

令和3年度

ポリファーマシー対策事業

(薬局のかかりつけ機能強化推進事業)

一般社団法人埼玉県薬剤師会

目次

1. 事業概要	1
2. フローチャートおよびポリファーマシー対策事業報告書	
＜その1＞処方箋受付時に、お知らせを持参または薬剤師が必要性を認めた場合	
・フローチャート(その1)	3
・ポリファーマシー対策事業報告書(その1)	4
＜その2＞処方箋受付とは関係なく、お知らせを持参または薬剤師が必要性を認めた場合	
・フローチャート(その2)	5
・ポリファーマシー対策事業報告書(その2)	6
3. 体調チェック表(患者用) ※チェック項目は、事前・事後で同様の内容です。	
・体調チェック表(事前)	7
・体調チェック表(事後)	9
4. 重複投薬等に係る報告書	11

＜留意事項＞

各種様式は、お手数ですがコピーしてお使いください。

なお、埼玉県薬剤師会ホームページからダウンロードできるようになっておりますので、そちらもご活用ください。

【背景・目的】

「かかりつけ薬剤師・薬局」は個々の患者の服薬情報を一元的・継続的に管理することが求められているが、高齢者は複数の医療機関・薬局を受診している場合が多く、把握しきれていないのが実状である。そこで、多剤併用による患者の不利益を回避するために、薬局薬剤師が他職種と連携してポリファーマシー対策を実施する必要がある。

【対象患者】

- (1) 国の保険者努力支援制度(市町村)「重複・多剤投与者に対する取組」の対象者
⇒令和2年度から開始、令和3年度には県内59市町で実施される予定。

〔抽出条件〕

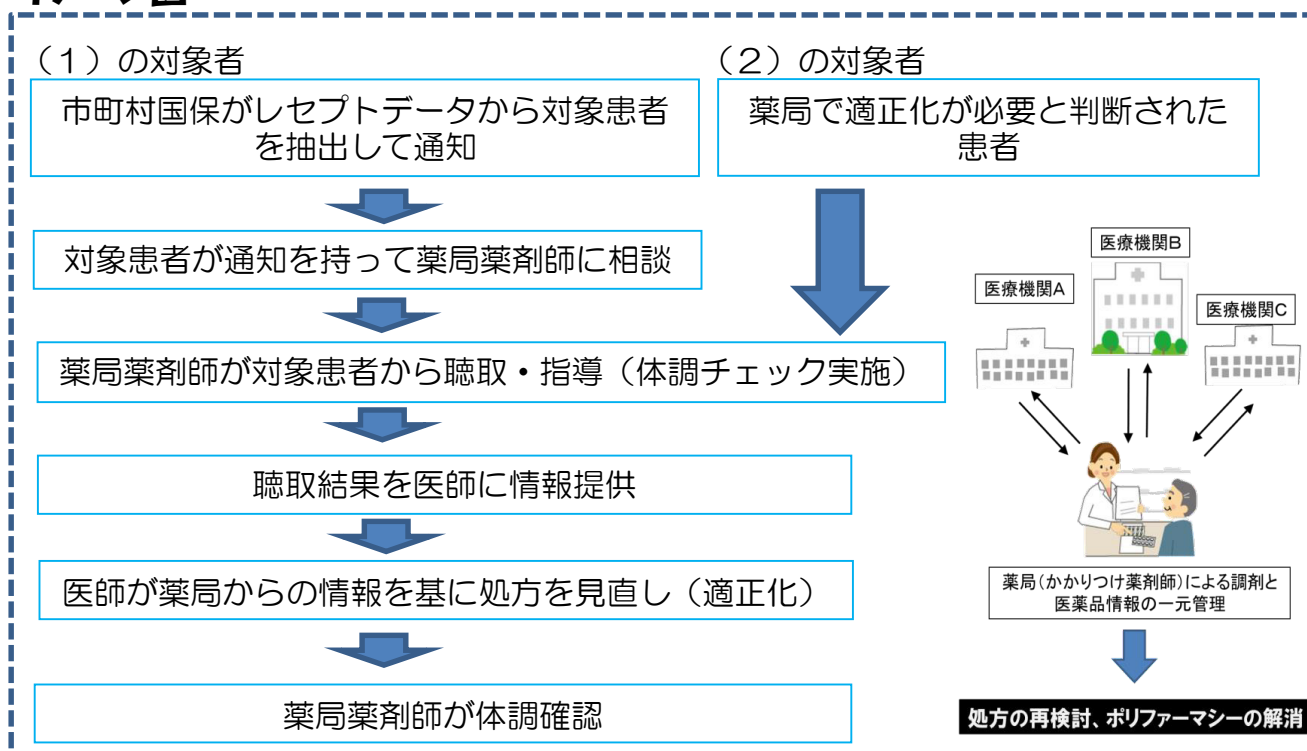
- ① 直近3ヶ月を対象
- ② がん、精神疾患、血友病等に関する治療薬が処方されている方は除く
- ③ 重複…同一月内に同一薬効を持つ医薬品が処方されているもの。
多剤…同一月内に10種類以上の医薬品が処方されているもの。
- ④ ③の条件が直近3ヶ月のうち2ヶ月以上該当するもの

