

平成30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30年6月1日の状況をお答えください。

A. 基本情報

1. 施設区分

該当するもの1つにチェックをし、有床及びその他の施設の場合は詳細をご記入ください

- (1) 無床
(2) 有床 → 病床数（ ）床
[一般（ ）床 療養（ ）床 その他（ ）床]

2. 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（ ）

3 職員数

a 薬剤師数をご記入ください

- (1) 常勤（ ）人
(2) 非常勤（ ）人 →(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

4. 処方箋枚数

6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
(2) 外来処方箋（院外）枚数（ ）枚/月 院外処方箋発行率（ ）%
(3) 外来注射剤処方箋 枚数（ ）枚/月
(4) 入院処方箋 枚数（ ）枚/月
(5) 入院注射剤処方箋 枚数（ ）枚/月

| 算定項目 | | 算定件数 |
|----------|---|------|
| (14) | <input type="checkbox"/> 外来緩和ケア管理料 | (件) |
| (15) | <input type="checkbox"/> 地域包括診療料 | (件) |
| (16) | <input type="checkbox"/> 地域包括診療加算 | (件) |
| (17) | <input type="checkbox"/> 薬剤適正使用連携加算 | (件) |
| (18) | <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導1 | (件) |
| (19) | <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導2 | (件) |
| (20) | <input type="checkbox"/> 介護保険における薬剤管理指導 | (件) |
| (21) | <input type="checkbox"/> 薬剤師が行う介護保険における居宅療養管理指導 | (件) |
| (22) | <input type="checkbox"/> 入院時支援加算 | (件) |
| (23) | <input type="checkbox"/> 薬剤管理指導料1 | (件) |
| (24) | <input type="checkbox"/> 薬剤管理指導料2 | (件) |
| (25) | <input type="checkbox"/> 薬剤管理指導料3 | (件) |
| (26) | <input type="checkbox"/> 麻薬管理指導加算 | (件) |
| (27) | <input type="checkbox"/> 退院時薬剤情報管理指導料 | (件) |
| (28) | <input type="checkbox"/> 退院時共同指導料1 | (件) |
| (29) | <input type="checkbox"/> 退院時共同指導料2 | (件) |
| (30) | <input type="checkbox"/> 薬剤総合評価調整加算 | (件) |
| (31) | <input type="checkbox"/> 後発医薬品使用体制加算1 | (件) |
| (32) | <input type="checkbox"/> 後発医薬品使用体制加算2 | (件) |
| (33) | <input type="checkbox"/> 後発医薬品使用体制加算3 | (件) |
| (34) | <input type="checkbox"/> 後発医薬品使用体制加算4 | (件) |
| (35) | <input type="checkbox"/> 医療安全対策加算1 | (件) |
| (36) | <input type="checkbox"/> 医療安全対策加算2 | (件) |
| (37) | <input type="checkbox"/> 医療安全対策地域連携加算1 | (件) |
| (38) | <input type="checkbox"/> 医療安全対策地域連携加算2 | (件) |
| (39) | <input type="checkbox"/> 感染防止対策加算1 | (件) |
| (40) | <input type="checkbox"/> 感染防止対策加算2 | (件) |
| (41) | <input type="checkbox"/> 感染防止対策地域連携加算 | (件) |
| (42) | <input type="checkbox"/> 抗菌薬適正使用支援加算 | (件) |
| b | 上記の他に、貴施設の薬剤師が調剤料、調剤技術基本料以外で算定に關与している項目についてご記入ください | |
| (43) | <input type="checkbox"/> (名称) | (件) |
| (44) | <input type="checkbox"/> (名称) | (件) |
| (45) | <input type="checkbox"/> (名称) | (件) |
| (46) | <input type="checkbox"/> (名称) | (件) |
| (47) | <input type="checkbox"/> (名称) | (件) |

