

薬物治療の質向上を目指す、薬剤師による症例検討会
実践ガイドブック

編集| 一般社団法人 日本医療薬学会
2022年度医療薬学学術第3小委員会

はじめに

本ガイドブックは、日本の薬剤師が症例検討会を通じて学びを深め、より良い薬物治療の提供に貢献できるようになることを目指して作成した。

内容は総論に加えて、施設見学で得た事例の報告や運営の工夫を掲載した。それぞれを行き来しながら読み進めていただくことにより、症例検討会を立ち上げる際、運営する際、あるいは後進の指導を行う際に押さえておきたいポイントを理解し、症例検討会への満足度を高めるヒントを得られるようにまとめられている。

是非、本ガイドブックに目を通していただき、薬剤師による症例検討会を活性化する参考にさせていただきたい。

総論

A 症例検討会の意義

1. 症例検討会の定義と役割

薬剤師による症例検討会は、実際の患者症例を題材として薬物治療やケアに関する合意形成、実践の省察と評価、改善策の議論を行う臨床実践・教育・学術の場である。単なる事例共有にとどまらず、薬剤師の臨床判断力と協働力を育成し、組織的な知識基盤を形成することに大きな意義を持つ。

- 臨床的役割：薬学的介入の妥当性・安全性の確認、質的検証による薬物治療の最適化
- 教育的役割：学生や若手薬剤師の臨床推論能力の涵養、経験知の体系化
- 学術的役割：希少症例の報告、新規治療法の提案、臨床知の共有と研究的発展

2. 臨床現場における意義

薬剤師による症例検討会は、医療チームの一員としての介入を強化すると考えられる。しかし、薬剤師による症例検討会の臨床現場における意義を検証した報告は現時点において見当たらない。

3. 教育的意義

症例検討会は教育的効果の高い学習方法である。Thistlethwaite らによるレビューは、Case-Based Learning (CBL) が臨床推論・統合的学習を促進する傾向を示した。ⁱ また、Tsekhmister らのメタ解析も研究間の異質性が高いものの CBL の有効性を支持している。ⁱⁱ ただし、Forsetlund らが指摘するように、ワークショップ形式の教育効果は状況依存的であり、設計・

対象・方略などの条件により大きく変動するとしておりⁱⁱⁱ、後述するポイントを押さえた計画的な運営を行う必要がある。

B 症例検討会の実践

1. 症例検討会の開催準備

症例検討会を持続的に運営するためには、人的・文化的側面、設備・技術的側面、教育的側面、組織的側面の四つの観点から課題と対応策を整理する必要がある。

人的・文化的側面としては、まず開催目的を明確化することが重要である。目的が曖昧なままでは、単なる情報共有や雑談に終始し、参加者の意欲が低下する恐れがある。各回の冒頭で目的を共有し、終了時に振り返ることによって議論の方向性を維持できる。また、ファシリテーターやコーディネーターの存在は不可欠であり、これが欠けると議論が特定の参加者に偏る、あるいは沈黙が続くといった問題が生じる。事前に進行役を定め、持ち回りで育成することが望ましい。さらに、参加者のコミットメントを確保することも重要であり、欠席や沈黙が常態化すると会が形骸化する。そのため、部門長や教育責任者の承認を得て「業務」として位置づけることが有効である。時間の確保も課題であり、残業ベースでの開催は疲弊や中止を招く。短時間・定期開催とし、業務時間内に組み込む工夫が求められる。加えて、症例提供の文化を醸成するには心理的安全性が欠かせない。批判的雰囲気では成功例のみが共有されがちであり、困難症例や失敗からの学びが失われる。建設的なコメントを重視し、匿名化や概要形式での発表を認めることが有効である。最後に、検討結果が実臨床に反映される仕組みがなければ、単なる「話し合い」で終わってしまう。次回の検討会で前回の提案の実施状況を報告するなど、フィードバックのサイクルを確立する必要がある。

設備・技術的側面も重要である。環境が不十分であると機器トラブルや雑音で議論が停滞するため、シンプルで確実な機材を選び、事前の接続確認を徹底する必要がある。資料共有において、過度な資料準備は継続性を損なう。症例要約を1枚シートに標準化する、電子カルテ等を直接投影するなど、準備負担を軽減する工夫が求められる。さらに、記録・蓄積の基盤を整えなければ、同じ議論の繰り返しとなり知識が共有されない。簡潔なフォーマットで要点を記録し、担当者を明確にすることが解決策となる。

教育的側面では、学習目標を明確にすることが不可欠である。目標が不明確なままでは学習者が受け身になり、議論は断片的な知識共有にとどまる。各回に到達目標を設定し、振り返りを行うことで学習効果を高めることができる。また、学習者の能動的参加を促すことも重要である。指導者や上級者が解説に終始すると、学習者は臨床判断力を養う機会を失う。症例提示を学習者に任

せ、指導者はファシリテーションに徹することが効果的である。さらに、フィードバックと省察の機会を
組み込むことで、学習者の成長を支援できる。曖昧あるいは否定的な指摘は学習者を萎縮させる
ため、建設的なフィードバックとリフレクションシートの活用が望ましい。

組織的側面としては、リーダーシップと制度化が不可欠である。活動が個人の熱意に依存する
と、異動や退職により途絶える可能性がある。部門規程や研修プログラムに組み込み、責任者を明
確にすることが必要である。また、インセンティブ設計も重要である。参加が任意である場合、忙しさ
を理由に欠席が常態化しやすい。研修単位や業績評価に参加実績を反映させることが有効であ
る。さらに、多職種連携との接続も考慮すべきである。薬剤師のみで閉じた議論は臨床に結びつき
にくく、方針の実効性を欠く。合同開催や他職種カンファレンスへの橋渡し役を設けることで、検討
会の成果を診療現場へと波及させることができる。

