

平成26年度「病院薬剤部門の現状調査」
(平成26年6月実施)
一般社団法人 日本病院薬剤師会 総務部

貴施設名()
薬剤部科局長所属()
薬剤部科局長氏名()
記入者所属・肩書()
記入者 氏 名 ()
記入者連絡先電話番号()
記入者連絡先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。
- ・本調査は病院薬剤業務の現状及び経年変動を把握し、今後の病院薬剤師の業務展開について検討するために、重要な意義をもつ調査となっています。多大な調査項目でご負担をおかけいたしますが、よろしく願い申し上げます。
- ・つきましては、本調査の趣旨をご理解いただき、本会の会員が所属していない施設を含めたすべての施設に本調査へのご協力をお願い申し上げます。
- ・なお、ご回答いただいた内容は貴施設が所属する都道府県病院薬剤師会及び平成26年度厚生労働省科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）「薬剤師が担うチーム医療と地域医療の調査とアウトカムの評価研究（研究代表者：安原真人）」に提供させていただきます場合がございますので、あらかじめご了承ください。

◎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26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26年6月1ヵ月間の状況についてお答えください。
- ・「1週間」とある場合、平成26年6月中の任意の1週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、チェックを「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、チェックをつけてください。
- ・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、別冊の記載要領もご参照ください。
- ・ご質問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
本会のWebサイト上の「平成26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、本会のホームページにご案内をいたします。)
この調査票の上部に貼付のラベルに記載した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26年7月31日(木)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26年7月31日(木)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

目 次

I. 施設の概要・機能	4
1. 開設主体.....	4
2. 病院種別.....	4
3. 病院機能の承認・指定.....	4
4. DPC 病院分類.....	4
5. 病院設備.....	4
6. 救急医療体制.....	4
7. 医療安全対策.....	5
8. 倫理性を審査する委員会(倫理審査委員会、臨床研究委員会等).....	5
9. 診療科.....	5
II. 基礎数値	5
10. 施設の許可病床数・病棟数.....	5
11. 病棟および病棟における薬剤師の活動.....	6
12. 薬剤師の病棟業務時間(薬剤部全体の合計).....	8
13. 施設の在院患者数・在院日数等.....	8
14. 医師・歯科医師・看護師・総職員数.....	8
15. 薬剤部門の職員数および施設内の薬剤師数.....	9
16. 薬剤部門の給与.....	9
17. 薬剤部門長.....	10
18. 薬剤師の平日夜間・休日勤務体制.....	10
19. 薬剤師の時間外勤務.....	11
20. 処方せん枚数.....	11
21. 調剤に関する診療報酬の算定件数.....	11
22. 貴施設におけるクリニカルパス(入院診療計画書)の活用状況等について.....	12
23. 副作用報告・インシデントについて.....	12
III. 薬剤師の業務	12
24. 薬剤師の業務内容.....	12
IV. 調剤	15
25. 薬歴等に基づく処方監査(入院処方せん).....	15
26. 薬歴等に基づく処方監査(外来処方せん(院内調剤)).....	15
27. 薬歴等に基づく処方監査((外来)院外処方せん).....	15
28. 外来処方の長期投薬.....	16
29. 注射剤の処方せん(入院)による管理.....	16
30. 内服薬の一包化調剤.....	16
31. 保険薬局からの疑義照会等に対応する部門.....	17
32. 処方せんの記載方法.....	17
V. 無菌製剤処理・がん化学療法	17
33. 無菌製剤処理業務(抗悪性腫瘍薬・放射性医薬品以外).....	17
34. 無菌製剤処理料などの算定件数.....	18
35. がん関連.....	18
36. 外来化学療法.....	19
VI. 治療薬物モニタリング(TDM)	19
37. TDMの測定と処方変更の提案.....	19
VII. 薬剤管理指導	20
38. 薬剤管理指導の施設基準に係る届出.....	20
39. 薬剤管理指導とハイリスク薬の管理.....	20
40. 退院時薬剤情報管理指導料・退院時の薬学的管理指導.....	20
41. 包括評価されている病床で行われている薬剤管理指導.....	21
42. 持参薬.....	21
43. 介護・在宅訪問等における薬剤師の関わり.....	21

VIII. 病棟における薬剤師	22
44. 薬剤師の病棟配置.....	22
45. 病棟薬剤業務実施加算.....	23
46. 障害者施設病棟への関わり.....	24
IX. 手術室、ICU等における薬剤師	25
47. 手術関連業務（手術室）における薬剤師.....	25
48. ICU, HCU または NICU(ICU 等)における薬剤師.....	25
X. 疑義照会・処方変更の提案・地域連携	26
49. 疑義照会・処方変更の提案.....	26
50. 薬剤師の地域連携・介護への関わり.....	26
XI. 薬剤師の（病院横断的な）チーム医療への関わり	26
51. チーム医療への関与.....	26
52. チーム医療に関連する算定.....	27
53. チーム医療・集団指導等への薬剤師の関与.....	27
54. 薬剤師の外来診療への関わり.....	28
55. 禁煙指導.....	28
XII. 医薬品情報管理・医薬品等管理	29
56. 医薬品情報管理室.....	29
57. 医薬品情報の収集・提供.....	29
58. 薬事委員会.....	29
59. 医薬品の採用.....	29
60. 後発医薬品の採用状況.....	29
61. 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」.....	30
62. 医薬品に関するバーコードの利用.....	30
63. 院内製剤業務.....	31
64. 特定生物由来製品(※).....	32
65. 輸血用血液製剤.....	32
66. 放射性医薬品(※).....	33
67. PET用放射性医薬品.....	33
XIII. 治験・製造販売後調査・臨床研究	33
68. 治験.....	33
69. 製造販売後調査.....	34
70. 臨床研究.....	34
XIV. 災害対策	34
71. 災害対策.....	34
XV. 教育・研修	35
72. 学生実習の受入れ.....	35
73. 専門薬剤師等.....	35
74. その他の業務に対する手当.....	36
75. 修士・博士等.....	36
「精神科病院および精神科領域調査」	37
「療養病床調査」	38

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 <u>1つ</u> 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: 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 <u>1つ</u> 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) がん診療連携拠点病院 <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. 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	

6. 救急医療体制

(1) 貴施設の救急体制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: 救急医療体制が <u>あり</u> 、常時、救急医療を行っている, <input type="checkbox"/> 2: 救急医療体制は <u>あるが</u> 、(毎日ではないが、)輪番制で救急医療を行っている, <input type="checkbox"/> 3: 救急医療体制はない(→設問7へ).
(A) 救急医療体制が<ある>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。 <input type="checkbox"/> 1: 1次救急(初期), <input type="checkbox"/> 2: 2次救急(重症), <input type="checkbox"/> 3: 3次救急(重篤, 救命救急センター等).

7. 医療安全対策

(1) 貴施設で医療安全対策加算について、該当するもの1つにチェックをつけ、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: 医療安全対策加算1(85点)を算定(_____ 件)している,
2: 医療安全対策加算2(35点)を算定(_____ 件)している,
3: どちらも算定していない。

(2) 医療安全管理者(※)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: 薬剤師が専従(1日平均8割以上従事)である,
2: 薬剤師が専任(1日平均5割以上8割未満従事)である,
3: 薬剤師ではない。

※医療安全管理者: 病院等管理者の指示のもと、医療安全に専任あるいは専従で取り組む者のこと

(3) 医療安全管理委員会に、薬剤師が参加して [いる, いない]。

(4) 医療安全管理指針の整備に薬剤師が関与して [いる, いない]。

8. 倫理性を審査する委員会(倫理審査委員会, 臨床研究委員会等)

(1) 貴施設に臨床研究・院内製剤(治験を除く)の倫理性について審査する委員会(倫理審査委員会, 臨床研究委員会等)が [ある, ない (→設問9へ)]。

(A) 委員会が <ある> 場合、
 (a) その委員会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: 施設内(関連施設グループ等を含む)にある,
2: 施設内ではなく、外部の委員会で審査している。
 (b) その頻度についてご記入ください(直近1年間に _____ 回開催)。
 (c) その委員会に薬剤師が関与して [いる, いない]。

9. 診療科

貴施設の標榜する診療科について、該当するもの全てにチェックをつけてください。

1: 内科 2: 呼吸器内科 3: 循環器内科 4: 消化器内科(胃腸内科)
5: 腎臓内科 6: 神経内科 7: 糖尿病内科(代謝内科) 8: 血液内科
9: 皮膚科 10: アレルギー科 11: リウマチ科 12: 感染症内科 13: 小児科
14: 精神科 15: 心療内科 16: 外科 17: 呼吸器外科
18: 心臓血管外科(循環器外科を含む) 19: 乳腺外科 20: 気管食道外科
21: 消化器外科(胃腸外科) 22: 泌尿器科 23: 肛門外科 24: 脳神経外科
25: 整形外科 26: 形成外科 27: 美容外科 28: 眼科
29: 耳鼻いんこう科 30: 小児外科 31: 産婦人科 32: 産科
33: 婦人科 34: リハビリテーション科 35: 放射線科 36: 麻酔科 37: 病理診断科
38: 臨床検査科 39: 救急科 40: 歯科 41: 矯正歯科 42: 歯科小児歯科
43: 歯科口腔外科 44: その他 (_____)

II. 基礎数値

10. 施設の許可病床数・病棟数(6月1日現在の許可病床数・病棟数をご記入ください)

	(A) 合計	(B) 一般病床	(C) 療養病床		(D) 精神病床	(E) 感染病床	(F) 結核病床
			医療	介護			
(1) 許可病床数	床 (休床 床)	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床
(2) 病棟 (看護単位数)	病棟	(再掲) 病棟	(再掲) 病棟	(再掲) 病棟	(再掲) 病棟	(再掲) 病棟	(再掲) 病棟

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) 「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の人数をご記入ください。

この人数には、非常勤も含まれます。いない場合は0(ゼロ)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「**④b 薬剤管理指導実施時間(退院時の薬学的管理指導および退院時薬剤情報管理指導実施時間を含む)**」に分け、

さらに「**a 病棟薬剤業務時間**」を「**①a1 病棟薬剤業務実施加算に該当する業務時間**」と「**③a2 病棟薬剤業務実施加算に該当しない業務時間(がん患者管理指導や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。「**③a2 病棟薬剤業務実施加算に該当しない業務時間**」があれば、その時間数(なければ0(ゼロ)を)とその内容を(4)に具体的にご記入ください。

「**①a1 病棟薬剤業務実施加算に該当する業務時間**」のうち、**②病棟以外での業務時間(医薬品情報の収集、抗がん剤の無菌調製など)**について②にご記入ください(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),
 A104-3 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料, 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(一) 回復期リハビリテーション病棟入院料(一般), A308(療) 回復期リハビリテーション病棟入院料(療養)
 A308-2 亜急性期入院医療管理料, A308-3 地域包括ケア病棟入院料, A309(一) 特殊疾患病棟入院料(一般),
 A309(精) 特殊疾患病棟入院料(精神), 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)のべ人数	※1週間あたりの病棟業務時間(実施していない場合は0と記入)				
		入院基本料等	介護		1週間あたりの病棟業務時間の合計=①+③+④			④b 薬剤管理指導実施時間	
					a 病棟薬剤業務時間				
					①a1 実施加算に該当する業務時間	②a1のうち病棟以外での業務時間	③a2 実施加算に該当しない業務時間		
1	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち	時間	時間	時間
2	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち	時間	時間	時間
3	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち	時間	時間	時間
4	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち	時間	時間	時間
5	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち	時間	時間	時間
6	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち	時間	時間	時間
7	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち	時間	時間	時間
8	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち	時間	時間	時間
9	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち	時間	時間	時間
10	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち	時間	時間	時間
11	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち	時間	時間	時間
12	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち	時間	時間	時間
13	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち	時間	時間	時間
14	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち	時間	時間	時間
15	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち	時間	時間	時間

