

【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
○ 他職種との連携による薬局・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	65

「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4年10月から令和5年3月まで

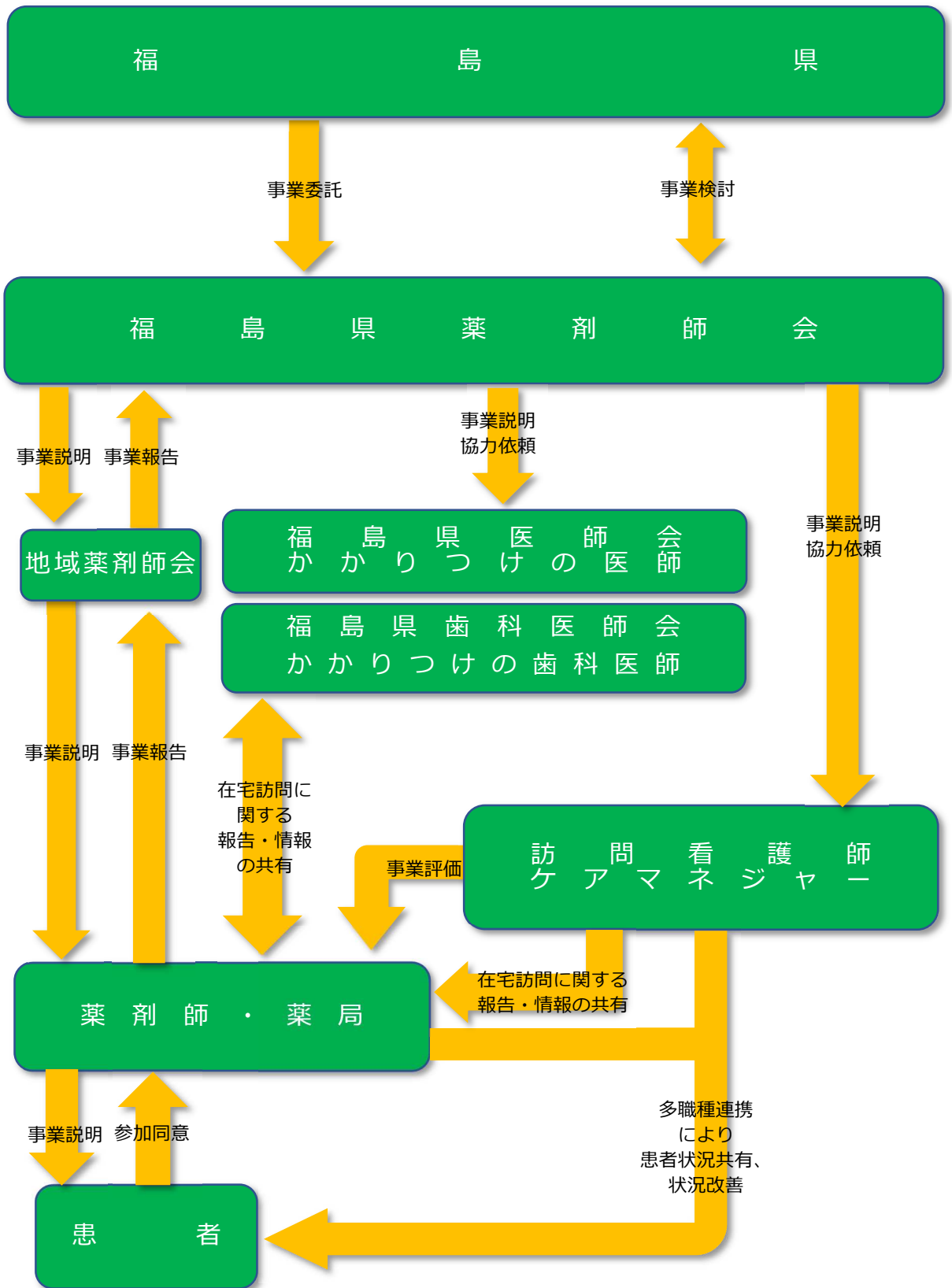
5 事業実施に関する費用の負担について

- (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	福島県と業務委託契約を締結
11月	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
	地域薬剤師会・会員への事業説明会のウェブ開催
	会員及び他職種との連携のための相談窓口の設置
	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） （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）
	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
11月 ・ 12月 ・ 1月	【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） 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 【訪問実施結果を地域薬剤師会に報告（2/17まで）】 他職種からの評価と合わせて報告
2月	上旬
	中旬
	下旬
各薬局からの訪問実施結果を取りまとめ、 2月24日（金）までに県薬に報告	
3月	【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

「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。

「2 関係団体等への事業説明及び協力依頼」については、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、可能な範囲内での対応をお願いいたします。
※各地域の関係団体には、本会から事業説明及びチラシ等を事前に送付いたします。

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。

④ 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

⑤ 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24日（金）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
 - (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
 - (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17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



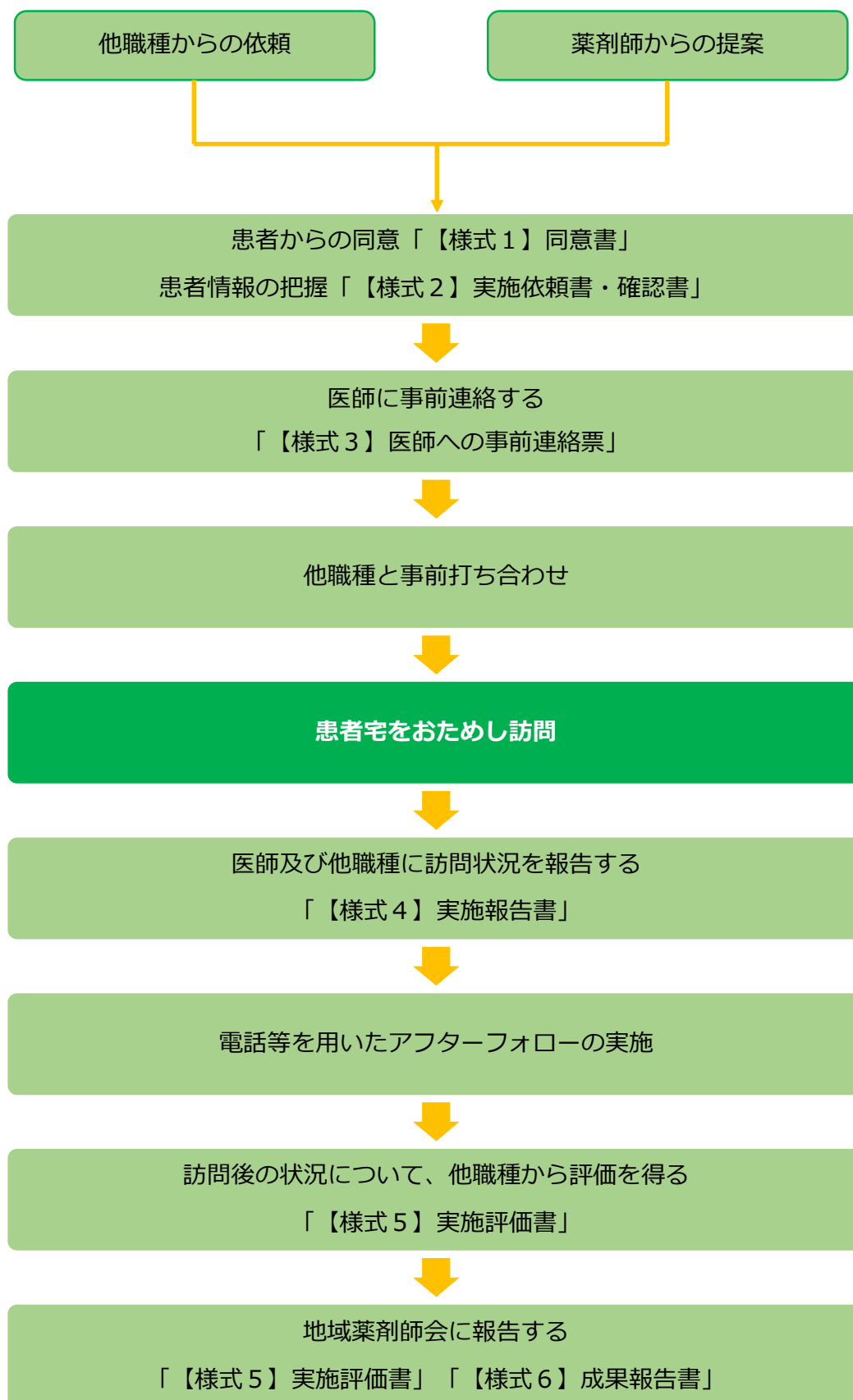
薬剤師が薬学的管理に問題があると思われる方について、他職種と連携の上、一度訪問してみるという事業



