



どたすけ（土田介：堺）通信 8

作成・発行：堺市薬剤師会 さかい医薬品適正使用推進委員会

どたすけ通信は、堺市薬剤師会・堺市地域支援病院5病院の薬剤部(科)・大阪大谷大学薬学部の協力のもと作成しています。堺市医療圏における医薬品情報をもとに有効性・安全性・経済性の観点から分析し、高齢者への薬物治療や生活習慣病の治療に役立つ情報を掲載しています。堺市民の医薬品適正使用の推進の一助になればと考えております。ご活用いただければ幸いです。

堺市における医薬品の処方分析（主な抗うつ薬）

令和5年1月～12月における国民健康保険および後期高齢者医療の府内の堺市地域における調剤レセプト（大阪府健康医療部生活衛生室薬務課）を参考に作成した。

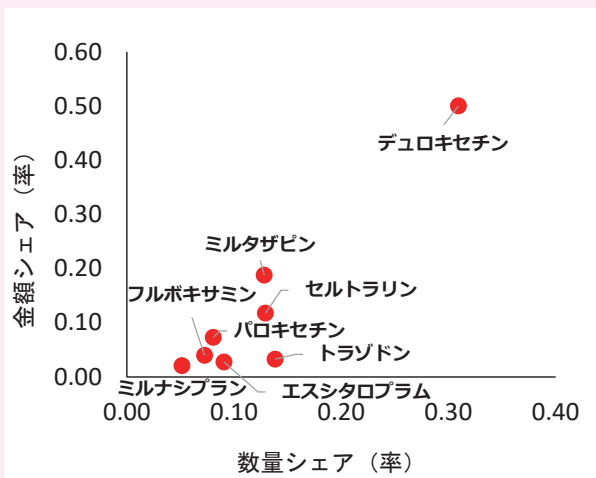


図1. 主な抗うつ薬の市場分析

SSRI : フルボキサミン、パロキセチン、セルトラリン、エスチタロプラム
 SNRI : デュロキセチン、ミルナシプラン
 NaSSA : ミルタザピン、その他 : トラゾドン

表1. 主な抗うつ薬の製品別シェア

(BR:先発品、AG:オーソライズド・ジェネリック、GE:後発品)

フルボキサミン使用量 (割合)			パロキセチン使用量 (割合)		
後発品使用率		53.0%	後発品使用率		73.8%
BR「明治」	84,601	30.2%	BR「GSK」	84,653	26.2%
GE「アメル」	61,422	21.9%	GE「SPKK」	53,797	16.7%
BR「アッヴィ」	47,027	16.8%	GE「AA」	51,493	15.9%
セルトラリン使用量 (割合)			エスチタロプラム使用量 (割合)		
後発品使用率		73.2%	後発品使用率		52.5%
BR「ファイザー」	138,686	26.8%	BR「持田」	172,365	47.5%
GE「明治」	132,955	25.7%	GE「明治」	76,221	21.0%
GE「トーワ」	81,600	15.8%	GE「DSEP」	34,178	9.4%
デュロキセチン使用量 (割合)			ミルナシプラン使用量 (割合)		
後発品使用率		68.0%	後発品使用率		51.6%
BR「塩野義」	396,319	32.0%	BR「旭化成」	99,588	48.4%
GE「DSEP」	222,630	18.0%	GE「アメル」	80,226	39.0%
GE「トーワ」	167,984	13.5%	GE「サワイ」	16,485	8.0%
ミルタザピン使用量 (割合)			トラゾドン使用量 (割合)		
後発品使用率		59.0%	後発品使用率		68.0%
BR「明治」	199,824	39.0%	GE「アメル」	376,710	68.0%
GE「明治」	195,096	38.0%	BR「ファイザー」	118,463	31.4%
GE「トーワ」	27,578	5.4%	BR「オルガノン」	59,117	10.7%

令和5年の堺市内の主な抗うつ薬8成分（SSRI 4成分、SNRI 2成分、NaSSA 1成分、その他 1成分）の薬剤料は、約1億4000万円（薬価ベース）であった。成分毎のシェア（数量シェア/金額シェア）では、デュロキセチン製剤のシェア（31.4%/50.0%）は、他成分と比較し著しく高かった。（図1）この要因は、適応症として抗うつ作用に加え種々疾患の慢性疼痛の改善作用を有しているため使用量が増加していると考えられた。また、デュロキセチン製剤を除いた抗うつ薬7成分の数量シェアは、何れの製剤も1割前後で大きな差はなかった。

