

福岡県医発第 2537 号 (地)
平成 25 年 1 月 28 日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一 良
(公印省略)

「服薬情報提供書 兼 訪問要否意見書」について

標記の件につきまして、福岡県薬剤師会より別紙のとおり協力依頼がありましたのでご連絡申し上げます。

本来、薬剤師が在宅患者訪問薬剤管理指導を行うためには、医師からの訪問指示が必要となりますが、別紙意見書を用いて、薬剤師から医師に情報提供を行い、それに医師が訪問の要否を判断し、薬剤師に訪問指示を出すことによって、残薬の管理や他職種の連携を強化するとともに、在宅患者の療養の一助となることを目的としたものです。

そこで、本会といたしましては、平成 24 年 9 月 6 日開催の第 17 回全理事会および平成 25 年 1 月 24 日開催の第 30 回全理事会で協議の結果、本取組に協力することと致しました。

つきましては、薬剤師から「服薬情報提供書 兼 訪問要否意見書」により情報提供がありました際は、継続的な服薬管理の要否をご判断いただき、訪問が必要と判断される場合は別紙様式 11 (診療情報提供書) に処方箋又は処方箋のコピーを添えて、当該薬剤師に指示いただきますよう、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) 保険医療機関において診療情報提供料 (I) 「注 3」を算定する際は、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書 (参考: 別紙様式 11) に処方箋又は処方箋のコピーを添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定することとなっております。
- 2) 本取組の実施につきましては、平成 25 年 1 月に、福岡県薬剤師会より九州厚生局医療指導課、福岡県保健医療介護部介護保険課及び薬務課に確認がなされております。

24 福薬発第313号

平成25年1月4日

福岡県医師会

会長 松田 峻一良 殿

社団法人福岡県薬剤師会

会長 藤野 哲朗

常務理事 西村 哲成



「服薬情報提供書 兼 訪問要否意見書」について

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃より、本会業務に格別のご厚情を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本会では、在宅医療の現場で薬剤師がどのように職能を発揮すれば在宅患者の療養の一助となり、介護者や他職種の負担軽減が可能となるのかを考えてまいりました。

現在、保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導を実施するには医師からの訪問指示がなければなりません。

今後、介護者や他職種からの情報に基づいて当該保険薬局の薬剤師が独自に患家を訪問し、薬の服薬管理状況を確認するケースも増加することが予想されます。その際に、標記意見書を使い先生方に情報提供させていただき、薬剤師による継続的な訪問薬剤管理指導の要否をご判断いただき、FAX 等によりお知らせいただければ幸いです。

なお、医師による訪問指示は、患者又は家族の同意を得て、別紙様式 11 により、処方箋又はその写しを添付の上、保険薬局に指示する規則となっておりますのでよろしくお願いいたします。

つきましては、本件についてご賛同いただければ、標記「服薬情報提供書 兼 訪問要否意見書」を、福岡県下統一で活用させていただきたくお願い申し上げますとともに、本件につきまして貴会会員へご周知いただければ幸甚に存じます。

末筆ながら、貴会のますますのご発展を祈念いたします。

敬 具

服薬情報提供書 兼 訪問要否意見書

(薬剤師→処方医→薬剤師)

医療機関名

担当医師名

先生 御侍史

所在地

薬局名

TEL・FAX

保険薬剤師名

印

報告日 平成 年 月 日

患者氏名		男・女	年 月 日生(歳)
患者住所		T E L	

薬剤師からの情報等	医師からのご意見・回答等
以上、患者の服薬状況等について報告いたします。 継続的な訪問薬剤管理指導が必要と思われますので、ご検討ください。	継続的な訪問薬剤管理指導が ☐ 必要と認める (次回受診日までに別紙様式 11 による診療情報提供書および処方箋又は処方箋の写しを上記薬局まで送付またはFAXをお願いいたします。) ☐ 不要 平成 年 月 日 医師名 印

※お手数ですが、右上の回答欄へのご記入をお願いいたします。

※訪問が必要と認められる場合は、次回より処方せんの備考欄に「要訪問」の記載をお願いいたします。
(社) 福岡県薬剤師会作成

(別紙様式11)

紹介先医療機関等名

担当医

科

殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名			
患者住所		性別	男 ・ 女
電話番号			
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 (歳) 職業

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備 考

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。