

令和8年3月5日

外来がん化学療法における 地域連携について

「連携充実加算」・「特定薬剤管理指導加算2」の対象研修会

つがる総合病院 薬剤部 宮崎

つがる総合病院 外来 抗がん剤調製件数

	件数	1日平均件数
R2年度	3,291	13.6
R3年度	3,162	13.1
R4年度	3,271	13.5
R5年度	3,508	14.4
R6年度	3,576	14.7

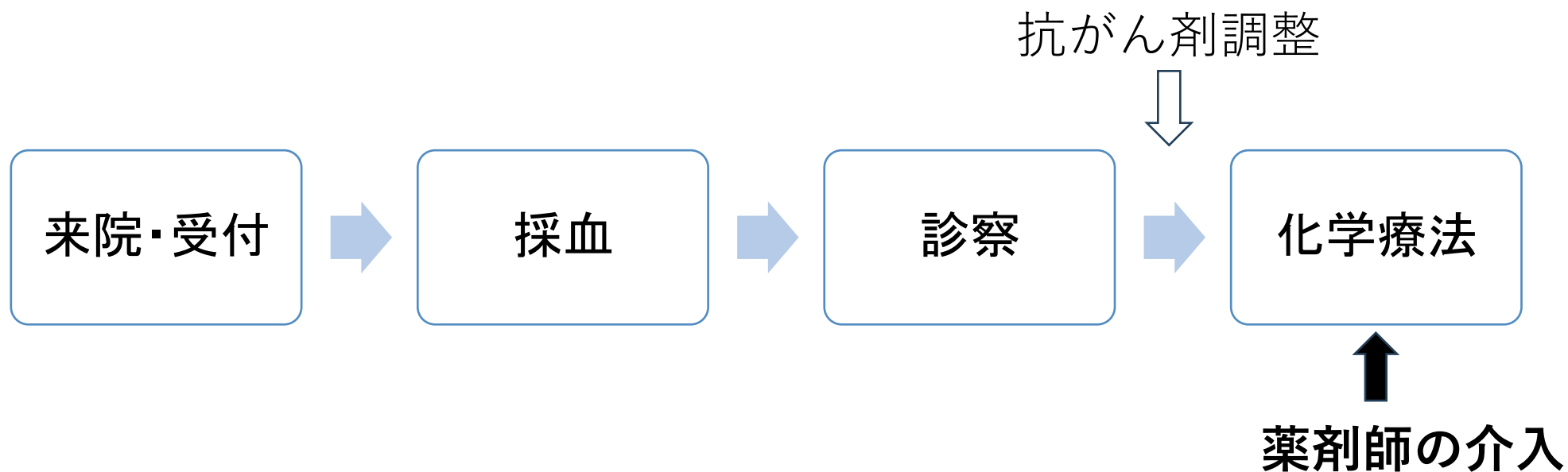
R6年度 min 2件/日 max 38件/日

令和8年1月 がん種別 外来化学療法実施人数 計175人

がん種	人数	実施上位レジメン：人数	
乳がん	36 (皮下注：3)	ddAC：5	Dato-DXd：4
大腸がん	30	BEV+mFOLFOX6：8	XELOX：4
膵がん	23	nab-PTX+GEM：13	mFOLFIRINOX：5
胃がん	20	RAM+biweeklyPTX：4	Zolbetuximab+XELOX：2
胆道がん	13	Durvalumab+GC：8	Durvalumab(メソ)：5
尿路上皮がん	11	Enfortumab vedotin +Pembrolizumab：3	Pembrolizumab(6w)：3
卵巣がん	9	BEV維持：4	TC：3
腎がん	8	Nivolumab(4w)：3	
悪性リンパ腫	7	R-miniCHOP：2	
子宮体がん	5	TC：2	Pembrolizumab(3w)：2
前立腺がん	2	DP：1	CBZ：1
その他	11 (皮下注：9)	AZA：5	DLd：3