成分別のジェネリック医薬品（GE）の処方動向としては、処方頻度が高い上位3製剤を記載した。他領域と比較して抗うつ薬領域では、先発医薬品（BR）が選択される割合が4割程度と高い傾向を示した。

（表1）

なお、適正使用にあたり薬理作用または製剤的な特徴による薬剤の使い分け等については、薬剤比較の頁を参照ください。

薬剤比較（抗うつ薬）

本稿は、大阪大谷大学薬学部 実践医療薬学講座（名徳教授）のご協力を得て作成しています。

各種ジェネリック医薬品と先発医薬品のパラメータ比を、X軸には Cmax（最高血中濃度）、Y軸には AUC（血中濃度曲線下面積）を示した。軸の中央ほど、近似していることを示す。（先発品は、原点0の座標（0,0）に位置する。）

※詳細は、どたすけ通信 1・2 をご覧ください。



データラベルは、ジェネリック医薬品の名称で示した。
「有効成分の一般的名称+剤型+含量+会社名」の会社名を示す。

抗うつ薬の比較一覧(1)

一般名	トラゾドン塩酸塩				フルボキサミンマレイン酸塩				パロキセチン塩酸塩												
製品名	デジレル* [※]		レスリン [®]		ジェネリック		ルボックス [®]		デプロメール [®]		ジェネリック		パキシール* [※] (先発品のみの錠もあり)		ジェネリック						
規格	錠 25mg	錠 50mg	錠 25mg	錠 50mg	錠 25mg	錠 50mg	錠 75mg	錠 50mg	錠 75mg	錠 25mg	錠 50mg	錠 75mg	錠 20mg	錠 10mg	錠・OD錠 5mg	錠・OD錠 10mg	錠・OD錠 20mg				
薬価	10.4	15.9	8.2	14.6	5.9	8.0	16.7	26.5	32.5	20.0	32.9	44.3	10.1	14.3	20.4	23.3	40.9	70.3	10.1~16.8	12.3~28.5	20.3~50.8
適応症	うつ病・うつ状態				うつ病・うつ状態				うつ病・うつ状態、強迫性障害、社会不安障害				うつ病・うつ状態、強迫性障害、社会不安障害、外傷後ストレス障害								
用法	通常、1日量75mg~100mgを初期用量とし、1日200mgまで増量し、1~数回に分割経口投与 なお、年齢、症状により適宜増減				1日50mgを初期用量とし、1日150mgまで増量し、1日2回に分割し経口投与 なお、年齢、症状に応じて適宜増減				1日1回25mgを就寝前から開始 その後1週間以上の間隔をあけて1日50mgを1日2回朝及び就寝前に経口投与 年齢・症状に応じて1日150mgを超えない 範囲で適宜増減				1日1回夕食後、20~40mgを経口投与 1回10~20mgより開始し、原則として1週間ごとに10mg/日ずつ増量				1日1回夕食後、30mgを経口投与 1回10mgより開始し、原則として1週間ごとに10mg/日ずつ増量				
一日最大投与量	200mg				150mg				40mg				40mg								
腎機能障害患者 (文献1より引用)	腎機能正常者と同じ				重度の腎機能障害患者では排泄が遅延するおそれがある				30≤GFRまたはCCr<60 (mL/min)				腎機能正常者と同じ								
肝機能障害患者	記載なし				AUCが増大または半減期が延長するおそれがある				5.17±1.47 (25mg、単回投与)				血中濃度が上昇することがある								
T _{max} (hr)	2.6 (50 mg、単回投与)				5.17±1.47 (25mg、単回投与)				5.05±1.22 (20mg、単回投与)				5.05±1.22 (20mg、単回投与)								
t _{1/2} (hr)	6.4 (50 mg、単回投与)				8.91±1.25 (25mg、単回投与)				14.35±10.99 (20mg、単回投与)				14.35±10.99 (20mg、単回投与)								
排泄率(%)	トラゾドン、代謝物及び抱合体併せて36 (100mg、単回経口投与、24時間まで尿中)				未変化体と代謝物併せて約40 (100mg又は200mg、単回経口投与、72時間まで尿中)				未変化体：0.24 主要代謝物：29.6 総排泄率：35.6 (20mg、単回経口投与、72時間後まで)				未変化体：0.24 主要代謝物：29.6 総排泄率：35.6 (20mg、単回経口投与、72時間後まで)								
主な代謝酵素	CYP3A4、CYP2D6				CYP2D6				CYP2D6				CYP2D6								

