

## ●●市高齢者医薬品適正使用推進委員会規程

(令和4年度高齢者医薬品適正使用推進事業に係る地域調査事業にて作成した規程を  
改変)

### 【目的】

●●市健康福祉課、●●市域の医師会及び薬剤師会、全国健康保険協会●●支部が  
連携協定を締結し、対象者（特定の年齢に達した高齢者でかつ一定数以上の薬剤が処  
方された方）に対して、服薬情報のお知らせ文書を送付し、それを保険薬局に持参さ  
れた方を対象として、ポリファーマシー対策を行ってきた。本委員会はこれまでの●  
●市域ポリファーマシー事業の経験を踏まえたうえでの地域におけるポリファーマシ  
ー対策を実践することを目的とする。

### 【体制】

一般社団法人●●市薬剤師会役員及び一般社団法人●●市医師会役員から委員を選  
出する。

### 【運営】

年4回の会議及びメーリングリストによる報告と意見交換、一般社団法人●●市薬  
剤師会、一般社団法人●●市医師会会員へのポリファーマシー対策に関する研修会、  
症例検討会を開催し、各会員への啓発活動を行う。

### 【継続的な取り組み】

期間終了後は一般社団法人●●市薬剤師会会員、一般社団法人●●市医師会会員を  
対象としたポリファーマシー対策に関する研修会を定期的で開催するため、一般社団  
体法人●●市薬剤師会薬局機能向上委員会にて企画運営を行うこととする。



※各論編・事例4を参考に作成(85歳女性、在宅医療)

## 入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書（入院前情報提供書） 【依頼書】

病院からの依頼年月日

xx年xx月xx日

保険薬局名 住所 電話 Fax	●●薬局 ●● xxx-xxx-xxxx xxx-xxx-xxxx	医療機関名 住所 電話 Fax	三豊総合病院 香川県観音寺市豊浜町姫浜708番地 xxx-xxx-xxxx（代表） xxx-xxx-xxxx（薬剤部）
--------------------------	--------------------------------------------	--------------------------	----------------------------------------------------------------------

平素よりお世話になっております。  
この度、貴薬局にて薬剤管理中の〇〇様が当院へ入院することとなりました。  
ご多忙中恐れ入りますが、服用状況等の確認及び中止薬に対する対応等について依頼させていただきますので「入院前情報提供書（返書）」の提出をよろしくお願い致します。  
当院で把握している服用薬等に関する情報は別途、「薬剤鑑別報告書」を添付させていただきます。

患者様が貴薬局へ来局されず、電話連絡等による対応のみされた場合でも「入院前情報提供書（返書）」の提出をお願いいたします。

患者情報							
患者ID	xx-xxxx-x	氏名	●●				
性別	女性	生年月日	●年●月●日				
住所	●●	電話番号	xxx-xxx-xxxx				
入院予定・中止薬等に関する情報							
入院科	循環器内科	入院目的（検査・手術）	心不全の精査、コントロール				
入院予定日	xx年xx月xx日	手術予定日	xx年xx月xx日				
術前中止等を考慮する薬剤	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し	薬剤名	指示	中止日	薬剤名	指示	中止日
副作用 アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し						
サプリメント 健康食品	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し						
依頼事項等							
依頼事項	<input checked="" type="checkbox"/> 「入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書」の提出 <input type="checkbox"/> 中止薬対応						
	<input checked="" type="checkbox"/> 来局がない場合の電話対応 <input type="checkbox"/> 残薬等の整理 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
その他 （特記事項）	特になし						

「入院前情報提供書（返書）」については、入院予定日の2日前までにメール（xxxx@xxxx.xxx）またはFAX（薬剤部：xxx-xxx-xxxx）での返信をお願い致します。  
ご不明点等あれば、三豊総合病院 薬剤部（TEL：xxx-xxx-xxxx）まで御連絡お願い致します。

