

平成30年度「病院薬剤部門の現状調査」
(平成30年6月実施)
一般社団法人 日本病院薬剤師会 総務部

貴施設名()
薬剤部科局長所属()
薬剤部科局長氏名()
記入者所属・肩書()
記入者 氏 名 ()
記入者連絡先電話番号()
記入者連絡先FAX番号()
連絡先メールアドレス()

- ・「病院薬剤部門の現状調査」にご協力をいただきありがとうございます。
- ・本調査は病院薬剤業務の現状及び経年変動を把握し、今後の病院薬剤師の業務展開について検討するために、重要な意義をもつ調査となっています。調査項目が多く、ご負担をおかけいたしますが、よろしく願い申し上げます。
- ・ご回答いただいた内容は、本会の目的を達成するため、本調査の主旨に基づいて統計的に処理した上で、行政機関等に提供させていただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。また、貴施設が所属する都道府県病院薬剤師会、本会の病院団体薬剤部長協議会の関係団体、関連する研究事業等に対しても回答データを提供させていただきますので、併せてご了承ください。

◎調査票の記入について

- ・特に指定がある場合を除いて、平成30年6月1日現在の状況についてお答えください。
- ・「1カ月間」とある場合、平成30年6月1カ月間の状況についてお答えください。
- ・「1週間」とある場合、平成30年6月中の任意の1週間の状況についてお答えください。
- ・「平成29年度1年間」とある場合、平成29年4月1日から平成30年3月末日までの1年間の状況についてお答えください。
- ・数値に関する設問には数値を記入し、該当するもの等がない場合は「0(ゼロ)」をご記入ください。

◎調査の回答方法等について

- ・回答方法には、①インターネットによる方法と②郵送による方法の2つの方法があります。集計をスムーズに行うためにできるだけインターネットでご回答ください。

① インターネットによる方法

本会のWebサイト上の「平成30年度病院薬剤部門の現状調査・厚生労働科学研究（武田研究班）（※現在準備中）」をクリックし、（※入力準備ができましたら、本会のホームページにご案内をいたします。）

この調査票の上部に貼付のラベルに記載したIDとPWを入力することでログインし、回答できます。集計の都合上、平成30年7月31日（火）までにご入力ください。

② 郵送による方法

調査票に記入し、同封の返信用封筒を用いて、「日本病院薬剤師会事務局総務課宛」に平成30年7月31日（火）までにご郵送をお願いいたします。

◎この調査に関するお問い合わせ先：

日本病院薬剤師会事務局総務課 電話番号：(03)3406-0485、メールアドレス:somu@jshp.or.jp

目 次

目 次	2
I. 施設の概要・機能	4
1. 開設主体	4
2. DPC 病院分類	4
3. 救急医療体制	4
4. 診療科	4
5. 施設の許可病床数・病棟数(6月1日現在の許可病床数・病棟数をご記入ください)	5
6. 病院種別	5
7. 施設の在院患者数・在院日数等	5
8. 医師・歯科医師・看護師・総職員数	5
9. 薬剤部門の給与	5
II. 病棟の概要	6
10. 病棟(入院患者が存在する看護単位)と入院料	6
III. 薬剤師が関連しうる診療報酬の算定件数等	8
11. 入院料等	8
12. 医学管理等	9
13. 在宅医療	9
14. 画像診断	10
15. 投薬	10
16. 注射	10
17. 介護保険における薬剤師の指導	10
IV. 薬剤部の概要	11
18. 薬剤部門の名称・部門長・職員数	11
V. 薬剤師の業務	11
19. 薬剤師の業務内容	11
20. プロトコール	13
21. 副作用等報告・インシデントについて	13
VI. 調剤	13
22. 処方せん枚数	13
23. 処方せんの記載方法	14
VII. 無菌製剤処理・がん化学療法	14
24. 無菌製剤処理業務	14
25. がん診療・外来がん化学療法	15
VIII. 治療薬物モニタリング(TDM)	15
26. TDMの測定と処方変更の提案	15
27. 持参薬	16
28. 薬剤管理指導とハイリスク薬の管理	16
29. 退院時薬剤情報管理指導料・退院時の薬学的管理指導	16
30. 包括評価されている病床で行われている薬剤管理指導	17
31. 医薬品適正使用への関わり	18
32. 情報提供	19
33. 介護	21
34. 地域連携	21
35. 在宅患者訪問薬剤管理指導	22

X. 病棟における薬剤師	23
36. 病棟薬剤業務実施加算.....	23
37. 障害者施設病棟への関わり.....	24
X I. 手術室、I C U等における薬剤師	25
38. 手術関連業務（手術室）における薬剤師.....	25
39. ICU, HCU または NICU(ICU 等)における薬剤師.....	25
X II. 薬剤師のチーム医療への関わり	26
40. チーム医療への関与.....	26
41. クリニカルパスの活用状況等について.....	26
X III. 医薬品情報管理・医薬品等管理	27
42. RMP(医薬品リスク管理計画)・審査報告書.....	27
43. フォーミュラリー.....	27
44. 医療安全・医薬品安全.....	27
45. 院内製剤業務.....	28
46. 放射性医薬品.....	28
47. P E T用放射性医薬品.....	29
X IV. 治験・臨床研究	29
48. 倫理性を審査する委員会(倫理審査委員会,治験審査委員会).....	29
49. 治験.....	29
50. 臨床研究.....	30
X V. 災害対策	30
51. 災害対策.....	30
X VI. 教育・研修	31
52. 学生実習の受入れ.....	31
 「精神科病院および精神科領域調査」（精神科のあるご施設は、以下の設問にお答えください）	 31

※「Ⅰ.施設の概要・機能」～「Ⅲ.薬剤師が関連する診療報酬の算定件数等」については、日病薬ホームページよりダウンロードできます。

事務部門（総務課・医事課・人事課等）とご協力の上、ご回答くださいますようお願いいたします。

I. 施設の概要・機能

1. 開設主体

貴施設の開設者について、以下の分類に従い、該当するもの1つにチェックをつけてください。

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1:厚生労働省 | <input type="checkbox"/> 2:(独)国立病院機構, | <input type="checkbox"/> 3:国立大学法人, |
| <input type="checkbox"/> 4:公立大学法人, | <input type="checkbox"/> 5:学校法人(3,4以外), | <input type="checkbox"/> 6:(独)労働者健康安全機構, |
| <input type="checkbox"/> 7:公立(都道府県,市町村等), | <input type="checkbox"/> 8:日本赤十字社, | <input type="checkbox"/> 9:済生会, |
| <input type="checkbox"/> 10:厚生連, | <input type="checkbox"/> 11:国家公務員共済組合連合会, | |
| <input type="checkbox"/> 12:(独)地域医療機能推進機構, | <input type="checkbox"/> 13:保険関係団体(国民健康保険組合等), | |
| <input type="checkbox"/> 14:医療法人(社団,財団特定等), | <input type="checkbox"/> 15:個人, | |
| <input type="checkbox"/> 16:その他(1~17以外公益法人,社会福祉法人,医療生協,会社等). | | |

2. DPC病院分類

(1) 貴施設はDPC病院ですか。	<input type="checkbox"/> 1:DPC対象病院(対象病床数 ()床), <input type="checkbox"/> 2:DPC準備病院(→設問3へ), <input type="checkbox"/> 3:DPC病院ではない(→設問3へ).	
(A) DPC対象病院で〈ある〉場合、該当する病院群にチェックをつけてください。		
<input type="checkbox"/> 1:大学病院本院群,	<input type="checkbox"/> 2:DPC特定病院群,	<input type="checkbox"/> 3:DPC標準病院群

3. 救急医療体制

(1) 貴施設の救急体制について該当するもの1つにチェックをつけてください。		
<input type="checkbox"/> 1:救急医療体制がある,	<input type="checkbox"/> 2:救急医療体制はない(→設問4へ).	
(A) 〈救急医療体制がある〉場合、該当するもの全てにチェックをつけてください。		
<input type="checkbox"/> 1:1次救急(初期),	<input type="checkbox"/> 2:2次救急(重症),	<input type="checkbox"/> 3:3次救急(重篤,救命救急センター等).

4. 診療科

貴施設の標榜する診療科について、該当するもの全てにチェックをつけてください。				
<input type="checkbox"/> 1:内科	<input type="checkbox"/> 2:呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 3:循環器内科	<input type="checkbox"/> 4:消化器内科(胃腸内科)	
<input type="checkbox"/> 5:腎臓内科	<input type="checkbox"/> 6:神経内科	<input type="checkbox"/> 7:糖尿病内科(代謝内科)		<input type="checkbox"/> 8:血液内科
<input type="checkbox"/> 9:皮膚科	<input type="checkbox"/> 10:アレルギー科	<input type="checkbox"/> 11:リウマチ科	<input type="checkbox"/> 12:感染症内科	<input type="checkbox"/> 13:小児科
<input type="checkbox"/> 14:精神科	<input type="checkbox"/> 15:心療内科	<input type="checkbox"/> 16:外科	<input type="checkbox"/> 17:呼吸器外科	
<input type="checkbox"/> 18:心臓血管外科(循環器外科を含む)		<input type="checkbox"/> 19:乳腺外科	<input type="checkbox"/> 20:気管食道外科	
<input type="checkbox"/> 21:消化器外科(胃腸外科)		<input type="checkbox"/> 22:泌尿器科	<input type="checkbox"/> 23:肛門外科	<input type="checkbox"/> 24:脳神経外科
<input type="checkbox"/> 25:整形外科	<input type="checkbox"/> 26:形成外科	<input type="checkbox"/> 27:美容外科	<input type="checkbox"/> 28:眼科	
<input type="checkbox"/> 29:耳鼻いんこう科		<input type="checkbox"/> 30:小児外科	<input type="checkbox"/> 31:産婦人科	<input type="checkbox"/> 32:産科
<input type="checkbox"/> 33:婦人科,	<input type="checkbox"/> 34:リハビリテーション科		<input type="checkbox"/> 35:放射線科	<input type="checkbox"/> 36:麻酔科
<input type="checkbox"/> 37:病理診断科	<input type="checkbox"/> 38:臨床検査科	<input type="checkbox"/> 39:救急科	<input type="checkbox"/> 40:歯科	<input type="checkbox"/> 41:矯正歯科
<input type="checkbox"/> 42:歯科小児歯科	<input type="checkbox"/> 43:歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 44:その他 ()		

5. 施設の許可病床数・病棟数(6月1日現在の許可病床数・病棟数をご記入ください)

	(A) 合計	(B) 一般病床	(C) 療養病床		(D) 精神病床	(E) 感染病床	(F) 結核病床
			医療	介護			
(1) 許可 病床数	床 (休床 床)	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床
(2) 病棟 (看護単位数)	病棟	(再掲) 病棟	(再掲) 病棟	(再掲) 病棟	(再掲) 病棟	(再掲) 病棟	(再掲) 病棟

6. 病院種別

貴施設の病院種別について、該当するもの1つにチェックをつけてください。

- 1: 一般病院(一般病床を80%以上有する),
2: 療養型病院(療養病床(医療型+介護型)を80%以上有する),
3: 精神科病院(精神病床を80%以上有する),
4: 1~3以外の病院(ケアミックス).

7. 施設の在院患者数・在院日数等

貴施設の在院患者数・平均在院日数等(6月1ヵ月間)をご記入ください。

	全病床	一般病床	療養病床		精神病床
			医療型	介護型	
(1) 1日平均在院患者数 (第2位を四捨五入)	人	人	人	人	人
(2) 平均在院日数 (第2位を四捨五入)	日	日	日	日	日

8. 医師・歯科医師・看護師・総職員数

貴施設の人数(6月1日現在)についてご記入ください。

	常勤	非常勤
(1) 医師 ※医籍に登録していない研修医を除く	人	人(常勤換算 . 人)
(2) 歯科医師	人	人(常勤換算 . 人)
(3) 看護師(准看護師も含む)	人	人(常勤換算 . 人)
(4) 職員数(在籍数)	人	

9. 薬剤部門の給与

(1) 薬剤師の給与体系について

(A) 薬剤部職員(正職員)の給与体系について、該当するもの1つにチェックをつけてください。

- 1: 国家公務員の給与体系またはそれに準拠, 2: 自治体公務員の給与体系またはそれに準拠,
3: 独自の給与体系で年功給, 4: 独自の給与体系で職能給,
5: 独自の給与体系で年功・職能併用給, 6: その他().

