【事業の手引き】医療機関等関係者の皆様へ

後期高齢者「適正服薬支援事業」について

当広域連合では、重複服薬等による薬物有害事象の発生等の防止により、被保険者の健康の保持増進を図るために、令和元年度から標記事業に取り組んでいます。

レセプト分析や検討会での協議を踏まえ、令和2年度は基準該当者への支援等を試行することになりました。

各医療機関や薬局に、対象となる被保険者から相談があった際は、本資料を参考に、ご対応くださるよう、御協力方よろしくお願いします。

[鹿児島県後期高齢者医療広域連合業務課]

1 事業の目的は?

本県の実情に即した適正服薬の支援体制を構築し、**重複服薬等による薬物有害事象等の発生や医療品の飲み残しによる残薬の増加を防止**することで、被保険者の健康の保持増進を図るとともに医療費の適正化を図ることを目指しています。

2 本県の現状や課題は?

高齢になると複数の病気を持つ人が増え、受診する医療機関も複数となり、薬剤数が増加する背景ともなっています。薬剤数が6~7剤を境に薬物有害事象発生頻度が上昇するとの調査研究報告も出されている中、本県では下記の分析結果が確認されました。

- 【現状】 2つ以上の医療機関で**6種類以上**の薬剤を14日以上処方されている被保険者は**20.6%** 中には、36剤処方されている人もいました。
 - ●重複服薬の上位3つは、①血管拡張剤 ②消化性潰瘍剤 ③催眠鎮静剤・抗不安薬
 - ●お薬手帳の複数所持が多く、複数医療機関で同効能の薬を処方される例が多いことが、 改めて関係者間で共有されました。
- 【課題】 ① **お薬手帳の一本化**等により、高齢者を取りまく関係者間での情報共有が重要。
 - ②高齢者の多剤によるリスクの軽減を図るため、地域での連携体制づくりの強化や推進

3 支援対象者や実施地区は?

- (1)支援対象となる被保険者
 - 2つ以上の医療機関で内服薬が15種類以上処方された75~84歳の被保険者
- (2)実施地区

令和2年度は下記 2 つのモデル保健医療圏域で試行し、課題等を整理しながら、他地域での拡充を 図っていくこととしております。

保健医療圏	構成市町村	対象数(H31.3月)
川薩保健医療圏	薩摩川内市、さつま町	110人
南薩保健医療圏	枕崎市、南さつま市、南九州市、指宿市	100人

4 事業の流れ・方法は?

通知

- ①対象者に広域連合から「服薬情報のお知らせ」(以下お知らせ)を送付
 - ※ 対象者には、資料1-①、資料1-②、様式1を送付します。
 - ※ 対象者がいる処方元医療機関には、対象者への対応依頼を通知 ---

➡【資料1】

【資料2】

▶【様式2】

→【様式1】

➡【様式3】

相談調整

- ②対象者は、かかりつけ医又はかかりつけ薬局にお知らせ等を持参し相談
- ③かかりつけ医又は薬剤師は、必要な助言や調整を行う
 - ア「助言・調整により対応が終了」又は「特に支援の必要なし」
 - イ 残薬確認等訪問による支援が必要と判断し、本人・家族も 訪問の同意を得て、広域連合に<mark>同意書を F A X</mark>で連絡。 ───────────【様式 1 】

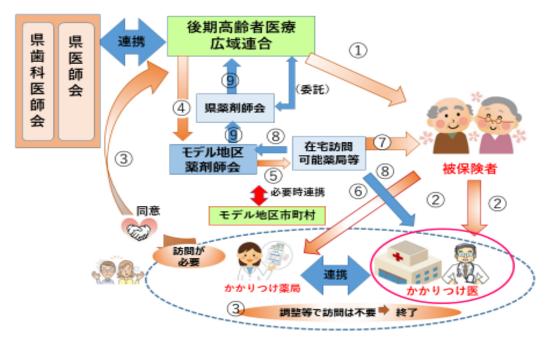
連絡訪問

- ④広域連合は地区薬剤師会に支援希望者の名簿を送付
- ⑤地区薬剤師会は、在宅訪問可能薬局等に支援希望者の訪問を依頼 ── 【様式2】
- ⑥訪問を依頼された薬局は、訪問前に対象者の処方元医療機関等に連絡
- ⑦訪問薬剤師は対象者に連絡をした上で訪問し、服薬上の困りごとや残薬 状況について支援し、記録。**訪問状況を処方元医療機関に連絡**
 - ⇒ (概ね2ケ月後、指導後の変化等を確認)