* デジレル*錠、パキシール*錠は2025年3月31日 経過措置期間満了

抗うつ薬の比較一覧(2)

一般名	セルトラリン塩酸塩				エスシタロプラムシユウ酸塩				ミルナシブラン塩酸塩									
	ジェイゾロフト*		ジェネリック		レキサプロ*		ジェネリック		トレドミン*		ジェネリック							
製品名	錠・OD錠 25mg	錠・OD錠 50mg	錠・OD錠 100mg	錠・OD錠 25mg	錠・OD錠 50mg	錠・OD錠 100mg	錠・OD錠 20mg	錠・OD錠 10mg	錠・OD錠 20mg	錠 15mg	錠 25mg	錠 50mg	錠 12.5mg	錠 25mg	錠 50mg			
規格	50.9	86.0	136.1	103~162	16.2~27.7	26.4~45.3	114.5	164.1	49.0~60.0	74.8~89.6	8.0	10.7	14.8	24.7	7.6	8.3	7.8~11.2	19.2
薬価	うつ病・うつ状態、パニック障害、外傷後ストレス障害																	
適応症	うつ病・うつ状態、パニック障害、外傷後ストレス障害																	
用法	<p>1日25mgを初期用量とし、1日100mgまで漸増し、1日1回経口投与 なお、年齢、症状により適宜増減</p> <p>10mgを1日1回夕食後に経口投与 なお、年齢、症状により適宜増減するが、増量は1週間以上の間隔をあけて行う</p> <p>1日25mgを初期用量とし、1日100mgまで漸増し、1日2~3回に分けて食後に経口投与 なお、年齢、症状により適宜増減 高齢者には、1日25mgを初期用量とし、1日60mgまで漸増し、1日2~3回に分けて食後に経口投与</p>																	
一日最大投与量	100mg				20mg				100mg (ただし、高齢者には60mg)									
腎機能障害患者 (文献1より引用)	腎機能正常者と同じ				GFRまたは $CCr < 30$ (mL/min)				30 ≤ GFRまたは $CCr < 60$ (mL/min)				投与量を減じて使用する 1日25~75mgを分2~分3、食後					
肝機能障害患者	血中濃度半減期が延長し、AUC及び C_{max} が増大することがある				遺伝的にCYP2C9の活性が欠損していることが判明している患者 (PM) では血中濃度が上昇し、QT延長等の副作用が発現しやすいおそれがあるため、10mgを上限とすることが望ましい				高い血中濃度が持続するおそれがある									
T_{max} (hr)	8.7 ± 2.1 (50mg、単回投与)				EM ^{※1} : 3.8 ± 0.4, PM ^{※2} : 4.8 ± 1.8 (10mg、単回投与)				2.0 ± 0.0 (25mg、単回投与)									
$t_{1/2}$ (hr)	22.5 ± 8.1 (50mg、単回投与)				EM ^{※1} : 27.7 ± 7.5, PM ^{※2} : 51.2 ± 16.9 (10mg、単回投与)				8.2 ± 1.0 (25mg、単回投与)									
排泄率(%)	未変化体として約0.1 (50mg、100mg及び200mg、単回経口投与、投与後24時間まで)				EM ^{※1} : 12.9~13.2, PM ^{※2} : 21.2~21.9 (50mg、100mg、10mg、PM・EMともに単回経口投与、投与後168時間後まで)				未変化体と代謝物併せて約85 (50mg、食後単回投与、投与後48時間まで)									
主な代謝酵素	CYP2C19、CYP2C9、CYP2B6及びCYP3A4等				CYP2C19				CYP3A4									

