

平成 30 年度厚生労働科学研究
 (地域医療基盤開発推進研究事業)
 病院における薬剤師の働き方の実態を踏まえた
 生産性の向上と薬剤師業務のあり方に関する研究
 アンケート調査

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()

- ・平成 30 年度厚生労働科学研究 (地域医療基盤開発推進研究事業)「病院における薬剤師の働き方の実態を踏まえた生産性の向上と薬剤師業務のあり方に関する研究」にご協力をいただきありがとうございます。
- ・本研究は、病院薬剤師の勤務状況や業務実態の調査を通して、現状を分析し、今後の病床機能別におけるチーム医療の一員としてのあるべき姿や、地域包括ケアを推進していく中での地域との連携のあり方について明らかにすることを目的としています。
- ・今回実施する調査は、「Ⅰ. 薬剤師の業務・人員について」、「Ⅱ. 薬剤師の外来診療への関わり・薬剤師外来」、「Ⅲ. 入退院時情報に関わる薬剤師業務」の三部構成となっています。調査項目が多く、ご負担をおかけいたしますが、よろしくお願い申し上げます。
- ・なお、ご回答いただいた内容は平成30年6月に日本病院薬剤師会が実施する平成30年度病院薬剤部門の現状調査結果と合わせて集計、活用させていただきますので、予めご了承ください。

◎調査票の記入とアップロードについて

- ・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。
- ・「Ⅰ.-8. 薬剤業務にかかる時間について」をご回答いただく際、業務にかかった時間の記録・集計用にエクセルファイルを準備しております。下記URLよりダウンロードしてご利用ください。ご利用に際し、フォルダ内に添付の「業務時間集計用ファイル説明」をお読みください。
 ダウンロード URL: <http://www.jshp.or.jp/kouroukaken/index.html>
- ・各人の業務時間・業務内容と職歴・専門性等との関係を参考にさせていただくことを目的に、ご使用になられた集計用エクセルファイルの最後のページに「お願い」シートを添付しております。本調査は、薬剤師歴・専門性の習得と勤務体制との関係を調べて、今後、より効率的な業務展開を図る一つの参考資料とさせていただきます。趣意をご理解いただき、ご協力いただける方は設問事項にご入力をお願いします(任意)。
- ・すべてご入力いただいた「エクセルファイル」を所定のフォルダに戻して、フォルダ全体を圧縮後、Online入力ページよりアップロードしてください。

◎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
 日本病院薬剤師会のWebサイト上の「平成30年度病院薬剤部門の現状調査・厚生労働科学研究(武田研究班)」をクリックし、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、回答をお願いします。集計の都合上、平成30年7月31日(火)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30年7月31日(火) **必着**で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

厚生労働科学研究

「病院における薬剤師の働き方の実態を踏まえた生産性の向上と
薬剤師業務のあり方に関する研究」

目 次

- I. 薬剤師の業務・人員について P3
- II. 薬剤師の外来診療への関わり・薬剤師外来 . . . P13
- III. 入退院時情報に関わる薬剤師業務 P17

I. 薬剤師の業務・人員について

1. 薬剤師について(2018年6月1日現在)

(1) 薬剤部門の薬剤師数について		非常勤 (常勤職員と勤務時間が異なる職員、パート職員も含む。以下同じ)
(A) 薬剤部門に在籍している薬剤師数	人	人 (非常勤の常勤換算) 人
(B) 施設が認めている薬剤部門の薬剤師定数 (定数がない施設は現在採用可能な最大人数または過去在籍した最大人数をご記載ください)	人	人 (非常勤の常勤換算) 人
(C) 定数に対する欠員数	人	人 (非常勤の常勤換算) 人
(2) 貴施設が理想とする薬剤師数	人(常勤換算した合計数)	
※貴薬剤部で、薬剤師が実施すべきだと考える業務を実施するとして必要だと考えられる薬剤師数をご記載下さい。		
(3) 貴施設がある都道府県内に薬学部はありますか	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない(→(5)へ)	
(4) (3)で薬学部がある場合、薬剤師の中で貴施設と同一都道府県内の薬学部出身者は何人いますか	常勤	非常勤(在籍数)
	人	人
(5) (3)で薬学部がない場合、薬剤師の中で貴施設と同一都道府県出身者(ふるさと就職者)は何人いますか	常勤	非常勤(在籍数)
	人	人

2. 薬剤師の勤務体制について(2018年6月1日現在)

(1) 常勤薬剤師の週休制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:週休1日制または週休1日半制, <input type="checkbox"/> 2:完全週休2日制より休日日数が実質的に少ない制度, (例:月3回、隔週、月2回、月1回の週休2日制の他、3勤務1休、4勤務1休等) <input type="checkbox"/> 3:完全週休2日制, <input type="checkbox"/> 4:完全週休2日制より休日日数が実質的に多い制度。 (例:月1回以上週休3日制、3勤務3休、3勤務4休など)		
(2) 常勤薬剤師の1週間あたりの所定労働時間	時間	分 / 週
(3) 薬剤師の1週間あたりの平均実労働時間 ※2018年6月1日～2018年7月31日までの2カ月間のうち、任意の連続した7日間、超過勤務等を含む(但し、7/15、16の連休を含まない)	任意の7日間: 月 日 ~ 月 日	
	常勤	非常勤
	時間 分 / 週	時間 分 / 週
(4) 薬剤部門の薬剤師の平日夜間の勤務体制がありますか。	<input type="checkbox"/> 1:ある(→(4)へ), <input type="checkbox"/> 2:ない(→(5)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」～「3」にチェックした場合は平日夜間の平均勤務人数を、「4」の場合は待機対応人数を、「5」・「6」にチェックした場合は平日夜間帯の平均勤務人数を、それぞれ記入してください。		
<ul style="list-style-type: none"> ・宿直:薬剤師が夜間勤務している体制をとっていること ・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 ・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 ・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 		

・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
 ・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
 ・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

□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(夜間平均____人/日), □6:三交代制(夜間平均____人/日),
 □7:シフト勤務(早出、遅出等), □8:その他(____).

