

TURNUP

NOVEMBER 2018 No.41

薬を渡したならば
最終の行き先まで
追いかけてほしい。

—
城谷典保



VOICE —編集長対談—

日本大学薬学部医薬品評価科学研究室専任講師
荒川 基記

在宅医療の現場で求められる薬剤師!
ケアマネジャー編

3分間でわかる医療行政

今後も患者が増加するCKD対策で
薬剤師が高い評価を得るために

MY OPINION —明日の薬剤師へ—

医療法人社団鴻鵠会理事長/
一般社団法人日本在宅医療学会理事長

城谷 典保

創刊7周年
記念号

編

集

長

の

つ

ぶ

り

あ

vol.5 薬剤師がリードして敷地内薬局の あるべき姿を示すべき —反対する前に、反省して新たな提案を—

敷地内薬局は、患者の利便性の向上などの観点から規制改革会議が薬局の構造上の独立性について規制緩和を求め、2016年10月1日から制度として運用され始めた。これを機に多くの病院が敷地内に薬局を誘致し、全国各地で敷地内薬局が生まれている。これは、明らかに医薬分業の流れに逆行したもので、当然、薬剤師関連団体は猛反対だ。

しかし、そもそも病院が敷地内薬局を望んだのは、医薬分業が当初考えられていたような機能を果たしておらず、地域の薬局のあり方が期待に沿っていないことが大きな理由であると推察できる。だからこそ病院は、規制が緩和されたとたんに、敷地内に薬局をつくり出したのだ（本来の趣旨からかけ離れたものも実在しているが）。

であれば我々薬剤師にとっては、反対するよりも、むしろ敷地内薬局の誕生を真摯に受け止めたうえで、行政が敷地内薬局を認めた理由を徹底的に精査し、現在の医薬分業のあり方を改善するのに生かしていくことが急務であろう。



ただ敷地内薬局が認められてしまった今、もう逆戻りができないのが現実だ。そこで私

は、発想を転換し、薬剤師関連団体がリードして敷地内薬局のあるべき姿を構築することを提案したい。

たとえば、敷地内薬局は周辺地域の薬局を育成する役割を担う存在であると定義し、5年ないし7年後には解体するものと宣言するのである。敷地内薬局は、周辺の薬局と協働し、その質を上げるための指導を手がけ、役目を終えたら解体する。

地域の薬局が育てば、本当の意味で患者の利便性が向上し、地域包括ケアシステムの中で活躍する薬局薬剤師も増えるはず。医薬分業の目的達成が導かれるだけでなく、地域での薬剤師の存在感の貴重さが示される結果となるに違いない。



医薬分業の本来の目的が、なし崩し的に失われていくのに対して何もしないのでは、薬局業界が衰退の一途をたどってしまうのは目に見えている。もちろん、私が提案したとおりでなくてもかまわないが、薬剤師関連団体には、風前の灯火にある医薬分業を復活させるための新たな流れをつくる最後のチャンスの時期にあることを自覚し、早急に行動を起こしてほしい。

TURNUP

[ターンアップ]

NOVEMBER 2018 No.41

CONTENTS



編集長のつぶやき 02

MY OPINION —明日の薬剤師へ— 04

医療法人社団鴻鵠会理事長／一般社団法人日本在宅医療学会理事長

城谷 典保

FOYER@MY OPINION 10

瀬祭 焼酎

VOICE —編集長対談— 11

日本大学薬学部医薬品評価科学研究室専任講師

荒川 基記

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

ケアマネジャー編

3分間でわかる医療行政 18

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。



医療法人社団鴻鵠会理事長／
一般社団法人日本在宅医療学会理事長

城谷 典保

渡した薬がどうなっているのかを
患者宅に行き、這いつくばってでも
探し当て、見届けるのが薬のプロ。

薬局も機能分化の時代に 医師はそれを使い分ければ良い

どんな質問にも簡潔に、思わずうなづいてしまうような答を射た返ってくる。医療法人社団鴻鵠会理事長で一般社団法人日本在宅医療学会（以下、在宅医療学会）でも理事長を務める城谷典保氏の取材は、実に小気味良いものだった。在宅医療の連携における薬剤師のあり方、さらには医薬分業についても造詣が深い。その背景には、理事長職にありながら、系列のクリニックの医師として月に100名にも上る患者の訪問診療を行ってきた積み重ねと、在宅医療学会理事長の立場から在宅医療の現場の声を医療施策に結びつけてきた実績がある。

今回は、約1年半前にオープンした神奈川県横浜市の新横浜在宅クリニックに城谷氏を訪ねた。まだ間もないが、地域の保険薬局（以下、薬局）とも良好な連携体制を構築して在宅医療を行っているという。この短期間でどのようにして実現できたのか。「同じ医療法人社団のもと、2000年に開院した横浜市内にある睦町クリニックでの経験を生かしたおかげです。同院で在宅医療を始める際、在宅患者訪問薬剤管理指導をお願いできる薬局をセレクトす

るために、我々は、まず、地域にある薬局のリストを作成しました。次にウェブサイトを見て情報を追加、さらに情報の正確性を図るべく、また、どんなことができるのか――、たとえば、医療用麻薬を置いているか、点滴ができるのかなどを電話をかけて聞き、薬局の概要をまとめました。

こうして、ある程度しぼり込んだあと、実際にいっしょに患者宅を訪問します。すると、薬剤師のポテンシャルや訪問薬指導にとれくらい慣れているかなどがわかる。それをもってして、最終的に重篤な患者の在宅患者訪問薬剤管理指導を依頼できる薬局を決め、連携体制を構築していったのです」

なるほど、ひととおりの経験があったがゆえに、新横浜在宅クリニックでは薬局との連携を円滑にスタートさせられたわけだ。

「ただ、誤解してほしくないのは、ハイスペックの薬局としか連携していないわけではありません。先ほど申し上げたようにして選ぶのは、繰り返しになりますが、重篤患者への対応ができる、つまり在宅患者訪問薬剤管理指導をお願いできる薬局です。

それが不要な多くの患者さんの場合には、処方せんをご本人やご家族に渡し、どこの薬局で調剤してもらいかはお任せしており、患者さんを通じた連携関係が成立しています。病院が急性期と慢性期のよ

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

うに機能分担しているのと同様だと考えれば、わかりやすいでしょう。我々は、薬局を機能によって使いつけています」

うまいたとえだ。全薬局がハイスペックの必要はない。多様な方針の薬局があるのが当たり前前、要は地域で機能分担できていれば良いのである。

職能団体として集まり、緊急時に 対応する拠点を地域にひとつでも

在宅患者の増加にともなって、昨今、薬剤師の緊急時の体制づくりの急務が言われている。医師や看護師の緊急時の対応に目をやると、うまくいっているところでは各医師会や日本看護協会の貢献が大きいうように見える。「薬剤師の職能団体がイニシアティブをとれず、体制づくりが進まないのでは？」と聞くと、城谷氏は笑いながら鋭く指摘する。

