

# アプライド・セラピューティクス

Japanese Journal of Applied Therapeutics

ISSN 1884-4278

合同開催

第8回

日本アプライド・セラピューティクス  
(実践薬物治療) 学会学術大会

第2回

日本臨床薬理学会 関東・甲信越地方会

プログラム・抄録集



日本アプライド・セラピューティクス学会  
Japanese Society for Applied Therapeutics

Vol.9 Supplement August 2017

第8回

# 日本アプライド・セラピューティクス (実践薬物治療)学会学術大会

第2回

## 日本臨床薬理学会 関東・甲信越地方会

プログラム・抄録集

### 薬を適切に選択して適切に使う： 実践薬物治療と臨床薬理

**会 期** 2017年9月9日(土)・10日(日)

**会 場** 横浜市社会福祉センター

**大会長**

第8回日本アプライド・セラピューティクス  
(実践薬物治療)学会学術大会

植田 真一郎

(琉球大学 大学院医学研究科 臨床薬理学講座 教授)

**会 長**

第2回日本臨床薬理学会 関東・甲信越地方会

志賀 剛

(東京女子医科大学 循環器内科学講座 准教授)



---

---

# 目 次

---

▪ 開催にあたって .....	4
▪ 役員リスト・後援団体 .....	5
▪ 参加者へのご案内 .....	6
▪ 座長・演者へのご案内 .....	9
▪ 交通案内 .....	12
▪ 会場案内 .....	13
▪ 日程表 .....	14
▪ プログラム .....	17
▪ 抄 録	
教育講演 .....	27
シンポジウム .....	29
ワークショップ .....	47
症例検討ワークショップ .....	49
一般演題（ポスター） .....	59
▪ 協賛団体・企業一覧 .....	71

---

---

# 開催にあたって

---

この度、平成29年9月9日（土）・10日（日）の2日間、横浜市社会福祉センターにおいて「第8回日本アプライド・セラピューティクス（実践薬物治療）学会学術大会」を開催する運びとなりました。今回は第2回日本臨床薬理学会 関東・甲信越地方会と共同開催をいたします。

両学会は、医療を受ける患者に対して安心、安全かつ良質な薬物治療を提供するために、科学的で合理的なエビデンスに基づいた薬物治療のみならず、患者の視点・価値観に立った薬物治療の具体的な実践に向けた研究と評価、さらにその推進と啓蒙、そして実際に臨床現場で薬物治療を担う医療者の教育を共通の目的としています。とくに両学会とも、医師や薬剤師、看護師など専門領域や職種の枠にとらわれず、疾病・治療に関する正確な情報共有、そして医療者間あるいは医療者・患者間のコミュニケーション・相互理解の向上を大きな柱にしています。

本会では、「薬を適切に選択して適切に使う：実践薬物治療と臨床薬理」をテーマに薬物治療の適正化について焦点に医師、薬剤師、また薬物治療の開発から実践に係わる医療スタッフおよび研究者とともに考えたいと思っております。Common diseaseの薬物療法、小児や高齢者の薬物治療、ポリファーマシー、腎疾患における用量設定など医療現場で抱える問題についてシンポジウムあるいはパネルディスカッションを通して議論していきます。また、本学会の特色でもあります医師と薬剤師で薬の使い方を討論するワークショップを各領域（小児科、消化器、精神科、循環器、呼吸器など）をテーマに企画しています。

つきましては、本大会の趣旨をお汲み取り戴き、積極的にご参加くださいますよう、また、関係各位にはそのご厚情をもちまして、温かいご支援を賜りたくよろしくお願い申し上げます。

第8回日本アプライド・セラピューティクス（実践薬物治療）学会学術大会

大会長 **植田 真一郎**

（琉球大学 大学院医学研究科 臨床薬理学講座 教授）

第2回日本臨床薬理学会 関東・甲信越地方会

大会長 **志賀 剛**

（東京女子医科大学 循環器内科学講座 准教授）

---

---

## 役員リスト・後援団体

---

大会長 植田真一郎（琉球大学 大学院医学研究科 臨床薬理学講座 教授）

会 長  
組織委員長 志賀 剛（東京女子医科大学 循環器内科学講座 准教授）

組織委員  
(50音順) 越前 宏俊（明治薬科大学 薬物治療学）  
緒方 宏泰（日本アプライド・セラピューティクス学会）

川上 康彦（日本医科大学多摩永山病院 小児科）

木内 祐二（昭和大学 薬学部）

木村 利美（東京女子医科大学病院 薬剤部）

坂口 眞弓（みどり薬局）

篠原久仁子（フローラ薬局 河和田店）

清水 秀行（帝京平成大学 薬学部）

下田 和孝（獨協医科大学 精神神経医学）

住吉 徹哉（榊原記念病院 循環器内科）

高見澤 格（榊原記念病院 循環器内科）

鶴岡 秀一（日本医科大学 腎臓内科）

藤田 朋恵（獨協医科大学 薬理学）

松本 直樹（聖マリアンナ医科大学 薬理学）

山岡 和幸（医療法人前橋北病院）

後 援 厚生労働省

公益社団法人日本薬剤師会、一般社団法人日本病院薬剤師会

公益社団法人東京都薬剤師会、一般社団法人東京都病院薬剤師会

公益社団法人神奈川県薬剤師会、公益社団法人神奈川県病院薬剤師会

一般社団法人埼玉県薬剤師会、一般社団法人埼玉県病院薬剤師会

一般社団法人千葉県薬剤師会、公益社団法人茨城県薬剤師会

一般社団法人栃木県病院薬剤師会、一般社団法人群馬県薬剤師会

一般社団法人山梨県薬剤師会

(平成29年8月現在)

# 参加者へのご案内

## 1. 学術大会への参加について

### (1) 総合受付：

学術大会参加受付は、横浜市社会福祉センター ホール前 4F で行います。

9月9日（土） 9：30～16：30

9月10日（日） 9：20～16：30

### (2) 事前登録：

事前参加登録者には、事前に参加証（ネームカード）・抄録集を発送しております。当日は必ずご持参いただきますようお願いいたします。なお、参加当日に抄録集をお忘れになるなど抄録集が必要な方は、別途購入していただくこととなりますのでご注意ください。

### (3) 当日登録：

当日参加申込をされる方は、当日受付にて参加申込書に必要事項を記入して参加費をお支払の上、参加証（ネームカード）および抄録集をお受け取りください。ただし、会員の方には事前に抄録集を送付してあり、当日配布はいたしませんのでご了承ください。

### (4) 参加証（ネームカード）：

各会場へ入場の際は、所属・氏名を記入した参加証が良く見えるように装着してください。参加証を装着していない方は入場をお断りします。

## ●参加費一覧

		事前参加登録	当日参加登録
■学術大会参加費 (2日間)	◆会員・準会員	6,000円	7,000円
	◆非会員	7,000円	8,000円
	◆学生	—	2,000円
1日券（当日のみ）	◆会員・準会員・非会員	—	4,000円
■懇親会	◆会員・準会員・非会員	7,500円	

（ご注意）学生の参加者は、参加推薦書（大会ホームページからダウンロード）の事前申請で参加費が無料となります。

## 2. 抄録集：

会員の方には抄録集を事前に送付しております。当日参加登録をされる非会員・学生の方には受付にてお渡しいたします。また、別途購入を希望される方には、総合受付にて販売いたします。（2,000円（税込））

## 3. 入会：

入会希望の方、「学会受付」で手続きをしてください。

## 4. 評議員会：

（日本アプライド・セラピューティクス（実践薬物治療）学会）

9月9日（土）11：50～12：50 第3会場（社会福祉センター 9F 小会議室 901・902）

---

---

## 5. 総会およびワークショップ・認定指導者への認定書授与：

(日本アプライド・セラピューティクス(実践薬物治療)学会)

9月10日(日)9:20~10:00 第1会場(社会福祉センター 4F ホール)

## 6. 世話人会：

(日本臨床薬理学会 関東・甲信越地方会)

9月10日(日)11:50~12:50 小会議室904(社会福祉センター 9F)

## 7. 懇親会への参加について

- (1) 懇親会は、9月9日(土)17時30分より、「東天紅 横浜桜木町ワシントンホテル店 横浜桜木町ワシントンホテル 24F」で開催します。ぜひご参加ください。
- (2) 懇親会への当日参加をご希望の方は、社会福祉センター 4F「参加受付」までお越しください。

## 8. ワークショップ

ワークショップについては、事前参加登録制となっております。キャンセル待ち・見学を希望の方は、開始時間迄に直接会場までお越しください。

## 9. ランチョンセミナー(今回は両日ございません)

## 10. 学術大会運営について

### (1) 質疑のある場合：

質疑、討論は必ず座長の指示に従い、所属・氏名をつけてから発言してください。

### (2) 呼び出し：

会場内での呼び出しは、原則的に行いません。総合受付付近にある掲示板に伝言メモを貼り付けてください。なお、外部からの緊急連絡のみ、各会場においてセッションの合間に座長より会場内にアナウンスします。

### (3) スライド撮影：

撮影はご遠慮ください。

### (4) 喫煙：

喫煙室をご利用ください。(社会福祉センター 9F 喫煙室)

### (5) クローク：

社会福祉センター 4F「クローク受付」をご利用ください。

9月9日(土)9:30~16:40

9月10日(日)9:20~16:30

会場は両日とも17時にて完全施錠となりますのでご注意ください。

### (6) 携帯電話等：

講演会場内では、携帯電話等は必ず電源を切るか、マナーモードに切り換えてください。

### (7) 服装：

クールビズを推奨しております。ノーネクタイ・ノージャケットでお越しください。

---

---

## 11. その他

### (1) 大会本部：

社会福祉センター 9F 小会議室 903 に「大会本部」を設置します。

### (2) 駐車場：

大会専用の駐車場は用意しておりません。近隣の一般駐車場（有料）をご利用されるか、出来るだけ公共交通機関をご利用ください。

## 12. 認定シールの交付について

### ① 日本薬剤師研修センター研修受講シール（日本薬剤師研修センター）

（1日目参加：3単位、2日目参加：3単位）

### ② 日病薬病院薬学認定薬剤師認定シール（日本病院薬剤師会）

（1日目参加：2.5単位、2日目参加：3単位）

※ ①と②は重複取得が出来ません。

※ 申請忘れによる後日のお申し出には対応いたしかねますのでご了承ください。

受付場所 社会福祉センター 4F 認定シール配布受付にて認定シールをお渡しいたします。

---

---

## 座長・演者へのご案内

---

### ■ 座長の皆様へ

- ・担当セッション当日は、社会福祉センター 4F「総合受付」近隣にある「座長・演者受付」に、セッション開始1時間前までにお越しいただき、受付を済ませてください。
- ・開始時間10分前までに、会場の「次座長席」でお待ちください。
- ・担当セッションは、予定時間に終了しますようご配慮ください。

### ■ 演者の皆様へ

- ・担当セッション当日は、社会福祉センター 4F「総合受付」近隣にある「座長・演者受付」に、セッション開始1時間前までにお越しいただき、受付を済ませてください。
- ・発表はご自身のPCをご持参ください。また、持参いただくPCは可能な限りWindows PCでお願いいたします。
- ・発表データは、Windows OS/PowerPoint 2007/2010/2013にて作成・編集し、文字化けを防ぐため、必ず標準フォント（MS/MSPゴシック、MS/MSP明朝、Arial、Times New Roman、Centuryなど）にて作成してください。
- ・プロジェクターのモニター端子は、ミニDsub15ピンです。変換コネクタが必要な場合はご自身でお持ちください。なお、USBポート、IEEE1394ポートからの映像出力には対応しておりませんのでご注意ください。



ミニ Dsub15 ピン

- ・解像度は1024×768（XGA）を推奨いたします。
- ・COI自己申告の指針に基づき利益相反に関するスライドを発表の2枚目に示してください。利益相反がない場合は様式1-B-1利益相反がある場合は関連企業・団体名を明記して様式1-B-2のスライドを入れてください。

（様式1-B-1）利益相反規則に「該当しない」場合

第8回日本アプライド・セラピューティクス（実践薬物治療）学会学術大会  
第2回日本臨床薬理学会 関東・甲信越地方会

演題：○○○○・……………

……………有効性・安全性の比較

所属：医療法人○○会 ○○病院 薬剤部

発表者：○○○○

本演題発表に関連して、筆頭著者に開示すべきCOIはありません。

(様式 1-B-2) 利益相反規則に「該当する」場合

第 8 回日本アプライド・セラピューティクス（実践薬物治療）学会学術大会  
第 2 回日本臨床薬理学会 関東・甲信越地方会

演題：○○○○・ . . . . .

………有効性・安全性の比較

所属：医療法人○○会 ○○病院 薬剤部

発表者：○○○○

本演題発表に関連して、筆頭演者は 1 年以内に△△製薬、□□社、  
○○製薬から所属口座への委託研究費・奨学寄附金などの研究費、  
および個人的な講演謝礼を受けています。

【第 1 会場での発表に関して】

- ・ 演者受付後、開始時間 10 分前までに、PC を講演会場内オペレート卓（会場向かって前方左手）にいる PC オペレーターまでお持ちいただき、会場の「次演者席」でお待ちください。その際、スクリーンセーバーや省電力設定は、事前に解除しておいてください。
- ・ 発表の順番が来ましたら、壇上にお上がりください。PC オペレーターがプロジェクターの接続を切り替えます。スライド操作はご自身で行ってください。
- ・ 発表が終わりましたら、PC オペレーターから PC をお受け取りください。

【第 2、第 3 会場での発表に関して】

- ・ 演者受付後、開始時間 10 分前までにお越しいいただき、会場の「次演者席」でお待ちください。その際、スクリーンセーバーや省電力設定は、事前に解除しておいてください。
- ・ 発表の順番が来ましたら、PC を持って壇上にお上がりください。会場係がお手伝いしますので、PC とプロジェクター端子とを接続してください。スライド操作はご自身で行ってください。
- ・ 発表が終わりましたら、PC を持って壇上からお下がりください。

【一般演題（ポスター発表）に関して】

9 月 9 日（土）9 時 10 分～10 時までに、社会福祉センター 8F「ポスター会場」入口にある「ポスター受付」までお越しいいただき、受付を済ませてください。

(1) 掲示場所 社会福祉センター 8F 大会議室 F

(2) 貼付、掲示、撤去時間

<貼付> 9 月 9 日（土）9：10～10：00

<掲示> 9 月 9 日（土）10：00～9 月 10 日（日）14：30 ※ 2 日間掲示

<撤去> 9 月 10 日（日）14：30～15：00

※撤去時間後に掲示されているポスターは、大会事務局にて廃棄させていただきます。

(3) ポスター貼付

①ポスターパネルサイズについて

ポスター貼付面のサイズは、高さ 160cm・幅 90cm です。

※参考：可能貼付枚数（目安）

A0 縦：1 枚、A3 横：10 枚、B4 横：12 枚、A4 横：21 枚

②ポスター番号について

パネル左上部に大会事務局で用意したポスター番号を貼付してあります。

③ポスタータイトルについて

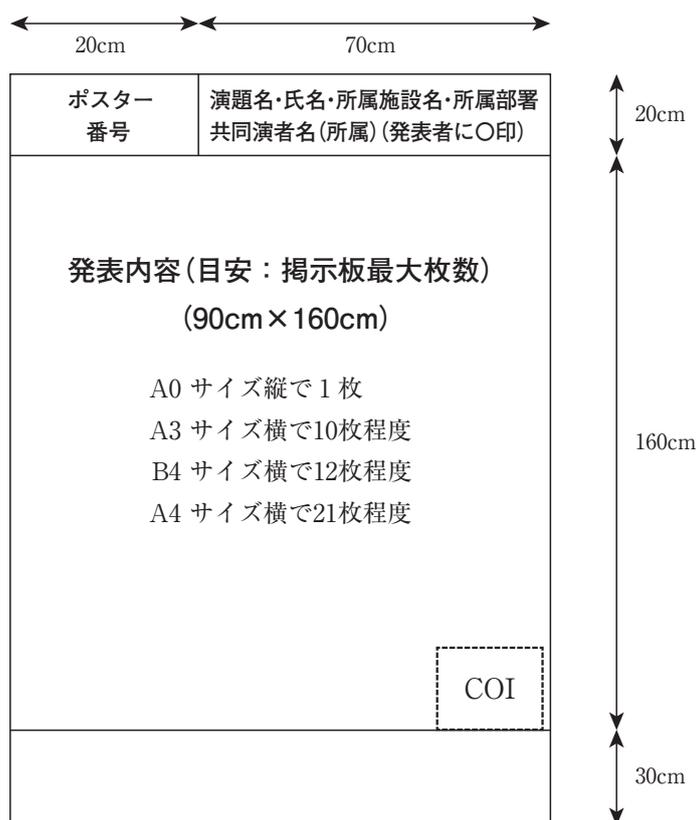
該当番号のパネルの右上（縦 20cm×横 70cm）の部分に、「演題名・氏名・所属・共同演者名（所属）」を記載したタイトルをご用意ください。

なお、貼付に際しては、会場に用意してある押しピンをご利用ください。

※ポスター作成時・貼付時の注意事項

COI（利益相反）による開示をお願いいたします。

大会ホームページに案内のある仕様で図の場所に貼付ください。



# 交通案内

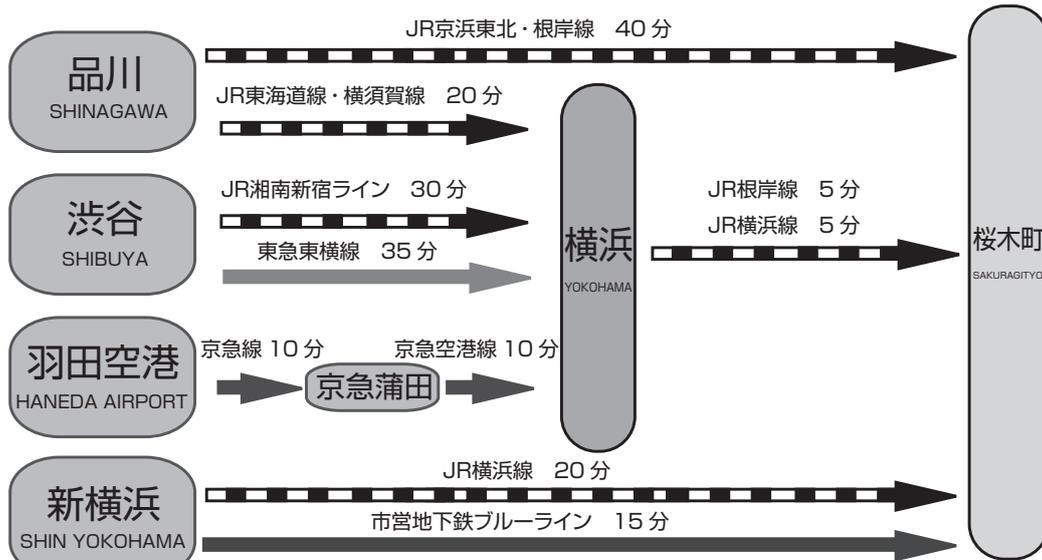
## ■会場

横浜市社会福祉センター

JR 京浜東北・根岸線 桜木町駅下車 徒歩 2分。

横浜市営地下鉄（ブルーライン）桜木町駅下車 徒歩 2分。

## ■交通のご案内

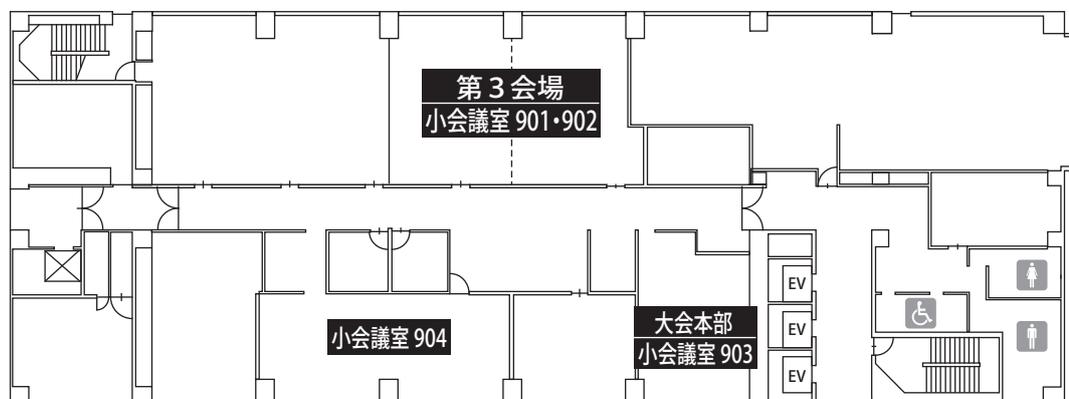


所用時間は目安です。

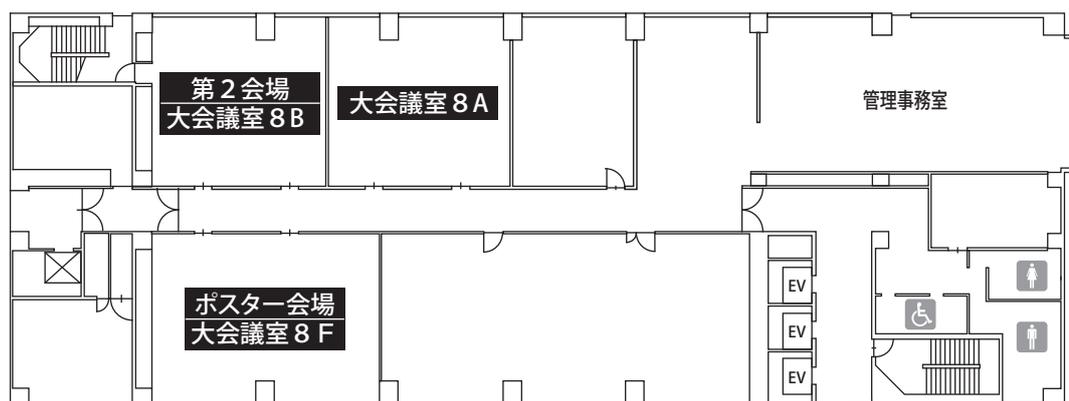


# 会場案内

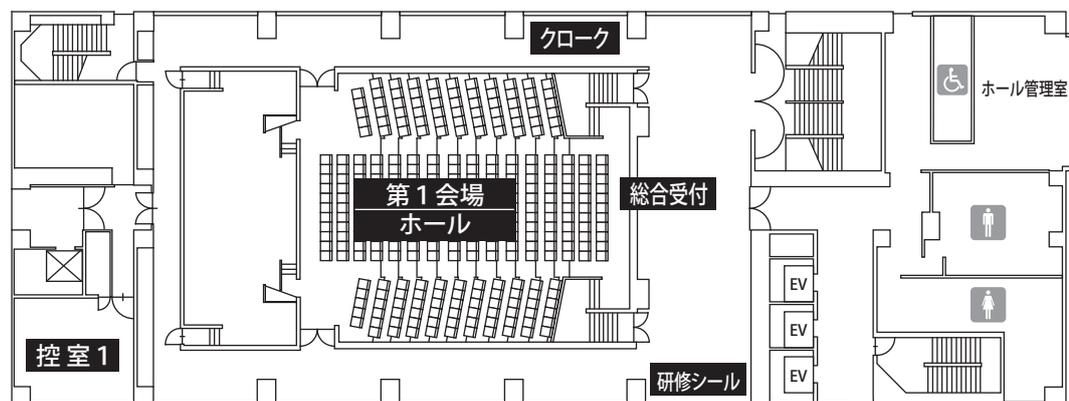
9F



8F



4F



# 日程表 【1日目 (9月9日土曜日)】

	第1会場 ホール (4F)	第2会場 大会議室 8B (8F)	第3会場 小会議室 901 (9F) 小会議室 902 (9F)	ポスター会場 大会議室 F (8F)
9:00				9:10~10:00 ポスター貼付
		受 付 (9:30~16:30)		
10:00	10:00~10:10 開会式 10:10~10:30	<b>基調講演</b> 「薬を適切に選択して適切に使う： 実践薬物治療と臨床薬理」 座長：緒方 宏泰 演者：植田 真一郎		10:00~16:30 ポスター掲示
11:00	10:30~11:30 <b>スポンサーセミナー1</b> 「心房細動患者における 服薬アドヒアランス向上のコツ」 座長：志賀 剛 演者：橋本 洋一郎 共催：バイエル薬品株式会社			
12:00			11:50~12:50 日本アプライド・ セラピューティクス (実践薬物治療)学会 評議員会	12:30~13:30 示説
13:00		「[第18回国際薬理学・臨床薬理学会議 (WCP 2018 Kyoto)]のご案内」 川合 真一		
14:00	13:20~13:30 13:30~15:00 <b>シンポジウム1</b> 「ベンゾジアゼピン系医薬品の 適正使用と取り組みについて」 オーガナイザー兼座長：下田 和孝 山岡 和幸 シンポジスト：稲田 健、山口 重樹、 外賀 真佑美、青島 周一			15:00~16:30 ポスター掲示
15:00	15:00~16:30 <b>シンポジウム2</b> 「今さら聞けない 医師が知らないこと、 薬剤師が知らないこと」 オーガナイザー兼座長：高見澤 格 坂口 真弓 シンポジスト：小枝 伸行、長友 祐司、 川末 真理			
17:00				
18:00	17:30~19:30 <b>「懇親会」</b> 東天紅 横浜桜木町ワシントンホテル店			

