

令和2年度薬局在宅業務推進事業（静岡県委託事業）  
**在宅訪問（実務）ファーストステップ研修**  
**受講者の同行訪問実施後アンケート**

在宅患者宅へ同行訪問をしたことで、意識や能力がどのように変化するかを調査し、その効果を確認することを目的とします。

※本文中で在宅患者訪問薬剤管理指導とあるのは、居宅療養管理指導も含まれます。

㊤一受講者本人の状況

|    |                 |  |
|----|-----------------|--|
| 1  | 氏名              |  |
| 2  | かかりつけ薬剤師の届け出    | <input type="checkbox"/> 届け出ている <input type="checkbox"/> 届け出していない  |
| 3  | 性別              | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性  |
| 4  | 年代              | <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代以上  |
| 5  | 職種              | <input type="checkbox"/> 管理薬剤師 <input type="checkbox"/> 管理薬剤師ではない常勤薬剤師 <input type="checkbox"/> 非常勤薬剤師   |
| 6  | 会員・非会員          | <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員   |
| 7  | 薬局での勤務年数        | 合計 _____ 年   |
| 8  | 在宅患者訪問薬剤管理指導の経験 | <input type="checkbox"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 過去2年以上経験がない <input type="checkbox"/> 経験回数が少ない（    回）   |
| 9  | 無菌調剤の実施         | <input type="checkbox"/> ある その場所（現在の勤務薬局 ・ 他の薬局 ・ 病院）<br><input type="checkbox"/> ない   |
| 10 | 県薬開催研修会の受講状況    | <input type="checkbox"/> 在宅医療に関する入門研修会 <input type="checkbox"/> 在宅医療に関する中級研修会<br><input type="checkbox"/> 在宅医療に関する上級研修会 <input type="checkbox"/> 臨床対応研修会 <input type="checkbox"/> 無菌調製技能習得研修会<br><input type="checkbox"/> 退院時間カンファレンスに関する研修会 |

㊤一受講者が現在勤務している薬局の状況

|   |                 |   |
|---|-----------------|---|
| 1 | 所在地市区町          | _____市 ・ 町 _____区<br>(政令市は区名まで記入してください。)                          |
| 2 | 総薬剤師数           | 合計 _____ 人（常勤・非常勤は問いません）  |
| 3 | 在宅患者訪問薬剤管理指導の届出 | <input type="checkbox"/> 届け出ている <input type="checkbox"/> 届け出していない |

◎同行訪問後のあなたの成果（変化）について

|    |   |   |   |
|----|---|---|---|
| 1  | 在宅訪問に対して今まで以上に積極的に取り組みたいと思いますか              | <input type="checkbox"/> そう思う<br><input type="checkbox"/> 今までと変わらない | <input type="checkbox"/> ややそう思う<br><input type="checkbox"/> わからない |
| 2  | 多職種との連携に対して今まで以上に積極的に取り組みたいと思いますか           | <input type="checkbox"/> そう思う<br><input type="checkbox"/> 今までと変わらない | <input type="checkbox"/> ややそう思う<br><input type="checkbox"/> わからない |
| 3  | 患者の情報を把握する能力が向上しましたか                        | <input type="checkbox"/> そう思う<br><input type="checkbox"/> 今までと変わらない | <input type="checkbox"/> ややそう思う<br><input type="checkbox"/> わからない |
| 4  | 患者とのコミュニケーション能力が向上しましたか                     | <input type="checkbox"/> そう思う<br><input type="checkbox"/> 今までと変わらない | <input type="checkbox"/> ややそう思う<br><input type="checkbox"/> わからない |
| 5  | 患者家族等とのコミュニケーション能力が向上しましたか                  | <input type="checkbox"/> そう思う<br><input type="checkbox"/> 今までと変わらない | <input type="checkbox"/> ややそう思う<br><input type="checkbox"/> わからない |
| 6  | 多職種と連携する能力が向上しましたか                          | <input type="checkbox"/> そう思う<br><input type="checkbox"/> 今までと変わらない | <input type="checkbox"/> ややそう思う<br><input type="checkbox"/> わからない |
| 7  | 在宅訪問を始めるにあたり、どのようなことが必要だと考えますか              |   |   |
| 8  | 在宅医療において、薬剤師にどのような役割が求められていると思いますか          |   |   |
| 9  | 在宅医療を進めるうえで、今後どのような職種とどの様な連携が必要であると思いますか    |   |   |
| 10 | 在宅訪問（実務）ファーストステップ研修に参加して、良かった点を記入してください。    |   |   |
| 11 | 在宅訪問（実務）ファーストステップ研修で、もっと教えてほしかった点を記入してください。 |   |   |
| 12 | 在宅訪問（実務）ファーストステップ研修に参加しての感想を記入してください。       |   |   |

①そのほかの意見（自由記載）

\*ご協力ありがとうございました。同行訪問終了後、速やかにご記入のうえ、静岡県薬剤師会事務局へご送付ください。

\*本アンケートは地域薬剤師会にフィードバックします。

送付先 静岡県薬剤師会 FAX054-203-2028

最終締切 令和2年12月末日