PSP 公益財団法人日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会

「抗がん剤の管理状況に関するアンケート」

集計結果

調査期間 ： 2021年 8 月 27日～10 月 19 日
調査対象 ： 認定病院患者安全推進協議会会員　1317 病院
回答数　 ： 253 件（回答率 19.2%）
回答方法 ： Web アンケートフォームより回答

無断転載・二次利用を禁じます

（公財）日本医療機能評価機構　認定病院患者安全推進協議会
薬剤安全部会

「抗がん剤の管理状況に関するアンケート」集計結果

アンケート実施期間：2021年8月27日～10月15日
回答数：259件（253施設、254名）

【回答者の所属する病院の情報】

Q45 貴院の所在地（都道府県）を教えてください

	単一回答	n	%
	全体	(253)	

		n	%			n	%			n	%			n	%
	北海道	12	4.7		東北	14	5.5		関東	85	33.6		中部	42	16.6
1	北海道	12	4.7	2	青森県	1	0.4	8	茨城県	4	1.6	15	新潟県	2	0.8
				3	岩手県	1	0.4	9	栃木県	4	1.6	16	富山県	1	0.4
				4	宮城県	4	1.6	10	群馬県	7	2.8	17	石川県	1	0.4
				5	秋田県	1	0.4	11	埼玉県	19	7.5	18	福井県	1	0.4
				6	山形県	3	1.2	12	千葉県	12	4.7	19	山梨県	3	1.2
				7	福島県	4	1.6	13	東京都	24	9.5	20	長野県	6	2.4
								14	神奈川県	15	5.9	21	岐阜県	5	2.0
												22	静岡県	8	3.2
												23	愛知県	15	5.9
	関西	36	14.2		中国	26	10.3		四国	11	4.3		九州	27	10.7
24	三重県	0	0.0	31	鳥取県	2	0.8	36	徳島県	1	0.4	40	福岡県	9	3.6
25	滋賀県	4	1.6	32	島根県	2	0.8	37	香川県	1	0.4	41	佐賀県	1	0.4
26	京都府	5	2.0	33	岡山県	9	3.6	38	愛媛県	6	2.4	42	長崎県	3	1.2
27	大阪府	17	6.7	34	広島県	10	4.0	39	高知県	3	1.2	43	熊本県	3	1.2
28	兵庫県	6	2.4	35	山口県	3	1.2					44	大分県	4	1.6
29	奈良県	3	1.2									45	宮崎県	2	0.8
30	和歌山県	1	0.4									46	鹿児島県	5	2.0
												47	沖縄県	0	0.0

Q46 貴院の病床数を教えてください

	単一回答	n	%
	全体	(253)	
1	100床未満	11	4.3
2	100床～200床未満	52	20.6
3	200床～300床未満	40	15.8
4	300床～400床未満	43	17.0
5	400床～500床未満	31	12.3
6	500床～600床未満	38	15.0
7	600床以上	38	15.0

Q47 貴院は次のどれに該当しますか？

	複数回答	n	%
	全体	(253)	
1	特定機能病院	36	14.2
2	特定機能病院以外の高度医療・三次救急を担っている病院	36	14.2
3	急性期医療中心の病院	153	60.5
4	慢性期医療中心の病院	16	6.3
5	回復期リハビリ中心の病院	8	3.2
6	精神科中心の病院	7	2.8
7	緩和ケア中心の病院	4	1.6
8	その他	25	9.9

回答者ID	Q47_8 その他【　　　】
1	重症心身障害児者病棟
6	急性期＋包括ケア病床
49	地域中核施設病院
53	ケアミックス型の病院
60	ケアミックス
61	急性期と回復期のケアミックス
63	がん専門病院
92	地域がん診療連携拠点病院
96	ケアミックス
129	ケアミックス型
136	ケアミックスの病院
146	ケアミックス
148	ケアミックス
156	地域がん診療拠点病院
187	ケアミックス
204	回復期、療養病棟も併設
209	一般急性期、地域包括ケア、回復期リハのケアマックス型の病院
233	ケアミックス
234	ケアミックス
240	地域包括ケア病棟あり
242	ケアミックス病院

【回答者の情報】

Q48 回答いただいた方の職種を教えてください

	単一回答	n	%
	全体	(254)	
1	医師	2	0.8
2	薬剤師	187	73.6
3	看護職（保健師・助産師・看護師）	60	23.6
4	診療放射線技師	0	0.0
5	臨床工学技士	0	0.0
6	臨床検査技師	2	0.8
7	リハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）	0	0.0
8	事務職	3	1.2
9	その他	0	0.0

Q49 回答いただいた方の医療安全に関する役割を教えてください

	単一回答	n	%
	全体	(254)	
1	専従（医療安全業務に従事する時間の割合が8割以上）	80	31.5
2	専任（医療安全業務に従事する時間の割合が5割以上）	33	13.0
3	兼任（医療安全業務に従事する時間の割合が5割未満）	97	38.2
4	その他	44	17.3

回答者ID	Q49_4 その他【　　　】
1	副看護部長
7	医療安全管理部　感染管理課　薬剤師
28	化学療法担当
29	医薬品安全管理責任者
43	外来化学療法室担当薬剤師
57	化学療法業務担当
59	3割未満の薬局長
66	医療安全部には所属していない。
72	薬剤部長　医薬品安全管理者　がん薬物療法認定薬剤師
101	化学療法専従の薬剤師
113	医薬品安全管理責任者
123	医療安全業務に従事していない
126	医療安全業務にはついていない。回答を医療安全管理室から依頼した。
132	医薬品安全管理責任者
143	外来化学療法室専任
148	医薬品安全管理責任者
150	医療安全推進者
156	がん化学療法看護認定看護師
159	がん治療担当薬剤師
169	がん薬物療法認定薬剤師
178	化学療法担当薬剤師
179	化療担当薬剤師
185	関わりは少ない
198	薬剤部長
209	抗がん剤担当
215	医薬品安全管理者
240	事務局（医薬品安全管理者）
254	薬剤部主任

【Q1 ①抗がん剤を使用していますか？】

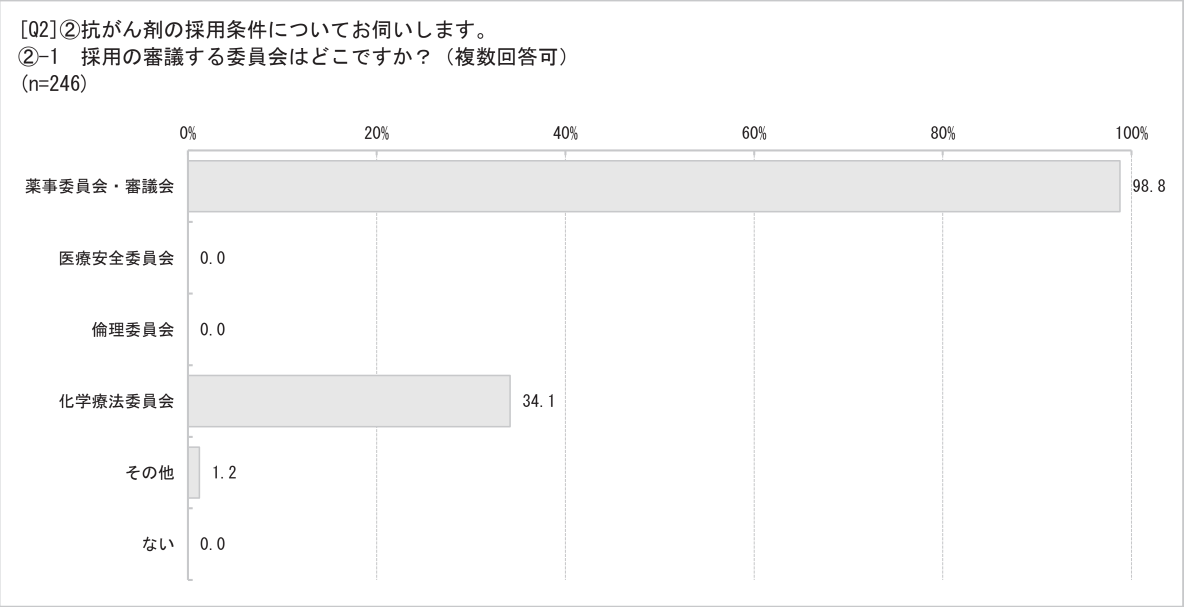
	単一回答	n	%
	全体	(259)	
1	はい	246	95.0
2	いいえ（→アンケート終了です）	13	5.0

【Q2 ②抗がん剤の採用条件についてお伺いします。】

Q2②-1　採用の審議する委員会はどこですか？（複数回答可）

	複数回答	n	%
	全体	(246)	
1	薬事委員会・審議会	243	98.8
2	医療安全委員会	0	0.0
3	倫理委員会	0	0.0
4	化学療法委員会	84	34.1
5	その他	3	1.2
6	ない	0	0.0

回答者ID	Q2_5 その他【　　　】
70	持参薬については医師の判断
224	レジメン検討委員会
246	レジメン審査委員会



Q3 ②-2　新規に採用する際の要件や制限などはありますか？（複数回答可）

	複数回答	n	%
	全体	(246)	
1	有用性が担保されていること（既採用医薬品で代替不可）	227	92.3
2	既採用医薬品と同一成分、類似剤形でないこと	140	56.9
3	既採用医薬品との名称類似品、外観類似品の有無について検討されていること	118	48.0
4	規格間違い防止など使用上・保管上の注意事項が検討されていること	118	48.0
5	複数の規格がある場合は、規格を統一すること	37	15.0
6	既採用医薬品との入れ替えにより経済効果が期待できること	143	58.1
7	新規採用医薬品と同効・類似薬を削除すること（１増１減）	117	47.6
8	その他	14	5.7
9	なし	5	2.0

回答者ID	Q3_8 その他【　　　】
20	安全性
70	他院からの転院の患者が多く、抗がん剤の薬剤の使用については医師の判断
80	調整量に応じて必要な規格は複数採用
159	後発医薬品への切り替えの場合は、先発品と外観が類似しているもの選択する。曝露対策が行われている製品（例：シュリンク包装を行っているなど）を選択する。
181	有効性、安全性、経済性、合理性の観点により判断
196	剤型の工夫　液剤化　被曝防止
204	流通の確保が出来ている事
224	新薬は発売後半年経過し、市販後の安全性が一定担保されること
230	発売1年未満
236	保険適用、エビデンス、ガイドラインに基づいていること
237	薬品採用は1増２減
238	流通状況、他施設の使用状況
246	医療機器との相性に問題が無い事

Q4 ②-3　抗がん剤を他の薬と区別（差別化）して管理していますか？

	単一回答	n	%
	全体	(246)	
1	区別（差別化）していない	25	10.2
2	ハイリスク薬として区別（差別化）している	112	45.5
3	一般薬やハイリスク薬とも区別し、より重点的な管理が必要な薬として区別（差別化）している	95	38.6
4	その他	14	5.7

回答者ID	Q4_4 その他【　　　】
21	抗がん剤調製室で管理している
42	抗癌剤として保管場所をまとめている
62	毒、劇薬の区別により保管管理
85	レジメン管理薬として、通常の注射箋ではオーダーできない。投与方法や投与順など、化学療法委員会で承認されたプロトコルでのみ使用できる。
102	毒薬、劇薬の区分管理をしている
108	予約を取り化学療法を施行しているので、必要時発注にしている
118	冷所薬の場合は専用の冷蔵庫に保管、室温保存の場合は、一般薬やハイリスク薬と同様、劇薬・毒薬などの分類に従い区別、なるべく1つの棚に集約している。
165	毒薬管理
170	一般薬と区別
181	施用に関してレジメンにより集約的に管理されている
185	一部ハイリスク薬
196	日々発注している商品も多く納入時にケモ分類として分かれていく。
238	保管場所の区別はしている
242	ハイリスク薬として区別している薬剤と、そうでない薬剤がある。

【Q5 ③抗がん剤（ホルモン剤に分類されるもの除く）の常備配置についてお伺いします。】

Q5 ③-1　薬剤部門以外に常備配置している抗がん剤はありますか？

	単一回答	n	%
	全体	(246)	
1	ない（薬剤部門以外の常備配置は禁止）	212	86.2
2	ある（→設問③-3へ） ※ドキソルビシンなどの膀胱内注入、あるいは、エピルビシンやシスプラチンなどの肝動脈注入などの局所投与も含みます。	34	13.8

