、私たちが達成の喜びを感じずにはいられません。

(4) 終了して感じたこと

・患者さまと薬局が早く信頼関係を築くには、退院の頃から面談をして、少しでも地域の施設に向く(または来てもらう)不安を減らしておいた方がいいと思います。薬局としても信頼されているか不安です。

- ・今回は退院処方とは別の薬局で調剤した薬で、それを預かっていただけなので、薬局としては金銭的なメリットはゼロでした。スタッフも気持ちよく応じてくれていましたが、やはり、「気持ち」だけでは、長続きしないと思います。
- ・Aさんのお礼状はかかったすべての人にとって感慨深いものでした。患者さまの感想は、次に続く財産だと思えますので、これから治療を受ける方にも、励みになるよう、また問題点はその都度改善していけるよう、大切にしてほしいと思います。治療を始めたすべての人が、終了の喜びを感じることができるよう。

北多摩支部としては、今後とも地域におけるDOTSの推進に向けて、薬局DOTSの参加薬局の拡充を図っていきたい。

資料1

地域薬局バス 薬局用	人取 1~277日	通原	不交伝票(伝票) 薬局	不交伝票(伝票) 薬局	様式1-3
アットカム(形勢の調査)での受まじり依頼(受取目録)	<input type="checkbox"/> 依頼前等上乗後の支援体制について情報交換(必要時、病院で行動改善説明) (所要時間に応じて) (要領書・要領書との連携のために行われる)	<input type="checkbox"/> 依頼前等上乗後の支援体制について情報交換(必要時、病院で行動改善説明) (所要時間に応じて) (要領書・要領書との連携のために行われる)	<input type="checkbox"/> 依頼前等上乗後の支援体制について情報交換(必要時、病院で行動改善説明) (所要時間に応じて) (要領書・要領書との連携のために行われる)	<input type="checkbox"/> 依頼前等上乗後の支援体制について情報交換(必要時、病院で行動改善説明) (所要時間に応じて) (要領書・要領書との連携のために行われる)	<input type="checkbox"/> 依頼前等上乗後の支援体制について情報交換(必要時、病院で行動改善説明) (所要時間に応じて) (要領書・要領書との連携のために行われる)
<input type="checkbox"/> 依頼前等上乗後の支援体制について情報交換(必要時、病院で行動改善説明) (所要時間に応じて) (要領書・要領書との連携のために行われる)	<input type="checkbox"/> 依頼前等上乗後の支援体制について情報交換(必要時、病院で行動改善説明) (所要時間に応じて) (要領書・要領書との連携のために行われる)	<input type="checkbox"/> 依頼前等上乗後の支援体制について情報交換(必要時、病院で行動改善説明) (所要時間に応じて) (要領書・要領書との連携のために行われる)	<input type="checkbox"/> 依頼前等上乗後の支援体制について情報交換(必要時、病院で行動改善説明) (所要時間に応じて) (要領書・要領書との連携のために行われる)	<input type="checkbox"/> 依頼前等上乗後の支援体制について情報交換(必要時、病院で行動改善説明) (所要時間に応じて) (要領書・要領書との連携のために行われる)	<input type="checkbox"/> 依頼前等上乗後の支援体制について情報交換(必要時、病院で行動改善説明) (所要時間に応じて) (要領書・要領書との連携のために行われる)

結核地域連携パス	東京都	外来連携(診療機関: 2ヶ月) 外来連携(3ヶ月)	外来連携(診療機関: 2ヶ月) 外来連携(3ヶ月)
連携パス 連携日	連携パス 連携日	連携パス 連携日	連携パス 連携日
連携パス 連携日	連携パス 連携日	連携パス 連携日	連携パス 連携日
連携パス 連携日	連携パス 連携日	連携パス 連携日	連携パス 連携日
連携パス 連携日	連携パス 連携日	連携パス 連携日	連携パス 連携日
連携パス 連携日	連携パス 連携日	連携パス 連携日	連携パス 連携日
連携パス 連携日	連携パス 連携日	連携パス 連携日	連携パス 連携日
連携パス 連携日	連携パス 連携日	連携パス 連携日	連携パス 連携日

結核地域連携パス進行管理シート パスID 様式8

送付先	関係機関名	連絡窓口	FAX番号
<input type="checkbox"/> 医療機関	府中病院呼吸器科	先生 様	☎ - ☎ - ☎
<input type="checkbox"/> 薬局			
<input type="checkbox"/> 介護保険・生活			
<input type="checkbox"/>			

治療経過	退院時	外来開始時	通院1ヶ月目	2ヶ月目	3ヶ月目	4ヶ月目	5ヶ月目	6ヶ月目
H / 年 / 月 / 日	H /	H /	H /	H /	H /	H /	H /	H /
医療機関① 確認日(月/日)	/	/	/	/	/	/	/	/
ハリアンス	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無
保健所② 確認日(月/日)	/	/	/	/	/	/	/	/
ハリアンス	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無
薬局③ 確認日(月/日)	/	/	/	/	/	/	/	/
ハリアンス	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無
介護・生活④ 確認日(月/日)	/	/	/	/	/	/	/	/
ハリアンス	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(色) <input type="checkbox"/> 無
進行管理シート 送付日	/	/	/	/	/	/	/	/

*「ハリアンス有」の場合は、「()色」の中に「青」「赤」のいずれかの色をご記入下さい。

連絡事項	年月日

6. 毎月の治療経過 外来通院

ご自身で行うこと

外来通院を始めます
 1日1回忘れずに薬を飲みます
 1回に必要な薬の種類や量を間違えずに飲みます

商品名	イニオパ	リアンゼン	エタゾール	ピラジナド
剤形	錠	錠	錠	錠
服用回数	3	3	3	3
服用時間				
服用回数				
服用時間				

体調や自覚症状について病院又は保健所に伝えます
 * 自覚症状がある場合、どのような症状ですか？
 吐き気・嘔吐 腹痛 便秘 下痢 食欲不振 体重減少 その他
 閉経後の痛み 目の見えにくい 手足がしびれる その他
 薬に困る困りごとを伝えます

コメント

検査結果を確認します
 検査結果
 トマト
 検査前日 糖性 糖量(2ヶ月間) 糖性・糖性
 糖部エッセンス検査結果(送院時または今回) (平成 年 月)
 糖部に問題あり、問題あり
 血液検査の結果
 検査結果をもらっていない
 次回外来受診日を確認します
 次回外来
 平成 20 年 2 月 2 日 (曜日) 時 分

治療開始 ヶ月目 年 月

記入例

医療機関で行うこと

糖性の治療を行います
 副作用がないか確認します
 人の処方せんを出します
 薬が届けられるようお手伝いを伝えます
 今月の薬の服用状況を関係機関に伝えます

0. 糖量は、これまで様子を見ます。
 20 年 1 月 5 日 サイン

薬局で行うこと

薬をお渡しします
 糖部エッセンス検査を行います
 今月の薬の服用状況を関係機関に伝えます
 1月5日：4回分のみを配達しました

20 年 1 月 18 日 サイン

保健所で行うこと

糖部エッセンス検査を行います
 糖部エッセンス検査の結果を関係機関に伝えます
 糖部エッセンス検査の結果を関係機関に伝えます
 糖部エッセンス検査の結果を関係機関に伝えます
 糖部エッセンス検査の結果を関係機関に伝えます

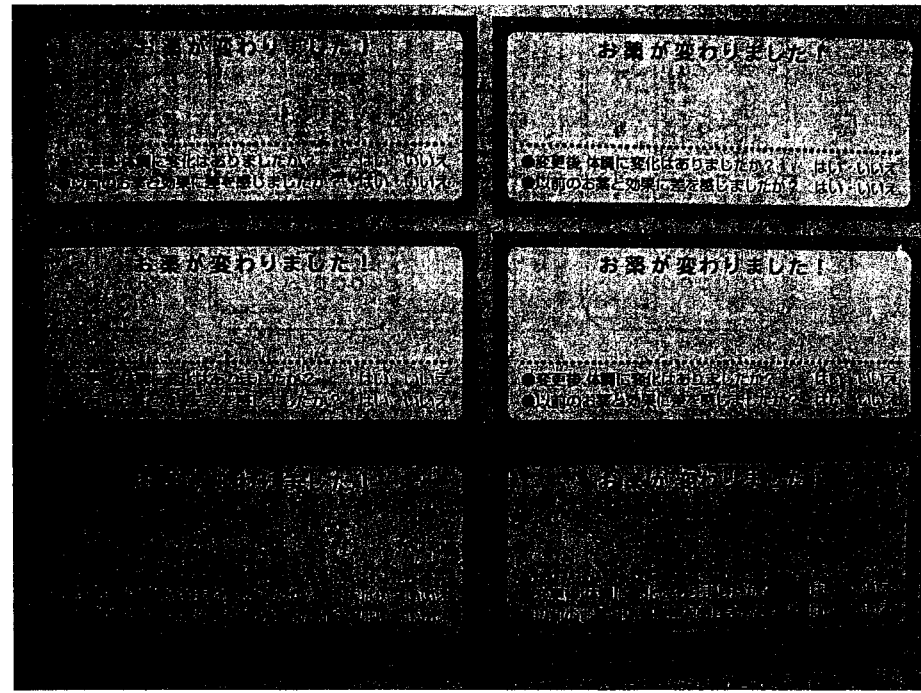
20 年 1 月 30 日 サイン

12

実施例 3 『お薬手帳に貼る便利シールを北多摩支部で作ってみる』

「医薬分業の質的向上」として東京都薬剤師会北多摩支部社保委員会を中心とし、お薬手帳用シールを作成した。

後発医薬品への変更時の医師等への情報提供と共に処方内容変更時にもご活用いただけるように「お薬がかわりました」の表記にし、下欄に患者さまの体調変化を記載できるように作成した。本シールが後発医薬品の使用促進といった国の施策を実行していく上で服用する薬の有効性と安全性確保の上での一助となることを願っている。



北多摩支部としては、今後シールの様式をさらに追加を図り、医療機関と患者さんとの服薬情報の共有を充実し、副作用など有害反応の未然回避を図るなど薬の有効性及び安全性を一層確保していく。さらに、後発医薬品への変更内容も医療機関と共有でき、後発医薬品の使用促進にも一助となると考える。

2. これからの地域医療連携を提案する

今般の医療法等の改正により、薬局は医療提供施設に位置づけられ、調剤を中心とする質の高い医療サービスを提供し地域医療に貢献する責務を求められることとなった。

また、在宅医療を一層推進していく観点から、在宅医療を受ける患者に対して適切な薬物療法を提供するために、薬局が在宅医療を行う診療所や訪問看護ステーション等と連携して積極的に在宅医療にかかわっていくことが必要である。

これから、在宅医療へ取り組んでいこうとする薬局がどのような役割を求められ、また医師、歯科医師などの医療職や訪問看護ステーション事業者などの介護関連職種とどのように連携体制を構築していくかについて、医療・介護関係の他職種の方を招きシンポジウムを開催した。

【シンポジウム 薬剤師に求められる地域医療連携 他職種との連携の始め方】

1. 日 時 平成20年3月8日(土) 19:00～

2. 場 所 立川市女性総合センター「アイム」ホール

(司会)

皆様、こんばんは。仕事終わりのお疲れの中、大勢お集まりいただきまして、ありがとうございます。

本日の総司会を務めさせていただきます東京都薬剤師会北多摩支部理事の江郷と申します。よろしくお願いいたします。

それでは、厚生労働省のモデル事業である「地域医療連携 他職種との連携の始め方」の講演を始めさせていただきます。

座長を東京都多摩立川保健所長、赤穂所長よろしくお願いいたします。

開会のあいさつといたしまして、東京都薬剤師会伊賀光政会長にごあいさつをお願いいたします。

(伊賀会長)

こんばんは。ただいまご紹介いただきました、東京都薬剤師会の会長の伊賀光政と申します。皆様方、大変お忙しい中をお越しいただきまして、感謝申し上げます。次第でございます。



このシンポジウムの薬剤師に求められる地域医療連携、他職種との連携の始め方、これは平成19年度から始まりました厚生労働省の医薬分業計画等策定事業の第1弾でございます。東京都から東京都薬剤師会が委託を受けて、北多摩支部をモデル地区として実施するものでございます。現在、患者の生活を重視した保健医療体制の実現が求められ、その中で在宅医療の推進が大きな課題になっております。365日24時間の対応可能な在宅医療を支えるためには、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、病院、薬局など、さまざまな施設、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、栄養士、介護に携わる方々、多くの職種がそれぞれ充実した機能を持ちつつ、担当する、連携する事業でございます。

本日のシンポジウムが連携を推進する胎動のときとなることを期待いたしまして、ところでございます。

また、このモデル事業を進めるに当たりまして、北多摩支部の先生方が中心となって検討会を設置し、精力的な事業内容を検討していただきましたことにつきまして、深く感謝申し上げます。

これによりまして私のあいさつといたします。大変ありがとうございます。

(司会)

伊賀会長、ありがとうございました。

それでは、講演に移りたいと思います。座長の東京都多摩立川保健所長、赤穂所長によるようお願いいたします。

(赤穂所長)

皆様、こんばんは。ただいまご紹介いただきました東京都多摩立川保健所の所長の赤穂でございます。きょうは前半の講演、後半のパネルディスカッション、通して進行役を仰せつかっております。大変不慣れでございますけれども、どうぞよろしくお願いいたします。

皆様のお手元にありますプログラムでは、講演の最初

に「在宅医療の立場から」ということで、井尾先生にお願いする予定でございましたけれども、都合で一番最後にトリを務めていただくということでございまして、最初に「在宅歯科医療の立場から」ということで、大川延也先生にお願いをすることになっております。

大川先生につきましては、皆様方のプログラムの18ページに略歴が記載されております。昭和52年に東京歯科大学をご卒業になりまして、現在、東大和市にてご活躍でございます。後ほど冊子を見ていただくとしまして、早速でございますけれども、大川先生どうぞよろしくお願いいたします。



(大川氏)

どうもこんばんは。東大和で開業しております大川と申します。

きょうは、井尾先生が先にご挨拶ということで、ちょっと余裕を持っていたんですが、急にお鉢が回ってまいりまして、ちょっと焦っている次第ですが、きょうは私の歯科の立場からということで、在宅医療をちょっと語らせていただきまして、その中で薬剤師に僕が望んでいること、それをお話しさせていただければと思います。

お時間もありませんので、早速始めさせていただきますが、まず在宅医療というものの、これはもう皆様ご存じでしょうけれども、今は大体府中病院でも平均の在院日数が大体13日と言っております。そういう中から、どんどん在宅の方に回されてくるわけですが、そういう中で在宅で過ごされている患者さんというのは、何らかの障害を持って、そしてそれと共存しながら生活に復帰していくんだということなんです。その日常生活の中の機能を維持ないしは向上できれば、そしてQOLをさらに向上できればというのが、この在宅医療の目的であろうというふうに考えております。

その中であって在宅歯科医療というのは、歯科という特質を考え、その中で患者さんの食べる口、そして食べる機能、これを回復するということが第一の目標であろうというふうに考えております。もちろん、今話題になっております誤嚥性肺炎の問題もございまして、それも含めた形でいわゆる口腔ケアというものがあるわけです。

皆さん、一般的に口腔ケアというところのようにお考えでしょうか。大体がブラッシング、歯ブラシで歯の周りをきれいにすることが、大体一般的に思われていることだろうと思います。すなわち、口腔ケアというのは歯ブラシでやるものというふうに考えているんじゃないでしょうか。では、歯のない人はどうなんですか。口腔ケアをやる必要はないんですか。実はそうじゃないわけですね。口腔ケアというのは、もっと別の要素が含まれてきます。すなわち、口の中にはかめる歯がなくてはいけません。かめる歯をつくるということ。それともう一つは、今言ったように歯の周りについている汚れをとって、歯科の疾患の予防ということもあるでしょう。それと一番大きな誤嚥性肺炎の予防ということもあると思います。

それともう一つは、歯をつくれればみんなかめるというふうに思いがちですが、実は障害を持って在宅で過ごされている方というのは、ほとんどかめません。なぜか。それは食べられる口ができていないからです。この食べられる口をつくるということ。すなわちリハビリテーションをどうするかということ。この三つを含めた形で食べるということ、飲み込むということを考えて、支援することが口腔ケアというものなんです。

施設の高齢者の関心事って一体何だろうというということで調べたところ、特養ホーム、保健施設、老人病院、すべてが食事なんです。食べるのが関心事の一番なんです。ところが、急性の病院に入りますと、この調査では58人の患者さんを調べたところ52人、何らかの形で入れ歯、義歯が入っているんです。その人が入院すると、ほとんど外されてしまう。そして、いろんな意味があるでしょう。入れ歯の管理が難しいとか、そういった

こともあるでしょう。ほとんど外されてしまう。そして、その後退院した後、復帰できる人がほとんどいないということなんです。

では、この期間どうなっているか。要するに入れ歯がなければ食べられないわけです。ということは、かめない、食べられない。だから、かめるものを食べるんです。やわらかいもの、流動食、刻み食、そういったものを食べていると、どんどん機能が低下していくということになるわけです。

食べられない人、一体どんな人でしょう。むせてしまう人、飲み込みがうまくいかない人、こういう方は運動性の障害性の咀嚼障害と言われている人です。歯がない、歯が痛くて、例えば歯の角が残っていて、痛くてペロがうまく動かないという人もいます。そういう人は、器質的な問題で咀嚼障害があるわけです。食欲がない、ほかのこともあるかもしれませんが。好きなものを食べる。大体、流動食を見て、これ何だろうとわからないものを食べるのに食欲もわきません。ごちゃまぜに刻みにされたものをおかゆの上に乗せて、スプーンで食べているなんていうのは、よく老人施設では目にします。これがおいしいわけじゃないですね。それも食べられない人になってしまうんです。結局それを一緒にたにして、みんなだから刻み食、とろみ食になり、ひいては胃瘻になって外に出てくるわけです。

でも、実はこの中には例えばがいをするとうせてしまう人というのは、この人はリハビリすれば飲み込める可能性は出てくるんです。そして歯がない人、歯が痛くてかめない人、これは歯を治してあげる、歯を新しくしてあげれば、この方はかめるようになってくるわけです。つまりリハビリテーションと歯を治すことによって、多くの方が食べられるように、また飲み込めるようになってくるということなんです。

口腔ケアの一つの第一の目標、誤嚥性肺炎というのがあります。口の中の汚れが、寝ている間に、かあーっと吸い込まれて肺に入ってくる。アメリカの医学雑誌ランセットに数年前に発表されました。東北大学の医学部の佐々木先生、それと歯科医からの代表で米山先生という方が発表されたものです。誤嚥性肺炎、口の中にあるプラークが寝ている間に肺の中に入っていく。これをアイソトープをつけて入っていくことを証明しました。

ある老人病院での死亡者の基礎疾患、脳梗塞、脳出血、脳血管障害が約4割を占めます。こういった方たちは、非常に飲み込むタイミングがうまくとれないとかということで、誤嚥の原因になってくる。飲み込みが悪いということが非常に多いです。その直接死亡原因を見ると3割が肺炎なんです。後で井尾先生も現場の方からの発表もあると思いますので、やはり見ていただくと、この肺炎で亡くなる方というのは非常に多いだろうというふうに思います。

この肺炎を何とかしよう。口の中、ケアした方としない方のこの対照群を見てみると、細菌数は約5カ月の間に約ゼロ1けた変わってくるんです。そして24カ月、約2年の調査の結果でやってみますと、口腔ケアをした方としない方の肺炎の発症率を見ると、約10%変わってくるということで、そういう意味では誤嚥性肺炎の発生をかなり抑えることができるということがあります。口腔ケアのある病院、施設でしっかりやると、病院のに

おいが変わってくる。よく老人臭だというのは、これはシモのおいでは実はありません。口のおいなんです。かなり老人の多い施設では、病院の独特のおい、施設の独特のおいというのが、口のケアをすることによってなくなってくる。そして、MRSA等の感染も少なくなってくるというふうに言われています。病院での調査はそういうのが出ています。

これは、小脳変性症の患者さん、在宅の患者さんですが、この方、歯は全くありません。そしてずっと寝ているために、顔はもうぐっと拘縮しています。そしてディスキネジア、不随意運動がここに始まっていて、首もばんばんです。こういう状態でずっとお休みになっていました。上唇を巻き込んで、ずっとかんでるんです。では、この方に口腔ケアは必要ないんですか。食べるわけじゃありません。ベグが入っています。そして呼吸はここからしています、のどから。こういう方に対して、まず指を入れて、そして唇、ほっぺたをやわらかくしていきます。歯科では、こういった在宅に行く場合に薬は一切使いません。使っているのは保湿剤だけです。あとはリハビリの道具だけです、指です。後で出てきますオアブラシ、クルーリーナブラシというものを使っています。

こういうふうにして、何をしているか。唾液を出しているんです。患者さんにとって唾液が一番の薬です。こういうふうにして、このときに主たる介護者のご主人、それと訪問看護師、PT、それとお嬢さんが何人かいましたから、お嬢さんに来ていただいて、それでこのリハビリテーションを指導しています。先ほどの口のやわらかくするリハビリテーション、そして今は頸部、胸鎖乳突筋ばんばんに張っていますから、これをやわらかくするようにする。そして肩をさすってあげる。要は何か。気持ちよくさせてあげるんです。楽にさせてあげることが目標です。

1カ月後です。目を見てください。こんなに大きく開いています。ちゃんとやったことをやってくさるわけです。口が開いてきました。微々たることかもしれませんが、でも介護する家族にとっては、とても大きなことなんです。目が変わってきた。それによって介護に対する意欲というのは、どんどん変わってくるわけです。「お母さん、気持ちいい」と声をかけてくる。こうやって僕がこうなりますよということじゃなくて、患者さんがいろいろと見つけてくれます。これもこうなるんじゃないかとか。そして、今のこの運動、手を挙げるのが難しかったのが、肩の筋肉をほぐしてやって、もんで、顔の口の筋肉、ばんばんに張っている筋肉をといてあげることによって、こんなに上がるようになったんですよ、僕に教えてくれました。

これが胃瘻の状態です。初め、初診のときに、ここに肉芽があるんです。ごらんください。実は僕が介入する前に、2回ほどこの肉芽、手術しています。これが1カ月後の状態です。幾分小さくなってきたかなというふうに思いました。さらに続けていただきました。4カ月後です。肉芽が消えてきました。別に薬を使ったわけではありません。でも、よくこういうことが言われていたんです、我々の仲間の中では。でも、なかなかこういった胃瘻を写させていただくというのは、歯科の人間が撮るということではできなかったものです

から、僕はこういうこともあるんですよということで、目標を見せるために、この写真を撮らせていただきました。ずっとこの状態で維持ができています。

続いて、歯の方ですね。かめる歯を入れて、そして口腔リハビリ。食べられる口をつくる。大体歯医者の患者さんというのはみんな歩いてきます。健康な人ばかりなんです。僕に言わせれば健康な人が歯医者さんに来るんです。そうすると、そういう方というのは、歯がなくても入れ歯をつくって入れれば、みんなかむんです。だから、僕ら歯科医も歯さえつくれればかむと思っていた。僕も往診に行くまではそう思っていました。ところが、脳梗塞で半身麻痺になった方、こちらが麻痺になっているとかめないんです。食べ物はそちらにたまってくる。なぜか。ペロが動かない、ほっぺたが動かない、唾液が出てこない、いろんなことがあって食べられないんです。そして飲み込めないんです。それが健康な状態と障害を持った状態とで違ってくるわけです。

症例をお見せします。この方は、20歳のときに咽頭ガンで右の耳の後ろから放射線治療を受けています。介護度は1です、歩けます。ですが、鼻から息が漏れて言葉ははっきりしゃべれない。それと嚥下障害があって、物を飲み込めない。発音障害と嚥下障害があるので、どんどん栄養が下がってしまったため、胃瘻になっていました。6年間ずっと都立病院で胃瘻をしていました。どんどんQOLが低下してしまいました。ところが、ある記事を読んで、私ももしかしたら口から食べれば、もっと元気になれるんじゃないかということを考えて出した。いろんなことを情報に関して一生懸命ファイルしています。その記事が、おととしの11月に出た「よみがえれ食の喜び」という東京新聞に出た記事です。これは田中靖代先生、ナーシングホーム気の里という名古屋にあるグホームなんですけれども、そこのチューブ栄養をしている40人の人が、みんな口から食べられるようになったという記事なんです。これを見た瞬間に、この方はケアマネージャーにお願いして、ぜひこの先生に連絡をとってくれと。ところが、名古屋では実際に無理です。この方は日野の方だったものですから。そこで、回りまわって、この田中先生から僕の恩師の黒岩先生に連絡が行きまして、茅ヶ崎の先生なんですけれども、茅ヶ崎からも実際は無理だということで、僕のところに連絡がありまして、僕が行くことになりました。

自分としては、とにかく口から食べれば元気になるということで、ドクターと相談して1月に抜管をしてしまいました。管を抜いて。ところが十分な栄養指導とか、嚥下の指導等もなく、ただ単にエンシュア・リキッド250ミリリットルを4本1日に飲みなさいということで、これで退院したわけです。でも、この方、一口入れると5分かかって一生懸命飲んでいました。そして、3月までには5キロ減ってしまったわけですね。1日8時間の食事時間です。そこで、口から食べたい、どうしても口から食べたいということで、僕にオファーがありました。

これが放射線治療の跡です。この方ペロを出してくださいというと、右半分が拘縮しています。舌、ここへこんじゃっていますね。こんな舌でしゃべれないんです。こんな舌で食べ物を歯の上に乗けて食べれないんです。エンシュアを飲むと、胃瘻からどんどん漏

れてくるんです。そのためにガーゼで押さえてベルトをしていたわけです。都立病院の方では、80歳の年齢でこれだけ栄養がないんだったら、無理ですよというふうに言われました。

口の中を拝見しました。糸を引くように乾燥、からからです。ここには唾液のような光った状態が全く見えません。口のもう少し奥見てみましょう。見てください、エンシュアのたんです。これが咽頭にへばりついているんです。こんな咽頭にへばりついている状態で、物を飲みなさいと言ったって飲みません。そこで、からからの口ですから唾液腺のマッサージから入っていくわけです。唾液腺、耳下腺、顎下腺、そして舌下腺とマッサージをしていきます。後の症例で、またこのマッサージの仕方は出てきますのでここでは割愛させていただきます。

そして舌のリハビリ、一番問題なのはこの方の場合、舌でした。これがモアブラシというブラシでもって舌のリハビリをしていきます。舌背から舌の側面、ここをマッサージしていきます。簡単なことです。これと同時に唾液が出てくる。ペロが拘縮ありますから、これをペロを前に出すという力。舌下部の筋肉、顎舌骨筋、ここを押してストレッチしていくわけです。この方はとにかく食べたいということなので、普通はこんなにたくさんいろんなこと教えません。ですけれども、この人はとにかく食べたいんだと。介護度1、自分でできるんです。ですから、唾液腺マッサージも顔のマッサージもペロの体操も全部自分はやりますと。そして、この例の咽頭部のたんです。これをケアしていきます。これが咽頭ケアです。このモアブラシが去年の3月に発売されましたけれども、このブラシが出て咽頭部のケアは画期的に伸びてきました。これによって、この咽頭部がここまできれいになってきます。このたんをとって、ちょうどたんが、あの咽頭部の上から梨状窩までつながっていますから、これを巻き取るようにします。そうすると、ずるずるととれてきます。この方は放射線癌の為反射機能が低下していますから、どちらかという、こういう咽頭ケアをしている時、ここの部分、左の方にちょっと反射が残っています。ですから、あえてそういったところを刺激して反射を呼び起こしてやる。よみがえらせるということをしていきます。

そして歯を見てみました。そうすると、これは歯医者の方の分野にはなるんですけれども、実はここに入れ歯が入っているんです、奥の方に。下は自分の歯で何とかなっています。ここに入れ歯が入っているわけですね、部分入れ歯が。ここは都立病院で、軟口蓋まで延長しふたをすればしゃべれるだろうと言われてやっているんですけれども、こんなところを覆ったって何の意味もないわけですね。かみ合わせを見ると、奥歯が全くかんでいない入れ歯が入っている。かんでいないんです。皆さん、そこでつばを飲んでごらんください。奥がかみ合って、そしてペロがごっくんというふうに飲むんです。この状態でとろみをつけたお水を1滴だけ飲んでいただきます。鼻から漏れてきてしまいます。ところが、人工歯にプラスチックを足して、そして奥をこれだけ穴が開くぐらいかむようにしたんです。そうするとこれがスムーズに飲めるようになってくる。もちろん、このまま普通に飲

ませたんではだめですね。前傾させて、うなずき嚥下と言われているものです。それでもってごっくんと飲ませていく。

2週間後です。食べられるのがわかったら、うれしくてしょうがないんです、僕がごっくんと一口ずつ飲みなさいというのをもう忘れてしまっているんですね、うれしくて。だから、このときまだ2週間です。誤嚥の可能性も秘めていますので、僕はこのときにもう一回思い出して、「だめだよ、焦っちゃ」ということで、もう一回、一ロ一ロうなずいて飲みなさいということを指導してきました。

舌の変化を見てください。初診のとき、先ほどお見せした舌が曲がっている、へこんでいますよね。舌のリハビリを始めながら、いろんなものが食べられるようになってきました。舌がこういうふうに出てきました、まっすぐに。そして2カ月後になると、厚みまで出てきました。舌のリハビリをする、舌の運動をすることによって、どんどん舌が変わってきます。したがって、食べる、歯の上にもう一回乗せることもできるようになりますし、しゃべることもだんだんとできてくるわけです。

これが1カ月後です。アルブミン値3.9まで上がってきました。がんの後遺症のまま、そのまま食べていなかったら、どんどん低下していただけです、この方は。大分言葉の方もはっきりしてきましたでしょう。うれしくて、全然僕の言葉を聞いてくれないんですよ、一人でしゃべっている。「食べてないもん」なんてかわいいでしょう、80歳のおばあちゃんです。

これが2カ月後の状態です。僕が行くよというのだんだんおしゃべりするようになってきました、女性なんです。この方、80歳、この歳になって「私、生まれ変わりました」と。11月には、私、千葉の小湊温泉に二泊三日で行きますと。もう外に出ることもしなかった人が、介護度1なのにしゃべるのもだめ。それが温泉に行こうとまで言っている。胃瘻があるにもかかわらず。「お刺身を食べたいんです」と。食べるってすごい生きる意欲なんだなというふうに思います。おいしそうなケーキ。私の娘がくれました。

次に症例、お時間どうですか。まだありますか。5分。

この方は、こういうことがあるんだということを見ていただきたいんです。入れ歯を新しくしたんですが、落っこっちゃって、痛くてかめないと書いていた方なんです。そのうちに全然しゃべらなくなった。そして、食べこぼしたりとか、手から物を落としたりと、どんどんレベルが落ちてきてしまっているという方なんです。何とか周りの方がうまく食べられるようにしてほしいと依頼されたケースです。

この方、ぼけ一つと昼夜逆転にして、車いすの上でこうやって寝ているということが多くなりました。もちろん入れ歯は入れていません。この方に唾液腺マッサージ、これが唾液腺マッサージです。まず耳下腺の部分ですね。看護師に指導しています。そこから下顎窩の下、ここの部分をやさしくマッサージする。ここから、またさらに頸部の脱感作、やわらかくマッサージしていきます。そして肩をやわらかくしてあげる。僕が10時に伺いました。僕がする治療に入る前に30分間、このマッサージをしていただきます。そして、

ここが頸部のマッサージ、胸鎖乳突筋、そして肩の方をやっていきます。ちょっと割愛させていただきます。

そして、やっと僕の出番になってくるんですね。実際にはリハビリテーション、口腔ケアというのは、介護に携わる人が主役になります。僕は指導するだけです。毎日毎日、毎食毎食のことは、そのケアの中心になる人にやっていただき、入れ歯の形態がいけない、ここがだめ、床縁だめ、というところを改造して、これをシリコンのゴムで裏装します。もう即食べられるようにしなくてはいけません。在宅の場合、もう待たないんです。食べさせるようにしなくちゃいけないんです。落ちないように食べさせるようにする。そして、こういう方というのは、大概悪い入れ歯のときの癖が残っていて、こうやって曲がっているわけですね。これをリハビリテーションしなくちゃいけない。でも、この方の場合には、入れ歯を落してしまうので、何とかしようと、こうやって食べていたんですね。ですから、入れ歯が落ちなくなれば、この方はもとに戻るだろうというふうに思いました。

2時間後、お昼です。眼鏡を貸してと言っていました。こんなに笑顔が、わずか2時間出てくるんです。あのまま入れ歯を、食べられないから流動食になっていくとしていたら、この方はどんどん落ちていってだけでしょ。看護師さんから次の日にすぐお手紙いただきました。魔法にかけられたようで、しっかりされていました。入浴されて、ちょうど節分だったので、豆まきまでしました。食事はまだ3分の1程度ですが、たくさん食べて元気になろうねと言って、車いすで元気に過ごされています。食べるって本当に大切ですね。現場の看護師さんの意見です。

ペロを見てください。最初行ったとき、これは舌苔、それともカンシそして黒くなっている舌苔がついていました。先ほどのモアブラシ、クルーリーナブラシ、それでもって舌をきれいにしてあげる、運動してあげる、唾液を出してあげる。それによって、わずか2週間でこんなにきれいな舌になってくるんです。

3週間後です。この方、ずっとこここのところにクッションを入れないで、寄りかかっていたら、こうやって頭が下がっているんですね。それでもってぼけっと過ごしていたんですね。すけれども、この部分を立ててあげることによって、ずっと車いすで過ごされるようになります。全然顔つき違ってしまうでしょう。よくしゃべっているでしょう。このように、食べられないために、こんなに落ちていっちゃう人はたくさんいるだろうと思うんですね。でも、そこでリハビリテーションして、そしてかめる歯をつくって、口の中を舌のようにきれいにしてあげるということによって、ここまでよみがえってくるんです。すなわち、口から食べるこの意味というのは、食べたいという意欲は、一番最初の例でもあるように生きる意欲につながってくるんです。そして小脳変性症の方のように免疫効果、唾液を飲むことによって免疫効果が上がってきて、胃瘻の肉芽も治ってきちゃったりすることもあるわけです。

僕の患者さんでは、胃瘻の患者さん、今5例いますけれども、二人の患者さん、まず先月ちょっと行ったばかりの方なので、まだその胃瘻の跡は見えていませんが、治った方、去

年、おとしまでの方は2例なんですけれども、その方は二人とも肉芽はなくなりました。

それと、食べることによって、今の方のようにどんどん頭がしっかりしてくるんです。今では憎まれ口をきくようになったと言っていました。栄養がよくなり、元気になってくる。家族と同じものが食べられるようになったら、こんな幸せなことはありません。一人でおばあちゃんはいよと、ぐちゃぐちゃのものを食べるよりは、みんなと同じものを食べられた方がどんだけ幸せか。そうすると、介護者もどんどん元気が出てくるんです。

そういう中で、では皆さん薬剤師の方が今回多いわけですから、薬剤師の方に、こういう方は薬を飲んでるわけですね。そういう方というのはどうしているのかな。全部、薬飲んでいるんでしょうか。ゼリーでコーティングするという方法もあるでしょう。形状を変えて粉末にして飲み込む。それを例えばご飯に、おかずにも混ぜて、苦いお薬を混ぜたら食欲なくなりますよ。飲ませることが大事だ。そこをやはりドクターも、そして薬剤師もみんな考えないといけないと私は思います。薬によってはやはり開封できない、粉碎できないというのものもあるでしょう。粉碎すると薬効が半減してしまうものもあるでしょう。投薬時、ペグにひっかかってしまうということもあるでしょう。簡易懸濁法で溶かしてやることによって、大分解決はされてきているというふう聞いておりますが、なかなかそれだけでは難しいということもあるでしょう。やはりそういうことから考えますと、全部とはいませんが、まだまだ戻る力のある人はたくさんいらっしゃるだろうと思います。そのときに、やはり飲み込むということのケア、入れ歯というのは、ちゃんと飲み込む、食べるための装置、そして食べる口づくりのリハビリテーション、肺炎を予防することから、これは他職種、ご家族の協力を得ながら、みんなで元気にするということが大事だろうと。ぜひ、僕は薬剤師の方々にも、ドクターにも口を見てくださいますと。飲み込むをちゃんと見てください。それを見て初めて連携がとれるんじゃないかと思えます。

私の恩師、患者さんの喜びを我が喜びにしたいという教えのもとに、一生懸命頑張っております。患者さん方、あれだけ元気になってくれると、私に元気とやる気と勇気を与えてくれます。どうもありがとうございました。

(赤穂座長)

どうもありがとうございました。大変貴重な事例を通して、在宅における口腔ケア、口腔リハビリテーション、それを通して結果的に全身ケアになるし、強いては患者さんのQOLを高めることになるという本当にわかりやすいお話であったと思います。

急速、流れを変えちゃったわけですが、この後は宇田川先生にお願いいたしますので、準備のほどよろしくお願いたします。

では、都合によりプログラムを変更させていただき「訪問看護の立場から」ということで、宇田川国男先生にお願いしたいと思います。

先生には、29ページにご略歴が書いてございます。どうぞよろしくお願いたします。

(宇田川氏)

今、ご紹介にあずかりました、訪問看護ステーションいちいの社の所長の宇田川と申します。よろしくお願いします。

パワーポイントを用意しなかったのが、それが不幸中の幸いというか、そんな感じです。

そのレジュメに書いてあるとおりになんですけれども、ちょっと訪問看護ステーションの状況を書くのを忘れてしまったので、ちょっと簡単に言いますが、今この立川保健所管内には、訪問看護ステーションは正式には28カ所あるんですけれども、本格的に訪問活動をしているのは24か25です。というのは、事業協会とか、東京都の訪問看護ステーション協議会というところに所属しているステーションは、よく状況がわかるんですけれども、そこに入っていないステーションもありますので、保健所とか、東京都の調べでは28カ所ですけれども、実際に活動しているのは24か25ということになります。

訪問看護師さんはどれぐらいいるかという、大体230から250ぐらいしか、この5市でたったそれだけしか訪問看護師はいないということです。全国的に見ても訪問看護をやっている看護師は3万人ぐらいしかいないということで、これだけ在宅が必要だと言われているには、まだまだ本当に看護師が足りなくて、一つの訪問看護ステーションが私のところは本当に最低基準の2.5で3人しかいませんし、多いところでも非常勤の方、パートの方を入れて7人とか、8人で回しています。1日に3軒、4軒を回って多いときは5軒、6軒というような感じで1日飛び回っているというような状況になっています。

後で井尾先生からもお話があると思いますが、がんの患者さんが数多く在宅に今帰ってこられていますけれども、きょうもある大学病院から突然、2日前に依頼がありまして帰ってまいりましたけれども、ポートが入ってIVHをつけている患者さんがどんどん在宅に帰ってきているという現状ですけれども、在宅で診ていただける往診の先生も少ないし、訪問介護も少ないというのが現状になっています。

そこで、地域連携として、どうやって皆様方と私たちがかわればいいのかということをし考えてみたいと思います。

今までで提言された報告書というのが、そこに書いてあるとおりにあるんですけれども、平成15年3月24日に新たな看護のあり方に関する検討会という報告書が出ています。これは厚生労働省から出ているんですけれども、その項目の2というところに、看護師等の専門性を活用した在宅医療の推進という項目がありまして、その中に適切な在宅医療を提供するためには、医師、看護師、薬剤師等が、それぞれの専門性を十分に発揮しながら、相互の信頼関係のもとに連携することが重要であると明記されています。

平成15年、介護保険が12年から出て3年目のときに、こういう提言がされているのに、平成20年の今も本当にスムーズな連携ができていないかといえば、先生と訪問看護もそうですし、ケアマネージャーさんと訪問看護もそうですし、もちろん皆様方の薬剤師さんと本当に連携をとれて、スムーズな仕事ができていないかといえば、全くというか、少しづつは構築されていますけれども、ほとんど余りうまくいっていないというのが現状じゃ

ないかと思っています。

特に今言っているように、在宅のがんの末期の患者さんが多いということで、疼痛緩和の推進ということで、これは毎年言われていて、去年は基本法もできて、その法律のことは井尾先生からまた詳しいお話があると思いますけれども、その中で緩和ケアということで麻薬製剤に関する具体的な提起も15年に出ているんですけれども、それが具体的に皆さんやってみてどうでしょうか。私もはまだ本当にそれが患者さんに適切に使われているかなというのが、まだまだじゃないかなと思っているんです。その中に麻薬製剤供給のためには、開局時間以外の緊急時の体制整備や不要になったときの廃棄の仕方を徹底するようにというふうに書かれていますけれども、実際皆さんの薬局ではどうでしょうか。夜中に緊急対応できる薬局って本当にあるのでしょうか。それから、すぐ持ってきてといったときに対応してくれますでしょうか。私たちは24時間対応で、いつも携帯を持って眠れない日々を過ごしているときもあるんですけれども、現実的にそういうふうなまだ体制がなかなかできていないんじゃないかなと思っています。

国もそういうふうには、在宅、在宅、がんの患者さんを在宅でというふうに言っていますが、現実的には看護師の数も少ないし、薬局さんの体制もまだ十分じゃないんじゃないかなと思っています。

そのほかに、これが一番僕も困っていることなんですけれども、主治となった先生の方から、医院から、クリニックから衛生材料というのは供給されるふうになっているんですけれども、なかなかそれが十分に供給されていないことがありまして、提言の中にやはり一つ地域に核となる薬局があって、そこに衛生材料も置いてくれればいいというのが書いてあるんですけれども、全くそのとおりだと思っていて、連携して、その薬局さんがだめだったら違う薬局さんに行ったら、すぐ衛生材料が手に入るような、そういうような仕組みも本当に提言が書いてあるとおりに、これからはなればいいなと思っています。

それから、その2のところに「21世紀初頭に向けての在宅医療について」という、これも平成15年に同じように出ているんですけれども、これが答申の内容なんですけれども、そのメンバーの中には薬剤師さんや薬学部の先生方もいらっしゃるし、訪問看護の財団の先生方も入っていらっしゃるんですけれども、そういう在宅医療に向けてという提言があるんですけれども、その中には薬局の役割というのが述べられています。その中に電子処方箋の活用というようなことも具体的に書いてあるんですけれども、その辺もどうなんでしょうかという感じがしています。

実際に在宅医療の連携の現状として、訪問看護ステーションと薬局さんが、薬剤師さんが、今までどういうふうな連携があったのかなということを考えてみますと、その協議会に入っているステーションの所長さんとお話をちょっとしてみたんですけれども、やはり先生とか、ケアマネージャーとはお話しするよねと。だけれども、薬局の薬剤師さんとは、なかなかやはりお話ししないよねというのが本音のようですし、お薬のことを聞くときには

先生に聞いておもうとか、薬の本で調べてとか、そういうふうになって、なかなか局宅管理指導、薬剤師さんに配達していただいて指導していただいても、その情報が看護師がとっていないとか、お互いに連絡を合っていないという現状がやはりあるんじゃないかなと思っています。

ステーションが仕事をするには、先生方の指示書というのが不可欠なんですけれども、その指示書の中には投薬中の薬剤の用量とか、用法の欄がありまして、それを必ず書いてもらわなきゃいけないんですけれども、それをきちんと書いてくれない先生も多いという現状があります。

あと、それは皆さんがどうのこうのという問題じゃないんですけれども、なかなかちゃんと書いてくれない先生もいらっしゃいます。

それから、処方箋が出て、歩ける患者さんは薬局に行かれるわけなんですけれども、行けないかとか、老老介護の方の場合や何かは皆さんが配達されて、薬局の指導管理というもので行っていてということで行きますけれども、その先生と契約しているというか、門前薬局ってよく言いますけれども、そことは関係はあるけれども、そのほかにステーションが割り込んで、一緒に3者で連携をとって、その患者さんがどういう薬を飲んで、どういふような効用があるのかというのをまだまだ情報を共有していないというようなところが、やはりあると思います。

あと、これは立川の医師会の方の先生方がよく言われるんですけれども、糖尿病の患者さんが自己注射をやっていますけれども、そういう自己注射の針の回収、そういうものなかなか進んでいないと。医療廃棄物なんですけれども、ごみに出しちゃってクレームが当局からついたというような話もありまして、その薬局で回収していただけるということもなかなかまだ徹底して宣伝がないんじゃないかというような話もありました。

訪問看護師も時間で追われていますので、薬剤師の方が、薬局の方が家庭に訪問されて、その時間に合わせて一緒に指導するというような機会が、まだなかなかないんですが、お互いにやはりこれからは、訪問時間のある程度設定して、一緒に行って具体的に指導をしていけるようなことをお互いに連絡合ってやっていかなければいけないんじゃないかと思っています。特に、今、老老介護の方が多いし、老人の独居の方も本当に多いんですよね。その独居の方というのは、薬を自分でやはりすごく判断していますので、説明書とか、薬剤師さんの方が説明していただいたにもかかわらず、自分で判断してお薬を飲んでいるというような方が本当に非常に多いですし、わかったって思いながらも、実は薬をちゃんと飲めていなかったというのが多いので、その辺もやはりこれからお年寄りの方に対する指導は、できれば同じ時間帯に最初は行ってできたらいいなというふうに思っています。意外と処方箋をもらったお薬と市販の薬を大量にお持ちです。ですので、その辺をどういふにお互いにチェックしていくかなというのが大切じゃないかなと思っています。

課題解決のためにということで、先ほども何回も重複していますけれども、訪問管理指導を連携で行うということが必要じゃないかなと思っています。退院時計画に服薬指導

も盛り込む方がいいんじゃないかなと思っています。

立川保健所の方とステーション、それから病院の看護部長さんとかとチームをつくりまして、退院時のツールを実はつくってしまっていて、これは共同の退院指導というか、退院連絡表というものなんですけれども、災害医療センターとか、あと武蔵村山病院の部長さんなんかと一緒に同じ連携表をつくりました。その連携表が来て、退院の方向性を決めるんですけれども、そのツールをつくる時に薬のことについてすごく議論があったんですよ。それはなぜかという、先生から紹介状のときに薬はちゃんと必ず書いてあるよねと。だから看護婦同士の連携ツールには、それが余り重要じゃないんじゃないかという話もあったぐらいなんです。ですので、僕はまたちょっと違う見方もあると思っていたんですけれども、いろいろの、かんかんがくがくして、薬の情報のところがすごく狭まったんですけれども、それだとやはり先生同士はわかっている、看護師同士がわからないとか、そういうことがあるので、退院のときに薬剤師さんも一緒に、その退院計画に、指導計画に乗れたらいいなと思っています。先ほど言いましたとおり、老老世帯とか、独居老人が多いので、ぜひこれからはそういう努力をお互いにやっていかなきゃいけないんじゃないかなと思っています。

あと、高齢者の方とか、介護者の方が十分理解していただくために、間違いなく服薬、インシュリンの注射とかしていただけるために、具体的な飲み合わせの注意とかというものを、市販薬とか、そういうのを具体的にわかりやすく説明をしていただくということがすごく重要なんじゃないかなと思っています。

ある所長さんから聞いたんですけれども、「ピンポン」と鳴ったので、ご高齢の方が玄関に出ていったら、何かすごいキャパッチい、すごい格好をした人がいたそうです。「何でしようか」と言ったら「私、薬屋さんなんです」と言って「お薬の説明しに来ました」ということだったようなんですけれども、何かすごい派手な服装をされて、化粧も濃かったのかどうか、よくわからないんですけれども、そういう方が立っいらっしゃって、その人は最後まで玄関から入れなかったという話も、逸話もあるんですけれども、それは特段のケースだと思うんですけれども、看護師とか医者はわかると思いますけれども、薬剤師の方が行ってなかなか玄関に入れないというようなこともあるようなので、その辺もちょっと考えていただければなと思っています。

あと、サービス担当者会議の出席とか、あと薬局さんの垣根を越えたものが何かできないのかなと。これはステーションもそうなんですけれども、お互い営業の秘密もありますので、全部ばらすわけじゃないんですけれども、少しずつ情報を共有できたらいいんじゃないかなと思っています。共通ツールができるのかなと。これはどうなんですか。ちょっと皆さんに聞いかけということで、看護の場合は大きい病院から在宅に帰るときに退院の連絡表という共通ツールがあるんですけれども、それを少し発展できるのか、できないのか。活用できるのか、できないのかをちょっと考えていきたいなと思っています。

