

2023 November

No.

55-3

神奈川県病院薬剤師会雑誌 55巻3号 通算第164号 令和5年11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 ————— 薬学部教育年限延長を振り返り／白井裕二 ————— 1

委員会報告 ————— 2
2023年9月1日災害時被災状況報告訓練について
会員・広報出版委員会／山崎勇輝

研修会報告 ————— 4
令和5年度 第1回 卒後教育研修会
「無菌調整の手技の再確認とその理論を知る」
業務検討委員会／高橋照明

DIの頁 — 新しい骨粗鬆症の自己注射製剤について教えてください ————— 7
鎌倉病院／根岸大輔
原発性局所多汗症について教えてください
江田記念病院／松丸美佳

神奈川の花／金光継道 ————— 13

映画に登場する薬物あれこれ 再開第5回／西村 浩 ————— 15

帰ってきた爺医精神科医の独り言 第5回／西村 浩 ————— 17

第3弾 向精神薬減量への道／西村 浩 ————— 19

くすりの広場／村山瑞稀・福岡和希・小野大輔 ————— 21
太田智紗子・太田哲徳

巻頭言

薬学部教育年限延長を振り返り

社会福祉法人恩賜財団済生会 東神奈川リハビリテーション病院 薬剤科長
白井 裕二



本年度より「薬学生病院実習検討委員会」の委員長を拝命いたしました。平素より当委員会活動にご協力を賜りますことを厚く御礼申し上げます。

平成16年、学校教育法が改正され、薬学教育制度および薬剤師国家試験制度が変わりました。平成18年入学生から薬学部修業年限は6年制となり、より高い資質を持つ薬剤師を養成することとなりました。また6年制変更に伴い『薬学教育モデル・コアカリキュラム』『実務実習モデル・コアカリキュラム』が初めて制定され、「教育者主体:学生に何の科目を教えるか」から「学生主体:学生が到達すべき目標」へと教育内容も大きく変化しました。これまでの教える科目・項目の列挙から、「学習者の行動に価値ある変化をもたらす」教育へと遷り変わったのです。

コアカリキュラムは、平成25年度に初めて改訂がおこなわれました。【薬剤師として求められる基本的な10の資質】、すなわち卒業時に必要とされる薬剤師としての資質が明示されたのもこの改訂です。また、2つのコアカリキュラムを関連づけて1つのカリキュラムになったのもこの時です。そして令和4年、3回目の改訂がおこなわれ、令和6年度薬学部入学生より適応されます。『未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療時の養成』を医学・歯学・薬学教育の3領域で統一したキャッチフレーズにし、チーム医療推進の観点から医療人として共通の価値観を共有すべく、初めて医学・歯学・薬学で同時にカリキュラム改訂がおこなわれました。また、今回の改訂では「求められる基本的な資質・能力」に関しては医学・歯学・薬学の3領域で共通化されています。薬剤師にも、薬の知識だけでなく医療の概念を幅広く捉えよう明確になった改訂です。

自分は4年制薬学生が1カ月間の実務実習を行っている時代に、初めて当委員会委員として活動を始めました。ちょうど日本病院薬剤師会が、薬学部教育年限延長を要望し国と意見交換している時期です。その後、縁あって6年制教育における実務実習をどのようにしていくか、厚生労働省、文部科学省、日本病院薬剤師会の諸先生方、大学教員代表者の方々、日本薬剤師会の先生方と活動する機会をいただきました。現場で働く薬剤師として、自分の経験および実習生を受け持って感じた実習に必要な項目などを意見させていただける貴重な時間でした。

医療は日々進化し、医薬品も新たなものが研究開発されています。コアカリキュラムの改訂など教育現場も変化しています。病院・薬局11週間の実務実習はどうでしょうか？

薬学教育6年制が良かったのか悪かったのか、6年制を卒業した薬剤師が中心になり活動しはじめた社会で、国民にどのように認められていくかで決まると思います。先輩薬剤師も時代に取り残されないように日々自己研鑽していく必要があると思います。自分は薬学教育年限延長に関与した一員として、新たな薬剤師育成を使命として、病院薬剤師のすばらしさを教え伝えていければと考えております。

委員会報告

Committee report

2023年9月1日災害時被災状況報告訓練について

会員・広報出版委員会

神奈川県歯科大学附属病院 薬剤科 山崎 勇輝

神奈川県病院薬剤師会では例年、大規模災害に備え災害時被災状況報告訓練を実施しています。災害時には被災状況を取りまとめ把握することから始まります。今回の訓練では、前回に引き続き、報告方法をFAX、メール以外に神奈川県病院薬剤師会ホームページに直接送信用の災害時被災状況報告書連絡フォームを設けました。

また被災想定として、近年、台風等の大雨の影響もあるため、神奈川県災害情報ポータル (<https://www.bousai.pref.kanagawa.jp>) のハザードマップより、自施設付近の洪水、内水、土砂災害の危

険度から被災状況を想定して頂きました。

各施設からの災害時被災状況報告書を取りまとめましたので報告いたします。

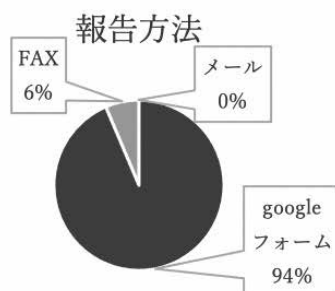
【被災想定】

被災日時：令和5年9月1日（木曜日）9時時点
災害規模：神奈川県全域大型台風が本土に上陸し、神奈川県全域に大雨洪水警報発令
日降水量680mm、最大1時間降水量140mm

1. 報告施設件数

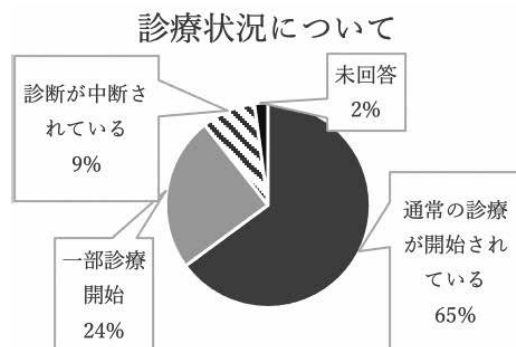
	施設数
Google フォーム	88 件
FAX	6 件
メール	0 件
合計	94 件

回収率 28.3% (94 施設 / 332 施設)



2. 診療状況について

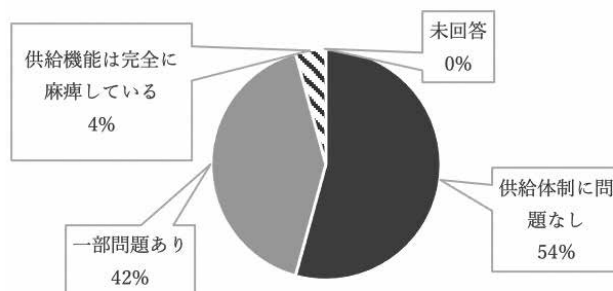
通常の診療が開始されている	61 件
一部診療開始	23 件
診療が中断されている	8 件
未回答	2 件



3. 薬の供給について（薬剤の入荷状況）

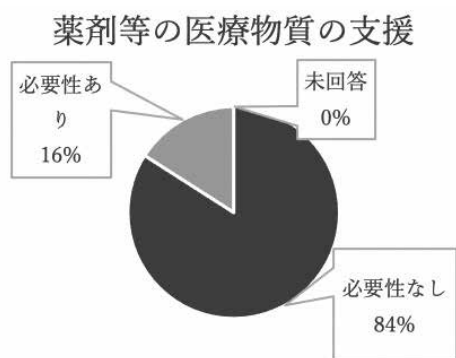
供給体制に問題なし	51 件
一部問題あり	39 件
供給機能は完全にマヒしている	4 件
未回答	0 件

薬の供給について（薬剤の入荷状況）



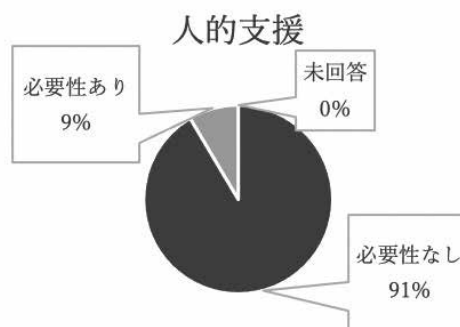
4. 薬剤等の医療物資の支援

必要性なし	79件
必要性あり	15件
未回答	0件



5. 人的支援

必要性なし	86件
必要性あり	8件
未回答	0件



まとめ

今回の報告訓練でも神奈川県病院薬剤師会ホームページに直接送信用の災害時被災状況報告書連絡フォームを設けました。連絡フォームからの報告は今回の調査で94%と多くを占め、年々、周知されてきていると考えております。報告施設数は94施設と全会員施設の28.3%であり、報告施設数の増加は引き続き今後の課題と考えます。

