

PHARMACY DIGEST

2・3

合併号

2016 February &
March

【巻頭インタビュー】…… 2 P

急性期病院における薬薬連携のあり方を探る

* 「皆で学べる」呼吸器疾患薬吸入指導の場を提供 習得した技能には独自の制度で認定証を授与

沼津市立病院 薬剤部長 野毛一郎、同院 副薬剤部長 川上典子、同院 薬剤師 高田正弘

【地域包括ケア時代の薬局・薬剤師の役割⑩】…… 7 P

* 混迷の今こそ現状を「俯瞰」して考える

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⑭】…… 8 P

* Pharmacy Digest的 わかりやすいがん治療 —がん化学療法の支持療法～便秘～

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

【To Best Pharmacy ～愛されるかかりつけ薬局を目指して～】…… 10 P

* 株式会社玄妙洞本舗 (群馬県前橋市) / 株式会社ティーエムアールオー (京都府宮津市)

【服薬指導のポイント 実践講座⑩】…… 12 P

* 高血圧症 ～心疾患との合併について～

クオール株式会社 丸谷祐美、長沼未加

【医療安全管理入門⑦】…… 14 P

* その「言い伝え」は本当に正しいですか？

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



急性期病院における薬薬連携のあり方を探る 「皆で学べる」呼吸器疾患薬吸入指導の場を提供 習得した技能には独自の制度で認定証を授与

在宅療養者の増加に伴い、各地で病院薬剤部と保険薬局との連携が進んでいる。沼津市立病院(静岡県)も、急性期病院ながら、地元の薬剤師会を介して保険薬局との連携を図っている。その1つが呼吸器疾患薬の吸入指導だ。慢性閉塞性肺疾患(COPD)や気管支喘息は、治療薬を適切に吸入できるか否かで症状が大きく違ってくるため、薬局薬剤師の患者指導力が重要とされる。そこで同院薬剤部では、そのスキルの向上を図るべく、薬剤師会と協働した取り組みを行っている。

長年の地元薬剤師会とのつながりが 「吸入指導」という新たなテーマに素早く対応

——貴薬剤部は、沼津薬剤師会*と非常にいいかたちで連携できていると聞いています。

野毛 つながりができたのは20年くらい前で、先方が厚生労働省の通達を受け「地域連携を一緒にやりませんか」と持ちかけてきたことに始まります。当時は介護保険もまだなく、当院も一般病院で、院内に訪問看護室というものを備えてターミナルや人工呼吸器を装着した状態で退院される患者さんなどをフォローしていました。いまで言う訪問看護ステーションですね。そこで、この訪問看護室を窓口、「われわれ薬剤部も沼津薬剤師会と一緒に在宅に取り組んでみよう」ということになりました。

最初は私が、次には川上が在宅現場に行っていました。なにぶん介護保険ができる前で「在宅医療って何？」という時代でしたから、誰もが右も左も分からない(笑)。けれども「とにかく多職種で連携して動こう」と、書類やルールなどを整えていったものです。

しかし、介護保険ができてからのこの15年間は、「在宅は開業医が主導すべきだ」との方向性が見えてきましたし、訪問看護ステーションも整いました。また、当院は急性期医療を目指すようになっていたので、「在宅への当院の役目は終わった」と判断し、訪問看護室も閉鎖となりました。

そのようなわけで、「在宅」とは急速に疎遠になって

*一般社団法人 沼津薬剤師会：静岡県東部の2市2町(沼津市、裾野市、長泉町、清水町)の薬局会員約140軒、個人会員約240人を束ねる。

いきましたが、薬剤師会との連携は別のかたちで継続・強化されてきました。というのは、沼津薬剤師会はこちらが引っ張られてしまうぐらいアクティブな団体で(笑)、非常に連携しやすいのです。院外処方が始まったときも、薬剤師会側からの強いアプローチによって準備のための勉強会を始めたような感じです。そしてこの勉強会が定例化され、テーマを変えつつ、いままも続いているという状況です。

——そのテーマの1つに、呼吸器疾患薬の吸入指導があるのですか？

野毛 はい。薬剤師会と協働しての取り組みで、当院では川上と高田が担当しています。

川上 発端は、当院の呼吸器内科医の、「在宅療養の患者さんは、吸入用デバイスを正しく使えているのだろうか？」という疑問でした。医師は、患者さんが正しく服薬することを前提に処方するものです。ところが、いくら処方しても期待していたほどの効果が見られない患者さんがいます。あるいは、当院は急性期病院ですから、病状が落ち着くと患者さんは退院していくわけですが、在宅での療養がうまくいかず再入院してくる方がいる。——そのようなことからその呼吸器内科医は、「患者さんは薬をうまく吸入できていないのではなかろうか」と考え、保険薬局が適切な指導を行えるような連携システムをつくってほしいかと打診してきたのです。

早速、沼津薬剤師会に諮ったところ、「ぜひ一緒に取り組みましょう」と、早々に「医薬連携吸入連絡会」という会が立ち上がりました。そして、まずCOPDと喘息の患者さんを対象に「吸入指導依頼箋」と「吸入



という仕組みです。当初は当院と薬局の間でのやりとりでしたが、いまは診療所にも運用を拡大しています(図1、2)。

一方、薬剤師会と意見交換したり、依頼箋と評価表の運用を始めてみたりすると、薬局での患者さんへの指導の仕方はまちまちであることが見えてきました(図3)。考えてみれば、私ども病院薬剤師は医師や看護師とともに患者指導

指導評価表]を作成しました(写真1、2)。依頼箋は、疾患名と処方薬、どのような指導をしてほしいかを簡潔に記入できるようになっており、処方医は指導が必要な患者さんの処方箋にこの依頼箋を添付し、薬局につなぎます。そして薬局側は、依頼箋をもとに個別指導を行い、その結果を評価表でフィードバックすると

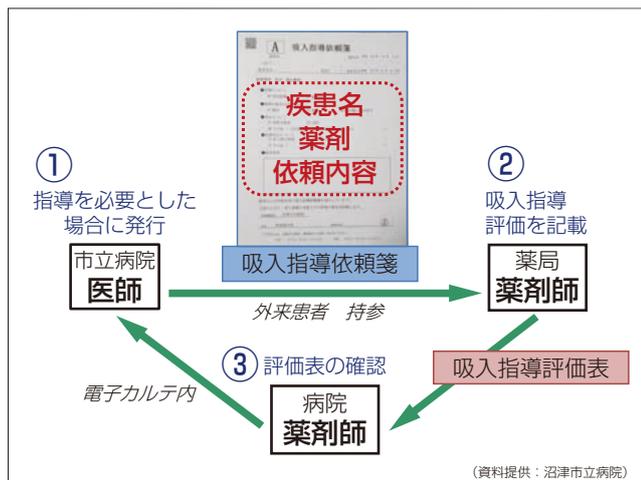
にあたれますが、薬局薬剤師はそうはいきません。扱ったことのない吸入用デバイスが処方されたりすれば、自分で説明書をひもとして指導しているのが実状ではないでしょうか。そこで、依頼箋と評価表を運用するかたわら、薬局薬剤師向けに研修の場を提供し、指導スキルの均てん化を図ろうということになったのです。