# 日程表 【2日目 (9月10日日曜日)】

	第1会場 ホール (4F)	第2会場 大会議室 8B (8F)	第3会場 小会議室 901 (9F) 小会議室 902 (9F)	ポスター会場 大会議室 F (8F)
9:00				
9:20-10:00	総会および ワークショップ認定指導者への 認定書授与	受付 (9:20-16:30)		9:20-14:30
10:00	10:00-10:50 シンポジウム3 「TDMを活かす」 オーガナイザー兼座長：松本 直樹 越前 宏俊 シンポジスト：志賀 剛、松本 宣明	10:00-10:50 症例検討ワークショップ1 「高血圧」 座長：鶴岡 秀一 演者：植田 真一郎	10:00-11:30 ワークショップ 「臨床判断 WS 体験版 ~腰痛~」 オーガナイザー兼座長：亀井 大輔 坂口 真弓 講師1：木内 祐二 講師2：山岡 和幸 講師3：中山 邦	ポスター掲示
11:00	11:00-12:00 教育講演 「臨床研究論文のピットフォール データを適切に解釈し使うには？」 座長：志賀 剛 演者：植田 真一郎	11:00-11:50 症例検討ワークショップ2 「感染」 座長：長沼 美代子 演者：原田 和博		
12:00				11:50-12:50 示説
13:00	13:00-14:30 シンポジウム4 「鎮痛薬を考える」 -有効で安全な選び方、減らし方- オーガナイザー兼座長：鶴岡 秀一 藤田 朋恵 シンポジスト：内藤 隆文、川野 千尋、 山口 重樹、須藤 俊明	13:00-14:00 症例検討ワークショップ3 「小児」 座長：川上 康彦 演者：下道 友莉恵	13:00-14:00 症例検討ワークショップ4 「糖尿病」 座長：志賀 剛 演者：角南 由紀子	ポスター掲示
14:00		14:00-15:00 症例検討ワークショップ5 「精神科」 座長：松本 直樹 演者：下田 和孝	14:00-15:00 症例検討ワークショップ6 「緩和」 座長：原田 和博 演者：小西 寿子 石橋 麻衣	
15:00	14:40-16:10 シンポジウム5 「統合ケア」 オーガナイザー兼座長：志賀 剛 木村 利美 シンポジスト：高見澤 格、角南 由紀子、 高柳 論也、野田 和多流	15:00-16:00 症例検討ワークショップ7 「悪性腫瘍」 座長：長沼 美代子 演者：湊川 紘子 塩川 尚恵	15:00-16:00 症例検討ワークショップ8 「膠原病/リウマチ」 座長：原田 和博 演者：蓮沼 智子	14:30-15:00 ポスター撤去
16:00	16:10-16:20 閉会式			
17:00				
18:00				



# プログラム

---

---

---

# プログラム

---

## ◆9月9日(土) 1日目:第1会場 ホール

### 基調講演

(10:10~10:30)

座長:日本アプライド・セラピューティクス(実践薬物治療)学会 会長 緒方 宏泰

薬を適切に選択して適切に使う:実践薬物治療と臨床薬理

琉球大学 大学院医学研究科 臨床薬理学講座 教授

○植田真一郎

## ◆9月10日(日) 2日目:第1会場 ホール

### 教育講演

(11:00~12:00)

座長:東京女子医科大学 循環器内科学講座 准教授 志賀 剛

臨床研究論文のピットフォール データを適切に解釈し使うには?

琉球大学 大学院医学研究科 臨床薬理学講座 教授

○植田真一郎

## ◆9月9日(土) 1日目:第1会場 ホール

### シンポジウム1

(13:30~15:00)

ベンゾジアゼピン系医薬品の適正使用と取り組みについて

オーガナイザー兼座長:獨協医科大学 精神神経医学講座 主任教授 下田 和孝

オーガナイザー兼座長:医療法人前橋北病院 薬局長 山岡 和幸

#### S1-1 ベンゾジアゼピン系薬の使用実態とその対策

東京女子医科大学 医学部 精神医学講座 講師

○稲田 健

#### S1-2 慢性疼痛治療に潜むベンゾジアゼピン系医薬品の影

獨協医科大学 医学部 麻酔科学講座 主任教授

○山口 重樹

#### S1-3 ベンゾジアゼピン系薬適正使用推進を目的とした薬剤師の取り組み

東京女子医科大学病院 薬剤部

○外賀真佑美

---

---

S1-4 超高齢者におけるベンゾジアゼピン系薬剤の適正使用とは何か？

医療法人社団 徳仁会 中野病院 薬局  
○青島 周一

◆9月9日(土) 1日目：第1会場 ホール

シンポジウム2

(15:00~16:30)

今さら聞けない 医師が知らないこと、薬剤師が知らないこと

オーガナイザー兼座長：公益財団法人日本心臓血圧研究振興会

附属 榊原記念病院 副部長

高見澤 格

オーガナイザー兼座長：みどり薬局

坂口 眞弓

S2-1 ICT を利用した診療情報共有による薬剤師業務への影響

八尾市立病院 事務局 参事

○小枝 伸行

S2-2 院外処方って・・・ほんとにいいんですか？

榊原記念病院 循環器内科 医長

○長友 祐司

S2-3 なんですかあ、この処方箋は・・・？

株式会社 MiK ひまわり薬局 弘大病院前

○川末 真理

◆9月10日(日) 2日目：第1会場 ホール

シンポジウム3

(10:00~10:50)

TDM を活かす

オーガナイザー兼座長：聖マリアンナ医科大学 薬理学 教授

松本 直樹

オーガナイザー兼座長：明治薬科大学 薬物治療学 教授

越前 宏俊

S3-1 それでも血中濃度は必要：循環器医から

東京女子医科大学 循環器内科学講座 准教授

○志賀 剛

S3-2 血中濃度測定値の解釈の基本を考える

日本大学 薬学部 臨床薬物動態学研究室 教授

○松本 宜明

◆9月10日(日) 2日目:第1会場 ホール

シンポジウム4

(13:00~14:30)

「鎮痛薬を考える」-有効で安全な選び方、減らし方

オーガナイザー兼座長:日本医科大学 腎臓内科学 大学院教授 鶴岡 秀一  
オーガナイザー兼座長:獨協医科大学 薬理学講座 主任教授 藤田 朋恵

S4-1 医療現場における非がん性疼痛疾患へのNSAIDsと神経障害性疼痛治療薬の使用について

浜松医科大学医学部附属病院 薬剤部 副薬剤部長  
○内藤 隆文

S4-2 神経障害性疼痛治療薬の使用と薬剤師の関わり

北里大学東病院 薬剤部  
○川野 千尋、黒山 政一

S4-3 慢性疼痛に対するトラマドールを含めたオピオイド鎮痛薬の止め時、止め方

獨協医科大学 医学部 麻酔科学講座 主任教授  
○山口 重樹

S4-4 鎮痛薬の適正使用 -NSAIDs-

自治医科大学附属病院 薬剤部 薬剤部長  
○須藤 俊明

◆9月10日(日) 2日目:第1会場 ホール

シンポジウム5

(14:40~16:10)

統合ケア

オーガナイザー兼座長:東京女子医科大学 循環器内科学講座 准教授 志賀 剛  
オーガナイザー兼座長:東京女子医科大学病院 薬剤部 薬剤部長 木村 利美

S5-1 循環器疾患患者の薬物治療とケア

公益財団法人日本心臓血管研究振興会附属榊原記念病院 副部長  
○高見澤 格

S5-2 糖尿病患者の薬物治療とケアの課題

立川相互病院 糖尿病・代謝内科  
○角南由紀子、卜部 雅之、奥野 開斗、山崎 英樹、青柳 守男、宮城 調司、檜山 麻子、  
寺師 聖吾

S5-3 患者にシームレスな薬物療法を提供するための薬薬連携

東京女子医科大学 八千代医療センター 薬剤部  
○高柳 論也、鈴木 駿介、杉山 栄美、村山 綾那、小林恵美子

S5-4 地域包括ケアにおける薬薬連携と訪問薬剤師のかかわり ～保険薬局の立場から～

トライアドジャパン株式会社 かもめ薬局北里健康館 地域連携支援課  
○野田和多流

◆9月9日(土) 1日目:第1会場 ホール

スポンサードセミナー1

(10:30~11:30)

座長:東京女子医科大学 循環器内科学講座 准教授 志賀 剛

心房細動患者における服薬アドヒアランス向上のコツ

熊本市民病院 首席診療部長・神経内科部長  
○橋本洋一郎

共催:バイエル薬品株式会社

◆9月10日(日) 2日目:第3会場 小会議室901・902

ワークショップ

(10:00~11:30)

オーガナイザー兼座長:昭和大学 薬学部 社会健康薬学講座  
医薬品評価薬学部門 講師

亀井 大輔

オーガナイザー兼座長:みどり薬局

坂口 眞弓

臨床判断 WS 体験版 ~腰痛~

講師1:昭和大学 医学部 薬理学講座 医科薬理部門 教授 ○木内 祐二  
講師2:医療法人前橋北病院 薬局長 ○山岡 和幸  
講師3:株式会社横須賀薬局 代表取締役 ○中山 邦

◆9月10日(日) 2日目:第2会場 大会議室8B

症例検討ワークショップ1

(10:00~10:50)

座長:日本医科大学 腎臓内科学 大学院教授 鶴岡 秀一

高血圧

琉球大学 大学院医学研究科 臨床薬理学講座 教授  
○植田真一郎

---

---

◆9月10日(日) 2日目:第2会場 大会議室8B

症例検討ワークショップ2

(11:00~11:50)

座長:昭和大学 薬学部 病院薬剤学 講座/藤が丘病院 薬局 長沼美代子

感染

笠岡第一病院 内科 診療部長

○原田 和博

◆9月10日(日) 2日目:第2会場 大会議室8B

症例検討ワークショップ3

(13:00~14:00)

座長:日本医大武蔵小杉病院 小児科 准教授 川上 康彦

小児

日本医科大学多摩永山病院 薬剤部

○下道友莉恵

◆9月10日(日) 2日目:第3会場 小会議室901・902

症例検討ワークショップ4

(13:00~14:00)

座長:東京女子医科大学 循環器内科学講座 准教授 志賀 剛

糖尿病

立川相互病院 糖尿病・代謝内科

○角南由紀子、卜部 雅之、奥野 開斗、山崎 英樹、青柳 守男、宮城 調司、檜山 麻子、  
寺師 聖吾

◆9月10日(日) 2日目:第2会場 大会議室8B

症例検討ワークショップ5

(14:00~15:00)

座長:聖マリアンナ医科大学 薬理学 教授 松本 直樹

精神科

獨協医科大学 精神神経医学講座 主任教授

○下田 和孝

---

---

◆9月10日(日) 2日目:第3会場 小会議室 901・902

症例検討ワークショップ6

(14:00~15:00)

座長:笠岡第一病院 内科 診療部長 原田 和博

緩和

東京女子医科大学病院 薬剤部 主任

○小西 寿子

東京女子医科大学病院 薬剤部

○石橋 麻衣

◆9月10日(日) 2日目:第2会場 大会議室 8B

症例検討ワークショップ7

(15:00~16:00)

座長:昭和大学 薬学部 病院薬剤学講座/藤が丘病院 薬局 長沼美代子

悪性腫瘍

聖マリアンナ医科大学病院 薬剤部 係長

○湊川 絃子

聖マリアンナ医科大学病院 薬剤部 主任

○塩川 尚恵

◆9月10日(日) 2日目:第3会場 小会議室 901・902

症例検討ワークショップ8

(15:00~16:00)

座長:笠岡第一病院 内科 診療部長 原田 和博

膠原病/リウマチ

北里大学北里研究所病院 研究部 臨床試験センター センター長

○蓮沼 智子

---

---

## 一般演題（ポスター）

---

[演題番号 奇数] 9月9日（土） 12:30～13:30

[演題番号 偶数] 9月10日（日） 11:50～12:50

P-01 **健康サポートを行う薬剤師としての成長**

みどり薬局<sup>1)</sup>、千葉大院薬<sup>2)</sup>、日本薬科大学<sup>3)</sup>、宮城大学<sup>4)</sup>  
○坂口 眞弓<sup>1,2)</sup>、久保田洋子<sup>3)</sup>、大塚真理子<sup>4)</sup>、関根 祐子<sup>2)</sup>

P-02 **作用時間別にみたベンゾジアゼピン受容体作動薬が高齢者の転倒事故および  
身体・認知機能検査に与える影響**

武蔵野大学薬学部 臨床薬学センター

○小川ゆかり、小川 潤子、小清水治太、田島 純一、西牟田章戸、吉井 智子、益戸智香子、  
高尾 良洋、三原 潔、小野 秀樹

P-03 **自己免疫性肝炎に対し副腎皮質ステロイドパルス療法により急性膵炎を発症した1例**

新百合ヶ丘総合病院 薬剤科<sup>1)</sup>、新百合ヶ丘総合病院 消化器内科<sup>2)</sup>、  
明治薬科大学 薬物治療学教室<sup>3)</sup>

○南郷 大輔<sup>1)</sup>、中島 裕貴<sup>1)</sup>、廣瀬 幸文<sup>1)</sup>、椎名 正明<sup>2)</sup>、越前 宏俊<sup>3)</sup>

P-04 **調剤薬局から アドバンス・ケア・プランニングの普及を**

薬樹株式会社  
○小納谷洋平

P-05 **新薬開発時に行われる母集団薬物動態解析結果と臨床薬物動態試験解析結果の乖離**

明治薬科大学 薬物動態学研究室<sup>1)</sup>、明治薬科大学名誉教授<sup>2)</sup>

○花田 和彦<sup>1)</sup>、緒方 宏泰<sup>2)</sup>

P-06 **抗てんかん薬の承認審査時における評価項目に関する日米の比較**

薬物治療塾 D コース運営委員<sup>1)</sup>、明治薬科大学名誉教授<sup>2)</sup>

○金井 紀仁<sup>1)</sup>、中田 和宏<sup>1)</sup>、山岡 和幸<sup>1)</sup>、林 洋子<sup>1)</sup>、佐村 優<sup>1)</sup>、相原 史子<sup>1)</sup>、  
宮本 拓也<sup>1)</sup>、小川 寿子<sup>1)</sup>、緒方 宏泰<sup>2)</sup>

P-07 **病棟薬剤師の役割：経口抗凝固薬による静脈血栓塞栓症（VTE）治療2症例**

武蔵野赤十字病院  
○相原 史子

P-08 **慢性心不全に対するエプレレノンの院内適正使用の検討**

医療法人社団 緑成会 横浜総合病院 薬剤科

○内田 仁樹、稲垣 和幸、山本 彩子、腰岡 桜、廣瀬 直樹、佐村 優、  
関根 寿一

- 
- 
- P-09 **IRT の使用が治験薬の納品・回収業務に及ぼす影響**  
筑波大学つくば臨床医学研究開発機構<sup>1)</sup>、筑波大学医学医療系<sup>2)</sup>  
○藤塚 浩久<sup>1)</sup>、高嶋 泰之<sup>1)</sup>、簗原 豪人<sup>1)</sup>、武石由香里<sup>1)</sup>、鶴嶋 英夫<sup>1,2)</sup>、  
荒川 義弘<sup>1,2)</sup>、本間 真人<sup>1,2)</sup>
- P-10 **内因性 N-メチルニコチンアミドの腎尿細管分泌クリアランスを指標としたヒト尿細管有機カチオントランスポーター活性と hOCT2 遺伝多型の関係**  
明治薬科大学 薬物治療学  
○小川 竜一、越前 宏俊
- P-11 **筋萎縮性側索硬化症治療薬 riluzole の臨床的有用性に関する研究**  
慶應義塾大学薬学部  
○橋口 正行、清水美貴子、丸山 順也、望月 眞弓
- P-12 **診療報酬改定にともなう湿布薬処方量制限前後における鎮痛薬の処方実態調査**  
JA 北海道厚生連 帯広厚生病院 薬剤部  
○佐藤 弘康、石田 陽美、金高 勇介、平沢晋太郎、和泉 秀明、田村 広志、  
渡辺 浩明
- P-13 **DPC データとカルテデータを統合したコホート研究のデータマネジメント  
～心不全多施設研究を通して～**  
東京女子医科大学循環器内科  
○澤田 恵美、鈴木 敦、志賀 剛
- P-14 **抗不整脈薬内服中に心停止をきたした高齢担管癌患者の 1 例**  
東京女子医科大学病院 薬剤部<sup>1)</sup>、東京女子医科大学 循環器内科<sup>2)</sup>  
○小西 寿子<sup>1)</sup>、志賀 剛<sup>2)</sup>、木村 利美<sup>1)</sup>
- P-15 **薬剤師中間介入研究 (Pharmacist Intermediate Intervention Study : PIIS) の  
中間評価について (平成 28 年度の成果報告)**  
明治薬科大学 公衆衛生疫学研究室  
○田村 有梨、三上 明子
- P-16 **慢性心不全患者を対象としたペリンドプリル治療継続に関する調査**  
昭和大学薬学部病院薬剤学講座<sup>1)</sup>、東京女子医科大学循環器内科学<sup>2)</sup>、東京理科大学薬学部<sup>3)</sup>  
○長沼美代子<sup>1,2)</sup>、志賀 剛<sup>2)</sup>、梁 真奈美<sup>3)</sup>、河野 弥生<sup>3)</sup>、佐々木忠徳<sup>1)</sup>、萩原 誠久<sup>2)</sup>
- P-17 **薬理学教育における薬物治療ロールプレイングの有用性  
－学生アンケート調査からの考察－**  
獨協医科大学薬理学<sup>1)</sup>、宮崎大学医学部看護学科臨床薬理学<sup>2)</sup>  
○藤田 朋恵<sup>1)</sup>、柳田 俊彦<sup>2)</sup>

- 
- 
- P-18 臨床薬物動態に関する情報源としての製造販売承認時の審査報告書について  
明治薬科大学 薬剤学  
○川名 純一、高橋 晴美
- P-19 慢性心不全に合併した上室不整脈に対する抗不整脈薬、カテーテルアブレーションと  
ランジオロールの併用治療  
東京女子医科大学循環器内科  
○松井 優子、長柄希実子、鈴木 敦、志賀 剛、萩原 誠久
- P-20 医薬品情報を総合的、客観的に評価するための評価シート  
薬物治療塾 D コース運営委員<sup>1)</sup>、明治薬科大学名誉教授<sup>2)</sup>  
○中田 和宏<sup>1)</sup>、金井 紀仁<sup>1)</sup>、林 洋子<sup>1)</sup>、山岡 和幸<sup>1)</sup>、佐村 優<sup>1)</sup>、宮本 拓也<sup>1)</sup>、  
小川 寿子<sup>1)</sup>、相原 史子<sup>1)</sup>、緒方 宏泰<sup>2)</sup>
- P-21 β遮断薬を投与されたQT延長症候群ハイリスク妊娠例の検討  
東京女子医科大学循環器内科  
○長柄希実子、鈴木 敦、志賀 剛、萩原 誠久

◆9月9日(土) 1日目：第1会場 ホール

「第18回国際薬理学・臨床薬理学会議 (WCP 2018 Kyoto)」のご案内 (13:20~13:30)

東邦大学医学部炎症・疼痛制御学講座教授、日本臨床薬理学会理事・WCP2018 Vice President  
川合 眞一

# 教育講演

---

## 教育講演

### 臨床研究論文のピットフォール データを適切に解釈し使うには？

琉球大学 大学院医学研究科 臨床薬理学

○植田真一郎

臨床研究論文を適切に解釈して使うには、その結果の信頼性、結論の適切性のみならず結果の一般化可能性や推奨できる治療になり得るかを慎重に解釈する必要がある。本講演では臨床研究論文（臨床試験及び観察研究）においてこれらを適切に評価するためのポイントを具体的な例を挙げて概説する。

信頼性については最も重要なものはデザインであるが、例え適切にデザインされていても十分な症例が集積されていなかったり、早期に打ち切ったり、追跡が不十分であると信頼性を損なう。観察研究では多変量解析やプロペンシティスコアなどで交絡因子をハンドリングしようとするが限界もある。結論の適切性については患者の定義、アウトカムの定義と測定法が、一般化可能性については患者の選択除外基準やアウトカムの発生リスクを評価しなければならない。結果の推奨は研究の結果の評価にだけでなくその治療法の安全性、現在の立ち位置や効率、コストなどを統合して行う必要がある。

