

魚津市 薬薬連携マニュアル

令和5年（2023年）2月

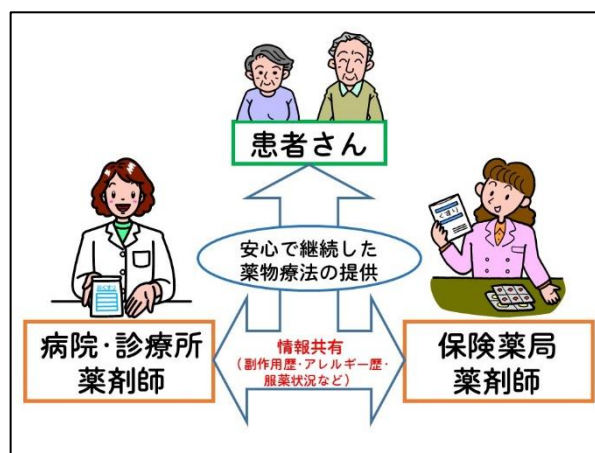
富山労災病院薬剤部
魚津市薬剤師会

目 次

第 1 章	入退院時の情報共有	2
第 2 章	入院前中止指示薬剤の薬剤管理	8
第 3 章	お薬手帳・基本情報カード	13
第 4 章	服薬情報提供書（トレーシングレポート）	15
第 5 章	糖尿病患者指導用資料	20
第 6 章	医薬品供給不安定時における医薬品在庫状況の情報共有	22

第1章 入退院時の情報共有

「入院時服薬情報提供書」・「退院時薬剤情報提供書」を活用することで、患者本人・家族からの聞き取りからだけでは得られなかった情報を、入退院時に富山労災病院（以下、病院）と保険薬局（以下、薬局）が直接的に共有することができ、患者の一元的・継続的な薬学的管理及び指導を行う上で有意義な方法である。



また提供書の活用により、相互に情報の提供が容易になり、医療機関と保険薬局の連携が深まることは、患者にとっても有益であると思われる。

1. 入院時の情報共有

- ① （病院）『入院時服薬情報提供書（以下、入院提供書）』依頼箋』を発行し、薬局に FAX 送信する。
- ② （薬局）「入院提供書」を作成する。その際、他の薬局にて調剤されている場合は、その情報も入手してまとめる。
- ③ （薬局）入院予定の前日までに、「入院提供書」を病院に FAX 送信する。
- ④ （病院）患者入院後、担当薬剤師は提供書を基に初回面談および鑑別書作成を実施する。

2. 退院時の情報共有

- ① （病院）退院時、情報提供が必要と思われる患者に対して、「退院時薬剤情報提供書」を作成し、薬局に FAX 送信する。またポリファーマシー対策後などフィードバックが必要な場合は、「服薬情報提供書（返書用）」も一緒に送信する。
- ② （薬局）退院後初めての来局時など、提供書を参考に指導を行う。また「服薬情報提供書（返書用）」がある場合は、内容を記載し、病院に FAX 送信する。

「入院時服薬情報提供書」作成依頼書

令和 年 月 日

(保険薬局名) 御中

発信元：独立行政法人 労働者健康安全機構

富山労災病院 薬剤部

所在地：〒973-0042

富山県魚津市六郎丸992

電話番号：0765-22-1280（代表）

FAX番号：0765-23-1307（薬剤部）

下記の同意を得ましたので、入院時服薬情報提供書の作成及び送付をお願い致します。

入院時服薬情報提供書に関する同意書

患者ID：_____

患者氏名：_____様

私は患者様に対して、入院時服薬情報提供書について十分説明し、理解と同意を求めました。

入院予定日：令和 年 月 日、診療科：_____科

説明日：令和 年 月 日

説明した入退院支援センター看護師氏名：_____

本件責任者：薬剤部長

私は、担当者より入院時服薬情報提供書に関する説明を受け、その目的及び利用方法等を理解しましたので、服用中の薬剤情報等の内容について薬局から情報を得て入院時に活用されることに同意します。

(患者様記載欄)

同意日：令和 年 月 日

患者氏名：(署名) _____

代諾者氏名：(署名) _____ 続柄：_____

年 月 日

入院時服薬情報提供書

独立行政法人労働者健康安全機構
富山労災病院 薬剤部 御中

FAX: 0765-23-1307

保険薬局名	
薬剤師氏名	
薬局住所	
薬局電話	
薬局FAX	

使用中医薬品等に関する情報をお知らせいたします。尚、当薬局以外の薬局より処方された医薬品、その他医薬品等につきましては本人もしくはご家族より確認できた範囲内で記載いたします。

