

週刊WEB

# 医療経営

MAGA  
ZINE

Vol.620 2020.4.21

医療情報ヘッドライン

## 毎年薬価改定の実施は先行き不透明 コロナ禍の経営影響を診療側が強調

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

## 2021年度専攻医シーリング案公表 医師偏在解消をめざして採用数調整

▶厚生労働省 医道審議会医師分科会医師専門研修部会

週刊 医療情報

2020年4月17日号

## 医療計画の中間見直しで 指針を通知

経営 TOPICS

統計調査資料

## 介護保険事業状況報告（暫定） （令和元年11月分）

経営情報レポート

## 特定処遇改善加算取得の 実務ポイント

経営データベース

## ジャンル：リスクマネジメント > サブジャンル：医療事故防止対策 看護部門における事故防止の要点 薬剤部門で取り組む事故防対策

京都税理士法人  
KYOTO CERTIFIED TAX ACCOUNTANTS COMPANY

東京本社  
〒601-8523 東京都港区赤坂9丁目20番6号1 区登録第210  
TEL: 03-669-6600 FAX: 03-669-6605  
横浜本社  
〒225-0009 横浜市中区北港1丁目4番15号 10F 区登録第106 2F 4号  
TEL: 03-669-6600 FAX: 03-669-6605  
大阪本社  
〒530-0001 大阪市東区東本町2-1-3 区登録第216317  
TEL: 06-5344-1503 FAX: 06-5344-1578

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

# 毎年薬価改定の実施は先行き不透明 コロナ禍の経営影響を診療側が強調

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、4月8日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会で、薬価改定に向けた薬価調査の具体的な実施方法を薬価専門部会で議論すると提案した。そのこと自体は了承を得たものの、従前の予定通りに「毎年薬価改定」を実施するかどうかについては、支払側・診療側双方とも同専門部会での議論を経て決定すべきだと求めた。

## ■スケジュール通りの薬価調査の実施が 厳しい可能性も

薬価改定は本来2年に1回だが、2016年12月に決定した「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」で、価格乖離の大きな品目について中間年に薬価改定を行うとされた。そのため、中間年に全品目を対象とした薬価調査を実施することとなっている。

薬価調査は、薬価改定に大きな影響を及ぼすが、それは政府の骨太方針（経済財政運営と改革の基本方針）が、「市場実勢価格の推移」「薬価差の状況」「医薬品卸・医療機関、薬局等の影響」を把握したうえで薬価改定の範囲を決定するとしていることによる。しかし今年は、新型コロナウイルスの感染拡大による影響を考慮せざるを得ない状況となっている。

まず、薬価調査自体が困難であり、昨年は6月に中医協の薬価専門部会と総会で実施の了承を経たうえで準備を進め、9～12月に実施・集計作業を経て速報値が中医協に報告された。

しかし、実質的に薬価調査を担う医薬品卸も

在宅勤務を推進している状況で、そのスケジュールで対応できるかどうかは不透明であるため、医療機関側は経営的に厳しい局面を迎えている。四病院団体協議会は、感染リスクを恐れて医療機関を受診する患者が減少しているとしており、一部では外来患者3割減、入院患者2割減との報告もあるという。

受診間隔を空けるための長期処方でも収入減は必至な状況であり、診療側委員は薬価改定の実施そのものを見直すべきだと迫った。

## ■薬価改定以外については「持ち回り」での 開催が決定

コロナ禍の影響で、中医協の開催そのものも「平時」の体制を保つのが厳しい状況となりつつある。この日の総会もウェブ会議システムを活用した。厚労省は当分特例的に持ち回り開催とすることを提案し、これも了承されている。しかし、薬価改定については、実施可否を含め、支払側委員および診療側委員の双方が持ち回りではなく議論する必要性を指摘し、ウェブ開催となるかは不明だが、次回の薬価専門部会では、ひとまず薬価調査を行うか否かが検討されることとなるだろう。



