

〔モデル圏域〕

【事業の手引き】医療機関等関係者の皆様へ 「令和7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、各郡市医師会のご協力を賜り、県内全域で取り組んでいます。

令和7年度は、川薩圏域（薩摩川内市・さつま町）始良地区（始良市・霧島市・湧水町）において新通知様式による試行を実施します。上記以外の市町村では、昨年度と同じ通知様式になります。

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いたします。

〔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

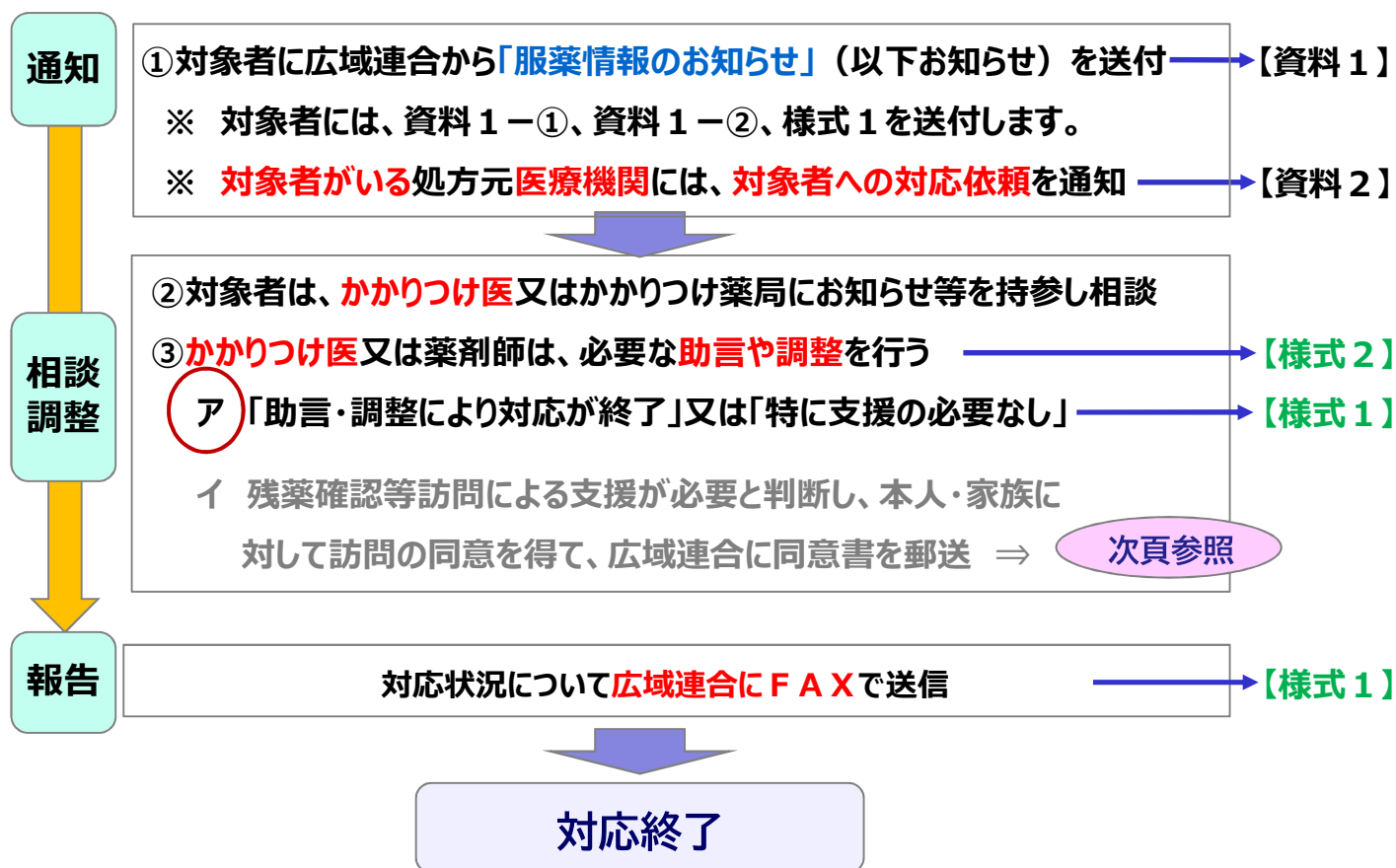
3 支援対象者

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

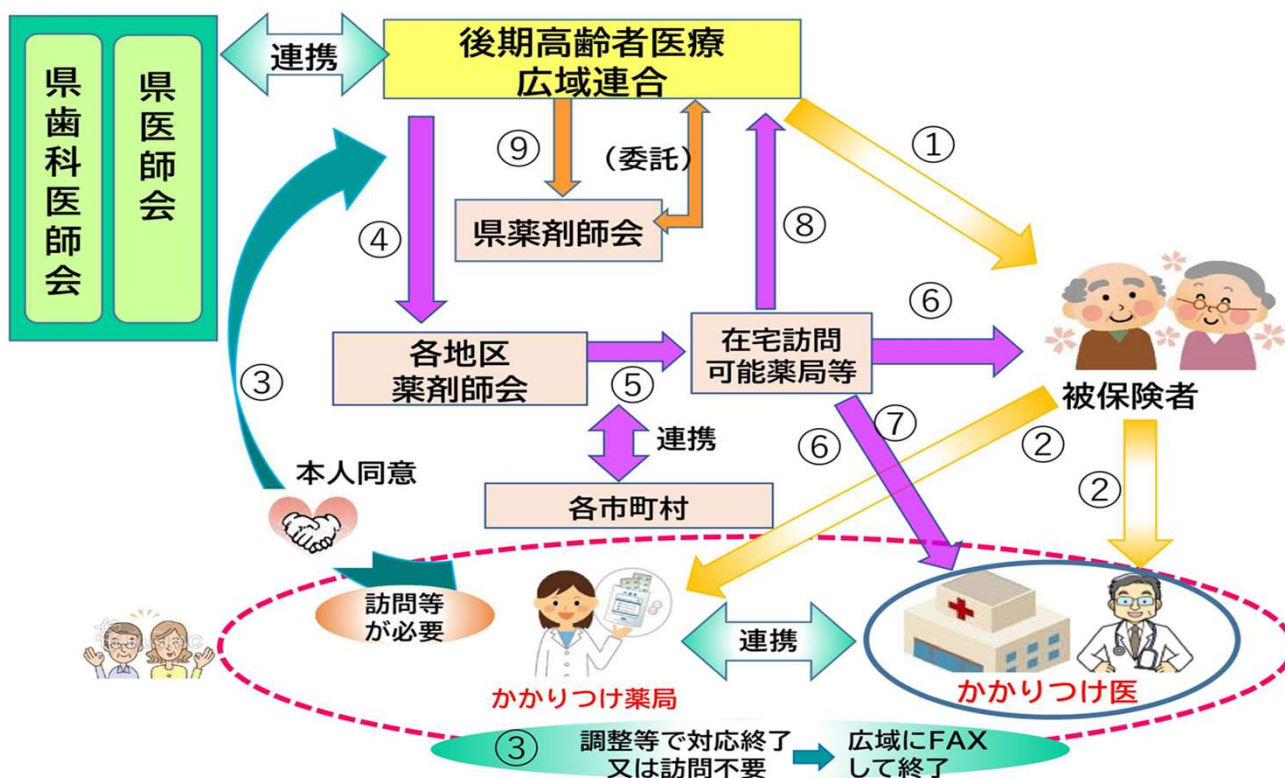
- ① **2つ以上の医療機関**で長期処方の内服薬が**12種類以上**処方
- ② **2つ以上の医療機関**で**ベンゾジアゼピン系及び非ベンゾジアゼピン系の睡眠薬**処方

