

第5章 コミュニケーション能力の向上

5・1 患者とのコミュニケーション

1. 薬剤師業務におけるコミュニケーション

(1) コミュニケーションの基本

1) コミュニケーションの重要性

患者とのコミュニケーションなしに医療は成り立たない。

クリニカルファーマシー先進地米国カリフォルニア州のUCSF薬学校で1980年代に臨床薬学部長を務めたEric T. Herfindal氏は「薬学とはコミュニケーションである」と言い切った。

ふりかえって薬剤師の仕事は何のためにあるかを考えてみよう。

薬物治療を受けた結果、患者が望ましい状態に回復もしくは現状維持あるいは苦痛から解放されることを保障し、その結果に責任を持つことが薬剤師の役割である、という考え方は広く受け入れられつつある。

1990年代に米国のHeplerおよびStrandはこの概念をファーマシューティカルケア (Pharmaceutical Care) という言葉で世の中に提案し、またたく間に世界中の薬剤師へ共感を伴って広まった¹⁾。

この考え方は薬剤師の視点を薬物中心から患者中心へと向けさせることを要求している。患者中心の視点とは薬剤師がモノとしての医薬品から目を背けるということではない。むしろ今まで以上に医薬品の本質を知りそれが患者に使われることでどのような効果をもたらすかについて想像力を高め深く理解することを薬剤師に求めている。

分かりやすく言えば「扱い次第で毒にもなりうる薬のことをもっと深く知るべきだ」ということである。

医薬品の本質をよく理解した上で、医薬品を使用する患者との間に強い信頼関係を築くことが重要である。それなしには情報の提供とフィードバック、薬物治療の到達目標の共有、意思決定のサポートという患者中心のケアを実現することは困難だ²⁾。

相互の信頼関係を築き必要な患者中心のケアを確実に行う土台となるのはコミュニケーション能力である。

2) コミュニケーションの原則

コミュニケーションとは人から人への誤りのない「意思」の伝達である。単なる事実の受け渡しではなくそこには相手に伝えたい「意」と「思」、すなわち「意見」と「感情」が含まれている。さらに大切なことは意思を一方向的に伝えるだけではコミュニケーションは成り立たない。送り手と受け手が相互に意思を受け渡ししてはじめてコミュニケーションが成立する。患者と薬剤師の関係でいえば薬剤師が一方向的に医薬品情報を伝えるだけではコミュニケーションが成り立たないことがわかる。

J. Calnanは著書『Talking with patients』³⁾の中で医療におけるコミュニケーションを

表 医療におけるコミュニケーションを成立させる12の原則

第1の原則	コミュニケーションは人と人との関係に左右される。
第2の原則	コミュニケーションには前提条件が必要だ。 1. 本当にコミュニケーションが必要か 2. 相手は誰か 3. 主な狙いや目的は何か 4. どれだけの内容を伝えるべきか 5. どのような方法でコミュニケーションを交わすのが適切か 6. いつから話しを切り出すか 7. いつ話しを切り上げるか 8. 複数の内容を伝える場合、その順序は。 9. 相手はメッセージを受け取る準備ができているか。 10. 時間は十分にあるか
第3の原則	効果的なコミュニケーションには段階がある。 1. 話し手の意図は何か 2. そのうちの何を伝えるか 3. どのように伝えるか 4. 受け手は何を受け止めたか 5. 受け手の心には何が思い浮かべられたか
第4の原則	コミュニケーションの目的は説得である。
第5の原則	メッセージは相手が理解しやすいものでなくてはならない。
第6の原則	メッセージは受け取られ、理解されなければならない。
第7の原則	メッセージは、明確、単純、明白でなければならない。
第8の原則	情報は正確で簡略で完全かつ前後のつながりが正しくなければならない。
第9の原則	受け手はメッセージを期待しているはずだ
第10の原則	コミュニケーションの効果を決定するのは受け手である。
第11の原則	コミュニケーションのスピードはメッセージを伝える形態にかかっている。
第12の原則	コミュニケーションというものは妨害されるものである。

出典：2) James Calnan. Talking with patient, 1983 ; 14-27

成立させる12の原則を記している(表)。

詳細な説明は本書に譲るが、何事かを習得し実践する際には常に原則というものが必要となる。患者とのコミュニケーションがうまく行かない時などにこれらの原則を思い出すことはきっと軌道修正につながり、良好な患者—薬剤師関係を築くことに役立つであろう。

3) 薬剤師としての資質

平成20年4月1日から施行された薬剤師の行政処分及び再教育制度の背景には、医療における国民の信頼を一層高めていくことと、医療の担い手としての薬剤師の資質向上を図ることが多くの国民から期待されているという現状がある。

もとより薬剤師の資質向上は行政処分を受けた者の再教育を通じて図るものではない。医療法第1条の2に規定された医療の基本理念から考えても、また薬剤師法第

第5章

1条の規定から見ても資質向上は、国民に対して質の高い安全な医療を提供し、特に調剤、医薬品供給、薬事衛生の分野での社会貢献を求められている薬剤師にとってもっとも重要な課題である⁴⁾。

コミュニケーションの重要性の項で指摘したように 患者とのコミュニケーションなしに医療は成り立たない。

昭和30年代の高度経済成長期に発達した大量生産・大量消費の時代に、薬剤師の仕事は医薬品の管理と調製に集約されていった時期があった。患者とコミュニケーションを交わすことなく、ただ黙々と医薬品を「調剤」し、販売していれば薬剤師の役割が果たせたと錯覚した時代である。

調剤室に閉じこもってなかなか外に出てこないという批判が患者や医師などの医療従事者から沸き起こったのもこの時期である。

しかし医療事故や患者との接遇トラブルなどが増大してきた近年になりようやく医療におけるコミュニケーションの重要性が認識しなおされてきた。

裏を返せばそれだけ患者が薬剤師との接触を求めているともいえる。患者は薬剤師をただの調剤マシンや医薬品の自動販売機とは見ていない。コミュニケーション能力は今や薬剤師にとって欠かせない資質となっている。

(2) コミュニケーションの失敗

1) 手段と目的の取り違え

患者中心のケアを行う土台となるのはコミュニケーション能力だと指摘した。薬剤師の資質として欠かせないものだとも述べた。患者との信頼関係を築くためにも、また自らの専門性を発揮して質の高いケアを提供するためにもコミュニケーション能力を常に高めなければならない。

患者中心に考えるならば、正しい薬をすみやかに調剤して渡すだけでは不十分である。その薬が適切に使われて、患者にとって望ましい結果が得られるまで責任を持たねばならない。そのためには医薬品情報の提供や服薬コンプライアンスの向上をそれ自体目的ではなく手段としてとらえる必要がある。

