

TURN UP

薬剤師の新たな可能性を拓く応援マガジン

ターンアップ°

October 2023

No. 65



スポットライト

大阪大学医学部附属病院
教授・薬剤部長

奥田 真弘

VOICE —編集長対談—

社会福祉法人聖隷福祉事業団
聖隷横浜病院薬剤部長

塩川 満

PICK UP訪問記

一般社団法人
日本糖尿病療養指導士認定機構

編集長

の

つ

ぶ

や

ま

vol.29

『ターンアップ』編集長
(株式会社ファーマシー代表取締役社長)

山中 修

機能を高度化するだけでなく “あたたかみ”のある薬局を

近ごろ、よく見聞きするのが「レトロブーム」という言葉である。いわゆるZ世代（概ね1990年代中盤から2010年代序盤までに生まれた世代）がこのブームを牽引しているようだ。ファッションはもちろん、インスタントカメラ、昭和の商店街を再現した遊園地、カップラーメンやハンバーガーの復刻版といったさまざまなかたちで、レトロブームが盛り上がっている。

スマートフォンの進化が劇的に進み、また、生成AIなどの革新的な技術が日常的に利用可能となった現代において、まるで時代に逆行するがごとく、レトロブームが到来している状況は、たいへん興味深い。



レトロブームとなっている理由は多様ではあるが、そのひとつに、古いものから感じられる“あたたかみ”があると言える。

たとえば、昔のデザインを復刻した扇風機にはゴツゴツとしたスイッチやダイヤルがついており、スイッチを押したときの「カチッ」という音やダイヤルをまわす感触が、なんともいぬ懐かしさと

ともに、あたたかみを感じさせる。昔ながらの喫茶店では、クリームソーダを飲みながら店主との会話を楽しむことができ、人のぬくもりが伝わってくる。

人間が生きていくにあたっては、最先端のテクノロジーさえあればいいわけではなく、あたたかみが欠かせないのだ。まさに、^{ふる}故いものを^{たず}温ね求めて新しい事柄を知り、現在の問題に対処する「温故知新」という言葉の意味をあらためて実感する。



さて、今の薬局では、昔にくらべてはるかに多種多様な薬剤を取り扱うようになった。さらに、多職種連携が推進されるなど、薬剤師の業務や専門性が高度化している。そうした変化にともない、業務の電子化や機械化も一気に進んでいるところである。

しかし、そのような時代の流れにおいても、「街の科学者」である薬剤師と気軽に話ができる「昔ながらの薬局」が持つ、あたたかみを忘れてはならないと思っている。進化をつづける中で、古き良きものから学ぶべきことが、まだまだたくさんあるはずだ。



02 編集長のつぶやき 機能を高度化するだけでなく“あたたかみ”のある薬局を

04 スポットライト

大阪大学医学部附属病院教授・薬剤部長

奥田 真弘

10 スポットライトこぼれ話 サウナ

11 VOICE —編集長対談—

社会福祉法人聖隷福祉事業団聖隷横浜病院薬剤部長

塩川 満

15 Be Ambitious! —薬剤師よ大志を抱け—

日本の薬剤師の学位は「B.S.」か? 「Pharm.D.」か?

神戸市立医療センター中央市民病院院長補佐／神戸学院大学薬学部教授

橋田 亨

16 PICK UP 訪問記 —注目の団体・機関— 一般社団法人日本糖尿病療養指導士認定機構

18 エール —薬剤師の幸せな人生を願って— 共同意思決定に参画し患者の幸福を実現しよう

NPO法人医薬品適正使用推進機構理事長

鍋島 俊隆

19 3分間でわかる医療行政 医薬品安定供給の“神話”が危機に

22 TOPICS

大阪大学医学部附属病院教授・薬剤部長

奥田 真弘

貫いた大学病院
薬剤部の一本道。

30年以上にわたり
大学病院薬剤部の
運営にたずさわる

今回、大阪大学医学部附属病院（以下、阪大病院）教授・薬剤部長の奥田真弘氏取材するのに先立ち、まったく偶然なのだが、とある座談会でお目にかかる機会を得た。教授が出席した場合、座談会は自然と教授が主役になるケースが多い。しかし、彼は物静かで、質問に対して要点をスマートに言うのみ。ほかの出席者を立てていた姿が印象的だった。

15年間にわたって、教授・薬剤部長を務めた三重大学医学部附属病院（以下、三重大学病院）薬剤部のウェブサイトをみると、「沿革」のページには手がけた施策がずらりと並ぶ。加えて事前に編集部に送られてきた自己紹介のペーパーには、「大学院生時代を含めて30年以上、一貫して大学病院薬剤部で業務（管理・運営）・教育・研究に従事」との一文が記されていた。

30年以上、わき目もふらずに歩んできた病院薬剤師の人生とは、どのようなものだったのか。「ご期待に沿えるか、わかりませんが——」と前置きたあと、奥田氏は、座談会のときと同様に静かな口調で語り始めた。



薬学部へ進んだが 薬剤師は念頭になし 衛生化学の研究室へ

京都大学（以下、京大）薬学部を卒業している奥田氏は、その京都で生まれた。小学2年生のときに父親の転勤にともなって岡山へ引っ越し、高校卒業まで同地で育ち、京大へ進学する。その背景に肉親の影響があるのではないかと問うてみて、返ってきた言葉に驚いた。

「両親ともに京大薬学部卒で、薬剤師の免許を持っています。兄も京大の工学部を出ました」

なるほど、家族皆が京大出身なので自身も京大へ……。腑に落ちたのも東の間、瞬時に否定されてしまった。

「逆に、親兄弟とは違う大学に進学しようとの気持ちがありました。けれど、幼少期をすごした京都でひとり暮らしをしたいという思いが強く、『大学は京大』の発想を持つようになったのです」

ならば、薬学部に進み、薬剤師の仕事を選んだのは両親の影響かといえばそれも違うらしい。

「両親は薬剤師の免許こそ持っていたものの臨床経験はまったくなく、父は薬学部の教員で、基礎研究に従事して

いました。

父から天然物化学に関する持論を聞く機会がありました。が、薬剤師については『今の薬剤師の仕事は、製薬会社がつくった出来合いの薬を渡すだけでやり甲斐を感じられない』と言われたと記憶しています」

事実、京大薬学部に進み、薬剤師免許を取得はしたが、薬剤師になることは念頭にはなかった。そして、学部4回生の研究室配属の際は、そもそも興味のある生物系の衛生化学の研究室に入り、細胞内情報伝達に関する研究を始める。

なお、やがて入職することになる京大大学医学部附属病院（以下、京大病院）薬剤部に関しては、「学部生時代に足を踏み入れたのは、薬剤学の基礎実習のときだけ。しかも、見学主体で薬剤師の実務を体験する実習はなかった」そうだ。

アルバイト先の病院で 偶然にも知った 病院薬剤師の魅力

研究は楽しかったが、長くはつづかなかった。

「修士課程に上がる際、衛生化学の研究室は人気があつて、選考から漏れてしまった。言葉は悪いのですが、自分

自身の中では希望順位の低かった化学系の講座に入りました」

ここまでの話を聞くと、病院薬剤師との接点がありそうもない。本人も、「修士課程2年次には、就職先を考えるにあたって製薬会社の研究所を見学しました」と話す。だが、人の運命とはわからないもの。思わぬ出会いが待っていた。

「京都市内にある小規模病院の薬剤部で、年に数回、アルバイトをすることになりました。いちおう薬剤師としての雇用でしたが、薬剤師の経験は皆無ですから、仕事は簡単な調剤と年末の大掃除の手伝いをする程度でした」

ただ、同院の薬局長を務めていた女性京大薬学部の先輩で、まったく言っていないほど認識できていなかった病院薬剤師の可能性を示唆してくれたのだ。

「その先生は、『日本の病院薬剤師は今、変わり目にある。もうすぐ、米国のように仕事の領域が大幅に広がるに違いない』と主張したのです」

そして、博士課程の期間、臨床にもたずさわれる、京大病院薬剤部の医療薬学研究室に籍を置いてみてはどうかと助言される。調べてみると、同研究室は、まだ歴史が浅いにもかかわらず、格の高い雑誌に次々と論文を発表しており、奥田氏は、研究のイメージを大きく膨らませることができた。



