

平成24年度「病院薬剤部門の現状調査」  
(平成24年6月実施)  
一般社団法人 日本病院薬剤師会 総務部

施設名( )  
薬剤部科局長所属( )  
薬剤部科局長氏名( )  
記入担当者所属・肩書( )  
記入担当者氏名( )  
記入者連絡先電話番号( )  
連絡先FAX番号( )  
連絡先メールアドレス( )

- ・「病院薬剤部門の現状調査」にご協力をいただきありがとうございます。
- ・本調査は全国の病院を対象として実施しているもので、病院薬剤師の業務を把握し、現状を報告するために、本会が最も重視している調査です。多大な調査項目でご負担をおかけいたしますが、よろしくお願ひ申し上げます。
- ・本会の会員が不在のご施設につきましても、全国の病院薬剤師の業務について可能な限り（会員・非会員を問わず）把握するという趣旨により、本調査をお願いしております。

◎調査票の記入について

- ・特に指定がある場合を除いて、平成24年6月1日現在の状況についてお答えください。
- ・「1ヵ月間」とある場合、平成24年6月1ヵ月間の状況についてお答えください。
- ・各設問において該当するものの口にチェックをつけてください。  
該当するもの「全てに」と記載のある場合は該当するもの全ての口に、  
「1つに」と記載のある場合は（最も）該当するもの1つの口に、チェックを付けてください。
- ・数値に関する設問には数値を記入し、該当するもの等がない場合は「0(ゼロ)」をご記入ください。
- ・記入にあたり、記載要領もご参照ください。
- ・回答が困難な設問については、可能な範囲でご回答いただき、ご返送ください。
- ・ご質問・お気づきの点等ございましたら、本会総務課までご連絡をお願いいたします。

◎調査の回答方法等について

- ・回答方法には、①インターネットによる方法と②郵送による方法の2つの方法があります。  
集計をスムーズに行うためにできるだけインターネットでご回答ください。

①インターネットによる方法

当会のWebサイト上の「平成24年度病院薬剤部門の現状調査(※現在準備中)」をクリックし、  
(※入力の準備ができましたら、当会Webサイトにご案内をさしあげます)  
この上の宛名ラベルに記載したIDとPWを入力することでログインし、回答できます。  
集計の都合上、平成24年7月31日(火)までにご入力ください。

②郵送による方法

調査票に記入し、同封の返信用封筒を用いて、「日本病院薬剤師会事務局総務課宛」に  
平成24年7月31日(火)までにご郵送をお願いいたします。

◎この調査に関するお問い合わせ先：

日本病院薬剤師会事務局総務課 電話番号：(03)3406-0485, メールアドレス:somu@jshp.or.jp

## I. 施設の概要・機能

### 1. 開設主体

貴施設の開設者について、以下の分類(※)に従い、該当するもの1つにチェックをつけてください。			
<input type="checkbox"/> 1: 国,	<input type="checkbox"/> 2: 公立,	<input type="checkbox"/> 3: 公的,	<input type="checkbox"/> 4: 社会保険関係団体,
<input type="checkbox"/> 5: 医療法人,	<input type="checkbox"/> 6: 個人,	<input type="checkbox"/> 7: 学校法人,	<input type="checkbox"/> 8: その他(1~7以外等).
※開設主体の分類			
1: 国: 厚生労働省, (独)国立病院機構, 国立大学法人, (独)労働者健康福祉機構等,			
2: 公立: 都道府県, 市町村, 地方独立行政法人等,			
3: 公的医療機関: 日赤, 済生会, 北海道社会事業協会, 厚生連, 国民健康保険団体連合会等,			
4: 社会保険関係団体: 全国社会保険協会連合会, 厚生年金事業振興団, 健康保険組合, 共済組合, 国民健康保険組合等,			
5: 医療法人: 医療法人(社団・財団), 特定医療法人, 8: その他(公益法人, 社会福祉法人, 医療生協, 会社等)。			

### 2. 病院種別

貴施設の病院種別について、該当するもの1つにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1: 一般病院(一般病床を80%以上有する),	
<input type="checkbox"/> 2: 療養型病院(療養病床(医療型+介護型)を80%以上有する),	
<input type="checkbox"/> 3: 精神科病院(精神病床を80%以上有する),	
<input type="checkbox"/> 4: 1~3以外の病院(ケアミックス).	

### 3. 病院機能の承認・指定

貴施設が以下について「承認・指定のある場合」は<あり>に、「承認・指定のない場合」は<なし>にチェックをつけてください。	
(1) 特定機能病院 <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし	(2) 地域医療支援病院 <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし
(3) へき地医療拠点病院 <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし	(4) 臨床研修指定病院 <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし
(5) がん診療拠点病院 <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし	(6) 災害拠点病院 <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし

### 4. DPC病院分類

貴施設はDPC病院で <input type="checkbox"/> ある(許可病床数は( )床), <input type="checkbox"/> ない。
--

### 5. 入院基本料

貴施設の一般病棟の入院基本料について該当するもの全てにチェックをつけてください。 (※病棟毎に異なる場合は該当するもの全てにチェックをつけてください)。		
<input type="checkbox"/> 1: 7対1入院基本料,	<input type="checkbox"/> 2: 10対1入院基本料,	<input type="checkbox"/> 3: 13対1入院基本料,
<input type="checkbox"/> 4: 15対1入院基本料,	<input type="checkbox"/> 5: 特別入院基本料,	<input type="checkbox"/> 6: 一般病棟がない。

### 6. 病院設備

貴施設が以下の設備を有する場合<あり>に、ない場合<なし>にチェックをつけてください。 (薬剤師の関与は問いません)	
(1) 手術室 <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし	(2) ICU <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし
(3) HCU <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし	(4) NICU <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし
(5) (2)~(4)以外の集中治療室 <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし	



## II. 基礎数値

### 11. 病棟および病棟における薬剤師の活動 (病棟薬剤業務実施加算を算定していない場合もご記入ください)

(1) 病床数	A) 許可病床数	B) 休床数	稼働病床数 (A-B)	(2) 稼働病棟 (看護単位) 数
	床	床	床	病棟

#### (3) 「すべての病棟」および「各病棟において従事する薬剤師数と従事時間」

① **貴施設の稼働している全ての病棟**について#1 から順に各病棟の病床数、主な入院基本料等をご記入ください。

※薬剤師が従事していない病棟、病棟薬剤業務加算を算定していない病棟についてもご記入ください。

② 6月の任意の1週間を対象に、各々の病棟について従事している薬剤師(非常勤を含む)の人数を(いない場合は0を)

ご記入ください。③ 病棟毎に従事している薬剤師の業務時間を「a 病棟薬剤業務時間」と「b 薬剤管理指導実施時間」

に分け、さらに「a 病棟薬剤業務時間」を「a1 病棟薬剤業務実施加算に該当する業務時間」と「a2 病棟薬剤業務実施加算に該当しない業務時間(栄養サポートチーム等の病院横断的なチームによる業務に要した時間を除く)」に分けてください。合計をご記入ください(詳細は記載要領をご参照ください)

※主な入院基本料・特定入院料等について(複数ある場合、主要な1つを選んでください)：

稼働している全ての病棟について、以下の中から該当する入院基本料等を1つ選び、番号(A000)をご記入ください

A100 一般病棟, A101 療養病棟, A102 結核病棟, A103 精神病棟,

**A104-1 特定機能病院(精神病棟を除く), A104-2 特定機能病院(精神病棟), A105 専門病院入院基本料**

A106 障害者施設等, A300 救命救急入院料, A301 特定集中治療室管理料, A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料,

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料, A301-4 小児特定集中治療室管理, A302 新生児特定集中治療室管理料,

A303 総合周産期特定集中治療室管理料 A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料), A305 一類感染症患者入院医療管理料,

A306 特殊疾患入院医療管理料, A307 小児入院医療管理料, A308 回復期リハビリテーション病棟入院料,

A308-2 亜急性期入院医療管理料, A309 特殊疾患病棟入院料, A310 緩和ケア病棟入院料, A311 精神科救急入院料,

A311-2 精神科急性期治療病棟入院料, A311-3 精神科救急・合併症入院料, A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料,

A312 精神療養病棟入院料, A314 認知症治療病棟入院料, A317 特定一般病棟入院料

※当該病棟に介護保険の病床を含む場合、介護口をチェックしてください。

#	病棟名メモ※	病床数	※主な入院基本料・特定入院料等(主要な1つを記入)		病棟に従事している薬剤師数(いない場合0と記入)	※1週間あたりの病棟業務時間 [時間/週] (実施していない場合は0と記入)			合計 (a1+a2+b) [時間/週]
			入院基本料等	介護		a 病棟薬剤業務時間		b 薬剤管理指導実施時間 [時間/週]	
						a1 実施加算に該当する業務時間	a2 実施加算に該当しない業務時間		
1		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
2		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
3		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
4		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
5		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
6		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
7		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
8		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
9		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
10		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
11		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
12		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
13		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
14		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
15		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
16		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
17		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
18		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
19		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
20		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間

#	病棟名メモ※	病床数	※主な入院基本料・特定入院料等 (主要な1つを記入)		病棟に従事している薬剤師数 (いない場合0と記入)	※1週当たりの業務時間 [時間/週] (実施していない場合は0と記入)			
			入院基本料等	介護		a 病棟薬剤業務時間		b 薬剤管理指導 実施時間 [時間/週]	合計 (a1+a2+b) [時間/週]
						a1 実施加算に 該当する 業務時間	a2 実施加算に 該当しない 業務時間		
21		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
22		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
23		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
24		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
25		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
26		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
27		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
28		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
29		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
30		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
31		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
32		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
33		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
34		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
35		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
36		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
37		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
38		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
39		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
40		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
41		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
42		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
43		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
44		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
45		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
46		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
47		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
48		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
49		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間
50		床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間	時間	時間

※病棟名メモ: 貴施設の病棟名 (3F, 6S, 感染, 婦人科, 透析, 特 A, ...) を自由に記入してください (集計には使用しません)

12. 薬剤師の病棟業務時間(薬剤部全体の合計)

<p>(1) 薬剤部門の薬剤師全員(非常勤を含む)を対象に、6月中の任意の1週間について病棟業務時間(a病棟薬剤業務時間とb薬剤管理指導実施時間の合計)を求め、(a)～(i)で分類し、該当する薬剤師数を記入してください。いない場合、0「ゼロ」とご記入ください。 (病棟業務時間の詳細については記載要領:参考「薬剤師の病棟業務の進め方(Ver. 1.0)」をご参照ください)</p>			
<p>(※記入例) 薬剤師職員の15名のうち、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・調剤業務等に専従している(病棟業務を実施していない) 薬剤師3人</li> <li>・1日病棟業務4時間で週3日の薬剤師4人、・1日病棟業務4時間週5日の薬剤師5人、</li> <li>・1日病棟業務8時間週5日の薬剤師で、この週に時間外が3時間(合計43時間)の薬剤師が2名、時間外10時間(合計50時間)が1名の場合は、以下の右欄(※記入例)のように記入してください</li> </ul>			
(A) 1週間の病棟業務時間(a病棟薬剤業務時間とb薬剤管理指導実施時間の合計)	該当する薬剤師数	※記入例	
(a) 1週間、病棟業務を実施していない(0時間)	人	3人	
(b) 1週間、病棟業務時間は時間外を含め『8時間未満』	人	0人	
(c) 1週間、病棟業務時間は時間外を含め『8時間～16時間未満』	人	4人	
(d) 1週間、病棟業務時間は時間外を含め『16時間～20時間未満』	人	0人	
(e) 1週間、病棟業務時間は時間外を含め『20時間～24時間未満』	人	5人	
(f) 1週間、病棟業務時間は時間外を含め『24時間～32時間未満』	人	0人	
(g) 1週間、病棟業務時間は時間外を含め『32時間～40時間未満』	人	0人	
(h) 1週間、病棟業務時間は時間外を含め『40時間～48時間未満』	人	2人	
(i) 1週間、病棟業務時間は時間外を含め『48時間以上』	人	1人	
(B) 薬剤部門の薬剤師数(非常勤を含む)	合計	人	合計15人
(C) 薬剤部全体の合計(病棟業務時間)	1週間合計	時間	284時間
<p>(2) 次に1週間あたりの病棟業務時間(a+b)を100とした場合の「a病棟薬剤業務時間」と「b薬剤管理指導実施時間」の割合(%)をご記入ください</p>			
a「病棟薬剤業務時間」の割合 (抗悪性腫瘍薬等の適切な無菌調製を含む)	%	a+bで 合計100%となるように	
b「薬剤管理指導実施時間」の割合 (病棟以外における薬剤管理指導記録簿の作成を含む)	%		
<p>※a, bの詳細については記載要領:参考「薬剤師の病棟業務の進め方(Ver. 1.0)」をご参照ください</p>			