たとえばたいへん神経質な患者がいたとしよう。ある日、膝の痛みで整形外科クリニックにかかり、処方せんを薬局に持参した。そこには消炎鎮痛剤が処方されていたとする。調剤した薬を渡す際に相手の表情をまったく観察せずに副作用について事務的に説明したとする。「この薬で胃の調子が悪くなるかもしれません」。それを聞いた患者は一瞬眉をひそめたのだが薬剤師は気づかなかった。結局その患者は怖くなって薬をのまないでしまった。治療は失敗したことになる。確かに薬剤師は医薬品情報を提供した。しかし結果は患者にも薬剤師にも望ましいものにはならなかった。手段と目的を取り違えてはならないというのはこういうことである。

2) 医療訴訟の要因

薬剤師を含め医療提供者は、患者やその家族が何を望んでいるかを深く洞察した上で、強い信頼関係を築かなければならない。それが患者中心のケアの大前提だ。

「もし目の前の患者が自分だったら何をどうしてほしいと望むだろう」と相手と自分の立場を置き換えてものごとを考えることは、この前提づくりに役立つに違いない。

調剤した薬を渡すときにほとんど話しかけてくることがない患者にただ黙々と長期

間にわたり薬を渡し続けることは良質のケアとはいえない。患者の側から積極的に話しかけてこないのは単にその人の性格だとか、毎回同じ薬なのでもはや質問することはないのだろうなどと勝手に決め付けていないだろうか。

十分な信頼関係ができていないから親しみをもって会話ができないのではないかと考えてみよう。患者はただの「客」ではなく、ともに望ましいゴールを目指して病気に立ち向かう「仲間」だと思えるかどうか信頼関係づくりの鍵となろう。

一般的に、何事もトラブルらしいことが起きない「平時」にはなかなか信頼関係の有無というものは見えてこないものである。

しかしいったんもめ事が発生した時には突如として頭をもたげてくる。

G.B. Hicksonらが医療過誤に対する訴訟の理由を分析した研究によれば、過誤そのものへの怒りとは別の原因があることがわかる。

すなわち回答者の多くが医師のコミュニケーション不足を問題視していたのである。医師は私たちの話を聴かない(回答者の13%)、なんでも打ち明けて話してくれない(32%)、間違った方向へ導こうとする(48%)、長期にわたる障害に関して警告を発してくれない(70%)などコミュニケーションがうまく機能しないために訴訟へもつれこんでいるのが実態なのだ。医療過誤訴訟は医療の質ではなく医師の人間性を標的にしている。けっして賠償金が唯一の目当てなのではない⁵⁾。

(3) コミュニケーション技術

1) 障害の排除

患者やその家族がコミュニケーション不足を問題視しているのであれば、よりよいコミュニケーション能力の向上を薬剤師業務の中心にすえることが解決への道筋であろう。

能力は天性として備わったものもあるが、多くの場合技術として習得することができる。

技術としてのコミュニケーション、これをコミュニケーション技術Communication skillという。コミュニケーション技術は、J. Calnanの言うところの第12の原則「コミュニケーションというものは妨害されるものである」を前提として、これを妨害する行為を改める技術である。

どうしてコミュニケーションがうまくはかれないのか、患者と自分との間にはどのような障害要因があるのか、これらを正確に見定めて自分の行為を改善する技術を高めていけばコミュニケーション能力は向上していく。

そのためには自分の思いや伝えなかったメッセージと、相手すなわち患者がそれをどのように受け止め理解したかという2者の比較をすることが役立つ。

2) フィードバック

患者と自分との溝や誤解をはっきりと意識するためにはフィードバックという手法を用いる。フィードバックとはメッセージの受け手がどのように理解したかについてそのメッセージの送り手に送り返すプロセスである。

たとえば次のような状況を例として考えてみよう。

あなたは東京のある地域薬局で働いている薬剤師である。そこに佐藤さんという患者(男性・56歳)が風邪で自宅近所の内科クリニックへ受診し、発行してもらった処

第5章

方せんを持って来局した。4日前にも1度風邪薬の処方せんを持参している。あなたと佐藤さんはすでに顔見知りである。なお佐藤さんは長期間、総合病院の専門外来で糖尿病の治療中である。

佐藤さん：「これでもう1週間目だよ。咳がなかなか止まらない。大丈夫かなあ」

佐藤さんのメッセージをあなたはどうか受け止めただろうか。忙しい業務の中では、直感だけを働かせて相手のメッセージを読み取っていることの方が多いのではないか。「咳が止まらないことにいらだっている」「風邪とは別な病気ではないかと疑っている」というような推測をして、あなたはどのような対応をしたらいいか考えるであろう。

薬剤師のあなた：「風邪が長引くこともありますからね。あまりあせらないで今回の薬をきちんと飲んで様子をみましょう」

佐藤さんは少し眉をひそめながらも調剤された薬を持って帰宅した。

このケースで、もしあなたが自分の受け止めたメッセージ「咳が止まらないことにいらだっている」を佐藤さんにフィードバックしたら状況は大きく変わるかもしれない。実は、佐藤さんが心配していたのは風邪のことではなかった。総合病院から処方され、継続的に服用している糖尿病の薬と風邪薬を1週間以上もいっしょに飲んで体に害はないのだろうかということだった。

このケースでいえば、薬剤師が「風邪が長引いていることで何か他に心配なことがあればおっしゃってください」とフィードバックすれば糖尿病の薬のことに結びつく可能性は広がってくる。

フィードバックは直感に頼るのではなく、受け止めたメッセージの意味をはつきりと確認するために大切な技術である。

3) 傾聴(よく聴く)

コミュニケーション技術というと真っ先に思い浮かべるのが「話し方」ではなかろうか。しかし実際に、もっとも困難でもっとも大切なことは「相手の話しをよく聴くこと」すなわち「傾聴」である。「聞く」ではなく「聴く」としたのは意味がある。病気の治療には疾病そのものを治すことも必要だが、病をかかえた心を癒すことも重要だ。「私の話をもっとよく聴いてほしい」と思っている患者が世の中にいかに多いことか。

話しを聴いてもらっただけで病気が軽くなったような気がする、という患者の言葉は真実であろう。高齢化社会となり慢性疾患を抱えながら長い病気との闘い(ある意味ではつきあい)を強いられている現代人はもう一つの現実と闘っている。それは孤独である。古きよきコミュニティが年々崩壊し、個人生活を誰にも干渉されない反面、助けてほしいときに身近に援助者がいないという現実の中に人々は生きている。

自分は孤独ではない、自分のことをよく理解してくれると患者に思わせる能力はコミュニケーションを効果的なものにするために大いに役立つ。

「相手の話しをよく聴く」という行為は具体的には「要約」という技術と「言い換え」という技術に代表される。

要約とは、相手の長々とした話しを適宜、簡潔にまとめて患者にフィードバックすることである。そのことにより患者が伝えたことを薬剤師が正確に理解しているか確かめることができる。またこれは会話の内容を薬歴に記録する上でも役立つ。

