

病院薬剤師の業務

薬学教育 6 年制が実現する一方で、医療の現場における薬剤師の姿がなかなか見えてこないことはたびたび指摘されている。医薬分業が国の肝いりで進んだため、調剤薬局が繁栄するなかで、病院の外来調剤はほとんど消滅してしまい、病院薬剤師の姿が、患者には一層見えにくくなってきている。入院した場合でも、患者の目に触れるのは、夜昼なく忙しく働きまわっている看護師と医師の姿で、薬剤師が病棟に配置されているとしてもごく限られており、患者の目に触れる機会は少ない。

■ 医療現場で薬剤師が行う薬剤業務とは何か

調剤薬局には確かに多くの薬剤師が働いているが、患者に対する服薬指導等のリスクコミュニケーションに薬剤師が積極的に関与しようとの意欲はあまり感じられない。医薬分業の初期には、なんとかして医薬分業に対する国民の理解を得ようと、地域の薬剤師会や薬剤師の有志が先頭に立ち、理解ある病院や診療所が出してくれたわずかな処方せんを大切に調剤していた。このような意欲的な薬剤師による血のにじむような努力の積み重ねで、現在の分業率が 60% を超えた。しかしながら、医薬分業が当たり前の時代になるとともに、調剤は単なるルーチン化した業務になってしまった。米国では、薬剤師が国民から最も信頼される職業であるといわれているが、わが国の現状からは信じ難いことである。

わが国の薬剤師が行っている調剤業務の大部分は、米国では調剤助手の仕事である。米国の薬剤師はより高度の仕事に能力を発揮し、医療の現場においては、医師の処方設計に積極的に関与している。ある意味で、薬のことは薬剤師が責任をとる覚悟ができていいるからこそ、力もあり、信

頼もされているといえる。

現在、厚生労働省においては、チーム医療における看護師の業務範囲の拡大が議論されているが、その中には、一定の範囲での薬剤の選択や調剤も認めるべきであるとの意見も出されている。医師会や薬剤師会は自分たちの権限を侵されると当然反対の立場ではある。しかし、医療の現場の実態からすると、看護師に一定の範囲で医薬品の選択や調剤、それに伴う服薬指導等が認められていくことは時代の流れであろう。もし専門性から見て任せられないというのであれば、看護師教育を充実すれば解決することである。

■ ますます複雑化・多様化する医薬品情報

医薬品に関する情報の重要性は繰り返し指摘されているが、ますます複雑になる添付文書の記載内容、使用に当たり特段の注意が必要な医薬品の増加、また、適正使用への医師の責任の強化、医薬品関連の医療事故報告や対策の強化など、医師を取り巻く環境はますます厳しくなっている。

医師が医薬品について勉強しないのは医学教育の欠陥であるともいわれているが、近年の新薬をみると、医師がその情報を理解し、起こる可能性のある既知の重篤な副作用や相互作用の危険性まで知り尽くして処方していくことは、その分野の専門医でもなければ「言うは易く、行うは難し」である。本来であれば、専門医以外は新薬を処方しないようにすべきであるが、わが国の医療供給体制の中では、実行は困難であろう。

■ 処方設計における責任の在り所

現在は医師にほぼすべての責任が負わされている医薬

品の処方設計と投薬後の副作用等のフォローであるが、本来であれば薬剤師が医師の処方設計や副作用のフォローをサポートし、責任を分担すべきである。

薬剤師法第24条には、「薬剤師は、処方せんに疑わしい点があるときは、その処方せんを交付した医師等に問い合わせ、その疑わしい点を確認した後でなければ、これによって調剤してはならない。」と規定されているだけであり、医師の処方設計における薬剤師の関与は薬剤師法上の義務とはされていない。あくまでも役割は受身である。

旧来の医師と薬剤師の力関係からこのような規定になっているのは歴史的にやむを得ないところもあるが、患者の立場からも、また、医師の責任を軽くするためにも、医薬品関連業務における薬剤師の責任をもっと重くすべきである。少なくとも不適正使用等で副作用問題などが起きた時に医師の責任が問われるような場合には、同時に薬剤師に責任がなかったかについても吟味する必要がある。

医師の処方設計に積極的に薬剤師が関与し、入院患者に対する服薬指導や副作用管理等を薬剤師が積極的に行うためには、一定数の薬剤師が常時病棟に配置されていることが必要である。服薬指導や医薬品についての患者の疑問にこたえること等は現在、その大部分を看護師が行っているが、看護師にとってはやや責任が重すぎる業務と思われる。

■ 医療機関における薬剤業務の変化と薬剤師の員数問題

病棟に配置すべき薬剤師の数の具体的な法的規定はない。しかし、病院における薬剤師の数については、医療法第21条に「当該病院の有する病床の種類に応じ、厚生労働省令で定める員数の医師、歯科医師、看護師その他の従業員を有すること」が義務付けられている。この規定を受けて、医療法施行規則で入院患者数と外来患者に係る取り扱い処方せんの数をもとに、病院ごとに具体的な薬剤師の員数が定められている。

薬局や病院に備えなければならない薬剤師の員数については、歴史的に大きな変遷があった。薬局の薬剤師数は医薬分業があまり進んでいなかった頃は、販売金額と調剤数を基に算定していたが、医薬分業が進んでからは、調剤

数(処方せん枚数)を基に薬剤師の員数は計算されている。

病院の薬剤師の員数については、約30年前までは、院内調剤が病院薬剤師業務のすべてであり、院内製剤や調剤に薬剤師は生きがいを感じていた。当時は薬歴管理や服薬指導などという業務概念はほとんどなかった。その中で、一部の先駆的な大学病院や一部の国立病院では医療薬学の概念のもとに、薬剤師が病棟にも出て医師の処方設計の相談に乗ったり、患者の相談に乗ったり、当時、徐々に浸透してきた薬物血中濃度の測定に基づく薬物投与量の管理や、抗がん剤等の治療域が狭く取り扱いの困難な輸液の調整・混合などの業務が薬剤師の仕事として始められてきた。

その後、当時の厚生省所管の国立病院への薬剤業務指導強化や診療報酬による新規薬剤業務への支援等により、薬剤業務の方向転換が図られ、病院薬剤業務の中心は調剤・院内製剤業務から、病棟薬剤業務関連へと変化していった。しかし、その流れに逆行するようにして病院における薬剤師の員数は、1998年には病院経営の合理化、そのための薬剤師数の削減を求める医療関係団体の圧力、その問題の重大さを理解できなかった調剤と院内製剤業務に生きがいを感じていた旧世代の病院薬剤師団体幹部による安易な妥協の結果として、当時の厚生省は、大幅な薬剤師の員数削減を可能とする計算法を導入した。その結果は、医薬分業の進展に伴う院内調剤の大幅減少が薬剤師数の大幅削減につながり、本来、薬剤師が行うべき病棟業務などに薬剤師が対応できずに、現在のような状況を呈している。

薬剤業務の重要性は、東日本大震災においても医療関係者などから繰り返し指摘されている。病院の外来・病棟においても、調剤薬局・介護などの病院の外においても、医薬品のことは薬剤師が全責任を負い、薬物治療は医師と薬剤師の専門的連携により効率化を図るべきである。加えて、患者への医薬品にかかるリスクコミュニケーションは院内・院外を問わず薬剤師が責任を持って行う、そのような職能を持つ薬剤師をもっと活用すべきではないだろうか。それがまた、薬剤師の意識改革にもつながるに違いない。(土井 脩・医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団理事長)