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

【モデル圏域：川薩地区・始良地区のみ】

資料・様式		資料・様式の内容	P
資料 1	資料1－①	新通知様式「服薬情報のお知らせ」	5～6
	資料1－②	新通知様式「服薬情報お知らせ」のご案内	7～8
資料 2		モデル圏域での新通知様式試行について	9～10
※資料 1 は、実際に被保険者に郵送する文書のサンプル ※別紙が、実寸大の新通知様式「服薬情報のお知らせ」			
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**

新通知様式「服薬情報お知らせ」(実物は、A3サイズ)

※ 実物大の新通知様式のサンプルは、巻末に別紙として添付します。

【表面】

あなたの健康に関する
大切なお知らせです

重要
今すぐ内容を

差出人：鹿兒島県後期高齢者医療広域連合
業務課 保健事業班
〒890-0064 鹿兒島市鶴池新町7番4号
鹿兒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）
☎0120-222-820
開設期間：10：00～17：00（土日祝・
令和7年12月26日まで）

〒123-4567
鹿児島県〇〇市〇〇町1-23-456
広域太郎様

お知らせ作成日 2025年 00月00日

B01-0001

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



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

現在服用中の
お薬を総合的に
確認します

あなたの現状に
あった服薬へ

- ✓ お薬手帳
- ✓ マイナ保険
- ✓ この通知の

- ✓ 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



【裏面】

あなたに処方されているお薬の一覧です。

お薬手帳と一緒にこちらの「お薬一覧」をかりつけの医師・薬剤師に見てもらいながら、相談してください。

18 剤

全18剤中18剤まで掲載

調剤日	お薬の効能	お薬の名前	薬の タイプ	処方機関	処方日 数	1日量
5月3日	ビタミンB1の神経剤 および配合剤	アリナミンF 糖衣錠 50mg	A	公立大学病院 学部附属病院	30	3
5月7日	催眠鎮静薬	ベルソムラ錠 10mg	A	公立大学法人 学部附属病院	30	1
5月29日	ピクアナイド系	メトホルミン塩酸塩錠 280mgM1「DSEF」	A	公立大学法人 学部附属病院	28	6
5月29日	抗精神薬	ジプレキサ錠 10mg	A	公立大学法人 学部附属病院	28	2
5月7日	全身性抗ヒスタミン薬	ルバフィン錠 10mg	B	医療法人社団 ク	21	1
5月10日	利尿薬	アゾセミド錠 30mg「J6」	B	医療法人社団 ク	30	1
5月13日	催眠鎮静薬	マイスリ一錠 10mg	B	医療法人社団 ク	14	1
5月17日	便秘薬	センシド錠 12mg「Y0」	B	医療法人社団 ク	14	3
5月20日	抗不整脈薬	タンボコール錠 50mg	B	医療法人社団 ク	30	6
5月5日	全身性抗ヒスタミン薬	ジルテック錠 10	C	医療法人社団 器科クリニック	30	1
5月12日	全身性抗真菌薬	イトラコナゾール錠 50mg 「日医工」	C	医療法人社団 器科クリニック	30	1
5月11日	催眠鎮静薬	ゾルピデム酒石酸塩錠 5mg 「FAJ」	C	医療法人社団 器科クリニック	14	2
5月20日	抗うつ薬および気分安定薬	サイバルタカブセル 30mg	C	医療法人社団 器科クリニック	28	3
5月10日	カルウム保持性利尿薬 利尿剤	スピロノラクトン錠 25mg 「FKJ」	D	医療法人○○会 △△△△病院	28	1
5月15日	便秘薬	ルゼニド錠 12mg	D	医療法人○○会 △△△△病院	28	2
5月19日	原本外用剤	ベタニス錠 50mg	D	医療法人○○会 △△△△病院	14	1
5月21日	グリタゾン系	アクトス錠 15	D	医療法人○○会 △△△△病院	30	1
5月24日	アンジオテンシンⅡ 受容体拮	ミカラム口配合錠 AP	E	○○○○○○○○○医院	28	1

※1：この医薬品情報はあなたに処方された2025年5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物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名、薬局、薬剤が記載されていない場合があります。