表 症例検討会の運営・継続に関する課題と解決策

側面	課題	ピットフォール	解決策
人的・文化的	開催目的の明確化	雑談や情報共有に終 始し、参加意欲が低 下	毎回の目的を冒頭で共有し、終 了時に振り返る
	ファシリテーター	議論が特定の人に偏 る、沈黙が続く	進行役を事前に決定、持ち回り 制で育成
	参加者のコミットメント	欠席や沈黙が常態 化、形骸化する	部門長や責任者の承認を得て 「業務」として位置づけ
	時間の確保	残業ベースで疲弊 し、開催が途絶える	業務時間に組み込み、短時間・ 定期開催
	症例の選択	成功例のみが集ま り、学びが浅くなる	心理的安全性を確保、失敗や困 難事例も歓迎する雰囲気づくり

側面	課題	ピットフォール	解決策
	フィードバック	提案が実臨床に反映されず形骸化	次回に前回の実施状況を報告しサイクル化
設備・技術的	会場／オンライン環境	機器トラブルで議論が停滞	シンプルで確実な機材を使用、接続テストを実施
	資料共有システム	準備負担が大きく継続困難	1枚シートなど標準化し負担を軽減 電子カルテ等を直接投影する仕組み
	記録・蓄積の基盤	記録が残らず同じ議論を繰り返す	簡潔なフォーマットで記録、担当者を固定
教育的	学習目標の明確化	学習者が受け身になり断片的な知識共有で終わる	到達目標を設定し、振り返りを実施
	学習者の能動的参加	上級者の一方的解説に終始	症例提示を学習者に任せ、指導者はファシリテーションに徹する
	フィードバックと省察	曖昧・否定的な指摘で学習者が萎縮	建設的フィードバック、省察シートの活用
組織的	リーダーシップと制度化	個人の熱意に依存し活動が途絶える	部門規程や研修プログラムに組み込み、責任者を明確化
	インセンティブ設計	忙しさを理由に欠席が常態化	研修単位・教育加算・評価制度に反映
	多職種連携との接続	薬剤師だけで閉じた議論で臨床に結びつかない	他職種カンファレンスへの橋渡し役を設定、合同開催を計画

2. 薬剤師による症例プレゼンテーションの基本構造

症例プレゼンテーションは、患者の病態や治療経過を整理し、他者に伝えるための報告形式である。薬剤師は Drug Related Problems (DRPs) の同定と対応に焦点を当て、必要性・有効性・安全性・継続性を評価することを目的とする。

1) 基本型の推奨順序

論理性と時間経過を保ちつつ、薬物治療の評価に移行するための推奨順序は以下のとおりで、基本的な構造は SOAP 形式と同じイメージである。

- ① 患者基本情報
- ② 主訴
- ③ 現病歴(時間経過)
- ④ 既往歴・併存症
- ⑤ 検査・所見
- ⑥ 現在の薬物治療
- ⑦ 薬物治療の評価
- ⑧ 問題点の整理
- ⑨ 薬学的介入
- ⑩ フォローアップ

2) 応用型:コンサルテーション型プレゼン(SBAR形式)

同僚薬剤師などに相談する場面では、詳細な経過よりも「論点の明確化」が重要となる。その際に役立つのが SBAR フレームワーク である。^{iv}

S:Situation(状況)

患者の基本情報、現在の主な問題を簡潔に述べる。

例：「68 歳男性、心不全で退院調整中。K 値が 4.7 と上昇傾向です。」

B:Background (背景)

既往歴、入院経過、現在の薬物治療など、問題に関連する情報を提示する。

例：「高血圧・糖尿病あり。フロセミド、エナラプリル、カルベジロール、スピロラク톤を使用中。」

A:Assessment (評価)

薬剤師としての評価 (DRPs 視点)。

例：「治療効果は得られているが、MRA による高 K リスクが懸念される。」

R:Recommendation (提案)

相談したい内容、あるいは提案。

例：「スピロラク톤継続の是非と、退院後のモニタリング計画について意見をいただきたい。」

3) 議論とフィードバック

症例検討会における議論とフィードバックの質は、心理的安全性と教育的技法の適用に大きく左右される。

心理的安全性の確保

心理的安全性が欠如すると、参加者は失敗例や不確実な判断を提示することを避け、結果として「模範的な成功例の共有」に偏り、学習効果が限定的になる。これを防ぐためには、ファシリテーターが「批判ではなく建設的コメントを原則とする」「発言を遮らない」「多様な意見を尊重する」といった態度を示すことが重要である。また、全員が少なくとも一度は発言する方式や少人数グループへの分割なども有効である。Edmondson が提唱した心理的安全性の概念²⁾は、医療を含む組織において学習行動とパフォーマンスの基盤であることが示されており、症例検討会においても不可欠な前提といえる。

教育的技法の適用

a. 6-microskills (1 分間指導法) の活用

症例検討会におけるフィードバックの枠組みとして、医学教育で広く用いられている 6-microskills (One-Minute Preceptor) が応用可能である。^{vi, vii} これは以下の 6 段階から成り立つ。

1) 考えを引き出す (Get a commitment)

例1: 「この症例で考えられる薬学的問題は何か?」

例2: 「処方提案を一つだけ挙げると?」

2) 根拠を掘り下げる (Probe for supporting evidence)

例1: 「その判断の決め手となった所見・検査値は?」

例2: 「たくさんある同種薬からその医薬品を選んだ理由は?」

3) 一般則を教える (Teach general rules)

例1: 「一般的に〇〇が代表的な△△の所見だね。」

例2: 「副作用や相互作用はもちろん、患者の利便性にも目を向けると良いね。」

4) 良い点を強化する (Reinforce what was done right)

例1: 「所見・検査値をしっかりと把握している点が良かった。」

例2: 「相互作用のリスクをきちんと評価している点が良かった。」

5) 誤りを修正する (Correct mistakes)

例1:「□□は△△を反映しないから要注意。」

例2:「患者さんの利便性や治療費の視点が抜けているよ。」

6) 次の学びを設定する (Identify next learning steps)