報告

- ⑧訪問薬剤師は、処方元医療機関・調剤薬局及び地区薬剤師会に報告 → 【様式3】
- ⑨地区薬剤師会は、訪問結果を県薬剤師会を通じて広域連合に報告

適正服薬支援事業モデル地区での実施体制(イメージ図)



適正服薬支援事業に関する資料・様式

資料	・様式	様式 資料・様式の内容	
資料 1	資料1-①	服薬情報のお知らせ	5~6
貝什工	資料1-②	服薬情報お知らせのご案内	7~8
資料 2		該当者のいる医療機関へ対応依頼通知 ※服薬情報のお知らせサンプル添付	9~10
様式1		対応状況報告書(同意書含む)	11~12
# # 2	様式2-①	服薬情報提供書 (主治医←薬剤師)	13
様式 2	様式2-②	薬についての情報提供書(主治医→薬剤師)	14
様式3		薬剤師による訪問相談報告書 15~:	

適正服薬支援に関する医療機関 ワン

ワンポイント情報



薬剤総合評価調整管理料(医科)

入院だけでなく外来でも、6種類以上の処方薬(頓用薬、服用開始後4週間以内の薬剤を除く)を長期服用している患者に対し、処方が適切かを評価した結果、2種類以上の減薬を行った場合には薬剤総合評価調整管理料(250点、月1回に限り)を算定できる。

また、こうした処方調整の際に薬局薬剤師からの疑義照会や、服薬情報提供書(トレーシングレポート)などによる情報提供があったり、患者が受診する別の医療機関に処方内容について自ら情報提供した場合などには、更に連携管理加算(50点)算定可能

【資料1】対象者への服薬情報のお知らせ

資料1-①

〒000-0000 鹿児島県南さつま市〇〇町1234

(表面)

広域 太郎 様

鹿児島県後期高齢者医療広域連合

このお知らせは、2つ以上の医療機関で15種類以上のお薬を 処方されている方にお送りしています。 _____

かかりつけの医療機関、または、薬局にこの通知一式を 持参し、お薬の内容を確認してもらって下さい。

確認する内容



- 薬の飲み合わせに問題がないか
- 同じ薬効のお薬を飲んでいないか
- 必要以上のお薬を飲んでないか ~~



持っていくもの

- お薬手帳(複数持っている場合は全て)
- ●この通知の同封物一式
- 保険証

2つ以上の医療機関で多くの数のお薬が処方されている場合に、同じ成分の薬が重なっていたり 薬同士の飲み合わせに問題が生じることがあります。

それらを防ぐために、かかりつけ医やかかりつけ薬局に飲んでいる全ての薬を知ってもらい 調整が必要ないか等の相談をすることが大切です。

〇本通知に関するお問い合わせ(サポートデスク)

10:00~17:00(土・日・祝・年末年始を除く) 開設期間:令和3年3月末までフリーダイヤル:0120-999-999

※サポートデスクはデータホライゾンに委託しています。

〇上記問い合わせ先に繋がらない場合

鹿児島県後期高齢者医療広域連合 業務課

7 099-206-1329

広域 太郎 様

服薬情報のお知らせ

記号·番号 000·000 種別 ご本人

No	医療機関名	*	:かかりつけ薬剤師 薬局名	薬剤種類	長期服薬
1	社会福祉法人●●●財団 □□□□□病院		◆◆◆◆薬局 ◆◆◆店	11	6
2	▽▽▽医院	*	▲▲▲▲▲調剤薬局 ▲▲店	6	4
3	医療法人社団 ◎◎◎医院		<院内処方>	3	3
4	医療法人社団 ◎◎◎医院		<院内投与>	1	0
		合	計	21	13

