

広島市民病院

薬薬連携のしおり


Ver. 1.0

〒730-8518 広島市中区基町7番33号

TEL: 082-212-3189

FAX: 082-221-6882

yakuzaiibu@city-hosp.naka.hiroshima.jp

 地方独立行政法人 広島市立病院機構 広島市立広島市民病院

はじめに

- ・ 薬機法の改正により「地域連携薬局」「専門医療機関連携薬局」に保険薬局の機能が法制化されました。調剤時に限らず必要に応じて薬剤の使用状況等の継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が求められており、より緊密な連携が必要となります。薬物療法の有効性および安全性確保に向けて薬剤師の役割は今後ますます大きくなるものと思われまます。
- ・ 薬剤師としての存在感を患者へ示していかなければなりません。保険薬局の先生方および病院薬剤師が共に手を携えて、職責を果たしていきましょう。

薬薬連携 取り組み一覧

保険薬局



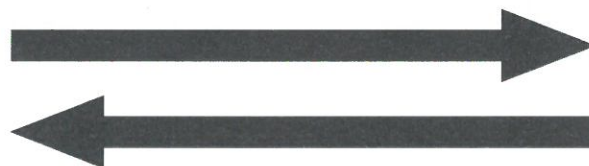
1. 疑義照会

2. 患者情報開示の申請

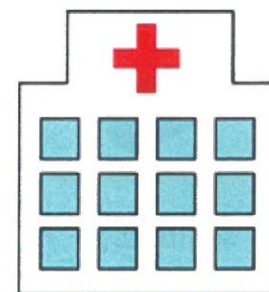
3. 調剤過誤報告

4. 薬の相談 (PCCP)

6. トレーシングレポート



広島市民病院



5. フォローアップ依頼書

1. 疑義照会 プロトコール

- ・ 下記項目について、事前に了承が得られている医師の処方については薬剤部（TEL：082-212-3189）にて速やかにご回答致します。
- ・ 但し、患者の同意が得られていること、患者負担が軽減することが原則です。