例1:「次回までに〇〇と△△について詳しく調べて、結果を報告して。」

例2:「今日の学びを踏まえて、服薬アドヒアランスに関する総説を読んでみよう。」

この方法により、学習者は根拠を持って判断を提示し、それに対して具体的かつ段階的なフィードバックを受け取ることができる。特に「正しい点の強化」と「誤りの修正」を明確に区別することは、自己効力感を保ちながら改善を促す点で有効とされている。

b. RIME フレームワークによる評価

臨床における学習者の成長モデルとして、RIME モデルが知られている。^{viii}

R: 事実を正確に報告できる (Reporter)

I: 臨床的意味を解釈できる (Interpreter)

M: 対応策を提案・実行できる (Manager)

E: 他者に教育できる (Educator)

フィードバックにおいては、学習者がどの段階にあるかを明示することで、より具体的で建設的な助言が可能となる可能性がある。

c. まとめ

心理的安全性が確保されてこそ、6-microskills や SBAR のような教育技法は効果を発揮する。安心して「不確実な意見」や「誤りを含む判断」を提示できる環境であれば、学習者は自分の思考プロセスを開示し、指導者はそれに対して段階的かつ建設的に介入できる。すなわち、心理的安全性は「自由に発言する土台」であり、6-microskills や SBAR は「発言を教育的に活かす技法」である。この二者の組み合わせにより、症例検討会は単なる情報共有の場から、臨床判断力と省察力を高める教育的場へと進化し得る。

参考文献

- i. Thistlethwaite JE, et al. The effectiveness of case-based learning in health professional education. *Med Teach*. 2012;34(6):e421–44.
- ii. Tsekhmister Y, et al. Case-based learning in medical and pharmacy education: a meta-analysis. *Electron J Gen Med*. 2023;20(5):em515, DOI: 10.29333/ejgm/13315
- iii. Forsetlund L, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021; Issue 9:CD003030.
- iv. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2006;32(3):167–175.
- v. Edmondson AC. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Adm Sci Q*. 1999;44(2):350–383.
- vi. Neher JO, Gordon KC, Meyer B, Stevens N. A five-step "microskills" model of clinical teaching. *J Am Board Fam Pract*. 1992;5(4):419–424.
- vii. Chinai SA, Guth T, Lovell E, Epter M. Taking Advantage of the Teachable Moment: A Review of Learner-Centered Clinical Teaching Models. *West J Emerg Med*. 2018;19(1):28–34.
- viii. Pangaro LN. A new vocabulary and other innovations for improving descriptive in-training evaluations. *Acad Med*. 1999;74(11):1203–7.

C. 症例検討会の事例と運営上の工夫

自施設で症例検討会を開催しようと考えたとき、その目的は？開催時間や頻度は？取り上げる症例は？運営のコツは？など多くの課題が浮かんでくる。そのような時、実際にうまく実施している施設の症例検討会を見学し、そこで得たノウハウを取り入れながら自施設にあった形にアレンジしていくのが良い方法であろう。そうは言っても、日本全国どこに行けば自分たちがイメージするような症例検討会に巡り合えるのか、皆目見当がつかないという方々も多いと予想される。

当委員会では、日本医療薬学会の会員が所属する医療施設（病院・薬局）を対象にアンケート調査を実施し、日本国内で薬剤師が主体となって実施している症例検討会の実態を明らかにした。そのデータを活用し、症例検討会が積極的に実施されており、なおかつ運営担当者から高い満足度が示されていた3施設を全国から選定し、委員が実際に症例検討会の様子を見学するとともに、それぞれの施設において若手を含む薬剤師、および症例検討会運営の中心メンバーにインタビューを行った。

本稿ではその様子を「突撃!となりの症例検討会」としてレポートにまとめた。

見学施設

1. 医療法人橘会 東住吉森本病院 薬剤部
2. 金沢大学附属病院 薬剤部
3. 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 薬剤部

見学施設 Ⅰ:医療法人橘会 東住吉森本病院 薬剤部

基本情報

所在地:	大阪府大阪市
病床数:	8 病棟、329 床
薬剤師数:	薬剤師 27 名 (常勤 24 名)、技術助手 3 名 (常勤 1 名)
組織構成:	薬剤科、臨床薬剤科

開催概要

開催場所:	平日 13:30-14:00 (申し送りや業務調整の時間 10 分程度を含む)
場所:	薬剤部 DI 室
参加人数:	日勤者全員
発表内容:	症例相談もしくは症例の事後共有 (不定期に NST 等多職種チーム担当者による発表あり)
発表者:	当日その場での挙手制 (主に病棟担当薬剤師)
事前準備:	原則無し。当日電子カルテをプロジェクターで投影
会の流れ:	10 分前後でプレゼンテーション、その後は自由に質疑応答。質問が出にくい場合は、先輩薬剤師もしくは発表者が個別に質問する

<症例検討会の様子>

院内発症の尿路感染症に対してレボフロキサシン錠が処方された症例を通して、投与開始時の妥当性チェック、患者の経過を追いながら他剤への変更の必要性や対応の是非について議論していた。基本的な考え方のポイントの確認から始まり、患者の状態の確認方法、定期内服薬の見直し

など、多方面の意見をもとに活発な議論が繰り広げられていた。発表者が言い間違えても、指摘は批判的ではなく、時折笑いが出るような和やかな雰囲気だった。

症例検討会の効果を実感する場面

- ・ 症例検討会との類似症例に出会った際、積極的に関わるようになり、副作用の発見やポリファーマシーへの介入につながっている
- ・ 相談することが当たり前になり、病棟担当者間や調剤室内で症例や業務内容についてのコミュニケーションが円滑になった
- ・ 発表や質問することに慣れた
- ・ 先輩・後輩関係なく、学びあう意識が芽生えた

症例検討会の質維持のための工夫

- ・ 症例相談で参加者から意見をもらい解決した場合は、後日情報共有の目的で発表している（皆の学びになる素晴らしい症例であることを伝え、発表を促している）
- ・ 若手が発言しやすい雰囲気づくり（例；分からない・知らないと言ってよい、簡単なことも質問してよい）
- ・ 目標管理として、半期に一度設定の個人目標に症例検討会の発表を入れている

