

長野県後期高齢者医療広域連合委託事業

「適正服薬推進事業」実施について

(具体的な事業の進め方について)

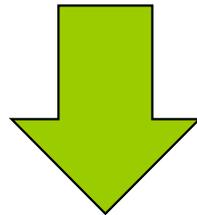


一般社団法人 **長野県薬剤師会**

本事業の目的

重複服薬や併用禁忌等、服薬の課題のある方を対象に、一定期間の服薬情報を通知し、服薬指導・服薬支援に繋げることで、健康の保持・増進を図る。

- 重複服薬や併用禁忌、服薬行動の課題解決
- 転倒等のポリファーマシー対策
- 残薬を減らす



令和7年度本会が本事業を受託し、実施します。

本事業の対象者

令和7年度は、約2,000人を抽出予定

長野県後期高齢者医療広域連合被保険者※で、

令和7年3月分のレセプトデータで、2医療機関以上から、月14日以上の内服薬について、処方薬剤数「6剤以上」の者のうち、次の項目のいずれかに該当する者

- ・併用禁忌の薬剤を服用している者
- ・同種同効もしくは同一成分の薬剤を複数医療機関から処方されている者

一時的に服用した可能性のある医薬品が含まれないよう、令和6年12月から令和7年3月までの4か月分のレセプトを参照し、対象者を抽出する。

〈除外対象者〉

次の項目のいずれかに該当する者は、事業対象者から除外する

- ・資格喪失者
- ・がん、精神疾患、指定難病の保有者
- ・透析中の患者
