

JA 愛知厚生連 薬剤部新人教育資料

薬剤部教育担当者部会作成

～各章の構成～

到達目標



評価のポイント



学習内容

参考資料

●ルーブリック評価●

<確認テスト>

最終更新日

第四章 初回面談・プロブレムリスト作成について

到達目標



患者基本情報を適切に収集し、得られた情報をもとに薬学的問題点を抽出し、プロブレムリストを作成することができる



評価のポイント

- (知識) 初回面談時に収集すべき事項を把握しプロブレムリスト作成手順を理解している
- (技能) 初回面談にて必要な情報を収集しプロブレムリストを作成することができる
- (態度) 初回面談およびプロブレムリストの重要性を理解して取り組むことができる



学習内容

把握すべき患者基本情報を理解し、初回面談を通じて得た情報からプロブレムリストを作成する。

●初回面談時に収集すべき患者基本情報

カルテの記載および患者またはその家族との面談により、表1に示すような情報を収集する。

表1. 薬物療法を評価するために必要な情報

	患者基本情報	確認事項 (チェック項目)
診療録などから	患者背景	年齢、性別、身長、体重、職業など
	既往歴	発症年齢、診断名、治療期間、入院の有無、輸血歴、他院・他科受診の有無
	禁忌	禁忌薬品の有無
	妊娠・授乳	妊娠・授乳中の有無
	家族歴	糖尿病、高血圧、脂質異常症、悪性腫瘍など
	検査結果	肝、腎、血液検査値 等における異常の有無
初回面談から	アレルギー歴	抗菌薬、造影剤、うがい薬、ピリン系薬、食物、環境など
	副作用歴	薬品名、薬の種類、症状、発現時期
	OTC 薬、常備薬	薬品名、薬効、服用方法、服用期間 (頻度)
	健康食品・サプリメント	摂取の有無、商品名、服用理由
	嗜好品	タバコ (喫煙量、喫煙年数)、アルコール類の摂取と摂取量
	持参薬	他院・他科の薬の有無、薬品名、用法用量 (投与継続・中止の確認)
	服薬機能	視力、聴力、手技力、理解力
	服薬アドヒアランス	処方薬の服薬状況、理解、飲み残しの有無
	お薬手帳	お薬手帳持参の有無

(薬剤管理指導のためのプロブレムリスト作成の手引き, jほう,p3 一部改編)

また、初回面談時には入院前の服薬管理状況についても評価するために、以下のような項目を確認する。

表 2 初回面談時確認テンプレート（参考資料）

聞き取り	☐ 本人	☐ 家族（ ）	☐ 問診不可	☐ その他（ ）
服用中の薬	☐ 持参薬報告書確認 ☐ 報告書作成中 ☐ なし			
	 ☐ 中止薬あり（ ） ☐ なし			
入院前の管理状況	☐ 自己管理	☐ 家族（ ）	☐ その他（ ）	
入院前の管理方法	☐ PTP シート	☐ 一包化	☐ 薬ケース	☐ その他（ ）
入院前のアドヒアランス	☐ 良好 ☐ 不良			
お薬手帳	☐ あり ☐ なし			
アレルギー※1・副作用歴	食品	☐ なし	☐ あり（ ）	
	薬	☐ なし	☐ あり（ ）	
サプリメント・市販薬	☐ なし ☐ あり（ ）			
その他（ ）				

（シンプルでわかりやすい 薬歴・指導記録の書き方. 南山堂,p61-62 一部改編）

<補足>

※1 アレルギー歴を聴取する際の注意事項としては以下のようなものが挙げられる。

アレルギーという単語の理解が不十分そうであれば、「今まで薬を飲んで調子が悪くなったり、蕁麻疹が出たりしたことはありませんか。」などわかりやすい言葉を心がける。

また、例えば患者さんが「ペニシリンアレルギーがあります」と答えた際に記録のみで聞き流すのではなく、発現状況が重要なため、以下のような項目を詳細に確認する必要がある。

服用（使用）した薬剤名（不明であれば例えば「30 歳時に帝王切開で使用した抗生剤」など使用した状況、使用年齢、処方元医院はどこかなども可能な限り確認する。後日処方元に確認できる場合がある。）、起こった反応（例：体幹全体のじんま疹、粘膜症状、呼吸困難感）、薬の使用と反応とのタイミング（例：内服してすぐ、内服開始して 3 日目など）、対処方法・症状の経過（例：服用中止、アレルギー薬内服、入院）、その後再度同じ薬を服用したことがあるか、もしあればそのときの反応など

