

2018 March

No.

50-1

神奈川県病院薬剤師会雑誌 50巻1号 通算第147号 平成30年3月30日発行(年3回3・7・11月発行) ISSN 2188-2649

神奈川県病院薬剤師会雑誌

Journal of Kanagawa Society of Hospital Pharmacists

Light 【電子版】



公益社団法人 神奈川県病院薬剤師会

神病薬誌

JKSHP

巻頭言 ——— ゆとりでしょ？ そう言うあなたはバブルでしょ？／喜古康博 ——— 1

研修会報告 ——— 2

病院薬剤師体験セミナー

くすりGet the Answersかながわ推進委員会／澤木奈実子

出張くすり相談 ～第8回 「厚誠クラブ講演会」～

くすりGet the Answersかながわ推進委員会／榊田晴美

平成29年度 医薬品情報研修会

学術情報委員会／坪谷綾子

平成29年度 DIワークショップ

学術情報委員会／上村忠聖

平成29年度 第11回 病院薬剤師版バランスト・スコアカードセミナー

ファーマシーマネジメント委員会／大幸 淳

第16回 かながわ薬剤師学術大会

学術情報委員会／廣瀬幸文

平成29年度 卒後教育研修会

教育研修委員会／竹内雄規・岩崎夏海・染谷梨沙

DIの頁 ——— 内服困難になった癌性疼痛患者に使用できる ——— 18

オピオイドはありますか？

学術情報委員会／宮内秀典

がん患者の周術期口腔機能管理について教えてください

学術情報委員会／坪谷綾子

神奈川の花／鈴木崇夫 ——— 23

映画に登場する薬物あれこれ part 30 梅毒治療薬／西村 浩 ——— 25

精神科専門薬剤師への道²⁷ 生活史健忘／西村 浩 ——— 26

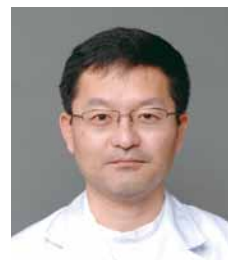
くすりの広場／森田雅之・馬場口靖也・岡田美晴・竹永悠司 ——— 27

山崎勇輝・金子憲太郎・天野しのぶ・石渡啓真

巻頭言

ゆとりでしょ?

そう言うあなたはバブルでしょ?



藤沢市民病院 薬局長
喜古 康博

表題は昨年のサラリーマン川柳コンクールの第1位の句である。私の就職した頃はまさにバブル絶頂の頃であり、製薬企業に就職する学生が大多数を占め、病院に就職する学生は僅かであったが、みな具体的な目標をもって病院に就職したと思っている。

ここ数年、薬剤師不足が続いているが、将来有望な学生を採用したいと思うのは管理職としては当然のことである。きっと本文が載るころには病院見学を希望する学生達がいる頃だと思う。

当院は常時、見学を受け入れており、就職希望の学生と話をする。その時ほぼ100%質問されることがある。「入職後何年目で病棟担当者なれますか?」。裏を返すと、「病棟担当薬剤師になるには一体何年かかる薬局なのか?」を問いかけている訳である。私から言わせれば、「あなた次第です!」と言いたい。ある研修会で若い薬剤師同士がこんな会話をしていた。「もう●●病棟の担当になったんだ」、「えーっ、すごいね」。果たして、いち早くほかの薬剤師より病棟担当になることが優れた薬剤師なのであろうか。当院は調剤、DI、TDM、医薬品管理、無菌調整業務などの基本的なこと以外に、コミュニケーションスキルが十分でないと病棟担当を任せるとはしない。仮に1年目の薬剤師が担当になったとして、どれだけ医師、看護師のニーズに答えることができるのか? チーム医療の一員として活躍することが出来るのか? 中には優れた新人薬剤師もいるだろうし、各施設の考え方もあると思う。ただ、一つ言えることは、業務すべてが大切であり、業務の種類に優劣はない。

1988年「入院調剤技術基本料」(俗にいう100点業務)が創設されたのを基に、1994年には薬剤管理指導料と名称が変更され、その後保険点数もアップした。薬剤師が臨床現場に出てから30年。今では救命救急、ICUにも薬剤師が常駐化している施設もある。病棟に薬剤師が常駐化する前は、医師から「薬剤師が病棟に来て役に立つのか?」とささやかれたこともあったが、今では、薬剤師がいないと困る程、信頼されている。ここまで、信頼を得るには先人の地道な努力があったからである。私自身、TDM業務を一から立ち上げるために苦勞してきた覚えがある。TDM業務開始当初は、医師の伝票記載不備、看護師の採血時間の未記入など、最終的に解析できる症例は僅かであった。その為、何度も時間を割き説明に赴いた。なかには、投与計画に対し、口出し無用という医師もいた。しかし、時間が経過するに従い、医師から投与設計の依頼件数も増え500件/月を超えることもあった。苦勞をしてきたからこそ、自信もつくし実績につながる。

最初に戻るが、今の学生は先人薬剤師が必死になって敷いてきたレールの上を「いつから乗れますか?」と安易に質問する訳である。将来、病棟担当者になることを目標にするのではなく、担当者になって何がしたいのかを目標にして欲しい。病院見学をするのであれば、給与、休暇、福利厚生なども重要だが、自分の目標とすることが叶う病院なのかを見極めるために来てほしいと望むばかりである。

研修会報告

Committee report

病院薬剤師体験セミナー

くすり Get the Answers かながわ推進委員会

横浜新都市脳神経外科病院 澤木 奈実子

平成 29 年 8 月 16 日（水）、横浜市立大学附属病院において「病院薬剤師体験セミナー」を開催しました。



佐藤会長

本セミナーは、県内の中学生・高校生を対象に、薬剤師の業務を体験することで薬学への関心を深め、さらに薬剤師を目指していただくことを目的としています。今年で 5 回目の開催となり、今回は 23 名（中学生 10 名、高校生 13 名）が参加しました。



調剤実習

普段知られることの少ない薬剤師の業務について具体的に知ってもらえるよう、当日は調剤実習・注射実習を企画しました。

調剤実習では、模擬処方箋に基づいて調剤体験を行いました。処方箋に記載されている内容や疑義照会について説明しながら、バーコードシステムを使った錠剤の取り揃え、散剤・水剤の計量調剤を行いました。また、鉄剤とお茶の配合変化を見てもらい、飲み合わせに注意が必要な組み合わせがあることを説明しました。



注射実習

注射実習では、ブラックライトを用いた正しい手洗い方法の確認、輸液の組成やダブルバック製剤の説明、キット製剤を用いた混注の体験を行いました。

また、注射での配合変化を実演し、このような変化が起こらないよう、薬剤師が処方チェックを行っていることを伝えました。



記念写真

中学生は、両親の勧めなどで職場体験の一環として参加された方が多かったようですが、高校生は具体的な進路として薬学部を視野に入れ、実際に薬剤師になることを考えて実務を体験するために参加された方も多かったようです。志望する大学出身の薬剤師に業務内容などを質問する姿も見られました。

セミナーの最後には、佐藤会長より参加者全員に終了証授与が行われ、記念品として『薬匙』をお渡ししました。

このセミナーを機に病院薬剤師の仕事に興味を持ち、将来ともに働ける仲間となってもらえることを願っています。

GTA 委員会は、一般市民に対して正しい薬事・公衆衛生に関する知識の普及・啓発を行うとともに、このようなセミナーを通して次世代の薬剤師の育成に努めています。

(なお、文中の写真掲載については、参加者全員から同意を取得しています。)

出張くすり相談 ～第8回 「厚誠クラブ講演会」～

くすり Get the Answers かながわ推進委員会

JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 榎田 晴美

2017年9月24日（日）、小田急ホテルセンチュリー相模大野において開催された第8回「厚誠クラブ講演会」に出張してくすり相談を行いました。厚誠クラブは会員制の「歯の健康クラブ」で3,600名の会員が所属し、お口と体の健康をテーマに講演会を毎年開催しています。今回、7月の市民のためのくすり講座で講師をしていただいたすき糖尿病内科クリニック院長の鈴木大輔先生からのご推薦で「厚誠クラブ講演会」にくすり相談で急遽参加することになりました。

この講演会は今回で8回目の開催になりますが、薬剤師は初めての参加となります。そのため薬剤師によるくすり相談は今回の主要なイベントとして、厚誠クラブ会長や理事長から来場者にご紹介をしていただきました。また講演の合間には、くすり相談を実施していることの案内が繰り返し行われました。

講演会は、午前は「口から食べる豊かな人生」を午後は「肥満・糖尿病とお口の健康」をテーマに、それぞれ医科・歯科より計5名の先生による講演で構成され、総来場者数は421名と盛大な講演会となりました。午前の部と午後の部の講演の前に健診・保健指導・健康相談・くすり相談を実施しました。

出張くすり相談にはGTA委員会から5名が参加し、くすり相談の実施、「あなたのくすりと健康」の小冊子と県病薬マスコットキャラクター入りク

リアファイルの配布、「Get The Answers!」と「薬の飲み方編」のパネルの掲示を行いました。くすり相談は、30名の方に利用していただきました。

くすり相談を利用された方は60～70代の女性が多く、病院などの処方薬に関する使用方法、作用・副作用についての相談を多く受けました。薬効分類では糖尿病用薬、鎮痛薬、降圧薬を中心に幅広い内容の相談がありました。また一般の方だけでなく、介護関係者からも薬の服用時間や調剤方法についての相談を受けました。くすり相談を利用された方をはじめ、来場者の健康に対する意識が高い事に感心しました。

代表的なお口の中の病気である歯周病は、糖尿病や肺炎などの疾患と関連があると言われております。また最近、薬で問題となっているポリファーマシーは口腔機能（摂食嚥下など）においても及ぼす影響は深刻です。これらのことから薬剤師の役割が歯科において、とても重要になっていることを実感しました。

今回GTA委員会は、くすり相談のイベントで参加させていただきました。この参加を機に、「医師—歯科医師—薬剤師」の「医歯薬連携」に繋がっていきたいと考えております。今後も色々なイベントに出向いて、一般市民の方々の健康増進や、お薬に関する正しい知識の普及・啓発に少しでも貢献できればと思っています。

プログラム	
■10:00～12:00 <午前の部>口から食べる豊かな人生	■14:00～17:00 <午後の部>肥満・糖尿病とお口の健康
摂食嚥下・カスマ君講師 NHK「アサデス〜」住生の流儀」に出演 小山 珠美 先生 NPO法人 口から食べる幸せを守る会 会長	「生活習慣病」基礎研究の第一人者 北村 忠弘 先生 東京大学生体科学研究科 教授 北沢薬学研究所 センター 教授
「摂食機能療法」の先駆者 榎田 晴一郎 先生 日本大学歯学部 歯周病科 歯学部 歯学部 歯学部	「歯周病と糖尿病」研究のバイオニア 西村 英紀 先生 九州大学歯学部 歯学部 歯学部 歯学部
■12:00～14:00	「糖尿病」治療・予防のエキスパート 鈴木 大輔 先生 すき糖尿病内科クリニック 院長
●ランゲ	
●血糖・血圧測定	
●薬の飲み方・調剤相談	
●保健指導・健康相談	

第8回「厚誠クラブ講演会」プログラム



くすり相談

平成29年度 医薬品情報研修会

学術情報委員会

川崎市立多摩病院（指定管理者 聖マリアンナ医科大学） 坪谷綾子

はじめに

今年度の医薬品情報研修会は、「薬物治療モニタリングにおける検査値とバイタルサイン」について、聖マリアンナ医科大学病院薬剤部、前田幹広先生をお招きして開催いたしました。医薬品情報研修会の内容についてご報告いたします。

プログラム

日時：平成 29 年 10 月 18 日(水)18:30～20:30
場所：横浜市社会福祉センター 4 階ホール
参加者：135 名（内訳:県病薬会員 129名,非会員 6名）
共催：田辺三菱製薬株式会社

講演

薬物治療モニタリングにおける検査値とバイタルサインについて
前田幹広先生(聖マリアンナ医科大学病院薬剤部)

講演内容

1. 循環動態

循環動態は、心臓のポンプ機能、循環血液量、末梢血管抵抗の3要素によって規定される。血圧（Blood Pressure；BP）は、「血管壁に与える血液の圧力」を示し、末梢血管での血液の流れにくさ〔全末梢血管抵抗（Systemic Vascular Resistance；SVR）〕と心臓から拍出される血液量〔心拍出量（Cardiac Output；CO）〕によって、ほぼ決定される（ $BP = SVR \times CO$ ）。心拍出量は、心臓のポンプ機能を表す指標であり、一般に左心室から体循環に対して1分間に拍出される血液量のことであり、1回拍出量（Stroke Volume；SV）×心拍数（Heart Rate；HR）で求めることができる。

