



保険薬剤師のための保険研修会(実践編) 薬歴の書きかたの要点について

公益社団法人神奈川県薬剤師会

医療・介護保険委員会

今井 良紀

2022年7月10日



研修目的・到達目標

研修目的：服薬指導に有用な薬歴を作成する

到達目標：患者から得た情報を基に適切な服薬指導を行い薬歴に記録する。

PS領域：2（医薬品の適正使用）



薬剤服用歴管理簿（薬歴）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

第九条の四（調剤された薬剤に関する情報提供及び指導等）

- 1、薬局開設者は、医師又は歯科医師から交付された処方箋により調剤された薬剤の適正使用のため、当該薬剤を販売し、又は授与する場合には、厚生労働省令で定めるところにより、その薬局において薬剤の販売又は授与に従事する薬剤師に、**対面**により、厚生労働省令で定める事項を記載した書面を用いて、必要な情報を提供させ、及び必要な薬学的知見に基づく指導を行わせなければならない。（一部省略）
- 2、薬局開設者は、前項の規定による情報の提供及び指導を行わせるに当たっては、当該薬剤師に、あらかじめ、当該薬剤を使用しようとする者の年齢、他の薬剤又は医薬品の使用の状況その他の厚生労働省令で定める事項を確認させなければならない。
- 6、薬局開設者は、その薬局において薬剤の販売又は授与に従事する薬剤師に第一項又は前二項に規定する情報の提供及び指導を行わせたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該薬剤師に**その内容を記録させなければならない。**



薬剤服用歴管理簿（薬歴）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
施行規則

第十五条の十四の三

法第九条の四第六項の規定により、薬局開設者が、その薬局において薬剤の販売又は授与に従事する薬剤師に記録させなければならない事項は、次のとおりとする。

- 一 法第九条の四第一項、第四項又は第五項の規定による情報の提供及び指導を行つた年月日
 - 二 前号の情報の提供及び指導の内容の要点
 - 三 第一号の情報の提供及び指導を行つた薬剤師の氏名
 - 四 第一号の情報の提供及び指導を受けた者の氏名及び年齢
- 2 薬局開設者は、前項の記録を、その記載の日から三年間、保存しなければならない



薬剤服用歴管理簿（薬歴）とは

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則 第八条（調剤の一般的方針）

- 1 保険薬局において健康保険の調剤に従事する保険薬剤師（以下「保険薬剤師」という。）は、保険医等の交付した処方箋に基づいて、**患者の療養上妥当適切に調剤並びに薬学的管理及び指導を行わなければならない。**
- 2 保険薬剤師は、**調剤を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。**



薬剤服用歴管理簿（薬歴）とは

- 薬剤服用歴の記録は患者情報を集積したものであり、適切で安全な薬剤交付を行うためには必要不可欠なものである。
- 処方箋受付の度に患者情報を確認し、新たに収集した情報を踏まえ、過去の薬歴を参照した上で、処方内容の妥当性を薬学的に判断し調剤する。
- 薬剤服用歴の記録は、調剤報酬請求（薬学管理料）の根拠となる記録である。
- 薬剤服用歴の記録への記載について、指導後速やかに完了させるとともに、同一患者についての全ての記録が必要に応じ直ちに参照できるように患者ごとに保存・管理する。



なぜ薬歴が必要か？

- 利益を得るためではない
⇒ **点数あいきではない！**
- 患者さんのためにある
 - ⇒ より有効で安全な薬物療法のために！
 - ⇒ 患者情報を確実に共有し、医療事故防止（処方・調剤・指導）
 - ⇒ 処方の妥当性を判断する材料



薬歴は薬剤師が行った

『医療行為：調剤・服薬指導など』を
記録しておくもの

だから・・・

記録がないものは『医療行為』とはいえない

※記録とは？

→薬歴管理・指導の実施を証明するもの

※記録の目的

→患者の治療に有効に活かすため

記録が無ければ・・・

→ たとえ良い服薬指導をしても、その場かぎり

→ その後の服薬指導に役立てられない

→ 薬歴管理・指導をした証明ができない

★どのような場合でも虚偽の記載をしてはいけない

★決して『改ざん』してはいけない

⇒真正性(authenticity)