#### 略 歴

1985 横浜市立大学医学部卒業

横浜市立大学医学部附属病院や神奈川県に関連病院を経て

1991-1996 グラスゴー大学内科薬物療法学 クリニカルリサーチフェ  
ロー

1996-2001 横浜市立大学 医学部第2内科

2001- 琉球大学医学部 臨床薬理学、その後改組により大学院医学研  
究科 臨床薬理学分野教授

琉球大学医学部附属病院 臨床研究支援センター センター長  
東京慈恵会医科大学 薬物治療学 客員教授

# シンポジウム

---

## ベンゾジアゼピン系薬の使用実態とその対策

東京女子医科大学医学部精神医学講座

○稲田 健

ベンゾジアゼピン（BZ）系薬とは、GABA-BZ 受容体複合体に作用し、抗不安、鎮静・催眠、筋弛緩といった作用を呈する薬物である。全世界の臨床領域において汎用されている。BZ 系薬の薬理作用は、GABA 受容体のアロステリック調節作用であり、用量依存性があるものの、一定用量以上では、作用は頭打ちとなる。一方で、持ち越し効果、筋弛緩作用、依存性、健忘の発生などの副作用が知られている。BZ 系薬は全世界で使用されており、日本においては、BZ 系薬の使用量が多いことや、多剤併用が行われていることが指摘されている。東京女子医科大学病院においては、1 か月間に約 8,000 名の患者に処方されており、処方診療科は、院内のほぼすべての診療科にわたっていた。BZ 系薬の適正使用への取り組みとして、いくつかの施策がなされうる。学会レベルや規制当局レベルの施策としては、エビデンスに基づいた診療ガイドラインを作成し公表すること、処方日数制限や処方医療機関の限定といった規制をおこなうこと、診療報酬制度からの規制を行うことなどを挙げることができる。実際に、日本においては、30 日以内の処方制限、3 種類以上の多剤併用時の診療報酬減算といった多剤処方抑制施策が導入されている。これらの施策により BZ 系薬の使用量や多剤併用は減少傾向にあるが、未だ十分とは言い難く、医療施策に加えて、実臨床における取り組みモデルを検討する必要がある。実践的な薬物治療の現場においては、BZ 系薬を使用する合理的な理由を確認すること、患者に対して十分な説明を行い同意を得ること、処方後にはモニタリングを行うことが必要である。これらは、医薬品一般における適正使用の三原則であり、適応外使用や禁忌薬使用においては厳に守られるべき原則と一致する。

### 略 歴

平成 9 年 北里大学医学部医学科卒業  
 平成 9 年 北里大学病院および北里大学東病院にて卒後研修  
 平成 15 年 北里大学大学院医療系研究科博士課程 修了  
 平成 15 年 北里大学医学部精神科 研究員  
 平成 16 年 アメリカ合衆国、ノースカロライナ大学 留学  
 平成 18 年 東京女子医科大学医学部精神医学教室 助教  
 平成 21 年 東京女子医科大学医学部精神医学教室 講師

### 【所属学会】

日本精神神経学会、日本神経精神薬理学会（評議員）、日本睡眠学会（評議員）ほか

## 慢性疼痛治療に潜むベンゾジアゼピン系医薬品の影

獨協医科大学 医学部 麻酔科学講座

○山口 重樹

本邦においても、平均寿命の延伸に伴い、健康寿命への関心が高まる中、生活の質を低下させる慢性疼痛（非がん性疾患）に対する国民の関心、医療者の積極的な関与も高まりつつある。近年、慢性疼痛に対して、オピオイド鎮痛薬を含めた多くの薬が開発、臨床使用されるように、あるいは、鎮痛薬以外の薬の慢性疼痛への応用、いわゆる鎮痛補助薬の使用が積極的に行われるようになってきている。

一方、慢性疼痛を訴える一部の患者では、「恐怖と回避のモデル」に代表される「痛みの悪循環」に陥り、不安、抑うつ、睡眠障害を訴えことが少なくない。そのため、痛みの治療と共にそれらの随伴症状の緩和を目的として薬が投与されることも少なくない。特に、不安や睡眠障害の改善のためにベンゾジアゼピン系医薬品が使用されることがある。特に、ジアゼパム、アルプラゾラム、エチゾラムなどは、添付文書上の効能・効果に慢性疼痛に伴う諸症状の緩和が明記されており、使用されることが少なくない。さらに、慢性疼痛患者では不眠を訴えることも少なくないため、ロヒプノール、プロチゾラム、トリアゾラムなどの睡眠導入剤の処方も多い。

その一方で、慢性疼痛治療においてトラマドールを含めたオピオイド鎮痛薬の使用が少しずつ定着しつつあり、ベンゾジアゼピン系医薬品とオピオイド鎮痛薬が併用されている場面も増えてきているよう見える。今、この両者の併用について真剣に考えなければならない時期にきている。両者の併用は、認知機能障害、呼吸抑制、薬物乱用・嗜癖の連鎖といった深刻な問題を惹起することが予想されている。慢性疼痛に対するオピオイド治療が定着している欧米では、オピオイド鎮痛薬に伴う様々な深刻な問題の出現にはベンゾジアゼピン系医薬品が併用されていることが多いことが指摘されているようになっている。

本シンポジウムでは、慢性疼痛でのベンゾジアゼピン系医薬品とオピオイド鎮痛薬の併用の諸問題を中心に、ベンゾジアゼピン系医薬品の適正使用と取り組みについて参加なされる皆さんと考えたい。

## 略 歴

1998年3月	獨協医科大学大学院卒業（学位取得）	2012年4月	獨協医科大学麻酔科学講座 主任教授
1998年4月	獨協医科大学第一麻酔科学講座 助手	2013年10月	順天堂大学大学院医学研究科環境医学研究所 客員教授（兼任）
2000年9月	米国The Johns Hopkins大学 postdoctoral fellow	2014年4月	名古屋市立大学医学部麻酔・危機管理医学分野 非常勤講師（兼任）
2002年9月	獨協医科大学麻酔科学講座 講師		
2006年10月	獨協医科大学病院腫瘍センター緩和ケア部門長兼任		
2007年4月	獨協医科大学麻酔科学講座 准教授		

## ベンゾジアゼピン系薬適正使用推進を目的とした薬剤師の取り組み

東京女子医科大学病院 薬剤部

○外賀真佑美

精神科領域において薬剤師は、精神疾患、向精神薬、精神保健福祉等に関する知識を臨床薬剤師業務に反映する技術を求められており、適切な薬物治療を支援する責務がある。

東京女子医科大学病院（以下、当院）薬剤部では、BZ系薬の適正使用を目指して、1) BZ系薬の利点と問題点について患者や医療者に対して情報提供すること、2) BZ系薬を必要とする病態の把握と適切な治療を行うこと、3) 処方状況を多職種チームにおいて共有することを推進してきた。

各項目について1) BZ系薬の有効性と問題点を記したパンフレットを作成し、配布した。同時に医療者に対する教育セミナーを開催した結果、1か月間におけるBZ系薬の処方患者数が減少した。2) 当院精神科病棟において、mirtazapineによる治療を受けたうつ病患者のBZ系薬の使用状況を調査した。うつ病に対して抗うつ薬治療を行うことで、約半数の症例ではBZ系薬が不要となった。3) 病棟多職種カンファレンスにおいて、BZ系薬の処方状況を情報共有した結果、BZ系薬の処方量は平均剤数、等価換算総量ともに減少した。

本シンポジウムでは、当院におけるBZ系薬適正使用推進のための薬剤師の取り組みから、精神科における薬剤師業務の意義や今後の方向性について事例を交え議論したい。

### 略 歴

---

2008年 東京薬科大学 薬学部 卒業  
2008年 東京女子医科大学病院 薬剤部 入職  
2014年 精神科薬物療法認定薬剤師 取得  
2015年 精神科専門薬剤師 取得

## 超高齢者におけるベンゾジアゼピン系薬剤の適正使用とは何か？

医療法人社団 徳仁会 中野病院 薬局

○青島 周一

近年、ポリファーマシーと呼ばれる、多剤併用に関する問題群が注目されるようになり、そのような背景の中で、潜在的な不適切処方（potentially inappropriate medications：PIMs）という概念が浮き彫りとなってきた。PIMsとは、今現在において有害事象が発生していないものの、その発症リスクが潜在的に高い薬剤群のことである。こうした薬剤群の代表的な薬剤がベンゾジアゼピン系薬剤と言える。実際、PIMsをスクリーニングするために開発されたクライテリアの多くは、ベンゾジアゼピン系薬剤に関する項目をその基準に含めている。このように、ベンゾジアゼピン系薬剤は潜在的に薬物有害事象リスクが高い、というイメージが強い。控えめに言っても、医薬品の適正使用という観点からすれば、ネガティブな価値を帯びていることは経験的にも明らかであろう。しかし、そもそも適正使用とはどういうことだろうか。医学的な「適正」と、患者にとっての「適正」には少なからずギャップがある。リスクに関心が向きがちなベンゾジアゼピン系薬剤であるが、それを服用することで、悩まされている身体症状が緩和され、安定した日常生活を過ごしている人は確かに存在する。あらゆる薬剤にはベネフィットとリスクが存在する。しかし実際にはリスクだけに関心が向く薬剤、ベネフィットだけに関心が向く薬剤という仕方で、薬剤の有効性・安全性に対する価値観は片寄っていることも多い。大事なのは薬剤のリスクとベネフィットのバランスを丁寧に評価し、そのうえで患者個別に妥当な薬剤使用を考えていくプロセスである。本講演では、“ベンゾジアゼピン系薬剤の使用は潜在的に不適切である”という価値観を一旦カッコに入れ、あらためてそのリスク/ベネフィットを捉え直し、特に超高齢者におけるベンゾジアゼピン系薬剤の適正使用について考察したい。

### 略 歴

2004年 城西大学薬学部卒業

2004年4月～2007年12月 (株)藤調剤薬局 (現(株)ファークス)

2008年1月～2012年9月 両毛医薬品(株) (現(株)ファークス)

2012年10月～ 医療法人社団 徳仁会 中野病院

2017年1月～ 特定非営利活動法人アヘッドマップ (AHEADMAP)  
共同代表

## ICT を利用した診療情報共有による薬剤師業務への影響

八尾市立病院

○小枝 伸行

日医総研ワーキングペーパー～IT を利用した全国地域医療連携の概況（2015 年度版）～によると、全国で IT（internet technology）を利用した地域医療連携数は 271ヶ所と報告されており、その参加施設数は 19,270 施設と報告されている。この中で、保険薬局の参加数は 2,609 施設であると報告されている。このように保険薬局の地域医療連携システムへの参加数は年々増加しているが、利活用に対しての報告は少ない現状である。

通常、保険薬局では、処方せんに記載されている情報を基に調剤が行われている。処方せんに記載されていない病名や検査値、医師の処方意図などの情報は、患者に対してのヒアリングにより情報収集される。このような状況では慢性的な疾患に対する治療では、多くの情報が不足する危険性が生じる。これを回避するために、様々な取り組みが全国で行われているが、地域医療連携システムの利活用が最も有用であり、継続した薬物治療を行ううえでは必須でないかと考えている。

現状の薬業連携や病業連携は、顔の見える関係を重視したミーティングやカンファレンスが多く行われている。しかしながら、病院薬剤師と薬局薬剤師では勤務時間が異なっていること、場所が離れていることなどにより、共同指導やカンファレンスへの積極的な参加が困難であるという声も聞く。効率的な連携を行うためには、時間や距離の問題を解決できる ICT 技術の利活用が重要なキーワードではないだろうか。

八尾市立病院では、平成 26 年に地域医療連携システムを稼働させ、当初より保険薬局が参加している。平成 29 年 3 月現在で 34 の保険薬局が参加し、情報共有患者数は 254 名である。本シンポジウムでは、八尾市立病院で経験した事例について紹介し、今後、更に ICT を利用した様々な連携が進んでいくことが予想され、これらの技術を活用することで一層の地域におけるチーム医療の推進に薬剤師が一役を担っていくことを期待し、本シンポジウムの議論につなげたい。

## 略 歴

1991年 摂南大学薬学部卒業	(2009年～ 集中治療部／救急病棟／小児科病棟 担当)
1991年 菱山製薬 研究開発部 入職	2010年 八尾市立病院 事務局企画運営課 主査
1992年 八尾市立病院 薬局入局	2011年 八尾市立病院 事務局企画運営課 係長
(1993年～2010年 医薬品情報管理室 担当)	2013年 八尾市立病院 事務局企画運営課 課長補佐
1997年 八尾市立病院 薬剤部技師	2014年 薬剤師－医療情報技師会 世話人
2003年 医療情報技師	2015年 八尾市立病院 事務局 参事
2004年 診療情報管理士	2016年 日本医療情報学会 評議員
八尾市立病院 主任技師	日本クリニカルバス学会 評議員
2009年 医療情報監査人補	日本病院薬剤師会 総務部
(2008年～ 集中治療部 担当)	現在に至る

## 院外処方って・・・ほんとにいいんですか？

榊原記念病院 循環器内科

○長友 祐司

当院は循環器専門病院であり、複雑な心疾患を有する症例、治療歴が長い症例、循環器系の疾患を複数有するような症例が多いのが特徴である。患者一人あたりに処方される薬剤数も多く、また、一般的には処方数が多いような特殊な薬剤が投与される機会も多い。当院では最近、外来での処方を院内から院外処方へほぼ完全移行した。当院で働く薬剤師を病棟での調剤業務、服薬指導など病棟業務に注力してもらうというのが目的の一つであった。院内処方では医師と薬剤師がカルテを通じ、ときには直接ディスカッションをすることで処方の意図などを共有しやすいメリットがあったが、院外処方ではそれがやや難しい。しかし、特に高齢患者においては循環器系以外の疾患を合併していることも多く、かかりつけ医を中心に他院からも薬剤の処方を受けている例が多い。その点かかりつけ薬局で薬の飲み合わせなどを一元的に管理いただけることや、副作用のフォローアップ、処方医（病院・かかりつけ医）へのフィードバックが得られやすいなどのメリットはある。また一方で、入院処方は引き続き院内で扱っており、外来で投与されている薬剤を入院中に投与できないことも珍しくない。このように、具体的な事例も含め、今回の院外処方への切り替えで当院医療スタッフの間で感じたメリット、デメリット、問題点につき提起したい。

## 略 歴

## 【学歴】

平成6年 慶應義塾大学医学部 入学  
平成12年 慶應義塾大学医学部 卒業

## 【職歴】

平成12年 慶應義塾大学医学部内科学教室  
平成14年 静岡赤十字病院 内科  
平成15年 稲城市立病院 内科  
平成16年 慶應義塾大学医学部 呼吸循環器内科 助教  
平成22年 さいたま市立病院 循環器内科 医長  
平成25年9月 Postdoctoral Fellow, Lerner Research Institute, Cleveland Clinic  
平成27年10月 榊原記念病院 循環器内科  
平成28年4月 同 医長

## 【所属学会】

日本内科学会、日本循環器学会、日本心臓病学会、日本心不全学会、日本心血管インターベンション治療学会、American Heart Association

## 【認定医・専門医】

平成21年 博士号（医学研究科）  
平成15年 日本内科学会認定内科医（認定内科医番号23068；2003.9.8-）  
平成21年 日本循環器学会専門医（#16867）  
平成24年 日本心血管インターベンション治療学会認定医（#F2238）  
平成24年 日本内科学会総合内科専門医（専門医番号15373）、同病歴要約評価委員

## 【受賞歴】

平成20年 第12回日本心不全学会学術集会Young Investigator's Award

## なんですかあ、この処方箋は・・・？

ひまわり薬局 弘大病院前

○川末 真理

1956年4月1日医薬分業法が施行され61年が経ちました。平成27年は分業率が70%を超え、その間とりわけ薬局薬剤師の職務内容は大きく変化しています。調剤報酬において当初は内用薬、外用薬の物理的な業務に対する調剤料のみであったのに対し、現在では医薬品の適正使用と医療安全確保の観点から、薬剤服用歴管理指導料に多様な加算評価が設定されるとともに、重複投薬・相互作用等防止加算、外来服薬支援料、服薬情報提供料などの薬学管理料が整備されていることにもその変化が示されています。一方で薬剤師が受ける情報は患者さんが持参する処方箋（最近ではようやく一部の医療機関で処方箋に検査データを付記しています）と来局した患者さんへのインタビューから聞き出される事項、それも患者さんが協力的でない場合もありますので病名さえわからないまま調剤せざるを得ないこともあります。これは医薬分業当初より全く変わっていません。しかしながら、私たち薬剤師は薬剤師法24条によって「薬剤師は、処方箋中に疑わしい点があるときはその処方箋を交付した医師、歯科医師または獣医師に問い合わせ、その疑わしい点を確認した後でなければ、これによって調剤してはならない」という医師への直接疑義照会義務を負っています。日々の業務の中で「なんですかあ、この処方箋は・・・??」と疑問に思う処方箋は少なくありません。保険上の疑義や残薬調整、規格変更の可否なども含めると1日に多くの照会が発生します。お互いに多忙な業務の中で医薬連携・協働がスムーズにいく為に、現状薬剤師が感じている問題点を提示し解決策を模索できればと思います。

**略 歴**

1979年 東日本学園大学（現北海道医療大学）薬学部卒以来、途中約3年間医薬品卸で管理薬剤師を勤めた以外は、クリニックや大学病院の門前の保険薬局に勤務。

**【所属学会】**

日本プライマリ・ケア連合学会日本アプライド・セラピューティクス学会日本在宅薬学会プライマリ・ケア認定薬剤師OTC薬、プライマリケアを対象とする薬剤師の臨床判断ワークショップ認定指導者

## それでも血中濃度は必要：循環器医から

東京女子医科大学 循環器内科学講座 准教授

○志賀 剛

薬物療法の原則は有害反応を防ぎながら最大の薬理効果を上げることである。従来臨床では薬のさじ加減ということばがある。これは医師が薬の用量-反応関係を経験的に取得し、個々の患者に対し適切な薬物選択と用量設定を行うことである。しかし、この方法は普遍性に乏しく、あまりにも black box が大きいため、危険性も潜んでいる。

循環器薬は強力な薬理作用を有している反面、重篤な副作用もあり安全域が狭い。このため、ジゴキシンや抗不整脈薬は古くから薬物動態とその効果に関する検討が行われ、薬物血中濃度モニタリング（TDM）を臨床に応用してきた歴史がある。しかし、循環器薬の TDM で難しいのは血中濃度と効果の関係が単純でないことにある。そもそも抗不整脈薬の効果は対象となる不整脈によって異なる。さらに、年齢、性、基礎心疾患、心機能、交感神経活性、電解質異常など様々な因子が不整脈発現に寄与する。このため、循環器医は結果が出てくるまでに時間を要する血中濃度値よりも効果やリスクを瞬時に判断できる心電図で十分とし、臨床現場では活用されなくなった。つまり、この現代において薬の用量-反応関係を経験的に把握し、さじ加減で治療をしているのである。さらに、循環器医のみならず薬剤師からもいまや循環器薬の TDM は必要ないという声が聞かれる。しかし、果たして TDM はそこまで無意味な情報なのであろうか？ 臨床はそもそも不確実性が高く、black box が大きい。このためひとつでも情報が増えればその精度が上がるはずである。抗不整脈薬で最も血中濃度が測定されるのがアミオダロンである。薬理作用のみならず薬物動態も複雑なこの薬の血中濃度をなぜ測定するのか？ TDM のエビデンスがないこの薬の血中濃度をなぜ循環器医は測定するのだろうか？そこに循環器薬の TDM に対するひとつの答えがある。

## 略 歴

1988年	大分医科大学医学部医学科卒業	2001～3年	英国ハマスミス病院臨床薬理部門リサーチフェロー
1993年	自治医科大学大学院（臨床薬理学専攻）修了	2006年	東京女子医科大学循環器内科講師
1993年	東京女子医科大学循環器内科	2007年	東京女子医科大学循環器内科准教授

## 血中濃度測定値の解釈の基本を考える

日本大学薬学部

○松本 宜明

特定薬剤治療管理料として TDM（治療薬物モニタリング）が保険適用になってから 36 年あまりが経過しています。その間、TDM 対象薬物は増え、個別化医療の適正化に大きく寄与してきたと考えられます。今回は TDM 対象薬物を測定しているとき、測定値とはどのようなものかを基本に立ち返り説明します。測定することは、サンプルがあればできますが、そのサンプルがどんな状態で測定されているかが大切です。薬物動態学の観点からは薬物濃度の時間推移も重要ですが、今回はキネティクス（速度論）を説明するのではなく、サンプルが含んでいる情報の取り扱いについて言及します。血液、血漿、血清において、薬物の効果を左右するタンパクと結合していない遊離形薬物濃度の値をどのように解釈してゆくかを説明します。一般に TDM を行うとき、その値はタンパク質と結合している薬物と結合していない遊離形薬物の両方が測定されています。その上で、TDM の測定値が高い、低いという直感的解釈がそのまま治療に係る遊離形薬物濃度の値として結び付けて問題ないのか。また、実際の治療において、投与計画し、投与して採血し、その測定値の解釈を適正にするための基本は何か、について概説します。TDM を行う上で、有効治療域に入っていればそれでいいのか、変更すべき時はどのような場合か、病態の進行をどう考慮すべきか、合併症の影響、併用薬の影響なども考えなければなりません。限られた時間で説明することになりますので、基本的な事柄の再確認を行いたいと思います。

### 略 歴

1982年 昭和薬科大学薬学部卒業、国立小児病院薬剤科薬剤師、国立  
横浜東病院薬剤科薬剤師  
1984年 昭和薬科大学大学院薬学研究科修士課程入学  
1986年 昭和薬科大学大学院薬学研究科修士課程修了、同大学薬学部助  
手  
1993年 ニューヨーク州立大学バッファロー校薬学部博士研究員

1999年 昭和薬科大学薬学部助教授  
2005年 日本大学薬学部教授薬学博士（大阪大学）、博士（医学）（東  
邦大学）日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師、日本臨床  
薬理学会研修指導薬剤師、日本医療薬学会指導薬剤師、日本  
中毒学会クリニカル・トキシコロジスト

## 医療現場における非がん性疼痛疾患への NSAIDs と神経障害性疼痛治療薬の使用について

浜松医科大学医学部附属病院

○内藤 隆文

日常診療において、軽度の痛みに対して非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）が繁用される。その理由として、期待される鎮痛効果が予測可能なうえに、NSAIDs の導入および中止に対する治療管理の障壁の低さが挙げられる。一方、NSAIDs には胃腸障害や腎障害などの有害作用があり、それらのリスク因子を有している患者や高齢者への使用には注意が必要である。さらに NSAIDs の併用により、ワルファリンやメトトレキサートなどの他の薬剤の作用を増強させる可能性もある。日常診療では、医師や薬剤師が NSAIDs の服用患者に関わる機会も多く、それらを理解したうえでの治療管理が求められる。一方、プレガバリンは海外では抗不安薬や抗けいれん薬として使用されているものの、日本では神経障害性疼痛薬として承認されている。そのため、プレガバリンの治療導入に対する障壁は低く、近年、外来診療でも繁用されている。しかし、プレガバリンの作用の本質は抗けいれん薬と同様の神経細胞における過剰興奮抑制作用であり、浮動性めまいや傾眠などの有害作用がスムーズな除痛を妨げる場合がある。また、プレガバリンでは減量および中止時の離脱症状を回避するための漸減を必要とする。プレガバリンの適正使用において、腎機能を含めた慎重な治療管理が必要とされる一方で、中止のタイミングについては確立されておらず、日常診療でも、漫然と使用されている患者が少なくない。神経障害性疼痛に対し、プレガバリンで除痛が得られている場合には、積極的な中止は難しいものの、神経ブロック処置後や有害作用発現時がプレガバリンの減量または中止のタイミングであると考えられる。本シンポジウムでは、非がん性疼痛疾患への NSAIDs と神経障害性疼痛治療薬の使用に関して、医療現場での薬の選び方、服薬指導および止め時について、話す予定である。

