

「患者宅等における訪問業務の内容に関する調査」

＜調査票ご回答に際してのお願い＞

- 【回答方法】
- ・質問文をよくお読みいただき、文中の説明に従ってお答えください。
 - ・質問文を簡潔にするため、敬語・ていねい語を省略しているところがございます。予めご了承願います。
 - ・ご回答は、主に管理薬剤師および訪問業務を実施されている薬剤師の先生方にお願いいたします。
 - ・調査票のご記入が完了しましたら、同封の返信用封筒に入れて、ポストに投函してください。

【締め切り】 平成25年2月13日(水) (当日消印有効) ※できるだけ早めにご投函いただくとありがたく存じます。

【問合せ先】 大阪薬科大学 臨床実践薬学研究室 准教授 恩田 光子
TEL 072-690-1059 (受付時間 月～金(祝祭日除く)：10時～12時、13時～17時)

* あなたがお勤めの薬局についてお聞きます。

問1 薬局名と7ケタの保険医療機関番号(例：01.0298.1)、薬局所在地の郵便番号をそれぞれ教えてください。

A. 薬局名

B. 保険医療機関番号(薬局コード)

C. 薬局所在地の郵便番号
〒 -

問2 勤務されている薬剤師の人数を、フルタイムとパートタイムに分けて教えてください。
なお、パートタイム勤務がない場合は「0」と記入してください。

A. フルタイム勤務

人

B. パートタイム勤務

人

問3 「在宅訪問実施」の届出をしている薬剤師の人数を、フルタイムとパートタイムに分けて教えてください。
なお、パートタイム勤務で届出をしていない場合は「0」と記入してください。

A. フルタイム勤務

人

B. パートタイム勤務

人

問4 回答されている直近1週間における1日当たりの平均処方せん枚数を教えてください。

枚/日

問5 昨年(平成24年)にはいつからの訪問状況に関して、A～Dの各項目について、それぞれ教えてください。
なお、B～Dの項目について、ない場合は「0」と記入してください。

A. 訪問患者数

約 人/月

B. 医療保険請求数

約 件/月

C. 介護保険請求数

約 件/月

D. 諸事情により請求
できなかった数

約 件/月

問6 在宅訪問実施患者の担当医、担当医療機関の総数を教えてください。

A. 担当医

人

B. 医療機関

件

問7 無菌製剤設備について、下記の中から、あてはまるものを1つお選びください。

- 1 無菌製剤設備を保有し、無菌製剤処理加算算定条件を満たしている
- 2 クリーンベンチ等を保有しているが無菌製剤処理加算の算定条件に満たない
- 3 薬局では保有していないが、共同利用可能な設備がある
- 4 薬局では保有していないし、共同利用可能な設備もない

問8 同法人による介護関連施設の併設はありますか。

1 ある 0 ない

《 問9から問36までは、訪問されている患者さんについてお聞きします。 》

報酬の算定有無に関わらず、実施されている内容について、薬剤師としてよくケアしていらっしゃる患者さん5名（Aさん～Eさん）を上限に選択し、質問にお答えください。
なお5名未満の場合は、いらっしゃる人数のみで結構です。

I. 患者背景についてお聞きします。

問9 患者さんの性別を教えてください。

	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
1 男性	1	1	1	1	1
2 女性	2	2	2	2	2

問10 患者さんの年齢を教えてください。

Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
歳	歳	歳	歳	歳

問11 患者さんの要介護度等について、下記の中から、あてはまるものをそれぞれ1つずつお選びください。

	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
1 自立	1	1	1	1	1
2 要支援Ⅰ～Ⅱ	2	2	2	2	2
3 要介護Ⅰ	3	3	3	3	3
4 要介護Ⅱ	4	4	4	4	4
5 要介護Ⅲ	5	5	5	5	5
6 要介護Ⅳ	6	6	6	6	6
7 要介護Ⅴ	7	7	7	7	7
8 申請中	8	8	8	8	8

問12 訪問するきっかけとなった主疾患は何ですか。下記の中から、あてはまるものをそれぞれ1つずつお選びください。

	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
1 循環器疾患	1	1	1	1	1
2 脳梗塞後遺症	2	2	2	2	2
3 変形性関節炎	3	3	3	3	3
4 骨折・骨粗鬆症	4	4	4	4	4
5 関節リウマチ	5	5	5	5	5
6 筋萎縮性側索硬化症	6	6	6	6	6
7 認知症	7	7	7	7	7
8 パーキンソン病	8	8	8	8	8
9 その他神経疾患	9	9	9	9	9
10 慢性呼吸不全（喘息、COPD等を含む）	10	10	10	10	10
11 癌	11	11	11	11	11
12 腎不全	12	12	12	12	12
13 その他	13	13	13	13	13

