

# PHARMACY DIGEST

12

2018 December

【巻頭インタビュー】…… 2 P

## \* 遺伝子多型解析や血中濃度測定により 移植や抗がん剤治療の安全性向上を目指す

薬剤師自ら行う検査を 医師らも評価・活用

秋田大学医学部附属病院 教授・薬剤部長 三浦昌朋

【薬業連携 ～薬剤師が変わると病院が変わる～③】…… 5 P

## \* 「薬剤師のあり方を変える」具体案模索の中で

ファルメディコ株式会社 / 医療法人嘉健会 思温病院 理事長 狭間研至  
大阪大学大学院医学系研究科統合医療学寄附講座 特任准教授

【新連載 / 2040年を見据えて動く薬局業務 ―今、薬剤師が踏まえておくべきこと―①】…… 6 P

## \* 2018年度改定から読み解く薬局のこれから

株式会社メディカルグリーン 代表取締役社長 大澤光司

\* 【今月のおすすめ「食事療法レシピ」】 豆腐の和風ロールキャベツ…… 8 P



# 遺伝子多型解析や血中濃度測定により 移植や抗がん剤治療の安全性向上を目指す

## 薬剤師自ら行う検査を 医師らも評価・活用

秋田県は、全国都道府県の中で最も高齢化と人口減少が進んでおり、高齢化では全国の20年先を行くといわれる。県内唯一の特定機能病院である秋田大学医学部附属病院は、高度専門医療を担うとともに、こうした地域の課題にも向き合っているが、同院薬剤部も、高度専門医療と地域医療の両輪を支える。それらの活動のうち、前編の今回は移植医療やがん医療で安全性や有効性を向上させるための取り組みについて、同院教授・薬剤部長の三浦昌朋氏に伺った。

### 遺伝子多型や血中濃度を解析し リスクの高い経口薬の投与量を提案

—はじめに、地域における秋田大学医学部附属病院の位置付けを教えてください。

**三浦** 秋田県は急性期の医療資源が一極集中していて、秋田市内に基幹病院が5施設あります。当院もその1つで、市内のみならず、県内のあちこちから患者さんが訪れます。そうした中で地域の救急に広く対応するとともに、県内唯一の特定機能病院として高度専門医療を提供しています。

—薬剤部はどのような体制ですか。

**三浦** 薬剤部は総勢46名で、そのうち薬剤師は非常勤1名を含めて32名です。調剤室、薬品管理供給室、試験室など大きく9つの部門に分かれ、2017年4月からは病棟薬剤業務実施加算も算定しています。秋田県には薬学部がなく、人員の維持は大変ですが、13病棟に1名ずつ主担当を置き、セントラルの薬剤師が

サブ担当になりサポートしています。そのほか手術室、臨床研究支援センター、医療安全管理部など、薬剤が関連する部署にも専任薬剤師を配置しています。

—特定機能病院として高度専門医療を提供されていますので、薬剤部でもさまざまな領域で専門・認定薬剤師を取得している方が多いですね。臨床業務で力を入れている取り組みはありますか。

**三浦** 当院では、腎臓や骨髄の移植、抗がん剤治療などを実施しているため、リスクの高い薬剤も使用します。そこで、免疫抑制薬と経口分子標的薬については、安全かつ効果的な治療の担保のために個別化療法を行っています。薬剤師が中心となって、これらの薬剤について遺伝子多型や血中濃度を調べ、投与量の処方提案をしているのです。

遺伝子多型の解析は、事前に患者さんの薬物感受性の程度をチェックするもので、免疫抑制薬のタクロリムスや、経口分子標的薬のニロチニブなどで実施しています。タクロリムスの場合は肝臓の代謝酵素CYP3A5などの、ニロチニブについては肝機能障害リスクの指標となるUDP-グルクロン酸転移酵素の一種UGT1A1の、発現に関わる遺伝子多型を解析し、その患者さんにとって適切な血中濃度になるように初回投与量を調整しています。

一方、血中濃度測定(TDM)は薬剤の投与後に行いますが、当院では経口分子標的薬を対象とし、患者さんに適した維持投与量の設定のために用いています。経口薬では吸収・代謝や、食べ物の影響で、同じ用量を投与しても血中濃度は変わります。血中濃度が高くなりすぎれば、Gradeの重

