

## 令和6年度がん化学療法と地域連携に係る研修会

共催 山口大学医学部附属病院薬剤部  
(一社) 宇部薬剤師会

日時 令和5年12月16日(月) 19時30分～20時30分

場所 宇部市総合福祉会館 2階 ボランティア交流ホール(大)

(宇部市琴芝町二丁目4番20号)

- ※ 本研修会は研修単位の付与はありません。
- ※ 参加対象は山口県薬剤師会の会員とします。

### 《内容》

- 演題1『服薬情報提供書の活用と課題～いつもFAXありがとうございます～』  
講師 山口大学医学部附属病院 薬剤部 宗岡 祐輔 先生
- 演題2『全国における薬剤師外来の最新の情報』  
講師 山口大学医学部附属病院 薬剤部 利重 大介 先生
- 演題3『薬剤師外来の現在と今後の展望』  
講師 山口大学医学部附属病院 薬剤部 主査 尾崎 正和 先生
- 質疑応答

---

### 令和6年度がん化学療法と地域連携に係る研修会参加申込書

(開催日：令和6年12月16日)

所属先(薬局名等)	氏名

申込先：宇部薬剤師会事務局 FAX番号：0836-36-8930

締め切り：令和6年12月10日(火)

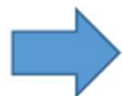
# 服薬情報提供書 の活用 と課題

～いつもFAXありがとうございます  
～

---

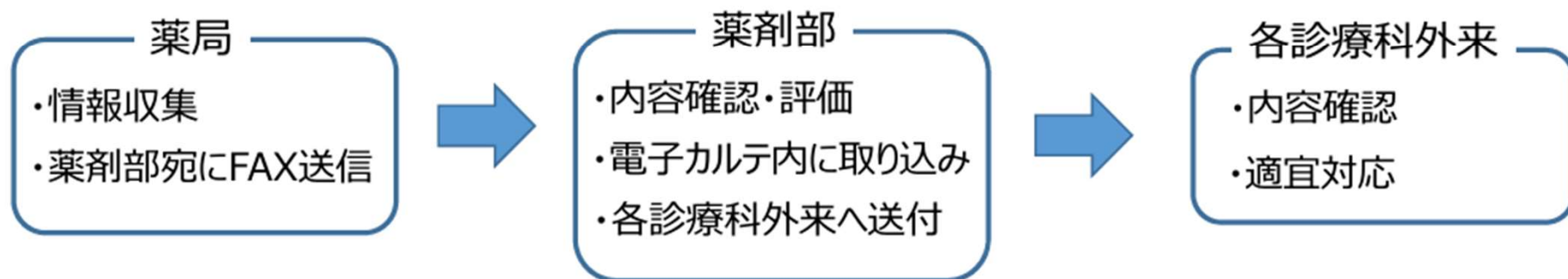
山口大学医学部附属病院薬剤部  
宗岡祐輔

## 化学療法施行日の患者（限定したレジメン対象）の流れ



受付窓口	採血室	外来診察室	外科外来面談室	外来化学療法室	院外薬局
受付	採血	医師の診察	薬剤師の面談	抗がん剤投与	処方薬の受け取り
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤師面談の内容確認</li> <li>・当日の治療決定</li> <li>・次回受診時の薬剤師指導枠の予約</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・服薬状況、副作用等に関する情報収集</li> <li>・専用文書を用いて治療内容の説明</li> <li>・専用文書を薬局で提示するように指示</li> <li>・栄養指導必要時、管理栄養士と連携</li> <li>・面談内容をカルテに記載し医師と情報共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者から提示された専用文書の内容に基づいて服薬指導</li> <li>・継続的に患者の服薬状況、副作用の有無等を確認</li> <li>・結果をトレーシングレポートにて報告</li> </ul>	

## トレーシングレポートの流れ



# 服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

薬のリスクから患者を守る !!



トップページ

薬剤部紹介

業務紹介

チーム医療

研究・成果

薬剤部風景

職員研修

採用情報

医療安全に貢献し、患者さんに適切で安全な薬物療法を提供するよう努力します。

## TOPICS

■ インターンシップ募集 申し込みは[こちら](#)※new  
日時：2025年2月20日（木） 応募締切：2025年1月10日

■ 薬剤師募集のお知らせ 募集は終了しました

■ 連携充実加算に関するお知らせ 詳細は他の医療機関・保険薬局の皆様へのページへ

■ 各種表彰

## NEWS

■ 2024年12月3日 11月分の治験薬温度管理記録を更新しました※new

■ 2024年11月26日 山口大学医学部附属病院における医薬品学術活動についてを更新しました

■ 2024年11月19日 DI-EXPRESS NO.168を作成しました

■ 2024年11月7日 10月分の治験薬温度管理記録を更新しました

■ 2024年10月22日 DI-EXPRESS NO.167を作成しました

■ 2024年10月18日 常備薬一覧を更新しました

マイナビ2024

製薬企業  
の皆様へ

治験依頼企業  
の皆様へ

他の医療機関  
保険薬局  
の皆様へ

山口大学  
関係者向け

患者の皆様へ

常備薬一覧

	
ニボルマブ療法（4週毎/2週毎）	 PDF 4週毎  PDF 2週毎
mFOLFOX6 + Bmab療法	 PDF
FOLFIRI + Ram療法	 PDF
SOX + Nivo療法	 PDF

山口大学医学部附属病院 薬剤部

〒755-8505  
山口県宇部市南小串1-1-1

TEL: 0836-22-2668  
(平日 8:30~17:00)  
FAX: 0836-85-3751  
E-mail:di-info★yamaguchi-u.ac.jp  
(★を@に変更してください)

※対象の患者さんには当院から治療の進捗に関する文書を交付しています。

[＜参考＞当院における癌化学療法レジメン一覧](#)

・連携充実加算対象レジメンにて報告頂く服薬情報提供書（トレーシングレポート）

当院での連携充実加算対象レジメンにおきまして、がん診療連携推進プログラム（山口県薬剤師会作成 抗がん剤用）の運用を開始します。

トレーシングレポートとは保険薬局で患者さんから聞き取った服薬状況や副作用に関する情報です。即時性は低いものの、医療の伝達が望ましいと判断される事項に用いるレポートです。作成いただきましたトレーシングレポートは、下記送付先までFAXにてご送付ください。

書類	Excel形式
トレーシングレポート（山口県薬剤師会作成 抗がん剤用）	

FAX送付先（薬剤部）：0836-85-3751

【トレーシングレポート提出時の注意】

・トレーシングレポートによる連携充実加算対象レジメンの適用については電話にてお問い合わせください。

# 服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

**服薬情報提供書 (トレーシングレポート) : 抗がん薬**

医療機関名 \_\_\_\_\_ 報告日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

科 \_\_\_\_\_ 先生 御机下 \_\_\_\_\_ 保険薬局 名称・所在地・電話番号・FAX番号等 \_\_\_\_\_

患者番号: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日生 歳 保険薬剤師名: \_\_\_\_\_

※この情報を伝えることに対して患者の同意を。  
 得た  得ておりませんが治療上重要と思われるのでご報告いたします。

※服薬情報及び副作用状況について下記の通りご報告いたします。

<服薬状況> 情報提供書の対象薬剤名: ( \_\_\_\_\_ )  
 良好  やや不良  不良 (その他: \_\_\_\_\_ )

