

PHARMACY DIGEST

4

2015 April

【巻頭インタビュー】…… 2 P

* 人材こそ経営戦略の最大の武器

経歴より人間性を重視し、よきスタッフを揃えていく

株式会社オール・プラン社 代表取締役社長 大下新治

【新連載／地域包括ケア時代の薬局・薬剤師の役割①】…… 5 P

* 地域包括ケアが支える「高齢者の尊厳と自立」

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⑥】…… 6 P

* Pharmacy Digest的 わかりやすいがん治療 —慢性骨髄性白血病(CML)—

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

【服薬指導のポイント 実践講座⑩】…… 8 P

* 虚血性心疾患(1)

クオール株式会社 市村康男、長沼未加

【医療安全管理入門②】…… 10 P

* 病院機能評価と医療安全

南東北グループ 首都圏薬剤部門 ゼネラルマネージャー 山本 真
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



人材こそ経営戦略の最大の武器

経歴より人間性を重視し、よきスタッフを揃えていく

株式会社オール・プラン社では、「住民に信頼され選ばれる薬局作り」を目指し、地元・神奈川県伊勢原市を中心に着実に店舗拡大を行ってきた。その一方で、今春からは広島県という新たな地で、介護事業という新規事業にも乗り出している。「対ドクター、对患者というそれぞれの信頼関係の上に、今日の当社がある」とする代表取締役社長・大下新治氏に、経営者としての姿勢について伺った。

患者ニーズに応えていくことで 地盤を築き、利益につなげる

——保険薬局のチェーン展開を行っておられますが、以前はクリニックの開業支援をされていたと伺いました。

大下 そもそもは建築美術関連の企画、施工を主とした仕事をしていたのですが、ひょんなことからクリニックの開業にかかわるようになりました。ある時、知り合いのドクターが「開業するクリニックの図面なのだが、どうにもイメージが湧かない」と、設計図が読める私のところにやってきたのです。そこで、色を付けたパースのような絵に描き起こしたところ大変喜ばれまして、「われわれ医師は医業以外のことには疎いから、開業にあたっての具体的な業務を手伝ってくれないか」と声を掛けられたのです。私も一念発起し、どのような場所が開業にふさわしいかといった立地リサーチから、職員雇用のノウハウ、診療報酬の仕組みなど、クリニック開設に関するあらゆることを勉強しました。その甲斐あって、個人で始めた開業支援事業でしたが、広告を打たずとも紹介に次ぐ紹介というかた

ちで依頼が舞い込み、軌道に乗せることができました。——立地リサーチとおっしゃいましたが、医療施設開設に適した立地というのはどのように判断していくのですか？

大下 一般には「最寄り駅の乗降客数」、「近隣の同業者数」などを参考にしますが、これは私に言わせれば“机上リサーチ”です。駅の乗降客というのは通勤通学など内外を移動する人の数であり、患者数に比例するわけではありません。また同業者についても、同じ科目を標榜する施設数を見るだけでなく、それらが住民のニーズに合ったクリニックであるかどうかをリサーチすべきです。そのようなことから私は、立地候補地に足を運び、「このあたりに内科はありますか?」、「通院に不便はありませんか?」といったことを地元の人に直接聞いて回るようにしました。

——いわゆる「飛び込み」ということですね。いづかしがられませんか？

大下 (笑)。それが医療のいいところで、「医院が来てくれるなら」と、結構皆さん進んで話してくれます。「近くに整形があるけど、どうもね」とか、「いい先生がいるのだが、通院するにはちょっと遠いんだよね」、「あそこの医院は駐車場がないので不便だ」など、精緻ではないにせよ、地域のおおよその情報は手に入ります。そういうものを収集し、「ここは開業してうまくいく・いかない」と、私の判断を開業予定の医師に伝えてきました。

思うに、医療施設をつくる際には「人助け」と「利益」という2つの要素がありますが、利益を優先する“医療企業”はそれぞれ乗降客数などに目を奪われ、地元

■株式会社オール・プラン社 概要■

1986年5月、クリニック開設を支援する個人事業所を起業。1989年、保険薬局のチェーン展開に乗り出すため、株式会社オール・プラン社を設立。2015年2月現在、神奈川県下を中心に15店舗、従業員100人(うち薬剤師75人)を抱えるに至っている。数年前より介護事業参入にも動き出し、この3月には瀬戸内海の倉橋島(広島県呉市)に「ふるさといやしの村健康維持センター」をオープン。島民の健康維持・増進を図っていく。
本社所在地：〒259-1141 神奈川県伊勢原市上粕屋1271-3



住民のニーズからずれた施設になってしまうことがままあるようです。私も事業者ですから利益を追求しなければなりません、まずは「患者さんを助ける」という医療施設の使命を果たす必要があると考えます。例えば、医療施設の少ない地域であれば、プライマリ・ケアを補えるよう併科標榜するなど、住民ニーズを満たしていくこと。それが「住民から選ばれるクリニック」につながり、結果として利益も出てくるわけです。

そのようなことから、「開業するドクターのお手伝い」という立場ではありましたが、「そんなことは患者ニーズにそぐわないですよ」、「院内がこんな雰囲気では患者さんは離れて行きますよ」など、院長等経営者に歯に衣着せぬ物言いもずいぶんしてきましたね(笑)。しかしドクター側も、「患者さんから信頼され、選ばれるクリニックになってほしい」という私の思いをわかってくださり、強い信頼関係が築けたと自負しています。

