

保存版

# 薬剤師の在宅実践 ハンドブック



社団法人 徳島県薬剤師会  
在宅医療推進検討プロジェクトチーム

# 発刊にあたって

徳島県薬剤師会 会長 南 博

21世紀に向けて、我が国の抱えている最も重要な問題の一つは、高齢化社会の対応とされています。

そのためには保健・医療・福祉の連携が必要であります。平成18年6月の医療法改正で薬局が「医療提供施設」として明記されたことから、医療計画における医療連携体制に位置づけされることとなり、各薬局には医療計画の達成に協力することが求められています。特に、今回の医療制度改革の中で在宅医療の推進は大きな柱に位置づけされています。

これらの状況から徳島県薬剤師会では、薬局・薬剤師を取り巻く環境の変化に対応するため、“在宅医療推進検討プロジェクトチーム”及び“薬・薬連携推進検討プロジェクトチーム”を発足させ、現在積極的に活動を展開しています。

これまで、薬剤師は主に薬という「物」を通して医療の参加が主であり、又その業務も「薬局」という施設に限定されてきました。そのため、医療現場での体験に乏しく多くの薬剤師にとって、在宅医療は初めての体験であり、業務であるかと思えます。在宅で行う業務は、私達が想像する以上に複雑で困難を伴うこともあると考えられます。医療チームの一員として、医師を初めとする医療・福祉関係者との連携も今まで以上に必要となってきます。

このハンドブックの内容は入院患者の退院時共同指導をはじめ、保険薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導及び居宅療養管理指導の実施についての標準操作手順やその症例などが記述されています。本書はこれから在宅医療に取り組もうとされている薬剤師をはじめ、すでに経験のある薬剤師に対し、在宅での業務を実践する上で一つの指標となり、役立つ情報提供誌となるものと信じています。

現在、当活動は板野郡地区をモデルケースとして推進していますが、今後全県下へと広がって行くものと期待しています。“在宅医療推進検討プロジェクトチーム”及び“薬・薬連携プロジェクトチーム”の今後ますますのご活躍を期待すると共に徳島県薬剤師会皆様のご発展を祈念しています。

最後に、ご執筆のため貴重なお時間とお骨折り頂いた先生方に深く感謝致します。



# CONTENTS

在宅医療と薬剤師	徳島県薬剤師会 理事 在宅医療推進検討プロジェクトリーダー 瀬川正昭…… 1
保存版 薬剤師の在宅実践ハンドブックの活用を願って……	2
徳島発、日本初の薬薬連携と在宅への取り組み	徳島県薬剤師会 チーム医療（薬・薬連携）プロジェクトリーダー 徳島県病院薬剤師会 理事 中田素生…… 3
<b>調査報告</b> 徳島県における保険薬剤師の在宅医療・介護への取り組み	ひかり薬局八万店 大林秀樹…… 6
訪問薬剤管理指導について	柴田調剤薬局 岩下佳代……14
退院時共同指導について	板野会営調剤薬局 小林澄子……18
<b>症例 1</b> 退院時共同指導を行った 1 症例	まさき薬局 正木雅泰……21
<b>症例 2</b> 在宅患者訪問薬剤管理指導を行った 1 症例	きたじま調剤薬局 山地知代子……25

# 標準操作手順書

保険薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導の実施について	
（医療保険対象）SOP No. I - 1 ……	31
I 目的……	32
II 保険薬剤師の行う在宅業務とは……	32
III 在宅患者訪問薬剤管理指導の実際……	32

Ⅲ－1. 事前準備	32
Ⅲ－2. 業務の流れ	33
Ⅲ－3. 操作方法	33
Ⅲ－4. 緊急時における操作方法	34
Ⅳ 在宅患者訪問薬剤管理指導に伴う調剤報酬の算定について	35
Ⅳ－1. 薬学管理料	35
Ⅴ その他の事項	35
様式見本－1 訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書（例）	36
様式見本－2 薬学的管理指導計画書（例）	37
様式見本－3 訪問薬剤管理指導記録簿（例）	38
様式見本－4 医師への報告書（例）	39

## 保険薬剤師の居宅療養管理指導の実施について

（介護保険対象） SOP No. I－2	41
Ⅰ 目的	42
Ⅱ 保険薬剤師の行う在宅業務とは	42
Ⅲ 居宅療養管理指導の実施	42
Ⅲ－1. 事前準備	42
Ⅲ－2. 業務の流れ	43
Ⅲ－3. 操作方法	43
Ⅳ 居宅療養管理指導に伴う介護報酬の算定について	45
Ⅳ－1. 薬学管理料	45
Ⅴ その他の事項	46
Ⅴ－1. 保険制度について	46
様式見本－1 訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書（例）	47
様式見本－2 薬学的管理指導計画書（例）	48
様式見本－3 居宅療養管理指導のサービス提供に係る重要事項等説明書（試案）	49
様式見本－4 居宅療養管理指導・契約書（例）	53
様式見本－5 訪問薬剤管理指導記録簿（例）	57
様式見本－6 医師への報告書（例）	58

## 入院患者の退院時共同指導の実施について SOP No. II

Ⅰ 目的	60
Ⅱ 退院時共同指導の位置づけ	60

III 退院時共同指導とは	60
III-1. 退院時共同指導と地域連携	61
IV 退院時共同指導の実施方法	61
IV-1. 実施に際しての事前準備および留意事項	61
IV-2. 退院時共同指導の流れ	62
IV-3. 退院時共同指導時における調査・指導事項	62
V 退院時共同指導料	63
VI その他	63
様式見本-1 退院時共同指導について	65
様式見本-2 居宅療養管理指導・契約書(例)	66
様式見本-3 退院時共同指導 報告書	70
様式見本-4 退院時共同指導 記録簿	71
編集後記	72



## 在宅医療と薬剤師

徳島県薬剤師会 理事

在宅医療推進検討プロジェクトリーダー 瀬川正昭

先日の地方紙に東北大学病院が興味深い調査結果を載せていた。

人生の最期を自宅で迎えたいという人の割合は、男性で6割に上ったのに対し、女性では4割にとどまったというのである。死に臨むときに最も大切なことは何かという問いに対しては、男女とも苦痛がないことという答えが最も多く、次いで多かったのは、男性は自宅で死ぬこと、女性では家族や友人に迷惑をかけないことだった。女性の在宅死志向が男性より低かったのは、こうした周囲への気遣いが一因になっていたのかもしれない。

さて、国は高齢者の医療費増大を抑制するために、療養病床を減らし、在宅でのみとりを推進している。その対策の是非は別の論議としても、在宅死を望む人は全体の半数に上っているのは事実なのだ。すでに、医療機関、訪問看護ステーション、ヘルパーステーションおよび在宅介護支援センターなどのネットワークは構築されて相応の成果を上げている。

それでは、保険薬剤師の在宅への関与は如何であろうか。

介護認定審査時の調査票や医師の意見書には、認知症や手指の筋力低下によるインスリン投与の困難例、独居老人の薬剤管理能力低下による服薬不履行の例などが散見されるが、医学的管理の必要性として訪問薬剤管理指導欄にチェックの入った例を、私は目にしたことがない。訪問リハビリテーションや訪問栄養食事指導欄にはチェックが入るのに。

多くの医師は、処方せんを出せば薬局は薬を配達してくれると思っている。しかし、患者で薬学的管理指導を行っているという認識は、ほとんどないのではないだろうか。保険薬剤師の在宅関与は周知されていないのが現状なのだ。

一方、「かかりつけ薬局」と騒がれて久しいが、一体かかりつけ薬局とは何であろうか。

患者の求めがあれば、かかりつけ薬局の薬剤師は患者を訪問し、適切な管理指導を行うべきではないだろうか。在宅医療を大きな旗印として掲げる必要など何もありません。小さな町のかかりつけ薬局が、患者の求めに応じて患者を訪問し、薬剤の適切な管理や指導が行えることこそ、これからの時代に求められることではないだろうか。

たとえば、それが年間に1例であったとしても。

在宅医療が特別な業務だと意識し過ぎることなど何もありません。処方せんによる調剤に何ら変わりはなく、服薬指導の場所が薬局の相談カウンターから患者に移動するだけのことなのだ。

本県の保険薬局の在宅医療への取り組み状況は、約70%の薬局が在宅訪問の届け出をしているものの、実際に訪問を行ったことのある薬局は20%程度に過ぎない。そこには種々の問題が浮き彫りにされてくる。一人薬剤師であるため夜や土曜日の訪問になってしまうこと、主体的な訪問計画が組みにくく医師の処方日に左右されてしまうことあるいはコストと利益のバランスが悪く効率的な経営が難しいことなどである。

例えば、訪問薬剤管理指導の報酬は1回の訪問につき500点である。

この500点には、医師の訪問指示書、患者の同意書、訪問計画書、訪問結果報告書などの諸手続きや報告書の作成、患者までの往復の時間、薬剤の管理や指導を全て含むのだ。交通費は、別途請求して良いことになっているが現状では難しい。訪問時には薬剤だけの話ではすまず、生活全般の相談や家



族の相談まで受けることになり、これらを1時間で終了させることは不可能なのである。私は、訪問薬剤管理指導は1,000点業務であるということを常々主張しているが、それだけの信頼を得る努力と実績が求められるのではないだろうか。そのために、かかりつけ薬局は患者の求めに応じて、速やかに在宅サービスが提供できる条件整備を行っておくことが必要と思うのだ。

また、文頭でも示したが、死に臨むときに男女とも苦痛は避けたいと希望している。保険薬剤師が在宅でのサービスを考える場合、オピオイドによる疼痛管理を避けて通ることは出来ないと思われる。わが国では、未だに麻薬についての偏見が強く残っているように感じるが、私はこれからの保険薬剤師は、これらの偏見を少しでも無くしていく努力が求められるのだと思っている。

そのために、在宅訪問を始めるにあたっては、麻薬の許可を取って頂きたい。

麻薬は煩雑さを伴うが、保険薬剤師がそれを言っていたのでは何も始まらない。その取り扱いが煩雑であるがゆえに、わが国の麻薬中毒患者は諸外国に比べて著しく少ないのだろう。

しかし、取り扱いの煩雑さが一因となって医療用麻薬の適切な使用にまで影響を及ぼしているのだとしたら、それは何か大きな勘違いをしているかもしれない。多くの患者が疼痛からの開放を願っている現実から、私たちは目をそむけてはならない。

最後に、余計なことを一言述べさせて頂くが、ある程度の規模を有した薬局が複数の薬剤師でシフト制を組んだり、あるいは専任の薬剤師を配置して積極的に在宅医療に取り組むことも有用なことと考えられる。その際には、規模の大小や経験の多少に関わらず、近隣の薬局との連携およびシェアリングの概念を持って会員相互の協力体制が構築されることを願っている。

また、保険薬剤師の職能は、在宅医療や調剤だけに限られたものではない。

保険薬剤師は、適正な医薬品の供給や公衆衛生の向上に寄与しなければならないことを申し添えておくことにしよう。

徳島県薬剤師会在宅医療推進検討プロジェクトおよびチーム医療（薬・薬連携）プロジェクトには、うるさいが愉快的な7名の仲間がいる。

私たちは、町の小さなかかりつけ薬局でも行うことのできる在宅医療を推進するために結成されたものと考えている。現状をしっかりと踏まえ、他職種や地域での連携を重視しながら、与えられた期間その任務を果たしたい。

## 保存版 薬剤師の在宅実践ハンドブックの活用を願って

巻末に、在宅患者訪問薬剤管理指導(医療保険適用)、居宅療養管理指導(介護保険適用)および退院時共同指導についてのSOP(Standard Operating Procedure, 標準操作手順書)を掲載した。

本プロジェクト委員が多忙な日常業務を行いながら、貴重な時間を費やして作成したものである。ぜひ、これからの在宅業務の参考として、ご活用頂ければ幸いです。



Presented by Peter J.Lin,MD(University of Toronto)

## 徳島発、日本初の薬薬連携と在宅への取り組み

徳島県薬剤師会 チーム医療（薬・薬連携）プロジェクトリーダー  
徳島県病院薬剤師会 理事 中田 素生

### はじめに

私たち病院薬剤師は、入院中の患者に対しては服薬指導で丁寧に薬剤の説明を行っている。しかし退院後の患者について病院薬剤師はほとんど関わりを持っていない。ましてや在宅医療の患者に関わる事など遠い世界の出来事のように感じていた。

現在は、せっかく行った服薬指導が退院と同時に終結しており、退院後の患者の状況はわからない。もし在宅医療の必要性を認識したとしても、誰に聞いたらいいか、どう在宅医療と連携していいのかわからない。

これまでの薬薬連携では、一部の病院で退院時情報提供書として保険薬局に送っている場合もあるが、限られた患者にしか対応できていない。病院経営に寄与するための服薬指導件数を、向上させる事に目が向き退院時情報提供書まで手が回らないのが現状である。このような事情から、薬剤師間の連携が不足し、病院で行う服薬指導が退院後の保険薬局の服薬指導や訪問薬剤管理指導に全く生かされていないと言える。一人の患者に対して、同じ薬剤を、同じ薬剤師である保険薬剤師と病院薬剤師とで違った服薬指導をしている可能性が高いとも考えられる。

### 診療報酬改正

平成20年4月の診療報酬改定で、保険薬局に退院時共同指導料が認められることとなった。この制度の運用を工夫すれば保険薬局の薬剤師が、病棟に来て共同で服薬指導を行う事ができると考えた。

しかし、診療報酬には「退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬剤師が、患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師などと共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定できる」となっている。ここには“病院薬剤師”の文字はない！

また、病院では「主治医が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医若しくは看護師、歯科医師若しくは歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師など又は介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に加算できる」となった。ここでも“病院薬剤師”は蚊帳の外である。

### 当院の取り組み

そこで、国立病院機構東徳島病院（以下当院と略）薬剤科では入院中の服薬指導と、退院後の保険薬局との服薬指導の統一性と一貫性を図り、当院患者の退院後、在宅でのQOL（Quality of Life）の向上を図るとともに、再入院の防止に寄与してゆきたいと考え、板野郡薬剤師会と協力して退院時共同指導を3月末から準備し、5月から実施した。

退院時共同指導は、介護支援専門員でもある私がコーディネートをすることで、病院薬剤師を参加させることができる。算定要件に病院薬剤師が入っていないための苦肉の策である。

まず退院が近づいた患者に対して、服薬指導時にかかりつけ医療機関とかかりつけ薬局を調査する。介護保険認定を受けた患者であれば、利用している介護保険事業者も調査しておく。かかりつけ薬局



を持たない患者には、自宅近くにある在宅服薬指導ができる保険薬局を複数候補としてあげ患者が選択することとした。退院が決まった段階で、コーディネーター（薬剤科長）が保険薬剤師を中心に各職種の出席の要請と時間調整を行う。必要であれば理学療法士の参加も視野に入れて行っている。

## 退院時共同指導

まず、かかりつけ薬局の保険薬剤師に個人情報保護と薬剤師実務研修の宣誓書を提出していただき、薬剤師実務研修として、退院前に保険薬剤師が当院に来て、当院薬剤師と「病棟で」「共同で」服薬指導を行う。この時カルテの閲覧をし、病名や検査値を参照して在宅服薬指導の準備を行う。

介護保険未認定患者および当院外来にかかる患者は、当院医師又は看護師、当院薬剤師と保険薬剤師とで退院時共同指導を行う。

介護認定を取得し、地域の保険医が在宅療養を担う患者は、保険医又は看護師と多職種と時間調整をし退院時共同指導を行う。当院から主治医、看護師と病院薬剤師が参加し、院外から①在宅療養を担う保険医または看護師・准看護師、②保険薬局から保険薬剤師、③介護支援専門員又は訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、④保険医である歯科医師若しくは歯科衛生士のうち3者以上による退院時共同指導を実施している。例えば、在宅療養を担う保険医と保険薬剤師、介護支援専門員の3者、又は在宅療養を担う看護師と保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師の3者による退院時共同指導を行っている。

患者と家族を含めると10名を超える場合が出てくるが、これだけの在宅を担う専門職が集まって在宅に支援を行う事で患者の退院後における療養の不安を軽減できるものと考えている。当院を退院されて在宅に移る患者が、安心して療養し再入院を防止するためには、多くの専門職が協力して行くことが不可欠だと考える。

しかし、多くの専門職に囲まれた患者の精神的負担を軽減する必要性があり、事前にカンファレンスを終了し、患者本人に短時間で在宅を担う専門家がこれだけ居るということをわかって頂けるように配慮検討をしている。

## 症例検討会

症例終了毎に当院薬剤科と板野郡薬剤師会とで症例検討会を開催して、患者の個人情報を除いて報告し、問題点を洗い出し今後の症例に生かす方策をとっている。

症例検討会では、病院側から入院時の服薬指導の状況を説明し在宅医療へどう情報を共有し、どう要望をしたか。また病院側の取り組みの問題点や反省点を出す。保険薬局側は訪問の頻度の設定や訪問服薬指導（居宅療養管理指導）の状況を報告する。

当院薬剤科と板野郡薬剤師会共に未経験な分野で戸惑いがあり、症例検討会で情報を共有する体制を整え、話し合いを重ねている。

今回開始した薬薬連携の試みが当院を退院し在宅に移った患者のQOLの向上に寄与でき、病院での服薬指導を保険薬局が連携し、訪問服薬指導し再入院を防止するためには、症例を重ね訪問服薬指導の質の向上を図って行かねばならない。そのためには症例検討会議は必要不可欠である。

## 薬剤師会の取り組み

私たちの活動に対して徳島県病院薬剤師会は当院を薬薬連携のモデル病院に指定し、徳島県薬剤師会は板野郡薬剤師会を薬薬連携のモデル地区に指定した。徳島県の二つの薬剤師会が共に私たちの活

動を支援する意義は大変大きいものとする。

### 今後の課題

これまで平成20年4月の診療報酬改定で認められた退院時共同指導に則って、病院薬剤師から保険薬剤師へ、入院から在宅へ情報提供を行う取り組みを進めてきた。

この取り組みにより、退院後の在宅療養患者のQOL向上と再入院防止に一定の効果を上げているが、我々の努力だけで再入院を防止できるわけではない。病状が悪化して再入院となった場合は、「入院時共同指導」(仮称)をして、保険薬剤師の服薬指導を病院薬剤師に伝達する制度の必要性を強く感じている。

入院した患者が訪問服薬指導でどのような指導を受けていたか、コンプライアンスはどうだったか、再入院に至った経緯や問題点を保険薬剤師から病院薬剤師へ情報伝達があり、入院中の治療や服薬指導で、次の退院後は同じ問題点で病状を悪化させないと期待している。

この病院薬剤師と保険薬剤師の情報交換のサイクルが完成して初めて、本当の薬薬連携が完成するのではないだろうか。

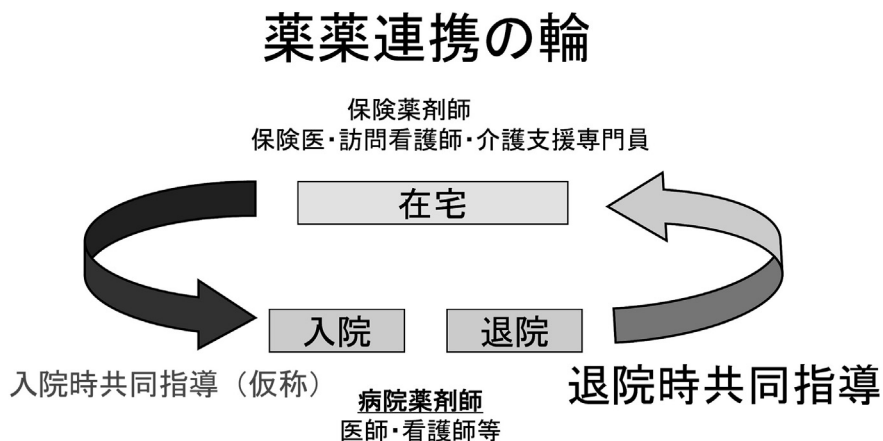
入院する情報は、介護保険の居宅療養管理指導を介護支援専門員のケアプランの中で行うことで、介護支援専門員から得られるはずである。多職種が連携して一人の患者の在宅療養をバックアップすることが是非とも必要である。

### 最後に

今回の退院時共同指導と症例検討会という薬薬連携が、小さな病院と、狭い範囲の薬剤師会支部との試みであるが、病院薬剤師と保険薬剤師の垣根を取り払う私の長年の夢が全国へ広がればと願っている。

そしてその一環として、この取り組みを第41回日本薬剤師会学術大会(宮崎)と第47回日本薬学会・日本薬剤師会・日本病院薬剤師会 中国四国支部学術大会(岡山)で発表した。また薬事日報の平成20年10月15日付けと徳島新聞の10月3日付け文化面に、薬事新報11月13日号の「論壇」が掲載された。これから、月刊薬事新年号の特集「地域連携」へ執筆しており掲載される予定である。