## 略 歴

1997年	静岡県立大学薬学部 卒業	2003年	浜松医科大学医学部附属病院 薬剤部 薬剤主任
1999年	静岡県立大学大学院薬学研究科博士前期課程 修了	2004年	静岡県立大学 博士（薬学）
1999年	大分医科大学医学部附属病院 薬剤部 薬剤師	2011年	浜松医科大学医学部附属病院 薬剤部 副薬剤部長
2002年	大分医科大学医学部附属病院 薬剤部 薬剤主任		現在に至る

## 神経障害性疼痛治療薬の使用と薬剤師の関わり

北里大学東病院薬剤部

○川野 千尋、黒山 政一

神経障害性疼痛薬物療法ガイドラインでは、神経障害性疼痛は「体性感覚神経系の病変や疾患によって引き起こされる疼痛」と定義され、単一の疾患を指すのではなく、様々な病変や疾患における症状の一つとされている。神経障害性疼痛治療の第一選択薬として、ガイドラインではCa<sup>2+</sup>チャネル $\alpha_2\delta$ リガンド(プレガバリン、ガバペンチン)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(デュロキセチン)、三環系抗うつ薬(アミトリプチリン、ノルトリプチリン、イミプラミン)が推奨されている。しかし、神経障害性疼痛の原因疾患は多様であり、痛みの発現機序も様々であるため、全ての神経障害性疼痛に対して有効とは限らない。そのため、薬剤師は治療薬の選択にあたって、医師と協働で神経障害性疼痛の発症要因を確認し、有効性がより期待できる薬剤を提案する必要がある。また、副作用、相互作用等の安全面からの考慮も重要である。北里大学東病院においては、神経障害性疼痛患者の約半数にプレガバリンが使用されていた。

神経障害性疼痛治療薬は効果発現までに時間を要するため、患者が効果を実感しづらく、服薬アドヒアランスが不良となることがある。薬剤師は患者に対して適切な服薬指導を行い、服薬アドヒアランスの向上に努める必要がある。また、効果発現までに時間を要することは、効果不十分な症例への漫然とした投与につながる可能性もあり、効果・副作用についてより適切に評価する必要がある。神経障害性疼痛治療薬の効果は、鎮痛のみならず、ADLやQOLの改善をも指標とする。副作用については、一般に、眠気、ふらつき等の中枢抑制作用や口渇、便秘等の抗コリン作用への対策が重要である。効果不十分な症例や副作用発現症例に対しては、薬剤の変更や減量等の対応が必要となるが、急な投与中止は退薬症状出現の可能性があり、注意が必要である。

当日は、北里大学東病院における事例を提示し、薬剤師の活動についてご紹介したい。

### 略 歴

2004年 日本大学薬学部生物薬学科卒業

2006年 北里大学大学院薬学研究所修士課程臨床薬学履修コース修了

2006年 北里大学東病院薬剤部入職

2007年 北里大学薬学部薬物治療学Ⅱ(北里大学東病院)助教

2013年 北里大学大学院博士後期課程医療薬学履修コース修了・博士(医療薬学)取得

現、日本緩和医療薬学会緩和薬物療法認定薬剤師、日本医療薬学認定薬剤師

## 慢性疼痛に対するトラマドールを含めたオピオイド鎮痛薬の止め時、止め方

獨協医科大学 医学部 麻酔科学講座

○山口 重樹

本邦においてもトラマドール製剤を中心に非がん性慢性疼痛（以降、慢性疼痛）のオピオイド鎮痛薬処方が普及しつつある。しかしながら、米国を中心とした諸外国では、慢性疼痛に対するオピオイド治療への振り返り行われるようになってきている。それらの国においては、慢性疼痛に対するオピオイド治療の高用量化、長期化が深刻な問題となっているからである。そして、オピオイド鎮痛薬の消費量のほとんどをオピオイド治療が高用量化、長期化した患者が使用しているといった事態に至っている。この問題は、欧米の国々にとどまらず、一部のアジアの国々においても見られるようになってきている。そして、これらの問題の最大の要因は、慢性疼痛に対するオピオイド治療の戦略において、やめ時、やめ方について確固たる考え方、エビデンスが存在しないからである。

今、慢性疼痛にオピオイド治療が開始されている国々では、その適正化を推進するためにガイドラインの改定、新規作成が進められている。多くの国のガイドラインに共通したオピオイド治療の高用量化、長期化の予防のための見解は以下の点である。①オピオイド治療を未来永劫にわたって継続する治療と考えるはいけない、②高用量化、長期化しそうな患者（心理社会的背景の強い痛み、心因性の強い痛み、全身の痛み、精神疾患合併患者の痛みなど）にオピオイド治療を開始しない、③オピオイド鎮痛薬の投与量の上限を厳密にする（モルヒネ換算量 60mg/日以下が適正であると考え、90mg/日以上を超えてはならない）、④オピオイド鎮痛薬の投与期間を厳密にする（3カ月未満が適正であると考え、6カ月に達した際には必ず中止を試みる）、⑤オピオイド治療開始前に明確した目標に達したら減量、中止を開始するなどである。

本シンポジウムでは、つい先日改訂された日本ペインクリニック学会の「非がん性慢性疼痛に対するオピオイド鎮痛薬処方ガイドライン」を紹介しながら、トラマドールを含めたオピオイド鎮痛薬のやめ時、やめ方について参加される皆さんと考えてみたい。

## 略 歴

1998年3月	獨協医科大学大学院卒業（学位取得）	2012年4月	獨協医科大学麻酔科学講座 主任教授
1998年4月	獨協医科大学第一麻酔科学講座 助手	2013年10月	順天堂大学大学院医学研究科環境医学研究所 客員教授（兼任）
2000年9月	米国The Johns Hopkins大学 postdoctoral fellow	2014年4月	名古屋市立大学医学部麻酔・危機管理医学分野 非常勤講師（兼任）
2002年9月	獨協医科大学麻酔科学講座 講師		
2006年10月	獨協医科大学病院腫瘍センター緩和ケア部門長兼任		
2007年4月	獨協医科大学麻酔科学講座 准教授		

## 鎮痛薬の適正使用 —NSAIDs—

自治医科大学附属病院薬剤部

○須藤 俊明

平成 27 年薬事工業生産動態統計年報統計（厚生労働省）によると、解熱鎮痛消炎剤の生産金額は 1,744 億円で全生産金額に対する構成割合は 2.6% であるものの、全医薬品中の 11 位に位置している。非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）には、アスピリン、ロキソプロフェン、アセトアミノフェンなど多くの医療用医薬品が疼痛、発熱の治療に使用されており、さらには 8 種類の NSAIDs がスイッチ OTC 薬として市販されている。

NSAIDs は、連用により消化管障害、心臓・血管障害、腎機能障害などの副作用（有害反応）のリスクが増加することが明らかにされており、さらに多種類の医薬品を服用している高齢者では併用薬との薬物相互作用も危惧されている。近年、ロキソプロフェンの添付文書に「小腸・大腸の狭窄・閉塞」の危険性が追記されて注目を浴びたが、鎮痛薬の連用によって起こりうる薬物乱用頭痛も問題となっている。また、外用剤の中には光線過敏症の副作用が報告されているものもあり、これに対しさまざまな対策が行われているが減ってはいない。アセトアミノフェンは比較的安全性が高いことが知られており、小児や妊婦にも第一選択薬として使用されているが、一方で、過量投与による重篤な肝障害が発現する可能性が示唆されている。1 日 1,500mg を超す長期投与をする場合には、定期的な肝機能検査を行わなければならない。特に、アルコール多量常飲者が服用し肝不全を起こしたとの報告もあることから、アルコールによる服用は注意が必要である。

国のセルフメディケーション推進に伴い、解熱鎮痛薬を自己判断で購入する機会も増えている。鎮痛薬の使用にあたっては、安易に市販の解熱鎮痛薬と併用しないよう注意することも必要である。

## 略 歴

1977年 3 月	東京薬科大学薬学部卒業	2010年 4 月	自治医科大学看護学部 非常勤講師
1977年 4 月	自治医科大学附属病院薬剤部	2014年 11 月	自治医科大学医学部薬理学講座臨床薬理学部門 非常勤講師
1998年 1 月	医学博士（自治医科大学）		
2007年 4 月	自治医科大学附属病院薬剤部（兼）腫瘍センター 薬剤部長		日本薬学会、日本薬理学会、日本臨床薬理学会、日本医療薬学会、日本TDM学会

## 循環器疾患患者の薬物治療とケア

公益財団法人日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院

○高見澤 格

我が国は1950年時点で5%に満たなかった高齢化率が、1985年には10.3%、2005年には20.2%と急速に上昇し、2015年は26.7%と過去最高となっている。将来2060年まで一貫して高齢化率は上昇していくことが見込まれており、2060年時点では約2.5人に1人が65歳以上の高齢者となる見込みである。現在、循環器疾患は死因別死亡率（主要死因）で悪性腫瘍につぐ第2位となっており、男性では90歳以上、女性では65歳を超えると死因の第一位となっている。超高齢化社会を迎え循環器疾患に罹患する患者が増加する一方で、カテーテル治療や外科手術の低侵襲化が進み、これまで保存的に治療していた高齢患者に対して侵襲的治療をする機会が増えている。一見侵襲的治療がうまくいけば内服薬を減らすことができるようにも思えるが、いかにうまくいっても治療後の薬物療法が必要なくなることはない。さらに、侵襲的治療をおこなったが故におこなうべき薬物治療をしっかりとすることが、その後のイベント発生に影響を及ぼす。このため、高齢患者に対していかにアドヒアランスを維持させるかが重要となっている。アドヒアランスを向上させるには、現在問題となっている多剤処方、服薬方法の煩雑さ、薬剤の剤型に対する工夫、調剤の一元化などが挙げられる。我々医師は、患者の病状にあわせた薬剤の選択をしなければならないが、同一の薬効をもつ薬剤は非常に多く、さらに服用方法も多岐にわたるため、患者によりそい服薬指導を行う薬剤師の役割は重要となっている。これまでは医師の処方に関する説明を患者していたが、これからは処方した医師に対して積極的な提言をすることが薬剤師には望まれる。循環器疾患患者の薬物治療を題材として、今後の医師・薬剤師の在り方に言及したい。

### 略 歴

平成9年日本大学医学部卒。同年信州大学第二内科に入局。平成12年から3年間国立循環器病センター動脈硬化代謝内分泌内科研修医。平成15年から榊原記念病院循環器内科専修医。平成18年から同院循環器内科医員。平成23年4月から同院循環器内科医長。平成28年1月から同院循環器内科副部長。現在は、カテーテル検査・治療を中心に仕事をしている。IVUS・OCT・OFDI・血管内視鏡を使ったイメージングを担当。PCI以外では構造的心疾患の治療に従事しており、閉塞性肥大型心筋症に対する経皮的中心筋焼灼術（PTSMA）、心房中隔欠損症に対する経カテーテル心房中隔閉鎖術（ASDO）、経カテーテル大動脈弁留置術（TAVI）、経皮的僧帽弁交連切開術（PTMC）も行っている。

### 【専門分野】

循環器内科学全般、心臓カテーテル治療（冠動脈・構造的心疾患）

### 【資格】

内科学会総合内科専門医循環器専門医日本心臓血管インターベンション学会専門医産業医ASD閉鎖術 実施資格植込み型除細動器（ICD）／ペースメーカーによる心不全治療（CRT） 資格着用例自動除細動器 使用資格日本心臓血管内視鏡学会 評議員日本アブライド・セラピューティクス学会 評議員

## 糖尿病患者の薬物治療とケアの課題

立川相互病院 糖尿病・代謝内科

○角南由紀子、卜部 雅之、奥野 開斗、山崎 英樹、青柳 守男、宮城 調司、檜山 麻子、寺師 聖吾

糖尿病の主たる治療方法は①食事療法②運動療法③薬物療法の3つである。これらの治療の成否は、患者自身が治療法を十分に理解し、日常生活の中でいかに実践するかにかかっている。また糖尿病は治癒しない疾病であり療養は長期にわたるため、途中、治療意欲が低下することもある。適正に継続的に実践するためには家族・医療スタッフなどの周囲の支援が必要である。医療サイドからは、各職種がチームで包括的に関わるのが重要である。その支援は単なる知識供与ではなく、目標達成のための情報や手技の指導、治療の動機づけ、行動変化のための心理的支援に至るまで多岐にわたる。その中で重要なのは、患者に関するさまざまな情報をチームで共有し療養指導に対する意思を統一することである。一貫した指導は患者のやる気を生み、目標を明確にでき、ひいてはアドヒアランスの向上につながる。意欲が低下しているときには、どの治療のどこが困難か、何が維持の妨げになっているか、QOLはどうか、精神状態はどうかを検査し治療方法の見直しを図る。

特に薬物療法に関しては、治療薬についての知識供与、相互作用・副作用の確認、服薬確認などを通して患者の生活スタイル・性格などを把握し、薬物療法をいかに生活に組み込むかについて患者と話し合いながら治療を決めていく。本来これらの業務は薬剤師と密接な連携を取りながら行うべきものであるが、外来治療においては院外処方であることが多く連携を取るのが困難な現状がある。

また、近年の糖尿病薬の新薬ラッシュも療養指導に少なからず影響を与えている。新薬は情報が少なく長期的なエビデンスも出そろっていないため、患者に説明できる内容は限定的である。その上医師も使い慣れていないため処方ミスなども少なくない。今回これらの現状と改善に向けての課題について医師の立場からお話ししたい。

### 略 歴

1992年	大分医科大学医学部（現大分大学医学部）卒業	糖尿病内科を中心に内科全般の診療に携わっている
2002年	博士課程修了（臨床薬理学）	
同 年	医療法人相生会 大崎クリニック（東京都）入社 主に第1相、早期第2相試験に従事	日本内科学会認定医 日本臨床薬理学会専門医
2007年	(医) 明和会 中通総合病院（秋田市）内科・糖尿病内科	日本糖尿病学会専門医
2017年4月～	(医) 健生会 立川相互病院（東京都立川市）糖尿病・代謝内科	日本プライマリーケア学会認定医
現在に至る		

## 患者にシームレスな薬物療法を提供するための薬薬連携

東京女子医科大学八千代医療センター薬剤部

○高柳 論也、鈴木 駿介、杉山 栄美、村山 綾那、小林恵美子

薬物治療の多くは入院だけでなく、通院・在宅治療も継続される。入院は薬物療法などが徹底的に管理されており、患者の療養生活の中では特殊な状況といえる。通院・在宅治療ではそのような管理は患者自身に委ねられており、これによる問題も発生している。例えば、入院中では良好なコンプライアンスで服用していたにもかかわらず、通院・在宅治療への移行後にコンプライアンス不良となり、病状が悪化した症例も稀ではない。このように、通院・在宅治療における薬物療法の質が疾病治療自体に影響することが考えられ、いかに外来通院・在宅療養中の薬物療法の質を高めるかが重要となってくる。また、薬物療法を継続する上で、入院は治療方針や薬物療法の変更など、大きなターニングポイントとなることが多い。従って、外来通院・在宅療養中の薬物療法の質を高めるためには、入院で実施された薬物療法を把握し、シームレスな薬物療法を提供することが重要であるといえる。一方、患者の全ての薬物療法の期間のうち、入院期間はわずかな期間であることが多いため、病院薬剤師が患者の薬物療法に携わることができる期間は、その患者の薬物療法の全期間に比べれば非常に限られており、薬局薬剤師は病院薬剤師よりも患者の薬物療法に携わる期間が長いともいえる。病院薬剤師は外来通院・在宅療養に、薬局薬剤師は入院に目を向けて、薬剤師として一丸となることが重要であり、このことがシームレスな薬物療法の提供につながるといえる。我々は、患者にこのシームレスな薬物療法を提供するべく、いくつかの薬薬連携を実施している。入退院時にかかりつけ薬局などと連携する『在宅薬薬連携』、切れ目なく吸入療法を継続するための『吸入指導連携』、脳卒中地域連携パスにおいて転院先への情報提供を行う『薬剤シートの作成』である。今回は我々が実施しているこれらの薬薬連携についての内容と実績を紹介する。さらにはこれらの連携における利点、問題点、今後の課題などについても検討し発表する。

### 略 歴

平成19年 日本大学大学院薬学研究科博士前期課程 修了  
同 年 東京女子医科大学八千代医療センター薬剤部 入職  
平成24年 緩和薬物療法認定薬剤師 取得

## 地域包括ケアにおける薬薬連携と訪問薬剤師のかかわり ～保険薬局の立場から～

トライアドジャパン（株）かもめ薬局北里健康館 地域連携支援課

○野田和多流

地域包括ケアシステムにおいて、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けるためには医療・介護の多職種連携は必須である。特に退院時には様々な課題があり、薬剤に関することもその一つである。課題を解消するために有効な手段の一つは「退院時カンファレンス」だろう。多職種が一堂に会し、患者・家族を交え在宅復帰後のイメージを明確に持つことや、顔の見える関係を構築することは連携において最も大切なポイントと言える。また情報の連携では、医療機関から「退院時服薬指導書」の提供を受けることが出来れば、入院中の処方の変更や処方意図を確認し切れ目のない薬剤の処方歴を把握することが可能となる。

ただし、適切な連携や情報を得たならば薬物治療が円滑に進むかと言うとそうではない。在宅患者において訪問を担当する薬剤師が最も時間と神経を使うのは服薬管理・服薬支援である。正しい処方内容であったとしても正しい服用を継続できなければ適切な薬物治療の評価に至らないからである。服薬状況を左右する要因は多岐にわたり、患者固有のもので一つとして同じパターンは無い。また在宅には患者や家族中心のルールがあり、生活環境や介護力、患者の性格やこだわりは何よりも最優先されるため、それらを最大限尊重した管理・指導を行う必要がある。

また2016年度から始まった「かかりつけ薬剤師」は、薬薬連携に大きな影響を与えうる制度だと言える。入院の際にその患者にかかりつけ薬剤師がいることが確認できれば、主治医の紹介状には載ることがない他科受診の有無や薬歴、併用中のサプリメントやOTCなどの情報提供を受けることができる。また退院時に医療機関からかかりつけ薬剤師へ入院中の正確な薬剤の情報が届けば適切な治療方針や予後のフォローを任せることができる。

在宅復帰する患者に対し訪問薬剤師がどのように関わるのか、院内と自宅でどのようなギャップがあるのかを紹介し、さらなる連携を深めるための課題としたい。

### 略 歴

---

2000年3月 星薬科大学薬学部 卒業  
2000年6月 至誠会第二病院 薬剤課 入職  
2007年3月 トライアドジャパン（株）入職  
かもめ薬局北里健康館 勤務  
2009年4月 同上 在宅支援チーム 配属  
2014年7月 同上 地域連携支援課 課長

# ワークショップ

---

## ワークショップ

### 臨床判断 WS 体験版 ～腰痛～

昭和大学 医学部 薬理学講座医科薬理部門<sup>1)</sup>、医療法人前橋北病院<sup>2)</sup>、株式会社横須賀薬局<sup>3)</sup>

○木内 祐二<sup>1)</sup>、○山岡 和幸<sup>2)</sup>、○中山 邦<sup>3)</sup>

OTC薬（一般用薬）は、プライマリケア、セルフメディケーションのツールとして、地域の医療システムの中では重要な役割を担っています。薬局、ドラッグストアで、OTC薬を取り扱う薬剤師は、地域医療の入り口をあずかる者としての意識と責任と能力が必要です。

OTC薬でセルフメディケーションを支援する薬剤師には、OTC薬が妥当とされる患者と、受診勧奨や緊急対応などを要する患者を適切に判断すること、すなわち、臨床判断の能力を身に付ける必要があると考えています。

今回取り上げます「腰痛」は薬局に健康相談で来局される方の代表的な症候です。皆さんは「腰痛」を訴える患者に、薬局窓口でどのように対応されているのでしょうか。患者の病態を反映する情報や所見を自ら収集して疾患を推測し、さらに薬剤師が適切な対処法を選択して（トリアージ）提案できるよう、演習と実習を通じて実践能力を向上させ、セルフメディケーションを支援するプライマリケアの担い手としての実力を向上させましょう。

今まで行ったワークショップは、9時間の1日コースでしたが、今回、そのエッセンスを凝縮して、取り組み方や考え方を中心に1時間30分にまとめた「薬剤師の臨床判断ワークショップ 体験版」を行います。ご参加ください。

# 症例検討ワークショップ

---

# 症例検討ワークショップ 1

## 高血圧

琉球大学 大学院医学研究科 臨床薬理学

○植田真一郎

「高血圧のアプライドセラピューティクス」

本セッションでは高血圧薬物治療の現場で問題になることが多い併用薬、高齢者、すでに臓器障害を有する患者、糖尿病患者などについて具体的な症例を提示して議論する。

### 略 歴

1985 横浜市立大学医学部卒業

横浜市立大学医学部附属病院や神奈川県関連病院を経て

1991-1996 グラスゴー大学内科薬物療法学 クリニカルリサーチフェ  
ロー

1996-2001 横浜市立大学 医学部第2内科

2001- 琉球大学医学部 臨床薬理学、その後改組により大学院医学研  
究科 臨床薬理学分野教授

琉球大学医学部附属病院 臨床研究支援センター センター長  
東京慈恵会医科大学 薬物治療学 客員教授

## 症例検討ワークショップ 2

### 感染

笠岡第一病院 内科 診療部長

○原田 和博

「抗菌薬投与後に肝障害を呈した心不全、腎不全症例」

【症例】85歳女性。糖尿病、慢性腎不全、狭心症（PCI後）、心房細動などで、インスリンアスパルト1日3回、シダグリプチン50mg（1日投与量）、アスピリン腸溶錠100mg、ワルファリン2mg、フロセミド40mg、スピロノラクトン25mg、カルベジロール2.5mg、アトルバスタチン5mg、ランソプラゾール15mgを投与されていた。

【現病歴】X日：心不全悪化にて入院。輸液（500cc+フロセミド20mg/日）を施行。血液検査にて、WBC:7300/ $\mu$ L（3500～8500）、Hb:10.2g/dL（11.5～15.0）、CRP:0.5g/dL（0～0.4）、Alb:4.0g/dL（3.8～5.3）、AST:23U/L（5～25）、ALT:16U/L（5～30）、 $\gamma$ -GTP:30U/L（0～50）、BUN:56.3mg/dL（5～20）、Cr:1.8mg/dL（0.4～1.2）、eGFR:21ml/min/1.73m<sup>2</sup>、UA:7.7mg/dL（2.6～6.0）、Na:135mEq/L（135～147）、K:4.9mEq/L（3.3～4.8）、Cl:98mEq/L（97～109）、PT-INR:2.22。