——その後、現在経営されているオール・プラン社を設立されました。こちらはどのような経緯だったのですか？

大下 クリニックの開業支援を行っているところから、「薬局もやらないか」との打診はありました。けれども医業と薬局業は併行して行えませんから、薬局事業については他者に回していたのです。ところがあるドクターから、「開業時のリサーチから職員の採用・教育、その後のフォローまでかかわってきたのだから、保険薬局まで責任を持ってやれ」と言われてしまいました(笑)。「それもそうかな」と思い、クリニックのほうからは手を引き、今度はそれまで開業支援してきたクリ

ニックを調剤という側面から支援できるよう、それぞれの門前で薬局展開を始めたわけです。

——ということは、御社下の薬局では門前のドクターとすでに信頼関係があり、地域包括ケアなどで連携するにもやりやすい環境にあるということですね。

大下 はい。一般には「医師が上、薬剤師は下」と考える風潮がまだ根強いようですが、私はクリニックの開業をお手伝いしている時から、先生方にそういう職種間の上下意識を捨ててもらっており、忌憚ない意見を言い合ってきました。その気風は当社の薬局各店舗にも引き継がれており、これは大きな強みだと思います。

また、門前ではなく初めて処方箋を応需したドクターに対しても、当社の薬剤師は遠慮なく疑義照会をかけています。なかには「生意気な薬剤師だ」と面食う人もいるようですが(笑)、相手が誰であれ、薬の専門家としての意見はしっかり伝えていかねばならないし、逆にそのほうが「あの薬局は骨があって信頼できそうだ」と評価されていくものです。

スタッフには、人柄のよさ、医療人としての姿勢を問う

——クリニック開業支援に続き、薬局事業のほうも順調のようですが、秘訣は何なのでしょう。

大下 どんな分野にも言えると思いますが、私は事業を行う上で最大の武器になるのは、人柄のよいスタッフを揃えていくことだと思います。技術的なものは、習得するスピードに個人差はありまじょうが、あとからいくらでも磨いていけます。しかし人間性というのは、大人になってから修正するのはなかなか難しい。ですから、「この人はどんな人か」ということに着目して人を採ることが健全経営につながると考え、スタッフ募集の際には私が1対1で面接してきました。

——社長直々の面接とは緊張しますね。どのようなことを聞くのですか？

大下 大層な話をするわけではありません。例えば事務職については、薬局事務の資格や経験の有無より、「きちんと挨拶ができるか」、「人と仲良くできる人か」といったことを面接を通して見ていきます。些細なことのように思えますが、礼儀だとか他者とのコミュニ

社長直々の面接にびっくり！

「人材こそ経営の要」とし、自らスタッフ採用の面接に臨んできたという大下氏。本誌取材時に居合わせた社員お二人に、実際にどのような面接を受けたのか振り返っていただいた。

◆中戸川千晶さん(勤続10年)

面接とは、面接官がデーンと座って応募者を待ち構えているものだと思っていました。ところが当社の面接では、部屋に入ったら社長が起立して出迎えてくださ



り、自己紹介も社長のほうからされるという具合でした。「腰の低い方なんだな」と思いましたが、社長のそういう姿勢は10年経ったいまも変わりません。本社で経理や総務的なことをやっていますが、働き心地はととてもよく、ずっと勤めていきたいと思っています。

◆岸本尚子さん(勤続14年)

書類選考もなく、いきなり社長との1対1の面接だったので、ちょっと驚きました。質問は家族のことや大学での活動内容などで、特に難しいことは聞かれな



かったと記憶しています。14年勤務してきましたが、社長は気さくで社員みんなに家族のように接して下さいますし、社員同士の仲もいいです。友人たちの話では、職場での人間関係に悩むことも多いようで、私は恵まれた環境で働けているなと感謝しています。

ケーション力といったことは、「患者さんが気持ちよく利用できる店舗づくり」に欠かせない要素ですからね。

店舗数も増えたいいまは、スタッフ採用は各店の責任者に任せるようにしました。しかし「人柄を重視して採りなさい」ということは、幹部らにきっちり伝えており、彼らも実行してくれています。おかげで私も店舗間を走り回らずに済むようになりました。ただ、現場スタッフと会う機会が減った分、社長たる私の顔をなかなか覚えてもらえないという悲しさはありますね(笑)。

——人柄重視とのお話ですが、有資格者である薬剤師



に対してはどのような要望・課題をお持ちでしょうか？

大下 専門職としての姿勢を振り返ってほしいと思うことがありますね。かつては「薬剤師免許など、取ってどうするの？」と半ば揶揄されていた薬剤師ですが、いまでは「医療に不可欠な存在」と持てはやされるようになりました。そのため、「われわれ薬剤師はすごいのだ」と天狗になったり、あるいは「食いつぶれがないから」という理由で薬剤師を目指したりする人が出てきました。けれども、そのように尊重される時代が今後も続いていくとは限りません。ですから資格に甘んじるのではなく、やはり「医療分野で頑張りたい」とか、「いい医薬品を開発していきたい」といった志のもとに職務をまっとうしてほしいと思います。薬局という職場に言及するならば、そうした志に加え、コミュニケーション力や人に頭を下げられる謙虚さが必要だと思いますし、今後の日本社会を思えば、弱者を大切にす姿勢がより一層求められるでしょう。

