

福岡医発第 572 号 (地)

令和 4 年 5 月 24 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 蓮 澤 浩 明

(公 印 省 略)

福岡県後期高齢者医療広域連合「訪問服薬指導事業」への協力について (依頼)

令和元年度より実施されている標記事業につきましては、令和 3 年 9 月 3 日付け福岡医発第 1650 号 (地) 等にて貴会会員への周知方及びご協力が得られますようご依頼申し上げていところではありますが、今般、本年度以降も継続的に実施するに当たり、改めて福岡県後期高齢者医療広域連合 (以下、広域連合) より協力依頼がありました。

本事業は、広域連合の独自事業として、福岡県薬剤師会に委託し実施されるものであり、事業概要は下記のとおりです。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただくとともに、貴会会員への周知方及びご協力が得られますようご高配方よろしくお願い申し上げます。

なお、併せまして、昨年度本事業に関する広域連合作成事業報告 (別紙) をご参考までにお送りいたします。

## 記

### 《福岡県後期高齢者医療広域連合「訪問服薬指導」の概要》

#### 1. 目的

後期高齢者の健康保持・重症化予防として、服薬アドヒアランスの向上、残薬・重複投薬削減及びお薬手帳 (一人一冊) の普及。

#### 2. 実施対象者

後期高齢者で、残薬等の把握や適正な服薬指導が必要であると薬剤師が判断した者

(例) ・いつもお薬手帳を忘れてくる人 (重複・薬物相互作用のリスクが高い人) 等

#### 3. 実施内容

- ・後期高齢者が薬局に来局した際に、薬剤師が自宅での服薬指導が必要と判断し、患者の同意と処方医の了解が得られた場合、訪問服薬指導を実施。
- ・指導内容は本事業目的に直性関連する事項のみとし、お薬手帳ホルダーの配布 (説明含む) も実施。指導内容については、処方医及び地方薬剤師会に書面で報告する。

- ・県内 270 人（実数）程度を訪問する。
  - ・一人に対し原則 2 回訪問する。（延べ 540 人）（1 回目と 2 回目の訪問間隔は、1 回目の訪問内容について、対象者の行動変容が確認できる期間。）
- ※昨年度に引き続き、新型コロナウイルス感染症の発生状況等も鑑み、2 回目の訪問については、薬局での対面による指導も可能。

#### 4. 実施手順

- ①薬剤師が対象者に案内チラシ（様式 1）を用いて事業を説明し、参加同意書（様式 2）にて同意を得る。
- ②薬剤師が参加同意書（様式 2）に対象者訪問の必要性を記載し、処方医へ訪問服薬指導用連絡票（FAX 連絡票）（様式 3）、事業協力依頼文書（別紙）、口座振込申請書及び事業リーフレットを郵送する。
- ③処方医は、訪問服薬指導用連絡票（FAX 連絡票）（様式 3）に訪問了解の有無を記載し、FAX で返信及び口座振込申請書を郵送で提出する。
- ④訪問指導実施（2 回）  
※処方医が訪問指導を了承しない場合は実施されません。
- ⑤薬剤師が処方医及び地区薬剤師会に報告書（様式 4）を郵送する。（処方医は、報告書（様式 4）を受領及び保管）
- ⑥県薬剤師会が処方医へ協力金（謝金）を支払う。

#### 5. 訪問開始時期

- ・令和 4 年 6 月頃（予定）

#### 6. 訪問対象地域

- ・福岡県内全域（県全域の各地区薬剤師会において、手あげ方式で薬局を登録し実施。）

#### 7. 本事業は広域連合の事業として行われるため、保険診療での請求はできません。

#### 8. 本事業に関する問い合わせ先（問題が発生した場合も含む）

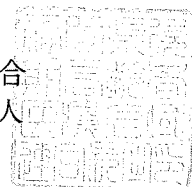
- ・福岡県後期高齢者医療広域連合 健康企画課 健康企画係：満江、藤木  
TEL 092-707-3029