この明細について/使い方

20XX年X月時点の情報で通知書を作成しております。

本明細は、複数の医療機関より薬剤を処方されていた方へお送りしています。服用されている全ての薬剤をかかりつけ薬局で適切に 管理していただくことをお勧めしています。

既に、かかりつけ薬剤師をお持ちの場合には、本明細をかかりつけ薬剤師(上記の★)へお渡しください。

В	況に、かかりつけ薬剤師をお持ちの場合には、本明細をかかりつけ薬剤師	(上記の★) へお渡	しください	10		
No		数量	回数	調剤日	剤型	
1	ソラナックス0. 4mg錠	1 錠	28	〇月〇日	頓服	
	マイスリー錠10mg	1 錠	28	〇月〇日	頓服	
	マリキナ配合顆粒	3 g	4	〇月〇日	内服	
	カリーユニ点眼液0.005% 5mL	1 瓶	1	〇月〇日	外用	
	ミカムロ配合錠AP	1 錠	28	〇月〇日	内服	
	ガスター錠10mg	2 錠	14	〇月〇日	内服	
	オメプラール錠10 10mg	1 錠	28	〇月〇日	内服	
	テプレノン細粒10%「サワイ」	1 g	14	〇月〇日	内服	0
	モーラステープ20mg 7cm×10cm	14 枚	1	〇月〇日	外用	
	フェブリク錠10mg	1 錠	28	〇月〇日	内服	
	アレジオン錠20 20mg	1 錠	28	〇月〇日	内服	
2	ロキソマリン錠60mg	3 錠	28	〇月〇日	内服	
	PL配合顆粒	3 g	5	〇月〇日	内服	
	テプレノンカプセル50mg「トーワ」	3 カプセル	28	〇月〇日	内服	0
	ランソプラゾールOD錠15mg「トーワ」	1 錠	28	〇月〇日	内服	
	イリボー錠5μg	1 錠	28	〇月〇日	内服	
	リンデロン-VG軟膏0. 12%	5 g	1	〇月〇日	外用	
3	デパス錠0. 5mg	1 錠	28	〇月〇日	内服	
	ミオナール錠50mg	1 錠	28	〇月〇日	内服	
	メチコバール錠500μg 0.5mg	1 錠	28	〇月〇日	内服	
4	カルシトラン注10	1 管	1	〇月〇日	注射	

この明細は、あなたに処方された過去4ヶ月の医薬品について掲載していますが、医療機関・薬局の過去の請求データから集計しているため、 実際に服用している薬剤と異なっている場合があります。

KFH05 (18.02)

000000001

^{※2} 薬剤数が多い場合には、本明細にすべての病院、薬局、薬剤が記載されていない場合があります。※3 剤型欄横の「○」記載は同一成分または類似薬であることを示しています。

(表面) 「服薬情報のお知らせ」のご案内

資料1-2

鹿児島県後期高齢者医療広域連合

被保険者の皆様へ

皆様には体調管理を図りつつ、ご自宅での療養に努めておられることと思います。

さて、今回お送りした「**服薬情報のお知らせ」**には、令和2年7月時点で、あなたが服用されている薬の情報を記載しています。それぞれの医療機関等では処方薬について適切な管理がなされていますが、複数の医療機関を受診されている場合、全ての薬を見た時に、同じような成分の薬が重複していたり、飲み合わせが良くない等の問題が生じる可能性があります。

それらを防ぐためには、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師に全てのお薬を知ってもらった上で、処方してもらうことが大切ですので、<u>今回送付した「服薬情報のお知らせ」</u>や同封の書類を次回受診時に 持参し、かかりつけ医や薬剤師にお見せください。

- 、※令和2年6月時点で1**5種類以上の内服薬を服用されている方**に、今回のご案内を送付しています。
- ※なお、治療を行う上で 15 種類以上の内服薬が必要となる方もおられますので、申し添えます。

医療機関関係者の皆様へ

謹啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、この度、当広域連合においては、重複服薬等による薬物有害事象等の発生防止による健康の保持増進を図るために、被保険者(患者様)に「**服薬情報のお知らせ」を送付**する事業を試行することとなりましたので、医療機関の先生方にご協力を賜りますよう、よろしくお願いいたします。

