

15. 安全管理、感染制御、医薬品安全使用に係るその他の活動の取組状況について

問：これまでの1～14の分類に該当しないもの、現在実施している安全管理や感染制御、医薬品安全使用のための諸活動の状況について①活動内容、②件数、頻度、所要時間（算出の根拠）について記入欄に記入して下さい。（例：警備体制の強化、医療用ガスボンベの点検等）

《 記 入 欄 》

	①現在実施している その他の活動内容	②実施件数、各活動に要する時間（算出の根拠）
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

医療安全に関するコスト調査（保険薬局票）

【基本情報】

調査用整理番号			
項 目		平成16年度	平成17年度
処方の状況 ※各年度6月の1か月間	1. 調剤報酬明細書件数	件	件
	2. 処方せん枚数	枚	枚
	3. 処方せん受付回数	回	回
職員の状況 (常勤換算) ※各年度6月30日現在	1. 薬剤師	人	人
	2. 事務職員	人	人
	3. その他の職員	人	人
営業収支 ※平成16年度の1年間	1. 営業収入	千円	
	(再掲) 保険調剤収入	千円	
	2. 営業費用	千円	
営業状況	週平均営業日数	日	日

※ 平成17年6月30日現在の状況をご記入下さい。

施設基準等の届出状況	1. 基準調剤加算1	3. 無菌製剤処理加算
	2. 基準調剤加算2	4. 在宅訪問管理指導
調剤基本料の請求区分	1. 調剤基本料1	3. 調剤基本料3
	2. 調剤基本料2	4. 調剤基本料3の特例
感染性廃棄物処理の委託状況	1. 全部委託 2. 一部委託 3. 委託していない	

1. 安全管理に係る人員配置状況について

問1: 管理薬剤師及び安全管理に係る責任者、担当者の職名を、専任、兼任にかかわらず全て記入欄の①に記入して下さい。
(例: 管理薬剤師、安全管理責任者、リスクマネージャー、安全管理担当者、安全管理推進者等)

問2: ①に記入した職名に任命されている人の②職種、③経年数を選んで下さい。

問3: ④には①に記入した担当者の全活動時間のうち、安全管理に係る取組の活動時間の割合を2004年6月の活動時間に基づいて記入して下さい。
(1週間毎日安全管理に係る活動している場合は100%、1週間の内1日だけ活動している場合は20%、半日だけ活動している場合は10%と考え
ると把握しやすいです)

《 記 入 欄 》

	①安全推進者の職名	②職種 (該当するものに○を記入)	③経年数	④安全管理活動割合 (%)
1		薬剤師・事務・その他 ()	<input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上	
2		薬剤師・事務・その他 ()	<input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上	
3		薬剤師・事務・その他 ()	<input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上	
4		薬剤師・事務・その他 ()	<input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上	
5		薬剤師・事務・その他 ()	<input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上	
6		薬剤師・事務・その他 ()	<input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上	
7		薬剤師・事務・その他 ()	<input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上	
8		薬剤師・事務・その他 ()	<input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上	

2. 安全管理に係る会議・委員会・打合せの開催状況について

問1: 2004年度に開催した安全管理(薬局内の安全管理、感染制御、医薬品安全使用)に係る全ての会議・委員会・打合せの名称を記入欄の①に記入して下さい。(例: 安全対策を検討、決定する安全管理会議、事故調査委員会、安全管理についての定例会議等)

問2: ①に記入した会議・委員会・打合せの構成員の職種をそれぞれの会議について種類別に記入欄の②に記入して下さい。

問3: ①に記入した会議・委員会・打合せを2004年に開催した回数と平均的な開催時間を記入欄の③に記入して下さい。

注: 会議などの準備に特に時間や人手がかかった場合があれば、それも行を変えてご記入ください。(例: 事故調査委員会のための調査資料作成)

《 記 入 欄 》

会議種類	① 2004年度に開催した会議・委員会・打合せ	②各会議・委員会・打合せの構成員数					③会議時間	
		薬剤師		事務		その他	開催回数	平均時間
		経年数 10年未満	経年数 10年以上	経年数 10年未満	経年数 10年以上			
1		人	人	人	人	人	回	時間
2		人	人	人	人	人	回	時間
3		人	人	人	人	人	回	時間
4		人	人	人	人	人	回	時間
5		人	人	人	人	人	回	時間
6		人	人	人	人	人	回	時間
7		人	人	人	人	人	回	時間
8		人	人	人	人	人	回	時間
9		人	人	人	人	人	回	時間
10		人	人	人	人	人	回	時間