患者ID			
氏名	様	生年月日 (T・S・H・R)	年 月 日
診療科		性別 (男・女)	
主治医		入院予定日 西暦・令和	年 月 日
服薬管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明		
お薬手帳	<input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 一冊のみ <input type="checkbox"/> 複数あり (冊)] <input type="checkbox"/> なし		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 忘れる <input type="checkbox"/> 拒薬あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 残薬調整多い [残薬調整多い場合の理由: <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 自己中断 <input type="checkbox"/> 自己調整 <input type="checkbox"/> その他 ()]		
服薬時の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 自己判断調整 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> その他 ()		
投薬方法	<input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 一包化 (<input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 粉砕・脱カプセル <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法 <input type="checkbox"/> その他 ()		
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明		
副作用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明		
一般用医薬品 サプリメント・健康食品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり ()		
喫煙歴・飲酒歴	喫煙歴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 <input type="checkbox"/> 禁煙中) 飲酒歴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年)		
服用中の薬剤情報 ※富山労災病院から処方された以外の薬剤			
<small>他院のお薬手帳シール・薬剤情報提供書でも可です。調剤方法も追記してください。併用薬情報は処方元、調剤した薬局名も明記してください。不明な場合は県薬ホームページ>ダウンロードページより施設間薬剤情報連絡書を活用して他薬局から情報収集してください。</small>			
特記事項	<small>※患者情報で伝達が必要と思う内容(薬剤師から見た評価、問題点、今後の提案など)</small>		

※服薬状況、服用中の薬剤情報等、記入欄が不足する場合は、適宜、別紙を追加し添付ください。

魚津市薬剤師会・富山労災病院(2021年版)

退院時薬剤情報提供書

令和 年 月 日

_____ 御中

_____ 様の退院時処方・薬学的管理事項について連絡申し上げます。

< 基本情報 >

生年月日： 年 月 日 年齢： 歳 性別： 身長： cm 体重： kg

入院期間： _____ ~ _____ 主治医： _____

アレルギー歴： なし あり ()

副作用歴： なし あり ()

< 服薬情報 >

入院中の服薬管理： 自己管理 看護師管理 (1回配薬 1日配薬) その他 ()

服薬状況： 良好 忘れることあり 拒薬あり*1 その他 ()

※1 拒薬に対する工夫 ()

退院後の服薬管理： 本人 家族 その他 ()

投与経路： 経口 経管 (胃瘻、経鼻、食道瘻、腸瘻)

調剤方法： PTPシート 一包化 簡易懸濁 粉碎 その他 ()

< 入院要約 >

※入院目的、病名、次回受診日等、患者情報で伝達が必要と思う内用を記載すること

※処方内容については、次のページをご覧ください。

※ご不明な点がございましたら、下記薬剤師までお問い合わせください。

独立行政法人 労働者健康安全機構 富山労災病院

〒937-0042 富山県魚津市六郎丸992 TEL:0765-22-1280 FAX:0765-23-1307

薬剤師： _____

< 処方内容 >

<p>【持参薬】 処方医療機関： _____</p>	<p>【退院時処方】 <input type="checkbox"/>別紙あり <input type="checkbox"/>薬剤情報添付あり</p>
<p> </p>	

< 処方内容に関する特記事項（投与方法に注意を要する薬剤や連絡事項） >

例）退院後に漸減・漸増が必要な薬剤、検査前休薬の指示など

< その他記載が望ましい事項 >

- ・ 次回外来予定日 ・ 使用しているガーゼやドレッシング剤等の規格/品質 ・ 患者の体質、ADL/視力/聴力 ・ 医薬品の保管状況
- ・ 情報患者の理解度（服薬に関して患者の理解が十分でないと思われる事項） ・ 患者又は家族など介護者の訴えや要望（例：後発医薬品希望）
- ・ 入院時と外来時で使用する医薬品の銘柄や規格等が異なる場合にはその理由 ・ 職業や日常生活上の特徴（高所作業、車輛の運転など）
- ・ 健康保険上の特記事項（公費、一部負担金など） ・ 情報のフィードバックが必要な場合はその旨と連絡先（メールアドレスなど）

FAX: 富山労災病院 薬剤部直通 0765-23-1307

FAXの流れ: 保険薬局 → 薬剤部 → 処方医

報告日: 年 月 日

服薬情報提供書 (トレーシングレポート・返書用)

<注意> この FAX は疑義照会ではありません。緊急性のあるものは、疑義照会票にてお願いします。

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
担当薬剤師:	電話番号:
患者ID:	FAX番号:
患者名:	担当薬剤師名: 印

この情報を伝えることに対して患者の同意を 得た。 得ていない。
 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。

退院時に情報提供が必要と判断した患者様です。フォローアップをお願いいたします。
退院後の状況に関して確認および報告をお願いいたします。

【退院後の状況】

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 具合が悪くなり、以前の薬を服用した |
| <input type="checkbox"/> 服薬コンプライアンス不良 | <input type="checkbox"/> 薬を服用して具合が悪くなった |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

【定期内服薬数】

退院時 _____ 剤 → 現在 _____ 剤 (頓服、貼付剤は除く)

