

TURNUP

MAY 2018 No.39

連携情報を有効活用する
筆頭者は、皆さんです。

— 佐藤賢治



VOICE — 編集長対談 —

東京医科歯科大学医学部附属病院薬剤部准教授 / 副薬剤部長
永田 将司

在宅医療の現場で求められる薬剤師!

在宅訪問管理栄養士編

3分間でわかる医療行政

「オンライン診療」は治療のあり方とともに
薬局にも変化を招く

MY OPINION — 明日の薬剤師へ —

JA新潟厚生連佐渡総合病院院長

佐藤 賢治



株式会社ファーマシィ



ファーマシィの 挑戦

独自の「自主運営型薬局」の展開

コンセプト

- 自分の理想とする薬局づくりをめざせます
- 成果を上げれば、しっかり報酬などに還元されます
- 薬局経営のノウハウ(営業力・労務管理・計数管理)が得られます
- 立場はあくまで社員、資金も会社が負担。安心して経営に集中できます

現場の薬剤師が、薬局経営者と同じように活躍できる。
この仕組みで薬剤師の未知の能力を引き出すとともに、
地域に根ざした「かかりつけ薬剤師のいる薬局」を生み出しています。



ファーマシィ

検索

TURNUP

[ターンアップ]

MAY 2018 No.39

CONTENTS



MY OPINION —明日の薬剤師へ— 04

JA新潟厚生連佐渡総合病院院長

佐藤 賢治

FOYER@MY OPINION 10

トビウオのさつま揚げ

VOICE —編集長対談— 11

東京医科歯科大学医学部附属病院薬剤部准教授／副薬剤部長

永田 将司

在宅薬剤師もり日記 15

在宅医療の現場で求められる薬剤師! 16

在宅訪問管理栄養士編

3分間でわかる医療行政 18

編集長のつぶやき 20

TOPICS 21

『ターンアップ』は、薬剤師の新たな可能性を拓く応援マガジンです。

保険薬局の6割が登録する「ひまわりネット」。

情報活用の筆頭者は薬剤師。



佐藤賢治

J A新潟厚生連佐渡総合病院院長

地域医療連携システムは 薬局薬剤師にとって身近なのか？

「地域医療連携システム」。莫大な医療費抑制に向け医療の効率化を図るにも、医師の偏在による医療疎地への対策としても有効なのは明らかで、このご時世、地域医療連携システム（以下、連携システム）を構築していなければ、時代に追いついていないとみなされそうな勢い。だからなのだろう、日本各地で立ち上げられているとの話を聞く。

しかし、この言葉、薬局薬剤師にとっては、どれほど親近感のあるものだろうか。現状に目を向けると、連携と言っても、せいぜい処方せんを出した医師や医療機関に疑義照会をする程度であろう。また、厚生労働省が示す「地域包括ケアシステムの姿」に保険薬局の掲載はなく、確かに保険薬局の役割を強化していこうとの施策も出てきてはいるが、連携システムに薬局薬剤師が参加している例は稀であり、薬局薬剤師が連携システムにあって機能することを期待されていないようにも見える。ほとんどの薬局薬剤師が、自分たちには無縁だと考えていてもいたし方ないのかもしれない。だが、それを真っ向否定してくれた人がある。新潟県・佐渡島の『さとひまわりネット』（以下、ひまわりネット）を牽引してきたJA新潟厚生連佐渡総合病院院長の佐

MY OPINION

明日の薬剤師へ

構成／武田 宏 取材・文／及川 佐知枝 撮影／林 溪泉

藤賢治氏だ。

島で進む過疎化や高齢化、医師不足を背景に、医療水準の確保、効率的な医療の実践、高齢者の在宅療養の支援をするには、連携システムの構築が不可欠。ひまわりネットは、こう判断した佐藤氏が2010年から準備を始め2013年にスタートした。島内の病院、診療所、歯科診療所のみならず、保険薬局や介護福祉施設を双方のネットワークで結ぶ情報共有システムは現在、島民の26%が参加するようになるなど順調に運用されている。

ここで、読者諸氏に知っておいてほしい事実がある。冒頭で記したように、あちこちで連携システム構築の話聞くが、実は同ネットのようにアクティブに稼働している例は、きわめて珍しい。一説によると、全国に400ほどの連携システムがあるが、情報共有のためのデータベースのサーバーが動いているのを確認できるのは半分の200程度、実際に利用されているのは20ぐらいだという。恐れずに申し上げれば、連携システムの実態は散々。つまり、ひまわりネットは、薬局や介護福祉施設の参加、利用率などの点も含めて群を抜いた存在なのである。

診療所や薬局からも情報を得るため オンラインレセプトに注目！

どうして、ひまわりネットは成功できたのか。

「自分で言うのは気が引けますが、強いリーダーシップがあったからだと思います。明確なビジョンを

持ってドライブする人がいるかないかで、連携システムのすべてが決まってしまう。ビジョンとは、たとえば、プレイヤーを誰にするのか、実際に現場で利用してもらうための工夫や、どうやって仕組みを持続させるかなど。これらを見通して考えないとせっかく立ち上げてもハコモノをつくっただけで終わってしまいます」

佐藤氏は、自らの存在を誇示するというより、連携システムの成否が属人的な要因に左右される現状を、いかにもどかしそうに語る。なんと、正直な人なのだろう。

「私が抱いたビジョンは規模の小さい診療所はもちろん、薬局や介護福祉施設までが参加できる双方の連携システムでした。そして、たいいていの連携システムでは共有する情報を電子カルテから集めようとはしますが、電子カルテはコストが高く、ある程度の規模の医療機関でなければ導入されていません。当然、島で持つのは当院だけ。したがって共有する情報をどう収集するかが大きな難関となりました」

まず、すべての医療機関でデータ化されている医療情報は……。真っ先に浮かんだのがレセプトだった。レセプトのオンライン請求は義務化されているので、最低限、レセプトに書かれるはずの病名、院内処方内容、手術や麻酔、注射内容などのデータは集められる。引っかけたのは、検体検査や画像検査では実施の有無はわかるが、結果が掲載されていない点。しかし、調べてみると、ほとんどの医療機関で検体検査結果も画像もコンピュータに保管しているとわかり、その気になればデータを集められる

と判明した。

「次の課題は、院外処方でした。医療機関から出されるレセプトでは処方の有無だけで、薬剤名は記されていない。ただ、それも保険薬局にリサーチしたところ、全国で標準化された保険薬局システムがあり、これで、ひととおりの情報をそろえられるめどが立ちました」