外来化学療法室

- 病床数：18床（電動ベッド14床・リクライニングチェア3床・個室1床）
- 治療当日の流れ



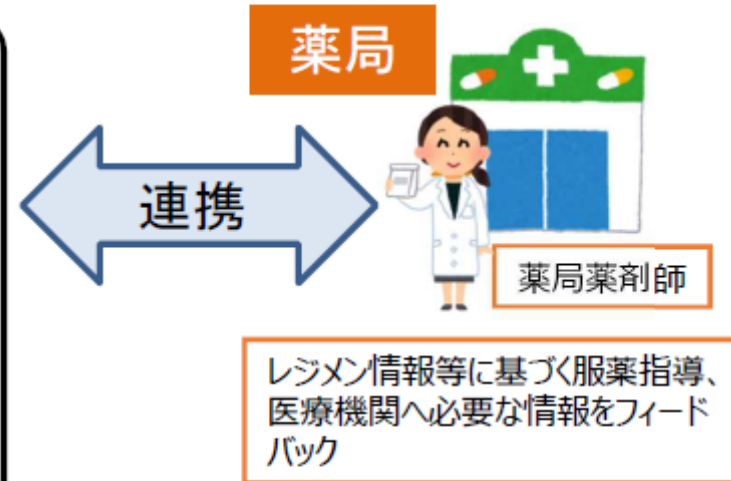
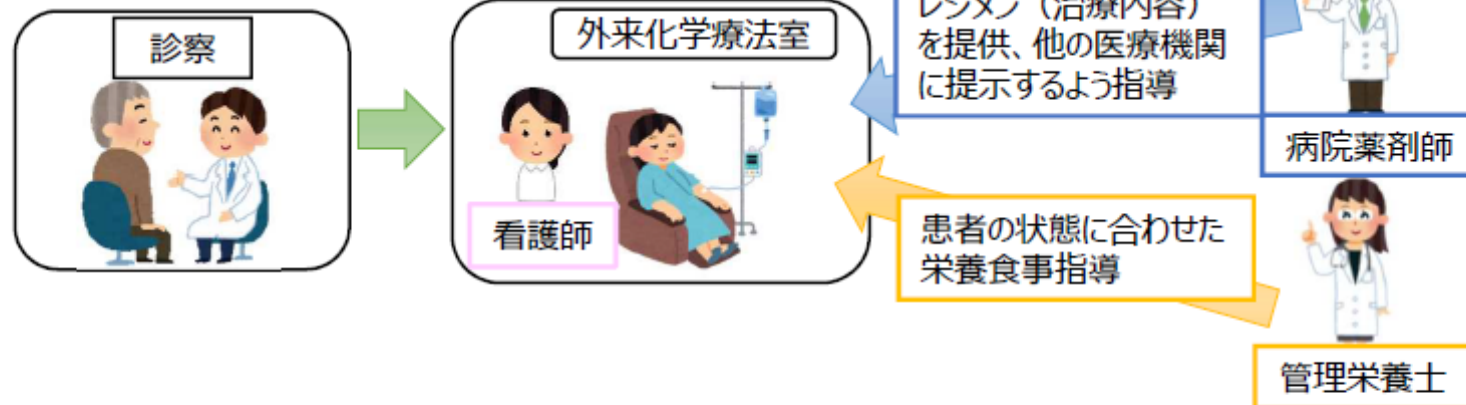
外来がん化学療法での薬剤師の役割

- 化学療法室 専任の薬剤師 2名（がん薬物療法認定薬剤師）
- 業務内容

前日 (安全性の確保)	<ul style="list-style-type: none">• 治療内容チェック ：患者状況、治療スケジュール、投与量の確認等• 薬剤の払い出し及び調整薬剤のセット
当日 (治療維持性の向上)	<ul style="list-style-type: none">• 化学療法の初回導入時や変更時の患者への説明• 検査値の確認• 副作用の発現状況の確認• 医師への処方提案

2020年度 外来がん化学療法の質向上のための総合的な取組

医療機関



質の高い外来がん化学療法の評価

(新) 連携充実加算 150点(月1回)

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

外来栄養食事指導料の評価の見直し

- 外来化学療法の患者は、副作用による体調不良等により、栄養食事指導を計画的に実施することができないことから、患者個々の状況に合わせたきめ細やかな栄養管理が継続的に実施できるよう、外来栄養食事指導料について、要件を見直す。

薬局でのレジメンを活用した薬学的管理等の評価

(新) 特定薬剤管理指導加算2 100点(月1回)

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

連携充実加算

【対象患者】 外来腫瘍化学療法診療料 1のイの(1) を算定した患者が対象
(外来にて抗悪性腫瘍注射剤を投与された患者)

厚生労働大臣が定める化学療法

- イ 静脈内注射
- ロ 動脈注射
- ハ 抗悪性腫瘍剤局所持続注入
- ニ 肝動脈閉塞を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入
- ホ 点滴注射
- ヘ 中心静脈注射
- ト 植込型カテーテルによる中心静脈注射

(現状) 皮下注射 (フェスゴ®、ビダーザ®皮下注投与等)、
経口抗がん剤のみでは算定の対象とならない

⇒ 2026年度診療報酬改定により皮下注射でも連携充実加算の対象となる

外来腫瘍化学療法診療料

対象名称変更

- (2020年度) 外来化学療法加算 1
- (2022年度) 外来腫瘍化学療法診療料 1 のイ
- (2024年度) 外来腫瘍化学療法診療料 1 のイの (1)

1 外来腫瘍化学療法診療料 1

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

- (1) 初回から3回目まで 800点
- (2) 4回目以降 450点

ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 350点

2 外来腫瘍化学療法診療料 2

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

- (1) 初回から3回目まで 600点
- (2) 4回目以降 320点

ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 220点

3 外来腫瘍化学療法診療料 3

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

- (1) 初回から3回目まで 540点
- (2) 4回目以降 280点

ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 180点

外来腫瘍化学療法診療料の違い（抜粋）

- ・ 5年以上の化学療法の経験を有する専任の医師、看護師、薬剤師が勤務している
- ・ 化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催している
- ・ 患者からの相談等に24時間対応できる連絡体制が整備されている

