

# 【事業の手引き】モデル地区医療機関等関係者の皆様へ 「令和3年度後期高齢者適正服薬支援事業」について

当広域連合では、重複服薬等による薬物有害事象の発生等の防止により、被保険者の健康の保持増進を図るために、標記事業に取り組んでいます。

令和2年度から、一部モデル地区の皆様へ御協力をいただいておりますが、令和3年度は支援基準を変更して試行することとなりました。

各医療機関や薬局に、対象となる被保険者から相談があった際は、本資料を参考に、ご対応くださるよう、御協力方よろしく申し上げます。

〔鹿児島県後期高齢者医療広域連合業務課〕

## 1 事業の目的は？

本県の実情に即した適正服薬の支援体制を構築し、**重複服薬等による薬物有害事象等の発生や医療品の飲み残しによる残薬の増加を防止**することで、被保険者の健康の保持増進を図るとともに医療費の適正化を図ることを目指しています。

## 2 本県の現状や課題は？

高齢になると複数の病気を持つ人が増え、受診する医療機関も複数となり、薬剤数が増加する背景ともなっています。薬剤数が6～7剤を境に薬物有害事象発生頻度が上昇するとの調査研究報告も出されている中、本県では下記の分析結果が確認されました。

- 【現状】 ● 2つ以上の医療機関で**6種類以上**の薬剤を14日以上処方されている被保険者は**20.6%**中には、36剤処方されている人もいました。
- 重複服薬の上位3つは、①**血管拡張剤** ②**消化性潰瘍剤** ③**催眠鎮静剤・抗不安薬**
  - **お薬手帳の複数所持が多く**、複数医療機関で同効能の薬を処方される例が多いことが、改めて関係者間で共有されました。

- 【課題】 ① **お薬手帳の一本化**等により、高齢者を取りまく関係者間での情報共有が重要。
- ② 高齢者の**多剤によるリスクの軽減**を図るため、地域での**連携体制づくり**の強化や推進

## 3 支援対象者や実施地区は？

(朱書き部分の基準が変更になりました。)

