

【事業の手引き】 医療機関等関係者の皆様へ 「令和 6 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、モデル圏域で試行し、令和 5 年度から、各都市医師会のご協力を賜り、県内全域で取り組んでいます。

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**、御対応くださるよう、御協力方よろしくお願いします。

〔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。

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、本県では令和元年度に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

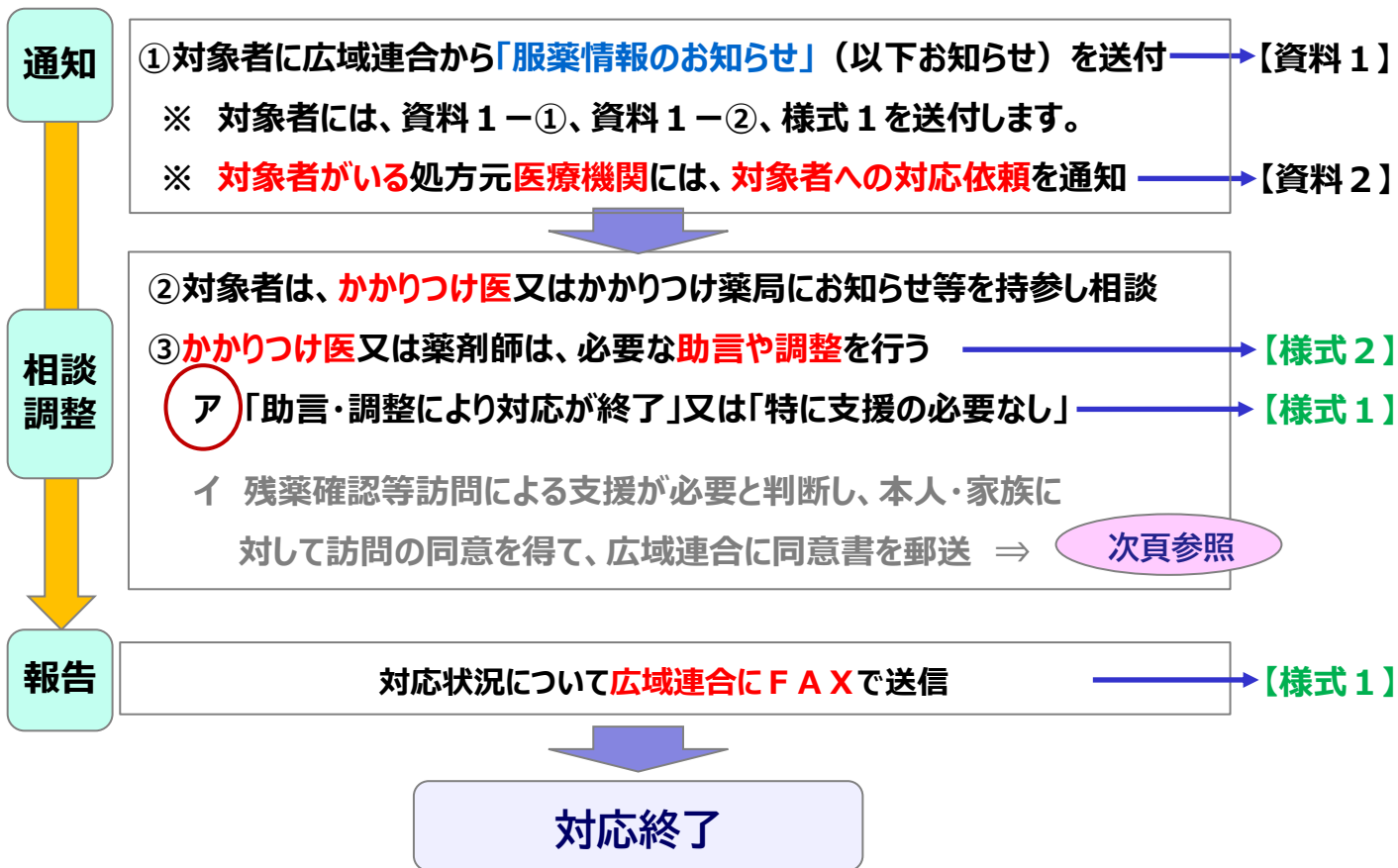
3 支援対象者

下記の①又は②の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
※ただし、がんや指定難病の方は除く

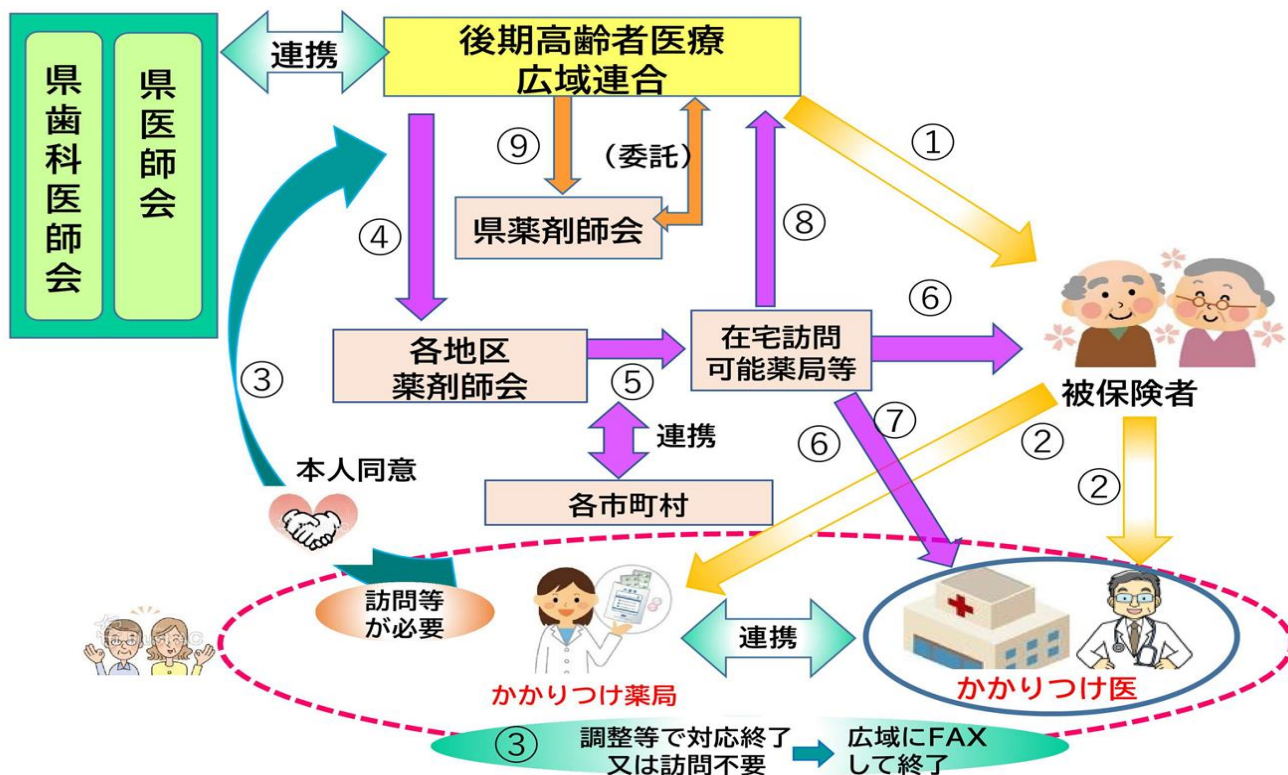
- ① **2 つ以上の医療機関**で長期処方の内服薬が**12種類以上**処方
