

第36回 日本エイズ学会学術集会・総会  
共催シンポジウム8

# 薬薬連携構築に向けた 薬剤師が取り組むべき課題 HIV 診療支援における 和衷協同のススメ ～さらなる薬薬連携の推進に向けて～

開催日時

2022年11月20日開催

(浜松・ハイブリッド開催)



座長：増田 純一先生  
国立国際医療研究センター病院  
薬剤部 副薬剤部長



座長：平野 淳先生  
国立病院機構名古屋医療センター  
薬剤部 製剤主任



演題1：病院薬剤師からみた  
薬薬連携の推進に向けた課題

演者：田澤 佑基先生  
北海道大学病院 薬剤部



演題3：院外処方始まりから、  
現在までの歩み

演者：中村 美紀先生  
一般社団法人日本薬業育成会きらめき薬局



演題2：薬薬連携、トレーシング  
レポートの活用～病院薬剤師～

演者：長島 浩二先生  
国立国際医療研究センター病院 薬剤部



演題4：HIV 診療における  
チーム医療の実践  
—薬剤師・薬薬連携への期待—

演者：田沼 順子先生  
国立国際医療研究センターエイズ治療・  
研究開発センター 医療情報室長・救済医療室長

各薬剤の使用にあたっては、電子化された添付文書をご参照ください。

# 病院薬剤師からみた 薬薬連携の推進に向けた課題

演者

田澤 佑基 先生

北海道大学病院薬剤部 HIV感染症薬物療法認定薬剤師

本講演では、病院のHIV担当薬剤師の立場から、HIV診療における薬薬連携(病院薬剤師と薬局薬剤師の連携)の必要性とその推進に向けた課題について示された。

## 1. 北海道大学病院の紹介

北海道大学病院(当院)は、北海道のHIVブロック拠点病院、北海道エイズ診療ブロック拠点病院としての役割を担い、また、血友病診療地域中核病院にも指定されている。

当院におけるHIV患者数は年々増加し、新規患者は毎年30名前後発生しており、2022年1月時点での累計患者数は547名であった。また、現在通院中の患者数は367名(性感染例341名、血液製剤による感染例26名)となっている。抗HIV薬の院外処方箋発行率は2021年で平均89%であり、院内処方では入院が必要となったエイズ患者など、一部の症例に限られている。

## 2. 薬薬連携の必要性和課題

HIV感染症は、抗HIV薬の進歩によりコントロール可能な慢性疾患となったが、その一方で、患者の高齢化に伴い、合併症を有する患者が増加している。このような状況下、HIV感染症診療では、薬剤師が処方提案や薬物間相互作用の相談など、積極的に介入を行っている。HIV治療は長期にわたるため、合併症に起因する併用薬の相互作用を回避し、また服薬アドヒアランスを維持するには、病院薬剤師と薬局薬剤師が連携していく重要性が高まっている(表1)。

そこで、薬薬連携の現状と課題について、薬局薬剤師、患者、病院薬剤師の目線から検討した。

### ● 薬局薬剤師の不安と関心

薬局薬剤師を対象としたアンケート調査結果<sup>1)</sup>によると、抗HIV薬の処方箋を応需しているか否かにかかわらず、「抗HIV薬の服薬指導に関して不安がある」と回答した

薬局薬剤師は80%、「抗HIV薬の在庫管理に関する不安がある」と回答したのは60~70%と多かった。

一方、「HIV感染症診療において薬薬連携が必要であると思うか」または「HIV感染症に関する勉強会に興味もしくは参加希望があるか」という質問に対しては、抗HIV薬の処方箋を応需している薬局の薬剤師では、「連携が必要」「勉強会に興味がある」と回答したのがいずれも90%となっていた。

これらの結果から、薬局薬剤師はHIV感染症についてもっと学ぶことに関心を示している一方で、病院と比べると情報が得にくく不安を感じている状況にあると考えられる。

### ● 患者の医療者に対するニーズ

次に、患者の医療者に対するニーズに関する調査結果<sup>2)</sup>によれば、患者の約半数(50.4%)は医療者に話したいことを伝えられていたが、19%は「話したいことがあったが話せなかった経験がある」と回答していた。

話せなかった内容の内訳をみると(図)<sup>2)</sup>、医療に関連した問題には、「体調の悪化や気になる症状・つらさ」、「抗HIV薬を飲み続けるつらさ・副作用のつらさ」、「抗HIV薬の飲み忘れ、自己中断していること」などがあったが、こ

表1 HIV感染症診療における薬剤師の役割

- ▶ HIV感染症は抗HIV薬の進歩によりコントロール可能な慢性疾患となった
- ▶ 患者の高齢化に伴い、合併症を有する患者が増加している
- ▶ HIV感染症診療では処方提案や薬物間相互作用の相談など薬剤師が積極的に介入を行っている
- ▶ 合併症に起因する併用薬の相互作用回避や服薬アドヒアランスを維持するため病院薬剤師と薬局薬剤師が連携していく重要性が高まっている

提供：田澤 佑基先生



れには薬剤師が普段行っている服薬状況の確認や副作用モニタリングに関連する内容が含まれている。この結果からは、医療者が見過ごしている問題点が多くあるのではないと思われる。

### ● 病院薬剤師の介入事例

医療者が見過ごしがちな問題に対し、病院薬剤師が介入した事例を2例紹介する。

1例目は、HIVであることを知られたくないためお薬手帳を不携帯で、複数の他院処方薬を併用していた患者である。他院処方薬とフィブラート系の薬が重複し、また、抗HIV薬との相互作用等の問題があった。このケースでは、当院処方の抗HIV薬を変更し(DRV/cobi/TAF/FTC→BIC/TAF/FTC)、ベザフィブラートは中止。薬の追加や変更があれば当院に連絡するよう説明し理解を得た。

HIV感染者では非感染者と比べて併用薬が多く、年齢にかかわらず合併症に起因する併用薬を服用していることが示されている<sup>3)</sup>。

近年の抗HIV薬はインテグラーゼ阻害薬が主流となり、相互作用も少なくなかったものの、気をつけなければならない重大な相互作用もある。HIVの治療は生涯にわたることから、我々薬剤師は注意深くモニタリングし続けなければならない。

2例目は、抗HIV薬の副作用の可能性のある悪心症状が出ていたにもかかわらず、医師に伝えていなかった患者である。薬剤師の聞き取りで判明した。このケースでは、抗HIV薬を変更したことで悪心症状は改善、ウイルスコントロールも良好に保たれている。

このように一見問題がなさそうな患者でも聞き取りを行うと、新たな問題点が抽出されることがある。病院薬剤師が介入できたのは、ほんの一部にすぎず、また医師・看

護師からの情報提供により発見された問題症例も多いことから、院内での多職種連携がいかに重要であるかがわかる。また、院内連携を行っていても問題症例が見過ごされている可能性もあるため、薬局薬剤師にも発見してもらえると、よりよいHIV治療につながる。