13. 施設の在院患者数・在院日数等

<p>貴施設の在院患者数・平均在院日数等をご記入ください。</p>					
	全病床	一般病床	療養病床		精神病床
			医療型	介護型	
(1) 1日平均在院患者数 (第2位を四捨五入)	人	人	人	人	人
(2) 平均在院日数 (第2位を四捨五入)	日	日	日	日	日
<p>※6月1ヵ月間の(1)1日平均在院患者数・(2)平均在院日数は小数第2位を四捨五入、小数第1位まで計算</p>					

14. 医師・歯科医師・看護師・総職員数

<p>貴施設の6月1日現在の人数についてご記入ください(非常勤は在籍数)。</p>	
(1) 医師 (常勤____人, 非常勤____人)	(2) 歯科医師 (常勤____人, 非常勤____人)
(3) 看護師 (常勤____人, 非常勤____人)	(4) 総職員数 (____)人

15. 薬剤部門の職員数および施設内の薬剤師数

(1) 6月1日現在の薬剤部門の職員数についてご記入ください。

(A) 薬剤部門に在籍している 薬剤師数 (必ずご記入ください)	常勤 (専従専任兼務を問わず)	非常勤(在籍数) (パート職員も含む)	非常勤(常勤換算※)
	人	人	人
(a) 病棟に従事している薬剤師数	人	人	人
(b) 手術室に従事している薬剤師数	人	人	人
(c) ICUに従事している薬剤師数	人	人	人
(d) ICU以外の集中治療室(HCU, NICU等) に従事している薬剤師数	人	人	人
(e) 医薬品情報管理室(DI室等)に 従事している薬剤師数	人	人	人
(f) 調剤, 製剤, 薬務等、a～e以外に 従事している薬剤師数	人	人	人
(g) 薬剤部門の薬剤師で休職・出向等	人	人	
(B) 薬剤部門の薬剤師の欠員	<input type="checkbox"/> あり( 人) <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( 人) <input type="checkbox"/> なし	
(C) 薬剤部門の薬剤師以外の職員数	人	人	

(2) 6月1日現在の薬剤部門以外の薬剤師数をご記入ください。

(A) 検査部門の薬剤師数	人	人	
(B) 治験部門の薬剤師数	人	人	
(C) その他の部門の薬剤師数	人	人	

※非常勤(常勤換算): 以下の例のように、貴施設の1週間の通常勤務時間を基本とし、非常勤の勤務時間を常勤に換算して、小数第2位を四捨五入して記入してください。  
 例: 1週間の通常勤務時間が40時間の施設で、週4日(各日6時間)勤務の薬剤師が3人在籍の場合  
 非常勤(在籍数): 3人, 非常勤(常勤換算) = (4日 × 6時間) × 3人 ÷ 40時間 = 1.8人

16. 薬剤部門長

(1) 薬剤部門長について、該当するもの1つにチェックをつけてください  
 薬剤部門長は薬剤師で[ある(→設問17へ), ない(→(A)へ)]。

(A) 薬剤部門長が薬剤師ではない場合、該当するもの1つにチェックをつけてください  
 その部門長は [1:医師, 2:歯科医師, 3:看護師, 4:その他(1-3以外)]である。

17. 薬剤師の平日夜間・休日勤務体制

(1) 薬剤部門の薬剤師の平日夜間の勤務体制が[ある(→(A)へ), ない(→(2)へ)]

(A) 体制がある場合、その体制について、該当するもの全てにチェックをつけてください。  
1:宿直(平均\_\_\_\_人/日), 2:一部宿直(平均\_\_\_\_人/日),  
3:居残り体制(平均\_\_\_\_人/日), 4:On call(待機対応\_\_\_\_人/日),  
5:二交代制, 6:三交代制, 7:シフト勤務(早出、遅出等),  
8:その他( )。

※記載要領 1:宿直:薬剤師が夜間勤務している体制をとっていること  
 2:一部宿直:曜日または日にち指定で宿直体制をとっていること  
 3:居残り体制:毎日あるいは曜日指定で一定時間まで薬剤師が居残る体制をとっていること  
 4:On call:自宅待機等で必要時に呼び出しを受けて対応できる体制をとっていること  
 5:二交代制:12時間勤務等二交代で24時間体制をとっていること  
 6:三交代制:日勤、準夜、深夜等の交代制勤務をとっていること  
 7:シフト勤務:早出、遅出等の時間差勤務体制をとっていること  
 なお、1～3にチェックした場合、平日夜間の平均勤務人数を4:On callの場合は、待機対応人数を記入してください

(2) 薬剤部門薬剤師の休日の勤務体制が[ある(→(A)へ), ない(→設問18へ)].

(A) 体制が<ある>場合、その体制について、該当するもの全てにチェックをつけてください。  
1:日直(平均\_\_\_\_\_人/日), 2:半日直(平均\_\_\_\_\_人/日),  
3:On call(待機対応\_\_\_\_\_人/日), 4:その他(\_\_\_\_\_).

※記載要領 1:日直:休日の9時~17時など平日勤務時間と同様の勤務体制を採っていること。  
 2:半日直:午前中等の半日勤務体制を採っていること。(日直勤務に満たないもの)  
 なお、1~2にチェックした場合、休日の平均勤務人数を3:On callの場合は、待機対応人数を記入してください。

### 18. 薬剤師の時間外勤務

6月1ヵ月間の薬剤部門の全ての薬剤師(日勤者、非常勤を含む)の時間外勤務について以下の1~7の各時間別に該当する人数をご記入ください。

※できるだけ実態に即して記入してください。(F)と(G)については差支えない範囲でご記入ください。  
 施設の個別データを公表することはありません。

(A) 1ヵ月間の時間外勤務はない(0時間)	人(6月の該当者実数)
(B) 1ヵ月間の時間外勤務 1時間以上10時間未満	人 "
(C) " 10時間以上20時間未満	人 "
(D) " 20時間以上30時間未満	人 "
(E) " 30時間以上45時間未満	人 "
(F) " 45時間以上100時間未満	人 "
(G) " 100時間以上	人 "

### 19. 処方せん枚数

6月1ヵ月間の処方せん枚数をご記入ください。ない場合0(ゼロ)とご記入ください。

(1) 入院処方せん枚数: 1ヵ月間( )枚

(2) 外来処方せん(院内)枚数 ①:1ヵ月間( )枚,  
 (A) 外来処方せん(院内)枚数のうち介護老人保健施設分:( )枚

(3) 院外処方せん枚数 ②:1ヵ月間( )枚

(4) 院外処方せん発行率(※) ( )% (②÷(①+②)×100)

※院外処方せん発行率(小数第1位を四捨五入):上記の(2)外来処方せん(院内)枚数①、(3)院外処方せん枚数②の情報を基に計算式 ②÷(①+②)×100で算出してください。

(5) 入院注射剤の処方せん枚数: 1ヵ月間( )枚 (6) 外来注射剤の処方せん枚数: 1ヵ月間( )枚

### 20. 調剤に関する診療報酬の算定件数

貴施設で以下について算定していますか。算定している場合、6月1ヵ月間の算定件数をご記入ください

(1) 調剤技術基本料1(入院,月1回)(42点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(2) 調剤技術基本料2(外来,月1回)(8点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(3) 調剤料1イ(外来 内服等,1回)(9点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(4) 調剤料1ロ(外来 外用,1回)(6点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(5) 調剤料2(入院,1日)(7点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(6) 薬剤情報提供料(外来,月1回)(10点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(7) 手帳記載加算(外来,月1回)(3点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(8) 院内製剤加算(10点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(9) 処方せんの一般的名称の記載(2点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]

## 21. 病院の勤務医の負担軽減及び処遇の改善に係わる計画

(1) 総合入院体制加算(120点)を算定して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。
(2) 「病院の勤務医の負担軽減及び処遇の改善に係わる計画」に 薬剤部門(薬剤師)は含まれて[ <input type="checkbox"/> いる(→(A)へ), <input type="checkbox"/> いない(→設問22へ)]。
(A) 含まれてくいる場合、薬剤部門(薬剤師)はどのような形で含まれるかについて、 具体的に以下にご記入ください。

## Ⅲ. 薬剤師の業務

### 22. 薬剤師の業務内容

以下の(1)～(44)の項目について、現在、薬剤師として関わっていますか。また、関わっている場合、その程度について[ <input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:時々]のいずれか1つにチェックをつけてください。	
なお、この中には病棟等での積極的な関わり(薬剤師の新しい業務)についての設問もありますが、各施設内で十分コミュニケーションがとれていることが前提となります。	
薬剤師の業務(医政局長通知・チーム医療等)	関与の有無とその程度
(1) 薬物療法プロトコルについて提案、医師と協働で作成、協働で進行管理	関わって <input type="checkbox"/> いる[ <input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:時々] <input type="checkbox"/> いない
(2) 患者の状態に応じた積極的な処方の提案	関わって <input type="checkbox"/> いる[ <input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:時々] <input type="checkbox"/> いない
(3) 患者の状態観察に基づく薬効・副作用の確認と結果の医師への伝達	関わって <input type="checkbox"/> いる[ <input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:時々] <input type="checkbox"/> いない
(4) 薬物療法の経過確認及び同一処方継続可否の提案	関わって <input type="checkbox"/> いる[ <input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:時々] <input type="checkbox"/> いない
(5) 持参薬の確認・評価とそれを考慮した服用計画の提案	関わって <input type="checkbox"/> いる[ <input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:時々] <input type="checkbox"/> いない
(6) 外来における抗がん剤等の無菌調製やTPN等の無菌調製	関わって <input type="checkbox"/> いる[ <input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:時々] <input type="checkbox"/> いない
(7) 入院患者に対する抗がん剤等の無菌調製やTPN等の無菌調製	関わって <input type="checkbox"/> いる[ <input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:時々] <input type="checkbox"/> いない
(8) 保険薬局への情報提供(退院時共同指導も含む)	関わって <input type="checkbox"/> いる[ <input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:時々] <input type="checkbox"/> いない
(9) 患者に対する服薬指導・服薬支援・薬歴管理	関わって <input type="checkbox"/> いる[ <input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:時々] <input type="checkbox"/> いない
(10) 患者状態の把握、服薬指導等を通じた薬学的管理	関わって <input type="checkbox"/> いる[ <input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:時々] <input type="checkbox"/> いない
(11) 医薬品の有効性・安全性情報の収集、管理及び提供	関わって <input type="checkbox"/> いる[ <input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:時々] <input type="checkbox"/> いない
(12) 他の医療スタッフへの助言や相談への応需	関わって <input type="checkbox"/> いる[ <input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:時々] <input type="checkbox"/> いない
(13) 注射薬の投与準備(非無菌調製)	関わって <input type="checkbox"/> いる[ <input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:時々] <input type="checkbox"/> いない
(14) 点滴ライン等のルート管理	関わって <input type="checkbox"/> いる[ <input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:時々] <input type="checkbox"/> いない
(15) 医薬品管理業務(病棟配置薬の管理等)	関わって <input type="checkbox"/> いる[ <input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:時々] <input type="checkbox"/> いない
(16) 配薬(患者に薬を配る機会を通じた状況把握)	関わって <input type="checkbox"/> いる[ <input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:時々] <input type="checkbox"/> いない
(17) 医師と協働して薬学的管理を行っている (インフォームドコンセントの実施を含む)	関わって <input type="checkbox"/> いる[ <input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:時々] <input type="checkbox"/> いない
(18) フォーミュラリー(採用医薬品に関する情報集)の作成をおこなっている	関わって <input type="checkbox"/> いる[ <input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:時々] <input type="checkbox"/> いない