- ② **2 つ以上の医療機関**で**ベンゾジアゼピン系及び非ベンゾジアゼピン系の睡眠薬**処方

4 事業の流れ・方法は？

(1)通常対応の流れ(医療機関や薬局での相談対応のみ)



適正服薬支援事業の実施体制(県内全域実施イメージ図)



(2)訪問が必要と判断された場合の対応の流れ

主治医が、残薬確認等のために訪問が必要と判断し、本人・家族の同意を得て、広域連合に「様式1」で連絡があった際の対応は、以下の流れになりますので、御協力をよろしくお願いいたします。（★丸囲み番号は、前頁の実施イメージ図に対応）

医療機関の対応

③医療機関が訪問必要にチェックの上、「様式1」を広域連合にFAX

●上記医療機関に、同意書郵送に用いる返信用封筒を、広域連合が送付

●医療機関が広域連合に同意書を郵送（返信用封筒使用）

⑥主治医は訪問薬剤師の訪問に際して、必要に応じて助言

⑦主治医は訪問結果を共有し、必要に応じて助言

地区薬剤師会・市町村の対応

④広域連合が地区薬剤師会(会長)及び市町村に連絡し訪問対応を依頼

⑤地区薬剤師会は訪問可能な薬剤師を選定し広域連合に連絡

●市町村は訪問対応者氏名を広域連合に連絡

●広域連合は訪問薬剤師及び市町村担当者に訪問対応者名及び支援対象者の情報を連絡。
・市町村が同行困難な場合は、薬剤師による単独訪問
・訪問日程は相互に調整し、対象者へ連絡