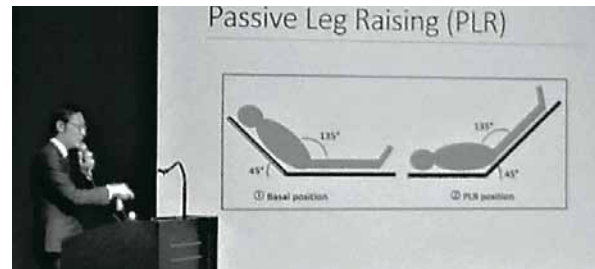
ショックとは、生体に対する侵襲あるいは侵

襲に対する生体反応の結果、重要臓器の血流が維持できなくなり、細胞の代謝障害や臓器障害が起り、生命の危機にいたる急性の症候群。典型的には交感神経系の緊張により、顔面蒼白、冷汗、虚脱、脈拍、呼吸促拍などの症状をとまなう。近年、循環障害の要因による新しいショックの分類が用いられるようになり以下の4つに大別される。

循環血液量減少性ショック：出血、体液減少（脱水・熱傷・イレウス・膵炎など）

血液量分布不均衡性ショック：敗血症性ショック、アナフィラキシー、脊髄損傷など
心原性ショック：心筋梗塞、弁膜症、重症不整脈、心筋症、心筋炎など

心外閉塞・拘束性ショック：肺塞栓、心タンポナーデ、緊張性気胸など



2. 敗血症ガイドライン

Sepsis（敗血症）の語源は古代ギリシャ語で「腐敗」を意味する septikos からなり、その概念は古くはヒポクラテスの時代から存在していた。1991年、米国の専門家らが敗血症を「感染による全身性の炎症反応症候群（Systemic Inflammatory Response Syndrome；SIRS）」と定義した。その後2001年に、欧州や米国のより多様な専門家らによって敗血症の定義が改定されたが、1991年定義と比べて診断基準の項目数が多く、改定後も、より簡便かつ客観的な1991年定義が臨床現場や臨床研究で用いられることが多かった。2016年に、敗血症の定義が15年ぶりに改定された。敗血症の新定義は、「感染

に対する宿主生体反応の調整不全で、生命を脅かす臓器障害」。1991年の定義第1版の「感染による全身性炎症反応症候群（SIRS）」、2001年の定義第2版の「感染症に起因する全身症状を伴った症候」に比べ、臓器障害が重視されている。旧定義は全身性の炎症として評価していたが、新定義では臓器障害そのものの進展として評価する。また、診断基準として臓器障害の程度を示す指標であるSOFA（Sequential Organ Failure Assessment）スコア^{*1}が採用されたほか、ICU外の場合でのスクリーニングツールとしてquick SOFAスコア^{*2}が新たに考案されるなど、大幅な変更となっている。

敗血症性ショックの診断基準は、「敗血症で輸液負荷にも反応しない収縮期の低血圧」という旧基準から、新基準では「適切な輸液負荷にもかかわらず、平均動脈圧65mmHg以上を維持するために循環作動薬が必要で、乳酸値が2mmol/L（18mg/dL）を超えるもの」と、具体的な計測値と乳酸値が加わった。

※1 SOFAスコア [意識変容（Glasgow Coma Scale）、呼吸（P/F ratio）、循環（血圧/カテコラミン流量）、肝臓（血漿ビリルビン）、腎臓（血清クレアチニン/尿量）、凝固能（血小板数）] 6臓器の障害の程度を、それぞれ0～4までの5段階で評価する。臓器ごとの点数と、これらの合計点で重症度を表す。SOFAスコアがベースラインから2点以上増加すれば、敗血症として診断される。

※2 quick SOFAスコア [精神状態の変化、呼吸回数22回/分以上、収縮期血圧100mmHg以下] 意識・呼吸・循環の項目から成り、各項目を1点とし、2点以上であれば敗血症を疑い臓器障害の評価を行うことが推奨されている。quick SOFAスコアは、血液検査などをしなくてもバイタルサインだけで判断できる。簡便ながら、ICU外で感染が疑われる患者に対してはSOFAスコアよりも死亡予測能が高いと報告されている。

3. 敗血症の治療

循環動態の安定化（低下した心拍出量や酸素供給量の改善、組織の酸素需給バランスの維持）と早期の感染症治療が根幹となる。最近の研究では、敗血症性ショックに対し目標値を設定し循環管理を行う目標達成指向型管理法（Early goal directed therapy；EGDT）は、目標値の

設定だけでは予後の改善はなく、早期（6時間以内）に達成した場合にのみ死亡率を低下させることが報告されている。日本版敗血症ガイドライン2016では、初期蘇生における輸液量については、血管内容量減少を評価後、細胞外液補充液30ml/kg以上を投与することがエキスパートオピニオンとして推奨されている。輸液反応性の指標としては、受動的下肢挙上（Passive Leg Raising；PLR）が用いられる。輸液に反応する患者は、通常30～90秒以内に体位の変動の影響を受け、SVが10～15%増加する。PLRで1回拍出量が10%以上増加する場合、輸液によって1回拍出量が15%以上増加することが、非常に良好な感度と特異度で予測される。初期輸液に反応しない敗血症性ショックに対する昇圧薬の第一選択としては、ドパミンとノルアドレナリンを比較したRCTの結果、死亡率に差はないが、ドパミンに不整脈等の有害事象を多く認めたことから、ノルアドレナリンの投与が推奨される（1B）。また、薬剤師ができる初期蘇生のモニタリングとして、乳酸値があげられる。乳酸値と敗血症の予後には相関があり、生存患者では6時間の乳酸クリアランスが高いことが知られており、継時的な乳酸値評価を用いた初期蘇生は敗血症の予後を改善する可能性がある。敗血症性ショック治療において時間の概念は非常に重要であり、敗血症性ショックは一般的かつ重篤で死亡率の高い病態であることを理解し、初期蘇生・循環作動薬を迅速に使いこなすことが重要である。

おわりに

本研修会では、ガイドラインやエビデンスを実臨床で効果的に生かすスキルを身に付けられることを目標とし、敗血症の治療を例に、薬物治療モニタリングにおける検査値とバイタルサインについてご講演いただきました。敗血症は集中治療室のみならず、一般病棟においても遭遇するため、定義・診断基準や治療について把握することは、多くの医療者にとって重要です。

当委員会では、本研修会の応用編として、平成29年11月15日（水）にDIワークショップでは、敗血症の症例についてディスカッションしました。今後も、会員の方々のニーズに合ったテーマで講習会を開催していきたいと考えております。

平成29年度 DIワークショップ

学術情報委員会

一般財団法人神奈川県警友会けいゆう病院 上村忠聖

はじめに

本年度のDIワークショップは平成29年10月18日に行われた医薬品情報研修会に続き、「薬物治療モニタリングにおける検査値とバイタルサイン」というテーマで行われました。より実践的に学ぶため、聖マリアンナ医科大学病院薬剤部 前田幹弘先生を講師にお招きし、症例提示をして頂きスモールグループディスカッション形式で討議しました。DIワークショップの内容について、以下の通り報告致します。

プログラム

日時：平成29年11月15日(水)18:30～20:30
場所：横浜市社会福祉センター 8階
参加者：62名（内訳：会員62名）
共催：田辺三菱製薬株式会社

講演

敗血症における薬物治療モニタリング
前田 幹弘 先生
(聖マリアンナ大学病院薬剤部 係長)



内容

【Discussion1：症例】

課題症例

年齢 65歳 性別 男性
身長 163cm 体重 52kg

【既往歴】 高血圧

【持参薬】

ノルバスク 2.5mg 1回1錠 1日1回 朝食後

ミカルディス 20mg 1回1錠 1日1回 朝食後

【副作用】 なし

【アレルギー歴】 NKFA & NKDA

【現病歴】

元来ADL自立していた男性。

2週間前に脊髄損傷(C5/6)疑いにて入院。

明らかな骨折像認めず、軽度両下肢筋力低下および両上下肢のしびれが持続。

一般病棟にてベッド上安静で経過。

Rx: カロナール 500mg 4T 4x

四肢痺れあり、両下肢MMT 4ptsにて経過。

【入院時検査値】

AST	45	Na	139	Hgb	13.1
ALT	21	K	3.4 ↓	Hct	37.9
ALP	363	CL	104	Pit	13.6
CPK	223	AMY	119	PT%	87
BUN	17	CRP	7.8	aPTT	29.5
Scr	0.6	WBC	8,900		
UA	6.4	RBC	411		

【発症2日前】

BP 146/81mmHg, HR 85bpm, BT 36.7°C

呼吸数 16/min, SpO₂ 99(r/a)

【発症前日】

BP 132/76mmHg, HR 95(s/r), BT 36.8°C

RR 24/min, SpO₂ 97%(r/a)

【発症日】

AM8時：便失禁あり。看護師が清拭をしている最中に失神。

BP 橈骨動脈触診不可、HR 104bpm、BT 38.6°C、RR 32/min

【臨床経過】

> 乳酸リンゲル液 500mL/1hr 投与

> 各種採血、血液培養、尿培養、吸引痰培養採取

> 抗菌薬投与

BP 84/46mmHg, HR 108bpm, BT 38.2°C

RR 30/min, SpO₂ 100%(O₂ 8L リザーバーマスク)

<検査値>

AST	52 ↑	Na	133 ↓	Hgb	13.8
ALT	43 ↑	K	3.8	Hct	38.4
ALP	265	CL	103	Pit	21.3
CPK	66	CRP	10.31 ↑	PT%	75.0 ↓
BUN	42.6 ↑	WBC	24,100 ↑	aPTT	35.7
Scr	1.75 ↑	RBC	373*10 ⁶		

ーリカバリー室ー

BP 119/64mmHg, HR 104bpm, BT 38.4°C

RR 20/min, SpO₂ 99% (O₂ 4L)

GCS 4-5-6

嘔気(-)、嘔吐(-)、呼吸困難感(-)

腹痛(-)、腰部痛(NRS 5/10)

CVA 叩打未施行(脊髄損傷のため)

腎エコーにて水腎症指摘され腎盂腎炎疑い

Rx:

生理食塩液 1500mL/hr

昇圧薬

ヒドロコルチゾン 200mg/生食 48mL 2mL/hr

<細菌検査>

喀痰: Gram 染色陰性

尿: 検査中

<尿定性>

混濁、比重 1.015, pH 6.5

WBC >100/HPF, 細菌 3+

上記課題症例に関して、「敗血症患者の全身モニタリングを行うことができる」を達成目標に各班で討議しました。最初に、症例患者におけるqSOFAでの初期評価を行い、問題点を挙げるよう問題提示がありました。各班討議の結果、#脊髄損傷、#腎盂腎炎、#急性腎障害(AKI)、#酸化不良、#敗血症性ショック、#頰脈等の問題点が挙がり、前田先生の挙げられた問題点と相違ない問題点が挙がりました。前田先生から、挙げた問題点を器官系統別に分類し、SOFAスコアをスコアリングするよう説明がありました。このように問題点を器官系統別に分類し、SOFAスコアをスコアリングすることで、問題点の器官系統別評価と整理ができ、抗菌薬の効果判定や問題点を経時的にモニタリングすることができると説明がありました。その上で、1. 想定される原因菌は何か?、2. Empric Therapyは何を選択するか?、3. 投与量はどれくらいか?を討議するよう問題提示がありました。討議後、1. 緑膿菌、大腸菌、*Klebsiella*、*Enterobacter*、2.3. メロペネム水和物 1回1g 1日3回の回答が、多くの班で列挙されました。

前田先生から、1. 想定される原因菌について、①腎盂腎炎、②脊髄損傷で2週間入院中、③尿道カテーテル挿入中、④敗血症性ショック、⑤カテーテル関連UTI原因菌等を鑑み、*E.coli* (ESBL産生菌を含む) かつ緑膿菌も考慮する必要がある事を解説して頂きました。また、自施設におけるESBL産生菌の検出率を把握していることで、治療計画に大きく貢献できることを解説して頂きました。



2. Empric Therapyは何を選択するかについて、セフトラゾールはdefinitive therapyとしてESBL産生菌による菌血症患者に安全に投与できるかもしれないという論文を引用して、この論文の内容を今回の症例に適用できるか解説して頂きました。論文の患者ではSOFAスコアが低く、軽症の患者へセフトラゾールを投与しているため、標準治療とは言えず、今回の患者には適用しにくいという臨床研究の制限事項を示していただきました。そこで、今回の症例ではメロペネムを選択する必要があると解説して頂きました。3. 投与量について、敗血症性ショック時における血管透過性の亢進による分布容積の増大を考慮し、初期投与量は減量の必要はなく、1回1g投与が可能である事、投与間隔においては、経過・尿量等を考慮して決めるが、12時間毎にするのか、8時間毎にするのかは医師と協議し決定していく必要がある事を解説して頂きました。また、投与量決定の際、薬剤のタンパク結合率、敗血症性ショックにおける腎排泄抗菌薬のクリアランス低下も考慮する必要があることを解説して頂きました。

【Discussion2：翌日の経過】

上記翌日の経過表と尿培養途中経過でGPC Chainの報告を踏まえ、A: 抗菌薬を変更する。B: 経過観察をする。のいずれかを討議しました。多くの班で臨床症状が悪化しているため、A: 抗菌薬を変更する。を選択する意見がでました。

前田先生から、GPC Chain から推定される原因菌は、尿道留置カテーテルの存在、カテーテル関連UTIの原因菌等から*Enterococcus*属が挙げられ、メロペネムでカバーできておらず、臨床症状の悪化が見られると解説して頂きました。また、敗血症性ショックにおいて、抗菌薬の投与が遅れることで、致死率が上がっていくことを示して頂き、数時間ごとのモニターが必要であることを解