#	病床数	※主な入院基本料・ 特定入院料等 (主要な1つを記入)		病棟に從事 している 薬剤師数 (いない場合 0と記入) のべ人数	※1 週間あたりの病棟業務時間 (実施していない場合は0と記入) 1 週間あたりの病棟業務時間の合計=①+③+④			
		入院基本料等	介護		a 病棟薬剤業務時間			④b 薬剤管理指導 実施時間
					①a1 実施加算 に該当する 業務時間	②a1 のうち 病棟以外での 業務時間	③a2 実施加算に 該当しない 業務時間	
16	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
17	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
18	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
19	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
20	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
21	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
22	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
23	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
24	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
25	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
26	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
27	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
28	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
29	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
30	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
31	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
32	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
33	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
34	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
35	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
36	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
37	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
38	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
39	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
40	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
41	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
42	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
43	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
44	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間
45	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	うち 時間	時間	時間

(4) 「③a2 病棟薬剤業務実施加算に該当しないもの」について以下に具体的にご記入ください。

12. 薬剤師の病棟業務時間(薬剤部全体の合計)

(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(①+③)と④b薬剤管理指導実施時間(退院時の薬学的管理指導および退院時薬剤情報管理指導実施時間を含む)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および「薬剤師の病棟業務の進め方(Ver. 1.1)」をご参照ください)

(※記入例) 薬剤師職員の15名のうち、
 ・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
 ・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、
 ・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

(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) 1週間あたりの病棟業務時間の合計=①+③+④	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

(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) 「a 病棟薬剤業務時間(①+③)」と「④b 薬剤管理指導実施時間」の割合(%)をご記入ください

a「病棟薬剤業務時間(①+③)」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
④b「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)	%	

※a, bの詳細については記載要領および「薬剤師の病棟業務の進め方(Ver. 1.1)」をご参照ください

13. 施設の在院患者数・在院日数等

貴施設の在院患者数・平均在院日数等をご記入ください。

	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

※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

14. 医師・歯科医師・看護師・総職員数

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)。

(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)	常勤に換算した 非常勤数(※)
	人 (うち日病薬会員) 人	人 (うち日病薬会員) 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) この1年間で、薬剤部門の薬剤師数 を増(減)員することが決定した	<input type="checkbox"/> 増員あり(人) <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 減員あり(人)	<input type="checkbox"/> 増員あり(人) <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 減員あり(人)	
(C) 薬剤部門の薬剤師で欠員がある	<input type="checkbox"/> あり(人) うち本年度国家試験 不合格(人) うち卒業延期(人) <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(人) うち本年度国家試験 不合格(人) うち卒業延期(人) <input type="checkbox"/> なし	
(D) 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	

※常勤に換算した非常勤数: 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. 薬剤部門の給与

※本調査の回答内容は統計上の目的にのみ利用し、回答内容と施設名を結びつけた形で利用することはありません。ご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

(1) 薬剤師の給与体系について

(A) 薬剤部職員(正職員)の給与体系について、該当するもの1つにチェックをつけてください。

1: 国家公務員の給与体系またはそれに準拠,
2: 自治体公務員の給与体系またはそれに準拠,
3: 独自の給与体系で年功給,
4: 独自の給与体系で職能給,
5: 独自の給与体系で年功・職能併用給,
6: その他(具体的に)).

(B) 薬剤師職員(正職員)に適用される俸給表について、該当するもの1つにチェックをつけてください。

1: 薬剤師独自の俸給表を適用, 2: 医療技術職でまとめられた俸給表を適用,
3: 俸給表は適用しない

(2) 直近1年間に給与改定(俸給表の改定など)の実施が[あった(→(A)へ), なかった(→(B)へ)]

(A) 給与改定があった場合、その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:ベースアップ+定期昇給, 2:ベースアップ, 3:ベースダウン+定期昇給, 4:ベースダウン.

(B) 給与改定の実施がなかった場合、定期昇給の有無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:定期昇給の実施があった, 2:定期昇給の実施がなかった

(3) 6年制課程修了薬剤師(学部卒)の給与について

(A) 6年生課程修了薬剤師(学部卒)の**初任給**について、ご記入ください。
(a) 月額基本給 (月額 _____ 円)
(b) 月額給与合計 (月額 _____ 円) ※通勤手当、超過勤務手当、宿日直手当を除く

(B) 6年生課程修了薬剤師(学部卒)の**手当**について、ご記入ください。
(a) 薬剤師(職種)手当 (月額 _____ 円)
(b) 超過勤務手当 (1時間当り _____ 円)
(c) 日直手当 (1回当り _____ 円)
(d) 当直手当 (1回当り _____ 円)
(e) その他手当 (月額 _____ 円) ※通勤手当、超過勤務手当、宿日直手当を除く

17. 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18へ), ない]。

(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。

18. 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, 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, ない(→設問19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。

19. 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(A)～(G)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)については差し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80時間未満			人 "
(G) " 80時間以上			人 "

20. 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) 入院処方せん枚数は 1ヵ月間() 枚。	
(2) 外来処方せん(院内)枚数①は 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は 1ヵ月間() 枚。	
(3) 院外処方せん枚数②は1ヵ月間() 枚。	
(4) 院外処方せん発行率(※)は () % 。	
※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の情報に基づき計算式 $② \div (①+②) \times 100$ で算出してください。	
(5) 入院注射剤の処方せん枚数は1ヵ月間() 枚。	(6) 外来注射剤の処方せん枚数は1ヵ月間() 枚。

21. 調剤に関する診療報酬の算定件数

貴施設で以下を算定していますか。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) 一般名処方加算 (2点)	[<input type="checkbox"/> いる (1ヵ月間 _____ 件), <input type="checkbox"/> いない]
(10) 地域包括診療料 (1503点, 月1回)	[<input type="checkbox"/> いる (1ヵ月間 _____ 件), <input type="checkbox"/> いない]

22. 貴施設におけるクリニカルパス（入院診療計画書）の活用状況等について

(1) クリニカルパスを一元管理する部門が <input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない。
(2) クリニカルパス(入院診療計画書)を作成して <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない。
(3) クリニカルパスは電子化して使用 <input type="checkbox"/> している, <input type="checkbox"/> 検討中である, <input type="checkbox"/> していない。]
(4) 院内にクリニカルパス委員会が設置されて <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(5)へ)。
(A) 診療報酬で評価されているクリニカルパスについて、貴施設で導入されているクリニカルパス全てにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:大腿骨頸部骨折, <input type="checkbox"/> 2:脳卒中, <input type="checkbox"/> 3:統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害, <input type="checkbox"/> 4:気分(感情)障害。 (B) 現在、貴施設で導入しているクリニカルパスは何種類ありますか。 疾患別、術式別にお答えください (疾患(MDC分類)_____種類, 術式_____種類)
(5) クリニカルパスの作成に携わる人は誰ですか。該当する番号全てにチェックをお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 1:医師, <input type="checkbox"/> 2:歯科医師, <input type="checkbox"/> 3:薬剤師, <input type="checkbox"/> 4:看護職員, <input type="checkbox"/> 5:臨床検査技師, <input type="checkbox"/> 6:診療放射線技師, <input type="checkbox"/> 7:理学療法士, <input type="checkbox"/> 8:作業療法士, <input type="checkbox"/> 9:言語聴覚士, <input type="checkbox"/> 10:視能訓練士, <input type="checkbox"/> 11:栄養士, <input type="checkbox"/> 12:歯科衛生士, <input type="checkbox"/> 13:社会福祉士等福祉士, <input type="checkbox"/> 14:事務職員, <input type="checkbox"/> 15:その他(具体的に記載_____).

23. 副作用報告・インシデントについて

(1) 貴施設が直近1年間に副作用(※)が発生 <input type="checkbox"/> した(直近1年間に_____件), <input type="checkbox"/> していない(→(3)へ)。 (A) そのうち、副作用報告を製薬企業に報告した件数 (_____)件 うち、薬剤師が関与した件数 (_____)件 (B) そのうち、副作用報告を厚生労働大臣に報告した件数 (_____)件 うち、薬剤師が関与した件数 (_____)件
(2) 貴施設で発生した副作用を一元管理している部門が <input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない (A) 一元管理している部門が<ある>場合、該当するものにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:医薬品情報管理室, <input type="checkbox"/> 2:治験管理室(センター), <input type="checkbox"/> 3:臨床試験センター <input type="checkbox"/> 4:その他(_____) (B) 貴施設で発生したアレルギー情報についても、一元管理して <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない
※医薬品・医療機器等安全性情報報告制度に基づくもの
(3) 貴施設で6月1か月間に患者が医薬品副作用被害救済制度を利用するのを支援した件数は(_____)件。 うち薬剤師が関与した件数は6月1か月間に(_____)件。
(4) 貴施設において6月1か月間に下記のレベル以上のインシデントが発生 <input type="checkbox"/> した(6月1か月間に_____件), <input type="checkbox"/> していない]。 (A) そのうちで、薬剤に関連するインシデントの件数は6月1か月間に(_____)件。
※インシデントレベル 処置や治療は行わなかった(患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた)

Ⅲ. 薬剤師の業務

24. 薬剤師の業務内容

以下の(1)～(5)の項目について、現在、薬剤師の業務として実施していますか。また、実施している場合、その程度について[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3: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 (病棟薬剤業務・医政局長通知・チーム医療等)	実施の有無とその程度
(1) 病棟における入院患者に対する医薬品の投薬・注射状況の把握	実施して <input type="checkbox"/> いる[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> いない
(2) 医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知ならびに医療従事者からの相談応需	実施して <input type="checkbox"/> いる[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> いない
(3) 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案	実施して <input type="checkbox"/> いる[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> いない

(4) 入院患者に対し2種以上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	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(5) 入院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	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(6) 薬剤の投与にあたり、病棟において流量又は投与量の計算の実施	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(7) 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	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(8) 患者の状態に応じた積極的な処方の提案	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(9) 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	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(10) 薬物療法の経過確認及び同一処方継続可否の提案	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(11) 外来における抗がん剤等の無菌調製やTPN等の無菌調製	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(12) 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	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(13) 保険薬局への情報提供(退院時共同指導も含む)	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(14) 患者に対する服薬指導・服薬支援・薬歴管理	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(15) 患者状態の把握、服薬指導等を通じた薬学的管理	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(16) 外用剤の貼付、塗布又は噴霧の実技指導	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(17) 医薬品の有効性・安全性情報の収集、管理及び提供	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(18) 注射薬の投与準備(非無菌調製)	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(19) 点滴ライン等のルート管理	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(20) 医薬品管理業務(病棟配置薬の管理等)	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(21) 配薬(患者に薬を配る機会を通じた状況把握)	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(22) 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)	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(23) フォーマリナー(採用医薬品に関する情報集)の作成をおこなっている	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(24) カンファレンスへの参加	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(25) 回診への同行	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(26) NST(栄養サポートチーム)業務への対応	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(27) ICT(感染制御チーム)業務への対応	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(28) 行政への副作用報告に関連する業務	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(29) 治験の実施に関連する業務	実施して□いる [□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない

(30) 厚生労働省医政局長通知の①の業務(上記(7)の業務)で、日病薬の解釈と実践事例(Ver. 2.0)の具体例及び実践事例に記載されていない業務を行っている場合は、具体的に記入してください。

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
(31) 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	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(32) 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医師と協働して処方設計に参画している	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(33) 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医師と協働して設計に参画している	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(34) 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	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(35) 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	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(36) 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	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(37) 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	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(38) 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	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(39) 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	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(40) 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	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(41) 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、薬剤師が検査の提案をしている	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(42) 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	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(43) 薬剤師が必要性を判断しTDMの提案をしている	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(44) 薬剤師が必要性を判断しTDMのオーダーしている	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(45) 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	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(46) 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	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(47) 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	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(48) 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	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない

(49) 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	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(50) 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っている	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(51) (31)～(50)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

25. 薬歴等に基づく処方監査(入院処方せん)

(1) 入院処方せん(注射剤をのぞく)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, □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)

26. 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, □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27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)

27. 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, □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28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)

28. 外来処方長期投薬

(1) 貴施設の外来処方の長期投薬（ 投薬日数が14日を超える 処方）への対応について該当するものにチェックをつけてください。
<input type="checkbox"/> 1:長期投薬の適否のルールを作成している, <input type="checkbox"/> 2:長期投薬の対象患者を限定している, (それは具体的に) <input type="checkbox"/> 3:長期投薬の対象薬剤を限定している, (それは具体的に) <input type="checkbox"/> 4:長期投薬の処方の際して、処方医に分割調剤を提案している.
(2) 過去1年間に交付した外来処方せんのうち、最も長い投薬日数を記入してください。()日分
(3) 投薬日数が30日を超える 処方せんの最近1年間の傾向にチェックをつけてください。
<input type="checkbox"/> 1:長期投薬の処方せんが増えた, <input type="checkbox"/> 2:長期投薬の処方せんが減った, <input type="checkbox"/> 3:長期投薬の処方せんに特に変化は見られなかった, <input type="checkbox"/> 4:その他()
(4) 6月1ヵ月間の長期投薬の外来処方せんのうち、 保険薬局で 分割調剤を行った件数を把握している範囲内で記入してください。 6月1ヵ月間()件

29. 注射剤の処方せん(入院)による管理

(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1つ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.
(2) 注射剤の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。
<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30へ).
(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1つ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, <input type="checkbox"/> 2:一部薬歴に基づいて行っている, <input type="checkbox"/> 3:薬歴に基づいて監査を行っていない(→設問30へ).
(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)

30. 内服薬の一包化調剤

(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, <input type="checkbox"/> いない(→設問31へ)]。
(A) 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()。

31. 保険薬局からの疑義照会等に対応する部門

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全てにチェックをつけてください。
1: 薬剤部門, 2: 診療科(医師), 3: 診療科(医師以外の看護師, クラーク等) 4: 事務部門,
5: その他の部門(1-4以外), 6: 特に決まっていない。

32. 処方せんの記載方法

(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1つにチェックをつけてください。

1: すでに1回量記載としている,
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),
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),
4: 当面、1回量記載とする予定はない,
5: その他1~4以外(具体的に)).

(2) 一般名処方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: すでに一般名処方としている,
2: 一般名処方とすることが決定し、準備中である(システムの変更等)(→設問33へ),
3: 今後、一般名処方とすることについて、検討中である(システム改修時等)(→設問33へ),
4: 当面、一般名処方とする予定はない(→設問33へ),
5: その他1~4以外(具体的に)).

(A) <1: 記載している>場合、移行するにあたり何か対応・工夫[した, 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()。

V. 無菌製剤処理・がん化学療法

33. 無菌製剤処理業務 (※抗悪性腫瘍薬については設問35、放射性医薬品は設問66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[ある, ない]。
 (B) クリーン・ベンチが施設内に[ある, 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[いる, いない(→(3)へ)]。
 (B) 無菌調製している場所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: 薬剤部門, 2: 病棟, 3: それ以外()。
 (C) 無菌調製している者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[いる, いない(→(4)へ)]。
 (B) 無菌調製している場所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: 薬剤部門, 2: 病棟, 3: それ以外()。
 (C) 無菌調製している者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(2)および(3)の薬剤、抗悪性腫瘍薬、放射性医薬品以外の注射剤で

(A) 無菌調製しているものが[ある(6月1ヵ月間に_____件), ない(→設問34へ)]。
 (a) <ある>場合、それは具体的に(一般名:)
 (B) その無菌調製している場所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: 薬剤部門, 2: 病棟, 3: それ以外()。
 (C) 無菌調製している者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()。

34. 無菌製剤処理料などの算定件数

(1) 貴施設で以下を算定していますか。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。	
(A) 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]
(B) 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]
(C) 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]
(D) 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]
(2) 無菌製剤処理料 1 (150点) の対象となっている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以外の薬剤で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"/> いない(→(3)へ)]。	
(A) <いる>場合、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: シスプラチン,	<input type="checkbox"/> 2: フルオロウラシル,
<input type="checkbox"/> 3: ゲムシタビン,	<input type="checkbox"/> 4: パクリタキセル,
<input type="checkbox"/> 5: エピルビシン,	<input type="checkbox"/> 6: オキサリプラチン,
<input type="checkbox"/> 7: ドキソルビシン,	<input type="checkbox"/> 8: エトポシド,
<input type="checkbox"/> 9: カルボプラチン,	<input type="checkbox"/> 10: ドセタキセル,
<input type="checkbox"/> 11: その他 (具体的に 一般名: _____)	
(3) 貴施設で以下を算定していますか。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。	
(A) 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]
(B) 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]
(C) 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]
(D) 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]

35. 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, <input type="checkbox"/> いない(→設問36へ)]。	
(2) 抗悪性腫瘍薬調製の安全キャビネット、無菌調製用アイソレーターが施設内に[<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、無菌調製用アイソレーターは薬剤部内に(____)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、該当するもの全て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: すべて薬剤師が実施している>または<2: 薬剤師が実施している>場合、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。	
<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: その他(_____)	
(B) <3: すべて医師又は看護師が実施している>または<2: 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全て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: その他(_____)	
(4) 抗悪性腫瘍薬の説明文書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: 薬剤師が作成している,	
<input type="checkbox"/> 2: 診療科と薬剤師が協働で作成している,	
<input type="checkbox"/> 3: 診療科が作成し、薬剤師がチェックしている, <input type="checkbox"/> 4: 薬剤師の関与なく診療科が作成している。	
(5) 貴施設にがんセンターボード(※)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、そのがんセンターボードに薬剤師が参加して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。	
※がんセンターボード: 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) 貴施設は、院内がん登録(※)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、その院内がん登録に薬剤師が関与して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。	
(B) 実施して<いる>場合、地域がん登録(※)に協力して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。	
(a) 協力して<いる>場合、その地域がん登録に薬剤師が関与して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。	
※がん登録: がんの診断、治療、生存率等の情報を、「院内がん登録」は医療機関単位で、「地域がん登録」は自治体単位で集める仕組みをいう。	

(7) 化学療法に係る委員会(※)が[<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(→(8)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(→(8)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。 □1:委員長, □2:副委員長, □3:委員, □4:事務局, □5:オブザーバー, □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。	
(8) 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(→(9)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[□1:ほぼ完全に運用できている, □2:完全には運用できていない]。	
(9) 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(→(10)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。	
(10) 貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、6月1ヵ月の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]
(C) がん患者指導管理料3(200点)	[<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]

36. 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, <input type="checkbox"/> ない(→設問37へ)]。	
(2) 外来化学療法への関わりについて、該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 薬剤師が、抗悪性腫瘍薬等の調製以外で実施して業務が[<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(→設問37へ)]。 (A) 薬剤師が実施している業務が<ある>場合、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:抗がん剤の治療スケジュールや、有効性・副作用等の説明をしている, □2: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)を実施している, □3:副作用モニタリングを実施している, □4:適切な疼痛緩和を含めた副作用軽減のための支持療法の処方提案をしている, □5:帰宅後に起こる可能性のある遅延性副作用の症状や発生時の対応等を患者に説明している, □6:副作用などの相談に電話などで対応(ホットライン等)を行っており、関与している, □7:薬剤師外来を設置し、外来化学療法の前後などに、服薬指導や薬学的管理を実施している, □8:保険薬局と外来化学療法に関する情報提供・共有を行っている, □9:1-8以外で薬剤師が行うもの(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)

37. 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, <input type="checkbox"/> いない(→設問38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 貴施設で以下を算定していますか。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。 特定薬剤治療管理料(470点)および(235点)[<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない] (A) 算定件数のうち、1つの疾患について同一区分の複数の薬剤のTDMを実施している件数(てんかんを除く)()件(具体的にその薬剤の一般名_____)。	
(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 [<input type="checkbox"/> ある(具体的に一般名_____), <input type="checkbox"/> 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38へ)]。 (A) 処方変更を提案して<いる>場合、6月1ヵ月間の件数をご記入ください。 (a) 1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

38. 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39へ), <input type="checkbox"/> いない]。
(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 <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1: 施設基準を満たしていない、 <input type="checkbox"/> 2: 施設基準を満たしているが、(人手不足等のため)届け出していない、 <input type="checkbox"/> 3: その他()。

39. 薬剤管理指導とハイリスク薬の管理

貴施設で以下を算定していますか。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) (※) [<input type="checkbox"/> いる(患者 _____ 人, 1ヵ月間 _____ 件), <input type="checkbox"/> 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) (※) [<input type="checkbox"/> いる(患者 _____ 人, 1ヵ月間 _____ 件), <input type="checkbox"/> 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) (※) [<input type="checkbox"/> いる(患者 _____ 人, 1ヵ月間 _____ 件), <input type="checkbox"/> 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) [<input type="checkbox"/> いる(患者 _____ 人, 1ヵ月間 _____ 件), <input type="checkbox"/> 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、 ハイリスク薬と同等のレベルで安全管理を行っているものが [<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(→(6)へ)]。
(A) ハイリスク薬と同等のレベルで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。 <input type="checkbox"/> 1: 催眠鎮静薬, <input type="checkbox"/> 2: 血液凝固阻止薬(注射剤), <input type="checkbox"/> 3: その他(具体的に一般名: _____)。
(B) ハイリスク薬と同等のレベルで安全管理を行っているものが<ある>場合、その安全管理方法を具体的に記入してください。 (_____)
(6) 薬剤管理指導により
(A) 処方せん、カルテ等により副作用・相互作用を発見した件数は6月1ヵ月間に(_____)件。
(B) 薬剤師が直接患者モニタリングをして副作用・相互作用を発見した件数は6月1ヵ月(_____)件。
(C) 発現している副作用・相互作用を回避あるいは軽減した件数は6月1ヵ月間に(_____)件。
(D) 本会にプレアボイド報告(様式 1 および 2) した件数は6月1ヵ月間に(_____)件。

40. 退院時薬剤情報管理指導料・退院時の薬学的管理指導

(1) 貴施設で退院時薬剤情報管理指導料(90点)を算定していますか。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"/> いない]。
(A) 算定して<いない>場合、その理由について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> 2: 退院時の情報提供・指導を行っていない、 <input type="checkbox"/> 3: 退院時に行った指導の要点を手帳に記載できない、 <input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> 5: その他(_____)。
※退院時薬剤情報管理指導料: 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
(2) 上記(A)等の理由により、退院時薬剤情報管理指導料の算定要件を満たさないが、退院時の薬学的管理指導を行った場合、6月1ヵ月間の実施件数をご記入ください。 [<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間 _____ 件), <input type="checkbox"/> いない]。

41. 包括評価されている病床(※(C)1~14にある病床)で行われている薬剤管理指導

(1) 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。
 (A) 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ない(→設問42へ).
 (B) 退院時薬剤情報管理指導料が包括評価されている病床の患者に対して、
1:退院時薬剤情報管理指導を実施して [いる(1ヵ月間()件), いない].
2:退院時の薬学的管理指導を実施して [いる(1ヵ月間()件), いない].

