

## 薬局における地域医療連携下の高齢者健康管理の日豪国際比較

小林 大高

新潟薬科大学 健康推進連携センター 教授

発表に先立ちまして、ファイザーヘルスリサーチ振興財団の皆さまにご支援いただきましたことを、心よりお礼申し上げます。

### 【スライド1】

タイトルは仰々しくなっていますが、簡単に言いますと2つの部分から成っております。ヘルスリサーチとしてのオーストラリアにおける高齢者に対する薬剤師の関与のあり方と、教育研究としての教育効果測定、の2つで進んでいます。

### 【スライド2】

まず、問題意識です。ご承知の通り、最近、薬剤師と薬局に対する

風当たりは非常に強く、経済財政諮問会議でも、「薬局、薬剤師にこんなにお金を与えているのか」と。あるいは、「不正も多いし、儲かり過ぎじゃないか」というようなご指摘もいただいていますし、行政事業レビューでも、調剤報酬のあり方について、「これはもっと真剣に検討してもらって、薬剤師がちゃんと働くのならお金をあげるけれども、働かないなら要らないんじゃないか」という厳しいご指摘をいただいているところです。

そんな中で、地域包括ケアにあっては、今、地域薬局が参加するべきだという話がされているわけですが、「参加させてみたけど、後から見てもたら薬局は何もしていないんじゃないか」といった同じような風当たりの中で、「別にお金を付けなくてもいいんじゃないか」という話になってしまっは良くないという問題意識があります。

### スライド1

## 薬局における地域医療連携下の高齢者健康管理の日豪国際比較

新潟薬科大学 健康推進連携センター 小林大高  
上田薬剤師会 飯島裕也  
Pharmacy Society of Australia Lily Bee Jin Chong

### スライド2

### 問題意識

地域包括ケアにあっては地域薬局が一定の役割を担うことが期待されつつも、その具体的な役割が判然とせず、地域薬局の活用や関与のあり方が重要課題の一つとなっている。

地域薬局が、医師などの他職種と緊密な連携を前提としたチーム医療のなかで、服薬管理や公衆衛生の見地から高齢者の健康増進に寄与できるようになれば、地域包括ケアに関与する意義も生まれる。

経済財政諮問会議



行政事業レビュー



実際、点数を付けたら報酬をするのであれば、こういったことをやったらいいのかということを考える一つの方法として、オーストラリアの薬局など、どういうことをやっているのかがいいのかということを見に行けたらと思い、ヘルスリサーチの一つの方法として海外調査を行いました。

(本セッションの2番目のご発表で) 武庫川大学の十万先生から、疑義照会は非常に有用だというご説明をいただいたのですが、実際、病院の先生方と話をしていると、「疑義照会は受けるのだけれども、薬剤師さんは、ただ残薬の数を数えているだけで、何をしているのかよく意味が分からない」とか、あるいは、「期限を延長する電話はいただくのだけど、その間、患者さんが飲んでいたかどうかというのはチェックしているのですか。チェックしていないんじゃないか」というような疑問点をご提示いただいています。薬剤師の側で何をしたらいいのかとか、あるいは、実際医師に電話して疑義照会をするときに、どういうポイントで医師と話したらいいかというコミュニケーション力が欠如しているのではないかと。

それについて、自分たちが何をやるのかがいいのかということをもとに考えて、実際に介入していく形を上手に取り入れているオーストラリアに行って中身を研究した次第であります。

【スライド3】

もう一つの問題意識ですが、オーストラリアは実は10年、20年前から在宅に薬剤師が入っていったり、あるいは、健康サポート薬局という制度が日本は始まりましたが、あれと同じようなシステムで地域住民に対して健康増進に参与していくことを具体的にやられ

スライド 3

### 問題意識

著者は、上田薬剤師会(長野県・飯島康典会長)の依頼を受けて、2011年よりPharmaceutical Society of Australiaの指導の下で、豪州で実施されている研修プログラムを日本で開催する企画立案を行ってきた。



- 2011 OTC・軽医療
- 2012 OTC・軽医療
- 2013 服薬管理
- 2014 認知症薬剤管理
- 2015 認知症薬剤管理
- 2016 認知症薬剤管理