<副作用状況> ※Grade3以上の場合など必要に応じて外来受診を始めてください

<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( _____ °C)	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (部位: _____ )
<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> Grade1 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	<input type="checkbox"/> Grade1 軽度の症状、治療を要さない
<input type="checkbox"/> Grade2 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食習慣の変化	<input type="checkbox"/> Grade2 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または発疹の発現を要する
<input type="checkbox"/> Grade3 顕著な体重減少または栄養失調を伴う	<input type="checkbox"/> Grade3 高度の疼痛、経口摂取に支障がある
<input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> Grade1 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> Grade1 だるさがある、または元気がない
<input type="checkbox"/> Grade2 顕著な体重減少、発熱または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少	<input type="checkbox"/> Grade2 身の回りの日常生活動作が制限される
<input type="checkbox"/> Grade3 経管栄養/TPN/入院を要する	<input type="checkbox"/> Grade3 身の回りの日常生活動作が制限される
<input type="checkbox"/> 嘔吐*1 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> Grade1 24時間1~2エピソードの嘔吐	<input type="checkbox"/> Grade1 中等度の労作に伴う息切れ
<input type="checkbox"/> Grade2 24時間に3~5エピソードの嘔吐	<input type="checkbox"/> Grade2 極めて軽度の労作に伴う息切れ
<input type="checkbox"/> Grade3 24時間に6エピソード以上の嘔吐	<input type="checkbox"/> Grade3 安静時の息切れ
<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 手足症候群 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> Grade1 ベースラインと比べて<4回/日の便回数増加	<input type="checkbox"/> Grade1 疼痛を伴わない軽微な皮膚変化・皮膚炎
<input type="checkbox"/> Grade2 ベースラインと比べて4~6回/日の便回数増加	<input type="checkbox"/> Grade2 疼痛を伴う皮膚変化、身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> Grade3 ベースラインと比べて>7回/日の便回数増加	<input type="checkbox"/> Grade3 疼痛を伴う高度の皮膚変化、身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> Grade1 便秘薬/緩下薬/食事の工夫/浣腸を不定期に使用	<input type="checkbox"/> Grade1 症状がない
<input type="checkbox"/> Grade2 緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的便秘	<input type="checkbox"/> Grade2 身の回りの日常生活動作が制限される
<input type="checkbox"/> Grade3 排便を要する頑固な便秘	<input type="checkbox"/> Grade3 身の回りの日常生活動作が制限される

※注釈のないGrade分類はCTCAE v5.0に準拠。\*1: CTCAE v4.0に準拠。

<その他> (その他の副作用、治療上の問題点、処方提案など)

山口県薬剤師会作成 2021年度版

**服薬情報提供書 (トレーシングレポート) : 抗がん薬**

医療機関名 \_\_\_\_\_ 報告日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

科 \_\_\_\_\_ 先生 御机下 \_\_\_\_\_ 保険薬局 名称・所在地・電話番号・FAX番号等 \_\_\_\_\_

患者番号: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日生 歳 保険薬剤師名: \_\_\_\_\_

※この情報を伝えることに対して患者の同意を。  
 得た  得ておりませんが治療上重要と思われるのでご報告いたします。

※服薬情報及び副作用状況について下記の通りご報告いたします。

<服薬状況> 情報提供書の対象薬剤名: ( \_\_\_\_\_ )  
 良好  やや不良  不良 (その他: \_\_\_\_\_ )

<副作用状況> ※Grade3以上の場合など必要に応じて外来受診を始めてください

<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( _____ °C)	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (部位: _____ )
<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> Grade1 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	<input type="checkbox"/> Grade1 軽度の症状、治療を要さない
<input type="checkbox"/> Grade2 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食習慣の変化	<input type="checkbox"/> Grade2 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または発疹の発現を要する
<input type="checkbox"/> Grade3 顕著な体重減少または栄養失調を伴う	<input type="checkbox"/> Grade3 高度の疼痛、経口摂取に支障がある
<input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> Grade1 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> Grade1 だるさがある、または元気がない
<input type="checkbox"/> Grade2 顕著な体重減少、発熱または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少	<input type="checkbox"/> Grade2 身の回りの日常生活動作が制限される
<input type="checkbox"/> Grade3 経管栄養/TPN/入院を要する	<input type="checkbox"/> Grade3 身の回りの日常生活動作が制限される
<input type="checkbox"/> 嘔吐*1 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> Grade1 24時間1~2エピソードの嘔吐	<input type="checkbox"/> Grade1 中等度の労作に伴う息切れ
<input type="checkbox"/> Grade2 24時間に3~5エピソードの嘔吐	<input type="checkbox"/> Grade2 極めて軽度の労作に伴う息切れ
<input type="checkbox"/> Grade3 24時間に6エピソード以上の嘔吐	<input type="checkbox"/> Grade3 安静時の息切れ
<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 手足症候群 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> Grade1 ベースラインと比べて<4回/日の便回数増加	<input type="checkbox"/> Grade1 疼痛を伴わない軽微な皮膚変化・皮膚炎
<input type="checkbox"/> Grade2 ベースラインと比べて4~6回/日の便回数増加	<input type="checkbox"/> Grade2 疼痛を伴う皮膚変化、身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> Grade3 ベースラインと比べて>7回/日の便回数増加	<input type="checkbox"/> Grade3 疼痛を伴う高度の皮膚変化、身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> Grade1 便秘薬/緩下薬/食事の工夫/浣腸を不定期に使用	<input type="checkbox"/> Grade1 症状がない
<input type="checkbox"/> Grade2 緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的便秘	<input type="checkbox"/> Grade2 身の回りの日常生活動作が制限される
<input type="checkbox"/> Grade3 排便を要する頑固な便秘	<input type="checkbox"/> Grade3 身の回りの日常生活動作が制限される

※注釈のないGrade分類はCTCAE v5.0に準拠。\*1: CTCAE v4.0に準拠。

<その他> (その他の副作用、治療上の問題点、処方提案など)

