

平成27年度「病院薬剤部門の現状調査」  
(平成27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。調査項目が多く、ご負担をおかけいたしますが、よろしくお願ひ申し上げます。
- ・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ひ申し上げます。
- ・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本会の病院団体薬剤部長協議会の加盟団体に提供させていただく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27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27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27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<sup>○</sup>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27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27年7月31日(金)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27年7月31日(金)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

<b>I. 施設の概要・機能</b> .....	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. 救急医療体制.....	4
6. 医療安全対策.....	4
7. 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
8. 診療科.....	5
<b>II. 基礎数値</b> .....	5
9. 施設の許可病床数・病棟数 .....	5
10. 病棟および病棟における薬剤師の活動 .....	6
11. 施設の在院患者数・在院日数等 .....	8
12. 医師・歯科医師・看護師・総職員数.....	8
13. 薬剤部門の名称・職員数および施設内の薬剤師数.....	8
14. 薬剤部門の給与.....	9
15. 薬剤部門長.....	9
16. 薬剤師の平日夜間・休日勤務体制.....	9
17. 処方せん枚数 .....	10
18. 調剤に関する診療報酬の算定件数.....	10
19. 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 .....	10
20. 副作用報告・インシデントについて .....	11
<b>III. 薬剤師の業務</b> .....	11
21. 薬剤師の業務内容.....	11
<b>IV. 調剤</b> .....	14
22. 薬歴等に基づく処方監査(入院処方せん).....	14
23. 薬歴等に基づく処方監査(外来処方せん(院内調剤)) .....	14
24. 薬歴等に基づく処方監査((外来)院外処方せん) .....	14
25. 外来処方の長期投薬 .....	14
26. 注射剤の処方せん(入院)による管理.....	15
27. 内服薬の一包化調剤 .....	15
28. 薬剤師の地域連携・介護への関わり .....	15
29. 処方せんの記載方法 .....	16
<b>V. 無菌製剤処理・がん化学療法</b> .....	16
30. 無菌製剤処理業務.....	16
31. 無菌製剤処理料などの算定件数.....	17
32. がん関連 .....	18
33. 外来化学療法 .....	18
<b>VI. 治療薬物モニタリング(TDM)</b> .....	19
34. TDMの測定と処方変更の提案.....	19
<b>VII. 薬剤管理指導</b> .....	19
35. 薬剤管理指導の施設基準に係る届出 .....	19
36. 薬剤管理指導とハイリスク薬の管理.....	19
37. 退院時薬剤情報管理指導料・退院時の薬学的管理指導 .....	20
38. 包括評価されている病床で行われている薬剤管理指導.....	20
39. 持参薬.....	21
40. 介護・在宅訪問等における薬剤師の関わり .....	21

<b>VIII. 病棟における薬剤師</b> .....	22
41. 薬剤師の病棟配置.....	22
42. 病棟薬剤業務実施加算.....	22
43. 障害者施設病棟への関わり.....	24
<b>IX. 手術室、ICU等における薬剤師</b> .....	24
44. 手術関連業務（手術室）における薬剤師.....	24
45. ICU, HCU または NICU(ICU 等)における薬剤師.....	25
<b>X. 疑義照会・処方変更の提案</b> .....	25
46. 疑義照会・処方変更の提案.....	25
<b>XI. 薬剤師の（病院横断的な）チーム医療への関わり</b> .....	26
47. チーム医療への関与.....	26
48. チーム医療に関連する算定.....	26
49. チーム医療・集団指導等への薬剤師の関与.....	27
50. 薬剤師の外来診療への関わり・薬剤師外来.....	27
51. 薬剤師のサリドマイド・レナリドミドへの関わり.....	28
52. 禁煙指導.....	28
<b>XII. 医薬品情報管理・医薬品等管理</b> .....	28
53. 医薬品情報管理室.....	28
54. 医薬品情報の収集・提供.....	29
55. RMP(医薬品リスク管理計画)・審査報告書.....	29
56. 薬事委員会.....	29
57. 医薬品の採用.....	29
58. 後発医薬品の採用状況.....	29
59. 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
60. 医薬品に関するバーコードの利用.....	30
61. 院内製剤業務.....	31
62. 特定生物由来製品.....	32
63. 輸血用血液製剤.....	32
64. 放射性医薬品.....	33
65. PET用放射性医薬品.....	33
<b>XIII. 治験・製造販売後調査・臨床研究</b> .....	34
66. 治験.....	34
67. 製造販売後調査.....	34
68. 臨床研究.....	34
<b>XIV. 災害対策</b> .....	34
69. 災害対策.....	34
<b>XV. 教育・研修</b> .....	35
70. 学生実習の受入れ.....	35
71. 薬剤師の研修の受入れ.....	35
72. 専門薬剤師等.....	35
73. 修士・博士等.....	37
<b>「精神科病院および精神科領域調査」</b> .....	38
<b>「療養病床調査」</b> .....	39

# I. 施設の概要・機能

## 1. 開設主体

貴施設の開設者について、以下の分類(※)に従い、該当するもの1つにチェックをつけてください。

1: 厚生労働省,      2: (独) 国立病院機構,      3: 国立大学法人,      4: 公立大学法人,  
5: (独) 労働者健康福祉機構,      6: 公立(都道府県, 市町村, 地方独立行政法人等),  
7: 日本赤十字社,      8: 済生会,      9: 厚生連,      10: 国家公務員共済組合連合会,  
11: 公的(北海道社会事業協会, 国民健康保険団体連合会),      12: (独) 地域医療機能推進機構,  
13: 保険関係団体(健康保険組合, 共済組合, 国民健康保険組合),  
14: 医療法人(医療法人(社団, 財団), 特定医療法人),      15: 個人,  
16: 私立医科大学,      17: 学校法人(16以外),  
18: その他(1~17以外公益法人, 社会福祉法人, 医療生協, 会社等).

## 2. 病院種別

貴施設の病院種別について、該当するもの1つにチェックをつけてください。

1: 一般病院(一般病床を80%以上有する),  
2: 療養型病院(療養病床(医療型+介護型)を80%以上有する),  
3: 精神科病院(精神病床を80%以上有する),  
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病院である(許可病床数は( )床), ない。

## 5. 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1つにチェックをつけてください。

1: 救急医療体制があり、常時、救急医療を行っている,  
2: 救急医療体制はあるが、(毎日ではないが、) 輪番制で救急医療を行っている,  
3: 救急医療体制はない(→設問6へ).

(A) 救急医療体制が<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。

1: 1次救急(初期),      2: 2次救急(重症),      3: 3次救急(重篤, 救命救急センター等).

