

平成29年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業

報告書

平成30年3月

みずほ情報総研株式会社

目 次

第1章 調査研究の概要	1
1. 調査研究の背景と目的	1
2. 実施体制	2
3. 実施方法・内容	4
4. 表章上の留意点	5
第2章 アンケート調査結果	7
1. 患者（利用者）について	7
2. 服薬に関する情報収集・確認状況	14
3. 服薬に関する薬剤師からの情報提供等について	18
4. 在宅療養中の患者（利用者）に対する薬局薬剤師の対応状況	24
5. 入所者・入院患者に対する薬剤師の対応状況	35
6. その他薬剤師による介護分野との関わりの状況	37
第3章 まとめ	47
1. 平時からの多職種連携	47
2. 切れ目ない情報共有	51
3. 他職種との協働による地域づくり、地域住民（利用者）への啓発	52
4. （参考） 検討委員会でのご意見（概要）	54
別紙1 薬剤管理サマリー	56
別紙2 施設間情報連絡書	57
別紙3 お薬連絡票	58
別紙4 介護サービス計画	59
別紙5 居宅薬剤アセスメント表	62
資料1 地域内・職種内などの情報連携ツール（様式）の例	63
資料2 アンケート調査票（調査票、依頼状・説明文書）	75

第1章 調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的

(1) 背景

介護分野において、薬剤師の活躍する場としては、居宅、特別養護老人ホーム、認知症グループホーム、介護老人保健施設等が挙げられ、下記の役割を担っていると考えられる。

- ①居宅等における医師、看護職員、介護職員、ケアマネジャー等との服薬情報に関する共有（地域ケア会議やサービス担当者会議の場面だけでなく、日常的な薬物療法に関する看護職員や介護職員等からの相談応需、医師との調整等を含む。）
- ②介護老人保健施設等の医療提供施設の入退所時における病院、診療所、薬局との切れ目ない情報共有
- ③要介護者やその家族等への服薬に関する支援

(2) 目的

本事業では、これらについて、適切にその役割を果たしているかを調査し、その課題を整理するとともに、効果的な事例を検討し、その薬剤師の介入に関するプロセスやアウトカムを整理する。また、薬剤師の地域ケア会議への参加や介護予防、認知症施策の推進に資する具体的な事例の収集、それに伴う課題の整理等を行い、薬剤師の地域包括ケアシステムにおける役割等について検討する。

2. 実施体制

(1) 検討委員会の構成

本調査研究の実施にあたり、下記の有識者から構成される検討委員会を設置し、計4回にわたり検討を行った。

<委員長>

亀井 美和子 日本大学薬学部 教授

<委員>

新井 克明	医療法人渡辺会 大洗海岸病院 薬剤部長
荒木 暁子	公益社団法人日本看護協会 常任理事
有澤 賢二	公益社団法人日本薬剤師会 常務理事
飯島 裕也	一般社団法人上田薬剤師会
岩下 誠	特定非営利活動法人縁 豊里薬局 代表
賀勢 泰子	医療法人久仁会 鳴門山上病院 診療協力部部長 薬剤科科长
川添 哲嗣	医療法人つくし会 南国病院 薬剤部長
久保田 健太郎	千葉県保健福祉局地域包括ケア推進課 主査
小林 輝信	一般社団法人日本保険薬局協会 薬局薬剤師機能拡大委員会 委員
鈴木 邦彦	公益社団法人日本医師会 常任理事
孫 尚孝	一般社団法人日本保険薬局協会 薬局薬剤師機能拡大委員会 委員
坪根 雅子	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事
服部 真治	一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構研究部 研究員 兼 研究総務部 次長
山口 育子	認定 NPO 法人ささえあい医療人権センター コムル 理事長

(敬称略・五十音順)

<オブザーバー>

西嶋 康浩	厚生労働省老健局老人保健課介護保険データ分析室室長
賀登 浩章	厚生労働省老健局老人保健課薬事サービス専門官

<事務局>

西尾 文孝	みずほ情報総研株式会社
玉山 和裕	みずほ情報総研株式会社
齊堂 美由季	みずほ情報総研株式会社

(2) 検討委員会の開催

以下の通り、検討委員会を開催した。

第1回 平成29年8月3日

議題

- ・事業概要・スケジュール等
- ・介護保険制度等に関する薬剤師の研修制度等について
- ・介護分野における薬剤師の活動事例紹介
- ・調査の検討

第2回 平成29年10月20日

議題

- ・アンケート調査結果（速報）について

第3回 平成30年2月14日

議題

- ・ヒアリングについて
- ・報告書のとりまとめに向けた意見交換

第4回 平成30年3月9日

議題

- ・報告書のとりまとめについて

3. 実施方法・内容

(1) アンケート調査

1) 調査の目的

介護分野における薬剤師の関わり方について調査し、具体的な課題や効果的な事例を整理するとともに、地域包括ケアシステムにおける役割等について検討するため、アンケート調査を実施した。

2) 調査対象および調査票配布数

調査対象および調査票配布数は、下表に示す通りである。

図表 調査票等発送数、配布数

	調査対象施設（配布件数）	施設票（配布票数）	従事者票・患者票 （配布票数）
①	薬局（1,000 件）	薬局薬剤師票（1,000 票）	※薬剤師票は施設票で兼ねる 患者（利用者）・家族票 （2,000 票）
②	介護療養型医療施設（500 件）	介護療養型医療施設施設票 （500 票）	薬剤師票（500 票）
③	介護老人保健施設（500 件）	介護老人保健施設票（500 票）	医師票（500 票） 薬剤師票（500 票）
④	医師の居宅療養管理指導を算定 している診療所（500 件）	診療所医師票（500 票）	※医師票は施設票で兼ねる
⑤	居宅介護支援事業所（600 件）	無し	ケアマネジャー票（600 票）
⑥	訪問看護ステーション（400 件）	無し	看護職員（800 票）
⑦	訪問介護事業所（200 件）	無し	介護職員（400 票）
⑧	通所介護事業所（200 件）	無し	介護職員（400 票） 看護職員（400 票）
⑨	短期入所生活介護事業所（200 件）	無し	介護職員（400 票） 看護職員（400 票）
	合計（調査票発送数）（4,100 件）		
	合計（調査票配布数）	2,500 票	6,900 票

3) 調査方法

自記式の紙調査票（施設票、従事者票・患者票）が入った封筒を郵送で前頁の図表に示す9種類の施設に配布した。なお従事者票・患者票はそれぞれを格納する封筒に封入した上、施設がとりまとめて別の封筒で事務局に返送する方法とした。

調査時期は平成29年8月23日～10月31日。

4) 回収状況

回収数および回収率は以下の通りである。

図表 回収数および回収率

調査票種別	発 送 数	回 収 数	回 収 率
薬局薬剤師票	1,000 件	250 件	25.0%
患者（利用者）・家族票	2,000 件	260 件	13.0%
介護療養型医療施設 施設票	500 件	118 件	23.6%
介護療養型医療施設 薬剤師票	500 件	93 件	18.6%
介護老人保健施設 施設票	500 件	124 件	24.8%
介護老人保健施設 医師票	500 件	121 件	24.2%
介護老人保健施設 薬剤師票	500 件	116 件	23.2%
診療所医師票	500 件	65 件	13.0%
ケアマネジャー票	600 件	284 件	47.3%
看護職員票	1,600 件	439 件	27.4%
介護職員票	1,200 件	309 件	25.8%

4. 表章上の留意点

本報告書中に示す表章、集計数値については、合計数値と内訳数値は、四捨五入の関係で合致しない場合がある点に留意されたい。

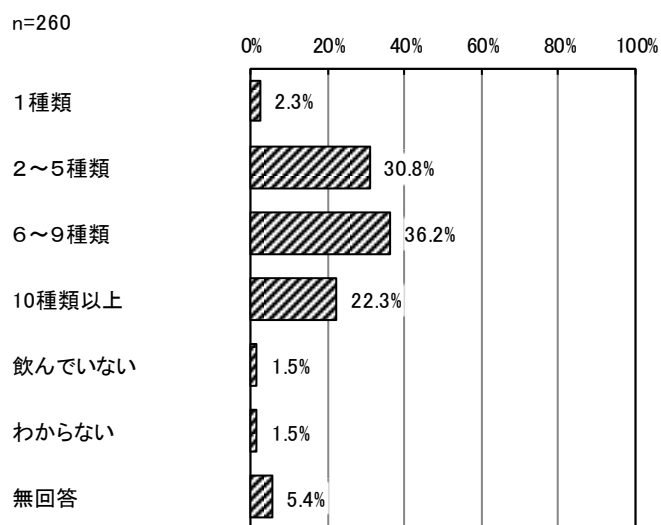
第2章 アンケート調査結果

1. 患者（利用者）について

（1）服用薬の種類数

患者（利用者）※¹の服用薬の種類数は、「6～9種類」（36.2%）が最も多く、ついで「2～5種類」（30.8%）、「10種類以上」（22.3%）であった。

図表 服用薬の種類数



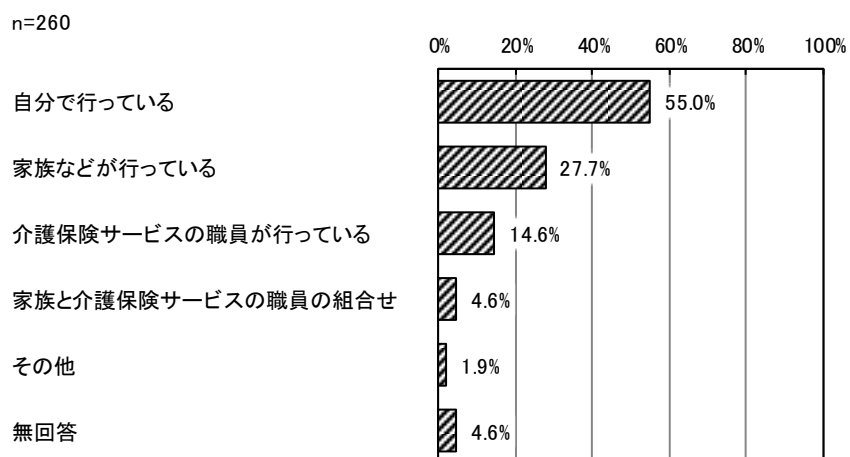
※1 薬局に来局した65歳以上の患者（利用者）を対象として調査を行った（以下も同様）。

※ 患者（利用者）・家族票 問9

（２）服用薬の管理者

服用薬の管理を主に行っている人は、「自分で行っている」（55.0％）が最も多く、ついで「家族などが行っている」（27.7％）であった。

図表 服用薬の管理者

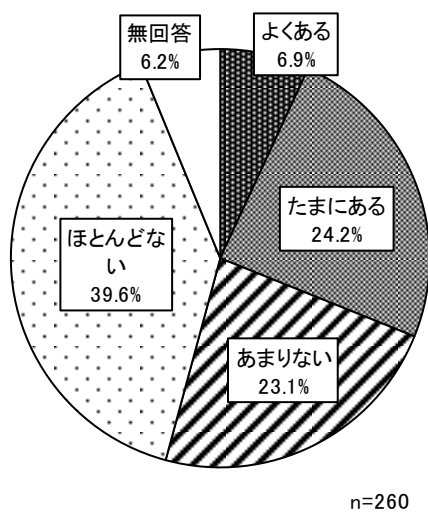


※患者（利用者）・家族票 問 10

（３）薬剤の飲み忘れや飲み間違いの有無

薬剤の飲み忘れや飲み間違いの有無については「ほとんどない」（39.6％）が最も多く、ついで「たまにある」（24.2％）、「あまりない」（23.1％）であった。

図表 薬剤の飲み忘れや飲み間違いの有無

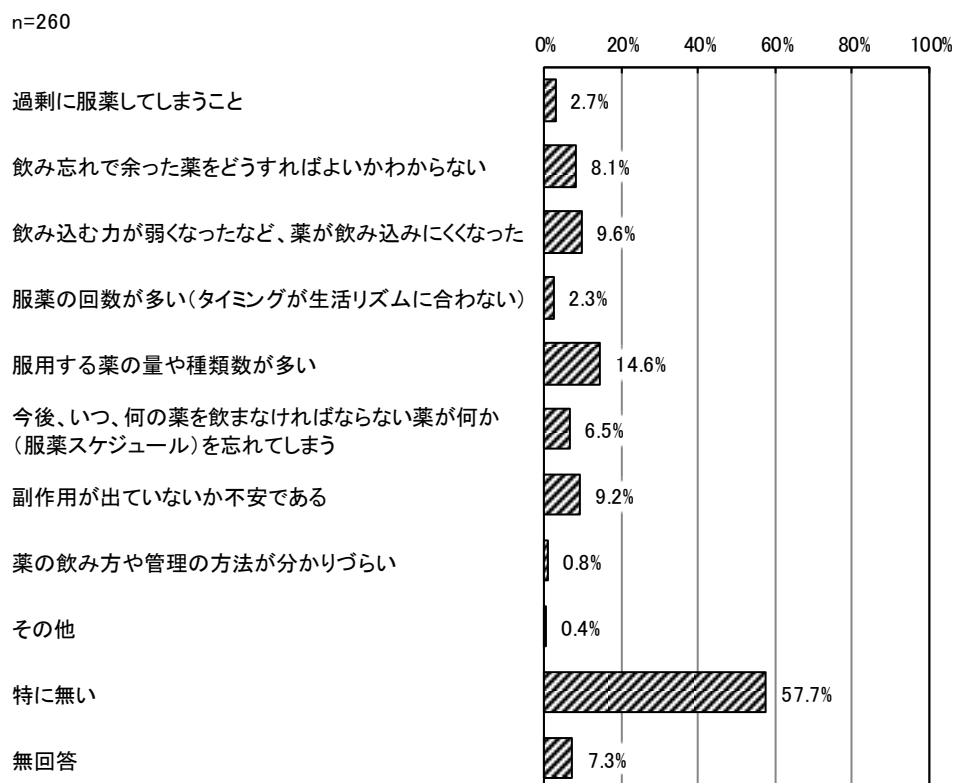


※患者（利用者）・家族票 問 11

（４）服用に際し困っていること

服用に際し困っていることは「特に無い」（57.7％）が最も多かった。困ったことのうち最も多かったのは「服用する薬の量や種類数が多い」（14.6％）であり、ついで「飲み込む力が弱くなったなど、薬が飲み込みにくくなった」（9.6％）、「副作用が出ていないか不安である」（9.2％）であった。

図表 服用に際し困っていること

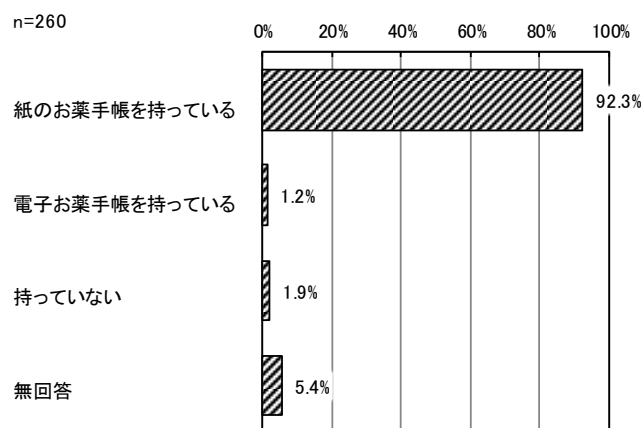


※患者（利用者）・家族票 問 12

（５）お薬手帳所有の有無

お薬手帳の所有状況としては「紙のお薬手帳を持っている」（92.3%）が大半を占めた。

図表 お薬手帳所有の有無

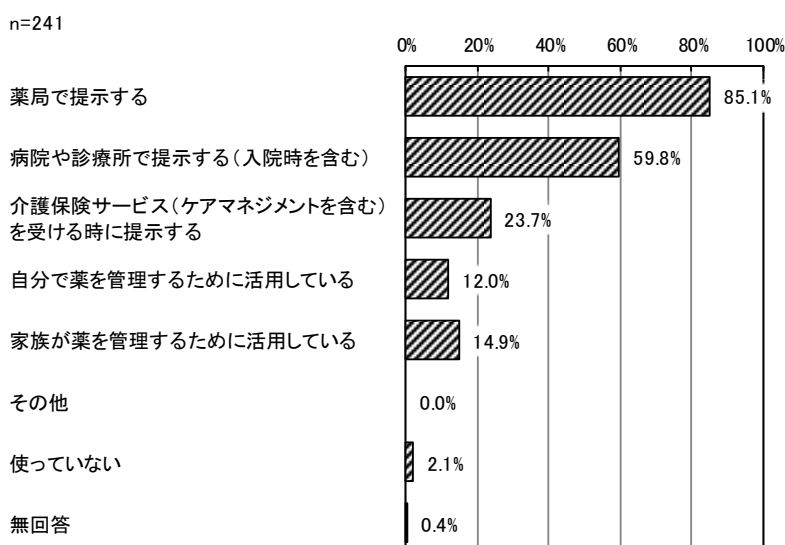


※患者（利用者）・家族票 問 13

（６）お薬手帳を活用する場面

お薬手帳を活用する場面については、「薬局で提示する」（85.1%）が最も多く、ついで「病院や診療所で提示する（入院時を含む）」（59.8%）が多かった。「介護保険サービス（ケアマネジメントを含む）を受ける時に提示する」は23.7%であった。

図表 お薬手帳を活用する場面

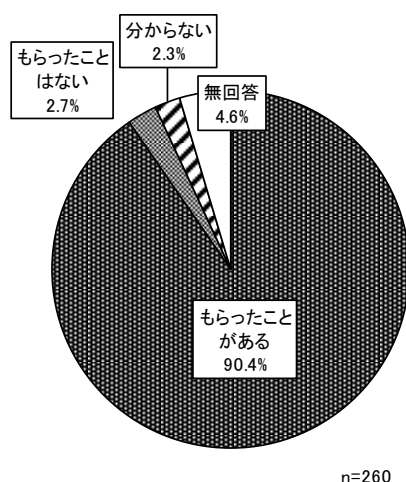


※患者（利用者）・家族票 問 14

（７）薬局や医療機関からの薬剤情報提供文書の受領経験

薬局や医療機関からの薬剤情報提供文書の受領経験については、「もらったことがある」（90.4％）が大半を占めた。

図表 薬局や医療機関からの薬剤情報提供文書の受領経験

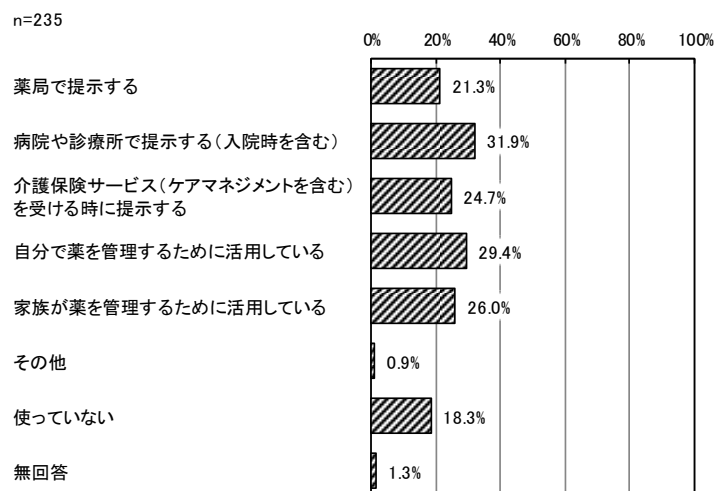


※患者（利用者）・家族票 問 15

（８）薬剤情報提供文書を活用する場面

薬剤情報提供文書を活用する場面については、「病院や診療所で提示する（入院時を含む）」（31.9％）が最も多く、ついで「自分で薬を管理するために活用している」（29.4％）が多かった。「使っていない」との回答も 18.3％あった。

図表 薬剤情報提供文書を活用する場面

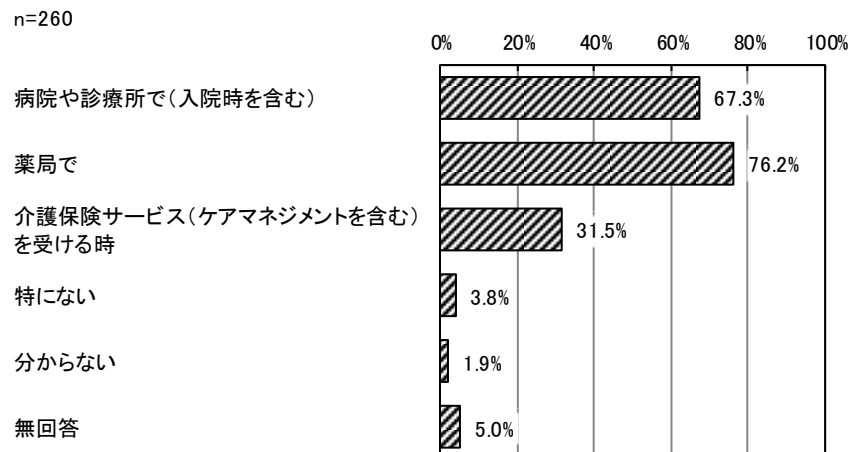


※患者（利用者）・家族票 問 16

（９）服薬状況を聞かれた場面

服薬状況（何の薬剤を飲んでいるか、飲めているか等）を聞かれたことがある場面としては、「薬局で」（76.2%）が最も多く、ついで「病院や診療所で（入院時を含む）」（67.3%）であった。

図表 服薬状況を聞かれた場面



※患者（利用者）・家族票 問 17

（10）服薬について本人や家族等から相談があった利用者数と自身が不安に思った利用者数の担当利用者数に対する割合

服薬について本人や家族等から相談があった利用者数の割合は、「服用し忘れて余ること」という項目で最も多く、ケアマネジャーで 6%、看護職員で 8%、介護職員で 6%であった。また、全体として看護職員が相談を受けた利用者数の割合はケアマネジャー、介護職員と比べて多い傾向にあった。

また、回答者自身が不安に思った利用者の割合も同様に、「服用し忘れて余ること」という項目で最も多く、ケアマネジャーで 7%、看護職員で 10%、介護職員で 5%であった。また、全体として看護職員が不安に思った利用者数の割合は、ケアマネジャー、介護職員と比べて多い傾向にあった。

図表 服薬について本人や家族等から相談があった利用者数と自身が不安に思った利用者数の担当利用者数に対する割合(平成 29 年 7 月分)

		ケアマネジャー票 問9÷問3担当利用者数					
		調査数	平均	中央値	標準偏差	最小値	最大値
本人や家族等から相談のあった利用者数 (利用者総数に対する比)	①過剰に服薬していること	231	0.02	0.00	0.05	0.00	0.33
	②服用し忘れて余ること	231	0.06	0.03	0.10	0.00	0.83
	③(嚥下力が弱くなった、錠剤が大きい等)飲み込みにくいこと	231	0.01	0.00	0.05	0.00	0.50
	④服用回数が多すぎる(生活のリズムに合わないこと)	231	0.01	0.00	0.03	0.00	0.33
	⑤服用錠数や種類が多すぎる	231	0.03	0.00	0.08	0.00	0.76
	⑥服薬スケジュールを把握しきれないこと	231	0.02	0.00	0.08	0.00	0.83
	⑦服薬介助の要否	231	0.03	0.00	0.11	0.00	1.00
	⑧副作用の発生の有無や副作用に対する不安	231	0.01	0.00	0.05	0.00	0.50
自身が心配・不安に思った利用者数 (利用者総数に対する比)	①過剰に服薬していること	219	0.03	0.00	0.07	0.00	0.75
	②服用し忘れて余ること	219	0.07	0.05	0.10	0.00	0.83
	③(嚥下力が弱くなった、錠剤が大きい等)飲み込みにくいこと	219	0.02	0.00	0.07	0.00	0.75
	④服用回数が多すぎる(生活のリズムに合わないこと)	219	0.01	0.00	0.03	0.00	0.33
	⑤服用錠数や種類が多すぎる	219	0.03	0.00	0.07	0.00	0.75
	⑥服薬スケジュールを把握しきれないこと	219	0.02	0.00	0.07	0.00	0.83
	⑦服薬介助の要否	219	0.03	0.00	0.09	0.00	1.00
	⑧副作用の発生の有無や副作用に対する不安	219	0.02	0.00	0.05	0.00	0.44

		看護職員票 問10÷問4担当利用者数					
		調査数	平均	中央値	標準偏差	最小値	最大値
本人や家族等から相談のあった利用者数 (利用者総数に対する比)	①過剰に服薬していること	322	0.03	0.00	0.09	0.00	1.00
	②服用し忘れて余ること	322	0.08	0.03	0.13	0.00	1.00
	③(嚥下力が弱くなった、錠剤が大きい等)飲み込みにくいこと	322	0.04	0.00	0.10	0.00	1.00
	④服用回数が多すぎる(生活のリズムに合わないこと)	322	0.02	0.00	0.06	0.00	0.60
	⑤服用錠数や種類が多すぎる	322	0.05	0.00	0.13	0.00	1.00
	⑥服薬スケジュールを把握しきれないこと	322	0.03	0.00	0.08	0.00	0.71
	⑦服薬介助の要否	322	0.03	0.00	0.09	0.00	1.00
	⑧副作用の発生の有無や副作用に対する不安	322	0.04	0.00	0.10	0.00	1.00
自身が心配・不安に思った利用者数 (利用者総数に対する比)	①過剰に服薬していること	339	0.05	0.00	0.10	0.00	0.90
	②服用し忘れて余ること	339	0.10	0.05	0.16	0.00	1.00
	③(嚥下力が弱くなった、錠剤が大きい等)飲み込みにくいこと	339	0.05	0.00	0.10	0.00	1.00
	④服用回数が多すぎる(生活のリズムに合わないこと)	339	0.02	0.00	0.05	0.00	0.36
	⑤服用錠数や種類が多すぎる	339	0.06	0.00	0.14	0.00	1.00
	⑥服薬スケジュールを把握しきれないこと	339	0.04	0.00	0.09	0.00	0.71
	⑦服薬介助の要否	339	0.04	0.00	0.11	0.00	1.00
	⑧副作用の発生の有無や副作用に対する不安	339	0.05	0.00	0.11	0.00	1.00

		介護職員票 問10÷問4担当利用者数					
		調査数	平均	中央値	標準偏差	最小値	最大値
本人や家族等から相談のあった利用者数 (利用者総数に対する比)	①過剰に服薬していること	155	0.02	0.00	0.11	0.00	1.00
	②服用し忘れて余ること	155	0.06	0.00	0.14	0.00	1.00
	③(嚥下力が弱くなった、錠剤が大きい等)飲み込みにくいこと	155	0.03	0.00	0.07	0.00	0.40
	④服用回数が多すぎる(生活のリズムに合わないこと)	155	0.01	0.00	0.02	0.00	0.17
	⑤服用錠数や種類が多すぎる	155	0.04	0.00	0.15	0.00	1.00
	⑥服薬スケジュールを把握しきれないこと	155	0.02	0.00	0.07	0.00	0.70
	⑦服薬介助の要否	155	0.03	0.00	0.10	0.00	1.00
	⑧副作用の発生の有無や副作用に対する不安	155	0.03	0.00	0.13	0.00	1.00
自身が心配・不安に思った利用者数 (利用者総数に対する比)	①過剰に服薬していること	184	0.03	0.00	0.10	0.00	1.00
	②服用し忘れて余ること	184	0.05	0.00	0.10	0.00	0.60
	③(嚥下力が弱くなった、錠剤が大きい等)飲み込みにくいこと	184	0.04	0.00	0.07	0.00	0.33
	④服用回数が多すぎる(生活のリズムに合わないこと)	184	0.02	0.00	0.09	0.00	0.79
	⑤服用錠数や種類が多すぎる	184	0.04	0.00	0.09	0.00	0.67
	⑥服薬スケジュールを把握しきれないこと	184	0.02	0.00	0.09	0.00	1.00
	⑦服薬介助の要否	184	0.04	0.00	0.14	0.00	1.00
	⑧副作用の発生の有無や副作用に対する不安	184	0.03	0.00	0.12	0.00	1.00

※ケアマネジャー票 問9÷問3担当利用者数、看護職員票 問10÷問4担当利用者数、介護職員票 問10÷問4担当利用者数

2. 服薬に関する情報収集・確認状況

（１）診療所の医師が地域他職種から確認・情報収集等を行った外来の要介護者数

診療所の医師が、診療所外他職種に確認・情報収集等を行った外来の要介護者の人数は、「特に確認をしなかった人数」が平均 7.39 人であり、情報収集等を行った場合は、「看護職員から」情報収集等を行った人数が平均 0.91 人と最も多く、情報収集の多くは看護職員から行われている状況がうかがえた。

薬剤師から情報収集を行った人数は、平均 0.35 人であった。

図表 診療所の医師が地域他職種から確認・情報収集等を行った外来の要介護者数

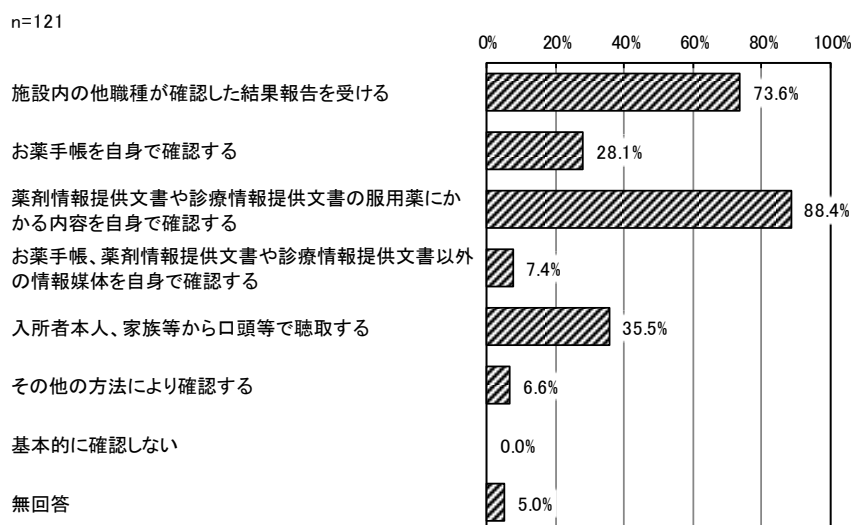
	調査数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
問9 本人や家族以外から服薬情報を特に確認しなかった人数	46	7.39	2.00	12.56	0.00	61.00
問9 本人や家族以外から服薬情報について ①薬剤師から	46	0.35	0.00	1.52	0.00	10.00
問9 本人や家族以外から服薬情報について ②看護職員から	46	0.91	0.00	3.22	0.00	20.00
問9 本人や家族以外から服薬情報について ③介護職員から	46	0.17	0.00	0.79	0.00	5.00
問9 本人や家族以外から服薬情報について ④ケアマネジャーから	46	0.33	0.00	0.91	0.00	5.00

※診療所医師票 問 9

（２）介護老人保健施設の医師による情報の確認方法

介護老人保健施設の医師による情報の確認方法については、「薬剤情報提供文書や診療情報提供文書の服用薬にかかる内容を自身で確認する」（88.4%）が最も多く、ついで「施設内の他職種が確認した結果報告を受ける」（73.6%）であった。

図表 介護老人保健施設の医師による情報の確認方法



※介護老人保健施設医師票 問 4

（３）担当利用者の服薬状況について本人・家族等に確認した方法別の利用者数と確認・相談した職種別の利用者数の担当利用者数に占める割合

担当利用者の服薬状況について本人・家族等に確認した方法別の利用者数の担当利用者数に占める割合についてみると、ケアマネジャーおよび介護職員は「口頭等での聴取」（24%、23%）が最も多かった。看護職員は「口頭等での聴取」「薬剤情報提供文書を確認」（いずれも39%）が最も多かった。

担当利用者の服薬状況について確認・相談した職種別の利用者数の担当利用者数に占める割合についてみると、ケアマネジャー、介護職員は「看護職員又は看護職員を通じて医師から」（6%、23%）が最も多く、看護職員は「医師から」（11%）が最も多かった。

図表 担当利用者の服薬状況について本人・家族等に確認した方法別の利用者数と確認・相談した職種別の利用者数の担当利用者数に占める割合

<利用者の服用状況についての確認方法>

	ケアマネジャー票 問8÷問3					
	調査数	平均	中央値	標準偏差	最小値	最大値
① 口頭等での聴取	261	0.24	0.09	0.33	0.00	1.00
② お薬手帳を確認	261	0.15	0.07	0.23	0.00	1.00
③ 薬剤情報提供文書を確認	261	0.14	0.06	0.23	0.00	1.00
④ ②、③以外の情報媒体を確認	261	0.01	0.00	0.07	0.00	0.83
⑤ その他の方法による確認	261	0.00	0.00	0.02	0.00	0.15

	看護職員票 問9÷問4						介護職員票 問9÷問4					
	調査数	平均	中央値	標準偏差	最小値	最大値	調査数	平均	中央値	標準偏差	最小値	最大値
① 口頭等での聴取	379	0.39	0.23	0.38	0.00	1.00	206	0.23	0.09	0.33	0.00	1.00
② お薬手帳を確認	379	0.31	0.15	0.35	0.00	1.00	206	0.14	0.00	0.29	0.00	1.00
③ 薬剤情報提供文書を確認	379	0.39	0.25	0.38	0.00	1.00	206	0.19	0.01	0.33	0.00	1.00
④ ②、③以外の情報媒体を確認	379	0.06	0.00	0.20	0.00	1.00	206	0.04	0.00	0.17	0.00	1.00
⑤ その他の方法による確認	379	0.02	0.00	0.10	0.00	1.00	206	0.01	0.00	0.06	0.00	0.45

<利用者の服薬状況の他職種への確認状況>

	ケアマネジャー票 問8÷問3					
	調査数	平均	中央値	標準偏差	最小値	最大値
① 医師	217	0.05	0.00	0.13	0.00	1.00
② 薬剤師又は薬剤師を通じて医師	217	0.04	0.00	0.12	0.00	1.00
③ 看護職員又は看護職員を通じて医師から	217	0.06	0.03	0.13	0.00	1.00
④ 介護職員	217	0.05	0.00	0.14	0.00	0.85
⑤ その他	217	0.01	0.00	0.04	0.00	0.29

	看護職員票 問9÷問4						介護職員票 問9÷問4					
	調査数	平均	中央値	標準偏差	最小値	最大値	調査数	平均	中央値	標準偏差	最小値	最大値
① 医師	324	0.11	0.00	0.20	0.00	1.00	179	0.04	0.00	0.16	0.00	1.00
② 薬剤師又は薬剤師を通じて医師	324	0.04	0.00	0.09	0.00	0.80	179	0.03	0.00	0.12	0.00	1.00
③ 看護職員又は看護職員を通じて医師から	324	0.07	0.00	0.16	0.00	1.00	179	0.23	0.06	0.34	0.00	1.00
④ 介護職員	324	0.07	0.00	0.16	0.00	1.00	179	0.02	0.00	0.10	0.00	1.00
⑤ その他	324	0.02	0.00	0.07	0.00	0.50	179	0.02	0.00	0.10	0.00	1.00

※ケアマネジャー票 問8÷問3 担当利用者、看護職員票 問9÷問4 担当利用者、介護職員票 問9÷問4 担当利用者

(4) 服薬に関して基本的に情報収集する事項

服薬に関して基本的に情報収集する事項については、薬剤師は他の職種と比べて、服薬介助の要否、患者等（患者（利用者）、入所者、要介護者等）の栄養状況や嚥下能力、要支援・要介護度等の身体状況、患者等の周辺状況について収集している割合が低かった。

図表 服薬に関して基本的に情報収集する事項

		薬局薬剤師票 問15		介護療養型医療施設薬剤師票 問3		介護老人保健施設薬剤師票 問3		診療所医師票 問6	
		件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)
調査数		250	100.0	93	100.0	62	100.0	65	100.0
服薬に関する情報	服薬状況	243	97.2	74	79.6	47	75.8	61	93.8
	残薬の有無やその程度	241	96.4	75	80.6	42	67.7	50	76.9
	服薬介助の要否	88	35.2	22	23.7	10	16.1	30	46.2
	他の薬局の利用状況	175	70.0	23	24.7	13	21.0	19	29.2
患者等 (※1) の基本情報	疾患名	180	72.0	69	74.2	43	69.4	58	89.2
	既往歴	204	81.6	60	64.5	35	56.5	49	75.4
	アレルギー歴、副作用歴	240	96.0	67	72.0	43	69.4	46	70.8
	検査値	180	72.0	45	48.4	25	40.3	44	67.7
	栄養状況	76	30.4	11	11.8	11	17.7	41	63.1
	嚥下能力	91	36.4	37	39.8	19	30.6	37	56.9
患者等 (※1) の状態	要支援・要介護度	83	33.2	40	43.0	23	37.1	51	78.5
	認知症高齢者の日常生活自立度	104	41.6	23	24.7	14	22.6	46	70.8
	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	55	22.0	23	24.7	16	25.8	37	56.9
	ADL区分	28	11.2	17	18.3	9	14.5	31	47.7
患者等 (※1) の周辺状況	かかりつけ医の有無	96	38.4	32	34.4	26	41.9	44	67.7
	かかりつけ薬剤師・薬局の有無							27	41.5
	担当ケアマネジャーの有無	46	18.4	9	9.7	8	12.9	50	76.9
	家族構成	97	38.8	27	29.0	15	24.2	47	72.3
	居住場所	130	52.0	20	21.5	12	19.4	35	53.8

