

厚生労働科学研究費補助金

医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業

薬剤師の職能発揮のための薬学的知見に基づく継続的な指導等の方策についての調査研究

令和4年度 総括・分担研究年度終了報告書

研究代表者 益山 光一

令和5（2023）年 3月

目 次

I. 総括研究年度終了報告

継続的フォローアップ業務に関する最新情報の収集及びかかりつけ薬剤師・薬局の業務に関する
実態調査 ----- 1

益山光一、北垣邦彦、山田哲也

(資料1) かかりつけ薬剤師・薬局業務に関する調査票2022

(資料2) 【最終版】フォローアップ報告書フォーマット

(資料3) 薬剤使用期間中の患者フォローアップ (研究班版)

(資料4) かかりつけ薬剤師・薬局業務に関する調査結果2022

II. 分担研究年度終了報告

1. 薬剤師のフォローアップ効果測定等に関する調査研究 ----- 76

益山光一、山田哲也

2. 薬薬連携の調査検証 ----- 80

(フォローアップ実施等の質の高い薬学管理における病院と薬局連携の合理化)

北垣邦彦、山田哲也、藤宮龍祥

(資料1) 抗がん剤の外来処方箋についての病院との連携等に関する調査実施説明書

(資料2) 抗がん剤の外来処方箋についての病院との連携等に関する調査票

3. 質の高い薬学管理・評価指標の検討 ----- 105

陳惠一、川口崇、藤宮龍祥

(資料1) NICE CG76 日本語版

(資料2) NICE CG76 日本語版 補足資料

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 149

IV. 厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告----- 150

厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業）
総括研究令和4年度終了報告書

継続的フォローアップ業務に関する最新情報の収集及び
かかりつけ薬剤師・薬局の業務に関する実態調査

所 属 東京薬科大学薬学部
研究代表者 益山 光一
分担研究者 北垣 邦彦
分担研究者 山田 哲也

研究要旨

これまでの先行的なフォローアップの取組みの実施事例について、公益社団法人日本薬剤師会が2020年7月に発表した「薬剤使用期間中の患者フォローアップの手引き（第1.0版）」におけるフォローアップの定義に当てはまる事例について整理するとともに、手引きをもとに薬局薬剤師がフォローアップ業務を実施する際、患者本位の質の高いフォローアップ業務が可能となるよう、具体事例の収集や研究班会議での検討し、フォローアップを実施するための手法等について具体化し研究班案の作成を行った。

併せて、「かかりつけ薬剤師・薬局の業務に関する調査」については、令和4年度は全国調査を実施し、かかりつけ薬剤師・薬局に係る評価指標に関する調査結果をまとめた。

A. 研究目的

医薬分業の進展、調剤機器の充実、患者の疾患状況や医療環境等の社会的な変化が著しい中で、令和元年12月に公布された薬機法等改正法においても、薬局や薬剤師の役割等についても大きな変革を求めている。本研究では、薬剤師が調剤時のみならず、患者の薬剤の服用期間を通じて実施している服薬状況の把握や薬学的知見に基づく指導など質の高い薬剤師業務について明確化を行うことを目的とする。

具体的には、総括研究として従前の先行的なフォローアップの取組みの実施事例について、これまでの論文、厚生労働省委託事業での自治体でのモデル事業の再整理等を行うとともに、公益社団法人日本薬剤師会が2020年7月に発表した「薬剤使用期間中の患者フォローアップの手引き（第1.0版）」（以下、「手引き」という。）におけるフォローアップの定義に当てはまる事例について収集・整理を行うとともに

に、薬局薬剤師がフォローアップ業務を実施する際、手引きをもとに、患者本位の質の高い継続フォローアップ業務が可能となるよう、具体事例の収集・掲載方法の検討を反映した研究班案の作成を行うとともに、薬剤師・薬局を対象とした、かかりつけ薬剤師・薬局の業務に関する実態調査も実施することとする。

また、分担研究において、フォローアップ効果の測定に資する事例調査や、病院と薬局における連携事例について、薬局薬剤師の協力を得てその測定効果や検証を実施する。

さらに、海外での薬物療法を主体とした患者のケアに関する収集すべき情報やアドヒアランス等について最新の情報を収集し、今後の質の高い薬学管理とは何か及びその場合の評価指標は何かについても検討を行う。

以上の研究の実施により、全国のかかりつけ薬剤師業務の実施状況の把握、薬剤師

職能の発揮をエビデンスに基づく明確化、さらには海外の情報等も踏まえた質の高い薬学的管理内容及びその指標についてまとめることを目的とする。

なお、これらの研究の実施等に関しては、公益社団法人日本薬剤師会、一般社団法人日本保険薬局協会、一般社団法人日本チェーンドラッグストア協会、一般社団法人日本病院薬剤師会から選出された委員及びアカデミア、患者団体からの委員にもオブザーバー参加してもらう親委員会を本研究班に設置し、研究内容と実際の現場ニーズや成果活用に直結した研究となるように実施する。

B. 研究方法

2019年12月に公布された薬機法等改正法において、薬剤師が調剤時のみならず、患者の薬剤の服用期間を通じて、服薬状況の把握や薬学的知見に基づく指導を行うことが求められた。そのため、このような取組（フォローアップ業務）を効果的に実施するため、公益社団法人日本薬剤師会では、2020年7月に手引きを公表し、今後その手引きを基にして、新たなフォローアップ業務の定着を図ることとした。

そのような取組みに協調して、今後患者本位の質の高いフォローアップ業務が個々の薬剤師の資質に左右されず全国のどの薬局でも等しく実施されるために、実際の好事例を収集・分析し、その好事例となったフォローアップを参考に、実際に実施するための手法等について具体化することが求められている。そこで薬局等で実施されている継続的フォローアップの事例収集・分析及び現在の薬局薬剤師業務の実態を把握するため、かかりつけ薬剤師・薬局業務に関する調査を行った。

なお本調査研究を実施するにあたり、本研究班の親委員会（日本薬剤師会、日本保険薬局協会、日本チェーンドラッグストア協会、日本病院薬剤師会、帝京平成大学、認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML、東京薬科大学から構成）で検討、確認をいただいた上で実施した。

1. フォローアップ事例収集

1) フォローアップ報告書フォーマット改良

令和3年度のフォローアップ事例収集に用いたフォーマットの課題として、フォローアップ評価項目に前後で相違があること、フォローアップの効果として検査値の評価を記載する箇所がないこと、薬剤師がとった行動について具体的に記載する箇所がないことの3点があげられたため改良版を作成した。

2) 公益社団法人日本薬剤師会等の協力によるフォローアップ事例の収集

令和3年度までに収集した事例に不足していた疾病又は薬剤として以下の表のものが挙げられた。

収集したい事例の疾病、薬剤	
精神・神経系	てんかん
	神経障害性疼痛
	パーキンソン病
	気分安定、躁うつ
	重症筋無力症
	筋萎縮性側索硬化症（ALS）
	注意欠陥・多動性障害（ADHD）
循環系	抗血小板薬・抗凝固薬（ワーファリン）
	肺高血圧症
	めまい
アレルギー・呼吸器系	咳・痰
痛風、高尿酸血症	痛風、高尿酸血症
抗菌・抗真菌症	抗菌薬・抗真菌薬、感染症
副腎皮質ホルモン	ステロイド内服
	ステロイド外用剤
泌尿器系	前立腺肥大症

	排尿障害
	神経因性膀胱
生活改善	月経障害及び閉経周辺期障害
	禁煙補助薬
	アルコール依存症（嫌酒薬）
皮膚	にきび、褥瘡
輸液	高カロリー輸液（TPN）
	末梢静脈栄養輸液（PPN）
漢方	漢方製剤
ビタミン	ビタミン製剤

また、表の疾病や薬剤以外に新たに収集したい事例として

- ・新薬（承認又は効能追加されて5年以内のもの）
- ・受診勧奨したもの
- ・在宅医療に関連したもの
- ・OTC医薬品やサプリメントに関連したもの
- ・残薬に関連したもの
- ・薬薬連携、退院患者をフォローアップしたもの
- ・患者向けフォローアップ支援システム（アプリ）等を使用したもの

が挙げられ、これらについて重点的に事例収集を行うことを研究班親会議において決定した。日本薬剤師会、日本保険薬局協会、日本チェーンドラッグストア協会との調整により選定された薬局に対し、本研究班の親委員会の委員から事例収集の依頼をしていただいた。該当薬局薬剤師には研究班にて作成したフォローアップ報告書フォーマットに事例内容を記入してもらった。それらの報告書は各協会経由でメールにて収集した。なお、個人情報取得していない。

事例収集期間は2022年6月23日～9月16日である。

（倫理面への配慮）

本研究については、本学の倫理審査委員会の審査を受け承認を得た（承認番号；人医-2022-005）。

2. 「薬剤使用期間中の患者フォローアップ（研究班版）」の作成

公益社団法人日本薬剤師会が発表した手引きには、「薬剤使用期間中の患者フォローアップについて、従前より薬剤師の基本業務と認識しており、『調剤指針』において既にその考え方が示されているが、現在のフォローアップに関する取組におけるある種の曖昧さや個々の薬剤師の資質による差についての指摘があった背景から作成された。

本手引きは、標準的な患者フォローアップの方法を示しており、それを貫く基本的考え方として、

- ① 個々の患者の特性
- ② 罹患している疾病の特性
- ③ 当該使用薬剤の特性

に合わせて、適切に患者フォローアップを行うことが推奨されているが、実際の現場ではこの3つの特性も類型化できない場合も多く、「今後版を重ね充実させていきたい」との考えが示されている。

本研究では、実際に収集したフォローアップ好事例の分析や研究班会議での検討を踏まえ、フォローアップを実施するための手法等について具体化し、実際の事例も盛り込みながら研究班案を作成した。

3. かかりつけ薬剤師・薬局業務に関する調査

令和4年度は、令和3年度のプレ調査に引き続き、日本薬剤師会、日本保険薬局協会、日本チェーンドラッグストア協会の協力を得て、各会員の薬剤師に調査依頼を行うことにより、日本全国の薬局を対象としてアンケート調査を実施した。

実施方法は委託によりインターネット形式で実施した。調査時期は2022年12月下旬～2月上旬である。

なお、調査票はプレ調査に協力していただいた回答者の意見を参考に、回答者の負担を軽減させるため、プレ調査時の調査票の一部を記入式から選択肢式に変更した。（変更部分は赤字表記）全国調査で使用した調査票については資料1の通りである。

（倫理面への配慮）

本研究については、本学の倫理審査委員会の審査を受け承認を得た（承認番号；人医-2022-023）。

C. 研究結果

1. フォローアップ事例収集

1) フォローアップ報告書フォーマット改良

令和 3 年度の事例収集に用いたフォーマットの課題として以下の 3 点があげられた。それを受け、フォローアップ報告書フォーマット改良した。(資料 2)

① フォローアップ前後比較評価

従来はフォローアップ前と後での患者評価項目に差異があった。具体的にはフォローアップ前評価の項目に

・併用薬や食品・嗜好品との相互作用による影響

・生活特性・機能への影響

・使用医薬品に対する認識(先入観、不安感等)

がなかったため、追加することでフォローアップ前後での患者の変化が明確に把握できるようにした。

② 検査値

フォローアップによって、検査値がどう変化したかを評価するため、検査値をフォローアップ後の評価項目に追加した。

③ 薬剤師のアクション

フォローアップを実施した際に、薬剤師がとったアクションを記載する箇所がなかったので、「その他」を「その他(患者へのフィードバック内容、副作用等報告等)」と変更し記載箇所を設けた。

2) 公益社団法人日本薬剤師会等の協力による事例の収集

令和 4 年度は 314 件の新規事例を収集し分析を行った。なお集計は excel を使用した単純集計とした。

主な調査結果は以下の通りである。

① 患者の性別(n=314)

「男性」132 名(42.0%)「女性」182 名(58.0%)であった。

② 患者の年代(n=314)

「70 代」が 109 件(34.7%)と最も多かつ

た。次いで「80 代」93 件(29.6%)が多く、「60 代」29 件(9.2%)、「50 代」26 件(8.3%)等であった。

③ フォローアップ期間(n=314)

フォローアップ期間は未記入を除き、「4 週(1 か月)間」が 50 件(15.9%)と最も多かった。次いで「2 か月間」が 36 件(11.5%)、「1 週間」31 件(9.9%)、「2 週間」30 件(9.6%)等であった。

④ フォローアップ方法(複数回答可)

「電話」が 226 件と最も多かった。次いで「来局時」が 64 件、「(患者宅への)訪問」39 件、「アプリ」21 件、「SNS」15 件、「FAX」6 件等であった。

⑤ フォローアップの要因となった疾患(n=314)

患者情報の疾病として「疾病に関する情報(原疾患、既往歴、合併症等)」を記入してもらい、一患者につき複数疾患を患っているケースも多かったが、当該フォローアップを実施する要因となった疾患を一事例につき一疾患特定した。(疾患が多数あり、またフォローアップの内容からも当該フォローアップを実施した要因の疾患が特定できなかったケースについては「フォローアップ要因疾患不明」とした)

フォローアップの要因となった主な疾患	件数
糖尿病、糖尿病性合併症	33
フォローアップ要因疾患不明	32
大腸癌、直腸癌、結腸癌	16
高血圧	12
肺がん、非小細胞肺がん	11
気管支喘息、喘息、小児気管支喘息	11
認知症	11
不眠症	10
心不全、狭心症、心肥大、心房細動、心疾患	10
乳癌	9
COVID-19	9
便秘	8

骨粗鬆症	8
脳梗塞	6
前立腺肥大症	6
うつ病	5
循環器疾患	4
関節リウマチ	4
統合失調症	3
精神疾患	3
等	

最も多かったのが「糖尿病、糖尿病性合併症」で 33 件、次いで「大腸癌、直腸癌、結腸癌」16 件、「高血圧」12 件、「肺がん、非小細胞肺がん」11 件等であった。(フォローアップ要因疾患不明を除く)。

但し、癌は部位別の集計となっており、癌全体で集計すると 56 件あり最も多い疾患であった。

フォローアップの要因となった主な癌疾患	件数
大腸癌、直腸癌、結腸癌	16
肺がん、非小細胞肺がん	11
乳癌	9
前立腺癌	4
胃がん	4
腎細胞癌	2
肝細胞癌、肝臓癌	2
卵巣癌、卵巣腫瘍	1
膵がん	1
消化器がん	1
消化管間質腫瘍	1
再発甲状腺癌	1
再発・難治性成人 T 細胞性白血病リンパ腫	1
悪性腫瘍	1
がん	1

⑥ トレーシングレポートの提出 (n=314)

トレーシングレポートを「提出した」は 215 件 (68.5%)、「未提出」98 件 (31.2%) 等であった。「未提出のうちその他あり」では、トレーシングレポートは提出していないが、その他の対応として、電話で報告した例や訪問薬剤管理指導報告書等の所定の報告書を用いて報告した例がみら

れた。

⑦ フォローアップ後の処方変更の有無 (n=314)

フォローアップ後の処方変更が「あった」のは 193 件 (61.5%)、「なかった」のは 113 件 (36.0%) 等であった。

2. 日本薬剤師会作成の「薬剤使用期間中の患者フォローアップ (研究班版)」の作成

本研究を通して、実際に収集したフォローアップ好事例の分析や研究班会議での検討を踏まえ、より良いフォローアップを実施するためにさらに必要と考えられる具体的な手法、考え方等について研究班案を作成した。(資料 3 参照)

1) 1. 患者フォローアップフロー

手引き「4. 薬剤試用期間中の患者フォローアップの流れ」には

(1) 初回来局時

(2) 薬剤交付から次回来局まで

(3) 次回来局時

の基本サイクルが示されている。

研究班案では「1. 患者フォローアップフロー」としてそれぞれの過程において必要と考えられる項目 (①~⑦) を設けた。

(1) 初回来局時

① 患者情報の取得とフォローアップ前評価

(2) 薬剤交付から次回来局まで

② 患者毎の問題点、フォローアップの目標 (ゴール) の設定

③ 実施タイミング

④ 方法の選定

⑤ 実施

(3) 次回来局時

⑥ フォローアップ後評価

⑦ 対応 (薬剤師のアクション)

2) 2. 患者情報取得、フォローアップ前評価

手引き「5. 薬剤交付から次回来局までのフォローアップの実践」の「(1) 次回来局までのフォローアップの検討」では、「フォローアップは患者ごとに個別に薬学的知見に基づき分析・評価した上で総合的に判断する

こと」と明記されており、「検討する上での要素」が示されている。研究班案では「検討する上での要素」の追加要素や視点、情報を取得する手段としてデジタルの活用の提案、実施前にアセスメントすることを提案した。

3)3. フォローアップ実施理由、問題点

さらに手引きでは「注意を要すると考えられる患者例」が示されている。これに加え、本研究で収集した事例を分析した結果、特にフォローアップの必要がある患者例として、

- ① 新規処方・処方変更時
 - ② 服薬アドヒアランス不良
 - ③ ハイリスク薬処方時
 - ④ 手技不良時（自己注射や吸入器等）
 - ⑤ 副作用等発現時（自覚症状を含む）
 - ⑥ ポリファーマシー・相互作用
 - ⑦ 服薬に関する不安
 - ⑧ 退院時
 - ⑨ 新薬（承認又は効能追加された5年以内のもの）処方時
- 等を明記した。

4)4. フォローアップを実施するタイミング

手引きの「(2) 患者等への確認のタイミング」では、どのようなタイミングで実施するか判断の判断要素が示されていたが、実際に収集した事例では患者都合のものが多かったため、より具体的な要素（新規処方薬の定常状態に達する日数より判断、副作用初期症状、好発時期、早期発見ポイント、アドヒアランス等の患者特性、薬剤だけでなく食事、運動の改善などを勘案した総合評価）を提案した。

5)5. フォローアップ方法の選定

手引きの「(3) 患者等への確認方法」では、電話、ICT等の手段について具体的に示されている。本研究の事例では、電話では聞き取りが不十分な場合や認知機能の低下が疑われる場合、残薬を確認したい場合、手技を確認したい場合等、実際に居宅を訪問したことで状況が確認できたり、その後の居宅訪問に繋がった事例もあったことから、特に電話だけでは不安が残る場合は居宅訪問も視野に入れて検討することを提案している。

6)6. フォローアップ準備、実施内容

手引きの「(4) 患者等への確認事項」では、「患者等への確認事項の例」が示されている。それらの項目に加えて、フォローアップ開始前に設定した各患者特有の問題点に合わせて、どのような情報を得る必要があるのか事前に整理して要領を得た確認内容とするよう追記した。また、実際に患者に確認等を実施する際は、患者にも手元に事前に配布した説明書や資料等をおいてそれを見ながら説明を受けてもらうよう追記してあるので、薬剤師も同様に配布資料等を手元に準備してから実施することも明記した。

7)7. フォローアップ後評価

手引きの「(5) 分析と評価」では薬学的知見に基づいて慎重に分析・評価し、患者の現在の状況を的確に把握すること、使用中の薬剤で問題が発生していないか等の観点が示されている。研究班案では、それらの観点に加え、フォローアップ前の評価と比較し、どう変化したかも着目して評価すること、各項目の評価を経時的に追うことができれば、現在の患者状態だけでなく、フォローアップ開始時からの変化、今後の改善点等の課題もみえてくること、患者に説明する際にも、フォローアップを行った前後でどのように変化したのかを説明するときの資料としても活用でき、患者側もフォローアップをしてもらうことで、どの点が改善されたのかがわかると、フォローアップの意義を実感し、その後もフォローアップにも協力的になる効果が期待できること等を記載した。

8)8. フォローアップ後の対応（薬剤師のアクション）

手引きの「(6) 結果と対応」では患者等に対して必要な情報提供又は薬学的管理指導、副作用の発生が疑われる場合、処方提案や残薬調整等処方医等に情報提供を行うことが記されている。

研究班案では、より具体的な対応として

- ① 処方医への処方提案
- ② 処方医や医療機関の薬剤師にトレーシ

レポート等による情報提供

- ③ 受診勧奨
 - ④ 他職種との連携（在宅医療への参画、外来化学療法実施病院との情報共有等）
 - ⑤ 医薬品・医療機器等安全性報告制度による副作用報告
 - ⑥ 患者へのフィードバック（副作用チェックシート配布、 Medikation レビュー、フォローアップ前後比較説明等）
- 等が考えられることを本研究で得られた好事例を具体例として挙げて明記した。

9)9. フォローアップ報告書フォーマット

本研究1の1)で作成し、事例収集の際に使用した報告書のフォーマットを掲載した。

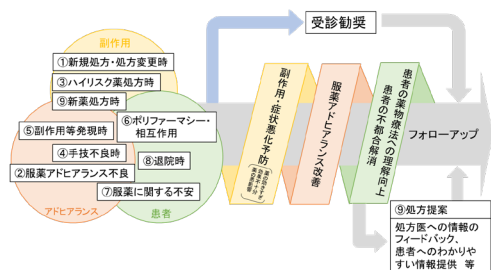
10)10. フォローアップによって見込まれる効果

手引きに関連記載はなかったが、本研究により明らかとなったフォローアップを実施した要因として考えられるものを以下の8つに分類し追記した。

- ① 新規処方・処方変更時
- ② 服薬アドヒアランス不良
- ③ ハイリスク薬処方時
- ④ 手技不良時
- ⑤ 副作用等発現時
- ⑥ ポリファーマシー・相互作用
- ⑦ 服薬に関する不安
- ⑧ 退院時
- ⑨ 新薬（承認又は効能追加された5年以内のもの）処方時

フォローアップによって見込まれる効果

添付資料10



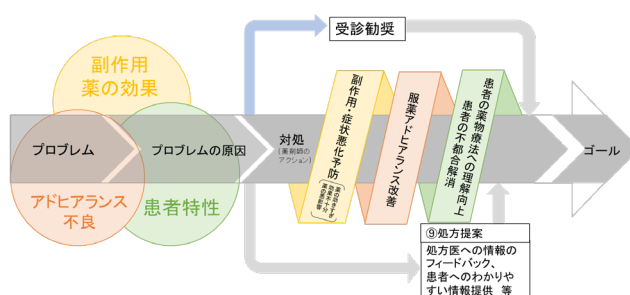
11)11. フォローアップの概要図

手引きに関連記載はなかったが、本研究よ

り導き出したフォローアップ概略図を作成した。

フォローアップの概要図

添付資料11



12)12. フォローアップ例(プロブレム・プロブレムの原因の特定・対応(薬剤師のアクション)・ゴール)

以上の結果を基に、実際のフォローアップの例を作成した。フォローアップの流れは主に4つのポイントに分けた。

- ① 患者の薬物療法に関するプロブレム発見及び把握
 - ② ①のプロブレムがどうして起こったのかの原因の検討（可能性も含め）
 - ③ それに対する対応（薬剤師のアクション）
 - ④ フォローアップのゴール（目標）の設定
- 治療時期によってプロブレムも変わってくるので、以下の2つの時間軸に分けてプロブレム例をあげた。
- (i) 来局早期
 - (ii) 継続中長期

プロブレムは以下の3つに大別した。

- ① アドヒアランス不良となる可能性がある又は不良である
- ② 副作用出現又は薬の効果等に問題がでる可能性がある又は問題がある。
- ③ 患者の特性で注意する点がある。

さらに疾病によっては、疾病・薬剤特有のプロブレムやモニタリングすべき副作用等があるため、全疾患共通に加え、主に五疾病を柱として、

- (1) 心不全
- (2) 心筋梗塞
- (3) 脳卒中
- (4) うつ病
- (5) 統合失調症
- (6) 睡眠障害

- (7) 糖尿病
- (8) がん悪心嘔吐
- (9) がん性疼痛
- (10) 認知症

について、それぞれのフォローアップ例を作成し、添付資料 12～22 として添付した。

3. かかりつけ薬剤師・薬局業務に関する調査

本年度実施した全国調査では、回答薬局の概要、患者の服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導に関する事項、24 時間・在宅対応・オンライン服薬指導に関する事項、地域の医療機関等との連携に関する事項についての計 42 問について調査し、薬局・薬剤師業務内容の現状を明らかにした。

回答数は 2728 件であった。

調査した薬局の主な概要は以下の通りである。

1. 回答薬局の概要	
回答数	2,728
経営主体	法人 94.5% 個人 4.5% 無回答 1.0%
営業形態	薬局のみ 87.4% 薬局とドラッグストア等店舗販売業の併設 11.4% 無回答 1.2%
立地条件	診療所の近隣 51.5% 診療所の敷地内 1.6% 病院の近隣 30.5% 病院の敷地内 3.0% 同一ビル内に複数の保険医療機関がある（医療モール） 5.1% 同一ビル内に単一の保険医療機関がある 2.1% その他 5.4% 無回答 0.8%

1 カ月間の応需処方箋枚数	令和 4 月 11 月における応需処方箋枚数は 500 枚以下 11.0% 501～1000 枚 26.5% 1001～1500 枚 25.4% 1501～2000 枚 14.8% 2001 枚以上 20.5% 無回答 1.8%
処方箋集中度	令和 4 月 11 月における処方箋集中度の平均値 1 位の医療機関 70.9% 2位の医療機関 9.1% 3位の医療機関 3.5%
応需した処方箋の発行元医療機関数	令和 4 月 11 月における応需した処方箋の発行元医療機関数 30 施設以下 41.8% 31～50 施設 22.2% 51～100 施設 17.2% 101～150 施設 5.6% 151 施設以上 5.4% 無回答 7.9%
来局患者数	令和 4 月 11 月における来局患者数 500 人以下 41.8% 501～1000 人 22.2% 1001～1500 人 17.2% 1501～2000 人 5.6% 2001 人以上 5.4% 無回答 7.9%
来局患者のうち複数医療機関を受診している事を把握している患者数	令和 4 月 11 月における来局患者のうち複数医療機関を受診している事を把握している患者数 100 人以下 41.8% 101～200 人 22.2% 201～300 人 17.2% 301～500 人 5.6% 501 人以上 5.4% 無回答 7.9%

認定薬剤師数 (CPCの認定を受けたもの)	0人	11.1%
	1人	25.5%
	2人	26.1%
	3人	16.3%
	4人以上	17.4%
	無回答	3.5%
(n=2,633)		

また、かかりつけ薬剤師・薬局の取組を評価するために以下の指標をピックアップし表にまとめた。なお詳細な調査結果は資料4の通りである。

調査結果		
	指標名	調査結果(n=2,728)
1	患者の服薬情報の一元的・継続的把握のために、電子版お薬手帳又は電子薬歴システム等、ICTを導入している薬局数	・電子版お薬手帳の導入薬局は全体の87.2%
		・電子薬歴システムの導入薬局は全体の92.4%
2	在宅業務を実施した薬局数	・令和4年11月における実施薬局※1は全体の75.2%である。
		・在宅業務を行っている薬局は全体の78.1%
3	健康サポート薬局研修を修了した薬剤師を配置しており、当該薬剤師が地域ケア会議等、地域の医療・介護関係の多職種と連携する会議に出席している薬局数	・健康サポート薬局の届出をしている薬局は全体の17.3%
		・令和4年11月において、健康サポート薬局研修を修了した薬剤師が、地域ケア会議等に参加した薬局は全体の25.2%
		・これまで、健康サポート薬局研修を修了した薬剤師が、地域ケア会議等の地域の多職種が参加する会議に参加したことがある薬局は全体の51.1%

4	医師に対して、患者の服薬情報等を示す文書を提出した実績がある薬局数	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年11月において、患者の同意を得た上で、患者の服薬状況等を服薬情報等提供料に係る情報提供書等の文書により、医療機関(医師)に提供したことがある薬局は全体の31.8% ・これまで、患者の同意を得た上で、患者の服薬状況等を服薬情報等提供料に係る情報提供書等の文書により、医療機関(医師)に提供したことがある薬局は全体の83.5%
5	地域におけるプレアボイドの取組み	実施薬局は全体の77.7%
6	ヒヤリ・ハット事例収集の取組の有無	事業参加薬局は全体の85.7%
7	検査値等を医療機関から受け取った上での服薬指導の経験	・検査値を用いた服薬指導を実施した薬局は全体の72.8%
		<ul style="list-style-type: none"> ・疾患名を用いた服薬指導を実施した薬局は全体の26.5% ・検査値・疾患名以外を用いた服薬指導を実施した薬局は全体の13.5%
8	地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無	・実施薬局は全体の20.7%
9	入退院時カンファレンスへの参加体制の有無	入退院時カンファレンスへの参加や入退院時の情報を共有する体制がある薬局は全体の38.3%
10	副作用報告の実績	<ul style="list-style-type: none"> ・これまで副作用等の報告をPMDAへ行ったことがある薬局は全体の40.1% ・令和4年11月の実績は250薬局

11	プロトコルに基づいた薬物治療管理（PBPM）の取組の有無	・実施薬局は全体の12.5%
12	かかりつけ薬剤師の有無	・特定の患者を継続して担当する薬剤師がいる薬局は全体の84.3%
13	フォローアップを行っている患者の主たる疾患	がん 33.7% 糖尿病 64.0% 高血圧症 48.5% 喘息 28.9% 精神疾患 20.5% 慢性疼痛 21.5% 神経障害性疼痛 18.7% 認知症 21.4% 該当なし 19.6%
14	オンライン服薬指導の実施の有無	・オンライン服薬指導を実施している薬局は全体の48.5%

※1 問題 25-3 で令和 4 年 11 月 1 カ月間に一般住宅、居住系施設のいずれかについて訪問建物数と訪問患者数のいずれかが 1 以上である薬局数をカウントした。

D. 健康危機情報

なし

E. 研究発表

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

かかりつけ薬剤師・薬局に関する調査

ご回答にあたって

- ◎ ご回答いただいた結果は統計的に処理し、調査目的以外に使用することはございません。調査結果は報告書としてとりまとめますが、ご回答者や薬局・店舗名が特定される形で公表することはありません。
- ◎ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲むか、あるいは、具体的な数値や用語等をお書きください。数値を記入する設問で、該当なしの場合は「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をお書きください。
- ◎ 特に断りのない限り、令和4年12月1日（木）現在の状況についてご回答ください。
- ◎ 指定された回答期間の実績のご回答が難しい場合は、回答可能な直近の期間に置き換えてお書きください。

I 貴薬局の概要についてお伺いします。

問1 貴局の経営主体をお選びください。（○は1つ）	01 法人	02 個人
---------------------------	-------	-------

問2 同一経営主体（法人が異なっても実質的に同一経営の場合も含む）による薬局店舗数（貴局も含めた店舗数）をご記入ください。	店舗
---	----

問3 貴局の営業業態として該当するものをお選びください。（○は1つ）	
01 薬局のみ	02 薬局とドラッグストア等店舗販売業の併設

問4 貴局の立地状況をご記入ください（○は1つ）			
01 診療所の近隣	02 診療所の敷地内	03 病院の近隣	04 病院の敷地内
05 同一ビル内に複数の保険医療機関がある（医療モール）	06 同一ビル内に単一の保険医療機関がある		
07 その他（			）

問5 貴局における開局時間についてお伺いします。（それぞれ○は1つ）		
① 平日の営業日において午前8時から午後7時までの時間帯に8時間以上連続して開局していますか。	01 はい	02 いいえ
② 土曜日又は日曜日のいずれかの時間帯において4時間以上開局していますか。	01 はい	02 いいえ

問6 貴局では、中心静脈栄養輸液、抗悪性腫瘍注射薬等の混合調製に関し、無菌製剤処理を行うための施設基準に適合している旨を地方厚生局長に届け出ていますか。（○は1つ）	01 はい	02 いいえ
--	-------	--------

《問6-1は、問6で「01 はい」とご回答の場合、ご回答ください》

問6-1 無菌製剤室は貴局の施設ですか。それとも別の薬局の無菌調剤室の共同利用を行っていますか。（○は1つ）	01 貴局の施設である	02 別の薬局の施設の共同利用である
--	-------------	--------------------

問7 貴局では、患者からの相談に応じるための設備上の工夫をしていますか。（あてはまるもの全てに○）	
01 パーテーションの設置	02 カウンター前のイスの設置
03 個室の設置	04 カウンターと待合スペースの距離を遠くしている
05 スピーチプライバシー機器（特殊な音を出すことにより、他人に会話が漏れ聞こえなくする機器）の設置	
06 その他（	）

問 8 令和 4 年 1 2 月 1 日現在、貴局で取り扱っている医療用医薬品（うち後発医薬品、医療用麻薬）、要指導医薬品、一般用医薬品の品目数^{※1}として該当するものをお選びください。
 また、一般用検査薬、衛生材料、医療機器（医療材料を含む）、介護用品、健康食品^{※2}、介護食品^{※3}の取り扱いの有無をご記入ください。
 なお、ドラッグストア等店舗販売業を併設している場合は、ドラッグストア等での取扱い品目数も加えてご記入ください。

① 医療用医薬品	01 500 品目以下 02 501～1000 品目 03 1001～1500 品目 04 1501～2000 品目 05 2001 品目以上	⑦ 一般用検査薬	01 ある 02 ない
② うち 後発医薬品	01 200 品目以下 02 201～400 品目 03 401～600 品目 04 601～800 品目 05 801 品目以上	⑧ 衛生材料	01 ある 02 ない
③ うち 医療用麻薬	01 5 品目以下 02 6～10 品目 03 11～15 品目 04 16～20 品目 05 21 品目以上	⑨ 高度管理医療機器	01 ある 02 ない
④ 要指導医薬品 ^{※1}	01 0 品目 02 1～3 品目 03 4～6 品目 04 7～9 品目 05 10 品目以上	⑩ ⑨以外の医療機器・材料	01 ある 02 ない
⑤ 一般用医薬品 ^{※1}	01 50 品目以下 02 51～100 品目 03 101～300 品目 04 301～500 品目 05 501 品目以上	⑪ 介護用品	01 ある 02 ない
⑥ 薬局製造販売医薬品	01 0 品目 02 1～3 品目 03 4～6 品目 04 7～9 品目 05 10 品目以上	⑫ 健康食品 ^{※2}	01 ある 02 ない
		⑬ 介護食品 ^{※3}	01 ある 02 ない

※1. 販売実績にかかわらず、店内で陳列している品目数（アイテム数；同じ製品であっても、包装される錠数のサイズが異なる場合はそれぞれを 1 品目として計上してください）をご記入ください。

※2. 特定保健用食品、機能性表示食品、サプリメント等のいわゆる「健康食品」を指します。

※3. 嚥下能力や咀嚼能力が低下した高齢者向けの食品を指します。

＜問 8-1 は、問 8 の「③ うち 医療用麻薬」で「0」品目とご回答の場合、ご回答ください＞

問 8-1 医療用麻薬を取り扱わない理由をお答えください。（あてはまるもの全てに○）

- 01 調剤の需要がほとんど無いため
 02 使用しなかった麻薬を廃棄する場合の経済的損失が大きい
 03 麻薬保管庫を置くスペースがない
 04 規制が多く管理に手間がかかる
 05 麻薬が盗難された場合の責任が重い
 06 その他（)

問 13 貴局における薬剤師の認定等の取得者数（実人数）をご記入ください。			
① 認定薬剤師（CPC の認定を受けたもの）	人	② ①以外の認定・専門薬剤師数	人

問 14 貴局は健康サポート薬局の届出をしていますか。（〇は1つ）		
01 はい	02 いいえ（今後、届出予定あり）	03 いいえ（今後、届出予定なし）

問 15 貴局における健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師数（実人数）	人
--	---

《問 15-1 は、問 15 で「0」人とご回答の場合、ご回答ください》

問 15-1 現在、健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師がいない理由についてお答えください。（あてはまるもの全てに〇）	
01 業務が忙しく、薬剤師が研修を受講する時間がないため	
02 研修を受講する必要性を感じないため	
03 健康サポート薬局に係る研修の応募者が多く、受講できないため	
04 薬局として健康サポート薬局の基準を満たすことが困難なため	
05 その他（	）

《問 15-2 は、問 15 で「0」人以外にご回答の場合、ご回答ください》

問 15-2 貴局に所属する健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師が、地域ケア会議等の地域の多職種が参加する会議に参加したことがありますか。（〇は1つ）	01 はい
	02 いいえ

《問 15-2-1 は、問 15-2 で「01 はい」とご回答の場合、ご回答ください》

問 15-2-1 貴局の健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師が、令和4年11月1カ月間に、地域ケア会議等の地域の多職種が参加する会議に参加した回数をご記入ください。なお、健康サポート薬局研修を修了した複数の薬剤師が同一の会議に参加した場合は、1回として計上してください。				
01 0回	02 1回	03 2回	04 3回	
05 4回以上				

Ⅱ かかりつけ薬剤師・薬局に関する事項についてお伺いします。

1 患者の服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導に関する事項

問 16 貴局では、特定の患者を継続して担当する薬剤師はいますか（「かかりつけ薬剤師指導料」等を算定していない場合も含む。また同意書の有無は問わない）。（〇は1つ）	
01 いる	02 いない（⇒ 問 17 へ）

《問 16-1～問 16-4 は、問 16 で「01 いる」とご回答の場合、ご回答ください》

問 16-1 特定の患者を継続して担当する薬剤師は、患者からの選択により決定しますか。	
01 はい	02 いいえ 03 その他（
	）

問 16-2 特定の患者を継続して担当する薬剤師の人数をお答えください。

① 特定の患者を継続して担当する薬剤師の人数（実人数）				
01 1人	02 2人	03 3人	04 4人	
05 5人以上				

② ①のうち、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料を算定している薬剤師の人数（実人数）			
01 0人	02 1人	03 2人	04 3人
05 4人以上			

問 16-3 令和5年1月11日（水）に、かかりつけ薬剤師等が服薬指導をした件数についてご記入ください。	
① 算定件数*	件
② 算定していないが、算定要件を満たしたかかりつけ薬剤師が当該患者に指導したもの	件
③ 算定要件は満たしていないが、患者が指名した薬剤師が当該患者に指導したもの	件

※本設問において「算定」とは、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料の算定のことを指します。

問 16-4 貴局の薬剤師が継続して担当している特定の患者について、当該患者が入退院した際の患者情報の授受を、患者が入退院した医療機関との間で行っていますか。（あてはまるもの全てに○）	
① 入院時における医療機関への情報提供	01 全ての患者について情報提供している 02 患者の状態像に応じて情報提供している 03 入院する医療機関によって情報提供している 04 (02 や 03 の他) 必要に応じて情報提供している 05 医療機関へ情報提供していない
② 退院時における医療機関からの情報把握	01 退院時カンファレンスに参加して患者情報を把握している 02 地域の医療機関との間で患者情報を提供してもらうよう取り決めを行っている 03 地域の医療機関の主導により患者情報の提供がなされている 04 都度、医療機関に患者情報の提供を依頼している 05 退院時における医療機関からの情報把握は行っていない

問 17 貴局における患者情報の一元的な把握の範囲について、ご記入ください。（あてはまるもの全てに○）
01 患者がかかっている全ての医療機関を把握するよう取り組んでいる 02 患者が服用している全ての医薬品（OTC 含む）を把握するよう取り組んでいる 03 患者が服用している全ての健康食品、サプリメントを把握するよう取り組んでいる 04 患者の病名を把握するよう取り組んでいる 05 患者の検査値を把握するよう取り組んでいる 06 その他（ 07 該当なし（自局で調剤した医薬品等の情報のみ把握している）（⇒ 問 18 へ）

〈問 17-1・問 17-2 は、問 17 で「01」～「05」のうち1つでもご回答の場合、ご回答ください〉

問 17-1 患者が服用している医薬品に関する情報をどのように収集していますか。（あてはまるもの全てに○）
01 処方箋へ印字、記載された情報 02 お薬手帳へ印字、記載された情報 03 医療関係施設からの患者情報の連絡文書 04 地域医療情報連携ネットワーク等で導入しているシステム 05 患者、家族への質問等 06 処方元医療機関への問い合わせ 07 その他（

問 17-2 問 17 の取組を行っていて良かったことをお選びください。（あてはまるもの全てに○）
01 重複投薬を防ぐことができた 02 相互作用のある薬の飲み合わせを防ぐことができた 03 患者の服用する薬が減った 04 (01～03 以外で) 疑義照会につながった 05 次回の処方内容が変更になった 06 患者のアドヒアランスの向上につながった 07 その他（ 08 特に良かったことはない

問 18 貴局での患者情報の継続的な把握方法についてお選びください。(あてはまるもの全てに○)

- 01 患者が来局した時に、前回来局してからの服薬状況や体調の変化についてフォローアップを行っている
- 02 患者に服薬指導をした後、電話等で連絡をするなど、フォローアップを行っている
- 03 患者の退院時に、入院していた医療機関から、患者情報を受け取っている
- 04 その他 ()
- 05 該当なし(上記の取組を行っていない) (⇒ 問 19 へ)

「問 18-1～問 18-2 は、問 18 で「01」～「04」のうち1つでもご回答の場合、ご回答ください」

問 18-1 令和5年1月11日(水)において、診療報酬の算定を問わず、フォローアップを行った患者数をご記入ください。

① フォローアップを行った患者数(実人数)	人
② ①のうち、副作用を発見した患者数(実人数)	人
③ ②のうち、経過改善が見られた患者数(実人数)	人
④ ①のうち、残薬を発見した患者数(実人数)	人
⑤ ④のうち、経過改善が見られた患者数(実人数)	人
⑥ ①のうち、服薬に関する再指導を実施した患者数(実人数)	人
⑦ ⑥のうち、経過改善が見られた患者数(実人数)	人
⑧ ①のうち、得られた情報を処方医等にフィードバックした患者数(実人数)	人
⑨ ⑧のうち、情報提供書等を用いて処方医に情報提供を行った患者数(実人数)	人
⑩ ⑧のうち、処方医に処方提案を行った患者数(実人数)	人
⑪ ⑧のうち、次回の処方内容の変更に至った患者数(実人数)	人
⑫ ⑧のうち、処方医以外の他職種に情報提供を行った患者数(実人数)	人

問 18-2 貴局でフォローアップを行っている患者の主たる疾患をお選びください。(あてはまるもの全てに○)

- 01 がん
- 02 糖尿病
- 03 高血圧症
- 04 喘息
- 05 精神疾患
- 06 慢性疼痛
- 07 神経障害性疼痛
- 08 認知症
- 09 その他 ()

問 19 貴局では電子版お薬手帳※を導入していますか。(○は1つ)

- 01 導入している(⇒ 問 20 へ)
- 02 導入していない

※「お薬手帳(電子版)の運用上の留意事項について」(平成27年11月27日付け薬生総発1127第4号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知)の「第2 提供薬局等が留意すべき事項」を遵守する体制が構築されているとともに、「第3 運営事業者等が留意すべき事項」を遵守する電子版お薬手帳を提供している場合に「01 導入している」とし、それ以外の場合は「02 導入していない」とお答えください。

「問 19-1 は、問 19 で「02 導入していない」とご回答の場合、ご回答ください」

問 19-1 電子版お薬手帳を導入していない理由は何ですか。(あてはまるもの全てに○)

- 01 導入費用の負担が大きいため
- 02 運用費用の負担が大きいため
- 03 必要性を感じていないため
- 04 希望する患者がないため
- 05 システムを設置するスペースがないため
- 06 導入を検討したことがないため
- 07 その他 ()

問 20 令和5年1月1カ月間において、電子版お薬手帳を持参した患者数として該当するものについて、応需した処方箋枚数ベースでお選びください。(○は1つ)

- 01 10人以下
- 02 11～20人
- 03 21～50人
- 04 51～100人
- 05 101人以上

問 21 貴局では薬歴管理の電子化を行っていますか。(〇は1つ)	
01 行っている	02 行っていない

問 22 電子版お薬手帳や電子薬歴システムを使用することにより、紙のお薬手帳や紙の薬歴を使用する場合と比べて、どのようなメリットがあると感じていますか。(あてはまるもの全てに〇) なお、「⑥ その他」として該当する事項がある場合、括弧内に具体的にご記入ください。		
	電子版お薬手帳	電子薬歴システム
① 患者の同意のもと他職種に対して患者情報の提供を円滑に行えること		
② 体重、血糖値などのデータを経時的に把握しやすいこと		
③ 患者の服薬結果を確認しやすいこと		
④ 電子版お薬手帳における薬の飲み忘れ防止機能により、患者の飲み忘れが減ったこと		
⑤ 医療情報が電子化されることにより、患者の待ち時間が短縮されること		
⑥ その他 ()		
⑦ メリットは特に感じていない		