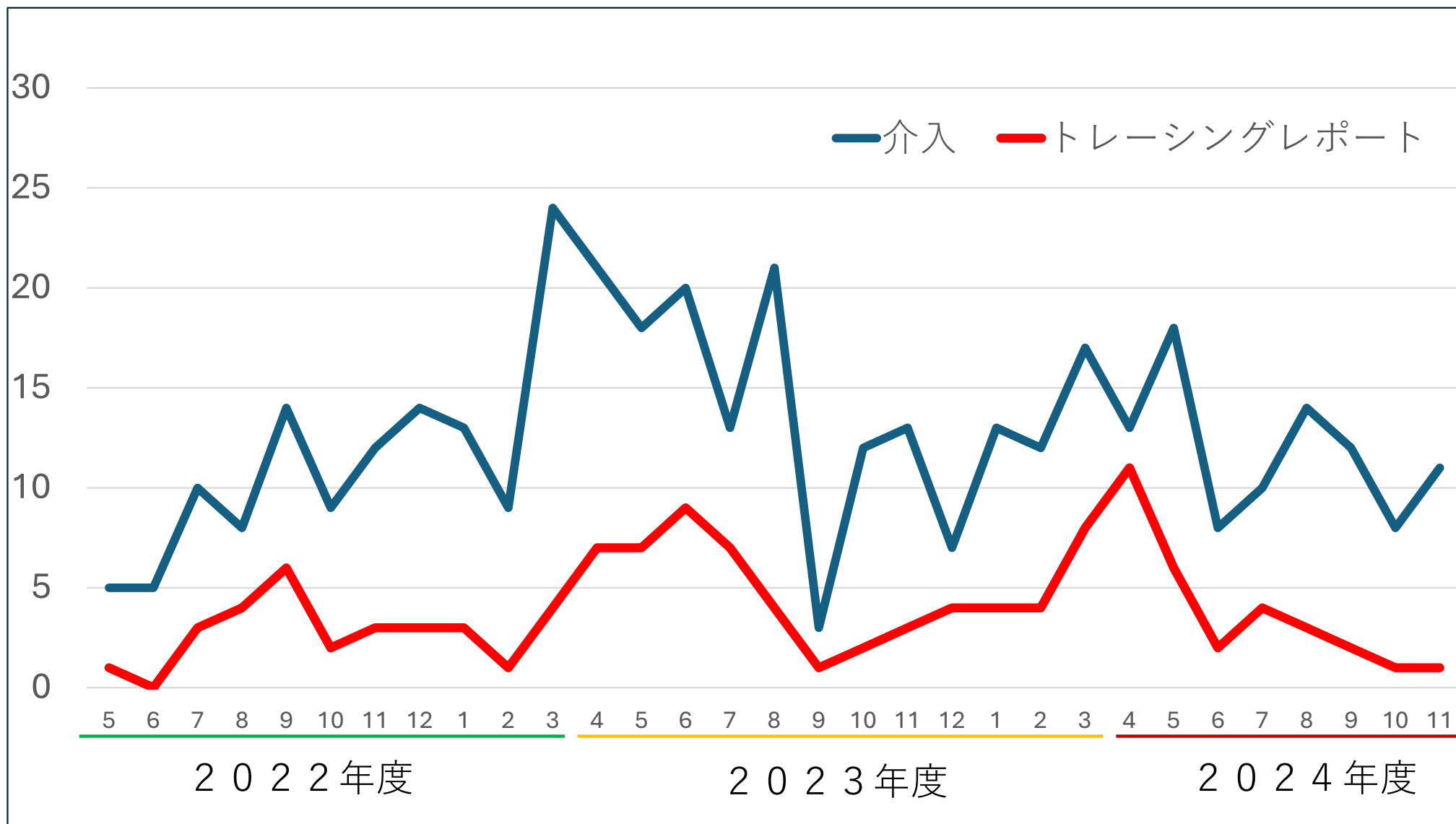
※「その他」欄に収まらない場合は別紙に記載し、送付ください

山口県薬剤師会 2022年5月20日改訂

お願い

- ・ 細めのペンで記載を
- ・ 「あり」をチェックしたらGrade表記をお願いします。

# 報告件数の推移





# 服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

**服薬情報提供書 (トレーシングレポート) : 抗がん薬**

医療機関名 \_\_\_\_\_ 報告日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

科 _____	先生 御机下 _____	保険薬局 名称・所在地・電話番号・FAX番号等 _____
患者番号: _____		
患者氏名: _____		
生年月日: _____ 年 月 日生 _____ 歳	保険薬剤師名: _____	

※この情報を伝えることに対して患者の同意を、  
 得た  得ておりませんが治療上重要と思われるのでご報告いたします。

※服薬情報及び副作用状況について下記の通りご報告いたします。

<服薬状況> 情報提供書の対象薬剤名: ( \_\_\_\_\_ )  
 良好  やや不良  不良 (その他: \_\_\_\_\_ )

<副作用状況> ※Grade3以上の場合など必要に応じて外来受診を勧めてください

● 発熱 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( _____ °C)	● 出血 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (部位: _____)
● 食欲不振 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	● 口腔粘膜炎 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

<input type="checkbox"/> Grade1 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	<input type="checkbox"/> Grade1 軽度の症状、治療を要さない
<input type="checkbox"/> Grade2 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化	<input type="checkbox"/> Grade2 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または食事の変更を要する
<input type="checkbox"/> Grade3 顕著な体重減少または栄養失調を伴う	<input type="checkbox"/> Grade3 高度の疼痛、経口摂取に支障がある

● 悪心 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	● 倦怠感 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> Grade1 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> Grade1 だるさがある、または元気がない
<input type="checkbox"/> Grade2 顕著な体重減少、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少	<input type="checkbox"/> Grade2 身の回り以外の日常生活動作が制限される
<input type="checkbox"/> Grade3 経管栄養/TPN/入院を要する	<input type="checkbox"/> Grade3 身の回りの日常生活動作が制限される

● 嘔吐 <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	● 呼吸困難 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> Grade1 24時間に1~2エピソードの嘔吐	<input type="checkbox"/> Grade1 中等度の労作に伴う息切れ
<input type="checkbox"/> Grade2 24時間に3~5エピソードの嘔吐	<input type="checkbox"/> Grade2 極めて軽度の労作に伴う息切れ
<input type="checkbox"/> Grade3 24時間に6エピソード以上の嘔吐	<input type="checkbox"/> Grade3 安静時の息切れ

● 下痢 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	● 手足症候群 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> Grade1 ベースラインと比べて<4回/日の便回数増加	<input type="checkbox"/> Grade1 疼痛を伴わない軽微な皮膚変化・皮膚炎
<input type="checkbox"/> Grade2 ベースラインと比べて4-6回/日の便回数増加	<input type="checkbox"/> Grade2 疼痛を伴う皮膚変化、身の回り以外の生活動作の制限
<input type="checkbox"/> Grade3 ベースラインと比べて≧7回/日の便回数増加	<input type="checkbox"/> Grade3 疼痛を伴う高度の皮膚変化、身の回りの生活動作の制限

● 便秘 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	● 神経障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> Grade1 便軟化薬/緩下薬/食事の工夫/浣腸を不定期に使用	<input type="checkbox"/> Grade1 症状がない
<input type="checkbox"/> Grade2 緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的徴候	<input type="checkbox"/> Grade2 身の回り以外の日常生活動作が制限される
<input type="checkbox"/> Grade3 排便を要する頑固な便秘	<input type="checkbox"/> Grade3 身の回りの日常生活動作が制限される

※注釈のないGrade分類はCTCAE v5.0に準拠。\*1: CTCAE v4.0に準拠。

<その他> (その他の副作用、治療上の問題点、処方提案など)

山口県薬剤師会作成 2021年度版

**服薬情報提供書 (トレーシングレポート) : 抗がん薬**

医療機関名 \_\_\_\_\_ 報告日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

科 _____	先生 御机下 _____	保険薬局 名称・所在地・電話番号・FAX番号等 _____
患者番号: _____		
患者氏名: _____		
生年月日: _____ 年 月 日生 _____ 歳	保険薬剤師名: _____	

※この情報を伝えることに対して患者の同意を、  
 得た  得ておりませんが治療上重要と思われるのでご報告いたします。

※服薬情報及び副作用状況について下記の通りご報告いたします。

<服薬状況> 情報提供書の対象薬剤名: ( \_\_\_\_\_ )  
 良好  やや不良  不良 (その他: \_\_\_\_\_ )

<副作用状況> ※Grade3以上の場合など必要に応じて外来受診を勧めてください

● 発熱 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( _____ °C)	● 出血 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (部位: _____)
● 食欲不振 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	● 口腔粘膜炎 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

<input type="checkbox"/> Grade1 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	<input type="checkbox"/> Grade1 軽度の症状、治療を要さない
<input type="checkbox"/> Grade2 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化	<input type="checkbox"/> Grade2 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または食事の変更を要する
<input type="checkbox"/> Grade3 顕著な体重減少または栄養失調を伴う	<input type="checkbox"/> Grade3 高度の疼痛、経口摂取に支障がある

● 悪心 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	● 倦怠感 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> Grade1 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> Grade1 だるさがある、または元気がない
<input type="checkbox"/> Grade2 顕著な体重減少、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少	<input type="checkbox"/> Grade2 身の回り以外の日常生活動作が制限される
<input type="checkbox"/> Grade3 経管栄養/TPN/入院を要する	<input type="checkbox"/> Grade3 身の回りの日常生活動作が制限される

● 嘔吐 <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	● 呼吸困難 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> Grade1 24時間に1~2エピソードの嘔吐	<input type="checkbox"/> Grade1 中等度の労作に伴う息切れ
<input type="checkbox"/> Grade2 24時間に3~5エピソードの嘔吐	<input type="checkbox"/> Grade2 極めて軽度の労作に伴う息切れ
<input type="checkbox"/> Grade3 24時間に6エピソード以上の嘔吐	<input type="checkbox"/> Grade3 安静時の息切れ

● 下痢 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	● 手足症候群 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> Grade1 ベースラインと比べて<4回/日の便回数増加	<input type="checkbox"/> Grade1 疼痛を伴わない軽微な皮膚変化・皮膚炎
<input type="checkbox"/> Grade2 ベースラインと比べて4-6回/日の便回数増加	<input type="checkbox"/> Grade2 疼痛を伴う皮膚変化、身の回り以外の生活動作の制限
<input type="checkbox"/> Grade3 ベースラインと比べて≧7回/日の便回数増加	<input type="checkbox"/> Grade3 疼痛を伴う高度の皮膚変化、身の回りの生活動作の制限

● 便秘 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	● 神経障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> Grade1 便軟化薬/緩下薬/食事の工夫/浣腸を不定期に使用	<input type="checkbox"/> Grade1 症状がない
<input type="checkbox"/> Grade2 緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的徴候	<input type="checkbox"/> Grade2 身の回り以外の日常生活動作が制限される
<input type="checkbox"/> Grade3 排便を要する頑固な便秘	<input type="checkbox"/> Grade3 身の回りの日常生活動作が制限される

※注釈のないGrade分類はCTCAE v5.0に準拠。\*1: CTCAE v4.0に準拠。

<その他> (その他の副作用、治療上の問題点、処方提案など)

