

薬薬連携事業

入退院時情報共有シート運用説明会

事業目的

入退院時における医療機関と薬局の情報連携や在宅医療における多職種との連携は、
薬剤師に求められている重要な役割の一つである

薬剤師全体の資質を向上させるとともに、
多職種も含めた病院薬剤師と地域の薬局薬剤師の連携体制を強化・推進する

具体的な取り組み

R8年1月25日
病院・薬局薬剤師が
意見を出し合い作成しました
@城西大学

- 薬薬連携ツール・フローチャートの作成
- モデル地区での運用および検証
- 各症例に対するアンケート実施
- アンケート結果の検証・課題抽出

具体的な取り組み

R8年1月25日
病院・薬局薬剤師が
意見を出し合い作成しました
@城西大学

□ 薬薬連携ツール・フローチャートの作成

□ モデル地区での運用および検証

□ 各症例に対するアンケート実施

本日はこちらに関する
説明会になります

□ アンケート結果の検証・課題抽出

モデル地区

【モデル地区①】

○埼玉医科大学病院

○坂戸・鶴ヶ島地区 薬局、飯能地区 薬局

【モデル地区②】

○深谷赤十字病院

○深谷地区 薬局

ご協力いただきありがとうございます

検証方法

- 検証期間: R8年10月1日～R9年1月31日
- 目標症例数: 20症例以上
- 方法: フローチャートを参考に入退院時情報共有シートを用いて病院・薬局間の情報共有を行う

検証にあたってのお願い

見本

【医療機関の皆さま】

①指定のFAX送付状と各情報提供を送付して
いただくようお願いいたします

②シートを送付した薬局名の記録をお願いいたします

※記録方法:ご都合のよい様式をお願いいたします

※回収時期:担当委員より改めてご連絡させていただきます

FAX 送付状

宛先: 薬局 御中

病院

担当者:

平素は格別のお引き立てを賜り、誠にありがとうございます。
早速ではございますが、入院退院時情報共有シートをFAXにてお送りいたします。

こちらの入院退院時情報共有シートは、埼玉県薬剤師会が埼玉県から「薬剤師確保対策事業（薬業連携事業）」の委託を受け、令和7年度に「薬業連携在宅医療研修会」を開催し、病院薬剤師と地域の薬局薬剤師が入院退院時の情報共有や現状の課題について、意見交換を行い、成果物として、作成したものです。

今年度も、引き続き埼玉県からの委託を受け、入院退院時情報共有シートを実際の現場で運用し、課題等検証することになり、本院で協力することになりました。
つきましては、ご査収のほどよろしくお願いいたします。

