

TURNUP

薬剤師の新たな可能性を拓く応援マガジン

may/june
2012

[ターンアップ]
No.4

MY OPINION—明日の薬剤師へ—

社団法人全国社会保険協会連合会理事長

伊藤 雅治

Voice—編集長対談—

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科

医療科学専攻展開医療薬学講座病院薬学分野教授

中嶋 幹郎

できるだけ感染者の要望を聞き、
間違っていないければ、
なんとか叶えたいと思った。

— 伊藤 雅治



患者さんの 期待が 聞こえていますか？



わたしたちは、薬剤師の
医療人としての使命について
考えつづけています。

たとえば、在宅支援薬局というトライアル——

広島県福山市のファーマシさんで薬局において、在宅支援薬局としての新たな取り組みがスタートしています。「在宅訪問専任薬剤師の配置」、「無菌調剤室の設置」、「24時間365日対応」で、緩和ケア・HPN（在宅中心静脈栄養法）などの幅広い患者さんの受入れが可能な体制を構築しました。

そこには「処方提案」、「プロトコルの活用」、「カンファレンスへの参加」など、さまざまな医療施設の在宅チームから必要とされる薬局・薬剤師の姿があります。

わたしたちは、これからも、在宅医療の質向上に向けた積極的な取り組みをさらに継続していきます。



株式会社 **ファーマシ**

TURNUP

[ターンアップ]

No.4

may/june
2012

contents



さし絵：日高 和俊
独立行政法人国立病院機構南九州病院筋ジス7病棟
E-mail：earegley-tea@po4.synapse.ne.jp

MY OPINION—明日の薬剤師へ—	04
社団法人全国社会保険協会連合会理事長 伊藤 雅治	
Voice—編集長対談—	11
長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 医療科学専攻展開医療薬学講座病院薬学分野教授 中嶋 幹郎	
FOYER@Voice 「シーボルト記念植物園」	
FRONTLINE	18
チーム医療の中で薬局薬剤師が考えるべきこと —厚生労働省チーム医療実証事業への取り組みを踏まえて—	
3分間でわかる医療行政	20
TOPICS	22

外見の様に反し 人生について離れない「改革」

伊藤雅治氏は、どこからどう見ても紳士然としている。元行政マンだと聞けば、誰もがなるほどと深くうなずくだろう。紳士は、たいてい会話もたくみに運べる術を身につけていそうだが、彼には当てはまらない。伊藤氏の話す様子をよくよく観察してみると、発せられる言葉には、自ら

に課せられた責務を果たそうとする使命感と、現状に対する抑えきれない思いが潜んでいる。社団法人全国社会保険協会連合会（以下、全社連）理事長を務める伊藤氏への数回のインタビューを通して、ようやく得られた感想だ。趣味がシャンソンだからというわけではなからうが、低い声の中に愛と悲哀と、秘めた情熱さえ感じられ、話の合間に本音が見え隠れする。

伊藤氏のもの静かな様相は、長年、変わらぬ日常になじんできたように映るが、彼の人生につきものなのは、その

薬害エイズ感染者の恒久医療対策で、
原告団との交渉役を務めた官僚が、
慢性疾患患者のNPOの理事長に。





社団法人全国社会保険協会連合会理事長

伊藤 雅治

MY
OPINION

—明日の薬剤師へ—

様相の真逆に位置すると言っている「改革」である。

新潟大学医学部時代は学生運動の旗手であり、後に真の改革をするには、内側からでなければ実現できないと、臨床医ではなく官僚をめざす。厚生省（当時）入省後は、常に革新的な施策を押し進めていった。

そして現職にあっても、やはり改革はつづく。伊藤氏の改革は、紳士たればこそ、まっすぐで、地に足が着いた、真似のできない重さを持っていた。

薬剤師の所管が 薬務局であるのに違和感

伊藤氏は、薬害エイズ訴訟の東京地裁和解勧告を受け、薬学エイズ感染者の恒久医療対策で原告団との交渉に当たった人物として全国区となったが、彼が局長まで務めた厚生労働省医政局は「薬剤」とは無縁な部署なのだ、恥ずかしながら彼の話から初めて知った。

「旧厚生省時代、私は医政局の前身である健康政策局にいたことがあります。基本的な役割は、質の高い医療の提供体制をつくること。つまり、病院や診療所、老健施設なども含めた施設の問題点の解決と、もうひとつは医師、看護師、歯科医師、コ・メディカル——今で言うチーム医療を担う人材の養成や資質の向上を促すのが仕事です。

ところが当時、薬剤師の所管は薬務局だった。私は本来であれば、薬剤師も含めた医療人材の基礎から卒業までの教育をどうするかは、健康政策局が所管するのが筋ではないかと感じていました。内部でも何度か指摘したのですが往々にして『薬務局から薬剤師の所管を取り上げるなんて不可能だよ』という話になってしまう。

医療人材は、それぞれの職種ごとにスペシャリティがあります。基本的理念は共通しているはずですが、にもかかわらず、管理栄養士と薬剤師だけが健康政策局の所管ではない。私は常に違和感を持たざるをえませんでした」

しかし、行政組織の既得権益にかかわる問題であり、こればかりは伊藤氏にも変えようがなかった。しかも、当時の多くの医療機関における薬剤師の存在は、医療人として

の専門的職種と言うより、「薬局の中で調剤をする人」。病院によっては薬局が地下室にあたりしたとも言われ、患者と接し、服薬指導するなどの臨床的な現場での仕事はほとんど重要視されず、何より薬剤師自身も、それで満足していた時代だ。これでは、所管の変更に理解が得られなくても仕方がなかっただろう。いくら彼に医療体制を整える熱意があっても、薬剤師が薬局の外や病棟に出て行くことしなかったのだから。

原告団の意見を取り入れ 緻密にひとつずつ対策案を決定

そんな問題意識を持つ彼を試すかのように審議官時代に任されたのが、薬害エイズ訴訟のあと処理。

「薬害エイズ訴訟では、製薬企業と国が、薬害を受けた原告から被告として訴えられ、結局、東京地裁から和解勧告が出たものの、感染した人たちに対する恒久的な医療対策を、裁判所は何も示さなかった。厚生省に、東京・大阪の原告団と厚生省が協議して和解案を決めなさいと告げたのみ。言うなれば、裁判所は恒久医療対策を原告団と厚生省に丸投げし、そのお鉢が私に突如としてまわってきたわけです。

普通に考えれば恒久医療対策ですから、所管は国立国際医療センター（当時）等の国立病院を中心に人材が探されるべきで、国立病院の院長などが任命されるのが通例なのですが、なぜか事務次官から『厚生省の代表窓口になれ』と私が指名された。予算や人員が限られた中で、原告団が求める『エイズ治療・研究開発センター』を即刻つくるには、国立病院の関係者ではないほうがいいとの考えがあったのかもしれない」

恒久医療対策を、どうかたちづくっていくのか。伊藤氏は、ゼロからスタートし、原告団や他の専門家と何度も話し合いを重ね、基本的には原告団の意見を取り入れ、緻密にひとつずつ対策案を決めていった。今でこそ、良い抗エイズウイルス薬が開発され、エイズ感染者も慢性疾患患者と見なされ社会復帰できるようになってきたが、当時は偏



PROFILE

(いとう・まさはる)

- 1968年 新潟大学医学部卒業
新潟県衛生部
- 1971年 厚生省公衆衛生局結核予防課
- 1975年 在サンパウロ日本国総領事館領事
- 1978年 国際協力事業団医療協力部医療第二課長
- 1980年 厚生省環境衛生局食品衛生課
- 1982年 青森県環境保健部長
- 1985年 厚生省保健医療局健康増進栄養課長
- 1986年 厚生省保健医療局感染症対策室長
- 1989年 厚生省老人保健課長
- 1992年 厚生省健康政策局計画課長
- 1994年 厚生省大臣官房審議官(科学技術・児童家庭担当)
- 1998年 厚生省保健医療局長
- 1999年 厚生省健康政策局長
- 2001年 厚生労働省医政局長
厚生労働省医政局長辞職
社団法人全国社会保険協会連合会副理事長
- 2003年 社団法人全国社会保険協会連合会理事長

