

# 令和5年度新採用薬剤師ステップアップ研修会 開催報告

令和5年7月8(土)、標記研修会を鳥取県中部の倉吉市にある倉吉体育文化会館において、9施設12名の新採用薬剤師の参加のもと開催いたしました。

## 1. 目的

本研修会は、鳥取県内の病院・診療所に新採用になった薬剤師が採用後約3ヶ月経過したところで、これまでの業務あるいは各施設内の研修で学んだことを振り返り、次のステップに進むための夢や方向性について考えていただくために、病院薬剤師を取り巻く環境や業務の変遷、業務に関するトピックスや実施例を当県でご活躍中の先輩方から御紹介いただくもので、毎年、この時期に開催しています。

また、新人の皆様にとっては、東・中・西部と横に100km以上もある県内の他支部の新人と初顔合わせをし、日頃の疑問や問題点について情報交換し、横のつながりを構築できるまたとないチャンスになっています。

なお、本年度は、「医療リスク・マネジメント」および「臨床研究」をテーマに行いました。

## 2. プログラム

当日は、13時より受付を開始し、以下のプログラムに沿って行いました。

- 13:30～14:15 基調講演「薬剤師の責務と職能の展開」  
独立行政法人 労働者健康安全機構 山陰労災病院  
薬剤部長 富岡 謙二 先生
- 14:15～15:15 教育講演Ⅰ「薬剤師業務における医療安全対策」  
鳥取大学医学部附属病院 副薬剤部長・薬剤師 GRM 秦 英司 先生
- 15:15～15:20 休憩
- 15:20～16:05 教育講演Ⅱ「臨床研究の進め方」  
日野病院 薬剤管理室 森田 俊博
- 16:05～17:05 小グループ討論(SGD)：受講者を2グループに分け、下記テーマで  
「医薬品関連の医療事故をなくすための方策」
- 17:05 総括・閉会

## 3. 概略

**基調講演：**富岡 謙二先生より「薬剤師の責務と職能の展開」と題して、○病院薬剤師業務の変遷、○医療安全、○薬-薬連携、○専門・認定薬剤師、○医療情報システム、○救急医療、○研究業務、を中心にお話いただきました。

「病院薬剤師業務の変遷」では、全国には約56,000名の病院薬剤師がいるが、鳥取県には265名しかおらず、マンパワーが不足している。一方で、コンパクトなために様々なことに協働して取り組みやすいというメリットもある。今日の講演を通じて病院薬剤師業務のやり甲斐を知ってもらいたい。「セントラル業務」とは調剤など薬剤部内での仕事をさし、地味に見えるが病院薬剤部の屋台骨であり、習得が必須である。特に調剤業務はIT化が進んでおり、技術を活用して医療過誤を無くすことや薬物療法の適正化が求められている。事例として、機械化を進めることで規格間違いや計数間違いなどの人為的なミスによる誤調剤が減ることや電子添付文書の更新スパンを短縮することでDI業務の正確性が向上し、併用禁忌を回避できたことなどを紹介された。「治験・臨床

試験業務」では、新薬開発へ参加することで薬物治療の可能性を広げる一助になれることや CRC 資格を取得することにより業務の幅が広がることを、「臨床研究業務」では、ジゴキシン錠粉砕による力価低下の原因が薬包紙への付着性の高さだったことを発見し、解決に導いた身近な事例を挙げて、臨床の疑問を解き明かすリサーチマインドは重要であり、研究と成果報告は最大の自己研鑽になることを説かれました。「チーム医療」では、AST、ICT、NST、DM、腎臓・肝臓チーム、ICLS など様々な専門医療チームに参画して薬剤師の薬物療法に関する知識を発揮することが求められており、後で紹介する「専門・認定薬剤師」とも併せて他職種からの期待に応えていくことの「やり甲斐」について紹介されました。「病棟薬剤業務」では、従来の薬剤管理指導業務に加えて病棟薬剤業務が拡大してきたが、医師や看護師をはじめとする多職種連携で重要なことの一つが電子カルテに正確な情報を解りやすく書くことであり、早く POS を使いこなせるよう練習して欲しい、と述べられました。

続く、「医療安全への貢献」では、「疑義照会」と「プレアボイド」は医療安全、医薬品適正仕様のために重要であること、自院においても以前は「忙しくてプレアボイド報告が出来ない」という状況だったが、薬剤部長が「通常業務」としてあと押ししたことで 1.5 件/月から 16.8 件/月に増加し、医療過誤の未然回避に大きくつながっていると紹介されました。また、インシデント・アクシデントレポートは反省文ではなく「改善の足がかり」であること、院内で広く情報共有することにより、徐々に事故件数が減少し、プラトーに維持されるようになったことを紹介されました。

次に、「薬-薬連携」の重要性について、ワルファリンとミコナゾール経口ゲルの相互作用について調剤薬局から照会があったために PT-INR の上昇による副作用を回避出来たこと、さらには論文化したことにより DSU に引用された事例を挙げて紹介された。

