

D. 考察

1. 全国の病院・診療所を対象としたアンケート調査

1-1. 人員配置に関するアンケート結果

本研究においては、現時点における病院・診療所における薬剤師の配置人員に関するアンケート調査を行った。100床当たりの薬剤師数は、施設基準の違いから、最も多い特定機能病院においても5.12名にとどまっており、米国における平均値11.2名にははるかに及ばない値であった。また、補助者の配置状況も我が国では平均で100床当たり約0.4~0.6名と非常に少なく(表1)、米国の約14名とは大きな差が認められた。また、夜間休日への対応状況の集計では、表2に示すように病院の規模に応じた対応が取られており、300床未満の一般病院においてはオンコール対応が多く、300床以上の病院では2交代制や当直体制が多かった。この結果は、300床未満の施設においては薬剤師の絶対数が少なく、交替制勤務や当直体制を取ることが出来ない傾向にあることを意味していると考えられた。一方、チーム医療

に関わる上では、365日24時間対応が可能な2交代制あるいは3交代制を採用することが望ましいと考えられるが、2交代制は特定機能病院では約40%程度が採用しているものの、3交代制を採用している施設はほとんど無く、多くの施設において夜間休日は人員配置が手薄になっていると推察された。

薬剤師の病棟への配置状況の集計においても、チーム医療を推進する上での薬剤師人員の不足が改めて浮き彫りとなった。すなわち、100床当たりの病棟専従薬剤師数は最も多い特定機能病院においても0.48名に過ぎず(表3)、米国における平均値(1.15名、添付資料3表3-6におけるClinical Pharmacist(病棟))の半数程度であった。また、病棟専任薬剤師および病棟兼任薬剤師数においても同様の傾向が認められ、我が国では専任および兼任薬剤師の合計数は100床あたり2~3名程度(表3)であり、米国における6.71名(添付資料3表3-6におけるIntegrated Pharmacist(集学的治療部門))の1/2~1/3程度にとどまっており、薬剤師がチーム医療において先進

的な活動を展開している米国との人員配置における格差は非常に大きく、実際に薬剤師の具体的な配置数に関する設問（設問 12～14）に対する回答（表 5～7）を見ても、兼任薬剤師による注射薬混合のみのケースを含めても薬剤師による病棟・診療科のカバー率は 50～60%程度、混合業務以上の病棟活動に限れば 30%程度のカバー率にとどまった。さらに病棟のカンファレンスへの出席状況という観点からも、急性期病棟においては 60～70%と高い出席率であるが、反面一般病棟のカンファレンスにおいては 30%程度の出席率となっており、これらの事実からも、薬剤師が十分に介入できる環境ではないことは明らかである。薬剤師人員の不足は、今後我が国においてチーム医療に薬剤師が参画していく上で大きな阻害要因になると考えられた。病棟活動に十分な時間が確保出来ない要因としては、表 9、18 等に示すように、セントラル部門（調剤、薬品管理、TDM 等）、薬品情報部門、治験関連業務、薬事委員会関連業務等の負担が大きいことが考えられた。米国においては、平均で 100 床あたり 13.1

名のテクニシャン（Pharmacy technician）が雇用され、これらの業務の一部を担当しているため、薬剤師の病棟活動の時間を確保することが可能であるが、一方我が国では薬剤師数が米国に比較して半数程度である上に、法律上の制約からテクニシャンの導入が不可能であることもあり、薬剤師の病棟活動を大きく制限していると考えられる。しかしながらこのような人員配置状況の中でも、病棟活動の典型例である薬剤管理指導業務の算定件数は 100 床あたり 100 件/月程度に上っており（表 4）、限られた人員の中でも、積極的な活動を展開しているものと考えられた。

一方、設問 10 に対するアンケート調査結果から、具体的にどの程度人員が不足しているのか定量的に解析したところ、表 4 に示すように、病院の規模により若干の差はあるものの、全病棟に専従薬剤師を配置するためには、少なくとも 100 床当たり 2 名前後の薬剤師増員、率にして現在の 40～60%程度の増員が必要と考えられていることが明らかとなった。しかしながら設問 10 に対する回答は単純に 1 病

