

福岡医発第 1838 号 (地)
令和元年 10 月 11 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」
実施に係るスケジュール等について

標記事業につきましては、福岡県後期高齢者医療広域連合（以下、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あり、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し、令和元年9月2日付け福岡医発第1442号（地）にて貴会会員への周知方及びご協力が得られますようご依頼申し上げているところであり、同文書をもって、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別途通知する旨ご連絡申し上げているところです。

今般、広域連合より、事業実施スケジュール及び対象地域等で実施する旨別添のとおり依頼がありましたのでご連絡申し上げます。

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よろしくお願い申し上げます。

記

《福岡県後期高齢者医療広域連合「訪問服薬指導事業」》

1. スケジュール

- ・訪問開始時期：令和元年 11 月頃（別紙 1 参照）

2. 訪問対象地域（割当人数 ※予定）

- ・福岡県内全域

北九州ブロック：42 人、福岡ブロック：64 人

筑 豊ブロック：14 人、筑後ブロック：30 人 ……合計 150 人

※県全域の各地区薬剤師会において、手あげ方式で薬局を登録し訪問を実施。

3. 本事業は広域連合の事業として行われるため、保険診療での請求はできません。

4. 本事業に関する問い合わせ先（問題が発生した場合も含む）

- ・福岡県後期高齢者医療広域連合 健康企画課 健康企画係：野田・永野
TEL 092-707-3029

※参考※ （令和元年9月2日付け福岡県医発第1442号（地）にて記載済み）

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接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薬剤師が対象者に様式1を用いて実施対象者に事業を説明し、同意書（様式2）をとる。
- ②薬剤師が同意書（様式2）に対象者訪問の必要性を記載し、処方医へ別紙2の送信表とともにFAXで送信する。
- ③処方医は、同意書（様式2）の内容について、訪問了解の有無を記載し、別紙2の送信表とともに薬剤師にFAX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（様式3）を提出する。（処方医は、報告書（様式3）を受領及び保管）

以上

1 福高医健第128号

令和元年10月4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」実施に係るスケジュール等の周知について（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、「訪問服薬指導事業」の実施に係る貴会員への周知等につきましては、先に「『訪問服薬指導事業』実施に係る協力について（依頼）」（令和元年8月27日付1福高医健111号）により、御協力をお願いしているところですが、今般、検討中のため未定だったスケジュール等が下記のとおり決まりましたので、御連絡いたします。