また、「専門・認定薬剤師制度」については、取得するために特定の領域における多くの症例に関わることや学習することが「自己研鑽」につながり、医療チームの中でも必要なメンバーとして信頼されることになると、取得の意義について説明されました。

「医療情報システムへの関わり」については、富岡先生自身が専門資格を持ち、院内のシステム改良・開発に携わってこられた経験から、最新の「医薬品情報」と「個々の患者の診療データ」が処方設計などに簡便かつ迅速に反映されるように「情報システム」の設定・構築に関与するスキルが薬剤師にも求められる時代になって来たことを紹介されました。

さらに、「救命・救急医療への関わり」については、昨今の地震や水害の発災状況から災害はいつ起こっても不思議でない状況にある。薬剤師も関連医薬品の管理に留まらず、医療チームの一員として何ができるのかを考え、現場で必要な戦力とされるスキルを身につける必要があると、自身の蘇生トレーニングコース(ICLS、BLS など)の受講経験に基づいて、述べられました。

最後に、「臨床研究への関わり」では、研究活動は敷居が高いと敬遠する方も多いが、身近な「業務改善への取り組み」や「医療チームでの貢献」などについて支部学会で発表することから始めてみるのも良い、と新採用者の皆さんにエールを贈られました。



〈富岡先生〉



〈秦先生〉

**教育講演Ⅰ**：秦 英司先生からは、「薬剤師業務における医療安全対策」と題して、

○医療安全管理、○医薬品関連の事故、○インシデント・アクシデントレポート、○医療安全のはじまり、○患者への影響度区分、○レポート提出の推進、○リスク回避手法、○医療安全とチームワーク、○安全標語、について講演いただきました。

はじめに、「医療安全管理」では、医療機関の規模によって管理組織や安全管理者の職種は異なるが、病院長などを長とする「委員会」の統括調整役としてゼネラルリスクマネージャー (GRM) などがおり、各セクションでの対策実行および情報収集役であるリスクマネージャーと連携して、事例の分析および対策を行っている。インシデント・アクシデント報告全体の約 3 割は「医薬品関連の事故」だが、そのほとんどは医薬品投与実施者である看護師によるもので、薬剤師によるものは少ない。また、薬剤師が関わっている事例ではセントラル業務関連(調剤など)が多い。「インシデント・アクシデントレポート」の的確な収集においては、医療安全に対する「組織の文化」が重要で、レポートを出しやすい「心理的安全性」の担保、すなわちインシデント・アクシデントを起こしたり関わった当事者が犯罪者のように個人攻撃されたり、責任を追及されることがないように事故処理ルールを構築しておかなければならない、と力説されました。

また、「医療安全」という言葉が広く知られるようになったきっかけとして、1999 年～2000 年にかけて手術時の臓器誤認や患者取り違えが発覚したことを紹介され、「ミスはあってはならない」が「起こりうること」という認識が医療現場にも必要であることを述べられました。

続けて、インシデント、アクシデントという分類は、患者への影響度区分に基づいていることやインシデント・アクシデント報告を収集・分析し、対策を講じて、対策の評価を継続することが医療システム改善や事故防止につながることを解説されました。

次に、事故防止のためのチェック方法として広く行われている「ダブルチェック」の落とし穴について紹介され、Aさんが「Bさん、アトロピン注1です」と声掛けして見ても、指示されたのが本当にアトロピンなのかアドレナリンなのか、1とは1Aなのか1mLなのかを確認できていない、完全に役割を交代して指示書から確認する交差チェックを行わなければ、ダブルチェックにはなっていないと事例を示して説明いただきました。さらに、ダブルチェックでも事故が起こったからトリプルチェックにしたらどうか、という話をよく耳にするが、これは多重チェックに対する妄想でしかない、チェックのやり方こそが重要だ、例えば、当直時のように一人でやるときにも、一度調剤してから一呼吸おいて、最初から処方せんを見直し、指さし・声だしをして集めた薬剤を方向を変えて見ることで「脳の覚醒と焦りの防止効果」が得られ、自分を守ることに繋がると述べられました。

最後に、チームワークで事故防止することの重要性について「遠慮したり恥ずかしがることなく何でも指摘し合える心理的安全性」が事故防止のキモであること、安全のABCとはA当たり前のことをB馬鹿にしないでCちゃんとやる、ことであるとまとめられました。

**教育講演Ⅱ**：本報告執筆者の森田からは、「臨床研究の進め方～入門編～」と題して、○臨床研究とは、○臨床研究の必要性、○研究環境の法的整備・管理、○研究の始め方、○コンセプト・シートの記載方法、○施設規模を問わない研究事例、○情報収集に便利な検索サイト、○使いやすい統計ソフト、について話しました。