以上

4福高医健第14号  
令和4年5月10日

公益社団法人福岡県医師会  
会長 蓮澤 浩明 様

福岡県後期高齢者医療広域連合  
広域連合長 二場 公人



令和4年度福岡県後期高齢者医療広域連合における保健事業の実施について（依頼）

平素より当広域連合の事業に御理解と御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、当広域連合では、後期高齢者の健康保持及び重症化防止の取組の一環として、下記の事業を実施しているところです。

当事業を本年度も継続的に実施するにあたり、引き続き貴会の御協力を賜りたいと存じますので、下記について御依頼申し上げます。

#### 記

#### 1 事業名

訪問服薬指導事業

#### 2 依頼事項

- ・貴会員への「訪問服薬指導事業」（別添概要のとおり）の周知
- ・薬剤師から訪問について依頼があった際の協力

##### ①訪問についての了解

1) 薬剤師が郵送する同意書（様式2）に係る訪問服薬指導用連絡票（FAX 連絡票）（様式3）への署名

2) 訪問服薬指導用連絡票（FAX 連絡票）（様式3）のFAX 送信

##### ②「口座振込申請書」の郵送

（※令和3年度より県薬剤師会から協力金（謝金）が支払われます（別紙参照））

##### ③報告書（様式4）の受領及び保管

#### 3 その他

- ・当事業は、医療保険・介護保険に係る事業ではなく、当広域連合が独自に実施するものです。

問合せ先)

福岡県後期高齢者医療広域連合

健康企画課 健康企画係 満江、藤木

TEL 092-707-3029 FAX 092-651-3120

E-mail : tekisei@fukuoka-kouki.jp



## 令和4年度 訪問服薬指導事業の概要

## 1 目 的

下記について推進し、後期高齢者の健康保持・重症化防止を図る。

- 服薬アドヒアランスの向上
- 残薬・重複投薬削減
- お薬手帳（一人一冊）の普及

## 2 事業概要

## (1)実施主体

○後期高齢者医療広域連合が県薬剤師会に委託して実施する。

## (2)実施時期

○県医師会の協力が決定したのち、6月頃に開始予定とする。

## (3)実施対象者

- 後期高齢者で、残薬等の把握や適正な服薬指導が必要であると薬剤師が判断した者  
例）・いつもお薬手帳を忘れてくる人（重複・薬物相互作用のリスクが高い人）
  - ・薬局窓口だけでの対応では理解度に不安がある人（服薬過誤の恐れがある人）
  - ・窓口での聞き取りにより、薬の管理、飲み忘れ、残薬等の問題がある人 等

## (4)実施内容

- 後期高齢者が薬局に来局した際に、薬剤師が自宅での服薬指導が必要と判断し、患者の同意と処方医の了解が得られた場合、訪問服薬指導を実施する。
  - 指導内容は目的に直接関連する事項のみとし、お薬手帳ホルダーの配布（説明を含む。）も実施する。指導内容については、処方医及び地区薬剤師会に書面で報告する。
  - 県内270人（実数）程度を訪問する。
  - 一人に対し原則2回訪問する。（延べ540人）（1回目と2回目の訪問間隔は、1回目の指導内容について、対象者の行動変容が確認できる期間とする）
- ※昨年度に引き続き、新型コロナウイルス感染症の発生状況等も鑑み、2回目の訪問については、薬局での対面による指導も可能とする。