「それまで関心がなかった医療薬剤学の研究に俄然興味が湧き、博士課程から挑戦しようと決意しました」

幸い、修士課程の教授は、医療薬剤学研究室の教授と懇意にされており、博士課程からの医療薬剤学への転向にも理解を示し、快く送り出してくれた。

「振り返れば、学部、修士課程、博士課程のすべてで研究室が変わりましたね（笑）」

**基礎から臨床へ転身
ギャップもあったが
実績をあげて教授に**

こうして30年以上つづくことになる
大学病院の薬剤師のスタート地点に立

ったのだが、まず、直面したのは従来とのギャップだった。

「修士課程の研究室では、化合物を抽出し、その化学的・物理学的・生物活性的な性質を明らかにすることで、新しい薬剤の候補となる化合物を見つけ出すという伝統的な創薬のプロセスにのっとった研究をしていました。」

ところが、医療薬剤学研究室では、患者さんの安全性の確保がいちばん重要なファクター。そこで、患者さんに対する毒性や副作用などといった薬のネガティブな部分に着目した、新たな視点の研究に取り組むことになったのです」

それでも博士課程で取り組んだ薬物毒性の研究の目処が立ったところに京大病院薬剤部助手となり、いつの間にか

臨床へと近づいていく。

「当時の薬剤部助手の主な仕事は、実験と、大学院生や学部生の研究指導でした。ただ、京大病院では、薬剤師の病棟活動が本格的に始まった時期でもあり、私も徐々に病棟薬剤師といっしょに医局のカンファレンスに参加したり、入院患者の服薬指導を経験させてもらったりするようになりました」

助手時代には、3年間休職して米国への留学を果たすも、帰国後は再び京大病院薬剤部に復帰。その2年後、おそらく京大病院における実績や経験が評価されたのだろう、三重大学病院教授・薬剤部長に抜擢された。

**病院建物新築にあたり
薬剤部を建物の中心へ
サテライトも設置**

冒頭で触れたとおり、15年間務めた三重大学病院薬剤部の教授職にあつて推し進めた取り組みは、枚挙にいとまがない。ここでは、代表的な2つを紹介しよう。

ひとつ目は、手がけた中でも最大級の大仕事だと言える病院（病棟・外来棟）の建て替えへの関与だ。

「病院薬剤部の機能は、従来は調剤が中心であったため、薬剤部は外来棟の窓口の近く、建物の端のほうに配置さ

PROFILE

おくだ・まさひろ

1987年 京都大学薬学部薬学科卒業

1989年 京都大学大学院薬学研究科修士課程修了

1993年 京都大学医学部附属病院薬剤部助手

1994年 京都大学大学院薬学研究科博士課程修了
薬学博士（京都大学）

1999年 米国バンダービルト大学メディカルセンター腎臓部門リサーチ・フェロー

2000年 米国エール大学医学部細胞分子生理学ポストドクトラル・フェロー

2002年 京都大学医学部附属病院薬剤部助手（復職）

京都大学医学部附属病院薬剤部講師

京都大学医学部附属病院助教授・副薬剤部長

2004年 三重大学医学部附属病院教授・薬剤部長

2018年 三重大学医学部附属病院教授・病院長補佐（併）

2019年 大阪大学医学部附属病院教授・薬剤部長

れがちで、同院でも同様でした。

しかし、建て替えにあたっては、薬剤師の業務が病棟にシフト中である点にかんがみ、薬剤部を病棟1階の中央へ配置していただいた。エレベーターがすぐそばにあり、各病棟へのアクセスが格段に良くなりました」

病院建て替えへの具申は、これだけにとどまらない。

「病棟の各フロアにあるスタッフステーション内に、薬剤師が常駐するサテライトファーマシーを設置してもらいました。それまでの業務を根本から見直し、チーム医療の一環として行う業務は、できるだけ病棟で行えるようあらためました」

もうひとつは、日本で初めてイタリヤ製の抗がん剤調製ロボットを導入した研究事業である。

「ある企業との産学共同研究で抗がん剤調製ロボットを導入し、動作の正確性や効率性、日本の医療環境への適合性を調査。その結果をもとに運用上の工夫などを論文にして発表しました。」

その後、三重大学病院ではロボット調製を標準業務としました。少なくとも当時は、日本でいちばん働きの抗がん剤調製ロボットだったと確信しています」

現在、対物業務の効率化を進める中で、日本各地で抗がん剤調製ロボットの導入が進んでいるが、三重大学病院

におけるこの研究事業の成果も大いに参考になったはずだ。

人員不足解消をねらい レジデント制度を新設 見事に課題解決を図る

阪大病院教授・薬剤部長に就任してから、敏腕ぶりに変わりはない。

「2021年に、薬剤師レジデント制度を導入しました。当時、薬剤部では大学病院機能と採用者とのミスマッチなどにより、大量の退職者が出ていました。」

また、阪大病院には約100年つづく研修制度があり、多数の人材を輩出してきましたが、薬学教育の6年制への移行や研修環境への関心の高まりなどを背景に、応募者が減少してしましました。そこで、薬剤師レジデント制度を導入し、大学病院の再評価を促すことが不可欠だと考えたのです」

だが、薬剤師レジデント制度自体はほかの大学病院などにも存在する。阪大病院の制度は、どこに訴求ポイントがあるのか。

「大学病院指向の学部生の応募を増やすには、魅力ある研修カリキュラムとしっかりとした実施体制が重要です。」

参考にしたのは、医師の臨床研修制度。研修医制度を担当する院内部署の

『卒後教育開発センター』からアドバイスを受けるほか、新たに「薬剤師レジデント研修管理委員会」を設置し、研修プログラムや研修の評価について病院長や看護師、事務職員と意見交換を積極的に行いました。こうして講義や評価などで多職種の協力を得られたことが、目を引く充実した薬剤師レジデント制度の構築につながりました」

薬剤師レジデント制度を設立した目的のひとつである人員不足解消のねらいも当たった。

「現在、教員やレジデントを含めると薬剤師の数は100名あまりにまで増えています。そして、レジデントは新卒者から採用し、正職員は原則、レジデント修了者から採用する方針に変更しました。今後は、就職してからミスマッチに気づき、短期間で退職してしまうような事態は起きにくくなるでしょう」

国立大学では初めて 6年制に一本化した 薬学部を支える

ところで、阪大薬学部では2019年度から4年制を廃止し、国立大学では初めて6年制に一本化した。薬剤師養成より基礎研究を重視し、4年制に力を入れていると思われた国立大学、

それも旧・帝国大学の一員である阪大薬学部が完全6年制に舵を切ったのは驚かされた方も多かったのではなからうか。

「この改革の背景には、『臨床ができる薬剤師の研究者を育成する』との基本方針があります。加えて、多くの国立大学では4年制課程重視のため、阪大が6年制に全面移行しなければ、将来的には薬剤師養成にたずさわる教員が薬剤師免許を持たない4年制卒の研究者ばかりになりかねません」

言われてみれば当然、予想される未来なのだが、基礎研究の分野で先端を走ってきた阪大薬学部としては、勇気のいる決断だったであろう。そして、阪大病院薬剤部が、この方針の重要な部分を支えているのだ。

「当薬剤部の研究室では、2020年度から卒業研究を行う学部生の受け入れを再開しました。我々も薬学部がめざす、臨床ができる薬剤師を研究者に育成する、ひいては薬剤師免許を有する薬学部教員を養成することに貢献していく覚悟です」

薬局薬剤師のための 専門薬剤師制度を新設 順調に有資格者が増加

さて、一般社団法人日本医療薬学会

は、医療薬学を専門領域とする学会である。30余年にわたり薬剤師の職能の基盤を支えてきた本学会の運営に、奥田氏は2006年から理事としてかわり、2018年から4年間は会頭の重責を託された。

