

様式1(静岡市)

平成 29 年度静岡県患者のための薬局ビジョン推進事業 (静岡県委託事業)

「薬剤師の体験在宅訪問」実施依頼書

(在宅医療・介護関係者⇒薬局)

連絡日 平成 年 月 日

薬局 御中

「シズケア\*かけはし」システムを利用  
(「シズケア\*かけはし」を利用した依頼の場合は  
レを入れてください。)

依頼者職種 医師・歯科医師・訪問看護師・ケアマネジャー・

その他( )

事業所名:

作成者:

TEL:

FAX:

下記の利用者に「薬剤師の体験在宅訪問」をお願いします。

【患者情報】

利用医療機関名		担当医師名	
患者氏名	男・女	生年月日	T・S・H 年 月 日( 歳)
住所			
電話番号		訪問前の連絡	要⇒(連絡先 ) 不要
1 薬剤師に訪問してほしい理由(複数可)	1. 飲み忘れてしまう 2. 飲みづらい・飲んでくれない 3. 飲みすぎてしまう 4. 嘔下困難への対応(胃瘻を含む) 5. 薬の管理ができていない 6. 残薬が多い 7. 副作用の不安 8. 薬についての知識不足 9. 多種類服薬への不安 10. 他科受診に伴う相互作用の不安 11. 薬剤のADLへの影響 12. 排便コントロール 13. 痛みの管理 14. その他(具体的に: )		
2 1についての具体的内容			
3 薬剤師に対する要望			

記入いただいた個人情報は、多職種連携による薬局の在宅医療サービスの推進事業(静岡県委託事業)の実施関係業務においてのみ使用いたします。

※当該薬局へ直接ご連絡いただくか、静岡市薬剤師会事務局(282-5997)へFAXをお願いいたします。

平成29年度静岡県患者のための薬局ビジョン推進事業（静岡県委託事業）  
「薬剤師の体験在宅訪問」に関する同意書  
（患者さま⇒薬局・薬剤師）

「薬剤師の体験在宅訪問」の実施にあたり、私の個人情報については、次に定める条件で、必要最低限の範囲で利用することに同意します。

1. 使用する目的

事業報告書作成のために行う静岡県薬剤師会への情報提供

2. 提供する情報

薬剤師が行った薬学的管理にかかる情報（世帯構成、訪問内容、性別、年代など）

3. 使用にあたっての条件

得られた情報は、個人が特定されないよう匿名化します。また、データを閲覧できる人は、この事案に関わるものみにします。この事業で知り得た個人情報は、法律の規定がある場合等の例外を除き、明示した目的以外には使用しません。

4. 事業終了後の個人情報の取り扱いについて

事業終了後、本同意書については、2年間モデル地域薬剤師会において保管した後、個人が特定される紙の資料等は破棄し、電子媒体については消去します。

平成 年 月 日

利 用 者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

利用者代理 住所 \_\_\_\_\_

（利用者が記入できない場合）

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

様式3

平成 29 年度静岡県患者のための薬局ビジョン推進事業（静岡県委託事業）  
「薬剤師の体験在宅訪問」に関する連絡票

連絡日：平成 年 月 日

【宛先】

医療機関名 \_\_\_\_\_

科名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 先生

【発信】

薬局名: \_\_\_\_\_

住 所: \_\_\_\_\_

電 話: \_\_\_\_\_ F A X: \_\_\_\_\_

薬剤師名: \_\_\_\_\_

日頃より大変お世話になっております。

「薬剤師の体験在宅訪問」事業により、下記患者さま宅を訪問させていただきたく、ご連絡申し上げます。

なお、訪問終了後は、実績報告書により、訪問内容についてご報告申し上げますので、よろしくお願い申し上げます。

患者氏名		男・女	生年月日	T・S・H 年 月 日( 歳)
住所				
在宅医療関係者 及び 患者さまから 薬剤師への要望				
訪問担当薬剤師氏名				

様式 4

平成 29 年度静岡県患者のための薬局ビジョン推進事業（静岡県委託事業）

「薬剤師の体験在宅訪問」実施報告書

（薬局・薬剤師⇒主治医・紹介者（在宅医療・介護関係者））

提出日：平成 年 月 日

主治医 \_\_\_\_\_ 先生

紹介者 \_\_\_\_\_ 様

(薬局記入欄)

患者 No. \_\_\_\_\_

【患者様情報】

患者氏名		男・女	生年月日	T・S・H 年 月 日 ( 歳)
住所			電話番号	

【薬剤師による服薬指導・患者生活状況確認内容等】

訪問日	訪問薬剤師氏名	
※確認した項目にチェック		
<input type="checkbox"/> 1. 服薬状況		
<input type="checkbox"/> 2. 嚥下機能の状況		
<input type="checkbox"/> 3. 管理・保管状況		
<input type="checkbox"/> 4. 残薬		
<input type="checkbox"/> 5. 副作用		
<input type="checkbox"/> 6. 薬効説明		
<input type="checkbox"/> 7. 理解度		
<input type="checkbox"/> 8. 他科受診		
<input type="checkbox"/> 9. 併用薬		
<input type="checkbox"/> 10. 健康食品・サプリメント		
<input type="checkbox"/> 11. 相互作用		
<input type="checkbox"/> 12. 食欲		
<input type="checkbox"/> 13. 食事量・回数		
<input type="checkbox"/> 14. 排泄		
<input type="checkbox"/> 15. 睡眠		
<input type="checkbox"/> 16. ふらつき、転倒		
<input type="checkbox"/> 17. 痛み		
<input type="checkbox"/> 18. その他 ( )		
※訪問時に実施した具体的内容		