Q26 ③-2　「ない」を選択した方にお伺いします。その理由をお答えください。

回答者ID	Q5_1 ない【理由】
1	診療科が限定されているため。
2	抗がん剤の取り扱いに薬剤師の眼が行き届かなくなり管理責任の所在が曖昧になるから
3	使用（処方）時には、必ず当院登録標準治療（登録レジメン）及び個人投与計画表との薬剤師による監査業務無しでは治療ができない仕組みとしているため
4	複数規格があり、投与間隔が異なる。取り間違いの原因となり得るので、病棟には配置していない。 高額である。温度管理が必要な薬もある。
7	必要時払い出しが可能なため
8	計画的に使用が原則であり、使用時に注射箋として薬剤科払い出し
9	安全面を考慮し配置していません。
10	薬剤師以外取り扱わない。
11	誤投与などを防ぐため。
12	薬剤師による監査を必ず行うため
14	常備配置する必要が無いため
16	必要がない
17	職員の安全衛生管理を適切に行うため。職場環境の整備の一環。
19	ホルモン剤以外の採用がないため
20	安全性への配慮
21	薬剤科抗がん剤調整室で調整して払い出しているので配置の必要性が無い
22	前日までに処方オーダすることを原則としており、ハイリスク薬の手引きにより定数配置を原則禁止しているため
24	全ての抗がん剤において薬剤科で調整後、払い出す運用にしているため。
25	安全性、一括管理
26	必要がない
27	薬剤部で管理するため
28	処方以外で使用することがなく、混合が必要な場合はすべて薬剤部で調製しているため
30	常備を必要としていない。混注は100%薬剤部で行っている。
31	今のところその要望もなく、審議したことがない。
32	薬剤部のみの配置（管理）とすることで使用の際には必ず連絡が入り、発注、払出等が行える。
33	常備させる必要性がないため
34	全てレジメン、処方管理しているため、常備の必要性がない
35	毎日、内服するような内服薬しか取り扱っておらず、常備する必要がない。
36	薬剤師不在時に突発的な抗がん剤使用がないため
38	常備配置までは必要なし
39	安全管理が必要な薬剤だから 薬価が高いため在庫管理を適切に行いたいから
40	禁止はしていないが、薬剤部で一括管理しているため
41	レジメンオーダに基づき、すべて薬剤部から払い出すため。内服薬も処方箋に基づき薬剤師が調剤する。
42	管理しやすくする
43	常時薬剤部からの払い出しで対応可能であるため。

44	要事発注しており、過剰在庫はかかえないため。
45	適切に管理するため(安全面、不良在庫防止)
46	ハイリスク薬であるため。 現場のニーズがないため。
48	安全管理上必要なため
49	基本的に薬剤科で確認・調製後に払い出しするため
51	オーダー入力に基づいて薬剤部から払い出しを行っており、薬剤部以外に配置する必要性がないから。
52	薬剤部にて出庫状況を把握し、一元的に安全キャビネットにて調製を行うため。
53	配置する必要性がないため
54	当院での化学療法で使用する抗がん剤は、すべて薬剤師がミキシングしているため
55	管理しやすいようにするため
56	使用薬が経口薬である 使用頻度が低い
57	必ず処方箋をもとに薬剤師が調剤・監査をして払い出しており、常備配置する必要がない。
58	全て薬剤科でミキシングするため配置の必要がない。
59	定数を置くほど使用頻度がないため 経済的に期限切れの防止
60	投与患者も少なく、緊急で使用されることがないため、他薬剤との摂り間違いなどリスクも高いため。
62	常備配置する必要がない
64	安全管理のため
65	薬剤管理は薬剤師が行うことになっているため
66	安全上の理由
68	薬剤師が患者カルテを確認し、適正と判断した場合のみ払い出し。
69	全ての化学療法で、抗がん剤が適正使用されているか、薬剤師が確認するため。
70	常備配置する採用薬が無い 抗がん剤は外来処方か持参薬
71	薬剤師による確認の上で払出しを行うため
72	予定治療は薬剤部でミキシングしているから
74	必要なし
75	抗がん剤の誤投与は患者に重篤な副作用をもたらす危険性があるため
76	薬剤部で在庫管理しているため。
78	保管管理の徹底と高額なものが多いため
79	全て薬剤部より払い出すため
80	調整は全て薬剤科で行っているため
81	適正使用のチェックと調整は薬剤師が行うため
82	全て薬剤室で調整してから払い出している。
83	全て薬剤部で調整している。
84	調製は必ず薬剤師が行う
85	全て薬剤科で混注しているため。
86	誤った取扱いによる医療事故を防止するため。抗がん剤の曝露、流出を防ぐため。盗難を防止するため。取扱いができる職員（教育、トレーニング受講者のみ）を制限するため。
87	病棟での取り間違い防止のため
88	危険なので院内の取り決めにより置かないことになっている。
89	レジメン化し化学療法を管理下に置くため。使用状況の把握、発注管理上の問題
90	医師指示をもとに患者ごとの払い出しをするため、輸液類やラベルをセットして渡せる。薬剤科で100％ミキシングできる。
91	抗がん剤はすべて薬剤科で無菌調剤
92	薬剤部内で無菌調製実施のため
94	薬剤師が混注するため必要ない
95	薬剤部門以外での常備の必要性がない。管理上困難。

96	常備する必要性がない。使用する患者、日付を把握している
97	必ず薬剤師が係るようにするため
98	抗がん剤であるため
99	手術やアンギオで使用しないため
100	誤使用防止の為
101	抗がん剤は特に注意が必要となる薬剤であり、登録されたレジメンに従って薬剤師による調剤・監査が不可欠であるため。
102	常備配置ではない仕組みにしている
103	期限切れ、在庫管理の問題、破棄の問題などにて薬剤部へ一極集中
105	薬剤部で調製を行うため。
106	抗がん剤調製を全て薬剤部で行っているから。
107	全て薬剤部で管理し、調剤後に払い出ししている
108	全て薬剤師が処方監査をしたうえで、調剤・払い出しを行うため
110	全てレジメンオーダーで処方しその都度払い出し対応しているため
114	全てレジメンオーダで管理し、患者別に払い出しており、常備配置する必要がない
115	院内手順
116	必要性がないため
117	調剤あるいは調整した後に搬送する業務手順になっている。各部署から配置希望も挙がっていない。
118	医療安全の観点から、薬剤師が投与量や投与間隔を確認するため。
120	必要がない。
121	全て薬剤師が混合調製している
122	抗癌剤は薬剤科で一元管理することにしている
123	基本的にはレジメンにて運用している。また、薬剤が高額であったり、破損した際の被曝のリスクを考慮すると常備配置は行っていない。
125	局所投与薬もレジメン登録し、オーダ後薬剤部で調剤、払い出すため
127	部署での管理が難しいため。
128	レジメンチェック、注射オーダー確認後、薬剤科から払出し 口頭指示など許可していない
129	注射抗がん剤の使用がほとんどないため
131	抗がん剤なので
132	必要性がない
133	使用時に払い出すことで問題ないため
134	ハイリスク薬の中でも特に厳重な管理が求められるから。
136	使用時に必ず請求があるため
137	薬剤部で抗がん剤の一元管理を行なっている。また、混注を行なっているので他部門に配置する必要がない。コストもかかる。
138	抗がん剤を急いで使用することはないため、不要な常備配置はしていません。
139	誤投与になるリスクが高いため
140	抗がん剤はすべて薬剤師の目を通して払い出すようにしているため。またデッドストックにならないようにするため。
141	医療安全のため、全ての抗がん剤は医師のオーダーに基づき、薬剤部から払い出しているため
142	安全な薬剤管理のため
143	適切な使用を把握できない。
145	常備する必要性がないから
146	必要時、迅速に対応する
147	レジメン管理し、全て薬剤部で混注している
148	薬剤部保管で不便ないため
149	生命を脅かすハイリスク薬のため、厳重な管理が必要
150	安全管理のため
151	緊急で使う必要がないものだから。 常備配置による利便性が、危険性を上回っていないから。

153	全例、調剤後に払い出すため
154	医療安全上、一元管理が望ましいため。紛失、盗難の防止。
156	高価で細胞毒性があり、調製や保管は薬剤部で毒薬として管理する必要がある為。
159	薬剤部以外に常備配置する必要性がないから。
160	医療安全上適さない。各科、所属等から要望がない。
161	高額かつ投与に厳重なチェックが必要である薬品のため。
162	安全な環境で薬剤部の安全キャビネット内で100％調整後払い出しとしている。
163	薬剤部で調製して払い出しをするため
164	薬剤部でレジメン内容のチェック、調製を行うので、常備配置の必要がない。
165	医薬品安全管理の観点から、及び使用頻度が少ないため。安全キャビネットが薬剤科と外来化学療法室しかなく調整には結局、薬剤師が関わるため。
166	暴露の危険性も含め、薬剤局内で調製しているため
167	安全上薬剤科で一元管理している
168	抗がん剤は完全予約品の為オーダーされてから購入している。
169	管理上の問題
171	ハイリスク薬であり、薬品管理の問題から
172	必要性がない
173	院内の取り決めとして抗がん薬は配置薬としない。注射用抗がん薬は基本的にレジメンオーダ以外不可
174	抗がん剤に関しては全て薬剤部で調製して払い出すため
175	全て薬局で調剤（混注）しているから。
176	不用意に使用されないように一元化するため
177	薬剤師が24時間いるため、必要時に連絡をもらうようにしている
178	随時払出のため
181	抗がん剤は全て薬剤部で混合調剤しているため配置として置く必要がない
182	常備配置により投与間違いが生じる可能性があるため
183	オーダー後に払い出すため。
184	薬剤科以外に配置する必要がない
185	特に無し
186	細胞障害、発がん性のある薬剤は薬剤科で調剤して払い出すことにしているから
187	混注（安全キャビネット内での）が必要なため薬剤部門以外での配置が必要ないため
188	常備させる必要性がない
189	必要時に薬剤師からの払い出しに統一している
190	リスクが高いため
191	予定ごとに発注管理をしている。 調製を薬剤師が担当している。
192	すべて薬剤部門で混合調整している。局所投与は必要時のみの払い出し。
193	緊急で使用することがないため
195	抗がん剤は常備薬として置かないルール
196	混注業務は薬剤部で全て行なっているため
198	薬剤部ですべてミキシングしている
199	安全管理のため
201	薬剤部からの用事調製としているため
202	調製時の曝露を防ぐため
203	曝露防止の観点から現場での調製を行わせないため
204	高額な品目も多く、無駄な使用をなくすため、全てを薬剤部管理として払い出さししている
205	薬剤科で調製後に払い出しをしているため。
206	特になし
207	誤投与によるリスクが高いため
209	使用件数が少ない
210	安全に管理する為。件数が少ない為、各現場に在庫する必要性もない為。
211	全ての抗がん剤を薬剤師が無菌調製し各部署に払い出しているため。

212	常備配置の必要がない
213	抗がん剤は全てレジメン管理しており、医師のオーダーがあってから払い出ししているため
214	保管上の安全のため 高額であるため在庫管理をするため
216	薬剤師が24時間全て抗がん剤調製しているから。
218	薬剤部門以外に常備配置する必要性がない
219	薬剤室にて混合調製しているため
221	抗がん剤はすべて薬剤科で管理・調整しているため、常備配置する必要性がない
222	今のところ、必要性がないため。
223	安全性の面から
226	服用間違いなどのインシデントを防ぐため
228	配置する必要性がないため。 管理上の問題。
229	必要性がない
230	薬剤科での一元管理のため
232	職業暴露の観点から、薬剤部のみで安全キャビネットを用いて調整をしているため
233	医療安全の観点から
234	医療安全の観点から。
235	レジメン、プロトコール管理に伴う在庫管理を一元的に薬剤部門が行うため
236	必要時薬剤課から処方として払い出すから
238	薬剤部で調剤および調製を行い使用の都度払い出している
240	置いておく必要がないため
241	ハイリスク薬である抗がん剤は常備配置すべきでないため、また、医師のオーダーに基づき薬剤師が調剤、監査、ミキシングを行うものであるため
242	使用する症例が無いため。
243	過去に申請なし
244	安全な抗がん剤の投与のため。また医療従事者の暴露対策でBSCのない場所での調製はしないように取り決めている。
245	全て薬剤部で調製
247	適正使用推進のため。少なくともどの患者に使用したかがわかるようにするため。
248	薬剤部で混注しているため
249	ハイリスク薬であり管理を有する薬剤であるため
250	使い方を間違えたら危険である。 薬剤師が処方監査後に使用すべき薬剤だから、安易に使用されてはこまる。 盗難防止。
251	使用時のレジメンチェック、使用基準順守状況等が確認できないため
252	調製は、薬剤師が行う。
253	抗がん剤の混注は薬剤科の安全キャビネット内でのみ行われており、他部署に置く必要がない為。
254	使用についてはレジメン管理にしている
255	必要時必要量発注している
256	抗がん剤の安全性の確保のため
257	抗がん剤はすべて薬剤師の目を通して払い出すようにしている。またデッドストックにならないようにするため。
258	院内レジメンをもとに投与しているので常備はしていない
259	ハイリスクだから