「副会頭だったとき、当時の会頭の指示のもと『JPHCS』という英文誌の創刊に着手しました。もともと和文誌の『医療薬学』があつたのですが、医療薬学がさらなる発展を遂げるには本学会が国際的に通用する雑誌を発刊し、会員が構築したエビデンスを世界に向けて情報発信できる体制が必須との結論にいたつたのです」

会頭になつてからは、同学会が会員に授与する学術関連賞の制度を拡充。年々充実する会員の学術活動を表彰することで、会員による医療薬学研究と社会貢献の活性化を図った。

さらに、2020年には『地域薬学ケア専門薬剤師』制度の新設を実現する。地域包括ケアシステムなどにおいて切れ目のない薬学ケアが求められる中、地域医療で必要となる広範な薬物療法の実力を持つ薬局薬剤師を認定する同制度は、薬剤師、薬学関係者全体から大きな注目を集めている。

「好調に認定者は増え、本年4月時点で、地域薬学ケア専門薬剤師は50名を超え、副領域のがんの専門性を有する『地域薬学ケア専門薬剤師（がん）』は

140名あまりに達しました。

従来、本学会は、病院薬剤師が中心だったので、同制度により薬局薬剤師の会員が増加し、薬剤師を代表するプラットフォームにさらに近づいています。これらの活動は、理事をはじめとする関係者の協力なくして実現できませんでした。この場を借りて、深く感謝を申し上げます」

突き進んできた道を 今後歩みつづけ 新機軸にも挑む

「ご期待に沿えるか、わかりませんが――」の言葉で幕が上がった今回の取材は、聞く者の期待に十分すぎるほど応えてくれるものだった。ひとりの若者は、偶然にも「大学病院薬剤部の可能性」という一筋の光が差し込んだあとは、ひたすらに、その道を突き進んだ。

自己紹介の「30年以上、一貫して大学病院薬剤部の運営に従事」は、自らの足跡に対する自負が、にじみ出た一文だと言えよう。

この先も、彼はこの一本道を歩きつづける。その過程で、まだまだ驚くような新機軸を見せてくれるに違いない奥田氏の今後を、我々は目を離さずに見届けたい。

スポットライト こぼれ話

サウナ

世は、“ととのう”という言葉がすっかり定着したほどの空前のサウナブーム。奥田真弘氏もサウナ好きだそうだが、そのキャリアは長い。「京大病院で働いていたころから通い始めたので、かれこれ20数年でしょうか。

趣味と言えるほどのものではありませんが、サウナのあるスーパー銭湯によく行っています。そう言えば昨日も入りました」

サウナの入浴方法は、サウナ➡水風呂➡外気浴（休憩）が一般的な基本セット。奥田氏は、サウナの時間は10分間で、3セットほど繰り返す。「リーズナブルな価格で快適。仕事の合間を縫って近場で手軽にリラックスでき、特に忙しいときには良い気分転換になりますね」



近年は車での移動が多いため、広い駐車場のあるスーパー銭湯のサウナに行くことが常になっているが、阪大病院勤務になってから訪れたサウナは、同院のある大阪府吹田市や隣接する茨木市、さらには京都市内と、かなり広範囲にわたるそうだ。

そして、京大病院時代には、京都市内のいろいろな銭湯（一般公衆浴場）を訪れていたと言う。「京都市内の銭湯は、それぞれに個性を備えているのも魅力です」

実は、京都市は日本有数の銭湯の多い都市で、廃業する銭湯が相次いでいる現在でも約100軒が営業している。しかも、その多くにサウナが併設されており、加えて、他都市の銭湯とは異なり、ほとんどで追加料

金を払うことなく、基本の入浴料だけでサウナまで楽しめる。

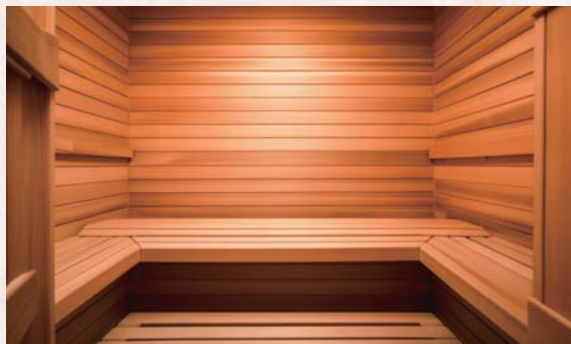


京都市における銭湯の多さと大盤振る舞いのサウナサービスの理由は、よくわかっていない。戦災を免れたので古い銭湯が多数残っている、質の良い地下水が豊富なので銭湯の営業に適している、銭湯が多いゆえサービス競争の一環としてサウナが無料になった——など諸説あるようだ。

「車で行くとなるとスーパー銭湯が便利ですが、普通の銭湯も大好きですね。

銭湯のサウナはたいてい狭いのですが、それゆえに独特の空気感があります。ただし、銭湯によってサウナの“当たりはずれ”は、ありますが（笑）」

「趣味と言えるほどの趣味ではない」と語っていたが、察するにサウナへのこだわりはそうとうなもの。間違いなく、立派な趣味だと言えるだろう。



健康ランドの開業ラッシュによって1980年代に起きたサウナブームは中高年が中心だったが、今回のブームでは、若者や女性にも広がった点が特徴と言われる

voice

—— 編集長対談

患者の痛みは、薬物療法だけでは 取り除けない。チーム医療による 「トータルペイン」の発想を。

社会福祉法人聖隷福祉事業団聖隷横浜病院の薬剤部長である

塩川満氏は、長年にわたって緩和ケアにたずさわってきた。

緩和ケアでは薬物療法が主となるため、薬剤師の貢献が期待されるのは当然だが、
実は、患者の痛みは薬剤だけでは取り除けず、薬剤師には多面的な視点が求められると塩川氏は話す。



塩川 満

社会福祉法人聖隷福祉事業団
聖隷横浜病院薬剤部長

Profile

しおかわ・みつる

1989年東邦大学薬学部薬学科卒業、東邦大学医学部付属大森病院薬剤部。1996年聖路加国際病院薬剤部、同調剤室室長。1997年同臨床薬剤室室長。ICU、CCU病棟や一般病棟を担当。1998年緩和ケア病棟を主な起点とし一般病棟全体を担当。2005年同医薬品情報室室長、同臨床薬剤室室長。2008年同臨床薬剤室室長。オンコロジーセンター、緩和ケアチーム、乳腺外科チーム、退院調整チーム所属。2009年星薬科大学大学院医療薬学博士後期課程修了（薬学博士）。2010年聖路加看護大学非常勤講師（臨床薬理担当）。2011年社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院薬剤部部長、聖隷クリストファー大学臨床教授（臨床薬理担当）。2014年静岡県立大学臨床教授。2018年現職

緩和ケアの提供には 薬物療法だけでなく チーム医療が欠かせない

——塩川先生は、本年5月まで一般社団法人日本緩和医療薬学会の代表理事（現在は副代表理事）を2期4年間にわたって務められるなど、緩和ケアに注力してこられました。薬剤師として、緩和ケアの分野で貢献しようと思われた経緯をお聞かせください。

塩川 きつかけは、1998年、当時勤めていた聖路加国際病院に緩和ケア病棟が設立され、専任薬剤師として病棟に通うようになったことでした。

——1990年代といえば、薬剤師の病棟業務が普及し、チーム医療の重要性が認識されるようになった時代です。

塩川 中でも緩和ケアには、多職種協働によるチーム医療が必要とされます。同院の医師は、その点をよく理解しており、薬剤師の役割を高く評価してくれました。

そこで私は、緩和ケアの薬剤に関する研修医向けの講義も任されるようになり、結果、医師との信頼関係がますます深まって緩和ケアへのやり甲斐が増していき、この分野をきわめたいと思うようになったのです。