## 6. 医療安全対策

(1) 貴施設で医療安全対策加算を算定している場合、該当するもの1つにチェックをつけ、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 ]。

## 7. 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8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 ]。

## 8. 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。

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

## II. 基礎数値

### 9. 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

10. 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、病棟薬剤業務実施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 病棟薬剤業務実施加算に該当する業務時間**」と「**b 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)」に分けてご記入ください。(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 総合産科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)  
A308-3 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		a 病棟薬剤業務実施加算に該当する業務時間	b 薬剤管理指導実施時間
1	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
2	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
3	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
4	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
5	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
6	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
7	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
8	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
9	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
10	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
11	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
12	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
13	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
14	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
15	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
16	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
17	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
18	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
19	床	A	<input type="checkbox"/>	人	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 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		a 病棟薬剤業務実施加算に 該当する業務時間	b 薬剤管理指導 実施時間
20	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
21	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
22	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
23	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
24	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
25	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
26	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
27	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
28	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
29	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
30	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
31	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
32	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
33	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
34	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
35	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
36	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
37	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
38	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
39	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
40	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
41	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
42	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
43	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
44	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間
45	床	A	<input type="checkbox"/>	人	時間	時間

(2) 「病棟薬剤業務実施加算に該当しない病棟業務時間」について以下に具体的にご記入ください。

11. 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					

12. 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

13. 薬剤部門の名称・職員数および施設内の薬剤師数

(1) 薬剤部門の名称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, 2: 医療技術部, 3: 診療技術部, 4: 診療協力部  
5: 薬剤科, 6: 薬局, 7: 薬剤課, 8: 薬剤局, 9: 薬剤室,  
10: その他(具体的に\_\_\_\_\_).

※ 例: 「診療技術部 薬剤科」の場合は3と5にチェックをつけてください。

(2) 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	

(3) 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

14. 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) 6年制課程修了薬剤師(学部卒)の給与について  
 (A) 6年制課程修了薬剤師(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年制課程修了薬剤師(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)

(3) 危険手当等の手当支給の対象となる業務等が[ある, ない(→設問15へ)]  
 (A) <対象となる業務がある>場合、該当するもの全てにチェックをつけてください  
1: 抗がん薬の調製, 2: 放射性医薬品の調製,  
3: その他(具体的に \_\_\_\_\_ )。

15. 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16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。

16. 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17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。

17. 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の情報を基に計算式 ②÷(①+②)×100で算出してください。	
(5) 入院注射剤の処方せん枚数は1ヵ月間( ) 枚。	(6) 外来注射剤の処方せん枚数は1ヵ月間( ) 枚。

18. 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 ]

19. 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 <u>全て</u> 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 <u>全て</u> 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 _____ )。

## 20. 副作用報告・インシデントについて

<p>(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)]。</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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]</p> <p>(A) 一元管理している部門が&lt;ある&gt;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( _____ )</p> <p>(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]</p>
※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ヵ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ヵ月間に( _____ ) 件。
(4) 貴施設において6月1ヵ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ヵ月間に _____ 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ヵ月間に( _____ ) 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

### 21. 薬剤師の業務内容

以下の(1)～(50)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 <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
(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 <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
(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 <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
(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 <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
(8) 患者の状態に応じた積極的な処方提案	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
(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 <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
(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 <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
(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 <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
(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 <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

(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) フォーミュラリー(採用医薬品に関する情報集)の作成をおこなっている	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
<b>(30) 厚生労働省医政局長通知の①の業務(上記(7)の業務)で、<u>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</u>を行っている場合は、具体的に記入してください。</b>	
<b>薬剤師の業務(病棟等での積極的な関わり※)</b> ※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
(38) 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
(39) 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
(40) 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
(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
(42) 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
(43) 薬剤師が必要性を判断し TDM 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
(44) 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
(45) 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
(46) 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
(47) 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
(48) 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
(49) 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
(50) (31)～(49)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

##### 22. 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23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
※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)

##### 23. 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24へ).
(A)〈薬歴等に基づく〉場合、該当するもの1つにチェックをつけてください。 (a)それは□1:すべての処方について実施している, □2:一部(臨時処方や外用薬等)を除いたすべての処方について実施している, □3:一部(ハイリスク薬(※)等を服用している患者等)の処方について実施している.
(b)その薬歴等の内容は□1:これまでの薬歴等の情報を基に行っている, □2:薬歴に加えて、病名(既往歴等を含む)などの患者情報、検査値やTDMの結果、その他のコメントなどにも基づいて行っている.
※ハイリスク薬:例(抗悪性腫瘍薬、糖尿病用薬、ジギタリス、ワルファリン等)

##### 24. 薬歴等に基づく処方監査((外来)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25へ). □3:処方監査は行っていない(→設問25へ).
(A)〈薬歴等に基づく〉場合、該当するもの1つにチェックをつけてください。 (a)それは□1:すべての処方について実施している, □2:一部(臨時処方や外用薬等)を除いたすべての処方について実施している, □3:一部(ハイリスク薬(※)等を服用している患者等)の処方について実施している.
(b)その薬歴等の内容は□1:これまでの薬歴等の情報を基に行っている, □2:薬歴に加えて、病名(既往歴等を含む)などの患者情報、検査値やTDM結果、その他のコメントなどにも基づいて行っている.
※ハイリスク薬:例(抗悪性腫瘍薬、糖尿病用薬、ジギタリス、ワルファリン等)

##### 25. 外来処方の長期投薬

(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。 □1:長期投薬の適否のルールを作成している, □2:長期投薬の対象患者を限定している, (それは具体的に ) □3:長期投薬の対象薬剤を限定している, (それは具体的に ) □4:長期投薬の処方に際して、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) <b>投薬日数が30日を超える</b> 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、 <b>保険薬局</b> 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

## 26. 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 <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 ※麻薬等払い出し方法に指定のあるものは除きます。
<input type="checkbox"/> 1: ほぼすべて1施用ごとに取り揃えている, <input type="checkbox"/> 2: 1施用ごとに取り揃えるものと患者ごとに取り揃えているものがある, <input type="checkbox"/> 3: ほぼすべて患者ごとに取り揃えている, <input type="checkbox"/> 4: 一部の薬剤について患者ごとに取り揃えている, <input type="checkbox"/> 5: 薬剤部門では、取り揃えていない。
(2) 注射剤の処方せんの監査について該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。
<input type="checkbox"/> 1: すべての処方について実施している, <input type="checkbox"/> 2: 一部を除いたすべての処方について実施している, <input type="checkbox"/> 3: 一部 (ハイリスク薬(※)TDMを実施するもの等) の処方について実施している, <input type="checkbox"/> 4: 実施していない(→設問27へ)。
(3) 監査が薬歴に基づいて行われているかについて該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。
<input type="checkbox"/> 1: すべて薬歴に基づいて行っている, <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27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)