今後改善したいと思っていること・今後の展望

- ・ より積極的に発表の意思表示をしてもらいたい
- ・ 論文などのエビデンスに基づいた発表になるよう質を高めたい
- ・ 症例検討会での理解力を高めるために、若手（1～2 年目）の基礎的な臨床知識の習得の場を別途設けたい

参加者の声

様々な立場の方に、症例検討会について発表者として・聴衆としての両方の立場から思うこと、症例検討会の今後の展望についてインタビューしました

○ 2 年目 (20 代女性)

最初、緊張したが回数を重ねて慣れきた。分からないこと、困っている・迷っている症例を聞ける場として活用している。良い意味で“学生のような”環境。発表を強制されたことはない。発表どう？してみる？と軽く声をかけられることはある。発表者と内容がエクセルで一覧となっており、自分で確認して少ないと感じたらなるべく発表しようと考えている。最初は緊張したが、数をこなすことで慣れてきたところはある。

発表の準備は昼休み中に軽く頭の中で考えておく程度。時には“準備していません”と最初に言ってから発表し、発表の中でどこを見たらよいかなどのアドバイスをもらったりすることもある。

皆さんの発表を聞くのは、とても勉強になる。なんでも質問できるし、分からない時は分からないといえる。一年目の時は調剤室担当だったため分からないことだらけだったが症例に触れることでモチベーションアップに繋がった。2年目で病棟を担当するようになって、自分の場合は？とか次、自分も遭遇したらとか考えながら聞くようになった。症例検討会のお陰で、知識がなかったら見逃す点にも、ひっかかる事例が増えている実感がある。質疑応答では自分だったらどうするかを発言するようにしている。なんでも思ったことを聞けるので安心感がある。分からなかったら分からないと言っても許される。1年目のときは当てられると話しやすかった。

病院外で発表したことはまだないが、院内のデスカンファレンス（他職種カンファ）で発言したりしている。デスカンファレンスでは事前に話し合う症例が共有されるので先輩や同期と相談して発言することを決めて参加して発言している。以前調剤薬局の薬剤師が参加していたことがあったが、院内の介入事例を他の病院・調剤薬局と共有して検討したい。

○ 1 年目 (20 代女性)

発表者として:調剤室の事例共有などを発表したことがある。分からないことも小声で聞けたりできている。

まだ調剤室担当のみで、病棟に行っていないから分からないことだらけだが、病棟に上がったらかうなのかとか考えながら聞いている。若手向けの分かりやすい講義もあり、勉強になる。質問もしやすい。分からないことがあったら聞こうと考えながら参加している。

とても発言しやすい環境ではあるが、モヤモヤと思ったことを全て話したりできてはいない。たまに指名されると話しやすい。症例検討会中に聞けなかったときは後で聞くことはできている。もっと外部の人からも教えてもらいたい。

○ 10年目・(30 代男性)

アウトプットの良い機会だと考えている。独りよがりにならないように、他の意見をもらうためにしており、非常に意義があると感じている。若手が発言しやすいように発表することを意識している。柔らかい雰囲気になるよう意識している。

症例共有・相談事例の発表準備はなし。月 1 回程度の多職種チームの発表を担当する際は事前にスライドを準備するが、年 12 回として 8 回は過去のスライドを使用し、4 回は新しい話題提供としているので、負担はそう大きくない。各チーム所属の若手に徐々にスライドの修正や発表を任せていっている。

他の人の意見が聞けるのが良い。画像を取り入れるようになってきて面白い。自分の興味以外のことを知ることができる。質疑応答では若手の発表を潰さないように心がけている。質問するときは「自分も迷うことがあるんだけど・・・」と前置きした上で聞くようにしている。

症例検討会が始まった当初は、厳しい意見を言ってくる人もいたりした。特定の人が頑張っていた印象もある。それをみんなでやる方向性に変わった。また、厳しい意見を言う人が徐々になくなった影響は大きいと感じた。今はとても良い方向になってきている。昔は管理面が強く、臨床業務への理解が乏しかった。今も厳しい意見を言う人はいるにはいるが、周りがサポートしたりして、そこまで悪い雰囲気にはなることはない。

今後は難しい症例を続けないようにしたい。若手が「私なんか何もできていない」と言っていることがあるので、そう思わないような方向にしていきたい。やってみようと思えるものを増やしていく。若手には「症例発表やってね」と言わずに相談された時に、「これ、症例検討でやってみたら？」と伝えている。やらされている雰囲気にはしないようにしたい。たまに強く言う人もいるにはいるが、それぞれに「諫める人」がおり、お互いにサポートしあっている。

○ 2年目(20代男性)

発表しながら気軽に質問もできる。分かりやすく話す機会として活用しており、試行錯誤しながら発表している。こういう機会があるのはとても助かる。

発表準備はほぼなし。午前中に考えをまとめたり、午後から取り組む際に迷ったり困っている事例を相談できる。

担当外の病棟の話や同期・先輩がしている事を知ることができ、とても参考になる。刺激も受け、やる気につながる。

なんでも聞ける。全く我慢せず、ちょっとしたことでも聞く。たまにシーンとなることがあったら発言するようにしている。1年目の発表者に対して質問するときは自分が知っていても、相手がどう考えていたり、認識しているか確認のために質問することもある。

これまでは自分の分からないことを中心に発表していたが、知識と経験が増えてきた今、ありふれた介入内容を共有して様々な視点からの意見をもらいたいと考えている。

今後機会があれば、母校で講師をしたり、外部の方向けに発表したりしたい。根拠があった方が医師に提案はしやすいので、根拠を確認したり、活用できるようになりたい。

○ 臨床薬剤科科長:

今の症例検討会になるまで2回の壁を乗り越えてきたと認識している。

一つ目は開始当初。まずは自分が率先して発表していた。当時の薬剤部長から、自己満足のためになっているならやめることを勧められ、継続したいならみんなでやることを勧められた。周りに相談したところ、症例検討会は続けたいという意見が多く、協力しながらやるようになった。

二つ目は厳しい意見が多く、よくない雰囲気の時期があった。最初、自分も熱くなる方だったが、薬剤部長から口で指摘するのではなく、背中で魅せることを勧められた。そのお陰もあり、若手が自発的になるように意識して関わるようになり、今の雰囲気になってきた。

