

平成28年度「病院薬剤部門の現状調査」

(平成28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、よろしく願い申し上げます。
- ・つきましては、本調査の趣旨をご理解いただき、本会の会員が所属していない施設を含めたすべての施設に本調査へのご協力をお願い申し上げます。
- ・なお、ご回答いただいた内容は貴施設が所属する都道府県病院薬剤師会及び本会の病院団体薬剤部長協議会の関係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28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28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28年6月中の任意の1週間の状況についてお答えください。
- ・各設問において該当するものの口にチェックをつけてください。
該当するもの「全てに」と記載のある場合は該当するもの全ての口に、チェックを「1つに」と記載のある場合は(最も) 該当するもの1つの口に、チェックをつけてください。
- ・数値に関する設問には数値を記入し、該当するもの等がない場合は「0(ゼロ)」をご記入ください。
- ・記入にあたり、別冊の記載要領もご参照ください。
- ・ご質問の点等ございましたら、本会総務課までご連絡をお願いいたします。

◎調査の回答方法等について

- ・回答方法には、①インターネットによる方法と②郵送による方法の2つの方法があります。
集計をスムーズに行うためにできるだけインターネットでご回答ください。
- ① インターネットによる方法
本会のWebサイト上の「平成28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28年7月29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28年7月29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

I. 施設の概要・機能	4
1. 開設主体	4
2. 病院種別	4
3. 病院機能の承認・指定	4
4. DPC 病院分類	4
5. 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
II. 基礎数値	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. 病院薬剤師の賠償責任保険加入状況	9
16. 薬剤部門長	10
17. 薬剤師の平日夜間・休日勤務体制	10
18. 処方せん枚数	10
19. 調剤に関する診療報酬の算定件数	10
20. 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	11
21. 副作用報告・インシデントについて	11
III. 薬剤師の業務	12
22. 薬剤師の業務内容	12
23. プロトコール	14
IV. 調剤	14
24. 薬歴等に基づく処方監査(院内処方せん).....	14
25. 薬歴等に基づく処方監査((外来)院外処方せん)	15
26. 外来処方の長期投薬	15
27. 注射剤の処方せん(入院)による管理	15
28. 内服薬の一包化調剤	16
29. 処方せんの記載方法	16
V. 無菌製剤処理・がん化学療法	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	17
33. 外来化学療法	18
VI. 治療薬物モニタリング(TDM)	19
34. TDMの測定と処方変更の提案	19
VII. 薬剤管理指導・薬学的管理	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. ポリファーマシーへの関わり	21
41. 地域連携・介護・在宅訪問等における薬剤師の関わり	22

VIII. 病棟における薬剤師	24
42. 病棟薬剤業務実施加算.....	24
43. 障害者施設病棟への関わり.....	26
IX. 手術室、ICU等における薬剤師	27
44. 手術関連業務(手術室)における薬剤師.....	27
45. ICU, HCU または NICU(ICU 等)における薬剤師.....	27
X. 疑義照会・処方変更の提案	28
46. 疑義照会・処方変更の提案.....	28
XI. 薬剤師の(病院横断的な)チーム医療への関わり	28
47. チーム医療への関与.....	28
48. チーム医療に関連する算定.....	29
49. チーム医療・集団指導等への薬剤師の関与.....	29
50. 薬剤師の外来診療への関わり・薬剤師外来.....	30
51. 薬剤師のサリドマイド・レナリドミドへの関わり.....	31
52. 禁煙指導.....	31
XII. 医薬品情報管理・医薬品等管理	31
53. 医薬品情報管理室.....	31
54. 医薬品情報の収集・提供.....	31
55. RMP(医薬品リスク管理計画)・審査報告書.....	31
56. 薬事委員会.....	32
57. 医薬品の採用.....	32
58. 後発医薬品の採用状況.....	32
59. フォーミュラリー.....	32
60. 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」.....	32
61. 医薬品に関するバーコードの利用.....	33
62. 院内製剤業務.....	34
63. 特定生物由来製品.....	35
64. 輸血用血液製剤.....	35
65. 放射性医薬品.....	35
66. PET用放射性医薬品.....	36
XIII. 治験・製造販売後調査・臨床研究	36
67. 治験.....	36
68. 製造販売後調査.....	37
69. 臨床研究.....	37
XIV. 災害対策	37
70. 災害対策.....	37
XV. 教育・研修	38
71. 学生実習の受入れ.....	38
72. 薬剤師の研修の受入れ.....	38
73. 専門薬剤師等.....	38
74. 修士・博士等.....	40
「精神科病院および精神科領域調査」	41
「療養病床調査」	42

I. 施設の概要・機能

1. 開設主体

貴施設の開設者について、以下の分類に従い、該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:厚生労働省,	<input type="checkbox"/> 2:(独)国立病院機構, <input type="checkbox"/> 3:国立大学法人, <input type="checkbox"/> 4:公立大学法人,
<input type="checkbox"/> 5:(独)労働者健康福祉機構,	<input type="checkbox"/> 6:公立(都道府県,市町村,地方独立行政法人等),
<input type="checkbox"/> 7:日本赤十字社, <input type="checkbox"/> 8:済生会,	<input type="checkbox"/> 9:厚生連, <input type="checkbox"/> 10:国家公務員共済組合連合会,
<input type="checkbox"/> 11:公的(北海道社会事業協会,国民健康保険団体連合会),	<input type="checkbox"/> 12:(独)地域医療機能推進機構,
<input type="checkbox"/> 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),	<input type="checkbox"/> 14:医療法人(医療法人(社団,財団),特定医療法人),
<input type="checkbox"/> 15:個人,	<input type="checkbox"/> 16:私立医科大学,
<input type="checkbox"/> 17:学校法人(16以外),	<input type="checkbox"/> 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 <u>1つ</u> にチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:一般病院(一般病床を80%以上有する),	
<input type="checkbox"/> 2:療養型病院(療養病床(医療型+介護型)を80%以上有する),	
<input type="checkbox"/> 3:精神科病院(精神病床を80%以上有する),	
<input type="checkbox"/> 4:1~3以外の病院(ケアミックス).	

3. 病院機能の承認・指定

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

4. DPC病院分類

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

5. 救急医療体制

(1) 貴施設の救急体制について該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:救急医療体制があり、常時、救急医療を行っている, <input type="checkbox"/> 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, <input type="checkbox"/> 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 <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:1次救急(初期), <input type="checkbox"/> 2:2次救急(重症), <input type="checkbox"/> 3:3次救急(重篤,救命救急センター等)。

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 <u>1つ</u> 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。 <input type="checkbox"/> 1:医療安全対策加算1(85点)を算定()件)している, <input type="checkbox"/> 2:医療安全対策加算2(35点)を算定()件)している, <input type="checkbox"/> 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 <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:薬剤師が専従(1日平均8割以上従事)である, <input type="checkbox"/> 2:薬剤師が専任(1日平均5割以上8割未満従事)である, <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない。
(4) 医療安全管理指針の整備に薬剤師が関与して <input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> 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。

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

II. 基礎数値

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 (林床 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、看護配置をご記入ください。

※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、非常勤も含みますが常勤換算する必要はありません。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 総合周産期特定集中治療室管理料, A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料, A305 一類感染症患者入院医療管理料,
A306 特殊疾患入院医療管理料, A307 小児入院医療管理料,
A308(一) 回復期リハビリテーション病棟入院料(一般), A308(療) 回復期リハビリテーション病棟入院料(療養)
A308-3 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, A318 地域移行機能強化病棟入院料

※看護配置については、以下の中から該当する看護配置を1つ選び、ご記入ください。

- 2対1, 3対1, 4対1, 6対1, 7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1

※1 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。

※2 当該病棟が病棟薬剤業務実施加算 1 又は 2 を算定している場合は、□に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	※2 病棟薬 剤業務実 施加算 算定の有 無	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	看護配置	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	<input type="checkbox"/>	時間	時間
2	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
3	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
4	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
5	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
6	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
7	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
8	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
9	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
10	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
11	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
12	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
13	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
14	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
15	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
16	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
17	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間

#	病床数	※1 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	※2 病棟薬 剤業務実 施加算 算定の有 無	※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	看護配置	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
18	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
19	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
20	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
21	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
22	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
23	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
24	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
25	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
26	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
27	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
28	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
29	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
30	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
31	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
32	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
33	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
34	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
35	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
36	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
37	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
38	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
39	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
40	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
41	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
42	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
43	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
44	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
45	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	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」に該当する業務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 (専従専任業務を問わず)	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(※) 常勤人数は足さないで下さい。
	人 (うち日病薬会員) 人	人 (うち日病薬会員) 人	人
(a) 薬剤部門の薬剤師で休職・出向等	人	人	
(B) 本年4月に薬剤部門の薬剤師数を増員した	<input type="checkbox"/> あり(____人) <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(____人) <input type="checkbox"/> なし	
(C) 薬剤部門の薬剤師で欠員がある	<input type="checkbox"/> あり(____人) <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(____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. 病院薬剤師の賠償責任保険加入状況

(1) 薬剤部門の薬剤師賠償責任保険加入の決定についてお尋ねします。
1: 病院グループ又は病院で方針を決定している,
2: 薬剤部門で方針を決定している,
3: 薬剤部門職員個々の判断に委ねている (→(3)へ)。

