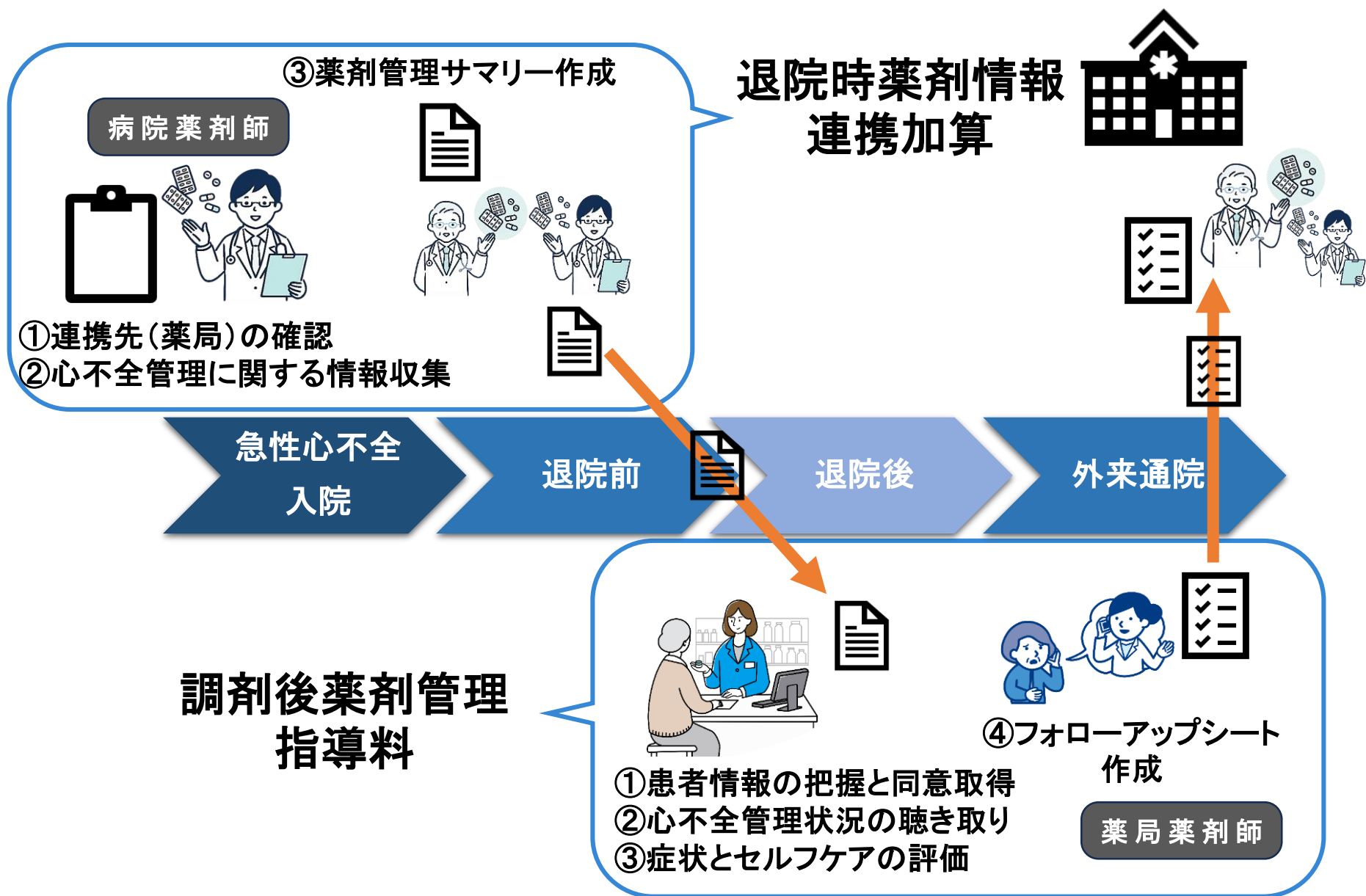


調剤後薬剤管理指導料算定の流れ



病院薬剤師による心不全薬薬連携

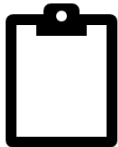


病院薬剤師

退院時薬剤情報連携加算

病院薬剤師

- ③薬剤管理サマリー作成
- ④心不全フォローアップの情報提供、医師の同意取得



- ①連携先(薬局)の確認
- ②心不全管理に関する情報収集

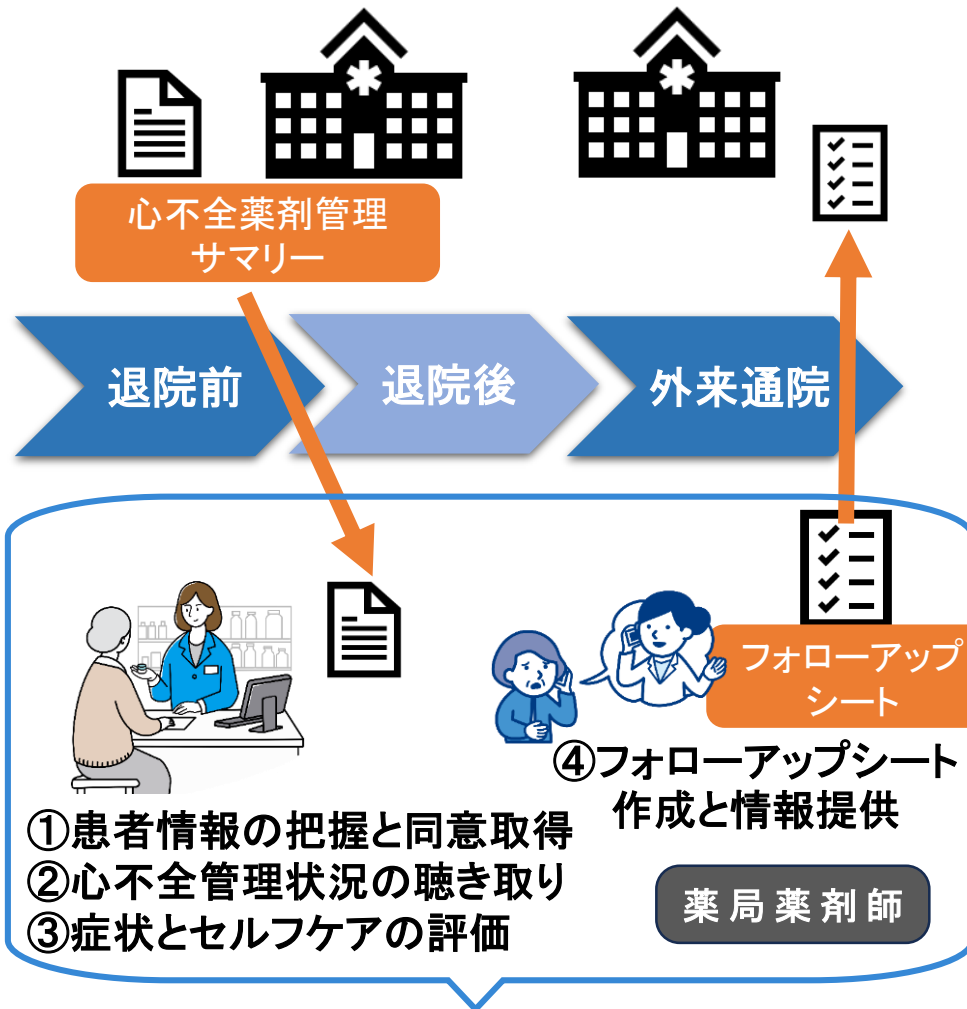
急性心不全
入院

退院前

- ① 連携先(かかりつけ薬局など)の確認
- ② 心不全管理に関する患者情報の収集
※薬剤情報や心不全情報など
- ③ 心不全薬剤管理サマリー作成・送付
- ④ 患者へ心不全フォローアップの必要性を情報提供
- ⑤ 医師へ調剤後薬剤管理指導料2の算定について同意取得

群馬県済生会前橋病院 薬剤部←

外来での調剤後管理指導



- ① 薬剤管理サマリーより患者情報を把握し、来局時に調剤後薬剤管理指導料算定の同意取得
- ② 取り決めの日時に電話等で心不全管理状況の聴き取りを行う
- ③ 症状とセルフケア状況を評価し、聴き取り内容をもとに療養指導を行う
心不全増悪の兆候があれば受診勧奨
- ④ 心不全フォローアップシート(図1)等を用いて、医療機関へ情報提供

調剤後薬剤管理指導料

心不全フォローアップシート（図1）

群馬県済生会前橋病院 FAX：027-252-1499 薬剤部宛		保険薬局→薬剤部→主治医（スキヤナ） 報告日： 年 月 日	