(19) カンファレンスへの参加	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(20) 回診への同行	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(21) NST(栄養サポートチーム)業務への対応	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(22) ICT(感染制御チーム)業務への対応	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(23) 行政への副作用報告に関連する業務	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(24) 治験の実施に関連する業務	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
薬剤師の業務(病棟等での積極的な関わり※) ※各施設内で十分コミュニケーションがとれていることが前提となります	関与の有無とその程度
(25) 薬剤師が、添付文書の使用上の注意事項などを考慮し、副作用予測又は回避に必要なフィジカルアセスメントを実施している	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(26) 慢性期に移行し、症状が安定している患者について、検査データ、副作用症状の有無等、薬物療法中の患者情報を踏まえ、チーム医療の中で薬剤師が過去の処方歴を基に処方している	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(27) 入院患者の検査データ、バイタルサイン、自覚症状など薬物療法中の患者情報を踏まえ、チーム医療の中で薬剤師が苦痛等の症状改善のための臨時処方をしている	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(28) チーム医療の中で薬剤師が、医師が指定した慢性期の患者の定期処方薬が切れた時などについてDo処方をしている	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(29) チーム医療の中で薬剤師が、入院患者の処方スケジュールを確認し、定時処方切れなどの投与日数の調整のための臨時処方をしている	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(30) 薬剤師が、処方薬の剤形(散薬・錠剤・一包化等)を変更している	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(31) 医師からの処方に関する問い合わせに対して、薬剤師が適切な処方提案をしている	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(32) 薬剤師が病棟にて、処方せんにより混合調製した点滴薬剤等のセッティングをしている	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(33) 薬剤師が注射剤の投与直後から患者の副作用症状、バイタルサイン等を経過観察している	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(34) 薬剤師が特定薬剤治療管理料で決められている薬剤(抗菌薬・ジゴキシン・抗てんかん剤等)の血中濃度の測定をオーダーしている	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(35) 薬剤師が薬物療法中の状態を定期的にモニタリングし、処方変更、投与量の変更、投薬・注射の中止を提案している	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(36) 薬剤師が注射薬配合変化を防いだり、投与速度の管理を効率的に行うため注射ルート管理を行っている	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(37) 患者に処方された内服薬について、必要な患者に対して薬剤師が施用ごとに配薬を行い飲み忘れ、飲み間違いを防止しコンプライアンスを高めている	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(38) 添付文書に検査することが記載されている医薬品について、薬剤師が検査オーダーしている	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(39) 薬剤師が必要性を判断しTDMのオーダーしている	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(40) 薬剤師が、治療法決定後のインフォームドコンセントに同席し、治療に使用する薬の作用、副作用について患者に説明している	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない
(41) 患者に対する治療が決定した後、薬剤師が制吐剤・ステロイドなどの副作用抑制剤の選択や投与スケジュールを医師に提案している	関わって□いる [□1:かなり, □2:時々] □いない

(42) 薬剤師が褥瘡の創を観察し、病態を把握するとともに創面の水分量を測定し、創の病態に適した基剤を考慮した外用薬を選択(処方)している	関わって□いる[□1:かなり, □2:時々] □いない
(43) 薬剤師が個々の患者に対して、抗菌薬の選択・投与量コンサルト等の処方設計を行っている	関わって□いる[□1:かなり, □2:時々] □いない
(44) 薬剤師がすべての患者の持参薬をチェックし、医師の診断結果および検査値等をふまえて患者の病態に適した入院中の服薬計画書の作成を行っている	関わって□いる[□1:かなり, □2:時々] □いない
(45) (25)～(44)以外で、従来は医師が行っていた業務を薬剤師が薬学的知識等に基づいて直接行っているものがある場合、具体的に記入してください( )	

#### IV. 調剤

##### 23. 薬歴等に基づく処方監査(入院処方せん)

(1) 入院処方せんの監査について該当するもの1つにチェックをつけてください。 □1:薬歴等に基づき処方監査を行っているものがある(→(A)へ), □2:処方監査は行っているが、薬歴に基づいたものはない(→設問24へ)。
(A) <薬歴等に基づく>場合、該当するもの1つにチェックをつけてください (a) それは □1:すべての処方について実施している, □2:一部(臨時処方や外用薬等)を除いたすべての処方について実施している, □3:一部(ハイリスク薬(※)等を服用している患者等)の処方について実施している。
(b) その薬歴等の内容は □1:これまでの薬歴等の情報を基に行っている, □2:薬歴に加えて、病名(既往歴等を含む)などの患者情報、検査値やTDMの結果、その他のコメントなどにも基づいて行っている
(c) 処方監査の結果、処方変更となったものが[□ある(6月1ヵ月間に__件), □ない]。
※ハイリスク薬:例(抗悪性腫瘍薬、糖尿病用薬、ジギタリス、ワルファリン等)

##### 24. 薬歴等に基づく処方監査(外来処方せん(院内調剤))

(1) 外来処方せん(院内調剤)の監査について該当するもの1つにチェックをつけてください。 □1:薬歴等に基づき処方監査を行っているものがある(→(A)へ), □2:処方監査は行っているが、薬歴に基づいたものはない(→設問25へ)。
(A) <薬歴等に基づく>場合、該当するもの1つにチェックをつけてください。 (a) それは □1:すべての処方について実施している, □2:一部(臨時処方や外用薬等)を除いたすべての処方について実施している, □3:一部(ハイリスク薬(※)等を服用している患者等)の処方について実施している。
(b) その薬歴等の内容は □1:これまでの薬歴等の情報を基に行っている, □2:薬歴に加えて、病名(既往歴等を含む)などの患者情報、検査値やTDMの結果、その他のコメントなどにも基づいて行っている。
(c) 処方監査の結果、処方変更となったものが[□ある(6月1ヵ月間に__件), □ない]。
※ハイリスク薬:例(抗悪性腫瘍薬、糖尿病用薬、ジギタリス、ワルファリン等)

##### 25. 薬歴等に基づく処方監査((外来)院外処方せん)

(1) (外来)院外処方せんの監査について該当するもの1つにチェックをつけてください。 □1:薬歴等に基づき処方監査を行っているものがある(→(A)へ), □2:処方監査は行っているが、薬歴に基づいたものはない(→設問26へ)。
(A) <薬歴等に基づく>場合、該当するもの1つにチェックをつけてください。 (a) それは □1:すべての処方について実施している, □2:一部(臨時処方や外用薬等)を除いたすべての処方について実施している, □3:一部(ハイリスク薬(※)等を服用している患者等)の処方について実施している。
(b) その薬歴等の内容は □1:これまでの薬歴等の情報を基に行っている, □2:薬歴に加えて、病名(既往歴等を含む)などの患者情報、検査値やTDM結果、その他のコメントなどにも基づいて行っている。
(c) 処方監査の結果、処方変更となったものが[□ある(6月1ヵ月間に__件), □ない]。
※ハイリスク薬:例(抗悪性腫瘍薬、糖尿病用薬、ジギタリス、ワルファリン等)

26. 注射剤の処方せん(入院)による管理

<p>(1) 注射剤の払い出し時の取り揃え方について該当するもの<u>1つ</u>にチェックをつけてください。          ※麻薬等払い出し方法に指定のあるものは除きます。  <input type="checkbox"/>1: ほぼすべて1施用ごとに取り揃えている,  <input type="checkbox"/>2: 1施用ごとに取り揃えるものと患者ごとに取り揃えているものがある,  <input type="checkbox"/>3: ほぼすべて患者ごとに取り揃えている,  <input type="checkbox"/>4: 一部の薬剤について患者ごとに取り揃えている,  <input type="checkbox"/>5: 薬剤部門では、取り揃えていない。</p>
<p>(2) 注射剤の処方せんの監査について該当するもの<u>1つ</u>にチェックをつけてください  <input type="checkbox"/>1: すべての処方について実施している,  <input type="checkbox"/>2: 一部を除いたすべての処方について実施している,  <input type="checkbox"/>3: 一部(ハイリスク薬(※)TDMを実施するもの等)の処方について実施している,  <input type="checkbox"/>4: 実施していない(→設問27へ)。</p>
<p>(3) 監査が薬歴に基づいて行われているかについて該当するもの<u>1つ</u>にチェックをつけてください。  <input type="checkbox"/>1: すべて薬歴に基づいて行っている(→(A)へ),  <input type="checkbox"/>2: 一部薬歴に基づいて行っている(→(A)へ),  <input type="checkbox"/>3: 薬歴に基づいて監査を行っていない(→設問27へ)。</p>
<p>(A) 薬歴に基づく処方監査の結果、処方変更となったものが[<input type="checkbox"/>ある(6月1ヵ月間に__件), <input type="checkbox"/>ない]。          ※ハイリスク薬: 例(抗悪性腫瘍薬、ジギタリス等)</p>

27. 処方せんの疑義照会件数

<p>6月1ヵ月間に疑義照会を行った件数(行っていない場合「0」)をご記入ください。</p>
<p>(1) 内用・外用 (A)入院 ( )件, (B)外来(院内) ( )件。</p>
<p>(2) 注射 (A)入院 ( )件, (B)外来(院内) ( )件。</p>

28. 内服薬の一包化調剤

<p>(1) 入院患者を対象に内服薬の一包化調剤を実施して[<input type="checkbox"/>いる(→(A)へ), <input type="checkbox"/>いない(→設問29へ)]</p>
<p>(A) &lt;実施して&lt;いる&gt;場合、該当するもの<u>1つ</u>にチェックをつけてください。          その対象は一包化が可能なもののうち、  <input type="checkbox"/>1: ほぼ全ての入院患者, <input type="checkbox"/>2: 一部の病棟または一部の入院患者, <input type="checkbox"/>3: その他( )。</p>

29. 保険薬局からの疑義照会等に対応する部門

<p>保険薬局からの疑義照会等にまず対応する部門について該当するもの<u>全て</u>にチェックをつけてください。  <input type="checkbox"/>1: 薬剤部門, <input type="checkbox"/>2: 診療科(医師), <input type="checkbox"/>3: 診療科(医師以外の看護師, クラーク等) <input type="checkbox"/>4: 事務部門,  <input type="checkbox"/>5: その他の部門(1-4以外), <input type="checkbox"/>6: 特に決まっていない。</p>
---

30. 処方せんの記載方法

<p>(1) 処方せんの内服薬等の1回量記載について該当するもの<u>1つ</u>にチェックをつけてください。  <input type="checkbox"/>1: すでに1回量記載としている,  <input type="checkbox"/>2: 1回量記載とすることが決定し、準備中である(システムの変更等),  <input type="checkbox"/>3: 今後、1回量記載とすることについて、検討中である(システム改修時等),  <input type="checkbox"/>4: 当面、1回量記載とする予定はない,  <input type="checkbox"/>5: その他(1-4以外: )。</p>
<p>(2) 処方せんの一般的名称を記載することについて該当するもの<u>1つ</u>にチェックをつけてください  <input type="checkbox"/>1: すでに処方せんに一般的名称を記載している(→(A)へ),  <input type="checkbox"/>2: 一般的名称を記載することが決定し、準備中である(システムの変更等),  <input type="checkbox"/>3: 今後、一般的名称を記載することについて、検討中である(システム改修時等),  <input type="checkbox"/>4: 当面、一般的名称を記載する予定はない,  <input type="checkbox"/>5: その他(1-4以外: )。</p>
<p>(A) &lt;記載している&gt;場合、移行するにあたり何か対応・工夫[<input type="checkbox"/>した, <input type="checkbox"/>していない]。          (a) その内容について具体的にご記入ください( )。</p>