Q26 ③-2　「ない」を選択した方にお伺いします。常備配置をさせない工夫があればお答えください。

回答者ID	Q5_1 ない【常備配置をさせない工夫】
1	各部署の定数管理の徹底
2	緊急随注以外は，全てレジメンオーダーとしている。緊急髄注のミキシングも薬剤師が行っている。

3	電子カルテで医師が新規処方を自由に入れられなくしている（事前に薬剤師が投与計画を設定し、患者個人ごとにセット化して登録している） ②治療をおこなう患者分の抗がん剤以外は在庫を置いていない（事前に治療をおこなう連絡がないと、そもそも治療ができない仕組み→事前に適正使用を確認する必要があるため）
4	病院として、緊急性のない薬はできるだけ各部署に置かない運用にしている。
7	シリンジ充填なども薬剤師が行っている
8	在庫管理の徹底
9	常備薬の配置には薬剤部の許可が必要です。
11	調製を全て薬剤科で行う事にしている。
16	特になし
17	オーダリングシステムでのオーダ以外での払い出しは行わない。
21	完全予約制
26	基本　薬剤部で調整することとしている
28	抗がん剤を使用する場合は事前に薬剤部に申請が必要であり、院内在庫をほとんど置いていないので、申請がなければ使用できない状況となっている。必要時に必要な薬剤を購入して使用時に薬剤部で混合して払い出すようにしている。
30	薬剤部で混注する。
39	抗がん剤使用は全例化学療法委員会への届出が必要となっている
41	レジメンオーダの締切時間を設ける。
42	薬剤師が安全キャビネットで調剤するようにしている
45	常時在庫しないと化学療法委員会で決めている
46	必要時すぐに払い出せる体制をとっている。 薬剤部門以外でなるべくミキシングをさせない。
48	オーダー以外の払出をしない
52	レジメン登録されたプロトコルのみの薬剤部での調製
57	常備配置する必要がないため、薬剤課が認めていない。
59	常に定数点検を行い回収する
64	ハザーダスドラッグとしての周知をする
65	発注から使用時直前まで薬剤師が管理している。
68	通常の注射処方では出せないようにレジメン管理
69	許容していない。
71	特になし
72	膀胱内注入などもその都度薬剤部への請求としている
74	なし
75	要時、払い出しの徹底を周知している
76	オーダー分のみ払い出し
81	基本、土日祝日は行わず、薬剤師の介入ができるようにしている
82	薬剤師が主導権を握る。
84	薬剤師が希釈調製を行った形でしか払い出さない
86	院内規程文として配置禁止を明文化する。月に１回、各部署の担当薬剤師による薬品管理状況を確認し不正在庫の有無を確認し院内へ報告する。抗がん剤の調剤はすべて薬剤部で調製をおこなうことを条件に部署配置を廃止する。
88	特になし
89	アンギオで用いる薬剤については使用患者が決定し次第薬品請求伝票を提出し、不足がないように管理している。
92	特になし
98	使用都度薬剤部にとりに来て使用後、返却。
102	抗がん剤は「注射オーダー」とは別の「レジメンオーダー」でしか入力できないようにしている。また、薬剤部で調整してから部署に届くようにしている。
103	発注は薬剤部、払出は個人名で行う 使用しない場合は薬剤部へ当日返却
108	院内の決まり事とし、マニュアルに載せて周知

114	抗がん剤入手経路の一本化 レジメンオーダ管理
118	薬剤師が常時調整や出庫に対応する体制を整備。
120	その都度薬局から払い出す。
122	医療安全対策委員会での決定事項とした
123	レジメンにて運用
125	ピシバニールなど処置薬として使用する場合には前日に薬品請求により払い出している
127	ほぼ全ての抗がん剤を薬剤部で混合調製後払い出すので常備配置の必要がない。
128	レジメンチェック後、薬剤科が調製、払出をする
134	すべて薬剤部で調製する。
138	処方箋以外では使用できないルールにしている
139	ハイリスク薬として必ず薬剤師が調剤を行うようにしている。
142	通常の化学療法であれば、プロトコル管理し、薬剤師が混注を行う。 TACEなどであれば、抗がん剤含めすべて注射オーダーに乗せる。当日薬局から払い出す。
143	特にない。
145	薬剤師が休日を含め24時間常駐している。
146	薬剤部で調整・混合している
150	薬剤部での調整・管理の一元化・ルール化
151	その配置が必要かどうかを論理的に考えること。
152	常備請求伝票の薬品を各部署長（師長）と取り決めをし、抗癌剤を品目に入れないようにしている。
154	各部署責任者との対話。院内ルールの周知・啓蒙
156	組織としてマニュアル化し厳守する。
159	抗がん剤の調製は全て薬剤部で行っている。
161	使用ごとに薬剤部からの払い出しとしている。
162	抗がん剤使用の際には薬剤部へ必ず事前に連絡をし、外来：化学療法室・病棟：急性期病棟のみで実施する。
164	薬剤部での事前レジメンチェックを必須とする。２日前をオーダー入力期限とする。新規導入の場合は医師より事前に薬剤部に連絡をもらう。
165	医療安全委員会と協力し、リスクの高さを根拠を持って提示する。（曝露リスクも含め）
167	薬剤科がけで購入、必要時に払い出し、毎月院内在庫チェック
168	抗がん剤は注射オーダーとは別のケモオーダーからではないとオーダー出来ないようにしている。そして、ケモオーダーは必ずレジメン審査会で承認されないとオーダー出来ない為完全よyかうが可能となっている。
173	院内ルールの徹底。オーダの制限。
174	抗がん剤を使用するためには全てレジメン化。抗がん剤のマスターも全てレジメン登録しなければ使用できない。
177	ハイアラート薬を常備させない理由と同じ
181	担当薬剤師を決めて、外来部署を含めつきに1度各部署の配置薬の種類・数を含めた薬剤管理状況を確認している
186	細胞障害、発がん性のある薬剤は薬剤科で調剤して払い出す
188	院内で意思を統一する
190	薬剤師が積極的に介入する アンギオセットなどを作り、必要時に使用する
192	薬剤部門での一括管理、調整対象時間外の投与指示の抑制
193	全てレジメン管理しており、調製・混合もすべて薬剤師が行うことにしている
196	ミキシング時の暴露防止対策として特別なミキシング用ベンチBSCで対応しているため。発ガン性物質を含有する抗がん剤に対する医療従事者への被曝防止。
199	薬剤科ですべての抗がん剤を調製する
203	常備薬は届け出制なので、抗がん剤の常備薬配置を認めないようにしている
204	24時間管理ができない為
205	常備配置の要望はないためありません。

206	特になし
209	抗がん剤プロトコルという別アプリからしかオーダーができない(通常オーダーが出来ない) 使用前に薬局に連絡する手順を作成している。
211	できる限り薬剤部管理できる体制を構築する。 ・無菌調製する。・無菌調製しなくてもオーダー確認後に払い出しをする。
214	委員会で承認して採用を決定するため自由には採用できない
216	薬剤師が全て管理する。
223	常備配置薬は、部署のみでは、決定できない仕組みになってい。。
228	配置については全て申請を必須としており、システム登録していない薬品は配置入力できない。
230	薬品マスターの頭に【癌】の文字を表示し差別化
232	なし
233	抗がん剤はすべて薬剤科薬剤師が調剤・調製する。
234	抗がん剤はすべて薬剤科で調製。 抗がん剤は必要時購入で、事前に連絡してもらう、
242	事前に院内の取り決めとして常備配置薬を決めておく。
243	申請を認めない
245	特になし
250	病院として許可させない。
251	そもそも薬剤部自体にも、投与予定のない常時在庫を置いていない。必ず患者使用（あくまで予定）が決まり使用予定日が決まってからでないと原則購入しない。継続使用に関しても、使用日毎に次回の投与予定確認してから次回使用分を毎回購入している。
252	レジメン管理、カンファレンス参加
255	前診療日までの予約制（月曜投与なら金曜日までに処方入力してもらう）
256	特に無し
259	レジメン登録したもののみ院内で運用することと規定した。 薬剤部でミキシングすることとした（休日含む）。

Q6 ③-3　「ある」を選択した方にお伺いします。常備配置している抗がん剤の種類をお答えください。

	単一回答	n	%
	全体	(34)	
1	内服	0	0.0
2	注射	31	91.2
3	その他（薬品名）	3	8.8

回答者ID	Q6_3 その他（薬品名）【　　　】
194	イムノブラダー膀注用
231	ミリプラ　アイエーコール　ピノルビン　イムノブラダー
239	ギリアデル、アイエーコール、5 - FU、エピルビシン

Q7 ③-4　「ある」を選択した方にお伺いします。常備配置している部門はどこですか？（複数回答可）

	複数回答	n	%
	全体	(34)	
1	がん化学療法治療室	2	5.9
2	放射線部門	13	38.2
3	外来	7	20.6
4	病棟	1	2.9
5	手術室	11	32.4
6	救急室	0	0.0
7	ICU	0	0.0
8	CCU	0	0.0
9	NICU	0	0.0
10	NCU	0	0.0
11	内視鏡部門	0	0.0

12	血管造影室（アンギオ室）	5	14.7
13	カテーテル室	1	2.9
14	その他（部門名）	2	5.9

回答者ID	Q7_14 その他（部門名）【　　　】
104	臨床検査科
225	中央検査室

Q8 ③-5　「外来」を選択した方にお伺いします。常備配置している科・部門名をお答えください。

回答者ID	Q7_3 外来【科・部門名】
29	泌尿器科
50	産婦人科外来 中央処置室
104	眼科
144	血管造影室
194	泌尿器科
220	放射線科　アンギオ室
224	アンギオ室、皮膚科、泌尿器科

Q9 ③-6　「病棟」を選択した方にお伺いします。主に常備配置している診療科をお答えください。

回答者ID	Q7_4 病棟【診療科名】
231	泌尿器科　内科

Q5「ある」を選択した方にお伺いします。（n ＝34）

回答者ID	Q10 ③-7　薬剤部門以外に常備配置している理由をお答えください。
23	アンギオ中に薬剤選択し、その場で投与するため
29	医師の希望（診察時に使用を決めるため）
50	医師が診療してから、診察室で行うため
63	造影しながら、その場で抗がん剤を投与するため。
67	直ちに使用できる
77	症例により使用量が異なり、あらかじめ処方することが難しいため
93	がん化学療法室の薬剤師が全病院で使用する抗がん剤を取り揃え調剤している
104	硝子体出血に対し眼科外来で使用しているが、薬剤部内に保管可能な冷凍庫（-20°C）がないため、臨床検査科で保管。
109	膀胱内注入、肝動脈注入時に用事使用するため。
111	手術中の使用があるため
113	肝動脈塞栓術に使用するため
119	膀胱内注入用としてすぐに使用できるよう手術室に配置している
126	患者の状態に応じて使用する場合がある。
130	肝動注
135	投与量が当日治療中に決定するため、事前に薬剤部で調製することが出来ない。投与量決定後の薬剤部での調製は時間的な猶予がないため。
144	造影時に使用するかどうか決定するため。
158	調製時の投与量変更などに備えて一部薬剤を配置
170	手術中に使用の可否を決定、すぐに使用できるように。
179	カテ時に投与可否・投与量を決定するため、薬剤部での調製が出来ないから。
180	利便性
194	使用頻度が高いため
197	肝動脈注入のため
200	薬剤部で調製困難かつ特殊な使用のため
208	現場の専門医師が在庫状況を把握できるように
215	至急で使用することがあるため
217	マイトマイシンを眼科手術（適応外）に使用。