「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4年11月から令和5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)

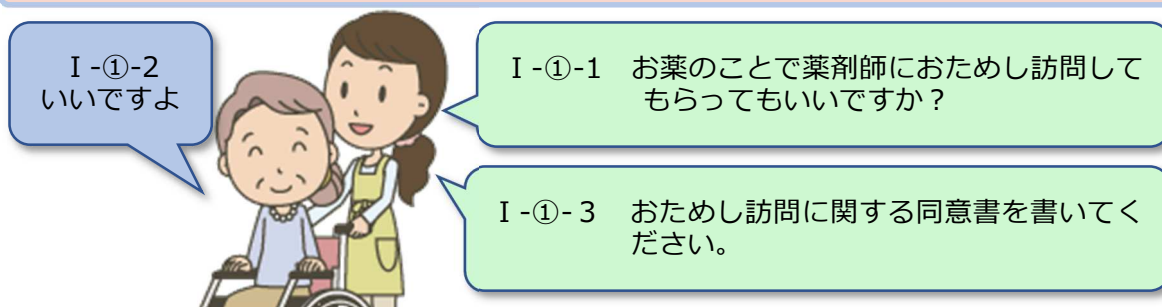


「他職種との連携によるおためし訪問事業」事業フロー図

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4年10月～令和5年2月まで】

一般社団法人福島県薬剤師会が「令和4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 様式1 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-①-4 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

実施に至った経緯【他職種からの依頼 □ 薬局からの提案 □】

利用医療機関名	担当医師名	医師への報告(済・未)
☐ 飲み忘れてしまう ☐ 飲みづらい・飲んでくれない ☐ 飲みすぎてしまう ☐ 残薬が多い 薬剤師の訪問を希望する理由 不安 QOLの向上 家族からの依頼 ☐		
薬剤師に関与してほしい具体的な課題		
薬剤師に対する要望		

【薬局記入欄】

薬局名・担当 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4年10月～令和5年2月まで】

一般社団法人福島県薬剤師会が「令和4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、私の個人情報が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

実施に至った経緯 ☐ 他職種からの依頼 ☐ 薬局からの提案

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 ☐ 飲み忘れてしまう ☐ 飲みづらい・飲んでくれない ☐ 飲みすぎてしまう ☐ 嚥下困難への対応 (経管栄養等) ☐ 薬の管理ができていない ☐ 残薬が多い ☐ 副作用 ☐ 服薬への不安 ☐ 他 ☐ 響 ☐ QOLの向上 ☐ 排泄 ☐ 家族からの依頼 ☐ その他		
薬剤師に関与してほしい具体的な課題		
薬剤師に対する要望		

様式2

【薬局記入欄】

薬局名・担当 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: _____

「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 -②-1 「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

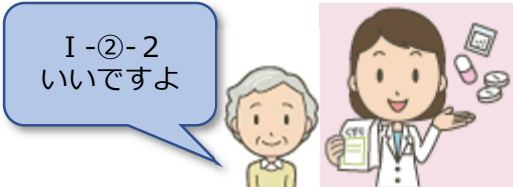
- I -②-1 「薬剤師のおためし訪問」について提案し、説明する。
- I -②-2 薬剤師が訪問することについて、患者の同意を得る。
- I -②-3 他職種が薬剤師に情報を提供することへの同意書を得る。

【様式 1】『薬剤師のおためし訪問』に関する同意書

- I -②-1 「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もいいですか？

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4年10月～令和5年2月まで】

一般社団法人福島県薬剤師会が「令和4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、私の個人情報が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

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（ ）することにより、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する

（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-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	
実施に至った経緯【□他職種からの依頼 □薬局からの提案】	
利用医療機関名	担当医師名
医師への報告(済・未)	
☐ 飲み忘れてしまう ☐ 飲みづらい・飲んでくれない ☐ 飲みすぎてしまう ☐ 残薬が多い 薬剤師の訪問を希望する理由 不安 ☐ QOLの向上 ☐ 家族からの依頼 ☐ 家族からの依頼	
薬剤師に関与してほしい具体的な課題	
薬剤師に対する要望	
【薬局記入欄】	
薬局名・担当薬剤師名	□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4年10月～令和5年2月まで】	
一般社団法人福島県薬剤師会が「令和4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「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

実施に至った経緯 ☐ 他職種からの依頼 ☐ 薬局からの提案

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 ☐ 飲み忘れてしまう ☐ 飲みづらい・飲んでくれない ☐ 飲みすぎてしまう ☐ 嚥下困難への対応 (経管栄養等) ☐ 薬の管理ができていない ☐ 残薬が多い ☐ 副作用 ☐ 服薬への不安 ☐ 他剤 ☐ 影響 ☐ QOLの向上 ☐ 排泄 ☐ 連携 ☐ 家族からの依頼 ☐ その他		
薬剤師に関与してほしい具体的な課題		
薬剤師に対する要望		

【薬局記入欄】

薬局名・担当 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: _____

様式2

「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

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)

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。
先日、お電話させていただいた
『事業』により、下記の患
者様、訪問終了後は、実施

?事業の『薬剤師のおためし訪
問』について、ご連絡を
させていただきます。
よろしくお願いいたします。

様式3

患者さま氏名	正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住 所	
具 体 的 な 課 題	
在 宅 医 療 関 係 者 及び患者さまから 薬剤師への要望	
訪 問 薬 剤 師 氏 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。



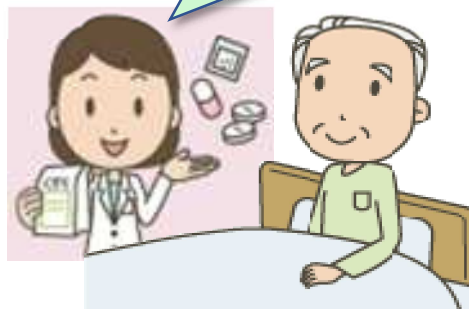
Ⅲ-2 患者宅を訪問するので、同行してもらえますか？



Ⅲ-2 いいですよ！



Ⅲ-1 薬についてお困りのことはありますか？



「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4】『薬剤師のおためし訪問』実施報告書

IV 訪問してきましたので、報告書をお送りします。

[illegible]

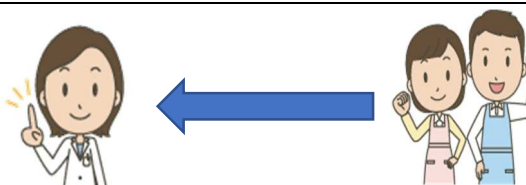
【参考】「患者宅を複数回訪問する際の流れ」

様式 1、様式 2、様式 3 については、初回の 1 回のみ必要になります。

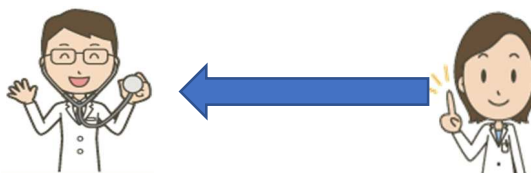
1 患者の同意
【様式 1】同意書



2 おためし訪問の
依頼
【様式 2】実施依頼書・
確認書

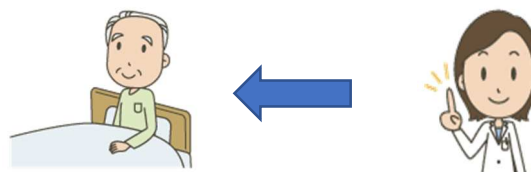


3 医師への連絡
【様式 3】医師への事前
連絡票



複数回訪問する場合、
訪問の都度、様式 4 に
より医師、他職
種に訪問実施
の報告をして
ください。

4 おためし訪問



5 医師・他職種へ
の報告
【様式 4】実施報告書

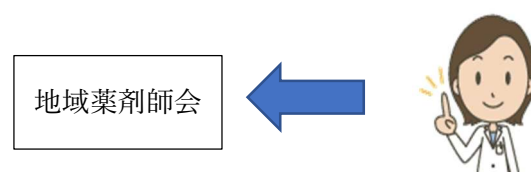


様式 5、様式 6 につい
ては、事業終了後、1
回だけご提出くださ
い。

6 他職種からの評価
【様式 5】実施評価書



7 地域薬剤師会へ
の報告
【様式 6】成果報告書



【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 4 年 11 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
 【患者情報】

