

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）

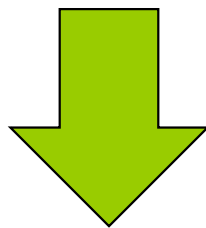


一般社団法人 長野県薬剤師会

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8年度も、昨年度に引き続き本会が本事業を受託し、実施します。

本事業の対象者

令和8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8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7年12月から令和8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〉

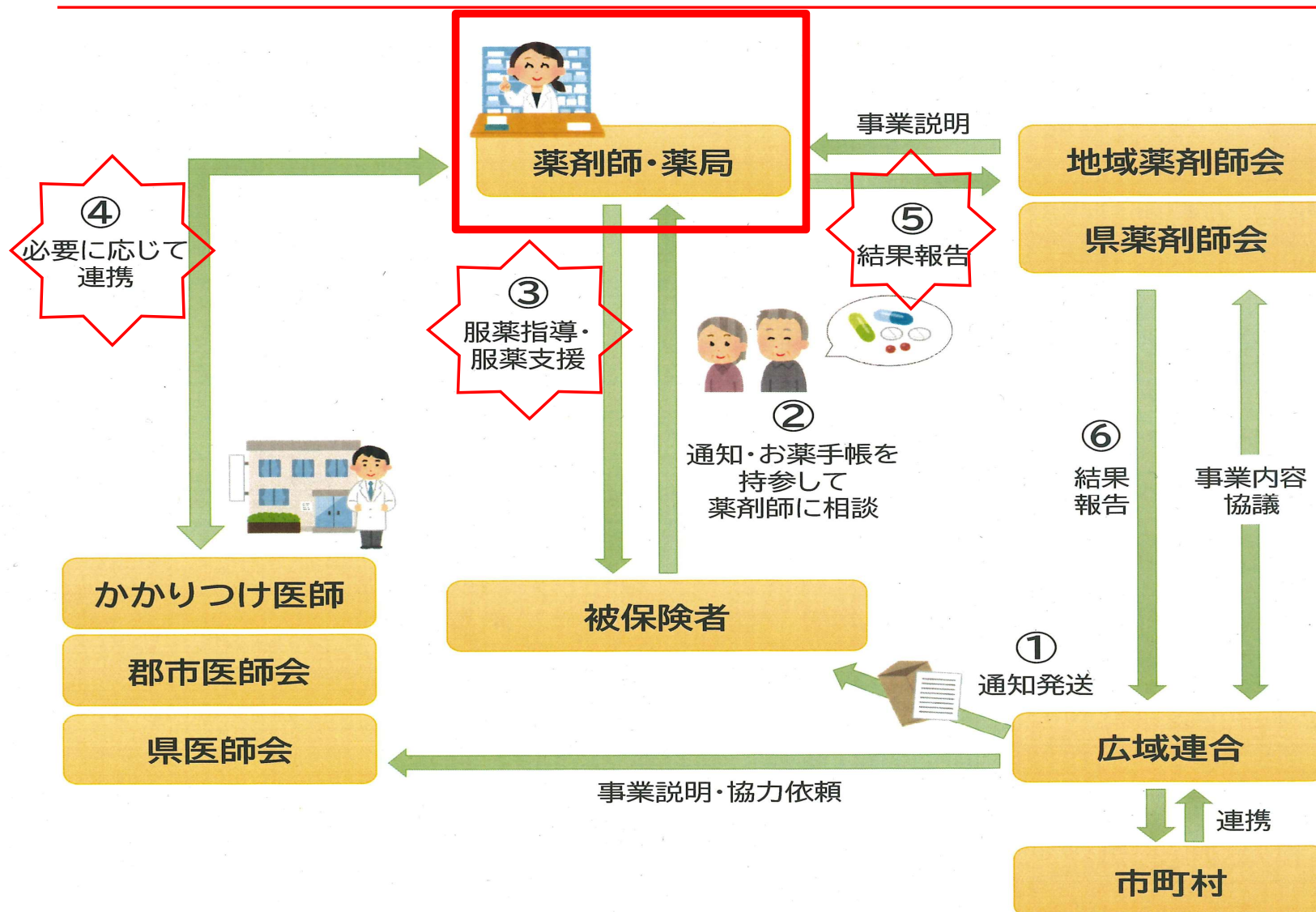
次の項目のいずれかに該当する者は、事業対象者から除外する

- ・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)

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

〒123-4567 品川通1番号・00001#

△△市□□1・2・3

サンプル 花子 様

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

0000000001

長野県後期高齢者医療広域連合
保健委員会

〒288-0703 長野県長野市大字中野町79-5

0262.111000(代表)

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

お薬の飲み合わせを正しく確認するために
この「お知らせ」を持ってかかりつけ薬剤師・
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やめいただくよう
願います。

 カ プ セ ル ? 個

 錠 剤 ? 錠

 粉 薬 ? 包

あなたの薬の情報は中面をご覧ください。

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)

[illegible]

②通知を受け取られた被保険者様へ
(A4片面)

