

# PHARMACY DIGEST

5

2016 May

【巻頭インタビュー】…… 2 P

## \* ホスピスケアの仕組みを地域包括ケアに活用 連絡会で構築した関係を薬薬連携に生かす おくすり手帳を進化させた『わたしのカルテ』で情報共有

有限会社メディファル 代表取締役社長／宮城県薬剤師会 副会長 瀬戸裕一

【地域包括ケア時代の薬局・薬剤師の役割②】…… 5 P

## \* 分業“元年”から40余年、薬剤師が行動起こすとき

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⑩】…… 6 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～末梢神経障害～

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

【臨床薬学／臨床推論 —検査値から読み解く疾患情報—②】…… 8 P

## \* 高血圧の症例

クオール株式会社 クオールアカデミー・教育研修部 齊藤清一、長沼未加

【医療安全管理入門⑦】…… 10 P

## \* 「コーチング」を服薬指導と安全管理に活用

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



# ホスピスケアの仕組みを地域包括ケアに活用 連絡会で構築した関係を薬薬連携に生かす おくすり手帳を進化させた『わたしのカルテ』で情報共有

前号では、宮城県の「仙南地区在宅ホスピスケア連絡会」（以下、連絡会）の取り組みを紹介した。同会世話人の有限会社メディファル代表取締役社長の瀬戸裕一氏は、連絡会はホスピス以外のケアにも寄与できる組織であり、いずれ地域包括ケアも担っていきたいとする。今号では、連絡会の取り組みの広がりに着目する。

## ホスピスケアだけに特化せず 対象とする疾患の拡大を目指す

——連絡会と地域医療との関係を伺いたいのですが、ここ仙南地区では地域包括ケアシステムはどのような状況にありますか？

**瀬戸** 「まだまだこれから」というのが正直なところです。しかし、連絡会を基盤にかたちをつくっていきけるのではないかと考えています。

前回ご紹介したように、当地では在宅ホスピスケアがうまく機能しており、その仕組みはそのまま地域包括ケアシステムとして使えるものとなっています。ですので、ホスピスケアだけに特化させているのはもったいないことです。

また、連絡会の人的資源をうまく回していくためにも、がん終末期に限らず多様な疾患に対応していくべきだろうと考えます。というのは、慢性疾患と比べれば明らかのように、ホスピスケアには波があり、スタッフは常に「フル回転状態か、人余り状態か」で、「中間のライン」というものはありません。

このようなことから、連絡会内では「対象とする疾患を少し広げてはどうか」と話し合っているところです。

——そうすると、連絡会の名称から「ホスピス」を外すことになりますね。

**瀬戸** はい。会の名称自体が「重篤な患者の支援のみ行うグループ」というイメージを植え付け、「軽症者もケアしていこう」とならない要因の1つかもしれません。いずれにせよ、皆で知恵を絞り、連絡会の取り組みを地域包括ケアへ拡大していきたいと思っています。

## 「顔の見える関係」が薬薬連携を推進 がん種やレジメン名なども共有

——薬薬連携については、この地域ではどのような動きがありますか？

**瀬戸** 3年前より地区薬剤師会とみやぎ県南中核病院薬剤部との間で、がん化学療法における薬薬連携が始まりました。背景には、内服抗がん剤の登場や支持療法の進歩などによって、がん治療の外来化が進んできたことがあります。

当地でがん診療を担っている、みやぎ県南中核病院でも、2013（平成23）年にがん専門外来である腫瘍センターがオープンしたことで、抗がん剤や医療用麻薬が院外処方に切り替わりました。

そこで、センターオープンにあたり、医療者間で連携を図っていこうということになり、厚生労働省の「薬物療法提供体制強化事業」というものを利用して「薬薬医連携セミナー」を開催しました。

このとき奏功したのが、連絡会の存在でした。みやぎ県南中核病院の薬剤部とは、終末期患者さんの退院時共同指導を通して「顔の見える関係」を築いておりましたので、化学療法における薬薬連携も非常にスムーズに進みました。

具体的には、患者さんに対応していくにあたり、薬局側にもがん種とレジメン名、検査データが必要であろうということで一致し、それらをラベル化してお薬手帳に貼りつけるかたちでの情報共有が始まりました。われわれとしては、それまでは処方箋からがん種や治療内容を推測しなければならなかったのが、予想され



## 薬学生が泊りがけで地方の薬局を見学 薬剤師の偏在是正を目的に規模拡大

——地域医療を支えるのは何と言っても人材です。県薬剤師会副会長のお立場から、新卒者の地方への入職率など、人材確保についての見解もお聞かせください。

**瀬戸** 地方にある薬局も頑張っていますけれど、残念ながら人材確保は容易ではなく、都市部との格差が見られます。これは全県的な問題であり、県薬でも昨年度、偏在解消に乗り出しました。その第一弾が、薬学部を泊りがけで地方の薬局へ行かせるという試みです。

地方へ行けば行くほど、患者さんとの距離は縮まり、薬剤師としての仕事の幅が広がります。それは私自身が実感していることです。私はここ角田市に生まれ育ち、開業してからはずっとここで薬剤師をしてきましたが、薬剤師としての仕事は地方のほうが断然面白い。そこで、「学生のうちにこの面白さを体感すれば、進んで地方へ行く人が増えるのではないかと考え、前述のような企画を提案したのです。昨年度は仙南、石巻、気仙沼の3地域に、5年生をそれぞれ2人ずつ、2泊3日で見学に行かせました。規模を拡大し、今年度も実施する予定です。

