

かながわ服薬フォローアップ強化プロジェクト

(令和元年度 神奈川県地域における薬剤師・薬局の機能強化及び調査・検討事業)

様式等の説明

事業で使用する様式等

① 患者向け説明リーフレット

② フォローアップ連絡票

③ 記録用紙

本日の説明資料も県薬剤師会のホームページに掲載します。

神奈川県薬剤師会のホームページに掲載

(事業専用ページを開設します。)

神奈川県薬剤師会から参加薬局あてにメールで送信

① 患者向け説明リーフレット

- ・ パワーポイントファイルとPDFファイルで配布します
→ A4サイズ用の紙に印刷してご利用ください。(サイズ変更可)
- ・ 患者様に、県の事業の一環であること、来局時以外のフォローアップの必要性等についてご説明ください。
→ 各薬局がすでに作成しているリーフレットを使用していただくことも可能です。

編集して
使用可

必要に応じて、薬局名、薬剤師名をご記入のうえ、患者様にお渡しください。

かながわ服薬フォローアッププロジェクト!!

次の通院や来局日までの間に、皆様の正しい服薬を薬局の薬剤師が支援します

新しい薬が出たけど大丈夫かな？

薬の効果がでているのかな？

副作用？

正しく使えているかな？

お薬に関する不安はありませんか？
薬剤師が支援します！

薬局名：
薬剤師名：

薬剤師が患者様に応じた方法（電話、メール等）で状況を確認します

もちろん薬局にお越しいただいても大丈夫です

薬剤師の専門的な視点で、皆様の治療や副作用の状況をチェックして、必要なアドバイスをしたり、医師に情報提供したりすることで、より安心してお薬を使っていただけます。

② フォローアップ連絡票

- ・ ワードファイルで配布します
→ A4サイズ of 用紙に印刷してご利用ください。(サイズ変更可)
- ・ フォローアップする際の連絡方法、確認内容等について、患者様とご相談のうえ記入し、患者様に渡してください。
→ お薬手帳や、各薬局が作成している様式等を使用していただくことも可能です。

