

2021年度 第4回 京大病院 病診薬連携セミナー（2022年1月27日）

鎮痛薬フォローアップシートの活用事例 ～京都府薬剤師会ver.の紹介～

京都大学医学部附属病院 薬剤部

深津 祥央

2020年 改正薬機法の施行

『服用期間を通じて、必要な服薬状況の把握や薬学的知見に基づく指導を実施する』

➤ 外来患者への継続的な介入

- 薬効評価
- 服薬状況
- 副作用の発現状況 など

➤ モニタリングの方法

- 面談・電話での確認 など

フォローアップ

京都府の取り組み



京都府病院薬剤師会

— 京都府薬剤師会 病院診療所薬剤師部会 —



京都府薬-病診部会の医療連携加速化WGで作成

- HOME
- 薬学生の皆様へ **NEW**
- 薬局薬剤師の方へ **NEW**
- 病院薬剤師の方へ **NEW**
- 京病薬 概要

薬局薬剤師の方へ

2020/01/21	様式3-② フォローアップシート オピオイド Excel
2020/01/21	様式3-① フォローアップシート 抗がん薬 Excel
2020/01/21	様式1-① トレーシングレポート W

- 抗がん薬
- 鎮痛薬

“ フォローアップシート オピオイド ”

(Excelファイルとしてダウンロード可能)

URL : <https://www.kyotofuyaku.or.jp/khp/pharmacy/>



→ ホーム

→ 研修会のご案内

→ 生涯学習関連

→ 各種届出用紙

→ 法改正に伴うマニュアル・
薬局内掲示物のひな形等

→ 薬薬連携関連

→ メールマガジン登録

→ 健康サポート薬局

→ 薬局ビジョン推進事業

🔍 サイト内検索

検索するキーワードを入力してください。

🔍 検索

🔗 薬薬連携関連

■ 服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

2022/01/11 入退院時薬薬連携に関する上京薬剤師会での伝達講習および第二日赤の取り組み説明会動画 (参考)

2020/03/30 京都府病院薬剤師会ホームページ「薬局薬剤師の方へ」へリンク (フォローアップシート・トレーシングレポート様式等)

2018/10/09 京都府立医科大学附属病院 「レンビマ」に係るテレフォン・フォローアップについて (依頼)

2018/08/29 洛和会音羽病院 薬剤部HPへリンク

2018/08/29 京都府立医科大学附属病院 薬剤部HPへリンク

■ 院外処方箋関連

鎮痛薬のフォローアップシート

様式3-②

報告日： 年 月 日

FAX送信先:	FAX番号: - -
---------	------------

フォローアップシート：鎮痛薬

処方せん発行日 年 月 日	保険薬局 名称・所在地
処方医 科	
先生	
患者ID:	電話番号:
患者氏名:	FAX番号:
生年月日: 年 月 日	担当薬剤師名: 印

この情報を伝えることに対して患者の同意を 得た 得ていない
 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。

【参考】痛みの評価方法：NRS (numeric rating scale) 数値評価スケール

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
痛みなし										耐え難い痛み

痛みを「0：痛みなし」から「10：耐え難い痛み（これまで経験した一番強い痛み）」までの11段階に分け、痛みの程度を数字で選択する方法です。

1. 痛みおよび鎮痛薬の評価（痛みの種類など、追記事項があれば「その他」に記載してください）

持続痛について		突出現痛について	
■ 疼痛部位 []		■ 疼痛部位 []	■ NRS [最大で]
■ NRS [最大で]		■ 出現回数 [最も多い時で、1日 _____ 回出現]	
定期服用薬	服用状況	レスキュー・頓服	1日の服用回数 服用後のNRS
<input type="checkbox"/> オピオイド	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> オピオイド	最も多い日 回
<input type="checkbox"/> NSAIDs	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> NSAIDs	最も多い日 回
<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン	最も多い日 回
<input type="checkbox"/> 鎮痛補助薬	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/>	最も多い日 回
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/>	最も多い日 回