# 2021年度専攻医シーリング案公表 医師偏在解消をめざして採用数調整

厚生労働省 医道審議会医師分科会医師専門研修部会

厚生労働省は4月10日、医道審議会医師分科会医師専門研修部会を持ち回りで開催し、日本専門医機構が示した2021年度の専攻医シーリング（採用数の上限）案が概ね了承された。2018年から開始された新専門医制度では、シーリングは、都道府県および診療科によって医師数が偏在化しないよう設けられるもので、2020年度の専攻医募集では、医師不足地域での採用数が増加している。

## ■東京は泌尿器科以外の12診療科で シーリング設定

シーリングが設定されるのは、診療科の基本領域19のうち13で、具体的には内科、小児科、皮膚科、精神科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、脳神経外科、放射線科、麻酔科、形成外科、リハビリテーション科であり、これらの診療科は人気があるということもできる。ちなみにシーリングが設定されない領域は外科、産婦人科、病理、臨床検査、救急科、総合診療で、外科、産婦人科、救急科は医師数の少なさが指摘されており、総合診療は今後ニーズが高まることが想定されるからだろう。13の診療科のうち、どれがシーリングの対象となるかは都道府県によって異なる。日本専門医機構によれば、シーリングの対象となるのは、2018年の医師数が2018年および2024年に必要とされる医師数と同じか、それらを上回る診療科であり、最も医師数が多い東京は、泌尿器科を除く12の診療科でシーリングが設定される。

## ■厚生労働省は専攻医採用数の調整で 必要医師数の確保を図る姿勢

新専門医制度がスタートした2018年度は、5大都市（東京、神奈川、愛知、大阪、福岡）がシーリングの対象となった。

そのときのシーリング数は過去5年間の採用数の平均で設定した。しかし、2018年度の専攻医募集が東京に集中したため、2019年度は東京のシーリング数を5%削減している。

2020年度はシーリングの計算方法を新たに定め、2016年の医師数（都道府県別および診療科別）が2016年および2024年の必要医師数と同数以上の診療科をシーリングの対象とした。

そして、シーリング対象外の都道府県で必要な期間の50%以上研修を受ける連携プログラムも整備した結果、宮城・福島・秋田・岩手の東北4県で専攻医採用者が増えるなど、医師不足地域での採用数が増加した。また、東京は数としては最も多かったものの、増減率は0.7%と抑制したといえる数値となった。

さらに厚労省は、今回のシーリング案をもとに都道府県と調整する際の重点議論ポイントとして「ブロック別の連携プログラム導入」「突発的に単年度の採用数が増加した都道府県にはシーリングを設けやすくする」の2点を提示した。前者は大都市以外の専攻医を増やす意図があることが明らかであり、都道府県ごとに必要とされる医師数をなんとか確保しようとする姿勢を改めて打ち出した形となった。

医療情報①  
厚生労働省  
通知

## 医療計画の中間見直しで 指針を通知

厚生労働省は4月13日付で、『疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について』の一部改正についてと、『医療計画について』の一部改正についてを、それぞれ都道府県等に宛てて通知した。両通知は、「医療計画について」や、医療計画の作成に当たって参考とすべき5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病および精神疾患）・5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療および小児医療）および在宅医療の体制構築に係る指針について、今年3月の「医療計画の見直し等に関する検討会」による「第7次医療計画の中間見直し等に関する意見のとりまとめ」などを受けて一部を改正し、この日から適用したことを示している。医療計画作成指針では、他計画との関係で「密接に関連する他の計画・施策」について、新たに以下を追加した。

- ▼「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」に定める循環器病対策推進基本計画および都道府県循環器病対策推進計画
- ▼成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律(平成30年法律第104号)に定める成育医療等基本方針

5疾病・5事業と在宅医療の指針について、がんでは以下の2項目を追加している。

- ▼小児・AYA世代（思春期世代と若年成人世代）のがん
- ▼がんゲノム医療

脳卒中・心血管疾患では、一昨年12月に成立した「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」に基づき設置された循環器病対策推進協議会で検討されている「循環器病対策推進基本計画」にも触れた。5事業のうち救急医療では、救急救命医療機関に求められる事項として「災害時に備え、災害拠点病院と同様に自家発電機（備蓄する燃料含む）、受水槽（備蓄する飲料水含む）の保有が望ましい」を加えた。