——緩和ケアには薬物療法が欠かせませんか

ら、薬剤師の存在が必須なのは自明ですが、緩和ケアにチーム医療が特に必要だと考えられているのはなぜなのでしょう。

塩川 詳しくは後ほど述べますが、緩和ケアは、薬剤を使えば実現できるものではなく、「トータルペイン」の考え方が重要です。トータルペインのケアの提供は、医師だけでなく看護師だけでも薬剤師だけでもできない。だからこそ、チーム医療が必要なのです。

患者から痛みを 取り除くことが 何より優先される

——実際の臨床現場で、薬剤師はどのようにして、緩和ケアの提供の一翼を担っているのでしょうか。

塩川 一般的に、薬剤師にとってもっとも重要な視点は「医薬品が適正に使用されているか」ですが、緩和ケアでは何より「患者の辛い症状が取り除かれているのか」の視点が最優先されます。そこで、患者さんの症状を確認したうえで、薬剤の効果が発揮されている場合は、一方で副作用がないかを調べたり、効果が十分でない場合は、最新のエビデンスをチェックしたりして、使用されている薬剤が患者さんに合っているかを評価して医師に報告をします。さらに、患者さんや周囲の医療者が、薬剤の効能を正確に理解したうえで薬剤を使用しているか、保険適用内の使い

方であるのかも確認をします。

——患者さんの痛みを和らげることをいっばんの目的として、処方設計がなされるサポートをするわけですね。

塩川 はい。それゆえ緩和ケアでは、薬剤師が、保険適用されない使い方（適応外）を提案する場合も少なくありません。

1例を挙げると、モルヒネの適応は「中等度から高度の疼痛をともなう各種がんにおける鎮痛」ですので、息切れ（呼吸困難）に対しては適応外となります。しかし、薬剤師なら、モルヒネは呼吸中枢の反応を鈍くし、呼吸数を減らした結果、呼吸困難を緩和する作用機序を持っていることを知っているので、呼吸困難に対してモルヒネが有効だと医師に処方提案をします。

——ただ、適応外の処方提案となると、医師の理解を得られるかが懸念されます。

塩川 無論、やみくもに提案するものではありません。たとえば、モルヒネを含むオピオイドを慢性閉塞性肺疾患（COPD）における呼吸困難に使用することに関しては、保険適用こそされていませんが、一般社団法人日本呼吸器学会のガイドラインには「呼吸困難が進行した患者に対する経口オピオイドでは、その効果が確認されている」との記載がありますし、オーストラリアやニュージーランドのガイドラインでは「高度の呼吸困難の症状

【資料1】痛みの評価

●痛みの原因の評価

- ・身体所見（視診、触診、筋力低下の評価）
- ・画像所見

●痛みの評価

- ・日常生活への影響
（STAS-Jによる症状への対処の必要性に関して評価）
- ・痛みのパターン（持続痛、突出痛）
- ・痛みの強さ（NRS、VAS、VRS、FPS）
- ・痛みの部位
- ・痛みの経過
- ・痛みの性質（体性痛、内臓痛、神経障害性疼痛）
- ・痛みの増悪因子と軽快因子
- ・現在行っている治療の確認
- ・レスキュー薬の効果と副作用

出典：『がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン（2020年版）』（編集：日本緩和医療学会）

緩和に有効」と書かれています。薬剤師が、こうしたエビデンスをしつかりと示して提案をすれば、医師も理解をしてくれます。

—— 適応外使用については、患者さんの同意も必要だとお聞きしました。

塩川 適応外使用に関しては、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）の医薬品副作用被害救済制度の対象外になる可能性があるため、患者さんに同意書を書いていただく必要があります。そこで薬剤師は、医師への説明と同様の内容をわかりやすい言葉に置き換えて、患者さんに適応外の薬剤を使用する必要性を訴え、同意を得るのです。

では、同意を得られればいいのか——。もちろんそうではなく、薬剤師は、重篤な副作用

用の発生を想定し、万一の事態にも速やかに処置が講じられる準備をします。実際に当院では、副作用に備えた訓練も行っています。

早期の介入によって

QOLを上げるだけでなく

予後の改善もできる

—— 緩和ケアの最前線に関しては、本誌の読者の薬剤師の皆さんも知らない部分が多いはず。痛みの治療の「今」について、ご教示ください。

塩川 まず、近年、世界保健機関（WHO）が定めた緩和ケアの定義を知っていただきたいと思っています。緩和ケアを「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し和らげることで、クオリティ・オブ・ライフ（QOL）を改善するアプローチ」だと定義しています。

—— 「早期に」という文言が目を引きます。緩和ケアは終末期医療の印象が強く、さらには、患者さんがどうしても痛みに耐えられなくなつてから提供されるイメージですが。

塩川 かつては、痛みを我慢してもらい治療をしていた時代もありました。しかし現在で

は、たとえば、患者さんが痛みを訴えているならば、診療科にかかわらず、緩和ケアの専門家が治療に参加します。

また、WHOでは、『がん疼痛治療法の4原則』を定めています。以前はそれらに加えて『3段階鎮痛ラダー』と称する、痛みの段階に応じて薬剤を変更する指標がありました。具体的には、Ⅰ段階でNSAIDsやアセトアミノフェン、Ⅱ段階で弱オピオイド、Ⅲ段階でモルヒネなどの強オピオイドの使用を推奨するものです。

今では、痛みがあり、かつ効果があるのなら、最初から積極的にモルヒネを使用するように変わっています。

—— 早期に痛みを減らし、患者さんのQOLを上げる考え方が、トレンドになっているのですね。

塩川 早期介入の効果は、QOLの向上だけではなくありません。実は、切除不能と診断された膵がん患者の集団において、緩和ケアで痛みが取れた群のほうが、痛みがつづいた群より余命が長かったとの論文が発表されています。予後の改善の視点でも、早期介入の意味は大きいと言えるでしょう。

痛みは身体的原因のみで起きるわけではないため 多面的なアプローチを

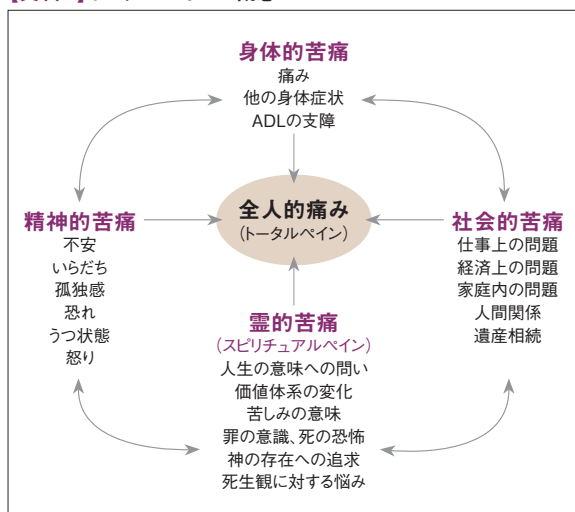
—— 「痛み」は、感じ方に個人差が大きく、



『ターンアップ』編集長
山中 修（やまなか・おさむ）

2003年弁護士登録、森・濱田松本法律事務所入所。2012年同事務所パートナー就任。株式会社ファーマシー前・代表取締役社長の武田宏の「患者さんのために地域に根ざした信頼される薬局を創造したい」との思いに共鳴し、2014年株式会社ファーマシー入社。2019年株式会社ファーマシー代表取締役社長及び本誌編集長に就任

【資料2】トータルペインの概念



出典：『緩和ケアマニュアル—ターミナルケアマニュアル』改訂第4版（監修：柏木哲夫、編集：淀川キリスト教病院ホスピス）

その点が緩和ケアの難しいところではないかと推察します。

塩川 ご指摘のとおりです。したがって、痛みの評価が重要となります（資料1）。

許容できる痛みのレベルは個人によって異なりますし、中には「痛みが完全になくなってしまおうと眠くなってボーっとしてくるので少しくらい痛みがあつたほうがいい」という患者さんまでいます。そこで薬剤師は、本人が感じる痛みの強さを0～10の数値で表現するNumerical Rating Scale（NRS）と称する指標を用いて、患者さんの話を聞きながら、個々で違う痛みの評価をします。