棟に1名を配置するために必要とされる人数を回答している施設が多いと考えられ、チーム医療を米国並みに推進するための必要数、という観点からはやや過小評価となっている可能性は否定できない。

1-2. 調剤業務に関する集計結果

表9に示すように、100床当たりの処方箋枚数は、最多の特定機能病院では内服・外用（1803枚）、注射（2333枚）であり、調剤業務の負担は決して軽くはなく、多くの薬剤師が担当することになる。このことは、病院に配置されている現在の薬剤師数を考えると、病棟活動の展開を進めるのを困難にしていることの一因であろう。しかしながら一方で、疑義照会率は1%～7%程度、処方変更になった割合は30～70%程度となっており、薬剤師が薬物治療の安全性を確保する上で極めて重要なゲートキーパーとして機能していることも明白であることから、現在の調剤業務の質・量を低下させることはできない。我が国において医療現場に薬剤師が絶対的に不足している現状があり、チーム医療が拡充して

いる欧米先進国との薬剤師数の違いが、業務内容の違い（調剤中心か病棟チーム医療中心か）に反映されているものと考えられる。一方で、欧米諸国には、我が国には存在しない、テクニシャン（薬局技術者）制度が導入されているが、特にEUにおいては、テクニシャンの業務範囲や待遇の点で、激しい議論が巻き起こっている（添付資料7）。我が国においても薬剤師法で「薬剤師でなければ販売または授与の目的で調剤してはならない」と定められており、テクニシャンの導入は関連法規との整合性も考慮しつつ、慎重な議論がなされるべき案件であると考えられる。

1-3. 現時点におけるチーム医療への参画状況

今回のアンケート調査の結果、現時点においても薬剤師は、チーム医療に積極的に参加していることが明らかとなったが、大規模な施設においては、NST（栄養サポートチーム）、ICT、褥瘡対策チーム、緩和ケアチームなど職種横断的・診療科横断的なチームとしての活動に関わるケースが多く、病棟

単位での活動事例はほとんど回答されなかったが、逆に小規模の施設では病棟単位のチーム医療に介入しているとする事例が多く回答された。その原因は明確ではないが、小規模な施設では他の医療従事者に対する薬剤師の割合が比較的高く、小回りがききやすいことも関与していると考えられる。一方、薬剤師が専門とする薬物動態学に関する知識が要求される TDM 業務に関しては、表 11 に示すように、介入件数こそ施設の規模に依存していたが、TDM による処方変更の受け入れ率（設問 26）は病院による差は少なく、概ね 70%前後であり、TDM を通してチーム医療に大きく貢献していることが明らかとなった。さらに、表 12～14 に示すように、薬剤師による副作用症例への介入事例には薬剤師が関与することにより初めて見出された事例も少なくないことから、病棟においても薬剤師は薬物治療の安全性を確保するゲートキーパーとして重要な役割を担っていると考えられた。また、同時にこれらの事例は今後のチーム医療を担う薬剤師を育成する上でも重要な教材となると考え

られた。

一方で、チーム医療に対して積極的に貢献するためには薬剤師自身が高い能力を有していることが必須である。そのような観点からは、一定の基準を満たした薬剤師に授与される専門薬剤師・認定薬剤師の在籍数も重要な指標となる。表 15 には各施設における専門薬剤師資格の取得人数に関する集計結果を示したが、最も取得人数が多いがん専門薬剤師、感染制御専門薬剤師においても施設当たりの平均在籍数は 1 名未満という状況であり、薬剤師に対する専門性の高い教育が十分でない現状を反映しているものと考えられた。ただし、現在多くの専門薬剤師では、複数の学術論文を公表していることが取得の要件とされている場合がほとんどであり、施設によっては、高い臨床的能力を有するにもかかわらず、学術的な発表を行うトレーニングを受けていないため専門薬剤師を取得できない薬剤師も少なからず存在するものと思われる。今後は、臨床的能力に加え、研究発表能力にも優れた薬剤師を継続的に育成・供給することが必要であろう。表 16 に示す

ような専門薬剤師・認定薬剤師に期待される高度な業務に携わることができ、薬剤師を継続的に供給できるかがチーム医療における薬剤師の価値を左右すると言っても過言ではないと考えられる。

