

不適切な薬剤処方 の改善策とその普及

～医師と薬剤師の挑戦から学ぶ～

国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 医療福祉ジャーナリズム分野

修士課程

吉田和佳子 (20S2053)

研究指導教員

大熊由紀子教授

副研究指導教員

埴岡健一教授

研究の背景

高齢者は病気が増え薬が増える
⇒副作用、相互作用などで薬が害を及ぼす

外来を受診した75歳以上の患者 約109万名

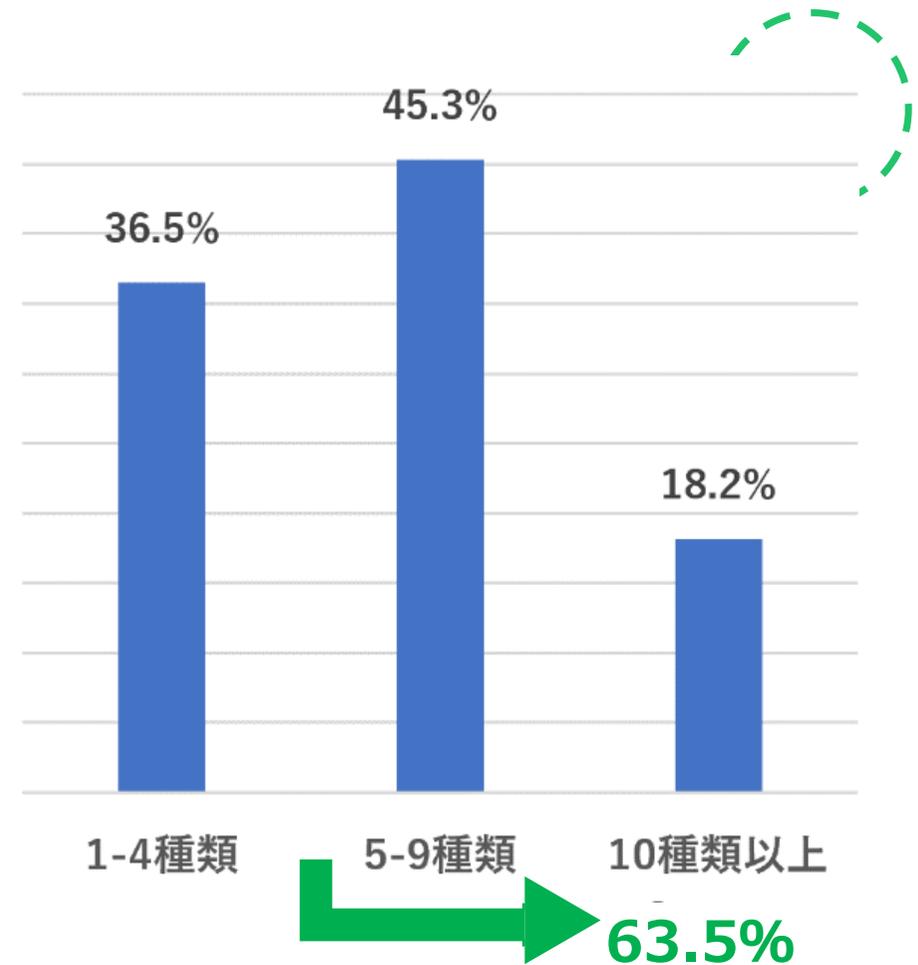
■ 5種類以上の薬剤を処方された患者

63.5%

■ 10種類以上 18.2%

■ 平均薬剤数 6.4種類

- 東京都の処方実態調査* (レセプトデータ)
2014年5~8月に外来を受診した75歳以上の患者109万4199名
(平均年齢81.8歳, 男性38.4%)



薬の種類数別の処方された患者の割合
(外来を受診した東京都75歳以上の患者109万人)

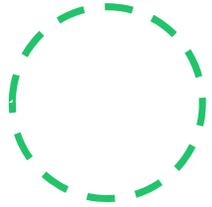
*Tatsuro Ishizaki, Seigo Mitsutake, Shota Hamada, et al, Drug prescription patterns and factors associated with polypharmacy in >1 million older adults in 2 Tokyo, *Geriatrics & Gerontology International* (2020年2月12日), <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ggi.13880>

研究の概要

研究の目的	医師と薬剤師が医療現場で経験する不適切な薬剤処方の原因やその改善策を聴取し、不適切な薬剤処方が改善し普及する方法を導き出すことである
研究協力者	不適切な処方の改善を実践している医師（在宅・外来）と薬剤師
研究の方法	半構造化インタビューで得られたテキストデータを共通する項目に分類しキーメッセージを抽出し、不適切処方の原因と改善策の検討を行った。
主要評価項目	不適切な薬剤処方を改善するための方法
副次的評価項目	処方適正化が普及しない理由