		介護老人保健施設医師票 問2		ケアマネジャー票 問6		看護職員票 問7		介護職員票 問7	
		件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)
調査数		121	100.0	284	100.0	439	100.0	309	100.0
服薬に関する情報	服薬状況	119	98.3	269	94.7	437	99.5	272	88.0
	残薬の有無やその程度	71	58.7	221	77.8	376	85.6	176	57.0
	服薬介助の要否	56	46.3	229	80.6	367	83.6	248	80.3
	他の薬局の利用状況	26	21.5	75	26.4	177	40.3	44	14.2
患者等 (※1) の基本情報	疾患名	121	100.0	280	98.6	432	98.4	275	89.0
	既往歴	117	96.7	270	95.1	417	95.0	258	83.5
	アレルギー歴、副作用歴	115	95.0	175	61.6	399	90.9	204	66.0
	検査値	113	93.4	118	41.5	305	69.5	63	20.4
	栄養状況	105	86.8	200	70.4	338	77.0	167	54.0
	嚥下能力	97	80.2	203	71.5	382	87.0	227	73.5
患者等 (※1) の状態	要支援・要介護度	109	90.1	268	94.4	388	88.4	267	86.4
	認知症高齢者の日常生活自立度	105	86.8	248	87.3	356	81.1	210	68.0
	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	103	85.1	232	81.7	308	70.2	173	56.0
	ADL区分	85	70.2	217	76.4	300	68.3	207	67.0
患者等 (※1) の周辺状況	かかりつけ医の有無	111	91.7	278	97.9	414	94.3	240	77.7
	かかりつけ薬剤師・薬局の有無	31	25.6	149	52.5	248	56.5	102	33.0
	担当ケアマネジャーの有無	61	50.4			365	83.1	233	75.4
	家族構成	95	78.5	264	93.0	384	87.5	232	75.1
	居住場所	75	62.0	219	77.1	292	66.5	194	62.8

※1 患者等：患者（利用者）、入所者、要介護者等を表す

※2 薬局薬剤師票 問15、介護療養型医療施設薬剤師票 問3、介護老人保健施設薬剤師票 問3、診療所医師票 問6、介護老人保健施設医師票 問2、ケアマネジャー票 問6、看護職員票 問7、介護職員票 問7

(5) 服用薬に関して基本的に情報収集する事項

薬剤師は他の多くの職種に比べて、処方薬や一般用医薬品等の服用歴を確認している割合が高く、特に薬局薬剤師は、介護療養型医療施設や介護老人保健施設の薬剤師よりもその割合が高かった。

図表 服用薬に関して基本的に情報収集する事項

	薬局薬剤師票 問16		介護療養型医療施設薬剤師票 問4		介護老人保健施設薬剤師票 問4		診療所医師票 問7	
	件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)
調査数	250	100.0	93	100.0	62	100.0	65	100.0
全く又はほとんど確認することがない	4	1.6	5	5.4	6	9.7	0	0.0
品目名	208	83.2	81	87.1	55	88.7	53	81.5
用法・用量	170	68.0	82	88.2	54	87.1	54	83.1
副作用・相互作用								
効能・効果								
薬剤服用歴（一般用医薬品等を除く）	199	79.6	52	55.9	38	61.3	39	60.0
一般用医薬品等の服用歴	145	58.0	20	21.5	10	16.1	19	29.2
服薬期間（服薬スケジュール）	130	52.0	58	62.4	41	66.1	30	46.2
処方医療機関名	168	67.2	61	65.6	29	46.8	38	58.5
持参（服用）薬に関する照会・相談先			33	35.5	17	27.4	12	18.5
その他							6	9.2

	介護老人保健施設医師票 問3		ケアマネジャー票 問7		看護職員票 問8		介護職員票 問8	
	件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)
調査数	121	100.0	284	100.0	439	100.0	309	100.0
全く又はほとんど確認することがない	0	0.0	2	0.7	0	0.0	15	4.9
品目名	117	96.7	246	86.6	392	89.3	194	62.8
用法・用量	114	94.2	229	80.6	398	90.7	223	72.2
副作用・相互作用			155	54.6	337	76.8	138	44.7
効能・効果			216	76.1	379	86.3	201	65.0
薬剤服用歴（一般用医薬品等を除く）	94	77.7	66	23.2	232	52.8	69	22.3
一般用医薬品等の服用歴	62	51.2	41	14.4	149	33.9	35	11.3
服薬期間（服薬スケジュール）	97	80.2	125	44.0	288	65.6	143	46.3
処方医療機関名	80	66.1	174	61.3	287	65.4	107	34.6
持参（服用）薬に関する照会・相談先	52	43.0	47	16.5	139	31.7	46	14.9
その他			1	0.4	19	4.3	10	3.2

※薬局薬剤師票 問16、介護療養型医療施設薬剤師票 問4、介護老人保健施設薬剤師票 問4、診療所医師票 問7、介護老人保健施設医師票 問3、ケアマネジャー票 問7、看護職員票 問8、介護職員票 問8

3. 服薬に関する薬剤師からの情報提供等について

(1) どのような媒体で患者（利用者）・退院者・退所者に情報提供したか

お薬手帳、薬剤情報提供文書などの情報提供媒体別に、患者等への情報提供人数の担当患者等の人数に対する割合についてみると、薬局薬剤師票では、「お薬手帳」「薬剤情報提供文書」（いずれも 81%）が最も多かった。介護療養型医療施設薬剤師票、介護老人保健施設薬剤師票では退院時の情報提供の状況について質問したが、介護療養型医療施設薬剤師票では「薬剤情報提供文書」（76%）が最も多く、ついで「お薬手帳」（51%）であった。介護老人保健施設薬剤師票では、「その他」（58%）が最も多く、ついで「薬剤情報提供文書」（54%）であった。

図表 どのような媒体で患者（利用者）・退院者・退所者に情報提供したか

	薬局薬剤師票 問32÷問17担当利用者数					
	調査数	平均	中央値	標準偏差	最小値	最大値
① お薬手帳	158	0.81	0.99	0.29	0.00	1.00
② 薬剤情報提供文書	157	0.81	1.00	0.34	0.00	1.00
③ その他	113	0.04	0.00	0.15	0.00	1.00

	介護療養型医療施設薬剤師票 問6 イ) ÷ 問6 ア) 退院者数						介護老人保健施設薬剤師票 問6 イ) ÷ 問6 ア) 退所者数					
	調査数	平均	中央値	標準偏差	最小値	最大値	調査数	平均	中央値	標準偏差	最小値	最大値
① お薬手帳	48	0.51	0.58	0.48	0.00	1.00	34	0.22	0.00	0.38	0.00	1.00
② 薬剤情報提供文書	57	0.76	1.00	0.40	0.00	1.00	42	0.54	0.70	0.44	0.00	1.00
③ その他	30	0.23	0.00	0.41	0.00	1.00	38	0.58	0.93	0.46	0.00	1.00

※薬局薬剤師票 問 32÷問 17 担当利用者数、介護療養型医療施設薬剤師票 問 6 イ) ÷ 問 6 ア) 退院者数、介護老人保健施設薬剤師票問 6 イ) ÷ 問 6 ア) 退所者数

(2) 服薬情報の提供媒体別の情報提供内容について

服薬情報の提供媒体別の情報提供内容についてみると、副作用・相互作用、効能・効果は、薬局薬剤師、介護療養型医療施設の薬剤師、介護老人保健施設の薬剤師のいずれにおいても、お薬手帳より薬剤情報提供文書で情報提供を行っている人の割合が高かった。

介護療養型医療施設、介護老人保健施設の薬剤師については、各情報についてお薬手帳よりも薬剤情報提供文書で情報提供を行っている人の割合が高かった。

図表 服薬情報の提供媒体別の情報提供内容について

1) お薬手帳

	薬局薬剤師票 問33		介護療養型医療施設 薬剤師票 問7		介護老人保健施設 薬剤師票 問7	
	件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)
調査数	250	100.0	93	100.0	62	100.0
品目名	224	89.6	29	31.2	11	17.7
用法・用量	223	89.2	29	31.2	11	17.7
副作用・相互作用	103	41.2	11	11.8	5	8.1
効能・効果	134	53.6	13	14.0	7	11.3
薬剤服用歴（一般用医薬品等を除く）	57	22.8				
一般用医薬品等の服用歴	32	12.8				
入所中の薬物療法の推移（減薬・増薬の時期、その理由等を含む）			5	5.4	5	8.1
退院後、服薬状況が悪化するリスク			2	2.2	4	6.5
服薬期間（服薬スケジュール）	93	37.2	13	14.0	6	9.7
処方医療機関名	221	88.4				
服用薬に関する照会・相談先	163	65.2	15	16.1	7	11.3
その他	21	8.4				
無回答	25	10.0	64	68.8	51	82.3

2) 薬剤情報提供文書

	薬局薬剤師票 問33		介護療養型医療施設 薬剤師票 問7		介護老人保健施設 薬剤師票 問7	
	件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)
調査数	250	100.0	93	100.0	62	100.0
品目名	214	85.6	46	49.5	31	50.0
用法・用量	213	85.2	46	49.5	31	50.0
副作用・相互作用	210	84.0	40	43.0	22	35.5
効能・効果	210	84.0	42	45.2	24	38.7
薬剤服用歴（一般用医薬品等を除く）	23	9.2				
一般用医薬品等の服用歴	15	6.0				
入所中の薬物療法の推移（減薬・増薬の時期、その理由等を含む）			9	9.7	10	16.1
退院後、服薬状況が悪化するリスク			8	8.6	6	9.7
服薬期間（服薬スケジュール）	82	32.8	21	22.6	11	17.7
処方医療機関名	206	82.4				
服用薬に関する照会・相談先	178	71.2	22	23.7	14	22.6
その他	26	10.4				
無回答	30	12.0	45	48.4	31	50.0

3)その他

	薬局薬剤師票 問33		介護療養型医療施設 薬剤師票 問7		介護老人保健施設 薬剤師票 問7	
	件数	割合 (%)	件数	割合 (%)	件数	割合 (%)
調査数	250	100.0	93	100.0	62	100.0
品目名	10	4.0	10	10.8	22	35.5
用法・用量	11	4.4	10	10.8	22	35.5
副作用・相互作用	12	4.8	3	3.2	4	6.5
効能・効果	9	3.6	3	3.2	7	11.3
薬剤服用歴（一般用医薬品等を除く）	12	4.8				
一般用医薬品等の服用歴	13	5.2				
入所中の薬物療法の推移（減薬・増薬の時期、その理由等を含む）			8	8.6	8	12.9
退院後、服薬状況が悪化するリスク			4	4.3	3	4.8
服薬期間（服薬スケジュール）	13	5.2	8	8.6	10	16.1
処方医療機関名	7	2.8				
服用薬に関する照会・相談先	15	6.0	4	4.3	11	17.7
その他	5	2.0				
無回答	220	88.0	79	84.9	40	64.5

※薬局薬剤師票 問 33、介護療養型医療施設薬剤師票 問 7、介護老人保健施設薬剤師票 問 7

（３）薬局薬剤師の服薬介助の要否別患者（利用者）数（65 歳以上の患者（利用者）全体に占める割合）

薬局薬剤師の服薬介助の要否別の患者（利用者）数の 65 歳以上の患者全体に占める割合については、服薬介助が不要な患者（利用者）が 61%、必要な患者（利用者）が 13%であった。

図表 服薬介助の要否別患者(利用者)数(65 歳以上の患者(利用者)全体に占める割合)

	調査数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
問17（/ 問17） 期間中の65歳以上の担当患者数 服薬介助必要	177	0.13	0.05	0.21	0.00	1.00
問17（/ 問17） 期間中の65歳以上の担当患者数 服薬介助不要	177	0.61	0.77	0.39	0.00	1.00
問17（/ 問17） 期間中の65歳以上の担当患者数 不明	177	0.26	0.07	0.38	0.00	1.00

※薬局薬剤師票 問 17 の各項目÷問 17 の 65 歳以上の患者（利用者）数

（４）薬局薬剤師の 65 歳以上の患者（利用者）に対する服薬支援策

薬局薬剤師が 1 日で服薬支援をした患者（利用者）数を服薬支援策の種類別にみると、「残薬の調整」（平均 2.16 人）が最も多く、ついで「服薬カレンダーの活用」（平均 0.67 人）であった。

図表 65 歳以上の患者(利用者)に対する服薬支援策

(単位：人)						
	調査数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
問18 服薬支援策別担当数 ①残薬の調整	203	2.16	1.00	3.50	0.00	20.00
問18 服薬支援策別担当数 ②服薬カレンダーの活用	199	0.67	0.00	3.40	0.00	45.00
問18 服薬支援策別担当数 ③剤形変更の提案（医師判断で変更）	191	0.32	0.00	1.74	0.00	20.00
問18 服薬支援策別担当数 ④剤形変更の提案（医師判断で変更に至らず）	188	0.09	0.00	0.76	0.00	10.00
問18 服薬支援策別担当数 ⑤用法変更の提案（医師判断で変更）	191	0.33	0.00	1.70	0.00	20.00
問18 服薬支援策別担当数 ⑥用法変更の提案（医師判断で変更に至らず）	187	0.16	0.00	0.99	0.00	10.00
問18 服薬支援策別担当数 ⑦他の薬剤への変更、減薬、増薬の提案（医師判断で変更）	190	0.59	0.00	2.18	0.00	20.00
問18 服薬支援策別担当数 ⑧他の薬剤への変更、減薬、増薬の提案（医師判断で変更に至らず）	190	0.11	0.00	0.48	0.00	5.00
問18 服薬支援策別担当数 ⑨家族、服薬介助をする者、担当ケアマネジャーへの連絡	194	0.60	0.00	2.01	0.00	20.00

※薬局薬剤師票 問 18

（５）薬局薬剤師の 65 歳以上の担当患者（利用者）への服薬支援策（65 歳以上の患者（利用者）全体に占める割合）

薬局薬剤師が 1 日で服薬支援をした服薬支援策別の担当患者（利用者）数を 3 倍し、3 日分に換算した人数を、3 日間の担当患者（利用者）数で除して得た割合についてみると、「残薬の調整」を行った患者（利用者）数の割合が 17%と最も多く、薬局における服薬支援策として残薬調整が多く行われている状況がうかがえた。また、残薬の調整について多かったのは「家族、服薬介助をする者、担当ケアマネジャーへの連絡」（8%）であった。

図表 65 歳以上の担当患者(利用者)への服薬支援策
（65 歳以上の患者(利用者)全体に占める割合）

	調査数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
問18（/ 問17） 服薬支援策別担当数 ①残薬の調整	163	0.17	0.07	0.36	0.00	3.00
問18（/ 問17） 服薬支援策別担当数 ②服薬カレンダーの活用	160	0.06	0.00	0.23	0.00	2.00
問18（/ 問17） 服薬支援策別担当数 ③剤形変更の提案（医師判断で変更）	155	0.03	0.00	0.16	0.00	1.50
問18（/ 問17） 服薬支援策別担当数 ④剤形変更の提案（医師判断で変更に至らず）	154	0.01	0.00	0.05	0.00	0.50
問18（/ 問17） 服薬支援策別担当数 ⑤用法変更の提案（医師判断で変更）	155	0.02	0.00	0.06	0.00	0.55
問18（/ 問17） 服薬支援策別担当数 ⑥用法変更の提案（医師判断で変更に至らず）	153	0.01	0.00	0.05	0.00	0.51
問18（/ 問17） 服薬支援策別担当数 ⑦他の薬剤への変更、減薬、増薬の提案（医師判断で変更）	155	0.06	0.00	0.27	0.00	3.00
問18（/ 問17） 服薬支援策別担当数 ⑧他の薬剤への変更、減薬、増薬の提案（医師判断で変更に至らず）	155	0.01	0.00	0.04	0.00	0.25
問18（/ 問17） 服薬支援策別担当数 ⑨家族、服薬介助をする者、担当ケアマネジャーへの連絡	155	0.08	0.00	0.31	0.00	3.00

※薬局薬剤師票 （問 18× 3）÷ 問 17

（６）薬局薬剤師が受けた薬剤関係の相談件数（65 歳以上の患者（利用者）全体に占める割合）

薬局薬剤師が患者（利用者）本人又は家族、医師、看護職員・介護職員から受けた薬剤関係の相談件数の担当患者（利用者）数に占める割合についてみると、本人又は家族からの場合 8%、医師からの場合 1%、看護・介護職員からの場合 2%、ケアマネジャーからの場合 1%であった。他職種から相談を受けているケースはほとんどない状況となっている。

図表 本人・家族からの相談件数(65 歳以上の患者(利用者)全体に占める割合)

	調査数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
問28（/ 問17） 本人又は家族からの相談 ①相談件数	174	0.08	0.02	0.22	0.00	2.00
問28（/ 問17） 本人又は家族からの相談 ②うち積極的に医師に相談した	174	0.02	0.00	0.07	0.00	0.67
問28（/ 問17） 本人又は家族からの相談 ③うち薬剤師で解決できた（②の場合を除く）	174	0.06	0.00	0.19	0.00	2.00
問28（/ 問17） 本人又は家族からの相談 ④相談を受けたが具体的対応はしなかった	173	0.01	0.00	0.03	0.00	0.33

※薬局薬剤師票 問 28÷問 17 担当利用者数

図表 医師からの相談件数(65 歳以上の患者(利用者)全体に占める割合)

	調査数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
問29（/ 問17） 医師からの相談 ①相談件数	174	0.01	0.00	0.10	0.00	1.00
問29（/ 問17） 医師からの相談 ②うち積極的に対応した	174	0.01	0.00	0.10	0.00	1.00
問29（/ 問17） 医師からの相談 ③相談を受けたが具体的対応はしなかった	174	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

※薬局薬剤師票 問 29÷問 17 担当利用者数

図表 看護職員、介護職員からの相談件数(65 歳以上の患者(利用者)全体に占める割合)

	調査数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
問30（/ 問17） 看護・介護職員からの相談 ①相談件数	174	0.02	0.00	0.11	0.00	1.00
問30（/ 問17） 看護・介護職員からの相談 ②うち積極的に医師に相談した	173	0.01	0.00	0.06	0.00	0.56
問30（/ 問17） 看護・介護職員からの相談 ③うち薬剤師で解決できた（②の場合を除く）	173	0.01	0.00	0.09	0.00	1.00
問30（/ 問17） 看護・介護職員からの相談 ④相談を受けたが具体的対応はしなかった	173	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01

※薬局薬剤師票 問 30÷問 17 担当利用者数

図表 ケアマネジャーからの相談件数(65 歳以上の患者(利用者)全体に占める割合)

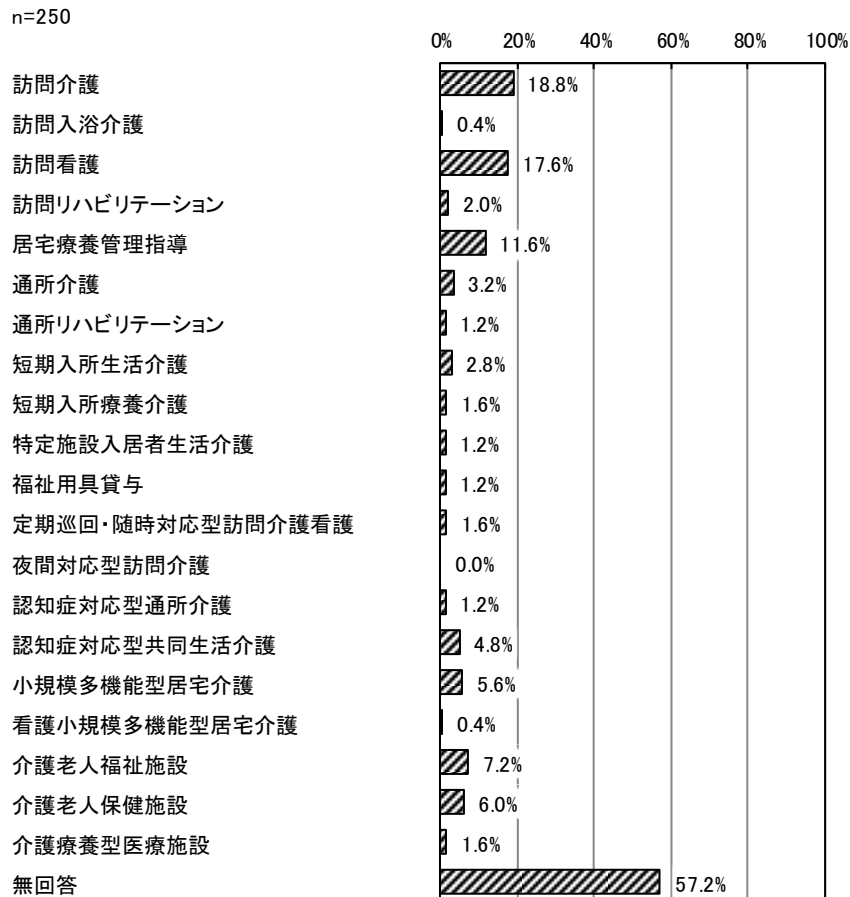
	調査数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
問31（/ 問17） ケアマネジャーからの相談 ①相談件数	174	0.01	0.00	0.04	0.00	0.33
問31（/ 問17） ケアマネジャーからの相談 ②うち積極的に医師に相談した	174	0.00	0.00	0.03	0.00	0.33
問31（/ 問17） ケアマネジャーからの相談 ③うち薬剤師で解決できた（②の場合を除く）	174	0.00	0.00	0.02	0.00	0.17
問31（/ 問17） ケアマネジャーからの相談 ④相談を受けたが具体的対応はしなかった	174	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01

※薬局薬剤師票 問 31÷問 17 担当利用者数

（７）薬局薬剤師が連絡をとった介護保険サービスの事業所

薬局薬剤師が平成 29 年 7 月の 1 カ月間で連絡をとった介護保険サービス事業所としては、「訪問介護」（18.8%）、「訪問看護」（17.6%）、「居宅療養管理指導」（11.6%）の回答が多く、実際に利用者宅で服薬介助等にあたることが多いと思われる訪問系サービス事業所への連絡が多い傾向がうかがえた。

図表 薬局薬剤師が連絡をとった介護保険サービスの事業所



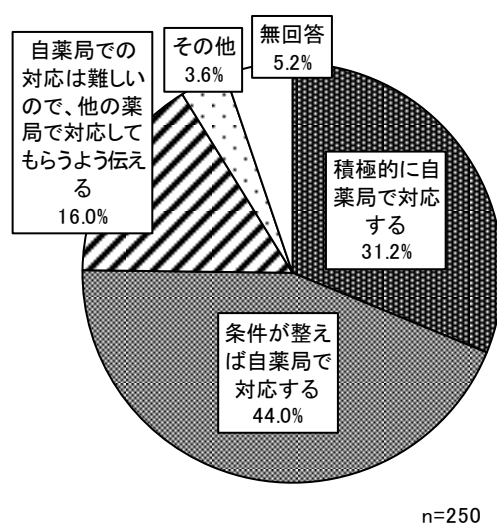
※薬局薬剤師票 問 34

4. 在宅療養中の患者（利用者）に対する薬局薬剤師の対応状況

（１）薬局薬剤師の在宅療養中の認知症患者（利用者）への対応に関する基本的な考え方

薬局薬剤師の在宅療養中の認知症患者（利用者）への対応に関する基本的な考え方としては、「条件が整えば自薬局で対応する」（44.0％）が最も多く、ついで「積極的に自薬局で対応する」（31.2％）であった。

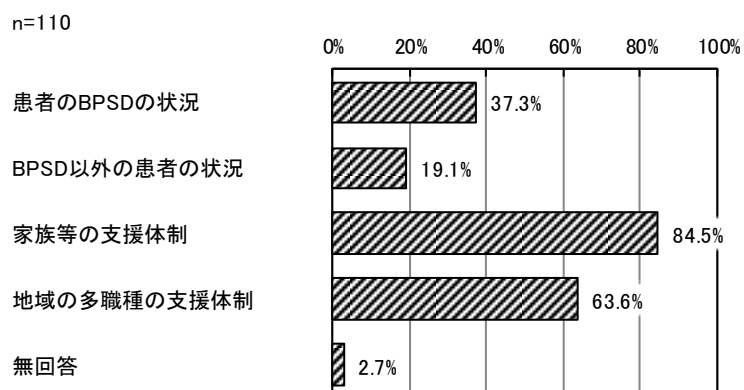
図表 薬局薬剤師の在宅療養中の認知症患者（利用者）への対応に関する基本的な考え方



※薬局薬剤師票 問 19

条件が整えば自薬局で対応すると回答した薬局薬剤師が、自薬局で対応する条件としては、「家族等の支援体制」（84.5％）が最も多く、ついで「地域の多職種の支援体制」（63.6％）であった。

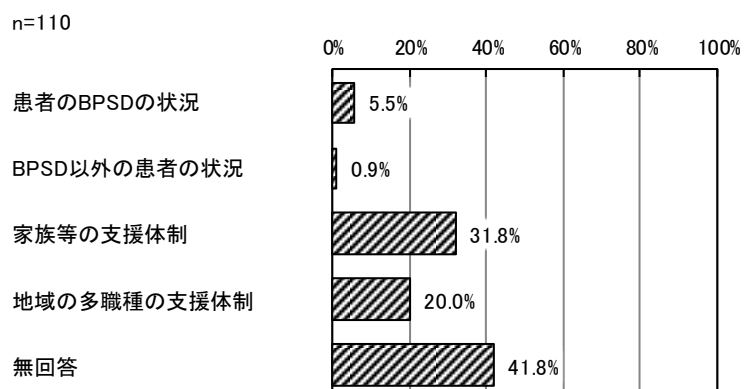
図表 自薬局で対応する条件



※薬局薬剤師票 問 19

自薬局で対応する条件のうち最もあてはまるものについては、「家族等の支援体制」（31.8％）が最も多く、ついで「地域の多職種の支援体制」（20.0％）であった。

図表 自薬局で対応する条件のうち最もあてはまるもの



※薬局薬剤師票 問 19

（２）在宅療養中の認知症患者（利用者）への対応実績

在宅療養中の認知症患者（利用者）への３日間あたりの対応実績は、平均で 1.12 人であった。また、65 歳以上の患者（利用者）全体に占める割合は 4%であった。

図表 在宅療養中の認知症患者(利用者)への対応実績

(単位：人)

調査数	229
平均値	1.12
中央値	0.00
標準偏差	5.15
最小値	0.00
最大値	49.00

※薬局薬剤師票 問 20

図表 在宅療養中の認知症患者(利用者)への対応実績
(65 歳以上の患者(利用者)全体に占める割合)

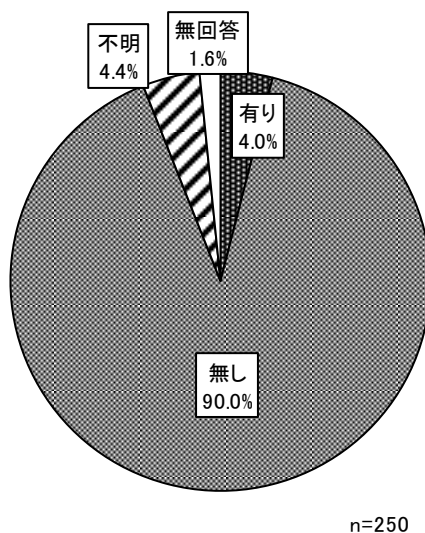
調査数	172
平均値	0.04
中央値	0.00
標準偏差	0.13
最小値	0.00
最大値	1.00

※薬局薬剤師票 問 20

（３）他の薬局との連携の中での認知症患者（利用者）の在宅療養の対応の引き継ぎの経験

過去１年間で、他の薬局との連携の中で認知症（日常生活自立度Ⅱ以上）の患者（利用者）の在宅療養の対応を引き継いだ経験については、「無し」（90.0％）が大半を占めた。

図表 認知症患者(利用者)の在宅療養の対応の引き継ぎの経験

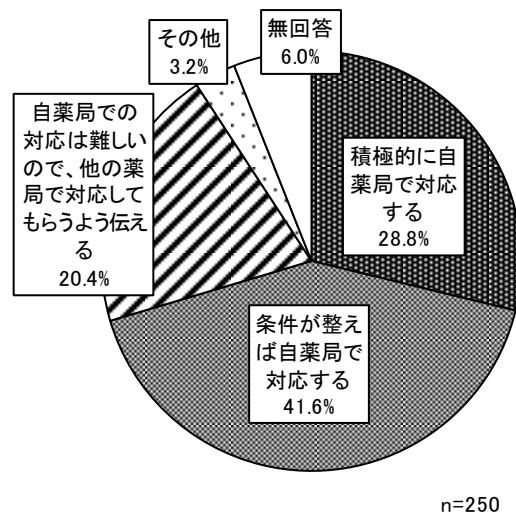


※薬局薬剤師票 問 21

（４）薬局薬剤師の在宅療養中の末期がん患者（利用者）への対応に関する基本的な考え方

薬局薬剤師の在宅療養中の末期がん患者（利用者）への対応に関する基本的な考え方としては、「条件が整えば自薬局で対応する」（41.6％）が最も多く、ついで「積極的に自薬局で対応する」（28.8％）であった。

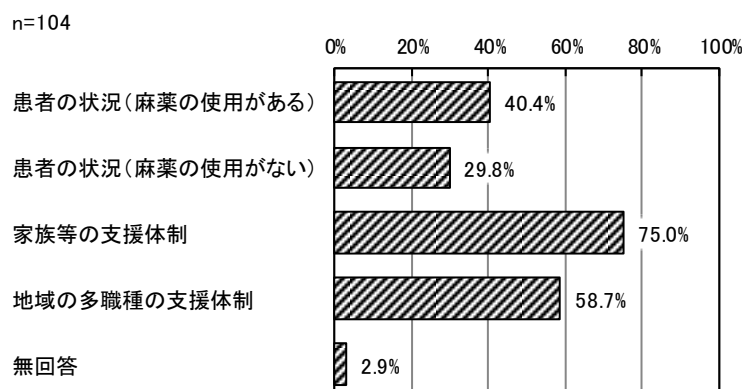
図表 薬局薬剤師の在宅療養中の末期がん患者(利用者)への対応に対する基本的な考え方



※薬局薬剤師票 問22

条件が整えば自薬局で対応すると回答した薬局薬剤師が、自薬局で対応する条件としては、「家族等の支援体制」(75.0%)が最も多く、ついで「地域の多職種の支援体制」(58.7%)であった。

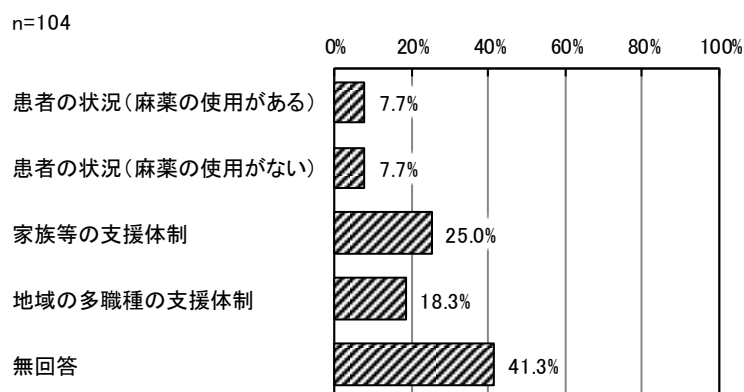
図表 自薬局で対応する条件



※薬局薬剤師票 問22

自薬局で対応する条件のうち最もあてはまるものについては、「家族等の支援体制」(25.0%)が最も多く、ついで「地域の多職種の支援体制」(18.3%)であった。

図表 自薬局で対応する条件のうち最もあてはまるもの



※薬局薬剤師票 問22

（５）在宅療養中の末期がん患者（利用者）への対応実績

在宅療養中の末期がん患者（利用者）への３日間あたりの対応実績は、平均で 0.22 人であった。また、65 歳以上の患者（利用者）全体に占める割合は 1%であった。

図表 在宅療養中の末期患者(利用者)への対応実績

(単位：人)

調査数	241
平均値	0.22
中央値	0.00
標準偏差	1.42
最小値	0.00
最大値	20.00

※薬局薬剤師票 問 23

図表 在宅療養中の末期患者(利用者)への対応実績
(65 歳以上の患者(利用者)全体に占める割合)

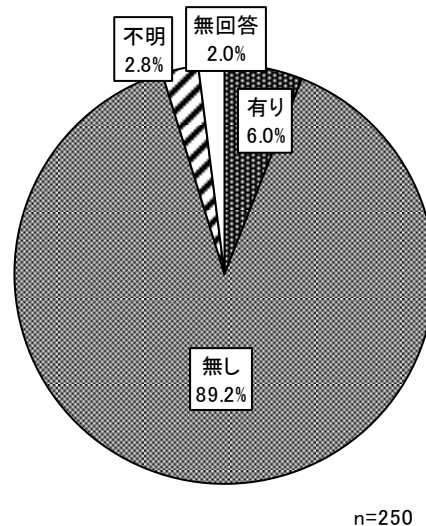
調査数	175
平均値	0.01
中央値	0.00
標準偏差	0.07
最小値	0.00
最大値	0.89

※薬局薬剤師票 問 23

（６）他の薬局との連携の中での末期がん患者（利用者）の対応の引き継ぎの経験

過去１年間で、他の薬局との連携の中で末期がんの患者（利用者）の対応を引き継いだ経験については、「無し」（89.2％）が大半を占めた。

図表 末期がん患者(利用者)の対応の引き継ぎの経験

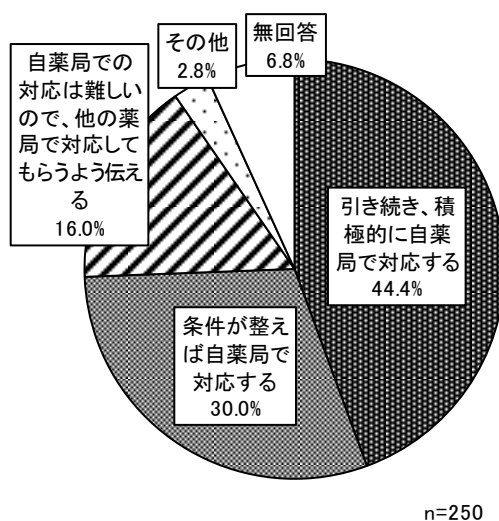


※薬局薬剤師票 問 24

（７）過去に来局があり、在宅療養に移行した患者（利用者）への対応に関する基本的な考え方

過去に来局があり、在宅療養に移行した患者（利用者）への対応に関する基本的な考え方としては、「引き続き、積極的に自薬局で対応する」（44.4%）が最も多く、ついで「条件が整えば自薬局で対応する」（30.0%）であった。

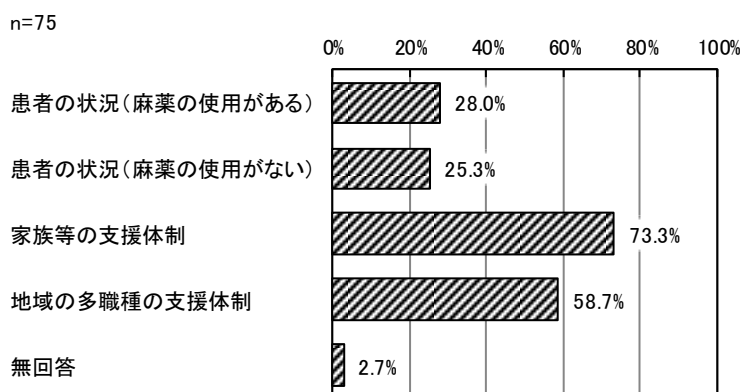
図表 過去に来局があり、在宅療養に移行した患者(利用者)に対する基本的な考え方



※薬局薬剤師票 問 25

条件が整えば自薬局で対応すると回答した薬局薬剤師が、自薬局で対応する条件としては、「家族等の支援体制」（73.3%）が最も多く、ついで「地域の多職種の支援体制」（58.7%）であった。

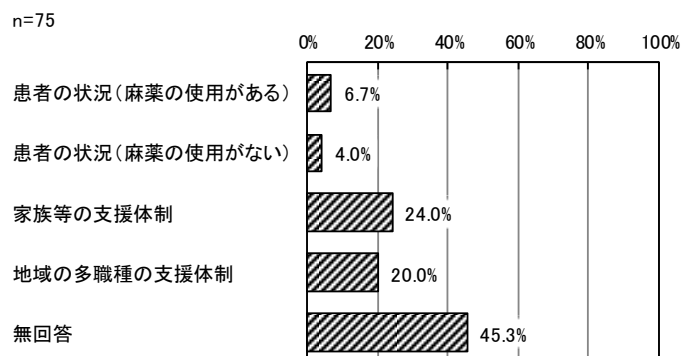
図表 自薬局で対応する条件



※薬局薬剤師票 問 25

自薬局で対応する条件のうち最もあてはまるものについては、「家族等の支援体制」(24.0%) が最も多く、ついで「地域の多職種の支援体制」(20.0%) であった。