X+2日：発熱（38.5℃）および咳症状認め、急性肺炎の診断のもと（WBC:16100、CRP:14.7）、セフォチアム塩酸塩1g×2/日投与開始。

X+6日：発熱39.7度、酸素濃度の低下（SpO<sub>2</sub>:88%：酸素投与開始）、画像上の肺炎悪化認め、抗菌剤をメロペネム0.5g×2/日へ変更。収縮期血圧が90mmHgに低下し、塩酸ドパミン投与開始（～X+8日）。ECGでは虚血性変化を示す異常なし。PT-INR高値にて、ビタミンK（メナトトレノン10mg）を投与した。WBC:21100、Hb:8.8、Plt:24.1、CRP:37.1、Alb:3.2、AST:52、ALT:23、 $\gamma$ -GTP:18、BUN:73.1、Cr:2.2、PT-INR:6.98。

X+9日：発熱および一般状態は改善傾向であったが、著明な肝機能検査値の上昇を認めた。WBC:18000、Hb:9.5、CRP:17.3、T.bil:2.1mg/dL（0.2～1.2）、ALP:523U/L（110～360）、AST:926、ALT:1753、 $\gamma$ -GTP:132、LDH:934U/L（120～240）、BUN:80.5、Cr:1.8、PT-INR:1.57。

#### 【設問】

1. 担当医は肝障害の原因としてメロペネムを疑い、本剤を中止すべきかのコンサルトを受けたが、どう対応すべきでしょうか？
2. PT-INRが著明に上昇した要因を（すべて）挙げてください。

#### 略歴

1983年自治医科大学卒業。岡山赤十字病院で臨床研修ののち岡山県の地域・へき地医療に従事。1992年より自治医科大学臨床薬理学助手、1996年同講師。2000年より現職。

## 症例検討ワークショップ 3

### 小児

日本医科大学多摩永山病院 薬剤部

○下道友莉恵

「小児患者の服薬アドヒアランス向上にむけて ～こどもがくすりをのむために～」

小児患者において薬剤の服用性はアドヒアランス及び治療効果に大きく影響することが知られています。服用性に影響を与える要因としては味やにおい、舌触りなどが挙げられます。苦い散剤は製剤的工夫により飲みやすくはなってきましたが、それでもやはりこどもにくすりを飲ませるために苦労しているという保護者の話はよく耳にします。こどもがくすりを嫌がる理由は様々ですが、治療のためにはまずはくすりを飲んでもらうことが重要です。そのため困っている保護者に対し薬剤師として服薬アドヒアランス向上にむけ工夫、アドバイスをを行う必要がでてきます。

今回は症例検討を通し、くすりを飲めないこども、嫌がるこどもに飲んでもらうためにはどうすればよいのか、皆さんで考えてみたいと思います。症例検討では皆さんも直面することが多いであろう『授乳期の服薬』についてと『マクロライド系薬剤の服用』について考えてみたいと思います。

服薬方法や服薬アドヒアランス向上のための工夫の正解はひとつではありません。同じくすりを飲めないこどもでもその子のキャラクターや生活環境によっても工夫の仕方は変わってくるかと思っています。このワークショップでは、ぜひ皆さんの実体験を踏まえたお話なども聞きながら進めていき、情報交換の場にもなればよいと考えています。

### 略 歴

---

昭和薬科大学卒業  
2009年 4月 日本医科大学多摩永山病院薬剤部 入職  
2015年 5月 小児薬物療法認定薬剤師 資格取得

## 症例検討ワークショップ 4

### 糖尿病

立川相互病院 糖尿病・代謝内科

○角南由紀子、卜部 雅之、奥野 開斗、山崎 英樹、青柳 守男、宮城 調司、檜山 麻子、寺師 聖吾

昨今、糖尿病領域では新薬が立て続けに販売され、その効果・副作用・長期予後への期待など注目が集まっている。しかし治療現場では新薬だけでなく、患者を包括的に評価し、どのようなアプローチが必要か、使用する薬物はどれが適切か、日々悩みながら診療しているのが現実である。今回は下記に紹介する症例を基に、この患者に適した治療は何かを皆さんと考えていきたい。

【症例】69歳、女性

【主訴】体重減少、多尿

【既往歴】幼児期：虫垂炎、30歳：子宮筋腫（子宮全摘）、50歳代：うつ病（自己中断）

妊娠中毒症なし

【生活歴】独居、ADL自立

【喫煙】20本/日 x 49年間、【飲酒】なし

【現病歴】元々病院嫌いで検診も受けていなかった。10年前に整形外科受診した際に高血糖を指摘され治療を勧められたが放置していた。X年5月白内障術前検査にて高血糖認めため同年6月1日当科紹介となった。その後教育・精査・加療目的で入院した。過去の最大体重は50kgで、60歳で仕事を辞めてから徐々に減少している。

【現症】身長149cm、体重33kg、BMI14.9kg/m<sup>2</sup>、意識清明、頭頸部に異常なし、胸部：心音純、呼吸音清、腹部：右下腹部に手術痕、平坦・軟、圧痛なし、四肢に浮腫なし、アキレス腱反射消失、膝蓋腱反射消失、振動覚左右ともに7秒

【検査所見】血液検査：TP 6.6 g/dl, Alb 4.2 g/dl, AST 20 U/L, ALT 19 U/L, LDH 179 U/L, BUN 13.0 mg/dl, Cr 0.42 mg/dl, UA 2.4 mg/dl, Na 139 mEq/L, K 4.2 mEq/L, Cl 99 mEq/L, Ca 8.8 mg/dl, TC 219 mg/dl, TG 103 mg/dl, HDL 65 mg/dl, LDL 130 mg/dl, HbA1c 12.3 %, FPG 278 mg/dl, 空腹時IRI 3.6μU/ml, 抗GAD抗体陰性, TSH 0.085μIU/ml (0.500-5.00), FT3 2.91 pg/ml (2.30-4.30), FT4 1.39 ng/dl (0.90-1.70)

尿検査：尿蛋白(+)、ケトン体(+/-)、蓄尿蛋白553mg/日

軽度神経障害あり、大血管障害なし、網膜症なし

【臨床経過】白内障術前であり、厳格な血糖コントロール必要と判断し食事カロリー1300cal下で強化インスリン療法を開始した。超速効型インスリン各食直前8単位、持効型インスリン就寝前8単位で退院となった。

### 略歴

1992年	大分医科大学医学部（現大分大学医学部）卒業	糖尿病内科を中心に内科全般の診療に携わっている
2002年	博士課程修了（臨床薬理学）	
同年	医療法人相生会 大崎クリニック（東京都）入社	日本内科学会認定医
	主に第1相、早期第2相試験に従事	日本臨床薬理学会専門医
2007年	(医)明和会 中通総合病院（秋田市）内科・糖尿病内科	日本糖尿病学会専門医
2017年4月～	(医)健生会 立川相互病院（東京都立川市）糖尿病・代謝内科	日本プライマリーケア学会認定医
現在に至る		

## 症例検討ワークショップ 5

### 精神科

獨協医科大学 精神神経医学講座 主任教授

○下田 和孝

アリピプラゾール投与中に横紋筋融解症を呈した統合失調症の一例。症例は67歳の男性。幻聴とまとまりの無い言動を認め、65歳時に妄想型統合失調症と診断された。第一世代抗精神病薬を含む4種類以上の抗精神病薬と電気けいれん療法に対して良好な反応が得られなかったが、非定型抗精神病薬であるアリピプラゾール（APZ）が奏功し、その後、1年間有害事象を生ずることなく寛解状態が得られていた。経過中に急性気管支炎に罹患し、かかりつけ医よりクラリスロマイシンが処方されたが、服薬を開始した2週間後から動作緩慢、尿閉が出現した。APZを漸減するも症状は改善せず、発熱と意識障害を呈して獨協医科大学病院に入院となった。血清クレアチンキナーゼ（CK）および血清クレアチニン上昇を認め、横紋筋融解症および急性腎不全と診断された。当日は本症例の薬物動態学的、および薬理遺伝学的背景を解説したい。

#### 【文献】

T. Ishikawa, T. Shinozaki, K. Shimoda.

Rhabdomyolysis after the administration of clarithromycin in a Japanese schizophrenic patient receiving aripiprazole: a possible impact of CYP2D6 genotype

Clinical Neuropsychopharmacology and Therapeutics 5:18:22, 2014

[https://www.jstage.jst.go.jp/article/cnpt/5/0/5\\_18/\\_article](https://www.jstage.jst.go.jp/article/cnpt/5/0/5_18/_article)

#### 略 歴

昭和58年3月	滋賀医科大学医学部医学科卒業	平成6年1月	滋賀医科大学精神科助手
昭和62年3月	滋賀医科大学大学院医学研究科博士課程（生体情報・制御系、精神医学専攻）修了	平成7年2月	滋賀医科大学学内講師
昭和62年4月	滋賀医科大学精神医学講座助手	平成7年9月～平成8年9月	スウェーデン王国カロリンスカ研究所臨床薬理学教室に日本臨床薬理学会海外研修員として留学
昭和63年12月～平成2年9月	アメリカ合衆国ノースカロライナ大学チャペルヒル校医学部精神科文部省在外研究員として留学。	平成15年1月～平成18年7月	獨協医科大学精神神経医学助教授
平成3年1月～平成5年12月（財）豊郷病院精神科医長		平成18年8月～平成19年4月	獨協医科大学精神神経医学・学内教授
		平成19年5月～現在	獨協医科大学精神神経医学・主任教授

## 症例検討ワークショップ 6

### 緩和

東京女子医科大学病院 薬剤部

○小西 寿子 ○石橋 麻衣

悪性腫瘍に対する薬物治療は入院から外来治療、在宅医療へシフトしており、保険薬局でも医療用麻薬と遭遇する機会が増えている。とくに終末期に対する緩和ケアの役割は大きく、病院のみならず保険薬局の薬剤師も医療チームとして係わることが求められている。ここでは事例を通して、がん治療あるいは緩和ケアで用いる医療用麻薬の導入とその治療過程で起こる問題について考えてみる。

**【症例 1】** 61 歳、男性、X-19 年膀胱癌に対し経尿道的膀胱腫瘍切除術（TUR-Bt）施行、X-18 年食道癌に対し内視鏡的粘膜切除術（EMR）が施行されたが、翌年再発を認め化学療法・放射線治療同時併用療法（CCRT）が施行された。X-13 年放射線の慢性障害による心膜炎を罹患、X-8 年に感染性心内膜炎のため大動脈弁置換術を施行、X-3 年に失神を伴うⅡ度房室ブロックに対しペースメーカー挿入された。X 年 12 月飲酒後に吐血を認めたために救急受診、貧血と心不全増悪で緊急入院となった。上部消化管内視鏡を施行したところ左下咽頭で出血源を認め下咽頭癌 StageIVa と診断、CCRT を開始した。2 日後咽頭部痛にアセトアミノフェン開始、4 日後両下肢浮腫著明となり心不全への不安、疼痛増悪を訴えたためオキシコンチン導入となった。

**【症例 2】** 77 歳、男性、X-1 年 9 月、胸部 CT で胸部異常陰影を認め、精査の結果、肺大細胞神経内分泌腫瘍 Stage-IA と診断された。化学療法として CBDCA+ETP 療法が開始となり 4 コース施行された。X 年 2 月、背部痛、左大腿部に疼痛・しびれを認め、腰椎・骨盤 MRI 施行した所、Th11, L5 と大腰筋・脊柱起立筋に転移を認めた。疼痛に対して、放射線治療、デノスマブ注、ロキソプロフェン錠 180mg/日、オキシコンチン錠 10mg/日が開始となり、NRS1-2/10 と改善認めた。X 年 4 月、一時は疼痛改善を認めていたが、徐々に疼痛は増悪し、オキシコンチン錠 40mg/日に増量後も、左臀部と左下腿の痛みは安静時 NRS5/10 と疼痛残存しており、嘔気が増悪していることから、症状コントロール目的で入院となった。

### 略 歴

#### 小西 寿子

1994年 3月 日本大学薬学部薬学科 卒業  
1994年 4月 東京女子医科大学病院薬剤部  
2007年 4月 同病院薬剤部主任  
2011年 3月 同病院医薬品情報室室長（～2012年 9月）  
2017年 4月 同病院薬剤部副部長認定：感染制御専門薬剤師、抗菌化学療法認定薬剤師

#### 石橋 麻衣

平成20年 3月 東京薬科大学薬学部卒業  
平成22年 3月 東京薬科大学大学院医療薬学専攻修士課程卒業  
平成22年 4月 東京女子医科大学病院薬剤部入職  
平成28年 4月 緩和薬物療法認定薬剤師取得  
現在、院内緩和ケアチームにも所属

## 症例検討ワークショップ7

### 悪性腫瘍

聖マリアンナ医科大学病院 薬剤部

○湊川 紘子 ○塩川 尚恵

「再発進行大腸がんの CapeOX+ ベバシズマブ療法における副作用マネジメント」

がん化学療法における抗腫瘍薬は、近年目まぐるしい勢いで開発が進んでおり、殺細胞性のいわゆる『抗がん剤』から、分子標的薬、そして免疫チェックポイント阻害薬と、臨床現場では日進月歩で治療が変化している。開発される薬剤は注射や内服と剤形が様々であり、医療者はレジメンの複雑化や出現する副作用の多様化にも対応していかなければならない。一方、治療の多くは外来で行われるため、副作用は患者が自宅に帰宅後に出現する。そのため、副作用の予防や出現時の対応において、セルフケア指導が非常に重要である。患者が安心して安全に治療を継続するためには、医療者がチームとなって患者をサポートしていくことが求められる。

今回のワークショップでは、進行再発大腸がんの治療で使用される CapeOX+ベバシズマブ療法を行う症例を挙げる。この治療法は、殺細胞性薬剤と分子標的薬の併用といった特徴をもち、また、注射薬と内服薬を組み合わせた治療のため、病院内外で薬剤師が関わる機会が多い治療である。治療開始時に注意すべきポイント、患者指導や副作用モニタリングとその対応について考えて行きたい。

#### 略 歴

##### 湊川 紘子

平成14年3月 東京薬科大学卒業  
平成14年4月 聖マリアンナ医科大学病院 薬剤部 入職  
平成21年1～3月 がん専門薬剤師研修(国立がん研究センター東病院)  
平成29年 同病院 係長

##### 塩川 尚恵

平成16年3月 昭和大学薬学部卒業  
平成16年4月 昭和大学薬学部大学院入学  
平成18年3月 昭和大学薬学部大学院卒業  
平成18年4月 聖マリアンナ医科大学病院薬剤部入職  
平成26年4月 同病院 主任

## 症例検討ワークショップ 8

### 膠原病・関節リウマチ

北里大学北里研究所病院 研究部 臨床試験センター

○蓮沼 智子

本ワークショップでは、リウマチ膠原病分野で日常比較的遭遇する関節リウマチの症例について、ディスカッションを行いたい。関節リウマチの治療は20年前から大きく変わり、学会からのガイドラインも頻りに更新されている。基本的な治療方針の立て方、治療上の留意点、特に薬剤師として治療内容のどのようなところに留意すべきか、に焦点を絞りディスカッションを進めたい。

#### 【症例1】

58歳女性。10年前に関節リウマチを発症。現在エタネルセプト、メトトレキサート 10mg/週、フォリアミン 5mg/週、ロキソプロフェン 180mgでコントロールは良好。かかりつけのリウマチ医には1ヶ月ごとに通院している。2週間前から息切れが出てきたと感じており、早めに受診を考えている。

#### 【症例2】

78歳女性。30年前から関節リウマチに罹患している。既往歴として肺結核、合併症として高血圧症、腎機能障害 (eGFR 50mL/min)、心不全 (NIHA II 度) があり、近くの内科に通院中。現在アセトアミノフェン 1200mg、プレドニゾロン 5mg、サラゾスルファピリジン 1000mg、レニベース 2.5mg 内服しており、リウマチは低疾患活動性程度におさまっているため、約10年間ほど処方内容の変更はない。本日家の中を掃除中、机の脚につまづき転倒、そのまま動けなくなり救急車を呼ぶことになった。

### 略 歴

#### 【学歴】

昭和62年 東京女子医科大学医学部卒業  
平成6年 東京女子医科大学博士号 (医学) 取得

#### 【職歴】

昭和62年 東京女子医科大学付属病院 内科研修医  
平成1年 東京女子医科大学付属リウマチ痛風センター入局  
東京都立大塚病院リウマチ膠原病科 出向  
平成2年 米国ハーバード大学付属霊長類研究センター 留学

平成3年 聖マリアンナ医科大学付属病院第2内科 病院助手  
平成6年 聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター 助手  
平成11年 聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター 講師  
北里研究所臨床薬理研究所 入所  
平成14年 北里研究所バイオイアトリックセンター センター長  
平成24年 東邦大学医学部内科学講座膠原病学分野 講師  
平成27年 大分大学医学部臨床薬理学講座准教授  
平成29年 北里大学医学部臨床研究センター教授  
北里研究所病院研究部臨床試験センター長



# 抄録

一般演題（ポスター）

---

## 健康サポートを行う薬剤師としての成長

みどり薬局<sup>1)</sup>、千葉大院薬<sup>2)</sup>、日本薬科大学<sup>3)</sup>、  
宮城大学<sup>4)</sup>

○坂口 眞弓<sup>1,2)</sup>、久保田洋子<sup>3)</sup>、大塚真理子<sup>4)</sup>、  
関根 祐子<sup>2)</sup>

【目的】薬局の新しい機能として「健康サポート薬局」は近年期待されており、健康サポートの取組（以下取組）がその要件の一つであるが、取組を実施している薬局はまだ少ない。本研究では、取組を推進するための要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】先駆的に取組を行っている薬局薬剤師3名を対象として、2016年2月から3月の間に半構造化面接を実施した。質問は、①取組をするときの苦労や工夫、②これから取組をはじめめる薬局へのアドバイスとし、インタビューガイドに基づき、研究対象者に自由に語ってもらった。インタビュー内容を逐語録とした後、要約的に内容分析を行った。

【結果】3名の薬剤師は、関東圏、首都圏、東北圏で、調剤業務を主としている薬局の管理薬剤師、勤務薬剤師、開設者であり、それぞれが取組の企画者であった。取組を成功させる要因として50個のコードが得られた。また、類似するコードから23個のサブカテゴリーが得られた。さらに5個のカテゴリー〈薬局内の組織作り〉、〈地域ニーズの把握と発信〉、〈健康サポートを行う薬剤師としての成長〉、〈健康サポートの取組方法〉、〈地域における健康サポートの場づくり〉が抽出された。

【考察】本研究で明らかとなった取組の成功要因カテゴリーのうち、〈薬局内の組織作り〉、〈地域ニーズの把握と発信〉、〈健康サポートの取組方法〉、〈地域における健康サポートの場づくり〉は過去に行われた種々のアンケート調査でも明らかとなっていた。一方、〈健康サポートを行う薬剤師としての成長〉は本研究により初めて明確に意識された。このことから、薬剤師の資質確保としての知識型研修や、対話方法の習得、など、知識・技能・態度の向上に加え、薬剤師としての健康サポートに関する意識改革やモチベーションの向上が取組を成功させる重要な要因のひとつであることが明らかとなった。

## 作用時間別にみたベンゾジアゼピン受容体作動薬が高齢者の転倒事故および身体・認知機能検査に与える影響

武蔵野大学薬学部 臨床薬学センター

○小川ゆかり、小川 潤子、小清水治太、  
田島 純一、西牟田章戸、吉井 智子、  
益戸智香子、高尾 良洋、三原 潔、  
小野 秀樹

【目的】高齢者を対象とした薬剤の適正使用ガイドにおいて、ベンゾジアゼピン受容体作動薬は転倒あるいは認知機能への影響を考慮して可能な限り使用を避けるよう推奨している。しかしながら睡眠障害やうつ病を抱える高齢者は少なくなく、その使用率は高いのが現状である。そこで高齢者の転倒リスクがベンゾジアゼピン受容体作動薬である睡眠薬・抗不安薬の作用時間により違いが認められるか、また身体機能検査や認知機能検査結果にベンゾジアゼピン受容体作動薬の服用が影響を与えるかメタ解析の手法を用いて評価した。

【方法】MEDLINE、コクランライブラリーを用いて論文収集を行った。論文採択条件は、(1)比較対照試験であること、(2)60歳以上の高齢者のみを対象とした試験あるいはサブグループ解析を実施していること、(3)対象薬はゾルピデム、ゾピクロンなど非ベンゾジアゼピン系睡眠薬を含めたベンゾジアゼピン受容体作動薬であること、(4)対象薬の作用時間別に転倒リスクを評価している、あるいは身体機能検査、認知機能検査のいずれかに対する影響を検討した試験であること、とした。同一の評価項目に関する研究結果が複数ある場合には、併合オッズ比をPeto法に基づき算出した。

【結果】採択条件に合致した研究は13件であった。半減期が12時間未満のベンゾジアゼピン受容体作動薬の場合（総患者数：6411名）、転倒リスクの併合オッズ比および95%信頼区間は1.03 [0.88, 1.16]、半減期が12時間以上（総患者数：24047名）では1.14 [0.96, 1.17]と作用時間で大きな差はなく、いずれにおいても統計学的な有意差は認めなかった。またメタ解析を実施することはできなかったが、投与開始後15日以内において転倒リスクが高くなる傾向が示唆された。身体機能および認知機能検査に関しては、評価指標が様々であったためメタ解析を行うことはできなかった。

【考察】60歳以上の高齢者ではベンゾジアゼピン受容体作動薬の作用時間別による転倒リスクに差は認めないことが示唆された。

## 自己免疫性肝炎に対し副腎皮質ステロイドパルス療法により急性膵炎を発症した1例

新百合ヶ丘総合病院 薬剤科<sup>1)</sup>、  
新百合ヶ丘総合病院 消化器内科<sup>2)</sup>、  
明治薬科大学 薬物治療学教室<sup>3)</sup>

○南郷 大輔<sup>1)</sup>、中島 裕貴<sup>1)</sup>、廣瀬 幸文<sup>1)</sup>、  
椎名 正明<sup>2)</sup>、越前 宏俊<sup>3)</sup>

**【背景】** 副腎皮質ステロイドホルモン剤による主な副作用は精神神経障害、糖尿病、胃部障害、骨粗鬆症や感染症であるが、まれに急性膵炎も報告されている。本症例は自己免疫性肝炎（AIH）に対して副腎皮質ステロイドパルス療法後に急性膵炎を発症したが、短期間の減量により膵炎を重症化させることなく両疾患を治療できた症例を報告する。

