PHARMACY DIGEST

1

2015 January

【巻頭インタビュー】……２Ｐ

緩和ケアの対象はすべてのがん患者

薬局薬剤師も緩和ケアチームの一員

八尾市立病院 緩和ケアセンター部長 麻酔科医　蔵　昌宏、同院 診療局次長 薬剤部長　山崎　肇、同院 事務局 企画運営課 課長補佐　小枝伸行

【ドクター・ハザマの バイタルサイン塾㊺】……５Ｐ

薬剤師の職能拡大が内包するピットフォール

ファルメディコ株式会社・大阪大学大学院医学系研究科生体機能補完医学講座　狭間研至

【薬局・薬剤師のための がん患者への薬学的介入メソッド④】……６Ｐ

Pharmacy Digest的 わかりやすいがん治療 —乳がん内服抗がん剤編—

国立がん研究センター東病院 薬剤部
日本医療薬学会認定 がん専門薬剤師　野村久祥

【服薬指導のポイント 実践講座㊾】……８Ｐ

大腸がん（１）

クオール株式会社　市村康男、石井康博

【医療安全管理入門㊿】……10Ｐ

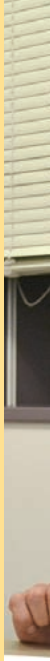
失敗を「忙しかったから」で済まさない

南東北グループ 首都圏薬剤部門 ゼネラルマネージャー
医療法人社団三成会 新百合ヶ丘総合病院 医療安全管理室　山本　真

PHARMACY DIGESTは　日本ケミファ株式会社　がお届けいたします

巻頭インタビュー

八尾市立病院
緩和ケアセンター部長 麻酔科医 蔵　昌宏 氏（写真左）
同院 診療局次長 薬剤部長 山崎　肇 氏（写真右）
同院 事務局 企画運営課 課長補佐 小枝伸行 氏



緩和ケアの対象はすべてのがん患者

薬局薬剤師も緩和ケアチームの一員

前号で、八尾市立病院が稼働させている、オンラインによる病診薬連携システムを紹介した。今号では、がん医療について、同院の地域連携の姿勢を紹介していきたい。お話しいただくのは緩和ケアセンター部長で麻酔科医の蔵昌宏氏。前号の薬剤部長・山崎肇氏、事務局企画運営課課長補佐・小枝伸行氏にもご同席いただいた。

“がん”と診断がついた時点から緩和ケアは始まる

――今回はがん治療における地域連携について伺いたいと思います。まず、貴院は大阪府がん診療拠点病院の指定を受けておられますが、がん治療には早期から力を入れておられたのですか？

蔵　力を入れ出したのは割と最近のことです。緩和ケアチームをつくったのが2007（平成19）年ですし、緩和ケアセンターも昨年ようやくできたばかりです。ですので、何もかもまだまだこれからですね。

――緩和ケアのチームやセンターというのは、末期がんの方を対象にしたものですか？

蔵　いえいえ（笑）。この機会にぜひお伝えしたいのですが、緩和ケアとは末期がんの患者さんだけでなく、がんと診断されたそのときから提供していくもの、すなわち、がん患者さんすべてを対象としたケアなのです。

――それは知りませんでした。

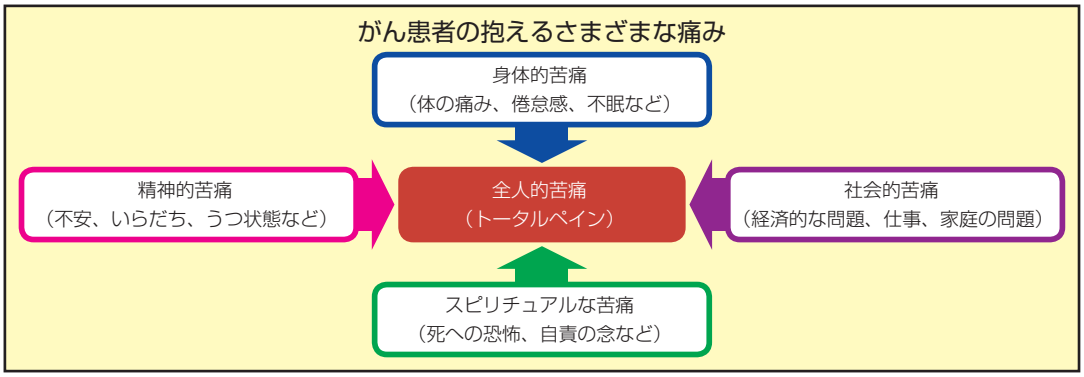
蔵　「がんと診断されたときから緩和ケアを推進せよ」ということは、2012（平成24）年に策定されたがん対策推進基本計画に、重点課題として明記されています。しかし、周知が遅れており、医療従事者のなかにもいまだ「緩和ケアはターミナルステージの患者さんを対象とするもの」ととらえている人が少なくありません。そこで国は昨年より、都道府県がん診療連携拠点病院ならびに地域がん診療連携拠点病院に向けて提供すべき緩和ケアの詳細を提示し、その重要性を喚起しています。

このように、緩和ケアは早期から末期まですべてのステージで実施されるがん医療に不可欠なものであり、手術や化学療法などの治療を支えるものでもあるわけです。日本緩和医療学会でもこうした認識の普及に力を入れているところなので、貴誌でもぜひ強調して書いてください（笑）。