——「地方では患者さんとの距離が近く、薬剤師の職能が発揮しやすい」とおっしゃいました。先生がここ角田市で経験されている「面白さ」をご紹介いただけますか？

**瀬戸** 店の品揃えや取り組みを、患者さんと一緒に考

る副作用が明確になり、検査値から現在の状態を読み取れるなど、精度の高いアドバイスができるようになりました。

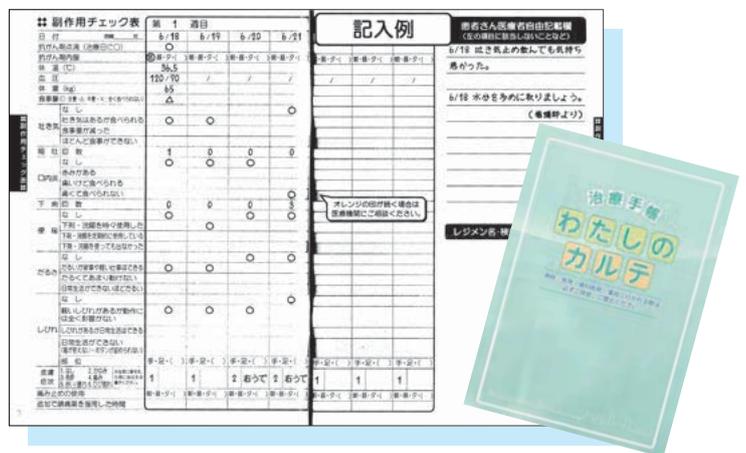
さらに2年前からは、お薬手帳を進化させた『わたしのカルテ』という手帳を使用しています(写真1)。東北大学病院で使われているものをベースに作成したもので、レジメン名だけでなく、その治療スケジュールを載せ、「いま何クール目か」ということが分かるようになっています。検査データも貼付されますし、毎日の体温や血圧、体重、あるいは「こういう症状が出た」といった患者さん自身の記録も一緒になっています。

『わたしのカルテ』は、昨年4月から県薬剤師会でも運用を始めており、外来の化学療法については県内で統一した薬薬連携ツールができたこととなります。

——連絡会が行ってきた在宅ホスピスケアにせよ、化学療法の外来化にせよ、がん医療における保険薬局の役目が増えてきているようですが、薬局側の体制は追いついているのでしょうか？

**瀬戸** 順当に追いついてきていると思います。例えば、従来は県下の医療用麻薬の取り扱い許可取得率は非常に低かったのですが、いまは50%を超えているはずですよ。

抗がん剤調製については、安全キャビネットが必要なので、小規模の薬局では対応が難しいです。しかし、近年の製剤の進化には目覚ましいものがあり、抗がん剤にもキット製剤が開発されてきています。そういうものが増えれば、抗がん剤調製に対応できる薬局も確実に増えていくと思われます。



▲写真1 治療手帳『わたしのカルテ』  
宮城県薬剤師会が、東北大学病院の許諾を得て、同院の『わたしのダイアリー』の内容を一部変更して作成したものです。

在宅ホスピスケアの取り組みから、こんな医療連携ツールも誕生

緊急時のための『わたしの手帳 —もしもの時に備えて—』

東日本大震災での経験をもとに、連絡会では「あのような非常時にも適切なケアが提供できるように」と、「災害時の対応指針」をとりまとめている。

「緊急時には、患者さんはいろんなところへ搬送されるが、受け入れ先では患者情報がない。そのようなことから、少なくともわれわれ連絡会がケアしている患者さんについては、非常時にもしっかり対応できるようにしていこう、情報を伝えられるツールと支援体制を備えよう、ということになったのです」(瀬戸氏)

「災害時の対応指針」は、患者用の『わたしの手帳 —もしもの時に備えて—』(写真)と、スタッフ用の『仙南地区在宅ホスピスケア連絡会災害時対応の手引き』とがある。患者用は、退院時共同指導など在宅移行時に患者に手渡し、必要事項を記入しておき、発災時には駆けつけた連絡会スタッフや救急隊員に渡すよう伝える。連絡会が対応しているがん患者向けに作成したものだが、要介護者や難病患者など、広く在宅療養者に使ってもらえるものとなっている。



▲患者記入欄。病状や服用薬、日常生活の介助状況、家族の連絡先、かかりつけ医療機関などを記入しておけば、緊急時に駆けつけた医療スタッフへスムーズに情報提供できるツールとなる。仙南保健所のWebからもダウンロード可。

えていけるという面白さは、都市部より地方のほうが経験しやすいと思います。例えば当店(コスモ薬局)の場合、OTC薬も扱っていますが、最初は「売ろう」と思って置いていたわけではありません。眼科の処方箋が多かったころ、緑内障患者は服用できない風邪薬が多いことから、「これ、飲んじゃだめだよ」という意味で、サンプルとして置いていたのです。すると患者さんのほうから、「じゃあ、どんな風邪薬なら飲めるの?」という問い掛けがあり、それを機に処方箋を持ち込む患者さんたちのために各種OTC薬も扱うようになったのです。

