



早川教授の

薬歴添削教室

「オーディット」で薬歴をレベルアップ!

講師 早川 達

北海道薬科大学薬物治療学分野教授。POS(Problem Oriented System)に基づく薬歴管理の第一人者。著書に『POS薬歴がすぐ書ける「薬歴スキルアップ」虎の巻』基本疾患篇、慢性疾患篇、専門疾患篇など。

高齢パーキンソン病患者の家族に対する支援

今回は、薬局セントラルファーマシー長嶺に来局した72歳女性、鈴木ヨシ子さん（仮名）の薬歴をオーディットしました。鈴木さんは約8年前からパーキンソン病を患っており、病院の神経内科で多数の薬剤が処方されています。いつも娘さんが処方箋を持って来局しています。

一包化への対応や処方チェックなどが多い中で、服薬状況や症状変化などについてきめ細かな聞き取りがなされています。薬歴には、薬剤師の視点もきちんと盛り込まれていました。これらをどのように生かして、治療管理や療養指導に結びつけていくかについて、ディスカッションを行いました。

本文は、会話形式で構成しています。薬歴作成を担当したのが薬剤師A～D、症例検討会での発言者が薬剤師E～Jです。（収録は2012年3月）

早川 まず初めにお伝えしたいのは、薬歴が非常に良く書けているということです。患者さんとどのようなやりとりがあったかが読み取れるだけでなく、薬剤師としての視点もきちんと薬歴に記載されています。それを踏まえて、今日のオーディットで、さらに視点を広げてもらえればと思います。

では、薬歴の表書きから見ていきましょう（PE18ページ①）。問診票を使って聞き取った情報がここに転記されているのですね。「車の運転をしない」とも押さえています。

続けて経過記録を見ていきましょう。初回の6月6日は娘さんが代理で来局されたのですね。薬歴のS情報には、2003年1月にパーキンソン病の診断が確定したことが書かれています（PE18ページ②）。この情報も問診票から得たのですか。

A 娘さんから聞きました。

早川 病名が確定した時期も重要な情報ですね。O情報に「今まで門前薬局で処方してもらっていた」とありますが、薬局を変えた理由は伺っていますか。

A 以前行っていた薬局は待ち時間が長かったため、当薬局に来るようになったそうです。初回はファクスで処方箋を受け付けました。

早川 ここまで確認しておきたいことはありますか。

E マグミット（一般名酸化マグネシウム）は60日分処方されているのに、一包化から外されています。調節を必要としているのでしょうか。

A 初回来局時に確認した上でこのようにしています。薬歴には反映していないのですが……。

E どこまで一包化すべきか、皆で話



◎今回の薬局

薬局セントラルファーマシー長嶺（熊本市東区）

薬局セントラルファーマシー長嶺は、株式会社ハートフェルトが2006年4月に開局した。同社は熊本県内に全8店舗の薬局と1施設の介護付き有料老人ホームを開設している。

応需している処方箋は月1200～1300枚ほど。主な応需医療機関数は約5施設で、特に内科からの処方箋が多い。同薬局には、常勤・非常勤合わせて8人

の薬剤師が勤務している。内訳は、20代3人、30代1人、40代3人、50代1人。

薬歴は電子薬歴を使用し、SOAP形式で記載している。薬局内には、患者のプライバシーに配慮した大型の投薬ブースを設置し、時間を掛けて服薬指導を行っている。薬歴を記載する際は、服薬指導の際の患者とのやりとりをそのまま残すように心掛けている。



し合ったのを覚えています。娘さんの希望が強かったので、初回はその通りにしました。

H それがP情報の「分割調剤をお勧め」につながるのですね(②)。

F 問診票では緑内障の有無を確認できるようになっていますが、マドパー(レボドパ・ベンセラジド塩酸塩)は閉塞隅角緑内障に対して禁忌なので、閉塞性でないことを記録しておくとよいと思います。

G 薬の管理は誰がやっていたのかを知りたいです。

H 副作用の多い薬が処方されているので、これまで飲んでいて副作用がなかったかどうかを確認したい。

早川 色々な視点が出ました。ところで、8年前にパーキンソン病の病名が確定し、5年前から悪くなり始め、2年前からさらに進んだとのことです。この患者さんの病状は現在、どのくらいのレベルと考えられるでしょうか。

I マドパーが1日4回投与となつてるので、増量した時点でwearing offがあったと考えられます(②)。

J いつごろからL-ドバを服用しているかも知りたい。

E 振戦に対しリボトリール(クロナゼパム)が追加されたのかなと思いました。

早川 そうですね。はつきりとは分かっていませんが、L-ドバは5年ほど前から服用しており、wearing off現象も現れていると推測できます。もう一步踏み込んで、L-ドバやドバミンアゴニストの服用をいつから開始したかを確認できれば、治療管理に生かせるでしょう。