(A) 病院又は病院グループ、薬剤部門で<方針を決定している>場合、薬剤師に適用される賠償責任保険の補償内容は次のどれですか?該当するもの1つにチェックをつけてください。
1: 日病薬薬剤師賠償責任保険のみ(→(B)へ),
2: 薬剤師向け賠償責任保険(日病薬薬剤師賠償責任保険以外)のみ,
3: 日病薬薬剤師賠償責任保険+医療施設向け医療従事者包括賠償責任保険,
4: 薬剤師向け賠償責任保険(日病薬薬剤師賠償責任保険以外)+医療施設向け医療従事者包括賠償責任保険,
5: 医療施設向け医療従事者包括賠償責任保険のみ(→(C)へ),
6: その他(_____)(→(C)へ),
7: 適用される賠償責任保険はない(→(3)へ)。

(B) (A)の設問で1:日病薬賠償責任保険のみに加入していると回答された方にお尋ねします。加入している契約は次のどれですか?該当するもの1つにチェックをつけてください。
1: 施設契約のみ,
2: 個人契約のみ,
3: 施設契約+個人契約。

(C) (A)の設問で5:医療施設向け医療従事者包括賠償責任保険のみ、6:その他と回答された方にお尋ねします。その薬剤師個々の賠償責任への補償はどちらですか?該当するもの1つにチェックをつけてください。
1: 薬剤師個々の賠償責任を補償する,
2: 薬剤師個々の賠償責任を補償しない。当該保険が適用される薬剤師(_____ 名)

(2) 薬剤師に適用される賠償責任の保険料は
1: 施設が全て負担している,
2: 施設が一部負担している,
3: 施設は負担せず、薬剤師が全て負担している。

(3) あなたの施設には賠償責任保険に一切加入していない薬剤師が薬剤部門にいますか？

1:いる(非加入の薬剤師____名), 2:いない

16. 薬剤部門長

(1) 薬剤部門長について、該当するもの1つにチェックをつけてください。

薬剤部門長は薬剤師で[ある(→設問17へ), ない]。

(A) 薬剤部門長が薬剤師ではない場合、該当するもの1つにチェックをつけてください

その部門長は [1:医師, 2:歯科医師, 3:看護師, 4:その他(1-3以外)]である。

17. 薬剤師の平日夜間・休日勤務体制

(1) 薬剤部門の薬剤師の平日夜間の勤務体制が[ある, 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18へ)]。

(A) 体制が<ある>場合、その体制について、該当するもの全てにチェックをつけてください。

1:日直(平均____人/日), 2:半日日直(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。

18. 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 $\frac{②}{①+②} \times 100$ で算出してください。

(5) 入院注射剤の処方せん枚数は1ヵ月間(____)枚。

(6) 外来注射剤の処方せん枚数は1ヵ月間(____)枚。

19. 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) [いる(1ヵ月間____件), いない]

(2) 調剤技術基本料2(外来,月1回)(8点) [いる(1ヵ月間____件), いない]

(3) 調剤料1イ(外来 内服等,1回)(9点) [いる(1ヵ月間____件), いない]

(4) 調剤料1ロ(外来 外用,1回)(6点) [いる(1ヵ月間____件), いない]

(5) 調剤料2(入院,1日)(7点) [いる(1ヵ月間____件), いない]

(6) 薬剤情報提供料(外来,月1回)(10点) [いる(1ヵ月間____件), 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1(3点)	[<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(10)一般名処方加算2(2点)	[<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(11)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]

20. 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) 貴施設でクリニカルパス（入院診療計画書）を作成して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→設問21へ)].
(2) 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].
(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].
(A) 診療報酬で評価されているクリニカルパスについて、貴施設で導入されているクリニカルパス全てにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:大腿骨頸部骨折, <input type="checkbox"/> 2:脳卒中, <input type="checkbox"/> 3:統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害, <input type="checkbox"/> 4:気分(感情)障害.
(B) 現在、貴施設で導入しているクリニカルパスは何種類ありますか。 [合計_____種類, うち術式_____種類, うち検査入院_____種類, うち教育入院_____種類]
(5) クリニカルパスの作成に携わる人は誰ですか。該当する番号全てにチェックをお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 1:医師, <input type="checkbox"/> 2:歯科医師, <input type="checkbox"/> 3:薬剤師, <input type="checkbox"/> 4:看護職員, <input type="checkbox"/> 5:臨床検査技師, <input type="checkbox"/> 6:診療放射線技師, <input type="checkbox"/> 7:理学療法士, <input type="checkbox"/> 8:作業療法士, <input type="checkbox"/> 9:言語聴覚士, <input type="checkbox"/> 10:視能訓練士, <input type="checkbox"/> 11:栄養士, <input type="checkbox"/> 12:歯科衛生士, <input type="checkbox"/> 13:社会福祉士等福祉士, <input type="checkbox"/> 14:事務職員, <input type="checkbox"/> 15:その他(具体的に記載_____).

21. 副作用報告・インシデントについて

(1) 貴施設が直近1年間に副作用(※)が発生[<input type="checkbox"/> した(直近1年間に_____件), <input type="checkbox"/> していない(→(3)へ)]. (A) そのうち、副作用報告を製薬企業に報告した件数 (_____)件, うち、薬剤師が関与した件数 (_____)件. (B) そのうち、副作用報告を厚生労働大臣に報告した件数 (_____)件, うち、薬剤師が関与した件数 (_____)件.
(2) 貴施設で発生した副作用を一元管理している部門が[<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない] (A) 一元管理している部門が<ある>場合、該当するもの1つにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:医薬品情報管理室, <input type="checkbox"/> 2:治験管理室(センター), <input type="checkbox"/> 3:臨床試験センター, <input type="checkbox"/> 4:その他(_____) (B) 貴施設で発生したアレルギー情報についても、一元管理して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]
※医薬品・医療機器等安全性情報報告制度に基づくもの
(3) 貴施設で6月1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

22. 薬剤師の業務内容

以下の(1)～(49)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[□1:かなり, □2:よく, □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□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □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□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □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□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(4) 入院患者に対し2種以上の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(5) 入院患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(6) 薬剤の投与にあたり、病棟において流量又は投与量の計算の実施	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(7) 薬物療法プロトコールについて提案、医師と協働で作成、協働で進行管理	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(8) 患者の状態に応じた積極的な処方の提案	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(9) 患者の状態観察に基づく薬効・副作用の確認と結果の医師への伝達	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(10) 薬物療法の経過確認及び同一処方継続可否の提案	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(11) 外来における抗がん剤等の無菌調製やTPN等の無菌調製	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(12) 入院患者に対する抗がん剤等の無菌調製やTPN等の無菌調製	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(13) 保険薬局への情報提供(退院時共同指導も含む)	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(14) 患者に対する服薬指導・服薬支援・薬歴管理	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(15) 患者状態の把握、服薬指導等を通じた薬学的管理	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(16) 外用剤の貼付、塗布又は噴霧の実技指導	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(17) 医薬品の有効性・安全性情報の収集、管理及び提供	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(18) 注射薬の投与準備(非無菌調製)	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(19) 点滴ライン等のルート管理	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(20) 医薬品管理業務(病棟配置薬の管理等)	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(21) 配薬(患者に薬を配る機会を通じた状況把握)	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない
(22) 医師と協働して薬学的管理を行っている(インフォームドコンセントの実施を含む)	実施して□いる[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □いない

(23) フォーミュラリー（採用医薬品の選択・使用に関する情報集）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
※フォーミュラリー：採用医薬品の選択・使用に関する基準を定めた（院内独自のガイドライン様の）情報集をいう	
(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
薬剤師の業務（病棟等での積極的な関わり※） ※各施設内で十分コミュニケーションがとれていることが前提となります。	関与の有無とその程度
(30) 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
(31) 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
(32) 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
(33) 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
(34) 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
(35) 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
(36) 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
(37) 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
(38) 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
(39) 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
(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
(41) 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
(42) 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

(43) 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
(44) 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
(45) 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
(46) 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
(47) 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
(48) 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
(49) (30)～(48)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	

23. プロトコール

(1) 上記(7)の業務(厚生労働省医政局長通知の①の業務)を「実施している」場合、貴施設にあるプロトコールは何種類ありますか。[□1:ある()種類, □2:ない(→設問24へ)]

(A) 貴施設にあるプロトコールの内容について、該当するもの**全て**にチェックをつけてください。

□1:がん化学療法(入院), □2:がん化学療法(外来), □3:がん化学療法副作用対策,
□4:疼痛緩和(オピオイド), □5:感染症治療, □6:周術期,
□7:抗血栓薬, □8:睡眠薬, □9:持参薬,
□10:TDM,
□11:その他()

(B) 厚生労働省医政局長通知の①の業務(上記(7)の業務)で、日病薬の解釈と実践事例(Ver. 2.0)の具体例及び実践事例に記載されていない業務及びプロトコールに基づく薬物治療管理(PBPM)の円滑な進め方と具体的実践事例(Ver. 1.0)を行っている場合は、具体的に記入してください。

IV. 調剤

24. 薬歴等に基づく処方監査(院内処方せん)

(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25へ)。

(A) <薬歴等に基づく>場合、該当するもの**1つ**にチェックをつけてください。

(a) それは□1:すべての処方について実施している,
□2:一部(臨時処方や外用薬等)を除いたすべての処方について実施している,
□3:一部(ハイリスク薬(※)等を服用している患者等)の処方について実施している。

(b) その薬歴等の内容は□1:これまでの薬歴等の情報を基に行っている,
□2:薬歴に加えて、病名(既往歴等を含む)などの患者情報、検査値やTDMの結果、その他のコメントなどにも基づいて行っている

※ハイリスク薬:例(抗悪性腫瘍薬、糖尿病用薬、ジギタリス、ワルファリン等)

25. 薬歴等に基づく処方監査((外来)院外処方せん)