- (2) 薬局の薬剤師が適正化を必要と判断した方（剤数に関係なし）

【方法】

1. 対象患者が保険者からの通知を持って薬局薬剤師に相談または、薬局の薬剤師が適正化を必要とする患者を発見。
2. 薬局薬剤師が患者の服薬状況等を聴取（体調チェックを実施）
3. 薬局薬剤師が医師へ情報提供を行う。
4. 次回来局時、薬局薬剤師が再度患者の服薬状況等を聴取（体調チェックを実施）
5. 報告書等を埼玉県薬剤師会に提出

イメージ図



【実施期間】

令和3年9月～12月

【配布資料】

- ・ポリファーマシー対策事業報告書
- ・体調チェック表（患者向け）
- ・重複投薬等に係る報告書（医師あて）
- ・薬局掲示用ポスター

【報告書等の提出について】

（1）提出物

- ・ポリファーマシー対策事業報告書
- ・体調チェック表
- ・重複投薬等に係る報告書（写し）

（2）提出方法

- ・郵送
- ・FAX
- ・メール

（3）提出先

一般社団法人埼玉県薬剤師会

〒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

FAX：048-825-0700

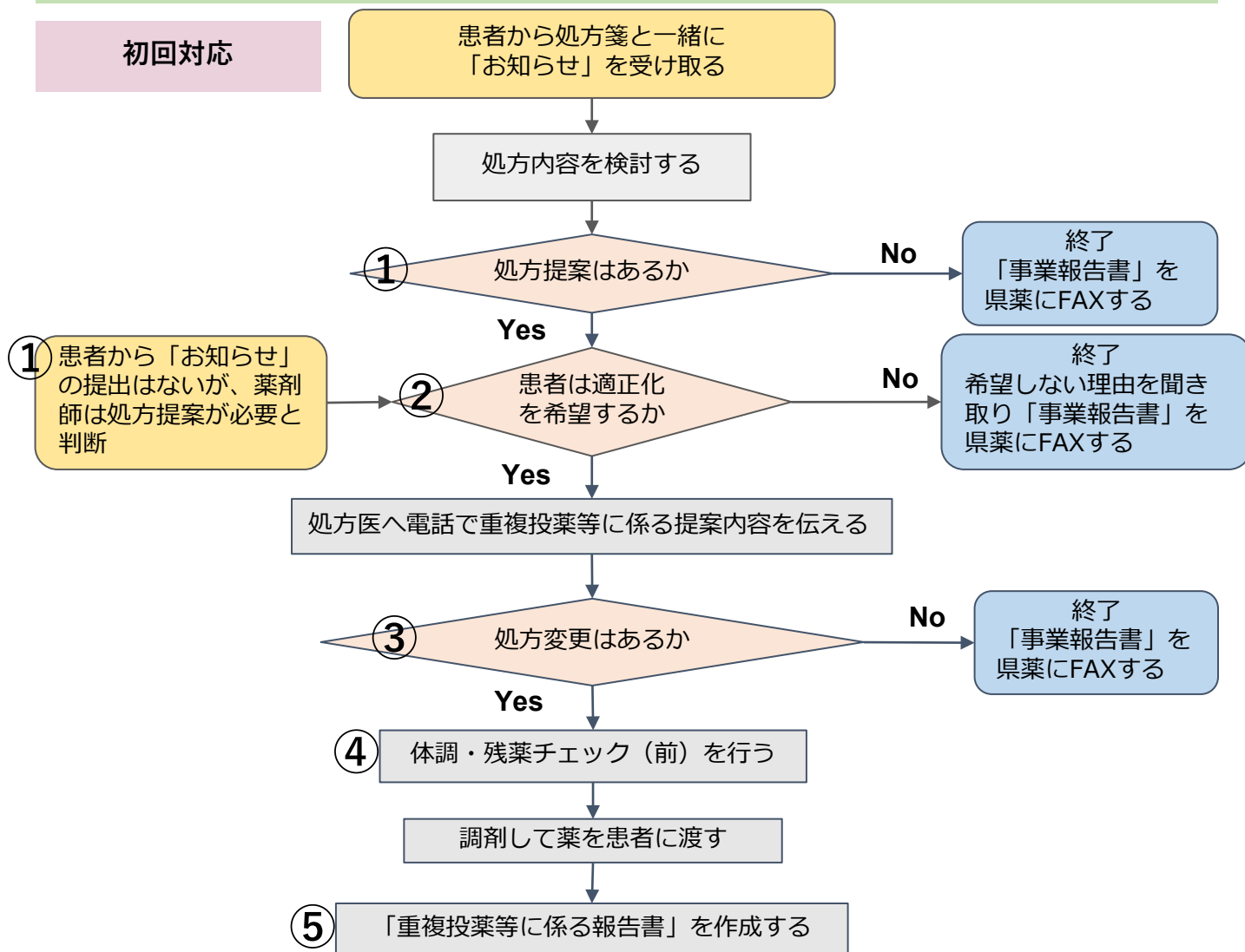
E-mail：joho@saiyaku.or.jp

（4）提出期限

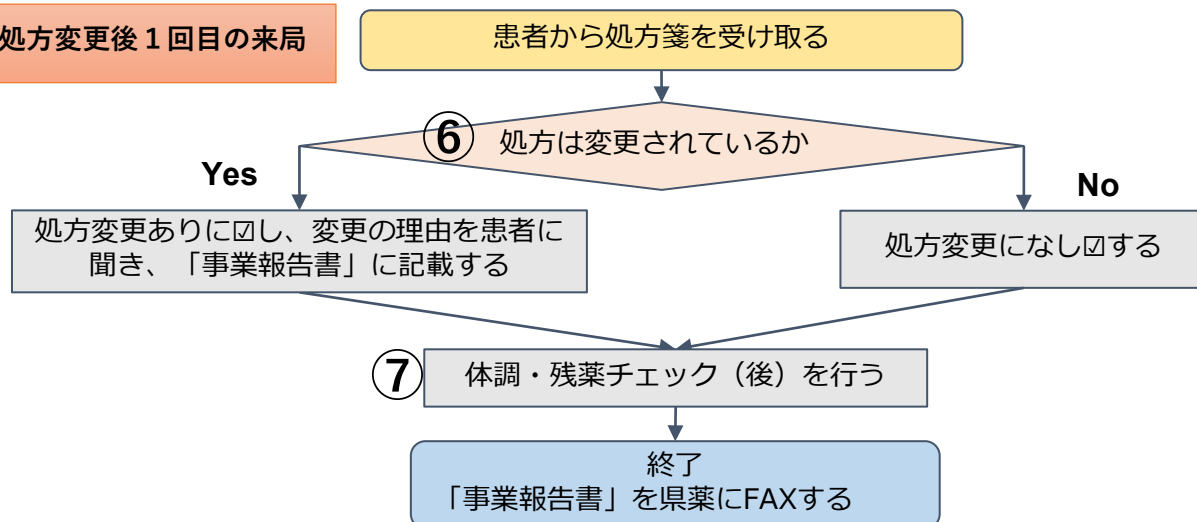
令和4年1月31日（月）必着

【その1】受診後、処方箋の提出と一緒に「お知らせ」が提出された、または、薬剤師からの処方変更提案が必要であるため、**その場で提案を医師に伝える場合**

初回対応



処方変更後1回目の来局



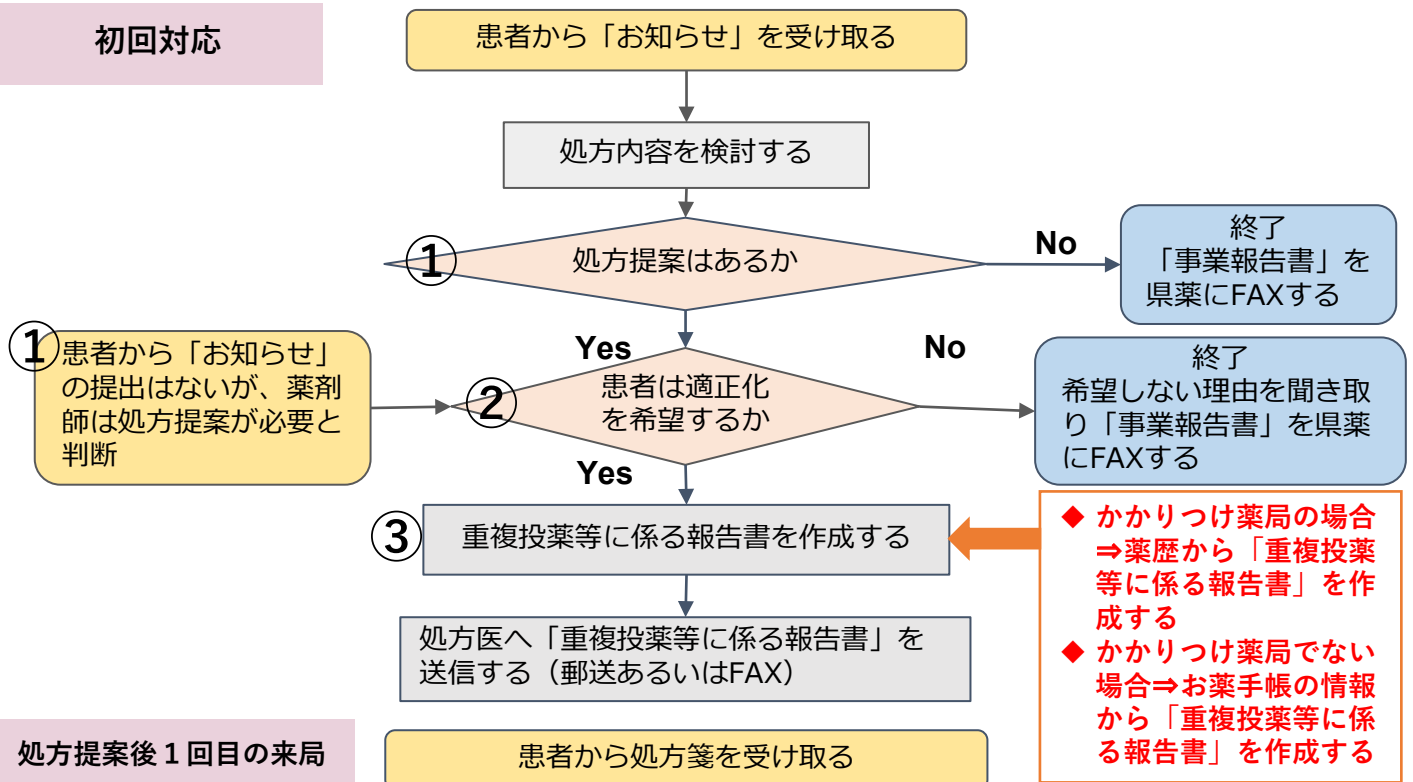
【その1】ポリファーマシー対策事業報告書

記入日 令和 年 月 日

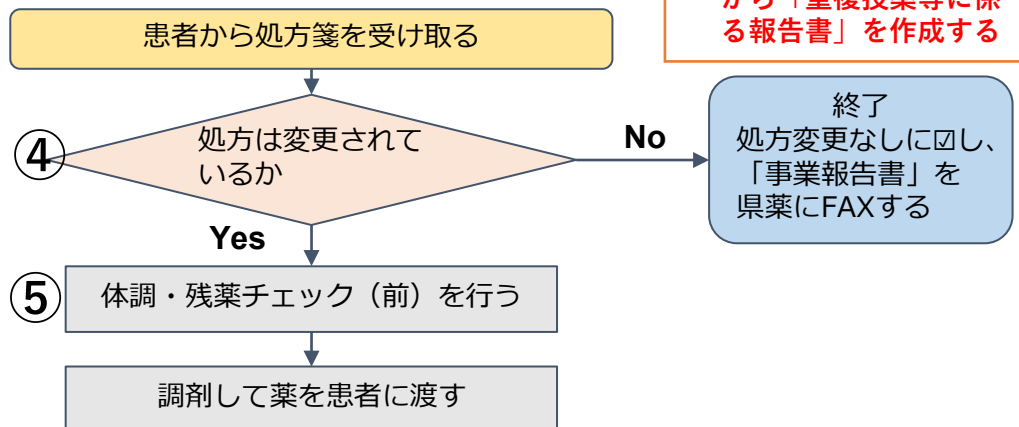
薬局名		患者番号	
薬局連絡先		担当者	
開始理由	☐ 国保連合会からのお知らせを持参 ☐ 薬剤師からの提案		
患者背景	年齢_____歳 性別（男・女） 受診医療機関数_____カ所・不明		
	服薬管理者（本人・家族等） 介護度（要支援・要介護： ） 独居・同居（ 人）		
かかりつけ薬局	☐ かかりつけ薬局 ☐ かかりつけ薬局でない		
