

# HIV 感染症薬物療法認定薬剤師養成研修事前アンケート

## (病院・診療所薬剤師用)

### 【目的】

HIV 感染症薬物療法認定薬剤師養成研修事業には、一定期間以上の経験年数のある薬剤師が参加されます。その為、研修を希望される先生方は、それぞれの御施設において、HIV 感染症の分野の経験を積まれていることと思います。

このアンケートは、先生方が HIV 感染症の分野においてどの程度の経験を有しておられるのかを把握するために実施させていただきます。なお、本アンケートにより得られた情報は、研修を担当する薬剤師に提供されます。

本研修事業をより効果的に行うために、ご協力よろしくお願いいたします。

研修者氏名 \_\_\_\_\_

所属施設 \_\_\_\_\_

## A. 施設の概要について

病床数 : ( ) 床

診療科数 : ( ) 科

処方せん枚数 : 入院 ( ) 枚/月、外来 ( ) 枚/月

(うち院外処方せん発行率 : ( ) %)

注射処方せん枚数 : 入院 ( ) 枚/月、外来 ( ) 枚/月

薬剤師数 : ( ) 人 (常勤 人、非常勤 人)

(うち、薬剤管理指導担当 : 専任 人、兼任 人)

薬剤管理指導件数 : 件/月

病棟薬剤業務実施加算 : 算定 非算定

## B. 貴施設の受診患者数と院外処方せんの状況について

1. 現在通院または入院している HIV 感染症患者数 (服薬していない患者を含む)

① なし ② 1~4 人 ③ 5~9 人 ④ 11~29 人 ⑤ 30~49 人

⑥ 50~99 人 ⑦ 100 人以上

2. 現在、貴施設にて抗 HIV 薬を投与している患者数

① なし ② 1~4 人 ③ 5~9 人 ④ 11~29 人 ⑤ 30~49 人

⑦ 50~99 人 ⑦ 100 人以上

3. 貴施設での HIV 陽性患者における処方について

① 院内処方 ② 院外処方 ③ 院内と院外処方の併用 (院内 : 院外 = : )

②. ③と答えた方へ

院外処方の場合、院外の調剤薬局と連携がありますか。

① ある ② ない

① あると答えた方は、具体的な内容についてお書き下さい。

## C. 貴施設の HIV 感染症に関する医療体制について

1. HIV 感染症を担当しているスタッフについて

医師 ( ) 名

薬剤師 ( ) 名

看護師 ( ) 名

心理職 ( ) 名

ソーシャルワーカー ( ) 名

その他の職種 職種名 : \_\_\_\_\_ ( ) 名

職種名 : \_\_\_\_\_ ( ) 名

#### D. HIV 感染症入院患者の服薬指導について

##### 1. 入院患者の服薬指導経験

- ①あり (経験年数 年 例)
- ②なし

##### 2. 服薬指導はどこで行っていますか (複数回答可)

- ① 病室
- ②別室を利用
- ③その他 ( )

##### 3. 患者に関して複数の職種によるカンファレンスが行われていますか

- ①定期的に開催 (□毎週、□隔週、□毎月、□隔月、□その他)
- ②必要に応じて行われている
- ③行われていない
- ④不明

##### 4. ①②と答えた方

カンファレンスに参加していますか

- i. はい
- ii いいえ
- iii必要な場合だけ
- ivその他 ( )

#### E. 貴施設の HIV 感染症外来患者について

##### 1. 外来患者の服薬指導経験

- ①あり (経験年数 年 例)
- ②なし

##### 2. 服薬指導はどこで行っていますか (複数回答可)

- ①外来患者指導用の個室
- ②外来診察室
- ③その他 ( )

##### 3. 患者に関して複数の職種によるカンファレンスが行われていますか

- ①定期的に開催 (□毎週、□隔週、□毎月、□隔月、□その他)
- ②必要に応じて行われている
- ③行われていない
- ④不明

##### 4. ①②と答えた方

カンファレンスに参加していますか

- i. はい
- ii いいえ
- iii必要な場合だけ
- ivその他 ( )

<外来患者に服薬指導を行っている場合のみお答え下さい>

5. 外来患者に対して、ウイルス疾患指導料の加算を行っていますか

①はい                  ②いいえ

6. 外来患者への服薬指導はどの時期に行っていますか。

(1) 服薬開始前

① HIV 患者全員                  ②希望した患者                  ③医師の依頼                  ④行っていない

(2) 服薬開始時

① HIV 患者全員                  ②希望した患者                  ③医師の依頼                  ④行っていない

(3) 服薬開始後

① HIV 患者全員                  ②希望した患者                  ③医師の依頼                  ④行っていない

## F. HIV 感染症薬物療法認定薬剤師申請の準備についてお聞きします

1. 所属学会、所属団体

日本病院薬剤師会

日本薬剤師会

日本医療薬学会

日本エイズ学会

日本保険薬局協会

日本女性薬剤師会

その他 (                                  )

(                                  )

2. 認定取得状況

日病薬病院薬学認定薬剤師

日本薬剤師研修センター認定薬剤師

日本病院薬剤師会生涯研修認定薬剤師

日本医療薬学会認定薬剤師

日本医療薬学会指導薬剤師

日本臨床薬理学会認定薬剤師

日本臨床薬理学会指導薬剤師

その他 (                                  )

(                                  )

3. HIV 感染症薬物療法認定薬剤師の認定講習会の単位を取得されていますか

①はい (                  単位)                  ②いいえ

4. HIV 感染症薬物療法認定薬剤師認定試験に合格していますか                  ①はい                  ②いいえ

5. 学会における演題 (HIV 関連) 発表数は (                  ) 題…うち筆頭演者 (                  ) 題

6. 論文（HIV 関連）投稿数は（ ）報…うち筆頭著者（ ）報

G. HIV 感染症薬物療法認定薬剤師への思いを熱く語って下さい

---

---

---

---

---

---

---

---

H. 本研修への希望があれば自由に記載して下さい

---

---

---

---

---

---