調剤管理料

1 内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬であるものを除く。）を調剤した場合（1 剤につき）

イ	7日分以下の場合	・・・・・・・・・・	4点
ロ	8日分以上14日分以下の場合	・・・	28点
ハ	15日分以上28日分以下の場合	・・・	50点
ニ	29日分以上の場合	・・・・・・・・・・	60点

2 1 以外の場合 ・・・・・・・・・・ 4点



重複投薬・相互作用等防止加算

- イ 残薬調整に係るものの以外の場合・・・・・・・・・40点
- 残薬調整に係るものの場合・・・・・・・・・30点

調剤管理加算

複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬が処方されている患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合に加算する。

- イ 初めて処方箋を持参した場合・・・・・・・・・3点
- 2回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合
・・・・・・・・・3点



【薬剤服用歴等】

薬剤服用歴等は同一患者についての全ての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう患者ごとに保存及び管理するものであり、次の事項等を記載し、最終記入日から起算して3年間保存すること。なお、薬剤服用歴等への記載は指導後速やかに完了させること。

- ア 患者の基礎情報（氏名、生年月日、性別、被保険者証の記号番号、住所、必要に応じて緊急連絡先）
- イ 処方及び調剤内容等（処方した保険医療機関名、処方医氏名、処方日、調剤日、調剤した薬剤、処方内容に関する照会の要点等）
- ウ 患者の体質（アレルギー歴、副作用歴等を含む）、薬学的管理に必要な患者の生活像及び後発医薬品の使用に関する患者の意向
- エ 疾患に関する情報（既往歴、合併症及び他科受診において加療中の疾患に関するものを含む。）
- オ オンライン資格確認システムを通じて取得した患者の薬剤情報又は特定健診情報等



【薬剤服用歴等】

- カ 併用薬（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及び健康食品を含む。）等の状況及び服用薬と相互作用が認められる飲食物の摂取状況
- キ 服薬状況（残薬の状況を含む。）
- ク 患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）及び患者又はその家族等からの相談事項の要点
- ケ 服薬指導の要点
- コ 手帳活用の有無（手帳を活用しなかった場合はその理由と患者への指導の有無。また、複数の手帳を所有しており1冊にまとめなかった場合は、その理由）
- サ 今後の継続的な薬学的管理及び指導の留意点
- シ 指導した保険薬剤師の氏名



服薬管理指導料 45(59) 点

1. 原則3か月以内に再度処方箋を持参し、お薬手帳を持参した場合
・・・・・・・・・・・・・・・・・・45点
 2. 1の患者以外の患者に行った場合・・・・・・・・・・ 59点
 3. 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合
・・・・・・・・・・・・・・・・・・45点
 4. 情報通信機器を用いて服薬指導を行った場合
 - イ 原則3月以内に細動処方箋を提出した患者に対して行った場合
・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 45点
 - ロ イの患者以外の患者に対して行った場合
・・・・・・・・・・・・・・・・・・59点
- 特例 3か月以内に再度処方箋を持参した患者のうち、手帳を持参した割合が5割以下の場合・・・・・・・・・・13点



服薬管理指導料 45(59) 点

- イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用等に関して基本的な説明を行うこと。
- 服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。
- ハ 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。



服薬管理指導料 45(59) 点

- 二 これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。
- ホ 薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。
- ハ 処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。



服薬管理指導料 別添3

(3) 患者への薬剤の服用等に関する必要な指導

ア 患者又はその家族等と対話することにより、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化、残薬の状況等の情報を収集し、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行うこと。患者に対して実施した指導等の要点について薬剤服用歴等に記載すること。