▲写真1 吸入指導依頼箋

処方箋に添付する「吸入指導依頼箋」(写真1)と、薬局がフィードバックに用いる「吸入指導評価表」(写真2)。いろいろな施設のを参考に、薬剤師会と相談しながら独自に作成した。

▲写真2 吸入指導評価表

図1 吸入指導の初期の連携システム



薬局では吸入指導依頼箋に基づいた指導を行い、その結果を吸入指導評価表でフィードバックする(図1)。当初は同院と処方箋応需薬局の間でのみ運用していたが、少しずつ地域の診療所にも広げている(図2)。

図2 吸入指導連携

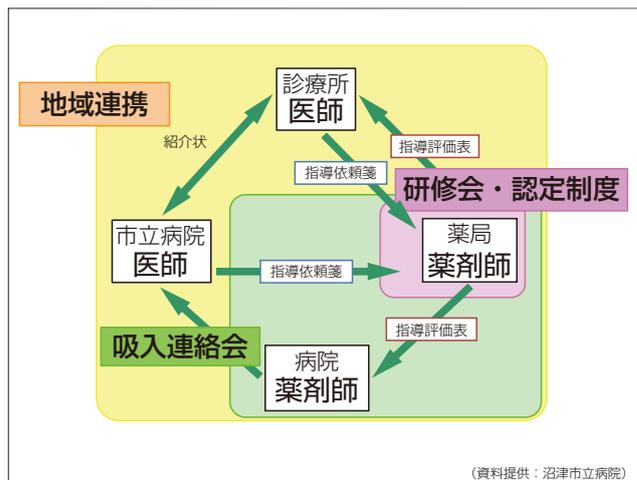


図3 薬局の吸入指導の状況

2013年1月に実施したアンケート結果
対象：沼津薬剤師会の薬局薬剤師 159名 (回収率 55.6%)

・「吸入指導」の方法は (複数回答あり)

添付の説明書	74.8%
薬剤師が使用しながら	60.0%
患者に使用させる	38.4%
チェックシートを活用	5.0%

(資料提供：沼津市立病院)

医療連携吸入連絡会のアンケート調査によると、吸入指導の多くは「添付の説明書」との回答だった。「患者に説明書を渡すだけ」という薬局も多いと推測される。

ロールプレイによる「体感」を重視して吸入指導の実践力を磨く

——その研修会を企画・運営されているのが高田先生というわけですね？ 研修会の概要をご紹介いただけますか。

高田 大前提として「吸入薬処方長期にわたるだけに、治療には薬局の協力と指導力が不可欠である」という認識を持っていただき、そのうえで具体的な課題であるデバイスの使い方や指導方法を学び合っています。

吸入用デバイスはメーカーごとに20種類以上もあり、使い方も異なっていて非常に煩雑です。そこで、それぞれのデバイスの扱い方を、実際に手にとって操作しながら習得していきます。

けれども、使い方を理解することと、それを患者さ

んに上手に説明できるかどうかということは別問題です。ですので、研修会では単に知識習得を行うのではなく、ロールプレイによって患者指導を体感してもらっています。参加者は順番に薬剤師、患者、観察者となり、「患者に指導する」、「患者の立場で指導を受ける」、「第三者として両者のやりとりを見る」ということをするわけですが、「異なる立場を体験することでさまざまな気づきがあり、非常に勉強になる」と、毎回好評です。

事例検討も行っています。店頭で実際に行った患者指導について発表し合うのですが、1つの体験談に対し多様な意見・感想が出され、学びが深まります。当院薬剤部からも、吸入指導評価表の内容を集計しているので、適宜紹介しています。例えば「2種類の吸入薬があって、2吸入・4吸入と異なっていたため、患者さんが間違えてしまい、残薬がバラバラだった」など、共有しておいたほうがよい特徴的な事例を提示するようにしています。

さらに、研修会を薬剤師だけの場にせず、当院の医師もしくは県内で吸入指導に尽力しておられる医師を招き、「COPD や喘息はどういう疾患か。吸入薬はどう作用するか」といった講義を行ってもらっています。後半には講師とのディスカッションの時間も設けており、「地域の医師と交流できる」と、こちらも評判のよいプログラムです。

——薬局の中で一人で勉強して解決しなければいけなかったところを、そうやって皆で集まって学び合えるというのは、心強いでしょうね。

川上 そう思います。私もデバイスの使い方を説明書だけで勉強したことがあります、とても不安でしたから。

研修会は、スタートから3年が経ち、参加者の間からは「一定のレベルを満たしているという証がほしい」との要望が出るようになりました。そこで、更新式の認定制度を創設しました。研修参加者で試験に合格した人を、当院と沼津薬剤師会とが連名で認定するのです(写真3)。2015年11月に1回目の授与式を行ったところですが、30人が認定を受けました。

高田 沼津薬剤師会の会員薬局は約140店舗あります。それらの底上げを図り、薬局薬剤師の技量を標準化していくのが薬剤師会の目標です。一方、当院のほうも糖尿病患者さんのインスリン自己注射など、保険薬局と連携したいテーマはたくさんあります。吸入指導を皮切りに、連携領域を増やしていきたいと思います。

野毛 複数の病院にかかっている患者さんが増えているなか、重複処方や飲み合わせ、残薬など、薬局薬剤師と一緒に考えなければいけない問題が山積しています。

す。ですので、これからは「当院を受診する患者さん」とか「当薬局を利用する患者さん」といった狭い枠組みではなく、「薬を服用している患者さん」と幅広くとらえて連携していくべきだと思います。

そういう意味では、「病院はもちろん大事な施設だけれど、町の薬局も負けず劣らず大事な施設なのだ」ということを、われわれ病院側も患者さんに周知していかねばいけないでしょうね。