我々が徳島県板野郡でおこした小さなさざ波が全国に広がることを願っている。



## 調査報告

## 徳島県における保険薬剤師の在宅医療・介護への取り組み

ひかり薬局八万店 管理薬剤師 大林 秀 樹

## はじめに

介護保険制度は、平成12年4月に開始された。その目的は、介護保険法第1条に示されているが、加齢によって生ずる心身の変化に対して、自立した日常生活を営むことができるように支援するものである。大別して、施設サービスと居宅サービスに分けられるが、保険薬剤師は居宅サービスとしての居宅療養管理指導に携わることになる。

しかし、高齢者のサービスが全て介護保険に統合されたわけではなく、医療サービスの主たる提供源は従来通り医療保険制度が担っている。保険薬剤師は、当該制度における在宅サービスとして在宅患者訪問薬剤管理指導を行うことになるのだ。

同じ在宅サービスでありながら、保険が異なることあるいは名称が異なることなどから、一部で混乱を生じてしまうことが多い。

さて、介護保険か医療保険かということは、私たちにとって、さほど重要な問題ではないであろう。在宅で療養を希望する患者に対して、他の医療スタッフと連携しながら、いかに適切な訪問指導が行えるかを考えなければならない。

今回、在宅医療推進検討プロジェクト事業の一環として、県内の保険薬局における在宅医療への取り組み状況について調査したので報告する。

この度の調査結果を踏まえて、今後の在宅医療の推進を図りたいと考えている。

## 調査の目的

本調査は、徳島県下の保険薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導（以下、訪問指導と略）に対する取り組みの実態を調査し、今後の課題と対策について検討することを目的とした。調査研究の実施主体は、社団法人徳島県薬剤師会（以下、県薬と略）在宅医療推進検討プロジェクトである。

## 方 法

## 1. 調査対象

社団法人徳島県薬剤師会に所属する県内の保険薬局を主な対象とした。

## 2. 調査方法および調査期間

調査の方法は、アンケート法（自記式：郵送発送・FAX回収）とした。

調査の期間は、平成20年8月20日から同年9月15日までとした。

## 3. 調査内容

調査内容を表-1に示す。薬局属性と調査項目に大別した内容とした。

表-1

在宅患者等への薬剤管理指導に関する実態調査(徳島県版)

徳島県薬剤師会 在宅医療推進検討PT

■貴薬局の概況について お伺い致します。

1. 貴薬局の名称をご記入下さい。			
2. 貴薬局の所在地についてご記入下さい。			
徳島県	市, 郡	町	丁目
TEL :	FAX :	E-mail :	
3. 貴薬局の従事者数を実人数でご記入下さい。			
薬剤師 : 常勤	人,	非常勤	人
その他職員 : 常勤	人,	非常勤	人
4. 貴薬局の休業日, 営業時間をご記入下さい。			
定時休業日 :			
特別休業日 : お盆 ; 年末年始 ; その他 ;			
営業 時間 :			

■在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導(以下, 訪問指導と略します)について お伺い致します。該当する方に○をお付け下さい。

1. 在宅患者訪問薬剤管理指導の届出は行っていますか?	はい, いいえ
2. 居宅療養管理指導(みなし指定)の取り下げを行いましたか?	はい, いいえ
3. 訪問指導の指示があれば速やかに対応することは可能ですか?	はい, いいえ
4. 訪問指導を実際に行ったことはありますか?	はい, いいえ
5. 現在 訪問指導を行っている患者さんはいますか?	はい, いいえ
6. 訪問指導に必要な研修を受けたことはありますか?	はい, いいえ
7. 訪問指導の必要性などを異業種間で話し合ったことはありますか?	はい, いいえ
8. 来局患者で訪問指導を行う必要性を感じたことはありますか?	はい, いいえ
9. 基準調剤加算は算定していますか(24時間の対応)?	はい, いいえ
10. 麻薬調剤を行うことはできますか?	はい, いいえ

■在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導について ご意見をお聞かせ下さい。

ご協力ありがとうございました。なお, 貴薬局の情報を無断で公開することはありません。

## 調査結果

### I アンケートの回収結果

#### I-1. 回収結果 表-2

県薬支部別に回収率を算出したが、参考として、とくしま長寿プラン<sup>(1)</sup>に示されている高齢者保健福祉圏および圏別の65歳以上の人口および総人口<sup>(2)</sup>を付記する。なお、アンケートの郵送発送分422件のうち、今回の調査対象外と思われた58件は、集計から除外した。全体のアンケート回収率は、81.5%であった。回収率が高かったのは、名西支部が100%、美馬支部、吉野川・阿波支部および三好支部が90%以上の回収率を示した。一方、鳴門支部は65.5%、小松島・勝浦支部は70.0%であった。

表-2 回収結果

圏域名	支部名	薬局数 (件)	回収数 (件)	回収率 (%)	参考データ	
					65歳以上(人)	総人口(人)
東部1高齢者 保健福祉圏	徳島	156	127	81.4	157,645	511,008
	鳴門	29	19	65.5		
	小松島・勝浦	30	21	70.0		
	板野	42	36	85.7		
	名西	11	11	100.0		
東部2高齢者 保健福祉圏	吉野川・阿波	25	23	92.0	35,312	90,147
南部1高齢者 保健福祉圏	阿南・那賀	29	25	86.2	34,508	91,668
南部2高齢者 保健福祉圏	海部	17	12	70.6	13,907	26,895
西部1高齢者 保健福祉圏	美馬	13	12	92.3	22,359	47,647
西部2高齢者 保健福祉圏	三好	12	11	91.7	25,175	51,633
計		364	297	81.5	288,906	818,998

### II 薬局属性について

#### II-1. 常勤薬剤師数

1店あたりの常勤の薬剤師数を表-3および図-1に示す。1人薬剤師の占める割合は、50.5% (150件) であった。

表-3 常勤薬剤師数/店舗

	配置人数	件数	割合
常勤薬剤師数	1名	150	50.5%
	2名	88	29.6%
	3名	38	12.8%
	4名	18	6.1%
	5名以上	3	0.9%

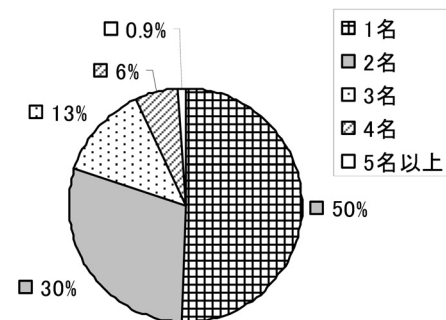


図-1 1店舗あたりの常勤薬剤師数 (n = 297)



## II - 2. 休業日

日曜および祝日以外の特別休業日として、年末年始の休業日を図-2に、お盆の休業日を図-3に示す。

年末年始において、休業は1月1日から3日に集中していたが、12月31日では約半数が休日となっていた。

お盆においては、8月13日から15日に約20%が休日となっていた。

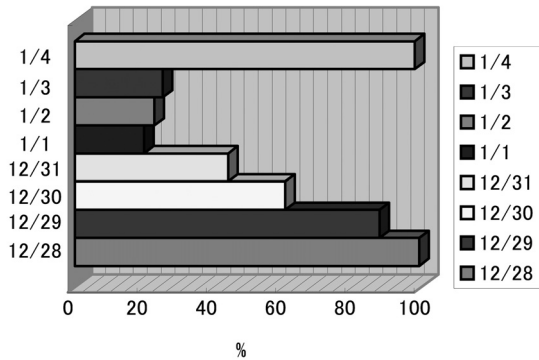


図-2 年末年始 開局割合 (n = 297)

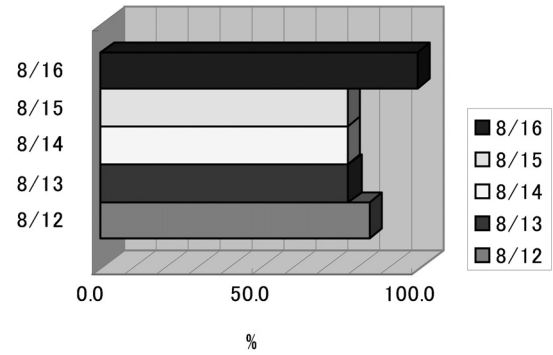


図-3 お盆 開局割合 (n = 297)

## II - 3. 開局時間 (営業時間)

平日の開局時間を図-4に示すが、9時から18時までは、ほとんど全ての店舗が営業していた。特筆すべきは、7時30分に開局している店舗や22時まで営業している店舗が散見されたことである。

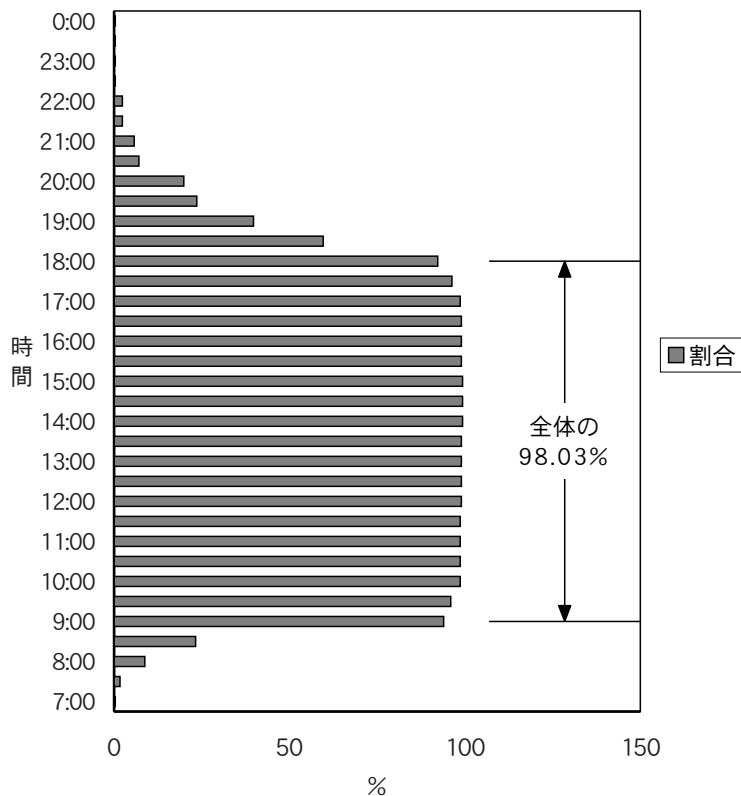


図-4 開局時間 (n = 297)

### III 調査項目

#### III-1. 在宅患者訪問薬剤管理指導の届け出

在宅患者訪問薬剤管理指導の届け出状況を図-5に示す。

徳島県社会保険事務局への届け出は、67%の店舗が行っていた。

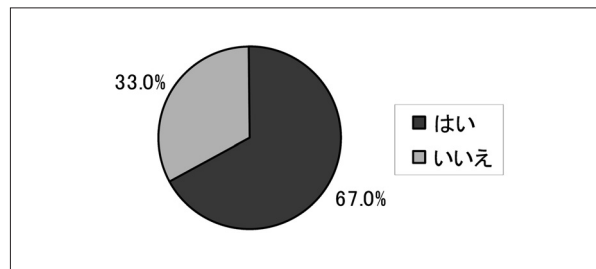


図-5 在宅患者訪問薬剤管理指導の届け出状況

#### III-2. 居宅療養管理指導のみなし指定

徳島県国民健康保険団体連合会に、指定介護事業所の取り下げを行っていたのは、9.4%であった(図-6)。

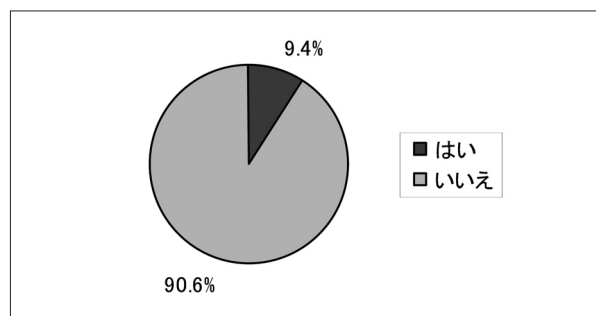


図-6 居宅療養管理指導の取り下げ状況

#### III-3. 訪問指導の対応

訪問指導の指示があれば、速やかに対応することが可能と答えたのは、43.4%であった(図-7)。

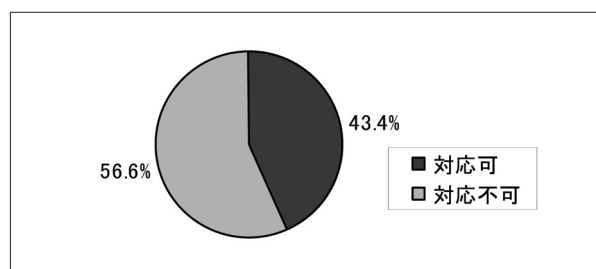


図-7 訪問薬剤管理指導の対応

#### III-4. 訪問指導の実績

訪問指導を行った経験があるのは、20.2%(図-8)であり、現在訪問指導を行っているのは、8.8%(図-9)に過ぎなかった。

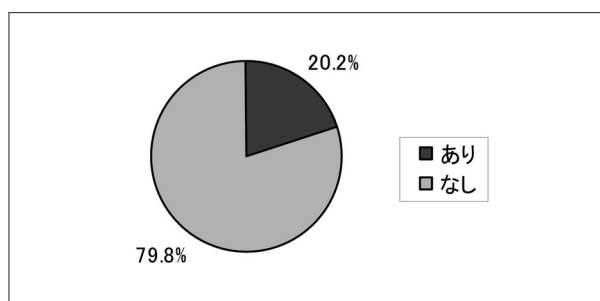


図-8 訪問薬剤管理指導の実績

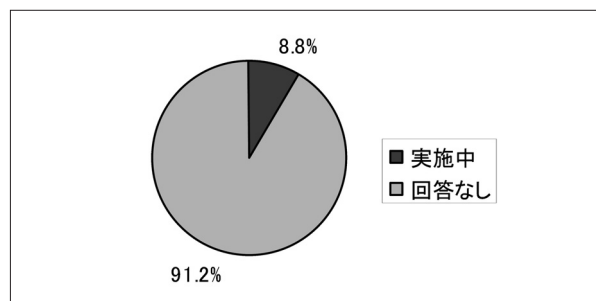


図-9 訪問薬剤管理指導の実施状況

## III-5. 研修への参加

訪問指導に必要な研修を受けたことがあると答えたのは、17.5% (図-10) であった。

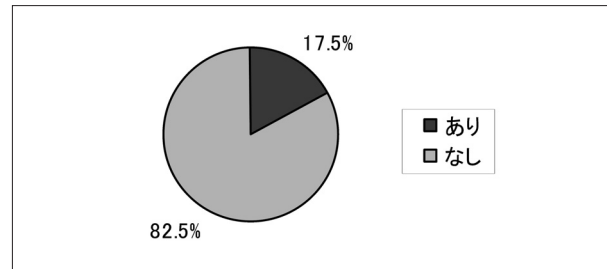


図-10 研修受講の有無

## III-6. 異業種間の交流

訪問指導などについて、異業種間で話し合った経験があると答えたのは、24.7% (図-11) であった。

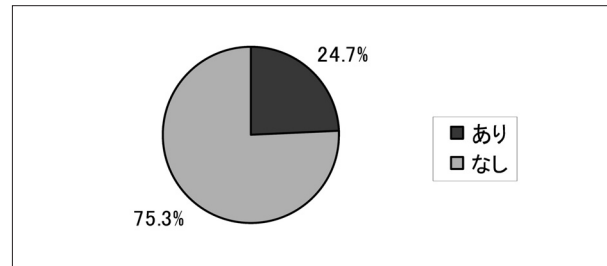


図-11 異業種間との交流経験

## III-7. 訪問指導の必要性

外来患者で訪問指導を行う必要性を感じたことがあると答えたのは、全体の55.4% (図-12) を占めていた。

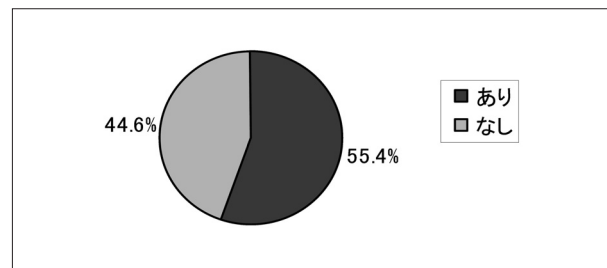


図-12 訪問薬剤管理指導の必要性

## III-8. 基準調剤加算の算定

基準調剤加算の算定をしているのは、50.2% (図-13) であった。

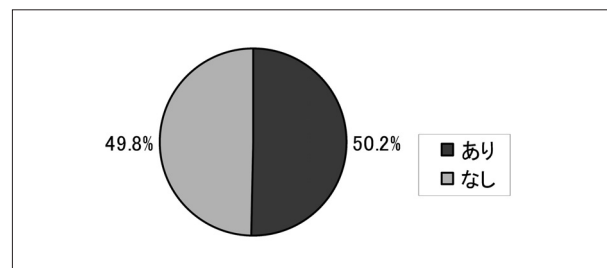


図-13 基準調剤加算の算定

## III-9. 麻薬調剤の対応

麻薬調剤が行えると答えたのは、57.1% (図-14) となっていた。

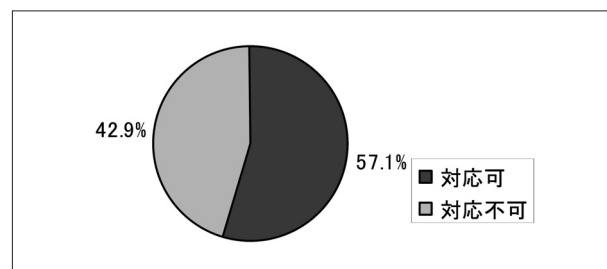


図-14 麻薬調剤の対応

## 結果・概要および考察

今回のアンケート調査の回収率は81.5%であり、保険薬剤師の在宅医療や介護に対する関心の高さが伺えた。支部別の回収率を比較してみると、西高東低の傾向が認められ、東部圏に比し西部圏の回収率が高い傾向がみられた。

薬局属性として、いくつかの回答を求めた結果、1人薬剤師の保険薬局が過半数を占めていた。在宅に関わるためには、患家を訪問しなければならず、県内の保険薬局の厳しい実態が伺われた。なお、非常勤薬剤師を加えた1店舗あたりの平均薬剤師数は、2.7人であった。日曜祝日以外の年末年始ならびにお盆の特別休業について、特記すべき事項はみられず、保険薬局として適切な運営を行っていると考えられた。平日の開局時間すなわち営業時間については、9時から18時まで、ほとんどの薬局が営業していた。少数ではあったが、早朝や夜間まで開局し、患者サービスに貢献している店舗も認められた。

一方、調査項目として、いくつかの設問をお願いした。在宅患者訪問薬剤管理指導は、70%近くの店舗が届け出を行っているが、実際にその指導を行った経験のあるところは20%程度であり、現在、在宅患者を抱えている店舗は、わずか8%余であった。医師の指示あるいは患者からの要望があれば、対応できる最低限の体制づくりという感じであろうが、指示があれば速やかに対応できると回答したのは40%に過ぎなかったのである。

この数値の背景には、いくつかの問題や課題が浮かび上がってくるようだ。1人薬剤師であるために一時閉店にするか、休日の訪問になってしまうというようなハード面の問題のほか、積極的に訪問指導に関与したいが方法がわからない、複雑に見えてしまう制度が面倒、異業種間での交流が苦手、経験者や指導者が少ないことなどのソフト面での課題も認められた。事実、訪問指導に必要な研修受講率は、わずか17%であった。多くの店舗(55%余)で、訪問指導を行う必要性を感じているのに。

さて、麻薬調剤の受け入れについてはどうであろうか。57%の店舗で調剤可能との回答を得たが、これは麻薬小売業者の許可を得ている割合と理解する方が妥当なのかもしれない。主要な麻薬を常備している店舗になると、もう少しこの数値は低下することが予想される。

不謹慎な表現でお叱りを受けるかもしれないが、少し余談を交えさせて頂こう。

以前、ある医師がこんなことを言っていた。ある保険薬局に訪問指導の指示を出したら断られた。また、麻薬処方せんを出したら、その薬局では「麻薬なんて普通の人が飲むもんじゃない」と患者に指導したというのである。「薬剤師って、みんなそうなの」その医師は、私に会うたびに、そのことを口にするのである。今では、笑みまで浮かべながら、全く閉口の限りである。

しかし、この医師の話は、笑い飛ばすには重過ぎるものがある。冗談交じりにではあるが、私たち保険薬剤師への戒めと励ましなのである。麻薬の使用や保管は煩雑であるが、だからこそ薬剤師でなければ出来ない指導や管理を行うべきだと考えられる。この57%の店舗で実際の麻薬調剤ができるようになれば、こんなに素晴らしいことはないであろう。