(B) 薬剤師職員(正職員)に適用される俸給表について、該当するもの1つにチェックをつけてください。

- 1: 薬剤師独自の俸給表を適用, 2: 医療技術職でまとめられた俸給表を適用,
3: 俸給表は適用しない

(2)6年制課程修了薬剤師(学部卒・新卒・6月時点)の給与・手当(通勤手当、超過勤務手当、宿日直手当を除く)について、月額をご記入ください。	
	月額 (※漢数字を使わず、数字で記載)
(a)月額基本給	円
(b)薬剤師(職種)手当	円
(c)その他手当	円
(d)月額給与合計	円
(3)危険手当等の手当支給の対象となる業務等がありますか	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない

II. 病棟の概要

10. 病棟(入院患者が存在する看護単位)と入院料

貴施設のすべての病棟について、病棟毎に下記の病床数、入院基本料等、区分、介護、病棟薬剤業務実施加算の算定の有無をご記入ください。 ※設問5(2)で回答した病棟数分記入してください。

「病棟名」の記入は任意です。記入の際、病棟を識別する目的で使用ください。

入院基本料等：選択肢より該当する番号(例：A100-1)をご記入ください。

区分：一般病棟入院基本料(A100)については、該当する算定に係る区分(1~7)をご記入ください。
療養病棟入院基本料(A101)については、該当する算定に係る区分(A~I)をご記入ください。
他の入院基本料(A102~A106)については、看護配置を下記から選択しご記入ください。
特定入院料(A300~A400)については、該当する算定に係る区分(1~6)をご記入ください。区分が無い特定入院料の場合は空欄で結構です。

介護：介護療養病床の場合は、チェックをつけてください。

病棟薬剤業務実施加算算定の有無：病棟薬剤業務実施加算1・2を算定している場合は、該当する病棟にチェックをつけてください。

<入院基本料等の選択肢>

A100-1 急性期一般入院料,	A100-2 地域一般入院料,	A101-1 療養病棟入院料1,
A101-2 療養病棟入院料2,	A102 結核病棟,	A103 精神病棟,
A104-1 特定機能病院(精神病棟を除く),	A104-3 特定機能病院(精神病棟),	A105 専門病院入院基本料,
A106 障害者施設等		
A300 救命救急入院料,	A301 特定集中治療室管理料,	A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料,
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料,	A301-4 小児特定集中治療室管理料,	A302 新生児特定集中治療室管理料,
A303 総合産科特定集中治療室管理料	A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料,	A305 一類感染症患者入院医療管理料,
A306 特殊疾患入院医療管理料,	A307 小児入院医療管理料,	
A308(一) 回復期リハビリテーション病棟入院料(一般),	A308(療) 回復期リハビリテーション病棟入院料(療養)	
A308-3 地域包括ケア病棟入院料,	A309 特殊疾患病棟入院料,	A310 緩和ケア病棟入院料,
A311 精神科救急入院料,	A311-2 精神科急性期治療病棟入院料,	A311-3 精神科救急・合併症入院料,
A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料,	A312 精神療養病棟入院料,	A314 認知症治療病棟入院料,
A317 特定一般病棟入院料	A318 地域移行機能強化病棟入院料	A400 短期滞在手術等基本料

<看護配置の選択肢>

2対1, 3対1, 4対1, 6対1, 7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1, 25対1

#	病棟名	病床数	入院基本料等	区分	介護	病棟薬剤業務実施加算算定の有無
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#	病棟名	病床数	入院基本料等	区分	介護	病棟薬剤業務実施加算 算定の有無
10					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ⅲ. 薬剤師が関連する診療報酬の算定件数等

11. 入院料等

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、6月1ヵ月間の算定件数・点数をご記入ください。	
	算定件数・点数(6月1ヵ月間)
(1) A226-2 緩和ケア診療加算(400点)	件
(2) A226-2 注2 緩和ケア診療加算(特定地域)(200点)	件
(3) A230-4 精神科リエゾンチーム加算(200点)	件
(4) A232 1 イ がん診療連携拠点病院加算 がん診療連携拠点病院(500点)	件
(5) A232 1 ロ がん診療連携拠点病院加算 地域がん診療病院(300点)	件
(6) A232 2 がん診療連携拠点病院加算 小児がん拠点病院加算(750点)	件
(7) A233-2 栄養サポートチーム(NST)加算(200点)	件
(8) A233-2 注2 栄養サポートチーム(NST)加算(特定地域)(100点)	件
(9) A234 1 医療安全対策加算1(85点)	件
(10) A234 2 医療安全対策加算2(35点)	件
(A) A234 注2 イ 医療安全対策地域連携加算1(50点)	件
(B) A234 注2 ロ 医療安全対策地域連携加算2(20点)	件
(11) A234-2 1 感染防止対策加算1(390点)	件
(12) A234-2 2 感染防止対策加算2(90点)	件
(A) A234-2 注2 感染防止対策地域連携加算(100点)	件
(B) A234-2 注3 抗菌薬適正使用加算(100点)	件
(13) A243 1 後発医薬品使用体制加算1(45点)(数量シェア85%以上)	件
(14) A243 2 後発医薬品使用体制加算2(40点)(数量シェア80%以上)	件
(15) A243 3 後発医薬品使用体制加算3(35点)(数量シェア70%以上)	件
(16) A243 4 後発医薬品使用体制加算4(22点)(数量シェア60%以上)	件
(17) A244 1 病棟薬剤業務実施加算1 出来高算定(週1回 100点)	件
(18) 病棟薬剤業務実施加算1 DPC機能評価係数I分	点
(19) A244 2 病棟薬剤業務実施加算2(1日 80点)	件
(20) A246 1 入退院支援加算1(退院時 一般病棟600点 療養病棟1200点)	件
(21) A246 2 入退院支援加算2(退院時 一般病棟190点 療養病棟635点)	件
(22) A246 3 入退院支援加算3(退院時 1200点)	件
(A) A246 入院時支援加算(退院時 200点)	件
(23) A247 1 認知症ケア加算1(150点または30点)	件
(24) A247 2 認知症ケア加算2(30点または10点)	件
(25) A250 薬剤総合評価調整加算(退院時1回 250点)	件
(26) 後発品使用体制加算を算定している場合は、届出時の数値をご記入ください。	
	届出時の数値
(A) 全医薬品の規格単位数量①	
(B) 後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量②	
(C) 後発医薬品の規格単位数量③	
(D) カットオフ値の割合 (②÷①)	. %
(E) 後発医薬品の割合 (③÷②)	. %

12. 医学管理等

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、6月1ヵ月間の算定件数をご記入ください。	
	算定件数(6月1ヵ月間)
(1)B001 1 イ ウイルス疾患指導料 1 (240点)	件
(2)B001 1 ロ ウイルス疾患指導料 2 (330点)	件
(A)B001 1 注 厚労大臣が定める施設基準に適合(加算220点)	件
(3)B001 2 イ 特定薬剤治療管理料1(470点)	件
(4)B001 2 ロ 特定薬剤治療管理料2(100点)	件
(5)B001 16 ロ 喘息治療管理料 2 (280点)	件
(6)B001 23 ハ がん患者指導管理料(200点)	件
(7)B001 24 外来緩和ケア管理料(290点)	件
(A)B001 24 注2 小児加算(150点)	件
(8)B001 24 注3 外来緩和ケア管理料(特定地域)(150点)	件
(9)B001 25 イ 移植後患者指導管理料 臓器移植後(300点)	件
(10)B001 25 ロ 移植後患者指導管理料 造血幹細胞移植後(300点)	件
(11)B001 27 糖尿病透析予防指導管理料(350点)	件
(12)B001 27 注4 糖尿病透析予防指導管理料(特定地域)(175点)	件
(13)B001-2-9 1 地域包括診療料1 (月1回 1560点)	件
(14)B001-2-9 2 地域包括診療料2 (月1回 1503点)	件
(A)B001-2-9 注3 薬剤適正使用連携加算(退院時 30点)	件
(15)B004 退院時共同指導料1(1500点または900点)	件
(16)B005 退院時共同指導料2(400点)	件
(A)B005 注2 在宅療養を担う保険医と共同して指導を行った場合(加算300点)	件
(B)B005 注3 多機関共同指導加算(2000点)	件
(17)B005-1-2 介護支援連携指導料(400点)	件
(18)B008 1 薬剤管理指導 1 (380点)	件
(19)B008 2 薬剤管理指導 2 (325点)	件
(A)B008 注 2 麻薬管理指導加算(50点)	件
(20)B008-2 薬剤総合評価調整管理料(月1回 250点)	件
(21)B008-2 注2 連携管理加算(50点)	件
(22)B011-3 薬剤情報提供料(外来,月1回) (10点)	件
(A)B011-3 注2 手帳記載加算(外来,月1回) (3点)	件
(23)B014 退院時薬剤情報管理指導料(90点)	件

13. 在宅医療

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、6月1ヶ月間の算定件数をご記入ください。	
	算定件数(6月1ヶ月間)
(1)C008 1 在宅患者訪問薬剤管理指導料 単一建物診療患者1人(650点)	件
(2)C008 2 在宅患者訪問薬剤管理指導料 単一建物診療患者2~9人(320点)	件
(3)C008 3 在宅患者訪問薬剤管理指導料 1及び2以外(290点)	件
(A)C008 注2 麻薬使用患者への薬学的管理指導(加算100点)	件
(B)C008 注3 乳幼児加算(100点)	件
(4)C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料(200点)	件

14. 画像診断

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、6月1ヶ月間の算定件数をご記入ください。	
	算定件数(6月1ヶ月間)
(1)E101-2 ポジトロン断層撮影	件
(2)E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	件

15. 投薬

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、6月1ヶ月間の算定件数をご記入ください。	
	算定件数(6月1ヶ月間)
(1)F000 調剤料 1 イ(外来 内服等,1回) (9点)	件
(2)F000 調剤料 1 ロ(外来 外用,1回) (6点)	件
(3)F000 調剤料 2 (入院,1日) (7点)	件
(4)F100 注7 抗悪性腫瘍剤処方管理加算(70点)	件
(5)F100 注10 向精神薬調整連携加算(12点)	件
(6)F400 注6 抗悪性腫瘍剤処方管理加算(70点)	件
(7)F400 注7 一般名処方加算 1 (6点)	件
(8)F400 注7 一般名処方加算 2 (4点)	件
(9)F100 注8 向精神薬調整連携加算(12点)	件
(10)F500 調剤技術基本料 1 (入院,月1回)(42点)	件
(11)F500 調剤技術基本料 2 (外来,月1回)(8点)	件
(A)F500 注3 院内製剤加算(10点)	件

16. 注射

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、6月1ヶ月間の算定件数をご記入ください。	
	算定件数(6月1ヶ月間)
(1)外来化学療法加算 1 A (①820点および②600点)	件
(2)外来化学療法加算 1 B (①670点および②450点)	件
(3)外来化学療法加算 2 A (①740点および②470点)	件
(4)外来化学療法加算 2 B (①640点および②370点)	件
(5)G020 無菌製剤処理料 1 イ(180点) 閉鎖式接続器具を使用した場合	件
(6)G020 無菌製剤処理料 1 ロ(45点) イ以外の場合	件
(7)G020 無菌製剤処理料 2 (40点)	件

17. 介護保険における薬剤師の指導

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、6月1ヶ月間の算定件数をご記入ください。	
	算定件数(6月1ヶ月間)
(1)薬剤管理指導	件
(2)居宅療養管理指導(薬剤師が行う場合)	件

※ここまでの調査票は、日本病院薬剤師会ホームページよりダウンロードできます。

事務部門(総務課・医事課・人事課等)とご協力の上、ご回答くださいますようお願いいたします。

IV. 薬剤部の概要

18. 薬剤部門の名称・部門長・職員数

(1) 薬剤部門の名称について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。 例：「診療技術部 薬剤科」の場合は3と5にチェックをつけてください。			
<input type="checkbox"/> 1: 薬剤部,	<input type="checkbox"/> 2: 医療技術部,	<input type="checkbox"/> 3: 診療技術部,	<input type="checkbox"/> 4: 診療協力部
<input type="checkbox"/> 5: 薬剤科,	<input type="checkbox"/> 6: 薬局,	<input type="checkbox"/> 7: 薬剤課,	<input type="checkbox"/> 8: 薬剤局,
<input type="checkbox"/> 9: 薬剤室,	<input type="checkbox"/> 10: その他 (具体的に _____).		
(2) 薬剤部門長について、該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。			
<input type="checkbox"/> 1: 薬剤師である,		<input type="checkbox"/> 2: 薬剤師ではない	
(A) 薬剤部門長が<薬剤師ではない>場合、該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。			
<input type="checkbox"/> 1: 医師,	<input type="checkbox"/> 2: 歯科医師,	<input type="checkbox"/> 3: 看護師,	<input type="checkbox"/> 4: その他(1-3以外)