言い換えとは、患者が話した内容を別な表現でまとめることで、本当は何が言いたいのかを探る技術である。

以下は言い換えの例である。

患者：「主治医の先生にはあまり水分を取り過ぎないようにしなさいと言われている。でも知り合いからは年をとったらのどが渇いていなくても水分をたくさんとった方がいいよと言われた。この前テレビの健康番組見たら高齢者は水分を1日1から1.5リットルとったほうがいいと・・・」

薬剤師：「水分をとる量について言うことがみなさんまちまちなんですね」

4) 共感的応答

患者から医療従事者に送られてくるメッセージの大半は自分の病気についての悩みや疑問である。セルフメディケーションの場合は薬剤師にもストレートにつらい症状のことなどの相談が寄せられるが、医師の診察を受けての薬物治療の場合、患者が発するメッセージの中には今受けている医療への不安や不満が紛れ込んでいる場合が少なくない。

このような時、「私はあなたの気持ちをよくわかっていますよ」という思いやりの気持ちを患者に伝えることができればお互いの信頼関係は格段に向上する。

傾聴のところで相手の話しをよく聴くことの大切さに触れたが、一歩進んで、よく聴いた結果、私はあなたをよく理解できるようになったというメッセージをフィードバックすることがさらに重要である。これを共感的応答という。

傾聴でもつばら発せられた事実を確認するのに対し、共感的応答では、患者の感情的な意味合いを効果的に受け止めることに主眼がおかれる。このことは先の「言い換え」と比較して考えるとわかりやすい。

患者：「主治医の先生にはあまり水分を取り過ぎないようにしなさいと言われている。でも知り合いからは年をとったらのどが渇いていなくても水分をたくさんとった方がいいよと言われた。この前テレビの健康番組見たら高齢者は水分を1日1から1.5リットルとったほうがいいと・・・」

言い換え 薬剤師：「水分をとる量について言うことがみなさんまちまちなんですね」

共感的応答 薬剤師：「どれを信じたらよいか迷っているのですね。」

5) 偽りの共感

共感しているというメッセージをいったいどうすれば上手に患者に伝えることができるのであろうか。投薬カウンターの前にいる患者に、「なるほど、夜も寝られないほど痛みが強いのですね」と共感的な応答をしていても、薬剤師の視線が順番を待っている次の患者に向くようであれば失敗だ。「いつでも相談してくださいね」といいながらソワソワした態度で応対するようであっても共感の意は伝わらない。むしろ「この薬剤師は見せかけの思いやりで取り繕うとしている」と見抜かれるだけであろう。

薬剤師にとって患者は待合室にいる複数の人々であっても、目の前にいる患者は「私だけを見て欲しい」と思うものなのだ。

時間的な制約で十分時間をとって応対できないのであれば、予定を決めて後ほど電話でゆっくり話しをしましょうと提案した方が患者は安心する。偽りの共感ではなく

第5章

患者は薬剤師の誠実さ、誠意を求めているのである。

6) 否定の否定

薬剤師を含め専門家と称する職業人は、相手(顧客・利用者)がとった行動が自分の価値観や知識に適合していない場合、即座に否定しがちである。

「1日3回のまないと効果が出ないのになぜ1回しかのまなかったのですか」と問い詰める。この指摘の内容は確かに正しいのであるが、ときとしてこのような言い方は患者との信頼関係を壊す役目しか果たさない。

「睡眠薬は毎日続けるのむべきではありません」「高血圧症の治療をするならこの際タバコをやめるべきだ」というような「すべきではない」「すべきだ」という決めつけの助言は薬剤師自身を正当化するだけで患者の行動を望ましい方向へと導くには不十分である。

連用すべきでない睡眠薬をなぜ毎日のむのか、やめればいいに決まっているのになぜ禁煙できないのか、少し掘り下げて考えてみよう。

服薬の大切さ、あるいは副作用の危険性を十分認識させることができなかつたのはなぜだろうかと一歩引いて考えてみよう。あるいは理解していてもできない何か別の理由があるのかもしれない。このように考えることで患者は「自分のことを本当に心配してくれている」のだと思うようになり、よりいっそう強い信頼を寄せる。それだけでなくより効果的な患者ケアの方法が思い浮かんでくる。それには「あなたの考え、やり方は間違っている」という否定の気持ちをいったん否定することが重要だ。

7) 質問の方法

薬剤師はファーマシューティカルケアを行い患者の薬物治療の結果に責任を持つため、さまざまな角度から情報を収集しなければならない。

患者の氏名や生年月日といった比較的単純なことから、医師や薬剤師に対してあまり話したがらないことがらまで実に幅広く聞き出す必要がある。

効果的な質問の方法自体は、医療だけでなくどの分野でも応用できるものであり基礎を習得することはそれほど難しいことではない。

重要なことはそれをどのように使って成果を出すかである。

質問を効果的に行うためには閉じた質問(closed-ended questions)と開いた質問(open-ended questions)の違いをよく理解することが大切だ。

閉じた質問というのは「はい」「いいえ」で相手が答えられる質問である。「今まで薬をのんで副作用を経験したことはありませんか」というような質問の方法で、短時間で特定のデータが引き出せる利点がある。しかし答えの背景を探ったり、さらに質問を発展させたりする上では有益とはいえない。患者の側も尋問されるような感じとなり、答えも消極的になりがちである。

一方、開いた質問は、「今まで薬をのんで副作用を経験したことがあるとすればどのような症状でしたか」というような質問であり、患者の自由な回答を引き出す上で効果的である。

患者「副作用かどうかわかりませんが、狭心症の治療で処方された薬をのんだらしばらく頭痛がしました」

薬剤師「つらかったでしょうね、それからどうなりました」

というように会話を発展させ、新しい情報を次々に収集する上ではたいへん有益である。

面談では開いた質問をより多く用いる方が質のよい回答が得られることが知られている。また臨床の現場においては、開いた質問と閉じた質問を組み合わせる行うのがよいとされている。

2. 患者対薬剤師における心理の相異

(1) 患者の心理

1) 患者の心を理解する

1951年に米国の社会学者Talcott Parsonsは患者の役割モデルというものを発表した。その要点は次の4つにまとめられる。

1. 患者は正常な社会的責任から免れるものである。
2. 患者は自ら好んで病気になったわけでもないし、自分の意志で治すわけにもいかない。
3. 患者はできるだけ早く治りたいと思っているものだ。
4. 患者は常に助けを求めているし医療専門家に協力しようとしているものである。