(5) 薬剤部門薬剤師の休日の勤務体制がありますか。 □1:ある, □2:ない(→設問3.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」・「2」にチェックした場合は休日の平均勤務人数を、「3」の場合は待機対応人数をそれぞれ記入してください。

・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。
 ・半日直: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)

□1:日直(平均____人/日), □2:半日直(平均____人/日),
 □3:On call(待機対応____人/日), □4:その他(____).

3. 薬剤師の入退職について (2017年4月～2018年3月までの1年間)

(1) 入職薬剤師数	常勤	非常勤				
	人	人				
(2) (1)の内新規に薬剤師免許を取得した者	常勤	非常勤				
	人	人				
(3) 退職薬剤師数	常勤	非常勤				
	人	人				
(4) (3)の内、次の退職理由に該当する人数 ※把握している範囲で差し支えありません。1人当たり主要な理由1つでご記載下さい。						
	1. 勤務体制	2. 結婚	3. 出産育児	4. 介護看護	5. 定年または契約満了	6. その他
常勤薬剤師	人	人	人	人	人	人
非常勤薬剤師 (パート職員も含む)	人	人	人	人	人	人

4. 薬剤師の産前・産後休業、育児休業について (2017年4月～2018年3月までの1年間)

(1) 産前・産後休業、育児休業を取得している(した)薬剤師がいますか。 □1:いる(____人),
 □2:いない(→設問5へ).

(2) (1)で取得者が<いる>場合、代替要員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:全て確保した, □2:一部確保した, □3:全く確保しなかった(できなかった)(→(4)へ).

(3) (2)で代替要員を<確保した>場合、人員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:常勤職員を採用した, □2:非常勤職員を採用した, □3:その他(____).

(4) 産前・産後休業、育児休業から復帰した薬剤師がいますか。
 □1:いる(____人), □2:いない(全員継続して休業中)(→(6)へ),

(5) (4)で復帰した者が<いる>場合、復帰者に該当するもの全てにチェックをつけてください。
 □1:復帰時に再教育を受けた(____人),
 □2:通常勤務に復帰した(____人),

<input type="checkbox"/> 3:休業前より負担が軽度な業務に担当を変更した（___人）， <input type="checkbox"/> 4:短時間勤務制度を利用した（___人）， <input type="checkbox"/> 5:その他（___人）.
(6)産前・産後休業、育児休業取得者への復職支援（職場復帰が容易になる支援）で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:自施設で実施した（___人）， <input type="checkbox"/> 2:自治体、他施設等の研修に参加した（___人）， <input type="checkbox"/> 3:実施しなかった.

5. 専門薬剤師等取得状況について（2018年6月1日現在）

貴施設で下記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）の人数、手当（または調整額等）の支給額をご記入ください。
 ※貴施設に所属するすべての薬剤師（薬剤部門以外の薬剤師を含みます）が平成30年6月1日時点で取得している資格等について記入してください。なお、1名が複数の資格等を取得している場合は、すべてを記入してください。また、それぞれの資格を取得している場合に支払われる手当等（定額、調整係数等算定方法は問いません）についてご記入ください。

専門薬剤師等認定資格	(A) 資格取得者在籍数	(B) 手当等の支給額
(1) がん指導薬剤師（日本医療薬学会）	人	円
(2) がん専門薬剤師（日本医療薬学会）	人	円
(3) がん薬物療法認定薬剤師（日本病院薬剤師会）	人	円
(4) 外来がん治療認定薬剤師（日本臨床腫瘍薬学会）	人	円
(5) 緩和薬物療法認定薬剤師（日本緩和医療薬学会）	人	円
(6) 感染制御専門薬剤師（日本病院薬剤師会）	人	円
(7) 感染制御認定薬剤師（日本病院薬剤師会）	人	円
(8) 抗菌化学療法認定薬剤師（日本化学療法学会）	人	円
(9) インфекションコントロールドクター（ICD）（薬剤師）	人	円
(10) 精神科専門薬剤師（日本病院薬剤師会）	人	円
(11) 精神科薬物療法認定薬剤師（日本病院薬剤師会）	人	円
(12) 妊婦・授乳婦専門薬剤師（日本病院薬剤師会）	人	円
(13) 妊婦・授乳婦薬物療法認定薬剤師（日本病院薬剤師会）	人	円
(14) HIV感染症専門薬剤師（日本病院薬剤師会）	人	円
(15) HIV感染症薬物療法認定薬剤師（日本病院薬剤師会）	人	円
(16) 薬物療法指導薬剤師（日本医療薬学会）	人	円
(17) 薬物療法専門薬剤師（日本医療薬学会）	人	円
(18) 腎臓病薬物療法専門薬剤師（日本腎臓病薬物療法学会）	人	円
(19) 腎臓病薬物療法認定薬剤師（日本腎臓病薬物療法学会）	人	円
(20) 漢方薬・生薬認定薬剤師（日本薬剤師研修センター）	人	円
(21) 小児薬物療法認定薬剤師（日本薬剤師研修センター）	人	円