(C) 実施している場合、該当する病床(※包括評価されている) 全てにチェックをつけてください。
1:特殊疾患入院医療管理料, 2:小児入院医療管理料, 3:回復期リハビリテーション病棟入院料,
4:地域包括ケア病棟入院料, 5:特殊疾患病棟入院料, 6:緩和ケア病棟入院料,
7:精神科救急入院料, 8:精神科急性期治療病棟入院料, 9:精神科救急・合併症入院料,
10:児童・思春期精神科入院医療管理料, 11:精神科療養病棟入院料,
12:認知症治療病棟入院料, 13:短期滞在手術等基本料3
14:それ以外の病棟 (具体的に)

42. 持参薬

(1) 入院時持参薬の確認について、該当するもの1つにチェックをつけてください。
1:薬剤師がすべて確認, 2:医師と薬剤師が共同で確認, 3:薬剤師と看護師が共同で確認,
4:医師または看護師が確認, 5:その他()。

(2) 入院時持参薬の確認に薬剤師が関与している場合、
 (A) 6月1ヵ月間で持参薬の確認を行った件数は()件
 (B) 6月入院患者に対する実施割合()%

(3) 持参薬の入院中の使用状況について、該当するもの1つにチェックをつけてください。
1:全て使用している, 2:一部使用している, 3:使用しない
 (A) <一部利用>と回答した場合、**持参薬を使用する場合の基準**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:入院の契機となった傷病以外に用いる持参薬, 2:非採用医薬品の持参薬,
3:後発医薬品以外の持参薬, 4:後発医薬品の持参薬, 5:その他()

43. 介護・在宅訪問等における薬剤師の関わり

(1) 介護保険における薬剤管理指導 [いる(1ヵ月間()件), いない]

(2) 薬剤師が行う(※)介護保険における居宅療養管理指導 [いる(1ヵ月間()件), いない]
 ※薬剤師が行っていない場合は除きます

(3) 貴施設で在宅患者訪問薬剤管理指導を算定していますか。
 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 [いる, いない(→(B)へ)]。

(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導 1 (650点) (同一建物居住者以外) [いる(1ヵ月間()件), いない]

(2) 在宅患者訪問薬剤管理指導 2 (300点) (同一建物居住者) [いる(1ヵ月間()件), いない]

(A) 在宅患者訪問薬剤管理指導を算定して<いる>場合、実施している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:訪問前に医師、看護師と患者状態等について検討・カンファレンス,
2:患者・家族に対して、服薬状況・患者状態の聴取,
3:患者へのフィジカルアセスメントの実施,
4:患者状態を把握した処方提案の実施,
5:患者・家族への服薬指導、服薬支援等の実施,
6:訪問後の医師、看護師への情報のフィードバック,
7:その他()

(B) 在宅患者訪問薬剤管理指導を算定して<いない>場合、算定してい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:ニーズがない,
2:在宅医療の対象となる患者がない,
3:薬剤師が少なく、余力がない,
4:無菌設備がなく、注射剤の混合(混注)に対応できない,
5:医師への報告書作成等にかかる負担が大きい,
6:患者への移動時間が長く対応できない,
7:その他()

(C) 算定対象外患者に対する訪問薬剤管理指導について、実施している場合は件数、人数をご記入し、疾患名にチェックをしてください。

1:実施している [6月1ヶ月間の実施患者人数(____人), 件数(____件)]
[疾患名 1:統合失調症, 2:うつ病, 3:双極性障害,
4:その他(____)]
2:実施していない

VIII. 病棟における薬剤師

44. 薬剤師の病棟配置

(1) 病棟に薬剤師を配置して[いる, いない(→設問47へ)]

(A) 薬剤師の病棟配置について、該当するもの1つにチェックし、〈2:一部の病棟〉を回答した場合は配置している病棟数をご記入ください。

(a) 薬剤師を[1:すべての病棟, 2:一部の病棟(____病棟)]に配置している。

(b) 薬剤師を[1:専従, 2:専任, 3:兼務]として配置している。

(B) 薬剤師を病棟配置(上記設問(A)で回答した病棟配置。以下同じ。)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) 処方提案の件数が [1:増えた, 2:変化なし, 3:減った]。
- 4) 処方提案に基づく処方変更の件数が [1:増えた, 2:変化なし, 3:減った]。
- 5) 薬剤管理指導件数が [1:増えた, 2:変化なし, 3:減った]。
- 6) 退院時薬剤情報管理指導件数が [1:増えた, 2:変化なし, 3:減った]。

(C) 医師からみた薬剤師の病棟配置による効果として、医師からコメントを聴取し該当するもの全てにチェックしてください。

- 1:医師の薬剤関連業務の負担が軽減した,
- 2:速やかに必要な情報を把握できるようになった,
- 3:薬剤関連のインシデントが減少した,
- 4:処方設計がより適切に行われるようになった,
- 5:病棟職員の薬物療法・服薬指導に対する理解・スキルが向上した,
- 6:患者への直接の診断及び治療等の時間が増えた,
- 7:その他(____)

(D) 看護師からみた薬剤師の病棟配置による効果として、看護師からコメントを聴取し該当するもの全てにチェックしてください。

- 1:看護職員の薬剤関連業務の負担が軽減した,
- 2:速やかに必要な情報を把握できるようになった,
- 3:薬剤関連のインシデントが減少した,
- 4:服薬支援がより適切に行われるようになった,
- 5:病棟職員の薬物療法・服薬指導に対する理解・スキルが向上した,
- 6:患者の直接ケア時間が増えた,
- 7:その他(____)

(E) 薬剤師を病棟配置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 (____)

(F) 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。

(____)

(G) 病棟薬剤業務を実施することにより得られた成果について論文等にまとめたものがあれば記入してください。

(____)

45. 病棟薬剤業務実施加算

(1) 6月1日現在の病棟薬剤業務実施加算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(→(D)へ),
3:今後、算定できるよう検討中である(→(D)へ),
4:現時点で算定しておらず、検討は行っていない(→(E)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) 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:薬剤部職員の増員を行った
 (増員した人数は常勤薬剤師____人、非常勤薬剤師____人、薬剤師以外の職員____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:ITやシステム等(業務日誌や入力テンプレート等)の活用や環境整備を行った,
5:その他(),
6:特に見直しは行っていない.

(B) 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(→(C)へ)].
 (a) 療養病棟・精神科病棟で算定して<いる>場合、6月1ヵ月間に算定している患者が入院した日から起算して8週を超えた場合が[ある, ない(→(C)へ)].
 1) <8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, 2:実施しない(→(C)へ).
 2) <8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。また実施している場合、その実施状況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。

病棟業務	実施状況
<input type="checkbox"/> 1:医薬品の投薬・注射状況の把握,	[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々]
<input type="checkbox"/> 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,	[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々]
<input type="checkbox"/> 3:入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案,	[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々]
<input type="checkbox"/> 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	[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々]
<input type="checkbox"/> 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,	[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々]
<input type="checkbox"/> 6:薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施,	[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々]
<input type="checkbox"/> 7:その他、必要に応じ、医政局通知で定める業務,	[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々]
<input type="checkbox"/> 8:退院時の薬学的管理指導	[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々]

(b) 療養病棟・精神科病棟で病棟薬剤業務を8週以降も実施することの経済的メリットがありましたら、具体的にご記入ください。

(C) 特定入院料を算定している病棟(※)において病棟薬剤業務を実施して[いる, いない(→設問46へ)]

(a) 病棟薬剤業務実施加算で努力義務とされている以下の業務で、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。また、実施している場合、その業務の実施状況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。

病棟業務	実施状況
<input type="checkbox"/> 1:医薬品の投薬・注射状況の把握,	[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々]
<input type="checkbox"/> 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,	[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々]
<input type="checkbox"/> 3:入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案,	[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々]
<input type="checkbox"/> 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	[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々]
<input type="checkbox"/> 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,	[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々]
<input type="checkbox"/> 6:薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施,	[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々]
<input type="checkbox"/> 7:その他、必要に応じ、医政局通知で定める業務,	[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々]
<input type="checkbox"/> 8:退院時の薬学的管理指導	[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々]

※特定入院料を算定している病棟とはこの調査票のP6に記載したA300~A317を算定している病棟のことです

(D) <2: 算定することが決定し、算定できるよう準備中である>または<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) 病棟薬剤業務実施加算を算定に向けて行っている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: 薬剤部職員が増員できるよう募集を行っている、
(その人数は常勤薬剤師 _____ 人、非常勤薬剤師 _____ 人、薬剤師以外の職員 _____ 人)、
- 2: 薬剤部門の人員配置・勤務体制の見直しを行っている、
- 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ている、
- 4: ITやシステム等(業務日誌や入力テンプレート等)の活用や環境整備を行っている、
- 5: その他 (_____)。

(E) 現在、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: 病棟以外(調剤・製剤、外来化学療法、手術室など)の業務負担が大きい、
- 5: 病棟薬剤業務のニーズがない、
- 6: その他 (_____)。

46. 障害者施設病棟への関わり

(1) 障害者施設等入院基本料算定患者がいる病棟が[ある(_____ 床), ない(→設問47へ)]。

(A) 障害者施設等入院基本料算定患者がいる病棟が<ある>場合、

- (a) 障害者施設等入院基本料算定患者のみの病棟数は、(_____)病棟。
- (b) 障害者施設等入院基本料算定患者とその他の患者の混合病棟の病棟数は、(_____)病棟。
- (c) 障害者施設等入院基本料算定患者数は、6月1日現在(_____)人。
- (d) 障害者施設等入院基本料の病棟に薬剤師を配置して[いる(_____ 人), いない]

(B) 障害者施設等入院基本料算定病床について、以下の設問に6月1ヶ月間の数値をご記入ください。

(a) 平均在院 日数	(b) 薬剤管理指導件数		(c) 処方提案 件数	(d) 処方変更 件数
	1) 380点	2) 325点		
日	件	件	件	件

(C) 障害者施設等入院基本料算定病棟において病棟業務を実施して[いる, いない(→設問47へ)]。

a) 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。また、実施している場合、その業務の実施状況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。

病棟業務	実施状況
<input type="checkbox"/> 1: 医薬品の投薬・注射状況の把握、	[<input type="checkbox"/> 1: かなり, <input type="checkbox"/> 2: よく, <input type="checkbox"/> 3: 時々]
<input type="checkbox"/> 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、	[<input type="checkbox"/> 1: かなり, <input type="checkbox"/> 2: よく, <input type="checkbox"/> 3: 時々]
<input type="checkbox"/> 3: 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案、	[<input type="checkbox"/> 1: かなり, <input type="checkbox"/> 2: よく, <input type="checkbox"/> 3: 時々]
<input type="checkbox"/> 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	[<input type="checkbox"/> 1: かなり, <input type="checkbox"/> 2: よく, <input type="checkbox"/> 3: 時々]
<input type="checkbox"/> 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、	[<input type="checkbox"/> 1: かなり, <input type="checkbox"/> 2: よく, <input type="checkbox"/> 3: 時々]
<input type="checkbox"/> 6: 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施、	[<input type="checkbox"/> 1: かなり, <input type="checkbox"/> 2: よく, <input type="checkbox"/> 3: 時々]
<input type="checkbox"/> 7: その他、必要に応じ、医政局通知で定める業務、	[<input type="checkbox"/> 1: かなり, <input type="checkbox"/> 2: よく, <input type="checkbox"/> 3: 時々]
<input type="checkbox"/> 8: 退院時の薬学的管理指導	[<input type="checkbox"/> 1: かなり, <input type="checkbox"/> 2: よく, <input type="checkbox"/> 3: 時々]
<input type="checkbox"/> 9: 1~8以外で行っている業務がある。 (具体的に _____)。	

b) 病棟業務を実施して<いる>場合、障害者施設等入院基本料算定患者が入院した日から起算して、8週を超えた場合が[ある, ない(→設問47へ)]。

c) <8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している, 2: 実施していない。

IX. 手術室、ICU等における薬剤師

47. 手術関連業務（手術室）における薬剤師

(1) 貴施設に手術室が[<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(→設問48へ)]。
(2) 薬剤師は手術関連業務に _{関与して} [<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(B)へ)]。
(A) _{関与して<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。 (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1つ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) 手術室の薬剤師と病棟の薬剤師が必要に応じ申し送りを行うなど情報を共有し、 連携して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。 (c) 薬剤師が行っている周術期の薬学的管理について該当する <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1: 手術前にアレルギー歴、手術に影響のある薬剤及びサプリメントについての確認, <input type="checkbox"/> 2: 手術に影響がある薬剤について手術日程に合わせた休薬・再開などのスケジュールの作成, <input type="checkbox"/> 3: 手術後に手術中に使用した薬剤のモニタリング, <input type="checkbox"/> 4: 手術後に再開や新規で投薬された薬剤の薬学的管理, <input type="checkbox"/> 5: 手術後の合併症・感染予防を含めたモニタリングの実施.
(d) 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> にチェックをつけてください <input type="checkbox"/> 1: 手術室で使用する薬の処方 _{の提案} , <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> にチェックをつけてください。 <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()).