それから、4月からの後期高齢者医療制度に移行して、本当に大丈夫かなという思いが

すごくありまして、医者に行かなかつたり、薬を減らしたり、ため込んでぐあいの悪いときだけ飲んで、そういうことが心配があるなと思っています。この今度ちょっとしばらく来ていないとか、そういう細やかな、お薬をとりに来ていないなど、そういうような心配り、そういうことが、これからお互いに必要なんじゃないかなと思っています。ですので、個人情報との問題もあるんですけども、今までのような訪問看護ステーションは訪問看護ステーション、薬局は薬局、医者は医者というのではなくて、少しずつ垣根をとり外して情報交換を共通のものができるような何かができたらいいな、ツールになっちゃうんですけどもというふうに思っています。

本当にこの間、いろんな所長さんにお話を聞いたんですけども、やはりステーションと薬局のかかわりが余りにも少なかったと。それを今回を契機にしてお互いにお互いの職種をわかり合って、どういうことができるのか、どういうことができないのか。それともこういうふうにやっていけば、もう少し連携がとれるのかということをお話し合っていたいなというふうに思っていますので、今後も数少ない訪問看護師を皆さんも支援していただいて、ぜひ共通な患者さんのお仕事をしていきたいなと思います。

以上です。よろしくお願いします。

(赤穂座長)

どうもありがとうございました。訪問看護ステーションを通して見えてきた連携の課題、そういったものを的確に指摘していただきました。いずれにしても薬局、薬剤師の皆様への要望もございましたけれども、それぞれの関係者が垣根を越えて、お互いに情報を共有して連携していく必要がある。それを可能にするツールのようなものは可能であろうかと、逆に皆様方にも問いかけをしていただきました。

それでは、皆様方のパンフレット、23ページでございます。「訪問薬剤管理の立場から」ということで、昭島市のふくしま薬局の薬局長、小鷹良美先生をお願いいたします。

先生は、1978年に北里大学の薬学部を卒業なさいます、1994年から地域保健企画に入社して、現在は、ふくしま薬局の薬局長ということでご活躍でございます。

(小鷹氏)

では、ふくしま薬局における訪問薬剤管理指導の紹介をさせていただきます。

ふくしま薬局は常勤薬剤師5名、パート薬剤師3名、常勤事務2名の住宅街にある薬局です。これが店内です。約50医療機関から1カ月に2,500枚ほどの処方箋を受けています。そのうち在宅医療をお受けになっいらっしゃる患者様からの処方箋は180枚ぐらいです。このうち、3医療機関の50から60名の患者様に訪問薬剤管理指導を行っています。

訪問は薬剤師1名と事務1名が、月・火・水・金の午後、行っています。1回に3名から10名ほどの患者様のお宅を訪問させていただきます。処方箋枚数に比べて、薬剤師の

人数が社長からは多い多いとよく言われるんですけども、訪問して服薬指導する場合、移動する時間とか、あと報告書や計画書の作成などに時間がとられるためです。また、調剤方法が千差万別で、コンプライアンスが良くない患者様には画面のようなカレンダー調剤を採用し、飲み残し、飲み間違いを防止しています。

また、経管の患者様には粉碎したり、薬の袋が開けにくい患者様には分封紙の横に一つ一つはさみを入れたりして、なるべく患者様の要望に答えるような調剤を行っています。そういうので、時間もかなり要します。ちなみに2月は、一包化加算が170件、嚥下困難者加算が20件でした。

当薬局は電子薬歴を採用しているんですが、在宅患者様には別に、この写真のような紙の薬歴簿も併用して、調剤方法など細かく記載し、ミスが起こらないようにしています。例えば隔日のラシックスは赤線をつけて1日置きにカレンダーに張るとか、そういう形です。

画面は4人分の患者様の薬を詰め込んだところなんですけど、エンシュア・リキッドやラコールなどを使用している患者さんもいますので、このような後ろにいっぱいになってまいります。この青い箱の中に調剤済みの薬を入れてあります。

1994年10月に調剤報酬改定で、在宅訪問薬剤管理指導料が新設されましたけれども、ふくしま薬局が訪問を始めたのは、1988年、それよりかなり前だったんですが、訪問を開始したきっかけは、多くの在宅の患者様が自分で薬を管理していらっしゃるのに直接薬剤師が服薬指導したり、患者様の服用上の疑問点を聞くことがなくて、医療の担い手として、このままでいいのだろうかという、そんな思いがありました。そんな折に訪問看護師さんから「薬が飲めていないよ」とか、「薬剤師さんも行ってみたら、実態わかるよ」などと、結構問題点が指摘されて、調剤報酬としては認められていませんでしたけど、訪問することにしました。

訪問してみてわかったのは、やはり変色した薬があったりとか、処方箋は2週間置きに出ているのに1カ月丸々薬が残っていたりとか、薬局の窓口ではちょっとわからなかった事実をかなり発見することができました。訪問すると実際患者さんから「粉薬はむせて飲めないんだよ」なんていう相談もあるので、そういうときは先生にお願いして錠剤に変更したりとか、コンプライアンスが悪い患者様には、先ほどあったカレンダーみたいなものをつくって、コンプライアンスを上げたり、また結構服薬指導を繰り返して、これはこういう薬なんだよ、大事なんだよと、こういう副作用があるけど、そういうのは今のところ出ていないからしっかり飲もうねとか、服薬指導を繰り返すことで、結構病状が安定して患者様のQOLが向上したりとか、そういう直接そういうことが確認できる、こういうのも在宅のいいところじゃないかなと思うんですけども、そういう経験がいっぱいできて薬剤師として患者さんに必要とされているんだということが直接感じることができました。なので、在宅医療を学生さんなんか来るとき、よく連れていくんですけども、そういうのを見ると、かなり薬剤師のやりがいにもつながっているんじゃないかなと感じま

す。

訪問服薬指導は電話などで依頼が来ます。その後、文章で患者さんの情報が寄せられて、薬局はそれに基づいて、いろいろ計画書をつくったりして、指導して、結果を処方医に文章で返しているんですけども、薬剤師間のフィードバックがなかなか医師に届かないなと感じることもありまして、そういうこともあったし、先生方の処方意図や患者様の背景がわからないということで、患者情報を生かした服薬指導ができていないのではないかなというように感じたりとか、あと調剤方法とかも、これでいいのかなというように疑問がありましたので、処方医とか、看護師に呼びかけて、月1回のカンファレンスを2005年6月より開始しました。今では、医師、薬剤師、看護師を初め、訪問看護ステーションの看護師とか、ケースによってはケアマネージャーも含めて、1回に5名から7名の患者様のカンファレンスを行っています。

その中の事例を2つほど紹介させていただきます。

80代の男性です。病名、認知症、洞不全症候群、発作性心房細動です。経過としては、2005年7月に脳梗塞疑いで病院に入院し、一過性の虚血発作と診断されました。入院中、徐脈、発作性心房細動等々見られて、洞不全症候群タイプⅢと診断され、ペースメーカーを埋め込みされました。

それで、ワーファリンとか、ワソラン、アモバン、その他いろいろ使っていたんですが、アモバンが本当にこの患者さんには必要だろうかということで薬局から提案しました。というのは、寝る前にご家族が服用させて寝かしつけるらしいんですが、1時間ぐらい眠るのが精いっぱい、効き始めはふらついている感じがするとか、あとご本人、夜起きて今2階に寝ているんですが、1階の方に下りるといって、転倒の危険もあるんじゃないかとか、本人は眠れないことを苦痛に感じていないというような話を薬局と家族との話から、そんなことを伺いまして、夜の行動はどれも怪しくて、多分1階に下りて何か食べるものを食べているのではないかとことです。あと独り言もあるということで、薬局としてはアモバンよりもグラマリールあたりがどうであろうかというような提案をしました。

カンファレンスの中で、これはドクターの方も3人ほど出席していましたので、多分神経内科の先生から提案があったのではないかなと思うんですが、こういうときの不眠にはバルプロ酸が効くよさだということで、デパケンRを処方変更になりました。

それで、処方変更後、何回か訪問するうちに、夜起きる回数が減ってきたという家族からの報告がありました。

症例2例目は70代の女性です。病名は両側ゼントウシ挫傷、水頭症、腎結石、尿管結石などがありまして、1994年、交通事故で脳挫傷です。腎結石のため、腎ステント留置、慢性尿路感染症、バルンカテーテル留置ということで、毎日膀胱洗浄を行っているということでした。

処方内容は、そこに書いてあるところですが、出血が腎から続くので、インクレミンシロップを継続しているんですが、Hbが7.0と低いということでした。それなので薬局から

は、こういうときは漢方薬を使ってはどうだろうかということで、漢方は得意と私はしていないんですけども、こういうような出血が持続する貧血状態では、胃腸を丈夫にして漏れを防ぎ、貧血を改善するというので、帰脾湯なんかはどうだろうかということ提案しました。

あと、この方は紫バック症候群というバルンカテーテルとかが紫色になっていて、尿の色がそのような色になる状態なんですけれども、尿路感染によって起こると言われています。そのときにクランベリージュースなんか、どうだろうかという提案をしました。カンファレンス終了後に帰脾湯とクランベリージュースが追加になりました。

処方変更後、ちょっとハーベールとかはわからないんですけども、一応、インクレミンシロップは中止になっています。紫バック症候群の方はいいときと、悪いときといういろいろあるようです。

1人の在宅患者様に対しては、今まで先生方も話されていたように、複数の事業所とか、職種がかかわっていることが多いです。しかし、その患者さんに対する情報をすべての職種で共有しているわけではなく、また一職種だけでは気づかない問題点や解決できない点も多いと思うんです。そういうときに、今ちょっとご紹介しました在宅患者さんにかかわっている職種が一堂に介して情報公開して、治療とか療養の方向性を確認したり、話し合えるカンファレンスがすごく重要だと考えています。このように情報を共有することによって、病院でなくても、チーム医療もできるだろうし、患者様も住みなれた自宅で病気につき合うという思いの手助けができ、地域医療に貢献できるのではないだろうかと思えます。

また、4月の診療報酬改定においては、カンファレンス等の情報の共有に対する評価という項目で、かなり先生方には在宅患者さん連携指導料とか、カンファレンス料が新設されますし、薬局の方でも今まで2回目以降は300点だったところも、そういう情報を各職種間で共有するというので点数も上がっているようです。また、緊急時の共同指導料としてカンファレンスの必要性も挙げられていると思います。そうしていく中で、在宅であっても、そこで提供される医療は、その患者さんにとって十分な医療であることが望ましいと思うんですが、なかなか在宅では環境とか、設備とか、十分とは言えないと思うんです。ただ、在宅医療は患者様を中心となって医師や薬剤師、看護師、ヘルパーやケアマネージャー、もちろん家族などが一体になってサポートする医療であると考えます。それを行う上でやはり情報の共有というのは、すごく大事ではないかなと思います。そういう情報を共有して職種間で連携をどのようにとっていくかということだと思います。

今回、在宅にかかわっている薬剤師の先生方も多く中で、私がふくしま薬局の事例を使って報告させていただきました。ほんの少しでも参考になればと思います。ご清聴ありがとうございました。

(赤穂座長)

どうもありがとうございます。今回のテーマは在宅医療の推進ということの中で、薬

局薬剤師の皆さん方、先生方に期待されるものということでございますけれども、まず薬局薬剤師の立場から現在進めている在宅へのかかわりについてご報告をいただきました。

特にまた4月以降は、診療報酬も改定されて、その中でかなりこの在宅における訪問薬剤管理指導料ですとか、いろいろとその連携強化に向けての評価も高くなってきたということでございます。

それでは、お待たせをしました。最初にお約束しておりました井尾先生に、これからお話をいただくことでございますけれども、先生につきましては、8ページにご略歴を紹介をさせていただいておりますので、そちらを見ていただければというふうに思います。在宅でのみとりという大きなテーマでございます。限られた時間でございますけれども、先生、どうぞよろしく願いいたします。

(井尾氏)

ご紹介いただきました、井尾クリニックなんですけれども、名前を変えました。立川在宅ケアクリニックというふうに名前が変わりまして、ご案内が入っていると思いますけれども、3月1日からそういう形でやっています。井尾クリニックとして8年間やってきて、在宅で私のところはがんの方が非常に多い、患者さんが多い在宅でちょっと特徴的ですけども、ほとんどの方が在宅で亡くなります。それをこの地域で支えているわけですけども、その辺のお話を皆様方に期待をするかということころを少し織りませながらというふうに思います。

枚数多いですよ。少しはしるかもしれません、あとは参考にしてください。

とにかく、我々はこちらへ向かって毎日進んでいるわけですけども、皆さんはまだまだその辺のことはお考えじゃないかもしれませんが、皆さんのお父さん、お母さん、おじいさん、おばあさんもそうでしょうけれども、必ず順番は来ますので、そのことをどういうふうに皆さんが考えているのかということも含めてお話をします。

日本の現状です。当然おわかりになると思いますけれども、もう日本の人口は減る傾向に既に入りました。当然、生まれる方たちは少なくなってきて、死んでいく人たちが多くなっていくということが、もう始まっています。これは、今ごろ少子高齢化ということを使うこと自体がおかしくて、これは団塊世代がいろいろと取りざたされた、もう70年代からこの傾向にあるということは明らかだったわけですけども、なかなかその辺のことが体制としてきちっと守られてこなかった。どういうふうに政策を打ってくるかということは、こんなところで話してもしょうがありませんけれども、その辺が今ごろツゲが回ってきたということだと思いますが、それでも我々はこの国で生活していかなきゃいけないので、何が今我々にできるかということだと思います。

これ、17年度ですけども、日本人がどこで死んだか。病院で約80%、ほとんどの方たちは病院でなくなっているという状況なんです。自宅で12.2%という数字ですけども、これが多いのか、少ないのか。これはもう地域、寝たきりの方たちも含めて地

域の中で昔ながらに自宅という地方が結構ありますので、都会と地方の差というのが出てくるのかもしれませんが、でも、とにかく病院で亡くなっている方がこんなに多いというのが、この国の現状です。

昔はどうだったのか。昔は全然逆でした。お家で皆さん亡くなっていた。それがほとんど日本の高度成長とあわせて病院でなくなっている方たちがふえ続けて、自宅で死んでいくおじいちゃん、おばあちゃんたちが少なくなってきた。これが日本の現状です。今ごろこれを騒いでいるわけですけども、クロスするぐらいから騒げば、こういうことにはならなかったと思うんですが、何とかこれをもとに戻したいということが、最近いろんな形で在宅とか、在宅での看取りとか、そういう方向のことを言い出してきている一つの原因でもあります。

ほかの国はどうか。日本は80%病院で亡くなっていますけれども、アメリカ、ヨーロッパ、アメリカ、オランダの場合ですけども、基本的にはどの施設、病院、施設、自宅、非常に自分が望んだところで、最後を迎えられるということというのは、よその国の場合はこういう形になっている。

がんを見てみると非常にひどいもんです。自分の希望なんてどこにもありません。自宅で最後を迎えようと思っても、90%以上の方が病院で死んでいく。ほかの国はそうではありませんね。ホスピスの整備もされていますし、在宅の緩和ケアという整備もされていますので、自分が望むところで、自分の時間を費やしながらか、自分の望むところで死んでいけるということというのが、何とか応援をされているということだと思いますね。

こういうことが背景にあつて、自宅で最後まで支えていきたいと思います。自宅での施設でのみとりをふやしましょうということが打ち出されてきて、在宅療養支援診療所という制度が18年4月からスタートして、24時間365日体制で在宅で患者を見守りましょう。見守ったら加算出すよというようなことまで、ちょっとニンジンぶら下げたんですけども、こういうことまでついてきた。昨年はがん対策基本法が施行されて、もう早期からの緩和ケアのこととか、在宅での支援ということを強調されてくるようになっていきます。

実際、自宅で過ごされている方とか、施設で過ごされている方、90歳近い方を救急車に乗せちゃった。たらい回しになっちゃった。そのこと自体は確かに大変なことなんですけれども、90を過ぎて寝たきり状態の患者さんの最後のことを考えていない家族はもっと大変だと思いますね。寝たきり患者を、がんの末期の患者が自宅で過ごしていた。救急車を呼んだ。その時点で、その患者さんは救急患者になっちゃいます。最後をお家で迎えたかと思っていた。だけど救急車を呼んじちゃったら、その瞬間からその患者さんは救急患者ですね。なかなか思うようには死ねないですよ。病院に運ばれちゃった。病院に運ばれちゃったときの状態でですけども、病院で過ごしていて、看取る人がいない、看取る医者がいないということになると、これはもう呼ばざるを得ないですね。急変した、寝たきりのおじいちゃん、おばあちゃん、がんで過ごしている末期の方たち。だれも診ていけれ

ば救急車呼びますね。救急隊が到着します。呼吸をしていれば、まだ運ぶ可能性がありますね。もう呼吸がとまっていた。救急隊帰ります。かわりに警察が来ます。これが今の現状ですね。幸い呼吸はまだしている、血圧は下がっている、意識はない。とりあえず救急隊は運びます。でも夜の夜中、お休みの日、大抵出てくるのは当番の先生ですね。我々の経験でいくと、若い先生ばかりです、夜中救急で患者さんを診ているのは。まず何をやるか。我々が一番最初にやるのは、当然A、B、Cをやります。A、B、CのAとは何か。気管内挿管をするか、気管を切って管を入れるか。人工呼吸でとにかく酸素をあげると。その次に心臓マッサージをします。血管を確保すると、動脈を確保すると、おしこの管を入れると。こんなあつという間です。僕は麻酔科の出身ですけど、これは逆なことを手術をするときは、これをすべてやるわけですけども、なれた先生だとこれで10分かかるらないと思えますが、家族はそばにはいません。これが見るからに、がんの末期だとわかりそうだとか、見るからに、もうこれは老衰のばあちゃんだねということがわかっても運ばれてきたらやります。その方が尊厳死協会に入っていますと、尊厳死協会では延命行為はやらないでくださいと、もし言ったとします。やります。運ぶんだったら、その必要はないんですよ。運ばなければ、それは生きてます。だけど、その状況で救急車を呼んで、そこへ運んだということは助けてくれということです。医者はそのまま、この方はもう老衰だから何もしないで、このまま看取ってあげればいいんじゃないですかということにはなりません。ですから、そのことを十分にご理解をされていないとだめですね。

我々は、じゃあ何もしないでもういいよ、そういうわけにはいかないですよ、その場にいる医者としては。やることはやります。その上で亡くなったということであれば、もうこれはお年だったんですねということになるかもしれませんが、その辺が非常に難しい。心構えを持ってお家で過ごしていくということが非常に大事なことになりますね。

私も若いころは随分と僕の手の下で肋骨が折れました。メリメリと折れます。おじいちゃん、おばあちゃんを運んでこられて心臓マッサージをやると、新米の僕の手の下で肋骨が折れます。だけど我々はやめるわけにはいきません。その辺を非常に難しい問題ですけども、その辺のことをしっかりとご理解をされておくということが一番大事なことです。

これは一番最初に、これは麻酔科の絵なんですけれども、気管に管を入れます。右側に白いチューブが見えますけれども、それが白い管ですね、気管内チューブですね。左側の金属のやつが喉頭鏡、右側に気管にチューブを入れているところですね。こういうことをやって人工呼吸器につなぐんですけども、右側の青いやつは、あれは麻酔器ですけども、人工呼吸器がついています。手術室では同じことをやるんですね。人を助けるためにも、こういうことをやるんですけども、手術室は人を仮死状態に置いて手術をするということです。逆なことをやって手術をするんですね。

では、その後、そういうことが1セットででき上がっちゃったらどうなるの。酸素を使いますよね。血圧が落ちていけば昇圧剤を使う、心電図を撮り、血圧をはかって検査をやる

と。もろもろ検査をやっている間に家族は呼ばれますよね。「どうしたの」、でももうそのときは遅いですよ。もうやめられませんが、人工呼吸器が始まっていれば。人工呼吸器つながって点滴があって、こういう状況で点滴だだつと入っちゃいますよね。そうするとむくみが始まりますね。肝臓がんの末期の方なんか点滴をどこどこかやっちゃうと水がたまります。腹水がたまっちゃう、痰も増えます。痰が増え腹水もたまると利尿剤を使います。そうするとまた血圧が下がるので、昇圧剤を使います。最終的に、こういう状況で亡くなっていくときには、ばんばんになりますよ。

これは、僕が言った言葉ではありません。どういう形で亡くなっていくのか。これはいろんな病院で僕は講演しますが、そのときの院長先生とか、理事長先生あたりが、「そうなんだよ、先生。最後死ぬときはおぼれて死ぬみたいだね。最後死ぬときはどぞえもんみたいになっているね」と。ばんばんになっちゃっていますからね。それで最後まで呼吸を人工呼吸器でさせて、それで最後亡くなるんですよ。こんなもん、だれだって嫌じゃないですか。だから、最近はそのようなことというのは、少しずつ知れてきたから、こういうことは嫌なんだということ、だれだって嫌ですよ。自分だって嫌だし、家族だってそういう死なせ方をするのは嫌なわけですから、その辺のことを非常に考えて、それで当然尊厳死協会とか、いろんなことで考えていらっしゃる方たちもふえてきているわけですから、だけで在宅医療というのを普及をさせて、なるべくそういうふうな亡くなり方も少なくしていこうよということも言われて、こういう制度ができ上がってきたんだと思っていますし、実際先ほど示したような形になりますので、そのことも含めて皆さんが十分にご理解をされていないとだめですね。

助かる方は運ぶんですよ、当然のことですよ。意識がなくて若いのに倒れていると。心筋梗塞を起こしているかもしれない、脳梗塞を起こしているかもしれない、そういう方は救急車を呼んでさっさと運ぶんですよ、助けるために。だけど在宅で過ごして寝たきりで、90歳近くになっていて、先のことは見えている。がんの末期と言われて、あと余命何カ月と言われて家で過ごしている。そういう人を運ぶと、ああいう形の亡くなり方になっていくということです。その辺は十分とお考えになって在宅で過ごされるということですね。

私どものところのクリニックの現状ですけども、その辺のことを少しお話をしますが、我々は最後まで365日おつき合いをして、最期の最期までご自宅で看取りをします。しかし、我々とか看護師が看取るわけではありません。看取るのは家族です。人が亡くなっていくところを病院で看取る。これなどは病院が始まって、あんな形になっちゃったからそういうことが行われてきたわけであって、自分の親を看取る、祖母を看取る、祖父を看取る、これは家族の役目です。ただ、亡くなったかどうかの確認をする、死亡診断書を出す。それは医者役目です。看取るのは医者役目ではありません。ですから、そのことは十分にご理解をされておくというのは、大事なことだと思います。

これは僕が…本を出したんですけど、看るというのは看護師さんですよ。次の看るは医者です。看取るといふこの意味は家族です。看取るのは家族です。

新しい診療所の写真じゃなくて申しわけないんですが、もう本当に僕の診療所は何もありません。ここでは外来の診察は一切しません。ここでは、基本的には家族のご相談を受けるということだけです。こんな車で回っています。新しいやつを本当はお願いしたんですけど、在宅医療というのは基本的には往診とは異なりますよ。往診とは異なって定期的に訪問をするという予定を立てて、必ずその日には訪問をすると。看護ステーションが月曜日であれば、我々は木曜日とか、必ず1週間の中で決めていくと。往診というのはそのとき1回限りだと思ってください。そのときの求めに応じていくということが往診だということだと思いますね。

基本的には、先ほども申し上げましたけれども、看取るのは家族ですね。我々はそれも含めて、病院では目の前の患者さんのほんの一部の病気の部分の病気の部分だけしか、医師は診ていませんが、在宅というのは家ごと見えちゃいますね。初日に行ったときに、もう玄関に入った瞬間、玄関に入る前からさうでしょうけれども、家の外観を見た瞬間からすべてがわかりますね、大体のことは。経済的なことはわかりますね。どういう形で過ごされているのかわかりますよね。いろんなことがわかりますね。それも含めて診ていかなきゃいけない。しばらく診ているうちに家族関係全部ばれちゃいますから、どういうふうになっているのかも全部診ていかなきゃいけない。いろんなことがわかる。だから患者さんだけを見ているわけではなくて、家ごと診ちゃうということが在宅医療だというふうに我々は思っています。

僕は特に緩和ケアを中心にやっていますので、じゃあ緩和ケアっていうのは何なの。緩和するんですよ、症状を、楽にするんですよ。緩和ケア、緩和ケアというと、がんの末期の方たちの痛みをとるところに緩和ケア、緩和ケアというふうに言われがちなんですけれども、僕はそうは思っていないくて、これは緩和ケアをやっている人間はそうは思っているんですけども、緩和ケアというのはすべての患者さんに必要ですよ、すべての患者さんに必要。だれだって痛いんです、だれだって苦しいんです、だれだって呼吸が辛くなることはあるんです。ですから、そういう症状を緩和していくということが緩和ケアだし、最終的にはどんな患者さんにも緩和ケアが必要だというふうに思っています。

ちょうど2000年2月22日に始めたんですね。それで、一応、井尾クリニックを終えたのが、2008年の2月23日でちょうど8年間やりました。うちは現在、本当に末期がんが多いということが特徴です。あと寝たきりの方も難病の方もいらっしゃいます。人工呼吸器をつけている患者さんたちも多いですし、基本的には我々というのは、先ほども言いましたけれども、あくまでも脇役です。看取るのは家族です。そのことをしっかりと支えていくということが、我々の役目だと思っています。

うちの特徴は当然ですけども、がんが多いと。在宅で外来はやりません。訪問診療地域は広いです。24時間365日体制ということで始めて、今もその体制でいます。何でもこんなことを始めたのか。おやじが死んだんですよ、肝臓がんで。見つかって3カ月でした。熊本ではそこそこ有名な開業医で、その開業医が何で見つかって3カ月の肝臓がんで

死ぬのか。肝臓がんとか、すい臓がんとかって見つかったときに末期だったら、そんなもんですよ。助けってくれと言ったって、助からないです。ですから、そのころに熊本にはホスピスというのが1カ所だけあったんですけども、余りにもちょっとお粗末だったもんですから、そこのシスターには申しわけないんですが、なかなかそこをうちのおやじが選択しなかったの、最終的には自分が修行した病院の一部で亡くなりましたが、そんなこんなで、次は友人がすい臓がんで、また見つけたとき末期で、あつという間に死にました。そのときにやはり感じたことは、日本の緩和ケア、特にがんのターミナルということに対する余りにもお粗末な医療ですね。それを僕は麻酔科の医者だったので、もうちょっと何とかなるだろうと思ったんですけども、痛みをとるには、そのとき限りのベンタジンの注射ぐらいしかないですし、僕は隠れてレペタンという座薬を持って行って、おやじに使いましたけれども、モルヒネを定期的に注射をしていこうなんていうようなことというのが、製剤はそのころはほとんどなかった。でもそれを使い切っていなかったというのが現実なのかもしれませんが、そんな状況でした。

ホスピスというものに少し興味があって、ホスピスをつくらうかと思ひだして、日本にそのころ12カ所ホスピスがあったんですが、それを全部見てきて、アメリカへも見に行きました。ホスピスをつくる計画も2カ所ぐらいあったんですね。もうほとんど9割ぐらいはオーケーで、東京都の方からもベッドをもらったんですよ。だけど、最後の最後に地主さんに、うちの土地で葬儀屋みたいな、死んでいくような場所はやっぱりうちの土地じゃだめだというふうな判断があって流れちゃいました。

それで、あるアンケート、これは厚生労働省のアンケートですけども、がんの末期になったらどこで過ごしたいか。6割近い方たちが自宅だというふうにお答えになっていたんですね。だったら、自宅がいいんじゃない。それをやってみればということではじめたんですね。麻酔科には向いていましたね。麻酔科というのは、すべての科の患者さんたち、ドクターと接触ありますし、すべてのがんの患者さんたちを診ます。痛みのことに関しては、そこそこ最初から知識も持っていますし、人工呼吸器とか、救急の蘇生とかということも麻酔科の専門分野ですので、そういう意味では麻酔科に向いていたと思っています。

訪問診療地域は立川を中心にして緑のところですね。その周りの市町村まで出かけていきますけれども、大体ここに書いてある市町村とほぼ同じところを回っています。大体、10市町を中心に92万人ぐらいの人口ですね。その後、今、八王子、小平、東村山、青梅、府中も多いですね、最近ね。ですから、200万人は超えていると思います。

どんな流れでいくのかということ、とにかく家に帰りたい。家に帰りたいというか、最近では帰されていますね。もういいよと、もうあんたなんか退院してくれよというような形のことで、ずばり言われて帰ってくる患者さんも少なくありません。非常にかわいそうな状況がもう既に始まっています。がんの末期は病院は預かってはくれません。ホスピスというところがあるわけですけども、ホスピスはもう手いっぱい入院まで随分の時間がかります。ホスピスの今現状は、もうホスピスの先生たち、看護師さんたちはくたびれ果

ています。ですから、なかなか現実預かっていただくということが難しくなっている。じゃあどうするの。だからこそ、在宅だ、在宅だというふうに、僕が仕向けているわけじゃありませんよ。そういうふうな形の流れができ上がっちゃっていると。では、受け皿は絶対、今はどうなの。なかなかやはり現実、受け皿は難しいというのがまだまだのところだと思っています。

在宅ホスピス、我々がやっていることは、基本的にはがんの患者さんが多いので、そう呼んでいますけれども、初日にほとんどがうまくいかどうか決まります。なぜ。皆さん不安です。もう在宅でどうなるのか不安だし、死んでいくところを見たことある人はいないし、痛みで苦しんだら、呼吸で苦しんだら、吐いて苦しんだら、いろんなことをどうするのと、不安です、皆さんは。その不安を一つずつとってあげると。それでいつでも出かけていきますよと。24時間365日やりますよということをきっちりとお話をして、そのことがご納得いただければ、もうほとんど初日で成功するかどうかは決まります。

4、5、6のことを十分と伝えます。基本的にはターミナルになった状態、がんの末期も含め、老衰も含め、寝たきりの方もすべて含めて、最後の段階に入ったときには点滴はしません。そのことを十分と伝えます。なかなかご理解いただけない方もいますけれども、なかなかご理解いただけない場合には、またちょっと別な手段ですけれども、最近皮下注射というところで切り抜けていますが、余りやると非常に苦しい最後になるということをお伝えをすると。痛みに関しては、我々は上限なんかありません。モルヒネを使って効けば、痛みがとれるところまで使いますよと。痛みで苦しむなんてことはなりませんよと。モルヒネに対する誤解も多いですから、モルヒネに対する誤解を十分とお話をするということですね。あとは呼吸困難に対しては、この辺も非常にやはり悩みの種で、酸素に関してはいつでも自宅でも準備できるし、1時間もあれば24時間使える酸素、在宅でいて、どこか旅行に行きたいと言ったら、旅行先に酸素を準備してくれますので、そういうこともお伝えをします。

唯一、失敗するのは、ほとんどが部外者の存在ですね。ご家族はその気になって一生懸命頑張っているんですけど。見舞いに来た兄弟がいたと、親戚がいたと、友だちがいたと。こんなことをやってもいいのとか、入院しなくていいのとか、点滴しなくていいのとか、いろんなことを吹き込みます。そうすると、一生懸命やっていた方たちの心が揺れます。そうすると、そこからうまくいかない歯車に入ってくるということが結構あります。

点滴は天敵ということをお話をする。痛みはとにかくがまんしないと。痛みが消える量というのが、その方に適切な量であるということをお話をする。酸素に関しては24時間いつでも使えますよと。一番大変なのは、やはり呼吸困難ですね、最後のね。その辺のことも十分にお話をする。最終的には少し寝かせてあげてをやらないと、なかなかとれないということですが、それでも。

そういうことをお話をして、看取るのは家族です。こういう冊子をお渡しをします。ど

ういうふう呼吸がなくなって、最後どういうふうな呼吸になっていくのかということをお話をして、こういうものを読んでいただいて、そういう時間が近づいてきたら、我々がまたいろんなお話をしていくということ、こういうものでお話をしていきますね。

我々は今、医者4人、看護師3人、ケアマネ1人、事務5人、ボランティアでアロマの方、配達調剤薬局、どこでも運んでくれるところが1カ所、近くは大丈夫というところが4カ所。連携して、今まで連携した訪問看護ステーションは30カ所以上だから、ほとんどと仕事していると思いますが、ヘルパーさんの事業所とも30カ所以上は連携しています。

皆さんのために、このものだけはつくってききましたけれども、今、全国で一番困っていることなんです、24時間365日在宅で患者さんを支えなさいよという方向になってきて、在宅療養支援診療所という制度ができてきて、さっき宇田川さんも言っていましたけれども、いろんなところが、そっちへ行っているんですね。それで訪問看護ステーションも24時間やっています。24時間訪問介護事業、ヘルパーさん、見守り、独居の方が多いので、安否確認、見守り、夜中行ってみたら死んでいたということだってあるわけですから、その辺の見守りということというのも随分とやってくれるところもふえています。ある大手の介護事業所はつぶれましたけど、だけどあいうことも含めて24時間のところもふえてきています。しかし、困ること。緊急の薬の用意ができません。お休みの日に薬の調達ができません。その辺のことをやはりこれからどういうことで、その辺のことを皆さんにご協力いただいて、連携を深めていくのかというのが一番大きな課題だと思います。

立川医師会、立川薬剤師会、立川歯科医師会、立川といわず日本とつくんでしょけれども、三師会といっているいろいろやっていますね。だけど在宅を支えていくためにはもっといろんな方たちの連携というものが、これは、あしたは我が身なんです。あした自分ががんになって、あと3カ月ですよと言われなくても限らないですよ。きょう、さっき西砂老人ホームで一人看取ってきたんですけど、そこの看護師さんが先週の月曜日、ちょっと胸にしこりがありますというから、「じゃあさっさと検査行っておいでよ」と言って、紹介して検査行って、さっき報告聞いたら悪性だったんですね。だけど、すぐ手術も決まって、いろんなことがスムーズに運びますけれども、とにかく本当にあすは我が身ですよ。ことしの1月に診断を受けて、1月に大腸がんと言われて、先週から僕は診ていますけれども、その方あと1カ月です。真っ黄色になっちゃったんですね、肝臓に転移しちゃったものだから。1カ月ないかもしれませんね。今年ですよ、診断受けたの。1月20日ぐらいですよ。もう1カ月ないですよ。今の日本は2人に1人ですよ、この年代になると、がんで死ぬのは。がんで死ぬんですよ、助かると思っていますか。基本的に抗がん剤、いろんなことをいろんな方たちが言いますが、医者が一番よく知っています。特にがんセンターの先生たちは、よく知っています。再発したがんが抗がん剤やっても治る確率ゼロパーセントです。

では、これ今後の課題ですけど、一番大事なことというのは訪問診療、訪問看護、やはりお薬ですね。それから日常生活の介護。口腔ケアも含めた在宅の歯科診療、あとはリハビリ。こういうことの連携というのが不可欠というふうに思っています。また、たくさんほかの連携も必要なんですけれども、やはり支えていくためには、一番大事などころというのは、上の3つかなという気はしています。

これは、僕のところのスタッフ全員ですが、ドクター含めて、これだけの数であれだけの人数を見ているんですが、これボードですけど、黄色が全部がんです。緑が難病で人工呼吸器とか、あと白いのが寝たきりの方たち。右側の赤いのがグループホームのちょっと痴呆が入ったかわいいいじちゃん、ばあちゃんばかりですね。月・火・水・木・金・土・日で曜日を決めて、それで我々が行く、看護師さんたちに行ってもらおうという形形で診ています。黄色で枠外になっているやつは、全部その月に亡くなった方たちですね。

これは、僕が持ち歩いている注射薬ですね。すべての救急用注射薬はすべて持っているんです。一応、点滴はしないですけれども、点滴が必要な患者さんたちもいるわけですね。寝たきりで脱水になったじいちゃん、ばあちゃんがいたら、すぐやらなきゃいけないですし、そういうことも含めて輸血もしますよ、うちでね。これは皮下注ですね。この中にモルヒネなんかを詰めて、飲めない、食べないになっちゃったときは、こういうもので管理をしていく。おっしこの管もポンベも在宅酸素につながるまでは、ポンベで管理をしています。

症状のコントロールをざっと行きますが、痛みに関してはいろんなことを言われますけれども、やはり一番辛いのは痛みです。スピリチュアルペインとか、心理的とか、社会的とか、いろいろ言いますけれども、これはホスピスの方から出てきた、施設の方から出てきて、こういうことの言われ方をしていますけれども、お家へ帰ると今まで不穏だった人だとか、夜間せん妄だったとか、いろんな方たちが家へ帰ってくるとほとんど落ちつきません。その辺のことを含めて、お家というのは非常にやりがいのあるところだと思います。この辺のことは盛んに言われていますけれども、これから先どういう形になっていくのか。緩和ケアというものと緩和医療というものと治療というものを早期からやっていくということを言われています。

がんに対する鎮痛薬の使い方というのは、ラダーとかということを言いますが、この辺も十分と指導のところまでやっていただければと思いますけれども、とにかく痛みに対して、こういう目的でやっていくということですね。

あとは本当に苦勞するのは、まずは痛みですね。最近はデュロテップパッチというのが大分と使われるようになりました。デュロテップパッチは協和発酵は手を引きました。協和発酵は、もう一切デュロテップパッチは今後扱いません。ヤンセンがすべて扱うということに、きのうあいさつに来ていましたけれども。あとはとにかく咳と痰、呼吸困難ですね。最終的には、もうこれはモルヒネを使う、あとはセデーションをかけるとか、皮下注ということになっていくと思います。

あと、胸水、腹水のコントロールですね。この辺もラシックス、アルダクトンなんかを使ったり、C Vカテーをお腹に入れてもらったりとか、胸に入れてもらったりとかということで、最近は乗り切っていくことが多いです。

あと吐き気ですね。この辺も非常に苦勞するところの症状の一つですね。あとは便秘です。便秘のコントロールというのが、モルヒネを使っていると大変です。この辺のコントロールはしっかりと薬を使う。あとはもう看護師さんたちに活躍していただくということが、もう本当に頼りにしています。

緊急用で使う、本当に緊急用で使うというのは、これは僕らの逃げなんですよ、すぐに調達できないから。だからこれは最低でも、必ず家に置いておいてもらいます。アンペック、ボルタレン、ナウゼリン、ダイアアップ、レシカルボン。これで何とか1日、2日は逃げ切れるので、これを必ず置いておいてもらおうというのが、我々の逃げです。

8年たっちゃった。大体、今こういうちょっと古い、1年前のデータになっちゃったんですけども、今はもう約1,000人になりました。どんな患者が多いか。うちはまだがんが多いので、がんばかりです。一番問題は家族というか、帰ってきて1カ月未満で亡くなる方たちが多いんですよ。1週間未満というのも非常に多いんですね。なかなか帰さないですね。でも、最近ではどんどん帰すようになってきているんですけども、その辺のことというのが、今後どうなっていくのかというのは一つの課題で、早く帰せと、家で過ごす時間がもうちょっと必要だろうということで、特に病院で講演するときには、こういうことをしょっちゅう言っていますけれども、あとはこの辺の地域で、立川、東大和が圧倒的に多くて、あと近いところが多いですね。あと、僕は遠くなるとだんだん少なくなるんですけども、在宅でがんの末期の方たちを看取っているという、皆さん病院に運ばれているということだと思いますね。インフォメーションというのが非常に大事だと思っていますし、24時間何が必要かというのは、これを見ればすぐわかりますね。どこでも全部亡くなるんです。ですから在宅というやつは、一つは片手間にそうそうできる仕事ではないということですね。特にがんの末期だと、なかなか片手間ではできないですね。どこでも亡くなっちゃいますから。

夜、じゃあそれだけ呼び出されるかといったら、それほどでもないです。ほとんどが電話対応で済みますね。24時間バックアップする体制が必要ですよということは、これはいろんなところで訴えています。

あと、死亡診断の問題が出てくるんですけども、医者は死亡診断は診にいけばいつでもできるんですよ。その辺も24時間以内に診ていないから死亡診断書は書けないかという先生たちが、もしいたとすると、それは間違いですので、医者は診にいけば死亡診断書はいつでもできます。24時間365日体制をどうするか。複数の医者が必要なので、やはり在宅というものを普及させていくためには、この辺のサポート体制というのが、今後国でどういうふうにしていくのかというのが、一番大事なことだと思いますね。今後の団塊世代が絶えるまでは、この辺の状況というのが、どういうふうに変っていくのかと

というのが、一つの大きなテーマになってくると思います。

看取る側、減りますよ。看取られる側、ふえますよ。ですから、その辺のことというのが、今後の本当の大きな課題ですね。その辺も含めているんことを国は打ち出してきたわけですけども、まだまだです。在宅療養支援診療所というのは、あつという間にこれだけの数にはなったんですけども、がん対策基本法にも、こんなことを言い出しているんですけども、いろいろとやれよと。言葉はあるんですよ、昔からあるんですけど、実際問題なかなか難しいですね。ですから、その介護をしていくとか、看護をしていくとか、医者も足りない、外国人の受け入れが必要になってくるし、もう既に入っています。では、ふえなきゃどうするの。そうすると、やはりどうしてもバックアップする施設というのが必要だと。これも随分と僕も訴えていますし、川越先生あたりも、僕も在宅で全国でかなりの数を診ている先生たちもこういうことを訴えているということですね。そういうところが、地域の中でどういう形で皆さんを支えていくのかということが大事で、こういうことをやりながら、それで地域の中で教育もやるし、研修もやるし、地域の先生たちへの代行もするしというようなことをやっていくようなことが必要だよということは、いつも言っていますし、こういうことをやっているところも、もう既に何箇所か存在しています。

あとは、最終的には死亡診断が問題になるんですけども、これはアメリカなんかは、もう訪問看護が死亡診断をできる州もあります。ですから、こういうことも一つの大きなこれからの課題かなと思います。

これは僕の患者さんです。全部がんの患者さんたちですけど、割と明るいでしょう。大変なんですよ、もう皆さん亡くなっちゃっていますけどね。これは寝たきりの患者さんですね。問題はだからこれなんですね。これをもとへ戻す。もとへ戻らなくてもバランスいいというところに行けばいいというふうに思いますね。ですから、一番やはりこの辺のことをバランスいい国になっていくために、いろんな制度がスタートしているということだと思います。こういう制度がスタートしているということですね。

1年たって看取りの数というのが発表されたんですけども、東京都、それなりの数は看取っているんですけども、まだこれだけの数にしか過ぎません、2万7,000人弱ですね、何と。多いところと少ないところがあるんですけども多いところは在宅専門の診療所、在宅で20人以上を看取っている専門の診療所が多いところが在宅での看取り率というのは高くなっていますし、そういうところが、少ないところが看取り率が少なくなっているという傾向にあるみたいです。

在宅で最後を看取るための最低の条件というのは、必ず看取る人がいること。家族とは限りません。今後独居もふえていくでしょうから、それがヘルパーさんになっていくのかもしれませんし、でも今のところは死亡診断書を書く医者を確保しておかなきゃいけないということが、一つはどうしようもないということです。

そのあと、我々がやっていることは、とにかくいつでも看取りに行くということは、最終的にはお線香をあげにいたり、いろんなことを最後のフォローとしてやっています。

ちょっと駆け足になってしまいましたけれども、こういうことで在宅医療ということで、日夜365日やっております。何かお手伝いできることがありましたら、いつでもお声をかけていただきたいと思います。ありがとうございました。

(赤穂座長)

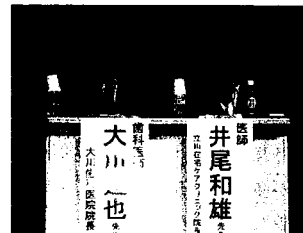
どうも井尾先生、ありがとうございました。限られた時間の中で、大変大きなお話を聞かせていただいたと思います。

それでは、パネラーの皆さんには壇上に上がっていただきますので、用意をさせていただきますと思います。

どうぞ先生方、よろしくをお願いします。それでは、お待たせいたしました。後半のシンポジウムにはパネルディスカッションということで新たにNPO法人自立支援センター立川の理事長でいらっしゃいます奥山葉月さんにも参加をさせていただいております。どうぞよろしくお願いたします。

それでは、各それぞれの先生方に講演の中で今回の主要なテーマでございますそれぞれの分野から、特に在宅における薬局あるいは薬剤師の皆さん方への期待といえますか、そういったことについてお話の中にはございましたけれども、改めて簡潔にお一人ずつこういうことを改めてお願いしたいと、要望すると、期待するという点について触れていただければというふうに思います。先ほどかなり大きなテーマもいただきましたが、井尾先生、改めて薬剤師の皆様方へのメッセージも含めて期待するところをお願いしたいと思えます。

(井尾氏)



早口で申しわけありませんでしたが、とにかく薬の供給ということですね。ですから、やはり医師、看護師、薬剤師、やはり一番この中で患者さんが本当に大事なものは我々じゃないんですよ。看護師でもないんですよ。薬剤師でもないんですよ。歯医者でもないんです。何でもありません。何が大事だ。痛みをとってくれる薬が大事。モルヒネが大事。そのモルヒネって誰が出すんですか。処方箋書きますよ、幾らでも。誰が持って行ってくれるモルヒネの説明をするのでしょうか。お休みの日にない、手に入らない。その間苦しんで痛い思いをする。その間に死ぬかもしれません。ですから、その辺のことをしっかりとお願いをしたいというふうに思いますし、飲み方も含め、さまざまな誤解をされている方たちがいるわけですから、その辺のことの指導もしていただきたいと思いますということが私どもの在宅をやっている側からの望みということですね。ほかのお薬もみんなそうなんですけれども、そういうことを切に望みたいと思います。

(赤穂座長)

ありがとうございました。何よりもまず薬の供給が必要だと。しかも24時間、緊急時も含めて薬というものの提供というものが不可欠だと、こういうお話でございました。

続きまして、大川先生、よろしくお祈りします。

(大川氏)

私の方は歯科ということで、嚥下ということで、飲み込むということをお話しさせていただきましたが、やはり先ほど小鷹先生の方の発表でもございましたように、薬を飲んでいないという方がやはり現実としてあるということがあります。井尾先生の患者さんのようにターミナルというもまたちよつと違うところがございますが、やはり我々がターミナル以外にもたくさんの方が在宅ということになります。そういう方のお薬をどのように安全に飲ませることが、服用させることができるかということ、これは薬剤師個人ではなくて、会社、大きなメーカーにお願いすることでもあるかもしれません。嚥下ということを考えた薬剤の開発ということもお願いしたいですし、まず、訪問した薬剤師の方、ドクター、そして介護士の方、口を見てほしい。食べること、飲み込むことを見てほしいというのが私の連携の第一の希望でございます。

(赤穂座長)

ありがとうございました。実際に在宅訪問されている中で口が十分機能していない、薬についても飲んでいられないというような状況もある。また、そういう方たちが飲みやすいような、そういった薬の形態ですとか、性状ですとか、そういったものの開発も期待したい、こういうお話であったと思います。

続きまして、小鷹先生はちょっと薬局の立場ということですので、一つ飛ばさせていただきまして、準備されておりましたでしょうか、宇田川先生、先によるしくお祈りします。

(宇田川氏)

先ほども言いましたけれども、やはり病院から在宅に帰って来るときの退院指導にぜひ薬剤師の方も入っていただきたいということと、あと、先ほどお話がありましたけれども、サービス担当者会議のときに特にケアマネージャーを兼務されている薬剤師の方は必ずそういう会議をつくって設定してほしいということです。同じ法人とか、連携のあるところならそういう会議をやりやすいと思うんですけども、新しく参入したというか、入ったステーションとか、そういうところはなかなか連絡がとれないので、その辺を中心になって、逆に薬剤師さんの方から開いていただきたいなと思っています。

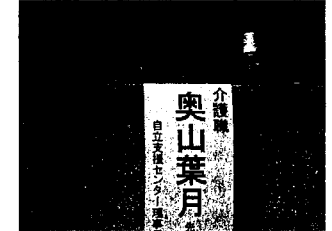
(赤穂座長)

