はじめに

質の高い患者ケアを支える処方マネジメントのエッセンス

質向上とそのための協働，さらに先にあるもの

榎本 貴一*ENOMOTO, Kiichi

なぜ薬物治療の「質」なのか

「同じ疾患の患者でも，担当医によって患者ケアのプラクティスが異なることに違和感がある」。当時同じ病院に勤務しており，本特集でも第1章の執筆をお願いした小坂 鎮太郎先生からのその言葉に，はっとさせられるとともに強く共感したことを今でも覚えています。

例えば，脳梗塞の二次予防のための抗血小板薬やスタチンに関して，どの薬剤をどの程度の用量で使用するかは，担当医の裁量に任せられています。確かに，同じ病名でも患者ごとにその病態や背景，周辺を取り巻く環境，価値観が異なるため，医療は個別化が必須であり，担当医の裁量で標準治療をアレンジすることが求められます。しかしながら，開始された処方がその後も見直されず漫然と継続されていたり，日本での（もしくは施設，個人での）慣習を理由に標準治療と異なるものが患者に提供されていたり，処方内容に合理的といえる根拠がなかったりする例も，筆者はしばしば経験していました。それまで筆者は，担当医のポリシーや経験，裁量などに忖度をしながら薬剤師としての臨床業務を行うことにほとんど疑問を抱いてきませんでしたが，冒頭の小坂先生の言葉から気づきを得てからは，目の前の薬物治療の「質」に着目するようになりました。そしてさらなる理解のため，「医療の質・患者安全」という領域を自発的に学ぶようになったのです。

医療のこれからを考えるうえで必須の視点

Society of Hospital Medicine は，Hospital medicine のコア・コンピテンシーとして，「質改善」を挙げています[1]。また，American College of Clinical Pharmacy が提示している臨床薬剤師のコンピテンシーのなかでも，「薬物治療の質改善のためのプロセスをデザインすること」が挙げられており[2]，本特集で着目した「薬物治療の質」というテーマは，Hospitalist 誌の主な読者である病棟診療医（ホスピタリスト）はもちろん，薬剤師にとっても重要なテーマであることは間違いありません。

「医学医療が急速に発展し，『現在の医学水準で十分に提供できるはずの医療』と『現実に患者が受けている医療』との較差が広がるなかで，この較差の要因を分析し，対策を講じる実践，研究領域が医療の質・患者安全学の対象である」と，その専門家である小松 康宏先生にご教示いただいたことは非常に強い印象として残っています。高齢化と医療の高度化で医療費の高騰が問題となっている日本ですが，人的なものを含めた医療リソースが限られるなか，複雑化する医療に対して質を下げずに対応することが求められており，小松

*練馬光が丘病院 薬剤室

2188-0409/24/
¥250/電子：¥500/論文/JCOPY
Hospitalist VOL.12 NO.2 2024

先生からご教示いただいた視点は，まさに国内の医療のこれからを考えるうえで必須であると筆者は考えています。

病棟診療医の質向上への貢献とそのための協働

筆者の施設の質改善の事例として，せん妄対策プログラムを紹介します。開胸術後の患者に対して多職種で**表1**のような多角的な介入を行うことで，術後のせん妄発症率，術後在院日数，コスト，デバイスの自己抜去が有意差をもって減少する結果となりました[3]。このプログラム実装の提案，主科や他職種との調整，相談役を担っていたのが，ほかでもない病棟診療医であり，このとき主科である心臓血管外科をはじめ，看護師，セラピスト，薬剤師らすべての職種が病棟診療医の存在を心強く感じていました。まさに多職種を巻き込んで協働をしていた事例ともいえるかもしれません。

このように，病棟診療医が院内の質改善においてリーダーシップを発揮している場面を筆者は多く見てきており，国内の医療の質を考えるうえでも中核を担う存在であると確信しています。だからこそ，本誌でこのトピックを取り上げる意義は大きいと考え，今回の企画に取り組みました。

また，なぜ当院の病棟診療医が前述のような質改善を実現できたのか考えたときに，患者ケアにおいて，他職種が担うことができる役割を真に理解していたことは大きかったと認識しています。本特集では薬に関する知識が身に付くだけでなく，薬剤師が患者ケアにおいて担える役割についても高い解像度で知ることができます。医師はその職務上，薬剤のみに時間を割くことは難しく，患者中心かつ質の高い薬物治療を実現するには，薬剤にフォーカスして質向上のための実践ができる薬剤師との協働が欠かせません。そのため，国内において医師と薬剤師の協働を促進し，そのアウトカムを国内の医療にとってさらに意義あるものにしていきたい，そんな願いも本特集には込められています。