## 27. 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28へ)]。
(A) 実施して<いる>場合、該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 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( )。

## 28. 薬剤師の地域連携・介護への関わり

(1) 保険薬局からの疑義照会等に初めに対応する部門について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。
<input type="checkbox"/> 1: 薬剤部門, <input type="checkbox"/> 2: 診療科(医師), <input type="checkbox"/> 3: 診療科(医師以外の看護師, クラーク等) <input type="checkbox"/> 4: 事務部門, <input type="checkbox"/> 5: その他の部門(1-4以外), <input type="checkbox"/> 6: 特に決まっていない。
(2) 地域連携について: 保険薬局に情報を提供して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(3)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。
<input type="checkbox"/> 1: お薬手帳, <input type="checkbox"/> 2: 処方せん, <input type="checkbox"/> 3: その他( )
(B) 提供している情報について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。
<input type="checkbox"/> 1: 病名, <input type="checkbox"/> 2: 検査値等のデータ, <input type="checkbox"/> 3: アレルギー歴, <input type="checkbox"/> 4: 副作用歴, <input type="checkbox"/> 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( ) , <input type="checkbox"/> 6: 採用医薬品, <input type="checkbox"/> 7: 採用後発医薬品, <input type="checkbox"/> 8: その他(具体的に )。
(3) 地域連携について: 保険薬局から患者情報等についてフィードバックが[ <input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(→(4)へ)]。
(A) 入手している情報について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。
<input type="checkbox"/> 1: 後発医薬品への処方変更情報, <input type="checkbox"/> 2: 疑義照会後の処方変更情報, <input type="checkbox"/> 3: 患者の服用状況に関する情報, <input type="checkbox"/> 4: 患者の副作用発生状況に関する情報, <input type="checkbox"/> 5: その他( )

<p>(B) フィードバックがあることのメリット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: 事前に患者情報が入手できるので、次回の診察がスムーズにでき、医師の評価がよかった、  <input type="checkbox"/>2: 薬局での指導内容が分かるので、病院での医師や薬剤師が薬の説明をしやすかった、  <input type="checkbox"/>3: 患者のコンプライアンスが上昇した、  <input type="checkbox"/>4: その他 ( )</p>	
<p>(4) 地域連携について：転院後の医療機関等に情報を提供して[<input type="checkbox"/>いる、<input type="checkbox"/>いない(→(5)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。  <input type="checkbox"/>1: お薬手帳、<input type="checkbox"/>2: 処方せん、<input type="checkbox"/>3: その他 ( )  (B) 提供している情報について該当するもの<u>全て</u>にチェックをつけてください。  <input type="checkbox"/>1: 病名、<input type="checkbox"/>2: 検査値等のデータ、<input type="checkbox"/>3: アレルギー歴、<input type="checkbox"/>4: 副作用歴、  <input type="checkbox"/>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 ( )、  <input type="checkbox"/>6: 採用医薬品、<input type="checkbox"/>7: 採用後発医薬品、<input type="checkbox"/>8: その他 (具体的に )</p>	
<p>(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&lt;いる&gt;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: 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。</p>	
<p>(6) 退院時カンファレンスに参加する薬剤師について、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 (院内)、<input type="checkbox"/>2: 薬剤師 (転院後の医療機関等) 、<input type="checkbox"/>3: 保険薬局の保険薬剤師</p>	
<p>(7) 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。</p>	
(A) 介護支援連携指導料 (300点)	[ <input type="checkbox"/> いる (1ヵ月間 _____ 件)、 <input type="checkbox"/> いない]
(B) 退院時共同指導料2 (300点, 医師加算, 3種加算)	[ <input type="checkbox"/> いる (1ヵ月間 _____ 件)、 <input type="checkbox"/> いない]
<p>(8) 薬剤部門の関与について該当するもの<u>1つ</u>にチェックをつけてください。  (A) 介護支援連携指導料の算定にあたり  薬剤部門が[<input type="checkbox"/>1: ほぼ関与している、<input type="checkbox"/>2: 一部関与している、<input type="checkbox"/>3: 関与していない]。  (B) 退院時共同指導料2の算定にあたり  薬剤部門が[<input type="checkbox"/>1: ほぼ関与している、<input type="checkbox"/>2: 一部関与している、<input type="checkbox"/>3: 関与していない]。</p>	

## 29. 処方せんの記載方法

<p>(1) 処方せんの内服薬等の1回量記載について該当するもの<u>1つ</u>にチェックをつけてください。  <input type="checkbox"/>1: すでに1回量記載としている、  <input type="checkbox"/>2: 1回量記載とすることが決定し、準備中である(システムの変更等)、  <input type="checkbox"/>3: 今後、1回量記載とすることについて、検討中である(システム改修時等)、  <input type="checkbox"/>4: 当面、1回量記載とする予定はない、  <input type="checkbox"/>5: その他1～4以外(具体的に )</p>	
<p>(2) 一般名処方について該当するもの<u>1つ</u>にチェックをつけてください。  <input type="checkbox"/>1: すでに一般名処方としている、  <input type="checkbox"/>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30へ)、  <input type="checkbox"/>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30へ)、  <input type="checkbox"/>4: 当面、一般名処方とする予定はない(→設問30へ)、  <input type="checkbox"/>5: その他1～4以外(具体的に )</p>	
<p>(A) &lt;1: 記載している&gt;場合、移行するにあたり何か対応・工夫[<input type="checkbox"/>した、<input type="checkbox"/>していない]。  (a) その内容について具体的に記入ください ( )</p>	

## V. 無菌製剤処理・がん化学療法

### 30. 無菌製剤処理業務(※抗悪性腫瘍薬については設問32、放射性医薬品は設問64でご回答ください)

<p>(1) 無菌調製をする際の設備について (A) 安全キャビネットが施設内に[<input type="checkbox"/>ある、<input type="checkbox"/>ない]。  (B) クリーン・ベンチが施設内に[<input type="checkbox"/>ある、<input type="checkbox"/>ない]。</p>	
---	--