**【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)**

性別	☒ 男・女	年齢	☐ 20歳未満 ☐ 30歳代 ☐ 40歳代 ☐ 50歳代 ☐ 60歳代 ☒ 70歳代 ☐ 80歳以上
保険の種類	☒ 医療保険 ☐ 介護保険	居住形態	☒ 独居 ☐ 夫婦のみ ☐ 複数世代 ☐ その他 ()

事前打合せ	1 回	実施日	11 月 7 日
訪問回数	3 回	訪問日	11 月 8 日、11 月 13 日、11 月 18 日
アフターフォロー	1 回	実施日	11 月 19 日

【訪問内容】

訪 問 時 に 確 認 し た 項 目	☒ 服薬状況 ☐ 嚥下機能の状況 ☒ 管理・保管状況 ☒ 残薬 ☐ 副作用 ☒ 薬効説明 ☒ 効果 ☒ 理解度 ☒ 他科受診 ☒ 併用薬 ☐ 健康食品・サプリメント ☐ その他 ()	☒ 相互作用 ☐ ADL ☒ QOL ☐ 食欲 ☐ 食事量・回数 ☐ 排泄 ☒ 睡眠 ☐ ふらつき・転倒 ☐ 認知症 ☐ 痛み ☐ うつ
------------------------	---	--

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。

訪問課題の達成 ☒できた ☐ほぼできた ☐あまりできなかった ☐できなかった

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

「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、お変わりはありませんか？



【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
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】

性別	男・女	年齢	☐ 20歳未満 ☐ 30歳代 ☐ 40歳代 ☐ 50歳代 ☐ 60歳代 ☐ 70歳代 ☐ 80歳以上				
保険の種類	☐ 医療保険 ☐ 介護保険		居住形態	☐ 独居 ☐ 夫婦のみ ☐ 複数世代 ☐ その他 ()			
事前打合せ	回	実施日					
訪問回数	回	訪問日					
アフターフォロー	回	実施日					

【訪問内容】

訪問時に確認した項目	☐ 服薬状況 ☐ 嚥下機能 ☐ 管理・保 ☐ 残薬 ☐ 副作用 ☐ 薬効説明 ☐ 効果 ☐ 理解度 ☐ 他科受診 ☐ 併用薬 ☐ 健康食品・サプリメント ☐ その他 ()	副作用 し け 大 量・回数 せ ☐ 睡眠 ☐ ふらつき・転倒 ☐ 認知症 ☐ 痛み ☐ うつ
行った薬学的管理の具体的内容		
訪問課題の達成	☐ できた ☐ ほぼできた ☐ あまりできなかった ☐ できなかった	
薬剤師が在宅医療に関わることに 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。

様式6

「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を評価してもらう。

【様式5】『薬剤師のおためし訪問』実施評価書



VI 次回訪問時に、評価をお願いします。



※ 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

『薬剤師のおためし訪問』実施評価書
【定期訪問時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)

	おためし訪問前	おためし訪問後
薬の服薬状況	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他 ()	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他 ()
薬の管理状況	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他 ()	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他 ()
残薬の状況	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他 ()	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他 ()

2 「薬剤師のおためし訪問」

☐ 薬袋などの整理・1
☐ 一包化によって服
☐ 薬の整理箱、服薬
☐ 剤形変更 (口腔内)
☐ 調剤上の工夫 (粉)
☐ 1日の服薬回数が
☐ 頻回受診、飲みす
☐ 飲み残し、飲み忘
☐ 薬に対する理解が
☐ 相互作用が回避で
☐ 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 ()

☐ 減った。
☐ にかかる時間が減った。
☐ きた。
☐ 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。
☐ その他 ()

3 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または移行予定
☐ おためし訪問のみで終了 (理由)
☐ その他 ()

☐ 継続して訪問しているが保険請求していない

4 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

☐ その他 ()

その理由をお聞かせください

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。

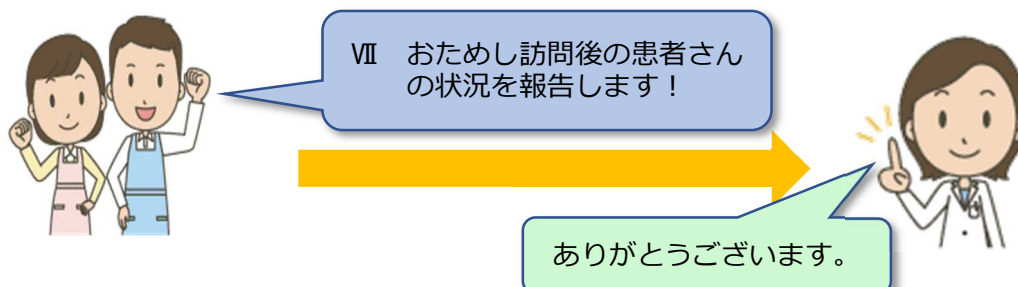
薬局名: _____

「他職種との連携によるおためし訪問事業」事業フロー図

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

『薬剤師のおためし訪問』実施評価書
【定期訪問時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)

	おためし訪問前	おためし訪問後
薬の服薬状況	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他 ()	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他 ()
薬の管理状況	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他 ()	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他 ()
残薬の状況	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他 ()	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他 ()

2 「薬剤師のおためし訪問」

☐ 薬袋などの整理・付
☐ 一包装によって服
☐ 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、飲みす
☐ 飲み残し、飲み忘
☐ 薬に対する理解が
☐ 相互作用が回避で
☐ 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 ()

☐ った。
☐ にかかる時間が減った。
☐ きた。
☐ 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 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または移行予定
☐ おためし訪問のみで終了 (理由)
☐ その他 ()

☐ 継続して訪問しているが保険請求していない)

4 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

)

その理由をお聞かせください

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。

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



VIII おためし訪問事業を実施しました。

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』を実施したので、下記のとおり報告します。

【患者情報】

性別	男・女	年齢	☐ 20歳未満 ☐ 30歳代 ☐ 40歳代 ☐ 50歳代 ☐ 60歳代 ☐ 70歳代 ☐ 80歳以上
保険の種類	☐ 医療保険 ☐ 介護保険	居住形態	☐ 独居 ☐ 夫婦のみ ☐ 複数世代 ☐ その他()
事前打合せ	回 実施日		
訪問回数			
アフターフォロー			

【訪問内容】

訪問時に確認した項目	☐ 服薬管理・保管状況 ☐ 残薬 ☐ 副作用 ☐ 薬効説明 ☐ 効果 ☐ 理解度 ☐ 他科受診 ☐ 併用薬 ☐ 健康食品・サプリメント ☐ その他()	☐ QOL ☐ 食欲 ☐ 食事量・回 ☐ 排泄 ☐ 睡眠 ☐ ふらつき・転倒 ☐ 認知症 ☐ 痛み ☐ うつ
行った薬学的管理の具体的内容		
訪問課題の達成	☐ できた ☐ ほぼできた ☐ あまりできなかった ☐ できなかった	
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)

	おためし訪問前	おためし訪問後
薬の服薬状況	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他()	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他()
薬の管理状況	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他()	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他()
薬業の状況	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他()	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他()

2 「薬剤師のおためし訪問」実施評価

☐薬袋などの整理・
☐一包装によって薬
☐薬の整理箱、服薬
☐剤形変更 (口腔内
☐調剤上の工夫 (糖
☐1日の服薬回数
☐頻回受診、飲み忘
☐飲み残し、飲み忘
☐薬に対する理解が
☐相互作用が回避でき
☐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()

☐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。
☐その他()

3 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または移行予定 ☐継続して訪問しているが保険請求していない
☐おためし訪問のみで終了(理由)
☐その他()

4 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

その理由をお聞かせください

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。

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（金）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。

