

【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

実施要項	1
実施スケジュール	2
事業の流れ	3
事業実施に向けた環境の整備	4
○他職種との連携による 薬剤師のおためし訪問事業	5
実施手順について【地域薬剤師会】	6
実施手順について【薬剤師・薬局】	7
「他職種との連携による薬剤師のおためし訪問事業」事業のイメージ	9
「他職種との連携によるおためし訪問事業」事業フロー図(簡易版)	10
「他職種との連携によるおためし訪問事業」事業フロー図	11
○残薬整理事業	27
「残薬整理事業」事業フロー図(簡易版)	28
「残薬整理事業」事業フロー図	29
○在宅医療未経験薬剤師等との 同行訪問事業	32
実施手順について【薬剤師・薬局】	33
「在宅医療未経験薬剤師等との同行訪問事業」事業のイメージ	34
「在宅医療未経験薬剤師等との同行訪問事業」事業フロー図	35
様 式 集	42
○ 多職種連携による薬局・薬剤師のおためし訪問事業	
【様式1】 『薬剤師のおためし訪問』に関する同意書	43
【様式2】 『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書	45
【様式3】 『薬剤師のおためし訪問』医師への事前連絡票	47
【様式4】 『薬剤師のおためし訪問』実施報告書	49
【様式5】 『薬剤師のおためし訪問』実施評価書	51
【様式6】 『薬剤師のおためし訪問』成果報告書	53
○ 残薬整理事業	
【様式7】 残薬整理報告書	55
○ 在宅医療未経験薬剤師との同行訪問事業	
【様式A】 『薬剤師の同行訪問事業』実施依頼書	57
【様式B】 『薬剤師の同行訪問事業』に関する同意書	59
【様式C】 『薬剤師の同行訪問事業』実施後のアンケート	61
【様式D】 『薬剤師の同行訪問事業』実施報告書	63

「多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業」 実施要項

1 事業の目的

今後、増加が見込まれる在宅患者に対して、薬剤師は残薬削減や重複投与防止、副作用の早期発見など、薬学的知見で貢献することができます。

しかしながら、在宅医療における薬剤師の業務が他職種及び患者家族や地域住民に十分に理解されていない状況にあります。

今後、在宅医療で安全・安心・適切な薬物療法の提供を推進するためには、他職種及び地域住民に在宅医療における薬剤師の業務やその有用性を理解してもらうことが必要であることから、本事業を通じて他職種及び地域住民の理解促進を図り、もって、薬剤師への在宅訪問依頼の件数増加を目指すものです。

2 事業の内容

(1) 他職種との連携による薬剤師のおためし訪問事業

- ① 訪問看護師やケアマネジャー等の他職種が、薬剤の管理や服用、併用薬に関して不安があると感じた場合、在宅患者を訪問する際に薬剤師が同行させてもらい、薬学的管理を行います。
- ② 薬剤師が訪問の必要があると考える患者について、他職種に同行させてもらい、薬学的管理を行います。

(2) 在宅医療未経験薬剤師等との同行訪問事業

- ① 在宅医療の経験のない（浅い）薬剤師が在宅訪問をする際に、経験豊富な薬剤師に同行してもらいます。
- ② 在宅医療の経験豊富な薬剤師が在宅訪問する際に、経験のない（浅い）薬剤師を同行させてもらいます。

(3) 残薬整理事業

薬局窓口及びおためし訪問において、自宅等に残薬がある方に対して残薬整理バッグを配布し、次回来局時又は訪問時に残薬を回収し、整理します。

3 事業実施者

福島県内の保険薬局

「居宅療養管理指導」及び「在宅患者訪問薬剤管理指導」の届け出の有無は問いません。

※ 事業終了後、在宅医療に移行される場合には、医療保険及び介護保険への届け出が必要になります。

4 事業実施期間

令和5年10月から令和6年3月まで

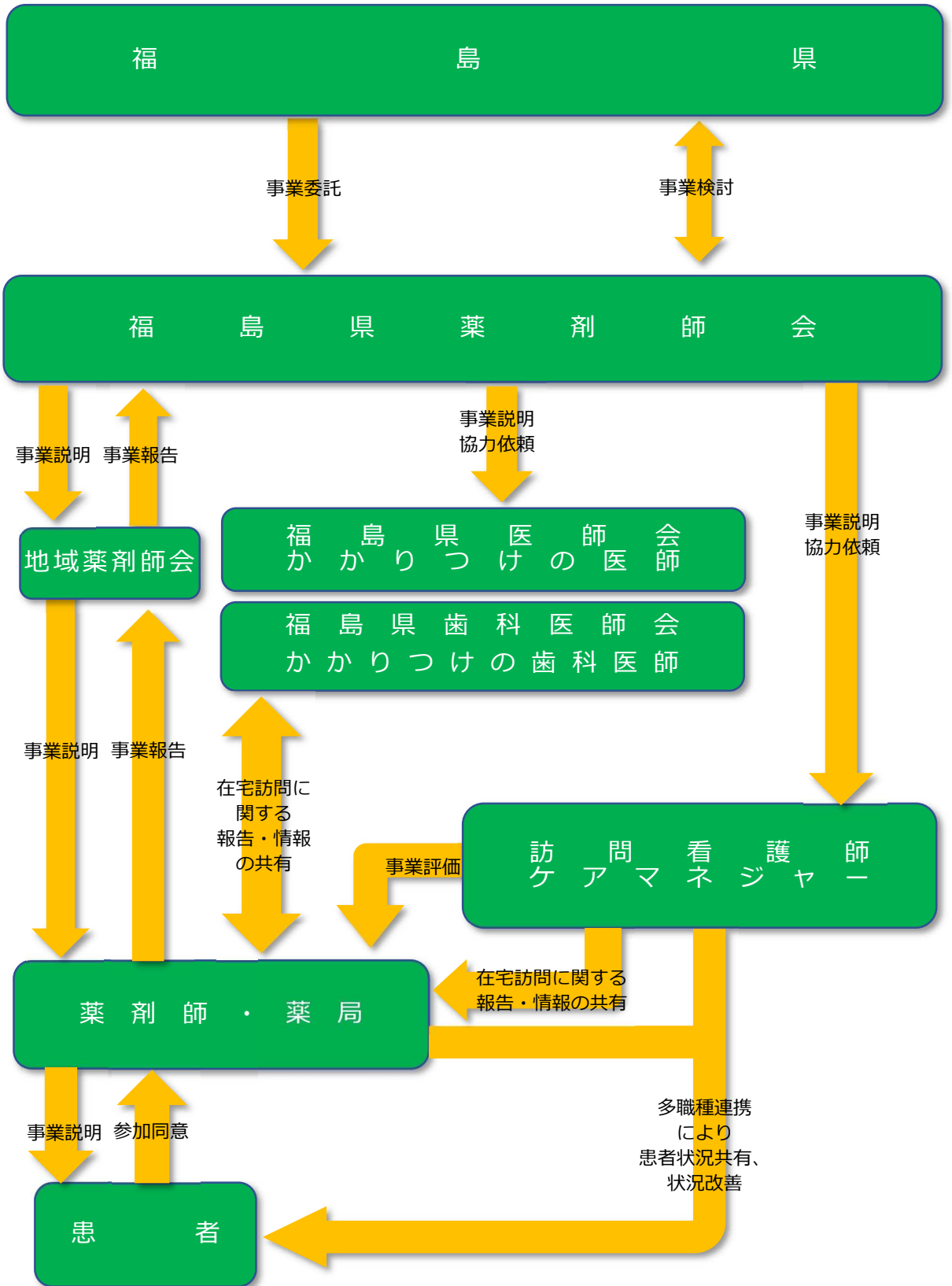
5 事業実施に関する費用の負担について

- (1) おためし訪問・同行訪問の実施薬剤師には1回あたり800円を支給します。
- (2) 実施前に他職種と打ち合わせを行った薬剤師には1回あたり800円を支給します。
- (3) おためし訪問後に電話等を用いてアフターフォローを行った薬剤師には1回あたり500円を支給します。
- (4) 同行訪問の指導薬剤師には1回あたり5,000円を支給します。
- (5) 残薬整理を実施した薬剤師には1件あたり500円を支給します。

「多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業」
実施スケジュール

実施事業（青枠は県薬剤師会、オレンジ枠は地域薬剤師会）	
10月	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; text-align: center;">福島県と業務委託契約を締結</div>
11月	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;">県医師会、歯科医師会、看護協会、介護支援専門員協会、訪問看護連絡協議会等への事業説明・協力依頼</div>
	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;">地域薬剤師会・会員への事業説明動画の掲載</div>
	<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; text-align: center;">会員及び他職種との連携のための相談窓口の設置</div>
	<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; text-align: center;">各地域の医師会等の関係団体への事業説明・協力依頼 (所属する薬剤師会会員への事業説明会の開催)</div>
	<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; text-align: center;">(関係団体が開催する研修会等を活用した事業説明・協力依頼)</div>
<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; text-align: center;"> 広報・PR ・ポスター・チラシ（一般向け・他職種向け）・県薬ホームページ </div>	
11月 ・ 12月 ・ 1月	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">【各薬局においておためし訪問の実施 (準備のできた支部・薬局から随時)</p> <p style="text-align: center;">薬剤師による在宅訪問 ↓ 訪問結果を他職種・かかりつけ医師等に報告 ↓ 多職種による情報共有 ↓ 患者状況の改善</p> <p style="text-align: center;">【訪問実施結果を地域薬剤師会に報告（2/16まで）】 他職種からの評価と合わせて報告</p> </div>
2月	上旬
	中旬
	下旬
3月	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; text-align: center;"> 【事業実施結果の評価・検討・まとめ】 次年度以降の課題の検討及び実施結果の情報発信 </div>

「薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業」の流れ



「多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業」
事業実施に向けた環境の整備

各地域
薬剤師会

- ・他職種（訪問看護師・ケアマネジャー等）と、薬剤師等との連携にあたっての、相談窓口（担当者・連絡先）を設置

- 地域の医師会等、関連する団体への事業説明及び協力依頼
- 地域の介護関係職種等への事業説明及び協力依頼
- 各関係団体の会員に向けた事業説明（各団体が開催する研修会等を活用して、事業説明を行う。）

報告

- 行政、県医師会、県歯科医師会、県看護協会、県介護支援専門員協会、県訪問看護連絡協議会等への事業説明及び協力依頼
 - ・会員等への事業周知依頼（説明会の開催、チラシの配布等）
- 各地域で開催される事業説明会への講師派遣等

- ・福島県薬剤師会ホームページ（一般サイト）に
 - ① 事業の概要
 - ② 各地域薬剤師会の相談窓口
 - ③ 使用する書類様式等を掲載

福島県
薬剤師会

他職種との連携による
薬剤師のおためし訪問事業

「他職種との連携による薬剤師のおためし訪問事業」 実施手順について【地域薬剤師会】

1 地域薬剤師会に相談窓口を設置

- ・ 当該事業を実施するにあたり、他職種や薬剤師会員から相談等を受け付ける窓口を設置してください。(福島県薬剤師会のホームページに各地域の相談窓口を掲載します。)

2 関係団体等への事業説明及び協力依頼(11月～)

- ・ 郡市医師会・歯科医師会等の関係団体等に対して事業説明及び協力依頼を行ってください。
- ・ 地域の介護関係職種等に事業説明及び協力依頼を行ってください。
 - ※ 各団体の会員に対して情報提供いただくよう依頼してください。

後日、各関係団体等への事業説明の実施状況についてお伺いいたします。

各地域の関係団体及び介護事業所等には本会から事業説明及びチラシ等を送付いたしますが、各地域薬剤師会においても事業実施及び協力依頼のご連絡をお願いいたします。

3 薬剤師・薬局による訪問の実施(11月～2月中旬) ※準備の整った支部・薬局から随時

- ・ 薬剤師・薬局の実施内容は、P.7～8を参照してください。
- ・ 対象患者の掘り起こし・紹介は以下のとおり実施します。

① 薬剤師(薬局)から、訪問が必要な患者への声掛けによる掘り起こし

- ・ 薬学的管理に問題がある患者への声掛け
- ・ 認知症治療薬を服用している患者(家族を含む)に声掛け

② 訪問看護師、ケアマネジャー等、在宅医療関係者からの紹介

- ・ 薬学的管理に問題がある患者の紹介
- ・ その他、薬剤師による薬学的管理を必要とする患者の紹介

【事業開始の時期について】

11月以降、事業内容を十分に理解いただき準備の整った薬局から、随時、事業を開始してください。

4 薬剤師・薬局からの報告書類の取りまとめ(2月中旬)

- ・ 薬剤師・薬局から、以下の報告書類を回収し、取りまとめてください。

【様式2】『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書

【様式5】『薬剤師のおためし訪問』実施評価書

【様式6】『薬剤師のおためし訪問』成果報告書

5 福島県薬剤師会に報告書類を提出(2月下旬)

- ・ 令和5年2月26日(月)までに提出された報告書類を県薬事務局までお送りください。

6 事業終了

- ・ お送りいただいた報告書類の内容は、本会で分析、評価を行い、事業報告書として取りまとめます。
- ・ 事業実施者への費用精算は、必要書類がすべて揃ったものを対象としますので、報告書類の送り忘れ等にご注意ください。(提出期限厳守にてお願いします。)

「他職種との連携による薬剤師のおためし訪問事業」
実施手順について【薬剤師・薬局】

1 福島県薬剤師会から事業実施に必要な資材を送付

送付する資材

- ① 事業実施に必要な様式（様式1から7）
※用紙不足の場合は、福島県薬剤師会ホームページからダウンロードしてください。
- ② 残薬整理バッグ
※残薬バッグが不足した場合は、地域薬剤師会の相談窓口にご相談ください。

【薬局窓口でのPR等にご活用ください】

- ③ A3ポスター「ご自宅や入居施設へ薬剤師が訪問します」
- ④ A5チラシ「ご自宅や入居施設へ薬剤師が訪問します」
- ⑤ A5チラシ「お薬、たまっていませんか」

【対象患者の掘り起こしや他職種への患者紹介依頼にご活用ください】

- ⑥ A5チラシ「こんな利用者さんはいませんか？
薬剤師が役（薬）立ちます！」
※事業実施マニュアルは本会ホームページからダウンロードしてください。

2 事業の実施（11月～2月中旬）※準備の整った薬局から随時実施。

【準備の整った薬局とは】


- （条件1）（地域薬剤師会が）地域の医師会への事業説明を終了していること
（条件2）会員が事業内容を理解していること

対象患者の掘り起こし、紹介は下記のとおり実施します。

- ① 薬剤師（薬局）から、訪問が必要な患者への声掛けによる掘り起こし
 - ・薬学的管理に問題がある方への声掛け
 - ・認知症治療薬を服用している患者（家族を含む）に声掛け
- ② 訪問看護師、ケアマネジャー等、在宅医療関係者からの紹介
 - ・薬学的管理に問題がある方の紹介
 - ・その他、薬剤師による薬学的管理を必要とする方の紹介

(1) おためし訪問を実施する患者情報について、入手します。

- ① おためし訪問を実施する患者に、事業参加への同意を得ます
【様式1】『薬剤師のおためし訪問』に関する同意書
- ② おためし訪問を実施する患者の情報を把握します
【様式2】『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書

- 
- (2) 地域薬剤師会に訪問することを報告してください。
【様式 2】『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書
 - (3) 訪問について、担当医に事前に電話で了解を得た後、情報を提供してください。
【様式 3】『薬剤師のおためし訪問』医師への事前連絡票
【様式 2】『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書
 - (4) 薬剤師と他職種が連携して訪問し、患者支援を実施してください。
 - (5) 薬剤師は、患者宅を訪問した都度、担当医とケアマネジャー・訪問看護師に訪問の結果を報告してください。
【様式 4】『薬剤師のおためし訪問』実施報告書
【様式 2】『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書
 - (6) 紹介者（訪問看護師等）から、事業実施後の状態について、評価を得てください。
【様式 5】『薬剤師のおためし訪問』実施評価書
※ 他職種以外が紹介者（患者家族等）の場合、事業実施前後の評価は紹介者（患者家族等）から得てください。
 - (7) 薬剤師は、おためし訪問の結果について報告書を作成してください。
【様式 6】『薬剤師のおためし訪問』成果報告書

3 地域薬剤師会に報告書を提出（2月16日（金）まで）

- (1) 訪問終了後、以下の書類を提出してください。

【様式 5】『薬剤師のおためし訪問』実施評価書（依頼者からの評価）
【様式 6】『薬剤師のおためし訪問』成果報告書
（残薬整理を行った場合）【様式 7】残薬整理報告書