現状、参加者が参加しやすく盛り上がり、勉強になる症例検討会にはなっている。ただ、研究面が弱いというか全く分からない状態であり、大学の先生方などから教わりながら研究していきたいと考えている。

見学を終えて

症例検討会の満足度が高い理由として、心理的安全性の高い環境の中で、症例検討会はもちろん、その他の業務においても活発なコミュニケーションがとれている点をまず挙げたい。次に、参加者個々が症例検討会の意義を感じ、協力して業務の効率化を図ることで業務時間内に症例検討会の時間を確保して、継続していることは、結果的に薬剤部全体の生産性を高めることに寄与しているのではないだろうか。

また、2 年目以上からは、後輩・学生を教育するという意識が感じられ、発表機会を促すよう声をかけたり、聴衆がポイントを理解しやすいような問いかけをしたり、コメントもかみ砕いて分かりやすくするなど工夫されていた。

「〇〇は知ってる?」「▼▼は確認した?」という質問ではなく、「自分も迷うことはあるんだけど・・・」「自分はこんな経験をしたけれど・・・」と相手を委縮させない質問の方法も特徴的だった。褒める場合も、「今日の発表よかったよ。」ではなく、「●●のことを詳しく調べてあったのが良かった」とか、「△△に気付いていたのが素晴らしい」のように、良かったことを具体的に挙げることを課長クラスが意識していたように感じた。

見学施設 2:金沢大学附属病院 薬剤部

基本情報

所在地:	石川県金沢市
病床数:	19 病棟、830 床
薬剤師数:	薬剤師 64 名 (教員 4 名、非常勤 4 名) + 薬学系臨床教員 5 名、事務補佐/ 技術補佐員 4 名

開催概要

開催日時:	水曜日 18:00-18:30 (延長することもあり)
場所:	薬剤部セミナー室+Web 参加
参加人数:	日勤者全員、当院で研修中の地域薬学ケア専門薬剤師
発表内容:	主に症例サマリを用いた発表
発表者:	事前指名制 1 日 2 名 (主体は 5 年目以下の薬剤師)
事前準備:	症例サマリ (基本は日本医療薬学会のフォーマット) を作成し、添削を受ける (添削者は発表者が自由に選んで良い)。当日、症例サマリをプロジェクターで 投影
会の流れ:	数分でプレゼンテーション、その後は自由に質疑応答。

<症例検討会の様子>

症例サマリを提示し、数分で説明する。最初の質問で、この症例に対する思い入れや裏話の質問があることが多い。その後、自由に質疑応答となる。質疑応答含めて、1 人 15 分程度で行い、議論

は活発に行われている。発表者は 1 日 2 名なので、発表していない人が司会となって進行する。なるべく若手に質問が促されている。自ら発言することを推奨しており、基本的なことを聞くこともできる。また、専門等を持っている薬剤師から鋭い質問があったり、より良い症例サマリになるよう助言をもらうこともある。

2 年目以下の薬剤師は原則、セミナー室で現地参加する。そのほかの薬剤師はセミナー室でも web 参加のどちらでも良い。DI 室や病棟担当者の部屋で聴講している人もいる。研修中の地域薬学ケア専門薬剤師の方々は各薬局から web 参加している。

発表した症例サマリはクラウドサーバーに保存し、薬剤部職員全員が見ることができる環境となっている。修正した経過も保存されており、だれでも参考にしてできる環境となっている。

参加者の声

様々な立場の方に、症例検討会について発表者として・聴衆としての両方の立場から思うこと、症例検討会の今後の展望についてインタビューしました

○ 6 年目 (30 代女性)

症例サマリは各種認定・専門薬剤師の取得のために必須であり、上の先生方からの助言・添削はありがたい。発表は上の人に見てもらうため、1 日 1 時間程度の時間をかけるとして、最初は 1~2 週間かかった。6 年目の今、早ければ 1 日、かかっても 3 日程度で準備できている。

症例検討会に参加することで、まれな症例を知り疑似体験することができて有用だと感じている。実際の業務に、似たような症例を経験する際に、学んだことが参考になる。質疑応答では、気になったことをすぐ聞くようにしている。上の先生方の声掛けのお陰もあり、基本的なことでも聞くことができるし、聞きやすい、発言しやすい雰囲気がある。ベテランの先生方の質問を聞いて、学ぶことも多い。1~2 年目は必ず現地参加しており、周囲からの声掛けもあり、ハードルが下がって気軽に質問できる雰囲気作りがされていると思う。質疑応答で返答する時には、質問者の意図を自分が理解

できているか確認するためと web 参加の方々にもしっかり聞こえるように、質問内容を自分の言葉で反復することを心がけている。

時折、上の先生から教育的な視点で厳しめの発言や指摘があり、固い雰囲気になることがあるので、それはなくなるといいなと考えている。例えば、がんの症例だとがん専門薬剤師の先生などの先生からの指摘には身構える部分はある。他の病院、特に慢性期などの中小病院で、当院から転院していった後の症例の経過や結果を聞きたい。退院後の患者の様子に興味がある。地域の病院への出向を経験し、当院のような急性期病院を退院した後の患者の様子をイメージできるようになった。出向する前は、入院中の患者の状態を良くするために介入することしか考えていなかったが、出向後は退院後のことも考えて、対応するようになった。

大学では臨床的な知識が身についておらず、薬剤師として働き始めた時は、ほぼゼロの状態だったと感じた。大学では、よく使う薬の活きた知識を教えてもらっていたら良かった。授業などで学んだかもしれないが、身についている感じがなかった。知識の使い方や繋がりを教えてもらえたら良かった。

○ 3 年目 (20 代男性)