① 適正化の必要性 (薬剤師の判断)	☐ あり ☐ なし ➡ 終了：「事業報告書」を県薬にFAX (理由) ↓ ☐ 重複 ☐ 類似薬 ☐ 副作用 ☐ その他（ ）		
② 患者の希望	☐ なし ➡ 終了：「事業報告書」を県薬にFAX ☐ あり ↓ (理由：)		
★医師へ電話で問い合わせる			
③ 処方変更の有無	☐ 処方変更あり ☐ 処方変更なし ➡ 終了：「事業報告書」を県薬にFAX		
④ ★体調チェック表（事前） ➡ 県薬にFAX			
⑤ ★医師への提案「重複投薬等に係る報告書」 ➡ コピーを県薬にFAX			
⑥ 処方変更後の来局 (1回目)	☐ 処方変更あり ☐ 処方変更なし ➡ 終了：「事業報告書」を県薬にFAX		
⑦	★体調チェック表（事後） ➡ 県薬にFAX		
処方変更の理由 (患者にヒアリング)			
➡ 終了：県薬に「事業報告書」をFAX FAX：048-825-0700			

【その2】受診とは関係なく「お知らせ」が提出された、または薬剤師からの処方変更提案が必要であるが、**次回受診までの間に処方提案を伝える**場合。または、処方箋と一緒に「お知らせ」が提出されたが、調査に時間を要するため、当日の処方はそのまま調剤して渡す場合。