3. 安全管理に係る研修の取組状況について

問1：2004年度に職員が参加した安全管理に係る全ての教育・研修等を記入欄の①に記入して下さい。薬局内部の研修、外部研修、学会への参加も含みます。

問2：①に記入した研修の参加者数をそれぞれの研修について職種別に記入欄の②に記入して下さい。

問3：①に記入した研修の1回当たりの開催時間を記入欄の③に記入して下さい。

問4：①に記入した教育・研修の種類を記入欄の④に記入して下さい。

問5：①に記入した研修の諸経費（テキスト印刷費・謝金・旅費等）を記入欄の⑤に記入して下さい。

《 記入欄 》

	① 2004年度に実施または受講した教育・研修	②各教育・研修の職種別参加者数					③ 開催時間	④種類	⑤ 諸経費
		薬剤師		事務		その他			
		経験年数 10年未満	経験年数 10年以上	経験年数 10年未満	経験年数 10年以上				
1		人	人	人	人	人	時間	内部研修・外部研修 学会 千円	
2		人	人	人	人	人	時間	内部研修・外部研修 学会 千円	
3		人	人	人	人	人	時間	内部研修・外部研修 学会 千円	
4		人	人	人	人	人	時間	内部研修・外部研修 学会 千円	
5		人	人	人	人	人	時間	内部研修・外部研修 学会 千円	
6		人	人	人	人	人	時間	内部研修・外部研修 学会 千円	
7		人	人	人	人	人	時間	内部研修・外部研修 学会 千円	
8		人	人	人	人	人	時間	内部研修・外部研修 学会 千円	
9		人	人	人	人	人	時間	内部研修・外部研修 学会 千円	
10		人	人	人	人	人	時間	内部研修・外部研修 学会 千円	

4. インシデントレポート作成・分析等の取組状況について

問1：2004年度の薬局内の事故やインシデントレポートの作成・分析等について、①活動内容、②件数、所要時間等を記入して下さい。（例：【作成】当事者のレポート記入、所属長による確認、データベースへの登録等含む、【分析】原因分析、分析インシデント事例検討会、改善策立案・検証等含む）

問2：薬局外の事故報告制度への関わりについて③活動内容、④件数、所要時間等を記入して下さい。

問3：インシデントレポートの作成・分析、外部報告制度への参画等の活動を実施するに当たり必要となる設備・器材、諸経費について⑤項目、⑥数量、費用等について記入欄に記入して下さい。

（例：コンピュータ、分析用ソフトウェア、複写・印刷費、消耗品費、参加費、交通費等）

問4：事故・インシデントレポートの分析を通じて講じた再発防止策（業務改善内容）を⑦へ記入してください。

《 記入欄 》

【作成・分析活動】

問1	①活動内容	②件数、所要時間等（算出の根拠）
1		
2		
3		
4		
5		

【薬局外の報告制度への参画等】

問2	③活動内容	④件数、所要時間等（算出の根拠）
1		
2		

【活動に要した設備・器材】

問3	⑤項目	⑥数量、費用等（算出の根拠）
1		
2		
3		

【再発防止策】

問4	⑦再発防止の取り組み策
1	
2	
3	

5. 安全管理全般に係るマニュアル・手順書・申し合わせ事項の作成状況について

問：現在使用している調剤業務全般（安全管理を含む）に関して作成したマニュアル・手順書・申し合わせ事項について、①マニュアル・手順書・申し合わせ事項の種類、②作成した職種別担当者数、③作業の1人あたり平均所要時間、④新規作成年度と最近の改訂年度、⑤マニュアル・手順書・申し合わせ事項作成に要した諸経費（印刷経費、資料費等）を記入欄に記入して下さい。