今回は2つの保健医療圏域(川薩・南薩)に居住する方のうち、<u>複数の医療機関から15種類以上の内服薬を処方されている患者様(だたし75~84歳)を対象</u>として、お知らせを通知します。

お知らせには、「かかりつけ医療機関、または、薬局にこの通知一式を持参し、お薬の内容を確認して もらってください。」と記載しており、今後、お知らせを持参し相談があることが予想されます。

ご多忙な中で大変恐縮ですが、相談があった際は、重複服薬等の処方内容の確認をしていただき、 可能な範囲で、より適切な服薬管理・服薬指導についてご助言方をお願い申しあげます。

なお、裏面にお知らせの見方について説明を記載しておりますので、ご参照ください。

『服薬情報のお知らせ』の見方

受診された医療機関とお薬を処方した薬局を記載しています。 お薬が医療機関から処方された場合は、薬局欄に「院内処方」が記載されます。 また、医療機関で投与されたお薬がある場合は、薬局欄に「院内投与」が記載されます。

NO	医療機関名	*	:かかりつけ薬剤師 薬局名	薬剤種類	長期服薬
1	社会福祉法人●●●財団 □□□□□病院		◆◆◆◆薬局 ◆◆◆店	11	6
2	▽▽▽医院	*	▲▲▲▲▲調剤薬局 ▲▲店	6	4
3	医療法人社団 ◎◎◎医院		<院内処方>	3	3
4	医療法人社団 ◎◎◎医院		<院内投与>	1	0
_		Τ-			
		合	計	21	13
				_	

この明細について/使い方

20XX年X月時点の情報で通知書を作成しております。

本明細は、複数の医療 されていた方へお送りしています。服用されている全ての薬剤をかかりつけ薬局で適切に 管理していただくことをお勧めしています。 既に、かかりつけ薬剤師をお持ちの場合には、本明細をかかりつけ薬剤師(上記の★)へお渡しください。

	ALC 10 10 10 MAIN CONTRACTOR AND CONTRACTOR	1	0 1/400			
No		数量	回数	調剤日	剤型	
1	ソラナックス0. 4mg錠	1 錠	28	〇月〇日	頓服	
	マイスリー錠10mg	1 錠	28	〇月〇日	頓服	
1	マリキナ配合顆粒	3 g	4	〇月〇日	内服	
	カリーユニ点眼液0.005% 5mL	1 瓶	1	〇月〇日	外用	
	ミカムロ配合錠AP	1 錠	28	〇月〇日	内服	ı
	ガスター錠10mg	2 錠	14	〇月〇日	内服	
1	オメプラール錠10 10mg	1 錠	28	〇月〇日	内服	
	テプレノン細粒10%「サワイ」	1 g	14	〇月〇日	内服	
•	モーラステープ20mg 7cm×10cm	14 枚	1	〇月〇日	外用	
	フェブリク錠10mg	1 錠	28	〇月〇日	内服	. [
	アレジオン錠20 20mg	1 錠	28	〇月〇日	内服	
2	ロキソマリン錠60mg	3 錠	28	〇月〇日	内服	
1	PL配合顆粒	3 g	5	〇月〇日	内服	
	テプレノンカプセル50mg「トーワ」	3 カプセル	28	〇月〇日	内服	0
1	ランソプラゾールOD錠15mg「トーワ」	1 錠	28	〇月〇日	内服	
	イリボー錠5μg	1 錠	28	〇月〇日	内服	
	リンデロン-VG軟膏O. 12%	5 g	1	〇月〇日	外用	

処方されたお薬の名称・処方された日 付などのお薬の情報を医療機関・薬局 ごとに記載しています。

NO欄の番号は、上部記載の受診した 医療機関・薬局のNO欄の番号と対に なっています。

同一成分のお薬、または類似薬を「○」で 記載しています。

【資料2】該当者のいる医療機関へ「相談対応」依頼通知

窓あき部分に配置

〒999-9999

鹿児島県◆◆◆◆市◆◆◆◆◆◆◆◆◆99999

◆◆◆◆◆◆ ぜル999999999999999

医療法人●●会 ●●●クリニック 御中

資料2

服薬支援対象者への相談対応について (依頼)