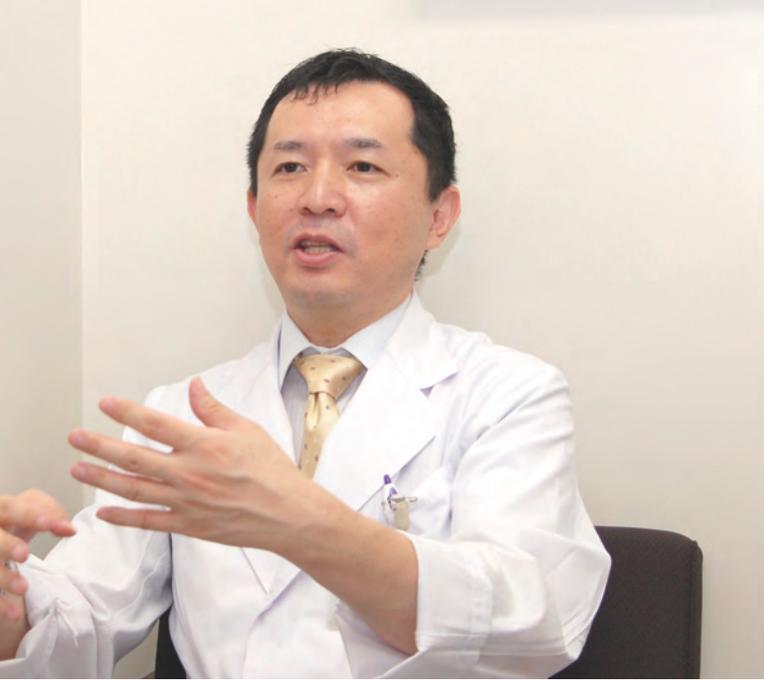
#### ■ 秋田大学医学部附属病院の概要 ■

1945年開設の秋田県立女子医学専門学校附属病院を前身として1947年に秋田県立病院を開設。1970年に秋田大学に医学部が設置され、翌年、県立病院を国に移管し医学部附属病院とする。現在、33診療科615床。特定機能病院をはじめ基幹災害医療センター、都道府県がん診療連携拠点病院、都道府県が肝疾患診療連携拠点病院、第一種感染症指定医療機関などの指定を受ける。2016年度の延べ入院患者は18万3,604人、延べ外来患者は25万6,636人に上る。



■所在地：秋田市広面字連沼44-2

■URL：http://www.hos.akita-u.ac.jp/



とを重視しています。

## 研究を兼ねた薬剤師による TDM 医師も日常的にオーダー

—こうした解析を検査会社に委託せず、薬剤師が行っているのはなぜですか。

**三浦** 私たちが行っているのは、診療報酬で評価されていない解析がほとんどで、検査会社に委託すると費用が高額で採算が取れません。そのため、昔ながらの方法ですが、遺伝子多型の解析は制限酵素を用いて処理したあと電気泳動で、診療報酬のついていない薬剤の TDM は高速液体クロマトグラフィー(HPLC)で行っています(写真1)。その分、コストは非常に安く抑えられています。

これらは、元は私が研究で手がけてきた取り組みなのですが、データが蓄積したので、10年程前から臨床に取り入れるようになりました。その流れもあり、費用は研究費でまかっています。