本シート内容ではなく、運用方法等の問い合わせは、下記までご連絡いただくよう、よろしくお願いいたします。

運用方法等問い合わせ先 TEL:048-826-7855 / E-mail:joho@saivaku.or.jp

入院時情報共有シートとフローチャート

医療機関から①の個所を記入し、薬局へ送付

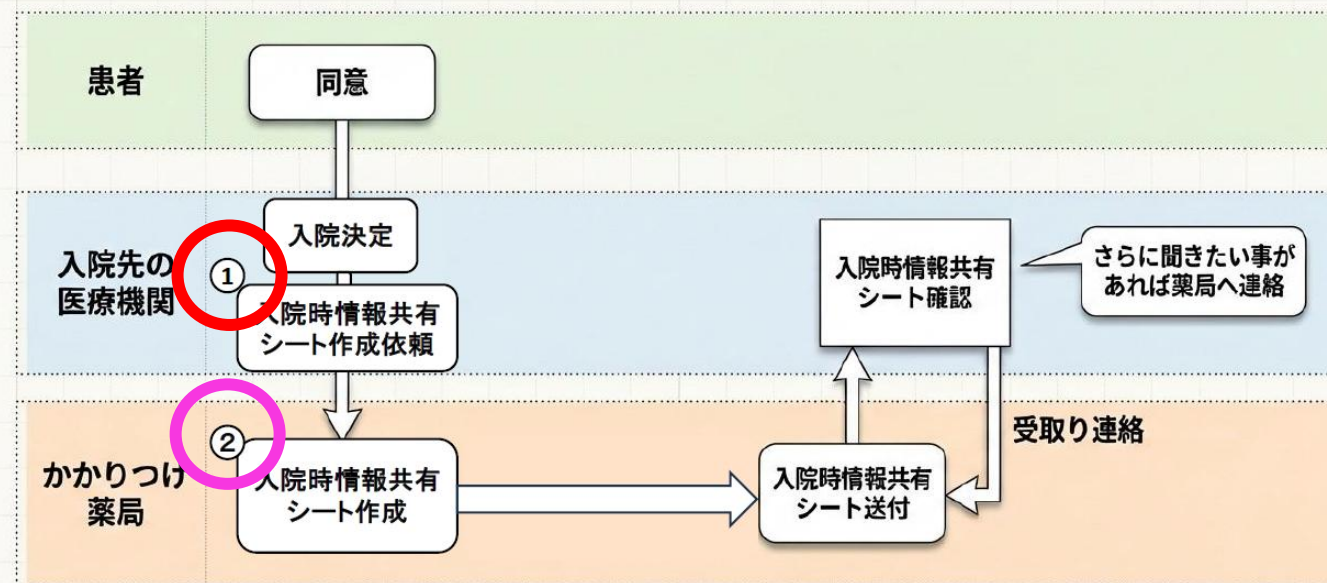


薬局は②の個所を記載し、病院へ返信



確認後、医療機関から薬局へ受取り連絡

【入院時情報共有シート】シート利用時の運用フローチャート



入院時情報共有シート		作成日: 年 月 日
① 医療機関記入欄		
医療機関名	○入院日: 年 月 日	
薬剤師名	・情報提供の目的(病院への情報提供)	
住所	○患者基本情報	
電話	・氏名: 様 患者 ID:	
FAX	・生年月日 年 月 日(歳)	
メール	・性別: ☐ 男 ☐ 女	
	・家族・代理人氏名: 連絡先:	
薬局様へ 以下太枠内をご記入の上、 月 日()までにご返答ください。		
返答方法: ☐ 電話 ☐ FAX ☐ メール ☐ その他:		
② 薬局記入欄 (保険薬局記入欄)		
項目	状況・詳細(保険薬局記入欄)	
服用薬(入院前)	過去 3 か月~6 か月(60~90 日分)程度の使用薬剤、用法用量、投与日数、頓服・臨時薬(口別紙またはお薬手帳のコピーを参照)	
調剤方法	☐ PTPロー化口その他(粉砕等:)	
服薬管理者	☐ 本人口家族口その他()口不明	
管理状況	☐ 良好口不良(口カレンダー口ケース口薬袋口その他:)	
後発医薬品	☐ 希望する口希望しない	
既往歴	☐ なし口あり(内容:)	
アレルギー歴	☐ なし口あり(薬剤・食品など:)	
副作用歴	(時期・症状・程度:)	
コンプライアンス	☐ 良好口不良(とろみ剤・補助ゼリー使用等の詳細:)	
嚥下状態	☐ 良好口不良 →(口粉が飲めない口錠剤が飲めない口その他:)	
OTC・サブリ等	☐ なし口あり(内容:)口不明	
詳細情報		
○生活スタイル		
・食事: 回数()		
・嗜好品: 飲酒(口有 口無) タバコ(口有 口無)		
・運動:		
○ADL・身体機能		
・排泄状況:		
・薬の自己管理能力		
○検査値等の補足		
○薬剤使用状況		
・外用剤(貼付薬等): 貼付場所・使用部位()		
・麻薬: 服用時間・管理方法()		
・自己調節:		
自己調節している薬の有無・内容()		
住所:		
電話:		
メール:		
返信日: 月 日 薬局名: 薬剤師名:		

医療機関は
必要情報を記載

医療機関は
必要な項目へチェック

医療機関のさまへ
薬局から情報提供を実施するにあたり、
患者様から同意をいただくよう
お願いいたします

フロー
チャート
①

入院時情報共有シート

作成日: 年 月 日

医療機関記入欄

医療機関名	○入院日: 年 月 日 ・情報提供の目的(病院への情報提供)
薬剤師名	○患者基本情報
住所	・氏名: 様 患者 ID:
電話	・生年月日 年 月 日(歳)
FAX	・性別: ☐ 男 ☐ 女
メール	・家族・代理人氏名: 連絡先:

薬局様へ 以下太枠内をご記入の上、 月 日()までにご返答ください。
返答方法: ☐ 電話 ☐ FAX ☐ メール ☐ その他:

②

医療機関は必要な項目に✓ 薬局記入欄: ☐ 項目の情報提供をお願い致します。

項目	状況・詳細(保険薬局記入欄)
服用薬(入院前)	過去3か月~6か月(60~90日分)程度の使用薬剤、用法用量、投与日数、頓服・臨時薬(口別紙またはお薬手帳のコピーを参照)
調剤方法	☐ PTP口一包装口その他(粉砕等:)
服薬管理者	☐ 本人口家族口その他()口不明
管理状況	☐ 良好口不良(口カレンダー口ケース口薬袋口その他:
後発医薬品	☐ 希望する口希望しない
既往歴	☐ なし口あり(内容:)
アレルギー歴	☐ なし口あり(薬剤・食品など:)
副作用歴	(時期・症状・程度:)
コンプライアンス	☐ 良好口不良(とりみ剤・補助ゼリー使用等の詳細:)
嚥下状態	☐ 良好口不良 →(口粉が飲めない口錠剤が飲めない口その他:)
OTC・サブリ等	☐ なし口あり(内容:)口不明