「それは、個々の薬剤師の問題であり、団体や組織の問題にすり替えてはいけません」

まさしく正論で、視野の狭い質問を後悔した。「なんとかしなければとの意識を持った薬剤師が集まり、地域にひとつか2つ、緊急時に対応する拠点をつくれば解決します。薬剤師が集まるのをリードするのは、薬剤師会、あるいは薬局経営者、有志の薬剤師などさまざまだと思いますが、ケースバイケースで誰かが調整すればいいのです」

「その調整役を果たす『誰か』を、考えるのがいちばんの難儀」。思わず漏らすと、城谷氏に一喝入

られた。

「何を甘えたことを。それを考えるのも薬剤師自身に決まっているでしょう。地域によって事情が異なるので、それぞれの地域の薬剤師が適切な『誰か』を考えるのが得策です。もしかして、官僚とか医師などに考えろと言うのですか？自分たちに課せられた職責を果たすためのシステムは、自分たちで効率良くつくる以外に方法はない。薬剤師には、受け身ではなく、もっと自ら動いてほしいと願います」

ところで城谷氏は、職能団体の話が出たのを受けて、薬剤師の職能団体の筆頭に挙げられる薬剤師会について「地域でがんばっているところも多い」と話してくれた。

「たとえば、僕が以前、東京女子医科大学八千代医療センターの副院長職にあったとき、病院の横に一般社団法人八千代市薬剤師会が、八千代市薬剤センターを独自に設立してくれ、大いに助かりました」
同センターは、夜間調剤を含む24時間、年中無休で処方せんの調剤を受けつけている。このように、緊急時の対応策はいろいろあり、一人ひとりの薬剤師が他人ごとにせず、自らの問題として受け止めた先に解決の道があるのだ。

物流革命により処方せんが 大規模薬局に集まるのは必然

さて、賛否両論ある医薬分業、激しさを増す薬局バッシングに関しては、どんな見解を示してくれる

PROFILE

しろたに・のりやす

1976年 関西医科大学卒業
東京女子医科大学病院研修医
1978年 東京女子医科大学病院第二外科医員
1982年 東京女子医科大学病院第二外科助手
飯山赤十字病院外科部長（出向）
1986年 東京女子医科大学医学部第二外科助手

1991年 東京女子医科大学医学部第二外科医局長
東京女子医科大学医学部第二外科講師
1996年 東京女子医科大学医学部第二外科助教授
2006年 東京女子医科大学医学部外科教授
東京女子医科大学八千代医療センター副院長兼外科部長
2011年 医療法人社団鴻鷗会理事長



のだろう。

「医薬分業が始まったところ、大規模な薬局チェーンは存在していませんでした。厚生省（当時）が院外処方調剤料を高くしたのは、おそらく当初、家族経営などでやっていた零細な薬局が恩恵を受けられるようにとの考えから。しかし、大手の門前薬局が規模を拡大すると、とんでもない高収入が入るようになった。

そこに民間企業が目をつけないはずはなく、好立地の場所に競うようにして薬局を開き、効率良く調剤をしたので、当然ながら彼らの利益は上昇してきました。そして、医薬分業で医療費が削減されるとの行政の思惑ははずれ、服薬指導に対する国民の満足度も上がらず、結局、薬局のひとり勝ち。薬局への風当たりが強くなるのもうなずけます」

「でも、ちょっと視点を改めてみてください」と彼はつづける。

「今、町の商店街はどうなっているでしょうか。顧客は大規模スーパーにとられてしまい、多くはシャッター街となってしまいました。価格の安さ、品ぞろえ、スピーディーな対応などで、とても勝ち目がなかったからです。

薬剤も流通する商品です。したがって、物流革命により処方せんが大手薬局チェーンに集まるのは、時代の必然、いかんともしがたい現象と言えないこともない。だから僕は、薬局を経営している企業をバッシングするのはちよつと違うと感じています。

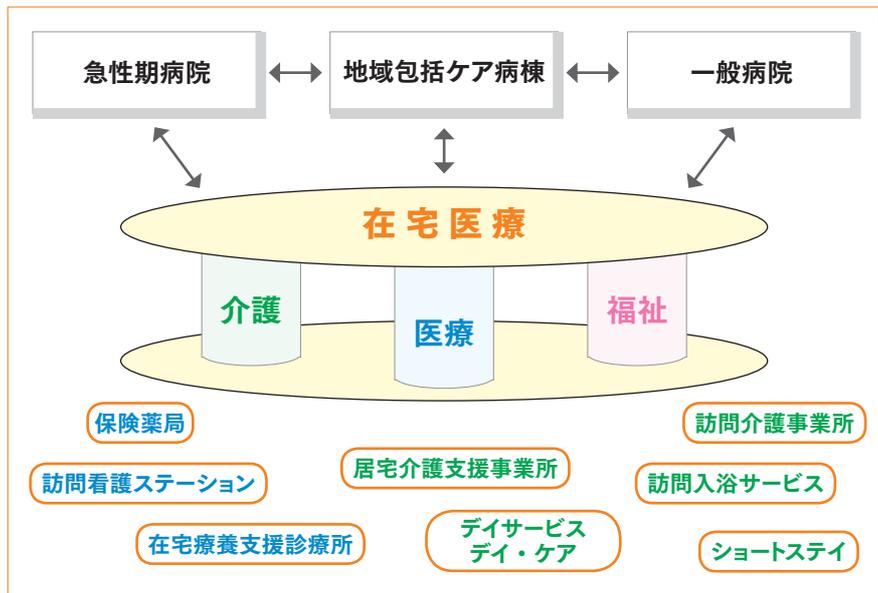
非難されるとしたら、それは何もできなかった、やらなかった、薬剤師。取り巻く環境が大きく変動