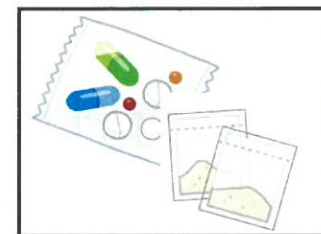
① 規格変更



② 剤形変更

③ 併売品への変更

④ 一包化指示の追加・削除
粉砕指示の追加・削除



⑤ 次回予約日までの不足日数延長
例) 処方日数 28日 → 35日

⑥ 合剤への変更



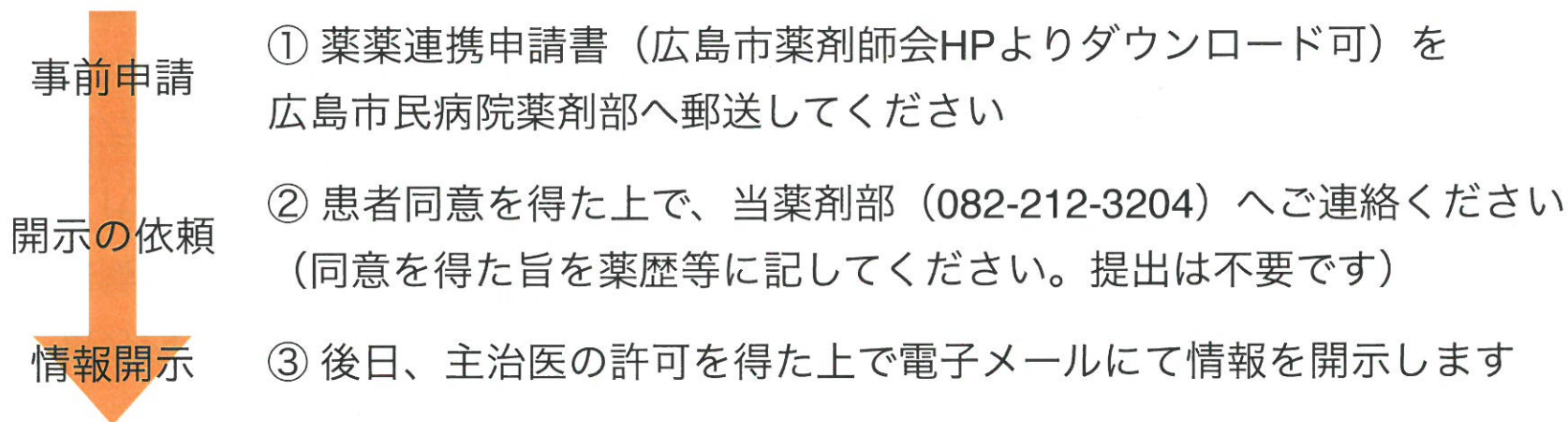
1. 疑義照会 諸規則

- 1) 処方内容に関する疑義照会は薬剤部（TEL：082-212-3189）で受け付けます
- 2) 保険番号や期限、処方箋の有効期限、紛失に関するご連絡は各科ブロック受付（代表TEL：082-221-2291）までお願いします
- 3) 漢方薬については、メーカーの変更は原則不可です
- 4) 外用剤の調剤は、総量が処方箋通りであれば、規格は不問です
（例）ボルタレンゲル 50g 1本
→ボルタレンゲル 25g 2本 で調剤可能
- 5) 湿布薬は、枚数違いの製品での調剤は可能です
（例）セルタッチパップ（7枚/袋）6袋
→セルタッチパップ（6枚/袋）7袋 で調剤可能

変更はすべて患者の同意を得た上で行ってください

2. 患者情報開示の申請

- ・安全かつ効果的な薬物治療を提供する目的で、保険薬局は患者の同意を得たうえで患者情報の開示を当院へ求めることができます。
- ・主な開示情報は、現病歴および既往歴、身体情報、副作用・アレルギー情報、処方歴、投与経路、検査値、抗癌剤のレジメンです。



保険薬局および病院は「個人情報保護に関する法律」を遵守することとします。

3. 調剤過誤報告

・調剤過誤発生時は、薬剤部が仲介役となり、医師へ速やかに報告、指示を確認することで、より適切な患者対応をとることができると考えております。つきましては、下記を参照し、報告をお願いします。

過誤報告

① 過誤発生時には速やかに薬剤部（082-212-3204）へ一報ください。
処方医への報告は薬剤部から行います。

医師指示
の確認

② 必要に応じ、処方医の指示を薬剤部より保険薬局へ連絡します。
その後、さらなるやりとりが必要な場合は処方医と保険薬局が個別に行うこととします

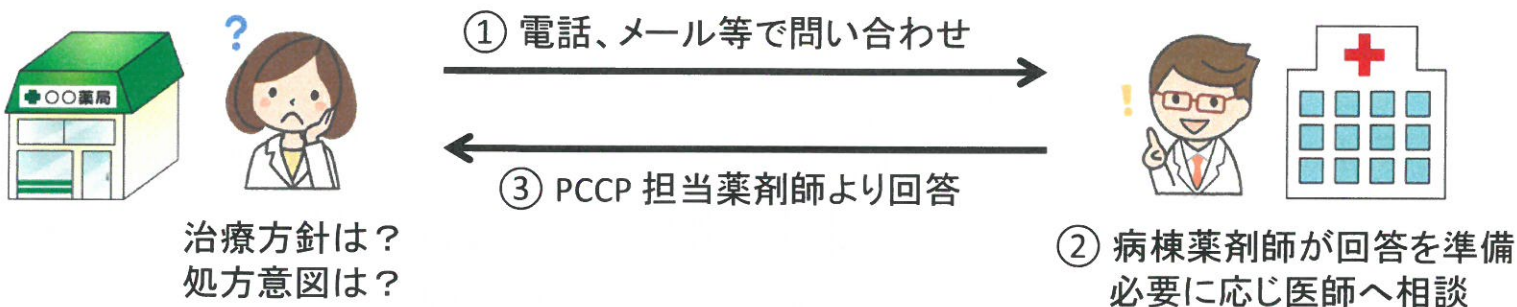
報告書
の送付

③ 調剤過誤の内容および転帰等を広島市民病院調剤過誤報告書（広島市薬剤師会HPよりダウンロード可）へ記入し、メールにて送付ください。

4. 薬の相談 (PCCP)