詳細情報

○生活スタイル

・食事: 回数()

・嗜好品: 飲酒(口有 ☐ 口無) タバコ(口有 ☐ 口無)

・運動: _____

○ADL・身体機能

・排泄状況: _____

・薬の自己管理能力 _____

○検査値等の補足 _____

○薬剤使用状況

・外用剤(貼付薬等): 貼付場所・使用部位()

・麻薬: 服用時間・管理方法 ()

・自己調節:
自己調節している薬の有無・内容()

住所: _____

電話: _____

メール: _____

薬局からの連絡事項

(本人の服薬希望、訪問薬剤管理の有無、退院後の連携に向けた確認事項などをご記入ください。)

返信日: 月 日 薬局名: 薬剤師名:

薬局は
医療機関から依頼のあった
項目に記載

薬局の皆さまへ
服薬情報提供料1の
対象になります

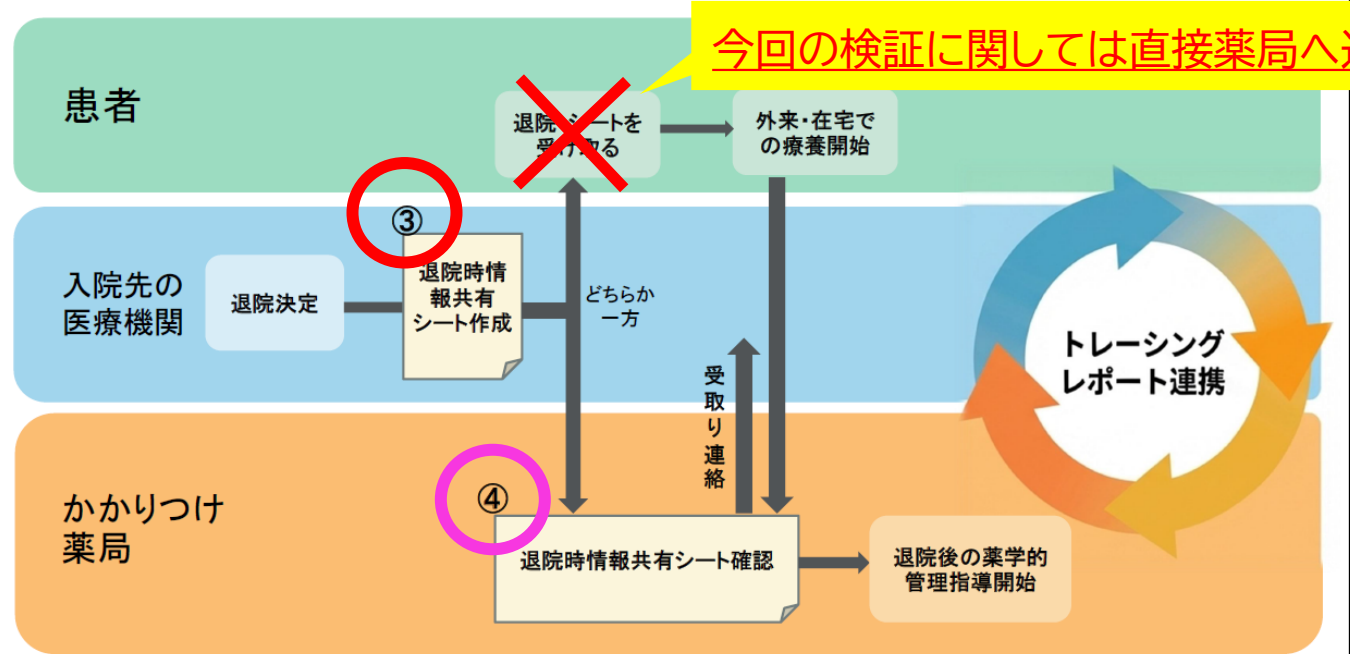
退院時情報共有シートとフローチャート

医療機関から③の個所を記入し、薬局へ送付



確認後、薬局は④の個所を記載し、医療機関へ返信

【退院時情報共有シート】シート利用時の運用フローチャート



退院時情報共有シート		作成日 年 月 日
医療機関記入欄 ※以下、太枠内をご記入いただき、薬局へ情報提供をお願い致します。		
医療機関名 薬剤師名 住所 電話 FAX メール		○患者基本情報 氏名: 様 患者ID: 生年月日: 年 月 日(歳) 性別: ☐ 男 ☐ 女 身長/体重(/) ☐ 入院期間: ~ ☐ 担当医師名:
情報	項目	状況・詳細(医療機関記入欄)
入院概要	入院理由(病名・既往歴)	
	治療経過	
医学的情報	アレルギー 副作用歴	副作用: ☐ なし ☐ あり(薬剤名: 症状: アレルギー: ☐ なし ☐ あり(内容:
検査データ	検査値	Scr /eGFR /Cr /AST /ALT /Alb / 検査値添付: ☐ あり(別添資料参照) ☐ なし
薬学的情報	調剤方法	☐ PTP ☐ 一包化 ☐ 粉砕・簡易投与(開始日: / ~) ☐ その他
	薬剤管理	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 病棟管理 ☐ その他
その他	食事形態	☐ 常食 ☐ ペースト ☐ きざみ ☐ その他(☐ 追加 ☐ 減量 ☐ 中止 ※医師の処方変更、薬剤の調製、変更後の患者の状態について記載
処方	入院中の処方変更	
薬局への依頼	薬局でのモニタリング指導	★以下をご確認のうえ、医療機関にご連絡ください。 報告方法: ☐ 薬局利用のトレーシングレポート ☐ 電話 ☐ 所定の用紙 ☐ その他 ☐ 副作用モニタリング ☐ 服薬遵守状況の確認 ☐ 残薬調整 ☐ その他()
退院後の状況	今後の通院	☐ 当院継続通院 ☐ 他院紹介(紹介先:)