見が先行し、これぞといった良薬もなく、患者を取り巻く環境は困難を呈した。

そうした中で伊藤氏は、一刻を焦らず、しかし少しの時も無駄にせず、エイズ治療・研究開発センターをつくり、地方ブロックごとにセンターにひもづく拠点を置き、地方にいる感染者も安心して相談や治療を受けられる体制を構築したのである。

「気恥ずかしいですが、できるだけ原告団と薬害エイズの感染者の要望を聞き、それが間違っていなければ、なんとか叶えたいとの姿勢で臨みました」

当時を思い出しつつ伊藤氏は天井を仰いだ。

何が課題かを見出し 改善への道を探っているだけ

2001年に厚生労働省を退職し、全社連副理事長に。2003年には同理事長に就任する。「役人の天下り」かと思う読者も多いだろうが、とんでもない。ちょうど全社連の運営する社会保険病院の見直しが始まり、それまで政府管掌健康保険(当時)の健康保険料財源を毎年300億円、多いときで600億円つき込んで、病院や医療機器の

整備をし、減価償却をしなくていい環境が何十年もつづいてきたのを、今後、政管健保の保険料財源からの援助はしないとの通達が出された時期。このままいけば、破綻さえありうる状況の中に放り込まれてしまったのである。やはり、「改革」は伊藤氏を逃がしはしなかった。

「私自身は、自分の行為を『改革』とは思っていません。なんと表現したら良いかわかりませんが、与えられた職務を、どうすれば全うできるかを真面目に考えて実行に移しているだけです。」

一般の会社同様、役所も自分の希望で配属先が決まるわけではありませんよね。2、3年ごとに『あっちにいきなさい、こっちにいきなさい』と決まるわけで。配属された部署、あるいは与えられたポジションで何が課題かを見出し、改善への道を探る。それが『改革』と呼ばれると、少少困惑します(笑)」

改革の中心にいる人間の心理とは案外そういうものかもしれない。軸がぶれないように前進する——本人にとつては、まっすぐに進んでいるだけなのだろうが、周囲からすれば、さまざまな障壁があつてまっすぐ進むことがいかに難しいのかわかっている。だからこそ、彼の行動は改革と呼ばれるのだ。

手順を踏んで対すれば いつか解決策に行き着く

社会保険病院グループの経営改善の方法は、薬害エイズの問題を収めたやり方とほぼ同様。地道な話し合いを積み重ねた結果得られた。

「全51病院（当時）の院長先生に集まっていたとき、状況を説明し、グループとして、どのように問題に対処したらいいのかを徹底的に議論しました。51病院が合意形成にいたるのに時間をかけることを私は、まったくいとわなかった。話し合いの中で、診療収入から将来の施設の建て替え費用を積み立てていく、また、給与体系の抜本的な見直しなどの具体策が挙げられていきました。」

単純に本部が司令を出すだけでは、いかにすぐれた方法を提示してもうまくは機能しないでしょう。全病院長に集まってもらい、講堂で何時間もかけてディスカッションしていただき、最終的にこうしましょうという全病院の合意策を導き出す。何ごとも、きちんとした手順を踏んで対すれば、いつか解決策に行き着くものです」

グループ病院で使用する ジェネリックの評価表を作成

薬剤に関して、51病院はどんな改善策の合意にいたったのか。

「社会保険病院における薬剤管理指導料の状況を調べてみたら、非常に良く取り組んでいるところもあるし、今ひとつのところもあるといった結果で、ムラが明らかになりました。そこで、薬剤師が病棟に出かけて行って、薬剤管理指導など、診療報酬で認められた活動をどれだけできるのか、基本的な第一歩として取り組んでいます。」

ほかに、各社会保険病院の薬剤師が集まって取り組んでいることに、ジェネリック医薬品の共同研究があります。厚生省は、ジェネリックを闇雲に使わせようと必死になっていますが、現在、使用量は頭打ち。理由は、医師のジェ

ネリックに対する懐疑的な姿勢です。科学的根拠もない薬を医師が軽々に処方するわけがないでしょう。まったく厚生省のやり方はいただけません。

ただ、医療費の増大を抑制するにはジェネリックの積極的な導入が必要なことも事実です。そのため、どのジェネリックを選んだら良いかを研究するチームを組み、メーカーごとの供給の安定性、薬効、そして化学的組成、また、薬効が同じで何種類もあるジェネリックの中で、どれを選んだら良いかを調査して評価表をつくり、ジェネリック使用の促進を、基本的には進めていく予定でいます」

今年中にはまとめられるという、グループで使用するジェネリックの評価表は、他の医療機関へも大きな影響をもたらすだろう。社会保険病院のジェネリックの基準が、日本のジェネリックの指標になる可能性は低くない。

「単に厚生省が推進するだけでは、優秀で心ある日本の医師は絶対に動きませんよ。」

当グループの各病院長は、ジェネリック医薬品には、しっかりグループで対処していく重要性を感じたようです。規模の大きなグループ病院だからできる、やらなければならぬ課題でしたので、グループの長としては誇らしい限りです」

街の薬局で働く薬剤師に 大きな可能性

特定非営利活動法人日本慢性疾患セルフマネジメント協会の理事長。伊藤氏のもうひとつの肩書だ。伊藤氏に案内されて、全社研修センターの2階の小さな一室にある協会を訪ねると、若々しいメンバーが生き生きと働いていた。いずれも、エイズに感染している方も含め慢性疾患の患者だと聞いて驚いた。

アメリカではエイズの感染者はセルフマネジメントの対象者で、慢性疾患患者の会に属して情報交換をしたり、励まし合っているという。日本でもつくろうとなったが、理事長の引き受け手が誰もいない。めぐりめぐって、伊藤氏に白羽の矢が立ったそうだ。

■ 特定非営利活動法人日本慢性疾患セルフマネジメント協会



同協会のスタッフの皆さん

2004年2月、5つの患者団体などが日本製薬工業会の支援を受けて米国スタンフォード大学を訪問、慢性疾患セルフマネジメントプログラム (CDSMP: Chronic Disease Self-Management Program) の研修を受

けたことを契機に、CDSMPは日本に導入されました。

導入直後に、CDSMPが本当に有用であるのか、さらには日本に合ったプログラムであるのかを確認するため、2005年3月、マニュアルの日本語化やリーダー養成講座の準備などを行う導入プロジェクトが立ち上がりました。7月に第1回のリーダー研修を東京で実施、10月には協会が設立 (翌2006年3月NPO法人として認証) され、協会による日本で初めてのCDSMPワークショップ (全6回) が開催されました。

ワークショップの最終日には、参加者から「今までは自分の疾患のことを話したり、ほかの人の症状を聞いたりする機会がなかったので、このワークショップは新鮮だった」、「ワークショップで教わった『私メッセージ』で、良いコミュニケーションをとれるようになった」、「毎週のアクションプランで、多くのことを達成できた」など、さまざまな感想が寄せられました。その後、2011年1月までに、全国14都道府県で107回のワークショップが開催されています (受講者は1,007名)。

DATA

特定非営利活動法人日本慢性疾患セルフマネジメント協会

所在地: 〒108-0074

東京都港区高輪3-22-12 全社連研修センターオフィス2階

TEL: 03-5449-2317

E-mail: info@j-cdsm.org

* 特定非営利活動法人日本慢性疾患セルフマネジメント協会ホームページより

「スタンフォード大学の研究の中に、患者教育センターに来る数千人の慢性疾患患者を対象にして、困っていることを聞いたアンケート結果があります。病気の種類は違っても、抱えている悩みは共通でした。糖尿病にしろ、リウマチ、難病にしろ、悩みは3つに分類できました。

ひとつは服薬の継続。2つ目は職場や家庭での困難にどう対応するか。3つ目はストレスへの対処法ですね。服薬の継続の教育をアドヒアランスと称していますが、アドヒアランスについては、患者教育を街の薬局と連携してできないかと、協会の中でひとつの議論になっています。その意味で街の薬局で働く薬剤師の方々には大きな可能性を感じ始めているところです。

アドヒアランスと似た言葉にコンプライアンスがありますが、『決められたとおりに服薬継続しないのは患者が悪い』といった意味が強くなってしまふ。患者さんと医療者

がきちんと継続した対話をしたうえで、患者さんが、なぜ薬が欠かせないかを理解して服薬継続につなげるという考え方がアドヒアランスです」

かつて薬害エイズ訴訟で、原告団との交渉責任者だった官僚が、被害者たちに慕われ彼らの団体の理事長となる。つくろうとして、つくれる美談ではない。この、ほとんど公になっていない事実からしても伊藤氏が、どんな人物なのか推して知られるのではなからうか。

