

添付資料 1

18.	設問 16 に関連して、ご回答頂いた業務を推進する上で、今後、専門・認定薬剤師に要求される能力について具体的に箇条書きでご回答ください。
19.	設問 17 に関連して、それらの能力を育成するために必要な教育・研修について具体的に箇条書きでご回答ください。
20.	設問 16、17 に関連して、貴施設において各種専門薬剤師・認定薬剤師が活動を展開する上で障壁となる点があれば、例に倣って具体的に箇条書きでご回答ください。 回答例：人員数上、専門性に特化した業務に十分な時間配属させることが出来ない。

添付資料 1

21.	設問 16、17 に関連して、現在の専門薬剤師・認定薬剤師の認定制度について改善が必要な点があれば具体的に箇条書きでご回答ください（認定基準や認定機関なども含む）。
22.	今後、専門薬剤師・認定薬剤師が中心となり積極的にチーム医療に参画する上で、整備が必要なインフラ（法的整備等も含む）があれば自由にご回答ください。なお、回答は項目毎に、問題点と望ましい具体的な解決策に分けてご記入ください。
23.	今後、必要となる、あるいは新設が期待される専門薬剤師・認定薬剤師があれば、その分野名と具体的な業務内容についてご回答ください。

以上、ご協力誠に有難うございました。

アンケート調査用紙

～医療連携推進・薬剤師の資質向上に必要な行政的対応策に関する研究～

東京大学医学部附属病院薬剤部においては、厚生労働省の補助を受け、標記の調査研究を行っております。つきましては、以下のアンケートへのご協力をお願い致したく、アンケート調査用紙を送付させて頂いております。

ご協力頂ける場合は、以下のいずれかの方法でご回答をお願い致します。なお、誠に勝手ながらアンケート集計の都合上、平成 23 年 3 月 28 日までに回答頂ければ誠に幸いに存じます。

1. アンケート回答用 WEB ページ(URL: <https://www.yakuzaishi-anq.jp/>) にアクセスし、回答を入力していただく。
2. 本アンケート用紙に回答を記入して同封の返信用封筒にて返送いただく。
3. 本アンケート用紙に回答を記入して FAX 番号 03-3816-6159 まで送信頂く。

なお、*のついている設問につきましては、昨年 6 月における結果をご回答いただければと存じますが、直近の 1 - 2 週間のデータから 1 ヶ月分に換算していただいても結構でございます（この場合はその旨、ご記載ください）。

※回答欄に記入しきれない場合は、別紙を追加してご記入下さい。

回答者：薬局名

氏名

設問 1：貴局の施設についてお伺いします。		
1.	処方箋枚数（月当たり）*：	枚/月
2.	薬剤師数： （常勤・非常勤に分けて記載）	常勤 名 非常勤 名
3.	非薬剤師の補助者数：	名

添付資料 2

設問 2：病院・診療所や他薬局との患者情報の共有状況についてお伺いします。				
1.	1-1. 現在、処方箋を応需する際に、表の各項目の患者情報があれば有用ですか？（次の A～E から一つ選び表の 1-A 列に記入してください。A：非常に有用、B：有用、C：どちらとも言えない、D：あまり有用でない、E：有用でない）			
	1-2. 表の各項目の患者情報は処方箋等から得ることが可能ですか？（次の A～C から一つ選び表の 1-B 列に記入してください。A：ほとんど記載されている、B：時々記載されている、C：ほとんど記載されていない）			
	1-3. 表の各項目の患者情報が把握できずに困ったことはありますか？（次の A～C から一つ選び表の 1-C 列に記入してください。A：よくある、B：時々ある、C：ほとんどない）			
	患者情報	1-1	1-2	1-3
	1. 疾病名・症状			
	2. 肝機能検査値（ALT、AST、 γ -GTP など）			
	3. 腎機能検査値（血清クレアチニン、クレアチニンクリアランス、e-GFR、BUN、尿蛋白など）			
	4. 血算検査値（白血球、赤血球数、ヘモグロビン、血小板など）			
	5. その他の臨床検査値（血糖関連項目、脂質関連項目など）			
	6. 他の薬局での薬歴			
	7. 入院中の薬歴			
	8. 医療用医薬品のアレルギー・副作用歴			
9. 一般用医薬品（OTC 等）の薬歴、アレルギー・副作用歴				
10. 健康食品の服用歴、アレルギー・副作用歴				
11. 喫煙・飲酒歴				
2.	1. に示した項目以外に処方せんを応需する際に把握できれば有用と考えられる患者情報があれば、具体的に箇条書きにてご回答ください。			
3.	1. に示した項目以外に処方せんを応需する際に把握できずに困ったことがある患者情報があれば、具体的に箇条書きにてご回答ください。			