——最終的にはやはり「人間性」ということですね。ありがとうございました。次号は在宅医療や介護事業への参入について伺いたいと思います。

地域包括ケア時代の 薬局・薬剤師の役割



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

第1回 地域包括ケアが支える「高齢者の尊厳と自立」

皆さま、こんにちは。狭間研至です。前回まで4年間、薬剤師がバイタルサインをどう捉え、どう活用していくかというお話をしてまいりました。連載開始から4年近くが過ぎ、ずいぶん時代が変わりました。薬剤師が携わることについて法的解釈問題や医療における意義などについても、私自身もいろいろと整理がつき、理解が深まりました。6年制教育を受けた薬剤師が現場で活動し始めて3年になろうとしています。そこで、テーマを刷新して新たな連載を担当させていただくことになりました。改めてよろしくお願いたします。

昨今のキーワード「地域包括ケア」を改めて見直してみると…

新連載のテーマとしていくつかの候補が挙がりましたが、今回のキーワードは「地域包括ケア」です。最近ではいろいろなところで取り上げられる言葉なので、「ああ、聞いたことあるよ」という方も多いのではないのでしょうか。しかし、その実態というか、イメージや目的を改めて見直したという方は意外と少ないかも知れません。

かくいう私もその一人で、少し前に講演の依頼をいただいた際に「地域包括ケア」について話をしたいということがあり、改めて調べた際にその実態を知って驚いたことがあったのです。

私は、「地域包括ケア」というのは、どちらかといえば福祉や介護寄りの話で、メンタルもしくはフィジカルに何らかの課題を持った方が、その人らしく過ご

せるように、皆で力を合わせて行こうということだろうと思っていました。医療としては関わることは関わるけれども、その立ち位置は、まさにキュア (Cure) からケア (Care) へと変わっていくだろうとも考えていました。もちろん、これはこれで良いのですが、ニュアンスが大きく変わっていることに気がつきました。

厚生労働省が示す地域包括ケアの概念 その達成には今後の医療の関わり方が重要に

「地域包括ケア」の概念は、厚生労働省のウェブサイトに乗っています (http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiki-houkatsu/)。講演の下調べとしてこのサイトを読んでいたときに、私のイメージというか、先入観とはずいぶん異なることに気がつきました。

まず、目的が介護保険法第1条に明記されている「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援」を実現し、「可能な限り住み慣れた地域」で、「自分らしい暮らし」を「人生の最期まで続ける」ためのシステムとして「地域の包括的な支援・サービス提供体制」の構築が必要で、それこそが「地域包括ケアシステム」だと記載されていました。さらには、その達成の期限として2025年(平成37年)を目途とすると明記されていたのです(図)。

よく考えてみれば当然のことなのですが、ぼんやりと「要介護高齢者を支える仕組みを手厚く作るんだらうな」と考えていた私にとっては大きな衝撃でした。

なかでも印象的だったのは、「高齢者の尊厳の保持」「自立生活の支援」というその目的でした。私も現在、高齢の方を対象とした医療に、医師そして薬局経営者として従事していますが、生活全般の介護を必要とされている方がいらっしゃいます。それの方々を手厚く見守ることが目的ではなく、その方の尊厳をどのように保持するのか、そして、自立した生活をどのように支えていくのかということを中心に考えていこうという姿勢は、素晴らしいと思いました。それと同時に、これを達成するためには、医療の関わり方は非常に重要になってくるはずだと感じました。

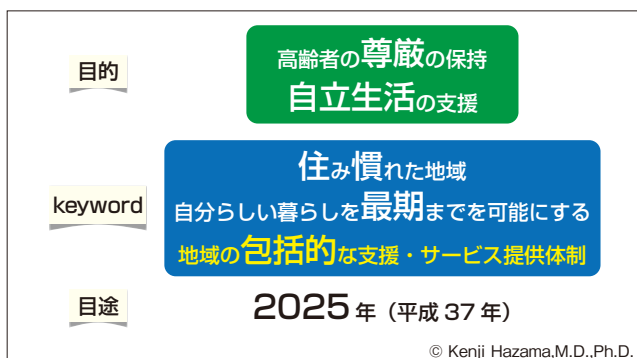


図 地域包括ケアシステム (2013 厚労省)

がん患者への薬学的介入メソッド



Pharmacy Digest 的 わかりやすいがん治療 —慢性骨髄性白血病(CML)—

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

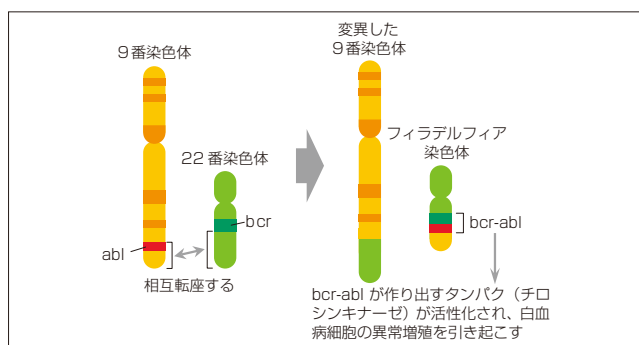
はじめに

骨髄の中の造血幹細胞から分化して、多くの赤血球・白血球・血小板などの血液細胞が作られます。慢性骨髄性白血病(chronic myelogenous leukemia : CML)は骨髄増殖性腫瘍の一種であり、この造血幹細胞レベルが腫瘍化することで発症します。CMLは、白血球や血小板の増加を認めるが自覚症状の乏しい時期に多くの患者が診断されます。急性骨髄性白血病(ALL)が慢性化した疾患ではありません。