2 24時間・在宅対応・オンライン服薬指導に関する事項

問 23 令和5年1月11日(水)における開局時間外の電話相談件数をご記入ください。(同一の患者から短時間に複数回、電話がかかってきた場合にも、別の件数として計上してください) なお、閉局日の夜間における件数は、閉局日の欄にご記入ください。		
	夜間	閉局日
① 開局時間外の電話相談件数	件	件
② ①のうち、かかりつけ薬剤師が対応した件数(報酬を算定していないものも含む)	件	件
③ ①のうち、小児に関連する相談件数	件	件
④ ①のうち、在宅業務に関連する相談件数	件	件

問 24 貴局での開局時間外の調剤応需の状況についてお選びください。(あてはまるもの全てに〇)	
01 患者ごとに担当の薬剤師が対応している	
02 患者ごとの担当の薬剤師が対応するのではなく、薬局として対応している	
03 他の薬局などと協力し、当番制などで対応し、服薬指導の内容などを共有している	
04 他の薬局などと協力し、当番制などで対応しているが、服薬指導の内容などは共有していない	
05 その他 ()	
06 該当なし(上記の取組を行っていない) (⇒ 問 25へ)	

＜問 24-1 は、問 24 で「01」～「05」のうち1つでもご回答の場合、ご回答ください＞

問 24-1 令和4年11月1カ月間における開局時間外の調剤件数(患者の求めに応じ、通常の開局時間外に調剤した件数)として該当するものをお選びください。(〇はそれぞれ1つ) なお、閉局日の夜間に調剤した件数は、閉局日の欄にご記入ください。			
① 夜間に応需し、調剤した件数			
01 0回	02 1～5回	03 6～10回	04 11～30回
05 31回以上			
② 閉局日に応需し、調剤した件数			
01 0回	02 1～5回	03 6～10回	04 11～30回
05 31回以上			

問 25 貴局では在宅業務*を行っていますか。(〇は1つ)

01 行っている(⇒ 問 25-1 へ) 02 行っていない(⇒ 問 25-4 へ)

※ 本調査において「在宅業務」とは、診療報酬・介護報酬上の算定要件にかかわらず、患者を訪問し、薬学的管理指導を行うことを意味します。

◀問 25-1～問 25-3 は、問 25 で「01 行っている」とご回答の場合、ご回答ください▶

問 25-1 在宅業務を行ったきっかけについてお選びください。(あてはまるもの全てに〇)

- 01 患者からの要望があった
- 02 医師からの要望があった
- 03 介護支援専門員、看護師など医師以外の職種からの要望があった
- 04 地域ケア会議等で要望があった
- 05 外部からの要望はなかったが貴局内で在宅業務を行うことを決定した
- 06 その他()

問 25-2 問 25-1 の選択肢「01」～「06」のうち、在宅業務を行ったきっかけとして最もあてはまる番号を1つご記入ください。

問 25-3 令和 4 年 1 月 1 月 1 月間の在宅業務の実施状況についてお選びください。(〇はそれぞれ1つ)
 なお、訪問 1 回当たりの平均往復移動時間、訪問 1 回当たりの平均指導時間については、訪問建物数及び訪問患者数が「0 箇所」又は「0 人」以外の場合にお選びください。

① 一般住宅*1

訪問建物数(延べ数)	01 0 箇所	02 1～5 箇所	03 6～10 箇所	04 11～20 箇所	05 21 箇所以上
訪問患者数(延べ数)	01 0 人	02 1～5 人	03 6～10 人	04 11～20 人	05 20 人以上
訪問 1 回当たりの平均往復移動時間※3	01 5 分以下	02 6～10 分	03 11～20 分	04 21～30 分	05 31 分以上
訪問 1 回当たりの平均指導時間※4	01 10 分以下	02 11～15 分	03 16～20 分	04 21～30 分	05 31 分以上

② 居住系施設*2

訪問建物数(延べ数)	01 0 箇所	02 1～5 箇所	03 6～10 箇所	04 11～20 箇所	05 21 箇所以上
訪問患者数(延べ数)	01 0 人	02 1～5 人	03 6～10 人	04 11～20 人	05 20 人以上
訪問 1 回当たりの平均往復移動時間※3	01 5 分以下	02 6～10 分	03 11～20 分	04 21～30 分	05 31 分以上
訪問 1 回当たりの平均指導時間※4	01 10 分以下	02 11～15 分	03 16～20 分	04 21～30 分	05 31 分以上

*1. 戸建て、マンション、アパート、団地等

*2. サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、介護医療院等

*3. 貴局と訪問先の建物の平均的な往復移動時間についてお答えください。なお、一度に複数の建物を訪問した場合については、貴局を出発してから戻ってくるまでに要した移動時間を訪問先の建物数で除算した数値をご記入ください。

*4. 訪問先において行う平均的な服薬指導を行う時間についてお答えください。

◀問 25-4 は、問 25 で「02 行っていない」とご回答の場合、ご回答ください▶

問 25-4 在宅業務を行っていない理由についてお選びください。(あてはまるもの全てに〇)

- 01 薬剤師の人員不足のため
- 02 在宅業務を行うための費用(人件費・設備費等)が経営上、大きな負担であるため
- 03 薬剤師が高齢であり体力的な問題があるため
- 04 在宅業務の経験・知識がなく、対応方法がわからないため
- 05 患者や医師などに確認したが、必要性がなかったため
- 06 患者や医師などに確認はしていないが、必要性を感じていないため
- 07 その他()

問 26 貴局ではオンライン服薬指導*を行っていますか。(〇は1つ)

01 行っている (⇒ 問 26-1 へ)

02 行っていない (⇒ 問 26-2 へ)

※ 本調査において「オンライン服薬指導」とは、診療報酬上の算定要件にかかわらず、情報通信機器を用いて薬学的管理指導を行うことを意味します。

〈問 26-1 は、問 26 で「01 行っている」とご回答の場合、ご回答ください〉

問 26-1 オンライン服薬指導を行ったきっかけについて、ご記入ください。(あてはまるもの全てに〇)

01 患者からの要望があった

02 医師からの要望があった

03 介護支援専門員、看護師など医師以外の職種からの要望があった

04 地域ケア会議等で要望があった

05 外部からの要望はなかったが貴局内でオンライン服薬指導を行うことを決定した

06 その他 ()

3 地域の医療機関等との連携に関する事項

問 27 令和 4 年●月 1 カ月間における処方元医療機関への疑義照会の状況についてご記入ください。

① 処方元医療機関への疑義照会件数

件

② ①のうち、処方提案(薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等を医師に提案すること)を行った件数

件

③ ①のうち、小児に関連する相談件数

件

問 28 地域医療情報連携ネットワーク(患者の同意のもと、診療情報などを地域の医療機関・薬局で共有するネットワーク)に参加し、患者情報の共有等による薬学的管理の向上に取り組んでいますか。(〇は1つ)

01 取り組んでいる

02 薬局が参加可能な地域医療情報連携ネットワークがあるが、取り組んでいない

03 薬局が参加可能な地域医療情報連携ネットワークがないため、取り組んでいない

04 薬局が参加可能な地域医療情報連携ネットワークがあるか否かを把握していない

問 29 貴局では、医療機関の医師又は薬剤部や地域医療連携室等との連携により、入退院時カンファレンスへの参加や入退院時の情報を共有する体制がありますか。

01 ある

02 ない

(⇒ 問 30 へ)

〈問 29-1 は、問 29 で「01 ある」とご回答の場合、ご回答ください〉

問 29-1 令和 4 年 1 1 月 1 カ月間に、問 29 に示す医療機関の医師又は薬剤部や地域医療連携室等との連携により、入退院時カンファレンスへの参加や入退院時の情報を共有した回数として、該当するものをお選びください。(〇は1つ)

01 0 回

02 1 回

03 2 回

04 3 回

05 4 回以上

問 30 貴局では、薬局の利用者からの健康に関する相談に適切に対応し、そのやり取りを通じて、必要に応じ医療機関への受診勧奨を行う際に、利用者の同意を得た上で、当該利用者の情報等を文書により医療機関(医師)に提供する体制がありますか。

01 ある

02 ない

(⇒ 問 31 へ)

〈問 30-1 は、問 30 で「01 ある」とご回答の場合、ご回答ください〉

問 30-1 令和 4 年 1 1 月 1 カ月間に、問 30 に示す受診勧奨を行う際に、利用者の同意を得た上で、当該利用者の情報等を文書により医療機関(医師)に提供した回数として、該当するものをお選びください。(〇は1つ)

01 0 回

02 1 回

03 2 回

04 3 回

05 4 回以上

問 34 貴局において実施している、地域での活動についてご記入ください。(あてはまるもの全てに○)

- 01 地域ケア会議への参加
- 02 地域住民向けの講演やお薬相談会などの実施
- 03 学校等における薬物乱用防止や薬の使用法などに関する講演の実施
- 04 (03 以外の) 学校薬剤師としての活動
- 05 その他 ()
- 06 実施していない

4 その他かかりつけ薬剤師・薬局全般に関する事項

問 35 貴局では、これまで副作用等の報告*を医薬品医療機器総合機構 (PMDA) へ行ったことがありますか。(○は1つ)

- 01 はい
- 02 いいえ (⇒ 問 36 へ)
- 03 わからない (⇒ 問 36 へ)

※ 問 35、問 35-1 における副作用等の報告とは、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第 68 条の 10 第 2 項に基づく報告を指します。

《問 35-1 は、問 35 で「01 はい」とご回答の場合、ご回答ください》

問 35-1 貴局における令和 4 年 1 1 月 1 力月間の副作用等の報告を実施した延べ件数として、該当するものをお選びください。(○は1つ)

- 01 0 回
- 02 1 回
- 03 2 回
- 04 3 回
- 05 4 回以上

問 36 貴局では、薬局医療安全対策推進事業における 薬局 ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 (本設問では「当該事業」と表す) の「参加薬局」として登録を行っていますか。(○は1つ)

- 01 はい
- 02 いいえ(当該事業を知っている)(⇒ 問 37 へ)
- 03 わからない (当該事業を知らない) (⇒ 問 37 へ)

《問 36-1 は、問 36 で「01 はい」とご回答の場合、ご回答ください》

問 36-1 貴局では、令和 4 年 1 1 月 1 力月間に、疑義照会により処方変更がなされた結果、患者の健康被害や医師の意図した薬効が得られないことを防止するに至った事例をヒヤリ・ハット事例として報告していますか。

- 01 行っている
- 02 行っていない

問 37 貴局では、問 36 で回答いただいた薬局医療安全対策推進事業におけるヒヤリ・ハット事例収集・分析事業以外にプリアボイド事例に関して把握・収集する取組*を行っていますか。(○は1つ)

- 01 行っている
- 02 行っていない

※ プリアボイドとは、Prevent and avoid the adverse drug reaction (薬による有害事象を防止・回避する) という言葉を基にした造語であり、医療機関では一般社団法人日本病院薬剤師会においても薬剤師が薬物療法に直接関与し、薬学的患者ケアを実践して患者の不利益 (副作用、相互作用、治療効果不十分など) を回避あるいは軽減した事例をプリアボイドと称して報告を収集し、共有する取組が行われています。近年では、医療機関だけではなく、薬局における副作用等の健康被害の回避症例等も収集し、当該情報を医療機関等の関係者と連携して共有する取組も行われており、このような取組を行っている場合を指します。

問 38 貴局では、プロトコルに基づいた薬物治療管理 (PBPM*) の取組を行っていますか。(○は1つ)

- 01 行っている
- 02 行っていない (⇒ 問 39 へ)

※ PBPM (Protocol Based Pharmacotherapy Management) とは、「薬剤師に認められている業務の中で、医師と合意したプロトコルに従って薬剤師が主体的に実施する業務を行うこと」です。

《問 38-1 は、問 38 で「01 行っている」とご回答の場合、ご回答ください》

問 38-1 貴局が行っているプロトコルに基づいた薬物治療管理（PBPM）の取組について、具体的にご記入ください。

問 39 ア. 令和 4 年 1 1 月 1 カ月間に、処方箋に併記する形などで患者の検査値や疾患名等の情報を医療機関から受け取った上で服薬指導を行った件数を、処方箋枚数ベースとして、該当するものをお選びください。（〇は 1 つ）
 なお、検査値と疾患名の情報を同時に受け取った場合には、①検査値、②疾患名のそれぞれの枚数に計上してください。
 イ. 検査値や疾患名等の情報を受け取った上で服薬指導を行ったことによるメリットをご記入ください。（自由記述）

① 検査値	ア. 服薬指導件数	01 0 回	02 1～10 回	03 11-30 回	04 31-50 回	05 51 回以上
	イ. メリット					
② 疾患名	ア. 服薬指導件数	01 0 回	02 1～10 回	03 11～20 回	04 21～30 回	05 31 回以上
	イ. メリット					
③ その他（ ）	ア. 服薬指導件数	01 0 回	02 1～5 回	03 6～10 回	04 11～15 回	05 16 回以上
	イ. メリット					

問 40 貴局では、患者自身で健康増進や健康維持に対する関心を高めてもらうことを目的として、患者に対してどのような働きかけを行っていますか。（あてはまるもの全てに〇）

01 薬剤師が主導して健康増進や健康維持に関する問いかけ・指導を行っている

02 患者からの要望に応じて健康増進や健康維持に関する指導やそれらの内容が記載された資材の提供を行っている

03 薬局内にある機器を使用して血圧や血糖値を測定することを勧めている

04 貴局単独で開催する患者の健康相談会・健康セミナーへの参加を勧めている

05 地域で他の主体が開催する健康相談会・健康セミナー・健康維持に役立つ運動教室やサークル等について情報提供や参加を勧めている

06 その他（ ）

07 意識的に何らかの働きかけは行っていない

問 41 薬局業務の生産性向上を目的として実施している事についてお教えてください。(あてはまるもの全てに○)

01 ICT システムの導入 (⇒ 下枠内の「101」～「108」のうち該当する番号に○)

- | | |
|--|--------------------|
| 101 電子薬歴システムの導入 | 102 電子版お薬手帳の導入 |
| 103 自動分包機の導入 | 104 医薬品自動発注システムの導入 |
| 105 薬剤師と患者とのコミュニケーションを円滑化するツール(チャット、スマホアプリ等) | |
| 106 在庫管理システムの導入 | 107 調剤監査システムの導入 |
| 108 その他() | |

- | | |
|----------------------------------|-------------------------|
| 02 地域医療情報連携ネットワークへの参加 | 03 薬局業務改善のためのコンサルタント導入 |
| 04 法人本部から助言を得る | 05 地域薬剤師会への加入 |
| 06 地域のお薬局との業務提携 | 07 地域のお薬局との協力(業務提携以外) |
| 08 薬局機能の専門化(例:在宅業務、高度薬学管理業務等に特化) | |
| 09 薬剤師を多く雇用する | 10 薬剤師の患者担当制の導入 |
| 11 薬剤師の担当制(調剤、在宅等)の導入 | 12 同一法人内薬局間における人事異動を減らす |
| 13 その他() | |

問 42 患者に服薬について深く理解してもらうことを目的として、服薬指導を効果的に行うために必要に感じ実施している事項をお教えてください。(あてはまるもの全てに○)

- | |
|--|
| 01 調剤した薬剤の服薬について患者がある程度理解していることを確認するまで、何度でも説明する |
| 02 調剤内容と直接的に関わりのない会話なども交え、患者の関心を高める |
| 03 薬を飲まなかった場合の健康悪化など懸念される事項について説明し、患者の関心を高める |
| 04 過去に薬を飲み続けたことで検査値が維持・改善していることをデータで示し、患者の関心を高める |
| 05 薬剤に関する資料を使用して説明する |
| 06 服薬指導を効果的に行うためのマニュアルを作成して活用している |
| 07 プライバシーに配慮するためのパーテーションを設置している |
| 08 患者家族にも同席してもらっている |
| 09 その他() |
| 10 上記事項は特に行っていない |

サマリー(要点)
何の疾患のどんな患者にどう効果があったのか

患者情報	性別	男性	女性
	年齢	歳	代
	疾病に関する情報(原疾患、既往歴、合併症等)		
	かかりつけ薬剤師指導料(調剤報酬における算定の有無)	有	無
	アレルギー歴	有()	無
	副作用歴	有()	無
	薬学的管理に必要な患者の生活像	有()	無
	その他(検査データ等)	有()	無
	併用薬(薬指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及び健康食品)	有()	無
	相互作用が認められる飲食物の摂取状況	有()	無
	服薬状況	良好	不良:理由()
		(残薬) 有:理由()	無
	来局頻度	() か月毎	() 週間毎
		単回	その他()
	フォローアップ実施開始日	年 月 日	
初めてフォローアップした日		新たにフォローアップを再開した日	
フォローアップ期間	() 年	() か月	
	() 週間	その他()	

当該薬局で把握されている全ての処方箋の用法用量、処方日数

フォローアップの要因となった医薬品名と用法用量、処方日数

【分析と評価】フォローアップを実施した理由(患者の状況など)

患者等への確認のタイミング(なぜそのタイミングにしたのか、使用薬剤の特性や患者像から判断した理由)

フォローアップ前			
検査値	良い	悪い	その他()
体調	良い	普通	悪い その他()
副作用	有()	無	その他()
服薬状況	良い	悪い	その他()
使用薬剤の効果	良い	悪い	その他()
患者基本情報	良い	悪い	その他()
併用薬や食品・嗜好品との相互作用による影響	有	無	その他()
生活特性・機能への影響	有	無	その他()
使用医薬品に対する認識(先入観、不安感等)	良い	悪い	その他()
医療機関との連携	有()	無	
医療機関以外との他職種連携への貢献	有()	無	

確認方法

電話 来局時 (患者宅への)訪問 FAX メール SNS

アプリ その他()

確認事項

薬剤等の服薬状況(残薬の状況、服用しづらくないか、服用において不便ことはないか等)

副作用発現の有無

使用中の薬剤の効果

薬剤使用中の体調の変化

患者基本情報の変化

併用薬や食品・嗜好品との相互作用による影響

生活機能への影響

生活の特性の変化

使用中の薬剤に対する認識(先入観、不安感等)

その他()

フォローアップした内容

患者の状況を確認して薬剤師がとった行動など

【結果と対応】

フォローアップ後

処方変更の有無	有()	無
検査値	改善	変化なし 悪化
体調	改善	変化なし 悪化
副作用	改善	変化なし 悪化
服薬状況	改善	変化なし 悪化
使用薬剤の効果	改善	変化なし 悪化
患者基本情報の変化	変化あり()	変化なし
併用薬や食品・嗜好品との相互作用による影響	変化あり()	変化なし
生活特性・機能への影響	変化あり()	変化なし
使用医薬品に対する認識(先入観、不安感等)	改善	変化なし 悪化()
医療機関との連携	有()	無
医療機関以外との他職種連携への貢献	有()	無

記録

トレーシングレポートの提出

提出した 内容;()

結果;()

未提出

その他()

その他

(患者へのフィードバック内容、副作用等報告等)

報告書記入日 年 月 日

記入者

薬剤使用期間中の患者フォローアップ（研究班版）
～適正な薬物治療共同管理計画に向けたフォローを実施するために(仮)～

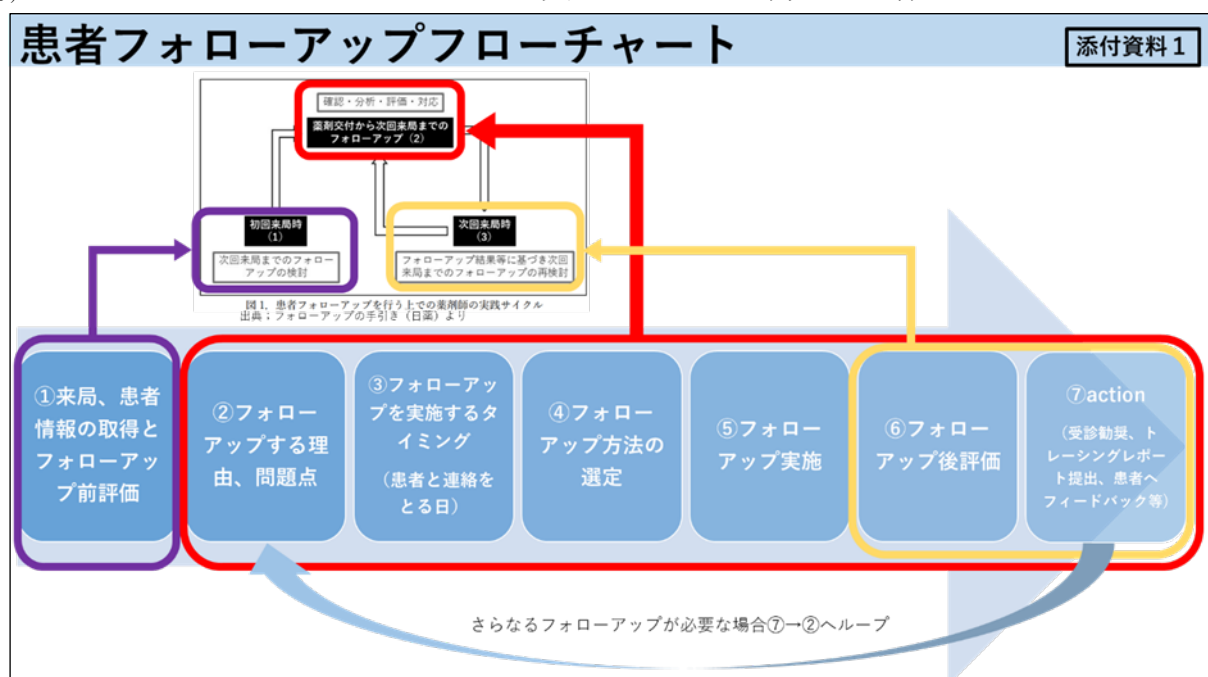
目次

1. 患者フォローアップフロー
 - 添付資料1 患者フォローアップフローチャート
2. 患者情報取得、フォローアップ前評価
 - 添付資料2 来局、患者情報、処方薬、フォローアップ前評価
3. フォローアップ実施理由、問題点
 - 添付資料3 フォローアップを行う理由、問題点
4. フォローアップを実施するタイミング
 - 添付資料4 フォローアップを実施するタイミング（患者と連絡をとる日）
5. フォローアップ方法の選定
 - 添付資料5 フォローアップ方法の選定
6. フォローアップ準備、実施内容
 - 添付資料6 フォローアップ実施
7. フォローアップ後評価
 - 添付資料7 フォローアップ後評価
8. フォローアップ後の対応（薬剤師のアクション）
 - 添付資料8 対応（薬剤師のアクション）
9. フォローアップ報告書フォーマット
 - 添付資料9 フォローアップ報告書フォーマット最終版
10. フォローアップによって見込まれる効果
 - 添付資料10 フォローアップによって見込まれる効果
11. フォローアップの概要図
 - 添付資料11 フォローアップの概要図
12. フォローアップ例(プロブレム・プロブレムの原因の特定・対応（薬剤師のアクション）・ゴール)
 - 添付資料12 全疾患共通
 - 添付資料13 心不全
 - 添付資料14 心筋梗塞
 - 添付資料15 脳卒中
 - 添付資料16 うつ病
 - 添付資料17 統合失調症
 - 添付資料18 睡眠障害
 - 添付資料19 糖尿病
 - 添付資料20 がん悪心嘔吐
 - 添付資料21 がん性疼痛
 - 添付資料22 認知症

1. 患者フォローアップフロー

フォローアップの流れとしては、図1のサイクルが基本である。この基本を詳細に分解していくと、初回来局時（1）には、①患者情報の取得と薬学的知見に基づく前評価等の検討（以下、「フォローアップ前評価」という。）¹⁾を実施する。薬剤交付から次回来局までのフォローアップ（2）では、①を踏まえ服薬指導を行い、その情報も加味した上で必要に応じフォローアップを行うか否か判断し、行う場合は②患者毎の問題点、フォローアップの目標²⁾（ゴール³⁾を設定する。③フォローアップを実施するタイミング、④方法の選定、⑤実施内容についても②の時によく検討し実施する。次回来局時（3）では⑥薬学的知見に基づく後評価等の検討（以下、「フォローアップ後評価」という。）をし、⑦対応（薬剤師のアクション）へとつなげる。フォローアップは単回で終了するものではなく、疾患の状態や服薬期間に応じ、さらには治療効果や患者をめぐる環境や心情の変化などにより、経時的に新たな問題点が発生する可能性が高いものであるから、長期的な視点で、どの時期にどの点にフォーカスを当ててフォローアップを実施していくのか、来局とのタイミングを上手く活用してフォローアップが継続して実施されることが期待される。

- 1) フォローアップ前評価；初めからフォローアップありきではなく患者情報の収集、処方監査、調剤設計、服薬指導の中で薬剤師がフォローアップの必要な患者に実施するというのが本来の流れである。フォローアップを実施する、しないに関わらず、初回来局時には患者との対話等により取得した様々な情報をしっかりとアセスメントする。
- 2) フォローアップの目標；本来は患者がどうありたいかを踏まえた上で、どう患者に関わっていくかが大前提となる。薬剤師だけの視点にならず、患者と共有し、それに向けて共に働きかけをすることを目標とする。
- 3) このゴールとは、フォローアップを実施するごとに掲げる目標のことである。



2. 患者情報取得、フォローアップ前評価

初回・久々の来局時は患者情報の取得・更新（可変要素がある場合は随時確認）に努める。取得する情報は【検討する上での要素】に加え、認知機能の評価、独居あるいは薬物療法の支援をしてくれる家族と同居しているか、自身の病気への関心や理解度、服薬の必要性の理解度、薬物療法に取り組む姿勢、薬に対する不安・不満等については、アドヒアランスに大きな影響を及ぼすため、これらの情報についても、来局時に丁寧な聞き取りを行い情報取得に努める。また糖尿病の受診中断者因子（参考；糖尿病受診中断対策包括ガイド）のように疾患によっては受診中断する患者像の特徴が示されているものもあるので、該当する場合は治療を中断させないため、次回来局までの間に電話等のフォローアップを実施することが肝要である。

継続して来局している患者の場合であっても、残薬の増加や検査値の悪化等だけでなく服薬指導の際に患者が積極的に話をしなくなった時や薬が切れてから受診するようになった場合等はアドヒアランス低下の可能性があるため、フォローアップを活用することにより薬物療法中断を防ぐよう努める。

患者情報の取得方法としては、口頭やお薬手帳での情報のほかに、マイナポータルを通じて電子版お薬手帳をはじめとしたPHR(personal health record)を活用し服薬状況やOTC医薬品の服用情報のみならず、運動や食事などの情報などと組み合わせてより効果的な服薬管理へ繋げることも今後期待される。

また、薬剤師がフォローアップを実施することにより、患者の変化の有無、変化がある場合は前後比較評価ができるようフォローアップ前の検査値、体調、副作用、服薬状況、使用薬剤の効果、併用薬や食品・嗜好品との相互作用による影響、生活特性・機能への影響、使用医薬品に対する認識（先入観、不安感等）、医療機関との連携、医療機関以外との他職種連携への貢献の評価を忘れずに行うことが必要である。

①来局、患者情報、処方薬、フォローアップ前評価

添付資料 2

患者情報

①お薬手帳、患者への聞き取り、薬剤服用歴等で分析・評価する事項

- ア 患者の基礎情報（氏名、生年月日、性別等）
- イ 患者の体質（アレルギー歴、副作用歴）
- ウ 薬学的管理に必要な患者の生活様式
- エ 既往症、合併症、他科受診の状況
- オ 併用薬等（処方薬、一般用医薬品、健康食品）
- カ 前回処方
- キ 服薬状況（服薬の状況を念ひ）
- ク 患者の服薬中の体調の変化
- ク 臨床検査値、等

「薬剤服用歴の記載事項」（令和4年度調剤報酬改定）

↓上を基に、研究班会議で検討し追加したもの

研究の結果より

性別	男性	女性
年齢	歳	代
アレルギー歴	有	無
副作用歴	有	無
薬学的管理に必要な患者の生活様式	有	無
既往症・併用薬等	有	無
前回処方	有	無
服薬状況	良好	不良・理由()
併用薬等	()	()
フォローアップ実施	初めてフォローアップした日	新たにフォローアップを再開した日
フォローアップ期間	() 年 () 月	() 年 () 月

処方薬

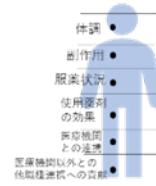
当該薬局で把握されている全ての処方薬の用法用量、処方日数

全ての処方薬について把握する

フォローアップ前の状況をしっかり把握、評価し、記録する。 ※後で、前後比較できるように

フォローアップ前評価

	フォローアップ前		
検査値	良い	悪い	その他()
体調	良い	普通	悪い その他()
副作用	有()	無	その他()
服薬状況	良い	悪い	その他()
使用薬剤の効果	良い	悪い	その他()
患者基本情報	良い	悪い	その他()
併用薬や食品・嗜好品との相互作用による影響	有	無	その他()
生活特性・職業への影響	有	無	その他()
処方薬に対する懸念(先入観、不安感等)	良い	悪い	その他()
医療機関との連携	有()	無	
医療機関以外との他職種連携への貢献	有()	無	



3. フォローアップ実施理由、問題点

特にフォローアップの必要がある患者の例としては、

- ① 新規処方・処方変更時
- ② 服薬アドヒアランス不良
- ③ ハイリスク薬処方時（副作用の問題や患者に不安があるケース等）
- ④ 手技不良時（自己注射や吸入器等）
- ⑤ 副作用等発現時（自覚症状を含む）
- ⑥ ポリファーマシー・相互作用の可能性
- ⑦ 服薬に関する不安
- ⑧ 退院時
- ⑨ 新薬（承認又は効能追加された5年以内のもの）処方時

等が考えられる。患者にとっては、複数項目に該当する場合も多いので複合的に判断することが必要である。また継続して服薬していく過程において患者を取り巻く状況が変わり、問題点の変化や新たな問題点の出現もありうる。患者が一人として同じ人がいないように、フォローアップをする理由も、きれいに分類して振り分けられるものでもない。様々な要因を抱えた患者一人一人の問題点を見つけ、それに合わせたフォローアップを行うことが必要である。

この時点で各々の問題点とそれに対する目標（ゴール）を明確に打ち出すことで、何を聞かなければならないか、どの副作用や検査値に特に注意してモニタリングしないといけないか等の患者に確認する際の重要な観点となり、フォローアップを実施するタイミングや頻度等のフォローアップ方法も定まってくるので、フォローアップを開始する前にはしっかりと検討を行っておく。

②フォローアップを行う理由、問題点

添付資料3

Problem設定:

研究班の結果より

漫然とフォローアップすることを防ぐためにも患者に説明できるフォローアップ内容にする（薬剤師の自己満足に終わらない）

なぜフォローアップするのかの理由を明確に打ち出すその理由、Goalによってフォローアップの仕方も変わってくるので、ここでしっかりと設定することが大事

例) アドヒアランス不良なら

- ・フォローアップ回数を多めにする
- ・実施の時には特に患者の心情に注意して聞き取りする等

例) 副作用の発現に注意なら

- ・フォローアップ後にただ「何も副作用症状は出なかった」だけで終わらないように、その薬剤にはどういう副作用症状が出て、好発時期はいつで（わかれば）という視点を踏まえてProblemを設定すれば、のちのちのフォローアップの仕方も明確になる

Goal 設定:

4. フォローアップを実施するタイミング

フォローアップのタイミングを全て1週間後と決めていたり、薬の特徴に関係なく患者の都合に合わせてたりして設定されることは適切とは言い難い。副作用が出現してしばらく経った後で副作用発現の有無を確認しても、副作用重篤化を回避できない可能性もある。副作用の発現が心配される場合は、その薬剤における副作用好発時期、初期症状、早期発見ポイント等（厚生労働省「重篤副作用疾患別対応マニュアル参照」）を確認する。新規処方薬で定常状態になる時期が判明しているものは定常状態となった時点以降、アドヒアランス不良の場合は、その患者の特徴を踏まえフォローアップがより効果的となるタイミングを考慮し設定する。実際に1、2回の服用で副作用が発現し患者の判断でそれ以後は服薬中止して、患者からは医療機関に何の申し出や連絡もなく、薬剤師が電話をかけて初めて副作用が発現していたこと、服薬中止していることが判明した事例もある。また副作用を自覚していながらも医療機関に連絡することもなく服用を継続している事例もあることから、フォローアップを実施するタイミングが副作用重篤化を左右することを念頭におき適切なタイミングを検討することが重要である。

介護者や乳幼児の保護者、ヘルパーなど患者本人以外に連絡を取る場合は、その人の都合もあらかじめ聞いておく。

また、薬剤の副作用発現や効果発現確認のための比較的早期にフォローアップする場合、食事・排泄・睡眠・運動・活動状況等の確認をしたい場合、成人喘息のように治療開始時・治療のステップアップ時・喘息の症状安定期・治療のステップダウン期といった、治療ステージが変化する場合や糖尿病のように薬物療法開始後も食事療法・運動療法・生活習慣改善に取り組んでいる場合などの長期的な治療に及ぶ場合は、来局時の指導とその間のフォローアップをどう組み合わせると患者のアドヒアランスが向上し、治療効果維持に役立つか等の視点も必要である。

③フォローアップを実施するタイミング (患者と連絡をとる日)

添付資料4

・フォローアップのタイミングについては、研究班の事例では『患者都合』というものが多かった。やみくもに『患者都合』でフォローアップするタイミングを決めない。根拠のあるタイミングを薬学的視点から設定する

新規処方薬	定常状態になったタイミング（半減期の4～5倍経過後等※該当しない薬剤もあるので注意）以降にする
副作用発現がきになる	その薬剤における副作用の初期症状、副作用好発時期、早期発見ポイント等を確認してタイミングを決める（厚生省やPMDA掲載の『 <u>重篤副作用疾患別対応マニュアル</u> 」などを参考にする）
アドヒアランス不良、患者特性より	その患者の特徴を踏まえフォローアップがより効果的になるタイミングを考慮し設定する
患者本人以外に連絡	介護者や乳幼児の保護者、ヘルパーなど患者本人でない人にフォローアップをする時は、その人の都合も考慮する
薬剤だけでなく、食事、運動改善等を加味して総合的に判断したい場合	薬剤だけでなく、食事効果、運動効果の改善などを加味して総合的にフォローアップをするタイミングを決める（参考；『体調チェック・フローチャート解説と活用第2版 日本薬剤師会編集 じほう 等）

例)

※「重篤副作用疾患別対応マニュアル」で「無菌性髄膜炎」を発症すると記載されています。

【副作用の好発時期】薬剤使用開始直後から発症する場合も知られているが、服用開始後4日での発症が最も頻度が多い。薬剤中止後は2～3日で回復することが多いとされている

※「重篤副作用疾患別対応マニュアル」で「薬物性味覚障害」を発症すると記載されています。

【副作用の好発時期】原因となりうる薬剤の服用後、直ぐに発症することもあるが、多くは約2週から6週間以内に味覚障害が起こる。服用中止後も長期にわたって症状が継続し、緩解するまで数か月を要することもある。

5. フォローアップ方法の選定

患者にはフォローアップのために連絡を取ることを事前にしっかり説明し、連絡手段・連絡時間について患者が理解したかについても確認しておく。昨今は、知らない番号には出ないと決めている高齢者や仕事中は電話に出られない人など電話が使えない場合もあるので、事前に連絡する日時を決めておくことや電話以外の手段（メール、SNS、アプリのメッセージ）の使用も検討する。薬局によってはフォローアップの内容を一括管理ができるICTシステムの導入もあり、ICTを使用した連絡の方が便利な場合もあるが、手段は患者が都合がよく、フォローアップの効果が最も良いものを選ぶようにする。しかし、システムサービスからの自動送信や一方的に送信するのではなく、患者の返答をしっかりと確認でき、どのような返答だったかを分析し、記録することも必要である。

また、電話では聞き取りが不十分な場合、認知機能の低下が疑われる場合、残薬を確認したい場合、手技を確認したい場合など、実際に居宅を訪問することで状況を確認することができ、その後の在宅訪問に繋がる事例もあるので、特に電話だけでは不安が残る場合は居宅訪問も視野に入れて検討すること。

フォローアップは、患者と薬剤師との相互関係で作り上げていくこと、そのため薬剤師からの一方的な聞き取りのためにあるのではなく、フォローアップを治療に活かすために、患者からも積極的に対話し質問したり効果を実感したことを話してもらうなど働きかける姿勢を求めたいことも患者に説明しておく。そのためにも、フォローアップの際は、患者も手元に事前に配布した説明書や患者用説明資料等を見ながら受けてもらうように準備しておくことも重要である。

④フォローアップ方法の選定

添付資料5

【方法】

- ・電話
- ・来局時
- ・患者宅への訪問
- ・FAX
- ・メール
- ・SNS
- ・システムサービスからの送信
- ・その他

患者にフォローアップのために連絡を取ることを事前にしっかりと説明し、連絡手段・連絡時間について患者が理解したか確認しておく。

【手段は患者が選択する】

※患者側にも、フォローアップ時には、ただ薬剤師から質問されたことに対して返答するだけでなく、フォローアップの機会を有効に治療に活用できるように、積極的に対話し、質問する姿勢を能動的な姿勢を求めたいことも説明する。

※フォローアップは、患者と薬剤師等との相互関係で作り上げていくことを説明する

患者からの反応をしっかりと確認とれる方法であること

特にシステムサービスからの自動送信のなどの場合、一方的に送信しているだけで、患者の反応を確認しないのは避けること

患者からどのような返答があったのかも記録に残す必要がある

フォローアップの際には、事前に配布した情報の紙などを手元において受けてもらう

6. フォローアップ準備、実施内容

患者等への確認事項において、特に薬剤等の使用状況に関しては、「服用できているか」のような、はい、いいえの閉じた質問ではなく、「服用しづらくないか」、「服用において不便なことはないか」等患者から服用に関して些細なことでも話してもらえるような会話作りを心掛ける。

また、【患者等への確認事項の例】に加えて、フォローアップ開始前に設定した各患者特有の問題点に合わせて、どのような情報を得る必要があるのか事前に整理して要領を得た確認内容とする。質問事項を漫然と機械的に確認するだけでは一方的な聞き取りとなり、患者の返答も「何もないです」の一言になってしまうが、状況に応じて開かれた質問をすることで患者も伝えたかったことが言え、フォローアップの連絡があってよかった、安心したと思ってもらえるような機会となるよう努める。

患者の手元に事前に配布した説明書や資料等においてそれを見ながら受けてもらうように説明してあるので、実施する際は薬剤師も手元に同様の資料、くすりのしおりや重篤副作用疾患別対応マニュアル等書籍等において実施する。

⑤ フォローアップ実施
添付資料 6

フォローアップ手引きより

【患者等への確認事項の例】

- ・ 薬剤等の使用状況（残薬の状況を含む）
- ・ 使用中の薬剤の効果
- ・ 薬剤使用中の体調の変化
- ・ 患者基本情報の変化
- ・ 併用薬や食品・嗜好品との相互作用による影響
- ・ 生活機能への影響
- ・ 生活の特性の変化
- ・ 使用中の薬剤に対する意識（先入観、不安感等）等

研究班の結果より

確認事項
薬剤等の服薬状況(残薬の状況、服用しづらくないか、服用において不便なことはないか等)
副作用発現の有無
使用中の薬剤の効果
薬剤使用中の体調の変化
患者基本情報の変化
併用薬や食品・嗜好品との相互作用による影響
生活機能への影響
生活の特性の変化
使用中の薬剤に対する認識(先入観、不安感等)
その他()

薬剤師が手元において準備しておく資料例)

- ・ くすりのしおり
- ・ 重篤副作用疾患別対応マニュアル
- ・ 体調チェック・フローチャート解説と活用第2版

ただ漫然と聞き取りをして確認事項をチェックするだけでなく、上記の資料を基に、この患者に何をポイントに対話をするのか、何の情報を得る必要があるかを明確にしておくこと

疾患別にどのようなことを確認すべきかポイントを押さえる

7. フォローアップ後評価

フォローアップ後の患者評価を実施することは当然であるが、フォローアップ前から一連の流れに着目して評価することも検討する。各項目の評価を経時的に追うことができれば、現在の患者状態だけでなく、スタートからの変化、今後の改善点等の課題もみえてくる。患者に説明する際にも、フォローアップした前後でどのように変化したのかを説明するときの資料としても活用でき、患者側もフォローアップをしてもらうことで、どの点が改善されたのか又は変化がない（体調が悪くなっていない）ことが確認されていること等がわかると、フォローアップの意義を実感し、その後もフォローアップにも協力的になる効果が期待できる。

また、添付資料7の評価項目だけでなく、フォローアップ前に設定した問題点は解決したかの評価も行う。患者をめぐる状況・心情の変化、服薬期間の伸長に応じ、問題点が変化したり、新たなものが発生したりするので、その都度問題点も更新して、新たなフォローアップに繋げていく。

⑥ フォローアップ後評価

添付資料7

体調 ● STAY
副作用 ● UP
服薬状況 ● UP
使用薬剤の効果 ● STAY
医療機関との連携 ● UP
医療機関以外の他職種連携への貢献 ● STAY

フォローアップ後評価

フォローアップ後			
処方変更の有無	有()	無()	
検査値	改善	変化なし	悪化
体調	改善	変化なし	悪化
副作用	改善	変化なし	悪化
服薬状況	改善	変化なし	悪化
使用薬剤の効果	改善	変化なし	悪化
患者基本情報の変化	変化あり()	変化なし	
併用薬や食品・嗜好品との相互作用による影響	変化あり()	変化なし	
生活特性・機能への影響	変化あり()	変化なし	
使用医薬品に対する認識(先入観、不安感等)	改善	変化なし	悪化()
医療機関との連携	有()	無	
医療機関以外との他職種連携への貢献	有()	無	

患者に報告レポートを提出するような気持ちで、評価・観察を行う。

フォローアップ前後でどう変化したか評価する

②で設定した問題ポイントだけでなく、患者の全体像を把握して、評価するように（総合的にも患者状態を評価するため）

【考察ポイント】

- >②で設定したProblemは解決したか
- >Goalに到達したか
- >副作用の疑いがある場合は、添付文書、インタビューフォーム、学術論文の記載を探すだけでなく、該当薬剤以外が原因の可能性（治療中の疾患、新たな疾患の可能性、食事、運動、睡眠、ADLの影響など）を臨床推論等を取り入れ、多角的に考察する。

(参考文献：『体調チェック・フローチャート解説と活用第2版 日本薬剤師会編集 じほう
『3ステップで推論する 副作用のみかた・考え方』じほう
埼玉県薬剤師会ポリファーマシー対策事業 体調チェック表（事前））

8. フォローアップ後の対応（薬剤師のアクション）

フォローアップを実施した際は、調剤録に記録して終わりではない。分析や評価を実施した後に、どうアクションを取ったかも重要となる。例としては

- ① 処方医への処方提案
- ② 処方医や医療機関の薬剤師にトレーシングレポート等による情報提供（在宅医療への参画、外来化学療法実施病院との情報共有等）
- ③ 受診勧奨
- ④ 他職種との連携（病院薬剤師、ケアマネジャー、訪問看護師、行政等との連携）
- ⑤ 医薬品・医療機器等安全性報告制度による副作用報告
- ⑥ 患者へのフィードバック（副作用チェックシート配布、 Medikationレビュー、フォローアップ前後比較説明等）

等が考えられる。

①の処方提案では、糖尿病治療薬・インスリンによる低血糖の発現、スタチン系による横紋筋融解症症状、利尿薬による低カリウム血症など、実際に副作用が発現し、その情報提供と用量変更や中止・処方変更を提案するものやがん化学療法の支持療法の提案、薬剤効果不十分による処方提案やポリファーマシー改善などがある。

副作用発現、薬剤相互作用、薬剤重複による処方提案以外にも、実際に服用してみて、服用時点がライフスタイルに合っていないで服用できていなかったり、薬剤数が増えすぎて管理ができず一包化を希望されたり、カプセルが大きすぎて嚥下できず服用困難であったり、エアゾール吸入がうまくできていなく症状が増悪していたり、漫然と継続されていたNSAIDs投与等の多くの問題が想定され、患者一人一人の問題と向き合い、それを解決するための処方提案も必要である。