《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）

【様式5】『薬剤師のおためし訪問』事業評価書

※【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。



福島県薬剤師会

【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 _____

実施に至った経緯（□他職種からの依頼 □薬局からの提案）

利用医療機関名		担当医師名	医師への報告（済 ・ 未）
☐ 飲み忘れてしまう ☐ 飲みづらい・飲んでくれない ☐ 飲みすぎてもう ☐ 残薬が多い			
薬剤師の訪問を希望する理由			
下安 QOL の向上 家族からの依頼 () 様式2			
薬剤師に関与してほしい具体的な課題			
薬剤師に対する要望			

【薬局記入欄】

薬局名・担当薬剤師名	□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：_____

【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

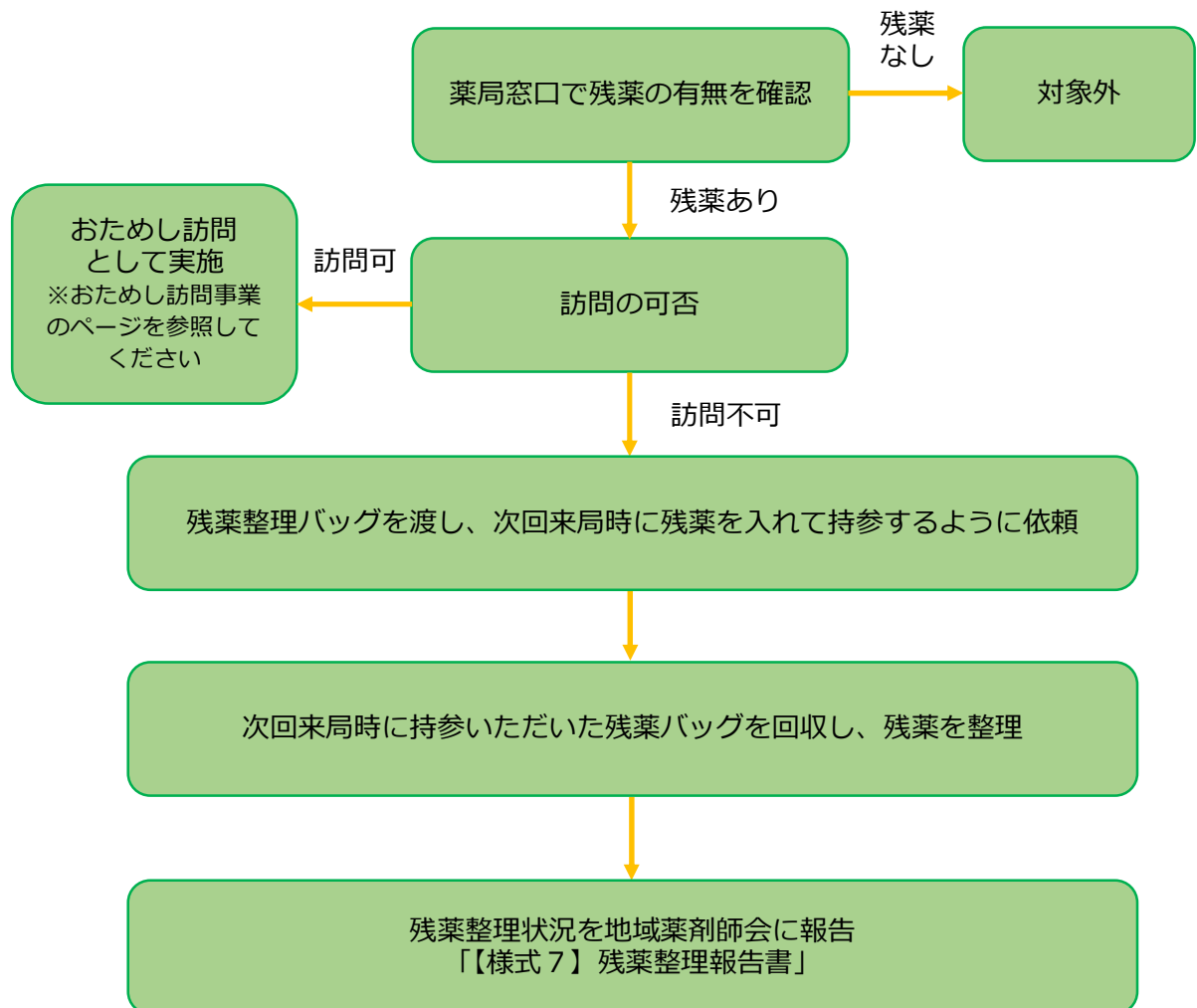
様式5（ケアマネ・訪問等 ⇒ 薬局・薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会）			
令和 年 月 日 患者番号 ※患者情報の整理のため、薬局で記載	『薬剤師のおためし訪問』実施評価書 【定期訪問時に評価をお願いします】 評価者 ☐ ケアマネジャー ☐ 訪問看護師 ☐ その他（ ）		
事業所名 担当者名	めし訪問後 ☐ やや不良 ☐ 良好		
総合評価（該当する） ☐ 薬局の就業状況 ☐ その他（ ） ☐ その他（ ）			
【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】 様式6（薬局・薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会）			
報告日 令和 年 月 日			
患者番号 ※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 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】			
性別 男 ・ 女 年齢 □ 20歳未満 □ 30歳代 □ 40歳代 □ 50歳代 □ 60歳代 □ 70歳代 □ 80歳以上	□ 独居 □ 夫婦のみ □ 複数世代 ☐ その他（ ）		
保険の種類 □ 医療保険 □ 介護保険 居住形態			
事前打合せ 回 実施日			
訪問回数			
アフターフォロー			
様式6			
【訪問内容】			
薬局 確認した項目	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> ☐ 服薬状況 ☐ 嚥下機能の状況 ☐ 管理・保管状況 ☐ 残薬 ☐ 副作用 ☐ 薬効説明 ☐ 効果 ☐ 理解度 ☐ 他科受診 ☐ 併用薬 ☐ 健康食品・サプリメント ☐ その他（ ） </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> ☐ 相互作用 ☐ ADL ☐ QOL ☐ 食事量・回数 ☐ 排泄 ☐ 睡眠 ☐ ふらつき・転倒 ☐ 認知症 ☐ 痛み ☐ うつ </td> </tr> </table>	☐ 服薬状況 ☐ 嚥下機能の状況 ☐ 管理・保管状況 ☐ 残薬 ☐ 副作用 ☐ 薬効説明 ☐ 効果 ☐ 理解度 ☐ 他科受診 ☐ 併用薬 ☐ 健康食品・サプリメント ☐ その他（ ）	☐ 相互作用 ☐ ADL ☐ QOL ☐ 食事量・回数 ☐ 排泄 ☐ 睡眠 ☐ ふらつき・転倒 ☐ 認知症 ☐ 痛み ☐ うつ
☐ 服薬状況 ☐ 嚥下機能の状況 ☐ 管理・保管状況 ☐ 残薬 ☐ 副作用 ☐ 薬効説明 ☐ 効果 ☐ 理解度 ☐ 他科受診 ☐ 併用薬 ☐ 健康食品・サプリメント ☐ その他（ ）	☐ 相互作用 ☐ ADL ☐ QOL ☐ 食事量・回数 ☐ 排泄 ☐ 睡眠 ☐ ふらつき・転倒 ☐ 認知症 ☐ 痛み ☐ うつ		
行った薬学的管理の内容			
訪問課題の達成 ☐ できた ☐ ほぼできた ☐ あまりできなかった ☐ できなかった			
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：_____			

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。

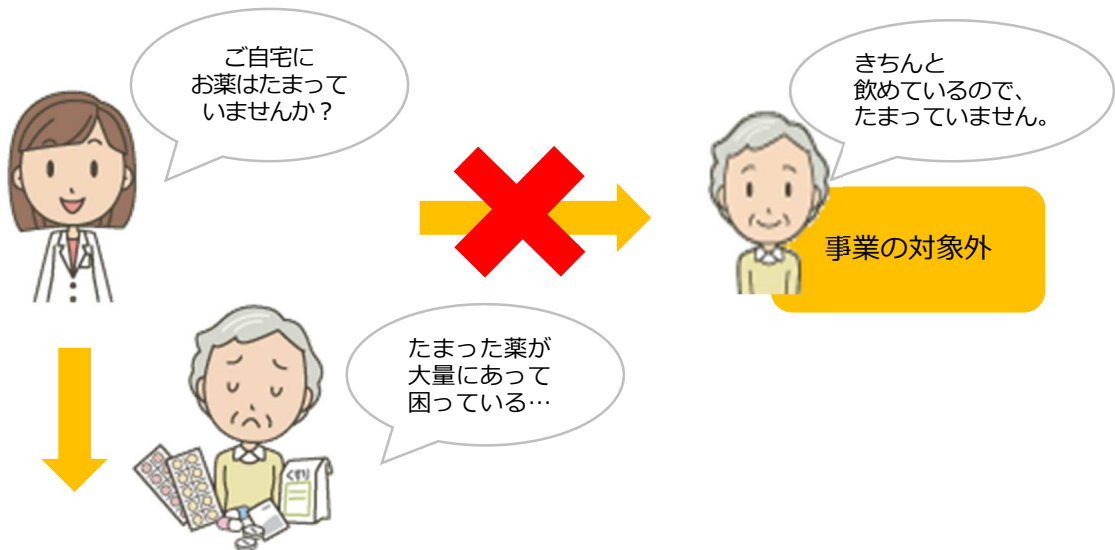
「残薬整理事業」事業フロー図(簡易版)