連携充実加算の算定条件

【算定要件】（患者情報提示）

- 副作用の発現状況を評価する
- 化学療法の実施状況を患者へ文書で交付する

【施設基準】（連携体制）

- 病院のホームページで化学療法のレジメンを閲覧できるようにする
- 保険薬局の薬剤師を対象とした研修会を年1回以上実施する
- 連絡体制の整備
 1. 連絡窓口
 2. 化学療法連携レポート（トレーシングレポート）

【算定要件】 交付文書に必要な記載事項

「レジメンシール」

実施状況

- ① 実施しているレジメン
- ② レジメンの実施状況
- ③ 抗悪性腫瘍剤等の投与量
- ④ 主な副作用の発現状況
- ⑤ その他医学・薬学的管理上必要な事項

- ・ 現状の「レジメンシール」は①、②、③に対応
- ・ レジメンシールは実施毎に発行

ID	:	実施日	:	年	月	日
患者名	:					
診療科	:	消・血・膠内	レジメンコード	:	PC001	
レジメン名称	:	nab-PTX+GEM療法				
つがる総合病院	:	「 <u> </u> 」			コース目	
RP1	大塚生食注	100mL				1瓶
	ルート用					
RP2	大塚生食注	100mL				1瓶
	パロノセトロン静注	0.75mg/5mL				1瓶
	デキサート注射液	6.6mg/2mL				1瓶
	注入時間	30分				
RP3	大塚生食注	100mL				1瓶
	アブラキサン点滴静注用	100mg				<u>150mg</u>
		100mg/20mLで溶解				
	注入時間	30分				
RP4	大塚生食注	50mL				1瓶
	全開					
RP5	大塚生食注	100mL				1瓶
	ゲムシタピン点滴静注用	1g				1000mg
	ゲムシタピン点滴静注用	200mg				<u>200mg</u>
	注入時間	30分				
RP6	大塚生食注	50mL				1瓶
	全開					

「治療情報提供書」

※ 症状グレードの評価基準においては
トレーシングレポート内の評価内容を参照

実施状況

- ① 実施しているレジメン
 - ② レジメンの実施状況
 - ③ 抗悪性腫瘍剤等の投与量
 - ④ 主な副作用の発現状況
 - ⑤ その他医学・薬学的管理上必要な事項
- ・ ④、⑤については「治療情報提供書」として記載
副作用チェック
対処薬・支持薬の詳細(目的、用法等)
 - ・ 月1回を目安に発行（お薬手帳へシールとして）

治療情報提供書

氏名 _____ 年 月 日

症状	グレード	時期	対処薬・支持薬
食欲低下			
悪心			
嘔吐			
味覚障害			
口腔粘膜炎			
手足症候群			
皮疹			
爪囲炎			
下痢			
便秘			
末梢神経障害			

備考

つがる総合病院 薬剤部

【施設基準】 登録レジメン開示 (HP)

つがる総合病院HP

→ ① 各部署紹介

→ ② 薬剤部

(下方へスクロール)



- ・ 連携充実加算について
- ・ 院内登録レジメン
- ・ トレーシングレポート
- ・ がん化学療法地域連携研修会

The screenshot shows the website for Tsugaru General Hospital. The main navigation bar includes links for 'つがる総合病院' (Tsugaru General Hospital), 'かなぎ病院' (Kanagi Hospital), '鯉ヶ沢病院' (Koisawazaki Hospital), 'つがる市民診療所' (Tsugaru City Clinic), and '鶴田診療所' (Tsuruta Clinic). The '各部署紹介' (Department Introduction) link is highlighted with a red circle and the number 1. Below the navigation bar, there is a search bar and a text size selector. The main content area features a large banner for '各部署紹介' (Department Introduction) with a background image of a hospital hallway. Below the banner, there is a grid of department buttons. The '薬剤部' (Pharmacy) button is highlighted with a red circle and the number 2. Other departments listed include 看護部 (Nursing), 臨床工学部 (Clinical Engineering), 診療画像情報部 (Medical Imaging Information), リハビリテーション部 (Rehabilitation), 栄養管理部 (Nutrition Management), 臨床検査部 (Clinical Laboratory), 事務部 (Administration), 感染管理室 (Infection Control), 皮膚・排泄ケア認定看護室 (Skin and Excretion Care Certified Nursing Room), 人工透析室 (Hemodialysis Room), 医療安全管理室 (Medical Safety Management Room), 外来化学療法室 (Outpatient Chemotherapy Room), and 緩和ケアチーム (Palliative Care Team). On the right side of the page, there is a sidebar with '診療受付時間・お問い合わせ' (Clinic Hours and Contact Information), 'お問い合わせ電話番号' (Contact Phone Number) 0173-35-3111 (代表), and '交通案内' (Traffic Information).