—研究でもあるのですね。これらの測定は、薬剤師の提案で行われるのでしょうか。

**三浦** いえ、基本的には通常の検査と同様、医師がオーダリングで指示を出し、各診療科の病棟を担当する

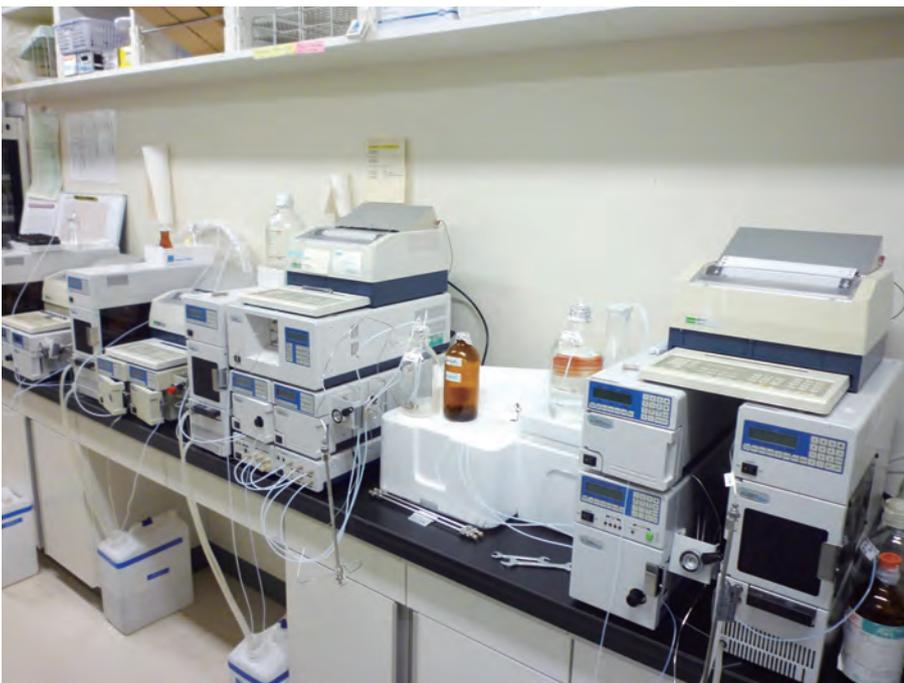
薬剤師が測定をしています。入院と外来とで合わせて1日10~20件程度はオーダーが入るのですが、入院については病状の変化が早く、翌日には結果を知りたいと言われることもあります。

—医師も TDM をかなり重視しているのですね。

**三浦** 今では「血中濃度を見ないと不安だ」という医師もいます。当院は大学併設なので、薬剤師が教員として医学部の講義や大学院の研究指導を受け持っています。博士課程では自分の患者さんの TDM を行い、それを論文にまとめて学位を取得する医師もいて、医師がその必要

い副作用が出るリスクがあるため減量し、治療効果が高いと報告されている範囲よりも濃度が低くなれば増量しています。このように血中濃度をもとに投与量を提案しているので、患者さん個々に細かく用量が違うのが特徴です。

また、原因は分かりませんが、中には血中への薬物移行が悪い人もいます。分子標的薬は高額ですから、そうした人には早期にほかの薬剤への切り替えを提案したほうが、経済的負担の軽減にもなります。このように薬剤部では、薬物動態を数値でしっかりと評価し、医師への処方提案や患者さんへの説明の根拠とするこ



▲写真1 薬剤部に置かれた高速液体クロマトグラフィーの装置。15台あり、病棟薬剤師が1人1台使用できるようになっている。

性を理解しやすい環境にありますし、現場で実施してみても有用だと感じる医師が少なくないのだと思います。積極的な医師だと、1～2時間おきに採血し、血中濃度－時間曲線下面積(AUC)を算出し、投与設計に活用しています。

最近、他の病院の医師からも、経口分子標的薬のコントロールに難渋している症例についてTDMの依頼を受けています。送料のみの負担で測定すると病院のホームページに掲載していることもあるのですが、北海道

から沖縄まで、全国から週に数件程度の申し込みがあり、毎週定期的に検体を送ってくる病院もあります。

——これまでのご経験から、経口分子標的薬のTDMの、治療における意義をどうお考えですか。

**三浦** 重篤な副作用の出現を減らせれば休薬の頻度も減りますし、十分量の投与もしやすくなります。その結果、1剤をより長く使用できるようになるというメリットもあると考えます。当院では、経口分子標的薬が使用されると同時にTDMを導入しているので、未実施の場合との比較はしていないのですが、薬剤のポテンシャルを引き出すのに役立つのではないかと思います。

## 薬剤部のカンファレンスでは 全病棟の薬剤師が毎週症例を発表

——これまでのお話のような専門的な業務に取り組むには、スキルアップのための教育が不可欠だと思いますが、工夫されていることはありますか。

**三浦** カンファレンスを通じた教育を重視しています。病棟薬剤師は、医師による各診療科のカンファレンスにも参加していますが、それとは別に、薬剤部でも毎週カンファレンスを開いています(写真2)。毎回、全病棟の担当薬剤師が、受け持ち症例から1例を選んでスライドで発表し、部内の全薬剤師で検討しています。病棟のサブ担当を務める薬剤師も、主担当の不在時には発表することとしています。