【報告および提案事項】

- 患者の問題点は解決しましたので、介入・報告は終了します。
- 患者の問題点に対し、今後も引き続き介入・報告をしていきます。

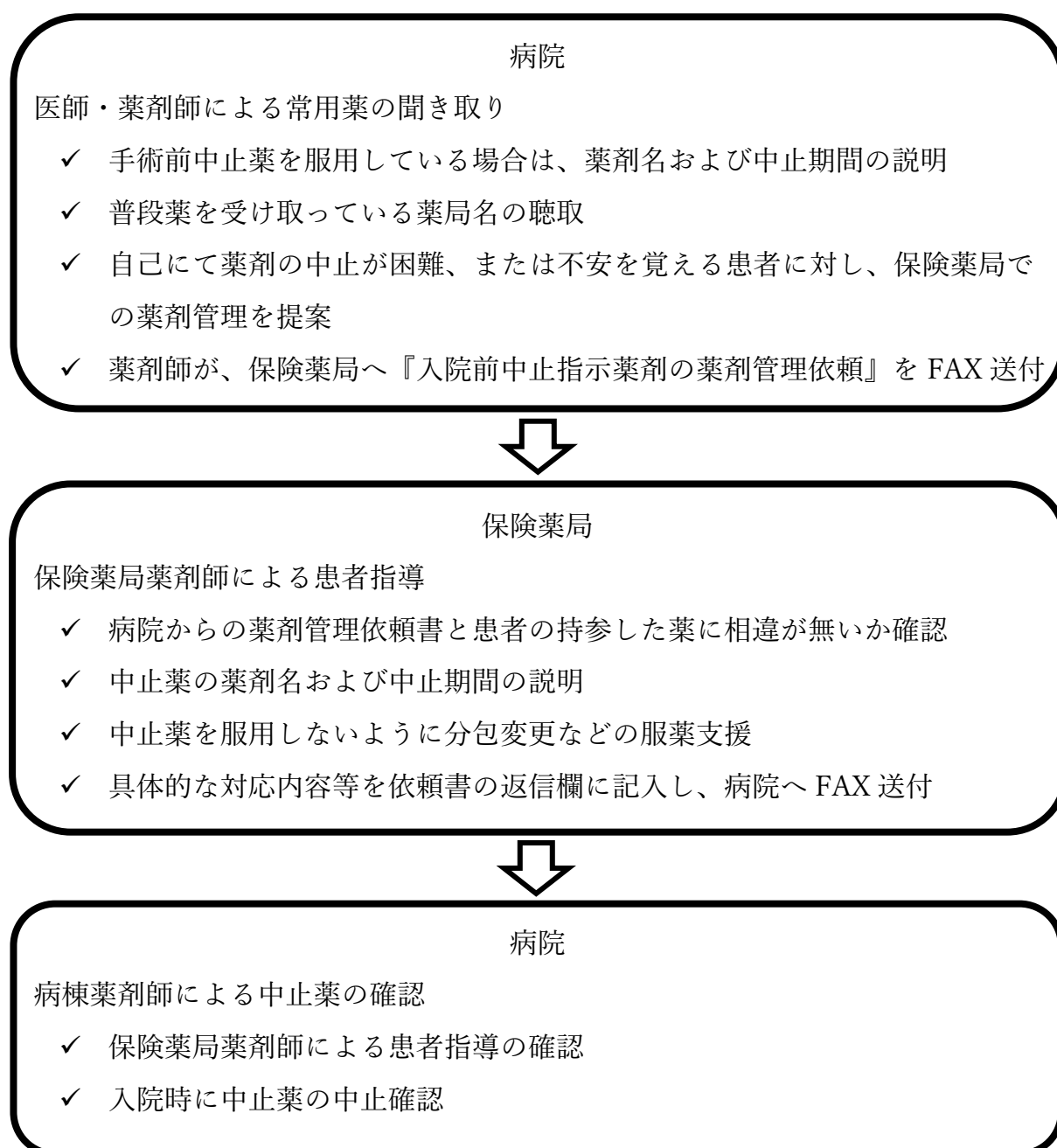
FAX を受け付けました。(受領者印: _____)

第2章 入院前中止指示薬剤の薬剤管理

1. 目的

富山労災病院と保険薬局が連携し、手術前患者に対する手術前中止薬の誤服用を防止するための薬剤管理指導および服薬支援を行うことで、患者に安心かつ安全な医療を提供することを目的とする。

2. 手術前中止薬管理の薬薬連携運用フロー



3. 保険薬局における対応

3-1. 病院より FAX 送信された「入院前中止指示薬剤の管理依頼」の内容確認

- A) 管理依頼書に記載された患者名などの患者情報を確認する。
- B) 『薬剤管理依頼－詳細－』欄に記載された事項（「入院予定日」および「手術・検査予定日」等）を確認する。
- C) 『薬剤の中止期間及び名称』欄に記載された「中止する期間」および「中止薬剤名」を確認し、薬歴等と相違がないか確認する。

3-2. 患者来局時の対応

- A) 患者名を確認し、実際に持参された薬と管理依頼書の内容に相違が無いか確認する。
 - ・ 内容に相違があり、『薬剤の中止期間及び名称』欄に記載されていない術前中止薬があった場合は速やかに病院へ連絡する。
- B) 『薬剤管理依頼－詳細－』欄に記載された事項をそれぞれ行う。
 - ・ 中止薬剤名と、中止する期間の説明を行う。
 - ・ 中止薬剤を一包化から抜いて必要日数分を再分包するなど、服薬アドヒアランスの向上を目的とした服薬支援を行う。