V. 無菌製剤処理・がん化学療法

31. 無菌製剤処理業務（※抗悪性腫瘍薬については設問33、放射性医薬品は設問62でご回答ください）

(1) 無菌調製をする際の設備について (A) 安全キャビネットが施設内に[ <input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない]。 (B) クリーン・ベンチが施設内に[ <input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない]。
(2) 中心静脈栄養（TPN）について (A) 中心静脈栄養（TPN）を無菌調製して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(3)へ)]。 (B) 無菌製剤を実施している場所について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 □1: 薬剤部門, □2: 病棟, □3: それ以外( )。 (C) 無菌調製を実施している者について該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 □1: すべて薬剤師, □2: すべて医師又はその指示を受けた看護師等, □3: 薬剤師、医師又はその指示を受けた看護師等, □4: その他( )。
(3) 無菌治療室での治療が必要な患者(※)に投与される薬剤について (A) 無菌治療室での治療が必要な患者に投与される薬剤を無菌調製して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(4)へ)]。 (B) 無菌製剤を実施している場所について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 □1: 薬剤部門, □2: 病棟, □3: それ以外( )。 (C) 無菌調製を実施している者について該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 □1: すべて薬剤師, □2: すべて医師又はその指示を受けた看護師等, □3: 薬剤師、医師又はその指示を受けた看護師等, □4: その他( )。
※厚生労働大臣が定める入院患者(白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群等の患者)
(4) 上記の(3)および(4)、抗悪性腫瘍薬、放射性医薬品以外の注射薬で無菌調製しているものが (A) [ <input type="checkbox"/> ある(一般名: ), <input type="checkbox"/> ない(→設問32へ)]。 (B) その無菌製剤を実施している場所について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 □1: 薬剤部門, □2: 病棟, □3: それ以外( )。 (C) 無菌調製を実施している者について該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 □1: すべて薬剤師, □2: すべて医師又はその指示を受けた看護師等, □3: 薬剤師、医師又はその指示を受けた看護師等, □4: その他( )。

32. 無菌製剤処理料などの算定件数

以下について貴施設で算定していますか。算定している場合、6月1ヵ月間の算定件数をご記入ください	
(1) 無菌製剤処理料 1 (150点) 揮発性の高い薬剤	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間____件), <input type="checkbox"/> いない]
(2) 無菌製剤処理料 1 (100点) 閉鎖式接続器具を使用	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間____件), <input type="checkbox"/> いない]
(3) 無菌製剤処理料 1 (50点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間____件), <input type="checkbox"/> いない]
(4) 無菌製剤処理料 2 (40点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間____件), <input type="checkbox"/> いない]
(5) 無菌製剤処理料 1 (150点)の対象となっている薬剤(※)以外の揮発性の高い薬剤を閉鎖式接続器具を使って無菌調製して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> ない]。 (A) <ある>場合、その薬剤について具体的にご記入ください。 (その薬剤(一般名) )	
※対象となる薬剤：シクロホスファミド、イホスファミド、ベンダムスチン塩酸塩	
(6) 抗悪性腫瘍薬で中心静脈注射(無菌製剤処理)によるものが[ <input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(→(7)へ)]。 (A) <ある>場合、その件数と薬剤について具体的にご記入ください。 6月1ヵ月算定( 件)、(その薬剤(一般名) )	
(7) 外来化学療法加算 1 A ((一)580点および(二)780点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間____件), <input type="checkbox"/> いない]
(8) 外来化学療法加算 1 B ((一)430点および(二)630点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間____件), <input type="checkbox"/> いない]
(9) 外来化学療法加算 2 A ((一)450点および(二)700点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間____件), <input type="checkbox"/> いない]
(10) 外来化学療法加算 2 B ((一)350点および(二)600点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間____件), <input type="checkbox"/> いない]

### 33. がん関連

(1) 貴施設でがんに関する診療を行って[ <input type="checkbox"/> いる(→(2)へ), <input type="checkbox"/> いない(→設問34へ)].
(2) 抗悪性腫瘍薬調製用の安全キャビネットが施設内に[ <input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない]. (A) <ある>場合、安全キャビネットは薬剤部内に( )台、薬剤部以外のサテライト等に( )台.
(3) 抗悪性腫瘍薬の調製について、該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 抗悪性腫瘍薬の調製は <input type="checkbox"/> 1:すべて薬剤師が実施している(→(A)へ), <input type="checkbox"/> 2:薬剤師(→(A)へ)、医師又は看護師(→(B)へ)が実施している, <input type="checkbox"/> 3:すべて医師又は看護師が実施している(→(B)へ).
(A) <1:薬剤師が実施している>または<2:薬剤師、医師又は看護師が実施している>場合、その調製について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:ほぼ全ての調製に安全キャビネットを使用している, <input type="checkbox"/> 2:一部の調製に安全キャビネットを使用している, <input type="checkbox"/> 3:安全キャビネットを使用せずにクリーン・ベンチを使用している, <input type="checkbox"/> 4:安全キャビネットを使用せずにオープンな環境下で調製している.
(B) <3:医師又は看護師が実施している>または<2:薬剤師、医師又は看護師が実施している>場合、その調製について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:ほぼ全ての調製に安全キャビネットを使用している, <input type="checkbox"/> 2:一部の調製に安全キャビネットを使用している, <input type="checkbox"/> 3:安全キャビネットを使用せずにクリーン・ベンチを使用している, <input type="checkbox"/> 4:安全キャビネットを使用せずにオープンな環境下で調製している.
(4) 抗悪性腫瘍薬の説明文書について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:薬剤部が作成している, <input type="checkbox"/> 2:診療科と薬剤部が協働で作成している, <input type="checkbox"/> 3:診療科が作成し、薬剤部がチェックしている, <input type="checkbox"/> 4:薬剤部の関与なく診療科が作成している.
(5) 貴施設にキャンサーボード(※)を設置して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(6)へ)]. (A) 設置して<いる>場合、そのキャンサーボードに薬剤師が参加して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない].
※キャンサーボード:施設内に、個々のがん患者への治療の方針・決定するために、外科、化学療法、放射線、病理、緩和、精神腫瘍など多様な専門性を有する医師及び医療スタッフらで構成し協議を行う検討会をいう。
(6) 化学療法に係る委員会(※)が[ <input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(→(7)へ)]. (A) 委員会が<ある>場合、その委員会に薬剤師が関与して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(7)へ)]. (a) その委員会に薬剤師が関与して<いる>場合、 1) その委員会に参加している薬剤師は( )人。 2) その委員会での薬剤師の役割について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:委員長, <input type="checkbox"/> 2:副委員長, <input type="checkbox"/> 3:委員, <input type="checkbox"/> 4:事務局, <input type="checkbox"/> 5:オブザーバー, <input type="checkbox"/> 6:その他( ).
※化学療法に係る委員会:化学療法のレジメンの妥当性を評価して審査や承認する委員会のこと。
(7) 抗悪性腫瘍薬のレジメン登録体制をとって[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(8)へ)]. (A) 登録体制をとって<いる>場合、該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 その登録体制は[ <input type="checkbox"/> 1:ほぼ完全に運用できている, <input type="checkbox"/> 2:完全には運用できていない]
(8) 登録レジメンに基づく処方監査は実施して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(9)へ)]. (A) 処方監査を実施して<いる>場合、監査の結果、処方変更となった件数は6月1ヵ月( )件である。
(9) 以下について貴施設で算定していますか。算定している場合、6月1ヵ月算定件数をご記入ください。 (A) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算(70点) [ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間____件), <input type="checkbox"/> いない ]
(B) がん診療連携拠点病院加算(500点) [ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間____件), <input type="checkbox"/> いない ]

### 34. 外来化学療法

(1) 外来化学療法部門(外来化学療法室・センター等)が[ <input type="checkbox"/> ある(→(2)へ), <input type="checkbox"/> ない(→設問35へ)].
(2) 患者への薬物療法の説明について、該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 患者への薬物療法の説明を薬剤師が実施して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→設問35へ)]. (A) 薬剤師が実施して<いる>場合、薬剤師が[ <input type="checkbox"/> 1:(ほぼ)すべて, <input type="checkbox"/> 2:一部]実施している。 (B) 薬剤師が実施して<いる>場合、説明以外の内容について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:インフォームドコンセント(医師と協働しておこなうものを含む), <input type="checkbox"/> 2:副作用等が起こった(疑われる)場合についての対応, <input type="checkbox"/> 3:保険薬局との地域連携, <input type="checkbox"/> 4:1-3以外で薬剤師が行うもの(薬物療法の説明・抗悪性腫瘍薬等の調製を除く)がある。 (それは具体的に )。

## VI. 治療薬物モニタリング(TDM)

### 35. TDMの測定と処方変更の提案

(1) 貴施設でTDMを実施して[ <input type="checkbox"/> いる(→(2)へ), <input type="checkbox"/> いない(→設問36へ)].
(2) TDM業務を実施している者について、該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 □1:薬剤師, □2:臨床検査技師, □3:医師, □4:その他( )).
(3) TDMの測定について、該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 施設内の[□1:薬剤部門, □2:検査部門, □3:病棟, □4:1-3以外の部門が実施]、□5:外注により実施。
(4) TDMの解析について、該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 施設内の[□1:薬剤部門, □2:検査部門, □3:病棟, □4:1-3以外の部門が実施]、□5:外注により実施。
(5) 特定薬剤治療管理料(470点)および(235点)(ジギタリス, 抗てんかん等)について 貴施設で算定していますか。算定の場合、6月1ヵ月間の算定件数をご記入ください。 特定薬剤治療管理料(470点)および(235点) [□はい( )件, □いいえ]
(6) 特定薬剤治療管理料の対象とならないもので、TDMを実施している薬物が [□ある(具体的に一般名 ), □ない]。
(7) TDMにより処方変更を提案して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→設問36へ)]. (A) 処方変更を提案して<いる>場合、件数をご記入ください。 (a) 一ヵ月間に処方変更を提案した件数は( )件で、うち実際に処方変更になったのは( )件。 (b) 変更の提案により該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけ、ある場合件数をご記入ください。 □1:他の医薬品になったものがあり、その件数は6月1ヵ月間で( )件, □2:用法用量が変更になったものがあり、その件数は6月1ヵ月間で( )件, □3:投与中止になったものがあり、その件数は6月1ヵ月間で( )件。

## VII. 薬剤管理指導

### 36. 薬剤管理指導の施設基準に係る届出

(1) 薬剤管理指導の施設基準に係る届を出して[ <input type="checkbox"/> いる(→設問37へ), <input type="checkbox"/> いない(→(2)へ)].
(2) 届を出して<いない>場合、その理由について、該当するもの1つにチェックをつけてください。 □1:施設基準を満たしていない, □2:施設基準を満たしているが、(人手不足等のため)届け出ていない, □3:その他( )).

### 37. 薬剤管理指導とハイリスク薬の管理

貴施設で以下について算定していますか。算定の場合、患者人数と6月1ヵ月間の算定件数をご記入ください
(1) 薬剤管理指導 1 (430点) (※) [□いる(患者 人, 件), □いない]
※救命救急入院料等を算定している患者に対して薬学的管理指導を行うこと
(2) 薬剤管理指導 2 (380点) (※) [□いる(患者 人, 件), □いない]
※特に安全管理が必要な医薬品が投薬または注射されている患者に対して薬学的管理指導を行うこと(薬剤管理指導 1に該当する場合を除く)
(3) 薬剤管理指導 3 (325点) (※) [□いる(患者 人, 件), □いない]
※薬剤管理指導 1 及び 2 の患者以外の患者に対して薬学的管理指導を行うこと
(4) 麻薬管理指導加算(50点) [□いる(患者 人, 件), □いない]
(5) 現在、診療報酬上ハイリスク薬として認められている医薬品以外でハイリスク薬として安全管理を行っているものが [□ある, □ない(→設問38へ)].
(A) 安全管理を行っているものが<ある>場合、該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 □1:催眠鎮静薬, □2:血液凝固阻止薬(注射剤), □3:その他(具体的に一般名: )).