●患者基本情報の評価とプロブレムリストの作成

得られた患者基本情報から、以下の手順を用いてプロブレムリストを作成する（図 1）。

- ① 患者基本情報を基に、プロブレムの誘因・原因、プロブレムとなる症状・徴候をチェックし、「プロブレム抽出のためのチェック項目」の欄を参考にプロブレムリストを作成する。

- ② 「プロブレムリストの表現（標準化）」の欄を用いて薬学的なプロブレムを明確化する。
- ③ 「プロブレムの状態」の欄でプロブレムを状態に応じて分類する。チェック後プロブレムが存在しない場合は“なし”に分類し薬学的管理実施の証とする。

プロブレム抽出のための チェック項目	プロブレムリストの表現（標準化）	プロブレムの 状態
1 服薬アドヒアランスの確認 持参薬残数のバラツキ OTC薬、漢方薬、配置薬、健康食品	*による服薬アドヒアランス不良 *飲み忘れ *服薬拒否 *服薬困難 *複雑な用法 *多剤併用 *処方目的の不理解 *不規則な生活 *の知識不足による服薬アドヒアランス不良 *の知識不足による治療効果不良 *薬剤名 *用法・用量 *薬効 *使用上の注意 *副作用 *病名（疾患） *服薬の必要性	☐ あり ☐ 可能性あり ☐ なし
2 薬剤投与の妥当性の確認 投与禁忌の有無 治療効果不良の有無 投与スケジュール 投与経路	*のある患者への投与禁忌 投与スケジュールの不適 投与経路の不適 *既往歴 *合併症（疾患） *病態 *副作用歴 *アレルギー歴 *授乳 *妊娠 *使用薬剤	☐ あり ☐ 可能性あり ☐ なし
3 薬剤選択の妥当性の確認 疾患から見た選択 生理機能から見た選択 同効薬の中での比較 社会歴から見た選択	*における薬剤選択が不適切 *疾患 *病態 *障害時の薬剤使用 *肝機能 *腎機能 *嚥下 *の配慮が必要 *エビデンス *退院後の社会生活	☐ あり ☐ 可能性あり ☐ なし
4 投与量（薬物血中濃度含む）の確認 過量・過少投与の有無 治療濃度域外の有無	*不適切による副作用発現 *不適切による治療効果不良 *投与量 *血中濃度	☐ あり ☐ 可能性あり ☐ なし
5 重複投与の確認 重複処方の有無	*処方との重複による過量投与（or副作用発現） *他院 *他科 *同一科	☐ あり ☐ 可能性あり ☐ なし
6 相互作用の確認 吸収・代謝・排泄過程、血中濃度 OTC薬、食物も含む	*との併用による副作用発現 *との併用による治療効果不良 *服用（投与）薬 *食物	☐ あり ☐ 可能性あり ☐ なし
7 検査値の確認 肝、腎、血液検査	*障害時の薬剤使用 *肝機能 *腎機能 *血液	☐ あり ☐ 可能性あり ☐ なし
8 副作用の確認 副作用の有無	使用薬剤による副作用症状 使用薬剤による検査値異常 薬物体内動態（*）変動による副作用発現 *吸収過程 *代謝過程 *排泄過程	☐ あり ☐ 可能性あり ☐ なし
9 服薬機能の確認 機能低下の有無	*低下による服薬（投与）困難 *視力 *聴力 *手技力 *嚥下力 *理解力	☐ あり ☐ 可能性あり ☐ なし
10 保険適応の確認 適応外の有無	*による保険適応外使用 *使用薬剤	☐ あり ☐ 可能性あり ☐ なし

（薬剤管理指導のためのプロブレムリスト作成の手引き. じほう,p2 一部改編）

図 1. プロブレムリスト作成手順

参考資料

- ・平成 15 年度学術委員会 学術第 3 小委員会報告（最終報告） 薬剤管理指導業務実施時の問題解決方法の調査・研究
- ・薬剤管理指導のためのプロブレムリスト作成の手引き（じほう）
- ・薬剤師レジデントマニュアル（医学書院）
- ・モデル・コアカリキュラムに沿ったわかりやすい新実務実習テキスト 2019-2020（じほう）
- ・シンプルでわかりやすい 薬歴・指導記録の書き方（南山堂）

●ルーブリック評価●

観点	第4段階	第3段階	第2段階	第1段階
【知識】 適切なプロブレムリストの作成方法を理解している	プロブレムリストの作成手順を理解している	患者基本情報を整理し評価する方法を理解している	患者基本情報を収集するための情報源を理解している	初回面談時に収集すべき患者基本情報を理解している