疫学とリスク因子

CMLは、年間に10万人あたり1人程度発症し、すべての白血病の20%程度を占めます。CMLの原因は、遺伝子の突然変異と言われています。突然変異の原因は明らかにされていません。CMLの患者の95%以上で、フィラデルフィア染色体異常が認められています。このフィラデルフィア染色体とは、23対(46本)あるヒトの染色体において、9番目と22番目の染色体が途中から切れて入れ替わり、つながってできたもの(相互転座)です(Bcr-abl 遺伝子)。新しくできた Bcr-abl 遺伝子が白血病を作り続けます(図1)。

図1 Bcr-abl 遺伝子の形成



CMLの代表的な治療

CMLの治療には、Bcr-abl チロシンキナーゼ阻害剤(Bcr-abl TKI)療法、同種造血幹細胞移植、インターフェロン α 療法、などがあります。今回は、保険薬局で調剤する機会が多い Bcr-abl TKI 療法について解説します(表1)。

1) イマチニブ(標準品名: グリベック®)

第一世代の Bcr-abl TKI とされ、2005年6月に薬価収載されました。適応としては、慢性骨髄性白血病、KIT (CD117)陽性消化管間質腫瘍(GIST)、フィラデルフィア染色体陽性急性リンパ白血病に用いられます。また、7年生存率など長期の臨床データがあることも特徴です。

2) ニロチニブ(標準品名: タシグナ®)

第二世代の Bcr-abl TKI とされ、2009年3月に薬価収載されました。Bcr-abl に対する親和性の向上を目的として作られた製品であり、高い親和性と強い阻害活性があります。食事により血中濃度が上昇するため、副作用の発現が高くなる可能性があることから、食前1時間、食後2時間の服用は避けるようにしましょう。

表1 CML に対する薬剤の使い方

薬剤名	投与量	主な副作用
イマチニブ	〈慢性期〉1日1回食後400mg内服。血液所見、年齢・症状により適宜増減、600mgまで増量可 〈移行期または急性期〉1日1回食後600mg内服。血液所見、年齢・症状により適宜増減、1日800mg (400mgを1日2回)まで増量可	皮疹 体液貯留 肝障害 筋肉痛、関節痛
ニロチニブ	慢性期または移行期の慢性骨髄性白血病 1回400mgを食前1時間以上前、または食後2時間以降に1日2回12時間毎を目安に内服 初発の慢性期の慢性骨髄性白血病の場合 1回投与量は300mg 患者の状態により適宜減量する	QTc 延長 アミラーゼ上昇 リパーゼ上昇 血糖上昇
ダサチニブ	〈慢性期〉1日1回100mg内服。患者の状態により適宜増減、140mgまで増量可 〈移行期または急性期〉1回70mgを1日2回内服。患者の状態により適宜増減、1回90mgを1日2回まで増量可 再発または難治性のフィラデルフィア染色体陽性急性リンパ性白血病 1回70mgを1日2回内服。患者の状態により適宜増減、1回90mgを1日2回まで増量を考慮	QTc 延長 胸水貯留 心臓液貯留 消化管出血

3) ダサチニブ(標準品名: スプリセル[®])

第二世代の Bcr-abl TKI とされ、2009年3月に薬価収載されました。適応としては、慢性骨髄性白血病、再発または難治性のフィラデルフィア染色体陽性急性リンパ白血病にも用いられます。Bcr-abl だけでなく、多くの受容体を阻害します。イマチニブ耐性 abl キナーゼドメイン変異のうち、いくつかの変異に対して細胞障害作用があります。

Bcr-abl TKI 投薬における注意点

●相互作用

代謝: CYP3A4 阻害・誘導作用がある薬剤、CYP3A4 で代謝される薬剤との併用に注意が必要です。

・アゾール系抗真菌剤、エリスロマイシン、クラリスロマイシン、グレープフルーツジュース

→ CYP3A4 活性を阻害するため、イマチニブの血中濃度が上昇する可能性がある。

・フェニトイン、デキサメタゾン、カルバマゼピン、リファンピシン、フェノバルビタール、セイヨウオトギリソウ含有食品

→ CYP3A4 を誘導するため、イマチニブの血中濃度が低下する可能性がある。

・制酸剤、H₂ ブロッカー、プロトンポンプ阻害薬

→ TKI の吸収が抑制し、血中濃度が低下する可能性があるため、同時投与は避ける。制酸剤に関しては投与前と投与後2時間は空ける必要がある。

このほか、多くの併用注意薬剤があるため、投薬の際は各薬剤添付文書の確認が必要です。

●副作用

特徴的な副作用については表1を参照してください。

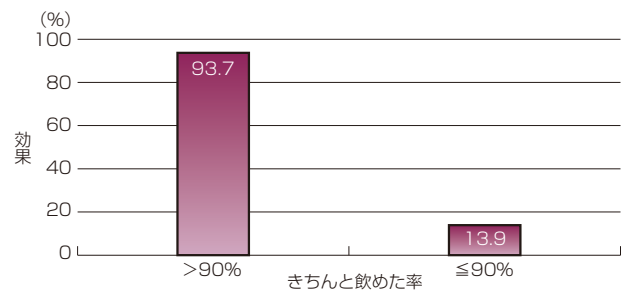
また、一般的な副作用である血液毒性と消化器毒性を薬剤ごとに比較して、表2に示します。血液毒性に関しては、感染症対策のためのうがい・手洗いの指導、血小板減少に対する怪我や打撲などの生活上の注意が

