【事業の手引き】モデル地区医療機関等関係者の皆様へ

「令和4年度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、標記事業に取り組んでいます。

令和2年度から、一部モデル地区の皆様へ御協力をいただいておりますが、令和4年度は 支援基準を変更して試行することとなりました。

各医療機関や薬局に、<u>対象となる被保険者から相談があった際</u>は、<u>本資料を参考に</u>、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?

(朱書き部分の基準が変更になりました。)

- (1)対象者:下記条件で内服薬が長期処方(28日以上)されている75~84歳の被保険者
 - ・**2つ以上の医療機関**で内服薬**12種類以上**処方
 - ・2つ以上の医療機関でベンゾジアゼピン系及び非ベンゾジアゼピン系の睡眠薬処方

※ただしがんや特定難病の方は除く

(2)実施地区

下記3つのモデル地区で試行し、他地区への波及を図っていく予定です。

保健医療圏等	構成市町村
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、南さつま市、南九州市、指宿市
姶良地区	霧島市、姶良市、湧水町

3 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 ―――【資料1】
 - ※ 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】

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必要と判断し、本人・家族も 訪問の同意を得て、広ば連合に同意書を F A Y で連絡

訪問の同意を得て、広域連合に同意書をFAXで連絡 ─────【様式1】

➡【様式2】

→【様式1】

➡【様式3】

▶【様式3】

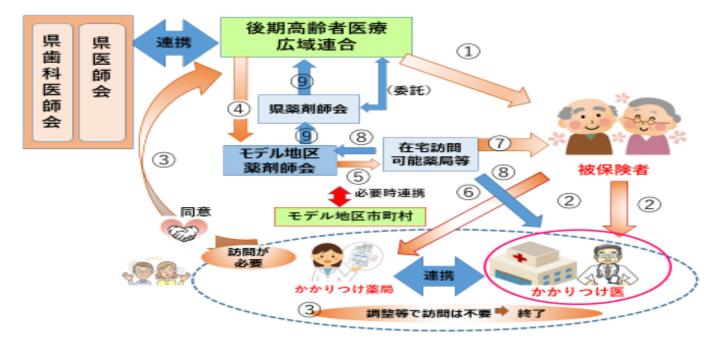
連絡訪問

- 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
- 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 → 【様式2】
- 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か月後、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
- 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		資料・様式の内容	Р	
次业)4	資料1-① 服薬情報のお知らせ			
資料 1 	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 3	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	15~16	

適正服薬支援に関する医療機関 ワンポイント情報



薬剤総合評価調整管理料(医科)

入院中以外の患者で、6種類以上の内服薬(特に規定するものを除く)が処方されていた場合、処方が適切かを評価し、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)を算定可能。

処方内容の調整に当たり、別の保険医療機関又は保険薬局に対し、**照会又は情報提供を行った場**合、連携管理加算とし、50点を所定点数に加算可能(※注意事項あり)

また、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬剤総合評価調整管理料を 算定すべき**医学管理を情報通信機器を用いて行った場合**は、所定点数に代えて、**218点を 算定可能**

対象者への服薬情報のお知らせ

資料1-①

(表面)

〒000-0000

鹿児島県南さつま市○○町1234○○○○

00000000000

広域 太郎 様

本通知に関するお問い合わせ(サポートデスク)

※サポートデスクは、株式会社ヘルススキャンに委託しています。

業務委託先:株式会社ヘルススキャン

問い合わせ先: フリーダイヤル 0120-934-556

開設時間:10:00~17:00

(土・日・祝・年末年始を除く)

開 設 期 間: 令和4年12月末まで

- 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 〒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) 電話:099-206-1329

このお知らせは、**2つ以上の医療機関で12種類以上のお薬**を 処方されている方等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 ください。