近年、台風の発生が多く、大雨による影響を常に考え、薬剤部のマネジメントを行っていかねばならない状況です。また神奈川県災害情報

ポータルのはazardマップも合わせて確認していただくことにより、より具体的に自施設付近の洪水、内水、土砂災害の危険度から被災状況を想定して頂きました。大雨の交通の乱れによるスタッフの出勤への影響や納品の遅れ、また河川近くのご施設では内水等による外来診療の中止等の対応を確認して頂けたかと思えます。

今後は、ご報告いただいた被災状況を把握し、その状況への対応策や、情報をどう生かしていけるかなど、報告方法の検討をしていきたいと考えております。

今後とも、ご協力よろしくお願いたします。

報告施設件数推移

年	2019	2020	2021	2022	2023
報告施設数	89	67	98	105	94
会員施設数 ※)	343	339	333	333	332
報告割合 (%)	25.9	19.8	29.4	31.5	28.3

※) 事業概要報告書より

研修会報告

Committee report

令和5年度 第1回 卒後教育研修会 「無菌調製の手技の再確認とその理論を知る」

業務検討委員会

横浜旭中央総合病院 高橋 照明

はじめに

業務検討委員会では薬剤師スキルの向上や業務の見直しに関連した研修を実施している。今回、病院・診療所等の新任薬剤師、未経験の調剤薬局薬剤師を対象としたクリーンベンチでの無菌調製や、その手技と理論について講義を通して理解し、そして調製時のコツも学べる研修会を実施した。

プログラム

日時：2023年7月2日（日）13：00～16：00

内容：講師・実習指導者：

済生会横浜市東部病院 薬剤部 菅野 浩
西横浜国際総合病院 薬剤科 芦塚 拓也
《講義1》クリーンベンチでの無菌調製と手技について

《実習1》調製前の準備（手洗い、ガウンの着用）、バイアル、アンプルからの薬液採取連結管を用いた輸液混合
《講義2》抗がん剤調製と曝露対策について
《実習2》閉鎖式接続器具の操作方法

参加者の概要

参加人数：16名（神奈川県病院薬剤師会会員 9名、神奈川県薬剤師会会員 7名）

研修内容

《講義1》クリーンベンチでの無菌調製と手技について

《実習1》調製前の準備（手洗い、ガウンの着用）、バイアル、アンプルからの薬液採取、連結管を用いた輸液混合

講師・実習指導者：

済生会横浜市東部病院 薬剤部 菅野 浩 先生

注射剤混注業務は各施設の設備等の違いによっ

て、施設ごとにそれぞれ手順が設けられていると考える。「理論とコツ」とは、薬剤の特性（理論）を知った上で手技を実施することで安全性が高く、かつ効率的に調製の実施が可能となることである。非薬剤師であれば、自施設の手順通りの確に実施することが最重要である。しかし、「理論」を知っている薬剤師ならば、「コツ」を駆使して安全かつ効率的な調製の実施・提案を行える。本研修では、「理論」と「コツ」を結び付ける研修となった。



注射剤調剤と内服・外用剤の調剤と異なる点として、次の点が求められる。①投与経路・②投与速度・③配合変化・④投与に必要な医療機器・⑤水分 電解質量、⑥栄養素、⑦投与カロリー・⑧無菌的な調製方法である。本研修では、講義及び実習を通して特に⑧無菌的な調製方法について学んだ。

無菌調製においても、清潔区域・操作と不潔区域・操作といった「理論」を知ることで「コツ」に繋がる。研修では、手洗い、ガウン着衣、クリーンベンチの清拭を実際の実技を通して実施した。

無菌調製の手技は、グループごとに実際のクリーンベンチにて模擬処方に対して調製を実施した。調製過程においても「理論」の理解があれば、衛生的に効率的に調製をすることが可能となる。例



例えば、アンプル製剤はガラス片の混入を防ぐため、開封後静置が必要となるため、最初に開封して他剤の調製後に、十分時間を置いて調製することで、衛生的かつ効率的に調製する「コツ」となる。



(調製の説明と実習風景)

《講義2》抗がん剤調製と曝露対策について

《実習2》閉鎖式接続器具の操作方法

講師・実習指導者：

西横浜国際総合病院 薬剤科 芦塚 拓也 先生

抗がん剤調製において、無菌調製との最大の違いとして、抗がん剤は Hazardous Drug (以下 HD) として医療従事者等への曝露が挙げられる。曝露は調製・投与〜リネン処理、排泄物処理と多岐に渡る。本研修では主に調製に関わる操作に関して、講義・実習を通して学んだ。(その他の曝露対策については「がん薬物療法における職業性曝露対策ガイドライン 2019年版」を参照されたい。)

HD 曝露で最もリスクとなるのは薬剤調製時である。調製においては薬剤のエアロゾル化による吸入曝露と薬剤飛散による直接の曝露が主なリスクとなる。前者の吸入曝露防止対策はクラス II タイプ B2 の安全キャビネットが推奨される。クリーンベンチと異なり、エアバリアが形成されることで、調製環境の汚染を防止するようデザインされている。後者の薬剤飛散による曝露対策として、適切な个人防护具の利用と適切な調製操作が必要となる。特に調製操作においては、より厳密にバイアル内圧を管理する必要があり、手技が煩雑となる。そこで、調製時及び投与時の飛散リスクを回避するために閉鎖式薬物輸送システム (以下 CSTD) の利用が望ましい。また、CSTD は HD の調製において、安全キャビネットの代用にはならないが、安全キャビネット内で使用することにより HD による汚染のリスクを軽減できる。

CSTD もメーカーごとに販売しており、施設事情により採用が異なっている。本研修ではファシール®、ケモクレープ®、ネオシールド®の練習用デモ機を用いて調製を実施した。いずれの製品においても、飛散しない工夫がされていることを体験できた。





終わりに

研修を通して薬剤の物性を理解している薬剤師だからこそ、「理論とコツ」へ繋がることを理解できた。薬剤師の業務は対物業務から対人業務へシフトと言われて久しい中で、今後の法改正によっては、調製業務も調剤テクニシャンが実施可能となる可能性は否定できない。しかし、そういった情勢の中でも、「理論」を知っている薬剤師が監修することの必要性・意義は大いにあると感じる。



アンケート調査

研修会終了後に受講生を対象としたアンケートを実施し、回収率は100%であった。興味を持てた・理解できた・今後の業務に活用させられるに対して、「ややそう思う」、「そう思う」が90%以上を占めていた。アンケート結果からも非常に有意義な研修会であり、受講者の満足度は高かった。

DIの頁

Drug Information Q&A

Q

新しい骨粗鬆症の自己注射製剤について
教えてください

A

はじめに

骨粗鬆症とは骨折のリスクが増大した状態であると定義される。骨粗鬆症の国内の患者数は2005年時点で1280万人（男性300万人、女性980万人）であり、高齢化社会に伴い、患者数はそれ以降も増加していると推定される¹⁾。

骨強度は骨密度と骨質（微細構造、骨代謝回転、微小骨折、石灰化などに影響される）の2つの要因からなり、骨密度は骨強度の70%を説明し、残りの30%は骨質によって説明される。

骨粗鬆症を有することで大腿骨近位部骨折や椎体骨折の発生率が高く、2022年の診療報酬の改定において大腿骨近位部骨折患者に対する「二次性骨折予防継続管理料」が新設された。

2010年に副甲状腺ホルモン製剤が発売され様々な剤型で登場し、一部後発品も上市されている。テリパラチド酢酸塩をはじめとした副甲状腺ホルモン製剤は、「骨折の危険性の高い骨粗鬆症」が適応となる。その基準は、WHOの診断カテゴリーで「重症骨粗鬆症」に該当する「骨密度値が-2.5SD以下で1個以上の脆弱性骨折を有する患者²⁾」など、低骨密度、既存骨折、加齢、大腿骨頸部骨折の家族歴等の骨折の危険因子を有する患者が対象となる³⁾。また、副甲状腺ホルモン製剤は、骨手術の骨癒合促進効果など様々な角度から効果が期待されている⁴⁾。

アバロパラチド酢酸塩

アバロパラチド酢酸塩（オスタバロ[®]皮下注カー

トリッジ）は2023年1月に発売された「骨折の危険性の高い骨粗鬆症」を適応症とする副甲状腺ホルモン関連タンパク質アナログ製剤である。これまでのPTH製剤と同様に間歇的に投与することによって骨代謝回転を促進し、骨形成が骨吸収を上回ることによって骨密度の上昇効果が期待できる⁵⁾。

用法用量は「成人にはアバロパラチドとして1日1回80 μ gを皮下に注射する。なお、同薬の投与は18カ月までとすること」とされており、他のPTH製剤より6か月短縮して完遂することができる。

～臨床成績～

海外第3相試験（ACTIVE試験）では骨折の危険性の高い閉経後骨粗鬆症患者を対象に投与開始後18カ月までの新規椎体骨折発生率がプラセボに比べて有意に低くなることが示された（相対リスク減少率86% [95%信頼区間:61-95%]）（図1）。また、副次評価項目では股関節部、大腿骨頸部においてはテリパラチド酢酸塩群と比較しても骨密度変化率が有意に高いことが示された⁵⁾。