※1 EM: CYP2C19*1/*1、CYP2C19*1/*2、CYP2C19*1/*3

※2 PM: CYP2C19*2/*2、CYP2C19*2/*3、CYP2C19*3/*3

疑義照会事例

事例 1. 抗うつ薬における経管投与の可否と等価換算

【症例】

70代 女性。ラクナ梗塞発症、セルトラリン塩酸塩錠50mg定期内服中の患者。

ラクナ梗塞発症、摂食訓練しながら経管栄養が開始となった。選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI)であるセルトラリン塩酸塩錠が院内採用ではないため、主治医は代替薬としてパキシル®CR錠に切り替えてオーダーした。経管投与の指示もあり、以下の通り疑義照会を行った。

【処方】 経管より薬剤投与

シロスタゾールOD錠100mg 2錠/分2 <朝夕食後>

パキシル®CR錠 25mg 2錠/分1 <夕食後>

⇒疑義照会にてパロキセチン塩酸塩錠 20mg 1錠/分1 <夕食後>に変更となった。

パキシル®CR錠は経管投与不適のため、パロキセチン塩酸塩錠に変更が必要である。また下記等価換算を参考にしてセルトラリン塩酸塩錠50mgから変更の場合、パロキセチン塩酸塩錠20mg（パキシル®CR錠なら25mg）への変更を提案し、提案通り経管投与可能なパロキセチン塩酸塩錠20mgに変更となった。主治医からも口腔乾燥もないためSSRI継続と確認。また、抗血小板薬とSSRI併用で出血リスク増大¹⁾する旨の情報提供も行った。

amitriptyline	150	milnacipran	100
amoxapine	150	mirtazapine	30
clomipramine	120	nortriptyline	75
desipramine (販売中止)	150	<u>paroxetine</u>	40
dosulepin	150	<u>paroxetine CR</u>	50
duloxetine	30	safrazine (販売中止)	30
escitalopram	20	<u>sertraline</u>	100
fluvoxamine	150	setiptiline	6
imipramine	150	sulpiride	300
lofepramine	150	trazodone	300
maprotiline	150	trimipramine	150
mianserin	60	venlafaxine	150

日本精神科評価尺度研究会 向精神薬の等価換算より

【今回の症例より】

SSRIは5-HT₃受容体刺激が引き金となり、嘔吐中枢が刺激され、悪心などの消化器症状が出現すると考えられている。そのためパキシル®CR錠は、徐放化により投与初期の消化器症状の軽減を期待した製剤である。本症例では既にSSRIを継続服用していたため、影響は少ないと考えられた。降圧剤やカリウム製剤など他の徐放性製剤は、経管投与すると急激な血中濃度上昇による重篤な副作用発現の恐れがあるため、経管投与における剤形選択には注意が必要である。

【引用文献】

1) Andreas Laupacis et al. CMAJ. 2011 Nov 8;183 (16): E1203-12.

事例2. パロキセチンとデキストロメトルファン併用に対する疑義照会

【症例】

40代 女性。うつ病によりパロキセチン30mg/日で服用中の患者に対して、感冒症状によりデキストロメトルファン錠60mg/日、カルボシステイン錠1500mg/日が7日分で処方された。

デキストロメトルファン錠にはセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害作用があり併用によりセロトニン症候群のリスクが高まる可能性があった。

そのため、疑義照会を行ったところデキストロメトルファン錠は削除となった。

【セロトニン症候群について】

セロトニン症候群は、抗うつ薬をはじめとした、セロトニンに関係する作用をもつ薬を服用中に出現する副作用で、精神症状（不安になる、混乱する、いらいらする、興奮する、動き回るなど）、神経・筋症状（手足が勝手にぴくぴく動く、震える、体が固くなるなど）、自律神経症状（汗をかく、熱がでる、下痢になる、脈が速くなるなど）が見られることがある。

抗不安薬であるタンドスピロンはセロトニン5-HT_{1A}受容体作動薬であり、本剤がセロトニン症候群の発症に関与した報告も認められ、死亡例も報告されている。頻度は少ないが、ペチジン、ペンタゾシン、トラマドールなどの鎮痛薬や鎮咳剤であるデキストロメトルファンなどと抗うつ薬の併用時にセロトニン症候群が発現することもある

