

施設ぐらいいですね。私立病院は、資金がなくて小児医療をやっていけないんですよ。新生児を助けるためには、大人の錠剤を10分の1にして、それを10日分飲ませます。そうすると、10日分の医療費が大人の1日分の医療費にしかならないわけです。しかも、子どもに行った医療は処方箋に書いていないので、適応外使用となり、診療報酬がもらえないんですね。成育医療研究センター病院も全て適応外使用で、診療報酬をもらっていないんですよ。

こうした日本の状況に対し、海外では実際に臨床試験を行い、小児の薬用量を作っているという部分が大きな違いになってきます。海外では、当たり前のように小児の薬用量が分かれます。先ほども言った通り、新生児から高齢者まで全てを習った薬剤師がジェネラルな薬剤師なんです。日本の薬剤師とは少し違います。

われわれは海外のデータを参照して、初動の数値を決めるんです。そこから治療の状況を見つつ、使用量を変えていくんですね。最終的にそのデータを集めて、小児の適応を取ろうとしています。ブリッジをかけるという方法なのですが、海外データも使いながら、日本の状況と見比べつつ適応を取るわけです。既に薬剤師が集めたデータで、適応が取れている薬もあります。抗凝固薬のワーファリンは、10年ほど前まで小児の適応がなかったのですが、いくらでも臨床現場で使われていました。

そこで、薬剤師が全国からデータを集めて、小児の適応を取ったんです。高齢化が進む日本の中で、人口の9割が成人ですから、成人や高齢者の医療に力を入れることは大切なことで、絶対に必要なことです。だからといって、小児の医療をやめませんかという違いがあります。小児の医療を進めないことには、日本という国が滅亡しますから、小児の医療を変えなければならぬ。これも絶対です。小児の医療の将来性はここにあります。

——いま現状で、小児薬物療法認定薬剤師はどれくらいいらっしゃるのですか？

石川 700人程度です。1年で研修に入ることができるのが250人くらいなので、4年やってやっと1000人というところですね。

——5年前と比べると、だいぶ人数が増えて変わったなという実感はありますか？

石川 ネットワークを組んで、小児で分からないことを共有する小児の薬物療法研究会を始めました。分からないことがあったら教えますよというものです。このネットワークは当初、口コミだけで広めたんですが、2~3年で500人も参加があったんですね。そのくらい、小児医療は皆さんの関心がある領域なんだと思います。

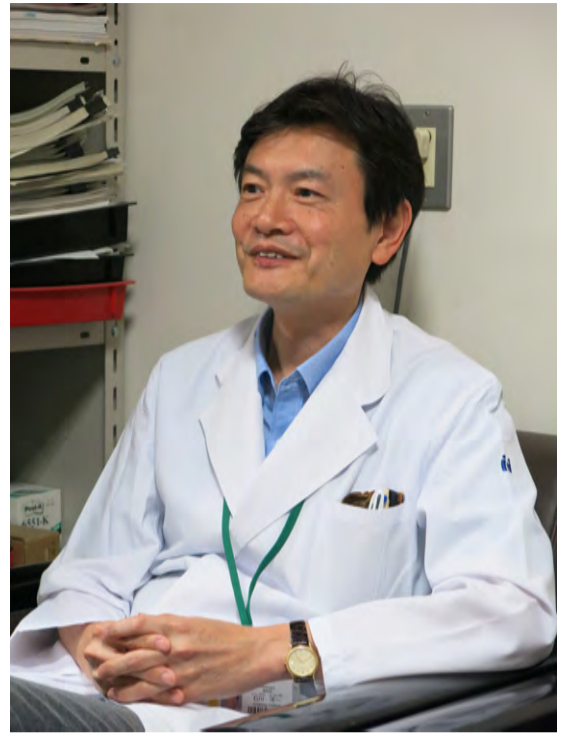
ここでポイントになるのが、これまでに輩出されてきた認定薬剤師です。小児に詳しい認定薬剤師として勉強し、3年も経てば、すごい豊富な知識が身につくわけですから、そうした認定薬剤師が各地でいろんな薬剤師に教えていけば、さらにそこからネットワークが広がります。これはとても大事なことです。仲間が増えれば、各地でネットワークが増えていきます。エビデンスを取るという点でも、小児医療のネットワークは貴重です。先ほどのワーファリンの適応を取得した事例でも、ネットワークを使ってデータを集め、治験を行いました。こういう意味でも、小児医療では仲間集めがとにか