長野県後期高齢者医療連携委託事業「適正服薬推進事業」
服薬指導通知書書

被保険者が持参する「服薬指導通知書」と及びお薬手帳をご提供いただき、必要に応じて処方箋の
複写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患者ごとにご指導結果の報告をお願いします。

回答フォーム： <https://form.gle/vw/ISWpYbXzMS6>

※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にてご報告をお願いします。（FAX 0263-34-0770）

受付期間：令和5年12月10日（木）まで

■長野地域薬師会（または基薬所内市町村）

※長野県薬剤師会に所属しない場合は、基薬所内市町村名をご記入ください。

薬局名 _____

担当者名 _____

■指導結果

患者通知番号 _____

※通知番号は「長野県医師会連合会医療連携委託事業に関するお知らせ」（A212-917）の宛名にも記載があります。
(例 12512904)

相談受付日 令和 年 月 日

指導対象患者 該当するものをご選択ください。（複数選択可）。
☐ 1. 作用薬品 ☐ 2. 同一成分 ☐ 3. 同剤種 ()

☐ 4. その他 ()

指導内容 該当するものをご選択をお願いします。

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 ☐ 5. 処方内容を変更と判断し終了 ☐ 6. 医師に、情報提供した

☐ 3. 相互作用、S21217に注意事項等指導

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。

ご協力ありがとうございました。

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連携委託会 TEL 026-226-5320

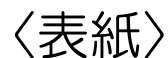
③服薬指導結果報告書（A4両面）



重要!

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。

〈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〉



0-512-909 受付時間 10:00~17:00 土日、祝日、年末年始は休みです。

を希望されない方は下記までご連絡ください。
表医療広域連合 保健事業室 TEL 026-229-5320

〈裏表紙〉

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やめ
いただくようお願いします。**

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	長期給
A	〇〇総合クリニック	〇〇薬局		10
B	××内科クリニック	△△薬局		14
C	△△医院	××薬局		3
D	□□整形外科	<院内処方>		1
E	□□整形外科	<院内投与>		2

★：かかりつけ薬剤師

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

[illegible]

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もあるお薬の飲み合わせで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。

[illegible]

- このお知らせは、XXXX年X月時点の情報を基に作成しております。
- あなにはおぼたれた通りと異なるものがあることに配慮して記載しています。医療機関・薬局の建物の請求データから集計しているため、実際に見えたとしたとおもった場合もあります。
- お薬の多い少ないに関わらず、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。
- グループにより（※）に記載されていないのは、グループごとに明示されている医療機関・薬局で処方されたお薬です。
- 転居したときには、転居前と後の医療機関・薬局が記載されることがあります。
- 長期療養は、内服を合計 XX 日以上飲んでいる場合に該当すると見做ります。

該当となった被保険者への送付内容②

〈通知を受け取られた被保険者様へ〉

「服薬情報のお知らせ」について

長野県後期高齢者医療広域連合

通知を受け取られた被保険者様へ

この通知書は、多くの薬を服用（使用）されている方へお送りしています。それぞれの医療機関等では、処方箋について適切な管理がなされていますが、複数の医療機関で処方された全ての薬をチェックした場合、同じ成分の薬が処方されていたり、薬同士の飲み合わせが好ましくないケースがあります。

それらを防ぐために、お薬手帳を一冊にまとめ、かかりつけの医師・薬剤師に全ての薬剤を知ってもらった上で、適切に処方してもらうことが大切です。

同封している通知書とこちらの案内文書を持って、一度、かかりつけの薬剤師・薬局にご相談ください。

薬局に持って行くもの

- 1 封筒の中身全部（お薬情報が書かれている通知書・この案内文書・服薬指導結果報告書）
- 2 お薬手帳

【本通知書に関するお問合せ】通話料無料 0120-836-083（10:00～17:00 土・日・祝日・年末年始を除く）

「服薬情報のお知らせ」の見方

1 同じ効能の医薬品が多い順 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	向	GE	グループ
	解熱鎮痛消炎剤	X月 X日	ノイロトロン錠 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	3錠	14	○		D
	解熱鎮痛消炎剤	X月 X日	カロナール錠 300	3錠	7	○		B
	眼科用剤	X月 X日	トブレックス点眼液 0.1%	3冊	1	○		C
	眼科用剤	X月 X日	タブコム配合点眼液	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。

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。

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」と記載されます。
また、医療機関で処方されたお薬がある場合は、薬局欄に「院内投与」と記載されます。