薬の安全管理のため薬剤師が手術室へ7つの医療チームにも掛け持ちで参加

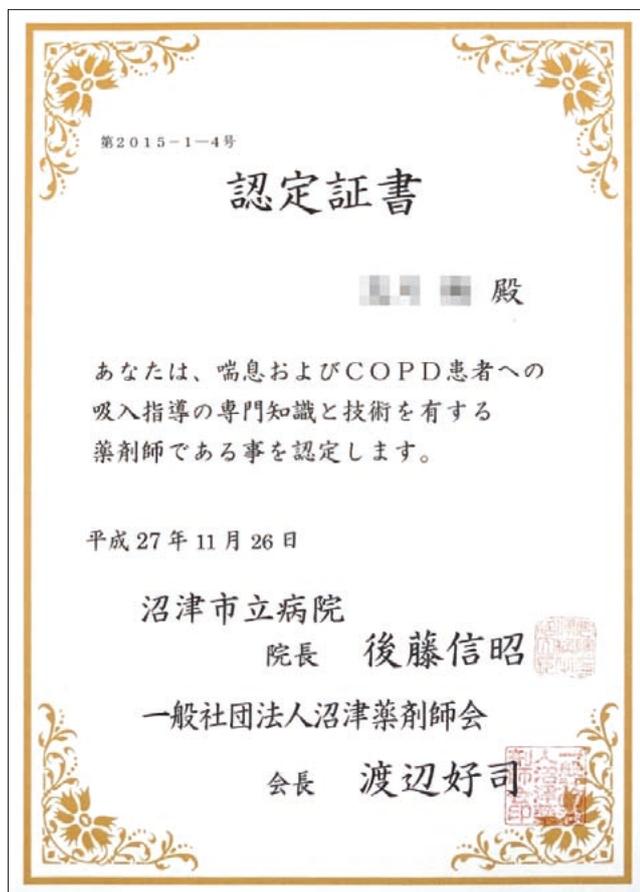
——貴薬剤部の院内での取り組みについてもお聞きしたいと思います。貴薬剤部は、病棟活動の充実を図るとともに、手術室へも薬剤師を送っているそうですね。

野毛 常駐ではありませんが、手術室のあるフロアには2病棟があり、それぞれに薬剤師を配置しているので、その2人に病棟業務の一環として手術室へも行かせています。

ご存じと思いますが、当院では2014年、ハイリスク薬のアスパラカリウムを看護師が誤った方法で静注するという事故を起こしまして、医薬品管理のあり方を再考しました。手術室について言えば通常、毎朝麻薬、毒薬、カリウム製剤は手術室の看護師が薬剤部へと直接取りに来て、夕刻薬剤部に持ってくるようにし、薬の定数配置については一部見直しました。ですので、手術室には「薬の安全管理」を第一義に、毎朝夕入っています。

しかしながら、私としてはそれで終わらせるつもりはありません。「薬の管理」は薬剤師の大事な任務ではありますが、それだけでは手術室にいる意味はなく、「薬剤師でなければできない業務」というプラスαが必要だと、私は思うのです。将来的には、手術室はもちろん、救命救急センターなどにも薬剤師を常駐させたいのですが、そのためには、それぞれに薬剤師を配置する意義を示さねばなりません。そのようなわけで、とりあえずは「薬剤師が手術室で行うべき業務」を見つけるよう、手術室に行っている2人に課しているところです。

——貴薬剤部では、チーム医療にも力を入れているそうですね。



▲写真3 沼津市立病院院長と沼津薬剤師会長の連名による認定証書

■ 沼津市立病院 概要 ■

1869（明治2）年創業。旧市立病院を経て、1988（平成63）年、現在の地で新病院として再スタートした。現在、静岡県駿東田方圏域（二次医療圏）の基幹病院として急性期医療を担う。



地域医療支援病院、災害拠点病院。三次救急病院として救命救急センターも備えている。

- ・病床数：500床（一般病床）。
- ・薬剤部員：薬剤師18人、補助スタッフ5人
- ・薬剤管理指導件数：約1,000件／月
- ・院外処方率：約90%

■所在地：〒410-0302 静岡県沼津市東椎路字春ノ木550

■URL：<http://www.numazu-hospital.shizuoka.jp/>

川上 院内では糖尿病教室や緩和ケアなど7つの医療チームが稼働しており、薬剤師も掛け持ちでそれぞれに参加しています。私は褥瘡チームとNST（栄養サポートチーム）の2チームに入っています。

チーム医療では皆で回診します。調剤した薬が現場でどう使われているか、効果や副作用はどうかといったことを目の当たりにできますし、それについての他職種の見解も聞けるので、非常に勉強になります。医師から助言を求められることも多く、処方提案する機会も結構あります。また、褥瘡に関しては厚労省に学会が「薬剤師も患者さんに軟膏を塗ったりしてよい」と認めさせたことから、かなり突っ込んだケアができるようになりました。

薬剤師は各チームに1人ですが、現場で不明点や疑問が出たら、薬剤部に持ち帰り皆で検討していますので、「薬剤部全体で各チームを支援している、皆で参加している」という感覚がありますね。

病院薬剤師も「在宅」は経験すべき 薬剤師としての新たな役目発見も

——いろいろと新しい領域に挑戦されているようですが、最後に、貴院では手を引かれたという「在宅医療」についても、コメントをいただきたいと思います。

野毛 病院が急性期医療に特化した関係上、当薬剤部でも在宅医療に直接的なかわりはしていません。しかし私は、病院勤務であっても、薬剤師なら一度は「在

宅」を経験すべきだと考えています。

病院という限られた環境・整った環境においては、患者さんは概ねわれわれ医療者の言うことを素直に聞くものです。しかし、在宅医療ではそうはいかない。入院患者さんと違って、在宅患者さんには「生活感」というものがあり、「これが現実だ」というものを突き付けられます。「医療上、こうしたほうがいい」と説得しても、なかなか耳を貸さない患者さんが少なくないし、家庭に入り込むので家族関係や経済状態など見たくないことまで見えてしまいます（笑）。

しかし、そういう諸々の現実を肌身で感じることで、「薬剤師とは」と問い直すだろうし、薬剤師としての新たな役目が見えてくるかもしれない。それは、当院のような急性期病院でも生きてくる経験であり、「外から病院を見る」という観点からも非常に有意義なことだと思います。

——「在宅」では医療者の思うようには事は運ばないとのこと指摘ですが、保険薬局では好むと好まざるとに関わらず、在宅を担わなければならない状況になっています。何かエールをいただけますか？

野毛 何事もそうですが、在宅医療についても「お上」が言うから、しぶしぶと」ではなく、「今後の社会を考えると、地域の薬局が積極的に推進していかねば」といった使命感を持って取り組んでいただきたいと思います。

「在宅医療は手ごわいし、チームにもなかなか入っていきづらい」ということは、私もかつて経験したのでよくわかります。すでに医師と看護師による体制ができあがっていて、そのなかに参入していくというパターンが多いでしょうし、とっかかりも「薬の配達や整理」であったりすることでしょう。しかし、厳しい状況はあっても踏ん張って、「薬剤師だからこそ」の業務を見つけ、存在感をアピールしてほしい。在宅医療にも、そして地域住民の健康を守るためにも、薬局はなくてはならない存在です。ぜひ頑張ってくださいと思います。