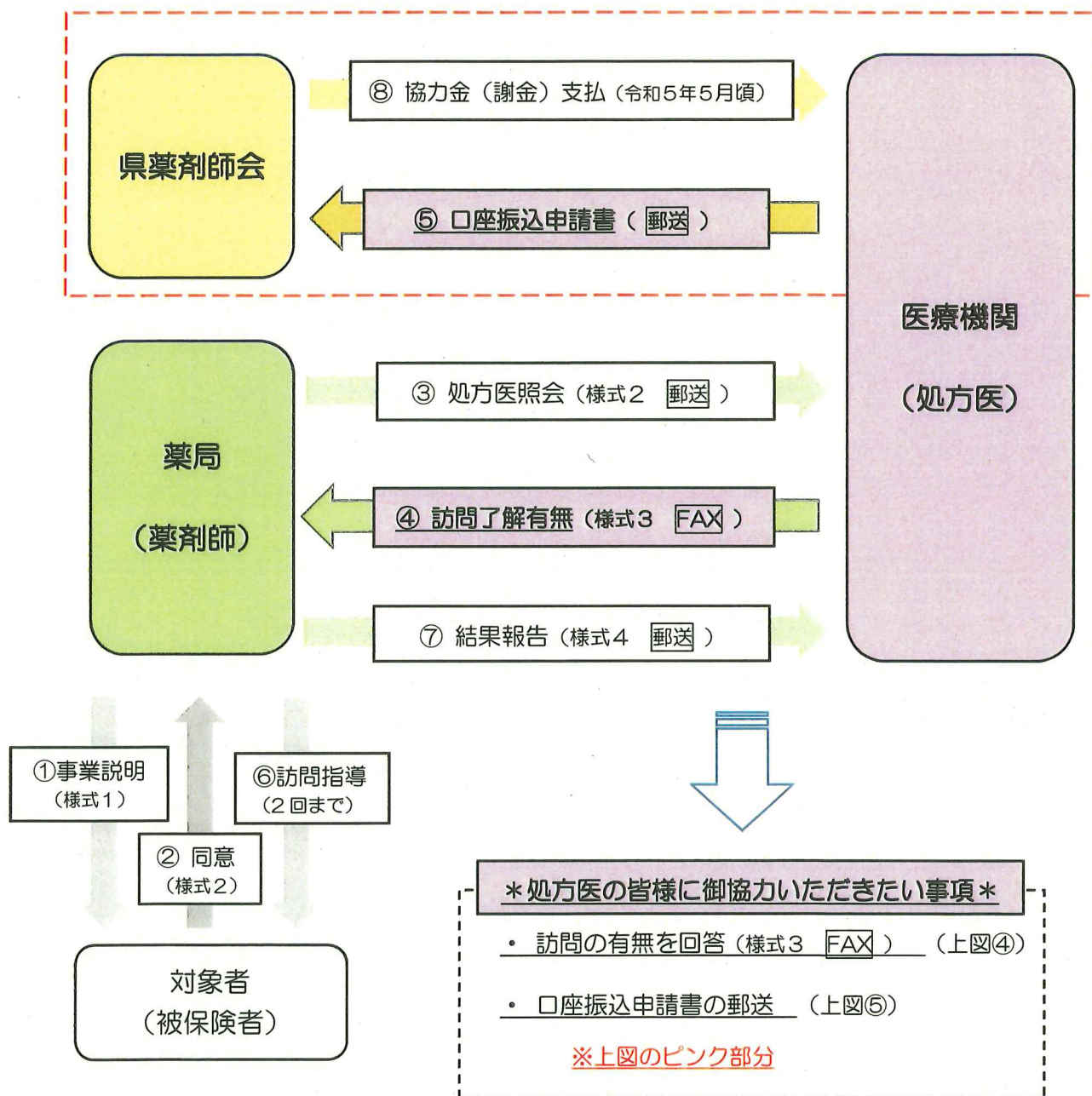
## 3 実施手順

- ① 薬剤師が対象者に様式1を用いて事業を説明し、様式2により同意を得る。
  - ② 薬剤師が様式2に「訪問の必要性」を記載し、処方医へ郵送する。
  - ③ 処方医は、様式2の内容について、訪問了解の有無を訪問服薬指導用連絡票（FAX連絡票）（様式3）に記載し、薬剤師へFAX送信する。
- ※文書による相談を基本とするが、処方医の求めがあった場合は訪問や電話等による説明を行う。
- ④ 処方医は、県薬剤師会に「口座振込申請書」を郵送で提出する。（別紙）【※令和3年度から】
  - ⑤ 家庭訪問（2回）
  - ⑥ 薬剤師が処方医及び地区薬剤師会に報告書（様式4）を郵送で提出する。
  - ⑦ 県薬剤師会が、協力金（謝金）を支払う（対象者1件当たり2,000円）【※令和3年度から】