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

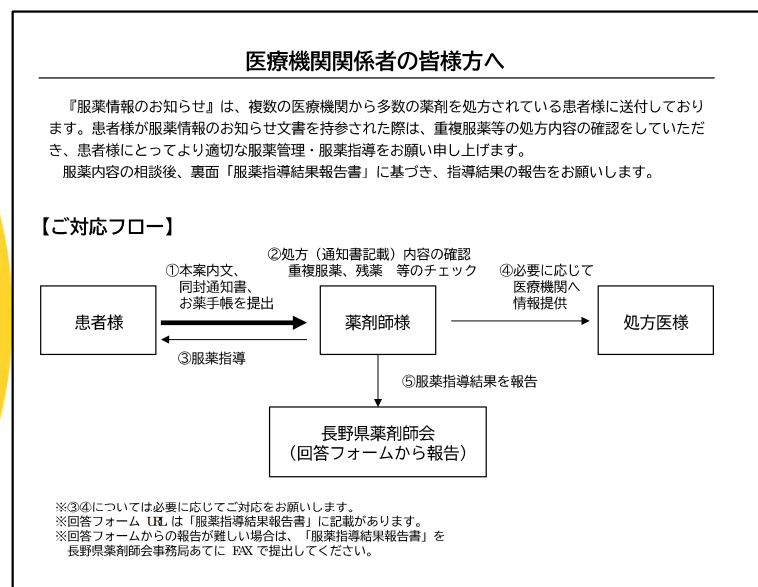
グループ	医療機関名	保険薬局名	薬剤種類	長期服薬
A	〇〇総合クリニック	〇〇薬局	14	10
B	××内科クリニック	△△薬局	10	7
C	△△医院	××薬局	3	0
D	□□整形外科	<院内処方>	1	1
E	□□整形外科	<院内投与>		

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。

受診された医療機関別の合計が記載されます。

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〉



〈表面〉

**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」及びお薬手帳をご確認いただき、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患者ごとに指導結果の報告をお願いします。

回答フォーム：<https://forms.gle/ivJfT8WZY6vZM86>
※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8年12月10日（木）まで



■所属地域薬剤師会（または薬局所在市町村名）
※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」（A3～7折り）の宛名にも記載があります。
（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. その他（ ）

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、Sdrエ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

〈裏面〉

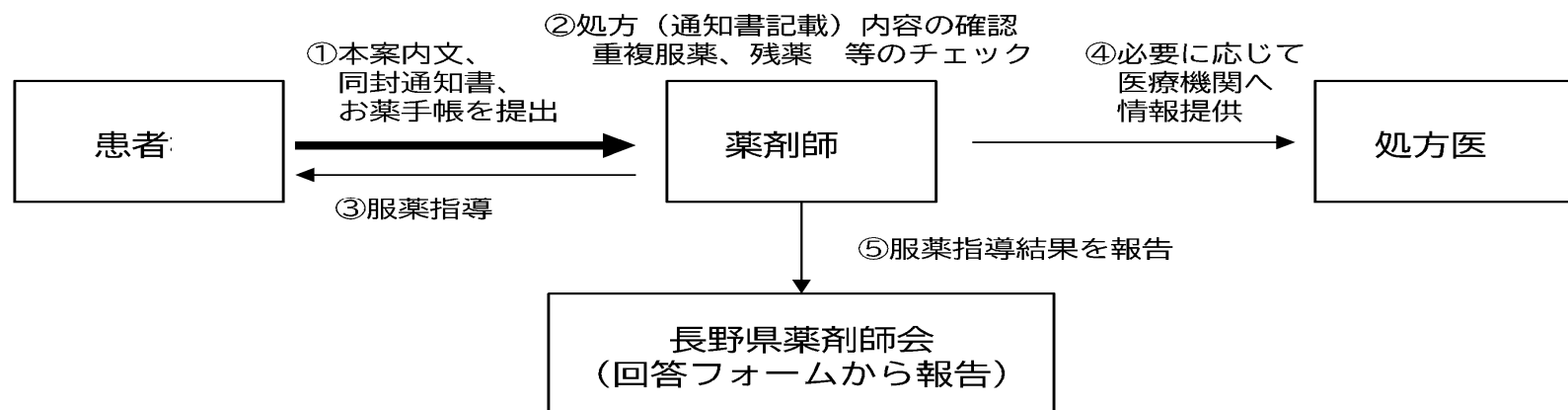
ここからが
薬局の対応です!

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。

※実施フロー④

【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 % 15 mL	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。

見本

「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	ピーエー配合錠	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もあるお薬の飲み合わせ

[illegible]

「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」及びお薬手帳をご確認いただき、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患者ごとに指導結果の報告をお願いします。

回答フォーム： <https://forms.gle/iyJfT8WPEY6vZM86>

※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8年12月10日（木）まで



■所属地域薬剤師会（または薬局所在市町村名）

※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」（A2二つ折り）の宛名にも記載があります。
（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. その他（ ）

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/E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。

ご協力ありがとうございました。

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

■所属地域薬剤師会（または薬局所在市町村名）

※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」（A2二つ折り）の宛名にも記載があります。

（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. その他（ ）

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/E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）

〒123-4567 患者通し番号：00001#
△△市□□1-2-3

サンプル 花子 様
0000000001

長野県後期高齢者医療広域連合
保健事業室
〒380-0935 長野県長野市大字中御所79-5
NOSAI長野会館2階

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

お薬の飲み合わせを正しく確認するために
この「お知らせ」を持ってかかりつけ薬剤師・
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やめいただくよう
お願いします。

カプセル	?	個
錠剤	?	錠
粉薬	?	包

あなたのお薬の情報は中面をご覧ください。

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8年12月10日（木）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）

ご協力よろしくお願いします。