症例検討会での発表は介入した症例を振り返る良い機会となっている。病棟業務をしているとどんどん新しい患者が入院してきて退院するため、業務に流されてしまう。最近、発表の頻度が増えた（1 日 1 名から 2 名に増え、5 年目以下が主体となったため）こともあり、準備は少し負担に感じる部分はある。症例サマリを書くことは時間がかかる。大体、2 週間前から書き始めて 1 週間前くらいに上の先生に見てもらい、修正を重ねて発表日になる。回数を重ねることで、自分の実力が上がったと感じるが、添削を受けて指摘されるレベルも上がってきていると感じており、発表準備にかかる時間はあまり変わっていない。指導している先生が、最初の方はとても優しくしてくれていたことを実感している。質問対策にかなり時間をかけており、最も負担を感じている。専門薬剤師等を持っている先生方からの指摘に答えられるかが一番不安がある。逆に若手から基本的すぎることを聞かれて、逆に答えられないことにも不安がある。

調剤室担当（2 年目まで）の時は発表を聞くことで、病棟業務のイメージを膨らませることができた。病棟担当（3 年目から）になってからは病棟の全体像が見えるようになり、自分の介入に活かせないかと考えながら参加するようになった。症例サマリは文字数に制限があるため、書ききれていない部分があるので、見えない部分で気になるところを質問するようにしている。

発表した後、思ったより深い質問がこなかったり、質問が少なかったりすると、がっかりすることがある。発表される症例サマリが事前に共有されていれば、予め調べるなどして準備ができ、より良い質疑応答につながるのではと考える。病院しか働いていないので、薬局薬剤師がどういった介入をしているか興味があるので薬局薬剤師の症例をもっと知って、薬局薬剤師の視点を学びたい。

大学でたくさん勉強したのに、ほとんど使っていない分野があると感じている。ただ、聞いたことがあると思うことが多いので、それは大学でたくさん勉強したお陰かとも感じており、全然知らなかったという経験は少ない。シクロフォスファミドには出血性膀胱炎が起こるということは大学で習ったが、どこまで出血性膀胱炎の対応をしたら良いか分からなかった。実際に症例を担当し経験することで、輸液の投与や利尿剤の投与が必要なことを知り、知識が繋がった。

見学を終えて

発表者の経験した症例で、症例サマリの様式をもとに検討を行っていた。検討会では、実際に経験した症例であるため、質疑が活発に行われていた。症例サマリーベースであるため知識共有や問題解決よりも発表者の成長過程を重視している検討会と感じた。

症例サマリという文字数が限られた資料の中での議論であるので、発表者が臨床の現場で医師などに要点を簡潔にプレゼンテーションする訓練にもつながるのではないかと考えられた。

個人的には、指導者の加筆修正が入った症例サマリであれば、加筆修正の入る前ものがあると発表者の成長も同時に評価できるのではないかと感じた。

さらに、例えば、特に中堅程度の薬剤師であれば、加筆修正前のサマリを事前配布しておき、参加者が指導者として症例サマリに介入するならどのように加筆修正するかを自己学習（質問も含

む)し、指導薬剤師の加筆修正後の発表時の症例サマリーとの比較を行うことで指導薬剤師の養成にもつながるのではないかと感じた。

症例サマリを使用して発表が行われており、検討会での指摘事項を修正するとそのまま資格更新の提出症例の 1 つにできるのは、発表者にとっても、指導者にとっても、症例検討会参加へのモチベーションの維持や業務負担軽減にもつながり、メリットがあると感じた。

肯定的な雰囲気作りがされているように感じた。症例への介入理由や対応に関して、質問形式で行われ、自主性を大切にされた進行となっており、今後の業務にもつながる内容となっていた。

時間も 1 名 15 分×2 名と参加者の負担の少ない適切な時間配分となっていたが、やや時間不足と感じる部分もあった。参加者に事前に資料配布し、添削しておくなどの工夫でより有意義な会となっていくだろうと感じた。

このような検討会はやりたくてもなかなか継続していくことは難しいように感じるが、継続するために工夫されてきたと感じる。工夫されてきた部分を広く共有していただけると、検討会をしたいと考えている施設の参考になると思う。

見学施設 3: 亀田総合病院 薬剤部

基本情報

所在地:	千葉県鴨川市
病床数:	27病棟、917床
薬剤師数:	薬剤師99名、薬剤テクニシャン72名、事務6名、看護師1名、臨床検査技師1名（治験管理センター含む）

開催概要

開催日時:	月～土曜日、1日3回（1回15分程度、領域ごと）
場所:	薬剤部会議室+Web参加
参加人数:	領域ごと2～10名程度
発表内容:	コンサルテーション型 or 申し送り型
発表者:	当日その場で手上げ制 1回1名
事前準備:	なし。当日、電子カルテをプロジェクターで投影
会の流れ:	3分でプレゼンテーション、その後7分間でディスカッション。

<症例検討会の様子>

当該施設では症例検討を Audit と呼んでおり、その性質によって type1 と type2 に分けられている。Type1 は事後の振り返りを中心とした検討で薬剤管理指導記録の監査を目的とするが、当該施設で実施されている audit は type 2と定義し、主な目的は、複数の目で症例に対する提

案や介入の方針を議論し、薬剤師の判断エラーを減らすこと、グループとして症例に対する方針を合意することにより診療の質を向上させることである。

開始時刻に集合し、その場でプレゼンター、ファシリテーターを決定する。複数の症例提示希望がある場合、コンサルテーション型で緊急性の高いものを優先する。ファシリテーターは2年目の若手も担当する。発表者が操作する電子カルテ端末をプロジェクターで投影し3分間で症例を提示する。コンサルテーション型、申し送り型のそれぞれで提示すべき情報と順序は決められている。なお、参加者は症例プレゼンテーションの意義や方法について、あらかじめ教育を受けた上で参加しているとのことであった。

症例提示の後、ファシリテーターが内容を簡潔に要約し、論点を明確にした後、質疑応答に移る。質疑応答の時間中、参加者から活発な質問やコメントが続く。ファシリテーターは時間管理の役割や参加者に発現を促す役割を担っており、質疑応答時間の終了が近づくと、ファシリテーターがまとめ（コンサルテーション型では症例の方針に対する意思決定）を述べ、ベテランからは症例から学んだ教訓を必ず一つ以上コメントして皆に共有し会は終了となる。