最後に、薬剤師の社会性という意識の問題である。異業種との交流経験を持っていたのは、24%であった。在宅患者への保険薬剤師の訪問の必要性や意義などを周囲に理解してもらうためには、各種の研修会などへの参加を積極的に行い、異業種との交流を図ることが必要と考えられる。例えば、徳島緩和ケア研究会・在宅ホスピスネットワーク徳島などで、他の医療や介護スタッフと交流を図りながら、意見交換することも有用と思われる。また、退院時共同指導のような病院でのカンファレンスなども、貴重な交流の場である。指導の場に、直接参加することは困難を伴うが、関係者による反省会などへの出席が叶えば、全体の状況を把握することができるであろう。

## ま と め

今回、徳島県における保険薬剤師の在宅医療・介護への取り組み状況を調査した。その結果、いくつかの課題や問題点が認められた。

1. 在宅患者訪問薬剤管理指導は、67%の店舗が届け出を行っていた。
2. 訪問指導の要請に対して、43%の店舗が速やかに対応できると回答した。
3. 訪問指導を行った経験があると回答したのは、20%の店舗であった。
4. 訪問指導に関する研修会に参加したことがあるのは、17%であった。
5. 異業種間との交流は、24%にその経験があった。
6. 麻薬調剤の対応は、57%の店舗で可能であった。

以上のことから、次項の対策が必要と考えられた。

1. 訪問指導に関する標準操作手順書を作成し、指導の全容を周知すること。
2. 支部単位での研修会を実施し、保険薬剤師の疑問や不安の解消に努めること。
3. 薬業連携に基づく退院時共同指導の拡充を図ること。
4. 在宅支援薬局マップを作成し、そのマップを活用して異業種や地域との連携を深めるように努めること。

## 謝 辞

本調査の実施にあたり、ご協力頂いた県薬事務局のスタッフならびに多忙な業務にも関わらずご回答頂いた会員の皆さんに、厚く御礼を申し上げます。

## 参 考 文 献

- 1) とくしま長寿プラン(2006～2008)：徳島県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画
- 2) 平成17年3月31日現在の住民基本台帳：総務省 報道資料





## 訪問薬剤管理指導について

柴田調剤薬局 岩下佳代

### はじめに・在宅への無関心

みなさんは在宅医療についてどの程度のことを承知しているのだろうか。

現在、私は徳島県薬剤師会の在宅医療推進検討プロジェクト委員という身に余る役目を頂戴しているが、ほんの数ヶ月前までは全くと言っていいほど何も知らなかった。もちろん、今もわからないことが多く、連日のように勉強している最中である。

さて、わが国は高齢化社会を迎え、医療環境も大きく変化してきている。医療費削減のため病院での入院日数は制限され、在宅医療への対応が不可欠になってきているにも関わらず、私の薬局では、在宅とは無関係に過ごしてきた。在宅医療に関する論文や記事を目にしても、流し読む程度でしかなかったのである。

そんな私が、今はこう考えている。在宅医療への大きな変化は「時代の要請」ではないかと。

全国的にみても、在宅医療はあまり浸透していないのが現状である。その原因の一つとして、私のような薬局あるいは薬剤師が多いからではないだろうか。

踏み出さない、踏み出せない理由はたくさんあると思われる。では、どうやって私が一步を踏み出したのかをここで紹介することにしよう。

### 運命の出会い・法改正

今年に入り、私の周辺は突然慌しくなった。4月の診療報酬改定である。

みなさんもお承知のとおり、診療報酬改定の前後には、改定内容の研修会が開催されている。その研修会に、ちょっとした偶然から東徳島病院薬剤科長と同行することとなった。薬剤科長は、薬業連携への想いを長きに渡って胸に抱いていたようで、研修会に向かう車中はその熱気で充満していた。

研修会では、今回の改定で新設された退院時共同指導などの説明があった。帰路についた車中は、さらに薬業連携の熱気でヒートアップしていた。退院時共同指導が薬業連携の格好の材料になることや病院と保険薬局との関わり方など、いろいろな話題について話をした。

後日、薬剤科長の呼びかけで、話はどんどん進み退院時共同指導の実施に至る。

これが、いわゆる「板野方式」の薬業連携の始まりである。

### 実際の退院時共同指導

私は、2件の退院時共同指導に携わった。2件とも、事前に病棟を訪問し、病院薬剤師や看護師より患者状況の説明を受け、カルテなどの必要な情報を参照させて頂いた。その時、私は「入院はスペシャルなチーム医療なのだ」ということを痛感した。各分野の専門スタッフが、それぞれの役割を認識して患者をサポートしている。当然のことなのであろうが、薬局でしか働いたことのない自分には、かなり衝撃的な事実だった。

退院したら患者は「チーム医療」を受けられないのだろうか。退院時共同指導は、患者が入院中と同じようなチーム医療を受けるためにあると私は気づいた。

その後、本共同指導の場で他の職種のスタッフとともに情報を共有化したことで、私のチーム医療

の意識は確実に高まった。薬局のカウンター越しでは決して得られないチームで患者をサポートする意識が生まれてきたのである。一方で患者も保険薬剤師の私を受け入れてくださった。院内の服薬指導に、顔見知りの病院薬剤師と同行することによって、患者に安心感や信頼感を与え、以後の在宅指導がスムーズに行えているのだと考えられる。

このように保険薬剤師にとって、退院時共同指導は在宅医療への入り口として有用な一手段と考えられるが、病院での取り組みは十分なのだろうか。基幹病院では、退院時共同指導を行う必要のある患者、すなわち退院後に在宅療養を希望する患者がどれくらい入院しているのだろうか。急性期の入院患者を多数抱えている病院での退院時共同指導の扱いはどうなのだろうか。現状を冷静に分析してみると、退院時共同指導から訪問薬剤管理指導へと移行する症例は、そう多くはないのかも知れない。

しかし、外来患者においても、在宅を必要としている大勢の方々がいることを見過ごしてはいけない。保険薬局を訪れる外来患者を、「外来」と決めつけないでほしい。保険薬剤師が患家を訪問することで、現状を改善し症状を軽減することができるのであれば、それがすなわち「在宅」なのだ。多くの患者は、保険薬剤師の在宅での支援を理解していない。何を、何のために、どのようにしてくれるのか、また、誰に相談すれば良いのかさえ知らない場合もある。みなさんの薬局を訪れる外来患者の中にも、本当は在宅での支援を求めている方がいるのではないだろうか。

先にも述べたが、退院時共同指導は、保険薬剤師が在宅医療へ取り組む際の有用な手段である。しかし、受身で待っているだけでは、いつになっても在宅医療の底辺は拡がっていかないと考えられる。日々の業務を行いながら、それぞれの患者が、何を望んでいるのかということに目を向けなければならないと思われる。

さて、退院時共同指導を終えれば、いよいよ在宅患者訪問薬剤管理指導の始まりである。

## 在宅訪問指導について

在宅患者の薬学的管理指導は、大きく分けて2つある。

「居宅療養管理指導」と「訪問薬剤管理指導」である。

簡単に説明すると、患者の使う保険によって変わる。介護保険を使っている場合（患者が介護認定を受けている場合）は「居宅療養管理指導」、医療保険を使っている場合が「訪問薬剤管理指導」となるのだ。保険が違うから、請求先が異なり、名前も違っているのだが、それ以外のやるべきことは全く同じである。

ただ、注意が必要な点は、薬局の指定が別々と言うことだ。介護保険法が施行される前からある薬局は、みなし指定で介護保険法における「居宅療養管理指導」の事業所になっている。しかし、それ以降に開局した薬局や、指定を取り下げた薬局の場合は、指定の届け出が必要となる。

在宅を始める前には、一度確認しておくことをお勧めする。

さて、在宅患者訪問薬剤管理指導とは何だろうか。

「居宅において療養を行っている患者さんで、通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行うこと」となっている。

では、薬学的管理指導とは、どういうものなのか。

「患者さん一人ひとりの生活環境を考えて、食事・排泄・移動などの能力や生活のリズムにあった指導をし、また、薬の副作用の早期発見や防止、相互作用の発生の防止、コンプライアンスの向上を目標に指導すること」である。

高齢化が進み、患者は複数の病気を持っていることが多く、多剤を併用せざるを得ない状況にある。

また、加齢に伴い薬物代謝機能も低下し、作用の増大や副作用が発現しやすくなっていく。認知症や視覚の低下により服用を誤ることもある。個々の患者にあった方法で、薬剤の適正な服用を促していくことで、十分な治療効果を発現させながら、自宅での「QOL (Quality of Life : 生活の質)」自体を高めることが在宅患者訪問薬剤管理指導ということではないだろうか。

## 在宅訪問の実際

私が訪問している在宅患者、今は一人。退院時共同指導から在宅へと移行した患者である。退院時共同指導の際、患者の家族から「母を中心に、各訪問スタッフが情報を共有し、相互の協力によって、再入院することのないように支援して欲しい」との要望が出された。

それを受け、ケアマネジャーのところで情報の一元管理をする事とした。実際に、私は本例の訪問指導を行った時に、医師への報告とケアマネジャーへの報告を行っている。これが、在宅医療の本来のあるべき姿なのかも知れない。患者に関わる医療や介護スタッフが、等しく情報を共有することで患者や家族は安心し、自宅で療養できるのであろう。その安心感が患者の状態を安定させ、生活の質の向上をもたらすのではないかと考えられる。

今回の改定で新設された「在宅患者緊急時等共同指導料」は、「在宅での療養を行っている患者であって、通院が困難なものの状態の急変などに伴い、当該患者の在宅医療を担う保険医療機関の保険医の求めにより、関係する医療従事者と共同で患家へ赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に算定」となっている。しかし、急変時に初めて各スタッフが集まったとしても、カンファレンスは有意義なものにはならないのではないだろうか。緊急時の共同指導を行うためには、日頃の患者情報を如何に共有しているかが重要な点だと考えられる。

ところで、私は患家に一冊のノートを置いている。ごく普通のキャンパスノートである。患家を訪問した際には、患者の状態、服薬状況および家族への連絡事項などを書くようにしているが、今ではそのノートに、訪問リハビリテーションやデイサービスのスタッフがコメントを残してくれている。訪問医も血液学的検査結果などを貼付してくれるようになり、何だか賑やかな感じである。

ちょっとしたことだが、他のスタッフのことが身近に感じられるとともに、また患者の家族にとっても、在宅時の様子が理解され安心できるのではないだろうか。

現在、この患者はコンプライアンスも良好で、副作用の発現も認められず、状態は安定している。

季節の変わり目や冬は、一日の温度差が激しくなり体調を崩しやすくなる。生活全般に気を配りながら、本来の薬学的管理指導の役割を果たしたいと考えている。

## 仲間との連携

退院時共同指導も在宅患者訪問薬剤管理指導も、私一人では決して踏み出すことはなく、縁のなかったことかもしれない。しかし、一緒に考えてくれる仲間がいて、導いてくれる先輩方がいて、踏み出す勇気ももらった。本書の巻末に付された「標準操作手順書」は、在宅を始める前に参考にした。最初は、見よう見真似で、それだけで精一杯だった。しかし、これからは、少しずつ自分らしさを出して行きたいと思っている。みなさんも、一人で悩む必要など何もない。「標準操作手順書」があり、私たちの在宅医療推進検討プロジェクトがサポートするのだから。

## 今後の課題

先日、在宅医療推進検討プロジェクトチームの一員として、「薬剤師の在宅医療」について講演した。

講演対象は一般市民であったが、多くの市民は、薬剤師が自宅に来て何をしてくれるのかはわかっていない。世間の認識として、薬剤師は「薬の配達人」でしかないのだ。私たち保険薬剤師は、自らの研鑽に励むとともに、より一層の社会性を発揮し、医療や介護関係者および市民にアピールしていかなければならないことを痛感した。

また、入退院、転院、在宅と、患者の療養環境がどのように変化しても、安全で安心な薬物療法を継続して受けられるようにしたいものだ。核家族化の進行や高齢者単独世帯の増加などに伴い家庭の介護力は明らかに低下してきている。そんな現代において、保険薬剤師だけが、相変わらず薬局内のカウンターにしがみついている。世間の目から見ると、何とも滑稽な姿に映っているのではないだろうか。

診療報酬の算定は、少なからず時代のニーズに対応したものである。保険薬剤師の在宅に関わる算定においても、実施されない、算定されない基準は削除されるであろう。保険薬剤師は在宅医療に取り組む意志がないのだと判断されて、それで良いのだろうか。

薬局は、法改正で医療提供施設となった。保険薬剤師は、社会に対し国民の健康を守る責任があり、チーム医療の一員として期待されているのではないだろうか。今こそ、地域における病院、診療所、訪問看護ステーション、居宅介護サービスなどのスタッフと連携し、在宅医療に取り組む姿勢を示すことが重要な課題であると、私は考えている。

なお、在宅医療に取り組む際に、保険薬剤師には薬物療法の知識のほか、臨床や介護に関わる幅広い知識が求められる。更に、専門知識はもちろんのこと、保険制度を含めた経済的な支援制度などを習得していくことも必要となる。

この度、板野郡薬剤師会は薬薬連携のモデル地区として注目を集めているようだ。TDM（Therapeutic Drug Monitoring：治療薬物モニタリング）対象薬物や退院時情報提供を通して、薬薬連携の機会が過去にもあったが、いずれも満足な連携には至っていない。

同じ薬剤師でありながら、病院薬剤師と保険薬剤師がどうして連携を図れないのか、私には理解できない。いずれにしても、芽が出たばかりの板野郡の薬薬連携、県内に、そして全国に大きく育ていくことを期待している。

## 最 後 に

私は、大学時代まじめに授業を受けた方ではなかったが、「QOL」という言葉だけは、薬剤師の基本として叩き込まれた記憶がある。改めて調べてみると、「QOL（生活の質）は、患者が自ら実感するものであり、医療関係者が如何なる時でも向上させるべく最善を尽くしているものなのである。一般に人の生活の質、すなわちある人がどれだけ人間らしい望みどおりの生活を送ることが出来ているかを計るための尺度として働く概念である」とあった。私自身が在宅医療に関与するまでは、遠い記憶の彼方にあった言葉だったが、在宅に取り組み始めた今、とても重要な言葉なのだと感じている。

在宅医療を難しく考えることなどないのかも知れない。薬剤師として患者の気持ちに寄り添い、暮らしを支える医療、そんな在宅医療に少しでも関与していきたい。

今回、こうして原稿を執筆することになり、今までの至らなかつた自分への反省と、そして見過ごしていた大切なものを再発見することができた。人としても、薬剤師としても、着実に成長していきたい。



## 退院時共同指導について

板野会営調剤薬局 管理薬剤師 小林 澄子

### はじめに

平成20年度診療報酬改定により、在宅分野において退院時共同指導料が新設された。

この新たな制度を、私たちがいち早く実施に結びつけることができたのは、独立行政法人国立病院機構東徳島病院（以下、東徳島病院と略）の協力があつたからだ。特に、病院薬剤科の理解と協力によるところが大きかったと考えられる。

退院時共同指導は、保険薬剤師が単独で行うことはできない。何故なら、患者の退院時に各医療スタッフが共同で指導を行うことになるからである。従って、医療機関、特に病院薬剤科の協力は欠かすことのできない重要な条件になってくるのだ。

従来、在宅患者訪問薬剤管理指導は、保険薬剤師が医師に直接あるいは外来患者やその家族を介して、その実施に至っていた。指導の方針や得られる効果を予測し、個々に医師の訪問指示書を出して頂くには、多くの労力と時間を費やさなければならなかった。

この度、新設された退院時共同指導が浸透してくれば、在宅患者訪問薬剤管理指導を開始する際の選択肢が増すことになり、保険薬剤師の在宅での活躍の機会が増えることになる。

今回、私は、東徳島病院において、入院中の患者に退院時共同指導を行う機会を得た。その症例を紹介しながら、退院時共同指導の意義について検討したので報告する。

### 退院時共同指導の意義

退院時共同指導の定義については、他の資料を参考にして頂くことにして、ここでは、主にその意義について考えてみた。

本指導は、退院後に在宅療養を希望する入院患者が対象となる。その理由は、いくつか考えられるが、最も重要な点は、患者自身の自立性が問題になるのではないだろうか。身体的あるいは精神的な自立性に乏しい患者が、在宅で療養する際の支援として本指導が有用になってくるのだと思われる。

すなわち、医療や介護に携わるスタッフが、退院時共同指導を通じて情報を共有し、入院時と同レベルの支援を継続しながら、退院後も患者の自立性や生活の質（QOL（Quality of Life））の向上をサポートできることに意義があるのだと考えられる。

特に、保険薬剤師の立場から考えてみると、入院中と退院後の服薬指導の一貫性を保持しながら、在宅での生活リズムや習慣を加味しなければならない。自宅での生活では、起床時間や消灯時間は決まっていない。1日3度の食事を摂ることさえも、難しい患者がいるのだ。食事を摂らないからという理由で、食後の服薬をしない患者も現実には居るのである。

在宅における保険薬剤師の服薬指導とは、これらの個々の生活リズムや習慣を知るところから始まるわけだが、退院時に該当患者の共同指導を実施することができれば、より適切な在宅での指導を行うことが可能となる。

退院時共同指導とは、退院後の規則正しい生活リズムの維持および在宅における適切な服薬などを心掛けて頂くための情報を提供することである。

そして、その情報提供が生活の質の向上に結びつくように訪問薬剤管理指導を実践していくのだと



考えられる。

## 退院時共同指導の実施と情報提供

症例の退院時共同指導は概ね以下のように進められた。

1. 症例は、82歳の男性で、間質性肺炎を伴った多発性筋炎、肺気腫、慢性呼吸不全と診断。患者本人の早期退院の希望が強く、家族と協議し在宅療養を行う。  
筋力低下により通院困難であったため、患者近くの診療所から訪問診療を受ける。  
労作時呼吸困難が著明であり在宅酸素療法を利用する。
2. 退院時共同指導に参加したのは、患者家族、東徳島病院の主治医・看護師・病院薬剤師、在宅を担う診療所の看護師および保険薬剤師の6名。
3. 平成20年8月某日の16時30分から、東徳島病院5-1病棟のカンファレンス室にて実施した。
4. 東徳島病院の主治医から、現在までの経緯などが報告され指導は開始された。  
患者家族からの質問もあり、活発に情報の交換と指導を行った。
5. 本例の退院時共同指導を行ったのち、表-1に示す報告書（指導文）を患者に提供した。

## 退院時共同指導を終えて

退院時共同指導を終えれば、患者はいよいよ退院の日を迎える。それからは、在宅患者訪問薬剤管理指導としての関与となるが、入院中にできていた養生が退院後にはできなくなってしまうように注意をしながら指導する。

私たち保険薬剤師は、外来患者に対して、1枚の処方せんと過去の薬剤服用歴管理指導簿によって服薬指導を行わなければならない。処方せんがあれば、確かに調剤を行うことは可能である。

しかし、多くの保険薬剤師が感じているように、適切な服薬指導を行うためには正確な情報が望まれるのだ。従って、患者と対話をすることにより必要な情報収集を図っているのだが、正確さに欠けることがある。

退院時共同指導においては、患者やその家族の同意が得られ、患者の病名や病状、各種データまで見ることができ、医療や介護スタッフから事前に情報が得られるのだから、これほどスタートしやすいことはないのだ。

## ま と め

今回、私は周辺環境に恵まれ、貴重な退院時共同指導を体験することができた。保険薬剤師が参加できる退院時共同指導は、まだ始まったばかり。本例において、決して満足のいく退院時の指導ができたとは思っていないが、退院時共同指導の情報を有効に活かし、患者の在宅における療養に貢献したいと考えている。

表-1

退院時共同指導 報告書

〇〇 〇〇 殿

平成 20年 08月〇〇日  
 〇〇郡〇〇町〇〇字  
 〇〇調剤薬局  
 管理薬剤師 〇〇 〇〇 印  
 T E L  
 F A X

平成 20年 08月〇〇日に、実施した東徳島病院での退院時共同指導内容（主に薬剤に関連する事項）について報告させていただきます。本内容を参考に、今後の訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導を行って参ります。