イ 以下の事項については、**処方箋の受付後、薬を取りそろえる前に**、保険薬剤師が患者等に確認すること。

- (イ) 患者の体質（アレルギー歴、副作用歴等を含む）、薬学的管理に必要な患者の生活像及び後発医薬品の使用に関する患者の意向
- (ロ) 疾患に関する情報（既往歴、合併症及び他科受診において加療中の疾患に関するものを含む。）
- (ハ) 併用薬（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及び健康食品を含む。）等の状況及び服用薬と相互作用が認められる飲食物の摂取状況
- (ニ) 服薬状況（残薬の状況を含む。）
- (ホ) 患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）及び患者又はその家族等からの相談事項の要点



薬歴に何を書くのか？

1. 患者についての記録
2. 処方についての記録
3. 調剤についての記録
4. 患者情報
5. 患者等からの相談事項
6. 患者への指導事項
7. 手帳による情報提供の状況
8. 今後の継続的な薬学的管理及び指導の留意点
9. 指導した薬剤師

◇氏名 ◇生年月日
◇性別 ◇住所
◇緊急時の連絡先
◇被保険者証の記号番号

など

調剤日・処方内容に関する照会の
要点等



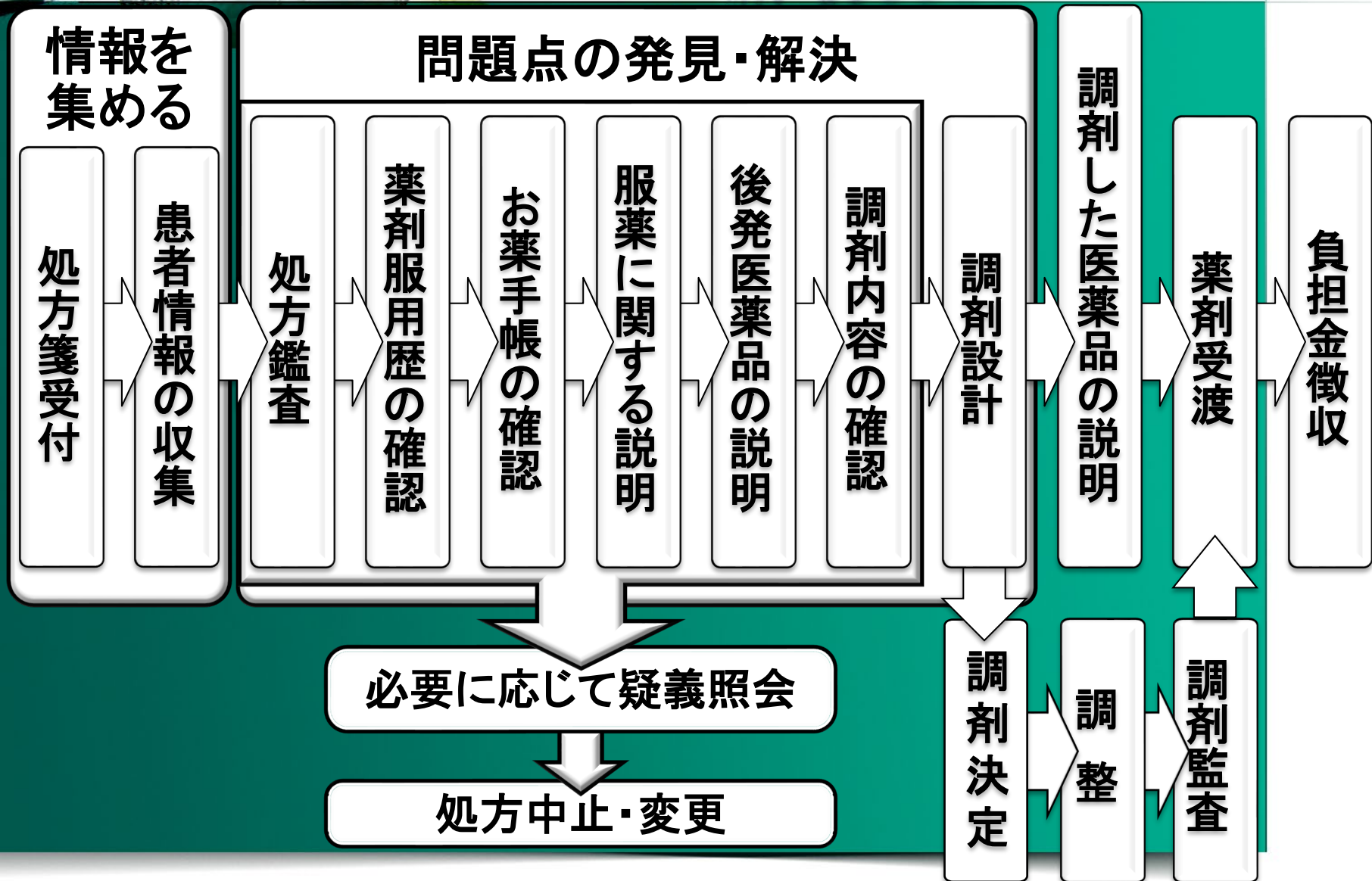
急性疾患の薬剤服用歴管理指導と記録

- ① 治療目標の確認
- ② 服用経験の有無
- ③ 同効薬の服用経験の有無
- ④ 副作用の経験の有無
- ⑤ 効果の確認
- ⑥ 抗生物質の適正使用についての指導内容
- ⑦ **服薬中止・終了条件の確認**
- ⑧ 今後の継続的な薬学的管理指導計画

慢性疾患の薬剤服用歴管理指導と記録