(22) 日本糖尿病療養指導士（薬剤師） （日本糖尿病療養指導士認定機構）	人	円
(23) NST 専門療法士（薬剤師）（日本静脈経腸栄養学会）	人	円
(24) 日本褥瘡学会認定師（薬剤師）（日本褥瘡学会）	人	円
(25) 医薬品情報専門薬剤師（日本医薬品情報学会）	人	円
(26) 医療情報技師（薬剤師）（日本医療情報学会）	人	円
(27) プライマリ・ケア認定薬剤師（日本プライマリ・ケア連合学会）	人	円
(28) 救急認定薬剤師（日本臨床救急医学会）	人	円
(29) 周術期管理チーム薬剤師（日本麻酔学会）	人	円
(30) 日本臨床薬理学会認定 CRC（薬剤師）	人	円
(31) その他	人	円
(32) 日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師	人	円
(33) 日本薬剤師研修センター認定実務実習指導薬剤師	人	円
(34) 日本病院薬剤師会生涯研修認定薬剤師	人	円
(35) 日本病院薬剤師会認定指導薬剤師	人	円
(36) 日本医療薬学会指導薬剤師	人	円
(37) 日本医療薬学会認定薬剤師	人	円
(38) 日本臨床薬理学会指導薬剤師	人	円
(39) 日本臨床薬理学会認定薬剤師	人	円
(40) 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。		
(記入欄)		

6. 薬剤師の修士・博士等取得状況について（2018年6月1日現在）

(1) 薬剤部門長の修士課程修了・博士号取得について、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: 博士号取得, <input type="checkbox"/> 2: 修士課程修了, <input type="checkbox"/> 3: どちらでもない	
(2) 副薬剤部長の修士課程修了者・博士号取得者の人数等について、ご記入ください。		
副薬剤部長在籍数	うち、修士課程修了者	うち、博士号取得者
名	名	名
(3) 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人数をご記入ください。		
	取得者・修了者数	うち、入職後取得者・修了者数
(A) 医学・薬学系博士号取得者	名	名
(B) 医学・薬学系修士課程修了者	名	名

(4) 貴施設の薬剤部門で従事している薬剤師(教員も含む)で、博士課程・修士課程に在学中の者の人数をご記入ください。	在学中の在籍者数 (6月1日現在)
(A) 医学・薬学系修士課程在学者	名
(B) 医学・薬学系博士課程在学者	名

7. 薬剤師のキャリアアップ・生涯研修について

チーム医療において薬剤師が高い専門性を発揮するためには、認定薬剤師や専門薬剤師の資格の取得・継続が望まれますが、そのためには種々の条件・要件を満たす必要があります。そこで、各種認定薬剤師・専門薬剤師の資格取得に関する薬剤部の現状をお聞かせください。

(1) 各種認定薬剤師・専門薬剤師の資格の取得を目指している職員に対して、支援・配慮されていることがありますか。以下の項目より選択してください(複数回答可)	
<input type="checkbox"/> 1: 人事配置・人事異動 (具体的に: _____), <input type="checkbox"/> 2: 業務内容・業務時間・業務修得 (具体的に: _____), <input type="checkbox"/> 3: 院内チームへの参加や、薬剤部外への配置・関与 (具体的に: _____), <input type="checkbox"/> 4: 学会・研修会・講習会への参加 (具体的に: _____), <input type="checkbox"/> 5: その他 (具体的に: _____), <input type="checkbox"/> 6: ない。	
(2) 各種認定・専門資格を有する職員に対して、以下の各項目について支援・配慮されていることがあれば、具体的に御記入ください。(複数回答可)	
<input type="checkbox"/> 1: 人事配置・人事異動 (具体的に: _____), <input type="checkbox"/> 2: 業務内容・業務時間・業務修得 (具体的に: _____), <input type="checkbox"/> 3: 院内チームへの参加や、薬剤部外への配置・関与 (具体的に: _____), <input type="checkbox"/> 4: 学会・研修会・講習会への参加 (具体的に: _____), <input type="checkbox"/> 5: その他 (具体的に: _____), <input type="checkbox"/> 6: ない。	
(3) キャリア形成のための、施設としての支援は必要だと思われませんか	
<input type="checkbox"/> 1: 必要だと思う, <input type="checkbox"/> 2: 必要だとは思わない(→(5)へ), <input type="checkbox"/> 3: どちらでもない(→(5)へ).	
(4) (3)で「必要だと思う」と回答された方にお尋ねします。その理由をお選びください。(複数回答可)ください。	
<input type="checkbox"/> 1: 個人の金銭的な負担軽減のため, <input type="checkbox"/> 2: 個人のモチベーション維持のため, <input type="checkbox"/> 3: 専門・認定の取得者確保のため, <input type="checkbox"/> 4: 施設の利益のため(診療報酬算定の要件となっている資格あり), <input type="checkbox"/> 5: その他 (_____) .	

