

IBDの薬学的介入には、処方解析と患者ヒアリングで炎症の状態を把握

自己注射より毎日の内服薬にストレスを抱く若い世代に
ドロップアウトさせない服薬指導

炎症性腸疾患（Inflammatory Bowel Disease：IBD）は、慢性的に消化管に炎症が起こる再燃と寛解を繰り返す病気です。近年、食生活の欧米化などから患者数は急激に増加していますが、一方で、新しい薬が次々と登場し治療の幅が広がっています。ナカジマ薬局山鼻店（札幌市）の木下隆市氏は、病院勤務の経験を活かし現在はIBD専門クリニックと連携し薬物治療に意欲的に介入しています。IBDの治療は、炎症の状態による薬剤、剤型の使い分けが重要と語る木下氏に、処方解析のポイントや若い世代の患者さんのアドヒアランスを上げるための服薬指導などについて伺いました。



株式会社ナカジマ薬局
ナカジマ薬局 山鼻店（北海道札幌市）
木下 隆市（きのした・りゅういち）氏

Profile

北海道薬科大学卒業、中規模病院に勤務し、調剤、製剤、DI業務に従事、10年以上消化器病棟を担当、IBDセンターの開設時からIBD専門チームに所属。2018年よりナカジマ薬局に転職、2020年山鼻店の開業を機に山鼻店へ配属となり経験を活かしIBD治療の介入、服薬指導にも力を入れている。

患者数は増加の一途だが、外来で寛解をコントロールする患者も増えている

IBDをメインにした処方箋応需の調剤薬局は珍しいと思いますが、薬局の開設の経緯を教えてください。

木下 当薬局は、同じ医療モール内にあるIBD専門クリニックの開業と同時に2020年9月にオープンしました。薬局の開設については、弊社の事業開発部が話を進めていましたが私が当薬局へ配属になったのは、以前、私が病院勤務で消化器病棟を担当し、IBD専門チームにも所属していたことが理由だったようです。

当薬局では眼科からの処方箋も応需していますが、IBD専門クリニックの処方箋をメインで応需しているということは特殊かもしれません。そもそもIBDの検

査、診断から治療まで一貫して行う専門のクリニックというのが全国的に見てもかなり珍しいと思います。IBDの患者さんは20～40歳代の若い世代が多く、現在、1カ月に500～550人位来局されており、開局時と比較すると1.5倍に増えています。

IBDは難しい病気というイメージがありますが、現在、この分野の状況はどうなのでしょう。

木下 IBDは、日本語では炎症性腸疾患と呼ばれ、消化管に慢性的に炎症を起こす疾患の総称で、具体的には潰瘍性大腸炎（UC）^{※1}とクローン病（CD）^{※2}になります。1990年代以降、日本でも急激に患者数が増加

※1 大腸に限局したびまん性の病変をきたす疾患であり、主として大腸粘膜を侵し、しばしばびらんや潰瘍を形成する原因不明のびまん性非特異的炎症である。

している疾患で、その背景には食事の欧米化が関係しているとされています。また、近年、内視鏡による診断法が向上したことも患者数増加の要因になっていると思います。

IBDは難病指定にされており、残念ながら現在の医療技術では治癒させることはできませんが、新しい薬が増え、以前と比べると治療の選択に幅ができ外来で治療をしながら普通の生活ができる患者さんが多くな

※2 主として若年者に見られ、口腔から肛門までの消化管のどの部位にも起こりうる潰瘍や繊維化を伴う原因不明の肉芽腫性炎症性病変である。

IBDの治療のポイントは重症度と炎症部位に応じた薬剤選択

IBDの主な薬物治療の実際を教えてください。

木下 IBDの薬物治療では、UC、CDどちらでもほとんどの患者さんが服用されるのが5-アミノサリチル酸(5-ASA)です。5-ASAで効果が不十分な場合には、重症度に応じて、ステロイド剤、その依存例には免疫調節薬、さらに重症例やステロイド抵抗例には免疫抑制薬や生物学的製剤(バイオ製剤)を使うというガイドラインに則った治療が行われています。