▲写真2 薬剤部カンファレンスの様子。

(写真提供：三浦昌朋氏)

カンファレンスでは、他の薬剤師から「何を根拠としてその判断をしたのか」などと厳しい質問も挙がるため、毎週それに対応する中で鍛えられていきます。このやり取りを見るだけでも、他の薬剤師の考え方や業務手法、あるいはプレゼンテーションの仕方などを学ぶ絶好の機会になると考えています。

こうした情報共有の場合は、安全管理においても大切だと考え、月1回、安全管理のカンファレンスを薬剤部員全員参加で開いています。ここでは薬剤部内で発生し完結したインシデントを発表し、それぞれのケースについて発生の原因を分析し、防止対策まで話し合っています。薬剤の規格の取り違えであれば、現場となった薬品棚のところに行き、規格の違う薬剤をどう区別しているかなど環境を確認したうえで意見を出し合い、リスクを1つひとつ潰しています。

また、毎月、インシデントの集計や分析を行っていますが、教育の意味もあり、新人薬剤師のみのインシデント件数や内容なども調べています。新人は3カ月ごとのローテーションで部門を異動するのですが、異動の直後に発生件数が上昇することがはっきり示されます。そこで、データを見せながら、インシデントの発生件数をどう減らしていくか、意識して業務に当たることが重要だと指導しています。

——安全管理においてもデータを活用しているわけですね。次回は、研修などについて引き続きお話を伺います。

# 薬薬連携

## ~薬剤師が変わると病院が変わる~

ファルメディコ株式会社 / 医療法人嘉健会 思温病院 理事長  
大阪大学大学院医学系研究科統合医療学寄附講座 特任准教授  
医師・医学博士 狭間 研至



### 第3回 「薬剤師のあり方を変える」具体案模索の中で

#### 実家の薬局運営の経験生かせる!? 手探りながら院内改革をスタート

何も分からず、また実績も経験もないままに、実務に当たりながら中小病院の運営に関わるようになりました。薬剤師のあり方を変えていくことは、病院を変えるための要素の1つになるのではないかと感じてはいましたが、実際どうしたらよいのかは、よく分かりません。ただ、とにかく、目の前の問題に一医師として取り組んでみるしかないと思いました。

というのも、そういった状況は、私自身が2003年ごろから実家の薬局運営に携わったときと、何となく雰囲気似ていたからです。外科医一筋で来た私が、いわゆる「調剤薬局」の業務を知るわけもなく、上場企業はもちろん、20~40店舗クラスの「調剤薬局チェーン」と比べても、見劣りするソフトおよびハードのシステムしかない実家の薬局をどうするか、頭を悩ませました。

あのときに、薬剤師のリクルートや社内研修の仕組み作り、調剤過誤対策や、不幸にして過誤が起こってしまった場合の患者さん対応など、実際に現場に入ってやってみたことは、楽なことではありませんでしたが、後々、大変役に立ちました。ということは、今回もその経験が活かせるのではないかと考えました。しかも、今回は実際に自分が医師として活動することができます。「これは、やるしかない」と、病棟で患者さんの受け持ちをして勤務をしつつ、病院の方向性も考えていくことにしました。

#### 外来に関わらずとも 膨大にある薬剤師の業務 まず取り組んだ3つのこととは

外来や救急、病棟での勤務を始めてみると、改めて薬を日常的に使うことに気がつきました。当院はすでに院外処方箋を100%発行していたので、外来調剤

業務について院内の薬剤師さんとお話しすることはありませんが、救急外来での急な投薬は、院内調剤で対応していますので、そこでの接点はありました。また病棟では、日常的に輸液は使いますが、そのオーダーから準備、病棟への運搬、患者さんへの投与に至るまで、多岐にわたる業務が、医師、薬剤師、看護師の連携の中で行われていることを実感しました。

さらに、内服薬も大変なことが改めて浮き彫りになってきました。60床の病棟でナースステーションは1つ。そこに、看護師の数も医療療養型や地域包括ケア病棟ではそれほど潤沢ではない中で、たくさんの薬が処方されています。定期処方に加えて臨時処方も五月雨式に出ます。これにきちんと対応し、適切に患者さんに服薬させることは極めて大変です。