謹啓、時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、この度、鹿児島県後期高齢者医療広域連合は、重複服薬等による薬物有害事象等の発生防止による健康の保持増進を図るため、下記のモデル圏域市町にお住まいの被保険者様(患者様)に『服薬情報のお知らせ(以下「お知らせ」という。)』を通知する事業を始めましたので、かかりつけ医様及びかかりつけ歯科医様にご報告申し上げるとともに、ご協力を賜りたくお願い申し上げます。

<u>この通知は、下記の基準に該当する患者様が通院されている医療機関様に発送しております。</u>

お知らせには、「かかりつけ医療機関、または、薬局にこの通知一式を持参し、お薬の内容を確認してもらってください。」と記載しており、今後、患者様より先生方のもとに、お知らせを持参の上、相談されることが予想されますので、重複服薬等の処方内容の確認をしていただき、適宜、対応可能な範囲で患者様へのご助言等のご協力をお願いしたいと存じます。

つきましては、日常業務でお忙しいところ、本事業の趣旨をご理解賜り、患者様へのご 指導方、よろしくお願い申し上げます。

記

- 1 モデル圏域市町
 - ・川薩保健医療圏(薩摩川内市、さつま町)
 - ・南薩保健医療圏(枕崎市、指宿市、南さつま市、南九州市)
- 2 お知らせを通知する基準

複数の医療機関を受診され、15種類以上の内服薬を処方されている75歳~84歳の

方

3 お知らせの送付時期令和2年10月●旬頃

お問合せ先

〒890-0064 鹿児島市鴨池新町7番4号 鹿児島県市町村自治会館2階 鹿児島県後期高齢者医療広域連合 保健事業班 TEL 099-206-1329

対象者の方がこのような資料をもって相談に来られます。

7000-0000

鹿児島県・・

広域 太郎様

(表面)

鹿児島県後期高齢者医療広域連合

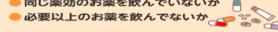
(of / 200 / 100

このお知らせは、2つ以上の医療機関で15種類以上のお薬を 処方されている方にお送りしています。

かかりつけの医療機関、または、薬局にこの通知一式を持参し お薬の内容を確認してもらって下さい。

確認する内容

- 薬の飲み合わせに問題がないか
- 同じ薬効のお薬を飲んでいないか



持っていくもの

- お薬手帳(複数持っている場合は全て)
- ●この通知の同封物一式
- 保険証

2つ以上の医療機関で多くの数のお薬が処方されている場合に、同じ成分の薬が重なっていたり 薬同士の飲み合わせに問題が生じることがあります。

それらを防ぐために、かかりつけ医やかかりつけ薬局に飲んでいる全ての薬を知ってもらい 調整が必要ないか等の相談をすることが大切です。



広域 太郎 様

服薬情報のお知らせ

記号・番号 000.000 ご本人

種別

(裏面)

NO	医春機関名			薬局名	薬剤種類	長期服薬
1	社会福祉法人●●●財団 □□	□□□病院		◆◆◆◆薬局 ◆◆◆店	11	6
2	▽▽▽医院		*	▲▲▲▲調剤薬局 ▲▲店	6	4
3	医療法人社団 ◎◎◎医院			<院内処方>	3	3
4	医療法人社団 ◎◎◎医院			<院内投与>	1	0
			合	計	21	13