【パロキセチンについて】

パロキセチンは選択的なセロトニン（5-HT）取り込み阻害作用を示し、神経間隙内の5-HT濃度を上昇させ、反復経口投与によって5-HT_{2c}受容体のdown-regulationを誘発することにより、抗うつ作用及び抗不安作用を示すと考えられる。

主にCYP2D6により代謝をうけ、CYP2D6で代謝される薬剤とは拮抗阻害を起こす。

【デキストロメトルファンについて】

デキストロメトルファンはセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害作用があり、比較的強いセロトニン再取り込み阻害作用を有する。またCYP2D6で代謝されるため、CYP2D6阻害薬との併用においては血中濃度が上昇する可能性も示唆されている。

【今回の症例より】

抗うつ薬によるセロトニン症候群の発症頻度は高いものではなく、パロキセチンにおいても高用量使用での報告が多いが、10mg/日での使用において発症した報告もある。そのため、セロトニン症候群のリスクを回避するためにはSSRIを使用している患者、特にCYP2D6阻害作用のあるパロキセチンを服用している患者においてはデキストロメトルファンの併用を避けることが望ましいと考える。

【参考文献】

PMDA重篤副作用疾患別対応マニュアル セロトニン症候群
パキシル錠添付文書

TAYLOR, Charles P., et al. Pharmacology of dextromethorphan: Relevance to dextromethorphan/quinidine (Nuedexta®) clinical use. *Pharmacology & therapeutics*, 2016, 164: 170-182.

小林星太, et al. デキストロメトルファンおよび抗うつ薬によるセロトニン症候群が疑われ薬局薬剤師が介入した1例. *日本老年薬学会雑誌*, 2020, 3. 3: 65-69.

有害事象事例

事例 1. 選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) による薬剤性抗利尿ホルモン不適合分泌症候群 (SIADH) を発症した例

【症例】

90代 女性。原疾患名：うつ病

◇合併症：高血圧症、脂質異常症、骨粗鬆症、狭心症、パーキンソン症候群、甲状腺機能低下症、リウマチ性多発筋痛症

◇併用薬

レボチロキシシン75 μ g、アルファカルシドール1 μ g、ロスバスタチン2.5mg、ニフェジピン徐放10mg、アジルサルタン10mg、アスピリン100mg、ボノプラザン10mg、レボドパ・ベンセラジド、プレドニゾン2.5mg 隔日、硝酸イソソルビドテープ40mg、バルプロ酸ナトリウム徐放100mg、エシタロプラム5mg

◇経過

不安感が強くエシタロプラム5mgが開始となった。開始3日目に悪心、食思低下が発現。開始5日目に嘔吐があり、開始6日目に食事摂取が困難となる。開始7日目に水分摂取も難しくなり、医師指示でエシタロプラム中止、悪心、食思低下の精査目的で入院となった。入院時の採血にて低Na血症 (Na : 114mEq) が判明し、Na摂取不足、副腎不全、薬剤性抗SIADHが疑われた。脱水の所見はなく、副腎皮質刺激ホルモン (ACTH)、血中コルチゾール、血漿バソプレシン値、血漿浸透圧、尿浸透圧、尿中Na濃度、血清クレアチニン、血清尿酸値、甲状腺機能の結果からSIADHと診断された。治療として、入院初日から3%食塩水で補正開始、低Na血症をきたす可能性がある薬剤としてエシタロプラムとバルプロ酸ナトリウム、アジルサルタンが中止となった¹⁻³⁾。入院5日目に血清Na値は正常化し、以降血清Na値の低下はなく経過した。入院6日目には1000kcal/日程度の食事摂取も可能となり、バルプロ酸ナトリウムも再開、アジルサルタンは血圧安定していたためそのまま終了となった。うつ病に対する代替薬は使用しなかったが、不安感の発現はなく、入院17日目に退院となった。

【症例の考察】

今回の低Na血症の原因はエシタロプラムと同時期に中止になり、再開されていないアジルサルタンによる影響も否定できないが、症状発現の時系列より、エシタロプラムとの因果関係が考えられた。また本症例は服用開始初期にSSRIの消化器症状が発現し⁴⁾、その後薬剤性SIADHを併発した可能性もある。