<p><b>【全般的注意】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・両足の筋力が低下しているようです。退院後は、無理に動こうとせず、少しずつリハビリを兼ねる程度の活動が望ましいと考えられます（転倒注意）。</li> <li>・血圧は正常のようですが、日常の体調管理という点から、1日数回（朝夕など）血圧を測定し記録されることをお勧め致します。</li> <li>・水分の補給に心掛けるとともに、風邪を引かないように気をつけて下さい。風邪かなと思ったら、早めに主治医にご相談下さい。</li> <li>・生もの、イチゴ、グレープフルーツジュースの飲食は避けて下さい。皮のついているバナナやリンゴは食べても大丈夫ですが、皮を剥いたら早めに召し上がるようにして下さい。</li> </ul>
<p><b>【服薬上の注意】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・服薬は医師の指示を守って下さい。自己判断で勝手に服薬を中止すると危険な場合があります。特に、プレドニンやネオオーラルには注意して下さい。</li> <li>・前項にも示しましたが、グレープフルーツジュースと相性の悪い薬（ネオオーラル）があります。飲用しないように注意して下さい。</li> </ul>
<p><b>【服用・保管上の注意】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・服薬は多目の水で、確実に飲み下すようにして下さい。直射日光や湿気に注意して下さい。</li> <li>・フランドルテープは、毎日貼付部位を変えて皮膚刺激が起きないようにして下さい。</li> </ul>
<p><b>【備 考】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ご不明な点は、遠慮なさらず、いつでもお申し出下さい。</li> <li>・痰が増えたり、呼吸が苦しかったり、足に腫れがみられるような場合は、早めに主治医にご相談下さい。</li> </ul>

以上

## 症例 1

## 退院時共同指導を行った1症例

まさき薬局 管理薬剤師 正木 雅 泰

## はじめに

「入院患者の退院時共同指導をお願いしたいのですが」

突然の連絡を頂いたのは、6月も終わろうとしていた頃だった。その主は国立病院機構東徳島病院（以下、東徳島病院と略）薬剤科の科長だった。面識もない私に、いきなり退院時共同指導の依頼をしてきたのだから、驚きと言うより面くらったというのが本心である。

在宅患者の薬学的管理指導や退院時の共同指導について多少の興味はあったが、面倒な手続きなどが脳裏に焼き付いていて、とても自分が実践できるとは思っていなかった。結局、病院薬剤師と保険薬剤師の「見えない壁」を取り払いたい、薬業連携で入院患者のフォローがしたいという薬剤科長の熱意に推され、私は一歩踏み出すことになったのである。これが、私の初めての退院時共同指導になった。

初めての退院時共同指導なので何をどうしていいのか、どこから手をつけていいのか全くわからない。診療報酬の算定方法、調剤報酬点数表の解釈および在宅訪問に関する資料などと毎晩にらめっこの日々が続いた。それでも全体像が浮かんでこない。最後は、かねてから在宅患者の訪問指導の経験がある先輩の保険薬剤師に指導を仰ぐことにした。その先輩の講演に足を運んだことはあるが、ほとんど面識がなく、あまり話もしたことがなかったのだが、快く受けてくれたのである。この二人との出会いがきっかけとなり、私の在宅患者への姿勢は一変した。

私の薬局は開局して、まだ日が浅く、在宅訪問に目を向ける余裕がなかった。そういえば、何となく自分自身で納得ができていたのだ。ところが、薬局から一歩外に出てみよう、患者を訪問することで自分にも何かができるかも知れないと思うようになった。そんなスタートだったが、本書への投稿依頼も受けることになってしまった。

迷いを有しながら、私が行った退院時共同指導が何らかの参考になればと考え、その1症例について報告する。

## 全体の流れ

退院時共同指導を行うまでのスケジュールを図-1に示した。入院患者の退院が決まった時点から、退院時共同指導の準備は始まる。

**第一段階：患者およびその家族の同意を得る**

退院時共同指導を行うことができるのは、退院後に在宅での療養を希望する患者に限られる。訪問薬剤管理指導を希望しない患者には退院時共同指導を行うことはできない。まずは退院時共同指導を受ける意思があること、在宅療養を受ける意思があることを確認しなければならない。

**第二段階：本共同指導に出席する関係者への連絡**

主治医、看護師、保険薬剤師等などに連絡を取りながら日程の調整をした。患者にかかりつけ薬局がない場合は、在宅を受け入れられる複数の保険薬局を提示し、患者に選択してもらうことにした。今回紹介する症例は、薬局と患家と同じ市内であったことから、私の薬局が選択されたのだと聞いている。

### 第三段階：相互の誓約書

退院時共同指導を行う前に、保険薬局と東徳島病院は個人情報の保護について誓約書を交わした。カルテなどを閲覧させてもらうためである。

### 第四段階：病棟研修

病棟研修を受けた。研修という名目だが、実際は患者のカルテ閲覧や患者情報の収集などの事前準備と考える方が妥当であろう。病院薬剤師と実際に病棟に赴き、その服薬指導に立ち合った。この研修は、服薬指導に統一性をもたせることができるとともに、直接患者や家族との面会もでき、以後の指導を極めて円滑に進めることができると思われた。

## 患者情報

本症例は、80歳、男性。教員を退任後は息子との二人暮らし。

主な患者情報を表-1に示す。

薬局から約13kmあり、患家は僻地にあった。

患者の性格はやや気難しい面もあり、誰にも会いたくない時や疲れている時は電話線を抜いてしまうことがあった。

## 病棟研修

本来なら病棟研修は、数日前に実施することが望ましいが、本症例は、急に退院が決まり時間的な余裕がなかったため、退院時共同指導当日の病棟研修となった。

まずは、薬剤科を訪れ、簡単な説明を受けた。病院薬剤師の主導のもと、看護師より服薬の確認を確実にを行うために抗結核薬が昼食後の服用になっていること、服用薬で主だった副作用の発現はみられていないこと、血液検査の結果などの各種検査結果について説明を受けた。

その後、ナースステーションに移り、カルテの閲覧をした。カルテには、入院に至った経緯、疾患名、家族構成など事細かに書かれていた。見慣れない略語や専門用語が多く、正直なところ半分は理解不能だったと思われた。貴重な情報を目の前にして、それを十分に吸収しきれない自分がいたのである。病棟研修を受けるための事前準備を行っておくこと、それが私の今後の課題であると痛感した。

## 退院時共同指導

本症例の退院時共同指導は、退院予定の1日前に病棟で行った。参加者は、患者本人、御家族、看護師、病院薬剤師および保険薬剤師の私で、合計5名。患者と初めて面会した時は、互いが緊張していたせいか、少し壁があるのを感じていた。しかし、周囲のスタッフの計らいで、少しずつ緊張がとれ、本共同指導においてはリラックスして会話ができるようになっていた。各医療スタッフから、入院中の経過が報告され、退院後の注意点などについても指導が行われた。

私は、本症例の指導要点を抗結核薬の服薬コンプライアンスの維持という点に絞っていた。従って、薬剤耐性菌を発現させず十分な治療効果を得るためには、在宅療養に移行した比較的初期の期間が重要と考え、退院直後は1週間に1回の訪問を提案した。また、本症例は入院中に、抗結核薬の服用時点を昼食後とし、服用後は本人が手帳のカレンダーに○印を付す習慣をつけていたので、退院後もその習慣を維持させることを提案した。また、服薬意義の理解を促すために、服薬不履行による薬剤耐性の問題や再度の入院を余儀なくされることなどを指導した。



## 指導報告書の作成

退院時共同指導を終えて、指導報告書を作成した。指導報告書の作成にあたっては、本共同指導時に口頭で指導した内容の要点のみ記述した。すなわち、抗結核薬の服薬コンプライアンス、薬剤耐性、副作用の発現および生活上の注意点などについて記述した。なお、私は患者に提出する報告書に、他の医療スタッフからの指導内容も合わせて記述することにした。何故なら、患者には可能な限り、手を煩わせない、精神的な負担を強いらぬ方法を選択すべきと考えたからである。1枚の報告書を見るだけで、患者が安心して自宅で療養できるように配慮することも、私たち保険薬剤師の業務であるからだ。さらに、細かなことであるが、具体的な注意事項として、カレンダーに○印ができるように、傍に手帳とペンを置いておくことや、薬は食卓から目立つ場所に置いておくことなども記述した。

以上のように、患者に指導報告書を提供して退院時共同指導は終了した。

患者が退院して在宅での療養が開始されれば、今度は在宅患者訪問薬剤管理指導が始まるわけである。なお、在宅患者訪問薬剤管理指導については、別の著者に譲ることとする。

## ま と め

今回、初めての退院時共同指導を行った。本症例は、結核患者であり抗結核薬の服薬コンプライアンスに重点をおいた指導となった。結核治療においては、WHO (World Health Organization : 世界保健機構) で推奨している DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course : 直接服薬確認方法) が良く知られているが、保険薬剤師が行う在宅療養での薬学的管理指導としては、薬剤 (抗結核薬) の安定的な供給および患者記録に基づく服用状況の確認や評価という点に限られるであろう。しかし、この薬剤の安定供給と服薬状況の確認を保険薬剤師が行うことによって、結核患者の薬剤耐性を防止し有効な治療に貢献できることに間違いはないのである。

菌陰性肺結核の患者が治療3ヶ月目から服薬が不規則になり、喀痰培養検査が陽性に転じた例、薬疹などの副作用で勝手に服用を中断した例、あるいは、コミュニケーション不足や経済的問題などにより治療に失敗した例などが数多く報告されている。これらの治療失敗例は、服薬の中断により生じた問題であり、結核患者の退院時共同指導においては、退院後の服薬コンプライアンスを低下させない患者指導が求められるとともに、患家を訪問した際には服薬カレンダーなどの患者記録を確認することが重要と思われた。

また、入院患者は退院直後に環境変化に伴う開放感などを味わうこととなる。その開放感が服薬リズムを狂わせないように細心の注意が必要であり、当初の患家訪問頻度は一週間に一回程度が妥当と考えられた。そのためには、退院時共同指導の場において、医師の理解を頂きながら患家の訪問頻度に合わせた退院時処方について協議しておくことが必要である。私の場合は、退院時処方が比較的長期だったため、患家を訪問しても算定できない期間があった。そのため、自己負担金の発生の時点で、患者に混乱を招いてしまうということがあった。

退院時共同指導は、保険薬局が単独で実施できるものではない。病院の理解や、主治医、看護師など多くのスタッフの協力が得られて、初めてできることなのである。とりわけ、病院薬剤師との綿密な連携を図ることが重要であると考えられた。

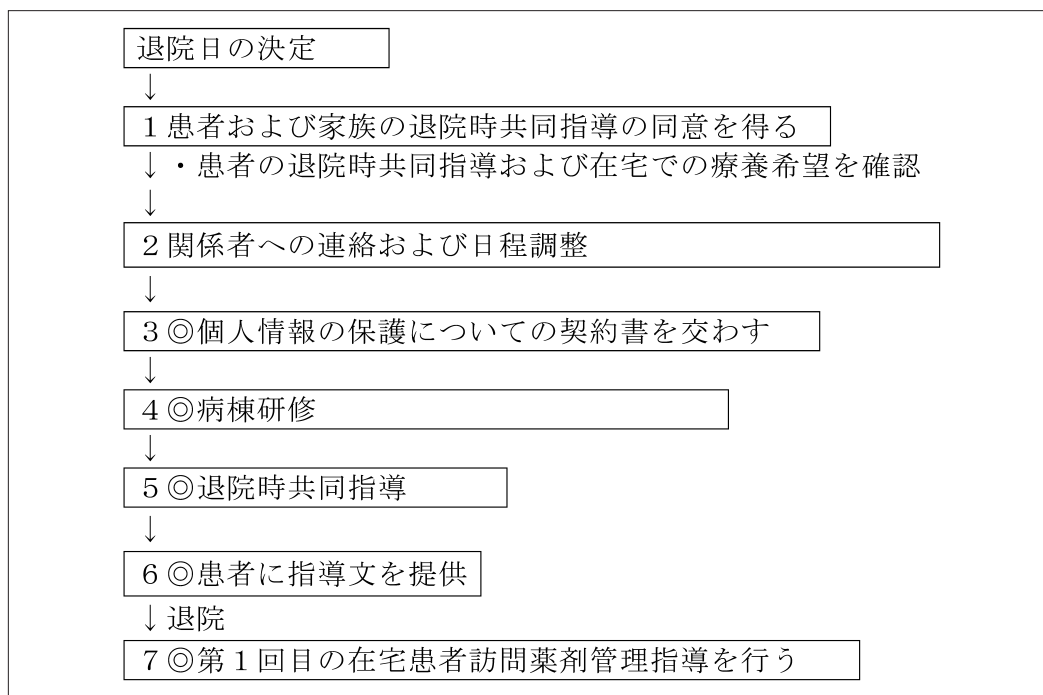
この度、患者のカルテを閲覧する機会に恵まれた。保険薬剤師が患者のカルテを閲覧できる機会は決して多くはないであろう。今後は、事前準備を怠らず、そして薬剤のみに偏った知識習得ではなく、幅広い自己研鑽に励むことが重要であると痛感した。

最後に、患家までの13 km、私は遠距離恋愛のつもりで車を走らせている。



## 謝 辞

本症例の退院時共同指導の実施にあたり、東徳島病院薬剤科の中田素生科長、西村美智子先生をはじめ、ご指導を頂いた多くの関係者の皆様に厚く御礼を申し上げます。



図－1 退院までのスケジュール

◎保険薬剤師が行う

表－1 患者情報

年 齢	・80歳男性 ・身長：158 cm ・体重：45 kg
身体状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下肢筋力が低下に伴う、歩行困難を認める。通院は家族の同伴を要す</li> <li>・認知機能に問題はなく、性格は几帳面でややプライドが高い傾向を認める</li> <li>・介護認定なし、家族（息子）と二人暮らし</li> <li>・四肢欠損、麻痺、およびその他の身体的変化はみられない</li> </ul>
疾患名	・結核性腹膜炎・狭心症・糖尿病・心臓弁膜症
状 況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2008年2月にふらつき、発熱および腹水の貯留がみられ東徳島病院に入院</li> <li>・結核性腹膜炎と診断</li> <li>・菌の感染性が認められなくなり同年7月に退院が決まる</li> </ul>
服用薬剤	<ul style="list-style-type: none"> <li>・始動時の服薬状況は以下の通り</li> <li>朝食後 バイアスピリン錠 100 mg 1錠</li> <li>グリミクロン錠 40 mg 0.5錠</li> <li>昼食後 イスコチン錠 100 mg 3錠</li> <li>エブトール 250 mg錠 3錠</li> <li>リファンピシンプセル 150 mg 3 cap</li> <li>強力アデロキシシ末 0.6g</li> <li>外 用 フランドルテープ 40 mg</li> <li>・看護師がDOTSを行いやすいよう、抗結核薬は昼食後に服用している</li> </ul>

## 症例2

## 在宅患者訪問薬剤管理指導を行った1症例

きたじま調剤薬局 管理薬剤師 山地 知代子

## はじめに

私どもの薬局は、徳島市に隣接する北島町に平成10年2月に開局した。地域医療に貢献できる町のかかりつけ薬局を目指し、開局時間も可能な範囲で長時間の受付に対応することとした。現在のスタッフは7名で、開局当初より外来調剤にとどまることなく、在宅患者の訪問薬剤管理指導にも積極的に取り組んでいる。現在でも、保険薬剤師が行う在宅患者訪問薬剤管理指導の理解は余り進んでいないが、当初は周囲の理解不足から思いもよらぬ事態を招くこともあったように思われる。

今回、県薬在宅医療推進検討プロジェクトのリーダーから症例報告を求められ、薬剤管理指導を行った1症例について報告する。

## 薬学的管理指導計画の策定について

患者の背景は、70歳代女性で、糖尿病、糖尿病腎症、多発性脳梗塞、高血圧、高脂血症及び不安定狭心症の既往があり、服薬コンプライアンス不良により入退院を繰り返していた症例である。

本症例の薬学的管理指導計画書を（様式見本-1，27頁）に示した。計画を策定するにあたっては、糖尿病に注目し、服薬コンプライアンスの改善に最も力を注ぐこととした。すなわち忘薬防止のために服用時点ごとの一包化調剤を実施するとともに、患者教育にも重点を置いた。

なお、本症例は平成20年8月12日、独立行政法人国立病院機構東徳島病院において、病院薬剤師・看護師・保険薬剤師の立会いのもと退院時共同指導を行い、それに基づいて指導計画書を作成した。

## 薬学的管理指導及びその記録について

実際の指導では、服薬やインスリン注射を忘れた時の対処ならびにシックデイ（SickDay）や低血糖症状の発現時の対応などについての指導を注意深く行った。患者は血糖コントロールの意義、摂取カロリーと消費エネルギー及び服薬やインスリン注射の必要性などについては、入院期間中にほとんど理解していたので、今後継続して適正なセルフメディケーションが保たれるようにその補助をすることとした。

訪問時の薬学的管理指導記録を（様式見本-2，28頁）に示す。服薬状況の確認及び低血糖症状の発症有無については、慎重に情報収集を行うようにしている。本症例において、ノンコンプライアンスを是正し再入院を繰り返さないようにすることが重要な点であり、話題を変えながらも服薬状況には注視するようにしていた。

## 訪問薬剤管理指導の報告書について

訪問薬剤管理指導の算定要件には、医師への文書での報告が求められる。すなわち、管理指導を実施するまでが本指導の業務ではなく、医師に文書で報告するまでがその業務となる。

報告にあたっては、事実と判断を明確に区別することに注意している。なお、実際の処方日数は、長期投与だったが、コンプライアンスを重視する目的が第一と考え2週間に1回の訪問をし、随時電話による対応も付け加えた。

## ま と め

糖尿病患者で服薬コンプライアンスの悪い症例では、過去に著しい低血糖症状を経験したということがその一因となっていることがある。実際に低血糖を起こす数値までにはいたっていないことがほとんどだった。経験的にはあるが、その低血糖症状が心理的な不安を招いているようにおもわれる。服薬コンプライアンスの不良な症例においては、その原因が何処にあるのかを見極め、適切な指導を行うことで、改善することができるのではないかと考えている。

本症例においては介護認定を受けていないので、将来は在宅訪問から離脱し、通常の外来通院で十分な治療効果を得られればと期待している。

私は自分の目線を、可能な限り患者の目の高さに合わせるように心掛けている。それが、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う際の基本になると信じている。



服薬指導の場 (© Chiyoko Yamaji)

## 薬学的管理指導計画書

平成20年8月8日作成

作成者 ○○薬局 薬剤師氏名：山地 知代子

年 月分	患者氏名	年 月 日生 ( 歳)
訪問回数	原則2週間毎の訪問 週に1回の電話対応	
医師からの情報	(診断名) 高血圧症・糖尿病・多発性脳梗塞・高脂血症・糖尿病性腎症・不安定性狭心症	
患者の心身の特性	脳梗塞後遺症に因る足のむくみ・浮腫・倦怠感・胃もたれ・めまいを常時感じる。 外出予定前や当日には特に体調をくずしやすい。	

注目すべき点 問題・課題など	(管理方法・副作用・ADLへの影響・相互作用等) 自己判断による薬用量の調節や服用中止によるコンプライアンスの低下。 服用間違いや、薬に対する不信感。
-------------------	---

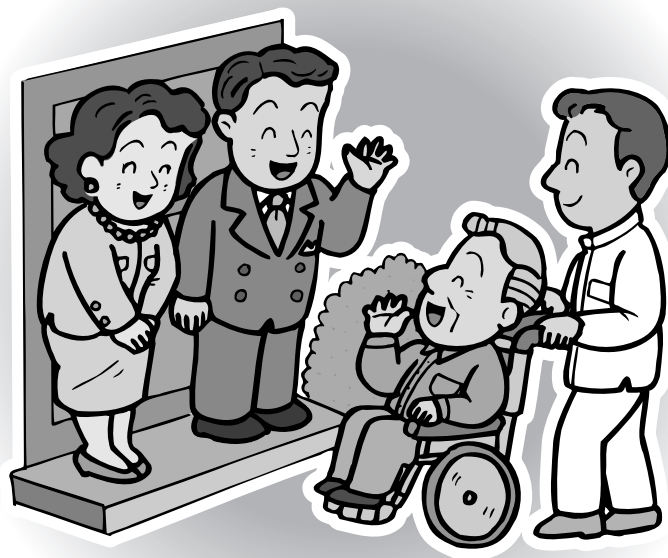
<p>今月行った主な指導内容(確認項目・指導項目)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血糖コントロールの重要性を理解。</li> <li>・ 適正なエネルギー量と栄養バランスの摂れた食事指導。</li> <li>・ 低血糖についての説明とその予防。</li> <li>・ 低血糖症が起こった時の対応についての指導。</li> </ul> <p>(頻繁に起こるようであれば、主治医に報告する。)</p>
<p>計画に加味すべき追加・変更項目⇒次回に反映させる。</p> <p>本人及び家族からの情報交換。</p> <p>訪問毎の残薬数の確認。</p>