※他院からの鎮痛薬処方： なし あり ⇒ 「あり」の場合は処方内容を別途送付してください。
※服用薬の満足度： 満足 不満 ⇒ 「不満」の場合は理由を「その他」に記載してください。
※日常生活について： 睡眠障害 (なし あり) 日常生活動作の支障 (なし あり)

2. 副作用の状況（「なし」または「あり」に○を付け、各項目を評価してください）

● 眠気（なし あり）	■ 便秘（なし あり プリストルスケール：)
【特記事項】 ※睡眠障害など	<input type="checkbox"/> Grade1 不定期または間欠的な症状
	<input type="checkbox"/> Grade2 緩下薬や浣腸の定期使用を要する
	<input type="checkbox"/> Grade3 排便を要する頑固な便秘
■ 悪心（なし あり）	■ 嘔吐（なし あり）
<input type="checkbox"/> Grade1 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> Grade1 24時間に1~2エピソードの嘔吐
<input type="checkbox"/> Grade2 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない食量の変化	<input type="checkbox"/> Grade2 24時間に3~5エピソードの嘔吐
<input type="checkbox"/> Grade3 カロリーや水分の経口摂取が不十分	<input type="checkbox"/> Grade3 24時間に6エピソード以上の嘔吐

※疼痛コントロール不良、副作用がGrade3以上の場合など、必要に応じて外来受診をお勧めください。 ⇒ 受診を勧めた

3. その他（治療上の悩みや不安、定期服用薬・レスキュー薬・副作用対策の提案など）

第1版 2019年12月15日
(一社) 京都府薬剤師会



シートの構成内容

1. 痛みの評価方法
2. 痛みおよび鎮痛薬の評価
3. 副作用の状況
4. その他（自由記載欄）

診療報酬算定上の規定

➤ (医科) B008 薬剤管理指導料

(8) 「注2」の**麻薬管理指導加算**の算定に当たっては、前記の薬剤管理指導記録に少なくとも次の事項についての記載がされていなければならない。

ア 麻薬に係る薬学的管理指導の内容 (**麻薬の服薬状況、疼痛緩和の状況等**)

イ 麻薬に係る**患者への指導**及び**患者からの相談**事項

ウ その他麻薬に係る事項

(9) 薬剤管理指導及び麻薬管理指導を行った場合は、必要に応じ、**その要点を文書で医師に提供**すること。

➤ (調剤) 10 薬剤服用歴管理指導料

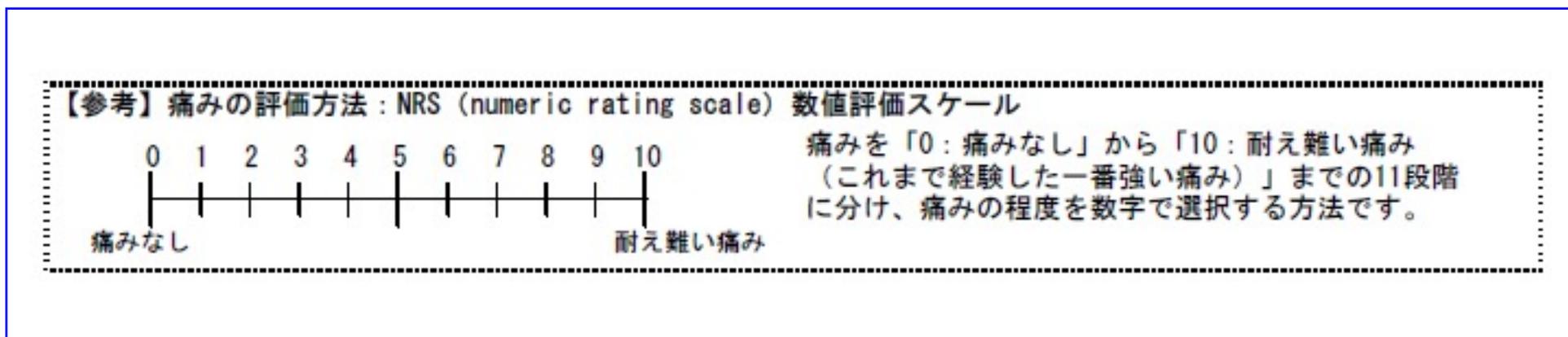
5 麻薬管理指導加算

(1) 麻薬管理指導加算は、当該患者又はその家族等に対して、電話等により定期的に、投与される**麻薬の服用状況、残薬の状況**及び**保管状況**について確認し、**残薬の適切な取扱い方法も含めた保管取扱い上の注意**等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による**鎮痛等の効果**や**副作用の有無**の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