もちろん、一般的なOTC薬であれば、皆さん、市の中心部に買い物に出た際、大手ドラッグストアで買われます。けれども、「こういう薬はない?」「こういう健康食品があると聞いた」といった、ピンポイント的、マニアック的な相談は当店に持ち込んで来られる傾向がありますね。こちらも「へえ、そんなサプリメントがあるんですか」と教えられることが結構あり、なかなか楽しいです。また、そういうやりとりから、

地域住民のニーズをとらえ健康支援につなげていけるとも思います。

——近頃いわれている、「健康情報拠点としての薬局」ですね。

瀬戸 はい。ただ、地域住民のニーズというものは、こちらから仕掛けないことにはなかなか掘り起こせません。

例えば、ここ仙南地区は養蚕が盛んで、桑の葉のお茶があります。そこで、地元の健康福祉祭で「ハーブティー」と称して紹介したところ、住民の方々が「そうか、桑の葉もハーブなのだ」とびっくりされていました。そういうふうに、住民の反応や疑問を引き出すような仕掛けをしていく必要があると思います。

当店もいま準備中ですが、行政が奨励している検体測定事業も、そういう視点で取り組むと面白いと思います。

——地域の方々とのやりとりを楽しみながら薬局経営をされているご様子ですね。2回にわたり、多様なお話をいただき、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12回 分業“元年”から40余年、薬剤師が行動起こすとき

**「薬局ビジョン」色濃く反映した調剤報酬改定  
患者に寄り添い薬剤師の専門性と独自性発揮を**

従来通りの業務をするだけでは、法律的、業務的、経営的によろしくないことになるのであれば、薬局や薬剤師は動かなければなりません。しかし、今までの薬局やそこで勤務する薬剤師は、一体何をすれば良いのでしょうか？ 私は、これまでの薬局や薬剤師の在り方の積み上げ型ではなく、今後の医療はどうなるのかということを考えて、そのイメージから今後の方向性を考える逆算型が、今、大切なのではないかと考えています。そういった意味では、本連載のテーマでもある「地域包括ケア」という概念は、理解しやすく将来を見通しやすいと考えています。

少子化と高齢化が同時に進むわが国では、高齢者の自立と尊厳を守りつつ、住み慣れた場所で最期まで過ごせるような環境や体制を作っていくことが求められているわけです。人間は年をとると、程度の差はありますが何らかの体の不調があらわれます。その多くは生活習慣病であり、それらは食事や運動といった基本的な生活習慣を改善しながら必要な薬剤をきちんと服用し、副作用が発現しないかチェックしたり、その後の病状経過に応じて投薬内容を調整したりすることが必要です。

今回の調剤報酬改定では、2015年秋に厚生労働省から示された「患者のための薬局ビジョン」の在り方が色濃く反映されているようです。「立地から機能へ」というのは、やはり、薬局は医療機関の近くにあるだけでなく、プライマリ・ケアや在宅医療に取り組むなど、調剤室から飛び出していくことが求められています。「対物から対人へ」というのは、薬を渡して終わる仕事ではなく、薬を服用したり使用したりした患者さんが、病気の症状や苦痛から解放される方向に向かっているのか、予期される副作用は出ていないのかを見ていく必要があります。そして、「バラバラから1つへ」とい

うのは、一人の患者さんを「くすり」をキーワードに一元的・継続的に診ていかななくてはならないということです。

これらのドラスティックな変化を報酬制度上に見て取れるというのは、おそらく医薬分業が進展してきたなかで初めて見られることだと思いますし、ハードルが高いように感じられるでしょう。しかし、患者のそばで他の医療従事者と共に活動し、患者のそばに寄り添って医療専門職としての専門性と独自性を打ち立てて活動していくことこそ、薬剤師がそもそもやりたかった業務なのではないでしょうか？

**地域医療を支えるべき人が減る時代  
薬剤師は「薬を飲んだ後の専門家」にシフト**

人口構成も社会保障制度も特殊なわが国が、今後も質の高い地域医療を行っていくためには、このような変化が不可欠だということは、薬剤師の多くも当然理解できるはずですが、今までは経済的理由もあり、なかなか動きづらかったわけです。

しかし、調剤報酬制度が変わるという外的要因、そして前述のごとく、薬剤師が今の状態をベストとは思っていないことが多いという内的要因を組み合わせると、話は大きく異なります。医薬分業“元年”から40余年が経過して、薬剤師が行動を起こすときがやっと到来したと言えるでしょう。

薬剤師や薬局が変われば地域医療が変わると私は考えてきました。そういった意味では、いよいよ地域医療の在り方が、支える人が多く、支えられる人が少ない時代から、支えなければならない人が増え、支えるべき人が減るという時代になってきたわけです。その際に、薬剤師が薬を飲むまでの専門家から飲んだ後の専門家へと変わることは、非常に重要な意味合いを持ちます。まさに、時は来た。行動するのは今だと思います。

# 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 ～末梢神経障害～—



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

### はじめに

がん薬物療法の副作用には、薬剤で改善する副作用と、薬剤では改善しづらい副作用があります。後者の代表的な副作用の1つとして末梢神経障害(しびれ)が挙げられます。末梢神経は脳や脊髄から出て、手や足の筋肉や皮膚に分布し、運動や感覚を伝えています。