「他職種との連携による薬剤師のおためし訪問事業」事業のイメージ

他職種からの紹介による事業



他職種が在宅医療を行っている方で、薬学的管理に問題がある方を、他職種から紹介してもらい、薬剤師が一度、訪問してみるという事業



「利用者さんで、薬学的管理に問題がある方がいましたら、ぜひ、お声掛けください」と、他職種に依頼

薬剤師からの提案による事業



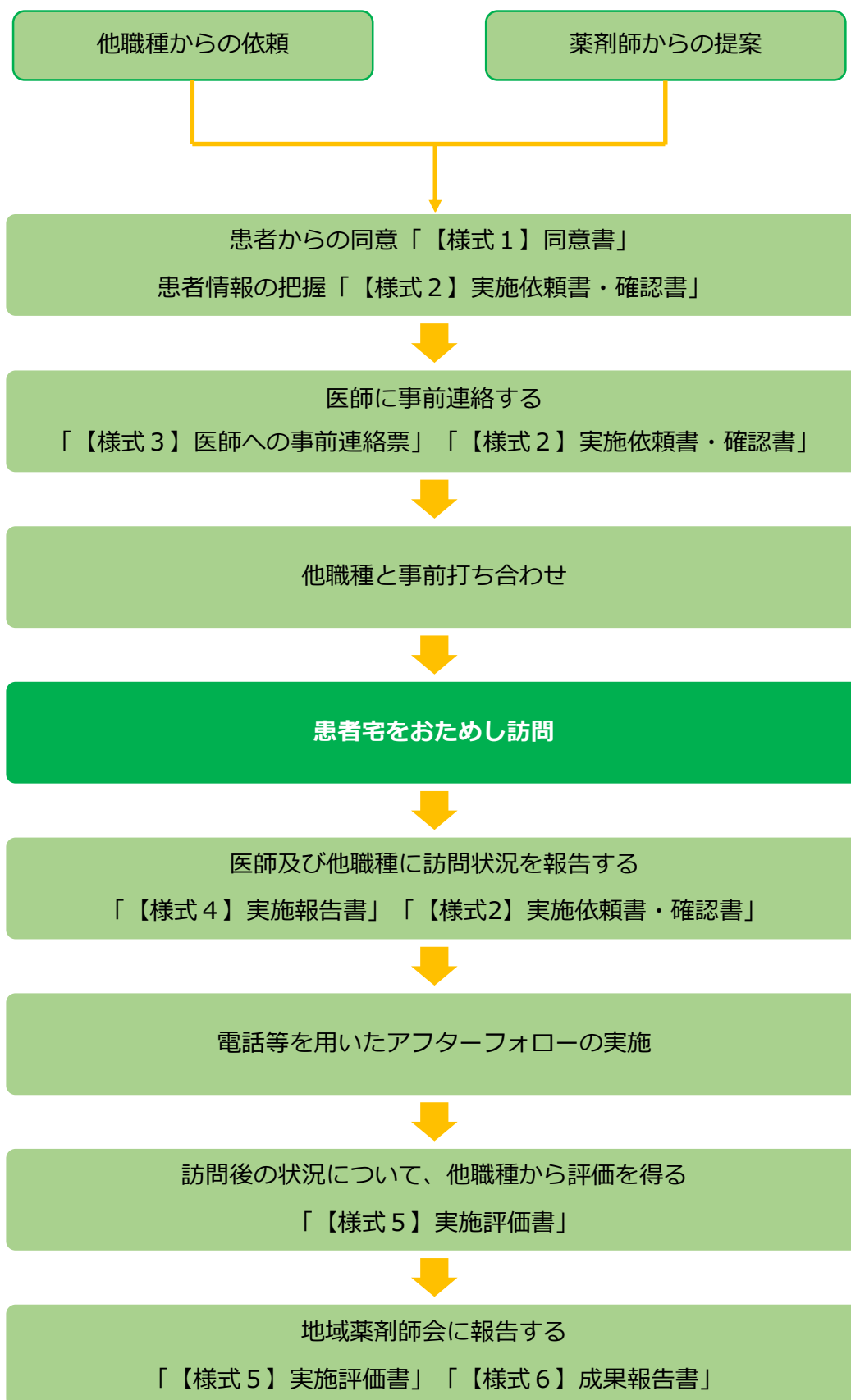
薬剤師が薬学的管理に問題があると思われる方について、他職種と連携の上、一度訪問してみるという事業



「薬学的管理に問題があると思われる方を、一緒に訪問してください」と他職種に依頼

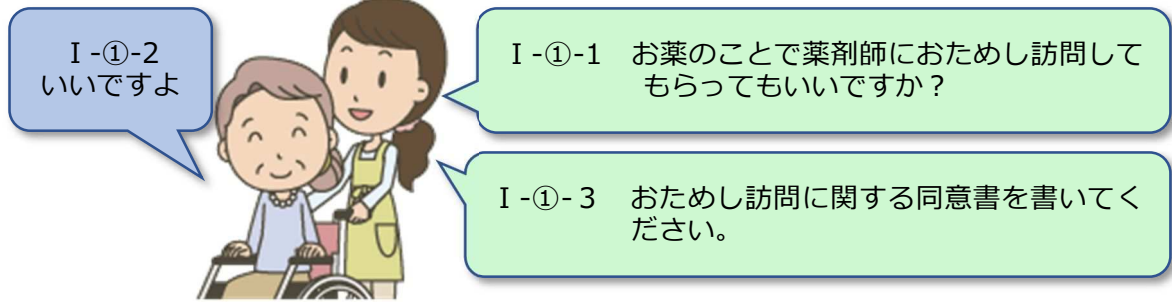
事業実施期間は令和5年11月から令和6年2月中旬まで

「他職種との連携によるおためし訪問事業」事業フロー図(簡易版)



「他職種との連携によるおためし訪問事業」事業フロー図 I-① 他職種からの紹介

- I-①-1 「薬剤師のおためし訪問」について提案し、説明する。
 - I-①-2 患者の同意を得る。
 - I-①-3 薬剤師が訪問すること及び薬剤師に情報を提供することへの同意書を得る。
- 【様式1】『薬剤師のおためし訪問』に関する同意書



【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式1 (患者さま ⇒ 【ケアマネ・訪看等 ⇄ 薬剤師・薬局】)

患者番号	
※患者情報の整理のため、薬局で記載	
『薬剤師のおためし訪問』に関する同意書	
【事業期間：令和5年10月～令和6年2月まで】	
<p style="font-size: x-small;">一般社団法人福島県薬剤師会が「令和5年度福島県地域医療介護総合確保基金事業」において、「多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業」として実施する『薬剤師のおためし訪問』について、私の個人情報を必要最低限の範囲で利用することに同意します。</p>	
令和 年 月 日	
利用者名	住所
	氏名
	生年月日
(代理記	(続柄)
<h1 style="font-size: 48px; opacity: 0.5;">様式1</h1>	
1 事業の目的	
この事業は、在宅医療()に関する提案や、薬の効点から在宅医療における患者さまの生活の質の向上を目指して実施します。	
2 個人情報を使用する目的	
(1) 事業を円滑に進めるために必要となる他職種への情報提供	
(2) 事業を実施したことによる効果の検証や報告書の作成のために行う福島県薬剤師会及び関係機関への情報提供	
3 提供する情報	
氏名、性別、生年月日、年齢、住所、電話番号、利用医療機関等	
4 使用にあたっての条件	
(1) 得られた情報は、この事業に関わる者のみがデータを閲覧できるものとします	
(2) 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	
5 事業終了後の個人情報の取扱いについて	
事業終了後は、個人が特定される資料等はシュレッダーにかけて廃棄し、電子媒体については消去します	
※この用紙は、「実施依頼書・確認書(様式2)」を薬局にお送りいただく際、または他職種から開取りを行う際にお送りください。 原本はケアマネ・訪看または薬局にて保管してください。	
薬局名: _____	

I-①-4 薬剤師におためし訪問の同意を得た方を紹介する。

【様式1】『薬剤師のおためし訪問』に関する同意書

※患者が記入済の同意書の写し

【様式2】『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書



I-①-4 薬学的管理に問題がある方で、薬剤師の訪問について本人から同意を得ています。訪問をお願いします。

【様式2】「実施依頼書・確認書」に必要事項を記入し、【様式1】「おためし訪問に関する同意書」の写しを添えて紹介する



はい、伺います。

【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式2 (ケアマネ・訪問等 ⇄ 薬局・薬剤師) ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会

依頼日 令和 年 月 日

患者番号

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書

薬局 御中

依頼者 ケアマネジャー・ 訪問看護師・ その他 ()

事業所名

作成者名

TEL. FAX.

E-mail

実施の経緯	<input type="checkbox"/> 他職種からの依頼	<input type="checkbox"/> 薬局からの提案
患者氏名	男・女 <input type="checkbox"/>	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住 所	<input type="text"/>	
利用医療機関名	<input type="text"/>	
薬剤師の訪問を希望する理由	<input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い <input type="checkbox"/> 副作用の不安 <input type="checkbox"/> 多種類薬への不安 <input type="checkbox"/> 薬剤のADLへの影響 <input type="checkbox"/> 他科受診に伴う相互作用の不安 <input type="checkbox"/> QOLの向上 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 痛みの管理 <input type="checkbox"/> 多職種との連携 <input type="checkbox"/> 家族からの依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()	
薬剤師に關与してほしい具体的な課題・要望	<input type="text"/>	

【薬局記入欄】

薬局名

薬剤師名

訪問します (訪問予定日 月 日)

訪問できません

訪問できない場合、その理由をご記入ください

※ この用紙は、「患者同意書(様式1)」を添えてかかりつけの薬局にお送りください。(原本は訪問・ケアマネにて保管してください)

※ 薬局では訪問の可否を記入し、地域薬剤師会にお送りください。

薬局名:

【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式1 (患者さま ⇄ ケアマネ・訪問等 ⇄ 薬剤師・薬局)

患者番号

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』に関する同意書

【事業期間: 令和5年10月～令和6年2月まで】

一般社団法人福島県薬剤師会が「令和5年度福島県地域医療介護総合確保基金事業」において、「多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業」として実施する『薬剤師のおためし訪問』について、私の個人情報を必要最低限の範囲で利用することに同意します。

令和 年 月 日

利用者名 住 所

氏 名

生年月日

(代理) (続柄)

様式1

- 1 事業の目的**
この事業は、在宅医療()に関する提案や、薬の効果が生活に悪い影響を...点から在宅医療における患者さまの生活の質の向上を目指して実施します。
- 2 個人情報を使用する目的**
(1) 事業を円滑に進めるために必要となる他職種への情報提供
(2) 事業を実施したことによる効果の検証や報告書の作成のために行う福島県薬剤師会及び関係機関への情報提供
- 3 提供する情報**
氏名、性別、生年月日、年齢、住所、電話番号、利用医療機関等
- 4 使用にあたっての条件**
(1) 得られた情報は、この事業に関わる者のみがデータを閲覧できるものとします
(2) 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
- 5 事業終了後の個人情報の取扱いについて**
事業終了後は、個人が特定される資料等はシュレッダーにかけて廃棄し、電子媒体については消去します
※この用紙は、「実施依頼書・確認書(様式2)」を薬局にお送りいただく際、または他職種から開取りを行う際にお送りください。
原本はケアマネ・訪問または薬局にて保管してください。

薬局名:

I-①-5 地域薬剤師会に訪問の可否を報告する。

【様式2】『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書

※依頼を受けた薬局から訪問できないと報告された場合、地域薬剤師会内で調整の上、別の薬局に訪問を依頼することがあります。



I-①-5 他職種から依頼がありましたので、おためし訪問を実施してきます。

【様式2】「実施依頼書・確認書」に訪問の可否等を記入し、地域薬剤師会に報告する

各地域薬剤師会

【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式2 (【ケアマネ・訪看等 ⇄ 薬局・薬剤師】 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会)

依頼日 令和 年 月 日

患者番号

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書

薬局 御中

依頼者 ケアマネジャー・ 訪問看護師・ その他 ()

事業所名
作成者名
TEL. FAX.
E-mail

実施の経緯	<input type="checkbox"/> 他職種からの依頼	<input type="checkbox"/> 薬局からの提案
患者氏名	男・女	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	〒	
利用医療機関名	師名	医師への報告 (済 ・ 未)
薬剤師の訪問を希望する理由	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ	<input type="checkbox"/> 残薬が多い
	<input type="checkbox"/> 飲みすぎ	<input type="checkbox"/> 副作用の不安 (栄養等)
	<input type="checkbox"/> 薬についての知識不足	<input type="checkbox"/> 薬の管理ができていない
	<input type="checkbox"/> 薬剤のADLへの影響	<input type="checkbox"/> 他科受診に伴う相互作用の不安
	<input type="checkbox"/> 排便コントロール	<input type="checkbox"/> 痛みの管理
	<input type="checkbox"/> 家族からの依頼	<input type="checkbox"/> その他 ()
薬剤師に関与してほしい具体的な課題・要望		

様式2

【薬局記入欄】

薬局名	<input type="checkbox"/> 訪問します (訪問予定日 月 日)
薬剤師名	<input type="checkbox"/> 訪問できません
訪問できない場合、その理由をご記入ください	

※ この用紙は、「患者同意書(様式1)」を添えてかかりつけの薬局にお送りください。(原本は訪看・ケアマネにて保管してください)

※ 薬局では訪問の可否を記入し、地域薬剤師会にお送りください。

薬局名: _____

「他職種との連携によるおためし訪問事業」事業フロー図

I-② 薬剤師からの提案

- I-②-1 「薬剤師のおためし訪問」について提案し、説明する。
 - I-②-2 薬剤師が訪問することについて、患者の同意を得る。
 - I-②-3 他職種が薬剤師に情報を提供することへの同意書を得る。
- 【様式1】『薬剤師のおためし訪問』に関する同意書

I-②-2
いいですよ



I-②-1 お薬のことで薬剤師がお宅に伺っていいですか？

I-②-3 他職種が薬剤師に情報を提供することへの同意書を書いてください。

【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式1 (患者さま ⇒ 【ケアマネ・訪看等 ⇄ 薬剤師・薬局】)

患者番号	
-------------	--

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』に関する同意書

【事業期間：令和5年10月～令和6年2月まで】

一般社団法人福島県薬剤師会が「令和5年度福島県地域医療介護総合確保基金事業」において、「多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業」として実施する『薬剤師のおためし訪問』について、私の個人情報を必要最低限の範囲で利用することに同意します。

令和 年 月 日

利用者名 住 所

氏 名

生年月日

(代理記) (続柄)

1 事業の目的

この事業は、在宅医療()に関する提案や、薬の効果が生活に悪い影響を()点から在宅医療における患者さまの生活の質の向上を目指して実施します。

2 個人情報を使用する目的

(1) 事業を円滑に進めるために必要となる他職種への情報提供

(2) 事業を実施したことによる効果の検証や報告書の作成のために行う福島県薬剤師会及び関係機関への情報提供

3 提供する情報

氏名、性別、生年月日、年齢、住所、電話番号、利用医療機関等

4 使用にあたっての条件

(1) 得られた情報は、この事業に関わる者のみがデータを閲覧できるものとします

(2) 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

5 事業終了後の個人情報の取扱いについて

事業終了後は、個人が特定される資料等はシュレッダーにかけて廃棄し、電子媒体については消去します

※この用紙は、「実施依頼書・確認書(様式2)」を薬局にお送りいただく際、または他職種から開取りを行う際にお送りください。
原本はケアマネ・訪看または薬局にて保管してください。

薬局名: _____

様式1

I-②-4 他職種から患者情報を聞き取る

【様式1】『薬剤師のおためし訪問』に関する同意書

※患者が記入済の同意書の写し

【様式2】『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書



I-②-4 薬学的管理に問題があると思われる方で、ためしに訪問してみたいと考えています。薬剤師への情報提供について同意を得ていますので、患者情報を教えてください。



はい、いいですよ。

【様式1】「おためし訪問に関する同意書」を他職種に示し、【様式2】「実施依頼書・確認書」により患者情報の聞き取りを行ってください。また、訪問時の同行についても依頼してください。

【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式2 (ケアマネ・訪問等 ⇄ 薬局・薬剤師) ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会

依頼日 令和 年 月 日

患者番号

※患者情報の整理のため、薬局で記録

『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書

薬局 御中

依頼者 ケアマネジャー・訪問看護師・その他 ()

事業所名 _____
 作成者名 _____
 TEL. _____ FAX. _____
 E-mail _____

実施の経緯	<input type="checkbox"/> 他職種からの依頼	<input type="checkbox"/> 薬局からの提案
患者氏名	男・女	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住 所	〒 _____	
利用医療機関名	_____ (師への報告 (済 ・ 未))	
薬剤師の訪問を希望する理由	<input type="checkbox"/> 飲み薬が多い	<input type="checkbox"/> 副作用の不安
	<input type="checkbox"/> 薬に	<input type="checkbox"/> 多剤併用による不安
薬剤師に関与してほしい具体的な課題・要望	<input type="checkbox"/> 薬剤のADLへの影響	<input type="checkbox"/> 他科受診に伴う相互作用の不安
	<input type="checkbox"/> 排便コントロール	<input type="checkbox"/> 痛みの管理
	<input type="checkbox"/> 家族からの依頼	<input type="checkbox"/> その他 ()

【薬局記入欄】

薬局名 _____	<input type="checkbox"/> 訪問します (訪問予定日 月 日)
薬剤師名 _____	<input type="checkbox"/> 訪問できません

訪問できない場合、その理由をご記入ください

※ この用紙は、「患者同意書(様式1)」を添えてかかりつけの薬局にお送りください。(原本は訪問・ケアマネにて保管してください)
 ※ 薬局では訪問の可否を記入し、地域薬剤師会にお送りください。

薬局名: _____

【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式1 (患者さま ⇄ 【ケアマネ・訪問等 ⇄ 薬剤師・薬局】)

患者番号

※患者情報の整理のため、薬局で記録

『薬剤師のおためし訪問』に関する同意書

【事業期間：令和5年10月～令和6年2月まで】

一般社団法人福島県薬剤師会が「令和5年度福島県地域医療介護総合確保基金事業」において、「多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業」として実施する「薬剤師のおためし訪問」について、私の個人情報を必要最低限の範囲で利用することに同意します。

令和 年 月 日

利用者名 住 所 _____
 氏 名 _____
 生年月日 _____
 (代理) (続柄) _____

1 事業の目的
 この事業は、在宅医療 () に関する提案や、薬の効果が生活に悪い影響を () から在宅医療における患者さまの生活の質の向上を目指して実施します。

2 個人情報を使用する目的
 (1) 事業を円滑に進めるために必要となる他職種への情報提供
 (2) 事業を実施したことによる効果の検証や報告書の作成のために行う福島県薬剤師会及び関係機関への情報提供

3 提供する情報
 氏名、性別、生年月日、年齢、住所、電話番号、利用医療機関等

4 使用にあたっての条件
 (1) 得られた情報は、この事業に関わる者のみがデータを閲覧できるものとします
 (2) 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

5 事業終了後の個人情報の取扱いについて
 事業終了後は、個人が特定される資料等はシュレッダーにかけて廃棄し、電子媒体については消去します
 ※この用紙は、「実施依頼書・確認書(様式2)」を薬局にお送りいただく際、または他職種から開取りを行う際にお送りください。
 原本はケアマネ・訪問または薬局にて保管してください。

薬局名: _____

I-②-5 地域薬剤師会に訪問することを報告する。

【様式2】『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書



I-②-5 薬学的管理に問題があると思われる方について、患者さんの同意の上で、他職種から情報提供をいただきましたので、おためし訪問を実施してきます。

【様式2】「実施依頼書・確認書」に聞き取った患者情報を記入し、地域薬剤師会に報告する

各地域薬剤師会

【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式2 (【ケアマネ・訪問等 ⇄ 薬局・薬剤師】 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会)

依頼日 令和 年 月 日

患者番号

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書

薬局 御中

依頼者 ケアマネジャー・ 訪問看護師・ その他 ()