※「その他」欄に収まらない場合は別紙に記載し、送付ください

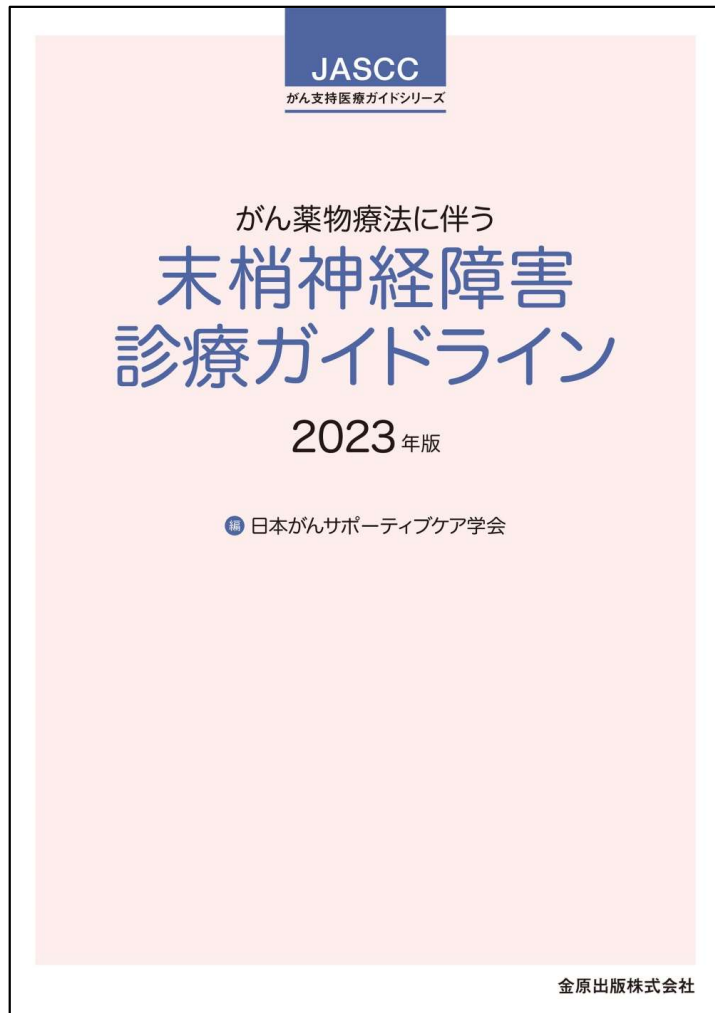
山口県薬剤師会 2022年5月20日改訂



## <その他>の欄から

- オキサリプラチン減量でしたが、痺れは以前より少し強まったそうです。特に手の指先の痺れが強くなったそうです。（一部抜粋）
- 神経障害は大きな変化はない様ですが、少しずつは強くなっているのか痛みが長く続いているので苦痛が大きくなっているのか不明です。夜は熟睡されていません。〇〇医師にその事をお伝えいただけないでしょうか。前回もレポートに記載致しましたが湿布薬やアンメルツの類は気休めにならないでしょうか。（一部抜粋）

# 化学療法誘発性末梢神経障害 (CIPN)



# 化学療法誘発性末梢神経障害 (CIPN)

表 1. 代表的な薬剤による CIPN

薬剤	触覚・温覚	振動覚・関節覚	神経障害性疼痛	運動障害	自律神経障害	Coasting (投与終了後の増悪)
シスプラチン	++	+++	++	-	+	+++
カルボプラチン	+	++	-	-	-/+	++
オキサリプラチン	++	+++	+	-	-/+	++
バクリタキセル	++	++	+	++	-/+	-/+
ドセタキセル	++	+	+	+	-/+	-/+
ピンクリスチン	++	+	++	++	+++	+
イキサベピロン	+++	+	-/+	+	-	-
ボルテゾミブ	+++	+	+++	+	-/+	-
サリドマイド	++	+	+	+	-	-

- : absent, -/+ : uncertain, + : rare, ++ : common, +++ : very frequent

(文献 1 より)

表 2. CIPN の頻度 (薬剤添付文書より)<sup>2)</sup>

薬剤	添付文書中の CIPN の頻度 (%) 太字: 10%以上
<b>白金製剤</b>	
オキサリプラチン	96.60%
カルボプラチン	1~10%未満
シスプラチン	1~10%未満
ネダプラチン	0.1~5%未満
ミリプラチン	記載なし

<b>タキサン系製剤</b>	
カバジタキセル	13.30%
ドセタキセル	頻度不明
バクリタキセル	43.80%
バクリタキセル(アルブミン懸濁型)	60.80%
<b>ピンカルカロイド系製剤</b>	
エリブリン	28.00%
ピノレルピン	5%未満

# オキサリプラチン

- 投与直後から起こる急性障害と慢性障害がある。
- 急性障害は寒冷刺激により増悪する四肢末端や口唇周囲の知覚異常を特徴とし、一過性の嚥下困難や呼吸困難が出現することがある。
- 急性障害は数日以内でほとんど消失する。
- 慢性障害は数ヶ月から数年継続することもある。
- 投与量が $800\text{mg}/\text{m}^2$ を超えると、感覚性の機能障害を伴う神経障害の頻度が高くなる。

# オキサリプラチン

- 患者に対しては、これらの末梢神経症状、咽頭咽喉感覚異常は特に低温への曝露により誘発または悪化すること、オキサリプラチンの投与ごとに現れるが多くは自然に回復することを十分説明するととともに、投与後1週間程度は冷たい飲み物や氷の使用を避け、低温時には皮膚を露出しないよう指導する。
- 予防や治療として有効性が確かな薬剤は知られていない。

CQ

1

CIPN 症状(しびれ, 疼痛)の予防として何が推奨できるか。

推奨文

CIPN 症状(白金製剤由来に限る)の予防として、牛車腎気丸を投与しないことを提案する。

4B 推奨の強さ: 4(弱), エビデンスの確実性: B(中), 合意率 100%(13/13)

CIPN 症状の予防として、プレガバリンを投与しないことを提案する。

4B 推奨の強さ: 4(弱), エビデンスの確実性: B(中), 合意率 100%(13/13)

CIPN 症状(タキサン系抗がん薬由来に限る)の予防として、アセチル-L-カルニチンを投与しないことを強く推奨する。

5B 推奨の強さ: 5(強), エビデンスの確実性: B(中), 合意率 100%(13/13)

CIPN 症状(タキサン系抗がん薬由来に限る)の予防として、冷却を実施することを提案する。

2C 推奨の強さ: 2(弱), エビデンスの確実性: C(弱), 合意率 92%(11/12)

CIPN 症状(タキサン系抗がん薬由来に限る)の予防としての圧迫の実施について「推奨なし」とする。

3D 推奨の強さ: 3(推奨なし), エビデンスの確実性: D(非常に弱い), 合意率 92%(12/13)

CIPN 症状の予防として、運動を実施することを提案する。

2C 推奨の強さ: 2(弱), エビデンスの確実性: C(弱), 合意率 92%(11/12)

CIPN 症状の予防として、鍼灸を実施しないことを提案する。

4D 推奨の強さ: 4(弱), エビデンスの確実性: D(非常に弱い), 合意率 85%(11/13)

CIPNの予防薬  
はない!?