シート2

ICU	CCU	CCM	HCU	ER	()	Progress Record	Name	Age	M	F	ID	OP	Dr.	P.O.D.	Date	No.	
Time	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	24:00										
Temp	38.4	38.5	38.5														
SpO ₂	100	100	100														
HR	100	100	100														
MAP	70	70	70														
BP	100/60	100/60	100/60														
Respiration	18	18	18														
GCS	E4V5M6	E4V5M6	E4V5M6														
SpO ₂	99	98	98														
HR	42	42	42														
MAP	5	7	10														
BP	100	100	100														
Respiration	18	18	18														
Medication & Injection	10-7hr 1g 1hr 50mg 2hr 50mg (10)		1g 10mg 50mg (50)														
IN TOTAL		IN 150-200	200mg/hr														
OUT TOTAL		OUT 200/hr	200mg/hr														
TOTAL BALANCE																	
Min.																	
Treatment Comment																	

説明して頂きました。その上で、追加薬剤はバンコマイシンとし、25-30mg/kgの負荷投与を行ったうえで、翌日血中濃度測定を行い投与量を決定していく必要があることを解説して頂きました。

おわりに

今回のDIワークショップでは、ガイドラインやエビデンスを実臨床に効果的に活かすスキルを身につけた医薬品情報研修会の内容を基に、敗血症患者の全身モニタリングを行うことができる事を目標に、症例を踏まえて、初期評価から器官系統別評価、治療戦略を考えることをガイドラインやエビデンスを基に解説して頂きました。ガイドラインを鵜呑みにせず、実際の症例に当てはまるかどうかを見極めること、全身モニタリングを行い、器官系統別に評価していくことが学べ、とても有意義なセミナーになりました。

今後も、臨床で役立つスキルを獲得できるようなセミナー開催を継続していきたいと思っております。

平成29年度 第11回 病院薬剤師版バランスト・スコアカードセミナー

ファーマシーマネジメント委員会

済生会横浜市東部病院 大幸 淳

はじめに

2025年に向けた医療政策として地域包括ケアシステムの構築が進められ、病院運営においても地域の実情に応じた病院の機能分化と連携が求められています。個々の病院は施設完結型から脱却し、退院後のフォローアップを含めた他施設との連携を推進しなければなりません。そのためには、それぞれの病院に勤務する全職員が、病院の機能のみならずその基本方針や方向性について十分に理解することが必要です。病院方針を薬剤部門の目標に落とし込むためには、適切なマネジメントツールの活用が重要です。

このような状況を鑑み、ファーマシーマネジメント委員会では医療機関における薬剤部門の管理マネジメントツールの一つとして、バランスト・スコアカード（Balanced Scorecard：以下、BSC）に注目しており、年に1回、“病院薬剤師版 BSC セミナー”を開催してきました。

本年度の第11回 BSC セミナーは、日本経済大学大学院 教授 赤瀬 朋秀先生を演者にお招きし、2日間にわたる講演とグループワークを、横浜市立みなと赤十字病院の会議室にて開催致しました。

プログラム

第一部：平成29年12月10日（日）10：00～17：30

基調講演「BSCの構造と作成ステップ」
グループワーク「薬剤部のSWOT分析を試みる」



講演いただいた 赤瀬 朋秀 先生

グループワーク「クロス分析と戦略課題の抽出」
グループワーク「優先度の高い経営課題の選定」
～各グループによる発表および討論～
ショートレクチャー「戦略テーマの抽出と戦略マップの構造」



講演の様子

第二部：平成30年1月27日（土）10：00～17：30

講演 「戦略マップ作成のポイント」
グループワーク「戦略マップの作成」
講演 「スコアカード作成のポイント」
グループワーク「スコアカードの作成と目標値の設定」
～各グループによる発表および討論～



グループワークの様子



成果発表の様子

参加施設・参加者の概要

全 11 施設	計 44 名
病床数別	
500 床以上	2 施設
300 ～ 499 床	5 施設
200 ～ 299 床	3 施設
100 ～ 199 床	1 施設
99 床以下	0 施設
参加回数別	
リピーター施設	9 施設
初参加施設	2 施設
参加者役職内訳	
責任者・部（科）長層	2 名
役職者（ミドルマネジメント）層	24 名
一般スタッフ層	18 名

セミナー内容

第一部の基調講演「BSCの構造と作成ステップ」では、平成30年度の診療報酬改定を踏まえ、特に外部環境の変化に対する見極めが大切であり、その中でも「政治的」「経済的」な業界環境の変化を取り込む重要性について御講演いただきました。そのうえで、BSC作成の各ステップについて順序だてて解説いただきました。

グループワークでは、各施設におけるSWOT分析による“強み弱み”の抽出及びクロス分析による戦略目標の策定を行いました。施設ごとに当委員会の委員がファシリテータとして付き、完成に向けてのアドバイスを行いました。

第二部の講演「戦略マップ作成のポイント」「スコアカード作成のポイント」では、戦略を“見え

る化”させるための戦略マップとスコアカードの具体例を提示していただき、実際に導入された施設でのメリットなどをご紹介いただきました。

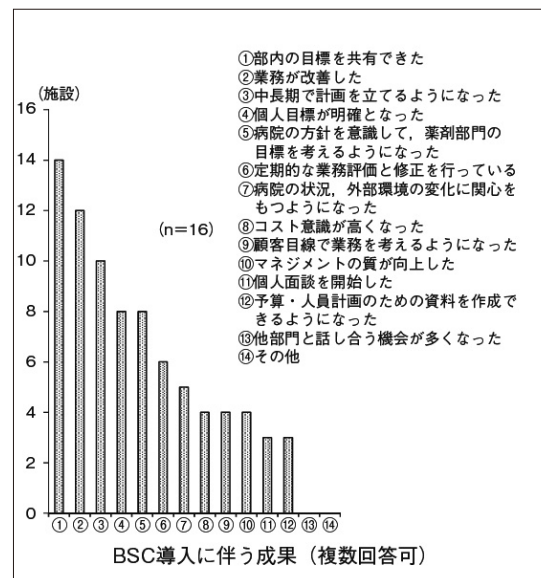
グループワークでは第一部での分析結果と院内データとの整合性を図り、その結果から薬剤部門の戦略を導き出しました。行動計画および具体的な管理目標を設定し、全施設で戦略マップとスコアカードを完成することができました。

最後に、参加者を代表して3施設がそれぞれの施設に特徴的な外部環境の評価や視点、戦略テーマなどについて成果発表を行い、意見を共有することができました。

当委員会からの学会報告について

当委員会の委員がこれまでの成果を論文として報告しております。いずれも本セミナーの有用性を報告した論文となりますので、是非ご参照ください。

●病院薬剤部門における管理運営手法としてのバランスト・スコアカードの有用性に関する検討
岡添ら 日病薬雑誌 Vol53, No9 : 1149-55 (2017)



本セミナーで作成されたバランスト・スコアカードを実際に活用することで、参加の9割弱の施設で部内目標の共有ができ、75%の施設で業務が改善することが明らかとなった。

●病院薬剤部門におけるBSC導入とファシリテータのあり方に関する研究

小田切ら 医療バランス・スコアカード研究学会誌 Vol14, No1 : 139-46 (2017)

ファシリテータを継続して経験することにより、BSCの質は向上し、同時に参加者の理解が深まることが明らかとなった。またファシリテータの質向上は、部門におけるBSCの精度向上につながることを示唆された。

おわりに

医療を取り巻く環境は著しく変化し、さらに病院の経営環境は厳しくなっています。平成30年度の診療報酬・介護報酬同時改定にあたり、疾病構造、医療構造が変化していく中で、地域・施設それぞれの実情を考慮した“医療のあり方”が問われています。

これまで当委員会が主催したBSCセミナーの受講者は、11回の開催でのべ127施設、402名となりました。本セミナーへの参加は、病院の経営指標の現状値や社会・地域の動向などを事前に準備しなければならないこと、2日間のグループワークが必要なことなど考えると敷居が高いように思われるかもしれませんが、多くの施設がリピーター施設として繰り返し参加していること、またセミナーで作成した成果物を実際に利用することで部内目標の共有や業務改善に貢献できることが明らかとなっています。

ぜひとも本セミナーへ参加していただき、継続的な薬剤部門の成長、目標設定の可視化、そして病院経営における薬剤師の存在意義を高める手法の一つとしてBSCを学ぶきっかけとしていただければ幸いです。

第16回 かながわ薬剤師学術大会

学術情報委員会

新百合ヶ丘総合病院 廣瀬 幸文

2018年1月14日に神奈川県病院薬剤師会・神奈川県薬剤師会の共催の下、第16回かながわ薬剤師学術大会が開催された。神奈川県病院薬剤師会から学術情報委員会が神奈川県薬剤師会と共同で実行委員会を務めましたので学会開催報告を致します。

同会開催にあたり、第16回かながわ薬剤師学術大会実行委員会副委員長である喜古康博先生の先導で薬剤師綱領唱和がなされ開会式が執り行われた。開会式では神奈川県薬剤師会副会長 後藤知良先生の開会宣言、神奈川県薬剤師会会長 鶴飼典男先生・神奈川県病院薬剤師会会長 佐藤透先生から挨拶があった。両会長ともに、本大会のテーマである「薬剤師ルネサンス～活躍の舞台を探る～」に触れ、現社会背景にある薬剤師への期待に応えるために、病院薬剤師・保険薬局薬剤師の連携が必要であり、シームレスな薬物療法をすすめるための議論が本学術大会でなされることを期待したいと挨拶があった。

第16回かながわ学術大会参加集計 単位：人

	事前参加	当日参加
神奈川県病院薬剤師会	493	177
神奈川県薬剤師会	450	179
一般	96	0
学生	0	16
小計	1,039	372
合計		1,411



◎特別講演：

東邦大学医療センター大森病院緩和ケアセンター センター長の天津秀一先生から緩和医療・

終末期医療と期待される薬剤師の役割について講演をいただいた。

緩和ケアは患者とその家族をフォローし、全人的苦痛を緩和し早期発見・早期予防し QOL を改善するアプローチであって、患者さんに臨むような良い時間を過ごしてもらうことであると訴えた。また、緩和ケアへ切り替えるのではなく緩和ケアを併用しましょうという説明へ転換することで緩和ケアは終末期のケアであるという誤解を解消できる。そして、一般の方は「モルヒネは意識を下げて痛みを緩和する」と誤解をされている方が多いので誤解を解いていくことも必要であると講演された。

緩和ケアは今後の多死社会に向けて、慢性心疾患や慢性肺疾患などにおいても必要であり、全人的苦痛へのケアも重要である。そして Talking Therapy として不安の原因や適応の方法について匿名の例を提示することでも治療になるということを紹介された。

今後期待される薬剤師の役割には、①薬剤の専門家としての働き（薬剤師の説明が付加すると一般の方はより納得しやすくなる）、②患者を理解する医療者の一人として患者さんを支えることが挙げられるのではないかと講演された。

最後に、薬を超えたところで患者さんとかかわることで痛みを和らげていくことができるという事例をもって薬剤師も協働で緩和ケアに参画できることを強調して、講演を終了した。



◎市民公開講座

「しんかい 6500」の秘密と深海の世界

国立研究開発法人海洋研究開発機構 (JAMSTEC)

柴田桂氏

JAMSTEC の使命は海洋立国日本の発展を科学技術によって推進することであるという JAMSTEC の紹介から深海の基本的な講演をいただいた。

深海の定義は水深 200M 以下だが、JAMSTEC では 1000M 以上深い場所として定めている。世界の海の深さの平均は 3800M であるため、深海 6500 は世界の海の 98% を調査することができる。海の深さは音を使って測深するが、世界で一番深い海はマリアナ海溝にあるチャレンジャー海溝であり、音波を使って測深したものである。

また、海底写真と陸上写真を比較することで海底の様子は陸上でも観察することができることを紹介していただいた。

「しんかい 6500」の性能を紹介するにあたり、水圧、塩分濃度、水温と水深との関係についての基礎知識をわかりやすく説明し、深海がいかに過酷な条件であり、「しんかい 6500」がそれに耐え得る設備をそなえていることを講演いただいた。また、これらの設備を利用するために、しんかい 6500 の定員 3 人のスタッフはすべての業務ができるように訓練され乗船しており、行った調査について潜行映像を示しながら講演された。その中で、相模湾などの日本近海の海底調査を示し、ごみ(タイヤ、洗濯機、ビニール袋など)がたくさん落ちていることを示された。また、これらのごみの中でビニール袋や釣り網などはしんかい 6500 に巻き付くと機械の故障につながり、浮上トラブルのリスクが高いため、非常に危険なものである。ごみは海を汚すことにもなるため、ごみ(特にビニール袋)は持ち帰るようにしましょうと警告された。

最後に、深海は地球最後のフロンティア(未開の地)であり、地球に興味を持っていただきたいとのメッセージをいただき講演を終了した。



◎シンポジウム：活躍の舞台を探る

○スポーツファーマシストの活動について

小竹慶子先生(浴風会病院)

