

精神疾患患者への薬剤管理指導等による実績の要約（15 例）

本制度は、精神科専門薬剤師の理念に基づいた精神科薬物療法の実践として知識、技能、姿勢が一定水準以上に達しているかを判断することを目的としています。この点に留意した症例選別、記述を心がけて下さい。記述内容は、薬剤師としてあなたが患者を一人のひと、全人的存在として心理、社会、生活習慣の観点から総合的に関わったものであること^{*1)}が求められます。

*1) 精神科薬物療法マニュアル改訂 2 版（一般社団法人日本病院薬剤師会監修、南山堂）

1. 執筆規程

以下の執筆規程を遵守の上、記述して下さい。

（1）文体

- ・敬体（～でした。～ました。）ではなく、常体（～であった。）で記載する

（2）入力要領・文字数

- ・項目【症例提示・介入に至った経緯】、【介入内容】、【成果・転帰】に区分されたスペースに入力する、文字数はそれぞれの項目ごとにカウントされ、それぞれの項目毎の文字数・総文字数として表示される
- ・一症例 500～1000 字（配分の目安：【症例提示・介入に至った経緯】125～250 字、【介入内容】250～500 字、【成果・転帰】125～250 字）で作成する
- ・最終的に表示される総文字数を確認する
- ・英数字は文字数をカウントする 例）book は 4 字、1000 は 4 字

（3）薬剤、検査の名称や用語、略語、単位

- ・薬剤名は、商品名ではなく一般名で記載する
- ・用量は、原則として 1 日量、頓用は 1 回量を記載する
- ・朝食後や寝る前等、服用時点の情報が必要な場合は適宜記載する
- ・薬剤の分量、検査値、バイタルサイン等は、単位を記載する
- ・剤形を記載する 例）錠、OD 錠、徐放錠、舌下錠、内用液
- ・分量の加減により患者の状態が変化した場合は、必ず薬剤量の変化が分かるように記載する
- ・用語は、所属施設固有の言葉ではなく、広く使用されている言葉を用いる
- ・精神科薬物療法マニュアル改訂 2 版（一般社団法人日本病院薬剤師会監修、南山堂）に使用されている略語のうち、広く用いられていると思われるものは使用して差し支えない

（4）固有名詞

- ・人名、地名、県名、地方名、国名、社名、団体名などの固有名詞は、個人情報保護、評価・公平性の担保、特定施設への批判を避ける等の観点から使用できない、ただし妄想として語られた

発言中の固有名詞は使用してよいが、妄想に基づいた内容であることがわかるように記載する

- ・イニシャルではなく、出現順に A、B、C、・・・等で記載する
- ・申請者所属先は、A 病院等ではなく「当院」、「当薬局」と表現する

(5) 主語について

- ・申請者本人を主語とした文構造とする
- ・申請者以外の者の行動や言動は、他者であることが明確に分かるように記載する

例)「看護師によると・・・」、「医師は〇〇を追加処方した」等

(6) 誤った記載、記述について

- ・明らかな誤字、脱字はその内容、件数に応じて減点する
- ・整合性のとれない文脈は、減点されることがある
- ・記載内容に明らかな誤りのあるものや根拠の記載がないものは、症例として認めないことがある
- ・倫理観、医学・薬学的判断において重大な問題のある申請者及び記述内容は、委員会で個別に協議する

(7) 添付文書上の禁忌、適応外使用について

- ・禁忌や適応外使用に該当する記述は、「ガイドラインに記載されている」、「公知申請が認められている」等の根拠を記載する
- ・他の理由については、使用するに至った経緯及び患者・家族への説明・同意取得、院内での安全対策に関わる手続き等、審査員がその妥当性を判断できるように記載する

2. 症例の選び方

(1) 範囲

症例は、入院／外来患者、保険薬局における服薬指導等で関わった患者を対象とします。

(2) 制限・水準

- ・同一症例の同一期間（同一エピソード）の事案
複数事案を 1 症例要約にまとめて記述することは可能ですが、症例番号を分けて複数の症例要約とすることはできません。また複数の申請者が使用することもできません。
- ・同一症例の別期間（別のエピソード）の事案
一人の申請者が複数症例要約に分けて使用、及び複数申請者が各々使用することは可能です。
- ・同一申請者又は複数の申請者間で、複数の症例要約の内容が同一又は類似していると認定審査委員会で判断した場合、内容によっては不可とする場合があります。
- ・治験や臨床研究における関与は、対象症例として認めません。
- ・精神科専門薬剤師の理念、定義^{*2)}に適う精神医学・薬学的介入であることが重要です。例えば、処方箋調剤における初歩的な疑義照会（添付文書に記載されている併用禁忌や相互作用に関する単なる医師への指摘など）や出荷調整など在庫管理上の理由による代替薬提案などは、一症例として認められない場合があります。