ありがとうございました。病院から特に退院された場合、薬剤師の方にも参加をしていただきながら指導にも力を貸していただきたい。また、いろいろな事例検討とか連携会議とかありますけれども、そういったところにもどんどん薬剤師の方たちにも参加をしていただいて、連携を深めたいと、こういうお話だったと思います。

それでは、初めてのご発言ということですが、奥山さんの方から少し活動の紹介も含めましてお願いしたいと思います。

(奥山氏)

どうも皆さんこんばんは。自立生活センター立川の理事長をしております奥山と申します。きょうは本当は利用者の声ということで、薬に一番近い精神の仲間を連れてこようと思って、2週間前はみんな行く行くという感じだったんですけども、やはり思ったとおり落ちて、みんな物の見事に来れなかったということで、さっきも電話で、お願い、こういうことを言っておいてというのを仲間から言われました。そのことは後にお伝えすることにして、封筒に入れさせていただきましたパンフレットの方にうちの団体のパンフと通信を入れさせていただきました。私たちの団体は立川にエレベーターがついていますが、エレベーター運動とか、障害がある、私もそうなんですけれども、介護を保障してほしいということで、24時間介護保障を求めて、障害があっても地域で暮らし続けることをずっと立川で目指してきた団体です。私のように障害があってサービスを受けるだけじゃなくて、私たちが提供するというので、介護派遣の方も24時間365日やっています。私のような身体の者もいれば、難病で、先ほどお写真にあった脊髄小脳変性症の利用者さんもいらっしゃったり、ALSの方もいらっしゃったり、知的障害の方、精神障害の方、障害種別問わず、介護に行ったり、相談に乗ったりということをしています。先ほどのお話に戻しまして、いろいろみんなに聞いたんです。知的障害の仲間たちも余り前は元気なときとか、若いときはそんなにお薬飲まないんですけども、みんなだんだん食生活が乱れてきて、案外中性脂肪が高くなったり、成人病になったりという利用者が最近ふえてきて、お薬のこととか、糖尿病で一週間入院したりとかというのが出てきたんですけども、そういうときにどういうふうにしてほしいということを知的障害の仲間から聞いたら、薬の説明のときにいろいろ今すぐよく説明して下さるんですけども、お写真はわかるんだけど、文字がやはりルビがふってないんだよねということをおっしゃっていたり、あと、先ほどすごくいいなと思った訪問の薬剤師の方がお薬のカレンダーをつくってくれておりましたよね。ああいうのがあると、やはり精神の方も知的の方もすごくよくわかるんですね。朝だったら朝って書くよりも朝日のマークが書いてあったりとか、絵でやってくれるとわかりやすいなというふうに言っていました。あと、すごくみんな薬剤師の方の対応とてもいいよと言って、やはり一人の大人として接してほしい、



でも、やはりわかりやすく話してほしいというのが知的障害の仲間からの声でした。あと一番お薬に近い精神の仲間できょうも来れなかったというお話をしたんですけど、すごくやはり昔は説明がなかったけれど、最近とてもよく説明してくれるんだよねという話がよく出ていたのと、あと、すごく助かったんだという例が処方箋が4日しか有効じゃないんだけれども、彼らは本当に状態が悪くなると家から一步も出られないので、処方箋が切れてしまったらいいですね。そのときに薬剤師の方が先生と連絡をとりあって何とかしてくれたというのがすごく助かったんだとか、そういうときは最悪先にファクスを送ってくれればよいよという声かけをしてくれたのがとてもよかったんだということを言っていました。あと、本当に最悪調子が悪くてお薬を飲まなきゃいけないのにお薬がないというときに、届けてくれたんだということを言っていました。そのほかはやはり声かけをすごくしてくれてうれしいんだと言っていたのが、やはり眠れないときにそういうお薬が出ているときに、眠れないんですねとか、お薬が変わったときにお薬が変わりましたよとか、そういうこととか、あと、お薬手帳を見せたときに副作用のこととかを注意してくれるのが、とてもうれしいなというふうに言っていました。薬剤師の方が、それはお医者さんとつながっているからなのかもしれないですけど、お医者さんはとても忙しいんだけれども、薬剤師の方はよく話を聞いてくれて、薬の提案を薬剤師の方がドクターにしてくれて、すごく薬が、例えば粉が粒になったりとかもそうですし、眠剤を少し減らしてもらって、頓服に変えてもらったりとか、そういうことがすごくみんなにとってはよかったんだということを私の方に伝えてくれました。みんながぜひぜひ伝えてくれということだったので、ちょっと早口だったんですけど、お伝えしました。

(赤穂座長)

ありがとうございます。活動についてはお手元にありますパンフレットや冊子、こういったものを見て、ぜひまた理解を深めていただきたいと思いますが、特に関係する皆さん方からの声ということで、単にお願いばかりじゃなくてこういうのは非常によかったという評価の点も伝えていただきました。

さて、こういったいろいろな各方面からのお話を聞きながら薬局、薬剤師の立場ということで、先ほどもいろいろお話をいただきましたけれども、改めてこういうことを今後やっていきたいとか、あるいは特に、そうはいつでも現場でがんばっているんだけれども、この辺はちょっと困っているとか、逆にまた各先生方への注文とか、そういうものがありましたら補足をお願いしたいと思います。

(小鷹氏)

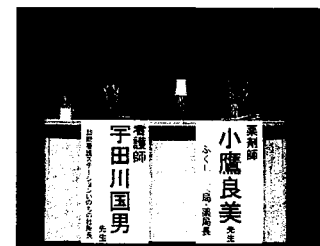
在宅をやっている一番心苦しく思うのが、やはり24時間薬を供給できないということです。ただ、薬の相談は一応24時間携帯の方で受けていまして、がんの患者さんからも、例えば実際にあったのは夜11時過ぎくらいですけど、痛みが出てきて、こういう場

合はどうしたらいいんだろうかというような話で、1時間後に飲む予定のモルヒネをまず飲んでという話をしたことがあるんですが、なかなか麻薬も全部さつと処方箋通りに開局していないときに出てお届けするというようなことができないのが一番心苦しいかなと思っています。ただ、各職種で持ちつ持たれつじゃないですけど、例えば薬剤師が行けないときはケアマネジャーさんに行ってもらったり、訪問看護ステーションの看護師さんに届けてもらって、あとで電話でちょっと指導したりとか、そんなようなこともやっています。あと、ステーションの看護師さん、処方箋が入っていればなんですけど、その患者さんが例えば褥瘡なんかでなかなか同じようなお薬がずっと出ているので、ちょっとこれ薬剤師として見た方がいいんじゃないかというときは、訪問看護ステーションの看護師さんに入浴の時間を教えていただいて、一緒に褥瘡を見て、こういうときはこんなお薬の方がいいのではないかという提案なんかもさせていただいたりしています。なので、声をかけていただければできる範囲でいろいろしたいと思いますので、きょう歯科の先生からも口のことを言われました。そういう目で私たちちょっと見ていないなという感じを受けました。だから、お薬としては口腔崩壊錠なんかが出始めていますので、そういう点では少しはメーカーの方も考えてきているのかなという感じは受けました。何よりやはり私たちがやっていて励みなのが、患者様が待っていてくれるというのがすごく励みでして、例えば暑い中行くと、エアコンのこっちが効いているからここへ座ってなんていって、みのもんたがこんなことを言っているんだけれども私の薬は大丈夫かしらとか、歯医者さんへ行くんだけれど、前何か歯医者さんへ行くときは声かけてっていったけど、私が飲んじゃいけない薬があるのかしらとか、そんな話をしてくれたり、もっと仲良くなるとおせち料理の味見まで頼まれたりとか、そういうことがすごく私たちのやりがいになっていますので、みんな声かけていただければどこでもできる限り出ていきたいと思っておりますので、こういう機会にまた何かありましたら声をかけてください。

(赤穂座長)

ありがとうございます。24時間体制ということでは大変現場でもご苦労なさっているということでもございましたけれども、大変貴重な提案だったと思いますけれども、お互いの仕事、活動を相互に理解しながら、情報を共有していくということ、そして、何か声をかけていただければということでもございました。これは大変重要なことではないかと。お互いに声をかけて、よかつたらいかげんかという仲間をふやしていく、輪を広げていく、こういう努力はお互いに必要ではないかということだと思います。

さて、時間は限られておりますが、ここでせっかくでございます、フロアの皆様方からきょうのお話をいただきました各講師の方々にご質問がある、あるいはご意見がある、こ



ういう方がございましたら遠慮なく、若干時間がございますので挙手をお願いしたいと思います。そして、どなたにご質問、ご意見、あるいは特にということでもなくても結構でございますが、どなたかお手を挙げていただき所属なりお名前なり聞かせていただいて発言をしていただきたいと思いますけれども、いかがでしょうか。どうぞ遠慮なく。

(フロア発言)

ありがとうございました。大変貴重なお話ありがとうございました。明治薬科大学のヤザワと申します。井尾先生と大川先生と宇田川先生にお願いしたのですが、薬剤師がこれから地域連携ということで加わっていくときに、医師、歯科医師、看護師という立場から薬剤師に何をまず伝えて、そちらから薬剤師に何を伝えるかという、そういう基本的なことが何かありましたらそれを。

それからもう一つ、薬剤師がその仲間として加わるときに、薬剤師からどういうことをそちらへお伝えすればよろしいかという、ちょっと雑駁な質問ですが、もし何か思い当たることがあればお教えいただきたいと思います。

(赤穂座長)

それでは、井尾先生から順番によろしく願いいたします。

(井尾氏)

一番はやはり我々の知識と情報を患者さんにちゃんと伝えていただきたい。我々かなりな数の患者さんたちのところを回るんです。最初にお話をします。モルヒネってこんなものだよ、この薬ってこんなものだよ、副作用はこうだよと。それをやはり我々と違った立場で薬剤師の立場で患者さんと、一番大事なことはご家族です。ご家族にしっかりと副作用の説明をすると。それも一番大事なポイントをきちんとしぼっていろいろとお話をしたいんではないかというのがあります。モルヒネさまざまな副作用があります。ですけれども、一番の在宅もしくは病院で困る副作用はいろいろいろいろなことを、最初のうちは吐き気があるとか、いろいろありますけれども、ほとんどが困ることは便秘ですね。ですから、そのことを中心にきちんとお話をしていただくと。あとは我々が見ているのはがんの患者さんですから、余り副作用を過大に評価しないような形でお伝えいただくと、非常に最後を迎えるに当たって、非常に苦しい思いをされないという。余り副作用のことばかり考えていると薬を飲まなくなっちゃったり、ですから、その辺のことをしっかりと伝えていただければありがたいかなと思います。

(赤穂座長)

ありがとうございました。

大川先生、よろしく願います。

(大川氏)

僕の立場ですとターミナルの患者さんに最後に好きなものを一口でいいから食べてもらいたい。それと、さようならという言葉と言える口をつくりたいというのがターミナルですと目的になります。そういうことからすると、薬剤師に求めることと言いますと、やはり家庭に訪問すると家庭に入ることですから、先ほど井尾先生もおっしゃったように家庭を見るということ、これは家族、患者さんだけではなくてその家庭環境に足を踏み入れるということは非常にいろいろなものが見えてくるということになります。したがって、さっき待っていているという話がありましたね。我々もそうです。我々が来ることを楽しみにしています。そのときになかなか時間が合わない飲み込むということを直接見られないかもしれませんが、できるだけその薬が本当にきちんと飲まれているのか、服用されているのかということで、口、飲み込みをもう一度話の中で皆さんに見ていただく。いろいろな方がチェックした方がいいということです、歯医者だけでなく、栄養士、それとか保健士、いろいろな方、介護職の方全ての方が食べるということ、飲み込むということをチェックしていただくと、それをドクターに、そしてまた、歯科医にというふうに上げていただいて、その人に安全に飲み込めるようにまた支援させていただくことを連携の一つとしていただきたいというふうに考えております。

(赤穂座長)

では、宇田川先生、よろしく願います。

(宇田川氏)

訪問看護婦が気軽に薬剤師さんに聞けるように、お互いに忙しいと思いますけれども、そういう時間をつくっていただいて、本当にちょっとステーションにいろいろ聞いたんですけど、薬の飲み合わせの問題とか、飲みにくいときにどうやって飲ませればいいのかとか、ちょっといろいろ工夫はしているんですけど、そういうようなちょっとした疑問がいっぱい出てきたんです。そういうのを本当にわかりやすく一緒に説明していただければいいかなと思います。あと、先ほど言われたように、入浴の時間に一緒に行って褥瘡と一緒に見たかという話がありましたけれども、そういうようなことを少しずつでもできていったらいいかなと思っています。

(赤穂座長)

ありがとうございました。先ほどのご質問の中には、逆に薬剤師の方たちから先生方に何を伝えたらいいかと、こういう趣旨でございますね。両方ですね。患者さんに何を伝え

るかということと同時に、先生方に薬剤師さんから何を伝えたらいいかという、こういうことはぜひ先生方に伝えておいてほしいとか、そういう点ではいかがでしたでしょうか。何かございましたら。

(大川氏)

先ほども言いましたように、飲むところを実際に見る。薬を飲んでいないということがわかれば何かに問題があるということで、例えば飲み込みに問題があるのであれば飲んでいない。それをこちらの方に相談していただきたいということですね。実際に我々外科処置をしない限りは薬を出すことはありません。先ほども言いましたように、僕が患者さんに出す薬は唾液だけです。そういうものですから、そういう中で薬と直接関係はない。でも、飲み込みということをやることによって、薬剤師、医師、介護職と全部と一緒に考えられるということで、そこを皆さんが同じように見ていただきたいということで、それを持ち上げてほしいということです。

(赤穂座長)

今のお話を聞いて井尾先生の方で補足がありますか。

(井尾氏)

今、看護師さんたちとか薬剤師さんたちとかと仕事をしているわけですけども、必ずその日に見た看護師さんたちからは必ずファクスが入っています。我々が見てないときに必ずこんな状況でしたよ、先生こんなことを言っていましたよとか、家族はこんなふうにしていましたよとか、薬こんなたまっていましたよと、いろいろな情報は毎日毎日入ってきます。そういうことをきちんと連携をとるということは、そういう情報の交換ということですけども、やはりどこかに情報を流さなきゃいけないので、そういうことであればそういう連携をしている診療所に情報を全部伝えて、薬こんなたまっていました、飲んでいませんでした、便秘は本当はこんなに続いていましたということは上げていただくと、それに対して我々また次の手が打てますので、そういうことが一番大事かなというふうに思っています。

(赤穂座長)

こういうお話を聞かれて、薬剤師の立場から小鷹先生いかがですか。

(小鷹氏)

在宅に限らず、薬は飲んでもらってやはり治療につなげるというのが最終的に薬剤師の仕事だと思っています。なので、副作用もそうなんですけれども、やはり薬の必要性というのを理解してもらうのが、そのためにかなりの労力を使っているかなと思います。在宅

患者さんと話をするときには外来患者さんより長い時間を接しますので、結構飲んでいないということがわかると、患者さんと一緒にあちこちの引き出しを、この辺に入れてないとか、薬を探し出したりして、コンプライアンスの確認なんかをしています。あと、ヘルパーさんなんかがよく患者さんのそういう状況を知っていますので、ヘルパーノートみたいなのにそういう薬局からのメモも書かせていただいて情報交換もしています。時間をかければ在宅なんかはかなり時間をかけますので、そういう面では外来患者さんよりそういう面が見えてきて、こちらをもっと突っ込んだいろいろな指導ができていかなと感じています。

(赤穂座長)

ありがとうございました。

奥山理事長の方から何かせつかくですので、今のやりとりを伺って、ぜひこの一言をということがございましたら、よろしく願います。

(奥山氏)

ありがとうございます。きょうこういった医療、私はずっと福祉分野で来ているので、医療の声が聞いてよかったなというふうに思います。やはり福祉の分野と医療の分野というのなかなか現状うまくつなげていなくて、私ケアマネージャーの資格とか社会福祉士とかも持っているんですけども、どうしても医療は医療で固まってるところがあるんですけども、私たちの団体でも、先ほど伝えた精神の仲間たちとかかわりが最近できて、医療ともちょこちょこつながるようになったので、そういった中に私たち訪問介護の方や相談業務の方も入れていただけて、医療と福祉もつながるようになるといいなというふうに思っていますので、よろしく願います。

(赤穂座長)

ありがとうございました。きょうのシンポジウムのテーマの核というのは、やはり地域医療連携ということで、他職種との連携の始め方というのがこの皆様方の冊子の表紙に書いてございます。いろいろきょうの発表者の講演者の方のお話なんかを聞いていますと、幾つかのキーワードが出てきたかなと思うわけです。まず、やはりどうしても情報という



ものをお互いに共有しなきゃいけない。共有するためにはきちんと相手方に届けなければいけない。それから、その発信された情報をきちんと受けとめなければいけない、こういう意味における情報ということが大変重要なということが一つあったと思います。それから、お互いに理解をきちんと深めるという意味では一緒に仕事をしていくという、協働といいますが、これを積み重ねて

いってお互いに理解を深める、お互いの現場を理解する、こういったことも必要だと思いますし、きょうのような形でやはりディスカッションを通じて日ごろの活動を披露していきながらお互いに理解を深める、こういう場をもっともつとふやすということも必要であるなどというふうに思いました。また、そのことを具体的に現場で確実なものにしていくためには一定の地域におけるルールなり、あるいはツールというものがなければいけない、そういったことについてもそれぞれ表現は違うけれども、ポイントを抑えて指摘していただいたというふうに思っております。力不足ですのでまとめということにはなりませんけれども、ご承知のように、平成18年9月に新薬剤師行動計画というものが日本薬剤師会の方でつくられました。20年2月、ことしの2月では在宅服薬支援マニュアルというふうな形で具体的に方向性が出てまいりました。お話の中にも出ておりますが、4月からの20年度の診療報酬改定の中でも在宅ということを重視しながら、その中における薬剤師の皆様方の活動についても、一定の高い評価が導入されているというふうな動きがございます。そういう中で在宅における医薬品使用、保管の安全確保の観点から、患者さん、あるいはその家族の皆さんへの薬剤師による服薬指導ですとか、医薬品の保管、管理、こういったものへの情報提供が一つの大きな役割になってきております。また、医薬品等の使用に伴う副作用とか、そういったものの情報収集、提供、これも大きな形になっておりますし、また、実際に在宅の患者さんが薬を飲まないでため込んでいるというふうなこと、そういったものの処理も含めまして、あるいは麻薬等が適切かつ円滑に適用されているか、そういう体制整備、非常にこれは特に井尾先生など特に在宅での看取りという立場からはそういったものが緊急を要した場合に非常に不便をしているというふうなこともございました。そういったものの体制整備をこれからどうやっていくか。行政の役割も大きいというふうに思っておりますけれども、地域の皆様方のいろいろな角度からのご理解、ご協力をいただきながら、今後の地域医療の連携のためにきょう新たなスタートとしてがんばっていただけたらというふうに思っております。

非常に不慣れな進行役で皆様にはご迷惑をかけましたけれども、ここで私の役割を解放させていただきたいというふうに思っております。どうぞよろしくお願いいたします。ありがとうございました。

(司会)

各先生方、座長を務めていただいた赤穂所長、ありがとうございました。

閉会に際しまして、最後に東京都薬剤師会北多摩支部支部長、小川光一よりごあいさつをいただきたいと思います。

(小川支部長)

どうも皆さん、こんばんは。北多摩支部長の小川でございます。パネラーの先生方、今日はどうもありがとうございます。



いました。また、快く座長をお引き受けいただきました保健所の赤穂所長様、ありがとうございました。やはりきょうかなり具体的なご提案とかもいただいたのかなど、そしてまた、切れ目のない医療にどう対応していくかというのも随分考えさせられてしまうような、そんなシンポジウムだったと思っています。現場においても、やはりこういう勉強会においても顔を合わす、いろいろな職種の人が顔を合わすというのはきつといいことなんだというふうに思っています。この先もいろいろな職種の人たちと協同してやっていかれたらいいなど。支部薬剤師会といたしましても、今日のいろいろなご意見を参考にさせていただきますので、できるものはできるだけ形にしていくというふうに対応したいと思っておりますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

それでは、これで私の閉会のごあいさつとさせていただきます。遅くまでありがとうございます。ありがとうございました。

(司会)

それでは、閉会となります。皆様お疲れさまでした。ありがとうございました。

シンポジウムを終えて

北多摩支部では、シンポジウムにおいても要望のあった休日・夜間における調剤による医薬品等の供給に向けて医療連携に関わる委員会を立ち上げ現在検討中である。

また、これから在宅医療に取り組んでいこうとする薬局に対して、他職種との連絡調整の窓口となるため具体策を現在検討中である。

立川在宅ケアクリニックのご案内

旧井尾クリニック

井尾クリニックは2008年3月「立川在宅ケアクリニック」に生まれ変わります。

あつたという間の8年でした。井尾クリニックは2000年2月に在宅ホスピスケアを主に提供する在宅医療専門の診療所としてスタートしました。麻、難病、寝たきり高齢者などすべての「自宅を最期まで過ごしたい」とのご希望の在宅療養の患者さんに緩和ケアを提供してきました。8年間の間に1000人を超える皆さんを自宅や施設で看取ってきました。当初に比べ時代も変化し2006年4月に「在宅療養支援診療所」の制度がスタートし在宅療養の患者さんを24時間365日見守る診療所が全国に普及しつつあります。また2007年4月には「かん対簿基本法」が施行され、中には療養者の早期からの緩和ケアの必要性、在宅療養の支援などが盛り込まれています。これから在宅医療はますます重要になってきます。

8年間で感じできたことは介護力の低下です。このたびは縁あって3階建ての高齢者貸付住宅の1階にクリニックを移すことになりました。これを機に名称も「立川在宅ケアクリニック」と変更いたします。病院でもない、ホスピスでもない、施設でもない自分の部屋で過ごされる患者さんに訪問で医療、看護、介護、食事、入浴などを提供したいと考えています。

24時間365日体制です

1. 定期的に医師、看護師が訪問し診療、看護にあたります。
2. 緊急の場合24時間365日いつでも医師、看護師が訪問します。
3. 入院が必要と判断した場合入院先の確保をいたします。
4. ご希望であれば配達する調剤薬局からお薬もお届けします。

予約・相談

診療を始めるには計画をたてる必要があります。ご予約の上でご相談ください。

相談	月	火	水	木	金	土	日
相談(9時~12時)						X	X
日	(1時~5時) 訪問診療						

相談の日に用意していただきたいもの

1. 診療情報提供書
2. レントゲン写真・CT・MRI(病院で貸し出ししてもらえます)
3. 検査データ
4. 病歴のメモ
5. 健康保険証

予約・受付 ▶

TEL 042-534-6964

よく聞かれる質問

- 相談は無料ですか? → お電話を下さい。相談は無料です。
- 相談はいつまで続きますか? → 相談は、お話し下さい。患者さんが一緒に納得し、なれない場合はご家族様へは伝えて下さい。当ホスピスでは、お話しを伺った上で、必要に応じてお話しをさせていただきます。
- 訪問診療はいつまで続きますか? → 詳しいことお話しして期間の予定をたてます。
- 在宅療養はいつまで続きますか? → すでに在宅療養中の患者さんは、当日・夜に入院中の患者さんは退院日に初回の訪問診療です。

立川在宅ケアクリニック

株式会社 立川在宅ケアクリニック
旧井尾クリニック

〒190-0002 東京都立川市幸町5-7-16 コスモート プラザ1階
TEL 042-534-6964 FAX 042-534-6965



2007年度のご挨拶にかえて

理事長 奥田 英司

歳は過ぎたが2006年度も、無事、無事なことをみなさんに感謝し、おしなわちかわ通信も発行し、事務報告と挨拶をさせていただきます。誠にありがとうございました。2007年度は中絶であるように思われるが、今後とも、皆様のご支援、ご協力をお願いします。

私どもが、2007年1月21日にかけて全日本介護センター協議会(通称J11)の運営会に参加してきました。研修の場は、全国で研修している仲間たちと会える大切な機会です。仲間から元氣や刺激をもらい、またそれぞれの地域に戻っていきます。今も仲間から多くの刺激をもらっています。

研修内容は「高齢者差別禁止条例」でした。高齢者差別禁止条例は昨年10月、千葉県で障害のある人の差別を禁止した条例が制定されました。日本で、初めての画期的な条例です。雇用や教育、医療などにおいて具体的な例を示して差別を禁止し、制定された同じ時期に迅速で障害者差別禁止法が制定されたことは、障害者には大きな勇気を与えること、差別の根拠をなくするために運動の成果が認められたこと、いま、教育・就労・医療の分野へ、次の課題へ、社会参加をするためには、全国各地で障害者差別禁止法、同種補助、障害者差別禁止条例、ともに、人権、ワークは、障害があることを理由に入社して生きる権利を

個別の介助プラン、ヘルパー派遣事業所の紹介や連絡などさまざまな介助についての相談にピアカウンセラーが対応しています。介助が必要になった方ご相談下さい。

緊急対応システム
緊急時に介助が必要な方、自らセンターと一括に緊急サービスを作るシステムです。ご利用になりたい方は、自立支援部門にお問合せ、申込み下さい。

障害を持つ人のパワーを高める支援
障害を持つ人の地域の中で、バワフル(元気)にいきて生活するために、ピアカウンセリングの提供、自立生活プログラムの提供、協働活動センターの活動やヘルパー派遣事業所の活動に障害当事者の立場で協力して頂きます。(活動参加希望の方はお問い合わせください。)

当事者グループ活動のサポート
当事者グループのサポートをしています。

権利擁護
障害者が地域の中で生活する際に生ずる様々な問題に対し、権利擁護活動を行っています。また、障害者の生活に関する制度の充実に向け、運動に取り組みしています。

福祉機器の貸し出し、メンテナンス
日常生活用品、電動・手動車椅子、電動リフトなどの各種福祉機器の貸し出し、メンテナンスを行っています。

情報提供
障害者の生活に必要な各種相談、情報の提供、資料収集と公開、会と相談などを行っています。

立川市委託事業
◎ 障害者地域自立生活支援センター(福祉ホットライン)
1996年10月開始 身体障害者の地域での自立生活と社会参加を目的に市民を対象に、情報提供、相談業務を行っています。この部門では、ピア・カウンセリング、自立生活プログラムの提供、知的障害当事者の支援なども自立支援部門と連携し、行っています。

◎ 障害者就労支援事業
2001年4月開始 障害者の一般就労の拡大と、安心して働けるために、就労と生活を一体的に支援します。就労、生活に関する相談、職探し、定着のサポートを行っています。(立川市民18才以上の人が利用できます)

◎ 地域生活支援センター(ハティオ)
2001年10月開始 精神障害者の生活支援、日常的相談への対応、地域交流などをおこない、自立・社会参加を目指しています。誰でも出入り自由のオープンスペースを併設し、夕食サービス、LLプログラムなども実施しています。

シンポジウム

薬剤師に求められる

地域医療連携

他職種との連携の始め方

平成20年3月8日(土) 19時

立川市女性総合センター
「アイム」ホール

主催
(社)東京都薬剤師会
東京都薬剤師会北多摩支部

プログラム

1. 開会挨拶

(社)東京都薬剤師会 会長 伊賀 光 政

2. シンポジウム

座長 東京都多摩立川保健所 所長 赤 穂 保 先生

第1部 講演

1. 「在宅医療の立場から」

立川在宅ケアクリニック 院長 井 尾 和 雄 先生

2. 「在宅歯科医療の立場から」

大川歯科医院 院長 大 川 延 也 先生

3. 「訪問薬剤管理の立場から」

ふくしま薬局 薬局長 小 鷹 良 美 先生

4. 「訪問看護の立場から」

訪問看護ステーションいちいの社 所長 宇田川 国 男 先生

第2部 パネルディスカッション

パネラー：第1部演者並びに

NPO法人自立支援センター立川 理事長 奥 山 葉 月 氏

3. 閉会挨拶

(社)東京都薬剤師会北多摩支部 支部長 小 川 光

厚生労働省モデル事業について

(平成19年度医薬分業計画等策定事業)

1 目的

医療法や薬事法の改正により、薬局が医療提供施設として明確に位置づけられ、在宅医療推進の観点から調剤業務の一部を居宅で行える等、薬局の機能が強化されました。

今後は、都道府県で策定される医療計画に基づき、薬局が必要な役割を果たすことが求められています。

本事業は、薬局が担う役割等について、地域の実情に即した検討等を行い、今後の医療機能連携や在宅医療推進に向けた取組の参考とすることを目的としています。

2 事業内容

国のテーマに沿って、医師、薬剤師、市民等による討論、シンポジウムの開催、住民アンケートの実施等、具体的な取組を実施し報告書にまとめる。

<テーマ>

○ 医薬分業計画モデル

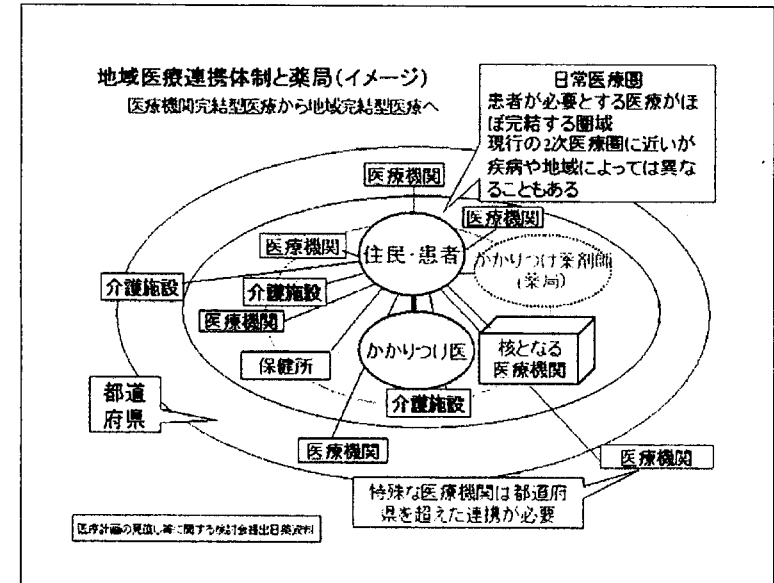
(医薬分業の質を向上させる具体的な取組について検討)

○ 薬局関連医療計画モデル

(4 疾病 5 事業を中心とした、医療機能連携や在宅医療推進のための具体的な取組について検討)

3 事業実施

社団法人東京都薬剤師会が東京都の委託を受け、同会北多摩支部(立川市、沼南市、国立市、宋大和市、武蔵村山市の各市薬剤師会所属)をモデル地区として実施する。



シンポジウム (パネルディスカッション)

「薬剤師に求められる地域医療連携」

～他職種との連携の始め方～

座 長

東京都多摩立川保健所 所長 赤穂 保 先生

5

60

在宅医療の立場から

立川在宅ケアクリニック 院長 井尾 和雄 先生

立川在宅ケアクリニック 院長

井尾 和雄 先生

7

61

在宅での看取り
緩和ケアの普及

立川在宅ケアクリニック
立川在宅ケアクリニック
井尾和雄
2008. 3. 8

人のゴールは？

日本の現状

日本の若人口、出生数、死亡数の推移、先進国の人口増減率

先進国の中でも日本人の人口減少は早く、規模が大きい

平成17年の死亡場所構成割合

死亡総数	1083796人	100%
病院	864338人	79%
在宅	285311人	26%
老人福祉施設	7146人	0.7%
老人福祉施設	23281人	2.1%
自宅	132702人	12.2%
その他	27548人	2.5%

日本人の死亡場所の推移

死亡場所の構成比
日本・アメリカ・オランダの比較

国	病院 (%)	自宅 (%)	老人福祉施設 (%)
日本	81%	3%	16%
アメリカ	41%	22%	37%
オランダ	35%	33%	28%

在宅や施設での看取りを増やす

平成18年4月
在宅療養支援診療所：
24時間365日体制で在宅で患者を見守る
在宅での看取りに在宅看取り加算10万円
施設での看取りにも加算を算定
平成19年4月
がん対策推進法、施行
要請からの緩和ケア、在宅での支援を強調

病院へ搬送時の看取り

施設や自宅から
病院へ運ばれたとき

病院での看取りの過程

- 1 搬送した自宅療養者や、何もしないまま
- 2 自宅では意識が絶えてはいる者が
- 3 発生を要す
- 4 救急車の到着で病院へ搬送
- 5 搬送停止状態の場合、呼吸器には
- 6 搬送入院時
- 7 搬送時呼吸器、血圧低下、意識消失で到着

病院での看取りの過程つづ

- A: 気管内挿管または気管切開と人工呼吸
- B: 心臓マッサージ
- C: 肺動脈導管、内臓、とけい
- D: 脳灌漑
- E: 膀胱カテーテル留置

家族はそばにいる間に
あつという名の出来事。

経歴

井尾 和雄 先生

1952年生まれ
熊本県立熊本高校
日本大学芸術学部写真学科
帝京大学薬学部
帝京大学病院麻酔科
国立王子病院麻酔科
井ノ上クリニック麻酔科
坂上 立川在宅ケアクリニック 院長
(旧 井尾クリニック)

今一番困っていること

24時間365日休みの患者さまのために

- 1 在宅療養支援診療所
- 2 訪問看護ステーション
- 3 24時間訪問介護事業所

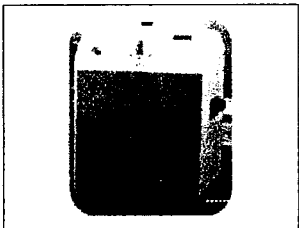
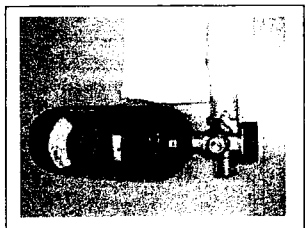
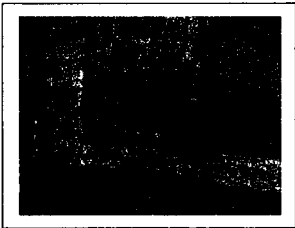
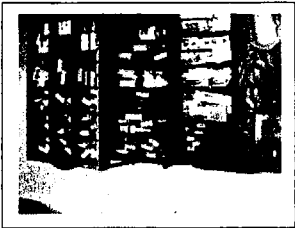
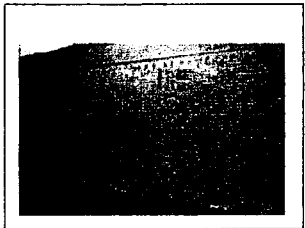
の整備は進んでいますが
モルヒネ製剤や処方薬の
24時間、休日の調達が難しい。

今後の全国での課題

24時間365日在宅療養を支えていくために

- 1) 医師確保
- 2) 訪問看護
- 3) 薬剤の配達、在庫、24時間供給
- 4) 訪問介護
- 5) 訪問歯科診療
- 6) 訪問リハビリ

の確保が不可欠



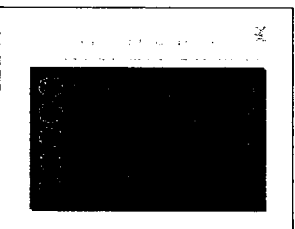
全人的疼痛(Total pain)

身体的疼痛
精神的苦痛
社会的苦痛
感情的苦痛
スピリチュアル苦痛

慢性疼痛管理の考え方

慢性疼痛管理の考え方

慢性疼痛管理の考え方



疼痛治療の目標

疼痛治療の目標

疼痛治療の目標

苦行する症状コントロール1痛み

苦行する症状コントロール1痛み

苦行する症状コントロール1痛み

苦行する症状コントロール2嘔吐・便秘

苦行する症状コントロール2嘔吐・便秘

苦行する症状コントロール2嘔吐・便秘

苦行する症状コントロール3胸水・痰

苦行する症状コントロール3胸水・痰

苦行する症状コントロール3胸水・痰

苦行する症状コントロール4嘔吐・便秘

苦行する症状コントロール4嘔吐・便秘

苦行する症状コントロール4嘔吐・便秘

苦行する症状コントロール5無気力

苦行する症状コントロール5無気力

苦行する症状コントロール5無気力

緊急用の坐薬

緊急用の坐薬

緊急用の坐薬

在宅ホスピスの課題

在宅ホスピスの課題

在宅ホスピスの課題

年度別看取り患者数

年 別	人 数
2000 年	23人
2001 年	46人
2002 年	90人
2003 年	123人
2004 年	117人
2005 年	128人
2006 年	164人
2007 年3月31日	52人
合 計	743人

病名ベスト10

1位	肺炎	121人	6位	肝臓癌	37人
2位	胃癌	109人	7位	脳血管病	36人
3位	大腸癌	53人	8位	乳癌	31人
4位	腎臓癌	45人	9位	糖尿病	25人
5位	心臓病	45人	10位	骨髄癌	23人

豊取り患者診療日数

1週間未満	104人	14.0%
1週間～1ヶ月未満	271人	36.5%
1ヶ月～3ヶ月未満	219人	29.5%
3ヶ月～6ヶ月未満	79人	10.6%
6ヶ月以上	70人	9.4%
合計	743人	100%

病院での講演で特に強調 もう少し早く紹介を

1週間未満	104人
1週間～1ヶ月未満	271人
合計	375人
豊取り患者の割合	50.5%

平成18年診療報酬改定で 在宅医療は最も評価された

- 13年4月の診療報酬改定全体で11.15%の引上げ
- 在宅医療実費控除の廃止
24時間連絡を受けられる医師または看護職員を配置し、24時間往診や応急処置の提供が可能な体制を確保する
- 豊取り加算1,200円、10,000円へ
- 特定までの薬剤費の訪問診療0%

狙い撃ち中

平成18年4月以降の在宅医療実費控除の廃止

がん対策基本法

平成18年4月1日施行

第六十六条 がん患者の健康生活の質の維持向上を図るため、がん患者が、がん患者の生活の質を向上させる目的とする医療が実現できるように行われるようとする。医療においてがん患者に対しがん医療を提供することの適切な役割を確保すること、医療従事者に対するがん患者の健康生活の質の向上に資する研修の機会を確保すること、その他がん患者の健康生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。

地域別豊取り患者数

1位	立川市	231人	8位	小平市	10人
2位	東大和市	124人	9位	八王子市	19人
3位	町田市	97人	10位	横浜市中区	9人
4位	日野市	60人	11位	豊川市	7人
5位	武蔵村山市	57人	12位	瑞穂町	5人
6位	豊田町	47人	13位	羽村町	3人
7位	柳川市	43人	14位	東大和市	13人

問題点

インフォメーション不足

立川市・東大和市に偏っている

在宅医療・在宅ホスピスの地域社会への浸透が今後の課題

豊取り患者死亡時刻

00:00	28人	12:00	39人
01:00	14人	13:00	32人
02:00	32人	14:00	27人
03:00	14人	15:00	31人
04:00	29人	16:00	27人
05:00	28人	17:00	26人
06:00	26人	18:00	27人
07:00	31人	19:00	22人
08:00	24人	20:00	26人
09:00	29人	21:00	27人
10:00	32人	22:00	28人
11:00	32人	23:00	24人

がん対策基本法に対する付帯決議

十二、緩和ケアについては、がん患者の生活の質を確保するため、緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する医療従事者の育成に努めるとともに、自宅や施設においても、適切な医療や緩和ケアを受けることができる体制の整備を進めること。

どうする？1 介護を

増え続ける高齢者・特にひとり老人、医療・介護の連携が実現できるのか？

家族世代が介護する例が増えているが、介護される側になったら

どうする？2 増えぬとき

在宅医療に頼るべきときに医師は増えるのか？

在宅医療支援センター

2006年度の夜間緊急診療

17時から翌朝8時までの往診176件の往診があった
豊取り80件
往診36件

ほとんどもは電話対応で必要が在宅コントロール困難、患者の急変を診ては往診が必要であった

24時間365日体制は不可欠

24時間365日体制は不可欠
外来診療の片手間では無理
診療所をバックアップする体制が必要

死亡診断書の調剤

1 調剤して診療している患者が
2 その患者が急変で死亡したとき調剤が調剤し
3 医師が死亡診断書に署名したとき
4 死亡診断書が調剤する。 (医師2名、2名)
5 2名が調剤確定 (調剤、調剤)の患者が24時間365日調剤して死亡した場合は24時間365日調剤確定かつ調剤確定
つまり、夜間や24時間365日調剤して死亡した場合は24時間365日調剤確定かつ調剤確定を履行することが必要である。

在宅医療普及の鍵

在宅医療実費控除の廃止分増加

- 1 在宅緩和ケアの普及の低下の懸念
- 2 在宅緩和ケアの普及が急務
- 3 豊取りの医師の少ない医師の増加

在宅医療支援センターの設置

在宅医療支援センターの設置

30万～50万人に1箇所
24時間365日体制の実現
(調剤した医師の患者へのフォローによる夜間・休日診療の代行)

調剤した医師の患者へのフォローによる夜間・休日診療の代行
調剤した医師の患者へのフォローによる夜間・休日診療の代行
調剤した医師の患者へのフォローによる夜間・休日診療の代行

どうする？3 豊取りのは医師だけ？

A 在宅医療支援センター設立に時間がかかり、医師が増えなければどうする？

B 在宅医療の普及の鍵は死亡診断書
調剤した医師の患者へのフォローによる夜間・休日診療の代行
調剤した医師の患者へのフォローによる夜間・休日診療の代行
調剤した医師の患者へのフォローによる夜間・休日診療の代行

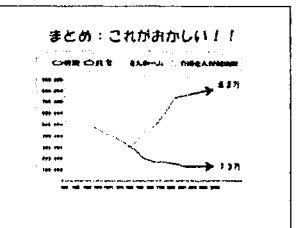
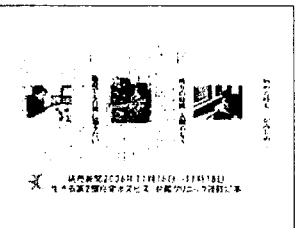
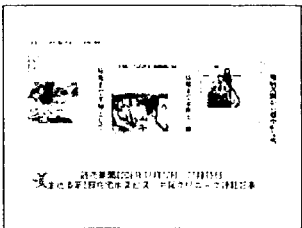
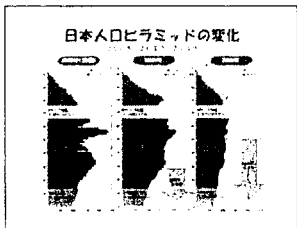
24時間365日の体制をどうするか

複数の医師が必要

- 1 在宅専門診療所
- 2 診療所向土による連携
戻道方式、最寄り方式

在宅ホスピスの今頃とどうか日本の今後

- 1 高齢化社会
- 2 ひとり老人の増加
- 3 死亡数の増加 (特に癌・老人)
- 4 家での豊取りの増加
- 5 医師の不足がホスピスに在宅の負担が増える



地域医療連携 ～他職種との連携の始め方～

平成20年3月8日(土)
東大和市開業 大川延也

在宅医療

なんらかの障害と共存しながらの生活復帰、つまり日常生活機能の維持、向上、そしてQOLの向上をめざしていくことにより、今後の地域医療の柱としてさらに充実が期待されている。

在宅歯科医療

そのなかでの在宅歯科医療は患者さんの食べる口、食べる機能を回復することを目標としている

口腔ケアとは

- 噛める歯
(入れ歯)
 - 口腔清掃
(口腔疾患の予防、誤嚥性肺炎の予防)
 - 口腔リハビリテーション
(食べられる口づくり)
- これら三位一体で食を中心と考え支援すること

施設高齢者の関心事

	1位	2位	3位
特別養護 老人ホーム	食事 44.8%	行動参加 28.0%	娯楽活動 26.3%
老人保健 施設 (n=114)	食事 48.4%	娯楽活動 40.0%	行動参加 39.2%
老人病院 (n=362)	食事 40.0%	娯楽活動 39.4%	テレビ 28.3%
療養型病院 (n=50)	食事 53.1%	娯楽活動 55.1%	テレビ 30.0%

この時間

大川 延也 先生

昭和52年 東京歯科大学 卒業

歯科大学 補綴学第3講座 入局 (有医業専攻)

昭和58年 現在地 東京都東大和市にて開業

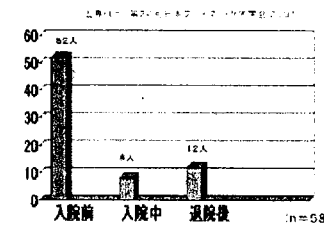
(東京都東大和市歯科医師会会長)

横浜市 加藤武彦先生に師事、訪問歯科治療を学ぶ

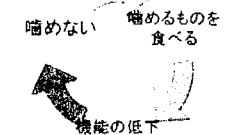
東京都市 黒岩恭子先生に師事、口腔ケア・リハビリを学ぶ

全国訪問歯科研究会 (加藤塾) 所属

入院前後の義歯通常使用者数



食欲不振スパイラル



食べられない人とは？

- ・ うがいをするとむせてしまう : 運動障害性咽頭障害
- ・ うまく飲み込めない
- ・ 歯がなくて噛めない : 器質性咽頭障害
- ・ 歯が痛くて噛めない
- ・ 食欲がない
- ・ 好きなものは食べるが、嫌いなものは食べない

だから きざみ食、とろみ食、買ろう？

⑧ 口腔清掃

口腔疾患の予防 誤嚥性肺炎の予防

口から食べることの意味

食べることは、全身の活動
OOLを維持したり高めるたりする

- ・ 食べたいという意欲 (生きる意欲を高める)
- ・ 腸管免疫を活性化する
- ・ 脳を刺激する (視覚、嗅覚、味覚、咀嚼、筋力)
- ・ 栄養が良くなり、元気になる
- ・ 笑顔と一緒に食事を楽しめる

介護者・家族ほか周りの介護スタッフの介護意欲が向上する

みんな一緒に元気になる！！

ほとんどの方が薬を服用

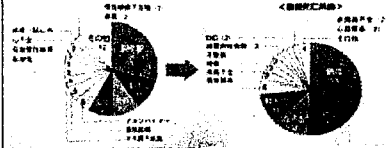
嚥下障害がある場合どうしているのか？

- ・ ゼリーをコーティング
形状を変える (粉砕)
- ・ 粉砕・開封ができない医薬品
- ・ 医薬品の粉砕時の問題点
- ・ 投薬時の問題

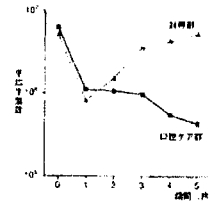
簡易懸濁法

チューブ栄養では粉砕による多くの問題点が軽減または解消される

ある老人病院で死亡者の基礎疾患 と直接死因



⑨ 口腔ケアと口腔内細菌数の関係



安心・安全な嚥下をするために 「口腔ケア」

- ・ 器具としての義歯・歯 (歯科医の役割)
- ・ 食べられるロづくり
- ・ 誤嚥性肺炎の予防 : 他職種・家族の力

「口」を見てください

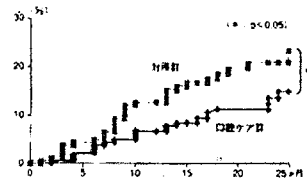
「食べる・飲みこむ」中心に連携を！

“患者さんのよろこびは我がよろこび”

元氣と
やる氣と
勇氣を
与えてくれる

《ありがとう》

⑩ 口腔ケアと肺炎発症率の関係



⑪ 口腔リハビリ 食べられるロづくり 嚙める歯(入れ歯)

モアフラシによる
口腔ケア・リハビリ・咽頭ケア

訪問薬剤管理の立場から

昭島市 ふくしま薬局 薬局長

小 鷹 良 美 先生

■ 経 歴

小 鷹 良 美 先生

1978年3月 北里大学薬学部卒業

1978年4月 医療法人社団 厚生会入職

1994年6月 地域保健企画入社

現在 ふくしま薬局 薬局長

在宅患者訪問薬剤管理指導

ふくしま薬局 小 鷹 良 美

在宅であっても、そこで提供される医療はその患者さんにとって十分な医療であることが望ましい。しかし、在宅で医療を行なう場合、設備や環境が十分とはいえない。また、病院のように行き届いた診療、看護が行なわれるとは限らない。在宅医療は、患者様を中心となって在宅で行なう医療であり、医師、薬剤師、看護師、ヘルパー、ケアマネージャー、家族などが一体となりサポートする医療であると考え、それを行なううえで、情報を共有し、職種間での連携をどのようにとることが重要になってくる。