## 3. 薬薬連携を推進するために

薬薬連携を推進するうえで必須となる情報共有について、当院では、9カ所ある門前薬局に対して、メーリングリストを利用している。その他、病院薬剤師と薬局薬剤師の間で情報共有し、院内と院外で差のない処方監査・服薬指導ができることを目的に、定期的に病院薬局合同勉強会を開催し、知識や事例の共有を行っている。さらに、双方向の関係構築のためにはトレーシングレポートの活用も有用と考えている。この場合、薬局薬剤師がトレーシングレポートを提出するだけの一方通行のやりとりではなく、受け取ったトレーシングレポートに対して何かしらのフィードバックを行うことがカギとなると考える。

### まとめ

患者が話せない、あるいは医療者が気づいていない問題点が多く存在している可能性があり、病院薬剤師と薬局薬剤師の連携は必要不可欠である。病院薬剤師は顔の見える関係性構築のため、情報発信または情報共有の場を提供する必要があると考える。まだ課題は多いが、まずはできることから1つずつ、確実にクリアしていくことで薬薬連携の推進につながっていくと考えている(表2)。

図 患者の医療者に対するニーズ

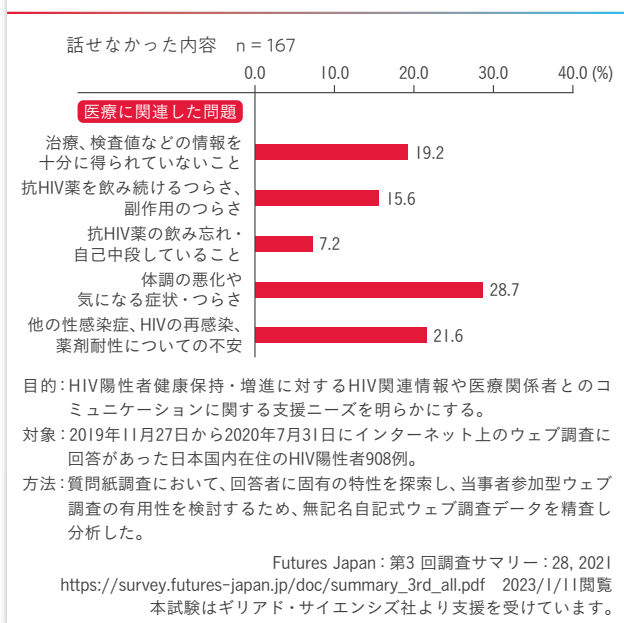


表2 薬薬連携の推進のために

患者が話せなかったり、医療者が気が付いていない問題点が存在している可能性があり、病院薬剤師と薬局薬剤師の連携は必要不可欠

病院薬剤師は顔の見える関係性構築のため情報発信や情報共有の場を提供する必要がある

薬薬連携の課題は多いが、できることから1つずつクリアしていくことで連携推進につながると考える

提供: 田澤佑基先生

DRV: ダルナビル, cobi: コピシスタット, TAF: テノホビル アラフェナミド, FTC: エムトリシタピン, BIC: ビクテグラビル, DTG: ドルテグラビル, ABC: アバカビル, 3TC: ラミブジン

1) 渡部 智貴ほか: 日本エイズ学会誌2019; 21: 95-102.

2) Futures Japan : 第3回調査サマリー : 28, 2021

[https://survey.futures-japan.jp/doc/summary\\_3rd\\_part10.pdf](https://survey.futures-japan.jp/doc/summary_3rd_part10.pdf) 2023/1/11閲覧

3) Park SH, et al.: J Infect Chemother. 2019; 25(2): 89-95.

# 薬薬連携、トレーシング レポートの活用～病院薬剤師～

演者

長島 浩二 先生

国立国際医療研究センター病院 薬剤部

国立国際医療研究センター病院(NCGM)のエイズ治療・研究開発センター(ACC)がこれまで取り組んできた薬薬連携(病院薬剤師と薬局薬剤師の連携)について、服薬情報提供書(トレーシングレポート:TR)の活用を中心に紹介された。

## NCGMの紹介

当院は43の診療科、749床を有する特定機能病院で、総合的な診療部門に加えて、HIV治療の中心を担うACCや、国際感染症・輸入感染症等を扱う国際疾病センター等があり、高度専門医療を担っている。

2021年度の抗HIV薬処方人数は2,480名、院外処方箋発行率は90%であった。院内のHIV薬剤部外来では、抗レトロウイルス療法(ART)の新規導入やレジメン変更をする患者への服薬指導が主となっており、治療が安定期に入った患者についてはカルテ確認のみで、介入が少なくなっているのが現状である<sup>1)</sup>。

## 服薬アドヒアランスおよび継続的なケアの維持

HIV感染症治療のカギとなるのが、服薬アドヒアランスおよび継続的なケアの維持である<sup>2)</sup>。そのためには、「服薬回数・錠数が少ない処方にする」、「服薬アドヒアランスについて定期的に系統的な評価を行い、問題が生じた際は改

善策を講じる」、「新たな疾患(うつ状態、肝臓病、衰弱、薬物依存など)が出現した場合は服薬アドヒアランスの影響を考慮し対処する」、などの対応が必要となる。

しかし、これは院内だけで完結できることではない。患者が他の医療機関を受診している場合は保険薬局からの情報が非常に重要となり、薬薬連携をはじめ院内・院外に限らない多職種チームの医療実践が求められる<sup>2)</sup>。

## 当院薬剤部と保険薬局との取り組み

このような状況下において、当院薬剤部は保険薬局と下記のような取り組みを行っている<sup>3)</sup>。

### ● ACC外来カンファレンスへの薬局薬剤師の参加

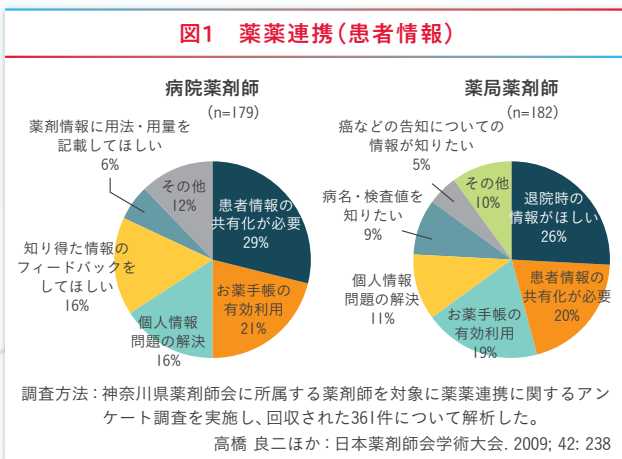
病院薬剤師と薬局薬剤師を対象に、薬薬連携の推進にはどういったことが必要かについて尋ねたアンケート調査結果では、「患者情報の共有化が必要」「退院時の情報がほしい」「お薬手帳の有効活用」「知り得た情報のフィードバックをしてほしい」など、患者情報の共有に関して多くの回答があった(図1)<sup>4)</sup>。そのため、当院では週1回行われるACC外来カンファレンスに薬局薬剤師を招いて、情報の共有を行う取り組みを行っている。個人情報保護の観点から、カンファレンスは病院長の許可を得て行っている。