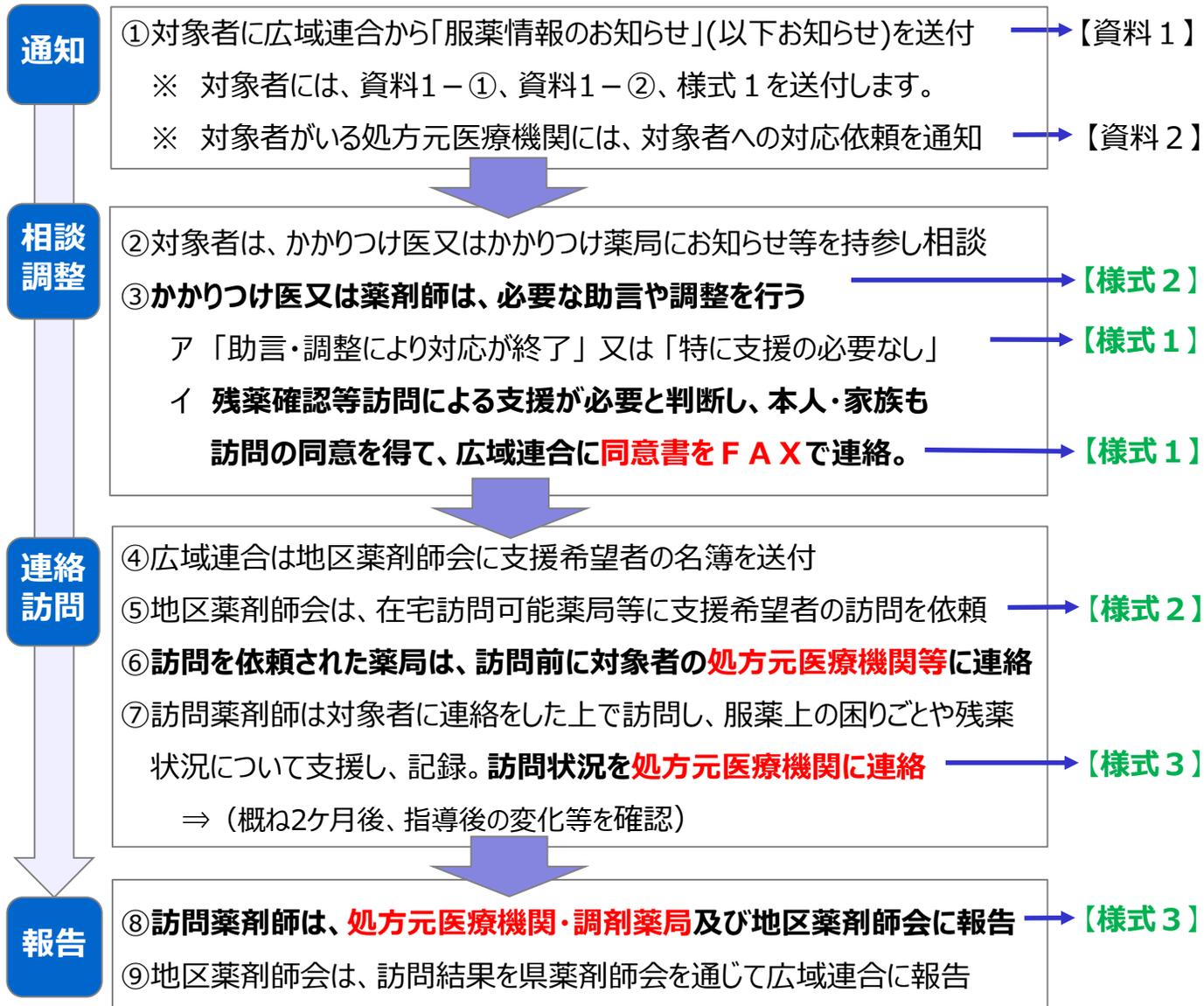
- (1) **対象者**：下記条件で内服薬が長期処方（**28日以上**）されている**75～84歳**の被保険者
- ・ **2つ以上の医療機関**で内服薬**13種類以上**処方
  - ・ **2つ以上の医療機関**で**ベンゾジアゼピン系製剤**の処方 ※ただしがんや特定難病の方は除く

### (2) 実施地区

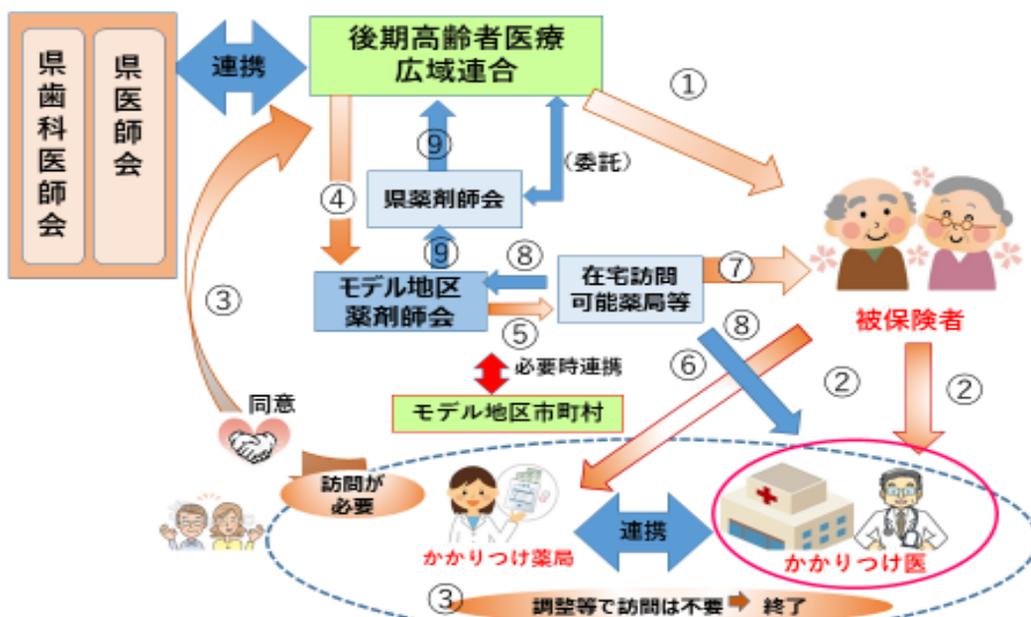
令和3年度はモデル地区を1つ増やして試行し、他地区への波及を図っていく予定です。