さらに、治療の次のステップを念頭に置いた場合、ジスキネジアの有無に注目したいところです。マドパーの服用時点が起床直後となっていますが、これはどう思いますか。

F 早朝のジストニア。

早川 そう考えると、「足に負担がかかるみたいで、痛みを訴えます」という娘さんの発言ともつながります。ちなみに、次のステップではどのような薬剤

1 薬歴の表書き部分(抜粋)

フリガナ 名前	スズキ ヨシコ 鈴木 ヨシ子	性別 女	生年月日 1939年4月28日(72歳)
副作用歴	(2011/11/14) レキップ錠1mg 4錠服用→幻覚		
アレルギー	(2011/06/09) なし		
病歴	(2011/06/09) パーキンソン氏病(2003年1月 病名確定)		
他科受診/ 併用薬(OTC)	(2011/06/09) 他科受診なし		
体質	(2011/06/09) 便秘しやすい (2011/06/09) 飲酒・喫煙なし		
特記事項	(2011/06/09) 調剤明細書[不要]確認(2011/06/06) (2011/06/09) 車の運転をしない (2011/06/09) コンタクトレンズを使用していない (2011/06/09) 妊娠・授乳なし		

2011年6月6日

処方内容及び指導事項等

① マドパー配合錠 3.5錠

1日4回 起床直後0.5錠・
毎食後各1錠 60日分

② ガスマチン錠5mg 3錠

マグミット錠330mg 3錠

1日3回 每食後 60日分

③ リボトリール錠0.5mg 1錠

ブルゼニド錠12mg 2錠

1日1回 就寝前 60日分

④ ビ・シフロール錠0.5mg 2錠

1日2回 朝・昼食後 60日分

⑤ フォサマック錠35mg 1錠

1日1回 起床時(1週間に1回) 9日分

パーキンソン病で
多剤を併用。

⑥ ロブ錠60mg 1錠

ムコスタ錠100mg 1錠

痛い時 30回分

⑦ ウレバールクリーム10% 40g

1日1回 体に塗布

⑧ バップフォー錠10 2錠

1日1回 朝食後 60日分

⑨ ナポールテープL30mg(10×14cm) 21枚

1回1枚 1日1回

副作用歴:無 アレルギー:無 病歴:無 他科受診:無 併用薬:無

合併症:パーキンソン病関連疾患 飲食物/嗜好品:無 ジェネリック希望:不明
一包化、連続、用法のみ。マグミット錠330mg、ブルゼニド錠12mg、ロブ錠、ムコスタ錠はPTPお渡し。

娘さん代理。

S:パーキンソン病(2003年1月病名確定)。

手の振戦(+), すり足(+), 動作鈍い。便秘(+)。

5年前くらいから症状が悪くなり始め、2年前からさらに症状が進んだ感じです。

手の動きが悪いので、薬をヒートの中から出すのが困難です。入院していた時にむくみがあったので利尿剤を服用していたら、退院後、今度は頻尿になってしましました。足に負担がかかるみたいで、痛みを訴えます。

O:マドパー配合錠、ガスマチン錠5mg、マグミット錠330mg、リボトリール錠0.5mg、ブルゼニド錠12mg、ビ・シフロール錠0.5mg、フォサマック錠35mg、ロブ錠60mg、ムコスタ錠、ウレバールクリーム、バップフォー錠、ナポールテープL30mg、処方あり。今まで門前薬局で処方してもらっていた。

A:薬について説明の必要性あり。

マドパー配合錠、ビ・シフロール錠0.5mgの吸湿性、遮光保管について。

P:薬の薬効・服用方法等を確認しながら説明。薬は眠気、口渴、胃部不快感、食欲不振などの副作用に留意し、Drの指示通り服用するよう指導。

マドパー、ビ・シフロールの吸湿性、遮光保管について説明。分割調剤をお勧め。

体調変化があれば、お知らせください。

2

①初回に必要な情報を聞き取れている点がGood!

薬歴の表書きには、病歴や併用薬などの各項目について問診票から確実に情報収集し、日付を入れて記載しています。処方内容と病態を捉えた聞き取りを行い、後の経過の中で新たに得られた重要な項目も、意識的に表書きに追記している姿勢がうかがえます。

ビ・シフロール（ラミペキソール塩酸塩水和物）の添付文書の警告欄には、突然の睡眠や催眠が起こることがあるので車の運転はさせないよう記載されています。また、パーキンソン病の薬物治療において、便秘は副作用と病態に関わる因子であり、飲酒はビ・シフロールとリボトリール（クロナゼバム）の作用を増強させる可能性があります。他科受診との関連については、マドパー配合錠（レボドバ・ベンセラジド塩酸塩）は閉塞隅角縫内障の患者では禁忌であり、ビ・シフロールは腎機能低下患者では投与量や投与回数をチェックする必要があります。これらの嗜好品や病歴が「ない」ことを明記しておくことも重要です。パーキンソン病の薬物治療を評価する上で、診断時期を知ることには大きな意味があります。