1-4. 薬品情報室の業務体制に関する集計結果

薬品情報の収集・加工・発信は、薬剤師の重要な業務である。また、病棟において薬剤師が活躍するためには常に最新の医薬品情報を理解しておく必要があることから、医薬品情報を集中的に管理する薬品情報室の機能は極めて重要であると言える。しかしながら、本研究の結果、表 18A に示すように特定機能病院や 500 床以上の一般病院においては、ある程度の人員配置がされている一方で、より小規模の施設においては、薬品情報室に十分な人員が確保出来ているとは言い難く、薬品情報室が設置されていない施設も少なくない現状が明らかとなった。調査の結果、緊急安全性情報や、添付文書改訂情報（Q33～Q34）といった緊急性の高い情報については、方法は

様々であるが、多くの施設において能動的な情報提供が行われているが（表 18B）、一方で、DI ニュース等による能動的な情報提供（設問 33）や、海外文献を基にした情報提供（設問 36）、患者を対象とした情報誌等の提供（設問 37）等のアドバンスな情報提供については、薬品情報室の人員配置状況に依存した実施状況となっており、マンパワーが最大の制約条件となっていると考えられた。実際、能動的な情報提供や、海外文献の調査が実施できない原因として人員不足や（インターネット等の）設備の不足を挙げる施設も多かったが、昨今では、最新の薬品情報の情報ソースとして、海外文献は極めて重要であることから、早急な改善が必要な状況と考えられる。

一方、薬品情報の提供手段としては、規模の大きい病院ほど院内 LAN や院内専用ホームページ、メーリングリストなどを活用した電子媒体が選択されるケースが多く、特に緊急安全性情報や添付文書改訂情報の情報提供でその傾向が顕著であった。小規模の施設であれば、印刷物の配布や個別の電話連絡などでも迅速な対応が可能で

あるが、大規模な施設ではそのような対応では情報伝達の迅速性に欠けることが、このような傾向が認められた原因と考えられた。ただし、近年ではメーカー等からの情報も電子媒体で提供されることも多くなってきていることも考慮すると、施設の規模によらず電子メール、WEB ページ掲載といった手法による情報提供を可能とする環境の整備は検討すべきと考えられる。

薬事委員会への関与も薬品情報室の重要な業務であるが、表 19 に示すように、薬事委員会の開催頻度は比較的高く、審査する薬剤数も少なくないことから、事務局や資料作成、委員会での説明を担当する薬剤師の負担は大きいものと考えられる。

1-5. 病院・診療所を対象としたアンケート調査結果の総括

現状において病院薬剤師は調剤やTDM、薬品情報管理などのセントラル部門での活動においても、病棟における活動においても、医薬品適正使用や薬物療法の安全性の確保の上で重要なゲートキーパーとして機能してい

ると言えるが、一方で薬剤師職員数や、病棟への人員配置状況に関するアンケート結果からは、セントラル部門における業務の負担が大きく、病棟活動の時間が制限され十分な介入が難しい現状が浮き彫りとなった。また、病棟活動においては主導的な役割を担うべき専門薬剤師の不足も看過出来ない問題であると考えられる。

今後我が国において、薬剤師による薬物療法の安全性確保を目指した先進的な業務展開を普及させるためには、薬剤師自身のさらなる能力向上は無論必要であるが、加えてセントラル部門を弱体化させることなく、病棟活動を強化する必要があると考えられる。そのために取り得る方策としては薬剤師の増員以外にはなく、今後、テクニシヤンの導入も含めた総合的な議論が必要となると考えられる。

2. 全国の薬局を対象とした在宅訪問指導に関するアンケート調査

2-1. 在宅管理への参画の現状に関するアンケート結果の解析

在宅管理は、今後来るべき高齢化社会において、多様化する患者の死生観

に併せた医療を提供する上で重要な医療サービスであり、在宅訪問管理指導料（500点）、居宅療養管理指導料（500点）の算定が認められるなど、薬剤師の介入が期待されている。そのような背景から、本研究においては、薬局を対象として在宅管理に関するアンケートを実施した。回答が得られた施設に関する情報（表20）から、本アンケートに回答した施設の多くは地域の小～中規模の薬局であり、大病院の門前薬局などの大規模な薬局は少ないと考えられた。