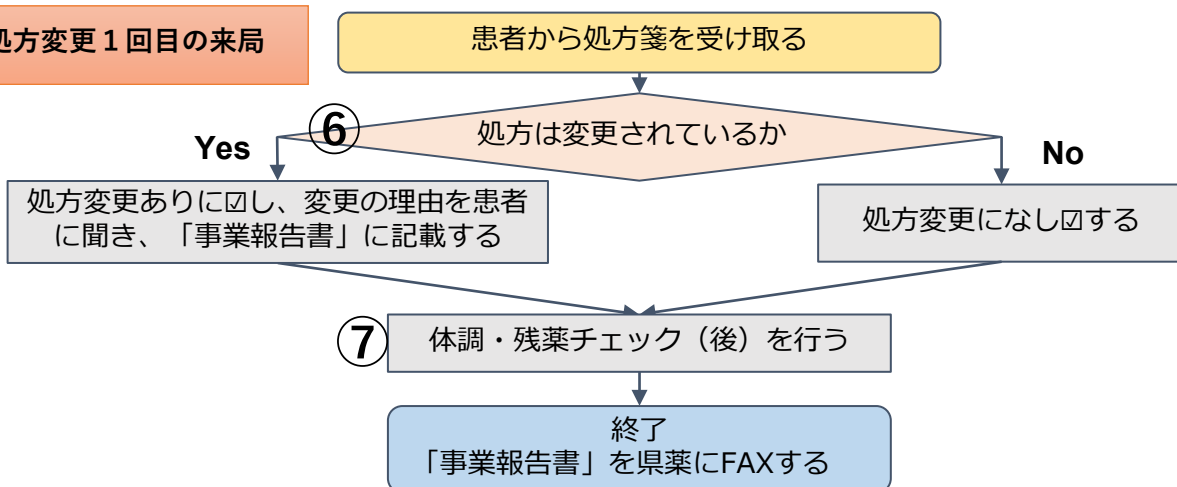
初回対応



処方提案後1回目の来局



処方変更1回目の来局



【その2】ポリファーマシー対策事業報告書

記入日 令和 年 月 日

薬局名		患者番号	
薬局連絡先		担当者	
開始理由	☐ 国保連合会からのお知らせを持参 ☐ 薬剤師からの提案		
患者背景	年齢 _____ 歳 性別（男・女） 受診医療機関数 _____ カ所・不明		
	服薬管理者（本人・家族等） 介護度（要支援・要介護： ） 独居・同居（ 人）		
かかりつけ薬局	☐ かかりつけ薬局 ☐ かかりつけ薬局でない		
① 適正化の必要性 (薬剤師の判断)	☐ あり ☐ なし ➡ 終了：「事業報告書」を県薬にFAX (理由) ⤵ ☐ 重複 ☐ 類似薬 ☐ 副作用 ☐ その他（ ）		
② 患者の希望	☐ なし ➡ 終了：「事業報告書」を県薬にFAX ☐ あり ⤵ (理由：)		
③	★医師への提案「重複投薬等に係る報告書」 ➡ コピーを県薬にFAX		
④ 処方提案後の来局 (1回目)	☐ 処方変更あり ☐ 処方変更なし ➡ 終了：「事業報告書」を県薬にFAX		
⑤	★体調チェック表（事前） ➡ 県薬にFAX		
⑥ 処方変更後の来局 (1回目)	☐ 処方変更あり ☐ 処方変更なし ➡ 終了：「事業報告書」を県薬にFAX		
⑦	★体調チェック表（事後） ➡ 県薬にFAX		
	処方変更の理由 (患者にヒアリング)		
➡ 終了：県薬に「事業報告書」をFAX FAX：048-825-0700			

薬局名		患者番号	
連絡先		担当者	

以下の問いについて、ここ 2～3 週間ぐらいのことをお答えください。

1. 食事に関する問題

1) 食欲はどの程度ありますか

全くない	ほぼない	あまりない	どちらとも	ややある	かなりある	非常にある
いえない						

2) 体重の変化はどの程度ありますか

非常に減った	かなり減った	やや減った	変わらない	やや増えた	かなり増えた	非常に増えた

3) 飲み込みについて問題がありますか

全くない	ほぼない	あまりない	どちらとも	ややある	かなりある	非常にある
いえない						

2. 排泄に関する問題

1) 排尿の回数や量についてどの程度満足していますか

