

〒

様

<>

令和元年 8 月〇日

見本

〒330-0074

さいたま市浦和区北浦和 5 丁目 6-5

埼玉県浦和合同庁舎 4 階

埼玉県後期高齢者医療広域連合

多種類のお薬を服用する方の相談事業のお知らせ

埼玉県後期高齢者医療広域連合では、多くの種類のお薬を処方されている方を対象に、薬剤師による無料の健康相談を行います。お薬のことで気がかりな点がある方は、この機会にぜひ相談をご利用ください。

◆相談事業のご利用方法◆

- ① 同封の「参加・不参加申込書」にご記入の上、返信用封筒（切手不要）により、令和元年 8 月〇日（〇）までにご返信ください。
- ② 参加の申込みがあった方には、担当する薬局から電話連絡しますので、相談の日時を決めてください。
- ③ お約束の日時に、相談をご利用ください（所要時間は 30 分程度です。）。



このような不安をお持ちの方におすすめします



- ✚ 薬の種類が増えすぎて、何の薬なのかよくわからない…
- ✚ 別々の薬局でもらった薬を同時に飲んだら、何だか頭がふらふらする…
- ✚ 飲み忘れたり、飲み残したりした薬が、家にたくさん余っている…
- ✚ 別の病院に通っていることを医者に話しづらくて、飲んでいる薬を全部伝えていないけど、心配ないかしら…？

（相談は、一般社団法人朝霞地区薬剤師会のご協力により実施します。同封のチラシもご覧ください。）

☆ お問合せ先 ☆

埼玉県後期高齢者医療広域連合 給付課

電話：048-833-3130

〒

様

<>

令和元年 8 月〇日

見本

〒330-0074

さいたま市浦和区北浦和 5 丁目 6-5

埼玉県浦和合同庁舎 4 階

埼玉県後期高齢者医療広域連合

多種類のお薬を服用する方の相談事業のお知らせ

埼玉県後期高齢者医療広域連合では、多くの種類のお薬を処方されている方を対象に、薬剤師による無料の健康相談を行います。お薬のことで気がかりな点がある方は、この機会にぜひ相談をご利用ください。

◆ 相談事業のご利用方法 ◆

- ① 同封の「参加・不参加申込書」にご記入の上、返信用封筒（切手不要）により、令和元年 8 月〇日（〇）までにご返信ください。
- ② 参加の申込みがあった方には、担当する薬局から電話連絡しますので、相談の日時を決めてください。
- ③ お約束の日時に、相談をご利用ください（所要時間は 30 分程度です。）。



このような不安をお持ちの方におすすめします



- ✚ 薬の種類が増えすぎて、何の薬なのかよくわからない…
- ✚ 別々の薬局でもらった薬を同時に飲んだら、何だか頭がふらふらする…
- ✚ 飲み忘れたり、飲み残したりした薬が、家にたくさん余っている…
- ✚ 別の病院に通っていることを医者に話しづらくて、飲んでいる薬を全部伝えていないけど、心配ないかしら…？

（相談は、富士見・三芳薬剤師会のご協力により実施します。同封のチラシもご覧ください。）

☆ お問合せ先 ☆

埼玉県後期高齢者医療広域連合 給付課

電話：048-833-3130

参加・不参加申込書

◆連絡先

フリガナ 名前	様
住所	
電話番号	— — ※連絡の取れやすい時間帯：午前・午後・その他（ ）
かかりつけ 薬局・薬剤師	※かかりつけ薬局（薬剤師）がなければ記入しなくても構いません。

◆薬局薬剤師による無料の健康相談事業に

いずれかに○を
つけてください。

参加する ・ 参加しない

→ご返信後、薬剤師より面談日の調整のため、ご連絡いたします。

理由：

◆ この事業への参加について（重要）

この事業に参加されるかどうかは、あなたの自由な意思で決めてください。参加されない場合でも、あなたの日常の治療などで不利益を被ることはありません。また、参加を申し出ていただいた後でも、中止を希望される場合は理由に関係なく、参加をやめることができます。

◆ 個人情報の取扱いについて（重要）

相談事業を実施するに当たっては、ご記入いただいた内容のほか、あなたの診療報酬明細書（レセプト）等の個人情報を薬剤師会、担当薬局、その他この事業に関係する機関に提供する必要があります。相談への参加をご希望の場合は、情報提供に同意をいただいたものとして取り扱いますのでご了承ください。なお、本事業以外の目的で使用することはありません。また、この事業の結果は厚生労働省、学会、論文に発表する場合がありますが、いずれの場合も、あなたの個人情報が外部に伝わることはありません。