38. 包括評価されている病床(※)で行われている薬剤管理指導

以下について該当するもの1つにチェックし、実施している場合は件数、人数をご記入ください。  
 薬剤管理指導料が包括評価されている病床(※)の患者に対して、算定はできないが、薬剤管理指導を  
1:実施している [6月1ヵ月間の実施患者人数( )人, 件数( )件],  
2:実施していない,  
3:包括評価されている患者がいない。

※薬剤管理指導料が包括評価されている病床：特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料2、特殊疾患療養病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科療養病棟入院料、老人性認知症治療病棟入院料等を算定している病床を指します。

39. 退院時薬剤情報指導管理料

(1) 貴施設で退院時薬剤情報指導管理料(90点)について算定していますか。算定の場合、6月1ヵ月間の算定件数をご記入ください [ いる( )件 (→設問40へ), いない(→(A)へ) ]。

(A) 算定して<いない>場合、その理由について該当するもの全てにチェックをつけてください。  
1:入院時の服用中の薬剤(持参薬等)の確認を行っていない,  
2:退院時の情報提供・指導を行っていない,  
3:退院時に行った指導の要点を手帳に記載できない,  
4:入院中に使用した主な薬剤等について、手帳に貼付するための文書(シール等)ができない,  
5:その他( )。

※退院時薬剤情報指導管理料:入院時に服薬中の医薬品等について確認、入院中に使用した主な薬剤の名称、副作用の概要に関して手帳に記載した上で、退院時に患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行うこと

40. 介護・在宅訪問等における薬剤師の関わり

(1) 貴施設には療養病床が[ ある(医療型 床, 介護型 床), ない(→設問41へ) ]。

(2) 貴施設で以下について算定していますか。算定している場合、6月1ヵ月間の算定件数をご記入ください

(1) 介護保険における薬剤管理指導	[ <input type="checkbox"/> いる( )件, <input type="checkbox"/> いない ]
(2) 在宅患者訪問薬剤管理指導 1 (550点) (同一建物居住者以外)	[ <input type="checkbox"/> いる( )件, <input type="checkbox"/> いない ]
(3) 在宅患者訪問薬剤管理指導 2 (385点) (同一建物居住者)	[ <input type="checkbox"/> いる( )件, <input type="checkbox"/> いない ]
(4) 薬剤師が行う(※)介護保険における居宅療養管理指導	[ <input type="checkbox"/> いる( )件, <input type="checkbox"/> いない ]

※薬剤師が行っていない場合は除きます

VIII. 病棟における薬剤師

41. 病棟薬剤業務実施加算

(1) 病棟薬剤業務実施加算 [(100点)またはDPC対象病院では機能評価係数I(0.0067)] について該当するもの1つにチェックをつけてください。  
1:すでに算定している(→(A)へ),  
2:算定することが決定し、算定できるよう準備中である(→(B)へ),  
3:今後、算定できるよう検討中である(→(C)へ),  
4:当面、算定する予定はない(→設問42へ),  
5:その他( )。

(A) <1:すでに算定している>施設にお尋ねします。  
 (a) 6月1ヵ月間の算定件数をご記入ください ( )件。  
 (b) 病棟薬剤業務実施加算を算定するために行った内容について該当するもの全てにチェックをつけてください。  
1:薬剤師の増員を行った(増員した人数を記入してください( )人),  
2:薬剤部門の人員配置・勤務体制の見直しを行った,  
3:他の医療従事者(医師・看護師等)と業務分担の見直しを行った,  
4:その他( ) ,  
5:特に見直しは行っていない。

- (c) 病棟薬剤業務実施加算を算定する前と比べて、該当するもの1つにチェックをつけてください。
- 1) 病棟内のカンファレンス・回診への参加回数が 1:増えた, 2:変化なし, 3:減った]。
- 2) 他の医療従事者からの相談回数が 1:増えた, 2:変化なし, 3:減った]。
- 3) 薬剤管理指導件数が 1:増えた, 2:変化なし, 3:減った]。

- (d) 病棟薬剤業務実施加算を算定する前と比べて良くなったと思われることはありますか。
- 1) 勤務医等の負担軽減の観点から ( )
- 2) 安全性の向上の観点から ( )
- 3) 薬物療法の質向上の観点から ( )

- (e) アウトカムの評価目的に集計を行っているものはありますか。  
( )

- (f) 病棟薬剤業務として実施しているが、病棟薬剤業務日誌には病棟薬剤業務実施時間として記載できないもの(薬剤管理指導業務を除く)がある, ない]。  
また、その内容について具体的にご記入ください。  
( )

- (g) 病棟薬剤業務実施加算を療養病棟・精神科病棟で算定している, いない(→設問42へ)]。
- 1) 療養病棟・精神科病棟で算定して<いる>場合、算定している患者が入院した日から起算して4週を超えた場合がある(→A)へ, ない(→設問42へ)]。
- A) <4週を超えた>場合、該当するもの1つにチェックをつけてください。  
1:引き続き病棟業務を実施する(→B)へ, 2:実施しない(→設問42へ)。
- B) <4週を超えた>場合、実施している病棟業務について該当するもの全てにチェックをつけてください  
1:医薬品の投薬・注射状況の把握,  
2:使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需,  
3:入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案,  
4:2種以上(注射薬と内用薬を1種以上含む)の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認,  
5:患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明,  
6:薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施,  
7:その他、必要に応じ、医政局通知で定める業務。

- (B) <2:算定したいがまだできない>施設にお尋ねします。
- (a) いつごろから算定予定ですか。該当するもの1つにチェックをつけてください。  
1:今年度上半期(平成24年9月頃), 2:今年度下半期, 3:来年度以降。
- (b) 算定できない理由について、該当するもの全てにチェックをつけてください。  
1:常勤の薬剤師が2人以上いない,  
2:病棟専任の薬剤師による各病棟における実施時間が1週当たり20時間相当に満たない,  
3:薬剤管理指導料に係る届出を行っていない,  
4:その他( )。

- (C) <3:今後、算定できるよう検討中である>施設にお尋ねします。
- (a) いつごろから算定予定ですか。該当するもの1つにチェックをつけてください。  
1:今年度上半期(平成24年9月頃), 2:今年度下半期, 3:来年度以降。
- (b) 算定できない理由について、該当するもの全てにチェックをつけてください。  
1:常勤の薬剤師が2人以上いない,  
2:病棟専任の薬剤師による各病棟における実施時間が1週当たり20時間相当に満たない,  
3:薬剤管理指導料に係る届出を行っていない,  
4:その他( )。

IX. 手術室、ICU等における薬剤師

42. 手術室(手術関連業務)における薬剤師

(1) 貴施設に手術室が[ <input type="checkbox"/> ある(→(2)へ), <input type="checkbox"/> ない(→設問43へ)].
(2) 薬剤師は手術関連業務に関与して[ <input type="checkbox"/> いる(→(A)へ), <input type="checkbox"/> いない(→(B)へ)].
(A) 関与して<いる>場合、該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 (a) 手術関連業務に従事している薬剤師(複数の薬剤師が交代する場合はその合計時間に基づく)の関与について、該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1: 専従(手術関連業務に1日平均8割以上従事), <input type="checkbox"/> 2: 専任(1日平均5割以上8割未満従事), <input type="checkbox"/> 3: 兼務(手術関連業務に従事しているのは1日平均5割未満). (b) 薬剤師が行っている手術関連業務の内容について該当する <u>全て</u> にチェックを付けてください <input type="checkbox"/> 1: 手術室で使用する薬の処方案, <input type="checkbox"/> 2: 注射薬の用法用量、相互作用についての監査, <input type="checkbox"/> 3: 麻薬・向精神薬・筋弛緩薬の管理, <input type="checkbox"/> 4: 麻酔薬(液・ガス)管理, <input type="checkbox"/> 5: 医療材料管理, <input type="checkbox"/> 6: 注射ルート管理, <input type="checkbox"/> 7: 薬剤のミキシングやシリンジ充填, <input type="checkbox"/> 8: 回診やカンファレンスへの参加を通じた患者情報の共有や提供, <input type="checkbox"/> 9: 投与量や投与速度の算出, <input type="checkbox"/> 10: 麻酔チャート・術後感染予防薬の処方監査, <input type="checkbox"/> 11: 使用薬の確認・照合, <input type="checkbox"/> 12: 医薬品カート等による医薬品のセット管理, <input type="checkbox"/> 13: その他(具体的に )).
(B) 関与して<いない>場合、その理由について該当するもの <u>全て</u> にチェックを付けてください <input type="checkbox"/> 1: 薬剤師が今後実施するよう検討中のため, <input type="checkbox"/> 2: 業務量に見合った薬剤師数が配置されていないため, <input type="checkbox"/> 3: 他の職種が実施しており、薬剤師による実施の要請がないため, <input type="checkbox"/> 4: 診療報酬において評価されていないため, <input type="checkbox"/> 5: その他( )).

43. ICU, HCUまたはNICU(ICU等)における薬剤師

(1) 貴施設にICU, HCUまたはNICU(ICU等)が[ <input type="checkbox"/> ある(→(2)へ), <input type="checkbox"/> ない(→設問44へ)].
(2) 薬剤師はICU等関連業務に関与[ <input type="checkbox"/> いる(→(A)へ), <input type="checkbox"/> いない(→(B)へ)].
(A) 関与して<いる>場合、該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 (a) ICU関連業務に従事している薬剤師(複数の薬剤師が交代する場合はその合計時間に基づく)の関与について、該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1: 専従(ICU等関連業務に1日平均8割以上従事), <input type="checkbox"/> 2: 専任(1日平均5割以上8割未満従事), <input type="checkbox"/> 3: 兼務(ICU等関連業務に従事しているのは1日平均5割未満). (b) 薬剤師が行っているICU等関連業務の内容について該当するもの <u>全て</u> にチェックを付けてください <input type="checkbox"/> 1: ICU等で使用する薬の処方案, <input type="checkbox"/> 2: 注射薬の用法用量、相互作用についての監査, <input type="checkbox"/> 3: 麻薬・向精神薬・筋弛緩薬の管理, <input type="checkbox"/> 4: 麻酔薬(液・ガス)管理, <input type="checkbox"/> 5: 医療材料管理, <input type="checkbox"/> 6: 注射ルート管理, <input type="checkbox"/> 7: 薬剤のミキシングやシリンジ充填, <input type="checkbox"/> 8: 回診やカンファレンスへの参加を通じた患者情報の共有や提供, <input type="checkbox"/> 9: 投与量や投与速度の算出, <input type="checkbox"/> 10: 麻酔チャート・術後感染予防薬の処方監査, <input type="checkbox"/> 11: 使用薬の確認・照合, <input type="checkbox"/> 12: 医薬品カート等による医薬品のセット管理, <input type="checkbox"/> 13: その他(具体的に )).
(B) 関与して<いない>場合、その理由について該当するもの <u>全て</u> にチェックを付けてください <input type="checkbox"/> 1: 薬剤師が今後実施するよう検討中のため, <input type="checkbox"/> 2: 業務量に見合った薬剤師数が配置されていないため, <input type="checkbox"/> 3: 他の職種が実施しており、薬剤師による実施の要請がないため, <input type="checkbox"/> 4: 診療報酬において評価されていないため, <input type="checkbox"/> 5: その他( )).

## X. 薬剤師が行っている処方の見直し・地域連携・患者支援

### 44. 処方内容の見直し

(1)内服定期処方(※)内容の見直しの平均頻度(※)を求めるため、以下についてご記入ください。 また、一般病床、療養病床、精神科病床の患者に対する処方せんに分けてご記入ください。				
6月1ヵ月間の内服定期処方について	全病床	うち 一般病床	うち 療養病床	うち 精神科病床
(A)1ヵ月間の内服定期薬処方せん枚数①	枚	枚	枚	枚
(B)1ヵ月間の内服定期薬投与患者数②	人	人	人	人
(C)1ヵ月間の内服定期薬の見直しの平均頻度 計算方法：30日÷①枚×②人	日	日	日	日
(2)内服定期処方について、処方変更の提案				
6月1ヵ月間の内服定期処方について	全病床	うち 一般病床	うち 療養病床	うち 精神科病床
(A)6月1ヵ月間に処方変更の提案を	<input type="checkbox"/> した, <input type="checkbox"/> しなかった			
(a) <した>場合、その件数	件	件	件	件
(b)提案したもののうち、変更になった件数	件	件	件	件
※内服定期処方：定期処方のうち内服薬を含むもの。 ※内服定期処方の見直しの平均頻度：内服定期薬の見直しが適切におこなわれているか、同一処方が漫然と継続されていないかを評価するものです。見直しをした結果、現在の処方が適切であり、継続処方とする場合もありますが、処方せんはその都度必要なものとします。				