つきましては、同事業の実施にあたり、貴会員へ下記内容を周知いただきますよう、改めまして御協力をお願いいたします。

記

1. スケジュール

別紙のとおり

※訪問開始時期：令和元年11月頃

2. 訪問対象地域

福岡県内全域（地区を限定せず、同事業を実施いたします。）

※詳細スケジュールや各地区への件数の割振りについては、別紙を御参照ください。

3. 問題が発生した場合の問合せ先

福岡県後期高齢者医療広域連合 健康企画課 健康企画係：野田・永野

電話：092-707-3029

（問合せ先）

福岡県後期高齢者医療広域連合

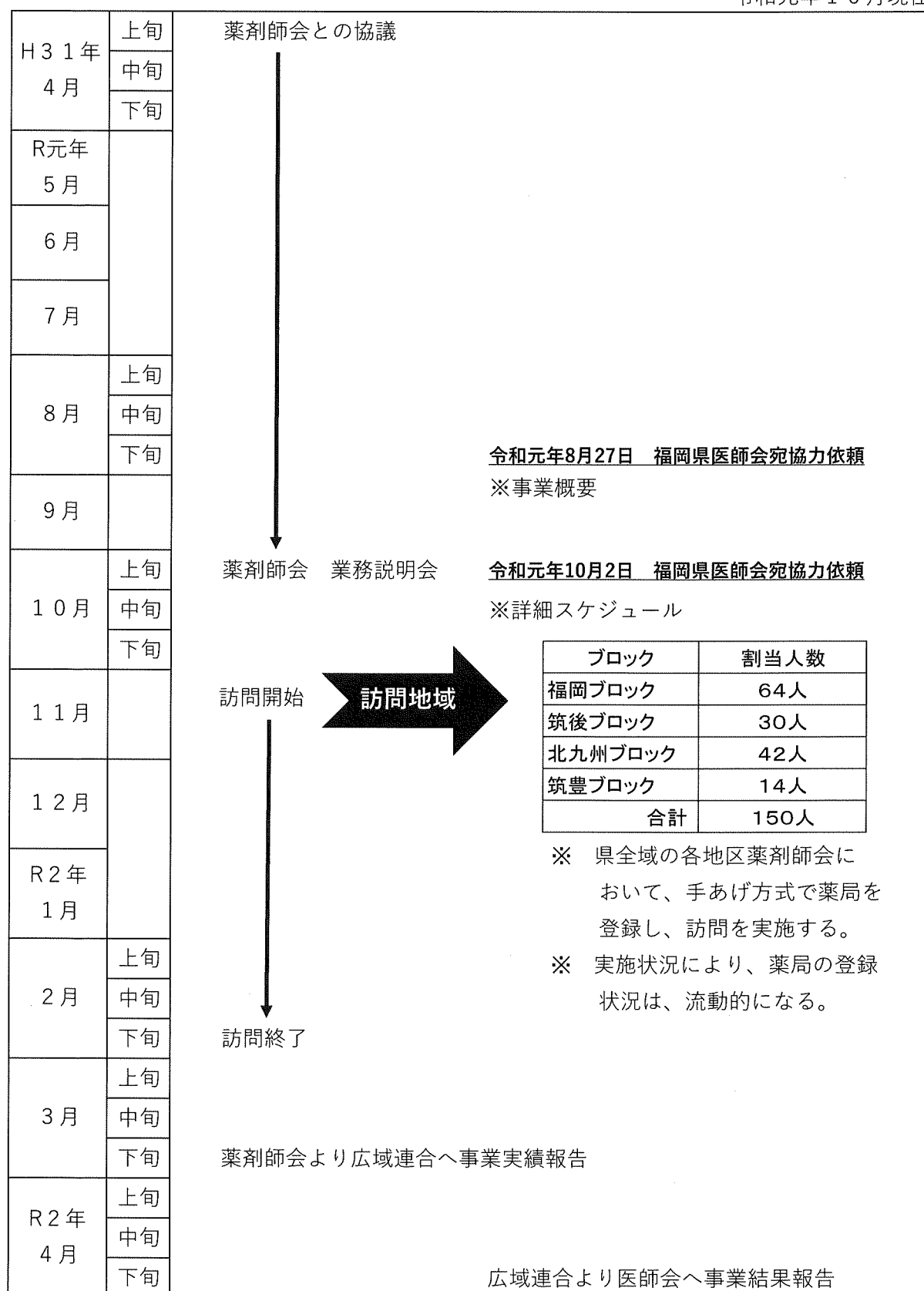
健康企画課 健康企画係 永野

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

E-mail：tekisei@fukuoka-kouki.jp

福岡県後期高齢者「訪問服薬指導事業」 スケジュール

令和元年10月現在



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、別紙のとおり。

(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…
- ・ たくさん飲んでいるから副作用が心配
- ・ 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		
患者氏名	昭和 大正 年 月 日		
被保険者番号	性 別	男 ・ 女	
住 所	〒 —		
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管理され、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○)	

訪問服薬指導報告書

様式 3

処方医：

様

基本情報			
氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	T ・ S 年 月 日 (歳)	被保険者番号	
薬剤管理に関する問題点			
☐ 病識・薬識不足 ☐ 身体機能の低下 ☐ 認知機能の低下 ☐ 生活状況との不一致 ☐ 信頼関係 ☐ 社会的・経済的な理由 ☐ 製剤的な理由 ☐ その他 ()			
訪問時の状況、指導内容等			
第 1 回 (R . .)		第 2 回 (R . .)	
患者の状態			
アドヒアランス	とても良くなった 5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 変わらない		
残薬	支援の必要なし ・ 全て改善 ・ 一部改善 ・ 変わらない		
重複・併用禁忌等の改善	支援の必要なし ・ あり (ありの場合改善の有無 有 ・ 無)		
お薬手帳の改善	支援の必要なし ・ あり (一冊になった ・ その他)		
総括 (その他訪問前後の変化等)			

薬局名：

薬剤師名：

印

薬局住所：

所属薬剤師会地区名：

TEL：

FAX：

訪問服薬指導用 FAX 送信票

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は、保管の必要はございません。個人情報にご注意のうえ、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

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

処方医

送信日：R 年 月 日

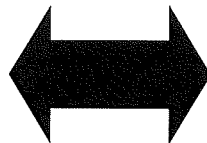
医療機関名：

処方医名：

電話：

FAX：

送信枚数：（本紙を含み） 枚



備考欄