—— お話を聞くにつれ、痛みの世界は予想以上に複雑だと感じます。

塩川 先に「緩和ケアでは、トータルペインの考えが重要」だとお話ししましたが、その理由は、痛みの原因は身体的な要因だけではないからです（資料2）。仕事が生き甲斐だった方が、病気が原因で仕事ができなくなつてしまった喪失感によって痛みが助長されたり、先ほどまで元気だったのに家族が見舞いから帰った途端、痛みが開始めたりといったケースは頻繁にあります。

ですから、緩和ケアは薬物療法だけでなくものではありません。患者さんを取り囲む多職種が情報交換をしながら、痛みの軽減には何が必要かを判断し、さまざまな側面から痛みを取り除こうとするトータルペインへのアプローチが大切になるのです。

病院と薬局が連携した緩和ケアの提供が必須に 薬局薬剤師も研鑽を

—— 緩和ケアの発展のため、塩川先生が取り組んでいる活動についてご紹介ください。

塩川 冒頭で触れていたとおり、私は日本緩和医療学会に参画しており、同学会の活動を通じて緩和ケアの普及啓発に努めています。

まず、同学会では非常にすぐれた緩和ケアの入門書『緩和医療薬学』を発行しているのですが、薬剤師はもちろん、緩和ケアにたずさわる多職種の皆さんにも、この本で基本を学んでいただきたいと思います。

また、同学会では、2020年に『緩和医療専門薬剤師』制度を新設しました。同専門薬剤師は、その職能が国に認められ、がん専門薬剤師に次いで広告で標榜できる資格となっています。同専門薬剤師には、高度な緩和ケアの提供を期待しています。

—— 緩和ケアは当然、在宅医療でも提供されています。在宅医療にかかわる薬局薬剤師がスキルアップする施策はありますか？

塩川 薬局薬剤師が、同学会の認定する医療機関で研修を受ける『地域緩和ケアネットワーク研修』を展開しています。緩和ケアの知識に加えて地域連携のスキルを身につけ、医療機関と在宅で一貫した緩和ケアを提供できるようにする力がつく研修になっています。

さらに2022年には、緩和ケアに関する一定以上の知識、技術、実践力を有すると認められる薬剤師が在籍する薬局を『在宅緩和ケア対応薬局』として認証する制度もスタートさせました。

—— 緩和ケアの提供において薬局薬剤師が貢献できることは、まだ、多くありそうです。

塩川 今後、地域包括ケアシステムが進む中で、緩和ケアに関する病院薬剤師と薬局薬剤師の連携は、ますます重要になるでしょう。薬局薬剤師の皆さんには、ご紹介した研修などを利用して緩和ケアの神髄を学んでいただきたいと切に願っています。

薬剤師も大志を抱け

★
第15回

日本の薬剤師の学位は「B.S.」か? 「Pharm.D.」か?

橋田 亨

神戸市立医療センター中央市民病院院長補佐／
神戸学院大学薬学部教授

薬剤師の皆さん、学位について深く考えた経験はありますか? 「普段の業務のための勉強で精いっぱい。とても学位なんて——」と思ったあなたは、学位＝博士と考えているのではないのでしょうか。

実は、薬科大学・薬学部を卒業した方々は、出身大学からすでに「学位」を授与されています。6年制薬学部の卒業者の学位は「学士(薬学)」となり、その時点で国家試験の受験資格も得ているのです。

では、6年制薬学部の卒業者が海外出張の機会に恵まれ、英語の名刺をつくる場合に学位の表記は、医師が「M.D.」と名乗れるように、「Pharm.D.」と表記できるのか? 結論から言えば、学士(薬学)の学位の正式な英語表記は「Bachelor of Science (B.S.）」となり、薬学のニュアンスは入りません。一般的には、日本の薬学部卒業者は、海外では「Pharm.D.」を名乗れないと考えられています。

★

しかし公益財団法人日本薬剤師研修センターが2011年に発表した『Pharm.D.に関する見解について』では、「米国のM.D.やPharm.D.は、それぞれ日本の『学士(医学)』、『学士(薬学)』に相当し、医学の正規課程を卒業している日本の医師は、国際

的にM.D.を名乗ってなら問題ない」「Pharm.D. (Doctor of Pharmacy) は薬剤師を表し、6年制の薬学正規課程を卒業した薬剤師もPharm.D.を名乗ることは可能だと考えられる」とされています。にもかかわらず、先述したように薬剤師の学位の英語表記がPharm.D.とらないのは、なぜなのでしょう。

一因としては、かつて「旧・4年制薬学部卒業者についても、一定の専門職研修を積めば、Pharm.D.を名乗れるようにする」との研修認定制度が提案されたものの、さまざまな反対意見があり、その後は議論が前に進んでいないことが挙げられます。

国立大学などに一部存在する4年制薬学部卒業者の学位は、6年制薬学部卒業者の学位の「学士(薬学)」ではなく「学士(薬科学)」（[資料](#)）であり、しかも、国家試験の受験資格がありません。このような日本の薬学部卒業者の多様性が、良くも悪くもPharm.D.を名乗らない、名乗らせない現状につながっているのかもしれない。

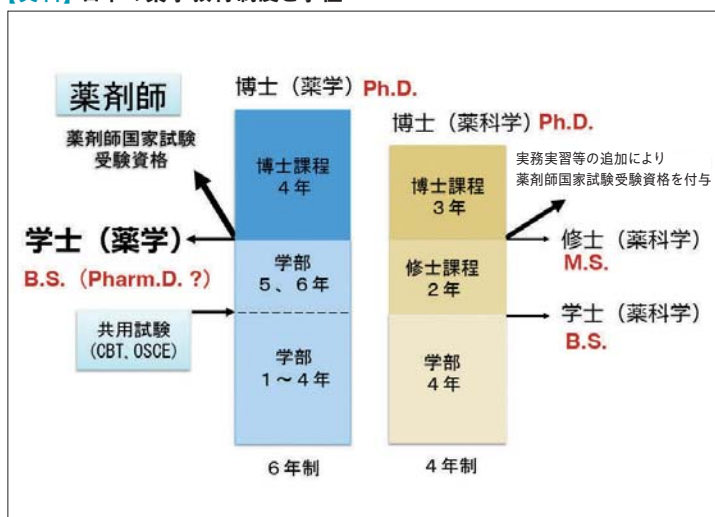
★

2019年度に始まった厚生労働科学研究「薬剤師の卒後研修カリキュラムの調査研究（山田班）」

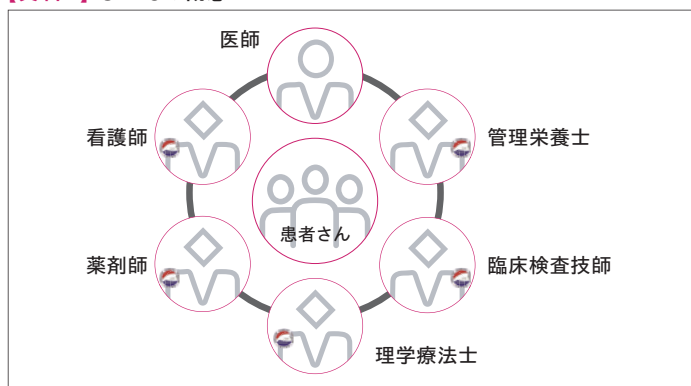
に参画し米国視察に同行した私は、卒前のPharm.D.教育と卒後のレジデント研修が緊密に連携し、その仕組みの中で、真の臨床力を養う薬剤師の姿を目の当たりにしました。薬学部が6年制になったとはいえ、やはり22週間の実務実習のみでは、米国のPharm.D.コースの臨床経験にくらべると明らかに不十分であり、新たな薬剤師レジデント制度が必要なのだと考えられます。

真に社会から求められる薬剤師を輩出できる薬学教育と薬剤師教育の仕組みづくりを進め、「日本の薬学教育を受けて、日本の卒後臨床研修を経験しました。私は立派な薬剤師です」と海外でも胸を張って言える日が来るとき、Pharm.D.呼称問題には自ずと答えが出るのでしょう。