#### 4 関係様式

- 事業フロー図
- 様式1：患者説明用「案内チラシ」
- 様式2：「ご自宅への薬剤師訪問」参加同意書
- 様式3：訪問服薬指導用連絡票（FAX 連絡票）
- 様式4：処方医及び広域連合報告用「訪問服薬指導報告書」
- 事業協力依頼及び協力金（謝金）案内（医療機関（処方医）宛）（別紙）
- 口座振込申請書
- 事業リーフレット

令和4年度 訪問服薬指導事業フロー図  
(委託：広域連合→県薬剤師会)



## 「ご自宅への薬剤師訪問」について

お薬のことで困っていませんか？

- ・ 薬の管理が難しい（いっぱい余ってる）
- ・ 何に効く薬なのかよくわからない
- ・ いつも飲み忘れてしまう…
- ・ たくさん飲んでから副作用が心配
- ・ 飲みづらい（お薬の形・決められた時間に飲めない など）



薬剤師がご自宅を訪問し、アドバイスいたします。

**料金負担はありません**ので、是非ご活用ください。

### ●訪問の流れについて

- ① 患者さまのご了承をいただきます。
  - ・ 別紙同意書（様式2）にご記入願います。
- ↓
- ② 薬剤師が処方医に、文書（様式3）で訪問の了解を得ます。
- ↓
- ③ 薬剤師が患者さまのご自宅を訪問します。（1回目）
  - ・ 服薬や残薬の状況を確認し、服薬に関してアドバイスいたします。
- ↓
- ④ 2回目訪問
  - ・ 必要に応じて2回目の訪問を実施し、アドバイスいたします。
- ↓
- ⑤ 処方医に薬剤師からのアドバイス内容を報告（様式4）します。

### ●お問い合わせ先

薬局名 :  
連絡先 :  
担当者 :

※「ご自宅への薬剤師訪問」は、福岡県後期高齢者医療広域連合が福岡県薬剤師会に委託して実施するものです。

# 「ご自宅への薬剤師訪問事業」参加同意書

## 【 薬剤師記入欄 】

ケース No.

|                  |                                                           |  |          |       |
|------------------|-----------------------------------------------------------|--|----------|-------|
| ふりがな             |                                                           |  | 生 年 月 日  |       |
| 患者氏名             |                                                           |  | 昭和<br>大正 | 年 月 日 |
| 被保険者番号           |                                                           |  | 性 別      | 男 ・ 女 |
| 住 所              | 〒 —                                                       |  |          |       |
| 電 話 番 号          | ※連絡が取りやすい番号から先にご記入ください。<br>携帯・自宅・その他 ( )<br>携帯・自宅・その他 ( ) |  |          |       |
| 処 方 医            | 医療機関名<br>処方医氏名                                            |  |          |       |
| 訪 問 す る<br>薬 剤 師 | 薬局名<br>薬剤師氏名                                              |  |          |       |
| 訪問の必要性           |                                                           |  |          |       |

## 【 本人記入欄 】

私は、「ご自宅への薬剤師訪問事業」に参加いたします。なお、薬剤師訪問に関わる私の個人情報については、福岡県薬剤師会、福岡県後期高齢者医療広域連合及び関係医療機関において管理され、必要に応じて保健指導に活用されることに同意いたします。

福岡県後期高齢者医療広域連合長 殿

令和 年 月 日

患者署名：

|            |                       |                           |
|------------|-----------------------|---------------------------|
| FAX<br>連絡票 | FAX 番号                |                           |
|            | 送付先<br>(送信日)<br>R . . | 薬局名 :<br>薬剤師名 :<br>電話番号 : |

ケース No.