がん種別化学療法登録レジメン

院内登録レジメン（令和8年2月更新）

がん種別化学療法登録レジメン	
英2文字：がん種（当院任意）	
胃癌（GC）	乳癌（BC）
大腸癌（CR）	婦人科系癌（GY）
食道癌（EC）	悪性リンパ腫（ML）
膵・胆道癌（PB PC BT）	骨髄異型性症候群（MD）
肝癌（HC）	多発性骨髄腫（MM）
尿路上皮癌（UR）	脳腫瘍（MG）
前立腺癌（PR）	原発不明癌（UP）
腎癌（RC）	軟部腫瘍（ST）
頭頸部癌（HN）	-
MSI-High固形癌（MH）	-

レジメンコード

がん種：英2文字
+登録順番号：数字3桁
±亜型：数字2桁

の組み合わせでなる

例) 大腸癌 mFOLFOX6

CR001-01：入院用

CR001-02：外来用

胃癌 mFOLFOX6

GC032-01

GC032-02

亜型

- ・投与方法
- ・投与時間（初回あり）
- ・投与量（初回量あり）
- ・休薬期間
の違いなど

英2文字	がん種
BC	乳癌
BT	胆道癌
CR	大腸癌
EC	食道癌
GC	胃癌
GY	婦人科系癌
HC	肝臓癌
HN	頭頸部癌
MD	骨髄異型性症候群
MG	脳腫瘍
MH	MSI-High固形癌
ML	悪性リンパ腫
MM	多発性骨髄腫
PB	膵・胆道癌
PC	膵癌
PR	前立腺癌
RC	腎細胞癌
ST	軟部腫瘍
UP	原発不明癌
UR	尿路上皮癌

共通レジメンあり（婦人科系癌）

婦人科系癌（英2文字GYと表記）：卵巣癌、子宮体癌、子宮頸癌

- HP上のレジメン備考欄に該当するがん種を記載
- 共通して行われるレジメンあり
例）TC療法（カルボプラチン、パクリタキセル）
卵巣癌、子宮体癌、子宮頸癌で施行

⇒ コードからはがん種がわからないため、
必要時は当院薬剤部への確認

※ がん種横断的レジメン
MSI-High固形癌
・ Pembrolizumab療法

共通レジメンあり（膵・胆道癌）

膵・胆道癌に共通（英2文字 PBと表記） （膵癌のみはPC、胆道癌のみはBTと表記）

例) ・ GEM療法
(1000mg/m² day1.8.15 4週毎) 用法・用量は同じ

・ S-1+GEM(day1.8)療法
(S-1 day1-14, GEM 1000mg/m² day1.8 3週毎) 用法は同じであるが
S-1の用量に違いあり

S-1添付文書

体表面積	膵癌：C法	胆道癌：F法
1.25m ² 未満	40mg/回	朝40mg/回 夕20mg/回
1.25m ² 以上1.5m ² 未満	50mg/回	40mg/回
1.5m ² 以上	60mg/回	50mg/回

※当院 HP上ではS-1用量 80mg/m²/d (C法)、60mg/m²/d (F法) で表記

連絡体制 の整備

■ トレーシングレポート（がん化学療法用）

■ トレーシングレポートについて

保険薬局において患者から聞き取った情報（副作用、アドヒアランス等）のうち、「緊急を要しないが、医師へ情報提供が必要」と判断された情報を伝えるための文書です。

■ トレーシングレポートの利用方法

トレーシングレポートは青森県共通のがん化学療法の様式がございます。

[Excel版](#) [PDF版](#) （但し、当院の指定ではございません）

[※トレーシングレポート有害事象Grade表](#)

必要事項を記入のうえ、FAXにて薬剤部へご送信ください。

経口抗がん薬のみでも対応いたします。

FAX 0173-33-4889

お問合せ先（9:00～17:00）

TEL 0173-35-3111（薬剤部 6502 又は 6507）

■ がん化学療法地域連携研修会

2026年3月5日 [2025年度第1回つがる総合病院がん化学療法地域連携研修会](#)

特定薬剤管理指導加算 2 の算定条件

【対象患者】

- 連携充実加算を届出している医療機関にて抗悪性腫瘍剤を注射された患者
- 抗悪性腫瘍剤や制吐剤などの支持療法の処方を受けている患者

本研修会終了後に連携充実加算について届出
受理確認後に当院HP（薬剤部）へ掲示
令和8年4月からの算定予定

例) 抗悪性腫瘍薬 (経口剤-注射剤併用)