今回、ふくしま薬局で行なってきた、訪問管理指導を事例も含め紹介したいと思います。

25

78

症例①

80代 男性

病名；認知症、洞不全症候群（ペースメーカー）、発作性心房細動
独語あり、夜間間食

処方；ワーファリン

ワソラン他

アモバン

薬局からの提案；

<アモバンの必要性>

1時間眠るのが精一杯

効きはじめにふらつく

夜間おきて階下に降りることあり、転倒心配

カンファレンス後の処方；

ワーファリン

ワソラン他

デパケンR

処方変更後の様子

夜間起きる回数減った

症例②

70代 女性

病名；左右腎結石、右尿管結成、他
全介助、胃婁

処方；ラコール

インクレミンシロップ、他

薬局からの提案

<掃脾湯の投与、クランベリージュース>

カンファレンス後の処方

ラコール

インクレミンシロップ

掃脾湯、他

クランベリージュース

処方変更後の様子

掃脾湯投与10ヶ月後、インクレミンシロップ中止

紫バック症候群改善

26

79

「地域医療連携」～他職種との連携の始め方～

訪問看護ステーションいちいの社 所長 宇田川 国男

訪問看護の立場から

訪問看護ステーションいちいの社 所長 宇田川 国男

訪問看護ステーションいちいの社 所長
宇田川 国男先生

27

80

(1) 現在まで提言された報告書から

- 1) 「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書 平成15年3月24日
- 2) 看護師等の専門性を活用した在宅医療の推進 の中に
また、適切な在宅医療を提供するためには、医師、看護師、薬剤師等が、それぞれの専門性を十分に発揮しながら、相互の信頼関係の下に連携することが重要である。
と明記されています。
さらに 具体的なケースとして
(1) 在宅がん末期患者の適切な疼痛緩和の推進の 項目で 麻薬製剤に関する具体案が提起されています。麻薬製剤供給の為に 開局時間以外の救急時の体制整備や不要になった時の廃棄の仕方を徹底するよう書かれています。
(2) 在宅医療を推進するためのその他の関連諸制度の見直しの 項目でさらに ②として必要な機器衛生材料の供給体制の確保 連携の必要性が指摘されています。
- 2) 「21世紀初頭に向けての在宅医療について」 平成15年
(4) 在宅患者への在宅医療支援体制の整備
この項目の中で 薬局の役割が述べられています。
電子処方箋等の活用

(2) 在宅医療の連携の現状

1) 訪問看護STと薬局（薬剤師）との連携

STが仕事をするには、主治医からの指示書が不可欠 指示書の中に投与中の薬剤の用量・用法の欄があり、記入されています。 処方箋は、病院（院内もあり）、医院問わず処方箋が交付され、薬局で調剤され 利用者のもとに行きますが、自分で行ける方は御自分で、訪問診療を受けている利用者は、配達が多いようですが、それぞれ、門前の調剤薬局で取り扱う機会が多いと思われます。すると 連携は極小さい範囲でとなります。現状では、これ以上連携は難しい。

しかし、報告書では、もう少し広い範囲を目指しているようです。そこにまだ、課題が多く見え隠れしていると思われます。

糖尿病の患者が増加し 自己注射を実施されている利用者も多いですが、薬局で針を回収することが、徹底せずさんな管理が現実としてあり、医療廃棄物の問題も出ています。

STとして、仕事をする上で、利用者が何の薬を飲んでいのか把握するのは当然なので、薬手帳や説明書は不可欠ですが、まだその点でも十分と思われませんし、問い合わせでもグ

28

81

イレクトの返事をして頂けるのが少ないとも聞いています。連絡できる時間を情報交換することも今後必要でしょう。また、薬剤師さんの配達時間や逆に看護師の訪問時間に合わせて、同時に指導する事も今後は多くしていく方向性が必要です。お年寄りにきちんとした服薬指導をするのは、思った以上に大変です。市販薬を大量に持っている利用者が多いことも現実にあります。

(3) 課題解決のために

- 1) 訪問管理指導を連携して行う 退院時計画に服薬指導も盛り込む（特に老老世帯、独居老人）
- 2) 高齢者やご家族、介護者に十分理解していただき、間違えなく服薬（注射含め）して頂く市販の薬や他の薬との飲み合わせを具体的に説明してもらう
- 3) 担当者会議への出席 薬局（他の薬局との連携）の垣根を越えた連携
- 4) 電子処方箋の有効活用
- 5) 共通ツールの作成

とにかく 顔をあわせる努力をお互いにすること

(4) 4月からの後期高齢者医療制度に移行して

- 1) 利用者の 医者混れが進む心配 医者に行かず、薬を減らし。。。薬を溜め込み症状が悪い時のみ服薬する可能性があります。
 薬剤師さん細心の心使いが必要 あれ薬が切れているはずだけど？
 各ポジションで 情報を把握しておく必要がさらに求められるのか？
 個人情報との問題をどうクリアするか？ ツールを作成するには？
- 2) 医療廃棄物を取りにいらしてくれますか？
 薬のことは何でも相談できますか？ 気軽に訪問してくれますか？

(5) まとめ

他のステーション所長に聞いても今まで、あまりにも関係が構築できていなかった現状がわかりました。今後は情報交換を積極的に行い お互いの業務を理解しましょう！

■ 経 歴

宇田川 国男 先生

昭和55年3月 都立松沢看護専門学校卒
 4月 国立精神神経センター武蔵病院
 昭和58年7月 都立神経病院
 平成12年4月 医療法人社団新緑会寺川訪問看護ステーションわかば
 平成14年1月 同 所長
 平成19年4月 医療法人社団弘樹会訪問看護ステーションいばらけ社
 現在に至る

(社)東京都薬剤師会
 東京都薬剤師会北多摩支部

第Ⅱ章 医療分業計画モデル

1. 北多摩支部における医薬分業の質的向上をめざした実践例

画期的新薬の登場が医療の質の向上に資する一方、安価で良質な後発医薬品の使用は患者の経済的負担を減らし、医療保険財政の効率化が図られることから、先発医薬品と後発医薬品がバランスよく流通していることが重要であり、後発医薬品の一層の使用価値が必要である。

また、薬剤師は薬の専門家として後発医薬品を含む医薬品の説明を行い、患者と相談したうえで、医薬品を選択し調剤することになり、薬局における後発医薬品の情報収集・提供が重要である。

そこで北多摩支部では、後発医薬品を患者へ情報提供する際の資料として、2成分の先発医薬品を含む各製品の比較試験を行った。

後発品の比較実験

『クラリスロマイシン』『フルチカゾン』など

東京都薬剤師会北多摩支部
学術研修委員会

平成18、19年度の2年にわたり東京都薬剤師会北多摩支部でジェネリック医薬品使用促進のため、クラリスロマイシンドライシロップ、プロピオン酸フルチカゾン点鼻液の比較調査を行い支部会員にデータを配布した。プロピオン酸フルチカゾン点鼻液比較調査について会員にアンケートをとり以下の結果がでた。

プロピオン酸フルチカゾン点鼻液 比較調査 アンケート結果(回答13件)

①資料を薬局で活用したいと思いませんか？

はい 10

いいえ 3

理由(はい) ・ジェネリックの説明に使った
・各メーカーの比較一覧がとても見やすく患者様に説明する時に具体的に決められる
・メーカーが絶対に出してこない資料かつ一次資料なので
・ジェネリック医薬品を選ぶときに参考になるので 2件
・自分ではわからないくらい詳しい内容がのっていたから
・後発品を進めていく上でDr承認を得るために資料としては役立ちました
また患者への説明時にも使用させて頂いています

- ・保存期間や臭い等
- ・わかりやすいので
- 理由 (いいえ) ・他の後発品を扱っているため
- ・これに関してはすでに勉強会済なので

②資料は役にたちましたか？

はい 1 2

いいえ 1

③資料をどのように使用しましたか？

そのままプリントして使用した 7

その他 必要時、パソコン上で確認

これに関しては資料がたくさんあった

縮小しました (内容を簡単にした。印刷サイズの小さなバージョンもあるとい
いかも)

④意見・感想 今後比較して欲しい医薬品など

リンデロン VG (0)、Cr、ローションやステロイド剤の塗り薬の比較

ホクナリンテープの後発品の比較などをお願いしたいと思います

目薬の刺激の比較等

塗り薬の延びの試験など良いと思います

オノンDS等小児用剤でよく出ている薬のジェネリックとの味の比較がほしい。

プロピオン酸ベクロメタゾン

マーロックスの後発

セルベックスのGE

パップ剤あれこれ

点眼(ミケラン、タリビット、インタール、ザジテン (OTCも含めて))

今後も繁用する後発医薬品から順次比較試験を行い、後発医薬品の情報提供資料の充実を
図っていく。

以上


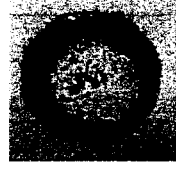




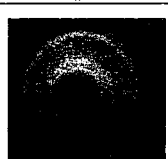
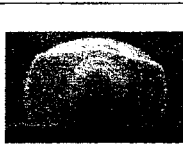

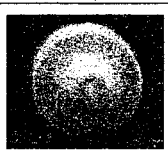
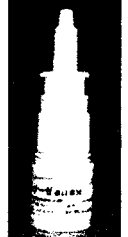




アンケート結果より東京都薬剤師会北多摩支部では次回点眼液 (医薬品は未定) の比較調
査を予定している。

クラリスロマイシン味くらべ



商品名	会社名	色	におい	味	備考	評価
クラリシッド・ドライシロップ小児用	アボット=大日本住友	微赤白色	-	-	ストロベリー味	2
クラリスドライシロップ小児用	大正製薬=大正富山	-	-	-	-	-
クラリスロマイシンDS10%小児用「EMEC」	メディサ=エルメッドエーザイ	白色	ストロベリー様の芳香	甘い	-	2.7
クラリスロマイシンDS10%小児用「サワイ」	沢井	白色	ストロベリー様の芳香	甘い	-	2.1
クラリスロマイシンDS10%小児用「日医工」	日医工	白色	-	甘い	ストロベリー風味のにおい・味	3
クラリスロマイシンDS10%小児用「MEEK」	小林化工=明治製薬	白色	芳香	甘い	ストロベリー味	3.8
マインベースDS10%小児用	大正薬品=あすか製薬	白～微帯黄白色	わずかに芳香	甘い	イチゴ味	2.1
リクモースドライシロップ小児用10%	東和薬品	白～帯黄白色	特異な芳香	甘い	ストロベリー様のにおい	3.5
クラリスロマイシンドライシロップ10%小児用「メルク」	メルク製薬	白～帯黄白色	フルーツ様のにおい	-	オレンジ風味	3
クラリスロマイシンDS10%小児用「日研」	日研	白色	なし	甘い	バナナ味	4.4
クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」	高田=大原	微黄白～微褐色	においはないか又は特異なにおい	甘い	バナナ味	2.8

製品名	フルナーゼ	スカイロン	ミリカレット	フルチカゾン点鼻液「アメル」
メーカー名	グラクソ・スミスクライン	大日本住友製薬	あすか製薬	共和薬品
薬価	1,084.80円	759.40円	759.40円	759.40円
包装単位	4mL×10 8mL×6	4mL×1 4mL×10	4mL×10 8mL×10	4mL×10 8mL×10
粘度	—	500~1,500mPa·s	—	85mPa·s
粒子径(平均)	10μm以下	60~70μm	約55μm	不明
添加物	結晶セルロース カルメロースナトリウム ブドウ糖 ポリソルベート80 塩化ベンザルコニウム フェニルエチルアルコール ph調整剤(希塩酸)	ポリソルベート80 塩化ベンザルコニウム エデト酸ナトリウム 濃グリセリン 塩化ナトリウム 水酸化ナトリウム カルボキシビニルポリマー L-アルギニン 精製水	結晶セルロース カルメロースナトリウム ブドウ糖 ベンザルコニウム塩化物 プロピレングリコール クエン酸ナトリウム水和物 パラオキシ安息香酸メチル パラオオキシ安息香酸プロピル グリセリン 香料	結晶セルロース カルメロースナトリウム ポリソルベート80 塩化ベンザルコニウム エデト酸ナトリウム 水酸化ナトリウム 濃グリセリン
振る必要の有無	有り	無し	有り	有り
噴霧した時の状態、理由(メーカーからの回答より)	状態:霧状 理由:刺激を少なく、鼻粘膜に広範囲に行き届くようにするため	状態:まんべんなく広がり、液だれがない	状態:広がる	状態:ぱっと広がる 理由:液だれを少なくし、鼻の粘膜全体に広がるようにするため

噴霧距離:75mm 噴霧30秒後の形状 (色は台紙の色なので液とは関係なし)					
特長(メーカーからの回答より)	●海外、国内において動物またはヒトへの投与データが豊富。また、臨床試験、市販後調査、患者アンケートなど発売前後のデータも豊富に揃っている●56噴霧用はニーズに合わせ、中が見えるボトルを採用●フェニルエチルアルコール添加によりセパシア菌に抗菌力を示す	●特殊なゲル基剤(鼻腔滞留性の優れた噴霧可能な粘潤基剤)を用いた懸濁剤を製することで、鼻粘膜への付着性に優れ、噴霧後の液だれ、口中への薬剤の移行が少ないことが期待できる●防腐剤であるフェニルエチルアルコールを含まないため、特異なおいがない●唯一、上方排圧エアレス式スプレー容器を採用。そのため、あらゆる角度から噴霧可能であるほか、逆流がないため容器自身が臭くならない(鼻汁を吸わないため)●使用時に振る必要がない	●持ちやすく、小型で操作性のよい容器である●ミントの香り●女性に手にした時、いかにも「点鼻薬」というデザインを一新している	●先発剤の特異なおいを軽減●薬液の粘稠性を増加し、液だれを軽減	●すり鉢形状の容器を採用し、残液量を低減できる●先発品に使用されている容器は特許により使用できなかったが、先発品と同じ使用方法で薬液が霧状となる容器を採用している
保存期間 におい	— バラ	3ヶ月 無し	— ミント	14日間 無し	— バラ
噴霧口					
外観					

フルチカゾン点鼻液「トワ」	フルチカゾーンズ点鼻液	プロチカゾン点鼻液	プロピオン酸フルチカゾン「タロ」	プロピオン酸フルチカゾン「PH」	ファビ点鼻液50 μ g56噴霧用
東和薬品	大正薬品	日医工	大洋	日本化薬	三和化学
759.40円	759.40円	759.40円	759.40円	759.40円	1,517.00円
4mL \times 10	4mL \times 10	4mL \times 10	4mL \times 10	4mL \times 10 8mL \times 10	8mL \times 10
33.4~35.1mPa \cdot s	—	30mPa \cdot s	—	—	65~80mPa \cdot s
5 μ m	7.23 μ m	6~7 μ m	—	最大53 μ m	10.6~11.0 μ m
セルロース カルメロースナトリウム ブドウ糖 ポリソルベート80 塩化ベンザルコニウム フェニルエチルアルコール	セルロース カルメロースナトリウム ベンザルコニウム塩化物	セルロース カルメロースナトリウム ブドウ糖 ポリソルベート80 ベンザルコニウム塩化物 フェニルエチルアルコール ph調整剤(希塩酸)	結晶セルロース カルメロースナトリウム ブドウ糖 ポリソルベート80 塩化ベンザルコニウム フェニルエチルアルコール ph調整剤(希塩酸)	結晶セルロース カルメロースナトリウム ベンザルコニウム塩化物 ph調整剤(希塩酸)	結晶セルロース カルメロースナトリウム 塩化ベンザルコニウム
水酸化ナトリウム	プロピレングリコール クエン酸ナトリウム水和物			エデト酸ナトリウム水和物 ポリソルベート80	パラオキシ安息香酸メチル パラオキシ安息香酸プロピル
リン酸水素ナトリウム クエン酸	クエン酸水和物 グリセリン パラベン 香料			濃グリセリン	グリセリン
有り	有り	有り	有り	有り	有り
状態: 広がる	状態: 噴霧角度の狭いタイプ 理由: 先発品と同様の噴霧状態にするため	状態: 噴霧するとき微細な霧状となり、一定の範囲に均一に広がる	状態: 広がる 理由: 先発品と同様の噴霧状態にするため	状態: 噴霧幅が広く、霧状に薬剤が広がる 理由: 薬剤が鼻腔内全体に広がるようにするため	状態: 霧状に広がる 理由: 鼻腔内に確実に噴霧し、液だれを防ぐため

●安定した粘度	●添加物として極微量の香料(メントール)を用いて、使用時に清涼感を持たせている	●定量的な噴霧量ならびに均一な粒子径を得るため、蓄圧式定量噴霧ポンプを採用●すり鉢形状の容器を採用し、残液量を低減できる●成分は先発品と同様	●2種類(フェニルエチルアルコール、塩化ベンザルコニウム)の防腐剤を添加することにより菌の増殖を防止●バラの香り(フェニルエチルアルコールによる)	●フェニルエチルアルコールを含有していないため、特異臭がない●無臭である●噴霧がスムーズ、液だれがない●コンパクトサイズで持ち運びに便利	●携帯に便利な手のひらサイズ●においを極力抑えてある●セバシア菌においても抗菌力を有する
—	—	—	使用期限まで可能	28日	—
バラ	無し	バラ	バラ	無し	無し

2. 動画閲覧システム導入による在宅研修の試み

医療技術の高度化、医薬分業の進捗に伴う医薬品の安全使用といった社会的要請に応え、医療の担い手として、質の高い薬剤師が求められている中、薬学教育において既に薬学教育6年制がスタートしている。

また、今般の医療法等の改正の中で、「医療における安全の確保」、「医療における信頼の確保」といった従来の視点に加え、「医療の質の向上」の視点を一層重視した医療安全対策を推進するうえでも、薬剤師としての質を高めていくことが求められる。

こうした中、北多摩支部では、勉強会・研修会といった出席型の教育システムに加え、北多摩支部のHPを活用するシステムを導入し、会員薬剤師の教育機会の充実を図ったので報告する。

医療の高度化に伴い先進的技術のみならず膨大な知識量が必要となっている現在、個々の薬剤師が、あらゆる方法によりその知識を習得すべきことは言うに及ばない。しかしながら勉強会・研修会に参加できる人間は限られ、それ以外の人間は費用を含めすべてを個人が背負いながら行っているのが現状かもしれない。また、休日夜間にかかわる関心が高まっている中、研修会といわれるものの多くは平日の夜又は休日に行われることが多く、さらにそれら研修会の中には出席しなければ各種認定の対象からはずされるということすらしばしばある。このシステム導入により生活背景がまちまちである薬剤師らの研修機会の増加による資質向上と新たな教育・認定の可能性が広がっていくことを願って作成した。

東京都薬剤師会 北多摩支部様
会員向けコンテンツ公開システムの概要

○本システムについて
本システムは、東京都薬剤師会 北多摩支部様の会員を対象に、講習会・セミナーの内容をホームページ上で公開するシステムです。撮影した映像やテキスト・画像にてコンテンツを作成し、会員にはアカウントや暗証力キースを募集させることが可能です。また、管理画面からコンテンツの追加・編集が容易に行えるため、特別な設備を必要とせずにホームページの更新作業が行えます。

○コンテンツの種類
・ムービー
講演会を撮影したムービーを、ストリーミングサーバーにアップロードすることで、スムーズに映像の配信を行います。今後、システムの拡張を行うことにより、ムービーとパワーポイントが同梱したコンテンツなども配信することが可能です。
・音声ファイル
講習会の内容を複数のメニューに分類し、テキストと併せて紹介します。会員が閲覧する際には、コンテンツの特定部分から表示させることも可能です。
・アンケート
管理者によって作成された質問を、選択または自由記入にて回答します。各会員の回答結果は、管理者のみがCSVファイルにて出力することができます。
・理解力テスト
管理者によって作成された問題を選択式で回答し、その場で採点結果が表示されます。各会員の回答結果は、管理者のみがCSVファイルにて出力することができます。

○コンテンツの管理
管理者のみがログインできるコンテンツ管理画面より、監視・更新作業を行うことができます。新しい問題を作成する場合は、コンテンツごとに入力すると、すでにホームページ上で公開が可能です。

○会員管理
本システムの公開ページにログインするには、会員ごとに配布されたIDとパスワードが必要となります。管理者は新規IDの発行や、変更・削除を行うことができます。

会員ページ管理画面
ログイン

東京都薬剤師会 北多摩支部 会員ページ管理画面

ログインID: admin
パスワード: *****

東京都薬剤師会 北多摩支部様 会員向け公開システム

会員ページ管理画面
ログイン情報管理/会員一覧

東京都薬剤師会 北多摩支部 会員ページ管理画面

ログイン情報管理 会員一覧

メニュー	会員名A	ID	パスワード	種別
ログイン情報管理	新井 直樹	0000000000	*****	変更 削除
アカウント編集	山本 太郎	0000000001	*****	変更 削除
アカウント一覧	山本 太郎	0000000002	*****	変更 削除
	山本 太郎	0000000003	*****	変更 削除
	山本 太郎	0000000004	*****	変更 削除
	山本 太郎	0000000005	*****	変更 削除
	山本 太郎	0000000006	*****	変更 削除
	山本 太郎	0000000007	*****	変更 削除
	山本 太郎	0000000008	*****	変更 削除
	山本 太郎	0000000009	*****	変更 削除
	山本 太郎	0000000010	*****	変更 削除

東京都薬剤師会 北多摩支部様 会員向け公開システム

ログイン情報管理/新規登録

東京都薬剤師会 北多摩支部 会員ページ管理画面

ログイン情報管理 新規登録

- ホーム
- ログイン情報管理
- アンケート結果
- テスト結果
- 新規登録
- コンテンツ一覧

会員登録

会日名

フリガナ

ID

パスワード

戻る

4

アンケート結果

東京都薬剤師会 北多摩支部 会員ページ管理画面

アンケート結果

- ホーム
- ログイン情報管理
- アンケート結果
- テスト結果
- 新規登録
- コンテンツ一覧

コンテンツ名	日付	アンケート結果(CSVファイル)
北多摩支部	2008.09.11	ダウンロード
北多摩支部	2008.09.10	ダウンロード
東京都薬剤師会 北多摩支部	2008.09.10	ダウンロード
東京都薬剤師会	2008.09.10	ダウンロード

日付順

5

アンケート結果(CSVファイル)

会員名50音順
回答完了者にチェックを付ける
各会員の最新の回答結果を表示
ファイル名は「コンテンツ名アンケート結果」

6

テスト結果

東京都薬剤師会 北多摩支部 会員ページ管理画面

テスト結果

- ホーム
- ログイン情報管理
- アンケート結果
- テスト結果
- 新規登録
- コンテンツ一覧

コンテンツ名	日付	テスト結果(CSVファイル)
東京都薬剤師会ホームページ	2008.09.11	ダウンロード
会日名検索	2008.09.10	ダウンロード
東京都薬剤師会 北多摩支部	2008.09.10	ダウンロード
東京都薬剤師会	2008.09.10	ダウンロード

7

会員ページ管理画面
テスト結果 (CSVファイル)

A	B	C	D	E	F	G
1	回答	会員名	ID	問 C	正答数	
2				X		
3		YUKI2	YUKI2		0	
4		北条孝隆氏*	kistama		0	
5		松ヶ本	sasaki	0	1	0
6		5丁目組副団長	5chome		0	0
7		千駄ヶ谷駅前	senjigaya		0	0
8		千駄ヶ谷駅前	diag1		0	0
9		千駄ヶ谷駅前	diag1		0	0
10		有楽町駅前	rishi		0	0
11		有楽町駅前	rishinora		0	0
12		有楽町駅前	yon		0	0
13		有楽町駅前	GET	0	1	0
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						

8

東京都薬剤師会 北多摩支部 会員向け公開システム

会員ページ管理画面
コンテンツ新規登録/タイトル

東京都薬剤師会 北多摩支部 会員ページ管理画面

コンテンツ新規登録 タイトル

メニュー
ログイン情報管理
アンケート結果
テスト結果

タイトル	ムービー	テキスト	アンケート	テスト
分類名称				一括から選択
コンテンツ名				
開催日				
説明文				

[保存]

9

東京都薬剤師会 北多摩支部 会員向け公開システム

96

会員ページ管理画面
コンテンツ新規登録/ムービー

東京都薬剤師会 北多摩支部 会員ページ管理画面

コンテンツ新規登録 ムービー

メニュー
ログイン情報管理
アンケート結果
テスト結果

タイトル	ムービー	テキスト	アンケート	テスト
リンクURL				

メニュー
新規登録
コンテンツ一覧

[保存]

10

東京都薬剤師会 北多摩支部 会員向け公開システム

会員ページ管理画面
コンテンツ新規登録/テキスト

東京都薬剤師会 北多摩支部 会員ページ管理画面

コンテンツ新規登録 テキスト

メニュー
ログイン情報管理
アンケート結果
テスト結果

タイトル	ムービー	テキスト	アンケート	テスト
内容				
画像1		[選択]		2/17
画像2		[選択]		2/17
画像3		[選択]		2/17
画像4		[選択]		2/17
タイトル1				
タイトル2				
タイトル3				
タイトル4				

11

東京都薬剤師会 北多摩支部 会員向け公開システム

97

東京都薬剤師会 北多摩支部 会員ページ管理画面

コンテンツ新規登録 アンケート

メニュー
ログイン情報管理
アンケート結果
テスト結果

タイトル	ムービー	テキスト	アンケート	テスト
図表方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メニュー
新規登録
コンテンツ一覧

図表方法 単一選択 複数選択 自由入力

内容

画像1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
画像2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
画像3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
画像4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12

東京都薬剤師会 北多摩支部 会員ページ管理画面

コンテンツ分類一覧

メニュー
ログイン情報管理
アンケート結果
テスト結果

分類名	選択
研修会	<input type="checkbox"/>

メニュー
新規登録
コンテンツ一覧

14

東京都薬剤師会 北多摩支部 会員ページ管理画面

コンテンツ新規登録 テスト

メニュー
ログイン情報管理
アンケート結果
テスト結果

タイトル	ムービー	テキスト	アンケート	テスト
図表方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メニュー
新規登録
コンテンツ一覧

図表方法 単一選択 複数選択 自由入力

内容

画像1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
画像2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
画像3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
画像4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13

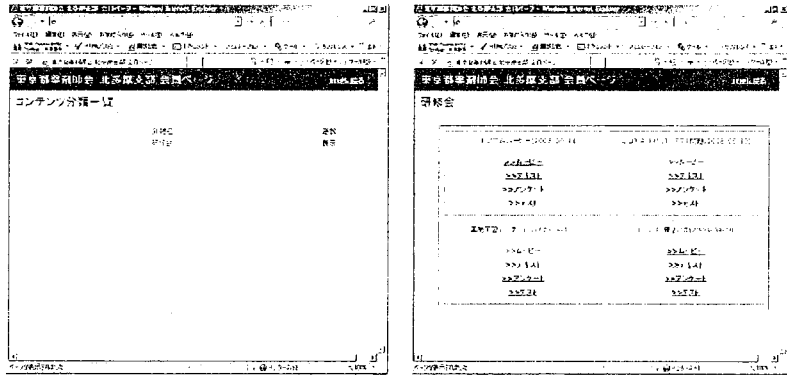
東京都薬剤師会 北多摩支部 会員ページ

ログインID:

パスワード:

15

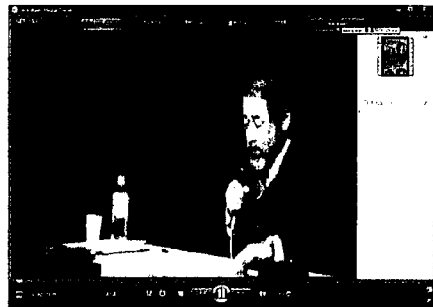
会員ページ管理
コンテンツ一覧/表示



16

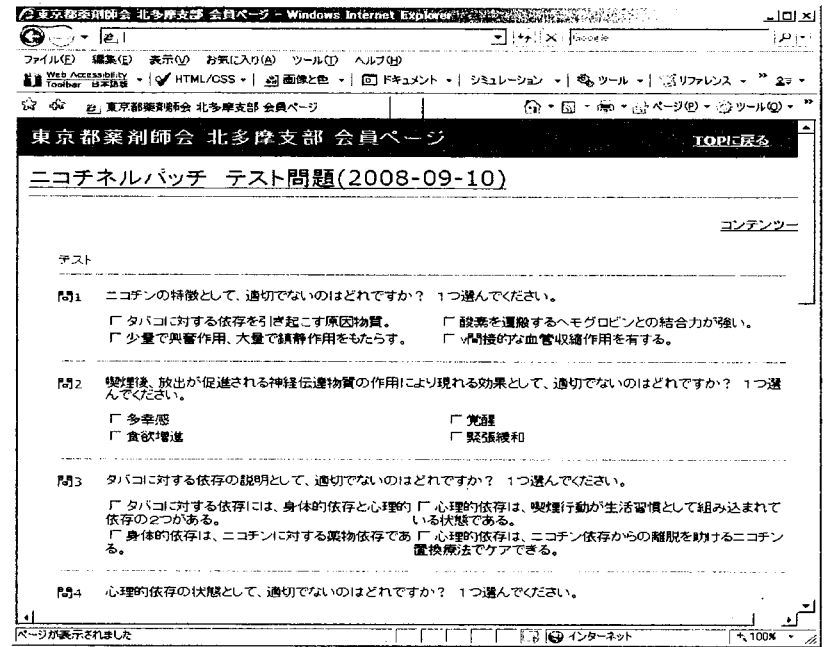
東京都薬剤師会 北多摩支部 会員向け公開システム

会員ページ管理
コンテンツ一覧/表示/ムービー

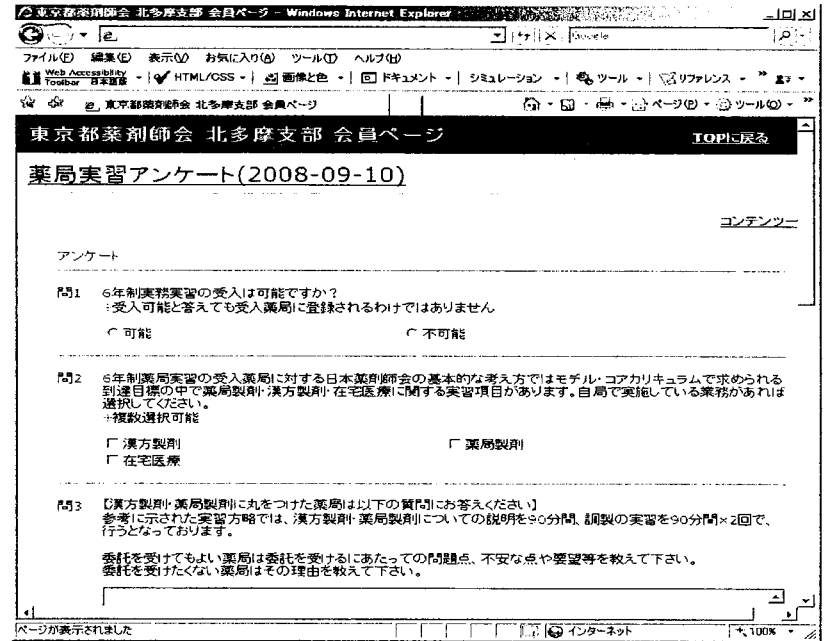


17

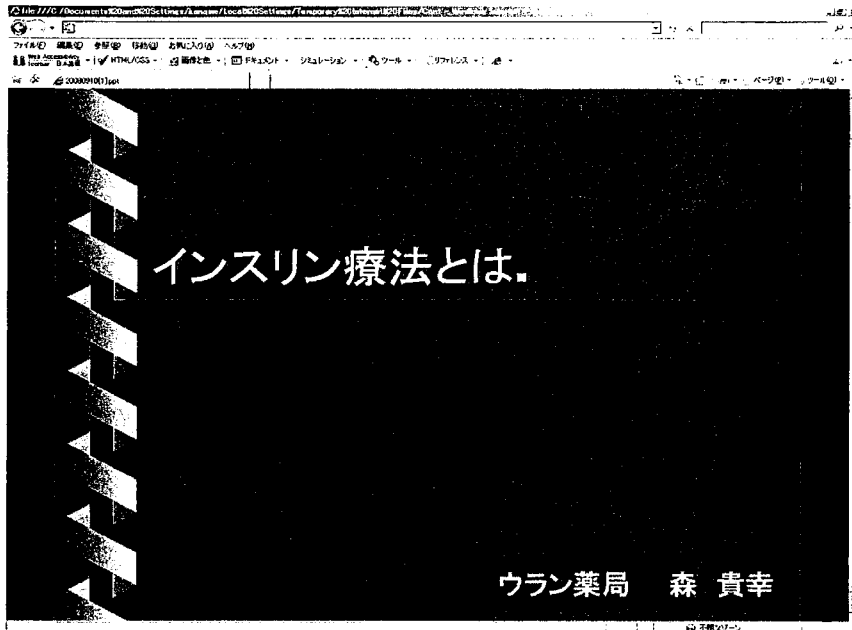
東京都薬剤師会 北多摩支部 会員向け公開システム



100



101



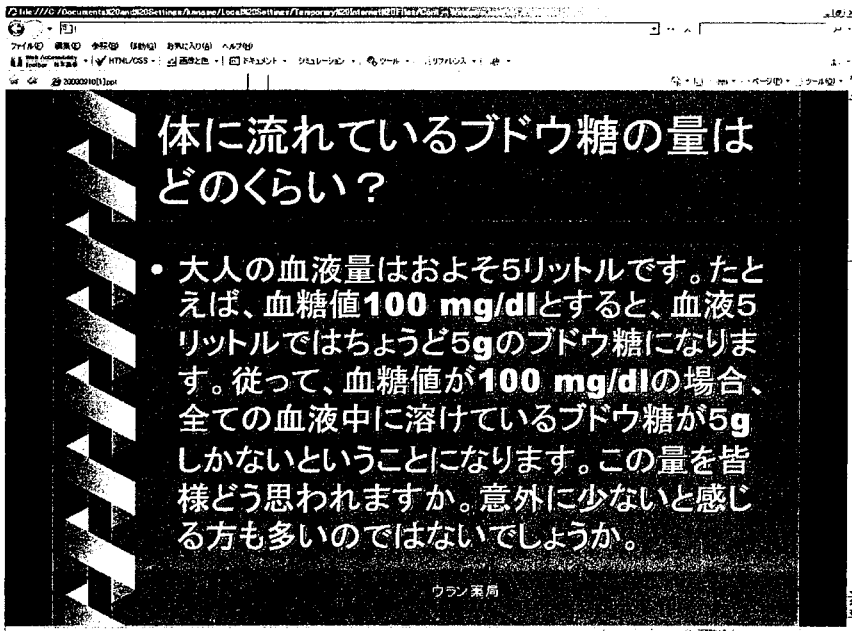
製作会社：株式会社メルブレイン

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷3-38-10 AIKビル1F

tel:03-4500-6471 fax:03-5411-6639

www.melbrain.com

北多摩支部として今後は、研修会資料のアップなど研修会欠席の会員薬剤師に情報提供するなど教育機会の充実を図る他、将来的には、会員薬剤師に対して研修会の習熟度を測る試験や認定制度の創設を検討していきたい。



まとめ

医薬分業の進展とともに薬局の機能は日々変化している。昨年薬局は医療法において医療提供施設と明確に位置づけられた。業務の多様化と共に地域医療における幅の広い役割を担っていく必要性があり、薬局機能の強化は必須事項である。

今回の厚生労働省モデル事業—医薬分業計画等策定事業を受け北多摩支部薬剤師会としてテーマ1「医薬分業の質的向上」テーマ2「地域医療連携」に取り組んだ。

テーマ1では国立市薬剤師会の先進事例の紹介—まちかど相談室、支部として数年前より行っているジェネリック医薬品の比較検討事例、立川市のDOTS事業の紹介を掲載した。また、現在の病院・診療所—薬局間の情報提供として重要なツールとなっているお薬手帳の推進を目指し、お薬手帳に貼るシールの検討・会員薬局への配布を行った。今回は1パターンのシール提供に留まったが、今後様々な展開も考えられ、支部事業として検討を重ねていくことも可能である。

テーマ2ではこれからの地域医療連携を目指し、薬剤師に何が求められているか?を模索する始めの手段として、シンポジウムの開催を行った。東京都多摩立川保健所所長赤穂先生を座長に地域医療圏における連携の必要性を確信し、薬剤師として薬局としてそして薬剤師会としてのこれからの方向性を見いだせたと思われる。このシンポジウム以後各種の研修会等に各々職種を超え講演の依頼も後をたたない現状である。今後北多摩支部として医療提供施設・訪問看護ステーション・介護保険事業所・ホスピス等との連携強化を目指し、実際に在宅医療の稼働できるMAP作成やターミナル患者への医薬品の迅速・適切な提供を目的に麻薬の譲り渡しのグループ化・休日夜間への対応も模索していく必要がある。また、連携ツールとして連携パスの検討や連携コーディネートを誰がどのように行っていくか?等まだ課題は山積みである。この事業を医療圏における地域医療連携のスタート地点とし、今後も引き続き検討して行く。

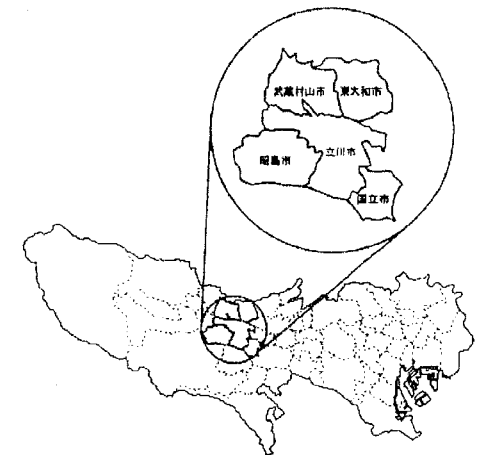
北多摩支部では数年前からインターネットを使用した薬局間・会員のネットワーク作りに取り組み参加会員は全体の75%にも及ぶ。この状況を考慮し、今回の事業を機にe-learningの導入に着手した。現在まだ発信のコンテンツは少ないが今後支部研修会初め多方面の情報収集を行い、発信コンテンツを増やし、自己評価できる問題提供まで行うことのできるようにしていくことも可能であろう。職場・自宅問わず自己研鑽できる場を提供しスキルアップに繋げていくことは薬剤師会としての重要な責務である。

東京都薬剤師会北多摩支部は薬剤師の職能団体です。

本会は沼袋、国立、立川、東大和、武蔵村山の各市薬剤師会により構成され、薬局数約140軒、会員数約180名で活動しています。

薬剤師倫理の徹底、職能の向上による薬事衛生と公衆衛生に貢献すること

により地域社会の医療福祉に寄与する事を目的としております。



www.tpa-kitatama.jp

〒190-0072 東京都立川市錦町2-1-32 山崎ビル201号
 ■支部事務局 TEL 042-548-8256 FAX 042-548-8257
 ■管理センター TEL 042-525-5405 FAX 042-526-3980

北多摩支部委託事業実行委員会（平成20年3月31日）

実行委員長	小川光一	（東京都薬剤師会北多摩支部	支部長	国立市薬）
副実行委員長	伊藤はるみ	（東京都薬剤師会北多摩支部	副支部長	東大和市薬）
副実行委員長	稲田成子	（東京都薬剤師会北多摩支部	副支部長	武蔵村山市薬）
副実行委員長	鏑木康之郎	（東京都薬剤師会北多摩支部	副支部長	昭島市薬）
副実行委員長	椎木滋郎	（東京都薬剤師会北多摩支部	副支部長	国立市薬）
副実行委員長	平井有	（東京都薬剤師会北多摩支部	副支部長	立川市薬）
委員	椿孝浩	（東京都薬剤師会北多摩支部	理事	武蔵村山市薬）
委員	江郷貴光	（東京都薬剤師会北多摩支部	理事	武蔵村山市薬）
委員	加藤智恵子	（東京都薬剤師会北多摩支部	理事	立川市薬）
委員	菅原誠一郎	（東京都薬剤師会北多摩支部	理事	立川市薬）
委員	荻野祥子	（東京都薬剤師会北多摩支部	理事	昭島市薬）
委員	峰村ゆかり	（東京都薬剤師会北多摩支部	理事	東大和市薬）
委員	佐藤むつみ	（東京都薬剤師会北多摩支部	理事	武蔵村山市薬）
委員	加島寛之	（東京都薬剤師会北多摩支部	理事	武蔵村山市薬）
委員	山下智子	（東京都薬剤師会北多摩支部	総務広報委員	東大和市薬）
委員	山村恭子	（東京都薬剤師会北多摩支部	総務広報委員	立川市薬）
委員	小鷹良美	（東京都薬剤師会北多摩支部	総務広報委員	昭島市薬）
委員	菅野里美	（東京都薬剤師会北多摩支部	総務広報委員	国立市薬）
委員	信安恵見	（東京都薬剤師会北多摩支部	学術研修委員	東大和市薬）
委員	藤沼昭雄	（東京都薬剤師会北多摩支部	学術研修委員	国立市薬）
委員	佐藤浩子	（東京都薬剤師会北多摩支部	学術研修委員	国立市薬）
委員	根本陽充	（東京都薬剤師会北多摩支部	学術研修委員	立川市薬）
委員	福永香織	（東京都薬剤師会北多摩支部	学術研修委員	昭島市薬）
委員	下平秀夫	（東京都薬剤師会北多摩支部	学術研修委員	国立市薬）
委員	新開美由紀	（東京都薬剤師会北多摩支部	社保委員	東大和市薬）
委員	山崎瑞枝	（東京都薬剤師会北多摩支部	社保委員	東大和市薬）
委員	佐藤航	（東京都薬剤師会北多摩支部	社保委員	武蔵村山市薬）
委員	為我井恵美	（東京都薬剤師会北多摩支部	社保委員	国立市薬）
委員	岩井喜宏	（東京都薬剤師会北多摩支部	社保委員	国立市薬）
委員	山本和子	（東京都薬剤師会北多摩支部	社保委員	昭島市薬）
委員	西山直孝	（東京都薬剤師会北多摩支部	社保委員	立川市薬）
委員	旭典之	（東京都薬剤師会北多摩支部	学生実習受入委員	東大和市薬）
委員	古谷美穂子	（東京都薬剤師会北多摩支部		立川市薬）
委員	吉田香	（東京都薬剤師会北多摩支部	事務局）	
委員	野中明人	（東京都薬剤師会北多摩支部	監事	東大和市薬）

地域医薬連携推進事業実施報告書

平成20年3月

茨城県

はじめに

本県の医薬分業は順調に進展しており、平成18年度の医薬分業率は、全国平均の55.8%を上回り60.1%となっている。患者の安全で効果的な薬物療法を進めていく上で、医療機関と薬局の連携は一層不可欠なものとなっている。

急速な少子高齢化を迎えたわが国の医療制度における課題に対し、平成18年6月に医療連携体制の確保などを中心とした医療制度改革関連法が成立し、地域における切れ目のない医療の提供を実現するために「在宅医療」も重要な柱の1つとなっている。この在宅医療に関しては、平成20年度からの茨城県保健医療計画において、医療機能の分化・連携をさらに推進し、患者が安全に安心して、居宅などでの療養生活を送ることができる環境整備が重要であるとしている。

医療制度改革の中では、医療法の改正により、薬局が医療提供施設として明確に位置付けられたほか、これまで薬局内に限定されていた調剤業務の一部を在宅医療を受けている患者の居宅等においても行えることとする等の薬剤師法の見直しが行われた。さらに、薬事法が改正され、県民が薬局を選択するために必要な薬局機能情報の公表制度も設けられた。

こうした一連の改正は、医療機能の連携や在宅医療の推進において、薬局が調剤を中心とした医薬品等の供給の拠点として地域医療への更なる貢献を求められていることに他ならず、その役割を十分に果たすために、医療機関等と薬局の連携を推進していく必要がある。このため、県内の医薬連携の現状及び課題を調査把握し、課題解消に向けた方策を検討するため、地域医薬連携推進事業を実施したものである。

本事業は、厚生労働省の委託を受けて1年間実施したものであるが、この結果を踏まえ、本県の地域医薬連携が進んでいくことを期待する。

平成20年3月

茨城県保健福祉部薬務課

課長 真家則夫

目次

I 地域医薬連携推進事業の概要	
1 目的	2
2 事業内容	2
3 事業実施地域及び選定理由	3
4 事業実施期間	3
II ひたちなか地域	
1 地域概要	4
2 実施結果	7
3 考察	11
III 高萩・北茨城地域	
1 地域概要	12
2 実施結果	15
3 考察	21
IV 薬務課	
1 茨城県医薬分業対策協議会の開催状況	22
2 先進地視察調査	24
3 医薬連携研修会	25
V 総括	27
資料1 地域医薬連携推進事業実施要項	29
資料2 在宅医療の取り組みに関するアンケート結果（ひたちなか薬剤師会実施）	31

I 地域医薬連携推進事業の概要

1 目的

平成18年に行われた医療法改正により、薬局は医療提供施設として明確に位置付けられるとともに、在宅医療の推進の観点から、これまで薬局に限定されていた調剤業務の一部を在宅医療を受けている患者の居宅等においても行えることとする等の見直しが行われたところである。

平成20年度からの医療計画に、医療連携体制に関する事項や在宅医療の確保に関する事項を記載することとなり、今後、医療機能の連携や在宅医療を推進するうえで薬局がその役割を十分に果たせるよう、これまでに増して医療機関等と薬局の連携を図る必要がある。このため、県内の医薬連携の現状及び課題を調査把握し、課題解消に向けた方策を検討する。

2 事業内容

(1) 保健所

- ・ 医薬連携の現状及び課題の調査検討

地域の実状に応じた在宅医療の推進において、薬局がその役割を十分に果たせるよう、管轄地域若しくは管内の特定地域における医薬連携の現状を把握し、推進するための課題を調査検討する。

- ・ 課題解消に向けた方策の検討

茨城県医薬分業対策協議会の検討結果を受け、地域の現状に応じた課題解消のための方策を検討する。

- ・ 医薬連携検討会議の開催

上記の検討のため、地元医師会、歯科医師会、薬剤師会、関係機関等の代表者による医薬連携検討会議を開催する。

- ・ 報告書の作成

平成20年2月末までに報告書を作成し保健福祉部長あて提出する。

(2) 薬務課

- ・ 茨城県医薬分業対策協議会の開催

保健所において調査検討した医薬連携の課題を解消するための方策を協議検討する。

- ・ 関係者への普及啓発

医薬連携に関する関係者の理解を深めるため、講演会の開催等を行う。

- ・ 保健所の事業に対する助言及び支援

関係各課及び、茨城県医師会、茨城県歯科医師会、茨城県薬剤師会、その他関係機関等と連携を図りながら、保健所が事業を実施するために必要な助言及び支援を行う。

- ・ 厚生労働省への報告等

保健所の報告書を取りまとめ、平成20年3月末までに厚生労働省に報告するとともに、平成20年度以降の施策及び県保健医療計画の策定資料として活用する。

3 事業実施地域及び選定理由

ひたちなか地域及び高萩・北茨城地域

選定理由：

ひたちなか地域は、医薬分業率が高く在宅医療に取り組んでいる薬局も比較的多いことから、県内の先進地域として選定したものである。また、当該地域では、すでに地元の医師会、歯科医師会及び薬剤師会（以下「三師会」という。）の合同の勉強会などが開催され、医療機関と薬局の間で顔の見える関係が構築されており、事業の円滑な実施が期待された。一方、高萩・北茨城地域は、過疎地医療の拠点病院があることから、過疎地を含めた医薬連携についても検討できることを期待し、選定したものである。