必要に応じて、メモ欄をご活用ください

編集して
使用可

〇〇薬局からのお知らせ	
～おくすりの服用をフォローアップします～	
様	
<small>次回の末局までの間に、おくすりの効果がきちんと出ているか、副作用が出ていないか等について、薬剤師がフォローアップします。 おくすりについてご不安なことがある場合にも、お気軽にご相談ください。</small>	
ご連絡の有無： 無 ・ 有 (患者様から ・ 薬剤師から)	
ご連絡の方法： 電話 ・ メール ・ その他 ()	
主な確認事項：	
担当者	: 〇〇薬局
	薬剤師：〇〇〇〇〇
電話番号	: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
メモ欄 (薬剤師 → 患者様)	
~~~~~	
(患者様 → 薬剤師)	

### ③ 記録用紙

エクセルファイルで配布します。

#### 【構成】

各薬局で記録したものをとりまとめ、事例集にします。

#### ① 表紙

- 薬局の情報(薬局名、担当者氏名、連絡先)
- 入力管理表(一覧として入力等の管理を行う)
- 入力方法

#### ② 事例シート(1~10)

- 1つのフォローアップ事例につき1シート使用してください。

#### ③ 集計結果シート(編集しないでください)

- 事例シートの入力内容が自動集計されます。

# ③ 記録用紙

かながわ服薬フォローアップ強化プロジェクト 記録用紙

薬局名  
担当者氏名  
連絡先

この度は、「かながわ服薬フォローアップ強化プロジェクト」にご参加いただきありがとうございます。また、患者さんへのフォローアップのついて、記録をお願いします。

事例No.	フォローアップ完了	事例集への掲載の可否	メモ欄
事例1			
事例2			
事例3			
事例4			
事例5			
事例6			
事例7			
事例8			
事例9			
事例10			

1 ページ

表紙 事例1 事例2 事例3 事例4 事例5 事例6 事例7 事例8 事例9 事例10 集計結果 記載例① 記載例②

エクセル下部のシート見出し(タブ)を選択して、入力するシートを開いてください。

記載例もあります。

# ③ 記録用紙(表紙)

表紙は事例集にはしません

対応が完結したら○を選択してください

事例集に掲載してもよい場合は○を、掲載不可の場合は×を選択してください

ピンク色のセルはプルダウン選択式、灰色のセルは自由記載欄です。

薬務課からの連絡用です。

入力状況等の管理にご利用ください。

提出時は個人情報削除してください

かながわ服薬フォローアップ強化プロジェクト 記録用紙			
		薬局名	
		担当者氏名	
		連絡先	
この度は、「かながわ服薬フォローアップ強化プロジェクト」にご参加いただきありがとうございます。患者さんへのフォローアップのついて、記録をお願いします。			
入力管理表			
事例No.	フォローアップ完了	事例集への掲載の可否	メモ欄
事例1			
事例2			
事例3			
事例4			
事例5			
事例6			
事例7			
事例8			
事例9			
事例10			
【入力方法】			
① 画面の下部のシート見出しから事例1～10のシートを選択し、それぞれの患者の情報、フォローアップに関する情報を入力してください。			
② ピンク色のセルは選択式です。プルダウンから該当する項目を選択してください。			
③ 灰色のセルは自由記載欄です。特記事項等を記載してください。			
④ 入力が終わりましたら、上書き保存をしてください。			
⑤ その他			
・記録用紙は1回のフォローアップ事例につき1シートとしてください。			
(一人の患者様に対して違う観点のフォローアップをした場合はシートを2つに分けてください)			
例) 患者Aに対して、9月にインスリン自己注射の使用方法についてフォローアップし、適正に使用されるようになったが、11月に患者Aの様子を伺ったところ、低血糖が疑われたため、再度フォローアップした。このケースでは、①インスリン自己注射の使用方法のフォローアップで1シート、さらに別シートで低血糖のフォローアップで別の1シートを使用してください。			
・提出の際は、患者の氏名や住所等の個人を特定する情報に関する情報は記載しないでください。			
・記録のうち好事例については、事業終了後に事例集として取りまとめます。上記入力管理表の「事例集への掲載の可否」欄の○×を選択してください。			

1 ページ

# ③ 記録用紙(事例シート)

1回のフォローアップ事例につき1シートご入力ください

一つのエクセルファイルで事例1～10まで記録できます。  
→集計の都合上、11事例目以降は、県薬HPから新たなファイルをダウンロードして入力ください

**(3)患者との連絡**  
患者対応を時系列が分かるように記載してください

ピンク色のセルはプルダウン選択式、  
灰色のセルは自由記載欄です。

かながわ服薬フォローアップ強化プロジェクト 患者対応記録用紙					
				記載例1 事例集への掲載の可否 ※入力不要	
(1)患者情報	1.性別	女性	2.年齢	80歳以上	
	3.かかりつけの合意	無			
	4.来局歴	定期的に来局			
	5.今回のフォローアップに関する疾患分類	精神神経疾患			
	6.その他の疾患の有無	有			
	7.服用している医薬品の総数(今回来局時の処方薬だけでなく、患者が服用しているすべての医薬品の数)	4~6剤			
	疾患名等(自由記載) 不眠 特記事項(自由記載) 体調不良により入院した際に、入院中あまり眠れず、ベルソムラ15mgが処方となった。退院後も眠れないことがしばしばあり、かかりつけの医療機関に相談。→プロチゾラムが処方された。				
(2)フォローアップの必要性の判断理由等	1.フォローアップする理由(3つまで選択可)	処方変更があったため 高齢者であるため 退院したばかりであるため			
	2.フォローを要する医薬品(自由記載)	プロチゾラム			
	3.次回の診察(薬局)までの日数	14日間			
	特記事項(自由記載) ○月○日 患者来局 薬剤の変更、独居の高齢者であること、退院したばかりであることによりフォローアップをすることとした。				
(3)患者との連絡	1.連絡方法(3つまで選択可)	来局			