――かしこまりました（笑）。ところで、緩和ケアというのは具体的にどういう支援なのでしょうか？

蔵　緩和ケアの守備範囲は非常に広く、例えば、がんと告知されたときの心の痛みや動揺に対する支援、手術に向けての支援、身体的痛みへの薬物的支援、あるいは就労支援といったものも緩和ケアの範疇となります（**図1**）。具体的な支援方法や患者対応については、緩和ケア研修会など

図1　緩和ケアは、がん患者のさまざまな痛みをケアする



（厚生労働省：がん対策推進基本計画「がん患者が抱える様々な痛み」より）

で習得していくといいと思います。

いまや「2～3人に1人はがんを発症する」といわれ、がん治療も外来化が進んでいます。「がん治療の均てん化」を実現するには、医療者側の認識を揃えておかねばなりません。保険薬局の皆さんにも、緩和ケアは標準的なケアであることを心得ていただき、がん患者さんの処方せんを応需したなら「自分も緩和ケアに参加するのだ」という意気込みを持って臨んでいただきたいと思います。

薬の専門家がきちんと説明すれば患者は安心する

――緩和ケアについて、保険薬局に特に期待することは何でしょう？

蔵　医療用麻薬の説明を丁寧に行い、患者さん側の誤解を解いていただきたいと思います。痛みを止めたり和らげたりすることは、緩和ケアの最優先事項であり、有効な鎮痛剤としてオピオイドがあります。もともと日本ではオピオイドを控え気味に使ってきたのですが、欧米では使い過ぎによる中毒症状が少なくないことから、「オピオイドは中毒になる」「一度使ったらやめられない」といった誤解がいまだに根強く残っています。

薬剤師であれば自明の理でしょうが、オピオイドはいまや休薬も中止も簡単に行え、適量使用であればまったく問題ない薬剤です。けれども、そのことを医療従事者だけが分かっていてもダメで、患者さん自身によく理解してもらわなければなりません。そのときキーパーソンとなるのが、服薬指導にあたる薬剤師なのです。医薬品の専門家からきちんとした説明を受けることで、患者さんは安心します。このことをぜひ認識し、服薬指導にあたっていただきたいと思います。

折しも、オピオイドを処方された患者さんに関しては、国から「うまく管理していけるよう、患者さん自身に服薬記録をつけさせなさい」（医療用麻薬適正使用ガイダンス）との通達が出ました。当院でもさっそく、こんな日記を作成し配布しています（**写真1**）。日々の体調をメモするという簡単な行動ですが、治療する側としてはオピオイド処方後の経過が分かり、大変助かります。何より、日記をつけることで患者さんのなかに「体調を自己管理しよう」という意欲が芽生えてくるのがいいですね。

写真1　大阪府がん診療連携協議会共通の自記式手帳「症状日記」

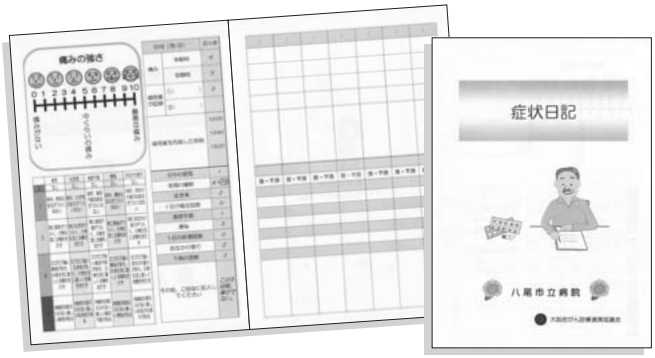
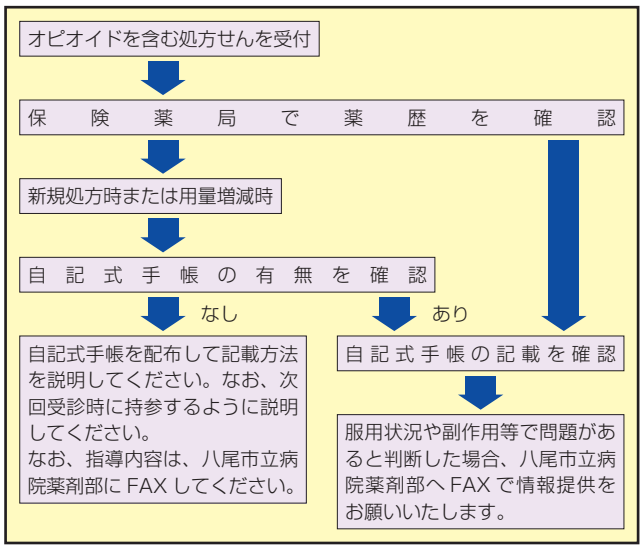


図2　オピオイド処方について保険薬局に渡しているフロー



（資料提供：八尾市立病院）

小枝　市内の保険薬局に向けても、市薬剤師会を通じ、自記式手帳の普及に努めているところです。具体的には、まず各店舗に痛みの日記を常備していただくこと。そして、処方せんに「オピオイドの新規処方または用量増減を行った際には自記式手帳を用いて、患者さんへの指導をお願いします」と記載すること。保険薬局で指導された内容や服薬指導上で発見された問題点などは、当院に疑義照会と同じFAXで情報のフィードバックを行っていただくことをお願いしています。フィードバックされた内容は、当院薬剤部で電子カルテに入力し、院内で情報共有を行っています（**図２**）。

