

守口市生活保護被保護者お薬手帳一元化及びかかりつけ薬局普及事業 実施要領

令和3年3月1日制定

(目的)

第1条 この要領は、生活保護被保護者（以下「被保護者」という。）が調剤を受ける主たる薬局を定めることを市として促進するとともに、被保護者が自らの薬に関する情報を確認するために所有する手帳を1冊に集約することにより、薬の重複服用や飲み合わせの悪い薬（併用禁忌薬）の服用による健康被害を未然に防止し、被保護者の健康に寄与するとともに医療扶助の適正化を図ることを目的とする。

(用語の定義)

第2条 この要領において、次の各号に掲げる用語の定義は、それぞれ当該各号に定めるとおりとする。

- (1) 実施機関 生活保護法（昭和25年法律第144号。以下「法」という。）第19条に規定する福祉事務所であり、守口市福祉事務所を指す。
- (2) 薬局 調剤並びに薬に関する情報の提供及び指導を実施し、法第49条の規定に基づき指定を受けた機関
- (3) かかりつけ薬局 被保護者が調剤を受ける主たる薬局として、実施機関に届出を行った薬局
- (4) お薬手帳 被保護者が自らの薬に関する情報を確認するために所有する手帳
- (5) ステッカー 様式1に規定するステッカー

(対象者)

第3条 本要領の対象者は、守口市の被保護者で、医療扶助による調剤の給付を受ける者とする。

(実施方法)

第4条 実施機関は、被保護者が様式2「かかりつけ薬局（登録・変更）届出書」により届け出たかかりつけ薬局を登録し、被保護者にかかりつけ薬局名を印字したステッカーを発行する。また、被保護者がかかりつけ薬局の変更を届出した場合も同様とする。

- 2 実施機関は、被保護者に対して、お薬手帳を1冊にするとともに、前項のステッカーをお薬手帳に貼付し、当該お薬手帳を薬局等で提示することを促進する。

(薬局との連携)

第5条 実施機関は、次の各号に掲げる事項について、薬局と連携を図る。

- (1) 薬局から実施機関に対して、様式3「お薬手帳持参状況等報告書」を提出すること
- (2) 被保護者が、かかりつけ薬局として実施機関に届け出た薬局で調剤を受ける際に、薬局から当該被保護者に対して、お薬手帳の持参状況等を確認し、様式3の「留意事項2」に記載する場合に応じた対応を行うこと

(被保護者への指導)

第6条 実施機関は、被保護者が次の各号に該当する場合は、それぞれ当該各号に定めるとおり指導を行う。

- (1) 被保護者がかかりつけ薬局として届け出た薬局で調剤を受けていない場合 かかりつけ薬局として届け出た薬局で調剤を受けること
- (2) 被保護者が薬局で調剤を受ける際に、ステッカーを貼付したお薬手帳を持参しない場合 ステッカーを貼付したお薬手帳を持参すること

(その他)

第7条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附則

この要領は令和3年3月1日から施行する。

(様式1)

No.

氏名

わたしのかかりつけ薬局は

です。

年月日 交付

守口市役所生活福祉課 医療担当
TEL:

かかりつけ薬局（登録・変更）届出書

守口市福祉事務所長 様

届出者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

私の世帯の「かかりつけ薬局」について下記のとおり届出（変更）します。

氏名	生年月日	かかりつけ薬局

【留意事項】

- 1 この届出書には、薬局を利用している世帯員全員の「かかりつけ薬局」を記入してください。なお、薬局を利用していない方も、記入していただいて結構です。
- 2 かかりつけ薬局名を印字したステッカーを発行しますので、ご自身のお薬手帳を一冊に決めて、お薬手帳の見やすい場所にステッカーを貼付してください。
- 3 医療機関の受診又は薬局を利用の際は、特別な理由※がないかぎり、「ステッカーを貼付したお薬手帳」を持参し、お薬手帳のステッカーに印字されている「かかりつけ薬局」を利用してください。
- 4 福祉事務所に届出した「かかりつけ薬局」又は「ステッカーを貼付したお薬手帳」以外を利用する場合は、福祉事務所に相談してください。
- 5 薬局の利用の際に、「ステッカーを貼付したお薬手帳」を持参しなかった場合や、「かかりつけ薬局」を利用しなかった場合は、理由の聞き取りを行います。
- 6 「かかりつけ薬局」は、支店名まで記載してください。
- 7 「かかりつけ薬局」を変更する場合は、福祉事務所に届出してください。

※特別な理由

- ①かかりつけ薬局の営業時間外などに、緊急に薬剤が必要となった場合
- ②修学旅行などやむを得ず遠方で処方を受けた場合
- ③かかりつけ薬局に処方された医薬品の在庫がなかった場合
- ④特殊な薬剤を必要とする場合
- ⑤①から④以外の理由で福祉事務所が認めた場合

お薬手帳持参状況等報告書

守口市福祉事務所長 様

薬局名 _____

年 月分として下記のとおり報告いたします。

No	調剤日	対象者		お薬手帳持参状況等					
				手帳を持参していない			手帳を持参している		
		生年月日	氏名	① 作ったことが ない/無くした	② 持ってくるの を忘れた	③ その他の理由	④ ステッカーが 貼られていない	⑤ ステッカーが貼ら れているが、別の 薬局名が印字され ている	⑥ その他
例	R3.3.1	S35.4.1	守口 太郎		○				
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

留意事項

- お薬手帳持参状況等の①②④⑤のいずれかに該当した場合には該当項目に○、③にはその他の理由
⑥にはその他気になる点等を記入し、調剤を行った月の翌月の末までに守口市福祉事務所長あてに報告してください。
- お薬手帳持参状況等の①～⑥について下記のとおりご対応いただきますようお願いいたします。
 - ①作ったことがない/無くした ⇒ 手帳の作成及びかかりつけ薬局を登録するようにお伝えをお願いいたします。
 - ②持ってくるのを忘れた ⇒ 毎回必ず持参するようにお伝えをお願いいたします。
 - ③その他の理由 ⇒ わかる範囲でご記入をお願いいたします。
 - ④ステッカーが貼られていない
 - ・かかりつけ薬局を登録していない場合⇒かかりつけ薬局を登録するようにお伝えをお願いいたします。
 - ・お薬手帳が2冊目の場合⇒福祉事務所に連絡し、ステッカーの発行を依頼するようにお伝えをお願いいたします。
 - ⑤ステッカーに別の薬局名が記入されている⇒ ○を記入し、ご報告をお願いいたします。
 - ⑥その他⇒その他気になる点等ございましたらご記入をお願いいたします。
- この様式はFAXでご提出いただけますようお願いいたします。 FAX番号 06-6992-1559