(5) 貴施設では実際に支援を行っていますか。
<input type="checkbox"/> 1:行っている, <input type="checkbox"/> 2:行っていない(→(7)へ).
(6) (5)で「行っている」と回答された施設にお尋ねします。該当するものすべてにチェックしてください。
(ア)どこが支援していますか。 <input type="checkbox"/> 1:病院からの支援, <input type="checkbox"/> 2:薬剤部からの支援, <input type="checkbox"/> 3:その他 () . (イ)どのような支援が行われていますか。 <input type="checkbox"/> 1:学会・学術大会・研修会等への参加費の支援 (具体的:) , <input type="checkbox"/> 2:学会・学術大会・研修会等への交通費・宿泊費等の支援 (具体的:) , <input type="checkbox"/> 3:認定・専門資格の新規申請に係る費用の支援 (具体的:) , <input type="checkbox"/> 4:認定・専門資格の更新申請に係る費用の支援 (具体的:) , <input type="checkbox"/> 5:その他 () . (ウ)どの程度の支援をしていますか。 <input type="checkbox"/> 1:薬剤部全体として定額 (金額: 円) , <input type="checkbox"/> 2:一人当たり定額 (金額: 円) , <input type="checkbox"/> 3:特に決まっていない, <input type="checkbox"/> 4:その他 () .
(7) 各専門分野の資格を取得するために、積極的に行っている支援・プログラム等の取り組みがありますか。
<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:準備中, <input type="checkbox"/> 3:検討中(→(9)へ), <input type="checkbox"/> 4:ない(→(9)へ).
(8) (7)で「ある」もしくは「準備中」と回答された施設にお尋ねします。どの専門分野の支援・プログラム等ですか。該当するものすべてをチェックしてください。
<input type="checkbox"/> 1:がん指導薬剤師 (日本医療薬学会) , <input type="checkbox"/> 2:がん専門薬剤師 (日本医療薬学会) , <input type="checkbox"/> 3:がん薬物療法認定薬剤師 (日本病院薬剤師会) , <input type="checkbox"/> 4:外来がん治療認定薬剤師 (日本臨床腫瘍薬学会) , <input type="checkbox"/> 5:緩和薬物療法認定薬剤師 (日本緩和医療薬学会) , <input type="checkbox"/> 6:感染制御専門薬剤師 (日本病院薬剤師会) , <input type="checkbox"/> 7:感染制御認定薬剤師 (日本病院薬剤師会) , <input type="checkbox"/> 8:抗菌化学療法認定薬剤師 (日本化学療法学会) , <input type="checkbox"/> 9:ICD (ICD制度協議会) , <input type="checkbox"/> 10:精神科専門薬剤師 (日本病院薬剤師会) , <input type="checkbox"/> 11:精神科薬物療法認定薬剤師 (日本病院薬剤師会) , <input type="checkbox"/> 12:妊婦・授乳婦専門薬剤師 (日本病院薬剤師会) , <input type="checkbox"/> 13:妊婦・授乳婦薬物療法認定薬剤師 (日本病院薬剤師会) , <input type="checkbox"/> 14:HIV感染症専門薬剤師 (日本病院薬剤師会) , <input type="checkbox"/> 15:HIV感染症薬物療法認定薬剤師 (日本病院薬剤師会) , <input type="checkbox"/> 16:薬物療法指導薬剤師 (日本医療薬学会) , <input type="checkbox"/> 17:薬物療法専門薬剤師 (日本医療薬学会) , <input type="checkbox"/> 18:腎臓病薬物療法専門薬剤師 (日本腎臓病薬物療法学会) , <input type="checkbox"/> 19:腎臓病薬物療法認定薬剤師 (日本腎臓病薬物療法学会) , <input type="checkbox"/> 20:漢方薬・生薬認定薬剤師 (日本薬剤師研修センター) , <input type="checkbox"/> 21:小児薬物療法認定薬剤師 (日本薬剤師研修センター) , <input type="checkbox"/> 22:日本糖尿病療養指導士 (日本糖尿病療養指導士認定機構) ,

A. 薬剤業務関連全般について（表1）

No.	業務内容	1週間あたりの業務時間（時間）		実施の有無とその程度 1: 80%以上実施 2: 50%以上実施 3: 50%未満実施 4: 未実施
		薬剤師	（補助業務に限る表2も同じ） 薬剤師以外	
(1)	入院患者に対する内用薬・外用薬調剤			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(2)	外来患者に対する内用薬・外用薬調剤・交付業務			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(3)	入院患者に対する注射薬調剤業務			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(4)	外来患者に対する注射薬調剤業務			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(5)	入院患者に対する無菌製剤処理業務			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(6)	外来患者に対する無菌製剤処理業務			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(7)	薬品管理業務（発注、在庫管理、マスタ管理等）			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(8)	病棟薬剤業務（ICU等を含む）（詳細は表2）			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(9)	薬剤管理指導			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(10)	退院時薬剤管理指導			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(11)	治療薬物モニタリング(TDM)業務			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(12)	チーム医療（ICT, NST, 緩和など）			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(13)	外来化学療法室での患者指導業務			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(14)	入院前の持参薬確認業務			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(15)	薬剤師外来業務			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(16)	放射性医薬品に関する業務（PET用放射性医薬品を含む）			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(17)	医薬品情報管理業務			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(18)	院内製剤調製・試験業務			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(19)	手術室関連業務			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(20)	退院時共同指導			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(21)	在宅患者訪問薬剤管理指導			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(22)	治験・臨床研究関連業務			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(23)	教育・研究業務（実習生指導を含む）			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(24)	医療・医薬品安全に関する業務			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(25)	病院経営（病院及び薬剤部の運営・管理）に関する業務			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(26)	その他（ ）			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(27)	その他（ ）			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(28)	その他（ ）			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(29)	その他（ ）			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
合計	(1)～(29)の合計			
参考	自己研鑽等（施設内で研鑽、勤務時間に含まれない）			

B. 病棟薬剤業務関連について（表2）

No.	病棟薬剤業務内容	1週間あたりの業務時間（時間）		実施の有無とその程度 1: 80%以上実施 2: 50%以上実施 3: 50%未満実施 4: 未実施
		薬剤師	薬剤師以外	
(30)	医薬品の投薬・注射状況の把握			
(30)-1	・カルテからの情報収集			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(30)-2	・初回面談			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(30)-3	・面談による患者情報の把握 （効果・副作用・コンプライアンス・残薬など）			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(30)-4	・注射薬の投与ルートの確認			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(30)-5	・カンファレンス・回診等への参加			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(30)-6	・その他			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(31)	医薬品の安全性に関する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			
(31)-1	・病棟でのDI業務（情報収取・加工）			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(31)-2	・他職種（から/へ）の相談応需・情報提供			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(31)-3	・患者使用薬剤の安全性に関する情報等の主治医への提供			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(31)-4	・その他			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(32)	入院時の持参薬の確認			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(33)	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			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(34)	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, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(35)	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, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(36)	カルテ等への記録			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(37)	服薬計画の提案（医師との処方内容協議を含む）			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(38)	無菌製剤処理			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(39)	定数配置薬使用状況確認			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
(40)	病棟薬剤業務関連で、他に先駆的事例があれば記載してください			
	a ()			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
	b ()			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
	c ()			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
	d ()			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.
	e ()			<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4.