様式見本-2

訪問薬剤管理指導記録簿				訪問日 平成20年 8月12・26日9月9日				
患者氏名		訪問者						
生年月日 (明・大・昭) 年 月 日		薬剤師氏名		山地 知代子				
主治医	氏名	電話	介護度	☑️ 介護予防サービス有/要支援1・2/要介護1・2・3・4・5				
	所属	FAX	訪問の目標	服用コンプライアンスの改善				
ケアマネージャー	氏名	電話	目標達成のためにやるべきこと	コミュニケーションによって信頼を得る。				
	所属	FAX						
処方薬の服用状況		前回の服薬開始時の残薬数	本日付残薬数	日間の服用数	服用状況判断	今回処方数	本日最終残薬数	次回必要処方数
初回訪問			漢方28日分	42日間	良好・ <del>不良</del>		28	0
			その他9日分		<del>良好</del> ・不良	14日分	23	7
2回目			漢方19日分		良好・ <del>不良</del>		19	0
			その他9日分		<del>良好</del> ・不良	14日分	23	14
3回目			漢方9日分		良好・ <del>不良</del>		10	0
			その他9日分		<del>良好</del> ・不良	14日分	23	14
					良好・不良			
					良好・不良			
					良好・不良			
調剤方法：一包化								
説明対象者 <input checked="" type="checkbox"/> 本人・家族 ( ) ・その他 (ヘルパー・施設職員・ )								
薬効説明	<input checked="" type="checkbox"/> 重点	全	他科受診	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	有 日赤病院循環器科			
理解度	<input checked="" type="checkbox"/> 不良	やや良	併用薬品	<input checked="" type="checkbox"/> 有	無			
管理/保管状況	<input checked="" type="checkbox"/> 不良	良	副・相互作用	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	口喝 低血糖			
効果	<input checked="" type="checkbox"/> 不良	良	健食・嗜好	<input checked="" type="checkbox"/> 有	無			
患者主訴			考察・薬学的管理指導・説明のポイント					
持病による全身の倦怠感、足のむくみ。自宅で自己注射することの不安、低血糖の心配。食事療法が上手に出来ない。			食事の前には必ず血糖値を測定する。食事の塩分を控えるよう勧めた。飲み忘れを防ぐため、毎日同じ時間に飲むように指導。低血糖時の対策について説明した。低血糖時には、ブドウ糖を内服する。自宅では粉タイプ、外出時には手軽な液体を渡した。					
食 事			排 泄					
食欲 <input checked="" type="checkbox"/> 無、量 (少・ <input checked="" type="checkbox"/> 多)、回数 ( 3回/日)			尿回数 (昼： 4回、夜： 2 回)					
味覚 <input checked="" type="checkbox"/> 良好・悪い) やや濃い味好む			便通 <input checked="" type="checkbox"/> 快便・便秘・下痢) 快便					
嚥下障害 (むせこみ) (有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無			発汗 (多・ <input checked="" type="checkbox"/> 普通) 少					
薬SE影響 <input checked="" type="checkbox"/> 無・疑有) 無			薬SE影響 <input checked="" type="checkbox"/> 無・疑有) 無					
睡 眠			運 動					
日中の睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> ( 1~2時間) ・無		夜間睡眠 ( 8~9時間) 良・不眠傾向あり	脱力感、 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 ( 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 強 )					
眠剤 (就寝前の安定剤) がある場合			不随意運動 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 強 ) 無					
【不眠の種類】 ・ A入眠困難・B中途覚醒 ・ C早朝覚醒・D熟眠障害・混合型 (A・B・C・D)			薬SE影響 <input checked="" type="checkbox"/> 無・疑有) 無					
眠剤服用： 時、入床 時		眠剤の効果判定・適合・副作用など	ADL、QOL			認知症、うつ、閉じこもり		
服用後の環境 (TVや電気)			薬によるADL、QOLへの影響			上記項目に関連する特記事項		
薬SE影響 (無・疑有)								
次回訪問予定日	次回への申し送り事項および計画							



# 標準操作手順書



# 標準操作手順書

表題 保険薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導の実施について  
(医療保険対象)  
SOP No. I-1

起案者 徳島県薬剤師会  
在宅医療推進検討プロジェクトチーム  
瀬川 正昭 中田 素生 大林 秀樹  
正木 雅泰 小林 澄子 岩下 佳代  
山地知代子

作成日 2008年07月03日  
発効日 2008年10月01日

## Ⅰ 目 的

徳島県薬剤師会会員（保険薬剤師）による県内での在宅患者訪問薬剤管理指導の実施方法について述べる。なお、本手順書（標準操作手順書 SOP：Standard Operating Procedure）は、会員が在宅医療に取り組む際の1つの参考資料として提示するものである。

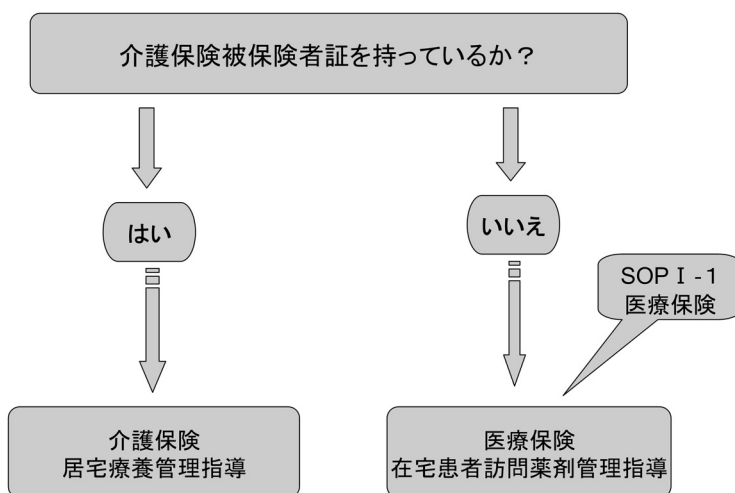
実際の指導にあたっては、関係法規および規則などを精査し、各自の責任において実施されること。

## Ⅱ 保険薬剤師の行う在宅業務とは

保険薬剤師が携わる在宅業務には、医療保険の対象である在宅患者訪問薬剤管理指導、介護保険の対象である居宅療養管理指導が主なものとなる。いずれもその内容に相違はなく、請求先が異なるだけである。ただし、医療と介護では介護が優先されることおよび介護は契約の上に成立するという原則を認識しておくことが重要である。

本 SOP では、主に医療保険の対象となる在宅患者訪問薬剤管理指導を中心に述べる。

### 医療保険と介護保険の関係



## Ⅲ 在宅患者訪問薬剤管理指導の実際

### Ⅲ-1. 事前準備

医師の指示によって在宅患者訪問薬剤管理指導を開始する場合（医師の指示型）もあるが、その場合はすでに過去の実績によって信頼関係が築かれているようなケースである。現状では、患者の状態を観察しながら、保険薬剤師が判断し処方医や患者本人あるいは家族へとアプローチする（薬剤師提案型）こととなる。

また、今後は病院との連携により、入院患者の退院時共同指導から在宅患者訪問薬剤管理指導へと移行していくケース（退院時共同指導型）も考えられる。

在宅患者とは、医師が通院困難と認めた者、すなわち通院困難な患者が対象となる。それでは、通院困難な患者とはどのような状態なのであろうか。現在、明確な定義はないが、以下のように考えることが妥当であろう。

- 1) 在宅診療および往診を受けている者：医師の在宅診療や往診を受けている者。
- 2) 自立した通院のできない者：寝たきりの状態、自立歩行困難、認知症などにより一人では通院が困難な者。単に交通手段がないなどのケースは明らかに範疇外である。

- 3) 介護認定を受けている者：要支援、要介護の如何に関わらず介護認定を受けている者。介護認定審査を経て認定された方は、自立性に乏しく何らかの介助を必要としているのである。ただし、この場合は全て居宅療養管理指導費として請求を行う。

### III - 2. 業務の流れ

在宅患者訪問薬剤管理指導の一連の業務の流れを図-1に示した。

ここでは、標準的な業務の流れを示したが、状況によっては同時に平行して進めなければならない事項もある。

それぞれの操作の詳細はIII - 3項に、また緊急時の対応についてはIII - 4項に示す。

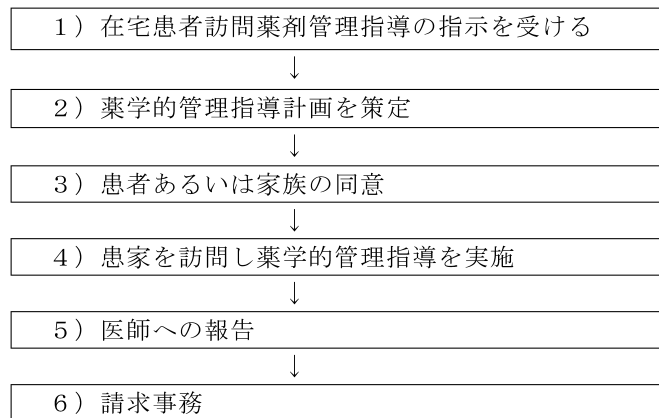


図-1 在宅患者訪問薬剤管理指導の業務の流れ

### III - 3. 操作方法

一般的な在宅患者訪問薬剤管理指導の具体的な操作手順は以下の通りである。

#### 1) 在宅患者訪問薬剤管理指導の指示を受ける

医師の指示あるいは医師と保険薬剤師との協議によって、医師がその必要性を認めた場合に、患者ごとに訪問の指示が出される。処方せんによる在宅訪問の指示あるいは電話による指示として出されることもあるが、後で文書による明確な指示を受けておくことに注意する。優先すべきは、患者への薬剤交付および指導であるから、文書による形式的なものが整っていないからといって、患者を後回しにしない配慮が求められる。

- ・処方医自らが在宅訪問指示書を提出する場合はその指示書に従うが、特に指示書を用意していない場合は、様式見本-1（訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書）例（36頁）を参照する。様式見本-1は、医師の在宅訪問指示と患者情報の提供を兼ねたものである。
- ・患者情報は薬学的管理指導計画を策定する時に必要となる。
- ・在宅訪問指示書および患者情報は、医師自身による作成が望まれるが、状況によっては代筆でも止むを得ない。但し、医師からの指示あるいは患者情報を得た日時、手段、指示を受けた者の氏名などの必要事項を明示しておく。
- ・退院時共同指導から在宅患者訪問薬剤管理指導に入る場合の操作については、SOP No. IIの「入院患者の退院時共同指導の実施について」を参照する。事前準備が異なるのみで、基本的な操作は同じである。

#### 2) 薬学的管理指導計画を策定する

医師から提供された患者情報などに基づき、薬学的管理指導計画書を作成する。

患者の心身の特性および処方薬剤を勘案して、薬剤の管理方法、処方薬剤の副作用、相互作用などを確認しながら実施すべき指導の内容、訪問回数および訪問間隔などを計画する。

- ・薬学的管理指導計画書は、様式見本－2（薬学的管理指導計画書）例（37頁）を参照する。
- ・本計画は、原則として事前に策定し、少なくとも1月に1回は見直しを行い、処方薬剤に変更があった場合及び他職種から情報提供を受けた場合にも適宜見直しを行うこととする。

### 3) 患者あるいはその家族の同意を得る

在宅患者訪問薬剤管理指導は医療保険の対象ではあるが、患者あるいはその家族の同意を書面で得ておくこと。後々のトラブル防止の意味でも同意書は必要であろう。

- ・在宅患者訪問薬剤管理指導・同意書は必ずしも必要ではないが、居宅療養管理指導・契約書（例）（SOP No. 1－2 様式見本－4 53頁）を参照しながら在宅患者訪問薬剤管理指導・同意書を作成して用いることが望ましい。

### 4) 患家を訪問し薬学的管理指導を行う

調剤を伴う場合は、まず処方せんに基づき調剤業務を行うこととなる。在宅患者の心身の特性に応じて、一包化調剤、粉碎調剤など適切に対応することが求められる。

患家を訪問しての薬学的管理指導は、服薬指導、服薬状況、保管状況、体調の変化や副作用、薬に対する知識（薬識）、併用薬剤、食事・排泄・睡眠の状況、患者および家族の訴えなどについて、確認しながら適切な指導を行う。

これらの記録は、様式見本－3（訪問薬剤指導記録簿）例（38頁）を参照し、記録簿は薬歴管理簿に保管する。

### 5) 医師への報告

処方医への報告は、様式見本－4（医師への報告書）例（39頁）を参照する。ただし、急を要する場合などは、電話やFAXなどで報告することを忘れないようにする。また、必要に応じて、処方した医師のほかに関係職種のスタッフなどにも情報を提供する。

### 6) 請求事務

在宅患者訪問薬剤管理指導の請求は、調剤料をはじめ全てを医療保険（調剤報酬）として、支払基金あるいは国保連合会に請求する。

## III－4. 緊急時における操作方法

訪問薬剤管理指導を実施している患者の状態の急変などに伴い、緊急時の対応が求められる。

### 1) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導とは、訪問薬剤管理指導を実施している患者の状態の急変により、当該患者の在宅療養を担う医師の求めに応じて、計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して行う薬学的管理指導のことをいう。

薬歴管理簿には、通常の記載に加え、訪問実施日、訪問した薬剤師名、医師からの緊急要請があったこと、薬学的管理指導の内容、医師への訪問結果の報告など、必要事項を記載しておく。

保険薬剤師が、自らの判断で計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して薬学的管理指導を行っても本指導料は算定できない。あくまで医師の要請が必要なのである。

#### <在宅患者緊急時等共同指導について>

在宅患者緊急時等共同指導料とは、「在宅での療養を行っている患者であって、通院が困難なものの病状の急変や診療方針の大幅な変更などに伴い、当該患者の在宅医療を担う保険医療機関の保険医の求めにより、関係する医療従事者と共同で患家に赴き、カンファレ



ンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に算定」となっている。  
 なお、在宅患者緊急時等共同指導については、本 SOP で述べる趣旨とは少し異なるので、他の資料を参照願いたい。

## Ⅳ 在宅患者訪問薬剤管理指導に伴う調剤報酬の算定について

調剤報酬算定方法は、概ね以下の通りである。

$$(\text{請求点数}) = (\text{調剤技術料}) + (\text{薬学管理料}) + (\text{薬剤料}) + (\text{医療材料料})$$

本項では、薬学管理料に関わる部分についてのみ示す（2008年4月1日現在）。

### Ⅳ-1. 薬学管理料

在宅患者訪問薬剤管理指導を行った場合の薬学管理料は以下のように算定する。

1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料（要届出）：月4回（算定日の間隔は6日以上）まで算定。

- ・500点/回；在宅での療養を行っている患者
- ・350点/回；居住系施設入居者など

\* 癌末期患者および中心静脈栄養法（IVH）の対象患者については、週2回かつ月8回まで算定可。

\* 居住系施設入居者とは、認知症対応型共同生活介護事業所（いわゆる GH）、高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、特定施設（外部サービス利用型を含む）などの入居者であって通院が困難なもの、ならびに介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設など）に入居している末期悪性腫瘍患者（癌末期患者）のことである。

2) 麻薬管理指導加算料（以下、100点麻薬加算と略）：在宅患者訪問薬剤管理指導料算定に伴う麻薬管理指導料として1回につき100点を算定。

100点麻薬加算は、通常麻薬管理指導加算22点とは異なり、麻薬の服用および保管取り扱い上の注意などの必要な指導に加えて、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無を確認・記録し、処方医に必要な情報提供を行うこと。また、麻薬の返納を受けた場合は、その廃棄に関する記録（県知事宛に届け出た麻薬廃棄届けの写しで可）を残すこと。

100点麻薬加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導を算定していない場合には算定できない。すなわち、月4回までの算定が基本となる。

3) 患者までの交通費は実費として請求して差し支えない。

4) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した月においては、100点麻薬加算以外の他の薬学管理料は算定できない。

5) 在宅患者訪問薬剤管理指導は、調剤した薬剤の服用期間内に行うが、調剤を行っていない月に訪問し算定した場合は、調剤報酬明細書の摘要欄に調剤年月日を記入する。

6) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、1回につき500点、月4回まで算定。

## Ⅴ その他の事項

### Ⅴ-1. 本手順書に掲載した記録用紙について

本手順書に掲載した記録用紙は、(社)日本薬剤師会（URL：<http://www.nichiyaku.or.jp/>）会員向けページ内「介護保険関連情報」における平成20年2月22日掲載の日本薬剤師会編「在宅服薬支援マニュアル」を引用した。実際の使用に際しては、各自が加筆修正するなどして実用に供することが望ましいであろう。

訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書（例）

依頼年月日 平成 年 月 日

薬局 殿 医療機関名 住所 電話 Fax 医師名 _____ 印	
患者	氏名 _____ 様 性別（男・女）
	生年月日 明・大・昭 年 月 日
	住所 _____
	TEL _____
	介護度： 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ケアマネージャー： _____
疾患名	
既往歴・経過	
使用薬剤	
訪問により期待すること	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 薬剤管理状況の確認 <input type="checkbox"/> 調剤方法の検討 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 副作用のチェック <input type="checkbox"/> 服薬によるADLへの影響 <input type="checkbox"/> 生活状況の把握 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
服薬にあたっての情報	<input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> 寝たきり患者 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 認知症患者 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
特別な医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等） <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

## 薬学的管理指導計画書（例）

年 月 日作成

作成者 ○○薬局 薬剤師氏名：

年 月分	患者氏名	年 月 日生（ 歳）
訪問回数	2週間毎 ○曜日訪問	1週間毎 1ヶ月毎 その他（ ）
医師からの情報	(診断名) (既往歴)	
患者の心身の特性		

注目すべき点 問題・課題など	(管理方法・副作用・ADLへの影響・相互作用等)
-------------------	--------------------------

今月行った主な指導内容(確認項目・指導項目)
計画に加味すべき追加・変更項目⇒次回に反映させる。

訪問薬剤管理指導記録簿 (例)				訪問日 年 月 日 ( )			
患者氏名		訪問者					
生年月日		(明・大・昭) 年 月 日		薬剤師氏名			
主治医	氏名	電話	介護度	自立/介護予防サービス有/要支援1・2/要介護1・2・3・4・5			
	所属	FAX		訪問の目標			
ケアマネージャー	氏名	電話	目標達成のためにやるべきこと				
	所属	FAX					
処方薬の服用状況	前回の服薬開始時の残薬数	本日付残薬数	日間の服用数	服用状況判断	今回処方数	本日最終残薬数	次回必要処方数
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
調剤方法：							
説明対象者 本人・家族 ( ) ・その他 (ヘルパー・施設職員・ )							
薬効説明	全・重点		他科受診	無・有			
理解度	良・不良		併用薬品	無・有			
管理/保管状況	良・不良		副・相互作用	無・疑有			
効果	良・不良		健食・嗜好	無・有			
患者主訴				考察・薬学的管理指導・説明のポイント			
食 事				排 泄			
食欲(有・無)、量(少・中・多)、回数( 回/日)				尿回数(昼： 回、夜： 回)			
味覚(良好・悪い)				便通 (快便・便秘・下痢)			
嚥下障害(むせこみ) (有・無)				発汗 (多・少・普通)			
薬SE影響(無・疑有)				薬SE影響(無・疑有)			
睡 眠				運 動			
日中の睡眠 有( 時間)・無		夜間睡眠 ( 時間) 良・不眠傾向あり		脱力感、ふらつき、転倒 ( 無・有・強 )			
眠剤(就寝前の安定剤)がある場合				不随意運動 ( 無・有・強 )			
【不眠の種類】 ・A入眠困難・B中途覚醒 ・C早朝覚醒・D熟眠障害・混合型(A・B・C・D)				薬SE影響(無・疑有)			
眠剤服用： 時、入床 時		眠剤の効果判定・適合・副作用など		ADL, QOL		認知症、うつ、閉じこもり	
服用後の環境(TVや電気)				薬によるADL, QOLへの影響		上記項目に関連する特記事項	
薬SE影響(無・疑有)							
次回訪問 予定日		次回への申し送り事項および計画					

<b>医師への報告書(例)</b>				訪問日 年 月 日 ( )			
患者氏名				訪問者			
生年月日		(明・大・昭) 年 月 日		薬剤師氏名			
主治医	氏名	電話	介護度	自立/介護予防サービス有/要支援1・2/要介護1・2・3・4・5			
	所属	FAX		訪問の目標			
ケアマネージャー	氏名	電話	目標達成のためにやるべきこと				
	所属	FAX					
処方薬の服用状況	前回の服薬開始時の残薬数	本日付残薬数	日間の服用数	服用状況判断	今回処方数	本日最終残薬数	次回必要処方数
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
調剤方法：							
説明対象者 本人・家族 ( ) ・その他 (ヘルパー・施設職員・ )							
薬効説明	全・重点		他科受診	無・有			
理解度	良・不良		併用薬品	無・有			
管理/保管状況	良・不良		副・相互作用	無・疑有			
効果	良・不良		健食・嗜好	無・有			
患者主訴				考察・薬学的管理指導・説明のポイント			
<b>食 事</b>				<b>排 泄</b>			
食欲(有・無)、量(少・中・多)、回数( 回/日)				尿回数(昼： 回、夜： 回)			
味覚(良好・悪い)				便通(快便・便秘・下痢)			
嚥下障害(むせこみ) (有・無)				発汗(多・少・普通)			
薬SE影響(無・疑有)				薬SE影響(無・疑有)			
<b>睡 眠</b>				<b>運 動</b>			
日中の睡眠 有( 時間)・無		夜間睡眠( 時間) 良・不眠傾向あり		脱力感、ふらつき、転倒( 無・有・強 )			
眠剤(就寝前の安定剤)がある場合				不随意運動( 無・有・強 )			
【不眠の種類】 ・A入眠困難・B中途覚醒 ・C早朝覚醒・D熟眠障害・混合型(A・B・C・D)				薬SE影響(無・疑有)			
眠剤服用： 時、入床 時		眠剤の効果判定・適合・副作用など		ADL, QOL		認知症、うつ、閉じこもり	
服用後の環境(TVや電気)				薬によるADL, QOLへの影響		上記項目に関連する特記事項	
薬SE影響(無・疑有)							
次回訪問予定日	次回への申し送り事項および計画						