中面が全て該当なしの場合は、こちらの薬剤一覧をご確認
ください。

私たちは、あなたの健康な暮らしを応援しています

鹿兒島県高齢者医療広域連合

新通知様式「服薬情報お知らせ」(実物は、A3サイズ)

※ 実物大の新通知様式のサンプルは、巻末に別紙として添付します。

⚠ かかりつけの医師・薬剤師に「このお知らせ」と「お薬手帳」を持ってご相談ください。



様
広域 太郎
被保険者番号 09999999
通知管理番号 B01-0001

かかりつけ医師・薬剤師の方へ 以下の情報は、お薬手帳には記載のない患者様の医療情報が含まれます。治療、処方の参考としていただければ幸いです。

受診した医療機関と処方を受けた薬局	
2025年5月1日～5月31日、5件中5件を表示しています	
薬 局	医 療 機 関 名
A	公立大学法人 ○○○○大学医学部附属病院
	○○○○薬局△△△駅前店
B	医療法人社団 □□□クリニック
C	ドラッグストア○○ △△△店
	□□□□□□薬局
D	医療法人社団 △△△△病院
E	ヘルスケア○○○○ △△△店
	△△△△薬局 ○○○店

健康診断結果									
2024年6月に受けた健康診断結果より掲載しています									
BMI	32.1	最高血圧	160	最低血圧	90	尿蛋白	(-)	空腹時 中性脂肪(TG)	180
血清クレアチニン	4.6	eGFR	19	LDL	160	LDL	160	ALT(GPT)	19
総コレステロール	130	HDL	35	空腹時血糖	102	空腹時血糖	102	尿酸値	15
HbA1c	6.8	%							

① 傷病名・検査値に確認が必要な薬品名	
4件中、4件分を表示しています	
傷病名・検査値	薬 品 名
←左記医療機関の付与した傷病名	A ジブレキサ錠 10mg
eGFR ≤ 30	A メトホルミン塩酸塩錠 250mg/IT 「DSEP」
血清クレアチニン値 ≥ 3.0mg/dl	E ミカモロ配合錠 AP
←左記医療機関の付与した傷病名	D アクトス錠 15

医薬品の添付文書に従い記載しています。

このお知らせを手にしたあなたへ

このお知らせは、服用しているお薬の数や種類の多い方、または、飲み合わせや長期服用により注意が必要なお薬がある方にお送りしています。かかりつけ医師・薬剤師に確認してもらいましょう。

なお、自己判断での服薬中止は絶対にしないでください。

② 併用時に確認が必要な薬品名	
2件中、2件分を表示しています	
A	ベルソムラ錠 10mg
B	イトラコナゾール錠 50mg
C	タンボコール錠 50mg
D	ベタニス錠 50mg
③ 同一成分	
4件中、2件分を表示しています	
B	成分名
C	センノシド錠 12mg 「YD」
D	センノシド錠 12mg
B	マイスリー錠 10mg
C	ゾルピデム酒石酸塩 5mg 「AA」
B	ゾルピデム酒石酸塩 5mg 「AA」
④ 同種同効	
8件中、2件分を表示しています	
B	アソセミド錠 30mg 「JG」
C	アソセミド錠 30mg 「JG」
D	スピロノラクトン錠 25mg 「KK」
B	ルバフィン錠 10mg
C	ジルテック錠 10
⑤ 長期継続処方 (6か月で120日以上服用)	
3件中、1件分を表示しています	
A	50mg アリナミン糖衣錠
B	ピタミン B 1 単味剤

必要な治療に基づく処方の場合もありますので、必ずかかりつけの医師・薬剤師に確認してもらいましょう。この通知はレセプトデータの分析により作成されていますが、仕様上、レセプトと紙面で表記が異なる場合があります。また、お薬の件数が多い場合には、掲載されていないことがあります。

「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7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示しください。

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自己判断での服薬中止は絶対にしないでください。

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、①2つ以上の医療機関で内服薬を12種類以上、又は②2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