4 事業実施期間

平成19年10月22日から平成20年3月31日まで

II ひたちなか地域

1 地域概要

管轄保健所 ひたちなか保健所

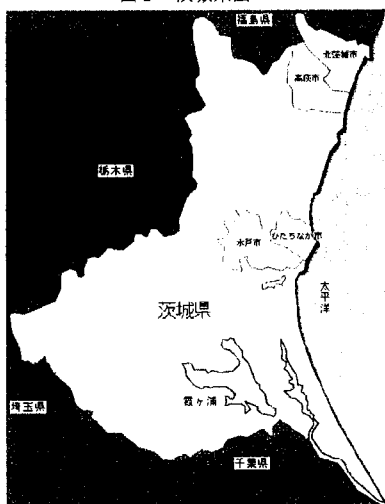
(1) 地域背景

・県のほぼ中央、関東平野北東端に位置し、平成6年に工業地帯である勝田市と水産業・観光業が中心の那珂湊市が合併し誕生した。

・市の面積は99.04km²で、その大部分は海拔30m前後の平坦な台地上にあり、南は那珂川をはさんで県庁所在地の水戸市に接する。東は太平洋に面している。

・市内にはJR常磐線が通っており、上野から特急で70分ほどの位置にある。また、高速道も東水戸道路を通して常磐道につながっている。

図1 茨城県図



人口・年齢構成等（平成19年4月1日現在）

区分	県全体	ひたちなか保健所管内		
		ひたちなか市	東海村	管内合計
人口	2,966,199	154,678	36,007	190,685
65才以上の人口	607,329	27,930	6,580	34,510
人口割合(%)	20.5	18.1	18.3	18.1
75才以上の人口	283,505	11,405	2,659	14,064
人口割合(%)	9.6	7.4	7.4	7.4

ひたちなか市の総人口は、154,678人（平成19年4月1日現在）であり、このうち、高齢者の人口比は、65歳以上で18.1%、後期高齢者と言われる75歳以上では7.4%となっており、県平均（65歳以上20.5%、75歳以上9.6%）をそれぞれ下回っている。

(2) 医療機関の状況

①施設数等

平成18年10月1日現在のひたちなか市の病院数は7施設、病床数は581床である。人口10万人あたりで見ると376床で、中核病院が集中する水戸医療圏に隣接することもあり、全国での1,273床、茨城県の1,125床と比べて極端に少ない。なお、2割弱にあたる111床が療養型病床である。

一般診療所数は81施設で、そのうち20施設が有床診療所であり病床数は225床である。人口10万人あたりでは52施設で全国の77施設を大きく下回るが、病床数は146床で全国の125床を上回る。

歯科診療所は68施設で、人口10万人あたりでは44施設で全国の53施設を下回る。

全体に医療機関の数は少なく、医師が外来等に追われ在宅医療には出にくい環境にあると思われる。

②院外処方せん発行状況

平成18年12月現在の院外処方せんの発行状況は、病院57.1%、一般診療所49.4%、歯科診療所2.9%となっており、全体でみると29.5%である。県全体の発行割合と比較すると、ひたちなか市においては病院及び歯科診療所の発行割合が低いことがわかる。

区分	県全体		ひたちなか市	
	施設数 (病床数)	院外処方せん 発行施設(%)	施設数 (病床数)	院外処方せん 発行施設(%)
病院	198 (33,441)	148 (74.7%)	7 (581)	4 (57.1%)
一般診療所	1,775 (2,838)	681 (38.4%)	81 (225)	40 (49.4%)
歯科診療所	1,385 (2)	172 (12.4%)	68 -	2 (2.9%)
計	3,358 (36,281)	1,001 (29.8%)	156 (806)	46 (29.5%)

(平成18年10月1日現在、ただし、院外処方せん発行施設数は平成18年12月現在)

③在宅医療を行っている医療機関

ひたちなか市内で在宅診療を実際に行っている一般診療所は6施設で全体の7.5%、歯科診療所は7施設で全体の11%である。

④病診連携の状況

病院に通院困難となった患者を診療所にお願ひすることがあり、情報の交換は主に紹介状によりを行っているとのことだった。

(3) 薬局の状況

①施設数等

平成20年2月1日現在のひたちなか市の薬局数は61施設で、その97%にあたる59施設が保険薬局の登録をしている。人口10万人あたりでは39施設であり、全国の41施設を若干下回っている。

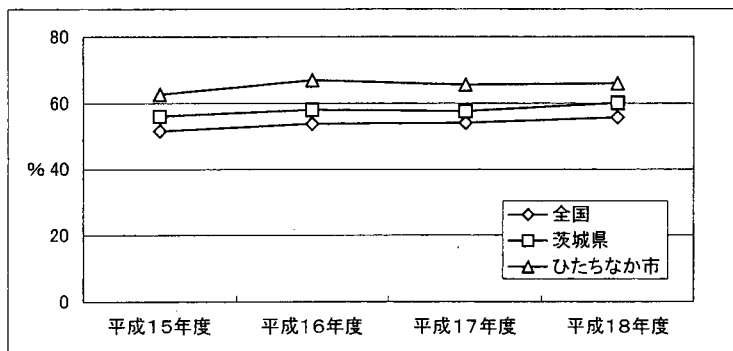
麻薬小売業の免許を取得している薬局は49施設で、保険薬局の8割以上が取得しており高い水準にある。

在宅患者訪問薬剤管理指導の届出をしている施設は41施設であった。

薬 局		61
各 種 機 能	保険薬局	59
	麻薬小売業免許取得薬局	49
	一包装化対応薬局	53
	輪番制参加薬局	36
	在宅患者訪問薬剤管理指導の届出施設	41
	無菌製剤対応可能薬局	1

②処方せん受け取り率

平成18年度ひたちなか市の処方せん受取率は66.1%で、全国の55.8%、茨城県の60.1%を大きく上回っている。しかし、ここ数年の受取率は横ばいで医薬分業の伸びは頭打ちの状況である。



③休日夜間対応状況

ひたちなか薬剤師会では、持ち回りで携帯電話を持つことによる夜間輪番制を実施しており、ひたちなか市内の36薬局がこれに参加している。また、これとは別に単独で夜間の電話に応じられるのは25薬局ある。両方合わせると全体の7割の43薬局が対応可能としている。

※ひたちなか薬剤師会はひたちなか市と東海村を対象としており、夜間輪番制には東海村の薬局も参加している。それも含めると全参加数は43薬局になる。

(4) 介護福祉施設の状況

①施設数 (平成19年4月1日現在)

ひたちなか市には在宅医療に関係する介護福祉施設として、訪問看護ステーションが4施設 (内1施設は休止中)、在宅介護支援センターが8施設ある。その他に特別養護老人ホームが5施設、介護老人保健施設が6施設ある。

②訪問看護ステーションと薬局の連携

訪問看護ステーションでは、薬の確認は主にお薬手帳によって行っており、不明の場合のみ薬局に照会をしている。

2 実施結果

(1) ひたちなか薬剤師会のアンケート結果

ひたちなか薬剤師会が平成19年12月に会員の75薬局 (東海村を含む) に対してアンケート調査を行った。回答があったのは33薬局で回答率は44%であったが、在宅医療を行っている薬局からはほぼ回答があった。

(資料2：在宅患者訪問薬剤管理指導 (居宅療養管理指導) についてのアンケート結果)

① 在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

在宅患者訪問薬剤管理指導の届出をしていると回答した薬局が30施設あり、そのうち17薬局が実際に請求を行ったことがあると回答している。これは、全薬局の22%にあたり、県全体の6%を大きく上回る。担当している患者数は数人から100人以上と薬局間の差が大きかった。

なお、未届けの薬局の多くは人員不足などを理由に当届出の予定はないとの回答だった。

② 医師とのコミュニケーション

「処方せん以外のコミュニケーション等がある」との回答が21薬局からあり、その内容としては一番多いのが「電話による」もので20薬局から、次いで、「医療機関を訪問する (14薬局)」、「FAXによる (10薬局)」等の回答があった。

「主治医から診療情報の提供がある」との回答が16薬局からあり、その方法として、

「文書」と答えたのが13薬局、「口頭」と答えたのが8薬局であった。

医師とのコミュニケーションは「取っていない」と回答したのも3薬局あった。

また、ケアカンファレンスに参加しているのは5薬局である。

③ 在宅患者訪問薬剤管理指導のメリット

患者にとってのメリットとしては、「来局せずに薬を受け取ることができる」、「薬の説明を詳しく聞ける」、「服薬コンプライアンスが上がる」、「細部にわたる服薬管理が提供される」等が挙げられた。

薬局にとってのメリットとしては「患者さんとのコミュニケーションがより深まる」、「お薬の使用状況や患者さんの状態がわかる」等が挙げられた。

④ 在宅患者訪問薬剤管理指導のデメリット

患者にとってのデメリットとしては、「自己負担金の発生」、「薬剤の変更があると迅速に対応できない」等が挙げられた。

薬局にとってのデメリットとしては「人的、時間的対応が大変」と言う意見がほとんどだった。

(2) 検討会の開催状況

ひたちなか市の医薬連携の現状と課題を把握しその方策を検討するため、地域医薬連携検討会議を以下のとおり開催した。会議には、三師会の代表者、中心的医療機関の院長、病院薬剤師の代表者、訪問看護ステーションの管理者、市役所担当者の7名に保健所と県薬務課の担当者が加わった。2回目はさらに在宅医療に取り組んでいる医療機関及び薬局の開設者に参加いただいた。

第1回 平成19年12月6日(木)

- 議題 (1) 地域医薬連携事業について
- (2) ひたちなか市の状況について
- (3) 医薬連携に関する現状と課題について
- (4) その他

第2回 平成20年2月7日(木)

- 議題 (1) 薬剤師会アンケート結果について
- (2) ひたちなか市における訪問看護と要介護の状況について
- (3) 茨城県医薬分業対策協議会の結果について
- (4) 医薬連携に関する課題解消に向けた方策について
- (5) その他

ひたちなか地域医薬連携検討会議出席者

氏名	役職等	備考
手島 研作	ひたちなか市医師会会長	第1回のみ
浦川 陽一	勝田病院院長(中心的医療機関)	
関 雅彦	関内科医院院長(在宅医療実施機関)	第2回のみ
梅原 功好	河北歯科医師会理事	
乾 守男	ひたちなか薬剤師会会長	
内田 敬紀	ウチダ薬局開設者(在宅医療実施機関)	第2回のみ
関 利一	茨城県病院薬剤師会理事	
北戸 繁子	いばらき診療所訪問看護ステーション管理者	
永井 和江	ひたちなか市福祉部健康推進課技佐	
荒木 均	茨城県ひたちなか保健所所長	

(3) 検討会の結果

① 医薬連携の課題

ア 薬局と医療機関等の連携強化

医薬分業の進展により薬局と医療機関の間ではある程度の連携がとられていると思われるが、まだ十分とはいえない。また、在宅医療においてはこの他に訪問看護ステーションやケアプランを作成するケアマネージャーとの連携も必要と思われるが、ケアカンファレンスに薬局が参加することがほとんど無いなど、不十分な状況が見受けられる。

イ 患者情報の共有

患者情報を共有するためにはお薬手帳が効果を上げているが、その有用性について患者や医療関係者の中にも十分理解していない人がいる。また、一人で数冊のお薬手帳を持つ患者がいるなど、その正しい使用方法が徹底されていない部分がある。

さらに、患者はお薬手帳の他に老人手帳や糖尿病手帳など複数の手帳を所持していることが多く、一元化が図れないかとの意見があった。

また、今後ジェネリック医薬品が普及すると、お薬手帳の医薬品名を見ただけでは何の薬か分からなくなるとの意見もあった。

ウ 薬局の体制整備、薬剤師の資質向上

先に記したとおり、ひたちなか市の約7割の薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導の届出をしているが、アンケート結果にもあるように、人的・時間的負担も大きいことから実

際在宅患者訪問薬剤管理指導料を請求した薬局は2割に留まっている。また、アンケートの回収率が半分未満であったことから、在宅医療に対する薬局の関心や、今後、薬局業務の中で在宅医療が大きなウェイトを占めるようになるという認識が低いと思われる。

エ 患者、患者家族、地域住民への啓発

在宅患者訪問薬剤管理指導料を単なる薬の配達料と考えている患者がいるなど、薬剤師による在宅患者訪問薬剤管理指導の本来の意義が理解されていない面がある。

② 医薬連携の課題への対応策

ア 薬局と医療機関等の連携強化

- ・ 湊地区で実施している三師会の勉強会を全市に広げ、医薬連携をテーマに組み込むことを検討する。
- ・ 上のような研修会にケアマネジャーの参加も呼びかける。
- ・ ケアマネジャー協会へ、サービス担当者会議に薬局薬剤師も呼ぶよう働きかける。
- ・ ケアマネジャーの研修会に薬剤師が出向き、薬剤師による居宅療養管理指導についてアピールをした。

イ 患者情報の共有

- ・ 薬剤師会において、市報に年に1回はお薬手帳の啓発記事を掲載する。
- ・ 医療機関の窓口等で、お薬手帳の提示について呼びかけを行う。
- ・ お薬手帳の既往歴欄などを活用して、情報の記載をするよう医師会の中で周知を図る。
- ・ ジェネリック医薬品についてはレセプトコンピューターは変更した情報が出るようになっていたので、それをお薬手帳に記載する。
- ・ ひたちなか市ではポケットを2つ付けた老人手帳を作成し、受給者証と共にお薬手帳も管理できるよう対策を取っている。
- ・ 将来的にはICカードなどで、検査データなども含めた患者情報を統合できるものが導入できればとの意見があった。

ウ 薬局の体制整備、薬剤師の資質向上

- ・ 薬剤師会で、在宅医療を積極的に行っている医師を講師に呼んで勉強会を開催する事を検討する。

エ 患者、患者家族、地域住民への啓発

- ・ 市民公開講座などの開催を検討する。
- ・ 近く作成する調剤薬局マップに在宅医療対応可能な薬局の情報を掲載する。

3 考察

ひたちなか市は、高齢者の比率は全国と比較すると若干少ないものの、高齢者は増加し続けており、また病院の病床数が少ないことから、今後在宅医療の需要が高まってくることが予想される。

こうした中で、2割強の薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料の請求をしており、県平均と比べると高い値を示しているが、県が目標として示した5割にはまだ遠い状況にある。

検討会においては、出席者の多くがお薬手帳の有用性を高く評価しており、その効果的活用について活発に討議されたが、一方、患者がお薬手帳の有用性や管理方法について十分に理解しておらず、その周知徹底を図らなければ方策を議論しても効果が上がらないとの苦言もあった。こうしたことからひたちなか薬剤師会で市報や講演会などの機会をとらえて、お薬手帳の周知徹底を図っていくこととなった。

また、連携に関しては、ケアプランを作成するケアマネジャーが鍵を握っているが、ケアカンファランスに薬局薬剤師が呼ばれることはまれであるなど、在宅患者訪問薬剤管理指導に対する理解が低いとの意見があり、ひたちなか薬剤師会で勉強会にケアマネジャーを呼んだり、ケアカンファランスへの招集を要請するなど、働きかけていくことになった。

在宅医療の現場では、服薬困難者への支援をヘルパーが行っている現況があり、在宅医療における潜在的な薬剤師の需要は高いものがあると思われるが、患者に在宅患者訪問薬剤管理指導料を医薬品の配達料と取られてしまうなど、訪問薬剤管理指導に対する一般の認識は低いものがあり、今後行政と三師会が協力して啓発に努めていく必要があると思われる。

また、薬局側でも、積極的に参画している薬局とそうでないところの温度差が大きく感じられた。今後の需要に対応するため多くの薬局の参画を必要とするが、新たな業務負担増に対する不安などから参画をためらっている薬局が多く、今後そういった意識も変えていく必要がある。

今後の課題としては、がんの終末期医療への対応があり、疼痛管理のための麻薬の供給・管理指導や、輸液の調整などについて検討していく必要がある。

また、医薬連携だけでなく、医療連携としてもっと広い視点での検討も必要かと思われる。

IV 高萩・北茨城地域

1 地域概要

管轄保健所 日立保健所

(1) 地域背景

- ・ 県の北東部に位置し、東は太平洋に面し、西は阿武隈山系であり、南は日立市、北は福島県いわき市に接している（図1参照）。
- ・ 両市を合計した面積は380km²で、南北にJR常磐線、常磐自動車道、国道6号線、県道日立いわき線等の主要幹線、東西には国道461号線等が走っている。
- ・ 産業経済の状況は、農林水産業を中心とした一次産業が主体であるが、工業団地の造成等により二次産業の育成にも努めている。
- ・ 地域西部の山間部は、過疎化が進み、小集落が点在している。
- ・ 本地域は旧高萩保健所管内であり、独立した医師会・薬剤師会が組織されている。また、拠点病院として北茨城市立総合病院及び県北医療センター高萩協同病院が存在する。

人口・年齢構成等（平成19年4月1日現在）

区分	県全体	日立保健所管内			
		日立市	高萩市	北茨城市	管内合計
人口	2,966,199	196,549	32,259	48,776	277,584
65才以上の人口	607,329	44,331	7,545	11,758	63,634
人口割合（%）	20.5	22.6	23.4	24.1	22.9
75才以上の人口	283,505	18,565	3,687	5,937	28,189
人口割合（%）	9.6	9.4	11.4	12.2	10.2

高萩市及び北茨城市の合計総人口は、81,035人（平成19年4月1日現在）であり、このうち、高齢者の人口比は65歳以上で23.8%、後期高齢者と言われる75歳以上では11.9%となっており、県平均（65歳以上20.5%、75歳以上9.6%）を上回っており、高齢化の進んだ地域であることがわかる。

(2) 医療機関の状況

①施設数等

平成18年10月1日現在の高萩市及び北茨城市の合計一般病院数は8施設、病床数は1,220床である。人口10万人あたりで見ると1,497床で、全国の1,273床、茨城県の1,125床と比べて多い。なお、2割強にあたる277床が療養型病床である。

診療所数は31施設で、そのうち8施設が有床診療所であり病床数は90床である。人口10万人あたりでは38施設で全国の77施設を大きく下回り、病床数も110床で全国の

125床を下回る。

歯科診療所は29施設で、人口10万人あたりでは36施設で全国の53施設を下回る。

②院外処方せん発行状況

平成18年12月現在の院外処方せんの発行状況は、病院87.5%、一般診療所35.5%、歯科診療所31.0%となっており、計38.0%である。県全体の発行割合と比較すると、高萩・北茨城地域においては病院及び歯科診療所において発行割合が高いことがわかる。

区分	県全体		高萩市		北茨城市		計（高萩・北茨城）	
	施設数 (病床数)	院外処方 せん発行 施設（%）	施設数 (病床数)	院外処方 せん発行 施設（%）	施設数 (病床数)	院外処方 せん発行 施設（%）	施設数 (病床数)	院外処方 せん発行 施設（%）
病院	198 (33,441)	148 (74.7%)	4 (595)	3 (75.0%)	4 (625)	4 (100%)	8 (1,220)	7 (87.5%)
一般診療所	1,775 (2,838)	681 (38.4%)	15 (75)	7 (46.7%)	16 (15)	4 (25.0%)	31 (90)	11 (35.5%)
歯科診療所	1,385 (2)	172 (12.4%)	15 -	3 (20.0%)	14 -	6 (42.9%)	29 -	9 (31.0%)
計	3,358 (36,281)	1,001 (29.8%)	34 (670)	13 (39.4%)	34 (640)	14 (41.2%)	68 (1,310)	27 (39.7%)

（平成18年10月1日現在、ただし、院外処方せん発行施設数は平成18年12月現在）

③往診を行っている医療機関

- ・ 多賀医師会医療機関※：8施設／20施設（病院、眼科・耳鼻咽喉科医院を除く）

※区域：日立市十王町（旧多賀郡十王町）・高萩市・北茨城市

- ・ 高萩市内の歯科診療施設：1施設／15施設

(3) 薬局の状況

①施設数等

平成20年2月1日現在の高萩・北茨城地域の薬局数は35施設で、その91%にあたる32施設が保険薬局の登録をしている。

麻薬小売業の免許を取得している薬局は30施設で、保険薬局の9割以上が取得している。

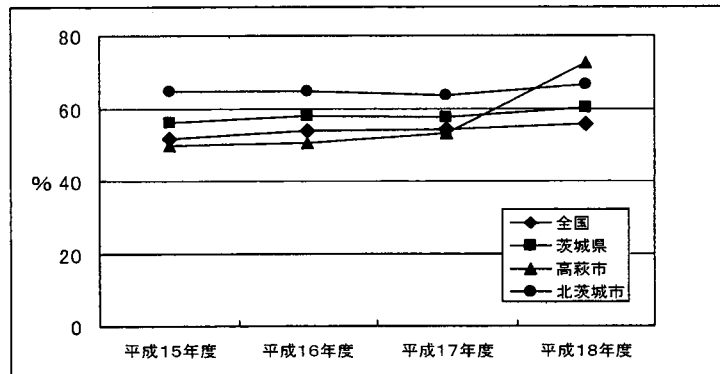
在宅患者訪問薬剤管理指導の届出をしている施設は26施設であった。

		高萩市	北茨城市	計
薬 局		17	18	35
各種機能	保険薬局	16	16	32
	麻薬小売業免許取得薬局	16	14	30
	輪番制参加薬局	16	16	32
	在宅患者訪問薬剤管理指導の届出施設※	13	13	26
	うち請求実績のある薬局	3	1	4
無菌製剤対応可能薬局		0	0	0

※4施設が今後の状況に応じて届出を検討すると回答

②処方せん受け取り率の推移

平成18年度の高萩市の処方せん受取率は72.5%、北茨城市は66.7%で、全国の55.8%、茨城県の60.1%を大きく上回っている。



(4) 介護福祉施設の状況

①施設数 (平成19年4月1日現在)

高萩・北茨城地域には在宅医療に関係する介護福祉施設として訪問看護ステーションが3施設、在宅介護支援センターが6施設ある。その他に特別養護老人ホームが3施設、介護老人保健施設が4施設ある。

2 実施結果

(1) 検討会の開催状況

- ・第1回：H19.11.8 (木) 18:00～ 高萩市総合福祉センター
 - ① 地域における医薬連携の現状について
 - ② 地域において医薬連携を進めるための課題について
- ・第2回：H19.12.6 (木) 18:00～ 高萩市総合福祉センター
 - ① 地域において医薬連携を進めるための課題(取りまとめ結果)について
 - ② 課題への対応方針について
- ・第3回：H20.2.4 (月) 16:15～ 高萩市総合福祉センター
 - ① 茨城県医薬分業対策協議会の開催結果について (報告)
 - ② 今後の地域における医薬連携の推進について

会議メンバー

氏名	役職等	備考
栗橋 秀昭	JA 茨城県厚生連県北医療センター高萩協同病院 薬剤部長	
斎藤 七重	多賀医師会訪問看護ステーション管理者	
櫻井 淳一	北茨城市立総合病院院長	
西野 郁郎	茨城県薬剤師会高萩支部長	
深田 三夫	多賀医師会会長	
若松 健一	日立歯科医師会副会長	
鈴木 幹博	高萩市健康づくり課長	
鈴木 秀範	北茨城市市長公室地域医療整備室長	
茂手木甲壽夫	茨城県日立保健所長	

(2) 検討会の結果

① 第1回高萩・北茨城地域医薬連携検討会議

初回の検討会であることから、出席者がそれぞれの立場を取り巻く環境や現状等について説明した後、医薬連携を進めるための課題について全体で討論を行った。

主な意見等は以下のとおり。

なお、会議で出された課題等については、事務局で整理を行い、第2回会議でその対応方針について検討することとした。

ア 地域における医薬連携の現状について

a 医薬連携

- ・通常の医薬分業の範囲内での連携である。
- ・往診を行っている医療機関から薬局に対し在宅患者訪問薬剤管理指導の指示が出るケースは少なく、当該指導の地域全体への拡がりはあまり認められない。

※ 患者家族や、訪問看護ステーション職員等が処方せんを薬局へ持って行く→処方せん持参者が調剤済薬剤を持ち帰る又は後で薬局に家まで届けてもらうパターンがほとんど

b 薬薬連携

- ・ 薬剤師会高萩支部と県北医療センター高萩協同病院薬剤部、北茨城市立総合病院薬務室との間では、年に数回、薬剤師会役員・薬局長レベルでの会議が開催されている。
- ・ 県北医療センター高萩協同病院では、退院する患者に対して、医薬品情報シートを用いて退院時服薬指導を実施している。

c 病診連携

- ・ がん患者等について手術を行った主治医（病院）と地元の協力医とが連携し、患者の病状をフォローしていく例は少ない。
- ・ がん疼痛緩和医療へ対応可能な医療機関が少ない。
- ・ 地元の協力医に対応してもらえないため（特に注射薬）、患者や訪問看護ステーション職員が遠方の医療機関との間の行き来をしなければならないケースも多い。

イ 地域において医薬連携を進めるための課題について

- ・ 在宅医療分野に薬局が関与するためには、薬局が訪問看護ステーションや在宅介護関係機関と連携する必要がある。
- ・ 患者に治療情報（医薬品情報を含む。）を提供しても、自身が十分理解しない可能性があり、特に高齢者はそれが危惧される。このため、患者をサポートする者に対する当該情報の提供が必須である。

※ 今後の高齢社会を考慮した場合、患者の治療情報を誰に、どの様に伝えるかを検討すべきである。

- ・ 患者への医薬品に係る情報提供手段としてのお薬手帳の有用性を患者自身が十分理解していないこともある。

※ 医療関係者は、お薬手帳が医療機関における持参薬管理及び退院時等の服薬指導等、あるいは薬局における薬歴管理等に有用であることを十分認識している。

- ・ 医薬連携の推進方策の一つとして、在宅患者訪問薬剤管理指導に取り組む薬局の増加が期待されるが、医療保険上の費用請求に係る縛り（指導内容、作成書類等）がきついため、薬局の対応が困難と考えられる。

※ 在宅患者訪問薬剤管理指導の実務を経験した者が少ないため、当該保険請求に係る実際の事務量等に係るイメージが浮かばない薬剤師が多いのが現実である。地域の状況は以下のとおり。

保険薬局数	: 32
在宅患者訪問薬剤管理指導の届出薬局数	: 26
請求実績のある薬局数	: 4

- ・ 医薬連携の基本は、医療機関と薬局が相互に患者についての情報を密に交換することにあるが、共に日常業務におわれているのが現状である。特に医師は各種の書類作成に忙殺されており、時間的余裕がない。これを解消するためのシステムづくり（例：担当患者数を減じるための方策や効率的な書類の作成方法、各種提出書類の様式の統一についての検討等）が求められる。

- ・ 医薬連携のベースとなるものは医薬分業であることから、高萩・北茨城地域はもとより県内全域において更なる医薬分業率（処方せん受取率）の上昇及び処方せん発行医療機関の増加が望まれる。

※ 在宅医療の対象患者に対して、医師（主治医及び協力医）は必ずしも処方せんを発行していない状況にある。地域の状況は以下のとおり。

○ 医薬分業率（H18年度）：高萩市…72.5%、北茨城市…66.7%
○ 院外処方せんを発行している医療機関（薬剤師会調べ）
病院 : 7 / 8 施設
診療所 : 10 / 33 施設
歯科診療所 : 11 / 30 施設
○ 往診を実施している多賀医師会の医療機関：8 / 20 施設 （病院・眼科・耳鼻咽喉科を除く）
○ 往診を実施している高萩市内の歯科診療所：1 / 15 施設

- ・ 薬局においては、医薬連携を進めるうえで複数薬剤師が勤務する体制が望ましいと考えられるが、現状では地域性もあり勤務薬剤師の確保が困難である。

② 第2回高萩・北茨城地域医薬連携検討会議

前回の検討会議で挙げた次の7項目の課題について再確認を行い、その対応方針について検討を行った。対応方針に関する主な意見は以下のとおり。

なお、会議で検討された課題への対応方針については、事務局で取りまとめ、その後、県で開催される医薬分業対策協議会の結果を受けて第3回会議で再度検討することとした。

《医薬連携を進めるための課題》

- ア 薬局と訪問看護ステーションや在宅介護分野との連携
- イ 患者をサポートする者に対する治療情報（医薬品情報を含む。）の提供
- ウ お薬手帳の有効活用への取り組み
- エ 薬局薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導実務に関するスキルアップ
- オ 在宅医療推進等に係る医薬連携に必要な書類作成事務の軽減
- カ 更なる医薬分業率（処方せん受取率）のアップ及び処方せん発行医療機関の増加
- キ 高萩・北茨城地域における勤務薬剤師の確保

【課題ア（薬局と訪問看護ステーションや在宅介護関係機関との連携）に対する意見】

- ・ 今後、在宅医療を推進するにあたり、訪問看護ステーション、在宅介護関係機関との連携は不可欠である。連携を行うためには、互いの立場を理解し、情報を共有し合うことのできる関係を土台として築いておく必要がある。そのために、情報交換会を開催し、互いの職能のPR等行ってはどうか。
- ・ これからの薬剤師は薬局を出て、患者の居宅等における職能の発揮が求められている。
- ・ 在宅医療の実際の現場を理解し、他職種協働という新たな取り組みにスムーズに参画するために、保険請求実務の前段階として訪問看護等への積極的な同行を行ってみてはどうか。

【課題イ（患者をサポートする者に対する治療情報（医薬品情報を含む。）の提供）に対する意見】

⇒今後の高齢社会を考慮した場合、患者の治療情報を誰に、どの様に伝えるか

- ・ 医薬品情報等を理解できない可能性のある患者の家族へのアプローチ（電話、FAX等の活用）について、検討すべきではないか。
- ・ 服薬指導を適切に行うために必要な患者に関する情報（患者自身の理解能力の程度、付き添い家族の状況等）を共有するため、訪問看護ステーションや在宅介護関係機関との連携強化（情報交換会の開催等）が必要ではないか。
- ・ 服薬指導を適切に行うために、すでに存在する茨城県独自のシステムである「地域ケアシステム」へ、薬局薬剤師も積極的に参画すべきではないか。

【課題ウ（お薬手帳の有効活用への取り組み）に対する意見】

- ・ 薬局側としては医療機関が外来患者及び退院患者に投与する薬の情報も把握したい。お薬手帳を患者に関わる医療関係者への医薬品情報ツールとして活用できないか。（全員一致で賛成）しかし、そのためには院内調剤を行っている医療機関へも活用を呼びかける必要がある。
 - 薬剤師会高萩支部が各医療機関へ見本配付を行ってみてはどうか。
- ・ 患者の病名情報について、病院薬剤師はカルテ等から、訪問看護ステーションの看護師は指示書から、それを知ることができる。薬局薬剤師としても服薬指導に際し、患者の病名情報が欲しい。
 - 服薬指導をかえって混乱させる可能性があるのでは？
- ・ おくすり手帳を何冊も持って医療機関や薬局によって使い分けている患者がいるなど、当該手帳について一般住民の理解が不十分ではないか。
 - 市広報誌へ関連記事の掲載を依頼してはどうか。
 - 各種イベント時における啓発等行ってはどうか。

※ 今年度の薬と健康の週間事業において、薬剤師会高萩支部が一般住民へお薬手帳の活用チラシとお薬手帳の無料配布を行っている。

【課題エ（薬局薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導実務に関するスキルアップ）に対する意見】

- ・ 薬剤師会高萩支部において在宅患者訪問薬剤管理指導に係る研修（在宅患者訪問薬剤管理指導を実施している薬剤師を講師とした研修等）を行ってはどうか。
- ・ 在宅医療に積極的に取り組んでいる医療機関の状況を把握し、当該医療機関の視察あるいは講師招聘による講習会を開催してはどうか。

【課題オ（在宅医療推進等に係る医薬連携に必要な書類作成事務の軽減）に対する意見】

- ・ 在宅医療推進等の医薬連携に必要な書類作成が、医療機関および薬局の日常業務の負担となっているという指摘がある。
 - 各医療機関・薬局が個別に事務改善について検討できないか。
 - 医師等が忙殺される書類の把握と当該書類の簡略化の検討及びその検討結果についての関係機関等への改善要望が必要ではないか。

【課題カ（更なる医薬分業率（処方せん受取率）のアップ及び処方せん発行医療機関の増加）に対する意見】

- ・ 院外処方せんを発行していない医療機関へ、改めて医薬分業メリットを理解してもらうため、積極的なアプローチが必要ではないか。
 - 薬剤師会会員が近隣の医療機関を戸別訪問してはどうか。
- ・ 多賀医師会主催の勉強会へ薬剤師の積極的な参加及び薬剤師会高萩支部主催の勉強会へ医師等の参加呼びかけを行ってはどうか。
 - 薬剤師会高萩支部主催の勉強会の開催回数を増やしてはどうか。
- ・ 地域住民に対して、医薬分業のメリットを理解してもらうための啓発活動として、地域薬剤師会が主体的となった市広報誌への関連記事の継続的掲載や各種イベント時における啓発活動、あるいは地域薬剤師会ホームページの開設等を行ってはどうか。

【課題キ（高萩・北茨城地域における勤務薬剤師の確保）に対する意見】

- ・ 薬学生実務実習を積極的に受け入れることによって、実習学生の雇用定着を目指してはどうか。
- ・ 雇用条件の検討と薬剤師バンクの積極的活用を行ってはどうか。

③ 第3回高萩・北茨城医薬連携検討会議

前回の会議で得られた課題等について、H19年度茨城県医薬分業対策協議会の場で討議が行われたので、その結果を踏まえて、改めて今後高萩・北茨城地域で医薬連携を行う上での具体的な取り組みの方向性及びその優先順位について検討を行った。

ア 茨城県医薬分業対策協議会の開催結果について（報告）

県としては、次の4点について重点的に取り組むとともに、県保健医療計画に以下の評価指標を掲げ、5年計画で目標達成に努めることとなった旨を報告した。

- ・ 薬局と医療機関等（特に訪問看護ステーション）との連携強化
- ・ 患者情報の共有

- ・薬局の体制・薬剤師の資質の向上
- ・医薬分業や医薬連携について、患者や患者家族、地域住民の理解不足の解消

【評価指標】 医療機関と連携し在宅医療に取り組んでいる薬局の割合

現状（平成19年度）： 6%*

目標（平成24年度）： 50%

*県内の薬局のうち、平成19年11月に居宅療養管理指導の請求を行った薬局の割合

イ 今後の地域における医薬連携の推進について

第2回会議で検討された課題について、今後取り組んで行くことは必要であるが、全てを直ちに行うことは困難なことから、次の2項目について平成20年度に優先的に実施することで合意が得られた。

◎ 関係者が互いに顔の見える関係を築くための土台づくり

◎ お薬手帳の活用拡大

a 「関係者が互いに顔の見える関係を築くための土台作り」について

三師会や看護師、ケアマネージャーその他今後在宅患者に関わる多職種が意見交換する機会を設け、具体的な業務連携に備え、互いに顔の見える関係を築くため、以下の取り組みを行う。

(i) 合同研修会の開催

- ・ 本会議の出席者である医師・歯科医師・薬剤師・看護師が合同で定期的に研修会を開催する。各会のテーマにより、その都度関連する職種の人にも参加を呼びかける。

(ii) 従来の研修会・会議への相互参加

- ・ 薬局と訪問看護ステーションとの連携強化を図るため、訪問看護ステーションが行う在宅の担当者会議への薬剤師の参加を促す。
現在、薬剤師会高萩支部が定期的に行っている勉強会に、訪問看護ステーションの担当者(看護師等)の出席を促す。

b お薬手帳の活用拡大

お薬手帳の活用拡大を図ることにより、薬局・病院・診療所・訪問看護ステーション等が患者の医薬品に関する情報を共有し、一貫した服薬管理を行うため、以下の取り組みを行う。

(i) 一般住民への啓発（市広報誌への関連記事掲載等）

- ・ お薬手帳は1人1冊を周知する。
- ・ 医療機関における持参薬管理及び退院時等の服薬指導、あるいは薬局における薬歴管理等に、お薬手帳が有用であることを改めて周知する。

(ii) 医療関係者相互の情報ツールとしての活用

- ・ 地域において、お薬手帳に記入する項目等を決めておくなど、お薬手帳の活用拡大を図るための取り組みを検討する。

(3) 三師会合同研修会の開催

課題解消のための方策“関係者が顔の見える関係を築くための土台づくり”に関し、三師会合同研修会を開催し、互いの交流をスタートさせた。

- ・ 日時：H20.3.4（火）午後7時～8時30分
- ・ 場所：ウェディングパレス美鳳 リアン
- ・ 内容：「平成20年度診療報酬改定の展望とジェネリック医薬品の現状・課題」
- ・ 参加者数：49名

3 考察

今回の事業を通して高萩・北茨城地域の現状・課題を明らかにすることによって、医療制度改革に示された医療を実現するためには、薬局・病院・診療所・訪問看護ステーション等、医療提供施設の相互の連携が不可欠であることを、検討会議の参加者相互が再認識することができた。また、そのための具体的取り組みに向けた協力体制の土台形成意識を共有することができた。

今後は、高萩・北茨城地域を中心とした日立保健所管内で在宅医療に取り組んでいる医師にも本事業に参加協力を依頼し、更に具体的かつ前向きな検討を行っていきたい。

IV 薬務課

1 茨城県医薬分業対策協議会の開催状況

日時：平成20年1月22日（火）午後6時から8時まで

場所：茨城県開発公社ビル

出席者：

氏名	役職名
池田 八郎	(社)茨城県医師会常任理事
齋藤 浩	(社)茨城県病院協会副会長
梶塚 達夫	(社)茨城県歯科医師会専務理事
島 尚敏	(社)茨城県薬剤師会副会長
雨谷 俊朗	茨城県国民健康保険団体連合会事務局長
笹川 昌子	茨城県消費者団体連絡会副会長
幸田 幸直	茨城県病院薬剤師会会長
萩野谷 政彦	茨城社会保険事務局保険課医療管理官
橋浦 政幸	茨城県保健福祉部参事兼厚生総務課長
助川 俊一	茨城県保健福祉部厚生総務課国民健康保険室長
真家 則夫	茨城県保健福祉部技監兼薬務課長

検討結果：

2地域での検討結果に基づき、課題、方策、評価指標について検討した。

○ 医薬連携を推進するうえでの課題

課題1 薬局と医療機関等との連携が必要

特に、訪問看護ステーション等との連携ができていないと感じている。

課題2 患者情報の共有

外来患者、退院患者に投与する医薬品の把握

原疾患や経過などの情報の追加

課題3 薬局の体制・薬剤師の資質

在宅患者訪問薬剤管理指導の届を出している薬局は多いが、実際に取り組んでいる薬局は少ない。

課題4 医薬分業や医薬連携について、患者や患者家族、地域住民の理解不足

おくすり手帳を何冊も持って医療機関や薬局によって使い分けている患者がいるなど、制度の理解が不十分

【意見等】

・上記課題について了承。

・医薬連携を推進するうえでの課題ではないが、在宅において医薬品の管理ができていな

いという問題が挙げられた。

○ 課題を解消するための具体的な方策

課題1に対する方策

薬局と医療機関等との連携強化（“顔の見える関係”の構築）

- ・広く関係者を集めての情報交換会の開催
- ・各団体主催の勉強会の相互乗り入れ
- ・薬局からの積極的なアプローチ

課題2に対する方策

お薬手帳の活用

- ・地域において、お薬手帳に記入する項目を決めておくなどして、医療関係者相互の情報交換ツールとして活用する。

有用性についての啓発

- ・各種イベントや広報誌等を利用して、患者や患者家族、地域住民に対し、医療関係者間における情報交換の有用性について啓発し、お薬手帳の活用に協力を求める。

課題3に対する方策

薬局の体制整備・薬剤師の資質向上

- ・在宅患者訪問薬剤管理指導への積極的な取り組み
- ・在宅医療に関する研修会の開催
- ・勉強会の開催

薬局からの医療機関への積極的なアプローチ

課題4に対する方策

医薬分業や医薬連携について、患者及び患者家族、地域住民への啓発

- ・各種イベントや広報誌等を活用して、医薬分業や医薬連携についての啓発活動を実施

【意見等】

- ・上記対策について了承。
- ・その他の意見については、次のとおり。
 - ・お薬手帳の活用に関し、1人1冊の徹底が必要。
 - 医療機関や薬局で渡す際には、持っているかどうか確認してから渡すことを徹底する。場合によっては、本人だけでなく、付き添いの人にも確認する必要がある。
 - 講習会などで、1人1冊を周知する。
 - ・夜間・休日対応に関する地域輪番制の周知が必要。
 - ・インシデントレポートを収集するべき。
- ・問題として挙げられた在宅における医薬品の管理については、ケアマネージャー、看護師、医師等と連携し総合的に対応する必要がある、との意見があった。

○ 評価指標

医療計画案より

評価指標：医療機関と連携し在宅医療に取り組んでいる薬局の割合

現状（平成19年度）： 6%*

目標（平成24年度）： 50%

* 県内の薬局のうち、平成19年11月に居宅療養管理指導料の請求を行った薬局の割合

【意見等】

・上記評価指標について了承。

2 先進地視察調査

(1) 合同研修会

・日程：H20.2.14（木）～H20.2.15（金）

・視察先：在宅ケアネット渋川ほか

・参加者：薬務課 小林雅枝

日立保健所 中井川真澄

・結果

地域医師会理事が先頭となって多種にわたる医療関係者の情報共有ネットワークを構築し、年数回の合同研修会という形で機能している。

薬剤師や在宅介護分野の人達から、とかく敷居が高いと思われるがちな医師が音頭をとることにより、高萩・北茨城地区と同規模の人口8万6千人の地域において200名を超える医療関係者の研修会参加があるなど、非常にスムーズに物事が進むという事例を見ることができた。

(2) 患者情報の共有

・日程：H20.3.19（水）

・視察先：おだかクリニック、リフレ薬局多賀城店

・参加者：薬務課 花塚寿美

ひたちなか保健所 黒澤豊彦

・結果：

ひたちなか及び高萩・北茨城地域で開催した医薬連携検討会議において、双方から、情報共通ツールとしてお薬手帳を活用するという意見があったため、診療情報をマイカルテとして患者に渡している宮城県多賀城市のクリニック及びクリニックの処方せんを多く受けている薬局から、マイカルテの活用方法について話を聞いた。

①メリット

・患者の全体像がわかる。

・他の医療機関等に対する紹介状代わりになる。患者情報の共有につながる。

・患者に病識を持ってもらえる。

・サマリーを作成するとき、患者を見直すきっかけになる。

・医師が本気で向き合っていると評判になり、患者の定着率がよい。

②デメリット

・サマリーを作成するのに手間がかかる。経緯を調べるため、カルテを見直したり、他の病院に問い合わせたりしなければならない。他の医師仲間にも勧めているがなかなか広がらない。

・患者に手の内を明かすことになり、どのように見ているかがわかってしまうので、自信がないとできない。また、認知症とか、告知していない癌患者とか、うつ病など、ストレートに書けないこともある。家族歴が濃厚な病氣も書きづらい。

③薬局の意見

・マイカルテを持っている患者から、検査値について聞かれることがある。病識が高く、よく勉強しているように思う。また、マイカルテの意味をきちんと理解しているように思う。

・マイカルテがあると、経緯がわかるので服薬指導がスムーズにできる。

・マイカルテとお薬手帳、両方持ってくる人もいる。1冊にまとめることができるとよい。

3 医薬連携研修会

地域医薬連携に関する医療関係者の理解を深めるため、地域医薬連携推進事業を実施している2地域において講習会を開催した。

(1) ひたちなか地域

「医療制度改革と薬局・薬剤師の役割」

厚生労働省医薬食品局総務課 課長補佐 吉田易範氏

「在宅医療における服薬支援」

社団法人日本薬剤師会 常務理事 飯島康典氏

・日時：平成20年2月29日（金）19:00～21:00

・場所：ワークプラザ勝田 大会議室

・参加人数：83人

(2) 高萩・北茨城地域

「医療制度改革と薬局・薬剤師の役割」

厚生労働省医薬食品局総務課 薬剤業務指導官 長谷川 洋一氏

「地域住民の健康づくりと薬局機能」

社団法人日本薬剤師会 常務理事 飯島 康典氏

・日時：平成20年2月27日（水）19:30～21:30

・場所：北茨城市民ふれあいセンター 多目的ホール

・参加者数：67名

薬局は医療提供施設として、4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）、5事業（救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）、また在宅医療等、それぞれの医療連携体制の中で、調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料等の供給の拠点としての役割を担うことが求められている等、地域全体で患者のために業務を行うことが求められていることを出席者に対して周知することができた。

また、在宅医療における服薬支援の具体的な注意点が示され、これから在宅医療に関わっていくとする薬局・薬剤師に大いに参考になったものと思われる。

さらに、行政側・薬剤師（日本薬剤師会役員）双方からの講演により、地域の薬局薬剤師自身が大きく意識改革を行う必要があることも伝達することができた。

V 総括

本県の医薬分業は順調に伸展しており、平成18年度の医薬分業率は、全国平均を上回り60.1%となっている。患者の安全で効果的な薬物療法を進めていく上で、医療機関と薬局の連携は一層不可欠なものとなっている。

また、平成18年6月に行われた医療制度改革における一連の法改正は、医療機能の連携や在宅医療の推進において、薬局が調剤を中心とした医薬品等の提供の拠点として地域医療への更なる貢献を求められていることに他ならず、薬局がその役割を十分に果たすためには、医療機関等と薬局の連携を推進していく必要がある。このため、県内の医薬連携の現状及び課題を調査把握し、課題解消に向けた方策を検討するため、地域医薬連携推進事業を実施した。

県内の2地域（ひたちなか地域及び高萩・北茨城地域）において、有識者らによる検討会を行ったが、地域背景や地域医薬連携の現状が異なる2地域からの意見はほぼ同じものであった。

地域医薬連携を推進していくための課題として挙げられたのは、

- ① 訪問看護ステーションやケアマネージャー等を含めた、薬局と医療機関等との連携が必要であること
- ② 薬局と医療機関等とが患者情報を共有する必要があること
- ③ 薬局の体制整備、薬剤師の資質向上が必須であること
- ④ 医薬連携について、患者、患者家族、地域住民への啓発が必要であること

であり、その方策としては、次のことが挙げられた。

- ① 関係者が互いに顔の見える関係を築くための土台づくりを行う。具体的には、合同研修会の開催、研修会の相互参加、ケアカンファランスへの薬局・薬剤師の参画等が挙げられる。
- ② 患者情報の共有のため、お薬手帳の活用を拡大する。ただし、記載内容については慎重な検討が必要と思われる。
- ③ 地域医薬連携を推進するためには、患者や患者家族の理解が必須であることから、あらゆる機会を捉えて啓発活動を行う。

方策①が地域医薬連携を推進するための大前提になると考えられるが、検討会への参加により顔の見える関係の第一歩となり、また、現状を話し合うなかでお互いの業務について理解が深まったと考えてよいだろう。さらに、高萩・北茨城地域においては今年度すでに第1回目の合同研修会を開催しており、今後の積極的な開催により、良好な関係が構築されることが期待される。

最後に、本事業の結果を受け、短期的取り組み、長期的取り組み、今後の検討課題として整理し、平成20年度以降の事業に反映していくこととする。

(1) 短期的取り組み

①関係者が互いに顔の見える関係を築くための土台づくり

- ・検討会、研修会、勉強会の開催等により関係者の意見交換の場を設ける
- ・薬剤師の取り組みや在宅患者訪問薬剤管理指導について他職種へ啓発

②お薬手帳の活用拡大

- ・患者情報を共有するためのツールとして医療関係者へ啓発
- ・お薬手帳の有効性及び適正な活用方法を患者へ啓発（一人一冊）

(2) 長期的取り組み

①薬局・薬剤師の意識改革

- ・在宅医療へ取り組むための準備の必要性
- ・制度の理解

②県民への啓発

- ・お薬手帳の有効性
- ・在宅医療に関すること
- ・薬局・薬剤師の取り組み

③在宅医療に関わる医療関係者等との連携の構築

- ・顔の見える関係から医療連携へ
- ・地域におけるチーム医療の実現

(3) 今後の検討課題

①がんなどの在宅緩和ケアへの対応

②医療連携としての視点での検討

本事業は、厚生労働省の委託を受けて実施したものであり、わずかに半年という短期間の事業であったが、得られた結果は非常に有意義なものである。

今後は、この結果を踏まえ、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、ケアマネージャー、その他広範な医療関係者の連携により、患者の立場に立ったよりよい地域医薬連携が推進されていくことを大いに期待するものである。