B. 薬剤師による診療支援業務の実施状況

| 9. 以下の項目について実施していますか | | | | | |
|----------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a | 以下の業務各々について、該当する実施状況にチェックしてください。 (入院・外来等は問いません) | 実施している | | | 実施していない |
| | | かなり | よく | 時々 | |
| | | 実施状況の判断基準の目安 → (かなり：8割以上) (よく：5割以上) (時々：5割未満) | | | |
| (1) | プロトコールに基づく薬物治療管理 (PBPM) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) | 患者の状態に応じた積極的な処方 の提案 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) | 患者の状態観察に基づく薬効・副作用の確認と結果の医師への伝達 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) | 薬物療法の経過確認及び同一処方継続可否の提案 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) | 持参薬 (残薬を含む他施設処方薬) 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) | 抗がん剤や TPN 等の無菌調製 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) | 保険薬局への情報提供 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) | 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) | 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) | カンファレンス、申し送り、回診等によるスタッフ間の患者情報の共有 | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| (13) | 採用薬の検討・見直し等への提案 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (14) | 行政への副作用報告に関連する業務 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C. チーム医療

| 10. 以下の業務に薬剤師としてかかわっていますか (入院・外来等は問いません) | |
|---|---|
| ※スタッフ間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 | |
| a 該当するものすべてにチェックをつけてください | |
| (1) <input type="checkbox"/> 院内感染・感染制御 | (2) <input type="checkbox"/> NST (栄養サポート) |
| (3) <input type="checkbox"/> 緩和ケア | (4) <input type="checkbox"/> 褥瘡対策 |
| (5) <input type="checkbox"/> がん・化学療法 | (6) <input type="checkbox"/> 周術期管理 |

- (7) 糖尿病療養指導・透析予防
- (8) 腎臓病・透析ケア
- (9) 喘息管理・呼吸サポート
- (10) 禁煙サポート
- (11) 妊産婦・授乳婦サポート
- (12) 精神科リエゾン
〔 ① 睡眠障害 ② 抑うつ ③ 認知症 ④ その他 () 〕
- (13) その他 ()

b プロトコールに基づく薬物治療管理（PBPM）を実施しているものがありましたらご記入ください

c 具体的取組み事例等がありましたらご記入ください

D. 薬剤師の外来診療へのかかわり

| | |
|-------------------------------|---|
| 11. 貴施設では、外来診療を行っていますか | <input type="checkbox"/> 行っている (12^ ↓) |
| | <input type="checkbox"/> 行っていない (18^ ↓) |

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 12. 外来処方箋の院内調剤を行っていますか | |
| <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) | |
| a 監査について該当するものすべてにチェックし、(5)(6)については、具体的な内容をご記入ください | ↓ 行っていない場合 13^ ↓ |
| (1) <input type="checkbox"/> 薬歴等に基づきすべての処方に関して監査を行っている | |
| (2) <input type="checkbox"/> 薬歴等に基づいた監査を、一部（臨時処方外用薬等）を除き、行っている | |
| (3) <input type="checkbox"/> 薬歴等に基づき一部の（ハイリスク薬等を服用している患者等）の処方に関して監査を行っている | |
| (4) <input type="checkbox"/> 処方監査が施設内情報では完了できない時は、他医療機関の診断や処方意図等について問い合わせ、当該医師及び自施設の医師との処方を調整している | |
| (5) <input type="checkbox"/> 他職種あるい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ールを運用している。 (内容：) | |
| (6) <input type="checkbox"/> 他職種あるい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ール運用を準備・検討している。 (内容：) | |
| (7) <input type="checkbox"/> その他 (内容：) | |

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 ()

13. 院外処方箋を発行していますか

している していない

↓ (院外処方を発行している場合のみ以下の質問にお答えください)

a 院外処方箋の監査を行っていますか

- 行っている 行っていない

↓
していない場合
14へ
↓

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 ()

c 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をつけてください

- (1) お薬手帳 (2) 薬剤サマリー (3) 処方箋 (への検査値等の併記)
(4) その他 ()

d 保険薬局等との連携において該当するものすべてにチェックし、具体的な内容をご記入ください

- (1) 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：)
- (2) 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
プロトコル運用を準備・検討している。
(内容：)
- (3) その他
(内容：)