48. 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, <input type="checkbox"/> ない(→設問49へ)]。
(2) 薬剤師はICU等関連業務に _{関与して} [<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(B)へ)]。
(A) _{関与して<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。 (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1つ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) ICUの薬剤師と手術室の薬剤師が必要に応じ申し送りを行うなど情報を共有し、 連携して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。 (c) 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> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1: ICU等で使用する薬の処方 _{の提案} , <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> にチェックをつけてください。 <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. 疑義照会・処方変更の提案・地域連携

49. 疑義照会・処方変更の提案

疑義照会・処方変更の提案					
(1) 6月1ヵ月間の <u>内服処方</u> について	1) 外来	2) 全病床	a) うち 一般病床	b) うち 療養病床	c) うち 精神科病床
(A) 6月1ヵ月間の疑義照会件数	件	件	件	件	件
(B) 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	<input type="checkbox"/> した, <input type="checkbox"/> しなかった	<input type="checkbox"/> した, <input type="checkbox"/> しなかった	<input type="checkbox"/> した, <input type="checkbox"/> しなかった	<input type="checkbox"/> した, <input type="checkbox"/> しなかった
(a) 提案を<した>場合、その件数	件	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	件
(2) 6月1ヵ月間の <u>注射処方</u> について	1) 外来	2) 全病床	a) うち 一般病床	b) うち 療養病床	c) うち 精神科病床
(A) 6月1ヵ月間の疑義照会件数	件	件	件	件	件
(B) 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	<input type="checkbox"/> した, <input type="checkbox"/> しなかった	<input type="checkbox"/> した, <input type="checkbox"/> しなかった	<input type="checkbox"/> した, <input type="checkbox"/> しなかった	<input type="checkbox"/> した, <input type="checkbox"/> しなかった
(a) 提案を<した>場合、その件数	件	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	件

50. 薬剤師の地域連携・介護への関わり

(1) 地域連携について：保険薬局に有用な情報を提供して[いる, いない(→(2)へ)]。

(A) 情報を記載している媒体について該当するものにチェックをつけてください。
1:お薬手帳, 2:処方せん, 3:その他 ()

(B) 提供している情報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:病名, 2:検査値等のデータ, 3:アレルギー歴, 4:副作用歴,
5:1~4以外で病院の薬剤師が知り得た情報 (例えば当該患者の服用や薬学的管理に関する情報等)
 それは具体的に (),
6:採用医薬品, 7:採用後発医薬品, 8:その他 (具体的に)

(2) 貴施設で以下を算定していますか。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。

(A) 介護支援連携指導料(300点) [いる(1ヵ月間_____件), いない]

(B) 地域連携退院時共同指導料2(300点, 医師加算, 3種加算) [いる(1ヵ月間_____件), いない]

(3) 薬剤部門の関与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。

(A) 介護支援連携指導料の算定にあたり
 薬剤部門が[1:ほぼ関与している, 2:一部関与している, 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[1:ほぼ関与している, 2:一部関与している, 3:関与していない]。

XI. 薬剤師の(病院横断的な)チーム医療への関わり

51. 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) <input type="checkbox"/> いない (うち専従(____人), 専任(____人))
(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) <input type="checkbox"/> いない (うち専従(____人), 専任(____人))
(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) <input type="checkbox"/> いない (うち専従(____人), 専任(____人))
(4) 糖尿病(チーム)療養指導	<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) <input type="checkbox"/> いない (うち専従(____人), 専任(____人))

(5) 糖尿病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) <input type="checkbox"/> いない (うち専従(____人), 専任(____人))
(6) 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) <input type="checkbox"/> いない (うち専従(____人), 専任(____人))
(7) 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) <input type="checkbox"/> いない (うち専従(____人), 専任(____人))
(8) 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) <input type="checkbox"/> いない (うち専従(____人), 専任(____人))
(9) 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) <input type="checkbox"/> いない (うち専従(____人), 専任(____人))
(10) 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) <input type="checkbox"/> いない (うち専従(____人), 専任(____人))
(11) 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) <input type="checkbox"/> いない (うち専従(____人), 専任(____人))
※「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つけてください。		

52. チーム医療に関連する算定

貴施設で以下を算定していますか。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
栄養サポートチーム(NST)加算(特定地域)(100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(400点)		<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間____件), <input type="checkbox"/> いない
緩和ケア診療加算(特定地域)(200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
外来緩和ケア管理料(特定地域)(150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
糖尿病透析予防指導管理料(特定地域)(175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)のみを算定して		<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間____件), <input type="checkbox"/> いない
十厚労大臣が定める施設基準に適合(220点加算)を算定して		<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

53. 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, <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、院内DOTS(※)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全て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。
(2) 地域DOTS(※)が行われて <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(3)へ)。 (A) 行われて <いる>場合、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、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。 □1:服薬確認の実施[□1:外来DOTS, □2:訪問DOTS, □3:連絡確認DOTS], □2:その他。
※DOTS(直接服薬確認療法):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。
(3) 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らない場合を含む)(→(4)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。
(4) 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らない場合を含む)(→設問54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。

54. 薬剤師の外来診療への関わり

<p>(1) 外来診療において薬剤師が、外来診療支援業務を行って[<input type="checkbox"/>いる, <input type="checkbox"/>いない(→設問55へ)].</p> <p>(A) 薬剤師が外来診療支援業務を行って<いる>場合、</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p><input type="checkbox"/>1: 特に安全管理が必要な医薬品(ハイリスク薬)の薬学的管理,</p> <p><input type="checkbox"/>2: 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,</p> <p><input type="checkbox"/>3: 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,</p> <p><input type="checkbox"/>4: 薬物療法の経過確認及び同一処方継続可否の提案,</p> <p><input type="checkbox"/>5: アドヒアランス・コンプライアンスの確認,</p> <p><input type="checkbox"/>6: 患者状態の把握,</p> <p><input type="checkbox"/>7: 疾患治療に関する全般的な説明,</p> <p><input type="checkbox"/>8: 治療に用いる各薬剤の説明,</p> <p><input type="checkbox"/>9: 副作用対策,</p> <p><input type="checkbox"/>10: 手術に影響のある薬剤の説明,</p> <p><input type="checkbox"/>11: OTC薬、健康食品、サプリメント、食事に関連する説明,</p> <p><input type="checkbox"/>12: 受診している全ての医療機関の把握・処方されている医薬品の管理,</p> <p><input type="checkbox"/>13: 24時間開局している保険薬局リストの作成・説明,</p> <p><input type="checkbox"/>14: お薬手帳の内容をカルテに記入,</p> <p><input type="checkbox"/>15: 保険薬局への上記1~12などの情報の提供,</p> <p><input type="checkbox"/>16: その他(_____).</p> <p>(c) 上記(b)の業務を実施している時期について該当する業務番号<u>全て</u>にチェックをつけてください。</p> <p>1) 医師の診察前, (<input type="checkbox"/>1, <input type="checkbox"/>2, <input type="checkbox"/>3, <input type="checkbox"/>4, <input type="checkbox"/>5, <input type="checkbox"/>6, <input type="checkbox"/>7, <input type="checkbox"/>8, <input type="checkbox"/>9, <input type="checkbox"/>10, <input type="checkbox"/>11, <input type="checkbox"/>12, <input type="checkbox"/>13, <input type="checkbox"/>14, <input type="checkbox"/>15, <input type="checkbox"/>16)</p> <p>2) 医師の診察後, (<input type="checkbox"/>1, <input type="checkbox"/>2, <input type="checkbox"/>3, <input type="checkbox"/>4, <input type="checkbox"/>5, <input type="checkbox"/>6, <input type="checkbox"/>7, <input type="checkbox"/>8, <input type="checkbox"/>9, <input type="checkbox"/>10, <input type="checkbox"/>11, <input type="checkbox"/>12, <input type="checkbox"/>13, <input type="checkbox"/>14, <input type="checkbox"/>15, <input type="checkbox"/>16)</p> <p>3) 特に定めていないが医師の求め等に応じ実施 (<input type="checkbox"/>1, <input type="checkbox"/>2, <input type="checkbox"/>3, <input type="checkbox"/>4, <input type="checkbox"/>5, <input type="checkbox"/>6, <input type="checkbox"/>7, <input type="checkbox"/>8, <input type="checkbox"/>9, <input type="checkbox"/>10, <input type="checkbox"/>11, <input type="checkbox"/>12, <input type="checkbox"/>13, <input type="checkbox"/>14, <input type="checkbox"/>15, <input type="checkbox"/>16)</p> <p>4) その他(具体的に_____).</p>
<p>(2) 上記(b)の業務を行っている診療科について、該当するもの<u>全て</u>にチェックを付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/>1: 内科, <input type="checkbox"/>2: 外科, <input type="checkbox"/>3: 整形外科, <input type="checkbox"/>4: 麻酔科, <input type="checkbox"/>5: 産婦人科, <input type="checkbox"/>6: 精神科, <input type="checkbox"/>7: 神経科,</p> <p><input type="checkbox"/>8: 泌尿器科, <input type="checkbox"/>9: その他(_____).</p>
<p>(3) 上記(b)の業務を行っている疾患について、該当するもの<u>全て</u>にチェックを付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/>1: 糖尿病, <input type="checkbox"/>2: 喘息, <input type="checkbox"/>3: 高血圧症, <input type="checkbox"/>4: 脂質異常症,</p> <p><input type="checkbox"/>5: 認知症, <input type="checkbox"/>6: 関節リウマチ, <input type="checkbox"/>7: HIV, <input type="checkbox"/>8: 悪性腫瘍,</p> <p><input type="checkbox"/>9: 手術前, <input type="checkbox"/>10: 妊婦・授乳婦, <input type="checkbox"/>11: 統合失調症, <input type="checkbox"/>12: 骨粗鬆症,</p> <p><input type="checkbox"/>13: てんかん, <input type="checkbox"/>14: 腎不全, <input type="checkbox"/>15: 勃起不全,</p> <p><input type="checkbox"/>16: その他(_____).</p>
<p>(4) 上記(b)の業務を行っている薬物療法について、該当するもの<u>全て</u>にチェックを付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/>1: 自己注射, <input type="checkbox"/>2: SU(スルホニルミド)薬, <input type="checkbox"/>3: DPP-4阻害薬, <input type="checkbox"/>4: α-グルコシダーゼ阻害薬,</p> <p><input type="checkbox"/>5: β_2刺激薬(吸入), <input type="checkbox"/>6: 吸入ステロイド薬, <input type="checkbox"/>7: 免疫抑制薬, <input type="checkbox"/>8: 生物学的製剤</p> <p><input type="checkbox"/>9: 抗悪性腫瘍薬, <input type="checkbox"/>10: 分子標的薬, <input type="checkbox"/>11: 麻薬, <input type="checkbox"/>12: 抗凝固薬,</p> <p><input type="checkbox"/>13: ED治療薬, <input type="checkbox"/>14: 抗精神病薬, <input type="checkbox"/>15: 抗精神病薬(持効性注射薬)</p> <p><input type="checkbox"/>16: 抗てんかん薬, <input type="checkbox"/>17: その他(_____).</p>
<p>(5) 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]。</p>
<p>(6) 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)]。</p>
<p>(7) 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55へ)].</p> <p>(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_____)</p>

55. 禁煙指導

<p>(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56へ)].</p>
<p>(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]。</p>
<p>(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]。</p>
<p>※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。</p>

XII. 医薬品情報管理・医薬品等管理

56. 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(1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。

57. 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全てにチェックをつけてください。

1: 副作用, 2: 相互作用, 3: 適応外使用, 4: 配合変化,
5: 開封後の安定性, 6: フィルターの透過性, 7: 院内外のヒヤリハット情報, 8: その他の情報.