する中、自分たちが合わせて進化する努力もせず、企業の参入を見物していた人々です」

現在の在宅医療は、今やICTなくしては語れない

在宅医療の連携（資料1）のチームに入るにあたり、薬剤師が知っておくべき点があると言う。

「在宅医療というと、医師が、自転車やバイクで診

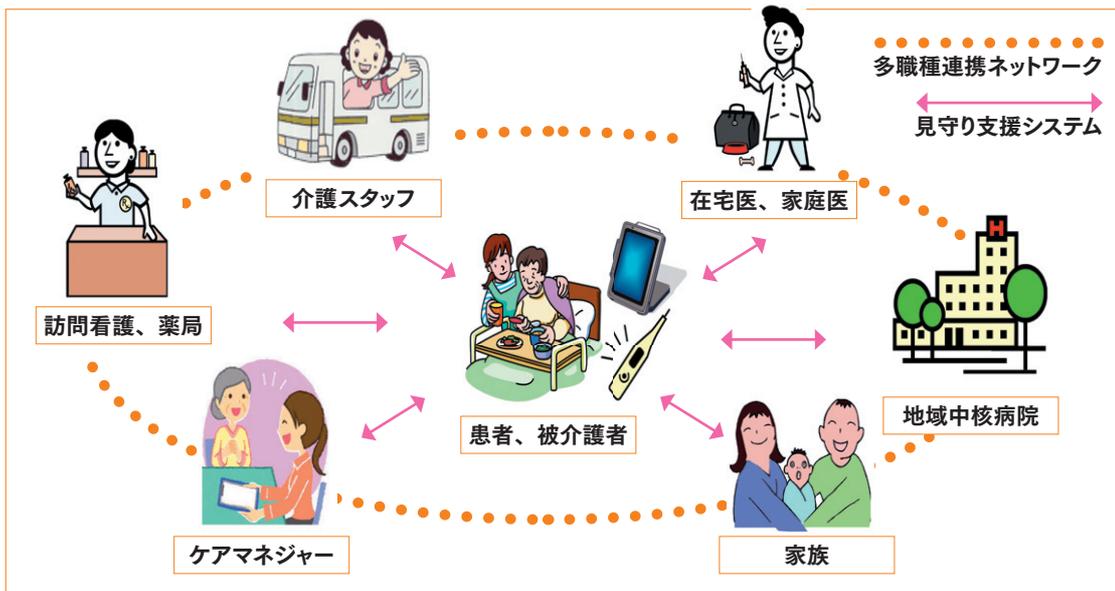


【資料1】在宅医療の連携

MY OPINION

—— 明日の薬剤師へ ——

【資料2】地域包括ケアを支える情報ネットワークシステム



療範を持って患者宅を訪問する姿を想像する方も、
 いまだ多いかもしれませんが（地方ではそういう
 姿を最近でも見かけますが）、現在の在宅医療は I
 CT なくしては語れないでしょう。昔の在宅医療と
 は概念がまったく違ったものになっているのです。

ICT には大きく分けて 2 通りの機能があります。
 ひとつは、患者さんが自宅で心電図や酸素モニター
 で測った数値などの生体情報が、我々のところに送
 られてきて、来院しなくても経過観察を可能にする
 機能です。

もうひとつは、医師や看護師、ケアマネジャーや
 薬剤師などのスタッフが簡単に患者情報を共有でき
 るようにする機能です。少し大げさな表現ですが、
 仮想ではあるものの地域をひとつの病院のようにな
 ります」

新横浜在宅クリニックでは、『チーム港北ネット』
 と称するネットワークシステムを在宅医療を手がけ
 る複数の医師で創設している。いろいろな職種のス
 タッフが、患者の状態や気づいた点などを SNS の
 ように書き込み、議論がなされる場合もあるとか。
 在宅医療は、今や最先端の技術が用いられるもの。
 地域包括ケアを支えるのも情報ネットワークシステ
 ム（資料 2）の時代、薬剤師には ICT への理解
 が必須のようだ。

**ポリファーマシー対策は
 薬剤師に全面的に任せよ**

「もっと薬剤師にしてほしい仕事はありますか？」

尋ねてすぐに、愚問であったと気づかされた。

「僕は薬剤師がどこまで何をできるかを知らない
 し、仕事はプロフェッショナルとしての能力によっ
 て分担されていくので、『自分たちは薬の専門家で、

MY OPINION

明日の薬剤師へ

この業務ができるから、やらせてほしい』と、薬剤師にはアピールしていただきたい。

業務の範囲を広げていけば、行政に対して診療報酬での評価を訴えることもできます。たとえば、ポリファーマシー対策では、医療機関と薬局に保険点数がつくようになっていますが、より薬局が点数を得られる仕組みを薬剤師がつくって成果をあげている、あげていくべき分野です」

2016年度に施行された診療報酬改定では、ポリファーマシー患者に対して、減薬につながる加算が新設され、医療機関には、減薬の実施で薬剤総合評価調整加算や薬剤総合評価調整管理料が算定されるようになったが、薬局には、それ以前から重複投与・相互作用等防止加算があり、さらに2018年度の改定では、減薬にかかわった場合に服用薬剤調整支援助料も算定されるようになった。

「ポリファーマシーは薬剤師よりも医師が減らせると思われているようですが、それは違う。ポリファーマシーは、薬剤師にこそ、減少させられる。なぜなら、薬のことです」。

医師は処方しますが、以降、処方せんをもらって患者さんに薬を渡すのは薬剤師。ならば、その薬がどうなるかを突き止めるのは、薬剤師の仕事だと思わないと。薬を出したからには、最後まで追いかけると言いたい。極論、薬剤師は、患者さんの自宅へ行き、這いつくばって探しても薬を見つけ、最終的な行き先を把握すべき。薬剤師がそこまですれば、ポリファーマシーの問題は解決します。

ちよっとだけ薬の効能を伝えて渡し、その薬がど

こへ行くかを知らないという薬剤師は、僕から見れば、薬のプロフェッショナルではありません」

とても厳しい発言だが、不思議と胸にストンと落ちてくる。城谷氏の主張は、「薬剤師よ、プロフェッショナルであれ」との大いなる期待に満ちているためだろう。

「在宅訪問をして服薬指導をしない薬剤師は患者さんが本当に薬を飲んだかどうかはわからないので、医師が処方せんを出して患者さんは指示とおりに服薬していると思いついているのと似たようなもの。それでは、薬剤師とはとても呼べないですね」

厚生労働省が発表している地域包括ケアシステムの概念図に当初、薬剤師の名前がなかったのは、在宅医療において薬剤師は患者宅に薬剤を届ける程度の働きしかしないと判断されたからであろう。城谷氏の話すように、薬剤師は、プロフェッショナルの自覚、薬については最終的に自分たちに責任があるとの意識を持つべきである。

「医師の指示待ちの薬剤師は、次第に不要になっていくのは必定です。これからは、薬は私たちの領域だとのプライドをたずさえ、医師と対等に情報交換をしたり、コミュニケーションを図れる薬剤師が当たり前になるはずですよ」

薬剤師は処方せんとおりに患者に薬を渡すのはもちろん、最終的にどうなっているのかを這いつくばってでも明らかにする。そこまでして、初めて薬のプロフェッショナルになれる。

城谷氏のインタビューを読み、数々の言葉を心に刻んで働く薬剤師がきつと増えていくに違いない。

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。

昨今の日本酒ブームで有名になったものの代表格が、山口県にある旭酒造株式会社がつくる『獺祭』だろう。あまりの人気で、東京の銀座や京橋に『獺祭バー』なるものまでできた。その獺祭に日本酒のほかに『獺祭 焼酎』があるのを城谷典保氏から聞いて初めて知った。城谷氏は、最近行った食事処で飲んでからファンとなり、外でお酒を所望するときは、お店にあれば必ず頼むようになったという。



『獺祭 焼酎』は日本酒の獺祭をつくる過程の副産物で発生する酒粕のみを原材料として使っている粕取り焼酎だ。アルコール度数は、一般的な焼酎より高く39度（以前は、35度のものが主流）。それでも城谷氏は、無類のお酒好きのようで、最初の2杯までは、じっくり味を楽しむためロックで飲み、以降は、あまり酔わないよう水や炭酸水で割って飲むようにしていると話してくれた。



早速、筆者は通販で購入。以前は、旭酒造のウェブサイトから720mlが3,000円ほどで買えたそうだが、生産量が限られているせいか、現在は置いておらず、プレミアがついて5,000～6,000円前後で流通している。焼酎としては、かなり高額な部類だ。

しかし、栓を開けた瞬間に城谷氏がファンになった理由と高額で流通している理由の2つに納得がいった。焼酎でも芋や麦を原料とするものは、独特の強い癖のある香りがして、米を原料とするものは、あまり香りがしない感があるが、『獺祭 焼酎』からは、かぐわしい香りが漂ってきた。



