

平成30年3月4日(日)

平成29年度糖尿病対策成果発表会

石川県薬剤師会 の取り組み

石川県薬剤師会 理事 森戸 敏志
(石川県済生会金沢病院 薬剤部長)

石川県地場産業振興センター 新館 コンベンションホール

石川県薬剤師会では・・・

「健康情報拠点事業」

各薬局での・・・

”健康サポート機能”の充実と強化

「患者のための薬局ビジョン」

～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

健康サポート機能

健康サポート
薬局

- ☆ 国民の **病気の予防や健康サポートに貢献**
 - ・要指導医薬品等を適切に選択できるような供給機能や助言の体制
 - ・健康相談受付、受診勧奨・関係機関紹介 等



かかりつけ薬剤師・薬局

高度薬学管理機能

- ☆ **高度な薬学的管理ニーズ**への対応
 - ・専門機関と連携し抗がん剤の副作用対応や抗HIV薬の選択などを支援 等



服薬情報の一元的・継続的把握

- ☆ **副作用や効果**の継続的な確認
- ☆ **多剤・重複投薬や相互作用の防止**
- ICT(電子版お薬手帳等)を活用し、
 - ・患者がかかる **全ての医療機関の処方情報を把握**
 - ・一般用医薬品等を含めた服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導

24時間対応・在宅対応

- ☆ **夜間・休日、在宅医療**への対応
 - ・**24時間**の対応
 - ・**在宅患者**への薬学的管理・服薬指導
- ※ 地域の薬局・地区薬剤師会との連携のほか、へき地等では、相談受付等に当たり地域包括支援センター等との連携も可能

医療機関等との連携

☆ 疑義照会・
処方提案

☆ 副作用・服薬状況
のフィードバック

・医療情報連携ネット
ワークでの情報共有

☆ 医薬品等に関する相談
や健康相談への対応
☆ 医療機関への受診勧奨

”健康サポート機能”とは…？

「患者のための薬局ビジョン」(H27.10)

充実・強化すべき機能

かかりつけ薬剤師・薬局として
取り組みが求められる

生活習慣病の予防に関する相談応需

課題

- ・かかりつけ薬剤師・薬局の認知度の低さ
- ・薬剤師が健康相談に対応できる

身近な存在である事の認知度の低さ



”健康サポート機能”とは…？

「患者のための薬局ビジョン」(H27.10)

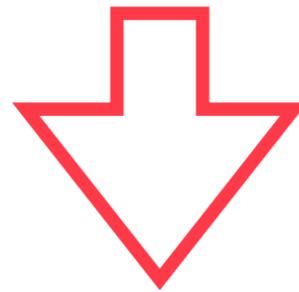
充実・強化すべき機能

かかりつけ薬剤師・薬局として
取り組みが求められる

生活習慣病の予防に関する相談応需

健康サポート機能とは？

地域住民による主体的な健康の
維持・増進を積極的に支援する



今年度・・・

栄養士会

金沢市

【アウトリーチ型】 地域活動に参加

薬剤師・栄養士合同研修会

第1回「お互いの職種を理解する」

日時：平成29年8月27日（日）

会場：石川県地場産業振興センター新館

参加：薬剤師44名 栄養士16名 計60名

演者

金沢学院大学人間健康学部健康栄養学科長教授 川村 美笑子

石川県健康福祉部薬事衛生課薬事麻薬グループ 小新 松典

国家公務員共済組合連合会北陸病院薬剤科長 地野 幹子

綿谷小作薬局 綿谷 敏彦

薬剤師・栄養士合同研修会

第2回 「生活習慣病患者に対する 薬剤師・ 栄養士それぞれのアプローチ」

日時：平成29年11月23日(木・祝)

会場：石川県地場産業振興センター本館

参加：薬剤師52名 栄養士24名 計76名

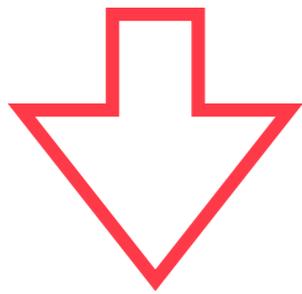
演者

「高血圧」	元北陸大学薬学部薬理学教室教授	紺谷 仁
	金沢市立病院管理栄養士	掛場 清美
「糖尿病」	元北陸大学薬学部薬理学教室教授	紺谷 仁
	芳珠記念病院管理栄養士	坂下 理香

健康管理支援プログラム

栄養士と共同監修 (検討会8回)

健康チェックリストによる スクリーニング



データの集積 (相談・助言に活かす)