以下の市町村にお住まいの方々には、新通知様式の「服薬情報のお知らせ」により、服薬情報をお知らせします。

＜モデル圏域＞ ①川薩圏域(薩摩川内市、さつま町)
②始良地区(始良市、霧島市、湧水町)

＜「新通知様式」に掲載する情報について＞

有害事象が引き起こされる可能性がある下記5グループに該当する場合は、対象薬剤が該当箇所に掲載されています

※「服薬情報のお知らせ」の中では、以下のように表示されています。

①傷病名・検査値に確認が必要な薬品名

医薬品の添付文書に従い、医療機関における傷病や長寿健診の結果と内服薬の組み合わせで注意が必要なものを抽出

②併用時に確認が必要な薬品名

内服薬同士で組み合わせの注意が必要な、いわゆる併用禁忌を抽出

③同一成分

重複服薬のうち、同一成分の内服薬を抽出

④同種同効

重複服薬のうち、同種同効の内服薬を抽出

⑤長期継続処方(6か月で120日以上服用)

抽出月を含む6か月間に「長期間処方にあたり注意が必要な内服薬」を120日以上継続処方されている内服薬を抽出

※「服薬情報のお知らせ」のサンプル・見方は、別に原寸大のものを同封してありますので御確認ください。

あなたに処方されているお薬の一覧です。

お薬手帳と一緒にこちらの「お薬一覧」をかかりつけの医師・薬剤師に見てもらいながら、相談してください。

全18剤中18剤まで掲載				
剤	現在のお薬は	処方機関	薬名	1日量
18	お薬手帳と一緒に	公立大学法人 〇〇〇〇大学医学部附属病院	アリナミンF糖衣錠 50mg	3
30		公立大学法人 〇〇〇〇大学医学部附属病院	ベルソムラ錠 10mg	1
30		公立大学法人 〇〇〇〇大学医学部附属病院	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT「DSEP」	6
28		公立大学法人 〇〇〇〇大学医学部附属病院	ジブレンサ錠 10mg	2
28		公立大学法人 〇〇〇〇大学医学部附属病院	ルバフィン錠 10mg	1
21		医療法人社団 〇〇〇〇クリニックス	アゾセミド錠 30mg「J6」	1
30		医療法人社団 〇〇〇〇クリニックス	マイスリー錠 10mg	1
14		医療法人社団 〇〇〇〇クリニックス	センソジド錠 12mg「YD」	3
14		医療法人社団 〇〇〇〇クリニックス	タンボコール錠 50mg	6
30		医療法人社団 〇〇〇〇クリニックス	ジルテック錠 10	1
30		医療法人社団 〇〇〇〇クリニックス	イトラコナゾール錠 50mg「日医工」	1
30		医療法人社団 〇〇〇〇クリニックス	ソルビデム酒石酸塩錠 5mg「IAA」	2
14		医療法人社団 〇〇〇〇クリニックス	サインバルタカパセル 30mg	3
28		医療法人社団 〇〇〇〇クリニックス	抗うつ薬および気分安定薬	

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。医療グループ欄のアルファベットは、中面の上部記載の受診した医療機関・薬局の医療グループ欄のアルファベットと対になっています。

令和7年5月に処方されたお薬を20剤まで記載しています。

※1：この医薬品情報はあなたに処方された2025年5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算出しているため、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。

中面が全て該当なしの場合は、こちらの薬剤一覧をご確認ください。

私たちは、あなたの健康な暮らしを応援しています

鹿児島県後期高齢者医療広域連合

あなたの健康に関する大切なお知らせです



〒123-4567
鹿児島県〇〇市〇〇町1-23-456
広域太郎 様
B01-0001

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）
☎0120-222-820（無料）
開設時間：10：00～17：00（土日祝・年末年始を除く）
令和7年12月26日まで

