

6. 診療科

貴施設の診療科について、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) 外科 (3) 整形外科 (4) 麻酔科
 (5) 皮膚科 (6) 小児科 (7) 眼科 (8) 耳鼻咽喉科
 (9) 産婦人科 (10) 精神科 (11) 神経科 (12) 泌尿器科
 (13) その他 ()

主たる診療科を記載してください

- (1) _____ (2) _____

B. 薬剤師業務

7. 以下の項目について、現在薬剤師として実施していますか

*なお、この中には病棟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	実施している	実施していない	該当する業務なし
(1) 薬物療法プロトコルについて提案、医師と協働で作成、協働で進行管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 患者の状態に応じた積極的な処方の提案	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 患者の状態観察に基づく薬効・副作用の確認と結果の医師への伝達	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 持参薬の確認・評価とそれを考慮した服用計画の提案	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 外来における抗がん剤等の無菌調製や TPN 等の無菌調製	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 入院患者に対する抗がん剤等の無菌調製や TPN 等の無菌調製	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) 保険薬局への情報提供(退院時共同指導も含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) 患者に対する服薬指導・服薬支援・薬歴管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) 患者状態の把握、服薬指導等を通じた薬学的管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) 医薬品の有効性・安全性情報の収集、管理及び提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) 他の医療スタッフへの助言や相談への応需	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. がん化学療法

8. 下記の加算を算定していますか	
<input type="checkbox"/> 算定している	<input type="checkbox"/> 算定していない
↓ (行っている場合のみ以下の質問にお答えください)	
算定している項目すべてにチェックをいれてください	↓ いない場合は 9へ ↓
(1) <input type="checkbox"/> 外来化学療法加算 1A	
(2) <input type="checkbox"/> 外来化学療法加算 1B	
(3) <input type="checkbox"/> 外来化学療法加算 2A	
(4) <input type="checkbox"/> 外来化学療法加算 2B	

D. 薬剤師の外来診療へのかかわり

9. 外来診療支援業務（薬剤師外来等）を行っていますか					
		<input type="checkbox"/> 行っている	<input type="checkbox"/> 行っていない		
↓ (行っている場合のみ以下の質問にお答えください)			↓ いない場合は 10へ ↓		
a	薬剤師の配置人数は何人ですか	() 人			
b	実施している内容について該当するものすべてにチェックを付けてください。またその実施している時期についても該当するすべてにチェックを付けてください	実施している	実施時期		
			医師の診療前	医師の診療後	特に定めていない
(1)	特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク）の薬学的管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	薬物療法プロトコルについて提案、医師と協働で作成進行管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	前回の処方薬に関する有効性・副作用等モニタリングアセスメント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)	薬物療法の経過確認及び同一処方継続可否提案	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)	アドヒアランス・コンプライアンスの確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)	患者状態の把握患者状態の把握患者状態の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)	疾患治療に関する全般的な説明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(8) 治療に用いる各薬剤の説明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) 副作用対策	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) 手術に影響のある薬剤説明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) OTC 薬、健康食品サプリメントに関連する説明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) 受診している全ての医療機関把握・処方された薬品管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(13) 24 時間開局している保険薬リストの作成・説明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(14) お薬手帳の内容をカルテに記入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(15) 保険薬局への上記 1～12 などの情報提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(16) その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c 上記内容を行っている診療科について該当するものすべてにチェックをつけてください

- (1) 内科 (2) 外科 (3) 整形外科 (4) 麻酔科
(5) 産婦人科 (6) 精神科 (7) 神経科 (8) 泌尿器科
(9) その他 ()

d 上記内容を行っている疾患について該当するものすべてにチェックをつけてください

- (1) 糖尿病 (2) 喘息 (3) 高血圧症 (4) 高脂血症
(5) 認知症 (6) 関節リウマチ (7) HIV (8) 悪性腫瘍
(9) 手術前 (10) 妊婦・授乳婦 (11) 統合失調症 (12) 骨粗鬆症
(13) てんかん (14) 腎不全 (15) 勃起不全
(16) その他 ()

e 上記の内容を行っている薬物療法について該当するものすべてにチェックをつけてください

- (1) 自己注射 (2) SU(スルホニルレア)薬 (3) DPP-4 阻害薬
(4) α -グルコシターゼ阻害薬 (5) β_2 刺激薬 (吸入) (6) 吸入ステロイド薬
(7) 免疫抑制薬 (8) 生物学的製剤 (9) 抗悪性腫瘍薬
(10) 分子標的薬 (11) 麻薬 (12) 抗凝固薬
(13) ED 治療薬 (14) 抗精神病薬 (15) 抗てんかん薬
(16) 抗精神病薬 (持効性 注射薬)
(17) その他 ()

f	薬剤師外来として、特定の場所等を設けて行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
g	薬剤師外来は予約制ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
h	薬剤師外来の費用を自費診療として料金設定していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	料金設定している場合 具体的な金額をご記入ください (1回 ○○円 1時間○○円 等)	()

10. 外来処方せんの院内調剤を行っていますか	
<input type="checkbox"/> 行っている	<input type="checkbox"/> いない
↓ (行っている場合のみ以下の質問にお答えください)	
<p>a 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</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 薬歴等に基づきすべての処方に関して監査を行っている</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 薬歴等に基づいた監査を、一部(臨時処方外用薬等)を除き、行っている</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 薬歴等に基づき一部の(ハイリスク薬(*)等を服用している患者等)の処方に関して監査を行っている</p> <p>(4) <input type="checkbox"/> 処方監査を行っているが薬歴に基づいたものではない</p>	<p>↓</p> <p>いない場合 11へ ↓</p>
<p>b 薬歴等の内容について、薬歴の他参照している情報すべてにチェックしてください</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 病名 (2) <input type="checkbox"/> 検査値 (3) <input type="checkbox"/> TDMの結果 (4) <input type="checkbox"/> 医師のコメント</p> <p>(5) <input type="checkbox"/> その他 ()</p>	

11. 院外処方せんを発行していますか	
<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> していない
↓ (院外処方せんを発行している場合のみ以下の質問にお答えください)	
<p>a 院外処方せんの監査を行っていますか</p> <p><input type="checkbox"/> おこなっている <input type="checkbox"/> おこなっていない</p>	<p>↓</p> <p>いない場合 12へ ↓</p>
<p>b 保険薬局に提供している情報について該当するものすべてにチェックをつけてください</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 病名 (2) <input type="checkbox"/> 検査値等のデータ (3) <input type="checkbox"/> アレルギー歴 (4) <input type="checkbox"/> 副作用歴</p> <p>(5) <input type="checkbox"/> その他 ()</p>	

E. 地域との連携

12. 介護・在宅訪問・地域包括に関する算定を行っていますか	
□ 行っている	□ いない
↓ (行っている場合のみ以下の質問にお答えください)	↓
a 貴施設で算定しているものにチェックをしてください	いない場合 13へ ↓
(1) <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導1	
(2) <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導2	
(3) <input type="checkbox"/> 介護保険における薬剤管理指導	
(4) <input type="checkbox"/> 薬剤師が行う(*)介護保険における居宅療養管理指導	
(5) <input type="checkbox"/> 地域包括診療料	
(6) <input type="checkbox"/> 地域包括診療加算	

13. 診療所委員会への要望事項	※欄が不足する場合は、別紙に記載してください。

無床診療所の場合 設問は終了です。ありがとうございました

有床診療所の場合 14へお進みください