処方と病態から見て重要な初回アンケート項目

- 診断時期：病期の推定、治療評価のため
- 自動車運転の有無：ビ・シフロールの副作用の恐れ（運転は禁止）
- 便秘：パーキンソン病による自律神経障害、ビ・シフロールの副作用
- 他科受診：マドパーの禁忌（閉塞隅角縫内障）、ビ・シフロールの減量（腎機能低下）
- 飲酒：ビ・シフロールとリボトリールの作用増強の可能性

②聞き取りから対応への流れが見事！

この患者は、以前行っていた薬局では待ち時間が長かったため、自宅と病院の間にある薬局セントラルファーマシー長嶺に来局するようになったそうです（初回はファクスで処方箋を応需）。代理で来局した娘さんから、診断時期、症状と経過、一包化の対応、副作用などについて聞き取り、それらのS情報から指導や分割調剤の提案などへ見事につなげています。

振戦、動作緩慢、身体の痛みなどの症状から、本患者のパーキンソン病の重症度はHoehn Yahr分類で少なくともⅢ度以上と考えられます。一般にL-ドバによる治療開始から5年経過すると、症状の日内変動（wearing off現象など）が出現するとされています。本患者は診断から8年経過しており、マドパーが1日4回で投与されていることから、wearing offが現れていると推察され、ドバミンアゴニスト併用で治療中とみるのが適切と考えられます。日本神経学会の「パーキンソン病治療ガイドライン2011」のwearing offの治療アルゴリズムによると、ジスキネジアがある場合は、他剤を併用する次のステップへ移行することとされています。本患者では、ジスキネジアの有無は未確認ですが、これを確認し、治療の適切性について評価する必要があるでしょう。

さらに、「足に負担がかかるみたいで、痛みを訴えます」という娘さんの発言から、早朝ジストニアの可能性も考えられます。マドパーが起床直後、ビ・シフロールは朝・昼食後投与となっていることから、早朝から昼にかけて症状が重いのかもしれません。一方で、レストレスレッグス症候群の症状が夜間にあれば、睡眠不足も考えられますが、その場合は通常、ビ・シフロールは就寝前に投与されます。本患者は振戦がありますが、リボトリールは振戦またはパーキンソン病のレム睡眠関連行動障害のいずれにも用いられます。これらについても注意して見ていきたいところです。

が用いられますか。

F エフピー（セレギリン塩酸塩）、シンメトレル（アマンタジン塩酸塩）などです。

早川 処方内容と娘さんから得た情報で、様々なことが評価できると分かりました。

あと、「入院中にむくみがあったので利尿薬を併用していた」とありますが、このむくみは何に起因すると考えられますか。

一同 ……。

早川 ドバミンアゴニストの中では、ビ・シフロール（ラミペキソール塩酸塩）はむくみの発現率が高いといわれています。このビ・シフロールの投与量についてはどうでしょうか（③）。

A 少なめです。

早川 なぜ少ないのでしょうか。

B 腎機能低下？

F 過去にビ・シフロールを服用して副作用が現れた可能性もあります。

早川 良い視点です。この処方箋を受け付けた時に、「投与量が少なめだが腎機能はどうか」というところまで意識できればさらに良いですね。ビ・シフロールの服用時点が朝・昼食後というのは、一般的でしょうか。

F 眠気の副作用があるので、本来は夜に服用させた方がいいのではないのでしょうか。

I 朝から昼にかけて状態が悪くなるのでは。

早川 それは先ほど挙がった早朝ジストニアと関係ありそうですね。

一同 確かに。

早川 そうすると、「いつ具合が悪いのですか？」と一言聞くだけで、私たちにできる対応はもっと広がるのではないかでしょうか。初回の薬歴から多くのことが分かりました。

「日中の眠気」へのアプローチ

早川 続いて、2回目の8月8日の薬歴です（PE20ページ）。処方間隔は問題ありません。ここでは、パーキンソ



ン病の問題症状を把握して、治療薬の維持量が適切かどうかを評価しましょう。この患者さんには、具体的にどのような症状が見られますか。

B 動作緩慢。振戻。

C すり足が認められるので、歩行障害もあるといえます。

早川 すぐみ足についてはこの時点では聞き取れていよいよです。他にはどのような点に着目しますか。

E 表情。体のバランス。

早川 姿勢反射障害ですね。これらの症状を娘さんに確認できれば、維持量が適切かどうか判断できると思います。実際、ここで「症状も少し落ち着きました」と聞き取っています(4)。「コンプライアンス良好」と、しっかりアセスメントしています。

パーキンソン病の治療目標は、患者の日常生活ができる限り維持することです。その点も押さえておきましょう。

続いて、9月5日には分割調剤が実施されました(5)。8月8日に処方された60日分のうち、残りの30日分を娘さんに渡しています。ここでは新たなやりとりはありませんので、前回までに確認してきたことを踏まえて、治療薬を評価してみましょう。どんな観点がありますか。

