

(一社)大阪府薬剤師会 入退院時の情報共有を軸とした 各種薬学的管理の提案検討事業

令和2年2月3日

患者のための薬局ビジョン推進事業(大阪府)

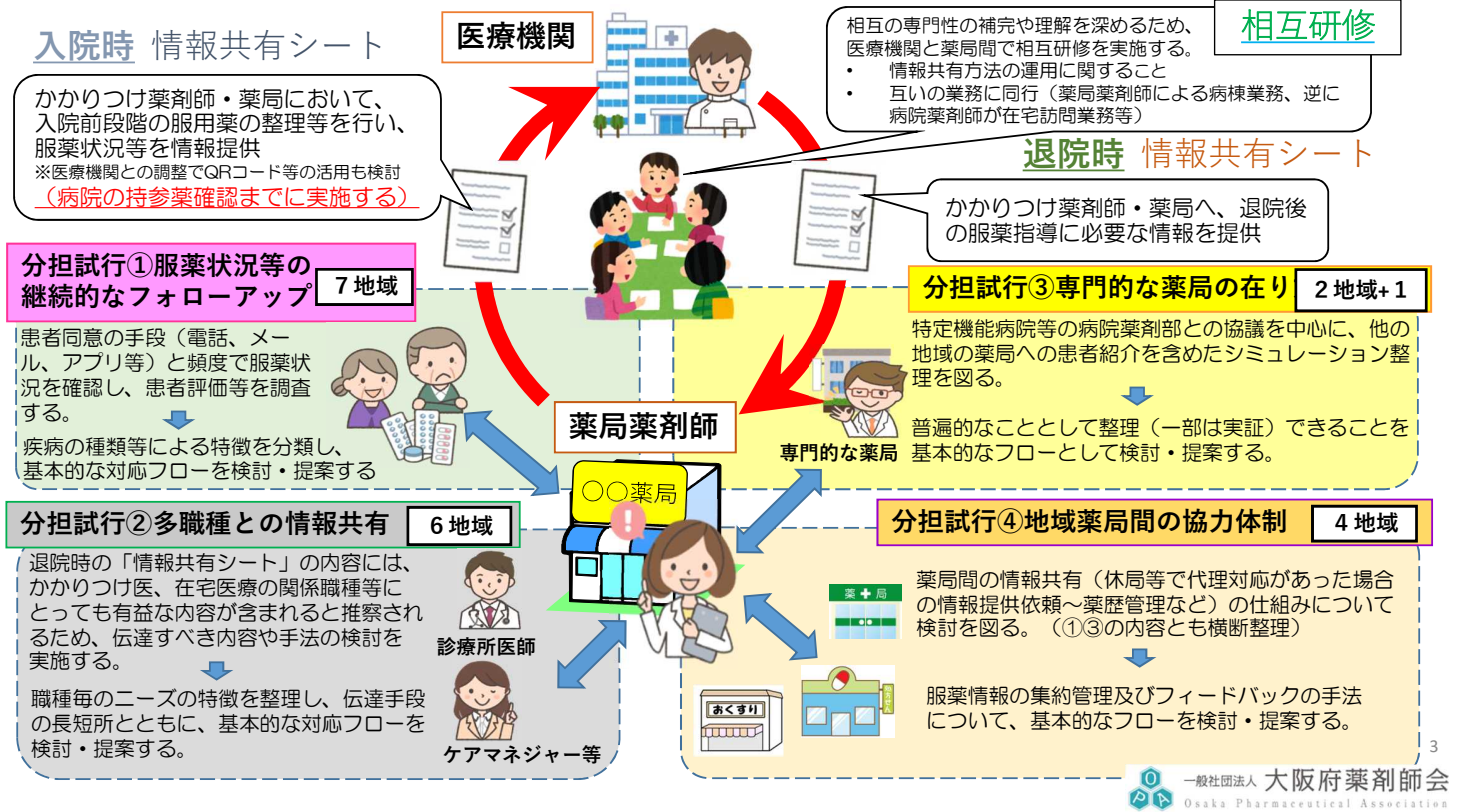
(これまでの事業展開)

- ・2018年度 「退院時の服薬管理情報の共有検討」(箕面市)
- ・2019年度 「薬薬連携に基づく薬局の薬学的管理機能の強化推進事業」
(堺市、大阪市天王寺区、南河内地区)