3-3. 薬剤管理指導後の対応

- A) 具体的な指導内容等を管理依頼書の返信欄に記入し、訪局日の翌日までに病院へ FAX 送信する。

4. よくある質問

Q. 訪局予定日までに患者さんが来局しなかった場合の対応は？

A. 患者さんへ連絡してください。連絡が取れない場合は病院へ連絡してください。

Q. 薬剤管理指導・服薬支援をしても中止薬を誤服用してしまった場合の責任は？

A. 説明が行われており、重大な誤り（瑕疵）が無ければ患者さんの自己責任です。

Q. FAX に添付された持参薬調査票に未記載の薬を持参された場合の対応は？

その薬が術前中止薬に該当した場合の対応は？

A. 持参薬調査票に未記載の薬があれば FAX 返信の際に記載をお願いします。

その薬が術前中止薬に該当した場合は速やかに病院へ連絡してください。

FAXの流れ：診療科→薬剤部→保険薬局→薬剤部

「入院前中止指示薬剤」の薬剤管理依頼

令和 年 月 日

(保険薬局名) 御中

発信元：独立行政法人 労働者健康安全機構

富山労災病院 薬剤部

所在地：〒973-0042

富山県魚津市六郎丸992

電話番号：0765-22-1280 (代表)

FAX番号：0765-23-1307 (薬剤部)

この度、貴薬局にて薬剤管理されている患者様が、当院へ入院されることとなりました。ご多忙のところ恐れ入りますが、入院にあたり手術や検査を安全に実施するため、以下の薬剤管理をお願い申し上げます。

診療科		患者 ID	
担当医		患者名	
薬剤管理依頼—詳細—			
<ul style="list-style-type: none">● 下表「薬剤の中止期間及び名称」に記載された中止薬剤の指導● 中止薬剤が一包化されている場合は、分包変更等の服薬支援● 訪問後、対応内容を本依頼書の返信欄に記載し、FAXで返信 (入院予定日： 月 日、手術・検査予定日： 月 日)			
薬剤の中止期間及び名称			
(中止する期間)		(中止薬剤名)	
月 日	～手術・検査日まで		
月 日	～手術・検査日まで		
月 日	～手術・検査日まで		
月 日	～手術・検査日まで		
		担当薬剤師：	

(返信欄)

日付： 月 日

担当薬剤師：

上記の内容について確認し、指導しました。

(その他具体的な対応がありましたら、下記にご記入ください。)

手術時・消化器内視鏡時の抗血小板薬・抗凝固薬の休薬および中止期間 ①

最終的には、主治医が患者の病態・術式を考慮し使用の可否を判断するものとする

分類	製剤写真	当院採用薬【先発品名】 (成分名) ◎院内採用ないものは 代表薬剤を表示	同一成分薬 院内未採用	手術時		内視鏡時	
				当院推奨 服薬中止時期	単剤		2剤以上併用
					生検 出血危険度	出血危険度	
血 小 板 凝 集 抑 制 薬		バイアスピリン錠100mg (低用量アスピリン) 【タケルダ配合錠】 (低用量アスピリン・ランソプラ ゾールの合剤) 【キャピリン配合錠】 (低用量アスピリン・タケキャ ブの合剤)	アスピリン イスキア配合錠A330 【コンフラビン】 パファリン パッサミン ニトキス アスファネート ファモター	10日	休薬なし※1	血栓発症リスク高 休薬なし ----- 血栓発症リスク低 3-5日休薬	休薬なし または シロスタゾールに置換
		チクロピジン塩酸塩錠100mg (チクロピジン塩酸塩)	【バナルジン】 マイトジン	14日	休薬なし※1	血栓発症リスク高 アスピリン または シロスタゾールに 置換 ----- 血栓発症リスク低 5-7日休薬	①アスピリン併用ありの場合 →本剤は5-7日休薬 ----- ②アスピリン以外と 併用の場合 →アスピリン または シロスタゾールに置換
		クロピドグレル硫酸塩錠 25mg・75mg (クロピドグレル硫酸塩)	クロピドグレル 【コンフラビン】 【フラビックス】	14日			
		【コンフラビン配合錠】 (低用量アスピリン・クロピド グレルの合剤)	ロレアス				
		【エフィエント錠】 (3.75mg・20mg) (プラズグレレル塩酸塩)	なし	14日			
		【プリリント錠】 (60mg・90mg) (チカグレロール塩酸塩)	なし	5日	(アスピリンとの併用が必須) 低危険度：休薬なし※1	5日休薬	
		シロスタゾールOD錠 50mg・100mg (シロスタゾール)	コートリズム シロシナミン シロスレット【フレタル】 フレトモール ホルタゾール	3日(腎疾患なし) 4日(腎疾患あり)	休薬なし※1	1日休薬	1日休薬 ※ただし他剤から置き換えて 本剤を使用する場合は継続可 ※カルファリン・ダビカトランと本剤 との2剤併用の場合は本剤を継続可
		イコサペント酸エチル 粒状カプセル900mg (イコサペント酸エチル)	【エパテル】 エハロース エハラ	10日	休薬なし※1	1日休薬	
		【ロトリガ粒状カプセル2g】 (イコサペント酸エチル・ ドコサヘキサエン酸エチル)	なし				
		ヘパロストNa錠20μg (ヘパロストナトリウム)	【ケアロードLA】 【トルナー】 【プロサイリン】 【ヘラサスLA】	1日			
	サルボグレラート塩酸塩錠 100mg (サルボグレラート塩酸塩)	【アンブラーク】	2日				
抗 凝 固 薬		ワーファリン錠0.5mg・1mg (ワルファリンカリウム)	ワルファリンK	①大手術時：5日 →ヘパリンへ変更 ②通常手術時：3日	休薬なし※1 PT-INRが治療域 にあることを確認	治療域にあれば休薬不要 またはヘパリン置換 または一時的DOAC変更	
		【プラサキサカプセル】 【75mg・110mg】 (ダビカトランエチキシルア トメタンシルホン酸塩)	なし	①大手術時 2～4日(腎障害なし) 4日(腎障害あり) ②通常手術時 1日(腎障害なし) 2日(腎障害あり)		当日休薬またはヘパリン置換	
		【イグザレト錠】 【10mg・15mg】 (リバーロキサパン)	なし	1日	休薬なし※1 ピーク期 (0.5～6時間) 遅ける	24時間休薬(添付文書) またはヘパリン置換	
		【リクシアナ錠】 【15mg・30mg・60mg】 (エドキサバントシル酸塩水和物)	なし	1日		24時間休薬 (確立していない) またはヘパリン置換	
		【エリキュース錠】 【2.5mg・5mg】 (アピキサパン)	なし	①出血高リスク手術時 2日 ②出血低リスク手術時 1日(腎障害なし) 36時間(腎障害あり)		48時間休薬(添付文書) またはヘパリン置換	
冠 拮 張 薬		ベルサンチン錠25mg (ジビリダモール)	ジビリダモール ヨウリダモール	2日	休薬なし※1	1日休薬	
		【コメリアン錠100mg】 (ジラゼフ塩酸塩水和物)	ジラゼフ	3日			
		【ロコルナル錠100mg】 (トラビジル)	トラビジル	3日			
冠 拮 張 薬 ・ 代 替 薬		イフェンプロシル酒石酸塩錠 20mg (イフェンプロシル酒石酸塩)	【セロクラール】	2日			
		ニセルゴリン錠5mg (ニセルゴリン)	【サアミオン】	1日			
		【ケタスカプセル10mg】 (イブジラスト)	なし	2～3日			
冠 拮 張 薬		【プロレナル錠5μg】 (リマプロストアルファデクス)	【オバルモン】 リマプロストアルファデクス	1日			