獺祭 焼酎

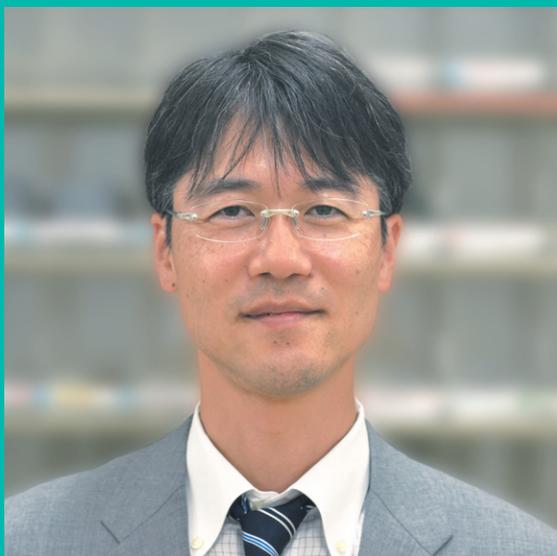


前述したとおりアルコール度数が高く、味わいはかなり甘めで濃いため、普通のお酒好きの方には、水割りで飲むのをおすすめしたい。筆者は酒豪であるので、城谷氏と同様にロックでいただいた。飲み口は、やはり普通の焼酎とは一線を画した、日本酒の獺祭ともまったく違うもの。

一般的に焼酎は、居酒屋料理や焼き肉など、濃いめの味の食事に合わせられる傾向があるが、どちらかというと甘口で上品な『獺祭 焼酎』は、水割りにすれば繊細な和食とも相性が良さそうである。そうした際には、ワイングラスのようなちょっとおしゃれなグラスが似合うだろう。

もしやと思い、ほかの有名な日本酒の酒蔵でも粕取り焼酎をつくっているところがあるのではないかと調べてみたところ、意外と多くの種類があるとわかった。ぜひ、これから、少しずつ試してみたい。

思いもしなかった焼酎の存在を教えてくれた城谷氏に感謝。



日本大学薬学部医薬品評価科学研究室専任講師

荒川 基記

生物学的製剤や分子標的薬など高度な医薬品が次々と開発されている現在、治験にたずさわる薬剤師には、治験実施計画書（プロトコル）に定められた内容を十分に理解することが、これまで以上に重要になってきた。そのような中、荒川基記氏は、被験者保護のあり方などの研究倫理も踏まえて治験実施計画書を正しく読み解き、被験者の医薬品開発に対する純粋な願いに寄り添って安全に治験を実施する術を身につけるには、座学の講義だけでは不足だと考え、薬学部で治験に関する実践的な演習をとり入れた独自の教育プログラムを展開中だ。

あらかわ・もとき

1996年日本大学薬学部生物薬学科卒業。1998年日本大学大学院薬学研究科博士前期課程修了、東京大学医学部附属病院分院薬剤部研修生、東京大学医学部附属病院分院薬剤部非常勤職員。1999年社会福祉法人三井記念病院薬局。2000年共立薬科大学（現・慶應義塾大学薬学部）実務薬学講座助手。2001年共立薬科大学附属薬局（現・慶應義塾大学薬学部附属薬局）勤務薬剤師兼務。2002年日本大学薬学部薬理学研究室助手。2006年日本大学医学部附属板橋病院薬剤部出向。2007年薬学博士。2008年日本大学薬学部薬剤師教育センター専任講師として復帰。2011年日本大学薬学部医薬品評価科学研究室に組織変更。現在にいたる

治験にたずさわる人々の思いが
忘れてはいけなない被験者の
願いを学生たちに知らしめる

研究倫理を身につけさせるため グループディスカッションを中心に 据えた演習プログラムを発想

——荒川先生は、薬剤師が治験にたずさわるときに必要な知識や姿勢を身につける際に独自の教育を行われているとうかがいました。まず、なぜそのような教育に着手されたのかをお話してください。

荒川 背景にあったのは、2006年度の薬学教育6年制の開始にともなって策定された薬学教育モデル・教育カリキュラムでした。その中で設定された「医薬品の教育と開発」では、治験の意義と業務、治験における薬剤師の役割を学習すると定められ、臨床研究を研究フィールドとしていた私が、研究倫理に関する教育プログラムづくりと実施を手がけることになりました。

——研究の実務的な部分ならまだしも、倫理教育をどう行うかは難しい課題だったのではないかと推察します。

荒川 治験の仕組みを学ぶだけなら座学の講義で事足りるかもしれませんが、被験者の思いを含めた研究倫理にまで及ぶ

となると、それでは不十分だと思いました。では、どんな方法が良いのか——。当時、いっしょに講義を担当していた濃沼政美先生（現・帝京平成大学教授）とともに考え、たどりついたのが、丸1日かけて行うグループディスカッションを中心に据えた演習プログラムでした。

2009年度に実施した当初は、4年生を対象とした事実上の必修科目でしたが、2017年度以降は、薬学教育モデル・教育カリキュラムの改定にともない3年生を対象とした選択科目となって規模が縮小したものの、演習プログラムは内容をブラッシュアップしながら現在も継続しています。

治験の際に忘れてはならない 「根っこ」の部分を取らない 被験者への同意説明で学ぶ

——演習の詳細を教えてください。

荒川 仮定の治験実施計画書や同意説明文書を題材に、グループディスカッションを中心とした演習を行います。

午前中は、治験実施計画書の理解がテーマです。治験実施計画書は、治験を企画した製薬企業が作成し、それに則して医療機関が治験を実施するので、本演

習では、学生を「製薬企業」と「実施医療機関」のグループに分けたうえで、仮定の治験実施計画書を提示し、それぞれの立場から、治験実施計画書に書かれている記載項目を重要性の高いものから順に並べてもらいます。

——すべての治験はGCP省令にのっとりっており、治験実施計画書もそれらに基づいて作成されるがゆえに客観的なものだから、重要性の順位がグループで異なるとは考えづらいですが——。

荒川 ところが、立場の違いによって回答は大きく異なります。

製薬企業側の学生は、治験の目的や方法、つまり医薬品を評価するうえで必要な項目を上位に挙げる。一方、実施医療機関側の学生は、被験者保護にかかる項目、たとえば、どのような副作用が起これるか、副作用が起きた際の補償はどうなるのかなど、研究倫理にかかわる項目を上位に挙げるのです。

——ニュートラルな立場から書かれているはずの治験実施計画書なのに、そのような結果となるのですね。

荒川 先行する授業で治験の必要性や被

験者保護について説明している点も結果に影響を与えていると考えられますが、そもそも本演習は、多様な見方で順位づけをするといった行為を通じて、学生たちが、治験実施計画書にどのような項目が含まれているのか、各々の項目が治験の中でどんな意味を持っているのかなどについて理解を深めることを目的にしており、学生が出す結論に優劣はつけていません。どの項目もすべて重要であると最後にしっかりと説明しています。