<p>(2) 中心静脈栄養 (TPN) について</p> <p>(A) 中心静脈栄養 (TPN) を無菌調製して[<input type="checkbox"/>いる, <input type="checkbox"/>いない(→(3)へ)]。</p> <p>(B) 無菌調製している場所について該当するもの<u>全て</u>にチェックをつけてください。  <input type="checkbox"/>1:薬剤部門, <input type="checkbox"/>2:病棟, <input type="checkbox"/>3:それ以外( )。</p> <p>(C) 無菌調製している者について該当するもの<u>1つ</u>にチェックをつけてください。  <input type="checkbox"/>1:すべて薬剤師, <input type="checkbox"/>2:すべて医師又はその指示を受けた看護師等,  <input type="checkbox"/>3:薬剤師、医師又はその指示を受けた看護師等, <input type="checkbox"/>4:その他( )。</p>
<p>(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</p> <p>(A) 無菌治療室での治療が必要な患者に投与される薬剤を無菌調製して[<input type="checkbox"/>いる, <input type="checkbox"/>いない(→(4)へ)]。</p> <p>(B) 無菌調製している場所について該当するもの<u>全て</u>にチェックをつけてください。  <input type="checkbox"/>1:薬剤部門, <input type="checkbox"/>2:病棟, <input type="checkbox"/>3:それ以外( )。</p> <p>(C) 無菌調製している者について該当するもの<u>1つ</u>にチェックをつけてください。  <input type="checkbox"/>1:すべて薬剤師, <input type="checkbox"/>2:すべて医師又はその指示を受けた看護師等,  <input type="checkbox"/>3:薬剤師、医師又はその指示を受けた看護師等, <input type="checkbox"/>4:その他( )。</p>
<p>※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)</p>
<p>(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</p> <p>(A) 無菌調製しているものが[<input type="checkbox"/>ある(6月1ヵ月間に_____件), <input type="checkbox"/>ない(→設問31へ)]。  (a) &lt;ある&gt;場合、それは具体的に(一般名: )</p> <p>(B) その無菌調製している場所について該当するもの<u>全て</u>にチェックをつけてください。  <input type="checkbox"/>1:薬剤部門, <input type="checkbox"/>2:病棟, <input type="checkbox"/>3:それ以外( )。</p> <p>(C) 無菌調製している者について該当するもの<u>1つ</u>にチェックをつけてください。  <input type="checkbox"/>1:すべて薬剤師, <input type="checkbox"/>2:すべて医師又はその指示を受けた看護師等,  <input type="checkbox"/>3:薬剤師、医師又はその指示を受けた看護師等, <input type="checkbox"/>4:その他( )。</p>

31. 無菌製剤処理料などの算定件数

<p>(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。</p>
<p>(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 ]</p>
<p>(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 ]</p>
<p>(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 ]</p>
<p>(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 ]</p>
<p>(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)]。</p> <p>(A) &lt;いる&gt;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: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: )</p>
<p>(3) 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及びそれ以外の薬剤で無菌調製して[<input type="checkbox"/>いる, <input type="checkbox"/>いない(→(4)へ)]。</p> <p>(A) &lt;いる&gt;場合、以下の薬剤の6月の任意の1週間の該当患者数をご記入ください。  <input type="checkbox"/>1:シクロホスファミド (1週間患者数_____人), <input type="checkbox"/>2:イホスファミド (1週間患者数_____人),  <input type="checkbox"/>3:ベンダムスチン塩酸塩 (1週間患者数_____人), <input type="checkbox"/>4:シスプラチン (1週間患者数_____人),  <input type="checkbox"/>5:フルオロウラシル (1週間患者数_____人), <input type="checkbox"/>6:ゲムシタビン (1週間患者数_____人),  <input type="checkbox"/>7:パクリタキセル (1週間患者数_____人), <input type="checkbox"/>8:エピルビシン (1週間患者数_____人),  <input type="checkbox"/>9:オキサリプラチン (1週間患者数_____人), <input type="checkbox"/>10:ドキソルビシン (1週間患者数_____人),  <input type="checkbox"/>11:エトポシド (1週間患者数_____人), <input type="checkbox"/>12:カルボプラチン (1週間患者数_____人),  <input type="checkbox"/>13:ドセタキセル (1週間患者数_____人),</p>
<p>(4) 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。</p>
<p>(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 ]</p>
<p>(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 ]</p>
<p>(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 ]</p>
<p>(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 ]</p>

32. 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33へ)]。	
(2) 抗悪性腫瘍薬調製用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 <u>全て</u> にチェックをつけてください。 抗悪性腫瘍薬の調製は <input type="checkbox"/> 1:すべて薬剤師が実施している(→(A)へ), <input type="checkbox"/> 2:薬剤師(→(A)へ)、医師又は看護師(→(B)へ)が実施している, <input type="checkbox"/> 3:すべて医師又は看護師が実施している(→(B)へ)。	
(A) <1: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 <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:ほぼ全ての調製に安全キャビネットを使用している, <input type="checkbox"/> 2:一部の調製に安全キャビネットを使用している, <input type="checkbox"/> 3: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 <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:ほぼ全ての調製に安全キャビネットを使用している, <input type="checkbox"/> 2:一部の調製に安全キャビネットを使用している, <input type="checkbox"/> 3: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 <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:薬剤部が作成している, <input type="checkbox"/> 2:診療科と薬剤部が協働で作成している, <input type="checkbox"/> 3:診療科が作成し、薬剤部がチェックしている, <input type="checkbox"/> 4:薬剤部の関与なく診療科が作成している。	
(5) 貴施設にキャンサーボード(※)を設置して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(6)へ)]。 (A) 設置して<いる>場合、そのキャンサーボードに薬剤師が参加して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。	
※キャンサーボード:施設内に、個々のがん患者への治療の方針を決定するために、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。 <input type="checkbox"/> 1:委員長, <input type="checkbox"/> 2:副委員長, <input type="checkbox"/> 3:委員, <input type="checkbox"/> 4:事務局, <input type="checkbox"/> 5:オブザーバー, <input type="checkbox"/> 6:その他( )。	
※化学療法に係る委員会:化学療法のレジメンの妥当性を評価して審査や承認する委員会のこと。	
(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[ <input type="checkbox"/> 1:ほぼ完全に運用できている, <input type="checkbox"/> 2:完全には運用できていない]。 (B) 登録体制をとって<いる>場合、薬剤師が、レジメンの追加・削除等の管理に関わって[ <input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2: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]

33. 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34へ)]。
--

(2) 外来化学療法への関わりについて、該当するもの1つにチェックをつけてください。  
 薬剤師が、抗悪性腫瘍薬等の調製以外で実施している業務が[ある, ない(→設問34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全て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(医師と協働して行うものを含む)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)