### 訪問服薬指導用連絡票

○処方いただいた医療機関の先生は、様式 2 をご確認ください、本用紙の処方医記入欄に、薬剤師訪問の了解の有無とご署名をお願いします。

(ご不明な点などありましたら、薬剤師へご連絡をお願いします。)

○了解いただけない場合は、その理由についてもご記載をお願いします。

○ご記入後は、本用紙のみ薬剤師へ FAX 送信願います。

#### 【処方医記入欄】

|           |                                                |
|-----------|------------------------------------------------|
| 処方医<br>意見 | 患者宅（様式 2 記載分）へ、薬剤師が訪問することについて                  |
|           | 令和 年 月 日<br>了解します ・ 了解しません<br>署名 :<br>(いずれかに○) |

#### 【了解されない理由】（該当する項目に○をお願いします）

- 1) 患者の状況から不要と判断したため
- 2) 医師から指導するため
- 3) この制度の詳細不明のため
- 4) その他（理由をご記入ください）

#### 【その他意見欄】

※ご記入の際は、個人情報にご注意ください。

様式 4

様

TEL :

藥劑師署名：

各医療機関の長 殿  
処方医 殿

公益社団法人 福岡県薬剤師会  
会長 原口 亨

令和4年度訪問服薬指導事業への協力依頼及び協力金（謝金）の支払いについて

平素より本会会務に格別の御高配を賜り厚くお礼申し上げます。

本会では、福岡県後期高齢者医療広域連合より委託を受け、令和元年度より「訪問服薬指導事業」（別添リーフレット参照）に取り組んでいるところですが、この度、本事業への参加希望者がありましたので、処方医の先生におかれましては、御協力いただきますよう御依頼申し上げます。

また、令和3年度より、薬剤師訪問の了解の有無に関する照会に対し、別添の「訪問服薬指導用連絡票（様式3）」（以下「連絡票」）により御回答いただき、了解の有無に関わらず「口座振込申請書」を御提出いただいた場合は、協力金（謝金）をお支払いさせていただくことといたしました。

なお、訪問の結果につきましては、後日「訪問服薬指導報告書（様式4）」にて御報告いたしますので、今後の診療にお役立てください。

#### 記

##### 訪問服薬指導用連絡票 （様式3）

薬剤師訪問についての了解の有無を記載いただき、FAX送信をお願いします。

同封の同意書、FAX送信後の連絡票は、個人情報に御注意の上、破棄をお願いします。

##### 口座振込申請書

必要事項を御記入の上令和5年2月28日までに御返送ください。

令和4年度の協力金（謝金）につきましては、1件当たり2,000円です。当該年度分を全て合算し、令和5年5月頃の振込となる予定です。

※複数の患者さんについて御協力頂いた場合であっても、「口座振込申請書」は、当該年度に1回のみの提出で差し支えありません。

（問合せ先）

公益社団法人 福岡県薬剤師会  
事務局 （担当：角田・正）

〒812-0018

福岡市博多区住吉2丁目20-15

電話）092-271-3791

## 口座振込申請書

申請日 令和 年 月 日

福岡県薬剤師会長 殿

令和〇年度訪問服薬指導事業に係る協力金(謝金)について申請します。  
支払いについては、下記振込先をお願いします。

|                |                 |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|----------------|-----------------|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| フリガナ           |                 |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 債権者名<br>(請求者名) |                 |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 印 |  |
| 郵便番号           |                 |  |  | — |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 電話番号           |                 |  |  | — |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 住所             |                 |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 金融機関名          |                 |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 支店名            |                 |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 口座種別           | 1. 普通座<br>2. 当座 |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 口座番号           |                 |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| フリガナ<br>口座名義人  |                 |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |

←右詰で記入

※本申請書は、福岡県薬剤師会宛に郵送してください。

[送付先] 〒812-0018 福岡市博多区住吉2丁目20-15 (公益社団法人 福岡県薬剤師会 事務局 宛)

※振込先は、医療機関又は、処方医個人を問いません。  
(個人でお受け取りになる場合は雑所得となります。)