この明細について/使い方

20XX年X月時点の情報で通知書を作成しております。

本明細は、複数の医療機関より薬剤を処方されていた方へお送りしています。服用されている全ての薬剤をかかりつけ薬局で適切に 管理していただくことをお勧めしています。

既に、かかりつけ薬剤師をお持ちの場合には、本明細をかかりつけ薬剤師(上記の★)へお渡しください。

-	だに、かかりつけ楽用師をの持ちの場合には、本明神をかかりつけ楽用師	(T800) A7 - (0)//g	0 200</th <th>7 18</th> <th></th> <th></th>	7 18		
No		数量	回数	調割日	割型	
1	ソラナックス0. 4mg錠	1 錠	28	〇月〇日	頓服	
	マイスリー錠10mg	1 錠	28	〇月〇日	頓服	
	マリキナ配合顆粒	3 g	4	〇月〇日	内服	
	カリーユニ点眼液0.005% 5mL	1 瓶	1	〇月〇日	外用	
	ミカムロ配合錠APガス	1 錠	28	〇月〇日	内服	
	ター錠10mg	2 錠	14	〇月〇日	内服	
	オメプラール錠10 10mg	1 錠	28	〇月〇日	内服	
	テプレノン細粒10%「サワイ」	1 g	14	〇月〇日	内服	0
	モーラステープ20mg 7cm×10cm	14 枚	1	〇月〇日	外用	
	フェブリク錠10mg	1 錠	28	〇月〇日	内服	
	アレジオン錠20 20mg	1 錠	28	〇月〇日	内服	
2	ロキソマリン錠60mgPL配	3 錠	28	〇月〇日	内服	
	合顆粒	3 g	5	〇月〇日	内服	
	テプレノンカプセル50mg「トーワ」	3 カプセル	28	〇月〇日	内服	0
	ランソプラゾールOD錠15mg「トーワ」	1 錠	28	〇月〇日	内服	
	イリボー錠5μg	1 錠	28	〇月〇日	内服	
	リンデロン-VG軟膏O. 12%	5 g	1	〇月〇日	外用	
3	デパス錠0. 5mg	1 錠 1 錠	28	〇月〇日	内服	
	ミオナール錠50mg	1 錠	28	〇月〇日	内服	
	メチコバール錠500μg 0.5mg	1 錠	28	〇月〇日	内服	
4	カルシトラン注10	1 管	1	〇月〇日	注射	

この明細は、あなたに処方された過去4ヶ月の医薬品について掲載していますが、医療機関・薬局の過去の請求データから集計しているため、 実際に服用している薬剤と異なっている場合があります。 薬剤数が多い場合には、本明細にすべての病院、薬局、薬剤が記載されていない場合があります。 剤型欄様の「○」記載は同一成分または類似薬であることを示しています。

【通知番号 〇〇〇〇】

この通知をお受取りの皆様へ

この用紙はかかりつけ医又はかかりつけ薬局にお渡しください。

医療機関及び薬局の皆さまへ

大変お手数をおかけしますが、対象者から相談があった際のご対応状況を下記様式によりお知らせください。

115セく/こさい。
◆ 相談対応いただいた機関はどちらでしょうか ⇒ □ 医療機関 □ 薬局
 ▼「服薬情報のお知らせ」を持参者へのご対応状況について(複数回答可) ⇒ □ 服薬内容の調整が必要と考え処方内容の調整を行った □ 薬局で相談をするよう助言した(予定を含む) ⇒この用紙を含む一式を持って、かかりつけ薬局に相談するようご指導くださ □ 薬局において医療機関との調整を行った(予定を含む) □ その他の助言を行った(
◆ 訪問による服薬状況確認等支援の要否について ⇒ □ 訪問指導が必要 ⇒訪問について対象者の同意を確認してください。(裏面へ) □ 特に必要ない ⇒下記※の医療機関等記載欄に記載いただき、広域連合へ FAX してください

※【医療機関等(医療機関・薬局)記載欄】

FAX (広域連合): 099-206-1395

	相談を受けた	こ医療機関・薬局
相談年月日	年	月 日
医療機関・薬局名		
電話番号		

医療機関又は薬局の皆さまへ

対象者の服薬状況や聞き取りにより、訪問による服薬状況や残薬等の確認支援等が必要と判断する場合は、下記の「適正服薬支援事業の訪問指導に係る同意書」の内容を対象者に説明していただき、同意が得られる場合は、日付の記載、署名をしていただいてください。

署名後は、表面のみを広域連合へ FAX(099-206-1395) し、電話(099-206-1329) で対象者についてご連絡ください。

また、この用紙については、後日、県薬剤師会又は広域連合へ提出していただきますが、提出 方法については、お電話にてご案内いたします。

適正服薬支援事業の訪問指導に係る同意書

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

私は、下記の事項について同意します。

	「服薬情報のお知らせ」	等の個人情報について、	訪問指導を行う薬剤師及び市町村に
摂	是供すること。		

	が目宅を訪問すること	」 薬剤師や市町村訪問指導従事者が目名	Į
--	------------	---------------------	---

令和 年 月 日

(※ご家族が希望される場合)	
ご家族署名	
(本人との続柄:)