今回取り上げる末梢神経障害は、医薬品の副作用によって手足のしびれ感や脱力などを生じます。抗がん薬以外にも高脂血症治療薬(スタチン系 HMG-CoA 還元酵素阻害薬)、抗ウイルス薬(抗 HIV 薬)、抗結核薬(イソニアジド、エタンブトール)なども末梢神経障害が起こります。末梢神経障害が起こりやすい抗がん薬を表1に示します。

### 抗がん薬で起こる末梢神経障害の症状

抗がん薬によって起こる末梢神経障害は、手先や足先にピリピリとした感覚異常を生じます。また、舌などの末梢に感覚異常やしびれ感が生じることもあります。患者さんの訴えは、「手足の力が入らない」「ぴりぴり、チクチクする」「感覚がない」「しびれている」とさまざまであり、しびれ(痛み)の評価を判定しづらいことがあります。日常生活に影響がある場合は重篤

表1 末梢神経障害が起こりやすい抗がん薬

プラチナ製剤	シスプラチン
	オキサリプラチン
ビンカアルカロイド系	ビンクリスチン
	ビンデシン
	ビンブラスチン
タキサン系	パクリタキセル
	ドセタキセル
	Nab-パクリタキセル
分子標的治療薬	ボルテゾミブ

と判断し、抗がん薬の減量や中止が必要となります。重症化しているかの聞き取り例として、「ボタンをかけられるか」「階段を踏み外したり転倒していないか」などが挙げられます。このような症状を聞いた場合は、患者さんに次回外来時にそのことを医師に話すように伝えてください。

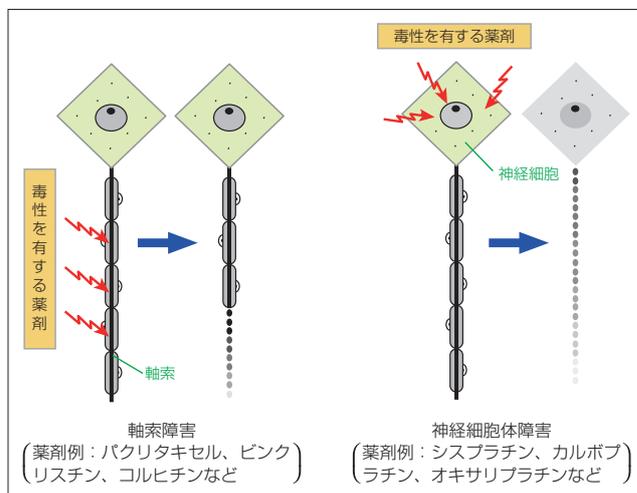
### 抗がん薬で起こる末梢神経障害の発現機序

抗がん薬によって末梢神経障害の発現機序は異なると言われており、主に2つに分類されます(図1)<sup>1)</sup>。

軸索障害型は、ビンカアルカロイド系、タキサン系、ボルテゾミブで起こる末梢神経障害のタイプであり、細胞体自体は障害されないため、原因となる抗がん薬の早期中止により回復が期待できるとされています。

神経細胞体障害型は、神経細胞自体が障害を受けるため、原因薬剤中止後も症状が継続すると言われていいます。その中でも近年、消化器系の治療で多く使用されるオキサリプラチンの末梢神経障害は特徴的で、急性

図1 抗がん薬による末梢神経障害の発症機序の模式図



(厚生労働省、2009年5月「重篤副作用疾患別対応マニュアル」末梢神経障害より、一部改変)

の末梢神経障害と慢性の末梢神経障害に分けられます。

急性の末梢神経障害は投与開始後数時間以内で発現しやすく、多くの患者で発症します。冷たいものに触れると、しびれ(冷感刺激)が手足や口の周りに起こります。また冷たいものを飲むことで、咽頭部や喉頭部での知覚異常が起こることもあります。しかし、冷感刺激は長く続くことは少なく、1週間以内に徐々に軽減してきます。一方、投与を繰り返すことで後述する慢性的な末梢神経障害へ移行することが多くなります。

オキサリプラチンの慢性の末梢神経障害は、累積投与量に依存し、800mg/m<sup>2</sup> (5~8回投与)を超えると発現しやすくなります。症状としては文字が書きづらくなったり、箸が持ちにくくなったりと、生活上に影響を及ぼす副作用となります。前述したように、ボタンがかけられない、歩行困難などの症状が現れた場合は、投与量の減量や一時休薬なども必要となります。他のプラチナ製剤による末梢神経障害も、慢性の末梢神経障害です。

## 末梢神経障害に対して使用される薬剤

末梢神経障害に対して効果的な支持療法薬はありません。いくつかの薬剤については臨床試験が行われ、有用との報告はあるものの、内服するとすぐに効果がある薬剤ではありません。

末梢神経障害に対する支持療法薬は、効果発現にも時間がかかることから、長期内服が必要となります。長期内服では薬局窓口での服薬支援が不可欠です。下記に、日常臨床で末梢神経障害に用いられる薬剤を記載します。

### 1) プレガバリン (保険適応外)

**効能・効果：**神経障害性疼痛、線維筋痛症に伴う疼痛。

抗がん薬の末梢神経障害の重篤度を低下させたとの報告<sup>2)</sup>もあります。有害事象として眠気や眩暈などもあるため、低用量から始めることを推奨します。眠気が出るため、服用時間は寝る前にするとよいでしょう。

