回復期・維持期 (生活期) 医療機関および地域包括ケアに関わる多職種への調査フォーム

薬剤師のみなさまへ

０．現在の職場について

a. 回復期医療機関
b. 維持期医療機関
c. 地域の薬局
d. 福祉施設，保健所，または訪問・介護系サービス

１．脳卒中地域連携パスの内容を確認することはありますか.

a. はい
b. いいえ

２．急性期病院または回復期病院からの情報提供で確認できている情報をすべて選んでください

a. 前医での服薬指導の内容
b. 認知機能
c. 患者/家族の理解度・アドヒアランス
d. アレルギー歴，副反応
e. 目標塩分摂取量
f. 目標総カロリー
g. 脂質異常症対策・指導内容
h. 耐糖能異常対策・指導内容
i. フレイル対策・指導内容
j. 目標血圧
k. 目標 LDL 値
l. 目標 TG 値
m. 目標 HbA1c 値
n. 直近のクレアチニン，クレアチニンクリアランス，eGFR
o. 直近の血圧の値
p. 直近の LDL の値
q. 直近の TG の値
r. 直近の HbA1c の値
s. 体重，体重の変化
t. 嚥下障害の有無，食事形態
u. 日常生活機能評価 (modified Rankin Scale, Barthel Index, Functional Independence Measure などを含む)

v. 介護保険・福祉サービスの状況

３．担当患者に指導している内容をすべて選んでください

a. 抗血栓薬について (出血リスクも含めて)
b. 抗血栓薬の見分け方
c. 抗てんかん薬について
d. 降圧薬について
e. 脂質異常治療薬について
f. 糖尿病治療薬について
g. 内服薬の用量について
h. 副反応について
i. 併用禁止薬について
j. 目標血圧
k. 目標 LDL
l. 目標 TG 値
m. 目標 HbA1c 値
m. 飲み忘れ対策，飲み忘れた時の対処法

４．急性期・回復期からの情報で，不足していると考えられるものをすべて記載してください．選択肢にない項目は直接記入してください.

a. 前医での服薬指導の内容
b. 認知機能
c. 患者/家族の理解度・アドヒアランス
d. アレルギー歴，副反応
e. 目標塩分摂取量
f. 目標総カロリー
g. 脂質異常症対策・指導内容
h. 耐糖能異常対策・指導内容
i. フレイル対策・指導内容
j. 目標血圧
k. 目標 LDL 値
l. 目標 TG 値
m. 目標 HbA1c 値
n. 直近のクレアチニン，クレアチニンクリアランス，eGFR
o. 直近の血圧の値
p. 直近の LDL の値
q. 直近の TG の値
r. 直近の HbA1c の値

s. 体重，体重の変化
t. 嚥下障害の有無，食事形態
u. 日常生活機能評価 (modified Rankin Scale, Barthel Index, Functional Independence Measure などを含む)
v. 介護保険・福祉サービスの状況
w. その他 (自由記載)

５．患者さんの服薬指導の際に重視している，または参考にしたいのはどれですか？すべて選んでください
a. アドヒアランス，残薬数
b. 併用禁忌薬
c. 副反応
d. アレルギー歴
e. ポリファーマシー
f. 患者・家族の理解度
g. 出血の有無
h. 併用薬
i. 血圧値の推移
j. LDL コレステロール値の推移
k. TG 値の推移
l. HbA1c 値の推移
m. 腎機能の推移
n. 体重の推移
o. 認知機能
p. 日常生活機能評価 (modified Rankin Scale, Barthel Index, Functional Independence Measure などを含む)
q. 嚥下障害の有無，食事形態
r. その他 (　　)

６．他の職種のサマリーや情報提供書で，参考にするものをすべて選んでください
a. 医師
b. 看護師
c. 理学療法士
d. 作業療法士
e. 言語聴覚士
f. 管理栄養士・栄養士
d. 医療ソーシャルワーカー

７．他の職種と共有したい (してほしい) と考える内容をすべて選んでください

a. 服薬指導の内容
b. ポリファーマシー
c. 患者・家族の理解度
d. アドヒアランス
e. 飲み忘れ対策，飲み忘れた時の対処法
f. その他 (自由記載)

８．申し送り時に作成するものをすべて選んでください.

a. 地域連携パスへの記載
b. 服薬指導内容に関する申し送り書式
c. その他 (自由記載)

９．地域全体で疾患管理プログラムを策定して情報共有するための課題についてご意見を記載してください.