薬局が在宅訪問指導を実施する上では、外来処方箋の調剤とは異なり、患者宅への往復時間が非常に重要な要因となる。今回の調査では、往復時間が30分以内との回答が全体の74.6%と大部分を占めていたが、30分～60分程度との回答も23.4%と少なくはなく、在宅訪問指導を実施する上で障壁の一つとなっていると考えられた。一方、患者との面談に利用できる時間は往復に要する時間とも関連すると考えられるが、10分以下との回答が33.3%を占めるなど、十分な指導時間が取れないケースも少なくないと

考えられた。

また、在宅指導を行う上では入院時も含めた患者情報の取得が極めて重要であるが、アンケート調査の結果、入院先の病院から患者情報が得られないケースも少なくなく、また、病院以外からの情報源としては、外来主治医、ケアマネージャー、訪問看護師、患者本人・家族など様々な回答が寄せられており、標準的な情報伝達システムが構築されていない現状が明らかとなった。患者情報は在宅指導を行う上で必須の情報であり、薬剤師による介入の質をも左右することから、例えば仏国の薬剤ファイル（添付資料8）などのような標準的な伝達手段の確立が望まれる。

一方で、薬剤師は在宅管理においても、薬物治療の安全性を確保するゲートキーパーとして重要であると考えられる。実際、表22に示すように、薬剤師の在宅管理における副作用対策への介入事例の中には、放置された場合に重篤な帰結となった可能性があるケースも多く、在宅管理に薬剤師が介入する意義は大きいと考えられた。

2-2. 今後の在宅訪問管理の展開方針に関するアンケート調査結果

設問 2-3 に対する回答としては、「往診への同行も含めた医師との連携強化」、「TPN の無菌的調製も含めた栄養管理への介入」といった回答が多く認められ、薬剤師は在宅管理において、薬物治療に関する事項のみでなく、栄養管理等も含めた患者の健康管理に踏み込みたい、という希望を持っていることが伺えた。また、上記に関連するが、「血圧測定など薬剤師にも可能な医療行為の実施」との回答も散見された。この問題は、病院と異なり他の医療スタッフが近くにいない状況で患者対応を行うことが多い在宅管理においては、議論されるべきポイントであろう。例えば、米国の CDTM 等はその一つの方針として考慮されるべきであろう。しかしながら一方で、「薬剤師指数不足のため、これ以上の展開は見込めない」といった回答も目立ち、次項で述べる薬剤師の人員不足は今後、在宅管理を展開する上で極めて深刻な問題であると考えられた。

2-3. 在宅訪問管理における課題や解決すべき点に関するアンケート調査結果

設問 2-4 に対する回答からは、現状の在宅管理における具体的な問題点が明らかとなってきた。薬局において対応すべき問題点としては、「薬剤師スタッフの不足」、「薬剤師個々の能力の差」との回答が大多数を占めたことから、往復に時間を要し、また訪問時間にも制限のある在宅訪問管理と通常の処方箋調剤の両立は人的要因から困難であり、その点が解決されない限り現状以上の展開は難しいと考えられた。処方元の医療機関の問題点としては、「医師が在宅訪問指導の存在そのものや、業務内容について知識が十分でない」との回答が多く、薬剤師による在宅訪問管理の意義やメリットが十分に周知されていないことが大きな問題となっていると考えられた。しかし、一方で主治医と非常に良好な関係にあるとの回答も多く、主治医により在宅訪問管理に対する考え方に大きな差があることを示していると考えられた。地域の薬局全体として解決すべき点に対する回答として

は、「在宅訪問指導を実施している（積極的である）薬局が少ない」という問題点に起因するものがほとんどであった。在宅訪問管理に対応出来る薬局が少ないことは、特定の薬局に負担がかかることを意味しており、前述の患者宅への往復時間にも関連する問題と考えられる。すなわち、対応出来る薬局が少ないため必然的に広範囲の患者を訪問する必要性が生じ、往復時間が長くなる訳である。我が国において薬局は、設置基準の問題もあり地域人口に応じて比較的均等に設置されている。そのため、多くの薬局が在宅訪問管理に参画することで、薬局当たりの負担も軽減され、人的要因に対してもプラスに働きうると考えられる。その他の問題としては、「在宅訪問にかかるフィーが低い」、「レセプト申請のための書類作成の手間が非常に大きい」等保険算定ルールに関する意見も多く挙げられていた。実際、処方箋1枚当たりの調剤基本料は18~40点であり、基準調剤加算などの諸加算があることを考慮すれば概ね30~50点程度であろう。一方、訪問管理指導料は1回500点であることから、10~15枚