図表 自薬局で対応する条件のうち最もあてはまるもの



※薬局薬剤師票 問 25

(8) 在宅医療・療養に移行した患者(利用者)への対応実績(認知症、末期がん以外)

在宅医療・療養に移行した患者(利用者)への3日間あたりの対応実績は、平均で0.20人であった。65歳以上の患者(利用者)全体に占める割合は1%であった。

図表 在宅医療・療養に移行した患者(利用者)への対応実績(認知症、末期がん以外)

(単位：人)

調査数	238
平均値	0.20
中央値	0.00
標準偏差	1.96
最小値	0.00
最大値	30.00

※薬局薬剤師票 問 26

**図表 在宅医療・療養に移行した患者(利用者)の対応実績(認知症、末期がん以外)
(65歳以上の患者(利用者)数の全体に占める割合)**

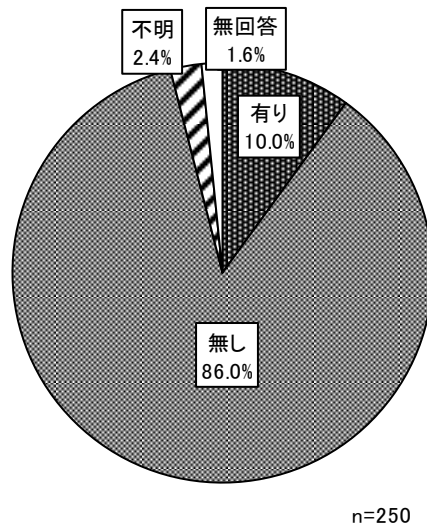
調査数	173
平均値	0.01
中央値	0.00
標準偏差	0.04
最小値	0.00
最大値	0.42

※薬局薬剤師票 問 26÷問 17 担当利用者数

（９）他の薬局との連携の中での在宅医療・療養に移行した患者（利用者）の引き継ぎの経験（認知症、末期がん以外）

過去１年間で、他の薬局との連携の中で末期がんの患者（利用者）の対応を引き継いだ経験については、「無し」（86.0％）が大半を占めた。

図表 在宅医療・療養に移行した患者(利用者)の引き継ぎの経験(認知症、末期がん以外)



※薬局薬剤師票 問 27

5. 入所者・入院患者に対する薬剤師の対応状況

（１）入院（入所）に際し薬剤師が実施している業務の取組対象者数（新規入院（入所）者数、服薬している入所者数に占める割合）

<介護療養型医療施設薬剤師票>

新規入院患者数、服薬している入院患者数に占める薬剤師が実施している業務の取組対象者数の割合を見る。

「薬剤師が実施している業務」については、「①持参薬の品目・量・状態の確認」（89%）が最も多く、ついで「④持参薬に関する重複投薬・相互作用の有無の確認」（88%）であった。一方、「⑨検査の要否について医師に提案」（6%）が最も低く、ついで「⑥多剤投薬の見直しを医師に提案」（20%）であった。

「薬剤師と他職種が協力して実施している業務」については、「⑩服薬状況の確認」（53%）が最も多く、ついで「①持参薬の品目・量・状態の確認」（43%）であった。

「薬剤師が実施している業務」、「薬剤師と他職種が協力して実施している業務」の回答割合を比較すると、全ての業務について「薬剤師が実施している業務」の回答割合が「薬剤師と他職種が協力して実施している業務」の回答割合より高く、薬剤師のみで業務を実施している利用者が多い状況となっている。

<介護老人保健施設薬剤師票>

新規入所者数、服薬している入所者数に占める薬剤師が実施している業務の取組対象者数の割合を見る。

「薬剤師が実施している業務」については、「④持参薬に関する重複投薬・相互作用の有無の確認」（77%）が最も多く、ついで「⑧施設内の採用薬への切り替えを医師に提案」（62%）であった。一方、「⑨検査の要否について医師に提案」（5%）が最も低く、ついで「⑭施設内での薬物療法や服薬状況等の情報をかかりつけ医やかかりつけ薬剤師と共有」（8%）、「⑮施設内での薬物療法や服薬状況等の情報をケアマネジャーと共有」（8%）であった。

「薬剤師と他職種が協力して実施している業務」については、「①持参薬の品目・量・状態の確認」（78%）が最も多く、ついで「③持参薬の処方元医療機関の確認」（73%）であった。

「薬剤師が実施している業務」、「薬剤師と他職種が協力して実施している業務」の回答割合から、例えば、「④持参薬に関する重複投薬・相互作用の有無の確認」については、「薬剤師が実施している業務」は77%、「薬剤師と他職種が協力して実施している業務」は50%と「薬剤師が実施している業務」が多く、「③持参薬の処方元医療機関の確認」については「薬剤師が実施している業務」が31%、「薬剤師と他職種が協力して実施している業務」が73%と「薬剤師と他職種が協力して実施している業務」が多く、業務内容によって薬剤師のみで実施するか、他職種と協力して実施しているかを分けている状況が窺える。

図表 入院(入所)に際し薬剤師が実施している業務の取組対象者数の割合

		介護療養型医療施設薬剤師票 問5					
		調査数	平均	中央値	標準偏差	最小値	最大値
①持参薬の品目・量・状態の確認	薬剤師が実施	46	0.89	1.00	0.37	0.00	2.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	22	0.43	0.00	0.48	0.00	1.00
②持参薬の有効期限の確認	薬剤師が実施	44	0.51	0.25	0.54	0.00	2.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	18	0.11	0.00	0.31	0.00	1.00
③持参薬の処方元医療機関の確認	薬剤師が実施	46	0.83	1.00	0.43	0.00	2.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	20	0.28	0.00	0.43	0.00	1.00
④持参薬に関する重複投薬・相互作用の有無の確認	薬剤師が実施	49	0.88	1.00	0.38	0.00	2.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	19	0.13	0.00	0.32	0.00	1.00
⑤持参薬の継続使用の是非を医師に提案	薬剤師が実施	47	0.64	1.00	0.51	0.00	2.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	18	0.09	0.00	0.25	0.00	1.00
⑥多剤投薬の見直しを医師に提案	薬剤師が実施	43	0.20	0.00	0.37	0.00	1.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	19	0.03	0.00	0.11	0.00	0.50
⑦より適切と考えられる剤形や用法変更を医師に提案	薬剤師が実施	44	0.28	0.00	0.43	0.00	1.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	19	0.06	0.00	0.15	0.00	0.50
⑧施設内の採用薬への切替えを医師に提案	薬剤師が実施	49	0.75	1.00	0.44	0.00	2.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	18	0.08	0.00	0.25	0.00	1.00
⑨検査の要否について医師に提案	薬剤師が実施	42	0.06	0.00	0.21	0.00	1.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	19	0.04	0.00	0.17	0.00	0.75
⑩服薬状況の確認	薬剤師が実施	42	0.61	1.00	0.45	0.00	1.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	22	0.53	0.63	0.47	0.00	1.00
⑪効果・副作用の有無の確認	薬剤師が実施	44	0.55	1.00	0.54	0.00	2.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	20	0.38	0.00	0.47	0.00	1.00
⑫服薬指導	薬剤師が実施	44	0.29	0.00	0.42	0.00	1.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	18	0.19	0.00	0.38	0.00	1.00

		介護老人保健施設薬剤師票 問5					
		調査数	平均	中央値	標準偏差	最小値	最大値
①持参薬の品目・量・状態の確認	薬剤師が実施	28	0.54	0.73	0.47	0.00	1.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	44	0.78	1.00	0.40	0.00	1.00
②持参薬の有効期限の確認	薬剤師が実施	30	0.35	0.00	0.46	0.00	1.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	35	0.46	0.00	0.50	0.00	1.00
③持参薬の処方元医療機関の確認	薬剤師が実施	30	0.31	0.00	0.41	0.00	1.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	38	0.73	1.00	0.43	0.00	1.00
④持参薬に関する重複投薬・相互作用の有無の確認	薬剤師が実施	32	0.77	1.00	0.39	0.00	1.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	31	0.50	0.63	0.49	0.00	1.00
⑤持参薬の継続使用の是非を医師に提案	薬剤師が実施	31	0.49	0.39	0.47	0.00	1.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	32	0.50	0.42	0.49	0.00	1.00
⑥多剤投薬の見直しを医師に提案	薬剤師が実施	30	0.11	0.00	0.26	0.00	1.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	31	0.36	0.05	0.46	0.00	1.00
⑦より適切と考えられる剤形や用法変更を医師に提案	薬剤師が実施	28	0.13	0.00	0.27	0.00	1.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	30	0.35	0.00	0.46	0.00	1.00
⑧施設内の採用薬への切替えを医師に提案	薬剤師が実施	34	0.62	0.80	0.40	0.00	1.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	29	0.36	0.00	0.43	0.00	1.00
⑨検査の要否について医師に提案	薬剤師が実施	29	0.05	0.00	0.12	0.00	0.50
	薬剤師と他職種が協力して実施	27	0.21	0.00	0.39	0.00	1.00
⑩服薬状況の確認	薬剤師が実施	28	0.31	0.00	0.44	0.00	1.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	43	0.64	0.95	0.44	0.00	1.00
⑪効果・副作用の有無の確認	薬剤師が実施	25	0.21	0.00	0.39	0.00	1.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	35	0.61	0.95	0.45	0.00	1.00
⑫服薬指導	薬剤師が実施	27	0.11	0.00	0.27	0.00	1.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	31	0.29	0.00	0.43	0.00	1.00
⑬薬物療法の継続や変更に関する施設内医師とかかりつけ医との事前調整	薬剤師が実施	27	0.13	0.00	0.30	0.00	1.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	29	0.29	0.00	0.42	0.00	1.00
⑭施設内での薬物療法や服薬状況等の情報をかかりつけ医とかかりつけ薬剤師と共有	薬剤師が実施	26	0.08	0.00	0.25	0.00	1.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	32	0.39	0.00	0.46	0.00	1.00
⑮施設内での薬物療法や服薬状況等の情報をケアマネジャーと共有	薬剤師が実施	26	0.08	0.00	0.27	0.00	1.00
	薬剤師と他職種が協力して実施	33	0.56	1.00	0.46	0.00	1.00

※介護療養型医療施設薬剤師票 問5①～⑧、⑪～⑫÷問5イ)、問5⑨⑩÷問5ア)、
介護老人保健施設薬剤師票 問5①～⑧、⑪～⑮÷問5イ)、問5⑨⑩÷問5ア)

6. その他薬剤師による介護分野との関わりの状況

(1) 薬剤師による認知症施策の認知度

<薬局薬剤師票>

薬局薬剤師による認知症施策の認知度についてみる。認知症サポーターについては「よく知っている」が最も多く、新オレンジプラン、認知症サポート医、認知症コーディネーターは「聞いたことがある」が最も多かった。また、認知症ケアパス、認知症初期集中支援チーム、認知症対応力向上研修は「ほとんど知らない」という回答が最も多かった。

<介護療養型医療施設薬剤師票>

介護療養型医療施設の薬剤師における認知症施策の認知度についてみる。新オレンジプラン、認知症サポート医、認知症コーディネーター、認知症サポーターでは「聞いたことがある」が最も多く、認知症ケアパス、認知症初期集中支援チーム、認知症対応力向上研修では「ほとんど知らない」が最も多かった。

<介護老人保健施設薬剤師票>

介護老人保健施設の薬剤師における認知症施策の認知度についてみる。新オレンジプラン、認知症サポート医、認知症コーディネーター、認知症サポーターでは「聞いたことがある」が最も多く、認知症ケアパス、認知症初期集中支援チーム、認知症対応力向上研修では「ほとんど知らない」が最も多かった。

図表 薬剤師による認知症施策の認知度

		薬局薬剤師票 問41		介護療養型医療施設薬剤師票 問8		介護老人保健施設薬剤師票 問8	
		件数	割合 (%)	件数	割合 (%)	件数	割合 (%)
①認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）	調査数	250	100.0	93	100.0	62	100.0
	よく知っている	48	19.2	5	5.4	14	22.6
	聞いたことがある	111	44.4	49	52.7	31	50.0
	ほとんど知らない	73	29.2	35	37.6	17	27.4
	無回答	18	7.2	4	4.3	0	0.0
②地域の認知症ケアパス	調査数	250	100.0	93	100.0	62	100.0
	よく知っている	20	8.0	2	2.2	6	9.7
	聞いたことがある	91	36.4	40	43.0	26	41.9
	ほとんど知らない	123	49.2	47	50.5	30	48.4
	無回答	16	6.4	4	4.3	0	0.0
③認知症サポート医	調査数	250	100.0	93	100.0	62	100.0
	よく知っている	42	16.8	5	5.4	19	30.6
	聞いたことがある	112	44.8	59	63.4	24	38.7
	ほとんど知らない	80	32.0	26	28.0	19	30.6
	無回答	16	6.4	3	3.2	0	0.0
④認知症地域支援推進員（認知症コーディネーター）	調査数	250	100.0	93	100.0	62	100.0
	よく知っている	25	10.0	4	4.3	11	17.7
	聞いたことがある	113	45.2	45	48.4	30	48.4
	ほとんど知らない	95	38.0	41	44.1	21	33.9
	無回答	17	6.8	3	3.2	0	0.0
⑤認知症初期集中支援チーム	調査数	250	100.0	93	100.0	62	100.0
	よく知っている	16	6.4	1	1.1	12	19.4
	聞いたことがある	70	28.0	24	25.8	20	32.3
	ほとんど知らない	148	59.2	64	68.8	30	48.4
	無回答	16	6.4	4	4.3	0	0.0
⑥認知症対応力向上研修	調査数	250	100.0	93	100.0	62	100.0
	よく知っている	36	14.4	5	5.4	6	9.7
	聞いたことがある	84	33.6	31	33.3	27	43.5
	ほとんど知らない	116	46.4	53	57.0	29	46.8
	無回答	14	5.6	4	4.3	0	0.0
⑦認知症サポーター	調査数	250	100.0	93	100.0	62	100.0
	よく知っている	109	43.6	13	14.0	16	25.8
	聞いたことがある	64	25.6	45	48.4	32	51.6
	ほとんど知らない	61	24.4	31	33.3	14	22.6
	無回答	16	6.4	4	4.3	0	0.0

※薬局薬剤師票 問 41、介護療養型医療施設薬剤師票 問 8、介護老人保健施設薬剤師票 問 8

（２）認知症施策に対する薬剤師としての取組状況

＜薬局薬剤師票＞

薬局薬剤師における認知症施策に対する取組状況は、認知症サポーターについては「既に取り組んでいる」が最も多く、３割を超えていた。その他の施策では「今後、取り組んでいきたい」が４～５割程度と最も多く、「検討中」も２～３割程度あった。

＜介護療養型医療施設薬剤師票＞

介護療養型医療施設の薬剤師における認知症施策に対する取組状況は、「認知症初期集中支援チーム」と「認知症サポーター」は「検討中」が最も多く、それ以外は「今後、取り組んでいきたい」が最も多かった。また、いずれの施策についても「今後に取り組むつもりはない」との回答が１～２割程度あった。

＜介護老人保健施設薬剤師票＞

介護老人保健施設の薬剤師における認知症施策に対する取組状況は、「認知症初期集中支援チーム」、「認知症サポーター」は「検討中」が最も多く、その他の施策については「今後、取り組んでいきたい」が３～５割程度と最も多く、「検討中」も２～３割程度あった。

図表 認知症施策に対する薬剤師としての取組状況

		薬局薬剤師票 問42		介護療養型医療施設薬剤師票 問9		介護老人保健施設薬剤師票 問9	
		件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)
①認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）	調査数	250	100.0	93	100.0	62	100.0
	既に取り組んでいる	27	10.8	4	4.3	5	8.1
	今後、取り組んでいきたい	129	51.6	39	41.9	33	53.2
	今後も取り組むつもりはない	14	5.6	11	11.8	0	0.0
	検討中	50	20.0	23	24.7	15	24.2
	その他	11	4.4	13	14.0	9	14.5
	無回答	19	7.6	3	3.2	0	0.0
②地域の認知症ケアパス	調査数	250	100.0	93	100.0	62	100.0
	既に取り組んでいる	4	1.6	0	0.0	0	0.0
	今後、取り組んでいきたい	113	45.2	30	32.3	25	40.3
	今後も取り組むつもりはない	18	7.2	17	18.3	0	0.0
	検討中	75	30.0	25	26.9	21	33.9
	その他	21	8.4	18	19.4	15	24.2
	無回答	19	7.6	3	3.2	1	1.6
③認知症サポート医	調査数	250	100.0	93	100.0	62	100.0
	既に取り組んでいる	13	5.2	2	2.2	5	8.1
	今後、取り組んでいきたい	138	55.2	32	34.4	24	38.7
	今後も取り組むつもりはない	17	6.8	16	17.2	1	1.6
	検討中	48	19.2	23	24.7	17	27.4
	その他	14	5.6	17	18.3	14	22.6
	無回答	20	8.0	3	3.2	1	1.6
④認知症地域支援推進員（認知症コーディネーター）	調査数	250	100.0	93	100.0	62	100.0
	既に取り組んでいる	12	4.8	2	2.2	2	3.2
	今後、取り組んでいきたい	135	54.0	29	31.2	22	35.5
	今後も取り組むつもりはない	16	6.4	19	20.4	1	1.6
	検討中	55	22.0	23	24.7	20	32.3
	その他	13	5.2	17	18.3	16	25.8
	無回答	19	7.6	3	3.2	1	1.6
⑤認知症初期集中支援チーム	調査数	250	100.0	93	100.0	62	100.0
	既に取り組んでいる	6	2.4	2	2.2	0	0.0
	今後、取り組んでいきたい	104	41.6	21	22.6	21	33.9
	今後も取り組むつもりはない	22	8.8	19	20.4	3	4.8
	検討中	81	32.4	27	29.0	21	33.9
	その他	18	7.2	21	22.6	16	25.8
	無回答	19	7.6	3	3.2	1	1.6
⑥認知症対応力向上研修	調査数	250	100.0	93	100.0	62	100.0
	既に取り組んでいる	32	12.8	3	3.2	3	4.8
	今後、取り組んでいきたい	118	47.2	31	33.3	26	41.9
	今後も取り組むつもりはない	18	7.2	13	14.0	3	4.8
	検討中	55	22.0	26	28.0	15	24.2
	その他	9	3.6	17	18.3	14	22.6
	無回答	18	7.2	3	3.2	1	1.6
⑦認知症サポーター	調査数	250	100.0	93	100.0	62	100.0
	既に取り組んでいる	80	32.0	5	5.4	7	11.3
	今後、取り組んでいきたい	68	27.2	24	25.8	18	29.0
	今後も取り組むつもりはない	16	6.4	21	22.6	3	4.8
	検討中	57	22.8	25	26.9	21	33.9
	その他	11	4.4	15	16.1	12	19.4
	無回答	18	7.2	3	3.2	1	1.6

※薬局薬剤師票 問 42、介護療養型医療施設薬剤師票 問 9、介護老人保健施設薬剤師票 問 9

(3) 他職種が認知症施策について薬剤師に対し期待すること

診療所医師、ケアマネジャー、看護職員、介護職員が認知症施策について薬剤師に期待することについては、下表①～⑤のいずれの項目についても「そう思う」「ややそう思う」の合計が7～9割を占めた。

図表 他職種が認知症施策について薬剤師に対し期待すること

		診療所医師票 問11		ケアマネジャー票 問5		看護職員票 問6		介護職員票 問6	
		件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)
①認知症対応力向上研修を受講する等、認知症に対する理解・知識を充実させること	調査数	65	100.0	284	100.0	439	100.0	309	100.0
	そう思う	28	 43.1	132	 46.5	236	 53.8	148	 47.9
	ややそう思う	30	 46.2	135	 47.5	165	 37.6	132	 42.7
	あまりそう思わない	2	 3.1	17	 6.0	29	 6.6	26	 8.4
	ほとんど・全くそう思わない	3	 4.6	0	 0.0	6	 1.4	3	 1.0
	無回答	2	 3.1	0	 0.0	3	 0.7	0	 0.0
②地域の認知症ケアパスの普及に取り組むこと	調査数	65	100.0	284	100.0	439	100.0	309	100.0
	そう思う	21	 32.3	85	 29.9	152	 34.6	90	 29.1
	ややそう思う	28	 43.1	151	 53.2	200	 45.6	166	 53.7
	あまりそう思わない	12	 18.5	45	 15.8	72	 16.4	46	 14.9
	ほとんど・全くそう思わない	2	 3.1	2	 0.7	11	 2.5	6	 1.9
	無回答	2	 3.1	1	 0.4	4	 0.9	1	 0.3
③認知症地域支援推進員（認知症コーディネーター）と連絡しあえる関係を築くこと	調査数	65	100.0	284	100.0	439	100.0	309	100.0
	そう思う	26	 40.0	97	 34.2	191	 43.5	104	 33.7
	ややそう思う	28	 43.1	142	 50.0	190	 43.3	164	 53.1
	あまりそう思わない	7	 10.8	43	 15.1	47	 10.7	41	 13.3
	ほとんど・全くそう思わない	2	 3.1	1	 0.4	9	 2.1	0	 0.0
	無回答	2	 3.1	1	 0.4	2	 0.5	0	 0.0
④認知症サポート医と連絡しあえる関係を築くこと	調査数	65	100.0	284	100.0	439	100.0	309	100.0
	そう思う	29	 44.6	132	 46.5	245	 55.8	129	 41.7
	ややそう思う	29	 44.6	135	 47.5	152	 34.6	150	 48.5
	あまりそう思わない	4	 6.2	16	 5.6	37	 8.4	27	 8.7
	ほとんど・全くそう思わない	1	 1.5	1	 0.4	4	 0.9	3	 1.0
	無回答	2	 3.1	0	 0.0	1	 0.2	0	 0.0
⑤認知症初期集中支援チームに参加すること	調査数	65	100.0	284	100.0	439	100.0	309	100.0
	そう思う	21	 32.3	106	 37.3	173	 39.4	99	 32.0
	ややそう思う	26	 40.0	143	 50.4	196	 44.6	153	 49.5
	あまりそう思わない	14	 21.5	32	 11.3	62	 14.1	55	 17.8
	ほとんど・全くそう思わない	2	 3.1	2	 0.7	6	 1.4	2	 0.6
	無回答	2	 3.1	1	 0.4	2	 0.5	0	 0.0

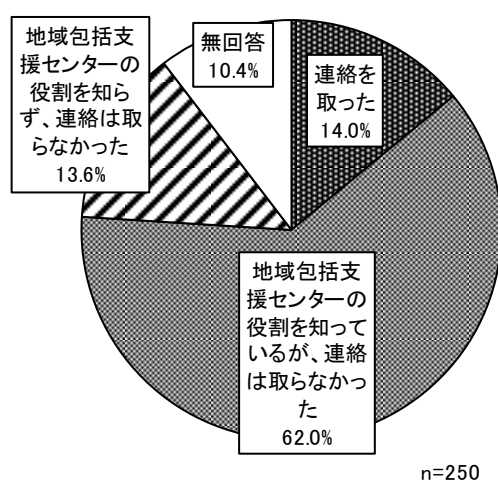
※診療所医師票 問11、ケアマネジャー票 問5、看護職員票 問6、介護職員票 問6

（４）薬局薬剤師による地域包括支援センターとの連携の状況

平成 29 年 7 月の 1 カ月間における薬局薬剤師による地域包括支援センターとの連携状況としては、「地域包括支援センターの役割を知っているが、連絡は取らなかった」62.0%が最も多く、ついで「連絡をとった」が 14.0%、「地域包括支援センターの役割を知らず、連絡は取らなかった」が 13.6%であった。

75.6%の薬局が、地域包括支援センターと連絡を取らなかった状況がみられた。

図表 薬局薬剤師による地域包括支援センターとの連携の状況



※薬局薬剤師票 問 38

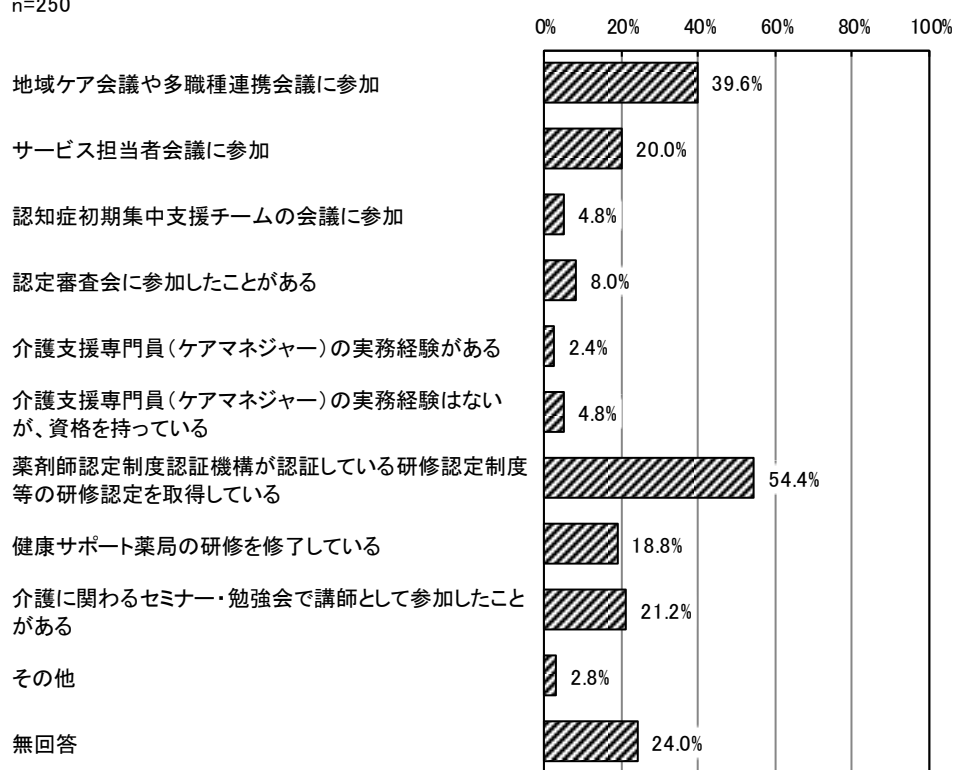
（５）薬局薬剤師の日常的な薬物療法以外における介護分野との関わりの状況

薬局薬剤師の日常的な薬物療法以外における介護分野との関わりの状況としては、「薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得している」（54.4%）が最も多く、ついで「地域ケア会議や多職種連携会議に参加」（39.6%）、「介護に関わるセミナー・勉強会で講師として参加したことがある」（21.2%）、「サービス担当者会議に参加」（20.0%）であった。

会議や研修等への参加による関わりが比較的多くみられる中、「認知症初期集中支援チームの会議への参加」は少数であった。

図表 薬局薬剤師の日常的な薬物療法以外における介護分野との関わりの状況

n=250



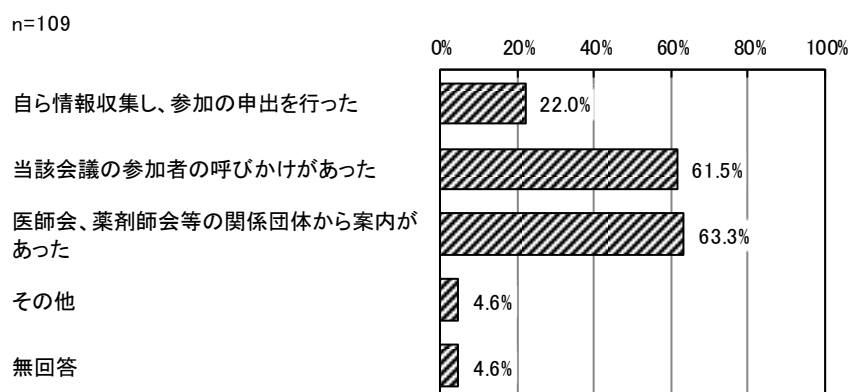
※薬局薬剤師票 問 39

（６）薬局薬剤師が地域ケア会議、サービス担当者会議、認知症初期集中支援チームへ参加したきっかけ

薬局薬剤師が地域ケア会議等に参加したきっかけとしては、「医師会、薬剤師会等の関係団体から案内があった」（63.3%）が最も多く、次いで「当該会議の参加者の呼びかけがあった」（61.5%）、「自ら情報収集し、参加の申し出を行った」（22.0%）であった。

他の関係団体や関係者等の働きかけにより参加した人が多い傾向がみられた。

図表 薬局薬剤師が地域ケア会議、サービス担当者会議、認知症初期集中支援チームへ参加したきっかけ



※薬局薬剤師票 問 40

(7) 他職種が日常的な薬物療法以外で介護分野において薬剤師に期待すること

他職種が介護分野において薬剤師に期待することとしては、全職種の全項目の回答において「そう思う」、「ややそう思う」の合計が7～9割を占めたが、介護職員は、診療所医師、ケアマネジャー、看護職員と比較して、「サービス担当者会議に参加すること」や「地域内の他職種と顔の見える関係を築くこと」について「あまりそう思わない」「ほとんどそう思わない」と回答した割合が比較的高かった。

図表 他職種が日常的な薬物療法以外で介護分野において薬剤師に期待すること

		診療所医師票 問10		ケアマネジャー票 問4		看護職員票 問5		介護職員票 問5	
		件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)
①地域ケア会議、多職種連携会議等の地域の多職種が集まる会議に参加すること	調査数	65	100.0	284	100.0	439	100.0	309	100.0
	そう思う	27	41.5	123	43.3	183	41.7	102	33.0
	ややそう思う	23	35.4	123	43.3	176	40.1	136	44.0
	あまりそう思わない	12	18.5	33	11.6	62	14.1	59	19.1
	ほとんど・全くそう思わない	2	3.1	3	1.1	14	3.2	10	3.2
	無回答	1	1.5	2	0.7	4	0.9	2	0.6
②サービス担当者会議に参加すること	調査数	65	100.0	284	100.0	439	100.0	309	100.0
	そう思う	25	38.5	105	37.0	162	36.9	100	32.4
	ややそう思う	28	43.1	138	48.6	189	43.1	119	38.5
	あまりそう思わない	10	15.4	38	13.4	73	16.6	68	22.0
	ほとんど・全くそう思わない	1	1.5	2	0.7	13	3.0	21	6.8
	無回答	1	1.5	1	0.4	2	0.5	1	0.3
③地域内の他職種と顔の見える関係を築くこと	調査数	65	100.0	284	100.0	439	100.0	309	100.0
	そう思う	30	46.2	145	51.1	227	51.7	111	35.9
	ややそう思う	24	36.9	118	41.5	156	35.5	136	44.0
	あまりそう思わない	9	13.8	20	7.0	45	10.3	52	16.8
	ほとんど・全くそう思わない	0	0.0	1	0.4	9	2.1	9	2.9
	無回答	2	3.1	0	0.0	2	0.5	1	0.3
④介護に対する理解・知識を充実させること	調査数	65	100.0	284	100.0	439	100.0	309	100.0
	そう思う	29	44.6	123	43.3	230	52.4	145	46.9
	ややそう思う	27	41.5	132	46.5	170	38.7	135	43.7
	あまりそう思わない	8	12.3	29	10.2	28	6.4	25	8.1
	ほとんど・全くそう思わない	0	0.0	0	0.0	7	1.6	3	1.0
	無回答	1	1.5	0	0.0	4	0.9	1	0.3
⑤要支援・要介護高齢者向けのセミナー・勉強会を開催し、薬に関する注意点等の紹介や薬剤師の取組みについて普及啓発すること	調査数	65	100.0	284	100.0	439	100.0	309	100.0
	そう思う	30	46.2	138	48.6	248	56.5	155	50.2
	ややそう思う	25	38.5	126	44.4	148	33.7	129	41.7
	あまりそう思わない	8	12.3	17	6.0	36	8.2	22	7.1
	ほとんど・全くそう思わない	1	1.5	3	1.1	4	0.9	2	0.6
	無回答	1	1.5	0	0.0	3	0.7	1	0.3
⑥介護に関わるセミナー・講演会で他職種向けに地域内での薬剤師の取組みを周知すること	調査数	65	100.0	284	100.0	439	100.0	309	100.0
	そう思う	28	43.1	127	44.7	218	49.7	111	35.9
	ややそう思う	25	38.5	133	46.8	171	39.0	152	49.2
	あまりそう思わない	9	13.8	20	7.0	39	8.9	42	13.6
	ほとんど・全くそう思わない	2	3.1	2	0.7	6	1.4	3	1.0
	無回答	1	1.5	2	0.7	5	1.1	1	0.3

※診療所医師票 問10、ケアマネジャー票 問4、看護職員票 問5、介護職員票 問5

第3章 まとめ

〔概要〕

我が国では、団塊の世代が全て 75 歳となる 2025 年には、75 歳以上が全人口の 18% となる等、高齢化が進んでおり、今後、高齢化の進展により医療と介護のニーズを併せ持つ利用者の増加が見込まれる。一方、高齢化の進展を地域別に見ると、75 歳以上人口について、全国では 2015 年から 10 年間で 1.32 倍、埼玉県、千葉県等の大都市圏では 1.5 倍を超える一方、山形県、秋田県等では 1.1 倍を下回るなど、地域間で大きな差があるため、大都市圏、地方中核都市、町村などで異なる人口や資源の特性に応じて対応していく必要がある。

このような状況で、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、『医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制』（地域包括ケアシステム）の構築を実現するために地域の特性に応じて市町村や都道府県で取組みが進められているように、個々の利用者（患者）を多職種・地域で支える環境の成熟が益々重要になる。

薬剤師においても、個々の利用者（患者）やその家族等だけでなく、利用者（患者）を支えている多職種と連携を深め、薬剤を適正に使用できる環境を整えるための専門性の発揮が求められている。そのためには、より多くの薬剤師が利用者（患者）を支えている多職種の役割等、介護分野についての理解を深めるとともに、地域薬剤師会を中心として、他職種にも薬剤師の役割を理解してもらいながら地域内で『顔の見える関係』を構築し、他職種から情報収集を行いながら、利用者（患者）の薬剤に関する情報を途切れなく提供することや、他職種、地域住民（利用者）への啓発等も行いながら地域づくりに貢献することの重要性が増している。

1. 平時からの多職種連携

（1）介護に対する知識・対応力の向上

本事業で調査を行った結果、次頁の表のように、要支援・要介護度、栄養状況、嚥下能力、認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度、ADL 等、薬剤師が基本的に確認する事項と、医師、ケアマネジャー、看護職員、介護職員が確認する事項との間に違いが認められた。一方で、他職種が薬剤師に対して「介護に対する理解・知識を充実させること」を期待している割合は約 9 割（「そう思う」、「ややそう思う」の合計）であった。

図表 服薬に関して基本的に情報収集する事項

(単位：％)

		薬局 薬剤師 (n=250)	介護療養型医療施設 薬剤師 (n=93)	介護老人保健施設 薬剤師 (n=62)
服薬に関する情報	服薬状況	97.2	79.6	75.8
	残薬の有無やその程度	96.4	80.6	67.7
	服薬介助の要否	35.2	23.7	16.1
	他の薬局の利用状況	70.0	24.7	21.0
患者等 (※) の基本情報	疾患名	72.0	74.2	69.4
	既往歴	81.6	64.5	56.5
	アレルギー歴、副作用歴	96.0	72.0	69.4
	検査値	72.0	48.4	40.3
	栄養状況	30.4	11.8	17.7
	嚥下能力	36.4	39.8	30.6
患者等 (※) の状態	要支援・要介護度	33.2	43.0	37.1
	認知症高齢者の日常生活自立度	41.6	24.7	22.6
	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	22.0	24.7	25.8
	ADL区分	11.2	18.3	14.5
患者等 (※) の周辺状況	かかりつけ医の有無	38.4	34.4	41.9
	かかりつけ薬剤師・薬局の有無			
	担当ケアマネジャーの有無	18.4	9.7	12.9
	家族構成	38.8	29.0	24.2
	居住場所	52.0	21.5	19.4

		診療所医師 (n=65)	介護老人保健施設医師 (n=121)	ケアマネジャー (n=284)	看護職員 (n=439)	介護職員 (n=309)
服薬に関する情報	服薬状況	93.8	98.3	94.7	99.5	88.0
	残薬の有無やその程度	76.9	58.7	77.8	85.6	57.0
	服薬介助の要否	46.2	46.3	80.6	83.6	80.3
	他の薬局の利用状況	29.2	21.5	26.4	40.3	14.2
患者等 (※) の基本情報	疾患名	89.2	100.0	98.6	98.4	89.0
	既往歴	75.4	96.7	95.1	95.0	83.5
	アレルギー歴、副作用歴	70.8	95.0	61.6	90.9	66.0
	検査値	67.7	93.4	41.5	69.5	20.4
	栄養状況	63.1	86.8	70.4	77.0	54.0
	嚥下能力	56.9	80.2	71.5	87.0	73.5
患者等 (※) の状態	要支援・要介護度	78.5	90.1	94.4	88.4	86.4
	認知症高齢者の日常生活自立度	70.8	86.8	87.3	81.1	68.0
	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	56.9	85.1	81.7	70.2	56.0
	ADL区分	47.7	70.2	76.4	68.3	67.0
患者等 (※) の周辺状況	かかりつけ医の有無	67.7	91.7	97.9	94.3	77.7
	かかりつけ薬剤師・薬局の有無	41.5	25.6	52.5	56.5	33.0
	担当ケアマネジャーの有無	76.9	50.4		83.1	75.4
	家族構成	72.3	78.5	93.0	87.5	75.1
	居住場所	53.8	62.0	77.1	66.5	62.8

