

第4回薬薬連携の会

第2部 意見交換会議事録

日時：令和元年6月26日（水）19：50-20：50

場所：多摩南部地域病院 第2会議室

1. 薬局と病院の情報共有用紙について（グループ・ディスカッション）

案1、2を元に、A～Cの3群に分かれて、グループ・ディスカッションを行った。

（案1）

病院と薬局の情報共有用紙

多摩市薬業連携の会

お名前: _____

★患者様に処方された薬の内容に問題がないかどうか、確認するために必要な情報です。 ★薬剤師が記入します。 ★現在使用しているお薬手帳に挟んでください。 ~~~ 薬剤師が記入します ~~~			3. 既往歴 <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> HF <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BPH (その他特記すべき既往歴)			
1. アレルギー歴(花粉症以外)			4. 調剤上の注意 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/>			
2. 副作用歴(抗がん薬によるもの以外)			5. 主な臨床検査値			
薬品名	症状	対応	項目	略称	基準値	単位
.....	.....	禁忌・注意	白血球			
.....	.....	禁忌・注意	好中球			
.....	.....	禁忌・注意	ヘモグロビン			
.....	.....	禁忌・注意	血小板			
.....	.....	禁忌・注意	AST			
.....	.....	禁忌・注意	ALT			
.....	.....	禁忌・注意	総ビリルビン			
.....	.....	禁忌・注意	クレアチニン			

（案2）

病院と薬局の情報共有用紙

多摩市薬業連携の会

お名前: _____

★患者様に処方された薬の内容に問題がないかどうか、確認するために必要な情報です。 ★薬剤師が記入します。 ★現在使用しているお薬手帳に挟んでください。 ~~~ 薬剤師が記入します ~~~			4. 既往歴 <input type="checkbox"/> DM (β遮断薬、ステロイド等血薬に影響する薬剤の使用可) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Glaucoma (抗コリン薬の使用) <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 疑義照会必要 <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> HF <input type="checkbox"/> BPH (抗コリン薬の使用) <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 疑義照会必要 (その他特記すべき既往歴)			
1. アレルギー歴(花粉症以外)			5. 主な臨床検査値			
薬品名	症状	対応	項目	/	/	/
.....	.....	禁忌・注意	白血球			
.....	.....	禁忌・注意	好中球			
.....	.....	禁忌・注意	ヘモグロビン			
.....	.....	禁忌・注意	血小板			
.....	.....	禁忌・注意	AST			
.....	.....	禁忌・注意	ALT			
.....	.....	禁忌・注意	総ビリルビン			
3. 調剤上の注意			クレアチニン			
<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> その他(			カリウム			

項目	A 班	B 班	C 班
既往歴表 記（略称 or 漢字）	すぐにわからないように する意図はあるが、患者 からの確認が増える	患者にわかりにくいた め、漢字がよいか。	略称、漢字両方の意見が 出た。記載には患者の同 意が必要か。
アレルギー歴		代表的なものを記載し、 チェックで	花粉症の記載はあっても よい
検査値	経時的に書く（欄がなく なった時の対応？） 肝機能、腎機能のみ記載。 病院は退院時のみになる 外来の検査値を見せても らうきっかけになる GFR、Ccr も知りたい。	経時的に見ていくのがい いのでは 用紙をのりづけで重ねて いく フリー欄もあるとよい。	肝機能・腎機能がわかれば 良い。 Ccr の記載があるとい い。 異常があった場合だけ 記載
調剤上の 注意		嚥下、簡易懸濁等	
記載者	薬剤師誰でも 発行する人がまず、記載		記載者は薬剤師だけで なく、患者や家族が記載 しても良いのでは
追加情報	ADL、ケアマネの情報も あるとよい（個人情報の 問題あり）	かかりつけ薬局を入れた い（かかりつけ薬局と記 載していても実際異なる ことがある）	かかりつけ薬局→薬剤 師名、連絡先 薬を管理している人 薬薬連携の会のところ に連絡先があるといい
副作用歴	起きた時期等より詳細に 記載		品目数が多く、自由に記 載するスペースがある といい、起きた時期、転 機、入院の有無、抗がん 薬も必要
その他	Net 上で pdf の形で公開、 ダウンロードできるよう にする	ラミネートすることで劣 化を防げるのではない か。少し書きにくい難点 がある。 入院中に薬の変更があっ た場合に、理由が記載さ れているといい	両面にして記載スペー スを増やす 用紙の記載方法がわか るような説明を書く。

2. 全体討論

(1) 用紙の形状について

- ・両面印刷がよい
 - ラミネートもよいが、記載がしづらい
 - 両面コピーではなく、片面コピーで四つ折りに、上段に使用法、かかりつけ薬局等記載する

(2) 運用

- ・HP にのせて自由にダウンロードして使用する

(3) 項目について

- ・検査値はどうか
 - 退院時の検査値だけ知りたい。患者に必ず了承を得て記載する。
 - 検査値を患者に公開する場合は、医師に確認している
 - 数値ではなく、異常値かどうかだけでもよい
 - INR、K 値は知りたい、WBC 等はいらない
 - 情報共有用紙は経時的なものを見るものとしては使用しないでもいいのではないか
 - CKD など、要注意の項目だけ教えてもらえれば、細かい数値は不要
- ・検査値記載の了承について
 - 記載するには了承が必要か、口頭了承で問題ないか
 - 記載には患者さんの同意を得て記載する。
- ・変更理由の記載について
 - 変更理由は変更した時期も含めて、薬局だけでなく、病院側もほしい情報である
 - どこまで書くのか、ルールが必要