服薬情報提供書（兼 心不全フォローアップシート）			
処方医 先生	科	薬局名称・住所・電話/FAX・担当薬剤師	
患者ID 患者氏名 生年月日	様		
心不全フォローアップの結果を以下の通り報告します（実施日： / ） ・確認方法 ☐ 薬局での聞き取り ☐ 電話 ☐ 在宅訪問 ☐ その他（ ） ・対応者 ☐ 患者本人 ☐ 患者家族 ☐ その他（ ） ・患者同意 ☐ 情報提供に関して同意得た ☐ 同意は得てないが治療上必要と判断し報告			
確認項目	確認事項	コメント・特記事項	
☐	残薬/飲み忘れ		
☐	副作用症状		
☐	心不全手帳の記載		
☐	むくみ		
☐	労作時の息切れ		
☐	体重の変化		
☐	血圧/脈拍の変化		
☐	食欲低下		
【問題点に対するアセスメントと介入、その他の報告事項（他院受診による薬剤変更など）】 〇 現時点で療養上の問題点は確認されませんでした。			
当院新設器内科に連絡を推奨（黄色信号）		すぐに当院の受診を推奨（赤信号）	
・急な体重増加 （指示された体重を超過、または1-2週間で2-3kg程度増加） ・下肢浮腫（元々ある場合は、症状増悪時） ・労作時息切れ		・安静時の息苦しさ、夜間の咳 （咳が出て眠れない・何もしないのに息苦しい） ・起坐呼吸 （横になると苦しくなり、起きると楽になる） ・血圧が平常時よりとても高い、または低い （浮遊感、眩暈を伴うもしくは倒れてしまった）	
<注意> 緊急性のある情報は処方医に電話にてお願いします。			