表2 各薬剤の血液毒性の頻度と消化器毒性の頻度

	イマチニブ	ニロチニブ	ダサチニブ
血小板減少(%)	34.3	21.4	34.0
白血球減少(%)	40.0	9.3	21.5
好中球減少(%)	42.9	12.9	34.4
嘔吐(%)	25.7	29.4	—
悪心(%)	76.8	32.4	26.0
下痢(%)	53.1	8.0	17.4

(各標準品添付文書より抜粋)

図2 イマチニブ錠を6年間服用した患者のうち効果が認められた患者の割合¹⁾



「イマチニブをきちんと飲めた率90%」とは、1日1回服用するイマチニブ錠を30日間で3日(3回)飲まなかった状態のこと。

必要です。悪心・嘔吐や下痢に対しては、発生した場合のために頓用で D₂ ブロッカーや止瀉薬などの準備や指導も必要です。

おわりに

内服抗がん剤は、十分な効果を現すためにはしっかりとした服用が大切です。CML において、アドヒアランスが90%以下と90%より高い場合では、治療の悪化の率に差があることが示された報告¹⁾もあります(図2)。そのため、薬局での服薬指導により内服アドヒアランスを高めることは、非常に重要な役割と言えます。

また、最近の内服分子標的治療薬は非常に高価です。2011年の米国のアンケート調査では、1つ以上の処方薬を服用している患者1,226名のうち48%が、経済的理由で服薬や治療を控えていると回答がありました。その1,226名のうち28%が、医師から処方された薬を、薬代を減らすために誤った使い方をして²⁾との報告例もあるため、投薬の際は、薬局薬剤師が経済的な面を含めた服薬指導をすることが望まれています。

参考文献

- 1) Marin D, et al. J Clin Oncol. 2010 May 10; 28 (14): 2381-8.
- 2) Consumer Reports National Research Center, Annual Survey on medication and health-care use.

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所修了後、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81回 虚血性心疾患(1)

クオール株式会社 市村康男、長沼未加

虚血性心疾患とは

今回と次回で、虚血性心疾患についてお話しします。

虚血性心疾患は、心臓の栄養血管である冠状動脈の狭窄または閉塞等によって引き起こされます。主な疾患として、心筋梗塞、狭心症があり、狭心症は、労作性狭心症と安静時狭心症に分類されます。労作性狭心症は、運動したときに起こる狭心症です。動脈硬化などで冠動脈が狭くなると、運動時に増加した需要に見合う血流が心筋に十分に供給されないために、心筋虚血状態となり、胸痛発作が起こります。安静時狭心症は、安静時に冠動脈の攣縮が生じて発作が起きるものです。

虚血性心疾患の治療

虚血性心疾患に対する治療には、大きく分け、1. 薬物療法 2. カテーテル治療 3. 手術—の3つがあります。薬物療法では、①硝酸薬、②Ca拮抗薬、③β遮断薬、④抗血小板薬が使われます。カテーテル治療および手術は、薬物療法だけでは不十分な場合に施行されます。

●薬物治療に用いられる治療薬

①硝酸薬

狭心症発作時には硝酸薬が第一選択薬となります。直接冠動脈を拡張し冠血流量を増加させ心筋虚血を改善します。舌下またはスプレーの口腔内噴霧を行います。

【硝酸薬の注意点】

1. 閉塞隅角緑内障の患者さんには禁忌です。
2. ホスホジエステラーゼ5阻害作用を有する薬剤(シルデナフィルクエン酸塩、バルデナフィル塩酸塩水和物、タダラフィル)またはグアニル酸シクラーゼ刺激作用を有する薬剤(リオシグアト)を投与中の患者さんには禁忌です。
3. 過度に使用した場合、急激な血圧低下による意識喪失を起こすことがあるので、用法・用量に十分注意します。
4. 起立性低血圧を起こすことがあるので注意します。
5. 血管拡張作用による頭痛等の副作用が起こりやすく、

これらの副作用のために注意力、集中力、反射運動等の低下が起こることがあるので、このような場合には、自動車の運転等の危険を伴う機械の操作には従事させないように注意します。

6. 硝酸薬使用中に本剤または他の硝酸・亜硝酸エステル系薬剤に対し、硝酸薬耐性を生じ、作用が減弱することがあるので注意します。
7. 血圧低下作用等が増強されるおそれがあるため、アルコールとの併用は注意します。
8. 舌下錠は舌下で溶解させ、口腔粘膜より吸収されて速やかに効果を発現するので、内服では効果がないことを説明します。
9. 硝酸薬貼付剤では、自動体外式除細動器(AED)の妨げにならないように貼付部位を考慮し、皮膚刺激を避けるため、毎回貼付部位を変えるよう指導します。

②Ca拮抗薬

血管平滑筋細胞内Ca²⁺流入を抑制するCa拮抗薬は冠攣縮予防に極めて有効であり、冠攣縮性狭心症治療の第一選択薬とされています。

【Ca拮抗薬の注意点】

1. 急にCa拮抗薬の投与を中止したとき、症状が悪化した症例が報告されているので、本剤の休薬を要する場合は徐々に減量し、観察を十分に行います。また、患者さんに医師の指示なしに服薬を中止しないように注意します。
2. 降圧作用に基づくめまい等があらわれることがあるので、高所作業、自動車の運転等危険を伴う機械を操作する際には注意します。
3. 妊婦または妊娠している可能性のある婦人に禁忌です。
4. ニソルジピン錠は、イトラコナゾール、ミコナゾールを投与中の患者に禁忌です。
5. ベニジピン塩酸塩の4mg製剤、8mg製剤の分割使用時分割後は遮光のうえ、早めに使用します。
6. ベラパミルは、ダビガトランの抗凝固作用が増強することがあるので、ダビガトランエテキシラートの用量調節や投与間隔を考慮するなど、投与方法に十分注意します。