——どうもありがとうございました。

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10回 混迷の今こそ現状を「俯瞰」して考える

**薬局従事者には困惑の思い渦巻くも
「門前」には厳しい調剤報酬改定**

調剤報酬改定の年が明けました。2016年度の調剤報酬改定は、いわゆる「門前薬局」について厳しいものになるだろうという予測は、どうやら現実のものになりそうな風潮が、マスコミなどの報道を見ても整ってきたような感じがします。

その一方で、従来通り毎日の外来処方箋業務に従事し、没頭している多くの善良でまじめな薬剤師にとっては、「地域包括ケアとか在宅とか言うけど、うちの今の業務ではそんなものは全く関係ない」という不安、「なんでこんなに一生懸命やっているのに、そんなに悪く言うのか!」という怒り、さらには「じゃあ、一体どうすればいいのか?」という困惑など、いろいろな思いが渦巻くのは、ある意味では当然だと思います。

**俯瞰する重要テーマは「地域包括ケア」
実現には報酬制度の整備が必要**

私がいつも思うことは、こういう困惑、さらにそれに引き続く混沌は、何か新しい見解や境地在開かれる前に必ずと言っていいほど起こる、ある意味では吉兆だと思うのです。そんなときには、いくつか視点を変えながら、自らの置かれている立場を「俯瞰」してみることが大切だと思います。

その1つとして重要なことが、やはり本連載のテーマでもある「地域包括ケア」ということです。これは、高齢化が進むわが国で、永続的に社会保障制度をメンテナンスするためにひねり出された概念だと思います。ひと言で言えば、高齢者の尊厳と自立を保持するために、住み慣れた場所で最期までその人らしく過ごすために、医療職も介護職も行政職も、みんなで協力

してケアしようという概念なのではないかと思います。

これを実現するために、各種制度が整備されるでしょうが、その中には法整備もそして診療報酬・調剤報酬制度の整備も当然のことながら含まれるはずで

2016年度の改定は大きなものになるでしょうが、それで終わりではありません。基本的には2年に1度の診療・調剤報酬改定、3年に1度の介護報酬改定、介護保険事業計画改定、そして5年に1度の医療計画の改定は、この地域包括ケアを実現するために粛々と実行されていくはずで

特に2018年度は、これら4つの要素が同時に改定されるタイミングになりますから、結構ドラスティックな改定になるはずで、2016年度改定はそれに向けた方向性を明確に示す改定になるのではないかと思います。

**現状の業務を基に在り方再構築すれば
薬局・薬剤師の新しい展望が開ける**

こういう風に考えると、やはり調剤報酬改定の中身を精査して、何とか一番良い成果が出るような業務形態を考えるという方法ではなく、地域包括ケアという概念を達成するために、薬局・薬剤師は一体何をなすべきなのか、ということを考えることが必要なのではないかと思います。

認知症や脳梗塞後遺症、ロコモティブシンドロームなどにより、一人で医療機関に通うことが難しく、服薬コンプライアンスを保ちづらい患者さんが増えていくわが国で、本当に求められる薬局や薬剤師の在り方を、今の業務を基にして再構築してみれば、きっと新しい展望が開かれるのではないかと――。

これが、私がこの数年、いろいろと活動してきた中で気がついてきた、ちょっとしたポイントです。

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 がん化学療法の支持療法 ～便秘～

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

便秘はがん化学療法を受ける患者だけでなく、健康人にも起こる症状です。便秘という症状は、何らかの原因で排便が困難になることをいいます。「排便がない」という症状だけではなく、「排便量が少ない」「残便感がある」「便が硬くて出しづらい」「腹部膨満感」なども便秘とされています。

便秘と下痢は背中合わせの症状です。便秘で下剤を飲めば下痢になりやすくなり、下痢で止痢剤を飲めば便秘にもなります。がん薬物療法では脱水症状などの面からも下痢のほうが重要視されますが、実際は便秘で困っている患者が多いと感じます。

今回は、多くの患者で経験する便秘について記載します。

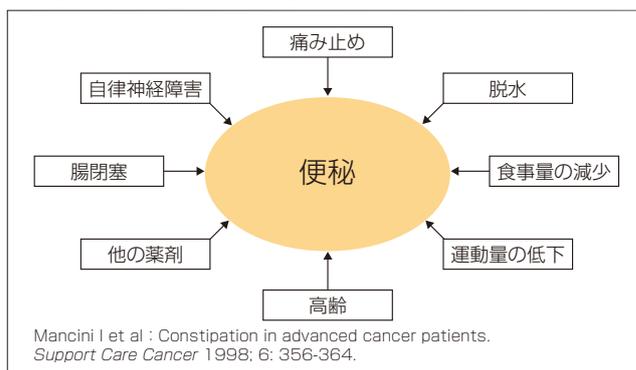
便秘の作用機序

便は、便塊が直腸へ移送することで排便されます。便秘には「急性の便秘」と「慢性の便秘」に分けることができます。急性の便秘では、環境の変化などで起きる「一過性便秘」が挙げられ、機能的イレウスなども急性の便秘に分類されます。また慢性の便秘として、神経疾患や内分泌疾患などでの「症候性便秘」、抗うつ薬などを服用することで起きる「薬剤性便秘」などがあります。

便秘の作用機序はさまざまな理由から起きるため、一つのことを解決しただけでは、解消されることは少ないです。また毎日の食事、運動、睡眠などでも排便に変化をもたらすため、患者個人の体調管理も重要です。患者自身が生活改善などで意識することも必要です。

便秘の要因となる例を図に記載します。また便秘と

図 便秘の原因となる因子



なる薬剤なども把握し、必要でない薬剤があれば内服中止などを提案することも薬剤師の役割です。表1に便秘の原因となる薬剤を記載します。抗がん薬などにおいては、ビンカアルカロイド系、タキサン系抗がん薬に起こりやすいといわれていますが、それ以外でも便秘を引き起こす薬剤は多くあります。

抗がん薬と併せて制吐剤として使用するセロトニン受容体拮抗薬、アプレピタントも便秘を起こしやすい薬剤の1つです。また、がん患者ではオピオイドを使用している患者も多くいます。オピオイド系薬は便秘を引き起こすことがあるので注意が必要です。

便秘の対応

便秘の対応で最初に伝えてほしいのは、生活習慣と食習慣の見直しです。すべてを薬で対応するのは難しいと考えます。生活習慣に対する指導のポイントとしては、「排便習慣の確立」「便意を逃さない」「適切な運動」と「ストレス発散」があります。特にがん患者は、がんと診断されてから運動量の減る患者が多く、またストレスも抱えながら生活をします。そのような背景もがん患者が便秘になる理由の一つです。