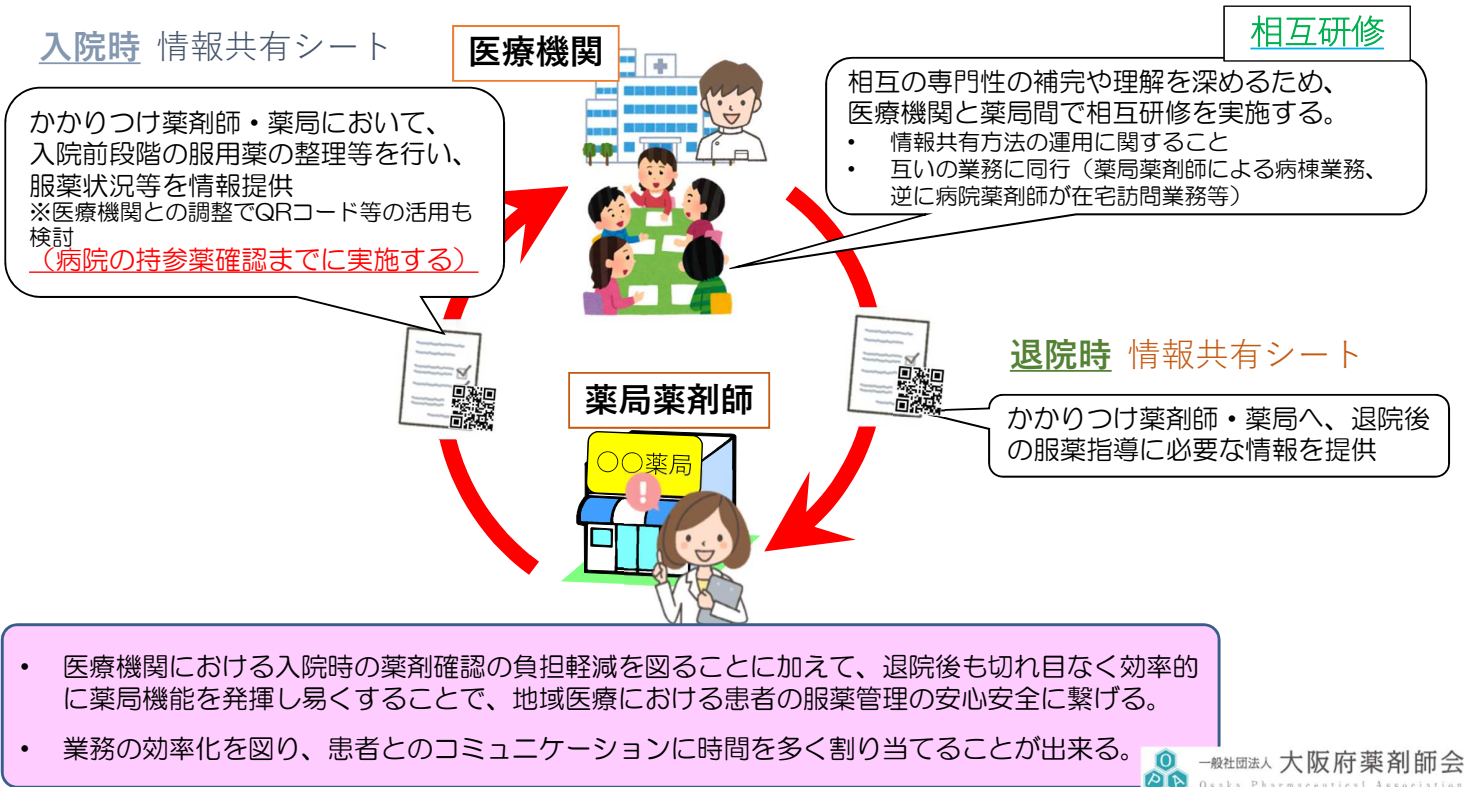
(上記の事業実施結果より)