14. 以下の外来診療支援業務を行っていますか

| a 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。 | 実施している | | | 実施していない |
|---------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | かなり | よ く | 時 々 | |
| | 実施状況の判断基準の目安 → 〔かなり：8割以上〕 〔よ <：5割以上〕 〔時々：5割未満〕 | | | |
| (1) 特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク）の薬学的管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 薬物療法プロトコルについて提案、医師と協働で作成進行管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 投薬後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"/> |

| | 実施している | | | 実施していない |
|--|--|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| | かなり | よ く | 時 々 | |
| | 実施状況の判断基準の目安 → (かなり：8割以上) (よ く：5割以上) (時 々：5割未満) | | | |
| (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) 受診している全ての医療機関の把握・処方された医薬品の管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) 入院の予定が決まった患者の持参薬確認※ ※有床診療所のみお答えください | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) 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"/> |
| (9) 注射剤の投与や処置時の適正使用（投与前のセッティング、投与後の経過観察等）への関与 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) 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"/> |
| (11) 治療に用いる各薬剤の説明 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (12) デバイス（吸入器、インスリン注入器等）の適正使用のための説明 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (13) 副作用やその対策等の説明 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (14) 手術に影響のある薬剤の説明 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (15) 使用中のOTC薬、健康食品、サプリメントに関連する把握と説明 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (16) 24時間開局(対応)薬局、かかりつけ薬局等、保険薬局に関する情報提供 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (17) 保険薬局への上記1～15などの情報提供 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (18) その他（ ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b 対象疾患等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) <input type="checkbox"/> 糖尿病 | (2) <input type="checkbox"/> 喘息 | (3) <input type="checkbox"/> 高血圧症 | (4) <input type="checkbox"/> 高脂血症 | |
| (5) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 | (6) <input type="checkbox"/> 関節リウマチ | (7) <input type="checkbox"/> 腎障害 | (8) <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 | |
| (9) <input type="checkbox"/> 認知症 | (10) <input type="checkbox"/> 統合失調症 | (11) <input type="checkbox"/> てんかん | (12) <input type="checkbox"/> HIV | |
| (13) <input type="checkbox"/> 勃起不全 | (14) <input type="checkbox"/> 妊婦・授乳婦 | (15) <input type="checkbox"/> 手術前 | | |
| (16) <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
| c 薬剤師外来として特定の場所等を設けて行っていますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| d 薬剤師外来を自費診療として料金設定していますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | ↓↓ いいえの場合 14-e ^ ↓ | |
| 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) | () | | | |
| e 薬剤師外来以外に実施していること（診療陪席等）がありましたらご記入ください | | | | |

f 外来診療支援業務を評価するデータや事例がありましたらご記入ください

15. 外来化学療法他、注射薬投与に関連する診療支援について

| □ 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 16へ ↓ |
| a 該当するものすべてにチェックをつけてください | |
| (1) <input type="checkbox"/> 無菌調製 (2) <input type="checkbox"/> レジメンの評価やチェック (3) <input type="checkbox"/> 副作用モニタリング (4) <input type="checkbox"/> 医師と協働したインフォームドコンセント、服薬指導 (5) <input type="checkbox"/> その他 () | |
| b a の対象となる薬剤すべてにチェックをつけてください | |
| (1) <input type="checkbox"/> 抗がん剤 (2) <input type="checkbox"/> 抗がん剤以外 (薬剤名:) | |

16. 外来患者への向精神薬の処方適正化への取り組みについて

a 該当するものすべてにチェックをつけてください

(1) ベンゾジアゼピン系の抗不安薬・睡眠薬の長期継続使用回避に努めている

(2) 向精神薬の多剤併用への減量・減薬等に努めている

(3) (1),(2)の減量・減薬等の処方変更後の患者モニタリングを実施している

〔関与している職種： 医師 院内の薬剤師 保険薬局薬剤師 看護師〕

b 処方実績について、該当するもの1つにチェックしてください

1年前に比べて、向精神薬の処方が

(1) 減ったと思う (2) 特に変化はない

(3) 増えたと思う (4) その他 ()

c 具体的取組み事例がありましたらご記入ください

17. 外来患者への抗微生物薬の処方の適正化への取り組みについて

a 該当するものすべてにチェックをつけてください

- (1) 急性気道感染症、急性下痢症等に対する不適切な使用回避に努めている
- (2) 対症療法が推奨された患者に対する「抗微生物薬不要の説明」を実施している
(関与している職種： 医師 院内の薬剤師 保険薬局薬剤師 看護師)