表1 便秘の原因となる薬物

抗コリン作用をもつ薬剤	陽イオン含有薬	その他	抗がん薬
鎮痙薬(アトロピンなど) 抗うつ薬 向精神薬 抗パーキンソン薬など	鉄剤 アルミニウム カルシウム剤 硫酸バリウム	オピオイド系薬 降圧薬(カルシウム拮抗薬など) 筋遮断薬 抗けいれん薬など	ビンクリスチン ビンブラスチン ビンデシン ビノレルピン パクリタキセル ドセタキセルなど

表2 主な便秘薬と作用機序

分類	薬品名	作用機序
塩類下剤	酸化マグネシウム 硫酸マグネシウム	腸管内で吸収されにくく、腸管内の浸透圧が高張になるため、腸管内に水分が移行することにより腸内の水分量が增大して便が柔らかくなる
糖類下剤	ラクツロース	ガラクトースとフルクトースの人工二糖類。腸管内で菌による分解を受けて生成した有機物により、腸管蠕動運動が亢進される
大腸刺激性下剤	センナ センノシド	大腸で腸内細菌の作用で加水分解されて生成されたアントラキノンが大腸の粘膜を直接刺激して蠕動運動を亢進し、排便を促す
	ピコスルファート	腸内細菌由来のアリルスルファターゼにより加水分解されて生成したフェノール体の大腸粘膜刺激によって下剤作用を示す
大腸刺激性下剤(その他)	炭酸水素ナトリウム・無水リン酸二水素ナトリウム配合	腸内で炭酸ガスを発生し蠕動運動を亢進することにより排便を促進
クロライドチャンネルアクチベーター	ルビプロストン	いままでの薬剤とは異なった作用機序で、小腸のクロライドチャンネルアクチベーターに作用して、自然な排便を促進

また食事に対する指導のポイントとしては、「規則正しい食事」「水分の摂取」「食物繊維の摂取」「ビフィズス菌の摂取」「オリゴ糖の摂取」などがあります。便秘に対して食事に気を使うことは非常に重要です。そういった生活習慣の改善を行ったうえで薬物療法を行うべきであり、薬物療法だけでの介入では十分な効果が得られません。

主な便秘薬と作用機序

主な便秘薬と作用機序を表2に記載します。酸化マグネシウムを代表とする塩類下剤は安全性が高く、長期使用に適しているといわれています。しかし最近、厚生労働省から高マグネシウム血症に関する添付文書上の注意喚起を改訂する指示がありました(<http://www.pmda.go.jp/files/000208517.pdf>)。副作用で高マグネシウム血症を発症し、死亡など重篤な転帰をたどる症例報告が集積したことを受けた措置で、使用を必要最小限量にとどめることなどが追記されています。また、慎重投与の対象に高齢者も追記されています。

センノシドを代表とする刺激性下剤は、効果が顕著であり、市販薬としても入手が可能のため、多くの慢性便秘患者に使用されています。薬効に対する耐性と習慣性が高く、長期使用により必要量が増えてくる傾

向があります。腹痛や悪心などの副作用が多いことも特徴です。

また、最近発売された便秘薬として注目を浴びているのがルビプロストンです。本剤は、小腸の細胞に発現する type-2クロライドイオンチャンネル(CIC-2クロライドイオンチャンネル)の局所性活性化物質です。小腸のクロライドチャンネルを活性化することで腸管内への腸液の分泌を上げ、便の水分含有量を増やして柔軟化し、腸管内輸送を高め、排便を促進させます。

おわりに

便秘はがん患者の多くが経験する副作用の1つです。現場では排便コントロールに困っている患者さんが多くいます。

またご存知のことと思いますが、便秘に対するOTC医薬品なども多数発売されています。保険薬局の薬剤師は生活習慣の指導や患者さんのニーズに合ったOTCの推奨など、深く介入していただくことが重要だと考えます。これらは薬局薬剤師の大切な役割だと考えます。

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。

File. 70

株式会社玄妙洞本舗(にこにこ薬局若松町店)

(本社：群馬県前橋市)

漢方生薬メーカーが調剤チェーンと提携 患者との信頼構築で電子化を積極推進

漢方生薬メーカーが調剤チェーンとの提携で薬局を初出店——株式会社玄妙洞本舗が経営するにこにこ薬局若松町店は、そんな異色の経歴を持つ。患者との厚い信頼関係を構築するため電子化を推進し、時代が求める「かかりつけ」の具現化に注力している。



▲常務 森 智子氏

——漢方生薬メーカーが薬局を開業するキッカケは何だったのでしょうか。

2011年(平成23年)1月に、東京、神奈川を中心に展開する調剤チェーンのメディックス(本社東京都)と提携したのが始まりです。

当社は漢方生薬製剤の製造を80年以上続けてきた会社ですが、メディックスグループの創業者の「販売から製造まで携わることで、患者様や地域の皆様に必要とされる漢方製剤を製造し、生活や暮らしに薬局がかかわる環境をつくり出せる」という考え方に共感し、一緒に歩むこととなりました。

にこにこ薬局若松町店は群馬県初出店の店舗です。

——メディックスグループの特長は？

グループは調剤薬局として45年の歴史があります。相談薬局からスタートした経緯もあって、服薬指導のスタンスは常に患者様主体です。リスクとベネフィット中心だけの服薬指導ではなく、真に患者様の問題や課題をしっかりと傾聴できる文化が育成されています。また、ドクターとのコミュニケーションを積極的に行い、処方解析ができる環境も整っています。患者様と

の信頼を生み出す努力は、「かかりつけ薬局」の先駆けだったと言っても過言ではありません。

——にこにこ薬局でも、そんな経営方針が継承されているわけですね。

にこにこ薬局では、患者様への丁寧な服薬指導の実践と信頼関係を構築するため電子化、機械化を進め、患者様の情報収集をしています。電子お薬手帳の導入やiPadの前確認による電子薬歴への反映、さらには自動水剤分注機、監査機の導入などです。

患者様には、年1回のアンケートを実施し、フィードバックするとともに社内の学術大会で発表しています。2014年は「お薬手帳の活用」、2015年は「セルフメディケーション」がテーマで、かかりつけ薬局の役割の理解にもつながりました。

もともとチャレンジする企業風土があるため、新しいことを希望したり、アイデアがあるような人材にチャレンジのチャンスを与えています。

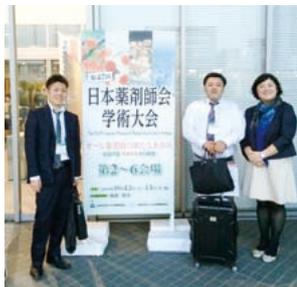
教育体系でも、研修だけではなくOJTによるブラザー・シスター制度を組み入れることで、社員の成長を促すこともできるようになりました。