220	治療中に追加使用することがあるため
224	処置としてその場(外来)で投与量が決まり使用されるため。(薬剤師関与のメリットと要求がない)
225	中央検査室で治療・処置を行い、その際すぐに必要であり、投与量もその際に決定することが多いため
227	眼科術後の癒着予防に必要なため
231	膀胱がん：膀胱内注入　肝細胞癌：動注で使用するため
237	アンギオ室での使用となるため処方箋運用ではなく処置としての使用であるため。ただし、安全キャビネットを使用している。
239	その場で用量を計算して投与するため、オーダーしてからでは間に合わないため
246	手術時の処置としてタイムリーに使用するため

Q11 ③-8　常備配置する場合の要件、基準や制限などのルールはありますか？

	単一回答	n	%
	全体	(34)	
1	ない	25	73.5
2	ある（具体的な内容）	9	26.5

回答者ID	Q11_2 ある（具体的な内容）【　　　】
23	委員会等で議論してから配置とする
50	静脈投与ではないもの　1日で使用する程度のストックにしている
104	アバスチン（硝子体内注射液）以外の抗がん剤は常備配置しない。
126	定数、品質管理の徹底
130	定数までを上限とする
144	鍵をかけて管理できる場所があること。台帳管理すること。薬剤師が週1回確認している。
158	原則、規制薬（麻薬、毒薬等）の配置は不可
179	まず薬剤部内で調製する方向を検討し、それが不可能だった場合。
246	リスクと必要性を考慮したうえで薬剤部に申請。場合により薬事委員会に諮る。

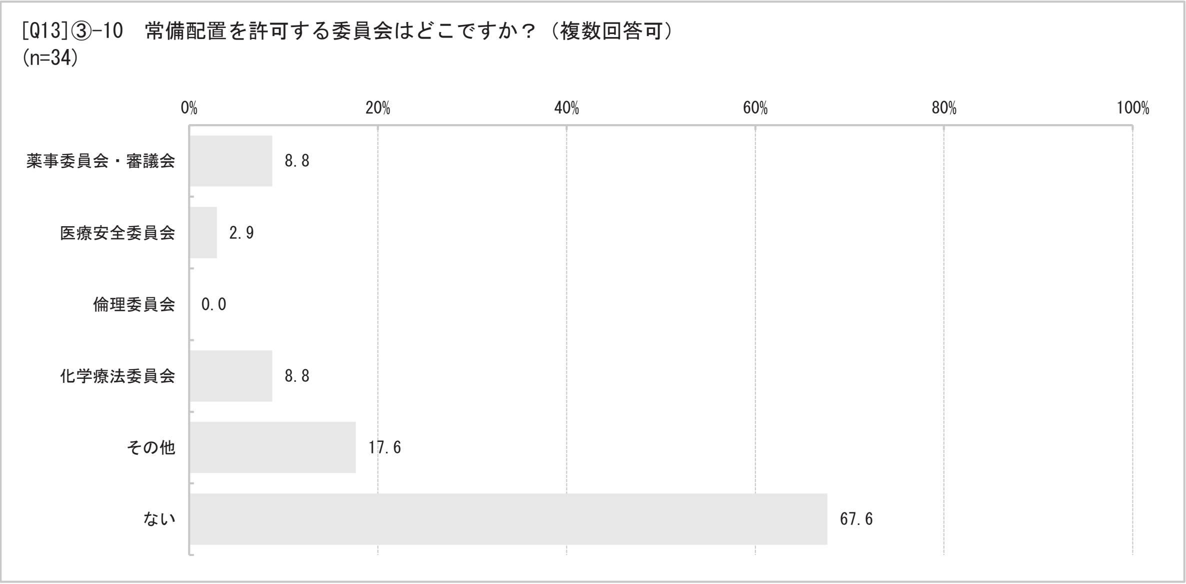
Q5「ある」を選択した方にお伺いします。（ｎ＝34）

回答者ID	Q12 ③-9　常備配置をさせない工夫があればお答えください。
29	原則は配置しない
50	レジメン管理、処置や手術に対しては患者、使用用途に泡汗払い出しを行っている。
63	薬剤部にて投与量の情報を得て混合調製した後、迅速に搬送する体制を整備すること。
109	化学療法室以外で調整する場合はファシールを使用する
111	患者ごとの処方指示が必要
135	抗がん剤は、原則100%薬剤部で調製を行うこととしており、常備設置の要望がある場合は、薬剤部で調製を行うことを前提に検討する。
179	第一に薬剤部で調製出来るか検討する。
180	特になし
194	年に一度常備薬の入れ替えを行う際に定数配置の必要性を検討している
224	薬剤センターで薬剤師が抗がん剤の払い出しの状況を把握しているので常備配置以外の持ち出しや配置依頼があれば薬剤科内で検討されるようになっている
225	処置の際に薬剤師が立ち会う 抗がん剤の準備・混注の際には薬剤師が実施する
231	使用時に、薬剤部より出庫し、使用部署へ持参している。
246	薬剤師による定期チェックとリストへの登録を必須としている。

Q13 ③-10　常備配置を許可する委員会はどこですか？（複数回答可）

	複数回答	n	%
	全体	(34)	
1	薬事委員会・審議会	3	8.8
2	医療安全委員会	1	2.9
3	倫理委員会	0	0.0
4	化学療法委員会	3	8.8
5	その他	6	17.6
6	ない	23	67.6

回答者ID	Q13_5 その他【　　　】
104	特に定めていない
111	必要時薬剤部で決定
113	薬剤部
126	薬剤部
158	定数配置薬変更届を薬剤部に提出して承認を得る。
239	薬剤部



Q14 ③-11　委員会で許可する場合の基準はありますか？

	単一回答	n	%
	全体	(11)	
1	ない	9	81.8
2	ある（具体的な内容）	2	18.2

回答者ID	Q14_2 ある（具体的な内容）【　　　】
119	使用人数　薬価
158	規制薬、ハイリスク薬の配置制限。規制薬を配置する場合は院内共通ルールに従った管理が求められる。

Q15 ③-12　常備配置する際の管理者は決まっていますか？

	単一回答	n	%
	全体	(34)	
1	決まっていない（→設問③-14へ）	10	29.4
2	決まっている	24	70.6

Q16 ③-13　「決まっている」を選択した方に伺います。それは誰ですか？

	単一回答	n	%
	全体	(24)	
1	医師	0	0.0
2	看護師	14	58.3
3	薬剤師	7	29.2
4	その他	3	12.5

回答者ID	Q16_4 その他【　　　】
67	配置場所の責任者
200	-
239	不明

Q17 ③-14　常備配置する際の管理方法についてお伺いします。（複数回答可）

	複数回答	n	%
	全体	(34)	
1	施錠して管理している	13	38.2
2	専門の金庫を用いて管理している	2	5.9
3	その他（上記以外の管理方法）	7	20.6

4	特になにもしていない	15	44.1

回答者ID	Q17_3 その他（上記以外の管理方法）【　　　】
50	冷蔵庫保存
111	職員のセキュリティカードで入室できる職員を制限している
113	スタッフ不在時は入口施錠
179	薬品棚に保管し、その部屋に入室する際はセキュリティーカードによる認証が必要。
194	毒薬であればそれに相当する管理を行う
224	年2回、薬剤師が現場の配置状況を確認している
237	法に従った管理方法

Q18 ③-15　常備配置する際の点検についてお伺いします。

	単一回答	n	%
	全体	(34)	
1	特に点検はしていない（→設問③-18へ）	5	14.7
2	定期的な点検をしている	29	85.3

Q19 ③-16　「定期的な点検をしている」を選択した方にお伺いします。どのように点検していますか？（複数回答可）

	複数回答	n	%
	全体	(29)	
1	定数を確認して記録簿に記録している	16	55.2
2	点検は看護師が行っている	10	34.5
3	点検は薬剤師が行っている	7	24.1
4	点検は看護師と薬剤師が同時に行っている	1	3.4
5	点検は看護師と薬剤師が別々に行っている	13	44.8
6	その他	2	6.9

回答者ID	Q19_6 その他【　　　】
179	看護師が週に1度定数の点検。月に1度薬剤部SPDが期限の点検。
237	看護師は毎日確認、薬剤師は年２回品質チェック

Q20 ③-17　「定数を確認して記録簿に記録している」を選択した方にお伺いします。記録の頻度をお答えください。

	単一回答	n	%
	全体	(16)	
1	毎日	9	56.3
2	週1回	4	25.0
3	月1回	2	12.5
4	その他	1	6.3

回答者ID	Q20_4 その他【　　　】
23	看護師は毎日、薬剤師は月1回

Q21 ③-18　常備配置する際の表示や置き方の工夫について何かあればお答えください。

回答者ID	回答
23	抗がん剤であることが目立つように配置する
50	劇薬と赤字で表示 他の薬剤とは混ざらないように保管している
111	特になし
119	定数記入　抗がん剤棚に配置（低いところ）
135	抗がん剤を含むハイリスク薬の表示方法に従って「ハイリスク薬マーク」を表示している
180	なし
220	劇薬として保管管理
225	抗がん剤であることを明記する
231	特になし
237	毒薬はカギ付き保管庫、その他もカギ付きのキャビネットに保管している。

【Q22 ④常備配置している抗がん剤の準備についてお伺いします。】

Q22 ④-1　抗がん剤の調製・混合は誰がしますか。（複数回答可）

	複数回答	n	%
	全体	(34)	
1	医師	17	50.0
2	看護師	17	50.0
3	薬剤師	10	29.4
4	その他	1	2.9

回答者ID	Q22_4 その他【　　　】
239	不明

Q23 ④-2　混合調製を行う際の安全対策はありますか？（複数回答可）

	複数回答	n	%
	全体	(34)	
1	フルPPEで調製・混合・投与している	16	47.1
2	一部PPEで混合調製・投与している	3	8.8
3	N95マスク	1	2.9
4	サージカルマスク	22	64.7
5	ゴーグル・フェイスシールド	15	44.1
6	ガウン・エプロン	23	67.6
7	手袋	20	58.8
8	抗がん剤耐性試験済みの手袋	8	23.5
9	閉鎖式薬物移送システムを利用している	13	38.2
10	混合調製時の曝露対策も含め所定の混合調製の講習・試験・実習などを取扱いの要件としている	3	8.8
11	その他（安全対策も含め、上記の補足や追記があれば具体的な内容）	4	11.8
12	特にない	0	0.0

回答者ID	Q23_11 その他（安全対策も含め、上記の補足や追記があれば具体的な内容）【　　　】
111	アイソレーター使用
227	抗がん剤取り扱いマニュアルに沿って扱っている。
237	安全キャビネットの使用
239	不明

Q24 ④-3　抗がん剤を調製・混合する職員についての教育・資格・権限についてお伺いします。（複数回答可）

	複数回答	n	%
	全体	(34)	
1	e-Learning、研修会の受講、試験の実施なども含めた取扱いの要件を設定している	2	5.9
2	その他	7	20.6
3	何もしていない、または取扱い要件は設定していない	25	73.5

回答者ID	Q24_2 その他【　　　】
104	薬剤部内での研修を実施している
111	調剤マニュアルの講義受講、手技の説明会実施
130	口答教育
135	放射線部において新たに混合調製を行う看護師には、オリエンテーションを実施し手技や投与時の注意点等説明する。
194	研修会を実施し受講を促している
220	基本的操作の教育は行っている
239	不明

Q25 ④-4　常備配置の抗がん剤を使用する際の安全対策についてお伺いします。（複数回答可）

	複数回答	n	%
	全体	(34)	
1	カルテと照合できるシステムを導入している	9	26.5
2	処方せん以外の指示書がある	6	17.6
3	クリニカルパスを利用している	3	8.8
4	抗がん剤のバーコードを利用する	3	8.8
5	2名以上で抗がん剤の薬品名を呼称する	20	58.8
6	その他	5	14.7
7	何もしていない	4	11.8

回答者ID	Q25_6 その他【　　　】
109	医師と相互チェックしている
111	投与スケジュール表の使用
130	一定量のオーダーのみとしている
237	アンギオ室は専用の口頭指示の確認票を使用
239	不明

【Q27 ⑤抗がん剤の投薬プロセスに関する安全対策についてお伺いします。】

Q27 ⑤-1　抗がん剤治療の内容を審議する委員会はどこですか？（複数回答可）

	複数回答	n	%
	全体	(246)	
1	薬事委員会・審議会	47	19.1
2	医療安全委員会	4	1.6
3	倫理委員会	10	4.1
4	化学療法委員会	203	82.5
5	その他	20	8.1
6	ない（→設問⑤-4へ）	10	4.1