ACC外来カンファレンスに参加してもらうことで、ART選択の意図、現在の診療における問題点、副作用の把握や生活上の問題点、アドヒアランスの確認等を含めて共有してもらうことができ、また、お互いの顔が見える関係になることで、スタッフのコミュニケーションが取れ、院内・院外の情報共有がスムーズになっている。

### ● TRの運用開始

また、当院では独自のTRのフォーマットを作成し、運用を開始している。これは即時性は低いものの、保険薬局で「処方医師への提供が望ましい」と判断された情報を、この

図1 薬薬連携(患者情報)



フォーマットを使って提供してもらうもので、その提供内容は、ポリファーマシー、残薬調整、服薬状況、減薬等処方提案など多岐にわたっている<sup>3)</sup>。

2018年10月から運用を開始して以降、このTRの応需件数は年々増加し、2022年には月100件前後となっている(図2)<sup>3)</sup>。

このようにTRは当院・薬局薬剤師間で普及しつつあるが、一方、その提供内容に関しては、残薬調整についての報告が多く、保険薬局からの一方向のものに終始しがちで、その情報についてフィードバックがあまりできていないのが実状であった。そのため、患者の問題点を薬局と病院薬剤部の双方向で共有する取り組みとして、HIV関連情報共有書の運用を開始した(図3)。

### ● HIV関連情報共有書による運用

2021年4月から門前の保険薬局1ヵ所(HIV認定薬剤師在任)とメールベースで患者情報の共有を試行的に開始した。しかし、件数が増えるにつれて手間がかかり、患者情報の把握が煩雑になり、進捗がわからないといった問題が生じたため、同年11月から双方向からの書き込みが可能なExcelベースの共有書を作成し、オンライン会議システム上でデータを共有する取り組みを開始した。

具体的には、薬局薬剤師が患者の問題点を発見し、病院に確認したい事項があればExcelの共有書左欄に入力し、

それを受け取った病院薬剤師は電子カルテの確認、医師や看護師などの院内の多職種へ情報共有をしたうえで右欄に返答する(図4)。このように薬局薬剤師フィードバックをすることで、双方向のやりとりが可能となる。

HIV関連情報共有書では、運用開始以降2022年10月末までの1年間で、患者延べ24名に関する相談と情報提供があった(薬局側から27件、当院から5件)。薬局側からの27件中16件がカルテ確認のみで回答できた内容で、残りの11件は多職種へ情報共有が必要であった。薬局側からTRにつながったものは4件であった。また最新のART推奨レジメンについても、アドヒアランス、検査値確認、処方提案、残薬調整等、さまざまな情報共有があった。

以上のように、HIV関連情報共有書によって病院側では拾いきれず、薬局にて発見される情報も多くあることが示された。また、HIV感染症の治療は長期におよぶため、今後、在宅医療が増えていくことが予想されるが、その場合、医療機関と在宅医療のシームレスな医療提供体制の確保が重要となり、特に薬に関しては、病院薬剤師と薬局薬剤師が、病院チームと在宅医療チームのパイプ役として、連携を深めていく必要がある。

## HIV診療における薬剤師の役割とTRの活用

HIV診療における薬剤師の役割としては、アドヒアランス向上(併存疾患への薬剤管理、薬物相互作用の管理)を目的とした服薬指導、TRを活用した薬業連携による問題点の共有、そして治療方針(薬剤選択)への参画が期待されている。特にTRの活用を積極的に導入することで、HIV診療における院内・院外に限らない多職種チーム医療の実践につながると考える。

図2 トレーシングレポート応需件数

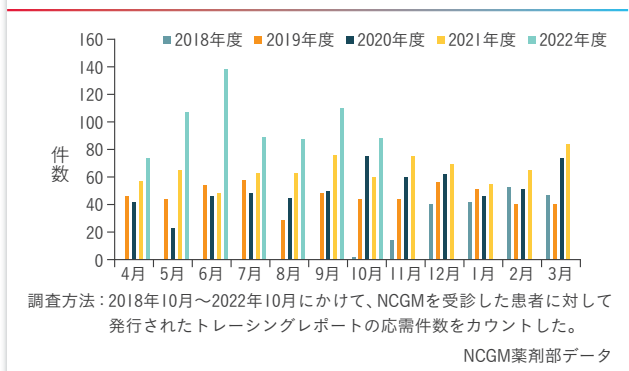


図3 HIV関連情報共有書による運用の開始

2021年4月～  
保険薬局(HIV認定薬剤師在中)とメールベースにて患者情報の共有を開始  
⇒手間がかかる、患者把握が煩雑、進捗がわからない、集計が困難 Etc

2021年11月～  
病院・保険薬局間の双方向から書き込みが可能な情報共有書(Excel)を作成し、オンラインでデータを共有

① 患者の問題点の発見  
病院へ確認したい事項…等

② 情報共有書へ入力

③ 情報共有書の確認  
および院内での対応

④ 情報共有書にて返答

薬局薬剤師 病院薬剤師 医師 看護師

情報共有書へ入力することで  
**双方向でのやり取り**が可能！

Ex1) カルテの確認  
(院内での把握状況、検査値等)  
Ex2) 院内の多職種への情報共有

提供：長島浩二先生  
沼田理子ほか：日本エイズ学会誌2022; 24: 461.  
戸矢崎信也ほか：日本エイズ学会誌2022; 24: 465.

図4 ウェブ会議システムを用いた「HIV関連情報共有書」による双方向での情報共有

○個人情報保護の取り組み  
・患者IDは個別のIDを付与して暗号化  
・その他個人情報は入力しない  
・情報共有書(Excel)へのパスワードの設定  
・会議システムへのログイン制御(システム使用者のID及びパスワードの設定)

No	入力日	入力者	件数	ART	分類	コメント内容	回答日	回答者	回答内容	返信済み	TR	進捗
1	X月X日	薬局薬剤師	0000	○	DRUG-HIV	アドヒアランス	X月X日	病院薬剤師	「処方箋には書かれていないが、患者さんより相談があり、アドヒアランスがうまくいっていませんが、検査値への影響はありますか？」	X月X日	未実	継続
2	X月X日	薬局薬剤師	0000	○	BYV	その他	X月X日	病院薬剤師	「処方箋に書かれていないが、患者さんより相談があり、アドヒアランスがうまくいっていませんが、検査値への影響はありますか？」	X月X日	未実	継続

提供：長島浩二先生

1) 国立国際医療研究センター：エイズ治療・研究開発センター研修プログラム資料  
2) 日本エイズ学会HIV感染症治療委員会：HIV感染症「治療の手引き」第25版，2021年11月  
3) NCGM薬剤部データ  
4) 神奈川県薬剤師会医療保険委員会薬業連携アンケート調査結果