相談

⑥訪問薬剤師は訪問前に主治医に相談し留意点等を確認の上、支援対象者に訪問支援

⑦⑧訪問薬剤師は支援結果を「様式3」により主治医及び広域連合に報告
(広域連合へは個人情報が出ないような形にして、メールもしくはFAXでお送りください。)

報告

⑨広域連合は訪問結果を取りまとめるとともに、県薬剤師会に訪問実績を報告
(県薬剤師会から訪問薬剤師へ謝金支払い)

後期高齢者の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		薬剤師から主治医への服薬情報提供書 主治医から薬剤師への返書	13
様式 3		薬剤師による訪問相談報告書	14～15

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）

入院中以外の患者で、**6種類以上の内服薬**（特に規定するものを除く）が処方されていた場合、処方が適切かを評価し、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)**を算定可能。

処方内容の調整に当たり、別の保険医療機関又は保険薬局に対し、**照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算とし、50点を所定点数に加算可能**(※注意事項あり)

また、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬剤総合評価調整管理料を算定すべき**医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、218点を算定可能**

(表面)

B01-0001

〒123-4567

鹿児島県〇〇市〇〇町1-23-456

広域太郎 様

|||||

#100001

差出人：

鹿児島県後期高齢者医療広域連合

業務課 保健事業班

〒890-0064 鹿児島市鴨池新町7番4号

鹿児島県市町村自治会館2階

お問い合わせ先

※本通知に関しては下記にお問い合わせください。

コールセンター（業務委託先）

☎ 0120-320-309

開設期間：10：00～17：00（土日祝・年末年始を除く）

令和6年12月27日まで

このお知らせは、2つ以上の医療機関で12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。



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

01



必要な持ち物を持って
かかりつけの医療機関、
薬局へ行きます

02



現在服用中の
お薬を総合的に
確認します

03



あなたの現状に
あった服薬へ

- ✓ お薬手帳
- ✓ 保険証
- ✓ この通知の同封物一式

- ✓ 薬の飲み合わせに問題ないか
- ✓ 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いないか

病気が増えると、お薬も増えていきます。一つ一つのお薬なら大丈夫な場合でも、種類や量が増えると、**飲み合わせによる相互作用**や、長期間服用することによって**意図していない症状**が現れることがあります。お薬を総合的に確認してもらいましょう。



服薬情報のお知らせ

2024年5月時点の情報で通知書を作成しております。

No.	医療機関	薬局名	お薬の種類	長期間に渡る服用
1	医療法人 ○○病院	株式会社○○薬局 鹿児島店	9	8
1	医療法人 ○○病院	(院内処方)	1	0
2	○○クリニック	○○薬局	5	5
3	○○内科	鹿児島○○薬局	1	1
合計			16	14

お薬の詳細

No.	頓服	お薬の名前	薬効名	数量	調剤日	処方 日数	重複 服薬	長期 服薬
1		ルネスタ錠 1 m g	催眠鎮静剤、抗不安剤	2	5月12日	35	a	○
1		デエビゴ錠 5 m g	その他の中枢神経系用薬	1	5月12日	5	a	
1		アゼルニジピン錠 8 m g 「トーワ」	血圧降下剤	2	5月12日	28		○
1		ザクラス配合錠 H D	血圧降下剤	1	5月12日	28		○
1		ラベプラゾール N a 錠 1 0 m g 「Y D」	消化性潰瘍用剤	1	5月12日	35		○
1		ベタニス錠 5 0 m g	その他の泌尿生殖器官及び肛門用薬	1	5月12日	35		○
1		メトグルコ錠 5 0 0 m g	糖尿病用剤	1	5月12日	28		○
1		ボグリボース O D 錠 0 . 3 m g 「サワイ」	糖尿病用剤	3	5月12日	28		○
1		イニシンク配合錠	糖尿病用剤	1	5月12日	35		○
1		エチゾラム錠 0 . 5 m g 「S W」	精神神経用剤	1	5月16日	1	a	
2		ジアゼパム錠 2 「サワイ」	催眠鎮静剤、抗不安剤	1	5月24日	35	a	○
2		トアラセット配合錠 「サンド」	解熱鎮痛消炎剤	1	5月24日	35		○
2		プレガバリン O D 錠 7 5 m g 「ファイザー」	その他の中枢神経系用薬	3	5月24日	28		○
2		ギャバロン錠 5 m g	鎮けい剤	3	5月24日	28		○
2		テプレノン細粒 1 0 % 「サワイ」	消化性潰瘍用剤	1.5	5月24日	35		○
3		ピタバスタチン C a 錠 1 m g 「ケミファ」	高脂血症用剤	1	5月6日	28		○