薬局名：

TEL：

FAX：

薬局住所：

担当薬剤師名：

印

平成29年度静岡県患者のための薬局ビジョン推進事業（静岡県委託事業）  
 「薬剤師の体験在宅訪問」事業実施報告票  
 （薬局・薬剤師⇒地域薬剤師会⇒静岡県薬剤師会）

連絡日 平成 年 月 日

静岡市薬剤師会 御中

報告者

薬局名：

薬剤師名：

TEL：

FAX：

下記の患者さまへの「薬剤師の体験在宅訪問」事業の実施報告をします。

【患者・家族情報】

患者No.		性別	男・女	年代	20歳未満・30歳代・40歳代、50歳代・60歳代・70歳代・80歳以上
薬局からの訪問距離・移動時間	(訪問距離)	km		1回の訪問時間(平均)	約 分
	(移動時間)	分			
世帯構成	独居・高齢者のみ・複数世代・その他( )				
「体験在宅訪問」の依頼内容 (目的または解決すべき課題)	依頼者職種:医師・歯科医師・訪問看護師・ケアマネジャー・その他( )				

【訪問内容】

行った薬学的管理の具体的内容 (ポリファーマシー、処方変更など) ※服薬アドヒアランスについて、次のような事例があった場合、どのような過程、背景であったか等も含め具体的に記載してください。(書ききれない場合は、別様で記入してください。)	残薬 薬価 _____ 円 _____ 種類 薬効別 ( )
①一包化調剤などの関与、②服薬カレンダー等を利用した医薬品管理、③用法等に関する処方提案、④残薬の管理：(薬効別：ex 認知症の薬等)、⑤剤形変更 等々	
課題の達成	できた ・ ほぼできた ・ あまりできなかった ・ できなかった
今後の方針について	<input type="checkbox"/> 初回から保険で実施した <input type="checkbox"/> 体験のみで終了 <input type="checkbox"/> 保険で継続する <input type="checkbox"/> その他 ( )
シズケア*かけはしについて	<input type="checkbox"/> 利用した <input type="checkbox"/> 利用しない (利用した場合記入してください) <input type="checkbox"/> 在宅チームにおける情報共有 <input type="checkbox"/> 掲示板 <input type="checkbox"/> セキュアメール <input type="checkbox"/> 施設サービスの内容検索 <input type="checkbox"/> 患者(利用者)と施設サービスのマッチング <input type="checkbox"/> その他 ( )
	要望

平成 29 年度静岡県患者のための薬局ビジョン推進事業（静岡県委託事業）

「薬剤師の体験在宅訪問」実施評価票

(在宅医療・介護関係者⇒薬局・薬剤師⇒地域薬剤師会⇒静岡県薬剤師会)

連絡日 平成 年 月 日

静岡市薬剤師会 御中

(薬局記入欄)  
患者 No. \_\_\_\_\_

報告者職種 医師・歯科医師・訪問看護師・ケアマネジャー・  
その他 ( )  
事業所名 :  
担当者名 :  
TEL : FAX :

「薬剤師の体験在宅訪問」についての評価を報告します。

1. 総合評価 (該当項目に○を付してください)

薬剤師が訪問する以前	→	訪問を行った後
<b>(1)薬の服薬状況について</b>		
不良 やや不良 ほぼ良好 良好 その他 ( )		不良 やや不良 ほぼ良好 良好 その他 ( )
<b>(2)薬の管理状況について</b>		
不良 やや不良 ほぼ良好 良好 その他 ( )		不良 やや不良 ほぼ良好 良好 その他 ( )
<b>(3)残薬の状況について</b>		
不良 やや不良 ほぼ良好 良好 その他 ( )		不良 やや不良 ほぼ良好 良好 その他 ( )

2. 「薬剤師の体験在宅訪問」実施後の状況 (該当項目に○を付してください)

1. 薬袋などの整理・保管方法改善によって服薬状況が改善した。
2. 一包化によって服薬状況が改善した。
3. 薬整理箱・服薬カレンダーによって服薬状況が改善した。
4. 剤形変更により服薬状況が改善した。(口腔内崩壊錠等)
5. 調剤上の工夫(粉碎・簡易懸濁法等)により服薬状況が改善した。
6. 1日の服薬回数が減った。
7. 服薬の種類が減った。
8. 頻回受診・飲みすぎが減った。
9. 薬の保管や整理にかかる時間が減った。
10. 飲み残し・飲み忘れ(残薬)の整理ができた。
11. 副作用が回避できた。
12. 薬に対する理解が向上した。
13. 他科との重複投薬が回避できた。
14. 相互作用が回避できた。
15. ADLへの影響を回避できた。
16. QOLが向上した。
17. 排便コントロールが改善した。
18. 痛みの管理が改善した。
19. 多職種間の連携ができた。
20. 家族の負担が軽減された。
21. その他 ( )

3. 今回の事業で薬剤師との連携をどう感じましたか。(該当項目に○を付してください)

有用であった やや有用であった あまり有用でなかった 有用でなかった

⇒その理由をお聞かせください。

[ ]

4. シズケア\*かけはしについて  利用した  利用しない 利用した場合、下記について記入してください。

シズケア*かけはしの具体的な利用内容	<input type="checkbox"/> 在宅チームにおける情報共有 <input type="checkbox"/> 掲示板 <input type="checkbox"/> セキュアメール <input type="checkbox"/> 施設・サービス内容検索 <input type="checkbox"/> 患者・利用者と施設・サービスのマッチング <input type="checkbox"/> その他 ( )
--------------------	--

5. 今後の在宅医療・介護における連携についてご意見をお聞かせください。

[ ]

ご協力ありがとうございました。担当薬剤師・薬局にご提出をお願いします。