「服薬情報の一元的・継続的な把握をすることが、切れ目のない適確な薬物治療の提供につながり、患者目線からも安心できる」とする評価が確認できた。

令和元年度薬局の連携体制整備のための検討モデル事業



共通事業



分担試行

分担試行①服薬状況等の継続的なフォローアップ

7地域

患者同意の手段（電話、メール、アプリ等）と頻度で服薬状況を確認し、患者評価等を調査する。



疾病の種類等による特徴を分類し、基本的な対応フローを検討・提案する

薬局薬剤師

分担試行③専門的な薬局の在

2地域+1



特定機能病院等の病院薬剤部との協議を中心に、他の地域の薬局への患者紹介を含めたシミュレーション整理を図る。

普遍的なこととして整理（一部は実証）できることを基本的なフローとして検討・提案する。

分担試行②多職種との情報共有

6地域

退院時の「情報共有シート」の内容には、かかりつけ医、在宅医療の関係職種等にとっても有益な内容が含まれると推察されるため、伝達すべき内容や手法の検討を実施する。



診療所医師

職種毎のニーズの特徴を整理し、伝達手段の長短所とともに、基本的な対応フローを検討・提案する。

ケアマネジャー等

分担試行④地域薬局間の協力体制

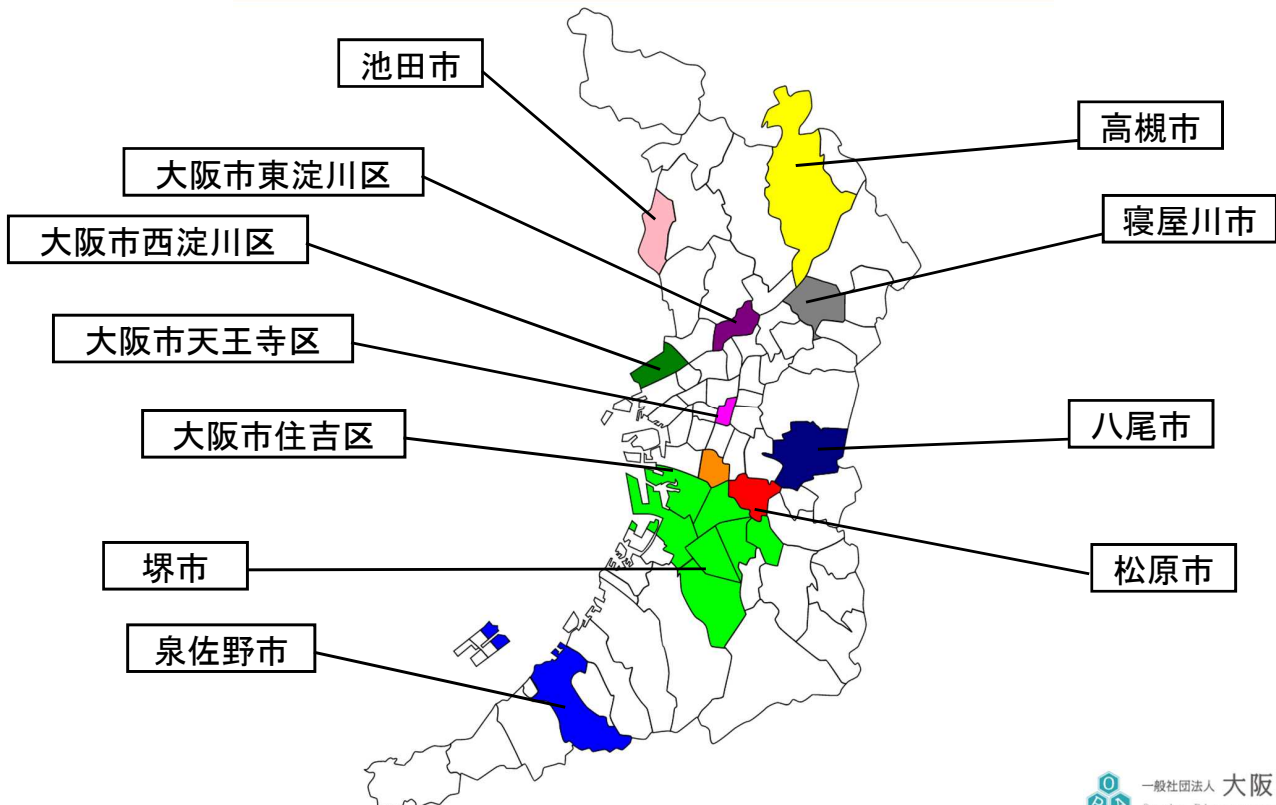
4地域

薬局間の情報共有（休局等で代理対応があった場合の情報提供依頼～薬歴管理など）の仕組みについて検討を図る。（①③の内容とも横断整理）



服薬情報の集約管理及びフィードバックの手法について、基本的なフローを検討・提案する。

モデル事業を実施する地域薬剤師会



モデル事業を実施する地域薬剤師会

地域薬剤師会名 または 医療機関名	(共通)入退院時の 服薬情報の共有	①服薬状況等の 継続的な フォローアップ*	②多職種との情 報共有	③専門的な薬局 の在り方	④地域薬局間の 協力体制
東淀川区	○		○	○	
西淀川区	○		○		
天王寺区	○			○	○
住吉区	○	○			
池田市	○	○			
高槻市	○	○			○
寝屋川市	○	○	○		
八尾市	○	○	○		○
松原市 (南河内ブロック)	○	○			
堺市	○		○		
泉佐野	○	○	○		○
大阪国際 がんセンター	—			○	

7

モデル事業周知ポスター

大阪府下で実施する事業への参加ご協力をお願い

入退院時の情報共有を軸とした各種薬学的管理の提案検討事業
(厚労省：令和元年度薬局の連携体制整備のための検討モデル事業)

当施設は、厚生労働省が実施している表記の事業に参画しています。この事業は、患者さんに入院中も退院後も安心して薬物治療を継続的に受けていただくための情報共有のあり方を検討するものです。



より安全で効率的な薬剤管理を実現するため、
ご理解とご協力をお願いします。

- 以下に記載された病院への入院が予定されている患者さんのうち、この事業への参加を同意された方が対象となります。
- 診察費及び調剤等は、通常の保険診療の自己負担分を負担していただきますが、本事業に参加にあたり、患者さんから別途費用をご負担いただくことはありません。

