

令和5年度 アメリカ研修B班レポート

林穂乃香・戎嶋みなみ・牧原宝来・松浦明里・松浦光・山田真幸

概要

2024年2月19日～3月1日の12日間、アメリカ研修に参加した。

ウェスタン大学で授業を受け、ウェスタン大学薬学部生と交流した。

保険制度

保険制度の違いについてです。

日本とアメリカでは保険制度が大きく異なることが分かりました。日本は、社会保険制度(国民皆保険)となっています。一方、アメリカでは、メディケアやメディエイドがあります。メディケイドの対象をオバマケアで拡大されました。アメリカには日本の国民皆保険制度とは違って、民間保険が主流です。アメリカの民間保険のプランには大きくわけて3つに分けられて、1つ目としては

HMO(HealthMaintenanceOrganization)があり、緊急時以外は保険が全く使えないのが特徴で、加盟する医師の中から主治医を選び、まず主治医を通す必要があります。そのため、専門医を受診する場合には主治医を通す必要があります。また、自己負担額が少なく保険料も安いのが特徴です。2つ目としてはPPO

(PreferredProviderOrganization)があり、ネットワークの外と中の両方で保険が使えるという特徴があり、ネットワーク外の医療機関を使った場合には自己負担額増えるという特徴があります。3つ目としてはPOS(Point-of-service)があり、特徴としてはHMOとPPOを混ぜたハイブリット型で、ネットワーク外の医療機関を使うことも出来ますが、保険会社との契約が存在しないため、医療報酬額に制限がないため、自己負担が増えるという特徴があります。(表1)また、民間保険会社が保険薬局を持っているという特徴がありました。そのため、保険会社の保険薬局を患者が利用する場合に、自己負担を他の薬局よりも安くすることができるため、個人薬局は経営厳しいというアメリカの現状も知ることができました。

表1 アメリカでの民間保険のプランと特徴

HMO	・必ず主治医を通して治療を行う ・ネットワーク外の医療機関は利用できない ・保険料が安価
-----	--

PPO	・ネットワークの外であっても利用することができる ・保険料が高価
POS	・ネットワーク外の医療機関も利用可能だが、医療報酬額に制限がないため、自己負担額が増える

薬局で働く薬剤師の役割

アメリカの薬局薬剤師の主な役割が調剤であるということ自体は日本と大きく違いませんでした。しかし、薬を処方する手順においてアメリカならではの特徴がいくつかありました。まず、病院からの処方箋は全て電子で送られるため、患者が薬局に持参する必要はありません。また、アメリカの保険制度の違いから、調剤する前に患者の保険も確認することが必須とされていました。これは患者の加入している保険によって処方できる薬に制限があるためです。そして患者が受け取る薬は、日本ではPTPシートが用いられるのに対し、アメリカはボトルで渡されるという特徴があります。

アメリカでは薬剤師が1日に調剤できる量の上限が定められていないため、1人100枚以上の処方をしている状況です。これに加え、アメリカの薬剤師はワクチン接種を行うことが許可されており、薬局薬剤師の業務の1つになっています。これらのことから、日本と比較すると薬剤師は業務が多いことにより、責任も重く伴う印象を受けました。アメリカの薬局、ドラッグストアのある場所について紹介します。

アメリカはスーパーマーケット内、量販店などに薬局があります。日本にもある場合がありますが、アメリカではよりメジャーだと感じました。

また、日本と同様、道路沿いにお店がありました。例としてはコストコやWalmart、CVSがあります。

さらに、ネットでのオーダー薬局としてAmazon薬局があ

るのも特徴的でした。

それに対して日本は、個人病院の横などに多く立地していると感じます。

アメリカの OTC 医薬品について

アメリカと日本の風邪薬を比較してみました。日本とアメリカの OTC 薬の写真です。まず、インターネットで検索すると、DayQuil/NyQuil が出てきました。有効成分を見ると、アセトアミノフェンの多さに驚きました。日本では一般的な薬であるパブロン、カロナール 1 錠の通常アセトアミノフェンの量は 300-500mg なのに対して、アメリカの含有量は 1 錠 600mg でした。(表 2)

また、アメリカでも日本でも使われているタイレノールもあります。しかし、日本とアメリカではアセトアミノフェンの用量が違います。

なぜ、アセトアミノフェンの含有量がアメリカと日本で異なるのか。

その理由は以下の 3 つであると考えました。

1. 規制の違い

米国の FDA や日本の PMDA のように、医薬品を監督する規制当局があります。これらの機関は、医薬品の安全性と有効性の評価に基づいて、投与量に異なる基準が日本とアメリカでは異なるので、用量が異なると考えました。

2. 医療慣行

医療慣行、治療方法、患者集団の違いは、推奨用量に影響を及ぼす可能性があります。

地域によって医療の優先順位や治療方針が異なるため、ばらつきが生じると考えました。

3. 文化的要因

医療や薬物使用に対する各国の文化的態度は推奨用量に影響を与える可能性があります。高用量または低用量の嗜好は、病気や治療に対する文化的認識の影響を受けるため、容量に差があると考えました。

表 2 アメリカと日本の医薬品に関する違い

アメリカ	アセトアミノフェンの含有量が1錠600mg 医薬品や食品などを取り締まるFDAにより管理されている。
日本	アセトアミノフェンの含有量が1錠300mg 医薬品の有効性や副作用について治験から承認までを取り締まるPMDAにより管理されている。

感想

アメリカ研修を通して、アメリカの医療制度に関する良いところと悪いところをたくさん知ることができました。

1 番驚いたことは、プログラムの中であった医療経済の授業です。日本では国民皆保険制度のため、薬のコストパフォーマンスについてあまり勉強することはありませんが、アメリカでは民間保険であるということから、薬のコストパフォーマンスが重要になってくるため、大学の授業でも扱っているということでした。それが日本とは異なっており、驚きました。

また、アメリカの薬学教育は臨床一本であり、専門性が高いことが分かりました。一方、日本の教育は基礎系と臨床系の両方を学ぶことができます。

この研修は、日本の医療制度について考えるきっかけになりました。日本薬剤師会の声がなかなか通りづらいかもしれないけれど、諦めない気持ちが大事と言ってくれた事は忘れません。

また、ペンパルとコミュニケーションが上手く図れなくても、伝えようとする気持ちを強く持ち続けました。それによってかけがえのない絆が生まれたことは私達の思い出となっています。薬剤師になったときに、患者さんや他の医療従事者に対して伝えなければならないことがあると思いますが、今回の経験を思い出して、諦めない気持ちを大切にしたいです。

コロナに感染し、全員で最後揃わなかったことは残念ですが、6月にまた会えることを楽しみにしております。

お陰様で全員無事帰国することができました。

ありがとうございました。

図 1



図 2