【資料】日本の薬学教育制度と学位

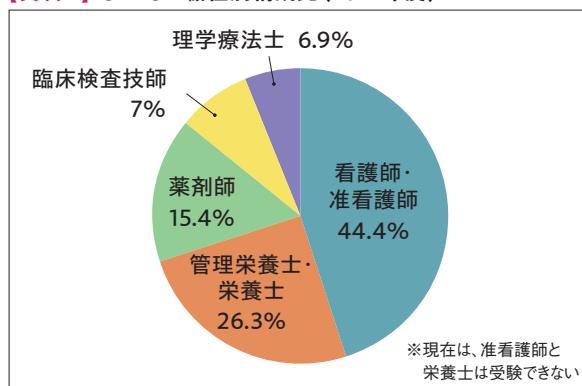


【資料1】CDEJの概念



出典：日本糖尿病療養指導士認定機構紹介パンフレット

【資料2】CDEJの職種別構成比(2022年度)



出典：日本糖尿病療養指導士認定機構資料

有無にかかわらず、薬剤師として糖尿病患者に対する大枠は変わりません。

糖尿病教育入院では、患者さんが糖尿病とどう向き合っているのか、薬物療法の意味をきちんと把握しているのかを確認します。

1対1ではなかなか話してくれない方でも、集団指導のような複数の患者さんが集まる場では発言が増えるケースがあるため、そうした機会もつくりながら患者さんの実態の把握に努め、個々の患者さんに合った療養指導を行います。

入院中は、周囲に医療者がいるので適切な療養ができますが、退院後は、患者さん自身による自己管理が求められます。それを実現させるには、まず患者さんに「なぜ薬物療法が必要なのか」を理解してもらわなければなりません。薬剤師がその理由を伝える際のポイントとなるのが説明の仕方です。

ひとつには、「どうして、この薬剤を処方しているのか」といった専門医の処方意図を「合併症を起こしてほしくないから」、「臓臓を疲弊させないために休ませてほしい」などの専門医の“思い”が伝わる言葉に置き変えて説明をするのです。処方に込められた専門医の気持ちを理解すると、患者さんから「朝寝坊をした日でも、いつもどおり薬を飲んでいいのか？」などのような質問が寄せられるようになり、患者さんの薬物療法への姿勢を変える、つまりは、行動変容を起こせるチャンスが、しばしば訪れます。

意外な原因

ここで、私がCDEJになる前に出会った、ある高齢女性の患者さんの話をしましょう。その方は、1型糖尿病で療養期間が長く、研修医でもかなわないような知識を持っており、私が療養指導をしようとしたところ、「あなたに何ができるのか」と一蹴され、何もできない状態が長くつづきました。

そんなある日、その方が生まれたばかりのお孫さんをおんぶすると暴れるため、毎日、意気消沈してしまっていると聞きました。そこで私が、たまたま知っていた米国製のおくるみで包むと赤ちゃんがおとなしくなるらしいとの話をお伝えしたところ、お孫さんが機嫌良くおぶさるようになり、大いに感謝されたのです。以来、私に対していろいろと話しかけてくださり、療養指導も実施できるようになりました。

いったい何が患者さんの療養の障害になっているのか、何をすれば信頼されて療養指導を受け入れてもらえるのか——。自分の想像とはかけ離れたところに、それらの答えが隠れているのだと痛感した出来事でした。

薬剤師のCDEJとして、薬学的な知見に磨きをかけるのは当然ですが、同時に薬学的管理という視点からだけでは患者さんを見ていては、療養指導はできないのだとの戒めとしています。

存在を広める

CDEJ制度が設立されてから20数年

が経過し、医療者の間では認知度がかなり上がりましたが、一般の方々にはあまり知られていないのが現状です。せっかくCDEJがいるのですから、患者さんに、気軽に相談してもらえるよう存在をアピールする活動をしたいと考えています。

そして、ひとりの薬剤師のCDEJとしては、患者さんの療養への取り組みを一気に“プラス100”にするのは不可能でも、療養指導のたびに“プラス1”ずつでも良い方向へ変えていき、その積み重ねで、必ず患者さんに「療養指導を受けて良かった」と思ってもらえる存在でいつづける覚悟です。

CDEJ認定試験の受験資格には、専門医のいる医療施設での療養指導の実績が必要です。したがって、CDEJのハードルは決して低いとは言えませんが、興味を持たれた方は、ぜひ、資格取得に挑戦してください。困難だからこそ、薬剤師のCDEJには想像以上のやり甲斐が待っています。

DATA

一般社団法人 日本糖尿病療養指導士認定機構

住所 〒113-0033
東京都文京区本郷2-30-7
本郷T&Sビル3階

TEL 03-3815-1481

FAX 03-3815-1487

URL <https://www.cdej.gr.jp/>

CDEJ有資格者数 18,591名(薬剤師2,873名、看護師8,252名など)
(2022年6月末現在)

一般社団法人日本糖尿病療養指導士認定機構



講習会委員会委員

(北里大学薬学部薬物治療学III教室講師／北里大学北里研究所病院薬剤部課長)

井上 岳

糖尿病専門医の処方意図を正確にとらえ 患者の心を動かす薬剤師のCDEJ。

高い専門性

本機構は2000年に設立され、翌年から日本糖尿病療養指導士（CDEJ）の認定を開始しました。CDEJは、糖尿病に関する高度で幅広い専門知識を備え、糖尿病治療でもっとも大切な自己管理を患者さんに指導することを主とするメディカルスタッフです。認定を受けるには、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士のいずれかの資格が必須となります。

糖尿病患者は、予備軍も含めると我が国に約2,000万人もいるとされています。一方、糖尿病専門医（以下、専門医）の数は6,000人弱で、圧倒的に足りません。そうした中でCDEJは、専門医やほかの職種のCDEJと連携しながら、それぞれの職能を活かした療養指導を提供し、専門医不足のフォロー

ーもしているのです（【資料1、2】）。

多職種の連携

私は、2001年、最初に行われた認定試験に合格したCDEJの第1期生です。薬剤師として糖尿病患者に療養指導をしたり、カンファレンスで専門医と議論をしたりする中で、「第三者から自分の療養指導の能力を評価してもらえば自信がつくのではないか」、「専門医に薬物療法を提案するには、もっと知見を高めなければならない」と思っていたところにCDEJ制度が設立され、早速、資格を取得しました。

では、認定試験に合格して自信がつき、専門医と堂々と話ができるようになったかといえば、そう簡単ではありません。「CDEJの名に恥じないような療養指導を提供しなければ」との強いプレッシャーがかかって、勉強する

日々が始まり、今にいたっています。専門医と渡り合うには、糖尿病の最前線の知識が必須となりますから、継続した学びが欠かせないのです。

CDEJが多職種にわたる資格ゆえ、資格取得後は、さまざまな職種との交流が広がるといった大きな収穫に恵まれました。たとえば、糖尿病に関する勉強会が開かれれば、治療や療養指導の方針について共通の認識を有する同じCDEJの多職種と有意義な討論ができます。また、悩んでいる症例に関して他院のCDEJに相談し、結果を自院の多職種チームにフィードバックすることなども可能になっています。

思いを伝える

薬剤師のCDEJが具体的にどのような療養指導をしているのかをご紹介します。とはいえ、CDEJの資格の

第 17 回

共同意思決定に参画し 患者の幸福を実現しよう

医療者と患者が治療を選択する際に重点を置く基準には往々にしてギャップがある。

古い医療では、パターンリズムにより医療者が一方的に治療方針の検討や決定をしていた^[1]。たとえば、医師が「がんなので、手術が適切です。同意書に署名してください」と患者に迫るばかりだったのだ。

これに対し、最近はインフォームド・コンセント（IC）が浸透し、医療者から患者へ情報が示され、治療方針の検討や最終的な決定は患者（家族ほか）に任せられている。だがICにおいても、医療者は難解な医療情報を提供するだけで「十分検討して手術するかを決めてください」と伝える傾向にあり、患者は何が最善なのかを理解できず、結果的に医療者の誘導の影響を受けているのが現状である。