——午後の演習内容は？

荒川 被験者保護について学ぶため、仮定の被験者へ治験の同意説明を行う演習をします。

まず学生には、仮定の同意説明文書とそれに対し被験者から寄せられたとする想定質問を20ほど提示。それらの中で、被験者が治験に同意するうえで重要視する質問の順位づけを各人で行います。

そのあとで5名ずつのグループに分かれ、ディスカッションをしながら前述の想定質問群の中から被験者が回答を得たいと願うであろう質問を3つ選択。さらにグループごとに、やはり被験者の立場に立ち、今度は独自の質問を2つ考え、全部で5つの質問を共有します。

次にグループごとに共有している質問を他グループと交換し、他グループから渡された質問に対し、グループで治験責任医師としての回答を考えたり、他グループからの回答を被験者として受け入れられるかを討議をします。

——非常にエキサイティングなディスカッションになりそうです。

荒川 確かにディスカッションは盛り上がります。しかし、だからこそ、この演習は自分の意見の正当性を競うものではないし、被験者を説得するような間違っただコミュニケーションスキルを身につけるためのものではないと、学生に認識させる配慮が欠かせません。

実際には、丁寧に、誠実に治験内容を説明しても同意が得られるかどうかは被験者の気持ち次第です。演習の主目的は研究倫理を守りながら正確かつ正直に、被験者の気持ちに寄り添ったものでなければなりません。

すべての医薬品は

被験者の尊い協力によって

世の中に生み出されている

数の学生たちをファシリテートするのはたいへんだと思われます。

荒川 当初、私と濃沼先生の2人だけで演習を担っていたのですが、フォローが十分にできず、グループディスカッションの結果にばらつきが生じていました。この状況を、実際に医療機関で治験にたずさわっている医師や治験コーディネーター、製薬企業側の医薬品開発担当者などの方々に相談したところ、本演習の趣旨に賛同し協力してくださるようになったのです。学生は疑問に思ったときに身近に相談できる治験のプロがいて、先生方は教育的な観点から学生にコメントを出してくださるので、グループディスカッションは熱気を帯び、得られた結果は企画の意図を十分に反映したのとなりました。これは、教育の質を担保するうえでも重要な指標となっています。

——本演習プログラムは、研究倫理の理解という学習到達度の評価がしにくい分野を取り扱っています。個別の演習のねらいはお話いただきましたが、演習の最終的なゴールは、どこに設定されているのですか？

——グループディスカッションで、大人

荒川 被験者が治験に参加してくれたか

からこそ、目の前にある医薬品が存在しているとの事実を、学生たちが心から理解してくれるゴールです。

当研究室は、「医薬品の価値を判断できる薬剤師の育成」を使命としており、学生たちには、医薬品の効能や副作用はもちろん、医薬品は被験者の「良い薬を社会に出してほしい」という尊い思いに支えられて生まれているのだといった、別の側面からも医薬品の価値を知ってもらいたいと願っています。

「あれ？」という違和感を抱ける感性を磨き 臨床研究にまでつなげる

——医薬品の価値を判断できる薬剤師のお話が出てきましたが、薬局薬剤師が医薬品の価値を判断する高い能力を持つには何が必要なのか、お考えをお聞かせください。

荒川 毎日、現場で活躍されている方々です。通常の実務をこなすのに十分な病識や薬識をお持ちだと思います。

あえて申し上げるならば、患者の話を聞きつつ処方せんを目の前のしたとき、「あれ？何かおかしくないか？」と違和感を抱ける感性が必要だと考えます。そ

うした感性が、患者にとっての薬効や副作用などの医薬品の価値を判断するうえで大いに役立つはずで

——そのような感性は、どのようにして磨けば良いのでしょうか。

荒川 薬局に閉じこもっているだけではダメで、いちばんの近道は外部にいるモチベーションの高い人々とコミュニケーションを図ることだと思います。たとえば、学会や薬剤師会のセミナーなどに参加し、ただ傍聴するのではなく、積極的に意見交換をすれば、視野が広がり、感性も磨かれます。

——現場で「あれ？」と疑問を持つことは臨床研究のきっかけにもなりますね。

荒川 まさにそのとおりです。残念ながら現状では、薬局での臨床研究の数は伸び悩んでいると感じています。原因のひとつには、薬剤師に臨床研究の経験や知識が乏しく、臨床研究の計画立案も難しく倫理審査委員会の審査を通過できない、そもそも職場に臨床研究を相談できる相手がおらず、部署も設置されていない、外部の倫理審査委員会事務局に相談しにくい等の点が挙げられます。

——地域のさまざまな患者が訪れる薬局には、臨床研究のシーズが無数にあるのに、もったいない話です。

荒川 そこで、特に薬局経営者の方々は、薬局薬剤師の先生に臨床研究に関する学習の機会を提供したり、薬剤師会などにある倫理審査委員会と連携するなどして臨床研究の実施体制づくりに取り組んでいただければと思います。薬局で臨床研究が活発に行われるようになれば、なんらかのかたちで医療に貢献できますし、薬局と薬局薬剤師の社会的価値を高めることにもなるでしょう。