- ① 治療目標の確認
- ② 患者の治療ステージの位置を確認
- ③ 服用期間と処方日数の確認
- ④ 生理学的検査(値)の有無
- ⑤ 患者の状態変化への対応(受診勧奨)
- ⑥ 自己調整の有無
- ⑦ 今後の継続的な薬学的管理指導計画

調剤業務フローチャート例





集めた情報を分析する（患者情報の収集）①

患者基礎情報の取得・更新

（お薬手帳、初回時アンケート）

- アレルギー（薬剤、食品、他）、体質
 - 副作用歴
 - 既往歴、合併症
 - 職業*（運転、高所作業、当直、飲食業 他）
 - 生活の特性*（食事回数、就寝時間 他）
 - 食品や嗜好品*（飲酒、塩分 他）
 - 他科受診*
 - 併用薬剤（処方薬・一般用・民間薬） *
 - 妊娠・授乳状況（女性） *
 - 患者特性（薬識、認識力、他） *
- （*可変要素がある場合は随時確認）

など



集めた情報を分析する（モニタリング）②

①処方箋の記載事項の薬学的確認

②お薬手帳と薬剤服用歴の確認

- ・ハイリスク薬の確認
- ・前回処方の確認
- ・調剤薬の確認
- ・用法・用量の適正確認
- ・副作用歴・禁忌症の確認
- ・併用薬と相互作用の確認
- ・服用上の注意事項確認 など

③継続服用の場合

- ・服用中の体調変化
- ・副作用が疑われる症状の有無 など



薬歴に記録する患者情報

- 処方された薬剤について相互作用、薬物アレルギー
- 患者の体質、アレルギー歴、副作用歴
- 服薬状況
- 残薬の状況の確認
- 患者の服薬中の体調の変化
- 併用薬等（OTC、健康食品などを含む）の情報
- 合併症を含む既往歴に関する情報
- 他科受診の有無
- 副作用が疑われる症状の有無
- 飲食物の摂取状況
- 後発医薬品の使用に関する患者の意向