当時から半世紀以上たち、この考え方はある程度の修正を加えなければならなくなっている。1は急性期の疾病が中心であった時代であれば合理的であったかもしれない。下痢と腹痛がひどい患者には仕事を無理強いすることなく、安心して休んでいなさいと声をかければそれでよかった。しかし慢性疾患が主流になった現在、血圧が高いからずっと会社に来なくていいというケースは稀有なことだ。2についてもたとえば生活習慣病は自ら好んでかかったわけではないにしろ、不規則な生活や偏食の結果、自ら招いたケースもあるに違いない。3も怪しい。ときどきニュースで報道される仮病による勤務放棄。医師の診断書を道具にして「病気のまま」でい続ける輩もないわけではない。また退院して社会に戻ることを拒否し、患者として居心地の良い病院に「住み続ける」人もいる。

4は近年増えてきたいわゆる「クレマー」や、恐ろしい病名を宣告されるのを逃げ回っている患者など必ずしも医師たちに協力的ではない患者も目にする。

明らかに、現代社会の患者心理はParsonsが描いた時代よりも複雑化、多様化しているようである。

2) 患者の立場

患者心理が急速に複雑化する一方で、変化が緩やかなものがある。それは患者対医療従事者の関係である。

Parsonsの時代は急性疾病、感染症の時代であり、医師が絶対的な権限をもっていた。医師の指示を守ることが病気から治るためには欠かせないことだった。そこでは患者本人の意思より医師の考えが優先された。医師は家庭における父親のような役割を果たしたので父権主義paternalismと称された。父権主義が現代社会で不必要になったわけではないが、このような関係だけで医療を円滑に行える時代ではなくなった。

受身の立場だけで患者がいるとしたら長期にわたって治療が必要な慢性疾患を克服

第5章

することは難しい。疾病を悪化させる生活上の原因、たとえば喫煙や肥満を改善するには患者本人の治療への積極的参加が必要とされる。Parsonsの言う「医療専門家に協力しよう」という一方的な立場ではなく、そこで必要とされるのは双方向の専門家と患者の対等な関係である。コミュニケーション能力の向上は薬剤師－患者の対等関係をさらに確かなものにしていく。

しかし実際にはどうであろう。およそ対等関係とはいえない前近代的な父権主義がまだ根深く残っているのが実状ではなかろうか。

3) 患者－医療者の力関係

医師や薬剤師に遠慮しながら自分の病状やつらい症状を話すという習慣はまだなくなっただけではない。それが父権主義に基づくものでないとしても、患者と医療者の力関係からみれば患者側に不利な環境がそうさせていると言えよう。不利な環境とは①時間と②情報である。

前者は、「3時間待ち3分診療」に代表されるように患者が医師と対話できる時間が制約されていることに起因している。じっくり相談したくても他の患者のことが気になり自分だけ占有できないという気持ちが患者と医療者双方に生じる。時間を対等に持つためには、医療のスタイルと医療制度の両方を変えていく必要があるようだ。一例として、近年増えつつある在宅診療。薬剤師も在宅患者訪問薬剤管理指導で患者宅を訪問する機会が増えてきた。在宅すなわち患者にとってのまさにホームグラウンドだ。時間の使い方は患者が病医院や薬局を訪れるよりはるかに患者側に有利となる。家にいるのは基本的に本人と家族だけである。プライベートなことも遠慮なく話ができる。患者が医療者のところへやってくるスタイルから患者のもとへ医療者が訪れるというスタイルの転換はコミュニケーションの改善に大きく影響するであろう。

さて後者の「情報」に関しては、「情報の非対称性」が原因であるとされている。簡単に言えば、薬剤師の方が圧倒的に薬に関する情報をたくさん持っていて患者側と比較すると対等になっていない、ということである。

「1日3回1錠ずつ服用する薬。朝、薬をのみ忘れたから、昼にはその分を合わせて2錠のもう」という発想は薬剤師からすればとんでもないことである。しかし患者にすれば何の疑問も持たず当然のこととして考えているケースが少なくない。患者は無知だと言う前に、情報保有の圧倒的な非対称性に目を向け、少なくとも現在服用している薬に関しては薬剤師の持っている情報と患者が理解している情報とに大きな不平等が生じないように配慮することが求められている。

(2) 薬剤師の心理

1) 固定観念

薬剤師が持っている患者に対する固定観念が、コミュニケーションに悪い影響を与えてしまうことがある。

特に問題なのは、一部の患者の習癖を全部の患者がそうでもあるかのようにみなしてしまう事だ。

たとえば睡眠薬を処方されている患者、生活保護を受けている患者、抗がん剤を処方されている患者、それぞれにあなたはどのようなイメージを持つだろう。

「睡眠薬を処方されている患者は薬に頼りがちだ」、「生活保護の患者は薬代がかか

らないから薬の種類がどんどん増えても気にしないで持っていく」、「抗がん剤をのんでいる患者は毎日びくびくしながら生きている」というようなイメージを全ての患者に当てはめてはいないだろうか。

たった一人の患者で経験したことを他の患者にも安易にあてはめてしまうことで、正確な判断を下すことが難しくなる。

一例をあげれば睡眠薬を継続して服用している患者が、まだ残薬があるはずなのに再度受診して処方せんを持参したとき、固定観念を持つ薬剤師は「薬に頼るあまり今までの用量では効かなくなったのだ」と決めつけてしまうかもしれない。実際には睡眠薬の種類(超短時間型)が患者の不眠パターンに合わなくなってしまい中間型の睡眠薬が新たに処方されただけなのに。

このように薬剤師の固定観念がいかにかコミュニケーションの質に影響するかを真実に考える必要がある。そうならないようにするには患者とはひとりひとりが独立した人格であることをしっかりと認識すべきである。

2) 専門家であることによる弊害

薬剤師も医師や看護師と同じ医療の専門家である。特に薬の専門家として社会の中で自らの役割を果たそうとしている。他の専門家にも言えることだが、専門家であるがゆえに陥りやすい心理というものがある。

一つ目は専門家ならあらゆることを知っている(べきだ)という心理である。実際には知らないことがあるにしても患者の前では、知らないとは言えないから自分の現在の知識で押し切ってしまう結果、さまざまな弊害が起きる。

あやふやな知識を伝えたために患者の治療に悪い影響を与えてしまうことは避けなければならない。

「私も十分理解しているわけではないので、あとで調べてお答えします」という一言を告げる勇気があれば解決することが多い。

二つ目は、自分の考えや知識は正しいと信じこむ心理である。もちろん専門家たる者、自分の考えに不安を抱えていては困るのだが、常に知識と技術を磨く努力は怠ってはならない。陳腐化した知識に基づいた服薬指導は、患者にとって有害ですらある。

がんで緩和ケアを始めた患者に対し、医療用麻薬は痛みに応じて増量すべきなのに、モルヒネを使いすぎると死期を早めるなどという陳腐な知識に基づいて患者と接するようでは痛みを助長するだけである。

(3) 心を通わせる

患者、薬剤師の双方に立場の違い、抱きがちな心理の相異がある。これらの溝をできるだけ狭くすることがコミュニケーションの役割であり、患者中心のケア実現に必要な手段である。