- ・入院中の者
- ・要介護3～5の者

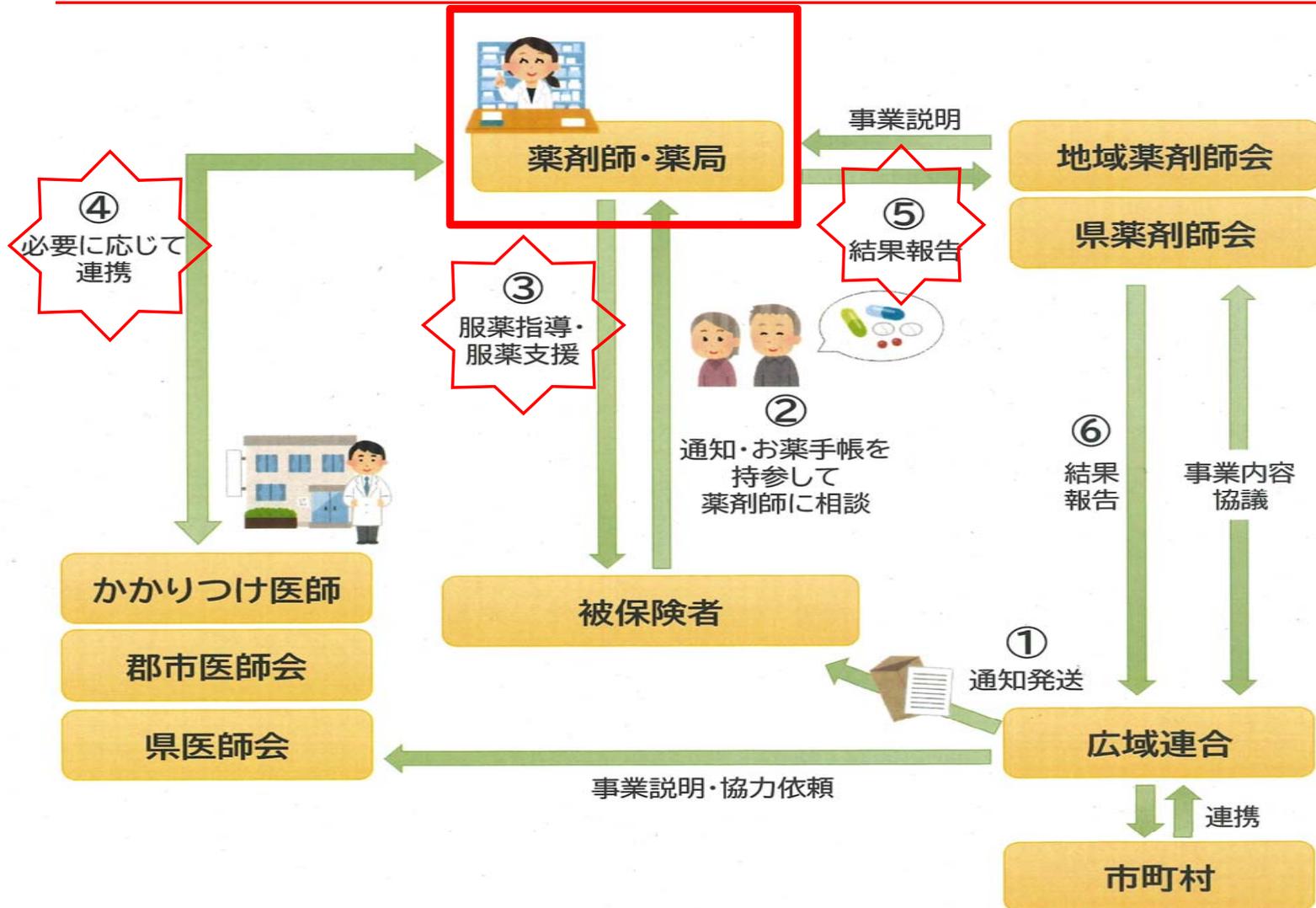
※長野県後期高齢者医療広域連合被保険者

長野県内にお住まいの

1. 75歳以上の方
2. 65歳以上75歳未満で一定程度の障がいがある方
(本人の申請に基づき、広域連合の認定を受けた方)

薬局の
対応

本事業の実施フロー



実施フロー①

長野県後期高齢者医療広域連合から、該当となった被保険者に通知が発送されます。（8月下旬頃を予定）

[送付内容] 3種類同封される



①長野県後期高齢者医療広域連合からお薬に関するお知らせ (A3二つ折り形式)



②通知を受け取られた被保険者様へ (A4両面)



③服薬指導結果報告書 (A4片面)



このお知らせ通知 (①～③) と、お薬手帳を持ってかかりつけ薬剤師・薬局に相談するよう案内されます。

該当となった被保険者への送付内容①

〈長野県後期高齢者医療広域連合からお薬に関するお知らせ〉



〈表紙〉

〈中面〉

Check あなたのお薬情報

あなたに処方されているお薬

※薬名・薬量・用法・剤形は、処方せんに記載された内容です。 ■[同] 欄に [O] があるものは、成分が同一または類似のお薬です。 ■[GE] 欄に [O] があるものは、ジェネリック医薬品があるお薬です。