ドーピングの基礎的内容について示し、うっかりドーピングを予防することが重要であり薬剤師はその手助けをすることができる。薬剤師がドーピングに関する知識を持つことは重要である。現在行っている薬剤師のアンチドーピング活動について紹介され、スポーツ団体と連携したり、地域相談を受けるなどの活動をしていくことで、今後の薬剤師の可能性が紹介された。

○病院における外国人患者への円滑な対応

仲鉢英夫先生(湘南鎌倉総合病院)

訪日外国人の推移、外国人が旅行される地域のランキングについて示し、日本が上位に位置していることを示された。神奈川県では外国人が多く訪れる街づくりを目標としているが、外国人が安心して医療を受けることができることは重要である。湘南鎌倉総合病院では外国人患者が受診しやすい環境となるように鎌倉市と共同で取り組みを行っている。言語、文化、宗教について配慮することで薬物治療に貢献することができるようになる。その中で薬剤師の可能性が紹介された。

○情報過多時代に求められる薬剤師の役割

後町陽子先生(ハイズ株式会社/医薬ライター)

国内データの流通量は 2005 年からの 9 年間で 9.3 倍となっている。しかしながら、誤った情報も多く氾濫していることも事実である。そのような中で、①情報の正確性を確保する、②必要な人に情報を届ける、③患者の意思決定を支援することが必要であり薬剤師にはこれらのことを意識して情報を提供していく必要があると説明された。

患者の価値観を把握し、不安を軽減するなど個人に適した情報を提供する作業を薬剤師が行いながら患者の意思決定を支援することが薬剤師には必要であると講演された。

○製薬企業の研究職に薬剤師は必要不可欠か？

長谷川敦氏(第一三共株式会社)

医療用医薬品と一般用医薬品の国内での販売状況を示し、製薬企業の使命と社会での役割を示された。新卒目線では、製薬企業の仕事は研究、開発、MR に分類することができる。

医薬品製造には、品質保証責任者と安全管理責任者が必要でありこの 2 者を統括するには総括製造販売責任者が必要であり、薬剤師のみが管理者になることができる。また、販売にあたってはサ

ンプル等の医薬品を扱うためには各営業所に1人、薬剤師を配置しなくてはならないとも定められており、研究を行うにあたっては薬剤師の配置が必要である。以前は会社の中での薬剤師数は半数を占めていたが、最近では数パーセント程度になってきている。しかしながら、製薬企業の中においても薬剤師は必ず必要である。

◎会員発表

口頭発表 10題

ポスター発表 88題

●優秀演題 口頭発表

【O-10】保険調剤薬局における健康サポートの実践

薬局で栄養・運動サポートすることで効果はでるのか？

薬樹株式会社薬樹薬局宮前平2号店
大貫 ミチ 先生

【O-4】有害事象報告の薬薬連携で示された薬剤師としての新たな活躍の舞台

平塚中郡薬剤師会方式の実証で明らかとなったこと

東海大学医学部附属大磯病院薬剤科
吉澤 美香 先生

●優秀演題 ポスター発表

【P-62】薬局が地域包括ケアシステムの中核になる為に必要なIoT、ICT、robotについての考察

株式会社 矢野調剤薬局
條川 雅司 先生

【P-45】緊急手術患者に対する精神科リエゾンチーム早期介入の必要性について

一般財団法人神奈川県警友会 けいゆう病院 薬局
志熊 亜美 先生

【P-69】副作用・アレルギー情報の一元管理システムを活用した薬剤師術前外来の有用性の評価

大和市立病院 薬剤科
荒木 良介 先生

【P-87】STOPP/START criteria ver.2を用いた持参薬確認時における不適切処方スクリーニング

藤沢市民病院 薬局
江口 智子 先生



閉会式においては、開院発表における口頭発表から2演題、ポスター発表から4演題の優秀賞が選定され表彰された。最後に、第16回かながわ薬剤師学会大会実行委員会委員長である中村正樹先生にあいさつと次回開催予定は2019年1月20日であることを宣言され閉会のあいさつが行われ同会は終了した。

以上をもって、本会は盛況のもと終了したことを報告させていただきます。

学術情報委員会では神奈川県薬剤師会との共催において、第17回大会開催に向けて準備を進めています。来年度も多くの会員の先生方が大会に参加をし、演題発表をしていただけるよう準備して参りますので第17回大会もよろしくお願ひ申し上げます。

平成29年度 卒後教育研修会

教育研修委員会

藤沢市民病院 薬局 竹内 雄規

今回、横浜市立大学附属市民総合医療センターにて POS の基礎と理論の講義ならび SGD 形式の SOAP を用いた服薬指導記録の書き方についての研修会に参加させていただきました。

普段私は個室病棟専任の病棟薬剤師として業務に携わっています。まだ薬剤師としては3年目、病棟に上がり約1年とまだまだ駆け出しの自分です。主な業務は服薬指導であり、服薬指導記録もその都度記載しています。ただこの指導記録が自分の中ではとても曲者でした。なぜなら書き方の正解の形が今ひとつ見えてこないからです。何度記録を書いても SOAP の明確な線引きが定まらず先輩方の見よう見まねでやってきた感じがありました。そのためこの辺りで一度、指導記録の書き方の基礎作りをしたいという思いを胸に参加を決めました。

研修会のプログラムは、昭和薬科大学臨床薬学教育センターの宮崎美子先生の「POS の基礎と理論」の講義から始まりました。POS のポイントとして、基礎情報の収集、プロブレムリスト作成、目標設定と初期計画の立案、経過記録の作成の順に進めていくことが重要だと学びました。まだこの時点では「頭では何となく理解しているつもりだが、実際の症例では結局どうすればいいのだろう」という状態でした。そのため午後の模擬症例を用いた SGD は有意義なものとなりました。

私の班は菊名記念病院の金田昌之先生がファシリテーターとして参加して頂く事となり大変に実りのある時間となりました。模擬症例を用いてプロブレムリスト、初期計画、経過記録と実際に書いていくことで頭の中が整理されていきました。模擬症例の他にも自分たちがどういった部分で記録を書くことに悩んでいるか、ハイリスク薬の場合はどんな指導記録するのがベストなのかなど各病院での悩みをディスカッションする場にもなり、また金田先生の方からご自身で経験されたこ

と踏まえたアドバイスを頂けたことで、大変勉強になりました。

今回の研修会で学んだことで POS の基礎の部分が理解でき以前に比べて SOAP 形式で記録をした際に内容の分かりやすさの違いを実感しています。

今後より理解を深め、薬剤指導記録の標準化や効率化を図れればと考えています。

最後に、本研修会にあたりお世話になった全ての方々に感謝を申し上げます。

横浜市立脳卒中・神経脊椎センター 薬剤部 岩崎 夏海

卒後研修会に参加して感じたことは、「記録を書くことの意義を自分は普段から意識できているだろうか」ということでした。日々の業務で服薬指導記録を記載してはいるものの、自分以外の人を読んで内容を理解できるような記録であったかどうか。今回の研修会ではその点について考えるきっかけをつかむことができました。これまでの私の記録は、簡潔にまとめようとするあまり必要な部分まで削ってしまうことがありました。膨大な情報から記録に必要なかそうでないかを取捨選択する際には、第三者の目線でも考えていく必要があると感じました。限られた時間で他の業務と並行しながら記録を書くことは難しいですが、正確な情報を提供できるよう日ごろから訓練していきたいです。

プロブレムの立て方については、「患者は」を主語にすることで、より明確に解決すべき問題点が浮かび上がることを学びました。私は地域包括ケア病棟の専任薬剤師であるため、在宅へ戻る患者様への退院指導依頼が多くあります。今後は患者の抱える問題点に、より近い指導を行うことができると思います。

グループディスカッション形式の講義であったため、知識だけでなくコミュニケーションについても見直すこともできました。また、他の病院で

どのような指導をしているか、どんな問題を抱えているかを共有することができ、とても有意義な研修でした。他施設の薬剤師の先生方との会話は緊張しましたが、ファシリテーターの先生方がディスカッションの流れをスムーズにしてくださいましたことや、差し入れのお菓子もあり、和やかな雰囲気でも過ごすことができました。今後もこのような研修会には積極的に参加していきたいです。

研修会の企画、運営をしてくださった先生方、ありがとうございました。

昭和大学横浜市北部病院 染谷 梨沙

昨年は1年間レジデントとして薬剤管理指導記録を指導薬剤師の先生方に添削していただきながらどのように書いていくのかを学びました。しかし、今年の4月から病棟に一人で上がるようになり、新たな病棟でいざ薬剤管理指導記録を書く際にどのように書いていけばいいのか悩むことが多々ありました。また、患者さんの複雑な問題点をどのように評価していくのか、整理できない時も少なからずありましたので、本研修会に参加いたしました。

「POSの基礎と理論」について宮崎美子先生の講義を受け、POSとは記録の形式ではなく、患者さんの問題点に注目し、それを解決するための方法であり、その記録を書く手法がSOAPとい

うことを改めて理解することができました。

また、スモールグループディスカッションでは宮崎美子先生の講義内容について症例を通して、ファシリテーターの先生方から多くのアドバイスをいただきながら、実際に自分たちで考えることで、より深く理解することができました。患者背景や治療に関連する様々な情報から問題点を明確化し、プログラムリストを立てることで、薬剤師として取り組むべき目標や初期計画が整理されるため、服薬指導に一貫性が生じると共に、その後の経過介入や指導記録を論理的に進められることがわかりました。患者さんが医薬品を適正に使用するため、また、チーム医療の一員として最善の医療を提供するためには、POSに基づいた介入の必要性を実感すると共に、他職種からみて薬剤師が介入している内容を明確に伝える手段であるということも実感することができました。

他施設の先生方やファシリテーターの先生方とディスカッションする機会もありませんでしたので、様々な考え方に触れることができ、とても有意義な時間を過ごすことができました。

今回学んだ内容を、日々の業務に活かし、最善の医療を提供することができるようにしていきたいと思います。

本研修会を企画していただいた先生方、ファシリテーターの先生方、本研修会に参加された先生方、ありがとうございました。



DIの頁

Drug Information Q&A



内服困難になった癌性疼痛患者に使用できるオピオイドはありますか？

はじめに

がん疼痛治療が主にモルヒネのみであった時代から、フェンタニル経皮吸収型製剤やオキシコドンが相次いで臨床現場で使用可能になり、またその後もトラマドール、フェンタニル口腔粘膜吸収剤、メサドン、タペンタドール、ヒドロモルフォンの使用も可能になり、患者に適した成分・剤型のオピオイドを選択できるようになりました（表1参照）。

内服困難患者に使用できるオピオイドは限られており、適正使用について理解しておく必要があります。

内服困難になる理由

オピオイドの基本的な投与経路はWHO方式ががん疼痛治療法によれば経口投与が基本です（表2参照）。しかし、嘔吐や意識レベル低下、消化管の通過障害や反回神経麻痺などによる嚥下障害など様々な理由で内服困難になり投与経路を変更せざるを得ない場合があります（表3参照）。

特徴と使用方法

モルヒネ注射液・オキシコドン注射液・フェンタニル注射液

- ・定時投与、レスキューどちらも使用可能です。
- ・注射剤は他の剤形に比べ、効果が速やかであり、短時間で定常状態に達します。

- ・モルヒネ注射液は静脈内、皮下、硬膜外、くも膜下腔内へ投与できます。
- ・オキシコドン注射液は静脈内、皮下へ投与できます。
- ・フェンタニル注射液は静脈内、皮下、硬膜外、くも膜下腔内へ投与できます。

モルヒネ坐剤

- ・定時投与、レスキューどちらも使用可能です。
- ・投与に不快感を伴うことがあります。
- ・直腸炎、下痢、肛門・直腸に創部が存在する場合、重度の血小板減少・白血球減少時は投与を避けて下さい。
- ・人工肛門からの投与は、生体内利用率にばらつきがあると報告されており、長期的な使用は推奨されません。

フェンタニル経皮吸収型製剤

（フェントス[®]テープ ワンデュロ[®]パッチ デュロテップ[®] MTパッチ）

- ・定時投与として使用可能です。（他のオピオイドから切り替えて使用する）
- ・フェンタニルは μ 1受容体選択性が高く、 μ 2受容体が関与する便秘などの副作用がモルヒネやオキシコドンより少ない薬剤です。
- ・貼付部位の温度上昇はフェンタニルの吸収量が増加し過量投与になるおそれがあります。外部熱源への接触、熱い温度での入浴を避ける必要があります。
- ・フェンタニル経皮吸収型製剤は経口薬に比べ至

適投与量決定までに時間がかかり、至適投与量模索時に副作用が発現した場合、剥離しても血中濃度低下に時間がかかるため、他のオピオイド鎮痛薬が一定期間投与され忍容性が確認された患者において切り替えて使用します。

- ・初回貼付後及び増量後少なくとも2日間は増量を行えません。連日の増量を行うことによって呼吸抑制のおそれがあります。
- ・フェンタニルはモルヒネ、オキシコドンと比べて鎮痛用量と呼吸抑制発現用量が近接しているとの報告もあり、少ない用量の変化でも呼吸抑制の危険があります。

フェンタニル口腔粘膜吸収剤

(イーフェン®バツカル錠 アブストラル®舌下錠)