はじめに、「臨床研究」とは、人を対象とする医学系研究のことで、広くは、疫学研究、病態調査(被検者のカルテ調査による検査データや血液サンプルのみ利用する観察研究を含む)やアンケート調査なども指すが、身近な事例としては、臨床試験(薬剤、治療法、診断法、予防法などの安全性と有効性を評価することを目的としたもの)や治験(新しい薬や医療機器の製造販売の承認を得るために行われるもの)が良く知られていることを解説し、「身近な臨床研究の成果例」として、日本病院薬剤師会雑誌の論文を例示しました。

続いて、「臨床研究の必要性」として、薬剤師の使命として、a.薬物療法に関する医師からの問い合わせに的確に答えられる、b.患者さんの要望に十分に応えられる、ことがあげられ、そのため

には、過去の事例からエビデンスを調査し、その中から最善の選択肢を選び、実行する必要があるが、十分なエビデンスが見つからないことも多く、新たな調査・研究が必要になること。また、医師をはじめとする他職種から化学の専門家として、研究への参加を求められることなどを示しました。

なお、研究を行うにあたり「研究環境の法的整備・管理」が必要であること。すなわち、臨床疫学研究は人間を対象に実施する研究であるので、a)倫理性、安全性が保障され、b)科学性、信頼性が確保されたものでなければならない。そのためには、法的整備を行って、研究プロトコルの審査、各施設の倫理審査委員会(IRB)や倫理委員会の承認あるいは臨床試験実施に際しての適正な監査を義務づける事が必要になる。さらに、臨床研究の質、安全性および研究対象者の個人情報保護を確保し、様々な面から十分に対応のできる制度を公的に整備することが必要であること、倫理審査対象研究かどうかを判断するためには、日本薬剤師会臨床・疫学研究推進委員会作成の「倫理審査対象研究フローチャート」が便利であること、を紹介しました。

次に、「研究の始め方」では、調査・研究の必要性を感じているにもかかわらず、多くの薬剤師が研究に踏み切れない言い訳として、「難しそうで、自分には無理」、「時間がない」、「病院の収益につながらない」、「自施設には指導してくれる先輩がいない」などがあることを示し、自分の可能性や成長にフタをしないことの重要性、優先順位と効率化で時間は創れる、医療の質があがることで病院収益につながる、県病薬がバックアップして指導可能である、ことを示した。また、何から始めればいいのか?として、①まずは、計画を立てる、②最も重要なのは関連情報の収集と評価(論文を読む)、③研究計画書作成は他人の研究論文を参考に(特に「方法」)、④とりあえず、コンセプト・シートに記載してみる、⑤部局長に、報告・連絡・相談(院内の調整、資金など)、を挙げました。

「コンセプト・シートの記載方法」では、「研究の題名」、「研究責任者、研究分担者」、「研究の背景」、「研究の目的」、「研究方法」、「必要症例数とその根拠」、「研究期間」、「研究資金」のうち、特に「研究の背景」、「研究の目的」、「研究方法」を記載するコツについて詳しく説明しました。

さらに、「情報収集に便利な検索サイト」それぞれの特徴と使用法、「使いやすい統計ソフト(EZR)」の特徴と利用法を解説しました。

最後に、「臨床研究」を成功させるために、1)最も重要なのは関連情報(論文)の収集・分析、すなわち論文を読み込むこと、2)研究の成否のキモは関係者間の密なディスカッションであり、①研究計画のタイミング、②研究進捗の報告会のタイミングで方向性、データの解釈(考察)を話し合うこと、また、さまざまな視点の意見を聴取することが大切であり、専門分野やレベルが異なる人の意見も尊重すること、3)研究成果は論文文化して、科学の進歩に貢献する(多くの人に引用・参照されるほど価値がある)こと、を総括しました。

**小グループ討論(SGD)：**講演終了後は、参加者を2つの小グループに分け、KJ法と二次元展開法を利用して「医薬品関連の医療事故をなくすための方策」について討論してもらい、その結果を発表してもらいました。

**A チームからは事故原因として「コミュニケーション不足」「注意不足」「マンパワー不足」「情報の活用不足」などが挙げられ、「マンパワー不足」に対しては、①機械の導入、②仕事内容の見直し、③プロトコルの見直し、が、「情報の活用不足」に対しては、①DI情報を簡便化して多職種で共有する、②処方せんに注意すべき情報を表示する、③勉強会や研修会で学ぶ、などの方策が出されました。**

**B チームからは事故原因として「知識不足」「確認不足」「マンパワー不足」「思い込み」などが挙げられ、「知識不足」に対しては、①定期的な勉強会の開催、②研修の充実、③DI室との連携が、「確認不足」に対しては、①声だし・指さしの徹底、②漫然と同じ業務を続けない、などの方策が出されました。**

両グループ共に今日の学びを生かした意見が多く出され、新採用者の吸収力や応用力の高さを感じさせられました。





KJ法の様子



成果発表の様子

お疲れ様でした。最後は、集合写真を取って解散しました。



集合写真

#### 4. 謝辞

御講演いただきました先生方ならびに事務局の皆様ありがとうございました。

(文責：学術・生涯研修委員会委員長 森田俊博)