# 標準操作手順書

表題 保険薬剤師の居宅療養管理指導の実施について  
(介護保険対象)  
SOP No. I-2

起案者 徳島県薬剤師会  
在宅医療推進検討プロジェクトチーム  
瀬川 正昭 中田 素生 大林 秀樹  
正木 雅泰 小林 澄子 岩下 佳代  
山地知代子

作成日 2008年07月03日  
発効日 2008年10月01日

## Ⅰ 目 的

徳島県薬剤師会会員（保険薬剤師）による県内での居宅療養管理指導の実施方法について述べる。なお、本手順書（標準操作手順書 SOP：Standard Operating Procedure）は、会員が在宅医療に取り組む際の1つの参考資料として提示するものである。

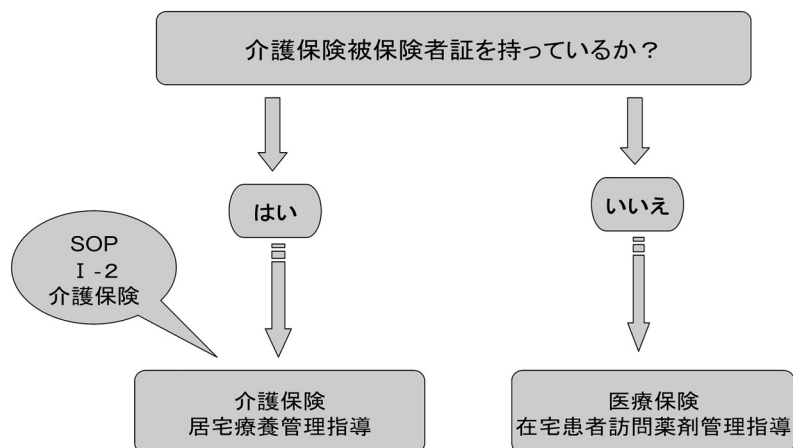
実際の指導にあたっては、関係法規および規則などを精査し、各自の責任において実施されること。

## Ⅱ 保険薬剤師の行う在宅業務とは

保険薬剤師が携わる在宅業務には、医療保険の対象である在宅患者訪問薬剤管理指導、介護保険の対象である居宅療養管理指導が主なものとなる。いずれもその内容に相違はなく、請求先が異なるだけである。ただし、医療と介護では介護が優先されることおよび介護は契約の上に成立するという原則を認識しておくことが重要である。

本 SOP では、主に介護保険の対象となる居宅療養薬剤管理指導を中心に述べる。

### 医療保険と介護保険の関係



## Ⅲ 居宅療養管理指導の実施

### Ⅲ-1. 事前準備

1) 医師の指示によって居宅療養管理指導を開始する場合（医師の指示型）もあるが、その場合はすでに過去の実績によって信頼関係が築かれているようなケースである。現状では、患者の状態を観察しながら、薬剤師が判断し処方医や患者本人あるいは家族へアプローチする（薬剤師提案型）こととなる。

また、今後は病院との連携により、入院患者の退院時共同指導から居宅療養管理指導へと移行していくケース（退院時共同指導型）も考えられる。

居宅療養管理指導の対象となる患者とは、介護認定審査を受けて介護保険被保険者証の交付を受けている者となる。要支援、要介護の如何に関わらず介護認定を受けている者すべてが居宅療養管理指導の対象となる。

なお、保険薬剤師は、介護保険被保険者証を確認することが義務づけられている。

## 2) 介護状態の概要

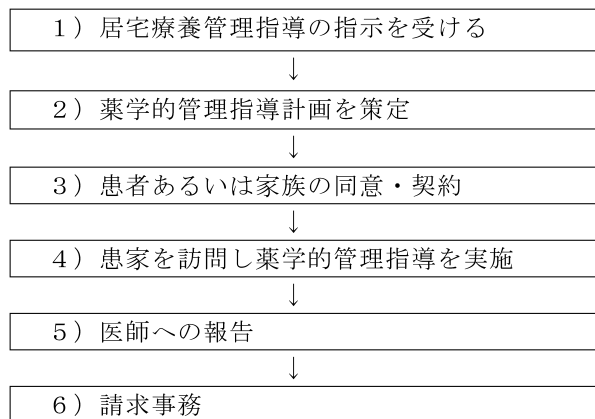
要介護度（状態区分）	主 な 状 態 像（目安）
1) 要支援 1	日常生活の一部に介護が必要だが、介護サービスを適応に利用すれば心身の機能の維持・改善が見込める。
2) 要介護 1 相当	
	要支援 2
	要介護 1
3) 要介護 2	立ち上がりや歩行などが自力では困難。排泄・入浴などに一部または全介助が必要。
4) 要介護 3	立ち上がりや歩行などが自力ではできない。排泄・入浴・衣服の着脱など全面的な介助が必要。
5) 要介護 4	日常生活能力の低下がみられ、排泄・入浴・衣服の着脱など全般に全面的な介助が必要。
6) 要介護 5	日常生活全般について全面的な介助が必要。意志の伝達も困難。

\* 上表は要介護・要支援認定の、そのうちの一つの基準を参考として示した。

\* 要介護度によって、受けられるサービスの枠（内容、頻度、料金の上限など）は決められているが、保険薬剤師の行う居宅療養管理指導は別枠となる。従って、新たに居宅療養管理指導を開始しても、従来から受けているサービスを減じる必要はない。

## III - 2. 業務の流れ

居宅療養管理指導の一連の業務の流れを以下に示したが、状況によっては同時に平行して進めなければならない事項もある。



居宅療養管理指導の業務の流れ

## III - 3. 操作方法

居宅療養管理指導の具体的な操作手順は以下の通りである。

### 1) 医師の指示あるいは協議によって、患者ごとに訪問指示を受ける

医師がその必要性を認めた場合に訪問の指示が出される。処方せんによる在宅訪問指示あるいは電話による指示として出されることもあるが、後で文書による明確な指示を受けておく。優先すべきは、患者への薬剤交付および指導であるから、文書による形式的なものが整っていないからといって、患者を後回しにしない配慮が求められる。

- ・処方医自らが在宅訪問指示書を提出する場合はその指示書に従うが、特に指示書を用意していない場合は、様式見本－1（訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書）例（47頁）を参照する。様式見本－1は、医師の在宅訪問指示と初診患者情報を兼ねたものであるが、介護保険の対象である場合は、訪問薬剤管理指導依頼書を居宅療養管理指導依頼書に読み替えることで対応は可能と思われる。本来は、居宅療養管理指導依頼書・情報提供書として改めて作成して用いることが望ましいと思われる。しかし、医療保険から介護保険へ、あるいは介護保険から医療保険へと適用保険が変更されることもあるので、記録用紙に神経質になることはないであろう。
- ・初診患者情報は薬学的管理指導計画を策定する時に必要となる。
- ・在宅訪問指示書および初診患者情報は、医師自身による作成が望まれるが、状況によっては代筆でも止むを得ない。但し、医師からの指示あるいは初診情報を得た日時、手段、指示を受けた者の氏名などを明示しておく。

## 2) 薬学的管理指導計画を策定する

初診患者情報などに基づき薬学的管理指導計画書を作成する。患者の心身の特性および処方薬剤を勘案して、薬剤の管理方法、処方薬剤の副作用、相互作用などを確認しながら実施すべき指導の内容、訪問回数および訪問間隔などを計画する。

- ・計画書は、様式見本－2（薬学的管理指導計画書）例（48頁）を参照する。
- ・本計画は原則として事前に策定し、少なくとも1月に1回は見直しを行い、処方薬剤に変更があった場合及び他職種から情報提供を受けた場合にも適宜見直しを行う。

## 3) 患者あるいはその家族と契約を結ぶ

居宅療養管理指導は介護保険の対象であり、患者あるいはその家族と契約を結ぶことで成立するものである。書面による契約を欠かすことは出来ない。

- ・契約に先立ち、薬局（指定居宅サービス事業者）の運営規程を提示し、適正な居宅療養管理指導が行えることを説明する。様式見本－3（居宅療養管理指導のサービス提供に係る重要事項等説明書）試案（49頁）を参照する。

居宅療養管理指導のサービス提供に係る重要事項説明書は、介護保険独自のものである。

- ・様式見本－4（居宅療養管理指導・契約書）例（53頁）を参照する。

## 4) 患家を訪問し薬学的管理指導を行う

通常の調剤業務であるが、在宅患者の心身の特性に応じて、一包化調剤、粉碎調剤など適切に対応することが求められる。

服薬指導、服薬状況、保管状況、体調の変化や副作用、薬に対する知識（薬識）、併用薬剤、食事・排泄・睡眠の状況、患者および家族の訴えなどについて、確認し適切な指導を行う。これらの記録は、様式見本－5（訪問薬剤指導記録簿）例（57頁）を参照し、記録簿は薬歴管理簿に保管する。

## 5) 医師への報告

処方医への報告は、様式見本－6（医師への報告書）例（58頁）を参照する。ただし、急を要する場合などは電話やFAXなどで報告することを忘れないようにする。また、必要に応じて、処方した医師のほかに関係職種のスタッフなどにも情報を提供する。

## 6) 請求事務

居宅療養管理指導費の請求は、その費用のみを介護保険（介護報酬）として国保連合会に

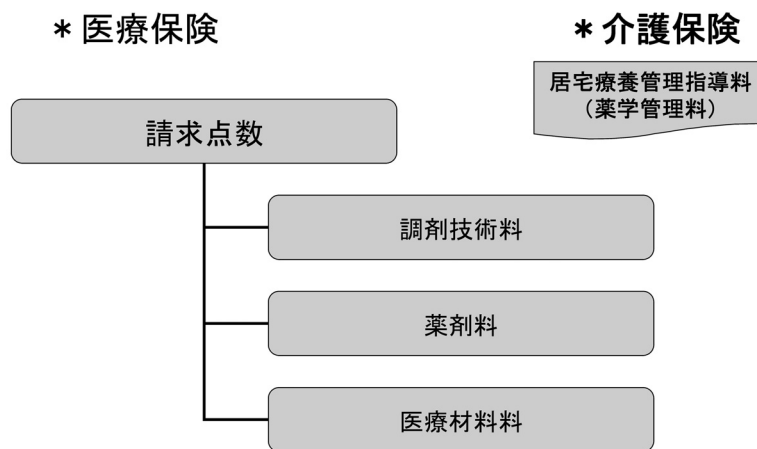
請求し、その他の調剤技術料や薬剤費などは医療保険（調剤報酬）として支払基金あるいは国保連合会に請求する。

#### Ⅳ 居宅療養管理指導に伴う介護報酬の算定について

調剤報酬算定は、（請求点数）＝（調剤技術料）＋（薬剤料）＋（医療材料料）となり、医療保険として請求する。

一方、（薬学管理料）は介護保険として、医療保険とは別に請求する。本項では、介護保険としての（薬学管理料）に関わる部分についてのみ示す（2008年4月1日現在）。なお、医療保険の1点は、介護保険の1単位に相当するものである。

### 調剤報酬の算定



#### Ⅳ-1. 薬学管理料

居宅療養管理指導を行った場合の薬学管理料は以下のように算定する。

- 1) 居宅療養管理指導費：月4回（算定費の間隔は6日以上）まで算定。

在宅で療養を行っている患者および居住系施設入居者とも以下の通りである。

- ・ 500 単位；その月の1回目
- ・ 300 単位；その月の2回目以降

\* 癌末期患者あるいは中心静脈栄養法（IVH）の対象患者については、週2回かつ月8回まで算定可。

- 2) 麻薬管理指導加算料（以下、100 単位麻薬加算と略）：居宅療養管理指導算定に伴う麻薬管理指導料として1回につき100 単位を算定。

100 単位麻薬加算は、通常の麻薬管理指導加算とは異なり、麻薬の服用および保管取り扱い上の注意などの必要な指導に加えて、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無を確認・記録し、処方医に必要な情報提供を行うこと。また、麻薬の返納を受けた場合は、その廃棄に関する記録（県知事宛に届け出た麻薬廃棄届けの写しで可）を残すこと。

100 単位麻薬加算は、居宅療養管理指導を算定していない場合には算定できない。すなわち、月4回までの算定が基本となる。

- 3) 患者までの交通費は実費として請求して差し支えない。
- 4) 居宅療養管理指導料の請求は、国保連合会に行う。

なお、介護保険など全般的事項については、以下に示したワムネットなどを活用して情報収



集を図ることも有用と思われる。

＜福祉・保健・医療情報＞

WAM NET (Welfare And Medical service NETwork system)

アドレス：[www.wam.go.jp](http://www.wam.go.jp)

**Ⅴ その他の事項**

2008年4月1日現在において、医療保険と介護保険の制度や算定基準など、いくつかの相違点がみられるので、留意しながら居宅療養管理指導を行うことが必要である。

V-1. 保険制度について

医療保険制度と介護保険制度において、いくつかの相違点が認められる。

- 1) 介護保険制度では、利用者と指定居宅サービス事業者（保険薬局）との契約によって、全てが成立するものである。医師の居宅療養管理指導の指示書が出されても、患者あるいは家族との契約が成立しない限り、保険薬剤師が居宅療養管理指導は行うことはできない。
- 2) 公費負担医療制度は、国や地方自治体が特定の疾患などに対し、医療費を公費で負担する制度であり、医療保険制度とともにわが国の医療保障の根幹となっている。

しかし、介護保険制度はまだ歴史も浅く、問題点が散見されるように思われる。いずれにしても、事前に十分な調査や確認をすべきであろう。

## 訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書（例）

依頼年月日 平成 年 月 日

薬局 殿	
医療機関名 住所 電話 Fax 医師名 _____ 印	
患者	氏名 _____ 様 性別（男・女）
	生年月日 明・大・昭 年 月 日
	住所 _____
	TEL _____
	介護度： 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ケアマネージャー： _____
疾患名	
既往歴・経過	
使用薬剤	
訪問により 期待すること	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 薬剤管理状況の確認 <input type="checkbox"/> 調剤方法の検討 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 副作用のチェック <input type="checkbox"/> 服薬によるADLへの影響 <input type="checkbox"/> 生活状況の把握 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
服薬に あたっての情報	<input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> 寝たきり患者 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 認知症患者 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
特別な医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等） <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

薬学的管理指導計画書（例）

年 月 日作成

作成者 ○○薬局 薬剤師氏名：

年 月分	患者氏名	年 月 日生（ 歳）
訪問回数	2週間毎 ○曜日訪問	1週間毎 1ヶ月毎 その他（ ）
医師からの情報	(診断名) (既往歴)	
患者の心身の特性		

注目すべき点 問題・課題など	(管理方法・副作用・ADLへの影響・相互作用等)
-------------------	--------------------------

<p>今月行った主な指導内容(確認項目・指導項目)</p>          <p>計画に加味すべき追加・変更項目⇒次回に反映させる。</p>
---

## 居宅療養管理指導のサービス提供に係る重要事項等説明書（試案）

日薬介護保険対策特別委員会 平成12年3月作成

平成15年4月一部改定

日薬職能対策委員会 高齢者・介護保険等検討会 平成18年8月一部改定

居宅療養管理指導または介護予防居宅療養管理指導（以下、「居宅療養管理指導等」という。）サービスの提供開始にあたり、厚生労働省令第37号第8条に基づいて、当事業者が\_\_\_\_\_様に説明すべき重要事項は次の通りです。

## 1. 事業者概要

事業者名称	〇〇薬局（〇〇県知事指定居宅療養管理指導サービス事業者）
事業所の所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇
指定番号	〇〇県指定□□□号
代表者名	〇〇 〇〇
電話番号	〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇

## 2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態または要支援状態にあり、主治の医師等が交付した処方せんに基づき薬剤師の訪問薬剤管理指導を必要と認めた利用者に対し、〇〇薬局の薬剤師が適正な居宅療養管理指導等を提供することを目的とします。
運営の方針	<p>①利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。</p> <p>②上記①の観点から、市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者その他の保健、医療、福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。</p> <p>③利用者の療養に資する等の観点から、当該利用者に直接係わる上記関係者に必要な情報を提供する以外、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を他に漏らすことはいたしません。</p>

※上記③の前段は、基本的に利用者等の秘密を保持するものの、サービス担当会議等において利用者や家族の個人情報を用いる場合があることについて、あらかじめ利用者等の同意を得るための文言として盛り込んだもの。

### 3. 提供するサービス

当事業所がご提供するサービスは以下の通りです。

#### 【居宅療養管理指導等サービス】

- ①当事業所の薬剤師が、医師の発行する処方せんに基づいて薬剤を調製するとともに、利用者の居宅を訪問し、薬剤の保管・管理や使用等に関するご説明を行うことにより、薬剤を有効かつ安全にご使用いただけるよう努めます。
- ②サービスのご提供に当たっては、懇切丁寧に行い、分かりやすくご説明いたします。もし薬について分からないことや心配なことがあれば、担当の薬剤師にご遠慮なく質問・相談してください。

注) 居宅療養管理指導または介護予防居宅療養管理指導におけるサービスの提供及び内容は同じです。

### 4. 職員等の体制

当事業所の職員体制は以下の通りです。

従業者の職種	員数	通常の勤務体制
薬剤師	○名	・常勤者（○名） 勤務時間—午前○：○○～午後○：○○ ・非常勤者（○名） 勤務時間—午前○：○○～午後○：○○
事務員	○名	・常勤者（○名） 勤務時間—午前○：○○～午後○：○○

\*この他、各薬局の実状に応じ、介護支援専門員、福祉用具専門相談員、その他従業員の数等を記載。

### 5. 担当薬剤師

担当薬剤師は、以下の通りです。

担当薬剤師：① (主担当)  
                  : ②  
責 任 者 :

①担当薬剤師は、常に身分証を携帯していますので、必要な場合はいつでも、その提示をお求めください。

②利用者は、いつでも担当薬剤師の変更を申し出ることができます。その場合、当事業所は、こ



のサービスの目的に反するなどの変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。  
③当事業者は、担当薬剤師が退職するなどの正当な理由がある場合に限り、担当薬剤師を変更することがあります。(その場合には、事前に利用者の同意を得ることといたします。)

## 6. 営業日時

当事業所の通常の営業日時は、次の通りです。

- ①営業日 月曜日から土曜日まで。但し、国民の祝祭日及び年末年始(12月〇〇日～1月〇〇日)を除きます。
- ②営業時間 月曜日から金曜日の午前〇:〇〇～午後〇:〇〇、土曜日の午前〇:〇〇～午後〇:〇〇まで。

## 7. 緊急時の対応等

- ①緊急時等の体制として、携帯電話等により24時間常時連絡が可能な体制を取っています。
- ②必要に応じ利用者の主治医または医療機関に連絡を行う等、対応を図ります。

## 8. 利用料

サービスの利用料は、以下の通りです。

介護保険制度の規定により、以下の通り定められています。

### ①居宅療養管理指導サービス提供料として

居宅療養管理指導費

- 1. 月の1回目の算定の場合 500円
- 2. 月の2回目以降の算定の場合 300円

・算定する日の間隔は6日以上、かつ、月4回を限度。ただし、がん末期患者の場合は、1週に2回、かつ、月に8回を限度。

### ②麻薬等の特別な薬剤が使用されている場合

1回につき100円(①に加算)

注1) 上記の他、健康保険法等に基づき、薬代や薬剤の調製に係わる費用の一部をご負担いただきます。

注2) 上記の利用料等は厚生労働省告示第124号に基づき算定しています。算定基準が改定された場合、改定後の最新の利用料を適用日より算定します。

注3) 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費に係るサービス利用料は同じです。

※上記の他、交通費を実費徴収する場合には、その旨を記載する。

9. 苦情申立窓口

当事業所のサービス提供に当たり、苦情や相談があれば、下記までご連絡ください。

①連絡先：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

②担当者名：〇〇 〇〇

平成〇〇年〇〇月〇〇日

(乙) 当事業者は、甲 1 に対する居宅療養管理指導等サービスの提供に当たり、□甲 1、□甲 2 に対して、重要事項等説明書に基づき、サービス内容及び重要事項を説明いたしました。