▶2014年の日本薬剤師会学術大会にも参加

◀若い世代の管理薬剤師に学生実習の指導員体験とITを活用した薬局内の工夫の1つ、処方箋伝送サービスをレクチャー

▶アンケート結果は患者様にもフィードバックする



▶新人研修ではマンツーマンチェック表を活用して成長を促す



基本 DATA

本社所在地：群馬県前橋市六供町1097 / 創業：1931年4月 / 店舗数：66店舗 / 400人(うち薬剤師200人) * 店舗数ならびに従業員数はメディックスグループの数値 / URL = <http://park15.wakwak.com/~genmyo/>

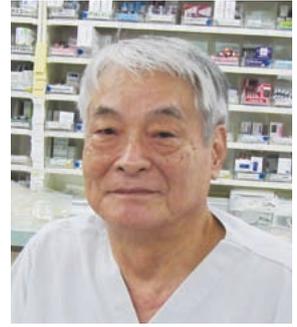
File. 71

株式会社ティーエムアールオー(フタバ調剤薬局)

(本社：京都府宮津市)

**早くに電子薬歴や自動分包機導入し
患者とのコミュニケーションに注力**

医薬分業の黎明期から「基本は調剤」の信念を持ち続け、地域に密着した「かかりつけ薬局」の実現を目指してきた。株式会社ティーエムアールオーのフタバ調剤薬局では、機械化の促進で患者とのコミュニケーションを重視する。調剤監査システムも導入済みだ。



▲代表取締役 上田伊織氏

——開局されたのが1967年(昭和42年)です。“分業元年”といわれる昭和49年以前ですから、当時はまだ、物販が中心の時代ですね。

無謀にも、薬大卒業後いち早く開局しました。日本三景の一つとして知られる天橋立のある宮津市の駅から、徒歩数分の商店街の一角です。

当時は大阪で開催された万国博覧会に浮かれ、薬局は医薬品の再販制度に守られていました。その後、一般用の医薬品は乱売の時代に入り、そんな時代が長く続きました。しかしながら私自身は「これは本来の薬剤師の仕事ではない。やはり調剤を基本とすべきだ！」との信念を持ち続け、1998年、京都府薬剤師会の医薬分業担当の副会長に就任するや、府内の広域病院の院外処方箋発行に努力するとともに、地元歯科医師や診療所医師には院外処方箋を発行してもらえよう説得してきました。

現在は宮津市内に2店舗、京丹後市峰山町に1店舗を構え、薬剤師8人(内パート3人)、事務員11人の体制で、さまざまな医療機関から幅広く月間2,500枚の処方箋を応需しています。

——医薬分業の黎明期を経て、これまでどんな姿勢で

分業を進めてこられましたか。

分業が進展する中、設立当初から地域に密着した「かかりつけ薬局」として、地域の皆様の健康を「サポートする」薬局であり薬剤師であることを基本理念としてきました。そのため、大病院やクリニックの門前に薬局を構えるのではなく、地域の中心となる場所に薬局を構えたことで、幅広い医療機関から処方箋を応需し、高齢者から小児まで、さまざまな患者様が来局されます。

また、薬剤師が患者様とのコミュニケーションの時間を少しでも多くとれるように、機械ができることは機械に任せるという方針で、早くから電子薬歴や自動分包機を導入しました。

さらに、昨年は調剤監査システムを導入したことで、より効率的に正確な調剤を行えるようになり、監査記録が写真と共に保存されることで、お渡ししたお薬に関する患者様からの問い合わせにも的確な対応ができるようになりました。

今後も患者様に信頼され、安心していただけるような「かかりつけ薬局」を目指し、創意工夫を続けていける薬局であり続けたいと考えています。



▲患者とのコミュニケーションを第一に考える



▲笑顔がモットーのスタッフ一同



▲宮津駅前に位置するフタバ調剤薬局本店。支店と合わせ月間2,500枚の処方箋を応需する

基本 DATA

本社所在地：京都府宮津市鶴賀2069-2 / 創業：1967年 / 店舗数：3店舗 / 従業員数：19人(うち薬剤師8人) / URL = <http://www.tmro.jp/>

服薬指導のポイント実践講座

第90回 高血圧症 ～心疾患との合併について～

クオール株式会社 丸谷祐美、長沼未加

今回は、高血圧症における心疾患との合併についてお話しします。2014年に発表された『高血圧治療ガイドライン2014』（JSH2014）¹⁾の中でも対応が取り上げられている、冠動脈疾患、心不全、心肥大についてご説明します。

高血圧と心疾患

高血圧は動脈硬化の進展や虚血性心疾患、心不全に対する重大なリスク因子であるため、十分な血圧管理が必要です。血圧指標の中では、収縮期血圧が心血管病リスクをよ

り強く反映します。

全心血管病死亡の50%、冠動脈疾患死亡の59%が至適血圧を超える血圧高値による死亡とされています。

心疾患合併高血圧では抗血栓薬を服用している患者が増加していますが、抗血栓薬の服用は頭蓋内出血等のリスクを増加させるため、厳格な血圧管理が必要となります。

JSH2014における心疾患を合併する高血圧治療の基本について、表¹⁾に示します。

表 心疾患を合併する高血圧の治療¹⁾

狭心症	<ul style="list-style-type: none">・器質的冠動脈狭窄*¹：β遮断薬、長時間作用型 Ca 拮抗薬・冠攣縮：長時間作用型 Ca 拮抗薬・降圧が不十分な場合は RA 系阻害薬(ACE 阻害薬、ARB)を追加
心筋梗塞後	<ul style="list-style-type: none">・ RA 系阻害薬、β 遮断薬が第一選択・降圧が不十分な場合は長時間作用型 Ca 拮抗薬、利尿薬を追加・低心機能症例：アルドステロン拮抗薬の追加*²
心不全	<p>収縮機能不全による心不全</p> <ul style="list-style-type: none">・標準的治療：RA 系阻害薬*³ + β 遮断薬*³ + 利尿薬・重症例：アルドステロン拮抗薬の追加・降圧が不十分な場合は長時間作用型 Ca 拮抗薬を追加 <p>拡張機能不全による心不全</p> <ul style="list-style-type: none">・持続的かつ十分な降圧が重要
心肥大	<ul style="list-style-type: none">・持続的かつ十分な降圧が必要・ RA 系阻害薬、長時間作用型 Ca 拮抗薬が第一選択

*¹ 適応例では冠血行再建術を行う

*² 高K血症に注意する

*³ 少量から開始し、慎重にゆっくりと増量する

冠動脈疾患合併例への対応ポイント

冠動脈疾患患者においては十分な降圧が重要で、原則 140/90mmHg 未満を降圧目標とします。ただし、心血管イベントリスクが高い糖尿病や CKD、脂質異常症などの患者においては、可能であればさらに低いレベル 130/80mmHg 未満を目指します。