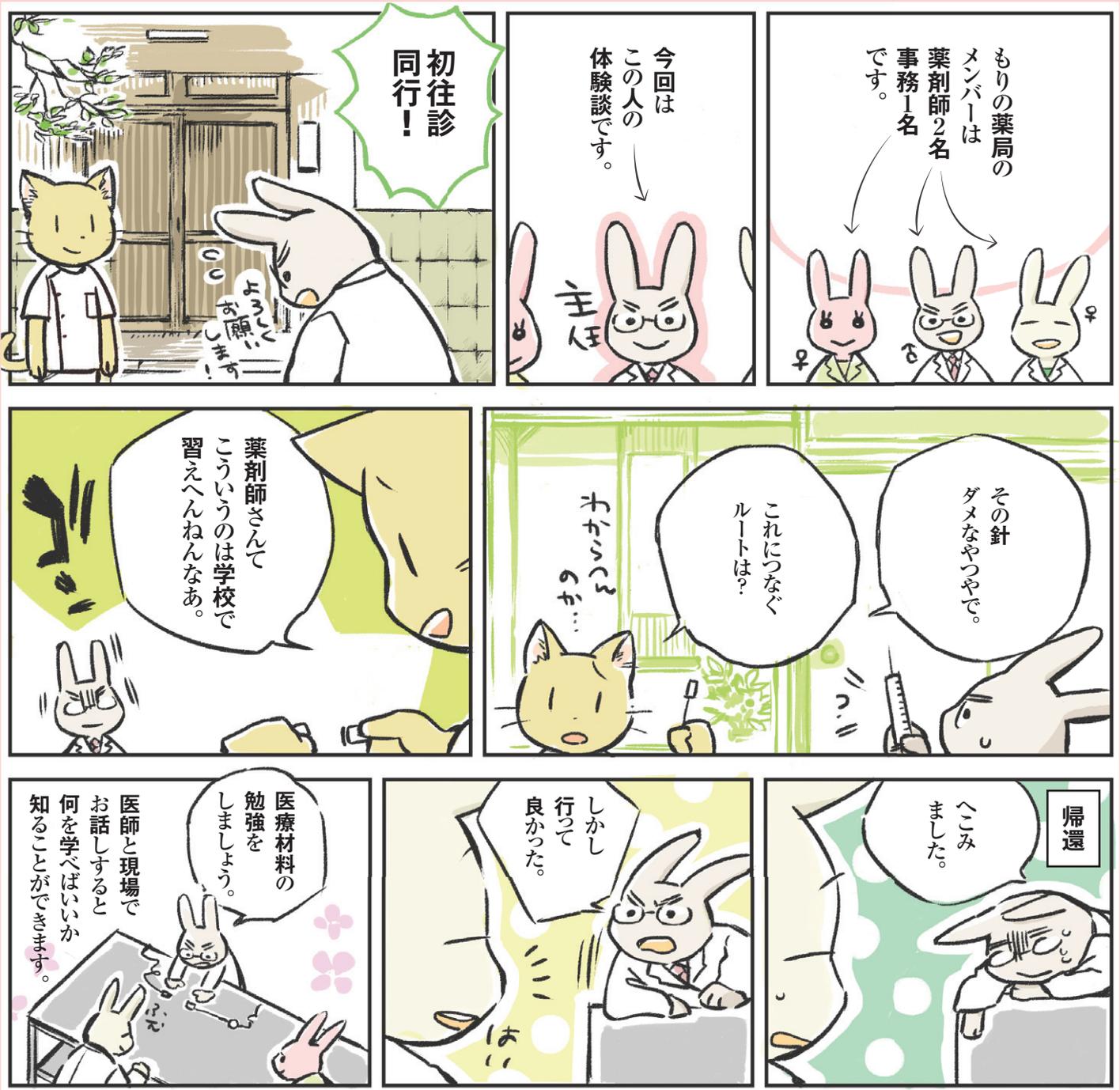


『ターンアップ』編集長
武田 宏(たけだ・ひろむ)
製薬会社勤務を経て渡米し、現地で薬剤師が市民から尊敬される職業であると知って、感銘を受ける。1976年保険薬局の株式会社ファーマシィを設立、代表取締役役に就任。現在、医師向け情報誌『Primaria』の発行人を兼務

在宅薬剤師 もり日記

第4回

作・画／株式会社ファーマシー 森 聡子



私 が初めて医師の往診に同行した際には、何を持っていき、何をすればいいのか見当もつかず戸惑うばかりでした。今回登場の主任も、最初は患者宅で適切な太さの注射針を選べなかったり、輸液ルートについての医師の質問に答えられなかったりと悔しい思いをしたそうです。医師から「そんなことも習わなかったの?」といった顔を

されるのは、自分の未熟さを痛感させられ、なかなかこたえるものです。しかし、その経験を通じ、在宅医療にたずさわる薬剤師として何が不足していて、何を学ぶべきなのかがわかってきます。いまだに少し緊張する往診への同行ですが、自分に足りない点に気づくことができ、医療者として成長する喜びがあると感じています。

の社会資源とは、例を挙げれば、近所の床屋さんやコンビニの店員さんまで含みます。私たちは、何気ない日常生活の延長線上にあるものから、可能性があれば地域丸ごとを支援の手段としてケアプランに盛り込んでいくのです。もはやケアプランにおいては医療、介護、地域の人々はチームであり、こうした意味でも薬剤師がケアプランの中で機能しないということはありません。薬剤師の皆さんは、ケアプランに高いハードルを感じる必要はないのです。

■介護サービスの最前線の状況を聞いて驚いた。では奥村氏は実際、薬剤師とどのように連携しているのだろう。

奥村 さまざまな連携のかたちがありますが、サービス担当者会議で多職種と話し合う中で、服薬状況に不安があるなどの結論にいたった際に医師とも相談のうえ、薬剤師に依頼するのが一般的です。通常は、かかりつけ薬局に依頼しますが、重篤な方、たとえば、がんで疼痛治療が必要であれば、医師の指示を仰いで医療用麻薬に対応できる薬局に訪問してもらえよう手配をします。

ほかの職種は薬剤師の職能を知らない だからコミュニケーションが大切

■薬剤師が在宅で果たす役割と言えば、当然、服薬指導が思い浮かぶが、奥村氏は、ほかにも力を発揮できる場面があると話す。

奥村 たとえば、胃ろう造設後に退院して自宅に戻ることになったある方は、実は経済的な理由から自費での経管栄養剤の継続購入が困難であるとわかり、あわてて保険適用になる製品を手配したことがありました。薬剤師の皆さんには、常に薬剤や栄養剤に関する最新の情報にアンテナを張り、経済的な負担面なども含め、利用者にとって最適な選択や情報提供をしていただけると本当に助かります。

■薬剤師は、薬の効能や副作用などを注視しがちだが、在宅では、もっと幅広い視野が必要なわけだ。

奥村 薬剤師自身には当たり前の知識が、ほかの職種や利用者、ご家族にとって大きな支援になることもあります。医師から「毎朝、服薬するように」と言われたものの、ど

うしても朝の服薬が苦手な利用者が、家族とケンカとなり関係性が悪化してしまったときに、薬剤師が機転を利かせて医師に確認し、「夜の服薬にしてもかまわない」とアドバイスしてくれ、問題が解決した例がありました。

こうした事例は枚挙にいとまがなく、在宅チームにおいては、薬剤師との情報の共有や交換がいかに重要かを感じています。

薬剤の専門家としての知見に加え “社会資源”として接することも重要

■利用者にとって必要なのは、薬剤師としての知見だけではないらしい。

奥村 先にお話ししたように、今のケアプランには、近隣の一般の人々までもが地域の社会資源として盛り込まれるようになりました。在宅療養にかかわる私たちや薬剤師もまた、専門家としてだけでなく、“ひとつの社会資源”として利用者に接することが効果的な場合が多々あります。

■具体的に例を挙げて説明してもらおう。

奥村 最近、若い世代（40～64歳の第2号被保険者）の中にも、生活習慣病の合併症や特定疾病により介護保険を利用する方々が増えています。彼らは若いゆえ、「高齢者といっしょにされたくない」といった思いもあり、介護施設でのリハビリに抵抗感を示すなど、サービスの導入に行きづまることがあります。そうした際、もし利用者が野球好きなら、野球の話をしながらのサービス提供が、利用者の社会復帰に向けてがんばろうとする意欲の促進につながったりするのです。

■在宅においては、利用者を支えるために実にさまざまなアプローチがあると痛感させられる。

奥村 そのとおりです。利用者に対して、「病気だから」、「高齢だから」と諦めや挫折感を抱かせるのではなく、利用者が自分らしく生きられる居心地の良い環境を整備することが、介護サービスの本来のあり方。そうした認識を各職種が持ってチームとして集まれば、より良い在宅療養が実現できるでしょう。

在宅医療の現場で 求められる薬剤師!