表2の合計時間は表1(8)に記載した時間になります

7. 薬剤業務の効率化に向けた機器導入について(2018年6月1日現在)

※「平成30年度病院薬剤部門の現状調査」(2018年6月実施)のデータと併せて集計・活用させていただきます。データの収集にお手数をおかけし大変申し訳ございませんが、2018年6月1日時点のデータ記載にご協力いただきますよう、お願い致します。

(1) 調剤業務を効率化するために導入されている調剤機器がある場合、該当するもの全てにチェックをつけてください。 ※ピッキングサポートシステム：薬品ピッキング時に処方せんを見ながら薬品棚に貼りつけたバーコードを読み取る機器		
<input type="checkbox"/> 1: 散薬調剤ロボット, <input type="checkbox"/> 4: 全自動散薬分包機, <input type="checkbox"/> 7: ピッキングサポートシステム(※), <input type="checkbox"/> 9: 最終鑑査支援装置, <input type="checkbox"/> 12: 錠剤粉碎機, <input type="checkbox"/> 14: その他(<input type="checkbox"/> 2: 全自動PTPシート払出装置, <input type="checkbox"/> 5: 水剤分注装置, <input type="checkbox"/> 10: 投薬画像記録システム, <input type="checkbox"/> 13: 錠剤半錠機,	<input type="checkbox"/> 3: 全自動錠剤分包機, <input type="checkbox"/> 6: 調剤鑑査システム, <input type="checkbox"/> 8: 持参薬鑑別支援装置, <input type="checkbox"/> 11: 軟膏自動混合器,
(2) 注射処方せん枚数(2018年6月1ヵ月間)をご記入ください。ない場合 0(ゼロ)とご記入ください。		
	枚数(2018年6月1ヵ月間)	
(A) 入院注射処方せん枚数		枚
(B) 外来注射処方せん枚数		枚
(3) 注射薬調剤業務を効率化するために導入されている調剤機器がある場合、該当するもの全てにチェックをつけてください。		
<input type="checkbox"/> 1: 注射薬自動払出装置, <input type="checkbox"/> 2: 注射返品薬自動仕分け機, <input type="checkbox"/> 3: 注射返品薬払出機, <input type="checkbox"/> 4: その他(
(4) 無菌製剤処理業務を効率化するために導入されている調剤機器がある場合、該当するもの全てにチェックをつけてください。		
<input type="checkbox"/> 1: 抗がん薬混合調製ロボット, <input type="checkbox"/> 2: 抗がん薬調製支援システム, <input type="checkbox"/> 3: インフューザーポンプ注入アシスト機, <input type="checkbox"/> 4: 抗がん剤調製鑑査システム, <input type="checkbox"/> 5: その他(
2: 抗がん剤注射箋オーダーを抗がん剤調製支援システムに取り込み、画面表示に従って抗がん剤調製するシステム 4: 調製時におけるヒューマンエラーを無くすことを目的に電子カルテの調剤システムから注射データを取り込み、あらかじめ登録しておいた抗がん剤の溶解規則に基づいて、調製時に溶解容量を求め、パソコンと連動した電子天秤で重量鑑査を行うシステム		

Ⅱ. 薬剤師の外来診療への関わり・薬剤師外来

2018年6月の状況について、ご回答ください。

薬剤師が、薬剤師外来・外来患者指導・外来診療支援業務を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 1: 行っている, <input type="checkbox"/> 2: 行っていない. (→第Ⅱ部の以下の回答は不要、「Ⅲ. 退院時情報に関わる薬剤師業務」へお進みください)
-------------------------------------	---

(1) 業務の領域 以下の1～17から、業務量の多い順に1領域以上5領域以内を選択してください。

1	2	3	4	5
1: がん化学療法（投与抗がん薬が全て内服薬の場合）、2: がん化学療法（注射抗がん薬を含む）、 3: 入院前、術前外来（抗凝固療法・抗血栓薬の周術期中止・再開を含む）、 4: 抗凝固療法・抗血栓薬（周術期中止・再開を除く）、5: 糖尿病領域、 6: 関節リウマチ 7: 吸入指導・喘息・COPD、8: HIV、 9: 肝炎・肝臓病 10: 認知症、11: 整形外科領域（骨粗鬆症を含む）、 12: 産科・周産期（妊婦・授乳婦の薬物療法を含む）、13: ペインクリニック・疼痛管理領域、 14: CKD・腎臓病、15: 成長ホルモン投与、16: 精神科領域、 17: その他(対応する回答欄(回答欄1～回答欄5)に具体的な名称を記入)。				

選択した領域別に、以下の回答欄1～回答欄5を記入してください。

回答欄1 ※(1)業務の領域 で、1に記入した領域について記入してください。

領域の番号（再掲）	名称（番号が17の場合は必須、1～16の場合は任意）

(2) 業務日 業務日を1～5から1つ選択し、その番号を記入してください。

- 1: 病院が外来診療を行っている全ての日、
- 2: 曜日を決めて実施 →備考欄に曜日を記入（例：火・木）、
- 3: 医師等から要請がある都度、その当日に実施、
- 4: 予約制（医師等から要請後、日時を決めて実施）、
- 5: その他 →備考欄に具体的に記入。