回答者ID	Q27_5 その他【　　　】
41	がん化学療法レジメン審査・登録ワーキング
63	クリニカル・プラクティス委員会
76	ケモレジメン審査委員会
79	レジメン検討委員会
99	各診療科カンファレンス
125	がん診療委員会
135	レジメン審査委員会
147	がん診療推進委員会
150	院内全体CB
158	レジメン審査委員会
171	がん化学療法委員会
181	がん化学療法レジメン審査委員会・がん診療運営委員会
186	レジメン審査委員会
196	化学療法治療審査部会
219	プロトコール委員会
220	がん薬物治療審査委員会
224	レジメン検討会議
236	急ぐ場合は医局と薬剤課で検討し臨時採用
246	レジメン審査委員会
247	レジメン検討委員会

Q28 ⑤-2　上記委員会の構成メンバーについてお伺いします。（複数回答可）

	複数回答	n	%
	全体	(236)	
1	医師	235	99.6
2	看護師	234	99.2
3	薬剤師	235	99.6
4	事務職	192	81.4
5	その他医療専門職	128	54.2

回答者ID	Q28_5 その他医療専門職【　　　】
7	栄養士、臨床検査技師
10	管理栄養士
17	栄養士
21	管理栄養士
22	管理栄養士
24	管理栄養士
27	放射線技師
29	管理栄養士
30	栄養師
32	リハビリ

36	栄養士　リハビリセラピスト
39	栄養士、検査技師、理学療法士
42	栄養士
45	管理栄養士
48	管理栄養士
49	検査技師　管理栄養士
51	管理栄養士
52	放射線技師等
53	臨床検査技師
55	栄養士
57	統括リスクマネジャー（看護師）
58	ソーシャルワーカー・栄養士
60	検査技師
62	管理栄養士
63	栄養士
64	管理栄養士
66	管理栄養士
67	栄養士
69	栄養士
74	栄養士
76	栄養士、歯科衛生士
79	管理栄養士
80	栄養士
85	臨書検査技師
86	栄養士
87	管理栄養士
88	栄養士
89	臨床検査技師
92	検査技師、放射線技師、管理栄養士
93	栄養士
94	管理栄養士
95	栄養士
101	管理栄養士
102	管理栄養士
104	臨床検査技師
105	管理栄養士
108	放射線技師、管理栄養士、理学療法士
109	栄養士、臨床検査技師
111	臨床検査技師、栄養士
115	栄養士
116	栄養士
117	臨床検査技師
118	栄養士
119	管理栄養士
120	管理栄養士
123	管理栄養士、臨床工学技士、検査技師
125	栄養士、リハビリスタッフ
126	栄養士
127	管理栄養士
130	栄養士　　MSW
132	検査技師
134	検査技師、

135	栄養士
136	栄養士
137	管理栄養士・MSW・臨床検査技師・臨床工学技士
138	臨床検査技師
139	管理栄養士　臨床検査技師
141	栄養管理師
142	検査技師
143	管理栄養士、臨床検査技師
144	栄養士
148	栄養士
149	栄養士・臨床検査技師
150	栄養士
152	医療安全室、放射線技師、臨床検査技師
153	栄養士
154	管理栄養士、臨床検査技師
156	管理栄養士
159	ソーシャルワーカー
161	栄養士
162	臨床工学技士・管理栄養士
163	栄養士、検査技師
164	管理栄養士
166	栄養士
167	管理栄養士
168	管理栄養士、歯科衛生士、医療安全管理者
169	栄養士
173	管理栄養士
176	栄養士
177	管理栄養士
178	栄養士、臨床検査技師
179	臨床検査技師、栄養士、理学療法士
180	臨床検査技師
181	栄養士、臨床検査技師、大学教員
183	栄養士
184	栄養士
185	管理栄養士
186	管理栄養士
187	門前薬局の薬剤師
193	検査技師、栄養士、理学療法士
195	栄養士
197	栄養士
198	栄養士
199	管理栄養士
202	栄養士
204	臨床検査技師
207	管理栄養士　臨床検査技師
208	栄養士
211	管理栄養士
212	栄養士
213	栄養士、歯科医師、がん対策推進室員
216	栄養士、臨床検査技師
223	栄養士
224	管理栄養士

225	臨床検査技師
227	管理栄養士
229	栄養士　ソーシャルワーカー
232	検査技師
238	栄養士
240	医療安全管理者
241	臨床検査技師、管理栄養士
243	管理栄養士
244	管理栄養士、検査技師
245	栄養士
246	管理栄養士
247	管理栄養士、臨床検査技師
249	管理栄養士
258	栄養士、検査技師、放射線技師、外部委員

Q29 ⑤-3　上記委員会の開催頻度についてお伺いします。

	単一回答	n	%
	全体	(236)	
1	月1回	136	57.6
2	その他	100	42.4

回答者ID	Q29_2 その他【　　　】
4	1か月に1回
10	奇数月
11	2か月に1回
12	新規審議が必要な時
17	申請の都度
21	不定期・申請があった月に開催
23	２カ月に1回
27	年1回他レジメン審査はその都度
28	隔月1回
29	年4回
31	2ヶ月に1回
32	１回/２か月
36	1回/1回＋適宜
38	必要時、もしくは年2回開催
40	年4回
41	レジメン申請があった場合、その都度（メール審議）
45	3か月に1回
48	隔月
51	2ヶ月に1回
53	不定期
59	2か月に1回
62	不定期
63	必要時に随時開催
64	2ヶ月に1回
65	要時
71	必要時に各科申請医師のプレゼンのもと行う。採用されたプロトコール、レジメンを半年に1回事務職、検査科、栄養科を含む全体化学療法委員会で通達する
72	必要時開催
75	２ヶ月に１回
78	年1回
80	年4回

86	機会開催
88	2か月に1回
89	2か月に1回
91	1回/2カ月
94	2ヶ月に1回
97	年４回
98	２月に１回
99	年1回以上不定期
101	最低２か月に１回、その他必要に応じて開催
102	3か月に1回
103	1回/２月
104	年４回
106	2ヵ月に1回
109	2か月に1回
110	3か月に1回
116	月2回+臨時（化学療法委員会）
118	年3～4回
120	2ヶ月に1回
122	年4回程度
125	2ヵ月に1回
126	隔月
127	年2回
128	半年に一回
131	3ヶ月に1回
140	半年に１回
141	定例6ヵ月に1回+必要に応じて
143	年6回
144	2か月に1回
145	隔月1回
146	隔月
147	2ヶ月に1回
148	年1回以上
159	約3カ月に1回。臨時で新規レジメン申請時
161	年３回
162	2か月に1回
163	不定期
164	半年に１回
170	年1回
172	適時、最低年1回以上
179	2か月に1回
182	2か月に1回
183	不定期
188	年1回と必要時
190	新規レジメン申請時
191	2か月に1回
193	2～3ヶ月に1回
194	不定期
195	１回/2か月
196	必要の都度
198	年4回
199	2か月に1回
206	年4回

209	定例は月1回。新規レジメン検討時は臨時招集する。
210	年2回
211	委員会は年1回以上、新規レジメン審査等の検討事項はその都度開催し審議している。
213	年1～２回
219	年に1回以上
225	3か月に1回
229	2か月に1回
232	年３回
233	奇数月（隔月）
234	奇数月、隔月開催
236	4か月に1回
237	不定期
242	年1回以上
243	レジメン申請の緊急性に応じて定期臨時開催
253	集まるのは年１回持ち回りは必要時すぐ
256	随時
257	2週間に1回
258	年１回以上不定期

Q30 ⑤-4　取扱いなど抗がん剤関連業務に関する教育・資格・権限についてお伺いします。（複数回答可）

	複数回答	n	%
	全体	(246)	
1	e-Learning、研修会の受講、試験の実施なども含めた医師のオーダー権限・資格要件を設定している	23	9.3
2	e-Learning、研修会の受講、試験の実施などによる看護師の取扱いの限定・要件を設定している	47	19.1
3	e-Learning、研修会の受講、試験の実施などによる薬剤師の取扱いの限定・要件を設定している	34	13.8
4	その他（安全対策も含め、上記について補足や追記があれば具体的な内容）	26	10.6
5	取扱いなど抗がん剤関連業務に関して、特別な限定・要件を取り決めていない	158	64.2

回答者ID	Q30_4 その他（安全対策も含め、上記について補足や追記があれば具体的な内容）【　　　】
17	研修医はオーダ権限がない（システム上も不可）
40	新人研修
41	研修医はオーダできるが、実際に投与するかどうかの指示にあたる「実施確認」はできない。休薬期間の短縮など、本来禁止している操作をやむを得ず行う場合、レジメンを変更できる「特権医師」は限定し、資格要件を設定している。
53	病棟や外来看護し向けに薬剤師が勉強会を実施
57	新人教育の抗がん剤の課程を受けた者
62	研修医は不可
78	薬剤室での研修
106	業務開始前教育を実施。
127	要件とはしていないが、随時勉強会等を行っている。
133	新規の薬剤は委員会で承認しなければ処方できない
138	がん化学療法認定看護師が適宜指導を実施している
142	がん薬物療法認定薬剤師が事務局を担う。プロトコル管理、作成は資格者が行い、必ずダブルチェックする。
153	業務にあたる前の技能訓練をしている。
158	レジメンオーダはレジデント以上と定めている。
159	特に特別な限定・要件を取り決めてはいないが、外来で抗がん剤を投与する看護師は、抗がん剤投与を長年担当している看護師が実施し、新しく人員が配属された際には教育を実施している。頻度は少ないが、入院で抗がん剤を投与する際には、病棟担当薬剤師が看護師にその都度投与の注意事項などを伝達している。また、看護師、看護補助者を対象として、院内で曝露対策に関する研修会を実施している。
172	マニュアルを確認

173	医薬品安全研修や、必要に応じて病棟での抗がん薬に関する説明会を実施。
179	前期研修医の化療オーダー不可。
194	どの職種においても研修会を実施、受講を促している
209	初期研修医のオーダーはしないこととなっている。
213	看護師は、注射ラダー合格者が取扱い許可有
227	研修医は抗がん剤オーダー不可としている
233	がん薬物療法認定歴のある薬剤師による指導。
234	がん薬物療法認定歴のある薬剤師による指導。
236	病棟では看護師3年以上の経験者で薬剤師から説明を受けた者、外来は外来化学療法担当看護師、医師は必要時e-Learning受講、薬剤師は化学療法前に説明会開催
252	がんカンファレンスのメンバーになり出席すること

Q31 ⑤-5　電子カルテ・オーダリングシステム（医薬品マスタ）についてお伺いします。（複数回答可）

	複数回答	n	%
	全体	(246)	
1	レジメンオーダー（通常の注射オーダーとは異なる抗がん剤専用のオーダリングシステム）を使用している	180	73.2
2	電子カルテの注射や処方オーダーを利用してオーダーセットを組んで投与方法を標準化している	79	32.1
3	電子カルテを利用してテンプレートを作成して投与方法を標準化している	29	11.8
4	クリニカルパスを利用している	33	13.4
5	その他	8	3.3
6	電子カルテ・オーダリングシステム未導入（→設問⑥-1へ）	4	1.6

回答者ID	Q31_5 その他【　　　】
16	治療計画書の作成と確認
38	通常のオーダと同じ
57	医師が手入力している
172	内服：オーダー　注射：紙のレジメン
206	レジメンオーダを一部使用
232	患者個別にオーダーし、医師と薬剤師で確認している。
249	各医師がレジメンに沿って処方しているが標準化は行っていない
251	投与前に患者ごとに個人計画表を医師、薬剤師で作成。その内容を患者個別の処方オーダーセットを薬剤師によって作成し、医師に確認してもらったうえでオーダーセットからしか処方を展開できないようにしている。一般の処方オーダーから処方ができない仕組み。

Q32 ⑤-6　電子カルテ・オーダリングシステムによる抗がん剤オーダーの安全対策についてお伺いします。（複数回答可）

	複数回答	n	%
	全体	(242)	
1	投与速度制限	84	34.7
2	投与量上限設定	188	77.7
3	投与間隔制限	170	70.2
4	抗がん剤以外の薬剤との相互作用チェック	81	33.5
5	検査値のアラート表記	44	18.2
6	体重増減のアラート表記	38	15.7
7	内服抗がん剤も同時にオーダー可	65	26.9
8	アントラサイクリン系抗がん剤などの累積投与量制限	60	24.8
9	その他（上記以外に安全対策に補足や追記があれば具体的な内容）	42	17.4