# 抗HIV薬院外処方の始まりから、 現在までの歩み

演者

中村 美紀 先生

法円坂メディカル HIV感染症専門薬剤師

本講演では保険薬局薬剤師の立場から、抗HIV薬の院外処方の始まりから現在までの歩みについて紹介された。

## 院外処方の開始と患者さんへの対応

法円坂メディカル(当薬局)における抗HIV薬の院外処方の応需は、平成13年(2001年)に処方箋1枚を初めて受けたのが始まりで、その後年々増加している。

管理薬剤師として当薬局に赴任した平成16年(2004年)当時、院外処方開始時のとり決め事項があり、そこでは“患者さんとは薬について話をしない”とされていた。そのため、薬剤師と患者さんの会話は、薬剤師が「〇〇様、お薬ができました。次の予定はいつですか?」と聞き、患者さんは「〇月〇日です」と答えるという、ふた言のみであった(表1)。

当時、薬局側はHIV陽性の患者さんの気持ちについて“薬局の待合いで待たされるのは絶対に嫌”、“ほかの患者さんに顔を見られたくない”、“病気について薬局で話されたくない”、“薬だけをくれたら、それでいい”というものであろうと考えていたことが背景にあった。

しかし、ある日、一人の患者さんから「僕は一人暮らし。職場でも病気のことについて誰にも言っていないから、病院へ来たときだけは病気について話ができる。だからここでは『最近、どう?』と声をかけてほしい」と言われたこと

表1 院外処方開始時の取り決め

- ▶ 院外になる予定患者の処方予定日と処方内容を、予め薬剤科担当薬剤師から連絡する。
- ▶ 薬剤変更時は薬剤科担当薬剤師に電話にて確認する。
- ▶ 服薬指導は院内で行っているため、薬については話をしない。
- ▶ 薬剤は他の患者から見えないように、全て紙袋に入れて渡す。
- ▶ 不足を出さないよう、次回来局日を本人に確認する。

提供：中村 美紀先生

がこのような状況を変えるきっかけとなった。つまり、患者さんの気持ちは、薬局側が考えていたような、ひとくくりにできるものではない、と痛感するできごとだった。

## 抗HIV薬の調剤の工夫

抗HIV薬の調剤は、かなり時間がかかる。患者さんが初来局した際には、ボトルにするか、一包化にするか? 一包化の印字はどうするか? 服用日の日付を入れるか? 一包化にはどの薬を入れるのか? などを伺い、患者さん一人ずつの要望に応えるようにしていたためである。

以前の抗HIV薬は錠剤が大きく薬価も高く破損できないので、一包化をするのは大変であったが、シングルタブレットレジメン(STR)の時代になったことで、患者さんの服用負担も減り、保険薬局でも調剤時間が短縮されるようになった。特に、PTP包装の配合錠を使用するようになった患者さんからは、「一包化よりもかなりコンパクトになった」「PTP包装の表や裏にいろいろ書き込めるから便利」、あるいは「1シートが7錠入りのため週単位での管理が容易で、残薬が一目でわかる」という声を聞いている。

したがって、PTP包装の薬は、ボトルでは人前や外出先での服用がはばかられる患者さんや、服薬コンプライアンス不良の患者さん、家族・介護者によって服薬サポートを受けている患者さん、または、ボトルでは衛生面が気になる患者さんなどに向いていると考えられる。

## 在庫の供給体制を安定化するためには

抗HIV薬は高額なため、できるだけ不良在庫は避けたい。

ただ、予定どおりに来局しない患者さんもいるため、その見きわめは難しい。また、あまり処方されない薬や新薬が処方された場合、在庫するまでに時間がかかる。とはいえ、薬品不足で内服できない日があるのはならない。在庫の供給体制を安定させるのは大変であり、その改善策として6項目を定めた(表2)。

## 患者アンケート結果と患者さんへの対応

患者さんが本当に「薬剤師に相談したい」と思っているのかを知るため、2018年にアンケートを行った。回答したのはHIV陽性の患者さん73名と、HIV以外の疾患の患者さん76名であった。その結果、HIV以外の患者さん47%に対し、HIVの患者さんの61%が薬局薬剤師に相談したいと思っ

ていることがわかった(図)。

これを受けて、当局ではHIVの患者さんとお話するうえで、下記のような事例や、対応・工夫を行ってきた。

- お薬手帳を作るのに気乗りしていなかった患者さんに使用を促したところ、他院で処方される予定であった糖尿病薬の追加処方薬と服用中の抗HIV薬との相互作用があるため、糖尿病追加処方が中止となった。患者さんから「お薬手帳を作って助かった」と言われた。

- 「薬局で名前を呼ばれると、同じ病院の診療科から来た患者さんの顔と名前が一致してしまう」と不快感を示す患者

表2 改善策

- ・新規ART処方、病院から事前に連絡
- ・剤型変更時、薬局間で連携しできるだけデッドストックは最小限にする。
- ・患者数が増えたため、使用頻度の高い薬品は常時在庫しているため薬剤変更時に対応可能。
- ・2回目以降の来局は、患者自身に予約日を聞き発注の目安にする。
- ・未来局の患者の受診状況を確認してもらい発注の目安にする。
- ・現在でも **日和見感染治療薬の在庫管理**は難しい。

提供：中村 美紀先生

さんがいたため、当院では番号システムを導入し、薬の受け渡しを番号で行うようになった。

- 患者さんが相談しやすいように、薬局内に個室のお薬相談室を設置している。

## 服薬指導とトレーシングレポート

当院で服薬指導を行う際には、薬剤変更時の確認は薬剤の色などの特徴で行ったり、薬品名は話さず、特にボトルや一包化は他の患者さんから見えないように配慮したり、欠品のないよう次の来局日は必ず確認したりなど、注意をしている。

なお、疑義照会は緊急性のある場合は電話にて行っており、トレーシングレポート(TR)による情報伝達は、各薬局から病院薬剤師部の担当薬剤師に渡している。

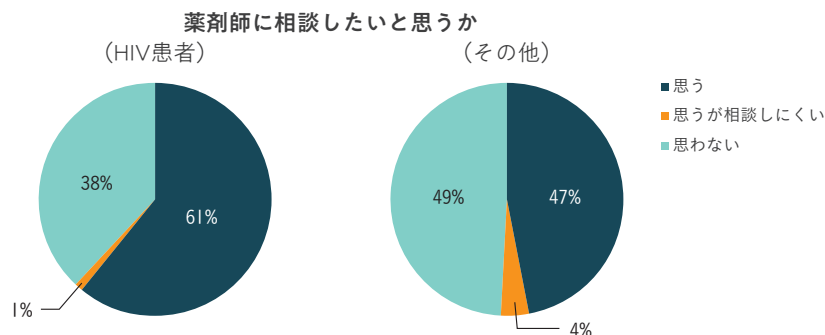
これまでに当局からのTRでは、アドヒアランス不良で受診間隔があき2週間服薬していなかった患者さんの例や、夕食後に20種類以上のサプリメントを抗HIV薬と一緒に服用しているという患者さんの例などがあった。この例では抗HIV薬とサプリメントは2時間以上時間を空けるように指導した。