(2) 指導の要点は、薬剤服用歴の記録に記載する。

鎮痛薬のフォローアップシート

痛みの評価方法



痛みの評価は『**NRS数値評価スケール**』で行う。



痛みの評価方法を明記することで、施設間の評価方法のバラつきをなくす。

鎮痛薬のフォローアップシート

1. 痛みおよび鎮痛薬の評価

※他院からの鎮痛薬処方： なし あり → “あり”の場合は処方内容を別途送付してください。

※使用薬の満足度： 満足 不満 → “不満”の場合は理由を「その他」に記載してください。

※日常生活について： 睡眠障害（ なし あり） 日常生活動作の支障（ なし あり）

使用薬の満足度、日常生活からも痛みや鎮痛薬の評価を行う。



評価項目が多いため、項目を尋ねやすい順番に配置し、
評価は自由記載を少なくする。⇒ **簡便な仕様**

鎮痛薬のフォローアップシート

2. 副作用の状況

2. 副作用の状況（“なし”または“あり”に○を付け、各項目を評価してください）

● 眠気（なし あり）

【特記事項】 ※睡眠障害など

■ 悪心（なし あり）

Grade1 摂食習慣に影響のない食欲低下

Grade2 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化

Grade3 カロリーや水分の経口摂取が不十分

■ 便秘（なし あり ブリストルスケール： ）

Grade1 不規則または間欠的な症状

Grade2 緩下薬や浣腸の定期使用を要する

Grade3 排便を要する頑固な便秘

■ 嘔吐（なし あり）

Grade1 24時間に1～2エピソードの嘔吐

Grade2 24時間に3～5エピソードの嘔吐

Grade3 24時間に6エピソード以上の嘔吐

※疼痛コントロール不良、副作用がGrade3以上の場合など、必要に応じて外来受診をお勧めください。 ⇒ 受診を勧めた

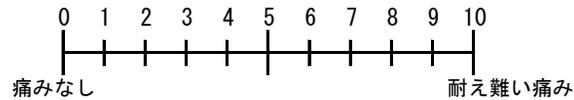


抗がん薬のフォローアップシート同様、副作用項目は

カスタマイズ可能。⇒ 汎用性が高い仕様

記入例 1

【参考】痛みの評価方法：NRS (numeric rating scale) 数値評価スケール



痛みを「0：痛みなし」から「10：耐え難い痛み（これまで経験した一番強い痛み）」までの11段階に分け、痛みの程度を数字で選択する方法です。

1. 痛みおよび鎮痛薬の評価（痛みの種類など、追記事項があれば「その他」に記載してください）

持続痛について		突出痛について		
■ 疼痛部位 [右腹部]		■ 疼痛部位 [左下腹部] ■ NRS [最大で 4]		
■ NRS [最大で 3]		■ 出現回数 [最も多い時で、1日 5 回出現]		
定期服用薬	服用状況	レスキュー・頓服	1日の服用回数	服用後のNRS
<input checked="" type="checkbox"/> オピオイド	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input checked="" type="checkbox"/> オピオイド	最も多い日で5 回	2
<input checked="" type="checkbox"/> NSAIDs	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> NSAIDs	最も多い日で 回	
<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン	最も多い日で 回	
<input type="checkbox"/> 鎮痛補助薬	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/>	最も多い日で 回	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/>	最も多い日で 回	

※他院からの鎮痛薬処方： なし あり ⇒ “あり”の場合は処方内容を別途送付してください。

※使用薬の満足度： 満足 不満 ⇒ “不満”の場合は理由を「その他」に記載してください。

※日常生活について： 睡眠障害 (なし あり) 日常生活動作の支障 (なし あり)