主となるプレイヤーは医師ではなく メディカルスタッフこそ馴染みやすい

佐藤氏が、連携システムのプレイヤーに薬局薬剤師を選んだ理由は実にシンプルだった。

「僕は、院外処方せんに疾患名が書かれないのは、医療制度上のミスだと思っています。薬局では薬剤

師が服薬指導をしますが、薬剤の名前だけが書かれた紙を見て、それをしろと言うのは、どう考えても無理がある。たとえば、カルシウム拮抗薬が出されていたとき、心不全か高血圧なのかを知らずに、どうやって服薬指導をすれば良いのでしょうか。ひまわりネットにアクセスすれば、薬剤師の方は疾患名を確認でき、有用な情報を得られると考え、保険薬局の参加を決めました」

現在、ひまわりネットには12軒の保険薬局が登録している。これは、島内にある保険薬局全体の約6割に上る数字。薬剤師たちの反応を聞いてみた。

「個人によって、たいへんな温度差があります。一所懸命使って喜んでくださる方もいれば、かたがたけ見ている方もいます。ただ、これは薬剤師に限った現象ではなく、医師、看護師、介護従事者など、すべてのプレイヤーの共通事項です。」

『さどひまわりネット』の特徴

運営主体

行政を含めた島内施設からなる協議会(NPO法人)

同意住民

佐渡島内全住民が対象 → 現在26%

参加施設

佐渡島内全施設が対象 → 現在6割

- 病院、診療所、歯科診療所、保険薬局、介護事業者、行政(佐渡市)

共有情報

医療関連は電子カルテに頼らず、自動収集できるもの

- 利用者に情報提供作業を負わせない
- 共有価値のある情報を手動で提供できる機能も持つ

双方向性の実現

電子カルテの有無、施設規模によらない

コミュニケーション支援

- 複数のコミュニケーションツールを実装
- News Letterの定期発行：機能紹介とユーザー事例
- 『ユーザー会』の開催：“顔見知り”となる機会、場所を提供

守秘義務にもとづく セキュリティポリシー

- 必要な人が必要な情報を参照、提供できる
過剰ではない「個人情報保護」

ICTを離れた
取り組みが重要

熱心に使ってくださる薬剤師にいちばん喜んでいただけただけなのは、自分の薬局以外で出されている薬剤の情報が見られることでした。『併用注意、併用禁忌の薬剤が処方されていないか、同効薬の重複の有無などが確認できるので、安心して調剤を行える』と何人かの薬剤師が教えてくれました。

僕は病名がわかれば服薬指導がやりやすいだろうと単純に考えたのですが、彼らも医療従事者で、リスクを拾いたいのだと知り、うれしかったですね。多くの連携システムで、主となるプレイヤーとして想定されるのは医師であろう。しかし、佐藤氏は「つくってみて、メディカルスタッフこそ馴染みやすい仕組みだと気づいた」と話す。

「当院においてさえ、ひまわりネットを日常的に見ている医師が何人いると思いますか？たぶん僕を入れて2、3人程度。ほとんどの医師が、処方でちょっと迷ったときに見るぐらいです。そもそも医師は自分の専門分野を診て終了する『自己完結型思考』で業務をします。自分の領域外は他科に紹介してしまいうため、連携の発想が生まれづらい。

けれども連携システムは、どこにリスクが潜んでいるのかを発見するツールですから、前述した薬剤師のように日常的に見なくては本来の機能を発揮できません。したがって僕は今、医師よりもメディカルスタッフのほうが、ひまわりネットをずっと効果的に使えるのではないかと感じています。メディカルスタッフの皆さんは、誰かと協力し合いながらの仕事が習慣づいているので、連携システムに馴染みやすいのではないのでしょうか」

最多に閲覧されるのは処方薬の画面 薬剤師の責任は、ますます重大に

「今後のテーマは、やはり地域包括ケアシステムだと推察します。連携システム構想中にはなかった言葉ですが、簡単に言えば、医療、介護、福祉、行政の方々が、よって、たかって患者さんを支援するシステムで、情報共有の仕組みがなければ、成立するわけがないのです。

そして、共有される情報の中で重要なのが薬剤。在宅の患者さんが診療所や病院、介護福祉施設を循環することになれば、それぞれで医師とかわり、外来レベルの治療は薬物療法ですから、たくさんの薬剤師が関与する結果となります。実は現在も、もっとも閲覧されているのは処方薬の画面で、今後、顕著に増えていくのは明らか。そうすると、ひまわりネットを見る筆頭者は薬剤師と言っても過言ではなくなると想像します」

さらに佐藤氏は、ひまわりネットの将来像を次のように語る。
「水道や電気が止まると、困りますよね。普段、当たり前のように使っているものが止まると困る。本来、ひまわりネットも、そうした社会インフラのひとつです。

患者にかかわるプレイヤーたちが、当たり前のように使い、当たり前のように『同じ効能の薬が出ているけれど、バッティングしてまずいのでは』と気

PROFILE

さとう・けんじ

1986年 新潟大学医学部卒業
新潟大学外科教室入局
1995年 JA新潟厚生連佐渡総合病院外科勤務
2001年 JA新潟厚生連佐渡総合病院外科部長
2012年 特定非営利活動法人
佐渡地域医療連携推進協議会理事
2014年 さどひまわりネット管理委員会委員長
2015年 JA新潟厚生連佐渡総合病院副院長
2016年 JA新潟厚生連佐渡総合病院院長



がついて——。『ひまわりネットがないと、ほかでどんな治療を受けているのかわからず、心配で仕方がない』となるのが理想的な姿で、それをめざして力を尽くしていきます」

いずれにしろ、現在も将来においても、うれしいことに薬剤師の責任は重大だ。

システムをつくるのであれば 顔見知りになる「ユーザー会」も必須

ひまわりネットがすごいのは、社会インフラにとどまっていない点にもある。

「ひまわりネットをつくって何がいちばん良かったかというと、他職種の方々と話ができるようになったのですよ。」

実は、ひまわりネットにかこつけて、3ヵ月に一度、登録している施設のプレイヤーに限らず、さまざまな職種の方々に集まっていただけ、「ユーザー会」を開催しています。たとえば、当院は院内処方ですから、ひまわりネットがなければ、当院の医師が薬局薬剤師と会話をするなんて、まずありませんでした」

電子カルテに頼らない情報収集の仕組みとともにコミュニケーションの場を生み出したのが、ひまわりネットの自慢できるところ。

「連携システムをつくっても、みんながバラバラな方向を見ているのでは、何も変わりません。共有した情報をネタに会話をし、コラボレーションにまで

行き着いて、初めて連携と言えるのです。おそらく多くの連携システムは、その構築で止まっているんじゃないかな。」

連携を考えるうえで、いちばんプライオリティが高いのはコミュニケーション。もし、システムをつくるのであれば、システムとユーザー会の2本柱にすべきです」

「顔の見える関係づくりが大切なんです」と相槌を打つと、佐藤氏は少し笑って応じる。

「よく、『顔の見える関係』と言いますが、ちょっと僕には意味がわからないので『顔見知り』という表現を使っています。システムのプレイヤー同士がなんとなく顔を知っているだけじゃダメ、親しく話せる間柄にならないと。」