b 処方実績について、該当するもの1つにチェックしてください

1年前に比べて、抗微生物薬の処方が

- (1) 減ったと思う (2) 特に変化はない
- (3) 増えたと思う (4) その他 ()

c 具体的取組み事例等がありましたらご記入ください

18. 外来患者への不適切な多剤投薬回避のための取り組みについて

a 該当するものすべてにチェックをつけてください

- (1) 多剤投与されている外来患者の処方薬を総合的に評価し、減薬・減量等に努めている
- (2) (1)について、必要に応じ、他の保険医療機関又は保険薬局と連携して対応している
- (3) その他 ()

b 処方実績について、該当するもの1つにチェックしてください

1年前に比べて、内服薬（屯服薬を除く）の多剤投与の処方が

- (1) 減ったと思う (2) 特に変化はない
- (3) 増えたと思う (4) その他 ()

c 具体的取組み事例等がありましたらご記入ください

E. 在宅診療・介護にかかわる地域医療

| | |
|----------------------|------------------------------|
| 19. 貴施設は在宅療養支援診療所ですか | <input type="checkbox"/> はい |
| | <input type="checkbox"/> いいえ |

| 20. 併設もしくは関連法人で介護施設がありますか | |
|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| ↓ (ある場合のみ以下の質問にお答えください) | |
| a 該当する施設すべてにチェックをつけ、施設数をご記入ください | ↓ ない場合 21へ ↓ |
| (1) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 () 施設) | |
| (2) <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 () 施設) | |
| (3) <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 () 施設) | |
| (4) <input type="checkbox"/> 介護医療院 () 施設) | |
| (5) <input type="checkbox"/> その他 () 施設) | |

| 21. 在宅診療・介護に関連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) | |
| a 訪問診療について、該当するものすべてにチェックをつけてください | ↓ 行っていない場合 22へ ↓ |
| (1) <input type="checkbox"/> 薬剤師による訪問薬剤管理指導を実施している | |
| (2) <input type="checkbox"/> 医師の訪問診療に同行している | |
| (3) <input type="checkbox"/> 保険薬局薬剤師による訪問薬剤管理指導と連携している | |
| (4) <input type="checkbox"/> その他 () | |
| b 他医療機関との連携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) <input type="checkbox"/> 他医療機関の入退院時の薬剤情報等を共有・連携している | |
| (2) <input type="checkbox"/> 退院時共同指導に参加している | |
| (3) <input type="checkbox"/> その他 () | |
| c 介護施設内の薬剤業務支援について、該当するものすべてにチェックをつけてください | |
| (1) <input type="checkbox"/> 調剤を行っている | |
| (2) <input type="checkbox"/> 処方設計支援をしている | |
| (3) <input type="checkbox"/> 薬剤管理指導を実施している | |
| (4) <input type="checkbox"/> 医薬品安全管理を実施している | |
| (5) <input type="checkbox"/> その他 () | |

d 具体的取組み事例等がありましたらご記入ください

F. 後発医薬品の使用推進

22. 院内採用薬について、後発医薬品を積極的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

↓
行っている場合は
bへ
↓

↓ (行っていない場合はaにお答えの上bへ)

a 具体的な理由があればご記入ください

b 後発医薬品採用状況(概算)を記入してください

b-1. <採用品目数割合として>

0~25% 25~50% 50~75% 75%以上

b-2. <調剤数量割合として>

診療報酬に準じた算出(※)が可能な場合は、以下についてもお答えください

| | | |
|------------------------------|-------------|--|
| 外来調剤 | 数量割合 | <input type="checkbox"/> 0~25% <input type="checkbox"/> 25~50% <input type="checkbox"/> 50~70% <input type="checkbox"/> 70~85% <input type="checkbox"/> 85%以上 |
| | 基準値(カットオフ値) | <input type="checkbox"/> 50%未満 <input type="checkbox"/> 50%以上 |
| 入院調剤 (有床診療所のみ お答えください) | 数量割合 | <input type="checkbox"/> 0~25% <input type="checkbox"/> 25~50% <input type="checkbox"/> 50~60% <input type="checkbox"/> 60~80% <input type="checkbox"/> 80%以上 |
| | 基準値(カットオフ値) | <input type="checkbox"/> 50%未満 <input type="checkbox"/> 50%以上 |