<p>(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。</p> <p><input type="checkbox"/>1: 薬歴等に基づき処方監査を行っているものがある,</p> <p><input type="checkbox"/>2: 処方監査は行っているが、薬歴に基づいたものはない(→(2)へ)。</p> <p><input type="checkbox"/>3: 処方監査は行っていない(→(2)へ)。</p>
<p>(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。</p> <p>(a) それは <input type="checkbox"/>1: すべての処方について実施している,</p> <p><input type="checkbox"/>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,</p> <p><input type="checkbox"/>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。</p>
<p>(b) その薬歴等の内容は <input type="checkbox"/>1: これまでの薬歴等の情報を基に行っている,</p> <p><input type="checkbox"/>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。</p>
<p>※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)</p>
<p>(2) 保険薬局からの院外処方せんの疑義照会に、初めに対応する部門1つにチェックをつけてください。</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/>4: 事務部門, <input type="checkbox"/>5: その他の部門(1-4以外), <input type="checkbox"/>6: 特に決まっていない。</p>
<p>(3) 保険薬局からの残薬調整に関する情報提供について、初めに対応する部門1つにチェックをつけてください。</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/>4: 事務部門, <input type="checkbox"/>5: その他の部門(1-4以外), <input type="checkbox"/>6: 特に決まっていない。</p>
<p>(4) 保険薬局からの分割調剤時の患者の服薬状況等の情報提供について、初めに対応する部門1つにチェックをつけてください。</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/>4: 事務部門, <input type="checkbox"/>5: その他の部門(1-4以外), <input type="checkbox"/>6: 特に決まっていない。</p>

26. 外来処方の長期投薬

<p>(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1つにチェックをつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/>1: 長期投薬の適否のルールを作成している,</p> <p><input type="checkbox"/>2: 長期投薬の対象患者を限定している,</p> <p>(それは具体的に _____)</p> <p><input type="checkbox"/>3: 長期投薬の対象薬剤を限定している,</p> <p>(それは具体的に _____)</p> <p><input type="checkbox"/>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。</p>
<p>(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</p>
<p>(3) 投薬日数が30日を超える処方せんの最近1年間の傾向について、該当するもの1つにチェックをつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/>1: 長期投薬の処方せんが増えた,</p> <p><input type="checkbox"/>2: 長期投薬の処方せんが減った,</p> <p><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,</p> <p><input type="checkbox"/>4: その他(_____)</p>
<p>(4) 6月1ヵ月間の長期投薬の外来処方せんのうち、保険薬局で分割調剤を行った件数を把握している範囲内で記入してください。 6月1ヵ月間(_____)件</p>

27. 注射剤の処方せん(入院)による管理

<p>(1) 注射剤の払い出し時の取り揃え方について該当するもの1つにチェックをつけてください。</p> <p>※麻薬等払い出し方法に指定のあるものは除きます。</p> <p><input type="checkbox"/>1: ほぼすべて1施用ごとに取り揃えている,</p> <p><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,</p> <p><input type="checkbox"/>3: ほぼすべて患者ごとに取り揃えている,</p> <p><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,</p> <p><input type="checkbox"/>5: 薬剤部門では、取り揃えていない。</p>
--

<p>(2) 注射剤の処方せんの監査について該当するもの<u>1つ</u>にチェックをつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/>1:すべての処方について実施している,</p> <p><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,</p> <p><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,</p> <p><input type="checkbox"/>4:実施していない(→設問28へ).</p>
<p>(3) 監査が薬歴に基づいて行われているかについて該当するもの<u>1つ</u>にチェックをつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/>1:すべて薬歴に基づいて行っている,</p> <p><input type="checkbox"/>2:一部薬歴に基づいて行っている,</p> <p><input type="checkbox"/>3:薬歴に基づいて監査を行っていない(→設問28へ).</p>
<p>(A) 薬歴に基づく処方監査の結果、処方変更となったものが[<input type="checkbox"/>ある(6月1ヵ月間に__件), <input type="checkbox"/>ない]。</p>
<p>※ハイリスク薬:例(抗悪性腫瘍薬、ジギタリス等)</p>

28. 内服薬の一包化調剤

<p>(1) 入院患者を対象に内服薬の一包化調剤を実施して[<input type="checkbox"/>いる, <input type="checkbox"/>いない(→設問29へ)].</p>
<p>(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。</p> <p>その対象は一包化が可能なもののうち、</p> <p><input type="checkbox"/>1:ほぼ全ての入院患者, <input type="checkbox"/>2:一部の病棟または一部の入院患者, <input type="checkbox"/>3:その他()).</p>

29. 処方せんの記載方法

<p>(1) 処方せんの内服薬の記載方式について該当するもの<u>1つ</u>にチェックをつけて下さい。</p> <p><input type="checkbox"/>1:1日○錠,</p> <p><input type="checkbox"/>2:1回○錠 1日△錠,</p> <p><input type="checkbox"/>3:(1回○錠) 1日△錠,</p> <p><input type="checkbox"/>4:1回○錠(1日△錠),</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/>1:すでに一般名処方としている,</p> <p><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),</p> <p><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),</p> <p><input type="checkbox"/>4:当面、一般名処方とする予定はない(→設問30へ),</p> <p><input type="checkbox"/>5:その他1~4以外(具体的に)).</p>
<p>(A) <1:一般名処方としている>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]。</p> <p>(a) その内容について具体的にご記入ください()。</p>

V. 無菌製剤処理・がん化学療法

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65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]。</p> <p>(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。</p> <p><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。</p> <p><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,</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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,</p> <p><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>

(4) 上記(2)および(3)の薬剤、抗悪性腫瘍薬、放射性医薬品以外の注射剤で
 (A) 無菌調製しているものが[ある(6月1ヵ月間に_____件), ない(→設問31へ)].
 (a) <ある>場合、それは具体的に(一般名: _____)
 (B) その無菌調製している場所について該当するもの全てにチェックをつけてください。
1: 薬剤部門, 2: 病棟, 3: それ以外(_____)。
 (C) 無菌調製している者について該当するもの1つにチェックをつけてください。
1: すべて薬剤師, 2: すべて医師又はその指示を受けた看護師等,
3: 薬剤師、医師又はその指示を受けた看護師等, 4: その他(_____).

31. 無菌製剤処理料などの算定件数

(1) 貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、6月1ヵ月間の算定件数をご記入ください。	
(A) 無菌製剤処理料 1 (180点) 閉鎖式接続器具を使用した場合	[<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(B) 無菌製剤処理料 1 (45点)	[<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(C) 無菌製剤処理料 2 (40点)	[<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(2) 貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、6月1ヵ月間の算定件数をご記入ください。	
(A) 外来化学療法加算 1 A (①820点および②600点)	[<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(B) 外来化学療法加算 1 B (①670点および②450点)	[<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(C) 外来化学療法加算 2 A (①740点および②470点)	[<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(D) 外来化学療法加算 2 B (①640点および②370点)	[<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]

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>1つ</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>1つ</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>1つ</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>1つ</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) 貴施設にがんセンターボード(※)を設置して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(6)へ)]. (A) 設置して<いる>場合、そのがんセンターボードに薬剤師が参加して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。	
※がんセンターボード: 施設内に、個々のがん患者への治療の方針を決定するために、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]。	

<p>※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。</p>	
<p>(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()。</p>	
<p>※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。</p>	
<p>(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]。</p>	
<p>(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。</p>	
<p>(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。</p>	
(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	
(a) がん診療連携拠点病院(500点)	[<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間()件), <input type="checkbox"/> いない]
(b) 地域がん診療病院(300点)	[<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間()件), <input type="checkbox"/> いない]
(c) 小児がん拠点病院加算(750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

<p>(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)]。</p>
<p>(2) 外来化学療法への関わりについて、該当するもの<u>1つ</u>にチェックをつけてください。 薬剤師が、抗悪性腫瘍薬等の調製以外で実施している業務が[<input type="checkbox"/>ある, <input type="checkbox"/>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<u>全て</u>にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/>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, <input type="checkbox"/>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, <input type="checkbox"/>3: 副作用モニタリングを実施している, <input type="checkbox"/>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, <input type="checkbox"/>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, <input type="checkbox"/>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, <input type="checkbox"/>7: 薬剤師外来を設置し、外来化学療法の前夜などに、服薬指導や薬学的管理を実施している, <input type="checkbox"/>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, <input type="checkbox"/>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)。</p>

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[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> 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 <u>全て</u> にチェックをつけてください。 □1:薬剤師, □2:臨床検査技師, □3:医師, □4:その他()。
(3) TDMの測定について、該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 施設内の[□1:薬剤部門, □2:検査部門, □3:病棟, □4:1-3以外の部門が実施]、□5:外注により実施。
(4) TDMの解析について、該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 施設内の[□1:薬剤部門, □2:検査部門, □3:病棟, □4:1-3以外の部門が実施]、□5:外注により実施。
(5) 特定薬剤治療管理料(470点)および(235点)(ジギタリス, 抗てんかん等)について 貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、6月1ヵ月間の算定件数をご記入ください。 特定薬剤治療管理料(470点)および(235点) [<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間算定 _____ 件・1ヵ月間測定 _____ 件), <input type="checkbox"/> いない] (A) 算定件数のうち、1つの疾患について同一区分の複数の薬剤のTDMを実施している件数(てんかんを除く)(_____)件(具体的にその薬剤の一般名 _____)。
(6) 特定薬剤治療管理料の対象とならないもので、TDMを実施している薬物が [<input type="checkbox"/> ある(具体的に一般名 _____), <input type="checkbox"/> ない]。
(7) TDMにより処方変更を提案して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→設問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 <u>全て</u> にチェックをつけ、ある場合件数をご記入ください。 □1:他の医薬品になったものがあり、その件数は6月1ヵ月間で(_____)件, □2:用法用量が変更になったものがあり、その件数は6月1ヵ月間で(_____)件, □3:投与中止になったものがあり、その件数は6月1ヵ月間で(_____)件。