医療法人社団大坪会三軒茶屋居宅介護支援事業所
管理者／ケアマネジャー
奥村 寿美枝氏

第4回 ケアマネジャー編

ケアマネジャーは、在宅で療養する人が介護保険のサービスを受けられるようにケアプランを作成したり、多職種との間でサービスの調整を行う介護保険の要的存在だ。医療法人社団大坪会三軒茶屋居宅介護支援事業所のケアマネジャーの奥村寿美枝氏は、薬剤師が訪問するケアプランを数多く手がけているが、「薬剤師にはもっと活躍してほしい」と言う。薬剤師に担ってもらいたいと考えているのは、服薬指導や薬学的知見の発揮だけにとどまらないそうだ。奥村氏の話を通じて介護サービスの最前線の様子と在宅に取り組む薬剤師が持つべき心がまえなどが見えてきた。

医療職や介護職はもちろん 近隣住民まで巻き込むケアプラン

■ケアマネジャーは、利用者が介護保険を使って受ける介護サービスの基本となるケアプランを作成する重要な存在だ（【資料】）。実際には、どんな業務を行っているのか。

奥村 在宅療養に従事するケアマネジャーは、まず利用者の生活を把握するためにご自宅を訪問し、その方の心身の状態や住環境、社会とのかかわり、経済状況などに関して細やかにアセスメントを行います。そして、ご本人とともに在宅生活での短期と長期の目標を設定。目標に向けて利用する地域のさまざまな介護サービスの役割や特色などを説明し、利用者の気持ちを十分に汲みながら、介護サービス事業者の選定や調整をしてケアプランを作成します。

ケアプラン作成後は、基本的にサービス評価、状態把握のため、月に1回ご自宅を訪問しますが、必要があれば何度も訪問し、随時サービスを調整、ケアプランの見直しをする場合も少なくありません。

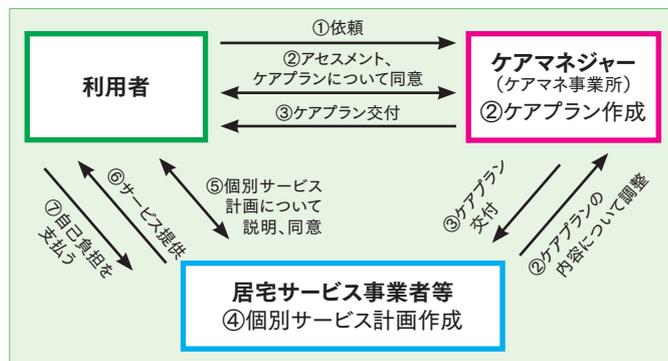
■利用者の容態の急変時などにおいて、薬局薬剤師がスム

ーズに対応する体制が確立されているとは言えないため、薬剤師はほかの職種と比較してケアプランの中で十分に機能するのが難しそうだ。

奥村 確かにご指摘の側面はありますが、薬剤師の訪問は在宅サービス区分支給限度額の単位に含まれなくとも、居宅療養管理指導として介護保険に位置づけられており、薬剤師は在宅で療養する方を支えるのに欠かせない存在だと考えています。

実のところ介護保険制度は人口比率や時代の流れを背景に目まぐるしく変化しており、昨今では、ケアマネジャーは「地域の社会資源」の発掘まで求められています。地域

【資料】ケアマネジャーの業務



出典：厚生労働省資料

医療行政

3分間でわかる

第29回

今後も患者が増加する
CKD対策で薬剤師が
高い評価を得るために

新規透析導入率は減少したが
CKD患者は1300万人に
至急の対策が始まった

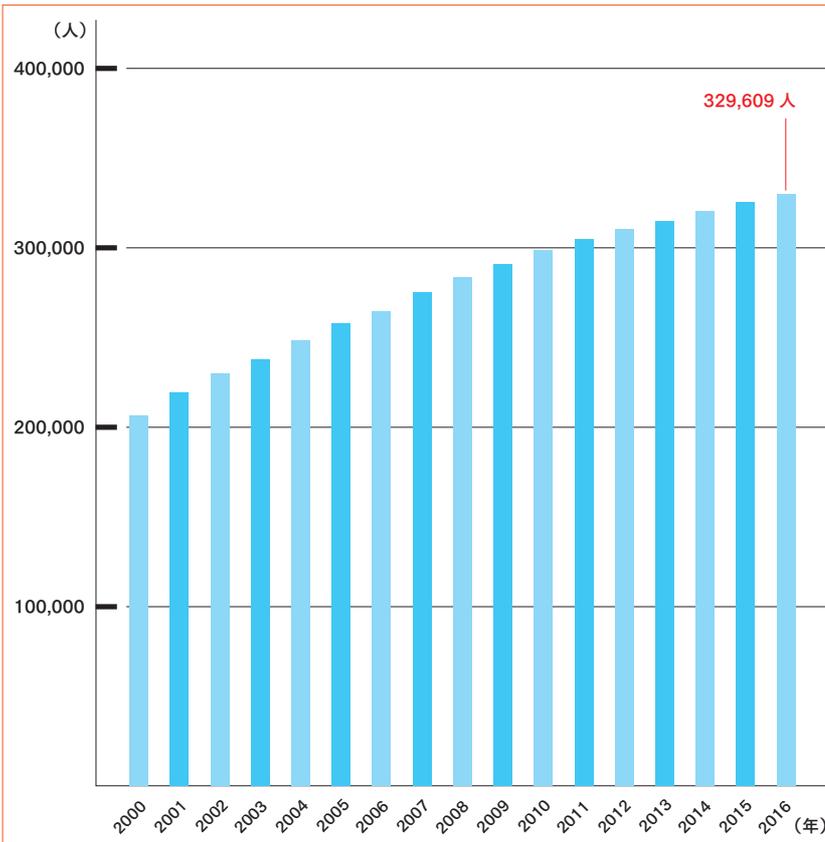
日本の腎疾患患者は増加傾向にあり、原因を問わず尿タンパクが認められるなどの腎障害や腎機能低下が3カ月以上つづく状態の総称の慢性腎臓病（CKD）患者数は、約1300万人に達しています。CKDが重症化すれば透析が必要となるため、厚生労働省では、2007年に腎疾患対策検討会を開催し、さまざまな施策を実施。それが奏功して約10年間に年齢調整後の新規透析導入率の減少目標を達成するなど一定の成果をあげたものの、結果として透析患者は減少せず、約33万人（資料）に増加してしまいました。そのため同省では、2017年冬より再び腎疾患対策検討会を開催し、今年7月に報告書を取りまとめ、新たな対策を打ち出しました。

2028年までに年間の
新規透析導入患者数を
4000人以上減らす目標

報告書では、2016年に約3万9000人だった年間新規透析導入患者数を、2028年までに3万5000人以下に減少させるといった具体的目標を設定。実施すべき取り組みとして、①普及啓発、②地域における医療提供体制の整備、③診療水準の向上、④人材育成、⑤研究開発の推進、の5項目を掲げています。

CKDは、早期から治療を行えば重症化予防が可能なので、早期受診のために①の普及啓発が欠かせません。ところが普及啓発活動については、実施状況の把握や効果の評価、検証が十分に行われていないため、効果的な活動が実行できていないと指摘されています。そこで報告書では、関連学会等が地域

【資料】慢性透析患者数の推移



出典：厚生労働省『腎疾患対策検討会報告書』より作成

の腎疾患対策の中心的役割を果たす担当者を都道府県ごとに決定し、自治体と連携して普及啓発活動を推進することを推奨しています。

②の医療提供体制の整備については、CKD患者は数が多く、腎臓専門医のみで診療を行うのは困難な環境にあり、軽症のうちには、かかりつけ医が診療を担っている現状を指摘。専門医が少ないといえども重症化予防のためには、適切なタイミングで腎臓専門医への紹介が必要であるとし、日本腎臓学会が作成した腎臓専門医への紹介基準を活用すべきと提言しています。