V. 薬剤師の業務

19. 薬剤師の業務内容

以下の(1)～(39)の項目について、実施している場合、その程度について[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々]、実施していない場合は「 <input type="checkbox"/> 4:実施していない」のいずれか <u>1つ</u> にチェックをつけてください。	
薬剤師の業務 (病棟薬剤業務・医政局長通知・チーム医療等)	実施の有無とその程度
(1) 病棟における入院患者に対する医薬品の投薬・注射状況の把握	実施している[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> 4:実施していない
(2) 医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知ならびに医療従事者からの相談応需	実施している[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> 4:実施していない
(3) 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案	実施している[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> 4:実施していない
(4) 入院患者に対し2種以上の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認	実施している[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> 4:実施していない
(5) 入院患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明	実施している[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> 4:実施していない
(6) 薬剤の投与にあたり、病棟において流量又は投与量の計算の実施	実施している[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> 4:実施していない
(7) 薬物療法プロトコールについて提案、医師と協働で作成、協働で進行管理	実施している[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> 4:実施していない
(8) 患者の状態に応じた積極的な処方提案	実施している[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> 4:実施していない
(9) 患者の状態観察に基づく薬効・副作用の確認と結果の医師への伝達	実施している[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> 4:実施していない
(10) 薬物療法の経過確認及び同一処方継続可否の提案	実施している[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> 4:実施していない
(11) 外来患者に対する抗がん剤等の無菌調製やTPN等の無菌調製	実施している[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> 4:実施していない
(12) 入院患者に対する抗がん剤等の無菌調製やTPN等の無菌調製	実施している[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> 4:実施していない
(13) 保険薬局への情報提供(退院時共同指導も含む)	実施している[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> 4:実施していない
(14) 患者に対する服薬指導・服薬支援・薬歴管理	実施している[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> 4:実施していない
(15) 患者状態の把握、服薬指導等を通じた薬学的管理	実施している[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> 4:実施していない
(16) 外用剤の貼付、塗布又は噴霧の実技指導	実施している[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> 4:実施していない
(17) 医薬品の有効性・安全性情報の収集、管理及び提供	実施している[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> 4:実施していない
(18) 注射薬の投与準備(非無菌調製)	実施している[<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々] <input type="checkbox"/> 4:実施していない

薬剤師の業務 (病棟薬剤業務・医政局長通知・チーム医療等)	実施の有無とその程度
(19) 点滴ライン等のルート・投与速度管理	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(20) 医薬品管理業務(病棟配置薬の管理等)	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(21) 配薬(患者に薬を配る機会を通じた状況把握・アドヒアランスの確認)	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(22) 医師と協働して薬学的管理を行っている (インフォームドコンセントの実施を含む)	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(23) フォーミュラリー(採用医薬品の選択・使用に関する情報集)の作成をおこなっている	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(24) カンファレンスへの参加	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(25) 回診への同行	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(26) 病棟における担当薬剤師のNST(栄養サポートチーム)業務(ラウンド等)への対応	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(27) 病棟における担当薬剤師がICT(感染制御チーム)業務(ラウンド等)への対応	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(28) 行政への副作用報告に関連する業務	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(29) 治験の実施に関連する業務	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
薬剤師の業務(病棟等での積極的な関わり) 各施設内で十分コミュニケーションがとれていることが前提となります。	実施の有無とその程度
(30) 副作用予測又は回避に必要なフィジカルアセスメントを実施している	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(31) 検査データ、副作用症状の有無等、薬物療法中の患者情報を踏まえ、チーム医療の中で薬剤師が医師と協働して処方設計に参画している	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(32) 薬剤師が、処方薬の剤形(散薬・錠剤・一包化等)を変更している	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(33) 薬剤師が病棟にて、処方せんにより混合調製した点滴薬剤等のセッティングをしている	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(34) 薬剤師が注射剤の投与直後から患者の副作用症状、バイタルサイン等を経過観察している	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(35) 薬剤師が必要性を判断し検査またはTDMの提案をしている	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(36) 薬剤師が必要性を判断し検査またはTDMをオーダーしている	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(37) 薬剤師が個々の患者に対して、抗菌薬の選択・投与量コンサルト等の処方設計を行っている	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(38) 薬剤師が制吐剤・ステロイドなどの副作用抑制剤の選択や投与スケジュールを医師に提案している	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(39) 薬剤師が褥瘡の創を観察し、病態を把握するとともに創面の水分量を測定し、創の病態に適した基剤を考慮した外用薬を選択(処方)している	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(40) (30)～(39)以外で、従来は医師が行っていた業務を薬剤師が薬学的知識等に基づいて直接行っているものがある場合、具体的に記入してください	
(記入欄)	

20. プロトコール

(1) 上記(7)の業務(厚生労働省医政局長通知の①の業務)を<実施している>場合、貴施設にあるプロトコールは何種類ありますか。	種類
(A) 貴施設にあるプロトコールの内容について、該当するもの全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:がん化学療法(入院), <input type="checkbox"/> 2:がん化学療法(外来), <input type="checkbox"/> 3:がん化学療法副作用対策, <input type="checkbox"/> 4:疼痛緩和(オピオイド), <input type="checkbox"/> 5:感染症治療, <input type="checkbox"/> 6:周術期, <input type="checkbox"/> 7:抗血栓薬, <input type="checkbox"/> 8:睡眠薬, <input type="checkbox"/> 9:持参薬, <input type="checkbox"/> 10:TDM, <input type="checkbox"/> 11:その他()	
(B) 厚生労働省医政局長通知の①の業務(上記(7)の業務)で、日病薬の解釈と実践事例(Ver. 2.0)の具体例及び実践事例に記載されていない業務及びプロトコールに基づく薬物治療管理(PBPM)の円滑な進め方と具体的実践事例(Ver. 1.0)を行っている場合は、具体的に記入してください。	
(記入欄)	

21. 副作用等報告・インシデントについて

(1) 貴施設で発生した副作用等を一元管理している部門がありますか。	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない																				
(A) 一元管理している部門が<ある>場合、該当するもの1つにチェックをつけてください。																					
<input type="checkbox"/> 1:医薬品情報管理室, <input type="checkbox"/> 2:治験管理室(センター), <input type="checkbox"/> 3:臨床試験センター, <input type="checkbox"/> 4:その他()																					
(2) 貴施設で副作用等が発生(平成29年度1年間)しましたか。また、発生した場合は件数を記入してください。	<input type="checkbox"/> 1:発生した, <input type="checkbox"/> 2:発生していない(→(3)へ) 件数(平成29年度1年間) 件																				
(A) 発生した副作用のうち、副作用等報告をした件数等(平成29年度1年間)についてご記入ください。																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1) 報告・利用 件数 (平成29年度1年間)</th> <th>2) うち、 薬剤師が関与 した件数 (平成29年度1年間)</th> <th>3) うち、 薬との因果関係 が明らかなもの (平成29年度1年間)</th> <th>4) うち、 未知のもの (平成29年度1年間)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(a) 製薬企業に報告</td> <td>件</td> <td>件</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>(b) 厚生労働大臣に報告(窓口はPMDA)</td> <td>件</td> <td>件</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>(c) 医薬品副作用被害救済制度の利用</td> <td>件</td> <td>件</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		1) 報告・利用 件数 (平成29年度1年間)	2) うち、 薬剤師が関与 した件数 (平成29年度1年間)	3) うち、 薬との因果関係 が明らかなもの (平成29年度1年間)	4) うち、 未知のもの (平成29年度1年間)	(a) 製薬企業に報告	件	件	件	件	(b) 厚生労働大臣に報告(窓口はPMDA)	件	件	件	件	(c) 医薬品副作用被害救済制度の利用	件	件		
	1) 報告・利用 件数 (平成29年度1年間)	2) うち、 薬剤師が関与 した件数 (平成29年度1年間)	3) うち、 薬との因果関係 が明らかなもの (平成29年度1年間)	4) うち、 未知のもの (平成29年度1年間)																	
(a) 製薬企業に報告	件	件	件	件																	
(b) 厚生労働大臣に報告(窓口はPMDA)	件	件	件	件																	
(c) 医薬品副作用被害救済制度の利用	件	件																			
(3) 貴施設において、下記のレベル以上のインシデント件数(6月1ヵ月間)をご記入ください。 ※インシデントレベル: 処置や治療は行わなかった(患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた)																					
	発生件数(6月1ヵ月間)																				
(a) 下記レベル以上のインシデント	件																				
(b) うち、薬剤関連インシデント	件																				

VI. 調剤

22. 処方せん枚数

処方せん枚数等(6月1ヵ月間)をご記入ください。ない場合 0(ゼロ)とご記入ください。	
	枚数(6月1ヵ月間)
(1) 入院処方せん枚数	枚
(2) 外来処方せん枚数(院内) …①	枚
(3) 外来処方せん枚数(院外) …②	枚
(4) 院外処方せん発行率	%

23. 処方せんの記載方法

(1) 処方せんの内服薬の記載方式について該当するもの1つにチェックをつけて下さい。	
<input type="checkbox"/> 1:1回量, <input type="checkbox"/> 4:その他1~3以外(具体的に	<input type="checkbox"/> 2:1日量と1回量の併記,), <input type="checkbox"/> 3:1日量,
(2) 貴施設で一般名処方をしていきますか。	<input type="checkbox"/> 1:している, <input type="checkbox"/> 2:していない

VII. 無菌製剤処理・がん化学療法

24. 無菌製剤処理業務

(1) 貴施設で無菌調製を実施していますか。	<input type="checkbox"/> 1:実施している, <input type="checkbox"/> 2:実施していない(→設問25へ)
(2) 無菌調製のクリーンベンチ、安全キャビネット、無菌調製用アイソレーターが施設内にありますか。	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない(→(3)へ)
(A) <ある>場合、貴施設に下記設備は何台ありますか。該当するものに数値をご記入ください。	
	台数
(a) クリーンベンチ	台
(b) 安全キャビネット	台
(c) 無菌調製用アイソレーター	台
(3) 抗悪性腫瘍薬の無菌調製について、調製する職種全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:薬剤師, <input type="checkbox"/> 2:医師, <input type="checkbox"/> 3:看護師	
(A) <1:薬剤師>にチェックした場合、薬剤部でプライミングを実施していますか。	<input type="checkbox"/> 1:実施している <input type="checkbox"/> 2:実施していない
(B) <2:医師>および<3:看護師>にチェックした場合、該当する職種が調製する理由について、該当するもの全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:土日・夜間に調製が必要であるため, <input type="checkbox"/> 2:投与直前の調製が必要な製剤があるため, <input type="checkbox"/> 3:登録されていないレジメンの調製が必要であるため <input type="checkbox"/> 4:処方変更に対応していないため(対応できない時間帯がある)	
(4) 中心静脈注射(TPN)及び無菌治療室での治療が必要な患者の薬剤の無菌調製について、調製する職種全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:薬剤師, <input type="checkbox"/> 2:医師, <input type="checkbox"/> 3:看護師	
(A) <2:医師>および<3:看護師>にチェックした場合、該当する職種が調製する理由について、該当するもの全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:土日・夜間に調製が必要であるため, <input type="checkbox"/> 2:投与直前の調製が必要な製剤があるため, <input type="checkbox"/> 3:処方変更に対応していないため(対応できない時間帯がある)	
(5) 無菌製剤処理料対象薬剤および放射性医薬品以外の注射剤で無菌調製しているものがありますか。	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない(→設問25へ)
(A) 上記設問で<ある>と回答した場合、実施件数(6月1ヵ月間)と薬剤の一般名をご記入ください。	
(a) 実施件数(6月1ヵ月間)	件
(b) 薬剤の一般名	
(B) 上記薬剤を無菌調製している職種について、該当するもの全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:薬剤師, <input type="checkbox"/> 2:医師, <input type="checkbox"/> 3:看護師	
(a) <2:医師>および<3:看護師>にチェックした場合、該当する職種が調製する理由について、該当するもの全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:土日・夜間に調製が必要であるため, <input type="checkbox"/> 2:投与直前の調製が必要な製剤があるため, <input type="checkbox"/> 3:処方変更に対応していない(対応できない時間帯がある)	

