

〔モデル圏域外〕

【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、一部市町村において新通知様式による試行を実施しますので、最後の頁に新通知様式のサンプルを付けております。

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

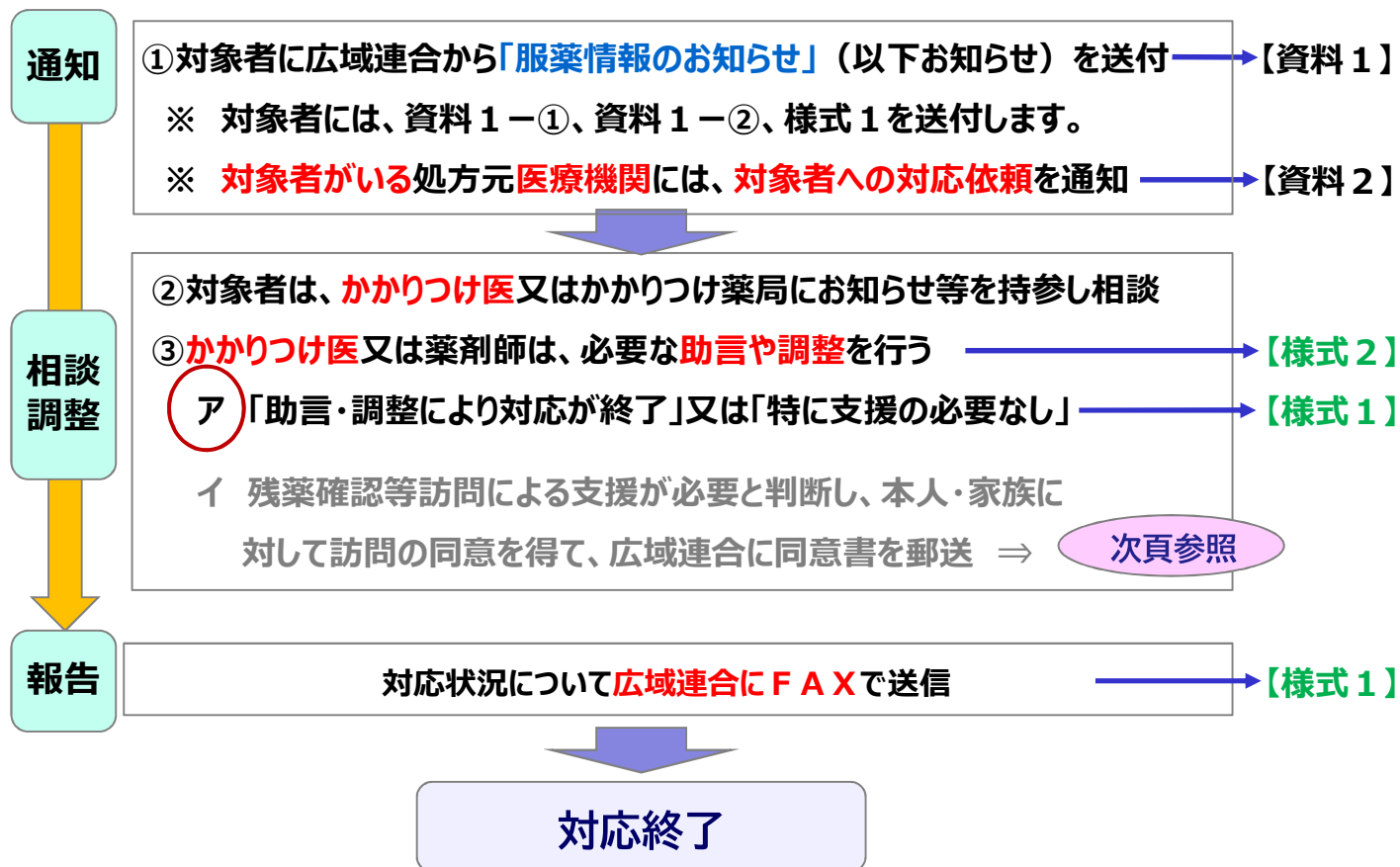
3 支援対象者

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

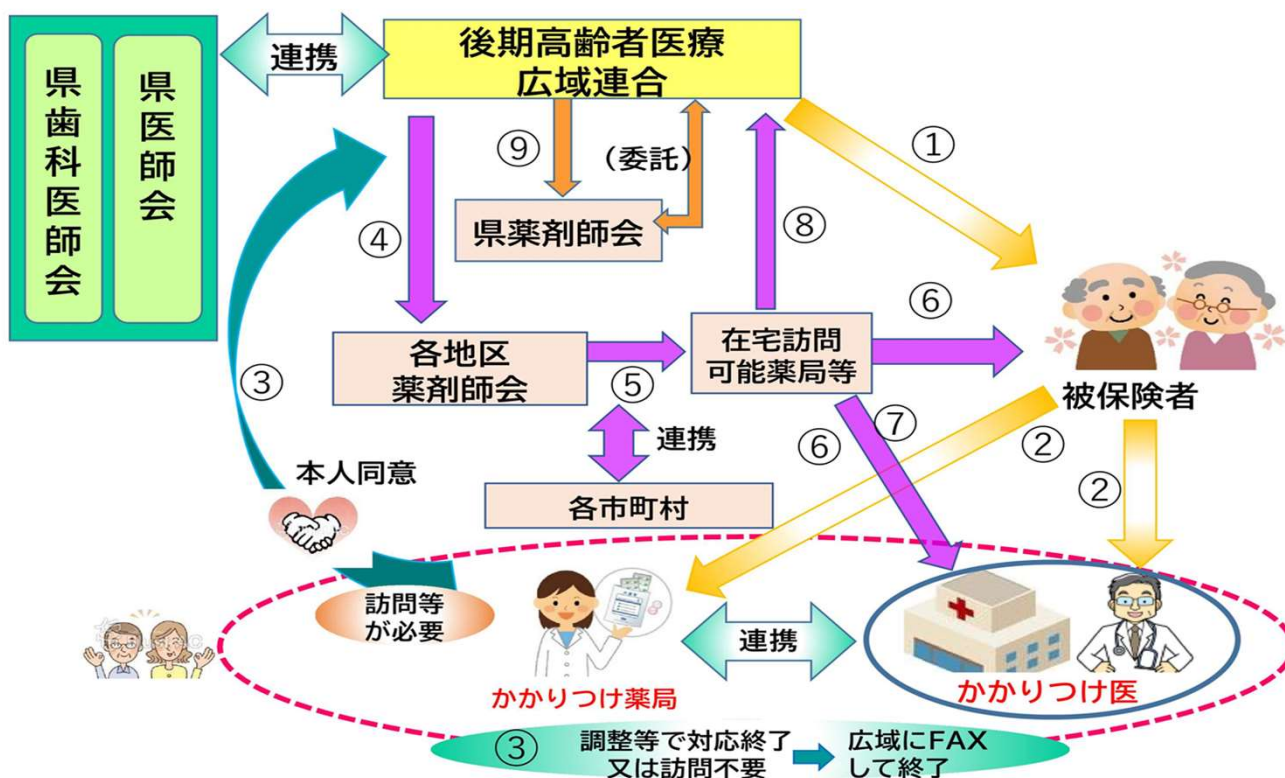
- ① **2つ以上の医療機関**で長期処方の内服薬が**12種類以上**処方
- ② **2つ以上の医療機関**で**ベンゾジアゼピン系及び非ベンゾジアゼピン系の睡眠薬**処方

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

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（A4サイズ）	5～6
	資料1－②	「服薬情報お知らせ」のご案内	7～8
参 考		新通知様式「服薬情報のお知らせ」サンプル	9～10
※別紙に、実寸大の新通知様式「服薬情報のお知らせ」のサンプルあり。			
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**

(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）

☎ 0120-222-820（無料）

開設期間：10：00～17：00（土日祝・年末年始を除く）

令和7年12月26日まで

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

- ✓ 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

02



現在服用中のお薬を総合的に
確認します

- ✓ 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

03



あなたの現状に
あった服薬へ



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。

(裏面)

広域太郎 様
被保険者番号 09999999

服薬情報のお知らせ

2025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
A	医療法人 ○○病院	株式会社○○薬局 鹿児島店	9	8
A	医療法人 ○○病院	(院内処方)	1	0
B	○○クリニック	○○薬局	5	5
C	○○内科	鹿児島○○薬局	1	1
合計			16	14

お薬の詳細

No.	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
A	ルネスタ錠 1 m g	催眠鎮静剤、抗不安剤	2	5月12日	35	a	○
A	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	
A	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		○
A	ザクラス配合錠 H D	血圧降下剤	1	5月12日	28		○
A	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		○
A	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		○