知識偏重でよいのか？  
基本である「問題解決能力」の醸成が必要なのではないか？



れている国です。その国のものを日本で教育研修としてやってみようということを、2011年から上田薬剤師会と一緒に仕事をしてまいりました。

実際に教育研修では、OTCですとか、服薬管理ですとか、その都度、国に興味のある分野を研修プログラムとしてやってきたのですが、このプログラムの中身が知識偏重なのです。オーストラリアでは知識偏重というよりは問題解決能力です。一つの患者さんの問題に対して、薬剤師が関与することによって解決していこうという問題解決能力を中心にプログラムを作っているのに対して、日本でプログラムをやる時は、知識に重点を置いて、その知識を深めていこうというものだけに偏ってしまっている。それに関して若干悲しみを感じて、オーストラリアの実際の中身について考えながら、知識偏重ではないプログラムを作れたらなと思ってやってみました。

#### 【スライド4】

まず、ヘルスリサーチの一つの調査として、オーストラリアの制度を見てみました。

オーストラリアは在宅の高齢者に対してアプローチする一つの方法として『Home Medicines Reviews:HMR(在宅服薬管理)』というシステムを、約20年前から実

行しております。日本でも患者が在宅に行くという話はよくありますが、患者の自宅で実施されていて、医師と患者への助言を含む包括的な薬歴管理です。在宅に行って患者さんの服薬状況を確認し、そこに問題点があった場合には医師にフィードバックするという形が取られています。その際、日本と同じように医師の指示が必要です。日本との大きな違いは、薬剤師はある程度の実力があることが認められた薬剤師さんでないと在宅服薬管理を行うことができないという形になっております。

老健施設のほうはほとんど同じなので、ここは割愛させていただきます。

#### スライド4

### Home Medicines Reviews : HMR

**HMR(在宅服薬管理)**

- 20年の歴史がある。
- 患者の自宅で実施される。
- 医師及び患者への助言を含む包括的な薬歴管理
- 医師の指示が必要。
- 薬剤師は、AACP(認証機関)による認証が必要であり、2年ごとの更新が義務付けられている。

**RMMR(老健施設服薬管理)**

- 20年の歴史がある。
- HMRの認証を受けた薬剤師が実施できる。
- 老健施設にて実施される。
- 医師又は薬剤師の指示で実施することができる。
- 提供回数は患者ごとに1年の上限が決められている。

4

#### 【スライド5】

このHMRの対象者は、日本だと取りあえず医師がいいと言えば、在宅はどこでも行ってしまうのですが、一応定義が決まっております。

5種類以上の薬剤を常用しているとか、1日当たり12種類の薬剤を服用しているとか、このようにある程度問

題点を特定していて、成果が出やすい患者さんたちにターゲットを絞っている、つまりターゲティングをしっかりとしているというのが一つの特徴になります。

#### スライド5

### HMRの対象者

HMRの対象者は以下のように定義されている。  
なお、入院患者や療養施設を利用している患者は対象とならない。

- ✓ 5種類以上の薬剤を常用している患者。
- ✓ 一日あたり12種類以上の薬剤を服用している患者
- ✓ 病院からの退院も含め、直近3ヶ月間で著しい処方変更があった患者
- ✓ 治療有効域の狭い薬剤等、服用モニタリングが必要な薬剤を服用している患者
- ✓ 副作用が発現した患者
- ✓ 視覚障害や識字能力等があり服薬管理が困難な患者
- ✓ 複数の開業医や専門医を受診している患者
- ✓ 過去4週間以内に退院した患者

すなわち、わが国の在宅医療とは異なって、必ずしも、通院や薬局への来局が困難な患者が対象になっているわけではなく、薬局店頭での詳細な薬剤レビューでは時間が不十分な患者も対象になっている。実際のHMRでも数時間を要することも一般的であり、1日に訪問できる患者も数名程度とのことである。

#### 【スライド6】

また、このHMRの目的もはっきりとしています。

薬剤を安全、有効および適切に使用すること。

そして、われわれ薬剤師だと薬のことばかりで、先ほど申したように在宅へ行くと残薬の数を数えて多い・少ないだけで終わってしまうのですが、それだけではなく、生活の質および健康状態の改善と、目的を明確にしています。同時に、患者および医療専門家の薬

剤に関する知識と理解度を向上させることによって、必要な薬と必要でない薬を峻別できるようにする。あるいは、薬の飲み方、または薬を服薬するのが困難であれば、それはどう改善したらいいかというようなことを含めて、患者さんと医師と情報を共有することを目的に置いております。