災害医療では、2016年の熊本地震時の初動対応検証チームにより取りまとめられた「初動対応検証レポート」で、医療チーム、保健師チーム等の間の情報共有に関し、「被災地に派遣される医療チームや保健師チーム等を全体としてマネジメントする機能を構築すべき」とされたことを受け、「保健医療調整本部」の項を新設し、大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備に当たり、以下の総合調整を行う「保健医療調整本部」を都道府県が設置することとした。

- ▼保健医療活動チームの派遣調整
- ▼保健医療活動に関する情報の連携、整理および分析等

周産期医療に関しては、協議会の設置について、「周産期医療体制について協議するに当たり、適切な既存の協議の場が他にある場合にあっては、当該既存の協議の場を活用することで差し支えない」とした。また、地域周産期母子医療センターの災害時対応について以下などを明記した。

- ▼業務継続計画を策定している
- ▼通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3日分程度の備蓄燃料を確保しておくことが望ましい
- ▼災害時に少なくとも3日分の病院の機能を維持するための水を確保することが望ましい

小児医療の関係では、都道府県に「小児医療に関する協議会」を設置することとし、協議事項として以下が示された。

- ▼小児医療体制に係る調査分析に関する事項
- ▼小児科の医師確保計画の策定に関する事項
- ▼小児患者の搬送および受け入れ(県域を越えたものを含む)、小児の死亡や重篤な症例に関する事項
- ▼他事業との連携を要する事項
- ▼その他特に検討を要する事例や小児医療体制の整備に関し必要な事項

通知を受け都道府県は第7次医療計画を20年度に見直し、21年度から見直し後の計画を進めるとされた。ただし、第7次医療計画の中間見直しの時期については、新型コロナウイルス感染症の国内における感染状況等を考慮し、別途通知するとしている。

医療情報②  
日本医師会  
記者会見

## 「COVID-19 JMAT」 派遣を決定

日本医師会（日医、横倉義武会長）は、4月15日に開いた記者会見で、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大に伴い、都道府県医師会からの要請に基づく「日医災害医療チーム」（JMAT）の派遣を開始したと発表した。日医は今回のJMAT派遣は「特例的」なものとし、「COVID-19 JMAT」と位置づけた。派遣は、多数の患者に対応しなければならない都道府県医師会からの要請に基づくとし、軽症者等の受入施設、帰国者・接触者外来、場合によってはCOVID-19患者以外の患者を受け入れる医療機関への支援などを派遣先として想定している。都道府県医師会自らによる派遣を「被災地 COVID-19 JMAT」とし、外部の都道府県医師会からの派遣は「支援 COVID-19 JMAT」とする。

# 介護保険事業状況報告(暫定) (令和元年11月)

厚生労働省 2020年1月27日公表

## 概 要

### 1 第1号被保険者数(11月末現在)

第1号被保険者数は、3,542万人となっている。

### 2 要介護(要支援)認定者数(11月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、668.7万人で、うち男性が211.1万人、女性が457.6万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.5%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである)

### 3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付9月サービス分、償還給付10月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、385.9万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

### 4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付9月サービス分、償還給付10月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、88.4万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

### 5 施設サービス受給者数(現物給付9月サービス分、償還給付10月支出決定分)

施設サービス受給者数は95.2万人で、うち「介護老人福祉施設」が55.1万人、「介護老人保健施設」が35.5万人、「介護療養型医療施設」が3.3万人、「介護医療院」が1.6万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、4施設の合算と合計が一致しない)

### 6 保険給付決定状況(現物給付9月サービス分、償還給付10月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、8,195億円となっている。

### (1) 再掲：保険給付費（居宅、地域密着型、施設）

居宅（介護予防）サービス分は3,857億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,319億円、施設サービス分は2,530億円となっている。