②の医療機関に対する情報提供について、第十四改訂調剤指針増補版における医療機関への情報のフィードバックでは、医薬分業においては、処方された薬剤に対する患者の反応、服薬遵守などのモニタリングは、薬局の役割に負うところが大きい。患者との対話から得た薬剤に対する反応（薬剤の効果に対する患者の印象、副作用に対する懸念など）や服薬遵守などに関する情報を、処方箋を発行した医療機関に提供することは、薬局の重要な業務である、とされている。提供する情報の内容は副作用、残薬の状況、患者のアドヒアランス、体調の変化、患者の薬剤に対する心情、地域包括ケアに関わる多職種からの情報等多岐にわたり、入手した患者情報を共有し、医療機関との連携を強化することが求められている。

副作用に関して情報提供する際には、実際の測定値（血圧、血糖値）や有害事象共通用語基準（CTCAE :Common Terminology Criteria for Adverse Events）を活用し、Grade評価で示すと医療機関側もアセスメントしやすく、また副作用の改善度を評価する際にも指標となる。

③の受診勧奨では、例えば薬剤師が受診勧奨したことにより低カリウム血症で入院につなげた事例や、患者の調子が悪く家族やヘルパーが受診させようとしたが本人が大丈夫だと言い受診が取りやめになったが、薬剤師が居宅訪問して受診の必要ありと

判断し、ケアマネジャーと介護事業所にその旨を連絡し受診した結果、心不全の悪化で入院した事例や、疾患の症状や薬剤の副作用の症状には該当しなかったが、患者が訴える別の症状に着目し、受診勧奨したことで尿管結石や熱中症であることが判明した事例、尿漏れに悩んでいたが年齢的に仕方ないとあきらめて水分制限をし、便秘になった患者に他の疾患の可能性を感じ受診勧奨したことで腹圧性尿失禁であることが判明し、治療することで尿漏れも便秘も改善につながった事例など様々ある。早期の受診勧奨は副作用等の重篤化の回避や、不安に思っても行動に移せないでいる患者の後押しにもなるので、薬学的知見により判断し、必要と認める場合には受診勧奨する。

④の他職種では独居で糖尿病患者の急激な視力低下や認知機能低下のおそれから居宅訪問し、市担当や包括にも連携し、他職種で見守ることになった事例、外来化学療法実施で食欲低下、体重減少が大きい患者に管理栄養士と連携して食事提案し化学療法を完遂できた事例、慢性心不全で救急搬送頻回の患者に対し病院の薬剤部より服薬管理依頼を受け、訪問を継続したことから家族の協力も得られ、救急搬送もなくなり、慢性心不全支援用の施設間服薬状況提供が開始した事例、受診・来局頻度過多で不自然な言動より認知症を疑い、市の老人福祉課に相談し、ケアマネジャーを中心に介護連携チームが立ち上がり、居宅療養管理指導が開始し、アドヒアランス向上につながった事例の他に訪問看護師やケアマネジャー、ヘルパーと連携している事例など様々ある。在宅医療においても訪問管理指導だけでなく、地域医療におけるチーム医療への参画も期待されているので、薬局での気付きや疑問を発端にして、多職種やご家族、地域での連携につなげ総合的に患者の医療体制の構築の手助けとなる働きも必要である。

⑤の副作用報告では、①～④の中で医薬品による影響で初めて発見された副作用や入院レベルのものについて報告することが望まれる。（参考；「医薬関係者からの医薬品の副作用及び感染症報告について」厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課令和3年12月6日）

⑥患者へのフィードバックでは、今までの情報連携のアクションは薬局と医療機関間、薬剤師と他職種間という患者から離れたところでのアクションが多かったが、本来フォローアップは患者のために実施されており、患者にこそフォローアップ実施において、どのような課題があり、何を目標設定して、どこに着目しフォローアップが実施され、どう改善されたか、アクションにより治療の向上に寄与できたかなど報告されるべきである。この患者へのフィードバックを行うことにより、患者は自分の様々な面を薬剤師がモニタリングし、フォローしてアクションしてくれたのか理解するところとなり、薬剤師への信頼、相互の関係向上により、治療効果の向上が期待される。

更なるアクションとして、良いフォローアップ事例については公共的な機関などに報告する体制を構築したり、患者へのフィードバックも Medikation Review を取り入れたり、アカデミアと協力してフォローアップ効果の分析などに繋げていくことも期待される。

⑦対応（薬剤師のアクション）

添付資料 8

- ☆誰に（医師、患者、薬剤師、他職種など）
- ☆何を（トレーシングレポートなど）
- ☆どのようにactionしたか

・調剤録をつけるだけで終わらない
薬剤師がフォローアップの評価を受けてどう行動したかが肝心

- 例)
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 医療機関にトレーシングレポートを提出した | |
| <input type="checkbox"/> トレーシングレポートを出さないまでも、
医療機関に情報提供（電話など）した | |
| <input type="checkbox"/> 受診勧奨した | |
| <input type="checkbox"/> 医療提供施設と連携に更なる推進が得られた
（薬機法第1条の5第2項） | ⇒ |
| <input type="checkbox"/> 『医薬品・医療機器等安全性報告制度』により副作用等を報告した
（薬機法第68条の10） | <input type="checkbox"/> 処方変更があった |
| <input type="checkbox"/> 患者へのフィードバック等
（何かしらの資料、情報を渡して） | <input type="checkbox"/> 副作用チェックシート作成して
渡した 等 |
- 患者にフォローアップ前後の評価やフォローアップの考察を説明し、
患者の意見、返答はどうだったかを記載する。

良いactionが得られた事例については公共的な機関などに報告する体制を構築

【だれのためのフォローアップか、点数をつけるためではない。患者にフィードバックされる体制の構築が必要】
今回の研究の事例では、医療機関や医療関係者にフィードバックされることはあっても、患者自身に薬剤レビューとしてフィードバックしたという報告はみられなかった（記載箇所がなかったかもしれない）
今後のフォローアップでは、患者自身にもフォローアップしていること、その前後でどう変化したか（⑥の結果などを踏まえて）を患者に説明するフィードバック（action）があればいいのではないかと。

【⑧アドバンスaction】

⑦だけでなく、さらなるactionとして
・メディケーション(薬剤)レビュー
・アカデミアと協力してフォローアップ
効果の分析（地域医療費減少など）
などに繋がっていく

10. フォローアップによって見込まれる効果

フォローアップを実施した要因として考えられるものを以下の9つに分類した。

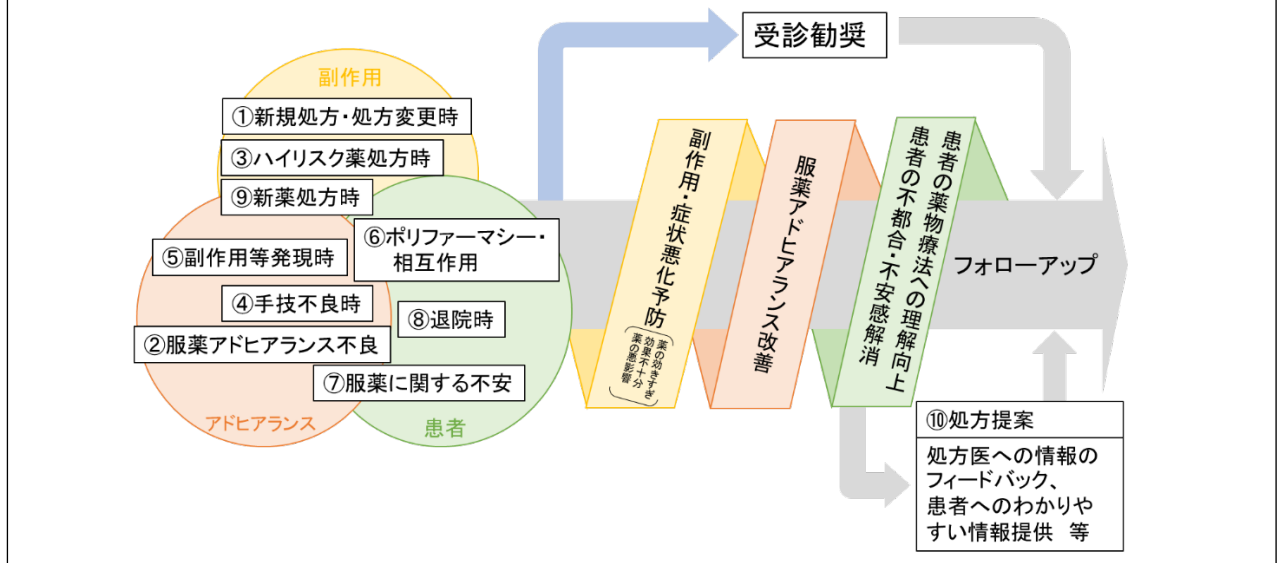
- ① 新規処方・処方変更時
- ② 服薬アドヒアランス不良
- ③ ハイリスク薬処方時（副作用の問題や患者に不安があるケース等）
- ④ 手技不良時（自己注射や吸入器等）
- ⑤ 副作用等発現時（自覚症状を含む）
- ⑥ ポリファーマシー・相互作用の可能性
- ⑦ 服薬に関する不安
- ⑧ 退院時
- ⑨ 新薬（承認又は効能追加された5年以内のもの）処方時

ただし、これらの実施理由は一患者一要因ではなく、大多数の患者が複数の要因を抱えているケースも多い。患者ごとに全ての問題点を抽出し、薬学的観点や薬剤服用期間に応じてフォローアップする事柄に優先順位をつけ実施する。また、フォローアップの効果があってもなくても、新たな要因や問題が発生するものであることから、フォローアップは長期的な視点で取り組むべきである。また今回の研究では、フォローアップを実施した要因として「⑦服薬に関する不安」からというものが多数あった。特に新規薬剤が処方された際に患者は副作用や薬の必要性、服用数が増えることに関して漠然とした不安はあるものの、受診時や薬局での投薬時にはなかなか言えず、実際に服用を開始してから副作用と思われる症状が出たり、患者のライフスタイルから指示された用法での服薬が困難であったり、薬の必要性を理解していなかったために、自己判断による調整をしたり服薬中止している場合もあり、薬剤師がフォローアップでの電話等で服薬状況を確認したときに「実は服用を中断している」との情報を得た事例が複数あった。薬剤師が患者の抱える不安、問題点に対し傾聴、繰り返し丁寧な説明、指導を行うことで患者の不安や不都合が解消され、アドヒアランスが向上し、患者自身がしっかり治療に取り組めるようになった事例も多数みられた。

フォローアップ後の薬剤師の対応である処方提案、処方医への情報のフィードバック、受診勧奨等によって、フォローアップには以下の効果が見込まれる。

- ① 副作用・症状悪化予防（薬の効きすぎ・効果不十分・薬の悪影響）
- ② 服薬アドヒアランス改善
- ③ 患者の不都合・不安感解消・患者の薬物療法への理解向上

フォローアップによって見込まれる効果



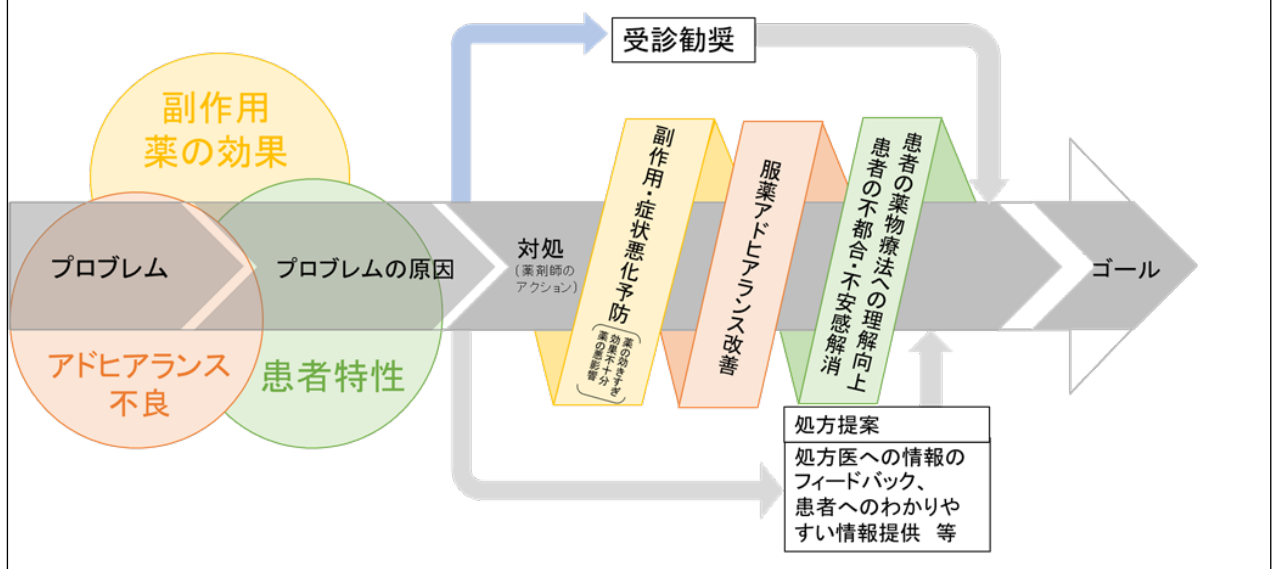
1 1. フォローアップの概要図

以上を踏まえ、フォローアップの概要図を作成した。まず

- ① 副作用、薬の効果
- ② アドヒアランス不良
- ③ 患者特性

等に起因する問題を設定し、その原因を分析する。それに対応したゴールを設定し、そのためにどのようにフォローアップを実施するのか具体的な方法を検討し、計画的に実施する。実施後は薬剤師のアクションとして処方提案、処方医や他職種への情報のフィードバック、受診勧奨、患者への分かりやすい情報提供、 Medikationレビューなど対処する。

フォローアップの概要図



1 2. フォローアップ例(プロブレム・プロブレムの原因の特定・対応 (薬剤師のアクション)・ゴール)

フォローアップ例を示す。フォローアップの流れは主に4つのポイントに分けた。

- ① 患者の薬物療法に関するプロブレム発見及び把握
- ② ①のプロブレムがどうして起こったのかの原因の検討 (可能性も含め)
- ④ それに対する対応 (薬剤師のアクション)
- ⑤ フォローアップのゴール (目標) の設定

治療時期によってプロブレムも変わってくるので、以下の2つの時間軸に分けてプロブレム例をあげた。

- ① 来局早期
- ② 継続中長期

来局早期での、薬識や病識の欠如、飲み忘れ時の対応、副作用の初期症状、注意すべき患者背景など比較的治療開始早期にみられるプロブレムを、継続中長期での、長期服用による飲み忘れ、認知機能低下や身体機能低下によるアドヒアランス低下、ライフスタイル変化による用法不遵守、処方追加によるポリファーマシー問題など比較的治療中長期にみられるプロブレムを、例としてあげた。

プロブレムは以下の3つに大別した。

- ① アドヒアランス不良となる可能性がある又は不良である
- ② 副作用出現又は薬の効果等に問題がでる可能性がある又は問題がある。
- ③ 患者の特性で注意する点がある。

さらに疾病によっては、疾病・薬剤特有のプロブレムやモニタリングすべき副作用等があるため、全疾患共通に加え、主に医療法で定められた五疾病を基に

- (1) 心不全
- (2) 心筋梗塞
- (3) 脳卒中
- (4) うつ病
- (5) 統合失調症
- (6) 睡眠障害
- (7) 糖尿病
- (8) がん悪心嘔吐
- (9) がん性疼痛
- (10) 認知症

について、それぞれのフォローアップ例を作成した。なお、このフォローアップ例は参考事例の一部にすぎず、今後フォローアップ事例の集積により、さらにバージョンアップが進むことが期待される。

五疾病 医療法施行規則 (昭和23年厚生省令第50号)

第三十条の二十八 法第三十条の四第二項第四号に規定する厚生労働省令で定める疾病は、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患とする。

全疾患共通フォローアップ（前評価・実施・評価） プロBLEM・対処・GOAL例 来局早期

プロBLEM	プロBLEMの原因	対処（薬剤師のアクション）	GOAL
アドヒアランス不良となる可能性がある	薬の服用方法(用法・用量等)・使用方法の理解が不十分でアドヒアランスが低下するおそれがある	薬の服用方法や使用方法について説明だけで終わらず、患者が正しく理解しているか理解度を確認する。認知機能低下等により理解度に不安がある場合は、家族やサポートしてくれる人に説明を行い協力が得られる体制を構築する。	服用方法・使用方法を正しく守り、アドヒアランスが保たれている
	新規処方又は薬が変更されたこと・理由・薬の用法用量を理解していないため、正しく服用されないおそれがある	新規処方または薬剤変更されたことを患者に認識してもらう。理由については医師の処方意図に沿うように説明し、不明な場合は疑義照会する。服用方法が今までと大きく変わる場合は、アドヒアランスが低下するおそれがあるため、数日後に電話等で、正しい用法用量で服用できているか確認する。	正しい服用方法が守られている
	服用の必要性の理解が不十分である・自分自身の病気や治療に関心がなくアドヒアランスが低下となるおそれがある	服用の必要性を繰り返し説明する。薬の効果のほかに治療のゴールや十分な治療を受けなかった場合の病気の進行や合併症等についても説明し、服薬の重要性を十分理解してもらう。残薬を確認する等してアドヒアランス評価を行う。	治療・服薬の必要性を理解し、治療に前向きに取り組んでいる
副作用出現又は薬の効果等に問題がでる可能性がある	飲み忘れた時の対応を理解していないため、自己判断で服用し、作用増強または減弱となるおそれがある	一般的には飲み忘れたときは、思い出した時にすぐ服用し次の服用時間が近いときは忘れた分は服用しない(2回分を一度に服用しない)が、薬剤によっては、飲み忘れた場合の対応が細かく指示されているものもあるため、患者が薬剤ごとの対応を理解しているか確認する。細かい対応が必要な場合は、薬剤情報提供書や、お薬手帳に記入する。	薬剤ごとの飲み忘れた時の対応を理解し、実行できている。
	副作用とその初期症状、その時の対処法について理解していない	薬剤による副作用が発現するおそれがある場合は、患者に副作用とその初期症状、好発時期、発現したときの対処方法等について丁寧に説明し、理解を得る。特に重篤な副作用や注意が必要な副作用は、副作用チェックシートを配布するなどし、実際に発現した場合は、薬局に相談してもらうのか、直ちに医療機関を受診するのか等の対応も指導する。	副作用の早期発見、重篤化回避
	薬剤と相互作用を起こす医療用医薬品やOTC、サプリメント、嗜好品及び食品を摂取しており作用増強または減弱のおそれがある	薬剤によっては相互作用を起こす医療用医薬品やOTC、サプリメント、嗜好品及び食品があるので、摂取したら薬の効き目がどうなるかを丁寧に説明し、摂取しないよう理解を得る。すでに継続して摂取していたものを急にやめる場合は、薬剤の効き目に影響が出る可能性もあるので、医師にトレーシングレポート等で情報提供する。相互作用については口頭では忘れやすいので、薬局で相互作用のチラシ等を作成し、チラシを見せながら説明し、配布する等の工夫をする。	患者に相互作用の意識を持ってもらい、該当するものについては摂取を控えている。それにより相互作用による薬の作用への影響を回避している。
	薬の効果が弱い又は効果が実感できていない	自覚症状がないため薬の効果が実感できなくても、薬を使用することで症状が抑えられている状態であることを説明する。効果の指標となる検査値があれば、目標値などを踏まえて説明する。もし薬学的知見より効果が弱く増量が必要な場合は処方変更の提案をする。	薬の効果を実感できている
患者の特性で注意する点がある	注意すべき患者背景や合併症がある	患者の特性(腎機能、肝機能、高齢者、妊婦、授乳婦、特定のリスク因子など)を評価し、必要であれば代替薬や増減量を提案する。	患者の特性による副作用発現、薬の作用の増減、アドヒアランス低下の回避

継続中長期

プロブレム	プロブレムの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
アドヒアランスが不良である	同効薬が数種類あり、それぞれの（作用機序等）違いを理解していないと、薬の服用に負担を感じたときに自己判断で中止してしまうおそれがある	疾患によっては同効薬が数種類に及ぶものもあり、多数の薬の服用に負担を感じている患者によっては、同じ効き目の薬を数種類も服用しておりその必要性に疑問を感じ、自己判断で中止してしまうおそれがある。そのようなおそれがある場合は、薬ごとの作用機序の違いや、同効薬が数種類出ている場合でも服用する必要性を丁寧に説明し、理解を得る。薬剤情報提供書も、簡単な作用だけでなく、薬剤ごとに薬効の違いを明確にするなどの工夫をする。	同効薬が数種類あっても、各薬剤の必要性を理解して、自己判断で調節することなく正しく服用することができている。
	飲み忘れがみられる	飲み忘れてしまう原因を明らかにする。意図的である場合には治療の必要性の認識の欠如の他に、経済的理由や、薬に対する不安を抱えているケース等があるので、その理由を明らかにして対処し、自己判断で薬を飲む飲まないを決めないよう指導する。意図的でない場合には、お薬カレンダーにセットしたり、一包化したり、服用タイミングが複雑な場合は可能なら服薬タイミングをまとめたり、配合剤へ変更する方法や、服用頻度が低い薬への切替（毎日服用から週1回服用）、経口薬から注射（骨粗鬆症の薬など）へ変更など提案し、必要であれば処方変更提案をする。単に飲み忘れてしまうことが多い場合は時計のアラームを設定したり、服用をお知らせしてくれるアプリの利用を提案する。	飲み忘れる理由を明らかにし、対策をたてることで飲み忘れ防止
	薬の管理が不十分である又は薬の管理をサポートしてくれる人がいない	一包化やお薬カレンダーの使用を提案する。それでも認知機能低下や身体機能低下等により薬の管理が不十分である場合は、家族やサポートしてくれる人に管理を依頼する。周りにサポートしてくれる人がいない場合は、在宅訪問薬剤管理指導の導入を検討する。	患者自身で管理できなくても、周りのサポートで管理できる環境の構築
	認知機能低下や身体機能低下がみられアドヒアランス低下のおそれがある	麻痺や身体機能低下による服用困難な場合は、可能な行動の評価を行い、PTPシートから取り出しづらい場合は一包化にしたり、点眼薬やインスリンなど補助器具があるものはそれらの使用を提案する。嚥下障害などで服薬が困難な場合は、あれば口腔内崩壊錠や散剤への処方変更を提案する。錠剤粉砕や脱カプセルなど患者が無理なく服用できる剤形へ変更を提案する。認知機能低下等によりアドヒアランス低下のおそれがある場合は家族やサポートしてくれる人に管理を依頼する。	機能低下によるアドヒアランス低下の防止
副作用出現又は薬の効果等に問題がある	目標検査値を理解していない又は適正検査値範囲内におさまっていない	患者が医療機関で検査を受けている場合は、可能な限り検査値を聴取する。また患者ごとの目標検査値を明確にし、適正検査値範囲内におさまっているか確認する。おさまっていない場合はアドヒアランスの確認をする。	目標検査値の把握、適正検査値範囲内におさまっている
患者の特性で注意する点がある	薬に対して不安・心配事があるまたは負担を感じている	薬に対してどのような不安・心配事・負担を感じているのか、よく傾聴する。治療の段階によって心情も変化するので、適宜、患者の心情把握に努める。薬学的知見より解消できるものは丁寧な説明をし、不安等を取り除く又は軽減に努める。	患者の不安等の軽減、解消
	薬の処方された用法がライフスタイルに合っていない（昼は飲めない等）	合剤への切替、同効薬 2～3 剤を力価の強い 1 剤にまとめる、1日 3 回服用から 2 回あるいは 1 回への切替、徐放性製剤への変更、食前、食直後、食後 30 分など服薬方法の混在をさける等の処方変更提案をする。	処方薬の服用がライフスタイルに無理なく服用できている
	患者に関連する生活習慣（食事、運動、睡眠、ADL の影響）が不良であり、治療に影響がでるおそれがある	薬の効果やアドヒアランスは生活習慣の影響を受けることがあるので、適宜、患者の生活習慣（食事、運動、睡眠、ADL）の評価をし、治療に影響を及ぼしていないか確認する。	生活習慣を改善し、治療への影響を回避する
	薬代が経済的に負担になっている	ジェネリック医薬品への変更提案。利用可能な公的な制度（高額療養費制度、無料低額診療制度等）があれば紹介する。	経済的理由で治療が継続
	服薬数が 6 種類以上あり、患者が服薬数が多いのを負担に感じて、減らしたいと思っている	可能であれば服薬数が少なくなるよう配合剤の提案や、服用タイミングが複雑な場合は服薬タイミングをまとめたり、服用頻度が低い薬への切替（毎日服用から週1回服用）、経口薬から注射（骨粗鬆症の薬など）へ変更など服薬数を減らす提案する。漫然投与等で服用の必要性に疑問がある場合は、疑義照会をする。	ポリファーマシーに対して可能な限り対応し、患者のアドヒアランス低下を防止する

心不全フォローアップ（前評価・実施・評価） プロブレム・対処・ゴール例

来局早期

プロブレム	プロブレムの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
アドヒアランス不良となる可能性がある	服薬を妨げる因子(飲みにくい、服薬の必要性を感じていない等)があり、アドヒアランス不良になる可能性がある	服薬を妨げる因子の改善を行う。(飲みにくい場合は剤形変更、服用の必要性の説明等)	アドヒアランス向上
	処方された薬が自分には必要ないと思って服用をやめてしまう可能性がある	特に SGLT2 阻害薬はや薬剤情報提供文書や市販されている書籍などに糖尿病薬として説明されていることが多く、そのため自分は血糖値が高くないと自己判断で中止する例もあり注意を要する。慢性心不全にも適応があること、SGLT2 阻害薬の作用機序を正しく説明し、患者にとって必要である薬ということを理解してもらう。薬剤情報提供書の説明文にも注意し、必要であれば書き換える。	薬の必要性を理解し、アドヒアランス良好が保たれている
患者の特性で注意する点がある	腎機能低下がある	ジギタリス製剤は腎排泄性薬剤なので、腎機能低下者、高齢者など生理的要因に合わせた用量・用法になっていることを確認する。	患者の腎機能に応じた用量・用法になっている

継続中長期

プロブレム	プロブレムの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
アドヒアランスが不良である	症状が安定しているからと自分で薬を減らしたり調子が悪くなったときに多く服用したり自己調節している	正しい継続服用によって症状が安定していることや効果が出ていることを理解してもらい、自己判断で調整しないよう説明する。また心不全の治療目標は、発症や症状の増悪、QOL 低下を予防し、生命予後の改善を得ることや早期再入院を防ぐことであることを説明し、服薬の必要性を理解してもらうよう努める	服薬の必要性を理解し、アドヒアランス良好
副作用出現又は薬の効果等に問題がある	めまい・ふらつきがみられる	降圧薬の降圧作用により特に投与初期や増量時に、めまい・ふらつきが現れることがあるため、注意するよう指導する。また、自動車の運転など危険を伴う機械の操作はしないよう注意する。あまりにもひどい場合は受診する。	めまい・ふらつきがなく継続して服用できている
	自己調節をしたりや飲み忘れた時の対応が誤っており、そのため有害事象が出ている	β遮断薬は用量が多くなりすぎると徐脈や心不全の悪化をもたらすことがあるので、飲み忘れた時に1回量を多くして服用したり、用法用量を勝手に変更しないことを説明し、理解してもらう	自己調節することなく、また、飲み忘れた時は飲み忘れた分は飲まないで1回分を飛ばし、次に飲む時間に1回分を飲む。2回分を一度に服用しないことを守れている
	薬物相互作用があり、作用増強がみられる	ジゴキシンの作用を増強する薬(解熱・鎮痛・消炎剤、不整脈用薬、β 遮断薬等)、β 遮断薬の作用を増強する薬(Ca 拮抗薬等)などの併用注意な薬の併用があれば注意し、必要であれば相互作用のない代替薬の提案や血中濃度特定の依頼をする。	薬物相互作用を回避することで、薬の作用増強はみられない
	薬物相互作用があり、作用減弱がみられる	ジゴキシンの作用を減弱する薬(カルバマゼピン、コレステラミン等)などの併用注意な薬の併用があれば注意し、必要であれば相互作用のない代替薬を提案する。	相互作用を回避することで、薬の効果を十分に得ている
	飲食物との相互作用により作用減弱がみられる	ジギタリス製剤はセント・ジョーンズ・ワート含有食品を摂取することにより、作用が減弱することを説明し、納得してもらい、摂取を控えるよう指導する。飲食物にも相互作用があることを理解してもらう。	セント・ジョーンズ・ワート含有食品とジギタリス製剤の相互作用を理解し、摂取を控えている。
	ジギタリス中毒症状がでている又はその疑いがある(低カリウム血症や脱水などジギタリス中毒を起こしやすい疾患を併発している)	ジギタリス中毒の初期症状(消化器症状、視力の異常、精神神経症状)を説明し、それらの症状が出た場合にはすぐに医師・薬剤師に相談するよう説明し、理解してもらう。(低カリウム血症や脱水などジギタリス中毒を起こしやすい疾患を併発している場合、特に注意する。必要に応じてトレーシングレポートで情報提供する。)	ジギタリス中毒の早期発見、対処法の理解
薬の効果確認と検査値のモニタリングによる副作用発現の未然防止	・自覚症状(呼吸困難(運動時、夜間)、動悸、浮腫、易疲労等)の有無の確認をする。また可能であれば、電解質濃度(低カリウム血症、高カルシウム血症、低マグネシウム血症)を確認する。 ・ジギタリス製剤の血中濃度が目標値であることの確認及び高齢や腎機能悪化の場合、特に血中濃度に注意し、ジギタリス中毒を起こさないように検査値モニタリングをする。 ・BNP(脳性ナトリウム利尿ペプチド)や NT-proBNP(N 末端プロ BNP)値はある数値以下に維持しなければいけないという絶対的な目標値はないが、検査値が前回に比べて2倍以上上昇した時には何か理由があるので、生活習慣の是正(禁煙、断酒、減塩、食事や運動の適正化など)の指導をし、心不全の重症度に注視しながら検査値のモニタリングを行う。	自覚症状がない状態が維持されているジギタリス製剤が至適血中濃度を維持している。特に高齢者や腎機能障害患者のように排泄機能が低下している場合は腎機能検査値も把握して適正な投与量となっていることを確認し、ジギタリス中毒を防止できている BNP や NT-proBNP 値も確認しながら心不全の重症度を判定している	

	低カリウム血症、高カルシウム血症などの電解質異常がみられる	低カリウム血症、高カルシウム血症などの電解質異常では、ジゴキシンを服用の場合はジギタリス中毒が起こりやすくなるため、電解質濃度に影響を与える K 排泄型利尿薬や Ca 含有製剤などの併用の有無を確認する。ジゴキシン以外を服用中でも電解質異常を早期に発見できるよう患者には低カリウム血症の場合は手足の脱力感、筋肉痛、動悸、低ナトリウム血症の場合はだるさ、吐き気、頭痛などの症状がでることを説明して理解してもらい、気になる症状がでたらすぐに知らせよう伝える。検査値の推移に注視する。必要であれば医師にトレーシングレポート等で報告する。	電解質異常の回避
患者の特性で注意する点がある	妊娠を希望している又は妊婦である又は授乳中の患者であり治療や服薬に対して特別な理解が求められる	心不全を有する妊婦はその程度が強いほど死亡率が高く、児については早期産および子宮内胎児発育不全が多く死亡率が高いとされている。心不全患者個々の病態を把握して妊娠を希望する場合は治療について主治医とよく話し合うよう伝える。授乳中の服薬についても、個々の薬についての十分な情報をもとに、主治医とよく相談しながら決めていく必要があることを説明し、理解してもらう。	主治医とよく話し合い、納得して治療や服薬に取り組んでいる
	ジギタリス製剤を服用しているが採血のタイミングを理解せず、診察日の朝食後にも服薬している	ジギタリス製剤の血中濃度測定はトラフ値(服用後12~24時間)で行うので、診察日には朝食後に服用せず、検査後に服用することを説明し理解してもらう。	採血のある診察日の朝食後は服用せず、検査後に服用している
	塩分制限・水分制限が守られていない	医師から塩分制限や水分制限の指示がでている場合は、その意義を理解しているか確認する。必要であればパンフレット等を用いて、塩分制限・水分制限の必要性を説明し、理解・納得してもらう。指導内容はトレーシングレポート等で情報提供する	必要性を理解し、塩分制限・水分制限が守られている

出典: 赤字: 薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン(第2版)平成23年4月15日日本薬剤師会における薬学的管理指導項目
 処方わかる医療薬理学 学研 2014
 月刊薬事 2022.7増刊号
 薬剤師のためのナレッジベース じほう 2020
 急性・慢性心不全診療ガイドライン 2017年改訂版 一般社団法人 日本循環器学会
 2021年 JCS/JHFS ガイドライン フォーカスアップデート版急性・慢性心不全診療 日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン 2021
 薬剤師のための基礎からの検査値の読み方 じほう 2018
 よくわかるハイリスク薬の服薬指導 第2版 秀和システム 2016

心筋梗塞フォローアップ（前評価・実施・評価） プロblem・対処・ゴール例

来局早期

プロBLEM	プロBLEMの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
副作用出現又は薬の効果等に問題がでる可能性がある	サプリメントとの相互作用により作用増強のおそれがある	シロスタゾールを服用中、グレープフルーツジュースを摂取するとシロスタゾールの作用が強くなる可能性があるため摂取しないよう指導する	相互作用のあるサプリメントの摂取を避け、薬の作用が増強することがない
	飲食物との相互作用により作用減弱のおそれがある	・アスピリンをアルコールと同時に服用すると、消化管出血を誘発又は増強することがあるので注意するよう指導する ・ワルファリンを服用中に、納豆、クロレラ、青汁などを摂取するとワルファリンの作用が弱くなる可能性があることを説明し、相互作用の意識をもってもらう。該当する食べ物の摂取は控えるよう指導する。	相互作用のある飲食物の摂取を避け、薬の作用が増強・減弱していない
	過量投与の兆候(出血、出血傾向)のおそれがある	血液凝固阻害薬は血液を固まりにくくするので、出血傾向の初期症状(あざ、歯茎からの出血、便が黒くなるなど)を理解し、鼻血、内出血に注意すること、怪我をするおそれのある仕事や運動は避け、また気づかないうちに打撲などしないよう注意するように指導する。過量投与の兆候(あざ、歯茎からの出血、便が黒くなるなど)を患者に説明し、理解してもらう。出血に気づいた時の対処としては、出血している箇所を5～10分間しっかり押さえる、血液が固まるまでに時間がかかること、出血が長引く場合やケガの範囲が大きい場合は、ただちに受診するよう指導する	過量投与の兆候を患者が理解し、早期発見につながる。出血した時の対象方法を理解し、実行できている
	クロピドグレル、プラスグレル投与開始 14 日以内に肝機能障害や血栓性血小板減少性紫斑病(TTP)等を発現するおそれがある	クロピドグレル、プラスグレル開始後は、採血によりALT 上昇、 γ -GTP 上昇、AST 上昇などが見られるので注意して検査値をモニタリングする。また TTP の出現にも注意する。TTP の初期症状である倦怠感、食欲不振、紫斑などの出血症状、意識障害などの精神・神経症状、溶血性貧血、発熱、腎機能障害などの症状が出現した場合には、すぐに受診するよう指導する。	クロピドグレル、プラスグレルによる副作用の早期発見又は回避
	チクロピジン服用しており、投与開始2か月以内に TTP 等を発現するおそれがある	チクロピジン投与開始2か月以内に血栓性血小板減少性紫斑病(TTP)、無顆粒球症、重篤な肝障害が発現することがあるので、その間は原則2週間ごとに血液検査や肝機能検査が実施されていることを確認し、ALT、 γ GTP、AST の上昇、黄疸、倦怠感、食欲不振、発熱などが出ていないかを確認する。これらの症状が出たらすぐに受診するよう指導する。	チクロピジンによる副作用早期発見又は回避
	アスピリンを服用しており、アスピリン喘息や過量投与のおそれがある。	アスピリン喘息の初期症状(解熱鎮痛剤を使用してから、1 時間ほど経ってから症状が現れることが多い。症状は鼻詰まりや鼻水から始まり、咳や喘鳴(ひゅうひゅうという呼吸音)、呼吸困難が現れる。呼吸器症状に加えて吐き気や腹痛、下痢などの腹部症状を伴うこともある。こうした症状は半日から 1 日持続する)を患者が理解しており、これらの症状が出たらすぐに受診するよう指導する。 ・アスピリンの過量投与による症状(耳鳴、めまい、頭痛、嘔吐、難聴、軽度の頻呼吸)が出たらすぐに受診するよう指導する。 ・アスピリンを服用するにあたり、消化性潰瘍の有無をチェックする。(自覚症状に乏しく、突然の消化管出血により発見されることが多いので、便の黒色化などの初期症状がないか、消化性潰瘍が発現していないことを確認する)	アスピリンによる副作用早期発見又は回避
	ワルファリン→DOAC、DOAC→ワルファリン薬剤切り替えが行われ、中止日数や開始日を理解しており、指示通りに切り替えが行われたかフォローする必要がある。	・ワルファリンから DOAC に切り替える場合、通常は PT-INR の結果に応じて中止の日数を検討し、PT-INR が下限値以下になってから DOAC を開始する。 ・DOAC からワルファリンに切り替える場合は基本的にワルファリンと DOAC を併用して、PT-INR が下限を超えたら DOAC を中止する。 ・何日中止するかは患者さんの状態と血液検査の結果を見ての判断となるので、中止日数を患者が病院で聞いていなければ必ず疑義照会をして主治医に確認し、理解しているか確認する。また指示通りに休薬できているか来局日でなくても電話等で確認する。	指示通りに中止日数を守り、切り替えが問題なくスムーズに行われた
患者の特性で注意する点がある	血液凝固薬の投与量が患者の特性(年齢、体重、血清クレアチニン値等)と合っていない	血液凝固阻害薬は、患者(年齢、体重、血清クレアチニン値など)により投与量が異なるものが多くあるので、用量チェックを行い、必要であれば処方変更提案をする	患者にとって適正な用量で使用されている(過量投与の回避)
	閉経前の女性に対する生活指導	閉経前の女性に対しては、月経血が増加するおそれがある旨をあらかじめ説明しておき、不安をもたないようにする。ダラダラと出血が続き止まりにくい場合には止血処置が必要な場合もあるので医療機関を受診するよう説明する。	不安によるアドヒアランス低下の防止
	日常生活で転倒・打撲のおそれがある(特に高齢女性やフレイルのある患者)	転倒に伴う外傷性の出血リスク予防のため、日頃から転倒・打撲しないよう注意して生活を送るよう指導する。もし頭をぶつけてしまった後に、頭痛、吐き気、反応が悪いといった変化がある場合にはすぐに医療機関を受診するよう伝える。	日常生活で転倒・打撲による出血がない状態が保たれている

	急性心筋梗塞のリスク因子に該当するため、再発の予防に特に注意を要する	急性心筋梗塞のリスク因子(高血圧、糖尿病、喫煙、家族歴、高コレステロール血症)などがある場合は、治療の初期段階から、治療、服薬の必要性・重要性を説明し、理解してもらいアドヒアランスの維持を得る。また、脂質異常症、糖尿病の治療薬が処方されている場合は、心筋梗塞の再発を防止するために必要であることを説明し、それらの服用も遵守してもらう。 ・日本版高出血リスク(HBR)評価基準において需要項目1つ、あるいは副次項目2つを満たす場合は高出血リスクに該当するため、特に再発に注意する。	再発防止、アドヒアランスの維持
--	------------------------------------	--	-----------------

継続中長期

プロブレム	プロブレムの原因	対処 (薬剤師のアクション)	ゴール
アドヒアランスが不良である	薬の誤認によりアドヒアランスが低下するおそれがある	特にβ遮断薬、ACE阻害薬は調剤薬局などで渡される薬剤情報提供文書や、市販されている書籍などに血圧の薬と説明されていることが多く、そのため自分の血圧は高くないと自己判断で中止する例もあり注意を要する。退院後、比較的長期にわたって服薬するので、服薬の必要性を理解してもらう。	薬の作用を正しく理解し、自己中断することなく継続服用ができています
副作用出現又は薬の効果等に問題がある	PT-INR のコントロール不良である(検査値などの確認による治療効果の確認)	併用薬や食生活、体調の変化によって PT-INR は常に変動する可能性がある。大きな変動があった場合は、直近の食事内容や市販薬・サプリメント、服薬コンプライアンスの状況などを含めて原因を確認する。また、術後感染、尿路感染、肺炎などの感染症に伴う凝固異常によって PT-INR が延長することがあること、肺炎にマクロライド系薬剤が処方されると薬物相互作用によりワルファリンの作用が増強する可能性があるため、そのような疾病や併用薬があったときは特に検査値に注意してモニタリングする。必要に応じてトレーシングレポート等で情報提供する。	PT-INR のコントロール良好が保たれている
患者の特性で注意する点がある	抜歯、内視鏡治療、手術など出血を伴う処置の予定がある	抗凝固薬や抗血小板薬を服用中で、抜歯、内視鏡治療、手術など出血を伴う処置の予定がある場合は、服薬中止期間、再開時期を理解しているか確認する。必要であれば医療機関に問い合わせる。	処置時の大量出血の回避、また服薬再開日の確認により、薬のアドヒアランス維持
	妊娠を希望している又は妊婦であるため治療や服薬に対して特別な理解が求められる	治療によるベネフィットとリスクをできるだけ早期から情報提供し、どのような治療を行うのか主治医とよく話し合うよう説明する。必要であればワルファリンによる催奇形性、胎児の出血傾向に伴う死亡、分娩時の母体の異常出血の危険性について情報提供し、主治医とよく話し合っ治療を決めるよう説明する。	主治医とよく話し合い、納得して治療や服薬に取り組んでいる
	食事管理が十分でなく、血圧、脂質、体重、血糖値が適正でない。	心筋梗塞の再発防止には食事管理も重要で、栄養バランスに気を付け塩分、脂質、カロリーの過剰摂取に注意して日頃の食事をとれるよう、パンフレットなどを用いながら食事指導をする。	食事管理が守られ、適正な血圧、脂質、体重、血糖値が維持されている
	来局時の歩行の様子や自転車運転の状況などから転倒の可能性が高いと考えられる	転倒による出血がないかを確認する。出血の対処法を指導する。出血に気づいた時の対処としては、出血している箇所を5~10分間しっかり押さえ、出血が長引く場合やケガの範囲が大きい場合は、直ちに受診することを理解している	出血しないように日常生活を気をつけている。また、出血した場合の対応を理解し、実行できている

出典; 赤字: 薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン(第2版)平成23年4月15日日本薬剤師会における薬学的管理指導項目
 薬剤師のためのナレッジベース じほう 2020
 急性冠症候群ガイドライン2018年改訂版 一般社団法人 日本循環器学会
 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 2004
 薬剤師のための臨床思考カトレーニング 南山堂 2014