これが上手くいかなければ、単に患者さんの状態が悪くならなかったり、悪くなったりする可能性があるだけでなく、自ら診察・診断し、処方した薬剤による薬物治療がきちんと行われていると信じている医師が、患者さんを診たときに正しい判断ができなくなり、結果的に、病院として最も大切な「患者を良くする」というミッションが果たせなくなります。

何とかしなければ、と思いましたが、なにせ薬剤師数も少なく、毎日の業務に追いまわられている中で、「いかんともしがたい」というのが実感でした。

ただここで、ありがたいことに、薬剤師さんの転職が相次ぎました。私自身の薬局から来ていただいた先生や、私が理事長を務める一般社団法人日本在宅薬学会経由で来ていただいた先生もいらっしゃいましたが、以前から私の取り組みをご存じの先生が、当院に転職してきてくださったことは、何だか「今までやって良かった！」と思い、嬉しかったものです。

こうして十分とは言えないものの、薬剤師数がある程度そろってきた中で取り組んだのは、1) 薬剤オーダーリングの一部電子化、2) 薬剤師の病棟業務支援の開始、3) 非薬剤師スタッフの雇用、ということでした。

# 2040年を見据えて動く薬局業務

## —今、薬剤師が踏まえておくべきこと—



株式会社メディカルグリーン 代表取締役社長  
大澤光司

第1回  
(全3回)

### 2018年度改定から読み解く 薬局のこれから

#### ■調剤報酬0.19%引き上げに至る議論の過程

最近、保険薬局は逆風のただ中にあるように感じます。2018年度診療報酬改定では、設備や人員体制など評価体系が全く異なる院内調剤の報酬と同じ土俵で比較され、「薬局は高い(儲け過ぎ?)」とバッシングを受け、現在もその流れは続いています。

2018年度改定の議論では、財務省から、調剤報酬の技術料を国庫負担の金額ベース(国費ベース)で400億円削減する、という案も出されました。これは総医療費に換算すると1,600億円に相当します(医療費ベース)。これがどれほど衝撃的な数字かは、現在の調剤費と照らし合わせると分かります。2017年度の医療費約42.2兆円中調剤費は約7.7兆円で、そのうち薬剤師の技術料は約1.9兆円です。1,600億円というと技術料の約8%に当たります。

1年間の処方箋枚数を8億枚とすると、処方箋1枚当たり▲200円で、薬剤師1人当たり1日30枚の処方箋を扱う場合、月22日勤務として1人当たり▲約13万円/月の減収になる計算です。財務省案がそのまま通っていたら、薬局は大きなダメージを受けたでしょう。

そうした意味では、最終的に調剤報酬の0.19%の引き上げ、医療費ベースで約160億円の上乗せで決着したことは、ある程度評価できると個人的には考えます。ただし、前回に引き続き、外枠で224億円の引き下げがあり、実質的には64億円のマイナスとなりました。

皆さんは、こうした診療報酬の配分がどこで審議されているかご存知でしょうか。多くの人は、中央社会保険医療協議会(中医協)を思い浮かべたのではないかと思います。確かに、中医協では各項目の点数設定などを行います。しかし、その元になる診療報酬の予算配分を決定するのは内閣です。その結果は、点数を話し合う前の前年12月に、診療報酬の改定率として示されます。つまり、薬局・薬剤師の役割を説明し適正な評価を得るためには、内閣に働きかけることのでき

る薬剤師国会議員を送り出すことも大切なのです。政治に関心がない方も多いと思いますが、そうした実情もあります。

#### ■影響大きかった調剤料の引き下げ

ところで2018年度改定では、薬局に対する予算はどのように配分されたのでしょうか。続いて、お金の動きを振り返ってみましょう。

今改定でマイナス評価となったのは、大型門前薬局に関わる調剤基本料の特例の範囲拡大や在宅への訪問薬剤管理指導の同一建物内居住者の新区分、後発医薬品調剤体制加算の基準の厳格化、そして調剤料の引き下げなどです。引き下げ額は総額で130億円ほどになりますが、このうち最も削減額が大きかったのは調剤料です。点数で見るとわずか2、3点なのですが、総額約100億円の引き下げとなっています。