【薬剤性SIADHについて】

薬剤性SIADHを起こす薬剤として、抗うつ薬、抗てんかん薬、抗精神病薬、抗がん剤、プロトンポンプ阻害薬などが報告されている。特に高齢者においては抗うつ薬によるSIADHが発症しやすく、発症機序はバソプレシン分泌亢進作用、腎集合管でのバソプレシン作用の増強、バソプレシン分泌抑制経路の障害等が考えられている⁵⁾。

SIADHを引き起こす原因は、様々で、SIADHでの入院患者の1/4程度が薬剤性との報告もあり⁶⁻⁷⁾、入院患者でSIADHを疑った場合には、薬剤との因果関係を考えることが重要と思われる。SIADHはSSRIの重大な副作用としても報告されている¹⁾。SSRIによる消化器症状の遷延時はSIADHの可能性に留意し、早期発見のために血清Na値のモニタリングが重要である。

【参考文献】

- 1) エスシタロプラム添付文書
- 2) バルプロ酸ナトリウム添付文書
- 3) The Japanese Red Cross Medical Journal 巻 66, 号 1, p. 182, 発行日 2014-09-01
- 4) Nikkei medical (384), 129-132, 1999-11
- 5) 大田秀隆ほか: 日本老年医学会雑誌. 2008 ; 45(1) : 90-94.
- 6) 盛田幸司: 内科. 2019 ; 124(6) : 2445-2448.
- 7) Shepshelevich, D. et al.: Eur J Intern Med. 2015 ; 26(10) : 819-824.

事例2. エスシタロプラムによる食欲減退

【症例】

80代 女性 外来にて認知症、心房細動等のフォロー中の患者。

併用薬剤：エソメプラゾール20mg、エルデカルシトール0.75 μ g、テルミサルタン20mg、ペマフィブラート0.1mg、アロチノロール5mg、ベニジピン2mg、リバスチグミンテープ13.5mg

老人性うつによる意欲低下のため、エスシタロプラム10mg 1錠が追加処方され服薬開始となった。患者本人より、開始2日後から食欲が低下し、開始5日後には食事が常食量の6割程度まで低下していると電話にて聴取した。

症状発現がエスシタロプラムの開始2日後であったこと、また、エスシタロプラムと併用薬剤との相互作用による副作用発現の可能性が低いことから、エスシタロプラムそのものによる副作用であると考えた。添付文書には、消化器症状として、悪心「5%以上」（20.7%）、食欲減退「1～5%未満」が示されている。エスシタロプラムなどのSSRI剤は、薬理作用から副作用として消化器症状が出現する可能性が高い。この患者は、体重が40kgと小柄であり、年齢が80代と高齢であることから生理機能が低下している可能性があると考えた。開始5日後に、処方医に減量提案を行い、翌日（開始6日後）からエスシタロプラム10mg 0.5錠に減量となった。減量して1週間後には、食欲減退の症状については軽減し、その後完全に消失したことを電話により聴取した。

* 11.2 その他の副作用

	5%以上	1～5%未満	1%未満	頻度不明
消化器	悪心（20.7%）、 口渇	腹部不快感、下痢、 食欲減退、腹痛、嘔吐、便	腹部膨満、胃炎、 食欲亢進、消化不良	

【今回の症例を経験して】

SSRI剤は副作用として食欲減退を訴える患者が多い傾向にあり、本症例においてもエスシタロプラムによる食欲減退の発現が考えられた。

しかしながら、認知症症状進行によっても意欲低下（食欲減退）が起こることがあるため、それらの鑑別は重要である。また、高齢者においては薬物動態試験で血中濃度が高い傾向が認められることもあるため、併用薬剤だけでなく、患者の年齢、体重などを考慮して服薬フォローを実施するように心掛けたい。

調査研究報告（堺市における医薬品適正使用の推進を目的としたDI連携の取り組みの検討） —医薬品情報誌「どたすけ通信」に対するアンケート調査から—

【背景・目的】

堺市薬剤師会では2022年9月に地域での医薬品適正使用を目的とした取り組みとして「さかい医薬品適正使用推進委員会」を発足し、堺市医療圏の医療・介護従事者が有効に利用できる医薬品適正使用情報を用いたDI連携を展開している。医薬品情報ツールとして情報誌(以下「どたすけ通信」)を年3回発行し、内容として、テーマ薬剤に絞って堺市におけるジェネリック医薬品の現状分析、薬剤比較、疑義照会事例、有害事象事例、調査研究報告等を掲載している。