それにしてもできすぎている? (笑) — 彼が去った後に、同協会の若い女性スタッフに聞いてみた。「伊藤先生は、普段はどんな方ですか?」。女性が、ちよつと戸惑い気味に答えてくれた。

「見たまま。あんな感じの方です」

浅薄な発想だった。己の中にある紳士の固定されたイメージを見直さねばなるまい。本物の紳士に脱帽。

ひとりでも 多くの方の 健康の支えとなるべく、 ファーマシィの 輪は広がって行きます。



【関東エリア】

- 目黒中央薬局 東京都目黒区上目黒5-32-6 フローラルコート1F
- 恵比寿中央薬局 東京都目黒区三田1-11-29 T-2000ビル1F
- 大蔵調剤薬局 東京都世田谷区砧3-4-1
- 大蔵薬局 東京都世田谷区砧3-4-1
- かさい中央薬局 東京都江戸川区東葛西6-27-11 アンダンテビル1F

【関西エリア】

- 鞍馬口薬局 京都府京都市北区小山下総町44-7 ルセロ鞍馬口1F
- 中央薬局 京都府京都市中京区壬生東高田町44-1
- 東山薬局 京都府京都市東山区泉涌寺雀ヶ森町13-14
- もみじ薬局 京都府京都市東山区泉涌寺雀ヶ森町13-16
- ほんまち薬局 京都府京都市東山区本町14-260
- あい薬局 大阪府大阪市天王寺区筆ヶ崎町2-61
- とくい薬局 大阪府大阪市中央区徳井町1-3-14 1F
- ながの薬局 大阪府河内長野市長野町7-7 マイデンハイツ1F
- こくぶ薬局 大阪府柏原市国分西2-7-3
- はーと薬局 大阪府藤井寺市岡2-9-15
- 旭ヶ丘薬局 奈良県香芝市旭ヶ丘2-30-12 リ・フィデル | 102
- アゼリア薬局 和歌山県和歌山市木ノ本103-3

【中国エリア】

- 医療センター前薬局 島根県浜田市浅井町867-3
- きりん薬局 島根県出雲市国富町833-12
- くにびき薬局 島根県出雲市今市町2078
- まごころ薬局 島根県出雲市武志町733-4

- すこやか薬局 島根県出雲市塩冶町1539-60
- ひかわ薬局 島根県出雲市斐川町直江4897-3
- さかえ薬局 島根県大田市仁摩町仁万562-1
- 駅前薬局 岡山県岡山市北区奉選町2-1-29 日笠ビル1F
- オレンジ薬局 岡山県岡山市北区下中野718-109
- くらしき薬局 岡山県倉敷市田ノ上735-4
- さにい薬局 岡山県倉敷市玉島黒崎3911-5
- 西大島薬局 岡山県笠岡市西大島新田669
- せと薬局 岡山県笠岡市横島1944-1
- しおかぜ薬局 岡山県笠岡市二番町2-11
- たかや薬局 岡山県井原市高屋町247-1
- よりしま薬局 岡山県浅口市寄島町7543-10
- やかけ薬局 岡山県小田郡矢掛町矢掛2685-1
- 宇品神田薬局 広島県広島市南区宇品神田1-4-3 オオタビル1F
- ふれあい薬局 広島県尾道市栗原町8517-1
- 尾道薬局 広島県尾道市西御所町6-27
- 病院前薬局 広島県尾道市新高山3-1170-109
- 新高山薬局 広島県尾道市新高山3-1170-247
- あすなる薬局 広島県尾道市御調町市106
- いきいき薬局 広島県福山市南本庄3-2-16
- 入船調剤薬局 広島県福山市入船町2-8-12
- クレール薬局 広島県福山市御門町3-3-9
- すみよし薬局 広島県福山市住吉町7-28
- 野上調剤薬局 広島県福山市野上町3-4-32

- さんて薬局 広島県福山市沖野上町4-23-23
 - 国立前調剤薬局 広島県福山市沖野上町4-23-27
 - くすりの国立前薬局 広島県福山市沖野上町4-23-28
 - たけがはな薬局 広島県福山市水呑町3590-1
 - 新徳田薬局 広島県福山市神辺町新徳田3-542-2
 - 神辺調剤薬局 広島県福山市神辺町新徳田3-546-2
 - 伊勢丘薬局 広島県福山市伊勢丘6-1-25
 - だいもん薬局 広島県福山市大門町3-19-16
 - あけぼの薬局 広島県福山市曙町3-20-21-1
 - 新涯薬局 広島県福山市新涯町1-5-40
 - そよかぜ薬局 広島県福山市南手城町2-4-19
 - 松永ファミール薬局 広島県福山市松永町4-1-4 駅前ロータリーマンション1F
 - 今津薬局 広島県福山市今津町2-2-10
 - みのり薬局 広島県福山市今津町2-3-9
 - マロン薬局 広島県府中市栗柄町2203-1
 - 三次薬局 広島県三次市十日市中2-13-1
 - 第2センター薬局 広島県三次市東酒屋町天狗松549-1
 - 三次センター薬局 広島県三次市東酒屋町586-5
 - こうめ薬局 広島県三次市甲奴町本郷636-11
 - 吉田中央薬局 広島県安芸高田市吉田町吉田3782-8
 - せら薬局 広島県世羅郡世羅町本郷822-13
- 【四国エリア】
- たかまつ薬局 香川県高松市福岡町4-28-30 小竹ビル1F
 - 観音寺薬局 香川県観音寺市植田町1008-1

(地方公共団体コード順)



株式会社 **ファーマシィ**

ファーマシィ

検索



長崎大学大学院医歯薬学総合研究科
医療科学専攻展開医療薬学講座病院薬学分野教授

中嶋 幹郎

長崎県では、地域のチーム医療体制を整備すべく、長崎大学薬学部を中心とした県内3大学と自治体、関係団体が連携し、「長崎薬学・看護学連合コンソーシアム」を結成している。

同コンソーシアムは、在宅医療に重点を置き、薬学と看護学を統合した実践的な教育システムを用い、薬学生や看護学生、社会人医療職が、薬物療法と看護の基礎的な知識と技能、最新の情報を学び合う画期的な教育プログラムだ。

中嶋幹郎氏は、同コンソーシアム立ち上げから現在にいたるまで、実務面で中心的な役割を担ってきた。

これまでにない医療人教育への挑戦の話から、薬剤師の新しい生き方が垣間見えた。

ヴォイス

oice

編集長対談

聞き手／『ターンアップ』編集長：武田 宏

戦略G Pの選定をきっかけに 長崎薬学・看護学連合 コンソーシアムが誕生

——「長崎薬学・看護学連合コンソーシアム（以下、コンソーシアム）」は、どのような経緯で誕生したのでしょうか。

中嶋 文部科学省（以下、文科省）では、地域の複数の大学が連携して、地域といたいとなつて人材育成をめざす新しい教育プログラムの立ち上げに財政支援をする「大学教育充実のための戦略的大学連携支援プログラム（戦略G P）」事業を、2008～2009年度に公募しました。

戦略G Pは、3年間のプロジェクト期間中に最高1億5000万円の予算がつく、文科省肝いりの事業です。各大学にとつて、独自性のある新たな教育プログラムを企画し、戦略G Pに選定されることは、大きな目標になつていました。

2009年5月、長崎大学では長崎国際大学と長崎県立大学に連携を呼びかけ、「在宅医療と福祉に重点化した薬学と看護学の統合教育及びチーム医療総合職養成の拠点形成」をテーマに掲げた教育プログラムを戦略G Pに申請し、選定されました。

そして、後にこれら3大学に加えて長崎県や、県薬剤師会、県病院薬剤師会、県看護協会、県医師会が連携し、医療人教育を実施する現在のコンソーシアムの枠組みができたのです。

——「薬看連携」をベースに在宅医療に特化

した教育プログラムは珍しいと思いますが、作成に困難はありませんでしたか。

中嶋 本学では、従来から「医歯薬共修」による離島実習が戦略G Pに採択されており、地域医療の特色ある教育プログラムとして展開していました。

したがって、薬学が中心となり、それまではあまり連携のなかった看護学とともに、在宅医療や福祉に取り組む教育プログラムも、この「医歯薬共修」の経験を生かし、比較的スムーズに企画をまとめられました。