番号	備考（番号が2、5の場合は必須）

(3) 1か月の業務量 2018年6月の1か月に面談・支援する患者数、それに対応する薬剤師数、1回の面談・支援に要する平均時間を数値で記入ください。患者数×平均時間の値が、1か月の延べ業務時間になるよう記入ください。例：4人の患者に2人の薬剤師が同時に30分の糖尿病教室を行う場合は、患者4人で延べ業務時間が60分であるため、平均時間は15分。

患者数		人
薬剤師数		人
平均時間		分

(4) 形式・職種 業務の形式を1～4から1つ選択し、その番号を記入してください。

- 1: 薬剤師が、患者1人に面談し、説明、指導等を行う（薬剤師は1人でも複数でもよい）
→備考欄に医師の外来診療に対する面談のタイミング（診察前、診察後、診察後の別の日、など）を、職種欄に面談に関わる他職種（例：医師・事務職、薬剤師のみ場合は「なし」）を記入、
- 2: 薬剤師が、医師の外来診療に同席する（備考欄、職種欄の記入は任意）、
- 3: 薬剤師が、複数の患者を対象に説明、指導等を行う（糖尿病教室など）、
→備考欄に医師の外来診療に対する指導等のタイミング（診察前、診察後、診察の別の日、など）を、職種欄に指導等に関わる他職種（例：医師・事務職、薬剤師のみ場合は「なし」）を記入、
- 4: その他 →備考欄に具体的な形式を、職種欄に業務に関わる他職種を記入
（例：医師・事務職、薬剤師のみ場合は「なし」）を記入。

番号	備考	職種

(5) 業務場所 業務場所を1～8から1つ選択し、その番号を記入してください。入退院センター等は、4か5から選択してください。

- 1: 診察室（医師の診療に同席）、2: 診療前後の診察室（医師の診療には同席しない）、
- 3: 診察室以外の外来診療施設（外来化学療法室・通院治療室等）、
- 4: 専用の個別ブース等（着席可能、プライバシーは保たれている）、
- 5: 専用の開放ブース等（着席可能、プライバシーは保たれない恐れがある）、
- 6: 検討会室・待合室の一角等（兼用の場所、着席可能、プライバシーは保たれない恐れがある）、
- 7: カウンター・投薬窓口等（通常は立って対応、プライバシーは保たれない恐れがある）、
- 8: その他（業務場所が複数種類の場合を含む）→備考欄に具体的に記入。

番号	備考

(6) 確認・介入内容 業務時に実施する確認・介入内容の実施の有無を記入してください。		
A: 医師と共同で作成したプロトコルに基づく薬物療法管理	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.	
B: 薬物療法の治療効果・副作用の確認	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施 (→Cへ).	
B1: 治療効果・副作用の確認に基づく同一処方継続の提案	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.	
B2: 治療効果・副作用の確認に基づく用量調整の提案(処方薬の追加・削除を伴わない)	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.	
B3: 治療効果・副作用の確認に基づく処方提案(処方薬の追加・削除を伴う)	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.	
B4: 治療効果・副作用の確認に基づく検査・TDMの実施の提案	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.	
C: 服薬アドヒアランスの確認	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施 (→Dへ).	
C1: 服薬アドヒアランスの確認に基づく処方日数の調整の提案	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.	
D: 持参薬を含む使用薬物の確認(OCT薬を含む)	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施 (→Eへ).	
D1: 確認に基づく処方変更の提案(重複薬剤中止、同一成分の採用がない場合の代替薬、術前中止薬等)	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.	
E: サプリメント・特定保健用食品・健康食品・食事(サプリメント等)に関する説明と使用状況確認	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施 (→Fへ).	
E1: サプリメント等の確認に基づく処方変更・用量調整の提案	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.	
F: デバイスの使用手技の説明と手技の習熟度の確認	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施 (→Gへ).	
F1: デバイスの使用手技の説明と手技の習熟度の確認と、確認結果の他職種への情報提供や使用デバイス変更の提案	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.	
G: 確認・介入内容の情報の院外(保険薬局等)への提供 実施の場合は主な情報提供先を1つ記入	<input type="checkbox"/> 1:実施 提供先(), <input type="checkbox"/> 2:未実施.	
(7) 記録方法 記録方法を1~4から1つ選択し、その番号を記入してください。		
1: 病院医療情報システム等(病院内で記録内容が共有され、他職種も記録内容を確認可能),		
2: 診療科等に保管するカルテ等(診療科等では、他職種も記録内容を確認可能),		
3: 薬剤師用の記録簿等(他職種が記録内容を確認する場合は、薬剤師を介する必要がある),		
4: その他 →備考欄に具体的に記入.		
番号	備考	
(8) 効果とその自己評価		
該当領域の外来診療支援業務を薬剤師が行う効果について、最も効果が大きいと考えるものについて、効果1~7から1つ選択し、効果1欄に記入してください。その効果の自己評価を、評価1~4から1つ選択し、評価1欄に記入してください。その次に効果が大きいと考えるものについても、同様に効果2欄、評価2欄に記入してください。		
効果		
1: 治療期間の短縮:薬物療法の最適化(副作用回避を含む)等による,		
2: 治療効果の上昇:服薬アドヒアランスの向上等による(副作用回避を含む),		
3: QOLの向上:薬剤の種類・量の削減等に伴う(副作用回避を含む),		
4: 薬剤費の削減,		
5: 医療従事者の負担軽減,		
6: 医療安全の向上,		
7: その他→備考欄に具体的に記入.		
評価		
1: 個々の患者への効果は大きく、対象患者の多くに実施しており、良好である,		
2: 個々の患者への効果は大きい、対象患者の一部にしか実施していない,		
3: 個々の患者に十分な効果は得られていないが、対象患者の多くに実施している,		
4: 対象患者の一部にしか実施できず、個々の患者にも十分な効果は得られていない.		
効果1	評価1	備考1
効果2	評価2	備考2