～デバイスについて～

本剤は電動式注入器を用いて投与される。操作手順や投与履歴を含め、保管温度や液量減少等の使用上の注意点に関連したエラーを画面表示と音で通知する機能があり、患者の注射手技のサポートとアドヒアランスの向上が期待できる（図2,3）。また、投与の初回には注入器加算の算定が可能である。

報告されている副作用はこれまでのPTH製剤

Drug Information

と同様にアナフィラキシーがあり、そのほかには起立性低血圧、めまい、動悸、意識消失等がある。製剤の薬理作用から一過性の血中Ca濃度の上昇がみられることもある⁷⁾。

テリパラチド酢酸塩とアバロパラチド酢酸塩の違いについて

テリパラチド酢酸塩はヒトパラトルモン (PTH) のN末端から34個のアミノ酸を切り出したポリペプチドであり破骨細胞よりも骨芽細胞を活性化させることにより骨量の増加を期待する。アバロパラチド酢酸塩もテリパラチド酢酸塩と同様に

PTHのN末端から34個のアミノ酸の一部を改変したポリペプチドであり、そのうち22、23、25、26、28、29、30、31及び34番目のアミノ酸残基はそれぞれGlu、Leu、Glu、Lys、Leu、2-methyl Ala、Lys、Leu及びAla-NH₂に置換することによって、PTH/PTHrP受容体の活性型構造であるRG型に対する結合選択性が高いことが報告されている⁸⁾。

アバロパラチド酢酸塩は新薬であり、2023年11月末までは1回14日投与が限度で2週間毎の診察が必要である。既存のPTH製剤とは経済性、デバイスの特徴も踏まえた上で使い分けすることが期待される。

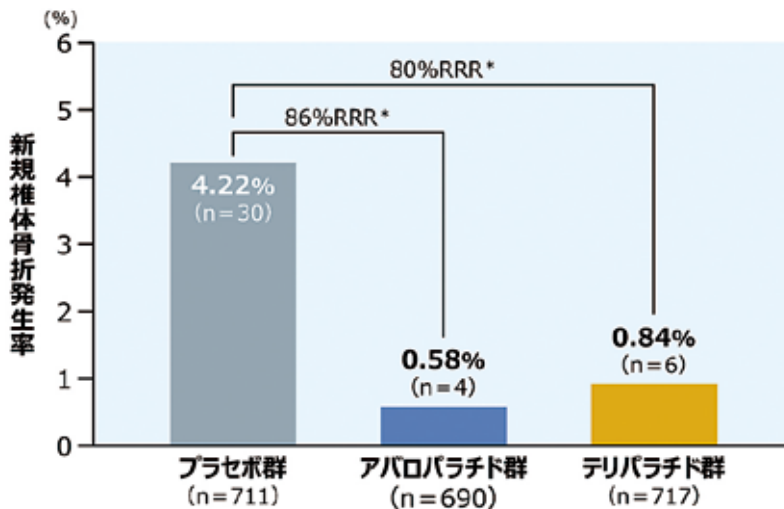


図1 アバロパラチド群、テリパラチド群の投与開始後18カ月までの新規椎体骨折発生率^{5) 6)}



図2 オスタバロ®インジェクター操作手順⁶⁾

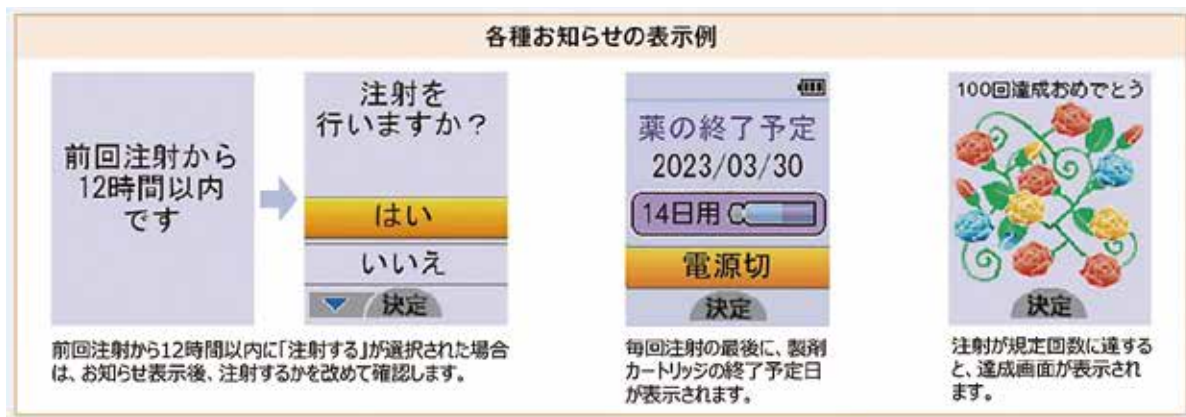


図3 オスタバロ[®]インジェクター投与時お知らせ表示⁶⁾

引用文献

- 1) 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会, 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015年版, 日本骨代謝学会, ライフサイエンス出版株式会社, 東京, 2015.
- 2) Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Report of a WHO Study Group, *World Health Organ Tech Rep Ser*, 843,1-129,1994.
- 3) 旭化成ファーマ株式会社, テリボン[®]皮下注 28.2 μ g オートインジェクター インタビューフォーム 2022年10月改訂(第2版), 2022.
- 4) 中島新, 山崎正志, 高橋和久, 骨折骨癒合研究の最近の進歩 - 分子細胞生物学の視点から -, 千葉医学, 86,83-91, 2010.
- 5) Miller PD, Hattersley G, Riis BJ, et al.: Effect of Abaloparatide vs Placebo on New Vertebral

- Fractures in Postmenopausal Woman With Osteoporosis: A Randomized Clinical Trial, *JAMA*, 316(7), 722-733, 2016.
- 6) 帝人ファーマ株式会社 HP, オスタバロ | 医薬品の製品基本情報一覧 | TEIJIN Medical Web (teijin-pharma.co.jp) (令和5年9月3日参照)
- 7) 帝人ファーマ株式会社, オスタバロ[®]皮下注カートリッジインタビューフォーム 2023年1月改訂(第3版), 2023.
- 8) Hattersley G, Dean T, Corbin BA, et al.: Binding Selectivity of Abaloparatide for PTH-Type-1-Receptor Conformations and Effects on Downstream Signaling, *Endocrinology*, 157(1), 141-149, 2016.

(文責：鎌倉病院 根岸大輔)



原発性局所多汗症について教えてください。

多汗症は、全身の発汗が増加する全身性多汗症と体の一部のみの発汗量が増加する局所性多汗症に分類される。

多汗症には特に原因のない原発性（特発性）多汗症と他の疾患に合併して起きる続発性多汗症がある。続発性全身性多汗症の原因としては、結核などの感染症、甲状腺機能亢進症などの内分泌代謝異常、薬剤性などが挙げられる。

一方、続発性局所性多汗症には耳下腺の手術や外傷の後で食事の時に多汗がみられる Frey 症候群が一例として挙げられる¹⁾。

当頁では、原発性局所多汗症について述べる。

臨床症状¹⁾

原発性局所多汗症は手掌、足底、腋窩、頭部顔面に限局した部位から両側性に過剰な発汗を認める疾患であり、部位によって自覚する時期や治療法は異なる。

▶ 掌蹠多汗症

手掌および足底に精神的緊張により多量の発汗を認める病的状態である。多汗症の中では比較的早期、小学校就学時期くらいから自覚することが多い。日中の覚醒時に発汗が多く、大脳皮質の活動が低下する睡眠中は発汗が停止する。

▶ 腋窩多汗症

腋窩は精神性発汗と温熱性発汗の共有する特殊な環境下にあり、左右対称性に腋窩の多汗がみられる。発症年齢としては第二性徴を迎える思春期あたりより自覚することが多い。

▶ 頭部、顔面多汗症

男性に多く、経過が長期化することが多い。発症年齢としては、成人を迎える前後あたりより自覚することが多い。

診断基準¹⁾

局所多汗症の診断基準として Hornberger ら²⁾は局所的に過剰な発汗が明らかな原因がないまま6カ月以上認められ、以下の6症状のうち2項目以上あてはまる場合を多汗症と診断している。

- 1) 最初に症状がでるのが25歳以下であること
- 2) 対称性に発汗がみられること
- 3) 睡眠中は発汗が止まっていること
- 4) 1週間に1回以上多汗のエピソードがあること
- 5) 家族歴がみられること
- 6) それらによって日常生活に支障をきたすこと

治療法¹⁾

原発性局所多汗症の治療法について、多汗の部位ごとに推奨される治療の選択肢が限られており、その治療が現時点で保険収載されているものと保険適用外であるものが混在している。実際の診療では、保険適用の有無のみで治療方針を決定されず、治療にかかる費用や身体への侵襲度・簡便さ・治療効果なども考慮して検討されている¹⁾。