ユーザー会は、各プレイヤーに持ちまわりで幹事を務めてもらって開催しています。僕は話を聞いて講評はしますが、裏方に徹して出しゃばりません。実際に運営するのがプレイヤーの人たちでないと互いに顔見知りにはなれませんから。

システム構築にユーザー会が必須と申し上げたのは、もうひとつわけがあります。プレイヤー同士が顔見知りであれば、どんなにできの悪いシステムでもうまく活用しようとし、必要とあらば、互いに手を取り合って、使いやすいシステムに変えていくでしょう」

佐藤氏の話聞けば聞くほど、連携システムには薬剤師が関与しなければならぬのだと痛感させられた。読んでくださった薬剤師の方々も、もう無縁だとは言えないはずだ。

著者注：本文中で、ひまわりネットを使う人を「プレイヤー」と表現させていただきました。佐藤氏が取材時にお使いになっていて、「ユーザー」よりアクティブな表現だと感じましたので、そのまま使わせていただいております。

FOYER@MY OPINION——トビウオのさつま揚げ

FOYER（ホワイエ）は、ほっと一息つく休憩の場——。

ここでは、『MY OPINION』の取材で出会った場所やものをご紹介します。



佐渡島では、初夏になるとトビウオがたいへん安価に大量に出まわるといわれる。今回、『MY OPINION』に登場いただいた佐藤賢治氏は、その時期が来ると自ら「トビウオのさつま揚げ」をつくるというから驚いた。自慢の一品のレシピは——。

「20～30尾のトビウオをおろし、フードプロセッサですり身にするのですが、このとき、重量に応じた塩、砂糖、みりん、卵白を入れます。

ポイントは、小麦粉などのつなぎをいっさい加えない点。魚が新鮮であれば、つなぎは不要です。すり身をボールにあげ、刻んだごぼうを入れて混ぜたら、一口サイズに丸めて油で揚げます。一度に30～40個ほどつくりますね。ちなみに、揚げればさつま揚げですが、蒸せばかまぼこ、焼けばちくわになります」

なるほど、新鮮な魚は、すり身にしたときの粘り気が強く、つなぎはいらないのだろう。インターネット



かまぼこ



さつま揚げ

（写真はイメージで佐藤氏がつくったさつま揚げではありません）

ットでさつま揚げのつくり方や、販売しているものの成分を見てみたが、ほぼ小麦粉や片栗粉などをつなぎとして使っていた。おそらく、筆者は魚だけのさつま揚げを食べた経験はないだろう。そう思うと無性に味わってみたいくなった。

それにしても、一度に40個ほどもつくって多すぎはしないのだろうか。

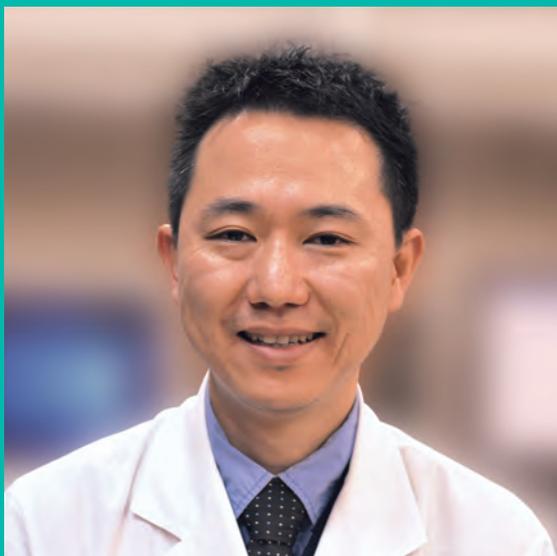
「たくさんつくと、夕食のテーブルに並び、翌日には私のお弁当のおかずにもなりますし、病院の職員におすそ分けして、『どうだ、おいしいだろう』と自慢します（笑）。

揚げたても良いですが、個人的には一晩おいたほうが、より美味しくなる気がして好きです」

佐藤氏が腕を振るうのは夏だけではない。冬はタラが豊漁になり安く手に入るので、よくかまぼこをつくると言う。

「さつま揚げやかまぼこをつくる医者は、そういないだろうと思いますよ」

茶目っ気たっぷりに笑う佐藤氏。北海道出身の彼は、すっかり佐渡島の人になっていた。



東京医科歯科大学医学部附属病院薬剤部准教授／副薬剤部長

永田 将司

薬剤師の果たすべき役割を問われた際、服薬指導や重複薬剤のチェックなどを挙げる方も多いただろう。しかし、病院薬剤師の永田将司氏は、それらは最低限なさねばならないルーティンワークでしかなく、薬剤師の真の使命は、薬物治療を適正化し、患者の抱えている問題を解決することだと言う。そして、使命達成には「POS (Problem Oriented System)」の概念にもとづいた薬剤管理指導記録の作成や、薬薬連携の推進が必要だと説く。

ながた・まさし

1997年東京理科大学薬学部製薬学科卒業。1999年同大学大学院薬学研究科修士課程修了。2003年東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究博士課程修了。同大学医学部附属病院薬剤部薬剤師。2005年九州保健福祉大学薬学部講師。2009年宮崎大学医学部附属病院薬剤部主任。2011年東京医科歯科大学医学部附属病院薬剤部准教授。2014年同病院薬剤部副薬剤部長（兼任）。2017年東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科医歯学系専攻全人的医療開発学講座薬物動態学教授代理（兼任）

構成／『ターンアップ』編集長：武田 宏

患者が抱える問題解決に向け
プロブレムリストをつくり
それぞれに対応策を考えよ！

薬剤管理指導記録の 書き方を見直すことで 患者利益に大きく貢献

——永田先生は、「POS」の概念ののちにつとった薬剤管理指導記録（以下、指導記録）の普及に取り組まれているとお聞きしました。どのような目的で始められたのでしょうか。

永田 薬剤師に果たすべき使命を達成してほしいとの思いからです。

POSはProblem Oriented Systemの略語で、患者の持っている医療上の問題に焦点をあてて、その問題解決をめざして行われる一連の作業システムを指します。薬剤師の役割を問われると、服薬指導や重複薬剤のチェックを挙げる方が多く見られますが、それらはあくまでルーティンワーク。薬剤師の真の使命は、薬物治療全体を適正化して患者の問題を解決することであり、POSにもとづいた指導記録は、それを実現する方法のひとつです。

