



福岡医発第 1442 号 (地)
令和元年 9 月 2 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

福岡県後期高齢者医療広域連合「訪問服薬指導事業」への協力について (依頼)

今般、福岡県後期高齢者医療広域連合（以下、広域連合）より、別添のとおり後期高齢者の健康保持・重症化予防として、服薬アドヒアランスの向上、残薬・重複投薬削減及びお薬手帳（一人一冊）の普及を目的とした標記事業に係る協力依頼がありました。

本事業は、広域連合の独自事業として福岡県薬剤師会に委託し実施されるもので、後期高齢者で、残薬等の把握や適正な服薬指導が必要であると薬剤師が判断した方に対し、本人の同意と処方医の了解が得られた場合に薬剤師による訪問服薬指導が行われます。

具体的な処方医の対応につきましては、①薬剤師から訪問についての連絡 FAX があった際に、訪問についての了解の有無の返信、②訪問服薬指導が行われた後、薬剤師より送付される報告書の受領及び保管になります。その他、事業詳細につきましては下記及び別添別紙 1 のとおりとなっております。

本会といたしましても、8 月 29 日開催の本会第 16 回全理事会で協議の結果、本事業に協力することといたしました。

つきましては、貴会におかれましても本件に関しご了解いただくとともに、貴会会員への周知方及びご協力が得られますようご高配方よろしくお願い申し上げます。

なお、本年度は試行的に実施されるものであり、開始時期及び訪問対象地域等詳細スケジュールにつきまして、広域連合より連絡があり次第、別途ご連絡申し上げます。

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 淡河喜雄
会長 島田昇二郎

記

《福岡県後期高齢者医療広域連合「訪問服薬指導」の概要》

1. 実施対象者

後期高齢者で、残薬等の把握や適正な服薬指導が必要であると薬剤師が判断した者

(例) ・いつもお薬手帳を忘れてくる人(重複・薬物相互作用のリスクが高い人) 等

2. 実施内容

- ・後期高齢者が薬局に来局した際に、薬剤師が自宅での服薬指導が必要と判断し、患者の同意と処方医の了解が得られた場合、訪問服薬指導を実施。
- ・指導内容は本事業目的に直性関連する事項のみとし、お薬手帳ホルダーの配布(説明含む)も実施。指導内容については、処方医及び地方薬剤師会に書面で報告する。
- ・県内 150 人(実数)程度を訪問する。
- ・一人に対し原則 2 回訪問する。(延べ 300 人)(1 回目と 2 回目の訪問間隔は、1 回目の訪問内容について、対象者の行動変容が確認できる期間。)

3. 実施手順

- ①薬剤師が対象者に別添様式 1 を用いて事業を説明し、同意書(別添様式 2)をとる。
- ②薬剤師が同意書(別添様式 2)に対象者訪問の必要性を記載し、処方医へ別添別紙 2 の送信表とともに FAX で送信する。
- ③処方医は、同意書(別添様式 2)の内容について、訪問了解の有無を記載し、別添別紙 2 の送信表とともに FAX で返信する。
- ④訪問指導実施(2 回)
※処方医が訪問指導を了承しない場合は実施されません。
- ⑤薬剤師が処方医及び地区薬剤師会に報告書(別添様式 3)を提出する。(処方医は、報告書(別添様式 3)を受領及び保管)

以上

1 福高医健第111号

令和元年8月27日

公益社団法人福岡県医師会

会長 松田 峻一 様

福岡県後期高齢者医療広域連合

広域連合長 中尾 昌弘



「訪問服薬指導事業」実施に係る協力について（依頼）

平素より当広域連合の事業に御理解と御協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、当広域連合では、後期高齢者の健康保持及び重症化防止の取組の一環として、薬剤師による「訪問服薬指導事業」を実施いたします。