# 処方医の先生方へ

## 薬剤師による訪問服薬指導実施のご案内

処方医の了解の下、薬剤師が患者宅にて

「訪問服薬指導」を行います。

- ・ 期待する治療効果を十分に得るために、服用状況などに問題があるような患者を対象に、「訪問服薬指導」を行うことで、患者の健康保持・重症化防止を図りたいと考えております。
- ・ 患者一人につき2回の訪問となります。
- ・ 患者には、**費用負担は発生いたしません。**

### ●服薬アドヒアランスの向上

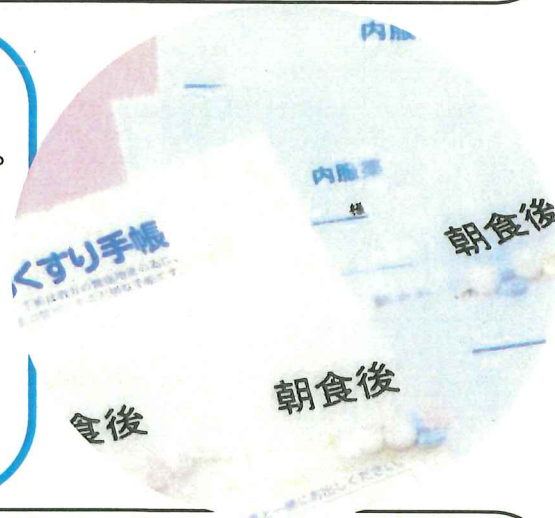
生活環境に合った服薬管理方法を提案し、改善を図ります。

### ●残薬・重複投薬の解消

今まで把握できなかった残薬や併用薬を確認し、医師へフィードバックすることで、解消へ繋がります。

### ●お薬手帳の普及(一人1冊)

対象者にお薬手帳カバーを配布し、お薬手帳を整理することで併用薬が把握しやすい環境を整えます。



### 実施手順

1. 薬剤師が、薬局での服薬指導時に、対象と成り得る患者に事業内容を説明し、同意を得ます。
2. 薬剤師が、対象者訪問の必要性を処方医へ郵送にて報告致します。
3. **処方医は、訪問の了解についてFAXにて薬剤師に送信していただきます。**
4. 薬剤師が、患者を訪問し状況を確認の上、適宜指導を行います(2回)。
5. 薬剤師が、処方医へ訪問の実施報告を行います。