(※) 後発医薬品の数量割合の計算方法

数量割合 = 後発医薬品の数量 / (後発医薬品の数量 + 後発医薬品のある先発医薬品の数量)

基準値(カットオフ値) = (後発医薬品の数量 + 後発医薬品のある先発医薬品の数量) / すべての医薬品の数量*

* 「経腸成分栄養剤」、「特殊ミルク製剤」、「生薬」、及び「漢方」を除く

G. 教育・研修

23. 資格認定（専門薬剤師、認定薬剤師等）について

a 有資格者について、該当資格と認定団体を記入してください

| 認定資格 | 認定団体 | 認定資格 | 認定団体 |
|------|------|------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

b 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) 取得に努めている資格がある
()
- (2) 取得したい資格がある
()
- (3) その他
()

H. その他の実施業務

24. 貴施設で既設問以外に薬剤師が実践している業務がありますか

a 該当する項目すべてにチェックをつけてください

- (1) 治験の実施に関連する業務
- (2) 放射性医薬品の取扱いに関連する業務
- (3) 健康管理業務としての生活習慣病の重症化予防対策
- (4) 予防接種、健診（検診）等における薬品適正使用管理
- (5) 患者や家族の健康管理・医療相談等
- (6) その他
()

I. 診療所委員会への要望事項等

25. 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等
がありましたらご記入ください

※欄が不足する場合は、別紙に記載してください。

*** 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 26へお進みください

29. 入院中の患者への診療支援業務について

| 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について、 実施しているものすべてにチェックをつけてください | 実施している | | | 実施していない |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | かなり | よく | 時々 | |
| | 実施状況の判断基準の目安 → (かなり：8割以上) (よく：5割以上) (時々：5割未満) | | | | |
| (1) | 医薬品の投薬・注射状況の把握 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) | 患者等に対するハイリスク薬等にかかわる投与前の詳細な説明 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) | 薬剤の投与にあたり、流量または投与量の計算等の実施 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) | 退院時の薬学的管理指導 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b | 以下の業務について実施しているものすべてにチェックしてください | | | | |
| (1) | 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"/> |
| (2) | 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"/> |
| (3) | 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"/> |
| (4) | 注射剤の投与時の適正使用（投与前のセッティング、投与後の経過観察等）への関与 | <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) | 患者への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) | 患者への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) | 患者への手術に影響のある薬剤の説明 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) | カンファレンス、申し送り、回診等によるスタッフ間の患者情報の共有 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (11) | その他（ ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c | 上記b(1)の「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」を実施している場合、 具体的な取り組み事例等をご記入ください | | | | |

d 入院診療にかかわる薬剤師の業務を評価するデータや事例がありましたらご記入ください

30. 退院患者について、保険薬局等に患者情報を提供していますか

している

していない

↓ (している場合のみ以下の質問にお答えください)

↓

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

していない場合
31へ
↓

(1) お薬手帳

(2) 薬剤サマリー

(4) 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 (

)

c 退院時共同指導を実施、薬剤師が参加していますか

(1) よく参加

(2) 時々参加

(3) 参加していない

(4) 実施していない

d 貴施設の具体的取組み事例等がありましたらご記入ください

31. 入院患者への不適切な多剤投薬回避のための取り組みについて

a 該当するものすべてにチェックをつけてください

(1) 持参薬（入院前の処方薬）について総合的に評価し、減薬・減量等に努めている

(2) 入院中の治療経過に応じて総合的に評価し、ベンゾジアゼピン系薬他、向精神薬の漫然使用等を回避し、処方の適正化に努めている

入院中の治療経過に応じて総合的に評価し、当該患者に対する漫然処方を回避し、処方の適正化に努めている

(3) その他 (

)

d 貴施設の具体的取組み事例等がありましたらご記入ください

以上で調査終了です。ありがとうございました。