経口剤	併用注射剤 ①	併用注射薬 ②
カペシタビン	オキサリプラチン	ベバシズマブ
		ニボルマブ
		ゾルベツキシマブ
	イリノテカン	ベバシズマブ
S-1	オキサリプラチン	ベバシズマブ
		ニボルマブ
	イリノテカン	ベバシズマブ
	ゲムシタビン	
	ドセタキセル	
トリフルリジン/チピラシル	ベバシズマブ	
ダロルタミド	ドセタキセル	
カボザンチニブ	ニボルマブ	
レンバチニブ	ペムブロリズマブ	
オラパリブ	ベバシズマブ	
	デュバルマブ	

例) 副作用 - 支持薬 - 抗がん薬

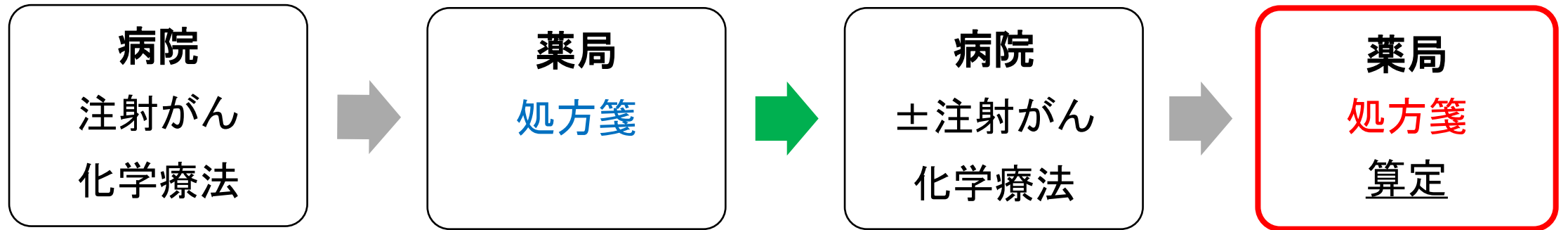
副作用	支持薬	抗がん薬
嘔気・嘔吐	デキサメタゾン、アプレピタント、オランザピン、メトクロプラミド、ドンペリドン等	殺細胞性抗がん薬（催吐性に違いあり）
末梢神経障害	デュロキセチン、プレガバリン、メコバラミン、牛車腎気丸等	オキサリプラチン、パクリタキセル、ビンクリスチン等
筋肉痛・関節痛	ロキソプロフェン、アセトアミノフェン等	パクリタキセル、ドセタキセル等
骨髄抑制	アデニン	殺細胞性抗がん薬、オラパリブ、パルボシクリブ等
下痢	ロペラミド、整腸薬等	イリノテカン、フッ化ピリミジン系薬、アベマシクリブ、ゲフィチニブ等
便秘	便秘薬	ビンクリスチン、パクリタキセル等 〈5-HT ₃ 受容体拮抗薬〉
高血圧	降圧薬	ベバシズマブ、ラムシルマブ、レンバチニブ等
皮膚障害	各種軟膏薬、ミノサイクリン等	セツキシマブ、パニツムマブ、ゲフィチニブ、免疫チェックポイント阻害薬等
口内炎	含嗽薬、半夏瀉心湯等	イリノテカン、フッ化ピリミジン系薬、ダトポタマブ デルクステカン等

特定薬剤管理指導加算 2 の算定条件

【算定要件】

- レジメンを把握した上での薬学的管理及び指導を行う
- 電話等により患者の服用状況、副作用の有無等を確認する
- 当該医療機関へ必要な情報を文書にてフィードバックする
(トレーシングレポート)

特定薬剤管理指導加算 2 の算定までの流れ



- 処方箋：当該算定に係る抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤あり
- 電話等により患者の状況を確認し、必要な情報を当該施設へ提供
(トレーシングレポート)
- 処方箋：処方内容問わず

令和2年3月31日
厚生労働省

疑義解釈資料より

【特定薬剤管理指導加算2】

問10 特定薬剤管理指導加算1と特定薬剤管理指導加算2は併算定可能か。

(答) 特定薬剤管理指導加算2の算定に係る悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤以外の薬剤を対象として、特定薬剤管理指導加算1に係る業務を行った場合は併算定ができる。

問11 患者が服用等する抗悪性腫瘍剤又は制吐剤等の支持療法に係る薬剤の調剤を全く行っていない保険薬局であっても算定できるか。

(答) 算定できない。

○ 問12 電話等により患者の副作用等の有無の確認等を行い、その結果を保険医療機関に文書により提供することが求められているが、算定はどの時点から行うことができるのか。