レジメ

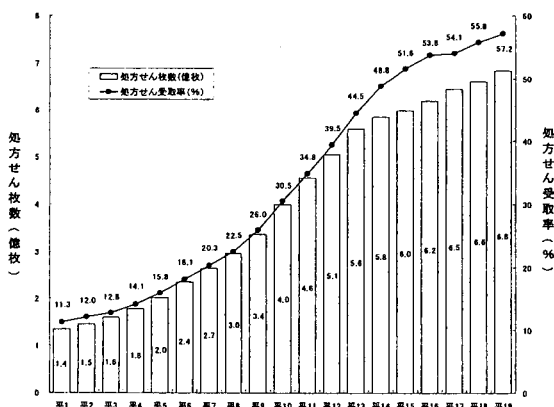
日本薬剤師会における活動の現状と今後

1. 医療提供体制の改革
2. 医療保険制度の改革
3. 医薬品販売制度の改革
4. 薬学6年制への対応

1. 医療提供体制の改革と薬剤師

2009.3.13
 (社)日本薬剤師会
 石井 甲一

院外処方せん枚数と処方せん受取率



医療法等の一部改正(1)

法律案の名称(予算関連法案)
 良質な医療を提供する体制の確立を図るための
 医療法等の一部を改正する法律案(平18.6改正)

- 等とは
1. 医師法
 2. 歯科医師法
 3. 保助看法
 4. 薬事法
 5. 薬剤師法

医療法等の一部改正(2)

- 1 薬局が医療提供施設、調剤が医療機能に
(医療法改正:平19.4~)
- 2 患者の居宅における一部調剤行為の容認
(薬剤師法改正:平19.4~)
- 3 薬局の機能情報の公表
(薬事法改正:平19.4~)
- 4 薬局における安全管理体制の確保(指針など)
(薬事法施行規則改正:平19.4~)

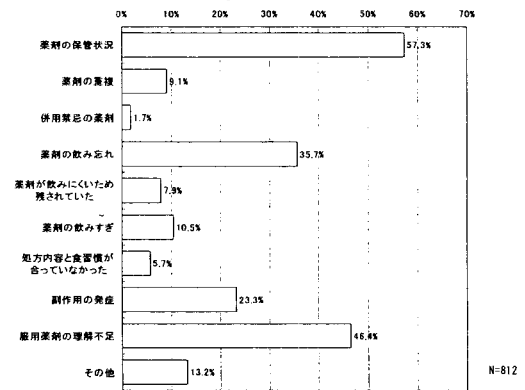
医療法等の一部改正(3)

- 5 薬剤師の処分は医道審議会で決定し、処分者には再教育研修を義務化
(薬剤師法改正:平20.4~)
- 6 薬剤師氏名等の公表
(薬剤師法改正:平20.4~)
- 7 麻薬小売業者間での麻薬の譲渡を容認
(麻向法施行規則改正:平19.9~)

安心と希望の医療確保ビジョン (2008.6.18)

薬局については、夜間・休日の対応、患者宅への医薬品・衛生材料などの供給、緩和ケアへの対応などを確実に実施するため、地域における医薬品などの供給体制や、医薬品の安全かつ確実な使用を確保するための適切な服薬支援を行なう体制の確保・充実に取り組む。

在宅患者の薬剤管理上の問題点



(日本薬剤師会「平成19年度後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」より)

新・薬剤師行動計画の検証結果 (平成19年11月実施)

①休日・夜間対応(調剤)(複数回答)

	実数	%
1. 地域薬剤師会の輪番制により、当番日に開局	5,747	17.4%
2. 地域薬剤師会の、携帯電話を用いた輪番制に参加	1,791	5.4%
3. 休日・夜間に開局する会営業局等に輪番制により出勤	2,624	7.9%
4. 緊急時の連絡先電話番号を店舗外に掲示	16,975	51.4%
5. 薬局と住居が同じでインターフォンや電話による呼び出しで夜間対応可能	5,333	16.1%
6. その他	6,988	21.2%

②-a在宅患者訪問薬剤管理指導

	実数	%
1. 届出をしている	21,092	63.9%
2. 届出をしていない	9,871	29.9%
3. 無回答	2,069	6.3%

②-b訪問指導の実施状況

	実数	%
1. 実施している	4,753	14.4%
2. 該当患者なし	24,977	75.6%
3. 無回答	3,302	10.0%

②-c駐車禁止除外規定車許可

	実数	%
1. 取得している	692	2.1%
2. 取得していない	29,398	89.0%
3. 無回答	2,942	8.9%

④麻薬小売業の許可等(複数回答)

	実数	%
1. 麻薬小売業の免許を取得している	21,644	65.5%
2. 麻薬小売業者間の譲渡許可を取得している	1,343	4.1%
3. 麻薬小売業の免許を取得していない	9,702	29.4%

⑤災害時医薬品等供給体制整備事業への協力

	実数	%
1. 協力している	4,464	13.5%
2. 協力していない	6,292	19.0%
3. 地域で事業が行われていない、行われているかどうか知らない	19,814	60.0%
4. 無回答	2,462	7.5%

⑥「薬局・薬剤師の災害対策マニュアル」

	実数	%
1. 知っている	18,986	57.5%
2. 知らない	11,774	35.8%
3. 無回答	2,272	6.9%

平成20年度診療報酬改定について

全体改定率 ▲0.82%

<診療報酬本体> +0.38%
 内訳) 医科 +0.42%
 歯科 +0.42%
 調剤 +0.17%

<薬価・材料> ▲1.2%
 内訳) 薬価 ▲1.1%(薬価ベース▲5.2%)
 材料 ▲0.1%

注)いずれも薬剤費などを含む医療費ベース

2. 医療保険制度の改革と薬剤師

診療報酬・調剤報酬の年度別改定推移

年度	医科	歯科	調剤
平成12年度	+2.50% (+2.0%)	+2.02% (+2.0%)	+2.67% (+0.8%)
平成14年度	-1.63% (-1.3%)	-1.31% (-1.3%)	-4.33% (-1.3%)
平成16年度	±0.0% (±0.0%)	±0.0% (±0.0%)	±0.0% (±0.0%)
平成18年度	-1.88% (-1.5%)	-1.52% (-1.5%)	-2.00% (-0.6%)
平成20年度	+0.53% (+0.42%)	+0.42% (+0.42%)	+0.57% (+0.17%)

数字は技術料の実質改定率、()内は報酬全体の改定率
 ※総額に占める薬剤料以外の比率を、医科80%、歯科99%、調剤30%と仮定して計算した。

経済財政改革の基本方針2007

後発医薬品の使用促進

○ 平成24年度までに、数量シェアを30%
 (現状から倍増)以上にする。

平20年度の調剤報酬改定

<調剤報酬の改定>

- ① 調剤基本料の見直し(調剤率30%以上を評価)
- ② 銘柄処方された後発医薬品の別銘柄への変更を容認
- ③ 処方せん様式の再変更(変更不可の場合に署名)
- ④ 後発医薬品の分割調剤を容認
 (新)後発医薬品分割調剤料 5点(一部の薬学管理料算定可)
- ⑤ 後発医薬品への変更調剤の結果を医療機関へ情報提供
- ⑥ 後発医薬品の使用促進を目的とした療養担当規則の改正

処方せん様式の再変更(平20.4~)

【医師】
 ・後発品への変更がすべて不可の場合に、署名又は記名・押印

後発医薬品の使用促進(1)

<中医協調査>

- ① 後発医薬品への変更可の処方せんの割合
 平18年10月:17.1%→平19年7月:17.4%→平20年9月:59.8%
- ② 後発医薬品に変更した処方せんの割合
 平18年10月:0.98%→平19年7月:1.4%→平20年9月:3.4%
- ③ 後発医薬品への変更可の処方せんを取り扱った薬局の割合
 平18年10月:86.5%→平19年7月:83.9%→平20年9月:98.5%
- ④ ③の薬局のうち、後発医薬品に変更した薬局の割合
 平18年10月:54.2%→平19年7月:64.2%→平20年9月:77.5%

(平成20年9月の数字は日本薬剤師会の調査結果)

後発医薬品の使用促進(2)

<中医協調査>

- ⑤ 記載銘柄により調剤した場合の薬剤料(平均値)
 平成18年10月:839.47点→平成19年7月:946.0点
 →平成20年9月:845.1点
- ⑥ 実際に調剤した薬剤料(平均値)
 平成18年10月:605.72点→平成19年7月:684.6点
 →平成20年9月:662.8点
- ⑦ ⑥/⑤(%)
 平成18年10月:65.91%→平成19年7月:72.4%
 →平成20年9月:77.1%

(平成20年9月の数字は日本薬剤師会の調査結果)

後発医薬品の使用状況調査 (平20. 9: 日本薬剤師会)

-368-

図表12 平成20年9月1カ月間に調剤した全ての医薬品の数量(薬価基準の規格単位ベース)のうち、後発医薬品の割合別にみた薬局数の分布

割合	薬局数	分布状況
10%未満	48	10.7%
10%以上20%未満	109	24.2%
20%以上30%未満	56	12.4%
30%以上40%未満	61	13.6%
40%以上50%未満	45	10.0%
50%以上60%未満	10	2.2%
60%以上	18	4.0%
無回答または不明	103	22.9%
合計	450	100.0%
平均値(%)		24.9
中央値(%)		20.0

図表17 後発医薬品への変更調剤を行ったにもかかわらず、患者が2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった理由のうち最も多いもの

理由	薬局数	割合
使用した後発医薬品の使用感が合わなかったため	169	37.6%
使用した後発医薬品の効果に疑問があったため	86	19.1%
後発医薬品に対する漠然とした不安が消えなかったため	52	11.6%
使用した後発医薬品の安全性に不安があったため	15	3.3%
その他	79	17.6%
無回答	49	10.9%
合計	450	100.0%

図表24 採用している後発医薬品の選択理由(複数回答)

理由	薬局数	割合
迅速かつ安定的に製造販売業者や卸業者から入手できる	369	82.0%
後発医薬品メーカーによる品質に関する情報開示の程度	286	63.6%
近隣の保険医療機関・保険薬局への納入実績の程度	181	40.2%
患者の使用感がよい(例、味がよい、臭いが気にならない、貼付感がよい)	102	22.7%
他の後発医薬品よりも薬価が安価	75	16.7%
調剤がしやすい(例、容易に半割できる、一包化調剤がしやすい)	36	8.0%
その他	44	9.8%
無回答	5	1.1%
薬局数	450	

-369-

図表10 平成20年9月1カ月間の取り扱い処方せんのうち、「変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを取り扱った薬局数の割合(薬局数ベース)

状況	薬局数	割合
「変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんの取り扱いが1枚以上ある薬局	400	98.5%
取り扱いのない薬局	6	1.5%
合計	406	100.0%

図表11 「変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを取り扱った薬局のうち、実際した後発医薬品に変更した薬局数の割合(薬局数ベース)

状況	薬局数	割合
1品目でも先発医薬品を後発医薬品に実際に変更した薬局数	310	77.5%
変更しなかった薬局	90	22.5%
合計	400	100.0%

図表15 後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由のうち最も多いもの

理由	薬局数	割合
薬剤料等(患者自己負担額)の差額が小さい	178	39.6%
後発医薬品に対する不安がある	160	35.6%
公費負担の患者であるため、経済的インセンティブがない	31	6.9%
過去に後発医薬品を使用した、合わなかった	9	2.0%
その他	57	12.7%
無回答	15	3.3%
合計	450	100.0%

図表21 後発医薬品の備蓄品目数別にみた薬局数の分布(平成19年9月・平成20年9月)

品目	薬局数		分布状況	
	H19.9	H20.9	H19.9	H20.9
0品目	0	0	0.0%	0.0%
1品目以上 50品目未満	103	50	31.5%	15.3%
50品目以上 100品目未満	114	118	34.9%	36.1%
100品目以上 200品目未満	79	97	24.2%	29.7%
200品目以上 300品目未満	22	43	6.7%	13.1%
300品目以上	9	19	2.8%	5.8%
合計	327	327	100.0%	100.0%
平均値(品目)	90.0	123.2		
中央値(品目)	70.0	98.0		

注:全ての項目に回答のあった327施設を対象にして集計している。

図表25 後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けたが、変更しなかった場合について、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めるための条件

条件	薬局数	割合
後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保	118	26.2%
医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底	113	25.1%
剤形・規格の違いに関わらずに銘柄変更調剤ができる環境の整備	94	20.9%
後発医薬品に対する患者の理解	87	19.3%
特に対応は必要ない	12	2.7%
その他	18	4.0%
無回答	8	1.8%
合計	450	100.0%

図表27 後発医薬品の使用に関する考え

	薬局数	割合
特にこだわりはない	94	20.9%
後発医薬品を積極的に患者に説明して、調剤するように取り組んでいる	56	12.4%
薬効によっては後発医薬品を患者に説明して、調剤するように取り組んでいる	140	31.1%
後発医薬品の説明・調剤にはあまり積極的には取り組んでいない	156	34.7%
無回答	4	0.9%
合計	450	100.0%

図表28 後発医薬品の説明・調剤にはあまり積極的には取り組んでいない理由（複数回答）

	薬局数	割合
近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的なため	65	41.7%
後発医薬品の品質に疑問があるため	59	37.8%
後発医薬品の効果に疑問があるため	53	34.0%
後発医薬品の安定供給体制が不備であるため	52	33.3%
後発医薬品の情報提供が不備であるため	44	28.2%
後発医薬品の副作用に不安があるため	39	25.0%
薬局にとって経済的な便益がないため	32	20.5%
後発医薬品に関する患者への普及啓発が不足なため	23	14.7%
その他	28	17.9%
無回答	1	0.6%
薬局数	156	100.0%

図表29 後発医薬品の品質保証の方法についての理解状況

	薬局数	割合
十分に理解している	36	8.0%
ある程度理解している	298	66.2%
あまり理解していない	106	23.6%
全く理解していない	5	1.1%
無回答	5	1.1%
合計	450	100.0%

図表31 患者一部負担割合別にみた、平成20年9月8日から14日に後発医薬品に変更して調剤された処方せん状況（平均値）

	患者一部負担割合				
	全体	0割	1割	2割	3割
処方せん枚数(枚)	3,111	140	898	54	1,982
記載銘柄により調剤した場合の薬剤料(A)(点)	855.1	477.8	993.7	555.1	832.3
実際に調剤した薬剤料(B)(点)	659.4	389.0	785.8	450.5	631.1
記載銘柄により調剤した場合に占める、実際に調剤した薬剤料の割合(B/A)	77.1%	81.4%	79.1%	81.2%	75.8%

注：患者一部負担割合の「全体」には、患者一部負担割合が不明だった処方せん37枚も含まれる。

平成21年度予算シーリング (2008.7.29)

社会保障費の自然増(8,700億円)に対し、削減・合理化(▲2,200億円)を図り、6,500億円の増。

→後発医薬品の使用促進による約230億円の削減以外の部分については別途財源を用意することで決着(2008.12)

持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた「中間プログラム」(H20.12.24閣議決定)

安心強化の3原則

1. 中福祉、中負担の社会を目指す
2. 安心強化と財源確保の同時進行を行う
3. 安心と責任のバランスの取れた安定財源の確保を図る

→○消費税を含む税制抜本改革を2011年度より実施できるよう、必要な法制上の措置

○消費税収が充てられる社会保障の費用は、その他予算とは厳密に区分経理

3. 医薬品販売制度の見直しと薬剤師

新しい医薬品販売制度 (平成21年6月施行)

【現行】			【新制度】		
業態の種類	専門家(資質)	販売可能な一般用医薬品	業態の種類	専門家(資質)	販売可能な一般用医薬品
薬局	薬剤師(国家資格)	全ての一般用医薬品	薬局	薬剤師(国家資格)	全ての一般用医薬品
薬店	一般販売業		店舗販売業	薬剤師(国家資格)又は登録販売者(都道府県試験)	薬剤師: 全ての一般用医薬品
	薬種商販売業	指定医薬品以外の一般用医薬品			登録販売者: 第一類医薬品以外の一般用医薬品
配置販売業	配置販売業者(試験なし)	一定の品目	配置販売業	登録販売者(都道府県試験)	
特例販売業	(薬事法上定めなし)	限定的な品目			

新たな医薬品販売制度のポイント

情報提供、陳列など

- 薬剤師薬(法36条の5)
- 薬局医薬品(法27条)
- 第一類医薬品を販売する店舗販売業の店舗管理者は薬剤師が原則。
 薬剤師を管理者にできない場合は、登録販売者として3年以上の業務経験をもつ者を管理者にできる。その場合、店舗管理者を補佐する薬剤師を置かなければならない。(省令)



注1) 都道府県知事が、一般用医薬品の販売に従事するために必要な資質を有しているかを試験し、それに合格した者。薬剤師のような法律に基づく国家資格者ではない。
 注2) 医薬品販売制度改正検討部会報告書より。

-372-

インターネット販売への対応

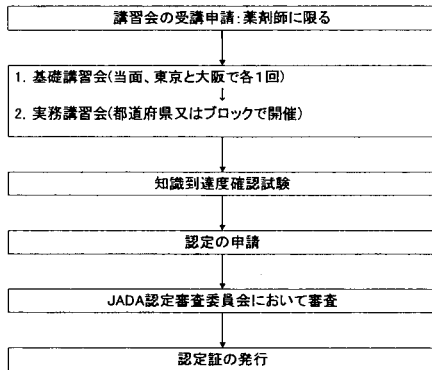
- 平20.7.14 厚労省が報告書をまとめる
- 平20.8.14 規制改革会議が日薬からヒアリング
- 平20.10.7 規制改革会議が厚労省と公開討論
- 平20.11~12 インターネット販売反対・賛成業界団体、薬害被害者団体が記者会見、緊急フォーラム、関係大臣への陳情
- 平20.12.22 規制改革会議が第3次答申
 インターネット販売の記載なし。但し、答申とは別に「当面の分野別取り組み課題」の資料が会議で配布され、その一つとして「インターネットを含む通信販売による一般用医薬品の販売規制の見直し」が取り上げられている。

医薬品販売制度の円滑移行に関する検討会 構成員

足立 隆基	日本薬業協会常任理事長
岡野 久	全国消費者団体連合会事務局長
野村 隆一	全国消費者協議会代表
中田 敏典	福岡県薬剤師会副会長兼事務局長
◎岸村 祥正	北見大学学長兼教授
◎山 島 隆	日本チェーンドラッグストア協会会長
北 谷 秀	日本のTC医薬品協会の医薬品販売制度移行検討部会委員長
池田 洋子	納付して医療を促す会
酒田 二郎	薬機部独立行政法人医薬品中央研究所
奥野 幸	社団法人日本薬剤師会会長
坂本 正典	日本オンラインドラッグ協会理事
中 幸之	社団法人日本薬業協会代表理事
下村 謙一	東京薬師協会の理事兼常務理事
斎藤 康幸	全国錠剤流通協会代表理事
岡山 伸也	全国薬事被害者団体連絡協議会
松本 誠誠	一橋大学大学院法学研究科教授
三木 浩史	東京株式会社薬剤師協会代表理事
三村 達彦	岡山大学薬学部長兼教授
夏川 誠吾	福岡県独立行政法人事務局長

(注) 委員 50名以上

公認スポーツファーマシスト制度



- (財)日本アンチドーピング機構(JADA)が制定する制度
- 日本薬剤師会と都道府県薬剤師会は運用に協力

スポーツファーマシスト制度への薬剤師会の関与

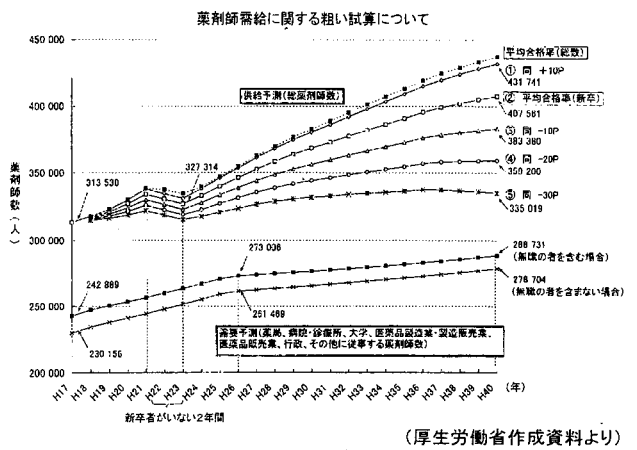
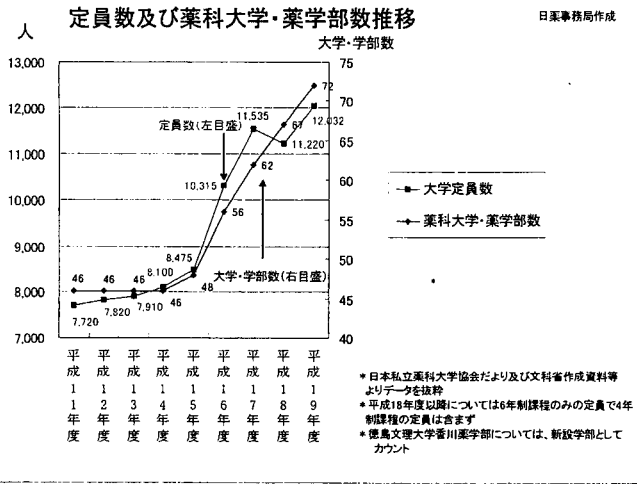
- (1) 各都道府県薬剤師会の薬事情報センターを「地域における情報発信の核」として位置付ける。
- (2) 各都道府県薬剤師会は、実務講習会の講師となる「公認スポーツファーマシスト推進委員(推進委員)」を推薦する。
- (3) 日本薬剤師会はJADAに協力して、推進委員のための特別講習会を年に1回開催する。
- (4) 都道府県薬剤師会は、実務講習会を開催することができる。

-373-

4.薬学6年制への対応

平成20年9月10日時点

年度	16 2004	17 2005	18 2006	19 2007	20 2008	21 2009	22 2010	23 2011	24 2012
学部	総合科学部	薬学部	薬学部	薬学部	薬学部	薬学部	薬学部	薬学部	薬学部
人数	118人	421人	1,550人	2,881人	約3,400人	約3,400人	約3,400人	約3,400人	約3,400人
注	1. 16年度は、薬学部が新設された。2. 17年度は、薬学部が新設された。3. 18年度は、薬学部が新設された。4. 19年度は、薬学部が新設された。5. 20年度は、薬学部が新設された。6. 21年度は、薬学部が新設された。7. 22年度は、薬学部が新設された。8. 23年度は、薬学部が新設された。9. 24年度は、薬学部が新設された。								



薬学系人材養成の在り方に関する検討会

平成21年2月より標記の検討会が発足

検討事項

- (1) 臨床並びに基礎薬学系大学院の教育内容及び教員組織の在り方
- (2) 生命科学の進展を踏まえた研究開発など薬学系研究者養成の在り方
- (3) 薬学教育における臨床教育の充実と評価の在り方
- (4) 今後の社会的要請を踏まえた薬学教育の在り方(養成など需給問題)

医療を取り巻く環境の変化

- 急速な高齢化
 - 疾病構造の変化(生活習慣病等)
 - 医療技術の高度化
 - 医療サービス提供場所の変化(在宅医療等)
 - 医療に対する国民の関心の高まり
- ↓
- ◎ 質、情報、選択 そして 納得 の医療
 - ◎ 薬(やく)の倫理に基づく薬剤師業務の実践

薬事行政を巡る最近の動きと 厚生労働省の取り組み

平成21年3月13日



厚生労働省医薬食品局総務課

近藤 恵美子

新たな医薬品販売制度(平成21年6月1日施行)の概要

(1) リスクの程度に応じた一般用医薬品の分類

第一類医薬品	第二類医薬品	第三類医薬品
一般用医薬品としての使用経験が少ない等、安全性上特に注意を要する成分を含むもの (例) 現時点では、H2ブロッカー含有薬、一部の毛髪用薬 等	まれに入院相当以上の健康被害が生じる可能性がある成分を含むもの (例) 主なカフェイン、解熱鎮痛薬、胃腸鎮痛鎮けい薬 等	日常生活に支障を来す程度ではないが、身体の実験・不調が起こるおそれがある成分を含むもの (例) ビタミンB-C含有健康薬、主な鎮痛薬、消化薬 等

リスク分類: 薬事・食品衛生審議会の意見を聴いて指定。新たな知見、使用に係る情報の集積により見直しが行われる。

(2) リスクの程度に応じた情報提供と対応する専門家

医薬品のリスク分類	質問があっても行う情報提供	相談があった場合の応答	対応する専門家
第一類医薬品	義務	義務	薬剤師
第二類医薬品	努力義務		薬剤師又は登録販売者
第三類医薬品	不要		

注) 今回の制度改正により新たに導入される審査確認のための試験に合格し、登録を受けた者

(3) 購入者の視点に立った医薬品販売の環境整備

【リスク分類の表示】 医薬品の外箱等に、リスク分類を表示する。	【リスク分類ごとの陳列】 特に、第一類医薬品は直接手にとることができない方法。	【薬局・店舗での掲示】 例) 従事する専門家の種類、リスクの程度に応じた販売方法	【名札の着用】 薬剤師、登録販売者、一般従事者の違いを識別できる。
---	---	--	---

1. 一般用医薬品販売制度の改正

薬事法改正の経緯

平成17年12月	医薬品販売制度改正検討会・報告(平成16年5月から23回開催)※
平成18年 3月	以降
平成18年 6月	「薬事法の一部を改正する法律案」国会提出 - 参議院本会議 趣旨説明、質疑 - 参議院厚生労働委員会 質疑3回(参考人質疑を含む) - 衆議院厚生労働委員会 質疑1回
平成18年 6月	同法成立・公布
平成19年 4月	一般用医薬品の区分(リスク区分の指定) 施行
平成19年 6月	登録販売者試験実施ガイドライン作成検討会・報告(平成19年2月から6回開催)
平成20年 4月	登録販売者試験制度 施行
平成20年 7月	医薬品の販売等に係る体制及び環境整備に関する検討会・報告※(平成20年2月から8回開催)
平成21年 1月	薬事法の一部を改正する法律の施行期日を定める政令等の公布
平成21年 2月	薬事法施行規則等の一部を改正する省令の公布※ 医薬品新販売制度の円滑施行に関する検討会の開催※
平成21年 6月	改正薬事法 施行

医薬品新販売制度の円滑施行に関する 検討会について ～主な検討事項～

- (1) 薬局・店舗等では医薬品の購入が困難な場合の対応方策
- (2) インターネット等を通じた医薬品販売の在り方
- (3) その他

医薬品新販売制度の円滑施行に関する検討会 構成員

- | | |
|--------|--------------------------|
| 足高 慶宣 | 日本置き薬協会常任理事長 |
| 阿南 久 | 全国消費者団体連絡会事務局長 |
| 織部 隆一 | 全国伝統薬連絡協議会 |
| 今地 政美 | 福岡県保健福祉部薬務課長 |
| ◎井村 伸正 | 北里大学名誉教授 |
| 小田 兵馬 | 日本チェーンドラッグストア協会副会長 |
| 北 史男 | 日本大衆薬工業協会医薬品販売制度対応協議会委員長 |
| 倉田 雅子 | 納得して医療を選ぶ会 |
| 國領 二郎 | 慶應義塾大学総合政策学部教授 |
| 児玉 孝 | 社団法人日本薬剤師会会長 |
| 後藤 玄利 | 日本オンラインドラッグ協会理事長 |
| 今 孝之 | 社団法人全日本薬種商協会副会長 |
| 下村 壽一 | 東京都福祉保健局健康安全室薬務課長 |
| 高柳 昌幸 | 全国配置家庭薬協会副会長 |
| 増山 ゆかり | 全国薬害被害者団体連絡協議会 |
| 松本 恒雄 | 一橋大学大学院法学研究科教授 |
| 三木谷 浩史 | 楽天株式会社代表取締役会長兼社長 |
| 三村 優美子 | 青山学院大学経営学部教授 |
| 望月 真弓 | 慶應義塾大学薬学部教授 |
- (敬称略、五十音順)

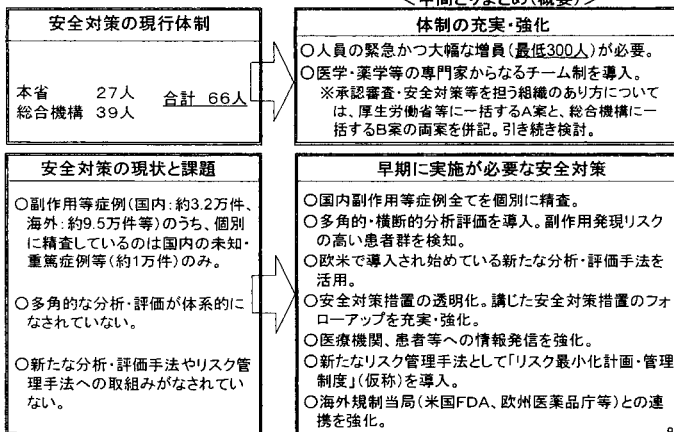
2. 医薬品・医療機器の 安全対策の推進

薬害肝炎事件の検証及び再発防止のための の医薬品行政のあり方検討委員会

- ・ 福田前総理大臣、舛添厚生大臣から、安全対策を強化させる旨の発言。
- ・ 平成20年1月15日、薬害肝炎の全国原告団、全国弁護士と厚生労働大臣との基本合意書、その後の協議等に基づき設置
- ・ 2つの役割を担う
 - ① 薬害肝炎事件の検証
 - ② 再発防止のための医薬品行政のあり方の検討
- ・ 薬害被害者、製薬企業代表、弁護士、学識経験者等が参画
- ・ 4回の議論を経て、平成20年7月に早期に実施が必要な対策について中間とりまとめ
- ・ 引き続き検証、検討を進め、今年度中にとりまとめ

「薬害肝炎事件の検証及び再発防止のための
医薬品行政のあり方検討委員会」中間とりまとめ(H20.7.31)

<中間とりまとめ(概要)>



平成21年度予算案

～医薬品・医療機器の安全対策推進関係～

- ・ (独) 医薬品医療機器総合機構の安全対策の体制強化 (2.5億円 → 6.8億円)
- ・ 適正使用情報提供状況確認等事業 (新) 1.5千万円
- ・ 遺伝子多型(ファーマコゲノミクス)探索調査事業 (新) 1.5千万円
- ・ 医薬品のリスク最小化管理方策の導入検討 (新) 2.1千万円
- ・ 重篤副作用疾患別適正対応マニュアル作成事業 (3.5千万円 → 3.8千万円)

是非ご活用ください

重篤副作用疾患別対応マニュアル

目的

- ◇ 警報発信型から予測予防型へ
- ◇ 医療現場への詳細で役立つ情報提供
医師、薬剤師のみならず看護師、患者まで

重篤副作用疾患の例

■ 間質性肺炎 約220成分	■ 皮膚粘膜炎候群 約230成分
抗生物質 53成分	抗生物質 70成分
腫瘍用薬 42成分	解熱鎮痛消炎剤 36成分
化学療法剤 18成分	化学療法剤 32成分
漢方製剤 14成分	腫瘍用薬 15成分
生物学的製剤 10成分	抗てんかん剤 11成分
血圧降下剤 8成分	消化性潰瘍薬 9成分
.....	

重篤副作用疾患別対応マニュアル

- ・ 医療関係者向けと一般の方向向けの2種類を作成。
- ・ 副作用を起こす可能性のある医薬品や副作用症状、早期発見のポイント等をわかりやすい言葉で解説。
- ・ たとえば、スティーブンス・ジョンソン症候群、薬物性肝障害など。
- ・ 医薬品医療機器情報提供ホームページに掲載
http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/juutoku_index.html
http://www.info.pmda.go.jp/juutoku_ippan/juutoku_ippan.html

重篤副作用疾患別対応マニュアルの例

患者さん向けに易しく簡潔な説明

医療関係者向けにポイントを絞った解説

写真等の活用

スティーブンス・ジョンソン症候群

患者さん向け

医療関係者向け

写真等の活用

医薬品医療機器情報提供ホームページ

http://www.info.pmda.go.jp/index.html

医薬品医療機器総合機構 情報提供ホームページ

国・製薬企業から提供された様々な情報を幅広く提供

<提供している情報>

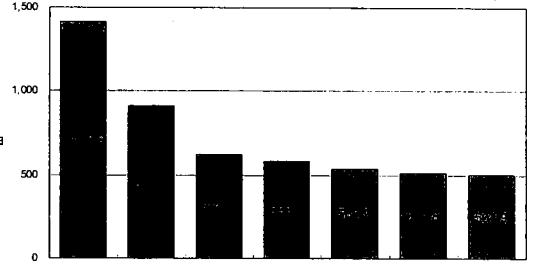
- 医療用医薬品・一般用医薬品の添付文書情報
 - ・効能効果、用法・用量、禁忌、相互作用(飲み合わせ)等
 - ・医療用医薬品 約13,000件、一般用医薬品 約7,400件
- 副作用報告の症例概要
- 緊急安全性情報
- 医薬品医療機器等安全性情報
- 患者向医薬品ガイド
- 重篤副作用疾患別対応マニュアル
- 承認情報(審査報告書等)
- 回収情報

情報提供サービス等がデジタルアドレスに情報を提供し、更新は毎月行われる。

欧米と日本の医薬品の上市状況について

世界で初めて上市された医薬品と、その年の日本で上市された医薬品を比較し、その平均を見ると、我が国で平均1日約29日、欧米の諸国で平均60.9~94.5日の方が遅れている。欧米で平均1日約100薬品が上市されるのに対し、我が国は約30薬品のうち、それ以外の日

世界初上市から各国上市までの平均期間(医薬品創出国) 88製品 2004年



出典: 日本製薬工業協会 医薬品産業政策研究所 リサーチレポート No.31 (2006年5月) IMS Lifecycle より引用

3. 新医薬品・医療機器の迅速な提供

革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略の概要

平成19年4月 平成20年5月(改定) 内閣府・文部科学省 厚生労働省・経済産業省

世界最高水準の医薬品・医療機器を国民に提供 医薬品・医療機器産業を日本の成長牽引役に

日本先行開発・日本参加の世界同時開発を目指した施策群

<p>①研究資金の集中投入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医薬品・医療機器創出資金の活性化・拡充 ・資金による十分な開発促進等の政策実施の促進 ・研究開発補助の充実・強化 ・特別競争的資金(特例)における研究資金の拡充 ・研究開発促進に資する研究資金の活用・集中促進 	<p>②臨時研究・治験環境の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国際共同治験の推進 ・創薬・治験推進センターを軸とした研究開発の推進 ・創薬・治験推進センターを軸とした治験のネットワーク化・強化 ・創薬・治験推進センターを軸とした治験の推進 ・創薬・治験推進センターを軸とした治験の推進 	<p>③審査の迅速化・質の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・審査の上昇までの期間を2.5年間短縮 ・審査人員を倍増・質の向上(3年間で236人増員) ・21年度までの3年間で審査人員を倍増 ・20年4月 277名(対前年 +71名) ・承認審査の在り方や基準の明確化、GCPの運用改善 ・19年9月国際共同治験、20年3月再生医療などに係る通知を发出。GCPは20年2月省令改正。 ・全ての治験相談にタイムリーに対応できる体制の整備 ・日米欧審査当局との間での共同治験相談の導入の協議
<p>④ベンチャー企業育成等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研究資金の拡充 ・施設や機器の活用等 ・企業化支援体制の整備、OB人材の活用、補助金の活用等 ・ベンチャー企業への活用等に関する支援体制の整備 ・バイオベンチャーの国際展開支援の推進 ・創薬手続の支援等 ・医療機器の創出促進も活用する方策の検討 	<p>④アジアとの連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アジアとの連携について共同研究推進 ・アジアで創薬・治験の活用方法の共同研究 	<p>⑤イノベーションの適切な評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・イノベーションの適切な評価 ・イノベーションの適切な評価

②官民対話

承認審査の迅速化・質の向上等(5か年戦略)

- 新薬の上市までの期間を2.5年間短縮
- 審査人員を倍増・質の向上(3年間で236人増員)
 - 21年度までの3年間で審査人員を倍増
 - 20年4月 277名(対前年 +71名)
- 承認審査の在り方や基準の明確化、GCPの運用改善
 - 19年9月国際共同治験、20年3月再生医療などに係る通知を发出。
 - GCPは20年2月省令改正。
- 全ての治験相談にタイムリーに対応できる体制の整備
- 日米欧審査当局との間での共同治験相談の導入の協議

薬学教育6年制に関する検討事項(学校教育法)

政府及び関係者は、本法の施行に当たり、次の事項について特段の配慮をすべきである。〔附帯決議〕 (以下、抜粋)

4. 薬学教育6年制と平成21年度薬剤師関連予算

- ・ 各大学の指導体制の整備、教育・実習施設の確保等の充実(特に、長期実務実習受入のための指導者・施設の確保)
 - また、実務実習に必要な基本的能力の向上と施設での受入の円滑化のための共用試験の導入等
- ・ 4年制・6年制の目的・内容の違いに関する情報提供、制度の弾力的運用と多様な人材の受入(転部・編入学等)
- ・ 第三者評価体制の整備等、質の高い教育の維持向上
- ・ 薬剤師に対する生涯学習の機会の拡充
- ・ 経済力の差が進路選択・学業の成就に影響を与えない配慮
- ・ 国際競争力を持つ創薬等の研究開発を担う人材の育成

薬学教育6年制に関する検討事項(薬剤師法)

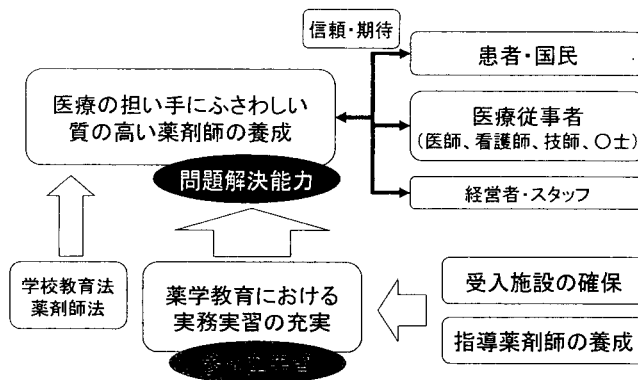
政府は、安全・安心な医療の担い手にふさわしい質の高い薬剤師を養成するという趣旨に鑑み、適切な措置を講ずるべきである。[附帯決議]

- ・ 実習受入体制の確保、指導薬剤師の養成
- ・ 国家試験受験資格の経過措置の周知徹底
- ・ 卒後教育の一環として実務研修の充実・改善
- ・ 行政処分を厳正かつ公正に行うための仕組みの検討
- ・ 面としての分業の推進、かかりつけ薬局の普及、情報提供・啓発
- ・ 医療事故防止のため、医療機関における薬剤師の役割の明確化・環境整備、コード表示、情報通信技術の活用等

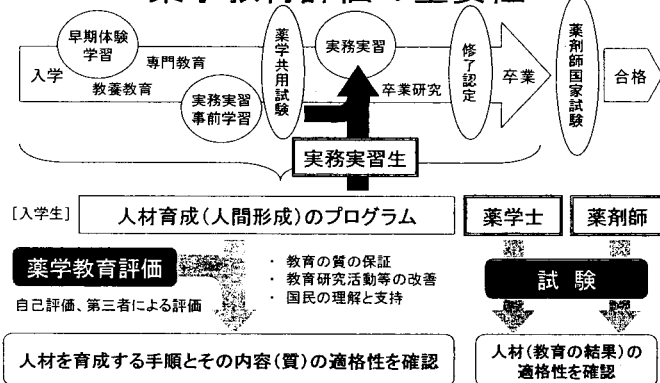
事前学習、共用試験、第三者評価

参加型実習の考え方、新たな薬剤師国家試験、薬剤師需給予測

実務実習の重要性とその円滑な実施



薬学教育評価の重要性



新たな薬剤師国家試験の概要

- ・ 出題区分
 - ① 必須問題
 - ② 一般問題 (②-1) 薬学理論問題 (②-2) 薬学実践問題
- ・ 出題数
 - 必須問題(90問)
 - 一般問題: 薬学理論問題(105問) } 合計345問
 - 薬学実践問題(150問)
- ※ 領域: (1)物理・化学・生物、(2)衛生、(3)薬理、(4)薬剤、(5)疾病・薬物治療、(6)法規・制度・倫理、(7)実務
- ・ 合格基準
 - 全体65% 必須問題(全体70%、領域ごとに50%)
 - 一般問題(領域ごとに35%)

実践に即した問題解決能力

- 正答肢を選択する問題
- そのほか、
- 実践の場で取り得る解答肢の中から最も適切なものを選択する問題
- 明らかに誤りである解答肢を選択する問題
- 明らかに重要性が低い解答肢を選択する問題

薬剤師として必要な知識・技能・態度等を正しく理解しているか否か

- 正答が一つではない問題(複数の正答)
- 一問一答形式
- 解答肢の全ての組合せの中から正答肢を選択する形式

平成21年度予算案(1)

薬剤師関連事業費 241,298千円
(353,789千円)

4年制卒業薬剤師研修事業費	15,200(76,000)
医療薬学分野等を中心とした既卒業薬剤師向け研修	
指導薬剤師実務実習講習会経費	40,730(68,911)
指導薬剤師養成のための研修	
専門薬剤師の研修事業費	114,835(114,825)
がん専門薬剤師養成のための研修	
薬剤師養成問題等検討費	4,291(6,566)
薬剤師の再教育講習会の開催や薬剤師需給の将来動向など薬剤師養成に係る諸課題に関する検討	
薬剤師資質向上将来ビジョン検討事業費	0(1,051)
生涯学習のあり方や効果的実施のためのプログラムの検討	

平成21年度予算案(2)

医薬分業啓発普及費	4,324(4,671)
「薬と健康の週間」にあわせた国民への普及	
医薬分業推進指導者講習会費	221(379)
地域ごとに薬局等を指導する者を育成するための講習会の開催	
医薬分業計画等策定事業費	0(6,124)
地域の実情に即した分業計画モデル、薬局の役割や在宅医療における薬局の関与等に関する医療計画モデルを策定	
薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業費	47,256(65,880)
薬局における医療安全確保のため、ヒヤリ・ハット事例等の情報の収集、分析、評価	
薬剤師名簿登録管理・検索費	14,441(9,382)
厚生労働省ホームページで薬剤師資格等が確認できるシステムの管理運用	

5. 厚生労働省改革

厚生労働行政のあり方に関する懇談会

2つの視点＝過去の反省と将来に向けた機能強化による信頼回復

過去の反省

厚生労働行政に関する国民の批判を真摯に受け止め、深く反省するとともに、過去の問題を克服し、再発防止を徹底することにより、国民の信頼を回復することが急務。

懇談会で問題事例として薬害肝炎が取り上げられ、患者の立場に立った対応が不十分、情報収集体制の不備、資料管理の問題が指摘された。

将来に向けた機能強化

同時に、少子化・高齢化、非正規雇用の増大、社会保障費用の急激な増大など、国民的課題に的確に対応し、社会保障の機能強化を推進するための組織編成を検討すべき。



2つの分野＝行政運営のあり方と行政組織・体制の在り方

行政運営の在り方

- ①国民の理解と納得：政策立案決定過程を目に見えるものに切りかえ
- ②PDCAサイクルの組み込み
- ③サービス行政に対応した職員の意識改革、実務、窓口の重視
- ④不祥事の再発を防止し、職員の誇りと意欲を持たせる仕組みの構築

中間まとめに沿って、早急に具体化について検討し、できるものから順次実施すべき。

省内PTIによる検討開始

行政組織・体制の在り方

- ⑤現下の行政課題に的確に対応できる組織編成を検討
- ⑥安定的でわかりやすい社会保障の財政運営

年度末の最終とりまとめに向け、懇談会でさらに議論を深める。

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業について

2009.3.