観点	第4段階	第3段階	第2段階	第1段階
【技能】 初回面談を適切に行いプロブレムリストを作成することができる	収集すべき患者基本情報の項目を理解した上で初回面談を実施しプロブレムの抽出とプロブレムリスト作成ができる	初回面談を実施し収集した患者基本情報から薬学的問題点を抽出できる	カルテより入手した情報を基に初回面談を実施できる	カルテより患者基本情報を入手できる

第五章 服薬指導記録の書き方

到達目標



POS を用いて患者の問題を明確にとらえ、実施した内容について、薬剤管理指導記録を SOAP 形式で作成できる
または、フォーカスチャートニングの変法を用いて指導記録を作成できる



評価のポイント

(知識) POS について理解している

SOAP の各項目にどのような情報を記載すべきか理解している

SOAP とフォーカスチャートニングの違い、おおよそ利点と欠点を理解している

(技能) 抽出したプロブレムに対して、SOAP 形式で記録を書くことができる

または、フォーカスチャートニングの変法で記録を記載することができる

(態度) チーム医療への貢献



学習内容

プロブレムリストを作成し、服薬指導をしたら、SOAP 形式で服薬指導記録を書こう。

その前に基本的な内容を押さえ、フォーカスチャートニングとの違いも理解もしておこう。

●POS とは、SOAP とは

POS は Problem Oriented System (問題志向システム) の略語で、チーム医療を進める中で職種に関係なく、患者中心の一元記録を目指して導入されたシステムである。患者の問題点を明確にし、その問題点を理論的に解決していく、という考え方である。POS を下記のように表現するとわかりやすいだろうか。

- ・ Problem : 患者の問題点を (患者が困ったり、苦しんだりしていること)
- ・ Oriented : 患者の気持ちになって (立場になって)
- ・ System : 取り組む (考える) システム

POS は①情報の収集、②問題の明確化、③初期計画、④実施・経過記録、⑤監査・修正の要素で構成されている。例えばこれを普段の病棟業務に当てはめてみると、患者面談を行う前にまずカルテで情報収集し (情報収集)、その中で、例えば「痛みが強そうだな」というような感じで問題点を挙げる (問題の明確化)。そこで「鎮痛薬を変えた方がよさそうだな」など問題解決に向けた計画を考え (初期計画)、その計画を実施し、記録する (実施・経過観察)。その後、自分で見直したり、同僚や先輩に相談したりすることによって、次回以降の指導に

第六章 退院時指導について

到達目標



退院時薬剤情報管理指導料の算定要件を理解し、お薬手帳の記載と退院後の薬剤服用に関する指導を行い、適切な指導記録が書ける。



評価のポイント

- (知識) 退院時薬剤情報管理指導料の算定要件や退院時薬剤情報連携加算について把握し、退院後のアドヒアランス確保のために薬剤師として取り組むべき事項を理解できる
- (技能) 退院時薬剤情報管理指導料を算定するための退院時指導記録作成とお薬手帳へ必要項目を記載することができる
- (態度) 退院後の円滑な地域医療への移行を支援し、アドヒアランス確保を継続して評価していくために必要な方策をとる重要性を理解して取り組むことができる



学習内容

実施すべき退院時指導内容を理解し、入院経過を通じて得た情報から退院後の服薬管理へ引き継ぐ。

●退院時の病院薬剤師の対応

退院指導時は患者や家族に対して、退院後の薬物療法について説明し、退院後も自宅で継続できるように支援を行う。しかし、患者の状況や治療内容によっては退院時の指導のみでは完結できないものがある。また、薬物療法の大半は外来での治療継続となる場合が多く、患者のフォローアップは保険薬局の薬剤師が入院期間より長期で関わることとなる。そのため、退院時に保険薬局の薬剤師に情報提供することで、継続した薬物療法が進められると期待されている(※保険薬局が知りたい情報は参考情報参照)。そして、日本薬剤師会や日本病院薬剤師会では薬薬連携を推進する資料(施設間情報連絡書/薬剤管理サマリー)を示している。また、令和2年度の診療報酬改定においてもこのような対応をした場合に算定できる、退院時薬剤管理指導連携加算(第一章参照)が新設され、国としてこのような取り組みを推進している。