以下に、「原発性局所多汗症診療ガイドライン2023年改訂版¹⁾」で推奨されている治療法について記す。

▶ 塩化アルミニウム外用療法

塩化アルミニウム溶液を塗り重ねることで汗を出す汗管を閉塞させ、発汗量を減少させる治療法である。塩化アルミニウムは現在、保険診療に適用のある外用薬がなく、院内製剤として一般的に処方されているため、治療を行う際には刺激性接

触皮膚炎などの副作用が生じる可能性があることに配慮し十分な説明と同意を得ることが必要である。

▶ 水道水イオントフォレーシス療法

特殊な機器を用いる治療法で、水道水を貯めた容器に手掌や足底を浸け、通電して治療を行う。メカニズムとしては、電流を通電することにより生じる水素イオンが汗孔部を障害し狭窄させることにより発汗を抑制すると解析されている³⁾。

▶ A型ボツリヌス菌毒素製剤

ボツリヌス菌毒素はグラム陽性菌の clostridium botulinum が産生する神経毒素で A～G 型の 7 種がある。この中で A 型ボツリヌス毒素 (BT-A) は精製度が高く、効力や作用時間が最も優れており、コリン作動性神経の接合膜からのアセチルコリン放出を抑制する作用がある⁴⁾。エクリン汗腺は主にコリン作動性神経により調節されていることから、コリン作動性神経及び汗腺の接合部において、神経終末内でのアセチルコリン放出抑制により神経伝達を阻害し、発汗を抑制すると考えられる⁵⁾。現在、BT-A は重度腋窩多汗症に対しては保険適用であり、薬剤はボトックス[®]注が使用されるが、それ以外の症例については保険適用外である。

▶ 内服薬

局所多汗症に対する内服療法として、圧倒的に報告が多いのは抗コリン薬である。本邦で唯一、多汗症に対する保険適用を有する抗コリン薬であるプロバンテリン臭化物は、1950 年代に掌蹠多汗症を対象とした研究がある^{6) 7)}。

▶ 外用抗コリン薬

外用抗コリン薬は、汗腺分泌部に存在する M3 受容体を介したコリン作動性の反応を阻害し、外用部位のエクリン汗腺からの発汗を抑制する効果が認められている。局所に作用するため、内服と比較して全身性の副作用が少なく発汗を抑制する作用が期待されており、患者にとって新しい有用な選択肢であると考えられている。2020 年代に入り、新規薬剤が徐々に承認されたため、以下にまとめる。

①ソフピロニウム臭化物[®] (商品名:エクロック[®])

ジェル 5%)

2020 年 9 月に、本邦初の原発性腋窩多汗症治療薬として、製造販売承認を取得した。1 日 1 回、両腋窩への塗布で効果が期待できる。

製剤はジェル状で、販売当初は、蓋に applicator が内蔵されており薬液を applicator 上に 1 プッシュ出して塗布する applicator 付きボトルのみの販売だったが、2023 年 4 月、ボトルと塗布具を一体化し塗布時の操作を簡略化及び容器を小型化することで利便性向上を目的としたツイストボトルが新登場した。

塗布後は、脇が乾くまで衣服や寝具が触れないようにし、薬液が手についた場合には目に入らないようにすることが重要である。

国内第Ⅲ相長期投与試験において、主な副作用は、適用部位皮膚炎 51 例 (27.6%)、適用部位湿疹 13 例 (7.0%)、適用部位紅斑 11 例 (5.9%)、適用部位そう痒感 6 例 (3.2%)、散瞳 3 例 (1.6%) 及び霧視 1 例 (0.5%) であった。

②グリコピロニウムトシル酸塩水和物[®] (商品名:ラピフォート[®]ワイブ 2.5%)

3.75% 製剤が 2018 年より米国で原発性腋窩多汗症治療薬として販売され、2022 年 1 月、2.5% 製剤が本邦においても承認された。成分は、既にグリコピロニウム臭化物 (シーブリ[®]吸入用カプセル) が慢性閉塞性肺疾患の適応で吸入薬として臨床使用されている。

1 回 1 包使い切りのワイブ製剤であり、簡便かつ衛生的に使用することが出来る。1 日 1 回、1 包に封入されている不織布 1 枚を用いて薬液を両腋窩に塗布することで、原発性腋窩多汗症に対して効果を示す。主な副作用 (1% 以上) として、羞明、散瞳、霧視、ドライアイ、排尿困難、頻尿、口渇、接触皮膚炎、湿疹が報告されている。

③オキシブチニン塩酸塩[®] (商品名:アポハイド[®]ローション 20%)

2023 年 3 月、日本初の原発性手掌多汗症治療薬として承認された。成分は、既に頻尿治療薬の経口剤 (ポラキス[®]錠) や、過活動膀胱治療薬の外用テープ剤 (ネオキシ[®]テープ) として臨床使用されている。

1 日 1 回、就寝前に適量を両手掌全体に塗布することで効果を発揮する (1 回の塗布量の目安: 両手掌に対しポンプ 5 押し分)。薬剤を塗布した

Drug Information

手で目に触れないようにし、起床後は、手を流水で良く洗うこととなっている。主な副作用（1～5%未満）として、適用部位皮膚炎、適用部位そう痒感、適用部位湿疹、皮脂欠乏症、口渇が報告されている。

引用文献

- 1) 原発性局所多汗症診療ガイドライン策定委員会, 原発性局所多汗症診療ガイドライン 2023年改訂版, 日本皮膚科学会雑誌, 133(2), 157-188, 2023.
- 2) Hornberger J, Grimes K, Naumann M, et al.: Recognition, diagnosis and treatment of primary focal hyperhidrosis, *J Am Acad Dermatol*, 51, 274-286, 2004.
- 3) Sato K, Timm DE, Sato F, et al.: Generation and transit pathway of H⁺ is critical for inhibition of palmar sweating by iontophoresis in water, *J Appl Physiol*, 75, 2258-2264, 1993.
- 4) Rusciani L, Severino E, Rusciani A: Type A botulinum toxin: a new treatment for axillary and palmar hyperhidrosis, *J Drugs Dermatol*, 1(2), 147-151, 2002.
- 5) Campanati A, Penna L, Guzzo T, et al. : Quality-of-life assessment in patients with hyperhidrosis before and after treatment with botulinum toxin: results of an open-label study, *Clin Ther*, 25(1), 298-308, 2003.
- 6) Zupko AG, Prokop LD: The newer anticholinergic agents. I. Effectiveness as anhydrotics, *J Am Pharm Assoc*, 43(1), 35-38, 1954.
- 7) 大浦功夫, 多汗症に対するバンサインおよびプロ・バンサインの治験, 新薬臨床, 4, 41-45, 1955.
- 8) 科研製薬株式会社, エクロック®ゲル5% インタビューフォーム 2023年8月改訂(第8版), 2023.
- 9) マルホ株式会社, ラピフォート®ワイプ2.5% インタビューフォーム 2023年5月改訂(第6版), 2023.
- 10) 久光製薬株式会社, アポハイド®ローション20% インタビューフォーム 2023年7月改訂(第3版), 2023.

(文責：江田記念病院 松丸美佳)

神奈川の花 *kanagawa flowers*

タカサゴユリ (ユリ科)



ツタバウンラン (オオバコ科)



神奈川の花

金光継道

コロナ禍も3年半が過ぎ、第5類となり、やっと色々な規制も解除された。所がこの異常な熱波が襲ってきて、35℃を超える猛暑日も記録的に多く、年寄りには外出が厳しい。

この季節目立つ野草の花は限りあるが、最近家の近くで、道路の植え込みの中や公園、線路の土手などあちこちで見掛けるようになったのがこのタカサゴユリです。テッポウユリに似たこのユリは栽培もされていますが繁殖力が強く、一度花をつけるとどんどん広がってゆく。高さは1.5mほどで大きな株になると花を5～6個つけ見栄えが良い。しかし雑草として扱われてしまう。

ユリ科は大きな科で250属3700種も知られている。しかも概ね美しい大きな花を咲かせる。主に北半球の亜熱帯から亜寒帯に自生している。日本では古くから知られ、古事記や日本書紀に山百合草・百合花などと見られ、万葉集に「しらるるか野辺のさゆりの花盛り茂みかくれも色にでにけり」とある。以来文学や美術に多く現れてくる。タカサゴユリはその名の通り高砂即ち台湾原産のユリで日本には大正12年に輸入されたがその繁殖力のため西日本で野生化された。テッポウユリとよく似ているが違いは高砂が50cm程高く1～1.5mで葉は細く数も多い。外花被に薄い褐紫色の筋がある。臭いが無いなどで見分けるが、他種との交雑により中間的なものも多く分かり難い。

テッポウユリの花言葉が正直・甘美・威厳・純潔・無垢と示すように、ヨーロッパではマリアを表し、復活祭や結婚式には無くてはならない花として多くが栽培されている。ヨーロッパでも古くから知られ、聖書マタイ伝6章29節に「我汝に告げんソロモンの栄華の極みの時だにもその粧この白百合の一には及ばざりき」とある。また、ギリシャ神話にもユリは登場するがこれはマドンナリリー（聖母百合）と思はれる。現在でも白百合は高貴な花、神聖な花とされ需用が多く、タカサゴユリも丈夫で育てやすいため多く栽培されている。