保健医療圏等	構成市町村	調整前の対象数(R3.5月)
川薩保健医療圏	薩摩川内市、さつま町	13剤 50人
南薩保健医療圏	枕崎市、南さつま市、南九州市、指宿市	73人
始良地区	霧島市、始良市、湧水町	90人

## 4 事業の流れ・方法は？



適正服薬支援事業モデル地区での実施体制(イメージ図)

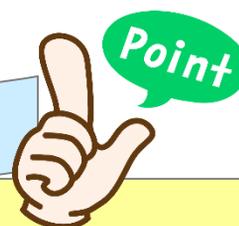


## 適正服薬支援事業に関する資料・様式

資料・様式		資料・様式の内容	P
資料 1	資料1-①	服薬情報のお知らせ	5～6
	資料1-②	服薬情報お知らせのご案内	7～8
資料 2		該当者のいる医療機関へ対応依頼通知 ※服薬情報のお知らせサンプル添付	9～10
様式 1		対応状況報告書（同意書含む）	11～12
様式 2	様式2-①	服薬情報提供書（主治医←薬剤師）	13
	様式2-②	薬についての情報提供書（主治医→薬剤師）	14
様式 3		薬剤師による訪問相談報告書	15～16

適正服薬支援に関する医療機関

**ワンポイント情報**



### 薬剤総合評価調整管理料（医科）

入院だけでなく外来でも、**6種類以上の処方薬**（頓用薬、服用開始後4週間以内の薬剤を除く）を長期服用している患者に対し、**処方**が適切かを評価した結果、**2種類以上の減薬**を行った場合には**薬剤総合評価調整管理料(250点、月1回に限り)**を算定できる。

また、こうした処方調整の際に薬局薬剤師からの疑義照会や、服薬情報提供書（トレーシングレポート）などによる情報提供があったり、患者が受診する別の医療機関に処方内容について自ら情報提供した場合などには、更に**連携管理加算（50点）算定可能**



〒000-0000  
 鹿児島県〇〇〇市〇〇〇町1234  
 広域 太郎 様

(表面)