5-ASA 飲み薬が一般的ですが、UCの場合は炎症部位に応じて坐剤や注腸剤も投薬されます。炎症が直腸だけの直腸炎型には5-ASA坐剤、左側大腸炎型には5-ASA注腸が使用されることもあり、患者さんの重症度や炎症部位は、基本的に処方と患者さんからのヒアリングで把握します。クリニックでは、内視鏡、炎症反応、エコーなど必要に応じた様々な検査を行っていますので、「どんな検査をしましたか？」と尋ねて検査結果を聞くことで詳しい状態を知ることができます。例えば、5-ASAの内服と坐剤が処方されていたら、「内視鏡をしましたか？」、「直腸に炎症がありましたか？」などと聞いています。

同じ5-ASAの内服でも、今までメサラジン錠を服用していた人が、ある日、リアルダ錠®に処方が変わることがあります。その場合にはメサラジン錠よりリアルダ錠®の方が、直腸型にはより効果があり高用量を投与できること、寛解導入療法ではできるだけ高用量の5-ASAを投与した方が効果も高いというエビデンスから処方変更の理由を推測します。5-ASAの中でもどの薬剤、剤型を選択していくかが、UCの治療では大切なポイントになります。

っています。IBDは状態が悪い時期(再燃期)と状態が落ち着いている時期(寛解期)を繰り返すのが特徴ですが、いかに炎症をコントロールして寛解期を維持するかが治療の目標になります。

クリニックでは、薬物療法や血球成分除去療法などで寛解を図っていきますが、重症な患者さんは、連携している近隣の病院で入院や手術を受けられるような体制をとっています。

ステロイド剤 5-ASAで寛解導入できなかった場合にステロイドの投与となり、使い方には非常に細かい調節が必要になります。プレドニゾロンの投与量を1〜2週間でワンステップずつ減量していきませんが、病棟を担当していた頃と環境が違い、なんでも細かく医師に確認するというわけにはいきません。2週間目に減量されていないからといって、必ず問い合わせるのではなく患者とのヒアリングの中で疑義が解消されない場合に疑義照会を入れるようにしています。ステロイドには寛解維持効果はないため、寛解維持の目的では使用しません。また、ステロイドで効果がない(ステロイド抵抗例)場合や減量によって増悪、再燃が起こり離脱の困難な場合にも他の治療を選択しなければならず、患者さんには副作用と合わせて決められた量と期間で服用する必要性を説明します。



生物学的製剤(バイオ製剤)の保管庫

生物学的製剤(バイオ製剤) 私の病院勤務時代、IBDに使えるバイオ製剤はインフリキシマブとアダリムマブしかなかったのですが、現在はゴリムマブ、ベドリズマブ、ウステキヌマブなどがあり、当時に比べ治療の幅が広がりました。その結果、寛解を維持できる人がかなり増えたと思います。薬局で投薬する自己注射型のバイオ製剤はアダリムマブとゴリムマブの2種類になりますが、院内だけでバイオ製剤の投与を受けている方もいらっしゃいます。そのため、バイオ製剤投与の患者さん全てを把握するのは難しいのですが、お

そらく患者さん全体の8割位がバイオ製剤を投与していると思います。バイオ製剤で寛解を維持できるのは良いことですが、一方でこれらの患者さんが、どこまでバイオ製剤を継続するのかというと、止めた場合のエビデンスがまだ乏しいため、今、専門の先生方もそこに苦労されています。中にはバイオ製剤を離脱できた患者さんも少数いらっしゃいますが、休薬後の再燃やそのレスキューの幅が狭まるリスクを冒してまではなかなか止められないという課題もあります。