つきましては、同事業実施にあたり、貴会の御協力を賜りたいと存じますので、下記について御依頼申し上げます。

記

○依頼事項

- ・貴会員への「訪問服薬指導事業」（別添資料のとおり）の周知
- ・薬剤師から訪問について連絡（FAX）があった際の御協力

①訪問についての了解

薬剤師がFAX送信する同意書（様式2）への署名及びFAX返信

②報告書（様式3）の受領及び保管

○その他

- ・当事業は、医療保険及び介護保険の事業ではなく、当広域連合の独自事業として実施するものです。

（（問合せ先）

福岡県後期高齢者医療広域連合

健康企画課 健康企画係 永野

TEL 092-707-3029 FAX 092-651-3120

E-mail: tekisei@fukuoka-kouki.jp

訪問服薬指導事業「ご自宅への薬剤師訪問」の概要

1 目 的

下記について推進し、後期高齢者の健康保持・重症化防止を図る。

○服薬アドヒアランスの向上

○残薬・重複投薬削減

○お薬手帳（一人一冊）の普及

2 事業概要

(1)実施主体

○後期高齢者医療広域連合が県薬剤師会に委託して実施する。

（本事業に係る費用については、広域連合が負担する。）

(2)実施時期

○県医師会の協力を得て、令和元年度から試行的に実施する。

○詳細スケジュール（開始時期・訪問対象地域等）は、県薬剤師会と検討中。

(3)実施対象者

○後期高齢者で、残薬等の把握や適正な服薬指導が必要であると薬剤師が判断した者

例）・いつもお薬手帳を忘れてくる人（重複・薬物相互作用のリスクが高い人）

・薬局窓口だけでの対応では理解度に不安がある人（服薬過誤の恐れがある人）

・窓口での聞き取りにより、薬の管理、飲み忘れ、残薬等の問題がある人 等

(4)実施内容

○後期高齢者が薬局に来局した際に、薬剤師が自宅での服薬指導が必要と判断し、患者の同意と処方医の了解が得られた場合、訪問服薬指導を実施する。

○指導内容は目的に直接関連する事項のみとし、お薬手帳ホルダーの配布（説明を含む。）も実施する。指導内容については、処方医及び地区薬剤師会に書面で報告する。

○県内 150 人（実数）程度を訪問する。

○一人に対し原則 2 回訪問する。（延べ 300 人）（1 回目と 2 回目の訪問間隔は、1 回目の指導内容について、対象者の行動変容が確認できる期間とする）

3 実施手順

① 薬剤師が対象者に様式 1 を用いて事業を説明し、同意書（様式 2）を取る。

② 薬剤師が様式 2 に対象者訪問の必要性を記載し、処方医へ FAX で送信する。

③ 処方医は、様式 2 の内容について、訪問了解の有無を記載し、薬剤師へ FAX で返信する。

※文書による相談を基本とするが、処方医の求めがあった場合は訪問や電話等による説明を行う。

④ 家庭訪問（2 回）

⑤ 薬剤師が処方医及び地区薬剤師会に報告書（様式 3）を提出する。

4 関係様式

○様式 1：患者説明用「案内チラシ」

○様式 2：「ご自宅への薬剤師訪問」参加同意書

○様式 3：処方医及び広域連合報告用「訪問服薬指導報告書」

○同意書送信用 FAX 鑑

「ご自宅への薬剤師訪問」について

お薬のことで困っていませんか？

- ・ 薬の管理が難しい（いっぱい余ってる）
- ・ 何に効く薬なのかよくわからない
- ・ いつも飲み忘れてしまう…
- ・ たくさん飲んでから副作用が心配
- ・ 飲みづらい（お薬の形・決められた時間に飲めない など）



薬剤師がご自宅を訪問し、アドバイスいたします。

料金負担はありませんので、是非ご活用ください。

●訪問の流れについて

① 患者さまのご了承をいただきます。

- ・ 別紙同意書にご記入願います。



② 薬剤師が処方医に、文書で訪問の了解を得ます。



③ 薬剤師が患者さまのご自宅を訪問します。（1回目）

- ・ 服薬や残薬の状況を確認し、服薬に関してアドバイスいたします。



④ 2回目訪問

- ・ 必要に応じて2回目の訪問を実施し、アドバイスいたします。



⑤ 処方医に薬剤師からのアドバイス内容を報告します。

●お問い合わせ先

薬局名：

連絡先：

担当者：

※「ご自宅への薬剤師訪問」は、福岡県後期高齢者医療広域連合が福岡県薬剤師会に委託して実施するものです。

「ご自宅への薬剤師訪問」参加同意書

【薬剤師記入欄】

ふりがな				生 年 月 日
氏 名				昭和 大正 年 月 日
被保険者番号				性 別 男 ・ 女
住 所	〒 ー			
電 話 番 号	※連絡が取りやすい番号から先にご記入ください。 携帯・自宅・その他 () 携帯・自宅・その他 ()			
処 方 医	医療機関名 処方医氏名			
訪 問 す る 薬 剤 師	薬局名 薬剤師氏名			
訪問の必要性				

【 本人記入欄 】

私は、「ご自宅への薬剤師訪問」に参加いたします。なお、本事業に関わる個人情報(報告書等)については、福岡県薬剤師会、福岡県後期高齢者医療広域連合及び関係医療機関において保管され、必要に応じて保健指導に活用されることに同意いたします。

福岡県後期高齢者医療広域連合長 殿

令和 年 月 日

患者署名：

【処方医記入欄】

処方医 意 見	上記患者宅へ、薬剤師が訪問することについて 令和 年 月 日 了解します ・ 了解しません 署名： (いずれかに○)
------------	--

様式 3

様

FAX :

印

訪問服薬指導事業用 FAX 送信表

お世話になっております。訪問服薬指導事業についてのご連絡です。

○処方いただいた医療機関の先生 **処方医** は、様式 2 をご確認ください、
薬剤師訪問の了解の有無とご署名をお願いします。

（ご不明な点などありましたら、送信元薬剤師へご連絡をお願いします。）

○ご記入後は、本 FAX 送信表と様式 2 を送信元 **薬剤師** へ返信願います。

○返信後の同意書について、保管の必要はございません。個人情報に注意の
うえ、破棄をお願いいたします。

御協力ありがとうございます。

薬剤師		処方医
送信日：R 年 月 日		送信日：R 年 月 日
薬局名： 薬剤師名： 電話： FAX： 送信枚数：（本紙を含み） 枚		医療機関名： 処方医名： 電話： FAX： 送信枚数：（本紙を含み） 枚

備考欄