——たいへん興味深いご見解です。先生が普及に努められている指導記録の作成方法をご教示ください。

永田 指導記録は「SOAP^{〔注〕}」形式で書きさえすれば良いと思っられている方がほとんどですが、それではPOSののちにつとったものにはなりません。

前述のとおりPOSとは患者の問題に着目し解決しようとする作業。したがって指導記録をつくる際、最初にするのは患者の抱える問題、「プロブレム」の列挙です。そして最終的に、解決に向けて何をするのか具体的に「プラン」を記します。つまり、SOAPは「ひとりの患者にひとつ」ではなく、羅列したプロブレムの数だけ存在するわけです。

しかし、これができるというケースが多い。当院に実習に来た薬学生に指導記録を書かせると、ほぼ全員、**【資料1】**の「悪い記載例」のようになります。

——よく見かける、SOAPでの記載がひとつだけの指導記録です。

永田 はい。こうした「ひとりの患者にひとつのSOAPでの記載」の指導記録では、患者と話して得られた「薬が効きすぎるように感じている」、「服用を忘れる」といった複数のプロブレムが、ひとつの欄に混在して記載されます。その結果、評価も混沌としてしまい、「経過観察」という具体性のないプランを立て

るにとどまらざるをえません。

一方、**【資料2】**の「良い記載例」のような指導記録では、患者の問題が何かを整理しながら記載できるので評価を的確に行え、各々のプロブレムに対し実効性のあるプランを立てられます。

——「何が問題で、どうすべきか」が一目瞭然の指導記録は、きわめてわかりやすい。前回、担当した薬剤師が休みで、違う薬剤師が対応する場合にも、即座に患者の状況を把握できますね。

永田 そのとおりです。良い記載例ならどの薬剤師が対応しても患者のプロブレムとプランが明確ですから、服薬指導の場面で、見落としなく役割を果たせるでしょう。指導記録の書き方を少し見直すだけで、患者利益に大きく貢献できます。薬剤師の方には、ぜひ、「POS」の概念に則した指導記録をとり入れていただきたいと思います。

お薬手帳を活用して 薬薬連携を推し進め 医療安全を担保する

——貴院は、都心にある大病院ゆえ広範囲から患者が訪れ、貴院の処方せんを

〔注〕診療情報を、S (Subject: 患者から聞き取った話などの主観的データ)、O (Object: 検査結果などの客観的データ)、A (Assessment: SとOの情報に対する評価)、P (Plan: S、O、Aをもとにしたプラン) に分類、分析する診療録の書式

【資料1】悪い記載例

S	この睡眠薬（トリアゾラム）は強いのかなあ。よく眠れるのはいいんだけど、次の日まで眠気が残るんだよね。薬を飲むのはよく忘れる。症状があるわけじゃないから、ついうっかり
O	<p>〈服用薬〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・トリアゾラム(0.25) 1日1回 1回1錠 就寝前 ・ニフェジピンCR (20) 1日1回 1回1錠 朝食後 <p>〈検査値〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 血圧…… ・ AST / ALT……
A	睡眠薬の効果が次の日まで持続しており、現在の服用量が多い可能性がある。また、薬をよく飲み忘れるようであり、アドヒアランスを上げるよう指導する必要がある
P	経過観察

プロブレムの記載がない

服薬指導内容の記載がない

プランが具体的でない

【資料2】良い記載例

#1	肝機能低下に関連した肝代謝型薬物の効果増強のハイリスク
S	この睡眠薬（トリアゾラム）は強いのかなあ。よく眠れるのはいいんだけど、次の日まで眠気が残るんだよね
O	<p>〈服用薬〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・トリアゾラム(0.25) 1日1回 1回1錠 就寝前 ・ニフェジピンCR (20) 1日1回 1回1錠 朝食後 <p>〈検査値〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 血圧…… ・ AST / ALT……
A	超短期間作用型睡眠薬であるトリアゾラムを服用しているにもかかわらず、効果が次の日まで持続している。肝機能が低下しているため、トリアゾラムの血中濃度が高めに持続している可能性が高い。また、ニフェジピンも肝代謝型薬物であり、効果増強のリスクが高く注意が必要
P	<ul style="list-style-type: none"> ・ トリアゾラムの投与量減量を主治医に提案する ・ アドヒアランス改善後の血圧変動に注意する

プロブレムごとに SOAP で記載している

プランが具体的である

プロブレムごとに SOAP で記載している

#2	病識不足に関連したノンコンプライアンス
S	薬を飲むのをよく忘れる。症状があるわけじゃないから、ついうっかり（指導後）最近では血圧を測る機械が置いてある薬局もあるね。今度、薬をもらうときに測ってみよう
O	<p>〈検査値〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 血圧…… <p>〈服薬指導〉</p> <p>定期的に血圧をチェックしてみようか</p>
A	自覚症状がないため、自分が病気であるという認識が乏しく、そのためアドヒアランス不良となっている様子。まずは、ご自身の状態を把握してもらうためにも、定期的に血圧をチェックしてみようかと打診し、理解が得られた
P	次回、血圧変動及びアドヒアランス確認

指導内容が記載されている

受け取る薬局も多いと推察します。薬局との連携には、どのようなスタンスで臨んでいますか？

永田 医療安全を担保するため、病院薬剤師と薬局薬剤師の連携を進めている最中です。

背景には、DPC制度による入院日数の短縮があります。たとえば、かつては患者に抗がん剤治療を開始したら3週間は入院させ、その間に病院薬剤師が薬剤の副作用をモニタリングし、問題が起きないかを確認してから退院となっていました。

ところが現在、当院の平均入院日数は2週間を切り、病院薬剤師は抗がん剤導入直後のわずかな期間しか立ち会えなくなりました。したがって、退院し外来通院するようになった患者の安全な服薬を担保するには、薬局薬剤師との連携が欠かせなくなったのです。

そこで、当院の薬剤部では「退院時薬剤情報管理指導」（以下、退院時管理指導）に注力しており、同指導の診療報酬の算定件数では国立大学病院の中でも上位を占めています。

局薬剤師との連携で、どのように役立つのでしょうか。

永田 退院時管理指導で、患者に服薬指導をするとともに、入院中に起きた副作用などの重要エピソードをお薬手帳に記載するところがポイントです。

入院時の持参薬と退院処方記録しただけのお薬手帳では、薬局薬剤師は「入院中にある新しい薬を採用したが、副作用が起きたので中止した」といった出来事があっても把握できず、患者を逆紹介されたかかりつけ医が、副作用の起きた薬を処方しても忌避すべきケースなどは

気づけません。しかし、病院薬剤師がお薬手帳に入院中の経過を記載して薬局薬剤師に情報を提供すれば、問題の回避につながります。

——病院薬剤師との連携によって、薬局薬剤師が適切な薬物治療と患者の問題解決を行うための重要な情報が得られるのですね。

永田 ただ、退院時管理指導は病院薬剤師の負担が大きいため、しっかり行われている病院は多くありません。私自身、ある薬局薬剤師の方から「こんなお薬手帳は見たことがない」と言われました。