※患者等：患者（利用者）、入所者、要介護者等を表す

図表 薬剤師が介護に対する理解・知識を充実させることを期待するか

(単位：％)

	診療所医師 (n=65)	ケアマネジャー (n=284)	看護職員 (n=439)	介護職員 (n=309)
そう思う	44.6	43.3	52.4	46.9
ややそう思う	41.5	46.5	38.7	43.7
あまりそう思わない	12.3	10.2	6.4	8.1
ほとんど・全くそう思わない	0.0	0.0	1.6	1.0
無回答	1.5	0.0	0.9	0.3

地域包括ケアシステムの中で平時から多職種と連携して利用者（患者）をより適切に支える観点から、下記①～③を始めとした介護の視点を含む事項について薬剤師も理解を深める必要がある。これらについては、薬剤師にとって多職種連携をよりスムーズに行うための基本的な知識と位置付け、一定の水準を担保することが望ましい。

- ① 医師、看護職員といった医療職種だけではなく、服薬介助を行うことのある

介護職員、利用者（患者）の状況に応じたケアマネジメントを行うケアマネジャー等、利用者（患者）を支えている介護に関わる専門職種について

- ② 病院・診療所だけでなく、訪問介護、訪問看護、通所介護、居宅介護支援等の居宅系サービスの事業所、介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院等）、行政（都道府県及び市町村の介護担当部局等）や地域包括支援センター等、地域内の医療・介護資源について
- ③ 家族構成、居住場所、かかりつけ医、担当ケアマネジャー、介護サービスの利用状況等の利用者（患者）の生活環境や、要支援・要介護度、ADL、認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度、服薬介助の要否、嚥下力、視力、聴力、睡眠等、介護の視点を含む利用者（患者）の特徴について

（２）実践に向けた研修

また、例えば重度認知症の要介護者のように、医療・介護ニーズを併せ持ちながら在宅療養を続ける重度要介護者が、今後、地域包括ケアシステムの中で増加することを想定すると、より一層、他職種との連携が必要になるとともに、独居世帯、夫婦とも認知症の世帯等、様々な環境の利用者（患者）であっても個々の薬剤師が適切に対応できるよう、地域における経験豊富な薬剤師との同行等を含め、対応力の向上に努めるべきである。

更に、在宅療養を支える薬剤師の資質向上の観点から、療養病床、介護老人保健施設、介護医療院といった医療機関や施設に勤務する等の経験を通じて、医療・介護ニーズを併せ持つ重度要介護者の特徴や重度要介護者に対し提供されるサービスについて理解を深めることが効果的な取組みとして期待される。

また、介護の視点を含む事項に対する理解を深め、対応力を向上させるために薬剤師への研修や認定等の機会を提供することは、地域薬剤師会の重要な役割の一つであると考えられる。

（３）地域薬剤師会を中心とした多職種との関係構築

一方、多職種と『顔の見える関係』を構築するためには、前述の介護の視点を含む事項に対する理解を深めるだけでなく、地域薬剤師会と協力して、地域内で情報発信・情報収集・課題解決に取組み、他職種との信頼関係を構築していくよう努めることが重要である。

また、取組みを進める上で、『顔の見える関係』を構築・維持し続ける等の観点から、個々の薬剤師が独自に取り組むだけでは必ずしも十分ではなく、地域に密着した薬剤師を育成するための雇用主による勤務地や研修等の配慮が必要である。また、地域薬剤師会が中心となり、地域内の薬剤師同士の連携を深めつつ、地域の薬

剤師全体の取組みを促しながら、郡市区医師会等の他職種（他団体）、行政（介護保険の保険者であり在宅医療・介護連携推進事業等に取り組んでいる市町村、公衆衛生や地域保健等を担う保健所、高齢者の暮らしを地域でサポートする中心的な役割を担う地域包括支援センター）等の関係者と目標、価値観、考え方を共有することが重要である。

その中で、地域薬剤師会を中心として、例えば、地域ケア会議等において薬剤師から情報発信や情報交換をする機会を市町村と調整すること、他職種・地域住民への総合的な窓口を設けること、地域ケア会議等を主催する市町村等との調整役を設けること、職種内の総合的な調整等を行うこと等に取り組むことが、よりよい姿と考えられる。

また、地域ケア会議、多職種連携会議等の地域の多職種が集まる会議では、薬剤の適正使用や使用上の注意点をテーマにする機会を設けるよう働きかけて情報発信を行うこと、会議の場等の外でも、多職種に対する情報発信を行うとともに、多職種との日常的なコミュニケーションを活発に行いながら情報収集を行い、薬剤に関連する課題について、関係者と調整・協力し、解決に向けて取り組むことが望ましい。

<情報発信の例>

- ・経管栄養の利用者に関する注意点（簡易懸濁法の可否等、経管チューブが詰まる等のトラブルの未然回避）

例 1) 一見、水に溶けやすそうな散剤だが、水をはじくため経管チューブでの投与が困難な薬剤の特徴と解決策

例 2) 経管チューブで投与できそうな液剤だが、粘性が強いため細い経管チューブでは投与困難な薬剤の特徴と解決策

- ・血糖コントロールとインスリン（自己注射の取扱い・使用上の注意点）
- ・多剤投薬（ポリファーマシー）に対する適正使用の推進
- ・看護職員、介護職員等とのグループワーク等を行い、他職種の視点・考え・実務でどのような情報が役立つかなどの理解を深めながら、注意すべきポイント、薬剤に関して改善できるトラブルの例など、現場で直接役立つ情報を継続的に発信すること

<情報収集と課題解決の例>

- ・降圧剤を服薬していないとの情報を介護職員から入手（一方で、効果不十分と医師が判断し、投薬量は増加していた。）
 - ⇒降圧剤を服薬しても血圧が下がらず、効かない薬と本人が認識し、服薬をしなくなったことが聞き取りで判明
 - ⇒服薬の必要性を丁寧に説明するとともに、医師と相談の上、服薬時点を朝食後から昼食後に変更し、飲み忘れを生じにくくした。
- ・嚥下力の低下により、薬剤の服用時に苦しそうとの情報を介護職員から入手
 - ⇒別剤形の薬剤の有無の確認、別剤形の服用の可否等について情報収集
 - ⇒医師等と調整の上、嚥下力に応じた剤形に変更された
- ・ADL の低下により、インスリンの自己注射が上手くできていないとの情報を看護職員から入手

- ⇒訪問看護や看護職員がいる通所介護等、利用中の介護サービスやその利用頻度を
確認、類似の糖尿病薬の効果持続性や用法等の情報を整理
- ⇒医師・ケアマネジャー・看護職員等と調整の上、介護サービスの利用中に看護
職員に注射を行ってもらえるようになった
- ・在宅療養で用いる衛生材料（カテーテル、創傷被覆材、使い捨てゴム手袋等）を入手
しにくいとの情報を看護職員から入手
- ⇒必要とされている具体的な衛生材料や、その必要性・使用頻度等を確認
- ⇒医師・看護職員・介護職員等と調整の上、当該品目を提供する体制を整えた

2. 切れ目ない情報共有

（１）薬物療法の連続性の確保

ライフステージの中で、利用者（患者）の状況変化によって、医療機関の入退院・介護保険施設の入退所、利用する介護サービスの変更や新たな利用の開始等、利用者（患者）を取り巻く環境（日常生活）の変化が生じるが、環境変化があっても、薬剤に関する利用者（患者）の情報を切れ目なく把握・共有するとともに、薬剤を適切に使用できる環境を整えることは薬剤師の役割の一つである。

（２）入退院・入退所時の情報共有

特に医療機関からの入退院や介護保険施設からの入退所時には、利用者（患者）の環境変化が著しく、例えば、退院後は医師を始めとして利用者（患者）を支える者も大きく変わるが、調査によれば介護老人保健施設への入所中の薬物療法の推移（減薬・増薬の時期、その理由等）について、薬剤師が本人、家族等に対して情報提供した割合は8.5%～16.1%※と高くなかった。

※8.1%（お薬手帳を介して）、16.1%（薬剤情報提供文書を介して）、12.9%（その他の媒体を介して）

入院・入所中の薬剤に関する利用者（患者）の情報を切れ目なく共有する観点から、入院・入所中の服薬の状況（時々忘れる、拒薬あり等）、服薬介助の要否、薬剤追加・減量・中止の経緯や理由、薬剤に関する利用者（患者）・家族の要望等についてまとめた薬剤管理サマリー（別紙1）や、服薬介助の要否や留意点、調剤上の留意点、服薬指導上の留意点等についてまとめた施設間情報連絡書（別紙2）等、関係団体や地域内で作成された様式を用いて、退院・退所後も医師や薬剤師等の関係者に切れ目なく共有する方法が考えられる。

（３）日常の療養支援の中での情報共有

服薬の見守り・声掛け、服薬介助等を要する利用者（患者）については、薬剤師から家族、介護職員等に向けた情報提供として、お薬手帳だけでなく、服薬介助等を正確に行えるよう、服薬スケジュール、品目名、写真、用法等、必要な情報が一

目で分かるよう、お薬連絡票（別紙３）に情報を集約する等の方法も考えられる。このように多職種連携の中では、利用者（患者）を支える他職種やその環境を意識して、必要な情報を取捨選択し有用な情報をつないでいく視点も重要であると考えられる。

図表 服用薬に関して基本的に情報収集する事項

（単位：％）

	診療所医師 (n=65)	介護老人保健施設医師 (n=121)	ケアマネジャー (n=284)	看護職員 (n=439)	介護職員 (n=309)
全く又はほとんど確認することがない	0.0	0.0	0.7	0.0	4.9
品目名	81.5	96.7	86.6	89.3	62.8
用法・用量	83.1	94.2	80.6	90.7	72.2
副作用・相互作用			54.6	76.8	44.7
効能・効果			76.1	86.3	65.0
薬剤服用歴（一般用医薬品等を除く）	60.0	77.7	23.2	52.8	22.3
一般用医薬品等の服用歴	29.2	51.2	14.4	33.9	11.3
服薬期間（服薬スケジュール）	46.2	80.2	44.0	65.6	46.3
処方医療機関名	58.5	66.1	61.3	65.4	34.6
持参（服用）薬に関する照会・相談先	18.5	43.0	16.5	31.7	14.9
その他	9.2		0.4	4.3	3.2

この他、多職種と協働して利用者（患者）の日常の療養支援を行うために、在宅療養中の利用者（患者）以外でも、介護サービスを利用する人については、利用者（患者）の同意の下、介護サービス計画（ケアプラン）（別紙４）を入手し、ケアプランの第１表や第２表に記載されている利用者、家族等の意向や目標を踏まえた上で薬剤師も利用者（患者）に接することや、ケアプランの第３表から把握した利用者（患者）の生活像に応じて、薬剤を適正に使用できる環境を整える視点も重要である。

なお、別紙５（居宅薬剤アセスメント表）のように、薬剤による ADL 低下、転倒の危険性、飲み忘れ等、薬剤に関する問題を簡易的に抽出するための様式を地域内で整える等、共有する情報を充実させることや、介護職員やケアマネジャーの気付きを共有しやすい工夫を地域内で取り組む方法も考えられる。

３．他職種との協働による地域づくり、地域住民（利用者）への啓発

全国的に高齢化が進展する中でも、地域のコミュニティ力が比較的弱く今後高齢化が大きく進展する大都市圏、地域のコミュニティ力が比較的強いが既に高齢化が進んでおり人口減少の局面に入っている地方のように、地域毎に課題に大きな違いがある。また、医療・介護の資源の違いもある中で、薬剤師は、地域薬剤師会を中心に、市町村や他職種（他団体）と協働しながら地域づくりの一員として貢献することが求められている。例えば、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、アドバンス・ケア・プランニングの考え方について、他職種と協働しながら利用者（患者）本人、その家族等に紹介することや、他職種・行政と連携して、地域内の多職種共通ルール（例えば、入退院時調整

ルール）を整える取組みを行うこと等、薬剤師としての専門性を超えて、地域づくり（地域包括ケアシステムの構築）に取り組む方法が考えられる。

また、調査によると、他職種が薬剤師に期待することのうち「要支援・要介護高齢者向けのセミナー・勉強会を開催し、薬剤に関する注意点等の普及や薬剤師の取組みについて普及啓発すること」について「そう思う」、「ややそう思う」の合計は84.7%～93.0%※と高かったが、実際に薬剤師（薬局）が「介護に関わるセミナー・勉強会で講師として参加したことがある」割合は21.2%であった。

※84.7%（診療所医師）、93.0%（ケアマネジャー）、90.2%（看護職員）、91.9%（介護職員）

図表 薬剤師が要支援・要介護高齢者向けのセミナー・勉強会を開催し、薬に関する注意点等の紹介や薬剤師の取組みについて普及啓発することを期待するか

（単位：％）

	診療所医師 (n=65)	ケアマネジャー (n=284)	看護職員 (n=439)	介護職員 (n=309)
そう思う	46.2	48.6	56.5	50.2
ややそう思う	38.5	44.4	33.7	41.7
あまりそう思わない	12.3	6.0	8.2	7.1
ほとんど・全くそう思わない	1.5	1.1	0.9	0.6
無回答	1.5	0.0	0.7	0.3

これらのことから、地域薬剤師会を中心として、市町村、地域包括支援センターや他職種（他団体）と協力・調整等を行いながら、他職種、要支援・要介護者やその家族等に向けたセミナーや勉強会を開催する等の取組みを進めることは、地域づくりの一助になると考えられる。また、他職種や地域住民（利用者）への情報提供（啓発）や地域づくりにより貢献できるテーマや方法を追及することも重要である。

その他、薬局については、利用者（患者）やその家族が来局時にポスター等を見たり、服薬指導を行う際にコミュニケーションをとる機会があることから、積極的に以下のような取組みを行うことで、セミナー・勉強会の開催以外でも、薬局の特徴を活かした情報発信を行うことができると考えられる。

- ・高齢者に対する介護予防事業のイベントを分かりやすく整理して掲示することや声掛けにより紹介すること
- ・認知症が疑われる方の家族等への地域包括支援センターの紹介や地域の認知症ケアパスの説明
- ・要支援・要介護認定の手続きの紹介

4.（参考） 検討委員会でのご意見（概要）

（１）平時からの多職種連携

- ・ 普段から、利用者（患者）とかかりつけの関係を築き、医療の視点の情報だけでなく、要介護度、ADL、担当ケアマネジャーの有無等、介護の視点の情報も収集することが重要。
- ・ その場合、利用者（患者）やその家族等から一度に様々な情報を収集することで過度な負担にならないように、段階的に情報を収集することや、多職種と情報を共有すること等、利用者（患者）やその家族等に対する配慮や工夫も必要。
- ・ 服薬等、薬剤の使用に課題がある利用者（患者）については、その原因を分析・推測し、どのような解決策を講じるべきか考えた上で、医師をはじめとする他職種と連携しながら、課題解決に向けて取り組むことが重要。
- ・ 薬剤にまつわる問題を含め、全て自分で解決しようとするケアマネジャーがいる。看護職員に質問することや、介護職員に相談するケースがあると聞くが、薬剤師を活用する手段があることも知ってもらいたい。ケアマネジャー、介護職員等からも積極的に情報収集する姿勢も重要。
- ・ やる気のある薬剤師だけに頼ってはいけない。薬剤師の役割・取組み等について、地域ケア会議で薬剤をテーマにした会議を設け、個別の事例を示すことや、薬に関する相談窓口を置くといった方法が考えられるのではないかな。
- ・ 看護職員は薬剤を含む医療について一定の知識・経験を有しているが、介護職員は薬剤に対する認識が薄いことが多いと考えられるため、介護職員に対する情報発信も重要ではないかな。
- ・ 現実的には、地域に出ていくことに一定の困難さもあるので、研修や人材育成の中で、コミュニティや地域について学ぶ機会が必要。
- ・ 地域包括ケアを進めるためには、職能団体が地域においてより前面に出て、全体を俯瞰して職種内の調整等を行う必要があるのではないかな。また、医師会等の他職種の団体、保健所等の行政との連携も必要。
- ・ 在宅療養をよりしっかりと支える観点から、療養病棟や介護保険施設で医療ニーズを有する重度要介護者を診る研修等の機会が必要ではないかな。

（２）切れ目ない情報共有

- ・ 入院・入所前の薬物療法にかかる情報が十分に入っていないこともある。退院・退所時に、入院・入所中の薬物療法にかかる情報を伝えることも重要。薬剤師

とかかりつけの医師、病院の医師等の関係者と、薬物療法に係る情報を切れ目なくつないでいく連携が必要。情報連携ツールとして、薬剤管理サマリー等の既存のものもある。

- ・ 他職種に対する情報提供については、お薬手帳よりも、時系列の観点等、必要な情報を集約し、わかりやすい情報提供を行うよう工夫して情報発信するべきではないか。
- ・ 在宅でも、薬剤師が介入しなくても薬剤が適切に使用される環境を整えることを目指し、訪問看護や訪問介護のサービス・事業者と連携を進めるべき。

（３）他職種との協働による地域づくり、地域住民（利用者）への啓発

- ・ 一般の方が必ずしも十分に薬剤師の役割を理解できていないので、薬剤師による情報発信が必要。
- ・ 地域による高齢化の進展の違い、医療・介護資源の違い、コミュニティ力の違い等を踏まえて取り組むべき。
- ・ 職能団体が協力し、自治体に薬剤師を常駐させて、残薬に関する取り組みやサロン活動等を行う方法も考えられる。
- ・ 他職種・行政と協力して地域内の入退院時調整ルールを整えることに取り組んだり、NPO 法人を設立し、小規模多機能型居宅介護を運営するといった地域づくりに取り組んでいる地域がある。
- ・ アドバンス・ケア・プランニングの考え方について、利用者（患者）本人、その家族等に紹介することや、医療・介護関係者と一緒に理解を深めることに薬剤師も取り組んでいくことは重要。

日本病院薬剤師会作成

作成日

薬 剤 管 理 サ マ リ ー

御中

様の退院時処方・薬学的管理事項について連絡申し上げます。

生年月日		歳	性別		身長		cm	体重		kg	
入院期間		～			日間		担当医				
基 本 情 報	禁忌薬	☐ なし	☐ あり	該当薬剤		発現時期		発現時の状況等（検査値動向含む）			
	アレルギー歴	☐ なし	☐ あり								
	副作用歴	☐ なし	☐ あり								
	腎機能	SCr		mg/dL	eGFR		ml/min/1.73m ²	体表面積（DuBois式）		m ²	
	その他必要な検査情報										
	入院中の服薬管理	☐ 自己管理 ☐ 1日配薬 ☐ 1回配薬 ☐ その他（ ）									
	投与経路	☐ 経口 ☐ 経管（経鼻・胃瘻・食道瘻・腸瘻）									
	調剤方法	☐ P T P ☐ 一包化 ☐ 簡易懸濁 ☐ 粉砕 ☐ その他									
	服薬状況	☐ 良好 ☐ 時々忘れる ☐ 忘れる ☐ 拒薬あり ☐ その他									
	退院後の薬剤管理方法	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他（ ）									
一般用医薬品・健康食品等	☐ なし ☐ あり（ ）										
入 院 時 持 参 薬	☐ 別紙あり 処方医療機関： _____										
退 院 時 処 方	☐ 別紙あり 退院処方に薬情添付 ☐ なし ☐ あり										
特 記 事 項	※患者情報で伝達が必要と思われる内容を記載すること（問題点、薬剤の評価、医師の処方意図等/入院中の薬剤の追加、減量、中止で伝えたい内容）										
投与方法に注意を要する薬剤 ☐ なし ☐ あり											
※下記には現在の処方内容のうち、投与方法が特殊な薬剤（例：適日服用しない薬剤、投与間隔が設けられている薬剤等）や維持量まで増量が必要な薬剤（例：ドネペジル、ラモトリジン等）を記載しています。貴院における薬物療法の参考として下さい。											

※ご不明な点がございましたら、下記薬剤師までお問い合わせください。

施設名

〒 住所：

TEL () FAX ()

薬剤師

別 紙 1 - 1

薬剤適正使用のための施設間情報連絡書

平成 年 月 日

情報提供先施設名

担当薬剤師

殿

情報提供元施設の所在地及び名称

電 話

F A X

e-mail

薬剤師氏名

印

ふりがな

患者氏名：

性別：（男・女） 生年月日：明・大・昭・平 年 月 日生（ 歳）

住所：

電話番号：

使用薬（一般用医薬品・健康食品等を含む） ※この文書とは別に、以下（チェック（し）印のもの）の情報がありません。 ☐ お薬手帳 ☐ 薬剤情報提供文書 ☐ 退院時服薬指導書		調剤上の留意点（粉碎・別包等）
医療機関（診療科）	医薬品名等（一般名）	
副作用歴・アレルギー歴 ☐ あり ☐ なし ☐ 不明		
服薬状況等 ①服薬介助 ☐ 自己管理 ☐ 要介助 ②コンプライアンス ☐ 良 ☐ 不良		
その他特記事項（処方目的、患者への服薬指導上で注意すべき事項等） 		

この文書を受け取った薬剤師の方は、上記情報提供元施設の薬剤師までご連絡下さい。

お薬運送結果（御家族・介護職員の方へ）

患者氏名		様	
生年 月日	年	月	日

受診予定
2月10日(金) O歯科
2月18日(木) B病院
2月24日(火) A医院

<特記事項・御用指示>

No.	医療名	薬品名	画像	一 包 化	用法	服用時点				2月														注意事項	休業中(6月より再開)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
						起床時	朝食 前	朝食 後	昼食 前	昼食 後	夕食 前	夕食 後	就寝前	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火		水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
1	A医院	ワーファリン錠1mg		○	朝食後		2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			

担当薬剤師:

連絡先:

留意事項(観察事項など)

・時々飲み忘れがありますので、服薬介助される方がご注意ください。

薬剤師による所見

第1表

居宅サービス計画書(1)

作成日：平成 年 月 日
初回・紹介(継続) 認定済 申請中

利用者名： Aさん 殿 生年月日： 年 月 日生 住所： 〒
居宅サービス計画作成者氏名：
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地： 〒
居宅サービス計画作成(変更)日： 平成 29年 10月 30日 初回居宅サービス計画作成日： 平成 29年 7月 26日
認定日： 平成 29年 7月 4日 認定の有効期間： 平成 29年 7月 1日 ~ 平成 30年 6月 30日

要介護状態区分	要介護1	・	要介護2	・	要介護3	・	要介護4	・	要介護5
---------	------	---	------	---	------	---	------	---	------

利用者及び家族の生活に対する意向	御本人 家族と一緒に書らしたい。 日さん 母の気持ちを尊重し、家で引き取ることにしたが、介護の仕方がよくわからず、腰を痛めてしまった。病院もどこにかかったらいいかわからないし、どんなサービスを使えるかもよくわからないのでアドバイスしてほしい。 長男 特別養護老人ホームへ入居できればと思う。
------------------	---

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
------------------------	--

総合的な援助の方針	健康面について・・・高血圧の管理ができるように近隣のかかりつけ医を作りましょう。 通所の活用で、娘さんの近隣に友人が作れるように支援します。通所先での作業やレクリエーションをすることで少しずつ農作業ができるようにリハビリテーションを行います。車いすを活用し近隣への外出を支援します。屋内での移動や移乗が行いやすいよう、手すりの取り付けや介護ベッドを活用しましょう。
-----------	---

生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他()
--------------	--

受領年月日	利用者サイン	確認印

※居宅サービス計画について、居宅サービス計画書(1)、(2)の趣旨及び内容等の説明を受け、内容に同意し、これを受領しました。

第2表

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 年 月 日

利用者名 Aさん 殿

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	目標			援助内容						
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
K市にある畑のことが心配。早く良くなってまた農業がしたい、娘家族も塾をしているので迷惑かけたくない	塾の開催中、留守番ができるようになる	8/1～翌年7/31	座って作業ができるようになる	8/1～11/30	ベッドの機能を活用し起居動作に移りやすくする	○	福祉用具貸与			
					起居動作、座位保持のリハビリテーションを行う	○	訪問看護			
					送迎や入浴などの動作を通じて筋力向上を行う	○	通所介護			
					食事の機会を通じて、一緒に座って過ごす時間を作る			家族		
			トイレに一人で行けるようになる	8/1～11/30	車いすを利用し移動する	○	福祉用具貸与			
					夜間は介護ベッドの電動機能を活用しおむつ交換時介護者の腰の負担を軽減する	○	福祉用具貸与			
					手すりの取り付けを行う	○	住宅改修			
			近隣に友人を作る	8/1～11/30	定期的に通える先を作り、同年代と交流する	○	通所介護			
	今の体調が維持できる	8/1～翌年7/31	血圧が安定する	8/1～11/30	内服薬の処方を受ける		かかりつけ医			
					食事の内容や塩分などに留意する					
					水分摂取や食事のアドバイスを。内服管理、自助具の工夫など	○	訪問看護			
					塾の時間、配食サービスを利用する		配食サービス			
					健康に配慮した昼食の提供、体重測定を行う	○	通所介護			

※1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第3表

週間サービス計画表

作成年月日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

利用者名: Aさん 殿

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
4:00								
深夜								
6:00								
早朝								朝食、孫たちと食べる
8:00								
午								
前	通所介護 09:00 ~16:30		通所介護 09:00 ~16:30	訪問看護 09:00 ~16:30	通所介護 09:00 ~16:30			
10:00								
12:00								昼食
午後								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
夜間								夕食、娘の塾運営が終わった後、食べる
22:00								
深夜								就寝、夜間2、3度トイレで目が覚める
0:00								
2:00								
4:00								

車いす貸与、特殊寝台貸与、特殊寝台付属品貸与、通所介護個別機能訓練加算Ⅱ、通所介護入浴介助加算

週単位以外のサービス

居宅薬剤アセスメント表（ケアマネジャー用）

利用者：〇〇 〇〇 様 平成30年 2月 28日

			問題領域								
			△	△	▲	△	△	△	▲	△	△
1. 薬剤のアセスメントの回答が「はい」の場合は、右の○をすべて黒く塗りつぶす。			コン プ ラ イ ア ン ス 不 良	チ 重 複 ・ 相 互 作 用 の 要	剤 形 の 要 検 討	薬 剤 に よ る A D L 低 下	転 倒 の 危 険 性	発 副 作 用 の チ ェ ッ ク ・ 再	飲 み 忘 れ の 対 処	処 方 内 容 の 理 解	水 分 量 の チ ェ ッ ク
2. 問題領域に●がある場合は、上の△を黒く塗りつぶす											
3. 問題領域▲が当患者の薬学的問題点となる可能性あり。当患者のADL、I ADLも含めた観点から、薬剤師による薬剤管理指導が必要と思われる											
薬剤アセスメント	回答	聞き取りポイント・確認ポイント・理由									
① 薬の飲み忘れ・飲み間違いがある	はい ☒ いいえ ☐	→まず残薬の量を確認しましょう ・認知・理解力の低下がある ・薬の形状があていない ・薬が多すぎる	○		○				●	○	
② 薬の量・回数を自分で調節している	はい ☒ いいえ ☐	→飲み方を聞いてみましょう ・誤った理解をしている ・薬が多すぎる ・食事を取っていないという理由から ・より効果を期待したいから	○		●					○	
③ 薬についての理解が得られにくく、服薬拒否もある	はい ☐ いいえ ☒	→理解の程度や拒否の理由は何ですか ・認知・理解力の低下がある ・薬の説明が十分に出来ていない	○		○				○	○	
④ 味覚障害がある	はい ☐ いいえ ☒	おいしくない、味がおかしい等の言葉が患者(利用者)からあった場合、特異性(潜在性亜鉛欠乏)や亜鉛欠乏の食事性、次に薬剤性によるものと考えられるものが多い。 →いつ頃からですか。				○		○			
⑤ 口が渇く、のどが渇く、入れ歯が入れにくい。	はい ☐ いいえ ☒	口渇の副作用のある薬剤や、口渇の症状を伴う疾患がある。入れ歯があわなくなる原因の1つに歯肉肥厚がある。(歯肉肥厚の出やすい薬剤がある。) →いつ頃からですか。				○		○			○
⑥ 下痢・軟便、便秘等がある	はい ☐ いいえ ☒	便秘や下痢などはしていませんか。毎日、排便は順調ですか。いづれかにチェック【下痢・軟便・便秘】 →いつ頃からですか。				○		○			○
⑦ 頻尿、尿失禁、排尿困難等がある	はい ☐ いいえ ☒	尿は出にくいですか。日中、夜間の回数はどうですか。 【日中 回、夜間 回】 →いつ頃からですか。				○		○			○
⑧ 睡眠障害がある	はい ☐ いいえ ☒	・寝付けない。途中で目が覚める。熟睡できない(入眠障害・中途覚醒) ・悪夢をみて目が覚めてしまう。(熟眠障害) ・怒りやすい。興奮する。(その結果眠ることが出来ない。) ・昼に眠ってしまうので、夜眠れない。うとうとする(昼夜逆転) ・(早期覚醒)				○	○	○			
⑨ つまづく。転倒することがある。手先が少し震える	はい ☐ いいえ ☒	パーキンソン氏病か、薬剤の副作用(薬剤性パーキンソニズム)によるものか。 →いつ頃からですか。				○	○	○			
⑩ ・力が入らない。脱力感がある。だるくて眠い。などの症状がある ・めまいや不穏な症状が出てきている。	はい ☐ いいえ ☒ はい ☐ いいえ ☒	筋弛緩作用の強い睡眠剤を高年齢者が服用する場合、夜間の排泄時は特に注意が必要。(転倒の危険性が高くなる) →いつ頃からですか。【頻度: 、程度: 】 平衡機能障害や意志・感情・人格の変化が考えられる。 →いつ頃からですか。【頻度: 、程度: 】				○	○	○			
現在服用中の医療薬・サプリメント・市販薬名、外用薬 (薬剤情報書を添付する場合は記載不要)											
現在かかっている病院、診療科名			〇〇病院、内科、整形外科								
現在薬をもらっている薬局名			〇〇薬局								
薬剤師の居宅療養管理指導を希望する			はい ☒ ・ いいえ ☐								
居宅薬剤アセスメント表を使っの感想(裏へ)											

事業所名

名前

和泉市医療と介護の連携推進審議会

資料１ 地域内・職種内などの情報連携ツール（様式）の例

＜事例１＞（P64～P67 に掲載）

作成主体	鹿児島保健医療圏域
様式名	①入院時情報提供シート、②退院支援情報共有シート
情報提供元	①ケアマネジャー、②医療機関
情報提供先	①医療機関、②ケアマネジャー
目的（狙い）	より充実した患者支援や円滑な在宅への移行を図ること
作成年月（改訂年月）	平成 27 年 2 月（改訂なし）

＜事例２＞（P68～P71 に掲載）

作成主体	福井県敦賀市
様式名	医療と介護の連携シート
情報提供元	①ケアマネジャー、②介護保険事業者
情報提供先	①医療機関・介護保険事業者、②医療機関
目的（狙い）	関係職種（機関）が、対象者の医療や介護の情報を共有し、入院・入所時や退院・退所時等に、切れ目なく適切な医療やケアを提供すること
作成年月（改訂年月）	平成 27 年 9 月（改訂：平成 28 年 8 月）

＜事例３＞（P72～P73 に掲載）

作成主体	大阪府和泉市（和泉市医療と介護の連携推進審議会）
様式名	医療と介護の連携連絡票（薬科）
情報提供元	ケアマネジャー
情報提供先	薬局薬剤師
目的（狙い）	ケアマネジャーと薬剤師との連絡調整を効率的・効果的すること
作成年月（改訂年月）	平成 20 年 5 月頃（改訂：平成 28 年 3 月）

事例 1 鹿児島保健医療圏 ①入院時情報提供シート <様式>

入院時情報提供シート

平成 年 月 日

事業所名		電話番号	
担当者名		FAX 番号	

氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
----	------	-------------	----	---	----	-----

緊急時連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号

家族構成図	住環境	□一戸建 □集合住宅(階建て 階) エレベーター(□有 □無) 手すり(□有 □無) 段差(□有 □無)	
主・主介護者 次・キーパーソン ○・女性 □・男性	在宅主治医	医療機関名() TEL:	
	要介護度	□未申請 □申請中 □区分変更中 □非該当 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日	
	特定疾患医療受給者証	□有(疾患名:) □無	
	障害者手帳	□身体 □知的 □精神 (程度:) 生活保護の受給 □有(担当CW名:) □無	
	サービス利用状況		
	□訪問介護(回/週) □訪問看護(回/週) □通所介護(回/週) □通所リハビリ(回/週) □訪問リハ(回/週) □短期入所(回/週) □福祉用具貸与(内容:) □住宅改修(内容:) □その他()		

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入
移動方法	□	□	□	□	□車いす □杖使用 □歩行器使用 □装具・補助具使用
移乗方法	□	□	□	□	
口腔清潔	□	□	□	□	
食 事	□	□	□	□	□普通食 □治療食(□ Kcal □糖尿病食 □高血圧食 □腎臓病食 □その他) □経管栄養
					主食: □米飯 □全粥 □ミキサー
					副食: □通常 □一口大 □刻み □極小刻み □ミキサー(□とろみ付) □ソフト食
					水分摂取量: 1日 ml とろみ剤使用 □あり □なし
					アレルギー: □無 □有() 食への意欲: □無 □有
更衣	□	□	□	□	摂取方法: □はし □スプーン □その他() 嚥下・咀嚼状況(留意点)()
入 浴	□	□	□	□	□自宅(浴室) □訪問入浴 □通所系サービス □清拭
排 泄	□	□	□	□	場所: □トイレ □ポータブル □尿器 □オムツ
服薬管理	□	□	□	□	薬の種類()
療養上の問題	□	□	□	□	□無 □有(□幻視・幻聴 □興奮 □不穏 □妄想 □暴力 □介護への抵抗 □昼夜逆転 □不眠 □危険行為 □不潔行為 □意思疎通困難 □徘徊 □認知(程度:) □その他() 同居家族の認知症の有無: □無 □有(程度:)
医療処置	□	□	□	□	□バルーンカテーテル □ストマ(人工肛門・人工膀胱) □気管切開 □喀痰吸引 □胃ろう □じょくそう □その他() 処理の頻度() 家族での対応: □可 □不可
家族の介護力	□	□	□	□	□無 □有(留意点等)
家族への介護指導	□	□	□	□	□無 □有: 理解の状況... □十分 □不十分(問題点:)
◆既往歴					
◆本人・家族が生活する上で大事にしていること、希望する生活					
◆介護を行っていて気になること(家族と当事者間の関係等)					
◆連絡事項・その他					