※令和元年〇月〇日（〇）までに必ずご返信ください。

同封の返信用封筒（切手不要）をご利用ください。



「10 種類以上のお薬を服用する方の相談事業」

対象患者のみなさまへ



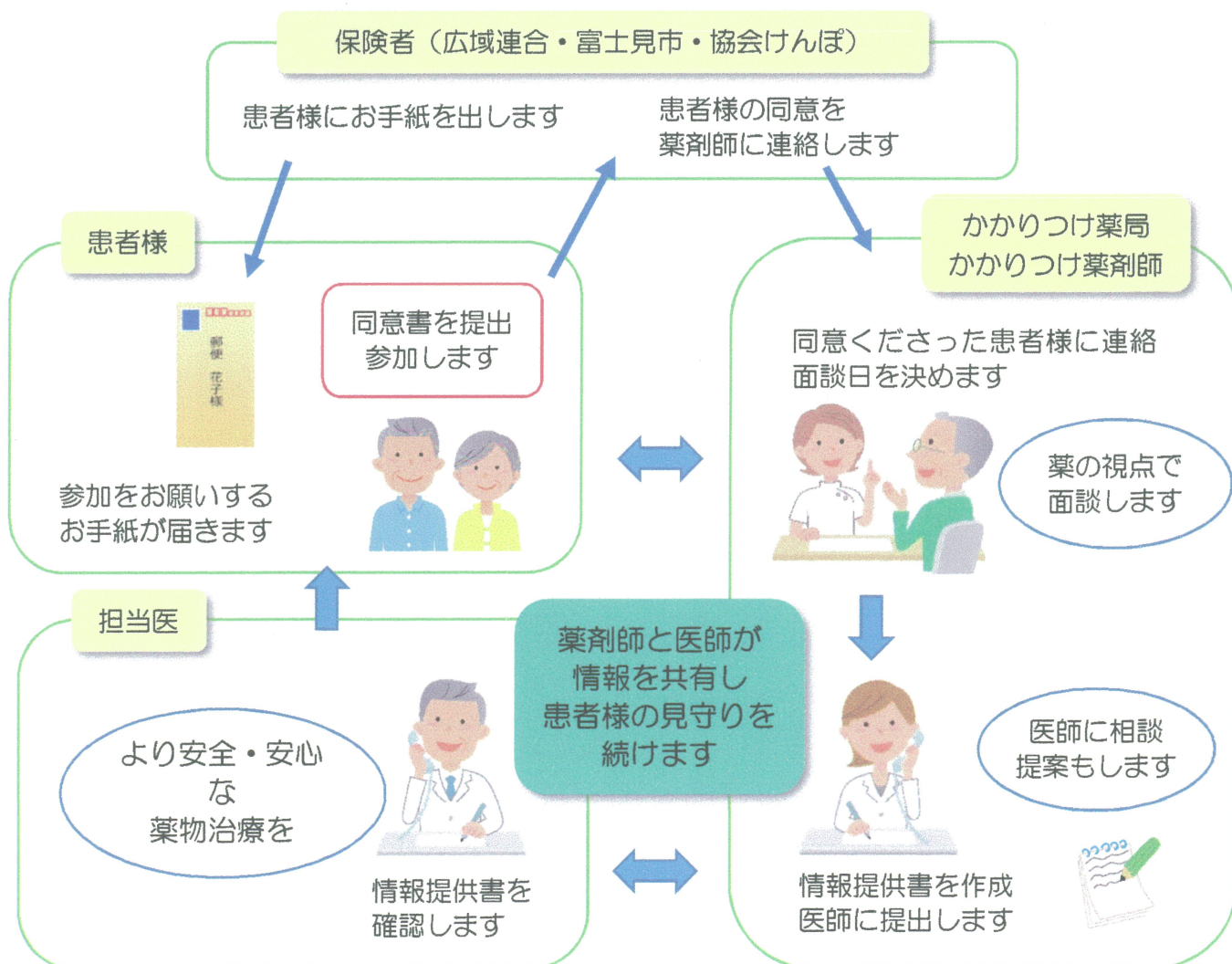
朝霞地区薬剤師会および富士見・三芳薬剤師会では、医師会、埼玉県後期高齢者医療広域連合（以下、広域連合）、富士見市、協会けんぽと協働して、多くのお薬を服用する患者様のために「相談と見守りの事業」を行います。

お薬の種類が多くなると副作用や相互作用なども起きやすくなるため、この事業を通じてみなさまが安全で安心な薬物治療を受けられるようお手伝いができたらと考えています。

広域連合や市役所から連絡があった場合は、ぜひご参加ください。

この事業は、以下の患者様を対象としています。

- ① 65～84 歳の方
- ② 10 種類以上のお薬をのんでいる方
- ③ かかりつけの医療機関・薬局が朝霞地区内または富士見市内にある方



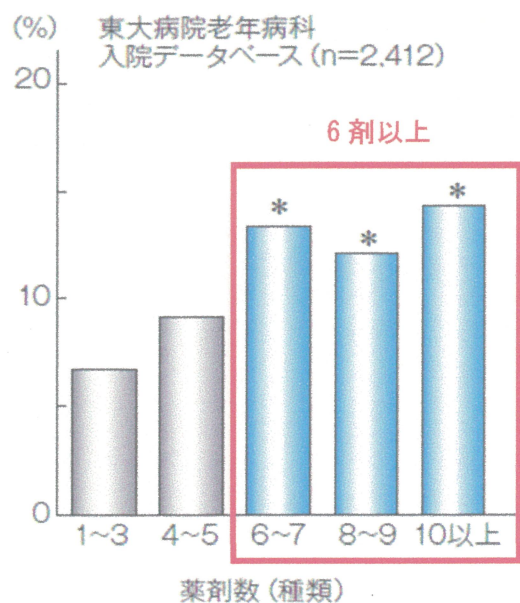
【参考資料】 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン（日本老年医学会）より

★高齢者で薬物有害事象が増加する要因

疾患上の要因	複数の疾患を有する⇒多剤併用、併科受診 慢性疾患が多い⇒長期服用 昇降が非定型的⇒誤診に基づく誤投薬、対症療法による多剤併用
機能上の要因	臓器予備機能の低下（薬物動態の加齢変化）⇒過量投与 認知機能、視力・聴力の低下⇒アドヒアランス低下、誤服用、症状発現の遅れ
社会的要因	過少医療⇒投薬中断

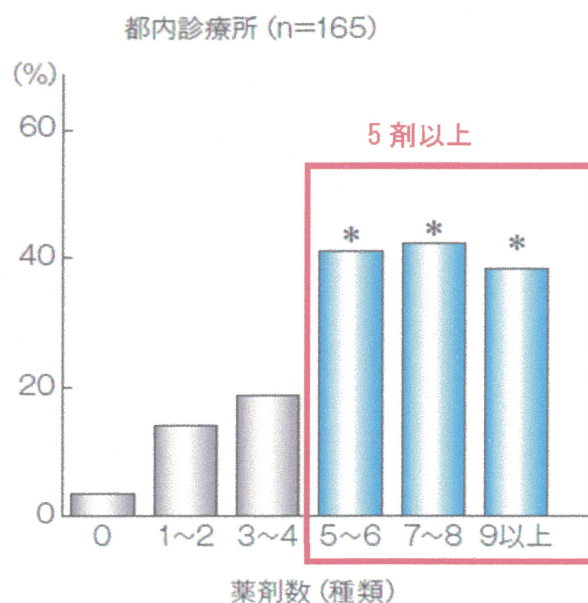
高齢者は多病のために多剤併用になりやすい。老年科外来の多施設調査では平均 4.5 種類、レセプト（医療保険）調査では 70 歳で平均 6 種類以上服用していた。多剤併用の問題は、薬剤費の増大、服用の手間を含む QOL（生活の質）の低下、そして、もっとも大きな問題は、薬物相互作用および処方・調剤の誤りや飲み忘れ、飲み間違いの発生確率増加に関連した薬物有害事象の増加である。有害事象に繋がらなくても、多剤処方に起因する処方過誤や服薬過誤は医療管理上問題である。