本誌の表紙にもなっている神奈川県の特産であるヤマユリは日本特産で、世界のユリの中でも花径26cmと最大で強い芳香を持っている。切り花では開花したらすぐ雄蕊の葯を切り取る。この花粉は蛋白質で粘着性があり色も濃く衣服に付くとなかなか取れません。球根は食用とされ苦みが少なく白色で大球が好まれる。ヤマユリ・オニユリ・コオニユリ・ササユリなどが用いられる。テッポウユリ・カノコユリは苦みが強く食用には向きません。薬用としては婦人病・体力回復剤として用いられた。

タカサゴユリのような立派な野草もあるが、小さな花も見逃せない。これはガレージの横の一寸した植え込みにいつの間にか増えてきた花がある。6月頃ウリクサやムラサキサギゴケに似た8mmの白ないし薄い青紫の花を付けます。これは花の形からゴマノハグサ科と言われてきたが近年オオバコ科に入れられた。欧州南部を原産地とし大正時代に観賞用として日本に入ったがその繁殖力のつよさで北海道から本州に分布している。小豆色のつるを伸ばして地面を這う。不定に根を伸ばし何処までも広がって行く。花は上唇部・中央部・下唇部に別れ、上唇部は二つ、下唇部は三つに裂けて居る。上唇部には2本紫青色の筋があり、中央部には黄色のふくらみがある。この花は6月に咲き8月の暑い時期に一度枯れ再び11月に開花する。知らぬうちに根付いて自然に増えてくる雑草ですが花屋でも売っています。花言葉は遠い夢、小さな花とどこまでも伸びて行く茎が、遠くて届かない夢を連想させます。今回は外来種ですが雑草として繁殖を続ける大小2種の花を紹介させていただきました。

I'm back!

映画に登場する薬物あれこれ

再開第5回

—さまざまな映画から—

西村 浩

はじめに、前回「第4回医療・介護現場での問題を取り上げた映画から」で取り上げた「ニコチン」について、読者の「ニコチン博士」から貴重な情報提供がありました。

「ニコチンは弱塩基性（弱アルカリ性）なので、飲み込んだニコチンは胃では5分間に3%しか吸収されません。嘔吐してしまえば問題ないと考えられますが、嘔吐せず、そのまま腸に達すると腸は塩基性なのでよく吸収されるので危険です。ニコチンの吸収はpHにより大きく変わります。ニコチンの静脈投与は投与量の100%が体内に入ります。ちなみに、投与したニコチンが脳に到達する時間は、静脈内投与が14秒、喫煙が7秒なので、喫煙は瞬間的に脳に到達しドーパミンを放出しドーパミンを放出し快感を得る、と言われている」そうです。禁煙外来で使えるような貴重なお話でした、ありがとうございました。

“Vandetta”「ベネデッタ」(2021年仏映画) 幼少のころから神がかったエピソードのあったフランス人女性ベネデッタ、とても信心深く、とにかく「イエス様」のことを常に考えているようです。ある日錯乱、医師がよばれ、鎮静のために「ケシからしぼった汁」を処方されます。モルヒネでしょうか？さらに、手足に創傷を受傷、これが「聖痕」ではないかと大騒ぎになります。「聖痕ならば頭部にもあるはず」とのことですが、お祈りの最中に頭部にも創傷を受傷します。不思議です。これに「自傷行為ではないか？」との疑念を持つものもあり、ベスト流行にもかかわらずイタリアまで教会上層部へ御注進に及びます。自傷行為の可能性もありますが、誰も現場を見ておらず、証拠もありません。いったいどうなるのか？ときおり別人のような声で呪いの言葉を吐くこともあり、このシーンだけなら、解離性人格障害を疑います。しかし全体的には演技性人格障害のようでもあります。ほかに祈祷精神病という病名もありますが、こちらは祈祷を続けているうちに本人が教祖になってしまうはずですから、今回はあてはまりませんね。クスコの鑿鏡のような道具を用いた拷問が恐ろしく、宗教者はこうした拷問や処刑を専門とする部下を同行していることに驚きました。医学生時代の精神医学のテストにこの「祈祷精神病について知るところを記せ」という問題が出題されました。ちょうどそのテストを欠席した同級生の女子医学生から「テスト、何が出たの？」と聞かれ、「きとうせいしんびょうがでたよ」と答えたところ、「えっ？自分が亀頭だと思う病気？」などとの発言に周囲が大爆笑したことを思い出しました。トホホ

“Tout s'est bien passé” “Everything went fine” 「すべてうまくいきますように」(2021年フランス・ベルギー合作映画) 冒頭の頭部画像にて左側の広範な脳梗塞が登場します、間違いなく右半身麻痺となり、右利きなら運動性失語症になるという予後に容易に至ります。予想通り、右半身麻痺となりますが、なんとか会話はできるようになりますから左利きだったのか。しかし、急性期病棟に入院中に下肢の血栓さらに肺梗塞と病状は進行します。易怒性も登場し、希死念慮も早期から口にします。これに対し主治医は「抗うつ薬を増量します」と応じますが、こうした器質的病変に起因する精神症状には向精神薬の効果は内因性の精神症状への効果とは比較できないほど期待できないことがほとんどです、涙。この映画、「コバシル」「フルオキセチン」「ゾルピデム」ほかにもたくさんの薬物が登場します。さらに「フルオキセチン？」「ジェネリックね、プロザックと周囲にわからないわね」という会話も飛び出します。安楽死がテーマですから切ない展開ですが、後半には何度も笑える場面も登場します。経済的に恵まれていないと安楽死も許されない、一方でユダヤ人の強制収容所から生還した従妹の同意はもちろん得られない、安楽死をたすけようとする姉妹は遺産狙いを疑われるなどなどまさに現実的な視点も取り入れられた盛沢山な内容でした。合掌

“FALL”「FALL/ フォール」(2022年米国映画) オープニングはロッククライミングのシーン、高所恐怖の身からは信じられない光景、あんな恐ろしい断崖絶壁を楽しそうに登っていきます、同じ人類とは到底思えません。しかしそこで悲劇、愛する夫がよもやの墜落死。未亡人となった主人公は酒に溺れる生活を送り、キャビネットには処方薬がありますからおそらく(残念ながらラベルは読めませんが)抗うつ薬でしょう。心配する父親に対しても心にもない言葉を発してしまい、また現場に居合わせた女性の親友に

強く誘われて、B67 TV tower なる高さ 600 メートルの鉄塔の頂上を二人で目指すこととなります。映画の途中で何回も退席しそうになるほどの恐怖心、足底と手掌との発汗著明を実感しました。まさに命知らずの二人、なんと上り詰めた頂上で金属製の梯子が崩落、二人は降りる手段を失ってしまいました。絶体絶命の大ピンチ、二人は降りることができるのか？

“Babylon”「バビロン」(2022 年米国映画) 1920 年代のロスアンジェルスが舞台、映画業界に渦巻く欲望？大願？野望？野心？が続々登場、エログロスカトロ、アルコールに違法薬物、コカイン、覚醒剤になぜかエーテルまでをも乱用しています。現在では高級住宅街の Bel Air はただの山ですし、同じく Brentwood もまだ開発が始まったばかりのようです。でもあんな生活をつづけていたとしたら、STD に薬物中毒やアルコール中毒が絶えなかったことでしょう。自殺者やら野垂れ死にが続出したようすが伝わってきます。合掌

(編集担当より)

ななな、なんと！本連載の愛読者であるニコチン博士！からのメッセージを冒頭に…筆者・西村先生の喜びの程が伝わってきます。

右の QR コードからメッセージを入力して頂くと、次は貴方の声が記事になるかも…？！

次号の発送までを目安に募集いたします。



西村 浩：名古屋市立小幡小学校、函館市立弥生小学校を経て川崎市立生田小学校ならびに同生田中学校卒、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経て 1986 年弘前大学医学部卒。1996 - 1998 年 UCLA 留学を経て現在も厚木市立病院精神科に勤務中

「生理用品に関すること」

医学生時代の6年間、全学部の学生230名が住む男子寮に住んでいました。けが人や病人が出るとすぐに寮生がやってきます。自転車で転倒して膝をケガした寮生、かなり出血しており、静脈結紮が必要そうです。6年も住んでいれば、何号室に何があるかおおよそ知っていますから、「20X号室にある生理用品、20Y号室からはパンストを持ってきて」と指示、傷口に生理用品をあて、パンストでしばって近くの医療機関へ運ぶように指示しました。帰ってきた寮生たちからの報告です。受診先のドクターから「この応急手当は誰がしたのかね?」と尋ねられ、「医学部の先輩の指示です」と答えると、褒められたとのことでした。へへへ

2022年2月24日ウクライナへ侵攻したロシア軍、同年9月末には兵力不足から予備役の動員を進めました、集まった予備役兵たちへのガイダンスの模様といわれるシーン。「妻や娘たちから生理用品やタンポン、一番安いものを入手せよ、銃創の止血に用いるのだ」とのことです、ウム。