【参加病院】 _____ 病院
_____ 薬剤師会 ・ (一社) 大阪府薬剤師会

- 事業実施11地域薬剤師会へデータで配布
- 掲示用としてポスターや、説明用のチラシ等で活用
- 昨年、一昨年の薬局ビジョン推進事業同様、病院での啓発（掲示など）としても活用

8

患者向け説明資料(案)

患者さまの参加にあたっての説明資料

入退院時の情報共有を軸とした各種薬学的管理の提案検討事業

1. 事業について

当施設は、_____薬剤師会と連携して厚生労働省・(一社)大阪府薬剤師会が実施している「令和元年度 薬局の連携体制整備のための検討モデル事業」に協力しています。この事業は、患者さまが入院または退院された時、病院と薬局が情報(服用薬、アレルギー一歴、副作用経験や剤形工夫など)を相互に伝達し合うことにより、継続的に安心して薬物治療を受けていただけます。

【この事業において、次のような項目を検討します】

- (1) 入院時または退院時に「入退院時情報共有シート」を用いて、病院とかかりつけ薬局との間で相互に情報提供させていただき、その後の調剤や各薬剤師管理指導等へのメリットを確認します。
- (2) 病院と地域内の保健薬局がどのような内容で連携を行うべきかを考察し、継続的に連携を行うにあたっての課題を検討します。

2. 病院又は保険薬局への情報提供について

入院又は退院時に「入退院時情報共有シート」を作成し対象施設へ情報提供します。「入退院時情報共有シート」では、入院時には普段服用されている薬剤の名前など、退院時には入院中の治療経過、服薬管理についての情報及び、退院時処方などの情報を提供します。病院と保険薬局が連携することによって、患者さまにより安全で効率的な薬剤管理指導等を提供できます。

3. 費用について

本事業に参加いただくにあたり、患者さまから費用をご負担いただくことはありません。※診療費及び調剤等は、通常の保険診療の自己負担分を負担していただきます。

4. アンケートへのご協力をお願い

参加された患者さま又はその代理の方に、連携先の保険薬局から簡単なアンケートをお願いする予定ですので、ご協力をお願いします。

5. 個人情報の保護について

各施設に提供した「入退院時情報共有シート」の個人情報は、患者さまの薬剤管理指導等の目的で利用され、お薬の情報と同様に大切に保管されます。本事業で得られた効果やアンケート結果の集計などを行いますが、個人情報は、匿名化したうえで、集計を行います。

集計結果は、厚生労働省への実証事業結果の報告書に使う場合がありますが、その場合であっても、個人が識別できる情報を報告または公表することはいけません。

6. 参加の自由について

この事業への参加するかしないかは、患者さまの自由な意思で決めることができます。説明を聞かれてよくお考えの上、ご自分の意思で決めて下さい。参加されない場合でもその後の治療などに何ら不利益を受けることはありません。

また、参加された後でも、理由の如何を問わず協力を断ることができます。お断りになった場合は、対象施設に提供済みの情報についても、すでに報告済みの集計結果を除いて破棄いたします。

7. ご不明な点について

事業について質問がございましたら、下記、問い合わせ先にご連絡下さい。

問い合わせ先:

問合せ先：説明された保険薬局

入退院時情報共有シートひな形

入退院時情報共有シート (薬局⇔病院) (ひな型)

施設名	薬局	病院
記入日		
担当者氏名		
連絡先	TEL	
	FAX	
	メールアドレス	

※下記の患者様について、情報提供いたしますのでよろしくお願ひいたします。

◆患者情報 (患者 ID: _____)

患者氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日 (T・S・H・R)	年 月 日	(歳)
お薬手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	剤形区分 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 不明
服薬管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 不明
投薬方法	<input type="checkbox"/> シート <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉砕・脱カプセル	<input type="checkbox"/> 簡易読薄法
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (アレルギー: _____)	<input type="checkbox"/> 不明
副作用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)	<input type="checkbox"/> 不明
OTC・サプリメント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)	<input type="checkbox"/> 不明
特記事項	(薬局から⇒病院へ)	
	(病院から⇒薬局へ)	

◆現在服用している医薬品一覧 (お薬手帳のシール等の添付でも可)

No.	医薬品名	用法	1日量	単位	処方元	コメント
(例)	〇〇〇〇カプセル	分1：朝食後	2	個	〇〇病院	

- 昨年度、一昨年度の「患者のための薬局ビジョン推進事業」実施報告などをもとにひな形を作成。
- 本事業結果から、今後各地域で利活用できるフォーマットを成果物とする

