

各地区薬剤師会会長 殿

公益社団法人福岡県薬剤師会
常務理事 濱 寛

令和 5 年度 福岡県後期高齢者医療広域連合との事業
「訪問服薬指導事業」協力依頼について（通知）

平素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。

標記事業は、後期高齢者の健康保持・重症化防止を図るため、福岡県後期高齢者医療広域連合より受託し、福岡県医師会同意のもと実施しており、参加申込みを下記要領にて本会ホームページより受け付けます。

訪問服薬指導を経験していない薬局にとってもメリットのある事業ですので、貴会会員へ周知していただきたくお願い申し上げます。

〈訪問服薬指導事業のメリット〉

- ① 患者負担金なしに訪問服薬指導を実施できる
- ② 初めて取り組む薬剤師も在宅訪問の思考過程が学べる
- ③ 患者の健康保持や重症化予防につながる
- ④ 多職種で情報共有することで新たな連携や顔の見える関係を生み出せる
- ⑤ 居宅療養管理指導の実施へ繋げていくことができる（※事業実施後、本人や家族同意のもと医師及びケアマネジャーと相談することで、昨年実施いただいた件数のうち半数が居宅療養管理指導に繋がりました）

また、各市町村において順次開始されている「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業」において、市町村より薬剤師による服薬指導が必要と判断した対象者についての相談があった場合にもご活用ください。

ご多忙のところ大変恐縮ですが、ご理解ご協力のほどよろしくお願いいたします。

記

◆訪問服薬指導事業申込み

令和 5 年 7 月 3 日（月） 1 4 時～

https://www.fpa.or.jp/member/zaitaku-i/_2138.html

福岡県薬剤師会ホームページ > トップページ TOPICS

> 後期高齢者訪問服薬指導事業 参加申込み

※申込み完了後に薬局宛てに書類一式を送付させていただきます。

◆事業実施期間

令和 5 年 7 月 3 日（月） ～ 令和 6 年 2 月末

◆事業費

1 人に対し原則 2 回訪問を実施

事業費の振り込みは事業終了後（4 月頃）を予定しております。

1 回訪問：5, 5 0 0 円

2 回訪問：1 1, 0 0 0 円

※昨年度同様、感染症の発生状況等に応じ、2 回目の訪問については、薬局での対面による指導も可能です。

以 上

令和5年度 訪問服薬指導事業の概要

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。

(2)実施時期

○県医師会の協力が決定したのち、7月頃に開始予定とする。

(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。

○一人に対し原則2回訪問する。（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）

※感染症の発生状況等に応じ、2回目の訪問については、薬局での対面による指導も可能とする。

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、様式2により同意を得る。
- ② 薬剤師が様式2に「訪問の必要性」を記載し、様式2（写し）、様式3、事業への協力依頼及び協力金（謝金）の支払いについて、及び口座振込申込書を添え、レターパックを使用して処方医へ郵送する。
- ③ 処方医は、様式2の内容について、訪問了解の有無を訪問服薬指導用連絡票（FAX 連絡票）様式3に記載し、薬剤師へFAX送信する。

※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 処方医は、県薬剤師会に「口座振込申請書」を郵送で提出する。（別紙）【※令和3年度から】
- ⑤ 薬剤師が家庭訪問を行う（2回）

- ⑥ 薬剤師が報告書様式4（写し）をレターパック使用して処方医へ郵送する。
- ⑦ 薬剤師が様式2（原本）、様式3（処方医から返信分）及び様式4（原本）をレターパック使用して県薬剤師会へ郵送する。
- ⑧ 県薬剤師会が、処方医に協力金（謝金）を支払う（対象者1件当たり2,000円）【※令和3年度から】

4 関係様式

- 事業フロー図
- 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：訪問服薬指導用連絡票（FAX連絡票）
- 様式4：処方医及び広域連合報告用「訪問服薬指導報告書」
- （別紙）事業協力依頼及び協力金（謝金）案内（医療機関（処方医）宛）
- 口座振込申請書
- 事業リーフレット

「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…
- ・たくさん飲んでいて副作用が心配
- ・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、是非ご利用ください。

●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（様式2）にご記入願います。
- ② 薬剤師が処方医に、文書（様式3）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（様式4）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事業」参加同意書

【 薬剤師記入欄 】

ケース No.