心不全フォローアップシート

服薬情報提供書

+

心不全セルフケアの確認事項

- 本シート1枚で報告が完結
- テレフォンフォローアップにおける主な確認項目が記載されている
- 症状増悪時のサインと対応を確認できる

心不全フォローアップシート

確認(介入)した方法について

- ・薬局での聞き取り・電話
- ・在宅訪問
- ・その他

対応(介入)した相手について

- ・患者本人
- ・患者家族
- ・その他

服薬情報提供書 (兼 心不全フォローアップシート) ←

氏名: ←		住所・住所・電話/FAX・担当薬剤師: ←	
年齢: ←	性別: ←	職業: ←	
患者名: ←	様: ←		
生年月日: ←			

心不全フォローアップの結果を以下の通り報告します (実施日: /) ←

・確認方法 ☐ 薬局での聞き取り ☐ 電話 ☐ 在宅訪問 ☐ その他 () ←

・対応者 ☐ 患者本人 ☐ 患者家族 ☐ その他 () ←

・患者同意 ☐ 情報提供に関して同意得た ☐ 同意は得てないが治療上必要と判断し報告 ←

患者の同意について

- ・同意を得た上で情報提供
- ・同意は得てないが治療上必要と考えて報告

心不全フォローアップシート

確認した項目にレ点

問題点がなければレ点

特記事項があれば記載

確認項目	確認事項	コメント・特記事項
☐	残薬/飲み忘れ	
☐	副作用症状	
☐	心不全手帳の記載	
☐	むくみ	
☐	労作時の息切れ	
☐	体重の変化	
☐	血圧/脈拍の変化	
☐	食欲低下	

- ・ 残薬・飲み忘れ 指示通り服薬できているかを確認
- ・ 副作用症状 退院後早期や薬剤の増量・追加した場合
- ・ 手帳の記載 血圧・脈拍・体重等のバイタル測定を行い、記録する習慣があるか
- ・ 労作時息切れ/体重変化/血圧・脈拍の変化/食欲低下 主な心不全症状やバイタル変化の確認

【問題点に対するアセスメントと介入、その他の報告事項（他院受診による薬剤変更など）】

その他問題点と介入事項があれば記載する
他院処方追加があれば、心不全への影響や相互作用等を評価する

☐ 現時点で療養上の問題点は確認されませんでした。

当院新薬器内科に連絡を推奨（黄色信号）	すぐに当院の受診を推奨（赤信号）
・ 急な体重増加 （指示された体重を超過、または1-2週間で2-3kg程度増加）	・ 安静時の息苦しさ、夜間の咳 （咳が出て眠れない・何もしないのに息苦しい）
・ 下肢浮腫（元々ある場合は、症状増悪時）	・ 起坐呼吸 （横になると苦しくなり、起きると楽になる）
・ 労作時息切れ	・ 血圧が平常時よりとても高い、または低い （浮遊感、眩暈を伴うもしくは倒れてしまった）

症状増悪時のサインと対応を確認

<注意> 緊急性のある情報は処方医に電話にてお願いします。

調剤後薬剤管理指導料2

対象薬局 : 地域支援体制加算を届け出ている保険薬局

点数 : 60点(月に1回)

対象患者 : 心疾患による入院歴があり、複数の作用機序が異なる循環器疾患に係る治療薬の処方を受けている慢性心不全患者

心臓カテーテルや不整脈などの心不全以外の入院歴も対象

算定要件 :

1. 同意取得

保険医療機関の求めがあった場合又は患者もしくはその家族等からの求めがあり、かつ、保険薬剤師が必要性を認め、医師の了解を得た場合に当該患者の同意を得る

2. 実施内容

調剤日以外の任意の日に、以下の内容を参考に患者へ電話等により確認する

- ・服用状況
- ・副作用の有無
- ・処方医等の求めに応じた情報の収集
- ・薬学的知見から情報提供および処方提案
- ・体重の増減
- ・塩分摂取
- ・飲水状況
- ・その他薬学的管理に関係する情報など

3. 指導内容

必要な薬学的管理及び心不全指導

4. 情報提供

結果等を保険医療機関に文書により情報提供