鹿児島県後期高齢者医療広域連合

かかりつけの医療機関、または、薬局にこの通知一式を持参し、お薬の内容を確認してもらって下さい。

このお知らせは、**2つ以上の医療機関で13種類以上のお薬を処方されている方等**にお送りしています。



### 確認する内容

- 薬の飲み合わせに問題がないか
- 同じ薬効のお薬を飲んでいないか
- 必要以上のお薬を飲んでないか



### 持っていくもの

- お薬手帳(複数持っている場合は全て)
- この通知の同封物一式
- 保険証

2つ以上の医療機関で多くの数のお薬が処方されている場合に、同じ成分の薬が重なっていたり薬同士の飲み合わせに問題が生じることがあります。

それらを防ぐために、かかりつけ医やかかりつけ薬局に飲んでいる全ての薬を知ってもらい調整が必要ないか等の相談をすることが大切です。



#### ○本通知に関するお問い合わせ(サポートデスク)

10:00～17:00(土・日・祝・年末年始を除く) 開設期間:令和3年12月末まで  
 フリーダイヤル:0120-999-999

※サポートデスクはデータホライゾンに委託しています。

#### ○上記問い合わせ先に繋がらない場合

鹿児島県後期高齢者医療広域連合 業務課

☎ 099-206-1329



# 「服薬情報のお知らせ」のご案内

鹿児島県後期高齢者医療広域連合

## 被保険者の皆様へ

皆様には体調管理を図りつつ、ご自宅での療養に努めておられることと思います。

さて、今回お送りした「服薬情報のお知らせ」には、令和3年5月時点で、あなたが服用されている薬の情報を記載しています。それぞれの医療機関等では処方薬について適切な管理がなされていますが、複数の医療機関を受診されている場合、全ての薬を見た時に、同じような成分の薬が重複していたり、飲み合わせが良くない等の問題が生じる可能性があります。

それらを防ぐためには、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師に全てのお薬を知ってもらった上で、処方してもらうことが大切ですので、今回送付した「服薬情報のお知らせ」や同封の書類を次回受診時持参し、かかりつけ医や薬剤師にお見せください。

※令和3年5月時点で **13種類以上の内服薬を28日以上服用されている方に、今回のご案内を送付**しています。

※なお、治療を行う上で13種類以上の内服薬が必要となる方もおられますので、申し添えます。

## 医療機関関係者の皆様へ

謹啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、当広域連合においては、被保険者（患者様）に「服薬情報のお知らせ」を送付する事業を昨年度に引き続き、試行することとなりましたので、医療機関の先生方にご協力を賜りますよう、よろしくお願いいたします。

今年度は、2つの保健医療圏域（川薩・南薩）及び始良地区に居住する方のうち、**① 2つ以上の医療機関で内服薬を13種類以上、または② 2つ以上の医療機関でベンゾジアゼピン系製剤を長期処方(28日以上)されている75～84歳の方**を対象として、お知らせを通知します。

お知らせには、「かかりつけ医療機関、または、薬局にこの通知一式を持参し、お薬の内容を確認してもらってください。」と記載しており、今後、お知らせを持参し相談があることが予想されます。

ご多忙な中で大変恐縮ですが、相談があった際は、重複服薬等の処方内容の確認をしていただき、可能な範囲で、より適切な服薬管理・服薬指導についてご助言方をお願い申し上げます。

なお、裏面にお知らせの見方について説明を記載しておりますので、ご参照ください。

## 『服薬情報のお知らせ』の見方

受診された医療機関とお薬を処方した薬局を記載しています。  
お薬が医療機関から処方された場合は、薬局欄に「院内処方」が記載されます。  
また、医療機関で投与されたお薬がある場合は、薬局欄に「院内投与」が記載されます。

NO	医療機関名	★:かかりつけ薬剤師	薬局名	薬剤種類	長期服薬
1	社会福祉法人●●●財団 □□□□□病院	◆◆◆◆	◆◆◆◆薬局 ◆◆◆◆店	11	6
2	▽▽▽医院	★	▲▲▲▲調剤薬局 ▲▲▲店	6	4
3	医療法人社団 ◎◎◎医院		<院内処方>	3	3
4	医療法人社団 ◎◎◎医院		<院内投与>	1	0
合 計				21	13