25. がん診療・外来がん化学療法

(1) 貴施設でがんに関する診療を行っていますか。	□1: 行っている, □2: 行っていない(→設問26へ)		
(2) 外来化学療法部門(外来化学療法室・センター等)がありますか。	□1: ある, □2: ない		
(A) 外来化学療法部門がある場合、ベッド数をご記入ください。			床
(B) 外来化学療法部門がある場合、薬剤師は配置されていますか。 配置されている場合は、配置人数をご記入ください。			名
(3) 化学療法に係る委員会がありますか。	□1: ある, □2: ない(→(4)へ)		
(A) 委員会がある場合、その委員会に薬剤師が関与していますか。	□1: いる, □2: いない(→(4)へ)		
(a) その委員会での薬剤師の役割について該当するもの全てにチェックをつけてください。			
□1: 委員長, □2: 副委員長, □3: 委員, □4: 事務局, □5: オブザーバー, □6: その他()			
(4) 抗悪性腫瘍薬のレジメン登録体制をとっていますか。	□1: いる, □2: いない(→(5)へ)		
(A) 登録レジメンに基づく処方監査は実施していますか。	□1: している, □2: していない(→(5)へ)		
(a) 処方監査を実施している場合、監査の結果処方変更となった件数(6月1ヵ月間)をご記入ください。			
処方変更件数(6月1ヵ月間)	件	うち、外来がん化学療法での処方変更件数	件
(5) 貴施設にがんセンターを設置していますか。	□1: いる, □2: いない(→(6)へ)		
(A) 設置している場合、そのがんセンターに薬剤師が参加していますか。	□1: いる, □2: いない		
(6) 薬剤師が、抗悪性腫瘍薬等の調製以外で実施している業務がありますか。ある場合は該当する内容全てにチェックをつけてください。			
□1: 抗がん剤の治療スケジュール説明, □2: インフォームドコンセント(医師と協働), □3: 副作用モニタリング, □4: 支持療法の処方提案, □5: 有効性・副作用、対処方法等の説明, □6: 副作用などの電話相談, □7: 薬剤師外来での服薬指導や薬学的管理, □8: 保険薬局への情報提供や情報共有, □9: 1-8以外(抗悪性腫瘍薬等の調製を除く)(それは具体的に)			

VIII. 治療薬物モニタリング(TDM)

26. TDMの測定と処方変更の提案

(1) 貴施設でTDMを実施していますか。	□1: いる, □2: いない(→設問27へ)		
(2) TDMの測定について、該当するもの全てにチェックをつけてください。			
□1: 薬剤部門, □2: 検査部門, □3: 外注			
(3) TDMの解析について、該当するもの全てにチェックをつけてください。			
□1: 薬剤部門, □2: 検査部門, □3: 外注			
(B) 算定件数のうち、1つの疾患について同一区分の複数の薬剤のTDMを実施していますか(てんかんを除く)。実施している場合は、実施件数(6月1ヵ月間)と薬剤の一般名をご記入ください。			
(a) 実施件数(6月1ヵ月間)	件	(b) 薬剤の一般名	
(5) 特定薬剤治療管理料の対象とならないもので、TDMを実施している薬物がありましたら、下記にご記入ください。			
(記載欄)			

Ⅸ. 薬剤管理指導・薬学的管理

27. 持参薬

(1)入院時持参薬の確認について、該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。			
<input type="checkbox"/> 1:薬剤師が確認、	<input type="checkbox"/> 2:医師が確認、	<input type="checkbox"/> 3:看護師が確認、	
<input type="checkbox"/> 4:その他()。			
(2)入院時持参薬の確認に薬剤師が関与している場合、確認件数・実施割合(6月1ヵ月間)をご記入ください。			
(A)持参薬確認件数(6月1ヵ月間)	件	(B)実施割合(6月1ヵ月間)	%
(C)そのうち、入院前に、持参薬を確認した件数		件(再掲)	
(D)そのうち、薬剤服用歴や医薬品等について保険薬局に照会した件数		件(再掲)	
(3)持参薬の入院中の使用状況について、該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。			
<input type="checkbox"/> 1:全て使用している、 <input type="checkbox"/> 2:一部使用している(→(A)へ)、 <input type="checkbox"/> 3:使用しない			
(A)〈一部使用〉と回答した場合、 持参薬を使用する場合の基準 について該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。			
<input type="checkbox"/> 1:入院の契機となった傷病以外に用いる持参薬、		<input type="checkbox"/> 2:非採用医薬品の持参薬、	
<input type="checkbox"/> 3:後発医薬品以外の持参薬、		<input type="checkbox"/> 4:後発医薬品の持参薬、	
<input type="checkbox"/> 5:その他()。			

28. 薬剤管理指導とハイリスク薬の管理

(1)薬剤管理指導料を算定している場合、現在、診療報酬上ハイリスク薬として認められている医薬品以外で、ハイリスク薬と同等のレベルで安全管理を行っているものがありますか。	<input type="checkbox"/> 1:ある、 <input type="checkbox"/> 2:ない(→設問29へ)
(A)ハイリスク薬と同等のレベルで安全管理を行っているものが〈ある〉場合、該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:催眠鎮静薬、 <input type="checkbox"/> 2:血液凝固阻止薬(注射剤)、 <input type="checkbox"/> 3:その他(具体的に一般名:)。	
(B)ハイリスク薬と同等のレベルで安全管理を行っているものが〈ある〉場合、その安全管理方法を具体的に記入してください。	
(記載欄)	

29. 退院時薬剤情報管理指導料・退院時の薬学的管理指導

(1)退院時薬剤情報管理指導料を算定している場合、お薬手帳にかかりつけ薬剤師の氏名が記載されていたことがありますか。	<input type="checkbox"/> 1:ある、 <input type="checkbox"/> 2:ない(→(2)へ)
(A)〈ある〉場合、退院後の薬学的管理等について、かかりつけ薬剤師に相談するよう説明していますか。	<input type="checkbox"/> 1:している、 <input type="checkbox"/> 2:していない
(B)〈ある〉場合、かかりつけ薬剤師に入院中の使用薬剤・服薬状況等について情報提供していますか。	<input type="checkbox"/> 1:している、 <input type="checkbox"/> 2:していない(→(2)へ)
(C)〈している〉場合、提供した件数(6月1ヵ月間)をご記入ください。	件
(2)退院時薬剤情報管理指導料を算定している場合、持参薬確認時に情報提供を受けた保険薬局に、入院中の使用薬剤・服薬状況等について情報提供していますか。	<input type="checkbox"/> 1:している、 <input type="checkbox"/> 2:していない(→(3)へ)
(A)〈している〉場合は、提供した件数(6月1ヵ月間)をご記入ください。	件
(3)退院時薬剤情報管理指導料を〈算定していない〉場合、その理由について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:入院時の服用中の薬剤(持参薬等)の確認を行っていない、 <input type="checkbox"/> 2:退院時の情報提供・指導を行っていない、 <input type="checkbox"/> 3:退院時に行った指導の要点を手帳に記載できない、 <input type="checkbox"/> 4:入院中に使用した主な薬剤等について、手帳に貼付するための文書(シール等)ができない、 <input type="checkbox"/> 5:その他()。	

(A) 上記(3)等の理由により、退院時薬剤情報管理指導料の算定要件を満たさないが、退院時の薬学的管理指導を行った場合がありますか。また〈ある〉場合は、実施件数(6月1ヵ月間)をご記入ください。	□1:ある, □2:ない	
	実施件数 (6月1ヵ月間)	件

30. 包括評価されている病床で行われている薬剤管理指導

(1) 貴施設に薬剤管理指導および退院時薬剤情報管理指導料が包括されている病棟がありますか。	□1:ある, □2:ない(→設問31へ)
--	-------------------------

(A) 薬剤管理指導料が包括評価されている病床の患者に対して、『薬剤管理指導』を実施していますか。〈実施している〉場合は、実施患者数・件数(6月1ヵ月間)をご記入ください。	□1:実施している □2:実施していない(→(B)へ),	
	実施患者数(6月1ヵ月間)	件
	実施件数(6月1ヵ月間)	件

(a)〈薬剤管理指導〉を実施している場合、該当する病棟(包括評価されている病床)毎に、実施した件数(6月1ヵ月間)をご記入ください。

該当する病棟	実施件数 (6月1ヵ月間)	該当する病棟	実施件数 (6月1ヵ月間)
1: 特殊疾患入院医療管理料	件	2: 小児入院医療管理料	件
3: 回復期リハビリテーション病棟入院料	件	4: 地域包括ケア病棟入院料	件
5: 特殊疾患病棟入院料	件	6: 緩和ケア病棟入院料	件
7: 精神科救急入院料	件	8: 精神科急性期治療病棟入院料	件
9: 精神科救急・合併症入院料	件	10: 児童・思春期精神科入院医療管理料	件
11: 精神科療養病棟入院料	件	12: 認知症治療病棟入院料	件
13: 短期滞在手術等基本料3	件	14: 地域移行機能強化病棟入院料	件

(B) 退院時薬剤情報管理指導料が包括評価されている病床の患者に対して、『退院時薬剤情報管理指導』を実施していますか。〈実施している〉場合は、実施件数(6月1ヵ月間)をご記入ください。	□1:実施している □2:実施していない(→(C)へ),	
	実施件数(6月1ヵ月間)	件

(a)〈退院時薬剤情報管理指導〉を実施している場合、該当する病棟(包括評価されている病床)毎に、実施した件数(6月1ヵ月間)をご記入ください。

該当する病棟	実施件数 (6月1ヵ月間)	該当する病棟	実施件数 (6月1ヵ月間)
1: 特殊疾患入院医療管理料	件	2: 小児入院医療管理料	件
3: 回復期リハビリテーション病棟入院料	件	4: 地域包括ケア病棟入院料	件
5: 特殊疾患病棟入院料	件	6: 緩和ケア病棟入院料	件
7: 精神科救急入院料	件	8: 精神科急性期治療病棟入院料	件
9: 精神科救急・合併症入院料	件	10: 児童・思春期精神科入院医療管理料	件
11: 精神科療養病棟入院料	件	12: 認知症治療病棟入院料	件
13: 短期滞在手術等基本料3	件	14: 地域移行機能強化病棟入院料	件

(C) 退院時薬剤情報管理指導料が包括評価されている病床の患者に対して、『退院時の薬学的管理指導』を実施していますか。〈実施している〉場合は、実施件数(6月1ヵ月間)をご記入ください。	□1:実施している □2:実施していない(→設問31へ),	
	実施件数(6月1ヵ月間)	件

(a) <退院時の薬学的管理指導>を実施している場合、該当する病床(包括評価されている病床)毎に、実施件数(6月1ヵ月間)を記入してください。

該当する病棟	実施件数 (6月1ヵ月間)	該当する病棟	実施件数 (6月1ヵ月間)
1: 特殊疾患入院医療管理料	件	2: 小児入院医療管理料	件
3: 回復期リハビリテーション病棟入院料	件	4: 地域包括ケア病棟入院料	件
5: 特殊疾患病棟入院料	件	6: 緩和ケア病棟入院料	件
7: 精神科救急入院料	件	8: 精神科急性期治療病棟入院料	件
9: 精神科救急・合併症入院料	件	10: 児童・思春期精神科入院医療管理料	件
11: 精神科療養病棟入院料	件	12: 認知症治療病棟入院料	件
13: 短期滞在手術等基本料 3	件	14: 地域移行機能強化病棟入院料	件

31. 医薬品適正使用への関わり

(1) 薬剤総合評価調整加算の算定件数のうち、該当するものの件数(平成29年度1年間)をご記入ください。

	件数(平成29年度1年間)
(A) 2種類以上減少させた件数	件
(B) グルブ ロマジン換算で1,000mg以上減少させた件数	件

(C) 減少させた理由について、該当するもの全てにチェックをつけてください。

1: 副作用, 2: 相互作用, 3: 重複投薬, 4: 症状改善,
5: アドヒアランスの改善, 6: その他()

(D) 算定対象外の病棟及び包括病棟で、薬剤総合評価調整加算の業務を行っていますか。 1: いる, 2: いない(→(2)へ)