※1：この医薬品情報はあなたに処方された過去4か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っている場合があります。

※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：重複服薬欄に記載の同じアルファベットのものは同一成分又は類似しているお薬です。アルファベット大文字が同一成分を、小文字が同種同効を表しています。

「服薬情報のお知らせ」のご案内

(表面)

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**」は、令和 6 年 5 月時点で**12種類以上の内服薬を28日以上服用されている方等に送付**しています。

複数の医療機関を受診されていることにより、お薬の飲み合わせで問題が生じる可能性があることから、**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に持参し、かかりつけ医や薬剤師にお見せください。**

受診前に、医療機関に「服薬情報のお知らせ」が届いたことを伝えておくと相談を受けやすい可能性があります。

なお、治療を行う上で12種類以上の内服薬が必要な方もおられますので申し添えます。

複数の医療機関または薬局に相談を希望される場合は、用紙一式をコピーしてご持参ください。

＜医療機関関係者の皆様へ＞

謹啓 時下ますます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、実施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、鹿児島県内に居住する方のうち、**① 2つ以上の医療機関で内服薬を 12 種類以上、又は② 2つ以上の医療機関でベンゾジアゼピン系製剤及び非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、「服薬情報のお知らせ」を通知します。

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。

＜お問合せ先＞鹿児島県後期高齢者医療広域連合 業務課 保健事業班 電話099-206-1329

服薬情報のお知らせ

2024年5月時点の情報で通知書を作成しております。

No.	医療機関	薬局名	お薬の種類	長期間に渡る服用
1	医療法人 ○○病院	株式会社○○薬局 鹿児島店	9	8
1	医療法人 ○○病院	(院内処方)	1	0
2	○○クリニック	○○薬局	5	5
3	○○内科	鹿児島○○薬局	1	1
合計			16	14

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、薬局名欄に「院内処方」と記載されます。

お薬の詳細

No.	頓服	お薬の名前	薬効名	数量	調剤日	処方 日数	重複 服薬	長期 服薬
1		ルネスタ錠 1mg	催眠鎮静剤、抗不安剤	2	5月12日	35	a	○
1		デエビゴ錠 5mg	その他の中枢神経系用薬	1	5月12日	5	a	
1		アゼルニジピン錠 8mg 「トーワ」	血圧降下剤	2	5月12日	28		○
1		ザクラス配合錠 HD	血圧降下剤	1	5月12日	28		○
1		ラベプラゾールNa錠 10mg 「YD」	消化性潰瘍用剤	1	5月12日	35		○
1		ベタニス錠 50mg	その他の泌尿生殖器官及び肛門用薬	1	5月12日	35		○
1		メトグルコ錠 500mg	糖尿病用剤	1	5月12日	28		○
1		ボグリボースOD錠 0.3mg 「サワイ」	糖尿病用剤	3	5月12日	28		○
1		イニシンク配合錠	糖尿病用剤	1	5月12日	35		○
1		エチゾラム錠 0.5mg 「SW」	精神神経用剤	1	5月16日	1	a	
2		ジアゼパム錠 2 「サワイ」	催眠鎮静剤、抗不安剤	1	5月24日	35	a	○
2		トアラセット配合錠 「サンド」	解熱鎮痛消炎剤	1	5月24日	35		○
2		プレガバリンOD錠 75mg 「ファイザー」	その他の中枢神経系用薬	3	5月24日	28		○
2		ギャバロン錠 5mg	鎮けい剤	3	5月24日	28		○
2		テブレノン細粒 10% 「サワイ」	消化性潰瘍用剤	1.5	5月24日	35		○
3		ピタバスタチンCa錠 1mg 「ケミファ」	高脂血症用剤	1	5月6日	28		○

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
同じアルファベットで示しています。

※1：この医薬品情報はあなたに処方された過去4か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っている場合があります。
※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：重複服薬欄に記載の同じアルファベットのものは同一成分又は類似しているお薬です。アルファベット大文字が同一成分を、小文字が同種同効を表しています。