## この明細について/使い方

20XX年X月 時点の情報で通知書を作成しております。

本明細は、複数の医療機関より薬剤を処方されていた方へお送りしています。服用されている全ての薬剤をかかりつけ薬局で適切に管理していただくことをお勧めしています。

既に、かかりつけ薬剤師をお持ちの場合には、本明細をかかりつけ薬剤師（上記の★）へお渡しください。

NO	薬品名	数量	回数	調剤日	剤型	
1	ソラナックス0.4mg錠	1錠	28	○月○日	頓服	
	マイスリー錠10mg	1錠	28	○月○日	頓服	
	マリキナ配合顆粒	3g	4	○月○日	内服	
	カリーユ二点眼液0.005% 5mL	1瓶	1	○月○日	外用	
	ミカムロ配合錠AP	1錠	28	○月○日	内服	
	ガスター錠10mg	2錠	14	○月○日	内服	
	オメプラール錠10 10mg	1錠	28	○月○日	内服	
	テブレン細粒10%「サワイ」	1g	14	○月○日	内服	○
	モーラステープ20mg 7cm×10cm	14枚	1	○月○日	外用	
	フェブリク錠10mg	1錠	28	○月○日	内服	
2	アレジオン錠20 20mg	1錠	28	○月○日	内服	
	ロキソマリン錠60mg	3錠	28	○月○日	内服	
	PL配合顆粒	3g	5	○月○日	内服	
	テブレンカプセル50mg「トーフ」	3カプセル	28	○月○日	内服	○
	ランソプラゾールOD錠15mg「トーフ」	1錠	28	○月○日	内服	
	イリボー錠5μg	1錠	28	○月○日	内服	
リンデロン-VG軟膏0.12%	5g	1	○月○日	外用		

処方されたお薬の名称・処方された日付などのお薬の情報を医療機関・薬局ごとに記載しています。

NO欄の番号は、上部記載の受診した医療機関・薬局のNO欄の番号と対になっています。

同一成分のお薬、または類似薬を「○」で記載しています。



# 対象者の方がこのような資料を持って相談に来られます

〒000-0000  
鹿兒島県・・・・  
  
広域 太郎 様

(表面)

鹿兒島県後期高齢者医療広域連合

かかりつけの医療機関、または、薬局にこの通知一式を持参し、お薬の内容を確認してもらってください。

このお知らせは、2つ以上の医療機関で13種類以上のお薬を処方されている方等にお送りしています。



## 確認する内容

- 薬の飲み合わせに問題がないか
- 同じ薬効のお薬を飲んでいないか
- 必要以上のお薬を飲んでないか



## 持っていくもの

- お薬手帳(複数持っている場合は全て)
- この通知の同封物一式
- 保険証

2つ以上の医療機関で多くの数のお薬が処方されている場合に、同じ成分の薬が重なっていたり薬同士の飲み合わせに問題が生じることがあります。それらを防ぐために、かかりつけ医やかかりつけ薬局に飲んでいる全ての薬を知ってもらい調整が必要ないか等の相談をすることが大切です。



広域 太郎 様

## 服薬情報のお知らせ

記号・番号 000・000  
種別 ご本人

(裏面)

NO	医療機関名	★:かかりつけ薬剤師	薬局名	薬剤種類	長期服薬
1	社会福祉法人●●●財団 □□□□□病院		◆◆◆◆◆薬局 ◆◆◆◆◆店	11	6
2	▽▽▽医院	★	▲▲▲▲▲調剤薬局 ▲▲▲店	6	4
3	医療法人社団 ◎◎◎医院		<院内処方>	3	3
4	医療法人社団 ◎◎◎医院		<院内投与>	1	0
合計				21	13

