

医薬連携における薬剤師外来: 吸入指導

名城大学薬学部病態解析学 I

教授 野田 幸裕

● 薬剤師外来開設と薬学生の臨床研修 ●

医薬連携における薬剤師外来での吸入指導について概説します。

最初に医薬連携における薬剤師外来の開設経緯について説明します。

薬剤師業務の先進国である米国では、1960～70年代に医療過疎と低所得者への対策として、薬剤師に治療を行う権限を与えたことから薬剤師外来が始まりました。医師よりも経済的に安価な医療資源として、薬剤師の有用性を認めた結果であります。薬剤師外来の多くは、慢性疾患、たとえば気管支喘息や慢性閉塞性肺疾患COPDの吸入療法、抗凝固療法、高血圧治療、脂質代謝異常や糖尿病治療などを対象としております。

こうした背景のもと、名古屋大学医学部附属病院、「名大病院」では、米国の臨床現場から薬剤師外来のシステムを学び、日本の医療事情に合った薬剤師による専門外来を構築しました。すなわち、喘息死やCOPDで日常生活を制限されている患者を少しでも減らすこと、薬剤師が吸入薬の適正使用にかかわることを目的とし、呼吸器内科の医師の指導のもとに、2001年、薬剤師外来: 吸入指導を開設しました。同時期には、調剤薬局、病院薬剤部、薬学部から成る「つるまい薬薬連携協議会」を発足し、どの調剤薬局でも吸入指導を行えるように「吸入治療連絡せん」を作成するとともに、情報を共有できるように定期的に勉強会などを開催しました。

一方、名城大学は医療施設を有していませんが、薬学生の教育・研究/臨床研修の場とするため、愛知県内の主要医療機関を有する名古屋大学をはじめとする大学病院や、地域中核病院と医薬連携協定を締結しました。米国では、臨床薬剤師として臨床現場に常駐して、自ら学生の手本となり、臨床現場での学生の研修意欲を高めていました。名城大学もこの協定に基づき、各病院内に臨床薬学教育の拠点として、「名城大学サテライトセミナー室」を設置し、本学部の専任あるいは「みなし専任教員」を常駐配置しています。私は2006年に、名大病院薬剤部から名城大学薬学部へ赴任し、常駐教員として病院内に「名城大学薬学部 病態解析学 I」を開設しました。

医療機関に大学教員が常駐する体制は米国では一般的であります。赴任した当初は日

本では例がほとんどありませんでした。米国では薬学部の臨床教員が実際に病院やクリニックで入院や外来の患者を受け持ち、指導薬剤師として学生指導を行っています。私も、赴任した2006年からは、名大病院の「客員教授、診療補助従事者」として、薬剤師外来の吸入指導を、当室が中心となって学部学生や修士、大学院生と共に運用することとなりました。

●「吸入治療連絡せん」を用いた薬剤師外来での治療●

次に、薬剤師外来の運用について概説します。

対象は、呼吸器内科の外来診察において、

- ① 吸入薬を初めて処方される患者
- ② 吸入薬の効果が不十分と思われる患者
- ③ 吸入薬を変更する患者
- ④ 初めてピークフローメーターや喘息日記を導入される患者

などです。

患者指導の依頼には、「つるまい薬薬薬連携協議会」で作成した「吸入治療連絡せん」を使用します。

医師は、この「連絡せん」に依頼内容等を記入して患者に渡し、薬剤部の調剤室あるいは当室に連絡します。

患者は、「連絡せん」を持って外来「お薬渡し口」を訪れ、窓口の薬剤師に渡します。

受け取った薬剤師は、当室に連絡します。

窓口から連絡があるまでは、電子カルテにて「既往歴や喫煙歴、併用薬も含めた禁忌・慎重投与の有無」を確認します。病気のリスク因子・使用薬剤の特徴を理解したうえで、より適切な吸入薬の使用を支援します。電子カルテでは把握できない項目などは、面談・指導時に確認・再確認します。

