

「薬薬連携を活用した、内服抗がん剤における皮膚障害マネージメント」
運用マニュアル

目的：

経口抗がん剤において、爪囲炎、ざ瘡様皮疹、手足症候群などの皮膚障害が発現する頻度が高い薬剤は、EGFR-TKI やフッ化ピリミジン系をはじめとして多く存在する。また、皮膚障害により減量・中止を余儀なくされることにより、治療効果を損なう報告も多い。本取り組みでは、近畿中央病院が作成したプロトコールに基づき、受診後に保険薬局で薬を受け取る際に保険薬局の薬剤師が皮膚ケアの指導、皮膚障害のアセスメントおよび処方提案を行うことで、皮膚障害の予防および治療に介入し、皮膚障害の発症率・重症度の軽減・QOL の向上・治療効果の向上を図ることを目的とする。

対象患者：外来で以下の薬剤を使用している患者、および使用を開始する予定の患者

| | | |
|---------------------------------------|--|---|
| ゼローダ(カ ^パ シ ^ル) | スチバーガ(ル ^ゴ ラ ^ニ ブ) | タイケルブ(ラ ^パ チ ^ブ) |
| イレッサ(ゲ ^フ チ ^ブ) | タルセバ(ル ^ド チ ^ブ) | ジオトリフ(ア ^ラ チ ^ブ) |
| タグリッソ(ル ^ル チ ^ブ) | インライタ(ア ^シ チ ^ブ) | スーテント(ス ^チ チ ^ブ) |
| ネクサバル(ラ ^ラ チ ^ブ) | アフィニール(ル ^ル チ ^ブ) | ヴォトリエント(ラ ^ラ チ ^ブ) |

実施予定期間：2017年5月1日～2018年4月30日（その後は未定）

保険薬局における流れ

1. 「依頼書」を患者から受け取り、皮膚障害マネージメントを行う患者として登録する。登録方法は薬局個別の方法で可能。登録後の「依頼書」は個人情報として管理もしくは破棄する。（初回同意取得時のみ）
2. 登録した患者の皮膚ケアの確認と指導・皮膚障害のアセスメント・対策を各種文書（「皮膚障害マネージメント連絡票」・「皮膚障害アセスメントツール」・「皮膚障害対策シート」）を利用して行う。
3. 「皮膚障害マネージメント連絡票」のチェックリストに記載のある項目について、行った場合はチェックを記入する。
4. 皮膚障害のアセスメントツール・対策シートに基づき、処方の変更や追加が必要な場合は疑義照会を行う。疑義照会は「処方箋」・近畿中央病院の「疑義照会用紙」・「皮膚障害対策シート」・「皮膚障害マネージメント連絡票」の4部をFaxにて行う。
5. 「皮膚障害対策シート」・「皮膚障害マネージメント連絡票」をFaxののちに破棄。（一日分まとめてFaxで可）

業務手順書

「依頼書」を患者から受け取る



皮膚障害マネージメントを行う患者として薬局内でわかるように登録し、
「依頼書」を破棄する



「皮膚障害マネージメント連絡票」のチェックリストに記載のある項目について、
上から順に行う（①～⑤）。行った項目はチェックを記入、該当項目は○で囲む。

※必ずしも全ての項目を行う必要はありません。

① 皮膚の状態確認または Grade 判定

「皮膚障害アセスメントツール」を参考に「皮膚障害対策シート」に記入する。

② ③皮膚ケアの確認、教育・指導

皮膚ケアの状況を患者に聴取し、保湿、保清、保護の観点から皮膚ケアが十分に行われているか
評価し、必要に応じて教育・指導をする。

④ ⑤皮膚障害に対する処方薬の評価・説明・指導

皮膚障害がある場合で「皮膚障害対策シート」に記載された薬の処方がなく、患者が薬を
持っていない場合、ステロイドを使用しているにも関わらず増悪している等の理由により
使用薬剤の変更が望ましい場合は疑義照会を行う。

疑義照会は「処方箋」・近畿中央病院の「疑義照会用紙」・「皮膚障害対策シート」・「皮膚障害
マネージメント連絡票」の 4 部を Fax にて行う。



（疑義照会がない場合）

「皮膚障害対策シート」・「皮膚障害マネージメント連絡票」の 2 部を Fax ののちに破棄。

（一日分まとめて Fax で可）

※何も行ってない場合も 2 部の Fax をよろしくお願いします。

ご意見、ご要望、質問などがございましたら、下記の連絡先までご連絡ください。

連絡先：〒664-8533 兵庫県伊丹市車塚 3-1

公立学校共済組合近畿中央病院薬剤部 浦川 龍太

電話：072-781-3712

FAX：072-781-3767

メールアドレス：urakawa_r@kich.itami.hyogo.jp