### (2) 再掲：高額介護（介護予防）サービス費、高額医療合算介護（介護予防）サービス費

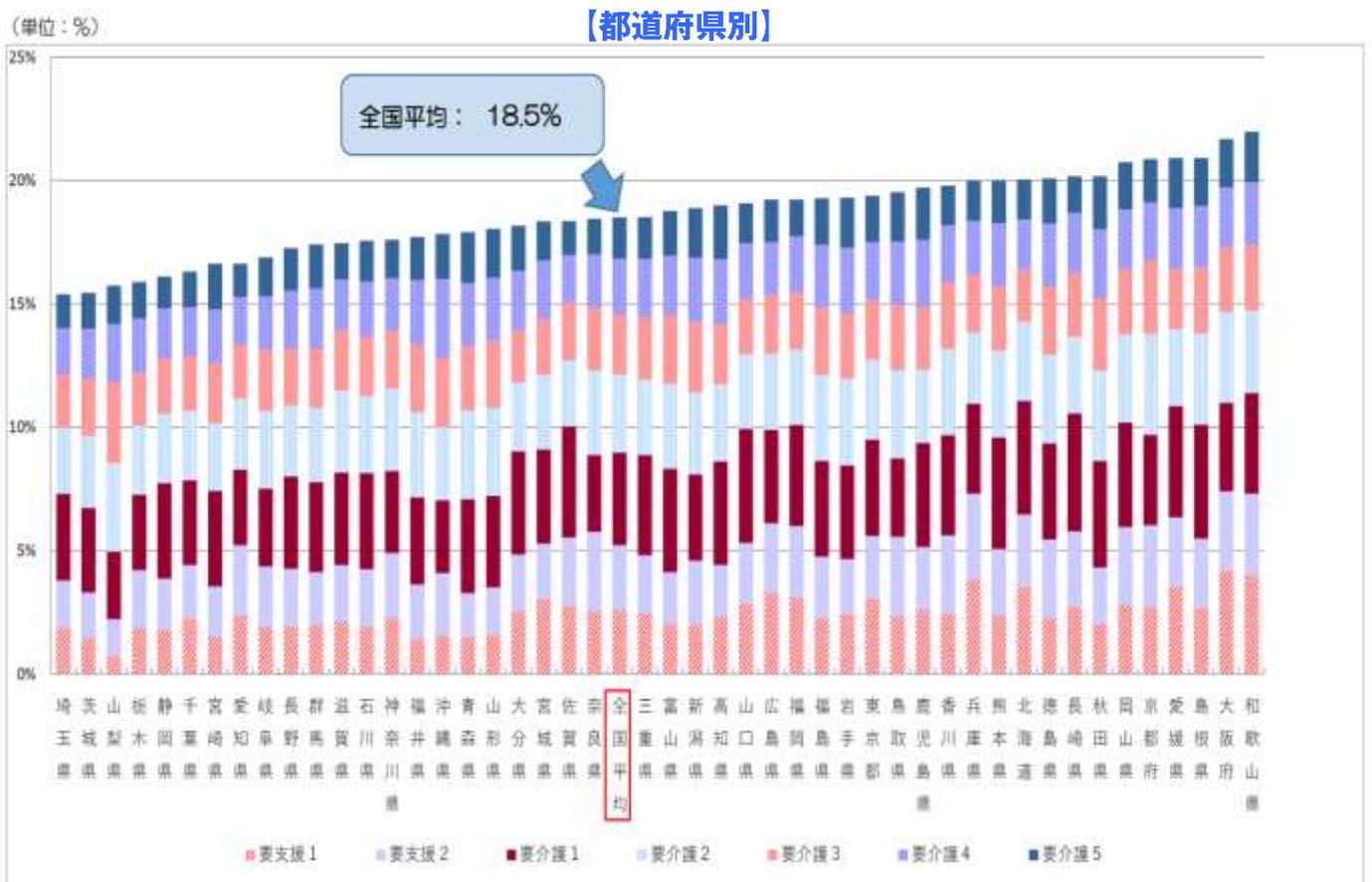
高額介護（介護予防）サービス費は208億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は16億円となっている。