(a) <行っている>場合、該当する病棟毎に、業務を実施し算定要件を満たした件数(平成29年度1年間)をご記入ください。

該当する病棟	実施件数 (平成29年度 1年間)	該当する病棟	実施件数 (平成29年度 1年間)
1: 障害者施設等入院基本料	件	2: 特定集中治療室管理料	件
3: ハイケアユニット入院医療管理料	件	4: 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	件
5: 小児特定集中治療室管理料	件	6: 新生児特定集中治療室管理料	件
7: 総合周産期特定集中治療室管理料	件	8: 新生児治療回復室入院医療管理料	件
9: 一類感染症患者入院医療管理料	件	10: 特殊疾患入院医療管理料	件
11: 小児入院医療管理料	件	12: 特殊疾患病棟入院料	件
13: 緩和ケア病棟入院料	件		

(2) 薬剤総合評価調整管理料の算定件数うち、該当するものの件数(平成29年度1年間)をご記入ください。

	件数(平成29年度1年間)
(A) 2種類以上減少させた件数	件
(B) グルブ ロマジン換算で1,000mg以上減少させた件数	件

(C) 減少させた理由について、該当するもの全てにチェックをつけてください。

1: 副作用, 2: 相互作用, 3: 重複投薬, 4: 症状改善,
5: アドヒアランスの改善, 6: その他()

(D) 連携管理加算のうち、該当するものに件数(平成29年度1年間)をご記入ください。	
	件数(平成29年度1年間)
(a) 他医療機関に照会または情報提供を行った件数	件
(b) 保険薬局に照会または情報提供を行った件数	件
(3) 向精神薬調整連携加算を算定している場合、減薬後の症状の変化等を確認している職種について、該当するもの全てにチェックをつけてください。	
□1: 薬剤師, □2: 看護師等(→(4)へ),	
(A) 薬剤師が実施した件数(6月1ヵ月間)	件
(4) 薬剤適正使用連携加算を算定している場合、薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報を作成している職種について、該当するもの全てにチェックをつけてください。	
□1: 医師(→設問32へ), □2: 薬剤師, □3: 看護師等(→設問32へ),	
(A) 薬剤師が作成している場合、情報提供の手段について、該当するもの全てにチェックをつけてください。	
□1: お薬手帳, □2: 薬剤管理サマリー, □3: その他	
(B) 薬剤師が作成した件数(6月1ヵ月間)	件

32. 情報提供

(1) 他の医療提供施設との患者情報を共有するための連携ツール(ICTを利用した地域連携システムを除く)として、お薬手帳以外のものがある場合は、該当するもの全てにチェックしてください。							
(a) 保険薬局	□1: 薬剤サマリー, □2: トレーシングレポート, □3: その他(),						
(b) 病院等	□1: 薬剤サマリー, □2: トレーシングレポート, □3: その他(),						
(c) 介護施設	□1: 薬剤サマリー, □2: トレーシングレポート, □3: その他(),						
(2) 貴施設の薬剤部(薬剤師)が、他の医療提供施設に常時(全情報提供の8割程度)提供している情報、媒体及び対象診療について、該当するもの全てにチェックをつけてください。							
	【提供している媒体・対象診療】						
	処方せん	お薬手帳		薬剤サマリー トレーシングレポート		その他	
【提供している情報】	外来	外来	入院	外来	入院	外来	入院
1: 受診・入院に係る病名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2: 受診・入院に係る検査値	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3: 発症したアレルギー情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4: 発症した副作用情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5: 使用・服用薬剤の管理・保管に関する情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6: アドヒアランスに関する情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7: 持参薬に関する情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8: 中止・変更薬剤に関する情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9: 服薬支援に関する情報(製剤・調剤上の工夫等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10: 外来処方された薬物療法に関する情報・指導内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/
11: 入院期間中に使用した主な薬剤の情報・指導内容	/	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
12: 退院前1週間以内に使用した薬剤の情報・指導内容	/	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
13: 退院時の指導内容	/	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
14: その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(3) 貴施設の薬剤部(薬剤師)に、他の医療提供施設から常時(全情報提供の8割程度)提供されている情報、媒体及び医療機関について、該当するもの全てにチェックをつけてください。									
	【提供されている媒体・施設】								
	お薬手帳			薬剤サマリ トレーニングレポート			その他		
【提供されている情報】	保険薬局	病院等	介護施設	保険薬局	病院等	介護施設	保険薬局	病院等	介護施設
1:受診・入院に係る病名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2:受診・入院に係る検査値	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3:発症したアレルギー情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4:発症した副作用情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5:使用・服用薬剤の管理・保管に関する情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6:アドヒアランスに関する情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7:持参薬に関する情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8:中止・変更薬剤に関する情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9:服薬支援に関する情報(製剤・調剤上の工夫等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10:外来処方された薬物療法に関する情報・指導内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11:入院期間中に使用した主な薬剤の情報・指導内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12:退院前1週間以内に使用した薬剤の情報・指導内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13:退院時の指導内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14:その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 他の医療提供施設からの情報提供が不足している場合、他の医療機関に問い合わせている内容を具体的にご記入ください。									
(記入欄)									
(5) 貴施設はICTを利用した地域連携システムで情報共有していますか。							□1:している, □2:していない(→(6)へ)		
(A) 情報共有している場合、他の医療提供施設での患者情報を確認していますか。							□1:している, □2:していない(→(6)へ)		
(B) <確認している>場合、該当する情報全てにチェックをつけてください。									
□1:受診・入院に係る病名, □2:受診・入院に係る検査値, □3:発症したアレルギー情報, □4:発症した副作用情報, □5:アドヒアランスに関する情報, □6:持参薬に関する情報, □7:中止薬剤に関する情報, □8:服薬支援に関する情報(製剤上の工夫等), □8:外来処方された薬物療法に関する情報・指導内容, □9:入院期間中に使用した主な薬剤の情報・指導内容, □10:退院前1週間以内に使用した薬剤の情報・指導内容, □11:退院時の指導内容, □12:その他()									
(6) 電子版お薬手帳に対応したシステムを導入していますか。							□1:はい, □2:いいえ		

33. 介護

(1) 貴施設に併設もしくは関連法人で介護施設がありますか。		<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない(→設問34へ)		
(A) 併設もしくは関連法人で<介護施設がある>場合、該当する施設毎に施設数をご記入ください。				
(a) 介護老人 保健施設	(b) 介護老人 福祉施設	(c) 介護療養型 医療施設	(d) 介護医療院	(e) その他
施設	施設	施設	施設	施設
(2) 介護施設に薬剤師が関与していますか。		<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない(→設問34へ)		
(A) 介護施設に薬剤師が<関与している>場合、該当するもの全てにチェックをつけてください。				
<input type="checkbox"/> 1: 貴施設の薬剤師,		<input type="checkbox"/> 2: 保険薬局の薬剤師.		
(B) 介護施設に薬剤師が<関与している>場合、該当する業務全てにチェックをつけてください。				
(a) 貴施設の薬剤師	<input type="checkbox"/> 1:調剤業務, <input type="checkbox"/> 2:医薬品管理業務, <input type="checkbox"/> 3:病棟業務, <input type="checkbox"/> 4:その他			
(b) 保険薬局の薬剤師	<input type="checkbox"/> 1:調剤業務, <input type="checkbox"/> 2:医薬品管理業務, <input type="checkbox"/> 3:病棟業務, <input type="checkbox"/> 4:その他			

34. 地域連携

(1) 貴施設に退院時カンファレンス(退院に向けた多職種カンファレンス)がありますか。		<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない(→(2)へ)		
(A) 退院時カンファレンス(退院に向けた多職種カンファレンス)がある場合、関与している職種全てにチェックをつけてください。				
(a) 患者等	<input type="checkbox"/> 1:本人, <input type="checkbox"/> 2:家族, <input type="checkbox"/> 3:その他()			
(b) 院内	<input type="checkbox"/> 1:医師, <input type="checkbox"/> 2:看護師, <input type="checkbox"/> 3:社会福祉士, <input type="checkbox"/> 4:薬剤師(→(B)へ), <input type="checkbox"/> 5:リハビリテーションスタッフ, <input type="checkbox"/> 6:その他()			
(c) 院外	<input type="checkbox"/> 1:医師, <input type="checkbox"/> 2:看護師等, <input type="checkbox"/> 3:歯科医師等, <input type="checkbox"/> 4:転院先の薬剤師, <input type="checkbox"/> 5:保険薬局の薬剤師, <input type="checkbox"/> 6:訪問看護ステーションの看護師, <input type="checkbox"/> 7:リハビリテーションスタッフ, <input type="checkbox"/> 8:介護支援専門員, <input type="checkbox"/> 9:その他()			
(B) <院内の薬剤師が関与している>場合、実施している業務について該当するもの全てにチェックをつけてください。				
<input type="checkbox"/> 1:本人家族等からの薬物療法に関する要望・相談, <input type="checkbox"/> 2:本人家族等への薬物療法に関する説明, <input type="checkbox"/> 3:退院後(在宅・施設)に実施可能な薬物療法に関する把握, <input type="checkbox"/> 4:他職種に必要な薬物療法に関する情報の提供, <input type="checkbox"/> 5:退院に向けての処方設計・処方提案, <input type="checkbox"/> 6:その他()				
(2) 介護支援連携指導料を<算定している>場合、関与している職種全てにチェックをつけてください。				
(A) 初回指導	<input type="checkbox"/> 1:医師, <input type="checkbox"/> 2:看護師, <input type="checkbox"/> 3:社会福祉士, <input type="checkbox"/> 4:薬剤師(→(C)へ), <input type="checkbox"/> 5:リハビリテーションスタッフ, <input type="checkbox"/> 6:その他()			
(B) 2回目指導	<input type="checkbox"/> 1:医師, <input type="checkbox"/> 2:看護師, <input type="checkbox"/> 3:社会福祉士, <input type="checkbox"/> 4:薬剤師(→(C)へ), <input type="checkbox"/> 5:リハビリテーションスタッフ, <input type="checkbox"/> 6:その他()			
(C) 介護支援連携指導に<院内の薬剤師が関与している>場合、実施している業務について該当するもの全てにチェックをつけてください。				
<input type="checkbox"/> 1:薬物療法の内容に関する情報提供, <input type="checkbox"/> 2:薬物投与経路に関する手技・注意事項の情報提供, <input type="checkbox"/> 3:副作用の対処方法に関する情報提供, <input type="checkbox"/> 4:ケア上注意が必要な薬物に関する情報提供, <input type="checkbox"/> 5:患者家族等の薬物療法に関する要望についての情報提供, <input type="checkbox"/> 6:その他()				
(3) 退院時共同指導料2を<算定している>場合、関与している職種全てにチェックをつけてください。				
(A) 院内	<input type="checkbox"/> 1:医師, <input type="checkbox"/> 2:看護師等, <input type="checkbox"/> 3:薬剤師(→(C)へ), <input type="checkbox"/> 4:管理栄養士, <input type="checkbox"/> 5:リハビリテーションスタッフ, <input type="checkbox"/> 6:社会福祉士, <input type="checkbox"/> 7:その他()			
(B) 院外	<input type="checkbox"/> 1:医師, <input type="checkbox"/> 2:看護師等, <input type="checkbox"/> 3:歯科医師等, <input type="checkbox"/> 4:診療所の薬剤師, <input type="checkbox"/> 5:保険薬局の薬剤師, <input type="checkbox"/> 6:管理栄養士, <input type="checkbox"/> 7:訪問看護ステーションの看護師, <input type="checkbox"/> 8:リハビリテーションスタッフ, <input type="checkbox"/> 9:介護支援専門員, <input type="checkbox"/> 10:その他()			