1) 薬物有害事象の頻度



(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 761-2. より引用)

2) 転倒の発生頻度



(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 425-30. より引用)

担当医師各位

一般社団法人朝霞地区薬剤師会
会長 畑中 典子

「令和元年度 患者のための薬局のかかりつけ機能強化推進事業」（継続事業）
ポリファーマシー対策推進事業へのご協力をお願い

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

朝霞地区薬剤師会では、埼玉県委託事業「患者のための薬局ビジョン推進事業」を平成 29 年度より継続してまいりました。3 年目となる今年度は、埼玉県後期高齢者医療広域連合及び富士見市との協働事業「患者のための薬局のかかりつけ機能強化推進事業」として、以下の条件で抽出を行いました。

- ① 朝霞地区・富士見市にお住まいで 65～84 歳の方
- ② 10 種類以上のお薬を継続的にのんでいる方
- ③ かかりつけの医療機関・薬局が該当地区内にある方

該当する患者様に向けて協力を依頼する通知を広域連合より送付し、同意の得られた患者様との面談を担当した薬剤師は、クライテリア（「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015」など）に基づいた多剤併用による不都合の発生（副作用・相互作用・残薬・自己調節など）について、詳細な聞き取りを行いました。

その結果を記載した面談シートと情報提供書を送付いたします。内容をご確認いただき、日常の診療に役立てていただけますと幸いです。また、アンケートにつきましては必ずご返送のほどよろしくお願いいたします。

薬剤師会と致しましては、今回の事業をきっかけに、今後の連携をより一層強めて、安全・安心の薬物治療に繋がることを期待しております。

ご多忙中恐縮ではございますが、ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

平成 30 年度の成果をまとめた報告書は、朝霞地区薬剤師会 HP にてご覧いただけます。

<http://asakaph.or.jp/pdf/PP2018report.pdf>



令和元年〇月吉日

医師及び医療機関 各位

富士見・三芳薬剤師会
会長 武長 正洋

**令和元年度 患者のための薬局ビジョン推進事業
薬局薬剤師による多剤併用（ポリファーマシー）対策 ご協力のお願い**

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本年度、富士見市・朝霞地区・埼玉県後期高齢者医療広域連合・協会けんぽ・医師会・薬剤師会・大学が協働して、「薬局薬剤師による多剤併用（ポリファーマシー）対策事業」を埼玉県から委託を受け実施することとなりました。

この事業は、以下に該当する患者様を、レセプトより抽出し、同意を得られた患者様を対象に、担当の薬剤師が面談を行い、クライテリア（「高齢者の安全な薬物治療ガイドライン2015」など）に基づいた多剤併用による不都合の発生（副作用・相互作用・残薬・自己調整など）について詳細な聞き取りをおこないます。その結果を別紙の情報提供書により、先生方に郵送させていただきます。情報提供書がお手元に届きましたら、ご確認いただければと存じます。また、該当した方々（医師、患者様）には、情報提供書とともにアンケートを同封させていただきますので、ご協力いただけますようお願い申し上げます。尚、この事業は昨年度朝霞地区で行っております。結果については、朝霞地区薬剤師会ホームページ

(<http://asakaph.or.jp/pdf/pp2018report.pdf>)にてご確認いただけますので、ご参照ください。

この事業を行うことにより、安全・安心の薬物治療につなげていければと考えております。何卒、ご理解、ご協力の程、よろしくお願い申し上げます。

【対象患者様】

- ① 富士見市にお住いの65～84歳の方
- ② 朝霞地区にお住いの75～84歳の方
- ③ 10種類以上のおくすりを継続的に服用している方
- ④ かかりつけの医療機関・薬局が該当地区内にある方

患者面談シート（2019年改訂版）〈ひな形〉

患者情報

ふりがな 氏名		☐ 男	介護度
		☐ 女	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	歳	
住所	〒		
電話番号	携帯（ ）、自宅（ ）		

薬および疾患の情報

受診医療機関数	病院数（ ）、診療所数（ ）、 病院の場合、診療科数（ ）
現在使用している薬剤	内服薬（ 剤）、外用薬（ 剤）、頓用薬（ 剤）、注射剤（ 剤） ○面談時に確認した処方（医療機関別）
常用の OTC・サプリメント	品名： 頻度：
残薬 (2 回に 1 度忘れる薬)	残薬： ☐ なし、 ☐ あり 残薬の薬品名 残薬となった理由
服薬管理者	☐ 本人、 ☐ 家族、 ☐ その他（ ）
患者自身が把握してい る病名	

副作用に関する情報

食事	回数：1日（ ）回 食事量：お茶碗に ☐ 半分、 ☐ 1杯、その他（ ）
睡眠	就寝時間：（ ）時-起床時間：（ ）時 睡眠の質： ☐ ぐっすり眠れている、 ☐ 眠りが浅く感じる 途中覚醒：（ ）回（理由： ）
排尿	夜間：おおよそ（ ）回（就寝後から起床時まで） 日中：おおよそ（ ）回