全く満足していません	ほぼ満足していません	あまり満足していません	どちらとも	やや満足している	かなり満足している	非常に満足している

2) 排便の回数や便の状態についてどの程度満足していますか

全く満足していません	ほぼ満足していません	あまり満足していません	どちらとも	やや満足している	かなり満足している	非常に満足している

3) 汗をかかない、口が乾くなどの問題がありますか

全くない	ほぼない	あまりない	どちらとも	ややある	かなりある	非常にある
いえない						

3. 睡眠に関する問題

1) 睡眠についてどの程度満足していますか

全く満足していません	ほぼ満足していません	あまり満足していません	どちらとも	やや満足している	かなり満足している	非常に満足している

2) 寝付けずに困ることはどの程度ありますか

全くない ほぼない あまりない どちらとも ややある かなりある 非常にある
いえない

3) 途中で目が覚めることはどの程度ありますか

全くない ほぼない あまりない どちらとも ややある かなりある 非常にある
いえない

4) 日中の眠気はどの程度ありますか

全くない ほぼない あまりない どちらとも ややある かなりある 非常にある
いえない

4. 運動・活動に関する問題

1) つまずいたり、転んだりする問題はどの程度ありますか

全くない ほぼない あまりない どちらとも ややある かなりある 非常にある
いえない

Wage Category	Percentage
Less than \$10,000	10%
\$10,000-\$14,999	20%
\$15,000-\$19,999	20%
\$20,000-\$24,999	20%
\$25,000-\$29,999	10%
\$30,000 or more	10%

2) めまいやふらつきの問題はありますか

全くない ほぼない あまりない どちらとも ややある かなりある 非常にある
いえない

3) 身体がだるい、力が入らないなどの問題がありますか

全くない ほぼない あまりない どちらとも ややある かなりある 非常にある
いえない

Age Group	Percentage
18-24	15%
25-34	25%
35-44	20%
45-54	15%
55-64	10%
65-74	5%
75-84	5%
85+	5%