(2) 医薬品医療機器情報配信サービス(PMDAメディナビ)に登録して[いる, いない]。

(3) 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全てにチェックをつけてください。

1: 外観, 2: 商品名, 3: 安定性試験, 4: 溶出性試験, 5: 薬力学的同等性試験,
6: 生物学的同等性試験, 7: 薬価, 8: その他の情報.

(4) 医薬品情報の提供先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: 医師, 2: 看護師, 3: 医療従事者(医師・看護師を除く), 4: 事務職員, 5: 患者.

(5) 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全てにチェックをつけてください。

1: 電子媒体と紙媒体を併用, 2: すべて電子媒体, 3: すべて紙媒体, 4: その他の方法.

58. 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全てにチェックをつけてください。

1: 委員長, 2: 副委員長, 3: 委員, 4: 事務局, 5: その他()。

59. 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1つにチェックをつけてください。

(1) 採用基準を定めて [いる, いない] 。

(2) 削除基準を定めて [いる, いない] 。

(3) 数値(品目数または金額)の目標や目安を定めて [いる, 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 [いる, いない] 。

60. 後発医薬品の採用状況

(1) 平成26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) 貴施設で以下を算定していますか。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。
また、DPC病院の場合は、機能評価係数Ⅱの後発医薬品指数をご記入ください。

(A) 後発医薬品使用体制加算1(35点)(採用品目割合30%以上) [いる(1ヵ月間()件), いない]

(B) 後発医薬品使用体制加算2(28点)(採用品目割合20%以上) [いる(1ヵ月間()件), いない]

(C) 後発医薬品指数 ()

61. 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, 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, 7:放射性医薬品に関する事項,
8:院内製剤に関する事項, 9:その他の事項(具体的に)。

(3) これまでに手順書の見直しを実施[した, 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。
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) 医薬品安全性情報等の周知や入手・措置体制等に関する手順について
 手順書に記載して[いる, いない]。

(5) 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、確認している, 3:全く確認していない。
 (a) 上記設問で<1>または<2>と回答した場合、定期的に確認している頻度は()ヵ月毎である。

(6) 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]。

(7) 医薬品安全管理責任者は医薬品の安全使用に関する講習会(院内の従業者に対する研修を除く)に、
 この1年間で出席[した, していない(→(8)へ)]。
 (A) 出席<した>場合、その講習会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:日本病院薬剤師会の講習会, 2:本会以外の講習会(具体的に)

(8) 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62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。

62. 医薬品に関するバーコードの利用

(1) 貴施設において医薬品に関するバーコードを利用[している, していない(→(8)へ)]。

(2) どこで利用していますか。該当するもの全てにチェックをつけてください。
1:薬品管理部門, 2:調剤部門, 3:病棟, 4:その他(具体的に)

(3) (2)で回答した部門で、どのような場面にバーコード(※)を使用していますか。また、どのようなバ
 ーコードをしようしていますか。該当するもの全てにチェックをつけてください。

※JAN:医療機関に納品される包装で、従来から表示していた大きなバーコード
 販売GS1:医療機関に納品される包装で、新たに表示された小さなバーコード
 調剤GS1:注射の1本や錠剤シートに表示された、小さなバーコード

		1) JAN	2) 販売GS1	3) 調剤GS1	4) その他
(A) 薬品管理部門	(a) 納品管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) 出庫管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) 在庫管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) 棚卸し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(e) その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(具体的に)				

(B) 調剤部門	(a) 錠剤・カプセル剤取り揃え	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) 注射剤取り揃え	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) 錠剤監査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) 散剤監査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(e) 水剤監査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(f) 注射剤監査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(g) その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(具体的に				
(C) 病棟	(a) 患者認証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) 注射薬の予薬準備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) 内服薬の予薬準備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) 外用薬の予薬準備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(e) 定数配置薬(注射薬)の使用確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(f) 定数配置薬(内服薬)の使用確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(g) 定数配置薬(外用薬)の使用確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(h) その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(具体的に					
(4) 下記の場面でバーコードを使用していますか。また、どのようなバーコードを使用していますか。該当するもの全てにチェックをつけてください。					
	1) JAN	2) 販売GS1	3) 調剤GS1	4) その他	
(A) 注射薬の混合調製	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(B) 特定生物由来製品の管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 薬剤部門にある医薬品に関するバーコードリーダーの有無について、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: 薬品管理部門 <input type="checkbox"/> 2: 調剤部門 <input type="checkbox"/> 3: 注射薬調剤部門 <input type="checkbox"/> 4: 製剤部門 <input type="checkbox"/> 5: 無菌調製部門 <input type="checkbox"/> 6: その他(具体的に					
(6) バーコードシステムを導入する計画はありますか。 <input type="checkbox"/> 1: ある[いつ頃ですか。()頃], <input type="checkbox"/> 2: 検討中である, <input type="checkbox"/> 3: 計画はない。					
(7) 2015年7月にJANバーコードの表示が禁止されますが、情報システムの改修等は必要で[<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない] (a) 必要である場合情報システムの改修状況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: 対応済み, <input type="checkbox"/> 2: 対応予定[いつ頃ですか。()頃], <input type="checkbox"/> 3: 予定はない					
(8) 病院情報システムを導入して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→設問63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。 <input type="checkbox"/> 1: 電子カルテ, <input type="checkbox"/> 2: オーダリング(処方・注射とも), <input type="checkbox"/> 3: オーダリング(処方のみ), <input type="checkbox"/> 4: 医事会計システムのみ, <input type="checkbox"/> 5: その他(具体的に					

63. 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[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→設問64へ)].					
(2) 実施して<いる>場合、製剤室で行って[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> 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。					
	(a) 製剤簿に記載してある種類	直近1年間に調製した種類			
		(b) 目的別	(c) クラス分類※		
			1) クラスI	2) クラスII	3) クラスIII
(A) 内服	種類	<input type="checkbox"/> 治療 種類	種類	種類	種類
		<input type="checkbox"/> 診断 種類	種類	種類	種類
		<input type="checkbox"/> その他 種類	種類	種類	種類
(B) 外用	種類	<input type="checkbox"/> 治療 種類	種類	種類	種類
		<input type="checkbox"/> 診断 種類	種類	種類	種類
		<input type="checkbox"/> その他 種類	種類	種類	種類
(C) 注射	種類	<input type="checkbox"/> 治療 種類	種類	種類	種類
		<input type="checkbox"/> 診断 種類	種類	種類	種類
		<input type="checkbox"/> その他 種類	種類	種類	種類

<p>※クラス分類：分類の詳細は「院内製剤の調製及び使用に関する指針 (Version 1.0)」をご参照ください。</p> <p>クラスⅠ：①薬事法で承認された医薬品等を薬事法承認外で使用する場合であって人体への侵襲性が大きいと考えられるもの および ②試薬等を治療・診断目的で使用するもの、</p> <p>クラスⅡ：①薬事法で承認された医薬品等を薬事法承認外で使用する場合であって人体への侵襲性が比較的軽微なもの および ②試薬等でヒトを対象とするが治療・診断目的でないもの、</p> <p>クラスⅢ：①薬事法で承認された医薬品等を薬事法承認内で使用するもの および ②試薬等でヒトを対象としないもの</p>
<p>(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[<input type="checkbox"/>いる(→(5)へ), <input type="checkbox"/>いない]。 (A) 整備されて<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。</p>
<p>(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<u>全て</u>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, □5: 委員会はなく、設置する予定もない。</p>
<p>(6) 院内製剤を実施するにあたり、手順書は整備されて[<input type="checkbox"/>いる(→(7)へ), <input type="checkbox"/>いない]。 (A) 整備されて<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。</p>
<p>(7) 院内製剤についての記録簿を作成して[<input type="checkbox"/>いる, <input type="checkbox"/>いない(→(8)へ)]。 (A) 作成して<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。 □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。</p>
<p>(8) 院内製剤について品質確認を行って[<input type="checkbox"/>いる, <input type="checkbox"/>いない(→(9)へ)]。 (A) 行って<いる>場合、使用している測定機器について以下に記入してください。 (具体的に)</p>
<p>(9) 院内製剤について、使用成績報告書等について使用者である医師が評価をして[<input type="checkbox"/>いる, <input type="checkbox"/>いない]。 (A) 評価して<いる>場合、その対象は[□1: クラスⅠのみ, □2: クラスⅠとⅡ, □3: クラスⅠ, Ⅱ, Ⅲ]。 (B) 対象となるもののうち評価しているのは[□1: ほぼ全て, □2: 大半, □3: 一部, □4: ごく一部]。</p>
<p>(10) 院内製剤について、所定の委員会に報告して[<input type="checkbox"/>いる, <input type="checkbox"/>いない]。 (A) 報告して<いる>場合、その対象は[□1: クラスⅠのみ, □2: クラスⅠとⅡ, □3: クラスⅠ, Ⅱ, Ⅲ]。 (B) 対象となるもののうち報告しているのは[□1: ほぼ全て, □2: 大半, □3: 一部, □4: ごく一部]。</p>
<p>(11) 院内製剤のサンプル保管を行って[<input type="checkbox"/>いる, <input type="checkbox"/>いない]。</p>

64. 特定生物由来製品(※)

<p>(1) 貴施設で、特定生物由来製品の取り扱いが[<input type="checkbox"/>ある, <input type="checkbox"/>ない(→設問65へ)]。</p>
<p>(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, □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65へ)。</p>
<p>(A) 薬剤部門が<1: 一部又はすべての製品に関与している>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]。</p>
<p>(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。</p>
<p>※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)</p>

65. 輸血用血液製剤

<p>(1) 貴施設で、輸血用血液製剤の取り扱いが[<input type="checkbox"/>ある, <input type="checkbox"/>ない(→設問66へ)]。</p>
<p>(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(→(3)へ), □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]。</p>
<p>(3) 貴施設に輸血療法に関する委員会について、該当するもの1つにチェックをつけてください。 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]。</p>

66. 放射性医薬品(※)