脳卒中フォローアップ（前評価・実施・評価） プロブレム・対処・ゴール例

来局早期

プロブレム	プロブレムの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
副作用出現又は薬の効果等に問題がでる可能性がある	サプリメントとの相互作用により作用増強のおそれがある	・シロスタゾールを服用中、グレープフルーツジュースを摂取するとシロスタゾールの作用が強くなるので摂取しないよう指導する	相互作用のあるサプリメントの摂取を避け、薬の作用が増強することがない
	飲食物との相互作用により作用減弱のおそれがある	・アスピリンをアルコールと同時に服用すると、消化管出血を誘発又は増強することがあるので注意するよう指導する ・ワルファリンを服用中に、納豆、クロレハ、青汁などを摂取するとワルファリンの作用が弱くなることを説明し、相互作用の意識をもってもらう。該当する食べ物の摂取は控えるよう指導する。	相互作用のある飲食物の摂取を避け、薬の作用が増強・減弱していない
	過量投与の兆候（出血、出血傾向）のおそれがある	血液凝固阻止薬は血液を固まりにくくするので、出血傾向の初期症状（あざ、歯茎からの出血、便が黒くなるなど）を理解し、鼻血、内出血に注意すること、怪我をするおそれのある仕事や運動は避け、また気づかないうちに打撲などしないよう注意するように指導する。過量投与の兆候（あざ、歯茎からの出血、便が黒くなるなど）を患者に説明し、理解してもらう。出血に気づいた時の対処としては、出血している箇所を5～10分間しっかり押さえる、血液が固まるまでに時間がかかること、出血が長引く場合やケガの範囲が大きい場合は、ただちに受診するよう指導する	過量投与の兆候を患者が理解し、早期発見につながる。出血した時の対象方法を理解し、実行できている
	クロピドグレル、プラスゲレル投与開始14日以内に肝機能障害や血栓性血小板減少性紫斑病（TTP）等を発現するおそれがある	クロピドグレル、プラスゲレル開始後は、採血によりALT上昇、γ-GTP上昇、AST上昇などが見られるので注意して検査値をモニタリングする。またTTPの出現にも注意する。TTPの初期症状である倦怠感、食欲不振、紫斑などの出血症状、意識障害などの精神・神経症状、血小板減少、破碎赤血球の出現を認める溶血性貧血、発熱、腎機能障害などが出現した場合には、すぐに受診するよう指導する。	クロピドグレル、プラスゲレルによる副作用の早期発見又は回避
	チクロピジン投与開始2か月以内に肝機能障害や血栓性血小板減少性紫斑病（TTP）、無顆粒球症、重篤な肝障害が発現することがあるので、その間は原則2週間ごとに血液検査や肝機能検査が実施されていることを確認し、ALT、γGTP、ASTの上昇、黄疸、倦怠感、食欲不振、発熱などが出ていないかを確認する。これらの症状が出たらすぐに受診するよう指導する。	チクロピジン投与開始2か月以内に血栓性血小板減少性紫斑病（TTP）、無顆粒球症、重篤な肝障害が発現することがあるので、その間は原則2週間ごとに血液検査や肝機能検査が実施されていることを確認し、ALT、γGTP、ASTの上昇、黄疸、倦怠感、食欲不振、発熱などが出ていないかを確認する。これらの症状が出たらすぐに受診するよう指導する。	チクロピジンによる副作用早期発見又は回避
	アスピリンを服用しており、アスピリン喘息や過量投与のおそれがある。	アスピリン喘息の初期症状（解熱鎮痛剤を使用してから、1時間ほど経ってから症状が現れることが多い。症状は鼻詰まりや鼻水から始まり、咳や喘鳴（ひゅうひゅうという呼吸音）、呼吸困難が現れる。呼吸器症状に加えて吐き気や腹痛、下痢などの腹部症状を伴うこともある。こうした症状は半日から1日持続する）を患者が理解しており、これらの症状が出たらすぐに受診するよう指導する。 ・アスピリンの過量投与による症状（耳鳴、めまい、頭痛、嘔吐、難聴、軽度の頻呼吸）が出たらすぐに受診するよう指導する。 ・アスピリンを服用するにあたり、消化性潰瘍の有無をチェックする。（自覚症状に乏しく、突然の消化管出血により発見されることが多いので、便の黒色化などの初期症状がないか、消化性潰瘍が発現していないことを確認する）	アスピリンによる副作用早期発見又は回避
ワルファリン→DOAC、DOAC→ワルファリン薬剤切り替えが行われ、中止日数や開始日を理解しており、指示通りに切り替えが行われたかフォローする必要がある。	・ワーファリンからDOACに切り替える場合、通常はPT-INRの結果に応じて中止の日数を検討し、PT-INRが下限値以下になってからDOACを開始する。 ・DOACからワーファリンに切り替える場合は基本的にワーファリンとDOACを併用して、PT-INRが下限を超えたらDOACを中止する。 ・何日中止するかは患者さんの状態と血液検査の結果を見ての判断となるので、中止日数を患者が病院で聞いていなければ必ず疑義照会をして主治医に確認し、理解しているか確認する。また指示通りに休薬できているか来局日でなくても電話等で確認する。	指示通りに中止日数を守り、切り替えが問題なくスムーズに行われた	
患者の特性で注意する点がある	血液凝固薬の投与量が患者の特性（年齢、体重、血清クレアチニン値等）と合っていない	血液凝固阻止薬は、患者（年齢、体重、血清クレアチニン値など）により投与量が異なるものが多いので、用量チェックを行い、必要であれば処方変更提案をする	患者にとって適正な用量で使用されている（過量投与の回避）
	閉経前の女性に対する生活指導	閉経前の女性に対しては、月経血が増加するおそれがある旨をあらかじめ説明しておき、不安をもたないようにする。ダラダラと出血が続く止まりにくい場合には止血処置が必要な場合もあるので医療機関を受診するよう説明する。	不安によるアドヒアランス低下の防止
	日常生活で転倒・打撲のおそれがある（特に高齢女性やフレイルのある患者）	転倒に伴う外傷性の出血リスク予防のため、日頃から転倒・打撲しないよう注意して生活を送るよう指導する。もし頭をぶつけてしまった後に、頭痛、吐き気、反応が悪いといった変化がある場合にはすぐに医療機関を受診するよう伝える。	日常生活で転倒・打撲による出血がない状態が保たれている

	DOAC 服用中の出血合併症リスク(HAS-BLED スコア 3 点以上)に該当しており、脳卒中の再発に特に注意を要する	出血合併症リスク(HAS-BLED スコア)で 3 点以上であり、高リスクである。他にも高齢(75歳以上)、低体重(50kg 以下)、腎機能障害、抗血小板薬の併用、管理不良な高血圧などにも注意し、脳卒中の再発に注意する。	再発防止、アドヒアランスの維持
--	--	--	-----------------

継続中長期

プロブレム	プロブレムの原因	対処(薬剤師のアクション)	ゴール
アドヒアランスが不良である	薬の誤認によりアドヒアランスが低下するおそれがある	特にβ遮断薬、ACE 阻害薬は調剤薬局などで渡される薬剤情報提供文書や、市販されている書籍などに血圧の薬と説明されていることが多く、そのため自分の血圧は高くないと自己判断で中止する例もあり注意を要する。退院後、比較的長期にわたって服薬するので、服薬の必要性を理解してもらう。	薬の正しい作用を理解し、自己中断することなく継続服用ができています
	治療の必要性の理解が不十分である・自分自身の病気や治療に関心がない	治療のゴールは進行中の神経損傷を低下させ死亡率と長期障害を減少させること、運動麻痺や神経機能不全に付随する合併症を予防することを説明し、理解してもらう。また脳卒中治療薬は長期にわたり継続して服用することが必要であるが、効果が実感できないことによる服薬中断をおそれがあるため、服薬の重要性を十分理解してもらい、残薬を確認する等してアドヒアランス評価を行う。	治療や服薬の必要性、継続することの必要性を理解し、継続して服用できている
副作用出現又は薬の効果等に問題がある	PT-INR のコントロール不良である(検査値などの確認による治療効果の確認)	併用薬や食生活、体調の変化によって PT-INR は常に変動する可能性がある。大きな変動があった場合は、直近の食事内容や市販薬・サプリメント、服薬コンプライアンスの状況などを含めて原因を確認する。また、術後感染、尿路感染、肺炎などの感染症に伴う凝固異常によって PT-INR が延長することがあること、肺炎にマクロライド系薬剤が処方されると薬物相互作用によりフルファリンの作用が増強する可能性があるため、そのような疾病や併用薬があったときは特に検査値に注意してモニタリングする。必要に応じてトレーシングレポート等で情報提供する。	PT-INR のコントロール良好が保たれている
患者の特性で注意する点がある	抜歯、内視鏡治療、手術など出血を伴う処置の予定がある	抗凝固薬や抗血小板薬を服用中で、抜歯、内視鏡治療、手術など出血を伴う処置の予定がある場合は、服薬中止期間、再開時期を理解しているか確認する。必要であれば医療機関に問い合わせる。	処置時の大量出血の回避、また服薬再開日の確認により、薬のアドヒアランス維持
	妊娠を希望している又は妊婦であるため治療や服薬に対して特別な理解が求められる	治療によるベネフィットとリスクをできるだけ早期から情報提供し、どのような治療を行うのか主治医とよく話し合うよう説明する。必要であればフルファリンによる催奇形性、胎児の出血傾向に伴う死亡、分娩時の母体の異常出血の危険性について情報提供し、主治医とよく話し合っ治療を決めるよう説明する。	主治医とよく話し合い、納得して治療や服薬に取り組んでいる
	食事管理が十分でなく、血圧、脂質、体重、血糖値が適正でない。	脳卒中の再発防止には食事管理も重要で、栄養バランスに気を付け塩分、脂質、カロリーの過剰摂取に注意して日頃の食事をとれるよう、パンフレットなどを用いながら食事指導をする。	食事管理が守られ、適正な血圧、脂質、体重、血糖値が維持されている
	来局時の歩行の様子や自転車運転の状況などから転倒の可能性が高いと考えられる	転倒による出血がないかを確認する。出血の対処法を指導する。出血に気づいた時の対処としては、出血している箇所を 5~10 分間しっかり押さえ、出血が長引く場合やケガの範囲が大きい場合は、直ちに受診することを理解している	出血しないように日常生活に気をつけている。また、出血した場合の対応を理解し、実行できている

出典; 赤字: 薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン(第2版)平成23年4月15日日本薬剤師会における薬学的管理指導項目
 薬剤師のためのナレッジベース じほう 2020
 かかりつけ薬剤師のための疾患別薬学管理マニュアル じほう 2018
 標準薬物治療ファイル改訂3版 日本実践薬物治療学会編 南山堂 2019

うつ病フォローアップ（前評価・実施・評価） プロブレム・対処・ゴール例

来局早期（うつ病急性期）

プロブレム	プロブレムの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
アドヒアランス不良となる可能性がある	薬の効果が実感できていない	服用開始から効果発現までに時間を有する（4～6 週間程度）ことを説明し、納得してもらい、その間に服用を自己調節や中断しないよう指導する。	服用開始から自己中断することなく継続服用ができ、効果が現れている。
副作用出現 又は薬の効果等に問題 がでる可能性 がある	第 1 選択薬を十分量、十分な期間（6～8 週）使用しても効果が不十分である	①同じ作用機序の他の抗うつ薬、または異なる作用機序の抗うつ薬の切り替えを提案する（前薬を急に中止すると離脱症状が発現するおそれがあるため、漸減）②増強療法として、抗うつ薬にリチウム、甲状腺剤などの併用を提案する。③他の抗うつ薬の付加を提案する。	薬の効果が十分得られている
	致命的副作用（悪性症候群）が出ているまたはその疑いがある	悪性症候群の初期症状（発熱・発汗、頻脈、血圧の急激な変化など自律神経症状や振戦、筋肉のこわばりなど錐体外路症状）が複数認められる場合には、悪性症候群の発症を疑う必要がある。そのような症状がでたらすぐに医師または薬剤師に相談するよう説明し理解してもらう。	副作用の早期発見。重篤化回避
	非定型精神病薬による血液疾患・内分泌疾患が発現しているまたはその疑いがある	非定型抗精神病薬の副作用として高血糖があるので、糖尿病の既往歴がないか、多飲、口渇、多尿、頻尿や急な体重増加などがなければモニタリングをする。そのような症状がでたらすぐに医師または薬剤師に相談するよう説明し理解してもらう。	高血糖の早期発見
	眠気、めまい、ふらつき、悪心・嘔吐、下痢、食欲不振等 などがみられるまたはその疑いがある	・眠気、めまいなどは治療開始早期に多くみられるので、日常生活や転倒に注意するよう指導する。また、自動車の運転や危険を伴う機械の操作の際には十分注意するよう説明し、理解してもらう ・投与初期に効果よりも先に悪心・嘔吐、下痢、食欲不振などの消化器症状が高い頻度で出現するが、継続して使用すると 2～3 週間以内に次第に消失することが多いことを理解し、治療中断や自己調節せずに継続服用するよう説明する。	日常生活での転倒や事故の回避、副作用によるアドヒアランス低下回避
	薬剤又はアルコールとの相互作用により作用増強のおそれがある	アルコールや他の中枢神経系を抑制する薬（併用注意）を飲むと中枢神経への抑制作用が増強されることがあることを説明し、アルコールの摂取を控えるよう指導する。相互作用の意識をもってもらう。	アルコールの摂取を控えている。また他の中枢神経系を抑制する薬との相互作用がなく、薬の作用が増強していない
	薬物代謝酵素に起因する相互作用により作用増強又は減弱のおそれがある	SSRI, SNRI, NaSSA 各薬剤と相互作用をおこす代謝酵素・サブタイプを把握し、併用禁忌又は注意の併用薬があれば、医師に報告又はトレーシングレポート等で情報提供する。	薬物相互作用による患者不利益の回避
副作用により著しく QOL が低下するおそれがある	副作用により著しく QOL が低下する場合には抗うつ薬の切り替えを提案する	副作用重篤化回避	
患者の特性 で注意する 点がある	うつ病を誘発する薬を服用しており、薬剤惹起性うつ病が疑われる	ステロイド、インターフェロン製剤、ホルモン剤、抗結核薬、抗パーキンソン薬、向精神薬、インドメタシン、ジギタリス製剤、β 遮断薬などによるうつ病が誘発されている可能性もあるので、該当併用薬がある場合は、可能であれば原因薬剤の減量や中止を提案する又は医師にトレーシングレポート等で情報提供する。	薬剤惹起性うつ病の改善
	服薬に対する意識が低い	まず患者の自身の病気に対する気持ち、生活上で辛い症状は何かを確認し、そのうえでなぜこの薬が必要なのか、どのような副作用があるのかをわかりやすい言葉で繰り返し説明し服薬の必要性を理解してもらう。	服薬を継続することが再燃や再入院の予防につながることを患者及び家族に理解してもらう。
	薬物の依存傾向を示している	薬に過度な効果を期待している場合は、多量に飲んでしまう場合があるため、治療開始時から、効果や副作用をきちんと説明する。また、依存性のある薬剤を服用しており、依存傾向を示している場合は、医師に情報提供する。	薬の依存傾向の回避
	自殺企画などによる過量服薬の危険性がある	・まず信頼関係を構築し、そのうえで自殺しないよう、そのような気持ちになったら必ず相談するように約束してもらう。次回の来局を約束してもらう。処方日数を 1 週間以内など最低日数にとどめたり、処方薬をため込んでいないことを来局の度に確認する。家族に厳重な処方薬の管理を依頼し、服薬は家族の目の前でしてもらうなどの工夫をしている。 ・SSRI・SNRI 服用で 24 歳以下では自殺念慮、自殺企画のリスクが高まることから注意する。 ・三環系抗うつ薬の過量内服は、SSRI に比べて自殺既遂に至る確率が高い。自殺念慮のある場合、処方量がイミプラミン換算 2,000 mg 以上（致死量）とならないよう注意する	自殺の防止、服薬管理の徹底

継続中長期（うつ病回復期・維持期）

プロブレム	プロブレムの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
アドヒアランスが不良である	維持期であり症状や治療効果が実感しにくくなり、自己判断で服薬を中止している	薬はうつ病の症状を改善するだけでなく良い状態を維持する働きもあるので、症状が改善された場合でも主治医から通院不要の許可を得ない限りは根気強く治療を継続すること、服薬は再発予防には重要であることを説明し、理解・納得して服薬を継続してもらう	治療継続の意義を理解し、継続して服薬できている
	中止後症状、中断症候群を理解しておらず、自己判断で服薬を中止している又はしようとしている	ある程度の期間(4週間)継続使用し、突然使用を中止すると7日ないし10日以内にふらつき、めまい、頭痛、不安、悪心・嘔吐、不眠などの症状(中止後症状、中断症候群)が現れることを説明し、急に中断しないこと、中止する場合も徐々に減量することが必要だということを指導する。	中止後症状、中断症候群があることを理解し、自己判断で中断していない
副作用出現又は薬の効果等に問題がある	眠気、注意力・集中力・反射運動能力低下などがみられる	眠気は1週間程度で慣れてくることを説明する。また、自動車の運転など危険を伴う機械の操作はしないよう注意する。必要であれば処方変更を提案する。	副作用の重篤化回避
	自殺念慮がある	服薬中や特に飲みはじめや用量変更があったときに、自殺念慮が強くなった場合は、医師に相談する。特に若年成人(18~30歳)で、特に大うつ病性障害の人がSSRIを服用した場合自殺する危険性が高くなるなどの報告があるので注意する。	自殺を防ぎ治療に取り込んでいる
	急に減量したり中止したことにより中止後症状、中断症候群が発現している	ある程度の期間(4週間)継続使用し、突然中止すると数日以内にめまい、発汗、吐き気、頭痛などの症状(中止後症状、中断症候群)が現れることがある。自己判断で中止や減量をしないこと、また減量する場合はこれらの症状が出ることなく漸減されているかモニタリングする	自己判断で中断・減量していない。減量する場合は、漸減され中断症候群等は発現していない。
	吐き気、下痢、食欲不振などがみられる	SSRIは服用初期に消化器症状が多くみられる。発現しても1週間程度で治まることが多いこと、自己判断で中止しないよう指導する。食直前の服用や、食前に牛乳を飲むなどで症状が和らぐ場合があるので伝える。	消化器症状の対策が実行でき、消化器症状がおさまっている。継続服用できている。
	急性期には気にならなかった副作用(性機能障害など)が顕在化し、アドヒアランスへの影響のおそれがある	減量の検討を提案するが再発には十分注意する。	副作用が改善され継続して治療に取り組んでいる
	致死的副作用(悪性症候群、セロトニン症候群、錐体外路症状、アクチベーション症候群など)が出ているまたはその疑いがある	<ul style="list-style-type: none"> それぞれの症状について患者の状態をみながら説明し、気になる症状が出てたらずに医師・薬剤師に相談し、自己中断や自己調節しないよう指導する。 錐体外路症状が出ている場合は、錐体外路症状の少ない薬物への変更(高力価薬から低力価薬への変更、非定型抗精神病薬への変更)を提案する。医師へトレーニングレポート等で情報提供する。 SSRIやSNRIは、増量時や他の薬剤を併用する時にセロトニン症候群(精神状態の変化;不安、焦燥、錯乱、興奮など、神経症状;ミオクローヌス、反射亢進、振戦など、自律神経・身体症状;発熱、発汗、悪寒、下痢など)を起こすことがある 悪性症候群(発熱(38℃以上)、著しい筋強剛、嚥下障害、流涎などのEPS、無動緘黙、発汗、頻脈など自律神経症状)は投与後、減量後、中止後の1週間以内の発症が多く、1か月以内の発症が大半を占める 投与開始初期や増量時にアクチベーション症候群(不安、焦燥、パニック発作、不眠、易刺激性、敵意、攻撃性、衝動性、アカシジア、軽躁、躁など)がみられる 	副作用の早期発見。重篤化回避
	抗利尿ホルモン不適合分泌症候群(SIADH)出現の疑いがある	SSRI投与によりSIADH出現リスクが上昇することが指摘されているため、SIADHの早期発見のため血清Na値の定期的なモニタリングを実施する。血清Na値低下がある場合は必要に応じてトレーニングレポート等で情報提供する。	SIADHの早期発見
患者の特性で注意する点がある	3回以上の大うつ病エピソードがある	3回以上の大うつ病エピソードがある場合には、薬物による年単位の維持療法を行うので、長期にわたり治療を継続することが再発防止となることを説明し、理解・納得して服薬を継続してもらう	継続して治療に取り組んでいる
	薬物療法を終結するときに離脱症状がみられる	薬物療法を終結するときには、抗うつ薬、ベンゾジアゼピン系薬物は数ヶ月かけて漸減・中止し、離脱症状の発現を防ぐ。自己判断で減量をせず、必ず医師の指示に従って減量するよう指導する。	医師の指示通りに減量でき、離脱症状が現れていない
	妊娠を希望している又は妊婦である又は授乳中の患者であり治療や服薬に対して特別な理解が求められる	治療によるベネフィットとリスクをできるだけ早期から情報提供し、どのような治療を行うのか主治医とよく話し合うよう説明する。薬剤毎の催奇形性(バルプロ酸、ラモトリギン等)と乳汁移行(炭酸リチウム、ラモトリギン等)の特徴を必要であれば情報提供し、継続する薬剤や中止する薬剤を正しく理解してもらう。	主治医とよく話し合い、納得して治療や服薬に取り組んでいる

出典: 赤字: 薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン(第2版)平成23年4月15日日本薬剤師会における薬学的管理指導項目
 薬剤師のためのナレッジベース じほう 2020
 薬剤管理指導のためのプロブレムリスト作成の手引き 日本病院薬剤師会監修 じほう 2004
 日本うつ病学会治療ガイドライン II. うつ病(DSM-5)/ 大うつ病性障害 2016
 薬剤師レジデントマニュアル 第3版 医学書院
 月刊薬事 2022. 7 増刊号
 服薬指導のツボ 虎の巻 第3版 日経BP 2018
 よくわかるハイリスク薬の服薬指導 第2版 秀和システム 2016

統合失調症フォローアップ（前評価・実施・評価） プロブレム・対処・ゴール例

来局早期（前駆期・急性期・消耗期）

プロブレム	プロブレムの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
副作用出現 又は薬の効果等に問題 がでる可能性 がある	抗精神病薬の服用を始めて 4～6 週間たっても十分な効果 が得られない	抗精神病薬の効果発現には通常 2～4 週間必要。効果判定は 4～6 週間後に行い、十分な効果が得られない場合には、他の非定型精神病薬への変更を提案する	薬の効果が十分に得られている
	非定型抗精神病薬などを 2 種類以上、6～8 週間以上投与しても効果がみられない	非定型抗精神病薬などを 2 種類以上、6～8 週間以上投与しても効果がみられない場合を治療抵抗性とし、その場合には、クロザピン(クロザリル)を第 1 選択薬として提案する	薬の効果が十分に得られている
	致死的副作用(悪性症候群)が出ているまたはその疑いがある	悪性症候群の初期症状(発熱・発汗、頻脈、血圧の急激な変化など自律神経症状や振戦、筋肉のこわばりなど錐体外路症状)が複数認められる場合には、悪性症候群の発症を疑う必要がある。そのような症状がでたらすぐに医師または薬剤師に相談するよう説明し理解してもらう。	副作用の早期発見。重篤化回避
	非定型精神病薬による血液疾患・内分泌疾患が発現しているまたはその疑いがある	非定型抗精神病薬の副作用として高血糖があるので、糖尿病の既往歴がないか、多飲、口渇、多尿、頻尿や急な体重増加などがないかモニタリングをする	高血糖の早期発見
	眠気、めまい、ふらつきなどがみられるまたはその疑いがある	眠気、めまいなどは治療開始早期に多くみられるので、日常生活や転倒に注意するよう指導する。また、自動車の運転や危険を伴う機械の操作の際には十分注意するよう説明し、理解してもらう	日常生活での転倒や事故の回避
	薬剤又はアルコールとの相互作用により作用増強がみられる	アルコールや他の中枢神経系を抑制する薬(併用注意)を飲むと中枢神経への抑制作用が増強されることがあることを説明し、相互作用の意識をもってもらう。	アルコールの摂取を控えている。また他の中枢神経系を抑制する薬との相互作用がなく、薬の作用が増強していない
	禁煙により作用増強がみられる	たばこは CYP1A2 誘導し、クロザピン、オランザピンの血中濃度を低下させるので禁煙を指導する必要がある。ただし、喫煙者の急激な禁煙は薬剤の作用を増強させるので、禁煙する場合は医師にその旨を伝えるよう指導する。また副作用の発現に注視し、必要であれば投与量の漸減を提案する。	禁煙できている・副作用の発現がない
患者の特性 で注意する 点がある	服薬に対する意識が低い	まず患者の自身の病気に対する気持ち、生活上で辛い症状は何かを確認し、そのうえでなぜこの薬が必要なのか、どのような副作用があるのかをわかりやすい言葉で繰り返し説明し服薬の必要性を理解してもらう。	服薬を継続することが再燃や再入院の予防につながることを患者及び家族に理解してもらう。
	薬物の依存傾向を示している	薬に過度な効果を期待している場合は、多量に飲んでしまう場合があるため、治療開始時から、効果や副作用をきちんと説明する。また、依存性のある薬剤を服用しており、依存傾向を示している場合は、医師に情報提供する。	薬の依存傾向の回避
	自殺企画などによる過量服薬の危険性がある	まず信頼関係を構築し、そのうえで自殺しないよう、そのような気持ちになったら必ず相談するように約束してもらう。次回の来局を約束してもらう。処方日数を最小限にとどめる。統合失調症における自殺に特異的な危険因子(雇用されていない若年男性、反復する再燃、悪化への恐れ(特に知能能力が高い場合)、猜疑や妄想などの陽性症状、抑うつ症状があるなど)がある場合は特に注意する	自殺の防止、服薬管理の徹底
	経口薬の服用が困難(攻撃性、暴力など)である	筋注製剤への変更を提案する。また、リスパリドンの内用薬、オランザピンの口腔内崩壊錠、アピプラゾールは錠剤、OD 錠、散剤、内用液、持効性注射剤(LAI)とさまざまな剤形が選択可能である。アドヒアランス評価を行うとともに嗜好や生活スタイルに適した薬剤の提案をする。	継続して服薬ができている
	薬剤の切り替え(スイッチング)または中止により離脱症状がでる可能性がある	医師の指示通りの服用、薬剤の切り替えができているか、薬剤の切り替えや中止に伴う離脱症状、有害事象が行っていないか確認する	薬剤切替による有害事象が起こっていない

継続中長期（回復期・安定期）

プロブレム	プロブレムの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
アドヒアランスが不良である	維持期であり症状や治療効果が実感しにくくなり、自己判断で服薬を中止している	統合失調症の急性精神病エピソードの再燃・再発予防を目的として、急性期の治療で選択した薬剤による薬物治療を少なくとも1年以上継続することを説明し、理解してもらう。 必要に応じて、DAI（薬剤に対する構えの評価尺度）、BPRS（簡易精神症状評価尺度）、PANSS（陽性・陰性症状評価尺度）などを活用することで、患者の服薬への姿勢を「数値化」しアドヒアランス評価を行う。	服薬の理解を深め、自己中断することなく継続服用されている
副作用出現又は薬の効果等に問題がある	原疾患の症状と類似した副作用（錐体外路症状、パーキンソン症候群など）が出ているまたはその疑いがある	特に定型抗精神病薬は、錐体外路症状を起こしやすいため、患者に症状を伝え、そのような症状が出たらすぐに医師または薬剤師に相談するよう伝える。また場合によっては非定型抗精神病薬への変更を提案する	副作用の早期発見、重篤化回避
	致死的副作用（悪性症候群、セロトニン症候群、錐体外路症状など）が出ているまたはその疑いがある	・それぞれの症状について患者の状態をみながら説明し、気になる症状が出てたらすぐに医師・薬剤師に相談し、自己中断や自己調節しないよう指導する。 ・錐体外路症状が出ている場合は、錐体外路症状の少ない薬物への変更（高力価薬から低力価薬への変更、非定型抗精神病薬への変更）を提案する。医師ハトレーシングレポート等で情報提供する。 ・増量時や他の薬剤を併用する時にセロトニン症候群（精神状態の変化；不安、焦燥、錯乱、興奮など、神経症状；ミオクローヌス、反射亢進、振戦など、自律神経・身体症状；発熱、発汗、悪寒、下痢など）を起こすことがある ・悪性症候群（発熱（38℃以上）、著しい筋強剛、嚥下障害、流涎などのEPS、無動緘黙、発汗、頻脈など自律神経症状）は投与後、減量後、中止後の1週間以内の発症が多く、1か月以内の発症が大半を占める	副作用の早期発見、重篤化回避
	高プロラクチン血症の症状が出ている又は血清プロラクチン値が異常値を示している	高プロラクチン血症の症状である、乳汁分泌、女性型乳房、月経異常、射精障害、勃起不全などの副作用症状が出ている又は血清プロラクチン値が異常値を示している場合は、薬の減量、多剤への変更またはプロモクリプチンの投与を提案する。トレーシングレポート等で情報提供する。	副作用の早期発見、重篤化回避
患者の特性で注意する点がある	飲食物・嗜好品との相互作用により作用減弱がみられる	リスパダール内用液は茶葉抽出飲料（紅茶、烏龍茶、日本茶等）及びコーラと混合すると含量が低下することがあるので、希釈して使用することは避けるよう指導すること。またリスパダール内用液と混ぜてよいジュース等の飲料を指導する。 エビリファイ内用液は煮沸していない水道水（塩素により含量が低下するため）、茶葉由来飲料および味噌汁（混濁・沈殿を生じ含量が低下するため）、一部の高度の高いミネラルウォーター（混濁を生じ、含量が低下するため）に混ぜないよう指導する。	患者がリスパダール内用液やエビリファイ内用液と混ぜてもよい飲料、ダメな飲料を把握し、うまく飲料を利用することで、薬の苦味によるアドヒアランス低下を防いでいる
	服薬による抵抗感をもっている	アドヒアランス低下につながるおそれがあるので、服薬により症状が軽減され混乱した状態が改善されることを繰り返し説明し、理解してもらう。	服薬の必要性を理解し、継続して服用できている
	多剤・大量投与となっている	等価換算により抗精神病薬の投与量を把握し、多剤・大量となっていないか適宜確認する。抗精神病薬の併用があり、クロルプロマジン換算で1000mg以上のときは減量を提案する。600～1000mgのときは、至適用量より高用量の可能性があるので、副作用の有無を確認するとともに減量の検討を提案する	適正用量で使用されている

出典；赤字：薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン（第2版）平成23年4月15日日本薬剤師会における薬学的管理指導項目
 薬剤師のためのナレッジベース じほう 2020
 月刊薬事 2022.7 増刊号
 日本精神科評価尺度研究会 HP
 薬剤師レジデントマニュアル 第3版 医学書院
 よくわかるハイリスク薬の服薬指導 第2版 秀和システム 2016
 薬効別 服薬指導マニュアル 第9版 じほう

睡眠障害フォローアップ（前評価・実施・評価） プロBLEM・対処・GOAL例

来局早期

PROBLEM	PROBLEMの原因	対処（薬剤師のアクション）	GOAL
副作用出現 又は薬の効果等に問題 がでる可能性 がある	めまい、ふらつきや持ち越し 効果などがみられるまたはその 疑いがある	めまい、ふらつきが副作用としてあるので日常生活や転倒に注意するよう指導する。また、自動車の運転や危険を伴う機械の操作の際には十分注意するよう説明し、理解してもらう。持ち越し効果が見られる場合は、超短時間作用型、短時間作用型への処方変更提案や、薬の服用を起床時刻の6～7時間前には服用するように指導する。めまいや、ふらつきがある場合は、減量又は作用時間の短い薬剤への変更等を提案する。	日常生活での転倒や事故の回避
	薬剤又はアルコールとの相互作用により作用増強がみられる	まず睡眠薬代わりの寝酒は深い睡眠を減らし、夜中に目覚める原因となることを説明する。 アルコールや他の中枢神経系を抑制する薬（併用注意）を飲むと中枢神経への抑制作用が増強されることがあることを説明し、相互作用の意識をもってもらい、アルコールを控えるよう指導する。	アルコールの摂取を控えている。また他の中枢神経系を抑制する薬との相互作用がなく、薬の作用が増強していない
患者の特性 で注意する 点がある	薬物の依存傾向を示している	短期服用時には睡眠薬による依存形成の危険性は少ないが、高用量・長期間の服用が依存形成リスクを上昇させるので依存がないか適宜確認する。不眠症状が改善すれば、患者の状態に応じて、頓用、漸減、休薬日を設けるなどの方法で減らしていく。自己判断で急に中止すると不眠が悪化する場合があるので自己中断しないよう指導する	依存を形成していない
	自殺企画などによる過量服薬の危険性がある	ベンゾジアゼピンおよび非ベンゾジアゼピン系睡眠薬、メラトニン受容体作動薬は、常用量用いる範囲内において死亡リスクを高める可能性は低い。一方、バルビツール酸系睡眠薬は高用量服用により死亡リスクが高まる。ただし、ベンゾジアゼピン系睡眠薬といえども不眠治療以外の目的で一度に大量に服用したり、アルコールと併用したりすると、呼吸抑制を含めた重篤な副作用が出現する可能性があり、呼吸機能の低下した患者（閉塞性肺疾患や睡眠関連呼吸障害など）や小児に対しては十分注意する。処方日数を1週間以内など最低日数にとどめたり、処方薬をため込んでいないことを来局の度に確認する。家族に厳重な処方薬の管理を依頼し、服薬は家族の目の前でしてもらうなどの工夫をしている。	自殺または過量服薬の防止、服薬管理の徹底
	睡眠障害の原因となる薬剤の服用がある	睡眠障害の原因となる薬剤（β遮断薬、α2刺激薬、抗ヒスタミン薬、ステロイド、抗パーキンソン病薬、SSRI、インターフェロンなど）の使用がある場合は、原因薬剤の変更提案や医師にトレーシングレポート等で情報提供する。	薬剤性不眠の改善
	身体疾患による不眠がある	患者情報より身体疾患（かゆみ、痛み、COPD、透析患者、夜間頻尿等）による不眠と考えられる場合は、原疾患に対する治療を優先する。医師に報告またはトレーシングレポート等で情報提供する。	身体疾患による不眠の改善
	不眠のリスク疾患がある	不眠のリスク因子（心不全や気管支喘息など夜間の呼吸困難や咳嗽を伴う疾患、神経痛、片頭痛、関節炎など慢性疼痛をさす疾患、アトピー性皮膚炎、黄疽、腎不全など掻痒感をさす疾患、前立腺肥大症や糖尿病などの夜間頻尿をさす疾患、睡眠時の下肢や上肢に生じる異常感覚（レストレスレッグス症候群））がある。原因疾患の治療に対する治療が行われているか確認する。医師にトレーシングレポート等で情報提供する。	不眠のリスク疾患の改善により不眠が改善された

継続中長期

プロブレム	プロブレムの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
アドヒアランスが不良である	自己判断で中止したことにより、反跳性不眠や退薬症候が出現している	ベンゾジアゼピン受容体作動薬をしばらく飲んでいて、突然飲むのをやめた場合などに、かえって眠れなくなったり(反跳性不眠)、頭痛・めまい・耳鳴り・しびれ・不安・焦燥などの症状がでたり(退薬症候)することがあるので、自己判断で中止しないよう指導する。	反跳性不眠や退薬症候のことを理解して、突然の自己判断で中止することなく服用できている
	ゾピクロンを服用して口の中が苦くなることによるアドヒアランス低下のおそれがある	ゾピクロンは飲んだ後や朝に口の中が苦くなったりすることがありますが、うがいをしたり、歯を磨いたりすると気にならなくなることが多いことを説明し、実践してもらう。	苦みによるアドヒアランス低下の防止
副作用出現又は薬の効果等に問題がある	月経異常、乳汁漏出または性欲減退などが認められる	メラトニン受容体作動薬による高プロラクチン血症が出現しているので、服用を中止し、受診勧奨する	服用中止により、高プロラクチン血症が改善され、副作用症状も消失している
	薬剤の耐性形成による効果減弱がみられる	薬剤によって耐性形成しやすいものとしにくいものがあるが、患者の訴えを傾聴し、代替薬への変更を提案したり、医師にトレーニングレポート等で情報提供する。	薬の効果が十分に得られている
患者の特性で注意する点がある	食事と同時にまたは食直後に服用しており、効果の発現が遅かったり、効果が弱くなっている	メラトニン受容体作用薬やオレキシン受容体拮抗薬では食事の影響を受け空腹時服用に比べて血中濃度が低下するおそれがあることを説明し、なるべく食事時間から間隔をとって寝る直前に服用するよう説明し、理解してもらう	食事時間から間隔をとって寝る直前に服用できている
	睡眠衛生指導を理解していない又は実行できていない	睡眠衛生指導(睡眠障害の対応と治療のガイドライン)に提示されている「睡眠障害対処 12 の指針」や睡眠薬の適正使用・休薬ガイドラインに提示されている「睡眠衛生のための指導内容」の内容を患者に説明し理解してもらう。実践しやすいようパンフレットや印刷物を手渡す。	睡眠衛生指導の内容を理解し、実践することにより、良好な睡眠が得られている
	漫然とした長期処方方がされている	慢性・難治性疾患の治療では、必然的に治療薬は長期使用かつ高用量となりがちであるが、治療途中で薬物療法の妥当性を適宜評価することによって漫然とした長期処方とならないように注意している	漫然投与防止
	睡眠薬に対して誤った認識(ほける、だんだん量を増やさないと効かなくなる、寝酒の方が安全等)をもっており、自己調節や自己中断のおそれがある	患者の睡眠薬に対する認識を確認し、睡眠薬は正しく使用すれば安全な薬であり、作用持続時間に違いがあること、服用時の注意点、副作用など説明し、理解してもらう。	睡眠薬に対して正しい知識を持ち、適正に睡眠薬が使用できている。

出典:赤字:「ハイリスク薬の薬剤管理指導に関する業務ガイドライン(Ver.2)」日本病院薬剤師会における薬学的管理指導項目

かかりつけ薬剤師のための疾患別薬学管理マニュアル じほう 2018

薬剤師のためのナレッジベース じほう 2020

睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン 2013 一般社団法人日本睡眠学会

睡眠検査 野田 明子 医学検査 Vol.66 No.J-STAGE-2 認知症予防のための検査特集 2017

よくわかるハイリスク薬の服薬指導 第2版 秀和システム 2016

薬効別 服薬指導マニュアル 第9版

糖尿病フォローアップ（前評価・実施・評価） プロBLEM・対処・ゴール例

来局早期（無関心期(前熟考期)、関心期(熟考期)、準備期)

プロBLEM	プロBLEMの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
アドヒアランス不良となる可能性がある	インスリン注射手技(薬剤の保管方法、空打ちの意義、投与部位)、注射針の取扱い方法、注射針の廃棄方法について理解が十分でない	薬剤の保管方法(凍結させない、炎天下の車内に放置しない等)、空打ちの意義(カートリッジ内空気の排出、注入器の故障や注射針の装着ミスを事前に発見するため等)、投与部位(主治医から指示された部位の確認。毎回少しずらして注射すること)、注射針は毎回新しいものを使用し、まっすぐ差して取り付ける。使用済みの注射針は患者の住む自治体に沿って廃棄すること又は医療機関で回収してもらえる等、廃棄方法を説明し理解してもらう。 身体機能の問題(麻痺、握力低下、振戦、視力・聴力の低下など)がある場合は補助具の使用の提案をする。	インスリンの保管、空打ち、投与部位、注射針の取り付け、廃棄方法について理解し、正しく実行できている
患者の特性で注意する点がある	経口血糖降下薬の投与開始前の食事療法・運動療法が十分でない	経口血糖降下薬は、インスリン非依存状態で十分な食事療法、運動療法を2~4か月実施してもなお良好な血糖コントロールが得られない場合に適応となるので、処方される前の食事療法・運動療法の聞き取りを行い、薬物療法が開始されても、食事療法、運動療法とともに必要であることを説明し、パンフレット等を用いて指導する。	適切な食事療法・運動療法が継続して取り組まれている
	シックデイ時にどう対応しているか理解していない	まずシックデイがどんなときに起こりうるのか、血糖値が変動することを説明し、特別な対応が必要であることを理解してもらう。主治医から指示(ビッグアナイド薬とSGLT2阻害薬は中止、インスリン分泌促進薬(SU薬、グリニド薬)は中止又は減量など)が出ている場合はその内容を教えてもらう。シックデイ時の対応として①安静・保温、②脱水にならないよう水分摂取③内服薬の中止(ただしインスリン療法実施中の場合はインスリンは継続)④血糖測定⑤軽症なら自身で対応し、症状が重症化する場合は主治医に連絡するよう指導する。またおかゆ等のできるだけ糖分の多いものを優先して摂取する(低血糖防止)ことを指導する。	シックデイがどのような時に起こりうるか理解している。シックデイの対処法を理解し、実践できている。
	低血糖時にどう対応しているか理解していない	低血糖の症状を説明し、理解してもらう。ブドウ糖や緊急連絡用カードを携帯するよう指導する。低血糖が起きた時の対処法を説明し理解してもらう。また低血糖が起こったときにはどのような時に起こったか(そのときの行動、食事内容、血糖値)を記録し、次回受診時に医師に報告し、低血糖が起こったパターンを分析し、低血糖を予測して予防的な対応ができるよう指導する。必要に応じてトレーシングレポートで情報提供をする。	低血糖症状、対処方法を理解している。ブドウ糖、緊急連絡用カードを携帯している。自身の低血糖の分析ができており予防的な対応がとれている
	糖尿病の受診中断因子に該当するため、治療を中断しないよう特に注意を要する	糖尿病受診中断因子(仕事を持っている、若年者(50歳未満、とくに20~30歳)、血糖コントロールが悪い(HbA1c8%)またはかなり良い、過去に受診中断したことがある、仕事(学業)が忙しく、治療の優先度が低い、医療費が経済的に負担など 参照:「糖尿病受診中断対策包括ガイド」厚生労働科学研究)に該当する場合は、治療の初期段階から特に注意して、治療・服薬の必要性・重要性、合併症の説明をし、中断することがないように特に注意する。	前向きに治療に取り組んでいる

継続中長期（実行期(行動期)、維持期）

プロブレム	プロブレムの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
アドヒアランスが不良である	治療の必要性の理解が不十分である・自分自身の病気や治療に関心がない・糖尿病合併症についての理解が不十分である	糖尿病教室への参加を呼び掛けたりパンフレットや薬局での説明を通じて病気や治療、自身の病状について正しく理解してもらう。治療が不十分だと合併症を引き起こすので合併症についても詳しく説明し、合併症を引き起こさないためにも治療に前向きに取り組むよう指導する。	治療に前向きに取り組み、糖尿病合併症の予防ができています
副作用出現又は薬の効果等に問題がある	低血糖が出ている	対処法(ブドウ糖の摂取、シヨ糖の多く入ったジュースや飴の摂取)を説明し、理解してもらう。また、食事を摂取しなかったり予定外の激しい運動を行った場合に低血糖を起こしやすいので特に注意するよう説明し、理解してもらう。また、どのような時に低血糖が発生したのか記録してもらい、誘因因子の特定に努める	低血糖の症状(脱力感、激しい空腹感、動悸、発汗、手足のふるえ等)を理解しており、そのような症状が出たらすぐに対処することができています。またどのような時に低血糖を起こしたか(そのときの行動、食事内容、血糖値)を記録し、次回受診時に医師に報告し、なぜ低血糖が起こったのかの原因やパターンの分析ができ、低血糖を予測して予防的な対応ができています
	血糖コントロールが悪い	患者自身の目標血糖値を理解しているか確認する。アドヒアランス不良又は摂取カロリー過多など原因を分析する。必要に応じて食べるものや食べ方と血糖値の上がり方の関係を理解するため、一時的にでも間歇スキャン式持続血糖測定(isCGM)への切替を提案する。	患者自身の目標血糖値を理解しており、アドヒアランス良好、カロリー摂取量良好により低血糖のない良好な血糖コントロールが保たれている。
	薬物相互作用があり、血糖降下作用増強がみられる	血糖降下作用を増強する薬(モノアミン酸化酵素阻害薬、三環系抗うつ薬、β遮断薬など)などの併用注意薬を服用し、血糖降下作用が増強しているとみられる場合は、代替薬を提案したり医師に報告又はトレーシングレポート等で報告する。	薬物相互作用を回避することで、薬の作用増強はみられない
	薬物相互作用があり、血糖降下作用減弱がみられる	血糖降下作用を減弱する薬(チアジド系利尿薬、プレドニゾン等)などの併用注意薬を服用し、血糖降下作用が減弱しているとみられる場合は、医師に報告又はトレーシングレポート等で報告する。	薬物相互作用を回避することで、薬の効果を十分に得ている
	糖の吸収を遅延させるサプリメント、健康食品を使用しており、薬の作用増強による低血糖を起こすおそれがある	糖の吸収を遅延させるサプリメント(グアバ葉ポリフェノール、Lアラビノース、小麦アルブミンや難消化デキストリン、α-リボ酸など)の併用により薬の作用が増強されて低血糖がおこる危険性があること、摂取を控えるよう説明し理解してもらう。これらのサプリメントを服用していたことをトレーシングレポートで報告する	サプリメントや健康食品との相互作用を回避することで、薬の作用増強はみられていない
	ビグアナイド薬を服用中で、ヨード造影剤を使った造影CT検査や尿路造影剤検査の予定がある	ビグアナイド薬服用中の患者にヨード造影剤を投与した場合に急性腎不全から乳酸アシドーシスを起こす危険性があるため、検査前はビグアナイド薬投与を一時的に中止すること(ただし、緊急に検査を行う必要がある場合を除く)造影剤投与後48時間はビグアナイド薬の投与を再開しないこととなっているので、患者が休止期間や再開日について理解しているか確認する。必要であれば医療機関に問い合わせる。	乳酸アシドーシスの回避、また服薬再開日の確認により、薬のアドヒアランス維持
患者の特性で注意する点がある	血糖自己測定器を正しく使用できていない(測定電極をまとめて開封、キャリブレーションしていない、採取血液量が不足など)	血糖測定器についても正しく使用できているか定期的に確認する。また食事によって血糖値がどのように変化しているかを確認できるタイプのもので、患者に合った血糖自己測定器を提案する。	血糖自己測定器を正しく使用できている
	食事療法又は運動療法が十分でない	糖尿病治療には食事療法と運動療法が必要であり、十分に実施できていない場合は、食事療法のパンフレット等を用いて、食事療法の重要性や患者ごとの必要なエネルギー量、「食品交換表」を用いた食事管理の方法を指導する。運動ができていない原因を評価し、患者に合った運動療法の提案又は相談にのる。	食事療法・運動療法の重要性を理解し、継続して実行できている。