### 34. TDMの測定と処方変更の提案

(1) 貴施設でTDMを実施して[いる, いない(→設問35へ)]。  
 (2) TDM業務を実施している者について、該当するもの全てにチェックをつけてください。  
1: 薬剤師, 2: 臨床検査技師, 3: 医師, 4: その他( \_\_\_\_\_ )。  
 (3) TDMの測定について、該当するもの全て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、該当するもの全て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)  
いる(1ヵ月間算定 \_\_\_\_\_ 件・1ヵ月間測定 \_\_\_\_\_ 件), 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  
ある(具体的に一般名 \_\_\_\_\_ ), ない。  
 (7) TDMにより処方変更を提案して[いる, いない(→設問35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全てにチェックをつけ、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

### 35. 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[いる(→設問36へ), 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1つにチェックをつけてください。  
1: 施設基準を満たしていない,  
2: 施設基準を満たしているが、(人手不足等のため)届け出していない,  
3: その他( \_\_\_\_\_ )。

### 36. 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) (※) [いる(患者 \_\_\_\_\_ 人, 1ヵ月間 \_\_\_\_\_ 件), いない]  
 ※救命救急入院料等を算定している患者に対して薬学的管理指導を行うこと

(2) 薬剤管理指導 2 (380点) (※) [いる(患者 \_\_\_\_\_ 人, 1ヵ月間 \_\_\_\_\_ 件), いない]  
 ※特に安全管理が必要な医薬品が投薬または注射されている患者に対して薬学的管理指導を行うこと  
 (薬剤管理指導 1 に該当する場合を除く)

(3) 薬剤管理指導 3 (325点) (※) [□いる(患者_____人, 1ヵ月間_____件), □いない]
※薬剤管理指導 1 及び 2 の患者以外の患者に対して薬学的管理指導を行うこと
(4) 麻薬管理指導加算 (50点) [□いる(患者_____人, 1ヵ月間_____件), □いない]
(5) 現在、診療報酬上ハイリスク薬として認められている医薬品以外で、ハイリスク薬と同等のレベルで安全管理を行っているものが[□ある, □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。 □1: 催眠鎮静薬, □2: 血液凝固阻止薬(注射剤), □3: インターフェロン製剤(抗悪性腫瘍剤目的以外), □4: 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) 病棟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[□いる, □いない]。 (A) 連携して<いる>場合、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もの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 □1: 手術前にアレルギー歴や、手術に影響のある薬剤及びサプリメントについて確認している, □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を作成している, □3: 手術後に手術中に使用した薬剤をモニタリングしている, □4: 手術後に再開や新規で投薬された薬剤の薬学的管理をしている, □5: 手術後の合併症・感染予防を含めたモニタリングを実施している。

### 37. 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 [□いる(1ヵ月間_____件), □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。 □1: 入院時の服用中の薬剤(持参薬等)の確認を行っていない, □2: 退院時の情報提供・指導を行っていない, □3: 退院時に行った指導の要点を手帳に記載できない, □4: 入院中に使用した主な薬剤等について、手帳に貼付するための文書(シール等)ができない, □5: その他( _____ )。
※退院時薬剤情報管理指導料: 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。 [□いる(1ヵ月間_____件), □いない]。

### 38. 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 <u>1つ</u> 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いない(→設問39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) <u>全て</u> 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 _____ )



## VIII. 病棟における薬剤師

### 41. 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43へ)]
(A) 薬剤師の病棟配置について、該当するもの <u>1つ</u> 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) <u>医師からみた</u> 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 <u>全て</u> にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 1: 医師の薬剤関連業務の負担が軽減した, <input type="checkbox"/> 2: 速やかに必要な情報を把握できるようになった, <input type="checkbox"/> 3: 薬剤関連のインシデントが減少した, <input type="checkbox"/> 4: 処方設計がより適切に行われるようになった, <input type="checkbox"/> 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, <input type="checkbox"/> 6: 患者への直接の診断及び治療等の時間が増えた, <input type="checkbox"/> 7: その他 ( _____ )
(C) <u>看護師からみた</u> 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 <u>全て</u> にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 1: 看護職員の薬剤関連業務の負担が軽減した, <input type="checkbox"/> 2: 速やかに必要な情報を把握できるようになった, <input type="checkbox"/> 3: 薬剤関連のインシデントが減少した, <input type="checkbox"/> 4: 服薬支援がより適切に行われるようになった, <input type="checkbox"/> 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, <input type="checkbox"/> 6: 患者の直接ケア時間が増えた, <input type="checkbox"/> 7: その他 ( _____ )
(D) 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 ( _____ )
(E) アウトカムの評価目的に集計を行っているものはありますか。 ( _____ )
(F) 病棟薬剤業務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。 ( _____ )

### 42. 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 <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1: すでに算定している(→(A)へ), <input type="checkbox"/> 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), <input type="checkbox"/> 3: 今後、算定できるよう検討中である(→(D)へ), <input type="checkbox"/> 4: 現時点で算定しておらず、検討は行っていない(→(E)へ), <input type="checkbox"/> 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 <u>全て</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 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), <input type="checkbox"/> 2: 薬剤部門の人員配置・勤務体制の見直しを行った, <input type="checkbox"/> 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, <input type="checkbox"/> 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, <input type="checkbox"/> 5: その他 ( _____ ), <input type="checkbox"/> 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、医政局長通知で定める業務,	[ <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43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、医政局長通知で定める業務,	[ <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の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ため、  
5: 病棟薬剤業務のニーズがない、  
6: その他 ( \_\_\_\_\_ )。

43. 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[ <input type="checkbox"/> ある( )床, <input type="checkbox"/> ない(→設問44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[ <input type="checkbox"/> いる( )人, <input type="checkbox"/> 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[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→設問44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、医政局長通知で定める業務,			[ <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[ <input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(→設問44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。				
<input type="checkbox"/> 1: 引き続き病棟業務を実施している, <input type="checkbox"/> 2: 実施していない。				

IX. 手術室、ICU等における薬剤師

44. 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45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) 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全て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"/> 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全てにチェックをつけてください。  
1: 薬剤師が今後実施するよう検討中のため、  
2: 業務量に見合った薬剤師数が配置されていないため、  
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、  
4: 診療報酬において評価されていないため、  
5: その他( )。