薬学が主導する方式で連携した チーム医療人養成のための 教育プログラム

——医療連携で、医学ではなく薬学が主導する方式は見かけませんね。

中嶋 確かに医療連携と言えば、どんな場合でも医師が主導権を握るのが当たり前になっています。しかし、実際の医療の現場では看護師が最大のマンパワーです。また、医師は多くの薬について薬剤師ほどは知りません。ですから、医療連携の中でも慢性疾患の患者さんがほとんどの在宅医療においては、もっと薬剤師が連携の主導権を握れるように努力すべきだと言えるでしょう。

本学の薬学部は、古くから薬剤師実務に関する実習がさかんで、1970年代には全国の薬学部の先駆けとして薬局実習に乗り出し地域の薬局との連携を始めました。そのような歴史的背景も、私がこのプロジェクトを始めようと考えた基盤にあると思います。

高い志を持った 在宅医療従事者にこそ チーム医療教育を

——コンソーシアムは、他大学や関係機関にまたがるプロジェクトです。連携の調整のご苦労がうかがわれます。

中嶋 私が戦略G Pへ申請するための企画を考へることになったのは、大学本部への締め切りの2週間ほど前でしたので、とても焦りました（笑）。

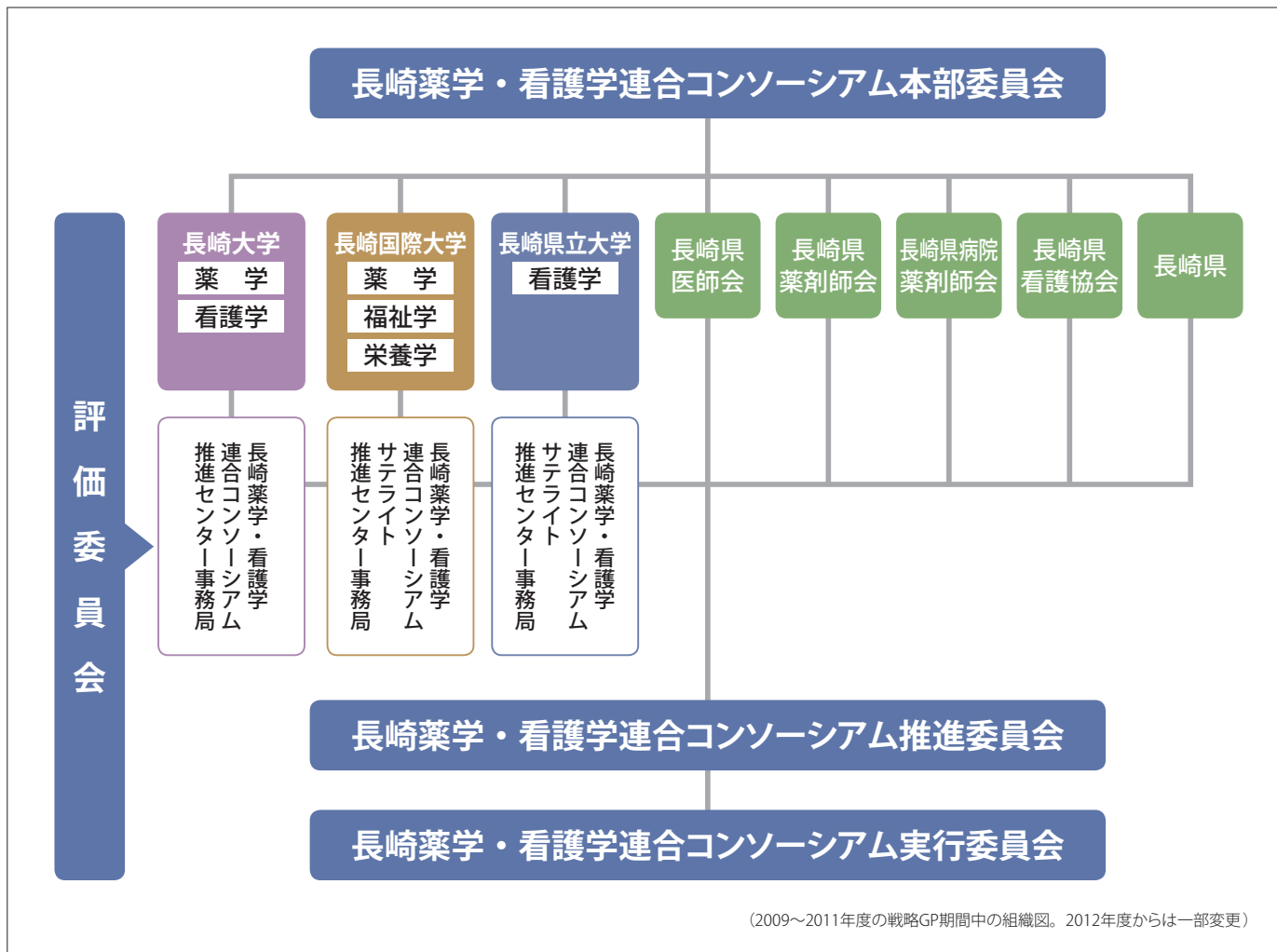
まず、本学の看護職養成課程のある医学部保健学科の先生へ連携の話を持ちかけ、自分で企画書の素案を書いて長崎国際大学薬学部の先生と、当時は面識のなかった長崎県立大学看護栄養学部の先生のもとへご相談に行きました。その結果、幸い3大学で話がまとまったので、次は長崎県、県薬剤師会、県病院薬剤師会、県看護協会、県医師会へ話を持って行きました。

ありがたいことに、なんとか皆さんから申請への承諾や採択後の協力を取りつけたものの何しろ実績ゼロからのスタートですから、私を含め、皆さんも採択されるのは難しいのではないかと思っていました。

——これまでにない計画で、関係者の皆さんは、さぞ驚かれたでしょう。

中嶋 最初は、「今まで在宅医療の現場に薬剤師は出てこなかったではないか」とも言われましたが、私は「これからは必ず出て行きます」とご説明しました（笑）。

【資料1】長崎薬学・看護学連合コンソーシアム組織図



たとえば、チーム医療を病院と地域の2つに分けて考えると、病院では黙っていてもさまざまな医療職が集まるので、チームを組むのは当然と言えます。けれども、地域では医師も看護師も薬剤師も「点」として存在しているの、なかなかチームを組むきっかけがありません。在宅医療を上手に展開するには点在する医師、看護師、薬剤師がひとつのチームを組み、医療を提供するシステムづくりが重要になります。

うれしいことに、在宅医療に取り組んでいる皆さんは、なんとかかして、きちんとした在宅医療の体制をつくりたいと考えています。そして医療資源が限られた中では、チームでなければ医療の質向上はできないことも理解しています。そこで、コンソーシアムがチームによる在宅医療の体制づくりを支援する教育、さらには「点」を「線」にする、医療人同士が知り合う場を提供していくのです。

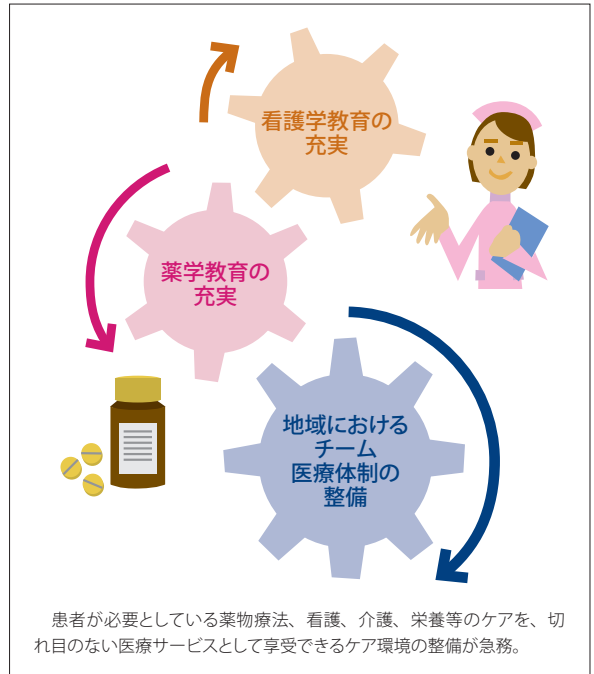
学生だけでなく勤務している社会人医療職も参加できる授業の仕組み

——実際の授業はどのような内容ですか。

中嶋 目玉は、連携する3大学の1年生向けプログラムで、在宅医療を行っている薬局や訪問看護ステーション、診療所での見学実習を通じてレポートをまとめ発表する、在宅医療に特化した早期体験学習です。