(1) 放射性医薬品(※)を貴施設内で扱って[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→設問67へ)]。
(2) 放射性医薬品を薬剤部門で取り扱って[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(6)へ)]
(3) 放射性医薬品管理者が[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。 (A) その放射性医薬品管理者は薬剤師で[<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない]。
(4) 放射性医薬品の管理・調製・品質検査について (A) 放射性医薬品の管理を薬剤師が行っている[<input type="checkbox"/> いる(その人数: _____人), <input type="checkbox"/> いない]。 (B) その調製は「放射性医薬品取り扱いガイドライン」に基づいて実施して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。 (C) その調製について、該当するもの <u>全てに</u> チェックをつけてください。 その調製は[<input type="checkbox"/> 1: 薬剤部門, <input type="checkbox"/> 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 <u>1つに</u> チェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1: 薬剤師がすべて行っている(→(a)へ), <input type="checkbox"/> 2: 薬剤師および診療放射線技師が行っている(→(a)へ), <input type="checkbox"/> 3: 医師・診療放射線技師が実施している。 (a) 調製は<薬剤師が行っている>場合、1) その人数は(_____)人で、2) 6月1ヵ月間の調製件数は(_____)件、3) それは安全キャビネット等無菌下で調製して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。 (E) 調製された放射性医薬品の品質検査について、該当するもの <u>全てに</u> チェックをつけてください。 品質検査は[<input type="checkbox"/> 1: 薬剤部門, <input type="checkbox"/> 2: 放射線科]で実施している。 (F) 品質検査について、該当するもの <u>1つに</u> チェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1: 薬剤師がすべて行っている, <input type="checkbox"/> 2: 薬剤師および診療放射線技師が行っている, <input type="checkbox"/> 3: 医師・診療放射線技師が実施している。
※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。
(5) 貴院薬剤師が昨年度「放射性医薬品取り扱いガイドライン講習会」を受講[<input type="checkbox"/> した, <input type="checkbox"/> していない] (A) 受講<した>場合、昨年度の受講人数は(_____)人
(6) 薬剤部門で取り扱って<いない>場合、その理由について該当するもの <u>全てに</u> チェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1: ニーズがない, <input type="checkbox"/> 2: 薬剤師が少なく余力がない, <input type="checkbox"/> 3: 管理・調製等にかかる負担が大きい, <input type="checkbox"/> 4: 診療報酬など病院経営上のインセンティブがない, <input type="checkbox"/> 5: 放射性医薬品に関する教育訓練を受けていない, <input type="checkbox"/> 6: その他(_____)

67. PET用放射性医薬品

(1) 貴施設内にPET検査室が[<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(→設問68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・診療放射線技師等が調製)(→設問68へ)]。 (A) 薬剤師が配置されて<いる>場合、 6月中の任意の1週間についてその業務時間の合計は(_____)時間。 (B) 貴施設で以下について算定していますか。 (a) ポジトロン断層撮影(E101-2)を算定して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない], (b) ポジトロン断層撮影・コンピューター断層複合撮影(E101-3)を算定して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。
(3) PET用放射性医薬品の管理・調製について (A) PET用放射性医薬品の管理を薬剤師が行っている[<input type="checkbox"/> いる(その人数: _____人), <input type="checkbox"/> いない]。 (B) その合成について、貴院にサイクロトロン施設があり院内製造して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。 (C) その合成について、該当するもの <u>全てに</u> チェックをつけてください。 その合成は[<input type="checkbox"/> 1: 薬剤部門, <input type="checkbox"/> 2: 放射線科]で実施している。 (D) その合成について、該当するもの <u>1つに</u> チェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1: 薬剤師がすべて行っている(→(a)へ), <input type="checkbox"/> 2: 薬剤師および診療放射線技師が行っている(→(a)へ), <input type="checkbox"/> 3: 医師・診療放射線技師が実施している(→設問68へ), (a) 調製は<薬剤師が行っている>場合、1) その人数(_____)人 調製件数6月1ヵ月間_____)件)、 2) それは安全キャビネット等、無菌下で調製して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。

ⅩⅢ. 治験・製造販売後調査・臨床研究

68. 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, <input type="checkbox"/> ない(→設問69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, <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師部門長[<input type="checkbox"/> である, <input type="checkbox"/> ではない(→(8)へ)]。 (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。

69. 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

70. 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。

XIV. 災害対策

71. 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、平成25年度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、薬剤師部門の見直しも[<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[<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない]。 (B) 災害発生時に医療チームの編成体制が[<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> 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[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> 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[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→設問72へ)]。 (A) 研修を行っている場合、薬剤師がその研修を受けて[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 1:心肺蘇生法, <input type="checkbox"/> 2:応急処置, <input type="checkbox"/> 3:トリアージ, <input type="checkbox"/> 4:AEDの使用, <input type="checkbox"/> 5:BLS(日本救急医学会), <input type="checkbox"/> 6:ICLS(日本救急医学会), <input type="checkbox"/> 7:その他()。

XV. 教育・研修

72. 学生実習の受入れ

<p>(1) 平成25年度長期実務実習で学生を[<input type="checkbox"/>受入れた, <input type="checkbox"/>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 (うち、いわゆる調整機構を通した「ふるさと枠」での受入人数()人)</p>
<p>(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[<input type="checkbox"/>いる()人, <input type="checkbox"/>いない]。 貴施設に日病薬認定指導薬剤師が[<input type="checkbox"/>いる()人, <input type="checkbox"/>いない]。</p>
<p>(3) 平成26年度長期実務実習で学生を受け入れる[<input type="checkbox"/>予定である, <input type="checkbox"/>予定はない(→設問73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</p>

73. 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1つにチェックをつけ、<ある>場合、金額をご記入ください。

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) " 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) " 認定薬物療法指導薬剤師	<input type="checkbox"/> いる()人, <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> ある()円, <input type="checkbox"/> ない
(16) " 認定薬物療法専門薬剤師	<input type="checkbox"/> いる()人, <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> ある()円, <input type="checkbox"/> ない
(17) 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

(18)	” 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)	” 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
(20)	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
(21)	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
(22)	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
(23)	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
(24)	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
(25)	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
(26)	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
(27)	日本臨床救急医学会 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
(28)	日本小児薬理学会/日本薬剤師研修センター 小児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
(29)	日本医薬品情報学会 医薬品情報専門薬剤師	<input type="checkbox"/> いる(____人), <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> ある(____円), <input type="checkbox"/> ない
(30)	日本臨床腫瘍薬学会 外来がん治療認定薬剤師	<input type="checkbox"/> いる(____人), <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> ある(____円), <input type="checkbox"/> ない
(31)	日本腎臓病薬物療法学会 腎臓病薬物療法専門薬剤師	<input type="checkbox"/> いる(____人), <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> ある(____円), <input type="checkbox"/> ない
(32)	” 腎臓病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
(33)	日本中毒学会 認定クリニカル・トキシコロジスト	<input type="checkbox"/> いる(____人), <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> ある(____円), <input type="checkbox"/> ない
(34) 薬剤師の通常業務以外で、専門薬剤師・認定薬剤師として行っている業務があれば具体的に記入してください。			

74. その他の業務に対する手当

(1) 設問73(1)～(33)の資格取得手当以外に手当の支給の対象となる業務等が[ある, ない(→設問75へ)]。
(A) <対象となる業務がある>場合、その手当の名称をご記入ください。(例) 危険手当
(具体的に _____)

75. 修士・博士等

貴施設の薬剤部門で従事している薬剤師で、以下に該当するものの有無とその人数をご記入ください。

(1) 貴施設に医学・薬学系博士号取得者が[いる(____人), いない(→(2)へ)]
(A) うち、貴施設入職後に取得した者が[いる(____人), いない]

(2) 貴施設に医学・薬学系修士課程修了者が[いる(____人), いない(→(3)へ)]
(A) うち、貴施設入職後に修了した者が[いる(____人), いない]

(3) 貴施設に医学・薬学系修士課程在籍中の者が[いる(____人), いない]

(4) 貴施設に医学・薬学系博士課程在籍中の者が[いる(____人), いない]