### (3) 再掲：特定入所者介護（介護予防）サービス費

特定入所者介護（介護予防）サービス費の給付費総額は266億円、うち食費分は168億円、居住費（滞在費）分は98億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である）

## 第1号被保険者一人あたり要介護（要支援）認定者割合（要支援1～要介護5）



出典：介護保険事業状況報告（令和元年11月末現在）

※第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である



経営情報  
レポート  
要約版



福 祉 経 営

# 特定処遇改善加算取得の 実務ポイント

1. 特定処遇改善加算の概要と取得要件
2. 職員への配分方法とシミュレーション
3. 計画書の作成と留意点



# 1

## 医業経営情報レポート

# 特定処遇改善加算の概要と取得要件

### ■ 特定処遇改善加算が新設された背景

現行制度における介護職員に対する処遇改善加算のルーツは、平成 21 年 10 月開始の「介護職員処遇改善交付金」です。

当時、介護職員の賃金水準は低く、他産業への人材流出という課題解決のために創設されました。

平成 22 年度からは、追加要件として「キャリアパス要件」が設けられ、介護職員の職位や職責などに基づいた任用要件を整備し、それに応じた賃金体系を定めることとされました。

現在は、最も高いランクの介護職員処遇改善加算(Ⅰ)を算定すると、月 3 万 7,000 円相当の賃金改善が実現しています。

さらに、令和元年 10 月より新設された「特定処遇改善加算」は、介護人材の拡充を目指した「新しい経済政策パッケージ」に基づく、福祉人材の更なる処遇改善を目的として設けられた加算になります。

### ■ 新しい経済政策パッケージ

人材確保のための取組をより一層進めるため、経験・技能のある職員に重点化を図りながら、介護職員の更なる処遇改善を進める。

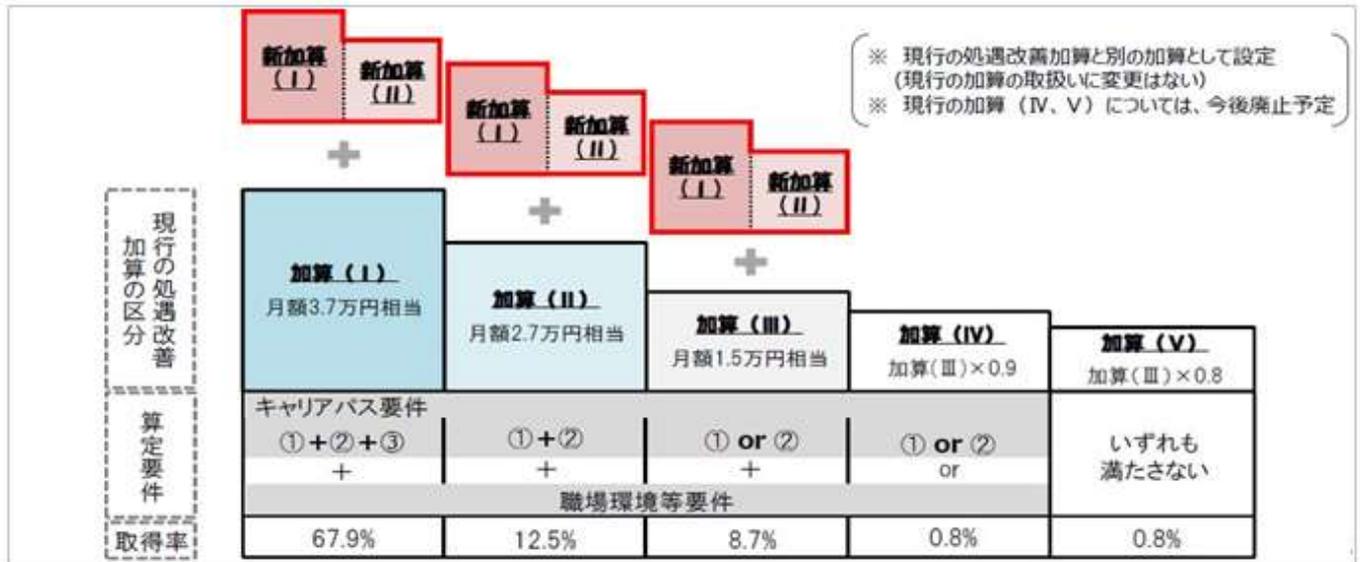
具体的には、他の介護職員などの処遇改善に、この処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認めることを前提に、介護サービス事業所における勤続年数 10 年以上の介護福祉士について月額平均 8 万円相当の処遇改善を行うことを算定根拠に、公費 1,000 億円程度を投じ、処遇改善を行う。