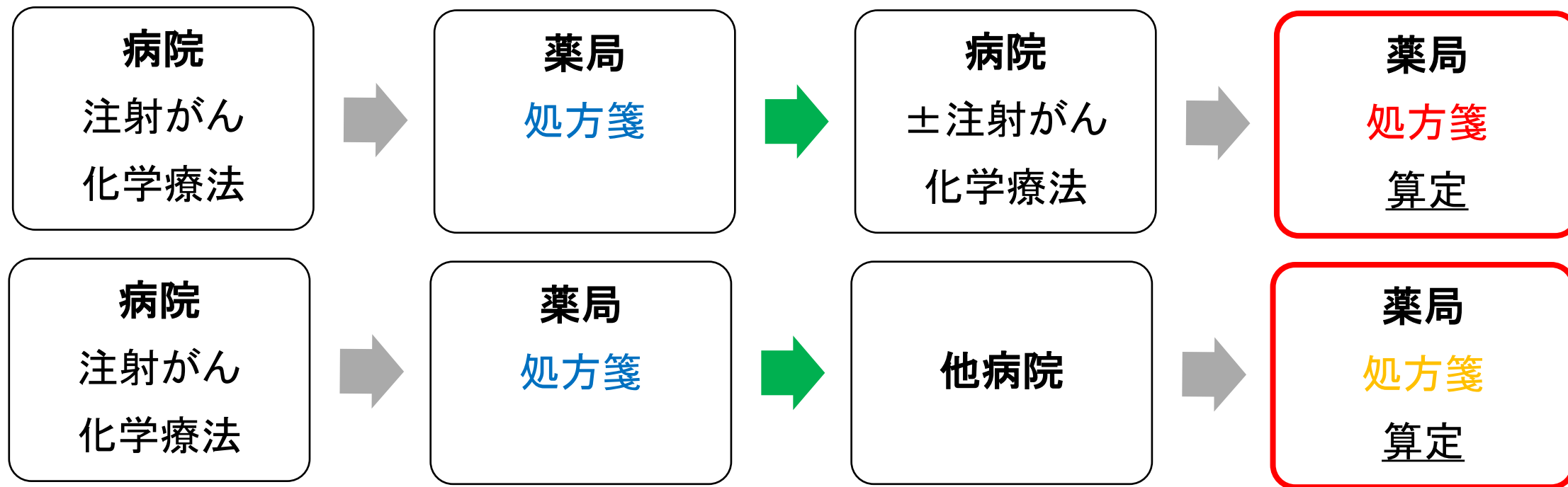
(答) 保険医療機関に対して情報提供を行い、その後に患者が処方箋を持参した時である。

この場合において、当該処方箋は、当該加算に関連する薬剤を処方した保険医療機関である必要はない。なお、この考え方は、調剤後薬剤管理指導加算においても同様である。

問13 電話等による服薬状況等の確認は、メール又はチャット等による確認でもよいか。

(答) 少なくともリアルタイムの音声通話による確認が必要であり、メール又はチャット等による確認は認められない。なお、電話等による患者への確認に加え、メール又はチャット等を補助的に活用することは差し支えない。

疑義解釈資料より (令和2年3月31日 厚生労働省)



処方箋：当該算定に係る抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤あり
電話等により患者の状況を確認し、必要な情報を当該施設へ提供

処方箋：当該加算に関連する薬剤を処方した保険医療機関である必要はない

トレーシングレポート

- 調剤後に電話等で服薬状況や副作用の有無を確認後、服薬情報提供書（トレーシングレポート）で報告

- 次回受診日の前日午前中までを目安

- 当院HP
青森県共通 がん化学療法トレーシングレポート
(Excel版、PDF版)

※但し、当院の指定ではありません

【参考元】

有害事象共通用語規準 ver5.0 日本語訳JCOG版
(CTCAE v5.0 - JCOG)

青森県がん診療連携協議会 がん薬物療法部会/青森県病院薬剤師会/青森県薬剤師会 つがる総合病院FAX: 0173-33-4889 ver.1

がん化学療法トレーシングレポート（服薬情報提供書）（抗がん剤治療用） 報告日 年 月 日

病院名 つがる西北五広域連合 つがる総合病院	保険薬局 名称 所在
処方医 科 先生	電話番号 :
患者ID :	FAX番号 :
生年月日: 年 月 日	担当薬剤師名:
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="radio"/> 得た <input type="radio"/> 得ていない	聞き取り日: 年 月 日
<input type="checkbox"/> 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ま すので報告いたします	聞き取り方法: <input type="checkbox"/> 来局時 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ()
	前回治療日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明
	レジメン名: <input type="checkbox"/> 不明
服薬状況 <input type="radio"/> 問題なし <input type="radio"/> 問題あり	
※ 保険薬局の先生へ Grade3のうち網掛け(グレー)に該当する場合や重篤な有害事象を疑う 場合は、迷わず患者さんへ医療機関に連絡するよう促してください。	