CIPN 症状(しびれ, 疼痛)の治療として何が推奨できるか。

## 推奨文

CIPN 症状の治療として、デュロキセチンを投与することを提案する。

2B 推奨の強さ: 2(弱), エビデンスの確実性: B(中), 合意率 100%(13/13)

CIPN 症状の治療として、アミトリプチリンを投与しないことを提案する。

4D 推奨の強さ: 4(弱), エビデンスの確実性: D(非常に弱い), 合意率 85%(11/13)

CIPN 症状の治療としてのプレガバリンの投与について「推奨なし」とする。

3C 推奨の強さ: 3(推奨なし), エビデンスの確実性: C(弱), 合意率 100%(13/13)

CIPN 症状の治療としてのミロガバリンの投与について「推奨なし」とする。

3C 推奨の強さ: 3(推奨なし), エビデンスの確実性: C(弱), 合意率 100%(12/12)

CIPN 症状の治療としてのビタミン B12 の投与について「推奨なし」とする。

3C 推奨の強さ: 3(推奨なし), エビデンスの確実性: C(弱), 合意率 85%(11/13)

CIPN 症状の治療としての非ステロイド性消炎鎮痛薬(NSAIDs)の投与について「推奨なし」とする。

3D 推奨の強さ: 3(推奨なし), エビデンスの確実性: D(非常に弱い), 合意率 100%(13/13)

CIPN 症状の治療としてのオピオイドの投与について「推奨なし」とする。

3D 推奨の強さ: 3(推奨なし), エビデンスの確実性: D(非常に弱い), 合意率 100%(13/13)

CIPN 症状の治療として、薬物の併用療法の実施について「推奨なし」とする。

3D 推奨の強さ: 3(推奨なし), エビデンスの確実性: D(非常に弱い), 合意率 100%(13/13)

CIPN 症状の治療として、運動を実施することを提案する。

2B 推奨の強さ: 2(弱), エビデンスの確実性: B(中), 合意率 83%(10/12)

CIPN 症状の治療としての鍼灸の実施について「推奨なし」とする。

3B 推奨の強さ: 3(推奨なし), エビデンスの確実性: B(中), 合意率 100%(13/13)

CIPNの治療薬としてエビデンスがあるのは  
デュロキセチンのみ (2B)

不活動を積極的に  
回避する

2024.12.16

# 全国における薬剤師外来の最新の情報

山口大学医学部附属病院薬剤部 利重大介

# 薬剤師外来における最新の情報

- ステロイドスペアリング

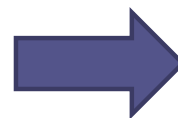
# ステロイドスペアリングについて

ステロイドスペアリングとはステロイドの副作用を軽減する目的で化学療法において2日目以降の経口ステロイドを省略すること

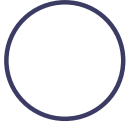





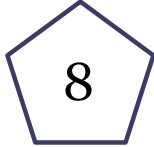
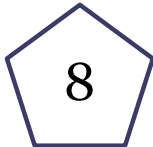
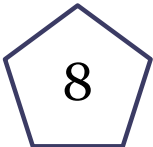




1日目

2日目以降

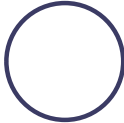

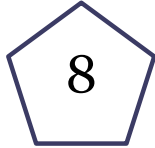
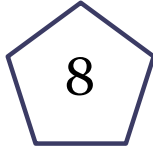
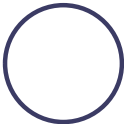





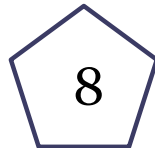
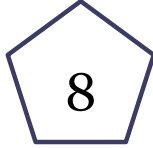
DEX



# 高度催吐リスクレジメンにおける制吐療法

	day1	day2	day3	day4	day5
5-HT3拮抗薬					
経口NK1受容体拮抗薬 (mg)					
または					
静注NK1受容体拮抗薬					
デキサメタゾン(mg)					
オランザピン(mg)					

# 中等度催吐リスクレジメンにおける制吐療法

	day1	day2	day3	day4	day5
5-HT3拮抗薬					
デキサメタゾン(mg)					
5-HT3拮抗薬					
経口NK1受容体拮抗薬 (mg) または					
静注NK1受容体拮抗薬					
デキサメタゾン(mg)					



- 催吐リスク高度のレジメンを施行されている患者で糖尿病の併存症があれば、オランザピンの代替案としてハロペリドールを提案させて頂いている。



ステロイドの施用要否について  
はどう考えるべきか

# ガイドラインでは



●高度催吐性リスク抗がん薬のうち、AC療法においては、悪心・嘔吐予防としてデキサメタゾン投与期間を1日に短縮することを弱く推奨する。

●中等度催吐性リスク抗がん薬による悪心・嘔吐予防として、5-HT<sub>3</sub>受容体拮抗薬にパロノセトロンを投与する場合には、デキサメタゾン投与期間を1日に短縮することを強く推奨する。

●血糖上昇抑制を評価した研究は無し

60代 男性 上行結腸癌 Stage IV (肝転移)

RAS・BRAF：野生型

UGT1A1：野生型

既往症：高血圧、2型糖尿病

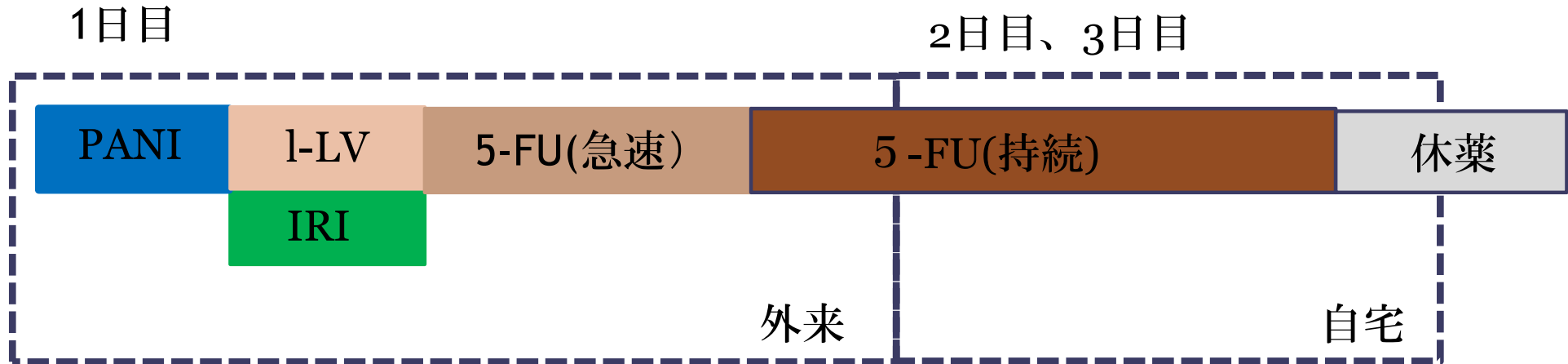
### 使用中の血糖降下薬

- シタグリブチン50mg錠  
1日1回 1回1錠 朝食後
- インスリンプロ注射液(遺伝子組み換え)  
食直前 血糖200を超えた時に2単位施行



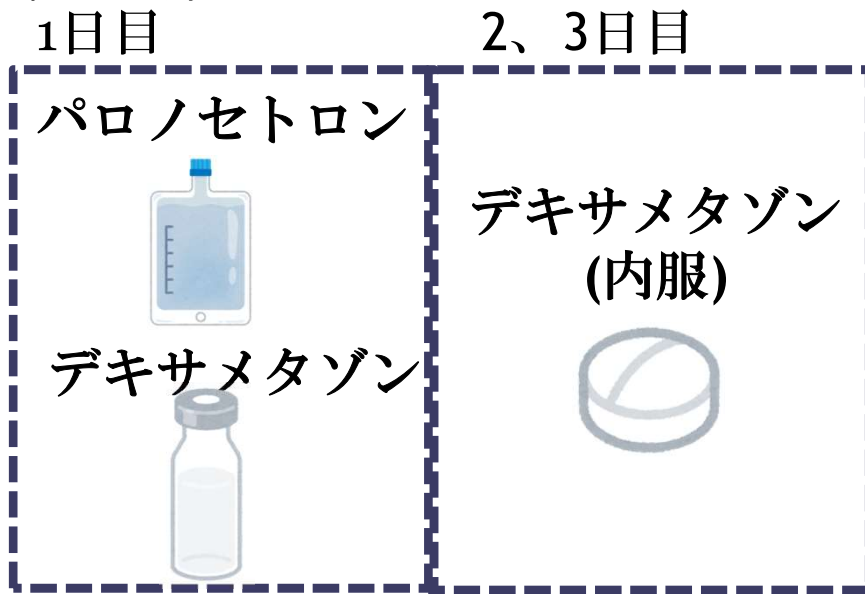
# 化学療法

## 2nd : FOLFIRI+PANI(催吐リスク中等度の扱い)



PANI: パニツムマブ  
l-LV: レボホリナート  
IRI: イリノテカン  
5-FU: フルオロウラシル

## 制吐療法



介入前の状態(2ndの化学療法を複数回施行)