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

事例1 鹿児島保健医療圏 ①入院時情報提供シート <記入例>

平成00年 0 月 12 日								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">事業所名</td> <td style="width: 50%;">電話番号</td> </tr> <tr> <td>担当者名</td> <td>FAX 番号</td> </tr> </table>		事業所名	電話番号	担当者名	FAX 番号			
事業所名	電話番号							
担当者名	FAX 番号							
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>氏名</td> <td>生年月日</td> <td>明・大・07 年 4 月 10 日</td> <td>年齢</td> <td>86 歳</td> <td>性別</td> <td>男・☒ 女</td> </tr> </table>		氏名	生年月日	明・大・07 年 4 月 10 日	年齢	86 歳	性別	男・ ☒ 女
氏名	生年月日	明・大・07 年 4 月 10 日	年齢	86 歳	性別	男・ ☒ 女		
緊急時連絡先	氏名		住所	続柄	電話番号			
			鹿児島市	妻				
			香川県高松市	次男				
			鹿児島市紫原	次男嫁				
家族構成図		☐ 戸建 ☐ 集合住宅(階建て) ☐ エレベーター(☐ 有 ☐ 無) ☐ 手すり(☐ 有 ☐ 無) 段差(☐ 有 ☐ 無) 自宅玄関まで6段の階段有り。上がり電2段、踏み台・手すり有り 在宅主治医 医療機関名(Hクリニック) TEL: 099-000-0000 要介護度 ☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 区分変更中 ☐ 非該当 要支援 1 2 3 4 5 認定日: 28 年 8 月 20 日 有効期間: 28 年 10 月 1 日 ~ 30 年 9 月 30 日 特定介護施設受給者証 ☐ 有(疾患名:) ☐ 無 障害者手帳 ☐ 身体 ☐ 知的 ☐ 精神 (程度:) 障害程度等級 ☐ 有(担当CW名:) ☐ 無 サービス利用状況 ☐ 訪問介護(回/週) ☒ 訪問看護(1 回/週) ☐ 通所介護(回/週) ☐ 通所リハビリ(回/週) ☐ 訪問リハ(回/週) ☐ 短期入所(回/週) ☐ 福祉用具貸与(内容:) ☐ 住宅改修(内容:) ☒ 訪問診療(第1・3 月)						
要支援は必要事項のみ記入								
ADL	自立	見守り	一歩介助	全介助				
移動方法	☒	☐	☐	☐	☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用			
移乗方法	☒	☐	☐	☐				
口腔清潔	☒	☐	☐	☐				
食 事	☒	☐	☐	☐	☒ 普通食 ☐ 治療食 (☐ Kcal ☐ 糖尿病食 ☐ 減塩食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他) ☐ 経管栄養 主食: ☒ 米飯 ☐ 金粥 ☐ ミキサー 副食: ☒ 通常 ☐ 大 ☐ 小 ☐ 刻み ☐ ミキサー(☐ とろみ付) ☐ ソフト食 水分摂取量: 1 日 ml とろみ剤使用 ☐ あり ☐ なし アレルギー: ☒ 無 ☐ 有() 食への意欲: ☐ 無 ☐ 有 摂取方法: ☒ はし ☐ スプーン ☐ その他() 嚥下・咀嚼状況(留意点)()			
更 衣	☒	☐	☐	☐	同じ衣類を着替へなし。			
入 浴	☐	☒	☐	☐	☐ 自宅(浴室) ☐ 訪問入浴 ☐ 通所系サービス ☐ 清拭。 ※ 自宅での入浴は不明。次男帰省時温泉に連れて行く(2 週間)			
排 泄	☒	☐	☐	☐	場所: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ 自宅トイレで排泄。間に合わないこともありそうだが、それについて触れると怒り			
服薬管理	☐	☒	☐	☐	薬の種類(別紙参照) ※薬の飲み忘れ有り。週1回の訪問看護と週に1回薬剤師の支援。服薬カレンダーを利用。			
療養上の問題	☐ 無 ☐ 有(☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力 ☒ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ 排便 ☒ 認知(程度: 何度も同じ話をし、短期記憶障害あり、怒りっぽい。思い込みも強い。) 同居家族の認知症の有無: ☐ 無 ☒ 有(程度: 物忘れ・思い込みでの発言あり、怒りっぽい)							
医療処置	☐ バルーンカテーテル ☐ ストマ(人工肛門・人工膀胱) ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ じょくそう ☐ その他() 処理の頻度() 家族での対応: ☐ 可 ☐ 不可							
家族の介護力	☒ 無 ☐ 有(留意点等 要介護2の認定の夫と二人暮らし、主介護者の次男は西国に単身赴任中							
家族への介護指導	☐ 無 ☒ 有: 理解の状況… ☐ 十分 ☒ 不十分 (問題点: 夫 要介護2の認定 認知症有り。 頑固・サービスの利用を拒否することあり							
◆既往歴 H24 年アルツハイマー型認知症、高血圧症・高コレステロール血症、心房中隔肥大型心筋症。H26 年第1 腰椎圧迫骨折 ◆本人・家族が生活する上で大事にしていること、希望する生活 本人: まだ自分で何でもできるので、自宅でタイヨーや山形屋に買い物に行ったり、串木野に墓参りに行くなど自由に過ごしたい。 夫: 俺は良く判らない、本人が出来るとならそうじゃないか。したいようにすれば良い。 ◆介護を行っていて気になること(家族と当事者間の関係等) 心不全症状に対して自覚症状なく、薬の飲み忘れ見られるため症状の悪化が心配。入浴拒否傾向に有り清潔が保てない。 ◆連絡事項・その他 ※同居の夫も認知症・心疾患・喘息など有り。夫の支援時に本人の状況や服薬状況確認している。 ※主介護者の次男は単身赴任中。連休や土日を利用して月1 回程度帰省有り。 この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。								

事例1 鹿児島保健医療圏 ②退院時情報提供シート <様式>

退院支援情報共有シート										担当ケアマネ()	
氏名		生年月日		明・大・昭 年 月 日			年齢	歳	性別	男・女	
面談日時		平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分～ 時 分					場所				
医療機関名及び連絡窓口(所属)		()			電話			面談者(職種)			
入院の原因となった病名・状態像					合併症						
入院期間		入院 日: 年 月 日～ 退院(予定)日: 年 月 日			要介護度		未申請 区分変更中 新規申請中 非該当 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日～ 年 月 日				
特定疾患医療受給者証		☐ 有(疾患名:) ☐ 無			障害者手帳		☐ 身体 ☐ 知的 ☐ 精神 (程度:)		生活保護の受給 ☐ 有(担当CW名:) ☐ 無		
病院主治医					在宅主治医						
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望											
ADL		自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子					
移動方法		☐	☐	☐	☐	☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用					
移乗方法		☐	☐	☐	☐						
口腔清潔		☐	☐	☐	☐						
食 事		☐	☐	☐	☐	☐ 普通食 ☐ 治療食 (☐ Kcal ☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他) ☐ 経管栄養					
						主食: ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー (摂取量 割)					
						副食: ☐ 通常 ☐ ロー大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー(口とろみ付) ☐ ソフト食 (摂取量 割)					
						水分摂取量:1日 ml とろみ剤使用 ☐ あり ☐ なし					
						アレルギー: ☐ 無 ☐ 有() 食への意欲: ☐ 無 ☐ 有					
更衣		☐	☐	☐	☐						
入 浴		☐	☐	☐	☐	入浴の制限: ☐ 無 ☐ 有(口浴槽 ☐ シャワー浴 ☐ 清拭 ☐ その他()					
排 泄		☐	☐	☐	☐	場所: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ					
服薬管理		☐	☐	☐	☐	薬の種類() 薬の変更: ☐ 無 ☐ 有()					
療養上の問題		☐ 無 ☐ 有(口幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力 ☐ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ 徘徊 ☐ 認知(程度:) 同居家族の認知症の有無: ☐ 無 ☐ 有(程度:) キーパーソン: ☐ 無 ☐ 有(連絡先:) ☐ その他() 予後予測()									
医療処置		☐ バルーンカテーテル ☐ ストマ(人工肛門・人工膀胱) ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ じょくそう ☐ その他() 処理の頻度() 家族での対応: ☐ 可 ☐ 不可									
家族の介護力		☐ 無 ☐ 有(留意点等)									
家族への介護指導		☐ 無 ☐ 有:理解の状況… ☐ 十分 ☐ 不十分 (問題点:)									
感染症		☐ HBV ☐ HCV MRSA:保菌 ☐ 発症(部位: ☐ 痰 ☐ 血液 ☐ 尿 ☐ 創部) ☐ その他									
病気に対する危険予測											
緊急時の対応		処置の方法: 連絡先: 搬送先:									
かかりつけ医の変更		☐ 無 ☐ 有(病院名: 医師名:)									
◆リハビリ目標及び内容、頻度、運動制限(リハビリから確認):											
◆看護を行って気になったこと(入院中のエピソード、家族と当事者間の言動等)											
◆本人、家族の退院に対する意向(患者と家族との意向の乖離)											
◆連絡事項・その他											

事例1 鹿児島保健医療圏域 ②退院時情報提供シート <記入例>

退院支援情報共有シート

担当ケアマネ(○○ ○○)

氏名	○○ ○○		生年月日	明・大・昭 26 年 5 月 10 日		年齢	67 歳	性別	男・女
面談日時	平成 30 年 2 月 25 日(日) (午前)午後 10 時 00 分～ 11 時 00 分					場所	○○病院 面談室		
医療機関名及び連絡窓口(所属)	○○病院(地域連携室)			電話	○○○-○○○○		面談者(職種)	○○ (医療ソーシャルワーカー)	
入院の原因となった病名・状態像	脳梗塞による左麻痺、注意障害				合併症	高血圧			
入院期間	入 院 日: 30 年 1 月 5 日～ 退院(予定)日: 30 年 3 月 5 日		要介護度	未申請 区分変更中 新規申請中 非該当 要支援1・2 要介護1・2(3)4・5 認定日: 30年 2月 20日 有効期間: 30年 2月 20日～ 30年 8月 20日					
特定疾患医療受給者証	□有(疾患名:) □無		障害者手帳	□身体 □知的 □精神 (程度: 2級)		生活保護の受給	□有(担当CW名:) □無		
病院主治医	○○ ○○			在宅主治医	○○ ○○				
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望 (医師説明)脳梗塞の治療後、週5日リハビリを行っており、ADL改善が見られているが、退院時のゴールは車椅子での移動が安全なレベル。また、更衣、食事、排泄は一部介助、入浴は全介助。リハビリ継続により、更衣や食事は一部介助～見守りでできるレベルになるとよい。 (患者・家族の受け止め等)せめて歩けるレベルまで回復しないかという思いがあるものの、仕方ないという受容の気持ちも出始めている。本人、家族(妻)とも在宅生活を希望しており、主介護者は65歳の妻となる見込み。妻は週3回パート(早番、遅番あり)で働いているが、できれば仕事は続けたいと思っている。服薬は退院後も必要であり、妻不在時の服薬管理や全般的な見守りが課題となる。									
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子				
移動方法	□	□	□	□	□車いす □杖使用 □歩行器使用 □装具・補助具使用				
移乗方法	□	□	□	□					
口腔清潔	□	□	□	□					
食 事	□	□	□	□	☐ 普通食 ☒ 治療食 (☐ Kcal ☐ 糖尿病食 ☒ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他) ☐ 経管栄養 主食: ☒ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー (摂取量 10 割) 副食: ☐ 通常 ☒ 一口大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー(口とろみ付) ☐ ソフト食 (摂取量 10 割) 水分摂取量: 1日 1400ml とろみ剤使用 ☐ あり ☒ なし アレルギー: ☒ 無 ☐ 有() 食への意欲: ☐ 無 ☒ 有 摂取方法: ☐ はし ☒ スプーン ☐ その他() 嚥下・咀嚼状況(留意点)()				
	□	□	□	□					
	□	□	□	□					
	□	□	□	□					
	□	□	□	□					
更 衣	□	□	□	□					
入 浴	□	□	□	□	入浴の制限: ☐ 無 ☒ 有(☒ 浴槽 ☐ シャワー浴 ☐ 清拭 ☐ その他()				
排 泄	□	□	□	□	場所: ☐ トイレ ☒ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ				
服薬管理	□	□	□	□	薬の種類(ワーファリン アムロジン) 薬の変更: ☒ 無 ☐ 有()				
療養上の問題	☐ 無 ☒ 有(☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力 ☐ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ 徘徊 ☒ 認知(程度: 認知症高齢者の日常生活自立度 I 相当)								
	同居家族の認知症の有無: ☒ 無 ☐ 有(程度:)								
	キーパーソン: ☐ 無 ☒ 有(妻 連絡先: ③③③-③③③③) ☐ その他()								
	予後予測()								
医療処置	☐ パルーンカテーテル ☐ ストマ(人工肛門・人工膀胱) ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ じょくそう ☐ その他() 処理の頻度() 家族での対応: ☐ 可 ☐ 不可								
家族の介護力	☐ 無 ☒ 有 (留意点等 妻は介護に前向きであるが週3回パートで働いており、不在時の対応が必要。)								
家族への介護指導	☐ 無 ☒ 有: 理解の状況… ☒ 十分 ☐ 不十分 (問題点:)								
感染症	☐ HBV ☐ HCV ☐ MRSA: 保菌 ☐ 発症(部位: ☐ 痰 ☐ 血液 ☐ 尿 ☐ 創部) ☐ その他								
病気にに対する危険予測									
緊急時の対応	処置の方法: 連絡先: ○○○-○○○○ 搬送先: ○○病院								
かかりつけ医の変更	☒ 無 ☐ 有(病院名: 医師名:)								
◆リハビリ目標及び内容、頻度、運動制限(リハビリから確認): 食事、更衣を一部介助～見守りでできることを目指す。屋外移動は介助、屋内移動は車椅子使用で見守りがあると望ましい。 リハビリは入院中は理学療法、作業療法を週5日実施しており、退院後も週1～2日ほどは維持期のリハビリテーションを行えるとよい。									
◆看護を行っている気になったこと(入院中のエピソード、家族と当事者間の言動等) 当初本人が服薬管理をしていたが、薬の飲み忘れがたまに見られたため、看護師による服薬確認に配慮している。									
◆本人、家族の退院に対する意向(患者と家族との意向の乖離) 本人、家族とも在宅復帰を希望しているが、退院後本人が独居となる時間が生じるため、家族は不安を感じている。場合によっては退職せざるを得ないかとも考えている。									
◆連絡事項・その他									

事例2 福井県敦賀市 医療と介護の連携シート <様式(1ページ目)>

医療と介護の連携シート

- ☐ 介護支援専門員 ⇄ 医療機関・介護保険事業者
☐ 介護保険事業者 ⇄ 医療機関

様

下記の方に関する情報を以下の通り提供します

本シート記入者

(記入日) 年 月 日

担当者氏名				所属先/事業内容		
TEL		Fax		Eメール		

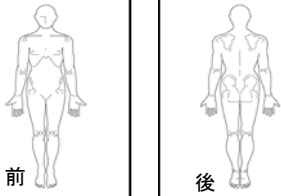
- ☐ 入院・入所時 ☐ 退院・退所時 ☐ その他()

フリガナ						
氏名	☐ 男 ☐ 女	生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日 (歳)
住 所	敦賀市					
介護度	☐ 申請中 (認定予定 頃) 要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 (認定期間 : 平成 年 月末)					
身障手帳	☐ 無 ☐ 申請中 ☐ 有 (種 級)			その他の医療給付		
家族状況	・主介護者(氏名: 続柄: TEL) ・その他介護協力者() ・家族介護力 ☐ 有 ☐ 無 ・特記事項 () ※独居 ☐ 無 ☐ 有 ☐					

主病名	医療機関等名称	診療科名	受診状況	治療・医療処置管理等	特記事項(既往歴等)

病状の経過 医師のコメント 等	
-----------------------	--

<記入時の身体・生活状況等>

在宅サービスの 利用状況	☐ 訪問介護(回/週) ☐ 通所介護(回/週) ☐ 訪問リハビリ(回/週) ☐ 通所リハビリ(回/週) ☐ 訪問看護(回/週) ☐ 訪問入浴(回/週) ☐ ショートステイ(日/月) ☐ 居宅療養管理指導 (☐ 医 ☐ 歯 ☐ 薬) ☐ 福祉用具 [☐ 特殊寝台 ☐ 車椅子 ☐ 歩行器 ☐ エアマット ☐ その他()] ☐ その他 ()							
麻痺の状況	☐ 無 ☐ 有		特 記 事 項					
褥瘡等皮膚疾患	☐ 無 ☐ 有							
食 事	摂食	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
	主食	☐ 普通 ☐ 軟飯 ☐ お粥 ☐ その他						
	副食	☐ 普通 ☐ きざみ食 (☐ 一口きざみ ☐ きざみ) ☐ ミキサー食 ☐ ソフト食 ☐ 経管栄養						
	水分	☐ 普通 ☐ とろみ ☐ ゼリー						

事例2 福井県敦賀市 医療と介護の連携シート <様式(2ページ目)>

食 事	食事制限	塩分 カロリー	☐ 無 ☐ 有	水分	☐ 無 ☐ 有	特 記 事 項
			☐ 無 ☐ 有	その他	☐ 無 ☐ 有	
	嚥下障害	☐ 無 ☐ 有				
口 腔	口腔環境	☐ 良 ☐ やや不良 ☐ 不良				
	口腔ケア	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	義歯使用	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不使用				
排 泄	動作	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	方法	☐ トイレ [☐ 和式 ・ ☐ 洋式] ☐ ポータブル ☐ おむつ ☐ 留置カテーテル ☐ その他				
	排便状況	☐ 便秘傾向 ☐ 下剤服用 ☐ その他 最終排便(日時 性状)				
移 動 関 連 動 作	歩行	☐ つかまらずに可 ☐ つかまれば可 [☐ 杖 ☐ 老人車 ☐ 歩行器 ☐ その他] ☐ できない 車いすの使用 ☐ 無 ☐ 有 [☐ 普通型 ☐ リクライニング]				
	移乗	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	起き上がり	☐ 自立 ☐ つかまれば可 ☐ できない				
	入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	更衣	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	コミュニケーション	☐ 難聴 ☐ 視覚障害 ☐ 言語障害 ☐ その他				
認 知 症	認知症	☐ 無 ☐ 有				
	行動心理 症状	☐ 無 ☐ 有 有の場合 ☐ 幻覚(幻視・幻聴) ☐ 妄想 ☐ 徘徊 ☐ 抑うつ ☐ 不安 ☐ 不眠 ☐ 興奮 ☐ 暴言・暴力 ☐ 不潔行為 ☐ その他				
	睡眠障害	☐ 無 ☐ 有 ☐ 眠剤服用				
服 薬 管 理	管理状況	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他				
	管理能力	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	アレルギー	☐ 無 ☐ 有 ()				
	感染症	☐ 無 ☐ HBV ☐ HCV MRSA: ☐ 保菌 ☐ 発症 ☐ その他 ☐ 不明				
	在宅における本人 や家族の意向 (看取りや介護等)					

事例2 福井県敦賀市 医療と介護の連携シート ＜記入例（1ページ目）＞

医療と介護の連携シート【記載例】

☒ 介護支援専門員 ⇄ 医療機関・介護保険事業者

☐ 介護保険事業者 ⇄ 医療機関

〇〇病院 地域医療連携室 〇〇様

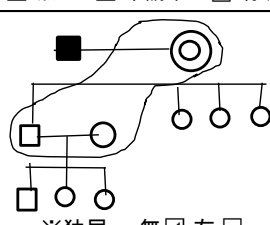
下記の方に関する情報を以下の通り提供します

本シート記入者

(記入日) 〇年 〇月 〇日

担当者氏名	〇〇 〇〇	所属先/事業内容	〇〇居宅介護支援事業所	
TEL	〇〇-〇〇〇〇	Fax	〇〇-〇〇〇〇	Eメール

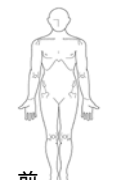
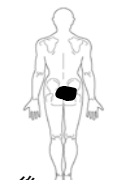
☒ 入院・入所時 ☐ 退院・退所時 ☐ その他()

フリガナ	カイゴ ハナコ	☐ 男 ☒ 女	生年月日	☐ 大正 ☒ 昭和 ☐ 平成	〇 年 5 月 5 日 (〇 歳)
氏名	介護 花子				
住 所	敦賀市 中央町1丁目1-1				
介護度	☐ 申請中 (認定予定 頃) 要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 (認定期間 : 平成 〇年 〇月末)				
身障手帳	☒ 無 ☐ 申請中 ☐ 有 (種 級)		その他の医療給付		無
家族状況	 ※独居 無☒ 有☐ ・主介護者(氏名:介護緑子 続柄:長男の嫁 Tel:〇〇-〇〇〇〇) ・その他介護協力者(長男) ・家族介護力 ☒ 有 ☐ 無 ・特記事項 (他の子供達も市内在住のため、一部協力あり。) ・キーパーソン(氏名:介護緑子 続柄:長男の嫁 Tel: 〇〇-〇〇〇〇)				

主病名	医療機関等名称	診療科名	受診状況	治療・医療処置管理等	特記事項(既往歴等)
慢性関節リウマチ	〇〇病院	整形外科	3か月1回	服薬中	
慢性気管支炎	〇〇病院	呼吸器科	〃	服薬中	

病状の経過 医師のコメント 等	1か月前から、咳・痰がひどくなり、受診したところ、肺炎と診断され入院となる。
-----------------------	--

＜記入時の身体・生活状況等＞

在宅サービスの利用状況	☐ 訪問介護(回/週) ☐ 通所介護(回/週) ☐ 訪問リハビリ(回/週) ☐ 通所リハビリ(回/週) ☐ 訪問看護(回/週) ☒ 訪問入浴(1回/週) ☐ ショートステイ(日/月) ☐ 居宅療養管理指導 (☐ 医 ☐ 歯 ☐ 薬) ☐ 福祉用具 [☐ 特殊寝台 ☐ 車椅子 ☐ 歩行器 ☐ エアマット ☐ その他()] ☐ その他 ()				
	麻痺の状況 ☒ 無 ☐ 有 褥瘡等皮膚疾患 ☐ 無 ☒ 有	 前  後		特記事項 仙骨部に発赤あり。 食事:配膳準備は家族がし、ベッド上で摂取。	
食事	摂食	☒ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	主食	☐ 普通 ☒ 軟飯 ☐ お粥 ☐ その他			
	副食	☐ 普通 ☒ きざみ食 (☒ 一口きざみ ☐ きざみ) ☐ ミキサー食 ☐ ソフト食 ☐ 経管栄養			
	水分	☒ 普通 ☐ とろみ ☐ ゼリー			

事例2 福井県敦賀市 医療と介護の連携シート ＜記入例（2ページ目）＞

		特記事項						
食事	食事制限	塩分 カロリー	☒ 無 ☒ 無	☐ 有 ☐ 有	水分 その他	☐ 無 ☐ 無	☐ 有 ☐ 有	・歯肉炎で痛みあり。 ・日中ポータブル、夜間おむつ使用。 ・ズボンのあげおろし、及びポータブルトイレの後始末に要介助。 ・最終排便は不明。
	嚥下障害		☒ 無	☐ 有				
口腔	口腔環境		☐ 良	☒ やや不良	☐ 不良			
	口腔ケア		☒ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助			
	義歯使用		☐ 無	☒ 有	☐ 不使用			
排泄	動作		☐ 自立	☒ 一部介助	☐ 全介助			
	方法		☐ トイレ [☐ 和式 ・ ☐ 洋式] ☒ ポータブル ☒ おむつ ☐ 留置カテーテル ☐ その他					
	排便状況		☒ 便秘傾向 ☐ 下剤服用 ☐ その他 最終排便(日時 性状)					
移動関連動作	歩行		☐ つかまらずに可 ☒ つかまれば可 [☐ 杖 ☐ 老人車 ☐ 歩行器 ☒ その他] ☐ できない 車いすの使用 ☐ 無 ☐ 有 [☒ 普通型 ☐ リクライニング]					
	移乗		☐ 自立	☒ 一部介助	☐ 全介助			
	起き上がり		☐ 自立	☒ つかまれば可	☐ できない			
入浴			☐ 自立	☒ 一部介助	☐ 全介助		・移動と洗体の一部に要介助。	
更衣			☒ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助			
コミュニケーション			☐ 難聴 ☒ 視覚障害 ☐ 言語障害 ☐ その他					・白内障のため見えづらい。
認知症	認知症		☒ 無	☐ 有				
	行動心理症状		☒ 無	☐ 有	有の場合 ☐ 幻覚(幻視・幻聴) ☐ 妄想 ☐ 徘徊 ☐ 抑うつ ☐ 不安 ☐ 不眠 ☐ 興奮 ☐ 暴言・暴力 ☐ 不潔行為 ☐ その他			
睡眠障害			☒ 無	☐ 有	☐ 眠剤服用			
服薬管理	管理状況		☒ 本人	☐ 家族	☐ その他			
	管理能力		☒ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助		
アレルギー			☒ 無	☐ 有	()			
感染症			☒ 無 ☐ HBV ☐ HCV MRSA: ☐ 保菌 ☐ 発症 ☐ その他 ☐ 不明					
在宅における本人や家族の意向(看取りや介護等)		本人:できるだけ家で生活したい 家族:本人の意向に沿うが、限界がくれば入院させたい。						

事例3 大阪府和泉市（和泉市医療と介護の連携推進審議会） 医療と介護の連携連絡票（薬科） <様式>

医療と介護の連携連絡票		（介護支援専門員 ↔ 薬剤師用）	
薬局名 及び所在地 電話 薬剤師氏名	↔	居宅介護支援事業所名 及び所在地 電話 介護支援専門員氏名	
日頃より大変お世話になっています。お忙しいところ誠に恐縮ですが、FAXでご返信願えば幸いです。			
* 本人の同意について ☐ ご本人の同意を得ています。 同意した日 平成 年 月 日 ☐ ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。			
居宅療養管理指導（ なし ・ あり ）			
本人	氏 名 住 所 生 年 月 日 明・大・昭 年 月 日 生	介護度 T E L (歳)	申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 男 ・ 女
連絡 内容・理由	☐ 挨拶 ☐ 本人の状況の相談・報告 ☐ ケアプラン作成 ☐ サービス内容 ☐ 認定更新 ☐ 治療方針 ☐ 服薬状況 ☐ 留意事項 ☐ その他：		
<本人の照会・相談内容等> いつもお世話になりありがとうございます。 様の担当のケアマネジャーをさせて頂いております と申します。 様の状況について ☒ ④点の薬剤アセスメント（問題領域）が出てきております。対応方法の検討をお願い致します。 ☐ 薬の飲み忘れ・飲み間違いがある。 ☐ 薬の量・回数を自分で調節している。 ☐ 薬についての理解が得られにくく、服薬拒否もある。 ☐ 味覚障害がある。 ☐ 口が渇く、のどが渇く、入れ歯が入れにくい。 ☐ 下痢・軟便、便秘等がある。 ☐ 頻尿、尿失禁、排尿困難等がある。 ☐ 睡眠障害がある。 ☐ つまずく。転倒することがある。手先が少し震える。 ☐ 力が入らない。脱力感がある。だるくて眠い。などの症状がある。 めまいや不穏な症状が出てきている。 ☐ その他			
平成 年 月 日 氏名			
返 信			
上記の回答内容	☐ 直接会って話をします（ 月 日 時頃 お出でください） ☐ 電話で話をします（ 月 日 時頃 お電話ください） ☐ 文書 ・ FAX 回答します ☐ 当薬局で調剤しておりませんので、処方内容をお知らせください。		
いつもお世話になります。 何か気になることがあればご連絡を下さい。宜しくお願い致します。			
☒ ④点の問題領域については以下が考えられます。 ☐ コンプライアンス不良（服薬指導、剤形の再検討、 ☐ 飲み忘れの対処（一包化、剤形の再検討、 ☐ 重複、相互作用の要チェック ☐ 薬剤によるADL低下の可能性（転倒など） ☐ 副作用のチェック・再発防止が必要 ☐ 水分量のチェック ☐ 処方内容の理解が必要なため居宅療養薬剤管理指導が必要と思われます。 ☐ その他			
上記の通り連絡いたします。 平成 年 月 日 薬局・薬剤師氏名			
和泉市医療と介護の連携推進審議会			

事例3 大阪府和泉市（和泉市医療と介護の連携推進審議会） 医療と介護の連携連絡票（薬科） <記入例>

医療と介護の連携連絡票		（介護支援専門員 ↔ 薬剤師用）	
薬局名 ○○薬局 及び所在地 ○○県○○市○○1-2-3 電話 ○○○○-12-3456 FAX ○○○○-12-4567 薬剤師氏名 薬剤 太郎	↔	居宅介護支援事業所名 ○○介護支援専門員事業所 及び所在地 電話 ○○○○-12-8888 FAX ○○○○-12-9999 介護支援専門員氏名 介護 一郎	
日頃より大変お世話になっています。お忙しいところ誠に恐縮ですが、FAXでご返信賜れば幸いです。			
* 本人の同意について ☒ ご本人の同意を得ています。 同意した日 平成30 年 2 月 22 日 ☐ ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。			
居宅療養管理指導 （ なし ・ <u>あり</u> ）			
本人	氏 名 ○○ ○○ 住 所 生 年 月 日 明・大・昭 年 月 日生 （ 89 歳 ） <u>男</u> ・ 女	介護度	申請中 <u>要支援 1・2</u> 要介護 1・2・3・4・5 T E L
連絡内容・理由 ☐ 挨拶 ☐ 本人の状況の相談・報告 ☐ ケアプラン作成 ☐ サービス内容 ☐ 認定更新 ☐ 治療方針 ☒ 服薬状況 ☐ 留意事項 ☐ その他：			
<本人の照会・相談内容等> いつもお世話になりありがとうございます。 ○○様の担当のケアマネジャーをさせて頂いております <u>介護</u> と申します。 ○○様の状況について ④点の薬剤アセスメント（問題領域）が出てきております。対応方法の検討をお願い致します。 ☒ 薬の飲み忘れ・飲み間違いがある。 ☐ 薬の量・回数を自分で調節している。 ☐ 薬についての理解が得られにくく、服薬拒否もある。 ☐ 味覚障害がある。 ☐ 口が渇く、のどが渇く、入れ歯が入れにくい。 ☐ 下痢・軟便、便秘等がある。 ☐ 頻尿、尿失禁、排尿困難等がある。 ☐ 睡眠障害がある。 ☐ つまずく。転倒することがある。手先が少し震える。 ☐ 力が入らない。脱力感がある。だるくて眠い。などの症状がある。 めまいや不穏な症状が出てきている。 ☐ その他			
平成 30 年 2 月 25 日 氏名 介護一郎			
返 信			
上記の回答内容	☐ 直接会って話をします（ 月 日 時頃 お出でください） ☒ 電話で話をします（ 2 月 28 日 13 時頃 お電話ください） ☐ 文書・FAX 回答します ☐ 当薬局で調剤しておりませんので、処方内容をお知らせください。		
いつもお世話になります。 何か気になることがあればご連絡を下さい。宜しく願い致します。			
④点の問題領域については以下が考えられます。 ☐ コンプライアンス不良（服薬指導、剤形の再検討、 ☒ 飲み忘れの対処（ <u>一包化</u> 、剤形の再検討、 ☐ 重複、相互作用の要チェック ☐ 薬剤によるADL低下の可能性（転倒など） ☐ 副作用のチェック・再発防止が必要 ☐ 水分量のチェック ☐ 処方内容の理解が必要ため居宅療養薬剤管理指導が必要と思われます。 ☐ その他			
上記の通り連絡いたします。 平成 30 年 3 月 1 日 薬局・薬剤師氏名 薬剤 太郎			
和泉市医療と介護の連携推進審議会			

資料 2 アンケート調査票（調査票、依頼状・説明文書）

平成 29 年度老人保健健康増進等事業 介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査

ご回答方法

- ・特に断りのない限り、所属する薬局の状況ではなく、ご自身の経験や考え方に基づきお答えください。
- ・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・数値を記入する設問で、該当なしは「○（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、平成 29 年 8 月 1 日現在の状況についてお答えください。
- ・「過去 1 年間」とは、平成 28 年 8 月 1 日から平成 29 年 7 月 31 日までの状況を指します。
- ・「調査期間中の 3 日間」とは、調査期間である本調査票の到着日から平成 29 年 9 月 7 日までの間で、薬局が 1 日 8 時間以上開局し、かつ回答者が 8 時間以上勤務する日で、日付の若い 3 日間を指します（休日をはさんでも結構です）。
- ・「調査期間中の 1 日」とは、調査期間である本調査票の到着日から平成 29 年 9 月 7 日までの間で、薬局が 1 日 8 時間以上開局し、かつ回答者が 8 時間以上勤務する日で、日付の若い 1 日を指します。
- ・一般的に「服薬」とは内服薬の服用を意味しますが、本調査票では、「服薬」とは、内服薬の服用以外にも、外用薬や注射薬など、全ての薬を使用することとお考えください。

I 貴薬局の基本情報についてお伺いします。

問 1 経営主体	01 法人 02 個人		
問 2 同一経営主体（法人が異なっても実質的に同一経営の場合も含む）による薬局店舗数（貴局も含めた店舗数）をご記入ください。	店舗		
問 3 営業形態	01 薬局のみ 02 薬局とドラッグストア等店舗販売業の併設		
問 4 同一経営主体で実施している介護事業をご記入ください。	01 訪問介護 02 訪問入浴介護 03 訪問看護 04 訪問リハビリテーション 05 居宅療養管理指導 06 通所介護 07 通所リハビリテーション 08 短期入所生活介護 09 短期入所療養介護 10 特定施設入居者生活介護 11 福祉用具貸与 12 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 13 夜間対応型訪問介護 14 認知症対応型通所介護 15 認知症対応型共同生活介護 16 小規模多機能型居宅介護 17 看護小規模多機能型居宅介護 18 介護老人福祉施設 19 介護老人保健施設 20 介護療養型医療施設		
問 5 立地状況（○は 1 つ）	01 診療所前※ 02 中小病院（200 床未満）前※ 03 大病院（200 床以上）前※ 04 病院敷地内 05 医療モール内 06 面分業（01～05 以外）		

※ 医療機関の敷地と接している場所や医療機関の敷地から公道等を挟んだ場所など、特定の医療機関のまわりの場所のことをいいます。

問 6 平成 29 年 7 月 1 カ月間に応需した処方箋枚数、処方箋の集中度（集中度が最も高い医療機関のもの）をご記入ください。			
① 処方箋枚数	枚	② 処方箋の集中度※	%

※処方箋の集中度については、平成 29 年 7 月 1 カ月間に受け付けた処方箋数が最も多い医療機関について、処方箋の受付回数を、全医療機関からの受付回数で除した割合（小数点以下第二位を四捨五入して小数点以下第一位まで）をご記入ください。

問 7 平成 29 年 7 月 1 カ月間における調剤報酬・介護報酬の算定状況についてお答えください。			
①算定している調剤基本料	01 調剤基本料 1 02 調剤基本料 2 03 調剤基本料 3 04 調剤基本料 4 05 調剤基本料 5 06 特別調剤基本料		
②基準調剤加算の算定の有無	01 有り 02 無し		
③薬剤服用歴管理指導料の算定回数	ア) 6 ヶ月以内に再来局かつ手帳による情報提供あり（38 点）		回
	イ) ア) またはウ) 以外（50 点）		回
	ウ) 特別養護老人ホーム入所者（38 点）		回

④嚥下困難者用製剤加算の算定回数	回	⑤一包化加算の算定回数	回
⑥かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数	回	⑦外来服薬支援料の算定回数	回
⑧在宅患者訪問薬剤師管理指導料の算定回数	同一建物居住者以外		回
	うち麻薬管理指導加算		回
	同一建物居住者		回
	うち麻薬管理指導加算		回
⑨薬剤師による居宅療養管理指導費の算定回数	同一建物居住者以外		回
	うち麻薬管理指導加算		回
	同一建物居住者		回
	うち麻薬管理指導加算		回
⑩在宅患者緊急訪問薬剤師管理指導料の算定回数	同一建物居住者以外		回
	同一建物居住者		回

問 8 平成 29 年 7 月 1 カ月間における薬剤師 1 人あたりの平均応需処方箋枚数※をお答えください。	枚
---	---

※ 平均応需処方箋枚数は、「1 カ月間に貴薬局が応需した処方箋の合計枚数 ÷ 1 カ月間に出勤した薬剤師の延べ人数」の式で算定ください。小数点以下第二位を四捨五入して小数点以下第一位までをご記入ください。

問 9 貴薬局の職員数を常勤換算※（小数点以下第一位まで）でご記入ください。			
	常勤職員		非常勤職員
		うちケアマネジャー資格の保有者	
① 薬剤師	人	人	. 人
② その他職員	人	人	. 人

※常勤換算数は、常勤専従者は1、常勤の兼務者や非常勤の者については「従事者の1週間の勤務延時間÷貴施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数」で計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上して下さい。常勤と非常勤の合計人数で記入して下さい。職種を兼務している場合や他の病棟等を兼務している場合は、勤務実態に応じて、按分して下さい。従事者がいる場合で、得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と記載してください。

Ⅱ ご回答者の基本情報についてお伺いします。

問 10 薬剤師としての業務経験（通算）	01 5 年未満 03 10 年以上 20 年未満	02 5 年以上 10 年未満 04 20 年以上
問 11 薬局における役職	01 管理薬剤師	02 管理薬剤師ではない
問 12 薬局以外での薬剤師としての職務経験（あてはまるもの全てに○）	01 病院 03 介護老人保健施設 05 行政 07 無し	02 診療所 04 製薬企業 06 その他
問 13 平成 29 年 7 月 1 カ月間におけるご自身の担当患者（利用者）数（主に服薬指導等を行った患者数）	() 人 うち 65 歳以上 () 人	
問 14 ご自身がかかりつけ薬剤師として、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者（利用者）数	() 人 うち 65 歳以上 () 人	

Ⅲ ご自身の薬剤師としての業務についてお伺いします。

<65歳以上の患者（利用者）に対する服薬指導等の状況>

問 15 来局した全ての65歳以上の患者（利用者）から、服薬に関して基本的に情報収集する事項についてお答えください。（あてはまるもの全てに○）			
<服薬に関する情報> 01 服薬状況 02 残薬の有無やその程度 03 服薬介助の要否 04 他の薬局の利用状況			
<患者の基本情報> 05 疾患名 06 既往歴 07 アレルギー歴、副作用歴 08 検査値 09 栄養状況 10 嚥下能力			
<患者の状態> 11 要介護度 12 認知症高齢者の日常生活自立度 13 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） 14 ADL 区分			
<患者の周辺状況> 15 かかりつけ医の有無 16 担当ケアマネジャーの有無 17 家族構成 18 居住場所			
問 16 患者（利用者）の服用薬に関して基本的に来局している全ての65歳以上の患者（利用者）から情報収集する事項についてお答えください。（あてはまるもの全てに○）			
01 全く又はほとんど確認することがない			
02 品目名 03 用法・用量 04 薬剤服用歴（一般用医薬品等を除く） 05 一般用医薬品等の服用歴 06 服薬期間（服薬スケジュール） 07 処方医療機関名			
問 17 調査期間中の3日間（p1 のご回答方法欄を参照ください。以下同様）における65歳以上の担当患者（利用者）数を服薬介助の要否別にお答えください。（主に服薬指導等を行った患者（利用者））			
65 歳以上の患者（利用者）数			
	うち服薬介助が必要	うち服薬介助が不要	うち不明
人	人	人	人
問 18 調査期間中の1日（p1 のご回答方法欄を参照ください。）における65歳以上の担当患者（利用者）に対する服薬支援策（①～⑨）別の取り組み実績をご記入ください。			
①残薬の調整	人		
②服薬カレンダーの活用	人		
③剤形変更の提案（医師の判断で、変更に至った。）	人		
④剤形変更の提案（医師の判断で、変更に至らなかった。）	人		
⑤用法変更の提案（医師の判断で、変更に至った。）	人		
⑥用法変更の提案（医師の判断で、変更に至らなかった。）	人		
⑦他の薬剤への変更、減薬、増薬の提案（医師の判断で、変更に至った。）	人		
⑧他の薬剤への変更、減薬、増薬の提案（医師の判断で、変更に至らなかった。）	人		
⑨家族、服薬介助をする者（介護職員や看護職員）、担当ケアマネジャーへの連絡	人		