*2) 日本病院薬剤師会ホームページ URL ; <https://www.jshp.or.jp/certified/seishin.html>

3. 入力フォーマットへの入力要領及び記述内容について

各症例には「症例番号」、「年齢・性別」、「精神疾患名」、「治療内容」、「入院／外来／保険薬局」の別を入力、選択してください。これらの項目は必須項目です。ここまで入力、選択が完了すると途中保存することができます。

作成にあたっては、個人情報の保護に十分ご留意のうえ、記載してください。

(1) 精神疾患名

- ・精神科薬物療法全般にわたる実績を評価するために、可能な限り幅広く精神疾患を選択してください。特定の疾患に偏りが大きい場合は、委員会で個別に検討します。
- ・併存疾患や合併症等への関与が主体である症例であっても、精神科主病名を入力してください。併存疾患や合併症、副作用による症状などは、要約記述の中で表現してください。
- ・表1に記載された ICD-10 の「精神および行動障害：Mental and Behavioural Disorders (Fコード)」および一部の「神経系：Diseases of the Nervous System (Gコード)」に分類されている疾患を対象とします。病名欄には ICD-10 以外にも、対応する DSM-5 あるいは DSM-5TR の病名を記載しても構いません。※ICD-10 (International Classification of Disease-10: 国際疾病分類第10版), DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5: 精神疾患の診断・統計マニュアル第5版)
- ・てんかん、パーキンソン病については、原疾患もしくは併存症による精神症状への関与を審査対象とします。
- ・保険薬局において診断名が確認できない場合は、推測された病名を記載してください。

(2) 治療内容

- ・当該患者に行われた治療、リハビリテーションを選択して下さい。選択肢には薬物療法、精神療法、心理教育、リハビリテーション、その他の5つの区分があります。薬物治療以外の治療については、申請者が直接関わった治療を優先して選択し、関わった内容を要約に記載して下さい。
 - ・薬物療法については治療に用いられた薬剤を表2①～⑨から選択してください(複数選択可)。
- ※ICD-10 により分類された表1に示す Mental and Behavioural Disorders (精神および行動障害) 及び Diseases of the nervous system (神経系の疾患) に対して行われる薬物療法を対象とし、表2①～⑤の薬剤による薬物療法に関して、各2症例以上を選択してください。⑥～⑨は対象となる患者がいない場合は記載がなくてもかまいません。なお、当該患者に処方されている薬剤全てを記載する必要はありません。症例記述に必要な薬剤を記載して下さい。

(3) 入院／外来／保険薬局の別、関わった期間、指導回数

- ・入院患者の場合は、具体的な年月日ではなく、当該エピソードにおける入院期間のうち申請者が関わった期間(●年●ヵ月、●●日)を入力してください。
- ・外来や保険薬局の場合は、申請日からさかのぼり最長5年間を対象期間とし、当該期間における指導回数を入力して下さい。

4. 薬剤管理指導内容の要約記述要領

(1) 要約の全体構成

患者を一人のひと、全人的存在として心理、社会、生活習慣の観点から総合的に関わるのが、精神科多職種チーム医療における薬剤師の在り方です^{*)}。

^{*)} 精神科薬物療法マニュアル改訂2版（一般社団法人日本病院薬剤師会監修、南山堂）

- ・当該患者に提供された診療全体の中で、あなたが何をして患者がどのような転帰をたどったのか文面から読み取れるように記載して下さい。
- ・他職種から得た客観的情報や行動、言動については、“診療録の看護師の記載から・・・”、“薬剤師が～を提案したことにより、医師は処方薬を～mgに増量した”等、主語を明確に記載してください。