### 2) デュロキセチン (保険適応外)

**効能・効果：**うつ病・うつ症状、糖尿病性神経障害に伴う疼痛、線維筋痛症に伴う疼痛。

表2 末梢神経障害での生活上の注意(例)

冷感刺激に対する注意点
<ul style="list-style-type: none"> <li>・冷たいものを触る際には、綿製の手袋をする</li> <li>・洗い物などの水仕事は、お湯を用いる (カペシタビン併用は手足症候群発現する可能性が高いため、ゴム手袋推奨)</li> <li>・冷たい床を歩く際は注意が必要(お風呂の床など)</li> <li>・冷たい飲み物は避ける。暖かいものを少しずつ冷しながら試す</li> <li>・冷房の冷気に直接あたらないようにする</li> <li>・冬の時期は、冷気が直接あたらないような衣類を着用(手袋、マフラー、マスクなど)</li> </ul>
火傷への注意点
<ul style="list-style-type: none"> <li>・感覚異常があるため熱さを感じず、火傷することがある</li> <li>・感覚異常があるため、低温火傷に注意する</li> </ul>
転倒・怪我等への注意点
<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間にゆとりを持って生活し急がない</li> <li>・階段などの段差に注意する</li> <li>・ガラスなど落として割れるものの使用を控える</li> </ul>

抗がん薬の末梢神経障害の臨床試験において、末梢神経障害の重篤度は低下させなかったが痛みを軽減させたといった報告<sup>3)</sup>があります。副作用としては、悪心や眠気などもあります。「がん化学療法による末梢神経障害」という効能がないため、注意が必要です。

### 3) 漢方薬

医師が経験的に漢方薬を使用することがあります。牛車腎気丸、芍薬甘草湯、附子末などが使用されていますが、臨床試験によるエビデンスは不十分です。

## おわりに

抗がん薬による末梢神経障害は、副作用が継続的であるのに支持療法薬の効果が不十分であるため、患者のQOLを長期的に落とす副作用の1つです。薬剤では効果不十分であり、末梢の感覚が鈍るために、表2のような生活上への注意が必要です。抗がん薬による2次障害(災害)が起こらないように、薬局薬剤師の力が必要です。

### 参考文献

- 1) 厚生労働省：重篤副作用疾患別対応マニュアル。末梢神経障害。2009年5月。
- 2) Saif MW, et al. : Role of pregabalin in treatment of oxaliplatin-induced sensory neuropathy. *Anticancer Res* 30 : 2927-2933. 2010.
- 3) Smith EM, et al. : Effect of duloxetine on pain, function and quality of life among patients with chemotherapy-induced painful peripheral neuropathy : a randomized clinical trial. *JAMA* 309 : 1359-1367. 2013.

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。

## 臨床推論

## —検査値から読み解く疾患情報—

## 第2回 高血圧の症例



齊藤清一 長沼未加

クオール株式会社 クオールアカデミー・教育研修部

**患者基本情報** Aさん、66歳、女性。主婦。身長156cm、体重73kg。現病歴：生来健康。毎年健康診断を受けている。2年前から健診時に高血圧(血圧 150/90mmHg 前後)を指摘され、カルシウム拮抗薬(CCB)の内服治療を開始していたが、今年の健診でも高血圧を指摘される。受診時の血圧は168/108であった。

他科受診：なし。家族歴：腎臓病。アルコール：たまに飲む(ビール1缶/回)。タバコ：吸わない。車：運転しない。

**主訴** 「最近体が疲れやすくなって。体重が増えたせいかしら。今日は健康診断の結果を頂いたんですが、体重を減らさないとまた言われました。血圧が高くて、最近頭の辺りも辛くて。お薬はちゃんと飲んでるのにね。先生がこのままではいけないからお薬を変えましょうと。一体どういってお薬なんですか？今回は初めてのお薬なので、先生の指示通り飲みます」

## お薬手帳の内容

## ●お薬手帳情報

アムロジピン5mg 1錠  
1日1回 朝食後 14日分

## ●今回変更された処方

エックスフォージ配合錠 1錠  
1日1回 朝食後 14日分

## 検査値

(↑：基準値より高め)

BMI	30	↑	AST (GOT)	22 IU/L
血圧	160/101mm Hg	↑	ALT (GPT)	15 IU/L
脂質	LDL-C	124mg/dL	γ-GPT	21 IU/L
	HDL-C	74mg/dL	ALP	201 IU/L
	中性脂肪	117mg/dL	TP	7.0g/dL
腎機能	尿蛋白	(+)	T.Bill	0.8mg/dL
	GFR	78mL/分/1.73m <sup>2</sup>	尿糖	(-)
	尿潜血	(-)	空腹時血糖値	110mg/dL
	Cr	0.5mg/dL	HbA1c	6.5%

## 高血圧治療のコントロール指標

高血圧は90%が原因不明のもの、そして10%が症候性(病気が原因で高血圧になるもの)の2つに分かれます。原

因不明のものには、ストレス、自律神経、頸部・肩部の緊張、頸性神経筋症候群(CNMS)、過緊張(交感神経緊張症状)など、いろいろ絡んでいます。

2014年に改訂された『高血圧治療ガイドライン2014(JSH2014)』では、高血圧の診断基準(降圧薬治療開始基準)は従来通り140/90mmHg以上です。一方、血圧を下げる努力目標である降圧目標(診察室血圧)は、若年・中年者の高血圧では140/90mmHg未滿、後期高齢者(75歳以上)では150/90mmHg未滿となります(表)<sup>1)</sup>。