こうした、指導・面談前や面談時のチェックすべき項目、禁忌・慎重投与薬の確認などは、当室で作成した一覧表を用いて行っています。

薬剤師外来では、「個室」にて吸入薬の吸入方法、用法・用量、病態説明や吸入薬の必要性および特徴、喘息の発作予防のための生活環境の改善などについて、高齢者の患者さんが多いことから、患者個々の理解度に合わせた指導を実施しています。

依頼のあった患者の7割以上は、「喘息やCOPDとは何か?」「何のために吸入薬で治療しているのか?」を全く理解せず吸入しています。

さらに、ほとんど全ての喘息患者が、吸入β2受容体刺激薬は「治療薬として重要である」、吸入ステロイド薬は「効かない薬、重要でない、副作用の怖い薬」と思い込んでいます。吸入ステロイド薬のアドヒアランス不良が目立ち、発作の時だけ吸入β2受容体刺激薬を使えば良いといった、誤った治療法になっています。

喘息やCOPDの治療の目標は、患者が喘息発作や呼吸困難など病態の悪化を起こさず、健常者と変わらない生活を送れるように、適切な治療を実践できるようにすることです。そのためには、疾患の病態の特性を考慮したうえで、患者が継続治療の認識を高め、患者自身が

喘息の発作予防を含む長期的な自己管理できるようにすることが重要です。

我々は、喘息患者を対象にアドヒアランスに影響を与える因子について解析したところ、アドヒアランスと吸入操作の改善、薬識は正の相関を示すものの、アドヒアランスと喘息症状の改善度には相関はなく、喘息症状が良好な患者でもアドヒアランスが不良であることが明らかになりました。したがって、自己判断による吸入回数の減少や吸入の中断には十分注意すべきであると思います。

こうした問診や指導方法については「吸入指導マニュアル」にまとめ、指導にかかわる薬学生や教員が同様の指導を行えるようにしています。

●チーム医療により適切な吸入療法を行う●

吸入療法においては、症状の有無や程度にかかわらず、定期的に指導を行い、吸入操作や薬識・病識の継続・向上に努めることが必要であります。喘息やCOPDの治療薬には、吸入薬が繁多されていますが、吸入操作を適切に行わないと、吸入薬による効果が十分に期待できていないという問題点があります。したがって、指導時は吸入練習器具を用いて吸入操作を指導します。手本はできるだけ大げさに、患者への評価はやや厳しめに行います。

吸入操作については、なかなか患者が実行できない、吸い込む前に息を十分に吐き出す、胸いっぱい吸入する、息止めをする、の3点を中心に吸入指導を実施し、吸入薬の使用の適正化を行っています。

最近では多くの吸入薬が開発・発売されています。吸入薬やデバイスの特性・特徴を一覧表にまとめ、各吸入薬の特徴を把握して、患者に合った吸入薬・デバイスを医師へ提案したり、疑義照会なども、指導中に行っています。指導内容等は「連絡せん」に記入して、次回診察時に患者から医師に渡してもらいます。同時に電子カルテにも指導内容や再指導依頼を記載します。

このように、「連絡せん」や「電子カルテ」を介して、患者情報を医師と共有しています。医師の外来診察において医師1人で患者に必要な吸入指導を担うのは極めて困難であります。こうした状況下において、チーム医療は重要です。チーム医療は、チームワーク、チームプレーです。薬剤師の専門性を発揮できるプレーが必要です。薬剤師は、吸入薬についてしっかり説明することで、薬に対する不安や認識不足を解消し、吸入療法を十分に理解してもらい、患者のアドヒアランスの向上につながるようにサポートすることが重要であります。現在では、多くの病院薬剤師が、外来診察室で医師と同席したり、「薬剤師外来」を設けたりし、外来医療に関与するようになっていきます。

入院中心の医療から、外来や地域を主体とした医療への変化が背景にあります。外来医療の質を高めることも大きな目的になっています。

こうした取り組みを拡充していくには、薬局薬剤師の業務向上や薬薬連携の充実も同時並行で進めていく必要があると思います。現在、我々も地域の薬局薬剤師へ吸入指導講習会などを開催し、活動を拡大していければと思っております。