治療として、長時間作用型 Ca 拮抗薬や RA 系阻害薬は冠動脈疾患の発症率を減少させることが、本邦および海外の研究にて示唆されています。

労作狭心症患者には内因性交感神経刺激作用のないβ遮断薬や Ca 拮抗薬、冠攣縮性狭心症には Ca 拮抗薬が著効します。Ca 拮抗薬の中では、降圧に伴う反射性頻脈の少ない長時間作用型ジヒドロピリジン系 Ca 拮抗薬、ジルチアゼム徐放薬が推奨されます。

また、心筋梗塞後の患者には RA 系阻害薬やβ遮断薬が用いられますが、左室収縮機能が低下している心筋梗塞患者においては、RA 系阻害薬の使用により心不全や突然死の発生率を低下させます。

その他、危険因子の治療として HMG-CoA 還元酵素阻害薬による高 LDL コレステロール血症の治療や、抗血小板療法、禁煙が冠動脈疾患の予防に有効です。Ca 拮抗薬とスタチンの合剤が発売されているので、有効に活用すると良いでしょう。

心不全合併例への対応ポイント

心不全患者においては、しばしば血圧が正常か低い症例が見られます。心不全における降圧薬の使用は必ずしも降圧目的ではなく、QOL を改善し予後を改善することに主眼が置かれることとなります。

心不全は左室収縮機能不全によるものと、拡張機能に障害があるものがあります。

左室収縮機能不全による心不全は管理不良の高血圧によるものが多く、日本循環器学会による『慢性心不全治療ガ

イドライン』に従い、RA 系阻害薬 + β 遮断薬 + 利尿薬が標準的治療となります²⁾。RA 系阻害薬は、慢性心不全や心筋梗塞後の長期予後を改善します。RA 系阻害薬としては ACE 阻害薬を使用し、忍容性がない場合に ARB を使用します。

一方、収縮機能が維持されている例においては、心肥大が拡張機能の妨げとなるため、高血圧治療によって心肥大・繊維化を軽減し、拡張機能障害を改善することが求められます。治療としては、持続かつ十分な降圧が重要です。

心肥大合併例への対応ポイント

心肥大は圧負荷の結果生じ、持続的な降圧治療により圧負荷を軽減することで退縮することが多い病態です。

降圧治療によって、心肥大の退縮した患者においては心事故や突然死の発生率が減少することが知られており、収縮期血圧、拡張期血圧ともにコントロールすることが必要です。

薬剤としては、RA 系阻害薬と Ca 拮抗薬の効果が最も大きいとされ、また、アルドステロン拮抗薬 + RA 系阻害薬の併用で、著明な心肥大退縮が認められています。どの薬剤を選択するにしても、十分な降圧をするということが心肥大の退縮には重要です。

参考文献

- 1) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会：高血圧治療ガイドライン2014. 日本高血圧学会, 2014.
- 2) 日本循環器学会ほか：循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2009年度合同研究班報告)慢性心不全治療ガイドライン(2010年改訂版), 2013.

ご好評いただいております『服薬指導のポイント 実践講座』は、今号をもちまして最終回となります。これまでご愛読いただきまして、誠にありがとうございました。

なお次号より、引き続きクオール株式会社のご執筆による「臨床薬学」をテーマとした新たな連載がスタート予定です。どうぞご期待ください。
(編集部)

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



山本 真

第71回

その「言い伝え」は本当に正しいですか？

医療の質や安全性の向上のために、マニュアルの作成やルールの統一が重要であるといわれています。しかし、病院のように多職種がさまざまな現場で働いていると、ローカルルールがしやすいため、病院全体で定期的に仕事内容を見直すことが重要です。

患者死亡の酢酸誤投与事故に学ぶ

実は、このローカルルールというか、言い伝えが元で起こった医療事故があります。ある病院で、高濃度の酢酸誤投与によって患者が死亡したものです。

患者は手術後の栄養補給のため、経腸栄養用のチューブが挿入されました。経腸栄養が行われている中で経腸栄養用のチューブが詰まり、白湯を注入して開通していました。看護師は、経腸栄養用のチューブを交換すると患者の負担が大きいため、以前に酢を注入することでチューブの詰まりを開通できると認識していたため、詰まりかけていたチューブに酢を使用して開通するという方法を医師に提案しました。

患者は透析をしているため、看護師から提案を受けた医師は、腎臓内科医師に透析患者に酢を使用して良いか確認し、看護師に使用しても良いと回答しました。看護師は別の部署から酢酸を借り、「酢5、水1で希釈して、量は20cc」と確認しました。

借り受けた酢酸のビンには、手書き文字で「す5：ゆ1」と記載されていました。別の看護師に確認してもらい酢酸15ccを白湯3ccで希釈した酢酸水を18cc作り、患者にゆっくり注入しました。全量注入した後、患者はお腹が痛いと言え、ベッド上にうずくまってしまうました。

酢酸を投与したため希釈する目的で白湯100ccを投与しました。しかし、下血を認めたため腹部CTを実施したが、有意な所見はなく、腸管の炎症による出血と脱水になっていると考えられました。救急部に酢酸水に対する処置を問い合わせたが、中和に関しては対策なしとの回答でした。その約2週間後に急変し、

患者は死亡しました。

病院では事故調査委員会を設置し、事故の調査を行いました。本事故についてはNPO法人PEGドクターズネットワークに「警鐘 チューブ型経管栄養カテーテル ～汚染予防、閉塞予防のために～ 酢水は食用酢を使いましょう!!」でも紹介されています(<http://www.peg.or.jp/care/peg/sumizu.html>)。

酢酸投与の目的が正確に伝わらず 詰まり予防から開通にも効果の誤認識

医療事故調査の結果は、「酢酸の取扱いに関する医療事故にかかる事故調査報告書」としてネット上に公開されています。他施設で起こった事故の情報として、貴重な学習材料となります。

事故報告書によると、経腸栄養用チューブの開通目的で、酢酸が使われていなかったことが書かれていました。栄養サポートチームは、経腸栄養用チューブの詰まりに関する病棟からの問い合わせに対して、食酢(酢酸約4%)を5～10倍に希釈して使用すると回答していました。ところがこの方法は、経腸栄養用チューブの詰まりの予防・防菌の目的で使用することが明確に伝達されていませんでした。そのためいつの間にか口伝え等で、詰まりの予防から開通にも効果があるように伝わっていきました。

さらに、食酢を栄養部門から入手していたものが時間外のため入手できず、食酢の代用として薬剤部門から酢酸(酢酸約30%)を入手するようになりました。薬剤部門が酢酸の払い出し時に注意を喚起したこともありましたが、特に確認等はなく払い出しが行われた結果、看護師は食酢と酢酸の違いについて明確な違いを認識せずしていました。

