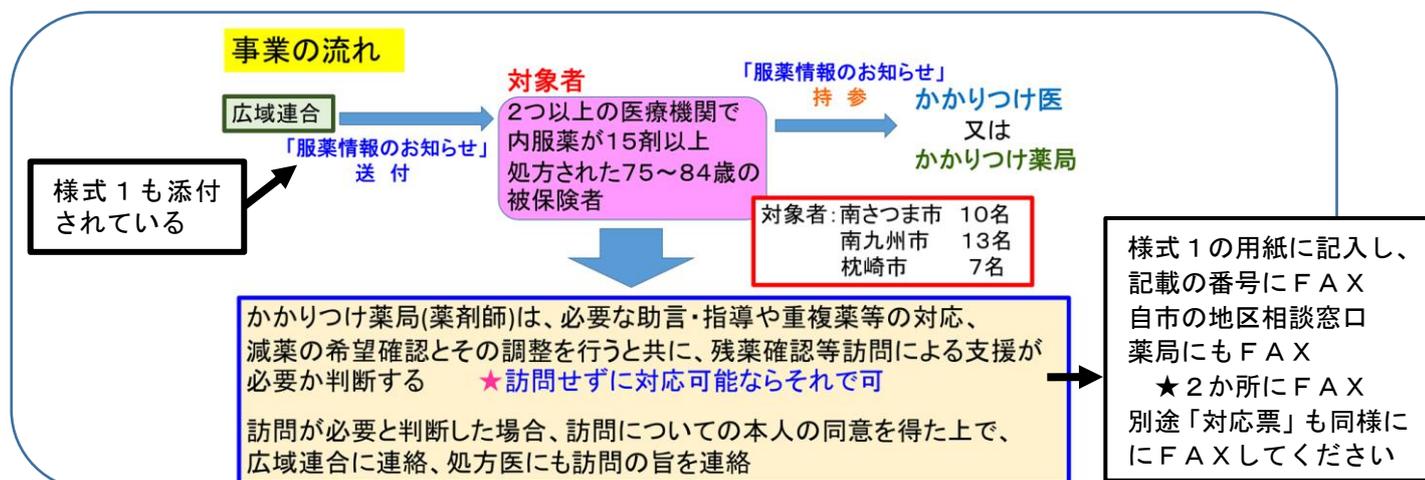


# 後期高齢者に係る適正服薬支援 始まります！



## 【事業の要約】

上記の対象者に広域連合から「服薬情報のお知らせ」通知が届く  
対象者は、それを持って、病院、薬局にくる。

対象者は、2病院以上受診している方  
お薬手帳の一本化も啓蒙すること！

Dr または薬局薬剤師がそれに対応する

★今回の事業は、対応したことに報告(FAX)が必要

◆通知持参者の記録をし、訪問がなくても対応内容を記載した**様式1**を  
地区相談窓口薬局担当者にも報告 [通知持参者の実数把握のため必須]  
詳細については、「**対応票**」にて報告(後日でも可)

### 地区相談窓口薬局

南さつま市・・・海浜薬局  
南九州市・・・川辺調剤薬局  
枕崎市・・・つばき薬局

## 【通知持参者に対する薬剤師の対応】

- 薬剤師は、その「お知らせ」を処方医に見せたか確認 見せてない場合は、それを処方医にFAXする
- この時、処方医には見せたくないという方もいるので、その際はそれなりの対応を図る
- 処方内容を精査し、重複薬、残薬の有無もあわせて確認 助言・指導を行う 臨床検査値データも参照する
- ★助言、指導内容も報告・・・**対応票** また持参した通知にも余白などに実施した内容を記入★
- 処方医より、調節・指導に関する依頼書が届く場合もあるので注意
- 他でも内服がある方に関しては、そこの薬局薬剤師と連携し、情報交換を図る
- ご本人に減薬の希望の有無を確認・対処 必要に応じて多職種と連携→対処内容記録・・・**服薬情報提供書**
- ご本人が減薬を希望された場合には、減薬の提案及び処方医との協議(**服薬情報提供書**等)を実施する。  
減薬された処方も含め、結果を「**対応票**」に記載し、自市の地区相談窓口薬局にFAX
- 訪問が必要と判断した場合、訪問についての本人同意を得た上で、広域連合(**様式1**にて)と処方医に連絡
- 訪問が必要と判断した場合でも、自身が訪問できない時は、地区相談窓口薬局担当者に連絡をする
- ★原則、相談を受けた薬局・薬剤師がご本人と日程調節をし、訪問する。  
都合が付かない場合は地区相談窓口薬局担当者に連絡・・・上記の各市の薬局(海浜、川辺調剤、つばき)
- 訪問に際しては、必要に応じて担当ケアマネジャーや訪問看護師等と連携をし、同行も考慮する
- 訪問薬剤師は対象者に連絡をした上で訪問し、服薬上の困りごとや残薬の状況について記録・・・**様式3**  
また概ね2か月後、指導後の変化等を確認[面談又は訪問] ★**様式3は処方医及び窓口薬局に送付**

