

平成29年度「病院薬剤部門の現状調査」  
(平成29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、よろしくお願ひ申し上げます。
- ・つきましては、本調査の趣旨をご理解いただき、本会の会員が所属していない施設を含めたすべての施設に本調査へのご協力をお願い申し上げます。
- ・なお、ご回答いただいた内容は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及び日本医療研究開発機構研究事業「医療機関および薬剤師における副作用等報告制度の認識と実践の実態把握とその推進に関する研究(研究代表者：眞野成康)」に提供させていただきますので、あらかじめご了承ください。

◎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29年6月1日現在の状況についてお答えください。
- ・「1ヵ月間」とある場合、平成29年6月1ヵ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29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28年度1年間」とある場合、平成28年4月1日から平成29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。
- ・記入にあたり、右上に※印が記載されている設問については、別冊の記載要領もご参照ください。
- ・ご質問の点等ございましたら、本会総務課までご連絡をお願いいたします。

◎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29年度病院薬剤部門の現状調査(※現在準備中)」をクリックし、(※入力の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29年7月31日(月)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29年7月31日(月)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. 病院種別	4
3. DPC 病院分類	4
4. 救急医療体制	4
5. 診療科	4
6. 施設の許可病床数・病棟数	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
II. 薬剤部の概要	5
9. 薬剤部門の名称・部門長・職員数	5
10. 薬剤部門の給与	6
11. 薬剤師の平日夜間・休日勤務体制	6
III. 薬剤師の業務	7
12. 病棟および病棟における薬剤師の活動	7
13. 薬剤師の業務内容	9
14. プロトコール	10
15. 副作用等報告・インシデントについて	11
IV. 調剤	11
16. 処方せん枚数	11
17. 調剤に関する診療報酬の算定件数	11
18. 処方せんの記載方法	12
V. 無菌製剤処理・がん化学療法	12
19. 無菌製剤処理料・がん関連の算定件数	12
20. 無菌製剤処理業務	12
21. がん診療・外来がん化学療法	13
VI. 治療薬物モニタリング(TDM)	14
22. TDMの測定と処方変更の提案	14
VII. 薬剤管理指導・薬学的管理	14
23. 薬剤管理指導とハイリスク薬の管理	14
24. 退院時薬剤情報管理指導料・退院時の薬学的管理指導	14
25. 包括評価されている病床で行われている薬剤管理指導	15
26. 持参薬	16
27. ポリファーマシーへの関わり	16
28. 地域連携・介護・在宅訪問等の算定件数	17
29. 情報提供	18
30. 地域連携・介護	19
31. 在宅患者訪問薬剤管理指導	20
VIII. 病棟における薬剤師	21
32. 病棟薬剤業務実施加算	21
33. 障害者施設病棟への関わり	22

<b>IX. 手術室、I C U等における薬剤師</b> .....	<b>23</b>
34. 手術関連業務(手術室)における薬剤師.....	23
35. ICU, HCU または NICU(ICU 等)における薬剤師.....	23
<b>X. 薬剤師のチーム医療への関わり</b> .....	<b>24</b>
36. チーム医療への関与.....	24
37. チーム医療に関連する算定.....	25
38. クリニカルパスの活用状況等について.....	25
39. 薬剤師の外来診療への関わり・薬剤師外来.....	26
40. サリドマイド・レナリドミドへの関わり.....	27
<b>X I. 医薬品情報管理・医薬品等管理</b> .....	<b>27</b>
41. RMP(医薬品リスク管理計画)・審査報告書.....	27
42. 後発医薬品の採用状況.....	27
43. フォーミュラリー.....	28
44. 医療安全・医薬品安全.....	28
45. 院内製剤業務.....	28
46. 放射性医薬品.....	29
47. P E T用放射性医薬品.....	29
<b>X II. 治験・臨床研究</b> .....	<b>29</b>
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.....	30
50. 臨床研究.....	30
<b>X III. 災害対策</b> .....	<b>30</b>
51. 災害対策.....	30
<b>X IV. 教育・研修</b> .....	<b>31</b>
52. 学生実習の受入れ.....	31
53. 専門薬剤師等.....	31
54. 修士・博士等.....	33
<b>「精神科病院および精神科領域調査」</b> .....	<b>34</b>
<b>「療養病床調査」</b> .....	<b>35</b>