“Hard night falling”「ハード・ナイト・フォーリング」(2019年伊・米国合作映画)自動火器と爆発物とで武装した強盗団により占拠されたイタリア富豪の邸宅、やはり富豪の知人たちが大勢人質にとられています。逃走を試みて銃創を負った婦人への対応を求められたこれまた人質の女医先生、見事に銃弾の摘出に成功(なんとキッチンの調理台で麻酔もレントゲンもなしで!)し、止血に婦人用タンポンを使用します。「第一次世界大戦時に止血に用いられた繊維を利用したのがタンポン」と見張り役の強盗犯に教示します、ナイス。なお、この強盗団の首領は「ゴロー」と呼ばれており、どうやら日本人らしく、日独伊三国同盟と何か関係があるのか、なんとラストでは、奪った自動車を運転しながら、「海ゆかば」を怒鳴るように歌っておりました、謎。なお、米国のテレビ番組「核シェルターに備える物品特集」のなかで、「タンポンは武器製造にも使える優れモノである」と言及する場面がありました。なんと火炎瓶の点火装置にピッタリとのことでした。核戦争のなかでの火炎瓶製造に便利といわれても、と呆気にとられました。

さかのぼること高校生時代、『平凡パンチ』だったか『プレイボーイ』だったか週刊誌に「生理用品で火薬をつくろう」という記事がありました。優秀な同級生が「セルロースに硫酸で硝酸基をつければ綿火薬ができる」と教えてくれました。たしかに化学の教科書にはTNTの生成過程がありました。温度の管理が難しそうですね、優秀な彼はたしか薬学部に進んだはず、まさかこの記事お読みではないでしょうね。

第二次世界大戦中に女学校生活を送り、すでに90歳を過ぎた母に先日直接尋ねました「戦争中はもちろん、戦前戦後、物資のない時代、女性の生理用品はどうしていたの?」。「使い古しの手拭いを切って使い」「(使用後は)紙に包んで自宅へ持ち帰り」「洗って干して」「また使用」していたそうです。「アンネナプキン」の登場は1960年代ですからね(なにしろ1945年の敗戦まで、日本には全身麻酔もありませんでしたし、女性に投票権もありませんでした)。

漫画『戦争は女の顔をしていない』(原作:スヴェトラナ・アレクシェーヴィッチ)では独ソ戦に従軍した旧ソ連軍の女兵士たちは、昼夜を問わない長期間におよぶ行軍が続くため月経の出血になんらの対応をすることもかなわずそのまま行軍、さらにその血液が凍結してさらに負傷するなどしたとありました。涙

“The battle at lake Changjin”「長津湖」1950鋼の第7中隊(2021年中国映画)1950年6月25日に始まった朝鮮戦争、仁川上陸を果たし38度線を目指して北上する米軍(正式には国連軍)に対し、鴨緑江を超えるのではとの懸念から参戦を決意した中華人民共和国は中国人民志願軍を派遣します。年末を迎え寒さの厳しい山岳地帯へ向かう中国兵たちに、防寒用にと支給されたたたくさんの「綿入れ」、「三つはほどいて止血用にしろ」と中隊長が命じます、やはりここでも。

悲しいことに戦争を契機に医療的に様々に進歩がすることが知られていますが、朝鮮戦争では負傷者の搬送にヘリコプターが初めて用いられ、現在のドクターヘリの原型といわれています(TVシリーズ“MASH”のオープニングにも登場し

ます)。さらに塹壕内の戦闘等での不潔な外傷に起因する敗血症などへの対策として血液透析が開発されたとも教わりました。もちろんその後、いずれも数多くの人命を救うことにはなりますが、悲しい事実ですね。

精神保健指定医 西村 浩

(編集担当より)

前回に続きさらに古き良き時代?! 筆者の医学生・高校生時代の思い出も織り交ぜつつ、社会的にも最近注目されている「生理の問題」を様々な視点で描いた今回も皆様からの率直なご意見をお待ちしております。

右のQRコードから入力して下さいますようお願いいたします。次号の発送までを目安に募集いたします。



向精神薬減量への道

皆様から御意見をいただいて

向精神薬の減量・中止について数多くの反響がありました。ありがとうございます。なかなかどうして難しいのが実情のようです。

まず、主治医へのアプローチが難しいとの御意見あり。そもそも、抗精神病薬は「昏睡状態の患者への投与は禁忌」「昏睡状態が悪化するおそれがある」と明記されています。主治医にこのことを伝え、記録しておくことが重要です。万一訴訟になった場合、とにかく裁判官は「能書」の「禁忌」に敏感ですから、このことを主治医に伝えましょう。さらに昏睡から回復しつつあるときも、あわてて抗精神病薬を再開することには慎重で良いと考えます。

なぜなら、「精神病患者は暴れる」というのは先入観あるいは偏見です、精神病院あるいは精神科病棟に勤務経験のある薬剤師のかたなら御存知でしょうが、ほとんどの精神病患者は放っておけばベッドから出てきません。精神病院でのラジオ体操に関する論文があります、ほとんどの病院で毎日1回から3回ラジオ体操を病棟で行います、そうでもしないと患者さんがベッドから出てこないからです。精神科医がラジオ体操に詳しいのはそのためです。もちろん保護室を使用しなければならぬほどの激しい精神症状を呈するかたもおいでですが、その数はごくわずかです。かの中井久夫先生が「(精神病ではない)若者を精神病院のスペースに収容したら、たちまち殺し合うだろう」と指摘していますが、そんな狭い空間におとなしく長年住んでいる患者さんがほとんどです。もちろんごく少数ながら暴れるかたもおいでですが、みなさんそれなりに「理由」があります。たとえば「組織に命を狙われている」「電磁波・高周波・電波で操られている」と訴えた場合、「そんなことがあるわけない」「そんなばかなことがあるか」などと応えると、「やはり組織の一員か」「殺される前になんとかしなければ」と攻撃的になるのが一例です。ですから精神科関係者は決して否定せずに「そんなことがあるなんて恐ろしい

思いをされてきたんですね」「そんなおそろしいことがあるとは気づきませんでした」などと返します。そうすると、すくなくとも「敵の一味ではない」「(こんな大切なことに気づかないとは)うかつな奴だ」ととらえてくれるようになり、さらに詳細を語ってくれることとなります。「あなたならわかってくれると思うから、打ち明けるけど、実は……」というように。

さらに以前も書きましたように、意識障害からの回復過程にある患者さんに向精神薬を投与すると、意識障害の判定に影響を与える可能性があるため、中止すべきと考えることがほとんどです。精神科医は「(向精神)薬を飲んで生活できる状態が続く事を治っている状態」と判断します、と患者さんに伝えます。これは「精神科の薬まだ飲んでるの？まだ治ってないんだね」と言われて服薬を中断してしまうかたをたくさん経験してきたからです。降圧剤や糖尿病治療薬についてはそのようなことはないのに、なぜ向精神薬だけを特別扱いするのか？は謎ですが、「精神科の薬は眼鏡、サングラス、日傘、麦わら帽子と同じです、うまく使って快適に生きていきましょう」と説明しています。

もう一つの要因として、悪性症候群についての知識の普及を考えます。最近の医師国家試験には毎年複数題が出題されるらしく、「向精神薬投与中止→悪性症候群」という図式が若手医師たちの脳内で出来上がっているようです。ですから現場の若手医師は、「とにかく中止を避ける」ことが念頭にある可能性があります。しかし、悪性症候群は「薬剤の投与開始・増量・減量・中止あるいは単なる投与中でも起こりうる」ものですし、こうした教育の普及により死亡率はかなり下がっていると考えられますから「そんなにムキにならなくても」と感じる事がしばしばです。なおダントローレンの投与は筋肉の痙攣が持続するときのみ用います。

当院でも、レジデント対象の持ち回りミニレク

チャー（年1回担当がまわってきます）で、レジデントからの質問は「身体疾患で入院してきた精神科患者さんの内服薬は継続すべきか？中止すべきか？」でした。経口摂取不能なら中止して経過観察し、精神症状には出現してからの対応で十分なことがほとんど、と答えました。このような内容はことあるごとに院内では伝えていますが、とにかく医師の交代が多く、追いつかないこともあります。あきらめずに続けています。

最後に、長年メンタルクリニックを開いている精神科医からの感想です、「身体疾患に罹患してwash outした時は（向精神薬投与の）再構築の一番のタイミングですね」とのことです、独りよがりの提唱でなかったと一安心した次第です。

西村 浩：名古屋市立小幡小学校、函館市立弥生小学校を経て川崎市立生田小学校ならびに同生田中学校卒、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経て1986年弘前大学医学部卒。1996 - 1998年UCLA留学を経て現在も厚木市立病院精神科に勤務中