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



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。



被保険者番号 00000000

]□□□□様

服薬情報のお知らせ

2022年5月時点の情報で通知書を作成しております。

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(下記の★)へお渡しください。

No	医療機関		薬局名	薬剤種類	長期服薬
1	A病院	*	1薬局	11	7
2	B整形外科		2薬局	7	4
3	Cクリニック		(院内処方)	3	1
4	D内科医院		3薬局	3	0
	□□□□■□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□		□□□□■□□□□■□□□□■□□□□■		
	A	計		24	12

No	医薬品名	薬効名	数量	調剤日	処方回数	処方日数	重複服薬	長期処方
1	デルモベートスカルプローション	鎮痛·鎮痒·収斂·消炎剤	1錠	4月1日	1	28	0	
	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	血液凝固剤	2mg	4月1日	1	28		
	ネリゾナユニパーサルクリーム0.1%	鎮痛·鎮痒·収斂·消炎剤	30g	4月1日	1	28		
	マイザークリーム0.05%	鎮痛·鎮痒·収斂·消炎剤	1本	4月1日	1	28		0
	ゾルピデム酒石酸塩錠10mg	催 眠 鎮静剤·抗不安剤	5錠	4月1日	1	7		
	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%	血液凝固剤	1缶	4月1日	1	7		
	モーラステープL40mg	鎮痛·鎮痒·収斂·消炎剤	40cm	4月1日	1	28		
	カロナール錠500 500mg	解熱鎮静消炎剤	10錠	4月1日	1	28		
	パランス散10%	催眠鎮静剤・抗不安剤	10g	4月1日	1	28		
	ロキソニン細粒10%	解熱鎮静消炎剤	100mg	4月1日	1	7		
	セルニルトン錠	その他の泌尿生殖器等	10錠	4月1日	1	14		0
2	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒	漢方製剤	100カフ・セル	4月2日	1	7	0	
_	ツムラ牛酸棗仁湯エキス顆粒(医療用)	漢方製剤	200カフ'セル	4月2日	1	14		0
	ユリーフOD錠4mg	その他の泌尿生殖器等	20錠	4月2日	1	7		
	フラビタン錠10mg	ビタミンB剤	10錠	4月2日	1	28		
	アズレンうがい液4%	含嗷剤	40ml	4月2日	1	28		
	デルゾン口膣用軟膏0.1%	その他の消化器官等	100g	4月2日	1	28		
	ルパフィン錠10mg	その他のアレルギー用薬	10錠	4月2日	1	28		
3	エイゾプト懸濁性点眼液1%	眼科用剤	1本	4月3日	1	28		
0	アイファガン点眼液0.1%	眼科用剤	1本	4月3日	1	14		
	タプコム配合点眼液	眼科用剤	1本	4月3日	2	7		
	ボラザG軟膏	痔疾用剤	1本	4月3日	1	14		
4	乳糖水和物原末	賦形剤	100g	4月4日	1	7		
4	カフェイン水和物原末	強心剤	200g	4月4日	1	14		
	ロバキシン顆粒90%	骨格筋弛緩剤	300カフ・セル	4月4日	1	7		
	TO THE TOTAL STATE OF THE TOTAL	FI TERRITICASCA I	300/17 2/	7/3714	ļ .	,		

^{※1:}この明細はあなたに処方された過去4か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。

^{**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。 -6

「服薬情報のお知らせ」のご案内

(表面)

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4年5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」や同封の書類を</u>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4年5月時点で**12種類以上の内服薬を28日以上服用されている方等**に、今回の**ご案内を送付**しています。
- ※なお、治療を行う上で12種類以上の内服薬が必要な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、当広域連合においては、被保険者(患者様)に「服薬情報のお知らせ」を送付する事業 を昨年度に引き続き、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。

今年度は、2つの保健医療圏域(川薩・南薩)及び姶良地区に居住する方のうち、①2つ以上の医療機関で内服薬を12種類以上、又は②2つ以上の医療機関でベンゾジアゼピン系腫 眠薬及び非ベンゾジアゼピン系腫眠薬を長期処方(28日以上)されている75~84歳の方に、 お知らせを送付しております。