《 記入欄 》

	①現在使用している マニュアル・手順書・申し合わせ事項 の種類（名称・内容）	②各マニュアル・手順書・申し合わせ事項作成の担当者数					③ 所要時間 (概算)	④作成年度		⑤諸経費
		薬剤師		事務		その他		新規作成 年度	最近の改 訂間隔 [年]	
		経年数 10年未満	経年数 10年以上	経年数 10年未満	経年数 10年以上					
1		人	人	人	人	人	時間			千円
2		人	人	人	人	人	時間			千円
3		人	人	人	人	人	時間			千円
4		人	人	人	人	人	時間			千円
5		人	人	人	人	人	時間			千円
6		人	人	人	人	人	時間			千円
7		人	人	人	人	人	時間			千円
8		人	人	人	人	人	時間			千円
9		人	人	人	人	人	時間			千円
10		人	人	人	人	人	時間			千円

6. 調剤業務における安全対策の実施状況について

- 問1：薬品調剤後に複数薬剤師が実施する鑑査（調剤後鑑査）の実施状況について、①1日あたり平均処方箋受付枚数、②1日あたり平均調剤後鑑査実施剤数、③1剤あたり平均調剤後鑑査実施人数、④1剤あたり平均調剤後鑑査に要する時間、⑤調剤後鑑査の業務内容を記入してください。
- 問2：特に医薬品に関する事故の発生が多い散・水剤に関し、調剤ミス防止に関して実施している対策について⑥実施内容（散・水剤の調剤ミス防止に関する行為：分包誤差の確認、秤量メモとの突合、小児薬用量チェック等）、⑦それぞれの実施回数/日、⑧所要時間/回 についてご記入ください。
- 問3：調剤に関する事故防止のために導入した機器について⑨機器又はソフトウェア名及び⑩導入年度、⑪導入時点の状況、⑫調達方法、⑬購入額、⑭維持費、⑮法定償却年数、⑯利用予定年数について記入してください。（例：散・水剤に関する調剤ミスを防止するためのIT機器、各種薬剤（錠剤、注射薬、外用薬等）の調剤ミスを防止するためのIT機器、患者の禁忌薬剤や過量処方などを確認するIT機器、自動分包機など）

《 記入欄 》

【調剤業務に関する確認作業】

①処方箋受付枚数/日	②調剤後鑑査実施剤数/日	③調剤後鑑査実施人数/剤	④調剤後鑑査に要する時間/剤
枚	剤	人	分
⑤調剤後鑑査における業務内容			

【散・水剤調剤に関する安全対策】

⑥実施内容	⑦実施回数/日	⑧所要時間/回
1	回	分
2	回	分
3	回	分

【調剤事故防止のための機器導入状況】

⑨事故防止を目的として導入している機器	⑩導入年度	⑪導入時点の状況	⑫調達方法	⑬購入額[千円]または賃借額[千円/年]	⑭維持費[千円/年]	⑮法定償却年数	⑯利用予定年数
1		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借				
2		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借				
3		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借				
4		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借				

7. 医薬品等の安全管理の取組状況について

- 問1: 医薬品事故の発生防止へ向け、規制医薬品（麻薬、毒薬・劇薬）や、特に安全管理が必要な対象薬剤を「リスト化」していますか。①実施の有無をご記入ください。また、リスト化している場合、②参加した職種別人数、③1人あたりの平均所要時間、④要した諸経費をご記入ください。
- 問2: 規制医薬品（麻薬、毒薬・劇薬）や、特に安全管理が必要な薬剤を他薬と区別して保管・管理していますか。①実施の有無をご記入ください。また実施している場合、②参加した職種別人数、③1人あたりの平均所要時間、④要した諸経費、⑤所要面積をご記入ください。
- 問3: 規制医薬品（麻薬、毒薬・劇薬）や、特に安全管理が必要な薬剤について、装置瓶や調剤棚に【用法・用量】等が記載されていますか。①実施の有無をご記入ください。また、実施している場合、②参加した職種別人数、③1人あたりの平均所要時間、④要した諸経費をご記入ください。
- 問4: 特に安全管理が必要な薬剤や注意が必要な薬剤（複数規格有、名称類以外、外観類以外）の調剤ミスを防ぐ方策として注意掲示、注意扉等の確認を実施していますか。①実施の有無をご記入ください。また、実施している場合、②参加した職種別人数、③1人あたりの平均所要時間、④要した諸経費をご記入ください。
- 問5: 医薬品の検収について、②参加した職種別人数、③1ヶ月あたりの平均所要時間、④要した諸経費をご記入ください。
- 問6: 受発注及び納品時点の薬剤の取り間違えや、単位・規格・濃度などの間違いを防ぐために導入している機器（ハードウェア、ソフトウェアを含む）について⑥機器又はソフトウェア名及び⑦導入年度、⑧導入時点の状況、⑨調達方法、⑩購入額、⑪維持費、⑫法定償却年数、⑬利用予定年数について記入してください。