――オピオイド処方後の経過観察についても、連携サイクルができつつあるようですね。

従来の業務を効率化しながら新しい領域に挑戦していく

――チーム医療が普及し、薬剤師と顔を突き合わせて仕事をする機会が多くなったと思います。医師として何か薬剤師に期待することなどがありましたら、お聞かせください。

蔵　当院においては、病棟業務が標準化したうえ、緩和ケアにも積極参加を促すなど、薬剤師の仕事をどんどん増やしており、申し訳ない感じですね（笑）。しかし、「自分たちが本領を発揮することで、患者さんに安全な医療を提供していけるのだ」とお考えいただき、ますますのご協力をお願いしたいと思います。

もちろん、薬局薬剤師にもご尽力賜りたい。「緩和ケア難民」という言葉があります。「緩和ケアを受けたいが、どこに行ったらいいか分からない」、あるいは「どこに行っても断られる」ということが現実に起こっています。そのような情報を吸い上げていただく窓口となり、医療従事者ががんばって無くしていかなければなりません。ぜひともよろしくお願いします。

――薬剤師への期待は高まる一方のようですね。

山崎　薬剤部では一昨年（2013年）、昨年と、立て続けにスタッフ増員がかないました。これは、八尾市が薬剤師に大きな期待を寄せている証左だと受け止めています。その期待に応えるには、我々薬剤師が介入できる領域にはどんどん入っていかねばならないと思いますし、逆に、そうしなければ薬剤師は生き残っていけないという危機感も持っています。

前号・今号とお話を伺った（左から）蔵、小枝、山崎の各氏。院内と院外それぞれに高まる多職種連携の重要性を語っていただいた。

ただ、新しい領域に進出する際には「スクラップ＆ビルド」、従来の業務はできるだけ自動化・効率化して、新しい取り組みに立ち向かう必要があります。「頭数は変わらないのに、請け負う業務は増える一方」となると、スタッフが疲弊しますからね。ですので、新しい業務を担っていくには、従来の業務を圧縮したり他職種と分担したりする必要があります。前回、当院の病診薬連携システムをご紹介しましたが、実はこれまで我々病院薬剤師が担ってきた部分を、薬局薬剤師にバトンタッチしていこうという試みでもあるのです。

蔵　「地域の医療施設と協力・分担しなければ成り立たない」というのは緩和ケアについてもいえることで、シームレスなケア提供には地域のかかりつけ医、かかりつけ薬局の参加が不可欠です。

ありがたいことに、当院薬剤部が地域との連携システムを着々と整えてくれています。我々緩和ケアセンターでもそれを最大限活用し、院外との連携体制を構築していきたい、そして「どこでも同レベルの医療」を実現していきたいと考えています。ですので、個々の保険薬局にも、「自分も緩和ケアチームの一員なのだ」という意識を持っていただき、オピオイドをはじめ医薬品についての正しい知識を患者さんに伝え、安心を提供していただきたい。

説明は立派な医療行為です。ぜひともしっかりした服薬指導をお願いします。――何か、偉そうなことを言ってしまったでしょうか（笑）。

――いえいえ。薬局薬剤師にとって「医薬品の説明イコール医療行為」というご指摘は力になると思います。どうもありがとうございました。

ドクター・ハザマの

バイタルサイン塾 45

薬剤師の職能拡大が内包するピットフォール

ファルメディコ株式会社
大阪大学大学院医学系研究科生体機能補完医学講座
医師・医学博士 狭間 研至

薬学的専門性の発揮による職能拡大 しかしそこに思わぬ落とし穴が…

薬剤師にとってのバイタルサインはあくまでもツールであり、その目的は、患者さんの薬物療法の適正化、地域医療の質的向上であるということは、本連載でも何度か触れてきました。

フィジカルアセスメントも、それを行うことが目的ではなく、薬学的専門性に基づいて患者さんの状態や前回処方の効果を読み解くことで、次回処方の内容が、より患者さんの状態にマッチしたものへと変貌していくことが目的であり、それらを追求していくなかで、結果的に薬剤師はフィジカルアセスメントを行うようになると申し上げてきました。

バイタルサインの活用や、薬学的専門性に基づくフィジカルアセスメントの実施によって薬物治療の質が向上し、その治療成績がさらに良いものになれば、結果として薬剤師の職能は拡大していくのだと思います。

この手段か目的か、また、目的か結果かということについては、この数年、私自身も考えてきましたし、時に取り違えそうになることもありましたが、最近ではかなり明確に区別し、理解できるようになってきました。しかし、そこには思わぬ落とし穴（ピットフォール）があることに気がついたのです。

「時間がない」という問題を解決する機械化は 薬剤師にとって脅威か福音か

薬剤師の在宅業務や、様々な臨床現場でのバイタルサイン、フィジカルアセスメントの活用は、国の掛け声や、それに呼応するような薬剤師会をはじめとする各種業界団体のテコ入れにもかかわらず、なかなか前に進みづらいことがあります。

その原因は様々考えられますが、実は最大の課題は、今でも十分すぎるほど忙しい薬剤師が、新しい業務に取り組むだけの時間的余裕がないということではないかと思うようになったのです。

忙しい原因の一つは、人材不足です。ご存じのように、薬剤師不足は医療専門職の中でも深刻で、なかなか新しい人材が潤沢に集まる環境ではありませんし、その状況は当分の間改善しないのではないかと感じられます。よって、薬剤師の在宅参画や、ベッドサイドでのより臨床的な活動は、「今後、人材不足が解消してから」という条件付きでペンディングされているのではないかと思うのです。

一方、いわゆる調剤業務での機械化は急速に進んでいます。今や、抗がん剤のミキシングや、散剤の調整も機械が行う時代がやってきました。薬剤師が行っていた仕事が、どんどん機械にとって変わられるというふうに捉えるならば、昨今の流れは脅威として受け止められるだろうと思います。