*** ご協力ありがとうございます。引き続き、精神・療養病床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) 院内標準診療計画加算について、該当するもの1つにチェックし算定件数をご記入ください。								
(A) 院内標準診療計画加算を算定して [<input type="checkbox"/> いる (6月1ヶ月間 _____ 件), <input type="checkbox"/> いない] (a) 算定して<いる>場合、6月1ヵ月の疾患別算定件数をご記入ください。 (1) そのうち、統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害患者 (_____ 件) (2) そのうち、気分(感情)障害患者 (_____ 件)								
(B) 院内標準診療計画書の作成に薬剤師が関与して [<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]								
(2) 向精神薬(抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬および抗精神病薬)使用の適正化について、該当するものにチェックし数値をご記入ください。								
(A) 薬剤師が外来患者の適正化に関与して [<input type="checkbox"/> いる (6月1ヵ月間 _____ 件), <input type="checkbox"/> いない] (a) 関与して<いる>場合、その関与内容について該当するもの <u>全て</u> にチェックし、該当する実施状況1つにチェックしてください。 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>1: 副作用モニタリングの実施</td> <td>関与件数の [<input type="checkbox"/>1: 8割以上, <input type="checkbox"/>2: 5割程度, <input type="checkbox"/>3: 3割以下]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2: 換算値 (CP, IMP等) の算出対象患者の</td> <td>関与件数の [<input type="checkbox"/>1: 8割以上, <input type="checkbox"/>2: 5割程度, <input type="checkbox"/>3: 3割以下]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3: 同効薬の剤数チェックし医師等にフィードバック</td> <td>関与件数の [<input type="checkbox"/>1: 8割以上, <input type="checkbox"/>2: 5割程度, <input type="checkbox"/>3: 3割以下]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>4: 処方変更・処方提案の実施</td> <td>関与件数の [<input type="checkbox"/>1: 8割以上, <input type="checkbox"/>2: 5割程度, <input type="checkbox"/>3: 3割以下]</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1: 副作用モニタリングの実施	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]	<input type="checkbox"/> 2: 換算値 (CP, IMP等) の算出対象患者の	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]	<input type="checkbox"/> 3: 同効薬の剤数チェックし医師等にフィードバック	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]	<input type="checkbox"/> 4: 処方変更・処方提案の実施	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]
<input type="checkbox"/> 1: 副作用モニタリングの実施	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]							
<input type="checkbox"/> 2: 換算値 (CP, IMP等) の算出対象患者の	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]							
<input type="checkbox"/> 3: 同効薬の剤数チェックし医師等にフィードバック	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]							
<input type="checkbox"/> 4: 処方変更・処方提案の実施	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]							
(B) 薬剤師が入院患者の適正化に関与して [<input type="checkbox"/> いる (6月1ヵ月間 _____ 件), <input type="checkbox"/> いない] (a) 関与して<いる>場合、その関与内容について該当するもの <u>全て</u> にチェックし、該当する実施状況1つにチェックしてください。 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>1: 副作用モニタリングの実施</td> <td>関与件数の [<input type="checkbox"/>1: 8割以上, <input type="checkbox"/>2: 5割程度, <input type="checkbox"/>3: 3割以下]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2: 換算値 (CP, IMP等) の算出</td> <td>関与件数の [<input type="checkbox"/>1: 8割以上, <input type="checkbox"/>2: 5割程度, <input type="checkbox"/>3: 3割以下]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3: 同効薬の剤数チェックし医師等にフィードバック</td> <td>関与件数の [<input type="checkbox"/>1: 8割以上, <input type="checkbox"/>2: 5割程度, <input type="checkbox"/>3: 3割以下]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>4: 処方変更・処方提案の実施</td> <td>関与件数の [<input type="checkbox"/>1: 8割以上, <input type="checkbox"/>2: 5割程度, <input type="checkbox"/>3: 3割以下]</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1: 副作用モニタリングの実施	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]	<input type="checkbox"/> 2: 換算値 (CP, IMP等) の算出	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]	<input type="checkbox"/> 3: 同効薬の剤数チェックし医師等にフィードバック	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]	<input type="checkbox"/> 4: 処方変更・処方提案の実施	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]
<input type="checkbox"/> 1: 副作用モニタリングの実施	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]							
<input type="checkbox"/> 2: 換算値 (CP, IMP等) の算出	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]							
<input type="checkbox"/> 3: 同効薬の剤数チェックし医師等にフィードバック	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]							
<input type="checkbox"/> 4: 処方変更・処方提案の実施	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]							
(C) 院内に多職種で処方内容を検討する体制(処方検討委員会、カンファレンス等)が [<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない] (a) 体制が<ある>場合、その委員会、カンファレンス等に薬剤師が参加して [<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]								
(3) 薬剤師による薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS)を実施して [<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]								
(A) 実施して<いる>場合、実施状況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: ルーチンで実施, <input type="checkbox"/> 2: 必要時に実施, <input type="checkbox"/> 3: 他職種からの依頼により実施。 (a) DIEPSS評価後に行っている業務について、該当する実施内容全てにチェックし、該当する実施状況1つにチェックしてください。 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>1: 評価を医師に報告</td> <td>実施件数の [<input type="checkbox"/>1: 8割以上, <input type="checkbox"/>2: 5割程度, <input type="checkbox"/>3: 3割以下]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2: 処方変更・処方提案の実施</td> <td>実施件数の [<input type="checkbox"/>1: 8割以上, <input type="checkbox"/>2: 5割程度, <input type="checkbox"/>3: 3割以下]</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1: 評価を医師に報告	実施件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]	<input type="checkbox"/> 2: 処方変更・処方提案の実施	実施件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]				
<input type="checkbox"/> 1: 評価を医師に報告	実施件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]							
<input type="checkbox"/> 2: 処方変更・処方提案の実施	実施件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]							
(B) 実施して<いる>場合、外来および入院患者の6月1ヵ月間の実施件数をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 1: 外来(_____ 件/月), <input type="checkbox"/> 2: 入院(_____ 件/月)。								
(4) 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料(500点)について、該当するもの1つにチェックし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]								
(5) 精神科重症患者早期集中支援管理料について、該当するもの1つにチェックしてください。								
(A) 精神科重症患者早期集中支援管理料を算定して [<input type="checkbox"/> いる (6月1ヵ月間 _____ 件), <input type="checkbox"/> いない] (B) 支援チームに薬剤師が構成されて [<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]								
(6) 認知症患者に対する薬剤師の関与								
(A) 認知症外来患者に対して薬剤師が関与して [<input type="checkbox"/> いる (6月1ヵ月間 _____ 件), <input type="checkbox"/> いない]。 (a) 関与して<いる>場合、その関与内容について該当するもの <u>全て</u> にチェックし、該当する実施状況1つにチェックしてください。 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>1: 副作用モニタリングの実施</td> <td>関与件数の [<input type="checkbox"/>1: 8割以上, <input type="checkbox"/>2: 5割程度, <input type="checkbox"/>3: 3割以下]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2: 家族への薬剤管理指導業務の実施</td> <td>関与件数の [<input type="checkbox"/>1: 8割以上, <input type="checkbox"/>2: 5割程度, <input type="checkbox"/>3: 3割以下]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3: 処方設計・処方提案の実施</td> <td>関与件数の [<input type="checkbox"/>1: 8割以上, <input type="checkbox"/>2: 5割程度, <input type="checkbox"/>3: 3割以下]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>4: 情報を医師等にフィードバック</td> <td>関与件数の [<input type="checkbox"/>1: 8割以上, <input type="checkbox"/>2: 5割程度, <input type="checkbox"/>3: 3割以下]</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1: 副作用モニタリングの実施	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]	<input type="checkbox"/> 2: 家族への薬剤管理指導業務の実施	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]	<input type="checkbox"/> 3: 処方設計・処方提案の実施	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]	<input type="checkbox"/> 4: 情報を医師等にフィードバック	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]
<input type="checkbox"/> 1: 副作用モニタリングの実施	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]							
<input type="checkbox"/> 2: 家族への薬剤管理指導業務の実施	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]							
<input type="checkbox"/> 3: 処方設計・処方提案の実施	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]							
<input type="checkbox"/> 4: 情報を医師等にフィードバック	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]							
(B) 認知症入院患者に対して薬剤師が関与して [<input type="checkbox"/> いる (6月1ヵ月間 _____ 件), <input type="checkbox"/> いない]。 (a) 関与して<いる>場合、その関与内容について該当するもの <u>全て</u> にチェックし、該当する実施状況1つにチェックしてください。 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>1: 副作用モニタリングの実施</td> <td>関与件数の [<input type="checkbox"/>1: 8割以上, <input type="checkbox"/>2: 5割程度, <input type="checkbox"/>3: 3割以下]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2: 家族への薬剤管理指導業務の実施</td> <td>関与件数の [<input type="checkbox"/>1: 8割以上, <input type="checkbox"/>2: 5割程度, <input type="checkbox"/>3: 3割以下]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3: 処方設計・処方提案の実施</td> <td>関与件数の [<input type="checkbox"/>1: 8割以上, <input type="checkbox"/>2: 5割程度, <input type="checkbox"/>3: 3割以下]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>4: 情報を医師等にフィードバック</td> <td>関与件数の [<input type="checkbox"/>1: 8割以上, <input type="checkbox"/>2: 5割程度, <input type="checkbox"/>3: 3割以下]</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1: 副作用モニタリングの実施	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]	<input type="checkbox"/> 2: 家族への薬剤管理指導業務の実施	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]	<input type="checkbox"/> 3: 処方設計・処方提案の実施	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]	<input type="checkbox"/> 4: 情報を医師等にフィードバック	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]
<input type="checkbox"/> 1: 副作用モニタリングの実施	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]							
<input type="checkbox"/> 2: 家族への薬剤管理指導業務の実施	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]							
<input type="checkbox"/> 3: 処方設計・処方提案の実施	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]							
<input type="checkbox"/> 4: 情報を医師等にフィードバック	関与件数の [<input type="checkbox"/> 1: 8割以上, <input type="checkbox"/> 2: 5割程度, <input type="checkbox"/> 3: 3割以下]							

(7) 家族会および家族教室について、該当するものにチェックしてください。
(A) 院内に家族会および家族教室が <input type="checkbox"/> ある、 <input type="checkbox"/> ない
(B) 院内家族会および家族教室に薬剤師が関与して <input type="checkbox"/> いる、 <input type="checkbox"/> いない
(a) 関与して<いる>場合、関与しているもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。
<input type="checkbox"/> 1: 薬物療法の講義、 <input type="checkbox"/> 2: 患者・家族からのお薬相談、 <input type="checkbox"/> 3: その他()。
(C) 院内以外の家族会で、薬剤師として関与しているもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。
<input type="checkbox"/> 1: 地域家族会、 <input type="checkbox"/> 2: 全国家族会、 <input type="checkbox"/> 3: その他(具体的に)。

「療養病床調査」(療養病床のあるご施設は、以下の設問にお答えください)

1. 療養病床の該当患者について

(1) 療養病床に下記入院基本料等の算定患者がいますか。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: 療養病棟入院基本料、 <input type="checkbox"/> 2: 回復期リハビリテーション病棟入院料、 <input type="checkbox"/> 3: 地域包括ケア病棟入院料(病室単位の地域包括ケア入院医療管理料を含む)。
(2) 療養病床に下記入院基本料加算算定患者がいますか。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: 慢性期維持透析管理加算、 <input type="checkbox"/> 2: 在宅復帰機能強化加算。

2. 療養病床における薬剤師の関与について

(1) 服薬支援について薬剤師が関与して <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: 患者の日常生活・認知・嚥下機能低下に応じた薬剤、剤形、投与方法について処方提案している、 <input type="checkbox"/> 2: 上記1に加えて、VF/VE検査等嚥下機能評価に関与し、個別に処方提案している。
(B) 関与して<いる>場合、経管栄養実施患者について、該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。
<input type="checkbox"/> 1: 投与経路、留置先に応じた処方提案や配合変化対策等の薬学的ケアを実施している、 <input type="checkbox"/> 2: 上記1に加え経管栄養から経口摂取への移行に関与している(VF/VE等嚥下機能評価、剤形、投与方法)。
(2) 臓器機能低下(肝障害・腎障害)への配慮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、肝・腎機能評価に係わる検査につき該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。
<input type="checkbox"/> 1: モニタリングに必要な検査を医師に提案している、 <input type="checkbox"/> 2: モニタリングに必要な検査を薬剤師がオーダーしている、
(B) 関与して<いる>場合、どのくらいの頻度で、検査値等を確認・評価して処方提案していますか。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: 毎月、 <input type="checkbox"/> 2: 3ヶ月に1回程度、 <input type="checkbox"/> 3: 6ヶ月に1回程度、 <input type="checkbox"/> 4: 薬剤毎に設定(処方前・2週毎など)。
(3) 処方の適正化について、多剤併用への対策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、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: 高齢者に有害事象を起こしやすい薬剤について、減量や中止等の処方提案をしている、 <input type="checkbox"/> 2: 当該患者における薬物療法の優先順位を考慮し、減量や中止等の処方提案をしている、 <input type="checkbox"/> 3: 代替手段がある場合には、非薬物療法を提案している、 <input type="checkbox"/> 4: 入院中は定期的に処方をアセスメントし、処方や投与量の適正化に継続して関与している。
(4) 褥瘡治療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>1つ</u> にチェックをつけてください。
<input type="checkbox"/> 1: 褥瘡のステージに応じた外用薬やドレッシング剤等の処方提案を実施している、 <input type="checkbox"/> 2: 上記1に加えて、褥瘡回診に同行し処方提案を実施している、 <input type="checkbox"/> 3: 上記2に加えて、適切な処方提案や薬剤塗布等をふくむ適切な実技指導、処置等に関与している。
(5) 退院時の連携および在宅復帰、終末期医療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、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: 退院前には、患者・家族等の指導・相談に関与している、 <input type="checkbox"/> 2: 退院時カンファレンスに参加し、入院中の薬物療法や副作用等の情報を在宅ケアチームへ提供している、 <input type="checkbox"/> 3: 退院時には、退院時サマリー等を作成、在宅医や保険薬局へ情報提供している、 <input type="checkbox"/> 4: ターミナルケア・デスカンファレンスに参加するなど終末期医療の質的向上に関与している。
(6) 下記の病棟における在宅復帰率・死亡退院率は何%か、ご記入ください。(H26年4~6月間データ)
<input type="checkbox"/> 1: 地域包括ケア病棟在宅復帰率 <input type="checkbox"/> () %、 <input type="checkbox"/> 不明・死亡退院率 <input type="checkbox"/> () %、 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 2: 在宅復帰機能強化加算病棟在宅復帰率 <input type="checkbox"/> () %、 <input type="checkbox"/> 不明・死亡退院率 <input type="checkbox"/> () %、 <input type="checkbox"/> 不明
※在宅復帰率計算式 $\frac{\text{自宅、居住系介護施設等に退院した患者} \times 100}{\text{退院患者} - \text{再入院患者} - \text{死亡退院した患者} - \text{病状の急性増悪により他の医療機関に転院した患者}}$

3. 療養病棟での病棟薬剤業務 (病棟薬剤業務を未実施の場合は : 非該当 (→ 4. へ))

(1) 療養病棟において病棟薬剤業務実施加算を算定して[<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない(→ 4. へ)]。
(A) 病棟薬剤業務実施加算を算定する療養病棟数は()病棟で、その病床数は()床。
(B) 6月1ヵ月間に上記病棟での病棟薬剤業務実施加算の算定患者数は()人で、算定件数は()件。

4. 特定入院料算定病棟における薬剤管理指導業務 (いずれの病棟も無い場合は : 非該当)

(1) 回復期リハビリテーション病棟における薬剤管理指導業務を実施して [<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない(→(2)へ)]。
(A) 6月1ヵ月間に薬剤管理指導を実施した患者数は、()人で、実施件数は()件。
(2) 地域包括ケア病棟における薬剤管理指導業務を実施して[<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない]。
(A) 6月1ヵ月間に薬剤管理指導を実施した患者数は、()人で、実施件数は()件。

*** 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 ***