事業所名
作成者名
TEL. FAX.
E-mail

実施の経緯	<input type="checkbox"/> 他職種からの依頼	<input type="checkbox"/> 薬局からの提案
患者氏名	男・女	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	〒	
利用医療機関名	〔師への報告(済・未)〕	
薬剤師の訪問を希望する理由	<input type="checkbox"/> 飲み	<input type="checkbox"/> 残薬が多い
	<input type="checkbox"/> 飲み	<input type="checkbox"/> 副作用の不安
	<input type="checkbox"/> 薬についての知識不足	<input type="checkbox"/> 薬の管理ができていない
	<input type="checkbox"/> 薬剤のADLへの影響	<input type="checkbox"/> 他科受診に伴う相互作用の不安
	<input type="checkbox"/> 排便コントロール	<input type="checkbox"/> 痛みの管理
薬剤師に関与してほしい具体的な課題・要望	<input type="checkbox"/> 家族からの依頼	<input type="checkbox"/> その他 ()

様式2

【薬局記入欄】

薬局名	<input type="checkbox"/> 訪問します(訪問予定日 月 日)
薬剤師名	<input type="checkbox"/> 訪問できません
訪問できない場合、その理由をご記入ください	

※ この用紙は、「患者同意書(様式1)」を添えてかかりつけの薬局にお送りください。(原本は訪問・ケアマネにて保管してください)

※ 薬局では訪問の可否を記入し、地域薬剤師会にお送りください。

薬局名: _____

「他職種との連携によるおためし訪問事業」事業フロー図

Ⅱ 医師への連絡

- Ⅱ-1 訪問する前に、医師に患者宅を訪問する旨、電話で連絡する。
 - Ⅱ-2 医師の同意を得た後、「薬剤師のおためし訪問」について、連絡票を送る
- 【様式3】『薬剤師のおためし訪問』医師への事前連絡票
 【様式2】『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書

Ⅱ-1 薬学的管理に問題があると思われる方なので、一度訪問してみてもよろしいでしょうか。

Ⅱ-2 ありがとうございます。後ほど、「おためし訪問」の連絡票をお送りします。



【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式3 (薬剤師・薬局 ⇒ 主治医) ※様式2を添付

令和 年 月 日

患者番号

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』医師への事前連絡票

医療機関名 _____

科 名 _____

氏 名 _____ 先生 御侍史

様式3

日頃より大変お世話になっております。
 お電話させていただきました。令和5年度福島県医療介護総合確保基金事業の「薬剤師のおためし訪問」事業につきまして、別紙依頼に基づき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、実施報告書により、訪問内容についてご報告申し上げますので、よろしく願いたします。

【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式2 (ケアマネ・訪問等 ⇄ 薬局・薬剤師) ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会

依頼日 令和 年 月 日

患者番号

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書

薬局 御中

依頼者 ケアマネジャー 訪問看護師 その他 (_____)

事業所名 _____

作成者名 _____

TEL _____ FAX _____

E-mail _____

実 施 の 経 緯	<input type="checkbox"/> 他職種からの依頼	<input type="checkbox"/> 薬局からの提案
患 者 氏 名	男・女	生年月日
住 所	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	
利用医療機関名	_____	
薬剤師の訪問を希望する理由	<input type="checkbox"/> 飲み	<input type="checkbox"/> 残薬が多い
	<input type="checkbox"/> 飲み	<input type="checkbox"/> 副作用の不安
	<input type="checkbox"/> 薬に	<input type="checkbox"/> 多剤服用への不安
	<input type="checkbox"/> 薬剤のADLへの影響	<input type="checkbox"/> 他科受診に伴う相互作用の不安
	<input type="checkbox"/> 排便コントロール	<input type="checkbox"/> 痛みの管理
	<input type="checkbox"/> 家族からの依頼	<input type="checkbox"/> その他 (_____)
薬剤師に關与してほしい具体的な課題・要望	_____	

【薬局記入欄】

薬局名 _____	<input type="checkbox"/> 訪問します (訪問予定日 月 日)
薬剤師名 _____	<input type="checkbox"/> 訪問できません
訪問できない場合、その理由をご記入ください	

様式2

※ この用紙は、「患者同意書(様式1)」を添えてかかりつけの薬局にお送りください。(原本は訪問・ケアマネにて保管してください)
 ※ 薬局では訪問の可否を記入し、地域薬剤師会にお送りください。

薬局名: _____

「他職種との連携によるおためし訪問事業」事業フロー図
Ⅲ 訪問前に他職種と打合せ・患者宅の訪問

- Ⅲ-1 訪問前に、他職種と連携して患者の状況や訪問時の課題等について打合せする。
 - Ⅲ-2 紹介者と連携して、薬剤師が患者宅を訪問し、患者支援を実施する。
- ※可能な限り、紹介者に同行を依頼する。

Ⅲ-1 患者の状況や訪問時の課題について教えてください。

※他職種との事前打ち合わせとはおためし訪問を実施する患者の状況等について、他職種と**直接会って**情報を共有し、訪問課題等の把握に努めた場合をいいます。



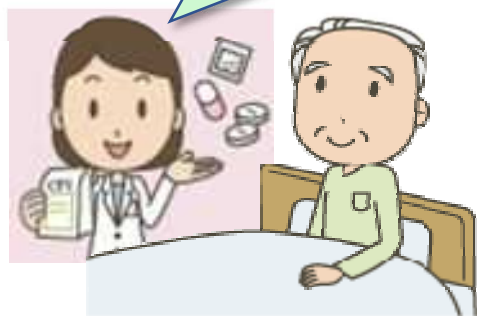
Ⅲ-2 患者宅を訪問するので、同行してもらえませんか？



Ⅲ-2 いいですよ！



Ⅲ-1 薬についてお困りのことはありませんか？



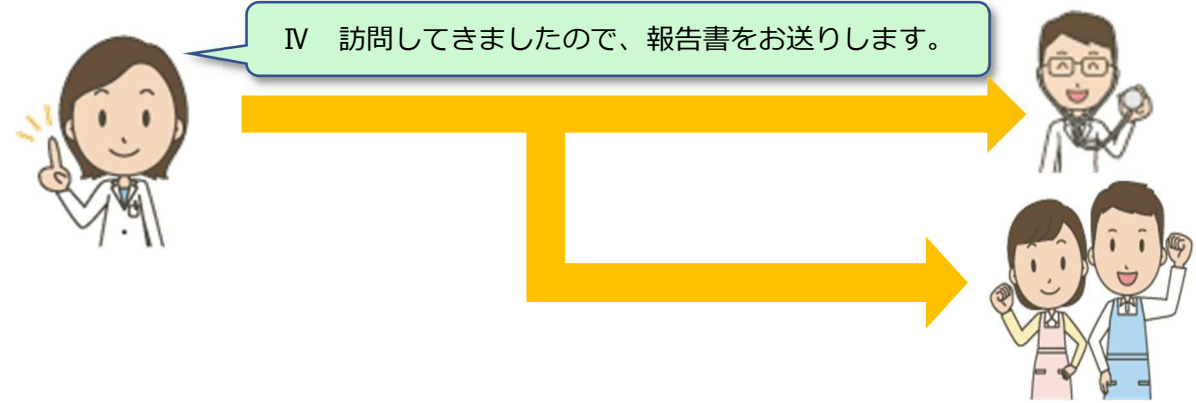
「他職種との連携によるおためし訪問事業」事業フロー図

Ⅳ 訪問実施の報告

Ⅳ 患者宅を訪問した都度、訪問実施の報告書を作成し、担当医とケアマネジャー・訪問看護師に報告する。

【様式4】『薬剤師のおためし訪問』実施報告書

【様式2】『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書



【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式4 (薬局・薬剤師 ⇒ 主治医・ケアマネ・訪看) ※様式2を添付

令和 年 月 日

患者番号

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』実施報告書

主治医 _____ 先生

ケアマネジャー _____ 様

訪問看護師 _____ 様

日頃より大変お世話になっております。
令和5年度福島県医療介護総合確保基金事業の『薬剤師のおためし訪問』事業にて、別紙依頼に基づき以下のとおり訪問いたしましたのでご報告申し上げます。

【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"/> 服薬状況	様式4		
<input type="checkbox"/> 嚥下機能の状況			
<input type="checkbox"/> 薬の管理・保管状況			
<input type="checkbox"/> 残薬の状況			
<input type="checkbox"/> 副作用の発現状況			
<input type="checkbox"/> 薬効に関する説明			
<input type="checkbox"/> 服薬意義の理解度			
<input type="checkbox"/> 他科受診の状況			
<input type="checkbox"/> 併用薬の有無			
<input type="checkbox"/> 健康食品・サプリメントの接種の有無			
<input type="checkbox"/> 相互作用の発現	<input type="checkbox"/> 数々の状況		
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> ふらつき、転倒の状況	<input type="checkbox"/> 認知機能の状況	<input type="checkbox"/> 糖尿病の状況
訪問時に実施した具体的内容			

薬局名 _____ 担当薬剤師名 _____ 印

薬局住所 _____ 電話番号 _____ FAX番号 _____

【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式2 (【ケアマネ・訪看等 ⇄ 薬局・薬剤師】 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会)

依頼日 令和 年 月 日

患者番号

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書

薬局 御中

依頼者 ケアマネジャー 訪問看護師 その他 (_____)

事業所名 _____

作成者名 _____

TEL _____ FAX _____

E-mail _____

実施の経緯	<input type="checkbox"/> 他職種からの依頼	<input type="checkbox"/> 薬局からの提案
患者氏名	男・女	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	〒 _____	
利用医療機関名	_____ への報告 (済・未)	
薬剤師の訪問を希望する理由	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 残薬が多い <input type="checkbox"/> 飲みすぎ <input type="checkbox"/> 副作用の不安 <input type="checkbox"/> 薬に _____ <input type="checkbox"/> 多職種連携への不安 <input type="checkbox"/> 薬剤のADLへの影響 <input type="checkbox"/> 他科受診に伴う相互作用の不安 <input type="checkbox"/> QOLの向上 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 痛みの管理 <input type="checkbox"/> 多職種との連携 <input type="checkbox"/> 家族からの依頼 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
薬剤師に關与してほしい具体的な課題・要望	_____	

【薬局記入欄】

薬局名 _____ 訪問します (訪問予定日 年 月 日)

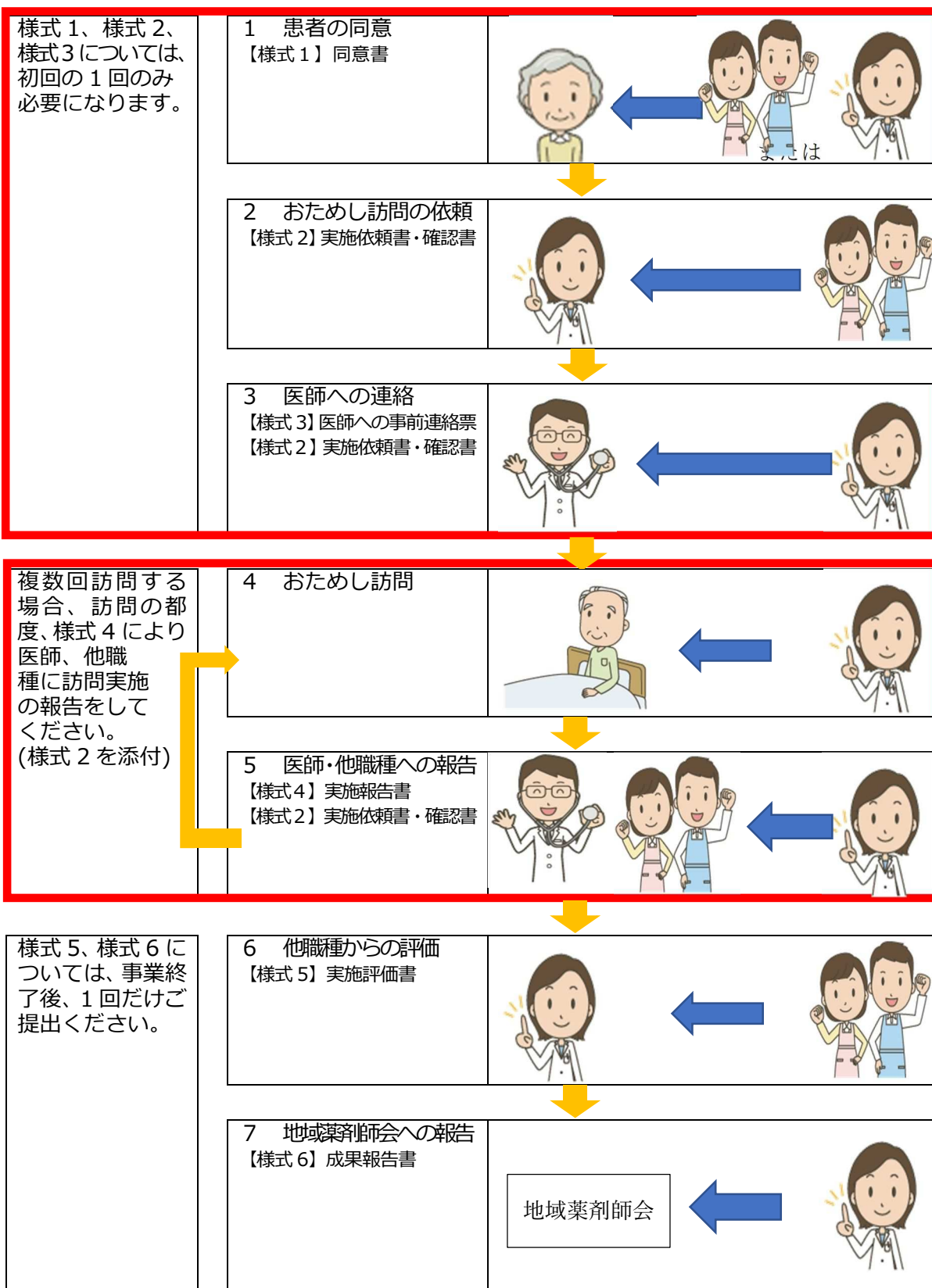
薬剤師名 _____ 訪問できません

訪問できない場合、その理由をご記入ください

※ この用紙は、「患者同意書(様式1)」を添えてかかりつけの薬局にお送りください。(原本は訪看・ケアマネにて保管してください)
※ 薬局では訪問の可否を記入し、地域薬剤師会にお送りください。

薬局名: _____

【参考】「患者宅を複数回訪問する際の流れ」



【参考】「患者宅を複数回訪問する際の流れ・報告書への記載」

【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式6 (薬局・薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会)

報告日 令和 5年 12月 15日

患者番号

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』成果報告書

〇〇 薬剤師会 御中

薬局名 県薬〇〇〇〇薬局
 薬剤師名 会 営 薬男
 TEL. 024-549-9999 FAX.024-549-8888

**【重要!!】『事前打ち合わせ』、『訪問』、『アフターフォロー』の回数
 及び訪問日をご記入ください(訪問回数が1回の場合もご記入ください)**

『薬剤師のおためし訪問』

【患者情報】

介護 認定 状況	<input type="checkbox"/> 認定なし	性 別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性・女性	年 齢	74歳
	<input type="checkbox"/> 要支援1	居 住 形 態	<input type="checkbox"/> 独居	<input checked="" type="checkbox"/> 夫婦のみ	<input type="checkbox"/> 複数世帯
	<input checked="" type="checkbox"/> 要支援2		<input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 要介護1	事前打合せ	おためし訪問	アフターフォロー	
	<input type="checkbox"/> 要介護2	回 数	1回	2回	1回
<input type="checkbox"/> 要介護3	実施日	11月20日	11月22日 12月1日	12月5日	
<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> その他 ()				
<input type="checkbox"/> 要介護5					
<input type="checkbox"/> その他 ()					

【訪問内容】

訪問時に 確認した項目	<input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況 <input checked="" type="checkbox"/> ADL <input checked="" type="checkbox"/> 残薬 <input type="checkbox"/> 食事量・回数 <input type="checkbox"/> 効果 <input checked="" type="checkbox"/> 理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 併用薬 <input type="checkbox"/> うつ	<input checked="" type="checkbox"/> 相互作用 <input checked="" type="checkbox"/> 管理・保管状況 <input type="checkbox"/> 食欲 <input checked="" type="checkbox"/> 薬効説明 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 他科受診 <input checked="" type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 嚥下機能の状況 <input checked="" type="checkbox"/> QOL <input checked="" type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> ふらつき・転倒 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 健康食品・サプリメント
訪問時に行った 薬学的管理の 具体的内容	服薬状況の確認と残薬の整理。まだ使える薬には用途を書いて分類。 眠れないとの話で睡眠薬を大量に服薬していたが、睡眠時間は十分である。独居の寂しさもあり、アルコールも大量に摂取している。 薬の効果およびアルコールと併用した際の影響を説明した。		
おためし訪問 終了後の対応	<input checked="" type="checkbox"/> 医療・介護保険による在宅医療に移行(移行予定) <input type="checkbox"/> 継続して訪問しているが保険請求していない <input type="checkbox"/> おためし訪問事業のみで終了(理由:) <input type="checkbox"/> その他 ()		
薬剤師が在宅医療 に関わることに ついてご意見をお聞 かせください	在宅生活を継続していく上で、医療も介護も切り離せない重要なものです。 体調を安定させるためにも薬は欠かせないものであり、その専門家である薬剤師がより一層、在宅医療に取り組むことにより、本人の体調安定と在宅生活の継続が見込まれると考えます。		

薬局名: 県薬〇〇〇〇薬局

「他職種との連携によるおためし訪問事業」事業フロー図

V 患者へのアフターフォロー

V おためし訪問によって改善した状況を継続させるため、電話等を用いてアフターフォローを行う。

【様式6】『薬剤師のおためし訪問』成果報告書

V その後、お変わりはありますか？



【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式6 (薬局・薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会)

報告日 令和 年 月 日

患者番号

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』成果報告書

薬剤師会 御中

薬局名
薬剤師名
FAX.