プロジェクト3年目となる2011年度からは、コンソーシアムが開講する5つの授業科目を、「NICKEYキャンパス長崎」と称する、県内他大学の学生が当授業を受けて各大

【資料2】薬看連携の必要性



学の単位が取れる仕組みへ提供したため、早期体験学習へは医学生や歯学生の参加者もいました。参加するのは主に1年生ということもあり、他学部の学生と合同で実習をするのが非常に勉強になるようです。また、長崎国際大学が協定を結んでいる韓国の看護大学から3名の学生が短期留学し、この在宅医療の早期体験学習へ参加してくれました。

——学生だけでなく、社会人医療職が参加できるのもコンソーシアムの特長ですね。

中嶋 平日夜に、「在宅療養支援における多職種連携を考える」という社会人も参加できる授業を開講しています。夜間ですから勤務者も参加可能で、受講登録者は60名ほど。薬学生や看護学生が医療職の先輩といっしょに在宅チーム医療を学べる授業ですが、先輩から見ると後輩の大学生と同じ教室で、在宅チ

チーム医療の最新情報を学べることになりました。社会人受講者の職種は幅広く、まさに「長崎ちゃんぽん」のよう。多彩な分野の方々が集まり、それぞれの立場から問題を提起し合っ、自由にディスカッションできる環境づくりをめざしています。

さらに特筆すべきは、講師陣が、医師、薬剤師、看護師、歯科医師、歯科衛生士、栄養士、介護福祉士、リハビリ分野の専門職など医療と福祉の多職種にわたって、別の研修会では、簡易懸濁液や、フィジカルアセスメントを学ぶこともできます。

我々のコンソーシアムのように、地域の社会人医療職が在宅医療を学べるプログラムづくりを大学教員が行うことには大きな意味があります。その意味とは——大学の教員がいれば学生を連れてくる。すると、「地元の学生は、地元の先輩といっしょに勉強できることに感銘を受け、その結果、地元での就職を考えてくれる」といった、地域での人材育成の好循環につながるのです。

ホスピタリティマインドで医療人教育に全霊を賭けて取り組み

——2011年度いっぱい、文科省が資金を支援してくれる期間が終わりました。

中嶋 そもそも戦略GPは、向こう10年は連携する大学同士がプロジェクトをつづける前提で、最初の3年間のみ国が資金を提供してくれるものです。

幸い、2012年度も本学が予算を出してくることに、コンソーシアムは続行しています。

——お話をうかがいますと、コンソーシアムに中嶋先生の存在は欠かせなかったようですが、薬学にたずさわる方がチーム医療教育のリーダーシップをとるのは稀なことではないでしょうか。

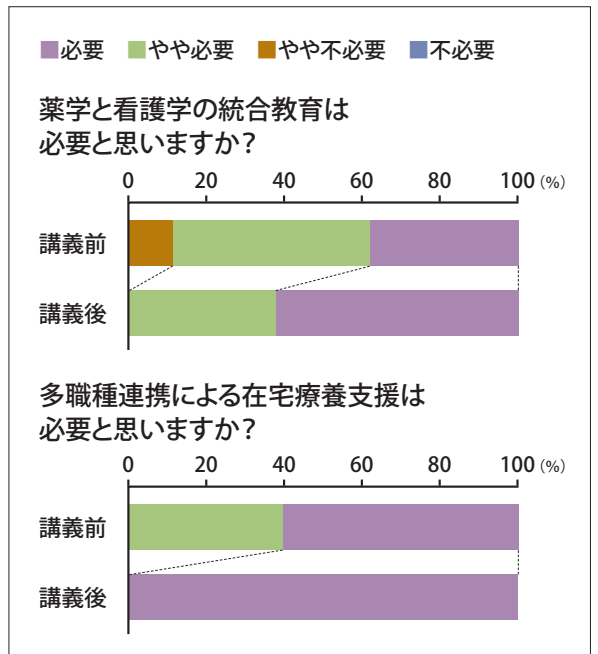
中嶋 私は大学院修了後、30代前半で医学部の教育職に就くまでは、長崎大学病院薬剤部で薬剤師として勤務していました。実は、長崎大学病院は約20年前、国立大学病院で初めて全面的な医薬分業を実施した病院です。

当時、私はその変化を見て、これからは薬剤師も自ら研究し、後輩の臨床実習を指導する時代になるので、コミュニケーションスキルなどさまざまな能力の研鑽も大切になるだろうと予測していました。

そこで、大病院の教育職に就いてからはヘルスカウンセリング学会に所属するなどして、カウンセリングの勉強を始めました。薬学部にも異動してからも、長崎歯科衛生士専門学校でカウンセリングの専門性を生かした授業を担当したり、県薬剤師会で薬局薬剤師の生涯学習委員会の責任者を務めたりと、地元ではいろいろなお首を突っ込んできました。自然と顔見知りが増え、コンソーシアム結成にも大きく役立ったのではないかと思います。

【資料3】受講者アンケート結果

(2010年度共同授業「在宅ケア概論」講義アンケートより)



私の場合は、大学教員といっても実験室に

こもって論文を書くだけより、大学の外へ出て、さまざまな分野の皆さんのニーズを調整するコーディネーターのような役割が合っているでしょう。いちばん好きな言葉は「ホスピタリティマインド（もてなしの心）」です。それを心がけつつ、自分が想像した以上のプラスの効果を、多くの方が感じてくれる仕事をできるのが楽しいですね。

薬局が保険調剤だけでは「食べられなくなる」政策が必要かもしれない

——薬剤師は、「調剤室から出ない」、「顔が見えない」などと言われてきましたが、先生の活動が、調剤室から飛び出そうか迷っている薬剤師の背中を押してくれるのではないかと期待します。

「食べられなくなる」政策が必要かもしれません。

国民の目にとまる薬剤師をめざすことこそあるべき姿

——薬剤師の実務経験のある教員の方でさえ薬局薬剤師がこれから在宅医療にかかわる重要性をよく理解されていない状況もあるようですが、現場の薬剤師には早急な意識改革を図ってほしいですね。

中嶋 病院は機能分化が進んでいますが、薬局も漢方相談に強い、在宅医療が得意など、ある程度、強みを標榜したほうがいいでしょう。このままでは、地域の生活者の皆さんには薬局のカラーが見えません。

それどころか、保険調剤を行う薬局にOTC薬が置いてあるとも知らず、薬剤師は医師

の出した処方せんのとおり薬を準備するだけの人で、OTC薬はドラッグストアで登録販売者から買うものと思いついて買っている方さえるようです。

極端な話、「薬はドラッグストアで買ってもいいですよ、でも、どんな薬を買えばいいのかわ、薬局の薬剤師へ相談しませんか？相談するのは無料ですよ」と言ってしまうもいいのではないのでしょうか。たとえば、そのようにして薬局薬剤師が地域住民の中に入れば、新たな顧客の開拓につながります。

——もはや単なる保険調剤しかできない薬局は、この先、生き残っていないでしょう。

調剤報酬に在宅医療の点数配分が設定されるようになりました。先生のおっしゃるとおり、行政も、薬局が保険調剤だけでは生きていけない方向に政策を進めています。薬局は嫌でも在宅医療にたざさわっていくようになるはずですよ。

中嶋 在宅医療の分野で薬剤師が活躍するようになれば、自ずと国民の目にとまります。今が、薬剤師が調剤室から出て行く絶好のチャンスです。

国民から薬剤師の仕事が評価され、国民が味方になってくれる時代は、すぐそこまできていると確信しています。

PROFILE

(なかしま・みきろう)
博士(薬学)。1982年長崎大学薬学部薬学科卒業。84年同大学大学院薬学研究科修士課程修了、同大学医学部附属病院薬剤部薬剤師。93年同助手。2000年同講師、同副薬剤部長、同大学大学院薬学研究科講師。01年同大学医学部附属病院薬剤部助教、同大学大学院薬学研究科助教。05年同大学大学院医歯薬学総合研究科教授、同大学薬学部教授