「残薬整理事業」事業フロー図

I 患者への声かけ

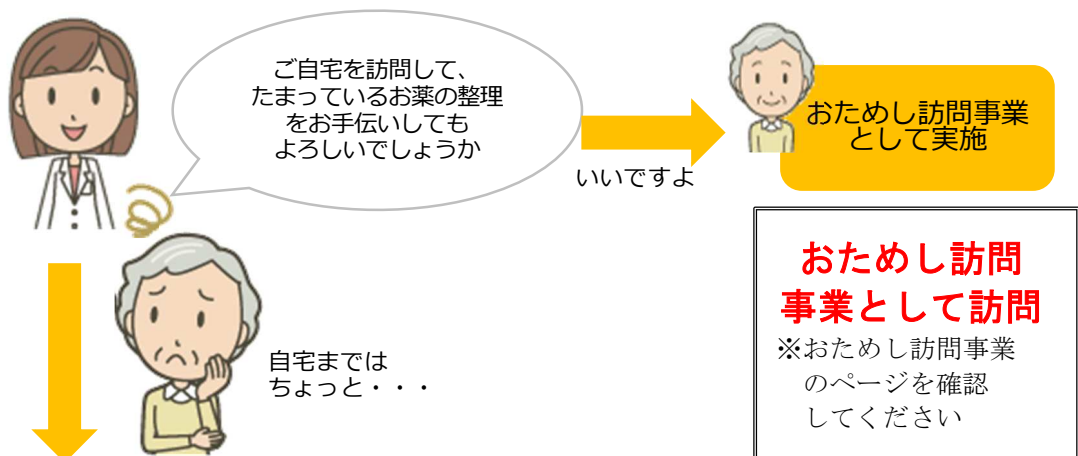
I 来局した患者(家族等)に、飲み忘れ等で大量にたまってしまっている薬はないか声かけする。



「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

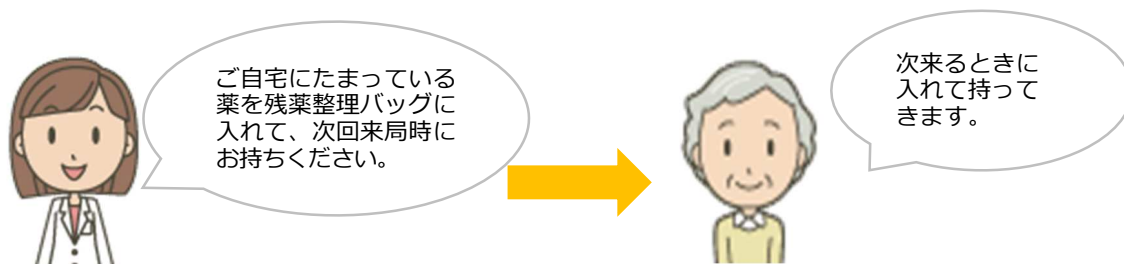
おためし訪問事業として訪問

※おためし訪問事業のページを確認してください

「残薬整理事業」事業フロー図

Ⅲ 残薬整理バッグを渡す

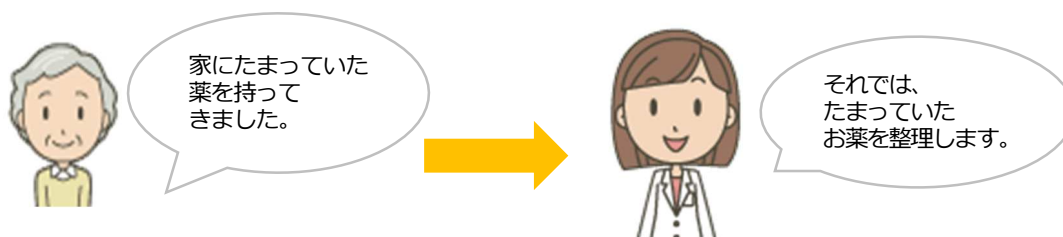
Ⅲ 「残薬整理バッグ」を渡し、次回来局時に残薬を入れて持参いただく様に依頼。



「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



残薬整理を行った
ので、報告します。

所属する
地域薬剤師会

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)				
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	報告日 令和 年 月 日			
残薬整理報告書				
薬局名 				
【患者情報】 薬剤師名 				
年齢 歳	性別 	薬の管理者 本人・家族・その他 ()		
服用薬の種類 				
【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】				金額
※ 太枠内は事務局記入				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4年11月から令和5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)			
『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。 ※同行訪問にあたり以下の情報についてご記入ください。			
利用医療機関名	担当医師名		
生 年 月 日	大	介護度	
住 所 〒	(番地の前まで)		
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。



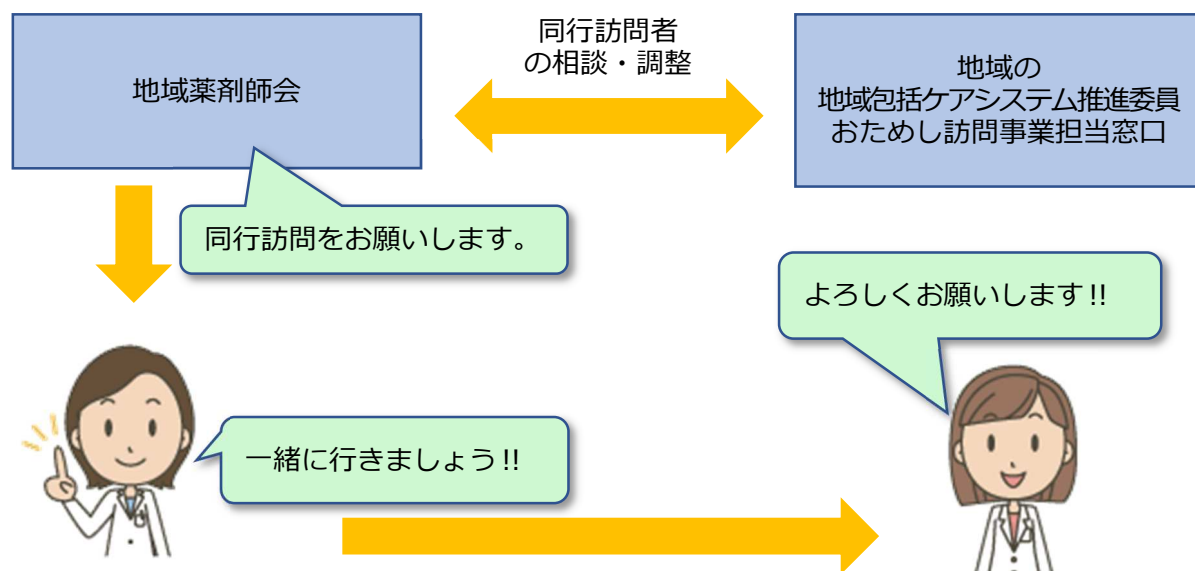
所属する
地域
薬剤師会

【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)			
『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。 ※同行訪問にあたり以下の情報についてご記入ください。			
利用医療機関名	担当医師名		
生 年 月 日	大	介護度	
住 所	〒	(番地の前まで)	
特 記 事 項 等			
【地域薬剤師会記入欄】			
派遣者		勤務先	
備 考			