添付資料 2

4.	<p>現在、貴局で利用している（利用可能な）患者情報共有のための情報媒体とその利点・欠点について回答例に従い、媒体毎に分けてご回答ください。</p> <p>回答例： 〈媒体〉 お薬手帳、〈利点〉 持ち運びし易い、〈欠点〉 持参するのを忘れがちである</p>
5.	<p>1.～4.を踏まえ、これらの情報が将来的に電子化されて共有化されることは望ましいとお考えでしょうか。その理由も含めてご回答ください。</p> <p>【はい・いいえ・どちらとも言えない】 〈理由〉</p>
6.	<p>5.に関連して、患者情報の電子化に伴って懸念されるリスクなどがありましたら具体的に箇条書きにてご回答ください。</p>
7.	<p>5.～6.に関連して、電子化以外に貴局にて望ましいと考えられる患者情報の共有手段があれば具体的にご回答ください。</p>

添付資料 2

<p>設問 3：薬局における処方変更等への介入に関するご意見をお尋ねします。</p> <p>欧米諸国では、医師との協定に基づき、薬局において薬剤師が患者インタビュー、血液検査の実施やその結果に基づく処方の変更を行うシステムが稼働しています。このようなシステムは米国では CDTM (Collaborative Drug Therapy Management) と呼ばれ、喘息管理・糖尿病ケア・疼痛管理・抗凝固ケア・脂質異常症管理などの分野で導入されています。通常、医師と薬剤師の間の協定は一定期間内で、患者の同意の下、血液検査等を含む治療管理・モニターや、処方の権限を薬剤師に委譲しています。患者の利便性、医師の負担軽減、医療費の節減などの観点からメリットが大きいと考えられており、我が国においても、CDTM が徐々に注目されてきています。</p> <p>このような背景から、本設問では、貴局の CDTM に対する考えをお尋ね致します。以下の設問は、あくまで CDTM に対する意識調査、並びに導入すると仮定した場合に必要な政策についての調査を目的とするものです。貴局の率直なご意見をご回答ください。</p>	
1.	<p>CDTM の導入に関して、最も近い意見を選択してください。</p> <p>A. (疾患・薬剤によっては) 前向きに検討したい。</p> <p>B. 条件を整えば (疾患・薬剤によっては) 前向きに検討したいが、現状では対応が困難である。</p> <p>C. 導入には消極的である。</p> <p>D. その他</p>
2.	<p>1.において A または B と回答した施設にお尋ねします。</p> <p>2-1. どのような疾患・薬剤であれば導入を検討したいですか？またどのような疾患であれば導入には慎重になりますか？</p> <p>2-2. CDTM を導入することのメリットとして質問文に示したこと以外に貴局で上げられることがあれば具体的にご回答ください。</p>
3.	<p>1.において B と回答した施設にお伺いします。</p> <p>どのような要因を解決する必要がありますか。施設に関わる点、薬剤師の能力や人員数に関する点など、項目毎に分けて、回答例に倣って具体的に箇条書きで回答をお願い致します。</p> <p>回答例： 施設に関わる点：血液検査や患者面談を行う場所が確保困難である。 人員に関わる点：採血を実施できる職員確保が困難</p>
4.	<p>1.において C と回答された施設にお伺いします。</p> <p>差し障りなければ理由をご回答ください。</p>

添付資料 2

設問 4 : 在宅医療への関与に関してお伺い致します。なお、本アンケートは在宅訪問指導を実施しているか否かに関係無くランダムに送付しておりますので、貴局にて該当しない項目については空欄のままで結構です。		
1.	在宅訪問指導算定件数* (在宅患者訪問薬剤管理指導料・居宅療養管理指導料の療法を含む)	件/月
2.	薬剤師一人当たりの担当患者数 一人の患者を複数の薬剤師が担当するなど、数値として回答出来ない場合は、具体的な内容についてご記載ください。	名
3.	患者一人当たりの居宅への往復に要する平均的な時間	分
4.	患者一人当たりの薬剤管理指導に要する平均的な時間	分
5.	在宅訪問において薬剤師が介入する上で問題となっている点があれば、回答例に従い具体的に箇条書きで回答ください。 回答例：実施できる医療行為に制限があり、十分な介入が出来ない。	
6.	5.に関連して、在宅医療に介入する上で、何らかの認定薬剤師・専門薬剤師制度の導入は必要と思いますか。可能であれば、その理由や当該認定薬剤師・専門薬剤師が実施可能な医療行為や有すべき能力について具体的にご回答ください。	

添付資料 2

7.	<p>設問 5.~6.に関連して、在宅医療を実施する上で特に必要となる薬局の施設基準（備品等）があれば、その目的と共に、自由にご回答ください。</p> <p>また、ご回答頂いた設備の設置頻度について、1)複数薬局で共同利用可能、2)薬局毎に必要、3)患者構成に応じて必要となるもの、4)その他、に分類をお願いします。</p>
----	--

以上ご協力誠にありがとうございました。