A	メトグルコ錠 5 0 0 m g	糖尿病用剤	1	5月12日	28		○
A	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		○
A	イニシク配合錠	糖尿病用剤	1	5月12日	35		○
A	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	
B	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	○
B	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		○
B	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		○
B	ギャバロン錠 5 m g	鎮けい剤	3	5月24日	28		○
B	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		○
C	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

『服薬情報のお知らせ』の見方

(裏面)

広域太郎 様

被保険者番号 09999999

服薬情報のお知らせ

2025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
A	医療法人 ○○病院	株式会社○○薬局 鹿児島店	9	8
A	医療法人 ○○病院	(院内処方)	1	0
B	○○クリニック	○○薬局	5	5
C	○○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.	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
A	ルネスタ錠 1 m g	催眠鎮静剤、抗不安剤	2	5月12日	35	a	○
A	デエピゴ錠 5 m g	その他の中枢神経系用薬	1	5月12日	5	a	
A	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		○
A	ザクラス配合錠 H D	血圧降下剤	1	5月12日	28		○
A	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		○
A	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		○
A	メトグルコ錠 5 0 0 m g	糖尿病用剤	1	5月12日	28		○
A	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		○
A	イニシンク配合錠	糖尿病用剤	1	5月12日	35		○
A	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	
B	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	○
B	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		○
B	ブレガバリン 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		○
B	ギャバロン錠 5 m g	鎮けい剤	3	5月24日	28		○
B	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		○
C	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		○