く重要なんですね。

子どもは、1人ひとりオーダーメイドの医療を行っています。それぞれの子どもの薬用量を測定し、提供する必要があると、錠剤を1錠飲めばいいという医療は存在しません。子どもがどの薬をどれだけ飲めるかを知っている薬剤師がいないと、小児の医療はできないのです。それに薬剤師が気づいて、小児のことに詳しい薬剤師を育てなければなりません。

私が成育医療研究センターで勤務し、衝撃的だったのは、医師から「薬のこと詳しいんだね」と言われたことです。薬剤師は、薬に詳しくないと思われているんですね。だから、医師に「薬の使い方、間違っていますよ」と言うと、すごい勢いで反応が返ってきて、「こうだから違います」と説明してあげると、次からは質問攻めになります。「薬のこと教えてくれ」と。

チーム医療とは、そこで初めて分かります。なぜなら、知らないことを補い合うからチーム医療なんですね。このところを勘違いしている薬剤師が多い気がします。医師や看護師と一緒に病棟に行って、手伝わたらチーム医療だと思いませんか？看護師が今



まで混ぜていた薬を自分が混ぜる、血圧を一緒に測る…それは違います。

チームが求めているものは、薬学の知識です。「この薬と一緒に混ぜたら、必ず副作用が出る」「逆にこちらの薬の方が効果がある」と言ってくれるチームの仲間が必要とされているのに、大学6年間で薬理学を学んでこなかったら、他に何をしてきたんだって話です。患者に説明することがうまくいきました、という話の前に、薬理学、薬物療法を学んで社会に出てきてほしいですね。

の考える薬剤師は、まさにクリニカルファーマシストです。日本の薬剤師はテクニシャンが多いのですが、そんな薬剤師は必要ないと思います。薬物療法の根幹を勉強していない薬剤師は、チーム医療において何の意味も成しませんから。

ただ、ホームドクターがいるように、ホームファーマシストがいます。薬のことだけでなく、いろいろなことを全て知っていて、町の薬局にいて、何でも相談され、必要に応じてOTCを販売したり、ここからは医師の診断を受けなさいとトリアージできる薬剤師もたくさん必要です。だから、大学で学んで

(4ページへ続く)

クリニカルファーマシストたれ 薬学の専門家がチームに必要

——先生のおっしゃるように、「薬剤師の本質は、薬理学、剤形の知識にある」という考えのもとで学習する薬学生は、周囲にだんだん増えているように感じます。その上で、どのように他職種と関わっていけばよいのか、他職種に対してまだ薬剤師は意見を言にくいのではないかと不安を抱いている学生も少なくないと思います。

石川 職種で仕事の取り扱いという話を聞くことがありますが、お互いに知らないことを知っている専門

家が集まっているので、職種の取り合いをしているのは薬学の専門家ではないですね。海外ではそれが普通で、「クリニカルファーマシスト」と医師は全く違います。医師は診断しかせず、薬物療法のオーダーを決め、処方箋を書くのはクリニカルファーマシストです。医師はそれにサインをして責任を持つだけです。

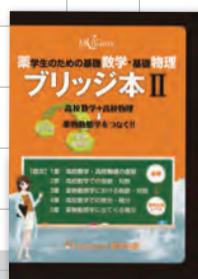
医師が薬を決めて、薬剤師が監査するのではないのです。薬剤師が処方して、それを医師が監査するのです。私

薬学生のための基礎生物

「ブリッジ本Ⅲ 生物」発売!!

物理 化学 生物

勢ぞろい!!



新刊!!



薬剤師国家試験対策予備校

Medisere SCHOOL

大阪校・神戸校・名古屋校・東京校・東京ベイ浦安校・仙台校

http://www.medisere.co.jp http://twitter.com/Medisere http://www.facebook.com/medisere

大阪校本部 〒530-0014 大阪府大阪市北区鶴野町1-9 梅田ゲートタワー12F,13F TEL:06-6371-7711