(C) 退院時共同指導に<院内の薬剤師が関与している>場合、実施している業務について該当するもの全てにチェックをつけてください。														
<input type="checkbox"/> 1:入院期間中の薬物療法の内容・経過の説明, <input type="checkbox"/> 2:入院期間中に発症した副作用・対処方法の説明, <input type="checkbox"/> 3:患者のアドヒアランスに関する説明, <input type="checkbox"/> 4:薬物投与経路に関する手技・注意事項の情報提供, <input type="checkbox"/> 5:患者家族等の薬物療法に関する要望についての情報提供, <input type="checkbox"/> 6:その他()														
(4) 平成29年度1年間で地域連携の推進を目的として、他の施設の薬剤師が集まる会議や勉強会を実施したことがありますか。	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない(→(5)へ),													
(A) 地域連携の推進を目的として、他の施設の薬剤師が集まる会議や勉強会を貴施設にて実施している場合、参加対象としているもの全てにチェックしてください。														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>実施</th> <th>参加対象職種</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">自施設</td> <td>(a) 病院全体 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>1:病院の薬剤師,</td> <td><input type="checkbox"/>2:診療所の薬剤師,</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3:保険薬局の薬剤師,</td> <td><input type="checkbox"/>4:介護施設の薬剤師.</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>(b) 薬剤部 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>1:病院の薬剤師,</td> <td><input type="checkbox"/>2:診療所の薬剤師,</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3:保険薬局の薬剤師,</td> <td><input type="checkbox"/>4:介護施設の薬剤師.</td> </tr> </table> </td> </tr> </tbody> </table>	実施	参加対象職種	自施設	(a) 病院全体 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>1:病院の薬剤師,</td> <td><input type="checkbox"/>2:診療所の薬剤師,</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3:保険薬局の薬剤師,</td> <td><input type="checkbox"/>4:介護施設の薬剤師.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1:病院の薬剤師,	<input type="checkbox"/> 2:診療所の薬剤師,	<input type="checkbox"/> 3:保険薬局の薬剤師,	<input type="checkbox"/> 4:介護施設の薬剤師.	(b) 薬剤部 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>1:病院の薬剤師,</td> <td><input type="checkbox"/>2:診療所の薬剤師,</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3:保険薬局の薬剤師,</td> <td><input type="checkbox"/>4:介護施設の薬剤師.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1:病院の薬剤師,	<input type="checkbox"/> 2:診療所の薬剤師,	<input type="checkbox"/> 3:保険薬局の薬剤師,	<input type="checkbox"/> 4:介護施設の薬剤師.
実施	参加対象職種													
自施設	(a) 病院全体 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>1:病院の薬剤師,</td> <td><input type="checkbox"/>2:診療所の薬剤師,</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3:保険薬局の薬剤師,</td> <td><input type="checkbox"/>4:介護施設の薬剤師.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1:病院の薬剤師,	<input type="checkbox"/> 2:診療所の薬剤師,	<input type="checkbox"/> 3:保険薬局の薬剤師,	<input type="checkbox"/> 4:介護施設の薬剤師.									
	<input type="checkbox"/> 1:病院の薬剤師,	<input type="checkbox"/> 2:診療所の薬剤師,												
<input type="checkbox"/> 3:保険薬局の薬剤師,	<input type="checkbox"/> 4:介護施設の薬剤師.													
(b) 薬剤部 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>1:病院の薬剤師,</td> <td><input type="checkbox"/>2:診療所の薬剤師,</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3:保険薬局の薬剤師,</td> <td><input type="checkbox"/>4:介護施設の薬剤師.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1:病院の薬剤師,	<input type="checkbox"/> 2:診療所の薬剤師,	<input type="checkbox"/> 3:保険薬局の薬剤師,	<input type="checkbox"/> 4:介護施設の薬剤師.										
<input type="checkbox"/> 1:病院の薬剤師,	<input type="checkbox"/> 2:診療所の薬剤師,													
<input type="checkbox"/> 3:保険薬局の薬剤師,	<input type="checkbox"/> 4:介護施設の薬剤師.													
(5) 平成29年度1年間で他施設が実施する、地域連携の推進を目的とした会議や勉強会に、貴施設の薬剤師が参加したことがありますか。	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない													

35. 在宅患者訪問薬剤管理指導

(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導を<算定している>場合、実施している業務について該当するもの全てにチェックをつけてください。			
<input type="checkbox"/> 1:訪問前の医師、看護師との患者状態等に関する検討・カンファレンス, <input type="checkbox"/> 2:患者・家族に対する、服薬状況・患者状態の聴取, <input type="checkbox"/> 3:患者へのフィジカルアセスメントの実施, <input type="checkbox"/> 4:患者状態を把握した処方提案の実施, <input type="checkbox"/> 5:患者・家族への服薬指導、服薬支援等の実施, <input type="checkbox"/> 6:訪問後の医師、看護師への情報のフィードバック, <input type="checkbox"/> 7:その他()			
(2) 在宅患者訪問薬剤管理指導を<算定している>場合、実施の有無はどのようにして決まりますか。該当するもの全てにチェックをつけてください。			
<input type="checkbox"/> 1:医師の指示, <input type="checkbox"/> 2:薬剤師の提案, <input type="checkbox"/> 3:患者・家族の要望, <input type="checkbox"/> 4:多職種カンファレンス, <input type="checkbox"/> 5:その他()			
(3) 在宅患者訪問薬剤管理指導を<算定していない>場合、算定していない理由について該当するもの全てにチェックをつけてください。			
<input type="checkbox"/> 1:ニーズがない, <input type="checkbox"/> 2:在宅医療の対象となる患者がいらない, <input type="checkbox"/> 3:薬剤師が少なく、余力がない, <input type="checkbox"/> 4:無菌設備がなく、注射剤の混合(混注)に対応できない, <input type="checkbox"/> 5:医師への報告書作成等にかかる負担が大きい, <input type="checkbox"/> 6:患家への移動時間が長く対応できない, <input type="checkbox"/> 7:その他()			
(4) 算定対象外患者に対する訪問薬剤管理指導について、実施していますか。	<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない(→設問36へ)		
(A) 実施している場合は実施患者数・件数数(6月1ヶ月間)をご記入し、該当する疾患名にチェックをしてください。			
(a) 実施患者数(6月1ヵ月間)	件	(b) 実施件数(6月1ヵ月間)	件
(c) 実施患者の疾患名	<input type="checkbox"/> 1:統合失調症, <input type="checkbox"/> 2:うつ病, <input type="checkbox"/> 3:双極性障害, <input type="checkbox"/> 4:その他()		

X. 病棟における薬剤師

36. 病棟薬剤業務実施加算

(1)療養病棟入院基本料・精神科病棟入院基本料算定病棟がありますか。		<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない(→(2)へ)		
(A)〈上記病棟がある〉場合、8週を超えて病棟薬剤業務を実施しますか。				
<input type="checkbox"/> 1:引き続き病棟業務を実施する,		<input type="checkbox"/> 2:実施しない(→(2)へ).		
(B)8週を超えて実施する場合、実施する病棟業務の実施状況について該当するもの1つにチェックをつけてください。				
病棟業務		実施状況		
1:医薬品の投薬・注射状況の把握,		<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々		
2:使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需,		<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々		
3:入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案,		<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々		
4:2種以上(注射薬と内用薬を1種以上含む)の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認		<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々		
5:患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明,		<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々		
6:薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施,		<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々		
7:その他、必要に応じ、医政局長通知で定める業務,		<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々		
8:退院時の薬学的管理指導		<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々		
(2)下記入院料を算定している病棟において病棟薬剤業務の実施の有無について、該当するもの1つにチェックをつけてください。				
(A)ハイケアユニット入院医療管理料算定病棟で病棟薬剤業務を実施していますか。		<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない		
(B)回復期リハビリテーション病棟入院料算定病棟で病棟薬剤業務を実施していますか。		<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない		
(C)地域包括ケア病棟入院料算定病棟で病棟薬剤業務を実施していますか。		<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない		
(D)病棟薬剤業務実施加算で努力義務とされている以下の病棟で業務を〈実施している〉場合、病棟数、合計病院薬剤業務時間をご記入いただき、業務実施状況について該当するもの1つにチェックをつけてください。				
		ハイケアユニット入院 医療管理料	回復期 リハビリテーション 入院料	地域包括ケア 病棟入院料
(a)実施している病棟数		病棟	病棟	病棟
(b)対象病棟の病棟薬剤業務時間(6月1ヵ月間)の合計		時間	時間	時間
(c)対象病棟での業務実施状況		かなり よく 時々	かなり よく 時々	かなり よく 時々
1:医薬品の投薬・注射状況の把握,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2:使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3:入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4:2種以上(注射薬と内用薬を1種以上含む)の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5:患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6:薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7:その他、必要に応じ、医政局長通知で定める業務,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8:退院時の薬学的管理指導,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(3) 病棟薬剤業務実施加算2の対象入院料以外(設問(2)の入院料を除く)の特定入院料を算定している病棟において病棟薬剤業務を実施していますか。	<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない.
(A) 病棟薬剤業務実施加算で努力義務とされている以下の業務を<実施している>場合、その業務の実施状況について該当するもの1つにチェックをつけてください。	
病棟業務	実施状況
1: 医薬品の投薬・注射状況の把握,	<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々
2: 使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需,	<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々
3: 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案,	<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々
4: 2種以上(注射薬と内用薬を1種以上含む)の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認,	<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々
5: 患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明,	<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々
6: 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施,	<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々
7: その他、必要に応じ、医政局長通知で定める業務,	<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々
8: 退院時の薬学的管理指導,	<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々
(4) 病棟薬剤業務実施加算1を<算定していない>場合、算定できない理由について、該当するもの全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1: 常勤の薬剤師が2人以上いない, <input type="checkbox"/> 2: 病棟専任の薬剤師による各病棟における実施時間が1週当たり20時間相当に満たない, <input type="checkbox"/> 3: 薬剤管理指導料に係る届出を行っていない, <input type="checkbox"/> 4: 病棟以外(調剤・製剤、外来化学療法、手術室など)の業務負担が大きいため, <input type="checkbox"/> 5: 病棟薬剤業務のニーズがない, <input type="checkbox"/> 6: その他()).	

37. 障害者施設病棟への関わり

(1) 障害者施設等入院基本料算定患者がいる病床がありますか。 <input type="checkbox"/> ある場合は病床数をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない(→設問38へ)		
	<table border="1"> <tr> <td>病床数</td> <td>床</td> </tr> </table>	病床数	床
病床数	床		
(2) 障害者施設等入院基本料算定病棟において病棟業務を実施していますか。	<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない(→設問38へ)		
(A) 病棟業務を<実施している>場合、その業務の実施状況について該当するもの1つにチェックをつけてください。			
病棟業務	実施状況		
1: 医薬品の投薬・注射状況の把握,	<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々		
2: 使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需,	<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々		
3: 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案,	<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々		
4: 2種以上(注射薬と内用薬を1種以上含む)の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認	<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々		
5: 患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明,	<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々		
6: 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施,	<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々		
7: その他、必要に応じ、医政局長通知で定める業務,	<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々		
8: 退院時の薬学的管理指導	<input type="checkbox"/> 1:かなり, <input type="checkbox"/> 2:よく, <input type="checkbox"/> 3:時々		
9: 1~8以外で行っている業務がある場合は、具体的にご記入ください。			
(記入欄)			

X I. 手術室、ICU等における薬剤師

38. 手術関連業務（手術室）における薬剤師

(1) 貴施設に手術室がありますか。	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない(→設問39へ)
(2) 薬剤師は手術関連業務に関与していますか。	<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない(→(B)へ)
(A) <関与している>場合、該当するもの1つにチェックをつけてください。	
(a) 手術関連業務に従事している薬剤師(複数の薬剤師が交代する場合はその合計時間に基づく)の関与について、該当するもの1つにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:専従, <input type="checkbox"/> 2:専任, <input type="checkbox"/> 3:兼務.	
(b) 薬剤師が行っている手術関連業務の内容について該当する全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:手術室で使用する薬の処方案の提案, <input type="checkbox"/> 2:注射薬の用法用量、相互作用についての監査, <input type="checkbox"/> 3:麻薬・向精神薬・筋弛緩薬の管理, <input type="checkbox"/> 4:麻酔薬(液・ガス)管理, <input type="checkbox"/> 5:医療材料管理, <input type="checkbox"/> 6:注射ルート管理, <input type="checkbox"/> 7:薬剤のミキシングやシリンジ充填, <input type="checkbox"/> 8:回診やカンファレンスへの参加を通じた患者情報の共有や提供, <input type="checkbox"/> 9:投与量や投与速度の算出, <input type="checkbox"/> 10:麻酔チャート・術後感染予防薬の処方監査, <input type="checkbox"/> 11:使用薬の確認・照合, <input type="checkbox"/> 12:医薬品カート等による医薬品のセット管理, <input type="checkbox"/> 13:その他(具体的に)).	
(B) <関与していない>場合、その理由について該当するもの全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:薬剤師が今後実施するよう検討中のため, <input type="checkbox"/> 2:業務量に見合った薬剤師数が配置されていないため, <input type="checkbox"/> 3:他の職種が実施しており、薬剤師による実施の要請がないため, <input type="checkbox"/> 4:診療報酬において評価されていないため, <input type="checkbox"/> 5:その他()).	