程度の処方箋調剤とほぼ同額ということになる。訪問に係る時間、算定のための書類作成の時間等を考慮すれば、純経営的には通常は処方箋調剤の方がメリットは大きいであろう（実際、本設問に対する回答としてこのような意見も見られた）。この問題は、行政レベルでなければ対応出来ない問題であり、今後さらに詳細な実態調査を行い、必要な対策を取ることが必要となると考えられる。

2-4. 薬局を対象とした在宅管理に関するアンケート調査結果の総括

在宅訪問管理に関するアンケート調査においても、薬剤師は薬物療法の安全性の確保に重要な貢献をしている一方で、処方箋調剤の負担が大きく、人的資源の問題から在宅訪問管理を十分に実施できていない実態が明らかとなった。また、在宅訪問管理において、患者情報の共有が必ずしもスムーズでないケースも多いことから、仏国の薬剤ファイル等を参考に標準的な患者情報の共有システムを構築する必要があると考えられた。在宅訪問管理を実施できる薬局が少ないこと

も、この問題に拍車をかけていると考えられた。一方で、在宅訪問管理に対する診療報酬が業務内容に見合わないとの意見も多く、さらなる実態調査と対策が必要と考えられた。また、在宅訪問管理においては薬剤師も血圧測定など必要な医療行為を実施可能とすべきとの意見も寄せられた。法的な問題は残るが、米国の CDTM 等を参考に議論は行われるべきと考えられる。

3. 総合的考察

本研究の目的は、薬剤師による医薬品安全性確保を目指した先進的な業務展開を普及させるための方策、およびチーム医療において安全性情報管理や副作用発生防止に貢献できる薬剤師を育成するための方策を提案することにある。国内を対象としたアンケート調査の結果、薬剤師はチーム医療において、薬学の専門性を活かした積極的な介入を多数実施していることが明らかとなり、薬剤師はチーム医療に不可欠な構成員であることが示された。しかしながら一方で、薬剤師の人員配置に関する詳細なアンケー

ト調査や海外現地調査の結果、薬剤師個人の能力の問題よりは、むしろ薬剤師の絶対的な人員不足に帰すべき要因によりこれらの先進的な活動が一部の医療機関でしか実施できていないことが示唆された。従って、薬剤師による医薬品安全性確保を目指した業務展開を普及させるためには、薬剤師個人の研鑽以上に薬剤師人員の充実が必須であると考えられた。また、先進的な業務を担う薬剤師の育成には、本研究において集積したような優れた介入事例に学ぶことも重要であるが、更に、優れた指導者の下、多くの臨床経験を積むことが必須であることは言うまでも無い。

従って、必要に応じて海外のシステムや政策を参考として、薬剤師がチーム医療に参画できる環境を整備することが、先進的な活動を普及させる上でも、それを担う薬剤師を教育する上でも重要であると考えられた。これと並行して6年制教育課程における臨床実習を充実させ、また、優れた介入事例を集積・公開し自己研鑽を可能とし、薬剤師個々の能力向上を図ることが、チーム医療において薬剤師が薬物療

法の安全性を確保するゲートキーパーとして機能するために必須であると考えられた。

これらの方策が達成されることにより、薬物療法の安全性が向上し、最終的にはあまねく国民の健康・福祉の向上に繋がると期待される。

E. 結論

薬剤師による医薬品安全性確保を目指した先進的な業務展開を普及させ、また、チーム医療において安全性情報管理や副作用発生防止に貢献できる薬剤師を育成するためには、1)薬剤師人員の充実・業務環境の整備、2)薬剤師の臨床的能力の向上、の二点を同時に推進することが重要であると考えられた。