先行研究

- 医療提供側が経験する処方適正化の実践・方法についての取り組みが多数報告されている。
- 複数の医師と薬剤師の視点から得られる不適切処方の原因や、処方適正化の改善策を広範に調査分析し、処方適正化が普及する方法について総合的に検討した報告は見当たらない。



倫理的配慮

- 国際医療福祉大学研究倫理審査の承認
2021年9月 _ 21 Ig 105
- インタビュー協力者のデータ取り扱い：
プライバシーを保護し、本人が承諾しない場合には本人が特定されないようにし、本人の承諾が得られた場合は実名とした。

研究協力者：処方適正化に取り組む医師 5名

- **内田 直樹 氏**：医療法人すずらん会たろうクリニック院長（福岡県福岡市）（在宅医療）
- **高瀬 義昌 氏**：医療法人社団至高会たかせクリニック理事長（東京都大田区）（在宅医療）
- **遠矢 純一郎 氏**：桜新町アーバンクリニック院長（東京都世田谷区）（在宅・外来医療）
- **佐々木 淳 氏**：医療法人社団 悠翔会理事長（東京都港区）（在宅医療）
- **X 氏 (匿名希望)**：医師（在宅・外来医療）



研究協力者：処方適正化に取り組む薬剤師 5名

- **原 敦子 氏**：HYUGA PRIMARY CARE株式会社（きらり薬局、福岡県春日市）、広報担当、薬剤師
- **大須賀 悠子 氏**：桜新町アーバンクリニック（東京都世田谷区）在宅医療部 薬剤師
- **飯島 裕也 氏**：イイジマ薬局（長野県上田市）代表取締役社長、薬剤師
- **加藤 久幸 氏**：雙葉薬局（神奈川県大和市） 薬局長、有限会社中国伝統医学研究所
- **武政 文彦 氏**：東和薬局（岩手県花巻市）開設者、薬剤師、
独立行政法人医薬品医療機器総合機構専門委員



参考調査協力者 3名

- 宮岡 等 氏：北里大学名誉教授（前精神科主任教授）、学校法人北里研究所理事、東北医科薬科大学医学部臨床教授、医薬品医療機器総合機構（PMDA）産業医
- 長尾 和宏 氏：長尾クリニック名誉院長（兵庫県尼崎市）（在宅・外来医療）
- 重鎮薬剤師Y 氏（匿名希望）



*長尾氏はインタビューガイドに沿った正式な意見聴取が行えなかったため参考調査協力者とした



研究結果



**不適切処方
原因と改善策**



不適切処方の原因（相互に絡み合う）

関係性

意見言えない
支配

医師

- 処方決定時：処方を見直さず漫然投与
- 知識：専門疾患に偏っている⇒教育問題
- **マインド***：自分の患者として患者全体を診ていない

*マインド：個人や集団が何かをしようとする志・意識・気持ち・姿勢

関係性

医師の指示は絶対
指示に従うべき相手

薬剤師

- 対物中心：調剤マシン化
- 知識：処方適正化の知識不足⇒教育問題
- **マインド**：自分の患者として薬全てに責任をもっていない

薬をもらうだけ

正確に渡すだけ

関係性

患者

- 医療リテラシー：安易に受診し薬を求め医師に薬を出させている
- **マインド**：自身の身体を医師任せ

制度

- 制度：国民皆保険⇒医師は安易な処方、患者は安易な受診
- 専門医制の教育システム⇒疾患別の縦割り医療⇒多科受診
- かかりつけ医、かかりつけ薬剤師が機能していない

不適切な処方が増える

不適切処方改善する方法

医師・薬剤師：教育（知識）へのアプローチ

- 医学教育の見直し：疾患横断的な医療（総合診療、プライマリケア）を取り入れる
- 卒後教育のシステム：医師が学び続ける場を提供し、何等かの形で能力評価を行うこと
- 薬学教育の見直し：薬剤レビューのような処方適正化の教育の場を提供すること

医師へのアプローチ

- 本当に必要かいったん中止してみる
- 治療目的と治療の必要性を考える など

制度へのアプローチ

- 75歳以上でかかりつけ医を1人に決めるなど部分的にフリーアクセスを制限しかかりつけ医を機能させる
- 多剤併用時の処方箋料のペナルティを大きくする（例：300円から3000円に）
- 外来診療報酬を出来高払い方式から包括支払にする
- 治療、処方とそのアウトカム（治療の成果）をモニタリングする仕組みの導入
- 医薬品フォーミュラリ（国や地域の推奨薬リスト）の導入

薬剤師へのアプローチ

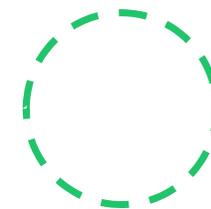
- 対物業務簡素化など調剤プロセスの見直し
- 薬剤師の定期的な疑義照会やトレーニングレポートによる介入促進
- 薬剤師に患者情報（検査データ）を共有