出典；赤字：薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン(第2版)平成23年4月15日日本薬剤師会における薬学的管理指導項目

かかりつけ薬剤師のための疾患別薬学管理マニュアル じほう 2018

薬剤師のためのナレッジベース じほう 2020

面接調査で得られた血糖自己測定器使用上の問題点：6症例におけるトラブルの実際 田村加代子ほか 糖尿病 53(6):419-422, 2010

インスリン自己注射ガイド 日本糖尿病協会

がん悪心嘔吐フォローアップ（前評価・実施・評価） プロブレム・対処・ゴール例
来局早期（急性悪心・嘔吐）

プロブレム	プロブレムの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
アドヒアランスが不良となる可能性がある	悪心出現時の頓服薬の使い方がわからない	いったん悪心の症状が出てしまうと頓服薬の内服ができないため、軽度の症状が出始めた時点で内服するよう指導する。頓服薬が適切に使用できたかの確認も行う。	頓服薬を適切に使用できている
副作用出現又は薬の効果等に問題がある可能性がある	催吐性リスクに合わせた制吐療法が選択されているか	患者の外來化学療法のレジメンを確認し、抗がん剤の催吐性リスクに合わせた制吐療法が処方されているか確認する。治療後は CTCAE の嘔吐、悪心のグレート評価を行い、トレーシングレポート等で医療機関に情報提供する。	催吐性リスクに従って適切な予防策を講じることで患者の QOL を維持するだけでなく、治療継続できている
患者の特性で注意する点がある	悪心・嘔吐に対して不安を抱いている	化学療法による悪心・嘔吐はコントロールできる症状で薬物療法後から1週間以内に軽快することが多いことを説明する。不安の程度はひどい場合は、予測性悪心・嘔吐に対するベンゾジアゼピン系抗不安薬等の処方提案を行う。また悪心があるときは食べやすいものや冷たく匂いの少ないものなど選んで摂取したり、水分だけでも摂取するなど食事の工夫についてや締め付けの少ないゆったりとした服をすすめるなどセルフケア支援を行う	悪心・嘔吐に対する不安を解消し、治療が継続できている
	患者側のリスク因子に該当するため、悪心・嘔吐の出現の可能性が高くなる	悪心・嘔吐の発現には抗がん薬の催吐性リスクだけでなく、患者側のリスク因子(女性、若年者、アルコール非飲者、妊娠に伴う強い悪阻の頸管、以前の治療時における悪心・嘔吐の経験、副作用への不安など)があげられる。該当する場合は悪心・嘔吐の出現に対して特に注意してモニタリングする	悪心・嘔吐の出現防止

継続中長期（遅発性悪心・嘔吐、予測性悪心・嘔吐） 次回の化学療法に向けて

プロブレム	プロブレムの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
アドヒアランスが不良である	アプレピタントの使用方法を理解していない	経口薬のアプレピタントは、初日は抗がん薬の投与 1 時間～1 時間 30 分前に服用、2 日目以降は午前中に服用することを指導し、理解してもらう。	アプレピタントを適切に使用できている
副作用出現又は薬の効果等に問題がある	予防投薬にもかかわらず悪心・嘔吐が出現した	予防に用いたものと異なる 5-HT ₃ 受容体拮抗薬やそれでも有効でない場合はオランザピン等の処方提案をする。	突出性悪心・嘔吐の改善
	次回の化学療法までの評価	リスク別の予防投薬に従って急性および遅発性嘔吐を防ぎ、予測性悪心・嘔吐の出現を予防できたか評価を行う。悪心・嘔吐が出現した場合にはほかの原因(電解質異常(高 Ca, 低 Na など)、オピオイドなどの薬剤性、消化管狭窄やイレウス、頭蓋内器質病変など)の鑑別を行う。悪心・嘔吐の日常生活への影響が強い場合には次のコースでは、まず予防投薬の強化を提案する。	次回のクールでの悪心・嘔吐予防

出典;制吐薬適正使用ガイドライン 2018 改訂版 一般社団法人 日本癌治療学会
がん化学療法副作用対策ハンドブック第3版 羊土社

がん性疼痛フォローアップ（前評価・実施・評価） プロブレム・対処・ゴール例
来局早期（導入時）

プロブレム	プロブレムの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
アドヒアランス不良となる可能性がある	経皮吸収型製剤の取り扱い（譲渡禁止、貼付部位を温めない、廃棄方法、未使用品の返却等）について理解が十分でない	この製剤は医療用麻薬であり、患者本人以外絶対に使用しないこと、他人に譲渡しないこと、また、貼付部位を、カイロ、電気毛布、赤外線灯、湯たんぽ、こたつなどで温めて 40℃異常になると薬の浸透が増え、作用が増強されるおそれがあるので避けること、使用後の薬剤は貼付面を内側に折りたたんで、家庭用ゴミとして廃棄することが可能であること、未使用品は必ず医療機関・薬局に返却することを理解してもらう	経皮吸収型製剤の取扱いを理解し、正しく実行できている
	徐放性製剤を噛んで服用するおそれがある。またゴーストビルにより薬の有効性に不安を抱く可能性がある	オピオイド経口薬は徐放性製剤のものが多いので、噛んだり砕いたりしないことを説明し、理解してもらう。嚥下障害等がある場合は剤形変更を提案する。また、オキシコドン錠はゴーストビルが便中に排出されることがあるが、薬の基材であり有効成分は吸収されているので安心するよう説明し、理解してもらう。	徐放性製剤を正しく服用できている
	パッカル錠、舌下錠が正しく使用できない可能性がある	パッカル錠、舌下錠ともに口腔内に含んでから 30 分間は噛んだり飲み込んだりせず、経粘膜吸収させ、それ以降も残存する場合は嚥下するよう指導する。	パッカル錠、舌下錠が正しく使用できている
	オピオイドに関する誤った認識を持っており、アドヒアランスが低下するおそれがある	オピオイドに関して中毒になるのでは等の誤った認識や、副作用の出現を恐れて使用を躊躇する場合もあるので、導入時には薬効や副作用の説明のみならずオピオイドに対するイメージを確認する。患者がオピオイドの使用や増量を躊躇するときには、その認識に至った患者の思いや背景を十分に把握したうえで、がん疼痛やオピオイドについて正しい情報を提供していく。	鎮痛の目標について話し合い、オピオイドの使用の意義を共有する
副作用出現又は薬の効果等に問題がでる可能性がある	痛みの強さ合わせた鎮痛薬が選択されているか	臨床的疼痛評価および痛みの強さに応じた鎮痛薬が選択されているか確認する。疼痛についても可能であれば、薬局でも NRS(Numeric Rating Scale)数値評価スケール、VAS(Visual Analog Scale)視覚的評価スケールや FPS(Face Pain Scale)表情評価スケール等を用いて痛みの評価を行う。適宜トレーシングレポート等で医療機関に情報提供する。	疼痛コントロールが良好
	オピオイド鎮痛薬の定時投与によって十分な鎮痛が得られない	レスキュー薬(臨時追加投与薬)の処方提案する。また患者にはレスキュー薬を使用した時間や回数、効果を記録してもらい、必要としたレスキュー薬の総量を基本処方薬の用量に追加して定時基本投与量を提案する。	患者毎に個別に適切な量が投与されている
	吐き気が出ている	オピオイドによる吐き気は投与開始直後や増量後に多くみられるが、耐性が形成されるため、数日から 1 週間ほどで耐性が生じ消失することが多いことを説明する。吐き気がひどい場合は制吐薬の処方提案する。制吐薬を投与しても緩和されないときはオピオイドの変更や投与経路の変更を提案する。	催吐性リスクに従って適切な予防策を講じることで患者の QOL を維持するだけでなく、治療継続できている
	便秘がでている	オピオイドによる便秘は耐性が形成されないため、大腸刺激性下剤や浸透圧下剤、末梢性オピオイド受容体拮抗薬などの処方提案し、便通をコントロールする。	便通コントロール良好
患者の特性で注意する点がある	腎機能低下者でモルヒネやコデインの使用に注意を要する。	モルヒネは主に肝臓でグルクロン酸抱合され、M3G と M6G に代謝される。M3G と M6G はほとんど腎から排泄されるため、腎機能障害患者にモルヒネを使用すると M3G および M6G が蓄積し、鎮静などの副作用への対処が困難となるので、腎機能障害患者にはモルヒネを使用しないほうが望ましい。使用する際は減量あるいは投与間隔を延長してあるか確認する。 コデインは 10%程度がモルヒネに変換され、さらに M3G および M6G に変換されるため、腎機能障害患者にはコデインを使用しないことが望ましい。使用する際は減量あるいは投与間隔を延長してあるか確認する。	腎機能低下による副作用回避
	肝機能低下者でオピオイドの使用に注意を要する。	モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル、コデイン、ヒドロモルフォンはほとんど肝臓で代謝されるため、肝機能障害時には代謝能が減少するので投与量の減量や投与間隔を延長してあるか確認する。	肝機能低下による副作用回避

継続中長期（維持療法）

プロブレム	プロブレムの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
副作用出現 又は薬の効果等に問題がある	同じオピオイドの連用により耐性が生じ、鎮痛効果が減弱している	同じオピオイドを投与し続けた場合、耐性が生じて、一定量のオピオイドによって得られる鎮痛効果が減弱し、オピオイドを増量しても鎮痛効果が得られないことがある。オピオイドスイッチングを行うと鎮痛効果が適切に発揮され、疼痛治療に必要なオピオイドの投与量も減らすことができる場合があるので、提案する。	病状の進行に伴い痛み状態が変化するので、定期的に評価し、投与量や薬の種類調整が行われている
患者の特性で注意する点がある	オピオイドスイッチング	換算表を目安に患者の状態にあわせたスイッチングが適切に行われているか確認する。オピオイドスイッチングによる患者の痛みや副作用の増減を注意深くモニタリングする。	オピオイドスイッチングが問題なく行われている。痛みコントロールや副作用発現も改善されている
	経口投与が困難である	口内炎、嚥下障害、消化管閉塞、悪心・嘔吐などで経口投与が困難な場合は直腸内投与（坐剤）、経皮投与、皮下注射、静脈内投与などほかの経路を提案する。	アドヒアランス維持
	オピオイド鎮痛薬の不適切使用のおそれがある	がん患者の痛みに対してオピオイドを長期間使用しても、精神依存はまれだが、がんが寛解した患者や非がん性慢性痛を訴えるがん患者に対して、治療目標もなく漫然とオピオイドを使用することにより、気がつかないうちに精神依存に陥っている可能性もあるので、危険徴候（高用量オピオイド鎮痛薬処方への欲求、激しい疼痛がないにもかかわらず薬物を貯める、他の医療機関から同様の薬物の入手など 参考；日本ペインクリニック学会 非がん性慢性疼痛に対するオピオイド鎮痛薬処方ガイドライン改訂第2版）を見逃さない	オピオイド鎮痛薬の不適切使用の早期発見

出典；がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2020 年版 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会
 かかりつけ薬剤師のための疾患別薬学管理マニュアル じほう 2018
 薬剤師のためのナレッジベース じほう 2020

認知症フォローアップ（前評価・実施・評価） プロブレム・対処・ゴール例

来局早期

プロブレム	プロブレムの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
アドヒアランス不良となる可能性がある	認知機能障害ゆえに比較的初期から服薬管理が困難になる可能性がある	薬剤師の方から家族あるいは居宅を訪問する介護職（ヘルパーやケアマネージャー）、訪問看護師、施設スタッフ等に積極的にアプローチし、情報を収集する。 内服回数を極力少なくする、一包化する、服薬管理ボックス等を利用して服薬管理を視覚化し、本人と介護者が共有できる環境整備を行う。介護者には、服薬が正しく行われているかチェックしてもらい、できていなければ声掛け等服薬を勧めてもらう。薬剤師は介護職の人にも服薬に関して興味を持ってもらうよう働きかける。	アドヒアランスが良好に保てる環境が整備されており、正しい服薬が維持されている
	服薬管理ができないことで、意図せぬ過量投与などの事故が起こりうる可能性がある	独居や老々介護等の場合、デイサービスや訪問看護、ヘルパーの利用が必要となるが、それらの利用できる時間は限られており、患者が正しく確実に服薬したかを他者が確認することは困難。従って、患者自身が混乱しないで服用でき、また関わるスタッフが確認しやすいように①1日の服用回数を減らす②一包化する③定期的に処方を見直し、不必要な薬剤は中止、可能であれば合剤にするなど服薬数を減らす④個人にあった剤形を選択する（錠剤、散剤、液剤、口腔内崩壊錠、ゼリー、貼付剤等）⑤電話等での声かけにより服薬につなげる⑥受け取った数日分の薬剤を適切に毎日服用していくために、服薬カレンダーやピルケース、服薬確認表等を利用する等により患者に合わせた方法で支援していく	アドヒアランスが良好に保てる環境が整備されており、正しい服薬が維持されている
副作用出現又は薬の効果等に問題がでる可能性がある	コリンエステラーゼ阻害薬による消化器症状の発現の可能性がある	コリンエステラーゼ阻害薬による消化器系副作用（悪心、食思不振、嘔吐、下痢等）は投薬初期および増量時の1～2週間で消失することが多いので、初回処方時に患者および家族にそのことを十分説明する。経過観察のみで継続投与が可能ながあるが、場合によっては制吐薬や整腸剤を併用あるいは屯用の処方の依頼を検討する。 コリンエステラーゼ阻害薬による悪心、嘔吐、食思不振などが2週間を超えても持続して認められる場合は処方薬を減量するか剤型変更を検討するか、あるいは制吐剤の併用を検討する。	副作用の重篤化回避
	ドネペジル塩酸塩の投与開始初期に、焦燥感、多弁、興奮などの精神症状が現れる可能性がある	多くが一時的なものだが、介護継続が困難な場合にはドネペジル塩酸塩の減量や中止を検討する。精神症状が消失するのを待ってからドネペジル塩酸塩投与を再開すると、症状が現れなくなる場合もある。	副作用の重篤化回避
	ドネペジル塩酸塩投与により錐体外路障害が現れる可能性がある	ドネペジル塩酸塩投与により舞動、運動失調、ジスキネジア、ジストニア、振戦、不随意運動、歩行異常、姿勢異常、言語障害などの異常運動を誘発または増悪することがある。このような場合には、投与の中止を検討する	副作用の重篤化回避
	リバスチグミンパッチにより貼付部位に紅斑、掻痒感が現れる可能性がある	リバスチグミンパッチによる掻痒感等は、必ずしも投与開始時に発現するわけではなく、増量の時点で生じる場合もあるので、注意する。投与開始時には、介護家族等に必ず貼付部位を毎日変更するように指導する。掻痒感が出た場合はステロイド系塗布薬や保湿剤の処方を提案する。	副作用の重篤化回避
	NMDA 受容体阻害薬によるめまいが出現している	NMDA 受容体阻害薬は、副作用としてめまいが高頻度で出現するため、副作用モニタリングをする。めまいの副作用が出現した場合はすぐに医師に相談するよう指導する。	副作用の重篤化回避
患者の特性で注意する点がある	BPSD が服用中の薬剤によって引き起こされている可能性がある	BPSD は服用中の薬剤（特に抗認知症薬、H2受容体拮抗薬、第一世代抗ヒスタミン薬、ベンゾジアゼピン系薬、三環系抗うつ薬、その他抗コリン作用のある薬剤）の関連が考えられるときは原因となる薬剤の中止を検討する。また、介護サービスの利用や認知症ケアなどの非薬物的介入を最優先する。	BPSD の原因となりうる心身の要因や環境要因を検討し対処されている

継続中長期

プロブレム	プロブレムの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
アドヒアランス不良となる可能性がある	患者の嚥下機能、生活環境、介護状況などから現実に服薬が困難となる内容で処方されることがある	薬剤師が患者の状態や生活環境を把握し、暮らしを評価し、最も服用しやすい処方内容を医師に処方提案する。その際、服薬介助者の介護負担軽減や、利用している介護サービスについても十分に考慮し、その人の生活のリズムに沿った処方提案を行う。 認知症による服薬アドヒアランスの低下が予想されるため、家族などへの指導、施設・訪問看護などの社会的支援を活用する。	無理のない適切な薬物療法の継続ができている
	服薬を拒否する	服薬拒否を回避するためには、できるだけ服薬回数の少ない薬や飲みやすい形状の薬を選択する必要がある。錠剤だと吐き出してしまう高齢者が多いので、口腔内崩壊錠（速崩性錠剤）や内服ゼリー、内服液、パッチなどの剤形変更を検討する	服薬拒否の回避、服薬の継続
副作用出現又は薬の効果等に問題がある	NMDA 受容体阻害薬によるめまいが出現している	NMDA 受容体阻害薬は、副作用としてめまいが高頻度に出現するため、副作用モニタリングをする。めまいの副作用が出現した場合はすぐに医師に相談するよう指導する。	副作用の重篤化回避
患者の特性で注意する点がある	認知症の進行は、認知症の種類やその人の生活環境、身体状態により様々であり、段階的に変化する	認知症の段階的に変化する状態に合わせて、フォローアップも変化に対応したものにしていく。また、薬剤師が気づいた認知機能低下のサインは、内々で留めることなく、関係する職種や機関と連携し、社会に繋げる	認知症の段階に対応できている
	高齢者、肝・腎機能低下、多剤併用の条件があるときに認知機能低下が生じやすい	患者背景、同効薬の重複投与や処方意図が不明な薬剤の存在にも留意し、必要に応じて減量や処方削除等の対応を行う。	認知機能低下の早期発見
	多剤併用となっている	高齢の場合、認知症のほかにもいくつかの疾患を併せ持っているため、多剤併用となるケースが多い。多剤併用による副作用出現や、効果よりも副作用の方が強く出たり、症状が悪化して介護負担が大きくなる可能性がある。こうした多剤併用を防ぐためには、複数の薬を一元管理していくのがかかりつけ薬局が有用である。 薬剤師は家族や介護スタッフに十分に説明して協力してもらいながら、「薬の処方によって、どのような変化があったか」という情報を収集し、訪問看護師等と協力して服薬管理を行い、症状の変化や副作用について把握するよう努める。	多剤併用による有害事象の回避

出典：認知症疾患診療ガイドライン 2017 一般社団法人日本神経学会
調剤と情報 2022.5 vol.28 No.7 じほう
認知症診療 Q&A92 中外医学社
認知症の治療とケア じほう
服薬指導のための Q&A アルツハイマー病治療薬 フジメディカル出版
薬剤師のためのナレッジベース じほう

かかりつけ薬剤師・薬局に関する調査

－ 集計結果報告 －

問1 貴局の経営主体をお選びください。(〇は1つ)

	件数	割合
法人	2,579	94.5%
個人	122	4.5%
無回答	27	1.0%
合計	2,728	100.0%

問2 同一経営主体（法人が異なっても実質的に同一経営の場合も含む）による薬局店舗数（貴局も含めた店舗数）をご記入ください。

集計数	2,689
平均値	500.8

問3 貴局の営業態様として該当するものをお選びください。(〇は1つ)

	件数	割合
薬局のみ	2,385	87.4%
薬局とドラッグストア等店舗販売業の併設	311	11.4%
無回答	32	1.2%
合計	2,728	100.0%

問4 貴局の立地状況をご記入ください(〇は1つ)

	件数	割合
診療所の近隣	1,404	51.5%
診療所の敷地内	44	1.6%
病院の近隣	832	30.5%
病院の敷地内	82	3.0%
同一ビル内に複数の保険医療機関がある（医療モール）	140	5.1%
同一ビル内に単一の保険医療機関がある	57	2.1%
その他	148	5.4%
無回答	21	0.8%
合計	2,728	100.0%

問5 貴局における開局時間についてお伺いします。(それぞれ〇は1つ)

① 平日の営業日において午前8時から午後7時までの時間帯に8時間以上連続して開局していますか。

	件数	割合
はい	2,482	91.0%
いいえ	226	8.3%
無回答	20	0.7%
合計	2,728	100.0%

② 土曜日又は日曜日のいずれかの時間帯において4時間以上開局していますか。

	件数	割合
はい	2,213	81.1%
いいえ	492	18.0%
無回答	23	0.8%
合計	2,728	100.0%

問6 貴局では、中心静脈栄養輸液、抗悪性腫瘍注射薬等の混合調製に関し、無菌製剤処理を行うための施設基準に適合している旨を地方厚生局長に届け出ていますか。

(〇は1つ)

	件数	割合
はい	590	21.6%
いいえ	2,090	76.6%
無回答	48	1.8%
合計	2,728	100.0%

≪問6-1は、問6で「01はい」とご回答の場合、ご回答ください≫

問6-1 無菌製剤室は貴局の施設ですか。それとも別の薬局の無菌調剤室の共同利用を行っていますか。(〇は1つ)

	件数	割合
自局の施設である	204	34.6%
別の薬局の施設の共同利用である	381	64.6%
無回答	5	0.8%
合計	590	100.0%

問7 貴局では、患者からの相談に応じるための設備上の工夫をしていますか。(あてはまるもの全てに○)

	件数	割合
バーテーションの設置	2,327	85.3%
カウンター前のイスの設置	1,374	50.4%
個室の設置	220	8.1%
カウンターと待合スペースの距離を遠くしている	797	29.2%
スピーチプライバシー機器(特殊な音を出すことにより、他人に会話が漏れ聞こえなくする機器)の設置	159	5.8%
その他	57	2.1%
総数	2,728	

問8 令和4年12月1日現在、令和4年12月1日現在、貴局で取り扱っている医療用医薬品(うち後発医薬品、医療用麻薬)、要指導医薬品、一般用医薬品の品目数として該当するものをお選びください。

また、一般用検査薬、衛生材料、医療機器(医療材料を含む)、介護用品、健康食品、介護食品の取り扱いの有無をご記入ください。

なお、ドラッグストア等店舗販売業を併設している場合は、ドラッグストア等での取り扱い品目数も加えてご記入ください。

① 医療用医薬品

	件数	割合
500品目以下	151	5.5%
501~1000品目	427	15.7%
1001~1500品目	1,407	51.6%
1501~2000品目	504	18.5%
2001品目以上	210	7.7%
無回答	29	1.1%
合計	2,728	100.0%

② ①のうち、後発医薬品

	件数	割合
200品目以下	126	4.6%
201~400品目	456	16.7%
401~600品目	1,027	37.6%
601~800品目	641	23.5%
801品目以上	421	15.4%
無回答	57	2.1%
合計	2,728	100.0%

③ ①のうち、医療用麻薬

	件数	割合
5品目以下	1,363	50.0%
6~10品目	556	20.4%
11~15品目	339	12.4%
16~20品目	178	6.5%
21品目以上	235	8.6%
無回答	57	2.1%
合計	2,728	100.0%

④ 要指導医薬品

	件数	割合
0品目	1,121	41.1%
1~3品目	1,097	40.2%
4~6品目	296	10.9%
7~9品目	79	2.9%
10品目以上	90	3.3%
無回答	45	1.6%
合計	2,728	100.0%

⑤ 一般用医薬品

	件数	割合
50品目以下	1,972	72.3%
51~100品目	420	15.4%
101~300品目	168	6.2%
301~500品目	42	1.5%
501品目以上	75	2.7%
無回答	51	1.9%
合計	2,728	100.0%

⑥ 薬局製造販売薬品

	件数	割合
0品目	2,607	95.6%
1~3品目	51	1.9%
4~6品目	16	0.6%
7~9品目	3	0.1%
10品目以上	12	0.4%
無回答	39	1.4%
合計	2,728	100.0%

⑦ 一般用検査薬

	件数	割合
ある	1,833	67.2%
ない	859	31.5%
無回答	36	1.3%
合計	2,728	100.0%

⑧ 衛生材料

	件数	割合
ある	2,012	73.8%
ない	685	25.1%
無回答	31	1.1%
合計	2,728	100.0%

⑨ 高度管理医療機器

	件数	割合
ある	1,309	48.0%
ない	1,391	51.0%
無回答	28	1.0%
合計	2,728	100.0%

⑩ ⑨以外の医療機器・材料

	件数	割合
ある	1,468	53.8%
ない	1,206	44.2%
無回答	54	2.0%
合計	2,728	100.0%

⑪ 介護用品

	件数	割合
ある	980	35.9%
ない	1,712	62.8%
無回答	36	1.3%
合計	2,728	100.0%

⑫ 健康食品

	件数	割合
ある	1,747	64.0%
ない	949	34.8%
無回答	32	1.2%
合計	2,728	100.0%

⑬ 介護食品

	件数	割合
ある	761	27.9%
ない	1,929	70.7%
無回答	38	1.4%
合計	2,728	100.0%

◀問8-1は、問8の「③ うち 医療用麻薬」で「0」品目とご回答の場合、ご回答ください▶

問8-1 医療用麻薬を取り扱わない理由をお答えください。(あてはまるもの全てに○)

	件数	割合
調剤の需要がほとんど無いため	585	97.3%
使用しなかった麻薬を廃棄する場合の経済的損失が大きいため	37	6.2%
麻薬保管庫を置くスペースがないため	6	1.0%
規制が多く管理に手間がかかるため	14	2.3%
麻薬が盗難された場合の責任が重い	12	2.0%
その他	14	2.3%
総数	601	

◀問8-2は、問8の「③ うち 医療用麻薬」で「0」以外の品目数をご回答の場合、ご回答ください▶

問8-2 令和4年11月1カ月間における医療用麻薬の調剤回数(応需処方箋枚数)をご記入ください。

	件数	割合
0回	783	40.0%
1~3回	634	32.4%
4~6回	185	9.4%
7~9回	87	4.4%
10回以上	270	13.8%
合計	1,959	100.0%

問9 令和4年11月1カ月間に応需した処方箋枚数、処方箋の集中度率（上位3位まで）をご記入ください。

① 処方箋枚数

	件数	割合
500枚以下	301	11.0%
501～1000枚	722	26.5%
1001～1500枚	694	25.4%
1501～2000枚	403	14.8%
2001枚以上	558	20.5%
無回答	50	1.8%
合計	2,728	98.2%

② 処方箋の集中度率（上位3位まで）

	集計数	平均値
1位	2,350	71.0
2位		9.1
3位		3.5

問10 令和4年11月1カ月間に応需した処方箋の発行元医療機関数（実数）

	件数	割合
30施設以下	1,139	41.8%
31～50施設	605	22.2%
51～100施設	469	17.2%
101～150施設	153	5.6%
151施設以上	146	5.4%
無回答	216	7.9%
合計	2,728	100.0%

問11 令和4年11月1カ月間に医療用医薬品を調剤した患者数、そのうち複数医療機関を受診している事を把握している患者数（同一医療機関の複数の診療科を受診している患者も含む）についてご記入ください。

① 1カ月間に医療用医薬品を調剤した来局患者数（実人数）

	件数	割合
500人以下	1,139	41.8%
501～1000人	605	22.2%
1001～1500人	469	17.2%
1501～2000人	153	5.6%
2001人以上	146	5.4%
無回答	216	7.9%
合計	2,728	100.0%

② ①のうち、複数医療機関を受診している事を把握している患者数（実人数）

	件数	割合
100人以下	1,139	41.8%
101～200人	605	22.2%
201～300人	469	17.2%
301～500人	153	5.6%
501人以上	146	5.4%
無回答	216	7.9%
合計	2,728	100.0%

問12 貴局の職員数について職種別、介護支援専門員の資格の有無別にご記入ください。非常勤職員については実人数、常勤換算（小数点以下第1位まで）をご記入ください。また、その他職員のうち介護支援専門員の資格等の有資格者がいる場合には、主な資格の内容についてもご記入ください。

	介護支援専門員の資格の保有	非常勤職員		
		常勤職員	実人数	常勤換算
① 薬剤師	①-1 保有している	0.2	0.1	0.0
	①-2 保有していない	2.8	1.5	0.4
② 登録販売者	②-1 保有している	0.1	0.0	0.0
	②-2 保有していない	0.6	0.2	0.1
③ その他職員		1.2	0.3	0.1
	④ ③のうち、有資格者	0.1		
集計数			2,286	

問13 貴局における薬剤師の認定等の取得者数（実人数）をご記入ください。

	集計数	平均値
① 認定薬剤師（CPCの認定を受けたもの）	2,633	2.2
② ①以外の認定・専門薬剤師数		0.2

問14 貴局は健康サポート薬局の届出をしていますか。（○は1つ）

	件数	割合
はい	472	17.3%
いいえ（今後、届出予定あり）	1,005	36.8%
いいえ（今後、届出予定なし）	1,200	44.0%
無回答	51	1.9%
合計	2,728	100.0%

問15 貴局における健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師数（実人数）

集計数	2,635
平均値	1.7

＜問15-1は、問15で「0」人とご回答の場合、ご回答ください＞

問15-1 現在、健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師がない理由についてお答えください。（あてはまるもの全てに○）

	件数	割合
業務が忙しく、薬剤師が研修を受講する時間がないため	251	40.9%
研修を受講する必要性を感じないため	48	7.8%
健康サポート薬局に係る研修の応募者が多く、受講できないため	22	3.6%
薬局として健康サポート薬局の基準を満たすことが困難なため	386	63.0%
その他	45	7.3%
総数	613	

＜問15-2は、問15で「0」人以外にご回答の場合、ご回答ください＞

問15-2 貴局に所属する健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師が、地域ケア会議等の地域の多職種が参加する会議に参加したことがありますか。（○は1つ）

	件数	割合
はい	1,394	68.9%
いいえ	466	23.0%
無回答	162	8.0%
合計	2,022	100.0%

問15-2-1 貴局の健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師が、令和4年11月1カ月間に、地域ケア会議等の地域の多職種が参加する会議に参加した回数をご記入ください。なお、健康サポート薬局研修を修了した複数の薬剤師が同一の会議に参加した場合は、1回として計上してください。

	件数	割合
0回	703	50.4%
1回	459	32.9%
2回	87	6.2%
3回	30	2.2%
4回以上	111	8.0%
無回答	4	0.3%
合計	1,394	100.0%

問16 貴局では、特定の患者を継続して担当する薬剤師はいますか（「かかりつけ薬剤師指導料」等を算定していない場合も含む。また同意書の有無は問わない）。（○は1つ）

	件数	割合
いる	2,299	84.3%
いない	367	13.5%
無回答	62	2.3%
合計	2,728	100.0%

＜問16-1～問16-4は、問16で「01 いる」とご回答の場合、ご回答ください＞

問16-1 特定の患者を継続して担当する薬剤師は、患者からの選択により決定しますか。

	件数	割合
はい	1,638	71.2%
いいえ	546	23.7%
その他	103	4.5%
無回答	12	0.5%
合計	2,299	100.0%

問16-2 特定の患者を継続して担当する薬剤師の人数をお答えください。

① 特定の患者を継続して担当する薬剤師の人数（実人数）

	件数	割合
1人	951	41.4%
2人	666	29.0%
3人	365	15.9%
4人	127	5.5%
5人以上	182	7.9%
無回答	8	0.3%
合計	2,299	100.0%

② ①のうち、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している薬剤師の人数（実人数）

	件数	割合
0人	362	15.7%
1人	906	39.4%
2人	554	24.1%
3人	226	9.8%
4人以上	218	9.5%
無回答	33	1.4%
合計	2,299	100.0%

問16-3 令和5年1月11日（水）に、かかりつけ薬剤師等が服薬指導をした件数についてご記入ください。

	集計数	平均値
① 算定件数		11.2
② 算定していないが、算定要件を満たしたかかりつけ薬剤師が当該患者に指導したもの	1,964	2.4
③ 算定要件は満たしていないが、患者が指名した薬剤師が当該患者に指導したもの		1.2

問16-4 貴局の薬剤師が継続して担当している特定の患者について、当該患者が入退院した際の患者情報の授受を、患者が入退院した医療機関との間で行っていますか。

(あてはまるもの全てに○)

① 入院時における医療機関への情報提供

	件数	割合
全ての患者について情報提供している	31	1.3%
患者の状態像に応じて情報提供している	279	12.1%
入院する医療機関によって情報提供している	190	8.3%
必要に応じて情報提供している	1,111	48.3%
医療機関へ情報提供していない	788	34.3%
総数	2,299	

② 退院時における医療機関からの情報把握

	件数	割合
退院時カンファレンスに参加して患者情報を把握している	79	3.4%
地域の医療機関との間で患者情報を提供してもらうよう取り決めを行っている	71	3.1%
地域の医療機関の主導により患者情報の提供がなされている	616	26.8%
都度、医療機関に患者情報の提供を依頼している	267	11.6%
退院時における医療機関からの情報把握は行っていない	1,337	58.2%
総数	2,299	

問17 貴局における患者情報の一元的な把握の範囲について、ご記入ください。(あてはまるもの全てに○)

	件数	割合
患者がかかっている全ての医療機関を把握するよう取り組んでいる	2,501	91.7%
患者が服用している全ての医薬品（OTC含む）を把握するよう取り組んでいる	2,204	80.8%
患者が服用している全ての健康食品、サプリメントを把握するよう取り組んでいる	1,913	70.1%
患者の病名を把握するよう取り組んでいる	1,748	64.1%
患者の検査値を把握するよう取り組んでいる	2,009	73.6%
その他	31	1.1%
該当なし（自局で調剤した医薬品等の情報のみ把握している）	14	0.5%
総数	2,728	

≪問17-1・問17-2は、問17で「01」～「06」のうち1つでもご回答の場合、ご回答ください≫

問17-1 患者が服用している医薬品に関する情報をどのように収集していますか。(あてはまるもの全てに○)

	件数	割合
処方箋へ印字、記載された情報	1,904	71.9%
お薬手帳へ印字、記載された情報	2,588	94.9%
医療関係施設からの患者情報の連絡文書	1,049	38.5%
地域医療情報連携ネットワーク等で導入しているシステム	149	5.5%
患者、家族への質問等	2,305	84.5%
処方元医療機関への問い合わせ	640	23.5%
その他	16	0.6%
総数	2,647	

問17-2 問17の取組を行って良かったことをお選びください。(あてはまるもの全てに○)

	件数	割合
重複投薬を防ぐことができた	2,510	94.8%
相互作用のある薬の飲み合わせを防ぐことができた	2,205	83.3%
患者の服用する薬が減った	974	36.8%
上記以外で疑義照会につながった	1,157	43.7%
次回の処方内容が変更になった	855	32.3%
患者のアドヒアランスの向上につながった	912	34.5%
その他	22	0.8%
特に良かったことはない	25	0.9%
総数	2,647	

問18 貴局での患者情報の継続的な把握方法についてお選びください。(あてはまるもの全てに○)

	件数	割合
患者が来局した時に、前回来局してからの服薬状況や体調の変化についてフォローアップを行っている	2,363	86.6%
患者に服薬指導をした後、電話等で連絡をするなど、フォローアップを行っている	1,688	61.9%
患者の退院時に、入院していた医療機関から、患者情報を受け取っている	451	16.5%
その他	30	1.1%
該当なし	123	4.5%
総数	2,728	

◀問18-1～問18-2は、問18で「01」～「04」のうち1つでもご回答の場合、ご回答ください▶

問18-1 令和5年1月11日（水）において、診療報酬の算定を問わず、フォローアップを行った患者数をご記入ください。

	集計数	平均値
① フォローアップを行った患者数（実人数）	1,994	5.4
② ①のうち、副作用を発見した患者数（実人数）		0.1
③ ②のうち、経過改善が見られた患者数（実人数）		0.1
④ ①のうち、残薬を発見した患者数（実人数）		0.5
⑤ ④のうち、経過改善が見られた患者数（実人数）		0.2
⑥ ①のうち、服薬に関する再指導を実施した患者数（実人数）		0.7
⑦ ⑥のうち、経過改善が見られた患者数（実人数）		0.2
⑧ ①のうち、得られた情報を処方医等にフィードバックした患者数（実人数）		0.4
⑨ ⑧のうち、情報提供書等を用いて処方医に情報提供を行った患者数（実人数）		0.3
⑩ ⑧のうち、処方医に処方提案を行った患者数（実人数）		0.0
⑪ ⑧のうち、次回の処方内容の変更に至った患者数（実人数）		0.0
⑫ ⑧のうち、処方医以外の他職種に情報提供を行った患者数（実人数）		0.0

問18-2 貴局でフォローアップを行っている患者の主たる疾患をお選びください。（あてはまるもの全てに○）

	件数	割合
がん	851	33.7%
糖尿病	1,615	64.0%
高血圧症	1,223	48.5%
喘息	729	28.9%
精神疾患	518	20.5%
慢性疼痛	542	21.5%
神経障害性疼痛	471	18.7%
認知症	539	21.4%
該当なし	494	19.6%
総数	2,524	

問19 貴局では電子版お薬手帳を導入していますか。（○は1つ）

	件数	割合
導入している	2,379	87.2%
導入していない	286	10.5%
無回答	63	2.3%
合計	2,728	100.0%

◀問19-1は、問19で「02 導入していない」とご回答の場合、ご回答ください▶

問19-1 電子版お薬手帳を導入していない理由は何ですか。（あてはまるもの全てに○）

	件数	割合
導入費用の負担が大きいため	92	32.2%
運用費用の負担が大きいため	83	29.0%
必要性を感じていないため	72	25.2%
希望する患者がいないため	85	29.7%
システムを設置するスペースがないため	27	9.4%
導入を検討したことがないため	48	16.8%
その他	55	19.2%
総数	286	

問20 令和4年11月1カ月間において、電子版お薬手帳を持参した患者数について、応需した処方箋枚数ベースでお答えください。

	件数	割合
10人以下	1,259	46.2%
11～20人	553	20.3%
21～50人	410	15.0%
51～100人	202	7.4%
101人以上	198	7.3%
無回答	106	3.9%
合計	2,728	100.0%

問21 貴局では薬歴管理の電子化を行っていますか。（○は1つ）

	件数	割合
行っている	2,521	92.4%
行っていない	124	4.5%
無回答	83	3.0%
合計	2,728	100.0%

問22 電子版お薬手帳や電子薬歴システムを使用することにより、紙のお薬手帳や紙の薬歴を使用する場合と比べて、どのようなメリットがあると感じていますか。

(あてはまるもの全てに○)

【電子版お薬手帳】

	件数	割合
患者の同意のもと他職種に対して患者情報の提供を円滑に行えること	813	29.8%
体重、血糖値などのデータを経時的に把握しやすいこと	267	9.8%
患者の服薬結果を確認しやすいこと	459	16.8%
電子版お薬手帳における薬の飲み忘れ防止機能により、患者の飲み忘れが減ったこと	375	13.7%
医療情報が電子化されることにより、患者の待ち時間が短縮されること	620	22.7%
その他	150	5.5%
メリットは特に感じていない	690	25.3%
総数	2,728	

【電子薬歴システム】

	件数	割合
患者の同意のもと他職種に対して患者情報の提供を円滑に行えること	1,638	60.0%
体重、血糖値などのデータを経時的に把握しやすいこと	2,030	74.4%
患者の服薬結果を確認しやすいこと	1,756	64.4%
電子版お薬手帳における薬の飲み忘れ防止機能により、患者の飲み忘れが減ったこと	486	17.8%
医療情報が電子化されることにより、患者の待ち時間が短縮されること	1,302	47.7%
その他	83	3.0%
メリットは特に感じていない	122	4.5%
総数	2,728	

問23 令和5年1月11日(水)における開局時間外の電話相談件数をご記入ください。

(同一の患者から短時間に複数回、電話がかかってきた場合にも、別の件数として計上してください)

	集計数	平均値	
		夜間	閉局日
① 開局時間外の電話相談件数	2,463	0.3	0.3
② ①のうち、かかりつけ薬剤師が対応した件数(報酬を算定していないものも含む)		0.1	0.0
③ ①のうち、小児に関連する相談件数		0.0	0.0
④ ①のうち、在宅業務に関連する相談件数		0.0	0.0

問24 貴局での開局時間外の調剤応需の状況についてお選びください。(あてはまるもの全てに○)

	件数	割合
患者ごとに担当の薬剤師が対応している	119	4.4%
患者ごとの担当の薬剤師が対応するのではなく、薬局として対応している	1906	69.9%
他の薬局などと協力し、当番制などで対応し、服薬指導の内容などを共有している	86	3.2%
他の薬局などと協力し、当番制などで対応しているが、服薬指導の内容などは共有していない	128	4.7%
その他	73	2.7%
該当なし(上記の取組を行っていない)	430	15.8%
総数	2,728	

◀問24-1は、問24で「01」～「05」のうち1つでもご回答の場合、ご回答ください▶

問24-1 令和4年11月1カ月間における開局時間外の調剤件数(患者の求めに応じ、通常の開局時間外に調剤した件数)について、ご記入ください。

① 夜間に応需し、調剤した件数

	件数	割合
1人	1,758	80.3%
2人	220	10.0%
3人	51	2.3%
4人	46	2.1%
5人以上	84	3.8%
無回答	31	1.4%
合計	2,190	100.0%

② 閉局日に応需し、調剤した件数

	件数	割合
0人	1,877	85.7%
1人	180	8.2%
2人	15	0.7%
3人	20	0.9%
4人以上	14	0.6%
無回答	84	3.8%
合計	2,190	100.0%

問25 貴局では在宅業務を行っていますか。(○は1つ)

	件数	割合
行っている	2,131	78.1%
行っていない	506	18.5%
無回答	91	3.3%
合計	2,728	100.0%

＜問25-1～問25-3は、問25で「01 行っている」とご回答の場合、ご回答ください＞

問25-1 在宅業務を行ったきっかけについてお選びください。（あてはまるもの全てに○）

	件数	割合
患者からの要望があった	1,428	67.0%
医師からの要望があった	1,266	59.4%
介護支援専門員、看護師など医師以外の職種からの要望があった	1,483	69.6%
地域ケア会議等で要望があった	99	4.6%
外部からの要望はなかったが貴局内で在宅業務を行うことを決定した	365	17.1%
その他	44	2.1%
総数	2,131	

問25-2 問25-1の選択肢「01」～「06」のうち、在宅業務を行ったきっかけとして最もあてはまる番号を1つご記入ください。

	件数	割合
患者からの要望があった	418	19.6%
医師からの要望があった	539	25.3%
介護支援専門員、看護師など医師以外の職種からの要望があった	772	36.2%
地域ケア会議等で要望があった	8	0.4%
外部からの要望はなかったが貴局内で在宅業務を行うことを決定した	186	8.7%
その他	22	1.0%
無回答	186	8.7%
合計	2,131	100.0%