薬名	効能	調剤日	医薬品名	数量	回数・日数	GE	グループ
解熱鎮痛消炎剤	X月 X日	イボトロロピン錠4単位	4錠	35			A
解熱鎮痛消炎剤	X月 X日	カロナール錠300 300 mg	3錠	14	O		D
解熱鎮痛消炎剤	X月 X日	カロナール錠300 300 mg	3錠	7	O		B
眼科用剤	X月 X日	ヒアレイン点眼液0.1% 5mL	3瓶	1	O		C
眼科用剤	X月 X日	タブコム配合点眼液 5mL	1	1	O		C
眼科用剤	X月 X日	ジファスルX点眼液3% 5mL	3瓶	1	O		C
血管拡張剤	X月 X日	ニコランジル錠5mg「サワイ」	7錠	30			B
血管拡張剤	X月 X日	アムロジピンOD錠5mg「ファイザー」	1錠	30			B
慢性心不全薬服用剤	X月 X日	ルリコンクリーム1% 30g	1	1	O		A
慢性心不全薬服用剤	X月 X日	アスタット軟膏1% 300g	1	1	O		A
止血剤	X月 X日	アドナ錠30mg 2錠	30	30	O		B
止血剤	X月 X日	トランサミン錠250mg 2錠	7	7	O		B
糖尿病用剤	X月 X日	ジャチアンス錠10mg 1錠	30	30			B
糖尿病用剤	X月 X日	レバグリド錠0.5mg「サワイ」	3錠	30			B
その他のアレルギー用薬	X月 X日	エドステン運動鎮痛錠20mg「サワイ」	1錠	35			A
その他のアレルギー用薬	X月 X日	ピラシア錠20mg 1錠	35	35			A
解熱鎮痛剤、抗不安剤	X月 X日	ユーロジン1mg錠 1錠	30	30	O		B
総合鎮痛剤	X月 X日	ビーエイ配合錠 3錠	7	7	O		B
鎮痛剤	X月 X日	ジフェニドール点眼液2.5mg「トーワ」	15錠	1			A
血圧降下剤	X月 X日	カネビロロール錠10mg「Daiichi」	1錠	30			B
止し剤、整腸剤	X月 X日	ビオマ錠 3錠	35	35			A
制酸剤	X月 X日	健心マダネシウム錠500mg「ケンエー」	3錠	35			A
下剤、洗腸剤	X月 X日	コンシド錠12mg「トーワ」	2錠	35			A
その他の泌尿生殖器及び肛門用薬	X月 X日	ナフトビルゲルOD錠75mg「杏林」	1錠	35			A
外用剤、殺菌剤、消毒剤	X月 X日	イソジン液10% 20mL	1	1	O		E
鎮痛、鎮静、収縮、消炎剤	X月 X日	アンチベート軟膏0.05% 300g	1	1			A
その他の血液・体液用薬	X月 X日	クロビドゲル錠25mg「S.A.N.I.」	1錠	35			A
他に分類されない医薬品	X月 X日	アルツァニスチル錠25mg 1mg錠 5mL	1錠	2	O		E

同じ成分の薬や薬どうしの組み合わせが悪いと、身体に良くない問題が発生しやすくなることが分かっています。

お薬の安心・安全なご使用のため

かかりつけ薬剤師・薬局にご相談ください。

ご自身の判断による服用の中止はお止めいただくようお願いいたします。

薬剤種類	長期服用
30	18

あなたが受診した医療機関とお薬の処方を受けた保険薬局

グループ	医療機関名	保険薬局名	薬剤種類	長期服用
A	〇〇総合クリニック	〇〇薬局		14
B	××内科クリニック	△△薬局		10
C	△△診療所	××薬局		3
D	□□整形外科	<院内処方>		1
E	□□整形外科	<院内処方>		2

複数の医療機関で処方された、成分が同一または類似のお薬

グループ	調剤日	医薬品名	数量	回数・日数
1	B X月 X日	カロナール錠300 300mg	3錠	7
	D X月 X日	カロナール錠300 300mg	3錠	14
2	B X月 X日	カロナール錠300 300mg	3錠	7
	D X月 X日	ビーエイ配合錠	3錠	7
	X月 X日	カロナール錠300 300mg	3錠	14

一緒に服用すると、効き目が強くなったり、または逆に弱くなるお薬の飲み合わせ
ご自身の判断により服用を中止せず、かかりつけ薬剤師・薬局にご相談ください。

グループ	調剤日	医薬品名	数量	回数・日数
1	B X月 X日	ビーエイ配合錠	3錠	7
	D X月 X日	カロナール錠300 300mg	3錠	14

- このお知らせは、XXXX年X月 時点の情報をもとに作成しております。
- あなたに処方された過去Xヶ月のお薬について記載していますが、医療機関・薬局の過去の請求データから設計しているため、実際に処方されたお薬と異なる場合があります。
- お薬の数が多い場合には、すべての医療機関・薬局、お薬が記載されない場合があります。
- グループに「その他」と記載されているものは、グループごとに記載されていない医療機関・薬局で処方されたお薬です。
- 処方した薬剤は、処方された医療機関・薬局に記載される場合があります。
- 長期服用は、内服を合計XX日以上取られているお薬が対象となります。

