**令和４年度「薬薬連携推進事業」に関するアンケート調査票**

**公益社団法人東京都薬剤師会**

今後、事業を進めていく上での参考といたしますので、アンケートにご回答いただけますよう宜しくお願いいたします。

所属地区名：

薬 局 名：

ご担当者名：

**Ｑ１. 貴薬局において、医療機関にトレーシングレポートを送信した枚数について**

**Ｑ１-１.事業運用期間（令和4年10月～令和5年1月）中に送信したトレーシングレポートの枚数（一般用、抗がん薬治療用）、及びそのうち都薬版トレーシングレポートを利用した枚数をご記入ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **トレーシングレポート枚数**  **令和4年10月～**  **令和5年1月** | **総数**  **(うち都薬版枚数)** | **内訳** | |
| **一般用**  **(うち都薬版枚数)** | **抗がん薬治療用**  **(うち都薬版枚数)** |
| 記載例） | 10枚 （3枚） | 8枚 （3枚） | 2枚 （0枚） |
| **令和4年10月** |  |  |  |
| **令和4年11月** |  |  |  |
| **令和4年12月** |  |  |  |
| **令和5年1月** |  |  |  |
| **合計** |  |  |  |

**Ｑ１-２. 昨年度（令和3年度1年間）にトレーシングレポートを送信した枚数をご記入ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **トレーシングレポート枚数** | **総数** | **内訳** | |
| **一般用** | **抗がん薬治療用** |
| **令和3年4月～令和4年3月** | 枚 | 枚 | 枚 |

※**事業運用期間（令和4年10月～令和5年1月）中、トレーシングレポートの提供を行わなかった薬局は、「Ｑ４．」以降 の質問にご回答ください。**

**Ｑ２. 貴薬局において、医療機関に提供した情報について**

**Ｑ２-１.事業運用期間（令和4年10月～令和5年1月）中に医療機関にどのような情報提供を行いましたか。該当する項目の右欄に件数をご記入ください。なお、1）～ 9）の項目に当てはまらない場合には、10）その他 に項目を記入後、右欄に件数をご記入ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **項　目** | **件　数** |
| 1) ポリファーマシーに伴う減薬の提案 |  |
| 2) 処方内容に関連した提案（上記の減薬以外） |  |
| 3) 抗がん薬適正使用に関する情報 |  |
| 4) 患者の訴え（アレルギー情報等も含む） |  |
| 5) 副作用発現もしくは疑い、副作用の程度（グレード） |  |
| 6) 残薬調整に関する情報 |  |
| 7) OTC・サプリメントに関する情報 |  |
| 8) 服薬状況（アドヒアランス）とそれに関する指導内容 |  |
| 9）吸入・自己注射等の手技確認 |  |
| 10)-1その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| 10)-2その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| 10)-3その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |

**Ｑ２-２．どのような手段で行った服薬指導（相談）の時にトレーシングレポートに繋がっていますか？　感覚で結構ですので該当箇所を〇で囲んで下さい（具体的な件数が出せる場合は件数も教えて下さい）。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **感　　　覚** | **件　数** |
| **窓口（本人）** | 多い　・　時々ある　・　少ない　・　無い | 件 |
| **窓口（代理の方）** | 多い　・　時々ある　・　少ない　・　無い | 件 |
| **オンライン** | 多い　・　時々ある　・　少ない　・　無い | 件 |
| **継続服薬指導** | 多い　・　時々ある　・　少ない　・　無い | 件 |
| **患者から質問があった** | 多い　・　時々ある　・　少ない　・　無い | 件 |
| **その他（　　　　　　　）** | 多い　・　時々ある　・　少ない　・　無い | 件 |