I 家族と同居しているか、ADLはどの程度保たれているかが気になります。

G 主薬のマドパーの投与量が変わっていないので、症状は維持できていると見ることができます。

E ロブ(ロキソプロフェンナトリウム水和物)が追加されなかったので、足



薬局セントラルファーマシー長嶺でのオーディットの様子。

③ビ・シフロールの用法・用量は適切? プロブレムを整理しよう

ビ・シフロールの投与量が少なめです。腎機能が低下している患者では、投与量を減らす必要がありますが、本患者に腎機能低下はありません。ただ、同葉は他のドバミンアゴニストに比べて浮腫の発現に注意すべきであり、本患者は入院中に浮腫を認めたため、モニタリングが必要です。利尿薬の服用により頻尿を来たしたことですので、もし夜間頻尿があるならば、夜間の不眠や転倒の危険性などにも注意を向いていきたいところです。

検討によって明らかになったプロブレム

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| # wearing off ③ | # ビ・シフロールによる浮腫の可能性 |
| # ジスキネジア ④ | # ビ・シフロールの投与量不足? |
| # 早朝ジストニア ⑤ | # 薬の取り出し困難 |

③ wearing off のチェック項目

- 身体の震え(振戻)
- 筋肉の硬さや引きつり(固縮)
- 動作緩慢

- 歩行困難やすくみ足(姿勢反射障害)
- 気分の落ち込みや不安
- 身体の痛み

④ジスキネジアの症状

- 繰り返し唇をそばめる
- 舌を左右に動かす
- 口をもぐもぐさせる、突き出す
- 齒を食いしばる
- 目を閉じるとなかなか開かずしわを寄せている
- 勝手に手が動いてしまう
- 足が動いてしまって歩きにくい
- 手に力が入って抜けない
- 足が突っ張って歩きにくい

⑤早朝ジストニア

- 筋肉がこわばって痛む
- 特に早朝に足の指が引きつって痛むことが多い

⑥ストレスレッグ症候群のチェック項目

- 足や腕の不快な感覚と動き回りたい欲求
- 異常感覚は安静時に始まる・増悪する
- 異常感覚は運動によって改善する
- 日中より夕方・夜間に強まる
- 睡眠障害につながる

2011年8月8日

分割調剤を実施。
コンプライアンスは
良好。

処方内容及び指導事項等

- | | |
|--|---|
| ①マドパー配合錠 3.5錠
1日4回 起床直後0.5錠・
毎食後各1錠 30日分 | ⑤フォサマック錠35mg 1錠
1日1回 起床時(1週間に1回) 5日分 |
| ②ガスマチン錠5mg 3錠
マグミット錠330mg 3錠
1日3回 每食後 30日分 | ⑥ウレバールクリーム10% 40g
1日1回 体に塗布 |
| ③リボトリール錠0.5mg 1錠
ブルゼニド錠12mg 2錠
1日1回 就寝前 30日分 | ⑦バップフォー錠20 1錠
1日1回 朝食後 30日分 |
| ④ビ・シフロール錠0.5mg 2錠
1日2回 朝・昼食後 30日分 | ⑧ナポールテープL30mg(10×14cm) 21枚
1回1枚 1日1回 |

【疑義照会】バップフォー 10mg 2錠→20mg 1錠に変更。処方医確認済み。

服薬状況: 良好 体調変化: 無 副作用発現: 眠気あり 他科受診: 無

併用薬: 無 合併症: 無 飲食物/嗜好品: 無 ジェネリック希望: 不明

マドパー変質防止のため、分割調剤を実施。

(娘さん)

S: 痛み止めは膝の痛みがひどい時だけ飲んでるので、少し余ってます。総合病院に転院してから発症時より少し薬が変わりました。症状も少し落ち着きました。

日中の眠気はありますか大丈夫ですか。

O: 定期薬。ロブ・ムコスタ(-)。

A: コンプライアンス良好。家族やお孫さんが薬を渡し、自分で飲んでいます。

眠気あるが生活に支障なし。食欲不振なし。

P: 薬効・用法を確認。引き続きDrの指示通りに服用してください。口渴やふらつきなど気になる体調変化があれば早めにご相談を。

④ 問題症状を確認して、治療評価と目標設定につなげよう

2回目です。パーキンソン病の薬物治療は、問題症状の改善を目的に行われます。本患者の場合、初回の情報から動作緩慢と歩行障害があることが分かりますが、すくみ足や姿勢反射障害については把握できていません。これらを確認できれば、治療上適切な維持量であるかを評価できます。

2011年9月5日(略)