- 随時血糖(平均値)が227.5mg/dl、200mg/dlを超過した頻度54.2%、HbA1cが7.8%で血糖コントロール不良
- 悪心嘔吐症状なし



- 悪心嘔吐はパロノセトロンでカバー可能
- ステロイドスペアリングで血糖改善の可能性あり



トレーシングレポートにて2, 3日目のステロイドを省略提案

- HbA1cは6.9%、200を超える頻14.2%、随時血糖(平均値)が156.9mg/dlで血糖コントロール改善
- 悪心嘔吐症状なし

# まとめ

ステロイドスペアリングについて血糖上昇抑制効果においてエビデンスは無い。

そんな中で、熟考・提案され、血糖改善につながった症例発表は今後提案する上で参考にしたいと考えている。

エビデンスが無い以上、極端な症例ではないと提案に繋げ難いと思うため、エビデンスの構築が必要と考える。





# 薬剤師外来の現在と今後の展望

山口大学医学部附属病院 薬剤部  
尾崎 正和



# そもそも薬剤師外来とは？



健康・医療

## 医師の働き方改革 のため

- 令和6年4月より開始されました！医師の働き方改革の新制度
- 医療機関向け情報
- 勤務医・大学医学部向け情報
- 自治体向け情報
- 通知関連情報
- その他

医師の働き方改革 初めての方向け<いきサポ>

医療機関の宿日直許可申請について

時間外労働の上限規制の適用猶予事業・業務

医療機関の36協定

労働時間・休日

2024年4月より、医師の働き方改革の新制度が施行されました。このページでは、新たな制度に関するお知らせ、医療機関が行う必要のある手続きなど、役立つ情報や、情報へのリンクを掲載しています。

### 令和6年4月より開始されました！医師の働き方改革の新制度

- 新制度の概要
  - PDF 医師の働き方改革概要 [247KB]

- 初めての方向けのわかりやすい資料

#### 政策について

##### 分野別の政策一覧

##### 健康・医療

健康

食品

医療

医療保険

医薬品・医療機器

生活衛生

水道

福祉・介護



# そもそも薬剤師外来とは？



## 医師の働き方改革

- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。
- **地域医療提供体制の改革**や、**各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供するタスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

### 現状

#### 【医師の長時間労働】

病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働

特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

#### 【労務管理が不十分】

36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

#### 【業務が医師に集中】

患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

### 目指す姿

労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する

全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする

質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

### 対策

#### 長時間労働を生む構造的な問題への取組

##### 医療施設の最適配置の推進

(地域医療構想・外来機能の明確化)

##### 地域間・診療科間の医師偏在の是正

##### 国民の理解と協力に基づく適切な受診の推進

#### 医療機関内での医師の働き方改革の推進

##### 適切な労務管理の推進

##### タスクシフト/シェアの推進

(業務範囲の拡大・明確化)

一部、法改正で対応

##### <行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革（講習会等）
- ・医師への周知啓発等

#### 時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（2024.4～） 法改正で対応

##### 地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成  
評価センターが評価  
都道府県知事が指定  
医療機関が計画に基づく取組を実施

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
A (一般労働者と同程度)	960時間	義務	努力義務
連携B (医師を派遣する病院)	1,860時間 ※2035年度末を目標に終了		義務
B (救急医療等)			
C-1 (臨床・専門研修)	1,860時間		
C-2 (高度技能の修得研修)			

##### 医師の健康確保

**面接指導**  
健康状態を医師がチェック

**休息時間の確保**  
連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息）



# そもそも薬剤師外来とは？



## タスクシフト / シェアの推進



# タスクシフト / シェアは何がよいの？



タスクシフト / シェア

医師の負担軽減

薬剤師への  
業務移管

医師の専門性  
の本領発揮

薬剤師の専門性  
の本領発揮



# そもそも薬剤師外来とは？



前にも似たようなことがあったような？



# そもそも薬剤師外来とは？

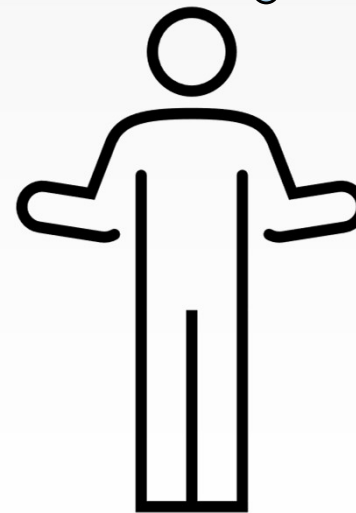


チーム医療の推進について  
(チーム医療の推進に関する検討会 報告書)

2010年

平成22年3月19日  
厚生労働省

14年前にも  
同じようなこと  
言ってたな！



# そもそも薬剤師外来とは？



## (1) 薬剤師

- 医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しており、チーム医療において、薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが、医療安全の確保の観点から非常に
- また、医療スタッフそれぞれの専門性を活かして薬剤の選択や使用に関する業務を行う場合も、医療安全の確保に万全を期す観点から、薬剤師の助言を必要とする場面が想定さ

○ なお、チーム医療を進めた結果、一部の医療スタッフに負担が集中したり、安全性が損なわれたりすることのないよう注意が必要である。また、我が国の医療の在り方を変えていくためには、医療現場におけるチーム医療の推進のほか、医療機関間の役割分担・連携の推進、必要な医療スタッフの確保、いわゆる総合医を含む専門医制度の確立、さらには医療と介護の連携等といった方向での努力をあわせて重ねていくことが不可欠である。

### 【業務例】

- ◆ 地域横断的な取組として、病院・診療所（医師）、歯科診療所（歯科医師）、訪問看護ステーション（看護師）、薬局（薬剤師）、保健所（保健師等）、介護保険事業所（ケアマネジャー）等が退院時カンファレンスに参加するなど、在宅医療・介護サービスにおける役割分担と連携を推進

### 学的管理

- ・ 入院患者の持参薬の確認・管理（服薬計画の医師への提案等）
- ・ 定期的に副作用の発現の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤
- ・ 抗がん剤等の適切な無菌調製





# 院内の体制は充実したが...



なかなかスタートを  
切れない・・・



# 院外への連携充実のために



2020年

連携充実加算



# 連携充実加算の新設



令和2年度診療報酬改定 II-7-1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 -④

## 質の高い外来がん化学療法の評価

- ▶ 患者にレジメン(治療内容)を提供し、患者の状態を踏まえた必要な指導を行うとともに、地域の薬局薬剤師を対象とした研修会の実施等の連携体制を整備している場合の評価を新設する

外来化学療法加算1(抗悪性腫瘍剤を注射した場合)

**(新) 連携充実加算 150点(月1回)**



[算定要件]

- (1) 化学療法の経験を有する医師又は化学療法に係る調剤の経験を有する薬剤師が、**抗悪性腫瘍剤等の副作用の発現状況**を評価するとともに、**副作用の発現状況を記載した治療計画等の文書を患者に交付**すること。

※ 患者に交付する文書には、①実施しているレジメン、②レジメンの実施状況、③抗悪性腫瘍剤等の投与量、④主な副作用の発現状況、⑤その他医学・薬学的管理上必要な事項が記載されていること。

- (2) 療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、**管理栄養士と連携を図る**こと。

[施設基準]

(1) 外来化学療法加算1に規定するレジメンに係る委員会に管理栄養士が参加していること

- (2) 地域の保険薬局等との連携体制として、次に掲げる体制が整備されていること。

ア 当該**保険医療機関で実施される化学療法のレジメンをホームページ等で閲覧できるようにしておく**こと。

イ 当該保険医療機関において**地域の薬局薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施**すること。

ウ 保険薬局等からの**レジメンに関する照会等に応じる体制を整備**すること。また、当該体制について、ホームページや研修会等で周知すること。

- (3) 外来化学療法を実施している医療機関に5年以上勤務し、栄養管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む。)に係る3年以上の経験を有する**専任の常勤管理栄養士が勤務**していること。



# 特定薬剤管理指導加算 2の新設



令和2年度診療報酬改定 Ⅱ-7-1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 -④~⑥

**医療機関**

診察

**質の高い外来**

**(新) 連携充実**

➤ 患者にレジメン  
患者の状態を  
行うとともに、  
象とした研修  
を整備してい

様式 92

特定薬剤管理指導加算 2に係る届出書添付書類

1 業務を実施する保険薬剤師としての勤務経験を5年以上有する保険薬剤師の氏名等	保険薬剤師の氏名	勤務経年
		年
		年
		年
2 患者のプライバシーに配慮した服薬指導の方法(配慮方法) (具体的に記入)		
3 麻薬小売業者免許証の番号		
4 保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会への出席状況(直近1年)	実施保険医療機関名	出席回数
		回
		回