＜在宅療養中の認知症患者（認知症の日常生活自立度Ⅱ※以上）、末期がん患者への対応状況＞

※認知症の日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる状態のことをいう。

問 19 在宅療養中の認知症（認知症の日常生活自立度Ⅱ以上）の患者（利用者）に対する基本的な考え方についてお答えください（○は1つ）。また、「02 条件が整えば自薬局で対応する」に○を付けた場合には、具体的な条件についてお答えください。

01 積極的に自薬局で対応する

02 条件が整えば自薬局で対応する

→具体的な条件についてお答えください。あてはまるもの全てに○、最もあてはまるものに◎

21 患者のBPSDの状況

22 BPSD以外の患者の状況

23 家族等の支援体制

24 地域の多職種の支援体制

03 自薬局での対応は難しいので、他の薬局で対応してもらうよう伝える

04 その他

※BPSD：認知症には、病気の進行に伴い通常、認知機能が低下したことによる「中核症状」と、環境や周囲の人々との関わりの中で、感情的な反応や行動上の反応が症状として発現する「行動・心理症状（BPSD）」（または「周辺症状」とも言う）がある。BPSDには、せん妄、抑うつ、興奮、徘徊、睡眠障害、妄想などがある。

問 20 調査期間中の3日間における在宅療養中の認知症（認知症の日常生活自立度Ⅱ以上）の患者（利用者）への対応実績をお答えください。

人

問 21 過去1年間で、他の薬局との連携の中で認知症（認知症の日常生活自立度Ⅱ以上）の患者（利用者）の在宅療養の対応を引き継いだ※ことがありますか。（○は1つ）

01 有り

02 無し

03 不明

※本調査での「引き継ぐ」とは、当該患者（利用者）やその家族の理解の下、当該患者（利用者）の情報や薬剤服用歴等の情報について他の薬局から提供を受けるなどの連携を行った上で、自薬局で対応することとなった状況と想定ください。（問24、問27でも同様）

問 22 在宅療養中の末期がんの患者（利用者）に対する基本的な考え方についてお答えください（○は1つ）。また、「02 条件が整えば自薬局で対応する」に○を付けた場合には、具体的な条件についてお答えください。

01 積極的に自薬局で対応する

02 条件が整えば自薬局で対応する

→具体的な条件についてお答えください。あてはまるもの全てに○、最もあてはまるものに◎

21 患者の状況（麻薬の使用がある）

22 患者の状況（麻薬の使用がない）

23 家族等の支援体制

24 地域の多職種の支援体制

03 自薬局での対応は難しいので、他の薬局で対応してもらうよう伝える

04 その他

問 23 調査期間中の3日間における在宅療養中の末期がんの患者（利用者）への対応実績をお答えください。

人

問 24 過去1年間で、他の薬局から末期がんの患者（利用者）の対応を引き継いだことがありますか。（○は1つ）

01 有り

02 無し

03 不明

＜認知症、末期がん以外の疾患により外来から在宅療養に移行した患者（利用者）への対応＞

問 25 過去に来局していたが在宅療養に移行※した患者（利用者）に対する基本的な考え方についてお答えください（○は1つ）。また、「02 条件が整えば自薬局で対応する」に○を付けた場合には、具体的な条件についてお答えください。 ※入院を介して在宅療養に移行する場合を含む。	
01 引き続き、積極的に自薬局で対応する 02 条件が整えば自薬局で対応する →具体的な条件についてお答えください。あてはまるもの全てに○、最もあてはまるものに◎ 21 患者の状況（麻薬の使用がある） 22 患者の状況（麻薬の使用がない） 23 家族等の支援体制 24 地域の多職種の支援体制 03 自薬局での対応は難しいので、他の薬局で対応してもらうようお願いする 04 その他	
問 26 調査期間中の3日間における在宅医療・療養に移行した患者（利用者）への対応実績をお答えください。	人
問 27 過去1年間で、在宅医療・療養に移行した患者（利用者）の対応を他の薬局から引き継いだことがありますか。（○は1つ）	
01 有り	02 無し 03 不明

＜相談対応の状況＞

問 28 調査期間中の3日間において、65歳以上の担当患者（利用者） <u>本人又は家族から薬剤関係の相談</u> を受けた際の対応について、以下①～④の実績をお答えください。	
①相談件数	人
②うち解決・改善に向けて情報収集し、積極的に医師に相談した	人
③うち積極的に対応し、薬剤師で解決できた（②の場合を除く）	人
④相談を受けたが、結果として具体的対応はしなかった	人
問 29 調査期間中の3日間において、65歳以上の担当患者（利用者）について <u>医師から薬剤関係の相談</u> を受けた際の対応について、以下①～③の実績をお答えください。	
①相談件数	人
②うち解決・改善に向けて情報収集し、積極的に対応した	人
③相談を受けたが、結果として具体的対応はしなかった	人
問 30 調査期間中の3日間において、65歳以上の担当患者（利用者）について <u>看護職員、介護職員から薬剤関係の相談</u> を受けた際の対応について、以下①～④の実績をお答えください。	
①相談件数	人
②うち解決・改善に向けて情報収集し、積極的に医師に相談した	人
③うち積極的に対応し、薬剤師で解決できた（②の場合を除く）	人
④相談を受けたが、結果として具体的対応はしなかった	人
問 31 調査期間中の3日間において、65歳以上の担当患者（利用者）について <u>ケアマネジャーから薬剤関係の相談</u> を受けた際の対応について、以下①～④の実績をお答えください。	
①相談件数	人
②うち解決・改善に向けて情報収集し、積極的に医師に相談した	人
③うち積極的に対応し、薬剤師で解決できた（②の場合を除く）	人
④相談を受けたが、結果として具体的対応はしなかった	人

<連携・情報共有の状況>

問 32 調査期間中の3日間において、65歳以上の担当患者（利用者）本人、家族等にどのような媒体で服薬情報を提供したか実績をお答えください。（重複カウント可）

① お薬手帳	人
② 薬剤情報提供文書	人
③ その他	人

問 33 65歳以上の担当患者（利用者）本人、家族等に対し提供している服薬情報として該当するものに○をつけてください。（あてはまるもの全てに○）

回答例：①品目名、②用法・用量、④効能・効果、⑧処方医療機関名をお薬手帳に記載して情報提供している場合には1)の列の①、②、④、⑧の欄に○を付けてください。

	1) お薬手帳	2) 薬剤情報提供 文書	3) その他
① 品目名			
② 用法・用量			
③ 副作用・相互作用			
④ 効能・効果			
⑤ 薬剤服用歴（一般用医薬品等を除く）			
⑥ 一般用医薬品等の服用歴			
⑦ 服薬期間（服薬スケジュール）			
⑧ 処方医療機関名			
⑨ 服用薬に関する照会・相談先			
⑩ その他			

<連携・相互理解の状況等>

問 34 平成29年7月1カ月間において、連絡をとった介護保険サービスの事業所をお答えください。（連絡をとった事業所全てに○をつけてください。）

①訪問介護		②訪問入浴介護		③訪問看護	
④訪問リハビリテーション		⑤居宅療養管理指導		⑥通所介護	
⑦通所リハビリテーション		⑧短期入所生活介護		⑨短期入所療養介護	
⑩特定施設入居者生活介護		⑪福祉用具貸与		⑫定期巡回・随時対応型訪問介護 看護	
⑬夜間対応型訪問介護		⑭認知症対応型通所介護		⑮認知症対応型共同生活介護	
⑯小規模多機能型居宅介護		⑰看護小規模多機能型居宅介護		⑱介護老人福祉施設	
⑲介護老人保健施設		⑳介護療養型医療施設			

問 35 問 28 の①で回答した調査期間中の3日間の65歳以上患者（利用者）について、当該3日間におけるご自身とかかりつけ医との連携（かかりつけ医の所属する医療機関との連携を含む）の状況等についてお答えください。（①～③の合計が問 28 の①の数と一致することとなります。）

① 情報収集又は情報共有のためにかかりつけ医に自ら連携をとった	人
② 連携をとっていないが、誰がかかりつけ医かを知っている（かかりつけ医がいないことを知っていることを含む）	人
③ 誰がかかりつけ医かを知らない	人

問 36 問 28 で回答した調査期間中の3日間の65歳以上患者（利用者）について、当該3日間におけるご自身と介護職員又は看護職員との連携の状況等（介護職員又は看護職員の所属する施設との連携を含む）についてお答えください。（①～③の合計が問 28 の①の数と一致することとなります。）	
① 情報収集又は情報共有のために介護職員又は看護職員に自ら連携をとった	人
② 連携をとっていないが、担当の介護職員又は看護職員を知っている（担当がいらないことを知っていることを含む）	人
③ 担当の介護職員又は看護職員を知らない	人
問 37 問 28 で回答した調査期間中の3日間の65歳以上患者（利用者）について、当該3日間におけるご自身とケアマネジャーとの連携の状況等（ケアマネジャーの所属する施設との連携を含む）についてお答えください。（①～③の合計が問 28 の①の数と一致することとなります。）	
① 情報収集又は情報共有のためにケアマネジャーに自ら連携をとった	人
② 連携をとっていないが、担当のケアマネジャーを知っている（担当がいらないことを知っていることを含む）	人
③ 担当のケアマネジャーを知らない	人
問 38 平成 29 年 7 月 1 カ月間において、地域包括支援センターとの連携の状況等についてお答えください。（〇は1つ）	
01 連絡を取った 02 地域包括支援センターの役割を知っているが、連絡は取らなかった 03 地域包括支援センターの役割を知らず、連絡は取らなかった	
問 39 日常的な薬物療法以外における介護分野との関わりについてお答えください（あてはまるもの全てに〇）。01～03 の選択肢を回答した場合には、過去 1 年間における参加回数もお答えください。	
01 地域ケア会議や多職種連携会議に参加 （⇒過去 1 年間で 回参加） 02 サービス担当者会議に参加 （⇒過去 1 年間で 回参加） 03 認知症初期集中支援チームの会議に参加 （⇒過去 1 年間で 回参加） 04 認定審査会に参加したことがある 05 介護支援専門員（ケアマネジャー）の実務経験がある 06 介護支援専門員（ケアマネジャー）の実務経験はないが、資格を持っている 07 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得している 08 健康サポート薬局の研修を修了している 09 介護に関わるセミナー・勉強会で講師として参加したことがある →具体的な内容についてお答えください。あてはまるもの全てに〇 91 市民公開講座等の一般向け普及啓発 92 地域住民を対象としたお薬相談会 93 他職種を含む勉強会 94 その他 10 その他	

問 40 は、問 39 で 01～03 のいずれか 1 つでも回答された場合にお答えください。

問 40 問 39 の 01～03 の選択肢に示す事項に参加したきっかけについてお答えください。（あてはまるもの全てに〇）
01 自ら情報収集し、参加の申出を行った 02 当該会議の参加者の呼びかけがあった 03 医師会、薬剤師会等の関係団体から案内があった 04 その他

問 41 認知症施策についてどの程度ご存知かについてお答えください。(○は1つ) 【選択肢】 1：よく知っている、2：聞いたことがある、3：ほとんど知らない					
①認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）	1	2	3		
②地域の認知症ケアパス	1	2	3		
③認知症サポート医	1	2	3		
④認知症地域支援推進員（認知症コーディネーター）	1	2	3		
⑤認知症初期集中支援チーム	1	2	3		
⑥認知症対応力向上研修	1	2	3		
⑦認知症サポーター	1	2	3		
問 42 認知症施策に対する薬剤師としての取組み状況についてお答えください。(○は1つ) 【選択肢】 1：既に取り組んでいる、2：今後、取り組んでいきたい、3：今後も取り組むつもりはない、 4：検討中、5：その他					
①認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の理解を深めること	1	2	3	4	5
②地域の認知症ケアパスの普及に取り組むこと	1	2	3	4	5
③認知症サポート医と連絡しあえる関係を築くこと	1	2	3	4	5
④認知症地域支援推進員（認知症コーディネーター）と連絡しあえる関係を築くこと	1	2	3	4	5
⑤認知症初期集中支援チームに参加すること	1	2	3	4	5
⑥認知症対応力向上研修を受講すること	1	2	3	4	5
⑦認知症サポーターになること	1	2	3	4	5

以上で終了です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

平成 29 年度老人保健健康増進等事業 介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査

ご回答方法

- ・ご回答者の状況や考え方に基づき、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・ご回答者による記入が難しい場合は、ご家族など一緒にいらっしゃる方が、ご回答者の意見を聞いて、またはご回答者の立場に立って、ご回答ください。
- ・数値を記入する設問で、該当なしは「○（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、平成 29 年 8 月 1 日現在の状況についてお答えください。
- ・一般的に「服薬」とは内服薬の服用を意味しますが、本調査票では、「服薬」とは、内服薬の服用以外にも、外用薬や注射薬など、全ての薬を使用することとお考えください。

I 患者様ご本人のことについてお伺いします。

<年齢・性別・世帯構成>

問 1 年齢	() 歳	問 2 性別	01 男性	02 女性
問 3 世帯構成	01 ひとり暮らし 02 夫婦 2 人暮らし 03 二世帯世帯（夫婦と子ども、夫婦と親の同居世帯など） 04 三世帯世帯（夫婦、子ども、親の同居世帯など） 05 その他			
問 4 定期的に受診している医療機関数	() 施設			
問 5 かかりつけ医の有無	01 有り 02 無し			
問 6 かかりつけ薬剤師・薬局の有無	01 この調査票を受け取った薬局に有り 02 この調査票を受け取った薬局以外に有り 03 無し			

<介護に関すること>

問 7 介護保険における現在の要介護度について、あてはまるものに○をつけてください。（○は 1 つ）		
01 要支援 1	02 要支援 2	
03 要介護 1	04 要介護 2	
05 要介護 3	06 要介護 4	
07 要介護 5	08 要介護認定を受けていない	
 問 8 問 7 で「01 要支援 1」～「07 要介護 5」と回答した方にお伺いします。 利用している介護保険サービスに○をつけてください。（あてはまるもの全てに○）		
01 訪問介護	02 訪問入浴介護	03 訪問看護
04 訪問リハビリテーション	05 居宅療養管理指導	06 通所介護
07 通所リハビリテーション	08 短期入所生活介護	09 短期入所療養介護
10 特定施設入居者生活介護	11 福祉用具貸与	12 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
13 夜間対応型訪問介護	14 認知症対応型通所介護	15 認知症対応型共同生活介護
16 小規模多機能型居宅介護	17 看護小規模多機能型居宅介護	

※問 8 の介護保険サービスには、介護予防サービス、地域密着型サービスを含みます。

Ⅱ 患者様ご本人の服薬に関することについてお伺いします。

問9 現在、医師から処方されている薬を何種類飲んでいますか。(○は1つ)		
01 1種類	02 2～5種類	03 6～9種類
04 10種類以上	05 飲んでいない	06 わからない
問10 服薬管理(服薬の時間、量や飲み方などの管理)は、主に誰が行っていますか。(あてはまるもの全てに○)		
01 自分で行っている		
02 ご家族などが行っている		
03 介護保険サービスの職員が行っている(介護職員・看護職員による服薬介助を利用している)		
04 02 、 03 の組合せ		
05 その他		
問11 薬の飲み忘れや飲み間違いはありますか。(○は1つ)		
01 よくある		
02 たまにある		
03 あまりない		
04 ほとんどない		
問12 薬を飲むにあたり、困っていることはありますか。(あてはまるもの全てに○) (なお、記入者をご本人以外の場合、ご本人にあてはまると考えられるもの全てに○をお付けください)		
01 過剰に服薬してしまうこと		
02 飲み忘れで余った薬をどうすればよいかわからない		
03 飲み込む力が弱くなったなど、薬が飲み込みにくくなった		
04 服薬の回数が多い(タイミングが生活リズムに合わない)		
05 服用する薬の量や種類数が多い		
06 今後、いつ、何の薬を飲まなければならない薬が何か(服薬スケジュール)を忘れてしまう		
07 副作用が出ていないか不安である		
08 薬の飲み方や管理の方法が分かりづらい		
09 その他		
10 特に無い		
問13 お薬手帳を持っていますか。(あてはまるもの全てに○)		
01 紙のお薬手帳を持っている		
02 電子お薬手帳を持っている		
03 持っていない		
L	問14 問13で「01 紙のお薬手帳を持っている」「02 電子お薬手帳を持っている」と回答した方にお伺いします。 お薬手帳をどのような場面で使いますか。(あてはまるもの全てに○)	
	01 薬局で提示する 02 病院や診療所で提示する(入院時を含む) 03 介護保険サービス(ケアマネジメントを含む)を受ける時に提示する 04 自分で薬を管理するために活用している 05 家族が薬を管理するために活用している 06 その他 07 使っていない	
問15 薬局や医療機関から、薬剤情報提供文書※をもらったことがありますか。(○は1つ) ※薬剤情報提供文書とは、薬の名前や効能、副作用などの情報が記された紙のことです。		
01 もらったことがある		
02 もらったことはない		
03 分からない		
L	問16 問15で「01 もらったことがある」と回答した方にお伺いします。 薬剤情報提供文書をどのような場面で使っていますか。(あてはまるもの全てに○)	
	01 薬局で提示する 02 病院や診療所で提示する(入院時を含む) 03 介護保険サービス(ケアマネジメントを含む)を受ける時に提示する 04 自分で薬を管理するために活用している 05 家族が薬を管理するために活用している 06 その他 07 使っていない	
問17 下記のうち、服薬状況(何の薬を飲んでいるか、飲めているか等)を聞かれたことのある場面として、あてはまるものに○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)		
01 病院や診療所で(入院時を含む)		
02 薬局で		
03 介護保険サービス(ケアマネジメントを含む)を受ける時		
04 特にない		
05 分からない		

質問は以上で終了です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

《ご参考：薬剤情報提供文書とお薬手帳のイメージ》

薬剤情報提供文書										お薬手帳																																																																																							
〇〇〇〇様にお渡ししたお薬 ■■■■■病院 医師名：●●●●● TEL：01-2345-6789 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">起</th> <th style="width: 10%;">朝</th> <th style="width: 10%;">昼</th> <th style="width: 10%;">夕</th> <th style="width: 10%;">夜</th> <th style="width: 20%;">薬効</th> <th style="width: 30%;">注意事項</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6">〇〇〇〇△カプセル</td> <td rowspan="2">ウイルスの増殖に関わる酵素の働きを阻害します。</td> <td rowspan="2">因果関係は不明ですが、異常行動による事故が、おもに10代の未成年者にみられます。服用後の様子を、ご家族など周囲の方に注意をはらってもらうとよいでしょう。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6">1日3回 朝夕食後 5日分</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6">△△△△錠〇〇〇mg</td> <td rowspan="2">炎症や熱、痛みをやわげる解熱鎮痛薬です。</td> <td rowspan="2">喘息やアレルギーのある人はご相談ください。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3">1回1錠 発熱時 3回分</td> </tr> <tr> <td colspan="6">△△△△錠〇〇〇mg「□□」</td> <td rowspan="2">アレルギーや炎症反応に関わる物質の働きをやわらげ、のどの赤みや腫れを取り除くお薬です。</td> <td rowspan="2">血液が溶けにくくなるので、血栓性の病気のある人は注意が必要です。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td></td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6">1日3回 朝昼夕食後 5日分</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> ◆ お薬についてわからないことがありましたら、お気軽におたずねください。 ※ 右のQRコードをスマートフォンなどで読み取ると、今回処方されたお薬の情報を見ることができます。 ▲▲▲▲▲薬局 〒123-4567 東京都千代田区0-0-0 TEL：09-8765-4321 FAX：09-8765-4321 薬剤師印 医 薬 花 子 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">年</th> <th style="width: 10%;">月</th> <th style="width: 10%;">日</th> <th style="width: 70%;">おくすりの名前、飲み方、注意すること、医療機関名、薬局名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td> 〇〇 〇〇様 医療機関 □□□□□□□□□□ 薬品名・用法 【小児科】 ドライシロップ〇% 38.5度以上、痛みが強い時 8時間以上あけて1日3回まで 疼痛・発熱時 5回分 〇〇薬局〇〇店 TEL：01-2345-6789 処方日 H29/04/21 調剤日 H29/04/21 09-1234-5678 分量・日数【残薬】 〇〇g【 】 </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td> 解熱剤の保管方法 解熱剤の使用期限は3ヶ月が目安です。粉薬は湿気が入らないよう乾燥剤と一緒にユニパックや缶に入れて、直接日光の当たらない涼しい場所に保管してください。 〇〇 〇〇様 処方日 H29/04/24 調剤日 H29/04/24 09-1234-5678 医療機関 ○○○○○○○○○○ 薬品名・用法 分量・日数【残薬】 【小児科】 カルボシステイン〇% 一般名：カルボシステインシロップ用 ドライシロップ小児用 一般名：アンゾロキソール塩酸塩シロップ用 毎食後 5日分 セフジトレンピボキシル〇%小児用 代替元：○○○○○ 毎食後 5日分 〇〇〇〇テープ 0.5mg 1回1枚 背中貼る 1日1回 貼ってください 〇〇薬局〇〇店 TEL：01-2345-6789 </td> </tr> </tbody> </table>																					起	朝	昼	夕	夜	薬効	注意事項	〇〇〇〇△カプセル						ウイルスの増殖に関わる酵素の働きを阻害します。	因果関係は不明ですが、異常行動による事故が、おもに10代の未成年者にみられます。服用後の様子を、ご家族など周囲の方に注意をはらってもらうとよいでしょう。			1		1		1日3回 朝夕食後 5日分								△△△△錠〇〇〇mg						炎症や熱、痛みをやわげる解熱鎮痛薬です。	喘息やアレルギーのある人はご相談ください。				1回1錠 発熱時 3回分			△△△△錠〇〇〇mg「□□」						アレルギーや炎症反応に関わる物質の働きをやわらげ、のどの赤みや腫れを取り除くお薬です。	血液が溶けにくくなるので、血栓性の病気のある人は注意が必要です。			2	2	2		1日3回 朝昼夕食後 5日分								年	月	日	おくすりの名前、飲み方、注意すること、医療機関名、薬局名				〇〇 〇〇様 医療機関 □□□□□□□□□□ 薬品名・用法 【小児科】 ドライシロップ〇% 38.5度以上、痛みが強い時 8時間以上あけて1日3回まで 疼痛・発熱時 5回分 〇〇薬局〇〇店 TEL：01-2345-6789 処方日 H29/04/21 調剤日 H29/04/21 09-1234-5678 分量・日数【残薬】 〇〇g【 】				解熱剤の保管方法 解熱剤の使用期限は3ヶ月が目安です。粉薬は湿気が入らないよう乾燥剤と一緒にユニパックや缶に入れて、直接日光の当たらない涼しい場所に保管してください。 〇〇 〇〇様 処方日 H29/04/24 調剤日 H29/04/24 09-1234-5678 医療機関 ○○○○○○○○○○ 薬品名・用法 分量・日数【残薬】 【小児科】 カルボシステイン〇% 一般名：カルボシステインシロップ用 ドライシロップ小児用 一般名：アンゾロキソール塩酸塩シロップ用 毎食後 5日分 セフジトレンピボキシル〇%小児用 代替元：○○○○○ 毎食後 5日分 〇〇〇〇テープ 0.5mg 1回1枚 背中貼る 1日1回 貼ってください 〇〇薬局〇〇店 TEL：01-2345-6789
	起	朝	昼	夕	夜	薬効	注意事項																																																																																										
〇〇〇〇△カプセル						ウイルスの増殖に関わる酵素の働きを阻害します。	因果関係は不明ですが、異常行動による事故が、おもに10代の未成年者にみられます。服用後の様子を、ご家族など周囲の方に注意をはらってもらうとよいでしょう。																																																																																										
		1		1																																																																																													
1日3回 朝夕食後 5日分																																																																																																	
△△△△錠〇〇〇mg						炎症や熱、痛みをやわげる解熱鎮痛薬です。	喘息やアレルギーのある人はご相談ください。																																																																																										
			1回1錠 発熱時 3回分																																																																																														
△△△△錠〇〇〇mg「□□」						アレルギーや炎症反応に関わる物質の働きをやわらげ、のどの赤みや腫れを取り除くお薬です。	血液が溶けにくくなるので、血栓性の病気のある人は注意が必要です。																																																																																										
		2	2	2																																																																																													
1日3回 朝昼夕食後 5日分																																																																																																	
年	月	日	おくすりの名前、飲み方、注意すること、医療機関名、薬局名																																																																																														
			〇〇 〇〇様 医療機関 □□□□□□□□□□ 薬品名・用法 【小児科】 ドライシロップ〇% 38.5度以上、痛みが強い時 8時間以上あけて1日3回まで 疼痛・発熱時 5回分 〇〇薬局〇〇店 TEL：01-2345-6789 処方日 H29/04/21 調剤日 H29/04/21 09-1234-5678 分量・日数【残薬】 〇〇g【 】																																																																																														
			解熱剤の保管方法 解熱剤の使用期限は3ヶ月が目安です。粉薬は湿気が入らないよう乾燥剤と一緒にユニパックや缶に入れて、直接日光の当たらない涼しい場所に保管してください。 〇〇 〇〇様 処方日 H29/04/24 調剤日 H29/04/24 09-1234-5678 医療機関 ○○○○○○○○○○ 薬品名・用法 分量・日数【残薬】 【小児科】 カルボシステイン〇% 一般名：カルボシステインシロップ用 ドライシロップ小児用 一般名：アンゾロキソール塩酸塩シロップ用 毎食後 5日分 セフジトレンピボキシル〇%小児用 代替元：○○○○○ 毎食後 5日分 〇〇〇〇テープ 0.5mg 1回1枚 背中貼る 1日1回 貼ってください 〇〇薬局〇〇店 TEL：01-2345-6789																																																																																														

平成 29 年度老人保健健康増進等事業
介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査

ご回答方法

- ・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・数値を記入する設問で、該当なしは「○（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、平成 29 年 8 月 1 日現在の状況についてお答えください。

問 1 開設主体	01 国	02 公立	03 公的	04 社会保険関係団体
	05 医療法人	06 個人	07 その他	
問 2 医療法上の病床種類ごとの病床数				
一般病床	療養病床	その他	合計（全病床数）	
床	床	床	床	
問 3 病棟薬剤業務実施加算の算定の有無	01 有り		02 無し	
問 4 貴施設で実施している居宅療養管理指導	薬剤師による居宅療養管理指導		01 有り 02 無し	
	薬剤師以外による居宅療養管理指導		01 有り 02 無し	
問 5 貴施設の従事者数（常勤換算数）について職種別に記入してください。 ※常勤換算数は、常勤専従者は 1、常勤の兼務者や非常勤の者については「従事者の 1 週間の勤務延時間÷貴施設において常勤の従事者が勤務すべき 1 週間の時間数」で計算し、小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで計上して下さい。常勤と非常勤の合計人数で記入して下さい。職種を兼務している場合や他の病棟等を兼務している場合は、勤務実態に応じて、按分して下さい。従事者がいる場合で、得られた結果が 0.1 に満たない場合は、「0.1」と記載して下さい。				
医師	. 人	薬剤師	. 人	
看護職員	. 人	その他	. 人	

以上で終了です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

平成 29 年度老人保健健康増進等事業
介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査

ご回答方法

- ・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・数値を記入する設問で、該当なしは「○（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、平成 29 年 8 月 1 日現在の状況についてお答えください。
- ・一般的に「服薬」とは内服薬の服用を意味しますが、本調査票では、「服薬」とは、内服薬の服用以外にも、外用薬や注射薬など、全ての薬を使用することとお考えください。

I ご回答者の基本情報についてお伺いします。

問 1 薬剤師としての業務経験（通算）	01 5 年未満 03 10 年以上 20 年未満	02 5 年以上 10 年未満 04 20 年以上
問 2 介護療養型医療施設（病院又は診療所）以外での薬剤師としての職務経験についてお答えください。（あてはまるもの全てに○）（併設施設での職務も選択してください。）	01 薬局 03 介護老人保健施設 05 行政 07 無し	02 診療所 04 製薬企業 06 その他
問 3 新規入院患者に服薬に関して基本的に確認する事項についてお答えください。（あてはまるもの全てに○）（服用薬に関しては次の問です。）		
<服薬に関する情報> 01 服薬状況 03 服薬介助の要否 02 残薬の有無やその程度 04 他の薬局の利用状況		
<患者の基本情報> 05 疾患名 07 アレルギー歴、副作用歴 09 栄養状況 06 既往歴 08 検査値 10 嚥下能力		
<患者の状態> 11 要介護度 13 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） 12 認知症高齢者の日常生活自立度 14 ADL 区分		
<患者の周辺状況> 15 かかりつけ医の有無 17 家族構成 16 担当ケアマネジャーの有無 18 居住場所		
問 4 新規入院患者に服用薬に関して基本的に確認する事項についてお答えください。（あてはまるもの全てに○）		
01 全く又はほとんど確認することがない		
02 品目名 04 薬剤服用歴（一般用医薬品等を除く） 06 入院時（持参薬）の服薬期間（服薬スケジュール） 08 持参薬に関する照会・相談先	03 用法・用量 05 一般用医薬品等の服用歴 07 持参薬の処方医療機関名	

問 5 平成 29 年 7 月 1 カ月間において、介護療養病床への入院患者に対し、入院時に薬剤師が実施している業務（①～⑫）について取組み対象者数をご記入ください。（①～⑫で重複カウント可。ただし、同じ入院患者に対して同じ事項について複数対応した場合は 1 人としてカウントしてください。）		
ア) 平成 29 年 7 月 1 カ月間の介護療養型医療施設への新規入院患者数（病院内の転床は含めないでください。）	人	
イ) ア) のうち服薬している入院患者数	人	
ウ) イ) のうちお薬手帳を持参した入院患者数	人	
エ) イ) のうち薬剤情報提供文書を持参した入院患者数	人	
オ) イ) のうちお薬手帳、薬剤情報提供文書以外の情報媒体を持参した入院患者数	人	
	1) 薬剤師が実施	2) 薬剤師と他職種が協力して実施
①持参薬の品目・量・状態の確認	人	人
②持参薬の有効期限の確認	人	人
③持参薬の処方元医療機関の確認	人	人
④持参薬に関する重複投薬・相互作用の有無の確認	人	人
⑤持参薬の継続使用の是非を医師に提案	人	人
⑥多剤投薬の見直しを医師に提案	人	人
⑦より適切と考えられる剤形や用法変更を医師に提案	人	人
⑧施設内の採用薬への切替えを医師に提案	人	人
⑨検査の可否について医師に提案	人	人
⑩服薬状況の確認	人	人
⑪効果・副作用の有無の確認	人	人
⑫服薬指導	人	人

問 6 平成 29 年 7 月 1 カ月間において、退院患者本人、家族、退院先の施設等に対して、退院時にどのような媒体で服薬情報を提供したか実績をお答えください。（服薬情報を提供した媒体は重複カウント可。）			
ア) 平成 29 年 7 月 1 カ月間の退院者数（死亡退院した方は除く）			人
イ) ア) のうち服薬している退院者数			人
①お薬手帳	人	②薬剤情報提供文書	人
③その他			人

問 7 平成 29 年 7 月 1 カ月間において退院患者本人、家族、退院先の施設等に対して、退院時に提供した服薬情報として該当する欄に○をつけてください。			
回答例：①品目名、②用法・用量、④効能・効果をお薬手帳に記載して情報提供している場合には 1) の列の①、②、④の欄に○を付けてください。			
	1) お薬手帳	2) 薬剤情報提供文書	3) その他
①品目名			
②用法・用量			
③副作用・相互作用			
④効能・効果			
⑤入所中の薬物療法の推移（減薬・増薬の時期、その理由等を含む）			
⑥退院後、服薬状況が悪化するリスク			
⑦服薬期間（服薬スケジュール）			
⑧服用薬に関する照会・相談先			

問 8 認知症施策についてどの程度ご存知かについてお答えください。					
【選択肢】 1：よく知っている、2：聞いたことがある、3：ほとんど知らない					
①認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）	1	2	3		
②地域の認知症ケアパス	1	2	3		
③認知症サポート医	1	2	3		
④認知症地域支援推進員（認知症コーディネーター）	1	2	3		
⑤認知症初期集中支援チーム	1	2	3		
⑥認知症対応力向上研修	1	2	3		
⑦認知症サポーター	1	2	3		
問 9 認知症施策に対する薬剤師としての取り組み状況についてお答えください。					
【選択肢】 1：既に取り組んでいる、2：今後、取り組んでいきたい、3：今後も取り組む必要はない、 4：検討中、5：その他					
①認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の理解を深めること	1	2	3	4	5
②地域の認知症ケアパスの普及に取り組むこと	1	2	3	4	5
③認知症サポート医と連絡しあえる関係を築くこと	1	2	3	4	5
④認知症地域支援推進員（認知症コーディネーター）と連絡しあえる関係を築くこと	1	2	3	4	5
⑤認知症初期集中支援チームに参加すること	1	2	3	4	5
⑥認知症対応力向上研修を受講すること	1	2	3	4	5
⑦認知症サポーターになること	1	2	3	4	5

以上で終了です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

平成 29 年度老人保健健康増進等事業
介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査

ご回答方法

- ・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・数値を記入する設問で、該当なしは「○（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、平成 29 年 8 月 1 日現在の状況についてお答えください。

問 1 開設主体 (○は1つ)	01 医療法人 03 社会福祉法人	02 市区町村、広域連合、一部事務組合 04 その他
問 2 平成 29 年 7 月 1 カ月間の 新規入所者数（実人数）	（ ）人 うち、服薬を行っている入所者（ ）人	
問 3 介護報酬上の 届出(○は1つ)	01 在宅強化型 03 従来型	02 加算型 04 その他
問 4 医療機関併設の有無	01 病院	02 診療所 03 なし
問 5 調剤所の有無	01 有 02 無（ただし、併設医療機関有り） 03 無（併設医療機関無し）	
問 6 貴施設の職員数について、職種ごとに、常勤換算数で記入してください。 ※常勤換算数は、常勤専従者は1、常勤の兼務者や非常勤の者については「従事者の1週間の勤務延時間÷貴施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数」で計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上して下さい。常勤と非常勤の合計人数で記入して下さい。職種を兼務している場合は、勤務実態に応じて、按分して下さい。なお、配置はあるものの、計算上得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と記載して下さい。		
医師	. 人	薬剤師 . 人
看護職員	. 人	介護職員 . 人

以上で終了です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

平成 29 年度老人保健健康増進等事業 介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査

ご回答方法

- ・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・数値を記入する設問で、該当なしは「○（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、平成 29 年 8 月 1 日現在の状況についてお答えください。
- ・一般的に「服薬」とは内服薬の服用を意味しますが、本調査票では、「服薬」とは、内服薬の服用以外にも、外用薬や注射薬など、全ての薬を使用することとお考えください。

I ご回答者の基本情報についてお伺いします。

問 1 主たる診療科目（○は 1 つ）

- | | | | |
|----------------|----------------------|----------------|-----------------|
| 01 内科 | 02 外科 | 03 整形外科 | 04 脳神経外科 |
| 05 小児科 | 06 呼吸器科 | 07 消化器科 | 08 循環器科 |
| 09 精神科 | 10 眼科 | 11 皮膚科 | 12 耳鼻咽喉科 |
| 13 泌尿器科 | 14 リハビリテーション科 | 15 その他 | |

II あなたの業務における服薬に関する事項についてお伺いします。

問 2 新規入所者の背景等について、基本的に確認する事項についてお答えください。 （あてはまるもの全てに○）

<服薬に関する情報>

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 01 服薬状況 | 02 残薬の有無やその程度 |
| 03 服薬介助の要否 | 04 他の薬局の利用状況 |

<入所者の基本情報>

- | | |
|-----------------------|----------------|
| 05 疾患名 | 06 既往歴 |
| 07 アレルギー歴、副作用歴 | 08 検査値 |
| 09 栄養状況 | 10 嚥下能力 |

<入所者の状態>

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| 11 要支援・要介護度 | 12 認知症高齢者の日常生活自立度 |
| 13 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） | 14 ADL 区分 |

<入所者の周辺状況>

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 15 かかりつけ医の有無 | 16 かかりつけ薬剤師・薬局の有無 |
| 17 担当ケアマネジャーの有無 | 18 家族構成 |
| 19 居住場所 | |