健康チェックリスト ~生活習慣を見つめ直してみよう~

相談日： 年 月 日 () 初回 ・ 回目

「対象となられる相談者」 年齢 _____ 歳 性別： 男 ・ 女

健康な人 生活習慣病予備群 治療中の患者

「お薬の飲み忘れはありますか？」

処方薬なし めったに飲み忘れない 週1回程度 週2~3回 週4~5回

「まずは何を優先して改善していくかを判別してみましょう！」

☆各改善項目をチェックし、4~0の数字が最も高い項目について最優先に取り組んでいきましょう☆

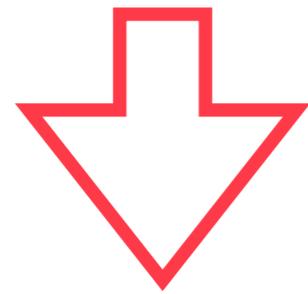
※最優先項目が2つ以上になった場合は、改善しやすい方の項目から取り組んでいきます。

改善項目	該当する数字 (4, 3, 2, 1, 0 のいずれか) に○印をつけてください
① BMI管理 身長: _____ cm 体重: _____ kg BMI: _____ kg/m² <input type="checkbox"/> 身長・体重不詳	【BMI (kg/m²)】※BMI 早見表を参照
② 血圧管理 <input type="checkbox"/> 高血圧症治療中 <input type="checkbox"/> 家庭で測定 <input type="checkbox"/> 来局時に測定 _____ / _____ mmHg <input type="checkbox"/> 確認できず	【血圧 (mmHg)】※収縮期と拡張期の値が異なる場合は高い値を優先する。 例) 血圧 150/99mmHg の場合であれば3となる。
③ 食塩摂取状況 _____ 点 <input type="checkbox"/> 確認できず	【別紙：あなたの塩分チェックシートの合計点】
④ 血糖管理 <input type="checkbox"/> 糖尿病治療中 <input type="checkbox"/> 健康診断で測定 <input type="checkbox"/> 来局時に測定 _____ % <input type="checkbox"/> 検査データなし	【HbA1c (%)】
⑤ 骨折発生リスク _____ % <input type="checkbox"/> 対象年齢ではない <input type="checkbox"/> 計算できず	【FRAX®今後10年以内の骨折発生リスク (%)】測定対象年齢40歳~90歳

健康チェックリストによる健康相談報告書（事例収集用紙）

健康相談報告書

チェックリストと同時に
健康相談報告書を集積



健康管理支援プログラム
カテゴリー別に作成

- ・健康な人
- ・生活習慣病予備群
- ・治療中の患者

相談を受けた日	平成 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 回目			
相談者基本情報	年 齢	歳	性 別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
	<input type="checkbox"/> 健康な人 <input type="checkbox"/> 生活習慣病予備群 <input type="checkbox"/> 治療中の患者			
	飲み忘れ	<input type="checkbox"/> 処方薬なし <input type="checkbox"/> 週 1 回程度	<input type="checkbox"/> めったに飲み忘れない <input type="checkbox"/> 週 2～3 回	<input type="checkbox"/> 週 4～5 回
	最優先項目	<input type="checkbox"/> BMI 管理 <input type="checkbox"/> 血糖管理	<input type="checkbox"/> 血圧管理 <input type="checkbox"/> 骨折発生リスク	<input type="checkbox"/> 食塩摂取状況
	その他 ※必要があれば記載			
相談を受けた内容 ※該当する <input type="checkbox"/> を チェックし（複数 可）、詳細を空欄に 記載	<input type="checkbox"/> BMI 管理法 <input type="checkbox"/> 血圧管理法 <input type="checkbox"/> 減塩法 <input type="checkbox"/> 血糖管理法 <input type="checkbox"/> 骨折予防法 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> サプリメント <input type="checkbox"/> 健康食品 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 食生活 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 嗜好品 <input type="checkbox"/> その他			
受けた相談に対し の助言内容 ※該当する <input type="checkbox"/> を チェックし（複数 可）、詳細を空欄に 記載	<input type="checkbox"/> 処方薬 <input type="checkbox"/> OTC <input type="checkbox"/> サプリメント <input type="checkbox"/> 健康食品 <input type="checkbox"/> 生活習慣や睡眠 <input type="checkbox"/> 食習慣や食事内容 <input type="checkbox"/> 運動習慣や運動内容 <input type="checkbox"/> 飲酒・喫煙 <input type="checkbox"/> その他			
助言に際して使用 したツールや書籍 ※該当する <input type="checkbox"/> を チェックし（複数 可）、その他は具体 的に記載	<input type="checkbox"/> H27 県薬制作リーフレット <input type="checkbox"/> 高血圧の予防のために <input type="checkbox"/> メタボリックシンドロームの予防のために <input type="checkbox"/> 糖尿病の予防のために <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の予防のために <input type="checkbox"/> 食品成分表、献立・食品交換表 <input type="checkbox"/> その他			
受診勧奨の有無	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（詳細： _____ ）			
そ の 他 改善された事例や 特記すべき事項				
薬 局 名 対応した薬剤師名				

※該当する欄にチェック（レ）を記してください。必要に応じてフリーコメントで記載願います。

※相談を受けられた毎に速やかにご報告願います。