患者へのアプローチ

- 薬剤師や医師が患者に啓発すること
（受診の仕方、薬局の使い方（かかりつけ薬剤師をもつ）、薬で治らない疾患、医療や薬の不完全性 など）

医師・薬剤師：マインドへのアプローチ⇒次のスライド

● マインド（志・意識・気持ち・姿勢）へのアプローチ



● 処方適正化を実践する医師・薬剤師のマインド

- 「自分の患者」として患者全体に責任を持つマインド
- 薬の使われ方、医療の在り方に対する「問題意識」
- 処方適正化の上で患者の意向や生活も踏まえる「患者主体の意識」

アプローチ

● 「自分の患者」 ⇒ かかりつけの1 : 1の関係 (×患者1 : 複数医師・薬剤師)

● 「問題意識」 ⇒ 減薬の成功体験の機会を作ること

● 「患者主体の意識」 ⇒ 正しい医療だけでは処方適正化は成功しない経験
患者の意向や生活も踏まえて適正化が必要



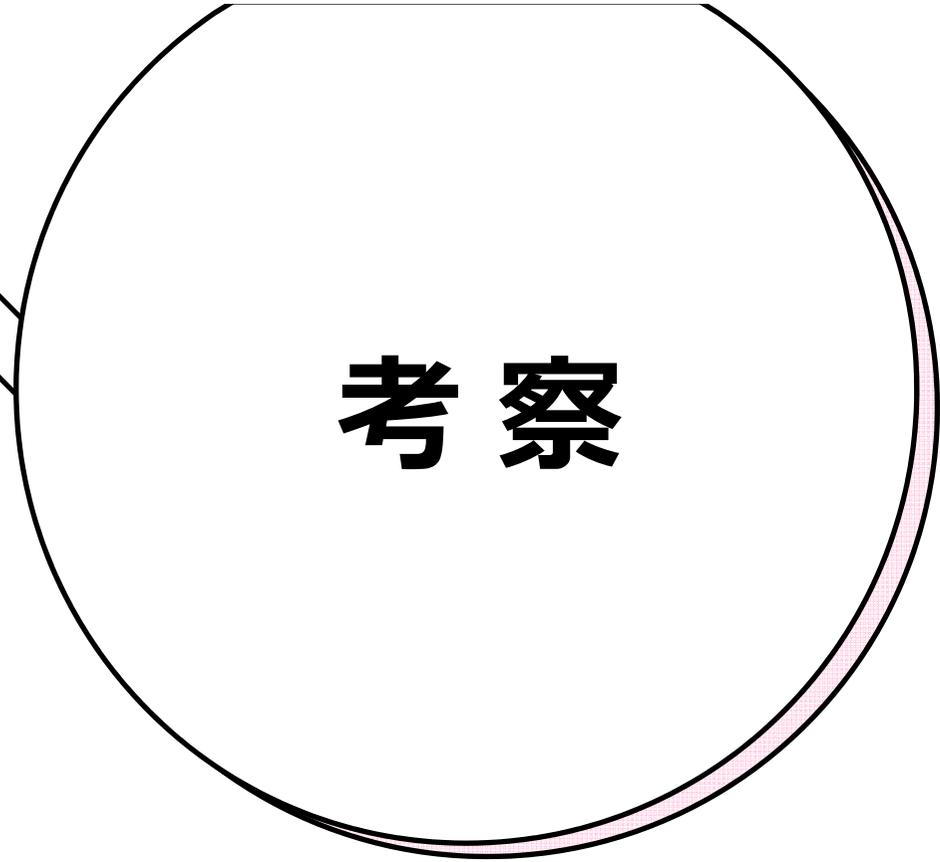
減薬の成功体験からマインドの変化を期待

医師：よだれを垂らしてぼっとしていた患者さん。

減薬によって目に光が入って、ちゃんにご飯が食べられるようになったり、会話ができるようになったり、転倒事故が減ったり、肺炎が減ったりするんです。

薬剤師：心不全があり1日3回12種類の薬を飲んでいた患者さん。

効果ない薬を担当医と相談して少しずつ減薬。昔から服用している血流を改善する薬剤を1日3回から2回に、次に1回に減薬し、最後は中止した。しびれもぶり返さずに、最後は2種類の薬を1日1回にまで減薬できた。 患者さんの表情も変わってきた。 いつもだるくて疲れていたのが、減薬により食事が増えて笑顔が増えた。 減薬が直接の理由かは不明ではあるが、よい反応がみられた。



考察



処方適正化の普及
について



処方適正化が普及してこなかった理由

- 不適切処方の発生は複数の原因がからみあっている
- 処方適正化は、判断が難しく時間を要する
- 処方適正化は手間が増えるが経営の観点でメリットがない
- 変化を進める上で職能団体が合意形成を妨げる壁