### 45. 薬剤師の地域連携・介護への関わり

(1)地域連携について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:保険薬局に患者情報を提供している, <input type="checkbox"/> 2:保険薬局に新規採用薬などの薬局調剤に必要な情報を提供している, <input type="checkbox"/> 3:医師に保険薬局からの後発医薬品の処方変更情報を提供している, <input type="checkbox"/> 4:その他( )].	
(2)貴施設で以下について算定していますか。算定の場合、6月1ヵ月間の算定件数をご記入ください。	
(A)介護支援連携指導料(300点)	[ <input type="checkbox"/> はい( 件), <input type="checkbox"/> いいえ]
(B)地域連携退院時共同指導料2(300点, 医師加算, 3種加算)	[ <input type="checkbox"/> はい( 件), <input type="checkbox"/> いいえ]
(3)薬剤部門の関与について該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 (A)介護支援連携指導料の算定にあたり 薬剤部門が[ <input type="checkbox"/> 1:ほぼ関与している, <input type="checkbox"/> 2:一部関与している, <input type="checkbox"/> 3:関与していない]。 (B)地域連携退院時共同指導料2の算定にあたり 薬剤部門が[ <input type="checkbox"/> 1:ほぼ関与している, <input type="checkbox"/> 2:一部関与している, <input type="checkbox"/> 3:関与していない]。	

### 46. 理解力や身体機能低下のある患者への服薬支援(※)

(1)理解力や身体機能低下のある患者への服薬支援を実施して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→設問47へ)]。
(A)実施して<いる>場合、その内容について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:認知症等疾患により理解力の低下した患者に応じた服薬指導、説明資料の工夫等、服薬支援を行っている, <input type="checkbox"/> 2:身体機能、嚥下機能の低下した患者の服薬能力に応じた剤形の選択、嚥下補助剤の使用等により障害の度合いに応じた服薬支援を行っている, <input type="checkbox"/> 3:申し送りやカンファレンスに参加し、理解力、身体機能、嚥下機能の低下した患者の服薬能力や治療効果等を常にチームで共通認識している。 ※説明資料の工夫、錠剤の粉碎、脱カプセル、簡易懸濁法などの工夫のこと。

#### 47. 内服薬の服用困難患者への関与

(1) 内服薬（錠剤やカプセル剤など）の服用困難患者に関与して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→設問48へ)]。
(A) 関与して<いる>場合、その内容について該当するもの全てにチェックをつけてください。
<input type="checkbox"/> 1: 粉碎法(※)による調製を行っている, <input type="checkbox"/> 2: 簡易懸濁法(※)による調製を行っている, <input type="checkbox"/> 3: その他の関与( )。
※粉碎法: 錠剤等を粉碎や脱力カプセルして、チューブ等から投与すること。 ※簡易懸濁法: 錠剤やカプセルをそのまま温湯に入れ崩壊懸濁させ、チューブ等から投与すること。

### XI. 薬剤師の（病院横断的な）チーム医療への関わり

#### 48. チーム医療への関与

	(A) 施設に該当するチーム (該当する機能等)の有無	(B) 関与している薬剤師の有無と その人数(うち専従、専任※)
(1) 感染制御チーム	<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 薬剤師がいる( )人 (うち専従( )人, 専任( )人) <input type="checkbox"/> いない
(2) NST (栄養サポートチーム)	<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 薬剤師がいる( )人 (うち専従( )人, 専任( )人) <input type="checkbox"/> いない
(3) 緩和ケアチーム	<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない, <input type="checkbox"/> 緩和ケア病床等はない。	<input type="checkbox"/> 薬剤師がいる( )人 (うち専従( )人, 専任( )人) <input type="checkbox"/> いない
(4) 糖尿病(チーム)療養指導 ・透析予防診療チーム	<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない, <input type="checkbox"/> 糖尿病疾患の治療施設で はない。	<input type="checkbox"/> 薬剤師がいる( )人 (うち専従( )人, 専任( )人) <input type="checkbox"/> いない
(5) 褥瘡対策チーム	<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 薬剤師がいる( )人 (うち専従( )人, 専任( )人) <input type="checkbox"/> いない
(6) 周術期管理チーム	<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない, <input type="checkbox"/> 手術室ICU等はない。	<input type="checkbox"/> 薬剤師がいる( )人 (うち専従( )人, 専任( )人) <input type="checkbox"/> いない
(7) 呼吸サポートチーム	<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 薬剤師がいる( )人 (うち専従( )人, 専任( )人) <input type="checkbox"/> いない
(8) 口腔ケアチーム	<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 薬剤師がいる( )人 (うち専従( )人, 専任( )人) <input type="checkbox"/> いない
(9) 摂食嚥下チーム	<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 薬剤師がいる( )人 (うち専従( )人, 専任( )人) <input type="checkbox"/> いない
(10) 精神科リエゾンチーム	<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 薬剤師がいる( )人 (うち専従( )人, 専任( )人) <input type="checkbox"/> いない
※「専従」上記業務に1日平均8割以上従事していることを目安とし、「専任」上記業務の担当であり、1日平均5割以上8割未満上記業務に従事していることを目安とし、(専従・専任ともに、複数の薬剤師で、達成する場合も可能とします)、貴施設の運用状況に応じて、該当する項目にチェックを付けてください。		

#### 49. チーム医療に関連する算定

以下について貴施設で算定していますか。算定している場合、6月1ヵ月間の算定件数をご記入ください。	
(1) 感染防止対策加算1(400点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間____件), <input type="checkbox"/> いない]
(2) 感染防止対策加算2(100点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間____件), <input type="checkbox"/> いない]
(3) 感染防止対策地域連携加算(100点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間____件), <input type="checkbox"/> いない]
(4) 栄養サポートチーム(NST)加算(200点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間____件), <input type="checkbox"/> いない]
(5) 臓器移植後患者指導管理料(300点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間____件), <input type="checkbox"/> いない]
(6) 造血幹細胞移植後患者指導管理料(300点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間____件), <input type="checkbox"/> いない]

(7) 緩和ケア診療加算(300点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(8) 外来緩和ケア管理料(300点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(9) 外来緩和ケア管理料小児加算(150点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(10) 糖尿病透析予防指導管理料(350点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(11) ウイルス疾患指導料2(330点) +厚労大臣が定める施設基準に適合(220点加算)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない] [ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(12) 精神科リエゾンチーム加算(200点)	[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]

50. チーム医療・集団指導等への薬剤師の関与

(1) 結核病棟が[ <input type="checkbox"/> ある(→(A)へ), <input type="checkbox"/> ない(→(2)へ)]。 (A) 結核病棟入院基本料を算定して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(特別入院基本料を算定)(→(2)へ)]。 (a) 算定して<いる>場合、服薬等(※)で薬剤師が関与して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(2)へ)]。 1) 関与して<いる>場合、その内容について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 □1: 服薬支援計画の策定, □2: 服薬確認の実施, □3: 患者教育の実施, □4: その他.
※結核病棟における DOTS (直接監視下短期化学療法) の取り組み: 結核患者に化学療法を行う際には、患者自身が規則的な服薬の重要性を理解し、確実に服薬できるように習慣づけるための支援を行う。
(2) 貴施設に糖尿病教室が[ <input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(対象となる患者がいない場合を含む)(→(3)へ)]。 (A) 糖尿病教室が<ある>場合、その教室に薬剤師が関与(参加)して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。
(3) 貴施設に腎臓病教室が[ <input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(対象となる患者がいない場合を含む)(→設問51へ)]。 (A) 腎臓病教室が<ある>場合、その教室に薬剤師が関与(参加)して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。

51. 薬剤師の外来診療への関わり (外来がん化学療法については、設問34でご回答ください)

(1) 外来診療において薬剤師が、従来医師が行っていた治療内容・薬剤等の説明の一部を行って[ <input type="checkbox"/> いる(→(A)へ), <input type="checkbox"/> いない(→(2)へ)]。 (A) 薬剤師が説明を行って<いる>場合、 (a) 薬剤師の配置は、( <input type="checkbox"/> 専従 人, <input type="checkbox"/> 専任 人, <input type="checkbox"/> 兼務 人) である。 (b) 実施している内容について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 □1: 前回の処方薬に関する有効性・副作用等のモニタリング・アセスメント, □2: 患者の状態に応じた処方の提案 □3: 疾患治療に関する全般的な説明, □4: 治療に用いる各薬剤の説明, □5: 副作用対策, □6: その他 ( )。 (c) 実施している時期について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 □1: 医師の診察前, □2: 医師の診察後, □3: 特に定めていないが医師の求め等に応じ実施。
(2) 説明を行う対象を取り決めて[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(3)へ)]。 (A) 説明を行う対象を取り決めて<いる>場合、該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 □1: 糖尿病, □2: 喘息, □3: □高血圧, □4: 手術前準備, □5: ワルファリン, □6: その他 ( )。
(3) 薬剤師が外来診療に関連して実施している業務について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 □1: 医薬品の投薬・注射状況の把握, □2: 使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需, □3: 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案, □4: 2種以上(注射薬と内用薬を1種以上含む)の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認, □5: 患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明, □6: 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施, □7: その他、必要に応じ、医政局通知で定める業務 ( )。
(4) 薬剤師外来として、特定の場所等を設けて行って[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]
(5) 薬剤師外来は予約制で[ <input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(医師・患者等の求めに応じ随時行う)]。
(6) 薬剤師外来の費用を自費診療として料金設定して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→設問52へ)]。 (A) <いる>場合、具体的な金額をご記入ください(例: 1回〇〇円、1時間〇〇円等) (具体的に )

## 52. 禁煙指導

(1) 貴施設で禁煙指導(※)を行って[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→設問52へ)]。
(A) 禁煙指導に薬剤師が関与(参加)して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。
(B) ニコチン依存症管理料について貴施設で算定していますか。算定している場合、6月1ヵ月間の算定件数をご記入ください [ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間 件), <input type="checkbox"/> いいえ]。
※禁煙指導：禁煙に関する総合的指導及び治療管理を行うこと。

## X II. 医薬品情報管理・医薬品等管理

### 53. 医薬品情報管理室

医薬品情報管理室の薬剤師の人数を(いない場合は0を)ご記入ください。 (1) 兼務の人を含め[合計( )人]で、常時在室している薬剤師は[平均( )人]。 (2) 専従(日平均8割以上従事)が( )人で、専任(1日平均5割以上8割未満従事)が( )人。
※専従：医薬品情報管理室での業務に1日平均8割以上従事していること。 専任：医薬品情報管理室の担当であり、1日平均5割以上8割未満従事していることを目安とし、自施設の運用状況に応じて、該当する項目に人数を記入してください。

### 54. 医薬品情報の収集・提供

(1) 収集・蓄積している情報について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:副作用, <input type="checkbox"/> 2:相互作用, <input type="checkbox"/> 3:適応外使用, <input type="checkbox"/> 4:配合変化, <input type="checkbox"/> 5:開封後の安定性, <input type="checkbox"/> 6:フィルターの透過性, <input type="checkbox"/> 7:院内外のヒヤリハット情報, <input type="checkbox"/> 8:その他の情報。
(2) 後発医薬品で収集・評価している情報について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:外観, <input type="checkbox"/> 2:商品名, <input type="checkbox"/> 3:安定性試験, <input type="checkbox"/> 4:溶出性試験, <input type="checkbox"/> 5:薬力学的同等性試験, <input type="checkbox"/> 6:生物学的同等性試験, <input type="checkbox"/> 7:薬価, <input type="checkbox"/> 8:その他の情報。
(3) 医薬品情報の提供先について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:医師, <input type="checkbox"/> 2:看護師, <input type="checkbox"/> 3:医療従事者(医師・看護師を除く), <input type="checkbox"/> 4:事務職員, <input type="checkbox"/> 5:患者。
(4) 院内への医薬品情報の伝達(提供)方法について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:電子媒体と紙媒体を併用, <input type="checkbox"/> 2:すべて電子媒体, <input type="checkbox"/> 3:すべて紙媒体, <input type="checkbox"/> 4:その他の方法。

### 55. 薬事委員会

(1) 薬事委員会の開催頻度は、年( )回である。
(2) 薬事委員会における薬剤師の役割について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:委員長, <input type="checkbox"/> 2:副委員長, <input type="checkbox"/> 3:委員, <input type="checkbox"/> 4:事務局, <input type="checkbox"/> 5:その他( )。

### 56. 医薬品の採用

医薬品の採用にあたりそれぞれの項目で該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。
(1) 採用基準を定めて [ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない] 。
(2) 削除基準を定めて [ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない] 。
(3) 数値(品目数または金額)の目標や目安を定めて [ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。
(4) 医薬品の採用にあたり(1)から(3)以外の基準を定めて [ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。