F. 健康危険情報

該当ありません。

G. 研究発表

該当ありません。

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当ありません。

I. 謝辞

本調査研究を遂行するにあたり、ご協力いただきました下記の施設および方々に深謝いたします。

米国薬剤師会 Marlena Edwards 氏、米国病院薬剤師会 Stan Lowe, Jr 博士、David R. Witmer 博士、Cynthia Reilly 氏、Bona E. Benjamin 氏、Mary Andrawis 博士、南カリフォルニア大学薬学部 Michael Z. Wincor 准教授、南カリフォルニア大学病院・ノリス癌病院薬剤部長 Melanie Joe 博士、南カリフォルニア大学薬学部薬局、ロンドン北東部薬剤師会 Hemant Patel 氏、および Patel 氏の案内により訪問した開局薬局、ワーファリン・クリニック、Queen's Hospital 薬剤部、ロンドン大学薬学部 David Taylor 教授、フランス薬剤師会会長 Jean Parrot 氏、M. Doninique LIVET 薬局（パリ）、Georges Pompidou 病院（パリ）薬剤部 Brigitte Sabatier 博士、ドイツ薬剤師会 Christiane Eckert-Lill 博士および博士の案内により訪問した開局薬局、Charite 大学病院（ベルリン）薬剤部 Georg Berndt 博士。これらの諸施設、諸先生方には、現地

にて長時間にわたり調査にご協力いただきましたほか、帰国後の調査にもご協力いただきました。Aminata Sylla 氏には Georges Pompidou 病院にてフランス語－英語間の通訳をご担当いただきました。このほかにも、多くの方々のお世話になり、この場を借りて厚く御礼申し上げます。

表1 アンケートが返送された施設の情報 (設問1～4、設問6)

施設	病床数 (床)	年間入院患者数 (人・日)	平均在院 日数 (日)	病棟稼働率 (%)	施設の薬剤師数 (人)		補助者	
					常勤+非常 勤 (人)	100床当た り人数	人数	100床あた り人数
特定機能病院 (n=47)	828 ± 201 (100)	181207 ± 116093 (100)	17.0 ± 2.22 (100)	86.5 ± 4.47 (100)	42.9 ± 16.0 (100)	5.12 ± 1.14 (100)	3.48 ± 5.18 (79.0)	0.60 ± 0.61 (79.0)
～99床 (n=167)	77.5 ± 17.2 (100)	12921 ± 13010 (84.4)	71.4 ± 125 (94.0)	80.2 ± 16.9 (89.2)	2.98 ± 1.78 (100)	4.90 ± 9.86 (100)	0.42 ± 0.97 (79.0)	0.83 ± 3.65 (79.0)
100～299床 (n=620)	185 ± 55.6 (100)	29320 ± 29756 (91.5)	250 ± 1389 (94.0)	86.8 ± 48.1 (93.9)	5.15 ± 3.30 (99.8)	2.83 ± 1.59 (99.8)	0.51 ± 0.85 (84.2)	0.29 ± 0.50 (84.2)
300～499床 (n=308)	375 ± 58.9 (100)	68775 ± 53699 (89.6)	94.4 ± 207 (93.5)	82.6 ± 10.8 (91.6)	11.7 ± 5.87 (99.7)	3.14 ± 1.50 (99.7)	0.87 ± 1.33 (86.0)	0.23 ± 0.36 (86.0)
500床～ (n=152)	643 ± 157 (100)	131966 ± 97751 (96.1)	64.5 ± 173 (97.4)	84.8 ± 10.0 (98.0)	23.0 ± 13.5 (99.3)	3.58 ± 1.79 (99.3)	2.13 ± 3.40 (83.6)	0.33 ± 0.47 (83.6)

データは平均 ± S.D. で標記した。
括弧内は有効回答率 (%) を示す。

表2 夜間休日への対応 (設問5)

施設	有効回答率 (%)	2交代制 (施設数)	3交代制 (施設数)	オンコール (施設数)	その他 (施設数)
特定機能病院 (n=47)	100	25 (53.2)	1 (2.13)	1 (2.13)	23 (48.9)
~99床 (n=167)	88.6	19 (12.8)	6 (4.05)	82 (55.4)	46 (31.1)
100~299床 (n=620)	90.4	53 (9.45)	19 (3.39)	349 (62.2)	165 (29.4)
300~499床 (n=308)	92.9	72 (25.2)	7 (2.45)	83 (29.0)	144 (50.4)
500床~ (n=152)	93.4	42 (29.6)	9 (6.34)	21 (14.8)	73 (51.4)