窓あき部分に配置

〒999-9999

鹿児島県●●●●市●●●●町●●●●●●

●●●●●●ビル

医療法人●●●会 ●●●クリニック 御中

服薬支援対象者への相談対応について（依頼）

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、鹿児島県後期高齢者医療広域連合では、県内にお住まいの被保険者様（患者様）に『服薬情報のお知らせ（以下「お知らせ」という。）』を通知する事業を行っております。

つきましては、かかりつけ医様及びかかりつけ歯科医様にご報告申し上げるとともに、ご協力を賜りたくお願い申し上げます。

この通知は、下記の基準に該当する患者様が通院されている医療機関様に発送しております。

お知らせには、「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」と記載しており、今後、患者様より先生方のもとに、お知らせを持参の上、相談されることが予想されますので、重複服薬等の処方内容の確認をしていただき、適宜、対応可能な範囲で患者様へのご助言等のご協力をお願いしたいと存じます。

日常業務でお忙しいところ恐縮ですが、本事業の趣旨をご理解賜り、患者様へのご指導方、よろしくお願い申し上げます。

謹言

記

1 お知らせを通知する基準

下記条件で内服薬を長期処方(28日以上)されている75歳～84歳の方

① 2つ以上の医療機関で12種類以上処方されている方

② 2つ以上の医療機関でベンゾジアゼピン系製剤及び非ベンゾジアゼピン系製剤を処方されている方

2 お知らせの送付時期

令和6年9月30日予定

3 貴院に通院中の方で相談の可能性がある対象者数

○人（なお、氏名につきましては個人情報保護の観点からお伝えできません。）

お問合せ先

〒890-0064 鹿児島市鴨池新町7番4号 鹿児島県市町村自治会館2階
鹿児島県後期高齢者医療広域連合 業務課 保健事業班 TEL 099-206-1329

10

この通知をお受け取りの皆様へ

この用紙は、かかりつけ医またはかかりつけ薬局へお渡してください。

**受け取られた医療機関または薬局の方へ**

大変お手数をおかけしますが、相談対応結果の報告にご協力ください。

この用紙は、後期高齢者の適正服薬に関する被保険者からの相談結果を、鹿児島県後期高齢者医療広域連合に対して F A X にてご報告いただくものです。

相談当日のご対応が難しい場合は、令和 7 年 1 月までにご対応いただけますようご協力をお願いします。

後期高齢者の適正服薬支援事業に係る相談報告

1 相談対応をされた医療機関名または薬局名をご記入ください。

医療機関名・薬局名	
電話番号	
相談年月日	

2 相談対応結果を教えてください。(複数回答可)

- ☐ 減薬調整した
☐ その他の調整をした
☐ 現段階では調整の必要はなかった
☐ 薬局において、医療機関との調整を行った(予定を含む)
☐ 薬局で相談するよう助言した(予定を含む)
 →この広域連合から届いた用紙一式を持って薬局に相談するようご指導ください。
☐ その他
 ()

3 ご自宅への訪問による服薬確認の要否について教えてください。

- ☐ (1) 訪問の必要はない場合



広域連合に F A X 送信してください。これで報告終了です。
F A X 番号：099-206-1395

- ☐ (2) 訪問が必要である場合



広域連合から確認のため、貴機関にお電話いたします。

- ①貴機関にお電話していい時間帯を教えてください。()
 ②確認の際にご対応いただける方のお名前を教えてください。()

広域連合に F A X 送信後、裏面へお進みください。
F A X 番号：099-206-1395

- *下記の内容をご本人へご説明いただき、同意が得られる場合は、日付の記載、署名をいただいでください。広域連合から貴機関に電話後、同意書を郵送いただく返送用封筒をお送りします。

ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

鹿児島県後期高齢者医療広域連合 業務課 保健事業班

電話：099-206-1329

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
- 薬剤師や市町村の保健師等訪問指導従事者が自宅を訪問すること

令和 年 月 日

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

署名

(ご家族が希望される場合)

ご家族署名

(ご本人との続柄：)

○任意の情報提供書です。お持ちの情報提供書をご活用いただくことも可能です。

薬剤師から主治医への服薬情報提供

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：
この情報を伝えることに対して ☐ 患者の同意を得た。 ☐ 患者の同意は得ていないが、治療上必要だと思われるので報告いたします。	
下記のとおり、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。	

主治医から薬剤師への返書 (※必要時のみ、ご活用ください。)

薬局名称 薬剤師 先生	医療機関名 名称・所在地
下記のとおり、ご連絡いたします。	

薬剤師による訪問相談報告書

様式 3

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 ・ □村

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()

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：)

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