回答欄 2 ※(1)業務の領域 で、2に記入した領域について記入してください。

記入方法・選択肢は「回答欄1」を参照ください。

領域の番号 (再掲)		名称 (番号が17の場合は必須、1~16の場合は任意)					
(2) 業務日		番号	備考 (番号2,5は必須)				
(3) 2018年6月の1か月の業務量							
患者数	人		薬剤師数	人		平均時間	分
(4) 形式・職種	番号	備考		職種			
(5) 業務場所	番号	備考					
(6) 確認・介入内容 業務時に実施する確認・介入内容の実施の有無を記入してください。							
A:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.		C1:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.			
B:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施(→Cへ).		D:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施(→Eへ).			
B1:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.		D1:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.			
B2:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.		E:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施(→Fへ).			
B3:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.		E1:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.			
B4:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.		F:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施(→Gへ).			
C:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施(→Dへ).		F1:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.			
G:	<input type="checkbox"/> 1:実施 提供先 ()		<input type="checkbox"/> 2:未実施.				
(7) 記録方法	番号	備考					
(8) 効果とその自己評価							
効果1	評価1		備考1				
効果2	評価2		備考2				

回答欄 3 ※(1)業務の領域 で、3に記入した領域について記入してください。

記入方法・選択肢は「回答欄1」を参照ください。

領域の番号 (再掲)		名称 (番号が17の場合は必須、1~16の場合は任意)					
(2) 業務日		番号	備考 (番号2,5は必須)				
(3) 2018年6月の1か月の業務量							
患者数	人		薬剤師数	人		平均時間	分
(4) 形式・職種	番号	備考		職種			
(5) 業務場所	番号	備考					
(6) 確認・介入内容 業務時に実施する確認・介入内容の実施の有無を記入してください。							
A:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.		C1:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.			
B:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施(→Cへ).		D:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施(→Eへ).			
B1:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.		D1:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.			
B2:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.		E:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施(→Fへ).			
B3:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.		E1:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.			
B4:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.		F:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施(→Gへ).			
C:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施(→Dへ).		F1:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.			
G:	<input type="checkbox"/> 1:実施 提供先 ()		<input type="checkbox"/> 2:未実施.				
(7) 記録方法	番号	備考					
(8) 効果とその自己評価							
効果1	評価1		備考1				
効果2	評価2		備考2				

回答欄 4 ※(1)業務の領域 で、4に記入した領域について記入してください。

記入方法・選択肢は「回答欄 1」を参照ください。

領域の番号 (再掲)		名称 (番号が 17 の場合は必須、1~16 の場合は任意)					
(2) 業務日		番号	備考 (番号 2, 5 は必須)				
(3) 2018 年 6 月の 1 か月の業務量							
患者数	人		薬剤師数	人		平均時間	分
(4) 形式・職種	番号	備考		職種			
(5) 業務場所	番号	備考					
(6) 確認・介入内容 業務時に実施する確認・介入内容の実施の有無を記入してください。							
A:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.		C1:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.			
B:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施(→Cへ).		D:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施(→Eへ).			
B1:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.		D1:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.			
B2:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.		E:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施(→Fへ).			
B3:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.		E1:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.			
B4:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.		F:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施(→Gへ).			
C:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施(→Dへ).		F1:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.			
G:	<input type="checkbox"/> 1:実施 提供先 (), <input type="checkbox"/> 2:未実施.						
(7) 記録方法	番号	備考					
(8) 効果とその自己評価							
効果 1	評価 1	備考 1					
効果 2	評価 2	備考 2					

回答欄 5 ※(1)業務の領域 で、5に記入した領域について記入してください。

記入方法・選択肢は「回答欄 1」を参照ください。

領域の番号 (再掲)		名称 (番号が 17 の場合は必須、1~16 の場合は任意)					
(2) 業務日		番号	備考 (番号 2, 5 は必須)				
(3) 2018 年 6 月の 1 か月の業務量							
患者数	人		薬剤師数	人		平均時間	分
(4) 形式・職種	番号	備考		職種			
(5) 業務場所	番号	備考					
(6) 確認・介入内容 業務時に実施する確認・介入内容の実施の有無を記入してください。							
A:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.		C1:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.			
B:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施(→Cへ).		D:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施(→Eへ).			
B1:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.		D1:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.			
B2:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.		E:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施(→Fへ).			
B3:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.		E1:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.			
B4:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.		F:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施(→Gへ).			
C:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施(→Dへ).		F1:	<input type="checkbox"/> 1:実施, <input type="checkbox"/> 2:未実施.			
G:	<input type="checkbox"/> 1:実施 提供先 (), <input type="checkbox"/> 2:未実施.						
(7) 記録方法	番号	備考					
(8) 効果とその自己評価							
効果 1	評価 1	備考 1					
効果 2	評価 2	備考 2					

Ⅲ. 入退院時情報に関わる薬剤師業務

※「平成30年度病院薬剤部門の現状調査」（2018年6月実施）のデータと併せて集計・活用させていただきます。データの収集にお手数をおかけし大変申し訳ございませんが、2018年6月1日時点のデータ記載にご協力いただきますよう、お願い致します。

1. 地域連携関連業務(2018年6月1日現在)