2000年2月に長崎大学薬学部附属薬用植物園内に設置されたシーボルト記念植物園には、シーボルトが日本からオランダに持ち帰ったとされる植物が同国のライデン大学附属植物園から株分けされ、園内の一面に根を下ろしている。

1823年のシーボルト来日の本来の目的は、当時のオランダにとって、もっとも重要な貿易相手国である日本の文化や動植物などに関する情報を集めることであった。

江戸時代、薬学と医学の間に明確な境界はなく、薬学は医学の一部としてとらえられていた。そのような背景から、シーボルトが来日したころの日本の本草学（薬草などの植物学、薬物学、博物学）は、当時のヨーロッパの植物学を十分理解できるまでに発展しており、日本の植物学者の優秀さについては、シーボルトの手紙にも残されている。

シーボルトが日本に来てまとめた最初の論文が「日本における本草学の状態について」であり、ほかでも機会あるごとに日本の植物学の水準の高さを指摘している。

シーボルトは、長崎の鳴滝に別荘建築を許可された際、最初から薬草園を附設する計画で設計し、完成すると同時に小高い台地に多数の薬草類と観賞用樹木を栽培して、家の周囲には、塾生が各地から収集した植物を植えた。彼は、自ら薬草を処理

FOYER @ Voice

FOYER（ホワイエ）は、
ほっと一息つく休憩の場——。

今回は『編集長対談』の
取材中に出会った
伝統を感じさせる場所を
ご紹介します。

シーボルト記念植物園

して製薬、門人たちにも指導したそう
うだ。

1690年来日したケンペルは、出島に薬草園をつくっている。彼は出島の3学者のひとりで、日本の植物について調査し、3学者のあとの2人である後のツェンベリーやシーボルトに影響を与えた人物だ。シーボルトは、1823～1824年にかけて出島に植物園を再建し、ケンペルとツェンベリーの功績をたたえ植物園の中央に記念碑を建てている。植物園は出島の4分の1近くを占める大きさで、シーボルトの書簡（1825年）によると、そこには1,000種以上の日本の植物が移植されたという。

シーボルトが植物園を再建した主な理由は、ヨーロッパに生きた植物を送り出す、あるいは、質の高い標本を作成するためだったらしい。ハマナスのような北方にしかない植物

の立派な標本がライデン大学に残っているのは、おそらく種子から出島で栽培したものが持ち込まれたからだろうと推測されている。

彼はヨーロッパに東洋の生薬を導入することも考えていたと言われ、実際、シーボルトは1825年には茶の木をジャワに移植することに成功した。1830年に帰国するときには500種800株の植物を積み込んだが、オランダに到着した際には大半が駄目になっており、ヨーロッパで移植が成功した中で、1844年時点で生き残っていたのは204種。そのうちシーボルト自身が持ち帰ったのは129種とみられる。

シーボルト記念植物園は、シーボルトがオランダに持ち帰り、現在でもライデン大学附属植物園で継続的に栽培されている13種15株の植物の中から、ケヤキ、フジ、アケビ、ツタ、イロハモミジの計5種が、長崎大学・ライデン大学国際学術交流の記念として長崎大学に寄贈されたのをきっかけにつくられた。

シーボルトとともにオランダに渡り、ライデン大学で百数十年の年月を隔て、日本に里帰りした薬草たちがこの植物園で再び息づいている。

（引用：長崎大学薬学部ホームページ）



DATA

シーボルト記念植物園

所在地：〒852-8521

長崎県長崎市文教町1-14

長崎大学文教キャンパス内

開園時間：月～金曜日 9:00～17:00

患者さんの 期待が 聞こえていますか？



わたしたちは、薬剤師の
医療人としての使命について
考えつづけています。

たとえば、フィジカルアセスメント——

薬学部6年制の卒業生が医療の現場に飛び立ちようとしている今、薬剤師の新たな活躍のかたち
に社会の関心が向けられようとしています。たとえ
ば、患者さんの健康問題を把握し適切で安全な
服薬支援を提供するために、薬剤師のフィジカ
ルアセスメントが必要だという視点もそのひとつ。

わたしたちは、一般社団法人／在宅療養支援
薬局研究会の講習プログラムを導入し、講習会
を定期開催しています。

在宅医療などの現場に積極的に進出し、必要と
あらばバイタルサインをとることもある薬剤師の姿
をイメージし、自己研鑽に励んでいます。



株式会社 **ファーマシィ**

の手段のひとつにカンファレンスがあるが、その場に薬局薬剤師はほとんどいない。カンファレンスに参加する薬局は、わずか約1%（東京都・緩和ケア実態調査）が現実である。一般的に実施される主なカンファレンスは、退院前カンファレンス（随時）、デスカンファレンス（全症例）、定期カンファレンス（週1回）、緊急時カンファレンス等がある。

当社では、年間200件程度のカンファレンスに参加し、薬学的視点をもって積極的な薬物療法を提案している。治療方針や診療情報等の共有も重要であり、現在は、多職種が閲覧可能な診療ファイルや地域連携クリニカルパスを用いて情報を共有している。

そして、情報共有の活動の一環として在宅医療ネットワーク「福山在宅どうしよう会」を立ち上げた。当会では、在宅医療のあり方に悩む医師、薬剤師、看護師、ケアマネージャー等の多職種が月に1度集い、情報交換する。内容は症例検討や講演会などさまざま。当初は、ご賛同いただいた医師2名と薬剤師2名でスタートしたが、現在では70名以上が集まるまで発展し、「飲みニケーション」での情報交換も活発だ。

厚生労働省チーム医療 実証事業への参加

厚生労働省の2011年度チーム医療実証事業が開始された。実証事業の趣旨の一部には、保険薬局の底力を試したいとの



訪問薬剤管理指導専任の薬剤師と在宅訪問車

目的が透けて見えた。そこで、参加について前述のM先生にご相談したところ、自ら応募してください、実施施設の指定を受けることができた。実証事業には、地域の基幹病院や多くの訪問看護ステーションの協力も得られた。

参加チームは「在宅ケア推進チーム」と名づけられ、在宅療養支援診療所、保険薬局や訪問看護ステーションが24時間365日体制で連携チームを形成し、「コミュニケーションの充実」、「情報の共有化」、「包括的指示による各々の専門性の発揮」を実施し、質の高い医療の提供を方針の柱とした。当チームにおける保険薬局の役割は、「24時間365日体制での医薬品供給」、「地域連携クリニカルパスの活用」、「プロトコルの協働作成、それにもとづいた処方提案」、「バイタルチェックなどによる副作用モニタリング」、「保険薬局がかかわることで得られる経済的効果の検証（医療者業務の軽減、医療費軽減）」などである。

事業の期間は、昨年度末までであったが、在宅医療に保険薬局がかかわることで得られたさまざまな効果を、具体的な数値として明らかにできた。今後も保険薬局が、チーム医療において迅速で有効かつ効率的な医療提供のために、どのような貢献ができるのか示していきたい。

薬局という箱に 閉じこもった薬剤師

保険薬局は医薬分業の進展とともに、コンビニより多い約5万3,000軒が急速に整備された。しかし、他の職種とのコミュニケーションをとらず、薬局という箱に閉じこもったため、軒数は多くても縦あるいは横のつながりがなく、調剤作業

【資料】チーム医療実証事業における当社の取り組み

- ①24時間365日体制での医薬品供給
- ②地域連携クリニカルパスの活用
- ③プロトコルの協働作成、それにもとづいた処方提案
- ④バイタルチェックなどによる副作用モニタリング
- ⑤各種カンファレンスへの参加
- ⑥医療材料の供給支援拠点
- ⑦服薬管理（医薬品使用の適正化）
- ⑧HPNやオピオイド注射の無菌調製

に明け暮れる薬局薬剤師が多く生まれたのではないかと。このままでは、薬局薬剤師は変化する医療環境から取り残され、国民や他の職種から評価をされず、蚊帳の外に置き去りにされる危機感を持っている。