# 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. 病院種別<sup>※</sup>

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。

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

## 3. 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4へ),       |
| <input type="checkbox"/> 3: DPC病院ではない(→設問4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: I 群(大学病院本院), | <input type="checkbox"/> 2: II 群(大学病院本院に準じた病院), | <input type="checkbox"/> 3: III 群(その他急性期病院) |
|--|---|---|

## 4. 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5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). |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|

## 5. 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 ( )    |

6. 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

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	人	人(常勤換算 人)
(2) 歯科医師	人	人(常勤換算 人)
(3) 看護師(準看護士も含む)	人	人(常勤換算 人)
(4) 職員数(在籍数)	人	

II. 薬剤部の概要

9. 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全て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。

1: 薬剤部,                      2: 医療技術部,                      3: 診療技術部,                      4: 診療協力部  
5: 薬剤科,                      6: 薬局,                      7: 薬剤課,                      8: 薬剤局,  
9: 薬剤室,                      10: その他(具体的に )

(2) 薬剤部門長について、該当するもの1つにチェックをつけてください。

1: 薬剤師である,                      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1つにチェックをつけてください。

1: 医師,                      2: 歯科医師,                      3: 看護師,                      4: その他(1-3以外)

(3) 薬剤部門の職員数 (6月1日現在) についてご記入ください。		
	常勤	非常勤 (在籍数) (パート職員も含む)
(A) 薬剤部門に在籍している 薬剤師数 (必ずご記入ください)	人	人 (非常勤の常勤換算) 人
(a) 薬剤部門の薬剤師で休職・出向等	人	人
(B) 本年4月に薬剤部門の薬剤師数を増員した	□1: あり (____人) □2: なし	□1: あり (____人) □2: なし
(C) 薬剤部門の薬剤師で欠員がある	□1: あり (____人) □2: なし	□1: あり (____人) □2: なし
(D) 薬剤部門の薬剤師以外の職員数	人	人
(4) 薬剤部門以外の薬剤師数 (6月1日現在) をご記入ください。 なお、薬剤部門との兼任等の有無を問わず、配置されている薬剤師数をご記入ください。		
(A) 検査部門の薬剤師数	人	人
(B) 治験部門の薬剤師数	人	人
(C) その他の部門の薬剤師数	人	人

#### 10. 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, □3: 独自の給与体系で年功給, □5: 独自の給与体系で年功・職能併用給,	□2: 自治体公務員の給与体系またはそれに準拠, □4: 独自の給与体系で職能給, □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, □3: 俸給表は適用しない	□2: 医療技術職でまとめられた俸給表を適用,
(2) 6年制課程修了薬剤師 (学部卒) の給与・手当について、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) 月額給与合計 (※通勤手当、超過勤務手当、宿日直手当を除く)	円
(c) 薬剤師 (職種) 手当	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	□1: ある, □2: ない

#### 11. 薬剤師の平日夜間・休日勤務体制

(1) 薬剤部門の薬剤師の平日夜間の勤務体制*がありますか。	□1: ある, □2: ない (→(2)へ)
(A) 体制が〈ある〉場合、その体制について、該当するもの全てにチェックをつけてください。	
□1: 宿直 (平均 ____人/日), □3: 居残り体制 (平均 ____人/日), □5: 二交代制 (夜間平均 ____人/日), □7: シフト勤務 (早出、遅出等),	□2: 一部宿直 (平均 ____人/日), □4: On call (待機対応 ____人/日), □6: 三交代制 (夜間平均 ____人/日), □8: その他 ( ) .
(2) 薬剤部門薬剤師の休日の勤務体制*がありますか。	□1: ある, □2: ない (→設問12へ)
(A) 体制が〈ある〉場合、その体制について、該当するもの全てにチェックをつけてください。	
□1: 日直 (平均 ____人/日), □3: On call (待機対応 ____人/日),	□2: 半日直 (平均 ____人/日), □4: その他 ( ) .