今回、「どたすけ通信」について堺市医療圏の医療・介護従事者に対してアンケート調査を行い、本委員会の取り組みについて検討したので報告する。

【方法】

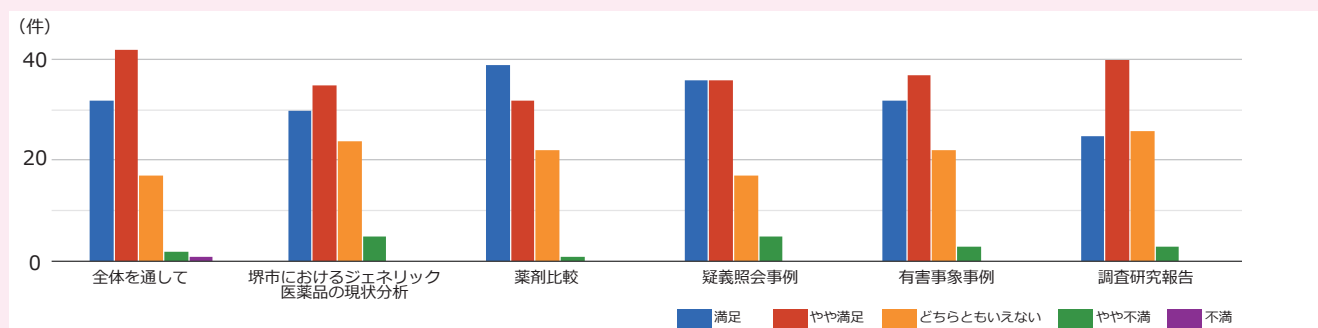
調査期間は2023年6月～2024年1月とし、アンケート内容は、1) 情報誌の満足度、2) 役立った項目、3) 利用の目的、4) 今後の利用の有無について、さらに 5) 本委員会の活動について等とした。なお、本調査研究に対するアンケート調査については、大阪大谷大学の倫理委員会の承認を得た。

【結果】

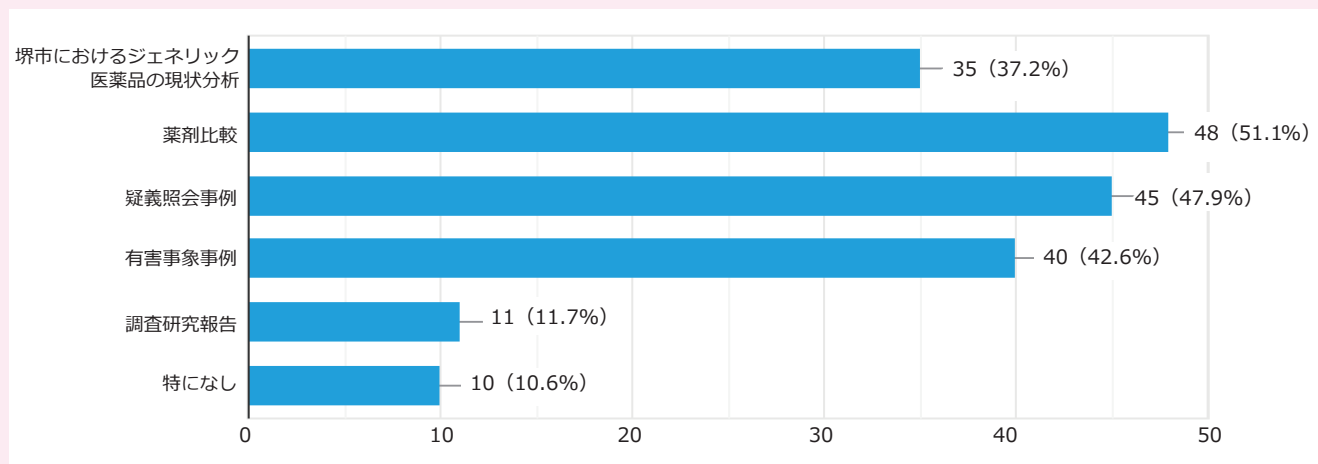
94人（女性57%、男性43%）から回答が得られた。職業別では薬剤師が約9割、年齢別では40歳代、50歳代で全体の2/3を占めた。