けれども、繰り返しになりますが、退院時管理指導による記載がなされたお薬手帳は薬局での服薬指導の内容を向上させ、患者利益に資するものです。もし、そのようなお薬手帳をご覧になったことがなければ、病院薬剤師との交流の場などで、薬局側から病院薬剤師に働きかけを試みては、いかがでしょうか。

「薬局で研究はできない」は
たいへんな思い違い
やる気さえあれば十分可能

——薬局薬剤師にとって、とても参考になるお話をうかがえました。最後に、薬局薬剤師への要望などがありましたら、お聞かせください。

永田 薬局薬剤師の職域を広めるためにも、リサーチマインドを持っていただきたいと考えています。

現在、病院薬剤師の病棟業務には病棟薬剤業務実施加算を算定できますが、その実現には、病棟業務で医療安全がとれただけ向上したかを研究し、学会などで発表したことが大きく寄与しました。

一方、薬局では個々に先進的な施策を行っている例はあるものの、外部に向けてアピールせず、多くの場合は内々の取り組みで止まっているのが現状のようです。これでは、薬局薬剤師の有効な業務を客観的に評価できません。薬局薬剤師も、自分たちの取り組みを研究としてまとめ、発表していくべきです。

——「薬局で研究などできるのか？」と
思っている薬局薬剤師も、多くいるように
感じます。

永田 それは大きな思い違いで、もちろん十分に可能です。実際、ある抗がん剤の副作用の発疹を予防する2種類の保湿剤のうち、どちらがすぐれているのかを

調査した薬局薬剤師の研究を目にしたことがありますが、外来で抗がん剤治療を受ける患者のそばにいる薬局薬剤師ならではの研究でした。

ちなみにこの研究は、2種類の保湿剤の副作用予防には大差がないとの結論で終わったのですが、だからといって「たいした研究ではない」などと思わないでいただきたい。「大差がない」との情報は非常に重要で、患者の安全な服薬に大いに貢献するものです。

ふとした疑問を捨ててしまわず、ぜひ薬局薬剤師だからこそできる研究に取り組んでほしいと願います。

『ターンアップ』編集長
武田 宏(たけだ・ひろむ)

製薬会社勤務を経て渡米し、現地で薬剤師が市民から尊敬される職業であると知って、感銘を受ける。1976年保険薬局の株式会社ファーマシィを設立、代表取締役役に就任。現在、医師向け情報誌『Primaria』の発行人を兼務



在宅薬剤師 もり日記

第2回

作・画 / 株式会社ファーマシー 森 聡子



医療機関からの依頼に応じて当薬局から、がん疼痛緩和に用いるPCAポンプを貸し出し、在宅療養患者に導入する際は、多くの場合、患者宅で、ご家族や他職種の方に使用法などを説明します。自分が初めて説明を担当することになったとき、私は、まだ注射剤の取り扱いにすら慣れていない状態でした。患者宅を訪問する前日には、資

料を片っ端から読んでリハーサルを繰り返し、当日は、緊張のあまり手が震えるのを必死に抑えながら説明をしました。なんとか必要事項を伝え終え、PCAポンプでオピオイド鎮痛剤の注入を始めると、患者さんとご家族、そして他職種の方と希望のようなものを共有できたように感じました。とてもうれしい瞬間でした。

聞き取り、電卓片手に毎日の平均摂取カロリーを算出、過不足なカロリー量や栄養素を割り出します。

ここからが栄養士の腕の見せどころです。献立を渡しても、「塩小さじ1、みりん大さじ2」などの指示で食事をつくるなど、そう簡単にできるものではありません。そこで、いつも食べているものや冷蔵庫の中を見せてもらい、「この野菜を食べるときは、茹でるのではなく、油で炒めてみて」、「牛乳は無脂肪のものがあるので、次からはそれを」、「ヨーグルトを食べるなら、はちみつを足して」など、療養者やご家族へのリサーチを重ねながら簡単に実現可能なアドバイスをするのです。

そういうことを繰り返していくと、数ヵ月後には体重が目標値に近くなる、体調が良くなるなどの変化が現れてくる。療養者の方々は、目に見える結果によって我々の存在価値を認識してくださるようになります。

食品を適当な薬に置き換えて 提案してくれた薬剤師に感激

■米山氏は、薬局薬剤師と連携する機会を通して「食と薬は切っても切れない関係にあると痛感している」と話してくれた。

米山 療養者のお宅に薬を届けてくださる薬剤師に栄養剤などについて相談すると、その方の病状に対して医師に処方してもらえる栄養剤に何があるかなどを教えていただけるので、とても助かっています。

また、お通じのコントロールが不良な方に、私が、食品とともにビフィズス菌の摂取を提案したケースがあったのですが、ちょうどいっしょに訪問していた薬剤師が「整腸作用を助ける薬を医師に処方してもらうのはどうですか」とアドバイスをくださいました。「なるほど」と思いましたし、食品より処方薬のほうがコスト面で負担を軽減できるため、ご家族も喜ばれていました。それがきっかけで、今では、「薬のことなどは、薬剤師さんに相談すると良いですよ」と療養者やご家族にお話ししています。

薬と食品の相性の問題もあります。薬によっては食欲などに影響を及ぼす場合があるので、薬剤師との連携はたいへん重要だと感じています。とにかく、栄養士にとって薬剤師との情報交換はきわめて有意義なので、どんどん在宅の現場に出てきてほしいですね。

■他職種に栄養士の役割が知られていない中、どのようにして在宅医療の輪の中に入っていったのだろうか。米山氏の体験談は、これから在宅医療の現場に出ていこうとする薬局薬剤師の貴重なヒントになるだろう。

米山 まずは、地域のケアマネジャーなどが参加する勉強会に参加し、彼らと親しくなりました。さらに、担当した療養者の方のサービス担当者会議がある際にはできる限り出席して、栄養士の行っていることを説明したり、食事や栄養に対する質問などに丁寧に答えるようにしました。在宅訪問管理栄養士の介入の有効性を1例、1例証明することで信頼関係が構築され、在宅医療のメンバーとして徐々に認めただけできるようになりました。

在宅医療に関連する加算が複数あり 柔軟な活動ができる環境を生かして!

■在宅訪問管理栄養士の活動は、かなり制限されている。米山氏は、フレキシブルに在宅医療にかかわれる薬局薬剤師がうらやましいそうだ。

米山 在宅訪問管理栄養士は、医療機関に属していなければならず、医師の指示書がなければ、訪問栄養食事指導はできません。加えて、報酬面でも、たとえば介護保険のレセプトで算定されるのは居宅療養管理指導費の1種類のみで、保険請求できるのは月2回までです。それにくらべて薬剤師には在宅医療に関連する加算がいくつもあり、柔軟な活動が展開できる。今後の在宅医療の需要の高まりを考えれば、非常に恵まれた環境にあると思います。

また、療養者のほとんどが薬を飲んでいるため、薬剤師は自然と他職種よりさまざまな協力を求められるはず。在宅の現場に出ていけない手はありません。

■実は、米山氏のまわりには、在宅医療で活躍する薬局薬剤師が大勢いる。

米山 地域で多職種の勉強会が開催されているのですが、たくさんの薬局薬剤師の方々が参加しています。生き生きと活躍する彼らの姿を見ると、薬剤師の在宅医療における大いなる可能性を感じますし、栄養士も、もっと地域に貢献できるようがんばらなければと思います。

在宅医療の現場で 求められる薬剤師!