『薬剤師のおためし訪問』を実施

様式6

【患者情報】		年齢	歳
介護 認定 状況	<input type="checkbox"/> 認定なし		
	<input type="checkbox"/> 要支援1	み	<input type="checkbox"/> 複数世帯 <input type="checkbox"/> 施設入居
	<input type="checkbox"/> 要支援2	居住形態	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 要介護1	事前打合せ	おためし訪問
	<input type="checkbox"/> 要介護2	回数	回数
	<input type="checkbox"/> 要介護3	実施日	回数
<input type="checkbox"/> 要介護4			
<input type="checkbox"/> 要介護5			
<input type="checkbox"/> その他 ()			

【訪問内容】

訪問時に確認した項目	<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> ADL <input type="checkbox"/> 残薬 <input type="checkbox"/> 食事量・回数 <input type="checkbox"/> 効果 <input type="checkbox"/> 理解度 <input type="checkbox"/> 併用薬 <input type="checkbox"/> うつ	<input type="checkbox"/> 相互作用 <input type="checkbox"/> 管理・保管状況 <input type="checkbox"/> 食欲 <input type="checkbox"/> 薬効説明 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 他科受診 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 嚥下機能の状況 <input type="checkbox"/> QOL <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> ふらつき・転倒 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 健康食品・サプリメント
訪問時に行った薬学的管理の具体的内容			
おためし訪問終了後の対応	<input type="checkbox"/> 医療・介護保険による在宅医療に移行 (移行予定) <input type="checkbox"/> 継続して訪問しているが保険請求していない <input type="checkbox"/> おためし訪問事業のみで終了 (理由:) <input type="checkbox"/> その他 ()		
薬剤師が在宅医療に関わることについてご意見をお聞かせください			

薬局名: _____

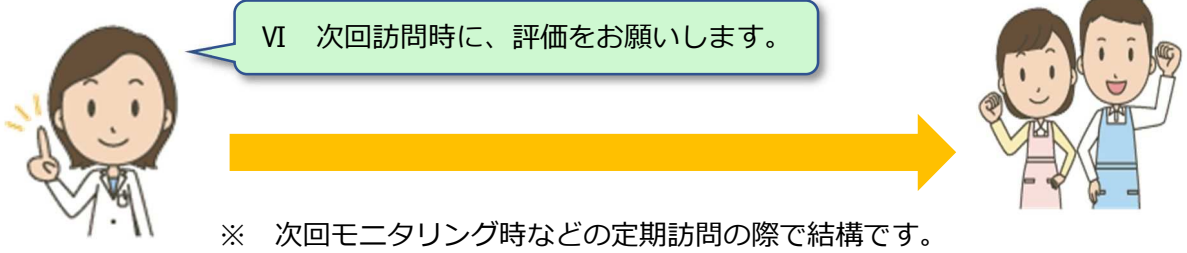
【様式6】成果報告書内にアフターフォロー実施回数及び実施日をご記入ください。

「他職種との連携によるおためし訪問事業」事業フロー図

VI 紹介者への評価の依頼

VI 紹介者に、次回の訪問時に様子を見てきてもらい、薬剤師のおためし訪問の効果进行评估してもらおう。

【様式5】『薬剤師のおためし訪問』実施評価書



※ 次回モニタリング時などの定期訪問の際で結構です。

【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式5 (ケアマネ・訪看等 ⇒ 薬局・薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会)

令和 年 月 日

患者番号 『薬剤師のおためし訪問』実施評価書
【定期訪問時等に評価をお願いします】

※患者情報の整理のため、薬局で記載
 評価者 ケアマネジャー 訪問看護師 その他 ()

事業所名
 担当者名
 TEL. FAX. E-mail

1 総合評価 (該当する項目にチェックしてください)

評価	服薬状況		管理状況		残薬状況	
	訪問前	訪問後	訪問前	訪問後	訪問前	訪問後
	□不 □やや不良 □ほぼ良好 □良好 □その他	□不 □やや不良 □ほぼ良好 □良好 □その他	□不 □やや不良 □ほぼ良好 □良好 □その他	□不 □やや不良 □ほぼ良好 □良好 □その他	□不 □やや不良 □ほぼ良好 □良好 □その他	□不 □やや不良 □ほぼ良好 □良好 □その他
特記事項						

2 「薬剤師のおためし訪問」

- 薬袋などの整理・
- 一化化によって服
- 薬の整理箱、服薬
- 剤形変更 (口腔内)
- 調剤上の工夫 (粉
- 1日の服薬回数
- 頻回受診、飲み
- 飲み残し、飲み
- 薬に対する理解が
- 相互作用が回避
- QOLが向上した。
- 痛みの管理が改善した。
- 家族の負担が軽減された。
- 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。(該当項目にチェックしてください)

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

そのように感じた理由をお聞かせください

4 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。

薬局名: _____

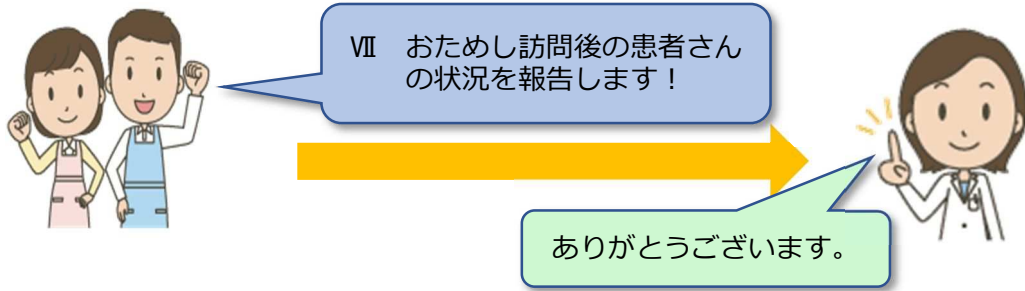
様式5

「他職種との連携によるおためし訪問事業」事業フロー図

Ⅶ 紹介者からの評価

Ⅶ 紹介者から、患者宅を訪問した際の様子に関する評価をもらう。

【様式5】『薬剤師のおためし訪問』実施評価書



【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式5 (ケアマネ・訪看等 ⇒ 薬局・薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会)

令和 年 月 日

患者番号

『薬剤師のおためし訪問』実施評価書
【定期訪問時等に評価をお願いします】

※患者情報の整理のため、薬局で記載

評価者【ケアマネジャー 訪問看護師 その他 ()】

事業所名
担当者名
TEL. FAX. E-mail

1 総合評価 (該当する項目にチェックしてください)

評価	服薬状況		管理状況		残薬状況		
	訪問前	訪問後	訪問前	訪問後	訪問前	訪問後	
評価	<input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> ほぼ良好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> ほぼ良好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> ほぼ良好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> ほぼ良好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> ほぼ良好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> ほぼ良好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> ほぼ良好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他
	特記事項						

2 「薬剤師のおためし訪問」

- 薬袋などの整理・片付け
- 一包化によって服薬が楽になった。
- 薬の整理箱、服薬カレンダーの活用
- 剤形変更 (口腔内崩壊錠、錠剤)
- 調剤上の工夫 (粉砕)
- 1日の服薬回数が増えた。
- 頻回受診、飲みすぎ
- 飲み残し、飲み忘れ
- 薬に対する理解が深まった。
- 相互作用が回避できた。
- QOLが向上した。
- 痛みの管理が改善した。
- 家族の負担が軽減された。
- その他 ()

- 地域連携が強化された。
- ADLへの影響を回避できた。
- 排便コントロールが改善した。
- 多職種連携が改善した。

3 今回の事業で、薬剤師との連携をどう感じましたか。(該当項目にチェックしてください)

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

そのように感じた理由をお聞かせください

4 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。

薬局名:

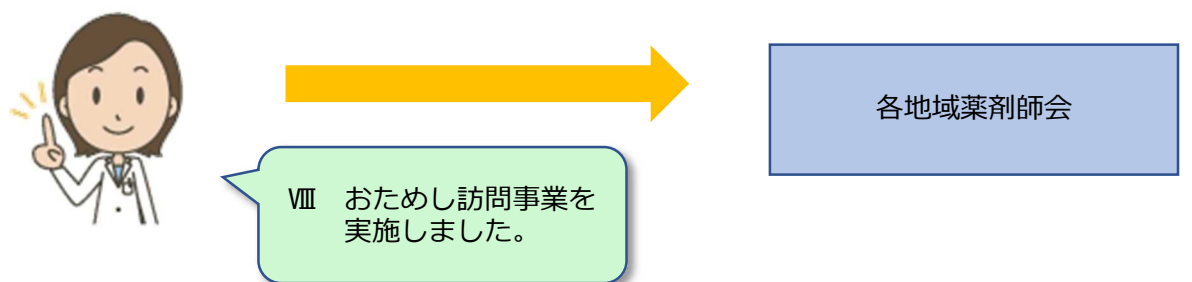
「他職種との連携によるおためし訪問事業」事業フロー図

Ⅷ 地域薬剤師会への報告

Ⅷ 「おためし訪問」を実施した報告を地域薬剤師会に提出する。

※ おためし訪問が終了するごとに地域薬剤師会に写しを提出してください。
(原本は各薬局で保管してください。)

【様式6】『薬剤師のおためし訪問』成果報告書
【様式5】『薬剤師のおためし訪問』実施評価書



【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式6 (薬局・薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会)

報告日 令和 年 月 日

患者番号

『薬剤師のおためし訪問』成果報告書

※患者情報の整理のため、薬局で記載

薬剤師会 御中

薬局名 _____
薬剤師名 _____
TEL. _____ FAX. _____

『薬剤師のおためし訪問』を実施しましたので、下記のとおり報告します。

【患者情報】

<input type="checkbox"/> 認定なし	性別	男性・女性	年齢	歳
<input type="checkbox"/> 要支援1	居住形態	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 複数世帯 <input type="checkbox"/> 施設入居		
<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> その他 ()			
介護認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護1	事前打合せ	おためし訪問	アフターフォロー
	<input type="checkbox"/> 要介護2		回	回
	<input type="checkbox"/> 要介護3			
	<input type="checkbox"/> 要介護4			
	<input type="checkbox"/> 要介護5			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			

【訪問内容】

訪問時に確認した項目	<input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> ADL <input type="checkbox"/> 残薬 <input type="checkbox"/> 食事量・回数 <input type="checkbox"/> 効果 <input type="checkbox"/> 理解度 <input type="checkbox"/> 併用薬 <input type="checkbox"/> ラフ	<input type="checkbox"/> 管理・保管状況 <input type="checkbox"/> 食欲 <input type="checkbox"/> 薬効説明 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 状況 <input type="checkbox"/> QOL <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> ふらつき・転倒 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 健康食品・サプリメント
------------	---	--	--

訪問時に行った薬学的管理の具体的な内容 _____

おためし訪問終了後の対応 医療・介護保険による在宅医療に移行(移行予定) 継続して訪問しているが保険請求していない おためし訪問事業のみで終了(理由:) その他 ()

薬剤師が在宅医療に関わることについてご意見をお聞かせください _____

薬局名: _____

様式6

【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式5 (ケアマネ・訪看等 ⇒ 薬局・薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会)

令和 年 月 日

患者番号

『薬剤師のおためし訪問』実施評価書

【定期訪問時等に評価をお願いします】

※患者情報の整理のため、薬局で記載

評価者 ケアマネジャー 訪問看護 その他 ()

事業所名 _____
担当者名 _____
TEL. _____ FAX. _____ E-mail _____

1 総合評価 (該当する項目にチェックしてください)

評価	服薬状況		管理状況		連携状況		
	訪問前	訪問後	訪問前	訪問後	訪問前	訪問後	
評価	<input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> ほぼ良好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> ほぼ良好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> ほぼ良好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> ほぼ良好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> ほぼ良好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> ほぼ良好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> ほぼ良好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他
	特記事項 _____						
	2 『薬剤師のおためし』 <input type="checkbox"/> 薬袋などの整理・一元化によって薬 <input type="checkbox"/> 薬の整理箱・服薬 <input type="checkbox"/> 剤形変更(口腔内 <input type="checkbox"/> 調剤上の工夫(既 <input type="checkbox"/> 1日の服薬回数か <input type="checkbox"/> 頻回受診、飲み <input type="checkbox"/> 飲み残し、飲み <input type="checkbox"/> 薬に対する理解が <input type="checkbox"/> 相互作用が回避で <input type="checkbox"/> QOLが向上した。 <input type="checkbox"/> 痛みの管理が改善した。 <input type="checkbox"/> 家族の負担が軽減された。 <input type="checkbox"/> 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。(該当項目にチェックしてください) <input type="checkbox"/> 有用であった <input type="checkbox"/> やや有用であった <input type="checkbox"/> あまり有用でなかった <input type="checkbox"/> 有用でなかった そのように感じた理由をお聞かせください _____						
4 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。 薬局名: _____							

様式5

「他職種との連携によるおためし訪問事業」事業フロー図

Ⅹ 地域薬剤師会から県薬剤師会への報告

IX-1 各地域薬剤師会では、報告書等一式を保管しておき、2月26日（月）までに取りまとめて福島県薬剤師会に送付する

《資料一式》

- 【様式2】『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書
- 【様式5】『薬剤師のおためし訪問』事業評価書
- 【様式6】『薬剤師のおためし訪問』成果報告書

※【様式7】残薬整理報告書（残薬整理を行った場合）

IX-2 福島県薬剤師会で、データを集計する。



【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】
様式2（ケアマネ・訪問等 ⇒ 薬局・薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会）

依頼日 令和 年 月 日

患者番号

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書

薬局 御中

依頼者 ケアマネジャー・ 訪問看護師・ その他 ()

事業所名
作成者名
TEL. FAX.
E-mail

実施の経緯	<input type="checkbox"/> 他職種からの依頼	<input type="checkbox"/> 薬局からの提案
患者氏名	男・女	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住 所		
利用医療機関名	:師への報告（済・未）	
薬剤師の訪問を希望する理由	<input type="checkbox"/> 飲み・ <input type="checkbox"/> 残薬が多い	<input type="checkbox"/> 副作用の不安
	<input type="checkbox"/> 薬に・ <input type="checkbox"/> 多種類服薬への不安	<input type="checkbox"/> QOLの向上
薬剤師に關与してほしい具体的な課題・要望	<input type="checkbox"/> 薬剤のADLへの影響	<input type="checkbox"/> 他科受診に伴う相互作用の不安
	<input type="checkbox"/> 排便コントロール	<input type="checkbox"/> 痛みの管理
	<input type="checkbox"/> 家族からの依頼	<input type="checkbox"/> その他 ()

【薬局記入欄】

薬局名 訪問します（訪問予定日 月 日）

薬剤師名 訪問できません

訪問できない場合、その理由をご記入ください

※ この用紙は、「患者同意書(様式1)」を添えてかかりつけの薬局にお送りください。（原本は訪問・ケアマネにて保管してください）
※ 薬局では訪問の可否を記入し、地域薬剤師会にお送りください。

薬局名:

【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】
様式5（ケアマネ・訪問等 ⇒ 薬局・薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会）

令和 年 月 日

患者番号

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』実施評価書

【定期訪問時等に評価をお願いします】

評価者 ケアマネジャー 訪問看護師 その他 ()

事業所名
担当者名

il

1 総合評価（該当する項）	<input type="checkbox"/> 不良	様式5	<input type="checkbox"/> 不良
	<input type="checkbox"/> 不良		<input type="checkbox"/> 不良

報告日 令和 年 月 日

特記事項

患者番号

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』成果報告書

薬剤師会 御中

薬局名
薬剤師名
TEL. FAX.

『薬剤師のおためし訪問』を実施しましたので、下記のとおり報告します。

【患者情報】

<input type="checkbox"/> 認定なし	性 別	男性・女性	年 齢	歳
<input type="checkbox"/> 要支援1	居住形態	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 夫婦のみ	<input type="checkbox"/> 複数世帯
<input type="checkbox"/> 要支援2		<input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> 要介護1	回 数	事前打合せ		おためし訪問
<input type="checkbox"/> 要介護2		回	回	回
<input type="checkbox"/> 要介護3				
<input type="checkbox"/> 要介護4				
<input type="checkbox"/> 要介護5				
<input type="checkbox"/> その他 ()				

【訪問内容】

訪問時に確認した項目	<input type="checkbox"/> 服薬状況	<input type="checkbox"/> 相互作用	<input type="checkbox"/> 嚥下機能の状況
	<input type="checkbox"/> ADL	<input type="checkbox"/> 管理・保管状況	<input type="checkbox"/> QOL
	<input type="checkbox"/> 残薬	<input type="checkbox"/> 食飲	<input type="checkbox"/> 副作用
	<input type="checkbox"/> 食事量・回数	<input type="checkbox"/> 薬物説明	<input type="checkbox"/> 排泄
	<input type="checkbox"/> 効果	<input type="checkbox"/> 睡眠	<input type="checkbox"/> ふらつき・転倒
	<input type="checkbox"/> 理解度	<input type="checkbox"/> 他科受診	<input type="checkbox"/> 認知症
	<input type="checkbox"/> 併用薬	<input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> 健康食品・サプリメント
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

訪問時に行った薬学的管理の具体的な内容

訪問時に行った

おためし訪問終了後の対応

医療・介護保険による在宅医療に移行（移行予定）

継続して訪問しているが保険請求していない

おためし訪問事業のみで終了（理由:)

その他 ()

薬剤師が在宅医療に關与することについてご意見をお聞かせください

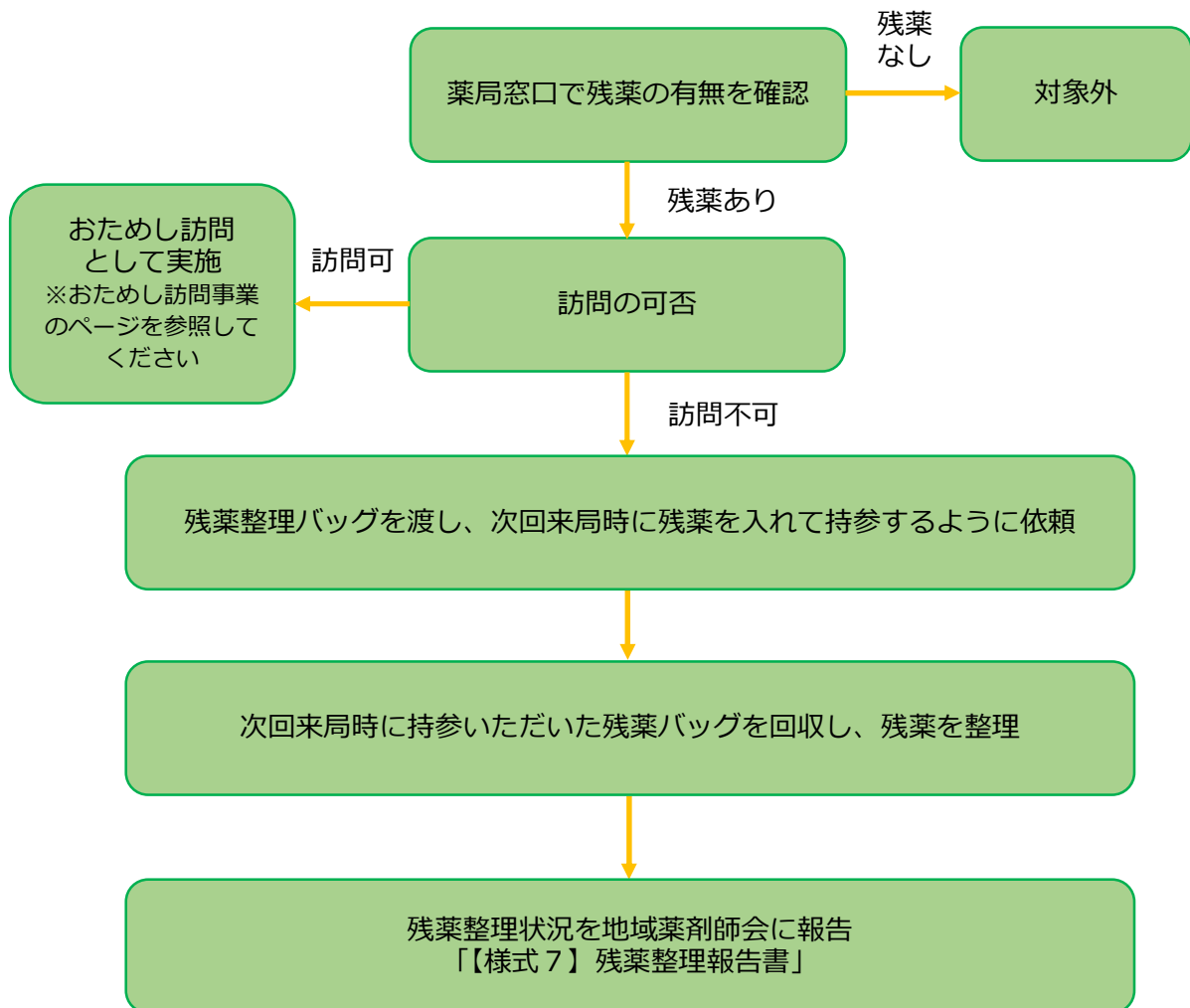
薬局名:

残薬整理事業

この事業では、残薬の定義を以下のとおりとさせていただきます。

- 現在服用している薬について
処方された薬以外に2週間以上残っているものを残薬とします
- 現在服用していない薬について
現在服用していない薬は残薬とします。

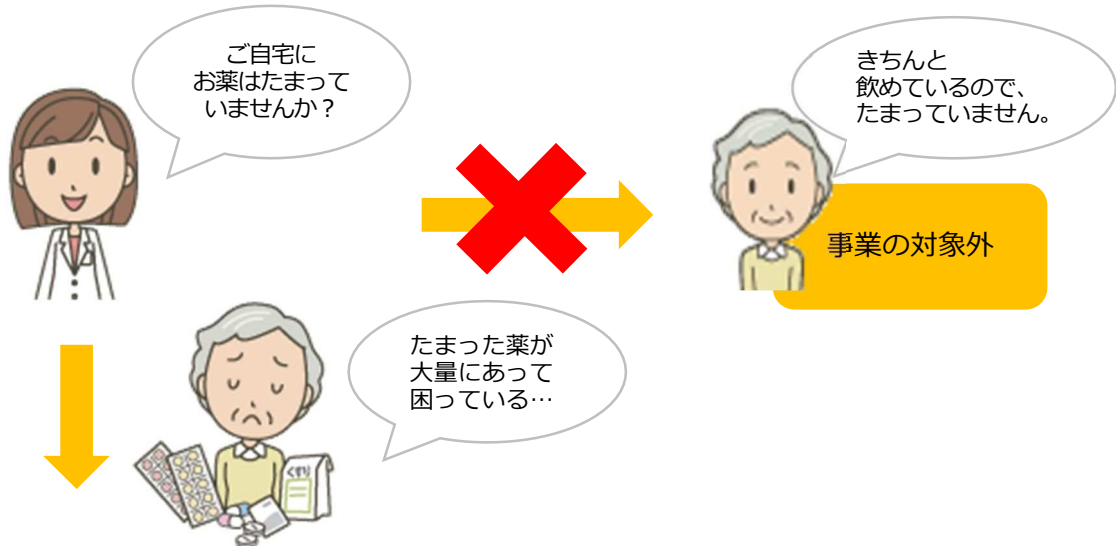
「残薬整理事業」事業フロー図(簡易版)



「残薬整理事業」事業フロー図

I 患者への声かけ

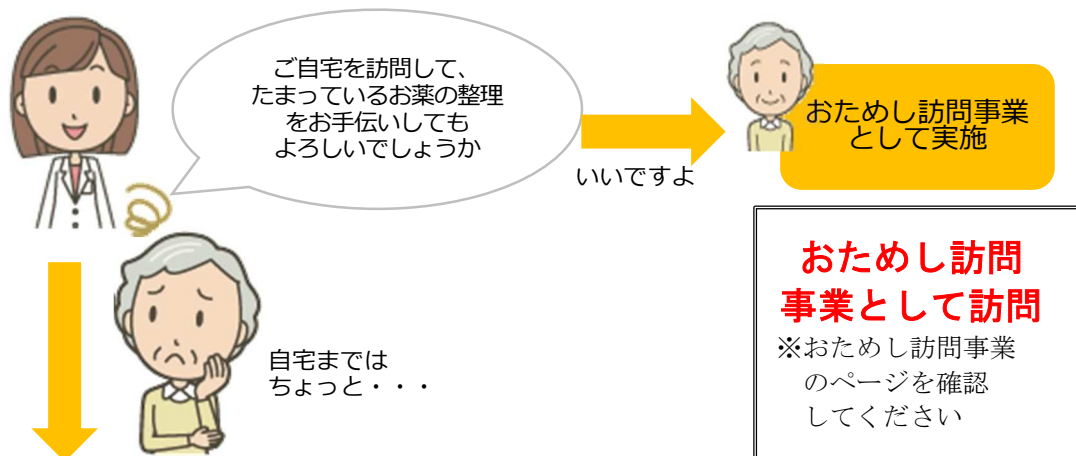
I 来局した患者(家族等)に、飲み忘れ等で大量にたまってしまっている薬はないか声をかける。



「残薬整理事業」事業フロー図

II 自宅訪問の可否を確認

II 残薬整理のため、自宅を訪問してよいか確認する。

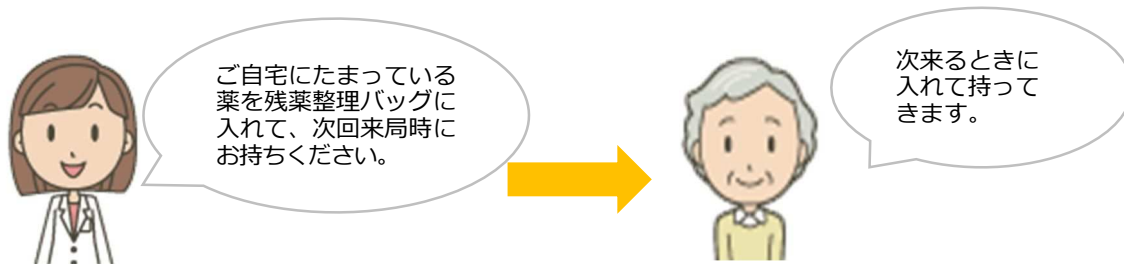


残薬整理事業として訪問

※次ページの実施内容をご確認ください

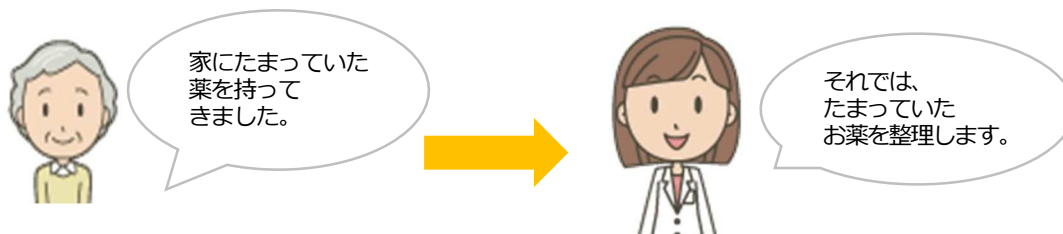
「残薬整理事業」事業フロー図 Ⅲ 残薬整理バッグを渡す

Ⅲ 「残薬整理バッグ」を渡し、次回来局時に残薬を入れて持参いただく様に依頼。



「残薬整理事業」事業フロー図 Ⅳ 残薬整理バッグの回収・残薬の整理

Ⅳ 次回来局時に、持参した「残薬整理バッグ」を回収し、残薬を整理する。



患者が持参した残薬について整理してください。

○ (例) すでに発生している残薬の整理

- ・ 使える薬と使えない薬とを仕分けする（使えない薬は廃棄する）
- ・ 使える薬を服用時点ごとにまとめて一包化する
- ・ 使える薬の分を処方日数調整する（医師への疑義照会）

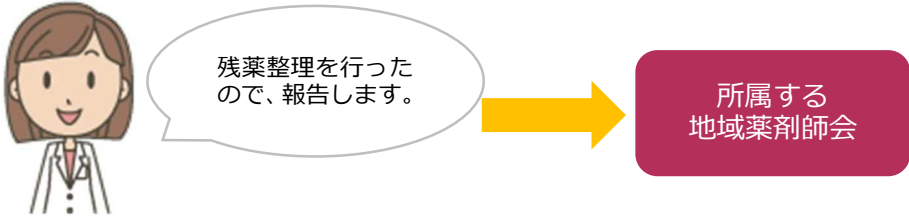
○ (例) 今後、残薬が発生しないための方策の検討

- ・ お薬カレンダー等の活用
- ・ 服用方法の提案（剤形変更、服用時点変更等）

「残薬整理事業」事業フロー図

V 残薬整理報告書の提出

V 残薬を整理した状況について、各地域薬剤師会に報告する。
【様式7】残薬整理報告書



おためし訪問事業として実施した残薬整理の場合、おためし訪問の報告書もご提出ください。

○おためし訪問時に残薬整理を行った場合

- 【様式2】『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書
- 【様式5】『薬剤師のおためし訪問』事業評価書
- 【様式6】『薬剤師のおためし訪問』成果報告書
- 【様式7】残薬整理報告書

○来局時に残薬整理を行った場合

- 【様式7】残薬整理報告書

【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式7 (薬局・薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会)

報告日 令和 年 月 日

患者番号	残薬整理報告書
<small>おためし訪問時の残薬整理の場合、おためし訪問の患者番号と同じ番号を記載してください。 ※来局時の残薬整理の場合は番号不要</small>	
薬局名 _____	
薬剤師名 _____	

【患者情報】
 年齢 _____ 歳 性別 _____ 男・女 薬の管理者 _____ 本人・家族・その他 (_____)

服用薬の種類 _____ 種類

【残薬の原因】 ※複数回答可
 飲み忘れ 自己判断で中止 受診日と処方日数の不一致 服用方法との不一致 頓服のみ
 その他 (_____)

【残薬改善の工夫】 ※複数回答可
 服薬支援 (一包化・お薬カレンダー等) 日数調整の提案 (疑義照会等)
 服薬方法の提案 (服薬時点変更・剤形変更等) 家族等に協力を依頼
 その他 (_____)

【残薬数】

	區	金額
<small>※ 太枠内は事務局記入</small>		整理効果額

様式7

在宅医療未経験薬剤師等との
同行訪問事業

「在宅医療未経験薬剤師との同行訪問事業」

実施手順について【薬剤師・薬局】

1 福島県薬剤師会から事業実施に必要な資材を送付

送付予定の資材

- ① 事業実施に必要な様式（様式A、B、C、D）
（用紙不足の場合は、福島県薬剤師会ホームページからダウンロードしてください。）
- ※ 事業実施マニュアルは本会ホームページからダウンロードしてください。

2 事業の実施（11月から2月中旬）

同行訪問は、下記のとおり実施します。

- ① 在宅医療の経験のない（浅い）薬剤師が在宅訪問をする際に、経験豊富な薬剤師に同行してもらいます。
- ② 在宅医療の経験豊富な薬剤師が在宅訪問する際に、経験のない（浅い）薬剤師を同行させてもらいます。

(1) 同行訪問の調整を所属する地域薬剤師会に依頼します。

在宅医療の経験のない（浅い）薬剤師が在宅訪問をする際に、経験豊富な薬剤師に同行してもらう場合

在宅医療の経験豊富な薬剤師が在宅訪問する際に、経験のない（浅い）薬剤師が同行させてもらう場合

【様式A】『薬剤師の同行訪問事業』依頼書

※在宅経験のない（浅い）薬剤師が在宅訪問する際に、経験豊富な薬剤師に同行してもらう場合、依頼書には患者情報を記載してください。

(2) 同行訪問の実施（P.35～41をご覧ください）

3 地域薬剤師会に報告書を提出（2月中旬まで）

- (1) 訪問終了後、在宅医療の経験豊富な薬剤師は、在宅医療の経験のない（浅い）薬剤師からのアンケートを添えて、報告書を提出してください。

- 【様式C】『薬剤師の同行訪問事業』実施後のアンケート
- 【様式D】『薬剤師の同行訪問事業』実施報告書

「在宅医療未経験薬剤師等との同行訪問事業」事業のイメージ

経験豊富な薬剤師に同行してもらう



在宅経験のない薬剤師が在宅訪問する際に、経験豊富な薬剤師に同行してもらう事業



「医師から在宅訪問の指示がだされたが自信がないので、一緒に行ってくれる方を紹介して欲しい」と所属する地域薬剤師会に連絡

経験豊富な薬剤師に同行させてもらう



在宅経験の豊富な薬剤師が在宅訪問する際に、経験のない薬剤師を同行させてもらう事業



「在宅経験の豊富な方の在宅訪問に同行して、実際の現場での対応を見てみたい」と所属する地域薬剤師会に連絡。

事業実施期間は令和5年11月から令和6年2月中旬まで

「在宅医療未経験薬剤師等との同行訪問事業」事業フロー図
I-① 在宅経験の浅い薬剤師が行う在宅医療への同行

- I-①-1 在宅医療の経験の浅い薬剤師に在宅の指示が出される。
- I-①-2 在宅医療の経験の浅い薬剤師から、所属する地域薬剤師会に同行訪問を依頼する。

【様式A】『薬剤師の同行訪問事業』実施依頼書

※患者情報の記載が必要



【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式A (在宅経験の浅い薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会)

『薬剤師の同行訪問事業』実施依頼書

依頼日 令和 年 月 日

依頼者 薬局名
依頼者名
TEL. FAX.

【同行訪問の種類】※いずれかにチェックをつけてください。

在宅医療の経験豊富な薬剤師が在宅訪問をする際に、同行を希望します。

在宅訪問をする際に、経験豊富な薬剤師の同行を希望します。
※同行訪問にあたり訪問する患者の情報について、以下にご記入ください。

利用医療機関名	担 当 薬 師 名	介護認定 区 分
生 年 月 日 大	様式 A	
住 所 番 (番地の前まで)		
患 者 情 報 処 方 内 容 特 記 事 項 等		

【地域薬剤師会記入欄】

派遣者	勤務先
備 考	

「在宅医療未経験薬剤師等との同行訪問事業」事業フロー図
I-② 在宅経験の豊富な薬剤師が行う在宅医療への同行

I-② 在宅医療の経験が少ない薬剤師が、在宅医療の経験豊富な薬剤師が行う在宅訪問に同行したいと、所属する地域薬剤師会に依頼する。

【様式A】『薬剤師の同行訪問事業』実施依頼書

※患者情報の記載は不要



I-② 在宅医療の経験豊富な方の在宅訪問に同行して、実際の現場での対応を見てみたいです。



所属する
地 域
薬 剤 師 会

【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式A (在宅経験の浅い薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会)

『薬剤師の同行訪問事業』実施依頼書

依頼日 令和 年 月 日

依頼者 薬局名
依頼者名
TEL. FAX.

【同行訪問の種類】※いずれかにチェックをつけてください。

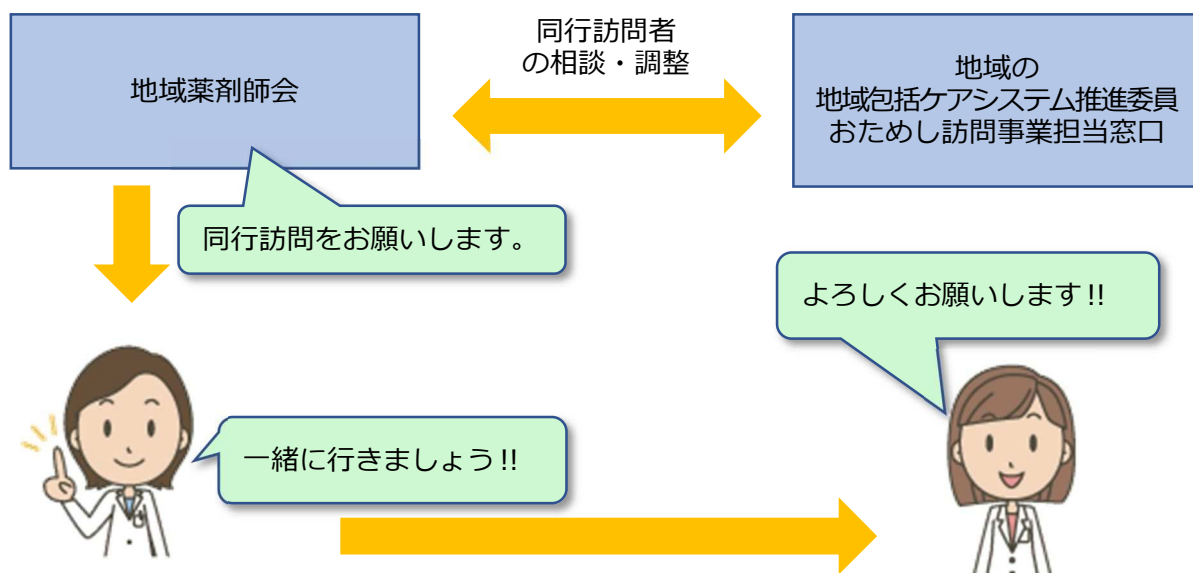
在宅医療の経験豊富な薬剤師が在宅訪問をする際に、同行を希望します。

在宅訪問をする際に、経験豊富な薬剤師の同行を希望します。
※同行訪問にあたり訪問する患者の情報について、以下にご記入ください。

利用医療機関名		担 当 薬 師 名			
生 年 月 日	大.			卜護認定	
住 所 (番地の前まで)				分	
患 者 情 報 処 方 内 容 特 記 事 項 等	様式 A				
【地域薬剤師会記入欄】					
派遣者		勤務先			
備 考					