Check 下の症状が一つでも当てはまる場合は、お薬が原因の可能性がります。

※ご自身の判断による服用の中止はお止めいただくようお願いいたします。

かかりつけ薬剤師・薬局に

この「お知らせ」と「お薬手帳」と同封の「服薬指導結果報告書」を持ってご相談ください。

同じ成分の薬や薬どうしの組み合わせが悪いと、身体に良くない問題が起こる可能性があります。

この「お知らせ」に関するお問合せは、サポートデスク(フリーダイヤル) 0120-512-909 受付時間 10:00~17:00 まで、お電話ください。

この通知書の送付も希望されない方は下記までご連絡ください。
長野県後期高齢者医療広域連合 保険事業課 TEL 026-229-5320

〈裏表紙〉

該当となった被保険者への送付内容③

〈服薬指導結果報告書〉

**長野県後期高齢者医療広域連合 適正服薬推進事業
服薬指導結果報告書**

被保険者が持参する「服薬情報通知書」及びお薬手帳をご覧いただき、必要に応じて処方状況の確認や服薬指導をお願いします。
服薬内容の相談後、下記回答フォームから指導結果の報告をお願いします。（患者ごとに報告をお願いします）

回答フォーム：<https://forms.gle/ivJfT8WPEY6vZM86>
※回答フォームからの報告が難しい場合は、長野県薬剤師会事務局あて FAXでご提出をお願いします。（FAX 0263-34-0075）

受付期間：令和7年12月10日（水）まで

■所属地域薬剤師会（または薬局所在地町村名）
※長野県薬剤師会に所属していない場合は、薬局所在地市町村名をご記入ください。

貴薬局名 _____
担当者名 _____

■指導結果

患者通し番号 _____
※患者が持参した「長野県後期高齢者医療広域連合からお薬に関するお知らせ」（A3二つ折り）に記載があります。（例：123456）

相談受付日 令和 年 月 日

指導対象事象 該当するものに☑をお願いします（複数回答可）。
 1. 併用禁忌 2. 同一成分 3. 同種同効 4. 高齢者に慎重投与すべき医薬品
 5. その他（ ） 6. 該当なし