様式 A

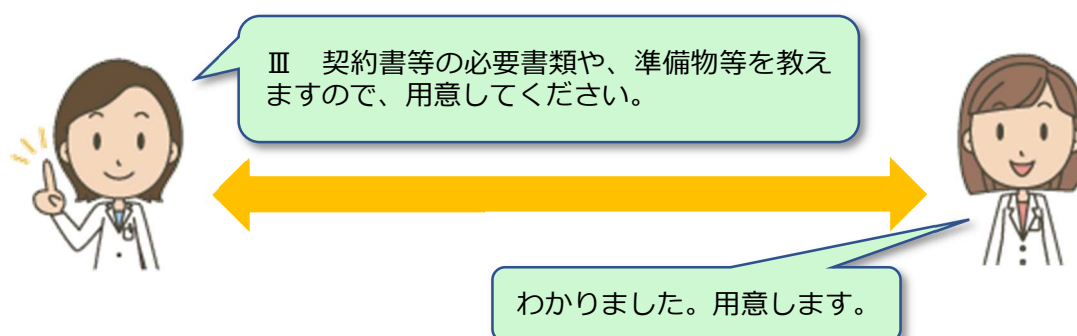
「在宅医療未経験薬剤師等との同行訪問事業」事業フロー図 Ⅱ 同行訪問者の調整

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⑧】「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⑧（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4年10月～令和5年2月まで】

一般社団法人福島県薬剤師会が「令和4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。

令和 年 月 日

利用 者 名 住 所

様式⑧

- 1 事業の目的
この事業は訪問し、薬剤師が実施し
- 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： _____

『Ⅰ-①在宅経験の浅い薬剤師が行う在宅医療への同行』
の場合、患者への同意は在宅経験の浅い薬剤師がとる



『Ⅰ-②在宅経験の豊富な薬剤師が行う在宅医療への同行』
の場合、患者への同意は在宅経験の豊富な薬剤師がとる



※ 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。

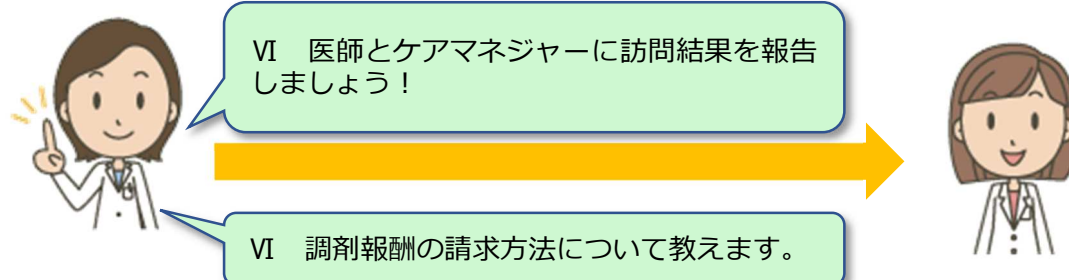
V 「服薬指導の方法」
「残薬の確認」
「服薬支援の検討」
「多職種との連携」
などについて、経験豊富な薬剤師がアドバイスします。



「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。



「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㉔】「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㉔（経験の浅い薬剤師 ⇒ 経験豊富な薬剤師 ⇒ 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。

【訪問への同行を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	☐ 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	☐ あるー経験年数（ 年前くらいから年に 回くらい） ☐ ないーその理由（ ） ☐ 以前勤めていた病院								

【勤務する薬局の情報】

調剤基本料 の区分	調	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
☐ そう思う ☐ ややそう思う ☐ 今までと変わらない ☐ 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
☐ そう思う ☐ ややそう思う ☐ 今までと変わらない ☐ 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
☐ そう思う ☐ ややそう思う ☐ 今までと変わらない ☐ わからない
- 4 同行訪問事業に参加して、良かった点をご記入ください

次ページに続きます

5 同行訪問事業で、もっと教えてほしかった点をご記入ください。

6 同行訪問事業に参加しての感想をご記入ください。

様式㉔

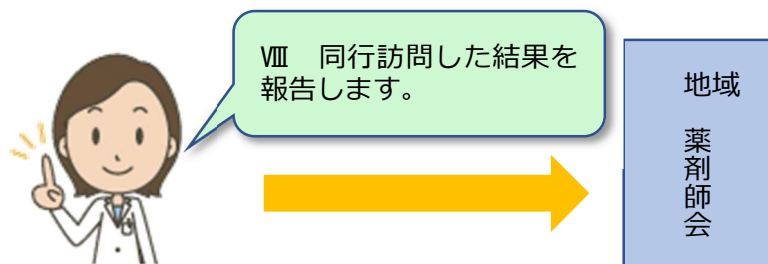
※ ご協力ありがとうございました。この用紙は訪問に同行いただいた薬剤師にご提出ください。

「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 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⑩】「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⑩（経験豊富な薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会）

『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。

【訪問に同行を依頼した薬剤師（経験の浅い薬剤師）の情報】

氏 名				薬局名			
性 別	男 ・ 女	年 齢	☐ 20歳代 ☐ 30歳代 ☐ 40歳代 ☐ 50歳代 ☐ 60歳代以上				

【訪問に同行した薬剤師（経験豊富な薬剤師）の情報】

氏 名				薬局名			
性 別	男 ・ 女	年 齢	☐ 20歳代 ☐ 30歳代 ☐ 40歳代 ☐ 50歳代 ☐ 60歳代以上				

【訪問した患者の情報】

性 別	男 ・ 女	年 齢					
-----	-------	-----	--	--	--	--	--

【実習内容】

訪 問 前 に 確認した項目	☐ 契約内容の取り次ぎのし方 ☐ 他者のケアサービスの内容の確認 ☐ その他（ ）		☐ 問診の採集の確認方法 ☐ 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	☐ 服薬状況の把握 ☐ 相互作用の発現状況の把握 ☐ 他科受診・併用薬の把握 ☐ 薬の管理状況の把握 ☐ 生活状態（ADL・QOL（食事、睡眠、排泄）等）の把握 ☐ 身体機能（嚥下機能・ふらつき・うつ・認知症等）の把握 ☐ その他（ ）			
訪 問 後 に 確認した項目	☐ 医師・ケアマネへの報告書の作成・報告 ☐ 算定要件の解釈 ☐ 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⑩（経験の浅い薬剤師 ⇒ 経験豊富な薬剤師 ⇒ 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。

【訪問に同行を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 通算勤続年数	約	年間	
在宅医療 の経験	☐ ある一経験年数（ ）年未満から年に （ ）回くらい						
調査票の 経験	☐ あり（ ）回						
【訪問する】	☐ 氏 名 ☐ 氏 名						
【同行訪問】	☐ 在宅医療 ☐ そう思う ☐ ややそう思う ☐ 今までは変わらない ☐ 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 ☐ 今までは変わらない ☐ 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 ☐ 今までは変わらない ☐ わからない ☐ 同行訪問事業に参加して、良かった点を記入ください						
※ 同行訪問事業で、もっと覚えてほしい点をご記入ください。							
※ 同行訪問事業に参加しての感想をご記入ください。							
※ 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覧ください。							

「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4年10月～令和5年2月まで】

一般社団法人福島県薬剤師会が「令和4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4年10月～令和5年2月まで】

一般社団法人福島県薬剤師会が「令和4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 4 年 11 月 1 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 S25.12.31 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

実施に至った経緯【☐他職種からの依頼 ☐薬局からの提案】

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	☐ 飲み忘れてしまう ☐ 飲みづらい・飲んでくれない ☐ 飲みすぎてしまう ☐ 嚥下困難への対応（経管栄養等） ☐ 薬の管理ができていない ☐ 残薬が多い ☐ 副作用の不安 ☐ 薬についての知識不足 ☐ 多種類服薬への不安 ☐ 他科受診に伴う相互作用の不安 ☐ 薬剤のADLへの影響 ☐ QOLの向上 ☐ 排便コントロール ☐ 痛みの管理 ☐ 多職種との連携 ☐ 家族からの依頼 ☐ その他（具体的に： ）		
薬剤師に関与してほしい具体的な課題			
薬剤師に対する要望			

【薬局記入欄】

薬局名・担当 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 4 年 11 月 4 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