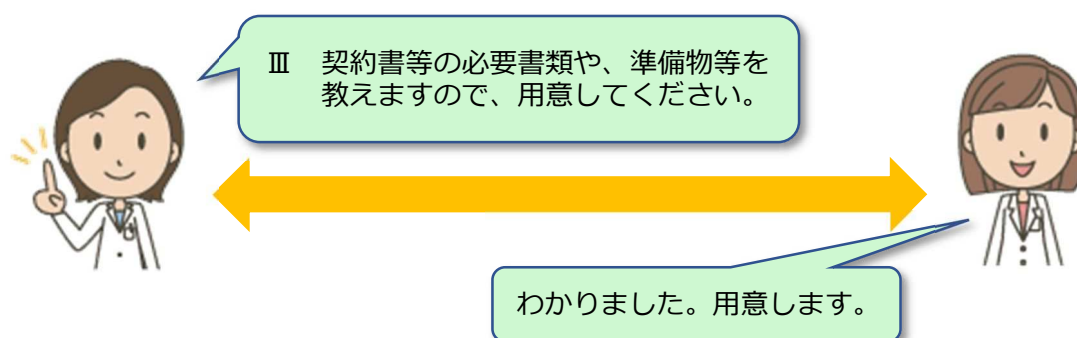
「在宅医療未経験薬剤師等との同行訪問事業」事業フロー図 Ⅱ 同行訪問者の調整

Ⅱ 地域薬剤師会では、地域包括ケアシステム推進委員及び各地域薬剤師会のおためし訪問事業担当窓口等と連携し、派遣者を調整する。



「在宅医療未経験薬剤師等との同行訪問事業」事業フロー図 Ⅲ 同行訪問の準備

Ⅲ 患者宅への訪問に必要な準備物等について、事前に打ち合わせる。



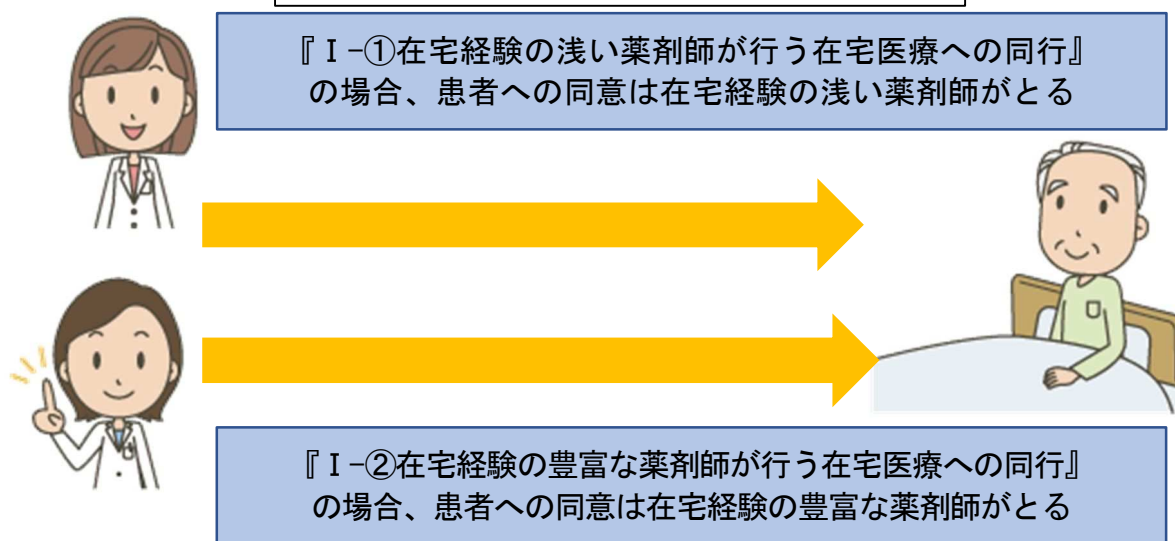
「在宅医療未経験薬剤師等との同行訪問事業」事業フロー図

Ⅳ 同行訪問の準備（患者の同意）

Ⅳ 薬剤師が同行訪問することについて、患者の同意を得る

【様式B】「薬剤師の同行訪問事業」に関する同意書

【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】	
様式B（患者さま ⇒ 薬剤師・薬局）	
『薬剤師の同行訪問事業』に関する同意書	
【事業期間：令和5年10月～令和6年2月まで】	
<p>一般社団法人福島県薬剤師会が「令和5年度福島県地域医療介護総合確保基金事業」において、「多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業」として実施する『薬剤師の同行訪問』について、私の個人情報が必要最低限の範囲で利用することに同意します。</p>	
令和 年 月 日	
利用者名	住 所
	氏 名
	生 年 月
	（代理）
様式 B	
1 事業の目的	この事業は、在宅医療として患者さまのお宅を訪問し、薬剤管理・薬指して実施します。
2 個人情報を使用する目的	(1) 事業を円滑に進めるために必要となる他職種等への情報提供 (2) 事業を実施したことによる効果の検証や報告書の作成のために行う福島県薬剤師会及び関係機関への情報提供
3 提供する情報	氏名、性別、生年月日、年齢、住所、電話番号、利用医療機関等
4 使用にあたっての条件	(1) 得られた情報は、この事業に関わる者のみがデータを閲覧できるものとします (2) 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
5 事業終了後の個人情報の取扱いについて	事業終了後は、個人が特定される資料等はシュレッダーにかけて廃棄し、電子媒体については消去します ※原本は薬局にて保管してください。
薬局名： _____	



※ どちらの患者を訪問するのかが判断基準となります。

「在宅医療未経験薬剤師等との同行訪問事業」事業フロー図 V 同行訪問

V 患者宅を訪問し、服薬指導等のアドバイスを行う。

V 「服薬指導の方法」
「残薬の確認」
「服薬支援の検討」
「多職種との連携」
などについて、経験豊富な薬剤師がアドバイスします。



「在宅医療未経験薬剤師等との同行訪問事業」事業フロー図 VI 報告・請求等

VI 訪問終了後、医師への報告書等の作成方法、報酬の請求方法等について説明する。



VI 医師とケアマネジャーに
訪問結果を報告しましょう！

VI 調剤報酬の請求方法
について教えます。



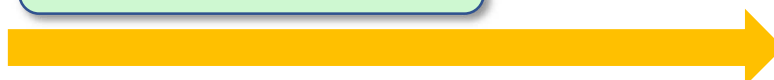
「在宅医療未経験薬剤師等との同行訪問事業」事業フロー図 Ⅶ 事業実施に関するアンケートの提出

Ⅶ 経験の浅い薬剤師は、同行訪問事業に関するアンケートを提出する。

【様式◎】「薬剤師の同行訪問事業」実施後のアンケート調査



Ⅶ 訪問に同行してもらって
感じたことを報告します。



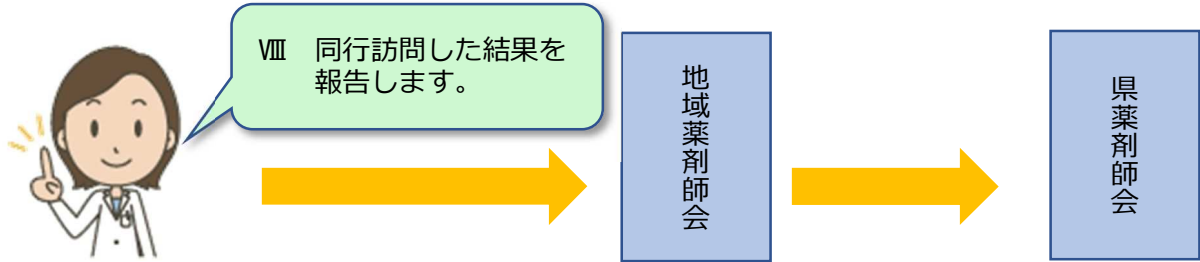
【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】					
様式◎（経験の浅い薬剤師 ⇒ 経験豊富な薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会）					
『薬剤師の同行訪問事業』実施後のアンケート					
報告日 令和 年 月 日					
このアンケートは、在宅訪問の経験豊富な薬剤師に訪問に同行してもらうことによって、どのように感じられたか等を把握し、次年度以降につなげていくためのものです。					
【依頼した薬剤師の情報】					
氏名			薬局名		
性別	男・女	年齢	歳代	薬局での 通算勤務年数	約 年間
在宅医療 の経験	<input type="checkbox"/> ある－経験年数（ 年前くらいから年に 回くらい） <input type="checkbox"/> ない－その理由（ ）				
無菌調剤 の経験	<input type="checkbox"/> ある－経験した場所（ <input type="checkbox"/> 現在の勤務先 <input type="checkbox"/> 以前勤めていた薬局 <input type="checkbox"/> 以前勤めていた病院 ） <input type="checkbox"/> ない				
【勤務する薬局の情報】					
調剤基本料 の区分	調剤基本料 （	様式◎		名 非常勤 名	名 非常勤 名
【同行訪問事業に参加して感じたこと】					
1 在宅医療に対して、今まで以上に積極的に取り組みたいですか <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> ややそう思う <input type="checkbox"/> 今までと変わらない <input type="checkbox"/> わからない					
2 多職種との連携に、今まで以上に積極的に取り組みたいですか <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> ややそう思う <input type="checkbox"/> 今までと変わらない <input type="checkbox"/> わからない					
3 今後、在宅医療への依頼があった際に、対応したいですか <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> ややそう思う <input type="checkbox"/> 今までと変わらない <input type="checkbox"/> わからない					
4 同行訪問事業に参加しての感想（よかった点やもっと教えてほしかった点など）をお聞かせください。					
※ ご協力ありがとうございました。この用紙は訪問に同行いただいた薬剤師にご提出ください。					

「在宅医療未経験薬剤師等との同行訪問事業」事業フロー図

Ⅷ 地域薬剤師会・県薬剤師会への報告

Ⅷ 経験豊富な薬剤師は、経験の浅い薬剤師からの回収したアンケートを添えて、同行結果について地域薬剤師会に報告書を提出する。

【様式D】「薬剤師の同行訪問事業」実施報告書



【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】
様式D（経験豊富な薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会）

『薬剤師の同行訪問事業』実施報告書

報告日 令和 年 月 日

『薬剤師の同行訪問事業』を実施しましたので、下記のとおり報告します。

【訪問した患者の情報】

性別	男・女	年齢	歳	介護認定区分	訪問回数	訪問日
----	-----	----	---	--------	------	-----

【依頼した薬剤師（経験の浅い薬剤師）の情報】

氏名	薬局名							
性別	男・女	年齢	歳	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代以上

【依頼を受けた薬剤師（経）】

氏名	150歳代	60歳代以上
性別	男・女	

【実習内容】

訪問前に確認した項目	<input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 他のケアサービスの内容の確認 <input type="checkbox"/> その他（ ）	確認方法 <input type="checkbox"/> 医師やケアマネなど多職種との関わり方
訪問時に確認した項目	<input type="checkbox"/> 服薬状況の把握 <input type="checkbox"/> 相互作用の発現状況の把握 <input type="checkbox"/> 他科受診・併用薬の把握 <input type="checkbox"/> 薬の管理状況の把握 <input type="checkbox"/> 生活状態（ADL・QOL（食事、睡眠、排泄）等）の把握 <input type="checkbox"/> 身体機能（嚥下機能・ふらつき・うつ・認知症等）の把握 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 残薬状況の把握 <input type="checkbox"/> 副作用の発現状況の把握 <input type="checkbox"/> 健康食品・サプリメントの把握 <input type="checkbox"/> 薬効、痛みの発現状態の把握
訪問後に確認した項目	<input type="checkbox"/> 医師・ケアマネへの報告書の作成・報告 <input type="checkbox"/> 算定要件の解釈 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

実習状況及び感想

※ 同行訪問依頼者への「同行訪問実施後アンケート」と共に、提出してください。

【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】
様式C（経験の浅い薬剤師 ⇒ 経験豊富な薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会）

『薬剤師の同行訪問事業』実施後のアンケート

報告日 令和 年 月 日

このアンケートは、在宅訪問の経験豊富な薬剤師に訪問に同行してもらったことによって、どのように感じられたか等を把握し、次年度以降につなげていくためのものです。

【依頼した薬剤師の情報】

氏名	薬局名					
性別	男・女	年齢	歳	薬局での通算勤務年数	約	年間

在宅医療の経験

あるー経験年数（ 年前くらいから年に 回くらい）
 ないーその理由（ ）

無菌調剤の経験

あるー経 以前勤めていた病院
 ない

【勤務する薬局の情報】

調剤基本料の区分	調	名	非常勤	名	非常勤	名
----------	---	---	-----	---	-----	---

【同行訪問事業に参加しての感想】

- 在宅医療に対して、今まで以上に積極的に取り組みたいですか
 そう思う ややそう思う 今までと変わらない わからない
- 多職種との連携に、今まで以上に積極的に取り組みたいですか
 そう思う ややそう思う 今までと変わらない わからない
- 今後、在宅医療への依頼があった際に、対応したいですか
 そう思う ややそう思う 今までと変わらない わからない
- 同行訪問事業に参加しての感想（よかった点やもっと教えてほしい点など）をお聞かせください。

※ ご協力ありがとうございました。この用紙は訪問に同行いただいた薬剤師にご提出ください。

「多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業」

様式集

- 他職種との連携による薬剤師のおためし訪問事業
 - 【様式1】 『薬剤師のおためし訪問』に関する同意書 ……………P.43
『薬剤師のおためし訪問』に関する同意書（記載例） ……………P.44
 - 【様式2】 『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書……………P.45
『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書（記載例） ……………P.46
 - 【様式3】 『薬剤師のおためし訪問』医師への事前連絡票……………P.47
『薬剤師のおためし訪問』医師への事前連絡票（記載例） ……………P.48
 - 【様式4】 『薬剤師のおためし訪問』実施報告書……………P.49
『薬剤師のおためし訪問』実施報告書（記載例） ……………P.50
 - 【様式5】 『薬剤師のおためし訪問』実施評価書……………P.51
『薬剤師のおためし訪問』実施評価書（記載例） ……………P.52
 - 【様式6】 『薬剤師のおためし訪問』成果報告書……………P.53
『薬剤師のおためし訪問』成果報告書（記載例） ……………P.54
- 残薬整理事業
 - 【様式7】 残薬整理報告書……………P.55
残薬整理報告書（記載例） ……………P.56
- 在宅医療未経験薬剤師等との同行訪問事業
 - 【様式A】 『薬剤師の同行訪問事業』実施依頼書……………P.57
『薬剤師の同行訪問事業』実施依頼書（記載例） ……………P.58
 - 【様式B】 『薬剤師の同行訪問事業』に関する同意書……………P.59
『薬剤師の同行訪問事業』に関する同意書（記載例） ……………P.60
 - 【様式C】 『薬剤師の同行訪問事業』実施後のアンケート…………… P.61～62
『薬剤師の同行訪問事業』実施後のアンケート（記載例） …… P.63～64
 - 【様式D】 『薬剤師の同行訪問事業』実施報告書……………P.65
『薬剤師の同行訪問事業』実施報告書（記載例） ……………P.66

様式1（患者さま ⇒ 【ケアマネ・訪看等 ⇄ 薬剤師・薬局】）

患者番号

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』に関する同意書

【事業期間：令和5年10月～令和6年2月まで】

一般社団法人福島県薬剤師会が「令和5年度福島県地域医療介護総合確保基金事業」において、「多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業」として実施する『薬剤師のおためし訪問』について、私の個人情報を必要最低限の範囲で利用することに同意します。

令和 年 月 日

利用者名 住所

氏名

生年月日 性別 男・女 電話番号

(代理記入の場合) 代理者氏名 (続柄)

1 事業の目的

この事業は、在宅医療に薬剤師が関わり、薬の管理（飲み忘れや飲み残しなど）に関する提案や、薬の効果が生活に悪い影響を与えていないか等の観察を行うことにより、薬学的観点から在宅医療における患者さまの生活の質の向上を目指して実施します。

2 個人情報を使用する目的

- (1) 事業を円滑に進めるために必要となる他職種への情報提供
- (2) 事業を実施したことによる効果の検証や報告書の作成のために行う福島県薬剤師会及び関係機関への情報提供

3 提供する情報

氏名、性別、生年月日、年齢、住所、電話番号、利用医療機関等

4 使用にあたっての条件

- (1) 得られた情報は、この事業に関わる者のみがデータを閲覧できるものとします
- (2) 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

5 事業終了後の個人情報の取扱いについて

事業終了後は、個人が特定される資料等はシュレッダーにかけて廃棄し、電子媒体については消去します

※この用紙は、「実施依頼書・確認書（様式2）」を薬局にお送りいただく際、または他職種から聞き取りを行う際にお送りください。

原本はケアマネ・訪看または薬局にて保管してください。

薬局名： _____

様式1（患者さま ⇒ 【ケアマネ・訪看等 ⇄ 薬剤師・薬局】）

患者番号	1
------	---

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』に関する同意書

【事業期間：令和5年10月～令和6年2月まで】

一般社団法人福島県薬剤師会が「令和5年度福島県地域医療介護総合確保基金事業」において、「多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業」として実施する『薬剤師のおためし訪問』について、私の個人情報を必要最低限の範囲で利用することに同意します。

令和 5年 12月 1日

利用者名 住所 福島市蓬萊町五丁目〇〇番地の〇

氏名 県薬 太郎

生年月日 S 2 5 . 1 2 . 3 1 性別 男 ・ 女 電話番号 024-549-0000

(代理記入の場合) 代理者氏名 (続柄)

1 事業の目的

この事業は、在宅医療に薬剤師が関わり、薬の管理（飲み忘れや飲み残しなど）に関する提案や、薬の効果が生活に悪い影響を与えていないか等の観察を行うことにより、薬学的観点から在宅医療における患者さまの生活の質の向上を目指して実施します。

2 個人情報を使用する目的

- (1) 事業を円滑に進めるために必要となる他職種への情報提供
- (2) 事業を実施したことによる効果の検証や報告書の作成のために行う福島県薬剤師会及び関係機関への情報提供

3 提供する情報

氏名、性別、生年月日、年齢、住所、電話番号、利用医療機関等

4 使用にあたっての条件

- (1) 得られた情報は、この事業に関わる者のみがデータを閲覧できるものとします
- (2) 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

5 事業終了後の個人情報の取扱いについて

事業終了後は、個人が特定される資料等はシュレッダーにかけて廃棄し、電子媒体については消去します

※この用紙は、「実施依頼書・確認書（様式2）」を薬局にお送りいただく際、または他職種から聞き取りを行う際にお送りください。

原本はケアマネ・訪看または薬局にて保管してください。

薬局名： 県薬〇〇〇〇薬局

様式2 (【ケアマネ・訪看等 ⇄ 薬局・薬剤師】 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会)

依頼日 令和 年 月 日

患者番号	
-------------	--

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書

薬局 御中

依頼者【ケアマネジャー・訪問看護師・その他 ()】

事業所名

作成者名

TEL.