しかし、忙しくて新しい業務に取り組む時間がないと悩んでいた薬剤師にとっては、実は願ってもない素晴らしいニュースに聞こえるのではないかと思うのです。お薬をカウントする、ピックアップするという作業は、その行為そのものに薬学的専門性はそれほど必要ではない可能性があるのではないでしょうか？　調剤作業を部分的に機械に任せてしまうことで、薬剤師は新たな活動の時間を手に入れることができ、その時間を、以前から興味もあり取り組んでみたかった在宅の業務に活かしていくことができるのではないかと思います。どんな物事にも二面的な見方がありますが、調剤業務の機械化はまさにそのことだと思います。

切符の自動販売機や自動改札は、京都のオムロンという会社が今から 40 年以上前に作ったものですが、その創業者の立石一真さんはこんなことをおっしゃっていたそうです。「単純作業は機械にやらせて、人間はもっと創造的な作業をすべきである」――今、薬剤師業務に押し寄せている機械化の波は、このような観点で捉えるべきではないでしょうか。

薬局・薬剤師のための

がん患者への薬学的介入メソッド

第4回

Pharmacy Digest的 わかりやすいがん治療 ー乳がん内服抗がん剤編ー

国立がん研究センター東病院 薬剤部
日本医療薬学会認定 がん専門薬剤師
野村久祥

乳がん治療における内服抗がん剤

10月号で記載したように、乳がん化学療法においてアントラサイクリン系抗がん剤とタキサン系抗がん剤がキードラッグとなっています。術後補助療法においては、適切な薬剤を適切な投与量を投与することが再発予防(根治)に繋がると考えられています。現時点では、術後補助療法においての内服抗がん剤のエビデンスは確立されていません。よって、内服抗がん剤は一般的に進行再発乳がんで用います。

日本乳癌学会が出す『科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン』においても、「3次治療としてカペシタビン、エリブリン、TS-1、ビノレルビン、ゲムシタビン、イリノテカンなどが選択薬とされ、化学療法によりQOLが下がらないように選択を行う」[1)]と記載されています。内服抗がん剤が処方された場合は、調剤薬局で投薬されることが増えています。

本号では、進行再発乳がんで用いられる内服抗がん剤の特徴をまとめて記載します。

1）カペシタビン

一次および二次化学療法としてアントラサイクリン系薬剤、およびタキサン系薬剤使用後、三次化学療法として使用されます。投与スケジュールはA法、B法、C法があるため、調剤薬局での調剤では、疾患や併用化学療法などの情報収集が必須です。手術不能または再発乳がんには、A法またはB法を使用します。

●投与スケジュール

A法：朝食後と夕食後30分以内に1日2回、21日間連日経口投与し、その後7日間休薬する(投与量は**表1**参照)。

B法：朝食後と夕食後30分以内に1日2回、14日間連日経口投与し、その後7日間休薬する(投与量は**表2**参照)。

●副作用と副作用マネジメント

手足症候群：多くの患者に発症します。事前に保湿剤などで予防をする必要があります。処方が出ていない(患者さんが持っていない)場合は、保湿剤(市販薬も可)の必要性などを伝え、事前に塗布するように指導を行います。手足に負荷がかからないように指導を行います。

下痢：頻度の高い副作用であり、重症化した場合は脱水症状などを起こすため、水溶性の下痢が続く場合は医療機関に連絡すること、水分補給を十分に行うことを伝えます。

2）テガフール・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤

カペシタビンと同様、三次化学療法として使用されます。前治療にフッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍薬を使用した場合は7日以上間隔を空ける必要があるため、前治療をいつごろまでしていたか確認する必要があります。

表1　カペシタビン：A法での投与量
[投与スケジュール：21日間内服7日間休薬]

体表面積	1回用量
1.31㎡未満	900mg（3錠）
1.31㎡以上1.64㎡未満	1,200mg（4錠）
1.64㎡以上	1,500mg（5錠）

表2　カペシタビン：B法での投与量
[投与スケジュール：21日間内服7日間休薬]

体表面積	1回用量
1.33㎡未満	1,500mg（5錠）
1.33㎡以上1.57㎡未満	1,800mg（6錠）
1.57㎡以上1.81㎡未満	2,100mg（7錠）
1.81㎡以上	2,400mg（8錠）

表3　テガフール・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤の投与量

体表面積	1回用量
1.25㎡未満	40mg（20mg×2cap）
1.25㎡以上1.5㎡未満	50mg（25mg×2cap）
1.5㎡以上	60mg（20mg×3Cap）

表4　ラパチニブとの併用療法におけるカペシタビンの投与量

体表面積	1回用量
1.36㎡未満	1,200mg（4錠）
1.36㎡以上1.66㎡未満	1,500mg（5錠）
1.66㎡以上1.96㎡未満	1,800mg（6錠）
1.96㎡以上	2,100mg（7錠）

●投与スケジュール

朝食後と夕食後30分以内に1日2回、28日間連日経口投与し、その後14日間休薬します（投与量は**表3**参照）。

●副作用と副作用マネジメント

消化器症状：投与初期は悪心・嘔吐、食欲不振などが起こります。激しい嘔吐を起こすことは少ないですが、長期的な悪心や食欲不振は患者のQOLを下げる副作用であるため、制吐剤などの処方提案などが必要な場合もあります。