### 57. 後発医薬品の採用状況

(1) 貴施設の採用品目数・後発医薬品目数について 平成24年6月現在の採用医薬品・後発医薬品の品目数をご記入ください。 (A) 採用医薬品数(内服・外用・注射剤の全て)①：( )品目, (B) うち後発医薬品の品目数②：( )品目, (C) 後発医薬品の採用割合 品目ベース ②÷①=( )%。
(2) 後発医薬品使用体制加算について貴施設で算定していますか。算定している場合、6月1ヵ月間の算定件数をご記入ください。
後発医薬品使用体制加算 1 (35点) (採用品目割合 30%以上) [ <input type="checkbox"/> はい(1ヵ月間 件), <input type="checkbox"/> いいえ]
後発医薬品使用体制加算 2 (28点) (採用品目割合 20%以上) [ <input type="checkbox"/> はい(1ヵ月間 件), <input type="checkbox"/> いいえ]

58. 医薬品安全管理責任者・「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書」

(1) 医薬品安全管理責任者(※)は薬剤師[□である(→(A)へ), □ではない(→(B)へ)]

(A) <薬剤師である>場合、該当するもの1つにチェックをつけてください。  
 医薬品安全管理責任者として[□1:専従(※)している, □2:専任(※)している, □3:専従・専任ではない]

(B) <薬剤師ではない>場合、該当するもの1つにチェックをつけてください。  
 医薬品安全管理責任者は [□1:医師, □2:看護師, □3:その他( )]である。

※医薬品安全管理責任者:病院等管理者の指示のもと医薬品の安全使用のための業務を行う責任者のこと。  
 ※専従:その業務に1日平均8割以上従事している、  
 専任:その業務に1日平均5割以上8割未満従事していること を目安として記入してください。

(2) 「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書」の記載内容について  
 該当するもの全てにチェックをつけてください。  
 □1:医療機関で用いる医薬品の採用・購入に関する事項, □2:医薬品の管理に関する事項,  
 □3:患者に対する医薬品の投薬指示から調剤までに関する事項,  
 □4:患者に対する与薬や服薬指導に関する事項,  
 □5:医薬品の安全使用に係る情報の取り扱い, □6:他施設との連携に関する事項。

(3) これまでに手順書の見直しを実施[□した(→(A)へ), □していない(→(4)へ)]。  
 (A)見直しを<した>場合、その回数について該当するもの1つにチェックをつけてください。  
 その回数は[□1:毎年見直し, □2:1~2年に1回, □3:2年以上見直していない]。

(4) その手順書に基づいて業務が実施されているか確認しているかどうかについて、該当するもの1つに  
 チェックをつけてください。  
 □1:定期的に確認している, □2:定期的ではないが、確認はしている, □3:全く確認していない。

(5) 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集  
 その他医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策を実施[□した, □していない]。

(6) 貴施設の従業者に対する研修を実施[□した, □していない(→設問58へ)]  
 (A)実施<した>場合、実施している研修について、該当するもの全てにチェックをつけてください。  
 □1:医薬品の有効性・安全性に関する情報、使用方法に関する事項,  
 □2:医薬品の業務手順書に関する事項,  
 □3:医薬品による副作用が発生した場合の対応に関する事項。

59. 院内製剤業務

(1) 薬剤部門で直近1年間に院内製剤を実施して[□いる(→(2)へ), □いない(→(3)へ)]。

(2) <実施している>場合、製剤室で行って[□いる, □いない(→(3)へ)]。  
 (A) <製剤室で行っている>場合、製剤室は( )人で、  
 うち専従( )人, 専任( )人, 兼務( )人。(いない場合は0を記入)

(3) 製剤簿に記載してある種類数および、直近1年間に調製した種類数等についてご記入ください。

	製剤簿に記載してある種類	直近1年間に調製した種類			
		目的別	※A	※B	※C
内服	種類	□治療 種類	種類	種類	種類
		□検査 種類	種類	種類	種類
		□その他 種類	種類	種類	種類
外用	種類	□治療 種類	種類	種類	種類
		□検査 種類	種類	種類	種類
		□その他 種類	種類	種類	種類
注射	種類	□治療 種類	種類	種類	種類
		□検査 種類	種類	種類	種類
		□その他 種類	種類	種類	種類

※A:ほぼ同じものが市販(\*)されている, B:異なる剤形のもものが市販(\*)されている, C:市販(\*)されていない  
 \*市販:日本国内で医薬品として販売されているもの。当該成分を原料・試薬として販売している場合は含まない。

(4) 院内製剤を実施するにあたり、院内手続きは整備されて[□いる(→(5)へ), □いない]。  
 (A) <いない>場合、該当するもの1つにチェックをつけてください。  
 □1:現在検討中である, □2:今後検討する予定である, □3:しばらく検討する予定はない。

(5) 院内に院内製剤について検討する委員会がありますか。該当するもの全てにチェックをつけてください □1:倫理審査委員会, □2:薬事委員会, □3:1と2以外の委員会 □4:委員会がないので、対応を検討中である, □4:委員会はなく、設置する予定もない。
(6) 院内製剤を実施するにあたり、手順書は整備されて[□いる(→(7)へ), □いない] (A) <いない>場合、該当するもの1つにチェックをつけてください。 □1:現在検討中である, □2:今後検討する予定である, □3:しばらく検討する予定はない。
(7) 院内製剤についての記録簿を作成して[□いる, □いない(→(8)へ)] (A) <いる>場合、該当するもの1つにチェックをつけてください。 □1:ロット管理を行っている, □2:ロット管理を行っていない。
(8) 院内製剤について品質確認を行って[□いる, □いない(→(9)へ)] (A) <いる>場合、使用している測定機器について以下に具体的に記入してください。 ( )
(9) 院内製剤について、医師が使用結果報告等の評価をしていますか。該当するものにチェックをつけてください。 □1:すべての院内製剤について評価している。 □2:一部の院内製剤について評価している。 □3:評価していない。
(10) 院内製剤のサンプル保管を行って[□いる, □いない]。

#### 60. 特定生物由来製品(※)

(1) 貴施設で、特定生物由来製品の取り扱いが[□ある(→(2)へ), □ない(→設問61へ)]。
(2) 特定生物由来製品の記録・保管について該当するもの1つにチェックをつけてください。 薬剤部門が □1:一部又はすべての製品に関与している(→(A)へ), □2:全く関与していない(輸血部等他部門で記録を作成し保管している)(→設問61へ)。
(A) 薬剤部門が<関与している>場合、 (a) 関与しているのは特定生物由来製品の[□1:すべての製品, □2:一部の製品]。 (b) 関与している内容について、該当するもの1つにチェックをつけてください。 □1:薬剤部門で記録を作成し保管している, □2:薬剤部門で記録を作成しているが、記録の保管は他部門で行っている, □3:記録は他部門で作成しているが、記録の保管は薬剤部門で行っている。
※特定生物由来製品:血液凝固因子、ヒト血清アルブミン、ヒト免疫グロブリン、ヒト胎盤抽出物など(輸血用血液製剤を除く)

#### 61. 輸血用血液製剤

(1) 貴施設で、輸血用血液製剤の取り扱いが[□ある(→(2)へ), □ない(→設問62へ)]。
(2) 輸血用血液製剤の管理について:該当するもの1つにチェックをつけてください。 その管理は[□1:薬剤部, □2:輸血部等他部門]で実施している。 (A) その管理は<2:他部門で>実施している場合、該当するもの1つにチェックをつけてください。 その輸血部等他部門には薬剤師を [□1:常時配置, □2:適宜配置, □3:配置していない]。
(3) 貴施設に輸血療法に関する委員会(輸血療法委員会等)について、該当するもの1つにチェック。 委員会が[□1:あり、薬剤師の委員がいる, □2:あるが、薬剤師の委員はいない, □3:委員会がない]。

#### 62. 放射性医薬品(※)

(1) 放射性医薬品(※)を貴施設内で[□扱っている(→(2)へ), □扱っていない(→設問63へ)]。
(2) 放射性医薬品管理者が[□いる, □いない(→(3)へ)]。 (A) その放射性医薬品管理者は薬剤師で[□ある, □ない]。
(3) 放射性医薬品の管理・調製について (A) 放射性医薬品の管理を薬剤師が行なっている[□いる(その人数: 人), □いない] (B) その調製は「放射性医薬品ガイドライン」に基づいて実施して[□いる, □いない]。 (C) その調製について、該当するもの全てにチェックをつけてください。 その調製は[ □1:薬剤部門, □2:放射線科]で実施している。 (D) その調製について、該当するもの1つにチェックをつけてください。 □1:薬剤師がすべて行っている(→(a)へ), □2:薬剤師および放射線技師が行っている(→(a)へ), □3: 医師・放射線技師が実施している(→設問63へ), (a) 調製は<薬剤師が行っている>場合、1) その人数( 人) 2) それは安全キャビネット等無菌下で調製して[□いる, □いない]。
※薬価基準収載の薬効分類番号 430 に該当する放射性医薬品のこと。MRI、PET への関与ではありません。

### 63. PET用放射性医薬品

(1) 貴施設内にPET検査室が[ <input type="checkbox"/> ある(→(2)へ), <input type="checkbox"/> ない(→設問64へ)]。
(2) PET室に薬剤師は配置されて[ <input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない(医師・放射線技師等が調製)(→設問64へ)]。 (A) 薬剤師が配置されている場合、その関与の割合(※)は <input type="checkbox"/> 1:専従(1日平均8割以上従事), <input type="checkbox"/> 2:専任(1日平均5割以上8割未満従事), <input type="checkbox"/> 3:兼務(従事は1日平均5割未満)。

## XIII. 治験・製造販売後調査・臨床研究

### 64. 治験

(1) 直近1年間、貴施設で治験を実施して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。
(2) 貴施設に治験体制が[ <input type="checkbox"/> ある(→(3)へ), <input type="checkbox"/> ない(→設問65へ)]。
(3) 臨床試験支援センター等に薬剤師職員が配置されて[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(4)へ)]。 (A) 配置されている場合、その薬剤師は[ <input type="checkbox"/> 1:専従又は専任( )名, <input type="checkbox"/> 2:兼務( )名]。
(4) 治験事務局・IRB事務局に薬剤師職員が配置されて[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(5)へ)]。 (A) 配置されている場合、その薬剤師は[ <input type="checkbox"/> 1:専従又は専任( )名, <input type="checkbox"/> 2:兼務( )名]。
(5) 職員である薬剤師のCRCが配置されて[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(6)へ)]。 (A) 配置されている場合、その薬剤師は[ <input type="checkbox"/> 1:専従又は専任( )名, <input type="checkbox"/> 2:兼務( )名]。
(6) 治験事務局長は薬剤師 [ <input type="checkbox"/> である, <input type="checkbox"/> ではない( <input type="checkbox"/> 1:医師, <input type="checkbox"/> 2:医師以外)]。
(7) 治験薬管理者は薬剤師 [ <input type="checkbox"/> である(→(A)へ), <input type="checkbox"/> ではない(→(B)へ)]。 (A) <薬剤師である>場合、治験薬管理者は薬剤部門長[ <input type="checkbox"/> である, <input type="checkbox"/> ではない]。 (B) <薬剤師ではない>場合、治験薬管理者は医師[ <input type="checkbox"/> である, <input type="checkbox"/> ではない]
(8) 治験審査(臨床研究※)委員会の委員は( )人で、そのうち薬剤師は( )人である。 ※治験審査委員会と臨床研究委員会がある場合は、治験審査委員会の人数をご記入ください。

### 65. 製造販売後調査

直近1年間、貴施設の製造販売後調査(※)について、該当するもの1つにチェックをつけてください。 製造販売後調査を <input type="checkbox"/> 1:実施しており、薬剤師が関与している, <input type="checkbox"/> 2:実施しているが、薬剤師は関与していない, <input type="checkbox"/> 3:実施していない。
※製造販売後調査(PMS):市販後調査,市販直後調査等

### 66. 臨床研究

直近1年間、貴施設の臨床研究について、該当するもの1つにチェックをつけてください。 治験以外の臨床研究を <input type="checkbox"/> 1:実施しており、薬剤師が関与している, <input type="checkbox"/> 2:実施しているが、薬剤師は関与していない, <input type="checkbox"/> 3:実施していない。
---