## まとめ

患者さんと最後に向き合うのは保険薬剤師であるため、病院薬剤師と情報を共有することは絶対に必要である。また、HIV陽性の患者さんの高齢化により、患者さんと保険薬局が付き合う期間は長くなっていく。保険薬局薬剤師として、患者さん一人ずつに合ったサポートを行っていくためにも薬薬連携は必要である。

HIV感染症専門薬剤師の定義はたくさんあるが、なかでもHIV陽性の患者さんとの良好なコミュニケーションを構築し、患者さんの求めているものを理解できるとというのが、私の信じている定義の1つである。

図 患者アンケート結果



対象：法円坂メディカルに通局するHIV陽性者73名、HIV以外の疾患患者76名  
方法：2018年度に来局した患者さんに対し、病気や薬剤について薬剤師に相談したいと思うか、についてアンケート結果をまとめた。

提供：中村 美紀先生

# HIV診療におけるチーム医療の実践 —薬剤師・薬薬連携への期待—

演者

田沼 順子 先生

国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター (ACC) 医療情報室長・救済医療室長

本講演では医師の立場から、HIV診療におけるチームワーク&チーム医療総論と、薬剤師・薬薬連携への期待について示された。

## チームワーク&チーム医療総論

チーム医療のベースはチームワークであり、それが医療の質に影響する。

薬の知識や診断力など、現場における職務遂行に直接関わる専門的知識・技術は“テクニカルスキル”であるのに対し、チームワーク、コミュニケーションなど、人と人の関係性を重視した認知的・社会的スキルは“ノンテクニカルスキル”といわれる。このノンテクニカルスキルは学会でもほとんどとり上げられていないが、チーム医療における安全や質の確保のためにヒューマンスキルと同等に重要であり、これにフォーカスした研修が重要となる(図1)<sup>1)</sup>。

Team STEPPS® (Team Strategies and Tool to Enhance Performance and Patient Safety) は、良好なチームワークを確立し、医療の成果と患者の安全を高めるチーム戦略と方法として知られており<sup>2)</sup>、これに基づき、さまざまな場面でチームワークを研修する機会が増えている。チーム医療のエッセンスとしては、リーダーシップ、コミュニケーション能力、状況モニタリング、相互支援・相互補完が挙げられているが、なかでも相互補完という言葉を重要視している。これは、相手に何かを求めるといよりも、相手

に何か足りていないかどうかを常に意識して、自分ができるところをやる、という精神である。

なお、チーム成功の要素として、リーダーシップやフォロワーシップを理解しておくことが、コミュニケーション推進のうえで必要である。リーダーシップは、必ずしも地位や権限ではなく、自分が組織の使命を果たしていくという責任感の強さであり、次に何をすべきかを常に考え、目標を定め、優先順位を決め、そして、それを行動することによって、周りによい影響を与えることである。

一方、フォロワーシップは、自分が率いていくというよりもリーダーやほかのメンバーに働きかけ、サポートしていく精神である。フォロワーシップで重要なのは、何か誤りを見つけた場合は臆することなくリーダーにきちんと提言を行い、チームがよい方向へ進むようメンバーに働きかけることである<sup>3)</sup>。

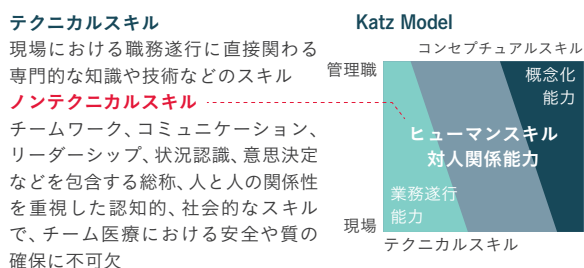
## 当院のeラーニングでのチーム医療の研修

当院で実施している「eラーニングによるHIV診療におけるチーム医療の研修」では次のようなことを話している。

HIV診療におけるチーム医療のポイントは、「患者さんにはチームで対応することを伝え、理解を得ること」である。つまり、患者さんは医師という診察室の中ですべてを済ませようとするが、実際にはたくさんのスタッフがチームでかわることを理解してもらう必要があるということであり、この共通ビジョンの設定は医師がやるべき仕事であるということである。

また、薬薬連携でも病病連携(患者さんが受診している他院との連携)でも、チーム医療で最も大事なものは医師の治療方針である。主治医が責任をもって検査・治療方針を明確にして他の職種にも分かるように説明し、それをもとに看護師、薬剤師、心理士やその他の専門職が、それぞれ

図1 チームワークは医療の質に影響する



Katz, RL: Skills of an Effective Administrator. Harvard Business Review, 2009; 6-24. より作図  
提供: 田沼順子先生



の専門領域に関連した情報を収集し、チームと共有する。たとえば、薬剤師が患者さんから聞く話は、一見薬とは関係のないような情報でも診療の中で役立つ可能性があることも理解しておく。

当院のeラーニングの研修の中では、グループワークの時間を必ず設けている。グループワークでは、架空症例を提示し、まずは医師からどのような方向性で、どんな治療・検査をしたいのか、どんな情報がほしいのかを明確してもらったうえで、さまざまな職種からなるチームでそのアプローチ法を議論してもらう。たとえば、薬剤耐性検査や、認知機能の検査を検討したり、また、生活状況・服薬状況などを確認したりと、多角的な視点から見ていくことができ、職種間のコミュニケーションを学べることになる。

## 薬剤師の役割と薬薬連携への期待

従来、抗HIV療法は高い専門性が必要であったが、BIC/FTC/TAFが処方できるようになった以降はウイルス量低下が速やかで、Genetic barrierも高い、相互作用も少ないことなどから高度な専門性は強く問われることはなくなった。ただし合併症については、以前はエイズ疾患が多かったのに対し、現在では非エイズ疾患が多くなっているため、チーム医療や医療連携のスキルはますます必要になってきている(図2)。

### ● 薬薬連携に求めること

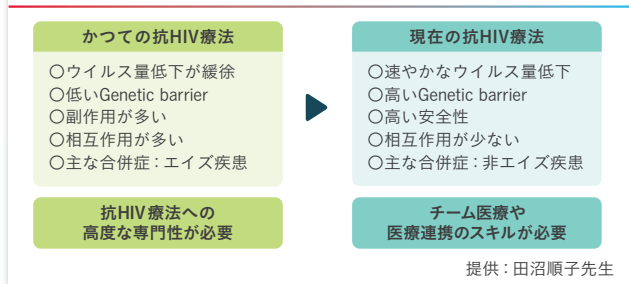
#### 役割と目的の明確化

薬薬連携に期待することは、まず、医師側への情報発信である。調剤薬局の薬剤師は、患者さんと会う機会が必ずあり、HIVだけでなくさまざまな疾患の薬に精通しているため、その専門知識も生かし、医師側に情報をつないでもらいたい。また、地域医療ネットワークの中での訪問薬剤師の役割や、地域医療連携の実績はどのようになっているかなどの情報も医師側に共有・発信する場があることが望ましい(表1)。