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。」と記載していることから、今回貴医療機関(薬局)に相談に来られたという運びです。

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をお願いするとともに、ご報告(様式1)をお願いいたします。

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」と記載されます。

No	医療機関		薬局名	薬剤種類	長期服薬
1	A病院	*	1薬局	11	7
2	B整形外科		2薬局	7	4
3	Cクリニック		(院内処方)	3	1
4	D内科医院		3薬局	3	0
	合	計		24	12

No	医薬品名	薬効名	数量	調剤日	処方回数	処方日数	重複服薬	長期処方
1	デルモベートスカルプローション	鎮痛•鎮痒•収斂•消炎剤	1錠	4月1日	1	28	0	
	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	血液凝固剤	2mg	4月1日	1	28		
	ネリゾナユニバーサルクリーム0.1%	鎮痛-鎮痒-収歛-消炎剤	30g	4月1日	1	28		
	マイザークリーム0.05%	鎮痛-鎮痒-収斂-消炎剤	1本	4月1日	1	28		0
	ゾルピデム酒石酸塩錠10mg	催眠鎮静剤·抗不安剤	5錠	4月1日	1	7		
	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%	血液凝固剤	1缶	4月1日	1	7		
	モーラステープL40mg	鎮痛•鎮痒•収斂•消炎剤	40cm	4月1日	1	28		
	カロナール錠500 500mg	解熱鎮静消炎剤	10錠	4月1日	1	28		
	バランス散10%	催眠鎮静剤·抗不安剤	10g	4月1日	1	28		
	ロキソニン細粒10%	解熱鎮静消炎剤	100mg	4月1日	1	7		
	セルニルトン錠	その他の泌尿生殖器等	10錠	4月1日	1	14		0
2	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒	漢方製剤	100カプセル	4月2日	1	7	0	
	ツムラ牛酸棗仁湯エキス顆粒(医療用)	漢方製剤	200カプセル	4月2日	1	14		\circ
	ユリーフOD錠4mg	その他の泌尿生殖器等	20錠	4月2日	1	7		
	フラビタン錠10mg	ビタミンB剤	10錠	4月2日	1	28		
	アズレンうがい液4%	含嗽剤	40ml	4月2日	1	28		
	デルゾンロ膣用軟膏0.1%	その他の消化器官等	100g	4月2日	1	28		
	ルパフィン錠10mg	その他のアレルギー用薬	10錠	4月2日	1	28		
3	エイゾプト懸濁性点眼液1%	眼科用剤	1本	4月3日	1	28		
	アイファガン点眼液0.1%	眼科用剤	1本	4月3日	1	14		
	タプコム配合点眼液	眼科用剤	1本	4月3日	2	7		
	ボラザG軟膏	痔疾用剤	1本	4月3日	1	14		
4	乳糖水和物原末	賦形剤	100g	4月4日	1	7		
	カフェイン水和物原末	強心剤	200g	4月4日	1	14		
	ロバキシン顆粒90%	骨格筋弛緩剤	300カフ [°] セル	4月4日	1	7		

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の重複処方と思われる場合、及び長期処方されていると思われる場合は「〇」を表示しています。

〒999-9999

鹿児島県●●●市●●●町●●●●99

●●●●●ビル9999999

医療法人●●会

●●●クリニック

御中

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、鹿児島県後期高齢者医療広域連合では、下記のモデル圏域市町にお住まいで、下記の基準に該当している被保険者様に「服薬情報のお知らせ」をご案内し、併せて基準に該当した患者様が通院されている医療機関には、患者様へのご指導等の御対応をお願いする事業を実施しております。

患者様への「服薬情報のお知らせ」のご案内では、「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、患者様が先生方のもとに、お知らせ一式を持参し、相談されることが予想されます。

先生方におかれましては、ご多忙の折、大変恐縮ですが、本事業の趣旨をご理解いただき、患者様への ご指導・ご助言等の御対応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)
- ·始良地区(姶良市、霧島市、湧水町)