（編集担当より）

前号では数多くの反響を頂きました。厚く御礼申し上げます。

ななな、なんと！愛読者の皆様からのお声にお応えしたいと筆者の西村先生が第3弾を発出いたしました！

下のQRコードから感想を入力して下さいと次回、返信があるかもしれない？！

次号の発送までを目安に募集いたします。



くすりの広場

多面的な薬剤師を目指して

総合高津中央病院 薬剤部 村山 瑞稀

私は現在2年目になる薬剤師です。当院は川崎市高津区にある急性期病院です。入職して1年目、最初の半年は調剤や注射の中央業務を行います。その後は臨床薬剤室で病棟業務の研修が行われます。私は内科系、外科系などの主要な診療科の病棟研修を行いました。2年目からは正式に外科・整形外科の病棟に配属となり、褥瘡対策チームとがん化学療法委員会にも所属しています。

入職する前はこんなにも早いうちから病棟業務や委員会などの仕事を任せて頂けるとは全く想像していませんでした。担当になった時には不安も大きかったですが、先輩方のご指導もあり楽しく仕事に取り組んでいます。一方、それに伴い業務内容も増えますが、様々な分野について学ぶ機会となっています。さらに多職種間の関わりが増えるため、顔を覚えてもらえる機会となり、声をかけて頂くことが増えました。院内で薬について質問される機会も増え、答えられなかった時にはすぐに答えられる薬剤師に成長したいと痛感します。

担当している外科病棟では消化器がんの患者さんが多く、入院する前から術前休薬の指導に関わり、入院してからも術後の疼痛管理や術後化学療法など一人の患者さんを長期に担当させて頂く機会が多いことが特徴です。患者さんと接する機会が多く、顔や名前を覚えて頂いたときには「薬剤師さん」ではなく名前と呼んで頂けるようになり、治療に関わっている実感が湧きます。また、当院では診療部から意見を求められることが多く薬剤師の意見が重要視される傾向にあります。外科も同様に、先輩の業務を見ていると処方提案やレジメン選択の際に頼りにされている場面が多いです。現在、私が携わっている業務は主に化学療法中の患者さんへ副作用の発現状況を聞き取り、支持療法の提案や服薬指導を行っています。通常の業務には慣れてきたと感じますが、先輩方のようにもう一步踏み込んで深く考えられる薬剤師になりたいと思うことが多々あります。

そう思うきっかけの一つである症例についてお話したいと思います。抗がん剤投与後の悪心が継続して発現している患者さんがいました。抗がん剤投与前後に制吐剤の点滴及び内服は行っていましたが、点滴終了後1週間近く症状が続くと訴えがありました。当院では制吐剤としてグラニセトロンを採用しており、各レジメンに合わせてデキサートやホスアプレピタントを追加しています。しかし、抗がん剤の支持療法については以前より部内でパロノセトロンを検討するよう部長から指摘があった中で、今回の症例に当たりました。そこで症状発現期間から遅発性の悪心が発現していると考え、グラニセトロンからパロノセトロンへの変更を医師へ提案することにしました。当院では使用している患者さんが少なかった為、2つの薬剤の比較試験のデータの論文を提示して提案することになりました。論文の読み取り・解釈を行うことは学生の頃以来であった為、短時間で行うことは難しく、先輩に指導して頂きながら処方提案を行いました。その後、処方変更されたことにより症状は軽減し、内服薬も併用しながら治療を継続することができています。

病棟業務に携わるようになってから、がん患者さんに限らず、病棟での治療の意思決定には

エビデンスが重要視される場面が多いと知りました。入職時のオリエンテーションでEBMは特別なものではなく一般教養であると言われましたが、この経験からもEBMを身につけ、医師と意見交換できるようになりたいと強く思うようになりました。

診療ガイドラインにおいてエビデンスに基づいた薬物治療が示されていることは理解していますが、なぜそのように決められているのかなどさらに深く理解しておくべきであると感じています。そういったEBMを考えられる薬剤師になる為、部内や外部の勉強会を利用して取り組んでいます。臨床薬剤室では毎日16時半から病棟担当者、DI担当者が集まり、カンファレンスを行っています。医薬品情報の共有に加えて、患者さんへの服薬指導や医師への処方提案をどうすべきか相談できる場となっています。また、論文の読み方や結果の解釈について学ぶ時間も設けられています。

様々なエビデンスを理解した上で、何がその患者さんにとって合理的な薬物療法なのかを考え、提供できるような薬剤師になることが今の目標です。今はまだ幅広く考えが及ばないことや患者さんの要望を汲み取りすぎてしまうことも多く、なかなか上手くいかない時もあります。そういった失敗も経験値へと変え、多面的・総合的に考えることのできる薬剤師を目指し、日々成長できるように自己研鑽していきたいと思えます。

服薬指導を通じて考えたこと

茅ヶ崎市立病院 薬局 福岡 和希

私が勤務している茅ヶ崎市立病院は29の診療科と病床数401床を有する急性期病院です。

大学卒業後5年間は別の病院に勤務しており、昨年の4月に現在の病院へ転職いたしました。現在病棟業務を行っており、主に消化器内科・整形外科・産婦人科・小児科の各病棟をローテーションで担当させていただいております。病院薬剤師歴は7年とまだまだ経験は浅いですが、今回このような機会をいただいたので、7年間で私自身が感じたことを述べたいと思います。

先日、抗がん剤を導入する患者さんへ服薬指導を行う機会がありました。患者さんが行うレジメンのスケジュール表と使用する薬剤のパンフレットを持ち、患者さんのもとへ行きました。服薬指導を行っている際に「この薬はこういったことが起こるのよね。」や「そうそう、こんなこともあるね」と患者さんが話され、随分と薬に関して詳しいなという印象を抱きました。何でここまで詳しいのだろうと不思議に思い、患者さんに尋ねると「ここへ来る前にスマホで調べてきました」という返答がありました。別の患者さんでも同様のことがありました。その時は抗がん剤ではなく、鉄剤のような比較的処方される頻度が多い薬剤だったと思います。私が初めて病棟業務を担当させていただいた薬剤師1年目の頃はそのようなことを言われる機会があまりなかったと思いますが、ここ最近「インターネットで調べてきた」という言葉を聞く機会が増えてきたと感じています。

たまたま自分が遭遇した人がアドヒアランス良好なだけだったのかもしれませんが、しかし、今はスマートフォン片手で簡単に情報収集できる時代であり、私自身も薬のことでわからないことや、プライベートでも気になることがあるとスマートフォンで情報収集を行います。最近の話題では、2022年の11月にOpen AI社がChatGPTを開発し、2023年には日本にも上陸しました。私は流行に疎いのですが、皆さんの中にもすでに使用している人はいるのではないのでしょうか？現段階ではChatGPTが服薬指導を行うということは聞いたことがありません。しかし、オンライン診療など医療業界においても幅広い活躍が期待されています。このような時代でこの先患者さんに対して薬剤師は何ができるのでしょうか、そう考えると少し気が重くなってしまう。

しかし、暗いことばかりではありません。ある日服薬指導を行った際に「この薬飲みにくくて辛いよね」と患者さんが話されました。偶然その薬は院内に同成分・別剤形の薬剤があるため、「違う形の薬があるけど試されますか？」と聞くと「ぜひお願いします」と話されました。医師へ確認し剤形変更を行い、しばらくして再度訪室すると、どうやらその剤形と相性が良かったようで「飲みやすくなった」と話されました。服薬支援も薬剤師業務の1つです。今回は服薬指導を行ったことがきっかけで患者さんの問題点を1つ解決でき、私もそれに携わることが出来てよかったと思いました。それと同時に、服薬指導の大切さを再認識することができました。

薬剤師の業務に関して2人の患者さんを通して色々と考える機会をいただきました。薬剤師

は患者さんへ薬に関して“教える”のですが、患者さんから何か別のことを”教わる”こともあると思います。また、ここ数年でインターネット以外にも様々な変化がありました。この先何十年も続くであろう薬剤師人生を、患者さんからの教えも教訓に、インターネットやAIに劣らない薬剤師を目指して日々精進していきます。

初心忘るべからず

医療法人 三星会 かわさき記念病院 薬剤部 小野 大輔

私が病院薬剤師として新卒で働きだしてから、今年で10年目を迎えました。1年目は急性期病院で先輩方から病院薬剤師の業務について指導を受けながら、必死に採用薬を勉強したことが懐かしく思えます。

1年目が終わりに近づくと異動のお話をいただきました。翌年度から新規に開院する病院で働いてみてはどうかと。新規に開院する病院とは、現在の勤務先であるかわさき記念病院でありました。当院は300床を有する認知症専門病院です。薬剤師として独り立ちしていましたが、知識も経験も未熟な私が働けるかどうか不安はありました。しかし、新規で開院する病院の開院スタッフとして、認知症専門病院で働ける貴重な経験が積めると思ったら二つ返事で異動話を受けたことは今でも鮮明に覚えています。

異動してからは、まず認知症治療の基本となる抗認知症薬の作用機序を勉強しました。認知症の周辺症状には精神科薬も使用します。精神科薬は定型抗精神病薬と非定型抗精神病薬に大別されますが、非定型抗精神病薬を使用することが多いため、まずは非定型抗精神病薬の分類と作用機序、受容体結合能(Ki値)など、その特性についてまで勉強しました。