骨髄抑制：本剤の投与制限毒性は骨髄抑制のため、7日目以降の感染症対策（うがい、手洗い）の指導や貧血様症状などの対応も、事前に話す必要があります。

色素沈着：フルオロウラシル系抗がん剤は、色素沈着が起こることがあると言われています。紫外線対策などを行うことも調剤薬局での指導で必要です。

3）ラパチニブ

ラパチニブは、低分子のチロシンキナーゼ阻害剤であり、EGFRおよびHER2に対し可逆的阻害作用を示します。HER2過剰発現を示す進行性または転移性乳がんに、カペシタビンとの併用療法で有効性が示されています[2)]。

●投与スケジュール

ラパチニブ：1日1回1,250mgを連日投与、食事前後1時間は空けて服用。

カペシタビン：1回1,000mg/㎡を1日2回14日間内服、7日間休薬。体表面積を考慮したカペシタビンの投与量は、**表4**を参照。

●副作用と副作用マネジメント

皮膚障害：カペシタビンによる皮膚症状（手足症候群）を参照。

その他：まれに重篤な副作用として肝機能障害（異常に疲れやすいなどの症状）、心機能低下、QT延長（息切れやドキドキが起こる）、間質性肺炎（咳、呼吸困難、発熱）が起こることがあり、起こった場合は医療機関に連絡するように薬局からも伝える必要があります。

4）エベロリムス

エベロリムスは、腫瘍の増殖、成長および血管新生の調節因子であるmTORを持続的に阻害し、抗腫瘍効果を示す薬剤です。手術不能または再発乳がんにおいて、内分泌療法剤との併用で有効性が示されています[3)]。

●投与スケジュール

エベロリムス：1日1回10mgを連日投与。

●副作用と副作用マネジメント

口内炎：投与1～2週間後に発現することが知られています。疼痛により食事がとれないなど重篤な口内炎の場合は、投与量を減量する必要があるため医療機関に連絡するように伝えます。また口内炎は、口腔内の保湿と清潔が重要です。口内炎発現前から、含嗽やブラッシングなどをして予防することが重要です。

その他：間質性肺炎（咳、呼吸困難、発熱など）、腎障害や高血糖などが起こると言われています。症状が出た場合は、医療機関に連絡するよう伝えることが必要です。

内服抗がん剤だけの治療になった場合、病院薬剤師と接することが少なくなり、調剤薬局の薬剤師と接することが多くなります。調剤薬局での適正使用と副作用マネジメントに期待します。

参考文献

1）日本乳癌学会編：科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン 1 治療編 2013年版．金原書店.

2）Geyer CE, et al.：Lapatinib plus capecitabine for HER2-positive advanced breast cancer. N Engl J Med 2006；355：2733-43.

3）Beck JT, et al.：Everolimus plus exemestane as first-line therapy in HR(+), HER2(−) advanced breast cancer in BOLERO-2. Breast Cancer Res Treat 2014；143：459-67.

野村久祥（のむら・ひさなが）

1998年東京薬科大学卒業、杏林大学医学部付属病院に入職。2009年慶應義塾大学大学院薬学研究科修了後、2010年同院臨床試験管理室に配属。2012年同院薬剤部を経て、2013年国立がん研究センター東病院薬剤部、現在に至る。日本医療薬学会がん専門薬剤師、日本医療薬学会がん指導薬剤師、日本医療薬学会認定薬剤師。

服薬指導のポイント実践講座

第79回　大腸がん(1)

クオール株式会社　市村康男、石井康博

大腸がんの概要

今回は大腸がんについて説明します。

1981年からの今日までの約30年間、がんは日本での死因の第１位であり続けています。がんによる死亡を部位別にみると、男性では、肺、胃、大腸、肝臓、膵臓の順に多く、女性では、大腸、肺、胃、膵臓、乳房の順になっています。

大腸がんは、Ｓ状結腸と直腸にがんができやすいといわれています。右側の大腸がんは大きくなるまで症状が出にくく、左側の大腸がんは、がんからの出血があると血便を認めることが多くなります。

●ステージ

大腸がんのステージは０～Ⅳ期の５段階に分けられます。大腸がんの治療では、ステージに応じて標準治療が設定されています(**表１**)。

●治療

治療法には、内視鏡的治療、外科療法、放射線療法、化学療法があります。

【化学療法】

化学療法には、術後再発抑制を目的とした術後補助化学療法と、切除不能な進行再発大腸がんを対象とした全身化学療法があります。

・術後補助化学療法

術後補助化学療法を行うことが推奨されるのは、再発の可能性が高いステージⅢです。４～８週頃までに開始します。６カ月投与が標準的です(**表２**)。補助化学療法期間中は、有害事象が起こります。少なくとも　コースごとに、自他覚症状の観察、臨床検査値の確認が必要です。

表１　大腸がんのステージ

ステージ０	がんが粘膜の中にとどまっている。
ステージⅠ	がんが大腸の壁にとどまっている。
ステージⅡ	がんが大腸の壁の外まで浸潤している。
ステージⅢ	リンパ節転移がある。
ステージⅣ	血行性転移(肝転移、肺転移)または腹膜播種がある。

表２　推奨される術後補助化学療法

①	5-FU + LV 療法（5-FU +ホリナート）
②	UFT + LV 療法（UFT +ホリナート）
③	Cape 療法（カペシタビン）
④	FOLFOX 療法（5-FU +レボホリナート+オキサリプラチン）
⑤	CapeOX(XELOX)療法（カペシタビン+オキサリプラチン）

術後補助化学療法に使用される主な抗がん剤(表３)の注意点

１．フルオロウラシル

①テガフール・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤投与中の患者および投与中止後７日以内の患者に禁忌です。