今回、2回のAuditに参加したが、どちらも非常に活発な意見交換が行われていること、ファシリテーターによる要約やまとめによって論点や結論が明確にされていることが印象的であった。

外科・周術期・集中治療領域のauditでは、てんかんの既往を持つ手術予定患者について、周術期の対応が議論された。病棟担当薬剤師だけでなく、手術室担当の薬剤師も参加し、治療薬選択に関する議論では、治療効果や安全性の側面はもちろん、病棟在庫の有無や看護師の業務負担など、現場感覚の意見が活発に出てきた。

がん領域のAuditでは、造血幹細胞移植後GVHDの患者に対するTPN組成の設計について議論された。臨床検査値や生理学的検査、身体所見などから病態を整理した上で、最適な処方について議論された。また、若手のプレゼンターだったこともあり、議論の過程でベテランから確認すべき検査項目やその解釈について解説があるなど、教育的な視点も意識されていた。

参加者の声

様々な立場の方に、症例検討会について発表者として・聴衆としての両方の立場から思うこと、症例検討会の今後の展望についてインタビューしました

○ 2 年目 (20 代女性)

一人では判断がつかないことを相談でき、先輩方から助言をもらうことで、後押しとなり、薬剤部としての意見として医師に提案できるので、ありがたい。発表準備はほぼしていない。最初の頃は、発表する症例を選ぶために時間をかけたこともあったが、今は担当している病棟で、気になる症例があれば、その場で発表している。最初の頃は発表自体に対して緊張することもあったが、数を重ねて、かつ病棟を担当するようになってからは全くなかった。症例検討会の中でダメ出しされることはまずなく、こうしたら?など提案型で助言をもらえるので雰囲気が良い。

症例検討会は自分だけだと気付かないことを知る機会になっている。時々、レクチャー的なお話もあり、とても勉強になる。質疑応答の際にファシリテーターが指名してくることがあるので、いつでも答えられるように自分の意見を持つように意識している。なるべく質問することは意識しているが、指導的立場の先輩方の参加が多いと発言しにくいことはある。参加人数が 4~5 人だったり、若手が多いと発言しやすいと感じている。

薬剤部内の病棟担当以外の他部署の薬剤師も参加したらより良いのではないかな。自分が調剤室担当の時は実際の症例をみる機会が少なかったため、調剤室担当でも症例をみる機会が増える。また、全く別の視点が入ることで、より良い議論になるのではと思う。

その他、機能の異なる他の病院と情報共有したい。当院では稀な症例でも、他の病院では良くある症例もあると思うので、そういった症例に対する経験豊富な先生方の意見を聞いてみたい。

○ 3 年目 (薬剤師 7 年目) (30 代男性)

自分だけでは悩む症例を相談したり、多くのコメントをもらえて、参考になるし、学びが多い。介入に少し不安があった症例でも申し送り型の症例検討会で確認することで、振り返りに繋がり、次に活かせることもできている。発表準備はほぼしていない。

自分の気付かない視点を先輩から後輩まで幅広くもらえて勉強になっている。特に先輩方の質問や意見を聞くことで、チェックするポイントや考え方等を学ぶ機会になっている。自分だったら確認することを質問するようにしている。自分が得意としている感染症領域の場合は、必ず発言するようにしている。

web 参加が可能な体制となったが参加率が悪い点が課題だと考えている。折角の機会なので、薬剤部全体でやっていけたらと思う。日によって少人数になったり、若手だけになったりして、結論がこれで良いか迷う場合もあるので、指導的立場の方が必ずいるように勤務の調整も必要かもしれない。

感染症や TDM に関して、他の病院の先生方の意見をもらえたらよいのではないかと考えている。正直、相談したい症例は数多くあるが時間の制限もあり、他の人と重なったときはお互いに譲り合ったりしている。感染症領域に関しては指導的な発言もできるようになってきたという自負がある一方で、それ以外の領域では学ぶことの方が多い。これまでに二つの病院で勤務経験があり、それぞれで週 1 回の勉強会等もしていたが、盛り上がらなかったり、継続できなくなったりしていた。当院の症例検討会はとても有意義であり、教育面がとても優れていると感じている。症例検討会を継続できる要因として指導者の熱意と体制作りの両方が必要だと考える。

○ 9 年目 (30 代男性)

コンサルテーション型では、困った症例で他の方々の知識と経験をお借りできることが非常にありがたい。申し送り型では介入内容に不安があったり、結果的に出来なかったプランなどを確認できる点ありがたい。珍しい症例や教訓的な症例を発表することを心がけている。発表準備はしていない。

発表者の立場や経験年数などによって、難易度などが全く異なるが、最終的に各発表者が同じ目線に立てるようにフォローすることを心がけている。自分も知識不足で分からないことがあったら症例検討後に調べたりして、また相談するようにしている。若手が質問しやすいように最初から質問したり発言することを控えるように心がけている。

院内の他の職種にも参加してもらいたい。参加したいが、出来ていない薬剤師もまだいるので全員が参加できる体制にしたい。参加人数が二人の時もあるので、そういった日をなくすように調整していけたらと考えている。

地域の薬局の薬剤師の先生方に、病院のポリファーマシーのワーキンググループに参加してもらって、一緒に検討したい。他の病院や大学の先生方にも参加してもらい、いろいろな視点のコメントをもらいたい。学生が発表することもあるが、その時は国家試験にでるような内容があったら改めて確認したり、教えたりすることを心がけている。若手が発表やファシリテーターをするために、基本的な説明などを行なっている。あとは数をこなすことで、全員の質を上げる体制になったと感じている。

最初の症例検討会では、特に理由もなく病棟グループを二つに分けて実施していた。その後、専門領域を絞ってグループを分けて実施するようになってからは、似たような症例が定期的に発表される機会が増え、振り返る頻度が高まり、教育効果は圧倒的に高まったと実感した。最初の頃は範囲が広すぎて、全く関係ない分野も多かった。

症例検討会の適切な人数は 4~5 人だと考えている。数人だとプランが適切か自信を持てない結果となることがある。10 人くらい参加すると、多すぎて発言できない人もでてくる。