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。

新通知様式「服薬情報お知らせ」サンプル

参考

※ モデル圏域の薩摩川内市・さつま町・姶良市・霧島市・湧水町の被保険者には、この様式で通知します。この新通知様式はA3サイズです。

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。

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
 現在の
 あなたの
 お薬は

全18剤中18剤まで掲載

薬名	処方機関	1日量	白昼服用
薬名	お薬の名前	処方機関	1日量
ピタミンB1の単味剤 および配合剤	アリナミンF 糖衣錠 50mg	公立大学法人 学部附属病院	3
催経鎮痛薬	ペルソムラ錠 10mg	公立大学法人 学部附属病院	1
ピクアナイド系	メトホルミン塩酸塩錠 250mg(TDSEF)	公立大学法人 学部附属病院	6
抗精神薬	ジブレキサ錠 10mg	公立大学法人 学部附属病院	2
全身性抗ヒスタミン薬	ルバフィン錠 10mg	医療法人社団 ク	1
利尿薬	アゾセミド錠 30mg 「J6」	医療法人社団 ク	1
催経鎮痛薬	マイスリー錠 10mg	医療法人社団 ク	1
便秘薬	センノシド錠 12mg 「Y0」	医療法人社団 ク	3
抗不整脈薬	タンボコール錠 50mg	医療法人社団 ク	6
全身性抗ヒスタミン薬	ジルテック錠 10	医療法人社団 器科クリニック	1
全身性抗真菌薬	イトラコナゾール錠 50mg 「日工工」	医療法人社団 器科クリニック	1
催経鎮痛薬	ソルピデム酒石酸塩錠 5mg 「FA」	医療法人社団 器科クリニック	2
抗うつ薬および気分安定薬	サイナバルタカブセル 30mg	医療法人社団 器科クリニック	3
カリウム保持性利尿薬 単剤剤	サイプロラクトン錠 25mg 「FK」	医療法人○○会 △△△△病院	1
便秘薬	ルゼニド錠 12mg	医療法人○○会 △△△△病院	2
尿沈着抑制剤	ベタニス錠 50mg	医療法人○○会 △△△△病院	1
クワリゾン系	アクトス錠 15	医療法人○○会 △△△△病院	1
アンジオテンシンⅡ 受容体拮	ミカムロ配合錠 AP	○○○○○○○○○医院	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

鹿兒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

重要
今すぐ内容をご覧ください



人出

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 鹿兒島市鴨池新町7番4号
鹿兒島県市町村自治会館2階

お知らせ作成日 2025年 00月00日

123-4567

鹿児島県〇〇市〇〇町1-23-456

様
広域太郎

[illegible]

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)

開設期間：10:00~17:00(土日祝・年末年始を除く)

令和7年12月26日まで

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」サンプル

参考

※ モデル圏域の薩摩川内市・さつま町・姶良市・霧島市・湧水町の被保険者には、この様式で通知します。この新通知様式はA3サイズです。

【図冊】

▲ 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



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。

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、処方へ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

医師 別号	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

※ 医療機関と医師をもとめたグループです。お薬名などより問い合わせ先を調べる際に活用ください。

健康診断結果

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	mmHg	最低血圧	90	mmHg		
血清クレアチニン	4.6	eGFR	19	ml/min/1.73m ²	尿蛋白	(-)			
総コレステロール	130	HDL	35	mg/dl	LDL	160	mg/dl		
						空腹時 中性脂肪(TG)	180	mg/dl	
HbA1c	6.8	%		空腹時血糖	102	mg/dl	γGTP	15	U/L
							ALT(GPT)	19	U/L

① 傷病名・検査値に確認が必要な薬品名

医師 別号	傷病名/検査値	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	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT「DSEP」
診	血清クレアチニン値 ≥ 3.0mg/dl	ミカモロ配合錠 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 併用時に確認が必要な薬品名

医師 別号	薬品名	医師 別号	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	C	イトラコナゾール錠 50mg	
B	タンボコール錠 50mg	D	ベタニス錠 50mg	

③ 同一成分

医師 別号	薬品名	成分名	4件中、2件分を表示しています
B	センノシド錠 12mg「YD」	センノシドA・Bのカルシウム塩	
D	ブルゼニド錠 12mg		
B	マイスリー錠 10mg	ソルビデム酒石酸塩	
C	ソルビデム酒石酸塩 5mg「AA」		

④ 同種同効

医師 別号	薬品名	薬効名	8件中、2件分を表示しています
B	アゾセミド錠 30mg「JG」	利尿薬	
D	スピロラクトン錠 25mg「KK」		
B	ルバフィン錠 10mg	全身性抗ヒスタミン薬	
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）

医師 別号	薬品名	薬効名	3件中、1件分を表示しています
A	50mgアリナミンF糖衣錠	ビタミン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。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。

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

今後に向けての相談薬剤師記入欄

※ 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 qm-hokeniigo@kagoshima-kouiki.jp