#### 関係構築・コミュニケーションのしくみ

地域医療において患者さんと近い関係、患者さんと顔の見える機会をどんどんつくり、何の情報もどのように共有すべきか、たとえば、HIV患者さんのトレーシングレポート

図2 抗HIV療法の変化とHIV診療医のスキルニーズの変化



トに何を含めるべきかなど、を多職種で協議をする場をつくっていくことを希望する。

とくに、薬剤師は看護師に比べて患者とのコミュニケーション内容が医師側に見えにくいと、積極的に医師側に発信・共有していくことが必要だと思われる。医師側の理解が進めば、医師側から「患者さんに聞いてもらいたいこと」を、薬剤師側にタスクシフトできる可能性がある。

## まとめ

HIV診療におけるチーム医療は、良いチームワークを学ぶことから始まる。薬薬連携においても同様である。よいチームワークの要素としては、それぞれの役割を明らかにしつつも、相互補完の仕組みを持つことである。そして、薬薬連携のメリットを他職種にもっと発信してほしいと考えている。

今後は、多職種のコミュニケーションの場をよりいっそうつくることと、当院のeラーニングのようなツールの活用促進に取り組むことを提案する(表2)。

患者さんの心をどうやって開けばよいかと悩まれている方も多いと思うが、その課題意識を持った時点で、ほぼゴールは達成しつつあると考える。コミュニケーションに対する課題意識をもち、解決しようとするのがリーダーシップの1つでもある。

表1 薬薬連携に求めること

#### ○役割と目的の明確化

- ・薬薬連携の趣旨・メリットに関する周知
- ・薬局・薬剤師ごとに、何ができて、何ができないのか
- ・特に地域医療のネットワークの中で期待できること、できないこと (ex. 訪問薬剤師の役割、地域医療連携の実績) など

#### ○関係構築・コミュニケーションのしくみ

- ・地域医療において顔の見える関係を作る機会 (例) 多職種間カンファランスへの訪問薬剤師の参加
- ・何の情報もどのように共有すべきかを多職種で協議する機会
- ・医療者・患者とのコミュニケーションスキルの向上 など

提供：田沼順子先生

表2 HIV診療におけるチーム医療の実践 - 薬剤師・薬薬連携への期待 -

- ・チーム医療は、良いチームワークを学ぶことから始まる。薬薬連携においても同様である。
- ・良いチームワークは、それぞれの役割を明らかにしつつも、相互補完のしくみを持つ。薬薬連携のメリットを他職種にもっと発信してほしい。
- ・より一層多職種のコミュニケーションの場をつくることとツールの活用促進に取り組むことを提案する。

提供：田沼順子先生

BIC：ビクテグラビル、FTC：エムトリシタピン、TAF：テノホビルアラフェナミド

- 1) Katz, L.: Skills of an Effective Administrator. Harvard Business Review. 1955; 33, 33-42.
- 2) <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/newsalerts/news/pages/step-up-your-teamwork-and-communication-with-teamstepps-canada-2018-03-13.aspx> (2023年1月23日閲覧)
- 3) ピーター・F・ドロッカー著 上田惇生 編訳 「プロフェッショナルの条件」ダイヤモンド社 (2000/7/1) ISBN-13: 978-4478300596

- 詳細は電子化された添付文書をご参照ください。
- 電子化された添付文書の改訂にご留意ください。



抗ウイルス化学療法剤

**ビクトルビ® 配合錠**

BIKTARVY® COMBINATION TABLETS [薬価基準収載]

(ビクテグラビルナトリウム・エムトリシタピン・テノホビル アラフェナミドフマル酸塩配合剤)

注1) 注冊-医師等の処方箋により使用すること

創薬、処方箋医薬品<sup>3)</sup>

日本標準商品分類番号	87625		
貯法	室温保存	薬価基準収載年月	2019年4月
有効期間	36ヵ月	販売開始年月	2019年4月
承認番号	23100AMX00302000	国際誕生年月	2018年2月
承認年月	2019年3月	再審査期間満了年月	2029年3月

## 1. 警告

**B型慢性肝炎を合併している患者では、本剤の投与中止により、B型慢性肝炎が再燃するおそれがあるので、本剤の投与を中断する場合には十分注意すること。特に非代償性の場合、重症化するおそれがあるので注意すること。**

## 2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

- 2.1 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- 2.2 次の薬剤を投与中の患者：リファンピシン、カルバマゼピン、フェノバルビタール、フェニトイン、ホスフェニトイン、セイヨウオトギリソウ(セント・ジョーンズ・ワート)含有食品[10.1 参照]

## 3. 組成・性状

### 3.1 組成

販売名	ビクトルビ®配合錠
有効成分・含量(1錠中)	ビクテグラビルナトリウム52.5mg(ビクテグラビルとして50mg)、エムトリシタピン200mg及びテノホビル アラフェナミドフマル酸塩28mg(テノホビル アラフェナミドとして25mg)
添加物	結晶セルロース、クロスカルメロースナトリウム、ステアリン酸マグネシウム、黒酸化鉄、三酸化鉄、マクロゴール4000、ポリビニルアルコール(部分けん化物)、タルク、酸化チタン

### 3.2 製剤の性状

色・剤形	紫褐色のフィルムコーティング錠
外形	
大きさ	長径約15mm、短径約8mm、重量約721mg
識別コード	GSI-9883

## 4. 効能又は効果

### HIV-1感染症

### 5. 効能又は効果に関連する注意

- 5.1 以下のいずれかのHIV-1感染症患者に使用すること。
  - 5.1.1 抗HIV薬による治療経験がない患者
  - 5.1.2 ウイルス学的失敗の経験がなく、切り替え前3ヵ月間以上においてウイルス学的抑制(HIV-1 RNA量が50copies/mL未満)が得られており、ビクテグラビル、エムトリシタピン又はテノホビルに対する耐性関連変異を持たず、本剤への切り替えが適切であると判断される抗HIV薬既治療患者
- 5.2 本剤による治療に当たっては、患者の治療歴及び可能な場合には薬剤耐性検査(遺伝子型解析あるいは表現型解析)を参考にすること。

## 6. 用法及び用量

通常、成人には1回1錠(ビクテグラビルとして50mg、エムトリシタピンとして200mg及びテノホビル アラフェナミドとして25mgを含有)を1日1回経口投与する。