### ■ 特定処遇改善加算の概要

新設された特定処遇改善加算は、現行の処遇改善加算に上乗せして取得できます。

取得要件は「現行の処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までを算定していること」「現行の処遇改善加算の職場環境等要件について、複数の取り組みを行っていること」「ホームページなどでの情報公開」などが設けられています。

## ■特定処遇改善加算のイメージ図



## ■現行の処遇改善加算～キャリアパス要件、職場環境等要件

要件	定義	必要な仕組み・規程
キャリアパス要件①	職位・職責・職務内容等に応じた任用要件と賃金体系を整備すること	(1) キャリアパスフレーム (2) キャリアパスフレームと連動した給与規程
キャリアパス要件②	資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること	(1) 階層別の研修計画 (2) 職員研修の実施
キャリアパス要件③	経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組みを設けること	(1) 昇給ルールが明文化された給与規程 (2) 人事考課制度、人事考課規程
職場環境等要件	賃金改善以外の処遇改善を実施すること	(1) 資質の向上 (2) 労働環境・処遇の改善 (3) その他

特定処遇改善加算の特徴は、2つあります。

1つ目は「経験・技能のある介護職員（介護福祉士）」に重点配分する点です。

もう一つは「加算の趣旨を損なわない程度で、介護職員以外の職員にも配分可能」な点です。

例えば、通所介護事業所の生活相談員などは、現行の処遇改善加算の対象外でしたが、新加算では配分可能になります。

# 2 医療経営情報レポート

## 職員の配分方法とシミュレーション

### ■ 職員への配分方法とシミュレーション

特定処遇改善加算の支給対象者は、下記の3区分です。

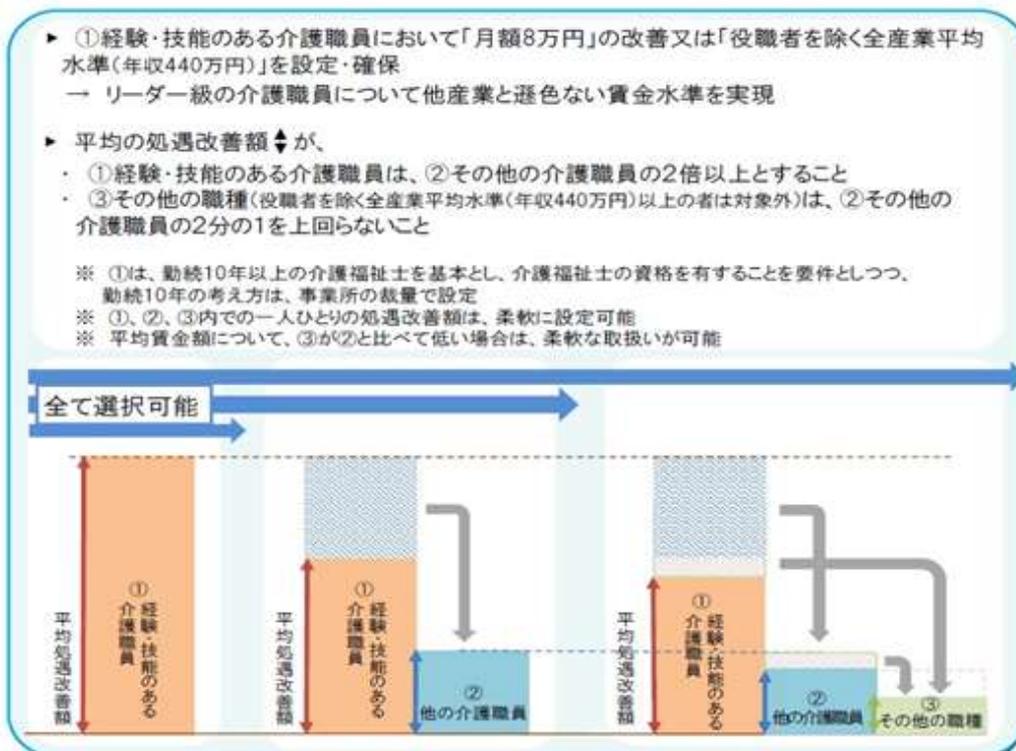
#### ■ 特定処遇改善加算 支給対象者

- ①「経験・技能のある介護職員」 \*障害福祉サービスは「障害福祉人材」
- ②「その他の介護職員（経験・技能のある介護職員以外の介護職員）」
- ③「その他の職種」

①の「経験・技能のある介護職員」は、「勤続10年以上の介護福祉士」が基本となります。ただし、「介護福祉士の資格を有することを要件としつつ、勤続10年以上の考え方については、事業所の裁量で設定できる」としています。