### この明細について/使い方

20XX年X月時点の情報で通知書を作成しております。

本明細は、複数の医療機関より薬剤を処方されていた方へお送りしています。服用されている全ての薬剤をかかりつけ薬局で適切に管理していただくことをお勧めしています。

既に、かかりつけ薬剤師をお持ちの場合には、本明細をかかりつけ薬剤師(上記の★)へお渡しください。

NO	薬品名	数量	回数	調剤日	剤型	
1	ソラナックス0.4mg錠	1錠	28	○月○日	頓服	
	マイスリー錠10mg	1錠	28	○月○日	頓服	
	マリキナ配合顆粒	3g	4	○月○日	内服	
	カリーユニ点眼液0.005% 5mL	1瓶	1	○月○日	外用	
	ミカムロ配合錠AP	1錠	28	○月○日	内服	
	ガスター錠10mg	2錠	14	○月○日	内服	
	オメプラール錠10 10mg	1錠	28	○月○日	内服	
	テプレノン細粒10%「サワイ」	1g	14	○月○日	内服	○
	モーラステープ20mg 7cm×10cm	14枚	1	○月○日	外用	
	フェブリク錠10mg	1錠	28	○月○日	内服	
アレジオン錠20 20mg	1錠	28	○月○日	内服		
2	ロキソマリン錠60mg	3錠	28	○月○日	内服	
	PL配合顆粒	3g	5	○月○日	内服	
	テプレノンカプセル50mg「トーワ」	3カプセル	28	○月○日	内服	○
	ランソプラゾールOD錠15mg「トーワ」	1錠	28	○月○日	内服	
	イリボー錠5μg	1錠	28	○月○日	内服	
リンデロン-VG軟膏0.12%	5g	1	○月○日	外用		
3	デパス錠0.5mg	1錠	28	○月○日	内服	
	ミオナール錠50mg	1錠	28	○月○日	内服	
	メチコバル錠500μg 0.5mg	1錠	28	○月○日	内服	
4	カルシトラン注10	1管	1	○月○日	注射	

※1 この明細は、お手持ち処方された過去4ヶ月の医薬品について掲載していますが、医療機関・薬局の過去の請求データから集計しているため、実際に服用している薬剤と異なる場合があります。

※2 薬剤数が多い場合には、本明細にすべての病院、薬局、薬剤が記載されていない場合があります。

※3 剤型欄の「○」記載は同一成分または類似薬であることを示しています。

※4 0000118-0002

【通知番号 〇〇〇〇】

この通知をお受取りの皆様へ

この用紙はかかりつけ医又はかかりつけ薬局にお渡してください。

医療機関及び薬局の皆さまへ

大変お手数をおかけしますが、対象者から相談があった際のご対応状況を下記様式によりお知らせください。

- ◆ 相談対応いただいた機関はどちらでしょうか ⇒  医療機関     薬局
  
- ◆ 「服薬情報のお知らせ」を持参者へのご対応状況について（複数回答可）
  - ⇒  服薬内容の調整が必要と考え処方内容の調整を行った
  - 薬局で相談をするよう助言した（予定を含む）
    - ➡この用紙を含む一式を持って、かかりつけ薬局に相談するようご指導ください。
  - 薬局において医療機関との調整を行った（予定を含む）
  - その他の助言を行った（
  
- ◆ 訪問による服薬状況確認等支援の要否について
  - ⇒  訪問指導が必要
    - ➡訪問について対象者の同意を確認してください。（裏面へ）
  - 特に必要ない
    - ➡下記※の医療機関等記載欄に記載いただき、広域連合へFAXしてください。

※【医療機関等（医療機関・薬局）記載欄】

**FAX（広域連合）：099-206-1395**

	相談を受けた医療機関・薬局
相談年月日	年      月      日
医療機関・薬局名	
電話番号	

(裏面)

医療機関又は薬局の皆さまへ

対象者の服薬状況や聞き取りにより、訪問による服薬状況や残薬等の確認支援等が必要と判断する場合は、下記の「適正服薬支援事業の訪問指導に係る同意書」の内容を対象者に説明していただき、同意が得られる場合は、日付の記載、署名をしていただいでください。

署名後は、表面のみを広域連合へ FAX (099-206-1395) し、電話 (099-206-1329) で対象者についてご連絡ください。

また、この用紙については、後日、県薬剤師会又は広域連合へ提出していただきますが、提出方法については、お電話にてご案内いたします。

---

### 適正服薬支援事業の訪問指導に係る同意書

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

私は、下記の事項について同意します。

- 「服薬情報のお知らせ」等の個人情報について、訪問指導を行う薬剤師及び市町村に提供すること。
- 薬剤師や市町村訪問指導従事者が自宅を訪問すること。

令和 年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

(※ご家族が希望される場合)

ご家族署名 \_\_\_\_\_

(本人との続柄： )

(主治医 ← 薬剤師)

報告日： 年 月 日

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

先生 御侍史	保険薬局 名称・所在地
患者名： 生年月日：昭和 年 月 日 ( 男 ・ 女 )	電話番号：
	FAX 番号：
	担当薬剤師名： 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

