







薬剤師に相談して下さい!!

利用者さんのために

こんなことありませんか?



-  一人暮らしで薬の管理が難しい
-  飲み忘れてしまう
-  何に効く薬かわからない
-  飲みづらい、飲んでくれない、服薬の介助に時間がかかる
-  錠剤を潰して飲んだりして大丈夫?
-  たくさんの種類を飲んで大丈夫? 飲み合わせは?

薬剤師はこんなことができます!

薬の正しい飲み方を説明



薬の副作用や多くの健康食品との「飲み合わせ」の確認



「飲みにくい」薬を他の薬への変更検討



他にも...

- ご担当の介護支援専門員への薬の使用方法や留意点など情報提供の実施
- サービス担当者会議への意見照会、必要時の会議への参加
- 主治医への連絡、報告など
- 医師と連携して残薬を調整して調剤。
- 病院内や他の薬局で調剤された薬を一包化するなど。(外来服薬支援)
- 居宅療養管理指導による定期訪問支援(薬の一包化、管理についての助言、残薬確認など)※

※ 医療・介護保険制度を利用して、薬剤師の訪問サービスが受けられます。(介護保険の利用限度額には含まれません)

アセスメントシートをご利用ください!

- ④ アセスメントシートの評価
- ⑤ 情報を基に介護支援専門員と支援について相談
- ⑥ 支援の実施



利用者

- ① 利用者の抽出
- ② アセスメントシートに記載
- ③ かかりつけ薬局へアセスメントシートを送付



介護支援専門員



介護支援専門員・かかりつけ薬剤師連携アセスメントシート

令和 年 月 日

薬局 行

事業所名

担当介護支援専門員

TEL.

() -

FAX.

() -

利用者氏名

生年月日 (明・大・昭)

様

年

月

日 (歳)

要介護度

要支援

1

・

2

要介護

1

・

2

・

3

・

4

・

5

疾患名

医療機関名

主治医

生活状況

同居

・

日中独居

・

独居

・

施設入所

・

その他()

【お薬の管理と服用について】

※該当する項目に○印

- 1 薬を服用していますか？ はい ・ いいえ ・ 不明
- 2 お薬手帳を持っていますか？ はい ・ いいえ ・ 不明
- 3 複数の医療機関から薬をもらっていますか？ はい ・ いいえ ・ 不明
- 4 薬の管理は誰が行っていますか？ 本人 ・ 家族 ・ ヘルパー ・ 看護師 ・ その他 ()
- 5 薬の管理方法はどのようにしていますか？ カレンダー ・ 薬箱 ・ その他 ()
- 6 薬を指示通りの方法で服用できていますか？ はい ・ いいえ ・ 不明

※ 6 で「いいえ」と回答された方へ

① 飲めない原因は何かあると思いますか？ ※該当する項目に○印

・ 飲み込めない

・ 服薬拒否

・ 飲み忘れる

・ 飲み込みにくい

・ その他 ()

② 薬を飲まなければならない理由を本人、家族は理解していますか？ はい ・ いいえ ・ 不明

7 残ったり、余っている薬がありますか？ はい ・ いいえ ・ 不明

8 薬について疑問を抱く、または服用に不安を感じることはありませんか？ はい ・ いいえ ・ 不明

9 医師は本人の服薬状況を把握していますか？ はい ・ いいえ ・ 不明

10 日頃、気になる症状やお困りのことがありましたら記入してください。

以上のアセスメントを通じ、薬の管理等でご心配なことがある場合はこのシートをかかりつけの薬剤師までご送付ください。ご担当の介護支援専門員様と相談しながら必要な支援を行ってまいります。

※本シートでご記入いただいた個人情報は、「介護支援専門員・かかりつけ薬剤師連携業務」のみに使用し、他の目的には使用いたしません。