③ β 遮断薬

β 遮断薬は、血圧や心拍数を抑制し心筋酸素消費量を低下させることで抗狭心効果を発揮します。

【β 遮断薬の注意点】

1. 気管支喘息、気管支痙攣のおそれのある患者さんには、気管支平滑筋のβ受容体を遮断することで、気管支筋を収縮し、症状を悪化させるおそれがあるために禁忌または慎重投与です。
2. β 遮断薬使用中の狭心症の患者さんで急に投与を中止した場合、症状が悪化したり、心筋梗塞を起こした症例が報告されているので、休薬を要する場合は徐々に減量し、観察を十分に行います。また、患者に医師の指示なしに服薬を中止しないよう注意します。
3. 2週間以上休薬した後、投与を再開する場合には、低用量から開始し、段階的に増量が必要な薬剤もあります。
4. 投与は少量より開始し、長期投与の場合は心機能検査（脈拍・血圧・心電図・X線等）を定期的に行います。特に徐脈になったとき及び低血圧を起こした場合には減量または中止します。
5. めまい、ふらつきがあらわれることがあるので、本剤投与中の患者さん（特に投与初期）には、自動車の運転等危険を伴う機械の作業に注意します。
6. 手術時は麻酔により交感神経活性が低下しているため、β 遮断薬により活性がさらに低下し、心機能が抑制されるおそれがあるため、手術前48時間は投与しないことが望ましいとされています。
7. β 遮断剤服用中の患者さんでは、他の薬剤によるアナフィラキシー反応がより重篤になることがあり、また、通常用量のアドレナリンによる治療では効果が得られない場合があります。
8. 褐色細胞腫の患者さんでは、単独投与により急激に血圧が上昇することがあるので、α遮断剤で初期治療を行った後に本剤を投与し、常にα遮断剤を併用します。

④ 抗血小板薬

動脈硬化に基づく血栓には通常抗血小板薬が使用されます。狭心症、心筋梗塞の2次予防、などに用いられます。

【抗血小板薬の注意点】

出血傾向及びその素因のある患者さんには注意します。通常よりも出血しやすくなることを説明し、異常な出血が認められた場合には医師に連絡するよう注意を促します。また、他院（他科）を受診する際には、服用している旨を医師に必ず伝えるよう患者さんに注意を促します。主な抗血小板薬の注意点を表に示します。

表 主な抗血小板薬の使用上の注意点

1. アスピリン(バイアスピリン [®])
<ul style="list-style-type: none"> ① 出産予定日12週以内の妊婦に禁忌です。 ② 急性心筋梗塞ならびに脳梗塞急性期の初期治療において、抗血小板作用の発現を急ぐ場合には、初回投与時には本剤をすりつぶしたり、かみ砕いて服用します。 ③ 空腹時の服用を避けることが望ましいとされています。
2. クロピドグレル硫酸塩(プラビックス [®])
<ul style="list-style-type: none"> ① 非ステロイド性消炎鎮痛薬(ナプロキセン等)、抗凝固剤、血小板凝集抑制作用を有する薬剤、血栓溶解剤、オメプラゾール、選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI)(フルボキサミンマレイン酸塩、塩酸セルトラリン等)は併用注意です。 ② 血栓性血小板減少性紫斑病(TTP)、無顆粒球症、重篤な肝障害等の重大な副作用が発現することがあるので、投与開始後2カ月間は、2週間に1回程度の血液検査等の実施を考慮します。 ③ 虚血性心疾患を対象として本剤を適用するにあたっては、ローディングドーズ投与(投与開始日に300mgを投与すること)及びアスピリンとの併用によって出血のリスクが高まる可能性があることを十分考慮します。
3. プラスグレル塩酸塩(エフィエント [®])
<ul style="list-style-type: none"> ① 抗凝固剤、血小板凝集抑制作用を有する薬剤、血栓溶解剤、非ステロイド性消炎鎮痛剤は併用注意です。 ② 空腹時の投与は避けることが望ましい(初回負荷投与を除く)とされています。 ③ 血栓性血小板減少性紫斑病(TTP)等の重大な副作用が発現することがあるので、投与開始後2カ月間は、2週間に1回程度の血液検査等の実施を考慮します。 ④ 体重50kg以下の患者さんでは、年齢、腎機能等の他の出血リスク因子及び血栓性イベントの発現リスクを評価した上で、必要に応じて維持用量1日1回2.5mgへの減量も考慮します。

(各添付文書より抜粋)

日常生活における注意点

虚血性心疾患の発症は、加齢や遺伝などに加えて、高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙など介入可能な危険因子の関与が明らかにされています。

虚血性心疾患の予防には、生活習慣の改善など運動、食生活、禁煙、ストレス回避などの重要性を指導することが大切です。

また、日本循環器学会の『虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版)』に、虚血性心疾患の危険因子となる病態についてまとめられています。同ガイドラインはWeb公開されていますので、詳しくはそちらをご参照ください(http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2012_shimamoto_h.pdf)。