指導内容 該当するものに☑をお願いします

①お薬手帳について
 1. ご持参（一冊） 2. ご持参（複数） 3. お忘れ 4. その他（ ）

②指導内容・改善内容について
 1. 処方内容を妥当と判断し終了 2. 医師に情報提供した
 3. 相互作用、S/Pキックし注意事項等指導

③継続指導の要否
 1. 継続した指導が必要 2. 指導終了

ご意見等ございましたらご記入ください。

お問い合わせ先
【長野県薬剤師会】TEL. 0263-34-5511
【長野県後期高齢者医療広域連合】TEL. 026-229-5320

ご協力ありがとうございました。

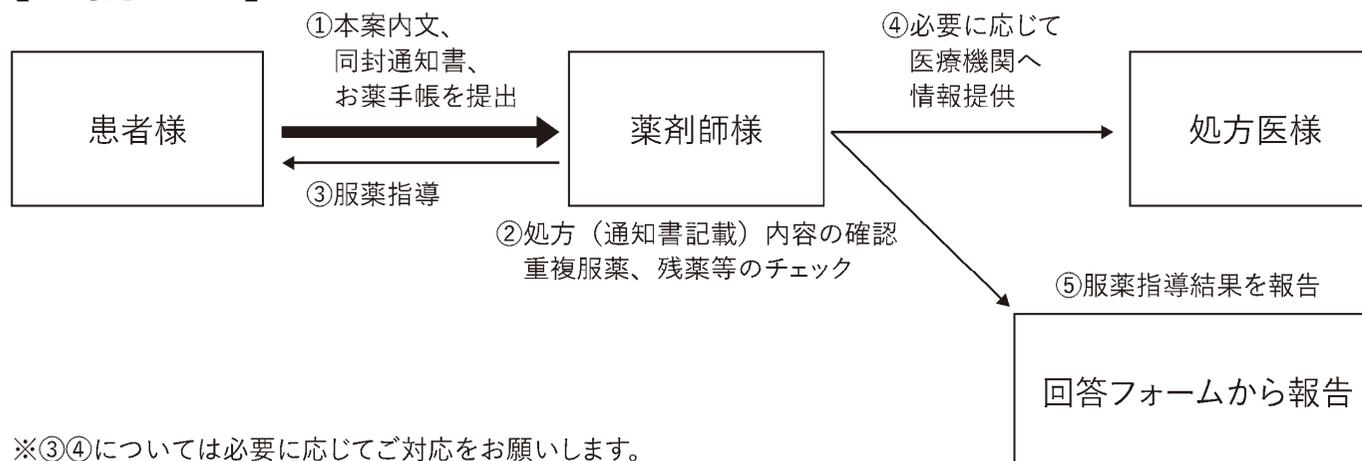
この用紙に指導
結果を記録する

ここからが
薬局の対応です!

実施フロー③

患者が「服薬情報のお知らせ通知」等を持参したら、重複投薬等の処方内容を確認していただき、適切な服薬管理・服薬指導をお願いします。
必要に応じて、かかりつけ医への情報提供・疑義照会*をお願いします。

【ご対応フロー】



※③④については必要に応じてご対応をお願いします。

※回答フォーム URL は「服薬指導結果報告書」に記載があります。

※回答フォームからの報告が難しい場合は、「服薬指導結果報告書」を
長野県薬剤師会事務局あてに FAX で提出してください。



重要!

対応した内容は、患者が持参する「服薬指導結果報告書」に記録し、報告フォームに入力をお願いします。

「服薬情報のお知らせ」の見方（1）

①同じ効能の
医薬品数が多い順

②調剤日
の降順

③医薬品
コード順

5医療機関までは A~E でグループ分けされます。
6 医療機関以上ある場合は、5 医療機関以降にその他が記載されます。

残薬	効能	調剤日	医薬品名	数量	回数・日数	同	GE	グループ
	解熱鎮痛消炎剤	X月 X日	ノイロトロピン錠 4 単位	4錠	35			A
	解熱鎮痛消炎剤	X月 X日	カロナール錠 300 300 mg	3錠	14	○		D
	解熱鎮痛消炎剤	X月 X日	カロナール錠 300 300 mg	3錠	7	○		B
	眼科用剤	X月 X日	ヒアレイン点眼液 0. 1% 5mL	3瓶	1		○	C
	眼科用剤	X月 X日	タプロコム配合点眼液	5mL	1		○	C

28明細まで記載されます。
29明細以降は非表示になります。

「服薬情報のお知らせ」の見方（2）

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。

明細は28明細までしか記載されませんが、
処方された全てのお薬の合計が記載されます。

薬剤種類	長期服薬
30	18

あなたが受診した医療機関とお薬の処方を受けた保険薬局

グループ	医療機関名	保険薬局名	薬剤種類	長期服薬
A	〇〇総合クリニック	〇〇薬局	14	10
B	××内科クリニック	△△薬局	10	7
C	△△医院	××薬局	3	0
D	□□整形外科	<院内処方>	1	1
E	□□整形外科	<院内投与>		

受診された医療機関別の
合計が記載されます。

6医療機関以上ある場合は、5医療機関以降を
その他としてまとめます。

「服薬情報のお知らせ」の見方 (3)

成分が同一または類似のお薬のグループは
8明細まで記載されます。

複数の医療機関で処方された、成分が同一または類似のお薬

	グループ	調剤日	医薬品名	数量	回数・日数
1	B	X月X日	カロナール錠300 300mg	3錠	7
	D	X月X日	カロナール錠300 300mg	3錠	14
2	B	X月X日	カロナール錠300 300mg	3錠	7
	B	X月X日	ピーエイ配合錠	3錠	7
	D	X月X日	カロナール錠300 300mg	3錠	14