薬剤師から得られた  
情報を、診療にお役  
立てください。

※本事業は福岡県後期  
高齢者医療広域連  
合の委託事業です。

問い合わせ先

福岡県後期高齢者医療広域連合  
健康企画課健康企画係  
電話番号092651-3111

公益社団法人福岡県薬剤師会

<https://www.fpa.or.jp/>

## 令和3年度 訪問服薬指導事業について &lt;集計&gt;

集計方法：福岡県薬剤師会から提出された様式2（参加同意書）、様式3（訪問服薬指導報告書）より、福岡県後期高齢者医療広域連合がまとめたもの。

## 目的

服薬に関する問題を持つ後期高齢者に対し、以下の目的で薬剤師による家庭訪問指導を行い、高齢者の健康保持・重症化防止を図る。

- 服薬アドヒアランスの向上
- 残薬・重複投薬削減
- お薬手帳（一人一冊）の普及

## 1 実施状況

## 1) 訪問実施数（人）

| 地区薬剤師会 | R3（R3.9月～R4.2月） |             | R2（R2.9月～R3.2月） |             |
|--------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
|        | 訪問患者<br>実人員     | 訪問患者<br>延人員 | 訪問患者<br>実人員     | 訪問患者<br>延人員 |
| 福岡市    | 8               | 15          | 17              | 30          |
| 宗像     | 0               | 0           | 2               | 4           |
| 筑紫     | 7               | 14          | 5               | 10          |
| 糸島     | 2               | 3           | 0               | 0           |
| 朝倉     | 1               | 2           | 3               | 6           |
| 久留米三井  | 2               | 4           | 8               | 16          |
| 八女筑後   | 3               | 6           | 7               | 14          |
| 浮羽     | 1               | 2           | 2               | 4           |
| 大牟田    | 2               | 4           | 1               | 2           |
| 遠賀中間   | 0               | 0           | 1               | 2           |
| 若松     | 0               | 0           | 1               | 2           |
| 八幡     | 5               | 10          | 2               | 4           |
| 戸畑     | 1               | 2           | 0               | 0           |
| 小倉     | 4               | 8           | 3               | 6           |
| 門司     | 1               | 2           | 0               | 0           |
| 飯塚     | 3               | 6           | 7               | 14          |
| 田川     | 0               | 0           | 5               | 9           |
| 柳川山門   | 0               | 0           | 1               | 2           |
| 計      | 40              | 78          | 65              | 125         |

## 市町村別訪問実人員（人）

| 市町村     | R3 | R2 |
|---------|----|----|
| 1 福岡市   | 8  | 17 |
| 2 宗像市   | 0  | 2  |
| 3 糸島市   | 2  | 0  |
| 4 筑紫野市  | 1  | 1  |
| 5 大野城市  | 4  | 3  |
| 6 春日市   | 1  | 1  |
| 7 那珂川市  | 1  | 0  |
| 8 朝倉市   | 0  | 3  |
| 9 久留米市  | 3  | 8  |
| 10 筑後市  | 0  | 6  |
| 11 八女市  | 1  | 0  |
| 12 うきは市 | 0  | 2  |
| 13 柳川市  | 0  | 1  |
| 14 大牟田市 | 2  | 1  |
| 15 中間市  | 0  | 1  |
| 16 北九州市 | 11 | 5  |
| 17 直方市  | 0  | 1  |
| 18 飯塚市  | 3  | 5  |
| 19 嘉麻市  | 0  | 1  |
| 20 桂川町  | 0  | 1  |
| 21 田川市  | 0  | 2  |
| 22 川崎町  | 0  | 2  |
| 23 添田町  | 0  | 1  |
| 24 広川町  | 2  | 1  |
| 25 筑前町  | 1  | 0  |
| 計       | 40 | 65 |

## 2) 協力医療機関の状況

(箇所)

| 区分  | R3 | R2 |
|-----|----|----|
| 診療所 | 22 | 33 |
| 病院  | 1  | 9  |
| 計   | 23 | 42 |

## 3) 1回目と2回目の訪問の間隔

(件)

|       | R3 | R2 |
|-------|----|----|
| 1か月以内 | 32 | 47 |
| 2か月以内 | 6  | 7  |
| 3か月以内 | 0  | 3  |
| 4か月以内 | 0  | 3  |

## 2 目標達成状況

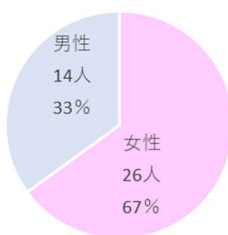
|                     | R3年度目標値 | 実施結果    |        |        |
|---------------------|---------|---------|--------|--------|
|                     |         | R3年度    | R2年度   | R元年度   |
| 1 訪問回数              | 125件    | 78 件    | 125 件  | 150 件  |
| 2 訪問前後の改善状況         |         |         |        |        |
| (1) アドヒアランスの向上 改善割合 | 84 %以上  | 82.5 %  | 83.1 % | 79.7 % |
| (2) 残薬の改善 改善割合      | 95 %以上  | 90.9 %  | 94.5 % | 93.5 % |
| (3) 重複服薬の改善 改善割合    | 88 %以上  | 71.4 %  | 87.5 % | 92.8 % |
| (4) お薬手帳の改善 改善割合    | 85 %以上  | 100.0 % | 84.6 % | 71.4 % |