5. 認知機能に関する問題

1) 少し前のことや物の名前が思い出せないことはどの程度ありますか

全くない ほぼない あまりない どちらとも ややある かなりある 非常にある
いえない

Age Group	Percentage
18-24	15%
25-34	25%
35-44	20%
45-54	15%
55-64	10%
65-74	5%
75-84	5%
85+	5%

2) 薬の飲み忘れはどの程度ありますか

全くない ほぼない あまりない どちらとも ややある かなりある 非常にある
いえない

3) 自分で電話番号を調べて電話をすることはありますか

全くない ほぼない あまりない どちらとも ややある かなりある 非常にある
いえない

Age Group	Percentage
18-24	15%
25-34	25%
35-44	20%
45-54	15%
55-64	10%
65-74	5%
75-84	5%
85+	5%

薬局名		患者番号	
連絡先		担当者	

以下の問いについて、ここ 2～3 週間ぐらいのことをお答えください。

1. 食事に関する問題

1) 食欲はどの程度ありますか

全くない ほぼない あまりない どちらとも ややある かなりある 非常にある
 いえない

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

2) 体重の変化はどの程度ありますか

非常に かなり やや減った 変わらない やや増えた かなり 非常に
 減った 減った 増えた 増えた

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

3) 飲み込みについて問題がありますか

全くない ほぼない あまりない どちらとも ややある かなりある 非常にある
 いえない

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

2. 排泄に関する問題

1) 排尿の回数や量についてどの程度満足していますか

全く満足し ほぼ満足し あまり満足 どちらとも やや満足し かなり満足 非常に満足
 していない していない していない いえない ている している している

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

2) 排便の回数や便の状態についてどの程度満足していますか

全く満足し ほぼ満足し あまり満足 どちらとも やや満足し かなり満足 非常に満足
 していない していない していない いえない ている している している

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

3) 汗をかかない、口が乾くなどの問題がありますか

全くない ほぼない あまりない どちらとも ややある かなりある 非常にある
 いえない

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

3. 睡眠に関する問題

1) 睡眠についてどの程度満足していますか

全く満足し ほぼ満足し あまり満足 どちらとも やや満足し かなり満足 非常に満足
 していない していない していない いえない ている している している

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

2) 寝付けずに困ることはどの程度ありますか

全くない	ほぼない	あまりない	どちらとも	ややある	かなりある	非常にある
いえない						

3) 途中で目が覚めることはどの程度ありますか

全くない	ほぼない	あまりない	どちらとも	ややある	かなりある	非常にある
いえない						

4) 日中の眠気はどの程度ありますか

全くない	ほぼない	あまりない	どちらとも	ややある	かなりある	非常にある
いえない						

4. 運動・活動に関する問題

1) つまずいたり、転んだりする問題はどの程度ありますか

全くない	ほぼない	あまりない	どちらとも	ややある	かなりある	非常にある
いえない						

2) めまいやふらつきの問題はありますか

全くない	ほぼない	あまりない	どちらとも	ややある	かなりある	非常にある
いえない						

3) 身体がだるい、力が入らないなどの問題がありますか

全くない	ほぼない	あまりない	どちらとも	ややある	かなりある	非常にある
いえない						

5. 認知機能に関する問題

1) 少し前のことや物の名前が思い出せないことはどの程度ありますか

全くない	ほぼない	あまりない	どちらとも	ややある	かなりある	非常にある
いえない						

2) 薬の飲み忘れはどの程度ありますか

全くない	ほぼない	あまりない	どちらとも	ややある	かなりある	非常にある
いえない						

3) 自分で電話番号を調べて電話をすることはありますか

全くない	ほぼない	あまりない	どちらとも	ややある	かなりある	非常にある
いえない						

重複投薬等に係る報告書

令和 年 月 日

医療機関名

担当医氏名

先生

薬局名		患者番号	
連絡先		担当者	

患者氏名		性別	
生年月日			
住所			
電話番号			

以下の通り、重複投薬等の状況について報告いたします

★受診中の医療機関、診療科等に関する情報

保健医療機関名	診療科

★現在服用中の薬剤一覧

医薬品名	薬効分類又は効能効果

★薬剤師からのご提案