地域栄養サポート自由が丘
米山 久美子氏

第2回 在宅訪問管理栄養士編

今後、在宅での療養者や要介護者が増加していけば、在宅における栄養ケアサービスの需要は確実に拡大していくはず。そこで、在宅療養者の疾患、病状、栄養状態に適した栄養食事指導ができる管理栄養士の育成を目的とした『在宅訪問管理栄養士』認定制度が2011年度に創設。

さらに、地域や在宅などで他職種と協働しながら包括的に食や栄養のサポートをする『在宅栄養専門管理栄養士』認定制度が2017年度にスタートした。

今回は、在宅訪問管理栄養士で在宅栄養専門管理栄養士でもある米山久美子氏に在宅訪問管理栄養士の具体的な仕事内容や薬剤師との協働について話をうかがった。

笑顔につながる支援で結果を出しつつ 療養者に存在価値を認めてもらう

■在宅訪問管理栄養士は、一般社団法人日本在宅栄養管理学会によって認定されるが、そうとう高いハードルがある(【資料】)。しかも比較的新しい資格であるため、認定者は684名(2017年までの総数)と決して多くない。訪問栄養食事指導の認知度は低く、米山氏の場合も初めての療養者宅訪問では、仕事の内容の説明から始めたという。

米山 訪問栄養食事指導を始めた当初は、特にご高齢の方のお宅では、ご家族も含めて「ヘルパーさんにおいしい料理の作り方を教えてほしい」、「栄養バランスの良い食事をつくってくれ」などと依頼されるケースがほとんどでした。したがって、「在宅訪問管理栄養士は、食事や栄養に関して、さまざまなアドバイスをさせていただくのが仕事なのです」と説明するところからスタートしました。とはいえ、そのように話しても相手は「？」ですから、実際にサービスを利用していただき、「なるほど」と理解してもらうしかないのが実際でした。

■編集部でも在宅訪問管理栄養士の仕事内容は、今ひとつわからなかった。一般の方々が、想像できないのも無理はないだろう。いったい、具体的に何をして自分たちの価値を理解してもらうのか。

米山 まず事前に渡されている、かかりつけ医からの指示書の内容を確認し、肌の乾燥の状況、脱水症状の有無、足のむくみ、歯の状態などに関しフィジカルアセスメントを行い、次に身長、体重や採血のデータをチェックし、療養者の全体を把握します。その後、療養者に適した食品や栄養量を前提に、ご本人やご家族から食生活の様子を丁寧に

【資料】在宅訪問管理栄養士認定資格者(受験時)

- ① 公益社団法人日本栄養士会の会員であり、一般社団法人日本在宅栄養管理学会の正会員で“管理栄養士”であること。
- ② 管理栄養士登録から5年以上経過し、病院、診療所、高齢者施設等において管理栄養士として従事した日数が通算で900日(週休2日と仮定して3年6ヵ月以上の期間が必要)以上の者。
- ③ 学習プログラムの所定の内容をすべて修了し、所定の認定試験に合格後、在宅訪問栄養食事指導実施、実践症例検討報告レポート審査を受け合格した者。

出典：公益社団法人日本栄養士会ホームページより作成

医療行政

3分間でわかる

第27回

「オンライン診療」は治療のあり方とともに薬局にも変化を招く

一定の要件を満たせば
テレビ電話会議システムで
再診を受けることが可能

情報通信機器を用いて診察や医学管理を行う、いわゆる「オンライン診療」に対し、2018年度診療報酬改定において診療報酬の算定が認められました。対面診療を原則としつつも、一定の要件を満たせば算定できる「オンライン診療料」などが新設されたのです。そこで今回は、オンライン診療について解説するとともに、薬局への影響を考えていきましょう。

オンライン診療料（1カ月につき70点）は、特定疾患療養管理料や地域包括診療料、生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料などを算定している初診以外の患者のうち、同一の医師の診療のもと、

初診から6カ月以上経過した患者に対して、テレビ電話会議システムなどを使って診療した際に算定できるものです。ただし、3カ月に1回は対面診療を行う必要があります。

これまでオンライン診療と聞くと、離島のようなへき地の患者で、専門医に診てもらおうのが難しい環境での利用を想像する方が多かったと思います。しかし、生活習慣病管理料の対象患者にオンライン診療料を算定できることから推察できるように、今回のオンライン診療料では、糖尿病、高血圧症、脂質異常症といった慢性疾患を抱えるサラリーマンなどの利用が想定されているようです。仕事の都合で平日昼間の通院時間の確保が難しく、受診を中断してしまう人が多数、見受けられますが、オンライン診療であれば、通院の手間が省けるので、こうした方々の治療をつづけられる可能性が高まると期待されています。

情報通信機器を用いた診察

医師が情報通信機器を用いて
患者と離れた場所から診療を行うもの

【オンライン診療】

- ◇ (新) オンライン診療料
- ◇ (新) オンライン医学管理料
- ◇ (新) オンライン在宅管理料、精神科オンライン在宅管理料

対面診療の原則のうえで有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診療や外来、在宅での医学管理を行った場合

※電話等による再診

(新) 患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取り扱いがより明確になるよう要件の見直し(定期的な医学管理を前提とした遠隔での診療は、オンライン診療料に整理)

情報通信機器を用いた遠隔モニタリング

情報通信機器を備えた機器を用いて
患者情報の遠隔モニタリングを行うもの

【遠隔モニタリング】

- ◇ 心臓ペースメーカー指導管理料 (遠隔モニタリング加算)
体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて診療に必要な指導を行った場合
- ◇ (新) 在宅患者酸素療法指導料 (遠隔モニタリング加算)
- ◇ (新) 在宅患者持続陽圧呼吸療法 (遠隔モニタリング加算)
在宅酸素療法、在宅 CPAP 療法を行っている患者に対して、情報通信機器を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

出典：未来投資会議構造改革徹底推進会合「健康・医療・介護」会合第4回資料『オンライン診療の推進』より作成

職場やホテルで受診 生活習慣病患者の 治療の中断の歯止め

オンライン診療料の算定には、対象患者の条件だけでなく施設基準も存在します。厚生労働省では、緊急時におおむね30分以内に診察可能な体制があること(小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料の対象患者を除く)、1カ月当たりの再診料(電話等再診料を除く)とオンライン診療料の算定回数を足した回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であることとしています。