【規制医薬品等の保管管理】

	① 実施の有無	②職種別参加者数					③ 所要時間	④ 諸経費	⑤ 所要面積
		薬剤師		事務		その他			
		経験年数 10年未満	経験年数 10年以上	経験年数 10年未満	経験年数 10年以上				
問1	規制医薬品のリスト化	有・無					時間	千円	
問2	規制医薬品の区分保管	有・無					時間	千円	
問3	装置瓶、調剤棚への用法等の記載	有・無					時間	千円	
問4	特に安全管理の必要な薬剤の注意掲示	有・無					時間	千円	
	特に安全管理の必要な薬剤の注意扉等の確認	有・無					時間	千円	
問5	医薬品の検収						時間/月	千円	

【受発注・納品に係る機器等】

問6	⑥導入項目	⑦ 導入年度	⑧導入時点 の状況	⑨ 調達方法	⑩購入額[千円]または 賃借額[千円/年]	⑪維持費[千円/年]	⑫法定償 却年数	⑬利用予 定年数
1			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借				
2			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借				
3			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借				
4			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借				
5			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借				

8. 服薬に関する安全管理の取組状況について

- 問1: 服用時の事故防止へ向け実施している機能連携（疑義照会を含む）について①実施内容（薬剤師による医療機関への疑義照会や薬局間または病院の薬剤部等との間で、当該患者に対する服薬指導等の必要な情報を文書などにより相互に共有化）②実施件数、③1件あたりの所要時間を記入してください。
- 問2: 医薬品による事故防止へ向け患者対応に関して④実施内容（事故防止へ向け、患者の求めに応じ、緊急時や必要時に薬剤師が電話等による対応を行う等）⑤実施件数、⑥1件あたりの所要時間を記入してください。
- 問3: 特に服薬管理が必要な薬剤（リウマトレックスなど）について実施している⑦指導内容（患者の服薬状況などを薬歴等を用いた管理指導等）⑧実施件数、⑨1件あたりの所要時間を記入してください。
- 問4: 在宅自己注射（インスリン、ヒト成長ホルモン等）に係る安全対策について⑩実施内容（用法・用量など患者への服薬指導、保管管理その他の留意事項）⑪実施件数、⑫1件あたりの所要時間を記入してください。

【事故防止に向けた機能連携（疑義照会を含む）】

問1	①実施事項	②実施件数/月	③所要時間/件
1		件	分
2			
3			

【事故防止に向けた患者対応】

問2	④実施事項	⑤実施件数/月	⑥所要時間/件
1		件	分
2			
3			

【特定の薬剤についての指導】

問3	⑦実施事項	⑧実施件数/月	⑨所要時間/件
1		件	分
2			
3			

【在宅自己注射に係る安全対策】

問4	⑩実施事項	⑪実施件数/月	⑫所要時間/件
1		件	分
2			
3			

9. 副作用防止に関する取組状況について

問1: インターネット環境の整備など安全性情報等を収集・管理する環境が整っていますか。①整備内容、②導入初期費用、③維持費用について記入してください。

問2: 医薬品回収情報等に対応するため、対象薬剤から該当患者を迅速に特定できる仕組み（IT機器など）を導入してしていますか。④仕組みの具体的内容、⑤導入初期費用、⑥維持費用について記入してください。

【薬物相互作用・副作用防止に必要な安全情報収集・管理体制整備状況】

問1	①整備項目	②初期費用	③維持費用
1		千円	千円
2		千円	千円
3		千円	千円

【医薬品回収情報へ対応するための患者特定の仕組み整備状況】

問1	④仕組みの具体的内容	⑤初期費用	⑥維持費用
1		千円	千円
2		千円	千円
3		千円	千円

10. 感染制御および無菌製剤に係る取組状況について

問1: 感染防止を目的とした取り組みとして、薬局が使用済み注射針等を回収する旨の患者広報、感染性廃棄物の分別保管、感染性廃棄物業者との契約を実施していますか。各々について、①実施の有無、②費用についてご記入ください。

問2: 無菌または無菌的製剤処理を行うためのクリーンベンチがありますか。③有無をご記入ください。また、有の場合④クリーンベンチの占有面積、⑤クリーンベンチの建設または購入費用をご記入ください。