### 3 訪問患者の状況

#### 1) 基本情報

##### ①性別

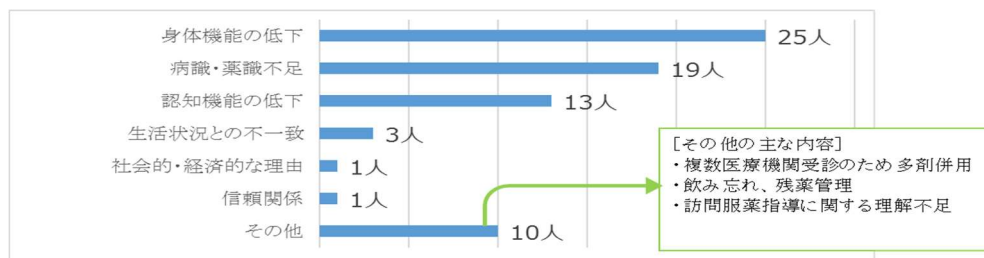
| 性別 | R3年度 |          | R2年度 |          |
|----|------|----------|------|----------|
|    | 人数   | (%)      | 人数   | (%)      |
| 女  | 26   | ( 65% )  | 40   | ( 62% )  |
| 男  | 14   | ( 35% )  | 25   | ( 39% )  |
| 計  | 40   | ( 100% ) | 65   | ( 100% ) |



##### ②年齢構成 (人)

| 年齢層        | R3 | R2 |
|------------|----|----|
| 75歳未満      | 2  | 4  |
| 75歳以上79歳以下 | 4  | 16 |
| 80歳以上84歳以下 | 8  | 16 |
| 85歳以上89歳以下 | 16 | 20 |
| 90歳以上      | 10 | 9  |
| 計          | 40 | 65 |

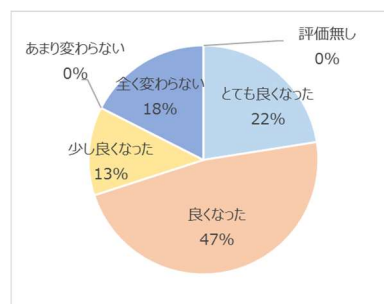
#### 2) 薬剤管理に関する問題点 (複数回答)



### 4 訪問による変化 (40人)

#### (1) アドヒアランス (人)

|          |    |
|----------|----|
| とても良くなった | 9  |
| 良くなった    | 19 |
| 少し良くなった  | 5  |
| あまり変わらない | 0  |
| 全く変わらない  | 7  |
| 評価無し     | 0  |

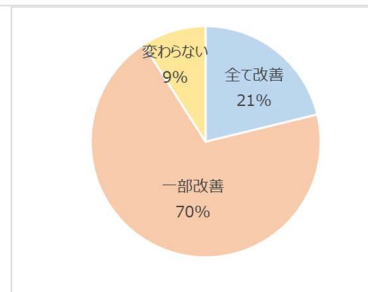


#### (2) 残薬

①支援の必要があった患者数 33人/40人 (82.5%)

##### ②残薬の改善状況 (人)

|       |    |
|-------|----|
| 全て改善  | 7  |
| 一部改善  | 23 |
| 変わらない | 3  |



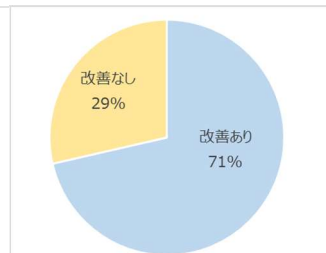
#### (3) 重複・併用禁忌等の改善

①支援の必要があった患者数 7人/40人 (17.5%)

##### ②重複・使用禁忌等の改善状況

|      |   |         |
|------|---|---------|
| 改善あり | 5 | ( 71% ) |
| 改善なし | 2 | ( 29% ) |

(人)



#### (4) お薬手帳の改善

①支援の必要があった患者数 4人/40人 (10.0%)

##### ②支援の効果 → 1冊になった等

|      |   |          |
|------|---|----------|
| 効果あり | 4 | ( 100% ) |
| 効果なし | 0 | ( 0% )   |

(人)

### 5 医療機関から県薬剤師会への協力金申請数

|      |            |
|------|------------|
| 医師数  | 16         |
| ケース数 | 28 ( 70% ) |