### Ⅲ. 薬剤師の業務

#### 12. 病棟および病棟における薬剤師の活動\*

(1) 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、病棟薬剤師数及び業務時間等をご記入ください。  
 ※1つの病棟につき1行を使ってご記入いただき、設問6(2)で回答した病棟数分記入してください。

<入院基本料の選択肢>  
A100 一般病棟, A101 療養病棟, 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,

<特定入院料の選択肢>  
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 総合周産期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),  
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(一) 特殊疾患病棟入院料(一般), A309(精) 特殊疾患病棟入院料(精神)  
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

<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

#	病床数	主な入院基本料・特定入院料等 (主要な1つを記入)			病棟に従事している 薬剤師数 (いない場合 0と記入)	病棟薬剤 業務実施 加算 算定の有 無	1週間あたりの病棟業務時間 (実施していない場合は0と記入)	
		入院基本料等	看護配置	介護			a 病棟薬剤業務実施加算に 該当する業務時間	b 薬剤管理指導 実施時間
1	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
2	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
3	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
4	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
5	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
6	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
7	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
8	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
9	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
10	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
11	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
12	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
13	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
14	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
15	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
16	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
17	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
18	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
19	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
20	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間

#	病床数	主な入院基本料・ 特定入院料等 (主要な1つを記入)			病棟に従事 している 薬剤師数 (いない場合 0と記入) のべ人数	病棟薬剤 業務実施 加算 算定の有 無	1週間あたりの病棟業務時間 (実施していない場合は0と記入)	
		入院基本料等	看護配置	介護			a 病棟薬剤業務実施加算に 該当する業務時間	b 薬剤管理指導 実施時間
21	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
22	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
23	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
24	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
25	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
26	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
27	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
28	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
29	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
30	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
31	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
32	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
33	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
34	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
35	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
36	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
37	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
38	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
39	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
40	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
41	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
42	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
43	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
44	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間
45	床	A		<input type="checkbox"/>	人	<input type="checkbox"/>	時間	時間

(2) 「病棟薬剤業務実施加算に該当しない病棟業務時間」に該当する業務について以下に具体的にご記入ください。

(記入欄)



### 13. 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[□1:かなり, □2:よく, □3:時々]、実施していない場合は「実施していない」のいずれか1つ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[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □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[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □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[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □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[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □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[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □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[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □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[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(8) 患者の状態に応じた積極的な処方の提案	実施している[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □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[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □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[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(11) 外来におけ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[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □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[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □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[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □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[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □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[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □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[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □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[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □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[□1:かなり, □2:よく, □3:時々] □4:実施していない
(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) NST(栄養サポートチーム)業務への対応	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) ICT(感染制御チーム)業務への対応	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)	

#### 14. プロトコール※

(1) <u>上記(7)の業務(厚生労働省医政局長通知の①の業務)</u> 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 <u>全て</u> 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) <u>厚生労働省医政局長通知の①の業務(上記(7)の業務)</u> で、 <u>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)</u> を行っている場合は、具体的に記入してください。	
(記入欄)	

