

平成28年度「診療所薬剤部門の現状調査」
日本病院薬剤師会 診療所委員会
薬剤部科局長氏名()

※ 調査票は、特に指定がある場合を除き、平成28年12月1日の状況をお答えください。

A. 基本情報

1. 開設主体

該当するもの1つにチェックをつけてください

- (1) 国 (2) 公立 (3) 公的 (4) 社会保険関係団体
(5) 医療法人 (6) 個人 (7) 学校法人 (8) その他

2. 施設区分

該当するもの1つにチェックをし、有床の場合は詳細をご記入ください

- (1) 無床
(2) 有床 → 病棟数 () 病棟) 病床数 () 床) 一般病床 () 床) 療養病床 () 床) その他 () 床)

3. 対象患者

該当するもの1つにチェックをつけてください

- (1) 一般患者
(2) 特定の患者 (従業員とその家族のみ等)
(3) 特定患者が主だが一般患者も受け入れている
(4) その他 ()

4. 職員数

a 薬剤師数をご記入ください

- (1) 常勤 () 人) (2) 非常勤 (在籍数) () 人) (3) 非常勤(常勤換算) (※) () 人)

(※)以下の例のように、貴施設の一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(6時間/日)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

b 医師・看護師数をご記入ください

- (1) 医師常勤 () 人) (2) 医師非常勤 (在籍数) () 人)
(3) 看護師常勤 () 人) (4) 看護師非常勤 (在籍数) () 人)

5. 処方箋枚数

12月1か月の処方箋枚数をご記入ください。該当のない場合は0(ゼロ)とご記入ください

- (1) 外来処方箋(院内)枚数 () 枚/月)

(5) 持参薬の確認・評価とそれを考慮した服用計画の提案	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 外来における抗がん剤等の無菌調製や TPN 等の無菌調製	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 入院患者に対する抗がん剤等の無菌調製や TPN 等の無菌調製	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) 保険薬局への情報提供(退院時共同指導も含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) 患者に対する服薬指導・服薬支援・薬歴管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) 患者状態の把握、服薬指導等を通じた薬学的管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) 医薬品の有効性・安全性情報の収集、管理及び提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) 他の医療スタッフへの助言や相談への応需	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. がん化学療法

9. 外来化学療法加算に該当する業務を行っていますか	
<input type="checkbox"/> 行っている	<input type="checkbox"/> 行っていない
↓ (行っている場合のみ以下の質問にお答えください)	↓ 行っていない場合は 10へ ↓
算定している項目すべてにチェックをつけてください (1) <input type="checkbox"/> 外来化学療法加算 1A (2) <input type="checkbox"/> 外来化学療法加算 1B (3) <input type="checkbox"/> 外来化学療法加算 2A (4) <input type="checkbox"/> 外来化学療法加算 2B (5) <input type="checkbox"/> 算定はしていないが該当(関連)する業務を実施している (内容: _____)	

D. 薬剤師の外来診療への関わり

10. 外来診療支援業務(薬剤師外来等)を行っていますか	
<input type="checkbox"/> 行っている	<input type="checkbox"/> 行っていない
↓ (行っている場合のみ以下の質問にお答えください)	↓ 行っていない場合は 11へ ↓
a 薬剤師の配置人数は何人ですか (人)	

b 実施している内容について該当するものすべてにチェックをつけてください。またその実施している時期についても該当するすべてにチェックをつけてください	実施している	実施時期		
		医師の診療前	医師の診療後	特に定めていない
(1) 特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク）の薬学的管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 薬物療法プロトコールについて提案、医師と協働で作成進行管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 前回の処方薬に関する有効性・副作用等モニタリングアセスメント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 薬物療法の経過確認及び同一処方継続可否提案	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) アドヒアランス・コンプライアンスの確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 患者状態の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 疾患治療に関する全般的な説明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) 治療に用いる各薬剤の説明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) 副作用対策	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) 手術に影響のある薬剤説明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) OTC 薬、健康食品サプリメントに関連する説明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) 受診している全ての医療機関把握・処方された薬品管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(13) 24 時間開局している保険薬局リストの作成・説明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(14) お薬手帳の内容をカルテに記入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(15) 保険薬局への上記 1～12 などの情報提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(16) その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

d 薬剤師外来として、特定の場所等を設けて行っていますか はい いいえ

e 薬剤師外来は予約制ですか はい いいえ

薬剤師外来の費用を自費診療として料金設定していますか はい いいえ

f 料金設定している場合 具体的な金額をご記入ください
 (1回 ○○円 1時間○○円 等) ()

11. 外来処方せんの院内調剤を行っていますか

行っている

行っていない

↓ (行っている場合のみ以下の質問にお答えください)

↓
 行っていない場合
 12へ
 ↓

a 監査について該当するものすべてにチェックをつけてください

- (1) 薬歴等に基づきすべての処方に関して監査を行っている
 (2) 薬歴等に基づいた監査を、一部(臨時処方外用薬等)を除き、行っている
 (3) 薬歴等に基づき一部の(ハイリスク薬等を服用している患者等)の処方に関して監査を行っている
 (4) 処方監査が施設内情報では完了できない時は、他医療機関に処方内容を問い合わせ、当該医師及び自施設の医師との処方を調整している
 (5) 他職種あるは他施設との事前協議などにより、処方内容の調整や適正使用のためのルールやプロトコルを運用している。
 (内容：)
 (6) 他職種あるは他施設との事前協議などにより、処方内容の調整や適正使用のためのルールやプロトコルの運用を準備・検討している。
 (内容：)
 (7) その他 ()

b 薬歴等の内容について、薬歴の他参照している情報すべてにチェックをつけてください

- (1) 病名 (2) 検査値 (3) TDMの結果 (4) 医師のコメント
 (5) お薬手帳 (6) その他 ()