様式2-① (主治医 華剤師)

報告日: 年 月 日

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

	保険薬局 名称・所在地
先生 御侍史	
	電話番号:
生年月日:昭和 年 月 日	FAX 番号:
(男 ・ 女)	担当薬剤師名: 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を □ 行	导た。 □得ていない。
□患者は主治医への報告を拒否していますが、治療	寮上重要だと思われますので報告いたします。
下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますよ	うお願い申し上げます。
内容	

様式2-② (主治医 🗪 薬剤師)

報告日: 年 月 日

薬についての情報提供書(連絡書)

(薬剤師()薬局)先生			医療機関 名称・所在地	
患者名:				電話番号:	
生年月日:昭和	年	月	日	FAX 番号:	
(男 •	女)			主治医名: 印	

下記の通り、ご連絡いたしますので薬剤の調整・服薬指導等をよろしくお願いします。

【連絡事項】		

様式3

薬剤師による訪問相談報告書

<u>訪問実施日時:令和 年 月 日 (午前・午後)</u> 対応者:
■基本情報
対象者氏名: 市 ・ 町
被保険者年齢:歳 性別: 男性 ・ 女性
患者選定理由:ロアドヒアランス 口認知症 口独居 口多量服薬 口その他())
患者様からの相談:お薬や体調で気になること等
★ 診療報酬による在宅患者訪問指導の対象者としての該当 ⇒ (有り ・無し)
■患者の状態(患者の自己評価)
薬の服用量 口多い 口少ない 口ちょうど良い 口分からない
1日の食事の回数は □3回 □2回 □1回 □その他
薬効の理解度(本人の自己評価): 良い←(5 4 3 2 1)→悪い
お薬手帳の利用状況(本人の評価)(利用している ・ 利用していない)
⇒利用しない理由(
かかりつけ薬局:口有り(薬局名) 口無し
他の病院でもらっている薬を、全ての医師にその内容を伝えている 口 はい 口 いいえ
いいえの理由 (
症状・体調等
■処方薬のチェック(訪問薬剤師の判断) 抗認知症薬の服用 口有り 口無し
お薬の管理について
* ***
パーローロー・バー ー・パー ー・パー ー・パー / / / / / / / / / / / / / / / 調剤方法 : ロPTP ロー包化 ロその他(
お薬手帳について

 お薬手帳の利用状況: (良い ・ 悪い) 利用しない理由(
 服薬状況について
 服薬の理解度(薬剤師からの評価):服薬時間 理解あり←(5 4 3 2 1)→理解なし
 服薬の苦労
│ □PTP が取り出しにくい □飲み込みが困難 □粉薬がむせる □喉に引っかかる □特に問題ない
│ │ □1回量が多い □服用回数が多い □錠剤が大きすぎ □飲むことが面倒
 □飲みにくい薬(
 調剤への要望: □飲み忘れ防止対策 □剤形変更 □服薬時間変更 □薬の量(散剤)の問題点
□1回の服用量(錠剤)が多い □種類が多すぎる □その他(
■ 重複投与: □有り □無し(薬剤名:

 副作用:		
	ていること:()
	□有り □無し(薬剤名:)
	□有り □無し(薬剤および疾患:)	,
水心米 別・	日有り 日無し (未用わよい大志・)	
	、フ帯ら体体の圧がについて	
	いる薬や健康食品の種類について	
	運搬品: 種類()
健康食品	は・サプリメント: 種類 ()
特記事項		
. W 1- d- 1.1		
	けての相談薬剤師記入欄	
	けての相談薬剤師記入欄 □有り □無し	
	口有り 口無し	
問題点:	口有り 口無し	
問題点 : 問題点記入	□有り □無し	
問題点 : 問題点記入	口有り 口無し	
問題点 : 問題点記入	□有り □無し	
問題点 : 問題点記入	□有り □無し	