積極的適応がない場合の高血圧治療に使用する第一選択薬として位置づけられている薬剤は、β遮断薬(αβ遮断薬を含む)を除くCCB、ACE阻害薬、ARB、利尿薬の4種類が挙げられています。

中でも近年、CCBとともにACE阻害薬やARBなど、昇圧に深く関与しているレニン・アンジオテンシン系(RAS)を強く抑制する薬剤は、臓器保護作用も有することが数多くの大規模臨床試験成績で報告され、有用性が高いとの評価が高まり、他の高血圧治療薬に比べて年々使用頻度が高くなってきています。

日本でもARBはCCBとともに使用頻度が高い薬剤であり、臨床現場では単独または利尿薬やCCBと併用されているのが現状です。ARBはさまざまな臓器障害(脳血管障害、心疾患、腎疾患、糖尿病、メタボリックシンドロームなど)を伴った高血圧患者、さらには、人口の高齢化により罹患率が多い高齢者高血圧患者にも第一選択として推奨されています。

ARB、CCBともに、降圧に伴う臓器保護効果や心血管系疾患の発症予防などには他の高血圧治療薬よりも有用性が高いことが確認されており、高齢者高血圧患者においてARB/CCB併用療法は、高用量ARB療法よりも降圧効果が有意に強いとされています。

また、心血管系疾患あるいは慢性腎臓病(CKD)を合併する高齢者高血圧患者では、ARB/CCB併用療法は高用量ARB療法よりも心血管イベント/死亡の抑制効果の点

表 降圧目標

	診察室血圧	家庭血圧
若年、中年、 前期高齢者患者	140/90mm Hg 未満	135/85mm Hg 未満
後期高齢者患者	150/90mm Hg 未満 (忍容性があれば140/90mmHg 未満)	145/85mm Hg 未満(目安) (忍容性があれば135/85mmHg 未満)
糖尿病患者	130/80mm Hg 未満	125/75mm Hg 未満
CKD 患者(蛋白尿陽性)	130/80mm Hg 未満	125/75mm Hg 未満(目安)
脳血管障害患者 冠動脈疾患患者	140/90mm Hg 未満	135/85mm Hg 未満(目安)

注 目安で示す診察室血圧と家庭血圧の目標値の差は、診察室血圧140/90mmHg、家庭血圧135/85mmHgが、高血圧の診断基準であることから、この二者の差をあてはめたものである(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」より転載)

で有意に優れているとされ、その機序に、主として両薬剤間での作用の違いが関与していると考えられています。

CKD患者と糖尿病患者における降圧目標は130/80mmHg 未満(家庭血圧では125/75mmHg 未満)、脳血管障害患者と冠動脈疾患患者の降圧目標は140/90mmHg 未満(家庭血圧では135/85mmHg 未満)になります<sup>1)</sup>。いずれの場合でも、血圧が140/90mmHg 以上で直ちに降圧薬を開始するとされています。

## Aさんに対する今回の指導のポイント

### ■ # 1 腎機能低下による薬剤変更

Aさんは今回蛋白尿陽性であり、GFR値は78mL/分/1.73m<sup>2</sup>でCKD発症の恐れがあります。ご家族にも腎臓病を患う方がいらっしゃるため、そのリスクはさらに高まります。高血圧と腎臓は密接に関連していて、いったんCKDが発症すると高血圧が重症化し、さらにその後の腎不全へと悪循環が形成されていきます。CKDの発症は、日本腎臓学会の『CKD診療ガイドライン』によれば、①腎障害を示唆する所見(検尿異常、画像異常、血液異常、病理所見など)の存在、②GFR 60 mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満、のいずれかまたは両方が3カ月以上持続することにより診断されます<sup>2)</sup>。同ガイドラインではCKDの早期発見のため、すべての高血圧患者で検尿とeGFR(推算GFR)の算出を行うべきとされています。今回の処方変更は明らかに、高血圧に伴うCKDの発症予防と考えられます。Aさんのケースも高齢者高血圧患者に該当し、CKDの抑制効果を期待してARB/CCB併用療法が行われることを説明すると良いでしょう。

**服薬指導例** 腎臓の機能が悪くなってきているようなので、今回はその機能を改善するお薬が含まれています。最近体が疲れやすく感じられるのも、そのせいかと思われます。また、頭の辺りが辛いのも血圧の下がり具合が悪いためと思われ、今回のお薬を服用することで、血圧もより効果的にコントロールされます。

### ■ # 2 処方変更による低血圧リスク上昇

2剤併用により降圧効果が高まり、低血圧を引き起こす恐れがありますので、注意喚起が必要になります。また、Aさんは以前よりアムロジピンを服用しており、グレープフルーツとの相互作用についてはご存じであると思われますが、今回の処方変更でお薬が変わったため、再度注意喚起する必要があります。