F. 後発医薬品（外来）

14. 後発医薬品を積極的に使用するための取り組みを行っていますか	
<input type="checkbox"/> 行っている	<input type="checkbox"/> 行っていない
↓（以下の質問にお答えください）	
a 貴施設で算定しているもの1つにチェックをつけてください	行っていない場合 14-b へ
(1) <input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算1	
(2) <input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算2	
(3) <input type="checkbox"/> 算定はしていないが使用推進に努めている （後発医薬品採用状況：採用薬の約 _____ %）	
b 算定していない（または実施していない）具体的な理由があればご記入ください	
（ _____ ）	

G. ポリファーマシーへの関わり（外来）

15. 外来患者の多剤投薬回避のための取り組みを行っていますか	
a 貴施設で算定しているものすべてにチェックをつけてください	
(1) <input type="checkbox"/> 薬剤総合評価調整管理料	
(2) <input type="checkbox"/> 連携管理加算	
(3) <input type="checkbox"/> 算定はしていないが該当（関連）する業務を実施している （内容： _____ ）	
(4) <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	

H. 教育・研修

16 資格認定（専門薬剤師、認定薬剤師等）について	
a 該当するものすべてにチェックし、必要に応じて該当資格等の具体的内容をご記入ください	
(1) <input type="checkbox"/> 有資格者がいる	（ _____ ）
(2) <input type="checkbox"/> 取得に努めている資格がある	（ _____ ）
(3) <input type="checkbox"/> 取得したい資格がある	（ _____ ）
(4) <input type="checkbox"/> その他	（ _____ ）

17. 診療所委員会への要望事項

※欄が不足する場合は、別紙に記載してください。

(診療所委員会へのご意見、回答に関する補足または日常業務の問題点や貴施設特有の業務等がありましたらご記入ください)

*** 差し支えなければ、メールアドレスをご記入ください ↓ ***

無床診療所の場合 設問は終了です。ありがとうございました

有床診療所の場合 18へお進みください

F. 有床診療所のみお答えください

18. 入院基本料

貴施設で算定しているものすべてにチェックつけてください

- (1) 有床診療所入院基本料 (2) 有床診療所療養病床入院基本料

19. 施設の在院患者数・在院日数

1日平均在院患者数をご記入ください

- (1) 全病床 (人) (2) 一般病床 (人) (3) 療養病床 (人)

20. 病棟の業務時間と薬剤師数

a 病棟における業務時間（概算）をご記入ください (約 時間/週) (※)

(※) 複数薬剤師で担当している場合は、各人×業務時間の総計としてお答えください。あくまでも概算で結構です

b 病棟業務に関わる薬剤師数をご記入ください

- (1) 常勤 (人) (2) 非常勤 (人)

21. 薬剤管理指導の施設基準に関わる届けを出していますか

届け出ている

届けていない

↓
届け出ている場合は
22へ

↓ (届け出をしていない場合にお答えください)

理由を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

- 施設基準を満たしていない
(常勤薬剤師2名以上を満たさない D I室がない その他)
- 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
- その他()

↓
回答後、23へ (22. は回答不要)

22. 薬剤管理指導に関する下記の算定をしていますか

行っている

行っていない

↓ (行っている場合のみ以下の質問にお答えください)

算定している項目すべてにチェックをつけてください

- (1) 薬剤管理指導1 (※)
救命救急入院料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 (※)
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指導を行うこと。薬剤管理指導1に該当する場合を除く

↓
行っていない場合は
23へ

26. 退院患者について、保険薬局に患者情報を提供していますか

している

していない

↓（行っている場合のみ以下の質問にお答えください）

↓
していない場合
27へ
↓

a 情報を記載している媒体について該当するものすべてにチェックつけてください

- (1) お薬手帳 (2) 薬剤サマリー ()
(3) その他 ()

b 保険薬局に提供している情報について該当するものすべてにチェックをつけてください

- (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) その他 ()

27. 院内で後発医薬品を積極的に使用するための取り組みを行っていますか

行っている

行っていない

↓（行っている場合のみ以下の質問にお答えください）

↓
行っていない場合
27-b へ

a 貴施設で算定しているもの1つにチェックつけてください

- (1) 後発医薬品使用体制加算1
(2) 後発医薬品使用体制加算2
(3) 後発医薬品使用体制加算3
(4) 算定はしていないが使用推進に努めている
(後発医薬品採用状況：採用薬の約 %)

b 算定していない（または実施していない）具体的な理由があればご記入ください

()

28. 入院患者の多剤投薬回避のための取り組みを行っていますか

a 貴施設で算定しているもの1つにチェックつけてください

- (1) 薬剤総合評価調整加算
(2) 算定はしていないが該当（関連）する業務を実施している
(内容：)
(3) その他 ()

以上で調査終了です。ありがとうございました。