排便	☐ 毎日、()日おき
転倒	過去1ヶ月で転んだ回数()回 転びやすい場所()、転びやすい時間： ☐ 朝、 ☐ 昼間、 ☐ 夜
嚥下機能	むせ込み： ☐ なし、 ☐ あり むせ込む回数： ☐ 毎食時、1日()回、1週間に()回
栄養状態	指ワッカテスト： ☐ つかめない、 ☐ ちょうど、 ☐ 隙間ができる 親指と人差し指でふくらはぎを囲む
記憶障害	☐ 最近ものの忘れが多くなった ☐ 抗コリン薬服用あり
せん妄	☐ 最近眠れなくなった、 ☐ 最近不安やイライラの頻度が多くなった ☐ 抗コリン薬服用あり
抑うつ	☐ 最近いろんなことが面倒になった、 ☐ 最近食欲がなくなった、 ☐ 最近気分が落ち込めやすくなった ☐ 抗ドパミン薬服用あり
パーキンソンズ	☐ 最近歩き方がふらふらする、 ☐ 最近歩幅がせまくなった(小刻み歩行))、 ☐ 最近手が震ふるようになった ☐ 抗ドパミン薬服用あり
その他	その他に副作用と思われる症状があったら記入

検査値

腎機能	eGFR ()、血中クレアチニン ()		
肝機能	ALT ()、AST ()、 γ -GTP ()		
身長・体重	() cm () kg BMI ()	K 値	
血 圧	/ 朝・昼・夕	HbA1c	
その他の検査値	その他、副作用を裏付ける検査値があれば記入		

症状の改善状況	
次回受診日	

面談日 年 月 日

面談薬剤師氏名

面談薬局

この患者面談シートのコピーを、担当医師、薬剤師会に送付してください。

お薬情報提供書（2019 年改訂版）〈ひな形〉

処方医 _____ 病院 _____ 科 _____ 先生御机下

報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- このシートは、薬剤の減量・中止の依頼ではなく、薬剤師からの情報提供書です。
- 今後の薬物治療の資料としてご活用いただけますと幸いです。

情報提供者

月	日生	歳
---	----	---

薬局名		
薬剤師名		
住所		
連絡先	電話番号	FAX 番号

Criteria]「STOPP/START」

薬剤師からの提案

☐投与継続について検討☐服用回数、減量☐代替薬への変更

()

☐その他

()

☐投与継続について検討☐服用回数、減量☐代替薬への変更

()

☐その他 ()☐投与継続について検討☐服用回数、減量☐代替薬への変更

()

☐その他 ()

その他連絡事項

参加取消し書

参加の同意は、いつでも取り消すことができます。この「参加取消し書」にご記入いただき、担当の薬剤師にご提出いただくか、埼玉県薬剤師会までご送付ください。

氏 名	
住 所	埼玉県 市
電話番号	— —
記入年月日	令和 年 月 日

※ただし、参加取消し書を受領した時点で、研究論文として公表していた場合やデータが完全に匿名化され個人が特定できない状態等の場合には、データを廃棄できないこともあります。

《参加取消し書の送付先》

〒330-0062

埼玉県さいたま市浦和区仲町 3-5-1 埼玉県県民健康センター 4階

一般社団法人埼玉県薬剤師会

副会長 畑中 典子

《お問い合わせ先》

一般社団法人埼玉県薬剤師会

業務第二課 境

TEL : 048-827-0060 FAX : 048-827-0063

番号	
性別	男性
生年月日	
請求年月	

介入対象除外の理由	
がん	
精神	
透析	
終末期	

	医薬品名	カウント 除外	不適切 処方注意	併用禁忌	重複注意	使用量	数量 05/13	数量 05/17	数量 05/24	処方日 不明1	処方日 不明2	処方日 不明3	処方日 不明4
1	カロナール細粒20%					6			5				
2	ラシックス錠20mg		※1		血圧降下薬[小]	1		35					
3	アイミクス配合錠HD				血圧降下薬[小]	1		35					
4	ピソルボン吸入液0.2%				ブロムヘキシン塩酸塩[成分]	45		1					
5	ブロムヘキシン塩酸塩吸入液0.2%「タイヨー」	同一成分			ブロムヘキシン塩酸塩[成分]	0.3				1			
6	ブロムヘキシン塩酸塩吸入液0.2%「タイヨー」	同一成分			ブロムヘキシン塩酸塩[成分]	1.5				3			
7	メブチン吸入液0.01%				気管支拡張薬[小]	0.9				1	1		
8	メブチン吸入液0.01%	同一成分			気管支拡張薬[小]	1.2				2			
9	メブチン吸入液0.01%	同一成分			気管支拡張薬[小]	1.5				3			
10	スピーリーパ2.5μgレスピマット60吸入 150μg		※2		気管支拡張薬[小]	1				1			
11	ラックビー微粒N 1%					3		35					
12	タケブロンOD錠15 15mg		※3		消化性潰瘍用薬[小] 消化性潰瘍用薬[小]	1		35					
13	アルサルミン細粒90%				消化性潰瘍用薬[小] 消化性潰瘍用薬[小]	3		35					
14	レバミピド錠100mg「杏林」				消化性潰瘍用薬[小] 消化性潰瘍用薬[小]	3			5				
15	ウルソ錠100mg					3		35					
16	ブレドニン錠5mg		※4		副腎皮質ホルモン剤[大] ブレドニゾン[成分] ブレドニゾン[成分]	6				4			
17	注射用ソル・メルコート40 40mg(溶解液付)				副腎皮質ホルモン剤[大] 副腎皮質ホルモン剤[大]	2				1			
18	注射用ソル・メルコート40 40mg(溶解液付)	同一成分			副腎皮質ホルモン剤[大] 副腎皮質ホルモン剤[大]	3				1			
19	注射用ソル・メルコート40 40mg(溶解液付)	同一成分			副腎皮質ホルモン剤[大] 副腎皮質ホルモン剤[大]	4				1	2	2	
20	水溶性ブレドニン10mg		※5		副腎皮質ホルモン剤[大] ブレドニゾン[成分] ブレドニゾン[成分]	3				1			
21	インジン液10%	外用				1				1			
22	クロマイーP軟膏	外用 抗菌			ブレドニゾン[成分] ブレドニゾン[成分] 外用鎮痛・消炎剤[小]	2				1			
23	亜鉛華軟膏「ヨシダ」	外用			外用鎮痛・消炎剤[小]	10	1						
24	アスタット軟膏1%	外用				20	1						
25	エンシュア・リキッド					500		35					
26	生理食塩液 100mL					10		1					
27	テルモ生食TK 100mL				塩化ナトリウム[成分] 塩化ナトリウム[成分]	1				1	1	2	
28	大塚生食注 20mL	同一成分			塩化ナトリウム[成分] 塩化ナトリウム[成分]	1				1	1	2	3
29	大塚生食注 100mL	同一成分			塩化ナトリウム[成分] 塩化ナトリウム[成分]	3				1	1		
30	大塚生食注 100mL	同一成分			塩化ナトリウム[成分] 塩化ナトリウム[成分]	4				1	2	2	
31	ヘパリンNaロック10U/ mLシリンジオーツカ 5mL 50U				血液凝固阻止薬[小]	2				1			
32	ヘパリンNaロック10U/ mLシリンジオーツカ 5mL 50U	同一成分			血液凝固阻止薬[小]	3				1			
33	ヘパリンNaロック10U/ mLシリンジオーツカ 5mL 50U	同一成分			血液凝固阻止薬[小]	4				1	2		
34	ヘパリンNaロック10U/ mLシリンジオーツカ 5mL 50U	同一成分			血液凝固阻止薬[小]	5				2			
35	エバテールS600 600mg		※6		血液凝固阻止薬[小]	3		35					
36	セフトリアキソンナトリウム静注用1g「日医工」	抗菌			抗菌薬[大]	2				1	1	2	
37	アジスロマイシン錠250mg「サント」	抗菌			抗菌薬[大]	2			3				