コミュニケーションの知識と技術は、習得可能だ。しかし知識と技術だけで患者とのコミュニケーションが向上するわけではない。根底で求められるのは俗な言い方も知れないが「医療人の心」であろう。職業人(プロフェSSIONAL)の精神と倫理感と言い換えてもよい。

薬剤師の世界では、それをファーマシューティカルケアという行動理念で表してい

第5章

る。

「薬物治療の結果に責任を持つ」という理念のもとに、患者と心を通わせることで初めてコミュニケーションの知識と技術が生きてくる。

医療人の心だけは書籍による学習や研修会の受講だけでは容易に身につかないものである。ではどうするか。近道はないが、日常的に接する患者とのコミュニケーションを通じて磨き上げることは可能である。また理想とする薬剤師あるいは他の医療人を見つけだし、その人をお手本として学ぶことであろう。

患者と薬剤師、人間と人間の信頼関係。これは人間同士のコミュニケーションを通じてしか身につかないものかもしれない。

(武政文彦)

引用文献等

- 1) Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990 ; 47 : 533-543.
- 2) Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature Nicola Mead*, Peter Bower, *Social Science & Medicine* 51(2000) 1087-1110
- 3) James Calnan. *Talking with patient*, 1983 ; 14-27
- 4) 薬剤師の再教育及び行政処分の在り方等について、薬剤師の行政処分の在り方等に関する検討会：平成19年7月
- 5) G.B. Hickson, E.W. Clayton, P.B. Githens and F.A. Sloan, Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries. *JAMA* (Vol. 267 No. 10, March 11, 1992)

参考図書

- 平井みどり et al 監訳 『薬局におけるコミュニケーション能力の開発と実践』じほう、2005
鹿内清三著 『患者のこころ 医療人の姿勢』じほう、2003
砂原茂一著 『医者と患者と病院と』岩波書店、1983

5・2 医療従事者とのコミュニケーション

はじめに

薬剤師に限らず、またどこでの業務であるかに関わらず、円滑に効率良く業務を遂行するためには、業務関係者との良いコミュニケーションの構築が重要である。医療業務に携わる薬剤師にとっては、患者とのコミュニケーションの他、医師や看護師など、医療従事者とのコミュニケーションも重要であり、その欠落によって重大な医療事故を招くこともある。医療に携わる者にとって大切な事は、患者に不安や不満を抱かせることなく治療や手当てを行い、患者の安全を確保することである。そのために良いコミュニケーションを構築する必要があり、業務の質を向上させ、業務に携わる喜びを大きくすることにもつながる。薬剤師と患者との良いコミュニケーション構築方法については前項で述べられたので、ここでは、薬剤師と他の医療従事者との良いコミュニケーション構築方法について、病院薬剤師、保険薬局薬剤師の双方を念頭におきながら述べることにする。

1. チーム医療の落とし穴

医療は医師、薬剤師、看護師など、専門職種の分担・協力によって行われている。チーム医療である。チームという言葉からは複数の職種間の強固なつながりが連想されるが、医療施設においてはそうばかりではなく、夫々が独自性の高い業務を専門的に分担しており、職種間の隔壁は強固である。専門的な業務になると他の職種からは見えにくく、また理解し難いものが多い。他の職種の業務にはなかなか手も口も出しづらい。そこにコミュニケーション断絶の生じやすい土壌があり、患者情報の共有障害が生じ、医療事故の要因となる。自然によって作られた落とし穴のようなものである。医療従事者間の良いコミュニケーションを構築するためには、そのことを強く意識し、手や口を出しづらい他の専門職の中へ出てゆかなければ始まらない。それはまた誰かに道を作ってもらってやるものではなく、自分がやらなければならない。職種間のコミュニケーションに断絶が見つかったとき、自分が率先してその断絶をつなぐという意識も大切である。医療に関わっている以上、異なった職種、異なった組織の人間でも、患者にとっては自分の病気のために働いてくれる同一の対象である。医療従事者間のコミュニケーション不足のために患者を犠牲にしてはならない。良いコミュニケーションを構築するためには、先ず医療に携わる多職種の関係者が皆仲間という意識を持つことが重要と思われる。

2. 医療職種間のコミュニケーション構築の基本

十分なコミュニケーションが構築されていない段階で、新たに良いコミュニケーションを構築するために大切なことは、相手と触れ合う機会を努めて多くもつことである。触れ合いが無ければ理解も何も始まらない。具体的な行動としては、挨拶から

第5章

始まることは当然であるが、それをクリアした次の段階として、相手にも有益となるような情報を持ち頻りに相手を訪ねることが最も効果的であろう。電話やメールという手段もあり、やらないよりはやった方が良いが、直接顔を合わせての話の方が効果は大きい。処方薬剤に関する有益な情報、薬剤を用いている患者の効果、副作用、コンプライアンスに関する情報提供などが考えられる。病院薬剤師で薬剤管理指導業務に従事する場合は、まさにそこから仕事が始まり、苦労しながらその仕事に取り組むことにより、他の職種とのコミュニケーションも自然に構築されてゆき、徐々に仕事をさせてもらえるようになる。薬剤師が薬剤部の中だけで業務を行っている状況では、コミュニケーション不足を生じる場合がある。そのような場合は、情報を電話で伝えるだけでなく、印刷物等の資料を直接持って行き、顔を合わせて少し説明を加える等の工夫により改善が可能である。保険薬局薬剤師の場合は病院薬剤師以上に医療スタッフとの距離が遠いので、さらに工夫が必要である。しかし基本的な手法は同じであり、如何にして触れ合いの機会を多く作るかである。一般的な手法として、患者のコンプライアンス情報や効果・副作用情報をトレースレポートという形で病院へフィードバックするというようなことが行われており、コミュニケーション構築の手法としても推奨される。

訪問し顔を合わせて話をしたとしても、お互いに信頼関係が芽生えないと良いコミュニケーションは成立しない。信頼を得るための最低限の必要事項として、その場にふさわしい身だしなみ、相手を尊重した言葉遣い、相手の都合を考慮した話の組み立て、などには当然のことながら気を配りたい。相手が忙しい時に詳しい説明を始めるのは迷惑となるし、相手が詳しい情報を欲しがっているときに簡単な説明で終わったら信頼は得られない。その場の空気を読むことが大切である。

信頼を得るために最も大切なことは、ニーズに応えることである。人が何かを知りたがっているときに、ピントのずれたことをいくら熱心に喋っても、信頼は得られない。分かりきったことのようなものであるが、実社会では意外と、相手の質問のポイントからずれたわがままな受け答えが多い。相手の求めが何であるかを的確に把握し、要領よくそれに応えることが、人の信頼を得、良いコミュニケーションを構築するために重要である。