VII. 薬剤管理指導・薬学的管理

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[<input type="checkbox"/> いる(→設問36へ), <input type="checkbox"/> いない]。
(2) 届を出して<いない>場合、その理由について、該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 □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) (※) [<input type="checkbox"/> いる(患者 _____ 人, 1ヵ月間 _____ 件), <input type="checkbox"/> いない] ※救命救急入院料等を算定している患者に対して薬学的管理指導を行うこと
(2) 薬剤管理指導 2 (380点) (※) [<input type="checkbox"/> いる(患者 _____ 人, 1ヵ月間 _____ 件), <input type="checkbox"/> いない] ※特に安全管理が必要な医薬品が投薬または注射されている患者に対して薬学的管理指導を行うこと (薬剤管理指導 1 に該当する場合を除く)
(3) 薬剤管理指導 3 (325点) (※) [<input type="checkbox"/> いる(患者 _____ 人, 1ヵ月間 _____ 件), <input type="checkbox"/> いない] ※薬剤管理指導 1 及び 2 の患者以外の患者に対して薬学的管理指導を行うこと
(4) 麻薬管理指導加算 (50点) [<input type="checkbox"/> いる(患者 _____ 人, 1ヵ月間 _____ 件), <input type="checkbox"/> いない]
(5) 現在、診療報酬上ハイリスク薬として認められている医薬品以外で、 ハイリスク薬と同等のレベルで安全管理を行っているものが[<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(→(6)へ)]。 (A) ハイリスク薬と同等のレベルで安全管理を行っているものが<ある>場合、該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 □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**全て**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**全て**にチェックをつけてください。
1: 入院時の服用中の薬剤(持参薬等)の確認を行っていない,
2: 退院時の情報提供・指導を行っていない,
3: 退院時に行った指導の要点を手帳に記載できない,
4: 入院中に使用した主な薬剤等について、手帳に貼付するための文書(シール等)ができない,
5: その他(_____)。
 ※退院時薬剤情報管理指導料: 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(※(a)1~14にある病床)で行われている薬剤管理指導

(1) 以下について該当するもの**1つ**にチェックし、実施している場合は件数、人数をご記入ください。
 (A) 薬剤管理指導料が包括評価されている病床の患者に対して、算定はできないが、薬剤管理指導を
1: 実施している [6月1ヵ月間の実施患者人数(_____)人, 件数(_____)件],
2: 実施していない,
3: 包括評価されている患者がいない(→設問39へ)。
 (a) 実施している場合、該当する病床(※包括評価されている)**全て**にチェックをつけてください。
1: 特殊疾患入院医療管理料, 2: 小児入院医療管理料, 3: 回復期リハビリテーション病棟入院料,
4: 地域包括ケア病棟入院料, 5: 特殊疾患病棟入院料, 6: 緩和ケア病棟入院料,
7: 精神科救急入院料, 8: 精神科急性期治療病棟入院料, 9: 精神科救急・合併症入院料,
10: 児童・思春期精神科入院医療管理料, 11: 精神科療養病棟入院料,
12: 認知症治療病棟入院料, 13: 短期滞在手術等基本料3 14: 地域移行機能強化病棟入院料,
15: それ以外の病棟(具体的に_____)
 (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)(→(a)へ), 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)(→(b)へ), いない]。
 (a) <退院時薬剤情報管理指導>を実施している場合、該当する病床(※包括評価されている)**全て**にチェックをつけてください。
1: 特殊疾患入院医療管理料, 2: 小児入院医療管理料, 3: 回復期リハビリテーション病棟入院料,
4: 地域包括ケア病棟入院料, 5: 特殊疾患病棟入院料, 6: 緩和ケア病棟入院料,
7: 精神科救急入院料, 8: 精神科急性期治療病棟入院料, 9: 精神科救急・合併症入院料,
10: 児童・思春期精神科入院医療管理料, 11: 精神科療養病棟入院料,
12: 認知症治療病棟入院料, 13: 短期滞在手術等基本料3 14: 地域移行機能強化病棟入院料,
15: それ以外の病棟(具体的に_____)

(b)〈退院時の薬学的管理指導〉を実施している場合、該当する病床(※包括評価されている)全てにチェックをつけてください。

<input type="checkbox"/> 1:特殊疾患入院医療管理料,	<input type="checkbox"/> 2:小児入院医療管理料,	<input type="checkbox"/> 3:回復期リハビリテーション病棟入院料,
<input type="checkbox"/> 4:地域包括ケア病棟入院料,	<input type="checkbox"/> 5:特殊疾患病棟入院料,	<input type="checkbox"/> 6:緩和ケア病棟入院料,
<input type="checkbox"/> 7:精神科救急入院料,	<input type="checkbox"/> 8:精神科急性期治療病棟入院料,	<input type="checkbox"/> 9:精神科救急・合併症入院料,
<input type="checkbox"/> 10:児童・思春期精神科入院医療管理料,	<input type="checkbox"/> 11:精神科療養病棟入院料,	
<input type="checkbox"/> 12:認知症治療病棟入院料,	<input type="checkbox"/> 13:短期滞在手術等基本料3	<input type="checkbox"/> 14:地域移行機能強化病棟入院料,
<input type="checkbox"/> 15:それ以外の病棟(具体的に)

39. 持参薬

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

(2)入院時持参薬の確認に薬剤師が関与している場合、
 (A)6月1ヵ月間で持参薬の確認を行った件数は()件
 (B)6月入院患者に対する実施割合()%
 (C)持参薬の確認を行ったうち、周術期に休薬すべき薬剤を服用していた等の理由により手術が延期又中止となった件数()件/総手術予定件数()件

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

(4)患者の入院前に、薬剤師が持参薬管理を行って[いる, いない]

(5)患者の入院前(外来診療時)から、薬剤師が周術期に休薬すべき薬剤の確認・管理を行って[いる, いない]
 (A)手術前に、周術期に休薬すべき薬剤を服用していた等の理由により手術が延期又中止となった件数()件/総手術予定件数()件

40. ポリファーマシーへの関わり

(1)薬剤総合評価調整加算(退院時1回 250点)を算走して [いる(1ヵ月間_____件), いない]

(A)薬剤総合評価調整加算の算定件数のうち、
 2種類以上減少させた件数()件、**カルパロジン**換算で1,000mg以上減少させた件数()件
 (B)減少させた理由について、該当するもの**全て**にチェックをつけてください。
1:副作用, 2:相互作用, 3:重複投薬, 4:症状改善,
5:アドヒアランスの改善, 6:その他()

(C)算定対象外の病棟及び包括病棟で、薬剤総合評価調整加算の業務を行って [いる, いない(→(2)へ)]

(a)〈いる〉場合、該当する病棟**全て**にチェックをし、業務を実施し算定要件を満たした患者数(6月1ヵ月間)を記入してください。
1:障害者施設等入院基本料(____人), 2:特定集中治療室管理料(____人)
3:ハイケアユニット入院医療管理料(____人), 4:脳卒中ケアユニット入院医療管理料(____人),
5:小児特定集中治療室管理料(____人), 6:新生児特定集中治療室管理料(____人),
7:総合周産期特定集中治療室管理料(____人),
8:新生児治療回復室入院医療管理料(____人),
9:一類感染症患者入院医療管理料(____人), 10:特殊疾患入院医療管理料(____人),
11:小児入院医療管理料(____人), 12:地域包括ケア病棟入院料(____人),
13:特殊疾患病棟入院料(____人), 14:緩和ケア病棟入院料(____人)

(2)薬剤総合評価調整管理料(月1回 250点)を算走して [いる(1ヵ月間_____件), いない]

(3)連携管理加算(50点)を算走して [いる(1ヵ月間_____件), いない]

<p>(A) 薬剤総合評価調整管理料のうち、 2種類減少させた件数()件、カルブ ロジン換算で1,000mg以上減少させた件数()件</p> <p>(B) 減少させた理由について、該当するもの全てにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/>1:副作用, <input type="checkbox"/>2:相互作用, <input type="checkbox"/>3:重複投薬, <input type="checkbox"/>4:症状改善, <input type="checkbox"/>5:その他()</p>
<p>(C) 連携管理加算のうち、 他医療機関に照会または情報提供を行った件数()件 保険薬局に照会または情報提供を行った件数()件</p>