データは回答施設数で表記した。
括弧内は有効回答数に対する割合 (%) を示す。

表3 病棟への薬剤師の配置状況① (設問7～9)

施設	病棟専従薬剤師数		病棟専任薬剤師数		病棟兼任薬剤師数	
	人数	100床当たり人数	人数	100床当たり人数	人数	100床当たり人数
特定機能病院 (n=47)	4.21 ± 5.91 (97.9)	0.48 ± 0.62 (97.9)	5.81 ± 9.27 (97.9)	0.65 ± 0.955 (97.9)	11.9 ± 9.98 (95.7)	1.57 ± 1.37 (95.7)
～99床 (n=167)	0.179 ± 0.703 (90.4)	0.222 ± 0.829 (90.4)	0.444 ± 0.865 (89.2)	0.63 ± 1.40 (89.2)	1.42 ± 1.41 (92.8)	2.85 ± 10.3 (92.8)
100～299床 (n=620)	0.250 ± 1.04 (89.4)	0.13 ± 0.583 (89.4)	0.830 ± 1.83 (89.7)	0.45 ± 0.939 (89.7)	2.34 ± 2.39 (94.8)	1.30 ± 1.27 (94.8)
300～499床 (n=308)	0.99 ± 2.29 (91.2)	0.27 ± 0.629 (91.2)	2.14 ± 3.39 (92.2)	0.58 ± 0.930 (92.2)	4.60 ± 4.49 (94.8)	1.24 ± 1.22 (94.8)
500床～ (n=152)	2.55 ± 5.33 (86.2)	0.40 ± 0.790 (86.2)	3.47 ± 6.03 (89.5)	0.55 ± 0.892 (89.5)	8.10 ± 9.30 (94.7)	1.23 ± 1.17 (94.7)

データは平均±S.D. で標記した。
括弧内は有効回答率 (%) を示す。

表4 病棟への薬剤師の配置状況② (設問10、11)

施設	必要薬剤師数		現在の薬剤師数とのギャップ		1ヶ月あたりの薬剤管理指導料算定数	
	人数	100床当たり人数	人数	100床当たり人数	件数	100床当たり算定件数
特定機能病院 (n=47)	56.6 ± 24.1 (100)	6.90 ± 2.76 (100)	13.6 ± 20.1 (100)	1.78 ± 2.43 (100)	1064 ± 765 (100)	124 ± 72.8 (100)
～99床 (n=167)	4.19 ± 2.27 (92.2)	7.41 ± 19.1 (92.2)	1.17 ± 1.55 (92.2)	2.36 ± 9.22 (92.2)	84.2 ± 103 (92.8)	108 ± 140 (92.8)
100～299床 (n=620)	7.64 ± 4.05 (95.5)	4.20 ± 1.94 (95.5)	2.45 ± 2.52 (95.3)	1.35 ± 1.30 (95.3)	181 ± 202 (97.1)	96.6 ± 101 (97.1)
300～499床 (n=308)	16.9 ± 9.02 (96.4)	4.51 ± 2.18 (96.4)	5.18 ± 6.98 (96.4)	1.37 ± 1.68 (96.4)	436 ± 333 (98.4)	117 ± 88.4 (98.4)
500床～ (n=152)	32.0 ± 16.9 (97.4)	4.95 ± 2.10 (97.4)	8.96 ± 10.5 (97.4)	1.36 ± 1.59 (97.4)	746 ± 534 (98.7)	119 ± 84.8 (98.7)

データは平均±S.D.で標記した。
括弧内は有効回答率(%)を示す。

表 5A 病棟への薬剤師の配置状況 (専従薬剤師の配置状況、設問 12)