実施に至った経緯【☒他職種からの依頼 ☐薬局からの提案】

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（ ☒ 済・未）
薬剤師の訪問を希望する理由	☒ 飲み忘れてしまう ☐ 飲みづらい・飲んでくれない ☐ 飲みすぎてしまう ☐ 嚥下困難への対応（経管栄養等） ☒ 薬の管理ができていない ☒ 残薬が多い ☐ 副作用の不安 ☒ 薬についての知識不足 ☒ 多種類服薬への不安 ☐ 他科受診に伴う相互作用の不安 ☐ 薬剤のADLへの影響 ☒ QOLの向上 ☐ 排便コントロール ☐ 痛みの管理 ☐ 多職種との連携 ☐ 家族からの依頼 ☐ その他（具体的に： ）		
薬剤師に关与してほしい具体的な課題	市内の医療機関を複数受診し、薬をどう飲んでいいか本人もわからない。 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。		
薬剤師に対する要望	薬の管理、服薬指導、アルコールと薬の作用について説明をお願いします。		

【薬局記入欄】

薬局名・担当 薬剤師名 県薬〇〇〇〇薬局 会営 薬男	☒ 訪問します（訪問予定日 11月8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）

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。

先日、お電話させていただきました、令和4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』事業により、下記の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、よろしくお願いいたします。

記

患 者 さ ま 氏 名		男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住 所	〒			
具 体 的 な 課 題				
在 宅 医 療 関 係 者 及 び 患 者 さ ま か ら 薬 剤 師 へ の 要 望				
訪 問 薬 剤 師 氏 名				

様式3（薬剤師・薬局 ⇒ 主治医）

令和 4 年 11 月 6 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 蓬萊 一郎 先生 御侍史

薬局名 県薬〇〇〇〇薬局

住 所 福島市蓬萊町二丁目〇〇-〇

電話番号 024-549-9999

氏 名 会堂 薬男

日頃より大変お世話になっております。

先日、お電話させていただきました、令和4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』事業により、下記の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、よろしくお願いいたします。

記

患者さま氏名	県薬 太郎	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 25 年 12 月 31 日 (71 歳)
住 所	〒960-8157 福島市蓬萊町五丁目〇〇番地〇			
具 体 的 な 課 題	市内の医療機関を複数受診し、薬をどう飲んでいいか本人もわからない。 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。			
在 宅 医 療 関 係 者 及 び 患 者 さ ま か ら 薬 剤 師 へ の 要 望	薬の管理、服薬指導、アルコールと薬の作用について説明をお願いしたい。			
訪 問 薬 剤 師 氏 名	県薬〇〇〇〇薬局 会堂 薬男			

様式4（薬局・薬剤師 ⇒ 主治医・ケアマネ・訪問）

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

【患者さま情報】

患者氏名		男・女	生年月日	大正・昭和・平成 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			
	服薬状況		ADL の状況
	嚥下機能の状況		QOL の状況
	薬の管理・保管状況		食欲の状況
	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
	薬効に関する説明		睡眠の状況
	服薬意義の理解度		ふらつき、転倒の状況
	他科受診の状況		認知機能の状況
	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
	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			

薬局住所

電話番号

FAX 番号

薬 局 名

担当薬剤師名

㊞

様式4（薬局・薬剤師 ⇒ 主治医・ケアマネ・訪看）

令和 4 年 11 月 9 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 蓬莱 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

【患者さま情報】

患者氏名	県薬 太郎	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 25 年 12 月 31 日（71 歳）
住 所	〒960-8157 福島市蓬莱町五丁目〇〇番地〇 電話番号（ 024-549-0000 ）			

【薬剤師による服薬指導・患者生活状況確認内容等】

訪 問 日	令和 4 年 11 月 8 日	訪問薬剤師氏名	会営 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、服薬意義の理解を深めた。			

薬局住所 福島市蓬莱町二丁目〇〇-〇

電話番号 024-549-9999

FAX 番号 024-549-8888

薬 局 名 県薬〇〇〇〇薬局

担当薬剤師名 会営 薬男

㊞

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）

	おためし訪問前	おためし訪問後
薬の服薬状況	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他（ ）	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他（ ）
薬の管理状況	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他（ ）	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他（ ）
残薬の状況	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他（ ）	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他（ ）

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。 | ☐ 服薬の種類が減った。 |
| ☐ 一包化によって服薬状況が改善した。 | ☐ 薬の保管や整理にかかる時間が減った。 |
| ☐ 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。 | ☐ 副作用が回避できた。 |
| ☐ 剤形変更（口腔内崩壊錠等）により、服薬状況が改善した。 | ☐ 他科との重複投与が回避できた。 |
| ☐ 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。 | ☐ ADLへの影響を回避できた。 |
| ☐ 1日の服薬回数が減った。 | ☐ 排便コントロールが改善した。 |
| ☐ 頻回受診、飲みすぎが減った。 | ☐ 多職種連携が改善した。 |
| ☐ 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（ ） | |

3 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または移行予定 ☐継続して訪問しているが保険請求していない
☐おためし訪問のみで終了(理由)
☐その他()

4 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

その理由をお聞かせください

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。

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 4 年 11 月 20 日

患者番号

1

『薬剤師のおためし訪問』実施評価書

【定期訪問時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 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）

	おためし訪問前	おためし訪問後
薬の服薬状況	☐ 極めて不良 ☒ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他（ ）	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☒ 良好 ☐ その他（ ）
薬の管理状況	☒ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他（ ）	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☒ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他（ ）
残薬の状況	☒ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☐ 良好 ☐ その他（ ）	☐ 極めて不良 ☐ やや不良 ☐ ほぼ良好 ☒ 良好 ☐ その他（ ）

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 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または移行予定 ☐ 継続して訪問しているが保険請求していない
☒ おためし訪問のみで終了（理由 状況が改善したため、訪問の必要がなくなった）
☐ その他（ ）

4 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、別のケアに時間をとれるようになった。
くすり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。

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。

今回のおためし訪問を利用し、気軽に相談ができ、改善につながる支援をしていただき良かった。
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る。

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】

性別	男・女	年齢	☐ 20歳未満 ☐ 30歳代 ☐ 40歳代 ☐ 50歳代 ☐ 60歳代 ☐ 70歳代 ☐ 80歳以上				
保険の種類		☐ 医療保険 ☐ 介護保険		居住形態	☐ 独居 ☐ 夫婦のみ ☐ 複数世代 ☐ その他（ ）		
事前打合せ	回	実施日					
訪問回数	回	訪問日					
アフターフォロー	回	実施日					

【訪問内容】

訪問時に 確認した項目	☐ 服薬状況 ☐ 嚥下機能の状況 ☐ 管理・保管状況 ☐ 残薬 ☐ 副作用 ☐ 薬効説明 ☐ 効果 ☐ 理解度 ☐ 他科受診 ☐ 併用薬 ☐ 健康食品・サプリメント ☐ その他（ ）	☐ 相互作用 ☐ ADL ☐ QOL ☐ 食欲 ☐ 食事量・回数 ☐ 排泄 ☐ 睡眠 ☐ ふらつき・転倒 ☐ 認知症 ☐ 痛み ☐ うつ
行った 薬学的管理の 具体的内容		
訪問課題の達成	☐ できた ☐ ほぼできた ☐ あまりできなかった ☐ できなかった	
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 4 年 11 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】

性別	☒ 男・女	年齢	☐ 20歳未満 ☐ 30歳代 ☐ 40歳代 ☐ 50歳代 ☐ 60歳代 ☒ 70歳代 ☐ 80歳以上			
保険の種類	☒ 医療保険 ☐ 介護保険		居住形態	☒ 独居 ☐ 夫婦のみ ☐ 複数世代 ☐ その他（ ）		
事前打合せ	1回	実施日	11月7日			
訪問回数	3回	訪問日	11月8日、11月13日、11月18日			
アフターフォロー	1回	実施日	11月19日			

【訪問内容】

訪問時に確認した項目	☒ 服薬状況 ☐ 嚥下機能の状況 ☒ 管理・保管状況 ☒ 残薬 ☐ 副作用 ☒ 薬効説明 ☒ 効果 ☒ 理解度 ☒ 他科受診 ☒ 併用薬 ☐ 健康食品・サプリメント ☐ その他（ ）	☒ 相互作用 ☐ ADL ☒ QOL ☐ 食欲 ☐ 食事量・回数 ☐ 排泄 ☒ 睡眠 ☐ ふらつき・転倒 ☐ 認知症 ☐ 痛み ☐ うつ
行った薬学的管理の具体的な内容	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。	
訪問課題の達成	☒ できた ☐ ほぼできた ☐ あまりできなかった ☐ できなかった	
薬剤師が在宅医療に関わることに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		
※ 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 4 年 11 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 65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 8 mg「あすか」	75 錠	調節・廃棄	51.3	3,848
シルニジピン錠 20 mg「テバ」	135 錠	調節・廃棄	44.2	5,967
ヒドロクロロチアジド錠 25 mg「トーワ」	72 錠	調節・廃棄	5.7	410
アトルバスタチン錠 10 mg「サワイ」	37 錠	調節・廃棄	29.2	1,080
酸化マグネシウム錠 250 mg「ケンエー」	28 錠	調節・廃棄	5.7	160
〃	232 錠	調節・廃棄	5.7	1,322
		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	12,788