**【症例】** 50歳代女性が背部痛と黄疸を主訴として来院した。既往歴は胆石ポリープ（2年前に摘出術済）、子宮筋腫、自律神経失調症を認めた。外来血液検査で肝機能異常を指摘され、5日後の再診時にT-Bil値の異常高値（35mg/dL）と血液凝固検査異常（PT値：77%）を示し、入院となった。経皮的肝組織生検にてAIHと診断された。入院12日目にT-Bil値が更に上昇し肝不全の兆候が観察された為、メチルプレドニゾロンのパルス療法（1,000mg/日）を開始した。パルス療法は有効であったが、入院16日目に血清アマラーゼ値（436U/L）とリパーゼ値（582U/L）が増加し、単純CT検査により膵頭部に中程度の浮腫を認められた為、急性膵炎と診断された。経過中、併用薬はファモチジンのみであった。本症例では胆道閉塞機転なく、膵炎のリスク薬物の併用もなかったため、暫定的に副腎皮質ステロイドパルス療法が膵炎の原因と推測した。後療法のプレドニゾロン（PSL）はT-Bil値およびアマラーゼ値を参照しつつ短期間で減量した。入院33日目に経過良好の為、患者はPSL（10mg/日）を服用した状態で退院した。

**【考察】** 文献検索では副腎皮質ステロイドホルモン剤投与中に急性膵炎を発症した症例は少数であるが報告されている。治療対象疾患は自己免疫疾患でも全身性エリテマトーデス（SLE）が最多で、投与開始後14日以内に上腹部痛を主症状として発症する例が多かった。SLEは2-8%の頻度で膵炎を発症する為、副腎皮質ステロイド投与と膵炎の因果関係が明確でなかったが、本症例では、膵炎がAIH患者で高用量の副腎皮質ステロイドホルモン剤投与開始直後に発症しており従来よりも膵炎発症との因果関係が強く推測された。

## 調剤薬局からアドバンス・ケア・プランニングの普及を

薬樹株式会社

○小納谷洋平

**【目的】** アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは、本人の意思決定能力が低下した時のため、本人・家族・医療者などが治療やケアについて話し合うプロセスのことで、何かの時の備えのようなものです。ただまだこういった概念は在宅医療など終末期医療に近い段階で取り入れられている印象があり、もっと元気な段階からACPを実践していく必要があると思います。ポリファーマシーなど適切な薬物の選択への意思決定にも関わってくる問題ではないかと思っています。そのため、元氣にご自分の足で来局されていることも多い調剤薬局からACPを普及できないものかこの度取り組みさせていただきました。

**【方法】** 薬局内にポスター掲示、リーフレット配置し、質問のあった方へACPの説明をしました。

**【結果】** 3ヶ月取り組み、リーフレット持ち帰り10名、ご質問6名、ACP実践の実践に向け行動変容のあった方3名。

**【考察】** 3ヶ月という期間では、少ない印象かもしれませんが、時間的労力をあまりかけずに普及活動ができたことはよかったです。また、ACPの実践に向け行動変容があった方では、かかりつけ薬剤師の指名、処方箋の一括管理の申し出などがありました。ACPについての話し合いから、信頼関係を築くことができ、コミュニケーションの向上、処方の一元化、薬物の適切な選択にも繋がっているようにお思います。ただ、今後は、ACPを知るきっかけ作りを多くするため、講座を開いたり、地域包括ケアとの協力など考えていく必要があると思います。

## 新薬開発時に行われる母集団薬物動態解析結果と臨床薬物動態試験解析結果の乖離

明治薬科大学 薬物動態学研究室<sup>1)</sup>、  
明治薬科大学名誉教授<sup>2)</sup>

○花田 和彦<sup>1)</sup>、緒方 宏泰<sup>2)</sup>

**【背景と目的】**母集団薬物動態・薬力学解析ガイドライン（案）が発表された。母集団薬物動態（PPK）解析は、適用患者への適切な用法・用量の検討を行う上で有用性の高い解析手法となることが期待されている。また、これらの解析結果は添付文書、インタビューフォーム（IF）にも記載され始め、臨床的な活用が期待されるが、その妥当性の評価は行われていない。そこで今回、PPK解析結果、特に変動要因の検出においてその薬物の体内動態の特徴から推定できる要因あるいは臨床薬物動態試験（CPK）で測定された差を検出できているか確認し、PPK解析で示されている情報の問題点を考察することとした。

**【方法】**2015年度に新規に承認された医薬品115のうち、新規有効成分を含有する全身適用の医薬品で、血液、ワクチン、放射、体内診断の医薬品、配合剤の医薬品及び血中薬物濃度が測定できていない医薬品を除外した24医薬品を対象とし、添付文書、IF、審査報告書（PMDA）から臨床薬物動態情報を抽出した。主要な薬物動態パラメータ（尿中未変化体排泄率、クリアランス、分布容積、血中非結合形分率、血球分配率など）、腎機能あるいは肝機能低下患者を対象としたCPK解析結果、さらにPPK解析情報（症例情報、解析モデル、組み込んだ要因、統計上有意とされた要因など）をまとめた。

**【結果】**22医薬品でPPK解析結果が示されていた。CPK解析で臓器機能障害によって血中薬物濃度が変化すると結果が得られている場合でも、PPK解析において有意な変動要因として検出されていたのはわずかであった。例えば、イブルチニブでは、中等度及び重度肝機能障害患者における血中濃度時間曲線下面積はそれぞれ9.8倍及び13倍増加した結果が示されたが、PPK解析の結果では有意な影響は検出されていなかった。

**【結論】**医薬品開発時に行われるPPK解析の変動要因に対する検出力を高めるためには、推定される変動要因を抽出できる試験計画を立てる必要性があり、その配慮がなされていないPPK解析結果を臨床現場で利用するためには注意が必要であることが示された。

## 抗てんかん薬の承認審査時における評価項目に関する日米の比較

薬物治療塾Dコース運営委員<sup>1)</sup>、  
明治薬科大学名誉教授<sup>2)</sup>

○金井 紀仁<sup>1)</sup>、中田 和宏<sup>1)</sup>、山岡 和幸<sup>1)</sup>、  
林 洋子<sup>1)</sup>、佐村 優<sup>1)</sup>、相原 史子<sup>1)</sup>、  
宮本 拓也<sup>1)</sup>、小川 寿子<sup>1)</sup>、緒方 宏泰<sup>2)</sup>

**【目的】**科学的で合理的な薬物治療を提供するにあたり、対象とする医薬品の評価項目が医薬品の選択に重要となる。てんかんのような精神神経学的な疾患は、医療者側の客観的な評価項目に加え、患者が直接報告するQOLなどの評価項目も、医薬品の全体像を把握するには重要である。今回、2016年に日本において承認されたラコサミド、ペランパネルの承認審査時に評価の対象とされた評価項目を日米で比較調査し、現状の把握を行うことを本研究の目的とした。

**【方法】**ラコサミド、ペランパネルの承認申請のための臨床試験において評価対象とされた評価項目を、PMDAの審査報告書、FDAのDrug Approval Packageより抽出した。承認審査時に用いた評価項目について文献的考察を加えた。

**【結果】**日本でのラコサミドとペランパネルの承認年は2016年であり、米国でのラコサミドの承認年は2008年、ペランパネルの承認年は2012年であった。日本の承認申請に用いられていた有効性に関する評価項目はプラセボに対する発作頻度変化率、発作頻度50%減少達成率、全般改善度評価（医師評価）であった。安全性については精神障害、自殺企図について議論されていた。米国の承認申請においては日本と同様の評価項目に加えペランパネルにおいてはQOLの評価としてQOLIE-31-Pが評価項目とされていた。

**【考察】**日本における承認申請のための抗てんかん薬の評価項目は医療者側の客観的な評価項目であるてんかんの発作頻度が評価されていた。米国においては患者が直接報告する評価項目であるQOLも評価されていた。日米ともに承認申請時には標準治療への上乗せ効果に対する優越性試験、痙攣発作の寛解については評価されていなかった。てんかんに関する評価項目としてQOLを用いた研究は2014年から増え始めていた。抗てんかん薬の臨床評価においては、従来の医療者が評価する評価項目の他に、患者が直接報告する評価項目も重要となってきたことが示された。

## 病棟薬剤師の役割：経口抗凝固薬による 静脈血栓塞栓症（VTE）治療 2 症例

武蔵野赤十字病院

○相原 史子

【目的】昨今、抗凝固療法に DOAC が選択される症例が増えている。VK 含有食品の摂取制限や INR のモニタリングを必要とするワーファリンよりも処方医に好まれる傾向がある一方で、DOAC は有用な凝固パラメータが見出されていないことから、ワーファリンとは異なった注意が必要である。病棟薬剤師としてアピキサバンによる急性期の VTE 治療に関与した 2 症例を経験したので紹介する。

【症例 1】肺炎・胸膜炎で通院中に肺塞栓・下肢静脈血栓が見つかった 50 歳代男性。小児期からのてんかんに対し、VPA・PHT・CBZ 使用中。UFH・アピキサバンで治療が開始されたが、併用の抗けいれん薬によるアピキサバンの CL 上昇・効果減弱が懸念されたため、INR がモニターできるワーファリンに変更提案。提案後、ワーファリンに変更。4mg/日 で INR は安定し、外来定期受診に移行。患者の希望でおおよそ 3 ヶ月間の投薬で治療が終了された。

【症例 2】臀部・陰部・両側足部・右手尺側 II 度熱傷で入院の 80 歳代女性。既往歴に認知症・統合失調症・乳癌あり。加療中に下肢静脈血栓を認めたためアピキサバン開始。非弁膜症性心房細動患者における虚血性脳卒中及び全身性塞栓症の発症抑制に用いられる減量規定に準じ 10mg/日 で開始されたが、食欲旺盛で脆弱な印象なく、観察環境が整っており、腎機能低下も認められないため 20mg/日 に増量提案。提案・協議後、20mg/日 に増量。1 週間後 10mg/日 の維持量に移行、下肢静脈エコーで新規の血栓がないことを確認した。併用薬や検査値、患者の様子を継続的にモニターした。付き添い歩行のリハビリが順調に進んでいたことから、投薬期間は 3 ヶ月を予定した。入院期間中に有害事象は認められなかった。

【考察】いずれの症例も、能書の記載内容の解釈が、医師と薬剤師間で異なっていた。患者背景を知る病棟薬剤師自ら薬剤に関する情報を収集し、薬物動態的解釈を添え、多忙な医師に情報提供を行うことは、DOAC 適性使用につながると考えられる。

## 慢性心不全に対するエプレレノンの院内 適正使用の検討

医療法人社団 緑成会 横浜総合病院 薬剤科

○内田 仁樹、稲垣 和幸、山本 彩子、  
腰岡 桜、廣瀬 直樹、佐村 優、  
関根 寿一

【背景】近年、医薬品適正使用の観点から、医薬品情報の評価と活用は薬剤師の重要な役割の 1 つとなっている。日常業務では、主に添付文書を活用して患者ごとの薬物治療に対する評価を行っているが、その記載内容には曖昧な点も多い。そのため、医薬品の客観的な情報を臨床の場に提供するには、添付文書やインタビューフォーム（IF）の背景を理解するとともに、その薬物動態や臨床試験結果などから、リスク・ベネフィットを評価しておく必要がある。

横浜総合病院では、新規医薬品の採用や医薬品の適応拡大の際、上記項目の評価を行った上で使用基準などを設け、院内適正使用に努めてきた。今回、2016 年 12 月に慢性心不全に対して適応拡大となったエプレレノンについて評価を行ったので報告する。

【方法】慢性心不全に対するエプレレノンの医薬品情報について、国内外第 III 相臨床試験、審議結果報告書、医薬品リスク管理計画（RMP）を用いて評価した。

【結果】国内第 III 相試験では NYHA III、IV の重度心不全まで含めて試験を行っているが、海外第 III 相試験では NYHA III 以上の心不全は除外されており、また、国内でも症例数は少ない傾向であった。腎機能低下患者の投与については 30mL/min < クレアチニンクリアランス（CLcr） ≤ 50mL/min の患者で有効性、安全性に差はなく、慢性心不全に対する用法用量は概ね妥当であると考えられた。海外臨床試験では、有害事象として、エプレレノン群で低血圧が上昇する傾向を認めており、糖尿病合併患者では高カリウム血症の発現が明らかに高い結果となっていた。

【考察】NYHA III 以上の重度心不全は国内の症例数が限られており、スピロラク톤の選択が望ましいと考えられ、忍容性に問題がある場合にエプレレノンの使用を考慮することが望ましいことが示唆された。糖尿病患者においても有効性は示されているものの、高カリウム血症の頻度が高く、また低血圧も上昇するため、注意が必要と考えられた。

## IRT の使用が治験薬の納品・回収業務に及ぼす影響

筑波大学つくば臨床医学研究開発機構<sup>1)</sup>、

筑波大学医学医療系<sup>2)</sup>

○藤塚 浩久<sup>1)</sup>、高嶋 泰之<sup>1)</sup>、箕原 豪人<sup>1)</sup>、  
武石由香里<sup>1)</sup>、鶴嶋 英夫<sup>1,2)</sup>、荒川 義弘<sup>1,2)</sup>、  
本間 真人<sup>1,2)</sup>

**【目的】** 治験薬の供給体制を効率化するために、治験薬供給管理システム（自動応答技術：IRT）の導入が進んでいる。IRT は依頼者側の経費節減等に貢献していると考えられるが、治験実施医療機関での治験薬の管理業務に及ぼす影響は明らかでない。今回、IRT 使用が治験実施医療機関における納品・回収業務に及ぼす影響を調査したので報告する。

**【方法】** 筑波大学つくば臨床医学研究開発機構で 2014 年度から 2016 年度までの 3 年間に実施した治験（新規 48 件を含む延べ 143 件）を対象とし、各治験における品目数（品数を含む）、納品・回収の回数、納品・回収時の治験薬の使用期限を IRT 使用の有無で比較した。

**【結果】** 治験実施数（IRT 使用：有/無）は、2014 年：13/27、2015 年：28/21、2016 年：37/17 であり、IRT の使用率が 32.5% から 68.5% に上昇していた。各年度の治験薬納品数/回数は 2014 年：2726/115、2015 年：3828/214、2016 年：3913/297 であり、納品回数は増加し、1 回当たりの納品数は 23.7 から 13.2 に減少していた。また、未使用薬回収数/回数は、2014 年：386/56、2015 年：558/47、2016 年：615/76 であり、1 回当たりの回収数は 2014 年の 6.9 から 2015 年に 11.9 に上昇したため、モニターへ回収依頼を行うことにより 8.1 に減少した。IRT の使用治験について非使用治験と比較したところ、治験薬納品時の使用期限までの日数が短く [333 (4~1107) vs 628 (55~1424)]、使用期限後の回収数 [142 (14.6%) vs 23 (3.9%)] が増加していた。

**【考察】** IRT は、被験者の来院計画に合わせて治験薬を効率的に運用するため、納品される治験薬の使用可能期間は短く、頻回に納品されるシステムである。本調査でも納品回数の増加と使用可能期間の短縮が確認された。納品回数を増加させる 1 因として、使用期限が短い治験薬の納品が挙げられる。また、使用期限が半年未満のものを納品した場合は使用期限後に回収される割合が高いため、被験者への誤投与のリスクも高まる。このような問題点について治験依頼者と医療機関での解決に向けた話し合いが望まれる。

## 内因性 N-メチルニコチンアミドの腎尿細管分泌クリアランスを指標としたヒト尿細管有機カチオントランスポーター活性と hOCT2 遺伝多型の関係

明治薬科大学 薬物治療学

○小川 竜一、越前 宏俊

**【目的】** ヒト内因性物質である N-メチルニコチンアミド (MNA) は腎尿細管上皮細胞基底膜側に発現する有機カチオントランスポーター 2 (hOCT2) を介して尿細管上皮細胞に取り込まれた後、刷子縁膜側に発現する H<sup>+</sup>/有機カチオン交換輸送体 (hMATE) を介して尿細管腔中へ分泌される。そこで、MNA の尿細管分泌クリアランス (CL<sub>TS,MNA</sub>) と hOCT2 遺伝多型の関係を調べることで、ヒト腎尿細管の MNA 輸送における律速過程を検討した。

**【方法】** 健康成人 25 名 (男性 15 名、女性 10 名) を対象に 3 時間蓄尿と中間採血を行なった。血漿中および尿中の MNA は LC-MS にて測定した。hOCT2 (SLC22A2) の遺伝子解析には各被験者の白血球層から抽出した DNA を用い、PCR-SSCP-direct sequence 法によって遺伝多型を同定した。本研究は事前に施設内倫理審査委員会の承認を受け、各被験者から文書同意を取得したのちに実施した。

**【結果】** CL<sub>TS,MNA</sub> は 154 ± 76 mL/min/1.64m<sup>2</sup> で有意な性差は認めなかった。検出された遺伝多型は 602C>T (T201M) と 808G>T (A270S) の 2 種類で、アレル頻度はそれぞれ 0.02 と 0.22 と計算された。25 名中 14 名は両多型の野生型、1 名は 602C>T のヘテロ接合体、9 名は 808G>T のヘテロ接合体、1 名は 808G>T のホモ接合体であった。野生型の CL<sub>TS,MNA</sub> は 173 ± 67 mL/min/1.64m<sup>2</sup> であるのに対し、808G>T のホモ接合体者の CL<sub>TS,MNA</sub> は 6.5 mL/min/1.64m<sup>2</sup> と明らかに低い値であった。一方、808G>T のヘテロ接合体者の CL<sub>TS,MNA</sub> は 150 ± 77 mL/min/1.64m<sup>2</sup> であり、線形の gene-dose effect は認めなかった。

**【考察】** hOCT2 の 808G>T 多型は hOCT2 の代表的な基質薬物であるメトホルミンの輸送活性を低下させることが *in vitro* 研究により示されており、ホモ接合体者における低い CL<sub>TS,MNA</sub> は既報の結果に矛盾していない。しかしながら、ヘテロ接合体者では CL<sub>TS,MNA</sub> の有意な低下を認めないことから、ヒトにおける腎尿細管のカチオン輸送においては刷子縁膜側に発現する hMATE を介した輸送が律速過程になっている可能性が考えられる。

## 筋萎縮性側索硬化症治療薬 riluzole の臨床的有用性に関する研究

慶應義塾大学薬学部

○橋口 正行、清水美貴子、丸山 順也、  
望月 眞弓

**【目的】**筋萎縮性側索硬化症 (ALS) は指定難病であり、国内における患者数は9,096人と報告されている。発症原因についてはいまだ不明であるが、ALSの発症原因に関する理解が大幅に進歩したことにより多くの治療薬が開発されつつある。しかし、現時点ではこれまでのところグルタミン酸抑制効果のある riluzole が生存期間を延長する唯一の治療薬であると言われていた。そこで、ALSにおける riluzole ならびにその併用療法における臨床的有用性を明らかにする目的で、臨床試験論文を用いて評価を行った。

**【方法】**PubMed、医中誌 Web、Cochrane library database、ハンドサーチにより文献検索を行った。有効性と安全性の評価は、メタ解析ならびに間接比較により行った。

**【結果】**検索の結果、riluzole 関連の臨床試験論文のうち、RCTで採択基準を満たすものは15報であった。メタ解析では、riluzoleの12ヶ月投与では統計学的に有意に placebo 群に比べて riluzole 群の生存者数が多かったが、18ヶ月投与では有意差は認められず、予後が悪いことが推測された。副作用の嘔吐、無力症ともに riluzole 群が placebo 群より多かったが有意差はなかった。本研究の限界として、既存データや文献数が少ないため、統計学的検出力において、課題を有する点が挙げられる。

**【結論】**ALS治療における riluzole の12ヶ月投与の有効性は示されたが、長期投与による有効性は示されなかった。希少疾患治療薬の医薬品開発や評価においては、対象患者数が少ないこともあり、製造販売後での有効性と安全性の予測は、他の医薬品に比べて難しく、医薬品の真の評価には十分なデータ収集に長期間を要する。本研究より、医薬品開発戦略の効率化において、既存の文献情報の利活用は、治験時の不十分なデータの補填において有用であり、これらの方法論は今後の希少疾患の医薬品開発戦略の効率化を推進できるものであると思われる。

## 診療報酬改定にともなう湿布薬処方量制限前後における鎮痛薬の処方実態調査

JA 北海道厚生連 帯広厚生病院 薬剤部

○佐藤 弘康、石田 陽美、金高 勇介、  
平沢晋太郎、和泉 秀明、田村 広志、  
渡辺 浩明

**【目的】**平成28年度診療報酬改定において、湿布薬の処方に関して、原則1処方70枚までと制限が行われた。今回、我々は、処方量制限前後における実態調査をおこなったので報告する。

**【方法】**2015年度を処方制限前、2016年度を処方制限後として、帯広厚生病院の各1年間における湿布薬、鎮痛塗布薬、鎮痛坐薬、内服の頓服薬について電子カルテより処方量を調査した。また、処方制限前後の各1年間ともに4回以上湿布薬の処方が行われている患者を定期処方患者とし、処方制限後の他剤形(塗布薬、坐薬、頓服薬)処方量変化について調査した。

**【結果】**湿布薬定期処方患者は1,605名確認され、最も多く処方されていた診療科は「整形外科」462名(28.8%)であった。また、すべての診療科において、処方制限後に1処方あたりの湿布枚数は減少しており、1処方70枚を超える処方は確認されなかった。対象患者における1処方当たりの湿布薬処方枚数は平均76.8枚から55.4枚に減少し、患者あたりの年間の総処方湿布枚数も減少(549.3枚から416.6枚)がみられた。対象患者において、併用鎮痛頓服薬が増加した患者は61.2%であり、鎮痛塗布薬の増加患者は54.8%、鎮痛坐薬は38.9%であった。また、処方制限後に1処方あたりの湿布枚数が20%以上減少したが、処方回数の増加により年間湿布枚数が±20%以内であった患者は104名存在した。

**【考察】**処方枚数制限後に処方量は低下したが、代替として鎮痛内服薬の頓服や鎮痛塗布薬の処方量増加がみられた患者もいた。頓服薬は全身作用となるため、副作用発現も懸念される。今回は、医療機関での処方データのみでの分析であるため、処方量が減少した患者について、その量が十分であるのか、我慢しているのか、一般用医薬品の湿布薬を購入しているのかは不明である。

## DPC データとカルテデータを統合した コホート研究のデータマネジメント ～心不全多施設研究を通して～

東京女子医科大学循環器内科

○澤田 恵美、鈴木 敦、志賀 剛

【目的】東京女子医科大学循環器内科関連施設において、2013～2014年に循環器内科に入院した心不全患者（ACC/AHA 心不全ステージ C、D）を対象に、慢性心不全患者の薬物治療・非薬物治療の実態調査を行った。

本研究では、各参加施設において、DPC データから「心不全」に最も医療資源を投入した患者を抽出し、各症例においてカルテ調査を行い、「心不全増悪」のために入院した患者を抽出することで DPC データとカルテデータを統合した。本来目的が異なるデータを統合する初の試みであり、今回その経験を通してその利点と問題点を挙げ、今後の課題を探る。

【方法と結果】DPC データで抽出した「心不全」に最も医療資源を投入した患者は参加 10 施設で 1949 例であった。

しかし、独立した循環器医によりカルテ調査を行い「心不全増悪」のために入院した患者を確定すると 1264 名となった。DPC データに基づいて、入院中に行った薬物治療の抽出は、DPC マネジメント会社に抽出条件を提示して行ったため、容易であった。

