

保険薬局における手術前中止薬の薬剤管理手順書

1. 目的

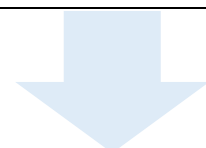
明石市立市民病院と明石市内の保険薬局が連携し、手術前患者に対する手術前中止薬の誤服用を防止するための薬剤管理指導および服薬支援を行うことで、患者に安心かつ安全な医療を提供することを目的とする。

2. 手術前中止薬管理の薬薬連携運用フロー

明石市立市民病院

患者サポートセンター担当薬剤師による常用薬の聞き取り

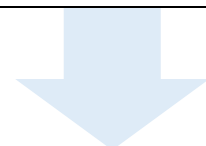
- 手術前中止薬を服用している場合は、薬剤名および中止期間の説明
- 自己にて薬剤の中止が困難、または不安を覚える患者に対し、保険薬局での薬剤管理を提案
- 薬を受け取っている保険薬局名の聴取
- 患者へ同意を得た上で、保険薬局へ『入院前中止指示薬剤の薬剤管理依頼書』および『持参薬鑑定書』をFAX送付



保険薬局

保険薬局薬剤師による患者指導

- 市民病院からの『持参薬鑑定書』と患者の持参した薬に相違が無いか確認
- 中止薬の薬剤名および中止期間の説明
- 中止薬を服用しないように分包変更などの服薬支援
- 市販薬や健康食品を確認し、全て手術1週間前から中止するよう指導
- 具体的な対応内容を『入院前中止指示薬剤の薬剤管理依頼書』へ記入し市民病院へFAX送付



明石市立市民病院

患者サポートセンター担当薬剤師、病棟担当薬剤師による中止薬の確認

- 保険薬局による患者指導の確認
- 入院時に中止薬の中止確認

3. 保険薬局における対応

3-1. 市民病院より FAX 送信された『入院前中止指示薬剤の薬剤管理依頼書』の内容確認

- A) 『入院前中止指示薬剤の薬剤管理依頼書』に記載された氏名、住所など患者情報を確認する
- B) 「薬剤管理依頼の詳細」欄に記載された事項を確認する
 - ・ 「薬剤管理依頼の詳細」に記載された、箇条書き 4 項目の記載内容を確認する
 - ・ 「貴薬局への訪問予定日」を確認し、来局時対応できるようにする
 - ・ 「入院予定日」および「手術・検査予定日」を確認する
- C) 「薬剤の名称および中止期間」欄に記載された「中止薬剤名」および「中止する期間」を確認し、添付の『持参薬鑑定書』と相違がないか確認する

3-2. 患者来院時の対応

- A) 患者氏名を確認し、実際に持参された薬と『持参薬鑑定書』の内容に相違がないか確認する
 - ・ 内容に相違があり、「薬剤の名称および中止期間」欄に記載されていない術前中止薬があった場合は速やかに市民病院へ連絡する
- B) 「薬剤管理依頼の詳細」欄に記載された事項をそれぞれ行う
 - ・ 中止薬の名称と、中止期間の説明を行う
 - ・ 中止薬剤を一包化から抜いて必要日数分を再分包するなど、服薬アドヒアランスの向上を目的とした服薬支援を行う
 - ・ 服用している市販薬や健康食品を確認し、全て手術 1 週間前から中止するよう指導する

3-3. 薬剤管理指導後の対応

- A) 『入院前中止指示薬剤の薬剤管理依頼書』の返信欄へ具体的な指導内容を記入し、訪局予定日の翌日までに市民薬局へ FAX 送信する
- B) 確実に中止できているかフォローを実施する

4. よくある質問

Q. 訪問予定日までに患者が来局しなかった場合の対応は？

A. 患者へ連絡して下さい。連絡が取れない場合は市民病院へ連絡してください。

Q. 薬剤管理指導・服薬支援をしても中止薬を誤服用してしまった場合の対応は？

A. 説明が行われており、重大な誤りが無ければ患者の自己責任ですが、その旨を速やかに市民病院へ連絡してください。

Q. FAX に添付された持参薬鑑定書に未記載の薬を持参された場合の対応は？

その薬が術前中止薬に該当した場合の対応は？

A. 持参薬鑑定書に未記載の薬があれば FAX 送信の際に記載をお願いします。

その薬が術前中止薬に該当した場合は速やかに市民病院へ連絡してください。

Q. 初来局の患者が来ることはありますか？

A. 基本的にはありませんが、患者が希望した場合は来局されることがありえるので是非対応をお願いします。

2022 年 8 月 4 日
明石市立市民病院 薬剤課
明石市薬剤師会

保険薬局名：

依頼日：〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

担当薬剤師様

〒673-8501

TEL：

兵庫県明石市鷹匠町 1-33

FAX：

明石市立市民病院

薬剤課長 権藤 直人

入院前中止指示薬剤の薬剤管理依頼書

平素よりお世話になっております。この度、貴薬局にて薬剤管理されている患者様が当院へ入院することとなりました。ご多忙のところ恐れ入りますが、入院にあたり手術や検査を安全に実施するため、以下の薬剤管理をお願い申し上げます。

(患者ID) 〇〇〇〇〇〇	(フリガナ) 〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇	(性別) 〇性	(生年月日) 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日
------------------	-----------------------	------------	-----------------------

(住所) 〒〇〇〇-〇〇〇〇

(TEL) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

兵庫県〇〇市〇〇

薬剤管理依頼の詳細

- 下表「薬剤の名称および中止期間」に記載された中止薬剤の指導
- 中止薬剤が一包化されている場合は、分包変更等の服薬支援
- 市販薬や健康食品等を確認し、手術・検査の一週間前よりすべて中止するよう指導
- 訪問予定日の翌日までに、対応内容を本依頼書の（返信欄）に記載し、FAXで返信

（入院予定日： 月 日）

（手術・検査予定日： 月 日） 【貴薬局への訪問予定日： 月 日】

薬剤の名称および中止期間

(中止薬剤名)	(中止する期間)
ここに中止薬剤の名前を入力する	<input type="checkbox"/> 月 日 ~ 休薬
	<input type="checkbox"/> 月 日 ~ 休薬
	<input type="checkbox"/> 月 日 ~ 休薬
	<input type="checkbox"/> 月 日 ~ 休薬

市販のお薬、健康食品、サプリメントは、手術の一週間前より中止して下さい。

依頼薬剤師：〇〇 〇〇

(返信欄)	日付	月	日	担当薬剤師
<input type="checkbox"/> 上記内容について確認し、指導しました。 (具体的な対応内容)				
◆ 万が一、添付の持参薬鑑定書に未記載の術前中止薬を服用していた場合、当院へ速やかにご連絡ください (術前中止薬の一覧：明石市立市民病院薬剤課ホームページ掲載)				
◆ 退院時カンファレンスが開催される場合、当院からの連絡を希望されますか？				
<input type="checkbox"/> 連絡を希望する <input type="checkbox"/> 連絡を希望しない				

お問い合わせ TEL：078-912-2323 (内線：2133)

返信先 FAX：078-912-2368 (薬剤課)