(2) 要約記述の構成

【症例提示・介入に至った経緯】【介入内容】【成果・転帰】の3段階の論理展開により、一貫性のある記述を行ってください。

①【症例提示・介入に至った経緯】

- ・家族歴、成育・生活歴、病前性格、初診時所見・主訴、現病歴、診断とその根拠、治療方針などを記載して下さい。
- ・患者、家族や他職種からの依頼により介入することになった場合は、“患者の希望により”等の記載を行ってください。

②【介入内容】

- ・薬物治療に関する記述が大前提です。薬物治療への関与に関する記述が簡素化され、他の治療方法に関する記述が多くを占めることのないよう留意して下さい。
- ・すべての症例において、精神症状への関与における薬学的介入とその成果を、審査員が理解できるように明瞭に記載して下さい。
- ・当該患者に提供された医療を包括的に捉え、患者の心身の状態をどのように観察し、誰に対してどのように関与したのか、誰に何を提案したのか、簡潔かつ具体的に記載してください。
- ・医師への処方提案などの間接的な介入のみならず、直接患者へ働きかけることによって得られた成果も薬剤師介入のあり方として大切ですので、評価の対象です。
- ・他職種の診療録や入院サマリーの写しのようなものに終始した記述は、減点対象となります。

③【成果・転帰】

- ・薬剤師としての介入が、患者や医療チームにどのような影響を及ぼし、どのような転帰を辿り、どのような成果が得られたのか、要約全体の整合性がとれるように記載して下さい。

表1 疾患分類 (The ICD-10 Classification)

<p><u>Mental and Behavioural Disorders (精神および行動障害)</u></p> <p>F0 症状性を含む器質性精神障害</p> <p>F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害</p> <p>F2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害</p> <p>F3 気分（感情）障害</p> <p>F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害</p> <p>F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群</p> <p>F6 成人の人格および行動の障害</p> <p>F7 精神遅滞</p> <p>F8 心理的発達の障害</p> <p>F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害（F90-F98） および特定不能の精神障害（F99）</p> <p><u>Diseases of the Nervous System (神経系の疾患)</u></p> <p>G40 てんかん・G41 てんかん重積状態（精神症状への介入のみ対象）</p> <p>G47 睡眠障害</p> <p>G20～26 パーキンソン病、症候群（精神症状への介入のみ対象）</p>

表2 薬効分類

<p><u>①～⑤は必ず2症例以上記載すること</u></p> <p>① 抗精神病薬</p> <p>② 抗うつ薬</p> <p>③ 気分安定薬（リチウム、一部の抗てんかん薬など）</p> <p>④ 抗不安薬</p> <p>⑤ 睡眠薬</p> <p><u>⑥～⑨は対象患者がいない場合は省略可</u></p> <p>⑥ 抗パーキンソン薬（<u>原疾患もしくは併存症による精神症状及び薬剤性錐体外路症状に対する薬物療法に関連したものに限る</u>）</p> <p>⑦ 認知症治療薬</p> <p>⑧ 依存症治療薬</p> <p>⑨ 精神刺激薬</p>

精神疾患患者への薬剤管理指導実績の要約（記載例）

症例（１）

年齢・性別 26 歳・男性
精神疾患名 統合失調症
治療内容 薬物治療（①抗精神病薬）、心理教育、精神療法、
入院／外来／保険薬局の別 入院 入院期間（２ヶ月）

薬剤管理指導業務内容の要約（893）字

【症例提示・介入に至った経緯】（187 字）

家族によると、18 歳の頃から睡眠障害や対人関係のトラブル、物音に過剰に反応する等の違和感に気付くことがあったという。また、診療録には 19 歳の時に初めて心療内科を受診したと記載があった。幻覚、妄想によると思われる叫声をあげながら商店街を走っていたところを保護され、今回 3 度目の入院となったが、本人は病状に対する認識がなく、服薬に対して拒否的であったため、薬剤師に介入依頼があった。