15. 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。		□1:ある, □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 <u>1つ</u> にチェックをつけてください。			
□1:医薬品情報管理室,		□2:治験管理室(センター), □3:臨床試験センター,	
□4:その他( )			
(2) 貴施設で副作用等が発生(平成28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。		□1:発生した, □2:発生していない(→(3)へ)	
		件数(平成28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28年度1年間)についてご記入ください。			
	1) 報告・利用 件数 (平成28年度1年間)	2) うち、 薬剤師が関与 した件数 (平成28年度1年間)	3) うち、 薬との因果関係 が明らかなもの (平成28年度1年間)
(a) 製薬企業に報告	件	件	件
(b) 厚生労働大臣に報告(窓口はPMDA)	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

IV. 調剤

16. 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※	%

17. 調剤に関する診療報酬の算定件数

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、算定件数(6月1ヵ月間)をご記入ください。	
	算定件数(6月1ヵ月間)
(1) 調剤技術基本料1(入院,月1回)(42点)	件
(2) 調剤技術基本料2(外来,月1回)(8点)	件
(3) 調剤料1イ(外来内服等,1回)(9点)	件
(4) 調剤料1ロ(外来外用,1回)(6点)	件
(5) 調剤料2(入院,1日)(7点)	件
(6) 薬剤情報提供料(外来,月1回)(10点)	件
(7) 手帳記載加算(外来,月1回)(3点)	件
(8) 院内製剤加算(10点)	件
(9) 一般名処方加算1(3点)	件
(10) 一般名処方加算2(2点)	件
(11) 地域包括診療料(1503点,月1回)	件

18. 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"/> 2:1日量と1回量の併記,
<input type="checkbox"/> 4:その他1~3以外(具体的に	<input type="checkbox"/> 3:1日量,
)	
(2) 貴施設で一般名処方をしていただけますか。	<input type="checkbox"/> 1:している, <input type="checkbox"/> 2:していない

V. 無菌製剤処理・がん化学療法

19. 無菌製剤処理料・がん関連の算定件数

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、算定件数(6月1ヵ月間)をご記入ください。	
	算定件数(6月1ヵ月間)
(1) 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
(2) 無菌製剤処理料 1 ロ(45点) イ以外の場合	件
(3) 無菌製剤処理料 2 (40点)	件
(4) 外来化学療法加算 1 A (①820点および②600点)	件
(5) 外来化学療法加算 1 B (①670点および②450点)	件
(6) 外来化学療法加算 2 A (①740点および②470点)	件
(7) 外来化学療法加算 2 B (①640点および②370点)	件
(8) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算(70点)	件
(9) がん診療連携拠点病院加算	
(A) がん診療連携拠点病院(500点)	件
(B) 地域がん診療病院(300点)	件
(C) 小児がん拠点病院加算(750点)	件
(10) がん患者指導管理料3(200点)	件

20. 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21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
(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。			
□1: 薬剤師,                      □2: 医師,                      □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。			
□1: 土日・夜間に調製が必要であるため,                      □2: 投与直前の調製が必要な製剤があるため, □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。			□1: ある,    □2: ない
(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。			
□1: 薬剤師,                      □2: 医師,                      □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。			
□1: 土日・夜間に調製が必要であるため,                      □2: 投与直前の調製が必要な製剤があるため, □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)			

## 21. 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22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) 貴施設にがんボード*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、そのがんボード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: 保険薬局との情報提供・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                      )			

## VI. 治療薬物モニタリング(TDM)

### 22. 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。		<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない(→設問23へ)	
(2) TDMの測定について、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:薬剤部門,		<input type="checkbox"/> 2:検査部門, <input type="checkbox"/> 3:外注.	
(3) TDMの解析について、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:薬剤部門,		<input type="checkbox"/> 2:検査部門, <input type="checkbox"/> 3:外注.	
(4) 貴施設で以下を算定していますか。 算定している場合、算定件数・測定件数(6月1ヵ月間)をご記入ください。			
	算定件数(6月1ヵ月間)	測定件数(6月1ヵ月間)	
(A) 特定薬剤治療管理料(470点)	件	件	
(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を実施しているいますか(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)			

