

宮病薬 第 7-18 号

令和 7 年 9 月 12 日

薬剤部長・薬局長 殿
会 員 各 位

宮崎県病院薬剤師会
会 長 池田 龍二
(公印 省略)

適正服薬支援のための薬剤情報通知事業への協力について（お願い）

秋暑の候 ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、宮崎県国民健康保険課より、下記事業の協力依頼がありました。別添資料をご確認いただき、本事業へ協力いただきますようお願いいたします。

記

1 事業名

適正服薬支援のための薬剤情報通知事業

2 事業の概要

- (1) 令和 7 年 4 月～6 月診療分の医科及び調剤レセプトを分析し、服薬状況に課題がある方（以下「対象者」という。）を特定し、処方された医薬品情報等を記載した通知書及び説明書、並びにアンケートはがきを送付します。
 - (2) 発送は、令和 7 年 9 月末を予定しております。
 - (3) 対象者には、届いた通知書等を持参の上、医療機関や薬局へ服薬の相談をするよう促すこととしております（通知書にその旨を記載）。
 - (4) 今年度は、新たな取組として、相談内容についてのアンケートを実施いたします。対象者がアンケートはがきを持参された際には、アンケートへの御協力もお願いいたします。
- ※ 詳細は、別添資料を御参照ください。

以上

宮崎県病院薬剤師会 事務局担当：是枝 櫻子
〒889-1692 宮崎市清武町木原 5200 番地
TEL:0985-85-1512 FAX:0985-84-3361
E-mail: miyashp@med.miyazaki-u.ac.jp

服薬相談及びアンケートへの御協力について（依頼）

平素より、本県国民健康保険事業の推進に格別の御協力・御理解を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本県におきましては、今年度も「適正服薬支援のための薬剤情報通知事業」を実施することとし、県内市町村国保加入者のうち、重複・多剤服薬等の可能性がある対象者向けに「あなたのお薬に関する大切なお知らせ（以下、「通知書」という。）」を送付し、お手元に届いた「通知書」と「アンケートはがき」、「お薬手帳」を持参して、かかりつけの医師または薬剤師に、服薬内容について相談を促すこととしております。

つきましては、本通知書等を持参された対象者から相談があった場合は、服薬状況を御確認いただき、適正な服薬につながるよう御指導をお願いいたします。

また、対象者より、アンケートはがき（下記デザインイメージ参照）の提示があった場合は、お手数ですが必要事項を御記入の上、投函（または2次元コードからの御回答）に御協力をいただきますよう、併せてお願いいたします（料金受取人払郵便のため、切手不要／投函期限は令和7年12月31日です。）。

＜アンケートはがきのデザインイメージ＞

※実際のデザインと異なる場合があります。

【オモテ】

郵便はがき

料金受取人払郵便

〇〇局
承認
XXXX

差出有効期間
令和7年12月31日
まで有効(切手不要)

XXXX - XXXXX

(受取人)
東京都品川区北品川1丁目19番5号
コーストライン品川ビル5階
日本システム技術株式会社
ヘルスケアイノベーション事業部
宮崎県お薬の相談通知書係 行き

バーコード

※本事業は宮崎県からの委託を受けて日本システム技術株式会社が実施しております

【ウラ】

服薬相談結果回答書

医療機関・薬局の皆様へ
この度、宮崎県では適正服薬支援のための薬剤情報通知事業として、「あなたのお薬に関する大切なお知らせ」を9月末に国民健康保険の被保険者へ送付いたしました。
つきましては、このはがきを持参された国民健康保険の被保険者から相談があった場合は、服薬情報を確認いただき、相談結果について、指導・説明状況を把握するために以下のアンケート項目の該当項目にチェックしていただく等、回答へのご協力をお願いいたします。
尚、本はがきは医療機関又は薬局にて回収し、投函いただくようお願いいたします。

二次元コード
からご回答
いただくことも
可能です。

ご対応いただく医師・薬剤師が記入する欄です。
※被保険者からの相談後、医師・薬剤師が1週間以内に投函してください。(12月31日まで投函可能です。)

医療機関・薬局
記入欄

1. 他の医療機関から処方（または他の薬局で調剤）されたお薬の内容を把握していますか？

☐ 1. 患者からヒアリングした ☐ 2. 患者の通知書を確認した
☐ 3. お薬手帳を確認した ☐ 4. 把握していない

2. お薬内容について以下に該当するものはありましたか？

☐ 1. 多剤 ☐ 2. 禁忌病名 ☐ 3. 併用禁忌 ☐ 4. 同一成分
☐ 5. 同種同効 ☐ 6. 漫然投与 ☐ 7. 併用注意
☐ 8. 腎機能注意 ☐ 9. 該当なし
☐ 10. その他 ()

3. 相談の結果、処方変更しましたか？

☐ 1. 変更した ☐ 2. 変更していない

4. 変更していない場合、理由をご記入ください。
()

5. 相談に来られた患者について以下から最も近いものをお選びください

☐ 1. お薬を減らす意思がある ☐ 2. 飲み合わせが心配
☐ 3. 何も変えたくない ☐ 4. その他

6. 貴施設名をご記入ください（横判などでも結構でございます）

7. 薬剤情報通知の宛名印字部分に記載された通知番号
(ハイフン以降の数字4桁) をご記入ください
※通知番号が不明の場合は無記入でも問題ございません。

本お知らせの
記載内容に
関する
お問い合わせ

日本システム技術株式会社
0120-419-308

令和7年10月1日から
12月26日(10:00~17:00)
※土日・祝日を除く