[記載上の注意]

- 「1」については、保険医療機関で薬剤師としての勤務経歴が1年以上ある場合、1年を上限として薬局の勤務経歴の期間に含めることができる。
- 「4」については、同一の研修会に複数名の保険薬剤師が参加した場合であっても、出席回数は1回と数えること。

**ための総合的な取組**

病院薬剤師

管理栄養士

連携

薬局

薬局薬剤師

レジメン情報等に基づく服薬指導、医療機関へ必要な情報をフィードバック

**評価の**

副作用  
栄養食  
ることが  
々の状  
な栄養  
るよう、  
いて、要

**薬局でのレジメンを活用した薬学的管理等の評価**

**(新) 特定薬剤管理指導加算2**  
**100点(月1回)**

以下の取組を評価

- 患者のレジメン等を把握した上で必要な服薬指導を実施
- 次回の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を医療機関に情報提供



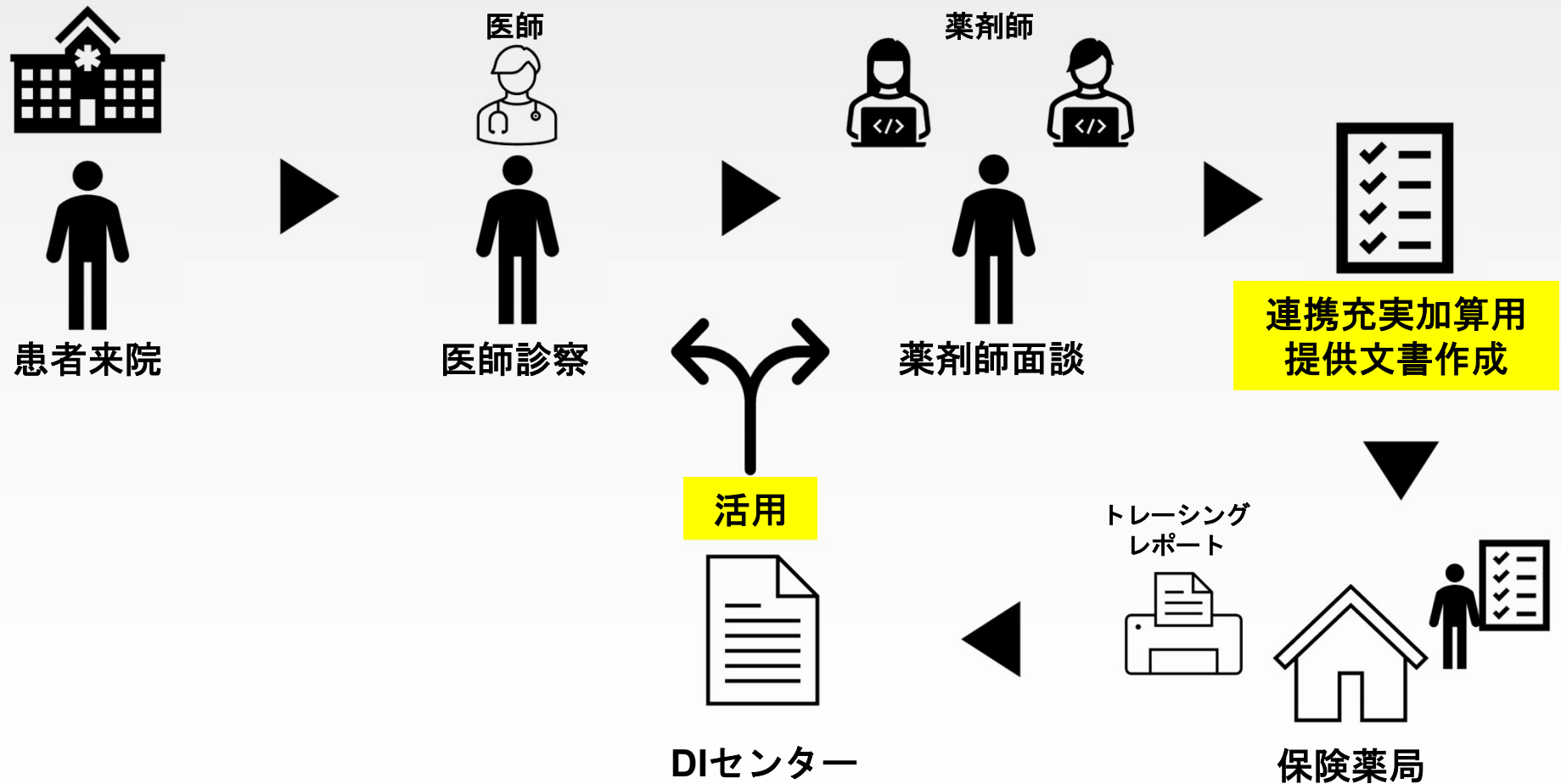
# 当院の対象レジメン



- CapeOX療法
- CapeOX療法 + Bmab療法
- TAS-102 + Bmab療法
- ニボルマブ療法（4週毎 / 2週毎）
- mFOLFOX6 + Bmab療法
- FOLFIRI + Ram療法
- SOX + Nivo療法



# 当院の連携充実加算の流れ





保険薬局との連携で  
がん治療の質は  
上がっているけど・・・

医師の働き方改革に繋がってる？



# がん薬物療法体制充実加算の新設



## がん薬物療法体制充実加算の新設

- 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、医師が患者に対して診察を行う前に、薬剤師が服薬状況や副作用の発現状況等について収集・評価を行い、医師に情報提供、処方に関する提案等を行った場合の評価を新たに設ける。

### (新) がん薬物療法体制充実加算 100点(月1回に限り)

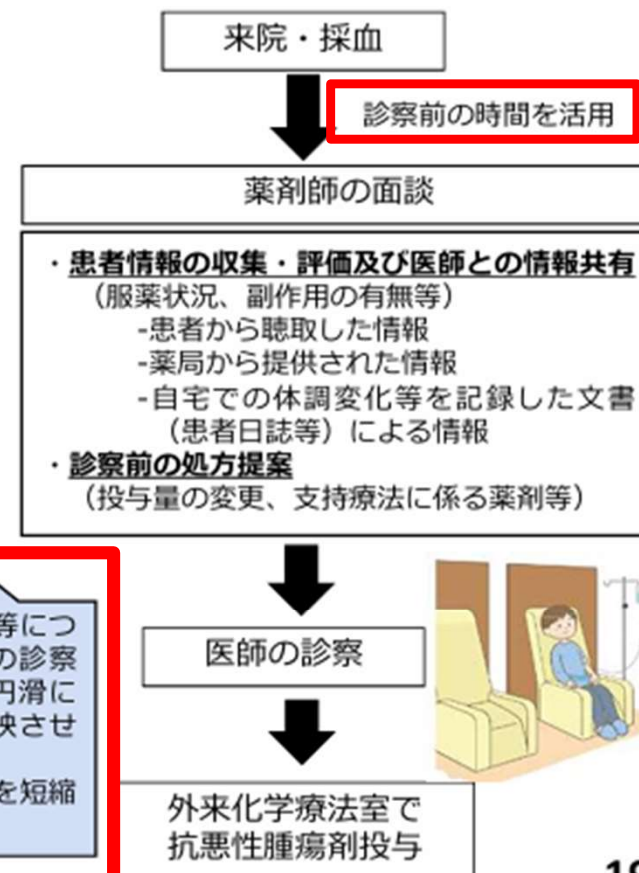
#### [算定要件]

外来腫瘍化学療法診療料1のイの(1)を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方の提案等を行った場合に月に1回に限り所定点数に加算する。

#### [施設基準]

- (1) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有しており、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例(複数のがん種であることが望ましい。)以上有する専任の常勤薬剤師が配置されていること。
- (2) 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。
- (3) 薬剤師が、医師の診察前に患者から服薬状況、副作用等の情報収集及び評価を実施し、情報提供や処方提案等を行った上で、医師がそれを踏まえて、より適切な診療方針を立てることができる体制が整備されていること。