	なし	Grade1	Grade2	Grade3	発症・発現日	聞き取り時 点での症状	
問1 食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食欲が落ちたが量は半分以上食べられる	<input type="checkbox"/> 食欲が落ちて、量は半分以下になった	<input type="checkbox"/> 食べられず体重が減った	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 以前から <input type="checkbox"/> 持続	
問2 悪心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽い吐き気があり、食欲が落ちた	<input type="checkbox"/> 吐き気で食べる量が減り、体重が減った	<input type="checkbox"/> 経腸栄養剤を摂取したり、点滴をした	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 以前から <input type="checkbox"/> 持続	
問3 嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嘔吐があったがすぐ治まった	<input type="checkbox"/> 嘔吐が続き病院を受診した	<input type="checkbox"/> 嘔吐があり、入院した	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 以前から <input type="checkbox"/> 持続	
問4 味覚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 味が少し変わったが今まで通り食べられた	<input type="checkbox"/> 味が変わって食べる量が減った/食べ物の嗜好が変わった		<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 以前から <input type="checkbox"/> 持続	
問5 口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> しみるが食べられる	<input type="checkbox"/> 痛みで食べ物を変更・工夫した。治療用の含嗽薬や口腔軟膏を使用した	<input type="checkbox"/> 痛みでほとんど食べられなかった	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 以前から <input type="checkbox"/> 持続	
問6 手足症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手足が赤くなったが痛みはない	<input type="checkbox"/> 手足が赤くなり痛みもあった	<input type="checkbox"/> 手足に痛みがあり身の回りのことができない(入浴、着脱、衣、排泄、食事など)	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 以前から <input type="checkbox"/> 持続	
問7 皮膚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 部分的に皮疹が出来た	<input type="checkbox"/> 体の10-30%程度に皮疹ができた/見た目が気になり、外出や家族以外の面会を控えている	<input type="checkbox"/> 体表面積の>30%以上に症状があり、入浴・睡眠など生活に制限がある	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 以前から <input type="checkbox"/> 持続	
問8 爪囲炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 赤くなったが痛みはない	<input type="checkbox"/> 痛みや滲出液を伴う	<input type="checkbox"/> 症状により歩行や手先の作業に支障がある	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 以前から <input type="checkbox"/> 持続	
問9 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 便回数が以前より1~3回/日増えた	<input type="checkbox"/> 便回数が以前より4~6回/日増えた	<input type="checkbox"/> 便回数が以前より1日7回以上増えた	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 以前から <input type="checkbox"/> 持続	
問10 便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 便秘して薬剤や洗腸を何回か使用した	<input type="checkbox"/> 便秘して薬剤や洗腸を毎回使用した		<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 以前から <input type="checkbox"/> 持続	
問11 末梢神経障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 指先や足裏に違和感があったが今は何ともない	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の動作に影響がある(買い物、食事の準備、電話の使用、金銭の管理など)	<input type="checkbox"/> 身の回りの動作への影響がある(入浴、ボタンかけ、排泄、箸の使用など)	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 以前から <input type="checkbox"/> 持続	
問12 痛みの問診について	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	「全く痛みがない」を0、「想像できる最大の痛み」を10として、痛みの程度を数値で教えてください(NRS評価)			最大	最小	平均
		痛みで困っていること <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし			鎮痛剤の効果の自覚 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし		

< 保険薬局からの情報提供(副作用に関する具体的内容等)・提案内容・対応内容 >

< 返信欄(病院使用欄) >

報告内容を確認いたしました。

報告内容を医師へ報告しました。

返信日: 年 月 日 病院名 つがる総合病院 所属 氏名

Grade（グレード）評価

Gradeは有害事象の重症度を意味する

Grade 1	軽症 症状がないまたは軽度の症状がある 臨床所見または検査所見のみ 治療を要さない
Grade 2	中等症 最小限/局所的/非侵襲的治療を要する 年齢相応の身の回り以外の日常生活動作の制限
Grade 3	重症 または医学的に重大であるが直ちに生命を脅かすものではない 入院または入院期間の延長を要する， 機能障害， 身の回りの日常生活動作の制限
Grade 4	生命を脅かす 緊急処置を要する
Grade 5	有害事象による死亡

がん化学療法トレーシングレポート (服薬情報提供書) (抗がん剤治療用)

報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院名	つがる西北五広域連合 つがる総合病院		保険薬局 名称 所在
処方医	科	先生	電話番号 :
患者ID :			FAX番号 :
生年月日 :	年	月	日
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="radio"/> 得た <input type="radio"/> 得ていない			聞き取り日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 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ま すので報告いたします			聞き取り方法 : <input type="checkbox"/> 来局時 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
			前回治療日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 不明
			レジメン名 : _____ <input type="checkbox"/> 不明

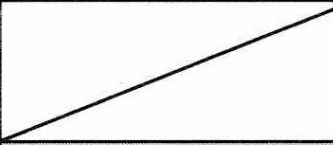
服薬状況 問題なし 問題あり

※ 保険薬局の先生へ

Grade3のうち網掛け(グレー) に該当する場合や重篤な有害事象を疑う場合は、迷わず患者さんへ医療機関に連絡するよう促してください。

(詳細: _____)