この資料では、患者/家族に提供する資料や情報の内容と他施設の薬剤師に提供する資料や情報の内容について記載する(図1参照)。

<確認テスト>

問 1. 上記症例への退院時指導で算定できるものを選び。

- a. 退院時薬剤情報管理指導料 b. 退院時薬剤情報連携加算 c. a と b 両方

問 2. 退院後にフォローする保険薬局の薬剤師と共有すべきことや継続して確認して欲しいことを挙げよ。

問 3. 以下の文章の誤っている個所を指摘し、修正せよ。

- a. お薬手帳に記載する薬剤は退院日に処方されたものしか記載できない。
- b. 退院時指導は退院後の薬剤管理者は関係なく、患者本人にのみ実施するだけで良い。
- c. 退院時指薬剤情報管理指導料は退院日でなくとも、退院に近い日であれば算定可能である。
- d. 退院時薬剤情報連携加算は患者や家族の同意なくとも、必要性があると薬剤師が判断した場合には算定可能である。
- e. 薬剤師は退院後の患者の服薬支援を考える必要はなく、入院中の服薬コンプライアンス確保にのみ責任を持てば良い。

【ちょっと一息 コーヒーブレイク】

この章では、「業務としての退院時指導」に主眼を置いて記述しているが、カルテ記載内容を充実させることは、医療従事者間の情報共有という意義だけではなく、自分自身のスキルアップのための資料としても活用できるので紹介します。

記録をきちんと蓄積していけば、将来的には専門・認定薬剤師取得や臨床研究のために必要な症例情報としても活用できる。どの程度まで書けばよいかという基準はないが、担当患者の経過を整理し今後の治療に役立たせるだけでなく、自己研鑽に役立つ要約を心がけるとよいかもしれない。

治療の要約を作成することで、入院で行われた薬物治療の内容やそれらに対する介入を振り返り、頭の中を整理することになる。このプロセスを経ることで、次に同様のシチュエーションに遭遇した場合は一段階高いレベルで対応できるようになる。退院時に全てまとめることはできないので、初回面談時から要約することを意識して情報収集やカルテ記載をしておくといい。特に決められた形式は無いが、プロブレムごとに時系列で記載するのが一般的でわかりやすい。例えば、治療経過に関する特記事項（薬剤開始・中止理由や特別な投与量の理由等）なども時系列でイベントと関連付けて記載をしておくことで後でまとめやすくなる。それぞれのプロブレムに対し、評価・考察を行い、（化学療法等のため定期的に繰り返し入院するようなケースでは）次回入院時に実践できるよう計画も立てておけると良い（図 3）。

(例) 胃がんの再発治療 (XP-HER療法) 目的で入院した患者
62才 女性 160cm 53kg ADL : full

薬物治療に必要な情報を時系列で
(検査歴、処置・手術歴など)

#1. 胃がん再発

2018/01/15 内視鏡検査 → 生検：高分化の腺がん
2018/01/29 CT検査：胃壁の不整な肥厚あり。胃癌疑い。その他臓器には異常はない。
2018/02/20 胃全摘術+脾臓摘出 → 郭清リンパ節転移(-)、HER2 3+
2018/04/02 術後補助療法S1 120mg/d 4投2休開始
→ d15 水様便と好中球減少症のため中止
2018/05/07 S1② 100mg/dへ減量再開
→ d15 粘膜障害(口内炎、下痢)あるものの許容内
→ 100mg/dで半年間の術後補助療法完遂以降、経過観察

イベントと関連させる
("→"やインデントを活用して見やすく!)

転帰(変更後どうなったか?)

治療評価以外の評価でも使用(生理機能への影響、
症状緩和など)する可能性がある関連情報も収集して
おくと総合的な評価がしやすい

介入内容+その結果も
簡潔にまとめる

2020/04/10 CT：肝転移疑い。傍大動脈リンパ節に転移疑い。
腫瘍マーカー上昇あり
2020/05/11 XP-HER①
S1で血球減少や粘膜障害あり、Capeでも懸念されるため用量について確認。
治療強度を優先し、full doseで開始となった。
→ d2~5 末梢に軽度浮腫あり
d4 嘔気あり ドンペリドン頓用

#2. 心房細動
2010/02~ ○○クリニック通院
ビソプロロール2.5mg 1錠 分1 朝食後
エドキサパン30mg 1錠 分1 朝食後

相互作用
・薬⇄薬
(将来的に追加・変更される可能性にも留意)
・薬⇄疾患・病態

スキルアップのための振り返り(例)

①振り返り・反省
・In/Outのバランス確認が不十分(浮腫、腎障害予防)
・d4以降の嘔気の原因確認が不十分

②Plan
・尿量確認(Nsとも連携)
・d4以降の嘔気の原因確認
必要に応じて制吐薬強化の検討
ケモ以外の嘔気の原因も検索

③次回までのTo Do("何を","どうやって"具体的に)
・CDDPハイドレーション方法の確認
・ハイドレーション時の適切な尿量の目安を調査

図3. 治療経過の要約(例)

作成日：2021年1月6日

最終更新日：2021年1月6日