- ・強オピオイド鎮痛薬を定時投与している患者のレスキューとして使用可能です。
- ・フェンタニル口腔粘膜吸収剤 ROO (Rapid

onset opioids) は従来レスキューとして使われてきたSAO (short acting opioids) に比べて速やかな鎮痛効果が認められます。

- ・投与回数に制限があります。(1日4回以下の突出痛に使用)
- ・開始用量が定まっております。(イーフェン®バツカル錠：50 μg または 100 μg、アブストラル®舌下錠：100 μg)
- ・突出痛は「予測できる突出痛」「予測できない突出痛」「定時鎮痛薬の切れ目の痛み」に分類できます。「定時投与薬の切れ目の痛み」に対しては定時投与薬の増量や投与間隔の変更を考慮する必要があることから、「定時投与薬の切れ目の痛み」に対するフェンタニル口腔粘膜吸収剤の使用は不適切な使用回数の増加になります。そのため持続性疼痛が適切に管理されている必要があります。

表1 がん疼痛治療に使用される主なオピオイド鎮痛薬一覧

鎮痛効果の強さによる分類	一般名	主な販売名
弱オピオイド鎮痛薬 (軽度から中等度の痛みに用いるオピオイド鎮痛薬)	コデイン	コデインリン酸塩
	トラマドール	トラマール®, ワントラム®
強オピオイド鎮痛薬 (中等度から高度の痛みに用いるオピオイド鎮痛薬)	モルヒネ	MSコンチン®, MSツワイスロン®, カディアン®, ピーガード®, モルペス®, <u>モルヒネ塩酸塩注射液, アンペック®坐剤</u> , パシーフ®, オブゾ®,
	オキシコドン	オキシコンチン®, <u>オキファスト®注</u> , オキノーム®
	ヒドロモルフォン	ナルサス®, ナルラビド®
	フェンタニル	<u>フェントス®, ワンデュロ®, デュロテップ®MT</u> , <u>フェンタニル注射液, イーフェン®, アブストラル®</u>
	タペンタドール	タペンタ®
メサドン	メサペイン®	

斜体は内服困難時使用可能薬剤

日本緩和医療学会:がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2014年度版,金原出版,東京,p45-47,2014を一部改変

表2 WHO がん疼痛治療法の5原則

- ・ 経口的に
- ・ 時間を決めて規則正しく
- ・ 除痛ラダーにそって効力の順に
- ・ 患者ごとの個別的な量で
- ・ その上で細かい配慮を

表3 がん患者の内服困難理由

- ・通過障害 : 頭頸部腫瘍、消化管への腫瘍浸潤、宿便など
- ・嚥下障害 : 脳転移などの中枢性の要因、意識レベル低下、反回神経麻痺 : 薬剤性の錐体外路障害など
- ・衰弱
- ・強い苦痛 : 悪心、嘔吐、痛みなど

余宮きのみ:ここが知りたかった緩和ケア,南山堂,東京,p30,2011より

Drug Information

内服困難時の実際の対応方法

症例

大腸がん患者、消化管閉塞、嘔気・嘔吐あり。安静時疼痛なし。

変更前処方

定時投与：オキシコンチン錠 (20mg) 2T 分
2,12時間毎

レスキュー：オキノーム散 (5mg) 1包/回

変更処方例①

定時投与：オキファスト注 30mg/日

レスキュー：オキファスト注 2.5mg/回

(換算は、オキシコンチン錠:オキファスト注 = 4:3とした)

オキファスト注 (10mg/mL) 3A=3mL
+ 生食 =21mL
計 24mL

投与速度は 1mL/時

レスキュードーズ 1時間量とする。

変更処方例②

定時投与：フェントステープ (2mg)

1枚

レスキュードーズ：フェンタニル注 (0.1mg)

0.5A/回 静注

フェントステープにて持続性疼痛が適切に管理された場合、レスキュードーズはフェンタニル口腔粘膜吸収剤に変更可能です。

おわりに

がん患者が内服困難になる原因は様々あります。突然内服困難になる場合もありますが、消化管の通過障害など近い将来に内服困難が予測される患者は、内服困難になってからオピオイドローテーションするのではなく、徐々に非経口投与に変更しておきましょう。また換算比はあくまで目安であり、オピオイドローテーション後の観察、評価を注意深く行うことが重要です。

参考文献

- 1) 各社 インタビューフォーム
- 2) 各社 新医薬品の「使用上の注意の解説」
- 3) Murasaki A et al.:journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy.2011;25:318-334
- 4) がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2014

(文責:日本医科大学武蔵小杉病院 薬剤部 宮内秀典)



がん患者の周術期口腔機能管理について 教えてください

はじめに

平成 22 年より国立がん研究センターと日本歯科医師会が共同し、「がん患者の口腔を守り最後まで口から食事をとる事を支援する」ため、がん患者の治療前の口腔ケアを地域歯科医療機関に依頼して実施する、地域医科歯科連携事業がスタートした。このような取り組みにより口腔ケアの重要性が認識され平成 24 年 4 月から、「周術期口腔機能管理料」が保険取載された。また、平成 24 年 6 月改訂の「がん対策推進基本計画」においても、がん治療における医科歯科連携による口腔ケアの推進が、取り組むべき施策として新たに記載された。

周術期口腔機能管理の保険制度(図 1、表 1)

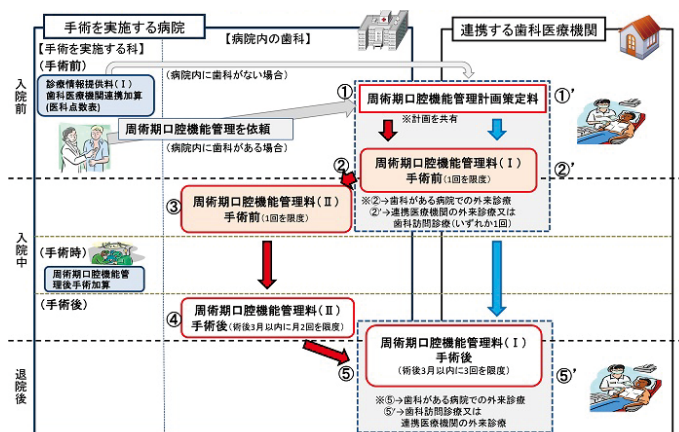
(1) 周術期口腔機能管理計画策定料

がん等に係る全身麻酔による手術又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケアを実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、歯科医師が周術期の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に算定する。

(2) 周術期口腔機能管理料 (I) 及び (II)

がん患者等の周術期等における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価したものをいい、具体的には、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の把握、手術に係る主病及びその治療に関連する口腔機能の変化に伴う日常的な指導等を行った場合に算定する。

図 1 周術期における口腔機能の管理のイメージ (医科で手術をする場合)



参考；中央社会保険医療協議会 総会 (第 376 回) 議事次第 歯科医療 (その 2) 平成 29 年 12 月 6 日

表 1 周術期口腔機能管理関連の診療報酬点数

周術期口腔機能管理計画策定料 (手術等に係る一連の治療中 1 回)	300 点
周術期口腔機能管理料 (I) 手術前 (1 回に限り) 手術後 (3 月以内、計 3 回まで)	280 点 190 点
周術期口腔機能管理料 (II) 手術前 (1 回に限り) 手術後 (3 月以内、月 2 回まで)	500 点 300 点
周術期口腔機能管理料 (III) (月 1 回)	190 点
周術期専門的口腔衛生処置 (1 口腔につき) (周 I、周 II の入院中患者に衛生士が実施、術前・術後に 1 回限り) (周 III の患者に衛生士が実施、周 III 算定月に月 1 回限り)	92 点

参考；日本歯科医師会「社会保険歯科診療報酬点数早見表」平成 28 年 4 月 1 日

(3) 周術期口腔機能管理料 (Ⅲ)

がん等に係る放射線治療、化学療法（予定している患者を含む）又は緩和ケアを実施する患者を対象として、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。

(4) 周術期専門的口腔衛生処置

周術期における口腔機能の管理を行う歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該患者の口腔の衛生状態にあわせて、口腔清掃用具等を用いて歯面、舌、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃又は機械的歯面清掃を行った場合に算定する。

(5) 周術期口腔機能管理後手術加算

医科) 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に悪性腫瘍手術等を全身麻酔下で実施した場合、所定点数に200点を加算する。

歯科) 周術期口腔機能管理料を算定した患者に対して、算定後1月以内に悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合、所定点数に200点を加算する。

周術期口腔機能管理の効果

周術期における口腔ケアを行うことによる術後の誤嚥性肺炎や手術部位感染の減少、在院日数の短縮といった研究結果が多く報告されている^{1)・2)}。また、化学療法時の感染源制御や、化学療法や放射線治療による口腔粘膜炎症などの口腔障害の予防や軽減などにも口腔ケアが効果的である^{3)・4)}。薬

図2 がん診療連携登録歯科医名簿



参考：国立がん研究センターがん情報サービス

剤師が化学療法センターにおいて口腔機能管理の重要性を説明することが歯科受診数の増加につながったという報告もある⁵⁾。

おわりに

周術期口腔機能管理はがん手術、放射線治療、化学療法、緩和ケアなどにおける合併症予防を目的として行われる、新しい形の歯科医療である。医科歯科連携による周術期口腔機能管理を推進するためには、周術期口腔機能管理の意義、患者自身による口腔ケア継続の必要性を、医師、歯科医だけでなく歯科衛生士、看護師、管理栄養士、言語療法士、薬剤師など多職種により説明することが重要である。平成30年度の診療報酬改定に向けて、周術期口腔機能管理を更に推進する観点から、急性期脳血管疾患患者など術後の誤嚥性肺炎のリスクが高い患者や低栄養状態の患者等においても算定対象の拡大が検討されている⁶⁾。しかし、歯科併設の医療機関は約2割と少なく、今後は地域歯科診療所との連携体制の構築が重要となってくる(図1、図2)。医科歯科連携における診療情報や処方薬剤の情報等の共有に際し、薬剤師の関与も望まれる。

参考文献

- 1) 小林義和, 老年歯学 第28巻2号, 69 - 78 (2013)
- 2) 五月女さき子, 口腔衛生会誌 第67巻4号, 262 - 269 (2017)
- 3) 植野高章, 口腔・咽頭科 第29巻1号, 77 - 82 (2016)
- 4) 比喜佳基, 近畿大医雑誌 第40巻1, 2号, 71 - 74 (2015)
- 5) 四十物由香, 癌と化学療法 第43巻2号, 223 - 227 (2016)
- 6) 中央社会保険医療協議会 総会 (第381回) 議事次第 平成30年度診療報酬改定に対する二号 (診療側) 委員の意見 平成29年12月12日

(文責：川崎市立多摩病院 薬剤部 坪谷 綾子)

神奈川の花 *kanagawa flowers*

イチゴノキ (ストロベリートツリー) (ツツジ科)



ハツユキソウ (トウダイグサ科)



神奈川の花

鈴木 崇 夫

昨年の晩秋より年末にかけて、ホスピタルアートと云う私にとって大変貴重な経験をしました。川崎の病院、第二川崎クリニックの院長、関川先生よりホスピタルアートのお話がありました。ホスピタルアートとは、先進国スウェーデンで始まった「人は誰でも文化的に最低限保証された生活を送る権利がある」との考えから公共建築の新築、改築に際して、アートに予算の1%を充てるという法律があり、クリニックの院長がその話に感銘を受け、病院の改築時にその考えを取り入れオープンギャラリーを作ったそうです。もしホスピタルアートに感心があれば絵画の展示をしてみませんか？と云うお話がありました。

以前、横浜市民病院の薬局に勤務していた頃、入院病棟の廊下の壁面や各階のエレベーター前のラウンジに飾られた絵画は患者さんをはじめより勤務する私達職員も、ほっとする癒しを感じていましたので、そのような展示が出来るのは願ってもないことと思い、ホスピタルアート開催をお受けすることにしました。私の個展は昨年11月28日～12月27日迄の1ヶ月間、100号の大作から小品の油絵合せて14点を展示しました。クリニックに通院している患者さんや家族、その他一般の人も来院された方々に開かれたギャラリーで絵を観て頂き癒しを感じてもらい穏やかな時を過ごして頂ければと思いました。会誌の「神奈川の花」も毎号真中に位置するように編集され読者の心の休憩室的存在、と創立50周年記念号に当時の編集委員の藤山恵正氏が書かれたように、癒しのページにするため、美しい花、珍しい花を掲載してきたことは、ホスピタルアートに共通するところがあります。最近は両膝に痛みがあるので山に行き山野草を撮影に行けないため、もっぱら身近な場所での取材です。今回の花は我家の庭で育てたイチゴノキと近所の花壇で見た初雪草です。イチゴノキと云う名前にひかれて、5～6年前に手に入れ植木鉢で育てた木が今年も昨年に続き2度目の実を付けました。この植物はアイルランド原産で、英名もストロベリーツリーといひます。この植物の面白いのは11月頃、花房が下垂してドウダンツツジのような白い壺状の小さな花を次々と咲かせます。それと同時に前年の秋に咲いた花の果実が同時に見ることができます。この果実は丸く直径2cmほどで粒々の突起があり、秋に緑から黄色、オレンジ、赤い実と変化します。ある本によると果実はジャムや果実酒にすると記されていたので、生で食べてみたところ甘味はあるが、どろっとしたぬめりがあり種子なのか固い粒があって、あまり美味しいものではありませんでした。花と果実を同時に見ることができるので、見て楽しむ樹木のようなようです。