41. 地域連携・介護・在宅訪問等における薬剤師の関わり

<p>(1) 地域連携について(入院)：保険薬局に患者情報を提供して[<input type="checkbox"/>いる, <input type="checkbox"/>いない(→(2)へ)]。 (A) 情報を記載している媒体について該当するもの全て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:薬剤サマリー, <input type="checkbox"/>3:薬局間情報提供書(トレーシングレポート等), <input type="checkbox"/>4:その他()。 (B) 提供している情報について該当するもの全てにチェックをつけてください。 <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:患者の服用状況に関する情報, <input type="checkbox"/>6:中止薬剤に関する情報, <input type="checkbox"/>7:持参薬に関する情報, <input type="checkbox"/>8:調剤上の工夫に関する情報, <input type="checkbox"/>9:退院時の指導内容, <input type="checkbox"/>10:薬物療法に関する指導内容, <input type="checkbox"/>11:副作用の発症状況, <input type="checkbox"/>12:その他(具体的に)。</p>
<p>(2) 地域連携について(外来)：保険薬局に患者情報を提供して[<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全てにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/>1:処方せん, <input type="checkbox"/>2:お薬手帳, <input type="checkbox"/>3:薬剤サマリー, <input type="checkbox"/>4:薬局間情報提供書(トレーシングレポート等), <input type="checkbox"/>5:その他()。 (B) 提供している情報について該当するもの全てにチェックをつけてください。 <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:患者の服用状況に関する情報, <input type="checkbox"/>6:中止薬剤に関する情報, <input type="checkbox"/>7:持参薬に関する情報, <input type="checkbox"/>8:調剤上の工夫に関する情報, <input type="checkbox"/>9:薬物療法に関する指導内容, <input type="checkbox"/>10:副作用の発症状況, <input type="checkbox"/>11:その他(具体的に)。</p>
<p>(3) 地域連携について(入院)：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) 情報を入手している媒体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:お薬手帳, <input type="checkbox"/>2:薬剤サマリー, <input type="checkbox"/>3:薬局間情報提供書(トレーシングレポート), <input type="checkbox"/>4:その他()。 (B) 入手している情報について該当するもの全てにチェックをつけてください。 <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()。 (C) 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全て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>

(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[いる, 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全てにチェックをつけてください。
1:お薬手帳, 2:薬剤サマリー, 3:薬局間情報提供書(トレーシングレポート等),
4:その他()。)。
 (B) 提供している情報について該当するもの全てにチェックをつけてください。
1:病名, 2:検査値等のデータ, 3:アレルギー歴,
4:副作用歴, 5:患者の服用状況に関する情報, 6:中止薬剤に関する情報,
7:持参薬に関する情報, 8:調剤上の工夫に関する情報, 9:退院時の指導内容,
10:薬物療法に関する指導内容, 11:副作用の発症状況,
12:その他(具体的に)。)。

(5) 退院時の連携および在宅復帰に薬剤師が関与して[いる, いない(→(6)へ)]。
 (A) 関与して<いる>場合、該当するもの全てにチェックをつけてください。
1:退院前には、患者・家族等の指導・相談に関与している,
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,
3:退院時には、退院時サマリー等を作成し、在宅医や保険薬局へ情報提供している。

(6) 退院時カンファレンスに参加する薬剤師について、該当するもの全てにチェックをつけてください。
1:薬剤師(院内), 2:薬剤師(転院後の医療機関等), 3:保険薬局の保険薬剤師,)。

(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。
 (A) 介護支援連携指導料(300点) [いる(1ヵ月間 _____ 件), いない]
 (B) 退院時共同指導料2(300点, 医師加算, 3種加算) [いる(1ヵ月間 _____ 件), いない]

(8) 薬剤部門の関与について該当するもの1つにチェックをつけてください。
 (A) 介護支援連携指導料の算定にあたり
 薬剤部門が[1:ほぼ関与している, 2:一部関与している, 3:関与していない]。
 (B) 退院時共同指導料2の算定にあたり
 薬剤部門が[1:ほぼ関与している, 2:一部関与している, 3:関与していない]。

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

(11) 貴施設で在宅患者訪問薬剤管理指導を算定していますか。
 算定している場合、6月1ヵ月間の算定件数をご記入ください [いる, いない(→(D)へ)]。
 (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導 1 (650点) (同一建物居住者以外) [いる(1ヵ月間 _____ 件), いない]
 (2) 在宅患者訪問薬剤管理指導 2 (300点) (同一建物居住者) [いる(1ヵ月間 _____ 件), いない]

(A) 在宅患者訪問薬剤管理指導を算定して<いる>場合、実施している業務について該当するもの全てにチェックをつけてください。
1:訪問前の医師、看護師との患者状態等に関する検討・カンファレンス,
2:患者・家族に対する、服薬状況・患者状態の聴取,
3:患者へのフィジカルアセスメントの実施,
4:患者状態を把握した処方提案の実施,
5:患者・家族への服薬指導、服薬支援等の実施,
6:訪問後の医師、看護師への情報のフィードバック,
7:その他()。)。
 (B) 在宅患者訪問薬剤管理指導を算定して<いる>場合、実施の有無はどのようにして決まりますか。該当するもの全てにチェックをつけてください。
1:医師の指示, 2:薬剤師の判断, 3:患者・家族の要望,
4:多職種カンファレンス, 5:その他()。)。

(C) 在宅患者訪問薬剤管理指導を算定して<いる>場合、一定期間指導後に保険薬局に在宅患者訪問管理指導を引き継いで[いる, いない(→(E)へ)]。

(a) 保険薬局に在宅患者訪問薬剤管理指導を引き継いで<いる>場合、何ヶ月間指導した後に引き継いでいますか。該当するもの1つにチェックをつけてください。

1:1ヵ月間 2:2ヵ月間 3:3ヵ月間 4:その他()。

(b) 引き継ぐ際に、保険薬局の薬剤師と一緒に訪問することが[ある, ない]。

(c) 一緒に訪問することが<ある>場合、何回程度一緒に訪問しますか。該当するもの1つにチェックをつけてください。

1:1回 2:2回 3:3回 4:その他()。

(D) 在宅患者訪問薬剤管理指導を算定して<いない>場合、算定していない理由について該当するもの全てにチェックをつけてください。

1:ニーズがない,
2:在宅医療の対象となる患者がいない,
3:薬剤師が少なく、余力がない,
4:無菌設備がなく、注射剤の混合(混注)に対応できない,
5:医師への報告書作成等にかかる負担が大きい,
6:患家への移動時間が長く対応できない,
7:その他()。

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

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

2:実施していない。

VIII. 病棟における薬剤師

42. 病棟薬剤業務実施加算

(1) 貴施設で病棟薬剤業務実施加算1を算定して[いる, いない(→(7)へ)]。

(2) 貴施設で病棟薬剤業務実施加算2を算定して[いる, いない]。

(A) 算定している場合、該当する治療室全てにチェックをつけてください。

1:救急救命入院料, 2:特定集中治療室管理料,
3:脳卒中ケアユニット入院医療管理料, 4:小児特定集中治療室管理料,
5:新生児特定集中治療室管理料, 6:総合周産期特定集中治療室管理料。

(3) 病棟薬剤業務実施加算を算定するために行った内容について該当するもの全てにチェックをつけてください。

1:薬剤部職員の増員を行った
(増員した人数は常勤薬剤師_____人、非常勤薬剤師_____人、薬剤師以外の職員_____人),
2:薬剤部門の人員配置・勤務体制の見直しを行った,
3:他の医療従事者(医師・看護師等)と業務分担の見直しを行った,
4:ITやシステム等(業務日誌や入力テンプレート等)の活用や環境整備を行った,
5:その他(),
6:特に見直しは行っていない。

(4) 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(→(5)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(→(5)へ)]。

(a) <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(→(5)へ)。

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

(c) 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。

(5) ハイケアユニット入院医療管理料(A301-2)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(→(6)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
□1: 医薬品の投薬・注射状況の把握,	[□1:かなり, □2:よく, □3:時々]
□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,	[□1:かなり, □2:よく, □3:時々]
□3: 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案,	[□1:かなり, □2:よく, □3:時々]
□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	[□1:かなり, □2:よく, □3:時々]
□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,	[□1:かなり, □2:よく, □3:時々]
□6: 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施,	[□1:かなり, □2:よく, □3:時々]
□7: その他、必要に応じ、医政局長通知で定める業務,	[□1:かなり, □2:よく, □3:時々]
□8: 退院時の薬学的管理指導	[□1:かなり, □2:よく, □3:時々]

(6) ハイケアユニット入院医療管理料を除く病棟薬剤業務実施加算2の対象入院料以外の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
□1: 医薬品の投薬・注射状況の把握,	[□1:かなり, □2:よく, □3:時々]
□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,	[□1:かなり, □2:よく, □3:時々]
□3: 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案,	[□1:かなり, □2:よく, □3:時々]
□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	[□1:かなり, □2:よく, □3:時々]
□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,	[□1:かなり, □2:よく, □3:時々]
□6: 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施,	[□1:かなり, □2:よく, □3:時々]
□7: その他、必要に応じ、医政局長通知で定める業務,	[□1:かなり, □2:よく, □3:時々]
□8: 退院時の薬学的管理指導	[□1:かなり, □2:よく, □3:時々]

※ハイケアユニット入院医療管理料を除く病棟薬剤業務実施加算2の対象入院料以外の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A303-2～A317を算定している病棟のことです。

(7) 病棟薬剤業務実施加算1を算定していない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(_____)。

(B) 現在、病棟薬剤業務実施加算1を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[ある(_____床), 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[いる(_____人), いない]

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

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

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

9: 1~8以外で行っている業務がある。
 (具体的に_____)。

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

1: 引き続き病棟業務を実施している, 2: 実施していない。

IX. 手術室、ICU等における薬剤師

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。 □1:専従(手術関連業務に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(手術関連業務に従事しているのは1日平均5割未満)。
(b) 薬剤師が行っている手術関連業務の内容について該当する <u>全て</u> にチェックをつけてください □1:手術室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 <u>全て</u> 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[<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(→設問46へ)]。
(2) 薬剤師はICU等関連業務に関与して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(B)へ)]。
(A) 関与して<いる>場合、該当するもの1つにチェックをつけてください。 (a) ICU関連業務に従事している薬剤師(複数の薬剤師が交代する場合はその合計時間に基づく)の関与について、該当するもの1つにチェックをつけてください。 □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[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。
(c) 薬剤師が行っているICU等関連業務の内容について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 □1:ICU等で使用する薬の処方の提案, □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 <u>全て</u> 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ヵ月間の内服処方について	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)提案をくした>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ヵ月間の注射処方について	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)提案をくした>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））
(14)認知症ケアチーム	<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））
※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]
+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]
(13) 認知症ケア加算 1 (150点または30点)	[<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
認知症ケア加算 2 (30点または10点)	[<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____件), <input type="checkbox"/> いない]
(14) 喘息治療管理料 2 (280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