一方、カルテ情報から心臓超音波検査、血液データ、心電図データは各施設にコーディネーターを派遣し、データ入力と独立した循環器医による確認を行ったため時間を要した。とくに臨床転帰を含めた臨床データの問い合わせとデータクリーニングに約 1 年を要した。また、研究事務局でのデータベースは、DPC による症例番号と各施設でのカルテ番号の対応、さらに統一症例番号との対応と複数の対応表による管理を要した。

【結論】今後、コホート研究として目的の異なるデータベースの活用が期待されるが、各データの利点と欠点を見据えた研究計画とその限界を認識しておく必要がある。

## 抗不整脈薬内服中に心停止をきたした高齢胆管癌患者の 1 例

東京女子医科大学病院 薬剤部<sup>1)</sup>、

東京女子医科大学 循環器内科<sup>2)</sup>

○小西 寿子<sup>1)</sup>、志賀 剛<sup>2)</sup>、木村 利美<sup>1)</sup>

高齢化社会により癌罹患者数は増加し、心疾患を合併する患者も多い。高齢者では、加齢に伴い生理機能が低下する一方、生理機能の変化は薬物動態にも影響する。さらに胆管癌患者では多剤併用に伴う相互作用のみならず栄養状態を含めた全身状態などの変化も高齢者患者で考慮しなければいけない。今回、抗不整脈薬使用中に心停止となった高齢胆管癌患者の 1 例を経験したので報告する。

【症例】83 歳、男性

【現病歴】X-12 年に狭心症に対し経皮的冠動脈形成術が施行された。X-5 年に早期胃癌に対し内視鏡的粘膜下層剥離術と腹腔鏡下幽門保存胃切除術を施行した。X-3 年 9 月心室期外収縮の多発を認めたためフレカイニド 50mg 2錠分 2 が導入された。X 年 2 月中部胆管癌の診断で胆管チューブ留置、放射線治療を施行し 3 月 4 日に退院した。3 月 28 日胆管癌に対し他院にてビタミン C 大量点滴中に突然心停止となり、心肺蘇生法を行い、当院へ救急搬送された。

【来院時所見】意識障害なし、体温 37.0℃、血圧 102/59mmHg、脈拍 51/分であった。心電図は洞調律 54 bpm、QT 時間は 0.60sec と延長していた。血液検査では白血球数 7,500/μL、赤血球数 273 万/μL、ヘモグロビン 8.7g/dL と貧血を呈し、血清アルブミン 2.7g/dL、総ビリルビン 1.4mg/dL、尿素窒素 6.9mg/dL、クレアチニン 0.65mg/dL、ナトリウム 143mEq/L、カリウム 2.0mEq/L、CRP 4.43mg/dL、血漿フレカイニド濃度 437ng/mL であった。

【考察】本例では食事摂取不良に伴い、低アルブミン血症と低カリウム血症を来していた。フレカイニドの血中濃度は治療域（200～1000ng/mL）であったが過度な QT 延長を来しており、これに伴う心室性不整脈が心停止の原因と判断された。カリウムの補正とフレカイニドの中止により QT 時間は正常化した。

【結論】食事摂取不良から低カリウム血症を来とし、併用していた抗不整脈薬の QT 延長作用を増強させ、心室性不整脈が出現した 1 例を経験した。高齢胆管癌患者において、低栄養、併用薬に注意が必要である。

## 薬剤師中間介入研究 (Pharmacist Intermediate Intervention Study : PIIS) の中間評価について (平成28年度の成果報告)

明治薬科大学 公衆衛生疫学研究室

○田村 有梨、三上 明子

本研究は、『長期処方の患者が次回受診するまでの間に、薬剤師 (Pharmacist) が介入 (Intermediate Intervention) することにより、服薬状況や症状の改善、信頼関係の向上などどのような貢献ができるのか研究 (Study) する (以下、PIIS)』として、2014年度のパイロット研究を経て2015年5月より症例の本登録を開始した。対象症例は、36日以上長期処方があり、原則として高血圧、糖尿病、脂質異常症のいずれかの薬を服用している40歳以上とし、薬剤師が薬局患者に研究概要を説明、同意取得後にエントリーとなる。薬剤師の介入方法は、電話やメール、訪問、窓口 (患者が立ち寄った時など) で行い、介入のタイミングは患者が次回受診する前までの間で、長くとも30日に1回以上コンタクトをとる。また、登録した患者は、10年間の追跡を予定している。登録時に、薬剤師自身が“追跡介入により期待する効果”として次の4つのうち1つ以上を介入目標として設定した。1. 服薬状況の改善、2. 患者の不安の軽減、3. 生活習慣の改善 (生活習慣に合わせた服薬支援)、4. 治療効果の向上、(その他、薬剤師が個別に設定した項目)。また、介3か月以上経過した症例に対して、登録・介入した薬剤師自身が上記4つの項目の変化を改善率として評価した。2016年11月に実施した郵送による中間評価調査では、症例数は158症例 (目標300症例の53%)、脱落4症例であった。症例背景は約4割が70歳代、73%が高血圧症例であった。51%が処方薬剤4~9剤、処方日数は、51~60日処方が最も多く34%を占めた。症例の改善評価は患者登録し介入を実施した薬剤師自身が行った。結果は、登録患者のうち70%以上の症例で改善がみられた。また、介入には準備時間等も含めると1症例に平均50分の時間を要していた。信頼関係では、症例の80%が介入に協力的であった。その他、長期処方患者で発生した問題の種類及び薬剤師の対応の限界も明確になった。そこで、中間評価調査を中心に約2年間の本研究結果から分かった、長期処方患者における薬剤師がもたらす付加価値事例を成果として紹介していきたい。

## 慢性心不全患者を対象としたペリンドプリル治療継続に関する調査

昭和大学薬学部病院薬剤学講座<sup>1)</sup>、  
東京女子医科大学循環器内科学<sup>2)</sup>、  
東京理科大学薬学部<sup>3)</sup>

○長沼美代子<sup>1,2)</sup>、志賀 剛<sup>2)</sup>、梁 真奈美<sup>3)</sup>、  
河野 弥生<sup>3)</sup>、佐々木忠徳<sup>1)</sup>、萩原 誠久<sup>2)</sup>

**【背景・目的】**アンジオテンシン変換酵素阻害薬 (ACEI) は心筋保護作用を有し、慢性心不全に対する第一選択薬として位置付けられている。しかし、日常臨床では血圧低下や高カリウム血症、空咳など有害事象のためにACEIを継続できない例がある。ACEIであるペリンドプリル (PP) は降圧作用が比較的緩やかであるという特徴があるため、血圧の低い心不全患者に使用されることが多い。今回、心不全治療としてPPを導入した日本慢性心不全患者を対象とし、PPの継続およびその要因について評価を行った。

**【方法】**2005年3月から2015年2月までに東京女子医科大学病院循環器内科に通院または入院したPPが処方された慢性心不全患者を対象に、診療録を用いて後ろ向きに検討した。主要評価項目はPPの中止とした。本調査は東京女子医科大学倫理委員会の承認を得て行った。

**【結果・考察】**対象は324例 (平均年齢64±16歳、男性66%) で、2年生存率は86%であった。平均観察期間15±16ヶ月のうち、129例 (40%) がPPを中止していた。咳による中止が40例と最も多く、血圧低下による中止は16例であった。PP開始時の収縮期血圧 (mmHg) で90未満、90-99、100以上の3群に分けて比較したところ、継続率は血圧の高い群ほど高かった。PP中止後はアンジオテンシン受容体拮抗薬に変更した例が多かったが、それを継続できたのは129例中59例であった。日本人では欧米人に比しACEIに伴う咳の頻度が多く、それが継続中止の要因であった。

**【結論】**日本人慢性心不全患者に対するペリンドプリル治療の継続には咳が最も関与していた。また、導入時の血圧が低いほど中止が多かった。以上の結果より、慢性心不全患者にACE阻害薬を導入する上では適切な投与量の選択と血圧の維持が大切であり、今後さらなる検討が必要である。

## 薬理学教育における薬物治療ロールプレイングの有用性 —学生アンケート調査からの考察—

獨協医科大学薬理学<sup>1)</sup>、  
宮崎大学医学部看護学科臨床薬理学<sup>2)</sup>

○藤田 朋恵<sup>1)</sup>、柳田 俊彦<sup>2)</sup>

**【目的】** 薬理学教育の目標は薬理作用と薬物動態の理解を土台として最終的に患者での適正な薬物治療に応用することである。この目標達成のための一つの方法である薬物治療ロールプレイングの有用性を学生アンケート調査から考察する。

**【方法】** 医学部3年生を対象に前期3コマ(1コマ60分)を用いて行った。学生が役割と症例を自由選択し事前学習を行った。医師3名、患者と家族3名、コメンテーター2名、司会1名(体験者)を1セットとし壮年の高血圧、糖尿病と高齢の認知症、ポリファーマシーの2症例を用いた。ロールプレイング(約15分間)後、司会が感想、意見を聞き(5~10分)、最後にコメンテーターが薬物選択や副作用などを説明した(約5分)。各症例を2セット行った。終了後に薬物治療の学習に役立ったか、学習姿勢に変化があると感じたかなどのアンケート調査を5段階評価(5が最も高い)で行った。見学者、体験者群間における評価の平均値の差の有意性をt検定で調べた(両側P値<0.05)。

**【結果】** 参加学生は115名中110名で、見学者74名、体験者36名であった。薬物治療の学習に関して5と4を合わせた割合は見学者、体験者別にそれぞれ85、86%、5の割合は30、53%であった。3と2を合わせた割合は15、14%で1の評価はいずれもなかった。学習姿勢の変化に関して5と4の割合は73、75%、5の割合は26、25%、3と2を合わせた割合は26、22%、1の割合は1、3%であった。見学者、体験者群間での上記評価の違いはいずれも有意でなかったが、薬物治療の学習は片側P値<0.05を示した。学習姿勢の変化を感じた者が最も多く選んだ必要な学習内容は見学者、体験者ともにコミュニケーション能力で67、59%であった。

**【考察】** 約85%の学生で薬物治療の学習に役立つ評価を得、特に体験者で評価が高い傾向であった。学習姿勢の変化を感じた学生は見学者、体験者ともに約70%で、コミュニケーション能力の必要性を感じる者が多いことがわかった。薬物治療ロールプレイングは学生の主観的評価から見学者、体験者ともに有用であることが示された。

## 臨床薬物動態に関する情報源としての製造販売承認時の審査報告書について

明治薬科大学 薬剤学

○川名 純一、高橋 晴美

**【目的】** 医薬品の臨床薬物動態の基本的パラメータ(バイオアベイラビリティ(F)、静脈投与(iv)後の未変化体尿中排泄率(Ae)、iv後のクリアランス(CL)、iv後の分布容積(Vd)、非結合形分率(fup)、全血中薬物濃度/血漿中薬物濃度比(B/P))に関する情報源の一つとして製造販売承認時の審査報告書が、特定の疾患領域において有用であることが報告されている。疾患によらず審査報告書が臨床薬物動態に関する情報源として有用であるかについて調査・評価を行うこととした。

**【方法】** 平成28年度に医薬品の製造販売承認(承認事項一部変更を含む)のうち、新有効成分含有医薬品(血液製剤、診断薬を除く)について、医薬品医療機器総合機構(PMDA)のホームページを閲覧し、審査報告書及び申請資料を確認した。確認項目は、臨床薬物動態の基本的パラメータ、薬物動態試験(健康成人、患者、高齢者、臓器障害患者)、薬物相互作用試験、母集団解析、曝露反応解析等とした。

**【結果】** 平成28年度に承認された医薬品は112品目であり、うち37品目(38成分)が新有効成分含有医薬品であった。経口投与製剤が23品目(24成分)、静脈内製剤が7品目、皮下・筋肉内投与製剤が7品目であった。主な薬効領域は抗悪性腫瘍薬9品目、精神神経用薬、内分泌代謝用薬及びアレルギー免疫作用薬5品目であった。審査報告書及び申請資料において、CL(AUC、CL/Fの場合を含む)は、全品目で記載されていた。またAe(iv以外を含む)及びfupは抗体医薬品、消化管吸収がない医薬品、酵素製剤を除く28成分の95%以上で記載されていた。

**【考察】** 平成28年度承認品目の審査報告書及び申請資料を調査した結果、臨床薬物動態に関する多くの情報がまとまって記載されており、疾患群によらず有用な情報源であることが確認された。医療関係者は、審査報告書等の情報源を用いて、臨床薬物動態の基本パラメータ値を的確に把握した上で、適正な薬物治療を遂行するに活用する必要があると考える。

## 慢性心不全に合併した上室不整脈に対する抗不整脈薬、カテーテルアブレーションとランジオロールの併用治療

東京女子医科大学循環器内科

○松井 優子、長柄希実子、鈴木 敦、  
志賀 剛、萩原 誠久

ランジオロールは左室収縮能低下症例の頻脈に対する心拍数コントロールに有効な薬剤である。慢性心不全を合併した上室頻脈性不整脈に対してランジオロールを併用し治療した患者 22 名について後ろ向きに検討を行った。ランジオロール投与後、14 名はカテーテルアブレーションや抗不整脈薬でリズムコントロールされた。8 名は  $\beta$  遮断薬およびジゴキシン投与でレートコントロールされた。ランジオロール投与中は有意な心拍数低下を得られた ( $128 \pm 22 \text{bpm}$  vs.  $84 \pm 19 \text{bpm}$ ,  $p < 0.05$ )。ランジオロール投与前に左室駆出率 40% 以下だった 7 例は、ランジオロール投与後、左室駆出率が有意に改善した。抗不整脈薬やカテーテルアブレーションとランジオロール併用療法は左室収縮障害を伴う慢性心不全に合併する上室頻脈性不整脈の急性期管理において有用な治療である。

## 医薬品情報を総合的、客観的に評価するための評価シート

薬物治療塾 D コース運営委員<sup>1)</sup>、  
明治薬科大学名誉教授<sup>2)</sup>

○中田 和宏<sup>1)</sup>、金井 紀仁<sup>1)</sup>、林 洋子<sup>1)</sup>、  
山岡 和幸<sup>1)</sup>、佐村 優<sup>1)</sup>、宮本 拓也<sup>1)</sup>、  
小川 寿子<sup>1)</sup>、相原 史子<sup>1)</sup>、緒方 宏泰<sup>2)</sup>

【背景】「薬物治療塾」は、薬剤師が薬物治療に立ち向かうための基礎力充実を目的とする勉強会である。その中で、総合演習コースは 2012 年より参加者の自主運営で進めているコースである。比較的新しい医薬品を取り上げ、その薬剤について承認申請のために行われた主要な臨床試験の報告論文、薬物動態、審査報告書、医薬品リスク管理計画書（以下、RMP）、医薬品パンフレットについて各評価シートをもとに系統的な評価に取り組んでいる。各評価シートは参加者が主要な問題点を絞り込んで検討し、医薬品の全体像を短時間で効率的に把握できることを目的に、試行錯誤を繰り返しながら作り上げてきた。今回、この評価シートのポイントや作製に当たり注意した諸点について報告を行う。

【評価シートの特徴】薬物動態特徴づけシート：薬物動態パラメータを収集し、変動因子を決定することが系統的行えるようにしている。病態に応じた総薬物濃度と非結合形薬物濃度の変化について検討、推定を行い、用法用量調節の妥当性の検討を加える。文献評価シート：臨床試験結果掲載の論文の客観的吟味を行い、結果の限界点や患者への外挿性について把握できるよう、基本的検討事項の記載の有無をチェックし、限界点の検討が行えるようにしている。審査報告書評価シート（RMP 含む）：企業と PMDA の評価内容をそれぞれ抽出し、承認に当たっての評価の結論、今後の課題とされた諸点を明確にし、その内容が添付文書や RMP に適切に反映されているか評価を行えるようにしている。医薬品パンフレット評価シート：当該医薬品について企業が発行している主要な製品説明用パンフレットを対象に、日本製薬工業協会が定めている医療用医薬品プロモーションコードの項目を抽出し、医薬品パンフレットの記載内容、記載表現などを客観的に評価できるようにしている。

【まとめ】医薬品情報を客観的に評価しそれを発信することで医薬品の適正使用につながることから、医薬品情報を系統的に評価する評価シートの果たす意義は高いと考える。

## β遮断薬を投与されたQT延長症候群ハイリスク妊娠例の検討

東京女子医科大学循環器内科

○長柄希実子、鈴木 敦、志賀 剛、  
萩原 誠久

QT延長症候群（LQT）の患者の妊娠出産において、不整脈イベントの管理は重要事項である。特に植込み型除細動器（ICD）植込み後のハイリスク症例に関しては、不整脈イベントで母子共に生命予後を脅かす可能性がある。一般にLQTに伴う心室性不整脈の予防にはβ遮断薬であるプロプラノロールが主に用いられるが、妊娠中のプロプラノロール使用は徐脈、子宮内胎児発育遅延、低血糖などのリスクがあり、胎盤通過性薬剤でもある。今回、ICD植え込み後の症例4症例6妊娠を経験したため考察も加えて報告する。対象例の内3症例5妊娠でプロプラノロールが投薬されていた。上記症例で出産後の胎児徐脈、子宮内胎児発育遅延や低血糖を認めた症例はなかった。また、母体側のICDが適切ショック作動した症例は2症例3妊娠であった。うち、1症例は妊娠発覚してからプロプラノロール減量後にICD適切ショック作動が増加したため、再度β遮断薬の再開増量をおこなった。今回当院が経験した症例ではβ遮断薬内服下でも、胎児に大きな合併症をもたらすことなく、出産できた。むしろβ遮断薬内服減量症例に関しては、ICD適切ショック作動が起こるような不整脈がおきたことを考えると、今後、LQT症例にたいする妊娠中のβ遮断薬内服は積極的に検討されなければならない。

---

---

## 協賛団体・企業一覧

---

アクテリオン ファーマシューティカルズ ジャパン株式会社

アステラス製薬株式会社

アストラゼネカ株式会社

NMatrix Service and Products

MSD 株式会社

大塚製薬株式会社

興和創薬株式会社

第一三共株式会社

大日本住友製薬株式会社

中外製薬株式会社

株式会社ツムラ

トーアエイヨー株式会社

日医工株式会社

日本化薬株式会社

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

ノバルティスファーマ株式会社

バイエル薬品株式会社

ファイザー製薬株式会社

ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

ムンディファーマ株式会社

【50音順】

第8回日本アプライド・セラピューティクス(実践薬物治療)学会学術大会  
第2回日本臨床薬理学会 関東・甲信越地方会 プログラム・抄録集

平成29年8月 発行

発行：第8回日本アプライド・セラピューティクス(実践薬物治療)学会学術大会  
第2回日本臨床薬理学会 関東・甲信越地方会 事務局

発行人：植田 真一郎  
志賀 剛

印刷：株式会社ひでじま





劇薬 処方箋医薬品<sup>注1)</sup>

抗悪性腫瘍剤/PNP<sup>注2)</sup>阻害剤

薬価基準収載

# ムンデシン<sup>®</sup>

カプセル100mg (一般名: フォロデシン塩酸塩)

**mundesine<sup>®</sup> Capsule 100mg**

**新発売**

注1) 注意—医師等の処方箋により使用すること  
注2) Purine Nucleoside Phosphorylase

効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の  
注意等の詳細については製品添付文書をご参照ください。

製造販売元



**ムンディファーマ株式会社**

〒108-6019 東京都港区港南 2-15-1

®: ムンデシン及びmundesineはムンディファーマの登録商標です。

2017年4月作成  
JP-MUN-P0058-V1-0417



## 創造をチカラに 世界へのテイクオフ

**日医工株式会社**

富山市総曲輪1丁目6番21  
[www.nichiiko.co.jp](http://www.nichiiko.co.jp)



V2-受容体拮抗剤

劇薬、処方箋医薬品\*

薬価基準収載

# サムスカ®

錠 7.5mg  
錠 15mg  
顆粒 1%

顆粒1%  
新発売

Samsca®

トルバプタン製剤

\*注意—医師等の処方箋により使用すること

◇効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等は、添付文書をご参照ください。

製造販売元  
**大塚製薬株式会社**  
Otsuka 東京都千代田区神田司町2-9

資料請求先  
**大塚製薬株式会社 医薬情報センター**  
〒108-8242 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー

〈17.05作成〉



高脂血症治療剤

薬価基準未収載

# パルモディア®

錠 0.1mg

発売準備中

PARMODIA® TAB. 0.1mg (ベマフィブラート錠)

処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること

※効能・効果、用法・用量、禁忌・原則禁忌を含む使用上の注意等については、製品添付文書をご参照ください。



製造販売元 **興和株式会社**  
(資料請求先) 東京都中央区日本橋本町三丁目4-14

販売元 **興和創薬株式会社**  
東京都中央区日本橋本町三丁目4-14

2017年7月作成



Novartis Pharma K.K.