●左記薬剤については、上記抗血小板薬と比較し出血リスクが少ないと考えられるが同様に扱う

手術時・消化器内視鏡時の抗血小板薬・抗凝固薬の休薬および中止期間 ②

分類	製剤写真	当院採用薬【先発品名】 (成分名) ◎院内採用ないものは 代表薬剤を表示	同一成分薬 院内未採用	手術時
				当院推奨 服薬中止時期
SGLT2阻害薬		【スーグロ錠】25mg・50mg (イブラグリフロジン) 【スージャヌ配合錠】 (シタグリタリオン・イブラグリフロジン)	なし	術前3日 ●術後摂食が十分出来る様 になってから再開
		【フォシガ錠】5mg・10mg (ダバグリフロジン)	なし	
		【ルセフィ錠】2.5mg・5mg (ルセオグリフロジン)	なし	
		【デベルザ錠】20mg (トボグリフロジン)	【アフルウェイ】	
		【カナグル錠】100mg (カナグリフロジン) 【カナリア配合錠】 (テナグリタリオン・カナグリフロジン)	なし	
		【シャディアンス錠】 10mg・25mg (エンバグリフロジン) 【トラディアンス配合錠】 AP・BP (エムバグリフロジン・リタグリタリオン)	なし	
女性ホルモン関連薬※2	卵巣・黄体ホルモン配合剤	【ヤーズフレックス配合錠】 (イチニヒストラジオール・ドロキシプロゲステロン)	【ヤーズ配合錠】	術前4週間・術後2週間 (【禁忌】欄に 記載あり)
		【トリキュラー錠】21・28 (イチニヒストラジオール・ノルメチン)	【アンジュ】21・28	
		【シンフェーズT28錠】 【ルナベル配合錠】LD・ULD (イチニヒストラジオール・ノルメチン)	【ジェミア配合錠】 フリウエルLD・ULD	
		【ラベルフィーユ】21・28 (ノルメチン・イチニヒストラジオール)	なし	
	卵巣ホルモン製剤	【マーベロン】21・28 (デソメチン・イチニヒストラジオール)	【ファボワール錠】 21・28	術前4週間又は長期臥床状態 (【慎重投与】欄に 記載あり)
		【プレマリン錠】0.625mg (結合型エストロゲン)	なし	
	非・黄 体ホルモン製剤	【エストリール錠】 0.5mg・1mg・100μg (エストリオール)	【ホーリン錠】1mg エストリオール錠	休薬期間明記なし (【慎重投与】欄に 記載あり)
		【ウェルナラ配合錠】 (エストラジオール・ノルメチン)	なし	
【エストラーナテープ】 0.09mg・0.18mg 0.36mg・0.72mg 【ディベルグ】1mg/g 【ル・エストロジェル】 (エストラジオール)		【ジュリナ錠】		
【メノイドコンビパッチ】 (エストラジオール・酢酸ノルメチン)		なし		
骨粗鬆症 治療薬	【エビスタ錠】60mg (ラロキシフェン)	ラロキシフェン塩酸塩錠 60mg	術前3日前 (【重要な基本的注意】欄に 記載あり)	
	【ビビアント錠】20mg (バゼドキシフェン)	バゼドキシフェン	休薬期間明記なし (【重要な基本的注意】欄に 記載あり)	
飲酒量 低減薬	【セリンクロ】 (ナルメフェン塩酸塩水和物)	なし	1週間(【禁忌】欄に 記載あり)	