問25-3 令和4年11月1か月間における在宅業務の実施状況についてご記入ください。

① 一般住宅

【訪問建物数（延べ数）】

	件数	割合
0箇所	203	9.5%
1～5箇所	1,444	67.8%
6～10箇所	264	12.4%
11～20箇所	98	4.6%
21箇所以上	92	4.3%
無回答	30	1.4%
合計	2,131	100.0%

【訪問患者数（延べ数）】

	件数	割合
0人	202	9.5%
1～5人	1,363	64.0%
6～10人	318	14.9%
11～20人	96	4.5%
21人以上	112	5.3%
無回答	40	1.9%
合計	2,131	100.0%

【訪問1回当たり平均往復移動時間】

	件数	割合
5分以下	125	5.9%
6～10分	315	14.8%
11～20分	655	30.7%
21～30分	523	24.5%
31分以上	382	17.9%
無回答	131	6.1%
合計	2,131	100.0%

【訪問1回当たり平均指導時間】

	件数	割合
10分以下	361	16.9%
11～15分	687	32.2%
16～20分	459	21.5%
21～30分	355	16.7%
31分以上	117	5.5%
無回答	152	7.1%
合計	2,131	100.0%

② 居住系施設

【訪問建物数（延べ数）】

	件数	割合
0箇所	1,100	51.6%
1箇所	530	24.9%
2箇所	152	7.1%
3箇所	59	2.8%
4箇所以上	94	4.4%
無回答	196	9.2%
合計	2,131	100.0%

【訪問患者数（延べ数）】

	件数	割合
0人	1,080	50.7%
1～10人	405	19.0%
11～20人	106	5.0%
21～50人	153	7.2%
51人以上	173	8.1%
無回答	214	10.0%
合計	2,131	100.0%

【訪問1回当たり平均往復移動時間】

	件数	割合
5分以下	571	26.8%
6～10分	130	6.1%
11～20分	237	11.1%
21～30分	201	9.4%
31分以上	267	12.5%
無回答	725	34.0%
合計	2,131	100.0%

【訪問1回当たり平均指導時間】

	件数	割合
10分以下	670	31.4%
11～15分	212	9.9%
16～20分	110	5.2%
21～30分	116	5.4%
31分以上	207	9.7%
無回答	816	38.3%
合計	2,131	100.0%

＜問25-4は、問25で「02 行っていない」とご回答の場合、ご回答ください＞

問25-4 在宅業務を行っていない理由についてお選びください。（あてはまるもの全てに○）

	件数	割合
薬剤師の人員不足のため	264	52.2%
在宅業務を行うための費用（人件費・設備費等）が経営上、大きな負担であるため	49	9.7%
薬剤師が高齢であり体力的な問題があるため	31	6.1%
在宅業務の経験・知識がなく、対応方法がわからないため	43	8.5%
患者や医師などに確認したが、必要性がなかったため	167	33.0%
患者や医師などに確認はしていないが、必要性を感じていないため	50	9.9%
その他	77	15.2%
総数	506	

問26 貴局ではオンライン服薬指導を行っていますか。（○は1つ）

	件数	割合
行っている	1,322	48.5%
行っていない	1,314	48.2%
無回答	92	3.4%
合計	2,728	100.0%

＜問26-1は、問26で「01 行っている」とご回答の場合、ご回答ください＞

問26-1 オンライン服薬指導を行ったきっかけについて、ご記入ください。（あてはまるもの全てに○）

	件数	割合
患者からの要望があった	342	25.9%
医師からの要望があった	149	11.3%
介護支援専門員、看護師など医師以外の職種からの要望があった	6	0.5%
地域ケア会議等で要望があった	3	0.2%
外部からの要望はなかったが貴局内でオンライン服薬指導を行うことを決定した	800	60.5%
その他	155	11.7%
総数	1,322	

問27 令和4年11月1カ月間における処方元医療機関への疑義照会の状況についてご記入ください。

	集計数	平均値
① 処方元医療機関への疑義照会件数	2,415	46.3
② ①のうち、処方提案（薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等を医師に提案すること）を行った件数		13.9
③ ①のうち、小児に関連する相談件数		2.2

問28 地域医療情報連携ネットワーク（患者の同意のもと、診療情報などを地域の医療機関・薬局で共有するネットワーク）に参加し、患者情報の共有等による薬学的管理の向上に取り組んでいますか。（○は1つ）

	件数	割合
取り組んでいる	565	20.7%
薬局が参加可能な地域医療情報連携ネットワークがあるが、取り組んでいない	558	20.5%
薬局が参加可能な地域医療情報連携ネットワークがないため、取り組んでいない	544	19.9%
薬局が参加可能な地域医療情報連携ネットワークがあるか否かを把握していない	935	34.3%
無回答	126	4.6%
合計	2,728	100.0%

問29 貴局では、医療機関の医師又は薬剤部や地域医療連携室等との連携により、入退院時カンファレンスへの参加や入退院時の情報を共有する体制がありますか。

	件数	割合
ある	1,046	38.3%
ない	1,585	58.1%
無回答	97	3.6%
合計	2,728	100.0%

＜問29-1は、問29で「01 ある」とご回答の場合、ご回答ください＞

問29-1 令和4年11月1カ月間に、問29に示す医療機関の医師又は薬剤部や地域医療連携室等との連携により、入退院時カンファレンスへの参加や入退院時の情報を共有した回数をご回答ください。

	件数	割合
0回	850	81.3%
1回	129	12.3%
2回	31	3.0%
3回	10	1.0%
4回以上	20	1.9%
無回答	6	0.6%
合計	1,046	100.0%

問30 貴局では、薬局の利用者からの健康に関する相談に適切に対応し、そのやり取りを通じて、必要に応じ医療機関への受診勧奨を行う際に、利用者の同意を得た上で、当該利用者の情報等を文書により医療機関（医師）に提供する体制がありますか。

	件数	割合
ある	2,030	74.4%
ない	481	17.6%
無回答	217	8.0%
合計	2,728	100.0%

「問30-1は、問30で「01 あり」とご回答の場合、ご回答ください」

問30-1 令和4年11月1カ月間に、問30に示す受診勧奨を行う際に、利用者の同意を得た上で、当該利用者の情報等を文書により医療機関（医師）に提供した回数をご回答ください。

	件数	割合
0回	1,534	75.6%
1回	236	11.6%
2回	95	4.7%
3回	24	1.2%
4回以上	127	6.3%
無回答	14	0.7%
合計	2,030	100.0%

問31 貴局では、患者の同意を得た上で、患者の服薬状況等を服薬情報等提供料に係る情報提供書等の文書により、医療機関（医師）に提供したことがありますか。
なお、服薬情報等提供料の算定有無にかかわらずご回答ください。

	件数	割合
ある	2,277	83.5%
ない	294	10.8%
無回答	157	5.8%
合計	2,728	100.0%

「問31-1は、問31で「01 あり」とご回答の場合、ご回答ください」

問31-1 令和5年1月11日（水）に、患者の同意を得た上で、患者の服薬状況等を服薬情報等提供料に係る情報提供書等の文書により、医療機関（医師）に提供した回数をご記入ください。なお、服薬情報等提供料の算定有無にかかわらずご計上ください。

	件数	割合
0回	1,372	60.3%
1～5回	650	28.5%
6～10回	83	3.6%
11～20回	66	2.9%
21回以上	70	3.1%
無回答	36	1.6%
合計	2,277	100.0%

「問31-2は、問31で「02 ない」とご回答の場合、ご回答ください」

問31-2 医療機関（医師に対して患者の服薬情報等を示す文書を提供していない理由をお選びください。（あてはまるもの全てに○）

	件数	割合
医師からの求めがないため	171	58.2%
文書を提供しても医師が必要としないと思うため	37	12.6%
文書を作成・提供することに手間がかかるため	21	7.1%
文書以外の手段（地域医療情報ネットワーク、口頭、電話等）で情報提供しているため	84	28.6%
患者の服薬情報等を提供すること自体に意義を感じていないため	6	2.0%
医師に情報提供できるほど、患者の服薬情報等を把握していないため	22	7.5%
患者の同意を得ることができなかったため	44	15.0%
その他	14	4.8%
総数	294	

問32 貴局における他職種との連携（医療機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション等との連携）の具体的方法・内容について、ご記入ください。（あてはまるもの全てに○）

	件数	割合
他職種が質の向上を図るための研修会の開催・参加	1,245	45.6%
地域ケア会議等における検討・情報共有	1,095	40.1%
地域ケア会議以外の会合における検討・情報共有	373	13.7%
地域の医療機関・介護施設等の連絡先をリスト化して、地域で共有している	297	10.9%
近隣の医療機関・介護施設等と都度、連絡を取り合っている	1,085	39.8%
医師の在宅訪問への同行	239	8.8%
その他	35	1.3%
該当なし（他職種と連携していない）	401	14.7%
総数	2,728	

問33 他の薬局をかかりつけにしている患者が来局した際に得られた服薬情報等を、その患者のかかりつけ薬局へ情報提供していますか。

	件数	割合
行っている	604	22.1%
行っていない	2,025	74.2%
無回答	99	3.6%
合計	2,728	100.0%

「問33-1は、問33で「01 行っている」とご回答の場合、ご回答ください」

問33-1 具体的な情報提供方法についてお答えください。（あてはまるもの全てに○）

	件数	割合
お薬手帳（紙・電子版のいずれも）への記入・シールの貼付	533	88.2%
電話による直接的な情報共有	141	23.3%
電子メール・FAXによる情報共有	67	11.1%
地域医療情報連携ネットワークを通じた情報共有	6	1.0%
その他	3	0.5%
総数	604	

問34 貴局において実施している、地域での活動についてご記入ください。（あてはまるもの全てに○）

	件数	割合
地域ケア会議への参加	1,337	49.0%
地域住民向けの講演やお薬相談会などの実施	847	31.0%
学校等における薬物乱用防止や薬の使用法などに関する講演の実施	346	12.7%
その他の学校薬剤師としての活動	505	18.5%
その他	312	11.4%
実施していない	492	18.0%
総数	2,728	

問35 貴局では、これまで副作用等の報告を医薬品医療機器総合機構（PMDA）へ行ったことがありますか。（○は1つ）

	件数	割合
はい	1,093	40.1%
いいえ	1,267	46.4%
わからない	278	10.2%
無回答	90	3.3%
合計	2,728	100.0%

「問35-1は、問35で「01 はい」とご回答の場合、ご回答ください」

問35-1 貴局における令和4年1月1カ月間の副作用等の報告を実施した延べ件数をご記入ください。

	件数	割合
0回	839	76.8%
1回	162	14.8%
2回	43	3.9%
3回	24	2.2%
4回以上	21	1.9%
無回答	4	0.4%
合計	1,093	100.0%

問36 貴局では、薬局医療安全対策推進事業における 薬局 ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業（本設問では「当該事業」と表す）の「参加薬局」として登録を行っていますか。（○は1つ）

	件数	割合
はい	2,338	85.7%
いいえ（当該事業を知っている）	156	5.7%
わからない（当該事業を知らない）	90	3.3%
無回答	144	5.3%
合計	2,728	100.0%

「問36-1は、問36で「01 はい」とご回答の場合、ご回答ください」

問36-1 貴局では、令和4年11月1カ月間に、疑義照会により処方変更がなされた結果、患者の健康被害や医師の意図した薬効が得られないことを防止するに至った事例をヒヤリ・ハット事例として報告していますか。

	件数	割合
行っている	1,142	48.8%
行っていない	1,168	50.0%
無回答	28	1.2%
合計	2,338	100.0%

問37 貴局では、問36で回答いただいた薬局医療安全対策推進事業におけるヒヤリ・ハット事例収集・分析事業以外にプレアポイド事例に関して把握・収集する取組を行っていますか。(○は1つ)

	件数	割合
行っている	2,121	77.7%
行っていない	480	17.6%
無回答	127	4.7%
合計	2,728	100.0%

問38 貴局では、プロトコルに基づいた薬物治療管理 (PBPM) の取組を行っていますか。(○は1つ)

	件数	割合
行っている	340	12.5%
行っていない	2,268	83.1%
無回答	120	4.4%
合計	2,728	100.0%

問39 令和4年11月1カ月間に、処方箋に併記する形などで患者の検査値や疾患名等の情報を医療機関から受け取った上で服薬指導を行った件数を、処方箋枚数ベースとして、該当するものをお答えください。

① 検査値

	件数	割合
0回	584	21.4%
1～10回	1,129	41.4%
11～30回	373	13.7%
31～50回	125	4.6%
51回以上	358	13.1%
無回答	159	5.8%
合計	2,728	100.0%

② 疾患名

	件数	割合
0回	1,762	64.6%
1～10回	512	18.8%
11～20回	78	2.9%
21～30回	28	1.0%
31回以上	104	3.8%
無回答	244	8.9%
合計	2,728	100.0%

③ その他

	件数	割合
0回	1,504	55.1%
1～10回	212	7.8%
11～20回	63	2.3%
21～30回	14	0.5%
31回以上	80	2.9%
無回答	855	31.3%
合計	2,728	100.0%

問40 貴局では、患者自身で健康増進や健康維持に対する関心を高めてもらうことを目的として、患者に対しどのような働きかけを行っていますか。(あてはまるもの全てに○)

	件数	割合
薬剤師が主導して健康増進や健康維持に関する問いかけ・指導を行っている	1,441	52.8%
患者からの要望に応じて健康増進や健康維持に関する指導やそれらの内容が記載された資料の提供を行っている	1,670	61.2%
薬局内にある機器を使用して血圧や血糖値を測定することを勧めている	466	17.1%
貴局単独で開催する患者の健康相談会・健康セミナーへの参加を勧めている	290	10.6%
地域で他の主体が開催する健康相談会・健康セミナー・健康維持に役立つ運動教室やサークル等について情報提供や参加を勧めている	350	12.8%
その他	41	1.5%
意識的に何らかの働きかけは行っていない	265	9.7%
総数	2,728	

問41 薬局業務の生産性向上を目的として実施している事についてお教えてください。(あてはまるもの全てに○)

	件数	割合
ICTシステムの導入	1,892	69.4%
地域医療情報連携ネットワークへの参加	514	18.8%
薬局業務改善のためのコンサルタント導入	96	3.5%
法人本部から助言を得る	1,050	38.5%
地域薬剤師会への加入	1,781	65.3%
地域の他薬局との業務提携	363	13.3%
地域の他薬局との協力(業務提携以外)	660	24.2%
薬局機能の専門化(例:在宅業務、高度薬学管理業務等に特化)	319	11.7%
薬剤師を多く雇用する	107	3.9%
薬剤師の患者担当制の導入	357	13.1%
薬剤師の担当制(調剤、在宅等)の導入	372	13.6%
同一法人内薬局間における人事異動を減らす	75	2.7%
その他	25	0.9%
総数	2,728	

【「ICTシステムの導入」回答者の具体的なICTシステム】

	件数	割合
電子薬歴システムの導入	2,086	76.5%
電子版お薬手帳の導入	1,824	66.9%
自動分包機の導入	1,508	55.3%
医薬品自動発注システムの導入	929	34.1%
薬剤師と患者とのコミュニケーションを円滑化するツール(チャット、スマホアプリ等)	1,028	37.7%
在庫管理システムの導入	1,608	58.9%
調剤監査システムの導入	1,234	45.2%
その他	21	0.8%
総数	2,728	

問42 患者に服薬について深く理解してもらうことを目的として、服薬指導を効果的に行うために必要に応じ実施している事項をお教えてください。

(あてはまるもの全てに○)

	件数	割合
調剤した薬剤の服薬について患者がある程度理解していることを確認するまで、何度でも説明する	1,978	72.5%
調剤内容と直接的に関わりのない会話なども交え、患者の関心を高める	2,011	73.7%
薬を飲まなかった場合の健康悪化など懸念される事項について説明し、患者の関心を高める	1,779	65.2%
過去に薬を飲み続けたことで検査値が維持・改善していることをデータで示し、患者の関心を高める	1,274	46.7%
薬剤に関する資料を使用して説明する	1,560	57.2%
服薬指導を効果的に行うためのマニュアルを作成して活用している	234	8.6%
プライバシーに配慮するためのパーテーションを設置している	1,494	54.8%
患者家族にも同席してもらっている	517	19.0%
その他	19	0.7%
上記事項は特に行っていない	14	0.5%
総数	2,728	

厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業）
 分担研究令和4年度終了報告書

薬剤師のフォローアップ効果測定等に関する調査研究

所 属 東京薬科大学薬学部
 研究代表者 益山 光一
 分担研究者 山田 哲也

研究要旨

本研究では、公益社団法人日本薬剤師会が2020年7月に発表した「薬剤使用期間中の患者フォローアップの手引き（第1.0版）」を踏まえつつ、薬剤師が調剤時のみならず、薬剤師が必要であると判断した場合に患者の薬剤の服用期間を通じて服薬状況の把握や薬学的知見に基づく指導を行うフォローアップ業務の効果を測定するため、令和2年度は、文献調査と本研究班の親委員会での検討により、対象者及び対象薬剤と実施方法を決定した。令和3年度は、アンケート協力依頼書、薬局薬剤師がアンケートをお願いする際の手順書、アンケート調査票の内容について親委員会での検討を重ねた後、本学の倫理審査委員会の承認を得て、アンケートを実施した。令和4年度は、アンケート結果の集計及び分析の実施、学会発表を行った。

A. 研究目的

2019年12月に公布された薬機法等改正法により、第二十五条の二（情報の提供及び指導）に新たに、『2 薬剤師は、前項に定める場合のほか、調剤した薬剤の適正な使用のため必要があると認める場合には、患者の当該薬剤の使用の状況を継続的かつ的確に把握するとともに、患者又は現にその看護に当たっている者に対し、必要な情報を提供し、及び必要な薬学的知見に基づく指導を行わなければならない。』旨が追加され、薬剤師のフォローアップ業務の実施義務が求められたところである。

このフォローアップが必要なケースについては、「薬剤師が調剤した薬剤の適正な使用のため必要があると認める場合」であることが、個別患者や薬剤等の状況を勘案し、各薬剤師の判断で実施の有無を判断することとなる。

このような個別の判断等に繋がる取組みの参考となるよう、服薬期間中の継続的なフォローアップの効果を把握するこれまでの先行的なフォローアップの取組みの実施事例について、公益社団法人日本薬剤師会が2020年7月に発表した「薬剤使

用期間中の患者フォローアップの手引き（第1.0版）」（以下、「手引き」という。）におけるフォローアップの定義に当てはまる事例について整理するとともに、手引きをもとに薬局薬剤師がフォローアップ業務を実施する際、患者本位の質の高いフォローアップ業務が可能となるための、手引きの更新に向けた具体事例の収集・掲載方法の検討について実施しているところである。

本分担研究では、個別事例の取組みのみならず、フォローアップ業務の有用性の測定等に関する調査研究の着手について検討を行った。具体的には、「手引き」の「3. 薬剤使用期間中の患者フォローアップとそれを行う上での基本的考え方」に記載されている「①個々の患者の特性、②罹患している疾病の特性、③当該使用薬剤の特性」を踏まえ、適切に患者フォローアップをできることに留意しつつ、本研究の実施期間内で測定可能な項目等を考慮し、①小児に関し、③相談の多い薬剤に焦点をあて、フォローアップの効果測定の調査を実施することとした。

B. 研究方法

本調査研究の実施方法としては、本研究班の親委員会（日本薬剤師会、日本保険薬局協会、日本チェーンドラッグストア協会、日本病院薬剤師会、帝京平成大学、認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML、東京薬科大学から構成）で検討・確認いただいた上で実施した。

1. アンケート調査の集計及び分析

研究対象薬及び対象者は本研究の研究班会議での検討を基に選定した。その結果、フォローアップが効果的であると考えられる事例として、処方頻度が高くかつ使用効果の確認が得られやすい坐薬（解熱鎮痛坐薬（イブプロフェン、ジクロフェナクナトリウム、アセトアミノフェン）、熱性けいれん発作改善坐薬（ジアゼパム、フェノバルビタール））を対象薬とし、小児（0～7歳の未就学児）に初めて、もしくは2回目以上だが、薬剤師から見て坐薬の使用に不安を抱いている20歳以上の保護者（母親、父親、祖父母など）を対象者とした。

日本薬剤師会、日本保険薬局協会及び日本チェーンドラッグストア協会が選定した協力薬局に来局した来局者の中で薬局薬剤師が研究対象者に当てはまる（調剤した薬剤の適正使用のため薬剤師の指導・助言等が必要と認めると判断した保護者に対し、服薬指導時にアンケート調査について説明しアンケート協力依頼チラシを配布してもらった。

（アンケートの説明を受けた人がアンケートに答える本人であることをその際確認する）。アンケート調査の依頼をしてくれる薬局薬剤師向けには手順書を作成し、これに沿って研究対象者に説明してもらった。また、アンケート協力依頼チラシについては薬局内のわかりやすい場所に掲示してもらった。

来局後、薬剤師の判断のタイミングでフォローアップ（電話、SNS等）を実施し、その際にもう一度アンケート調査にご協力いただくよう声掛けすることとした。なお、アンケート調査の協力可否がフォローアップ実施の判断基準にならないことも合わせて説明を行った。

薬剤師からのフォローアップ実施後、研究に協力意思のある対象者は、アンケート協力依頼チラシに記載されたQRコードを読み

取る方法又はURLからアクセスする方法からインターネット上のアンケート調査票にて回答してもらった。なお、アンケートの冒頭にはアンケートに協力したくない場合は無理に回答する必要のないこと、それによって不利益を被ることは一切ないこと、最後の送信ボタンを押すまではアンケートの途中でいつでも協力をやめることができることを記載した。アンケートの最初の項目には、もう一度アンケートに協力していただけるかの意思確認の項目を入れ、協力しない場合はそこでアンケートが終了する設定にした。調査実施期間は、令和3年12月15日から令和4年3月17日であった。

なお、カイ二乗検定の有意水準は5%とし、Cochran's rule（コクラン・ルール）により2×2のカイ二乗検定では期待数が5未満のマスがあってはいけないため、その場合はFisherの正確確率検定を有意水準5%として行った。

（倫理面への配慮）

本研究について、本学の倫理審査委員会の審査を受け承認を得た（承認番号；人医-2021-027）。

C. 研究結果

1. アンケート調査結果と分析

坐薬のフォローアップを行った保護者から全42件の回答が得られた。

問1 アンケート協力の可否

回答のあった42件のうち、「アンケートに協力する」と回答したのは38件（90.5%）、「アンケートに協力しない」と回答したのは4件（9.5%）であった。

《基本情報》

問12 坐薬を処方された子との続柄

回答のあった38件のうち、「母親」と回答したのは33件（86.8%）、「父親」と回答したのは4件（10.5%）、「叔母」と回答したのは1件（2.6%）、「祖父母」と回答したのは0件（0%）であった。

《アンケートに協力いただける方対象》

問2 坐薬の使用回数

回答のあった37件のうち、回答者が坐薬

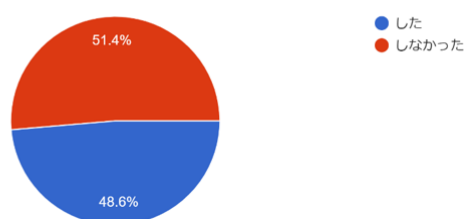
をお子さんに使用する回数が「初めて」と回答したのは18件(48.6%)、「2回目以上」と回答したのは19件(51.4%)であった。

《薬について薬局から受けた電話等について》

問7 薬剤師からの電話等で薬について質問したか

回答のあった37件のうち、「した」と回答したのは18件(48.6%)、「しなかった」と回答したのは19件(51.4%)であった。

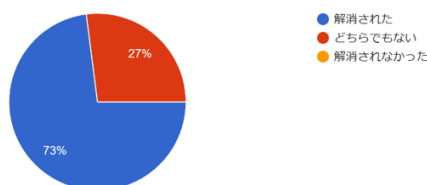
7. 薬剤師から電話などがあって、薬について質問しましたか。
37件の回答



問9 薬剤師から電話等があることで、わからないことや不安が解消されたか

回答のあった37件のうち、「解消された」と回答したのは27件(73%)、「どちらでもない」と回答したのは10件(27%)、「解消されなかった」と回答したのは0件(0%)であった。

9. 薬剤師から電話などがあることで、わからないことや不安が解消されましたか。
37件の回答



問7と問9においてFisherの正確確率検定を行ったところ、p値が0.00782となったことから、薬剤師からの電話にて質問する機会があるということは不安の解消に繋がることが示された。

問5 実際に坐薬を使用してみて、わからないことや不安に思うことがあったか

回答のあった34件のうち、「あった」と回答したのは10件(29.4%)、「なかった」と回答したのは24件(70.6%)であった。

	解消された	どちらでもない	されなかった	合計
不安があった	8	2	0	10
不安がなかった	16	8	0	24
合計	24	10	0	34

問5にて不安に思うことがあったと答えた回答者のうち、80%が薬剤師からの電話によって不安が解消された。

《問5で「あった」と回答した方対象》

問6 その内容

1. タイミングについて

- ・使っていい体温なのかわからなかった
- ・夜中に使って良いか判断に迷った

2. 上手く使用できなかった時

- ・使用量が5分の4だったので、自分で切ったが目分量で切ったので不安だった
- ・坐薬を入れた後しばらくしてうんちをしてしまった

問10 今後、薬についてわからないときは薬剤師に聞こうと思うか

回答のあった38件のうち、「聞きたい」と回答したのは33件(86.8%)、「連絡があれば聞きたい」と回答したのは3件(7.9%)、「聞きたくない」と回答したのは2件(5.3%)であった。

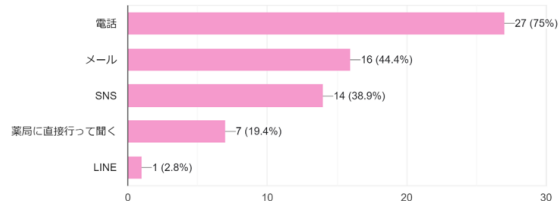
実際に服薬フォローアップを実施した回答者に対して、今後薬について分からないときには薬剤師に聞きたい、連絡があれば聞きたいという回答者が94.7%であったことから、服薬フォローアップを行うことは薬剤師の信頼の獲得にも繋がることが示された。

《薬について薬剤師に聞きたい方》

問11 薬剤師に質問したいときはどの手段で質問できると便利だと思うか(複数回答可)

回答のあった36件のうち、「電話」と回答したのは27件(75%)、「メール」と回答したのは16件(44.4%)、「SNS」と回答したのは14件(38.9%)、「薬局に直接行って聞く」と回答したのは7件(19.4%)、「LINE」と回答したのは1件(2.8%)であった。

11. 先程の質問で「聞きたい」又は「連絡があれ...問できると便利だと思いますか。(複数回答可)
36件の回答



D. 健康危機情報

総括研究年度終了報告書に記載。

E. 研究発表

平野友唯, 増井良輔, 能城裕希, 山田哲也, 益山光一, 北垣邦彦, 第55回日本薬剤師会学術大会(主催者; 公益社団法人日本薬剤師会/一般社団法人宮城県薬剤師会), 「薬剤師のフォローアップ効果測定等に関する調査研究」(仙台市, 2022年10月10日)

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

薬薬連携に関する調査検証 (フォローアップ実施等の質の高い薬学的管理における 病院と薬局連携の合理化)

所 属 東京薬科大学薬学部
分担研究者 北垣 邦彦
分担研究者 山田 哲也

研究要旨

本研究では、薬局での情報入手状況等の実態把握を目的に、がん領域の薬薬連携において病院が提供する情報の薬局での入手状況を調査すると共に、入手した情報の内容と先行研究で病院が情報提供した内容を比較することを目的とした。また、薬局におけるがん外来化学療法に対するフォローアップの実態を把握することを目的として実施した。令和4年度は、抗がん剤の外来処方箋についての病院との連携等に関する自筆式調査票を調査対象薬局に郵送し、回答記載後返送された調査票を回収し、各薬局の結果を集計した。その結果、抗がん剤を含む処方箋を発行する病院からの薬薬連携の方法や連絡手段などの情報提供について「全ての病院でしていた」、「一部の病院でしていた」と回答したのは専門薬局94.9%、特管2薬局83.9%、一般薬局23.5%であった。

A. 研究目的

改正薬剤師法に基づき薬剤師は、薬剤の適正な使用のため必要があると認める場合には、使用状況の継続的かつ的確な把握、指導や助言の実施が求められる。特に、経口抗癌剤は、有害事象の発現頻度や重篤度が他の疾患の治療薬と比較して高い傾向にあり、高度な薬学管理が求められる。近年、がん治療は外来化学療法が主流になりつつあり、保険薬局が果たす役割は重要性を増している。さらに、地域包括ケアが拡がりつつあり、がん外来化学療法が増えていることから、どの保険薬局においてもがんの薬物治療に関わる可能性がある。そのため、薬局と病院が患者の治療内容等の情報を共有し連携すること（薬薬連携）が一層重要となっている。

我々はこれまでに、全国のがん診療拠点病院を対象に、がん領域の薬薬連携に関する情報提供の内容について調査し、病院が情報提供で重視する内容に一定の共通認

識が存在することを確認した(2021年度報告、レギュラトリーサイエンス学会誌受理済み)。しかし、薬局の情報入手状況には不明点が多いことから、本研究では、薬局での情報入手状況等の実態把握を目的に、がん領域の薬薬連携において病院が提供する情報の薬局での入手状況を調査すると共に、入手した情報の内容と先行研究で病院が情報提供した内容を比較することを目的とした。また、薬局におけるがん外来化学療法に対するフォローアップの実態を把握することを目的とした。

B. 研究方法

抗がん剤の外来処方箋についての病院との連携等に関する自筆式調査票を調査対象薬局に郵送し、回答記載後返送された調査票を回収し、各薬局の結果を集計した。郵送対象薬局は、専門医療機関連携薬局（専門薬局）、「特定薬剤管理指導加算2」の施設基準を届け出ている薬局（特管2薬局）、前者のいず

れにも該当しない薬局（一般薬局）とした。専門薬局は、令和4年11月末までに公表されているすべての専門医療機関連携薬局127件とした。（公社）日本薬剤師会及び（一社）日本保険薬局協会から対象となる特管2薬局1,992件及び一般薬局52,986件の薬局名、連絡先等の情報を入手し、無作為抽出を行いそれぞれ郵送調査対象薬局400件とした。得られた各薬局群の回答データをJMP Pro 16.2.0を用いて解析した。

添付：調査実施説明 分担②-資料1
アンケートの内容 分担②-資料2

（倫理面への配慮）

本研究について、本学の倫理審査委員会の審査を受け承認を得た（承認番号；人医-2022-029）。

C. 研究結果

専門薬局59件（回収率：46.5%）、特管2薬局92件（23%）、一般薬局75件（18.8%）から回答が得られた。抗がん剤を含む処方箋を発行する病院からの薬薬連携の方法や連絡手段などの情報提供について「全ての病院でしていた」、「一部の病院でしていた」と回答したのは専門薬局94.9%、特管2薬局83.9%、一般薬局23.5%であった。また、レジメン情報の提供について「全ての病院でしていた」、「一部の病院でしていた」と回答したのは専門薬局96.6%、特管2薬局83.0%、一般薬局31.4%であった。レジメンの詳細内容等、患者の治療に関する情報のうち、薬局の入手率が高い項目は、先行研究で情報提供率が上位だった項目に該当する傾向が示された。

がん患者への「フォローアップの実施率が50%以上」「10%未満」の薬局は、それぞれ専門薬局で56.9%及び20.7%、特管2薬局で8.3%及び72.6%、一般薬局で7.6%及び87.9%であった。フォローアップの必要性の判断基準として「副作用の有無」を挙げた薬局は、いずれの薬局群でも95%以上であったが、「副作用の有無」をフォローアップした薬局は、専門薬局は100%、特管2薬局は87.5%、一般薬局は71.2%であった。フォローアップを実施しなかった理由を「病院からの情報不足」「処方に関する知識不足」とし

た薬局は、それぞれ専門薬局は34.1%及び22.7%、特管2薬局は54.4%及び52.2%、一般薬局は75.0%及び55.6%であった。

D. 健康危機情報

なし

E. 研究発表

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

抗がん剤の外来処方箋についての 病院との連携等に関する調査

《ご協力をお願い》



この度は、2023年1月より実施する「抗がん剤の外来処方箋についての病院との連携等に関する調査」の対象として、貴薬局が選ばれたことをご案内するとともに、調査概要および調査の流れ等をご説明させていただくための資料です。

調査概要

実施団体およびアンケート調査の背景(課題)・目的

- ・ 東京薬科大学薬学部 社会薬学研究室は、地域薬局および薬剤師の取組や活動を応援するために、調査研究を実施しています。
- ・ 主な目的は、薬局・薬剤師が抗がん剤の処方監査、服薬指導時及びフォローアップ時に必要となる情報の収集及び提供の現状について把握することです。
- ・ アンケートは無記名で行い、回答された個人は特定されません。また、アンケートへの参加・不参加は、貴方様の自由意志で決めることができます。
- ・ お忙しいところ、大変恐縮ではございますが、調査の趣旨と目的をご理解いただき、アンケート調査へのご協力をお願いいたします。

実施団体

東京薬科大学 薬学部 社会薬学研究室
東京都八王子市堀之内1432-1 (担当：北垣)



本調査へ参加される前に必ずお読みください

調査対象に選定された理由

本調査では、表紙にお示しした目的から令和4年11月末までに公表されているすべての専門医療機関連携薬局を対象としました。また、専門医療機関連携薬局以外の薬局については、（公社）日本薬剤師会及び（一社）日本保険薬局協会からご推薦いただいた薬局から無作為化抽出を行い調査対象薬局とさせていただきます。

研究への参加と撤回

本研究の趣旨をご理解いただきご参加いただければと思いますが、参加するかどうかはご自身で決定してください。説明を読んでお断りいただくこともできますので、研究の辞退については、研究責任者にお電話或いはメールにてお知らせください。お断りになったり、一度参加を決めてから途中で辞退されることになったりしても、何ら不利益を被ることはありません。また、アンケート回答の終了後、いつでも参加を辞めることもできます。その際には、それまでに収集したデータを分析対象としてよいのか、廃棄を希望されるのかをお聞かせいただければ、それに従ってデータを取扱います。

研究に協力することにより期待される利益

本調査の結果は、今後外来処方箋（抗がん剤）における薬薬連携等の在り方について、検討する上での大切な基礎資料として期待されます。

また本調査に参加し、アンケート調査票の回答をご提出していただくと、後日、実施団体より、QUOカード500円分を謝礼としてお送りいたします。

研究参加に伴う安全性の確保

本調査の参加には、何ら身体的な危険は伴いません。しかし、アンケート回答を進めるなかで回答したくないことが質問された場合は、無理に回答いただかなくて結構です。また、アンケート回答を中断または中止された方は研究を辞退していただくこととなりますが、改めてアンケート調査に参加いただける場合は、研究責任者にお伝えください。

守秘および個人情報、研究データの取り扱い

本研究調査で得られた回答データを、研究目的以外に用いることはなく、守秘を守ります。また個人情報を保護するため、回答する方のお名前や個人を特定できるような個人情報は研究データから取り除き、個人が一切特定されない形にして、研究責任者の責任下にて研究のため5年間保管します。なお、5年経過後には同意書を含む全てのデータを廃棄します。

研究に関する資金源

本研究は、令和2年度厚生労働科学研究費補助金「薬剤師の職能発揮のための薬学的知見に基づく継続的な指導等の方策についての調査研究」及び、その関連研究である。

調査の流れ (調査票のご回答は、●月●日までにご投函ください)

①

調査のご案内

ご郵送物をご確認ください。

送付物： ①本資料、②調査票(アンケート冊子)、③謝礼に関する書類
④同意撤回書、⑤返信用封筒

②

調査説明

同封内の「抗がん剤の外来処方箋についての病院との連携等に関する調査」の研究の説明文書をご参照ください。

③

アンケートにご回答(任意)

お時間のある時に、アンケートにご回答ください。
(回答は 全45問 15分程度を想定しています)

④

アンケートのご提出

ご提出の方法は、最寄りのポストへご投函ください。

※必ず返信用封筒の中に「調査票」と「謝礼に関する書類」を封入してください。
※調査期間中に、お手数ですがご提出をお願い致します。

⑤

アンケートの集計・取り纏め

東京薬科大学薬学部社会薬学研究室で行います。

研究の倫理審査および研究成果の公表

本研究は、東京薬科大学における「人を対象とする医学・薬学並びに生命科学系研究」に関する倫理審査委員会の承認を得ています。(人医-2022-029)

アンケートの調査結果は、学術雑誌または学会等で発表する予定です。

また、東京薬科大学薬学部社会薬学研究室ホームページで公開いたします。

閲覧URL : <https://toyaku-shakaiyakugaku.jp>





本研究についてご不明な点がございましたら、いつでも遠慮なく研究責任者におたずねください。

お問合せ先

東京薬科大学薬学部社会薬学研究室
研究責任者：北垣 邦彦
042-676-4883 / kitagaki@toyaku.ac.jp

調査票

抗がん剤の外来処方箋についての 病院との連携等に関する調査

※ 本研究は、令和2年度厚生労働科学研究費補助金「薬剤師の職能発揮のための薬学的知見に基づく継続的な指導等の方策についての調査研究」及び、その関連研究である。

調査実施： 東京薬科大学薬学部社会薬学研究室

ご回答いただく前にお読みください。

- 本研究について、調査概要および調査の流れ等について説明文を確認し、本研究の目的および方法等を十分に理解し、調査研究に参加することを、本調査票のご回答及びご提出を以て同意とみなします。
- このアンケートは匿名（無記名）です。個人が特定されることはありません。
- アンケートへの回答はあなた様の自由意志によるものです。回答したくない質問は飛ばして構いません。
- ご回答は、ボールペン（黒や青）でお願いいたします。
- あなた様の回答は、全体を集計する形でまとめられ、がん診療連携拠点病院と全国保険薬局との連携協力体制の在り方について、検討する上での大切な基礎資料となります。

実施団体： 東京薬科大学 薬学部 社会薬学研究室

以下、アンケートの設問（全45問）にご回答をお願いいたします。

ご自身について

問1 本調査に回答されている方は下記のいずれかですか。（☑は1つ）

- 管理薬剤師
 - 管理薬剤師以外
-

貴薬局の基本情報について

※ 2021年4月～2022年3月の1年間における薬局の実績についてお答え下さい。

問2 薬局所在地について教えてください。（下欄にご記入ください）。

() 都・道・府・県

問3 健康サポート薬局の認定について教えてください。（☑は1つ）

- なし
 - あり
-

問4 地域連携薬局の認定について教えてください。（☑は1つ）

- なし
 - あり
-

問5 専門医療機関連携薬局(がん)の認定について教えてください。（☑は1つ）

- なし
- あり

問6

「かかりつけ薬剤師」登録患者総数について教えてください。(☑は1つ)
ただし、回答が「あり」の場合、()内にその概数をご記入ください。

- なし
- あり (名)

問7

1薬局あたりの薬剤師数について教えてください。(下欄に実数記入)

正社員あるいは常勤職※1：	名	※1: 週32時間以上 勤務
非正社員あるいは非常勤職※2：	名	※2: 週32時間未満 勤務

問8

病院勤務経験がある薬剤師の在籍について教えてください。(☑は1つ)
ただし、回答が「あり」の場合、()内にその実数をご記入ください。

- なし
- あり (名)

問9

問8で「あり」と回答した場合、抗がん剤の調製やまたはがん治療患者の薬学管理業務経験がある薬剤師の在籍について教えてください。(☑は1つ) ただし、回答が「あり」の場合、()内に実数をご記入ください。

- なし
- あり (名)

問10

がんに関する専門性を有する薬剤師の在籍について教えてください。(☑は1つ)

なし

あり

☑ありの場合、下記の薬剤師人数について教えてください。

日本医療薬学会 地域薬学ケア専門薬剤師 (副領域 がん) :	名
日本臨床腫瘍薬学会 外来がん治療専門薬剤師 :	名
その他・認定名称 : () :	名
その他・認定名称 : () :	名
その他・認定名称 : () :	名

問11

採用医薬品数について教えてください。下欄にその概数※をご記入ください。

医療用医薬品	品目
そのうち、抗がん剤	品目

※同一薬剤でも、規格違いのものはそれぞれ1品目としてカウントして下さい。

問12

医療用麻薬の取扱について教えてください。(☑は1つ)
ただし、回答が「あり」の場合、()内にその概数※をご記入ください。

なし

あり () 品目

※同一薬剤でも、規格違いのものはそれぞれ1品目としてカウントして下さい。

問13

2021年4月～2022年3月の1年間における処方箋の総応需枚数をお答え下さい。
()内に実数をご記入ください。

() 枚

問14

2021年4月～2022年3月の1年間に処方箋を応需した医療機関数と、特定の医療機関が占める割合（集中度）をお答え下さい。

医療機関数 ()

集中度 () %

問15

2021年4月～2022年3月の1年間の、薬局に在庫している抗がん剤の総調剤回数（総払い出し回数）をお答えください（薬局で採用しているレセプトコンピュータや、在庫管理システムなどを用いて集計可能な抗がん剤の各品目、規格ごとの総払い出し回数の合計）

() 回

問16

ご自身の薬局は、現在「特定薬剤管理指導加算2」の施設基準に係る届け出を行っていますか。（☑は1つ）

行っている

行っていない

問17

問16で「施設基準の届け出を行っている」と回答した方にお伺いします。2021年4月～2022年3月の1年間に、特定薬剤管理指導加算2を算定しましたか。算定した場合は件数もお答え下さい。（☑は1つ）

算定した () 件

算定しなかった

抗がん剤に関する調剤報酬算定の状況について

※ご自身の薬局の施設基準の届け出状況と今後の予定についてお伺いします。

問18

問17で特定薬剤管理指導加算2を「算定しなかった」と回答した方にお伺いします。その理由のうち、下記の各問の該当するものを選択して下さい。(☑は1つ)

a. 算定対象となる患者がいなかった（または少なかった）

- はい
- いいえ

b. 薬局での処方監査や服薬指導に必要な情報が、病院から十分に提供されましたか

- はい
- いいえ

c. 患者に実施した服薬指導の内容が、算定要件を満たさなかった

- はい
- いいえ

d. 患者に実施した服薬指導内容が、算定可能なのかを判断できなかった

- はい
- いいえ

e. 患者に加算の趣旨を説明した際に、同意が得られず算定を断念した

- はい
- いいえ

f. 処方元の医療機関が、連携充実加算を算定していなかった

- はい
- いいえ

問19

問16で施設基準の届け出を「行っていない」と回答した方にお伺いします。ご自身の薬局の施設基準の届け出に関する今後の予定をお答え下さい。(☑は1つ)

- 届け出予定（または手続き中）である
- 届け出予定はない
- 未定

問20

問19で「届け出予定はない」または「未定」と回答した方にお伺いします。その理由のうち、下記の各問の該当するものを選択して下さい。(☑は1つ)

a. 保険薬局の勤務経験が5年以上有している薬剤師はいますか

- いない
- いる

b. 患者のプライバシーに配慮した服薬指導が出来る体制はありますか

- ない
- いる

c. 麻薬小売業者（医療用麻薬の提供体制）の届出をしていますか

- 届出なし
- 届出あり

d. 保険医療機関が実施する外来化学療法に関する研修会に参加していますか

- 参加の意思はあるが研修会の予定がない
- 研修会はあるが参加していない
- 参加している

e. 在籍する薬剤師の抗がん剤に関する知識は十分ですか

- 不十分である
- 十分である

f. 薬局の体制や人員は十分ですか

- 不十分である
- 十分である

問20
つづき

問19で「届け出予定はない」または「未定」と回答した方にお伺いします。その理由のうち、下記の各問の該当するものを選択して下さい。(☑は1つ)

g. 連携充実加算を算定している医療機関から、抗がん剤が含まれる処方箋を応需していますか (応需する見込みはありますか)

- 応需なし (応需見込みなし) 応需あり (応需見込みあり)

h. 連携充実加算を算定している処方元の医療機関との連携や情報共有が円滑に行えていますか

- 連携できていない 連携できている

問24

フォローアップを実施しなかった理由のうち、下記の各問の該当するものを選択して下さい。(☑は1つ)