問 3 新規入所者の服用薬に関して基本的に確認する事項についてお答えください。 （あてはまるもの全てに○）

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------|
| 01 全く又はほとんど確認することがない | |
| 02 品目名 | 03 用法・用量 |
| 04 薬剤服用歴（一般用医薬品等を除く） | 05 一般用医薬品等の服用歴 |
| 06 入所時（持参薬）の服薬期間（服薬スケジュール） | 07 持参薬の処方医療機関名 |
| 08 持参薬に関する照会・相談先 | |

問 4 問 2、問 3 の服薬に関する情報の確認方法について、次に示す選択肢の中からよくあてはまるものを最大 3 つお選びください。（よくあてはまるものに○。最大 3 つまで。）	
① 施設内の他職種が確認した結果報告を受ける	
② お薬手帳を自身で確認する	
③ 薬剤情報提供文書や診療情報提供文書の服用薬にかかる内容を自身で確認する	
④ ②、③以外の情報媒体を自身で確認する	
⑤ 入所者本人、家族等から口頭等で聴取する	
⑥ その他の方法により確認する	
⑦ 基本的に確認しない	

以上で終了です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

薬剤情報提供文書				お薬手帳																																																									
〇〇〇〇様にお渡ししたお薬 ■■■■■病院 医師名：●●●●● TEL：01-2345-6789 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">起</th> <th style="width: 10%;">朝</th> <th style="width: 10%;">昼</th> <th style="width: 10%;">夕</th> <th style="width: 10%;">夜</th> <th style="width: 30%;">薬効</th> <th style="width: 30%;">注意事項</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">〇〇〇〇△カプセル</td> <td colspan="5"></td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">ウイルスの増殖に関わる酵素の働きを阻害します。</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">因果関係は不明ですが、異常行動による事故が、おもに10代の未成年者にみられます。服用後の様子を、ご家族など周囲の方に注意をはらってもらおうとよいでしょう。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">朝夕食後 5日分</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">△△△△錠〇〇〇mg</td> <td colspan="5"></td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">炎症や熱、痛みをやわらげる解熱鎮痛薬です。</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">喘息やアレルギーのある人はご相談ください。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td colspan="5" style="text-align: center;">1回1錠 発熱時 3回分</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">△△△△錠〇〇〇mg「□□」</td> <td colspan="5"></td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">アレルギーや炎症反応に関わる物質の働きをやわらげ、のどの赤みや腫れを取り除くお薬です。</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">血液が溶けにくくなるので、血栓性の病気のある人は注意が必要です。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">1日3回 朝昼夕食後 5日分</td> </tr> </tbody> </table> ◆ お薬についてわからないことがありましたら、お気軽におたずねください。 ※ 右のQRコードをスマートフォンなどで読み取ると、今回処方されたお薬の情報を見ることができます。 ▲▲▲▲▲薬局 〒123-4567 東京都千代田区0-0-0 TEL：09-8765-4321 FAX：09-8765-4321 薬 剤 師 印 医 薬 花 子					起	朝	昼	夕	夜	薬効	注意事項	〇〇〇〇△カプセル						ウイルスの増殖に関わる酵素の働きを阻害します。	因果関係は不明ですが、異常行動による事故が、おもに10代の未成年者にみられます。服用後の様子を、ご家族など周囲の方に注意をはらってもらおうとよいでしょう。		1		1	朝夕食後 5日分		△△△△錠〇〇〇mg						炎症や熱、痛みをやわらげる解熱鎮痛薬です。	喘息やアレルギーのある人はご相談ください。		1回1錠 発熱時 3回分					△△△△錠〇〇〇mg「□□」						アレルギーや炎症反応に関わる物質の働きをやわらげ、のどの赤みや腫れを取り除くお薬です。	血液が溶けにくくなるので、血栓性の病気のある人は注意が必要です。		2	2	2	1日3回 朝昼夕食後 5日分		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">年 月 日</th> <th style="width: 85%;">おくすりの名前、飲み方、注意すること、医療機関名、薬局名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 100px; vertical-align: top;"> 〇〇 〇〇様 処方日 H29/04/21 医療機関 □□□□□□□□□□ 調剤日 H29/04/21 薬品名・用法 分量・日数【残薬】 【小児科】 ドライシロップ〇% 38.5度以上、痛みが強い時 8時間以上あけて1日3回まで 〇〇g【 】 疼痛・発熱時 5回分 〇〇薬局〇〇店 TEL：01-2345-6789 </td> <td style="vertical-align: top;"> 解熱剤の保管方法 解熱剤の使用期限は3ヶ月が目安です。粉薬は湿気が入らないよう乾燥剤と一緒にユニパックや缶に入れて、直接日光の当たらない涼しい場所に保管してください。 </td></tr></tbody></table>				年 月 日	おくすりの名前、飲み方、注意すること、医療機関名、薬局名	〇〇 〇〇様 処方日 H29/04/21 医療機関 □□□□□□□□□□ 調剤日 H29/04/21 薬品名・用法 分量・日数【残薬】 【小児科】 ドライシロップ〇% 38.5度以上、痛みが強い時 8時間以上あけて1日3回まで 〇〇g【 】 疼痛・発熱時 5回分 〇〇薬局〇〇店 TEL：01-2345-6789	解熱剤の保管方法 解熱剤の使用期限は3ヶ月が目安です。粉薬は湿気が入らないよう乾燥剤と一緒にユニパックや缶に入れて、直接日光の当たらない涼しい場所に保管してください。
	起	朝	昼	夕	夜	薬効	注意事項																																																						
〇〇〇〇△カプセル						ウイルスの増殖に関わる酵素の働きを阻害します。	因果関係は不明ですが、異常行動による事故が、おもに10代の未成年者にみられます。服用後の様子を、ご家族など周囲の方に注意をはらってもらおうとよいでしょう。																																																						
	1		1	朝夕食後 5日分																																																									
△△△△錠〇〇〇mg						炎症や熱、痛みをやわらげる解熱鎮痛薬です。	喘息やアレルギーのある人はご相談ください。																																																						
	1回1錠 発熱時 3回分																																																												
△△△△錠〇〇〇mg「□□」						アレルギーや炎症反応に関わる物質の働きをやわらげ、のどの赤みや腫れを取り除くお薬です。	血液が溶けにくくなるので、血栓性の病気のある人は注意が必要です。																																																						
	2	2	2	1日3回 朝昼夕食後 5日分																																																									
年 月 日	おくすりの名前、飲み方、注意すること、医療機関名、薬局名																																																												
〇〇 〇〇様 処方日 H29/04/21 医療機関 □□□□□□□□□□ 調剤日 H29/04/21 薬品名・用法 分量・日数【残薬】 【小児科】 ドライシロップ〇% 38.5度以上、痛みが強い時 8時間以上あけて1日3回まで 〇〇g【 】 疼痛・発熱時 5回分 〇〇薬局〇〇店 TEL：01-2345-6789	解熱剤の保管方法 解熱剤の使用期限は3ヶ月が目安です。粉薬は湿気が入らないよう乾燥剤と一緒にユニパックや缶に入れて、直接日光の当たらない涼しい場所に保管してください。																																																												

平成 29 年度老人保健健康増進等事業
介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査

ご回答方法

- ・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・数値を記入する設問で、該当なしは「○（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、平成 29 年 8 月 1 日現在の状況についてお答えください。
- ・一般的に「服薬」とは内服薬の服用を意味しますが、本調査票では、「服薬」とは、内服薬の服用以外にも、外用薬や注射薬など、全ての薬を使用することとお考えください。

・この調査票は薬剤師の方がお答えください。（勤務日等の関係で薬剤師によるご記入が難しい場合には、ご回答いただく必要はありませんので、「できない」に○を付けて御提出ください。）

以下の質問に回答 する / できない

I ご自身の薬剤師としての業務についてお伺いします。

問 1 薬剤師としての業務経験（通算）	01 5 年未満 03 10 年以上 20 年未満	02 5 年以上 10 年未満 04 20 年以上
問 2 介護老人保険施設以外での薬剤師としての職務経験についてお答えください。（あてはまるもの全てに○）（併設施設での職務も選択してください。）	01 薬局 03 診療所 05 行政 07 無し	02 病院 04 製薬企業 06 その他
問 3 新規入所者から服薬に関して基本的に情報収集する事項についてお答えください。（あてはまるもの全てに○） （服用薬に関しては次の問です。）		
<服薬に関する情報> 01 服薬状況 03 服薬介助の要否 02 残薬の有無やその程度 04 他の薬局の利用状況		
<入所者の基本情報> 05 疾患名 07 アレルギー歴、副作用歴 09 栄養状況 06 既往歴 08 検査値 10 嚥下能力		
<入所者の状態> 11 要介護度 13 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） 12 認知症高齢者の日常生活自立度 14 ADL 区分		
<入所者の周辺状況> 15 かかりつけ医の有無 17 家族構成 16 担当ケアマネジャーの有無 18 居住場所		
問 4 新規入所者から服用薬に関して基本的に情報収集する事項についてお答えください。（あてはまるもの全てに○）		
01 全く又はほとんど確認することがない		
02 品目名 04 薬剤服用歴（一般用医薬品等を除く） 06 入所時（持参薬）の服薬期間（服薬スケジュール） 08 持参薬に関する照会・相談先	03 用法・用量 05 一般用医薬品等の服用歴 07 持参薬の処方医療機関名	

問5 平成29年7月1カ月間における入所者数と、入所者に対し、入所時に薬剤師が実施している業務（①～⑮）の取組み対象者数をご記入ください。（①～⑮で重複カウント可。ただし、同じ入所者に対して同じ事項について複数対応した場合は1人としてカウントしてください。）		
ア) 平成29年7月1カ月間の新規入所者数	人	
イ) ア)のうち服薬している入所者数	人	
ウ) イ)のうちお薬手帳を持参した入所者数	人	
エ) イ)のうち薬剤情報提供文書を持参した入所者数	人	
オ) イ)のうちお薬手帳、薬剤情報提供文書以外の情報媒体を持参した入所者数	人	
	1) 薬剤師が実施	2) 薬剤師と他職種が協力して実施
①持参薬の品目・量・状態の確認	人	人
②持参薬の有効期限の確認	人	人
③持参薬の処方元医療機関の確認	人	人
④持参薬に関する重複投薬・相互作用の有無の確認	人	人
⑤持参薬の継続使用の是非を医師に提案	人	人
⑥多剤投薬の見直しを医師に提案	人	人
⑦より適切と考えられる剤形や用法変更を医師に提案	人	人
⑧施設内の採用薬への切替えを医師に提案	人	人
⑨検査の要否について医師に提案	人	人
⑩服薬状況の確認	人	人
⑪効果・副作用の有無の確認	人	人
⑫服薬指導	人	人
⑬薬物療法（処方内容）の継続や変更に関する施設内医師とかかりつけ医との事前調整	人	人
⑭施設内での薬物療法（処方内容）や服薬状況等の情報をおかかりつけ医やかかりつけ薬剤師と共有すること（実施予定を含む）	人	人
⑮施設内での薬物療法（処方内容）や服薬状況等の情報をケアマネジャーと共有すること（実施予定を含む）	人	人

問6 平成29年7月1カ月間において退所者本人、家族等に対して、退所時にどのような媒体で服薬情報を提供したか実績をお答えください。（服薬情報を提供した媒体は重複カウント可。）			
ア) 平成29年7月1カ月間の退所者数			人
イ) ア)のうち服薬している退所者数			人
①お薬手帳	人	②薬剤情報提供文書	人
③その他			人

問 7 平成 29 年 7 月 1 カ月間において退所者本人、家族等に対して、退所時に提供した服薬情報として該当する欄に○をつけてください。

回答例：①品目名、②用法・用量、④効能・効果をお薬手帳に記載して情報提供している場合には 1) の列の①、②、④の欄に○を付けてください。

	1) お薬手帳	2) 薬剤情報提供文書	3) その他
①品目名			
②用法・用量			
③副作用・相互作用			
④効能・効果			
⑤入所中の薬物療法の推移（減薬・増薬の時期、その理由等を含む）			
⑥退院後、服薬状況が悪化するリスク			
⑦服薬期間（服薬スケジュール）			
⑧服用薬に関する照会・相談先			

問 8 認知症施策についてどの程度ご存知かについてお答えください。

【選択肢】 1：よく知っている、2：聞いたことがある、3：ほとんど知らない

①認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）	1	2	3
②地域の認知症ケアパス	1	2	3
③認知症サポート医	1	2	3
④認知症地域支援推進員（認知症コーディネーター）	1	2	3
⑤認知症初期集中支援チーム	1	2	3
⑥認知症対応力向上研修	1	2	3
⑦認知症サポーター	1	2	3

問 9 認知症施策に対する薬剤師としての取り組み状況についてお答えください。

【選択肢】 1：既に取り組んでいる、2：今後、取り組んでいきたい、3：今後とも取り組む必要はない、4：検討中、5：その他

①認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の理解を深めること	1	2	3	4	5
②地域の認知症ケアパスの普及に取り組むこと	1	2	3	4	5
③認知症サポート医と連絡しあえる関係を築くこと	1	2	3	4	5
④認知症地域支援推進員（認知症コーディネーター）と連絡しあえる関係を築くこと	1	2	3	4	5
⑤認知症初期集中支援チームに参加すること	1	2	3	4	5
⑥認知症対応力向上研修を受講すること	1	2	3	4	5
⑦認知症サポーターになること	1	2	3	4	5

以上で終了です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

平成 29 年度老人保健健康増進等事業 介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査

ご回答方法

- ・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・数値を記入する設問で、該当なしは「○（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、平成 29 年 8 月 1 日現在の状況についてお答えください。
- ・本調査票において「調査日」は、原則、平成 29 年 8 月 28 日でお願いいたしますが、調査日が休業もしくは半日のみの開院などの場合や、診療所のやむを得ないご事情がある場合には、終日開院している 8 月 28 日に最も近い日を「調査日」としてお答えください。
- ・一般的に「服薬」とは内服薬の服用を意味しますが、本調査票では、「服薬」とは、内服薬の服用以外にも、外用薬や注射薬など、全ての薬を使用することとお考えください。

I 貴施設の基本情報についてお伺いします。

問 1 平成 29 年 7 月 1 カ月間における処方料、処方せん料の算定状況についてお答えください。

① 処方料	回	② 処方せん料	回
-------	---	---------	---

問 2 平成 29 年 7 月 1 カ月間の医師による居宅療養管理指導の算定回数・実人数

回	人
---	---

問 3 調査日の外来患者数（訪問診療・往診の対象患者を除く。以下においても同様）	人
うち、65 歳以上の外来患者数	人
うち、要支援又は要介護認定者数	人

問 4 貴施設における職員数（常勤換算）について、職種別にご記入ください。常勤換算の方法は欄外をご覧ください。

医師	人	薬剤師	人	看護師	人	准看護師	人	その他	人
----	---	-----	---	-----	---	------	---	-----	---

※常勤換算数は、常勤専従者は 1、常勤の兼務者や非常勤の者については「従事者の 1 週間の勤務延時間÷貴施設において常勤の従事者が勤務すべき 1 週間の時間数」で計算し、小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで計上して下さい。常勤と非常勤の合計人数で記入して下さい。職種を兼務している場合や他の病棟等を兼務している場合は、勤務実態に応じて、按分して下さい。従事者がいる場合で、得られた結果が 0.1 に満たない場合は、「0.1」と記載してください。

問 5 主要診療科目（主要診療科を必ず 1 つ記載。診療科が複数ある場合は患者数の多い診療科を選択ください。（○は 1 つ））

02 内科	02 外科	03 整形外科	04 脳神経外科
05 小児科	06 呼吸器科	07 消化器科	08 循環器科
09 精神科	10 眼科	11 皮膚科	12 耳鼻咽喉科
13 泌尿器科	14 リハビリテーション科	15 その他	

II 外来の要支援又は要介護認定者に関する事項についてお伺いします。

問 6 外来の要支援又は要介護認定者（以下、要介護者等）である方の背景等について、基本的に確認する事項についてお答えください。（あてはまるもの全てに○）

<服薬に関する情報>

- | | |
|------------|---------------|
| 01 服薬状況 | 02 残薬の有無やその程度 |
| 03 服薬介助の要否 | 04 他の薬局の利用状況 |

<要介護者等の基本情報>

- | | |
|----------------|---------|
| 05 疾患名 | 06 既往歴 |
| 07 アレルギー歴、副作用歴 | 08 検査値 |
| 09 栄養状況 | 10 嚥下能力 |

<要介護者等の状態>

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| 11 要支援・要介護度 | 12 認知症高齢者の日常生活自立度 |
| 13 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） | 14 ADL 区分 |

<要介護者等の周辺状況>

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 15 かかりつけ医の有無 | 16 かかりつけ薬剤師・薬局の有無 |
| 17 担当ケアマネジャーの有無 | 18 家族構成 |
| 19 居住場所 | |

問 7 外来の要介護者等である方の現在の服用薬に関して基本的に確認する事項についてお答えください。(あてはまるもの全てに○)	
01 全く又はほとんど確認することがない	
02 品目名	03 用法・用量
04 薬剤服用歴(一般用医薬品等を除く)	05 一般用医薬品等の服用歴
06 服薬期間(服薬スケジュール)	07 処方医療機関名
08 服用薬に関する照会・相談先	09 その他
問 8 調査日において、服薬情報を確認した外来の要介護者等である方の人数を、本人や家族等からの情報の確認方法別にお答えください。(重複カウント可)	
特に確認しなかった	人
不明	人
① 口頭等での聴取	人
② お薬手帳を用いて確認	人
③ 薬剤情報提供文書を用いて確認	人
④ ②、③以外の情報媒体を用いて確認	人
⑤ その他の方法を用いて確認	人
問 9 調査日において、服薬情報に関して医師から地域他職種(貴診療所外他職種)に対して確認・情報収集等を行った外来の要介護者等である方の人数をお答えください。(重複カウント可)	
本人、家族等以外からは特に確認・情報収集していない	人
①薬剤師	人
②看護職員	人
③介護職員	人
④ケアマネジャー	人

Ⅲ 介護分野で薬剤師に期待することについてお伺いします。

問 10 日常的な薬物療法以外で、介護分野で薬剤師に期待することについてお答えください。(○は1つ) (1:そう思う、2:ややそう思う、3:あまりそう思わない、4:ほとんど・全くそう思わない)				
①地域ケア会議、多職種連携会議等の地域の多職種が集まる会議に参加すること	1	2	3	4
②サービス担当者会議に参加すること	1	2	3	4
③地域内他職種と顔の見える関係を築くこと	1	2	3	4
④介護に対する理解・知識を充実させること	1	2	3	4
⑤要支援・要介護高齢者向けのセミナーや勉強会を開催し、薬に関する注意点等の紹介や薬剤師の取組みについて普及啓発すること	1	2	3	4
⑥介護に関わるセミナー・講演会で他職種向けに地域内での薬剤師の取組みを周知すること	1	2	3	4
問 11 認知症施策において薬剤師に期待することについてお答えください。(○は1つ) (1:そう思う、2:ややそう思う、3:あまりそう思わない、4:ほとんど・全くそう思わない)				
①認知症対応力向上研修を受講する等、認知症に対する理解・知識を充実させること	1	2	3	4
②地域の認知症ケアパスの普及に取り組むこと	1	2	3	4
③認知症地域支援推進員(認知症コーディネーター)と連絡しあえる関係を築くこと	1	2	3	4
④認知症サポート医と連絡しあえる関係を築くこと	1	2	3	4
⑤認知症初期集中支援チームに参加すること	1	2	3	4

以上で終了です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

薬剤情報提供文書				お薬手帳																																																																																
〇〇〇〇様にお渡ししたお薬 ■■■■■病院 医師名：●●●●● TEL：01-2345-6789 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">起</th> <th style="width: 10%;">朝</th> <th style="width: 10%;">昼</th> <th style="width: 10%;">夕</th> <th style="width: 10%;">夜</th> <th style="width: 30%;">薬効</th> <th style="width: 30%;">注意事項</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">〇〇〇〇△カプセル</td> <td colspan="5"></td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">ウイルスの増殖に関わる酵素の働きを阻害します。</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">因果関係は不明ですが、異常行動による事故が、おもに10代の未成年者にみられます。服用後の様子を、ご家族など周囲の方に注意をはらってもらおうとよいでしょう。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">1日3回 朝夕食後 5日分</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">△△△△錠〇〇〇mg</td> <td colspan="5"></td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">炎症や熱、痛みをやわらげる解熱鎮痛薬です。</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">喘息やアレルギーのある人はご相談ください。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">1回1錠 発熱時 3回分</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">△△△△錠〇〇〇mg「□□」</td> <td colspan="5"></td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">アレルギーや炎症反応に関わる物質の働きをやわらげ、のどの赤みや腫れを取り除くお薬です。</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">血液が溶けにくくなるので、血栓性の病気のある人は注意が必要です。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">1日3回 朝昼夕食後 5日分</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> ◆ お薬についてわからないことがありましたら、お気軽におたずねください。 ※ 右のQRコードをスマートフォンなどで読み取ると、今回処方されたお薬の情報を見ることができます。 ▲▲▲▲薬局 〒123-4567 東京都千代田区〇-〇-〇 TEL：09-8765-4321 FAX：09-8765-4321 薬 剤 師 印 医 薬 花 子					起	朝	昼	夕	夜	薬効	注意事項	〇〇〇〇△カプセル						ウイルスの増殖に関わる酵素の働きを阻害します。	因果関係は不明ですが、異常行動による事故が、おもに10代の未成年者にみられます。服用後の様子を、ご家族など周囲の方に注意をはらってもらおうとよいでしょう。		1		1			1日3回 朝夕食後 5日分								△△△△錠〇〇〇mg						炎症や熱、痛みをやわらげる解熱鎮痛薬です。	喘息やアレルギーのある人はご相談ください。							1回1錠 発熱時 3回分								△△△△錠〇〇〇mg「□□」						アレルギーや炎症反応に関わる物質の働きをやわらげ、のどの赤みや腫れを取り除くお薬です。	血液が溶けにくくなるので、血栓性の病気のある人は注意が必要です。							1日3回 朝昼夕食後 5日分								<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">年 月 日</th> <th style="width: 85%;">おくすりの名前、飲み方、注意すること、医療機関名、薬局名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 100px; vertical-align: top;"> 〇〇 〇〇様 処方日 H29/04/21 調剤日 H29/04/21 09-1234-5678 医療機関 □□□□□□□□□□ 分量・日数【残薬】 【小児科】 ドライシロップ〇% 38.5度以上、痛みが強い時 8時間以上あけて1日3回まで 〇〇g【 】 疼痛・発熱時 5回分 〇〇薬局〇〇店 TEL：01-2345-6789 </td></tr></tbody></table>				年 月 日	おくすりの名前、飲み方、注意すること、医療機関名、薬局名	〇〇 〇〇様 処方日 H29/04/21 調剤日 H29/04/21 09-1234-5678 医療機関 □□□□□□□□□□ 分量・日数【残薬】 【小児科】 ドライシロップ〇% 38.5度以上、痛みが強い時 8時間以上あけて1日3回まで 〇〇g【 】 疼痛・発熱時 5回分 〇〇薬局〇〇店 TEL：01-2345-6789
	起	朝	昼	夕	夜	薬効	注意事項																																																																													
〇〇〇〇△カプセル						ウイルスの増殖に関わる酵素の働きを阻害します。	因果関係は不明ですが、異常行動による事故が、おもに10代の未成年者にみられます。服用後の様子を、ご家族など周囲の方に注意をはらってもらおうとよいでしょう。																																																																													
	1		1																																																																																	
1日3回 朝夕食後 5日分																																																																																				
△△△△錠〇〇〇mg						炎症や熱、痛みをやわらげる解熱鎮痛薬です。	喘息やアレルギーのある人はご相談ください。																																																																													
1回1錠 発熱時 3回分																																																																																				
△△△△錠〇〇〇mg「□□」						アレルギーや炎症反応に関わる物質の働きをやわらげ、のどの赤みや腫れを取り除くお薬です。	血液が溶けにくくなるので、血栓性の病気のある人は注意が必要です。																																																																													
1日3回 朝昼夕食後 5日分																																																																																				
年 月 日	おくすりの名前、飲み方、注意すること、医療機関名、薬局名																																																																																			
〇〇 〇〇様 処方日 H29/04/21 調剤日 H29/04/21 09-1234-5678 医療機関 □□□□□□□□□□ 分量・日数【残薬】 【小児科】 ドライシロップ〇% 38.5度以上、痛みが強い時 8時間以上あけて1日3回まで 〇〇g【 】 疼痛・発熱時 5回分 〇〇薬局〇〇店 TEL：01-2345-6789																																																																																				

解熱剤の保管方法

解熱剤の使用期限は3ヶ月が目安です。粉薬は湿気が入らないよう乾燥剤と一緒にユニパックや缶に入れて、直接日光の当たらない涼しい場所に保管してください。

平成 29 年度老人保健健康増進等事業
介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査

ご回答方法

- ・特に断りのない限り、所属する事業所の状況ではなく、ご自身の経験や考え方に基づきお答えください。
- ・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・数値を記入する設問で、該当なしは「○（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、平成29年8月1日現在の状況についてお答えください。
- ・一般的に「服薬」とは内服薬の服用を意味しますが、本調査票では、「服薬」とは、内服薬の服用以外にも、外用薬や注射薬など、全ての薬を使用することとお考えください。

I ご回答者の基本情報についてお伺いします。

問 1	居宅介護支援専門員以外の専門資格（あてはまるもの全てに○）	01 医師・歯科医師 02 薬剤師 03 看護師・准看護師 04 PT、OT、ST 05 介護福祉士 06 社会福祉士 07 精神保健福祉士 08 その他 09 無し
問 2	居宅介護支援専門員としての業務を行う際に、服薬状況について基本的に確認する利用者は全体のうちどの程度いますか。（○は1つ）	01 ほぼ全ての利用者について確認する 02 一部の利用者について確認する 03 ほとんど・全ての利用者について確認しない
問 3	平成 29 年 7 月 1 か月間における担当利用者数及び利用者の服薬について意識・注意等をしている利用者数	担当利用者 人 うち 利用者の服薬について意識・注意等をしている利用者 人

Ⅱ 介護分野において薬剤師に期待することについて伺います。

問 4 日常的な薬物療法以外で、介護分野において薬剤師に期待することについてお答えください。(○は1つ) (1:そう思う、2:ややそう思う、3:あまりそう思わない、4:ほとんど・全くそう思わない)				
①地域ケア会議、多職種連携会議等の地域の多職種が集まる会議に参加すること	1	2	3	4
②サービス担当者会議に参加すること	1	2	3	4
③地域内の他職種と顔の見える関係を築くこと	1	2	3	4
④介護に対する理解・知識を充実させること	1	2	3	4
⑤要支援・要介護高齢者向けのセミナー・勉強会を開催し、薬に関する注意点等の紹介や薬剤師の取組みについて普及啓発すること	1	2	3	4
⑥介護に関わるセミナー・講演会で他職種向けに地域内での薬剤師の取組みを周知すること	1	2	3	4
問 5 認知症施策において薬剤師に期待することについてお答えください。(○は1つ) (1:そう思う、2:ややそう思う、3:あまりそう思わない、4:ほとんど・全くそう思わない)				
①認知症対応力向上研修を受講する等、認知症に対する理解・知識を充実させること	1	2	3	4
②地域の認知症ケアパスの普及に取り組むこと	1	2	3	4
③認知症地域支援推進員(認知症コーディネーター)と連絡しあえる関係を築くこと	1	2	3	4
④認知症サポート医と連絡しあえる関係を築くこと	1	2	3	4
⑤認知症初期集中支援チームに参加すること	1	2	3	4

〔次のページは問2で01又は02を選択された方がご回答ください〕

Ⅲ ご自身の業務における服薬に関する事項についてお伺いします。

問6 利用者の患者背景等について、基本的に確認する事項についてお答えください。(あてはまるもの全てに○)

＜服薬に関する情報＞	
01 服薬状況	02 残薬の有無やその程度
03 服薬介助の要否	04 他の薬局の利用状況
＜患者の基本情報＞	
05 疾患名	06 既往歴
07 アレルギー歴、副作用歴	08 検査値
09 栄養状況	10 嚥下能力
＜患者の状態＞	
11 要支援・要介護度	12 認知症高齢者の日常生活自立度
13 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	14 ADL 区分
＜患者の周辺状況＞	
15 かかりつけ医の有無	16 かかりつけ薬剤師・薬局の有無
17 家族構成	18 居住場所

問7 利用者の服用薬に関して基本的に確認する事項についてお答えください。(あてはまるもの全てに○)

01 全く又はほとんど確認することがない	
02 品目名	03 用法・用量
04 副作用・相互作用	05 効能・効果
06 薬剤服用歴（一般用医薬品等を除く）	07 一般用医薬品等の服用歴
08 服薬期間（服薬スケジュール）	09 処方医療機関名
10 服用薬に関する照会・相談先	11 その他

問8 担当の利用者の服薬状況について、平成29年7月1カ月間に本人、家族等に確認した方法及び他職種への確認・相談の実績をお答えください。(重複カウント可。)

1) 本人、家族等に以下の方法で確認した利用者数		2) 以下の職種へ確認・相談した利用者数	
① 口頭等での聴取	人	① 医師	人
② お薬手帳を確認	人	② 薬剤師又は薬剤師を通じて医師	人
③ 薬剤情報提供文書を確認	人	③ 看護職員又は看護職員を通じて医師	人
④ ②、③以外の情報媒体を確認	人	④ 介護職員	人
⑤ その他の方法による確認	人	⑤ その他の職種	人

問9 担当の利用者の服薬状況について、平成29年7月1カ月間に本人、家族等から相談のあった利用者及びご自身が心配・不安に思う利用者の実人数をお答えください。(重複カウント可。ただし、同じ利用者について①～⑧の中で同じ事項について、複数回相談があった場合や心配・不安に思った場合は1人としてカウントしてください。)

	1) 左記事項について、相談のあった利用者の実人数	2) 左記事項について、ご自身が心配・不安に思った利用者の実人数
① 過剰に服薬していること	人	人
② 服用し忘れて余ること	人	人
③ (嚥下力が弱くなった、錠剤が大きい等) 飲み込みにくいこと	人	人
④ 服用回数が多すぎる(生活のリズムに合わないこと)	人	人
⑤ 服用錠数や種類が多すぎる	人	人
⑥ 服薬スケジュールを把握しきれないこと	人	人
⑦ 服薬介助の要否	人	人
⑧ 副作用の発生の有無や副作用に対する不安	人	人

以上で終了です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

《ご参考：薬剤情報提供文書とお薬手帳のイメージ》

薬剤情報提供文書

〇〇〇〇様にお渡ししたお薬

■■■■■ 病院

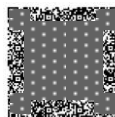
醫師名：●●●●

TEL : 01-2345-6789

起					朝					昼					夕					寝					薬効										注意事項																								
〇〇〇〇カプセル																				ウイルスの増殖に関わる酵素の働きを阻害します。																				因果関係は不明ですが、異常行動による事故が、おもに10代の未成年者にみられます。服用後の様子を、ご家族など周囲の方に注意をはらってもらうとよいでしょう。																			
		1					1					1日3回 朝夕食後																																															
		△△△△錠〇〇〇mg																				炎症や熱、痛みをやわげる解熱鎮痛薬です。																				喘息やアレルギーのある人はご相談ください。																	
		1回1錠 発熱時										3回分																																															
		△△△△錠〇〇〇mg「□□」																				アレルギーや炎症反応に関わる物質の働きをやわらげ、のどの赤みや腫れを取り除くお薬です。																				血液が溶けにくくなるので、血栓性の病気のある人は注意が必要です。																	
		2					2					2					1日3回 朝昼夕食後																																										

◆ お薬についてわからないことがありましたら、お気軽におたずねください。

※ 右の QR コードをスマートフォンなどで読み取ると、
今回処方されたお薬の情報を見ることができます。



▲▲▲▲藥局

〒123-4567 東京都千代田区 〇-〇-〇
TEL : 09-8765-4321 FAX : 09-8765-4321

藥劑師印



お薬手帳

年 月 日	おくすりの名前、飲み方、注意すること、医療機関名、薬局名		
〇〇 〇〇様	処方日	H29/04/21	
	調剤日	H29/04/21	
		09-1234-5678	
医療機関 □□□□□□□□□□			
薬品名・用法	分量・日数【残薬】		
【小児科】 ドライシロップ〇% 38.5度以上、痛みが強い時 8時間以上あけて1日3回まで	〇〇g【 】		
疼痛・発熱時	5回分		
〇〇薬局〇〇店	TEL : 01-2345-6789		
..... 解熱剤の保管方法 解熱剤の使用期限は3ヶ月が目安です。粉 薬は湿気が入らないよう乾燥剤と一緒にユ ニパックや缶に入れて、直接日光の当たら ない涼しい場所に保管してください。 			
〇〇 〇〇様	処方日	H29/04/24	
	調剤日	H29/04/24	
		09-1234-5678	
医療機関 ○○○○○○○○○○			
薬品名・用法	分量・日数【残薬】		
【小児科】 カルボシステイン〇% 一般名：カルボシステインシロップ用 ドライシロップ小児用 一般名：アンゾロキソール塩酸塩シロップ用 毎食後	〇〇g【 】 〇〇g【 】 5日分		
セフジトレンピボキシル〇%小児用 代替元：○○○○ 毎食後	〇〇g【 】 5日分		
○○○○テープ 0.5mg 1回1枚 背中貼る 1日1回 貼ってください	7枚【 】		
〇〇薬局〇〇店	TEL : 01-2345-6789		

平成 29 年度老人保健健康増進等事業
介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査

ご回答方法

- ・特に断りのない限り、所属する事業所の状況ではなく、ご自身の経験や考え方に基づきお答えください。
- ・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・数値を記入する設問で、該当なしは「○（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、平成 29 年 8 月 1 日現在の状況についてお答えください。
- ・一般的に「服薬」とは内服薬の服用を意味しますが、本調査票では、「服薬」とは、内服薬の服用以外にも、外用薬や注射薬など、全ての薬を使用することとお考えください。

I ご回答者の基本情報についてお伺いします。

問 1 資格（あてはまるもの全てに○）	01 看護師	02 准看護師
問 2 所属先（○は 1 つ）	01 訪問看護ステーション	02 通所介護事業所
	03 短期入所生活介護事業所	
問 3 看護職員としての業務を行う際に、服薬状況について基本的に確認する利用者は全体のうちどの程度いますか。（○は 1 つ）	01 ほぼ全ての利用者について確認する	
	02 一部の利用者について確認する	
	03 ほとんど・全ての利用者について確認しない	
問 4 平成 29 年 7 月 1 か月間における担当利用者数及び利用者の服薬について意識・注意等をしている利用者数	担当利用者 人	
	うち 利用者の服薬について意識・注意等をしている利用者 人	

II 介護分野において薬剤師に期待することについてお伺いします。

問 5 日常的な薬物療法以外で、介護分野において薬剤師に期待することについてお答えください。（○は 1 つ） （1：そう思う、2：ややそう思う、3：あまりそう思わない、4：ほとんど・全くそう思わない）	
①地域ケア会議、多職種連携会議等の地域の多職種が集まる会議に参加すること	1 2 3 4
②サービス担当者会議に参加すること	1 2 3 4
③地域内の他職種と顔の見える関係を築くこと	1 2 3 4
④介護に対する理解・知識を充実させること	1 2 3 4
⑤要支援・要介護高齢者向けのセミナー・勉強会を開催し、薬に関する注意点等の紹介や薬剤師の取組みについて普及啓発すること	1 2 3 4
⑥介護に関わるセミナー・講演会で他職種向けに地域内での薬剤師の取組みを周知すること	1 2 3 4
問 6 認知症施策において薬剤師に期待することについてお答えください。（○は 1 つ） （1：そう思う、2：ややそう思う、3：あまりそう思わない、4：ほとんど・全くそう思わない）	
①認知症対応力向上研修を受講する等、認知症に対する理解・知識を充実させること	1 2 3 4
②地域の認知症ケアパスの普及に取り組むこと	1 2 3 4
③認知症地域支援推進員（認知症コーディネーター）と連絡しあえる関係を築くこと	1 2 3 4
④認知症サポート医と連絡しあえる関係を築くこと	1 2 3 4
⑤認知症初期集中支援チームに参加すること	1 2 3 4

〔次のページは問 3 で 01 又は 02 を選択された方がご回答ください〕

Ⅲ ご自身の業務における服薬に関する事項についてお伺いします。

問 7 利用者の背景等について、基本的に確認する事項についてお答えください。（あてはまるもの全てに○）

＜服薬に関する情報＞

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 01 服薬状況 | 02 残薬の有無やその程度 |
| 03 服薬介助の要否 | 04 他の薬局の利用状況 |

＜利用者の基本情報＞

- | | |
|-----------------------|----------------|
| 05 疾患名 | 06 既往歴 |
| 07 アレルギー歴、副作用歴 | 08 検査値 |
| 09 栄養状況 | 10 嚥下能力 |

＜利用者の状態＞

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| 11 要支援・要介護度 | 12 認知症高齢者の日常生活自立度 |
| 13 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） | 14 ADL 区分 |

＜利用者の周辺状況＞

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 15 かかりつけ医の有無 | 16 かかりつけ薬剤師・薬局の有無 |
| 17 担当ケアマネジャーの有無 | 18 家族構成 |
| 19 居住場所 | |