39. ICU, HCUまたはNICU(ICU等)における薬剤師

(1) 貴施設にICU, HCUまたはNICU(ICU等)がありますか。	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない(→設問40へ)
(2) 薬剤師はICU等関連業務に関与していますか。	<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない(→(B)へ)
(A) 関与して<いる>場合、該当するもの1つにチェックをつけてください。	
(a) ICU関連業務に従事している薬剤師(複数の薬剤師が交代する場合はその合計時間に基づく)の関与について、該当するもの1つにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:専従, <input type="checkbox"/> 2:専任, <input type="checkbox"/> 3:兼務.	
(b) 薬剤師が行っているICU等関連業務の内容について該当するもの全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:ICU等で使用する薬の処方案の提案, <input type="checkbox"/> 2:注射薬の用法用量、相互作用についての監査, <input type="checkbox"/> 3:麻薬・向精神薬・筋弛緩薬の管理, <input type="checkbox"/> 4:麻酔薬(液・ガス)管理, <input type="checkbox"/> 5:医療材料管理, <input type="checkbox"/> 6:注射ルート管理, <input type="checkbox"/> 7:薬剤のミキシングやシリンジ充填, <input type="checkbox"/> 8:回診やカンファレンスへの参加を通じた患者情報の共有や提供, <input type="checkbox"/> 9:投与量や投与速度の算出, <input type="checkbox"/> 10:麻酔チャート・術後感染予防薬の処方監査, <input type="checkbox"/> 11:使用薬の確認・照合, <input type="checkbox"/> 12:医薬品カート等による医薬品のセット管理, <input type="checkbox"/> 13:その他(具体的に)).	
(B) <関与していない>場合、その理由について該当するもの全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:薬剤師が今後実施するよう検討中のため, <input type="checkbox"/> 2:業務量に見合った薬剤師数が配置されていないため, <input type="checkbox"/> 3:他の職種が実施しており、薬剤師による実施の要請がないため, <input type="checkbox"/> 4:診療報酬において評価されていないため, <input type="checkbox"/> 5:その他()).	

ⅩⅡ. 薬剤師のチーム医療への関わり

40. チーム医療への関与

	(A) 施設に該当するチーム (該当する機能等)の有無	(B) 関与している薬剤師の人数		
		人数	専従 (再掲)	専任 (再掲)
(1) 感染制御チーム	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない	名	名	名
(2) 抗菌薬適正使用チーム	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない	名	名	名
(3) NST (栄養サポートチーム)	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない	名	名	名
(4) 緩和ケアチーム	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない, <input type="checkbox"/> 3:緩和ケア病床等はない.	名	名	名
(5) 糖尿病(チーム)療養指導	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない, <input type="checkbox"/> 3:糖尿病疾患の治療施設ではない	名	名	名
(6) 糖尿病透析予防診療チーム	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない, <input type="checkbox"/> 3:糖尿病疾患の治療施設ではない	名	名	名
(7) 移植チーム	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない, <input type="checkbox"/> 移植を行う施設ではない	名	名	名
(8) ウイルス疾患チーム	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない, <input type="checkbox"/> 3:ウイルス疾患の治療施設ではない	名	名	名
(9) 褥瘡対策チーム	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない,	名	名	名
(10) 周術期管理チーム	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない, <input type="checkbox"/> 3:手術室ICU等はない.	名	名	名
(11) 呼吸サポートチーム	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない	名	名	名
(12) 口腔ケアチーム	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない	名	名	名
(13) 摂食嚥下チーム	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない	名	名	名
(14) 精神科リエゾンチーム	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない	名	名	名
(15) 認知症ケアチーム	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない	名	名	名

41. クリニカルパスの活用状況等について

(1) 貴施設でクリニカルパスを作成・運用していますか。	<input type="checkbox"/> 1:作成・運用している, <input type="checkbox"/> 2:作成・運用していない(→設問42へ)			
(2) 院内にクリニカルパス委員会が設置されていますか。	<input type="checkbox"/> 1:設置されている, <input type="checkbox"/> 2:設置されていない			
(A) 現在、貴施設で導入しているクリニカルパスは何種類ありますか。				
(a) クリニカルパス 合計	(b) (再掲) 術式数	(c) (再掲) 検査入院数	(d) (再掲) 教育入院数	(e) (再掲) 地域医療連携 クリニカルパス
種類	種類	種類	種類	種類
(3) クリニカルパスの作成に携わる職種について、該当するもの全てにチェックしてください。				
<input type="checkbox"/> 1:医師, <input type="checkbox"/> 2:歯科医師, <input type="checkbox"/> 3:薬剤師, <input type="checkbox"/> 4:看護職員, <input type="checkbox"/> 5:臨床検査技師, <input type="checkbox"/> 6:診療放射線技師, <input type="checkbox"/> 7:理学療法士, <input type="checkbox"/> 8:作業療法士, <input type="checkbox"/> 9:言語聴覚士, <input type="checkbox"/> 10:視能訓練士, <input type="checkbox"/> 11:栄養士, <input type="checkbox"/> 12:歯科衛生士, <input type="checkbox"/> 13:社会福祉士等福祉士, <input type="checkbox"/> 14:事務職員, <input type="checkbox"/> 15:その他(具体的に記載)。				

ⅩⅢ. 医薬品情報管理・医薬品等管理

42. RMP(医薬品リスク管理計画)・審査報告書

(1)RMPの情報を入手していますか。	<input type="checkbox"/> 1:している, <input type="checkbox"/> 2:していない(→(2)へ)
(A)RMPの情報を<入手している>場合、情報の入手先について、該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:PMDAのホームページ, <input type="checkbox"/> 2:製薬企業のMR, <input type="checkbox"/> 3:製薬企業のホームページ, <input type="checkbox"/> 4:その他()。	
(B)RMPを院内での業務に活用していますか。	<input type="checkbox"/> 1:している, <input type="checkbox"/> 2:していない
(C)RMPの情報を活用している場合、RMPのどの部分を活用していますか、該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:[1.1安全性検討事項], <input type="checkbox"/> 2:[1.2有効性に関する検討事項], <input type="checkbox"/> 3:[2. 医薬品安全性監視計画の概要], <input type="checkbox"/> 4:[3. 有効性に関する調査・試験の計画の概要], <input type="checkbox"/> 5:[4. リスク最小化計画の概要], <input type="checkbox"/> 6:[5. 医薬品安全性監視計画、有効性に関する調査・試験の計画及びリスク最小化計画の一覧], <input type="checkbox"/> 7:その他(具体的に)。	
(D)RMPを院内での業務に活用している場合、その業務内容について具体的にご記入ください。	
(記入欄)	
(2) 審査報告書の情報を入手していますか。	<input type="checkbox"/> 1:している, <input type="checkbox"/> 2:していない(→設問43へ)
(A) 審査報告書を院内での業務に活用していますか。	<input type="checkbox"/> 1:している, <input type="checkbox"/> 2:していない
(B) 審査報告書を院内での業務に活用している場合、その内容について具体的にご記入ください。	
(記入欄)	

43. フォーマュラリー

(1) フォーマュラリーを作成していますか。	<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない(→設問44へ)
※フォーマュラリー：採用医薬品の選択・使用に関する基準を定めた情報集をいう。	
(A) フォーマュラリーの作成を開始したのはいつからですか。	西暦 年
(B) 薬剤部門が主導的にフォーマュラリー作成を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない
(C) フォーマュラリーで使用する医薬品の順序などの使用方針が決められていますか。	<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない

44. 医療安全・医薬品安全

(1) 医療安全管理部門に専従している職種について、該当する職種 <u>全て</u> にチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:医師, <input type="checkbox"/> 2:歯科医師, <input type="checkbox"/> 3:薬剤師, <input type="checkbox"/> 4:看護師	
(2) 貴施設の医療安全管理者について、該当する職種 <u>1つ</u> にチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:医師, <input type="checkbox"/> 2:歯科医師, <input type="checkbox"/> 3:薬剤師, <input type="checkbox"/> 4:看護師	
(3) 貴施設の医薬品安全管理責任者について、該当する職種 <u>1つ</u> にチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:医師, <input type="checkbox"/> 2:歯科医師, <input type="checkbox"/> 3:薬剤師, <input type="checkbox"/> 4:看護師	
(4) 貴施設の医療機器安全管理責任書について、該当する職種 <u>1つ</u> にチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:医師, <input type="checkbox"/> 2:歯科医師, <input type="checkbox"/> 3:薬剤師, <input type="checkbox"/> 4:看護師 <input type="checkbox"/> 5:その他	
(5) 未承認薬等の安全使用の措置を適切に実施するための担当薬剤師を定めていますか。	<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない,

(6) 未承認薬等を用いた医療を提供する場合の措置について、実施しているもの全てにチェックをつけてください。

1: 使用条件の決定・使用の適否等を決定する部門を設置している,
2: 従業者が遵守すべき事項・上記部門が確認すべき事項等を定めた規程がある,
3: 上記部門が上記規程の遵守状況の確認

(7) 「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書」の記載内容について、該当するもの全てにチェックをつけてください。

1: 医療機関で用いる医薬品の採用・購入に関する事項, 2: 医薬品の管理に関する事項,
3: 患者に対する医薬品の投薬指示から調剤までに関する事項,
4: 患者に対する与薬や服薬指導に関する事項,
5: 医薬品の安全使用に係る情報の取り扱い, 6: 他施設との連携に関する事項,
7: 放射性医薬品に関する事項, 8: 院内製剤に関する事項,
9: 医薬品安全性情報等の周知や入手・措置体制
10: その他の事項（具体的に_____）。

(8) 貴施設の従業者に対する研修を実施（平成29年度1年間）しましたか。 1: 実施した,
2: 実施していない（→設問45へ）

(A) <実施した>場合、実施している研修について、該当するもの全てにチェックをつけてください。

1: 医薬品の有効性・安全性に関する情報、使用方法に関する事項,
2: 医薬品の業務手順書に関する事項,
3: 医薬品による副作用が発生した場合の対応に関する事項。

45. 院内製剤業務

(1) 薬剤部門で院内製剤業務を実施（平成29年度1年間）しましたか。 いる, いない（→設問46へ）

(2) 調製した種類数等（平成29年度1年間）についてご記入ください。

	クラス分類		
	1) クラスI	2) クラスII	3) クラスIII
(A) 内服	種類	種類	種類
(B) 外用	種類	種類	種類
(C) 注射	種類	種類	種類

(3) 院内製剤について検討する委員会がありますか。該当するもの全てにチェックをつけてください。

1: 倫理審査委員会, 2: 薬事委員会, 3: 1と2以外の委員会
4: 委員会がないので、対応を検討中である, 5: 委員会はなく、設置する予定もない。

46. 放射性医薬品

(1) 放射性医薬品を貴施設内で扱っていますか。 1: いる, 2: いない（→設問47へ）

(2) 放射性医薬品を薬剤部門で取り扱っていますか。 1: いる, 2: いない（→(4)へ）

(3) 放射性医薬品管理者について、該当するもの1つにチェックをつけてください。

1: 医師, 2: 薬剤師, 3: 放射線技師

(A) 放射性医薬品の管理・調製・品質検査について、実施する職種にチェックをつけ、薬剤師が実施する場合はその人数と実施件数（6月1ヵ月間）をご記入ください。

	実施する職種	薬剤師数	薬剤師の実施件数 （6月1ヵ月間）
(a) 管理	<input type="checkbox"/> 1: 医師、 <input type="checkbox"/> 3: 放射線技師 <input type="checkbox"/> 2: 薬剤師、	名	
(b) 調製	<input type="checkbox"/> 1: 医師、 <input type="checkbox"/> 3: 放射線技師 <input type="checkbox"/> 2: 薬剤師、	名	件
(c) 品質検査	<input type="checkbox"/> 1: 医師、 <input type="checkbox"/> 3: 放射線技師 <input type="checkbox"/> 2: 薬剤師、	名	件