服薬管理が難しいのは自己注射よりも内服薬、5-ASAをドロップアウトさせない

服薬指導で苦労していることはどんなことでしょうか。

木下 IBDの患者さんは若い世代の方が多いのですが、若い人は年配の方に比べ状態が良くなると薬の服用を止めてしまいがちです。IBDは、寛解が維持できていても治癒したわけではなく薬を中止することはできません。薬の中止によって再燃してしまう方もいらっしゃいます。服薬指導をしていて一番難しいと感じるのは、5-ASAなどの内服薬です。意外にもバイオ製剤の自己注射は、若い人ということもあって初めに使い方を説明すると、中には電話でフォローする方もいますが、ほとんどの方は2週間毎に正しく注射を実施してくれます。一方で5-ASAは、長期間、毎日服用しなければならず、若い人にとってはそのことがよりストレスになるようです。

アドヒアランスを上げるためにどのようなことをされているのでしょうか。

木下 若い方は、エビデンスがあると納得されるという傾向があります。そのため、服用の中止によって再燃してしまう方の割合をデータでお見せして継続服用の大切さを説明しています。また、若い方は「あれもこれも駄目」という指導には嫌気が差し、返って薬の服用だけでなく治療自体をドロップアウトしてしまうことに繋がりがかねません。例えば、喫煙は良くはないのですが、治療の継続の方が重要なので、あえて禁煙を強要しないようにしたりします。もちろん、薬局だけの判断ではなく、クリニックとの連携で医師が容認

していることは、薬局でも同じようにしています。

クローン病では成分栄養剤が必要な方もいらっしゃいます。ただ、そのままでは生のでんぶんみたいで、継続して飲むには結構辛い味です。そこで処方になった方には、添加できる10種類のフレーバーから最初は酸味があり飲みやすい味をお勧めして好みの味を選んでもらいます。「他で治療していた時には、3種類の味しなくてどれも飲みにくかったけれど、この味なら飲める」と言ってくれる患者さんもいます。また、少し固形状の方が飲みやすいという方にはムースやゼリー状にできる添加剤を紹介したりしています。

他に服薬指導で大切にしていることがあればお聞かせください。

木下 ステロイドの副作用でムーンフェイス、にきび



個別の服薬指導にも対応できるよう個室を完備

などのクッシング症候群の症状が現れる場合があります。若い女性の方は、特にそのような副作用を気にされるので、薬を止めれば元に戻る一時的な作用であり、薬は決められた期間は飲んでもらいたいことを丁寧に話すようにしています。

また、免疫調節剤を併用して免疫が下がっている患

者さんもいらっしゃいます。コロナ禍での感染対策についても注意を忘れないようにということも指導しています。IBDの治療は長期間に渡ることによって悩まれる患者さんもあり、若年の患者さんほどメンタルにも影響が出やすくなります。患者さんが悩んでいるようなときは、まずは傾聴するように心がけています。

これからの薬剤師の専門制度、IBD領域では課題は多く道は長い

現在、医師は専門医制が進んでいます。薬剤師もそのようになっていくと思われますか？

木下 がんや糖尿病領域では、薬剤師の専門制度が進んでいると思いますが、IBDの認定や専門薬剤師などが出来るのはまだまだ先のことだと思います。数年前に日本炎症性腸疾患学会で、医師以外のメディカルスタッフの専門・認定を創ろうという動きがありましたが、結局実現はしませんでした。例えば、看護師の場合、消化器病棟の担当になってIBDの知識と経験ができたとしても、数年経つと多くは他の病棟へ異動になってしまいます。そうすると、その後も違う領域に身を置きながらIBDに関わっていけるかというと、やはり難しいでしょう。私の場合は、病院勤務時代に10年以上消化器病棟を担当できましたが、普通はもっと

短いスパンで担当病棟が変わっていき、薬剤師にも同じことが言えます。また、がんや糖尿病に比べてIBDなどでは患者数が少ないので同じような医療現場の環境になりにくいということもあります。このような課題を全てクリアするには、まだまだ時間がかかるのではと思います。でも、本来は薬局でも専門性をもった薬剤師が対応する方が患者さんにとっても良いことだと思うので、そのような方向になっていくことを願っています。

私は病院を離れるときに、もうIBDに深く関わることはないと思っていましたが、このようなご縁で経験を生かすことができ嬉しく思っています。この経験や知識を薬局の他のスタッフにも教えていきたいと思っています。