⑤ 服薬に関わる生活環境を評価しよう

9月5日に、分割調剤の残りの30日分を娘さんに渡しています。

初回来局時に薬の取り出しが困難とのプロブレムが挙がっていました。娘さんとは同居しているのか、どの程度自立して生活しているのかなど、服薬に関わる生活環境を把握しましょう。それにより、パーキンソン病の治療目標である患者のQOL維持のための、より良いケアにつながります。

8月8日には鎮痛薬は追加されておらず、娘さんの言葉からも足の痛みは落ち着いてきているとうかがえます。パーキンソン病の治療では運動機能改善を図りつつ、可能な範囲でドバミンアゴニストなどを併用してL-ドバ投与量を抑えることが基本です。本患者はビ・シフロールが併用されていますが、副作用(浮腫、日中の眠気?)の影響も考えなければなりません。睡眠のパターンについて聞ければ、さらに治療の評価にも踏み込めます。

処方と症状などのアセスメントから導き出された確認事項

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 家族関係とADL | <input type="checkbox"/> 治療効果と副作用 |
| →同居or独居? | :睡眠パターンの聞き取りからのアプローチ例 |
| →薬の管理者は誰? | →眠気は本当に生活に支障がない程度か? |
| →日常生活に不便はないか? | →夜は眠れているのか? |
| →服薬との関係は? | →夜に暴れることはないか? |

2011年11月14日

処方内容及び指導事項等

①マドバー配合錠 3.5錠 1日4回 起床直後0.5錠 毎食後各1錠 42日分	②ガスマチン錠 5mg 3錠 マグミット錠 330mg 3錠 1日3回 毎食後 42日分	③リボトリール錠 0.5mg 1錠 センノサイド錠 12mg「サワイ」 2錠 1日1回 就寝前 42日分	④レキップ錠 1mg 2錠 1日2回 朝・夕食後 42日分	⑤フォサマック錠 35mg 1錠 1日1回 起床時(1週間に1回) 6日分	⑥バップフォー錠 20 1錠 1日1回 朝食後 42日分	⑦パテルテープ40(10×14cm) 21枚 1回1枚 1日1回	⑧テレミンソフト坐薬 10mg 7個 便秘時 1回1個
---	--	--	----------------------------------	--	---------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

服薬状況: 良好 体調変化: あり 副作用発現: レキップ錠 1mg 4錠服用→幻覚
他科受診: 無 併用薬: 無 合併症: 無 飲食物/嗜好品: 無 ジェネリック希望: 不明
(娘さん)

S: 9/20～11/11まで、転倒し打撲したのを機会に入院し、薬の切り替え(ビ・シフロール錠 0.5mg→レキップ錠 1mg)をしました。少量から始めて4錠まで増やしたら幻覚が出たので、2錠に減量になりました。

最近動きが悪くなり、固まることが多くなりました。すり足(↑)、手の振戦(+)、ひどくない。ウレバールクリームは余っています。

O:(ビ・シフロール錠 0.5mg→)レキップ錠 1mg、テレミンソフト坐薬 10mg、処方初めて。ナボールテープ L30mg→パテルテープ 40へ。ブルゼニド錠 12mg→センノサイド錠 12mg「サワイ」へ。ウレバールクリーム、処方なし。

A: レキップ錠 1mg、テレミンソフト坐薬 10mgについて説明の必要性あり。

P: レキップ、テレミンソフトの薬効・服用・使用方法等説明。レキップ、テレミンソフトは幻覚、めまい、恶心、直腸刺激感などの副作用に留意し、Drの指示通り服用・使用するよう指導。体調変化があれば、お知らせください。

の痛みは落ち着いてきたのかもしれません。日中の眠気を訴えており、ビ・シフロールの副作用が考えられます。

早川 パーキンソン病の治療では、L-ドバで運動機能改善を図りつつ、ドバミンアゴニストなどを併用して可能な範囲でL-ドバ投与量を抑えることが基本となります。運動合併症の発生に影響する因子の一つは、年齢です。

B 若年例に対しては通常、ドバミンアゴニストで治療が開始されます。

早川 そうですね。本症例は63歳くらいで発症しているので、ガイドラインに照らし合わせれば、L-ドバから始めることも可能と考えられます。一方で、ビ・シフロールの副作用が出ていることを考えると、どのような対応をすべきでしょうか。

E 眠気が日常生活にどれくらい影響を及ぼしているかを把握します。

早川 まさにその視点です。睡眠のパターンをもう少し詳しく聞けば、治療の評価にも踏み込むことができます(⑤)。ちなみに、初回に話題に上ったリポートリールですが、何に対して用いられているのでしょうか。

E 痛み、震え。

A レム睡眠行動障害。

早川 適応外処方も含めると、痛み、震え、下肢の静止不能、周期性の四肢運動性障害、レム睡眠行動障害などに使用されます。「夜暴れたりしませんか」と聞くことで、薬剤の作用・副作用の両面からアプローチできるのではないかでしょうか。