フォローアップを実施しなかった理由	なし	あり
a. 必要性がないと判断した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 病院からの情報不足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 時間不足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 処方に関する知識不足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 患者の同意が得られなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

病院からの情報入手の現状について

※抗がん剤が含まれる処方箋を応需する際の、病院からの情報提供に関してお伺いします。下記の各項目で最も該当するものを選択して下さい。

問25

抗がん剤が含まれる処方箋発行元の病院は、地域がん診療に関する連携の概要(薬薬連携の方法や連絡手段など)を公開または情報提供していますか。
(☑は1つ)

- 全ての病院でしていた
- 一部の病院でしていた
- していなかった
- 分からない

問26

抗がん剤が含まれる処方箋発行元の病院は、レジメンを公表または情報提供していますか。(☑は1つ)

- 全ての病院でしていた
- 一部の病院でしていた
- していなかった
- 分からない

問27

レジメンに関する情報を入手した薬局の方にお伺いします。レジメンに関する情報のうち、下記の各問の該当するものを選択して下さい(複数の医療機関が該当する場合は、抗がん剤の処方応需実績が一番多い医療機関について回答下さい)。(☑は1つ)

レジメンに関する情報	なし	あり
a. 1クール日数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 癌種・適応病名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 投与薬剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 用量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 投与スケジュール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 投与経路	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 制吐剤、補液などの支持療法情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 薬剤増減規定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 放射線などの併用治療情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 催吐リスク	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問28

抗がん剤が含まれる処方箋の発行病院は、処方箋等に臨床検査値を記載していますか（複数の医療機関が該当する場合は、抗がん剤の処方応需実績が一番多い医療機関について回答して下さい）。（☑は1つ）

- 記載していた
- 記載していなかった

問29

問28で記載のあった臨床検査値のうち、下記の各問の該当するものを選択して下さい（複数の医療機関が該当する場合は、抗がん剤の処方応需実績が一番多い医療機関について回答して下さい）。

臨床検査値に関する情報	なし	あり
a. 血球・凝固系検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 生化学検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 腎機能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 肝機能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問30

抗がん剤が含まれる処方箋の発行病院から、フォローアップの具体的内容やタイミングについて指示はありましたか（複数の医療機関が該当する場合は、抗がん剤の処方応需実績が一番多い医療機関について回答して下さい）。（☑は1つ）

- なし
- あり

問31

抗がん剤が含まれる処方箋の発行病院からトレーシングレポートの様式について指示や情報提供はありましたか（複数の医療機関が該当する場合は、抗がん剤の処方応需実績が一番多い医療機関について回答して下さい）。（☑は1つ）

- なし
- あり

問32

トレーシングレポートの様式が指定されている場合、下記に該当するものはありましたか（複数の医療機関が該当する場合は、抗がん剤の処方応需実績が一番多い医療機関について回答して下さい。複数選択可）。

- 一般的な様式（全領域の疾患に共通して使用可能な様式）
- がん治療に特化した様式
（副作用評価など、がん治療に関する詳細な確認事項がある書式）
- 抗がん剤別に決められた様式

問33

抗がん剤が含まれる処方箋の発行病院にトレーシングレポートを提出後、病院からフィードバックはありましたか（複数の医療機関が該当する場合は、抗がん剤の処方応需実績が一番多い医療機関について回答して下さい）。（☑は1つ）

- なし
- あり

問34

抗がん剤が含まれる処方箋の発行病院から、患者自身が医療者と情報共有するための連携ツールに関する情報提供はありましたか（複数の医療機関が該当する場合は、抗がん剤の処方応需実績が一番多い医療機関について回答して下さい）。（☑は1つ）

- なし
- あり

病院からの情報提供が必要と考えるものについて

※保険薬局での抗がん剤の処方監査、服薬指導時及びフォローアップ時に必要となる情報について、下記の各項目で最も該当するものを選択して下さい。以下の各設問は、抗がん剤の処方箋の応需実績がない薬局の方も、実際に処方箋を応需する場合を想定してお答えください。

問35

抗がん剤が含まれる処方箋の発行病院からの地域がん診療に関する連携の概要（薬薬連携の方法や連絡手段など）について教えてください。（☑は1つ）

- 必要
- どちらかといえば必要
- どちらかといえば不要
- 不要

問36

問35でレジメンが「必要」または「どちらかといえば必要」とお答えした方にお伺いします。レジメンに関する情報のうち、下記の項目に最も該当するものを選択して下さい。（☑は1つ）

レジメンに関する情報	必要	どちらかといえば必要	どちらかといえば不要	不要
a. 1クール日数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 癌種・適応病名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 投与薬剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 用量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 投与スケジュール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 投与経路	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 制吐剤、補液などの支持療法情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 薬剤増減規定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 放射線など併用治療情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 催吐リスク	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問37

抗がん剤が含まれる処方箋発行元の病院のレジメン情報について、教えてください。(☑は1つ)

- 必要
- どちらかといえば必要
- どちらかといえば不要
- 不要

問38

問37でレジメンが「必要」または「どちらかといえば必要」とお答えした方にお伺いします。レジメンに関する情報のうち、下記の項目に最も該当するものを選択して下さい。(☑は1つ)

レジメンに関する情報	必要	どちらかといえば必要	どちらかといえば不要	不要
a. 1クール日数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 癌種・適応病名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 投与薬剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 用量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 投与スケジュール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 投与経路	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 制吐剤、補液などの支持療法情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 薬剤増減規定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 放射線など併用治療情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 催吐リスク	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問39

抗がん剤が含まれる処方箋等への臨床検査値の記載について教えてください。(☑は1つ)

- 必要
- どちらかといえば必要
- どちらかといえば不要
- 不要

問40

問39で臨床検査値が「必要」または「どちらかといえば必要」とお答えした方にお伺いします。(☑は1つ)

臨床検査値に関する情報	必要	どちらかといえば必要	どちらかといえば不要	不要
a. 血球・凝固系検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 生化学検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 腎機能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 肝機能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問41

抗がん剤が含まれる処方箋の発行病院からフォローアップの具体的内容及びタイミングの指示に関する情報提供について教えてください。(☑は1つ)

- 必要
- どちらかといえば必要
- どちらかといえば不要
- 不要

問42

抗がん剤が含まれる処方箋の発行病院からトレーシングレポートの様式等の指定・情報提供について、教えてください。(☑は1つ)

- 必要
- どちらかといえば必要
- どちらかといえば不要
- 不要

問43

問42でトレーシングレポートの様式等の指定・情報提供が「必要」または「どちらかといえば必要」とお答えした方にお伺いします。必要なトレーシングレポートの様式について、下記の項目に最も該当するものを選択して下さい。(☑は1つ)

- 一般的な様式（全領域の疾患に共通して使用可能な様式）
- がん治療専用の様式
- 抗がん剤別に決められた様式

問44

トレーシングレポートを提出後の、病院からのフィードバックについて教えてください。(☑は1つ)

- 必要
- どちらかといえば必要
- どちらかといえば不要
- 不要

問45

患者自身が治療中の体調変化や副作用などの気づきを記載し、医療者と情報共有するための連携ツールについて教えてください。(☑は1つ)

- 必要
- どちらかといえば必要
- どちらかといえば不要
- 不要

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。



本研究についてご不明な点がございましたら、いつでも遠慮なく研究責任者におたずねください。

お問合せ先

東京薬科大学薬学部社会薬学研究室

研究責任者：北垣 邦彦

042-676-4882 / kitagaki@toyaku.ac.jp

質の高い薬学管理・評価指標の検討

所 属 東京薬科大学薬学部
分担研究者 陳 惠一
分担研究者 川口 崇
分担研究者 藤宮 龍祥

研究要旨

諸外国の取り組み等を参考とし、質の高い薬学管理・評価指標の検討に向けた取り組みとして、服薬アドヒアランスに関する National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ガイドライン (Clinical Guideline 76: CG76) の日本語版および補足資料を作成した。また、症例報告の書き方に関するガイドライン (CAse REport: CARE) について、checklist と writing outline の日本語版および CARE の e-learning コースである Complete Case Report Writing Course の日本語字幕を作成した。さらに、医薬品に対する信念の測定尺度である Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) について、日本語版の暫定版を作成し、認知的デブリーフィングを実施した。

また、米国については、カリフォルニア大学サンフランシスコ校 (UCSF) 等から、Transition of Care (TOC)、Medication Therapy Management (MTM) について、情報収集を行った。

研究協力者

NICE CG76 (専門家委員会)

- 上田 彩・日本調剤株式会社 FINDAT 事業部 部長
- 前田 幹広・聖マリアンナ医科大学病院 薬剤部 課長補佐
- 川上 和宜・がん研有明病院 薬剤部 臨床薬剤室長
- 増田 純一・国立国際医療研究センター病院 薬剤部 副薬剤部長
- 井上 岳・北里大学 薬学部 薬物治療学Ⅲ 講師
- 添石 遼平・八王子薬剤センター 薬局 薬局長

BMQ (翻訳協力)

- 小林 一男・がん研有明病院 薬剤部 病棟チーフ
- 谷川 大夢・東海大学医学部付属病院

薬剤部

- 西郷 織江・順天堂大学医学部附属順天堂医院 薬剤部 主任

BMQ (認知的デブリーフィングの実施協力)

- 小澤 有輝・一般財団法人神奈川県警友会 けいゆう病院 薬剤部
- 西郷 織江・順天堂大学医学部附属順天堂医院 薬剤部 主任

CARE (翻訳協力)

- 宮田 靖志・愛知医科大学 医学部 地域総合診療医学寄附講座 教授 (特任)
- 岸田 直樹・北海道科学大学薬学部 客員教授/一般社団法人 Sapporo Medical Academy 代表理事
- 上塚 朋子・福井県済生会病院 薬剤部 主任
- 北原 加奈之・医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 薬剤部 教育担当室長

A. 研究目的

薬剤師による患者フォローアップ業務の効果としては、様々考えられるが、有害事象・副作用および服薬の課題の発見、服薬アドヒアランスへの支援等が期待される。

本分担研究では、諸外国での取り組みを参考にして、本邦の薬剤師による患者フォローアップ業務の実施に伴う成果を国際的な取組みとも整合させ、その成果発表を国内のみならず海外にも発信できるようにすることで、更なる質の高い薬学管理や評価指標としていくことにつなげることも目的として実施する。

B. 研究方法

本年度も継続して、服薬アドヒアランスの関係と、有害事象・副作用報告や症例報告に対応すべく、服薬アドヒアランスを支援するための推奨事項を記載した英国の National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ガイドライン (Clinical Guideline 76: CG76)、医薬品に対する信念の測定尺度である Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)、国際標準となる症例報告の書き方に関するガイドライン (CASe REport: CARE) について、日本語版の作成等を実施した。

また、米国については、薬剤師の関係する新たな取組みの情報について、UCSF等から情報収集を行った。

1. NICE CG76 日本語版について

(1) 本研究の背景

2019年12月に薬剤師法と薬機法が改正され、薬剤師は薬剤の使用状況の継続的な把握や薬学的知見に基づく指導を行うことが求められている。2020年に日本薬剤師会が発出した「薬剤使用期間中の患者フォローアップの手引き」によれば、長期的なアドヒアランス維持が必要となる薬剤を使用している患者への関与がより重要となる。ノンアドヒアランスが問題視されているが、服薬アドヒアランスに関する国際的な資料はNICEとWorld Health Organization (WHO)の資料のみである。NICEは2009年に服薬アドヒアランスのガイドライン (CG76) を英文で公表している。本邦に類似のガイドラインはなく、日本語で参照可能な資料は限られている。本

邦においてもCG76が活用可能と考え、CG76日本語版を作成し、その活用方法を検討した。

(2) 本年度の実施状況

専門家委員会の意見を踏まえ、CG76日本語版を修正した。また、本邦と英国における医療体制や法律の差異等を考慮する必要があると考えられたため、CG76日本語版を活用するための補足資料を作成した。

2. BMQ 日本語版について

(1) BMQ とは

医薬品に対する信念 (beliefs) を評価するために英国で Horne らが開発した尺度である。CG76のfull guidelineでは医薬品に対する信念の評価尺度としてBMQが紹介されている。BMQはBMQ-SpecificとBMQ-Generalの2つの質問票で構成されている。BMQ-Specificは(処方された)特定の医薬品に対する信念を、BMQ-Generalは医薬品に対する一般的な信念を評価するものである。医薬品に対する信念は服薬アドヒアランスに関連することが知られており、現在、世界各国の研究でBMQが使用されている。本邦においてもアドヒアランス評価の一助となることが期待される。

(2) 本年度の実施状況

International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) のGood PracticeおよびBMQの開発者が推奨する手順に準じ、BMQ日本語版の暫定版を用いて、けいゆう病院および順天堂大学医学部附属順天堂医院のがん患者を対象に認知的デブリーフィングを実施した。

3. CARE のコンテンツの日本語版について

(1) 症例報告の書き方に関するガイドラインの必要性について

CAREはCONSORT、STROBEと同様にEQUATOR networkで公開されている、報告のためのガイドラインである。CAREは正確で透明性のある症例報告を書くために、国際的な専門家グループによって作成されたものである。CAREのコンテンツとしては、checklist (チェックリスト)、writing outline (執筆アウトライン)、e-learning コース (Complete Case Report Writing Course) 等が公開され

ている。CARE のコンテンツは様々な言語に翻訳されており、症例報告について CARE に準じた執筆を投稿要件にしている医学雑誌もある。しかし本邦において、薬剤師が症例報告を書く際に参考にできる CARE の日本語の資料は少ない。薬剤師が報告する機会の多い、医薬品の有害事象・副作用に関する症例報告の質向上において CARE は有用であると考へ、CARE のコンテンツのうち、checklist と writing outline の日本語版および e-learning コースの講義動画の日本語字幕を作成することとした。

(2) 本年度の実施状況

昨年度に checklist と writing outline の日本語版および e-learning コースの日本語字幕が公開された。しかし、e-learning コースの講義動画が更新されたため、新しい講義動画の字幕について、開発者から翻訳の許諾を得た。

(倫理面への配慮)

BMQ 日本語版の暫定版を用いた認知的デブリーフィングについて、多機関共同研究としてけいゆう病院の臨床研究審査委員会の審査を受け、承認を得た(承認番号:S2022012)。

4. UCSF 等から収集した米国での薬剤師に関する取組

2023 年 1 月～2 月に実施された東京薬科大学の UCSF 臨床薬学研修で情報収集した内容の中で、薬剤師のフォローアップのこれからの取組として参考なると考えられる、Transition of Care(TOC)、Medication Therapy Management (MTM) について取りまとめを行った。

C. 研究結果

1. NICE CG76 日本語版について

NICE の最終確認を得て、CG76 日本語版が完成した(資料1)。また、CG76 日本語版の補足資料が完成した(資料2)。引き続き、CG76 日本語版の活用等について対応する。

2. BMQ 日本語版について

BMQ-Specific および BMQ-General の日本語版の暫定版について、認知的デブリーフィングの結果を取りまとめた。開発者と連絡を

取り合い、日本語版を修正中である。

3. CARE のコンテンツの日本語版について

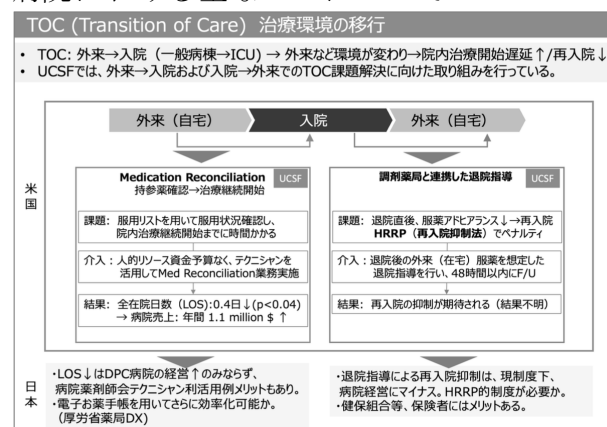
e-learning の新しい講義動画について、日本語字幕を作成中である。引き続き、CARE のコンテンツの日本語版の普及等について対応する。

4. UCSF 等から収集した米国での薬剤師に関する取組

(1) Transition of Care(TOC)

海外では、治療環境の遷移 (TOC : Transition of Care) で、医療機関および患者による治療継続が断絶、遅延するリスクがあることが多数の論文で報告されている。例えば、病院での入院の前後では、「外来から入院」、「退院から外来」の2つの TOC が存在する。

病院における主な TOC について



- ① 外来から入院 TOC: 入院時には先ず持参薬の確認を行うが、米国では、持参薬リストの作成だけでなく、各薬剤の実際の服用状況の確認を行う「Medication Reconciliation」作業が、病院評価機構 (Joint Commission) より、安全性の観点から課されている。一方、病院では薬剤師の人的リソース不足などのオペレーション課題があり、Medication Reconciliation 作業が遅れ気味になり、入院後の継続的な治療開始が遅延する場合がある。そこで UCSF 大学病院では、薬剤テクニシャンを活用することで (トレーニングした上で) 作業効率向上を図るプロジェクトを開始した。その結果、2022 年の平均

在院日数を 0.4 日分有意に短縮し、年間約 110 万ドル（約 1.4 億円）の病院収益改善を達成することが出来たと報告している。

- ② 退院から外来 TOC: 退院から外来への遷移では、患者自身が薬物治療を主体的に管理することが求められ、大きなストレスがかかる。患者は、薬物治療の目的や使用方法、外来での薬剤購入について戸惑うことがあり、その結果、服薬アドヒアランスの低下や再入院のリスクが高まると報告されている。病院も従来は退院までが業務範囲であり、退院後のフォローアップは積極的に行われてこなかった。しかし、米国では「最入院抑制プログラム（HRRP: Hospital Readmission Reduction Program）」が導入され、同じ疾病名の再入院率が高い場合には病院に大きなペナルティが課せられることとなった。このような患者の治療継続と病院の経営課題により、再入院の抑制と退院後の服薬アドヒアランス改善が重要となっている。UCSF 大学病院では、門前の Walgreen 薬局と連携して、外来での患者自己管理をサポートする取り組みを行っている。Walgreen 薬局の薬剤師が退院指導を行い、退院後 48 時間以内に服薬状況のフォローアップを行っており（自動電話を活用）、治療継続と再入院の抑制に努めている。

(2) MTM について

① MTM とは

MTM は、英国では MUR (Medication Utilization Review) と呼ばれ、人々が自分の健康状態とそれを管理するために使用される薬についてよりよく理解するのを助けることによって結果（アウトカム）を改善することを目的とする。

米国では、MTM (Medication Therapy Management) と呼ばれ、高齢者向け公的保険 Medicare Part D の一部として提供され、通常は薬剤師がサービスを提供する。

② MTM 実施方法

MTM プログラムは、薬剤師が患者との面談や薬物治療に関する詳細な情報収

集を行い、薬物治療の最適化や薬物療法遵守の改善を促進することを目的とし、一般的に、以下の様な内容が含まれるプログラムである。

- ・ 詳細な薬剤情報の収集: 患者が現在使用している薬剤やアレルギーの情報、医療アウトカム、健康状態、治療目標などを収集。
- ・ 薬物療法遵守の評価: 患者が処方された薬物を適切に使用しているかどうかを評価。
- ・ 薬物治療の最適化: 患者の薬物治療を最適化するために、薬剤師は処方された薬剤についての情報を提供し、副作用や相互作用のリスクを評価し、治療の改善案を提案。
- ・ 患者教育: 患者に対して薬物治療についての教育を行い、薬剤師と患者のコミュニケーションを改善することで、治療遵守を促進する。
- ・ 健康状態のモニタリング: 患者の健康状態を定期的にモニタリングし、治療目標に向けて進捗状況を確認する。

③ MTM の対象患者

Medicare Part D のスポンサーは、あらゆる慢性疾患を持つ受益者を対象とすることも、特定の慢性疾患を持つ受益者を対象とすることもできるが、スポンサーが特定の慢性疾患を持つ受益者をターゲットにすることを選択した場合、以下の 9 つのコア慢性疾患のうち少なくとも 5 つの条件を含める必要がある。

- ・ アルツハイマー病。
- ・ 慢性心不全 (CHF)
- ・ 糖尿病
- ・ 脂質異常症
- ・ 末期腎不全 (ESRD)
- ・ 高血圧症
- ・ 呼吸器疾患 (喘息、慢性閉塞性肺疾患 (COPD)、または慢性肺疾患など)
- ・ 骨疾患-関節炎 (骨粗鬆症、変形性関節症、または関節リウマチなど)

・メンタルヘルス(うつ病、統合失調症、双極性障害、または慢性/障害性精神疾患など)

④ MTM サービス

TM における CMR (Comprehensive Medication Review) は、薬剤師が患者の現在の薬物治療について情報を収集し、それを分析し、患者とのコミュニケーションを通じて薬物治療の適正化につなげるための評価を行うプロセスである。このプロセスにより、患者の現在の薬物治療の問題点を明確にし、改善策を提案することが可能となる。

TMR (Targeted Medication Review) は、CMR と同様に、薬剤師が患者の薬物治療に関する情報を収集するプロセスであるが、より狭い範囲の薬剤の使用に焦点を当てたものである。TMR は、特定の薬剤の適正使用に関する問題を解決するために実施される。

MTM のフォーマットは、米国の保険会社や健康管理組織によって異なるが、一般的には以下のような項目が含まれる。

- ・ 患者情報：氏名、生年月日、性別、連絡先などの基本情報
- ・ 薬物治療履歴：患者が現在使用している薬剤、処方箋の情報、自己負担分など
- ・ 現在の病状：患者の現在の病状や症状、アレルギー、過去の病歴など
- ・ CMR の評価結果：薬剤師が患者の薬物治療について評価した内容、問題点の洗い出し、改善策の提案など
- ・ TMR の評価結果：特定の薬剤の使用に関する問題点の洗い出し、改善策の提案など
- ・ ゴール設定：薬物治療のゴールや改善目標などの設定
- ・ フォローアップ計画：患者と薬剤師の次の面談の日程や内容などの計画

⑤ MTM の効果

米国 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) は、2013 年から 2018 年にかけて、既述した MTM プログラムによる薬局の取り組み等によって、公的保険だけで医療費を日本円換算で 4~6 兆円程度抑

制できたと報告している。これらの医療費の削減は、不要な医療費の削減、入院の抑制(重篤化予防)によって達成されている。例えば、Ferries らは 2019 年、MTM プログラムによって入院を有意に低下させることを示している。(Ferries E, Dye JT, Hall B, Ndehi L, Schwab P, Vaccaro J. Comparison of Medication Therapy Management Services and Their Effects on Health Care Utilization and Medication Adherence. J Manag Care Spec Pharm. 2019 Jun;25(6):688-695. doi.org/10.18553/jmcp.2019.25.6.688)

MTM による医療費抑制効果 (米国 CMS)

アドヒアランス改善 対象薬剤	Costs Avoided	日本円換算 (1ドル=130円)
スタチン系薬剤	\$5.4billion-\$13.7 billion	0.7 兆円-1.8 兆円
糖尿病薬	\$3.4billion-\$7.2 billion	0.4 兆円-0.9 兆円
ACE 阻害薬/ARB	\$18.2billion-\$25.7 billion	2.4 兆円-3.3 兆円

また、患者の健康アウトカム向上として以下が挙げられる

○MTM プログラムにより、副作用や薬物相互作用のリスクが低減され、治療の効果が向上することが期待されている。例えば、Wong らは 2014 年、経口化学療法管理クリニックでの包括的 MTM サービスにより、副作用、服従不良、薬物相互作用、投薬ミスの割合が長期的に減少することを示している。(Wong SF, Bounthavong M, Nguyen C, Bechtoldt K, Hernandez E. Implementation and preliminary outcomes of a comprehensive oral chemotherapy management clinic. Am J Health Syst Pharm. 2014 Jun 1;71(11):960-5. doi.org/10.2146/ajhp130278)

○患者健康アウトカムの改善：MTM プログラムによって、例えば、Ramalho de Oliveira らは、血圧、血糖値、脂質管理の管理が向上することを報告している。(Ramalho de Oliveira D, Brummel AR, Miller DB. Medication therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system. J Manag Care Pharm. 2010 Apr;16(3):185-95. doi:10.18553/jmcp.2010.16.3.185.)

⑥ MTM の課題

Ferreri らの報告によれば、現状の MTM プログラムにはいくつかの課題がある。

(Stefanie P Ferreri, *et. al.* Medication Therapy Management: Current Challenges. *Integr Pharm Res Pract.* 2020; 9: 71-81. doi:10.2147/IPRP.S179628.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7136570/>) 1) 薬局業務フローに薬局業務フローにおける MTM の統合、2) 医療チームにおける MTM の統合、3) 技術、4) MTM のビジネスモデル、5) 患者エンゲージメントなどを挙げている。

1) おける MTM の統合： 薬局業務フローに MTM を統合することは、組織的およびスタッフ構造の不足により困難な場合が多く、薬局は、MTM を通常の調剤ワークフローに統合すべきか、別個の相談サービスとして提供すべきかを特定することに苦勞している。時間的制約、十分に訓練されたサポートスタッフの不足、過剰な業務量、物理的施設の不足も障害となる。個人的な特性、例えば変化に適応する態度(姿勢)は、MTM サービスの提供に影響を与えている。技術者の関与は、確立された役割と責任の不足、一貫性のないトレーニング、および離職率の高さのために限られている。適切な物理的空間の必要性も指摘されており、不適切な管理サポートや施設の不備も MTM サービスの提供に対する障害となっている。

2) 医療チームにおける MTM の統合： 医療チームの他のメンバーと薬剤師業務の統合欠如は MTM に影響を与える課題として挙げられている。米国の MTM サービスは医療チームのメンバーとして薬剤師を完全に統合しないまま提供されており、多忙な環境では、薬局薬剤師、看護師、開業医間のコミュニケーションは非常に困難である。薬剤師が処方医に所見を報告し、推奨するための標準的なプロセスがないことも障壁であることが判明している。

3) 技術的課題： 薬局内だけでなく、医療全体における MTM の提供に影響を与える課題として「技術」がある。医療記録へのアクセスは MTM 成功の重要な鍵となるが、薬剤師を医療情報技術インフラに統合することは難しい状況がある。例えば、薬

局で共有化された電子医療記録 (EHR) システムの採用はわずかである。特に、医療情報の相互運用性、薬局情報学の発展、負担の大きい文書化が MTM 提供の障壁として挙げられている。これは、これは、ビッグデータの量、速度、多様性が単に増加しているため、医療情報技術がヘルスケアにおいて常に課題となっている。また薬局によっては、Web ベースのベンダーによる MTM サービスを禁止しているところもある。MTM ベンダーは通常、契約した薬局薬剤師が MTM の文書化と請求のために Web ベースのベンダー固有のソフトウェア・ポータルを利用する必要があるが、薬剤師が複数のシステムを用いて、複数の請求や文書管理することは困難である。

4) 持続可能な MTM ビジネスモデル： MTM サービス提供の課題として財務的要因がある。例えば、成功報酬型 (P4P) の VBHC (Value Based Healthcare) と連携させることが必要である。CMS は現在、強化型 MTM (Enhanced MTM) プログラムの一環として、新たな支払モデルを含む MTM プログラムを調査している。したがって、EMTM の結果が出次第、MTM の持続可能なビジネスモデルを構築するための追加的な検討が必要となる。

5) 患者エンゲージメント： 患者はヘルスケアにおける地域薬剤師の拡大する役割を理解していないことが挙げられている。多くの消費者は、薬剤師を薬の調剤師として見ており、その結果、患者は薬剤師による伝統的な調剤モデルに満足し、追加サービスの必要性を感じていない。

⑦ MTM をより効果的に運用するためのプログラム

効果的かつ持続的な MTM 償還プログラムとしていくつか提案されている。例えば、患者のアウトカムに償還を結びつける価値ベースの支払いモデルや、質の高いケアにインセンティブを与える成果報酬型モデルである。

○VBHC との連携プログラム

VBHC (Value Based Healthcare) は、出来高制度の限界(償還を目指す医療になる傾向がある)から、2019年 CSM 長官は患者価

値に基づく支払い制度に移行することを発表した。患者価値は、レセプトデータや電子カルテ情報などの RWD (Real World Data) より定量的に評価される。

MTM プログラムについても、例えば、服薬アドヒアランス PDC (Portion Days Covered) を用いて定量的に可視化し、薬局への Value Based の償還を開始している。薬局サービスのパフォーマンス結果は、電子カルテや薬局レセプトデータ等の RWD を基に評価される。2022 年 2 月時点で、EQuIPP® は、95% の薬局、90% の公的保険加入者、4,200 万人の患者とつながっている。

○ACO との連携プログラム

MTM を持続化可能で効果的に進める方法として、MTM を ACO (Accountable Care Organization) と呼ばれる医療サービス体制との連携がある。

ACO とは、地域単位の医療サービスで、病院、診療所、薬局が地域全体の医療アウトカムとコストに責任を持たせるための制度である。出来高払制度では、病院、診療所、薬局が各々の利益最大化を目指す傾向があるが (部分最適化)、ACO では、地域全体の最適化 (全体最適化) が進むことが期待される。

ACO は、地域での連携した医療という意味で、日本の「地域包括ケアシステム」と類似しているが、EHR などのネットワークおよびデータを用いた Population 解析 (Population Health) や成功報酬型インセンティブがある点で異なる。

MTM と ACO の連携は、MTM 単独での医療チームとの連携課題や持続可能課題を解決につながることを期待されて開始された側面がある。例えば、ミネソタ州のプロジェクトでは、セキュリティが担保された SNS (Direct Messaging) を用いて MTM 業務と地域医療機関と連携した検証している。(Isetts B. Integrating Medication Therapy Management (MTM) Services Provided by Community Pharmacists into a Community-Based Accountable Care Organization (ACO). Pharmacy (Basel). 2017 Oct 16;5(4):56. doi: 10.3390/pharmacy5040056. PMID:29035338;PMCID:PMC5748537. <https://doi.org/10.3390/pharmacy5040056>) 距離が離れている医療機関と薬局の連携など課題があるものの、地域単位の医療の提供と (患

者) 価値に基づく支払い制度によって、地域薬剤師の患者サービス機会創出が可能であったと報告している。

D. 健康危機情報

なし

E. 研究発表

- 藤宮龍祥, 川口崇, 上田彩, 前田幹広, 川上和宜, 増田純一, 井上岳, 添石遼平, 益山光一, 第 32 回日本医療薬学会年会 (主催者: 日本医療薬学会), 「服薬アドヒアランス ガイドライン (NICE CG76) 日本語版の作成」(高崎, 2022 年 9 月 24 日)
- 藤宮龍祥, 川口崇, 北原加奈之, 上塚朋子, 宮田靖志, 岸田直樹, 益山光一, 日本臨床腫瘍薬学会学術大会 2023 (主催者: 日本臨床腫瘍薬学会), 「症例報告を書く際に含めるべき情報の CARE チェックリスト日本語版の作成」(名古屋, 2023 年 3 月 4 日)

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

1 服薬アドヒアランス: 処方薬の意思決定への 2 患者参画およびアドヒアランス支援

3 2009年1月

4 2015年3月4日

5 概要

6 本ガイドラインでは、18歳以上を対象とした服薬アドヒアランスについて述
7 べる。本ガイドラインは患者を支援し、処方薬の意思決定に参画させること
8 によって、服薬アドヒアランスを向上させる方法を推奨している。本ガイド
9 ラインの目的は、医薬品使用についての意思決定が、十分な情報に基づく選
10 択となるようにすることである。

11 対象者

- 12 • 医療従事者
- 13 • 処方薬を使用する成人およびその家族、介護者

14 はじめに

15 長期的な病態に対し処方された医薬品¹の3分の1から半数は、推奨どおり
16 に使用されていないと考えられている。医薬品が適正に処方されているので
17 あれば、このような状況は、患者、医療制度、また社会にとっても損失であ
18 る。そして、その損失は個人と経済の両方に及ぶ。

19 アドヒアランスは、処方者の推奨事項について、処方者と患者との間で合意
20 していることを前提としている。服薬アドヒアランスとは、その合意した推
21 奨事項と患者の行為が一致していることと定義されている。ノンアドヒアラ
22 ンスの場合、医薬品のベネフィットが制限され、健康状態が改善されない、
23 あるいは悪化するおそれがある。経済的な損失については、医薬品の浪費だ

¹本ガイドラインにおいて「医薬品」とは、錠剤、シロップ剤、軟膏剤、点眼剤、坐剤などの自己投与用の処方薬を指す、一般的な用語として使用する。

24 けでなく、健康が悪化した場合の医療需要の増加による連鎖的な損失も含ま
25 れる。

26 ノンアドヒアランスは患者側の問題と見なすべきではない。ノンアドヒアラ
27 ンスは、医療提供の根底にある限界の表れである。そのような状況になるの
28 は多くの場合、最初の段階で処方について十分に患者の同意を得ることがで
29 きていない、あるいは患者が後になって必要とする支援を医療従事者が特定
30 し提供していないことが原因である。

31 ノンアドヒアランスへの対処は、患者にこれまで以上に医薬品を使用させる
32 という事ではない。むしろ、医薬品に対する患者の見解、使用したけらな
33 い理由、あるいは使用できない理由を調べることから始まる。医療従事者に
34 は、患者が十分な情報に基づいて治療を決定し、適切な処方薬を最も効果的
35 に使用できるよう支援する義務がある。

36 ノンアドヒアランスの原因は多数あるが、これらは意図的なもの
37 (intentional) と意図的ではないもの (unintentional) に分類され、この2つの
38 カテゴリは重複する。意図的ではないノンアドヒアランスとは、患者が合意
39 した治療に従いたいと思っているにも関わらず、患者自身でコントロールで
40 きない障壁によって指示どおりにできない場合に生じる。例えば、指示を思
41 い出すことができない、または理解するのが困難である、治療薬の使用方法
42 に問題がある、医療費を払えない、単に治療薬を使用し忘れる、などであ
43 る。意図的なノンアドヒアランスとは、患者が治療の推奨事項に従わないと
44 決めたときに生じる。これについては、患者本人の治療に対する認識
45 (perceptions) や、治療を開始・継続する際のモチベーションに影響を与え
46 る、信念 (beliefs) や選好傾向 (preferences) の観点からとらえるとよい。治
47 療へのアドヒアランスを理解する際に考慮すべきは、治療を開始・継続する
48 際のモチベーションに影響を与える認知的な要因 (perceptual factors) (例:
49 信念および選好傾向) と、合意した治療に従う患者の能力 (capacity) に影響
50 を与える実際的な要因 (practical factors) である。

51 このアプローチを実践するには、以下が必要となる。

- 52 • 率直でオープンなアプローチ – ノンアドヒアランスが常態となっている
53 (または少なくとも頻繁に見られる) ことを認識し、とがめる方法ではな
54 く、ノンアドヒアランスについて、また治療に関する患者の疑問や懸念
55 (concerns) について話し合うよう、患者を促す。
- 56 • 患者中心のアプローチ – 十分な情報に基づいたアドヒアランスを促す。
- 57 • アドヒアランスに対する各患者の認知的および実質的な障壁 (perceptual
58 and practical barriers) の特定 – 認知的および実質的な問題、そしてアドヒア
59 ランスは時間が経つにつれて変わることがあるため、処方時点でも、定
60 期的なレビューの時点でも、これらの障壁を特定する。

61 本ガイドラインは、医療従事者が、処方の決定に患者を積極的に参画させる
62 ことによって、患者本人が十分な情報に基づいて意思決定できるようにする
63 方法や、処方薬の服薬アドヒアランスを支援する方法について推奨してい
64 る。介護者や家族に対して別途、推奨事項を設けてはいない。最も重要な関
65 係は患者と医療従事者の関係であり、患者には自身のケアに携わるべき人物
66 を決定する権利がある。介護者は患者の同意を得た上で、適切なレベルの情
67 報および支援を利用すべきである。

68 現在、様々な医療従事者が医薬品の処方、調剤、レビューに関与している。
69 それらの役割をどの医療従事者が担うかについて推奨することは、本ガイド
70 ラインの範疇外である。全ての医療従事者が法律および専門職の行動規範を
71 認識し、その範囲内で業務を行うものとする。医療従事者を支援するための
72 情報やツールが[利用可能](#)である。

73

74 主要指針

- 75 • 医療従事者は、コンサルテーションのスタイルを個々の患者のニーズに適
76 応させ、患者の望むレベルでの医薬品に関する意思決定に、全ての患者が
77 参画できる機会を持てるようにする必要がある。
- 78 • 各患者との最も効果的なコミュニケーション方法を確立し、必要に応じ
79 て、情報を利用しやすく、そして理解しやすくする方法を検討する（写
80 真、記号、大きな活字、様々な言語、通訳、患者支援者の使用など）。
- 81 • 全ての患者に、処方薬の意思決定に参画できる機会を提供する。意思決定
82 への参画について、患者が望むレベルを確認しておく。
- 83 • 患者参画が増えるとともに、患者が医薬品を使用しない、または使用中
84 止を決定する可能性があることに留意する。医療従事者の見解で、これら
85 の決定が有害事象につながるおそれがある場合、リスクとベネフィットに
86 ついて患者に情報を提供し、患者の決定を記録する必要がある。
- 87 • 患者が十分な情報に基づいて決定を下す能力を持ち、決定を下すために必
88 要な情報が提供されている限り、医療従事者が同意できない内容でも、患
89 者には医薬品を使用しないと決める権利があることを認める。
- 90 • 患者の医薬品に対する懸念や、医薬品を必要と考えているかどうか、患
91 者の処方薬の使用方法や使用の有無に影響することに留意する。
- 92 • 患者の病態、可能な治療、本人を取り巻く状況に関連する情報について、
93 専門的な用語を使わずに分かりやすく患者に提供する。
- 94 • ノンアドヒアランスは一般的であり、ほとんどの患者が時としてノンアド
95 ヒアランスになることを認識する。医薬品を処方、調剤、レビューする際
96 は常に、批判的な姿勢をとらず、定期的にアドヒアランスを評価する。
- 97 • アドヒアランスは改善できるものであるが、全ての患者に特定の介入を推
98 奨できるわけではないことに留意する。アドヒアランスを向上させるため
99 の介入は、患者が抱えている具体的な問題を踏まえて調整する。
- 100 • 医薬品に関する患者の知識、理解、懸念、医薬品の必要性に関する患者の
101 見解は時間の経過とともに変化することがあるため、患者と合意した頻度

102 で、それらについてレビューする。特に多剤併用で長期的に治療が行われ
103 ている場合、患者に繰り返し情報とレビューを提供する。
104

105 1 ガイダンス

[your care](#)（自分のケア）のページで説明されているとおり、人には、自分の治療に関する話し合いに自らも参画し、情報を十分に与えられたうえで意思決定する権利がある。

[Making decisions using NICE guidelines](#)（NICE ガイドラインを用いた意思決定）には、推奨の強さ（または確実さ）を表す言葉の使い方が説明されており、専門的なガイドライン、基準および法律（同意や精神的能力に関するものを含む）並びにセーフガードに関する情報が記載されている。

106

107 以下のガイダンスは、入手可能な最善のエビデンスに基づいたものである。

108 [完全版ガイドライン](#)には、ガイダンスを作成するにあたり使用した方法やエ
109 ビデンスの詳細が記載されている。

110 [推奨事項 1.4.2 は、医薬品の最適化（medicines optimisation）に関する NICE ガ](#)
111 [イドラインの推奨事項に置き換えられている。](#)

112 これらの推奨事項は、医薬品の処方、調剤、レビューを行う全ての医療従事
113 者、または患者と一緒に医薬品について意思決定する役割を持つ医療従事者
114 に適応される。医療従事者は、Equality Act（平等法）（2010年）に基づく義
115 務、すなわち健康に関し全ての人と同じ機会を持つことを確実にするため
116 の、妥当な調整を行うことを常に心がける。

117 1.1 医薬品に関する意思決定における患者の参画

118 コミュニケーション

119 医薬品に関する意思決定に患者を参画させ、アドヒアランスを支援するため
120 には、医療従事者と患者の間の良好なコミュニケーションが必要である。他
121 の人よりも医療従事者の方がコミュニケーションをとりやすいと感じる患者
122 もいる。

- 123 1.1.1 医療従事者は、コンサルテーションのスタイルを個々の患者のニ
124 ーズに適應させ、患者の望むレベルでの医薬品に関する意思決定
125 に、全ての患者が参画できる機会を持てるようにする必要があ
126 る。
- 127 1.1.2 コンサルテーションにおける患者参画に影響を及ぼす可能性のある
128 要因（身体的または学習の障害、視覚または聴覚の問題、文字
129 の読み書きの困難など）に配慮する。
- 130 1.1.3 各患者との最も効果的なコミュニケーション方法を確立し、必要
131 に応じて、情報を利用しやすく、そして理解しやすくする方法を
132 検討する（写真、記号、大きな活字、様々な言語、通訳、患者支
133 援者の使用など）。
- 134 1.1.4 患者に自らの病状や治療について質問するよう促す。
- 135 1.1.5 患者に開放型質問形式（open-ended questions）で質問することによ
136 って、患者の懸念が明らかになる可能性が高くなる。
- 137 1.1.6 患者参画を増やすために必要なコンサルテーションのスキルは、
138 改善できるものであることに留意する。

139 患者参画の増加

140 意思決定プロセスへの患者参画には、患者の病態およびその治療に関する本
141 人の見解を医療従事者が認識し、医療従事者と患者の双方が治療について意
142 思決定をする役割を持つことが必要である。患者参画を増やすための簡単な
143 介入は、必ずしもコンサルテーションの全体的な時間を長くとることではな
144 い。また、特に長期にわたる疾患の経過では、介入はそのベネフィットがあ
145 れば正当化される可能性がある。

- 146 1.1.7 全ての患者に、処方薬の意思決定に参画できる機会を提供する。
147 意思決定への参画について、患者が望むレベルを確認しておく。

148 1.1.8 治療によりベネフィットが得られる理由について、患者と話し合
149 う。疾患または病状、医薬品がどのように影響を及ぼすかについ
150 て明確に説明する。

151 1.1.9 医療上の治療目的を患者に説明し、提案されている医薬品の長所
152 と短所について率直に話し合う。話し合いは患者が望むレベルで
153 行うべきである。

154 1.1.10 患者が治療によって達成したいと思っていることが、何かを明確
155 にする。

156 1.1.11 治療に関する患者の選好傾向に対し、思い込みをしないようにす
157 る。患者の選好傾向を知るために患者と話し合い、患者の見解を
158 更に探る必要があることを示す、言語以外の手がかり（non-verbal
159 cues）に注目する。

160 1.1.12 医療従事者は、患者が自分の治療について、誤解に基づくのでは
161 なく、起こりうるベネフィットとリスクの解釈に基づく意思決定
162 ができるように支援する義務がある。

163 1.1.13 医薬品のリスク、ベネフィット、副作用のバランスについて、患
164 者は医療従事者と異なる見解を持つ可能性があることを認める。

165 1.1.14 患者参画が増えるとともに、患者が医薬品を使用しない、または
166 使用の中止を決定する可能性があることに留意する。医療従事者
167 の見解で、これらの決定が有害事象につながるおそれがある場
168 合、リスクとベネフィットについて患者に情報を提供し、患者の
169 決定を記録する必要がある。

170 1.1.15 患者が十分な情報に基づいて決定を下す能力を持ち、決定を下す
171 ために必要な情報が提供されている限り、医療従事者が同意でき
172 ない内容でも、患者には医薬品を使用しないと決める権利がある
173 ことを認める。

174 1.1.16 [Mental Capacity Act \(意思能力法\)](#) (2005年)の指針を用いて、患
175 者の意思決定能力を評価する。能力を欠く患者とは、(a)脳および
176 精神に機能不全、混乱または機能障害を認める者、および(b)以下
177 の行為の能力を欠く者とする。

- 178 • 意思決定に関連する情報を理解する
- 179 • 意思決定に利用できるように十分な期間、情報を保持する
- 180 • 意思決定のプロセスの一部として情報を使用または比較する
- 181 • 意思決定を伝達する(会話、手話、または他の手法を問わな
182 い)

183
184 詳細については、意思決定および精神的能力([decision-making](#)
185 [and mental capacity](#))に関するNICEガイドラインを参照された
186 い。

