

厚生労働省・長野県委託「令和2年度認定薬局整備支援事業」

薬業連携を中心とした多職種連携による入退院時の情報共有モデル事業
事業実施報告書

地域薬剤師会名 _____

薬局名 _____

担当者名 _____

1. 事業実施について**医療機関への「入院時情報共有シート」提出、医療機関からの「退院時情報共有シート」の提出はありましたか。（該当に○印）**

あり（⇒設問 2～8 へ）

なし（⇒設問 7～8 へ）

2. 事業実施内容について

情報提供医療機関数	_____	件
医療機関からの情報提供依頼数	_____	件
医療機関への「入院時情報共有シート」提出数	_____	件
医療機関からの「退院時情報共有シート」受付数	_____	件
医療機関への「退院時情報共有シート対応報告書」提出数	_____	件
退院時カンファレンス出席数	_____	件
本事業における他職種との連携数	_____	件
本事業における在宅訪問実施数（おためし訪問含む）	_____	件
本事業におけるおくすりバッグ利用者数	_____	件

3. 本事業を実施して有用な点はありましたか。（該当に○印 複数回答可）

- 入院する医療機関との連携が容易になった
- 情報共有シートが有用であった
- 入院中の薬物療法や病名・検査値等が把握できた
- 退院後の患者のコミュニケーションがとりやすくなった
- その他

4. 本事業を実施して問題点はありましたか。（該当に○印）

- 事業の内容を患者へ説明するのが大変だった
- 業務の負担が増えた
- 情報共有シートが使いづらかった
- 問題点はなかった
- その他

5. 本事業の有用性について（該当に○印）

- かなり有用であり、その効果は大きい
- 有用
- あまり変わらない
- あまり有用ではない
- 有用ではなく、効果はない

次頁につづく
(次頁にも記載をお願いします)