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	〒 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事業」に参加いたします。なお、薬剤師訪問に関わる私の個人情報については、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：

訪問服薬指導報告書

様式 4

処方医：

様

基本情報				
氏名		性別	男・女	同居者の有無 有・無
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				
<input type="checkbox"/> 病識・薬識不足 <input type="checkbox"/> 身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下 <input type="checkbox"/> 生活状況との不一致 <input type="checkbox"/> 信頼関係 <input type="checkbox"/> 社会的・経済的な理由 <input type="checkbox"/> 製剤的な理由 <input type="checkbox"/> 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：

所属薬剤師会地区名：

薬局住所：

薬剤師署名：

TEL：

処方医の先生方へ

薬剤師による訪問服薬指導実施のご案内

処方医の了解の下、薬剤師が患者宅にて

「訪問服薬指導」を行います。

- ・ 期待する治療効果を十分に得るために、服用状況などに問題があるような患者を対象に、「訪問服薬指導」を行うことで、患者の健康保持・重症化防止を図りたいと考えております。
- ・ 患者一人につき2回の訪問となります。
- ・ 患者には、費用負担は発生いたしません。

●服薬アドヒアランスの向上

生活環境に合った服薬管理方法を提案し、改善を図ります。

●残薬・重複投薬の解消

今まで把握できなかった残薬や併用薬を確認し、医師へフィードバックすることで、解消へ繋がります。

●お薬手帳の普及(一人1冊)

対象者にお薬手帳カバーを配布し、お薬手帳を整理することで併用薬が把握しやすい環境を整えます。



実施手順

1. 薬剤師が、薬局での服薬指導時に、対象と成り得る患者に事業内容を説明し、同意を得ます。
2. 薬剤師が、対象者訪問の必要性を処方医へ郵送にて報告致します。
3. 処方医は、訪問の了解についてFAXにて薬剤師に送信していただきます。
4. 薬剤師が、患者を訪問し状況を確認の上、適宜指導を行います(2回)。
5. 薬剤師が、処方医へ訪問の実施報告を行います。



薬剤師から得られた
情報を、診療にお役
立てください。

※本事業は福岡県後期
高齢者医療広域連
合の委託事業です。

問い合わせ先

福岡県後期高齢者医療広域連合
健康企画課健康企画係
電話番号092651-3111

公益社団法人福岡県薬剤師会

<https://www.fpa.or.jp/>

介護事業者の皆様へ

薬剤師による訪問服薬指導実施のご案内

処方医の了承の下、薬剤師が患者宅にて「訪問服薬指導」を、実施します

高齢になると、いくつも病気を抱え、服薬する薬剤が多くなり、「いつ飲むの?」「どれをいくつ飲むの?」など、正しく服用されにくい傾向がみられます。服用状況などに問題があると、正しい治療効果が得られない事も多々あります。

本事業では、薬剤師が患者宅に訪問し、服薬指導を行うことで、高齢者の皆さんの健やかな療養生活を支えます。

目的

●服薬意欲や服用率の向上

生活環境に合った服薬管理方法を提案し、改善を図ります。

●残薬・重複投薬の解消

今まで把握できなかった残薬や併用薬を確認し、医師へフィードバックすることで、解消へ繋がります。

●お薬手帳の普及(一人1冊)

対象者にお薬手帳カバーを配布し、手帳を整理し、服用している全ての薬が把握しやすい環境を整えます。



対象

福岡県後期高齢者医療保険加入者で、残薬などの把握や適正な服薬指導が必要と薬剤師が判断した人。(「在宅患者訪問薬剤管理指導」及び「居宅療養管理指導」該当者は対象になりません。)

※患者の自己負担はなく、2回の訪問服薬指導を受けることができます。

※必要に応じて、介護スタッフ等との連携をお願いする場合がございます。



問い合わせ先

福岡県後期高齢者医療広域連合

健康企画課健康企画係

電話番号092-651-3111

<http://www.fukuoka-kouki.jp>

公益社団法人福岡県薬剤師会

<https://www.fpa.or.jp/>

(本事業は福岡県後期高齢者医療広域連合の委託事業です)