※1 腎機能低下、起立性低血圧、転倒、電解質異常 (002-00007)

※2 線内障の悪化もしくは原因および下部尿路症状 (002-00020)

※3 早期の中止あるいは上部消化管潰瘍や食道炎治療の維持量や予防量への減量を行う必要性あり (004-00034)

※4 呼吸筋の筋力低下および呼吸不全の助長 消化性潰瘍の発生 (002-00022)

※5 呼吸筋の筋力低下および呼吸不全の助長 消化性潰瘍の発生 (002-00022)

※6 抗凝固薬の効果が有効性が高い。出血リスクは同等 (002-00029)

患者面談シート（2019 年改訂版）〈記入例〉

患者情報

ふりがな 氏名	あさか たろう	☒ 男 ☐ 女	介護度
	朝霞 太郎		要支援 2
生年月日	大正 <u>昭和</u> 平成 15 年 3 月 1 日	79 歳	
住所	〒 351-0021 埼玉県朝霞市西弁財 1-10-21		
電話番号	携帯 (090-1111-2222)、自宅 (048-123-4567)		

薬および疾患の情報

受診医療機関数	病院数 (1)、診療所数 (0)、 病院の場合、診療科数 (1)
現在使用している薬剤	内服薬 (11 剤)、外用薬 (0 剤)、頓用薬 (0 剤)、注射剤 (0 剤) ○面談時に確認した処方 (医療機関別) アカルボース 100 mg「日医工」 アローゼン顆粒(センナ) クレストール錠 5 mg(ロスバスタチン) クロピドグレル錠 75 mg「トーワ」 タケルダ配合錠(アスピリン・ランソプラゾール) テネリア錠 20 mg (テネリグリブチン) フェロ・グラデュメット錠 105 mg(硫酸鉄) マグミット錠 500mg (酸化マグネシウム) メトグルト錠 250 mg(メトホルミン) ユリーフ錠 2 mg(シロドシン) ラックビー微粒 N 1%(ビフィズス菌)
常用の OTC・サプリメント	品名：青汁 頻度：毎日 1 杯服用
残薬 (2 回に 1 度忘れる 薬)	残薬： ☐ なし、 ☒ あり 残薬の薬品名 アローゼン、ラックビー微粒、マグミット (残薬となった理由) 便が出るときは飲まないから。 アカルボース (残薬となった理由) 朝食を抜くことが多い フェログラデュメット (残薬となった理由) むかむかする。便が黒くなるのがなんだか不安。
服薬管理者	☒ 本人、 ☐ 家族、 ☐ その他 ()
患者自身が把握している 病名	糖尿病、貧血、脳梗塞 (10 年位前に軽い失神がきっかけで入院)、頻尿

副作用に関する情報

食事	回数：1 日 (2) 回
----	----------------

	食事量：お茶碗に ☒ 半分、 ☐ 1 杯、その他 ()
睡眠	就寝時間：(9) 時-起床時間：(7) 時 睡眠の質： ☐ ぐっすり眠れている、 ☒ 眠りが浅く感じる 途中覚醒：(1) 回 (理由： トイレ)
排尿	夜間：おおよそ (1) 回 (就寝後から起床時まで) 薬を飲む前は 5 回のときもあった。 日中：おおよそ (5) 回
排便	☐ 毎日、 ☒ (3) 日おき便秘傾向は感じる
転倒	過去 1 ヶ月で転んだ回数 () 回 転びやすい場所 ()、転びやすい時間： ☐ 朝、 ☐ 昼間、 ☐ 夜
嚥下機能	むせ込み： ☐ なし、 ☒ あり むせ込む回数： ☐ 毎食時、 ☐ 1 日 (1) 回、 ☐ 1 週間に () 回
栄養状態	身長 (160) cm、体重 (50) kg、BMI (19.5) 指わっかテスト： ☐ つかめない、 ☒ ちょうど、 ☐ 隙間ができる 親指と人差し指でふくらはぎを囲む
記憶障害	☒ 最近ものの忘れが多くなった ☐ 抗コリン薬服用あり
せん妄	☐ 最近眠れなくなった、 ☐ 最近不安やイライラの頻度が多くなった ☐ 抗コリン薬服用あり
抑うつ (抗ドパミン薬等)	☐ 最近いろんなことが面倒になった、 ☐ 最近食欲がなくなった、 ☒ 最近気分が落ち込みやすくなった ☐ 抗ドパミン薬服用あり
パーキンソニズム (抗ドパミン薬等)	☐ 最近歩き方がふらふらする、 ☐ 最近歩幅がせまくなった (小刻み歩行))、 ☐ 最近手が震ふるようになった ☐ 抗ドパミン薬服用あり
その他の気になる症状	その他に副作用と思われる症状があったら記入： めまいの訴えあり。時間等は不規則 急に立つとふらつくことが多い。