求められているものを 薬剤師は考える時期に

日本保険薬局協会が保険薬剤師を対象に実施した調査では、「現行において薬剤師の職能が十分発揮できていると思うか」という問いに対して、「できていない」及び「どちらかというできていない」と回答した人が74%を占めており、多くの薬剤師が現状を憂慮しているのは明らかだ。今、薬剤師に必要なのは仕事を「箱」の中で行うという常識からの脱却であろう。現時点では、薬剤師は国民や他の職種から評価されていないと言わざるをえず、必要とされる「医療人」となるには何が欠かせないのかをしっかりと考えなければいけない。

つい最近、M先生と会食する機会があり、「我々はお役に立っていますか？」と聞いたところ、「もし、保険薬局がなければ、私の在宅医療は成り立たなかった」と笑顔で話してくれた。その一言が我々にとっての最大の賛辞であり、今、薬局薬剤師に求められているものだと切に思った。

チーム医療の中で 薬局薬剤師が考えるべきこと

—厚生労働省チーム医療実証事業への取り組みを踏まえて—

株式会社ファーマシイ 薬局企画部

孫 尚孝



高齢社会の急速な進展によって在宅医療への期待が高まる中、
薬局薬剤師は何をすればいいのか——。

現状では、在宅医療に取り組む薬局はまだ少なく、
そして市民にはそもそも薬局が在宅医療にかかわるという認識は低い。
しかし、日本全国どこにでもある薬局の果たせる役割は大きいはずだ。
その力を試すべく厚生労働省の実証事業へ参加し、
薬局、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションが、
ともにチームで在宅医療に取り組んだ。

在宅医療において 薬剤師は不要!?

2010年4月30日、厚生労働省医政局長より、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」が通知された。そこでは、医療の高度化や複雑化にともなう業務量の増大による医療現場の疲弊など、医療のあり方が根本的に問われ、各医療スタッフの専門性の発揮、医療スタッフ間の連携・補完をいっそう進めるのが重要であると示されている。

では、チーム医療の中で、薬局薬剤師はどの程度の役割を果たしているのだろうか。訪問薬剤管理指導を実施している薬局は12.9%（日本保険薬局協会調べ）、訪問薬剤管理指導について知っている人は11%（株式会社ファーマシイ独自のアンケート調査：市民1,074名、平均年齢68.7歳）と非常に寂しい結果であった。また、在宅医療にかかわる他の職種からは、「薬剤師は何ができるの?」、「訪問指導を行う薬局はどこ?」などと言われ

て久しい。在宅医療で、薬剤師不要論が出てもおかしくない状況である。

ある在宅医との出会いから 「24時間365日対応」へ

在宅医療に薬剤師は不要なのか。私は在宅専門クリニックを開業するM先生にお会いし話をうかがった。M先生は、在宅医療には24時間365日体制が重要であり、それは薬局に関しても同様なので、対応してくれる薬局を募ったが、誰も手を挙げてくれなかったと話された。

この話を聞いたとき、医療人としての薬剤師の覚悟を自身と会社に問いかけてみるひとつのチャンスだと感じた。しかし、24時間365日体制を会社が、どのようにすれば実現できるかという問題に直面した。

数日間悩んだが、とりあえず、社員たちに「やるか、やらないか」を問いかけてみようと思った。今でも、突き刺さるような思いでミーティングに臨んだことを鮮明に覚えている。あとから考える

と、当社の社員には「やらない」との選択肢はなかったにもかかわらず——。

在宅支援薬局 「さんて薬局」の始動

在宅緩和ケアの専門的知識も乏しい中で、少しでも保険薬局の役割を見つけようと医療機関（地域連携室）、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等ができるだけまわった。そして、多くの方の協力を得、在宅支援薬局「ファーマシイさんて薬局」をスタートさせた。「さんて」とは、フランス語で健康を意味する。この薬局の特徴は、①24時間365日医薬品の供給が可能、②無菌調製が可能なクリーンルームを設置、③訪問薬剤管理指導専任の薬剤師の配置である。

多職種との情報共有 顔の見える関係づくり

在宅医療では、多職種間の顔の見える関係づくり、情報共有は必須であり、そ



分間でわかる 医療行政

第4回

被災地を支える

災害医療システムと 薬剤師の果たす役割

システムが機能し
被災者への支援が
早期に始動した

未曾有の被害をもたらした東日本大震災
から1年以上がたちました。この間、厚生

労働省（以下、厚労省）などでは、震災での
の知見を得て、災害医療のあり方を議論し
てきました。

我が国の災害医療体制については、阪神
・淡路大震災の経験をもとに、災害拠点病
院の設定、災害派遣医療チーム（DMAT）
の養成、災害医療情報の集約・提供を行う
広域災害救急医療情報システム（EMIS）

の整備などが行われています。

このような背景もあり、今回の震災では
早期にDMATが医療活動を始め、災害拠
点病院も大きな役割を果たしました。

その一方でライフラインの途絶や燃料、
医薬品等の不足により、診療に影響が出た
医療機関も多くありました。実態を受け、
厚労省の「災害医療等のあり方に関する検
討会」では、医療機関が備蓄すべき食糧や
飲料水、医薬品は、流通が復旧するまで
分として3日程度の量が適当としました。

また、病院自体の被害は軽微だったもの
の、保険薬局の被災が原因で診療に支障を
きたしたケースもありました。院外処方
が6割を超えた現在、災害情報のネットワ
ークには、病院だけでなく保険薬局を含めた
医療機関の連携も盛り込まれるべきかもし
れません。

被災地で 多くの薬剤師が 医療活動に貢献

震災では、薬剤師の活躍も目を引きまし
た。2011年7月までに、日本医師会災
害医療チーム（JMAT）や、各薬剤師会
などの派遣元を合わせて、延べ8300名
以上の薬剤師が被災地に赴いています（日
本薬剤師会調査）。

薬剤師の活動の中でも、支援拠点に集め
られたけれど、専門家でなければどう配分
していいかわからない医薬品の仕分けや管
理といった後方支援は、高い評価を受けま
した。さらに、災害医療チームに同行し、

医薬品の識別、代替医薬品の提案、避難所における医薬品の提供や服薬指導を行うなど、チーム内で薬剤知識を生かした有効な活動例が数多く報告されています。

DMATは、「医師、看護師、薬剤師、業務調整員」で構成され、薬剤師は「業務調整員」の一員とされていますが、今回の活動を契機に災害医療等のあり方に関する検討会でも、「災害医療チームでの薬剤師の役割をもっと明確にすべきではないか」との声が出たそうです。

薬剤師に求められる 中長期にわたる 被災者支援

DMATをはじめとした災害医療チームは、発災後おおむね48時間以内の災害急性期での活動を主眼に置いています。それゆえか、被害が甚大だった東日本大震災では災害急性期から中長期への医療提供体制の移行がスムーズにいかず、特に慢性期患者の受け入れ機関の調整は困難をさわめました。そこで、薬剤師には、災害急性期はもちろん、避難所や在宅医療での慢性期患者への支援も必要とされました。

震災約1ヵ月後の昨年4月5日には、厚生労働省医薬食品局長が日本薬剤師会と日本病院薬剤師会に対し、継続的な薬剤師の派遣を要請する通知を发出しており、薬剤師の被災地での中長期にわたる活動が求められています。

ところで、東日本大震災は、地震の規模に対して揺れによる家屋倒壊が少なかった

こともあり、「お薬手帳」を持って避難した被災者が多く見られ、医療活動に非常に役立ちました。このため、厚労省も前述の通知の中で、お薬手帳の確保と配布を呼び

かけています。お薬手帳のさらなる普及と災害時の避難用品のひとつとして社会に認識してもらおう働きかけが、今後の課題のひとつになるでしょう。

【資料】東日本大震災と阪神・淡路大震災の人的被害の違い
(「災害医療等のあり方に関する検討会」資料より)