①どたすけ通信について

(1) 通信についての各項目の満足度 (件)



(2) 役立った項目は何ですか (複数回答可)



(3) 今後も利用したいと思いますか (複数回答可)

はい 89件 (94.7%) いいえ 5件 (5.3%)

(4) どたすけ通信について、ご意見があればご記入ください

良い点 等

- ・有害事象事例は、口渴はある程度仕方ないと見過ごしてしまいそうな件で、とても参考になりました。
- ・耳鼻科の門前薬局ですので、今回の抗ヒスタミン剤の記事は、とても参考になりました。
- ・薬剤比較がとても参考になります。一覧表になっていて見やすかったです、これからも他の薬剤でもお願いします。
- ・腎機能や肝機能と薬剤との関係性

改善点 等

- ・ひらがな表記はよくないと思います。
- ・地域で薬剤師が取り組んでいる情報が欲しい。
- ・薬剤比較で載っていないメーカーがあった。
- ・OD錠の情報もあれば良かった。
- ・見づらいため改善していただけると幸いです。
- ・薬剤の事を、あまり知らないのでも、パラメーター比など内容が難しく、医療で薬の事をよくわかっている方を対象にした通信であるならしかたないかと感じました。
- ・登録販売者にも解りやすい内容の記事もお願いいたします。

②今後の堺市薬剤師会の医薬品情報提供活動について (対象：薬剤師のみ、86件)

(1) 堺市薬剤師会として、医薬品情報提供活動は必要だと思われませんか

はい 79件 (91.9%) いいえ 7件 (8.1%)

“医薬品情報提供活動が必要”とお答えの方への質問

堺市薬剤師会独自でそのような情報収集及び情報発信をする必要はあると思いませんか

はい 57件 (72.2%) いいえ 22件 (27.8%)

(2) 堺市薬剤師会の医薬品情報提供活動についてご意見等がありましたら、ご記載ください

- ・在庫流通の改善にもっと声を大にして主張してほしい。
- ・国が推奨している必要なジェネリックが普通に買えない状況は異常です。異常な世の中に対して正しい規律を導く機関となって欲しい。
- ・どたすけ通信は、実際に業務を行っている上で有用な情報があり、届いたらすぐ目を通すようにしています。これからもよろしくお願いします。
- ・薬剤枯渇時の患者誘導の手助けをして欲しい。
- ・地域においての特化した内容
- ・薬の事を気軽に聞ける場があるといいと思います。
- ・ジェネリック医薬品の薬剤比較を地道に続けてほしい。



【考察】

アンケート調査から、どの掲載内容についても満足度が高い回答が得られたことや、今後も堺市薬剤師会による医薬品情報提供活動が必要であるという意見も多いことから、どたすけ通信に対する満足度が高いということがうかがえる。やはり、地域として医薬品情報を提供していくDI活動は有用であり、その必要性は今後ますます高まっていくことが考えられる。

一方で、薬剤師会で取り組んでいる活動内容に関する掲載が必要との意見や、登録販売者にも分かりやすい内容の記事も掲載してほしい等の意見もあった。

今後はこれらの結果を活かし、より良い地域におけるDI連携が構築できるように掲載内容の更なる向上に繋げていきたい。

(第26回 近畿薬剤師学術大会 ポスター発表より)



TOPIX

お知らせ

このたび、一般用と外来化学療法用の2種類のトレーシングレポートを作成しました。

医師へ伝えたいことがより明確になること、内容の聴取漏れが少なくなること、および医師側においても統一したフォーマットであると確認しやすいことが大きなメリットとなります。以下の二次元コードから、PDFにてそれぞれご覧いただけますので是非ご活用ください。今後も、より使いやすいトレーシングレポートに向けて工夫していきたいと考えておりますので、忌憚のないご意見をいただければ幸いです。

【一般用】



【外来化学療法用】



<http://www.sakaiyaku.or.jp/iryokankei/index.html#dotasuke>

過去のどたすけ通信も含めWEBでご覧いただけます。
上記の二次元コードもしくはURLから、ぜひご覧ください。

【お問合せ先】

(一社) 堺市薬剤師会 地域医療連携室
堺市西区浜寺石津町東4-2-14
TEL:072-280-1873
FAX:072-280-1918