薬剤が変更された理由に注目

早川 続いて、11月14日の薬歴を見ていきましょう。

A 受診間隔が空いたことと、ビ・シフロールからレキップ(ロピニロール塩酸塩)に処方が変わったことから、一包化する前に娘さんに確認したところ、転倒による入院のエピソードが判明しました(⑥)。

早川 「レキップ1mgを4錠まで增量



したところ、幻覚が出た」ということを、薬歴の表書きにも日付と共に転記している点は素晴らしいと思います。娘さんは「最近動きが悪くなり、固まることが多いなくなった」と話しています。すり足も悪化し、手の振戦もひどくはありませんが、あるようです。この場面では、どんなことを確認したいですか。

G 処方変更と症状の変化は、時系列ではどちらが先でしたか。

A 「処方が変わったことによって、その後の具合はいかがですか」という意味で娘さんに聞きました。

早川 症状のコントロールという観点からすれば、やむを得ず減量されたとみることができますね。

J 還って考えると、転倒の原因がビ・シフロールにある可能性もうかがえます。

早川 ビ・シフロールの服用がどのように転倒に結び付くと考えますか。

J 眠気に伴うふらつきや、突然的な傾眠。

F 私は逆だと思います。ビ・シフロールの効果が弱いためにすくみ足を起こして転倒したのではないでしょうか。より高い効果を期待して、レキップに変更したと考えられます。

早川 両方の側面から考えることができますね。いずれにしても、なるべく早い段階で、すくみ足の有無を確認しておく必要性が分かったと思います。

その他はどうでしょうか。

C レキップの投与量がやや少なめです(PE21 ページ⑥)。

早川 これも副作用を想定したことでしょうか。レキップは、同じ系統の薬の中では、どんな特徴がありますか。

B 軽度の腎機能障害がある人でも使える。

早川 有効性の観点からは。

C オフ時間の短縮。

早川 振戦や、進行期パーキンソン病にも有効といわれています。これらは、今後のモニタリングポイントとして押さえておきましょう。

E あと、服用時点が朝・昼から朝・夕に変わっています。

⑥エピソードの把握はGood! 今後のモニタリングポイントが明らかに。

処方間隔が空いた理由を尋ねたところ、転倒して入院していたことが判明しました。入院中とその後の経過をしっかりと確認し、入院中に起こったレキップ(ロビニロール塩酸塩)による幻覚の副作用を表書きに追記しているのも良いと思います。

転倒と薬剤変更という経過を評価してみましょう。ビ・シフロールの眠気によって転倒が起きた可能性や、逆に効果が不十分ですくみ足が起きて転倒に結び付いた可能性などが考えられます。初期にすくみ足の有無を確認しておくこと、および症状のコントロール状況を把握しておくことの意義が、改めて明らかになりました。

レキップの投与量は少なめです。幻覚の副作用のため、やむを得ず減量となったようです。その前提で症状のコントロール状況をモニタリングしていくことが必要です。服用時点が朝・昼から朝・夕に変わっています。先の検討では、朝・昼の症状が悪いのではないかとの見方が出ていましたが、症状の出方に変化があったり、昼間の眠気があったりしたために変更したとも取れます。転倒が起きた時間帯などを確認することで、処方意図が明らかになるでしょう。

2011年11月21日

処方外指導

(娘さんよりTEL)

S:バップフォーは、前2錠だったが1錠に減っていると施設の方から連絡を受けて気になって電話しました。

O:2011/8/8 処方分よりバップフォー (10)2T→(20)1Tに変更。

P:バップフォーは、当薬局に20mgの錠剤がありましたので、ご説明して8/8分から(10)2T→(20)1Tに変更しています。成分量は同じですので量は変わりありません。→納得される。

⑦ “施設”の利用が判明。薬の管理者を確認しよう!

8月8日に規格が変更されたバップフォー(プロピベリン塩酸塩)について、娘さんから電話で問い合わせがありました。薬局での説明がうまく伝わっていなかったようです。薬を変更した際は、どこかのタイミングで必ず患者の認識を再確認するようにしましょう。

ここで、「施設の方」との情報が初めて入ってきました。デイサービスも考えられますが、朝食後服用の薬剤について連絡を受けたことから推察すると、入所している可能性が高いようです。在宅で娘さんが看ている場合と、施設で介護者が服薬を補助している場合では、薬局での指導内容も変わってくるので、この点はぜひ確認しておきたいところです。