PCCP : Pharmacist Counseling Center for Pharmaceutical care

医師の治療方針や処方意図、最新の薬物治療など薬物治療に関して疑問に思うことを当院薬剤部へ電話（082-212-3204）等で質問し、当院薬剤師が回答する活動です

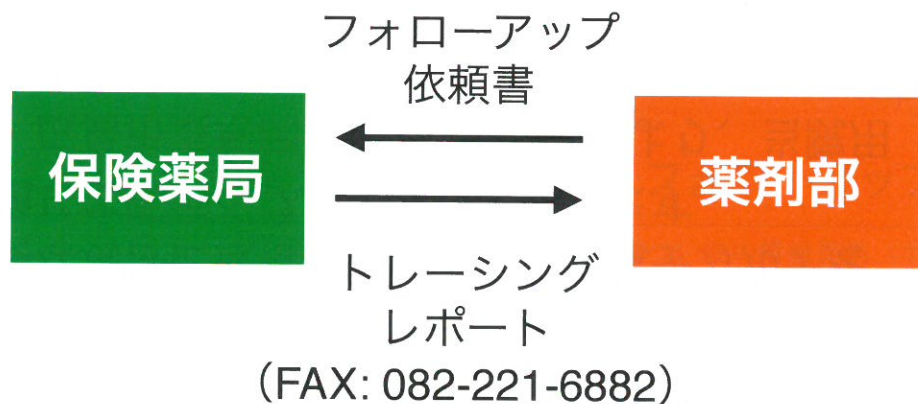


< 疑義照会とPCCPの違い >

	疑義照会	PCCP
対象	処方箋上の疑わしき点	薬物治療に関する疑問
緊急性	高い	低い
患者への同意	不要	基本的には不要 (患者情報も問い合わせる場合は必要)

5. フォローアップ依頼書

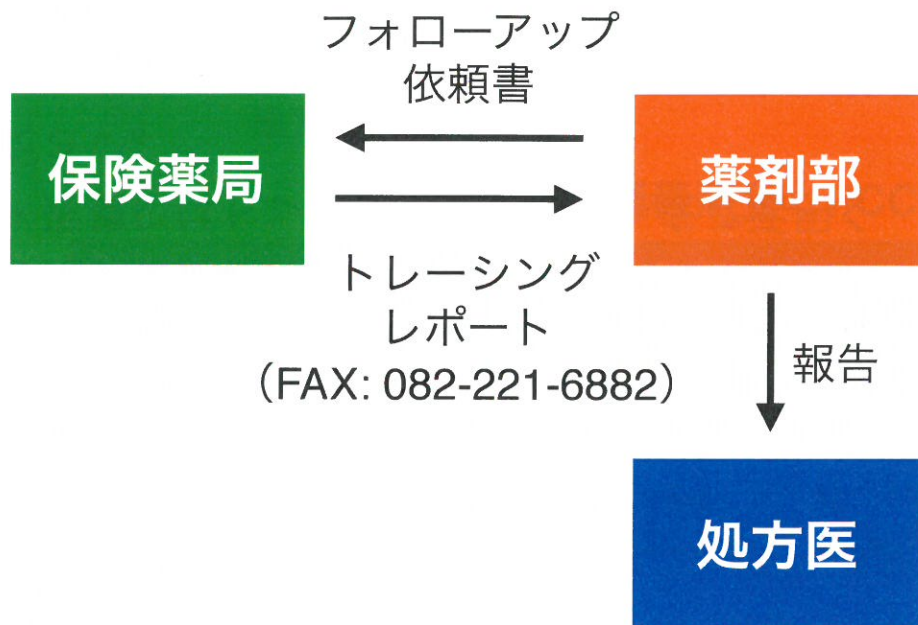
- ・ 保険薬局の先生方にフォローアップを依頼したい場合に、当院薬剤部が作成します。
- ・ 返書にはトレーシングレポートをご活用ください。



作成日					
フォローアップ依頼書 Ver.1 (広島市民病院→保険薬局)					
御中					
様に関する薬物療法上の注意事項についてお知らせします。					
ID 生年月日	成	性別	身長	cm	体重 kg
患者サマリー					
依頼内容					
返信先	広島市立広島市民病院 薬剤部 〒730-8518 広島市中区基町7-33 TEL 082-212-3189 FAX 082-221-6882 ※返信には所定のトレーシングレポートを使用ください。 (トレーシングレポートは広島市民病院HPまたは、広島市薬剤師会HPより取得可能です)				
※備考 ・薬物療法上の不明な点などは当院のPCCPにお問い合わせください ・患者さん個人の情報を問い合わせいただく際は必ず同意を取得ください					
広島市立広島市民病院			薬剤師：		

6. トレーシングレポート

- ・服薬状況や副作用、他院処方に関する内容等のうち、緊急性は低いが処方医へ報告が必要な場合に送付してください。電子カルテを通じて医師へフィードバックします。
- ・広島市薬剤師会または当院HPより、当院用の様式を取得できますのでご活用ください。