表1　せん妄対策における各職種のアクション

職種	アクション
看護師	• せん妄リスクと症状のスクリーニング • 発熱，疼痛，便秘などへの薬剤の投与 • 環境変化への戸惑いに対するオリエンテーション，環境整備 • 視覚障害や難聴に対する眼鏡，補聴器の使用 • 昼夜逆転対策 • 身体抑制の必要性の検討 • 低酸素に対する酸素投与 • 患者・家族へのせん妄に関する説明
リハビリスタッフ	• 離床の促し，昼夜逆転対策 • 離床の障壁となる症状（疼痛など）やデバイス類に関して他職種と相談 • 環境変化への戸惑いに対するオリエンテーション，環境整備 • 視覚障害や難聴に対する眼鏡，補聴器の使用
薬剤師	• 薬剤の見直しによるせん妄リスク薬の減薬 • 不眠・不穏に対する薬剤の提案，事前指示で使用される薬剤の改訂 • 薬剤の内服移行と点滴抜去の提案 • 他職種からの薬剤に関する相談の応需
医師	上記に関する他職種からの相談応需，意思決定

本特集の目的と構成

薬物治療は内科診療を支える柱の1つといえます。その質向上というテーマはそこにかかわる医師/薬剤師が共有すべき課題ですが，そのような知識をまとめた教材はなかなか見当たりません。

そこで本特集では，医療の質の話題にふれつつ，薬物治療の質向上や適切な個別化を目指すために必要となる知識・スキルをトピックとして挙げています。多職種連携のコンピテンシーにも，職種間コミュニケーションや他職種を理解すること，関係性に働きかけることなどが挙げられていますが[4]，本特集の内容はまさに医師/薬剤師のコミュニケーションやお互いの役割への理解を深め，協働を進めるための共通言語になると考えています。

本特集は，Part 1～3の3部で構成されています。

Part 1「薬物治療の質を語るうえで知っておきたい知識と実践例」

ここでは，そもそもの医療の目的や質指標など，医療の質に関する概要とそこに薬剤がどのようにかかわっているかを解説いただき**（第1章）**，実際に医師/薬剤師が医療の質向上のために協働している国内の例**（第2章）**や，海外での臨床薬剤師の活躍**（第3章）**などのご紹介をお願いしました。まず具体例を知ることで，目的を同じくした医師と薬剤師が共通言語をもって協働するとどのような化学反応が生まれるのか，読者の皆さまにも実感いただけるものと思います。

また，薬剤師が医療の質・患者安全にどのようにかかわれるのか，薬剤部門の管理職および医薬品安全管理者の視点からご執筆くださっています

（コラム 1）。医療の質・患者安全の第三者評価である Joint Commission International（JCI）の認証などについてもふれられ，医療の質向上を目指す病棟診療医の皆さまが院内の薬剤部門とどのように協働できるのか，より鮮明なイメージが浮かぶような内容となっています。

Part 2「薬物治療を適切に個別化するための基本知識」

Part 2 と Part 3 では，その協働のための共通言語となるものを取り上げました。

薬物の人体への影響や体内動態は，当然ながら患者背景などによって異なり，適切な個別化のためには，薬物の作用・動態への影響因子やその対応方法について知っておく必要があります。そこで Part 2 では，薬物動態の原則，薬物相互作用への対応，アレルギー，薬物血中濃度モニタリング，臓器障害のある患者や妊娠・授乳中の患者に対する処方の考え方などにおいて基本となることをトピックとし**（第 4〜9 章，コラム 2）**，それらの知識が臨床でどのように活かされるのか，読者の皆さまがイメージしやすいようご執筆いただきました。

さらに，実際に処方をオーダーする際の決まりごとや慣習について，医師が日々感じる問題点や疑問を本誌編集委員会からも募り，それに対する回答を Q & A の形にしてまとめていただいています**（コラム 3）**。経管投与の際の薬の粉砕の可否や注射剤の配合変化によるルートトラブルなど，医師にとっては日常で問題になることばかりですが，なかなか学ぶ機会の少ないテーマであり，処方時のエラーを防ぐためにも重要なトピックです。

また，嚥下障害の患者に対する内服可否の評価や対応についてもまとめていただいています**（コラム 4）**。高齢者医療にかかわる医療者にとって避けることのできない問題ですが，体系的に学ぶ機会は少ない話題であり，高齢者ケアの参考になる内容となっています。

Part 3「薬物治療の質向上のために必要なスキルおよび考え方」

ここでは，EBM や臨床推論の重要性とそのトレーニングや教育の方法**（第 10，11 章）**や，多疾患併存患者に対するいわゆるガイドラインどおりの診療で問題となるポリファーマシーへの対応方法**（第 12 章）**，ケア移行**（第 13 章）**などをトピックとしました。さらに，それらのスキルを活かして薬物治療の最適化を考える際に重要となる処方のアウトカムをどのように設定すべきか，tips も含めてまとめていただいており，質向上を目指す実践のために大いに参考になるトピックになっています**（コラム 5）**。またポリファーマシーのトピックとも関連しますが，漫然とした処方として問題になることも多い漢方薬に関して，その使いどころと注意点について解説いただきました**（コラム 6）**。非専門家が漢方薬を使用する際の質担保のために最低限知っておきたい内容について，すぐ理解できる内容となっています。