回答者ID	Q32_9 その他（上記以外に安全対策に補足や追記があれば具体的な内容）【　　　】
10	依頼時腫・毒の表示と色分けで注意喚起を行っている
16	治療計画書での確認のみ
19	抗がん剤特別の対応はしていない
23	抗がん剤の入力は、通常の薬品検索方法とは異なる文字での入力にしている（先頭に@をつける）

45	基本的にはオーダーセットとして標準化しており、注意が必要な内容については別途コメント記載あり
48	制吐剤もレジメン内に組み込み、標準化
51	システムによるものはない。
70	医師が個別に対応している
72	レジメンチェックシート（手書き）の運用
78	問診表で検査データ、体調、バイタルサインを入力してもらい診察でよければ紙の抗がん剤メニューに医師のサイン
85	投与順の設定
86	前回投与条件との変更点表示
87	他項目をレジメンチェックシートで確認している。
101	抗がん剤オーダー時、B型肝炎ﾏｰｶｰ検査未実施の場合はアラートが表示される
103	体重、身長の誤記入アラート
109	2種類以上のレジメンの重複オーダー不可
118	B型肝炎ウイルスチェックが必要な薬のアラート表記
129	ない
134	上記はすべて、薬剤師が事前にレジメンチェックしている。
135	添付文書に記載されている検査が実施されているか確認を行う
137	事前の薬剤予約時のレジメンチェック。オーダー時の薬剤師による投与量のチェック。
151	なし
153	累積投与量は専従薬剤師が監査している。
156	レジメン内にフィルター使用禁やアプレピタント併用等を明記している。
159	当院のレジメンオーダーシステムは、あらかじめ登録されたレジメンの中から、選択して処方のオーダーを行う。処方箋やバーコードラベルなど、すべて医師が承認をしなければ発行されないため、あらかじめ調製などは行えないようになっている。
166	投与順序、希釈液の設定、医師からの実施確認
186	投与クール制限
190	重複投与制限
193	投与速度、投与量上限、投与間隔をコメントで記載している（外れてもエラーやワーニングは出ない）
194	抗がん剤オーダー時にHBV感染症例や、再活性化防止のためにアラートが出る
195	レジメン登録に権限がある
223	体重・身長の測定日から、時間的経過がある場合、再測定を促すポップアップがでる。
232	オーダーの際に、抗がん剤を選ぶと抗がん剤であることを知らせるアラートが出るようにしている。
236	抗がん剤プロトコルシステム使用のため、体重・体表面積による投与量、投与間隔、検査値等のチェックがかかる
237	レジメンのみ投与間隔制限、禁忌のみ相互作用チェック
240	オーダーの際の制限はとくにかかりません。薬剤師の確認のみ
242	電子カルテ処方入力時、抗がん剤は青字で表示される。
246	アレルギー登録によるチェック
247	B型肝炎の再活性化リスクのある薬剤においてはオーダー時に検査を考慮するようアラートが出る
251	Q32同様、オーダーを患者個別のセットからしか処方ができないようにしている
253	電子カルテで出来る安全対策はなく、人力に頼っている
259	・B型肝炎ウイルスの定期検査を促す仕組みがある。レジメン登録時の体重と現在の体重を比較して表示される。

Q33 ⑤-7　処方時の安全対策についてお伺いします。

	複数回答	n	%
	全体	(242)	
1	紙面を用いたレジメン（プロトコル）を作成して投与方法を標準化している	198	81.8
2	紙面を用いたクリニカルパスを利用している	16	6.6

3	その他	45	18.6

回答者ID	Q33_3 その他【　　　】
7	特になし
16	治療計画書とオーダーの整合性の確認
19	時になし
22	紙面でのプロトコルなし。特になし。
23	同意書に自動換算された投与量が明記されるため、それと比較して確認できるようにしている
31	電子カルテによるレジメンオーダーで対応。基本、紙面は出せないが出す事も可能。
45	オーダーセットから引用された内容か判別できるようにしている
46	レジメンオーダーを利用しているため、処方時に紙面は用いません。
48	特になし
62	レジメンオーダー
63	調剤時に休薬期間、相互作用の確認を実施している。
70	医師が個別に対応している
88	紙面に用いたものなし
91	プロトコルシステムが電子カルテと連動している
104	重服薬処方時のアラート表示
113	注射とのコンビネーションの場合はレジメンオーダーにて処方、単独の場合は特になし。
118	電子カルテとは別のレジメン管理システムでレジメン（治療計画書）を作成してオーダ入力を行う。
128	特になし
143	レジメン登録書を作成し、電子カルテで参照可能としている。
144	電子カルテ上で作成されたレジメンやクリニカルパスを使用している。
150	前日、当日に処方内容チェック（レジメンチェック）を実施。
153	投与前に多職種でカンファレンスシートを用いて検討・共有していている。多職種：看護職・薬剤師・医師（必要時）
156	なし
158	抗がん剤のオーダマスタに抗がん剤フラグを立て、レジメンオーダ以外はオーダ不可としている。
159	登録されたレジメンの中から選択して、患者に適応する。実際に投与が決定した場合には、医師が承認を行ない、処方箋が発行される。投与方法や投与時間、投与の順番などについては、すべて処方箋に記載されているため、それを見ながら、投与を行う。
161	レジメンのチェックシートを作成し、使用している。
166	一部薬剤や、対象患者に対し薬剤師が関与している
177	処方箋自体に詳細な投与方法や注意点を記載している
194	紙面ではなくカルテ上でレジメンを作成して標準化している
199	電子カルテのプロトコルシステムを運用
202	電子カルテのレジメンオーダーにてチェックしている
209	医師は抗がん剤オーダリングシステムを開き、実施するレジメンを選択してオーダーを行う。現状の採決データ、身長体重からの100%の量が表示されるため必要時そこから投与量の修正を行いオーダーする。
211	紙面を用いたレジメンチェックシートを一部作成しており、投与方法を標準化している。
216	注射処方および入院処方は、最終監査をがん専門薬剤師が行なっている。
219	リンクファイルを作成している
220	紙面ではなくレジメンを電子カルテで作成
223	クリニカルパスは、電子カルテ上で使われている。
228	電子媒体によるレジメンを作成して投与方法を標準化している。
236	抗がん剤プロトコルシステムより印刷される
237	レジメン登録したものは申請内容を電子カルテより確認可能となっている。
239	なし
245	特になし
246	セットしたレジメン設定でのみ処方可能

247	投与順序などは電子カルテのレジメンオーダーにて規定されており、投与方法が標準化されるようになっている。
259	印刷可能なレジメンを作成して投与方法を標準化している。

【Q34 ⑥注射用抗がん剤の混合調製についてお伺いします。】

Q34 ⑥-1　薬剤部門あるいは薬剤師の混合調製への関わりについてお伺いします。

	単一回答	n	%
	全体	(246)	
1	すべて薬剤師が混合調製している（→設問⑥-3へ）	197	80.1
2	一部、薬剤師の関与のない混合調製がある	39	15.9
3	その他（→設問⑥-3へ）	10	4.1

回答者ID	Q34_3 その他（→設問⑥-3へ）【　　　】
19	注射採用なし
35	注射はない。
56	注射用抗がん剤の使用はない
70	医師
127	肝動脈化学塞栓術で使うエピルビシン、シスプラチンは放射線部看護師が混合調製している。
132	医師が調整
144	肝動脈注のみ看護師が調製している
147	肝動注入以外全て
226	注射用抗がん剤の投与が必要な患者は入院させない
237	病棟は100%調製している。

Q35 ⑥-2　「一部、薬剤師の関与のない混合調製がある」を選択した方にお伺いします。それはどのような場面、あるいは抗がん

	複数回答	n	%
	全体	(39)	
1	休日・祝日	6	15.4
2	揮発性以外の抗がん剤	10	25.6
3	毒薬以外の抗がん剤	8	20.5
4	その他	22	56.4

回答者ID	Q35_4 その他【　　　】
4	手術室で使用する抗がん剤
22	アンギオで使用するもの
46	アンギオで使用する抗がん剤
67	アンギオ
88	動注薬　膀注薬
98	アンギオ
101	TACEのシスプラチン、エピルビシン
103	肝動注薬剤の投与
111	手術室内での使用
117	TACE、眼科手術処置時のMMC
142	TACE
143	TACEに使用する薬剤
156	手術室での使用時
178	肝動注、膀胱内注入の場合
180	放射線科で使用する抗がん剤
185	ミリプラチン
186	TACEに使用するアイエーコール、ミリプラ、マイトマイシンはアンギオ室で使用する場合薬剤師ではなく医師が調剤している
209	肝動注の薬剤については現場で混ぜている
215	髄注投与、ＡＧでの投与
250	カテ室や手術室で投与する抗がん剤
254	肝動注の薬剤
258	不明

Q36 ⑥-3　混合調製の環境整備、曝露防止対策についてお伺いします。

	複数回答	n	%
	全体	(246)	
1	生物学的安全キャビネット（BSC）の利用（→設問⑥-4へ）	227	92.3
2	N95マスク	24	9.8
3	サージカルマスク	201	81.7
4	ゴーグル・フェイスシールド	152	61.8
5	ガウン・エプロン	217	88.2
6	二重手袋	208	84.6
7	無菌調製用封じ込めアイソレーターの利用	25	10.2
8	閉鎖式薬物移送システムを利用している	172	69.9
9	特になし	3	1.2

Q37 ⑥-4　「生物学的安全キャビネット（BSC）の利用」を選択した方にお伺いします。クラスをお答えください。

	単一回答	n	%
	全体	(227)	
1	クラスI	13	5.7
2	クラスII	195	85.9
3	クラスIII	7	3.1
4	不明	12	5.3

【Q38 ⑦抗がん剤の管理に係る全般的な安全対策についてお伺いします。】

Q38 ⑦-1　抗がん剤の盗難、紛失対策があれば記載してください。

回答者ID	回答
2	毒薬に関しては台帳管理としている。
3	抗がん剤に限っていないが、薬剤部の出入りを24時間監視カメラで記録している（病院のセキュリティシステム利用）
4	特になし
7	鍵のかかる場所で保存
9	化学療法室の施錠管理 薬剤部の施錠管理、監視カメラ設置
10	毒薬については帳簿で管理している
14	施錠。職員不在時は警備会社で入室規制
20	なし。
21	管理している部屋への入室は権限が付与された職員のみがセキュリティーカードで入出できる。また、オートロック機能あり
23	なし
26	なし
27	毒薬は毎月在庫チェック 劇薬は鍵のかかる場所に保管
28	院内在庫をほとんど置かない。使用予定があり購入した薬剤は台帳管理している。当直者が毎日在庫確認している。
29	薬剤部門で保管、不在時は部屋を施錠、防犯カメラあり
32	特になし
35	ない
36	特になし
41	内服薬は週1回、実在庫と物流システム上の理論在庫が一致しているか確認している。
45	特になし
46	毒薬に該当する薬剤は台帳管理を行っており、日勤終了後に在庫確認を行っている。
49	鍵付きの棚に保管
50	一般薬剤とは別に保管。 不必要な薬剤ストックはせず定数管理を行っている。 使用すると決まった時点で不足分を注文。
51	台帳管理。保管場所（薬剤部）の常時施錠。
53	帳簿の作成
57	薬剤師不在時の調剤棚の施錠
59	毒薬管理簿を作成し、出入りを管理している
60	なし
62	薬剤部内で保管。薬剤部の施錠（ICカードによる入室管理）部内に監視カメラを設置、入室者、一部注射剤払出し者の確認。また、帳簿により抗癌剤払出し者の確認を実施。盗難、紛失等はない。抗癌剤払出しは帳簿にて記録。
63	棚表を用いた数量管理
65	使用分しか発注しないため最低限の在庫しか置かない
66	薬局内だけで在庫を管理している。
68	集計表を用いて必要数のみ発注。定数配置はほぼなし。
69	保管している薬剤部のすべての出入口を常時施錠している。また、薬剤部出入口を監視カメラで撮影している。
71	抗癌剤取り揃え後に毎日在庫チェック。内服抗がん剤調製時に帳簿に記入。
72	防犯カメラ利用
75	レジメン管理発注のため、余剰在庫をなくしている。
76	在庫は薬剤部のみで管理。ケモセンターには在庫は置かない。
79	鍵をかけて保管している。
81	購入は必要最低限とし、薬剤科で保管
83	薬剤部の施錠管理