②フェニトイン、ワルファリンカリウム、トリフルリジン・チピラシル塩酸塩配合剤(ロンサーフ®配合錠)に併用注意です。

③主な副作用は、食欲不振、白血球減少、嘔気、貧血、嘔吐、血小板減少、下痢、口内炎です。

④骨髄機能抑制等の重篤な副作用が起こることがあるので、定期的に臨床検査を行います。

⑤重篤な腸炎等により脱水症状が現われた場合には、補液等の適切な処置を行います。

⑥感染症・出血傾向の発現または悪化に十分注意します。

２．テガフール・ウラシル配合剤

①テガフール・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤投与中の患者および投与中止後７日以内の患者に禁忌です。

②フェニトイン、ワルファリンカリウム、トリフルリジン・チピラシル塩酸塩配合剤(ロンサーフ®配合錠)に併用注意です。

③主な副作用は、食欲不振、悪心、嘔吐、下痢等の消化器症状、白血球減少、血小板減少、貧血等の血液障害、肝障害、色素沈着等です。

④重篤な下痢・腸炎等が起こることがあり、激しい腹痛、下痢等の症状が現われた場合には投与を中止します。

⑤劇症肝炎、重篤な骨髄抑制が起こることがあり、定期的に臨床検査を行います。

３．カペシタビン錠

①テガフール・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤投与中の患者および投与中止後７日以内の患者禁忌です。

②フェニトイン、ワルファリンカリウム、トリフルリジン・チピラシル塩酸塩配合剤(ロンサーフ®配合錠)に併用注意です。

③主な副作用は、手足症候群、悪心、食欲不振、赤血球数減少、下痢、白血球数減少、血中ビリルビン増加、口内炎、リンパ球数減少です。

・手足症候群

手足症候群は、休薬により軽快することをあらかじめ

表３　術後補助化学療法に使用される主な抗がん剤

一般名〔商品名・規格〕	効能・効果
フルオロウラシル錠 〔5-FU 錠50協和／錠100協和〕	下記諸疾患の自覚的および他覚的症状の緩解 消化器癌（胃癌、結腸・直腸癌）、乳癌、子宮頸癌
フルオロウラシル注射液 〔5-FU 注250mg／注1000mg〕	下記疾患の自覚的並びに他覚的症状の緩解 胃癌、肝癌、結腸・直腸癌、乳癌、膵癌、子宮頸癌、子宮体癌、卵巣癌 ただし、下記の疾患については、他の抗悪性腫瘍剤又は放射線と併用することが必要である。 食道癌、肺癌、頭頸部腫瘍 以下の悪性腫瘍に対する他の抗悪性腫瘍剤との併用療法 頭頸部癌 レボホリナート・フルオロウラシル持続静注併用療法 結腸・直腸癌、治癒切除不能な膵癌
テガフール・ウラシル配合カプセル剤　テガフール（腸溶）・ウラシル配合顆粒剤〕 〔ユーエフティ配合カプセル T100／顆粒 T100／顆粒 T150／顆粒 T200〕	テガフール・ウラシル通常療法 次の疾患の自覚的並びに他覚的症状の寛解：頭頸部癌、胃癌、結腸・直腸癌、肝臓癌、胆のう・胆管癌、膵臓癌、肺癌、乳癌、膀胱癌、前立腺癌、子宮頸癌 ホリナート・テガフール・ウラシル療法 結腸・直腸癌
カペシタビン錠 〔ゼローダ錠300〕	手術不能又は再発乳癌 結腸癌における術後補助化学療法 治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌 治癒切除不能な進行・再発の胃癌
オキサリプラチン点滴静注液 〔エルプラット点滴静注液50mg／100mg／200mg〕	治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌 結腸癌における術後補助化学療法 治癒切除不能な膵癌
レボホリナートカルシウム注射剤 〔アイソボリン点滴静注用25mg／100mg〕 ※抗がん剤ではありませんが、併用療法で使用されます	①レボホリナート・フルオロウラシル療法 ②レボホリナート・フルオロウラシル持続静注併用療法

説明しておきます。また、手や足で圧力がかかる部分に起こりやすいことが知られているので、長時間または反復して同じ部位に刺激がかからないように指導します（**表４**）。

４．オキサリプラチン点滴静注液

①日本で合成された白金製剤です。ホリナート・フルオロウラシル療法との併用で相乗効果が期待できます。

②主な副作用は、末梢神経症状、ショック、アナフィラキシー、食欲不振、好中球減少、血小板減少、悪心、注射部位反応、嘔吐、ALT（GPT）上昇、白血球減少、下痢、AST（GOT）上昇、疲労です。

③手足症候群と呼ばれる手足や口唇周囲部等の感覚異常または知覚不全（末梢神経症状）が、投与直後からほとんど全例に現われます。また、咽頭喉頭の絞扼感が現われることがあるので、認められた場合には休薬等の適切な処置を行います。これらの末梢神経症状、咽頭喉頭感覚異常は、特に低温または冷たいものへの曝露により誘発または悪化すること、多くは投与ごとに現われるが休薬により回復する場合が多いことを十分に説明するとともに、冷たい飲み物や氷の使用を避け、低温時には皮膚を露出しないよう指導します。

④末梢神経症状の悪化や回復遅延が認められると、手、足等がしびれて文字を書きにくい、ボタンをかけにくい、飲み込みにくい、歩きにくい等の機能障害が現われることがあるので、障害が現われた場合には減量、休薬します。