厚生労働省医薬食品局総務課

医療機関における安全管理のための体制確保 (医薬品関係：医療法施行規則)

- 医薬品に係る安全確保のための体制の確保に係る以下の措置
 - 医薬品の使用に係る安全管理(安全使用)のための責任者の配置
 - 従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施
 - 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び当該手順書に基づく業務の実施
 - 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策の実施

(医薬品安全管理責任者)

- 医薬品に関する十分な知識を有する常勤職員であり、医師、歯科医師、薬剤師、助産師(助産所の場合に限る)、看護師又は歯科衛生士(主として歯科医業を行う診療所に限る)のいずれかの資格を有していること。
- 病院においては管理者との兼務は不可。

○ 平成17年5月報告書

「今後の医療安全対策について」

医療安全対策ワーキンググループ

(当面取り組むべき課題)

薬局においても病院、診療所等と同様に管理者の責任下で、安全管理体制を整備すること。

○ 平成18年6月公布

「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」

医療法第1条の2(医療提供施設)

医療法第6条の10(医療機関の管理者に対する医療安全確保の体制確保の義務付け)

薬局における安全管理のための体制確保

(薬事法施行規則)

- ① 薬局開設者は、医薬品の業務に係る医療の安全を確保するため、指針の策定、従業者に対する研修の実施その他必要な措置を講じなければならない。
- ② 医薬品の業務に係る医療の安全を確保するため、薬局開設者が講じなければならない措置には、以下の措置を含むものとする。
 - 医薬品の安全使用のための責任者の設置
 - 従業者から薬局開設者への事故報告の体制の整備
 - 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び当該手順書に基づく業務の実施
 - 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他医薬品に係る医療の安全の確保を目的とした改善のための方策の実施

医療安全対策ネットワーク整備事業 (ヒヤリ・ハット事例収集事業)

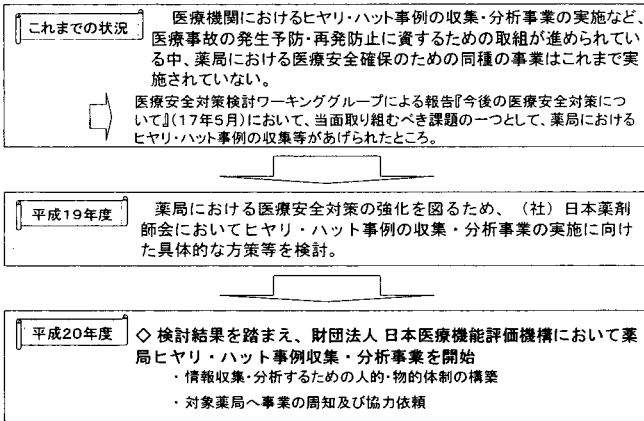
- 事業の開始時期と収集事例
 - ・平成13年10月より医療機関を対象に開始した事業
 - ・医療事故に至らなかったいわゆるヒヤリ・ハット事例(インシデント事例)の収集
- 対象医療機関の拡大
 - ・平成16年4月より、事例分析を充実させるため、対象施設について、特定機能病院及び国立病院・療養所から全ての医療機関が参加できるよう範囲を拡大。

2007年におけるヒヤリ・ハット事例報告状況 (ヒヤリ・ハット発生場面)

全般コード化情報総件数	209,216件
- 処方・与薬	46,056件 (22.0%)
- ドレーン・チューブ類の使用・管理	30,407件 (14.5%)
- その他の療養生活の場面(入浴、移動等)	23,926件 (11.4%)
- 療養上の世話	19,242件 (9.2%)
- 検査	12,983件 (6.2%)
- 調剤・製剤管理等	5,953件 (2.8%)
- その他	70,649件 (33.9%)

医療事故情報収集等事業 平成19年年報
(財団法人 日本医療機能評価機構)による

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業



薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

(目的)

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業(以下「本事業」という)は、薬局から報告されたヒヤリ・ハット事例等を、収集、分析し提供することにより、広く薬局が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的とする。

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 事業要綱
(財団法人 日本医療機能評価機構)による

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

(対象機関)

本事業は、薬局を対象とする。

(情報の提供及び公表)

本事業で収集した情報を分析、検討し、当事業部において報告書、年報、事例データベースとして取りまとめ、医療提供施設、国民、関連団体、行政機関等に対し、広く提供し公表する。

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 事業要綱
(財団法人 日本医療機能評価機構)による

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

(ヒヤリ・ハットの定義)

ヒヤリ・ハット事例とは、次の各号に掲げる範囲の事例とする。ただし本事業において「医療」とは医療行為と関連するすべての過程とする。

- 一 医療に誤りがあったが、患者に実施される前に発見された事例。
 - 二 誤った医療が実施されたが、患者への影響が認められなかった事例または軽微な処置・治療を要した事例。但し、軽微な処置・治療とは、消毒、湿布、鎮痛剤投与等とする。
 - 三 誤った医療が実施されたが、患者への影響が不明な事例。
- 2 本事業において収集対象とする事例は医薬品または特定保険医療材料が関連した事例であって、薬局で発生した、または発見された事例とする。

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 事業要綱
(財団法人 日本医療機能評価機構)による

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

(報告期限及び報告方法)

事業参加薬局は、当該薬局において前条に示す範囲に該当する事例を認識した場合には、事例を認識した日から原則として1ヶ月以内に、インターネット回線(SSL暗号化通信方式)を通じ、Web上の専用報告画面を用いて報告を行う。なお、具体的な入力方法については、当事業部が作成する報告要領に定めることとする。

当事業部は事業参加薬局に対して前条に示す範囲に該当する事例の報告状況を確認することができる。

(適用期日)

本事業要綱は平成21年4月1日より適用する。

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 事業要綱
(財団法人 日本医療機能評価機構)による

後発医薬品の使用促進に向けて

平成20年度医薬分業指導者協議会

厚生労働省医政局経済課 河野典厚
 医薬食品局審査管理課 益山光一

本日の話題

(前半)

1. 後発医薬品の使用促進に関する現状の取り組み
 (「アクションプログラム」の概要と現状)
2. 今後の取り組み (平成21年度予算政府案)
3. 協議会について
4. その他

(後半)

後発医薬品の品質関係

1. 後発医薬品の使用促進に関する現状の取り組み (「アクションプログラム」の概要と現状)

後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム(概要)

『平成24年度までに後発医薬品の数量シェアを30%(現状から倍増)以上』という政府の目標達成に向け、①安定供給、②品質確保、③後発品メーカーによる情報提供、④使用促進に係る環境整備、⑤医療保険制度上の事項に関し、国及び関係者が行うべき取組を明らかにする(平成19年度策定)

①安定供給	②品質確保
<p>医療現場の声</p> <p>発注から納品までに時間がかかることがある等</p>	<p>医療現場の声</p> <p>一部の後発品では、溶出性・血中濃度が先発品と異なるのではないか等</p>
<p>国</p> <ul style="list-style-type: none"> ○安定供給の指導の徹底 医療関係者からの苦情受付、メーカーの指導・内容の公表等 ●納品までの時間短縮 ・卸への翌日までの配送100%(19年度中) ・卸に在庫がない場合、卸への即日配送75%(20年度中) ●在庫の確保 ・社内在庫・流通在庫1か月以上(19年度中) など 	<p>国</p> <ul style="list-style-type: none"> ○後発品の品質に関する試験検査の実施・結果の公表 ・注射剤等を対象に、不純物に関する試験を実施 ・後発品の品質に関する研究論文等や、「後発医薬品相談窓口」に寄せられた意見等を検討、必要に応じ、試験検査を実施。 ○一斉監視指導の拡充・結果の公表 ・都道府県又は国によるGMP指導・検査指定品目の拡充 ●品質試験の実施・結果の公表 ・ロット毎に製品試験を実施(19年度中) ・その他試験についても未着手のものは年度内着手(19年度中) ●関連文献の調査等 ・関連団体において、後発品の関連文献を調査・評価、必要に対応を実施(19年度中)

<p>③情報提供</p> <p>医療現場の声</p> <p>・MR訪問がない ・「先発メーカーに聞いて欲しい」など情報が先発メーカー頼み等</p>	<p>国</p> <ul style="list-style-type: none"> ○添付文書の充実を指導 ・添加物、生物学的同等性試験データ、安定性試験データ、文献請求先等を記載(20年3月末までに改訂、19年12月に前倒し) ○後発品メーカーの情報提供体制の強化を指導 ●医療関係者への情報提供 ・試験データ、副作用データについて、ホームページへの掲載等、資料請求への迅速な対応。(19年度中)
<p>④使用促進に係る環境整備</p> <p>国</p> <ul style="list-style-type: none"> ○都道府県レベルの協議会の設置 ○ポスター・パンフレットによる普及啓発(19年度～) <p>後発品メーカー</p> <ul style="list-style-type: none"> ●「ジェネリック医薬品Q&A」を医療機関へ配布・新聞広告 	
<p>⑤医療保険制度上の事項</p> <p>これまでの取組</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○後発医薬品を含む処方箋診療報酬上評価(14年度～) ○処方せん様式に「後発医薬品への変更可」のチェック欄を追加(18年度～) ○後発品の品質に係る情報等に加え、先発品と後発品の薬剤料の差に係る情報を患者に文書により提供し、患者の同意を得て後発医薬品を調剤した場合に調剤報酬上評価(18年度～) ○処方せん様式の変更の検討、薬局に対する在庫管理コストの評価の検討等、効果的な使用促進策を本年度中に中医協等で議論・決定。

「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」の実施状況

○日本ジェネリック製薬協会会員40社の実施状況(平成20年4月現在)

取組項目	平成19年度末までの目標	実施状況
安定供給	納品時間短縮	卸への翌日配送 100%
	在庫確保	社内在庫1か月以上、流通在庫1か月以上
品質確保	シェア拡大対応	各メーカーの供給能力増強計画を明示
	品質試験の実施等	①承認された品質試験結果のロット毎の情報提供 ②長期保存試験等、その他の試験の年度内着手、結果を情報提供
情報提供	添付文書の充実	19年末までに完了
	情報提供	自社HPを含め、資料請求に対する迅速な対応を確保

後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進のための取組 (平成21年度予算政府案)

計 9.2億円(2.4億円)

○後発医薬品周知事業経費(保険局)	608百万円(0円;新規)
●保険者より「後発医薬品の使用お願いカード」を原則全ての被保険者(患者)に配付する等、保険者の取り組みが進むよう各般の施策を講ずる。	
○後発医薬品の使用促進対策費(医政局)	114百万円(45百万円)
●都道府県協議会において後発医薬品使用促進に係る具体的な事業を検討・実施する。	
●薬局の後発医薬品取扱いリスト等を作成し域内の医療機関で共有化。	
●パンフレットの作成・配付、シンポジウムの開催による普及啓発等を行う。	
○後発医薬品品質情報提供等推進費(医薬食品局)	145百万円(146百万円)
●品質の信頼性向上のために、学会等での発表・研究論文等について、必要に応じて当該品目に関する試験検査を実施し、その結果を公表する。	
○後発医薬品品質確保対策費(医薬食品局)	44百万円(44百万円)
●一斉監視指導によるGMP指導及び一斉収去・品質検査により品質を確認し、その結果を公表する。	
○診療内容及び薬剤使用状況調査費(保険局)	60百万円(70百万円)
●欧米諸国における後発医薬品の使用状況について調査を行う。	


2. 今後の取り組み(平成21年度予算政府案)

【注意】

- 厚生労働省の医薬品情報
- 厚生労働省の医薬品情報
- 厚生労働省の医薬品情報
- 厚生労働省の医薬品情報
- 厚生労働省の医薬品情報
- 厚生労働省の医薬品情報
- 厚生労働省の医薬品情報
- 厚生労働省の医薬品情報
- 厚生労働省の医薬品情報
- 厚生労働省の医薬品情報

**もっと詳しく
知りたい場合は？**

医師・薬剤師にお気軽
にご相談ください。



ジェネリック医薬品は既服用医薬品です
から、病院や診療所の医師による処方
が必要で、詳しくは、かかりつけの
医師や薬局の薬剤師にご相談ください。

ジェネリック医薬品

これまで効き目や安全性が実証されて
きたお薬と同じく認められた価額格納
お薬です。

お薬は医師が処方する側へ

厚生労働省

**どのくらい
安い？**

薬代として3割以上
中には5割以上
安くなる薬もあります。

**効き目は
確か？**

安全性も品質も
変わりません。

**種類は
あるの？**

さまざまな分野、症状に
対応しています。

厚生労働省ホームページ「後発医薬品の使用促進について」にも掲載
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyou/kouhatsu-iyaku/index.html>

3. 協議会について

後発医薬品の安心使用促進のための協議会について

○目的
各都道府県における実情に応じ、都道府県事業として「協議会」を設置し、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、各都道府県毎の後発医薬品の安心使用促進計画の策定を目的とする。

○実施状況
平成20年度 47都道府県中29都道府県が委託事業を実施

○20年度予算額： 37,694千円(約1.3百万円/県)
※なお、21年度予算案については、さらに事業を拡充させるため、106,372千円で計上。(47都道府県分2.3百万円)

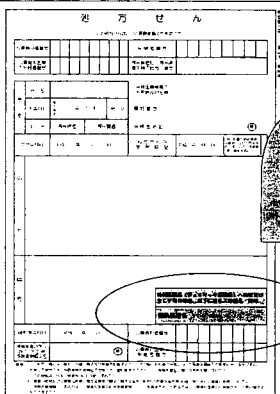
○事業内容(例)

- ①ジェネリック医薬品安心使用促進協議会の設置・運営
 - ・ 医師、歯科医師、薬剤師、業界、消費者、保険者、行政等で構成
 - ・ 後発医薬品に係る現状把握、問題点、調査・検討
- ②一般国民向け普及啓発用ガイドブックの作成及び講演の実施
- ③ジェネリック医薬品に関するアンケート調査の実施
対象 病院・診療所開設者、調剤薬局及び県民

4. その他

後発医薬品使用促進の観点から処方せん様式を変更

・ 処方せん様式を変更



【医師】
後発医薬品への変更が
全て不可の場合、署名又
は記名・押印

【保険薬局】
署名等がない処方せんの
場合、患者の選択に基づ
き、記載された先発医薬
品に代えて後発医薬品の
調剤が可能

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正

- ① 保険薬局は、後発医薬品の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。
- ② 保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が薬価収載されている場合であって、処方せんを発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。
- ③ 保険医は、投薬、処方せんの交付又は注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

日本薬剤師会会長より都道府県薬剤師会会長あての
協力依頼文書(平成21年2月19日付)

○後発医薬品の使用促進について、薬局による積極的な
取り組みに関する協力依頼(平成21年2月3日付文書引用)

- 後発医薬品調剤体制加算の算定率が8割を超える
- 患者への説明がほとんど行われていない、
- 後発医薬品の使用に「あまり積極的に取り組んでいない」

○平成21年度予算案における「都道府県協議会」予算において
「薬局における後発医薬品取扱リスト」作成・配布のための
予算を計上

➡ 更なる積極的な対応をお願い

引き続き、品質関係について

後発医薬品の承認審査



-390-

	添付資料	先発医薬品 に関する資料	先発医薬品	後発医薬品
イ 起原又は発見の経緯及び 外国における使用状況等に 関する資料	1 起原又は発見の経緯	○	○	×
	2 外国における使用状況	○	○	×
	3 特性及び他の医薬品との比較検討等	○	○	×
ロ 製造方法並びに規格及び 試験方法等に関する資料	1 精造決定及び物理的・化学的性質等	○	○	×
	2 製造方法	○	○	△
	3 規格及び試験方法	○	○	○
ハ 安定性に関する資料	1 長期保存試験	○	○	×
	2 加速試験	○	○	×
	3 加速試験	○	○	○
ニ 薬理作用に関する資料	1 効力を示す試験	○	○	×
	2 副作用の形態・安全性薬理	○	○	×
	3 その他の薬理	○	△	×
ホ 吸収・分布・代謝・排泄 に関する資料	1 吸収	○	○	×
	2 分布	○	○	×
	3 代謝	○	○	×
	4 排泄	○	○	×
	5 生物学的同等性	○	×	○
	6 その他の薬物動態	○	△	×
ヘ 急性毒性、亜急性毒性、 慢性毒性、催奇形性その他の 毒性に関する資料	1 急性毒性	○	○	×
	2 慢性毒性	○	○	×
	3 催奇形性	○	○	×
	4 がん原性	○	△	×

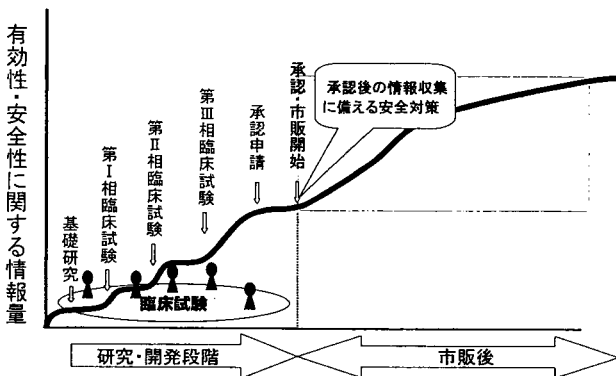
後発医薬品とは、

- 先発医薬品と
同一の有効成分を
同一量含む
同一投与経路の製剤で、
効能・効果、用法・用量が原則的に同一

先発医薬品と同等の臨床効果が得られる
医薬品

新薬(先発医薬品)の有効性等の情報

新薬(先発医薬品)に関する安全性等の情報収集

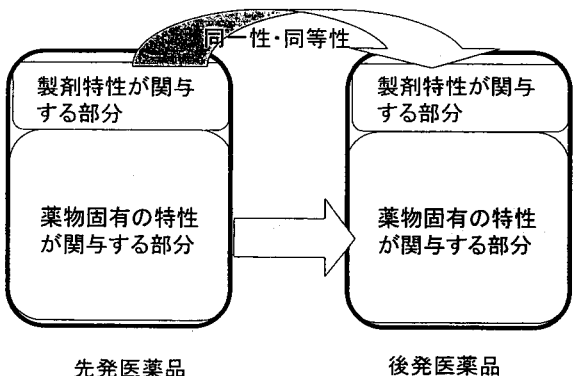


- 市販直後調査制度
新医薬品について、販売開始直後6か月間、医療機関に対して適正な使用を繰り返し促すとともに、重篤な副作用等を可能な限り迅速に把握し、必要な安全対策を講じる制度。薬事法に基づき、製薬企業に対し実施を義務付け。
- 再審査制度
承認段階では十分に得られない情報(小児、高齢者又は長期使用の成績等)を製薬企業が収集し、承認後一定期間(通常8年)後に国が有効性等を再確認する制度。

後発医薬品: 基本的環境が整う

後発医薬品の何を審査するか

ジェネリック医薬品の品質確保等について



- 後発医薬品の承認審査に当たっては、品質、有効性、安全性を厳正に審査。
 - 品質の審査
(製剤の品質: 有効成分の含有量、溶出性、不純物濃度等を比較、確認)
 - 有効性・安全性の審査
(生物学的同等性: 例えばヒトでの血中濃度を比較し、同等性を確認)
- 承認後の製造段階においても、先発医薬品と後発医薬品に同じ品質管理に係る基準(GMP)を適用。定期的に都道府県が査察を実施。

先発医薬品と後発医薬品との間で、
品質、有効性及び安全性に差異なし

-391-

後発医薬品の承認審査

- 後発医薬品が先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であることを、以下のデータ(添付資料)に基づき検証する。
 - 規格及び試験方法
 - 3ロットについて3回の繰り返し測定の実測値
 - 試験法のバリデーション結果
 - ※ 試験法のバリデーションとは、試験法の特異性、検出限界等を考慮し、用いる試験法が適切なものであるかどうかについて確認を行うこと。
 - 安定性
 - 3ロットについて、温度40℃(±1℃)、湿度75%(±5%)、6か月間以上で試験を実施 → 安定性について先発品と同等
 - 生物学的同等性
 - 健康成人に後発医薬品と先発医薬品とを交互に投与し、その血中濃度推移等と比較 → 治療学的に先発品と同等
 - ※ 色、形、味、添加物が先発医薬品と同一であることを求めている。
 - 先発医薬品と後発医薬品で添加物が異なるにしても、生物学的同等性試験によって、有効性・安全性が同等であることを担保
 - ※ 添加物については、ヒトでの安全性が確認されているもののみ認めている。
- 適合性調査の実施
 - 添付資料が信頼性の基準に沿って作成されていることを確認する調査
 - 添付資料(生物学的同等性試験を含む)と原資料(生データ)との整合性の確認
 - 後発医薬品として初めて承認される成分を含む医薬品等については、必要に応じて、治療依拠者及び試験実施施設GCP(医薬品の臨床試験の実施の基準)適合性に関する実地調査
 - 製造管理・品質管理の基準に沿って製造が行われることを確認する調査
 - 製造所及び製造工程に係るGMP(医薬品の製造管理及び品質管理の基準)適合性に関する調査
 - ※ GMP適合性調査は、製品ごとの承認時の調査に加え、承認後にも製造施設ごとに定期的に調査を実施

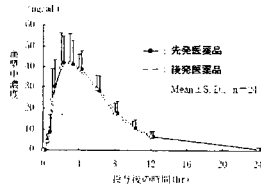
後発医薬品の承認審査に必要なデータ、審査基準等は、米国と同じ

規格及び試験方法の設定

項目	原薬	製剤	剤型	「12 製剤試験」の内容
1 名称	○	○	散剤・顆粒剤	製剤均一性試験、粒度試験、溶出試験又は崩壊試験
2 構造式又は示性式	△	×	錠剤、丸剤、カプセル剤、トローチ剤	製剤均一性試験、溶出試験又は崩壊試験
3 分子式及び分子量	○	×		
4 基原	○	△		
5 含量規格	○	○		
6 性状	○	○	注射剤	不溶性異物検査、採取容量試験、製剤均一性試験、無菌試験、不溶性微粒粒子試験、エンドトキシン試験又は発熱性物質試験、放出試験、粒子径試験
7 確認試験	○	○		
8 示性値(物理的・化学的性質等)	△	△		
9 純度試験	○	△		
10 水分含量(水分又は乾燥減量)	△	△	エアゾール剤(定量性が要求されるもの)	噴射時間と噴射量との関係、粒子径試験(懸濁タイプの場合)
11 強熱残渣、灰分又は酸不溶性灰分	△	×	エリキシル剤、酒糟剤、チンキ剤、流エキス剤	アルコール数測定
12 製剤試験	×	○		
13 特殊試験	△	△		
14 その他の試験項目(微生物限度試験、原薬の粒子径を含む)	△	△	眼軟膏剤	金属性異物試験、無菌試験、放出試験、粒子径試験、展延性試験
15 定量法	○	○	硬軟膏等の経皮吸収剤	粘着力試験、放出試験
16 標準物質	△	△	坐剤	溶融温度試験、放出試験、軟化点
17 試薬・試液	△	△	点眼剤	不溶性異物検査、無菌試験、放出試験、粒子径試験

生物学的同等性試験

- 生物学的同等性試験を行う目的は、先発医薬品に対する後発医薬品の治療学的な同等性を保証することにある。
- 先発医薬品と後発医薬品のヒトでの血中濃度推移等について、同等性を確認する。

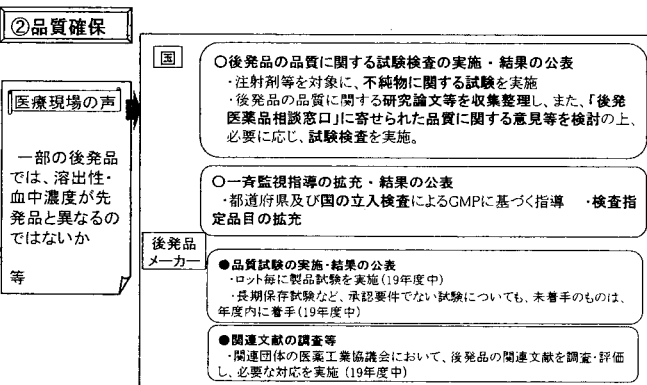


	AUC (ng·hr/mL)	C _{max} (ng/mL)
先発医薬品	333.47 ± 70.72	46.28 ± 11.53
後発医薬品	324.49 ± 66.82	45.61 ± 13.44

AUC: 血中濃度-時間曲線下面積
C_{max}: 最高血中濃度

- 血中濃度が測定できない場合等には、薬理学的効果の比較等により同等性を検討する。
- 生物学的同等性試験は、薬事法上の治療に該当し、GCP(医薬品の臨床試験の実施の基準)に従って実施されなければならない。
- ヒトでの生物学的同等性試験は、昭和55年6月30日以降に承認申請される医薬品について提出が求められている。

後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム(抜粋)

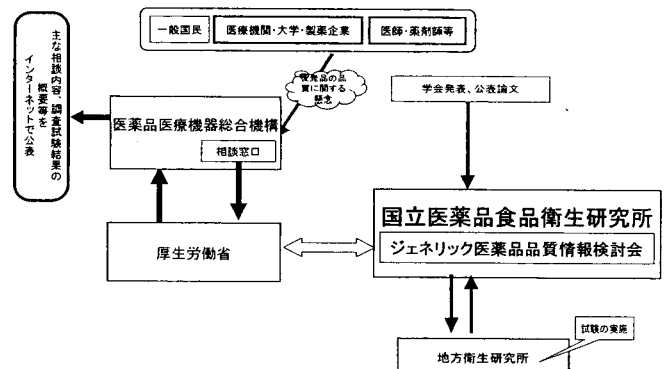


ジェネリック医薬品品質情報検討会

ジェネリック医薬品品質情報検討会(1)

- ジェネリック医薬品に関する品質の不安について、学術的観点からの検討を実施。
- 検討会は、国立医薬品食品研究所所長を座長として、大学、三師会、学会等から構成。
- 第1回を平成20年7月10日開催
第2回を平成20年12月17日開催

ジェネリック医薬品品質情報検討会(2)



科学的な分析、試験調査、評価 → 信頼の基盤づくり

ジェネリック医薬品品質情報検討会(3)

第1回の結果としては、

- 文献や学会発表等において、明らかにジェネリックの品質に問題があることを示すものはない。
- 文献等で用いられた試験方法等に問題があつて、当該文献等の内容のみでは、ジェネリック医薬品の品質について判断できないもの(8成分)を念のため試験実施も含め検討。
- イトラコナゾールとクレメジンに関して、種々の文献報告等を踏まえ検討。

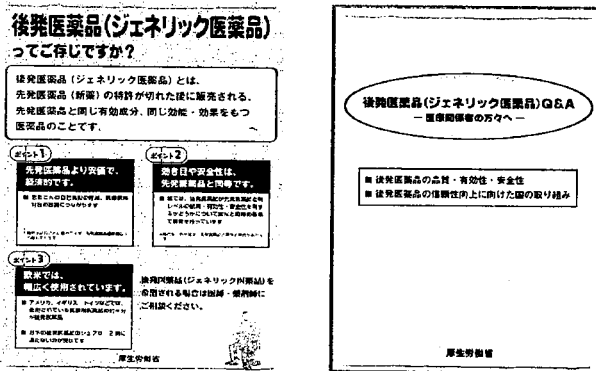
ジェネリック医薬品品質情報検討会(4)

第2回の結果としては、

- 第1回同様、文献や学会発表等において、明らかにジェネリックの品質に問題があることを示すものはないが、文献等で用いられた試験方法等に問題があつて、当該文献等の内容のいでは、ジェネリック医薬品の品質について判断できないもの(1成分)を念のため試験実施も含め検討。
- 後発医薬品注射剤の純度試験の結果の報告。
 - ・10成分、12製剤の94製品対象
 - ・エルカトニン注射、リドリン塩酸塩注射液

➡ 詳細は、国立医薬品食品衛生研究所HPIに掲載

後発医薬品の普及ポスター・パンフレット



<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/kouhatu-iyaku/index.html>

ご静聴ありがとうございました

在宅医療の現状と将来

シーガル調剤薬局(神奈川県鎌倉市) 長尾雅則

神奈川県鎌倉市

人口:173,503人

世帯数:72,009世帯

(平成20年9月1日現在)

65歳以上高齢化率 25.69% (全市)
28.69% (旧市内)
18.5% (神奈川県)
21.6% (全国)

神奈川県鎌倉市

平成19年度

居宅療養管理指導 14,385人/年

介護予防居宅療養管理指導 958人/年

合計 15,343人/年(医師・歯科医師・薬剤師)

訪問看護(介護保険) 22,548回/年

介護予防訪問看護(介護保険) 521回/年

在宅医療チームの紹介

市内内科診療所 消化器内科医

市内歯科診療所 歯科医

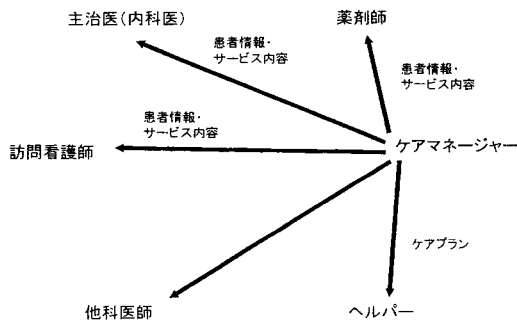
診療所勤務看護師2名

医師会併設訪問看護ステーション 看護師4名

医師会所属介護支援専門員

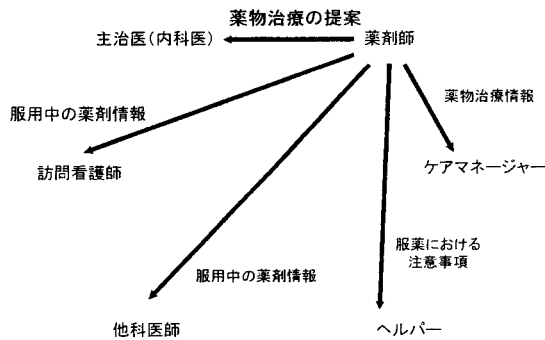
いずれも当薬局を中心とした半径400m以内

情報の流通

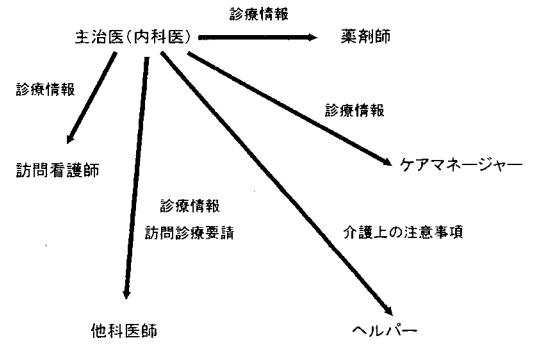


-396-

情報の流通



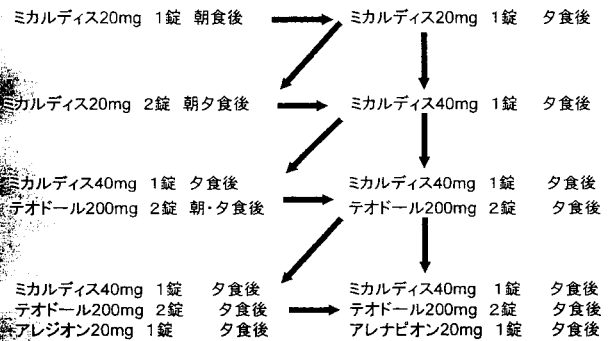
情報の流通



薬剤師から医師への提案

コストパフォーマンス・コンプライアンスを改善する提案

87歳 女性 高血圧症・慢性気管支喘息症



薬剤師から医師への提案

ミカルディス20mg 2錠 朝夕食後	ミカルディス40mg 1錠 夕食後
テオドール200mg 2錠 朝夕食後	テオドール200mg 2錠 夕食後
アレジオン20mg 1錠 夕食後	アレナピオン20mg 1錠 夕食後

386.3円/日

5408.2円/2W

差額1904円

250.3円/日

3504.2円/2W

朝食後の服薬履行率50%

損失1429.4円

症状増悪・治癒期間の延長を含めたらどれだけの医療費を損失したのか？

-397-

在宅末期で看取る場合

ほとんどの症例で疼痛緩和が最優先課題となる

鎮痛剤の選択はQOLに大きな影響を与える

麻薬の選択肢を広く持つ

最適なオピオイドの提案をする

患者・家族にオピオイドの有用性・安全性を理論的に解説する

薬剤師から医師への提案

最も効果的な薬物治療の提案

整形外科領域：関節痛

泌尿器科領域：頻尿

婦人科領域：萎縮性膣炎

皮膚科領域：白癬、褥創、乾燥性掻痒

眼科領域：流涙症、目脂

精神科領域：睡眠障害、せん妄、認知症

上記領域・疾患について、薬剤の特性・製剤学的有用性を考慮して最適な薬物治療を提案できる。

在宅末期で看取る場合

日常的に使用しているオピオイド

MSコンチン錠10mg、30mg、60mg

塩酸モルヒネ

オプソ内服液5mg

アンペック坐剤10mg、20mg、30mg

デュロテップMTパッチ2.1mg、4.2mg、8.4mg、12.6mg、16.8mg

オキシコンチン錠5mg、20mg

プレベノン注100mgシリンジ

在宅末期で看取る場合



オピオイド導入時

適したオピオイドを選択して目標とする用量を設定し、それに向かって増量できるように計画を立案

効果不足時

他剤併用、用量増量、オピオイドローテーションのどれが適しているのかを検討

副作用発現時

オピオイドの変更、副作用を軽減させる他剤追加などの対処法

薬剤師から医師への提案



褥創治療に用いる被覆材



¥260/枚

¥700/枚

¥2450/枚

薬剤師から医師への提案



被覆材開始

薬剤師から医師への提案



被覆材使用14日目

薬剤師から医師への提案



被覆材使用21日目

在宅医療の将来



内科的基礎疾患以外の処方設計に薬剤師が関わる

↓
治療効果・費用対効果を著明に向上できる

医療材料の供給を医科の包括から外し、薬剤師が供給する事とする

↓
適正・適量の医療材料が供給され、安全性・治療効果が高い水準で保たれる

ご静聴ありがとうございました。



1.医療機能の分化連携の推進

○ 薬局

薬局を医療提供施設として位置づけ、次の事項を実施し、医薬品などの供給拠点として地域医療により貢献していくようにする。

[医療法、薬事法、関連省令]

- ① 医療計画における医療連携体制への位置づけ
② 薬局機能に関する情報の届出・公表の制度化
③ 薬局における安全管理体制等の整備
④ 医薬品に係る情報提供・相談体制の整備

地域薬剤師会における医療安全管理体制の取り組み

一旭川薬剤師会の活動一

末広みくに調剤薬局 三國 亨

薬局における安全管理のための体制確保 (薬事法施行規則)

- ① 薬局開設者は、医薬品の業務に係る医療の安全を確保するため、指針の策定、従業者に対する研修の実施その他必要な措置を講じなければならない。
② 医薬品の業務に係る医療の安全を確保するため、薬局開設者が講じなければならない措置には、以下の措置を含むものとする。
■ 医薬品の安全使用のための責任者の設置
■ 従業者から薬局開設者への事故報告の体制の整備
■ 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び当該手順書に基づく業務の実施
■ 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他医薬品に係る医療の安全の確保を目的とした改善のための方策の実施

医薬品の安全使用のための業務手順書

■ 医療法施行規則(病院、診療所、助産所)及び薬事法施行規則(薬局)において、医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び当該手順書に基づく業務の実施が義務づけられた。

(1)「医療安全管理指針」のモデル

指針は、平成19年4月1日より薬局に備えることが求められる。

(2)「医薬品の安全使用のための業務手順書」作成マニュアル(薬局版)

全ての施設はその規模や特徴に応じた業務手順書を、平成19年6月30日までに作成。

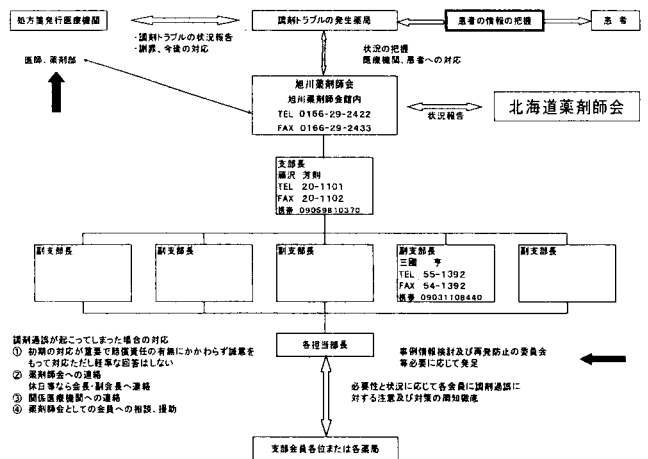
Pharma Bridge 2007-03-08 Vol.567

旭総広070308-567 For All Pharmacists

平素より旭川薬剤師会にしましてご協力・ご参加いただき厚く御礼申し上げます。
昨年の6月8日薬事法改正、6月14日医療法改正を受け、薬局が法律上明確に「医療提供施設」と位置づけられた事により、適切な情報提供等が必要となりました。本会では、以前より薬事法改正の動き・調剤過誤防止への取り組み・薬局機能評価制度を用いた自主点検の伝達をさせて頂きましたが、それらに準じた薬局の安全管理体制の整備が本年4月1日より義務化となり、医療安全管理指針と業務手順書を各薬局で作成しなければなりません。

- [日時・場所] 東地区(東光・東・東旭川・豊岡)
平成19年3月26日(月) 19:00~太鼓座2F、東光1条2丁目
中央・西地区(中央・新旭川・大成・西・北星・北門)
平成19年3月27日(火) 19:00~薬剤師会館、懇親会別会場
南地区(緑ヶ丘・神居・神楽・忠和)
平成19年3月28日(水) 19:00~薬剤師会館、懇親会別会場
北地区(永山・末広・春光・春光台・鷹栖)
平成19年3月29日(木) 19:00~薬剤師会館、懇親会別会場
※尚、該当地区の日程で都合がつかない場合は、他地区の日程の参加でもかまいません。

調剤過誤連絡フローチャート



重大な調剤過誤の発生!

- UFTカプセル4C/分2朝夕食後28日分のところ、2C/分2朝夕食後28日分と薬袋を記載。薬は112C入っていたため、次回来院時医師との話の中で過誤が判明。
■ 患者のもとに責任者、調剤をした薬剤師で謝罪。処方医のもとにはそれに加えて、薬剤師会会長、担当副会長、薬局部部長で謝罪に伺う。

Pharma Bridge For All Pharmacists 2008-08-29 Vol.743

旭川市立中央病院の処方ミス、重大な調剤過誤が発生しました。旭がん科の処方ミスです。

処方箋の指示が「UFTカプセル4C/分2朝夕食後28日分」の処方箋で、薬剤師は「112C入り」の薬を処方したのですが、薬局に在庫していたUFTカプセルを服用してしまい、患者さんはそれを見ながら服用し、1ヶ月後の受診の際に薬が余っている事が判明、調剤過誤が発生しました。

旭川市立中央病院では過誤の発生性(旭がん科での過誤)を薬剤師会に申し立て、このままでは、旭がん科の処方箋の発行は出来ないとして書かれております。昨年度安全管理マニュアルを作成しましたが、その後の運用はどうだったでしょうか。今回の調剤過誤を契機として、調剤過誤防止に向けて様々な対策を考えました。28日に薬師会の打ち合わせを実施し、旭川薬剤師会安全管理委員会を設置する事を議決しました。この委員会は、薬局部の会長の等と、他の部の職員とで構成し、薬局の安全管理に際して、色々な角度から検討する委員会です。9月の旭川薬剤師会総会で承認を受けて正式に発足していく予定です。

この委員会では、安全管理をシステム化する為に、まず旭川の薬局の現状を把握する為の、アンケートを取る予定です。薬局の安全管理に対する考え方や問題意識の把握が大切です。その結果を元に、調剤過誤防止に向けて改善策を講ずるかを考えていきたいと思います。また、ホームページを活用しての情報提供の一環として、少人数によるワークショップ、医療安全研修会なども実施していく予定です。

医療機関として、必ず意識して頂くような形にしたいと考えています。今まで医療安全に関する取り組みは、高と低と分かっていたと思います。システムを構築し、一本の柱で安全管理が出来るようにしたいと思っています。

今回の調剤過誤が起きてしまった報告と、今回の調剤過誤の取り組みについて報告しました。皆さんの御意見も、これからの「医療安全」のための取り組みを進めたい。今後の研修会に於いては、そこにポイントを置きながら、様々な情報から医療安全の必須の研修会を随時実施していく予定です。

以上、緊急連絡です!調剤業務の再確認をお願いします。【薬局部】

安全管理委員会の立ち上げ

- 平成20年 8月 4日 重大過誤発生！
- 旭川医大病院院長からの安全管理対策提出要請
薬剤師会としての対応について
- 8月28日 安全管理委員会立ち上げ
- 9月26日 旭川薬剤師会総役員会で決議
旭川医大薬剤部部長より、薬局の安全管理体制について助言

1. 調剤事故防止チェックリストによる薬局相互間チェックの実施
医療安全の観点から各薬局を訪問し、各薬局の問題点の洗い出しを行います。平成20年10月より金営業局から開始し、薬剤師会役員薬局、一般会員薬局と順次行います。ここでの結果は平成20年度中に集積を行い会員に報告するとともに研修課題とします。尚、チェックリスト項目については、後日お知らせいたします。
2. 処方せんを受けるにあたり、重点管理医薬品（ハイリスク薬）の保管管理につながる薬剤の研修会の開催
医療安全研修会に関しては、学務部との連携により安全管理委員会として必修の研修会を設けるなど、年間に受講しなければならない研修会を明示します。また初動として、安全管理が充実している薬局の訪問研修を平成20年11月に実施し、早期の意識改革をおこないます。
3. ホームページの活用
総務部との連携により旭川薬剤師会のホームページ会員サイトで、必要な情報が取り出せ、活用できる体制とります。（調剤過誤報告事例、インシデントレポートの集積や統計、チェックリスト、など）
4. インシデント事例の集積について
インシデント事例報告書を、FAXやインターネットにて報告できるスタイルに改変し、平成20年11月より運用を開始します。2ヶ月毎にデータを集積し、問題点の洗い出しや共有を図ります。
5. 道薬の基準薬局の活用
将来的に道薬基準薬局の認定基準である医療安全に係る部分に関して、必修研修会などの出席状況等を調査し、旭川支部としてルール作りをし、基準薬局を申請します。

調剤事故防止チェックリストによる薬局間相互チェックのお願い

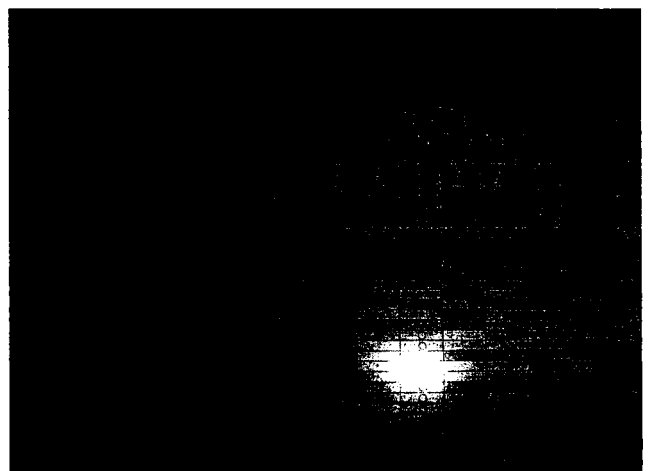
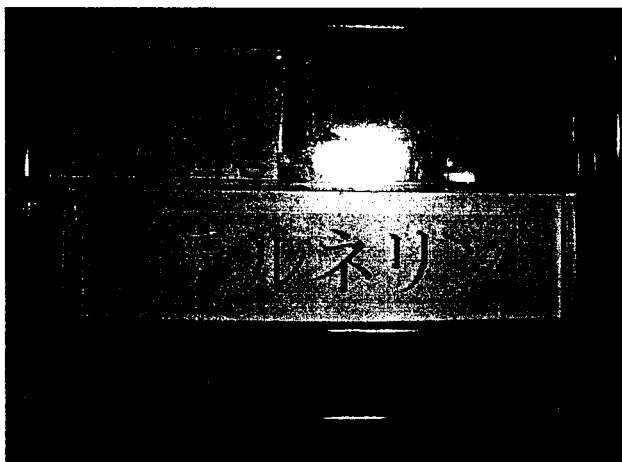
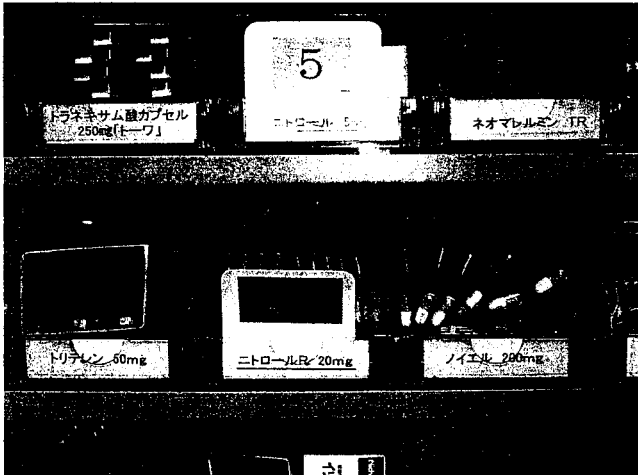
【目的】

各薬局を訪問することで、日常調剤業務の総点検と薬局内で工夫されている点や情報収集などを行い、他薬局の取り組みも参考に、薬局が抱えている問題点を考察していきます。そのことにより、患者さんの安全と信頼の確保のために、医療安全に対する意識の向上や体制の整備などを共に考えていくことを目的とします。

【実施要項】

1. 別紙の「調剤事故防止チェックリスト」に基づき実施できているか否かを考えて頂きます。
2. 前もってチェックリスト表をお渡し、訪問可能な曜日、時間にかがいます。
3. 安全管理委員会等、1～2名の薬剤師が訪問いたします。
4. 所要時間は30分ほどの予定です。
5. 会員の皆様に協力いただき 実施期間 平成21年1月～6月末の予定です。
6. 訪問時間帯は原則18時30分以降にお願いしたいと思いますがそれ以外でもご相談ください。

調剤事故防止チェックリスト	
I. 医薬品の保管管理	<input type="checkbox"/> ① 医薬品の配置
	<input type="checkbox"/> ② 医薬品の配列順序に一定のルールを作成し整理整頓がなされている。(例：薬効順、五十音順)
	<input type="checkbox"/> ③ 商品棚には医薬品名・規格等明瞭な表示がなされている。
	<input type="checkbox"/> ④ 商品棚には注意する医薬品名に「O」との取り扱い注意等標識しやすいうつろがなされている。(例：アミノ酸注射液)
	<input type="checkbox"/> ⑤ 同一機能名で剤形・規格・シートの記載などの違いがある医薬品を区別しやすいうつろがなされている。
	<input type="checkbox"/> ⑥ 重点管理薬目(ハイリスク薬)は、他の医薬品と区別して配列している。(例：悪性腫瘍薬、抗がん剤、心臓薬、呼吸器薬など)
	<input type="checkbox"/> ⑦ 商品棚に「後内服には必ず10分は服用後を要する」との注意が記されている。
	<input type="checkbox"/> ⑧ 法的区分のある医薬品は適正に配列している。(毒・劇薬、向精神薬、麻薬等)
	<input type="checkbox"/> ⑨ 医薬品の整理
	<input type="checkbox"/> ⑩ 最新の商品時には、抜きでチェックしている。
	<input type="checkbox"/> ⑪ 変更は、情報台のよって必ず一掃する性質に行っている。
	<input type="checkbox"/> ⑫ 品質管理
	<input type="checkbox"/> ⑬ 医薬品の使用期限を定期的にチェックしている。
	<input type="checkbox"/> ⑭ 医薬品の保管条件は適切である。(温度・湿度・遮光など)
II. 処方せん受付時	<input type="checkbox"/> ① 調剤業務の管理
	<input type="checkbox"/> ② 調剤業務について日常点検が行われている。
	<input type="checkbox"/> ③ 調剤業務の遵守事項が定め、記録されている。
	<input type="checkbox"/> ④ 処方せんの水平確認・ゼロ点確認が行っている。
	<input type="checkbox"/> ⑤ 処方せん内容に不備がないか確認している。
III. 調剤・販売	<input type="checkbox"/> ⑥ 処方せんに記載された内容が処方せん(調剤後)や薬局にも記載されている。
	<input type="checkbox"/> ⑦ 処方せんに記載された内容が処方せん(調剤前)や薬局にも記載されている。
	<input type="checkbox"/> ⑧ 処方せんに記載された内容が処方せん(調剤前)や薬局にも記載されている。
	<input type="checkbox"/> ⑨ 処方せんに記載された内容が処方せん(調剤前)や薬局にも記載されている。
	<input type="checkbox"/> ⑩ 処方せんに記載された内容が処方せん(調剤前)や薬局にも記載されている。





薬局訪問を実施した感想と今後

- 他の薬局で紹介できると思われる事例
 - スライドで紹介した事例
 - 散薬瓶に年齢別、体重別服用量の記載カードがついている
 - 鑑査台には小児薬用量の本が置いてある
 - 薬局内のインシデント報告書を回覧している
 - 先発品の下に後発品を配置している
 - 禁忌情報は薬剤師が予め設定しレセコンに入力した時点で確認できる

薬局訪問の意義

- 業務手順書に基づいた薬局の安全管理体制を、他の薬局がチェックし、安全管理の意識の向上と、普段気付かないリスクの排除
- 模範になる安全管理体制を集積し、その後のチェック時に他の薬局に提案出来る資料作り
- 他の薬局が訪問する事により、忙しくて普段後回しになりがち部分を改善するキッカケ作り

医療安全とコスト、手間の関係を意識してもらう事が大切！！

重点管理薬品の研修



薬局訪問を実施した感想と今後

- 改善の余地があると思われた事例
 - 重点管理医薬品が特別な配置棚に分類されていないケース（扱い薬が少ないが）
 - 手順書が初回作成され、見直しが行われていないケース
 - 向精神薬第2類の入庫管理に誤解がみられたケース

薬局訪問を実施した感想と今後

- 今後の訪問
 - 訪問を受けた薬局が他の薬局のチェックを実施
 - 今までの訪問での各薬局での工夫等を紹介しながら、その薬局にあった安全管理を考えて頂き、手順書の更新を意識してもらう。

旭山動物園



あざらし殿



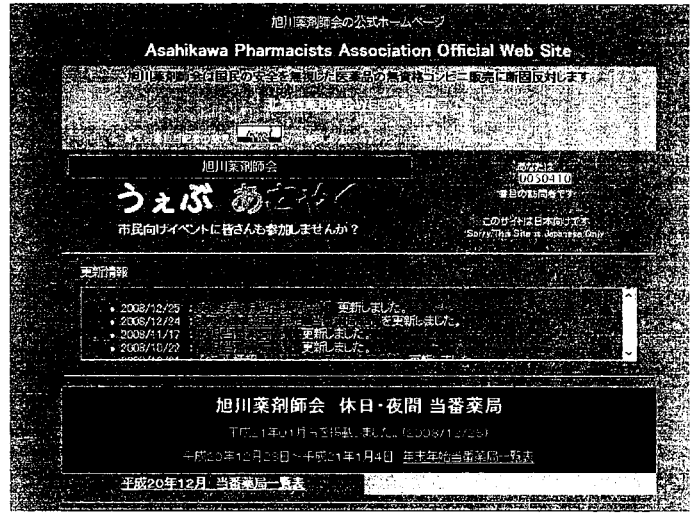
第1回医療安全研修会

平成20年11月20日(木) 21日(金)

- メソレキサートの厚生労働省からの誤投与防止策について
- 調剤事故防止チェックリストと薬局訪問の中間報告について
- インシデントレポートの入力方法と中間報告について



「信頼される薬局に求められる医療安全」
日本薬剤師会 常務理事 木村隆次先生



旭川薬剤師会 会員専用エリア
Asahikawa Pharmaceutical Association Members Area

旭川薬剤師会は、国より付託された資格の置き、薬剤師法第1条の精神をもった総合制改革会議の進める一歩小売店での医薬品販売規制緩和に断固反対する。また、医薬品流通の重責を負いながら、薬剤師不在での医薬品販売を画策する者に対しては、医療者としてこれを認めない。

病院薬剤師、旭川薬剤師会非会員の方へ(もちろん会員の方も)

旭川薬剤師会では全ての薬剤師に対して情報を伝達するため、このウェブサイトの他に、メーリングリストを用いた情報の公開を行っています。ホームページのアップデート情報、各種研修会、講演会情報、NEWSの配布などが不定期に配信されます。勿論皆さん両士の情報交換もメーリングリストならではの魅力。皆様ご希望の方は下記コンテンツの中にある「旭川薬剤師会メーリングリスト」をご覧ください。

医療人たる薬剤師には法的責任が課せられています。薬剤師視点と薬剤師倫理規定は薬剤師としての心構えです。

医療安全インシデントレポートの入力ページ

インシデントレポート用紙の印刷 エクセル形式(A4よこ) PDF形式(A4よこ)