そしてまた、医療チームのメンバー間の共同作業の体制を円滑化するということを目的に置いております。日本だと薬剤師さんは単純に在宅に行って終わりなのですが、この写真にありますように、医師と薬剤師が一つのテーブルの中で患者さんの現在の状況について話し合う症例検討会を行ったり、処方医と薬剤師が一つのテーブルで同じように話し合う場を設けることを義務化しています。

こういうことを20年続けていくと、医師と薬剤師の間の信頼関係が構築され、また、医師から患者さんに対して「薬局さんからこういうことを言ってきているけど大丈夫?」ということで、患者さんも信頼を薬剤師に対して持ってくれるようになる。こういう三者の協働の中で、現在、睡眠時無呼吸症候群に薬剤師が積極的に関与するプログラムを作っています。これは、在宅服薬管理を20年間行ってきた結果として、薬剤師がこういう新たな違う活動を行っても、周りの職種から「薬剤師さんを信用していいんじゃないか」と言っていただく環境をつくってきたことが大きいのだと思います。

実際、このようにして、オーストラリアでは在宅服薬管理ができるようにしていったと言えます。

【スライド7】

もう一つ言うてしまうと、これは研究プロセスの話ですが、この前のスライドでオーストラリアではHMRを行

スライド6

### HMR(在宅服薬管理)の目的

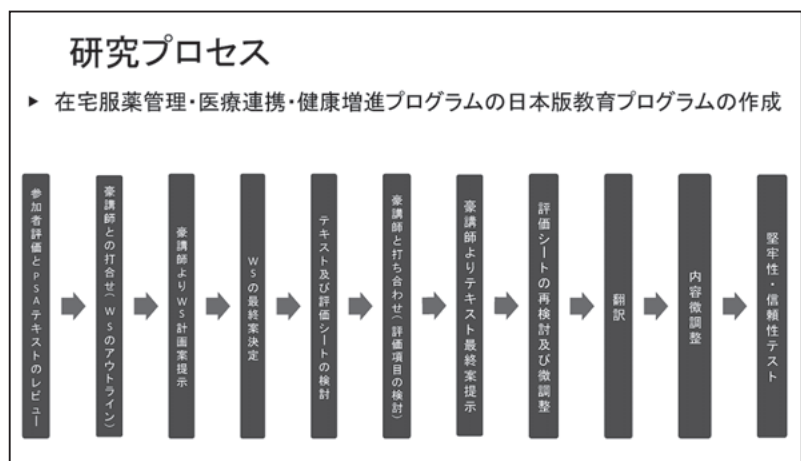


1. 薬剤を安全、有効および適切に使用する
2. 生活の質および健康状態の改善
3. 患者および医療専門家の薬剤に関する知識と理解度を向上
4. 医療チームのメンバー間の協働作業体制を円滑化





スライド7



うときには医師が指示をしなければできないと言いましたが、処方指示を出す医師に対してお金を付けるとき、日本ですと医師の枠の中からお金を出すという話になるのですが、薬剤師の調剤料という枠の中から医師にお金を出すという施策も考えながらやっていますので、医師の了解を得やすかった。そういう上手な環境の中で作ってきたと言えると思います。

#### 【スライド8】

研究のプロセスはこのようなになっておりますが、時間の関係で簡単に説明させていただきます。

教育効果測定の研究は、オーストラリアでやられている教育プログラムを日本語に訳して作っていくというものでした。この中で一番重要視したのは、こ

ういう教育効果研究ですと単純にアンケートを行って、良かった・悪かったで終わってしまうのですが、そういうことではなく、評価シートを作って、問題解決能力の効果がどれくらいあったかというのを見ようというようにした研究でした。

#### 【スライド9】

これは2016年9月に行われ、東京、上田、新潟、神戸の4都市にて開催いたしました。

合計参加者は、薬剤師が59人、栄養士さんが3名でした。

このときに、予習の有無の変化と複数回受講しての影響度を副次的評価項目に置きながら、基本的には薬剤師の問題解決能力について、この研修会を行ったことで効果があったかどうかの測定を行いました。