問3: 無菌または無菌的製剤処理を行うために購入した物品（ローブ、マスク、ゴーグル等）の⑥品目名及び⑦費用、⑧算定根拠をご記入ください。

【感染防止対策への取り組み状況】

問1	①実施	②費用	
1	有・無	年間広報費用	千円
2	有・無	導入費用	千円
3	有・無	年間委託費用	千円

【クリーンベンチの整備状況】

問2	③クリーンベンチの有無	④クリーンベンチの占有面積	⑤クリーンベンチの建設又は購入費用
	有・無	m ²	千円

【製剤処理に係る物品購入費用】

問3	⑥品目名	⑦購入費用（年間）	⑧算定根拠（数量・単価）
1		千円	
2		千円	
3		千円	

11. 職業感染防止対策について

問：2004年度に実施した職業感染防止のための各種ワザン、抗体検査、ツ反等の実施状況について①実施内容、②概算費用、③算出の根拠（量・単価等）を記入欄に記入して下さい。

《 記入欄 》

	①2004年度に実施した職業感染防止対策の取り組み内容	②概算費用(千円)	③算出の根拠(量・単価等)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

12. 外部評価（ISO9001、BS7799等による認定・監査）の受審状況について

問1：1999年度以降に新規で受審した全ての外部評価について、①外部評価の名称、②受審年度、③審査の準備を行った担当者数、④準備のための1人あたり平均所要時間、⑤外部評価の受審費用と情報収集費用（外部コンサルタントへの委託費用を含む）を記入欄に記入して下さい。

問2：1999年度以降に更新した外部評価について、①外部評価の名称、②更新年度、③審査の準備を行った担当者数、④準備のための1人あたり平均所要時間、⑤外部評価の受審費用と情報収集費用（外部コンサルタントへの委託費用を含む）を記入欄に記入して下さい。

《 記入欄 》

【問1：1999年度以降に新規取得した外部評価】

	① 1999年度以降に新規受審した外部評価	② 受審年度	③						④ 1人あたり平均所要時間 【時間】	⑤その他経費	
			薬剤師		事務		その他			受審費用 【千円】	情報収集費用 【千円】
			経験年数 10年未満 【人】	経験年数 10年以上 【人】	経験年数 10年未満 【人】	経験年数 10年以上 【人】	経験年数 10年未満 【人】	経験年数 10年以上 【人】			
1											
2											
3											
4											

【問2：1999年度以降に更新した外部評価】

	① 1999年度以降に更新した外部評価	② 更新年度	③						④ 1人あたり平均所要時間 【時間】	⑤その他経費	
			薬剤師		事務		その他			受審費用 【千円】	情報収集費用 【千円】
			経験年数 10年未満 【人】	経験年数 10年以上 【人】	経験年数 10年未満 【人】	経験年数 10年以上 【人】	経験年数 10年未満 【人】	経験年数 10年以上 【人】			
1											
2											
3											
4											

13. 賠償責任保険について

問1：2004年度に貴局が被保険者となって負担した賠償責任保険の保険料についてご記入下さい。

注：局内で発生した医療行為に起因する医療事故だけでなく、医療施設に起因する医療事故も含めてご記入下さい。

問2：2004年度に貴局に勤務する従事者個人が被保険者となっており、貴局で保険料を負担した賠償責任保険の保険料について職種別にご記入下さい。

注：従事者が個人的に加入しているものについては除いて下さい。

《 記 入 欄 》

【問1：貴局が被保険者となっているもの】

貴局が被保険者となっているもの		円/年
-----------------	--	-----

【問2：従事者個人が被保険者となっているもの】

	職種	加入人数	年間合計保険料
従事者個人が被保険者となっているもの	薬剤師	人	円/年
	その他職員	人	円/年

14. 安全管理体制、感染制御、医薬品安全使用に係るその他の活動の取組状況について

問：これまでの1～13の分類に該当しないものの、現在実施している安全管理や感染制御、医薬品安全使用のための諸活動の状況について①活動内容、②件数、頻度、所要時間（算出の根拠）について記入欄に記入して下さい。（例：警備体制の強化、医療用ガスボンベの点検等）

《 記 入 欄 》

	①現在実施している その他の活動内容	②実施件数、各活動に要する時間（算出の根拠）
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		