薬歴に記録する指導事項

1. 薬剤の服用に関する基本的な事項
 2. 保管取扱い上の注意事項
 3. 副作用や相互作用
 4. 服用上の注意事項
 5. 患者又はその家族からの相談に応じた指導事項
- 服薬指導は、処方箋の受付の都度、患者の服用状況、服薬期間中の変化を確認し、新たに収集した患者の情報を踏まえた上で、行うものであり、その都度過去の薬歴を参照した上で、必要に応じて確認・指導内容を見直すこと。

確認した内容および**指導の要点**を
薬剤服用歴の記録に記載すること。



たとえば・・・指導歴

- ① 調剤上の工夫→一包化・分割・粉碎・薬袋・手帳 等
- ② 患者さんからの情報
→会話の中から得た情報（自覚症状・状態）、質問など
- ③ 薬剤師からの情報
 - 薬剤師が患者に話したこと（指導内容）
薬剤師として提案したこと、情報提供した内容など
 - 薬剤師が確認したこと
前回の指導内容や申し送り事項を踏まえた確認、
副作用発現の有無（初期症状）、体調変化、服薬状況、
併用薬・OTC薬・健康食品摂取状況、検査データなど
- ④ 今後の課題、薬剤師が気になること、申し送りなど
継続的な薬剤管理指導の留意点

**※必要な事項、毎回確認が必要な事項などは、
その都度表書きへ転記すること。**



服薬指導内容の例として・・・

- 他薬・OTC・サプリメント・健康食品・一般的な食物・飲み物・嗜好品 などの相互作用について
- 病態に応じた食べ物・飲み物・嗜好品や運動などの生活注意について
- 薬物療法に関連する臨床検査値の説明
- 病態の説明と緊急時の対応
- 過去の類似薬との比較、効果の再説明
- 服用時の状況に合わせた服用方法以外のアドバイス
- 睡眠ペース、食事の時間や回数、職業などの生活環境
- 投与間隔からの服薬状況

など・・・



薬歴を記入するときのポイント！

薬歴は、書くものではなく、読んでもらうもの

1. 前回の指導内容・申し送りを確認する
→申し送りが活用されていないことがある
2. 患者さん側からの問いかけに対して、
どのように指導したか？
3. 指導した内容を具体的に！簡潔に！反映
4. 次回への申し送りは？
※何がキーワードか？
誰が見てもわかる。見直しがしやすい

**指導風景、患者のストーリーが
想像できる薬歴を！**



薬歴の構成

- 頭書き（表紙）
 - 患者の基本情報を記録
 - 常に把握しておくべき情報を記録
 - ずっと残しておきたい情報を記録
- 中身
 - 日々の処方内容、調剤内容、指導内容を記録

作成年月日		平成	年	月	日	No.	
氏名	様	男・女	区分	第一公費負担者番号	保険者番号	番号	番号
			負担割合	受給者番号	番号	番号	番号
			本家割				
			変更割				
住所	明・大・昭・平	年	日	生	年	月	日
自宅電話	勤務先	勤務先	勤務先	勤務先	勤務先	勤務先	勤務先
1 体質・アレルギー歴							患者情報見直し チェック欄
2 副作用歴							
3 併用薬（処方薬・OTCなど）							
4 その他							
◆調剤方法などの特記事項							13
◆患者の体質及び既往歴							14
◆生活歴（薬剤との関連）							15
							16
							17
							18
							19
							20
							21
							22
							23
							24
							25
							26
							27
							28
							29
							30
							31

処方氏名			No.
処方日 調剤日	医療機関名 医師氏名	処方・用量・用法・調剤数量 調剤上の工夫 等	服薬管理内容・服薬指導内容 照会の要点等
年 月 日			調剤及び指導 薬剤師氏名
処方日・調剤日			
医療機関・医師名			
処方された薬剤についての記録			
調剤に関する情報			
確認事項内容 服薬指導内容 患者からの 相談事項 疑義照会内容 など			指導した 保険薬剤師 請求点数 加算 等