しかし、仮に薬剤師が医師に進言し、医師が「がんのステージが進んでおり、もう手術はできない。この薬を使えば3ヵ月ほど寿命が延びるが、副作用がひどい」といったわかりやすい情報を患者に伝えたら、どうだろうか。患者は、苦しみような薬を飲まず、寿命が短くなっても愛する家族といっしょに平穏な日々を送るほうがwell-being（幸福）が高いと思うかもしれない。



患者と医療者では考え方に違いがあるかもしれないが、やはり、お互いの見解を理解したうえで最終的に患者にとって最良の治療を選択し、well-beingを実現することが大切だ。そのために医療者は、個々の患者の病歴や検査結果にもとづいて、薬物療法や手術などの治療の選択肢に関するすべてのメリット・デメリットの情報を患者がわかる言葉で説明しなければならない。そして、治療方針を両方で決定することが、患者のwell-beingにつながる。

このように医療者と患者が協働し、情報を交換して、患者がもっとも幸せに感じられる最善の治療方針を決めることを共同意思決定（Shared Decision Making：SDM）と呼ぶ^[2, 3, 4]（【資料1】）。



看護師が参画すると、SDMが円滑になるとの報告がある^[5]。また、薬剤師が専門性を活かして積極的にSDMにかかわると、薬物療法に関する医師と患者の協働作業を円滑にできる^[6]。

がん以外にも、精神疾患、循環器疾患、慢性疾患、高齢者の治療・ケア、腎代替療法などでは、唯一最善で有効な治療法は存在しない。もし、薬剤師が、これらの疾患の薬物療法のメリット・デメリットを患者が理解できるように説明すれば、患者と医療者がどの薬物療法を選択するのかを納得して決められ、患者のwell-beingの達成の手助けができるだろう（【資料2】）。

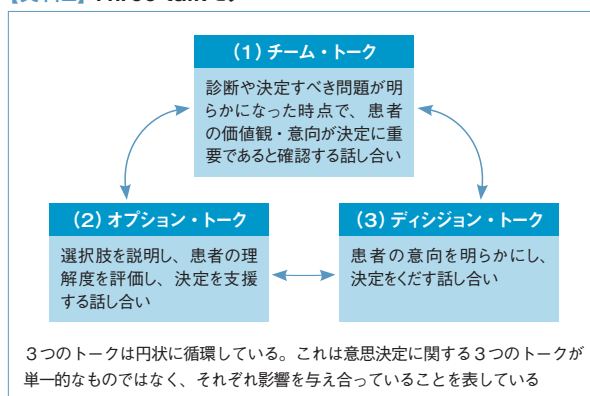
薬剤師業務にもAIの進出が急速である。しかし、患者の気持ちに寄り添い、患者の価値観に共感できるのは人間である薬剤師だ。がんばれ薬剤師！

【資料1】治療方針決定の3つのアプローチとその特徴

	パターンリズム	インフォームド・コンセント	SDM
治療情報の方向	医療者→患者	医療者→患者	医療者↔患者
価値観や生活情報の方向	医療者→患者	患者→医療者	医療者↔患者
治療方針の検討者	医療者のみ	患者（家族ほか）	医療者と患者（家族ほか）
最終的な治療方針の決定者	医療者	患者	医療者と患者

出典：中島俊：医学界新聞（2021.5.24）より転載

【資料2】Three-talkモデル



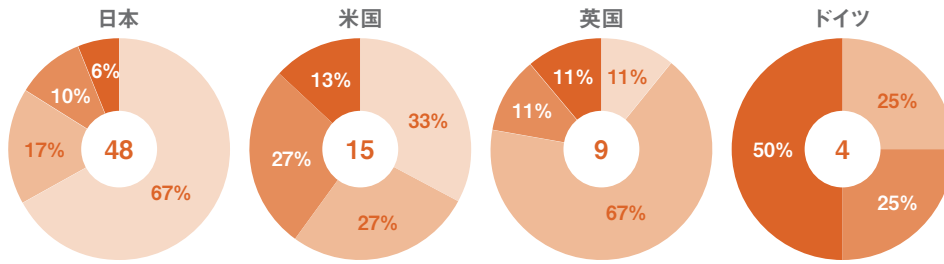
出典：中島俊：医学界新聞（2021.5.24）より転載

Profile なべしま・としたか

1973年大阪大学大学院薬学研究科博士課程単位取得退学。名古屋大学大学院医学系研究科教授、同大学医学部附属病院薬剤部部長（併任）、名城大学大学院薬学研究科教授、名城大学比較認知科学研究所所長（併任）などを経て、現職

【資料】各国の後発品の産業構造

売上高：■1～10億円 ■10～100億円 ■100～1,000億円 ■1,000億円超 ※中央の数字は企業数



出典：『医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会』報告書 参考資料

第49回

医薬品安定供給の「神話」が危機に

ここ数年、必要な薬剤が品薄で入手できず、苦慮している薬剤師の方も多いでしょう。こうした状況を受け、厚生労働省は、2022年の夏から13回にわたって『医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会』を開催し、討論を重ねてきました。

先般、同省ではその結果を取りまとめて報告書を公表しました。冒頭で「日本において医薬品は安定的に供給されるという『神話』は、崩壊に瀕している」と切り出すなど、強い危機感がにじんだ報告書になっています。

報告書では後発医薬品（以下、後発品）の安定確保に関する話題に多くが割られました。現在の後発品の供給不安は、相次いだ後発品企業の薬機法違反にともなう出荷停止によるものだと考えられていますが、それはきっかけにすぎず、根本には複合的な原因があると報告書は指摘します。

ひとつには、産業構造上の問題が挙げられます。日本では売り上げが10億円未満の後発品企業が67%を占めており、1社当たりの規模が小さい傾向にあります（資料）。また、多くの後発品企業が収益性の高い新規収載品を取り扱うようになったことや、2005年の法改正以降、医薬品製造の委託や後発品の共同開発が認められたことで、1社当たりの製造販売品目が増え、少量多品目生産が広がっています。

つまり、小規模な後発品企業が少量多品目生産を進めた結果、複雑な管理体制に不備が生じて品質不良を招き、今回の出荷停止が起きたというわけです。さらに報告書では、少量多品目生産の影響で製造余力がほとんどないゆえ、出荷停止となった製品と同一成分の製品を他社が増産するのが難しいことと、在庫消尽を防ぐための出荷制限が、現下の長引く供給不安につながっているとしています。

そこで報告書では、後発品企業には、「十分な製造能力を確保している」、「継続的な供給計画を有している」などの要件を求め、満たせない企業は市場に参入できなくする仕組みを検討すべきとしています。

そして、産業構造自体の見直しにも言及。品目ごとの生産能力を高める観点から、ほかの産業での事例を参考に、業界再編も視野に入れる必要があると提言しています。

このほかにも報告書では、後発品の供給不安の原因として薬価基準制度の不備や、サプライチェーンに関する問題もとり上げています。

さらに報告書には、創薬力の低下や、いわゆるドラッグ・ラグをめぐる課題と提案も記載されていますので、薬剤師の皆さんには、ぜひ目を通していただきたいと思います。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_33548.html



〈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
伊藤 雅治



〈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



〈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病院院長
宮地 良樹



〈2014年9月〉No.18
三井記念病院院長
高本 眞一



〈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



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



〈2017年5月〉No.34
日本医療政策機構理事
宮田 俊男



〈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



〈2020年11月〉No.49
日本医学会 / 日本医学会連合会長
門田 守人



〈2020年8月〉No.48
名古屋大学医学部附属病院薬剤部長
山田 清文



〈2020年5月〉No.47
東京大学医学部附属病院院長
瀬戸 泰之



〈2020年2月〉No.46
福岡大学医学部総合医学研究センター教授
田村 和夫



〈2019年11月〉No.45
地球堂薬局
田代 健



〈2019年8月〉No.44
医療法人社団めぐみ会理事
田村 豊



〈2019年5月〉No.43
早稲田大学特命教授
笠貫 宏



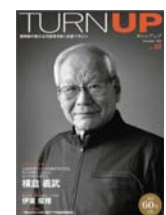
〈2023年6月〉No.63
広島大学名誉教授 / 安田女子大学教授
高野 幹久