検査値

腎機能	eGFR (35)、血清クレアチニン (0.8)
肝機能	ALT (45)、AST (35)、 γ -GTP (29)
K 値	4.0
HbA1c	6.0
その他の検査値	その他、副作用を裏付ける検査値があれば記入 Fe 値：180 (男：58～188) めまいがみられるが Fe 値は正常範囲内

症状の改善状況	アドヒアランスもよく、食事療法と運動療法を継続している
次回受診日	2019 年 11 月 6 日

面談日 2019 年 10 月 9 日

面談薬剤師氏名 志木 花子

面談薬局 駅前薬局

この患者面談シートのコピーを、担当医師、薬剤師会に送付してください。

お薬情報提供書（2019 年改訂版）〈記入例〉

処方医 志木 病院 一般内 科 埼玉 一郎 先生御机下

報告日 2019 年 10 月 10 日

- このシートは、薬剤の減量・中止の依頼ではなく、薬剤師からの情報提供書です。
- 今後の薬物治療の資料としてご活用いただけますと幸いです。

情報提供者

薬局名	駅前薬局
薬剤師名	志木 花子
住所	埼玉県志木市
連絡先	電話番号 048-987-6543 FAX 番号 048-987-6544

ふりがな	あさか たろう	性別		
患者氏名	朝霞 太郎	男	昭和 15 年 3 月 1 日生	79 歳

服用中の薬剤に関して以下の観点から検討しました。

- ①【重複】同成分の重複あるいは同効薬が処方されている
- ②【併用禁忌】添付文書の禁忌に記載ある組み合わせが処方されている
- ③【Criteria による抽出】「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015」「日本版 Beers Criteria」「STOPP/START」
- ④【副作用】薬剤による副作用が発現している可能性がある
- ⑤【検査値】薬剤による検査値異常の疑いが推測される
- ⑥【現在の症状】症状が改善されており、減薬・中止が可能と推測される
- ⑦【その他】上記以外による理由により薬の削減を提案

薬剤名	薬剤見直しの詳細	薬剤師からの提案
フェロ・グラデュメット錠 105 mg(硫酸鉄)	事由 No. (⑥ ⑦) 現在服用を中断しているようです。服用でむかつきを感じる こと、便が黒くなることが気になるようです。時々めまいの 訴えがありますが、Fe 値は正常範囲内でした。	☒ 投与継続について検討 ☐ 服用回数、減量 ☐ 代替薬への変更 () ☐ その他 ()
ユリーフ錠 2 mg(シロドシン)	事由 No. (③、④) 夜間の頻尿は改善されているようです。起立性低血圧やめま いの副作用が報告されています。	☒ 投与継続について検討 ☐ 服用回数、減量 ☐ 代替薬への変更 () ☐ その他 ()
アカルボース 100mg	事由 No. (⑦) お一人暮らしで食事の回数が 1 日 2 回になることが多いよう です。	☐ 投与継続について検討 ☒ 服用回数、減量 ☐ 代替薬への変更 () ☐ その他 ()
マグミット 500mg	事由 No. (③ ⑥) 腎機能 (e-GFR 35) のため、血清 Mg 値、及び悪心や嘔吐の 傾向がないことを確認しました。しかし、ご本人が調整して 服用しているため、今後も高 Mg 血症への注意は必要と考え	☐ 投与継続について検討 ☒ 服用回数、減量 ☐ 代替薬への変更 ()

	ます。	☐ その他（ ）
--	-----	--

その他連絡事項

太郎様は、治療特に糖尿病に関して前向きです。薬のこともよく理解しています。食事療法と運動療法を継続しているとのこと。話を伺ったところ少し心配症の傾向がみられます。今後、薬局でもよく話を聞き、対応していきたいと思います。その結果は先生にもフィードバックさせていただきます。また、むせ込みがみられるようなので、とろみ剤の提供も考えています。
--

クライテリアデータ一覧表<一部抜粋>

[illegible]

面談準備シート＜ひな形＞

医薬品名	不適切 処方	対象となる患者群 (すべて対象となる 場合は無記載)	主な副作用・理由	推奨される使用法及び解説	エビデンスの質お よび確信度	確認事項	副作用発現の有無	症状の改善状況	その他 併用禁忌など
例 アカルボース 100mg 「日医工」	※2		下痢、便秘、 放屁、腹満感	腸閉塞などの重篤な副作用に注意する。		服用期間の確認 副作用の発現の確認：下痢、 腹部膨満、放屁、便秘（腸閉塞） 症状の改善の確認：HbA1cの値			
1									
2									
3									
4									
5									

一般社団法人朝霞地区薬剤師会 2019

薬局での面談の際、患者さんにご持参いただくもの

- ・ 保険証
- ・ 介護保険証
- ・ お薬手帳（使用済みのものも含め、所持するものすべて）
- ・ 検査結果表
- ・ 血圧手帳
- ・ 糖尿病手帳
- ・ ワーファリン手帳
- ・ デイサービスとの連絡帳
- ・ ご家庭にあるすべての薬（サプリメント、健康食品を含む）

10種類以上のお薬を服用する方の相談事業
実施後アンケート（2019年版）

一般社団法人朝霞地区薬剤師会

該当する項目に○印を付けてください。

問1 この事業に参加したことが、日々の診療の役に立ちましたか

- 1 とても役に立った 2 役に立った 3 少し役に立った
4 役に立たなかった（理由： ）

問2 問1の1～3に○印を付けた方、どのような点が役に立ちましたか
（複数回答可）

- 1 多剤併用の状況が理解できた
2 他院の受診、処方状況がわかった
3 薬剤師から情報提供を受けた
4 薬剤師と薬について相談できた
5 その他（ ）

問3 「患者面談シート」や「情報提供書」は役に立ちましたか

- 1 情報が適切で役に立った
2 情報が不足していた

（改善点： ）

問4 以前から多剤併用（ポリファーマシー）を意識していましたか

- 1 はい
2 いいえ

この事業についてのご意見、ご感想、ご希望などをご記入ください。

なお、アンケート調査の成果は、学会や科学専門誌などの発表に使用される場合がありますが、名前など個人を特定するような情報が公表されることはありません。
ご協力ありがとうございました。