(1) 結核病棟が[<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(→(2)へ)]。 (A) 結核病棟入院基本料を算定して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(特別入院基本料を算定)(→(2)へ)]。 (a) 算定して<いる>場合、院内DOTS(※)で薬剤師が関与して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(2)へ)]。 1) 関与して<いる>場合、その内容について該当するもの全てにチェックをつけてください。 □1:服薬支援計画の策定, □2:服薬確認の実施, □3:患者教育の実施, □4:その他。
(2) 地域DOTS(※)が行われて[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(3)へ)]。 (A) 行われて <いる>場合、薬剤師が関与して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(3)へ)]。 a) 関与して<いる>場合、その内容について該当するもの全てにチェックをつけてください。 □1:服薬確認の実施[□1:外来DOTS, □2:訪問DOTS, □3:連絡確認DOTS], □2:その他。
※DOTS(直接服薬確認療法): 結核患者に化学療法を行う際には、患者自身が規則的な服薬の重要性を理解し、確実に服薬できるように習慣づけるための支援を行う。
(3) 貴施設に糖尿病教室が[<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(対象となる患者がいない場合を含む)(→(4)へ)]。 (A) 糖尿病教室が<ある>場合、その教室に薬剤師が関与(参加)して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。
(4) 貴施設に腎臓病教室が[<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(対象となる患者がいない場合を含む)(→(5)へ)]。 (A) 腎臓病教室が<ある>場合、その教室に薬剤師が関与(参加)して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。
(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<ある>場合、その教室に薬剤師が関与(参加)して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。
(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<ある>場合、その教室に薬剤師が関与(参加)して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。
(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<ある>場合、その教室に薬剤師が関与(参加)して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。

50. 薬剤師の外来診療への関わり・薬剤師外来

(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<いる>場合、 (a) 薬剤師の配置は、(<input type="checkbox"/> 専従_____人, <input type="checkbox"/> 専任_____人, <input type="checkbox"/> 兼務_____人)である。			
(b) 実施している外来支援業務について該当するもの 全て にチェックをし、その業務を実施している「疾患」、「薬物療法」について該当するもの 全て を下記から選択し記入してください。また、その業務を実施する「メリット」について該当するもの 全て を下記から選択し記入してください。 複数の番号を記入する場合は「/(半角)」で区切ってください。			
外来支援業務	疾患	薬物療法	メリット
<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: 薬物療法プロトコールについて提案、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: デバイスの説明			
<input type="checkbox"/> 10: 副作用対策,			
<input type="checkbox"/> 11: 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"/> 12: 手術に影響のある薬剤の説明,			
<input type="checkbox"/> 13: OTC薬、健康食品、サプリメント、食事に関連する説明,			
<input type="checkbox"/> 14: 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"/> 15: 24時間開局している保険薬局リストの作成・説明,			
<input type="checkbox"/> 16: お薬手帳の内容をカルテに記入,			
<input type="checkbox"/> 17: その他 (具体的に			
<上記(b)の業務を行っている 疾患 > 1: 糖尿病, 2: 喘息, 3: 高血圧症, 4: 脂質異常症, 5: 認知症, 6: 関節リウマチ, 7: HIV, 8: 悪性腫瘍, 9: 妊婦・授乳婦 10: 統合失調症, 11: 骨粗鬆症, 12: てんかん, 13: 腎不全 14: 勃起不全 15: その他()).			
<上記(b)の業務を行っている 薬物療法 > 1: 自己注射, 2: SU(スルニルレア)薬 3: DPP-4阻害薬 4: α-グルコシダーゼ阻害薬, 5: β ₂ 刺激薬(吸入), 6: 吸入ステロイド薬 7: 免疫抑制薬 8: 生物学的製剤 9: 抗悪性腫瘍薬, 10: 分子標的薬, 11: 麻薬, 12: 抗凝固薬, 13: ED治療薬, 14: 抗精神病薬 15: 抗精神病薬(持効性注射薬) 16: 抗てんかん薬, 17: その他()			
<上記(b)の業務を実施していることの メリット > 1: 医師・看護師の負担軽減 2: 薬剤種類数の減少 3: 薬剤費の減少 4: 副作用回避 5: その他(具体的に)			
(2) 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]。			
(3) 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)]。			
(4) 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) <いる>場合、具体的な金額をご記入ください(例: 1回〇〇円、1時間〇〇円等)。 (具体的に)			

51. 薬剤師のサリドマイド・レナリドミドへの関わり

(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<ある>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。
(2) 採用医薬品に、レナリドミドが[<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(→(3)へ)]。 (A) レナリドミドが<ある>場合、レブラミド・ポマリスト適正管理手順 (Revmate) に従って取り扱った件数は、1ヵ月間()件。
(3) 採用医薬品に、ポマリドミドが[<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない(→設問52へ)]。 (A) ポマリドミドが<ある>場合、レブラミド・ポマリスト適正管理手順 (Revmate) に従って取り扱った件数は、1ヵ月間()件。

52. 禁煙指導

(1) 貴施設で禁煙指導(※)を行って[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→設問53へ)]。
(A) 禁煙指導に薬剤師が関与(参加)して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。
(B) ニコチン依存症管理料について貴施設で算定していますか。算定している場合、6月1ヵ月間の算定件数をご記入ください [<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間()件), <input type="checkbox"/> いない]。
※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。

ⅩⅡ. 医薬品情報管理・医薬品等管理

53. 医薬品情報管理室

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

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

55. 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[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> 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、該当するもの全てにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:PMDAのホームページ, <input type="checkbox"/> 2:製薬企業のMR, <input type="checkbox"/> 3:製薬企業のホームページ, <input type="checkbox"/> 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、該当するもの全てにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1:[1.1安全性検討事項], <input type="checkbox"/> 2:[1.2有効性に関する検討事項], <input type="checkbox"/> 3:[2. 医薬品安全性監視計画の概要], <input type="checkbox"/> 4:[3. 有効性に関する調査・試験の計画の概要], <input type="checkbox"/> 5:[4. リスク最小化計画の概要], <input type="checkbox"/> 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], <input type="checkbox"/> 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[<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> 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[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> 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[<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> 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	[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。
(2) 削除基準を定めて	[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。
(3) 数値(品目数または金額)の目標や目安を定めて	[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。
(4) 医薬品の採用にあたり(1)から(3)以外の基準を定めて	[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。

58. 後発医薬品の採用状況

(1) 平成28年6月現在の数値をご記入ください。 (A) 全医薬品の規格単位数①: (_____)、 (B) 後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数②: (_____)、 (C) 後発医薬品の規格単位数③: (_____)、 (D) カットオフ値の割合 ②÷①=(_____)%。 (E) 後発医薬品の割合 ③÷②=(_____)%
(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 (42点) (数量シェア70%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 (35点) (数量シェア60%以上) [<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____)件, <input type="checkbox"/> いない]
(C) 後発医薬品使用体制加算 3 (28点) (数量シェア50%以上) [<input type="checkbox"/> いる(1ヵ月間_____)件, <input type="checkbox"/> いない]
(D) 後発医薬品指数 (_____)

59. フォーマュラリー

(1) 貴施設でのフォーマュラリーについて記入してください。 ※フォーマュラリー: 採用医薬品の選択・使用に関する基準を定めた(院内独自のガイドライン様の)情報集をいう
(A) 院内フォーマュラリーを作成して[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。
(2) 上記(1)においてフォーマュラリーを作成しているとした方に伺います。 (A) フォーマュラリーの作成を院内で開始したのはいつからですか (西暦_____)年
(B) 薬剤部門が主導的にフォーマュラリー作成を行って[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。
(C) フォーマュラリーで使用する医薬品の順序などの使用方針が決められて[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。

60. 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 <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 医薬品安全管理責任者として[□1:専従(※)している, □2:専任(※)している, □3:専従・専任ではない]
(B) <薬剤師ではない>場合、該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。 医薬品安全管理責任者は [□1:医師, □2:看護師, □3:その他(_____)]である。

※医薬品安全管理責任者：病院等管理者の指示のもと医薬品の安全使用のための業務を行う責任者のこと。

※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。
1:医療機関で用いる医薬品の採用・購入に関する事項, 2:医薬品の管理に関する事項,
3:患者に対する医薬品の投薬指示から調剤までに関する事項,
4:患者に対する与薬や服薬指導に関する事項, 5:医薬品の安全使用に係る情報の取り扱い,
6:他施設との連携に関する事項, 7:放射性医薬品に関する事項,
8:院内製剤に関する事項, 9:その他の事項(具体的に)。

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

(4)医薬品安全性情報等の周知や入手・措置体制等に関する手順について
手順書に記載して[いる, いない]。

(5)その手順書に基づいて業務が実施されているか確認しているかどうかについて、該当するもの1つに
チェックをつけてください。
1:定期的に確認している, 2:定期的ではないが、確認している, 3:全く確認していない。
 (a)上記設問で<1>または<2>と回答した場合、確認している頻度は()カ月)毎である。