施設	専従薬剤師を配置している		専従薬剤師を配置している病棟数 ^a		全病棟数 ^a		各急性期病棟への専従薬剤師の配置状況 (配置している施設数)				
	診療科数 ^a	全診療科数 ^a	いる病棟数 ^a	全病棟数 ^a	ICU/HCU/CCU	NICU/PICU	ER	配置なし	その他		
特定機能病院 (n=47)	3.72 ± 6.60 (38.3)	21.8 ± 6.55 (38.3)	5.00 ± 6.19 (66.0)	19.5 ± 5.38 (85.1)	7	1	1	12	1		
~99 床 (n=167)	0.15 ± 0.676 (59.3)	2.51 ± 2.73 (46.7)	0.15 ± 0.478 (62.3)	2.18 ± 4.97 (68.9)	0	0	0	46	1		
100~299 床 (n=620)	0.171 ± 0.996 (45.3)	4.41 ± 4.97 (36.5)	0.477 ± 1.20 (59.8)	3.44 ± 2.01 (68.5)	0	0	0	157	1		
300~499 床 (n=308)	0.748 ± 2.75 (45.1)	9.30 ± 7.68 (34.1)	1.46 ± 2.66 (65.3)	8.46 ± 19.9 (73.1)	3	1	0	75	0		
500 床~ (n=152)	1.03 ± 3.02 (46.1)	16.0 ± 10.4 (35.5)	3.22 ± 5.30 (62.5)	13.3 ± 5.27 (77.6)	8	2	4	30	3		

^a : 診療科数、病棟数は平均 ± S.D. で標記した。また括弧内は有効回答率 (%) を示す。

表 5B 病棟への薬剤師の配置状況（専従薬剤師の配置状況、設問 12）

施設	各急性期病棟への専従薬剤師の配置人数で分類した施設数							
	ICU/HCU/CCU		NICU/PICU		ER		その他	
	2名未満	2名以上	2名未満	2名以上	2名未満	2名以上	2名未満	2名以上
特定機能病院 (n=47)	5	2	0	1	0	1	0	0
～99床 (n=167)	0	0	0	0	0	0	1	0
100～299床 (n=620)	0	0	0	0	0	0	1	0
300～499床 (n=308)	2	0	1	0	0	0	0	0
500床～ (n=152)	7	1	2	0	4	0	3	0

データは回答した施設数を示す。

表 6A 病棟への薬剤師の配置状況（専任薬剤師の配置状況、設問 13）

施設	専従薬剤師を配置している		専従薬剤師を配置している病棟数 ^a		各急性期病棟への専従薬剤師の配置状況（配置している施設数）				
	診療科数 ^a	全診療科数 ^a	全病棟数 ^a	ICU/HCU/CCU	NICU/PICU	ER	配置なし	その他	
特定機能病院 (n=47)	3.31 ± 6.05 (27.7)	21.8 ± 6.55 (38.3)	4.89 ± 5.71 (57.4)	19.5 ± 5.38 (85.1)	5	0	0	9	0
～99床 (n=167)	0.13 ± 0.589 (46.7)	2.51 ± 2.73 (46.7)	0.43 ± 0.782 (59.9)	2.18 ± 4.97 (68.9)	1	0	0	49	0
100～299床 (n=620)	0.304 ± 1.37 (38.7)	4.41 ± 4.97 (36.5)	0.929 ± 1.60 (57.1)	3.44 ± 2.01 (68.5)	2	1	0	182	0
300～499床 (n=308)	0.903 ± 3.00 (32.5)	9.30 ± 7.68 (34.1)	2.63 ± 3.24 (59.4)	8.46 ± 19.9 (73.1)	8	0	0	68	0
500床～ (n=152)	0.889 ± 3.40 (35.5)	16.0 ± 10.4 (35.5)	3.98 ± 5.50 (63.8)	13.3 ± 5.27 (77.6)	11	0	4	30	0

^a：診療科数、病棟数は平均±S.D. で標記した。また括弧内は有効回答率（%）を示す。

表 6B 病棟への薬剤師の配置状況（専任薬剤師の配置状況、設問 13）

施設	各急性期病棟への専任薬剤師の配置人数で分類した施設数							
	ICU/HCU/CCU		NICU/PICU		ER		その他	
	2名未満	2名以上	2名未満	2名以上	2名未満	2名以上	2名未満	2名以上
特定機能病院 (n=47)	2	3	0	0	0	0	0	0
～99床 (n=167)	1	0	0	0	0	0	0	0
100～299床 (n=620)	0	2	0	1	0	0	0	0
300～499床 (n=308)	6	1	0	0	0	0	0	0
500床～ (n=152)	8	3	0	0	2	1	0	0

データは回答した施設数を示す。