集計票、調査表、アンケート 回収状況（11月末）

【入退院時の服薬情報の共有】

参加薬局数：414 薬局

参加病院数：16 病院

集計票（薬局用 入院時）：133 枚

集計票（薬局用 退院時）：78 枚

集計票（病院用 入院時・退院時）：28 枚

アンケート（患者用）：22 枚

アンケート（薬局用）：8 枚

【分担試行① 服薬状況等の継続的なフォローアップ】

参加薬局数：323 薬局

参加病院数：15 病院

薬局用 調査表：89 枚

アンケート（患者用）：11 枚

11

集計票、調査表、アンケート 回収状況（11月末）

【分担試行② 多職種との情報共有】

参加薬局数：107 薬局

参加病院数：2 病院

薬局用 調査表：6 枚

アンケート：1 枚

【分担試行③ 専門的な薬局との連携】

参加薬局数：50 薬局

参加病院数：1 病院

アンケート（薬局用）：123 枚

アンケート（病院用）：11 枚

【分担試行④ 地域薬局間の協力体制】

参加薬局数：107 薬局

参加病院数：2 病院

薬局用 調査表：4 枚

以上が、11月末までの回収状況です。事業実施期間は、12月末までとなりますので、今後も増加が見込まれます。

12

分担試行③ 専門的な薬局の在り方

(目的)

特定機能病院である「大阪国際がんセンター」の薬剤部との協議を中心に、他の地域の薬局への患者紹介を含めたシミュレーション整理を実施し、普遍的なこととして整理(一部は実証)できることを基本的なフローとして検討・提案する。

(実施内容)

「大阪国際がんセンター」近隣薬局及び大阪市内の薬局を対象に「化学療法に関する薬薬連携研修会」を開催し、研修会を通じて経口抗がん剤の薬薬連携シートを作成し、保険薬局のモニタリングによるトレーシングレポートの病院へのフィードバックといったフローを検討した。

13

分担試行③ 専門的な薬局の在り方

大阪国際がんセンター外来化学療法に関する薬薬連携研修会

(概要)

大阪国際がんセンターの薬局の協力を得て、外来化学療法に携わる専門的な薬局を対象に、薬薬連携のための研修会(グループワーク含む)を開催した。

- ・主 催:一般社団法人 大阪府薬剤師会
- ・会 場:大阪国際がんセンター 6階 大会議室
- ・対 象:大阪市内50薬局の保険薬剤師50名

14

分担試行③ 専門的な薬局の在り方

大阪国際がんセンター外来化学療法に関する薬薬連携研修会

(第1回) 令和元年9月24日(火)19:00~20:30 出席者45名

- ①講義:乳がん経口抗がん剤「ベージニオ®」について
講師:大阪国際がんセンター 副薬局長 高木 麻里 氏
- ②グループワーク:「ベージニオ®連携シート」への適用の検討

(第2回) 令和元年10月31日(木)19:00~20:30 出席者44名

- ①第1回研修会「ベージニオ®連携シート」の使用実績の検討
- ②講義:大腸がん注射抗がん剤「アービタックス®+FOLFIRI」レジメンについて
講師:大阪国際がんセンター 薬薬連携推進室長 角川 幸男 氏
- ③グループワーク:分子標的薬による皮膚障害対策

(第3回) 令和元年12月3日(火)19:00~20:30 出席者44名

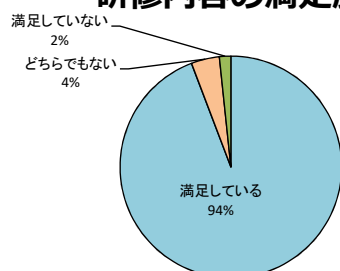
- ①講義:在宅緩和ケアにおける薬局の役割
講師:山本薬局本店 山本 新一郎 氏
- ②病院施設見学等(薬局, 外来化学療法室)

15

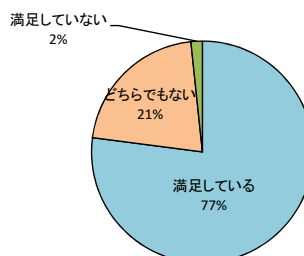
分担試行③ 専門的な薬局の在り方

研修会(全3回) 参加薬局アンケート
回答数123(回収率92%, 参加者延べ133名)

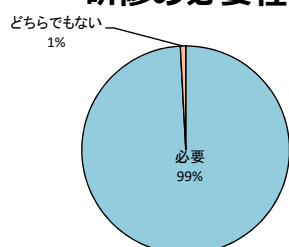
研修内容の満足度



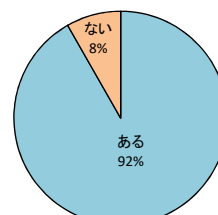
抗がん剤の知識の習得



研修の必要性



抗がん剤調剤の有無

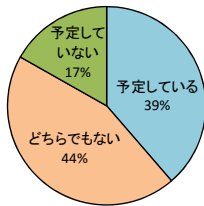


16

分担試行③ 専門的な薬局の在り方

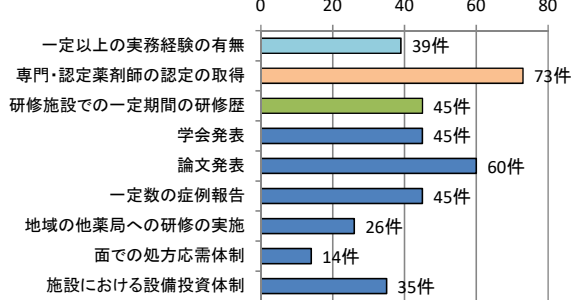
研修会(全3回) 参加薬局アンケート
回答数123(回収率92%, 参加者延べ133名)