（医療機関名） _____ （医師名） _____

お薬相談患者様アンケート (2019 年版)

一般社団法人朝霞地区薬剤師会

以下の「お薬相談」についての質問について、当てはまる番号に○印をつけてください。

問 1 「お薬相談」についてどう思われますか

- 1 受診ごとにして欲しい
- 2 定期的（例：半年おき）にして欲しい
- 3 必要な時にして欲しい
- 4 特に必要ない

問 2 「お薬相談」の相談窓口として、誰がよいですか

- 1 薬剤師がよい
- 2 医師がよい
- 3 どちらでもよい

問 3 今回「お薬相談」で、薬剤師のイメージは変わりましたか

- 1 よくなった
- 2 悪くなった
- 3 かわらない

問 4 今回「お薬相談」で、薬剤師の信頼度は変わりましたか

- 1 高くなった
- 2 低くなった
- 3 変わらない

問 5 薬が変わった後の状態変化について

- 1 確認して欲しい（→問 6 へ）
- 2 何かあったら連絡するからいらない（→終了）

問 6 薬が変わった後の状態変化を、誰に確認して欲しいですか

- 1 薬剤師に確認して欲しい
- 2 医師に確認して欲しい
- 3 医師、薬剤師のどちらでもよい

差し支えなければ御名前をお書きください。 氏名 _____

なお、アンケート調査の成果は、学会や科学専門誌などの発表に使用される場合がありますが、名前など個人を特定するような情報が公表されることはありません。ご協力ありがとうございました。

該当する数字を記入、または項目に○印をつけてください。

(薬局で、複数名の患者さんを担当された場合は、患者さんごとに記載をお願いします)

Q1. 患者面談シート、お薬情報提供書の、医療機関への送信に関してお答えください。

Q1-1 患者さんが受診されていた全ての医療機関に「お薬情報提供書」を送信されましたか

⇒ 1. はい (件) 2. いいえ (件)

「2. いいえ」を選ばれた方にお聞きます。それはなぜですか。理由を記載してください。

Q1-2 「お薬情報提供書」は全て同じ内容の情報を送信しましたか ⇒ 1. はい 2. いいえ

「2. いいえ」を選ばれた方にお聞きます。それはなぜですか。理由を記載してください。

Q1-3 「患者面談シート」は医療機関に送信されましたか ⇒ 1. はい 2. いいえ

「2. いいえ」を選ばれた方にお聞きます。それはなぜですか。理由を記載してください。

Q2. 患者面談シート、お薬情報提供書の、事務局への送信についてお答えください。

Q2-1 「お薬情報提供書」は、全て事務局に送信されましたか ⇒ 1. はい 2. いいえ

「2. いいえ」を選ばれた方にお聞きます。それはなぜですか。理由を記載してください。

Q2-2 「患者面談シート」は、事務局に送信されましたか ⇒ 1. はい 2. いいえ

「2. いいえ」を選ばれた方にお聞きます。それはなぜですか。理由を記載してください。

ご協力ありがとうございました。

薬局名 _____ 担当薬剤師名 _____

朝霞地区ポリファーマシー対策 薬剤師向けアンケート②

一般社団法人 朝霞地区薬剤師会

Q1. 同意を受けて連絡した患者さんについて、スムーズに事業に参加いただけましたか。

1. 参加しなかった ⇒Q2、3に回答してください。
2. 参加した ⇒Q2を飛ばして、Q3から回答してください。

Q2. 患者さんが参加しなかった理由に○印をつけてください。

1. 患者さんの理解を得るのが難しかった
2. 患者さんの家族の理解を得るのが難しかった（患者家族が対応した）
3. その他（具体的に： _____ ）

Q3. 事業内容について、あらためて患者さんに説明した内容について、該当する項目に○印をつけてください。

1. 患者さん自身が対象に選ばれた理由
2. 薬を多く服用していると問題になると考えられる事項について
3. 薬剤師が介入することのメリット
4. 相談事業の流れ（情報がどのように提供されるのか、など）
5. 個人情報の取扱いについて
6. 中止を希望する時の方法について
7. その他（具体的に： _____ ）

★ご担当いただいた患者さんが、事業に参加しなかった場合は、質問はここで終了です。

ご協力ありがとうございました。

★ご担当いただいた患者さんが、事業に参加し、患者面談シート、情報提供書を作成された方は、Q4 以下に回答してください。

（記載例）

役に立たない 1 2 3 4 5 役立つ

Q4. 患者面談シートは、あなたが患者さんの状態を把握するためにどの程度役立ちましたか。

役に立たない			役立つ			

Q5. 患者面談シートの「副作用に関する情報」項目のチェック内容が「適切」か「不適切」だったか、どちらかに○印をつけてください。また、「不適切」を選んだ場合、どのように改善すべきか記入してください。