※1 ガイドライン上「出血危険度」とされていますが、出血リスクの高い方もいます。担当医にご相談ください。
 ※2 「OC・LEPガイドライン2015年度版」では、30分を超える手術では少なくとも手術の4週間前からOCは中止し、術後、不動状態が解除されるまではOCの再開を避けることとされているが、添付文書記載がある医薬品は上記のみ。
 ※3 長期不動状態(術後回復期、長期安静期等)にある患者は禁忌。

参考文献：抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン2012・追補2017、
 周術期の薬学管理(改訂2版)；日本病院薬剤師会、各種添付文書、メーカーDI 回答、
 SGLT2阻害薬の適正使用に関するRecommendation；日本糖尿病学会「SGLT2阻害薬の適正使用に関する委員会」

富山労災病院
 医療安全対策委員会
 薬剤部
 2014年12月作成
 2016年12月改訂
 2017年12月改訂
 2021年1月改訂
 2022年4月改訂

第3章 お薬手帳・基本情報カード

1. 目的

今まで、2冊目、3冊目・・・と更新する際に、薬局では副作用やアレルギーなどの基本情報をすべて転記しなければならなかった。また患者によっては、医療機関ごとに手帳を持っており、基本情報が共有されているか不明であった。そこで、複数の薬局や医療機関を利用する際にも、必ず基本情報カードに記載することとして、令和4年9月より運用開始した。

2. 運用方法

- ・ お薬手帳更新時などから、使用開始する。
- ・ 1年に1度、カード情報の確認を行う（誕生日近辺の来局日）。
- ・ 患者には手帳カバーと一緒に渡し、カバーの内ポケットに入れて保管する。
- ・ ポリファーマシー対策の一環として、本カードを導入しているので、「服用薬の調整希望の有無」についても、確認を行う。

第4章 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

1. トレーシングレポート（以下、TR）とは

患者さまから聞き取った服薬状況や健康食品に関する情報など、即時性の低い情報について処方医師へお伝えするツールである。

2. 目的

調剤に係る疑義照会とは別に、保険薬局で「即時性は低いものの処方医師へ情報提供したほうが望ましい」と判断された内容を FAX にて集約し、医師へ情報伝達を行い、保険薬局と病院間の情報共有化を図る。

3. 導入の背景

当院の院外処方せん発行率は約 95%以上に達している。これまで保険薬局は疑義のある処方について処方医師に対し疑義照会を行っていたが、患者から聞き取った内服薬のアドヒアランスや健康食品の使用に関する情報など、即時性の低い情報について処方医師へ手際よく伝える手段がなかった。

そこで TR を用意し保険薬局へ周知することにより、保険薬局で「即時性は低いものの処方医師へ情報提供した方が望ましい」と判断された内容を FAX 送信（薬剤部宛）にて集約し、医師へ情報伝達を行い情報の共有化を図る。

4. 利用方法

薬剤部 HP より様式をダウンロードして、必要事項を記入した後、薬剤部まで FAX 送信する。（種類：①一般用、②残薬調整用、③外来がん化学療法患者用、④糖尿病用、⑤返書用）

注意：TR による情報伝達は疑義照会ではありません。疑義照会は疑義照会票にて連絡する。

5. 流れ

- ① TR として当院の薬剤部に FAX 送信する。
- ② 薬剤部は受信した TR を処方医に届ける。
- ③ 処方医は内容を確認後、コメントや今後の対応について返信欄に記載し薬剤部に提出する。
- ④ 返却された TR は、FAX で保険薬局へ返信後、電子カルテにスキャン登録する。

FAX: 富山労災病院 薬剤部直通 0765-23-1307

FAXの流れ: 保険薬局 → 薬剤部 → 処方医 → 薬剤部 → 保険薬局

報告日: 年 月 日

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

<注意>このFAXは疑義照会ではありません。緊急性のあるものは、疑義照会票にてお願いします。

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :	電話番号 :
患者名 :	FAX 番号 :
	担当薬剤師名 : 印

この情報を伝えることに対して患者の同意を 得た。 得ていない。
 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。
下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

所見

薬剤師としての提案事項

なお、大変お手数をおかけしますが、提案事項について先生のお考えをお聞かせいただき、今後の参考とさせていただきますと存じます。
よろしければ、下記にご記入いただき、返信いただければ幸いです。

【 返信欄 】

対応 (医師記入欄)

- 報告内容を確認しました。
- 次回から提案通りの内容に変更します。
- 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し経過観察します。
- 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。

--

医師名 _____

※本紙をお受け取りになった医師は返信欄にコメントいただき、薬剤部へご返送ください。



FAX: 富山労災病院 薬剤部 0765-23-1307

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

富山労災病院 御中

報告日: 年 月 日

残薬調整に係る服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :	電話番号 :
患者名 :	FAX 番号 :
	担当薬剤師名 : 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