次回も、引き続き虚血性心疾患について解説します。

医療安全管理入門

南東北グループ 首都圏薬剤部門 セ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62回

病院機能評価と医療安全

新病院の「業務見直しの機会」として 第三世代の病院機能評価を受審

先日、新百合ヶ丘総合病院が、第三世代の病院機能評価を受審しました。筆者はこれまで、第一世代・第二世代の審査を他施設で経験しました。今回受審した第三世代(機能種別版評価項目<3rdG:Ver.1.0>)は、プロセスを重視した評価内容に変わっています。第一世代・第二世代の訪問審査は薬剤部長として、今回は医療安全管理者として対応しましたが、第三世代(機能種別版評価項目<3rdG:Ver.1.0>)は審査の内容が大きく変わっていたこと、また医療安全管理者として初めて受審対応を行ったことから、本稿では医療安全を中心にその経験等を紹介します(2015年4月からはVer.1.1となり、一部審査内容が変更されます)。

新百合ヶ丘総合病院は、2012年8月に新規オープンしたため歴史や過去の経験がなく、ほとんどの職員が新規採用者であり、また開院時は全病棟フル稼働ではないため、入院・外来患者さんの増加に伴って必要な職員を計画的に増やしてきました。そのため、開院に合わせて新しく作ったルール等を、全職員・委託職員に確実に周知することが大きな問題でした。ですから開院間近のころから「業務見直しの機会」として病院機能評価の受審を検討していましたが、病院もフル稼働に近づき、開院から15カ月経った2014年4月、今回の病院機能評価受審が決まりました。

実際に受審する病院機能評価が第三世代(機能種別版評価項目<3rdG:Ver.1.0>)であることが確定し、準備を始めました。筆者は2013年4月から医療安全管理室(専任医療安全管理者)兼務となったため、医療安全管理者として主に医療安全に関する業務の構築と見直しを担当することになりました。

第三世代(機能種別版評価項目<3rdG:Ver.1.0>)か

ら、病院としての医療安全への対応を詳細に確認されることとなります。また、実際の現場における医師・看護師ほか関係するすべての職種で、診療・ケアにおいて確実に安全・安心な実践が確認されます。特に、チーム医療が重視され、薬剤師に対する期待もかなり高くなっており、そのハードルも高くなっています。

安全対策の実施状況は報告書等で明確に 部署訪問にて薬剤師もサーベイヤーから質問あり

医療安全分野では、まず医療安全に関する組織が確立されているかが確認されます。医療安全管理室の室長・医療安全管理者、医薬品安全管理責任者・医療機器安全管理責任者や看護部門・事務部門との関わりが明確になっている必要があります。

当院の医療安全管理室は院内感染対策室と危機管理室が同じ部屋の中にあり、それぞれ情報が共有化しやすい環境になっていることをアピールポイントとしました。施設によっては医療安全管理室と感染対策室を別の場所(部屋)に設置していますが、医療安全と感染対策の情報交換や協力体制ができているかを確認されることがあるようです。

また、医療安全管理委員会が設置されていることは当たり前ですが、実際に各現場で医療安全を担当する組織を作ることも必要です。当院では、筆者の好みもあるのですが、事故を未然に防ぐことを目的とするため、医療安全管理委員会の下部組織として「セーフティマネジャー部会」を作り、各職場から中堅クラスの職員をセーフティマネジャーとして選任し、週1回セーフティマネジャー部会カンファランスを開催、月に1回以上ラウンド(対策の実施が確実に実行されているかの確認)を行っています。

医療安全管理委員会の開催状況も議事録等で確認されます。院長・看護部長・事務長は当然ですが、委員

の出席率は数字として押さえておきましょう。特に、院長・看護部長・事務長の出席率が著しく低い場合は、リーダーシップの面でも問題となります。

「インシデント・アクシデント報告は出ているのか?」、「アクシデント報告はどのような内容が多いのか?」、「アクシデントに対して分析・対策の立案と実施・実施後の効果の確認が行われているのか?」も確認されます。どの施設でも医師からの報告が少ないようで、全体の中での医師の報告書の提出率や、医師から出た報告書内容が確認されることがあります。また、「医師から提出を活発化するような工夫を行っているのか?」と質問されることがあります。当院では、医療安全管理委員会の中で医師からの積極的な報告をお願いし、議事録にもそのことを記載しています。現在は手書きの報告書のため、各職種から報告を出やすくし、報告内容の共有化をより確実にするため、電子化を検討していることもアピールしました。最後の講評および意見交換の際に、サーベイヤーからも報告書の電子化について触れていただいたため、今後の導入が期待できると考えています。

対策の実施状況の確認は、セーフティマネジャーがグループでラウンドを行っています。その結果は、セーフティマネジャー部会および安全管理委員会にて報告しています。ラウンドの実施状況も確認されているようですので、記録等の充実も必要です。

研修会の開催も記録が確認され、参加100%を目指した工夫や対策、医師の参加状況について質問がありました。当院では、全体研修会は必ず同じ内容で5～6回開催し、開催時間も変えて、昼(12:00～13:00)・午後(15:00～16:00)・夕方(16:30～17:30)にしています。それでも参加100%とはならないため、研修会を録画しDVD化して貸し出しを行っています。また、職員のみではなく委託職員(清掃や調理等)にも参加を依頼し、参加できなかった委託職員にもDVDの貸し出しを実施しています。審査では、貸し出し記録や実際に視聴した職員・委託職員の報告書等で実施の確認が行われました。研修会は必ず写真を撮っておき開催報告書に入れておくと、開催状況がサーベイヤーから確認できるためお勧めです。研修会の参加状況も、各職種ごとに参加率を出しておき、数字としてすぐに答えられるようにしておきます。