#### スライド 8

### 研究プロセス

- ▶日本版教育プログラムに基づくワークショップの開催と教育効果の測定
  - ・評価シート(多肢選択問題)は、知識偏重ではなく、問題解決能力を計れるような問題にするべく日豪間で直前まで調整
  - ・東京、上田、新潟、神戸の4都市にてWSを開催
  - ・全会場で同じ講師、同じテキスト、同じ評価シートを用いた。通訳には、事前に講義内容を詳細に伝え、すべての会場で同じ環境で受講できるように配慮した
  - ・開催期間 2016年9月
  - ・教育効果測定のために、WS開催1週間前に事前資料及び評価シートを送付
  - ・WS終了後に、再度、同じ評価シートに配布し、郵送で返送するように依頼
  - ・なお、評価解析のために、「予習あり(東京・神戸)」と「予習なし(上田・新潟)」のグループに分けた

#### スライド 9

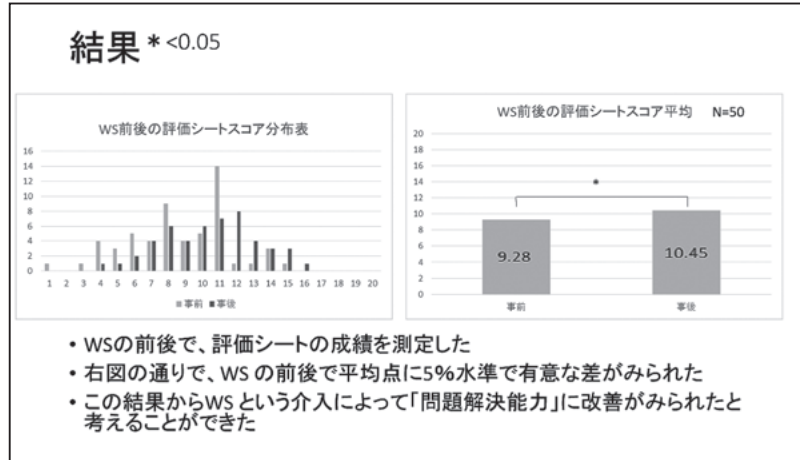
### 方法

- |         |  |
|---------|--|
| ・調査期間   | 2016年9月                                    |
| ・調査地区   | 東京、上田、新潟、神戸                                |
| ・参加薬剤師  | 東京14人、上田17人、新潟11人、神戸17人                    |
| ・合計参加者  | 薬剤師59人(評価シート提出者50人(回収率84.7%))<br>栄養士3名(神戸) |
| ・主評価項目  | 薬剤師の問題解決能力向上に対するWSの貢献度                     |
| ・副次評価項目 | 予習の有無による変化及び複数回受講の影響度                      |

【スライド10】

結果をお示しします。  
この研修会の前後に評価シートをお配りして回答していただいたところ、ワークショップの前後では有意に点数が上昇しております、この結果から、ワークショップという介入によって問題解決能力が上がったということが言えると思います。

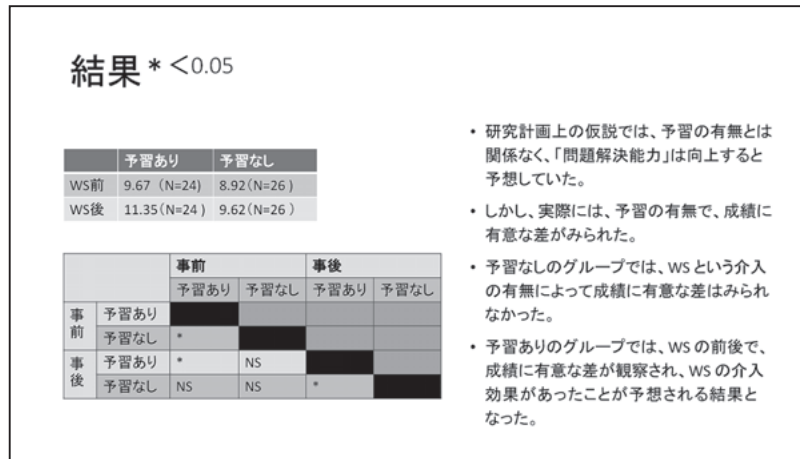
スライド 10



【スライド11】

また、もう一つ、『予習がある』『ない』という副次項目を一応入れているのですが、当初われわれは問題解決というのは予習ある・なしに関係なく効果が上がると考えていたので、恐らく両方とも関係ないだろうと思って