抗精神病薬等を使用した患者の状態の変化をカルテや看護師から情報収集していましたが、最初はなぜその薬剤が選択されたのかが、よくわからない状態でありました。しかし、抗精神病薬などのKi値を理解できるようになってからは、「この症状だから、この薬剤で効果がある」という理由が分かり、勉強した甲斐があったと感じられました。

認知症病院で働くこと8年目に系列病院で薬剤師の人員不足のため、1年間の出向辞令をいただきました。出向先はリハビリテーション専門病院でした。回復期病棟であったため、今までの認知症病棟とは勝手が違っていました。認知症病棟では患者への病棟での服薬指導はしていませんが、回復期病棟では服薬指導を行っていました。また系列病院と言えども、採用薬が異なる部分が多々あったため、採用薬についても勉強しました。

出向当初は病棟活動や採用薬の異なる部分で苦労しましたが、採用薬を勉強していくうちに服薬指導も患者に対して適切に平易な言葉で行えるようになっていました。

自分自身勉強嫌いではありますが、「初心忘るべからず」と諺を身をもって学んだ1年間でした。

そして、1年間の出向が終わり、かわさき記念病院に戻ってきました。医療は日進月歩、日々、進化しているので、医療の進化に取り残されないよう、慢心せずにこれからも「初心忘るべからず」という言葉を大切に毎日の勤務に励みたいと思っています。

ひとつの道を歩み進めること

東横恵愛病院 薬剤部 太田 智紗子

みなさんは自分が意図していた道を歩いていくことはできていますでしょうか。

私は大学を卒業してすぐは大学の研究室に助手として従事していました。当時は骨芽細胞を研究テーマに論文を読み、実験の日々。学生の指導に苦労しながらも充実した時間を過ごしました。研究助手の仕事ではひとつのことを極める面白さを学び得たように思います。幅広くいろんなことを知ることも重要ではありますが、その道のプロとなることに非常に魅力を感じました。研究とはとても地道な作業で、インパクトのある研究結果はそう簡単に得られるものではありません。ですが、たとえ小さな発見であってもそれが大きな発見への一助となり、研究者が究めた英知の集合体は、やがて人類へ多大なる影響を与えることとなります。成果だけにとらわれることなく、自分の意図する方向へ実直に歩いていくことが願望実現への一歩だと感じます。

研究助手の契約期間が終了した後、病院薬剤師に転職したことは人生の一つの転機でした。ここで私が選んだのが精神科薬剤師の道でした。薬剤師として一つの道を究めたいと思い、今年でこの道13年の歩みとなりました。何かひとつのことを究めたいと研究助手時代から思っており、その自分が意図した道をまっすぐ進んでいくことができたのは、今までご指導くださった諸先生方、薬剤部の皆さまのおかげであると感じます。精神疾患は検査値や画像診断など客観的評価がしづらい領域であります。評価の指標は存在するものの、すべては患者さんとのコミュニケーションから得られる情報をいかに客観性をもって評価するかにかかっていると思うのです。精神科のネガティブイメージとして服薬指導で患者さんとお話することはできるのか、怖くないか、など聞かれることがあります。ここが精神科で働く最大の極みであり、まさに真骨頂であると思います。まるで会話が成立しない患者さんの中にはおられます。挨拶する以前にもう二度と来るなど顔を見るなり怒られたこともあります。病識の有無、陽性症状、陰性症状、認知機能、様々な要因が折り重なって病態となっていますが、今、私の目の前にいるのはそういった病態をもった患者さんであると思えば、たとえ会話が成立せずとも、どういう態度をとられても、このかたの症状が良くなるにはどうすればよいかという視点をもって見れば、ダメージは少ないものです。怠業を繰り返して、再入院して来られる方も少なからずおられます。服薬状況について聞かれることは患者さんにとって都合の悪い質問なのではないかと最近思うようになりました。家で子どもに「宿題した？」と聞いた時にふと感じたのです。今、やろうと思っていたのに、先に言われた、本当はやりたくないのに確認された、言われた当人はいろんな感情がここで渦巻きます。質問する側の意図としては、ご自身のために宿題はやってほしいのです。責めるわけでもなく、ほら見たことかと言いたいわけでもない。あなたがよりよく過ごすための手段が服薬であり、その継続の重要性について一緒に考えていきましょうという壮大なメッセージが込められているのですが、そこをご理解いただくことの難しさは未だに感じます。まだまだ日本は精神科の入院病床も多く、患者さんの地域移行には課題が多く残っているのが現状です。みんながそれぞれ自分の意図した道を歩いていけるよう薬剤師として今後もサポートしていきたいと思えます。

最後に、力不足なところが多い私を支え、根気強くついてきてくれている薬剤部のみなさんに心より感謝いたします。

薬剤師としての原点

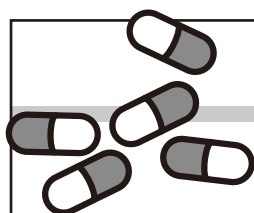
独立行政法人労働者健康安全機構 関東労災病院 薬剤部 太田 哲徳

薬剤師は薬の専門家としてまずは多くの事を学んでジェネラリストになり、その上で自分が興味のある分野のスペシャリストに特化していく形が多いかと思います。また、その過程で重要な出会いがあったり、刺激を受け転換期を迎えることもあるかと思います。私は薬剤師となってから病院薬剤師としてのみ働いてきましたが、その中で多くの経験をして現在はがん緩和ケアを中心に業務を行っています。

医療には様々な分野がある中で何故私がこの分野を専門にしていきたいと思ったのか、その原点は大学院生の頃だったと思います。私は薬学部4年制の卒業生で大学卒業後に大学院へ進学しました。大学院の中で臨床を主とするコースであり長期病院実習がありましたが、まだ将来どのような分野に関わっていきたいか漠然とした中で実習を行っていましたし、最終的に修士論文をどうしようかということを考えながら実習をしていたというのが正直なところでした。その患者さんと出会ったのは長期病実習を行っている病院であり、担当してくださった先生と病棟に行った際に偶然自分が担当させてもらったというありふれたものでした。肺癌の方で長く関わらせてもらいました。見た目はやや特徴的なシルバーアクセサリーをつけている少し怖い感じの方だったのまだ学生であった私は少しびくりに緊張していたのを覚えています。しかし話してみると見た目とは異なり優しい方であり、治療中長く関わらせて頂いた中で不慣れな私に時に優しく、特にしっかりと薬剤指導ができるよう接してくれました。その当時は副作用の予防も今のようによい薬がまだあまりない時代でしたので、患者さん自身はとてきつく、大変だった中、学生であった私にもしっかりと接してくれたのは嬉しかったことを覚えています。実習期間の関係もあり、その方が退院するまで関われなかったのは残念でした。

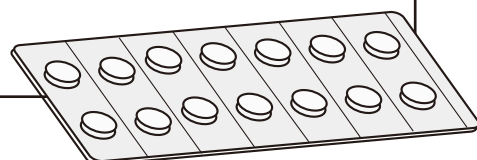
その患者さんとの出会いはありましたが、卒業してすぐのがん医療や緩和医療に関わりたかったわけではありませんでした。薬剤師として日々の業務に追われる中で自分がどうしたいか迷う日々でしたし、そのうち見つかるだろうと考えていました。しかし、このままではいけないと思い、自分が薬剤師として何ができるのか、どのように患者さんや社会に貢献・還元したいのかということを考えていた時に改めてその患者さんのことを思い出しました。その時に色々と考え、自分の原点ともいべき患者さんに関わったがん医療がやりたい考えるようになりました。ただ知識も技術も当時の自分は不足していましたし、当時の環境もがん医療に携わるには不十分なものでしたので、知識や技術の習得、がん業務に携われる環境などを得るように行動しました。今はがんに関わる認定も取得してがん業務に携わっています。力不足を痛感する時もあれば、うまく関わって「ありがとう」と言われることももちろんありますが、その全てが糧になり、前に進めていると思います。がんを学ぶ過程で必然と緩和医療にも興味を持つようになりました。両分野は車の両輪の関係にあるとは言え、両方を行っていくとどちらも中途半端になるのではないかという意見もあるかもしれませんが、疎かにならないよう関わっていきたいと思います。

薬剤師になってそれなりの年月が経ちますが、多くの医療従事者や患者さんに日々教わりながら安全で安心な薬物療法を提供できるように努めています。医療は日々進歩していますので、自分でここまでと限界を作ってしまうとそこが限界になってしまいます。これからも初心を忘れず薬剤師として、医療人として日々自分を up date していければと思います。



編集後記

精神科医 西村先生の人気コーナー「向精神薬減量への道 第三弾」は、読者の皆様からの反響を受けて執筆されました。必読です。今回も皆様からの感想を募集していますので、ページのQRコードからフォームにアクセスいただき、感想、ご意見、取り上げてほしいテーマ等をお寄せください。(H.U.)



神奈川県病院薬剤師会雑誌 第55巻3号

令和5年11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 山田 裕之
喜古 康博

委員 五十嵐 文/井口 恵美子/宇野 洋司
島本 一志/瀬川 亮/竹島 秀司
野村 恭子/廣瀬 幸文/藤巻 智則
宮坂 優人/山崎 勇輝/米澤 龍

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