84	抗がん剤はレジメン登録制、予約があるものしか在庫しない
85	記帳管理　理論在庫と実在在庫の突合チェック
86	抗がん剤を保管しているのは薬剤部（調剤室）としている。時間内の調剤室エリアへの入室には電子ロック（職員証）が必要であり、外部の入室を制限している。時間外は施錠閉鎖している。稼働日は棚卸を行っている。
87	薬剤部の24時間体制
90	毎日払い出し数と在庫管理
93	夜間・休日の施錠
98	台帳記入、業務前、業務終了時確認
99	全ての抗がん剤の数量を管理している
100	保管引き出しと部屋の二重施錠
101	薬剤部の調剤室はセキュリティにより薬剤師しか入室でいない。さらに、調剤室内の抗がん薬保管庫にも専用の鍵付き棚で保管。また、無菌調製エリアも薬剤師しか入室できないセキュリティあり
102	常時施錠し毒薬は出納長に記帳する。 物流システムを用いたリアルタイムの在庫管理を行っている。
103	他の薬と区別して別場所にて保管 毒薬は個票管理
104	毒薬である抗がん剤は法令による管理（施錠、帳簿記載）をおこなっているが、劇薬である抗がん剤は、特に管理なし。
105	24時間薬剤師の常駐
107	なし
110	管理簿をつけ在庫数を把握している。防犯カメラで監視している
111	施錠、管理簿による管理およびセキュリティーカードによる入室者制限
114	ハイリスク薬として、鍵のかかるキャビネットに保管
115	個人用で購入した在庫のみとする
117	施錠できる場所に保管している
118	出庫表をつけ、毎日出庫部署と数量の確認を実施している。
119	棚カードにて在庫数、出庫数を確認している
120	毒薬保管庫、薬局の施錠
121	特にない
122	保管室にカメラを設置している
126	施錠、在庫管理の徹底
128	薬剤科で一元管理、施錠
129	金庫への保管
130	薬剤部全体がカギのある施設である
132	原則用事購入となっている。 在庫しない
133	特になし
134	鍵管理(もともと毒薬が多いいので鍵管理だが)
135	抗がん剤は薬剤部内倉庫にて一元管理しており、入出庫管理等適切に行っている。毒薬は法令に則った施錠管理を行っており、薬剤毎に出庫カードを作成して在庫管理を行っている。
137	法に則り管理している
139	対策として、注射抗がん剤は当日払い出しとしている。
141	定期的な在庫量チェック。オーダーに基づく購入
142	薬剤師不在時には、施錠
143	ない
145	管理システムによる在庫管理により日々残数の確認を行っている。
147	毒薬　　在庫管理　　施錠
148	夜間は施錠している
152	鍵のかかるロッカーに保管（毒薬）、普通薬は薬局内に保管、薬剤師以外は出せない状態
153	施錠・シャッターをおろす。
154	薬剤師配置時間外の抗がん剤使用区域の施錠
158	施錠管理、管理システムによる出入庫管理、防犯カメラの設置

159	余剰在庫を置かない。毒薬の抗がん剤については、通常の毒薬と同じく、管理簿を作成している。
160	施錠した保管庫に毒薬と劇薬とに分けて保管し、毒薬については帳簿記載している。
161	金庫に保管している。
162	なし
164	投与２日前にオーダー入力を締め切り、必要分のみ発注する。中止となった場合は、速やかに返却する為、薬剤部には基本的には在庫は置かない。毎月月末に入出庫記録と現在の在庫数の照合を行っている。
165	鍵のかかる棚に保管し、必要数以上を置かないようにしている。
166	薬剤師以外に薬剤補助者２名以上合計３名以上が帳簿に関与している
168	常備しない。必要な物を購入し施錠管理。
169	鍵のかかる場所に保管
173	薬剤部門のセキュリティロック
177	鍵付きの棚に保管している
179	薬剤部内へ入室する際にはセキュリティカードによる認証が必要。毒薬金庫の施錠。
180	鍵をかける
182	なし
184	施錠管理、終業時の在庫チェック
186	在庫管理システムを導入している
187	特になし
190	施錠管理
191	投与当日の直前の払い出しの実施。
192	施錠可能な棚に保管、スタッフの目が常時届く環境
193	毒薬は毎日2回在庫数を数えている
194	防犯カメラの設置や毒薬であれば帳簿にて数量管理している
195	カードリーラによる入室時の認証確認
196	一部薬剤は鍵付きの戸棚に保管して帳簿管理している。
197	国内の法令に準じ施錠管理している
199	受入数、払出し数を帳簿に記載し管理徹底している
203	特別な対応はしていない
204	常時在庫は極力せず、使用予定を把握して短期間薬局で保管するようにしている
205	帳簿をつけて管理している。
206	特になし
207	注射抗がん剤は当日払い出しとしている。
209	在庫を置かない。 投与が決まって、オーダが入ってから(投与数日前)に発注する。
210	特になし
211	全ての抗がん剤を施錠管理している。
213	薬剤科倉庫で管理。監視カメラが入口前に設置されている。
214	定数管理 定数のチェック
216	特に毒薬に該当する抗がん剤の在庫は毎日、確認している。
218	ありません
219	施錠している
222	施錠できる棚で保管している。
223	抗がん剤にかかわらず、薬剤全般、施錠できる薬剤部内で、常に薬剤師がいる状態で管理している。
224	鍵がかかる場所に保管
225	部屋の施錠を行う
226	施錠
227	なし
228	毒薬についてはシステムによる在庫管理を行っている。
230	予約発注としている
232	必要なもののみ在庫し、余分な在庫をしていない。

233	なし
234	なし
236	必要分のみ購入し予備を置かない
237	薬剤部全体が施錠、毒薬は帳簿管理している。
238	なし
240	特になし。鍵のかかる引き出しに室温保存の抗がん剤は入れている
242	特に無し
243	在庫数チェック
245	帳簿作成
247	毒薬に関しては帳簿にて毎日管理し、施錠管理としている。
250	鍵管理　薬剤部には原則薬剤部員しか入れない
251	抗がん剤に関わらず、薬剤部への立ち入りを病院のセキュリティーシステム上の監視カメラで記録をとっている
252	日常数量確認
253	過去にはありません。出納簿記録あり。
254	全方位カメラの設置
256	施錠している
258	薬剤部で帳簿管理、各部署施錠
259	不在時に施錠

Q39 ⑦-2　化学療法後の副作用・合併症の報告制度はありますか？

	単一回答	n	%
	全体	(246)	
1	ない（→設問⑦-4へ）	87	35.4
2	ある	159	64.6

Q40 ⑦-3　「ある」を選択した方に伺います。どこへ報告しますか？

	複数回答	n	%
	全体	(159)	
1	薬剤部	139	87.4
2	医療安全管理室	39	24.5
3	臨床研究管理部	2	1.3
4	その他	11	6.9

回答者ID	Q40_4 その他【　　　】
32	主治医
105	化学療法委員会
120	化学療法委員会
134	PMDA
135	副作用調査小委員会・腫瘍センター　がんサポーティブケア室（免疫チェックポイント阻害薬）
149	がん薬物療法部門運営会議
162	がん化学療法看護認定看護師
192	化学療法委員会
199	化学療法委員会
212	化学療法委員会
213	化学療法委員会

Q41 ⑦-4　化学療法後の死亡症例について検証する機会はありますか。

	単一回答	n	%
	全体	(246)	
1	ない（→設問⑦-6へ）	158	64.2
2	ある	88	35.8

Q42 ⑦-5　「ある」を選択した方に伺います。具体的に検証する部門、メンバーなどありましたら記載してください。

回答者ID	回答
2	化学療法後の死亡症例と限定はしていない。死亡症例は全例医療安全管理室で検証している。
4	各診療科で死亡症例カンファレンスを実施している。 化学療法後28日以内に死亡された患者に対しては、医療安全でも確認している。必要に応じて、高悪性腫瘍薬で規制使用部会で検討している。
9	化学療法委員会の委員 処方診療科医師、看護師
17	死亡症例は医療安全推進室へ全例報告となっている
20	医局で死亡症例検討会を行なっている。
22	安全管理部
25	医療安全委員会
30	医療事故判定会議
46	医療安全対策室
50	医療安全
60	化学療法委員会
62	医療安全管理委員会、院内医療問題調査委員会
63	医療安全部門が関係者（医師、看護師、薬剤師など）を招集して検証会を開催する。
66	デスカンファレンスがある。医師、看護師、薬剤師などが参加している。
67	医療安全対策室、関連部署･部門
69	化学療法後のみでなく、院内での死亡症例を、医療安全管理部のゼネラルリスクマネージャーで週に1回検証会を行い、その結果を医療安全管理部部長、病院長、事務部長に報告している。そのほか一部事例は医療事故調査制度への報告を行っている。
71	医療安全委員会
72	医療安全委員会の代表者メンバーに関係者追加
75	医療事故対策委員会（予期せぬ死亡例の場合）
83	医療安全管理部門
84	デスカンファレンスには関わった職種全てが参加
86	患者安全推進室（医師、看護師、薬剤師、関連するすべてのコメディカル）
87	医療安全管理委員会（各部門代表者） リスク分析委員会（医師、看護師、薬剤師、検査技師、放射線技師、事務職）
90	発生したとするならば、医療安全管理部門において、事例検討会を実施（医師・看護師・薬剤師・事務など）
92	医療安全管理委員会、医療事故判定委員会
95	化学療法委員会にて、医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士にて行うことがある。
101	医療安全部門(医師、薬剤師、看護師、事務職など)
102	予期せぬ死亡については医療安全推進室が主体となり事例検証会を開催する。
104	化学療法委員会
105	医療安全管理室　化学療法委員会
106	医療安全管理室
108	医療安全対策委員会
109	医療安全管理ｸﾞﾙｰﾌﾟ、主治医、担当看護師、担当薬剤師、化学療法室専任薬剤師
111	医療安全対策室
113	化学療法委員会、委員会のメンバー
116	医療安全管理室
118	医療安全推進室が開催するＭ＆Ｍカンファレンス。 ただし、化学療法以外の分野もすべて取り扱っている。
120	化学療法委員会、医療安全管理委員会
128	医療安全管理室
135	死亡例は全例医療安全推進部に報告される。また、化学療法後の死亡に関しては合併症・有害事象としてインシデント・アクシデントとして報告される。報告内容は医療安全管理部門で検証され、必要に応じて腫瘍センターや当該診療科とも事例を共有し検証を行っている。

139	化学療法カンファレンスにて検証している メンバー：　医師、薬剤師、看護師
140	化学療法委員会
144	院内検証委員会、医療の質・安全管理室長および副主幹、院長が必要と認めた者
145	医療安全管理室 （医療安全責任者、薬剤師、院長、事務部長、主治医、診療部長他）
147	医療安全管理室
149	医療安全管理部門
150	院内事例検討会
153	化学療法適正検討委員会・M＆Mカンファレンス・ICI投与例の死亡は全例、外来化学療法センターに連絡し情報共有している。
158	各診療科カンファレンス、キャンサーボード
159	医療安全管理部
160	医療安全管理委員会内にて検証
168	医療事故に値する状況かどうかを医療安全管理者と院長、事務長、看護部長とで確認し、該当すれば医療事故調査委員会を開催して検証する。病状の進行による死亡との関係性であれば死亡確認した医師の判断としている。
173	死亡症例検討委員会（ただし化学療法に限らない）
174	化学療法委員会　医療安全管理委員会
175	キャンサーボード（化学療法委員）医師・薬剤師・看護師・栄養科・MSW等
176	全ての死亡症例は医療安全管理室の死亡症例検討会で検証している。（メンバー：理事長、院長、外科系医師、内科系医師、医療安全管理室専任医師、医療安全管理室専従看護師）
179	医療安全対策室
180	医療安全管理室　医療全般関連部署
184	医療安全管理対策委員会
187	DI委員会
193	安全対策委員会
194	M&Mカンファ、医療の質・安全管理部
195	医療安全管理室、医療安全管理者が指名したメンバー
202	医療安全部門
203	死亡事例のカルテレビューを行い、死因に不明な点があれば医療安全管理部主体となり当該診療科や関連診療科、腫瘍内科医等を交えカンファレンスを行います。
204	医療安全管理委員会（院長・医療安全管理者・薬剤部長・放射線科技師長・CE・総務課長等）
206	詳細不明
207	化学療法カンファレンス：医師、薬剤師、看護師
218	医療安全管理委員会
223	医療安全部門
224	キャンサーボード、医師、腫瘍内科医（非常勤）、認定薬剤師、看護師
228	医療安全管理部
230	医療安全会議
237	医療安全管理部
243	医療安全管理室、各診療科
244	がん化学療法委員会、死亡報告者会議 医師、薬剤師、看護師、事務、検査技師、管理栄養士、臨床工学技士、事務職員
246	医療安全管理室、化学療法委員会
247	医療安全推進室
250	抗悪性腫瘍薬適正使用委員会 場合により、医療安全対策室を含めた緊急検討会を開催する。
256	医療安全管理室
257	医療事故調査委員会
258	薬剤部
259	化学療法に限らず、すべての死亡症例を検討している。医療安全管理部で確認。