頭書きに転記して情報を有効に利用

- 頭書きで過去から現在までの状況が把握できる。
⇒経時的に見直しがされていますか？
- 日々の服薬指導の中から必要な情報を
転記しなければならない。
⇒タイムリーな患者情報が記載されていますか？
- 誰が見てもすぐに理解できる記載が必要。
記載した本人だけが判っても意味がありません。



こんな書き方に注意しよう！

- 症状チェック→〇〇の症状チェック
- 副作用確認→眠気の副作用確認
- 経過観察→血圧の変化について経過観察
- コンプライアンスチェック
 - 降圧剤のためノンコンプライアンスに注意
 - のみ忘れ多いのでノンコンプライアンス注意
 - 今回より用法変更のため、きちんとのめたか確認
- 体調変わりなし→具体的な記載が必要



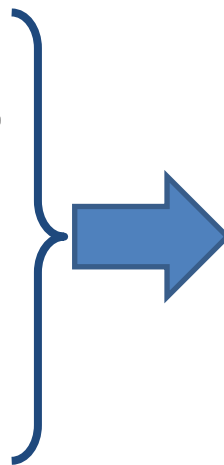
疑義照会

～手順～

1. 疑問点を明確にする。
2. 疑義照会をする前に、的確かつ短時間で済ませるために内容を整理
3. 何度も照会する事がないように、他に疑義がないか、もう一度確認
4. 疑問点の内容について、添付文書や文献などの資料や回避方法あるいは代替薬の提案を予め準備する。

～記録項目～

- 疑義照会の日時
- 疑義照会した薬剤師名（印）
- 対応した医師又は代理人
- 疑義照会した方法
- 疑義照会の内容
- 回答の内容



処方箋の備考欄
調剤録
薬歴簿



きれいな薬歴を書くのではなく、 『生きた薬歴』を作成する

記載した本人だけが判っても意味がありません。

- 記載した薬歴のブラッシュアップをする。患者背景：頭書き内容、以前の調剤録、指導内容、申し送り事項を確認→キーワード・プロブレムを抽出
- 薬歴を誰が見てもわかる記載方法を！→具体的に記載
 - ✓何がキーワードか？
 - ✓誰が見てもわかる。
 - ✓見直しをしやすい薬歴を！



どのような患者なのか

身体的特徴について

視覚・聴覚障害は無いかな？

身体的障害は無いかな？

嚥下困難は無いかな？

精神的疾患は無いかな？



薬をきちんと使用できる？

ヒートから出せる？

飲み込める？

点眼できる？

貼れる？



どのような患者なのか

生活像について

仕事は？

睡眠は？

食事のパターンは？

車等の運転は？

嗜好品（健康食品、サプリ）は？

家族の有無は？



薬をきちんと使用できる？

用法通りに使える？

食事の影響は？

眠気があって困らない？

家族の協力は得られる？



どのような患者なのか

病歴・服用歴等について

既往歴は？

併用薬は？

副作用歴は？

臨床検査値は？

アレルギーは無いか？

身長・体重は？



どのような患者なのか

患者自身の状況の把握について

病識は？

コンプライアンスは？

効果は？ 副作用は？

臨床検査値は？

改善するためにしている事は？



治療内容や処方は適切か

患者から聞き取ったことを評価し有効活用する

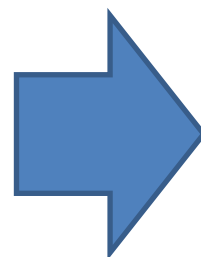
使用禁忌ではない？

剤形は？

用法・用量は？

副作用は？

相互作用は？ などなど



必要に応じて
医師に提案

アセスメントが不十分だと適切な薬物療法を
実行することができない

⇒必要に応じてフォローアップで確認！



調剤（薬歴管理、服薬支援、薬物療法の提案と実践）とは？

1. 患者を**包括的に観る**こと
2. 適正な薬物療法に影響を及ぼす要因を**評価・判断**すること
3. **個別・具体的な指導・対応**を行うこと
4. **継続的に**モニタリングすること



ご清聴ありがとうございました