内容

(主治医 → 薬剤師)

報告日： 年 月 日

## 薬についての情報提供書（連絡書）

( ) 薬局 薬剤師( ) 先生	医療機関 名称・所在地
患者名：	電話番号：
生年月日：昭和 年 月 日	FAX 番号：
( 男 ・ 女 )	主治医名： 印

下記の通り、ご連絡いたしますので薬剤の調整・服薬指導等をよろしく申し上げます。

## 【連絡事項】

## 薬剤師による訪問相談報告書

支部 薬局名： \_\_\_\_\_ 報告者： \_\_\_\_\_

訪問実施日時：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( 午前 ・ 午後 ) \_\_\_\_\_ 対応者： \_\_\_\_\_

## ■基本情報

対象者氏名： \_\_\_\_\_ 居住地： \_\_\_\_\_ 市 ・ 町  
 被保険者年齢： \_\_\_\_\_ 歳 性別： 男性 ・ 女性  
 患者選定理由： アドヒアランス 認知症 独居 多量服薬 その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 患者様からの相談：お薬や体調で気になること等  
 ( \_\_\_\_\_ )  
 ★ 診療報酬による在宅患者訪問指導の対象者としての該当 ⇒ (有り ・ 無し)

## ■患者の状態 (患者の自己評価)

薬の服用量 多い 少ない ちょうど良い 分からない  
 1日の食事の回数は 3回 2回 1回 その他  
 薬効の理解度 (本人の自己評価)： 良い ← ( 5 4 3 2 1 ) → 悪い  
 お薬手帳の利用状況 (本人の評価) ( 利用している ・ 利用していない )  
 ⇒ 利用しない理由 ( \_\_\_\_\_ )  
 かかりつけ薬局： 有り (薬局名 \_\_\_\_\_ ) 無し  
 他の病院でもらっている薬を、全ての医師にその内容を伝えている  はい  いいえ  
 いいえの理由 ( \_\_\_\_\_ )  
 症状・体調等

■処方薬のチェック (訪問薬剤師の判断) 抗認知症薬の服用 有り 無し

## お薬の管理について

薬の管理者： 本人 家族 ヘルパー その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 調剤方法： PTP 一包装 その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 薬の管理方法： 薬袋 ボックス使用 カレンダー使用 その他 ( \_\_\_\_\_ )

## お薬手帳について

お薬手帳の所有状況： 所有している (現在使用しているお薬手帳の数： \_\_\_\_\_ 冊 ) 所有していない  
 お薬手帳の利用状況： ( 良い ・ 悪い ) 利用しない理由 ( \_\_\_\_\_ )

## 服薬状況について

服薬の理解度 (薬剤師からの評価)：服薬時間 理解あり ← ( 5 4 3 2 1 ) → 理解なし  
 服薬回数 理解あり ← ( 5 4 3 2 1 ) → 理解なし

## 服薬の苦勞

PTP が取り出しにくい 飲み込みが困難 粉薬がむせる 喉に引っかかる 特に問題ない  
1回量が多い 服用回数が多い 錠剤が大きすぎ 飲むことが面倒  
飲みにくい薬 ( \_\_\_\_\_ ) その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 調剤への要望： 飲み忘れ防止対策 剤形変更 服薬時間変更 薬の量 (散剤) の問題点  
1回の服用量 (錠剤) が多い 種類が多すぎる その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 重複投与： 有り 無し (薬剤名： \_\_\_\_\_ )

**副作用：** 有り 無し  
困っていること：( )  
**相互作用：** 有り 無し (薬剤名： )  
**禁忌薬剤：** 有り 無し (薬剤および疾患： )

**所有している薬や健康食品の種類について**

一般用医薬品： 種類 ( )  
健康食品・サプリメント： 種類 ( )

**特記事項**

**今後に向けての相談薬剤師記入欄**

**問題点：** 有り 無し

問題点記入

その他、今後に向けての関連事項