**服薬指導例** 服用後は血圧が下がることにより、めまいやふらつき等が現れる恐れが

ありますので注意してください。また今までと同様ですが、今回のお薬もグレープフルーツを食べるとお薬の効果が強く現れますので、摂取しないようにしてください。

### ■ # 3 体重増加による高血圧・心血管系リスク上昇

AさんはBMI 30で、日本肥満学会の肥満基準によれば2度肥満になります。肥満は高血圧の重要な発症要因なので、肥満者は25kg/m<sup>2</sup>未満を目指して減量し、非肥満者はこのレベルを維持する必要があります。肥満は高血圧のみならず糖・脂質・尿酸代謝異常、脳梗塞、心筋梗塞、脂肪肝、肥満関連腎症等も合併します。Aさんは空腹時血糖値110mg/dL、HbA1c 6.5%で、今後糖尿病発症の恐れもあります。特に高度肥満では、それ自体が蛋白尿とその後進行する腎機能低下の原因になると言われ、肥満はCKDの悪化要因でもあります。腎機能悪化は高血圧をさらに重篤化するので、体重管理は重要なポイントです。適性体重の維持について指導を行いましょう。

**服薬指導例** 体重が増えると腎臓に負担が掛かり、血圧がさらに悪化します。また、血圧以外でも糖やコレステロールが増え、さまざまな臓器に影響しますので注意が必要です。約4kgの減量で-3~4mmHgの降圧が得られます。Aさんの目標体重は61kgになりますので、12kgの減量が必要ですが、急激な減量は体に負担をかけますので、長期的な計画のもとに無理のない減量を行いましょう。

その他の指導のポイントとしては、自宅での血圧測定やナトリウムの摂取制限等についてプロブレムを立て、薬局の窓口で患者さんにお話ししてみましよう。また、次回来局時には服薬後の体調変化・副作用・効果が得られているかの確認、検査値・体重の聞き取り、アドヒアランス・残薬の確認や、後発品変更希望の有無について確認を行うと良いでしょう。

#### 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。ライフサイエンス出版。2014。
- 2)日本腎臓学会：エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013。東京医学社。2013

# 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

第73回

山本 真



## 「コーチング」を服薬指導と安全管理に活用

服薬指導を行う中で、なかなか予定している効果が得られず、難儀している患者さんがいると思います。こちらが尋ねると、本人からは「きちんと薬を飲んでます」と回答してきますが、これだけの薬を服用しているのに十分な効果が認められないため、本当にきちんと服用しているのか、どうも怪しいと考えてしまうことがあるのではないのでしょうか。患者さんにはいろいろな性格の方がいるため、マニュアル通りに同じ説明をしても、その反応はいつも同じとは限らず、この患者さんとは波長が合うな、逆に苦手だなと感じることもあるでしょう。

### コーチングは双方向コミュニケーション 医療安全が目指す方向性と一致する

先日参加した「TAMA 生活習慣病フォーラム」では、糖尿病治療に難儀する患者さんに対して、チームとしてどのように対応していくのか、そのために連携が重要であること、そして組織とチームを活性化するためには「コーチング」が有効であるとの講演を聴くことができました。以前からコーチングについてはざっくりと知ってはいましたが、改めて講演を聴くことで、服薬指導に活用できるし、医療安全の考え方と同じであることを再確認しました。

また、「TAMA 生活習慣病フォーラム」は多職種連携によって治療効果のパフォーマンスを高めることを目指しているため、保険薬局の薬剤師も多く参加しています。年に2回開催で、今回は9月を予定しています。多摩地区の薬剤師の方で興味があれば、ノボ ノルディスク ファーマのMRさんに確認してください。

コーチングについては大石内科クリニック(京都府)の大石まり子先生が講演されました。大石先生は

糖尿病患者を治療していますが、糖尿病の患者さんから「そんなに食べていないのに体重が全然減りません」とか、「すみません。忙しくて食事療法や運動ができませんでした。次は頑張ります」と言う方がいて、思ったような治療効果が得られないことがあるそうです。

医療者はまじめな人が多く、例えば糖尿病の患者さんに対して、「患者は医療者の説明を聞くべきである」「指導をすればデータが良くなるはず」「私は患者の血糖コントロールを良くしなくてはならない」「糖尿病だから普通食事療法はするでしょう」と考えます。しかし、患者さんは医療者が考えていることと同じことを考えているとは限りません。正しいからと言って一方的にこちらの考えを押しつけても、すべての患者さんの治療効果は上がりません。患者さんは治療効果が上がらない場合、医療者に対して言い訳のような回答をし、今後も今までと変わらないことになります。押しつけるのではなく、患者自身が自分で考え決めて、行動するように持って行くことが必要です。

コーチングの目的(狙い)は、「自分で考えて、自分で決めて、自分で行動する」だそうです。コーチはマラソンの伴奏者に例えられ、「今の状態を教えてくれる」「よく見ていてくれる」「応援してくれる」「一緒に考えてくれる」「寄り添ってくれる」ことだそうです。

コーチングの3原則は、①双方向のコミュニケーションであること(相手が話したいことを聞き、それについて話す)、②相手に合ったコミュニケーションスタイルをとること(人はそれぞれ違う。相手の受け取りやすい形でメッセージを伝える)、③継続的にコミュニケーションを交わすこと(1回で終わりではなく、相手が行動を起こす、あるいは変えるまでフォローし続ける)です。従来のコミュニケーションは一方的で、