# 入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書（入院前情報提供書）

## 【返書】

保険薬局からの提供年月日

xx年xx月xx日

保険薬局名	●●薬局
薬局薬剤師名	●●
住所	●●
電話	xxx-xxx-xxxx
Fax	xxx-xxx-xxxx



医療機関名	三豊総合病院
住所	香川県観音寺市豊浜町姫浜708番地
電話	xxx-xxx-xxxx（代表）
Fax	xxx-xxx-xxxx（薬剤部）

入院予定の〇〇様に関する服用状況等に係る情報提供をさせていただきます。

患者情報							
患者ID	xx-xxxx-x	氏名	●●				
性別	女性	生年月日	●年●月●日				
住所	●●	電話番号	xxx-xxx-xxxx				
入院科	循環器内科	入院目的（検査・手術）	心不全の精査、コントロール目的				
入院予定日	xx年xx月xx日	手術予定日	xx年xx月xx日				
術前中止等を考慮する薬剤	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し	薬剤名	指示	中止日	薬剤名	指示	中止日
患者及び家族来局の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（電話対応実施） <input type="checkbox"/> なし							
（受診中の医療機関・診療科に関する情報/特記事項）*参考情報を別途添付することで対応可 ●●病院 循環器内科・糖尿病内科・整形外科							
（現在服用中の薬剤に関する情報/特記事項）*参考情報を別途添付することで対応可 添付資料参照（省略）							
患者の服薬状況	（服薬管理者）	<input checked="" type="checkbox"/> 自己管理	<input type="checkbox"/> 家族管理	<input type="checkbox"/> 医療介護スタッフ	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
	（調剤形態）	<input checked="" type="checkbox"/> PTP	<input type="checkbox"/> 一包装	<input type="checkbox"/> 粉碎	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
	（薬剤管理方法）	<input checked="" type="checkbox"/> 薬袋	<input type="checkbox"/> お薬BOX	<input type="checkbox"/> お薬カレンダー	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
	（アドヒアランス）	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 評価困難		
併用薬剤等	（一般用医薬品）	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（ ）					
	（健康食品/サプリメント）	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）					
アレルギー副作用歴	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）						
対応事項	<input type="checkbox"/> 残数調整 <input type="checkbox"/> 中止薬対応（薬剤名/対応方法： ） <input checked="" type="checkbox"/> 当院への情報提供のみ <input type="checkbox"/> その他（ ）						
その他特記事項	患者は目が悪く、服用薬剤数と服用回数が多いことから減薬を希望されています。また、高齢者に特に慎重な投与を要する薬物を多数服用していることから、処方全体の見直しをご提案させていただきます。						

\*受診中の医療機関、現在服用中の薬剤に関する情報等については、最新のお薬手帳等の参考情報を別途添付して頂くことで、上記該当部への記載は省略可能です。情報共有が必要と考えられる事項（受診目的、自己調整薬、残薬等）については特記事項としてご記載下さい。

「入院前の情報提供書（返書）」については、入院予定日の2日前までにメール（xxxx@xxxx.xxx）またはFAX（薬剤部：xxx-xxx-xxxx）での返信をお願い致します。

ご不明点等あれば、三豊総合病院 薬剤部（TEL：xxx-xxx-xxxx）まで御連絡お願い致します。

FAX :

FAXの流れ：保険薬局→薬剤部→処方医→薬剤部→保険薬局

報告日： 年 月 日

## 服薬情報提供書

<注意> FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

担当医 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID: 患者名: 様	電話番号:
	FAX 番号:
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記のとおり、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。

### 【所見】

- ・ R5.8.8 処方時に残薬が約1か月分あり、日数を減らしての対応となっている。
- ・ 高齢であり、肝機能検査値の軽度上昇がみられている (AST66、ALT64)。
- ・ 昼のアスパラギン酸 K 錠が残っている中、K+が 4.3mEq/L と安定している。

### 【薬剤師としての提案事項】

- ・ 寝る前の酸化マグネシウムが多数残っており、次回の処方中止を提案させていただきます。
- ・ 肝機能が低下している場合、ロスバスタチンの血中濃度上昇により副作用が起きるリスクが高くなる可能性があります。LDL-cho が 36 mg/dL と低値となっていることも考慮して、次回のロスバスタチン錠 5 mg 中止、またはロスバスタチン錠 2.5 mg への減量を提案させていただきます。
- ・ 昼のアスパラギン酸 K 錠を飲まないことが多くなっていますが、K 値は安定しているため、1日2回朝夕食後2錠への減量を提案させていただきます。