45. 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[ある, ない(→設問46へ)]。

(2) 薬剤師はICU等関連業務に関与して[いる, 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。  
1: 専従(ICU等関連業務に1日平均8割以上従事), 2: 専任(1日平均5割以上8割未満従事),  
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[いる, 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全てにチェックをつけてください。  
1: ICU等で使用する薬の処方提案, 2: 注射薬の用法用量、相互作用についての監査,  
3: 麻薬・向精神薬・筋弛緩薬の管理, 4: 麻酔薬(液・ガス)管理, 5: 医療材料管理,  
6: 注射ルート管理, 7: 薬剤のミキシングやシリンジ充填,  
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,  
9: 投与量や投与速度の算出, 10: 麻酔チャート・術後感染予防薬の処方監査,  
11: 使用薬の確認・照合, 12: 医薬品カート等による医薬品のセット管理,  
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全てにチェックをつけてください。  
1: 薬剤師が今後実施するよう検討中のため、  
2: 業務量に見合った薬剤師数が配置されていないため、  
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、  
4: 診療報酬において評価されていないため、  
5: その他( )。

X. 疑義照会・処方変更の提案

46. 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				
(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				
(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

## XI. 薬剤師の（病院横断的な）チーム医療への関わり

### 47. 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) 移植チーム	<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない, <input type="checkbox"/> 移植を行う施設ではない	<input type="checkbox"/> 薬剤師がいる(____人) <input type="checkbox"/> いない (うち専従(____人), 専任(____人))
(7) ウイルス疾患チーム	<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない, <input type="checkbox"/> ウイルス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))
(8) 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))
(9) 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))
(10) 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))
(11) 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))
(12) 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))
(13) 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))
※本調査では、「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。		

### 48. 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

49. チーム医療・集団指導等への薬剤師の関与

<p>(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&lt;いる&gt;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&lt;いる&gt;場合、その内容について該当するもの全てにチェックをつけてください。  <input type="checkbox"/>1:服薬支援計画の策定, <input type="checkbox"/>2:服薬確認の実施, <input type="checkbox"/>3:患者教育の実施, <input type="checkbox"/>4:その他。</p>
<p>(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 &lt;いる&gt;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&lt;いる&gt;場合、その内容について該当するもの全てにチェックをつけてください。  <input type="checkbox"/>1:服薬確認の実施 [<input type="checkbox"/>1:外来DOTS, <input type="checkbox"/>2:訪問DOTS, <input type="checkbox"/>3:連絡確認DOTS], <input type="checkbox"/>2:その他。</p>
<p>※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。</p>
<p>(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ない場合を含む)(→(4)へ)]。                  (A) 糖尿病教室が&lt;ある&gt;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]。</p>
<p>(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ない場合を含む)(→(5)へ)]。                  (A) 腎臓病教室が&lt;ある&gt;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]。</p>
<p>(5) 貴施設に喘息(呼吸器疾患)教室が[<input type="checkbox"/>ある, <input type="checkbox"/>ない(対象となる患者がいない場合を含む)(→(6)へ)]。                  (A) 喘息(呼吸器疾患)病教室が&lt;ある&gt;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]。</p>
<p>(6) 貴施設に肝臓病教室が[<input type="checkbox"/>ある, <input type="checkbox"/>ない(対象となる患者がいない場合を含む)(→(7)へ)]。                  (A) 腎臓病教室が&lt;ある&gt;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]。</p>
<p>(7) 貴施設にリウマチ教室が[<input type="checkbox"/>ある, <input type="checkbox"/>ない(対象となる患者がいない場合を含む)(→設問50へ)]。                  (A) 腎臓病教室が&lt;ある&gt;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]。</p>

50. 薬剤師の外来診療への関わり・薬剤師外来

<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51へ)]。                  (A) 薬剤師が外来診療支援業務を行って&lt;いる&gt;場合、                  (a) 薬剤師の配置は、(<input type="checkbox"/>専従_____人, <input type="checkbox"/>専任_____人, <input type="checkbox"/>兼務_____人)である。                  (b) 実施している内容について該当するもの全てにチェックをつけてください。  <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,  <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,  <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,  <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"/>5:アドヒアランス・コンプライアンスの確認,  <input type="checkbox"/>6:患者状態の把握,  <input type="checkbox"/>7:疾患治療に関する全般的な説明,  <input type="checkbox"/>8:治療に用いる各薬剤の説明,  <input type="checkbox"/>9:副作用対策,  <input type="checkbox"/>10:持参薬確認(他の医療機関・残薬等を含め処方された全ての医薬品の確認)  <input type="checkbox"/>11:手術に影響のある薬剤の説明,  <input type="checkbox"/>12:OTC薬、健康食品、サプリメント、食事に関連する説明,  <input type="checkbox"/>13: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,  <input type="checkbox"/>14:24時間開局している保険薬局リストの作成・説明,  <input type="checkbox"/>15:お薬手帳の内容をカルテに記入,  <input type="checkbox"/>16:保険薬局への上記1~12などの情報の提供,  <input type="checkbox"/>17: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全てにチェックをつけてください。                  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, <input type="checkbox"/>17)                  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, <input type="checkbox"/>17)                  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, <input type="checkbox"/>17)                  4) その他(具体的に )。</p> <p>(d) 上記(b)の業務を実施していることのメリットについて該当する業務番号全てにチェックをつけてください。                  1) 医師・看護師の負担軽減  <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, <input type="checkbox"/>17)</p>
---

<p>2) 薬剤種類数の減少 (<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, <input type="checkbox"/>17)</p> <p>3) 薬剤費の減少 (<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, <input type="checkbox"/>17)</p> <p>4) 副作用回避 (<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, <input type="checkbox"/>17)</p> <p>5) その他(具体的に ) (<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, <input type="checkbox"/>17)</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。  <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,  <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。  <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,  <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,  <input type="checkbox"/>9:妊婦・授乳婦 <input type="checkbox"/>10:統合失調症, <input type="checkbox"/>11:骨粗鬆症, <input type="checkbox"/>12:てんかん,  <input type="checkbox"/>13:腎不全 <input type="checkbox"/>14:勃起不全  <input type="checkbox"/>15: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。  <input type="checkbox"/>1:自己注射, <input type="checkbox"/>2:SU(スルホニルア)薬 <input type="checkbox"/>3:DPP-4阻害薬 <input type="checkbox"/>4:<math>\alpha</math>-グルコシダーゼ阻害薬,  <input type="checkbox"/>5:<math>\beta_2</math>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  <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,  <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)  <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51へ)]。  (A) &lt;いる&gt;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>

## 51. 薬剤師のサリドマイド・レナリドミドへの関わり

<p>(1) 採用医薬品に、サリドマイドが[<input type="checkbox"/>ある, <input type="checkbox"/>ない(→(2)へ)]。  (A) サリドマイドが&lt;ある&gt;場合、  サリドマイド製剤安全管理手順(TERMS)に従って取り扱った件数は、1ヵ月間( )件。</p>
<p>(2) 採用医薬品に、レナリドミドが[<input type="checkbox"/>ある, <input type="checkbox"/>ない(→設問52へ)]。  (A) レナリドミドが&lt;ある&gt;場合、  レナリドミド適正管理手順(レブメイト)に従って取り扱った件数は、1ヵ月間( )件。</p>

## 52. 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53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"/>いない]。</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

### 53. 医薬品情報管理室

<p>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。</p>
<p>※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。</p>

#### 54. 医薬品情報の収集・提供

(1) 収集・蓄積している情報について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。
□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 <u>全て</u> 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 <u>全て</u> 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 <u>全て</u> 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.