インシデントレポートが発生した時合意やかに入力してください。

●ユーザー名:yakuzaishi
●パスワード:8934

インシデントレポート

登録年月日	発生日時	発生場所	発生薬剤	調剤職種	調剤経験年数	発生状況
2009年	2009年	12月	12月	調剤	10年	調剤ミス

内容正 = ノルバスク2.5→アムロジピン タケロンOD15→ランソプラゾールOD15 後発で出す
内容誤 = 先発で出してしまった
ミス原因12 = 1
ミス分類17 = 1

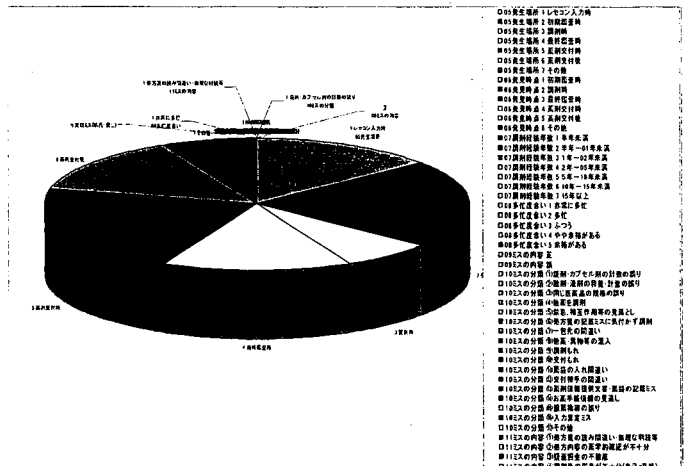
報告の一つ一つが管理者に以下のメールで配信されてくる

登録年 = 2009
発生年 = 2008
登録月 = 01
発生月 = 12
登録日 = 20
発生日 = 12
発見時点 = 3
多忙度合い = 3
登録時 = 16-18
発生時 = 10-12
発生場所 = 4
調剤経験年数 = 5
薬局名 = atsumime
店舗名 = atsumime
記載者 = 2

配信されたメールをエクセルの表に落とし込み、グラフ化する作業

登録年月日	発生日時	発生場所	発生薬剤	調剤職種	調剤経験年数	発生状況
2009年	2009年	12月	12月	調剤	10年	調剤ミス

事例が集積された段階で旭川に多いインシデントとその傾向を分析する



インシデントのデータ

■平成21年2月末までの入力件数 161件

■発生場所

- ★レセコン入力時 32.3%
- ★調剤時 37.9%
- ★最終鑑査時 5.0%
- ★交付後 1.8%

■条件 2年～5年 比較的余裕のある時間帯

■事例

1. 計数のあやまり 26.1%
2. その他 23.6%
3. 処方せんの見間違い、無理な判読 22.3%
4. 同じ医薬品規格違い 8.1%

■要因

1. その他 28.5%
2. 自己判断や思い込み 18.6%
3. 単純な「錯覚」「勘違い」 8.1%

■交付後 いづれも服用前に気付く

インシデントの事例

内容正・ペニシリン4錠の筒に入れて	内容誤・ペニシリン2錠の筒に入れて
内容正・モーステープ 35枚	内容誤・モーステープ 28枚
内容正・431イソフラボン1筒(目盛り)	内容誤・431イソフラボン1筒(目盛り)
内容正・ダオニール2.5mg	内容誤・ダオニール2.5mg
内容正・先発品	内容誤・後発品
内容正・エンビネースP42C出すところ	内容誤・後期(両者)の841と間違えた
内容正・インジゲンルを4g	内容誤・インジゲンルを8gとした
内容正・チモプトール 3本	内容誤・ 5本
内容正・バイアスピリン 56	内容誤・ 58
内容正・オメプラール10	内容誤・オメプラール10
内容正・シクソート 270T	内容誤・ 180T
内容正・カカル 84P	内容誤・ 252P
内容正・ハルシオン30錠	内容誤・ハルシオン60錠
内容正・ブルゼニド一包以内あり	内容誤・ブルゼニド二包で調剤
内容正・用法(生後5日時から)	内容誤・用法(生後5日前から)
内容正・タカモツス	内容誤・タカモツ
内容正・アムロジジンOD5	内容誤・アムロジジン
内容正・リドメックス錠	内容誤・リドメックスローション
内容正・モーステープ	内容誤・モーステープ
内容正・トリスミン	内容誤・エチラミン
内容正・ボグリボースOD0.3 56錠	内容誤・ボグリボースOD0.3 84錠
内容正・インクレスシロップに透光線	内容誤・透光線つけてなかった
内容正・イムラン錠・ヒート	内容誤・イムラン錠のみ(ヒートの出し忘れ)
内容正・一包目の母字に氏名を入れない	内容誤・氏名を母字
内容正・酸化マグネシウム(分巻)	内容誤・マースレンS(分巻)

今後の安全管理委員会の方向性

- チェックリストによる薬局訪問を増やし、会員の意識の向上を図る
- インシデントレポートの活用による安全意識の向上
- 他の委員会の研修も含め、重点医薬品の研修や、医療安全の研修会を継続実施
- ホームページを活用し、会員に伝達する情報をいち早くお届けする
- ネット環境にない会員に対しても同じ情報を提供する方法を検討する

ご静聴ありがとうございました



ペンギンの散歩

インシデントの事例

- デイオバン40mgの処方の所、ミカルディス40mgをピックアップした
- 後発品を先発品に戻す筈だったが、後発品のまま調剤
- 薬袋の間違いで、「朝夕食後」が「朝食後」、「昼夕食後」が「朝夕食後」で交付してしまった

いずれも直ぐに気付き服用前に手当てが着いた

今後の検討課題

- 記入のしやすさを重点に置いて入力を増やす事は出来た。
- 入力しやすさと、解析のし易いスタイルをさらに検証し、今回のインシデント集積後、項目を精査。
- インシデントの定義の違いに当初困惑。
- インシデントだけでなく、アクシデントの報告も出来るようなシステムを要望。
- インシデントの度合いを正確に認定する(健康被害も含め)委員会のあり方。

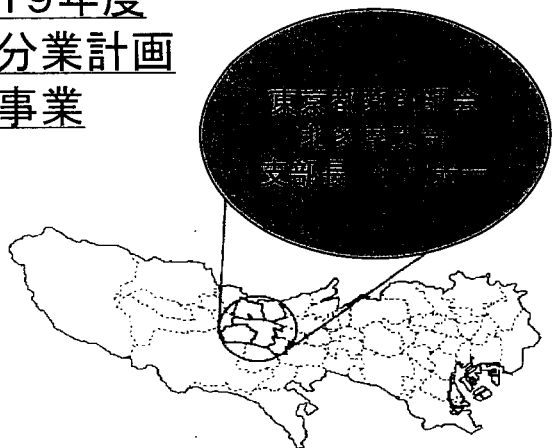
まとめ

- 薬局訪問でのチェックは、当初反対意見も多かった。
- 訪問を受けた薬局は事前準備と、事後改善で有意義という意見が多かった。
- インシデント集積による意識改革が今後の課題。
- グループワークなどによる研修会を利用し、各薬剤師の意識向上を図る。
- 医療メディエーター的人材の育成

各薬局が、医療提供施設として安全に関する意識をしなければ、地域住民から信頼される「薬局」にはなり得ない。地域全体としての意識改革が必要。

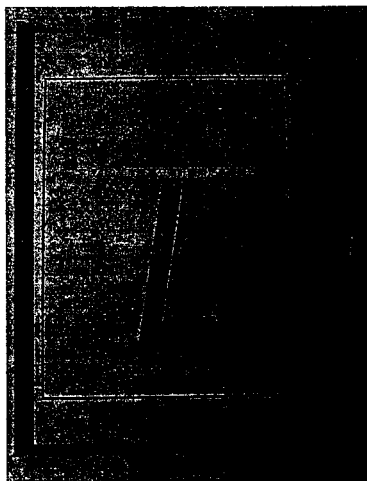
平成19年度 医薬分業計画 策定事業

東京都薬剤師会北多摩支部 を構成する5市



人口 : 502,736
 会員薬局 : 140軒
 会員数 : 180人
 病院 : 21軒
 診療所 : 372軒
 歯科 : 296軒

武蔵村山市 東大和市
 昭島市 立川市
 国立市



目次	..... 1
はじめに	..... 2
第I章 薬局関連医療計画モデル	..... 3
1. 北多摩支部における地域医療連携実践例	..... 4
『国立市における、まちかど保健室 の試み』	..... 4
『立川市などでの結核パスノートを用いた服薬管理の試みと、これからの展望』	..... 5
『おくすり手帳に貼る便利シールを北多摩支部でつくってみる』	..... 13
2. これからの地域医療連携を提案する	..... 14
『シンポジウム』速記録 ※専門業者に依頼	..... 14
付録『シンポジウム』動画。(DVD-ROM内に添付)	..... 54
『シンポジウム』資料	..... 56
『パンフレット』	..... 56
第II章 医薬分業計画モデル	..... 84
1. 北多摩支部における医薬分業の質的向上をめざした実践例	..... 85
後発品の比較実験	..... 85
『クラリスロマイシン』『フルチカゾン』など	..... 85
『後発品の比較を、もつともつと行ってみる』	..... 85
2. 動画閲覧システム導入による在宅研修の試み	..... 92
eラーニング環境の薬剤師会による提示を視野に	..... 92
導入方法・導入事例。	..... 92
数年後のeラーニング環境シミュレーション ポータルサイトの運用	..... 104
まとめ	..... 104

国立市における、まちかど保健室の試み



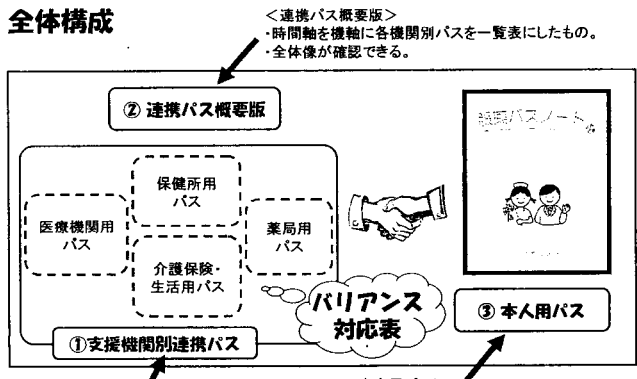
第I章 薬局関連医療計画モデル

目次	..... 1
はじめに	..... 2
第I章 薬局関連医療計画モデル	..... 3
1. 北多摩支部における地域医療連携実践例	..... 4
『国立市における、まちかど保健室 の試み』	..... 4
『立川市などでの結核パスノートを用いた服薬管理の試みと、これからの展望』	..... 5
『おくすり手帳に貼る便利シールを北多摩支部でつくってみる』	..... 13
2. これからの地域医療連携を提案する	..... 14
『シンポジウム』速記録 ※専門業者に依頼	..... 14
付録『シンポジウム』動画。(DVD-ROM内に添付)	..... 54
『シンポジウム』資料	..... 56
『パンフレット』	..... 56
第II章 医薬分業計画モデル	..... 84
1. 北多摩支部における医薬分業の質的向上をめざした実践例	..... 85
後発品の比較実験	..... 85
『クラリスロマイシン』『フルチカゾン』など	..... 85
『後発品の比較を、もつともつと行ってみる』	..... 85
2. 動画閲覧システム導入による在宅研修の試み	..... 92
eラーニング環境の薬剤師会による提示を視野に	..... 92
導入方法・導入事例。	..... 92
数年後のeラーニング環境シミュレーション ポータルサイトの運用	..... 104
まとめ	..... 104

連携パス開発の経過

- 地域支援者の代表による
結核地域連携パス検討会の開催(H18,19)
 府中病院、立川市医師会、立川市薬剤師会、
 立川市地域包括支援センター、多摩立川保健所、多摩府中保健所
- 連携パス試案作成、試行計画の立案
 参加機関への周知等
- 試行に向けた関係者向け説明会
 H19.6.21(府中病院)
 7.25(多摩立川保健所)

全体構成

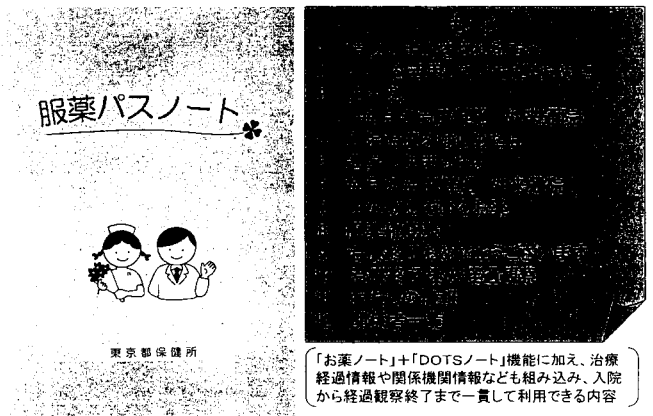


<連携バス概要版>
 ・時間軸を機軸に各機関別バスを一覧表にしたもの。
 ・全体像が確認できる。

<支援機関別連携バス>
 ・4つの支援機関別バスで構成される。
 ・各機関が実際に行う具体的な手順内容が示されたもの。

<本人用バス>
 ・手帳形式となっている。
 ・治療経過を患者、関係者が確認し合えるツール。
 ・お薬手帳の必須項目が組み込まれている。

本人用バス (手帳形式)



「お薬ノート」+「DOTSノート」機能に加え、治療経過情報や関係機関情報なども組み込み、入院から経過観察終了まで一貫して利用できる内容

-412-

6. 毎月の治療経過

治療開始 〆月 日 年 月

病院・診療所で行うこと

ご自身で行うこと

連携で行うこと

介護保険・生活

お薬手帳

平成19年7月11日 藤田

平成19年7月11日 吉谷

平成19年7月26日 阿茶

平成19年7月5日 武内

目次

はじめに

第1章 薬局関連医療計画モデル

1. 北多摩支部における地域医療連携実践例

『国立市における、まちかど保健室 の試み』

『立川市などでの結核パスノートを用いた服薬管理の試みと、これからの展望』

『おくすり手帳に貼る便利シールを北多摩支部でつくってみる』

2. これからの地域医療連携を提案する

『シンポジウム』

『シンポジウム』

『パンフレット』

第2章 医療

1. 北多摩

後発品の比較

『タラリスロマイシン』『フルテカゾン』など

『後発品の比較を、もっともって行ってみる』

2. 動画閲覧システム導入による在宅研修の試み

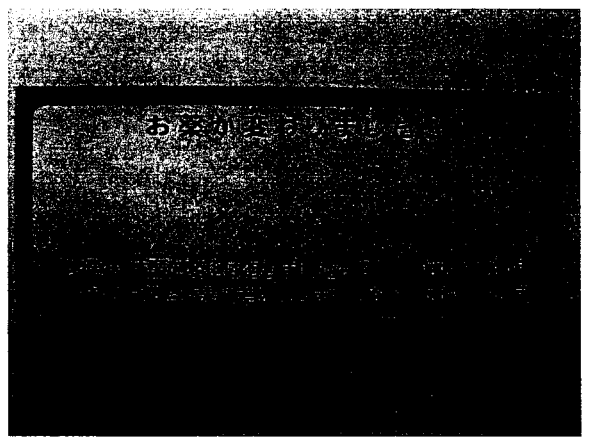
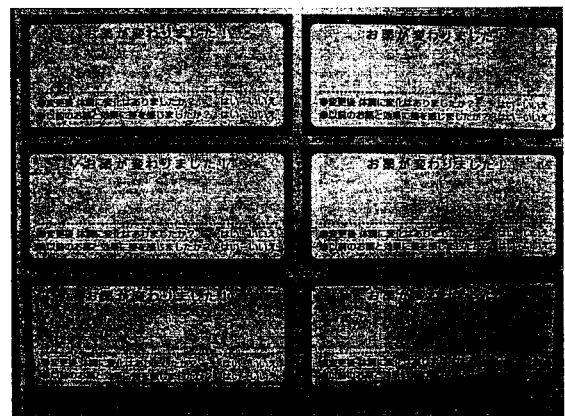
eラーニング環境の薬剤師会による提示を視野に

導入方法・導入事例

数年後のeラーニング環境シミュレーション ポータルサイトの運用

まとめ

お薬手帳に貼る便利シールの作成



-413-

目次

はじめに

第1章 薬局関連医療計画モデル

1. 北多摩支部における地域医療連携実践例

『国立市における、まちかど保健室 の試み』

『立川市などでの結核パスノートを用いた服薬管理の試みと、これからの展望』

『おくすり手帳に貼る便利シールを北多摩支部でつくってみる』

2. これからの地域医療連携を提案する

『シンポジウム』 進出先 ※専門業者に依頼

付録『シンポジウム』 進出先 ※専門業者に依頼

『シンポジウム』 進出先 ※専門業者に依頼

『パンフレット』 進出先 ※専門業者に依頼

第2章 医療

1. 北多摩支

後発品の比較

『タラリスロマイシン』『フルテカゾン』など

『後発品の比較を、もっともって行ってみる』

2. 動画閲覧システム導入による在宅研修の試み

eラーニング環境の薬剤師会による提示を視野に

導入方法・導入事例

数年後のeラーニング環境シミュレーション ポータルサイトの運用

まとめ

地域医療連携に係わるシンポジウムの開催

シンポジウム
 薬剤師に求められる
地域医療連携
 他職種との連携の始め方

平成20年3月8日(土)19時

立川市女性総合センター
 「アイム」ホール

主催
 (社)東京調剤師協会
 東京調剤師協会北多摩支部

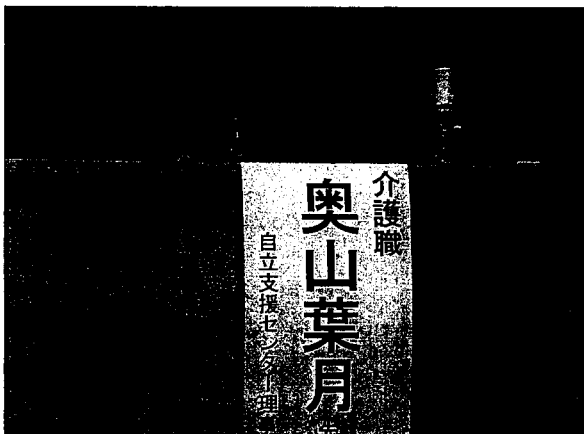
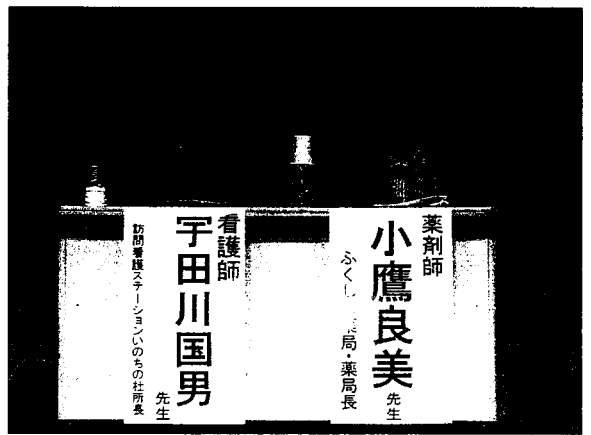
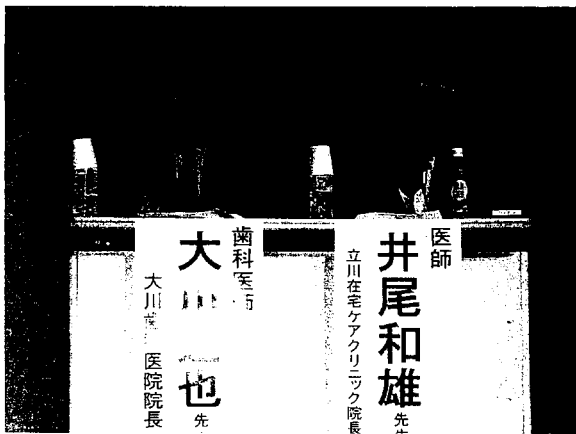


平成20年3月8日(土)

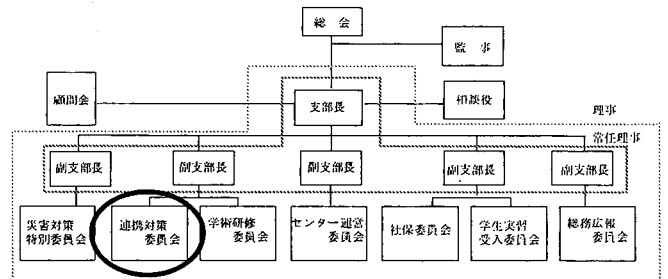
参加者 160名

プログラム

1. 開会挨拶 (社) 東京都医師会 会長 伊賀 光 政
2. シンポジウム
 - 座長 東京都多摩立川保健所 所長 赤 穂 保 先生
 - 第1部 講 演
 1. 「在宅医療の立場から」 立川在宅ケアクリニック 院長 井 尾 和 雄 先生
 2. 「在宅歯科医療の立場から」 大川歯科医院 院長 大 川 延 也 先生
 3. 「訪問薬剤管理の立場から」 ふくし薬局 薬剤師長 小 鷹 良 美 先生
 4. 「訪問看護の立場から」 訪問看護ステーションいもちの杜 所長 宇田川 国 男 先生
 - 第2部 パネルディスカッション
パネラー：第1部演者並びに NPO法人自立支援センター立川 理事長 奥 山 葉 月 氏
3. 閉会挨拶 (社) 東京都薬剤師会 北多摩支部 支部長 小 川 光



平成20年度北多摩支部組織図



連携対策委員会新設

第II章 医薬分業計画モデル

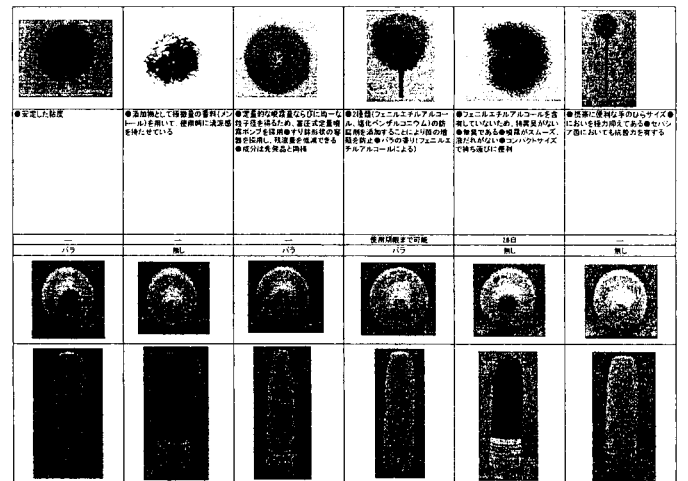
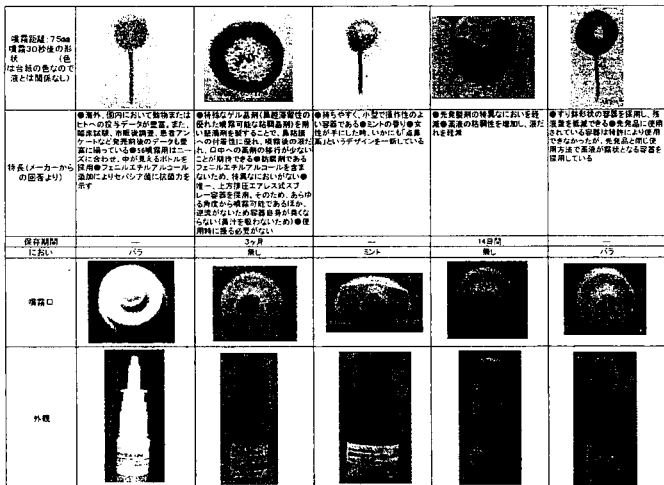
目次

- はじめに 1
- 第I章 薬局関連医療計画モデル 3
 - 1. 北多摩支部における医薬分業の質的向上をめざした実践例 4
 - 付録『シンポジウム』資料 5
 - 『パンフレット』 13
 - 2. 動画閲覧システム導入による在宅研修の試み 14
 - 付録『シンポジウム』資料 5
 - 『パンフレット』 5
- 第II章 医薬分業計画モデル 8
 - 1. 北多摩支部における医薬分業の質的向上をめざした実践例 8
 - 後発品の比較実験『クラリスロマイシン』『フルチカゾン』など「後発品の比較を、もっともって行ってみる」 8
 - 2. 動画閲覧システム導入による在宅研修の試み 9
 - eラーニング環境の薬剤師会による提示を視野に導入方法・導入事例 9
 - 数年後のeラーニング環境シミュレーション ボータルサイトの運用 10

後発医薬品の比較調査

製品名	フルナーゼ	スカイロン	ミリカレト	フルチカゾン点鼻液「アメー」
メーカー名	グラクソ・スミスクライン	大日本住友製薬	あすか製薬	共創薬品
表価	1,084.80円	759.40円	759.40円	759.40円
包装単位	4mL×10 8mL×6	4mL×10 8mL×10	4mL×10 8mL×10	4mL×10 8mL×10
粘度	—	500~1,500mPa・s	—	85mPa・s
粒子径(平均)	10µm以下	60~70µm	約55µm	不明
成分	フルチカゾン フルチカゾンナトリウム ブドウ糖 ポリソルベート80 塩化ベンザルコニウム フェニルエチルアルコール pH調整剤(希塩酸)	フルチカゾン フルチカゾンナトリウム ブドウ糖 塩化ベンザルコニウム	フルチカゾン フルチカゾンナトリウム ブドウ糖	フルチカゾン フルチカゾンナトリウム ブドウ糖 塩化ベンザルコニウム エトキシナトリウム 塩化ナトリウム 水酸化ナトリウム カルボキシビニルポリマー フェニルエチルアルコール 精製水
添加物	フルチカゾン フルチカゾンナトリウム ブドウ糖 ポリソルベート80 塩化ベンザルコニウム フェニルエチルアルコール pH調整剤(希塩酸)	フルチカゾン フルチカゾンナトリウム ブドウ糖 塩化ベンザルコニウム	フルチカゾン フルチカゾンナトリウム ブドウ糖	フルチカゾン フルチカゾンナトリウム ブドウ糖 塩化ベンザルコニウム エトキシナトリウム 塩化ナトリウム 水酸化ナトリウム カルボキシビニルポリマー フェニルエチルアルコール 精製水
振る必要の有無	有り	無し	有り	有り
噴霧した時の状態 理由(メーカーからの回答より)	状態:霧状 理由:刺激を少なく、鼻粘膜に広範囲に行き届くようにするため	状態:まんべんなく広がりが、液だれがない	状態:広がる	状態:ばつと広がる理由:液だれを少なくし、鼻の粘膜全体に広がるようにするため

フルチカゾン点鼻液「アメー」	フルチカゾン点鼻液	プロチカゾン点鼻液	プロチカゾンフルチカゾン(併用)	プロチカゾンフルチカゾン(PH)	フルチカゾン点鼻液50µg点鼻器用
重箱単位 159.40円	大正薬品 159.40円	日販工 159.40円	大正 159.40円	日本化薬 159.40円	三和化学 1517.00円
4mL×10 134~151mPa・s 5µm	4mL×10 —	4mL×10 30mPa・s 6~7µm	4mL×10 —	4mL×10 2mL×10 —	4mL×10 8mL×10 — 最大33µm 10.6~11.0µm
フルチカゾン フルチカゾンナトリウム ブドウ糖 ポリソルベート80 塩化ベンザルコニウム フェニルエチルアルコール	フルチカゾン フルチカゾンナトリウム ブドウ糖	フルチカゾン フルチカゾンナトリウム ブドウ糖	フルチカゾン フルチカゾンナトリウム ブドウ糖 塩化ベンザルコニウム フェニルエチルアルコール pH調整剤(希塩酸)	フルチカゾン フルチカゾンナトリウム ブドウ糖 ポリソルベート80 塩化ベンザルコニウム フェニルエチルアルコール pH調整剤(希塩酸)	フルチカゾン フルチカゾンナトリウム ブドウ糖 塩化ベンザルコニウム pH調整剤(希塩酸)
フルチカゾン フルチカゾンナトリウム ブドウ糖 ポリソルベート80 塩化ベンザルコニウム フェニルエチルアルコール pH調整剤(希塩酸)	フルチカゾン フルチカゾンナトリウム ブドウ糖	フルチカゾン フルチカゾンナトリウム ブドウ糖	フルチカゾン フルチカゾンナトリウム ブドウ糖 塩化ベンザルコニウム フェニルエチルアルコール pH調整剤(希塩酸)	フルチカゾン フルチカゾンナトリウム ブドウ糖 ポリソルベート80 塩化ベンザルコニウム フェニルエチルアルコール pH調整剤(希塩酸)	フルチカゾン フルチカゾンナトリウム ブドウ糖 塩化ベンザルコニウム pH調整剤(希塩酸)
有り	有り	有り	有り	有り	有り
状態:広がる	状態:広がる	状態:噴霧するときに霧状に広がり、一定の範囲に均一に広がる	状態:広がる	状態:噴霧するときに霧状に広がり、一定の範囲に均一に広がる	状態:噴霧した時に霧状に広がる理由:薬剤が鼻粘膜全体に広がるようにするため



点鼻薬における先発品・後発品の比較(抜粋)



目次

- はじめに 1
- 第I章 薬局関連医療計画モデル 3
 - 1. 北多摩支部における医薬分業の質的向上をめざした実践例 4
 - 付録『シンポジウム』資料 5
 - 『パンフレット』 5
 - 2. 動画閲覧システム導入による在宅研修の試み 14
 - 付録『シンポジウム』資料 5
 - 『パンフレット』 5
- 第II章 医薬分業計画モデル 8
 - 1. 北多摩支部における医薬分業の質的向上をめざした実践例 8
 - 後発品の比較実験『クラリスロマイシン』『フルチカゾン』など「後発品の比較を、もっともって行ってみる」 8
 - 2. 動画閲覧システム導入による在宅研修の試み 9
 - eラーニング環境の薬剤師会による提示を視野に導入方法・導入事例 9
 - 数年後のeラーニング環境シミュレーション ボータルサイトの運用 10

東京都薬剤師会北多摩支部ホームページへようこそ
 [立川、国立、府島、奥大和、武蔵村山の5市の薬剤師会で構成されています]
 薬や、健康に関するさまざまな情報を、薬剤師ならではの観点で、
 おもしろく、わかりやすく、提供できるよう努めています。

2009.03.11更新

最新情報 薬局検索 求人情報

北多摩支部 フロア 新編組と協同師 採用済み注射剤回収事業

グループウェア

東京都薬剤師会北多摩支部ホームページへようこそ
 小川光一さん 10年47分更新

Tokyo Pharmaceutical Association Kitatama branch

北多摩支部会員用eラーニング
<http://202.238.75.64/cas/member/>

スケジュール
 グループ (グループ表示) 2009年3月8日(日)

8(日)	9(月)	10(火)	11(水)	12(木)	13(金)	14(土)
小川光一	2009選挙対策委員会	1400選挙委員会	2009選挙対策委員会	2009選挙対策委員会	2009選挙対策委員会	2009選挙対策委員会

お知らせ
 未確認のメールが6件あります。
 小川光一さんの最新情報
 個人フォルダ

東京都薬剤師会北多摩支部ホームページへようこそ

スケジュール

2009選挙対策委員会	委員	小川 光一	2/21(土)
3/28 第7回研修会	委員	吉田 香	2/16(月)
3/12 第6回研修会	委員	吉田 香	2/16(月)
3/20 1400選挙委員会	委員	山崎 雄樹	1/27(火)
3/25 2009選挙対策委員会	委員	吉田 香	08/11/10

お知らせ

2/21(土) 表 貴会 2/21(土)

2/25(水) 小川光一 2/25(水)

08/9/26 吉田 香 08/9/26

2/24(火) wreport@vic-net.co.jp 2/24(火)

2/24(火) magazine@vic-net.co.jp 2/24(火)

2/24(火) hat12@vic-net.co.jp 2/24(火)

2/23(月) wreport@vic-net.co.jp 2/23(月)

2/23(月) 郵送 選挙関係 2/23(月)

東京都薬剤師会北多摩支部ホームページへようこそ

ファイル

2009/2/5(木) 19:03
 小川光一さん 10年47分更新

2009/2/5(木) 16:12
 小川光一さん 10年47分更新

2009/2/5(木) 11:39
 小川光一さん 10年47分更新

2009/2/5(木) 10:17
 小川光一さん 10年47分更新

2009/2/5(木) 9:48
 小川光一さん 10年47分更新

2009/2/5(木) 2:24(火)
 小川光一さん 10年47分更新

東京都薬剤師会北多摩支部ホームページへようこそ

東京都薬剤師会北多摩支部 会員ページ

コンテンツ分類一覧

分類名	選択
プロフィール	表示
お知らせ	表示
研修会	表示
その他	表示

東京都薬剤師会北多摩支部ホームページへようこそ

東京都薬剤師会北多摩支部 会員ページ

コンテンツ分類一覧

分類名	選択
プロフィール	表示
お知らせ	表示
研修会	表示
その他	表示

動画閲覧システムについて

- システム概要**
 本システムは、撮影した映像やテキスト、画像にてコンテンツを作成できます。
 アンケートや理解力テストを実施することが可能です。
- コンテンツの管理**
 管理者のみがログインできるコンテンツ画面により新規登録や編集作業が行えます。
- 利用者の管理**
 本システムの公開ページにログインするには配布されたIDとパスワードが必要です。
 管理者は、新規IDの発行や変更、削除が行えます。

コンテンツの種類

- ムービー**
 研修会や講演会などで撮影したデジタルビデオカメラの映像をサーバーにアップすることで映像(含、音声)の配信が行えます。
- テキストページ**
 文字(テキスト)と画像にて利用することができます。
- アンケート**
 管理者によって作成された質問を選択または自由記入にて回答します。
 回答結果は、管理者のみがCSVファイルにて出力できます。
- 理解力テスト**
 管理者によって作成された問題を選択式または、完全一致の語句にて回答しその場で採点結果を表示できます。
 回答結果は、管理者のみがCSVファイルにて出力できます。

東京都薬剤師会 北多摩支部 会員ページ

東京都薬剤師会 北多摩支部 会員ページ

薬局実習アンケート(2008-07-10)

アンケート一覧

アンケート

Q1: 6年前研修実習の受入は可能ですか?
※受入可能と答えても受入業務に選ばれるわけではありません。

可能 不可能

Q2: 6年前 薬局実習の受入業務に対する日本薬剤師会の基本的な考え方はモデル・コア・カリキュラムで示される研修台帳の中で薬局実習(漢方製剤)に特化する実習科目があります。自局で実施している業務があれば選択してください。
※複数選択可能

漢方製剤 薬局製剤
在宅医療

Q3: 漢方製剤 薬局製剤に丸をつけた薬剤は以下の質問にお答えください。
※表に示された実習方針では、漢方製剤 薬局製剤についての説明を90分間、調剤の実習を90分間×2回で行うことになっています。
※表に示されていない薬剤は表に示されていない理由を、不安な点や要望等を記入して下さい。
※表に示されていない薬剤はその理由を記入して下さい。

-420-

東京都薬剤師会 北多摩支部 会員ページ

東京都薬剤師会 北多摩支部 会員ページ

ニコチンパッチについて(2008-07-22)

アンケート一覧

アンケート

Q1: ニコチンの特徴として、適切でないのはどれですか? 1つ選んでください。
①ニコチンに対する依存を軽減します。②脳を興奮させるヘモグロビンの結合力が強い。
③少量で興奮作用、大量で鎮痛作用をもたします。④心臓的な血管収縮作用を有する。

Q2: 喫煙後、飲酒が促進される神経伝達物質の作用により現れる効果として、適切でないのはどれですか? 1つ選んでください。
①多幸感 ②覚醒 ③緊張緩和
④食欲増進

Q3: タバコに対する依存の説明として、適切でないのはどれですか? 1つ選んでください。
①タバコに対する依存には、身体的依存と心理的依存がある。②身体的依存は、喫煙行動が生活習慣として組み込まれて依存の一つである。
③身体的依存は、ニコチンに対する薬物依存である。④心理的依存は、ニコチン依存からの離脱を防ぐニコチン製剤によるものである。

Q4: 心理的依存の状態として、適切でないのはどれですか? 1つ選んでください。
①タバコを吸った瞬間に快感が得られる。②喫煙行動が習慣化される。

NEATを増やす

座位の消費カロリー : 0.0304 kcal/kg/min
起立時の消費カロリー : 0.0375 kcal/kg/min 差は 0.0071 kcal/kg/min

70kgの人が一日2時間(120分)起立が多いと・・・
= 0.0071 kcal/kg/min × 70kg × 120min = 5.9 kcal

その生活を一年続けると・・・
5.9 kcal × 365日 = 2146.2 kcal

Windows Media Player

プレイリスト

ニコチンパッチについて

09:34

Windows Media Player

プレイリスト

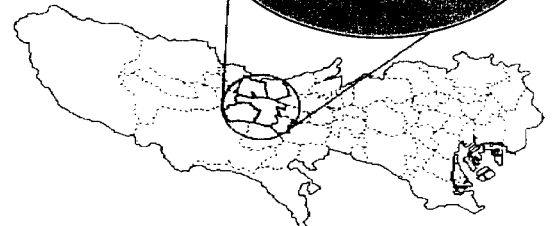
shibuya-shinjuku_N19_2

02:25

-421-

ご清聴
ありがとうございました。
ございました。

東京都薬剤師会
北多摩支部
www.tpa-kitatama.jp



地域医薬連携推進事業実施報告

～地域で顔の見える薬局薬剤師をめざして～

平成21年3月13日

茨城県日立保健所

年度計画

年度	事業内容
19	地域医薬連携推進事業（厚生労働省委託事業） モデル地区（ひたちなか、高萩・北茨城）において ・医薬連携の現状及び課題の把握 ・課題解消のための方策検討 ・先駆例の実態調査
20～21	モデル地区において事業展開
22～24	・新しい医薬品供給体系を踏まえた連携モデルの 県内への普及 ・在宅医療推進セミナー開催

事業実施地域（県内2ヶ所）

ひたちなか地域 （ひたちなか保健所）	高萩・北茨城地域 （日立保健所）
①処方せん受取率が高く、在宅医療に取り組んでいる薬局が比較的多い。 ②すでに地元の医師会、歯科医師会、薬剤師会の合同の勉強会が開催されている。	①過疎地医療の拠点病院が存在 ②過疎地を含めた医薬連携についても検討ができることを期待

高萩・北茨城地域

- ・茨城県の北東部に位置
- ・産業経済の状況は、旧産炭地域であり、現在は、工業団地造成等により二次産業の育成にも努めている
- ・地域西部の山間部は、過疎化が進んでいる
- ・年齢構成は県平均より、高齢化が進んでいる。
- ・本地域は、旧高萩保健所管内であり、独立した医師会、薬剤師会が組織されている。

地域医薬連携推進事業の目的

- ・平成18年の医療法改正により、薬局は医療提供施設として位置づけられた。
- ・平成20年度から医療計画に医療連携体制に関する事項や在宅医療の確保に関する事項を記載することになり、薬局においても、その役割を十分果たせるように、これまでに増して医療機関と薬局の連携を図る必要がある。
- ・しかしながら、現在のところ、県内において医療機関と薬局の連携は必ずしも十分とは言えないため、県内の医薬連携の現状及び課題を調査把握し、課題解消に向けた方策を検討する。

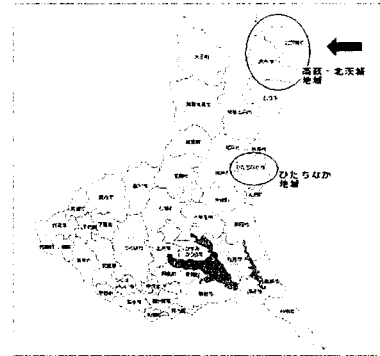
事業内容

保健所（県内2ヶ所）

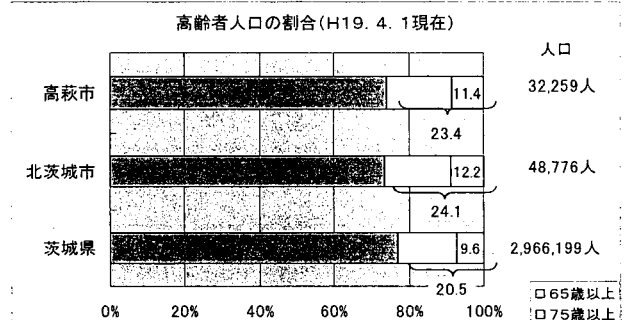
- ・医薬連携の現状及び課題の調査検討
- ・課題解消に向けた方策の検討
- ・医薬連携検討会議の開催

保健福祉部薬務課

- ・茨城県医薬分業対策協議会の開催
- ・関係者への普及啓発



人口、年齢構成（H19. 4. 1現在）



医療機関の状況 H18.10.1現在

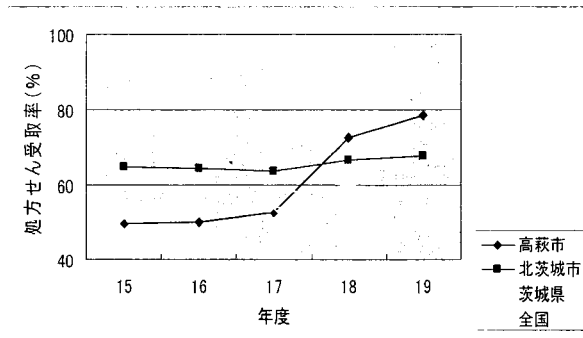
	高萩・北茨城地域		県全体 10万人あたり	全国 10万人あたり
	施設数 (病床数)	10万人あたり		
病院	8施設 1220床	1497床	1125床	1273床
診療所	31施設	38施設	57施設	77施設
うち 有床診療所	8施設 90床	110床	96床	125床
うち往診実施 診療所	6施設			
歯科診療所	29施設	36施設	46施設	53施設
うち往診実施 歯科診療所	1施設			

院外処方せん発行状況

H18.10.1現在(ただし院外処方せん発行施設数はH18.12現在)

	高萩・北茨城市		県全体	
	施設数	院外処方せん発行施設数(%)	施設数	院外処方せん発行施設数(%)
病院	8	7 (87.5%)	198	148 (74.7%)
一般診療所	31	11 (35.5%)	1,775	681 (38.4%)
歯科診療所	29	9 (31.0%)	1,385	172 (12.4%)
計	68	27 (39.7%)	3,358	1,001 (29.8%)

処方せん受取率(%)



薬局の状況(H20.2.1現在)

薬局	数
各種機能	35
保険薬局	32
麻薬小売業免許取得薬局	30
輪番制参加薬局	32
在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設	26
うち請求実績のある薬局	4
無菌製剤対応可能薬局	0

高萩・北茨城地域の事業内容

- ・ 医薬連携検討会議の開催
- ・ 先進地視察調査
- ・ 医薬連携研修会

医薬連携検討会議

日時	議題
第1回 H19.11.8	(1)地域における医薬連携の現状について (2)地域において医薬連携をすすめるための課題について
第2回 H19.12.6	(1)地域において医薬連携をすすめるための課題(取りまとめ結果)について (2)課題への対応方策について
茨城県医薬分業対策協議会 H20.1.22	
第3回 H20.2.4	(1)茨城県医薬分業対策協議会の開催結果について(報告) (2)今後の地域における医薬連携の推進について

検討結果

現状分析

医薬連携の現状分析

- ・ 通常の医薬分業の範囲内での連携はある
- ・ 医療機関から薬局に対し在宅患者訪問薬剤管理指導の指示が出ることは少なく、地域全体への広がりは認められない

薬業連携の現状分析

- ・ 地域薬剤師会と地域拠点病院の間では、年に数回、薬剤師会役員、薬局長の会議が開催
- ・ 地域拠点病院の1つでは、退院する患者に対して、医薬品情報シートを用いて退院時服薬指導を実施

検討結果

医薬連携を推進するための課題

- ①薬局と医療機関、訪問看護ステーションや在宅介護分野との連携
- ②患者をサポートする者に対する治療情報(医薬品情報を含む)の提供
- ③お薬手帳の有効活用への取り組み
- ④薬局薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導実務に関するスキルアップ
- ⑤在宅医療推進等に係る医薬連携に必要な書類作成事務の軽減
- ⑥更なる処方せん受取率アップ及び処方せん発行医療機関の増加
- ⑦地域における勤務薬剤師の確保

優先的に取り組む課題

(a) 関係者が互いに顔の見える関係を築くための土台作り

三師会や看護師、ケアマネージャーその他今後在宅患者に関わる多職種が意見交換する機会を設け、具体的な業務連携に備え、互いに顔の見える関係を築くための取り組みを行う。

(b) お薬手帳の活用拡大

お薬手帳の活用拡大を図ることにより、薬局・病院・診療所・訪問看護ステーション等が患者の医薬品に関する情報を共有し、一貫した服薬管理を行うための取り組みを行う。

(a) 関係者が互いに顔の見える関係を築くための土台作り

(1) 合同研修会の開催

- 医師、歯科医師、薬剤師、看護師が合同で定期的に研修会を開催する。各会のテーマにより、その都度関連する職種の人にも参加を呼びかける。
→ 第1回目三師会合同研修会の開催(平成20年3月4日)
「平成20年度診療報酬改定の展望とジェネリック医薬品の現状・課題」

(2) 従来の研修会・会議への相互参加

- 薬局と訪問看護ステーションとの連携強化を図るため、訪問看護ステーションが行う在宅の担当者会議へ薬剤師の参加を促す。
- 現在、地域薬剤師会で定期的に行っている勉強会に、訪問看護ステーションの担当者(看護師等)の出席を促す。

(b) お薬手帳の活用拡大

(1) 一般住民への啓発(市広報誌への関連記事掲載等)

- お薬手帳は一人一冊を周知
- 医療機関における持参薬管理及び退院時等の服薬指導、あるいは薬局における薬歴管理等に、お薬手帳が有効であることを周知

(2) 医療関係者相互の情報ツールとしての活用

- 地域において、お薬手帳に記入する項目等を決めておくなど、お薬手帳の活用拡大を図るための取り組みを検討

先進地視察調査

- 群馬県渋川地区
在宅ケアネット渋川他

医薬連携研修会

日時・場所	平成20年2月27日(水) 北茨城市民ふれあいセンター
講演①	医療制度改革と薬局・薬剤師の役割 厚生労働省医薬食品局総務課 薬剤業務指導官 長谷川洋一氏
講演②	地域住民の健康づくりと薬局機能 (社)日本薬剤師会 常務理事 飯島康典氏

平成20年度の実施結果

① 関係者が互いに顔の見える関係を築くための土台づくり

- 医師会勉強会、薬剤師勉強会に相互参加
- 三師会合同研修会(平成21年1月21日)
テーマ「処方薬剤と医療連携」

平成20年度の実施結果

② お薬手帳の活用拡大

- 薬と健康の週間にあわせ、一般市民へのお薬手帳の啓発(お薬手帳の配布と使い方の説明)
- 地域拠点病院で、入院時及び退院時服薬指導時に、お薬手帳を活用。

平成20年度の実施結果

③ 薬剤師のスキルアップ

- 地域拠点病院の見学(平成20年8月)
- 薬剤師会勉強会
 - 「高萩地区の在宅医療の現状とこれから」(平成20年8月)
講師: 地域で在宅診療を実施している医師
 - 「薬剤師の在宅医療」(平成20年8月)
講師: 在宅患者訪問薬剤管理指導業務を実施している薬剤師
 - 「訪問看護の現状と課題」(平成21年2月)
講師: 地域の訪問看護ステーション管理者

平成20年度の実施結果

まとめ

④ 医薬連携会議の開催（平成21年3月5日）

- 医薬連携推進事業の進捗状況を管理
- 今後の取り組みについて検討

- 平成20年度は、「関係者が互いに顔の見える関係を築くための土台作り」を中心に取り組んできた。
- 平成21年度は、薬局が、在宅医療に積極的に参画し、地域医療に貢献できる体制を整備する。

～平成21年度へ

今後の取り組み

- 薬局の受け入れ体制の整備
 - グループ化の検討
 - 薬局の連絡窓口の明確化（コーディネータ役）
- 薬局と
 - 医療機関との連携強化
 - 訪問看護ステーションとの連携強化
 - 在宅介護支援センターとの連携強化