普及のうねりを起こす起点

- 処方決定権は医師。医師の数だけ処方が増え不適切処方が増える。
- 起点は外来医療の入り口にあり、かかりつけ医の機能にある

<課題> 「かかりつけ医は一人に決める必要はない」：日本医師会提示
「かかりつけ医も専門医」で1人で疾患横断的治療はすぐに担えない

～本研究で得られた知見より～

処方適正化が普及する起点となりうるかかりつけ医機能を提言

- かかりつけ医をもつ必要性の高い患者層を特定する
- かかりつけ医は原則1人とすることを制度化
- スキルをもつかかりつけ医が養成・認定されるまでの間は、複数の専門医で連携し、かかりつけ医を中心に専門医チームで対応する体制を整備
- 総合診療が担えるかかりつけ医の教育システムと認定基準を定める
 - 専門医が集まっても充足しない総合診療の専門性がある
- かかりつけ医機能が普及するための診療報酬改定を同時に行う
- 患者がどのかかりつけ医を選ぶか選択する自由を確保

処方適正化の普及のもう一つの起点—かかりつけ薬剤師

- 医師と違う視点で処方適正化を行う役割
- 薬剤師は一般用医薬品（OTC）の販売を通して、患者の受診の前の段階からかかわることができる

「薬剤師として、病院に行くべきなのか、それとも自然に治るものなのか、患者さんと一緒に考えて患者さんに説明をします」

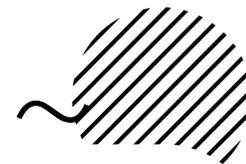
⇒ 処方適正化普及の起点にもなりうる

<かかりつけ薬剤師の課題>

- 調剤薬局とOTC販売は現在、分断されている⇒一体化し、薬のトータルサポートをする場になる（長野上田市がモデル）
- 処方適正化や臨床薬学の知識の向上
- 患者とのコミュニケーション能力の向上

課題を超え処方適正化普及の原動力

～マインド（志・意識・気持ち・姿勢）～



医師・薬剤師が

その治療、その処方箋だけではなく

「自分の患者」として

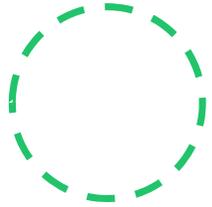
患者全体に責任を持つ

患者中心に処方
適正化を実践

⇒ 痛みを伴う課題を
乗り越え改革推進に
つながる

**患者が自身の身体を
医師任せにしない**

医療リテラシー向上
処方決定に参画
(患者協働)

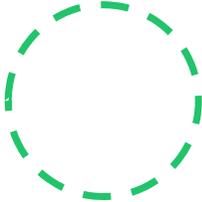


まとめ

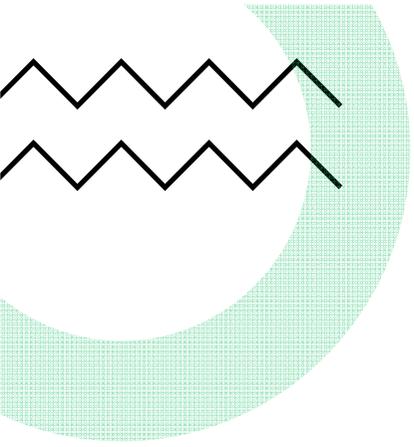
- 医療現場で処方適正化に日々取り組む医師と薬剤師の視点から、**不適切処方**の発生には、**医師、薬剤師、患者、制度、マインド（意識・気持ち・姿勢）、関係性**という**6つの領域**が関係し、複雑に絡み合っていることを見出した。
- 処方適正化には**6つの領域へのアプローチ**が必要である。
- **6つの領域を総合的に分析し、処方適正化が普及する方法を提案した。**
- **医師、薬剤師、患者のマインド（志・意識・気持ち・姿勢）が処方適正化の普及の原動力となることを見出した。**



参考文献



1. 後藤浩志, 武藤正樹, 池田俊也ら, 保険薬局調剤データベースを用いた多剤服用の実態調査
 2. ー全年齢を対象とした薬剤数, 薬効分類別薬剤数の検討ー, 日本老年薬学会雑誌 Vol.3 No.3 2020 pp.56-64、厚生労働省. 平成30年. 社会医療診療行為別統計の概況. 薬剤の使用状況.
 3. Tatsuro Ishizaki, Seigo Mitsutake, Shota Hamada, et al, Drug prescription patterns and factors associated with polypharmacy in >1 million older adults in Tokyo, Geriatrics & Gerontology International (2020年2月12日)
- 



～ おわり ～

ご清聴ありがとうございました



不適切処方に関する6つの領域と負の結果