見本

「服薬情報のお知らせ」の見方（4）

一緒に服用すると、効き目が強くなったり、または逆に弱くなることあるお薬の飲み合わせ

	グループ	調剤日	医薬品名	数量	回数・日数
1	B	X月X日	ピーエイ配合錠	3錠	7
	D	X月X日	カロナー錠300mg	3錠	14

お薬の組み合わせのグループは6明細まで記載されます。

「服薬指導結果報告書」への記録内容

長野県後期高齢者医療広域連合委託事業「適正服薬推進事業」
服薬指導結果報告書

被保険者が持参する「服薬情報通知書」及びお薬手帳をご覧いただき、必要に応じて処方状況の確認や服薬指導をお願いします。
服薬内容の相談後、下記回答フォームから指導結果の報告をお願いします。（患者ごとに報告をお願いします）

回答フォーム： <https://forms.gle/ivJfT8WH2Y6vZMh86>
※回答フォームからの報告が難しい場合は、長野県薬剤師会事務局あて FAXでご提出をお願いします。（FAX: 0263-34-0075）
受付期間：令和7年12月10日（水）まで



■所属地域薬剤師会（または薬局所在地市町村名）
※長野県薬剤師会に所属していない場合は、薬局所在地市町村名をご記入ください。

貴薬局名 _____
担当者名 _____

■指導結果

患者通し番号 _____
※患者が持参した「長野県後期高齢者医療広域連合からお薬に関するお知らせ」（A3二つ折り）に記載があります。（例:12345#）

相談受付日 _____ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

指導対象事象 該当するものに☑をお願いします（複数回答可）。
 1. 併用禁忌 2. 同一成分 3. 同種同効 4. 高齢者に慎重投与すべき医薬品
 5. その他（ _____ ） 6. 該当なし

指導内容 該当するものに☑をお願いします

①お薬手帳について
 1. ご持参（一冊） 2. ご持参（複数） 3. お忘れ 4. その他（ _____ ）

②指導内容・改善内容について
 1. 処方内容を妥当と判断し終了 2. 医師に情報提供した
 3. 相互作用、SEチェック注意事項等指導

③継続指導の要否
 1. 継続した指導が必要 2. 指導終了

ご意見等ございましたらご記入ください。

お問い合わせ先
【長野県薬剤師会】TEL 0263-34-5511
【長野県後期高齢者医療広域連合】TEL 026-229-5320

ご協力ありがとうございました。

■所属地域薬剤師会（または薬局所在地市町村名）

※長野県薬剤師会に所属していない場合は、薬局所在地市町村名をご記入ください。

貴薬局名 _____

担当者名 _____

■指導結果

患者通し番号 _____

※患者が持参した「長野県後期高齢者医療広域連合からお薬に関するお知らせ」（A3二つ折り）に記載があります。（例:12345#）

相談受付日 _____ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

指導対象事象 該当するものに☑をお願いします（複数回答可）。

1. 併用禁忌 2. 同一成分 3. 同種同効 4. 高齢者に慎重投与すべき医薬品
 5. その他（ _____ ） 6. 該当なし

指導内容 該当するものに☑をお願いします

①お薬手帳について

1. ご持参（一冊） 2. ご持参（複数） 3. お忘れ 4. その他（ _____ ）

②指導内容・改善内容について

1. 処方内容を妥当と判断し終了 2. 医師に情報提供した
 3. 相互作用、SEチェック注意事項等指導

③継続指導の要否

1. 継続した指導が必要 2. 指導終了

ご意見等ございましたらご記入ください。

必ず記載してください!!
記載場所は次頁参照

「患者通し番号」の記載場所

①長野県期高齢者医療広域連合からお薬に関するお知らせ（A3二つ折り形式）



ここに記載があります!!!

必ず転記していただき、ご報告をお願いします。

実施フロー⑤

対応結果（「服薬指導結果報告書」に記録した内容）について、下記報告フォームに入力をお願いします。

報告フォーム：

<https://forms.gle/ivJfT8WH2Y6vZMh86>



受付期間：令和7年12月10日（水）まで

※報告フォームへの入力が難しい場合は、「服薬指導結果報告書」を長野県薬剤師会事務局にお送りください。（FAX：0263-34-0075）

ご協力よろしく申し上げます。