その他の施設基準に関しては、今年2月から開催されている『情報通信機器を用いた診療に関するガ

イドライン作成検討会』で詳細が詰められている最中で、本誌が発行されるころにはガイドラインが発表されているはずですが。

3月に公表されたガイドライン案では、オンライン診療を受診できる場所として、医療法で認められている患者の居宅以外にも、患者の勤務する職場や宿泊するホテルなどが明示されました。実は生活習慣病治療の中断理由で、もっとも多いのが長期出張なのです。こうした点などからオンライン診療は、比較的若く、働いている人々の生活習慣病の重症化予防を強く意識したものになったのでしょうか。

門前薬局を訪れていた患者が 自宅近くにあつて便利な 地域の薬局にシフトする

オンライン診療は、薬局や薬剤師のあり方にも大きく影響を与えると考えられます。オンライン診療では、医療機関から処方せんを郵送などで患者に提供する仕組みが用いられます。したがって、従来、医療機関を受診したあと、すぐそばにある門前薬局で薬を入手していた患者が、自宅の近所の薬局にシフトすることは容易に想像できます。

つまり、オンライン診療は結果的に、『患者のための薬局ビジョン』でうたっていた、門前から地域のかかりつけ薬局への移行の流れを加速するに違いありません。薬局薬剤師の皆さんには、こうした流れを好機ととらえ、ぜひ地域に密着した「かかりつけ薬剤師」になっていただきたいと思います。

編

集

長

の

つ

ぶ

や

ち

VOL.3 「医療の流れ」の転換の試みを —再診時には、まず薬局に寄ってから—

再診の医療の流れを変えたら、面白いのではないかと考えている。「医療機関→薬局」ではなく、「薬局→医療機関→薬局」とするのだ。

多くの患者は、医師に対して、なかなか正直にものを言えない傾向が強い。「薬をきちんと飲んでいますか？」と聞かれたならば、つい、怒られるのを恐れて「はい」と答えてしまう。医師も診療にあまり時間をかけられない現実があるので、患者の発言をそのまま受け取り、会話から得られる少ない情報と検査結果で処方せんを出す。これが、再診における既存の医療機関→薬局の流れでの医療の実態だ。

しかし、こうした流れでは、医師が予想できない落とし穴が生じる可能性が高い。たとえば、きちんと薬を飲んでいるとの誤った情報のもと、効果が認められなければ、医師はより効能の強い薬を処方するだろう。患者がそれを服用すれば、大きな副作用が現れるかもしれない。



これを、薬局→医療機関→薬局にするとはどういうことか。再診のときに患者は、まず薬局に行く。薬剤師は、患者から服薬状況や症状の変化などについて聞き取り、何がしか

のツールで医師にその情報を送る。「実は、飲んでいない」、「自分で調整して余っている薬がある」、「薬が嫌い」などの本音も、相手が薬剤師であれば、患者は話しやすいに違いない。

事前に正しい情報を医師が知っていれば、短い時間で適切な診療ができ、患者に合わせた処方せんを出せる。きわめて効率的に良い医療が提供できるというわけだ。



調剤報酬で「かかりつけ薬剤師指導料」が算定できるようになって2年がたったが、かかりつけ薬剤師を持つ患者の数は、まだまだ少ないという。だが、これもいたし方ない面がある。複数の医療機関で診療を受けている患者は、それぞれの医療機関がある場所で、自分にとっていちばん便利な薬局に処方せんを持っていってしまうからである。

しかし、再診の医療の流れを、薬局→医療機関→薬局にすれば、患者が薬剤師とコミュニケーションを図る環境が整い、薬局が「かかりつけ薬局」として機能できる下地ができるのではないだろうか。

近々、共感してくれる医師の方々と協働して、新たな医療の流れにトライしてみたいと思っている。

BOOK

『ポケット判 治療薬UP-TO-DATE 2018』

監修：矢崎義雄／発行：メディカルレビュー社



白衣のポケットに収まる使いやすい文庫本サイズの医薬品事典として知られる本書の2018年版が刊行されました。

本書は大きく3つのパートで構成されており、まず「総説」では、最新の診療ガイドラインにもとづく各

疾患領域の情報についてポイントを絞って解説しています。次の「薬剤便覧」では、添付文書情報をもとにした薬剤の適応と用法、用量などを見やすいレイアウトで掲載。処方設計や服薬指導に有用なポイントをまとめた欄があるほか、適応外処方にも言及しています。「付録」には、これまで掲載されていた好評だった併用禁忌薬などの一覧表類のほかに、ポリファーマシー対策の理解に必要な高齢者への薬物投与の基礎知識などが新たに追加されました。

初版の発行から16年目を迎えた本書の情報は、大学病院などが独自に作成する院内医薬品集の基礎データとして採用されるなど、医師及び病院薬剤師からの信頼度が高いので、薬局薬剤師が医薬・薬薬連携をする際にも役立つでしょう。

CAUTION

EGFR-TKIの副作用で注意喚起

厚生労働省は、EGFR T790M変異が陽性の非小細胞肺癌治療剤（EGFR-TKI）である『タグリッソ錠40mg、80mg』（一般名：オシメルチニブメシル酸塩製剤）について、副作用発生の注意喚起を通知しました。通知によると同剤の服用患者のうち、過去に免疫チェックポイント阻害剤『オブジーボ点

滴静注20mg、100mg』（一般名：ニボルマブ製剤〈遺伝子組換え〉）の前治療歴のある患者において間質性肺疾患の副作用を発現した症例が33例報告されたとのことです。

この結果を受け、厚生労働省では、「因果関係は確立していない」としつつも、免疫チェックポイント阻害剤の前治療歴がある患者に対しては、投与終了の一定期間経過後に間質性肺疾患を含む重大な副作用が発現する場合があると指摘し、そのうえで、EGFR-TKIの投与にあたっては、投与前に間質性肺疾患またはその既往歴に加えて免疫チェックポイント阻害剤の投与歴を確認するとともに、投与中は十分な注意と経過観察を行い、適正使用に努めるように呼びかけています。

PRODUCT

関節リウマチ用ペン製剤に新剤形

ファイザー株式会社は、関節リウマチ治療剤『エンブレル』（一般名：エタネルセプト〈遺伝子組換え〉）の新剤形『エンブレル皮下注25mgペン0.5mL』の製造販売承認を取得しました。