(乙) 居宅療養管理指導サービス事業者

主たる事業所所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

名 称 〇 〇 〇 〇 印

説明者 所 属 〇〇〇〇

氏 名 〇 〇 〇 〇 印

(甲) 私は、重要事項等説明書に基づき、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲 1) 利用者 住 所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

氏 名 〇 〇 〇 〇 印

(甲 2) 利用者家族 住 所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

氏 名 〇 〇 〇 〇 印

## 居宅療養管理指導・契約書（例）

利用者 \_\_\_\_\_（以下「甲」という。）と事業者 ○○薬局（以下「乙」という。）とは、居宅療養管理指導サービスの利用に関して次のとおり契約を結びます。

### （目的）

第1条 乙は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、甲がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、甲の心身の状況、置かれている環境等を踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより甲の療養生活の質の向上を図ります。

2 乙は、居宅療養管理指導サービスの提供にあたっては、甲の要介護状態区分及び甲の被保険者証に記載された認定審査会意見に従います。

### （契約期間）

第2条 この契約書の契約期間は、平成 年 月 日から平成 年 月 日までとします。但し、上記の契約期間の満了日前に、甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護（支援）認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。

2 前項の契約期間の満了日の7日前までに甲から更新拒絶の意思表示がない場合は、この契約は同一の内容で自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとします。

3 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、更新前の契約期間の満了日の翌日から更新後の要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。

### （運営規程の概要）

第3条 乙の運営規程の概要（事業の目的、職員の体制、居宅療養管理指導サービスの内容等）、従業者の勤務の体制等は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

### （担当の居宅療養管理指導従業者）

第4条 乙は、甲のため、担当の居宅療養管理指導従業者（以下「丙」という。）を定め、甲に対して居宅療養管理指導サービスを提供します。

2 乙は、丙を選任し、又は変更する場合には、甲の状況とその意向に配慮して行います。

3 甲は、乙に対し、いつでも丙の変更を申し出ることができます。

4 乙は、前項の申出があった場合、第1条に規定する居宅療養管理指導サービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、甲の希望に添うように丙を変更します。

### （主治医との関係）

第5条 乙は、甲の主治医の指示（処方せんによる指示）に基づき居宅療養管理指導サービスの提供を開始します。

2 丙は、居宅療養管理指導サービスの提供に関して、甲の主治医と密接な連携を取ります。

### （居宅療養管理指導サービスの内容及びその提供）

第6条 乙は、丙を派遣し、契約書別紙サービス内容説明書に記載した内容の居宅療養管理指導サービスを提供します。

2 乙は、甲に対して居宅療養管理指導サービスを提供するごとに、当該サービスの提供日及び内容、介護保険から支払われる報酬等の必要事項を、甲が依頼する居宅介護支援事業者が作成する所定の書面に記載し、甲の確認を受けることとします。

3 乙は、甲の居宅療養管理指導サービスの実施状況等に関する記録を整備し、その完結の日から2年間保存しなければなりません。

4 甲及びその後見人（後見人がいない場合は甲の家族）は、必要がある場合は、乙に対し前項の記録の閲覧及び自費による謄写を求めることができます。ただし、この閲覧及び謄写は、乙の業務に支障のない時間に行うこととします。

（居宅介護支援事業者等との連携）

第7条 乙は、甲に対して居宅療養管理指導サービスを提供するにあたり、甲が依頼する居宅介護支援事業者又はその他保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

（協力義務）

第8条 甲は、乙が甲のため居宅療養管理指導サービスを提供するにあたり、可能な限り乙に協力しなければなりません。

（苦情対応）

第9条 乙は、苦情対応の責任者及びその連絡先を明らかにし、乙が提供した居宅療養管理指導サービスについて甲、甲の後見人又は甲の家族から苦情の申立てがある場合は、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

2 乙は、甲、甲の後見人又は甲の家族が苦情申し立て等を行ったことを理由として、甲に対し何ら不利益な取扱いをすることはできません。

（費用）

第10条 乙が提供する居宅療養管理指導サービスの利用単位毎の利用料その他の費用は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

2 甲は、サービスの対価として、前項の費用の額をもとに月ごとに算定された利用者負担額を乙に支払います。

3 乙は、提供する居宅療養管理指導サービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容及び利用料金を説明し、甲の同意を得ます。

4 乙は、前二項に定める費用のほか、居宅療養管理指導サービスの提供に要した交通費の支払いを甲に請求することができます。

5 乙は、前項に定める費用の額にかかるサービスの提供にあたっては、あらかじめ甲に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、甲の同意を得なければなりません。

6 乙は、甲が正当な理由もなく居宅療養管理指導サービスの利用をキャンセルした場合は、キャンセルした時期に応じて、契約書別紙サービス内容説明書に記載したキャンセル料の支払いを求めることができます。

7 乙は、居宅療養管理指導サービスの利用単位毎の利用料及びその他の費用の額を変更しようとする場合は、1カ月前までに甲に対し文書により通知し、変更の申し出を行います。

8 乙は、前項に定める料金の変更を行う場合には、新たな料金に基づく別紙重要事項説明書及び契約書別紙サービス内容説明書を添付した利用サービス変更合意書を交わします。

（利用者負担額の滞納）

第11条 甲が正当な理由なく利用者負担額を2カ月以上滞納した場合は、乙は、30日以上期間を定めて、利用者負担額を支払わない場合には契約を解除する旨の催告をすることができます。

2 前項の催告をしたときは、乙は、甲の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者と、甲の日常生活を維持する見地から居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用について必要な協議を行うものとします。

3 乙は、前項に定める協議を行い、かつ甲が第1項に定める期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、この契約を文書により解除することができます。

4 乙は、前項の規定により解除に至るまでは、滞納を理由として居宅療養管理指導サービスの提供を拒むことはありません。

(秘密保持)

第12条 乙は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た甲及びその後見人又は家族の秘密を漏らしません。

2 乙及びその従業員は、サービス担当者会議等において、甲及びその後見人又は家族に関する個人情報を用いる必要がある場合には、甲及びその後見人又は家族に使用目的等を説明し同意を得なければ、使用することができません。

(甲の解除権)

第13条 甲は、7日間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解除することができます。

(乙の解除権)

第14条 乙は、甲が法令違反又はサービス提供を阻害する行為をなし、乙の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難になったときは、30日間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。

2 乙は、前項によりこの契約を解除しようとする場合は、前もって甲の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者や公的機関等と協議し、必要な援助を行います。

(契約の終了)

第15条 次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

一 甲が要介護（支援）認定を受けられなかったとき。

二 第2条1項及び2項により、契約期間満了日の7日前までに甲から更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了したとき。

三 甲が第13条により契約を解除したとき。

四 乙が第11条又は第14条により契約を解除したとき。

五 甲が介護保険施設や医療施設等へ入所又は入院等をしたとき。

六 甲において、居宅療養管理指導サービスの提供の必要性がなくなったとき。

七 甲が死亡したとき。

(損害賠償)

第16条 乙は、居宅療養管理指導サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲の後見人及び家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

2 前項において、事故により甲又はその家族の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、乙は速やかにその損害を賠償します。ただし、乙に故意・過失がない場合はこの限りではありません。

3 前項の場合において、当該事故発生につき甲に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

(利用者代理人)

第17条 甲は、代理人を選任してこの契約を締結させることができ、また、契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

2 甲の代理人選任に際して必要がある場合は、乙は成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の内容を説明するものとします。

(合意管轄)

第18条 この契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、●●地方裁判所を管轄裁判所とすることに合意します。



(協議事項)

第19条 この契約に定めのない事項については、介護保険法等の関係法令に従い、甲乙の協議により定めます。

この契約の成立を証するため本証2通を作成し、甲乙各署名押印して1通ずつを保有します。

平成 年 月 日

利用者甲 住 所

氏 名

印

代理人（選任した場合）

住 所

氏 名

印

事業者乙 住 所

事業者（法人）名

事業所名

事 業 所 住 所

（事業所番号）

代表者名

印

訪問薬剤管理指導記録簿（例）				訪問日 年 月 日（ ）				
患者氏名		訪問者						
生年月日		（明・大・昭） 年 月 日		薬剤師氏名				
主治医	氏名 所属		電話 FAX		介護度 自立/介護予防サービス有/要支援1・2/要介護1・2・3・4・5			
					訪問の目標			
ケアマネージャー	氏名 所属		電話 FAX		目標達成のためにやるべきこと			
処方薬の服用状況		前回の服薬開始時の残薬数	本日付残薬数	日間の服用数	服用状況判断	今回処方数	本日最終残薬数	次回必要処方数
					良好・不良			
					良好・不良			
					良好・不良			
					良好・不良			
					良好・不良			
					良好・不良			
					良好・不良			
					良好・不良			
					良好・不良			
					良好・不良			
調剤方法：								
説明対象者		本人・家族（ ）・その他（ヘルパー・施設職員・ ）						
薬効説明		全・重点		他科受診		無・有		
理解度		良・不良		併用薬品		無・有		
管理/保管状況		良・不良		副・相互作用		無・疑有		
効果		良・不良		健食・嗜好		無・有		
患者主訴				考察・薬学的管理指導・説明のポイント				
食 事				排 泄				
食欲(有・無)、量(少・中・多)、回数( 回/日)				尿回数(昼： 回、夜： 回)				
味覚(良好・悪い)				便通 (快便・便秘・下痢)				
嚥下障害(むせこみ) (有・無)				発汗 (多・少・普通)				
薬SE影響(無・疑有)				薬SE影響(無・疑有)				
睡 眠				運 動				
日中の睡眠 有( 時間)・無		夜間睡眠( 時間) 良・不眠傾向あり		脱力感、ふらつき、転倒 ( 無・有・強 )				
眠剤(就寝前の安定剤)がある場合				不随意運動 ( 無・有・強 )				
【不眠の種類】 ・A入眠困難・B中途覚醒 ・C早朝覚醒・D熟眠障害・混合型(A・B・C・D)				薬SE影響(無・疑有)				
眠剤服用： 時、入床 時		眠剤の効果判定・適合・副作用など		ADL、QOL		認知症、うつ、閉じこもり		
服用後の環境(TVや電気)				薬によるADL、QOLへの影響		上記項目に関連する特記事項		
薬SE影響(無・疑有)								
次回訪問 予定日		次回への申し送り事項および計画						

様式見本 - 6

医師への報告書(例)				訪問日 年 月 日 ( )			
患者氏名				訪問者			
生年月日	(明・大・昭)	年	月	日	薬剤師氏名		
主治医	氏名	電話	電話	介護度	自立/介護予防サービス有/要支援1・2/要介護1・2・3・4・5		
	所属	FAX					
ケアマネージャー	氏名	電話	電話	訪問の目標	目標達成のためにやるべきこと		
	所属	FAX		FAX			
処方薬の服用状況	前回の服薬開始時の残薬数	本日付残薬数	日間の服用数	服用状況判断	今回処方数	本日最終残薬数	次回必要処方数
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
調剤方法：							
説明対象者	本人・家族 ( ) ・その他(ヘルパー・施設職員・ )						
薬効説明	全・重点		他科受診	無・有			
理解度	良・不良		併用薬品	無・有			
管理/保管状況	良・不良		副・相互作用	無・疑有			
効果	良・不良		健食・嗜好	無・有			
患者主訴				考察・薬学的管理指導・説明のポイント			
食 事				排 泄			
食欲(有・無)、量(少・中・多)、回数( 回/日)				尿回数(昼： 回、夜： 回)			
味覚(良好・悪い)				便秘 (快便・便秘・下痢)			
嚥下障害(むせこみ) (有・無)				発汗 (多・少・普通)			
薬SE影響(無・疑有)				薬SE影響(無・疑有)			
睡 眠				運 動			
日中の睡眠 有( 時間)・無		夜間睡眠 ( 時間) 良・不眠傾向あり		脱力感、ふらつき、転倒 ( 無・有・強 )			
眠剤(就寝前の安定剤)がある場合				不随意運動 ( 無・有・強 )			
【不眠の種類】 ・A入眠困難・B中途覚醒 ・C早朝覚醒・D熟眠障害・混合型(A・B・C・D)				薬SE影響(無・疑有)			
眠剤服用： 時、入床 時		眠剤の効果判定・適合・副作用など		ADL、QOL		認知症、うつ、閉じこもり	
服用後の環境(TVや電気)				薬によるADL、QOLへの影響		上記項目に関連する特記事項	
薬SE影響(無・疑有)							
次回訪問 予定日	次回への申し送り事項および計画						

# 標準操作手順書

表題 入院患者の退院時共同指導の実施について  
SOP No. II

起案者 徳島県薬剤師会  
在宅医療推進検討プロジェクトチーム  
瀬川 正昭 中田 素生 大林 秀樹  
正木 雅泰 小林 澄子 岩下 佳代  
山地知代子

作成日 2008年07月04日

発効日 2008年10月01日

## Ⅰ 目 的

徳島県薬剤師会会員（保険薬剤師）による県内での退院時共同指導の実施方法について述べる。なお、本手順書（標準操作手順書 SOP：Standard Operating Procedure）は、会員が退院時共同指導に取り組む際の1つの参考資料として提示するものである。

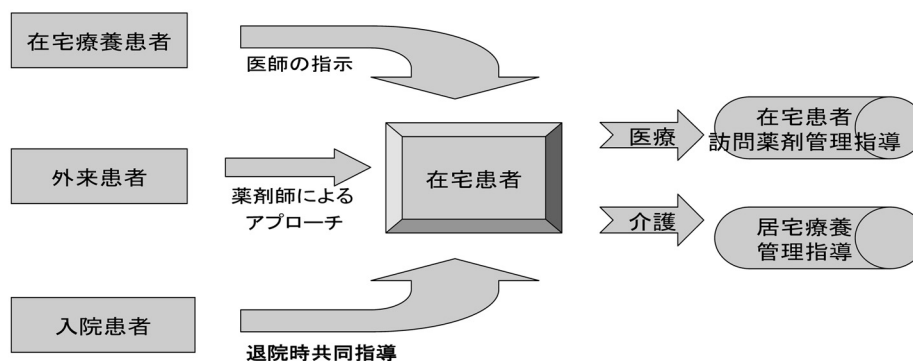
実際の指導にあたっては、関係法規および規則などを精査し、各自の責任において実施されること。

## Ⅱ 退院時共同指導の位置づけ

在宅患者訪問薬剤管理指導あるいは居宅療養管理指導の実施にあたっては、3つの開始方法が考えられる。1つは医師から訪問の指示が出される（医師の指示型）ケース、2つめは薬剤師がその必要性を判断し、医師と協議して開始される（薬剤師提案型）ケース、そして3つめは退院時共同指導から開始される（退院時共同指導型）ケースである。

いずれも、その開始の方法によってアプローチは異なるが、退院時共同指導型は入院患者が入院期間中に、退院後の在宅療養（訪問薬剤管理指導など）を希望する者に対して行われることから、他の方法で開始するより容易に進めることができる。

### 退院時共同指導の位置づけ



## Ⅲ 退院時共同指導とは

「退院時共同指導とは、保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師などと共同して行った上で、文書により情報提供する。」ことをいう。すなわち、退院後在宅での療養を行う患者が対象となることに留意する。

ここで、「・・・入院中の保険医療機関の保険医または看護師などと共同して・・・」と記載されており、病院薬剤師の関与は明示されていない。「・・・などと・・・」に病院薬剤師が該当すると考えられるが、保険薬剤師が本共同指導に参加して有意義な指導にあたるためには、病院薬剤師の助力が必要であることを認識すべきであろう。退院時共同指導の主な目的は、入院時と同様に退院後も患者が一貫した継続性のある療養（治療、看護、介護、服薬管理指導など）が受けられ、QOL（Quality of Life）の向上が図れることであると考えられる。入院中の服薬指導と退院後の服薬指導が異なって、患者に無用な不安を与えるようなことは厳に慎むべきである。



### III-1. 退院時共同指導と地域連携

#### 1) 薬・薬連携および地域連携

退院時共同指導は、保険薬局が単独で実施できるものではなく、地域の医療や介護に携わる者が連携して成立するものである。特に、病院薬剤科とは綿密な連携を図ることが重要である。相互の情報を提供する際にも、統一した書式を作成し円滑に連携を図るなど、意志疎通が重要であろう。

退院時共同指導に関与する者は、概ね以下の通りである。

- a) 入院中の医療機関：医師，看護師，病院薬剤師など
- b) 保険薬局：保険薬剤師（訪問薬剤管理指導届出薬局）など
- c) 退院後の療養を担う保険医療機関：医師，歯科医師，看護師など
- d) 訪問看護ステーション：訪問看護師（准看護師は除く。）
- e) 居宅介護支援事業者の介護支援専門員；ケアマネージャーなど
- f) その他

## Ⅳ 退院時共同指導の実施方法

保険薬剤師の関与する退院時共同指導は、平成20年4月の診療報酬改定時に新設されたものであり、その実施において確立化された手法は存在しない。従って、その実施に際して以下に示す方法は基本的な事項として捉え、適宜適切に対応することとする。

### IV-1. 実施に際しての事前準備および留意事項

#### 1) 医療と介護の区分

退院時共同指導は入院中に行うものであり医療の範疇となる。退院後においては、介護認定を受けている者は居宅療養管理指導として介護保険が、それ以外の者は訪問薬剤管理指導として医療保険が適用される（介護優先原則）。

#### 2) 対象患者

原則として、医療機関を退院したのち在宅で療養する者、あるいは居住系施設に入居する者が対象となる。但し、訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導）を希望しない者に退院時共同指導を行うことはできない。

\*居住系施設入居者とは、認知症対応型共同生活介護事業所（いわゆるGH）、高齢者専用賃貸住宅、ケアハウス・有料老人ホーム、特定施設（外部サービス利用型を含む）などの入居者であって通院が困難なもの、ならびに介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設など）に入居している末期悪性腫瘍患者（癌末期）。

#### 3) 病棟研修

退院時共同指導に先立ち、入院中の医療機関の病棟において、病院薬剤師の行う該当患者の服薬指導に保険薬剤師が立ち会うことが望ましい。これは、研修というより退院後に保険薬剤師が行う服薬指導との継続性を担保することを目的とするものである。

#### 4) 法的整備（個人情報保護など）

前項の病棟研修にあたり、各種個人情報（カルテ含む）の閲覧などを求めることから、保険薬剤師は、患者が入院している医療機関に誓約書、例えば「保険薬局薬剤師の病院実習に関する誓約書」を提出し、後に問題を残すことのないように配慮すること。

#### IV-2. 退院時共同指導の流れ

1) 入院患者の退院予定日が決まった時点で、患者の希望する保険薬局に、病院薬剤科あるいは地域連携室などから連絡が入り、退院時共同指導の準備は始まる。

退院時共同指導を円滑に実施するために重要なことは、全般をコーディネートすることにある。現状では、病院薬剤師と保険薬剤師の裁量に頼らざるを得ないであろう。

概ね、以下のように進めることとなる。退院時共同指導の流れを図-1に示す。

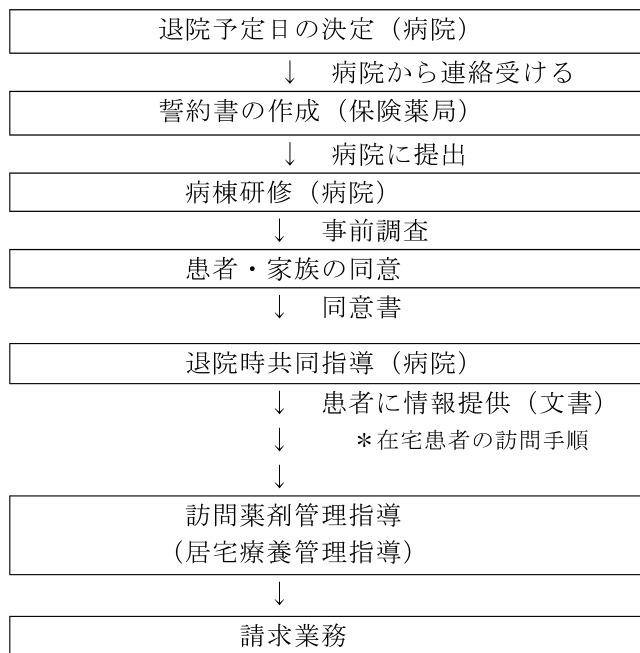


図-1 退院時共同指導の流れ

2) 作成文書類 (計画および報告など)