服薬情報提供書(様式2)、様式3の用紙は鹿児島県広域連合HPの「後期高齢者医療制度について」→  
「申請書類DL」→「保健事業」→「適正服薬支援事業」からDLしてください。  
「**対応票**」は南薩薬剤師会HPの「地域医療委員会からのお知らせ」から後期高齢者対応票でDLください

# 広域連合から対象患者に送付される「服薬情報のお知らせ」

〒000-0000  
鹿児島県南さつま市〇〇町1234

(表面)

広域 太郎 様

鹿児島県後期高齢者医療広域連合

**このお知らせは、2つ以上の医療機関で15種類以上のお薬を処方されている方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下さい。

**確認する内容**

- 薬の飲み合わせに問題がないか
- 同じ薬種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3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

広域 太郎 様

(裏面)

**服薬情報のお知らせ**

記号・番号  
000-000  
ご本人

No.	医療機関名	かかりつけ薬剤師	薬品名	薬剤種類	処方頻度
1	社会福祉法人●●●財団 □□□□□病院	★	◆◆◆◆◆薬品 ◆◆◆◆◆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		<院内処方>		1 0
合 計					21 13

**この通知について/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。  
本通知は、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は、本通知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	投与日	剤形
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
	テブレノン錠10%「サワイ」	1g	14	○月○日	内服
	モーラステープ20mg 7cm x 10cm	14枚	1	○月○日	外用
	フェブリク錠10mg	1錠	28	○月○日	内服
	アレクシス錠20 20mg	1錠	28	○月○日	内服
2	ロキソニン錠60mg	3錠	28	○月○日	内服
	PL配合顆粒	3g	5	○月○日	内服
	テブレノンカプセル50mg「トーフ」	3カプセル	3	○月○日	内服
	ランソプラゾール0.05mg「トーフ」	1錠	28	○月○日	内服
	イリボー錠5μg	1錠	28	○月○日	内服
	リンチロン-VG軟膏0.12%	5g	1	○月○日	外用
3	チバキス錠0.5mg	1錠	28	○月○日	内服
	ミオナール錠50mg	1錠	28	○月○日	内服
	メチコバール錠500μg 0.5mg	1錠	28	○月○日	内服
4	カシトラン注10	1管	1	○月○日	注射

※1 この情報は、お薬に処方された薬品名や剤形に基づいて掲載していますが、医療機関・薬局の過去の処方データから集計しているため、実際服用している薬品と異なる場合があります。  
 ※2 薬剤師がいない場合は、本通知に準じての調剤、薬師、薬剤師が記載されていない場合があります。  
 ※3 剤形欄欄「注」は注射剤であることを示しています。

## ◆お願い◆

この通知を持って次の医療機関に行くことがあるので、各薬局にて対処したことを、余白部分に日付も記載して箇条書きしてください。

ex) ○月○日 ■△医院からのレバミピド錠100が削除になった

様式 1

【通知番号 ○○○○】

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ください。

医療機関及び薬局の皆さまへ  
大変お手数をかけますが、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、署名をしていただけてください。  
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けますが、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 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: \_\_\_\_\_)

対応した内容を様式1の用紙に記入し、記載の番号にFAX 自市の地区相談窓口薬局にもFAX  
★2か所にFAX