3. まとめ

- ・再度、ひな形を作成、メーラー斉配信で意見を募り、修正後、仮運用を始める。
- ・患者の同意を得ながら一緒に記載していく（患者の代筆）
- ・各々の項に『記載を希望しない』場合のチェック欄を作ったほうが良い。
- ・既往歴は患者もわかるような表記とする。

4. 情報提供

疑義照会レポート集計結果

外国語対応可能薬局マップを作成中

居宅療養管理指導料の算定について、病院が薬局に処方箋を FAX する必要はあるか

令和元年5月17日

第4回

薬薬連携の会

意見交換会

病院と薬局の情報共有用紙作成

病院薬剤師と薬局薬剤師が本当に必要な情報を集めた情報共有用紙を作成し、運用について検討しましょう。

記

日時 令和元年6月26日(水) 19:15 ~ 20:30
場所 多摩南部地域病院 第2会議室
(TEL.042-338-5111)

~~~~~

当日の流れ

19:15- 開会のご挨拶(多摩市薬剤師会会長)

19:20- 意見交換会(運用案)

- ・A4で印刷、半分に折ってお薬手帳に挟む
- ・輪ゴムでとめる
- ・汚れたら、コピー

20:25- 閉会のご挨拶(多摩南部地域病院 松本薬剤科長)

問い合わせ先: 多摩南部地域病院 畠山  
[taku\\_hatakeyama@tokyo-hmt.jp](mailto:taku_hatakeyama@tokyo-hmt.jp)

# 情報共有用紙(案)

## 病院と薬局の情報共有用紙

多摩薬業連携の会

お名前: \_\_\_\_\_

★患者様に処方された薬の内容に問題がないかどうか、確認するために必要な情報です。  
★薬剤師が記入します。  
★現在使用しているお薬手帳に挟んでください。

~~~~ 薬剤師が記入します ~~~~

1. アレルギー歴(花粉症以外)

2. 副作用歴(抗がん薬によるもの以外)

| 薬品名 | 症状 | 対応 |
|-------|-------|-------|
| | | 禁忌・注意 |
| | | 禁忌・注意 |
| | | 禁忌・注意 |
| | | 禁忌・注意 |
| | | 禁忌・注意 |
| | | 禁忌・注意 |
| | | 禁忌・注意 |
| | | 禁忌・注意 |

3. 既往歴

DM Glaucoma HF
 Asthma RF BPH

(その他特記すべき既往歴)

4. 調剤上の注意

一包化

5. 主な臨床検査値

| 項目 | 略称 | 基準値 | 単位 |
|--------|----|-----|----|
| 白血球 | | | |
| 好中球 | | | |
| ヘモグロビン | | | |
| 血小板 | | | |
| AST | | | |
| ALT | | | |
| 総ビリルビン | | | |
| クレアチニン | | | |

病院と薬局の情報共有用紙

多摩薬業連携の会

お名前: _____

★患者様に処方された薬の内容に問題がないかどうか、確認するために必要な情報です。
★薬剤師が記入します。
★現在使用しているお薬手帳に挟んでください。

~~~~ 薬剤師が記入します ~~~~

1. アレルギー歴(花粉症以外)

2. 副作用歴(抗がん薬によるもの以外)

| 薬品名   | 症状    | 対応    |
|-------|-------|-------|
| ..... | ..... | 禁忌・注意 |
| ..... | ..... | 禁忌・注意 |
| ..... | ..... | 禁忌・注意 |
| ..... | ..... | 禁忌・注意 |
| ..... | ..... | 禁忌・注意 |
| ..... | ..... | 禁忌・注意 |
| ..... | ..... | 禁忌・注意 |
| ..... | ..... | 禁忌・注意 |

4. 既往歴

DM                      (β 遮断薬、ステロイド等血糖に影響する薬剤の使用可可能  疑義照会必要)

Asthma

Glaucoma (抗コリン薬の使用  可可能  疑義照会必要)

RF

HF

BPH (抗コリン薬の使用  可可能  疑義照会必要)

(その他特記すべき既往歴)

5. 主な臨床検査値

| 項目     | / | / | / | / |
|--------|---|---|---|---|
| 白血球    |   |   |   |   |
| 好中球    |   |   |   |   |
| ヘモグロビン |   |   |   |   |
| 血小板    |   |   |   |   |
| AST    |   |   |   |   |
| ALT    |   |   |   |   |
| 総ビリルビン |   |   |   |   |
| クレアチニン |   |   |   |   |
| カリウム   |   |   |   |   |

3. 調剤上の注意

一包化                       その他( )