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

(7) 医薬品安全管理責任者は医薬品の安全使用に関する講習会(院内の従業者に対する研修を除く)に、
この1年間で出席[した, していない(→(8)へ)]。
 (A)出席<した>場合、その講習会について該当するもの全てにチェックをつけてください。
1:日本病院薬剤師会の講習会, 2:本会以外の講習会(具体的に)

(8)貴施設の従業者に対する研修を実施[した, していない(→設問61へ)]。
 (A)実施<した>場合、実施している研修について、該当するもの全てにチェックをつけてください。
1:医薬品の有効性・安全性に関する情報、使用方法に関する事項,
2:医薬品の業務手順書に関する事項,
3:医薬品による副作用が発生した場合の対応に関する事項。

61. 医薬品に関するバーコードの利用

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

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

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

※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
 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(2015年7月に表示が禁止)

		1)販売GS1	2)調剤GS1	3)JAN	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)					

	1) 販売GS1	2) 調剤GS1	3) JAN	4) その他	
(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 (具体的に)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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 <u>全て</u> にチェックをつけてください。					
	1) 販売GS1	2) 調剤GS1	3) JAN	4) その他	
(A) 注射薬の混合調製	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(B) 特定生物由来製品の管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 薬剤部門にある医薬品に関するバーコードリーダーの有無について、該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 □1: 薬品管理部門 □2: 調剤部門 □3: 注射薬調剤部門 □4: 製剤部門 □5: 無菌調製部門 □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。 □1: ある[いつ頃ですか。()頃], □2: 検討中である, □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したが、情報システムの改修等は必要で [□ある, □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。 □1: 対応済み, □2: 対応予定[いつ頃ですか。()頃], □3: 予定はない					
(8) 病院情報システムを導入して[□いる, □いない(→設問62へ)]. (A) <いる>場合、該当するもの1つにチェックをつけてください。 □1: 電子カルテ, □2: オーダリング(処方・注射とも), □3: オーダリング(処方のみ), □4: 医事会計システムのみ, □5: その他(具体的に)					
(9) 医療機関におけるQRコードの活用について、 (A) 院外処方せんに処方内容のQRコード印字を行って[□いる, □いない] (B) 電子版お薬手帳用の医薬品情報提供書へのQRコード印字を行って[□いる, □いない]					
(10) 6月1ヶ月間で、電子版お薬手帳を持参した患者が[□いる, □いない]					
(11) 電子版お薬手帳について、対応できるシステムが[□ある, □ない]					

62. 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[□いる, □いない(→設問63へ)].			
(2) 実施して<いる>場合、製剤室で行って[□いる, □いない]. (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。			
	クラス分類※		
	1) クラスI	2) クラスII	3) クラスIII
(A) 内服	種類	種類	種類
(B) 外用	種類	種類	種類
(C) 注射	種類	種類	種類
※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			

(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。 □1: 現在検計中である, □2: 今後検計する予定である, □3: しばらく検計する予定はない。
(5) 院内製剤について検討する委員会がありますか。該当するもの全てにチェックをつけてください。 □1: 倫理審査委員会, □2: 薬事委員会, □3: 1と2以外の委員会 □4: 委員会がないので、対応を検討中である, □5: 委員会はなく、設置する予定もない。
(6) 院内製剤を実施するにあたり、手順書は整備されて[<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。 □1: 現在検計中である, □2: 今後検計する予定である, □3: しばらく検計する予定はない。
(7) 院内製剤についての記録簿を作成して[<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。 □1: ロット管理を行っている, □2: ロット管理を行っていない。
(8) 院内製剤について品質確認を行って[<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)
(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[□1: クラスIのみ, □2: クラスIとII, □3: クラスI, II, III]。 (B) 対象となるもののうち評価しているのは[□1: ほぼ全て, □2: 大半, □3: 一部, □4: ごく一部]。
(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[□1: クラスIのみ, □2: クラスIとII, □3: クラスI, II, III]。 (B) 対象となるもののうち報告しているのは[□1: ほぼ全て, □2: 大半, □3: 一部, □4: ごく一部]。
(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]。

63. 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64へ)]。
(2) 特定生物由来製品の記録・保管について該当するもの1つにチェックをつけてください。 薬剤部門が □1: 一部又はすべての製品に関与している, □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64へ)。
(A) 薬剤部門が<1: 一部又はすべての製品に関与している>場合、 (a) 関与しているのは特定生物由来製品の[□1: すべての製品, □2: 一部の製品]。 (b) 関与している内容について、該当するもの1つにチェックをつけてください。 □1: 薬剤部門で記録を作成し保管している, □2: 薬剤部門で記録を作成しているが、記録の保管は他部門で行っている, □3: 記録は他部門で作成しているが、記録の保管は薬剤部門で行っている。
※特定生物由来製品: 血液凝固因子、ヒト血清アルブミン、ヒト免疫グロブリン、ヒト胎盤抽出物など(輸血用血液製剤を除く)

64. 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65へ)]。
(2) 輸血用血液製剤の管理について: 該当するもの1つにチェックをつけてください。 その管理は[□1: 薬剤部(→(3)へ), □2: 輸血部等他部門]で実施している。 (A) その管理は<2: 他部門>実施している場合、該当するもの1つにチェックをつけてください。 その輸血部等他部門には薬剤師を [□1: 常時配置, □2: 適宜配置, □3: 配置していない]。
(3) 貴施設に輸血療法に関する委員会について、該当するもの1つにチェックをつけてください。 委員会が[□1: あり、薬剤師の委員がいる, □2: あるが、薬剤師の委員はいない, □3: 委員会がない]。

65. 放射性医薬品(※)

(1) 放射性医薬品(※)を貴施設内で扱って[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→設問66へ)]。
(2) 放射性医薬品を薬剤部門で取り扱って[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→(6)へ)]
(3) 放射性医薬品管理者が[<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない]。 (A) その放射性医薬品管理者は薬剤師で[<input type="checkbox"/> ある, <input type="checkbox"/> ない]。
(4) 放射性医薬品の管理・調製・品質検査について (A) 放射性医薬品の管理を薬剤師が行っている[<input type="checkbox"/> いる(その人数: _____人), <input type="checkbox"/> いない]。 (B) 放射性医薬品の調製について、該当するもの全てにチェックをつけてください。 その調製は[□1: 薬剤部門, □2: 放射線科]で実施している。

<p>(C) 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<薬剤師が行っている>場合、1) その薬剤師数は()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]。 (D) 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]。 (E) 調製された放射性医薬品の品質検査について、該当するもの全て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) 受講した>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<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。 <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>

66. 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67へ)]. (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>(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合成)]. (A) 薬剤師が配置されて<いる>場合、 6月中の任意の1週間についてその業務時間の合計は()時間。</p>
<p>(3) PET用放射性医薬品の管理・合成について (A) PET用放射性医薬品の管理を薬剤師が行って[<input type="checkbox"/>いる(その人数:)人, <input type="checkbox"/>いない]. (B) PET用放射性医薬品の合成について、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67へ), (a) 調製は<薬剤師が行っている>場合、1) その人数()人 調製件数6月1ヵ月間()件、 2) それは安全キャビネット等、無菌下で調製して[<input type="checkbox"/>いる, <input type="checkbox"/>いない]。 (C) 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]。</p>

XIII. 治験・製造販売後調査・臨床研究

67. 治験

<p>(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]。</p>
<p>(2) 貴施設に治験体制が[<input type="checkbox"/>ある, <input type="checkbox"/>ない(→設問68へ)]。</p>
<p>(3) 臨床試験支援センター等に薬剤師職員が配置されて[<input type="checkbox"/>いる, <input type="checkbox"/>いない(→(4)へ)]. (A) 配置されて<いる>場合、その薬剤師は[<input type="checkbox"/>1: 専従又は専任()名, <input type="checkbox"/>2: 兼務()名]。</p>
<p>(4) 治験事務局・IRB事務局に薬剤師職員が配置されて[<input type="checkbox"/>いる, <input type="checkbox"/>いない(→(5)へ)]. (A) 配置されて<いる>場合、その薬剤師は[<input type="checkbox"/>1: 専従又は専任()名, <input type="checkbox"/>2: 兼務()名]。</p>
<p>(5) 職員である薬剤師のCRCが配置されて[<input type="checkbox"/>いる, <input type="checkbox"/>いない(→(6)へ)]. (A) 配置されて<いる>場合、その薬剤師は[<input type="checkbox"/>1: 専従又は専任()名, <input type="checkbox"/>2: 兼務()名]。</p>
<p>(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)].</p>
<p>(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]</p>
<p>(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。</p>

68. 製造販売後調査

<p>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。</p> <p>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。</p>
<p>※製造販売後調査(PMS):市販後調査,市販直後調査等</p>

69. 臨床研究

<p>(1)直近1年間、貴施設で薬剤師が研究責任者として、臨床研究を実施して <input type="checkbox"/>いる, <input type="checkbox"/>いない(→(2)へ)]。</p> <p>(A)〈実施している〉場合、直近1年間で実施した研究数は()件</p>
<p>(2)直近1年間、貴施設の臨床研究(薬剤師が研究責任者のものを除く)について、該当するもの1つにチェックをつけてください。</p> <p>(A)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。</p> <p>(B)〈薬剤師が関与している〉場合、関与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。</p> <p><input type="checkbox"/>1:コーディネート, <input type="checkbox"/>2:インフォームドコンセント, <input type="checkbox"/>3:相談窓口, <input type="checkbox"/>4:モニタリング担当, <input type="checkbox"/>5:事務局, <input type="checkbox"/>6:その他()</p>