2. 副作用の状況（“なし”または“あり”に○を付け、各項目を評価してください）

● 眠気 (なし あり)	■ 便秘 (なし あり ブリストルスケール：)
【特記事項】 ※睡眠障害など	<input type="checkbox"/> Grade1 不定期または間欠的な症状
	<input type="checkbox"/> Grade2 緩下薬や浣腸の定期使用を要する
	<input type="checkbox"/> Grade3 排便を要する頑固な便秘
■ 悪心 (なし あり)	■ 嘔吐 (なし あり)
<input checked="" type="checkbox"/> Grade1 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> Grade1 24時間に1~2エピソードの嘔吐
<input type="checkbox"/> Grade2 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化	<input type="checkbox"/> Grade2 24時間に3~5エピソードの嘔吐
<input type="checkbox"/> Grade3 カロリーや水分の経口摂取が不十分	<input type="checkbox"/> Grade3 24時間に6エピソード以上の嘔吐

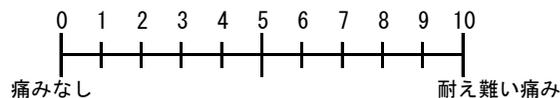
※疼痛コントロール不良、副作用がGrade3以上の場合など、必要に応じて外来受診をお勧めください。 ⇒ 受診を勧めた

3. その他（治療上の悩みや不安、定期服用薬・レスキュー量・副作用対策の提案など）

オピオイドによるものと思われる傾眠や悪心が発現していますが、疼痛コントロールや治療満足度は良好でした。

記入例 2

【参考】痛みの評価方法：NRS (numeric rating scale) 数値評価スケール



痛みを「0：痛みなし」から「10：耐え難い痛み（これまで経験した一番強い痛み）」までの11段階に分け、痛みの程度を数字で選択する方法です。

1. 痛みおよび鎮痛薬の評価（痛みの種類など、追記事項があれば「その他」に記載してください）

持続痛について		突出痛について		
■ 疼痛部位 [右肋骨]		■ 疼痛部位 [右下腹部] ■ NRS [最大で 5]		
■ NRS [最大で 6]		■ 出現回数 [最も多い時で、1日 3 回出現]		
定期服用薬	服用状況	レスキュー・頓服	1日の服用回数	服用後のNRS
<input checked="" type="checkbox"/> オピオイド	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input checked="" type="checkbox"/> オピオイド	最も多い日で3 回	1
<input type="checkbox"/> NSAIDs	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> NSAIDs	最も多い日で 回	
<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン	最も多い日で 回	
<input type="checkbox"/> 鎮痛補助薬	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/>	最も多い日で 回	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/>	最も多い日で 回	

※他院からの鎮痛薬処方： なし あり ⇒ “あり”の場合は処方内容を別途送付してください。

※使用薬の満足度： 満足 不満 ⇒ “不満”の場合は理由を「その他」に記載してください。

※日常生活について： 睡眠障害（ なし あり） 日常生活動作の支障（ なし あり）

2. 副作用の状況（“なし”または“あり”に○を付け、各項目を評価してください）

● 眠気（ なし あり）

【特記事項】 ※睡眠障害など

■ 悪心（ なし あり）

- Grade1 摂食習慣に影響のない食欲低下
- Grade2 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化
- Grade3 カロリーや水分の経口摂取が不十分

■ 便秘（ なし あり プリストルスケール： ）

- Grade1 不定期または間欠的な症状
- Grade2 緩下薬や浣腸の定期使用を要する
- Grade3 排便を要する頑固な便秘

■ 嘔吐（ なし あり）

- Grade1 24時間に1~2エピソードの嘔吐
- Grade2 24時間に3~5エピソードの嘔吐
- Grade3 24時間に6エピソード以上の嘔吐

※疼痛コントロール不良、副作用がGrade3以上の場合など、必要に応じて外来受診をお勧めください。 ⇒ 受診を勧めた

3. その他（治療上の悩みや不安、定期服用薬・レスキュー量・副作用対策の提案など）

痛みによる苦痛や入眠障害を強く訴えられました。特に肋骨の持続痛に悩んでいるため、NSAIDsの追加をご検討していただけましたら幸いです。ご本人には我慢せずに受診してもいいことをお伝えしています。