- a) 例えば、「保険薬局薬剤師の病院実習に関する誓約書」・・・保険薬剤師が病院での研修を受けるための誓約書。薬学部の学生実習に関わる誓約書を代用することも可能と考えられる。
- b) 退院時共同指導同意書・・・患者あるいはその家族に退院時共同指導を受けることの同意を得るための文書。様式見本-1 (退院時共同指導について) (65頁)を参照するが、同意を得た本文書の写しを受領しておくこと。
- c) 在宅患者訪問薬剤 (居宅療養) 管理指導・契約書・・・患者あるいはその家族に退院後の在宅訪問を受けることの同意または契約。様式見本-2 (居宅療養管理指導・契約書) 例 (66頁)を参照する。
- d) 退院時共同指導情報提供書・・・退院時共同指導の内容を患者に文書で提供する。様式見本-3 (退院時共同指導報告書) (70頁)を参照する。
- e) 以後、初診患者情報書 (医師の訪問指示を含む) などは、在宅患者訪問薬剤管理指導と同様である。

#### IV-3. 退院時共同指導時における調査・指導事項

介護認定を受けている場合は、介護保険被保険者証の確認 (保険者番号, 被保険者番号,

要介護度、有効期間など）義務のため、忘れないこと。退院時共同指導は医療保険の対象であるが、在宅訪問にあたっては介護保険の該当可否を確認しなければならない。

調査にあたっては、機械的に聞き出そうとせず、相手の状況に合わせて和やかな環境づくりに努めることも重要である。

- 1) 医療機関に入院中の患者の求めに応じて、他の医療機関および介護関係機関のスタッフとともに退院時共同指導にあたる（チーム医療）。
- 2) 薬剤の名称、効能・効果、副作用、服薬上の注意点などの確認および指導を行うこと（薬剤情報書）。
- 3) 薬剤の重複や相互作用についての確認および指導を行うこと（お薬手帳の活用など）。
- 4) 服薬することの意義・目的などの理解を促すこと（服薬コンプライアンスの向上など）。
- 5) 退院後に、患者のADLに影響を及ぼす可能性のある薬剤のチェックを行い、どのような影響が生ずる恐れがあるか検討しておくこと（退院後の薬剤管理指導計画に反映など）。
- 6) 食事の回数・量・種類など、患者の食状況や好みを把握しておくこと（避けるべき飲食物、キザミ食やトロミを要す患者への調剤・投薬手法の検討、服用時点の確認など）。
- 7) 排泄（尿・便）の回数・量・色調などの状況を把握しておくこと（服薬との関連など）。
- 8) 就寝時間、起床時間、睡眠時間や眠りの深度や昼寝の習慣、などを把握しておくこと（服薬との関連など）。
- 9) 認知能力（中核症状：記憶・失語など、周辺症状：抑うつ・せん妄など）を把握しておくこと（一包化調剤、服薬カレンダー、残薬回収の必要性など）。
- 10) 診断名、主な既往歴、特別な医療（IVH、透析、ストーマ、酸素療法、経管栄養など）、血液学的・血液生化学的検査など可能な範囲で患者情報を把握するように努めること。
- 11) 家族状況の把握にも努め、緊急時や予期せぬ事態の発生に備えておくこと。

## Ⅴ 退院時共同指導料

退院時共同指導を行った場合は以下のように算定する。

- 1) 退院時共同指導料：退院時共同指導料として当該入院中1回につき600点を算定。  
別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回まで算定できる。退院時共同指導は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保険施設、介護老人保健施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については算定の対象にならないことに留意する。

## Ⅵ その他

- VI-1. 退院時共同指導時に、患者初診情報、患者プロフィールなどの情報を収集し、その後の薬学的管理指導計画書に反映させる。記録は、様式見本-4（退院時共同指導記録簿）（71頁）を参照して行う。
- VI-2. 退院時共同指導の場に、患者家族の出席があればカンファレンスは成立するので、必ずしも患者本人が同席する必要はない。患者本人が同席を希望される場合は、肉体的、精神的負担を強いることのないよう細やかな配慮が望まれる。病院職員の指示を仰ぎながら、適切に

かつ短時間に終了させることなどが求められる。そのために、病棟における事前研修の時間を活用し、患者情報は十分に収集しておくべきであろう。

VI-3. 在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている患者が、状態の悪化を招くなどして再入院を余儀なくされる場合が想定される。その際、保険薬剤師は入院の予定される医療機関の病院薬剤師に、在宅時における患者情報（IV-3項を参考）を提供することが望ましい。入院時共同指導というような定義はないが、退院時共同指導を行った患者に関しては、再入院時に保険薬剤師も積極的な情報提供を行うことが求められる。双方向の情報交換がチーム医療の基盤であり、患者サービスの向上につながるものと考えられる。

さらに、再入院を終え当該患者が退院される場合は、退院時共同指導の場をもって必要な情報伝達・指導を連続的に行うことが可能になるのである。

VI-4. 退院時処方薬（持ち帰り薬剤）について

保険薬剤師の患家訪問は、特に退院直後が重要であり訪問頻度も高くなる。入院から自宅へと環境の変化もみられ、症状の不安定や服薬コンプライアンスの低下を招く恐れがあるからである。従って、病院から患者が持ち帰る薬剤は、適切な日数分が望ましい。退院時共同指導の場で、主治医を交えて協議をしておくことも大切である。

VI-5. 退院時共同指導のカンファレンスには、家族又は直接の介護に当たる者の同席が望ましい。

## 参考文献

- 1) 在宅医療における薬剤師向け支援ツール「在宅服薬支援マニュアル」について、日本薬剤師会編、平成20年2月22日  
<http://nichiyaku.info/member/kaigo/n080222.html>  
<http://nichiyaku.info/member/kaigo/default.html>
- 2) 土田絢子 et al：在宅訪問初めの一步，NIKKEI Drug Info.2008.7，21-30.
- 3) 伊賀立二：患者への医薬品情報提供はいかにあるべきか，薬局，49(1)，13-24，1998.
- 4) ホスピス緩和ケア白書2008，日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団編，2008年

## 退院時共同指導について

○ ○ 病院

退院時共同指導とは、あなたが退院後の訪問薬剤管理指導を希望し指定する、保険薬局の薬剤師が、入院中に病棟に来て、あなたの同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の医師又は看護師と共同して行ない文書情報提供する制度です。

・訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導の内容：

- (1) 薬剤保管状況の確認及び指導。
- (2) 服用状況・併用薬剤（一般薬や健康食品などを含む）の確認及び指導。
- (3) 処方薬剤の効果及び用法・用量などの指導。
- (4) 体調変化・副作用及び日常生活状態の確認及び指導。
- (5) 上記事項などの医師への報告。
- (6) あなたの診療情報を保険薬局に提供します。
- (7) その他

・利用料：訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導を行った場合は、厚生労働大臣の定める基準に従って算定する。

以上 退院時共同指導を受けることを同意します。

平成      年      月      日
住 所：徳島県
氏 名 <span style="float: right;">印</span>
家族または代理人 <span style="float: right;">印</span>



## 居宅療養管理指導・契約書（例）

利用者 \_\_\_\_\_（以下「甲」という。）と事業者 〇〇薬局（以下「乙」という。）とは、居宅療養管理指導サービスの利用に関して次のとおり契約を結びます。

### （目的）

第1条 乙は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、甲がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、甲の心身の状況、置かれている環境等を踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより甲の療養生活の質の向上を図ります。

2 乙は、居宅療養管理指導サービスの提供にあたっては、甲の要介護状態区分及び甲の被保険者証に記載された認定審査会意見に従います。

### （契約期間）

第2条 この契約書の契約期間は、平成 年 月 日から平成 年 月 日までとします。但し、上記の契約期間の満了日前に、甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護（支援）認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。

2 前項の契約期間の満了日の7日前までに甲から更新拒絶の意思表示がない場合は、この契約は同一の内容で自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとします。

3 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、更新前の契約期間の満了日の翌日から更新後の要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。

### （運営規程の概要）

第3条 乙の運営規程の概要（事業の目的、職員の体制、居宅療養管理指導サービスの内容等）、従業者の勤務の体制等は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

### （担当の居宅療養管理指導従業者）

第4条 乙は、甲のため、担当の居宅療養管理指導従業者（以下「丙」という。）を定め、甲に対して居宅療養管理指導サービスを提供します。

2 乙は、丙を選任し、又は変更する場合には、甲の状況とその意向に配慮して行います。

3 甲は、乙に対し、いつでも丙の変更を申し出ることができます。

4 乙は、前項の申出があった場合、第1条に規定する居宅療養管理指導サービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、甲の希望に添うように丙を変更します。

### （主治医との関係）

第5条 乙は、甲の主治医の指示（処方せんによる指示）に基づき居宅療養管理指導サービスの提供を開始します。

2 丙は、居宅療養管理指導サービスの提供に関して、甲の主治医と密接な連携を取ります。

### （居宅療養管理指導サービスの内容及びその提供）

第6条 乙は、丙を派遣し、契約書別紙サービス内容説明書に記載した内容の居宅療養管理指導サービスを提供します。

2 乙は、甲に対して居宅療養管理指導サービスを提供するごとに、当該サービスの提供日及び内容、介護保険から支払われる報酬等の必要事項を、甲が依頼する居宅介護支援事業者が作成する所定の書面に記載し、甲の確認を受けることとします。

3 乙は、甲の居宅療養管理指導サービスの実施状況等に関する記録を整備し、その完結の日から2年間保存しなければなりません。

4 甲及びその後見人（後見人がいない場合は甲の家族）は、必要がある場合は、乙に対し前項の記録の閲覧及び自費による謄写を求めることができます。ただし、この閲覧及び謄写は、乙の業務に支障のない時間に行うこととします。

（居宅介護支援事業者等との連携）

第7条 乙は、甲に対して居宅療養管理指導サービスを提供するにあたり、甲が依頼する居宅介護支援事業者又はその他保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

（協力義務）

第8条 甲は、乙が甲のため居宅療養管理指導サービスを提供するにあたり、可能な限り乙に協力しなければなりません。

（苦情対応）

第9条 乙は、苦情対応の責任者及びその連絡先を明らかにし、乙が提供した居宅療養管理指導サービスについて甲、甲の後見人又は甲の家族から苦情の申立てがある場合は、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

2 乙は、甲、甲の後見人又は甲の家族が苦情申し立て等を行ったことを理由として、甲に対し何ら不利益な取扱いをすることはできません。

（費用）

第10条 乙が提供する居宅療養管理指導サービスの利用単位毎の利用料その他の費用は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

2 甲は、サービスの対価として、前項の費用の額をもとに月ごとに算定された利用者負担額を乙に支払います。

3 乙は、提供する居宅療養管理指導サービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容及び利用料金を説明し、甲の同意を得ます。

4 乙は、前二項に定める費用のほか、居宅療養管理指導サービスの提供に要した交通費の支払いを甲に請求することができます。

5 乙は、前項に定める費用の額にかかるサービスの提供にあたっては、あらかじめ甲に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、甲の同意を得なければなりません。

6 乙は、甲が正当な理由もなく居宅療養管理指導サービスの利用をキャンセルした場合は、キャンセルした時期に応じて、契約書別紙サービス内容説明書に記載したキャンセル料の支払いを求めることができます。

7 乙は、居宅療養管理指導サービスの利用単位毎の利用料及びその他の費用の額を変更しようとする場合は、1カ月前までに甲に対し文書により通知し、変更の申し出を行います。

8 乙は、前項に定める料金の変更を行う場合には、新たな料金に基づく別紙重要事項説明書及び契約書別紙サービス内容説明書を添付した利用サービス変更合意書を交わします。

（利用者負担額の滞納）

第11条 甲が正当な理由なく利用者負担額を2カ月以上滞納した場合は、乙は、30日以上期間を定めて、利用者負担額を支払わない場合には契約を解除する旨の催告をすることができます。

2 前項の催告をしたときは、乙は、甲の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者と、甲の日常生活を維持する見地から居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用について必要な協議を行うものとします。

3 乙は、前項に定める協議を行い、かつ甲が第1項に定める期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、この契約を文書により解除することができます。

4 乙は、前項の規定により解除に至るまでは、滞納を理由として居宅療養管理指導サービスの提供を拒むことはありません。

(秘密保持)

第12条 乙は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た甲及びその後見人又は家族の秘密を漏らしません。

2 乙及びその従業員は、サービス担当者会議等において、甲及びその後見人又は家族に関する個人情報を用いる必要がある場合には、甲及びその後見人又は家族に使用目的等を説明し同意を得なければ、使用することができません。

(甲の解除権)

第13条 甲は、7日間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解除することができます。

(乙の解除権)

第14条 乙は、甲が法令違反又はサービス提供を阻害する行為をなし、乙の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難になったときは、30日間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。

2 乙は、前項によりこの契約を解除しようとする場合は、前もって甲の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者や公的機関等と協議し、必要な援助を行います。

(契約の終了)

第15条 次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

一 甲が要介護（支援）認定を受けられなかったとき。

二 第2条1項及び2項により、契約期間満了日の7日前までに甲から更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了したとき。

三 甲が第13条により契約を解除したとき。

四 乙が第11条又は第14条により契約を解除したとき。

五 甲が介護保険施設や医療施設等へ入所又は入院等をしたとき。

六 甲において、居宅療養管理指導サービスの提供の必要性がなくなったとき。

七 甲が死亡したとき。

(損害賠償)

第16条 乙は、居宅療養管理指導サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲の後見人及び家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

2 前項において、事故により甲又はその家族の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、乙は速やかにその損害を賠償します。ただし、乙に故意・過失がない場合はこの限りではありません。

3 前項の場合において、当該事故発生につき甲に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

(利用者代理人)

第17条 甲は、代理人を選任してこの契約を締結させることができ、また、契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

2 甲の代理人選任に際して必要がある場合は、乙は成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の内容を説明するものとします。

(合意管轄)

第18条 この契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、●●地方裁判所を管轄裁判所とすることに合意します。

(協議事項)

第19条 この契約に定めのない事項については、介護保険法等の関係法令に従い、甲乙の協議により定めます。

この契約の成立を証するため本証2通を作成し、甲乙各署名押印して1通ずつを保有します。

平成 年 月 日

利用者甲 住 所

氏 名

印

代理人（選任した場合）

住 所

氏 名

印

事業者乙 住 所

事業者（法人）名

事業所名

事 業 所 住 所

（事業所番号）

代表者名

印

退院時共同指導 報告書

〇〇 〇〇 殿

平成 年 月 日  
徳島県〇〇町〇〇  
〇〇〇薬局 〇〇 〇〇 印  
T E L  
F A X

平成 年 月 日に実施した〇〇病院での退院時共同指導内容（主に薬剤に関連する事項）について報告させていただきます。本内容を参考に、今後の訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導を行って参ります。

【全般的注意】
【服薬上の注意】
【服用・保管上の注意】
【備 考】

以上



## 退院時共同指導 記録簿

平成 年 月 日

記録者： ○○ ○○

場所： ○○○病院 室

日時： 平成 年 月 日 : ~ : , 退院予定日： 平成 年 月 日

【出席者名，所属】	主治医：	(○○○病院)
・	・	・
・	・	・
・	・	・

## 1. 患者情報

氏名：	( 男・女 , 年 月 日生, 歳)
疾病名：	, , ,
既往症：	, , ,
身長：	cm, 体重： kg, 利き腕 ( 右・左 )
四肢欠損：	<input type="checkbox"/> なし, <input type="checkbox"/> あり (部位： )
麻痺：	<input type="checkbox"/> なし, <input type="checkbox"/> あり (部位： , 程度： <input type="checkbox"/> 軽, <input type="checkbox"/> 中, <input type="checkbox"/> 重)
筋力低下：	<input type="checkbox"/> なし, <input type="checkbox"/> あり (部位： , 程度： <input type="checkbox"/> 軽, <input type="checkbox"/> 中, <input type="checkbox"/> 重)
褥瘡：	<input type="checkbox"/> なし, <input type="checkbox"/> あり (部位： , 程度： <input type="checkbox"/> 軽, <input type="checkbox"/> 中, <input type="checkbox"/> 重)
移動能：	<input type="checkbox"/> 自立, <input type="checkbox"/> 杖使用, <input type="checkbox"/> 装具・補助具, <input type="checkbox"/> 車椅子
食事行為：	<input type="checkbox"/> 自立, <input type="checkbox"/> 介助
栄養状態：	<input type="checkbox"/> 良好, <input type="checkbox"/> 不良
認知症：	<input type="checkbox"/> なし, <input type="checkbox"/> あり (中核症状： 周辺症状： )

## 2. 症状経過，検査結果，治療経過

--

## 3. 特別な医療

処置内容：	<input type="checkbox"/> 点滴の管理, <input type="checkbox"/> IVH, <input type="checkbox"/> 人工透析, <input type="checkbox"/> ストーマの処置, <input type="checkbox"/> 酸素療法, <input type="checkbox"/> レスピレータ, <input type="checkbox"/> 気管切開の処置, <input type="checkbox"/> 疼痛の看護, <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	---

## 4. 特記事項

--

## 編集後記

現代は国民ひとりひとりが生活に必要な情報を自分で集めて、きちんと理解し、判断できなければならぬ社会になってきました。これまで専門家まかせだった物事を自分の責任で決めるのです。個人の価値観を尊重しているのだと言えます。病院等の医療機関や在宅で診療を受ける場合も、患者様が病状や治療について医師や看護師等の医療従事者から十分な説明を受けて理解でき、納得してから自分にふさわしい医療を選択できることが望まれています。そのため、患者様とその家族の方々等へは、医薬専門用語を使わないで病院の言葉をわかりやすく説明することも望まれています。

ところで、平成20年4月の診療報酬改定において、保険薬局に退院時共同指導料が新設されました。在宅医療推進検討プロジェクトチームはこの機に結成され、病院と薬局間の連携を深めています。連携という意味は「たがいに連絡しあい、助け合うこと（国語辞典／角川書店）」です。連携を深めるにはまず言葉と行動ありきです。徳島流薬業連携のいしずえとも言える板野方式は、患者様を在宅医療に送り出す病院側の理解とこれを受ける薬局薬剤師の並々ならぬ努力の賜物です。編集者の私は執筆された当プロジェクトリーダーやメンバーと話をしている、患者様はスタッフを信頼して在宅医療を受け入れているのだと実感している次第です。スタッフの方々には、これからも実績をのばして欲しいと思います。

さて、このハンドブックはこれまでの成果であり、多忙な日常業務を行ないながら、貴重な時間を費やして作成されたものです。本書を活用される皆様が親しみやすく読みやすいように、表紙のイラスト、タイトル、内容のレイアウト等を工夫しています。

今期の診療報酬改定を薬剤師が在宅医療に踏み出すターニングポイントにし、職能の域を広げてみませんか？この冊子を参考に在宅医療へ挑戦しましょう。そして、医薬専門用語という言葉で患者様や介護者との間に壁をつくらず、彼等の良きパートナーとして、いつも誰かのそばにいられる医療人でありたいと心より祈念申し上げます。

薬事情報センター 山下久紀

結語の“いつも誰かのそばに”は、第41回日本薬剤師会学術大会のメインテーマを引用しました。

発行日 平成 20 年 11 月 28 日

著 者 社団法人徳島県薬剤師会  
在宅医療推進検討プロジェクトチーム  
瀬川 正昭 中田 素生 大林 秀樹  
正木 雅泰 小林 澄子 岩下 佳代  
山地知代子

編集者 山下 久紀

監 修 社団法人徳島県薬剤師会理事  
在宅医療推進検討プロジェクトチームリーダー  
瀬川 正昭

発行者 社団法人徳島県薬剤師会  
会長 南 博  
〒770-8532 徳島市中洲町 1-58  
電話 088-655-1100 (代) F A X 088-655-6991

印刷所 徳島印刷センター  
〒770-8056 徳島市問屋町 165

あなたのお薬手帳、活用していますか？

お薬手帳 5つの **い** い事！！

**い**

**医療機関にかかる時は必ず持って行きましょう**

- 薬の重複や良くない飲み合わせを未然に防止できます。
- 同じ薬による副作用の再発を防止できます。
- 薬の使用の記録があることで、より安全に薬を使用することができます。

**い**

**言いたい事や伝えたい事を書いておきましょう**

- 体調の変化や気になったこと、医師や薬剤師に相談したいことを書いておきましょう。

**い**

**一般用医薬品（OTC医薬品、大衆薬）・健康食品も記録して**

- 思いがけない、良くない飲み合わせ・食べ合わせが見つかることがあります。

**い**

**いつも携帯・いつも同じ場所に保管して**

- 旅行先で病気になった時や災害時に避難した時、救急のときなど、お薬手帳があれば、あなたが飲んでいる薬を正確に伝えられます。
- ご家族にも、あなたが薬手帳を持っていることを知らせておきましょう。

**い**

**一冊にまとめましょう**

- 飲んでいるすべての薬を「1冊で」記録することが大切です。  
病院ごとや薬局ごとに、別々のお薬手帳を作らないようにしましょう。

お薬手帳についてのご質問、お問い合わせは、お近くの薬局にどうぞ！

社団法人徳島県薬剤師会