この際、配分額は①の「経験・技能のある介護職員」が、②の「その他の介護職員」の2倍以上、そして③の「その他の職種」は、②の「ほかの介護職員」の2分の1以下にする必要があります。つまり、配分比率は①②③の順で「2以上対1対0.5以下」に設定するという事です。

#### ■ 配分方法のイメージ



# 3

# 計画書の作成と留意点

### ■ 配分の方針を固める際に留意すべき点

特定処遇改善加算計画の策定において、法人としての配分の方針を固める際に留意すべき点は、下記のとおりです。

- ① サービス種類ごとの加算率が収入に対して設定されるため、収入（稼働率・延べ利用者数）を高めなければ、処遇改善原資を捻出しにくくなる。
- ② 介護福祉士の配置が要件となっている加算を取得することが加算（Ⅰ）の条件であるため、有資格者かつ技能・スキルのある介護職員の定着を推進する必要がある。
- ③ 処遇改善加算の支払方法が複雑であるため、十分な試算のもと支払いを行うことが重要となる。
- ④ 支給される給与に対するメッセージや意義がなければ、職員の不満を抱く結果となるため、法人の人事施策に基づいて支給するなど、何のために支払うのかを明確にする必要がある。
- ⑤ 処遇改善加算支給対象外の事業（居宅介護支援事業所、訪問看護等）を併設している場合の職員間の納得性をどう高めるか、緻密な給与・人事施策が必要となる。

### ■ 特定処遇改善計画書の作成

#### （１）計画書の作成

法人単位、または事業所単位いずれの方法で届け出る場合であっても、計画書の様式は共通です。

但し、法人単位で届け出る場合は、別紙様式2（添付書類1）の「介護職員等特定処遇改善加算計画書（指定権者内事業所一覧表）」を別に添付することになりますので、計画書の「事業所の名称・所在地」欄の記入は不要です。

#### （２）介護福祉士の配置等要件

特定加算（Ⅰ）を取得する場合、サービス提供体制強化加算の最上位の区分を算定している必要があります（但し、訪問介護の場合は特定事業所加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）、特定施設入居者生活介護等の場合はサービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ又は入居継続支援加算、介護老人福祉施設等の場合はサービス提供体制強化加算イ又は日常生活継続支援加算）。



ジャンル：リスクマネジメント > サブジャンル：医療事故防止対策

# 看護部門における事故防止の要点

**医療事故防止のために、  
看護部門として留意すべき点を教えてください。**

看護業務におけるミスの多くは、単純または初歩的な過失や失念が原因となっているものであり、また看護の基本行為が正確かつ適切に行われていない場合には、その大部分が事故発生に至っています。