専門医療機関連携薬局の届出予定

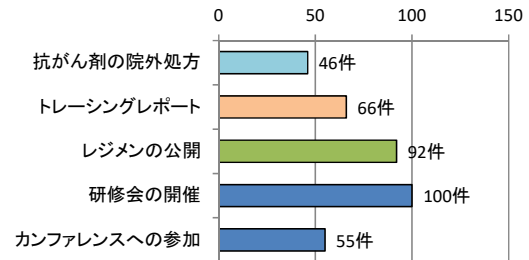


専門医療機関連携薬局の要件で

難易度が高いもの(複数回答可)



専門医療機関に望むもの(複数回答可)

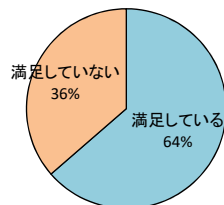


17

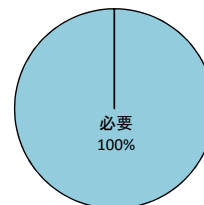
分担試行③ 専門的な薬局の在り方

病院講師向けアンケート
回答数11(回収率100%, 講師11名)

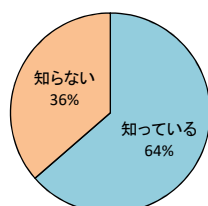
抗がん剤に関する薬局薬剤師の理解度



薬局薬剤師に対する研修の必要性



専門医療機関連携薬局の役割

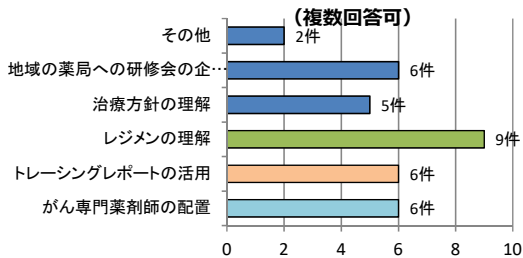


18

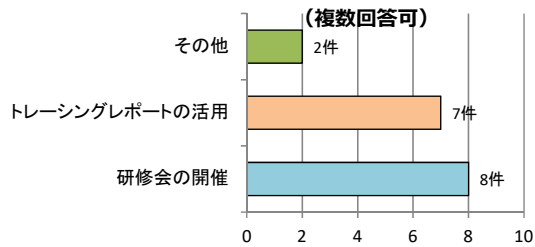
分担試行③ 専門的な薬局の在り方

病院講師向けアンケート 回答数11(回収率100%, 講師11名)