副作用に関する情報

		チェック内容		不適切の場合の改善点
		適切	不適切	
食事	回数：1日（ ）回 食事量：お茶碗に ☐ 半分、 ☐ 1杯、その他（ ）			
睡眠	就寝時間：（ ）時-起床時間：（ ）時 睡眠の質： ☐ ぐっすり眠れている、 ☐ 眠りが浅く感じる 途中覚醒：（ ）回（理由： ）			
排尿	夜間：おおよそ（ ）回（就寝後から起床時まで） 日中：おおよそ（ ）回			
排便	☐ 毎日、（ ）日おき			
転倒	過去1ヶ月で転んだ回数（ ）回、 転びやすい場所（ ）、転びやすい時間： ☐ 朝、 ☐ 昼間、 ☐ 夜			
嚥下機能	むせ込み： ☐ なし、 ☐ あり むせ込む回数： ☐ 毎食時、1日（ ）回、1週間に（ ）回			
栄養状態	身長（ ）cm、体重（ ）kg、BMI（ ） 指圧テスト： ☐ つかめない、 ☐ ちょうど、 ☐ 隙間ができる 親指と人差し指でふくらはぎを囲む			
記憶障害	☐ 最近もの忘れが多くなった ☐ 抗コリン薬服用あり			
せん妄	☐ 最近眠れなくなった、 ☐ 最近不安やイライラの頻度が多くなった ☐ 抗コリン薬服用あり			
抑うつ	☐ 最近いろんなことが面倒になった、 ☐ 最近食欲がなくなった、 ☐ 最近気分が落ち込んできた ☐ 抗ドパミン薬服用あり			
パーキンソンズ	☐ 最近歩き方がふらふらする、 ☐ 最近歩幅が小さくなった（小刻み歩行）、 ☐ 最近手が震ふるようになった ☐ 抗ドパミン薬服用あり			

Q6. 不適切な薬剤を見つける上で、他に必要な着眼点（例、血圧、歩行状態など）があれば記載してください。

Q7. レセプトからの薬剤情報は、あなたが患者さんのポリファーマシーを判断するためにどの程度役立ちましたか。

--	--	--	--	--	--	--

役に立たない役立つ

Q8. 医師への情報提供書を作成するために、レセプトデータ、ポリファーマシー抽出結果の他に、あなたが使用した資料を教えてください。

- ① 医薬品添付文書
- ② 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015（老年薬学会）
- ③ Beers Criteria
- ④ STOPP Criteria
- ⑤ その他（書籍名など、具体的に記載してください）

Q9. 今後、患者さんのポリファーマシーを判断するために、日本老年薬学会の「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015」を使いたいですか。

--	--	--	--	--	--	--

使いたくない使いたい

Q10. 日本老年薬学会の「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015」をご覧になった方にうかがいます。この書籍を使用する上で、改善して欲しい点があれば記載してください。（例. 索引を付けて欲しい など）

Q11. レセプトデータおよびデータベースを用いたポリファーマシー抽出結果がない場合、何を使用して患者さんのポリファーマシー状態を判断しますか。

今まで使用していたツール、これから使用したいツールなど記載してください。

Q12. 今回の事業に参加した感想をお書きください。（この事業は、来年度も埼玉県全体に拡張して実施してまいります。今回参加されたみなさまの貴重なご意見を活用させていただきたいと考えております）

ご協力ありがとうございました。

提出期限 2020年2月1日

	市	かかりつけ・利用薬局
1	朝霞市	アカネ薬局2号店
2	朝霞市	武蔵野薬局朝霞店
3	朝霞市	あおい調剤薬局 志木北口駅前店
4	朝霞市	ウェルパーク薬局北朝霞店
5	朝霞市	アイセイ薬局朝霞台店
6	朝霞市	フラワー薬局
7	朝霞市	アカネ薬局1号店
8	志木市	三上薬局
9	志木市	はなまる薬局新座店
10	志木市	ソレイユ薬局
11	新座市	あおい調剤薬局新座駅前店
12	新座市	エール薬局学園通り店
13	新座市	ひまわり薬局
14	新座市	クリエイトエス・ディー新座栗原店
15	新座市	あおい調剤薬局新座駅前店
16	新座市	コスモファーマシー
17	新座市	木の実薬局
18	新座市	かくの木薬局新堀店
19	新座市	かもめ薬局（近隣）昨年と同じ薬局を本人同意
20	和光市	スギ薬局（和光店）
21	和光市	すみれ薬局
22	富士見市	さと薬局
23	富士見市	ゆみ薬局
24	富士見市	つるせ薬局
25	富士見市	パル薬局鶴瀬東口店
26	富士見市	スマイル薬局
27	富士見市	中村薬局西口店
28	富士見市	まい薬局富士見店
29	富士見市	パル薬局鶴瀬東口店
30	富士見市	パル薬局中央公園店
31	富士見市	共創未来ふじみ野薬局
32	富士見市	創健薬局

あてはまるところにチェックしてください。

1. 勤務先（薬局）の所在地 （ ）市・町

2. 性別 ☐ 男性 ☐ 女性

3. 年代 ☐ 20代 ☐ 30代 ☐ 40代 ☐ 50代 ☐ 60代以上

4. これまでにポリファーマシーを意識したことはありますか？

☐ ある ☐ ない

5. これまでにポリファーマシーが疑われる患者さんはいましたか？

☐ いた ☐ いない

6. 現在、ポリファーマシー解消に取り組んでいますか？

☐ 取り組んでいる → 設問7へ

☐ 取り組んでいない → 設問10へ

（取り組んでいない場合は、その理由）

7. ポリファーマシーに気づいたきっかけは何ですか？（複数回答可）

☐ 多職種からの連絡

☐ お薬手帳

☐ 服薬状況、残薬状況

☐ 患者・患者家族との対話

☐ 薬歴

☐ 検査値

☐ 副作用が疑われる症状の発現

☐ その他（ ）

8. ポリファーマシーを解消するために利用している資料は何ですか？（複数回答可）

☐ 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン

☐ Beers criteria

☐ STOPP/START criteria

☐ インタビューフォーム・添付文書

☐ ガイドライン・論文

☐ 電子薬歴

☐ その他（ ）

9. ポリファーマシーが疑われる患者について主治医に処方提案をしたことがありますか？

☐ ある ☐ ない

↳ 処方提案の結果、処方内容に変更はありましたか？

☐ あった ☐ なかった

↳ 具体的な事例

10. 今回の講演を聴いて、薬剤師がポリファーマシーに取り組む重要性を理解できましたか？

☐ できた

☐ 少しできた

☐ あまりできなかった

11. 意見・感想

ご協力ありがとうございました。記入漏れがないか、今一度ご確認ください。