FAX.

E-mail

実施の経緯	<input type="checkbox"/> 他職種からの依頼 <input type="checkbox"/> 薬局からの提案			
患者氏名		男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	〒			
利用医療機関名			担当医師名	医師への報告 (済 ・ 未)
薬剤師の訪問を希望する理由	<input type="checkbox"/> 飲み忘れてしまう <input type="checkbox"/> 飲みづらい・飲んでくれない <input type="checkbox"/> 残薬が多い <input type="checkbox"/> 飲みすぎでしまう <input type="checkbox"/> 嘔下困難への対応 (経管栄養等) <input type="checkbox"/> 副作用の不安 <input type="checkbox"/> 薬についての知識不足 <input type="checkbox"/> 薬の管理ができていない <input type="checkbox"/> 多種類服薬への不安 <input type="checkbox"/> 薬剤のADLへの影響 <input type="checkbox"/> 他科受診に伴う相互作用の不安 <input type="checkbox"/> QOLの向上 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 痛みの管理 <input type="checkbox"/> 多職種との連携 <input type="checkbox"/> 家族からの依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()			
薬剤師に関与してほしい具体的な課題・要望				

【薬局記入欄】

薬局名 薬剤師名	<input type="checkbox"/> 訪問します (訪問予定日 月 日) <input type="checkbox"/> 訪問できません
訪問できない場合、その理由をご記入ください	

※ この用紙は、「患者同意書(様式1)」を添えてかかりつけの薬局にお送りください。(原本は訪看・ケアマネにて保管してください)
 ※ 薬局では訪問の可否を記入し、地域薬剤師会にお送りください。

薬局名: _____

様式2 (【ケアマネ・訪看等 ⇄ 薬局・薬剤師】 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会)

依頼日 令和5年12月2日

患者番号 1

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書・確認書

県薬〇〇〇〇 薬局 御中

依頼者【ケアマネジャー・訪問看護師・その他 ()】

事業所名 ほうらい介護支援事業所

作成者名 福島 花子

TEL. 024-549-1111 FAX.024-549-2222

E-mail

実施の経緯	<input checked="" type="checkbox"/> 他職種からの依頼 <input type="checkbox"/> 薬局からの提案		
患者氏名	県薬 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女	生年月日 大正・昭和・平成 25年12月31日(73歳)
住所	〒960-8157 福島市蓬萊町五丁目〇〇番地〇		
利用医療機関名	ほうらいクリニック	担当医師名	蓬萊 一郎 医師への報告 (<input checked="" type="checkbox"/> 済 ・ 未)
薬剤師の訪問を希望する理由	<input checked="" type="checkbox"/> 飲み忘れてしまう <input type="checkbox"/> 飲みづらい・飲んでくれない <input checked="" type="checkbox"/> 残薬が多い <input type="checkbox"/> 飲みすぎてしまう <input type="checkbox"/> 嚥下困難への対応(経管栄養等) <input type="checkbox"/> 副作用の不安 <input checked="" type="checkbox"/> 薬についての知識不足 <input checked="" type="checkbox"/> 薬の管理ができていない <input checked="" type="checkbox"/> 多種類服薬への不安 <input type="checkbox"/> 薬剤のADLへの影響 <input type="checkbox"/> 他科受診に伴う相互作用の不安 <input checked="" type="checkbox"/> QOLの向上 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 痛みの管理 <input type="checkbox"/> 多職種との連携 <input type="checkbox"/> 家族からの依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()		
薬剤師に与えてほしい具体的な課題・要望	市内の医療機関を複数受診し、薬をどう飲んでいいかわからない。 不眠のため睡眠薬を多く飲んで、アルコールも飲んでいる 生活意識が低下し、家の中が散らかっており、ふらつき転倒している。 薬の管理、服薬指導、アルコールと薬の作用について説明いただきたい。		

【薬局記入欄】

薬局名 県薬〇〇〇〇薬局	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問します(訪問予定日 12月6日) <input type="checkbox"/> 訪問できません
薬剤師名 会営 薬男	

訪問できない場合、その理由をご記入ください

※ この用紙は、「患者同意書(様式1)」を添えてかかりつけの薬局にお送りください。(原本は訪看・ケアマネにて保管してください)

※ 薬局では訪問の可否を記入し、地域薬剤師会にお送りください。

薬局名: 県薬〇〇〇〇薬局

様式3（薬剤師・薬局 ⇒ 主治医）※様式2を添付

令和 年 月 日

患者番号

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』医師への事前連絡票

医療機関名

科 名

氏 名

先生 御侍史

薬局名

住 所

電話番号

氏 名

日頃より大変お世話になっております。

お電話させていただきました、令和5年度福島県医療介護総合確保基金事業の『薬剤師のおためし訪問』事業につきまして、別紙依頼に基づき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、実施報告書により、訪問内容についてご報告申し上げますので、よろしく願いいたします。

様式3（薬剤師・薬局 ⇒ 主治医）※様式2を添付

令和5年12月2日

患者番号	1
------	---

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』医師への事前連絡票

医療機関名 ほうらいクリニック

科 名 _____

氏 名 蓬莱 一郎 先生 御侍史

薬局名 県薬〇〇〇〇薬局

住 所 福島市蓬莱町二丁目〇〇-〇

電話番号 024-549-9999

氏 名 会営 薬男

日頃より大変お世話になっております。

お電話させていただきました、令和5年度福島県医療介護総合確保基金事業の『薬剤師のおためし訪問』事業につきまして、別紙依頼に基づき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、実施報告書により、訪問内容についてご報告申し上げますので、よろしく願いいたします。

様式4（薬局・薬剤師 ⇒ 主治医・ケアマネ・訪看）※様式2を添付

令和 年 月 日

患者番号	
-------------	--

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』実施報告書

主治医 _____ 先生

ケアマネジャー _____ 様

訪問看護師 _____ 様

日頃より大変お世話になっております。

令和5年度福島県医療介護総合確保基金事業の『薬剤師のおためし訪問』事業にて、別紙依頼に基づき以下のとおり訪問いたしましたのでご報告申し上げます。

【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"/>	服薬状況	<input type="checkbox"/>	ADL の状況
<input type="checkbox"/>	嚥下機能の状況	<input type="checkbox"/>	QOL の状況
<input type="checkbox"/>	薬の管理・保管状況	<input type="checkbox"/>	食欲の状況
<input type="checkbox"/>	残薬の状況	<input type="checkbox"/>	食事量、食事回数の状況
<input type="checkbox"/>	副作用の発現状況	<input type="checkbox"/>	排泄の状況
<input type="checkbox"/>	薬効に関する説明	<input type="checkbox"/>	睡眠の状況
<input type="checkbox"/>	服薬意義の理解度	<input type="checkbox"/>	ふらつき、転倒の状況
<input type="checkbox"/>	他科受診の状況	<input type="checkbox"/>	認知機能の状況
<input type="checkbox"/>	併用薬の有無	<input type="checkbox"/>	糖尿病の状況
<input type="checkbox"/>	健康食品・サプリメントの接種の有無	<input type="checkbox"/>	痛みの発現状況
<input type="checkbox"/>	相互作用の発現	<input type="checkbox"/>	うつの発現状況
<input type="checkbox"/>	その他		
訪問時に実施した具体的内容			

薬局名

担当薬剤師名

㊞

薬局住所

電話番号

FAX 番号

様式4（薬局・薬剤師 ⇒ 主治医・ケアマネ・訪看）※様式2を添付

令和5年12月20日

患者番号	1
------	---

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』実施報告書

主治医 ほうらいクリニック 蓬萊 一郎 先生

ケアマネジャー ほうらい地域包括支援センター 介護 花美 様

訪問看護師 ほうらい介護支援事業所 福島 花子 様

日頃より大変お世話になっております。

令和5年度福島県医療介護総合確保基金事業の『薬剤師のおためし訪問』事業にて、別紙依頼に基づき以下のとおり訪問いたしましたのでご報告申し上げます。

【薬剤師による服薬指導・患者生活状況確認内容等】

訪問日	12月6日	訪問薬剤師氏名	会堂 薬男
※確認した項目にチェック			
	服薬状況		ADLの状況
	嚥下機能の状況	レ	QOLの状況
レ	薬の管理・保管状況		食欲の状況
レ	残薬の状況		食事量、食事回数の状況
	副作用の発現状況		排泄の状況
レ	薬効に関する説明		睡眠の状況
レ	服薬意義の理解度		ふらつき、転倒の状況
レ	他科受診の状況		認知機能の状況
レ	併用薬の有無		糖尿病の状況
	健康食品・サプリメントの接種の有無		痛みの発現状況
レ	相互作用の発現		うつの発現状況
	その他		
訪問時に実施した具体的内容			
他科受診、併用薬の確認を行い、薬の管理・保管状況を把握し残薬の整理を行った。			
アルコールとの併用による薬の効果について説明し、服薬意識の理解を深めた			

薬局名 県薬〇〇〇〇薬局

担当薬剤師名 会堂 薬男

㊞

薬局住所 福島市蓬萊町二丁目〇〇—〇

電話番号 024-549-9999

FAX番号 024-549-8888

様式5 (ケアマネ・訪看等 ⇒ 薬局・薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会)

患者番号

令和 年 月 日

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』実施評価書

【定期訪問時等に評価をお願いします】

評価者【ケアマネジャー 訪問看護師 その他 ()】

事業所名

担当者名

TEL.

FAX.

E-mail

1 総合評価 (該当する項目にチェックしてください)

評価	服薬状況		管理状況		残薬状況	
	訪問前	訪問後	訪問前	訪問後	訪問前	訪問後
	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 不良
	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> やや不良
	<input type="checkbox"/> ほぼ良好	<input type="checkbox"/> ほぼ良好	<input type="checkbox"/> ほぼ良好	<input type="checkbox"/> ほぼ良好	<input type="checkbox"/> ほぼ良好	<input type="checkbox"/> ほぼ良好
	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他
特記事項						

2 「薬剤師のおためし訪問」実施後の状況

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 薬袋などの整理・保管方法の改善によって服薬状況が改善した。 | <input type="checkbox"/> 服薬の種類が減った。 |
| <input type="checkbox"/> 一包化によって服薬状況が改善した。 | <input type="checkbox"/> 薬の保管や整理にかかる時間が減った。 |
| <input type="checkbox"/> 薬の整理箱、服薬カレンダー等によって服薬状況が改善した。 | <input type="checkbox"/> 副作用が回避できた。 |
| <input type="checkbox"/> 剤形変更 (口腔内崩壊錠等) により、服薬状況が改善した。 | <input type="checkbox"/> 他科との重複投与が回避できた。 |
| <input type="checkbox"/> 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。 | <input type="checkbox"/> ADLへの影響を回避できた。 |
| <input type="checkbox"/> 1日の服薬回数が減った。 | <input type="checkbox"/> 排便コントロールが改善した。 |
| <input type="checkbox"/> 頻回受診、飲みすぎが減った。 | <input type="checkbox"/> 多職種連携が改善した。 |
| <input type="checkbox"/> 飲み残し、飲み忘れ (残薬) の整理ができた。 | |
| <input type="checkbox"/> 薬に対する理解が向上した。 | |
| <input type="checkbox"/> 相互作用が回避できた。 | |
| <input type="checkbox"/> QOLが向上した。 | |
| <input type="checkbox"/> 痛みの管理が改善した。 | |
| <input type="checkbox"/> 家族の負担が軽減された。 | |
| <input type="checkbox"/> 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。(該当項目にチェックしてください)

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

そのように感じた理由をお聞かせください

4 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。

薬局名: _____

様式5 (ケアマネ・訪看等 ⇒ 薬局・薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会)

令和5年12月23日

患者番号 1

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』実施評価書

【定期訪問時等に評価をお願いします】

評価者【ケアマネジャー 訪問看護師 その他 ()】

事業所名 **ほうらい介護支援事業所**

担当者名 **福島 花子**

TEL. **024-549-1111** FAX. **024-549-2222** E-mail

1 総合評価 (該当する項目にチェックしてください)

	服薬状況		管理状況		残薬状況	
	訪問前	訪問後	訪問前	訪問後	訪問前	訪問後
評価	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 不良	<input checked="" type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 不良	<input checked="" type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 不良
	<input checked="" type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> やや不良
	<input type="checkbox"/> ほぼ良好	<input type="checkbox"/> ほぼ良好	<input type="checkbox"/> ほぼ良好	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼ良好	<input type="checkbox"/> ほぼ良好	<input type="checkbox"/> ほぼ良好
	<input type="checkbox"/> 良好	<input checked="" type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input checked="" type="checkbox"/> 良好
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他
特記事項						

2 「薬剤師のおためし訪問」実施後の状況

- 薬袋などの整理・保管方法の改善によって服薬状況が改善した。
- 一包化によって服薬状況が改善した。
- 薬の整理箱、服薬カレンダー等によって服薬状況が改善した。
- 剤形変更 (口腔内崩壊錠等) により、服薬状況が改善した。
- 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。
- 1日の服薬回数が減った。
- 頻回受診、飲みすぎが減った。
- 飲み残し、飲み忘れ (残薬) の整理ができた。
- 薬に対する理解が向上した。
- 相互作用が回避できた。
- QOLが向上した。
- 痛みの管理が改善した。
- 家族の負担が軽減された。
- その他 ()
- 服薬の種類が減った。
- 薬の保管や整理にかかる時間が減った。
- 副作用が回避できた。
- 他科との重複投与が回避できた。
- ADLへの影響を回避できた。
- 排便コントロールが改善した。
- 多職種連携が改善した。

3 今回の事業で、薬剤師との連携をどう感じましたか。(該当項目にチェックしてください)

- 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

そのように感じた理由をお聞かせください

利用者の服薬状況が改善し、訪問看護師の負担が減り、別のケアに時間を取れるようになった。
薬とアルコールの作用についても説明していただき、本人の安心にもつながったと思われる。

4 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。

今回のおためし訪問を利用し、気軽に相談でき、改善につながる支援をいただきよかった。
高齢者の中には、処方された薬を自己判断で飲むのをやめているのに、医師や薬剤師には話さず、毎回薬だけをもらってくるような例も多いので、高齢者を見守り、支える一員として薬剤師にも積極的に関わっていただけるようこちらからも助言を求めています。

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。

薬局名: 県薬〇〇〇〇薬局

様式6 (薬局・薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会)

報告日 令和 年 月 日

患者番号	
-------------	--

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』成果報告書

薬剤師会 御中

薬局名

薬剤師名

TEL.

FAX.

『薬剤師のおためし訪問』を実施しましたので、下記のとおり報告します。

【患者情報】

介護 認定 状況	<input type="checkbox"/> 認定なし	性 別	男性・女性	年 齢	歳
	<input type="checkbox"/> 要支援1	居住形態	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 複数世帯 <input type="checkbox"/> 施設入居		
	<input type="checkbox"/> 要支援2		<input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 要介護1		事前打合せ	おためし訪問	アフターフォロー
	<input type="checkbox"/> 要介護2	回 数	回	回	回
	<input type="checkbox"/> 要介護3				
	<input type="checkbox"/> 要介護4	実施日			
	<input type="checkbox"/> 要介護5				
<input type="checkbox"/> その他 ()					

【訪問内容】

訪問時に 確認した項目	<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 相互作用 <input type="checkbox"/> 嚥下機能の状況 <input type="checkbox"/> ADL <input type="checkbox"/> 管理・保管状況 <input type="checkbox"/> QOL <input type="checkbox"/> 残薬 <input type="checkbox"/> 食欲 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 食事量・回数 <input type="checkbox"/> 薬効説明 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 効果 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> ふらつき・転倒 <input type="checkbox"/> 理解度 <input type="checkbox"/> 他科受診 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 併用薬 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 健康食品・サプリメント <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> その他 ()
訪問時に行った 薬学的管理の 具体的内容	
おためし訪問 終了後の対応	<input type="checkbox"/> 医療・介護保険による在宅医療に移行 (移行予定) <input type="checkbox"/> 継続して訪問しているが保険請求していない <input type="checkbox"/> おためし訪問事業のみで終了 (理由:) <input type="checkbox"/> その他 ()
薬剤師が在宅医療 に関わることに ついてご意見をお聞 かせください	

薬局名: _____

様式6 (薬局・薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会)

報告日 令和5年12月23日

患者番号	1
-------------	----------

※患者情報の整理のため、薬局で記載

『薬剤師のおためし訪問』成果報告書

福島 薬剤師会 御中

薬局名 **県薬〇〇〇〇薬局**

薬剤師名 **会営 薬男**

TEL.024-549-9999

FAX.024-549-8888

『薬剤師のおためし訪問』を実施しましたので、下記のとおり報告します。

【患者情報】

介護 認定 状況	<input type="checkbox"/> 認定なし	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性・女性	年齢	73歳	
	<input type="checkbox"/> 要支援1	居住形態	<input checked="" type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 夫婦のみ	<input type="checkbox"/> 複数世帯	<input type="checkbox"/> 施設入居
	<input checked="" type="checkbox"/> 要支援2		<input type="checkbox"/> その他 ()			
	<input type="checkbox"/> 要介護1		事前打合せ	おためし訪問	アフターフォロー	
	<input type="checkbox"/> 要介護2	回数	1回		3回	
	<input type="checkbox"/> 要介護3		12/3		12/6、12/10	
	<input type="checkbox"/> 要介護4	実施日	12/3		12/6、12/10	
<input type="checkbox"/> 要介護5	12/3		12/13			
<input type="checkbox"/> その他 ()						