名前の由来は赤く色づく果実がイチゴを連想させることからこの名が付けました。私の好きな斑入り植物には、春蘭や日陰の庭を明るく彩るギボシやツワブキ、ヤブランなど沢山ありますが、日の当る場所でも真白な斑入りの葉と花を見せてくれる、初雪草は最近とても気になる植物です。トウダイグサ科、トウダイグサ属で日本ではどこにでもある雑草のトウダイグサ、ナツトウダイ、ノウルシ等と同じ仲間形態も良く似ています。

日本のトウダイグサは緑色葉と黄緑から黄色の花で草地ではあまり目立ちませんが、北アメリカ原産のハツユキソウは濃い緑色の葉に覆輪が入り花も白色で、初雪が積ったような情景が上品で涼やかな魅力を見せます。小さな白い花を囲む白覆輪の葉が遠目で見ると大きな花のようにもみえます。ちなみにトウダイグサの名の由来は和名では灯台草と書きますが、海を照らす灯台のことではなく、花の姿が油の皿を置いた昔の燈火の台に似ていることから付けられた名だそうです。

映画に登場する薬物あれこれ part 30

—梅毒治療薬—

厚木市立病院 精神科医 西村 浩

“Les Innocentes”「夜明けの祈り」(2016年フランス・ポーランド映画)、1945年ポーランドの修道院が舞台、ドイツ軍を撃破して進攻してきたソ連兵により強姦されて妊娠してしまった多数の修道女たちと赤十字病院のフランス人女医マチルドとの感動の物語。事情もよくわからないまま巻き込まれたマチルド先生、たった一人で、妊婦の口にガーゼをのせてありますからおそらくジエチルエーテルによる麻酔を用いて帝王切開を行い、無事に出産させます。そして豊富にあるわけではないペニシリンを勤務先からくすねてまで投与します。睡眠時間を削ってまで往診するので、手術室では上席医に叱責され、さらに修道院からの帰りに凶暴なソ連兵に強姦されそうになりながらも治療のために修道院に通います。目の前で体調を崩した老修道院長を視診だけで「重症の梅毒です、特効薬があります」と診断します。またペニシリンを盗み出してこっそり治療するつもりなのか？1942年ペニシリンがPCGとして単離されて実用化されるまでは、塩化第2水銀である昇こう（「工」の下に「水」）による治療が行われ、ついで有機砒素剤であるサルバルサンが用いられたと皮膚科学で教わりましたが、いずれもかなり毒性が強そうですね。

“Florence Foster Jenkins”「マダム・フローレンス！夢見るふたり」(2016年英国映画)なんと18歳で結婚したものの、夫から感染した梅毒病歴50年のマダム・フローレンスが主人公（ものすごい音痴なのに音楽の殿堂カーネギー・ホールで米軍兵士達を慰問するリサイタルを開こうとします）を、かのMeryl Streep（メリル・ストリープ）女史が、そして金の力に物を言わせてマスコミを操作し、その開催にこぎつける再婚した夫をHugh Grant（ヒュー・グラント）氏が演じます。この映画の中での梅毒治療も水銀と砒素とのことでした。1944年に亡くなられたそうですからまだアメリカには導入されていなかったのか、無理からぬことですね。夫には感染しなかったのかは、明らかになりませんでした。

実は、医学生時代の産婦人科実習中にたまたま正常分娩をなさる妊婦がいなかったため、恥ずかしながら正常分娩の実習経験がありません。航空機搭乗中に「お客様のなかに医療関係者はいらっしゃいますか？」というコールに応じて、「お産です」といわれたらどうしようと海外に出かけるときはいつも心底不安にかられます。しかし、帝王切開の手術は見学ができました、「一瞬だから目をそらさないで」と注意を受けたとおり、緊満した子宮にほんのちょっとメスを当てただけで、昔のなんとかアイスのようにつるりっと新生児の頭部が飛び出してきました。「これなら自分でもできるかも」と思えるような手術でした。もちろん実際に手術を行う破目に陥ったことはありませんが、機内で腹痛を訴える患者さんの対応にあたり、今はなきNorth West航空から5000マイルをもらったり、血圧上昇した患者さんの対応にあたりビジネスクラスでワインを飲み続けたりするなど、かなりの頻度で急患に遭遇しています。「訴えられるのではないか」との不安から、航空機内では名乗り出るのを躊躇する医療関係者も少なくないといわれます。実際、機上での出産に、乗り合わせた眼科医が「眼科医でも良ければ」と尋ねて、無事に出産したのに、後から「デベゾになったのは、取り上げた眼科医のせいだ」と訴えた裁判があったそうですが、裁判所の判決は「制限の多い機内で名乗り出て助けてくれたのに、その恩人を訴えるとは何事か」と無罪になったそうです。たしか「善きサマリア人」判例として有名とか。

さて修道女の一人が「薬草師がいるので薬は不要です」と答えるシーンがありました、「薬草師」初めて知る単語でした、調べてみてもなにやらファンタジーの世界に登場する単語のようで正体は不明です。

西村浩：川崎市立生田小学校、同生田中学校および神奈川県立厚木高校卒、早稲田大学政治経済学部経済学科をへて1986年弘前大学医学部卒、米国留学を経て2005年4月より厚木市立病院精神科部長。

生活史健忘

「散歩する侵略者」(2017年日本映画)突然発生した残虐な一家殺害事件、しかもその被疑者は制服を着た女子高生。さらにその事件を取材中の週刊誌記者に近づく謎の若者に加え、記憶を失って保護されたものの奥さんから「浮気」を疑われている会社員。謎のオープニングです。なんと「厚生労働省」の名刺を持った男性が登場しますが、その男性の部下たちはとても厚生労働省の職員とは思えない風体です。あえてたとえれば、私服の特殊部隊戦闘員あるいは秘密工作員といったところで、いかにも怪しげな黒いバンで移動しています。厚生労働省でも麻薬取締局員は拳銃で武装していますが、映画に登場する職員たちは自動拳銃どころか軽機関銃で武装しています。謎のウイルス感染の調査と称していますが、まるでアメリカ映画ですね。日本に派遣された侵略者の先兵が三人だけなのか？全世界的にも同様の侵略が行われたのか？などの謎は解明されないまま物語は最終局面に向かいます。

この「記憶喪失」は精神科臨床ではしばしば遭遇します。

20歳代女性デパート勤務、大学生の交際相手から電話で別れを告げられたらしく、長電話の末に叫びながら裸足で自宅を飛び出してしまいました。電話中からただならぬ気配に様子をうかがっていた母と姉とが急いで跡を追うと、なんと交通量の多い国道に飛び込みそうな勢いでしたから二人で必死にそれを止めてなんとか自宅へ連れ帰りました。しかし何を話しかけてもまったくうわのそらで、なにやらブツブツといい続けています。母親も姉も目を離すわけにもいかず徹夜でそばにおり、翌朝精神科外来を受診されました。本人はもちろんですが、付き添いの母と姉も一睡もしておらず三人とも疲労困憊の気配がありあります。御本人に名前を尋ねても答えてくれないので、母と姉とを指差して「このかたたちはどなたですか？」と尋ねると、「昨夜お世話になったかたたちです」との答え。母と姉とはその場で泣き崩れてしまいましたが、本人は淡々としています。生活史健忘です。おそらく一時的なもので時間の経過とともに改善するだろうと見通しを伝えましたが、御家族は「(交際相手を)訴えてやる！」と怒髪天を衝く勢いでした。「必ず嘘みたいに良く

なりますから」と重ねて説明し、マイナートランキライザーを投与、水分摂取と安静とを指示しました。症状は次第に改善し、1ヶ月ほどで元に戻りました。

30歳代男性会社員、朝自宅を出勤したまま行方不明となりました。自宅に戻らないため、奥様が勤め先に電話連絡すると、無断欠勤とのこと。翌日隣の駅から電話連絡があり、そのまま外来受診されました。失踪中の記憶は一切ありませんが、衣服には目立った汚れはなく、ヒゲが1日分伸びているだけです。血液生化学検査および頭部CTなど所見はありません。おそらく仕事などでの負担があったのでは？と経過観察としましたが、後日同様のエピソードがあり、脳波検査も行いましたが、やはり所見はありませんでした。奥様は「浮気をしているのではないか？」と疑っておいでしたが、御本人は否定されました。もしかまた同様のことがあったら受診するようお願いしましたがその後は受診されませんでした。こうした生活史健忘のなかにはかなり遠方で保護されるかたもおいです。クレジットカードやATMでの履歴をたどって地域を絞り込み、警察に保護願いを出したり捜索願を出したりして保護されることもあります。たいていその間の記憶はありません。ご家族は「どこで、何をしていたの？」と質問攻めにしますが、御本人は覚えていないのですから、「しつこく聞かれると死にたくなる」と主訴の記入欄に書かれる始末です。「ご無事で不幸中の幸いでした、そのうち思い出すかもしれないのでそれまで待ちましょう」とお願いしています。たいてい、仕事などでの大きなトラブルなどがその背景にありますから、思い出したくもないことがあるに違いありませんから、無理に思い出させようとしないほうがいいようです。なかには外国で保護されるかたもおいです。

西村 浩：精神保健指定医

くすりの広場

看護学生の教育に携わることで

横須賀タワークリニック薬剤管理室 森田 雅之

私は、東京薬科大学を卒業して直ぐに神奈川県衛生看護専門学校付属病院（後の神奈川県立汐見台病院）に就職した。全国でもめずらしい看護学校の付属病院として看護師養成が病院の主たる使命の一つであった。ほとんどの職種の責任者は、それぞれの専門領域の講座を担当していた。私の上司も准看護学科の臨床薬理学講座を担当していたが、私が27歳のとき、薬局長から代わりに担当してみないかとの打診があった。人前で話すことには多少の自信があり、しかも好きな薬理学であったことから、待ってましたとばかりに二つ返事で引き受けた。薬局長からは、初めは独特な緊張感を経験するとの注意を受けたが、気にもせず、初回の講義に向けて資料作りに精を出していた。冷静に考えれば、1時間30分の間、40人の視線を受けながら教壇に立ち続け、理解を得ながら学生の興味を継続させ、しかも黒板を使いながら話すためには、高度な技能が必要となる。当然のことながら、27歳の新米講師にできるわけがないのに、当時の舞い上がっていた私には、そのような心配は微塵もなく、大学で受けた授業をお手本にどのような内容を話すべきかを考えるばかりであった。おそらく聴講する学生のことは頭に無かったのではないかと思う。はじめての講義は、教壇に立った直後の私に薬局長の言葉を思い出させた。私の言葉を聴き取り理解しようとする40人の視線は、プレッシャーとなり、私に緊張感を与えた。それでも準備していた通りに講義を進めたが、学生たちの表情と態度から、1時間30分の講義は、学生たちにとって興味と理解からかけ離れたものであると感じさせた。「どうしたら看護学生たちに興味をもってもらえるのだろうか。」、初回講義での学生たちの表情が新米講師の頭から離れることはなかった。次回の講義では、学生たちが少しでも薬理を身近に感じることができるよう、アルコールについての話をした。ロシア人がウオッカを飲むときに高級なキャビアやソーセージを食べるわけ、シャンパンや炭酸水と割るとアルコールの吸収はどのようになるか、ブランデーの小樽を首にぶらさげたセント・バーナード犬のマンガの話は正しいのかなど。どこまで理解してくれたかは判らなかったが、明らかに学生たちの表情は、初回の講義とは違っていた。さらに、次回の講義では、薬の発見について、18世紀のイギリスの牧師であり薬学者であったエドワード・ストーンの話から授業を始めた。このように、初回講義の学生たちの表情が根幹となり35年間の講師人生を歩んできたが、この間、准看護学科に加えて、助産師学科、第一看護学科、第二看護学科とすべての臨床薬理学講座、さらに、助産師および看護師国家試験対策の特別講座も担当してきた。

現在の講義では、最初の時間にこれまで積み上げてきた話のなかからいくつかを選択し、それに最近の話題を取り入れて講義を進めているが、全講座で必ず話すことにしているのが、フランスの細菌学者ルイ・パスツールの名言「偶然は準備の無い者に微笑まない」についてである。イギリスの細菌学者フレミングは、情熱を持ち、勤勉に研究に取り組んでいたからこそ、実験の失敗という偶然からペニシリンを発見し、この発見により多くの人命が救われ、今日の感染症治療薬の源となっていること。そして、学生たちが、将来看護師として偶然に遭遇しても偶然が微笑んでくれるように看護師人生を歩んでもらいたいことを伝えている。

私は、これまで35年間看護学生の教育に携わってきたことで、相手の立場にたつことの必要性を強く感じ、その対応に知恵を働かせてきた。このことにより、自身に備わったものは、私にとってかけがえのない貴重な財産である。私を成長させてくれた医療の最前線で活躍している多くの教え子に感謝する次第である。