3. プロフェッショナルとしての自己研鑽

良いコミュニケーションを構築するためには、相手にとって自分が有益な存在になることが早道である。そのためには、人に提供できる技術や情報を持っている必要がある。したがってそのような技術や情報を自分の力として蓄えるための自己研鑽が重要である。コミュニケーションの構築は、他人の領域に足を踏み入れて成し遂げられることであり、それを考えるとある種の戦いである。戦いには武器が必要であり、その武器調達が自己研鑽ということになる。

薬剤師にとって他の医療職種と良いコミュニケーションを構築するための技術や情報として、薬物動態解析の技術、薬物相互作用情報、医薬品副作用情報などは特に効果的である。医療職種の中で薬物動態学を薬剤師ほど学んでいる職種はない。した

がってその知識や解析の技術は、他の医療職種とのコミュニケーション構築の極めて効果的な手段となり得る。問題は実際の医療の場で、薬剤師自身が如何に効果的にそれを用いることができるか、である。薬剤師自身も薬物動態学は大学では学んだが、国家試験合格後は扱ったことがないということも少なくない。威力の優れた武器を使い方が分からずに倉庫の隅に眠らせているようなものであり、勿体無い。フェニトインで治療濃度が得られていない時に、適切な治療濃度の得られる投与量を計算し情報として提供したり、抗生物質をより効果的に投与するために適切な投与量や投与間隔を計算して情報提供したりというようなことを行い、その計算が的中して薬物療法の改善がもたらされれば、薬剤師への信頼が増し、極めて良いコミュニケーションの構築されることは請け合いである。

薬物相互作用により薬物の効果が著しい影響を受ける場合のあることは周知の事実であるが、医薬品情報の中で薬物相互作用に関する関心は、他の医療職種では残念ながら薬剤師ほどは高くない。そこまで関心を多く払うゆとりがないというのが実情かも知れない。他の職種が多くの関心を払うゆとりがないということは、薬剤師にとって効果的なコミュニケーション構築の手段となり得るということである。それもまた黙って見逃す手はなく、有効に活用したい。その場合問題となるのは、どの程度の重要性を持つ相互作用かの判断である。添付文書に記載があるというだけでひっきりなしに処方医に電話したのでは、かえって信頼を失う結果にもなりかねない。要は、処方医と同じ立場に立って、患者にどの程度の不都合がもたらされるかを考慮しながら、処方を変更すべきか、要観察で留めるべきかを判断することである。そのためには、指摘しようとしているその相互作用により実際に人でどのような不都合な作用が見られたかの情報を得ておく必要があり、処方医への情報提供の際には、添付文書に記載されているということばかりではなく、それによって生じた不都合の程度も症例を添えて提供すれば、指摘された方も納得しやすいであろうし、良いコミュニケーションの構築に役立つであろう。自分の言葉の背景にしっかりとしたエビデンスを用意しておくことが重要である。

薬剤の副作用に関する情報提供も良いコミュニケーション構築の手段になる。従来、副作用に関する薬剤師からの情報提供は、その薬剤で発生したことのある副作用の種類や頻度をもとに、患者の病状や併用薬を考慮し、処方薬剤の使用に注意を喚起し、あるいは使用回避の提案を行うというようなものが主であった。それも大切である。さらにそれに加えて今後は、薬剤交付後の副作用発生について、その症状や前兆が見られていないかを観察し、その観察情報を他の医療従事者に提供することも薬剤師の責務として重要になってくる。即ち薬剤服用患者の身体情報に関する他の医療従事者とのキャッチボールが、薬剤師としての責任を果す上で益々重要になってくる。そのような場面で、患者の様子を見て薬剤による副作用かどうかを的確に判断するためには、薬剤による副作用について、その種類や観察のポイントなどをかねてから整理し、また新しい情報を得ておくことが必要である。

4. 情報の共有

良いコミュニケーションを構築するということは、情報を共有しやすい環境を作るということである。情報を確実に共有するためには、組織から組織へ確実に情報が伝達されるシステムが存在し、誤解を与えない確実な手段で情報が伝達され、伝えられた情報が紛失されることなく確実に相手の所有する情報群の中に定着することが必要である。そして伝達された情報が有効に活用された時に、コミュニケーション構築の目的も達成されたといえる。

①情報共有のためのルール作り

医療はそれぞれの専門職によって独立して行われているため、職種間の情報伝達が中断されやすい。その落とし穴を埋めるために、情報伝達のルール作りが必要である。身近なところでは、調剤申し合わせなどもその例である。それがなければ薬剤師は普遍的な調剤ができないし、他の職種は間違いなく処方通りの薬剤を患者が用いているかどうか分からない。近年後発医薬品の使用が推奨されているが、先発医薬品の処方に対して後発医薬品の使用を行うかどうかについても、処方せん上への記載についてルールが設けられている。医療の場では、このようなルール作りを必要とする事項が多く、新たな業務を導入する時には必ず新たなルール作りが必要になる。時にはいつもと同じ業務であっても患者背景が特殊なために、新たなルール作りの必要なこともある。それは想定外の事態であり、迅速に新たなルールを作成して対応しなければ過誤の要因となる。その際、誰がその新たなルール作りを迅速に行うか、という問題が生じるが、薬剤に關することであれば薬剤師が動かなければ進まない。新しいルールの案を提案し協議によってそれを修正し、最終的には集団の納得できるものを作り上げてゆくという作業の中心的な役割は、他人任せにすることなく自分たちがやるという意識が薬剤に關する情報共有の断絶を生じさせないためには必要である。そのような目的を持って、他職種間の意見調整のために働くことは、コミュニケーション構築の絶好の機会でもある。

②確実な情報伝達

情報を共有するために、その情報を確実に伝えるということが重要であるが、実際にはなかなか難しい。一つには言葉の曖昧さという要因がある。言葉の曖昧さは受け手に様々な想像をもたらし、人の心を豊かにしてくれるという文学的効果も持ち合わせているが、業務においては確実な情報伝達の妨げになる。例えば「Aさんの処方せんをここに置いておきます」と言ったとする。調剤が済んだから置いておきますということかも知れないし、ここに置いておきますので調剤をお願いしますということかも知れない。あるいは処方の修正をお願いしますということかも知れない。その前後の話をお互いにしっかりと共有できていれば「ここに置いておきます」という言葉の意味も共有できるが、相手も自分と同じように話の流れを共有できていると思うこと自体が、人の勝手な思い込みということもある。言葉の曖昧さは、人の勝手な思い込みと重なり、思いがけない過誤をもたらすことがある。