	2.連絡のタイミング(訪問、来局等も含む)	投薬時の連絡票に基づき服薬後複数回にわたって連絡した			
	3.連絡時確認事項(3つまで選択可)	副作用と思われる症状は出ていないか			
	特記事項(自由記載) ○月○日 連絡票に基づき、翌日電話する。 服薬状況、治療の効果、副作用の状況等を確認 副作用が出ているとみられるので、医師に相談するよう指導した。 かかりつけの医の診察後、処方箋をもって来局 プロチゾラム→ベルソムラに変更。 →処方変更後の様子を確認するために、○日後に買い物ついでに来局してもらったこととした。				
	○月○日 患者来局 様子が普段通りにもどり、ふらつきもなくなったことを確認した。 睡眠状況も良好の様子。				

入力不要  
(表紙とリンク)  
○の場合は事例集に掲載します。(事例の数が多い場合は、掲載できないこともあります。)

特記事項欄は必要に応じて入力してください。

ピンク色のセル(プルダウン)は集計します。  
該当するものを選択してください。

個人の特定につながる情報は入力しないでください





# 事例の記録について

1つのフォローアップ事例に対して1事例シート入力をお願いします。

例) 患者Aに対して、9月にインスリン自己注射の使用方法についてフォローアップし、適正に使用されるようになった。

11月に患者Aの様子を伺ったところ、低血糖が疑われたため、再度フォローアップした。

→このケースでは、

- ①インスリン自己注射の使用方法のフォローアップで1つの事例シートに記録
- ②低血糖のフォローアップで①とは別の事例シートに記録

# ③

# 集計結果シート

(1) 患者情報							
1. 性別	男性 女性	2. 年齢	1歳未満(乳児)	3. かかりつけの合意	有		
			7歳未満(幼児)		無		
			15歳未満(小児)				
			16～29歳				
			30～39歳				
			40～49歳				
			50～59歳				
		60～69歳					
		70～79歳					
		80歳以上					
4. 末局歴	初回 定期的に末局 末局歴があるが、相当期間が空いている	5. 今回のフォローアップに関する疾患分類	がん	疾患名(自由記載)			
			高血圧症				
			糖尿病				
			心疾患				
			脳血管障害				
			精神神経疾患				
			免疫・アレルギー疾患				
			感染症				
			その他				
6. その他の疾患の有無	有 無	7. 服用している医薬品の総数 (今回末局時の処方箋だけでなく、患者が服用しているすべての医薬品の数)	1～3剤 4～6剤 7～9剤 10～12剤 13～15剤 16剤以上				
(2) フォローアップの必要性の判断理由等							
1. フォローアップする理由 (3つまで選択可)	処方変更があったため コンプライアンスが不良が心配されるため 多剤処方されているため バイスケアが処方されているため 乳幼児であるため 高齢者であるため 患者生活に不安があるため 服薬中の薬の効果を評価する必要があるため 病院からの指示(PDFM) 退院したばかりであるため その他	2. フォローを要する医薬品 (自由記載)		3. 次回の診察(薬局)までの日数	7日間以下 14日間 21日間 28日間 35日間 42日間以上		
(3) 患者との連絡							
1. 連絡方法 (3つまで選択可)	電話 メール SMS 末局 訪問 多職種へ確認 ICツステム (電子お薬手帳等) その他	2. 連絡のタイミング(訪問、末局等も含む)	投薬時の連絡票に基づき服薬後1回連絡した 投薬時の連絡票に基づき服薬後複数回にわたって連絡した 医師から指示に基づき連絡した 投薬時の連絡票により、患者から連絡があった場合のみ連絡した その他	3. 連絡時確認事項 (3つまで選択可)	薬が正しく飲めているか(使用できているか) 薬に因って不安なことはないか 服薬中の薬の効果は出ているか 副作用と思われる症状は出ているか その他		
(4) フォローアップの期間							
フォローアップの期間	1か月未満 2か月未満 3か月未満 4か月未満 5か月未満 6か月未満 6か月以上						
(5) 初めて服薬状況を確認した際の患者の状態等							
患者の状態 (3つまで選択可)	薬が正しく飲めていない(使用できていない) 薬に因って何かしらの不安を抱えている 服薬中の薬の効果が患者が実感していない 服薬中の薬の効果が出ている 副作用と思われる症状が出ている 飲み残しがある 他に問題はなく適切に服用できている その他	6. 患者の状態を確認して薬剤師が対応 薬剤師の対応など (3つまで選択可)	お薬の服用方法(使用方法)について改めて情報提供した 医師にフィードバックした。(処方提案はなし) 医師に処方変更の提案をした。 患者宅を訪問する等して服薬状況を確認し、指導した 医師に相談するよう患者に助言した その他	7. フォローアップした後の患者の状況等	服薬状況が改善した 医師の処方が変更された 患者の不安の軽減したとの回答が得られた 患者の変化など (3つまで選択可)	治療効果が向上した 副作用と思われる症状が改善した 患者の生活の質を評価することができた かかりつけ薬剤師になった 患者から相談が来るようになった その他	

プルダウン選択した項目  
が集計されます。  
→プルダウンの項目をご  
確認いただけます。

自動計算されますので、編  
集しないでください。

A3サイズなので印刷の際  
は、ご注意ください。

# 記録用紙の提出について

- 提出期限

中間報告：令和元年9月20日（金）

最終報告：令和元年12月27日（金）

- 提出先・方法

（公社）神奈川県薬剤師会あてに電子ファイル

（エクセルファイル）メールにて提出

（提出先メールアドレスは

県薬剤師会ホームページをご確認ください。）

# 記録様式のバージョンアップ

- ・参加薬局の皆様のご意見を踏まえて、記録様式のバージョンアップを行う予定です。

記録様式に関するご意見等ございましたら、  
令和元年8月16日(金)までにメール又は電話にて  
ご連絡ください。

## 【連絡先】

神奈川県健康医療局生活衛生部薬務課薬事指導グループ

電話番号 : 045-210-4967

メールアドレス : yakuan.67@pref.kanagawa.jp