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 鹿児島市鶴田町7番4号
鹿児島県市町村自治会館2階

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



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

現在服用中の
お薬を総合的に
確認します

あなたの現状に
あった服薬へ



✓お薬手帳
✓マイナ保険証・資格確認書
✓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

新通知様式「服薬情報お知らせ」（実物は、A3サイズ）

資料 2

※ 新通知様式の表面・裏面の見方は、この頁のサンプルに記載のとおりです。
実物大の見方を記載したサンプルの新通知様式は、別紙として添付しました。

資料 2

【中面】

広域太郎様
被保険者番号 09999999
通知管理番号 B01-0001

このお知らせを手にしたあなたへ

飲
このお知らせは、服用しているお薬の数や種類の多い方、または、飲
み合わせや長期服用により注意が必要なお薬がある方にお送りして
います。かかりつけ医師・薬剤師に確認してもらいましょう。

なお、自己判断での服薬中止は絶対にしないでください。

以下は、かかりつけ医師・薬剤師の方へ
 以下の情報は、お薬手帳には記載のない患者様の医療情報が含まれます。治療、処方、参考としていただければ幸いです。

受診した医療機関と処方を受けた薬局

2025年5月1日～5月31日、5件中5件を表示しています

番号 カテゴリー	医療機関名	薬局名
A	公立大学法人 ○○○○大学医学部附属病院	○○○○薬局△△△駅前店
B	医療法人社団 □□□クリニック	ドラッグストア○○ △△△店
C	医療法人社団 △△内科・循環器科クリニック	□□□□□薬局
D	医療法人○○会 △△△△病院	ヘルスケア○○○○ △△△店
E	○○○○○○○○○医院	△△△△薬局 ○○○〇店

健康診斷結果

2024年6月に受けた健康診断結果より掲載しています

BMI	32.1				
血圧 シラフ時	4.6	mg/dl			
総コレステロール	130	mg/dl			
HbA1c	6.8	%			
			最高血圧	160	mmHg
			最低血圧	90	mmHg
			eGFR	19	mL/min/1.73m ²
			HDL	35	mg/dl
			LDL	160	mg/dl
			原蛋白	(一)	
			変態糖 中性脂質(TG)	180	mg/dl
			変態糖 ALT(GPT)	19	U/L

①傷病名・検査値に確認が必要な薬品名

十廿一
三
十
十
十

品名	傷病名/検査値	傷病名	薬品名
(B)	←左記医療機関の付与した傷病名		ジブレキサ錠 10mg
診	eGFR ≤ 30		メタホルミン塩酸塩錠 250mgMT「DSEPI」
診	血清クレアチニン値 ≥ 3.0mg/dl		ミカクロ配合錠 AP
(B)	←左記医療機関の付与した傷病名		アクトス錠 15

医薬品の添付文書に従い記載しています。

2件中、2件分を表示しています

薬品名	薬品名
イトロコナゾール錠50mg	ベルソムラ錠10mg
ベタニス錠50mg	タンボコール錠50mg

4件中、2件分を表示しています

成分名	薬品名
センノシドA・Bのカルシウム塩	センノシド錠12mg「YD」
	ブルゼニド錠12mg
ゾルピデム酒石酸塩	マイスリー錠10mg
	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「AM」

2件由 2姓公を—ていませす

薬名	薬品名	薬効名
B	アゾセמיד錠30mg「JG」	利尿薬
D	スピロラクトン錠25mg「KK」	
B	ルパフィン錠10mg	全身性抗ヒスタミン薬
C	ジルテック錠10	

3件由、1件分を表示しています。

50mgアリナミンF糖衣錠	薬品名	薬効名
ピタミニンB1単味剤		

必要な治療に基づき処方の場合もありますので、必ずかかりつけの医師・薬剤師に確認してもらいましょう。

①～⑤の欄が全て「該当なし」の場合は裏面のお葉の一覧を御確認ください。

- ※ 新通知様式の中面の見方は、この頁のサンプルに記載のとおりです。
①～⑤の欄がすべて「該当なし」の場合は、裏面のお薬の一覧を御確認ください。

【中面】

①～⑤の欄が全て「該当なし」の場合は裏面のお薬の一覧を御確認ください。

▲ かかりつけの医師・薬剤師に「このお知らせ」と「お薬手帳」を持ってご相談ください。

このお知らせを手にしたあなたへ

このお知らせは、服用しているお薬の数や種類の多い方、または、飲み合わせや長期服用により注意が必要なお薬がある方にお送りしています。かかりつけ医師・薬剤師に確認してもらいましょう。