そして，本特集の最後のトピックとして，患者中心性の指標である患者経験価値（Patient Experience：PX）とも関連するといわれる[5]患者エンゲージメントを挙げています**（第 14 章）**。患者安全を考えるうえでも注目を浴びる患者エンゲージメントですが，それが得られないことで薬物治療にどのような問題が生じるか，エンゲージメントを具体的にどのように促進させていけばよいかをご紹介いただいています。この章は，医師と薬剤師の協働における今後の展望を議論するための手掛かりにもなるトピックに仕上がっています。

協働を進めるために，協働を進めたその先に

本特集の Part 1 で示した薬物治療の質向上と協働の実例は，Part 2 や Part 3 で挙げた知識やスキル，考え方を共通言語としているからこそ実現できているものと筆者は考えています。また，昨今では「タスクシェア/シフト」というテーマが着目されており，厚生労働省は医師から薬剤師に移管可能な業務として，処方入力の支援や簡素化，薬物治療のモニタリングやそれに伴う処方内容の見直し，処方に関する患者教育や情報提供などのサポートを挙げています。

確かに，これまで医師だけで行っていたこれらの業務を他職種に任せることができれば，医師の業務負担は減り，手術やカテーテルなどの医師でなければできない業務により専念することも可能となります。手術終了後に行っていた病棟への指示や処方入力に追われる時間も少なくなり，病棟看護師がそれらを待つ時間も減らすことができるかもしれません。しかしながら，タスクシェア/シフトはタスクを譲渡する側と受ける側の双方が前向きでないとうまくは進みません。つまり，タ

スクを譲渡する側の医師と引き受ける側の薬剤師が，Part 1のような協働をしたいと思っているかも重要です。

第1章でも述べられているとおり，病院薬剤師を対象に，入職から退職までの医療従事者の経験（Employee Experience：EX）を可視化する手法であるEmployee Journey Mappingを実施したところ，「臨床での意思決定にかかわれること」が薬剤師としての経験価値（EX）を向上させることが明らかとなりました*1。一方で，それを実現させるための課題の1つとして他職種との間の心理的安全性の問題がありました。あくまで対象が限定された調査になりますので，この結果をもって一般化することはできませんが，おそらく国内の多くの病院薬剤師がこの結果に共感を示すものと考えています。また，医師が安心してタスクをシフトできるよう薬剤師側がそのための研鑽をしていくことも必須となりますが，本特集のトピックとして挙げているEBMスキルに関していえば，多くの病院薬剤師が自身のスキルに十分な自信をもてていないことがわかっています[6]。

このように，課題は多岐にわたるものの，それらをクリアしながら**患者ケアにおけるお互いの得意分野や役割分担を議論してタスクシェア/シフトを進めていくことで，患者ケアの質向上だけでなく医療者側のEX向上につながる可能性がある**と筆者は考えています。医師は他職種，他業種と比較して労働時間も長く，働き方の問題が話題となることが多いため，その解決策の1つとなるタスクシェア/シフトを考えていくことは日本の医療において優先されるべき課題です。そのような国内の医療における課題解決のために，医師と薬剤師の協働にもフォーカスした本特集が少しでもお役に立てば，編者としてこれ以上うれしいことはありません。

*1 「薬剤師とホスピタリストが導く，持続可能な医療の質の改善」の**図2**（213ページ）を参照。

◉文献

1. The core competencies in hospital medicine：a framework for curriculum development by the society of hospital medicine. J Hosp Med 2006；1 Suppl 1：2-95. PMID：17219542
2. Saseen JJ, et al. ACCP Clinical Pharmacist Competencies. Pharmacotherapy 2017；37：630-6. PMID：28464300
3. Enomoto K, et al. Prevention of postoperative delirium after cardiovascular surgery：A team-based approach. J Thorac Cardiovasc Surg 2023；165：1873-81.e2. PMID：34417049
4. Haruta J, et al. Validity Evidence for Interprofessional Performance Scale in Conference（IPSC）in Japan. MedEdPublish（2016）2019：8：54. PMID：38089378
5. Jha D, et al. Evaluating variables of patient experience and the correlation with design. Patient Exp J 2017；4：33-45.
6. Enomoto K, et al. Perceptions, knowledge, and perceived barriers to practicing evidence-based medicine among pharmacists in Japanese community hospitals：A cross sectional multicenter survey. J Am Coll Clin Pharm 2024；7：471-8.