#### 55. RMP(医薬品リスク管理計画)・審査報告書

(1) RMPの情報を入手して[□いる, □ない(→(2)へ)]。 (A) RMPの情報を入手して<いる>場合、情報の入手先について、該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 □1:PMDAのホームページ, □2:製薬企業のMR, □3:製薬企業のホームページ, □4:その他( ) , (B) RMPの情報を入手して<いる>場合、RMPのどの部分を参考にしていますか、該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 □1:[1.1安全性検討事項], □2:[1.2有効性に関する検討事項], □3:[2. 医薬品安全性監視計画の概要] □4:[3. 有効性に関する調査・試験の計画の概要], □5:[4. リスク最小化計画の概要] □6:[5. 医薬品安全性監視計画、有効性に関する調査・試験の計画及びリスク最小化計画の一覧] □7:その他(具体的に ) , (C) RMPを院内での業務に活用したことが[□ある, □ない]。 (D) RMPを院内での業務に活用したことが<ある>場合、その内容について、ご記入ください。 (具体的に ) ,
(2) 審査報告書の情報を入手して[□いる, □ない→設問56へ]。 (A) 審査報告書の情報を入手して<いる>場合、 審査報告書を院内での業務に活用したことが[□ある, □ない]。

#### 56. 薬事委員会

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

#### 57. 医薬品の採用

医薬品の採用にあたりそれぞれの項目で該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。
(1) 採用基準を定めて [□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]。

#### 58. 後発医薬品の採用状況

(1) 平成27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) [ <input type="checkbox"/> いる (1ヵ月間 _____ 件), <input type="checkbox"/> 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) [ <input type="checkbox"/> いる (1ヵ月間 _____ 件), <input type="checkbox"/> いない ]
(C) 後発医薬品指数 ( _____ )

59. 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[ <input type="checkbox"/> である, <input type="checkbox"/> 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[ <input type="checkbox"/> 1:専従(※)している, <input type="checkbox"/> 2:専任(※)している, <input type="checkbox"/> 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 [ <input type="checkbox"/> 1:医師, <input type="checkbox"/> 2:看護師, <input type="checkbox"/> 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。
※本調査での専従: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。 <input type="checkbox"/> 1:医療機関で用いる医薬品の採用・購入に関する事項, <input type="checkbox"/> 2:医薬品の管理に関する事項, <input type="checkbox"/> 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, <input type="checkbox"/> 5:医薬品の安全使用に係る情報の取り扱い, <input type="checkbox"/> 4:患者に対する与薬や服薬指導に関する事項, <input type="checkbox"/> 7:放射性医薬品に関する事項, <input type="checkbox"/> 6:他施設との連携に関する事項, <input type="checkbox"/> 9:その他の事項 (具体的に _____ ) <input type="checkbox"/> 8:院内製剤に関する事項,
(3) これまでに手順書の見直しを実施[ <input type="checkbox"/> した, <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 1:毎年見直し, <input type="checkbox"/> 2:1~2年に1回, <input type="checkbox"/> 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[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 1:定期的に確認している, <input type="checkbox"/> 2:定期的ではないが、確認している, <input type="checkbox"/> 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[ <input type="checkbox"/> した, <input type="checkbox"/> 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[ <input type="checkbox"/> した, <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 1:日本病院薬剤師会の講習会, <input type="checkbox"/> 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[ <input type="checkbox"/> した, <input type="checkbox"/> していない(→設問60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。 <input type="checkbox"/> 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, <input type="checkbox"/> 2:医薬品の業務手順書に関する事項, <input type="checkbox"/> 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。

60. 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[ <input type="checkbox"/> している, <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 1:薬品管理部門, <input type="checkbox"/> 2:調剤部門, <input type="checkbox"/> 3:病棟, <input type="checkbox"/> 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。
※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"/>				
(B) 特定生物由来製品の管理	<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61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					

61. 院内製剤業務

(1) 薬剤部門で直近1年間に院内製剤業務を実施して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→設問62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) 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) 内服	直近1年間に調製した種類		
	クラス分類※		
	1) クラスI	2) クラスII	3) クラスIII
	種類	種類	種類
	種類	種類	種類

(B) 外用	種類	種類	種類
	種類	種類	種類
	種類	種類	種類
(C) 注射	種類	種類	種類
	種類	種類	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。          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、          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、          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) 院内製剤業務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) 整備されてくれない場合、該当するもの1つにチェックをつけてください。  <input type="checkbox"/>1: 現在検計中である, <input type="checkbox"/>2: 今後検討する予定である, <input type="checkbox"/>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  <input type="checkbox"/>1: 倫理審査委員会, <input type="checkbox"/>2: 薬事委員会, <input type="checkbox"/>3: 1と2以外の委員会  <input type="checkbox"/>4: 委員会がないので、対応を検討中である, <input type="checkbox"/>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) 整備されてくれない場合、該当するもの1つにチェックをつけてください。  <input type="checkbox"/>1: 現在検計中である, <input type="checkbox"/>2: 今後検討する予定である, <input type="checkbox"/>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) 作成してくる場合、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: ロット管理を行っている, <input type="checkbox"/>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) 行ってくいる場合、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) 評価してくる場合、その対象は[<input type="checkbox"/>1: クラスⅠのみ, <input type="checkbox"/>2: クラスⅠとⅡ, <input type="checkbox"/>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[<input type="checkbox"/>1: ほぼ全て, <input type="checkbox"/>2: 大半, <input type="checkbox"/>3: 一部, <input type="checkbox"/>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) 報告してくる場合、その対象は[<input type="checkbox"/>1: クラスⅠのみ, <input type="checkbox"/>2: クラスⅠとⅡ, <input type="checkbox"/>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[<input type="checkbox"/>1: ほぼ全て, <input type="checkbox"/>2: 大半, <input type="checkbox"/>3: 一部, <input type="checkbox"/>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>			

