様式３

令和２年度薬局在宅業務推進事業（静岡県委託事業）

**在宅訪問（実務）ファーストステップ研修**

**受講者の同行訪問実施後アンケート**

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

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

Ⓐ－受講者本人の状況

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

Ⓑ－受講者が現在勤務している薬局の状況

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

Ⓒ同行訪問後のあなたの成果（変化）について

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

Ⓓそのほかの意見（自由記載）

|  |
| --- |
|  |

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

　✻本アンケートは地域薬剤師会にフィードバックします。

送付先　静岡県薬剤師会　FAX０５４－２０３－２０２８　　最終締切　令和２年12月末日

令和２年度薬局在宅業務推進事業（静岡県委託事業）