2 お知らせを通知する基準

下記①・②のいずれかに該当し、かつ内服薬を長期処方(28日以上)されている75歳~84歳の方

- ①2つ以上の医療機関で12種類以上処方されている方
- ②2つ以上の医療機関でベンゾジアゼピン系睡眠薬及び非ベンゾジアゼピン系睡眠薬を処方されている方

3 お知らせの発送時期

令和4年10月3日予定

※患者様へのお知らせは上記のとおり10月初旬を予定しております。貴医療機関へはそれ以降にご相談にお見えになると予想されますので、御対応の程よろしくお願い申し上げます。

【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持って相談に来られます(表面)

₹000-0000 鹿児島県南さつま市○○町1234○○○○○ 00000000000 広域 太郎 様

本通知に関するお問い合わせ(サポートデスク)

「スクは、株式会社ヘルススキャンに委託しています。 業務委託先:株式会社ヘルススキャン

問い合わせ先: フリーダイヤル 0120-934-556 開設時間: 10:00~17:00 (土日:税・年末年始を除く) 開設期間: 令和4年12月末まで

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 〒890-0064 鹿児島市徳治新町7番4号 (鹿児島県市町村自治会館2階) 電話:099-206-1329

このお知らせは、2つ以上の医療機関で12種類以上のお薬を 処方されている方等にお送りしています。

かかりつけの医療機関 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 ください。



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)
- 保険証
- •この通知の同封物一式



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。



0000000000000000

服薬情報のお知らせ

被保険者番号 00000000

2022年5月時点の情報で通知書を作成しております。

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(下記の★)へお渡しください。

(裏面)

No	医療機関			薬局名	薬剤種類	養期報薬
1	A病院		*	1薬局	11	7
2	B整影外科			2薬局	7	- 4
3	Cクリニック			(院内処方)	3	1
4	D内科医院			3薬局	3	0
	0000-0000-0000-0000-			0000-0000-0000-0000-		
		â	計	1	24	12

No	医薬品名	藥効名	数量	調剤日	処方回 数	処方日数	極機	長期処方
1	デルモベートスカルブローション	鏡痛·鏡痒·収飲·消炎剤	1錠	4月1日	1	28	0	2
	ヒルドイドソフト教育0.3%	血液凝固劑	2mg	4月1日	1	28		
	ネリゾナユニバーサルクリーム0.1%	鏡痛·鎮痒·収斂·消炎剂	30g	4月1日	1	28		
	マイザークリーム0.05%	鏡痛·鏡痒·収斂·消炎剤	1本	4月1日	1	28		0
	ゾルビデム酒石酸塩錠10mg	催眠鎮幹剤·抗不安剤	5億	4月1日	1	7		
	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%	血液凝固剂	1缶	4月1日	1	7		
	モーラステープL40mg	鎮痛·鎮痒·收飲·消炎剤	40cm	4月1日	1	28		
	カロナール錠500 500mg	解熱鎮静消炎劑	10錠	4月1日	1	28		
	パランス散10%	惟麗鎮静剤・抗不安剤	10g	4月1日	1	28		
	ロキソニン細粒10%	解熱鎮勢消炎劑	100mg	4月1日	1	7		
	セルニルトン錠	その他の泌尿生殖器等	10SE	4月1日	1	14		0
2	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒	漢方製剤	100カフ セル	4月2日	1	7	0	
	ツムラ牛酸薬仁湯エキス顆粒(医療用)	漢方製剤	200カブセル	4月2日	1	14		0
	ユリーフOD錠4mg	その他の泌尿生殖器等	20億	4月2日	1	7		
	フラビタン錠10mg	ビタミン日剤	10錠	4月2日	1	28		
	アズレンうがい液4%	含嗽剤	40ml	4月2日	1	28		
	デルゾンロ膣用軟膏0.1%	その他の消化器官等	100g	4月2日	1	28		
	ルパフィン錠10mg	その他のアレルギー用薬	10錠	4月2日	1	28		
3	エイゾブト懸濁性点眼液1%	眼科用剤	1本	4月3日	T	28		
	アイファガン点眼液0.1%	眼科用剤	1本	4月3日	1	14		
	タブコム配合点眼液	眼科用劑	1本	4月3日	2	7		
	ボラザG軟膏	痔疾用剤	1本	4月3日	- 1	14		
4	乳糖水和物原末	理試用の高利	100g	4月4日	1	7		
	カフェイン水和物原末	3金/心滑り	200g	4月4日	-1	14		
	ロバキシン類粒90%	骨格筋弛緩剤	300カブセル	4月4日	1	7		
	0000*0000*0000*000*000*000			LI .				
				U, ———III				