## 62. 特定生物由来製品(※)

(1) 貴施設で、特定生物由来製品の取り扱いが[ <input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(→設問63へ)]。
(2) 特定生物由来製品の記録・保管について該当するもの1つにチェックをつけてください。 薬剤部門が <input type="checkbox"/> 1: 一部又はすべての製品に関与している, <input type="checkbox"/> 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63へ)。
(A) 薬剤部門が <input type="checkbox"/> 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[ <input type="checkbox"/> 1: すべての製品, <input type="checkbox"/> 2: 一部の製品]。 (b) 関与している内容について、該当するもの1つにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1: 薬剤部門で記録を作成し保管している, <input type="checkbox"/> 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, <input type="checkbox"/> 3: 記録は他部門で作成しているが、記録の保管は薬剤部門で行っている。
※特定生物由来製品：血液凝固因子、ヒト血清アルブミン、ヒト免疫グロブリン、ヒト胎盤抽出物など(輸血用血液製剤を除く)

## 63. 輸血用血液製剤

(1) 貴施設で、輸血用血液製剤の取り扱いが[ <input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(→設問64へ)]。
--

<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[<input type="checkbox"/>1: 薬剤部(→(3)へ), <input type="checkbox"/>2: 輸血部等他部門]で実施している。 (A) その管理は&lt;2: 他部門&gt;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 [<input type="checkbox"/>1: 常時配置, <input type="checkbox"/>2: 適宜配置, <input type="checkbox"/>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[<input type="checkbox"/>1: あり、薬剤師の委員がいる, <input type="checkbox"/>2: あるが、薬剤師の委員はいない, <input type="checkbox"/>3: 委員会がない]。</p>

#### 64. 放射性医薬品(※)

<p>(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65へ)]。</p>
<p>(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)]</p>
<p>(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]。</p>
<p>(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</u>に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1つに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&lt;薬剤師が行っている&gt;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</u>に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1つに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。</p>
<p>※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。</p>
<p>(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&lt;した&gt;場合、昨年度の受講人数は(_____)人</p>
<p>(6) 薬剤部門で取り扱って&lt;いない&gt;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: 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( )</p>

#### 65. PET用放射性医薬品

<p>(1) 貴施設内にPET検査室が[<input type="checkbox"/>ある, <input type="checkbox"/>ない(→設問66へ)]。</p>
<p>(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66へ)]。 (A) 薬剤師が配置されて&lt;いる&gt;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]。</p>
<p>(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</u>に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1つに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66へ),</p>

- (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[いる, いない]。

### XIII. 治験・製造販売後調査・臨床研究

#### 66. 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67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) 配置されてくいる>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) 配置されてくいる>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) 配置されてくいる>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部門長[ <input type="checkbox"/> である, <input type="checkbox"/> ではない]。 (B) <薬剤師ではない>場合、治験薬管理者は医師[ <input type="checkbox"/> である, <input type="checkbox"/> ではない]
(8) 治験審査(臨床研究※)委員会の委員は(____)人で、そのうち薬剤師は(____)人である。
※治験審査委員会と臨床研究委員会がある場合は、治験審査委員会の人数をご記入ください。

#### 67. 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

#### 68. 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

#### 69. 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26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(→(5)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 <u>全て</u> にチェックをつけてください。 □1:心肺蘇生法, □2:応急処置, □3:トリアージ, □4:AEDの使用, □5:BLS(日本救急医学会), □6:ICLS(日本救急医学会), □7:その他( )。
(5) 貴施設で災害用備蓄薬を常備して[ <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→設問70へ)]。
(A) 災害用備蓄薬が<ある>場合、(a) ( ) 種類の薬品を ( ) 日分 (b) その管理者は薬剤師で[ <input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない]。

## XV. 教育・研修

### 70. 学生実習の受入れ

(1) 平成26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) (うち、「グループ実習」での受入人数( )人)
(2) 実務実習の体制について(6月1日現在) 貴施設に日本薬剤師研修センター認定実務実習指導薬剤師が[ <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]。
(3) 平成27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71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

### 71. 薬剤師の研修の受入れ

(1) 薬剤師の病院研修生制度が、[ <input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(→(2)へ)]。 (A) 制度が<ある>場合、研修生を[ <input type="checkbox"/> 受入れた, <input type="checkbox"/> 受入れていない(→(2)へ)]。 (B) 研修生を<受入れた>場合、平成26年度の受入人数をご記入ください。合計( )人 (C) 研修期間は、(具体的に、 )
(2) 薬剤師のレジデント制度が、[ <input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(→設問72へ)]。 (A) 制度が<ある>場合、研修生を[ <input type="checkbox"/> 受入れた, <input type="checkbox"/> 受入れていない(→設問72へ)]。 (B) 研修生を<受入れた>場合、平成26年度の受入人数をご記入ください。合計( )人 (C) 研修期間は、(具体的に、 )

### 72. 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 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
(2) " 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
(3) " 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
(4) " 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
(5) " 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
(6) " 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
(7) " 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

(8)	” 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
(9)	” 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
(10)	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
(11)	” 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
(12)	” 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
(13)	” 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
(14)	” 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
(15)	” 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
(16)	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
(17)	” 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
(18)	” 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
(19)	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
(20)	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
(21)	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
(22)	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
(23)	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
(24)	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
(25)	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
(26)	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
(27)	日本在宅薬学会 在宅療養支援認定薬剤師	<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。		

73. 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[ <input type="checkbox"/> いる(____人), <input type="checkbox"/> いない(→(2)へ)] (A) うち、貴施設入職後に取得した者が[ <input type="checkbox"/> いる(____人), <input type="checkbox"/> いない]
(2) 貴施設に医学・薬学系修士課程修了者が[ <input type="checkbox"/> いる(____人), <input type="checkbox"/> いない(→(3)へ)] (A) うち、貴施設入職後に修了した者が[ <input type="checkbox"/> いる(____人), <input type="checkbox"/> いない]
(3) 貴施設に医学・薬学系修士課程在籍中の者が[ <input type="checkbox"/> いる(____人), <input type="checkbox"/> いない]
(4) 貴施設に医学・薬学系博士課程在籍中の者が[ <input type="checkbox"/> いる(____人), <input type="checkbox"/> 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\*\*\*



(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]
(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含む適切な実技指導、処置等に関与している。
(5) 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。(H27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 _____ 自宅、居住系介護施設等に退院した患者×100 退院患者－再入院患者－死亡退院した患者－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 \*\*\*