なお、自己判断での服薬中止は絶対にしないでください。



廣域太郎様

被保險者番号 09999999

通知管理番号 B01-0001

かかりつけ医師・薬剤師の方へ
以下の情報は、お薬手帳には記載のない患者様の医療情報が含まれます。治療、処方の方の参考としていただければ幸いです。

受診した医療機関と処方を受けた薬局

駅番号	医療機関名	薬局名
A	公立大学法人 ○○○○大学医学部附属病院	○○○○薬局△△△駅前店
B	医療法人社団 □□□クリニック	ドラッグストア○○ △△△店
C	医療法人社団 △△内科・循環器科クリニック	□□□□□薬局
D	医療法人○○会 △△△△病院	ヘルスケア○○○○ △△△店
E	○○○○○○○○○医院	△△△薬局 ○○○店

健康診斷結果

BMI	最高血圧	最低血圧		
クレアチニン	eGFR	尿蛋白		
糖化HbA1c	HDL	LDL	空腹血糖 (mg/dl)	空腹血糖 (mg/dl)
			中性脂肪 (mg/dl)	ALT (GPT) (U/L)

①傷病名・検査値に確認が必要な薬品名

[illegible]

医薬品の添付文書に従い記載しています。

②併用時に確認が必要な薬品名

[illegible]

③同一成分

[illegible]

④同種同効

薬名	成分名
該当なし	

⑤長期継続処方（6か月で120日以上服用）

薬名	薬品名	薬効名
該当なし		

必要な治療に基づき、処方の場合もありますので、必ずかかりつけの医師・薬剤師に確認してもらいましょう。

この通知はレセプトデータの分析により作成されていますが、仕様上、レセプトと紙面で表記が異なる場合があります。また、お薬の件数が多い場合には、掲載しきれないことがあります。

※医療機関と薬局をまとめたグループです。お薬名などから問い合わせ先を調べる際に活用ください。

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ください。

受け取られた医療機関又は薬局の方へ

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FAXによりご報告いただくものです。この用紙は相談者に返さず、医療機関又は薬局で処分等をお願いします。

相談当日のご対応が難しい場合は、令和8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 相談対応の結果、自宅への訪問による服薬確認が必要か否か教えてください。

- ☐ (1) 「訪問の必要はない」場合



広域連合にこの様式1(表面)をFAXしてください。これで終了です。
FAX番号：099-206-1395

- ☐ (2) 「訪問による確認が必要」な場合



広域連合にこの様式1(表面)をFAXしてください。

※FAX受領後、広域連合から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FAX送信後、裏面へお進みください

FAX番号：099-206-1395

医療機関または薬局の皆様へ

- **訪問による服薬確認**が必要と感じられた理由を教えてください。

- ☐ 残薬状況について確認し、指導してほしい。
☐ 自宅の生活状況を確認の上、指導してほしい。
☐ その他（ ）

*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。

ご不明な点がありましたら、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

後期高齢者の適正服薬支援事業に係る訪問同意書

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：)

(連絡先：ご本人・ご家族)

○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書

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

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 ☐ 一包化 ☐ 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

服薬の苦勞	
☐ 特に問題ない	☐ 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
☐ 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： ☐ 無し ☐ 有（薬剤名：	
)	
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

※ 鹿児島県後期高齢者医療広域連合に送信する際には、個人情報かわからないよう削除する等の加工処理をして送信してください。

鹿児島県後期高齢者医療広域連合 FAX 099-206-1395
E-mail gm-hokenjigyo@kagoshima-kouiki.jp