看護部門における事故防止には、看護職員一人ひとりの質の向上を図るとともに、部門として組織的な取り組みが不可欠です。

## ■看護部門における事故防止のための確認事項

患者誤認の 防止	<ul style="list-style-type: none"> <li>●他部門に患者を引き継ぐ時の注意事項                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の氏名の確認を複数で行う</li> <li>・患者誤認防止のため、意識のある患者には自分で氏名を名乗ってもらう</li> <li>・患者搬送時は、一人の看護師が一人の患者を最初から最後まで責任を持って対応</li> <li>・受け入れる側と送る側の双方で声を出し、患者名等必要事項を確認</li> </ul> </li> <li>●患者情報の引き継ぎ時の注意事項                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の氏名の確認を行った後、記録された情報を正しく引き継ぎ、受け入れ側は復唱して確認を行う</li> <li>・情報内容によっては（例：血液型等）、患者に対する質問を通じて確認</li> </ul> </li> </ul>
誤薬防止	<ul style="list-style-type: none"> <li>●準備時の注意事項                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・指示された内容を診療録で確認（原則的に口頭指示は受けない）</li> <li>・声に出して複数回（最低2回以上）確認</li> <li>・声に出して複数人で確認（ダブルチェック）</li> <li>・患者一人につき、ひとつのトレイに準備</li> <li>・準備した医薬品・患者名がわかるようにしておく</li> <li>・最初から最後まで一人が責任を持って準備にあたる</li> </ul> </li> <li>●与薬時の注意事項                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・準備した職員が与薬まで責任を持って行う</li> <li>・患者の確認を行う</li> <li>・複数回の確認を行う</li> <li>・終了するまで、薬袋・空アンプル等は捨てない</li> <li>・患者参加が可能な場合は、直接説明を行う</li> </ul> </li> </ul>



# 薬剤師が取るべき事故防止策

## 医療事故防止のために 薬剤部門が留意する点について教えてください。

医薬品等における「誤認」「誤薬」は、医療機関の規模に関わらず発生します。薬剤による医療事故を防止するためには、医療機関全体として職員の啓発・教育のみならず、自院に相応の事故防止システムの導入を図ることが必要です。とりわけ、薬剤部門については、薬剤師が日常の薬剤業務について惰性に陥ることなく、常に「危機意識」を持ち、他のスタッフとも協力して、医薬品の適正使用を図り、薬剤に係る事故防止に努めなければなりません。

### ■薬剤部門における事故防止のための確認事項

処方内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>• わからない文字等も含め、処方医等への疑義照会は適切に行い、その内容は必ず記録（医師は常に読みやすい字で処方せんを書くこと）</li> <li>• 処方内容のみではなく、年齢・性別等の患者情報にも注意</li> </ul>
調剤業務	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 調剤にあたっては、複数人で確認し、仮に1人であっても再チェック（監査）</li> <li>• 調剤中は、電話に出る、話をする等、注意散漫になる要因をできるだけ排除</li> <li>• 外用剤などには、注意文書や目印を貼付して、用法を明確にしておく</li> <li>• 消毒剤も用途に応じて、至適濃度（%）が異なるので、用途を確認して調製や払出しを行う（特に希釈する場合には、濃度に十分注意）</li> </ul>
散剤 （特に倍散）	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 倍散の場合は、常用量の確認をしながら作業する</li> <li>• それでも疑義が生じる場合は、処方医に必ず疑義照会を行う</li> <li>• 配合変化などは記憶に頼らず、医薬品集やデータベース等を活用して確認</li> </ul>
院内製剤の調製	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 院内製剤の調製は、チェックシート等を利用して1工程ずつ薬剤師が確認</li> </ul>
名称、外観、 包装等が類似した 医薬品	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 類似医薬品名があることを認識</li> <li>• 名称、外観、包装等が類似している場合の医薬品については、収納場所等を工夫し、調剤棚（台）に目印や注意喚起文書を貼付</li> <li>• 医薬品の取り違えがないよう、最善の注意を払う</li> </ul>
規格・単位	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 規格・単位が数種類ある医薬品があるので、処方内容が医薬品名と数量のみの場合は、規格・単位についても確認</li> <li>• 年齢・用量等についてもチェック</li> <li>*用量では単位（g、mg、ml）に要注意</li> </ul>