Q43 ⑦-6　がん治療に係る専門・認定看護師や薬剤師はいますか？

	複数回答	n	%
	全体	(246)	
1	がん看護専門看護師（日本看護協会）	66	26.8
2	がん化学療法看護認定看護師（日本看護協会）	143	58.1
3	がん放射線療法看護認定看護師	32	13.0
4	がん薬物療法認定薬剤師（日本病院薬剤師会）	112	45.5
5	がん専門薬剤師（日本医療薬学会）	64	26.0
6	がん指導薬剤師（日本医療薬学会）	39	15.9
7	外来がん治療認定薬剤師（日本臨床腫瘍薬学会）	82	33.3
8	外来がん治療専門薬剤師（日本臨床腫瘍薬学会）	9	3.7
9	その他（具体的な資格名称）	6	2.4
10	いない（→設問⑧へ）	57	23.2

回答者ID	Q43_9 その他（具体的な資格名称）【　　　】
143	緩和薬物療法認定薬剤師
160	緩和ケア認定看護師、緩和ケア認定薬剤師、癌性疼痛認定看護師
173	乳がん看護認定看護師
179	乳癌認定看護師
195	がん病態栄養専門管理栄養士・がん専門作業療法士
246	緩和医療薬学会認定薬剤師

【Q44 ⑧このアンケートの内容全体を通して】

Q44　⑧このアンケートの内容全体を通して補足説明や特記すべきことがございましたら、どのようなことでも結構ですのでご記入ください。（自由記載）
・システムや製剤の採用、現在の管理体制に至った経緯
・貴院での取り組みや工夫していること

回答者ID	回答
1	少数の抗がん剤使用でも体制を整備する必要がある。 しかし、診療科が限定されていることから、独自で動いている。
3	薬剤部が主導でがん化学療法に取り組んだことで、医師が非常に協力的に対応してくれている。現在では、看護師向けに投与時ルート確認表（ルートの設定方法および投与順序、投与する抗がん剤の側管の接続場所、レジメン毎の投与時注意事項など）を作成して、投与日毎に情報を共有している 患者には、当院作成の「治療ノート」を渡し、投与予定日・自宅での副作用の記録をしてもらい、コミュニケーションツールとして利用している
25	認定看護師の必要性
26	特になし
27	特になし
38	閉鎖式移送システムを使用していていますが、使用する薬剤が多ければ多いほど、加算（180点）に見合わない金額のケモセーフ代がかかります。
41	薬剤師不足のため、調製に十分な薬剤師を配置できない。 入力の締切時間を守らない医師がいる。当日入力もあり、もともと逼迫している調製業務をさらに混乱させている。
42	エクセルチャートで内服抗がん剤、支持療法、検査値、減量状況を把握している
45	特になし
48	特に無し
63	【経口抗がん剤】 ①各経口抗がん剤毎に投与可能な検査値の基準を作成し、調剤時に基準と照合し、逸脱している場合には疑義照会を行う。 ②ゼローダ錠やティーエスワンOD錠のように、初期投与量が計算できる場合、院内ネットワーク上に設置した薬剤部ホームページ内で初期投与量を計算できるサイトを作成し、利用を奨励している。 【注射用抗がん剤】 ①予め抗がん剤投与可能基準（検査値8種類）を作成しておき、医師がレジメンオーダーを確定する際、基準値を逸脱している場合にワーニングを表示する仕組みを導入済
64	副作用や合併症については、随時委員会で報告していますが、明確なシステムとしては確立していない現状です。今後化学療法の副作用や合併症について報告システムが必要と考えています
71	特になし
75	特になし
78	特にはなし
84	抗がん剤のオーダー、管理システムを導入申請しているが、高額なため、保留となったままである。そのためアナログであるが、化学療法投与指示書を電子カルテに文書管理し、各職種で共有している。内服の投与管理も共通のエクセルファイルで行っている。
92	特になし
102	必要な検査が漏れることがあるので、レジメンオーダーがパスに組み込まれるようにしていく方が良いと思われる。
106	外来治療室の次回予約が入った時点で、薬剤部のシステムに治療計画を入力して、治療計画の確認と必要薬剤の発注データとして活用している。 （電子カルテの次回レジメン入力を事前にされない医師が多いため。）
108	当院では、外来で化学療法を行う患者すべてに対して、外来がん治療認定薬剤師が診察前面談を行っています。
111	特になし

114	検討しているがなかなかいい案が浮かばないものですが、 ・時間をかけて皮下注する抗がん剤（ダラツムマブ）の曝露防止対策 ・膀胱内注入時の曝露防止対策
118	レジメンオーダーでは、経口抗がん薬のレジメン管理が不十分であり、別システムを組み合わせた管理を実施している。
129	注射抗がん剤の使用は年間１例ない程度
132	症例が1～2ヵ月後に1件程度のため曝露対策への意識が薄い
134	紙の回答用紙と違う箇所があったので、紙で考えると殆んど回答できなくなる(3ページの一番上の太字を前提だと、病棟に抗がん剤を配置している病院のみの話になってしまう)。
135	レジメンオーダに関しては、電子カルテで投与量が自動計算されるシステムが導入されています。電子カルテに入力されている、身長・体重から体表面積を算出し投与量を自動計算するのですが、そもそもの身長・体重が更新されないままレジメンオーダが行われ、過量投与となる事例が時折発生しています。オーダする医師の確認に頼るしかないのですが、良い対策があればと思っています。
137	抗がん剤の種類・レジメンが増えエラーのリスクが高くなっている。その中で、薬剤の一元管理と、混注までを薬剤部で担っていることは、リスクを下げる要因になっていると考えている。
142	内服のみの抗がん剤に関するプロトコル管理 外科医師OPE中の、化学療法室での異常時対応
145	コストは度外視して閉鎖式接続器具（CSTD）を積極的に導入している。 困っていること、外来化学療法施行患者が増加しており、現在の20床では足りない、拡張スペースがないこと。
151	電子カルテのレジメン管理システムが使えるとよい。
153	多職種カンファレンスは内科/泌尿器科では全回行っている。 専従薬剤師がレジメンの代行操作をしている。
154	抗がん剤の曝露調査を2～3年に1回実施しています。内服抗がん剤の処方はレジメン管理外ですが、別途薬剤師が処方の有無や用量のチェック等を行っています。同じく、体重の増減やアントラサイクリン系の累積投与量、一部検査値も薬剤師のチェック項目としています。
156	電子カルテのオーダーシステムにコストがかかる為 修正できないシステムエラーが発生する。
158	調製時にTOSHO調製支援システムを用いて各抗がん剤の鑑別・重量監査を行い、調製に誤りがないか確認して調製記録を残す。
159	当院では抗がん剤治療実施している患者数が少ないため、抗がん剤の管理やレジメンの管理自体はそれほど難しくはないが、管理がすべて電子カルテに依存しているため、バックアップには不安が残る。
162	今までは、イントラネットシステムで管理していたが、2021年8月より電子カルテバージョンアップに伴いレジメンシステムを導入。医師へ安全管理上導入した経緯を説明したが、どうしても腑に落ちない医師がいるため、現在システムが２つ存在している。そのため、現場では混乱している。対策として曜日を決めて混在しないようにしているが・・・。医師への説明（説得）に難渋している。（特に年齢が高い医師の反発がある）
170	手術室での抗がん剤の取り扱いについて、「すぐに使用できるように！」という一部の医師の圧力的な意向が強く、薬剤科で管理できない状況がある。安全面で改善したくても、なかなか入っていけない状況。
173	化学療法後の副作用・合併症の報告はグレードと薬剤との牽連性による。必ずしもすべて報告があるw家ではない。医薬品安全性情報報告として上げたものは薬剤部でも保管。
174	閉鎖式器具を使用しない薬剤についても輸液ルートを付けプライミングしてから調製・払い出すことで投与時の被曝を防いでいる。払い出し時はユニパック（封のできる袋）にて払い出している。
179	可能な限り電子システムを利用した抗がん剤の処方管理を行っている。合わせて薬剤師が抗がん剤処方監査を厳密に行っている。暴露対策としては閉鎖式の調製デバイスや閉鎖式投与システムを利用して投与管理を行う看護師の暴露予防を行っている。
182	特になし
191	初回は入院で実施、モニター管理する。 がん化学療法認定看護師の管理下での実施を原則とし、同看護師の配属の病棟と外来化学療法室での実施としている。
195	放射線科や手術室へ環境やシステムによる影響のため抗がん剤調整が出来ていない

199	暴露対策として閉鎖式ルートの採用、安全キャビネットをアイソレーターへ設備変更
203	土日も含め365日24時間薬剤部で調製対応をしています。ただし、現場で導入しているBSCが劣化していることや投与している患者の人数の割に調製スペースや点滴ベッド数が少ないのが苦慮している点です。また、運用ルールを決めてもなかなか守れない医師がいることにも困っています。
204	レジメンは統一としており、各先生方での細かいルールは適応されないようにしている。専属で入る看護師がいないため、細かな部分で統一がはかれない面がある。薬剤配薬時に患者さんとお話をし、服用薬の細かな調整は薬剤師側で把握し、Dr許可をとって変更している。
206	特になし
209	新規レジメンが動く時、久しぶりのレジメンが動く時は必ず看護師に向けて学習会を薬剤師が行っている。
210	特になし。
213	・抗がん剤曝露対策として、閉鎖式輸液ルート、PPEの導入を行った。
217	手術時に適応外使用でマイトマイシンを使用していたこと、手術室で保管管理していたことが、本アンケートをきっかけに初めてわかりました。今後、使用時に都度払い出しする体制に切り替えるよう検討することにしました。このようなアンケートをきっかけに自施設の体制を改めて振り返る機会になりました。ありがとうございました。
218	ありません
224	今回の論点である常備薬への薬剤師の関与は、今後議論を続け、ぜひ薬剤師の職能のひとつとして、関わるべき分野と考えている
225	なし
229	なし
230	抗がん剤治療でチャレンジテストを実施する医師がいる。疑義紹介を受け入れない。
232	なし
236	薬剤師、看護師が認定を取りに行く人的余裕がない。 現在外来化学療法Ⅱ算定のためプロトコル委員会を設けていないが今後委員会を立ち上げる予定。腫瘍内科医がいないがメンバーの選定をどうするか検討中。
242	特に無し
246	＜取り組み＞抗がん剤投与時は取り扱う看護師にフルPPEの着装を義務付けている。外来の膀胱注入用抗がん剤の調製はすべて薬剤師が安全キャビネットで行っている。 ＜困っている＞ 手術室内での抗がん剤調製方法を検討中。薬剤師による調製が理想であるが、困難であるため、CSTDによる調製を検討中。
249	レジメンとともに看護師や患者向けにスケジュールや副作用を記載したがんワークシートを作成している
250	抗がん剤調製ロボットを導入しているところはあるのか？ 病棟や手術室などで抗がん剤を調製しているとこはあるのか？薬剤部で調整しているのか？
251	薬剤師と看護師の情報共有ツールとして「投与確認表」を作成し、投与時のルート確認（三方活栓のつなぎ方）、接続順序、投与順序、注意事項等を投与日ごとに薬剤部から提供し、それを看護師に確認してもらい投与している。
252	なし
253	当院ではまだまだ不足している部分が多いと設問を通して感じました。今回のこのアンケート結果や研修を通じて、一つでも多く自院に生かせるような対策を他院様より頂きたいと思います。
258	⑥-2　TACEのミキシングは看護師が実施
259	外来がん化学療法において、薬剤師外来を運用している。化学療法部利用者懇談会において、がん化学療法における疑義照会事案をすべて報告し、情報共有している。