2011年12月26日

処方内容及び指導事項等

- ① マドバー配合錠 3.5錠
1日4回 起床直後0.5錠・
毎食後各1錠 42日分
- ② ガスモチン錠5mg 3錠
マグミット錠330mg 3錠
1日3回 每食後 42日分 ⑧ バテルテープ40 (10×14cm) 21枚
1回1枚 1日1回
- ③ リボトリール錠0.5mg 1錠
センノサイド錠12mg「サワイ」 2錠 ⑨ テレミンソフト坐薬10mg 7個
1日1回 就寝前 42日分 便秘時 1回1個
- ④ バップフォー錠20 1錠
1日1回 夕食後 42日分 ⑩ ウレバールクリーム10% 20g
1日1回 体に塗布
- ⑤ レキップ錠1mg 2錠
1日2回 朝・夕食後 42日分 ⑪ スミルスチック3% 40g
1日1回 手足に塗布
- ⑥ フォサマック錠35mg 1錠
1日1回 起床時(1週間に1回) 6日分 ⑫ ロブ錠60mg 1錠
ムコスタ錠100mg 1錠
- ⑦ タケプロンOD錠15 1錠
1日1回 朝食後 42日分 痛痛時(4時間以上あけて、
1日3回まで) 14回分

【疑義照会】

バップフォー (20) 1T1X朝食後→夕食後へ変更することを医師確認。
タッチロンテープ (40) →バテルテープ (40) へ変更すること医師確認。
ナバゲルン軟膏3% 25g→スミルスチック3% 40gへ変更すること医師確認。

服薬状況: 良好 体調変化: 胸やけ 副作用発現: 無 他科受診: 無
併用薬: 無 合併症: 便秘 飲食物/嗜好品: 無 ジェネリック希望: 未確認
(娘さん)

S: パーキンソンの症状は変わらず。薬の量が増やせればいいんですが副作用があるのでこれがギリギリみたいで。胸やけがあるので胃薬が追加になりました。
痛み止め、塗り薬は手持ちがなくなったので出してもらいました。膝やらあちこち痛いみたいです。バップフォーは夜間の頻尿がひどいので試しに夕食後に変えてみたら良かったので夕食後に飲んでいます。

O: 定期薬+タケプロンOD (15)、スミルスチック処方。
バップフォー朝食後→夕食後へ。

A: 胸やけ症状に対してタケプロンOD (15) 追加。
パーキンソンの症状は現状維持の様子。体調は良い。
夜間頻尿があるので患者希望でバップフォーの用法変更。薬効・用法の説明。
P: 医師の指示通り継続服用してください。タケプロンOD (15) は胃酸の出過ぎを抑える薬です。便秘、下痢、吐き気など体調変化があるときはお知らせください。
ウレバールクリームは傷のある部分に塗ると刺激があるので注意してください。

❸ 様々な観点からの情報を得ていてGood! QOLへの影響は?

転倒はパーキンソン病患者のQOLに影響を及ぼす因子です。本患者には転倒のエピソードに加え、夜間頻尿もあることから、未確認ですが不眠の可能性を注視していく必要があります。一包化されているバップフォーをわざわざ夕食後に服用させたことから、患者としては最大の問題かもしれません。運動合併症などの症状には変化がないと娘さんが述べていますが、これまでの断片的な情報を基に推測すると、パーキンソン病はV度まで重症化している可能性も否定できません。そのほか認知症やうつ病の合併もQOLに影響を及ぼすので、状況を把握しておきましょう。

❹ 胸焼けの原因は? フォサマックは大丈夫?

胸焼けに対してタケプロン(ランソプラゾール)が追加されました。レキップまたはロブ(ロキソプロフェンナトリウム水和物)の副作用、パーキンソン病特有の猫背による影響、姿勢保持困難などが考えられます。もし30分以上の座位保持が困難であれば、フォサマック(アレンドロン酸ナトリウム水和物)による食道障害が懸念されます。場合によっては、投与の可否を検討する必要があるでしょう。

バップフォーが
夕食後投与に変更。
タケプロンも追加。

10

早川 なぜだと思いますか。

E 症状の出方が変化したため。

F 日中の眠気との関連で変更されたとも考えられます。

早川 そうすると、転倒した時間帯を把握する必要もありそうです。

次に行きましょう。11月21日に薬局に電話が掛かってきたのですね(7)。

C はい。娘さんが施設の方から、「バップフォー(プロピペリン塩酸塩)が以前は2粒だったのが1粒になってる」と連絡を受けたそうです。10mgから20mgに規格を変更したことを説明したところ、納得されました。患者さんが介護施設に入所しているのか、デイサービスを受けているのかは分かりません。

早川 今言われたように、施設の利用状況は分かりませんが、少なくとも患者本人は薬の管理をしていないことが推察されます。8月8日に規格変更についてきちんと説明されていますが、娘さんは伝わっていなかったと考えられます。説明した後に認識を評価することは重要です。