問 8 利用者の服用薬に関して基本的に確認する事項についてお答えください。（あてはまるもの全てに○）

01 全く又はほとんど確認することがない

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| 02 品目名 | 03 用法・用量 |
| 04 副作用・相互作用 | 05 効能・効果 |
| 06 薬剤服用歴（一般用医薬品等を除く） | 07 一般用医薬品等の服用歴 |
| 08 服薬期間（服薬スケジュール） | 09 処方医療機関名 |
| 10 服用薬に関する照会・相談先 | 11 その他 |

問 9 担当の利用者の服薬状況について、平成 29 年 7 月 1 カ月間に本人、家族等に確認した方法及び他職種への確認・相談の実績をお答えください。（重複カウント可）

1) 本人、家族等に以下の方法で確認した利用者数		2) 以下の職種へ確認・相談した利用者数	
① 口頭等での聴取	人	① 医師	人
② お薬手帳を確認	人	② 薬剤師又は薬剤師を通じて医師	人
③ 薬剤情報提供文書を確認	人	③ 介護職員	人
④ ②、③以外の情報媒体を確認	人	④ その他の職種	人
⑤ その他の方法による確認	人		人

問 10 担当の利用者の服薬状況について、平成 29 年 7 月 1 カ月間に本人、家族等から相談のあった利用者及びご自身が心配・不安に思う利用者の実人数をお答えください。（重複カウント可。ただし、同じ利用者について①～⑧の中で同じ事項について、複数回相談があった場合や心配・不安に思った場合は 1 人としてカウントしてください。）

	1) 左記事項について、相談のあった利用者の実人数	2) 左記事項について、ご自身が心配・不安に思った利用者の実人数
①過剰に服薬していること	人	人
②服用し忘れて余ること	人	人
③（嚥下力が弱くなった、錠剤が大きい等）飲み込みにくいこと	人	人
④服用回数が多すぎる（生活のリズムに合わないこと）	人	人
⑤服用錠数や種類数が多すぎる	人	人
⑥服薬スケジュールを把握しきれないこと	人	人
⑦服薬介助の要否	人	人
⑧副作用の発生の有無や副作用に対する不安	人	人

以上で終了です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

《ご参考：薬剤情報提供文書とお薬手帳のイメージ》

藥劑情報提供文書

〇〇〇〇様にお渡ししたお薬

■■■■■ 病院

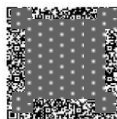
醫師名：●●●●

TEL : 01-2345-6789

					起	朝	昼	夕	寝	薬効	注意事項
〇〇〇〇カプセル										ウイルスの増殖に関わる酵素の働きを阻害します。	因果関係は不明ですが、異常行動による事故が、おもに10代の未成年者にみられます。服用後の様子を、ご家族など周囲の方に注意をはらってもらとうよいでしょう。
1日3回 朝夕食後 5日分											
△△△△錠〇〇〇mg										炎症や熱、痛みをやわげる解熱鎮痛薬です。	喘息やアレルギーのある人はご相談ください。
1回1錠 発熱時 3回分											
△△△△錠〇〇〇mg「□□□」										アレルギーや炎症反応に関わる物質の働きをやわらげ、のどの赤みや腫れを取り除くお薬です。	血液が溶けにくくなるので、血栓性の病気のある人は注意が必要です。
1日3回 朝昼夕食後 5日分											

◆ お薬についてわからないことがありましたら、お気軽におたずねください。

※ 右の QR コードをスマートフォンなどで読み取ると、
今回処方されたお薬の情報を見ることができます。



▲▲▲▲藥局

〒123-4567 東京都千代田区 〇-〇-〇
TEL : 09-8765-4321 FAX : 09-8765-4321

藥劑師印

花子
薬医

お薬手帳

年 月 日	おくすりの名前、飲み方、注意すること、医療機関名、薬局名		
〇〇 〇〇様	処方日	H29/04/21	
	調剤日	H29/04/21	
		09-1234-5678	
医療機関 □□□□□□□□			
薬品名・用法	分量・日数【残薬】		
【小児科】 ドライシロップ〇% 38.5度以上、痛みが強い時 8時間以上あけて1日3回まで	〇〇g【 】		
疼痛・発熱時	5回分		
〇〇薬局〇〇店	TEL : 01-2345-6789		
解熱剤の保管方法 解熱剤の使用期限は3ヶ月が目安です。粉 薬は湿気が入らないよう乾燥剤と一緒にユ ニパックや缶に入れて、直接日光の当たら ない涼しい場所に保管してください。			
〇〇 〇〇様	処方日	H29/04/24	
	調剤日	H29/04/24	
		09-1234-5678	
医療機関 ○○○○○○○○			
薬品名・用法	分量・日数【残薬】		
【小児科】 カルボシステイン〇% 一般名：カルボシステインシロップ用 ドライシロップ小児用 一般名：アンゾロキソール塩酸塩シロップ用 毎食後	〇〇g【 】 〇〇g【 】 5日分		
セフジトレンビボキシル〇%小児用 代替元：○○○○ 毎食後	〇〇g【 】 5日分		
〇〇〇〇テープ 0.5mg 1回1枚 背中貼る 1日1回 貼ってください	7枚【 】		
〇〇薬局〇〇店	TEL : 01-2345-6789		

平成 29 年度老人保健健康増進等事業 介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査

ご回答方法

- ・特に断りのない限り、所属する事業所の状況ではなく、ご自身の経験や考え方に基づきお答えください。
- ・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・数値を記入する設問で、該当なしは「○（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、平成 29 年 8 月 1 日現在の状況についてお答えください。
- ・一般的に「服薬」とは内服薬の服用を意味しますが、本調査票では、「服薬」とは、内服薬の服用以外にも、外用薬や注射薬など、全ての薬を使用することとお考えください。

I ご回答者の基本情報についてお伺いします。

問 1 資格（あてはまるもの全てに○）	01 介護福祉士 03 介護職員初任者研修修了者 05 旧訪問介護員 1 級又は 2 級課程修了者	02 実務者研修修了者 04 旧介護職員基礎研修修了者
問 2 所属先（○は 1 つ）	01 訪問介護事業所 03 短期入所生活介護事業所	02 通所介護事業所
問 3 介護職員としての業務を行う際に、服薬状況について基本的に確認する利用者は全体のうちのどの程度いますか。（○は 1 つ）	01 ほぼ全ての利用者について確認する 02 一部の利用者について確認する 03 ほとんど・全ての利用者について確認しない	
問 4 平成 29 年 7 月 1 ヶ月間における担当利用者数及び利用者の服薬について意識・注意等をしている利用者数	担当利用者 人 うち 利用者の服薬について意識・注意等をしている利用者 人	

II 介護分野において薬剤師に期待することについてお伺いします。

問 5 日常的な薬物療法以外で、介護分野において薬剤師に期待することについてお答えください。（○は 1 つ） （1：そう思う、2：ややそう思う、3：あまりそう思わない、4：ほとんど・全くそう思わない）				
①地域ケア会議、多職種連携会議等の地域の多職種が集まる会議に参加すること	1	2	3	4
②サービス担当者会議に参加すること	1	2	3	4
③地域内の他職種と顔の見える関係を築くこと	1	2	3	4
④介護に対する理解・知識を充実させること	1	2	3	4
⑤要支援・要介護高齢者向けのセミナー・勉強会を開催し、薬に関する注意点等の紹介や薬剤師の取組みについて普及啓発すること	1	2	3	4
⑥介護に関わるセミナー・講演会で他職種向けに地域内での薬剤師の取組みを周知すること	1	2	3	4
問 6 認知症施策において薬剤師に期待することについてお答えください。（○は 1 つ） （1：そう思う、2：ややそう思う、3：あまりそう思わない、4：ほとんど・全くそう思わない）				
①認知症対応力向上研修を受講する等、認知症に対する理解・知識を充実させること	1	2	3	4
②地域の認知症ケアパスの普及に取り組むこと	1	2	3	4
③認知症地域支援推進員（認知症コーディネーター）と連絡しあえる関係を築くこと	1	2	3	4
④認知症サポート医と連絡しあえる関係を築くこと	1	2	3	4
⑤認知症初期集中支援チームに参加すること	1	2	3	4

〔次のページは問 3 で 01 又は 02 を選択された方がご回答ください〕

Ⅲ ご自身の業務における服薬に関する事項についてお伺いします。

問 7 利用者の背景等について、基本的に確認する事項についてお答えください。（あてはまるもの全てに○）

＜服薬に関する情報＞	
01 服薬状況	02 残薬の有無やその程度
03 服薬介助の要否	04 他の薬局の利用状況
＜利用者の基本情報＞	
05 疾患名	06 既往歴
07 アレルギー歴、副作用歴	08 検査値
09 栄養状況	10 嚥下能力
＜利用者の状態＞	
11 要支援・要介護度	12 認知症高齢者の日常生活自立度
13 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	14 ADL 区分
＜利用者の周辺状況＞	
15 かかりつけ医の有無	16 かかりつけ薬剤師・薬局の有無
17 担当ケアマネジャーの有無	18 家族構成
19 居住場所	

問 8 利用者の服用薬に関して基本的に確認する事項についてお答えください。（あてはまるもの全てに○）

01 全く又はほとんど確認することがない	
02 品目名	03 用法・用量
04 副作用・相互作用	05 効能・効果
06 薬剤服用歴（一般用医薬品等を除く）	07 一般用医薬品等の服用歴
08 服薬期間（服薬スケジュール）	09 処方医療機関名
10 服用薬に関する照会・相談先	11 その他

問 9 担当の利用者の服薬状況について、平成 29 年 7 月 1 カ月間に本人、家族等に確認した方法及び他職種への確認・相談の実績をお答えください。（重複カウント可。）

1) 本人、家族等に以下の方法で確認した利用者数		2) 以下の職種へ確認・相談した利用者数	
① 口頭等での聴取	人	① 医師	人
② お薬手帳を確認	人	② 薬剤師又は薬剤師を通じて医師	人
③ 薬剤情報提供文書を確認	人	③ 看護職員	人
④ ②、③以外の情報媒体を確認	人	④ その他	人
⑤ その他の方法による確認	人		人

問 10 担当の利用者の服薬状況について、平成 29 年 7 月 1 カ月間に本人、家族等から相談のあった利用者及びご自身が心配・不安に思う利用者の実人数をお答えください。（重複カウント可。ただし、同じ利用者について①～⑧の中で同じ事項について、複数回相談があった場合や心配・不安に思った場合は 1 人としてカウントしてください。）

	1) 左記事項について、相談のあった利用者の実人数	2) 左記事項について、ご自身が心配・不安に思った利用者の実人数
①過剰に服薬していること	人	人
②服用し忘れて余ること	人	人
③（嚥下力が弱くなった、錠剤が大きい等）飲み込みにくいこと	人	人
④服用回数が多すぎる（生活のリズムに合わないこと）	人	人
⑤服用錠数や種類数が多すぎる	人	人
⑥服薬スケジュールを把握しきれないこと	人	人
⑦服薬介助の要否	人	人
⑧副作用の発生の有無や副作用に対する不安	人	人

以上で終了です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

《ご参考：薬剤情報提供文書とお薬手帳のイメージ》

薬剤情報提供文書

〇〇〇〇様にお渡ししたお薬

■■■■■ 病院

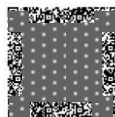
醫師名：●●●●

TEL : 01-2345-6789

起					朝					昼					夕					寝					薬効										注意事項									
〇〇〇〇カプセル																				ウイルスの増殖に関わる酵素の働きを阻害します。										因果関係は不明ですが、異常行動による事故が、おもに10代の未成年者にみられます。服用後の様子を、ご家族など周囲の方に注意をはらってもらうとよいでしょう。														
		1					1					1日3回 朝夕食後					5日分																											
		△△△△錠〇〇〇mg																				炎症や熱、痛みをやわげる解熱鎮痛薬です。										喘息やアレルギーのある人はご相談ください。												
		1回1錠 発熱時					3回分																																					
		△△△△錠〇〇〇mg「□□」																				アレルギーや炎症反応に関わる物質の働きをやわらげ、のどの赤みや腫れを取り除くお薬です。										血液が溶けにくくなるので、血栓性の病気のある人は注意が必要です。												
		2					2					2					1日3回 朝昼夕食後																									5日分		

◆ お薬についてわからないことがありましたら、お気軽におたずねください。

※ 右の QR コードをスマートフォンなどで読み取ると、
今回処方されたお薬の情報を見ることができます。



▲▲▲▲藥局

〒123-4567 東京都千代田区 〇-〇-〇
TEL : 09-8765-4321 FAX : 09-8765-4321

藥劑師印



お薬手帳

年 月 日	おくすりの名前、飲み方、注意すること、医療機関名、薬局名		
〇〇 〇〇様	処方日	H29/04/21	
	調剤日	H29/04/21	
		09-1234-5678	
医療機関 □□□□□□□□□□			
薬品名・用法	分量・日数【残薬】		
【小児科】	〇〇g【 】		
ドライシロップ〇%			
38.5度以上、痛みが強い時			
8時間以上あけて1日3回まで			
疼痛・発熱時	5回分		
〇〇薬局〇〇店	TEL : 01-2345-6789		
..... 解熱剤の保管方法 解熱剤の使用期限は3ヶ月が目安です。粉 薬は湿気が入らないよう乾燥剤と一緒にユ ニパックや缶に入れて、直接日光の当たら ない涼しい場所に保管してください。 			
〇〇 〇〇様	処方日	H29/04/24	
	調剤日	H29/04/24	
		09-1234-5678	
医療機関 ○○○○○○○○○○			
薬品名・用法	分量・日数【残薬】		
【小児科】	〇〇g【 】		
カルボシステイン〇%	〇〇g【 】		
一般名：カルボシステインシロップ用	〇〇g【 】		
ドライシロップ小児用	〇〇g【 】		
一般名：アンゾロキソール塩酸塩シロップ用	5日分		
毎食後	5日分		
セフジトレンピボキシル〇%小児用	〇〇g【 】		
代替元：○○○○	5日分		
毎食後	5日分		
〇〇〇〇テープ 0.5mg	7枚【 】		
1回1枚 背中貼る			
1日1回			
貼ってください			
〇〇薬局〇〇店	TEL : 01-2345-6789		

平成 29 年 8 月

薬局
管理者殿

みずほ情報総研株式会社

平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業」
**「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査」への
ご協力をお願い及び調査方法のご案内**

謹啓 時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

弊社では、厚生労働省より補助金を受け、平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業」を実施致しております。

本事業は介護分野における薬剤師の関わり方について調査し、具体的な課題や効果的な事例を整理するとともに、地域包括ケアシステムにおける役割等について検討することを目的としております。

この度、事業の一環として、全国の医療機関や介護分野の施設や事業所の実態を把握するための郵送調査を実施することとなりました。ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

調査にご協力いただける場合は、調査票にご記入の上、**平成 29 年 9 月 7 日（木）**までに同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、お近くのポストにご投函頂きますようお願い申し上げます。

具体的な調査方法は裏面でご案内しておりますので、ご参照ください。

また調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

【お問い合わせ先】

みずほ情報総研株式会社

「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査」事務局

TEL：0120-133-181（10:00～12:00、13:00～17:00、土日・祝日除く）

- ・本調査へのご協力は皆様の自由な意思に基づくもので、ご協力いただけない場合でも不利益を被ることはありません。
- ・同封の調査票には番号を振ってありますが発送・回収を管理するために利用するものです。

調査方法のご案内

この度は、調査へのご協力を賜りまして誠にありがとうございます。

貴薬局には、「薬局薬剤師票」1部と「患者（利用者）・家族票」2部をお送りしております。大変お手数ではございますが、以下に示す事項に沿って、**調査票の回答者の選定、ご回答の依頼、調査事務局へのご返送**をお願い申し上げます。

1. 「薬局薬剤師票」の回答者の選定

調査票のⅠの設間は貴薬局全体の状況を把握されている方がご回答ください。また、調査票のⅡ以降の設間は、薬剤師1名がご回答ください。薬剤師が複数名従事している場合には、以下の選定方法で選んだ方1名がご回答ください。

＜選定方法＞

貴薬局に従事する通常8時間以上勤務する薬剤師のうち、生年月日の月日が1年のうち最も早い方1名（例えば、3月1日の方と1月3日の方の2名がいる場合、1月3日の方）を選定ください。月日が同一の方が複数いる場合には、氏名が五十音順で早い方（例えば、「やまだのぼる」様と「たなかはじめ」様の2名の場合には、「たなかはじめ」様）を選定ください。

2. 「患者（利用者）・家族票」の回答者の選定

調査票は、貴薬局に来局した患者（利用者）または家族のうち、以下の選定方法で選んだ2名の方にご回答を依頼ください。可能な限りでその場でのご回答をご依頼ください。

＜選定方法＞

貴薬局が本調査への参加を開始した翌日の開局後、来局が早い順に65歳以上の患者（利用者）または家族の方に声を掛けていただき、そのうち要支援又は要介護認定を受けている事が確認でき、また調査への協力が得られた方2名を選定ください。

3. 調査票の返送方法

ご回答が済んだ「薬局薬剤師票」、「患者（利用者）・家族票」は、**9月7日（木）**までに同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、お近くのポストにご投函ください。なお、「患者（利用者）・家族票」2部を回収できない場合には、回収できた部数をお送りください。

ご協力の程、何卒宜しくお願い申し上げます。

平成 29 年 8 月

介護療養型医療施設
院長殿

みずほ情報総研株式会社

平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業」

「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査」への ご協力をお願い及び調査方法のご案内

謹啓 時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

弊社では、厚生労働省より補助金を受け、平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業」を実施致しております。

本事業は介護分野における薬剤師の関わり方について調査し、具体的な課題や効果的な事例を整理するとともに、地域包括ケアシステムにおける役割等について検討することを目的としております。

この度、事業の一環として、全国の医療機関や介護分野の施設や事業所の実態を把握するための郵送調査を実施することとなりました。ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

調査にご協力いただける場合は、調査票にご記入の上、**平成 29 年 9 月 7 日（木）**までに同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、お近くのポストにご投函頂きますようお願い申し上げます。

具体的な調査方法は裏面でご案内しておりますので、ご参照ください。

また調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

【お問い合わせ先】

みずほ情報総研株式会社

「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査」事務局

TEL：0120-133-181（10:00～12:00、13:00～17:00、土日・祝日除く）

- ・本調査へのご協力は皆様の自由な意思に基づくもので、ご協力いただけない場合でも不利益を被ることはありません。
- ・同封の調査票には番号を振ってありますが発送・回収を管理するために利用するものです。

調査方法のご案内

この度は、調査へのご協力を賜りまして誠にありがとうございます。

貴施設には、「介護療養型医療施設票」1部と「介護療養型医療施設薬剤師票」1部をお送りしております。大変お手数ではございますが、以下に示す事項に沿って、**調査票の回答者の選定、ご回答の依頼、調査事務局へのご返送**をお願い申し上げます。

1. 「介護療養型医療施設票」の回答者の選定

調査票は、貴施設全体の状況を把握されている方がご回答ください。

2. 「介護療養型医療施設薬剤師票」の回答者の選定

調査票は、貴施設に従事する薬剤師1名がご回答ください。薬剤師が複数名従事している場合には、以下の選定方法で選んだ方1名がご回答ください。

＜選定方法＞

貴施設に従事する薬剤師のうち生年月日の月日が1年のうち最も早い方1名（例えば、3月1日の方と1月3日の方の2名がいる場合、1月3日の方）を選定ください。月日が同一の方が複数いる場合には、氏名が五十音順で早い方（例えば、「やまだのぼる」様と「たなかはじめ」様の2名の場合には、「たなかはじめ」様）を選定ください。

3. 調査票の返送方法

ご回答が済んだ「介護療養型医療施設票」、「介護療養型医療施設薬剤師票」は、**9月7日（木）**までに同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、お近くのポストにご投函ください。

ご協力の程、何卒宜しくお願い申し上げます。

平成 29 年 8 月

介護老人保健施設
施設長殿

みずほ情報総研株式会社

平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業」

「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査」への ご協力をお願い及び調査方法のご案内

謹啓 時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

弊社では、厚生労働省より補助金を受け、平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業」を実施致しております。

本事業は介護分野における薬剤師の関わり方について調査し、具体的な課題や効果的な事例を整理するとともに、地域包括ケアシステムにおける役割等について検討することを目的としております。

この度、事業の一環として、全国の医療機関や介護分野の施設や事業所の実態を把握するための郵送調査を実施することとなりました。ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

調査にご協力いただける場合は、調査票にご記入の上、**平成 29 年 9 月 7 日（木）**までに同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、お近くのポストにご投函頂きますようお願い申し上げます。

具体的な調査方法は裏面でご案内しておりますので、ご参照ください。

また調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

【お問い合わせ先】

みずほ情報総研株式会社

「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査」事務局

TEL：0120-133-181（10:00～12:00、13:00～17:00、土日・祝日除く）

- ・本調査へのご協力は皆様の自由な意思に基づくもので、ご協力いただけない場合でも不利益を被ることはありません。
- ・同封の調査票には番号を振ってありますが発送・回収を管理するために利用するものです。

調査方法のご案内

この度は、調査へのご協力を賜りまして誠にありがとうございます。

貴施設には、「介護老人保健施設票」1部と「介護老人保健施設医師票」1部、「介護老人保健施設薬剤師票」1部をお送りしております。大変お手数ではございますが、以下に示す事項に沿って、**調査票の回答者の選定、ご回答の依頼、調査事務局へのご返送**をお願い申し上げます。

1. 「介護老人保健施設票」の回答者の選定

調査票は、貴施設全体の状況を把握されている方がご回答ください。

2. 「介護老人保健施設医師票」の回答者の選定

調査票は、貴施設に従事する医師1名がご回答ください。医師が複数名従事している場合には、以下の選定方法で選んだ方1名がご回答ください。

＜選定方法＞

貴施設に従事する医師のうち生年月日の月日が1年のうち最も早い方1名（例えば、3月1日の方と1月3日の方の2名がいる場合、1月3日の方）を選定ください。月日が同一の方が複数いる場合には、氏名が五十音順で早い方（例えば、「やまだのぼる」様と「たなかはじめ」様の2名の場合には、「たなかはじめ」様）を選定ください。

3. 「介護老人保健施設薬剤師票」の回答者の選定

調査票は、貴施設に従事する薬剤師1名がご回答ください。薬剤師が複数名従事している場合には、以下の選定方法で選んだ方1名がご回答ください。ただし、勤務日等の関係で薬剤師によるご記入が難しい場合には、ご回答いただく必要はございませんので、調査票1ページ目の冒頭で、本調査票に回答できない旨のみご記入ください。

＜選定方法＞

「2. 「介護老人保健施設医師票」の回答者の選定」の＜選定方法＞に記載する事項に準じて選定ください。

4. 調査票の返送方法

ご回答が済んだ「介護老人保健施設票」、「介護老人保健施設医師票」、「介護老人保健施設薬剤師票」は、**9月7日（木）**までに同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、お近くのポストにご投函ください。

ご協力の程、何卒宜しくお願い申し上げます。

平成 29 年 8 月

診療所
院長 殿

みずほ情報総研株式会社

平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業」

「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査」への ご協力をお願い及び調査方法のご案内

謹啓 時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

弊社では、厚生労働省より補助金を受け、平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業」を実施致しております。

本事業は介護分野における薬剤師の関わり方について調査し、具体的な課題や効果的な事例を整理するとともに、地域包括ケアシステムにおける役割等について検討することを目的としております。

この度、事業の一環として、全国の医療機関や介護分野の施設や事業所の実態を把握するための郵送調査を実施することとなりました。ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

調査にご協力いただける場合は、調査票にご記入の上、**平成 29 年 9 月 7 日（木）**までに同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、お近くのポストにご投函頂きますようお願い申し上げます。

具体的な調査方法は裏面でご案内しておりますので、ご参照ください。

また調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

【お問い合わせ先】

みずほ情報総研株式会社

「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査」事務局

TEL：0120-133-181（10:00～12:00、13:00～17:00、土日・祝日除く）

- ・本調査へのご協力は皆様の自由な意思に基づくもので、ご協力いただけない場合でも不利益を被ることはありません。
- ・同封の調査票には番号を振ってありますが発送・回収を管理するために利用するものです。

調査方法のご案内

この度は、調査へのご協力を賜りまして誠にありがとうございます。

貴診療所には、「診療所医師票」1部をお送りしております。大変お手数ではございますが、以下に示す事項に沿って、**ご回答および調査事務局へのご返送**をお願い申し上げます。

1. 「診療所医師票」の回答者

調査票は、貴院全体の状況を把握されている院長がご回答ください。

2. 調査票の返送方法

ご回答が済んだ「診療所医師票」は、**9月7日（木）**までに同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、お近くのポストにご投函ください。

ご協力の程、何卒宜しくお願い申し上げます。

平成 29 年 8 月

居宅介護支援事業所
管理者殿

みずほ情報総研株式会社

平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業」

「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査」への ご協力をお願い及び調査方法のご案内

謹啓 時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

弊社では、厚生労働省より補助金を受け、平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業」を実施致しております。

本事業は介護分野における薬剤師の関わり方について調査し、具体的な課題や効果的な事例を整理するとともに、地域包括ケアシステムにおける役割等について検討することを目的としております。

この度、事業の一環として、全国の医療機関や介護分野の施設や事業所の実態を把握するための郵送調査を実施することとなりました。ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

調査にご協力いただける場合は、調査票にご記入の上、**平成 29 年 9 月 7 日（木）**までに同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、お近くのポストにご投函頂きますようお願い申し上げます。

具体的な調査方法は裏面でご案内しておりますので、ご参照ください。

また調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

【お問い合わせ先】

みずほ情報総研株式会社

「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査」事務局

TEL：0120-133-181（10:00～12:00、13:00～17:00、土日・祝日除く）

- ・本調査へのご協力は皆様の自由な意思に基づくもので、ご協力いただけない場合でも不利益を被ることはありません。
- ・同封の調査票には番号を振ってありますが発送・回収を管理するために利用するものです。

調査方法のご案内

この度は、調査へのご協力を賜りまして誠にありがとうございます。

貴事業所には、「ケアマネジャー票」1部をお送りしております。大変お手数ではございますが、以下に示す事項に沿って、**調査票の回答者の選定、ご回答の依頼、調査事務局へのご返送**をお願い申し上げます。

1. 「ケアマネジャー票」の回答者の選定

調査票は、貴事業所に従事するケアマネジャー1名がご回答ください。ケアマネジャーが複数名従事している場合には、以下の選定方法で選んだ方1名がご回答ください。

＜選定方法＞

貴事業所に従事するケアマネジャーのうち生年月日の月日が1年のうち最も早い方1名（例えば、3月1日の方と1月3日の方の2名がいる場合、1月3日の方）を選定ください。月日が同一の方が複数いる場合には、氏名が五十音順で早い方（例えば、「やまだのぼる」様と「たなかはじめ」様の2名の場合には、「たなかはじめ」様）を選定ください。

2. 調査票の返送方法

ご回答が済んだ「ケアマネジャー票」は、**9月7日（木）**までに同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、お近くのポストにご投函ください。

ご協力の程、何卒宜しくお願い申し上げます。

平成 29 年 8 月

訪問看護ステーション
管理者殿

みずほ情報総研株式会社

平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業」

「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査」への ご協力をお願い及び調査方法のご案内

謹啓 時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

弊社では、厚生労働省より補助金を受け、平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業」を実施致しております。

本事業は介護分野における薬剤師の関わり方について調査し、具体的な課題や効果的な事例を整理するとともに、地域包括ケアシステムにおける役割等について検討することを目的としております。

この度、事業の一環として、全国の医療機関や介護分野の施設や事業所の実態を把握するための郵送調査を実施することとなりました。ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

調査にご協力いただける場合は、調査票にご記入の上、**平成 29 年 9 月 7 日（木）**までに同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、お近くのポストにご投函頂きますようお願い申し上げます。

具体的な調査方法は裏面でご案内しておりますので、ご参照ください。

また調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

【お問い合わせ先】

みずほ情報総研株式会社

「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査」事務局

TEL：0120-133-181（10:00～12:00、13:00～17:00、土日・祝日除く）

- ・本調査へのご協力は皆様の自由な意思に基づくもので、ご協力いただけない場合でも不利益を被ることはありません。
- ・同封の調査票には番号を振ってありますが発送・回収を管理するために利用するものです。

調査方法のご案内

この度は、調査へのご協力を賜りまして誠にありがとうございます。

貴施設には、「看護職員票」2部をお送りしております。大変お手数ではございますが、以下に示す事項に沿って、**調査票の回答者の選定、ご回答の依頼、調査事務局へのご返送**をお願い申し上げます。

1. 「看護職員票」の回答者の選定

調査票は、貴施設に従事する看護職員2名がご回答ください。看護職員が3名以上従事している場合には、以下の選定方法で選んだ方2名がご回答ください。

＜選定方法＞

貴施設に従事する看護職員のうち生年月日の月日が1年のうち早い方から2名（例えば、10月20日の方と3月1日の方と1月3日の方の3名がいる場合、3月1日の方と1月3日の方の2名）を選定ください。月日が同一の方が複数いる場合には、氏名が五十音順で早い方（例えば、「やまだのぼる」様と「たなかはじめ」様の2名の場合には、「たなかはじめ」様）を選定ください。

2. 調査票の返送方法

ご回答が済んだ「看護職員票」は、**9月7日（木）**までに同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、お近くのポストにご投函ください。

ご協力の程、何卒宜しくお願い申し上げます。

平成 29 年 8 月

訪問介護事業所
管理者殿

みずほ情報総研株式会社

平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業」

「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査」への ご協力をお願い及び調査方法のご案内

謹啓 時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

弊社では、厚生労働省より補助金を受け、平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業」を実施致しております。

本事業は介護分野における薬剤師の関わり方について調査し、具体的な課題や効果的な事例を整理するとともに、地域包括ケアシステムにおける役割等について検討することを目的としております。

この度、事業の一環として、全国の医療機関や介護分野の施設や事業所の実態を把握するための郵送調査を実施することとなりました。ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

調査にご協力いただける場合は、調査票にご記入の上、**平成 29 年 9 月 7 日（木）**までに同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、お近くのポストにご投函頂きますようお願い申し上げます。

具体的な調査方法は裏面でご案内しておりますので、ご参照ください。

また調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

【お問い合わせ先】

みずほ情報総研株式会社

「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査」事務局

TEL：0120-133-181（10:00～12:00、13:00～17:00、土日・祝日除く）

- ・本調査へのご協力は皆様の自由な意思に基づくもので、ご協力いただけない場合でも不利益を被ることはありません。
- ・同封の調査票には番号を振ってありますが発送・回収を管理するために利用するものです。

調査方法のご案内

この度は、調査へのご協力を賜りまして誠にありがとうございます。

貴施設には、「介護職員票」2部をお送りしております。大変お手数ではございますが、以下に示す事項に沿って、**調査票の回答者の選定、ご回答の依頼、調査事務局へのご返送**をお願い申し上げます。

1. 「介護職員票」の回答者の選定

調査票は、貴施設に従事する介護職員2名がご回答ください。介護職員が3名以上従事している場合には、以下の選定方法で選んだ方2名がご回答ください。

<選定方法>

貴施設に従事する介護職員のうち生年月日の月日が1年のうち早い方から2名（例えば、10月20日の方と3月1日の方と1月3日の方の3名がいる場合、3月1日の方と1月3日の方の2名）を選定ください。月日が同一の方が複数いる場合には、氏名が五十音順で早い方（例えば、「やまだのぼる」様と「たなかはじめ」様の2名の場合には、「たなかはじめ」様）を選定ください。

2. 調査票の返送方法

ご回答が済んだ「介護職員票」は、**9月7日（木）**までに同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、お近くのポストにご投函ください。

ご協力の程、何卒宜しくお願い申し上げます。

平成 29 年 8 月

通所介護事業所
管理者殿

みずほ情報総研株式会社

平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業」
**「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査」への
ご協力をお願い及び調査方法のご案内**

謹啓 時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

弊社では、厚生労働省より補助金を受け、平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業」を実施致しております。

本事業は介護分野における薬剤師の関わり方について調査し、具体的な課題や効果的な事例を整理するとともに、地域包括ケアシステムにおける役割等について検討することを目的としております。

この度、事業の一環として、全国の医療機関や介護分野の施設や事業所の実態を把握するための郵送調査を実施することとなりました。ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

調査にご協力いただける場合は、調査票にご記入の上、**平成 29 年 9 月 7 日（木）**までに同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、お近くのポストにご投函頂きますようお願い申し上げます。

具体的な調査方法は裏面でご案内しておりますので、ご参照ください。

また調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

【お問い合わせ先】

みずほ情報総研株式会社

「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査」事務局

TEL：0120-133-181（10:00～12:00、13:00～17:00、土日・祝日除く）

- ・本調査へのご協力は皆様の自由な意思に基づくもので、ご協力いただけない場合でも不利益を被ることはありません。
- ・同封の調査票には番号を振ってありますが発送・回収を管理するために利用するものです。

調査方法のご案内

この度は、調査へのご協力を賜りまして誠にありがとうございます。

貴施設には、「看護職員票」2部、「介護職員票」2部をお送りしております。大変お手数ではございますが、以下に示す事項に沿って、**調査票の回答者の選定、ご回答の依頼、調査事務局へのご返送**をお願い申し上げます。

1. 「看護職員票」の回答者の選定

調査票は、貴施設に従事する看護職員2名がご回答ください。看護職員が3名以上従事している場合には、以下の選定方法で選んだ方2名がご回答ください。

＜選定方法＞

貴施設に従事する看護職員のうち生年月日の月日が1年のうち早い方から2名（例えば、10月20日の方と3月1日の方と1月3日の方の3名がいる場合、3月1日の方と1月3日の方の2名）を選定ください。月日が同一の方が複数いる場合には、氏名が五十音順で早い方（例えば、「やまだのぼる」様と「たなかはじめ」様の2名の場合には、「たなかはじめ」様）を選定ください。

2. 「介護職員票」の回答者の選定

調査票は、貴施設に従事する介護職員2名がご回答ください。介護職員が3名以上従事している場合には、以下の選定方法で選んだ方2名がご回答ください。

＜選定方法＞

「1. 「看護職員票」の回答者の選定」の＜選定方法＞に記載する事項に準じて選定ください。

3. 調査票の返送方法

ご回答が済んだ「看護職員票」、「介護職員票」は、**9月7日（木）**までに同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、お近くのポストにご投函ください。

ご協力の程、何卒宜しくお願い申し上げます。

平成 29 年 8 月

短期入所生活介護事業所
管理者殿

みずほ情報総研株式会社

平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業」

「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査」への ご協力をお願い及び調査方法のご案内

謹啓 時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

弊社では、厚生労働省より補助金を受け、平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業」を実施致しております。

本事業は介護分野における薬剤師の関わり方について調査し、具体的な課題や効果的な事例を整理するとともに、地域包括ケアシステムにおける役割等について検討することを目的としております。

この度、事業の一環として、全国の医療機関や介護分野の施設や事業所の実態を把握するための郵送調査を実施することとなりました。ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

調査にご協力いただける場合は、調査票にご記入の上、**平成 29 年 9 月 7 日（木）**までに同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、お近くのポストにご投函頂きますようお願い申し上げます。

具体的な調査方法は裏面でご案内しておりますので、ご参照ください。

また調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

【お問い合わせ先】

みずほ情報総研株式会社

「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査」事務局

TEL：0120-133-181（10:00～12:00、13:00～17:00、土日・祝日除く）

- ・本調査へのご協力は皆様の自由な意思に基づくもので、ご協力いただけない場合でも不利益を被ることはありません。
- ・同封の調査票には番号を振ってありますが発送・回収を管理するために利用するものです。

調査方法のご案内

この度は、調査へのご協力を賜りまして誠にありがとうございます。

貴施設には、「看護職員票」2部、「介護職員票」2部をお送りしております。大変お手数ではございますが、以下に示す事項に沿って、**調査票の回答者の選定、ご回答の依頼、調査事務局へのご返送**をお願い申し上げます。

1. 「看護職員票」の回答者の選定

調査票は、貴施設に従事する看護職員2名がご回答ください。看護職員が3名以上従事している場合には、以下の選定方法で選んだ方2名がご回答ください。

＜選定方法＞

貴施設に従事する看護職員のうち生年月日の月日が1年のうち早い方から2名（例えば、10月20日の方と3月1日の方と1月3日の方の3名がいる場合、3月1日の方と1月3日の方の2名）を選定ください。月日が同一の方が複数いる場合には、氏名が五十音順で早い方（例えば、「やまだのぼる」様と「たなかはじめ」様の2名の場合には、「たなかはじめ」様）を選定ください。

2. 「介護職員票」の回答者の選定

調査票は、貴施設に従事する介護職員2名がご回答ください。介護職員が3名以上従事している場合には、以下の選定方法で選んだ方2名がご回答ください。

＜選定方法＞

「1. 「看護職員票」の回答者の選定」の＜選定方法＞に記載する事項に準じて選定ください。

3. 調査票の返送方法

ご回答が済んだ「看護職員票」、「介護職員票」は、**9月7日（木）**までに同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、お近くのポストにご投函ください。

ご協力の程、何卒宜しくお願い申し上げます。