反対にプラス評価となったのは、後発医薬品調剤体制加算3の新設、地域支援体制加算などです。中でも、薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料などの引き上げには予算がかなり割られました。引き上げ分の財源は、調剤料などでの削減分約130億円と、改定率の引き上げ分約160億円を合わせた計約290億円です。そのうち、薬歴管理指導料などの引き上げに、実に約240億円が振り向けられました。「モノからヒトへ」という役割のシフトが重視されていることは明白です。

そのほか外枠での224億円の減額が、これらの予算とは別に、調剤基本料3、特別調剤基本料の引き下げなどに反映されました。大手薬局にとっては厳しい改定になったと思われます。

今改定の議論から、次回以降の改定では次のようなことが予想されます。今回約100億円の削減となった調剤料は、さらに引き下げられる可能性があるでしょう。後発医薬品に関わる加算も、仮に残っても次の改定までである可能性が高いと考えます。

後発医薬品に関しては、国は骨太方針2017で「2020年9月までに使用割合を80%とし、できる限り早い時期に達成する」ことを定めています。一方、調剤レセプト平均では、後発医薬品の数量シェアは70%を超え、そのために今改定で調剤報酬での加算の最低区分が75%以上とされたという経緯があります。80%を超えるのは時間の問題でしょう。そうなると、加算で誘導する必要もなくなるわけです。ただ、加算が削減されても、その予算は必ず他の項目に回されます。それがどこなのかを、私たちは考えておかなければいけないと思います。後発医薬品調剤体制加算は約1,000億円程度ですが、主に振り向けられるのは在宅業務ではないかと考えます。

## ■ 医薬分業の次のトレンドを考える

表は、改定で新設された地域支援体制加算の算定要件です。ここでは、薬局に対するさまざまなメッセージが盛り込まれています。調剤基本料1を算定する薬局以外で、地域支援体制加算を算定するのはほぼ不可能だと思いますが、その施設基準にはこれからの薬局に必要とされる役割が挙げられています。

そのほか、在宅療養支援に関わる医療機関や訪問看護ステーション、また地域包括支援センターやケアマネジャーなどとの連携体制の整備、医薬品に関する安全情報の共有などについても改めて記載されています。さて、皆さんの薬局では今、何人くらいのも職種と連携していますか。

連携先の数や連携回数は、診療報酬の入退院支援加算や、ケアマネジャーに関する介護報酬でも一部算定要件に加えられています。薬局に対しても、次回改定で連携実績について、踏み込んだ要件が設定される可能性もあります。皆さんの薬局でも、連携先を増やして行ってほしいと思います。

マーケティング用語に、製品やサービスが市場に登場してから衰退するまでの動向を意味する、「ライフサイクル」という言葉があります。ライフサイクルは、サービスを導入していく「導入期」から始まり、市場に受け入れられ右肩上がりに伸びる「成長期」、やがて市場が飽和状態になり、売り上げが天井を打つ「成熟期」

表 「地域支援体制加算」の算定要件

◆地域支援体制加算：35点(新設)	
<b>【施設基準】</b>	
(1)	地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績があること(調剤基本料1算定の場合、(1)2)を参照。1年に常勤薬剤師1人当たり、以下の全ての実績を有すること。 ①夜間・休日等の対応実績400回 ②重複投薬・相互作用等防止加算等の実績40回 ③服用薬剤調整支援料の実績1回 ④単一建物診療患者が1人の場合の在宅薬剤管理の実績12回 ⑤服薬情報等提供料の実績60回 ⑥麻薬指導管理加算の実績10回 ⑦かかりつけ薬剤師指導料等の実績40回 ⑧外来服薬支援料の実績12回
(2)	患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っていること。
(3)	患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供していること。
(4)	一定時間以上開局していること。
(5)	十分な数の医薬品を備蓄していること。
(6)	適切な薬学的管理および服薬指導を行うにつき必要な体制及び機能が整備されており、患者に対し在宅に係る当該薬局の体制の情報を提供していること。
(7)	当該保険薬局のみ、または当該保険薬局を含む連携する近隣の保険薬局において、24時間調剤並びに在宅患者に対する薬学的管理および服薬指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(8)	当該地域において、在宅療養の支援に係る診療所または病院および訪問看護ステーションとの連携体制が整備されていること。
(9)	当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者との連携体制が整備されていること。
(10)	当該保険薬局以外の医療従事者等に対し、医薬品に係る医療安全に資する情報の共有を行うにつき必要な体制が整備され、一定の実績を有していること。
(11)	特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が8割5分を超える場合にあっては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が5割以上であること。
(12)	調剤基本料1を算定している保険薬局については、下記の基準を全て満たすこととし、(1)を適用しない。 ①麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。 ②在宅患者に対する薬学的管理および指導について、実績を有していること。 ③かかりつけ薬剤師指導料またはかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。