該当項目を評価

	なし	<u>Grade1</u>	<u>Grade2</u>	<u>Grade3</u>	発症・発現日	聞き取り時 点での症状
問1 食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食欲が落ちたが量は半分以上食べられる	<input type="checkbox"/> 食欲がおちて、量は半分以下になった	<input type="checkbox"/> 食べられず体重が減った	<input type="checkbox"/> _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 以前から	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 持続
問2 悪心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽い吐き気があり、食欲が落ちた	<input type="checkbox"/> 吐き気で食べる量が減り、体重が減った	<input type="checkbox"/> 経腸栄養剤を摂取したり、点滴をした	<input type="checkbox"/> _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 以前から	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 持続
問3 嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嘔吐があったがすぐ治まった	<input type="checkbox"/> 嘔吐が続き病院を受診した	<input type="checkbox"/> 嘔吐があり、入院した	<input type="checkbox"/> _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 以前から	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 持続
問4 味覚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 味が少し変わったが今まで通り食べられた	<input type="checkbox"/> 味が変わって食べる量が減った / 食べ物の嗜好が変わった	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 以前から	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 持続
問5 口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> しみるが食べられる	<input type="checkbox"/> 痛みで食べ物を変更・工夫した、治療用の含嗽薬や口腔軟膏を使用した	<input type="checkbox"/> 痛みでほとんど食べられなかった	<input type="checkbox"/> _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 以前から	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 持続

問6 手足症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手足が赤くなったが痛みはない	<input type="checkbox"/>	手足が赤くなり痛みもあった	<input type="checkbox"/>	手足に痛みがあり身の回りのことができない(入浴,着脱衣,排泄,食事など)	<input type="checkbox"/>	月 日	<input type="checkbox"/>	軽快	
								<input type="checkbox"/>	以前から	<input type="checkbox"/>	持続	
問7 皮疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	部分的に皮疹が出来た	<input type="checkbox"/>	体の10-30%程度に皮疹ができた/見た目が気になり、外出や家族以外の面会を控えている	<input type="checkbox"/>	体表面積の>30%以上に症状があり、入浴・睡眠など生活に制限がある	<input type="checkbox"/>	月 日	<input type="checkbox"/>	軽快	
								<input type="checkbox"/>	以前から	<input type="checkbox"/>	持続	
問8 爪囲炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤くなったが痛みはなし	<input type="checkbox"/>	痛みや滲出液を伴う	<input type="checkbox"/>	症状により歩行や手先の作業に支障がある	<input type="checkbox"/>	月 日	<input type="checkbox"/>	軽快	
								<input type="checkbox"/>	以前から	<input type="checkbox"/>	持続	
問9 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	便回数が以前より1~3回/日増えた	<input type="checkbox"/>	便回数が以前より4~6回/日増えた	<input type="checkbox"/>	便回数が以前より1日7回以上増えた	<input type="checkbox"/>	月 日	<input type="checkbox"/>	軽快	
								<input type="checkbox"/>	以前から	<input type="checkbox"/>	持続	
問10 便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	便秘して薬剤や浣腸を何回か使用した	<input type="checkbox"/>	便秘して薬剤や浣腸を毎回使用した	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	月 日	<input type="checkbox"/>	軽快	
								<input type="checkbox"/>	以前から	<input type="checkbox"/>	持続	
問11 末梢神経障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	指先や足裏に違和感があったが今は何ともない	<input type="checkbox"/>	身の回り以外の動作に影響がある(買い物、食事の準備、電話の使用、金銭の管理など)	<input type="checkbox"/>	身の回りの動作への影響がある(入浴,ボタンかけ,排泄,箸の使用など)	<input type="checkbox"/>	月 日	<input type="checkbox"/>	軽快	
								<input type="checkbox"/>	以前から	<input type="checkbox"/>	持続	
問12 痛みの問診について	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	「全く痛みがない」を0、「想像できる最大の痛み」を10として、痛みの程度を数値で教えてください(NRS評価)					最大	最小	平均		
			痛みで困っていること			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	鎮痛剤の効果の自覚		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

< 保険薬局からの情報提供(副作用に関する具体的内容等)・提案内容・対応内容 >

< 返信欄(病院使用欄) >

報告内容を確認いたしました。

報告内容を医師へ報告しました。

返信日: 年 月 日 病院名 **つがる総合病院** 所属 氏名

特定薬剤管理指導加算 2 の算定条件

【施設基準】

- 保険薬剤師としての勤務経験を 5 年以上有する薬剤師が勤務していること
- パーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮している
- 麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができる体制が整備されている
- 保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に当該保険薬局に勤務する常勤の保険薬剤師が年 1 回以上参加している

まとめ

- がん化学療法の実施状況は「レジメンシール」と「治療情報提供書」をお薬手帳用に発行
 - レジメン、連絡体制（FAX、TEL）は当院HPに掲示
 - 当院への情報提供は「服薬情報提供書（トレーシングレポート）」で運用
 - ※ 経口抗がん薬のみの場合にも対応
- 意見交換や研修内容等の希望がございましたら、当院薬剤部へご連絡ください

ご視聴ありがとうございました