XIV. 災害対策

70. 災害対策

<p>(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)]。</p> <p>(A)マニュアルが〈ある〉場合、平成27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。</p>
<p>(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)]。</p> <p>(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。</p>
<p>(3)DMAT以外の災害時の医療チームについて</p> <p>(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)]。</p> <p>(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。</p>
<p>(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)]。</p> <p>(A)研修を行って〈いる〉場合、薬剤師がその研修を受けて<input type="checkbox"/>いる, <input type="checkbox"/>いない]。 (B)その研修の内容について、該当するもの全てにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/>1:心肺蘇生法, <input type="checkbox"/>2:応急処置, <input type="checkbox"/>3:トリアージ, <input type="checkbox"/>4:AEDの使用, <input type="checkbox"/>5:BLS(日本救急医学会), <input type="checkbox"/>6:ICLS(日本救急医学会), <input type="checkbox"/>7:その他()。</p>
<p>(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71へ)]。</p> <p>(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]。</p>

XV. 教育・研修

71. 学生実習の受入れ

(1) 平成27年度長期実務実習で学生を[受入れた, 受入れていない(→(2)へ)]。
 (A) <受け入れた>場合、人数を(いない場合0を)ご記入ください。
 受入れた学生数は 第1期()人, 第2期()人, 第3期()人,
 その他[第4期()人, 第1~4期以外()人].
 合計()人
 (うち、いわゆる調整機構を通じた「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[いる()人, いない]。
 貴施設に日病薬認定指導薬剤師が[いる()人, いない]。

(3) 平成28年度長期実務実習で学生を受け入れる[予定である, 予定はない(→設問72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

72. 薬剤師の研修の受入れ

(1) 薬剤師の病院研修生制度が、[ある, ない(→(2)へ)]。
 (A) 制度が<ある>場合、研修生を[受入れた, 受入れていない(→(2)へ)]。
 (B) 研修生を<受入れた>場合、平成27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、[ある, ない(→設問73へ)]。
 (A) 制度が<ある>場合、研修生を[受入れた, 受入れていない(→設問73へ)]。
 (B) 研修生を<受入れた>場合、平成27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、)

73. 専門薬剤師等

以下の資格について、(A) 貴施設にその資格を取得している薬剤師(薬剤部門以外の薬剤師を含む)の有無とその人数、また、(B) その資格を取得している場合に手当(または調整額等)の支給の有無について該当するもの1つにチェックをつけ、<ある>場合、金額をご記入ください。

専門薬剤師等認定資格	(A) 施設に資格取得者が	(B) 手当等の支給が
(1) 日本病院薬剤師会認定がん 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。		

74. 修士・博士等

貴施設の薬剤部門で従事している薬剤師(教員も含む)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(→(5)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) 薬剤部門長(薬剤師職に限る)の博士号取得・修士課程修了について、 (A) 薬剤部門長は博士号取得者である。[<input type="checkbox"/> はい, <input type="checkbox"/> いいえ] (B) 薬剤部門長は修士課程修了者である。[<input type="checkbox"/> はい, <input type="checkbox"/> いいえ]
(4) 副薬剤部長の博士号取得・修士課程修了について、副薬剤部長が(____)名在籍し、うち (A) 博士号取得者が(____)名, (B) 修士課程修了者が(____)名在籍している。
(5) 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]
(6) 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***

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

1. 特定入院料算定病棟(※)における薬剤管理指導業務

6月1ヵ月間に薬剤管理指導を実施した患者数()人で、実施件数は()件。
※特定入院料算定病棟:精神科救急,精神科急性期治療病棟,精神科救急合併症,精神療養病棟,認知症病棟入院料算定病棟
(A)うち、精神科救急病棟においては 患者数()人で、実施件数は()件 【薬剤管理指導を実施した患者数の内訳(主病名)】 統合失調症()人、気分障害()人、認知症()人 神経症 ()人、 依存症()人、その他()人
(B)うち、精神科急性期病棟においては 患者数()人で、実施件数は()件 【薬剤管理指導を実施した患者数の内訳(主病名)】 統合失調症()人、気分障害()人、認知症()人 神経症 ()人、 依存症()人、その他()人

2. 精神科領域における薬剤師の関与について

(1) 向精神薬(抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬および抗精神病薬)使用の適正化
(A) 薬剤師が外来患者(認知症患者を除く)の適正化に関与して []いる(6月1ヵ月間)件, []いない (a) 関与して<いる>場合、その関与内容について該当するもの全てにチェックし、該当する実施状況 1つにチェックしてください。 □1:副作用モニタリングの実施 関与件数の[]1:8割以上, []2:5割程度, []3:3割以下 □2:換算値(CP,IMP等)の算出対象患者の 関与件数の[]1:8割以上, []2:5割程度, []3:3割以下 □3:同効薬の剤数チェックし医師等にフィードバック 関与件数の[]1:8割以上, []2:5割程度, []3:3割以下 □4:処方変更・処方提案の実施 関与件数の[]1:8割以上, []2:5割程度, []3:3割以下
(B) 薬剤師が入院患者(認知症患者を除く)の適正化に関与して []いる(6月1ヵ月間)件, []いない (a) 関与して<いる>場合、その関与内容について該当するもの全てにチェックし、該当する実施状況 1つにチェックしてください。 □1:副作用モニタリングの実施 関与件数の[]1:8割以上, []2:5割程度, []3:3割以下 □2:換算値(CP,IMP等)の算出 関与件数の[]1:8割以上, []2:5割程度, []3:3割以下 □3:同効薬の剤数チェックし医師等にフィードバック 関与件数の[]1:8割以上, []2:5割程度, []3:3割以下 □4:処方変更・処方提案の実施 関与件数の[]1:8割以上, []2:5割程度, []3:3割以下
(C) 院内に多職種で処方内容を検討する体制(処方検討委員会、カンファレンス等)が[]ある, []ない (a) 体制が<ある>場合、その委員会、カンファレンス等に薬剤師が参加して[]いる, []いない
(2) 認知症患者に対する薬剤師の関与
(A) 認知症外来患者に対して薬剤師が関与して[]いる(6月1ヵ月間)件, []いない。 (a) 関与して<いる>場合、その関与内容について該当するもの全てにチェックし、該当する実施状況 1つにチェックしてください。 □1:副作用モニタリングの実施 関与件数の[]1:8割以上, []2:5割程度, []3:3割以下 □2:家族への薬剤管理指導業務の実施 関与件数の[]1:8割以上, []2:5割程度, []3:3割以下 □3:処方設計・処方提案の実施 関与件数の[]1:8割以上, []2:5割程度, []3:3割以下 □4:情報を医師等にフィードバック 関与件数の[]1:8割以上, []2:5割程度, []3:3割以下
(B) 認知症入院患者に対して薬剤師が関与して[]いる(6月1ヵ月間)件, []いない。 (a) 関与して<いる>場合、その関与内容について該当するもの全てにチェックし、該当する実施状況 1つにチェックしてください。 □1:副作用モニタリングの実施 関与件数の[]1:8割以上, []2:5割程度, []3:3割以下 □2:家族への薬剤管理指導業務の実施 関与件数の[]1:8割以上, []2:5割程度, []3:3割以下 □3:処方設計・処方提案の実施 関与件数の[]1:8割以上, []2:5割程度, []3:3割以下 □4:情報を医師等にフィードバック 関与件数の[]1:8割以上, []2:5割程度, []3:3割以下
(3) 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) 院内に家族会が[]ある, []ない (a) 院内家族会に薬剤師が関与して[]いる, []いない (b) 関与して<いる>場合、関与しているもの全てにチェックをつけてください。 □1:薬物療法の講義, □2:患者・家族からのお薬相談, □3:その他()。
(B) 院内に家族教室が[]ある, []ない(※家族教室:家族会とは別に企画運営を施設で行っている) (a) 家族教室に薬剤師が関与して[]いる, []いない (b) 関与して<いる>場合、関与しているもの全てにチェックをつけてください。 □1:薬物療法の講義, □2:患者・家族からのお薬相談, □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全てにチェックをつけてください。 □1:地域家族会, □2:全国家族会, □3:その他(具体的に)。

「療養病床調査」(療養病床・回復期リハ病棟のあるご施設は、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。 □1: 療養病棟入院基本料, □2: 回復期リハビリテーション病棟入院料, □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。 □1: 慢性期維持透析管理加算, □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[□いる, □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。 □1: 患者の日常生活・認知・嚥下機能低下に応じた薬剤、剤形、投与法等について処方提案している, □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。 □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, □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, 投与法等)。
(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[□いる, □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。 □1: モニタリングに必要な検査を医師に提案している, □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。 □1: 毎月, □2: 3ヶ月に1回程度, □3: 6ヶ月に1回程度, □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[□いる, □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。 □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, □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, □3: 代替手段がある場合には、非薬物療法を提案している, □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[□いる, □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。 □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, □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, □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。(H28年4~6月間データ) □1: 地域包括ケア病棟在宅復帰率 [□(____%) , □不明]・死亡退院率 [□(____%) , □不明] □2: 在宅復帰機能強化加算病棟在宅復帰率 [□(____%) , □不明]・死亡退院率 [□(____%) , □不明]
※在宅復帰率計算式 直近6ヶ月間に自宅、療養病棟※、居住系介護施設、介護老人保健施設※に退院した患者+療養病棟※へ転棟した患者×100 直近6ヶ月間に当該病棟(病室)から退院した患者(死亡退院・再入院患者を除く)+転院した患者 ※在宅強化型、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る

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[□1: いる, □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 [□1: いる, □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・病床における薬剤管理指導業務を実施して[□1: いる, □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 ***