187 1.1.17 患者が具体的な懸念を持っている場合、話し合いの要約を記録し
188 ておくと、今後のコンサルテーションに役立つことがある。

189 1.1.18 患者、家族、介護者に、患者が使用している全ての医薬品の最新
190 リストを保持するよう促し、支援する。このリストには、処方
191 薬、市販薬、ハーブ、栄養補助食品の名称と用量を記載する必要
192 がある。患者が医薬品に対しアレルギーまたは有害反応を示す場
193 合、必ずその旨を記載する。

194

195 医薬品に関する患者の知識、信念、懸念の理解

196 患者は、自らの病状や可能な治療の解釈、医薬品の必要性に対する自己の見
197 解、医薬品に関する懸念を基に、医薬品について意思決定しているというエ
198 ビデンスがある。

199 1.1.19 患者の医薬品に対する懸念や、医薬品を必要と考えているかどうか、患者の処方薬の使用方法や使用の有無に影響することに留意する。

202 1.1.20 新たに医薬品を処方する前や、医薬品をレビューする際は、患者に医薬品について知っていること、信じていること、理解していることを尋ねる。

205 1.1.21 医薬品を処方、調剤またはレビューするときは、患者が医薬品に関し何らかの具体的な懸念を抱いているかどうかを必ず尋ねる。これには、医薬品に依存することや有害事象に対する懸念が含まれることがある。これらの懸念に対処する。

209 1.1.22 患者は、医薬品の使用を最小限にしたいと思っていることがあることに留意する。

211 1.1.23 患者が話し合いたいのは、以下であることに留意する。

- 212 • 医療従事者から提案された医薬品を使用しない場合に起こること
- 213 と
- 214 • 医薬品の代替としての非薬物療法
- 215 • 長期にわたり使用している医薬品で、特に離脱症状との関連性が知られている医薬品の減量および中止方法
- 216
- 217 • 医薬品の使用を日常生活に取り入れる方法
- 218 • 使用する医薬品が多すぎるとする場合、医薬品を選別する方法

219 情報の提供

220 医薬品に関する、情報に基づいた意思決定に患者が参画する場合、患者は病
221 状や可能な治療に関する情報を必要とする。提供される情報の形式や内容
222 は、個々の患者のニーズを満たしている必要がある。

223 1.1.24 医薬品を処方する前に、医薬品に関する情報を患者に提供する。

- 224 1.1.25 患者の病態、可能な治療、本人を取り巻く状況に関連する情報に
225 ついて、専門的な用語を使わずに分かりやすく患者に提供する。
- 226 1.1.26 医薬品を調剤する際は、医薬品について患者が望む情報が提供さ
227 れているかを確認する。
- 228 1.1.27 医薬品についての情報を単に提示するのではなく、患者と話し合
229 いをする。話し合いでは、患者が病状や治療に関し理解している
230 こと、信じていることを考慮する必要がある。
- 231 1.1.28 医薬品と共に患者が受け取る患者用情報リーフレット（patient
232 information leaflets: PILs）² が各患者のニーズを満たしていると思い
233 込まないようにする。標準的な PILs を読んだ後に患者が抱く可能
234 性のある懸念に対処する。
- 235 1.1.29 患者が必要とし、望む情報の種類や量は患者により異なるため、
236 情報提供は個別化する必要がある。以下はその例であり、これら
237 に限定されることはない。
- 238 • 当該医薬品について
 - 239 • 当該医薬品が患者の病状にどのように影響する可能性があるの
240 か（すなわち、医薬品のベネフィット）
 - 241 • 起こりうる、または重大な有害事象、および有害事象が発生し
242 た場合の対処方法
 - 243 • 当該医薬品の使用方法
 - 244 • 使用し忘れた場合の対処方法
 - 245 • 最初の処方後に、更に当該医薬品の継続が必要かどうか
 - 246 • 今後の医薬品の入手方法
- 247

² 患者用情報リーフレット（Patient information leaflets: PILs）には、医薬品の使用方法に関する患者向けの情報が記載されている。この情報が、医薬品のラベルに記載されている、または包装内に添付されていることは法的に義務付けられている。

248 1.1.30 提供した情報に対する患者の理解力について、推測や思い込みを
249 しないよう注意する。情報を理解していることを患者に確認す
250 る。患者向けの情報は、明確かつ論理的であること。可能であれ
251 ば、個々の患者のニーズに合わせて調整する必要がある。

252 1.1.31 コンサルテーション後、患者に信頼できる情報と支援を見つける
253 ことができる方法等を提案する。例えば、文書による情報提供、
254 または他の情報源 ([NHSのウェブサイト](#)など) を案内する。

255 1.1.32 入院患者にも、他の状況の患者と同じ情報を提供する。情報には
256 以下が含まれるべきである。

- 257 • 当該医薬品について
- 258 • 当該医薬品が患者の病状にどのように影響する可能性があるの
259 か（すなわち、医薬品のベネフィット）
- 260 • 起こりうる、または重大な有害事象、および有害事象が発生し
261 た場合の対処方法
- 262 • 当該医薬品の使用方法
- 263 • 使用し忘れた場合の対処方法
- 264 • 最初の処方後に、更に当該医薬品の継続が必要かどうか
- 265 • 退院後の医薬品の入手方法

266

267 1.2 アドヒアランスの支援

268 アドヒアランスの評価

269 患者は常に指示どおり医薬品を使用しているわけではなく、医療従事者は患
270 者の医薬品の使用状況を把握していないことが多々ある。アドヒアランスを
271 評価する目的は、患者を監視することではなく、患者が更に情報や支援を必
272 要としているかどうかを見極めることにある。

273 1.2.1 ノンアドヒアランスは一般的であり、ほとんどの患者が時として
274 ノンアドヒアランスになることを認識する。医薬品を処方、調
275 剤、レビューする際は常に、批判的な姿勢をとらず、定期的にア
276 ドヒアランスを評価する。

277 1.2.2 最近、医薬品を使用しなかったことがあるかどうかを患者に尋
278 ね、ノンアドヒアランスの評価を考慮する。以下の方法を用い、
279 患者がノンアドヒアランスを報告しやすくする。

- 280 • とがめるような尋ね方にならないように質問する
- 281 • 尋ねている理由を患者に説明する
- 282 • 「過去1週間のうち」など、特定の期間に絞って尋ねる
- 283 • 医薬品を減量する、中止・開始するなど、医薬品の服薬（使
284 用）行為について尋ねる

285 1.2.3 処方箋の再発行記録、薬局の薬剤服用歴、未使用の医薬品の返却
286 記録を用いて、潜在的なノンアドヒアランスと追加支援を必要と
287 している患者を特定することを検討する。

288 アドヒアランスを向上させるための介入

289 患者が、医薬品を最も効果的に使用するための支援を必要とする場合があ
290 る。この支援は更なる情報や話し合いの形を取る、あるいは医薬品の種類お
291 よびレジメンの実質的な変更を伴う可能性がある。アドヒアランスを支援す
292 る介入は全て、ケースバイケースであることを考慮し、個々の患者の懸念と
293 ニーズに対応する必要がある。

294 1.2.4 患者が医薬品を使用していない場合、医薬品に関する信念や懸念
295 または問題（意図的なノンアドヒアランス）のためなのか、ある
296 いは実際的な問題（意図的ではないノンアドヒアランス）のため
297 なのかを患者と話し合う。

298 1.2.5 アドヒアランスは改善できるものであるが、全ての患者に特定の
299 介入を推奨できるわけではないことに留意する。アドヒアランス

300 を向上させるための介入は、患者が抱えている具体的な問題を踏
301 まえて調整する。

302 1.2.6 服薬アドヒアランスを向上させるための、患者が好む支援の形を
303 見極める。医療従事者と患者が共に支援の選択肢を検討する必要
304 がある。

305 1.2.7 アドヒアランスの低下につながる、患者が抱く信念および懸念に
306 対処する。

307 1.2.8 アドヒアランス向上のための介入を裏付けるエビデンスは確定的
308 なものではないため、特定のニーズが確認された場合、ノンアド
309 ヒアランスに関連する実際的な問題の解決にのみ介入を利用す
310 る。ニーズに合わせた介入を目標とする。介入には以下が含まれ
311 ることがある。

- 312 • 患者に医薬品の服薬（使用）記録を付けることを提案する
- 313 • 患者に自らの病状をモニタリングするよう勧める
- 314 • 投与レジメンを簡略化する
- 315 • 別の医薬品包装を使用する（医薬品の供給の様々な方法）
- 316 • 医薬品のマルチ・コンパートメントシステム（お薬管理ケー
317 ス、お薬カレンダー）を使用する

318
319 1.2.9 一部の患者では、副作用が問題となることがある。このような場
320 合、以下を実施する。

- 321 • 副作用に対し患者がどのように対処したいかを話し合う
- 322 • 患者が十分な情報に基づいて選択できるよう、ベネフィット、
323 副作用、長期的な影響を患者と話し合う
- 324 • 用量の調整を検討する
- 325 • 副作用のリスクが異なる別の医薬品への変更を検討する

- 326 • 利用できそうな他の方法を考慮する（医薬品を使用するタイミ
327 ングなど）
- 328 1.2.10 処方薬の費用が問題であるかどうかを患者に尋ねる。それが問題
329 となっている場合、費用を削減できる選択肢を検討する。

330 1.3 医薬品のレビュー

331 患者は医薬品を長期間使用する場合がある。医薬品処方に関する最初の決
332 定、患者が医薬品を使用する経験、アドヒアランス支援に対する患者のニー
333 ズを定期的にレビューする必要がある。患者自身の医薬品のリストが医薬品
334 のレビューに役立つことがある。

335 1.3.1 医薬品に関する患者の知識、理解、懸念、医薬品の必要性に関す
336 る患者の見解は時間の経過とともに変化することがあるため、患
337 者と合意した頻度で、それらについてレビューする。特に多剤併
338 用で長期的に治療が行われている場合、患者に繰り返し情報とレ
339 ビューを提供する。

340 1.3.2 患者の選択やニーズに応じ、医薬品を処方する意思決定を定期的
341 にレビューする。

342 1.3.3 医薬品をレビューする際、アドヒアランスについて尋ねる。ノン
343 アドヒアランスであると確認された場合、考えられる原因を明確
344 にし、いかなる対策についても患者の同意を得る。そして、いず
345 れの計画においても、追跡レビューの日程を定めておく。

346 1.3.4 患者は、自身の病状や最もつらい症状など、独自の基準で処方薬
347 を評価することがあることに留意する。例えば、医薬品の使用を
348 中止、または開始したり、用量を変更して、それが症状にどのよ
349 うに影響するかを確認したりすることがある。そのようなことを
350 したことがあるかどうかを患者に尋ねる。

351 1.4 医療従事者間のコミュニケーション

352 患者は、様々な分野や専門性をもつ医療従事者のもとで同時にケアを受ける
353 場合がある。また、患者のケアに対する責任が医療従事者間で引き継がれ、
354 処方者以外の医療従事者によって医薬品のレビューが行われる場合がある。
355 そのため、ケアの一貫性を保つためには、医療従事者間の良好なコミュニケ
356 ーションが必要である。

357 1.4.1 医薬品の処方、調剤、レビューに参画する医療従事者は、患者の
358 ケアに参画する他の医療従事者とコミュニケーションをとるため
359 の頑健なプロセスを確保する必要がある。

360 1.4.2 この推奨事項は、医薬品の最適化 ([medicines optimisation](#)) に関す
361 る NICE ガイドラインの 1.2 節の推奨事項に置き換えられている。

362 1.4.3 医薬品のレビューに参画する医療従事者は、レビューとそのアウ
363 トカムを処方者に報告する必要がある。これは、レビューにアド
364 ヒアランスに関する問題点の議論が含まれる場合、更なるレビュ
365 ーが必要な場合に特に重要となる。

366 2 研究の推奨事項

367 ガイドライン策定グループは、エビデンスのレビューに基づいて、今後の
368 NICE ガイダンスと患者のケアを改善するために、研究に関する提言を以下の
369 とおり作成した。ガイドライン策定グループの研究の推奨事項の全項目は、
370 [ガイドラインの完全版](#)に詳述されている。

371 2.1 適正処方へのアドヒアランスを支援するための、効果的 372 で公平な介入の開発

373 治療を開始および継続するモチベーションに影響を与える、認知的な障壁
374 (医薬品に関する信念や懸念など) や、服薬アドヒアランスの意思を実行す
375 る個人の能力を制限する実際的な障壁 (個人の処理能力やリソース

376 [resources] の制限など) を特定して対処するための、最も臨床的に効果的
377 で費用対効果の高い方法とは何か？

378 **この点が重視される理由**

379 ガイドライン策定グループは、十分な情報に基づく選択と、適正に処方され
380 た医薬品の最適なアドヒアランスを促進するために、効果的で実現可能な、
381 効率的で公平な介入を系統的に開発することを優先課題とした。

382 アドヒアランスの介入に関するシステマティックレビューによって、アドヒ
383 アランスは改善できるものの、その効果は概して僅かであり、改善の余地が
384 かなりあることが示されている。過去に適切な理論モデルを使用して系統的
385 に開発された介入はほとんどなく、アウトカムだけでなくプロセス変数の評
386 価も使用したモデル化やパイロット試験は行われていない。

387 介入は適切な理論的フレームワークを用いて、アウトカムだけでなくプロセ
388 ス(変更の対象となるもの)の評価、および個別的アプローチの必要性の評
389 価を含む、段階的な試験方法で開発する必要がある³。

390 **2.2 十分な情報に基づく選択および意思決定の共有***

391 十分な情報に基づく選択と最適なアドヒアランスを高めるために、医薬品の
392 潜在的なベネフィットとリスクについてコミュニケーションをとるための、
393 最も臨床的に効果的で費用対効果の高い方法とは何か？

394 **この点が重視される理由**

395 十分な情報に基づく選択と意思決定の共有の原則は、主に理論的並びに概念
396 的モデルにより開発されてきた。意思決定の共有のために挙げられたコンピ
397 テンシーは、多くの異なるスキルで構成されており、患者は意思決定の共有
398 における様々な側面を評価する可能性があることを示している。患者が自身

³ Campbell NC, Murray E, Darbyshire J et al. (2007) Designing and evaluating complex interventions to improve health care. BMJ 334: 455-9.

* Shared decision making は、本邦では「意思決定の共有」、「共同意思決定」と訳されるが、本訳では「意思決定の共有」と訳を統一している。

399 の医療に関する意思決定に参画する権利は認められているが、意思決定の共
400 有の実践とは、医療従事者と患者が医療コンサルテーションにおいて、これ
401 までとは異なる役割を担うことを意味するかもしれない。これは、法的およ
402 び専門的な責任と、説明責任に影響を与える可能性がある。患者と専門家
403 （医療従事者）は、かなり異なるレベルの知識と情報へのアクセスを持って
404 意思決定に臨む。患者の知識や情報を向上させるには、医療サービスやその
405 提供方法を、構造的に変化させる必要があるかもしれない。患者報告アウト
406 カム（Patient-reported outcome）も含める必要がある。

407 2.3 支援のプロセス: 処方関連のコンサルテーションおよび 408 医薬品のレビュー

409 処方関連のコンサルテーションや医薬品のレビューの質を向上させ、十分な
410 情報に基づく選択と最適な服薬アドヒアランスを高めるために、医療従事者
411 と患者はどのように支援され得るか？

412 処方者以外の医療従事者による医薬品のレビューが患者、処方者、アウトカ
413 ムに及ぼす影響とは何か？十分な情報に基づく選択およびアドヒアランスの
414 問題に対処するために、医薬品のレビューのプロセスをどのように強化また
415 は改善できるか？

416 この点が重視される理由

417 ノンアドヒアランスは表面化しないことが多い問題である。患者の多くは、
418 医療従事者の気分を害することを心配して、医薬品に関する疑問や懸念を話
419 したがらない。この問題を克服し、医薬品とアドヒアランスについて、誠実
420 でオープンな話し合いを促すためのより良い方法が必要である。

421 医師ではない処方者（薬剤師や看護師など）の数が増加している。これは重
422 要な問題背景であり、新しい処方者に対する患者の見解や、新しい処方者と
423 既存の処方者の認識やスキルに関する様々な課題が含まれている。新しい処
424 方者を評価するようにデザインされた研究には、新しい処方者が患者の服薬
425 アドヒアランスに与える影響を含めるべきである。英国の Pharmacy Contract

426 （薬局サービス契約）の中で正式に医薬品のレビューが追加されたことで、
427 患者への支援を改善する機会が得られている。処方者以外のレビューが医薬
428 品の使用方法とアウトカムに及ぼす効果と、どのようにレビューを改善する
429 ことで患者と社会にベネフィットをもたらすかを理解する必要がある。

430

431 より詳しい情報およびリソース

432 本ガイドラインに関連するトピックについての NICE の意見を確認するに
433 は、[medicines management](#) のウェブページを参照。

434 更新情報

435 **2019 年 9 月:** Disability Discrimination Act (障害者差別禁止法) (2005 年) に
436 関しては、Equality Act (平等法) (2010 年) に変更された。推奨事項 1.1.16
437 は、意思決定および精神的能力 (decision-making and mental capacity) に関す
438 る NICE ガイドライン (NG108) に相互参照を追加するための改訂が行われ
439 た。

440 **2015 年 3 月:** 推奨事項 1.4.2 は、医薬品の最適化 ([medicines optimisation](#)) に関
441 する NICE ガイドラインの 1.2 節の推奨事項に置き換えられた。

442 ISBN: 978-1-4731-1123-3

2023年5月作成

用語集

● 選好傾向

選好傾向 (preferences) は、「医療介入の選択肢によって異なる属性の相対的な望ましさ、または受容性の定性的または定量的に述べられた意見」と定義されている¹。患者の選好傾向 (patient preferences) は、「患者が自身の医療に関する決定について表明したもの」である¹。

● 医薬品のレビュー

医薬品のレビュー (medicine review) は、「患者の医薬品や服薬行動について話し合うために、専門家 (医療従事者) と患者が対面で打ち合わせをすること」である²。

● Mental Capacity Act

Mental Capacity Act: MCA (意思能力法) とは、英国の国民保健サービス (National Health Service: NHS) が定めた、意思決定能力を欠く人々の意思決定を定めた法律である³。例えば、認知症や精神疾患などを有する人が意思決定能力を欠く場合、その人に代わって何かを行ったり、決定したりする方法を取り決めている⁴。本邦においては、いわゆる成年後見制度が MCA に該当し、民法や任意後見契約に関する法律で定められている。MCA は医療に関する意思決定についても規定していることが特徴であるが⁴、本邦の成年後見制度では規定されていない。本邦における、医療に係る意思決定を補足する資料として、「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」⁵、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」⁶ などがある。

● Pharmacy Contract

英国のイングランドでは community pharmacy (地域薬局) と NHS イングランドの間で Pharmacy Contract (薬局サービス契約) が結ばれている⁷。地域薬局はこの契約の基づき、NHS イングランドからの委託を受けて国民に医療サービスを無料で提供している。この制度は、Community Pharmacy Contractual Framework (CPCF) と呼ばれる法的な取り決めによって管理されており、地域薬局への報酬が定められている。

参考文献

1. Medical Device Innovation Consortium. Medical Device Innovation Consortium (MDIC) patient centered benefit-risk project report: a framework for incorporating information on patient preferences regarding benefit and risk into regulatory assessments of new medical technology. U.S. Food and Drug Administration, <https://www.fda.gov/downloads/ScienceResearch/SpecialTopics/RegulatoryScience/UCM486253.pdf>, Accessed April 11, 2022.
2. Nunes V, Neilson J, O’Flynn N, Calvert N, Kuntze S, Smithson H, Benson J, Blair J, Bowser A, Clyne W, Crome P, Haddad P, Hemingway S, Horne R, Johnson S, Kelly S, Packham B, Patel M, Steel J. Clinical Guidelines and Evidence Review for Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76/evidence/full-guideline-pdf-242062957>, Accessed April 11, 2022.
3. Mental Capacity Act. <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/making-decisions-for-someone-else/mental-capacity-act/>, National Health Service, Accessed April 11, 2022.
4. 田中美穂, 児玉聡. 英国の終末期医療における意思能力法 2005 の現状と課題. 生命倫理, 24(1), 96–106, 2014.
5. 平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究」班. 身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf>, 厚生労働省, Accessed April 11, 2022.
6. 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>, 厚生労働省, Accessed April 11, 2022.
7. Anderson C, Sharma R. Primary health care policy and vision for community pharmacy and pharmacists in England. Pharm Pract (Granada), 18(1), 1870, 2020.

NICE CG76 日本語版を読むための補足説明集

(本文 15～16 行目)

長期的な病態に対し処方された医薬品¹の3分の1から半数は、推奨どおりに使用されていないと考えられている。

2014年のシステマティックレビューでは、服薬アドヒアランスは平均50%前後であり、過去50年間で大きな変化はなかったと報告されています¹。本邦においては、高血圧患者207名を対象とした研究で、6か月間の服薬アドヒアランスが98%と報告されています²。一方で、高血圧、脂質異常症の患者では約半数が³、糖尿病患者では約3分の2が薬を適切に使用していない⁴と報告されています。

(本文 19、354、363、412 行目)

処方者

(本文 421～429 行目)

医師ではない処方者（薬剤師や看護師など）の数が増加している。これは重要な問題背景であり、新しい処方者に対する患者の見解や、新しい処方者と既存の処方者の認識やスキルに関する様々な課題が含まれている。新しい処方者を評価するようにデザインされた研究には、新しい処方者が患者の服薬アドヒアランスに与える影響を含めるべきである。英国の Pharmacy Contract（薬局サービス契約）の中で正式に医薬品のレビューが追加されたことで、患者への支援を改善する機会が得られている。処方者以外のレビューが医薬品の使用方法とアウトカムに及ぼす効果と、どのようにレビューを改善することで患者と社会にベネフィットをもたらすかを理解する必要がある。

本邦において、処方権を持つのは医師、歯科医師、獣医師です。一方、英国では、ある一定の条件（公認のコースを修了するなど）を満たした薬剤師⁵や看護師が処方権を持つことができます。

(本文 36～50 行目)

ノンアドヒアランスの原因は多数あるが、これらは意図的なもの (intentional) と意図的ではないもの (unintentional) に分類され、この 2 つのカテゴリは重複する。意図的ではないノンアドヒアランスとは、患者が合意した治療に従いたいと思っているにもかかわらず、患者自身でコントロールできない障壁によって指示どおりにできない場合に生じる。例えば、指示を思い出すことができない、または理解するのが困難である、治療薬の使用方法に問題がある、医療費を払えない、単に治療薬を使用し忘れる、などである。意図的なノンアドヒアランスとは、患者が治療の推奨事項に従わないと決めたときに生じる。これについては、患者本人の治療に対する認識 (perceptions) や、治療を開始・継続する際のモチベーションに影響を与える、信念 (beliefs) や選好傾向 (preferences) の観点からとらえるとよい。治療へのアドヒアランスを理解する際に考慮すべきは、治療を開始・継続する際のモチベーションに影響を与える認知的な要因 (perceptual factors) (例: 信念および選好傾向) と、合意した治療に従う患者の能力 (capacity) に影響を与える実際的な要因 (practical factors) である。

(本文 57～60 行目)

アドヒアランスに対する各患者の認知的および実際的な障壁 (perceptual and practical barriers) の特定 – 認知的および実際的な問題、そしてアドヒアランスは時間が経つにつれて変わることがあるため、処方時点でも、定期的なレビューの時点でも、これらの障壁を特定する。

(本文 373～377 行目)

治療を開始および継続するモチベーションに影響を与える、認知的な障壁 (医薬品に関する信念や懸念など) や、服薬アドヒアランスの意思を実行する個人の能力を制限する実際的な障壁 (個人の処理能力やリソース [resources] の制限など) を特定して対処するための、最も臨床的に効果的で費用対効果の高い方法とは何か？

CG76 および CG76 のフルガイドライン版において、ノンアドヒアランスは意図的なもの (intentional)、意図的ではないもの (unintentional) に分類されています⁶。この分類は WHO の報告書にも記載されています⁷。参考までにノンアドヒアランスの分類と、各分類に対応する障壁 (barriers) と要因 (factors) を表 1 に示します。

表 1：ノンアドヒアランスの分類、認知的または実際的な障壁・要因について^{6,8}

分類	意図的なノンアドヒアランスは、患者の信念などに関連する認知的な障壁から生じます。	意図的ではないノンアドヒアランスは、患者の能力やリソースの制限に基づく、実際的な障壁から生じます。
障壁	<p>認知的な障壁 (perceptual barriers) は、個々の患者が自身の病気や病態、治療について、一般的、具体的に考える方法のことです。例えば、医薬品に関する信念や懸念等が挙げられます。</p>	<p>実際的な障壁 (practical barriers) とは、コスト、記憶、器用さ等、医薬品を使用する患者個人の能力に影響を与えるものを指します。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 飲み忘れる • 指示を忘れる、理解できない • 薬の容器を開けることが難しい • 吸入器や注射器を扱うことが難しい • 再処方の必要性に気づかない • 治療薬の使用方法に問題がある • 医療費を払えない
要因	<p>認知的な要因 (perceptual factors) は、主に患者の内的な認識過程 (internal cognitive processes) から生じます。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 動機 (motivation) • 感情 (emotions) • 認知 (perceptions) • 信念 (beliefs) • 懸念 (concerns) • 選好傾向 (preferences) • 態度 (attitudes) • 期待 (expectations) • 経験 (experiences) 	<p>実際的な要因 (practical factors) には、主に患者の行動に影響を与える、個人、治療、社会に関する外的な環境要因 (external environmental factors) があります。例えば、医薬品の見た目や手触り、医薬品へのアクセスのしやすさ、医療システムの構造などが挙げられます。</p> <p>CG76 のフルガイドライン版では、情報 (information)、コミュニケーション (communication) などが外的な要因として挙げられています。</p>

(本文 43～44 行目)

意図的なノンアドヒアランスとは、患者が治療の推奨事項に従わないと決めたときに生じる。

CG76 のフルガイドライン版において、医薬品を使用することと自分が病気であることは同じことであるため、患者が自らの病気を受け入れなければ、患者は医薬品を使用しないことがあると記載されています⁶。例えば、Human Immunodeficiency Virus (HIV) 陽性者の場合、患者が診断名を受け入れることは、患者が処方通りに服薬するかどうかを決定する上で重要だと述べられています⁶。

(本文 64～66 行目)

介護者や家族に対して別途、推奨事項を設けてはいない。最も重要な関係は患者と医療従事者の関係であり、患者には自身のケアに携わるべき人物を決定する権利がある。

CG76 はガイドラインの対象者を「医療従事者」、「処方薬を使用する成人およびその家族、介護者」としています。一方、「介護者や家族に対して別途、推奨事項を設けてはいない」と定めています。これは介護者や家族からの支援が不要という意味ではありません。周りの支援があることで、患者は服薬を継続できることがあります。

(本文 68 行目)

現在、様々な医療従事者が医薬品の処方、調剤、レビューに関与している。

CG76 ではレビューという言葉が繰り返し登場します。CG76 におけるレビューとは、医薬品のレビュー (medicine review) を意味するものであり、「reviewing medicines」(原文の 1.1.20、1.3、1.3.3、1.4.1、1.4.3 で登場する用語です) も「medicine review」と概ね同じ意味です (用語集の「医薬品のレビュー」もご参照ください)。

医薬品のレビューには、処方および調剤に関わる医療従事者が参画しています。例えば、general practitioners (一般開業医) や community pharmacists (地域薬剤師) などがレビューを行います²。医薬品のレビューはレベル設定や目的に応じた分類がされていますので、ご興味のある方は CG76 のフルガイドライン版をご参照ください²。

(本文 69～70 行目)

それらの役割をどの医療従事者が担うかについて推奨することは、本ガイドラインの範疇外である。

CG76 では、どの医療従事者が医薬品の処方、調剤、レビューの役割を担うのか推奨することについてガイドラインの範疇外としています。これは多職種連携が不要であるという意味ではありません。CG76 には医療従事者間のコミュニケーションに関する推奨事項が記載されており (1.4 節)、多職種連携は重要です。

(本文 75、123、127、137、143、188、252、400、407、409 行目)

コンサルテーション

CG76 において、コンサルテーションとは、医療従事者と患者の話し合いを意味します。コンサルテーションは医薬品のレビューとは異なり、医薬品や服薬行動についての話し合いに限定されません。

(本文 83～86 行目)

患者参画が増えるとともに、患者が医薬品を使用しない、または使用の中止を決定する可能性があることに留意する。医療従事者の見解で、これらの決定が有害事象につながるおそれがある場合、リスクとベネフィットについて患者に情報を提供し、患者の決定を記録する必要がある。

患者の内的な要因 (信念など) は、医薬品を使用する、使用しないという患者の意思に影響します⁶。患者が副作用に対する懸念を強く抱いたり、医薬品の必要性を感じなかったりすると、医薬品を使用しないと決定する可能性があります。

(本文 97～99 行目)

アドヒアランスは改善できるものであるが、全ての患者に特定の介入を推奨できる

わけではないことに留意する。アドヒアランスを向上させるための介入は、患者が抱えている具体的な問題を踏まえて調整する。

ノンアドヒアランスの背景には、認知的または実際的な問題（障壁）があります。例えば、医薬品の用法用量が複雑になると、患者は飲み方を理解できなかつたり、飲み忘れていたりすることがあります（実際的な問題）。また、患者が医薬品の効果を実感できなかつたり、副作用を心配したりすることがあります（認知的な問題）。具体的には表 1 をご参照ください。

（本文 135-136 行目）

患者に開放型質問形式（open-ended questions）で質問することによって、患者の懸念が明らかになる可能性が高くなる。

開放型質問形式と閉鎖型質問形式（closed-ended questions）を使い分けることは、患者の考え方を明らかにする上で重要です。CG76 のフルガイドライン版では、開放型質問形式は閉鎖型質問形式よりも社会的望ましさ（social desirability）の影響が小さく、健忘（forgetfulness）や想起エラー（recall errors）の影響を受けづらいと記載されています⁶。

（本文 137 行目）

患者参画の増加

ノンアドヒアランスの原因として、患者のライフスタイル、職業、家族構成等が考えられる場合、これらの心理社会的背景を確認することは重要です。

（本文 156～159 行目）

治療に関する患者の選好傾向に対し、思い込みをしないようにする。患者の選好傾向を知るために患者と話し合い、患者の見解を更に探る必要があることを示す、言語以外の手がかり（non-verbal cues）に注目する。

CG76 では言語以外の手がかり (non-verbal cues) に関する詳細な説明はありません。一般論として、言語以外の手がかりとは、顔の表情、相づち、身振り手振り、態度等を指すと考えられます。

(本文 163~164 行目)

医薬品のリスク、ベネフィット、副作用のバランスについて、患者は医療従事者と異なる見解を持つ可能性があることを認める。

医薬品のリスク (risks) とは、医薬品を使用したときに、望ましくないこと、予期せぬことが起こる可能性のことです⁹。副作用 (side effects) とは、有害反応 (adverse reactions) のことであり、医薬品に関連している可能性のある、望ましくない・好ましくない作用のことです¹⁰。

(本文 189~193 行目)

患者、家族、介護者に、患者が使用している全ての医薬品の最新リストを保持するよう促し、支援する。このリストには、処方薬、市販薬、ハーブ、栄養補助食品の名称と用量を記載する必要がある。患者が医薬品に対しアレルギーまたは有害反応を示す場合、必ずその旨を記載する。

CG76 のフルガイドライン版において、患者自身の医薬品リスト (list of medicines) は医薬品のレビューに有用であると述べられています⁶。本邦では、お薬手帳などが医薬品リストに該当します。

(本文 202~204 行目)

新たに医薬品を処方する前や、医薬品をレビューする際は、患者に医薬品について知っていること、信じていること、理解していることを尋ねる。

(本文 205~208 行目)

医薬品を処方、調剤またはレビューするときは、患者が医薬品に関し何らかの具体的な懸念を抱いているかどうかを必ず尋ねる。これには、医薬品に依存することや

有害事象に対する懸念が含まれることがある。これらの懸念に対処する。

医薬品の情報は、患者の行動に影響を与える外的な要因となります。患者が自身で薬について調べ、間違っただけで必要以上に懸念を持っていることがあります。そのため、適切な医薬品情報を提供することは、服薬アドヒアランスを向上させる上で重要です。

(本文 211 行目)

患者が話し合いたいのは、以下であることに留意する。

例えば、2020 年に本邦で実施された「HIV 診療・治療とコミュニケーションについての調査」¹¹ では、HIV 陽性者 631 人の回答を分析した結果、医師に本音で伝えられていない要望は、「薬の効果に関すること」(39.6%)、「副作用に関すること」(31.7%)、「飲みにくさや飲み忘れに関すること」(19.8%) でした。薬剤師と話す内容は、「最近の体調について」(67.8%)、「薬の副作用」(57.6%)、「現在行っている治療（薬剤）について」(55.4%)、「薬の飲み忘れについて」(53.7%) でした。

HIV 陽性者を例に挙げましたが、個々の患者に合わせて対応することが重要です。

(本文 231～234 行目)

医薬品と共に患者が受け取る患者用情報リーフレット (patient information leaflets: PILs)² が各患者のニーズを満たしていると思えないようにする。標準的な PILs を読んだ後に患者が抱く可能性のある懸念に対処する。

英国では処方箋医薬品に患者用情報リーフレット (PILs) が添付されています。標準的な PILs には、適応外使用などの情報は記載されていません。CG76 のフルガイドライン版では、PILs は医薬品情報を提供する上で役に立たないことが多く、患者は医薬品の調剤後にしか PILs を受け取ることができないと述べられています。⁶

(本文 235～237 行目)

患者が必要とし、望む情報の種類や量は患者により異なるため、情報提供は個別化

する必要がある。以下はその例であり、これらに限定されることはない。

他にも、患者は飲み合わせ（医薬品、健康食品、サプリメントなど）、食事・飲酒の影響、新薬等の情報を求めることがあります。

（本文 252～254 行目）

コンサルテーション後、患者に信頼できる情報と支援を見つけることができる方法等を提案する。例えば、文書による情報提供、または他の情報源（NHS のウェブサイトなど）を案内する。

NHS のウェブサイト に代わる情報源として、本邦では、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 (<https://www.pmda.go.jp/>)、厚生労働省 (<https://www.mhlw.go.jp/>) などのウェブサイトが挙げられます。

（本文 277～279 行目）

最近、医薬品を使用しなかったことがあるかどうかを患者に尋ね、ノンアドヒアランスの評価を考慮する。以下の方法を用い、患者がノンアドヒアランスを報告しやすくする。

患者を責めるような尋ね方は避けるべきです。

（本文 285～287 行目）

処方箋の再発行記録、薬局の薬剤服用歴、未使用の医薬品の返却記録を用いて、潜在的なノンアドヒアランスと追加支援を必要としている患者を特定することを検討する。

その他に、自宅の残薬状況の確認も重要です。

(本文 294~297 行目)

患者が医薬品を使用していない場合、医薬品に関する信念や懸念または問題（意図的なノンアドヒアランス）のためなのか、あるいは実際的な問題（意図的ではないノンアドヒアランス）のためなのかを患者と話し合う。

治療の意義や服薬アドヒアランスの重要性を説明し、患者の理解を得ることが重要です。医薬品を使用した場合、使用しなかった場合でどのようになるのかを説明することも重要です。

(本文 302~304 行目)

服薬アドヒアランスを向上させるための、患者が好む支援の形を見極める。医療従事者と患者が共に支援の選択肢を検討する必要がある。

患者に受け入れやすい服薬計画を提案したり、家族・友人の支援を検討したり、短期・中長期の目標を設定したりなど、様々な支援の選択肢があります。

(本文 312 行目)

患者に医薬品の服薬（使用）記録を付けることを提案する

本邦では、お薬手帳、患者・服薬日誌等の活用があります。

(本文 313 行目)

患者に自らの病状をモニタリングするよう勧める

疾患領域によってモニタリングする項目は異なる場合があります。例えば、HIV 陽性者では患者自身も HIV-RNA 量、CD⁴⁺陽性リンパ球数をモニタリングすることが重要です。

(本文 314 行目)

投与レジメンを簡略化する

投与レジメンの複雑さは、実際的な障壁（問題）に影響することがあります。CG76 のフルガイドライン版では、投与レジメンの簡略化（例: 1 日 2 回から 1 日 1 回に変更する）がアドヒアランスを改善すると述べられています⁶。

(本文 315 行目)

別の医薬品包装を使用する（医薬品の供給の様々な方法）

本邦では、一包装などが該当します。一包装は、アドヒアランスを向上させる目的で使用されたり、患者が医薬品名称の記載されていない包装を好む場合で使用されたりします。

(本文 316～317 行目)

医薬品のマルチ・コンパートメントシステム（お薬管理ケース、お薬カレンダー）を使用する

マルチ・コンパートメントシステム（multi-compartment medicines system）は「dosette boxes」、「reminders」、「packaging」等の用語を含んでおり、これらの用語は表現が統一されていません⁶。CG76 のフルガイドライン版において、マルチ・コンパートメントシステムとは「患者さんの医薬品（単剤・多剤）を収納し、期間（日・曜日・月）を表示する装置」と定義されています⁶。本邦では、お薬管理ケース、お薬カレンダー等が該当します。

(本文 319～320 行目)

一部の患者では、副作用が問題となることがある。このような場合、以下を実施する。

個々の患者に合わせて、発現が予想される副作用、副作用の発現時の対処方法、医

療従事者によるフォローアップの体制等を説明することが重要です。

(本文 324 行目)

用量の調整を検討する

薬物血中濃度の測定が有用な場合は、必要に応じて測定を実施（依頼）します。

(本文 325 行目)

副作用のリスクが異なる別の医薬品への変更を検討する

患者は副作用を経験することで、ノンアドヒアランスになることがあります。

(本文 326～327 行目)

利用できそうな他の方法を考慮する（医薬品を使用するタイミングなど）

医薬品を使用するタイミングとは、例えば、利尿薬を投与するタイミングが挙げられます。利尿薬を夕食後に服用して夜間の頻尿で困っている場合、服用のタイミングを夕食後から昼食後に変更することで、夜間の頻尿を避けることができます。

(本文 328～329 行目)

処方薬の費用が問題であるかどうかを患者に尋ねる。それが問題となっている場合、費用を削減できる選択肢を検討する。

本邦と英国では医療制度などが異なるため、利用可能な選択肢も異なります。例えば、本邦では高額療養費制度、自立支援医療等が利用可能です。

(本文 330～350)

医薬品のレビュー（1.3 節）

用語集の「医薬品のレビュー」や、本文 68 行目に対する補足説明をご参照ください。

(本文 351 行目)

医療従事者間のコミュニケーション

医療従事者間のコミュニケーションは推奨事項 1.4.2 に具体的に記載されていましたが、2015 年に CG76 が更新され、推奨事項 1.4.2 は医薬品の最適化（medicines optimization）に関する NICE ガイドライン（NG5）の 1.2 節の推奨事項に置き換えられました¹²。この推奨事項には、医療従事者間で医薬品に関する情報を共有することなどが記載されています¹²。本邦では、診療情報提供書、退院時情報提供書等を用いた情報共有が該当します。

(本文 409~411 行目)

処方関連のコンサルテーションや医薬品のレビューの質を向上させ、十分な情報に基づく選択と最適な服薬アドヒアランスを高めるために、医療従事者と患者はどのように支援され得るか？

(その他)

CG76 において、服薬アドヒアランスの向上には、医療従事者と患者、医療従事者と医療従事者との間のコミュニケーションが重要です。アドヒアランスの支援には様々な医療従事者が関わります。しかし、本邦において、意思決定のプロセスを含むアドヒアランスの支援は十分に根付いておらず、依然として服薬コンプライアンスの確認に留まっています。

参考文献

1. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, Agoritsas T, Mistry N, Iorio A, Jack S, Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(11), CD000011, 2014.
2. Matsumura K, Arima H, Tominaga M, Ohtsubo T, Sasaguri T, Fujii K, Fukuhara M, Uezono K, Morinaga Y, Ohta Y, Otonari T, Kawasaki J, Kato I, Tsuchihashi T; COMFORT Investigators. Does a combination pill of antihypertensive drugs improve medication adherence in Japanese? A randomized controlled trial. *Circ J*, 76(6), 1415–1422, 2012.
3. 倉林正彦. 群馬県の脂質異常症合併高血圧患者および医師の薬物治療に対する意識の実体調査—GAPs (Gunma Adherence of Patient study) 報告—. *Prog Med*, 31(9), 2183–2189, 2011.
4. 堀哲理. 糖尿病患者における経口糖尿病治療薬の服薬状況に関する調査結果. *新薬と臨牀*, 59(2), 254–259, 2010.
5. Pharmacist independent prescriber. General Pharmaceutical Council , <https://www.pharmacyregulation.org/education/pharmacist-independent-prescriber>, Accessed April 11, 2022.
6. Nunes V, Neilson J, O’Flynn N, Calvert N, Kuntze S, Smithson H, Benson J, Blair J, Bowser A, Clyne W, Crome P, Haddad P, Hemingway S, Horne R, Johnson S, Kelly S, Packham B, Patel M, Steel J. Clinical Guidelines and Evidence Review for Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76/evidence/full-guideline-pdf-242062957>, Accessed April 11, 2022.
7. Adherence to Long-term Therapies: Evidence for action. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, World Health Organization 2003, Accessed April 11, 2022.
8. Horne R, Weinman J, Barber N, Elliott R, Morgan M. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D, 2005.
9. Think It Through: Managing the Benefits and Risks of Medicines. U.S. Food and Drug Administration, <https://www.fda.gov/drugs/information-consumers-and-patients-drugs/think-it-through-managing-benefits-and-risks-medicines>, Accessed April 11, 2022.

10. Finding and Learning about Side Effects (adverse reactions). U.S. Food and Drug Administration, <https://www.fda.gov/drugs/information-consumers-and-patients-drugs/finding-and-learning-about-side-effects-adverse-reactions>, Accessed April 11, 2022.
11. HIV 診療・治療とコミュニケーションについての調査結果. 株式会社アクセライト, <https://gfja.accelight.jp/result/>, Accessed April 11, 2022.
12. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. National Institute for Health and Care Excellence, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5>, Accessed April 11, 2022.

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
該当なし					

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式

2023年3月31日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長)殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 東京薬科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 三巻 祥浩

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 令和4年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業)
- 研究課題名 薬剤師の職能発揮のための薬学的知見に基づく継続的な指導等の方策についての調査研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 薬学部 教授

(氏名・フリガナ) 益山 光一 マスヤマ コウイチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況 受講 未受講

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式

2023年3月31日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 東京薬科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 三巻 祥浩

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 令和4年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業)
- 研究課題名 薬剤師の職能発揮のための薬学的知見に基づく継続的な指導等の方策についての調査研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 薬学部 教授
(氏名・フリガナ) 北垣 邦彦 キタガキ クニヒコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式

2023年3月31日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 東京薬科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 三巻 祥浩

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 令和4年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業)
- 研究課題名 薬剤師の職能発揮のための薬学的知見に基づく継続的な指導等の方策についての調査研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 薬学部 教授
(氏名・フリガナ) 陳 惠一 チン ケイイチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況 受講 未受講

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式

2023年3月31日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 東京薬科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 三巻 祥浩

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 令和4年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業)
- 研究課題名 薬剤師の職能発揮のための薬学的知見に基づく継続的な指導等の方策についての調査研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 薬学部 准教授
(氏名・フリガナ) 川口 崇 カワグチ タカシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況 受講 未受講

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式

2023年3月31日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 東京薬科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 三巻 祥浩

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 令和4年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業)
- 研究課題名 薬剤師の職能発揮のための薬学的知見に基づく継続的な指導等の方策についての調査研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 薬学部 助教
(氏名・フリガナ) 山田 哲也 ヤマダ テツヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況 受講 未受講

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式

2023年3月31日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 東京薬科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 三巻 祥浩

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 令和4年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業)
- 研究課題名 薬剤師の職能発揮のための薬学的知見に基づく継続的な指導等の方策についての調査研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 薬学部 助教
(氏名・フリガナ) 藤宮 龍祥 フジミヤ タツヒロ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況 受講 未受講

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。