スライド 11

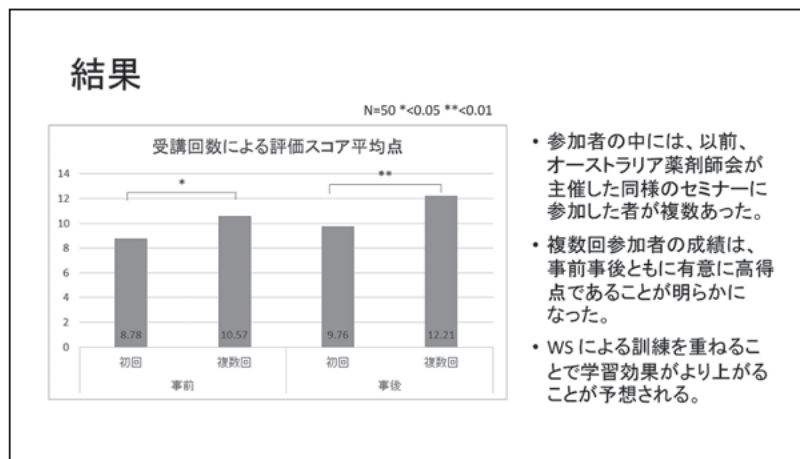


いたのですが、実際のところは予習の有無で成績に有意な差が見られてしまいました。また、予習がなかったグループにおいては、成績に有意な差が見られなかったという結果も出ており、やはり予習をしていないと、恐らくなかなか成果が出ないということも分かってきました。

【スライド12】

併せて、この講習会は、オーストラリア薬剤師会の教材を使ってセミナーを開催したので、過去にオーストラリア薬剤師会のセミナーを受けた方とそうでない方を比較したところ、複数回参加して

スライド 12



いる受講者の成績は明らかに高いもので、やはりワークショップの訓練を重ねることで学習効果がより上がるという、当たり前の結果が出てしまいました。

### 【スライド13】

結論です。

評価シートの堅牢性、信頼性についての調査研究をする必要があったのですが、今回はその評価シートを作っていくまでの過程で、ワークショップぎりぎりまで時間がかかってしまった関係で、評価シートの堅牢性、信頼性の証明ができません

でした。それが大きな問題だと思っています。

それと、マークシートで評価シートを行ったのですけれども、可能であれば、多肢選択試験だけではなく、受講生自身が服薬管理を行った結果を書くシートを評価する必要があるのではないかと考えております。

本来は、オーストラリア並みに十分な時間をかけられるような制度をつくっていったほうが良いのではないかと思います。

オーストラリアの教育プログラムを用いることで、提供したプログラムの範囲における問題解決能力が醸成されることが確認できました。

また、予習の有無は学習成果に一定程度の影響を及ぼすことが予想され、また、複数回こうした研修を実施することによって問題解決能力が醸成されることも、予想される結果となりました。

### スライド 13

#### 議論／結論

- 評価シートの堅牢性・信頼性について調査研究する必要がある
- 「問題解決能力」の測定に用いたのが多肢選択式試験だけでは十分ではなく、受講生の服薬管理報告書などによる評価も必要であろう
- 豪州並みに十分な時間と組織的な教育体制が組めること、また、在宅医療における薬剤師の役割について明確にすることも求められる
- オーストラリアの教育プログラムを用いることで、提供したプログラムの範囲における問題解決能力は醸成されることが確認された。
- 予習の有無は、学習成果に一定程度の影響を及ぼすことが予想され、また、複数回、こうした研修を実施することによって、「問題解決能力」が醸成されることも予想される結果となった。

謝辞 公益財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団の皆様へ心から御礼申し上げます。

## 質疑応答

**座長：** ワークショップの効果があったという結論なのですが、その中身で、具体的にどこが最もプログラムの効果を出したところだったのでしょうか。プログラムの説明が無かったのですが、どのところが一番ワークショップで効果を出せたのですか。

**小林：** はしょってしまったのですが、プログラムは通常、例えば痴呆症の患者さんであれば痴呆症の薬について注目点を与えたりとかするのですが、プログラムの中ではなるべく考える時間を与えて、具体的なこういう薬を持っている患者さんに予想されるいろいろな問題点についてみんなでショートグループ・ディスカッションを入れながら考え、アプローチをして、そして同時に、医師に対してどういうコミュニケーションをしたらいいかということを考えながらやっていくという形のプログラムでした。

講師は、非常に経験豊富なオーストラリアの薬剤師さんで、医師とのコミュニケーションに長けている方であり、そのアドバイスも実地にしてもらおうという形になっておりました。