⑤アナフィラキシー等の過敏反応は累積投与回数依存性に出現し、投与回数が7～9回目に過敏性反応が最も発現する傾向があります。

表４　手足症候群の予防法

①物理的刺激を避ける	締め付けの強い靴下を着用しない
	足にあった柔らかい靴を履く
	エアロビクス、長時間歩行、ジョギングなどの禁止
	包丁の使用、ぞうきん絞りを控える
	炊事、水仕事の際にはゴム手袋等を用いて、洗剤類にじかに触れないようにする
②熱刺激を避ける	熱い風呂やシャワーを控える
③皮膚の保護	保湿剤を塗布する
	木綿の厚めの靴下を履く
	柔らかい靴の中敷を使用する
④２次感染予防	清潔を心がける
⑤直射日光にあたらないようにする	外出時には日傘、帽子、手袋を使用する
	露出部分にはサンスクリーン剤を使用する

（出典：厚生労働省．重篤副作用疾患別対応マニュアル 手足症候群．2010年３月）

⑥骨髄機能抑制等の重篤な副作用が起こることがあるので、定期的に臨床検査を行います。

⑦気管支痙攣、呼吸困難、血圧低下等の重篤な過敏症状が現われることがあり、認められた場合には中止します。

⑧感染症、出血傾向の発現または増悪に十分注意します。

⑨悪心、嘔吐、食欲不振等の消化器症状がほとんど全例に起こるので十分注意します。

次回は、「大腸がん（2）」として「切除不能進行再発大腸がんに対する全身化学療法」について説明します。

医療安全管理入門

南東北グループ 首都圏薬剤部門 ゼネラルマネージャー
医療法人社団三成会 新百合ヶ丘総合病院 医療安全管理室
山本 真

第60回

失敗を「忙しかったから」で済まさない

失敗理由に忙しさを挙げる人は「観察・判断・実行」が不得意

ヒヤリハットレポートの内容を確認していると、発生の原因や状況に「忙しかったから」と書かれていることがあります。「“忙しかったから”失敗してしまったのであればしょうがない」、「“忙しかったから”失敗しても勘弁してくれ」で済ますことができるのならいいのですが、我々の仕事は、工場で製品を製造するように、いつも同じスピードで行うことはできません。また、失敗した場合は、時に患者さんの死亡や永続的な障害が残ってしまうなどの重大な影響が出ます。このような現状を考えると、「忙しかったから」ですべてを済ませてしまうわけにはいきません。

我々のように、人に対して仕事をする場合、１日の中である程度余裕を持って対応できる時間と、そうでない時間があるのが普通です。周りの環境に対して最善の状況が取れるように、優先順位を付ける必要があります。仕事に対する重要な能力の１つに、この忙しいときにどのように仕事をこなしていくのか、環境に合った対応が取れることが挙げられます。

「忙しい」ときに合わせて人材を投入できれば、こんなにいいことはありませんが、人件費や人材の採用を考えると簡単なことではありません。経営的な問題も発生します。ほとんどの施設では、同じような仕事内容を行っている他施設の人員配置や、施設基準を基に配置を行っているはずです。そのような中で、どうやって失敗を減らしていくのかが重要な問題です。

先日参加した研修会の中で、その答えに繋がるヒントがありました。

失敗すると必ず「忙しかったから」を理由として挙げてくる人は、多重課題に対して適切な「観察・判断・実行」が不得意なようです。オーバーワークの時もありますが、現実には「観察・判断・実行」ができず、どうなっているのか、どうしたらいいのか、優先順位はどう付けるのかを決めかねて、無理をしたり作業の省略をしてしまい、失敗してしまいます。

新人の場合、「社会人になるまで家で家事をしたことがほとんどない」、「グループで旅行に行く場合は、計画を立てることがなく参加するだけ」という人に、「観察・判断・実行」の不得意な人が多いようです。

また、社会人となって一人暮らしをしている場合は、「朝食を作って食べていない」人に多いようです。朝食を作って食べるためには、出勤する時間を決め、朝食のメニューを考え、調理する順番を決め、食べる時間や身支度の時間等を考えて計画を作るため、「観察・判断・実行」の訓練となります。「夕食はきちんと自炊しています」という人もいるかもしれませんが、夕食作りには時間的なリミットがほぼないため、「観察・判断・実行」の訓練にはならないそうです。

このような話を聞いた後、薬剤師の面接のときに「朝食を作って食べているのか」、「グループで旅行等する場合は、中心となって旅行計画を立てたことがあるのか」を聞いてしまいます。この面接によって採用した薬剤師がまだいないため、効果の確認はできていませんが、しばらくの間はこのような質問を続けていこうと考えています。

マニュアルから外れた場合の判断技術も重要に

「観察・判断・実行」が不得意な人は、自分自身の能力の限界を感じた場合、周囲の人や上司に対して限界であることを相談し、助けをお願いすることも得意でないことが多いようです。そのため、限界が近づいていることや助けが欲しいことを言い出しやすい環境を

整備するため、医療安全管理指針の中に「安全のためのGive up & Help」という考え方を明記している施設もあります。業務中に、チームまたは個人の作業能力を超える業務量や作業状態になった場合は、無理をしたり決められた作業の省略をすることなく、管理者に報告して助けを求めるというものです。実際にこのルールがうまく回せるような組織作りが目標だと考えます。

人がよくて優しい性格であると、仕事を頼まれやすい、断れない、また患者さんを思う心が強くそちらの作業もおろそかにできないという倫理的な葛藤に陥り、機能不全となってしまうことがあります。この場合も、「観察・判断・実行」を正確に行うことができずに、大きな失敗を起こしてしまうおそれがあります。