医療者が教える人で患者は教えられる人であり、医療者が「～するといいですよ」と話しても、患者さんは「～と言われてもなあ」と納得していないことがあります。一方通行のコミュニケーションは、指示・命令・アドバイスであり、双方向のコミュニケーションのためには、相手から引き出す・整理する・道筋をつけることが必要です。

双方向のコミュニケーションを行うことで「安心・安全な環境を作る」ことになり、それは①自由に話せる、②聴いてもらえる、③怒らない、④非難されない、⑤尊重される、⑥共感される、⑦認めてもらえる、⑧失敗を許されることだそうです。まさに医療安全の目指す方向と同様であり、「もの言える組織」（文句が言いやすい組織ではなく、おかしいな・変だな・こうすると良くなるなどが言いやすく、言ったことを否定・非難されない組織）の考え方でドンピシャでした。

また、コミュニケーションを阻害しているのは無意識の「枠組み」であり、生育の過程で身に付けてきた考え方・捉え方・ものを見る視点などで、無意識で持っている前提だそうです。代表的なものが「～べきである」「～ねばならない」「～はずである」「普通～でしょう」という考えです。

### 患者のコミュニケーションタイプを理解 取り違えると「事故」や「不安」招く

医療安全では、「私(私の職種)の常識は他人(他の職種)の非常識」と考えて行動してほしいと、研修会などで話しています。知っていて当然と勝手に考え、目的に合った指示や説明をしないと大きな事故につながります。言った・説明したと思っても、受けた相手が理解できていなければ意味がありません。今回の講演を聞き、改めて服薬指導にもつながることだと感じました。

そのほか、相手を認める(承認)ことも重要です。相手を認めることで、「自分は大切な存在だ」「自分は役に立つ存在だ」「自分は必要とされている存在なんだ」「自分はできるんだ」という自己肯定感が高まることで、行動へのエネルギーが高まるそうです。承認のレパートリーには、①結果を伝える承認(すごいですね、がんばりましたね)、②事実を伝える承認(いつも仕事が

早いですね、遅くまでがんばっていたんですね)、③気持ちを伝える承認(あなたのおかげで助かりました、ありがとうございます、嬉しいです)があり、相手に合った承認をすることが大切です。

さらには相手のコミュニケーションタイプをつかみ、それに合った対応が重要です。服薬指導時にも相手のコミュニケーションタイプに合った説明を行うことが重要です。コミュニケーションタイプを取り違えてコミュニケーションをとると、ズレによってストレス(不安・怒り)やエラー(事故)が起こります。服薬指導が上手くいかなかった、波長が合わなかったと感じるときは、コミュニケーションのズレが起こっているためかもしれません。

### コーチングは「同意・説明」にも応用 医療者の丁寧だけど一方的な説明を排除

医療安全の考え方にはコーチングと共通するところがあり、コーチングは組織づくり・チームづくりに活用されていますが、服薬指導などにも活用できるものです。

服薬指導以外にも、病院では同意・説明時にも活用できます。いくら丁寧に説明しても、一方的であっては説明を受けている側は理解していないことが想像できます。丁寧ではあっても一方的な説明をして、「理解できましたか」「質問はありませんか」と最後に確認しても、理解できていなくても医療者側が説明しているために確認しにくいなどと感じて、質問もなく「分かりました」と回答し、後々トラブルとなることがあるようです。

今回の診療報酬改定でも、医療の質に関する部分がいろいろと検討されています。調剤報酬の部分では、同じ薬剤師が同じ患者さんを担当することで質が向上するため「かかりつけ薬剤師」が導入されました。短期間で薬剤師が変わってしまう保険薬局よりも、長く同じ薬剤師がいる保険薬局のほうが質が高くなるため、在籍期間などが施設基準に導入されたのではないのでしょうか。

今後は数から質に変わっていくことを理解し、早急に対応していくことが重要です。適切な服薬指導を行うことで、患者満足度が高い保険薬局を目指しましょう。



新しい時代の医療ニーズに、信頼で応える

# 日本ケミファの ジェネリック医薬品



薬価基準未収載

## 剤形追加

前立腺癌治療剤  
劇薬・処方箋医薬品<sup>注)</sup>

〈ビカルタミド口腔内崩壊錠〉  
製造販売元：富士化学工業(株)

## ビカルタミドOD錠 80mg「ケミファ」

サイズ	剤形写真	包装単位
直径：10mm 厚さ：2.9mm 重量：300mg		30錠(10錠×3) 100錠(10錠×10)

## 規格追加

持続性ARB／利尿薬合剤  
処方箋医薬品<sup>注)</sup>

〈日本薬局方 ロサルタンカリウム・ヒドロクロチアジド錠〉  
製造販売元：日本ケミファ(株)

## ロサルヒド配合錠HD「ケミファ」

サイズ	剤形イメージ	包装単位
長径：13.6mm 短径：7.7mm 厚さ：4.9mm 重量：415.0mg		100錠(10錠×10)

選択的セロトニン再取り込み阻害剤  
劇薬・処方箋医薬品<sup>注)</sup>

〈塩酸セルトラリン錠〉  
製造販売元：日本ケミファ(株)

## セルトラリン錠 100mg「ケミファ」

サイズ	剤形写真	包装単位
直径：9.6mm 厚さ：4.2mm 重量：306.0mg		100錠(10錠×10)

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、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。

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

H28-4

### 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5月号]

発行日 ■ 2016年4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.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