【訪問内容】

訪問時に確認した項目	<input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> ADL <input checked="" type="checkbox"/> 残薬 <input type="checkbox"/> 食事量・回数 <input checked="" type="checkbox"/> 効果 <input checked="" type="checkbox"/> 理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 併用薬 <input type="checkbox"/> うつ	<input checked="" type="checkbox"/> 相互作用 <input checked="" type="checkbox"/> 管理・保管状況 <input type="checkbox"/> 食欲 <input checked="" type="checkbox"/> 薬効説明 <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 他科受診 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 嚥下機能の状況 <input checked="" type="checkbox"/> QOL <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> ふらつき・転倒 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 健康食品・サプリメント
訪問時に行った薬学的管理の具体的内容	服薬状況の確認と残薬の整理。まだ使える薬には用途を書いて分類。 眠れないとの話で睡眠薬を大量に服用していたが、睡眠時間は十分である。 独居の寂しさもあり、アルコールを大量に摂取している。 薬の効果およびアルコールと併用した際の影響を説明した。		
おためし訪問終了後の対応	<input checked="" type="checkbox"/> 医療・介護保険による在宅医療に移行（移行予定） <input type="checkbox"/> 継続して訪問しているが保険請求していない <input type="checkbox"/> おためし訪問事業のみで終了（理由： ） <input type="checkbox"/> その他 ()		
薬剤師が在宅医療に関わることに ついてご意見をお聞 かせください	在宅医療を継続していくうえで、医療も介護も切り離せない重要なものです。 体調を安定させるためにも薬は欠かせないものであり、その専門家である薬剤師がより一層、在宅医療に取り組むことにより、本人の体調安定と在宅生活の継続が見込まれると 考えます。		

薬局名： 県薬〇〇〇〇薬局

様式7 (薬局・薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会)

報告日 令和 年 月 日

患者番号	
------	--

おためし訪問時の残薬整理の場合、おためし訪問の患者番号と同じ番号を記載してください。
※来局時の残薬整理の場合は番号不要

残薬整理報告書

薬局名 _____

薬剤師名 _____

【患者情報】

年齢 歳 性別 男・女 薬の管理者 本人・家族・その他 ()

服用薬の種類 種類

【残薬の原因】※複数回答可

- 飲み忘れ
 自己判断で中止
 受診日と処方日数の不一致
 服用方法との不一致
 頓服の為
 その他 ()

【残薬改善の工夫】※複数回答可

- 服薬支援 (一包化・お薬カレンダー等)
 日数調整の提案 (疑義照会等)
 服薬方法の提案 (服薬時点変更・剤形変更等)
 家族等に協力を依頼
 その他 ()

【残薬数】

品名・規格	数量	対応	薬価	金額
		調節・廃棄		
		調節・廃棄		
		調節・廃棄		
		調節・廃棄		
		調節・廃棄		
		調節・廃棄		
		調節・廃棄		
		調節・廃棄		
		調節・廃棄		
		調節・廃棄		

※ 太枠内は事務局記入

整理効果額	
-------	--

様式7 (薬局・薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会)

報告日 令和5年12月27日

患者番号	1
------	---

おためし訪問時の残薬整理の場合、おためし訪問の患者番号と同じ番号を記載してください。
※来局時の残薬整理の場合は番号不要

残薬整理報告書

薬局名 県薬〇〇〇〇薬局

薬剤師名 会営 薬男

【患者情報】

年齢 73歳 性別 男・女 薬の管理者 本人・家族・その他 ()

服用薬の種類 8種類

【残薬の原因】※複数回答可

飲み忘れ 自己判断で中止 受診日と処方日数の不一致 服用方法との不一致 頓服の為
その他 ()

【残薬改善の工夫】※複数回答可

服薬支援 (一包化・お薬カレンダー等) 日数調整の提案 (疑義照会等)
服薬方法の提案 (服薬時点変更・剤形変更等) 家族等に協力を依頼
その他 ()

【残薬数】

品名・規格	数量	対応	薬価	金額
カンデサルタン錠 8mg 「あすか」	75錠	<u>調節</u> ・廃棄	51.3	3,847.5
シルニジピン錠 20mg 「テバ」	135錠	<u>調節</u> ・廃棄	44.2	5,967.0
ヒドロクロロチアジド錠 25mg 「トーワ」	72錠	<u>調節</u> ・廃棄	5.7	410.4
アトルバスタチン錠 10mg 「サワイ」	37錠	調節・ <u>廃棄</u>	29.2	1,080.4
酸化マグネシウム錠 250mg 「ケンエー」	28錠	<u>調節</u> ・廃棄	5.7	159.6
酸化マグネシウム錠 250mg 「ケンエー」	232錠	調節・ <u>廃棄</u>	5.7	1,322.4
		調節・廃棄		
		調節・廃棄		
		調節・廃棄		
		調節・廃棄		

※ 太枠内は事務局記入 整理効果額 12,787.3

様式①（在宅経験の浅い薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会）

『薬剤師の同行訪問事業』実施依頼書

依頼日 令和 年 月 日

依頼者 薬局名

依頼者名

TEL.

FAX.

【同行訪問の種類】 ※いずれかにチェックをつけてください。

	在宅医療の経験豊富な薬剤師が在宅訪問をする際に、同行を希望します。
--	-----------------------------------

	在宅訪問をする際に、経験豊富な薬剤師の同行を希望します。 ※同行訪問にあたり訪問する患者の情報について、以下にご記入ください。
--	--

	利用医療機関名		担 当 医 師 名			
	生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	性 別	男・女	介護認定 区 分	
	住 所 (番地の前まで)	〒				
	患 者 情 報 処 方 内 容 特 記 事 項 等					

【地域薬剤師会記入欄】

派遣者		勤務先	
備 考			

様式①（在宅経験の浅い薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会）

『薬剤師の同行訪問事業』実施依頼書

依頼日 令和5年12月2日

依頼者 薬局名 **ほうらい〇〇薬局**

依頼者名 **訪問 郁子**

TEL. **024-555-5555**

FAX. **024-666-6666**

【同行訪問の種類】 ※いずれかにチェックをつけてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	在宅医療の経験豊富な薬剤師が在宅訪問をする際に、同行を希望します。
-------------------------------------	-----------------------------------

在宅訪問をする際に、経験豊富な薬剤師の同行を希望します。 ※同行訪問にあたり訪問する患者の情報について、以下にご記入ください。	
--	--

利用医療機関名		担 当 医 師 名			
生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	性 別	男・女	介護認定 区 分	
住 所 (番地の前まで)	〒				
患 者 情 報 処 方 内 容 特 記 事 項 等					

【地域薬剤師会記入欄】

派遣者	在宅 郁代	勤務先	県薬〇〇〇〇薬局
備 考			

様式⑥（患者さま ⇒ 薬剤師・薬局）

『薬剤師の同行訪問事業』に関する同意書

【事業期間：令和5年10月～令和6年2月まで】

一般社団法人福島県薬剤師会が「令和5年度福島県地域医療介護総合確保基金事業」において、「多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業」として実施する『薬剤師の同行訪問』について、私の個人情報を必要最低限の範囲で利用することに同意します。

令和 年 月 日

利用者名 住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 性別 男・女 電話番号 _____

(代理記入の場合) 代理者氏名 _____ (続柄) _____

1 事業の目的

この事業は、在宅医療の経験の浅い薬剤師と在宅医療の経験豊富な薬剤師が同行して患者さまのお宅を訪問し、薬剤管理・服薬管理等を行うことにより、在宅医療における経験の浅い薬剤師のスキルアップを目指して実施します。

2 個人情報を使用する目的

- (1) 事業を円滑に進めるために必要となる他職種等への情報提供
- (2) 事業を実施したことによる効果の検証や報告書の作成のために行う福島県薬剤師会及び関係機関への情報提供

3 提供する情報

氏名、性別、生年月日、年齢、住所、電話番号、利用医療機関等

4 使用にあたっての条件

- (1) 得られた情報は、この事業に関わる者のみがデータを閲覧できるものとします
- (2) 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

5 事業終了後の個人情報の取扱いについて

事業終了後は、個人が特定される資料等はシュレッダーにかけて廃棄し、電子媒体については消去します

※原本は薬局にて保管してください。

薬局名： _____

様式⑥（患者さま ⇒ 薬剤師・薬局）

『薬剤師の同行訪問事業』に関する同意書

【事業期間：令和5年10月～令和6年2月まで】

一般社団法人福島県薬剤師会が「令和5年度福島県地域医療介護総合確保基金事業」において、「多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業」として実施する『薬剤師の同行訪問』について、私の個人情報を必要最低限の範囲で利用することに同意します。

令和5年12月5日

利用者名 住 所 福島市蓬萊町五丁目〇〇番地〇

氏 名 県薬 太郎

生年月日 昭和25年12月31日 性別 男・女 電話番号 024-549-0000

(代理記入の場合) 代理者氏名 (続柄)

1 事業の目的

この事業は、在宅医療の経験の浅い薬剤師と在宅医療の経験豊富な薬剤師が同行して患者さまのお宅を訪問し、薬剤管理・服薬管理等を行うことにより、在宅医療における経験の浅い薬剤師のスキルアップを目指して実施します。

2 個人情報を使用する目的

- (1) 事業を円滑に進めるために必要となる他職種等への情報提供
- (2) 事業を実施したことによる効果の検証や報告書の作成のために行う福島県薬剤師会及び関係機関への情報提供

3 提供する情報

氏名、性別、生年月日、年齢、住所、電話番号、利用医療機関等

4 使用にあたっての条件

- (1) 得られた情報は、この事業に関わる者のみがデータを閲覧できるものとします
- (2) 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

5 事業終了後の個人情報の取扱いについて

事業終了後は、個人が特定される資料等はシュレッダーにかけて廃棄し、電子媒体については消去します

※原本は薬局にて保管してください。

薬局名：県薬〇〇〇〇薬局

様式◎（経験の浅い薬剤師 ⇒ 経験豊富な薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会）

『薬剤師の同行訪問事業』実施後のアンケート

報告日 令和 年 月 日

このアンケートは、在宅訪問の経験豊富な薬剤師に訪問に同行してもらうことによって、どのように感じられたか等を把握し、次年度以降につなげていくためのものです。

【依頼した薬剤師の情報】

氏名			薬局名		
性別	男・女	年齢	歳代	薬局での 通算勤務年数	約 年間
在宅医療 の経験	<input type="checkbox"/> ある－経験年数（ 年前くらいから年に 回くらい） <input type="checkbox"/> ない－その理由（ ）				
無菌調剤 の経験	<input type="checkbox"/> ある－経験した場所（ <input type="checkbox"/> 現在の勤務先 <input type="checkbox"/> 以前勤めていた薬局 <input type="checkbox"/> 以前勤めていた病院） <input type="checkbox"/> ない（その他（ ））				

【勤務する薬局の情報】

調剤基本料 の区分	調剤基本料 ()	勤務している薬剤師数	常勤 名	非常勤 名
		勤務している事務員数	常勤 名	非常勤 名

【同行訪問事業に参加して感じたこと】

1 在宅医療に対して、今まで以上に積極的に取り組みたいですか
<input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> ややそう思う <input type="checkbox"/> 今までと変わらない <input type="checkbox"/> わからない
2 多職種との連携に、今まで以上に積極的に取り組みたいですか
<input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> ややそう思う <input type="checkbox"/> 今までと変わらない <input type="checkbox"/> わからない
3 今後、在宅医療への依頼があった際に、対応したいですか
<input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> ややそう思う <input type="checkbox"/> 今までと変わらない <input type="checkbox"/> わからない
4 同行訪問事業に参加しての感想（よかった点やもっと教えてほしかった点など）をお聞かせください。

※ ご協力ありがとうございました。この用紙は訪問に同行いただいた薬剤師にご提出ください。

様式㉔（経験の浅い薬剤師 ⇒ 経験豊富な薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会）

『薬剤師の同行訪問事業』実施後のアンケート

報告日 令和5年12月20日

このアンケートは、在宅訪問の経験豊富な薬剤師に訪問に同行してもらうことによって、どのように感じられたか等を把握し、次年度以降につなげていくためのものです。

【依頼した薬剤師の情報】

氏名	訪問 郁子		薬局名	ほうらい〇〇薬局	
性別	男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	年齢	30歳代	薬局での 通算勤務年数	約 5年間
在宅医療 の経験	<input type="checkbox"/> あるー経験年数（ 年前くらいから年に 回くらい） <input checked="" type="checkbox"/> ないーその理由（ ）				
無菌調剤 の経験	<input type="checkbox"/> あるー経験した場所（ <input type="checkbox"/> 現在の勤務先 <input type="checkbox"/> 以前勤めていた薬局 <input type="checkbox"/> 以前勤めていた病院 ） <input checked="" type="checkbox"/> ない（ その他（ ） ）				

【勤務する薬局の情報】

調剤基本料 の区分	調剤基本料 （ 1 ）	勤務している薬剤師数	常勤 2名	非常勤 1名
		勤務している事務員数	常勤 3名	非常勤 2名

【同行訪問事業に参加して感じたこと】

1 在宅医療に対して、今まで以上に積極的に取り組みたいですか	<input checked="" type="checkbox"/> そう思う	<input type="checkbox"/> ややそう思う	<input type="checkbox"/> 今までと変わらない	<input type="checkbox"/> わからない
2 多職種との連携に、今まで以上に積極的に取り組みたいですか	<input type="checkbox"/> そう思う	<input checked="" type="checkbox"/> ややそう思う	<input type="checkbox"/> 今までと変わらない	<input type="checkbox"/> わからない
3 今後、在宅医療への依頼があった際に、対応したいですか	<input type="checkbox"/> そう思う	<input checked="" type="checkbox"/> ややそう思う	<input type="checkbox"/> 今までと変わらない	<input type="checkbox"/> わからない
4 同行訪問事業に参加しての感想（よかった点やもっと教えてほしかった点など）をお聞かせください。	<p>在宅医療については勉強会等での漠然とした知識しかなかったので、実際の現場に同行することで、患者との契約から必要な書類、訪問の際に必要な知識や技術、他職種への情報提供や連携の仕方を理解することができ、良い経験になった。</p> <p>在宅医療のきっかけになりそうな事例や残薬の整理に関するアドバイスなどについて、もっと教えてほしかった。</p> <p>同行させていただいた先生には、訪問前に様々な資料を用意していただけたたり、患者さんの背景などの情報を教えていただいたりしました。</p> <p>実際の訪問の様子を見ても、どうすれば患者さんにとってお薬が飲みやすいかなど、患者さんのことをとても感を得ていることがわかりました。患者さんが自分でできる範囲のことはやってもらうとか、なんでも手を出していいのではないのだと教わり、その見極めも大切だと思いました。</p>			

※ ご協力ありがとうございました。この用紙は訪問に同行いただいた薬剤師にご提出ください。

様式①（経験豊富な薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会）

『薬剤師の同行訪問事業』実施報告書

報告日 令和 年 月 日

『薬剤師の同行訪問事業』を実施しましたので、下記のとおり報告します。

【訪問した患者の情報】

性別	男・女	年齢	歳	介護認定 区分	訪問回数 訪問日
----	-----	----	---	------------	-------------

【依頼した薬剤師（経験の浅い薬剤師）の情報】

氏名				薬局名		
性別	男・女	年齢	<input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代以上			

【依頼を受けた薬剤師（経験豊富な薬剤師）の情報】

氏名				薬局名		
性別	男・女	年齢	<input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代以上			

【実習内容】

訪問前に 確認した項目	<input type="checkbox"/> 契約書等の取り交わし方 <input type="checkbox"/> 他のケアサービスの内容の確認 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 請求する保険の確認方法 <input type="checkbox"/> 医師やケアマネなど多職種との関わり方
訪問時に 確認した項目	<input type="checkbox"/> 服薬状況の把握 <input type="checkbox"/> 相互作用の発現状況の把握 <input type="checkbox"/> 他科受診・併用薬の把握 <input type="checkbox"/> 薬の管理状況の把握 <input type="checkbox"/> 生活状態（ADL・QOL（食事、睡眠、排泄）等）の把握 <input type="checkbox"/> 身体機能（嚥下機能・ふらつき・うつ・認知症等）の把握 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 残薬状況の把握 <input type="checkbox"/> 副作用の発現状況の把握 <input type="checkbox"/> 健康食品・サプリメントの把握 <input type="checkbox"/> 薬効、痛みの発現状態の把握
訪問後に 確認した項目	<input type="checkbox"/> 医師・ケアマネへの報告書の作成・報告 <input type="checkbox"/> 算定要件の解釈 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
実習状況 及び感想		

※ 同行訪問依頼者への「同行訪問実施後アンケート」と共に、提出してください。

様式①（経験豊富な薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会）

『薬剤師の同行訪問事業』実施報告書

報告日 令和5年12月25日

『薬剤師の同行訪問事業』を実施しましたので、下記のとおり報告します。

【訪問した患者の情報】

性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	年齢	70歳	介護認定区分	要支援2	訪問回数 訪問日	2回 (12/10、12・17)
----	---	----	-----	--------	------	-------------	---------------------

【依頼した薬剤師（経験の浅い薬剤師）の情報】

氏名	訪問 郁子	薬局名	ほうらい〇〇薬局
性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	年齢	<input type="checkbox"/> 20歳代 <input checked="" type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代以上

【依頼を受けた薬剤師（経験豊富な薬剤師）の情報】

氏名	在宅 郁代	薬局名	県薬〇〇〇〇薬局
性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	年齢	<input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input checked="" type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代以上

【実習内容】

訪問前に確認した項目	<input checked="" type="checkbox"/> 契約書等の取り交わし方 <input checked="" type="checkbox"/> 他のケアサービスの内容の確認 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input checked="" type="checkbox"/> 請求する保険の確認方法 <input checked="" type="checkbox"/> 医師やケアマネなど多職種との関わり方
訪問時に確認した項目	<input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況の把握 <input checked="" type="checkbox"/> 相互作用の発現状況の把握 <input checked="" type="checkbox"/> 他科受診・併用薬の把握 <input checked="" type="checkbox"/> 薬の管理状況の把握 <input checked="" type="checkbox"/> 生活状態（ADL・QOL（食事、睡眠、排泄）等）の把握 <input checked="" type="checkbox"/> 身体機能（嚥下機能・ふらつき・うつ・認知症等）の把握 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input checked="" type="checkbox"/> 残薬状況の把握 <input checked="" type="checkbox"/> 副作用の発現状況の把握 <input checked="" type="checkbox"/> 健康食品・サプリメントの把握 <input checked="" type="checkbox"/> 薬効、痛みの発現状態の把握
訪問後に確認した項目	<input checked="" type="checkbox"/> 医師・ケアマネへの報告書の作成・報告 <input checked="" type="checkbox"/> 算定要件の解釈 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
実習状況及び感想	同居のご夫婦の訪問に同行してもらいました。 奥さんは寝たきりですが、薬の管理はできるためヒートのまま。 旦那さんは耳が遠くて服薬コンプライアンス不良のため、お薬カレンダーでお届けしています。 患者さんの状態に合わせた服薬支援をしていることを理解してもらえたと思います。	

※ 同行訪問依頼者への「同行訪問実施後アンケート」と共に、提出してください。