問13 患者さんの住居形態について教えてください。

	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
1 自宅	1	1	1	1	1
2 介護付き集合住宅（グループホーム・ケアハウス含む）	2	2	2	2	2
3 特別養護老人ホームなどの施設	2	2	2	2	2

問14 患者さんの家族構成について、下記の中から、あてはまるものをそれぞれ1つずつお選びください。

	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
1 独居（1人暮らし）	1	1	1	1	1
2 配偶者と2人暮らし	2	2	2	2	2
3 家族と同居	3	3	3	3	3
4 家族以外の人と同居	4	4	4	4	4

問15 患者さんの訪問を開始して、どれくらい経過していますか。おおよその期間を教えてください。（記入例：1年半の場合、18ヵ月と記入）

Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
ヵ月	ヵ月	ヵ月	ヵ月	ヵ月

問16 患者さんが在宅で受けている高度医療について、下記の中から、あてはまるものをそれぞれすべてお選びください。

	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
1 在宅酸素	1	1	1	1	1
2 腹膜還流	2	2	2	2	2
3 経管栄養	3	3	3	3	3
4 在宅輸液療法	4	4	4	4	4
5 その他	5	5	5	5	5
0 高度医療は行っていない	0	0	0	0	0

II. 訪問頻度と患者宅での実働時間についてお聞きします。なお、報酬の算定有無に関わらず、実施されている内容についてお答えください。

問17 訪問指導宅での訪問1回あたりの平均実働時間について、教えてください。

Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
分程度	分程度	分程度	分程度	分程度

問18 訪問する頻度について、下記の中から、あてはまるものをそれぞれ1つずつお選びください。

	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
3 週に1回以上	3	3	3	3	3
2 月に2回程度	2	2	2	2	2
1 月に1回以下	1	1	1	1	1

III. 訪問時に行う業務の実施頻度についてお聞きします。なお、報酬の算定有無に関わらず、実施されている内容についてお答えください。

問19 A～Fの各項目に対する頻度について、あてはまるものをそれぞれ1つずつお選びください。

A. 服薬状況の確認

	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
3 週に1回以上	3	3	3	3	3
2 月に2回程度	2	2	2	2	2
1 月に1回以下	1	1	1	1	1
0 行っていない	0	0	0	0	0

B. 残薬整理

	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
3 週に1回以上	3	3	3	3	3
2 月に2回程度	2	2	2	2	2
1 月に1回以下	1	1	1	1	1
0 行っていない	0	0	0	0	0

C. 患者、家族、その他介護者からの相談応需・説明

	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
3 週に1回以上	3	3	3	3	3
2 月に2回程度	2	2	2	2	2
1 月に1回以下	1	1	1	1	1
0 行っていない	0	0	0	0	0

D. 検査データ（腎機能・肝機能など）やADL、バイタルなどを基にして副作用チェックを行い、副作用の可能性があれば医師と相談

	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
3 週に1回以上	3	3	3	3	3
2 月に2回程度	2	2	2	2	2
1 月に1回以下	1	1	1	1	1
0 行っていない	0	0	0	0	0

E. 血圧・血糖値・血液凝固能に関する自己測定器を活用し、薬効を確認

	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
3 週に1回以上	3	3	3	3	3
2 月に2回程度	2	2	2	2	2
1 月に1回以下	1	1	1	1	1
0 行っていない	0	0	0	0	0

F. 居室内や施設内の消毒や衛生管理のアドバイス・物品の供給

	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
3 週に1回以上	3	3	3	3	3
2 月に2回程度	2	2	2	2	2
1 月に1回以下	1	1	1	1	1
0 行っていない	0	0	0	0	0

IV. 患者への直近の処方薬についてお聞きします。

問20 直近に処方された内服薬・頓服薬・注射薬の全品目数を教えてください。なお、処方されていない場合は「0」と記入してください。また、処方された薬のなかで麻薬が含まれている場合は、“あり”に○をつけてください。

	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
1 内服薬の全品目数	品目	品目	品目	品目	品目
2 頓服薬の全品目数	品目	品目	品目	品目	品目
3 注射薬の全品目数	品目	品目	品目	品目	品目
4 上記（「1」～「3」）の処方薬のうち、麻薬あり	あり	あり	あり	あり	あり