(表面)

<u>この通知をお受取りの皆様へ</u> 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

電話番号

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。

◆ 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	け」を持参された方へのこ	☆対応状況について	(複数回答可)
(具体的には→ □ 薬局で相談をす	が必要と考え処方内容の 減薬調整を行った るよう助言した(予定を だを持って、かかりつけ薬局	□ その他の調整 含む)	, , , , , ,
	療機関との調整を行った 内容の調整は必要なか 行った()
◆ 訪問による服薬状況	確認等支援の要否につい	いて	
□ 特に必要ない → 下記※の医療機関等	者の同意を確認してくださ 等記載欄に記載いただき、		ください。
※【医療機関等(医療機関・薬			
F A X (9-206-1395		
	相談を	受けた医療機関・薬局	
相談年月日	年	月	日
医療機関•薬局名			

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御判断された場合は、下記の「適正服薬支援事業の訪問指導に係る同意書」の内容を対象者にご説明のうえ、同意が得られた場合は、対象者(ご本人またはご家族)に日付・署名欄へ記入してもらうよう、お取り計らいいただけると幸いです。

なお、訪問指導を行う薬剤師は、県薬剤師会を通じてこちらで手配いたします。

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提供すること。

□ 薬剤師や市町村訪問指導従事者が自宅を訪問すること。

令和 年 月 日

署名

(※ご家族が希望される場合)

ご家族署名

(本人との続柄:

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		
 - 患者名:			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	音の同意を	□得		
□患者は主治医への報告を拒否して	こいますが、	治療	昼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	ナよ	うお願い申し上げます。	
内容				

(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 E	FAX 番号:	
(男 •	女)		主治医名	: 卸

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】	

薬剤師による訪問相談報告書

支部 薬局名:	報告者:
訪問実施日時:令和 年 月 日 (午前 · 午後) 対応者:
■基本情報	
対象者氏名:居住地:	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)	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	<u> </u>
⇒利用しない理	里由(
かかりつけ薬局:□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	□ はい □ 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	· 一年!
お薬の管理について	
・・・・ ロー・ 薬の管理者:□本人 □家族 □ヘルパー □その他()
調剤方法 : ロPTP ロー包化 ロその他 ()	,
薬の管理方法: □薬袋 □ボックス使用 □カレンダー使用 □その例	也 ()
お薬手帳について	
│ ─────────── │ お薬手帳の所有状況: □所有している(現在使用しているお薬手帳の数	牧 : 冊) □所有していない
 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	4 3 2 1)→理解なし
 服薬回数 理解あり←(5 4	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() □その他()
 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	寒の量(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: 口有り 口無し(薬剤名:	

副作用: □有り □無し	
困っていること:(
相互作用: □有り □無し(薬剤名:	
禁忌薬剤: 口有り 口無し(薬剤および疾患:	
所有している薬や健康食品の種類について	
一般用医薬品: 種類()
健康食品・サプリメント: 種類 ()
特記事項	
今後に向けての相談薬剤師記入欄	
問題点 : 口有り 口無し	
問題点 : 口有り 口無し	
問題点: 口有り 口無し問題点記入	
問題点: 口有り 口無し問題点記入	
問題点記入	
問題点: □有り □無し問題点記入	