頻尿と便秘にどう対処する

早川 続いて、12月26日の薬歴を見ていきます。ここでもしっかりとS情報を得ています。気になることはありますか。

D 一包化してあるはずのバップフォーを、「試しに夕食後に飲ませてみた」とのことから、患者本人はもちろん、家族も頻尿を気にしていたと考えられます(8)。

F 先ほどの転倒と頻尿が関係しているのではないでしょうか。

早川 そうですね。今、このように検討していることを早い段階でチェックできれば、イベントや事故を未然に防げるかもしれません。

頻尿や尿失禁は、パーキンソン病患者のQOLを悪化させる要因の一つですが、他にはありませんか。

C 便秘。

F 食事の摂取。



B うつ病などの精神症状。

早川 特にうつ病は、パーキンソン病患者のQOLに大きな影響をもたらすとされています。認知症の合併によってもQOLが急激に低下するので、注意しておきたいですね。

E 夜間の不眠の有無も確認したい。

B 胸やけも気になります。

早川 胸やけに対してタケプロン（ランソプラゾール）が処方されています（PE23ページ⑨）。この胸やけの原因は何でしょうか。

B レキップ。

D ロブの副作用。

G 姿勢の保持が困難になった。

早川 その可能性もありますね。これまで全く触れていませんでしたが、フォサマック（アレンドロン酸ナトリウム水和物）を横にならまま服用しているかもしれません。

一同 なるほど。

早川 最後に、この患者さんへの療養指導や予後について、注意しておきたいことを挙げてみましょう。

F 服薬状況。患者さん自身は来局されていないので分かりませんが、実際は寝たきりに近いかもしれません。

G 介護の手間が相当掛かっているのではないですか。

E 頻尿と便秘の両方があるので、水分摂取量をどうアドバイスすればいいのか……。

早川 翌年の2月16日の来局時には、浣腸剤が追加されています（⑩）。私たちも介護の状況を把握しながら、支援策を考えいかなければなりません。

薬歴添削教室への 参加薬局を募集します！

早川教授のオーディットに参加希望の薬局の方は、「薬歴添削教室 参加希望」と明記の上、ファクス（03-5696-3237）もしくはウェブサイト「DIオンライン」（<http://di.nikkreibp.co.jp>）の問い合わせフォームでご応募ください。

⑩ 介護の状況を把握しつつ排便コントロールを支援しよう

これまでの状況から、本患者には何らかの介護の手が加わっている様子が浮かび上がってきた。転倒による入院後は、便秘に対してテレミンソフト坐薬（ビサコジル）が処方されるようになりました。内服薬のみでは排便コントロールがうまくいかない一方、頻尿もあるので、水分摂取を抑えていることも推測されます。2012年2月6日には、定期薬に変更ではなく、ケンエーG浣腸液（グリセリン浣腸剤）が追加されました。私たちも介護の状況を把握しながら、対応策を考えいかなければなりません。

患者のQOLへの影響を考慮したアセスメント事項

- パーキンソン病の重症度：Ⅲ度からⅤ度に進行した可能性も。
- 運動合併症：あり。
- 転倒のエピソードあり。
- 夜間頻尿の生活への影響：転倒防止、不眠軽減のため。
- 貼り薬の変更は何かのイベントを示唆？
- 便秘：振戦などの症状があるが食事はきちんと食べられているか？
- 認知症の有無：認知症を合併するとADL・QOLが一気に低下する
- 胸やけ：原因の確認（レキップ？ ロブ？ 姿勢保持困難の進行？）
- 30分以上の起座姿勢維持：フォサマックの服用状況確認、状況により投与の可否を検討
- その他のパーキンソン病患者のQOLに影響する因子：うつ病の合併（未確認）、不眠（未確認だが可能性あり）

参加者の感想

笹原 美佳氏

日ごろは処方箋だけを見て自己流の考え方をしていたと実感しました。病状や症状、薬剤だけでなく、様々な視点から患者さんや家族に深く切り込んでいき、薬歴に反映させていきたいと思います。

世良田 真理氏

do処方の処方箋を見ると、病状が落ち込んでいるというスタンスで投薬に入りがちですが、一つ一つの薬を見直して、未確認の情報を聞き出すことで、プロブレムに対する解決策をうまく引き出せるのではないかと感じました。



全体を通して

早川 達氏

薬局セントラルファーマシー長嶺では日ごろから、患者に着座してもらい、比較的ゆっくりと対応しているそうです。そのためS情報は多く得られており、1対1でしっかりと対応していることが薬歴から分かりました。その前提で、「さらに視点を広げて包括的に考えると何ができるか」について考えました。

まず、基本的な病態と一般的な治療の枠組みで考えたとき、押された方がよい症状や生活上の情報がたくさん挙がりました。それを把握・評価することで、様々なアプローチが可能になることが分かったと思います。私たちが、ガイドラインなどで示されている基本的な枠組みを意識して初期から対応すれば、隠れた問題点をモニターして、予期される悪いイベントを予防できます。患者が困っていることに対していかに支援していくかも、薬剤師の大切な役割です。経過を追っていく中で、最後はQOLという観点で深くディスカッションができました。私たちが主体的に関わることによって、良い対応ができるという“気づき”が得られたのではないでしょうか。