○ 15 年目(30 代男性)

自分のアセスメントが適切だったか、根拠が弱い領域の場合、妥当性が高かったかどうかをチームで評価してもらえて、より良い介入の参考にしている。申し送り型の場合、チェックすべき項目の見逃し等がないか確認してもらえ。リスクの高い介入や数字の間違いが起こりうる TDM 等で複数の目で確認してもらい、安全を確保するためにも発表している。がんを専門としているが、がんに関わりの深い心疾患領域や神経内科領域、栄養領域などは苦手なところがあるので、その辺りについて後輩を含めて多数の意見をもらえて助かっている。発表準備はほぼなく、午前中の勤務中に相談したい症例があったら発表するようにしている。症例は緊急性、重要性の高い症例を選択している。発表準備には時間をかけていないが、振り返りに時間をかけている。早い時は発表中に根拠の論文を提示することもあるが、事後になることも多い。

最初の頃は時間の捻出が大変だった。症例検討会を行う体制を構築してからはそれに合わせて業務を行うようになり、今は全く問題ない。勤務の関係で不在でも Teams で共有されており、振り返りができるが、やはり参加することで得られることが多いので、可能な限り対面で参加している。

質問する際は、一問一答できる質問をするように心がけている。質問に答える際はなるべく根拠を提示して回答することを心がけている。根拠に乏しい内容の時はなるべく妥当性が高いと考える理由を挙げて回答するようにしている。

今後は、各専門領域に特化した内容にしていくと良いと考えている。より深い内容の議論ができるようにしたい。地域の薬局の先生方が困っている症例を相談したり、一緒に検討できる症例検討会を企画したい。日々、行なっている症例検討会を各大学の薬学生や教員の先生方に知ってもらいたい。

その他、普段から間違いを指摘したり、何を言っても許す雰囲気作りはかなり労力をかけている。そのお陰で間違いがあっても後輩から指摘してもらえて助かっている。怒りを感じることはあるがアンガーマネジメントを意識することで、感情的に怒ることはまずない。一方で、教育的な指導を行うことはよくある。感情的にならずに叱ることを意識している。心理的安全性の高い職場になるよう心がけている。指導的立場の人間が自分の知らないことを晒すことが大事だと考えて実践している。教育よりも、臨床現場での症例検討会の重要性を知ってもらいたいという思いが強い。それが結果的に教育にもつながればと考えている。

見学を終えて

Audit の目的を明確に定め、臨床業務の質向上に必須の業務と位置づけられて運営されていることが印象に残った。インタビュー対象者の全員が、Audit を経ることにより、自分の考えに対して様々な視点から意見をもらうことによって、グループとしての判断になることから、自信を持って医師などに提案を行える点をメリットとして挙げていた。

現在の形式で Audit を導入するまでに、構想段階から指導者層の薬剤師と意見交換を重ね、audit の意義について共通認識を形成し、また指導に必要な知識・技能を身に付けるなど約1年かけて入念な準備が行われたと聞いており、満足度の高い会を継続できている要因の1つだと推察する。

Audit では非常に活発な意見交換が行われるが、皆で疑問点や意見を出し合って方針を話し合うスタイルのせいか、誰かが責められるような雰囲気を感じなかった。若手が安心して疑問点や意見を口に出せる心理的安全性の高さを実感した。

見学中に『目線を揃える』という言葉が何度も出てきた。指導的立場の先生が最初に言われていたが、インタビューした方々にも発言されている方もおり、職員にもその意図が十分に伝わっていると感じた。若手が発言しやすいように雰囲気作り等に心砕く一方で、議論する内容は一定のレベルを保ち、分からない場合は自分で調べることを促すことで、経験値が異なっても同じ目線を持つことにつながり、参加者全員の臨床業務の質の向上に貢献していると感じた。

謝辞

当委員会の設置から活動にあたり終始多大なご指導を賜りました、石井伊都子先生、斎藤秀之先生に深謝いたします。また、本ガイドブックの作成にあたり、医療薬学学術委員会 担当副会頭の亀井美和子先生、委員長の佐藤淳子先生にご支援とご助言をいただきました。心より御礼申し上げます。最後に、当委員会が実施した調査にご協力いただきました日本医療薬学会の会員の皆様、事務局の皆様に感謝申し上げます。

編集

一般社団法人 日本医療薬学会

2022 年度医療薬学学術第 3 小委員会

「症例検討による省察の推進と教育への展開を目指した調査研究」

委員長	矢野 良一	(大阪医科薬科大学 薬学部)
特別委員	矢吹 拓	(国立病院機構栃木医療センター 内科)
委員	荒木 隆一	(市立敦賀病院)
	板井 進悟	(金沢大学附属病院 薬剤部)
	上塚 朋子	(福井県済生会病院 薬剤部)
	長谷川 裕矢	(松波総合病院 薬剤部)
	間瀬 広樹	(国立病院機構長良医療センター 薬剤部)
	宮脇 未来	(国立病院機構高崎総合医療センター 薬剤部)

-
- ⁱ Thistlethwaite JE, et al. The effectiveness of case-based learning in health professional education. *Med Teach*. 2012;34(6):e421–44.
- ⁱⁱ Tsekhmister Y, et al. Case-based learning in medical and pharmacy education: a meta-analysis. *Eur J Gen Med*. 2023;20(2):38.
- ⁱⁱⁱ Forsetlund L, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021; Issue 9:CD003030.
- ^{iv} Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2006;32(3):167–175.
- ^v Edmondson AC. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Adm Sci Q*. 1999;44(2):350–383.
- ^{vi} Neher JO, Gordon KC, Meyer B, Stevens N. A five-step "microskills" model of clinical teaching. *J Am Board Fam Pract*. 1992;5(4):419–424.
- ^{vii} Seki M. One-Minute Preceptor 法による臨床教育の実践. *医学教育*. 2016;47(1):47–52.
- ^{viii} Pangaro LN. A new vocabulary and other innovations for improving descriptive in-training evaluations. *Acad Med*. 1999;74(11):1203–7.