(4) 薬剤部門で<取り扱っていない>場合、その理由について該当するもの全てにチェックをつけてください。

1: ニーズがない,
2: 薬剤師が少なく余力がない,
3: 管理・調製等にかかる負担が大きい,
4: 診療報酬など病院経営上のインセンティブがない,
5: 放射性医薬品に関する教育訓練を受けていない,
6: その他()

47. PET用放射性医薬品

(1) 貴施設内にPET検査室がありますか。	<input type="checkbox"/> 1: ある, <input type="checkbox"/> 2: ない(→設問48へ)		
(2) PET室に薬剤師は配置されていますか。	<input type="checkbox"/> 1: いる, <input type="checkbox"/> 2: いない		
(3) PET用放射性医薬品の管理・合成について、実施する職種にチェックをつけ、薬剤師が実施する場合はその人数と実施件数(6月1ヵ月間)をご記入ください。			
	実施する職種	薬剤師数	薬剤師の実施件数 (6月1ヵ月間)
(A) 管理	<input type="checkbox"/> 1: 医師、 <input type="checkbox"/> 3: 放射線技師	<input type="checkbox"/> 2: 薬剤師、 名	件
(B) 合成	<input type="checkbox"/> 1: 医師、 <input type="checkbox"/> 3: 放射線技師	<input type="checkbox"/> 2: 薬剤師、 名	
(C) その合成について、貴院にサイクロトロン施設があり院内製造していますか。		<input type="checkbox"/> 1: いる, <input type="checkbox"/> 2: いない	

XIV. 治験・臨床研究

48. 倫理性を審査する委員会(倫理審査委員会, 治験審査委員会)

(1) 貴施設に臨床研究・院内製剤(治験を除く)の倫理性について審査する委員会(倫理審査委員会, 臨床研究委員会等)がありますか。	<input type="checkbox"/> 1: ある, <input type="checkbox"/> 2: ない
(A) <ある>場合、委員に薬剤師職はいますか。	<input type="checkbox"/> 1: いる, <input type="checkbox"/> 2: いない
(2) 貴施設に治験審査委員会がありますか。	<input type="checkbox"/> 1: ある, <input type="checkbox"/> 2: ない(→設問49へ)
(A) <ある>場合、委員に薬剤師職はいますか。	<input type="checkbox"/> 1: いる, <input type="checkbox"/> 2: いない

49. 治験

(1) 貴施設に治験体制がありますか。	<input type="checkbox"/> 1: ある, <input type="checkbox"/> 2: ない(→設問50へ)		
(2) 貴施設で治験を実施(平成29年度1年間)していますか。	<input type="checkbox"/> 1: している, <input type="checkbox"/> 2: していない		
(3) 貴施設に薬剤師のCRCがいますか。	<input type="checkbox"/> 1: いる, <input type="checkbox"/> 2: いない		
(4) 貴施設で下記部署等に薬剤師が配置されていますか。配置されている場合は人数をご記入ください。			
	配置人数(6月1日現在)		
	専従	専任	兼務
(A) 臨床試験支援センター	名	名	名
(B) 治験事務局・IRB事務局	名	名	名
(5) 治験事務局長の職種について、該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。			
<input type="checkbox"/> 1: 医師, <input type="checkbox"/> 2: 歯科医師, <input type="checkbox"/> 3: 薬剤師, <input type="checkbox"/> 4: その他()			
(6) 治験薬管理者の職種について、該当するもの <u>1つ</u> にチェックをつけてください。			
<input type="checkbox"/> 1: 医師, <input type="checkbox"/> 2: 歯科医師, <input type="checkbox"/> 3: 薬剤師, <input type="checkbox"/> 4: その他()			

50. 臨床研究

(1) 貴施設の 薬剤師が研究責任者として 、臨床研究を実施していますか。実施している場合は、研究数(平成29年度1年間)をご記入ください。	□1:している, □2:していない(→(2)へ)	
(A) 研究数(平成29年度1年間)		件
(2) 貴施設で臨床研究(薬剤師が研究責任者のものを除く)を実施(平成29年度1年間)していますか。	□1:している, □2:していない(→設問51へ)	
(A) 臨床研究(薬剤師が研究責任者のものを除く)で、薬剤師が関与していますか。	□1:している, □2:していない	
(B) <薬剤師が関与している>場合、関与している内容について、該当するもの 全て にチェックをつけてください。		
<input type="checkbox"/> 1:コーディネート, <input type="checkbox"/> 2:インフォームドコンセント, <input type="checkbox"/> 3:相談窓口, <input type="checkbox"/> 4:モニタリング担当, <input type="checkbox"/> 5:事務局, <input type="checkbox"/> 6:その他()		

X V. 災害対策

51. 災害対策

(1) 貴施設に災害対策に関するマニュアルがありますか。	□1:ある, □2:ない(→(2)へ)		
(A) <マニュアルがある>場合、平成29年度にマニュアルの見直しをおこないましたか。	□1:行った, □2:行っていない		
(B) マニュアルが<ある>場合、スタッフの災害時派遣に関わる規定がありますか。	□1:ある, □2:ない		
(C) マニュアルにBCP(Business Continuity Plan)がありますか。	□1:ある, □2:ない		
(2) 貴施設に災害派遣医療チーム(DMAT)がありますか。	□1:ある, □2:ない(→(3)へ)		
(A) <DMATがある>場合、医療チーム数についてご記入ください。			
(a) DMATチーム数	チーム	(b) うち、薬剤師が構成されているチーム数	チーム
(3) DMAT以外の災害時の医療チームについて、災害時に活動する医療チームがありますか。	□1:ある, □2:ない(→(4)へ)		
(A) <DMAT以外の医療チームがある>場合、医療チーム数についてご記入ください。			
(a) 医療チーム数	チーム	(b) うち、薬剤師が構成されているチーム数	チーム
(4) 貴施設で災害時に医療支援を受ける体制を検討していますか。	□1:している, □2:していない		
(5) 貴施設で災害に関する研修を行っていますか。	□1:いる, □2:いない(→(6)へ)		
(A) <研修を行っている>場合、薬剤師がその研修を受けていますか。	□1:いる, □2:いない		
(B) その研修の内容について、該当するもの 全て にチェックをつけてください。			
<input type="checkbox"/> 1:心肺蘇生法, <input type="checkbox"/> 2:応急処置, <input type="checkbox"/> 3:トリアージ, <input type="checkbox"/> 4:AEDの使用, <input type="checkbox"/> 5:BLS(日本救急医学会), <input type="checkbox"/> 6:ICLS(日本救急医学会), <input type="checkbox"/> 7:その他()			
(6) 貴施設で災害用備蓄薬を常備していますか。	□1:いる, □2:いない(→設問52へ)		
(A) 災害用備蓄薬が<ある>場合、備蓄薬の種類数および日数をご記入ください。			
(a) 種類数	種類	(b) 日数	日分

XVI. 教育・研修

52. 学生実習の受入れ

(1) 平成29年度長期実務実習で学生を受け入れましたか。		<input type="checkbox"/> 1: 受け入れた, <input type="checkbox"/> 2: 受け入れていない	
(2) 平成30年度長期実務実習で学生を受け入れる予定ですか。		<input type="checkbox"/> 1: 予定である, <input type="checkbox"/> 2: 予定はない(→(4)へ)	
(3) 平成29年度の学生受入人数及び平成29年度の学生受入予定人数をご記入ください。			
		(a) 平成29年度受入人数	(b) 平成30年度受入予定人数
(A) 第1期		名	名
(B) 第2期		名	名
(C) 第3期		名	名
(D) その他	(1) 第4期	名	名
	(2) 1～4期以外	名	名
(E) 合計		名	名
(F) 調整機構を通したふるさと枠(再掲)		名	
(G) グループ実習(再掲)		名	
(4) 実務実習の体制について、貴施設に下記認定薬剤師が在籍していますか。			
		在籍人数(6月1日現在)	
(A) 日本薬剤師研修センター認定実務実施指導薬剤師			名
(B) 日病薬認定指導薬剤師			名

*** ご協力ありがとうございます。引き続き、精神科病床のある施設を対象とした調査です***

「精神科病院および精神科領域調査」(精神科のあるご施設は、以下の設問にお答えください)

1. 特定入院料算定病棟における薬剤管理指導業務

(1) 6月1ヵ月間に特定入院料算定病棟で薬剤管理指導を実施した患者数・実施件数をご記入ください。			
(A) 実施患者数(6月1ヵ月間)	名	(B) 実施件数(6月1ヵ月間)	件
(2) 上記のうち、精神科救急病棟および精神科急性期病棟で薬剤管理指導を実施した患者数・実施件数をご記入ください。また、疾患別の薬剤管理指導患者数・実施件数もご記入ください。			
	(a) 精神科救急病棟 (6月1ヵ月間)	(b) 精神科急性期病棟 (6月1ヵ月間)	
(A) 実施件数	件	件	
(B) 実施患者数	名	名	
(C) (再掲) 統合失調症	名	名	
(D) (再掲) うつ病	名	名	
(E) (再掲) 双極性障害	名	名	
(F) (再掲) 認知症	名	名	
(G) (再掲) 神経症	名	名	
(H) (再掲) 依存症	名	名	
(I) (再掲) その他	名	名	

2. 精神科領域における薬剤師の関与について

(1) 向精神薬 (抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、気分安定薬および抗精神病薬) 使用の適正化				
(A) 薬剤師が入院患者 (認知症患者を除く) の適正化に関与していますか。該当するもの1つにチェックし、実施件数をご記入ください。				
(a) 入院患者への関与	<input type="checkbox"/> 1:している, <input type="checkbox"/> 2:していない	1) 入院実施件数 (6月1ヵ月間)	件	
(B) 入院患者の適正化に関与している場合、その関与内容について、該当するもの全てにチェックしてください。				
入院患者の実施件数の				
	8割以上	5割程度	3割以下	
1: 効果・副作用モニタリングの実施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2: 換算値 (CP, IMP等) の算出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3: 同効薬の剤数チェックし医師等にフィードバック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4: 処方変更・処方提案の実施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(C) 院内に多職種で処方内容を検討する体制 (委員会・カンファレンス等) がありますか。			<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない	
(a) <体制がある>場合、その委員会・カンファレンス等に薬剤師が参加していますか。			<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない	
(2) 訪問薬剤管理指導を算定の有無に係わらず実施していますか。		<input type="checkbox"/> 1:実施している, <input type="checkbox"/> 2:実施する予定である (→(C)へ) <input type="checkbox"/> 3:実施していない (→(C)へ)		
(A) <実施している>場合、実施件数 (6月1ヵ月間) をご記入ください。			件	
(a) (A) で回答した件数のうち、薬剤師単独での訪問件数			件	
(b) (A) で回答した件数のうち、多職種からなるチームでの訪問件数			件	
(B) <実施している>場合、実施の有無はどのようにして決まりますか。該当するもの全てにチェックをつけてください。				
<input type="checkbox"/> 1: 医師の指示, <input type="checkbox"/> 2: 薬剤師の提案, <input type="checkbox"/> 3: 患者・家族の要望, <input type="checkbox"/> 4: 多職種カンファレンス, <input type="checkbox"/> 5: その他 ()。				
(C) <実施する予定である>又は<実施していない>場合、実施していない理由について該当するもの全てにチェックをつけてください。				
<input type="checkbox"/> 1: ニーズがない, <input type="checkbox"/> 2: 在宅医療の対象となる患者がいらない, <input type="checkbox"/> 3: 薬剤師が少なく、余力がない, <input type="checkbox"/> 4: 医師への報告書作成等にかかる負担が大きい, <input type="checkbox"/> 5: 患家への移動時間が長く対応できない, <input type="checkbox"/> 6: その他 ()。				
(3) 家族会および家族教室について、該当するものにチェックしてください。				
(A) 院外活動 (家族会等) の地域活動 (平成29年度1年間) に薬剤師として関与している場合、(a)~(d) について下記選択肢より該当するものを1つ選び、番号を記入してください。				
	(a) 対象	(b) 内容	(c) 主催者	(d) 頻度
1				
2				
3				
4				
(選択肢)	1: 市民 2: 患者・家族	1: お薬相談+講演 2: お薬相談 3: 講演 4: その他	1: 都道府県病薬 2: 行政 3: 家族会 4: その他	1: 年1回 2: 年2~3回 3: 年4回以上

*** 以上で現状調査は終了です。長時間にわたり調査にご協力をいただき、ありがとうございました ***