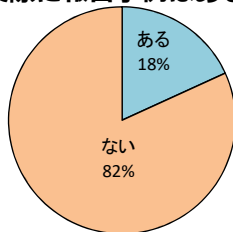
専門医療機関連携薬局に期待する内容



今後薬局と連携を図るために必要な取組み

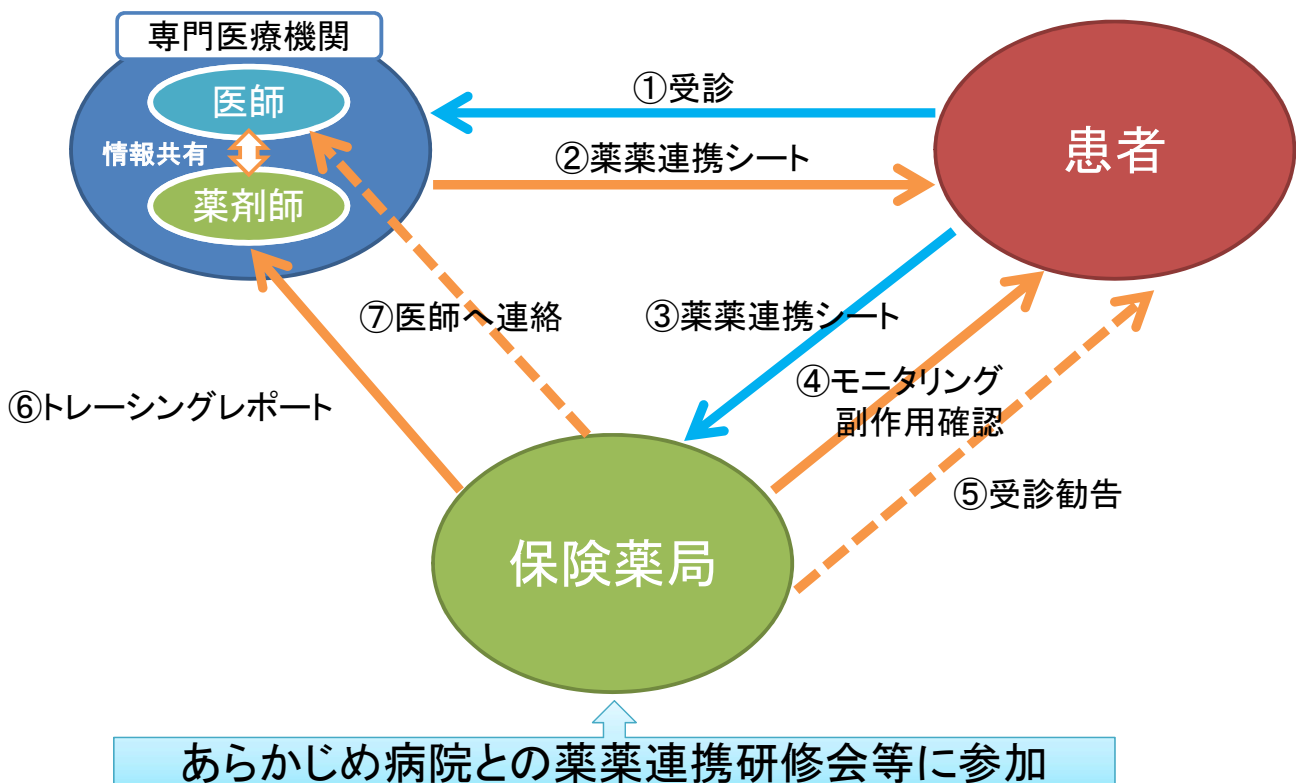


薬局から報告を希望する内容、
実際に報告事例はあるか



19

分担試行③ 専門的な薬局の在り方(フロー)



20

10月1日(火) から ベージニオの薬薬連携開始予定！！

表

大阪国際がんセンター
薬薬連携シート
(ベージニオ)

ベージニオを服用される患者さんへ
大阪国際がんセンターでは、病院と保険薬局との連携を推進しています。かかりつけ保険薬局で、このシートをお渡しください。

かかりつけ保険薬局の先生方へ
本日、薬剤師外来で、薬剤師による説明を実施させていただきました。当センターでは、患者さんには、服薬・排便状況、副作用症状について「ベージニオダイアリー」に記載していただくように説明しています。副作用モニタリングの際には、必要に応じて、ベージニオダイアリーについて、患者さんにご確認ください。来局ごとに、副作用モニタリングを実施いただき、必要に応じて、裏面のトレーシングレポートをお願いします。

ベージニオとの併用ホルモン剤
FLU AI (ANA・LET・EXE)
TAM その他()

止瀉薬・整腸剤
ペラミド 1回__mg
ミヤBM

お渡ししている資料
ベージニオ冊子(メーカー)
ベージニオダイアリー(メーカー)
当センター作成の下痢対策冊子

裏

トレーシングレポート
(ベージニオ)

送信先
大阪国際がんセンター D1室
FAX 06-6345-1199
報告日: 年 月 日

※ この用紙は疑義照会ではありません。医師への疑義照会・緊急時は電話で行ってください。

がんセンターID	保険薬局名
患者名	薬剤師名
医師名	FAX

※ 患者さんより、FAX送信の同意を 得た。 得ていない。

副作用モニタリング実施 該当する症状に してください

下痢	1日8回以上	間質性肺炎	空咳
	激しい腹痛	発熱・嘔吐・口渇	発熱
	血便・黒色便	めまい・ひどい倦怠感	労作時の息切れ
	飲水ができない	緊急に対応が必要 (以下のどちらかを実施の上FAX)	

※ 直接医師に連絡した 患者さんに病院へ連絡・受診を勧めた

Grade3
悪心 その他
嘔吐
食欲不振
疲労

※ 直接医師に連絡した 患者さんに病院へ連絡・受診を勧めた 報告のみ

特記事項

返信欄
ご報告ありがとうございます。
医師に連絡しました。
その他

大阪国際がんセンター 薬局

薬薬連携シートによる情報提供

流れ



大阪国際がんセンター
薬薬連携シート
(ベージニオ)

ベージニオを服用される患者さんへ
大阪国際がんセンターでは、病院と保険薬局との連携を推進しています。かかりつけ保険薬局で、このシートをお渡しください。

かかりつけ保険薬局の先生方へ
本日、薬剤師外来で、薬剤師による説明を実施させていただきました。当センターでは、患者さんには、服薬・排便状況、副作用症状について「ベージニオダイアリー」に記載していただくように説明しています。副作用モニタリングの際には、必要に応じて、ベージニオダイアリーについて、患者さんにご確認ください。来局ごとに、副作用モニタリングを実施いただき、必要に応じて、裏面のトレーシングレポートをお願いします。