エンブレルは、2005年の国内発売以来、バイアル製剤、シリンジ製剤、50mgペン製剤と、患者や医療現場のニーズに合わせ、複数の剤形で提供されています。中でも50mgペン製剤は、ペンの最先端を注射部位に押し当て、ペンの最上部にあるボタンをワンクリックするだけで投与できることから医療現場で広く浸透し、患者からは「シリンジ製剤と比較し、注射までの手技が格段に簡便になった」、医療従事者からは「自己注射指導にかかわる時間と労力が大幅に減った」といった高い評価を得ていました。そうした中、より細かな用量調節が必要な患者への対応を求める声が医療現場からあり、今回の25mgペン製剤の開発にいたったとのことです。



エンブレル皮下注25mgペン0.5mL

薬剤師の新たな可能性を拓く応援マガジン

TURNUP

[ターンアップ]

バックナンバーのご紹介



〈2012年3月〉No.3
弁護士
三輪 亮寿



〈2012年1月〉No.2
東京大学大学院教授
澤田 康文



〈2011年11月〉No.1
PMDA理事長
近藤 達也



〈2013年11月〉No.13
山梨大学特任教授
岩崎 甫



〈2013年9月〉No.12
国立がん研究センター総長
堀田 知光



〈2013年7月〉No.11
神戸市立医療センター中央市民病院院長
北 徹



〈2013年5月〉No.10
日本プライマリ・ケア連合学会理事長
丸山 泉



〈2013年3月〉No.9
福島県立医科大学理事兼学長
菊地 臣一



〈2013年1月〉No.8
兵庫医療大学長
松田 暉



〈2015年7月〉No.23
聖路加国際大学大学院特任教授
宮坂 勝之



〈2015年5月〉No.22
虎の門病院分院腎センター内科部長
乳原 善文



〈2015年3月〉No.21
眼科三宅病院理事長
三宅 謙作



〈2015年1月〉No.20
東京慈恵会医科大学教授
大木 隆生



〈2014年11月〉No.19
滋賀県立成人病センター院長
宮地 良樹



〈2014年9月〉No.18
三井記念病院院長
高本 眞一



〈2017年3月〉No.33
東京都健康長寿医療センター長
許 俊鋭



〈2017年1月〉No.32
岡山大学客員教授
宮島 俊彦



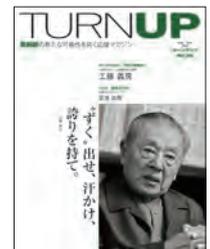
〈2016年11月〉No.31
新田クリニック院長
新田 國夫



〈2016年9月〉No.30
藤田保健衛生大学客員教授
鍋島 俊隆



〈2016年7月〉No.29
帝京大学副学長
井上 圭三



〈2016年5月〉No.28
上田薬剤師会顧問
工藤 義房

次回『ターンアップ』第40号は、2018年8月発行予定です。



〈2018年2月〉No.38
神戸薬科大学学長
北河 修治

薬 剤師の本来業務を行うには、検査値データも大切だが、それ以前にまずは疾患名を医療機関と共有すべきである。医師の診断にもとづく薬物療法のサポートをするのに処方解析という名の推測で業務を実施している、いつまでたっても医師や患者の信頼を得られないだろう。処方せんへの疾患名の記載は患者のリテラシーなどの問題もはらむため、医療連携システムの活用が現実的だと思われる。そういったシステムで情報共有がなされるときに、POSの考え方に則した服薬指導とその記録が重要だと感じた。(H.T.)

先 日、厚生労働省が薬剤師の需給動向調査を行うとの記事を読みました。2013年度に報告された前回調査においては、「10年単位では、今後、薬剤師が過剰になるという予測を否定できるものではない」といった曖昧な記述がなされていました。薬剤師数が300,000人を超えた今、果たしてどのような結果が出るのでしょうか。(K.K.)

今 号の『MY OPINION』に登場いただいた佐藤賢治先生は、薬剤師への期待が高く、医師よりも薬剤師のほうが、考え方がずっと柔軟だとおっしゃっていました。地域医療連携において、薬剤師が重要なポジションを務めなければならないのは明らかです。そのためにも、多職種が集まる会合などへ積極的に参加してみてください。(ほっ)

お 世話になっているクリニックが院外処方になり切り替わりました。処方せんを持っていった薬局では、薬剤師の方が丁寧に説明してくださり、あらためて医薬分業の意義を実感しました。(フク)

STAFF

- 編集長.....武田 宏
- 副編集長.....山中 修
及川 佐知枝
- 編集スタッフ.....福田 洋祐
- デザイン.....マッチアンドカンパニー
- オブザーバー.....勝山 浩二
- 発行.....株式会社ファーマシィ
http://www.pharmacy-net.co.jp/
- 制作.....株式会社プレアッシュ
http://www.pre-ash.co.jp/



(2012年11月) No.7
GRIPSアカデミックフェロー
黒川 清



(2012年9月) No.6
全国自治体病院協議会会長
邊見 公雄



(2012年7月) No.5
CPC代表理事
内山 充



(2012年5月) No.4
全社連理事長
伊藤 雅治



(2014年7月) No.17
東京山手メディカルセンター院長
万代 恭嗣



(2014年5月) No.16
国立長寿医療研究センター名誉総長
大島 伸一



(2014年3月) No.15
筑波大学水戸地域医療教育センター教授
徳田 安春



(2014年1月) No.14
先端医療振興財団TRIセンター長
福島 雅典



(2016年3月) No.27
昭和薬科大学学長
西島 正弘



(2016年1月) No.26
日本看護協会会長
坂本 すが



(2015年11月) No.25
クリニック川越院長
川越 厚



(2015年9月) No.24
国際医療福祉大学教授
上島 国利



(2017年11月) No.37
JR広島病院理事長/病院長
小野 栄治



(2017年9月) No.36
国立病院機構東京病院院長
大田 健



(2017年7月) No.35
旭神経内科リハビリテーション病院長
旭 俊臣



(2017年5月) No.34
日本医療政策機構理事
宮田 俊男

『ターンアップ』は、薬剤師・医療関係の方には無料でお送りします。
ご希望の方は下記にご連絡ください。
また、皆様のご意見・ご感想をお寄せください。

株式会社ファーマシィ

〒720-0825 広島県福山市沖野上町4-13-27
株式会社ファーマシィ『ターンアップ』担当 宛



株式会社ファーマシィ

本当の 薬局を、 育てたい。

本当の 薬局を、 つくりたい。

保険薬局の薬剤師が、医療人として
誇りを持って働ける環境を創造します。

私たちファーマシィは、時代のニーズをいち早くつかみ、1976年、医薬分業の先駆者として設立。以来、「地域に根ざした、信頼される薬局」を理想に、かかりつけ薬剤師の育成とかかりつけ薬局の開発を常に追求してきました。

そして、医療がこれまでにない厳しい課題に直面している現在、薬剤師が地域医療を支える医療人として、責任と誇りを持って働ける環境を創造していきます。

本当の薬局を、つくりたい。本当の薬剤師を、育てたい。私たちファーマシィの挑戦に終わりはありません。

ファーマシィ

検索