下記の通り、残薬を確認し日数調整をしましたのでご報告いたします。
ご高配賜りますようお願い申し上げます。

残薬調整した内容*

残薬の理由 (複数回答可)

- 飲み忘れが積み重なった
 自分で判断し飲むのをやめた
 新たに別の医薬品が処方された
 飲む量や回数を間違っていた
 別の医療機関で同じ医薬品が処方された
 その他

上記選択肢の詳細

()

薬剤師としての提案事項

<注意>

- * 残薬を確認した場合の対応の指示が、「残薬調整後の報告可」の時は確認内容をご記入ください。
- この FAX は疑義照会ではありません。緊急性のあるものは、疑義照会票にてお願いします。

(外来がん化学療法患者用)

FAX: 富山労災病院 薬剤部直通 0765-23-1307

FAX の流れ : 保険薬局 → 薬剤部 → 処方医 → 薬剤部 → 保険薬局

報告日 : 年 月 日

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

<注意> この FAX は疑義照会ではありません。緊急性のあるものは、疑義照会票にてお願いします。

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :	電話番号 :
患者名 :	FAX 番号 :
	担当薬剤師名 : 印

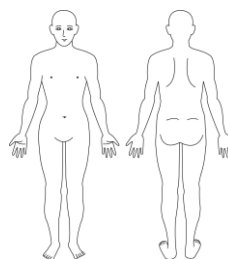
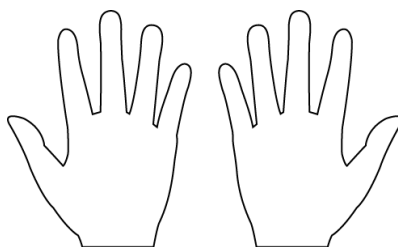
この情報を伝えることに対して患者の同意を 得た。 得ていない。
 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。
下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

所見

- 食欲不振 ・ 食事量の変化なし ・ 食事量減 (%減) ・ 水分摂取不可
 嘔吐 ・ 1日 ___ 回嘔吐した 下痢 ・ 1日 ___ 回下痢した 便秘
 倦怠感 ・ 倦怠感あるが日常生活可能 口内炎 味覚異常
(活動) ・ 身の回りの生活に制限あり 発熱 (°C) ___ 日程度続いている

手足・全身の変化



- 赤み
 皮がむける
 爪の変化
 痛み
 しびれ
 むくみ

その他 (患者からの相談事項等 薬剤師としての提案事項)

提案事項について先生のお考えをお聞かせいただき、今後の参考とさせていただきたいと存じます

【 返信欄 】

対応 (医師記入欄)

- 報告内容を確認しました。 次回から提案通りの内容に変更します。
 現状のまま継続し経過観察します。 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。

医師名

受付薬剤師

※本紙をお受け取りになった医師は返信欄にコメントいただき、薬剤部へご返送ください。

FAX:富山労災病院 薬剤部直通:0765-23-1307

FAXの流れ:保険薬局 → 薬剤部 → 処方医 → 薬剤部 → 保険薬局

報告日: 年 月 日

糖尿病服薬情報提供書(トレーシングレポート)

<注意>このFAXは疑義照会ではありません。緊急性のあるものは、疑義照会票にてお願いします。

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者ID:	電話番号:
患者名:	FAX番号:
	担当薬剤師名: 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得てない <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

自己注射手技指導	その他
使用薬剤 _____ 補助具 <input type="checkbox"/> あり _____ ()	<input type="checkbox"/> 患者からの相談事項 <input type="checkbox"/> 薬剤師としての提案事項
<input type="checkbox"/> 初回指導 <input type="checkbox"/> 2回目以降 <input type="checkbox"/> 電話などによるフォロー 援助者あり (<input type="checkbox"/> 同居者 <input type="checkbox"/> 同居者以外)	
2種類以上処方された場合その違いを理解	
投与時間の理解 <input type="checkbox"/> 食直前 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> その他 ()	
懸濁製剤は10回以上振り均一にできる	
週1回製剤の場合 (_____ 曜日)	
空打ちを毎回する	
注入単位数を正しく設定	
注入ボタンを押し切った事の確認	
針の着脱	
使用済みの針の廃棄方法を知っている	
製剤の保管方法 (使用中;室温, 未使用;冷蔵庫)を知っている	
投与し忘れた時の対処方法を知っている	
製剤(ペン)の残量が1回使用量より少ない時の対処方法 を知っている	

提案事項について先生のお考えをお聞かせいただき、今後の参考とさせていただきたいと存じます。

返信欄	
対応(医師記入欄)	
<input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。	<input type="checkbox"/> 次回から提案通りの内容に変更します。
<input type="checkbox"/> 現状のまま継続し経過観察します。	<input type="checkbox"/> 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。
医師名 _____	返信者名 _____

※本紙をお受け取りになった医師は返信欄にコメントいただき、薬剤部へご返送ください。

第5章 糖尿病患者指導用資料

病院で用いている資料を保険薬局と情報共有し、指導に使用する。

シックデイ

発熱・下痢・嘔吐・食欲減退など

糖尿病以外の病気にかかったら

- ★ 高熱が2日以上続く場合
- ★ 下痢・嘔吐などの症状が続く場合
- ★ 食事や水分が取れない場合
- ★ 血糖値がいつもより高い状態が続く場合（血糖値 350mg/dl 以上）