## IV. 災害対策

### 67. 災害対策

(1) 貴施設に災害対策に関するマニュアルが[ <input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(→(2)へ)]。 (A) マニュアルが<ある>場合、東日本大震災後にマニュアルの見直しを [ <input type="checkbox"/> 行った, <input type="checkbox"/> 行っていない(→(2)へ)]。 (a) 見直しを<行った>場合、薬剤部門の見直しも[ <input type="checkbox"/> 行った, <input type="checkbox"/> 行っていない]。
(2) 貴施設に災害派遣医療チーム(DMAT)が[ <input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(→(3)へ)]。 (A) DMATが<ある>場合、(a) 災害派遣医療チーム数は( )チーム。 (b) その災害派遣医療チームに薬剤師が構成されて[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。 (c) 災害派遣医療チームに登録されている薬剤師数は( )人。 (d) 災害派遣医療チームで派遣されたことがある薬剤師は( )人。

(3) DMAT以外の災害時の医療チームについて  
 (A) 貴施設に常時災害時に活動する医療チームが[ある, ない]。  
 (B) 災害発生時に医療チームの編成体制が[ある, ない(→(4)へ)]。

(a) <常時チームがある>または<災害発生時に編成体制がある>場合  
 1) その医療チーム数は( )チーム(今まで編成した医療チームの最大値を記載してください)。  
 2) その医療チームに薬剤師が構成されて[いる, いない]。  
 3) その医療チームとして派遣されたことがある薬剤師は( )人。

(4) 貴施設で災害に関する研修を行って[いる, いない(→設問68へ)]。

(A) 研修を行って<いる>場合、薬剤師がその研修を受けて[いる, いない]。  
 (B) その研修の内容について、該当するもの全てにチェックをつけてください。  
1:心肺蘇生法, 2:応急処置, 3:トリアージ, 4:AEDの使用, 5:BLS(日本救急医学会),  
6:ICLS(日本救急医学会), 7:その他( )。

## X V. 教育・研修

### 68. 学生実習の受入れ

(1) 平成23年度長期実務実習で学生を[受入れた, 受入れていない(→(2)へ)]。  
 (A) <受け入れた>場合、人数を(いない場合0を)ご記入ください。  
 受入れた学生数は 第1期( )人, 第2期( )人, 第3期( )人,  
 その他[第4期( )人, 第1~4期以外( )人]. 合計( )人

(2) 実務実習の体制について(6月1日現在)  
 貴施設に日本薬剤師研修センター認定実務実習指導薬剤師が[1:いる( )人, 2:いない]。

(3) 平成24年度長期実務実習で学生を受け入れる[予定である, 予定はない(→設問69へ)]。  
 (A) <予定である>場合、人数を(いない場合は0を)ご記入ください。  
 受け入れる学生数は 第1期( )人, 第2期( )人, 第3期( )人,  
 その他[第4期( )人, 第1~4期以外( )人]. 合計( )人

### 69. 専門薬剤師等

以下の資格について、(A) 貴施設にその資格を取得している薬剤師(薬剤部門以外の薬剤師を含む)の有無とその人数、また、(B) その資格を取得している場合に手当(または調整額等)の支給の有無について該当するものにチェックをつけてください。

専門薬剤師等認定資格	(A) 施設に資格取得者が	(B) 手当等の支給が
(1) 日本病院薬剤師会認定がん 専門薬剤師	<input type="checkbox"/> いる( )人), <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある( )円), <input type="checkbox"/> ない
(2) " がん 薬物療法認定薬剤師	<input type="checkbox"/> いる( )人), <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある( )円), <input type="checkbox"/> ない
(3) " 感染制御 専門薬剤師	<input type="checkbox"/> いる( )人), <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある( )円), <input type="checkbox"/> ない
(4) " 感染制御 認定薬剤師	<input type="checkbox"/> いる( )人), <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある( )円), <input type="checkbox"/> ない
(5) " 精神科 専門薬剤師	<input type="checkbox"/> いる( )人), <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある( )円), <input type="checkbox"/> ない
(6) " 精神科 薬物療法認定薬剤師	<input type="checkbox"/> いる( )人), <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある( )円), <input type="checkbox"/> ない
(7) " 妊婦・授乳婦 専門薬剤師	<input type="checkbox"/> いる( )人), <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある( )円), <input type="checkbox"/> ない
(8) " 妊婦・授乳婦 薬物療法認定薬剤師	<input type="checkbox"/> いる( )人), <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある( )円), <input type="checkbox"/> ない

(9) 日本病院薬剤師会認定 HIV 感染症 専門薬剤師	<input type="checkbox"/> いる (____人) , <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある (____円) , <input type="checkbox"/> ない
(10) " HIV 感染症 薬物療法認定薬剤師	<input type="checkbox"/> いる (____人) , <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある (____円) , <input type="checkbox"/> ない
(11) 日本医療薬学会指導薬剤師	<input type="checkbox"/> いる (____人) , <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある (____円) , <input type="checkbox"/> ない
(12) " 認定薬剤師	<input type="checkbox"/> いる (____人) , <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある (____円) , <input type="checkbox"/> ない
(13) " 認定がん指導薬剤師	<input type="checkbox"/> いる (____人) , <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある (____円) , <input type="checkbox"/> ない
(14) " 認定がん専門薬剤師	<input type="checkbox"/> いる (____人) , <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある (____円) , <input type="checkbox"/> ない
(15) 日本臨床薬理学会指導薬剤師	<input type="checkbox"/> いる (____人) , <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある (____円) , <input type="checkbox"/> ない
(16) " 認定薬剤師	<input type="checkbox"/> いる (____人) , <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある (____円) , <input type="checkbox"/> ない
(17) " 認定 CRC(薬剤師)	<input type="checkbox"/> いる (____人) , <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある (____円) , <input type="checkbox"/> ない
(18) 日本緩和医療薬学会認定 緩和薬物療法 認定薬剤師	<input type="checkbox"/> いる (____人) , <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある (____円) , <input type="checkbox"/> ない
(19) 日本化学療法学会認定 抗菌化学療法 認定薬剤師	<input type="checkbox"/> いる (____人) , <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある (____円) , <input type="checkbox"/> ない
(20) 日本静脈経腸栄養学会 栄養サポートチーム専門療法士(薬剤師)	<input type="checkbox"/> いる (____人) , <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある (____円) , <input type="checkbox"/> ない
(21) インфекションコントロールドクター(ICD)(薬剤師)	<input type="checkbox"/> いる (____人) , <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある (____円) , <input type="checkbox"/> ない
(22) 日本褥瘡学会認定師(薬剤師)	<input type="checkbox"/> いる (____人) , <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある (____円) , <input type="checkbox"/> ない
(23) 日本医療情報学会 医療情報技師(薬剤師) 上級を含む	<input type="checkbox"/> いる (____人) , <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある (____円) , <input type="checkbox"/> ない
(24) 日本糖尿病療養指導士認定機構 糖尿病療養指導士(薬剤師)	<input type="checkbox"/> いる (____人) , <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある (____円) , <input type="checkbox"/> ない
(25) 日本救急医学会 救急認定薬剤師	<input type="checkbox"/> いる (____人) , <input type="checkbox"/> いない,	<input type="checkbox"/> ある (____円) , <input type="checkbox"/> ない

#### 70. その他の業務に対する手当

<p>(1) 上に記した手当以外に手当の支給の対象となる業務等が[<input type="checkbox"/>ある, <input type="checkbox"/>ない]。  (A) &lt;対象となる業務がある&gt;場合、その手当の名称をご記入ください。  (例) 危険手当( )</p>
---

\*\*\* ご協力ありがとうございます。引き続き、精神科のある施設を対象とした調査です \*\*\*

「精神科病院および精神科領域調査」（精神科のあるご施設は、以下の設問にお答えください）

1. 特定入院料算定病棟(※)における薬剤管理指導業務

6月1ヵ月間に薬剤管理指導を実施した患者数( )人で、実施件数は( )件
※特定入院料算定病棟:精神科救急,精神科急性期治療病棟,精神科救急合併症,精神療養病棟,認知症病棟入院料算定病棟

2. 精神科領域における薬剤師の関与について

(1) 過量服薬に薬剤師が関与して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(2)へ)]
(A) 関与して<いる>場合、どの程度の関わりですか?該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1: 患者の服薬状況・内容を確認し、医師に対して処方提案を行い、患者に対して心理教育等を実施している。 <input type="checkbox"/> 2: 患者に対して心理教育、服薬支援等を実施している。 <input type="checkbox"/> 3: 服用した薬剤に関する情報を医師等に提供している。
(2) 抗精神病薬適正化に薬剤師が関与して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(3)へ)]
(A) 関与して<いる>場合、 (a) どの程度の関わりですか?該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1: 副作用のモニタリング結果やCP換算値を基に処方設計・処方提案などを医師に行なっている。 <input type="checkbox"/> 2: CP換算値を提示する等して医師に処方変更を促している、 <input type="checkbox"/> 3: CP換算値のみ医師に提示している (b) 関与している病棟について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1: 精神科救急入院料, <input type="checkbox"/> 2: 急性期治療病棟入院料, <input type="checkbox"/> 3: 精神科救急合併症入院料, <input type="checkbox"/> 4: 精神科療養病棟入院料, <input type="checkbox"/> 5: 精神病棟入院基本料]算定病棟
(3) 家族会に薬剤師が関与して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(4)へ)]
(A) 関与して<いる>場合、 (a) どの程度の関わりですか?該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 薬物療法(薬の作用・副作用等)についての講義を実施し <input type="checkbox"/> 1: 家族からの個別相談を受ける機会を設けている。 <input type="checkbox"/> 2: 家族心理教育プログラム等に参加している。 <input type="checkbox"/> 3: 講義終了後、質問に答えている。 (b) 関与している家族会について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1: 院内家族会, <input type="checkbox"/> 2: 地域家族会, <input type="checkbox"/> 3: 全国家族会, <input type="checkbox"/> 4: その他(具体的に )
(4) 多職種共同の集団患者教育に薬剤師が関与して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(5)へ)]
(A) 関与して<いる>場合、どの程度の関わりですか?該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1: 全体の企画・運営に参加している, <input type="checkbox"/> 2: 薬のパートのみ企画・運営に参加している <input type="checkbox"/> 3: 依頼を受けて講師のみ行っている
(5) 薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS)の実施に薬剤師が関与して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(6)へ)]
(A) <関与している>場合、 (a) どの程度の関わりですか?該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1: DIEPSSを実施、評価しその結果を基に処方設計・処方提案などを医師に行なっている、 <input type="checkbox"/> 2: ルーチン業務としてDIEPSSを実施し、その結果を医師に伝えている、 <input type="checkbox"/> 3: 薬剤師の判断で必要時に実施している、 <input type="checkbox"/> 4: 医師・看護師など他職種の依頼により実施している。 (b) DIEPSSを実施している場所について、該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 また、実施している場合、6月1ヵ月間の実施患者数(いない場合0を)をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 1: 外来( )人/月, <input type="checkbox"/> 2: 病棟( )人/月
(6) 訪問薬剤管理指導業務を実施して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(7)へ)]
(A) <実施している>場合、以下にご記入ください。 (a) 6月1ヵ月間の実施患者は( )人/月で、関与している薬剤師は( )人。
(7) 認知症患者に対して薬剤師が関与して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(8)へ)]
(A) 関与して<いる>場合、その関わりについて該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 (a) 症状(中核症状・BPSD)の確認、副作用のモニタリングを実施し、 <input type="checkbox"/> 1: 処方設計・処方提案を医師に行い、また家族に対して薬剤管理指導業務を実施している。 <input type="checkbox"/> 2: 処方設計・処方提案を医師に行っている。 <input type="checkbox"/> 3: 情報を医師等にフィードバックしている。
(8) 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料(500点)について貴施設で算定していますか。算定している場合、6月1ヵ月間の算定件数をご記入ください。算定して[ <input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間____件), <input type="checkbox"/> いない]

\*\*\* 以上で現状調査は終了です。長時間にわたり調査にご協力をいただき、ありがとうございました \*\*\*