	次回受診予定 訪問薬剤指導の希望	☐ あり(月 日) ☐ なし ☐ あり ☐ なし
特記事項	追記	
薬局記入欄		
内容を確認しました。今後の経過について、必要に応じトレーシングレポート等で報告いたします。 確認日: 月 日 薬局名: 薬剤師名:		

医療機関は
必要情報を記載

医療機関の皆さまへ
薬剤総合評価調整加算
算定時の情報提供書の
対象になります

フロー チャート ③		退院時情報共有シート		作成日 年 月 日	
医療機関記入欄 ※以下、太枠内をご記入いただき、薬局へ情報提供をお願い致します。					
医療機関名 薬剤師名 住所 電話 FAX メール		○患者基本情報 ・氏名: 様 患者 ID: ・生年月日: 年 月 日(歳) ・性別: ☐ 男 ☐ 女 ・身長/体重(/) ○入院期間: ~ ○担当医師名:			
情報	項目	状況・詳細(医療機関記入欄)			
入院 概要	入院理由 (病名・既往歴)				
	治療経過				
医学的 情報	アレルギー 副作用歴	副作用: ☐ なし ☐ あり(薬剤名: 症状: アレルギー: ☐ なし ☐ あり(内容: Scr /eGFR /Ccr /AST /ALT /Alb /			
検査 データ	検査値	検査値添付: ☐ あり(別添資料参照) ☐ なし			
薬学的 情報	調剤方法	☐ PTP ☐ 一包化 ☐ 粉碎・簡易懸濁(開始日: / ~) ☐ その他			
その他	薬剤管理	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 病棟管理 ☐ その他			
	食事形態	☐ 常食 ☐ ペースト ☐ きざみ ☐ その他(			
処方	入院中の 処方変更	☐ 追加 ☐ 減量 ☐ 中止 ※医師の処方変更、薬剤の調剤、変更後の患者の状態について記載			
薬局への 依頼	薬局での モニタリング 指導	★以下をご確認のうえ、医療機関にご連絡ください。 報告方法: ☐ 薬局からのトレーシングレポート ☐ 電話 ☐ 所定の用紙 ☐ その他 ☐ 副作用モニタリング ☐ 服薬遵守状況の確認 ☐ 残薬調整 ☐ その他()			
退院後の 状況	今後の通院	☐ 当院継続通院 ☐ 他院紹介(紹介先:)			
	次回受診予定	☐ あり(月 日) ☐ なし			
特記事項	訪問薬剤指導の 希望	☐ あり ☐ なし			
	追記				
フロー チャート ④					
薬局記入欄					
内容を確認しました。今後の経過について、必要に応じトレーシングレポート等で報告いたします。 確認日: 月 日 薬局名: 薬剤師名					

薬局は
確認後に医療機関へ返信

地域の方が安心して医療を受けられるように

検証結果を踏まえ課題を明確化し、

さらなる改善を重ねて

県全域で活用できるツールへと発展させていきます