人には勝手な思い込みがあり、特に「他人の仕事は全て適切に行なわれたものである」という勝手な思い込みは、医療の場では重大な事故の要因となる。後述の医療事

表1 コミュニケーションの障害に起因すると考えられる医療事故事例

1. ビソルボンとラシックス注が誤って払い出されていることにAが気づいたが、あとで交換しようと思い、そのままにして置いた。その後、Bが誤ったまま注射した。
2. 三種混合のつもりでAが麻疹風疹ワクチンを準備した。Aは「三種混合です」と言ってBに渡し、Bはそのまま注射した。
3. 白内障手術では、通常、生理食塩水、イソジン、ヒビテン・グルコネート液を準備している。Aは「今回は1針縫合するだけだから消毒でいい」と聞いたため、生理食塩水は用意しなかった。Bは準備されていた透明液のヒビテン・グルコネート液を生理食塩水だと思い角膜内に注入した。
4. Aはカルテに「リン酸コデイン60mg 3xの処方をお願いします」と記載した。Bは処方せんに「リン酸コデイン 180mg 分3」と記入した。
5. Aは「ノボリンR注100 50単位+生食50ml、1 ml/h」と点滴指示を行った。Bは「ノボリンR注100」の表示を見て1バイアルに100単位入っていると思い込み、50単位を5mlと判断した。
6. 患者はA院より紹介状と持参薬を持って入院した。B院医師は紹介状を確認し、持参薬を継続とした。しかし紹介状と持参薬の確認が行われておらず、継続指示薬の一部が服用されていなかった。
7. 術後、帰室時には、硬膜外チューブから麻薬が持続注入されてくることが多いが、今回は静脈内注射によりフェンタニルが投与されていた。Aは指示変更を忘れ、病棟では術前から出されていた硬膜外用のアナペインは返納されずにいた。Bは指示書を見ながらアナペインを準備し、静脈ラインに接続した。この時、指示書に書かれていた「硬膜外チューブから注入」というコメントには注意を払わなかった。
8. 患者の紹介状と外来予診カードにペニシリンアレルギーについて記入されていたが、診療録には記載されず、ペニシリンの点滴を実施した。3日後に皮診が出現した。

医療事故情報収集等事業第11回報告書(http://jcqhc.or.jp/html/documents/pdf/med-safe/report_11.pdf)、図表Ⅲ-1薬剤に関連した医療事故事例の概要より抜粋・改変

故例(表1)のように「はい、三種混合です」と言って二種混合ワクチンを渡されれば、渡された方は三種混合であると思ってしまう。誤解を恐れずに敢えて言えば、疑うこともまた時によっては良好なコミュニケーション構築の大切な要素となる。

記憶に頼ることも確実な情報伝達の妨げとなる。人は忘れる動物であり、その前提に立った対応が望まれる。すぐ後に口頭で伝えようと思ったために、何かの拍子にそれを忘れ、重大な過誤につながることもある。それを防止するためには、まめにメモすることである。分かりきったことであり、忙しい業務の最中にはメモを取る時間さえも惜しまれるが、患者を守り、自分を守るために習慣化したいことである。

情報を円滑に共有できるようにすることが、良好なコミュニケーションを構築することでもある。言葉の曖昧さ、人が勝手な思い込みをしがちであること、すぐ後で伝えようと思っていても忘れやすいことなどは、その妨げとなる基本的要因であり、それを意識した人との関わりを常に心がけたい。

第5章

5. 医療事故報告書からの教訓

財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止センターから医療事故情報収集等事業報告書が出され公開されている(第11回報告書、平成19年12月19日、http://jcqhc.or.jp/html/documents/pdf/med-safe/report_11.pdf)。平成19年7～9月に報告のあった、薬剤に関連した医療事故事例として21件が記載され、コミュニケーションの障害によって生じたと考えられる事例も含まれている。それらを抜粋・改変し表1に示した。これらは全て、何らかの理由で確実な情報伝達が損なわれた結果生じたものと言える。すなわち、医療従事者とのコミュニケーションを医療事故防止という側面から見ると、確実に情報を共有できる環境を作ることの大切さが見えてくる。該当事例で情報共有の損なわれた理由としては、後で行おうと思って忘れた(例1、7)、渡されたものを信じ、あるいは勝手な思い込みにより確認が不十分であった(例2、3、6、7)、認識の共有ができていなかった(例4、5)、情報伝達のルールが作成されていなかった、または作成されていたが守られていなかった(例8)、などが考えられる。これらの理由は、他の事故例においてもみられがちなことであり、医療事故報告書からの教訓として心に留め、コミュニケーションの欠落防止に役立てたい。

おわりに

以上、薬剤師が他の医療従事者と良好なコミュニケーションを構築するために必要と思われる基本的事項について述べた。コミュニケーションは人と人との触れ合いである。その人が相手にとって有益な存在であればあるほど、また人としての魅力が大きければ大きいほど、コミュニケーションの構築は容易になる。社会において自分が僅かなりとも人の役に立てていると思えることは、生きてゆく上での大きな心の支えとなる。薬剤師という職業も社会への貢献を実感できる職業であり、自分たちが何を行えばひとつでも多く社会の役に立てるかを追い求めることによって、今の薬剤師の社会的地位が築かれてきたと言える。同じように、コミュニケーション構築においても、自分が何を行えば少しでも相手の役にたてるかを追い求めることによって、その道は開けてくるもののように思われる。

(本屋敏郎)

参考資料

○ 薬剤師法(昭和三十五年法律第百四十六号)

(最終改正:平成18年6月21日法律第84号)

(最終改正:平成19年6月27日法律第96号)

第一章 総則

(薬剤師の任務)

第一条 薬剤師は、調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによつて、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。

第二章 免許

(免許)

第二条 薬剤師になろうとする者は、厚生労働大臣の免許を受けなければならない。

(免許の要件)

第三条 薬剤師の免許(以下「免許」という。)は、薬剤師国家試験(以下「試験」という。)に合格した者に対して与える。

(絶対的欠格事由)

第四条 未成年者、成年被後見人又は被保佐人には、免許を与えない。

(相対的欠格事由)

第五条 次の各号のいずれかに該当する者には、免許を与えないことがある。

- 一 心身の障害により薬剤師の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの
- 二 麻薬、大麻又はあへんの中毒者
- 三 罰金以上の刑に処せられた者
- 四 前号に該当する者を除くほか、薬事に関し犯罪又は不正の行為があつた者

(薬剤師名簿)

第六条 厚生労働省に薬剤師名簿を備え、登録年月日、第八条第一項又は第二項の規定による処分に関する事項その他の免許に関する事項を登録する。

(登録及び免許証の交付)

第七条 免許は、試験に合格した者の申請により、薬剤師名簿に登録することによつて行ふ。

2 厚生労働大臣は、免許を与えたときは、薬剤師免許証を交付する。

(意見の聴取)

第七条の二 厚生労働大臣は、免許を申請した者について、第五条第一号に掲げる者に該当すると認め、同条の規定により免許を与えないこととするときは、あらかじめ、当該申請者にその旨を通知し、その求めがあつたときは、厚生労働大臣の指定する職員にその意見を聴取させなければならない。

参考資料

(免許の取消し等)