に達し、そのままだと売り上げは次第に低下していき「衰退期」を迎えます。そのため、成長期の段階で次のトレンドを考え、手を打つことが必要であるというのがライフサイクルマネジメントの考え方です。

先日、日本薬剤師会が発表した2017年度保険調剤の動向では、医薬分業率は全国平均で72.8%と上昇し、調剤件数、処方箋枚数ともに増加していました。しかし、それらの伸びは昨年度よりも鈍化し、処方箋枚数が17県で前年度より減少するなど、これまでにない変化の兆しが見られています。医薬分業率はそろそろ頭打ちになるかもしれません。

ライフサイクルでいうと、成熟期から衰退期に向かう段階です。調剤だけでは成長が見込めない段階に入ることです。しかし、まだ発展途上の分野もあります。私はそれが在宅医療だと考えています。処方箋枚数は急速に伸びており、今後もさらなる増加が見込まれます。

高齢者数がピークを迎える2040年に向け、薬局・薬剤師がどのような役割を担うべきなのか、次の流れを考える時期に来ています。この連載ではその役割を考えていきたいと思っています。

# 今月のおすすめ「食事療法レシピ」



## 豆腐の和風ロールキャベツ

このような傾向の方におすすめ

- 糖尿病 ●高血圧 ●肥満 ●高尿酸血症・痛風

キャベツはゆですずに電子レンジで加熱してお手軽に。豆腐とひき肉を混ぜ合わせたたねをキャベツで巻き、だしで煮ます。

### ◎管理栄養士からのレシピポイント

ロールキャベツのたねは、豆腐を加えてひき肉の量を減らし、脂肪とカロリーを抑えます。だしのうま味をいかして調味料を控え、減塩します。

#### 材料（2人分）

キャベツ（外葉） 4枚  
 A 木綿豆腐 100g  
 鶏ひき肉 60g  
 玉ねぎ 1/2個  
 塩、こしょう 各少々  
 だし汁 400mL  
 しょうゆ 小2  
 みりん 小2  
 にんじん 40g

#### 作り方

- ①キャベツは耐熱皿にのせてふんわりとラップをし、電子レンジで2分加熱する。粗熱を取って固い芯の部分はそぎ切りにする。
- ②木綿豆腐はキッチンペーパーで包んで水きりし、玉ねぎはみじん切りにしてAの材料を混ぜ合わせる。
- ③①を広げて②を1/4量ずつのせる。片方を内側に巻き込み、もう片方は中に押し込む。
- ④巻き終わりを下にして鍋に並べ、だし汁、しょうゆ、みりん、食べやすく切ったにんじんを加え、蓋をして20分煮る。

- 塩分（1人前） 1.6g
- カロリー（1人前） 164kcal
- 調理時間：30分
- 分類：主菜
- 難易度：簡単
- ジャンル：和



©Nippon Chemiphar Co., Ltd.

そのほかのレシピもご紹介しています。詳しくは日本ケミファホームページへ。 <http://www.chemiphar.co.jp/>

### 薬価基準収載

アルツハイマー型認知症治療剤

劇薬、処方箋医薬品<sup>注</sup>



**ドネペジル**塩酸塩錠 3mg・5mg・10mg「ケミファ」

Donepezil〈日本薬局方 **ドネペジル**塩酸塩錠〉

**ドネペジル**塩酸塩 OD錠 3mg・5mg・10mg「ケミファ」

Donepezil OD〈**ドネペジル**塩酸塩口腔内崩壊錠〉



ドネペジル塩酸塩OD錠3mg「ケミファ」



ドネペジル塩酸塩OD錠5mg「ケミファ」



ドネペジル塩酸塩OD錠10mg「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、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。



製造販売元(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

H28-12

### 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 [2018年12月号]

発行日 ■ 2018年12月1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