※副作用等情報や処方提案等について、薬剤師が「医師の診察前」に共有することで円滑に当日の処方や指示に反映させることができる  
※医師の診察にかかる時間を短縮できる





# 薬剤師外来の今後の展望

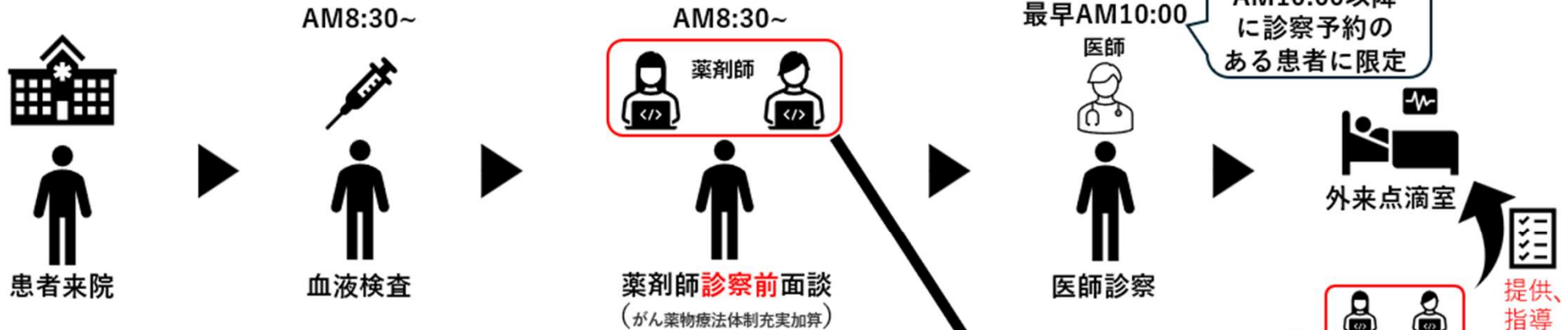


## 運用イメージ図

加算：100点

加算：150点

がん薬物療法体制充実加算→医師診察→連携充実加算の流れ



診察予約時間	採血開始時間	発券時間	整理券番号帯
8:30~	8:00~	8:10まで	1001~
9:00~	8:10~	8:20まで	2001~
9:30~	8:20~	8:30まで	3001~
10:00~	8:30~	9:00まで	4001~
10:30~	9:00~	9:30まで	5001~
11:00~	9:30~	10:00まで	6001~
11:30~	10:00~	10:30まで	7001~
12:00~	10:30~	17:00まで	8001~

薬剤師の勤務時間は8:30からのため、対象患者の面談は採血時刻が8:30以降に該当するものに限定する

### 10分程度で面談

服薬状況、副作用状況について情報をまとめて医師に報告・提案

血液検査結果を確認  
連携充実加算用提供文書作成

作成した文書を外来点滴室にいる患者に提供しに行く（他患者の診察前面談と時間が重複した場合は診察前面談を優先。連携充実加算用文書が提供できない場合はやむなしとする



# 特定薬剤管理指導加算 2の期待



## 区分10の3 服薬管理指導料

### 7 特定薬剤管理指導加算2

(1)特定薬剤管理指導加算2は、医科点数表の「B001-2-12」の「注6」に規定する連携充実加算を届け出ている保険医療機関において、抗悪性腫瘍剤を注射された悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤等を調剤する保険薬局の保険薬剤師が以下のアからウまでの全てを実施した場合に算定する。

ア 当該患者のレジメン（治療内容）等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行うこと。

イ 当該患者が注射又は投薬されている抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤に関し、電話等により服用状況、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等について患者又はその家族等を確認すること。

ウ イの確認結果を踏まえ、当該保険医療機関に必要な情報を文書により提供すること。

(2)「抗悪性腫瘍剤等を調剤する保険薬局」とは、患者にレジメン（治療内容）等を交付した保険医療機関の処方箋に基づき、保険薬剤師が抗悪性腫瘍剤又は制吐剤等の支持療法に係る薬剤を調剤する保険薬局をいう。

(3)特定薬剤管理指導加算2における薬学的管理及び指導を行おうとする保険薬剤師は、原則として、保険医療機関のホームページ等でレジメン（治療内容）等を閲覧し、あらかじめ薬学的管理等に必要な情報を把握すること。

(4)電話等による患者の服薬状況及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等の確認は、電話の他、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）による連絡及び患者が他の保険医療機関の処方箋を持参した際の確認が含まれる。電話又はビデオ通話により患者に確認を行う場合は、あらかじめ患者に対し、電話又はビデオ通話を用いて確認することについて了承を得ること。

⋮

(9)抗悪性腫瘍剤等に関する患者の服用状況及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等の確認を行う際に、他の保険医療機関又は他の診療科で処方された薬剤に係る情報を得た場合には、必要に応じて、患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関等に情報提供を行うこと。この場合において、所定の要件を満たせば服薬情報等提供料を算定できる。





# 薬剤師外来に関する動向



「薬剤師外来」のワードが含まれる演題数

## 第34回 日本医療薬学会年会

The 34th Annual Meeting of the Japanese Society of  
Pharmaceutical Health Care and Sciences

ホーム

会長挨拶

開催概要

プログラム

一般演題登録

公募シンポジウム募集

指定演題登録

採択演題一覧

メディカルセミナー事前申込

参加登録

各種単位認定について

参加者へのご案内



# 46演題

2024年  
11月2日(土)~4日(月・祝)

会場 幕張メッセ 他

年会長 本間 真人 (筑波大学附属病院 教授・薬剤部長)



YAMAGUCHI UNIVERSITY

# トレーニングレポートの重要性



「トレーニングレポート」のワードが含まれる演題数

## 第34回 日本医療薬学会年会

The 34th Annual Meeting of the Japanese Society of  
Pharmaceutical Health Care and Sciences

ホーム

会長挨拶

開催概要

プログラム

一般演題登録

公募シンポジウム募集


指定演題登録

採択演題一覧

メディカルセミナー事前申込

参加登録

各種単位認定について

参加者へのご案内 

# 31演題

2024年  
11月2日(土)~4日(月・祝)

会場 幕張メッセ 他

年会長 本間 真人 (筑波大学附属病院 教授・薬剤部長)



YAMAGUCHI UNIVERSITY



# 特定薬剤管理指導加算 2の期待



## 区分10の3 服薬管理指導料

### 7 特定薬剤管理指導加算2

(1)特定薬剤管理指導加算2は、医科点数表の「B001-2-12」の「注6」に規定する連携充実加算を届け出ている保険医療機関において、抗悪性腫瘍剤を注射された悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤等を調剤する保険薬局の保険薬剤師が以下のアからウまでの全てを実施した場合に算定する。

ア 当該患者のレジメン（治療内容）等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行うこと。

イ 当該患者が注射又は投薬されている抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤に関し、電話等により服用状況、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等について患者又はその家族等を確認すること。

ウ イの確認結果を踏まえ、当該保険医療機関に必要な情報を文書により提供すること。

(2)「抗悪性腫瘍剤等を調剤する保険薬局」とは、患者にレジメン（治療内容）等を交付した保険医療機関の処方箋に基づき、保険薬剤師が抗悪性腫瘍剤又は制吐剤等の支持療法に係る薬剤を調剤する保険薬局をいう。

(3)特定薬剤管理指導加算2における薬学的管理及び指導を行うこととする保険薬剤師は、原則として、保険医療機関のホームページ等でレジメン（治療内容）を確認することとする。

(4)電話等による患者の服用状況及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等の確認は、電話のほか、リアルタイムでの画像を撮影し、当該保険医療機関の処方箋を添付して電話又はビデオ通話を用いて確認することについて了承を得ること。

トレーシングレポート

(9)抗悪性腫瘍剤等に関する患者の服用状況及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等の確認を行う際に、他の保険医療機関又は他の診療科で処方された薬剤に係る情報を得た場合には、必要に応じて、患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関等に情報提供を行うこと。この場合において、所定の要件を満たせば服薬情報等提供料を算定できる。



# まとめ

新たに仲間入り



これが重要

がん薬物療法  
体制充実加算

真のタスクシフト/シェア推進

トレーニング  
レポート

医師診察

連携充実加算





薬剤師外来の現在と今後の展望  
のために

是非ともご協力をお願いします

