

会 員 各 位

一般社団法人広島市薬剤師会
会 長 中 野 真 豪
担当委員長 今 田 哲 生

皆様には日頃より本会の事業にご協力頂きありがとうございます。

さて、広島市薬剤師会在宅医療推進委員会では、医療、介護の連携を推進するツールとして**残薬報告書**を作成し、サービス提供の各部署（医師会、歯科医師会、包括支援センター、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、居宅介護支援事業所など）に配布、周知をはかります。

多職種から**残薬報告書**が薬局にFAXされたら責任をもって対応をしていただくようによろしくお願いします。

残薬報告書の受け取り報告書と経過報告書の扱いは以下の通りです。

（例えば）①から④の流れで行います。

- ① サービス提供者が、訪問先の居宅で残薬や服薬困難事例を発見する。
- ② 薬袋に記載のある薬局もしくは、かかりつけ薬局・薬剤師などにFAXで**残薬報告書**が送られる。
- ③ 残薬報告書が薬局にFAXされたら、まず**受け取り報告書**を発信元にする。
- ④ その後の対応は各薬局で行い、経過の報告は後日**経過報告書**を用いて行う。

※自身の薬局で対応が困難な場合は必ず近隣の薬局などと連携する。

多職種の方々と連携を深めるチャンスをしっかり活用しましょう。

以下に残薬報告書と受け取り報告書、経過報告書を添付します。

受け取り報告書、経過報告書はコピーしてお使い下さい。

広島市薬剤師会HPからダウンロードも可能です。

残薬報告書

患者さんの手元に、飲み残し薬や未使用の外用剤など（以下、「残薬」と記載。）が沢山残っていませんか？

残薬がある場合は、調剤した薬局に情報を提供してください。皆様からの情報をもとに、薬の適正使用を目的として、その患者（利用者）さんの服薬支援を行います。

【注意事項】

1. 薬袋にある薬局名及びファックス番号をご記入のうえ、送信してください。
2. 薬局への情報提供に際しては、患者（利用者）さんの同意を得てください。
薬袋が複数あった場合は患者（利用者）さんの同意を得た薬局になります。
3. この報告により、患者さんが叱られる等の不都合な状況には決してなりませんのでご安心ください。

薬袋にある薬局名：

宛（Fax. _____）

チェックを忘れないでね!!

報告内容

本報告は患者（利用者）さんの同意を得ています。

_____ 様のお薬が残っているようでした。

※ 該当する項目にチェックマークをお願いします（複数チェック可）。

また、参考となる情報がございましたら、自由記載欄にご記入ください。

- 調剤してもらった薬局に持参するよう、お伝えしました。
- 残薬が多く整理ができていないので、対応をお願いします。

自由記載欄（連絡事項記載欄としてご使用ください。）

貴所属とご担当者名
をご記入ください。

送信元： _____

連絡先☎： _____

担当者： _____

【職種】 チェックをお願いします。

送信日： 年 月 日

- 介護支援専門員 看護師 介護福祉士
- 医師 歯科医師 訪問介護員
- その他（ _____ ）

残薬報告書の受け取り報告書

年 月 日

送信日 年 月 日に送付された さまの
残薬報告書を受け取りました。

送信元 介護支援専門員 看護師 介護福祉士 訪問介護員
 医師 歯科医師 その他 ()

送信元 : _____

担当者 : _____ さま

連絡先 : _____

対応については、後日ご報告いたします。

担当薬局名 : _____

担当薬剤師名 : _____

連絡先 : _____

以下の部分は後日記載して再度送付します。

経過報告書

年 月 日

報告を受けて行った対応について該当する項目に✓をしています。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 整理、廃棄 | <input type="checkbox"/> 服薬状況等について医師に報告 |
| <input type="checkbox"/> 残薬を調整 | <input type="checkbox"/> 薬の数の調製、服用回数の変更を医師に提案 |
| <input type="checkbox"/> 服薬カレンダーの利用 | <input type="checkbox"/> 在宅訪問服薬指導 |
| <input type="checkbox"/> 服薬必要性の理解、説明 | |
| <input type="checkbox"/> 服薬、使用困難のため、剤型変更を医師に提案 | |
| <input type="checkbox"/> 一包化 | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

担当薬剤師名 : _____