事例 薬局

所見

お世話になっております。

R3. ■■■ オキソドン徐放 Cap 5mg 10mg/回 20mg/日
オッソ内服液 5mg 20回分

処方によるテトラゾロドールTM実施のため、

ご報告させていただきます。

■■■ (A), ■■■ (B) TFU実施。(「トレーニング」報告済み)

■■■ (C) 3回目 TFU実施。

→ オキソドン徐放 Cap 5mg、処方通り 1日2回 10mg/日に2服用継続。悪心、嘔吐、眠気、呼吸抑制(-)
痛み NRS 5 以下 60% 程度 緩和傾向。カオTM 1分4回を3分3回に2服用中。
効き始めると痛みが強い。朝4時頃、痛みで目覚める。オッソ使用なし。
吃逆継続。食事不十分な点を危惧するも、食思(+)
便秘は以前から継続的だが、この2週間ほどは改善傾向。

薬剤師としての提案事項

今日はかなり声色も戻り、はしゃぎと会話される。SEの懸念が少し軽減された様子。

オッソ使用について再度説明、味についての質問あり。

食思はあるが固形物が嫌い、バランスは悪いがオッソ。

ステロイドTMによる不安が強く、(特にSE) 対策方法もあることを伝える。

以上

<注意> FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

事例

病院

S 痛みはNRS9/10
10は我慢できない痛みね。ぎりぎり耐えてる感じよ。
(フェンステープ?)
薬になるならやってみようかなと思う。抗がん剤に影響がないなら。

: 疼痛コントロール

安静時痛も高強度でありそう。

(本人が言うにはNRS 9/10とのことだが3/5程度か?)

以前よりは確実にADL落ちており恐らく疼痛が主原因。強オピオイド導入は妥当と思われる。
我慢される傾向にあるので要注意。

前回のアセスメントを踏まえ 先生と相談。

- ・フェンステープ **0.5mg** 導入 (管理の都合で10時と時間指定いただければ幸いです)
- ・トラマールはフェンステープが立ちあがってくるまで併用 (退院時off)
- ・頓用はトラマールOD錠25mgで1回1錠 1日3回まで