**他にも、事例等ありましたらＱ３等に御記載ください。**

**Ｑ２-３. 情報提供により医療機関から返答はありましたか？該当欄に✔（チェック）をしてください。**

**□あった Ｑ２-３-１.以降の質問にお答えください**

**□ない Ｑ２-４. 以降の質問にお答えください**

**Ｑ２-３-１.医療機関から提供された情報が副作用の対応や服薬フォローアップに繋がりましたか？該当欄に✔（チェック）をしてください。**

**□繋がった　　　　　□繋がらなかった　　　□わからない**

**※「繋がった」と回答された方は、差し支えない範囲で事例のご紹介を ＜Ｑ３．＞でお願い致します。**

**Ｑ２-４. ＜Ｑ２-１．＞で「３)抗がん薬適正使用に関する情報」に回答した方にお聞きいたします。（回答していない方は、「Ｑ３．」以降の質問にお答えください。）**

**Ｑ２-４-１.事業運用期間（令和4年10月～令和5年1月）中に医療機関に報告した抗がん薬の副作用の項目について、該当する項目の右欄に報告件数（総数）をご記入ください。また、報告した各Gradeの件数についてもご記入ください。**

**なお、1）～ 10）の項目に当てはまらない場合には、11）その他 に項目を記入後、右欄に件数をご記入ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **副作用の項目** | **件数（総数）** | **内訳**  **（各Gradeの報告件数）** |
| 記載例）1) 悪心 | **５** | Grade 1 　 ( ２ )  Grade 2 　 ( ２ )  Grade 3以上 ( １ ) |
| 1) 悪心 |  | Grade 1 　 ( )  Grade 2 　 ( )  Grade 3以上 ( ) |
| 2) 嘔吐 |  | Grade 1 　 ( )  Grade 2 　 ( )  Grade 3以上 ( ) |
| 3) 下痢 |  | Grade 1 　 ( )  Grade 2 　 ( )  Grade 3以上 ( ) |
| 4) 便秘 |  | Grade 1 　 ( )  Grade 2 　 ( )  Grade 3以上 ( ) |
| 5) 倦怠感 |  | Grade 1 　 ( )  Grade 2 　 ( )  Grade 3以上 ( ) |
| 6) 口腔粘膜炎 |  | Grade 1 　 ( )  Grade 2 　 ( )  Grade 3以上 ( ) |
| 7) 手足症候群 |  | Grade 1 　 ( )  Grade 2 　 ( )  Grade 3以上 ( ) |
| 8) 皮疹 |  | Grade 1 　 ( )  Grade 2 　 ( )  Grade 3以上 ( ) |
| 9) 爪囲炎 |  | Grade 1 　 ( )  Grade 2 　 ( )  Grade 3以上 ( ) |
| 10) 末梢神経障害 |  | Grade 1 　 ( )  Grade 2 　 ( )  Grade 3以上 ( ) |
| 11)-1その他（症状：　　　　　　　） |  | Grade 1 　 ( )  Grade 2 　 ( )  Grade 3以上 ( ) |
| 11)-2その他（症状：　　　　　　　） |  | Grade 1 　 ( )  Grade 2 　 ( )  Grade 3以上 ( ) |

**Ｑ３．本事業において、トレーシングレポートを提出して良かったと思う事例やその情報が患者の薬学的管理に役立った事例などがございましたら、差し支えない範囲でご紹介ください。（※抗がん薬に関する事例、医療機関と複数回やり取りを行った事例など、より多くの事例を収集しております。ご協力の程よろしくお願い致します。）**

**事例1**

**事例2**

**※上記以外にもご紹介いただける場合は、別紙を付けてご提出をお願いいたします。**

**Ｑ４. 「がん薬物療法の患者安全管理～知っておくべき医師と薬剤師の共通言語・共通認識～」について**

**Ｑ４-１.** **抗がん薬治療用トレーシングレポートの記載をサポートするため、本会ホームページに「がん薬物療法の患者安全管理～知っておくべき医師と薬剤師の共通言語・共通認識～」を掲載しております。該当欄に✔（チェック）をしてください。**

**□内容を確認している 　　　　　　　　　　 Ｑ４-２.以降の質問にお答えください**

**□掲載は知っているが内容までは知らない**

**Ｑ５.以降の質問にお答えください**

**□掲載を知らない**

**Ｑ４-２.どのような所が参考になりましたか？該当欄に✔（チェック）をしてください。（複数選択可）**

**□作用機序が記載されているから**

**□副作用の発現時期が記載されているから**

**□図や表が記載されているから**

**□仮想事例が記載されているから**

**□付録（「トレーシングレポートの書き方」や「血算・生化学的所見と有害事象共通用語規準（CTCAE）」）が記載されているから**

**□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**Ｑ４-３.「がん薬物療法の患者安全管理～知っておくべき医師と薬剤師の共通言語・共通認識～」に対するご意見・ご要望（追加して欲しい内容等）がございましたら、ご記入ください。**

**Ｑ５．本事業において、都薬版トレーシングレポート（一般用・抗がん薬治療用）に対するご意**

**見、医療機関に対するご要望などがございましたらご記入ください。**

**また、今回都薬版トレーシングレポート活用を含めトレーシングレポートを書かなかった（書けなかった）場合にはその理由等、特に「馴染まない症例の場合、不安になる」等の書きにくい状況や背景についてご意見頂けますと幸いです。**

**御協力ありがとうございました**

**提出期限 ： 令和5年2月27日（月）**

**送 信 先 ： 東京都薬剤師会　薬事情報課**

**E-mail　druginfo@toyaku.or.jp**