最近、新人の面接をする中で「逆に聞きたいことはありますか」と質問を振ってみると、「マニュアルがありますか」とか「教育システムがありますか」と聞いてくる人が多くなっています。

マニュアル世代といわれているためか、計画外の業務が発生してしまうと計画が狂い始めて、課題が残っているにもかかわらず、フリーズしてしまったり、パニックに陥ってしまうケースも多々見受けられます。マニュアル通りに行うことは当然重要ですが、そこから外れてしまった場合にどう対処するかの能力も大切です。これも経験等が解決するのかもしれませんが、座学だけではなく、ディスカッションを含めて事例を利用し、このようなときはどうするのかの判断技術の事前訓練を行うことも必要です。

「観察・判断・実行」を正確に行うことがクレーム減少にも繋がる

「忙しいから」を言い訳にしていては、いつまでたっても業務改善や医療安全文化が醸成できません。人が少ないから増やすといっても限界があります。ただし、本当に人手不足であるのなら、当然増員することは必要です。いつも同じ環境で、同じスピードで、同じ作業を行っているわけではありません。やはり、その場

その場で現状を観察し、最も適した判断を行い、実施することが必要です。そのためにも「観察・判断・実行」が正常に行える訓練は重要です。つまらないことかもしれませんが、朝食を自分で作って食べてから出勤することが、その訓練となるかもしれません。

年を取れば、自然と「観察・判断・実行」を正確に行う能力が身に付くと考えていませんか。周りを見るとそうでもない人が多いように感じます。

「観察・判断・実行」を正確に行う能力を身に付けることで、医療事故防止と共にクレーム減少にも繋がると考えます。小さなクレームが大きなクレームに化けるときも、「観察・判断・実行」ができていなかったことが原因であると感じます。

ちょっとした失敗を「忙しかったから」で済ませていると、将来、大きな事故が発生する可能性があります。大きな事故は「忙しかったから」では済みません。起きてしまった施設も当然大変ですが、当事者はもっと大変です。

「私は失敗しないから」ではなく、「人は誰でも間違える」と考え、当事者意識を持って「観察・判断・実行」を正確に行う能力を身に付けましょう。

新しい時代の医療ニーズに、信頼で応える

新発売

薬価基準収載

日本ケミファのジェネリック医薬品

平成26年12月度
発売品目のご案内

Newラインアップ

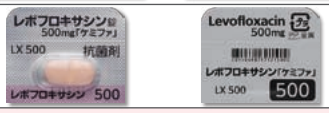
持続性アンジオテンシンⅡ受容体拮抗剤　処方箋医薬品注)　〈日本薬局方 カンデサルタン シレキセチル錠〉

カンデサルタン錠 2mg・4mg・8mg・12mg「ケミファ」

	サイズ	剤形写真	包装写真	包装単位
2 mg	直径：7.0mm 厚さ：2.6mm 重量：130mg			100錠(10錠×10) 140錠(14錠×10) 500錠(バラ)
4 mg	直径：7.1mm 厚さ：2.6mm 重量：130mg			100錠(10錠×10) 500錠(10錠×50) 1,000錠(10錠×100) 140錠(14錠×10) 700錠(14錠×50) 500錠(バラ)
8 mg	直径：7.1mm 厚さ：2.6mm 重量：130mg			100錠(10錠×10) 500錠(10錠×50) 1,000錠(10錠×100) 140錠(14錠×10) 700錠(14錠×50) 500錠(バラ)
12 mg	直径：7.1mm 厚さ：2.6mm 重量：130mg			100錠(10錠×10) 500錠(10錠×50) 140錠(14錠×10) 500錠(バラ)

広範囲経口抗菌製剤　処方箋医薬品注)　〈日本薬局方 レボフロキサシン錠〉

レボフロキサシン錠 250mg・500mg「ケミファ」

	サイズ	剤形写真	包装写真	包装単位
250 mg	長径：13.6mm 短径：6.6mm 厚さ：4.1mm 重量：335mg			100錠(10錠×10) 500錠(10錠×50) 100錠(バラ)
500 mg	長径：16.2mm 短径：7.9mm 厚さ：5.6mm 重量：670mg			50錠(5錠×10) 100錠(5錠×20) 500錠(5錠×100) 100錠(バラ)

抗悪性腫瘍剤　毒薬・処方箋医薬品注)　〈オキサリプラチン点滴静注液〉

オキサリプラチン点滴静注液50mg/10mL・100mg/20mL「ケミファ」

抗悪性腫瘍剤(チロシンキナーゼインヒビター)　劇薬・処方箋医薬品注)　〈イマチニブメシル酸塩錠〉

イマチニブ錠 100mg「ケミファ」

注) **注意**—医師等の処方箋により使用すること
効能又は効果、用法及び用量、警告、禁忌を含む使用上の注意等は、製品の添付文書をご参照下さい。

XG-314

資料請求先
日本ケミファ株式会社
東京都千代田区岩本町2丁目2-3

2014年12月作成

おくすりに関する資料及び製品に関するお問い合わせ先
日本ケミファ株式会社　おくすり相談窓口(安全管理部)
TEL 03-3863-1225　フリーダイヤル 0120-47-9321

発行■日本ケミファ株式会社
〒101-0032　東京都千代田区岩本町２丁目２番３号
TEL：03-3863-1211（大代表）URL：http://www.chemiphar.co.jp
製作■株式会社ドラッグマガジン　／　印刷■広研印刷株式会社

K-243

4L1㊙