**薬剤師に期待が寄せられる中
しつかり役割を果たすため
地域で存在をアピールすべき**

④の人材育成に関しては、CKDの基本的な知識を有すべき職種として薬剤師も指名されています。腎臓専門医の不足や偏在がある中、患者にCKDに関する情報が正確に伝わっていない可能性は十分にあります。また、治療が長期にわたる糖尿病では、糖尿病性腎症を合併するおそれがあると医師に言われた経験があっても、時間がたつにつれ記憶が薄れてしまう患者が多くいるようです。しかし、患者と接する機会の多い薬局薬剤師がCKDに関する知見を持ち、患者に適切な情報提供をすれば、患者の意識改善において大いに役立つでしょう。

また、多職種連携でCKDの療養指導を担う人材の育成をめざした「腎臓病療養指導士」の認定制度が今年4月からスタートし、大きな期待が寄せられています。腎臓病療養指導士の資格取得には日本腎臓学会の認定医療機関での研修が必要なので、薬局薬剤師にとってはハードルが高いのが現状ですが、近年、他疾患分野の資格においては薬局と認定医療機関が協定を結び、医療機関が薬局薬剤師の研修を受け入れる事例が生まれています。したがって、将来、こうした協力関係が構築されるためにも、薬局薬剤師が医療機関の開催するCKDの勉強会などに積極的に参加し、自らの存在をアピールすることが大切なのではないでしょうか。



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

BOOK

『最新の薬剤学知見と世界の開発状況をふまえた 前臨床／臨床医薬品開発の展望と戦略』

編集：日本薬学会前臨床開発フォーカスグループ・経口吸収フォーカスグループ／発行：じほう



医薬品開発では、疾患や生体機能に関する理解、合成化学や物理化学などの広範な学術知識に加え、将来予想も含めた社会のニーズの把握やビジネス感覚も求められます。本書は、こうした点を踏まえ、2017年12月に

開催された日本薬学会前臨床開発フォーカスグループ及び経口吸収フォーカスグループ合同合宿討論会での講演をまとめたものです。

具体的な内容は、①海外メガファーマの動向にかんがみて推奨されるべき日本の製薬企業の開発戦略、②経口製剤のさまざまな開発ステージにおいてとるべき方策、③シミュレーション技術を活用した経口吸収予測や製剤設計及び難水溶性化合物に対する過飽和技術の解説、など。

研究にビジネス要素を加えた議論を行う点が特徴の前臨床開発フォーカスグループと、経口吸収におけるサイエンスを専門とする経口吸収フォーカスグループの、双方の強みを融合させた分析が展開されており、医薬品開発の最前線を多面的に分析した興味深い1冊と言えるでしょう。

RESEARCH

パーキンソン病の新たな治療薬候補を同定

東京大学大学院医学系研究科神経内科学などで構成される研究グループは、悪性黒色腫の治療薬に用いられる『ダブルフェニブ』がパーキンソン病の進行を抑制する可能性を持つことを発表しました。

パーキンソン病では、疾患の進行を抑制する根本

的な治療薬はまだまだ開発にいたっていません。そうした中、研究グループでは、ゲノムワイド関連解析の結果と薬剤データベースやタンパク質間相互作用のデータベースを活用し、ドラッグリポジショニングを含めた新規治療薬の同定を行うという大阪大学が開発した手法に着目。孤発性パーキンソン病において同手法を用いた解析を行い、他疾患の治療薬として承認されている57種類の薬剤をパーキンソン病の治療薬候補として同定しました。そして、培養細胞やマウスに神経毒を投与したパーキンソン病モデルを使って治療薬候補に実際に効果があるかを検証した結果、ダブルフェニブが神経保護効果を示すことを世界で初めて証明しました。研究グループでは今後、治療にもっとも適切な投与量、投与方法などの研究を進める予定です。

PRODUCT

ステージⅢ非小細胞肺がんの抗PD-L1抗体

アストラゼネカ株式会社では、切除不能な局所進行（ステージⅢ）非小細胞肺がんを使用する治療薬として、日本で初めて承認された抗PD-L1ヒトモノクローナル抗体『イミフィンジ点滴静注120mg』及び『同500mg』（一般名：デュルバルマブ〈遺伝子組換え〉）。以下、イミフィンジ）を発売しました。

イミフィンジは、細胞傷害性T細胞の表面にある免疫チェックポイント受容体の一種のPD-L1に結合し、PD-L1とその受容体であるPD-1及びCD80の相互作用を阻害することで、腫瘍の免疫逃避機構を抑制し、抗腫瘍免疫反応を誘発する効果を発揮します。

ステージⅢの非小細胞肺がん治療は、約20年間にわたって進展が見られませんでした。今回のイミフィンジの発売によってステージⅢの段階における根治の可能性が高まると期待されています。



イミフィンジ点滴静注120mg

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長兼学長
菊地 臣一



〈2013年1月〉No.8
兵庫医療大学学長
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42号は、
2019年2月発行予定です。



〈2018年8月〉No.40
東京都立小児総合医療センター部長
赤澤 晃



〈2018年5月〉No.39
JA新潟厚生連佐越総合病院院長
佐藤 賢治



〈2018年2月〉No.38
神戸薬科大学学長
北河 修治

城 谷典保先生のお話をうかがう中で、6年前、在宅医療に積極的に取り組んでいた、ある薬局薬剤師から聞いた言葉を思い出した。それは「薬局では処方せんを持参される患者が実際に薬を飲むところは見られないが、在宅医療では見届けることができる」だ。薬剤師がカバーできていない領域がそこにあると当時、感じた。現在においても、まだまだ在宅医療に及び腰の薬局もある。薬局はオールマイティであるべきという考え方や機能分化に否定的な意見も耳にする。建前はさておき、現実問題としてどうするのか。薬剤師自身が考え、行動することの重要性をあらためて痛感した。(H.T.)

弊 誌は今号をもちまして、創刊7周年を迎えました。これも読者の皆様方、ご登場くださる先生方のおかげと感謝いたします。今後も薬剤師の皆様のプラスになる雑誌づくりに努めてまいります。また、薬剤師の臨床研究に関する学びのページの新企画を検討中です。ご期待ください。(K.K.)

集 中豪雨、大型台風、大地震と、2018年は深刻な被害を引き起こした災害が相次いでいます。いずれの災害でも、今まで大きく被災した経験がなかった地域が巻き込まれたのではないかと思います。日本列島はいつ、どこで災害が発生するかわからないのだと、あらためて緊急時の備えの必要性を感じました。(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



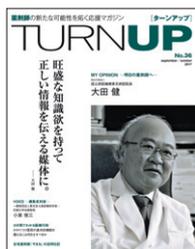
(2015年11月) No.25
クリニック川越院長
川越 厚



(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をください。
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、 つくりたい。

本当の 薬剤師を、 育てたい。

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