### 新しい発想で医療に貢献します

ノバルティスのミッションは、より充実した、すこやかな毎日のために、  
新しい発想で医療に貢献することです。

イノベーションを推進することで、治療法が確立されていない疾患にも  
積極的に取り組み、新薬をより多くの患者さんにお届けします。

 NOVARTIS

ノバルティス ファーマ株式会社

<http://www.novartis.co.jp/>



劇薬・処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)

エンドセリン受容体拮抗薬

薬価基準収載

# オプスミット<sup>®</sup>錠10mg

一般名：マシテンタン / Macitentan

●「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等につ  
きましては、製品添付文書をご参照ください。

 ACTELION

製造販売元  
アクテリオン ファーマシューティカルズ ジャパン 株式会社  
〒107-6235 東京都港区赤坂9-7-1 ミッドタウン・タワー  
【お問い合わせ先】DIセンター TEL:0120-056-155

販売提携先  
 日本新薬株式会社  
〒601-8550 京都市南区吉祥院西ノ庄門口町14

2017年4月作成



経口FXa阻害剤

薬価基準収載

**リクシアナ<sup>®</sup>錠** 15mg  
30mg  
60mg

一般名：エドキサバントシル酸塩水和物

処方箋医薬品 注意－医師等の処方箋により使用すること

※効能・効果、用法・用量および警告・禁忌を含む使用上の注意等  
については製品添付文書をご参照ください。



製造販売元（資料請求先）

**第一三共株式会社**

東京都中央区日本橋本町3-5-1

2015年4月作成

まだないくすりを  
創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。



明日は変えられる。

 **astellas**  
アステラス製薬

[www.astellas.com/jp/](http://www.astellas.com/jp/)

# ヒト培養細胞から生産された ファブリー病治療薬

α-ガラクトシダーゼ酵素製剤

薬価基準収載

**リプレガル<sup>®</sup>** 点滴静注用3.5mg

**REPLAGAL<sup>®</sup>** 注射用αガラシダーゼ アルファ (遺伝子組換え)  
agalsidase alfa

生物由来製品・劇薬・処方箋医薬品<sup>(注)</sup> 注意—医師等の処方箋により使用すること

## 【警告】

本剤投与により重篤なアナフィラキシー様症状が発現する可能性があるため、本剤は、緊急時に十分な対応のできる準備をした上で投与を開始し、投与終了後も十分な観察を行うこと。また、重篤なinfusion related reactionが発現した場合には、本剤の投与を中止し、適切な処置を行うこと。〔重要な基本的注意〕の項参照

## 【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

本剤の成分又はα-ガラクトシダーゼ製剤に対するアナフィラキシーショックの既往歴のある患者〔重要な基本的注意〕の項参照

## 効能・効果

ファブリー病

## 効能・効果に関連する使用上の注意

- 本剤はファブリー病と確定診断された患者にのみ使用すること。
- 心臓のみ病変が認められる亜型のいわゆる心ファブリー病患者での安全性及び有効性は確立していない。

## 用法・用量

通常、αガラシダーゼ アルファ (遺伝子組換え)として、1回体重1kgあたり0.2mgを隔週、点滴静注する。

## 用法・用量に関連する使用上の注意

- 投与速度：投与速度が速いとinfusion related reactionが発現しやすいので、投与は40分以上かけて行うこと。
- 希釈方法：患者の体重あたりで計算した本剤〔αガラシダーゼ アルファ (遺伝子組換え)として1mg/mLの溶液〕の必要量を用時にバイアルから採取し、100mLの日局生理食塩液に加えて希釈する。
- 本剤は保存中に少量の微粒子を生じることがあるため、本剤投与時には0.2µmのインラインフィルターを通して投与すること。

## 使用上の注意 (抜粋)

### 1. 慎重投与 (次の患者には慎重に投与すること)

本剤の成分又はα-ガラクトシダーゼ製剤に対する過敏症の既往歴のある患者〔重要な基本的注意〕の項参照

### 2. 重要な基本的注意

- 本剤はたん白質製剤であるため、アナフィラキシーショックが起きる可能性は否定できないので、観察を十分に行い、このような症状が認められた場合には直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。また、このような症状の発現に備え、緊急処置を取れる準備をしておくこと。

- 本剤の投与中又は投与終了後1時間以内にinfusion related reactionがあらわれることがある。主な症状は悪寒と顔面潮紅であり、頭痛、呼吸困難、腹痛、嘔気、胸痛、痒疹、浮腫、蕁麻疹等のアレルギー反応を伴うこともある。Infusion related reactionは、通常本剤による治療開始2~4ヵ月で発現する。本剤投与中にinfusion related reactionがあらわれた場合には、必要に応じて投与を中断し、適切な処置 (抗ヒスタミン剤、副腎皮質ホルモン剤投与等)を行うこと。処置後は経過を観察し、投与再開に際しては以下を考慮すること。

- 1) Infusion related reactionが不変又は悪化した場合には、投与を再開しないこと。Infusion related reactionに対する追加処置を考慮すること。

- 2) Infusion related reactionが軽快又は消失した場合、投与再開を考慮すること。再開の場合、必要に応じ、投与速度を中断前の1/2を目安として下げること。

- 3) Infusion related reactionが発現した患者への次回投与に際しては、以下を考慮すること。

- 1) 前投薬 (抗ヒスタミン剤、副腎皮質ホルモン剤等を本剤投与1~3時間前に投与)の処置を行うこと。

- 2) 前投薬等の処置を行ってもinfusion related reactionが軽減しない症例において、同処置を実施した上で本剤を1~5分間投与して中断し、約5分後に投与を再開することによりinfusion related reactionが軽減された例がある。

- 4) 外国で、心臓にファブリー病の病変が認められる患者において、本剤の投与中又は投与終了後24時間以内に、infusion related reactionに関連して、心房細動、心室性期外収縮、頻脈性不整脈、心筋虚血、心不全等があらわれたとの報告がある。このような症状があらわれた場合には、投与を中断し、適切な処置を行うこと。
- 5) 本剤の投与により、αガラシダーゼ アルファ (遺伝子組換え)に対するIgG抗体が産生し、効果が減弱した例が報告されている。これらの大部分では、本剤の投与を継続することにより効果が回復したが、回復がみられない例もあった。本剤投与中に、疼痛の悪化など効果の減弱がみられた患者では他の治療法に切り替えることも考慮すること。〔添付文書の「臨床成績」の項参照〕

## 3. 副作用

国内での臨床試験において、12例中10例に臨床検査値異常を含む副作用が認められた。主な副作用は、発熱6例、悪寒及び倦怠感が各4例、四肢疼痛、熱感、CK (CPK) 上昇及び呼吸困難が各2例であった。(承認時)

外国での臨床試験において、65例中41例 (63%)に副作用が認められた。主な副作用は、潮紅14例 (22%)、悪寒12例 (18%)、発熱9例 (14%)、嘔気8例 (12%)及び頭痛7例 (11%)であった。(承認時)

### (1) 重大な副作用

#### アナフィラキシー様症状 (頻度不明)

観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

## 6. 小児等への投与

低出生体重児、新生児、乳児、幼児又は小児に対する安全性及び有効性は確立していない。〔使用経験が少ない。〕

## 承認条件

国内での治験症例が極めて限られていることから、製造販売後、一定数の症例に係るデータが集積されるまでの間は、全症例を対象に使用成績調査を実施することにより、本剤使用患者の背景情報を把握するとともに、本剤の安全性及び有効性に関するデータを早期に収集し、本剤の適正使用に必要な措置を講じること。

●使用上の注意等の詳細は製品添付文書をご参照ください。

製造販売元 (資料請求先)

大日本住友製薬株式会社  
〒541-0045 大阪市中央区道修町 2-6-8

〈製品に関するお問い合わせ先〉

くすり情報センター  
TEL 0120-034-389

受付時間 / 月~金 9:00~17:30 (祝・祭日を除く)  
〔医療情報サイト〕 <https://ds-pharma.jp/>

提携



## What science can do

血液中を循環する  
がんDNAの微小断片

### 血中循環腫瘍DNA

アストラゼネカは、循環血中の腫瘍DNA(ctDNA)をがん診断に利用する方法をいち早く開発しました。腫瘍から遊離し血中を循環するDNAの断片を解析することによって、患者さんの腫瘍に関する遺伝子情報が解析されます。アストラゼネカは、このように患者さんの身体に痛みや苦痛を与えることなく、医療従事者が正しい治療法を選択できるよう取り組んでいます。



出逢いは あたらしい風とともに  
ここからはじまる *Feeling Happy*

日本化薬は“Feeling Happy”をテーマに、免疫ロジー領域に取り組んでいます



**日本化薬株式会社**

東京都千代田区丸の内二丁目1番1号  
<http://mink.nipponkayaku.co.jp/>

'15.9作成

人々のより良い健康のために。

ベーリンガーインゲルハイムは、株式を公開しない企業形態の特色を生かし、長期的な視点で、医薬品の研究開発、製造、販売を中心に事業を世界に展開している製薬企業です。

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社 主要製品

胆汁排泄型選択的DPP-4阻害剤・2型糖尿病治療剤 [薬価基準収載]

**トラゼンタ<sup>®</sup>錠5mg**

リナグリプチン製剤

処方箋医薬品  
(注意-医師等の処方箋により使用すること)

Trazenta<sup>®</sup> Tablets 5mg

長時間作用性吸入気管支拡張剤

[薬価基準収載]

**スピリーバ<sup>®</sup> 1.25 $\mu$ gレスピマツド<sup>®</sup>60吸入  
2.5 $\mu$ gレスピマツド<sup>®</sup>60吸入**

チオトロピウム臭化物水和物製剤

処方箋医薬品  
(注意-医師等の処方箋により使用すること)

直接トロンビン阻害剤

[薬価基準収載]

**プラザキサ<sup>®</sup> 75mg  
カプセル110mg**

ダビガトランエテキシレートメタンシルホン酸塩製剤

処方箋医薬品  
(注意-医師等の処方箋により使用すること)

Prazaxa<sup>®</sup> Capsules 75mg・110mg

選択的SGLT2阻害剤・2型糖尿病治療剤-

[薬価基準収載]

**ジャディアンス<sup>®</sup>錠 10mg  
25mg**

エンパグリフロジン製剤

処方箋医薬品  
(注意-医師等の処方箋により使用すること)

Jardiance

COPD治療配合剤

[薬価基準収載]

**スピオルト<sup>®</sup> レスピマツド<sup>®</sup>  
28吸入/60吸入**

チオトロピウム臭化物水和物/オロダテロール塩酸塩製剤

処方箋医薬品  
(注意-医師等の処方箋により使用すること)

**SPIOLTO<sup>®</sup>  
RESPIMAT<sup>®</sup>**

胆汁排泄型持続性AT<sub>1</sub>受容体ブロッカー/持続性Ca拮抗薬/利尿薬配合剤 [薬価基準収載]

**ミカトリオ<sup>®</sup> 配合錠**

テルミサルタン/アムロジピンベシル酸塩/ヒドロクロロチアジド配合錠

創薬、処方箋医薬品  
(注意-医師等の処方箋により使用すること)

Micatrio<sup>®</sup> Combination Tablets

※効能・効果、用法・用量、警告、禁忌を含む使用上の注意等につきましては製品添付文書をご参照下さい。

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

〒141-6017 東京都品川区大崎2-1-1 ThinkPark Tower  
資料請求先: 日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社 DIセンター  
☎ 0120-189-779 (受付時間: 9:00~18:00 土・日・祝・祭日・弊社休業日を除く)

 **Boehringer  
Ingelheim**

2017年1月作成 



**MIRCERA**<sup>®</sup>  
epoetin beta pegol



持続型赤血球造血刺激因子製剤

生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品<sup>注</sup> 薬価基準収載

**ミルセラ**<sup>®</sup> 注シリンジ 25 $\mu$ g、50 $\mu$ g、75 $\mu$ g、  
100 $\mu$ g、150 $\mu$ g、200 $\mu$ g、250 $\mu$ g

MIRCERA<sup>®</sup> Injection Syringe 25 $\mu$ g, 50 $\mu$ g, 75 $\mu$ g, 100 $\mu$ g, 150 $\mu$ g, 200 $\mu$ g, 250 $\mu$ g

エポエチンベータペゴル(遺伝子組換え)注

注)注意—医師等の処方箋により使用すること

® F.ホフマン・ラ・ロシュ社(スイス)登録商標

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、製品添付文書をご参照下さい。

<http://www.chugai-pharm.co.jp>

製造販売元



CHUGAI

中外製薬株式会社

〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

(資料請求先) メディカルインフォメーション部  
TEL.0120-189706 FAX.0120-189705



ロシュグループ

2016年3月作成

# 想いをつなぐ、1ピース

非弁膜症性心房細動患者における虚血性脳卒中及び全身性塞栓症の発症抑制  
静脈血栓塞栓症（深部静脈血栓症及び肺血栓塞栓症）の治療及び再発抑制

経口FXa阻害剤

処方箋医薬品<sup>※</sup> 薬価基準記載

## エリキュース<sup>®</sup>錠 2.5mg 5mg

Eliquis (アピキサiban錠)  
apixaban tablets

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

(非弁膜症性心房細動患者はCLcr 15~50mL/min、静脈血栓塞栓症患者はCLcr 30~50mL/min)のある患者[出血の危険性が增大するおそれがある。] (4) 高齢者(「高齢者への投与」の項参照) (5) 低体重の患者[低体重の患者では出血の危険性が增大するおそれがある。]

### 2. 重要な基本的注意

(1) 凝固能検査(プロトロンビン時間(PT)、国際標準比(INR)、活性化部分トロンボプラスチン時間(aPTT)等)は、本剤の抗凝固能をモニタリングする指標とはならないため、本剤投与中は出血や貧血等の徴候を十分に観察すること。また、必要に応じて、血算値(ヘモグロビン値)、便潜血等の検査を実施し、急激なヘモグロビン値や血圧の低下等の出血徴候を確認すること。臨床的に問題となる出血や貧血の徴候が認められた場合には、本剤の投与を中止し、出血の原因を確認すること。また、症状に応じて、適切な処置を行うこと。(2) 患者には、鼻出血、皮下出血、歯肉出血、血尿、喀血、吐血及び血便等、異常な出血の徴候が認められた場合、医師に連絡するよう指導すること。(3) 他の抗凝固剤と併用する場合には、出血の徴候を十分に観察しなから本剤を投与すること。[「相互作用」の項参照] (4) 抗血小板薬、非ステロイド性消炎鎮痛剤との併用療法を必要とする患者においては、出血リスクが増大することに注意すること。これらの薬剤と本剤の併用の可否については、本剤との併用を開始する前に、リスクベネフィットを考慮して慎重に判断すること。抗血小板薬2剤との併用時には、出血リスクが特に増大するおそれがあるため、本剤との併用についてはさらに慎重に検討し、治療上の有益性が危険性を上回ると判断された場合のみ、これらの薬剤と併用すること。[「相互作用」、「その他の注意」の項参照] (5) ビタミンK拮抗剤(ワルファリン)から本剤へ切り替える際には、ビタミンK拮抗剤の投与を中止し、PT-INRが非弁膜症性心房細動患者では2.0未満、静脈血栓塞栓症患者では治療域の下限未満となってから本剤の投与を開始すること。ただし、抗凝固剤(ヘパリン等)の持続静注から切り替える場合は、持続静注中止と同時に本剤の投与を開始すること。(8) 本剤から他の抗凝固剤(注射剤)へ切り替える場合は、次回に投与を予定していた時間まで間隔をあけて、患者の出血リスクと血栓リスクに応じて、本剤の投与を一時中止すること。出血に関して低リスク又は出血が限定的でコントロール可能な手術・侵襲的処置を実施する場合は、前回投与から少なくとも24時間以上の間隔をあけることが望ましい。また、出血に関して中〜高リスク又は臨床的に重要な出血を起こすおそれのある手術・侵襲的処置を実施する場合は、前回投与から少なくとも48時間以上の間隔をあけること。なお、必要に応じて代替療法(ヘパリン等)の使用を考慮すること。緊急を要する手術又は侵襲的処置を実施する患者では、緊急性と出血リスクが増大していることを十分に比較評価すること。(10) 待機的手術・侵襲的手術等による抗凝固療法(本剤を含む)の一時的な中止は、塞栓症のリスクを増大させる。手術後は、患者の臨床状態に問題がなく出血がないことを確認してから、可及的速やかに再開すること。(11) 患者の判断で本剤の服用を中止することのないよう十分な服薬指導を行うこと。本剤を服用し忘れた場合には、気づいたときにすぐに1回量を服用し、その後通常どおり1日2回服用するよう指導すること。服用し忘れた場合でも一度に2回量を服用しないよう指導すること。

### 3. 相互作用

本剤は、主にCYP3A4/5によって代謝される。また、本剤はP-糖蛋白及び乳癌耐性蛋白(BCRP)の基質となる。[「薬物動態」の項参照]

### 併用注意(併用に注意すること)

薬剤名等: アゾール系抗真菌剤[フルコナゾールを除く](イトラコナゾール、ボリコナゾール)、HIVプロテアーゼ阻害剤(リトナビル等)、マクロライド系抗菌薬(クラリスロマイシン、エリスロマイシン等)、フルコナゾール、ナプロキセン、ジルチアゼム、リファンピシン、フェコトイン、カルバマゼピン、フェニバルビタール、セイヨウオトギリソウ(St. John's Wort、セント・ジョーンズ・ワート)含有食品、血小板凝集抑制作用を有する薬剤(アスピリン、クロピドグレル硫酸塩、シメチジン、チロピジン塩酸塩、シロスタゾール、オザグレルナトリウム等)、抗凝固剤(ワルファリンカリウム、未分画ヘパリン、ヘパリン誘導体、低分子ヘパリン、エノキサパリンナトリウム、フォンダパリヌクサナトリウム、ダビガトランエテキシラートメタンサルホン酸塩、アルガトロン水和物等)、血栓溶解剤(ウロキナーゼ、tPA等)、非ステロイド性消炎鎮痛剤(シクロフェナクナトリウム、ナプロキセン等)

### 4. 副作用

非弁膜症性心房細動患者を対象とした第3相国際共同試験(日本人335例を含む総投薬症例数18,140例)において、9,088例に本剤が投与された。副作用が報告された症例は9,088例中2,524例(27.8%)であった。主な副作用は、鼻出血456例(5.0%)、血尿234例(2.6%)、挫傷151例(1.7%)、血腫129例(1.4%)、貧血103例(1.1%)であった。日本人335例中160例に本剤が投与され、副作用が報告された症例は45例(28.1%)であった。主な副作用は、鼻出血11例(6.9%)、皮下出血8例(5.0%)、結膜出血4例(2.5%)、挫傷3例(1.9%)、皮下血腫3例(1.9%)、便潜血3例(1.9%)、血尿3例(1.9%)であった。非弁膜症性心房細動患者を対象とした国内第2相試験(総症例218例)では、143例に本剤が投与された。副作用が報告された症例は143例中34例(23.8%)であった。主な副作用は、鼻出血5例(3.5%)、尿中血陽性3例(2.1%)であった。(承認時) 静脈血栓塞栓症患者を対象とした国内第3相試験(総症例80例)では、40例に本剤が投与され、副作用が報告された症例は13例(32.5%)であった。主な副作用は、鼻出血3例(7.5%)であった。(効能追加承認時)

### (1) 重大な副作用

1) 出血: 頭蓋内出血(頻度不明<sup>※</sup>)、消化管出血(0.6%)、眼内出血(0.3%)等の出血があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。2) 間質性肺疾患(頻度不明<sup>※</sup>): 間質性肺疾患があらわれることがあるので、観察を十分に行い、咳嗽、血痰、息切れ、呼吸困難、発熱、肺音の異常等が認められた場合には、速やかに胸部X線、胸部CT、血清マーカー等の検査を実施すること。間質性肺疾患が疑われた場合には投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。※ 3) 肝機能障害(頻度不明<sup>※</sup>): AST(GOT)、ALT(GPT)の上昇等を伴う肝機能障害があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

注) 国際共同臨床試験において副作用として特定された事象のうち海外においてのみ認められた副作用、又は自発報告からの副作用を頻度不明として記載した。

### 承認条件

医薬品リスク管理計画を策定の上、適切に実施すること。

※※2016年7月改訂(第7版)

※2016年4月改訂



### 【警告】

#### <全効能共通>

本剤の投与により出血が発現し、重篤な出血の場合には、死亡に至るおそれがある。本剤の使用にあたっては、出血の危険性を考慮し、本剤投与の適否を慎重に判断すること。本剤による出血リスクを正確に評価できる指標は確立されておらず、本剤の抗凝固作用を中和する薬剤はないため、本剤投与中は、血液凝固に関する検査値のみならず、出血や貧血等の徴候を十分に観察すること。これらの徴候が認められた場合には、直ちに適切な処置を行うこと。[「禁忌」、「用法及び用量」に関連する使用上の注意]、「慎重投与」、「重要な基本的注意」、「過量投与」の項参照)

#### <静脈血栓塞栓症(深部静脈血栓症及び肺血栓塞栓症)の治療及び再発抑制>

脊髄・硬膜外麻酔あるいは腰椎穿刺等との併用により、穿刺部位に血腫が生じ、神経の圧迫による麻痺があらわれるおそれがある。静脈血栓塞栓症を発症した患者が、硬膜外カテーテル留置中、もしくは脊髄・硬膜外麻酔又は腰椎穿刺後日の浅い場合は、本剤の投与を控えること。

### 【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

#### <全効能共通>

- 1) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- 2) 臨床的に問題となる出血症状のある患者[出血を助長するおそれがある。] [「重要な基本的注意」の項参照]
- 3) 血液凝固異常及び臨床的に重要な出血リスクを有する肝疾患患者[出血の危険性が增大するおそれがある。]

<非弁膜症性心房細動患者における虚血性脳卒中及び全身性塞栓症の発症抑制>腎不全(クレアチニンクリアランス(CLcr)15mL/min未満)の患者[使用経験がない。]

#### <静脈血栓塞栓症(深部静脈血栓症及び肺血栓塞栓症)の治療及び再発抑制>

重度の腎障害(CLcr 30mL/min未満)の患者[使用経験が少ない。]

### 効能又は効果

1. 非弁膜症性心房細動患者における虚血性脳卒中及び全身性塞栓症の発症抑制
2. 静脈血栓塞栓症(深部静脈血栓症及び肺血栓塞栓症)の治療及び再発抑制

#### <効能又は効果に関連する使用上の注意>

#### <静脈血栓塞栓症(深部静脈血栓症及び肺血栓塞栓症)の治療及び再発抑制>

1) ショックや低血圧が遷延するような血行動態が不安定な肺血栓塞栓症患者又は血栓溶解剤の使用や肺塞栓摘出術が必要な肺血栓塞栓症患者における有効性及び安全性は確立していないため、これらの患者に対してヘパリンの代替療法として本剤を投与しないこと。2) 下大静脈フィルターが留置された患者における本剤の使用経験が少ないため、これらの患者に投与する場合には、リスクとベネフィットを十分考慮すること。[「臨床成績」の項参照]

### 用法及び用量

1. 非弁膜症性心房細動患者における虚血性脳卒中及び全身性塞栓症の発症抑制  
通常、成人にはアピキサibanとして1回5mgを1日2回経口投与する。  
なお、年齢、体重、腎機能に応じて、アピキサibanとして1回2.5mg 1日2回投与へ減量する。
2. 静脈血栓塞栓症(深部静脈血栓症及び肺血栓塞栓症)の治療及び再発抑制  
通常、成人にはアピキサibanとして1回10mgを1日2回、7日間経口投与した後、1回5mgを1日2回経口投与する。

#### <用法及び用量に関連する使用上の注意>

<非弁膜症性心房細動患者における虚血性脳卒中及び全身性塞栓症の発症抑制>次の基準の2つ以上に該当する患者は、出血のリスクが高く、本剤の血中濃度が上昇するおそれがあるため、1回2.5mg 1日2回経口投与する。[「臨床成績」の項参照]

- ・80歳以上(「高齢者への投与」の項参照)
- ・体重60kg以下
- ・血清クレアチニン1.5mg/dL以上

#### <静脈血栓塞栓症(深部静脈血栓症及び肺血栓塞栓症)の治療及び再発抑制>

(1) 特に静脈血栓塞栓症発症後の初期7日間の1回10mg 1日2回投与中は、出血のリスクに十分注意すること。(2) 本剤の投与期間については、症例ごとの静脈血栓塞栓症の再発リスク及び出血リスクを評価した上で決定し、漫然と継続投与しないこと。[国内臨床試験において、本剤を6か月以上投与した経験はない。]

### 使用上の注意

#### 1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

(1) 出血のリスクが高い患者(先天性あるいは後天性出血性疾患、活動性の潰瘍性消化管疾患、細菌性心内膜炎、血小板減少症、血小板疾患、活動性悪性腫瘍、出血性脳卒中の既往、コントロール不良の重度の高血圧症、脳・脊髄・眼科領域の最近の手術歴等を有する患者)[出血の危険性が增大するおそれがある。] (2) 重度の肝障害のある患者[使用経験がない。] (3) 腎障害

その他の使用上の注意につきましては、添付文書をご参照下さい。また、添付文書の改訂にご留意下さい。

※ 製造販売元

プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

販売元 ファイザー株式会社

〒163-1328 東京都新宿区西新宿6-5-1  
資料請求先: メディカル情報部 TEL.0120-093-507

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7  
資料請求先: 製品情報センター

2017年1月作成  
EQ/17-01/1219/18-12/ELQ72F003F