トレーシングレポート（服薬情報提供書）《広島県版》 Ver. 1


地方独立行政法人広島市立病院機構
 広島市立広島市民病院 調申

報告日： 年 月 日
 添付資料 無 有（ 枚：この用紙を含む）

処方医 科 先生	保険薬局 名称（所在地・電話番号・FAX 番号）
患者番号： 患者氏名： 生年月日： 年 月 日	担当薬剤師名：

この情報を伝えることに対して患者の同意を、 得た 得ておりませんが、治療上重要だと思えますのでご報告いたします。

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。服薬情報について下記の通りご報告いたします。

処方箋発行日： 年 月 日	調剤日： 年 月 日
---------------	------------

<input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー等） <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 他院処方（重複、相互作用） <input type="checkbox"/> 副作用（重篤でないもの） <input type="checkbox"/> 経口抗がん剤 <input type="checkbox"/> 手技：自己注射 <input type="checkbox"/> 手技：吸入薬 <input type="checkbox"/> オピオイド <input type="checkbox"/> その他（ ）

報告内容
 情報提供・提案事項

残薬について（複数回答可） 薬品名（ ） 《理由》 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 重複 <input type="checkbox"/> 自己判断 <input type="checkbox"/> その他（ ） 薬品名（ ） 《理由》 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 重複 <input type="checkbox"/> 自己判断 <input type="checkbox"/> その他（ ） 薬品名（ ） 《理由》 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 重複 <input type="checkbox"/> 自己判断 <input type="checkbox"/> その他（ ） 残薬を回避するための対応 <input type="checkbox"/> 適切な服薬に向けて、意義や重要性について指導しました。 <input type="checkbox"/> その他（ ）

病院への情報提供依頼（患者の同意有の時のみ）
検査値 病名 アトコール その他（ ）

《病院記入欄》 情報提供ありがとうございます。
報告内容を確認し、主治医へ報告しました。
次回より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。次回診察時に検討いたします。
その他

病院名：地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島市民病院
 返信日： 年 月 日 記入者：

FAX 送信先 082-221-6882（薬剤部）

6. トレーシングレポート 記載例

例1. ノンコンプライアンスに関する情報提供

報 告 内	<input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー等）
	<input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 他院処方（重複、相互作用） <input type="checkbox"/> 副作用（重篤でないもの） <input type="checkbox"/> 経口抗がん剤 <input type="checkbox"/> 手技：自己注射 <input type="checkbox"/> 手技：吸入薬 <input type="checkbox"/> オピオイド <input type="checkbox"/> その他（ ）
	情報提供・提案事項
	・ 貴院、脳神経内科からシアノコバラミンが毎食後に 1 錠ずつ服用するよう処方が出ていますが、本人の判断で昼食後分を全く服用していません。服用するよう促しているのですが、改善されません。診察の際にご確認いただけると幸いです。

例2. タモキシフェン開始時にフォローアップ依頼書を受け取った際の返書

報 告 内	<input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー等）
	<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input checked="" type="checkbox"/> 他院処方（重複、相互作用） <input type="checkbox"/> 副作用（重篤でないもの） <input type="checkbox"/> 経口抗がん剤 <input type="checkbox"/> 手技：自己注射 <input type="checkbox"/> 手技：吸入薬 <input type="checkbox"/> オピオイド <input type="checkbox"/> その他（ ）
	情報提供・提案事項
	・ かかりつけ精神科 A 病院より、セルトラリンが処方されています。一部の抗うつ薬（パロキセチン等）と併用注意であるタモキシフェンが開始となりましたので、抗うつ薬処方の変更やホットフラッシュ等の有害事象に注意しながら経過をフォローしたいと思います。

6. トレーシングレポート 記載例

例3. 入院時にアドエア®ディスカスが開始となり、退院時に吸入手技のフォローアップを依頼された場合

報 告 内	<input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー等）
	<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 他院処方（重複、相互作用） <input type="checkbox"/> 副作用（重篤でないもの） <input type="checkbox"/> 経口抗がん剤 <input type="checkbox"/> 手技：自己注射 <input checked="" type="checkbox"/> 手技：吸入薬 <input type="checkbox"/> オピオイド <input checked="" type="checkbox"/> その他（吸入薬の変更について）
	情報提供・提案事項
	先日、フォローアップ依頼書を頂いたA様ですが、繰り返し指導を行うも良好な手技習得に至りませんでした。そのため、デバイス操作が簡便になること、および吸入回数が1日1回に減少することを意図して、レルベア®エリプタへ変更となりました。本日、使用方法を指導したところ、不慣れながらも使用継続できそうな感触でした。引き続き、フォローアップを継続していきます。