

訪問看護師と薬剤師の連携に関するアンケート

一般社団法人香川県薬剤師会

このアンケートは、訪問看護師と薬剤師との連携をより円滑にし、在宅医療の質を高めることを目的として実施するものです。現場で感じている課題やご意見をお聞かせいただき、今後の連携体制の改善に役立ててまいります。ご協力のほど、よろしくお願いいたします。 **【2枚目に記載の回答フォームよりご回答ください。】**

【Ⅰ】施設・職種情報

1. ご所属の訪問看護ステーション名（任意）

.....

2. ステーションの所在地（市町名）

.....

3. ステーションの規模 看護職以外の職員も含む （該当するものに☑）

☐ 2.5～4名 ☐ 5～9名 ☐ 10名以上

4. 看護職以外の職種と人数

ST（言語聴覚士） _____名 PT（理学療法士） _____名 OT（作業療法士） _____名
専属の事務職員 _____名 その他職種（ _____ ） _____名

5. 所属する看護職の訪問看護の経験年数ごとの人数を教えてください

（例：看護職全体が5名の場合 → 5年未満：2名、5～10年：2名、10年以上：1名）

・看護職総人数： _____名

・訪問看護の経験年数

☐ 5年未満： _____名 ☐ 5～10年： _____名 ☐ 10年以上： _____名

6. 主に受け入れている看護分野/得意分野 （複数回答可）

☐ がん看護 ☐ 難病看護 ☐ 認知症看護 ☐ 精神看護 ☐ 小児看護 ☐ 障がい者看護
☐ ターミナルケア（看取り） ☐ その他（ _____ ）

7. 体制・対応 （複数回答可）

☐ 24時間電話対応 ☐ 緊急時対応 ☐ その他（ _____ ）

【Ⅱ】薬剤師との連携状況

1. 日頃、薬剤師と連携をとっていますか？（該当するものに☑）

☐ よく連携している ☐ あまり連携していない ☐ ほとんど連携していない

2. 連携している場合、どのようなメリットがありましたか？（自由記述）

.....

3. 連携していない場合、その理由は何ですか？（複数回答可）

☐ 連携が必要な場面がない ☐ 時間がない／業務が多忙 ☐ 連絡先が分からない
☐ 相談の範囲が分からない ☐ 利用者の同意が得られない
☐ その他（ _____ ）

【Ⅲ】薬剤師との連携を希望する内容（複数回答可）

以下の項目で薬剤師と連携したいと思う内容を選んでください。

- ☐ 薬の管理（飲み忘れ・飲み間違い） ☐ 副作用や効果の確認 ☐ 多剤服用の整理
☐ 残薬の把握 ☐ 服薬拒否への対応（本人・家族の理解不足など）
☐ 生活状況の共有 ☐ ケアプランの共有
☐ 居宅療養管理指導の位置づけ理解 ☐ 嚥下機能低下への対応（飲み方の工夫）
☐ その他（ ）

【Ⅳ】夜間・休日に医薬品等が必要になった場合の対応について（複数回答可）

1. 処方：☐ 院内調剤 ☐ 提携薬局を利用 ☐ 空いている薬局を探す
☐ その他（ ）
2. 夜間・休日に薬が入手できずに困ったことはありますか？（複数回答可）
☐ 夜間に困った ☐ 休日に困った
☐ 困ったことはない ☐ その他（ ）
3. 夜間・休日に薬が必要になった時の相談先（複数回答可）
☐ 提携薬局 ☐ 当番薬局 ☐ 夜間対応薬局 ☐ その他（ ）

【Ⅴ】薬局の機能・情報共有について

1. 薬局をさがすときに困ることはあるか
☐ 困ったことがある ☐ 困ったことはない ☐ その他（ ）
2. 薬局の機能・情報を入手するのに適した手段（複数回答可）
☐ 薬剤師会ホームページ ☐ 職業団体への案内文
☐ 担当薬局からの周知 ☐ 薬局を紹介する支援センターのような機関があると良い
☐ その他（ ）
3. 薬局に共有してほしい機能（複数回答可）
☐ 夜間・休日対応可否の情報 ☐ 薬の配達・在宅管理
☐ 点滴など無菌製剤の対応 ☐ 特定医療材料の入手
☐ 市販薬の対応 ☐ 衛生用品の販売
☐ その他（ ）

【Ⅵ】自由記述・ご意見

薬剤師との連携をより良くするために必要な取り組みやご意見があればご記入ください。

.....

アンケートにご協力いただき誠にありがとうございました。

回収された内容は、今後の研修会や連携強化の資料として活用させていただきます。

【回答フォーム】 <https://forms.gle/7nhe6sWH5APL7iK59>