	東日本大震災	阪神・淡路大震災
人的被害	死者：15,520名 行方不明者：7,173名 負傷者：5,388名 (2011年7月1日時点、警察庁緊急災害警備本部調べ)	死者：6,434名 行方不明者：3名 負傷者：43,792名 (消防庁確定報)
死因	<p>溺死 92.5% 焼死 1.1% 不詳 2% 圧死・損壊死・その他 4.4%</p> <p>(警察庁刑事局捜査第一課調べ)</p>	<p>建物倒壊による圧死 83.3% 焼死 12.8% 不詳 3.9%</p> <p>(兵庫県監察医調べ)</p>
震災による医療ニーズの特徴	<ul style="list-style-type: none"> 津波災害による死者、行方不明者が多く、負傷者が少なかった 超急性期、外傷傷病者への救命医療のニーズ把握が困難であった。反面、慢性疾患を持つ被災者に対する医療支援ニーズが高い状態は、長期にわたってつづいた 	<ul style="list-style-type: none"> 建物倒壊による圧死が最多で、負傷者は死者の約7倍に上った 圧挫症候群をはじめとし、外傷傷病者に対する超急性期医療のニーズが高かった

東日本大震災で対応した患者像は、これまでDMATが対象として想定していたものと違いがあった

TOPICS

BOOK

『みてわかる薬学 図解臨床調剤学』

編集：一川暢宏、中嶋幹郎／発行：南山堂



6年制薬学教育では、調剤学は実務教育の領域に分類され、講義科目として独立した講座を持たない大学もあるうえ、従来の網羅的な教科書では調剤学の情報が十分ではありません。また、調剤技術に特化した副読本は、学術的解説にやや乏しい傾向が見られます。

そこで、本書は、従来型教科書と副読本の両方の特色を合わせ、学術的かつ、より実務的な視点から調剤を学べるよう構成されました。

医療コミュニケーションやNBM、POSにもとづく薬歴簿や薬歴管理など新たな調剤学的概念も多く盛り込まれています。

本書の特徴は、実務実習コアカリキュラムに準拠しながらも、カリキュラムの順序には必ずしもとられず、実際の調剤業務の流れに沿うよう系統的に解説されている点でしょう。内容は「日本薬局方第16改正」及び厚生労働省の「内服薬処方せん」の記載方法の在り方に関する検討会報告書」に対応済みです。

EVENT

「慢性疾患セルフマネジメントプログラム」開催

日本慢性疾患セルフマネジメント協会では、京都市で「慢性疾患セルフマネジメントプログラム」を開催します。

このプログラムは、慢性疾患患者とその家族を対象に、講義による勉強会ではなく、ワークショップ形式で行われます。自らも慢性疾患を持つリーダーが進行役となり、病気を持つ方々が気兼ねなく話をしながら、病気があっても自分なりに楽しく生活していけるような工夫を考えます。参加者は、発言をしても、話を聞くだけでもかまいません。同協会では、薬局を訪れる慢性疾患患者の方へのワークショップ開催の周知を呼びかけています。

〈開催概要〉

会場：京都府立医科大学附属病院

日時：6月2日～7月7日の毎週土曜日 13：30～16：00

申し込み締め切り：5月23日（水）

対象：慢性疾患を持つ20歳以上の方とその家族（定員：12名）

受講料：全6回3,000円（参考書なしの場合）

〈申し込み・問い合わせ先〉

特定非営利活動法人日本慢性疾患セルフマネジメント協会事務局

〒108-0074 東京都港区高輪3-22-12 全社連研修センターオフィス2階

TEL：03-5449-2317 FAX：03-5449-2362

E-mail：info@j-cdsm.org

URL：http://www.j-cdsm.org/info/workshop/0602.html

Close Up!

「Daiichi Sankyo くすりミュージアム」が開館

第一三共株式会社は、東京・中央区の本社内に「Daiichi Sankyo くすりミュージアム」を開設しました。近未来的なデザインの館内では、コンピュータグラフィックスやゲーム形式の展示物を使って、専門性の高い薬の世界をわかりやすく紹介。薬にはどのような種類があるのか、薬はどのように身体に働くのか、薬はどのようにしてつくられるのか、などが学べます。また、薬の正しい飲み方といった、一般の方が意外に知らない情報も提供しています。展示物

の操作には、入館時に渡されるメダルを使用し、体感性を重視。メダルに入場者の情報を登録することで、日本語以外に英語と中国語にも対応しています。

DATA

Daiichi Sankyo くすりミュージアム

所在地：〒103-8426

東京都中央区日本橋本町3-5-1

TEL：03-6225-1133

URL：http://kusuri-museum.com

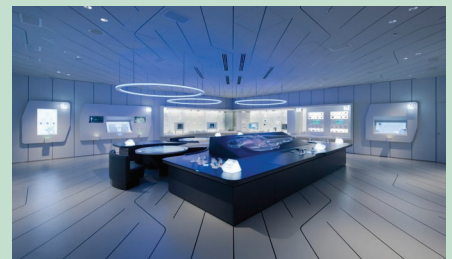
休館日：日曜日、祝日、年末年始など

開館時間：10：00～17：00

（土曜日は10：00～16：00）

入館料：無料

※10名以上で来館の際は事前に要連絡



TURNUP

[ターンアップ]

編集後記

厚生労働省チーム医療実証事業が昨年スタートした。近年、医療の質や安全性の向上及び高度化、複雑化にともなう業務の増大により、医師、看護師等の許容量を超えた医療が求められている。「チーム医療」は、我が国の医療のあり方を根本的に変えうる切り札として注目を集めているのである。日本の医療は、大きな変革期を迎えようとしている。しかし、この大きな変化を薬局薬剤師は感じているのだろうか。薬局という箱に閉じこもった薬局薬剤師が、医療環境の変化に気づかずに取り残されてしまうことを危惧してやまない。(H.T.)

当社にもたくさんの新入社員が入社してきました。夢と希望と緊張感を持って研修に励む彼らを見てみると、20年前に新社会人になった私も、あらためてがんばろうという気持ちにさせてもらえます。「若い人には負けないぞ!!」(言ってる時点で負けているのでしょうか。)(K.K.)

『ターーンアップ』もジワジワと薬剤師の皆さんから認知され始め、読者の方からのご意見やご要望をいただけるようになってきました。ありがたい限りです。薬剤師の世界は本当に奥が深く、猛勉強しながら編集をしております。皆さんからの声に励まされ、勉強にも熱が入ります!(ほっ)

偶然、通りかかったある保険薬局。窓ガラスに大きく「相談できる薬局です」というシールが。とてもシンプルですが、中嶋先生のおっしゃるように一般の方に保険薬局の役割がよく知られていない中、「薬の相談に行ってもいいんだ」と思ってもらえるキヤッチコピーですね。(フク)

STAFF

編集長 武田 宏
副編集長 及川 佐知枝
編集スタッフ 福田 洋祐
清水 洋一
デザイン イクスキューズ

オブザーバー 勝山 浩二

制作 株式会社カレット www.care-t.co.jp



No.1 (2011年11月発行)
医薬品医療機器総合機構理事長
近藤 達也



No.3 (2012年3月発行)
弁護士・三輪亮寿法律事務所所長
三輪 亮寿



No.2 (2012年1月発行)
東京大学大学院薬学系研究科教授
澤田 康文



『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。
<http://turnup.pharmacy-net.co.jp>
〒720-0825 広島県福山市沖野上町4-23-27
株式会社ファーマシィ宛



代表取締役社長
武田 宏

製薬会社を退職し、将来展望を固めようと海を渡ったアメリカで、薬剤師が「市民から尊敬される職業」であることを知りました。薬剤師資格を持つ私には夢のような社会であるアメリカへの憧れは、やがて「日本で、薬剤師本来の役割を果たす」仕組みづくりへの情熱へと変わっていったのです。



1973年、アメリカ。 すべてはここから始まりました。

国民から尊敬を集める職業——薬剤師

日本でもそうあるべきと信じ、1976年、保険薬局の先駆けとなりました。

夢を見定めた武田宏が信念を込めて設立した株式会社ファーマシは、日本の医薬分業と歩みを共にし、成長してきました。設立当初より「地域の皆さまの健康相談窓口」を使命と掲げ、時には相談者に「薬の服用より運動を」とアドバイスすることも是とする薬局運営をしています。

21世紀に入り10年以上を経た現在、わたしたち

は「見える薬局・薬剤師」の実践を最大のテーマに活動しています。

セルフメディケーション支援、OTC販売、在宅における薬の管理など、薬剤師の活躍できるフィールドをさらに広げ、地域の多くの方々と触れ合う機会を大切にし、新しい薬剤師像、未来の薬局のあり方を率先してかたちにしていこうと努力しています。



株式会社 **ファーマシ**