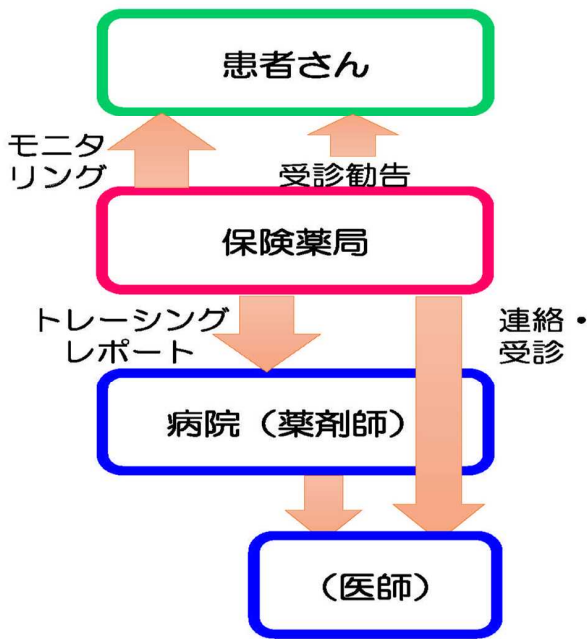
ベージニオとの併用ホルモン剤
FLU AI (ANA・LET・EXE)
TAM その他()

止瀉薬・整腸剤
ペラミド 1回__mg
ミヤBM

お渡ししている資料
ベージニオ冊子(メーカー)
ベージニオダイアリー(メーカー)
当センター作成の下痢対策冊子

分担試行③ 専門的な薬局の在り方(フロー)

ページニオ用 トレーシングレポートによるフィードバック



トレーシングレポート (ページニオ)		送信先 大阪国際がんセンター D1室 FAX 06-6945-1199	
報告日: 年 月 日 ※ 患者さんより、FAX送信の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。		※ 患者さんより、FAX送信の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。	
がんセンターID	保険薬局名	患者名	薬剤師名
医師名	FAX		
副作用モニタリング実施 該当する症状に <input checked="" type="checkbox"/> してください			
下痢	1日8回以上	間質性肺炎	空咳
	激しい腹痛		発熱
	発熱・嘔吐・口渇	労作時の息切れ	
	血便・黒色便	これらの項目に <input checked="" type="checkbox"/> の場合 緊急に対応が必要 (以下のどちらかを実施の上FAX)	
飲水ができない	めまい・ひどい倦怠感		
※ <input type="checkbox"/> 直接医師に連絡した <input type="checkbox"/> 患者さんに病院へ連絡・受診を勧めた			
Grade3 必要に応じてGrade2 緊急性が高い場合 ⇒ 医師連絡 受診勧告		悪心	その他
		嘔吐	
		食欲不振	
		疲労	
※ <input type="checkbox"/> 直接医師に連絡した <input type="checkbox"/> 患者さんに病院へ連絡・受診を勧めた <input type="checkbox"/> 報告のみ			
特記事項		返信欄 <input type="checkbox"/> ご報告ありがとうございます。 <input type="checkbox"/> 医師に連絡しました。 <input type="checkbox"/> その他	
		大阪国際がんセンター 薬局	

分担試行③ 専門的な薬局の在り方(フロー)

ページニオ用 副作用確認シート

ページニオ →

下痢 →

間質性肺炎 →

副作用 (4項目) →

ページニオ副作用確認シート				大阪国際がんセンター 大塚町安否確認室 作成	
ID	確認日	年 月 日	担当薬剤師		
患者名	投与開始日	年 月 日			
ページニオ	前処方日	年 月 日			
重症	症状	なし	あり	備考欄	
下痢	1日8回以上				
	激しい腹痛				
	発熱・嘔吐・口渇				
	血便・黒色便				
間質性肺炎	空咳				
発熱					
緊急性あり	医師連絡済、または、医師連絡・受診勧告 ※ トレーシングレポート (ページニオ)				
Grade3 必要に応じてGrade2 ⇒ トレーシングレポート (ページニオ)					
症状	CTCAE v4.0	備考欄			
悪心	0	なし			
	1	嘔吐はあるが、今まで通り食べられる			
	2	食事量は減ったが、体重変化はない			
	3	食事・水分の摂取ができない			
嘔吐	0	なし			
	1	1-2回/日			
	2	3-5回/日			
	3	6回以上/日			
食欲不振	0	なし			
	1	食欲はないが、今まで通り食べられる			
	2	食事量は減ったが、体重変化はない			
	3	食べられない、体重が落っている			
疲労	0	なし			
	1	休憩する必要がある			
	2	休息しても回復しないが、毎日の生活は継続可能			
	3	休息しても回復しない、毎日の生活が支えられない			

← 止瀉薬

← PS

← 開始基準

← 副作用 (その他)

← トレーシングレポート

← 疑義照会