なお、大変お手数をおかけしますが、提案事項について先生のお考えをお聞かせいただき、今後の参考とさせていただきますと存じます。よろしければ、下記にご記入いただき、返信いただければ幸いです。

### 【返信欄】

対応 (医師記入欄)

- 報告内容を確認しました。
- 次回から提案通りの内容に変更します。
- 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し経過観察します。
- 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。

医師名 \_\_\_\_\_

※本紙をお受け取りになった医師は返信欄にコメントいただき、薬剤部へご返送ください。

※各論編・事例4を参考に作成(85歳女性、在宅医療)

FAX: 三豊総合病院薬剤部 XXX-XX-XXXX

保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師

三豊総合病院 御中

報告日 \_\_\_\_xx\_\_年\_\_xx\_\_月\_\_xx\_\_日



### 介入状況報告書(薬剤管理サマリー返書)

診療科	■■ 科	保険薬局 名称・所在地			
医師名	〇〇 先生御侍史	■■ 薬局〇〇店 ××市〇〇町 2-1-12			
院内担当薬剤師					
患者ID	XX-XXXX-X	電話番号	XXX-XXX-XXXX	FAX番号	XXX-XXX-XXXX
患者名	△△ △△	担当薬剤師	●● 印		
入院日	退院日	この情報を伝えることに対して患者様の同意を <input checked="" type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない			
xx/xx	xx/xx	<input type="checkbox"/> 患者様は医師への報告を拒否していますが、治療上重要だと考えられるので報告します。			

退院時に情報提供が必要と判断した患者様です。細やかなフォローアップをお願い致します。

【管理者、調剤形態、生活環境に変更がありましたら、お知らせください。】

変更なし  変更あり (腰痛のため、外出ができなくなった)

---

◆ 退院時の定期内服数 7 剤 現在の定期内服数 2 剤 (頓服・貼付剤・服用日数4週未満は除く)

【退院後から現在の服用状況について確認をお願い致します。(複数選択可)】

薬の飲み忘れがあった  薬の使用方法に関して気に留めていない  
 具合の良いときに、薬を休んでしまった  薬を飲んで具合が悪くなり、服用をやめた  
 問題なし

【評価・対応】

副作用モニタリング  処方変更に伴う薬学的評価  薬剤投与方法  フレイル・低栄養  
 生活環境  飲み忘れ  残薬  残数ばらつき  自己調整  
 身体機能の低下  認知機能の低下  薬への不安  生活習慣  ポリファーマシー

上記項目について、以下の様に評価・対応しました。

問題なし  問題あり  追加対応 (食欲低下があり、グリメピリド及びドネペジル等を中止しています)

【身体所見】可能な範囲で記入をお願いします。

体重 xx kg 血圧100-110/50-60mmHG 脈拍 xx /分

【報告および提案事項】

薬は90歳の夫が管理していましたが、本人が腰痛のため外出できなくなってからも外来時の処方薬を長期継続されていました。定期的な通院することが困難になったため、かかりつけ医が訪問診療を開始し、食欲が低下していること、低血糖状態を生じていることが明らかとなり、グリメピリド及び食欲を低下させる恐れのあるドネペジルを中止しています。また、血圧も100-110/50-60mmHg程度に低下したため、アムロジピンを中止。慢性腎臓病を有していることから、高マグネシウム血症を起こしやすいため、酸化マグネシウムを中止し、便秘が続くときにセンノシドを頓用することとしています。夕食後からうとうとして就寝前にプロチゾラムを飲み忘れることが多いことも判明したため、プロチゾラムも中止しています。

退院後の定期服用内服数を記載

退院後の服薬アドヒアランスを確認

退院時に注意喚起を行った事項(ポリファーマシー対策等)の評価と対応を記載

各種評価や対策に基づいた処方提案内容等を記載

- 患者の問題点は解決しましたので、介入・報告を終了します。
- 患者の問題点に対し、今後も引き続き介入・報告をしていきます。