【介入内容】（536 字）

入院から 10 日経過したところで初回面接を行った。入院時からリスペリドン錠 4mg/日を服用しており、「いろいろなことが気にならなくなったが、やる気が起きなくなったので退院したら薬は飲まない」と言われた。リスペリドン錠による過度な鎮静の可能性を推測し、以下の代替案を考えた。①リスペリドン活性代謝物であり、血中濃度が安定することで過鎮静リスクの低下が期待できるパリペリドン徐放錠への変更。②より安定した血中濃度が得られることが推測でき、リスペリドン錠に近い作用メカニズムを持つブロナンセリン貼付剤への変更。①、②について主治医及び患者本人に提案したところ、患者は貼り薬は使いたくないと拒否的であった。医師と協議したところ、パリペリドン徐放錠への漸増漸減による切り換えを行うこととなった。リスペリドン錠が 2mg/日に減量され、あわせてパリペリドン徐放錠 6mg/日が追加された。次の段階としてリスペリドン錠中止とパリペリドン徐放錠 9mg/日への増量が行われた。患者面接の際に服用感を確認したところ、「しんどくなるようなことはない」とのことであった。薬剤師から患者に対して、先のこととして服薬を止めてしまうと病状再燃も十分あり得るため、ぜひ服薬を継続してほしい、嫌な思い程是非教えてほしい、と繰り返し強調した。

【成果・転帰】（170 字）

パリペリドン徐放錠を 6mg/日に減量調整後 2 週間経過したところで、有効性、有害事象の評価を行った。幻覚・妄想等の症状悪化はみられず、睡眠も確保され、鎮静作用によるやる気が起きない等の症状も解消された。その他特段の問題が生じていないことを確認した上で退院することとなった。退院時には「薬は飲みます、嫌な感覚がでてきたら相談するよ」の言葉も得られた。

症例（２）

年齢・性別 49 歳・女性
精神疾患名 アルコール依存症
治療内容 薬物治療（④抗不安薬 ⑤睡眠薬）、心理教育、精神療法
入院／外来／保険薬局の別 入院 入院期間（４ヶ月）

薬剤管理指導業務内容の要約（996）字

【症例提示・介入に至った経緯】（262 字）

Ⅹ年、当院外来受診時の精神保健福祉士の記録には、20代後半頃に夫との関係性が悪化したことを機に飲酒量が増え、心療内科を受診したと記載されていた。経過には不明な点も多いが、複数の向精神薬が投与されており、当院初診時の処方内容はプロチゾラム 0D錠 0.25mg/日、フルニトラゼパム錠 2mg/日、エチゾラム錠 1mg/日（ジアゼパム換算で合計約 18.3 mg）、及び不眠や不安に対するエチゾラム錠 1mg/回頓用等であった。Ⅹ年 3 ヶ月に入院加療となり、10 回シリーズの心理教育 3 回目の後、スタッフより治療へのモチベーション強化や処方薬剤の妥当性評価等を目的とした協力依頼があった。

【介入内容】（530 字）

介入方針を主治医と協議の上、①断酒への協力、②薬物治療の整理とした。①多職種心理教育に参画し、退院後の断酒継続を主とした生活指導を行った。断酒には、人や医療とつながり孤立しないことが大事であり、知識の獲得と人とのつながりをつくる場として心理教育や断酒会参加を促した。②長期間の飲酒によりベンゾジアゼピン系薬剤に交叉耐性が生じている可能性を考慮し、睡眠リズム調整を目的として、フルニトラゼパム錠からラメルテオン錠への変更を主治医に提案した。提案の通りフルニトラゼパム錠を 0.5mg/週で漸減中止するとともにラメルテオン錠 8mg/日が追加処方された。また複数のベンゾジアゼピン系薬剤が処方されており、鎮静作用が強く倦怠感や日中の眠気の原因となっている可能性が考えられたため、処方全体の整理、減量を提案したが、医師は入院中の精神症状安定を優先し、退院後の課題と判断した。さらに不眠時のエチゾラム錠は、1 日に複数回服用していたことから依存状態にあると考え、まずは定期内への変更を提案した。エチゾラム錠頓用使用は中止となり、2mg/日の定期内服に変更された。退院時の睡眠・抗不安薬はプロチゾラム 0D錠 0.25mg/日、エチゾラム錠 2mg/日（ジアゼパム換算で合計約 11.7 mg）、およびラメルテオン錠 8mg/日となった。

【成果・転帰】（204 字）

介入後、心理教育への参加姿勢も安定し、生活改善に対する理解が深まるとともに、断酒継続への意欲が深まっていった。処方変更後も睡眠リズムの乱れは徐々に安定し、問題となるような離脱症状や不眠、うつ症状等は認められなかった。また、病棟や心理教育スタッフによれば、患者の記述や発言に前向きな変化が現れ、退院から 6 ヶ月経過時点において断酒会出席は続いており、中止薬剤の再処方を求めることもなく、再飲酒もみられないという。