病院薬剤師のやりがいと感謝

公益社団法人地域医療振興協会 横須賀市立うわまち病院 薬剤部 馬場口 靖也

今年の3月で病院薬剤師として働き始めて3年間が過ぎようとしています。これまでの3年間は夢中で働いてきましたが今回良い機会を頂いたので、これまでを振り返り現在の自分の考えやこれまで働いてきて感じたことを整理しながら綴ってみたいと思います。

当院は横須賀市の中心街の近くにあり、救命救急センターや急性期病棟、回復期病棟を有する417床の中規模病院です。薬剤師数は非常勤を含め23人で、日々多忙ながらも全員で協力し合いながら働く、賑やかな職場です。

セントラル業務は調剤業務、持参薬鑑別、抗がん剤調製、TPN輸液調製、レジメン管理、手術室における定数薬と麻酔カートの管理と補充、各部署の定数薬の管理（外来・内視鏡室・CT、MRI室・カテ室・血液浄化室など）、DI業務、院内製剤業務、在庫管理など幅広く行っています。病棟業務に関しては、服薬指導、薬歴管理、病棟定数薬管理、内服薬の配薬カートセット、持参薬鑑別、TDM、病棟カンファへの参加などを行っています。チーム医療に関しては、ICT、NST、緩和ケアチームに参加しています。

このように一通り列挙していくと、今さらながら業務量の多さに驚きます。入職したての1年目の時には忙しさに驚き毎日へとへとでしたが、3年経った今ではこれらの業務をこなせるようになり、少しずつですが成長してきた事を実感しています。

これらの業務の中には薬剤師の専門性を活かすことが出来ているのかと疑問に思うこともありましたが、しかし薬剤師としてそれらの業務を行うことの重要性を今では感じています。なぜなら薬のある所に薬剤師が積極的に関わることが必要で、薬剤師が他部署と関わる事で初めてお互いの顔が見えて関係性が生まれてくるという事を何度か経験したからです。

私は薬剤師として、多岐にわたる業務に携われる環境で最初から働くことができていたことはとても幸せであり、恵まれていると感じています。以前は医薬分業が進んでいなかったこともあり病院薬剤師も調剤一辺倒だったと聞いていますが、現在は病院の中で薬剤師が活躍できる場面がこんなにたくさんあります。その変化は医療制度や社会情勢の変化、医療自体の変化や発展による部分もあると思いますが、何よりもそういった変化に対応して継続してきた先達の方々の努力があったからだと思います。

現在私は循環器内科を中心とする病棟を担当しています。学生時代は一番苦手で敬遠していた循環器系の薬ですが、勉強してみるとエビデンスがしっかりしている薬が多く、今では学ばば学ぶほど面白い領域だと感じています。

ベッドサイドでは患者さんから多くの事を学ばせてもらっています。ゆっくり患者さんと話す事が出来るのは、病院薬剤師の良いところだと思います。いかに患者さんに薬を正しく知ってもらえるか、飲み忘れなく用法通り飲んでもらえるかをいつも試行錯誤しています。試行錯誤の結果、患者さんが退院後の自己管理の服薬に積極的になってくださったり、抱えていた薬への不安感を一緒に解消できた時は薬剤師として役に立てた事を実感し、薬剤師になって良かったと心から思います。

また、時には患者さんや他の医療スタッフに質問されてすぐに返答できない事もあり、自分の薬剤師としての知識の無さに悔しさや歯痒さを覚えることもあります。それでも焦ることなく、一つ一つを解決しながら自分の糧としていく事が今の自分には必要だと考えています。

業務をこなせるようになってからも、薬学を究めて専門的な質を高めていくのがこれからの課題です。そのためにも挑戦と経験と学習を繰り返し、日々成長していきたいと思っています。そして、先達の方々が築いてくださった現在の環境で自分にできることを考えながら行動し、薬剤師として医療に貢献していきたいと思っています。

薬だけが治療のメインではない病院

独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター 岡田 美晴

国立病院機構は国立病院が平成全国に142施設、関東甲信越地区に44施設あり、通常薬剤師は国立病院機構に採用され数年毎に各施設を異動しています。そのため各施設で定期的に人事異動があり、様々なキャリアを持つ薬剤師が交流する組織となっています。

以前の当院の名称は久里浜アルコール症センターといい、その名の通り日本のアルコール依存症治療の先駆けを担っていましたが、近年それ以外にも精神疾患や認知症、インターネット依存やギャンブル依存と多岐に渡って診療を行うようになったため、平成24年に現在の名称に変わりました。

私が赴任する前に先輩から冗談半分で「あの病院のアルコール依存症の患者は、廊下の手指消毒用エタノールにも喜んで群がる」と言われ、戦々恐々として赴任したのを覚えています。(実際にはそのような事はありませんでしたが…)

アルコール依存症、いわゆる“アル中”の一般的なイメージは、「酒を飲まないでブルブル手が震えて、酒を飲みだすと震えが治まる。」「公園でワンカップを片手に一日中過ごしている。」「“巨人の星”の星一徹がそうだった。」といったところでしょうか。確かに当てはまることが多いですが、それ以外にも非常に多くの背景を持った複雑な病気です。

アルコール依存症は「否認の病」といわれ、本人の自覚症状が乏しく、自身で飲酒量をコントロールできないために就労や家庭生活に大きな支障が生じ、家族や職場の関係者から受診を勧められてイヤイヤ来院するケースが珍しくありません。就労していない人がなりやすい特異な疾患ではなく、患者には医師・薬剤師・看護師といった医療従事者もいます。

女性アルコール依存症患者の場合は子育て中の場合も多く、酩酊状態で家事や子供の面倒が見られなくなり、児童相談所が介入するケースも多々あります。

治療は一切お酒を飲まない事、つまり“断酒”を目的に行われます。使われる薬剤は、抗酒薬としてノックペン、シアナマイド、断酒の補助薬としてレグテクトがあります。アルコール依存症の患者は肝硬変を発症している場合もあり、またあくまで抗酒薬は治療の一手段であるため、これらの薬剤の使用は必須ではありません。

どの薬剤も単独で使用するだけでは十分な治療効果が得られないため、退院後も継続的にアルコール専門病院を受診すること、自助グループに参加することを指導しています。

当院の入院プログラムは約3ヶ月で、その間内科的治療及び精神的治療のほか、医師・看護師を始め薬剤師や栄養士、心理士、作業療法士、ソーシャルワーカーによる断酒のためのプログラムを行います。病棟でのカンファレンスも前述した多部門のスタッフで行われ、治療方針について話し合っています。アルコール依存症は基底にうつ病がある事も多く、不安・不眠から飲酒につながるケースも多々あります。不眠に対して薬を使用すると薬依存になると心配して服用しながらない患者もいるため、薬による弊害よりもアルコールによる弊害の方が深刻である事を説明しています。アルコール依存症には専門的な治療が不可欠ですので、もし貴院にて該当する患者さんがいれば当院を紹介していただければ幸いです。WHOの調査研究により作成されたアルコール依存症のスクリーニングテスト(AUDIT)で問題飲酒か否かが判定できます。

久里浜医療センター AUDIT

検索



当院での実習指導について

社会福祉法人 日本医療伝道会 総合病院 衣笠病院 薬剤科 竹永 悠司

衣笠病院では、現在4つの大学から薬学実習生を受入れ、実習を行っています。当院は、三浦半島の横須賀市にあるため、都会の病院と比べてしまうと、希望して実習に来る学生は非常に少ないのが現状です。ここ数年は、毎年15名前後の学生を受入れておりますが、横須賀在住の学生はほんとに少なく、横浜市内や藤沢市などから来る学生が多いのが実際のところ。先の実習生では、受入れて以来初めて、千葉県の富津から毎朝フェリーで通って来る学生がいました。千葉の病院に行くよりも、フェリーを使って当院へ来たほうが早かったそうです。

さて、当院での実習ですが、基本的に薬剤師全員で実習生の指導を実施するようにしています。実習生に対して講義を行う時も、それぞれの担当している領域や得意な分野を分担して行っています。当院は現在薬剤師7名ですので、ほぼ1対1で指導するようなきが多々あります。当院での実習だけでは職員も大変なため、外部研修として当グループの他施設や卸の物流センター、他の病院などさまざまなおところに見学に出かけます。自院だけで実習を行っているとい衣笠病院薬剤科でやっていることだけしか経験できないので、病院薬剤師の仕事だけではなく、なるべく多くの経験をできるように配慮をしています。

私は実習生を指導する中で、「彼らの自分自身で考える力を鍛える」ことがとても大切であると感じています。ここ数年、自分の考えをきちんと述べるができる学生は減ったような気がします。何か質問をしても、すぐ答えを知りたがり、自分で調べることや1つの質問から展開して他の分野まで調べる範囲を広げる学生がほとんどいません。最近はスマートフォンを使って、ピンポイントで調べたい事柄を抽出できるため、それ以外のことになおさら広がっていきません。そんな彼らに自分自身で考えることの大切さをわかってもらうために、当院では模擬処方せんを使った疑義照会を行っています。実際にあった疑義照会の内容を題材に、薬剤師が医者役を行い、学生からPHSで問い合わせを受けます。学生は与えられた模擬処方せんを半日近く費やしてあれこれ調べ、疑義にたどり着き、疑義照会の電話をします。医者役の薬剤師はその問い合わせに対して、1問1答では終わらないように必ず逆質問を行います。当然学生は予想しなかった展開に、答えることはできずに、もう一度調べて電話しますとなります。これを何度も繰り返しようやく終了となります。この疑義照会を終えて学生は、自身の知識の無さや相手が気になるようなことについて事前に調べ、答えを複数用意しておくことの大切さを知ります。そして単に治療薬マニュアルだけを見て、添付文書の内容との相違のみに注目しているだけでは、臨床現場では役に立たないということを痛感してくれます。また、課題発表に関しても、当院では学生自身でテーマを決めてもらいます。実習中に興味を持ったことなどを中心に自身でテーマを決めて、最終週の発表までに仕上げるという段取りを考えてもらいます。自分自身で考えて行動しないといつまでもテーマが決まらないのですが、こちらからテーマを与えることは決して行いません。与えられた締め切りから逆算して、いつまでに何をやるのか？これは、社会人になってから必ず必要となることなので、実習の中で経験させるようにしています。

実習を通して、学生は病院薬剤師として何が必要かを知ることができただけでなく、社会人として何が必要なかを身をもって知ることができてよかったという感想を言ってくれます。薬や治療に関する知識を増やすことも大切ですが、それだけでは卒業した後、即戦力として働くことはできないと思います。実習の場を通して、社会人として最低限必要とされる知識と経験を身につけてもらうことは、将来の私達にとっても有意義なものとなるはず。そんな風に考えながら、毎回実習生を指導しています。

歯科医療の中の薬剤師

神奈川県歯科大学附属病院 山崎 勇輝

歯科医療に関わっている薬剤師は恐らく少ないのではないだろうか？

このような機会をいただいたので、歯科医療、歯科にかかわる薬剤師についてご紹介しようと思う。

当院は病床数 23 床の歯科大学病院である。

2017 年 11 月に「地域に開かれた次世代の歯科大学病院」をテーマに新病院開院を迎えた。

診療科として歯科口腔外科、矯正歯科、小児歯科などに加え、重篤な全身疾患や障害をもつ方を対象とした全身管理高齢者歯科、障害者歯科、歯周病と糖尿病など相互関連性の深い口腔と全身の疾患を対象とする医科歯科連携センター、未病の段階から口のメンテナンスをサポートするオーラルケアセンターや、各分野の専門家が集結し、う蝕や歯周病などの歯科疾患に対して、最新技術を駆使した包括的な歯科診療を行う先進歯科医療センターなど様々な診療科がある。

「歯科」というと多くの方は虫歯の治療をする町の歯医者さんのイメージが強かもしれない。歯科医療とは歯の健康を回復し、保持すること。口の周りには歯や歯茎だけでなく、顎骨や頬粘膜、舌、顎関節、筋肉、神経などいろいろな器官がある。それらすべての器官の健康を維持、回復し、生涯にわたって保持し続けることであるといえる。

最近では周術期口腔機能管理で術後の誤嚥性肺炎や合併症が軽減することや、歯科と全身疾患との関わりが注目されている。

また摂食嚥下機能は患者さんが寝たきりになっても、自分でできる最後の残存機能になることが多いので、この機能をどこまで残せるかで患者さんの ADL も大きく変わってくる。

このように歯科医療は患者さんにとって、虫歯だけではなく、全身疾患とも関わっている。口から食べることは健康、意欲、生きがいなど患者さんがよりよい人生を送るにあたり重要な役割を担っている。

さて薬剤師が歯科の中でどのように関わっているか？

まず、薬は、ドライマウスや三叉神経痛、歯科心身症などの処方もあるが、基本は抗菌薬と鎮痛薬がメインである。抗菌薬は予防投与が多く、抜歯後や感染性心内膜炎のハイリスク患者に投与される。感染性心内膜炎予防ではアモキシシリンを 2 g（カプセル 250mg だと 8 カプセル）を術前 1 時間前に服用するため、初めて服用する患者さんはたいていびっくりされる。