また、言い伝えにより食酢が使用されていたため、いつの間にか当初栄養サポートチームより食酢を5～10倍に希釈して使用するとあったものが、「す5：ゆ1」と変化していました。

実は本事故が起こる約半年前同じ患者に、今回と同じ希釈率で調整した酢酸水6ccを経腸栄養用チューブの詰まり開通の目的で使用しました。患者は腹痛を訴えましたが原因を特定できないまま、経過観察となっていました。

その他に3名の患者にも同様の希釈率で経腸栄養用チューブの詰まり開通目的で使用されましたが、開通できなかったため患者の体内に酢酸水が注入されず、事故につながりませんでした。他の病棟でも酢酸水が使用されていましたが、10倍に希釈されたため酢酸として3%であり、同様な事故につながりませんでした。

「言い伝え」で行う業務の怖さ 業務やルール、物品の統一が重要

このように、それぞれの病棟で言い伝えをもとにバラバラの希釈率の酢酸水が使用されていました。当初は食酢であったものが、いつの間にか酢酸に変化(酢酸の濃度が4%から30%へ)し、5~10倍希釈が「す5:ゆ1」へと高濃度の方向へ変化して、言い伝えられました。

ある病棟では希釈濃度が変化しなかったため、使用されても食酢と同等かそれ以下の酢酸濃度の3%であったため、事故にならなかったのでしょう。また、事故と同じ希釈率の酢酸水を使用したか、詰まったチューブが開通しなかったため、25%の酢酸水が注入されずに大事に至りませんでした。

これらのことから、改めて「言い伝え」で行う業務の怖さを感じました。やはり、従来からいわれているようにローカルルールはなくし、業務やルール、物品等の統一が重要であることが分かります。

薬剤師の著者としては、酢酸を希釈するときにあまりに強い酢の臭いで、食酢と比べて濃いため、おかしいなと感じなかったのかと思いました。看護師は借りてきた酢酸のビンに「す5:ゆ1」と手書きで記載されているし、酢酸を借りた病棟の看護師から希釈について確認したため、おかしいと思わなかったのか、または思っても確認しているから、書いてあるからとってしまったのでしょうか。

疑問は「正しく恐れて確認する」 もの言える職場環境の醸成も

医療安全の研修の中で、「本当にその作業は正しい

ですか?」「今まで何も起こらなかったのは、単にラッキーだったためでは」と話をしています。言い伝えや自分だけの経験で、「今までは大丈夫だったから」という言葉を聞くことがあります。本当に正しいことをしているのか確認せずに、これまでは問題なかったからで済ます人が少なからずいます。大きな問題とならなかったのは偶然であって、正しくないことをしていれば、必ず大きな失敗をする確率が高くなります。今まではラッキーでうまくいっていたとしても、気づいた時点で正しい方法に訂正することで安全性は高まります。

おかしいな、変だなと感じたときには、「正しく恐れて確認する」ことが重要です。一方、おかしいな、変だなと感じたときに、もの言える職場環境が重要になります。せっかく異常を感じたときも、ものが言えない職場環境であると、重要なヒントが隠れてしまい、大きな事故に進んでしまいます。航空業界ではCRMといった適切な権威勾配が重要であるとされていますし、医療業界ではチームステップスの導入によって、誰もが言いやすい職場環境を作ることが推奨されています。

ローカルルールを言われたまま聞いたままに実行すると、今回のような医療事故につながります。ルールや業務を統一することが重要です。統一することは難しいですが、病院機能評価の受審等を利用して業務改善を行うと比較的進めやすくなります。何度か病院機能評価の受審を経験した際、準備等は大変でしたが、業務改善や見直しのきっかけとしては価値がありました。マニュアル等の見直しにも利用できます。

風通し悪い職場は要注意

事故はいつも思わぬときに起こります。当たり前のことをやらずに、まあいいかと勝手にルールを変えてしまったり、業務の目的を理解せずに結果のみを重視して、仕事ではなく作業となっていることを見かけることがあります。例えば、重要なのはダブルチェックを行って患者と薬が正しいことを確認することで、ダブルチェックをしたとサインをすることではありません。日々の業務の中で、サインをすることが、忘れないことが、仕事になっていないか考えてみてはいかがでしょうか。

職場は風通しが良いですか。仲が悪くて挨拶もしないチームは、いずれ事故が起こる危険な環境です。

日本ケミファの主なジェネリック医薬品

中枢神経系用薬

アルツハイマー型認知症治療剤

劇薬、処方箋医薬品^{注)}

ドネペジル塩酸塩錠 3mg・5mg・10mg「ケミファ」

＜日本薬局方 ドネペジル塩酸塩錠＞



5mg 錠

ドネペジル塩酸塩 OD錠 3mg・5mg・10mg「ケミファ」

＜ドネペジル塩酸塩口腔内崩壊錠＞



5mgOD 錠

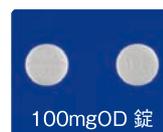
製造販売元：日本ケミファ(株)

血液・体液用薬

抗血小板剤

シロスタゾールOD錠 50mg・100mg「ケミファ」

＜シロスタゾール口腔内崩壊錠＞



100mgOD 錠

製造販売元：日本薬品工業(株)

消化器官用薬

プロトンポンプ阻害剤

処方箋医薬品^{注)}

ラベプラゾールナトリウム錠 10mg・20mg「ケミファ」

＜ラベプラゾールナトリウム製剤＞



10mg 錠

製造販売元：日本ケミファ(株)

循環器官用薬

高血圧症・狭心症治療薬
持続性 Ca 拮抗薬

劇薬、処方箋医薬品^{注)}

アムロジピン錠 2.5mg・5mg・10mg「ケミファ」

＜日本薬局方 アムロジピンベシル酸塩錠＞



5mg 錠

アムロジピンOD錠 2.5mg・5mg・10mg「ケミファ」

＜日本薬局方 アムロジピンベシル酸塩口腔内崩壊錠＞



5mgOD 錠

製造販売元：日本薬品工業(株)

選択的 AT₁ 受容体ブロッカー

処方箋医薬品^{注)}

バルサルタン錠 20mg・40mg・80mg・160mg「ケミファ」

＜日本薬局方 バルサルタン錠＞



80mg 錠

製造販売元：日本ケミファ(株)

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)}

カンデサルタン錠 2mg・4mg・8mg・12mg「ケミファ」

＜日本薬局方 カンデサルタン シレキセチル錠＞



8mg 錠

製造販売元：日本ケミファ(株)

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。



販売元(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 H27-12

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

PHARMACY DIGEST [2016年2・3月合併号]

発行日 ■ 2016年1月27日

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.chemipharm.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