すぐに連絡し病院に来て下さい

※ 糖尿病手帳・お薬手帳をお持ちの方は使用薬剤（注射薬・経口糖尿病薬）と共に持参して下さい。

●シックデイでは血糖値が乱れやすくなります。

高血糖

低血糖

脱水症状


●シックデイの対応

- ☆ 安静にして、スープやお粥など摂取して下さい（水分摂取）。
 - ☆ 血糖測定が可能であれば測定して下さい（血糖値の動きの把握が大切です）。
 - ☆ 使用薬剤（注射薬・経口糖尿病薬）に関しては医師の指示に従って下さい。
- 基本的に食事が摂取できる場合はいつも通りで大丈夫です。



低血糖

血糖値が低くなりすぎた状態（70mg/dl 以下）

- 症状；冷汗、動悸、手の震え、めまい、空腹感、いらいらする、
目がかすむ、生あくび、頭痛、ぎこちない動作など
放っておくと  意識がもうろう、けいれん、意識を失う



- 低血糖の対応；ブドウ糖または砂糖 10～20g とる



（無ければブドウ糖または砂糖が入った飲み物）

その後血糖測定する（血糖測定器がある場合）

症状が治まったり、あるいは血糖値が正常値に戻れば…

◎次の食事をとる

◎次の食事まで 1 時間以上ある時 糖質 1 単位分（約 80kcal）とる

例：ご飯（茶碗軽く半分量）または ビスケット（3 枚）

※インスリンや経口糖尿病薬は医師の指示が無い限り従来と同じ用量で

★ 意識がもうろうとしている、意識を失っている場合

自分で対処出来ない場合は **すぐに病院に来て下さい。**

○糖尿病手帳 ○お薬手帳（内容が分かるもの）を持参して下さい。

★ 家族など周囲の人が応急処置が出来る場合は行なって下さい。

応急処置；グルカゴン注射、バクスマー点鼻粉末剤など

富山労災病院 内科 (0765) 22-1280

第 6 章 医薬品供給不安定時における医薬品在庫状況の情報共有

1. 目的

地域の保険薬局（以下、薬局）と富山労災病院（以下、病院）が協力し合い、医薬品在庫状況に関する情報を地域全体で共有することにより、患者の継続的な薬物治療に貢献する。

2. 背景

医薬品供給の不安定な状況が長く続いており、この状況が収束する時期も未だはっきりしていない。そんな中、薬局の医薬品在庫不足により、患者が自ら在庫のある薬局を探したり、処方元である病院まで戻ったりするケースが見られるようになった。

そこで薬局の在庫状況に関する情報を事前に共有することで、かかりつけ薬局が在庫不足になったとしても、患者に大きな負担をかけない対応が可能になると考えた。

3. 運用方法

- ・ 医薬品が全く入って来ない状況で、処方されると患者に渡せない医薬品がある。
- ・ 少量在庫はあるが、処方が続くと在庫不足で、次の納品まで時間がかかる医薬品がある。
- ・ その他、医薬品在庫について伝えたいことがある。

上記に示すような在庫状況に変化が生じた時点で、「医薬品在庫状況報告書」に必要事項を記載し、病院に FAX 送信する。

4. 対応策

各薬局から提出された報告書については、病院と魚津市内の薬局との定例会議（月一回開催）等で情報共有し、対応策について話し合う。

当該薬局は、原則、患者の来局に合わせて事前に近隣薬局に医薬品の分譲をお願いする、あるいは患者に在庫のある薬局を紹介する等の対応を行う。それでも医薬品が手に入らない場合は、①魚津市薬剤師会 会長、②富山労災病院 薬剤部長に相談することとする。

おわりに

魚津市は、人口約4万人、高齢化率 34.3%（全国平均 28%）ですので、かなり高齢化が進んでいます。このような高齢化率の高い地域において、地域連携や薬薬連携の重要性を認識しており、当院が院外処方箋発行当初の20年以上前から薬薬連携について推進してまいりました。最初に取り組んだのが、お薬手帳の啓発活動でした。病院と魚津市薬剤師会が一緒になって、ポスターとパンフレットを作成し、患者さん一人一人に説明して携帯していただきました。

その後、院外処方箋への臨床検査値表記についても、県内では比較的早期に行うことができました。令和4年度は、厚労省の「高齢者医薬品適正使用推進事業」に県薬剤師会が採択され、県内のモデル地域として魚津市内でポリファーマシー対策に取り組んできました。医師会および魚津市と共に行えたことは、地域連携が更に一歩前進したのではないのでしょうか。今後も継続して、取り組んでいけたらと考えています。

魚津市のようなコンパクトな町の地域特性を生かした連携により、今後もSGDsな取り組みを考え、実施していきたいと思います。そしてポリファーマシー対策のような医薬品の適正使用を推進し、これからも患者さんに喜ばれるより良い医療を提供したいです。皆様のご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

富山労災病院 薬剤部長 稲村勝志

発行：令和5年（2023年）2月8日

編集：富山労災病院薬剤部

魚津市薬剤師会