### 7. 用法及び用量に関連する注意

- 7.1 本剤はビクテグラビルナトリウム、エムトリシタピン及びテノホビル アラフェナミドフマル酸塩の3成分を含有した配合錠である。これらの成分を含む製剤と併用しないこと。また、テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩を含む製剤についても併用しないこと。
- 7.2 本剤投与後、クレアチニンクリアランスが30mL/分未満に低下した場合は、投与の中止を考慮すること。[8.3、9.2.1、11.1.1、16.6.2 参照]
- 7.3 本剤はHIV-1感染症に対して1剤で治療を行うものであるため、他の抗HIV薬と併用しないこと。
- 7.4 エムトリシタピンと類似の薬剤耐性、ウイルス学的特性を有しているラミブジンを含む製剤と併用しないこと。

## 8. 重要な基本的注意

- \*8.1 本剤の使用に際しては、国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、患者又はそれに代わる適切な者に次の事項についてよく説明し同意を得た後、使用すること。
  - 8.1.1 本剤はHIV感染症の根治療法薬ではないことから、日和見感染症を含むHIV感染症の進展に伴う疾病を発症し続ける可能性があるため、本剤投与開始後の身体状況の変化についてはすべて担当医に報告すること。

- 8.1.2 本剤の長期投与による影響については現在のところ不明であること。
- \*8.1.3 抗HIV療法による効果的なウイルス抑制は、性的接触による他者へのHIV感染の危険性を低下させることが示されているが、その危険性を完全に排除することはできないこと。
- \*8.1.4 抗HIV療法が、血液等による他者へのHIV感染の危険性を低下させるかどうかは証明されていないこと。
- 8.1.5 担当医の指示なしに用量を変更したり、服用を中止したりしないこと。
- 8.1.6 本剤は併用薬剤と相互作用を起こすことがあるため、服用中のすべての薬剤を担当医に報告すること。また、本剤で治療中に新たに他の薬剤を服用する場合、事前に担当医に相談すること。[10. 参照]
- 8.2 抗HIV薬の多剤併用療法を行った患者で、免疫再構築炎症反応症候群が報告されている。投与開始後、免疫機能が回復し、症候性のみならず無症候性日和見感染(マイコバクテリウムアビウムコンプレックス、サイトメガロウイルス、ニューモシスチス等によるもの)等に対する炎症反応が発現することがある。また、免疫機能の回復に伴い自己免疫疾患(甲状腺機能亢進症、多発性筋炎、ギラン・バレー症候群、ブドウ膜炎等)が発現するとの報告があるので、これらの症状を評価し、必要時には適切な治療を考慮すること。
- 8.3 本剤投与前は、クレアチニンクリアランス等の腎機能検査を実施し、クレアチニンクリアランスが30mL/分以上であることを確認すること。また、本剤投与後も定期的な検査等により、患者の状態を注意深く観察すること。[7.2、9.2.1、11.1.1、16.6.2 参照]
- 8.4 アジア系人種におけるエムトリシタピンの薬物動態は十分に検討されていないが、少数例の健康成人及びB型慢性肝炎のアジア系人種において、C<sub>max</sub>の上昇を示唆する成績が得られているので、HBV感染症合併患者を含め、副作用の発現に注意すること。
- 8.5 エムトリシタピン製剤の試験において皮膚変色が発現し、その発現頻度は有色人種に高いことが示唆されている。

## 9. 特定の背景を有する患者に関する注意

### 9.1 合併症・既往歴等のある患者

- 9.1.1 病的骨折の既往のある患者又はその他の慢性骨疾患を有する患者
 

十分な観察を行い、異常が認められた場合には、投与を中止する等、適切な処置を行うこと。テノホビル アラフェナミドフマル酸塩を含有する製剤の非臨床試験及び臨床試験において、骨密度の低下と骨代謝の生化学マーカーの上昇が認められ、骨代謝の亢進が示唆された。また、抗HIV薬による治療経験がないHIV-1感染症患者に対し、テノホビル アラフェナミドフマル酸塩を含有する製剤が投与された臨床試験において、骨密度が低下した症例が認められた。

### 9.1.2 B型肝炎ウイルス感染を合併している患者

本剤の投与を中断する場合には十分注意すること。B型慢性肝炎を合併している患者では、本剤の投与中止により、B型慢性肝炎が再燃するおそれがある。特に非代償性の場合、重症化するおそれがある。

### 9.1.3 腎機能障害のリスクを有する患者

クレアチニンクリアランス及び血清リンの検査を実施すること。

### 9.2 腎機能障害患者

#### 9.2.1 重度の腎機能障害のある患者

エムトリシタピンの血中濃度が上昇する。[7.2、8.3、11.1.1、16.6.2 参照]

#### 9.3 肝機能障害患者

##### 9.3.1 重度の肝機能障害患者

重度の肝機能障害患者を対象とした臨床試験は実施していない。[11.1.2、16.6.1 参照]

### 9.5 妊婦

妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。他のインテグラーゼ阻害薬であるドルテグラビルでは、海外で進行中の観察研究において、無脳症や二分脊椎などの神経管閉鎖障害が報告されている。動物試験(サル)においてテノホビルの胎児への移行が報告されている。

### 9.6 授乳婦

授乳を避けさせること。動物試験(ラット)でビクテグラビルは乳汁中に分泌され、胎児に移行することが報告されている。テノホビル及びエムトリシタピンはヒト乳汁への移行が報告されている。なお、女性のHIV感染症患者は、乳児のHIV感染を避けるため、乳児に母乳を与えないことが望ましい。

### 9.7 小児等

小児等を対象とした臨床試験は実施していない。

### 9.8 高齢者

患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。一般に生理機能が低下しており、合併症や他の薬剤の併用が多い。

## 10. 相互作用

ビクテグラビル：OCT2及びMATE1を阻害する。CYP3A及びUGT1A1の基質である。



テノホビル及びエムトリシタピン：糸球体過剰と能動的な尿細管分泌により腎排泄される。

テノホビル アラフェナミド：P糖蛋白(P-gp)の基質である。[8.1.6、16.7.1 参照]

### 10.1 併用禁忌(併用しないこと)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
リファンピシン(リファジン) [2.2 参照]	ピクテグラビルの血漿中濃度が低下するため、本剤の効果が減弱し、本剤に対する耐性が発現する可能性があることから、併用しないこと。また、テノホビル アラフェナミドの血漿中濃度も低下する可能性がある。	リファンピシンのCYP3A、UGT1A1及びP-gpの誘導作用によるため。
カルバマゼピン(テグレート) フェノバルビタール(フェノバル) フェニトイン(アレピアチン) ホスフェニトイン(ホストイン) セイヨウオトギリソウ(セント・ジョーンズ・ワート)含有食品 [2.2 参照]	ピクテグラビル及びテノホビル アラフェナミドの血漿中濃度が低下するため、本剤の効果が減弱し、本剤に対する耐性が発現する可能性がある。	これらの薬剤のCYP3A及びP-gpの誘導作用によるため。