様式①（在宅経験の浅い薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会）

『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。 ※同行訪問にあたり以下の情報についてご記入ください。
--	--

	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	介護度	
	住 所 （番地の前まで）	〒				
	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）

『薬剤師の同行訪問事業』実施依頼書

依頼日 令和 4 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。

レ	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。 ※同行訪問にあたり以下の情報についてご記入ください。
--	--

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	介護度		
住 所 (番地の前まで)	〒					
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4年10月～令和5年2月まで】

一般社団法人福島県薬剤師会が「令和4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。

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4年10月～令和5年2月まで】

一般社団法人福島県薬剤師会が「令和4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。

令和 4 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③（経験の浅い薬剤師 ⇒ 経験豊富な薬剤師 ⇒ 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。

【訪問への同行を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	☐ 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	☐ あるー経験した場所（ ☐ 現在の勤務先 ☐ 以前勤めていた薬局 ☐ 以前勤めていた病院） ☐ 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
☐ そう思う ☐ ややそう思う ☐ 今までと変わらない ☐ 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
☐ そう思う ☐ ややそう思う ☐ 今までと変わらない ☐ 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
☐ そう思う ☐ ややそう思う ☐ 今までと変わらない ☐ わからない
4 同行訪問事業に参加して、良かった点をご記入ください

次ページに続きます

5 同行訪問事業で、もっと教えてほしかった点をご記入ください。

6 同行訪問事業に参加しての感想をご記入ください。

※ 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③（経験の浅い薬剤師 ⇒ 経験豊富な薬剤師 ⇒ 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 4 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。

【訪問への同行を依頼した薬剤師の情報】

氏 名	訪問 郁男		薬局名	ほうらい〇〇薬局	
性 別	☒ 男 ・ 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	☐ 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（勤務する薬局が在宅医療を行っていない）				
無菌調剤 の経験	☒ あるー経験した場所（ ☐ 現在の勤務先 ☐ 以前勤めていた薬局 ☒ 以前勤めていた病院） ☐ 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 （ 3-I ）	勤務している薬剤師数	常勤 5 名	非常勤 名
		勤務している事務員数	常勤 4 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
☒ そう思う ☐ ややそう思う ☐ 今までと変わらない ☐ 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
☒ そう思う ☐ ややそう思う ☐ 今までと変わらない ☐ 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
☒ そう思う ☐ ややそう思う ☐ 今までと変わらない ☐ わからない
4 同行訪問事業に参加して、良かった点をご記入ください。
在宅医療に関して、実習生の頃に経験して以来、参加する機関がなかったため、とても勉強になりました。特に在宅医療の流れを確認しながら、わかりやすく教えていただいたため、所属する薬局でも積極的に実施したいと感じました。 また、訪問時の注意点、持参物や初回訪問時の心構え、多職種との連携についても学べて良かったです。

次ページに続きます

5 同行訪問事業で、もっと教えてほしかった点をご記入ください。

久しぶりに在宅医療に参加できたため、初回として非常に満足しています。
時間も限られていたため厳しいかと思いますが、在宅医療の保険算定や医師・ケアマネジャーへの訪問報告書についても拝見できればと感じました。

6 同行訪問事業に参加しての感想をご記入ください。

経験が浅い薬剤師を教育することができるこちらの事業は非常に有用だと感じました。
在宅医療は地域の多職種との連携が重要であると思います。
異なる薬局同志で薬薬連携の向上につながる可能性もあるため、今後も事業を継続していただきたい
と思います。
また、座談会のような形式で薬剤師の勉強会があれば、ぜひ参加したいと思います。

※ 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⑤（経験豊富な薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会）

『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。

【訪問に同行を依頼した薬剤師（経験の浅い薬剤師）の情報】

氏 名			薬局名		
性 別	男 ・ 女	年 齢	☐ 20歳代 ☐ 30歳代 ☐ 40歳代 ☐ 50歳代 ☐ 60歳代以上		

【訪問に同行した薬剤師（経験豊富な薬剤師）の情報】

氏 名			薬局名		
性 別	男 ・ 女	年 齢	☐ 20歳代 ☐ 30歳代 ☐ 40歳代 ☐ 50歳代 ☐ 60歳代以上		

【訪問した患者の情報】

性 別	男・女	年 齢	歳	介護度		訪問回数	
-----	-----	-----	---	-----	--	------	--

【実習内容】

訪 問 前 に 確 認 し た 項 目	☐ 契約書等の取り交わし方 ☐ 請求する保険の確認方法 ☐ 他のケアサービスの内容の確認 ☐ 医師やケアマネなど多職種との関わり方 ☐ その他（ ）	
訪 問 時 に 確 認 し た 項 目	☐ 服薬状況の把握 ☐ 残薬状況の把握 ☐ 相互作用の発現状況の把握 ☐ 副作用の発現状況の把握 ☐ 他科受診・併用薬の把握 ☐ 健康食品・サプリメントの把握 ☐ 薬の管理状況の把握 ☐ 薬効、痛みの発現状態の把握 ☐ 生活状態（ADL・QOL（食事、睡眠、排泄）等）の把握 ☐ 身体機能（嚥下機能・ふらつき・うつ・認知症等）の把握 ☐ その他（ ）	
訪 問 後 に 確 認 し た 項 目	☐ 医師・ケアマネへの報告書の作成・報告 ☐ 算定要件の解釈 ☐ 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⑤（経験豊富な薬剤師 ⇒ 地域薬剤師会）

『薬剤師の同行訪問事業』実施報告書

報告日 令和 4 年 12 月 23 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。

【訪問に同行を依頼した薬剤師（経験の浅い薬剤師）の情報】

氏 名	訪問 郁男		薬局名	ほうらい〇〇薬局	
性 別	男 ・女	年 齢	☐ 2 0 歳代 ☒ 3 0 歳代 ☐ 4 0 歳代 ☐ 5 0 歳代 ☐ 6 0 歳代以上		

【訪問に同行した薬剤師（経験豊富な薬剤師）の情報】

氏 名	在宅 来雄		薬局名	県薬〇〇〇〇薬局	
性 別	男 ・女	年 齢	☐ 2 0 歳代 ☐ 3 0 歳代 ☒ 4 0 歳代 ☐ 5 0 歳代 ☐ 6 0 歳代以上		

【訪問した患者の情報】

性 別	☒ 男 ・ 女	年 齢	85 歳	介護度	要介護 2	訪問回数	1 回
-----	---	-----	------	-----	-------	------	-----

【実習内容】

訪 問 前 に 確 認 し た 項 目	☒ 契約書等の取り交わし方 ☒ 他のケアサービスの内容の確認 ☐ その他（	☒ 請求する保険の確認方法 ☒ 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	☒ 服薬状況の把握 ☐ 相互作用の発現状況の把握 ☒ 他科受診・併用薬の把握 ☒ 薬の管理状況の把握 ☒ 生活状態（ADL・QOL（食事、睡眠、排泄）等）の把握 ☒ 身体機能（嚥下機能・ふらつき・うつ・認知症等）の把握 ☐ その他（	☒ 残薬状況の把握 ☐ 副作用の発現状況の把握 ☒ 健康食品・サプリメントの把握 ☒ 薬効、痛みの発現状態の把握	）
訪 問 後 に 確 認 し た 項 目	☒ 医師・ケアマネへの報告書の作成・報告 ☐ 算定要件の解釈 ☐ その他（		）
実 習 状 況 及 び 感 想	訪問前に在宅における一連の流れなどを説明した後に患者さん宅に訪問しました。 ご自宅に入ってコミュニケーションを図ることで、患者さんとの距離が薬局内で投薬するよりも近いことが感じ取れたかと思います。 短い時間でしたので、全てを教えることはできませんでしたが、やる気があればいつでもご連絡いただければと思います。 こちら教える立場として勉強になりました。ありがとうございました。		

※ 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。