〈2023年4月〉No.62
東北大学病院教授・薬剤部長
眞野 成康



〈2023年2月〉No.61
COML理事長
山口 育子



〈2022年12月〉No.60
日本医師会名誉会長
横倉 義武



〈2022年10月〉No.59
慶應義塾大学医学部・薬学部教授
大谷 壽一



〈2022年8月〉No.58
名古屋市立大学大学院薬学専攻教授
鈴木 匡



〈2022年6月〉No.57
京都大学名誉教授
乾 賢一



〈2014年1月〉No.14
先端医療振興財団TRIセンター長
福島 雅典



〈2013年11月〉No.13
山梨大学大学院特任教授
岩崎 甫



〈2013年9月〉No.12
国立がん研究センター理事長
堀田 知光



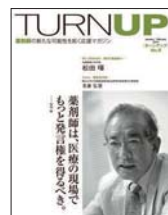
〈2013年7月〉No.11
神戸市立医療センター中央市民病院長
北 徹



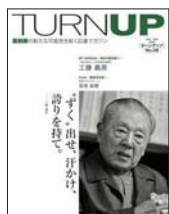
〈2013年5月〉No.10
日本プライマリ・ケア連合学会理事長
丸山 泉



〈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
兵庫医科大学長
松田 暉



〈2016年5月〉No.28
上田薬剤師会顧問
工藤 義房



〈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



〈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



〈2019年2月〉No.42
東邦大学医療薬学教育センター教授
吉尾 隆



〈2018年11月〉No.41
医療法人社団鴻巣会理事長
城谷 典保



〈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新潟厚生連佐渡総合病院院長
佐藤 賢治



〈2018年2月〉No.38
神戸薬科大学学長
北河 修治



〈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



〈2022年4月〉No.56
福山大学薬学部教授・薬学部長
井上 敦子



〈2022年2月〉No.55
和歌山県立医科大学薬学部教授
赤池 昭紀



〈2021年12月〉No.54
NCCHD経緯と薬情報センターセンター長
村島 温子



〈2021年10月〉No.53
山口東京理科大学副学長・薬学部長
武田 健



〈2021年8月〉No.52
社会保険診療報酬支払基金理事長
神田 裕二



〈2021年6月〉No.51
前・大阪薬科大学学長
政田 幹夫



〈2021年2月〉No.50
京都薬科大学学長
後藤 直正

—— 『ターンアップ』ウェブサイトのご案内 ——

本誌のバックナンバーはウェブサイトでもご覧いただけます。
以下のQRコードもしくはURLよりアクセスしてください。



<https://www.pharmacy-net.co.jp/turnup/>



〈2023年8月〉No.64
日本薬学会副会長
望月 真弓

TOPICS

PRODUCT

潰瘍性大腸炎治療用の 新しい皮下注製剤が発売開始

武田薬品工業株式会社は、中等症から重症の潰瘍性大腸炎の維持療法（既存治療で効果不十分な場合に限る）を効能・効果とする生物学的製剤『エンタイビオ皮下注108mgペン』、『同皮下注108mgシリンジ』（一般名：ベドリズマブ〈遺伝子組換え〉）を発売しました。

両製品の発売によって、維持期においては従来の点滴静注に加えて新たに皮下投与が可能となるため、個々の患者にとって最適な投与方法の選択が可能になると期待されています。



エンタイビオ皮下注108mgペン

RESEARCH

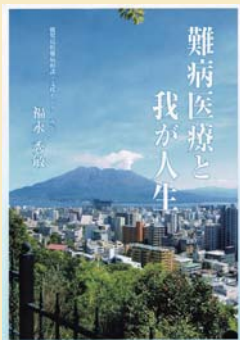
Z世代の3人にひとりが 漢方薬の服用を経験

クラシエ薬品株式会社では、15歳から24歳の、いわゆる“Z世代”を対象に、漢方薬の服用経験などに関する調査を実施しました。

調査の結果、Z世代の36%が「漢方薬を服用した経験がある」とわかりました。「頻繁に服用している」との回答も8%に達しており、年齢の高い世代の服用が多いと思われがちだった漢方薬が、Z世代にも身近な存在になりつつあると推察されます。

また、服用したきっかけは、「家族のすすめ」や「医師の処方」が圧倒的に多い一方、「SNSでの紹介」は少数にとどまりました。日常生活でSNSを駆使するZ世代でも、漢方薬に関しては信頼のおける相手からの情報を重視している傾向が見て取れ、薬剤師がZ世代に向けて漢方薬の適切な情報を提供することが望まれていると言えるでしょう。

EDITORS RECOMMEND



『難病医療と 我が人生』

著者・発行：福永秀敏
体裁：単行本（ソフトカバー）
価額：1,000円

著者は現在、鹿児島県難病相談・支援センター所長を務める神経内科医です。ALSやパーキンソン病などの神経難病や筋ジストロフィーの患者を多く診ていることで知られる現・独立行政法人国立病院機構南九州病院へ1984年に赴任して以来、長く難病医療にたずさわり、1998年から15年間は同院院長を務めました。本書は、著者が2022年3月に常勤医としての生活を終えるにあたり、医師人生を振り返るものとして発行されました。

本書は、①月刊誌『難病と在宅ケア』に連載された原稿、②両親や指導を受けた先輩、同僚だった医師との思い出、③著者が回答者の一員を務める南日本新聞に連載中の人生相談『すいもあまいも』から選んだ質問と回答、④書き下ろしのエッセイ——で構成されています。

このうち①については、さまざまな難病を抱えている患者の生き様や、そうした患者に向き合う医師としての姿が丹念に描かれています。医療者として難病治療の実際を知ることができるのはもちろん、難病患者の人生にも触れられるでしょう。

また、③では、医療に関する相談以外にも、漠然とした健康への不安や、家庭や職場での人間関係の悩みなどに関するやり取りも紹介されています。一見、医療とは関係がなさそうですが、著者の医師としての知見や経験を活かした回答もなされており、薬剤師が薬局などで患者と何気ない会話を交わす際のヒントにもなるはずです。

編集後記

連休を使って大掃除、いわゆる断捨離をした。これはいらないと即断できるものもあれば、思い出のあるものもあり、断捨離はたいへん難航した。特に本をどうしようか悩んだが、思い切って買取店に売ることにした。査定の結果、110冊で2,900円。思い入れと市場価値は比例しないものだとあらためて実感した。(Y. O.)

4年ぶりに夏祭りを開催した。コロナと猛暑でお年寄りの参加が減ったものの、子どもたちの声が多く聞こえたことは何よりだった。ただ、日が落ちても気温が下がらず、会場設営や露店営業にはかなりこたえた。最近、夏季五輪や甲子園でも夏開催の是非が話題になるが、継続するには時期の変更が必要なのかもしれない。(T)

あれも値上げ、これも値上げと物価高の波が押し寄せていますが、いつもコーヒー豆を買っている店からも、ついに値上げのお知らせが来ました。世界的にコーヒーの需要が増加傾向にあるのに加え、異常気象の影響で今後、生産量が継続的に低下するおそれがあるとか。コーヒー好きには痛い事態です。(F)

次回『ターンアップ』第66号は 2023年12月発行予定です。

『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

検索

〒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

STAFF 編集長……………山中 修

副編集長……………福田 洋祐

ライター……………及川 佐知枝

オブザーバー……………柞磨 佳典

デザイン……………コバヤシデザイン

発行……………株式会社ファーマシィ <https://www.pharmacy-net.co.jp/>

制作……………株式会社プレアッシュ <http://www.pre-ash.co.jp/>

TURNUP

Presented by



株式会社ファーマシィ