当院では肝移植後や透析など様々な疾患をもつ患者さんも多く、服用薬も多岐にわたっているため、相互作用や重複投与のチェックは重要である。

また歯科特有の院内製剤作成も薬剤師の重要な仕事の一つである。口腔内に使用する軟膏製剤、抗菌薬を練りこんだガーゼ製剤など様々なものがある。

嚥下障害、ドライマウスの患者さんでは薬剤が悪影響を及ぼしている場合も多くあるため、注意しなければならない。代替薬の提案や、服用しやすい剤形への変更、服用方法の工夫など薬剤師が関わっていく必要がある。

他にも大学病院であるため、歯学部学生の臨床実習では薬剤師も担当する。歯科医師が処方する場合に必要な臨床的知識や、PK-PD 論など薬物動態などに触れ、最適な薬物療法を提供できる歯科医師になってもらえるよう関わっている。

薬あるところに薬剤師あり。薬剤師の仕事は色々なものがある。今回は歯科医療について紹介させていただいた。どんな診療科に関わっていても、常に患者さんのために、患者さんがより良い状態になれるにはどうしたら良いかを考え、日々の業務を行っていかれると思う。

患者となって病棟薬剤師に期待すること

横須賀共済病院 薬剤科 金子 憲太郎

11月某日、私はサッカーの試合中に負傷し、右膝前十字靭帯損傷という大怪我をしました。不幸中の幸いなことにその場に膝専門の整形外科医がいたためその医師が全てを診てくれることになりました。12月、私は手術をするため病院に入院しました。そのときの入院生活（術後2日間）について話していきたいと思います。

手術は右膝前十字靭帯再建術という、元々ある太もも裏の腱をとって新たに靭帯にするというものでした。オペ室に入るとオペの看護師さん二人と麻酔科医が二人いました。まず始めに投与されたのがフェンタニルでした。初めての麻薬です。投与開始と同時に意識が朦朧としていきました。会話することは可能だったのですが頭がぼーっとする感じが続いていました。次に神経ブロックの麻酔が打たれました。太もも辺りに打たれている感じはしたのですが痛みは全くしませんでした。麻薬の力、恐るべし。次に投与されたのが麻酔薬のプロポフォールでした。投与したらもう手術は終わっていますからねと看護師さんに言われたのですが、目が覚めると本当に手術は終わっていました。一瞬で記憶がなくなり一瞬で目が覚めた感覚です。目が覚めると右足の膝からしたがりどく重い感じがして鈍痛のようなものが襲ってきました。ここからおよそ2日間、痛みとの戦いが始まりました。

すぐにジクロフェナク坐剤を投与してもらおうと10分くらいするとだいぶ楽になりました。しかし、4、5時間程度で効果が切れるとすぐに鈍痛が襲ってきました。

看護師さんから投与したら8時間後でないと再投与出来ないと言われたのでアセトアミノフェン注を投与してほしかったのですが、パスに入っていないから無理ですと言われました。どうやら使える薬はジクロフェナク坐剤（8時間毎）、フルルビプロフェンアキセチル注（8時間毎）、ペンタゾシン注（投与間隔は不明）の3種類のみでした。

なんとなくペンタゾシン注の使用には抵抗があったため痛みが強かった2日間はジクロフェナク坐剤とフルルビプロフェンアキセチル注を8時間毎に毎回投与してもらいました。

ジクロフェナク坐剤を投与すると効果があったのですがフルルビプロフェンアキセチル注は全くと言っていいほど効果がありませんでした。看護師さんは痛みは我慢しないで教えてくださいと言っていましたが1回使用したら8時間は使えないので我慢することしかできませんでした。

病棟薬剤師がいてくれれば…。この時強く思いました。患者と医師の橋渡しとなって痛みを的確に評価してもらいパス以外の薬剤の提案をしてくれていればあの2日間の痛みはもっと改善していたのではないかと感じました。手術翌日には、内服でザルトプロフェンとレバミピドが開始となったのですがこちらも全くと言っていいほど効果はありませんでした。トラマドール塩酸塩錠だったらもっと良くなっていたかもしれないと考えてしまいます。また、隣のベッドの方は抗生剤の投与を途中で一旦止めて鎮痛薬が投与されていました。抗生剤を途中で一旦やめてしまうとは…。しかも鎮痛薬の効果は全くないとのことでした。

効果のない薬を漫然と投与されるリスクや患者の除痛の為にも病棟に薬剤師がいてほしかったです。患者の声を聞いてパスの見直しなどにも関わってもらえたらさらに良い医療が提供できるのではないかと思います。

余談ですが入院して5日目くらいから退院するまで不眠症になったのですが、とても辛かったです。病棟で不眠症の患者がいたらもっと積極的に介入して少しでも不眠症が改善できるよう努力していきたいです。

病棟薬剤師として大切な「聴くこと、知ること、伝えること」

大船中央病院 薬剤部 天野 しのぶ

当院は、1952年に開設した鎌倉市にある285床の中規模病院であり1995年から病棟専任薬剤師の配置を行っています。祖父の営むクスリ屋の調剤室に入ってみたかったことと、小学生には難解であったクスリの飲み合わせを知りたいと思ったことが薬剤師を志すことになった初めの動機ですが、病院薬剤師として働き10数年たった今、大切だと感じていることを記したいと思います。

1. 聴くこと

「飲まない薬は効かない」とはよく言いますが、これほど服用されない薬が日々処方されていることを最も知るのは薬剤師ではないでしょうか？持参薬確認時に何度衝撃を受けたか分かりません。しかし大抵は「服用するよう指導する」では解決しません。何故このような状況になったのかを聴くこと。効かない、副作用が心配だ、副作用が起こっている、良くなったから要らない、認知症のため自己管理出来ないなど。処方薬が本当に必要なのかというところでもないことも多く、中には患者の判断が賢明であったケースもあります。薬にまつわるエピソードを聴くことは患者と薬剤師について知り、その後の薬剤管理業務をスムーズにさせる効果があります。初回面談時、あるいはモニタリングでの評価、修正こそ病棟薬剤師業務のはじめの一歩だと感じます。

2. 知ること

持参薬であれ、処方薬であれ薬剤評価が必要です。評価＝アセスメントですが、薬剤師＝自分だけの評価では限界があります。何しろ患者と接する時間は限られていますし、薬だけでなく疾患や治療の知識は最低限必要ですが昨日今日で培うことができないのが現状です。患者はもちろん医師、看護師、患者家族、リハビリなどの医療スタッフに声をかけ、あるいは薬剤部内でのミニ症例検討会（当院ではそう呼んでいます）で他の薬剤師の意見を聴きながら総合的に評価していく。一人で知ることより、大勢の意見を知ることによって多面的な評価、処方提案が可能となります。但し皆の意見というのは心強い反面、誰かの意見に流されてしまわないよう担当薬剤師として基本事項のチェックは欠かさないようにすべきです。提案したら実は禁忌薬だった、患者は望んでいなかったということも実際あることですので。

3. 伝えること

リピーターは接客業にとって有り難い存在ですが、病棟業務でのリピーターはそうでないこともあります。予定入院ならまだしも、服薬出来ていなかった、受診中断、生活上の問題による疾患の悪化で緊急入院することもあります。そんな時は前回の指導で何が伝えられていなかったのか、次は退院までに何を伝えればよいのかと考えます。解決策を患者と医療スタッフと共に探し段階的に伝え、退院時には患者と調剤薬局薬剤師にあてた退院時指導書をお薬手帳に貼付します。調剤薬局での指導や管理でアドヒアランスが向上するケースもありますので、なんとか現状を伝えたいのですが、なかなか難しいことが多く、調剤薬局との連携の大切さ、難しさを感じます。

4. 聴くこと、知ること、伝えること

そして薬剤師が病院にいることで防いでいる薬剤関連の事故が多くあります。これは報告書に上がるもの以外にも、スタッフの日々のヒヤリ・ハットを聴くこと、何が原因か知ること、以上を他のスタッフに伝え対策を練ること。「聴くこと、知ること、伝えること」により成立

していると感じます。当院では病棟日報にこれらを記し、翌日の部内朝礼で情報共有し、皆が知るにより薬剤関連の事故を防止出来るよう努めています。

今でこそ病棟に薬剤師がいるのは当たり前ですが、私が病棟に上がり始めたときは今ほど長い時間を病棟業務に充てることはできませんでした。同年代や年下の看護師が様々な提案をしているのを間近でみて、薬剤師って何ができるのか？とただただ焦ったことを思い出します。そんな私の不安に「考えるよりベッドサイドに行ってください。どうしたいか分かるから」と言って下さった当院のスタッフに心より感謝しています。聴くこと、知ること、伝えることがこれほど重要で、これほど難しく、薬剤師にとって大切であるとは知らなかったというのが今一番感じていることです。今後は、動機付けコミュニケーションスキルを身につけていきたいです。

薬剤師2年目に考えること

公益社団法人地域医療振興協会 横須賀市立市民病院 薬剤部 石渡 啓真

私が薬剤師となり病院に勤務してから2年が経とうとしています。調剤室業務、薬品庫業務、抗がん剤ミキシング業務、発注業務等を経験したのち、現在は病棟業務に取り組んでいます。私が配属された病棟は内分泌糖尿病内科、神経内科、脳神経外科、眼科からなっており、長期的な薬物治療が行われます。

病棟に上がり服薬指導業務を行うようになり、特に難しいと感じたのは自覚症状の少ない糖尿病患者への服薬指導です。自覚症状が少ないため、服薬を自己中断してしまう患者さんも少なくありません。私自身薬を飲むこともあります。正直なところ服薬状況はいいとは言えないので、自覚症状がなければ服薬を自己中断してしまう気持ちは分かります。しかし、私が風邪薬の服薬をやめてしまうことと、高血糖の患者が血糖降下薬の服用をやめてしまうことは重大性が全く異なります。自己中断してしまう理由は患者のキャラクターや生活環境も関わってきますが、病識の欠如という点が大きく関わっており、その点に関して服薬指導の際に貢献できることがあると考えました。

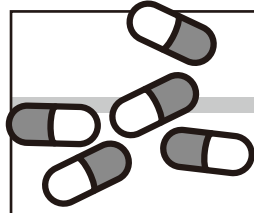
患者には医師から治療の説明がされていますが、全員がその際の実験だけで理解することは不可能です。そこで、私たち薬剤師の立場からなぜこの薬を飲むのか、飲み続けるのか、という話をしていくことを続けることで患者の理解を高め、アドヒアランスの向上につながると考えました。

しかし、そのような話をする際に結局大きく関わってくるものは患者のキャラクターになります。例えばこだわりの強い患者に、こちらからとやかく話をして何の効果もないどころか、逆効果になってしまう恐れがあります。そのような患者には、まず話を聞いて受け入れるところから始め、徐々にこちらの話を聞いてもらうような服薬指導を行うなど工夫が必要です。このような患者のキャラクターを見極めるためには、多職種との連携が重要となり、病棟におけるコミュニケーションの重要性を痛感しました。

このように、服薬指導の例ひとつとっても考えることが多く、工夫できるところがたくさんあります。私は知識不足と経験不足を感じる場面が多く、日々の業務で悩みが尽きません。そのような時、薬剤部の先輩にいつも助けていただいています。業務外の時間も行事に参加させていただいたり、とても恵まれた環境の中にいます。今は、先輩に教えていただくことばかりですが、1日も早く先輩方と肩を並べて薬物治療や業務についてのディスカッションなど出来るようになりたいです。

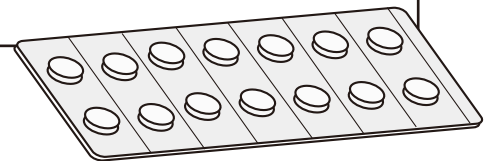
薬剤師として、知識、経験を増やしていくとともに、病棟でのコミュニケーションを円滑に進め、他部署の方と信頼関係を築いていきたいと考えています。その結果、チーム医療に貢献し、医療の質の向上に繋がれば病棟における薬剤師としての職能を果たすことができたとはいえるのではないかと、私は思います。

そして、思いやりを忘れず薬剤師になった時に思い浮かべた薬剤師像に追いつき、追い越せるよう日々研鑽に努めていきたいです。



編集後記

梅の季節がやってきました。花は当然綺麗なのですが、この時期は煎餅やスナック菓子など様々なお菓자에梅味が登場し、ついつい買ってしまいます。さっぱりして美味しく、一年中売ったらいいのと思います。季節の花については「神奈川の花」をご覧ください。 (H.U.)



神奈川県病院薬剤師会雑誌 第50巻1号

平成30年3月30日発行

編集発行 公益社団法人神奈川県病院薬剤師会
〒235-0007 横浜市磯子区西町14-11
神奈川県総合薬事保健センター406号室
TEL 045-761-3345 FAX 045-761-3347
<http://www.kshp.jp/>

発行責任者 佐藤 透
小村 裕子

委員 青野 裕子／阿部 正視／宇野 洋司
小野澤美智子／小杉 満孝／後藤 洋仁
齊藤 達郎／坂倉 智子／竹島 秀司
田村 英樹／富田 彰子／野村 恭子／藤巻 智則

印刷 (株)横濱大氣堂
〒231-0016 横浜市中区真砂町4-40
TEL 045-641-4161