サーベイヤーは、各職場をラウンドして、安全確保のための方策について確認します。看護師だけではなく、薬剤師はどのような方法で患者誤認を防止しているのか、同様に臨床検査は、放射線は、と確認します。輸血・転倒転落・身体拘束に関することは詳細に確認されます。医療機能評価機構に提出する資料の中にも、インシデント・アクシデント報告数がありますが、輸血に関するものはその中で何件であるのか報告します。日常行う集計作業で、輸血に関する報告の件数を集計しておくとい良いでしょう。それ以外には、「コンフリクト・マネジメント」に対する対応状況や、2015年10月1日に制度施行となる「医療事故調査制度」についても、面接調査等の中で話題となっていました。

6月ごろには、今回の病院機能評価の結果報告が当院に届く予定で、現在までの対応状況の確認と今後の課題が明確になります。「業務を改善したい」と考えたときに、自分だけでできる業務への対応は簡単ですが、多職種が関係する場合は利害関係があるため簡単には話が進みません。第三者から「質の改善のために必要である」と指摘をいただくと、利害関係があっても改善が比較的簡単に進むことがあります。病院機能評価を受審し、一発認定が理想ですが、これを目標にすると、強いプレッシャーとなり潰されてしまいます。あくまで現状を見ていただくことが大切です。日常実施している業務が、他施設ではあまり実施されていない素晴らしい仕事であることが分かることもあります。また、十分やっていると思っけていても、第三者の目から見ると不十分であることが分かることもあります。良い点が分かればやる気が出るし、足りない部分が明確になれば改善の目標も立てやすくなります。あくまで質の改善が目的であることを忘れずに、受審準備を行いましょう。

今回の受審準備を行う中、実は思わぬルールの周知不十分が見つかったり、今まではディスカッションする機会がなかった方とも話し合う機会ができたことは、質改善において進歩であったと感じています。受審準備中は本当に大変でしたが、病院全体が同じ目標に向かって進むという一体感が生まれるため、訪問審査の後にはいつも受審して良かったと感じています。

薬価基準収載

2014年12月発売



表面

裏面

側面

写真：原寸大



PTP表面



PTP裏面

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

イマチニブ錠 100mg「ケミファ」

Imatinib (イマチニブメシル酸塩錠)

^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につきましては添付文書をご参照ください。

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

H27-2



慢性骨髄性白血病(CML)の患者様への説明ガイド

医療者用

慢性骨髄性白血病(CML)治療における
イマチニブ 継続服用のポイント

【医師】 東京大学病院 腫瘍・血液・感染症科 高松 要 先生

【日本人のCML罹患率】
日本では、1年間に、人口10万人に約1人が罹患するといわれています。遺伝子の異常が原因で起こる病気についてはわかっていませんが、CMLは治療する価値が非常に高いとされています。治療から経過したものの多くは寛解し、寛解後も患者さんに負担をかけることなく生活できます。

慢性骨髄性白血病(CML)の自然経過(治療をしなかった場合)
CMLは比較的ゆっくりと進行する病気です。進行の程度によって、3つの病期に分けられます。病期によって、治療のしやすさや速さが異なります。

慢性期 (慢性増殖性期)
この病期は、患者さんの生命を脅かすことはありません。また、医師の指導に従って治療を受けると、寛解しやすくなります。治療を受けることで、病状が軽くなり、生活の質が向上します。

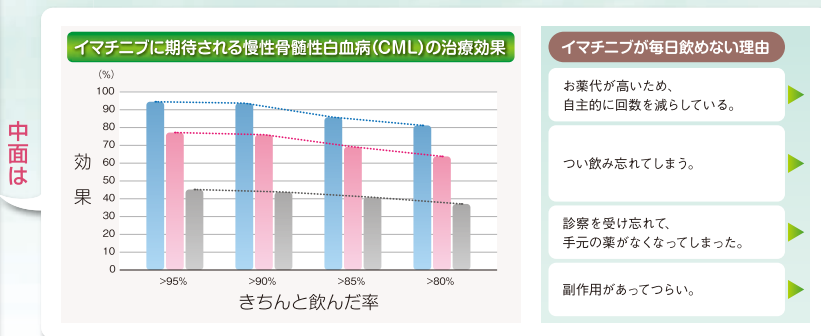
加速期 (加速増殖性期)
この病期は、患者さんの生命を脅かす可能性があります。また、医師の指導に従って治療を受けると、寛解しやすくなります。治療を受けることで、病状が軽くなり、生活の質が向上します。

終末期 (慢性増殖性期)
この病期は、患者さんの生命を脅かす可能性があります。また、医師の指導に従って治療を受けると、寛解しやすくなります。治療を受けることで、病状が軽くなり、生活の質が向上します。

日本ケミファ株式会社

A4 4ページ

CMLの患者様にとってアドヒアランスは効果に直結します。
患者様に説明しやすいガイドを作成しました。



ご利用は弊社担当者までご連絡ください。

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

H27-2

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 くすり相談室(安全管理部)

受付時間 8:45~17:30 土日・祝祭日を除く

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