(1) 貴施設には、地域連携室がありますか。		<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない(→2. へ).				
(2) 地域連携室の専従者、専任者の全ての人数を以下の表に記載してください。						
職種	(1) 専従 その業務に1日平均 8割以上従事している	(2) 専任 その業務の担当であり、 1日平均5割以上 8割未満従事している				
医師・歯科医師	人	人				
薬剤師	人	人				
看護師	人	人				
メディカルソーシャルワーカー (MSW)	人	人				
社会福祉士	人	人				
介護福祉士	人	人				
理学療法士	人	人				
作業療法士	人	人				
事務職員	人	人				
その他 ()	人	人				
(3) 薬剤師が関与<している>場合、地域連携室業務への関わりについて、該当する全てにチェックをつけてください。						
<input type="checkbox"/> 1: 転院先、在宅スタッフ等からの薬剤に関する問い合わせの窓口, <input type="checkbox"/> 2: かかりつけ薬剤師・薬局からの薬剤に関する問い合わせの窓口, <input type="checkbox"/> 3: その他 () .						
(4) 地域連携室に専従または専任の薬剤師が配置されていない場合、地域連携室業務の関与の有無について、該当する1つにチェックをつけてください。						
<input type="checkbox"/> 1: 薬剤師が関与している, <input type="checkbox"/> 2: 薬剤師が関与していない.						
(5) 入退院時における薬剤師の業務について、該当する全てにチェックし、情報提供する職種について、該当する全てにチェックしてください。		医師	病棟薬剤師	病棟以外の薬剤師	看護師	その他
入院前 入院時	<input type="checkbox"/> 1: 入院時の服用薬の把握と処方意図を把握する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 2: 入院前の服薬状況、服薬環境や問題点などを確認する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 3: かかりつけ薬剤師、介護スタッフの介入状況を確認し、服薬に関する情報を収集する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 4: その他 () .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入院中	<input type="checkbox"/> 1: 退院・転院後の条件や環境に合わせて主治医に処方薬の追加・削除、剤形変更の提案する,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 2: 他職種からの薬物治療に関する相談に対応する,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 3: 訪問薬剤管理指導報告書及びトレーシングレポート等を精査し、必要時処方の改善を医師に提案する,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 4: その他 () .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

退院時 退院 転院 後	<input type="checkbox"/> 1:退院時カンファレンス(退院時共同指導を含む)に参画し、退院・転院後の薬物療法について関連スタッフと協議する,	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/> 2:かかりつけ医、 かかりつけ薬剤師、訪問薬剤師等 (<u>かかりつけ薬剤師を除く</u>)との連携を図る	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/> 3: <u>かかりつけ薬剤師との連携を図る</u>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/> 4:入院中の薬剤の開始・中止・変更等をかかりつけ医・かかりつけ薬剤師へ伝達する,	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/> 5:その他()	<input type="checkbox"/>				
(6)地域連携関連の薬剤師業務の対象について、該当する1つにチェックをつけてください。						
<input type="checkbox"/> 1:紹介患者のみ, <input type="checkbox"/> 2:紹介患者に加え、救急入院患者も含む。						
(7)地域連携室に専従または専任の薬剤師が配置されていない場合、今後の配置予定について、該当する1つにチェックをつけてください。						
<input type="checkbox"/> 1:ある(専従), <input type="checkbox"/> 2:ある(専任), <input type="checkbox"/> 3:ない, <input type="checkbox"/> 4:未定。						

2. 地域医療連携クリニカルパス(2018年6月1日現在)

(1)貴施設で作成されている地域医療連携クリニカルパス(以下、連携パス)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。
<input type="checkbox"/> 1:大腿骨頸部骨折, <input type="checkbox"/> 2:脳卒中, <input type="checkbox"/> 3:がん, <input type="checkbox"/> 4:糖尿病, <input type="checkbox"/> 5:C型肝炎, <input type="checkbox"/> 6:急性心筋梗塞, <input type="checkbox"/> 7:その他()
(2)連携パスの作成・運用への薬剤師の関与の有無について、該当する1つにチェックをつけてください。
<input type="checkbox"/> 1:薬剤師が関与している, <input type="checkbox"/> 2:薬剤師が関与していない(→設問3.へ)。
(A)薬剤師が関与<している>場合、該当する <u>全て</u> にチェックをつけてください。
<input type="checkbox"/> 1:連携パスの薬物治療の部分の作成のみに関わっている, <input type="checkbox"/> 2:連携パス作成と多施設間での運用に関して全てに関わっている, <input type="checkbox"/> 3:連携パスの薬物治療の部分の作成と多施設間での運用に関わっている, <input type="checkbox"/> 4:連携パス本体とは別に薬剤シート等の作成と多施設間での運用に関わっている, <input type="checkbox"/> 5:連携パス本体とは別に薬剤シート等の作成にのみ関わっている。

3. ICTを利用した地域連携システムへの関与(2018年6月1日現在)

医療情報連携ネットワーク等、ICTを利用した地域連携システムへの参画の有無について、該当する1つにチェックをつけてください。
<input type="checkbox"/> 1:参画している, <input type="checkbox"/> 2:参画していない。
(A)参画<している>場合、貴施設と連携している施設について、該当する <u>全て</u> にチェックをつけてください。
<input type="checkbox"/> 1:他の急性期病院, <input type="checkbox"/> 2:他の慢性期、回復期病院, <input type="checkbox"/> 3:介護老人保険施設, <input type="checkbox"/> 4:介護老人福祉施設, <input type="checkbox"/> 5:介護療養型医療施設, <input type="checkbox"/> 6:クリニック(診療科:), <input type="checkbox"/> 7:保険薬局, <input type="checkbox"/> 8:訪問看護ステーション, <input type="checkbox"/> 9:介護サービス事業所, <input type="checkbox"/> 10:その他()。

設問は以上です。調査にご協力をいただき、ありがとうございました。