↓

上記本人にも説明。

貼付方法、管理方法など説明済

自宅では入浴後の18時に貼り替え予定

京大病院薬剤部のテンプレート

テンプレート入力

テンプレート名 疼痛

辛いこと、困っている事

部位

日常生活への影響

痛みのパターン

現在は使われていませんが、
項目等は参考になります。

痛みの強さ（一番強い時）

痛みの強さ（一番弱い時）

痛み（1日の平均）

眠気 なし あり（不快ではない） あり（不快である）

見当識障害 なし あり

便秘 なし あり

嘔気 なし あり（経口摂取可能） あり（経口摂取不可能）

使用回数 回/日

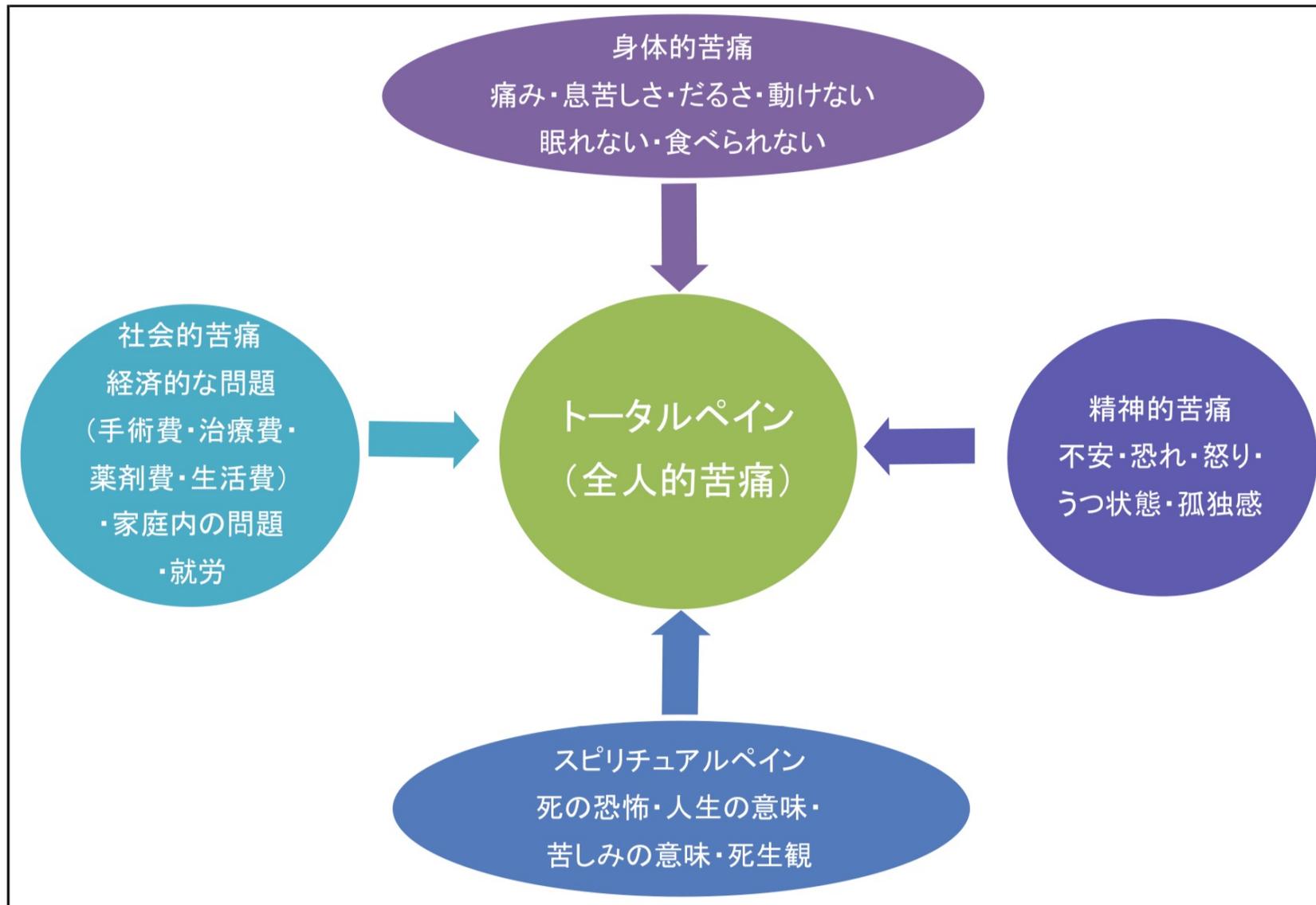
NRS

使用前	→使用後
完全によくなった だいたいよくなった 少しよくなった 変わらない	完全によくなった だいたいよくなった 少しよくなった 変わらない

眠気 なし あり（不快ではない） あり（不快である）

嘔気 なし あり（経口摂取可能） あり（経口摂取不可能）

疾病によって引き起こされる各種の痛み トータルペイン（全人的苦痛）



[国立がん研究センター がん情報サービスの資料に基づきアフターサービス推進室が作成]

(平成29年4月 厚労省)

さらなる病診薬連携に向けて

➤ 退院時薬剤情報提供書の充実（病院→薬局）

➤ 入院時薬剤情報提供書の充実（薬局→病院）

必要な時に必要な情報を交換しあえる状態
電話でもFAXでもWEBでも

➤ 退院時カンファレンスへの薬剤師の参画

➤ 病院・施設・薬局の薬剤師間での研修や情報交換による
相互理解、つながりの構築、そのための体制整備が必要

WEB会議システムの活用