- 第八条 薬剤師が、成年被後見人又は被保佐人になつたときは、厚生労働大臣は、その免許を取り消す。
- 2 薬剤師が、第五条各号のいずれかに該当し、又は薬剤師としての品位を損するような行為のあつたときは、厚生労働大臣は、次に掲げる処分をすることができる。
- 一 戒告
 - 二 三年以内の業務の停止
 - 三 免許の取消し
- 3 都道府県知事は、薬剤師について前二項の処分が行なわれる必要があると認めるときは、その旨を厚生労働大臣に具申しなければならない。
- 4 第一項又は第二項の規定により免許を取り消された者(第五条第三号若しくは第四号に該当し、又は薬剤師としての品位を損するような行為のあつた者として第二項の規定により免許を取り消された者にあつては、その取消しの日から起算して五年を経過しない者を除く。)であつても、その者がその取消しの理由となつた事項に該当しなくなつたとき、その他その後の事情により再び免許を与えるのが適当であると認められるに至つたときは、再免許を与えることができる。この場合においては、第七条の規定を準用する。
- 5 厚生労働大臣は、第一項、第二項及び前項に規定する処分をするに当たつては、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かななければならない。
- 6 厚生労働大臣は、第一項又は第二項の規定による免許の取消処分をしようとするときは、都道府県知事に対し、当該処分に係る者に対する意見の聴取を行うことを求め、当該意見の聴取をもつて、厚生労働大臣による聴聞に代えることができる。
- 7 行政手続法(平成五年法律第八十八号)第三章第二節(第二十五条、第二十六条及び第二十八条を除く。)の規定は、都道府県知事が前項の規定により意見の聴取を行う場合について準用する。この場合において、同節中「聴聞」とあるのは「意見の聴取」と、同法第十五条第一項中「行政庁」とあるのは「都道府県知事」と、同条第三項(同法第二十二条第三項において準用する場合を含む。)中「行政庁は」とあるのは「都道府県知事は」と、「当該行政庁が」とあるのは「当該都道府県知事が」と、「当該行政庁の」とあるのは「当該都道府県の」と、同法第十六条第四項並びに第十八条第一項及び第三項中「行政庁」とあるのは「都道府県知事」と、同法第十九条第一項中「行政庁が指名する職員その他政令で定める者」とあるのは「都道府県知事が指名する職員」と、同法第二十条第一項、第二項及び第四項中「行政庁」とあるのは「都道府県」と、同条第六項、同法第二十四条第三項及び第二十七条第一項中「行政庁」とあるのは「都道府県知事」と読み替えるものとする。
- 8 厚生労働大臣は、都道府県知事から当該処分の原因となる事実を証する書類その他意見の聴取を行う上で必要となる書類を求められた場合には、速やかにそれらを当該都道府県知事あて送付しなければならない。
- 9 都道府県知事は、第六項の規定により意見の聴取を行う場合において、第七項において読み替えて準用する行政手続法第二十四条第三項の規定により同条第一項の調書及び同条第三項の報告書の提出を受けたときは、これらを保存するとともに、当該処分の決定についての意見を記載した意見書を作成し、当該調書及び報告書の写しを添えて厚生労働大臣に提出しなければならない。
- 10 厚生労働大臣は、意見の聴取の終結後に生じた事情にかんがみ必要があると認めるときは、都道府県知事に対し、前項の規定により提出された意見書を返戻して主宰者に意見の聴取の再開を命ずるよう求めることができる。行政手続法第二十二条第二項本文及び第三項の規定は、この場合につ

いて準用する。

- 11 厚生労働大臣は、当該処分を決定をするときは、第九項の規定により提出された意見書並びに調書及び報告書の写しの内容を十分参酌してこれをしなければならない。
- 12 厚生労働大臣は、第二項の規定による業務の停止の命令をしようとするときは、都道府県知事に対し、当該処分に係る者に対する弁明の聴取を行うことを求め、当該弁明の聴取をもつて、厚生労働大臣による弁明の機会の付与に代えることができる。
- 13 前項の規定により弁明の聴取を行う場合において、都道府県知事は、弁明の聴取を行うべき日時までに相当な期間において、当該処分に係る者に対し、次に掲げる事項を書面により通知しなければならない。
 - 一 第二項の規定を根拠として当該処分をしようとする旨及びその内容
 - 二 当該処分の原因となる事実
 - 三 弁明の聴取の日時及び場所
- 14 厚生労働大臣は、第十二項に規定する場合のほか、厚生労働大臣による弁明の機会の付与に代えて、医道審議会の委員に、当該処分に係る者に対する弁明の聴取を行わせることができる。この場合においては、前項中「前項」とあるのは「次項」と、「都道府県知事」とあるのは「厚生労働大臣」と読み替えて、同項の規定を適用する。
- 15 第十三項(前項後段の規定により読み替えて適用する場合を含む。)の通知を受けた者は、代理人を出頭させ、かつ、証拠書類又は証拠物を提出することができる。
- 16 都道府県知事又は医道審議会の委員は、第十二項又は第十四項前段の規定により弁明の聴取を行ったときは、聴取書を作り、これを保存するとともに、当該処分の決定についての意見を記載した報告書を作成し、厚生労働大臣に提出しなければならない。
- 17 厚生労働大臣は、第六項又は第十二項の規定により都道府県知事が意見の聴取又は弁明の聴取を行う場合においては、都道府県知事に対し、あらかじめ、次に掲げる事項を通知しなければならない。
 - 一 当該処分に係る者の氏名及び住所
 - 二 当該処分の内容及び根拠となる条項
 - 三 当該処分の原因となる事実
- 18 第六項の規定により意見の聴取を行う場合における第七項において読み替えて準用する行政手続法第十五条第一項の通知又は第十二項の規定により弁明の聴取を行う場合における第十三項の通知は、それぞれ、前項の規定により通知された内容に基づいたものでなければならない。
- 19 第六項若しくは第十二項の規定により都道府県知事が意見の聴取若しくは弁明の聴取を行う場合又は第十四項前段の規定により医道審議会の委員が弁明の聴取を行う場合における当該処分については、行政手続法第三章(第十二条及び第十四条を除く。)の規定は、適用しない。

(再教育研修)

- 第八条の二 厚生労働大臣は、前条第二項第一号若しくは第二号に掲げる処分を受けた薬剤師又は同条第四項の規定により再免許を受けようとする者に対し、薬剤師としての倫理の保持又は薬剤師として必要な知識及び技能に関する研修として厚生労働省令で定めるもの(以下「再教育研修」という。)を受けよう命ずることができる。
- 2 厚生労働大臣は、前項の規定による再教育研修を修了した者について、その申請により、再教育研修を修了した旨を薬剤師名簿に登録する。
 - 3 厚生労働大臣は、前項の登録をしたときは、再教育研修修了登録証を交付する。