### 10.2 併用注意(併用に注意すること)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
ビルシカイニド	ビルシカイニドの血漿中濃度が上昇するため、ビルシカイニドの重大な副作用として報告された心室性頻脈、洞停止及び心室細動等が発現又は増悪する可能性がある。	ピクテグラビルのOCT2及びMATE1の阻害作用により、ビルシカイニドの排出が阻害される可能性がある。ビルシカイニドの治療域が狭いため。
リファブチン	ピクテグラビル及びテノホビル アラフェナミドの血漿中濃度が低下するため、本剤の効果が減弱し、本剤に対する耐性が発現する可能性がある。	これらの薬剤のCYP3A及びP-gpの誘導作用によるため。
アタザナビル	ピクテグラビルの血漿中濃度が上昇する。	アタザナビルのCYP3A及びUGT1A1の阻害作用によるため。
制酸剤 マグネシウム アルミニウム [16.7.2 参照]	ピクテグラビルの血漿中濃度が低下するため、本剤はこれらの製剤の投与2時間以上前の投与が推奨される。	ピクテグラビルが多価陽イオンと錯体(キレート)を形成し吸収が抑制されるため。
鉄剤、カルシウム含有製剤(サプリメント等) [16.7.2 参照]	ピクテグラビルの血漿中濃度が低下するため、これらの製剤を併用する場合は、食後に本剤を投与することが推奨される。	ピクテグラビルが多価陽イオンと錯体(キレート)を形成し吸収が抑制されるため。
メトホルミン [16.7.2 参照]	メトホルミンの血漿中濃度が上昇する。注意深く観察し、必要に応じてメトホルミンを減量する等慎重に投与すること。	ピクテグラビルのOCT2及びMATE1の阻害作用によるため。
アシクロビル バラシクロビル塩酸塩 バルガンシクロビル塩酸塩	これらの薬剤、テノホビル又はエムトリシタピンの血漿中濃度が上昇し、これらの薬剤又は本剤による有害事象を増強する可能性がある。	排泄経路の競合によるため。
腎毒性を有する薬剤 [8.3、11.1.1 参照]	これらの薬剤との併用は避けることが望ましい。	テノホビル及びエムトリシタピンは主に腎臓での糸球体過剰と尿細管への能動輸送により排泄されるため。

## 11. 副作用

次の副作用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。

### 11.1 重大な副作用

#### 11.1.1 腎不全又は重度の腎機能障害(頻度不明)

腎機能不全、腎不全、急性腎障害、近位腎尿細管機能障害、ファンコニー症候群、急性腎尿細管壊死、腎性尿崩症又は腎炎等の重度の腎機能障害があらわれることがあるので、臨床検査値に異常が認められた場合には、投与を中止する等、適切な処置を行うこと。特に腎機能障害の既往がある患者や腎毒性のある薬剤が投与されている患者では注意すること。[7.2、8.3、9.2.1、10.2、16.6.2 参照]

11.1.2 乳酸アシドーシス及び脂肪沈着による重度の肝腫大(脂肪肝)(頻度不明)  
乳酸アシドーシス又は肝細胞毒性が疑われる臨床症状又は検査値異常(アミノトランスフェラーゼの急激な上昇等)が認められた場合には、本剤の投与を一時中止すること。

特に肝疾患の危険因子を有する患者においては注意すること。エムトリシタピン又はテノホビルを含む核酸系逆転写酵素阻害薬の単独投与又はこれらの併用療法により、重篤な乳酸アシドーシス及び脂肪沈着による重度の肝腫大(脂肪肝)が多く報告されている。[9.3.1 参照]

### 11.2 その他の副作用

器官分類	2%以上	0.3%以上2%未満	頻度不明
心臓障害		動悸	
神経系障害	頭痛、浮動性めまい	傾眠	
胃腸障害	悪心、下痢	便秘、腹部膨満、嘔吐、腹痛、鼓腸、消化不良、腹部不快感、軟便	
腎及び尿路障害		頻尿	
皮膚及び皮下組織障害		寝汗、脱毛症、そう痒症、発疹	血管性浮腫、蕁麻疹
筋骨格系及び結合組織障害		関節痛	
代謝及び栄養障害		食欲減退	体脂肪の再分布/蓄積
血管障害		ほてり	
一般・全身障害及び投与部位の状態	疲労	倦怠感	
免疫系障害		免疫再構築反応症候群	
精神障害		不眠症、異常な夢、睡眠障害、抑うつ気分、悪夢、リビドー減退	
臨床検査		腎クレアチニンクリアランス減少	

## 13. 過量投与

### 13.1 処置

ピクテグラビルは血漿蛋白との結合率が高いため、血液透析及び腹膜透析により除去される可能性は低い。エムトリシタピン及びテノホビル アラフェナミドの代謝物であるテノホビルは、血液透析により一部除去される。

## \*\* 14. 適用上の注意

### 14.1 薬剤交付時の注意

PTP包装の薬剤はPTPシートから取り出して服用するよう指導すること。PTPシートの誤飲により、硬い鋭角部が食道粘膜へ刺入し、更には穿孔をおこして縦隔洞炎等の重篤な合併症を併発することがある。

## 20. 取扱い上の注意

開封後は湿気を避けて保存すること。

## 21. 承認条件

21.1 医薬品リスク管理計画を策定の上、適切に実施すること。

21.2 本剤の使用に当たっては、患者に対して本剤に関して更なる有効性・安全性のデータを引き続き収集中であること等を十分に説明し、インフォームドコンセントを得よう、医師に要請すること。

21.3 海外において現在実施中又は計画中の臨床試験については、終了後速やかに試験成績及び解析結果を提出すること。

21.4 再審査期間が終了するまでの間、原則として国内の全投与症例を対象とした製造販売後調査を実施し、本剤の使用実態に関する情報(患者背景、有効性・安全性(他剤併用時の有効性・安全性を含む)及び薬物相互作用のデータ等)を収集して定期的に報告するとともに、調査の結果を再審査申請時に提出すること。

## \*\* 22. 包装

30錠[瓶、バラ、乾燥剤入り]

28錠[7錠(PTP)×4、乾燥剤入り]

製造販売元：

ギリアド・サイエンシズ株式会社

〒100-6616 東京都千代田区丸の内1-9-2 グラントウキョウサウスタワー

https://www.gilead.co.jp/

文献請求先及び問い合わせ先：

ギリアド・サイエンシズ株式会社

メディカルサポートセンター

フリーダイヤル: 0120-506-295 9:00-17:30(土日祝日及び会社休日を除く)

\*\* 2022年4月改訂(第3版)  
\* 2021年6月改訂(第2版)

製造販売元：  
**ギリアド・サイエンシズ株式会社**  
〒100-6616 東京都千代田区丸の内1-9-2 グラントウキョウサウスタワー  
<https://www.gilead.co.jp/>

文献請求先及び問い合わせ先：  
**ギリアド・サイエンシズ株式会社**  
**メディカルサポートセンター**  
フリーダイヤル: **0120-506-295** 9:00-17:30 (土日祝日及び会社休日を除く)

BVY22DS0544PHA  
2023年4月作成