## VII. 薬剤管理指導・薬学的管理

### 23. 薬剤管理指導とハイリスク薬の管理

貴施設で以下を算定していますか。算定の場合、患者数と算定件数(6月1ヵ月間)をご記入ください。		
	患者数(6月1ヵ月間)	算定件数(6月1ヵ月間)
(1) 薬剤管理指導 1 (380点)	件	件
(2) 薬剤管理指導 2 (325点)	件	件
(3) 麻薬管理指導加算(50点)	件	件
(4) 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24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)		

### 24. 退院時薬剤情報管理指導料・退院時の薬学的管理指導

貴施設で退院時薬剤情報管理指導料(90点)を算定していますか。 算定している場合、算定件数(6月1ヵ月間)をご記入ください。	
	算定件数(6月1ヵ月間)
(1) 退院時薬剤情報管理指導料(90点)	件
(A) <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( )。	

(B) 上記(A)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<行った場合がある>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

25. 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26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)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)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27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)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

## 26. 持参薬

(1) 入院時持参薬の確認について、該当するもの <b>全て</b> 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)	%
(3) 持参薬の入院中の使用状況について、該当するもの <b>1つ</b> 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、 <b>持参薬を使用する場合の基準</b> について該当するもの <b>1つ</b> 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( )			
(4) 患者の入院前に、薬剤師が持参薬確認を行っていますか。		<input type="checkbox"/> 1: いる,	<input type="checkbox"/> 2: いない

## 27. ポリファーマシーへの関わり

(1) 薬剤総合評価調整加算(退院時1回 250点)を算定してしていますか。 算定している場合は、算定件数(平成28年度1年間)ご記入ください。		算定件数(平成28年度1年間)	
(a) 薬剤総合評価調整加算(退院時1回 250点)		件	
(A) 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28年度1年間)をご記入ください。			
		件数(平成28年度1年間)	
(a) 2種類以上減少させた件数		件	
(b) コルゾーム換算で1,000mg以上減少させた件数		件	
(B) 減少させた理由について、該当するもの <b>全て</b> にチェックをつけてください。			
<input type="checkbox"/> 1: 副作用,	<input type="checkbox"/> 2: 相互作用,	<input type="checkbox"/> 3: 重複投薬,	<input type="checkbox"/> 4: 症状改善,
<input type="checkbox"/> 5: アドヒアランスの改善,	<input type="checkbox"/> 6: その他( )		



(C) 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。		<input type="checkbox"/> 1: いる, <input type="checkbox"/> 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28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28年度 1年間)	該当する病棟	実施件数 (平成28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: 地域包括ケア病棟入院料	件
13: 特殊疾患病棟入院料	件	14: 緩和ケア病棟入院料	件
(2) 薬剤総合評価調整管理料(月1回 250点)及び連携管理加算(50点)を算定してしていますか。算定している場合、算定件数(平成28年度1年間)をご記入ください。			
			算定件数(平成28年度1年間)
(a) 薬剤総合評価調整管理料(月1回 250点)			件
(b) 連携管理加算(50点)			件
(A) 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28年度1年間)をご記入ください。			
			件数(平成28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
(B) 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。			
<input type="checkbox"/> 1: 副作用, <input type="checkbox"/> 2: 相互作用, <input type="checkbox"/> 3: 重複投薬, <input type="checkbox"/> 4: 症状改善, <input type="checkbox"/> 5: アドヒアランスの改善, <input type="checkbox"/> 6: その他(                      )			
(C) 連携管理加算のうち、該当するものに件数(平成28年度1年間)をご記入ください。			
			件数(平成28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

28. 地域連携・介護・在宅訪問等の算定件数

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合は、算定件数(6月1ヶ月間)をご記入ください。	
	算定件数(6月1ヶ月間)
(1) 介護支援連携指導料(400点)	件
(2) 退院時共同指導料2(400点)	件
(A) 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) 在宅療養を担う保険医、看護師、歯科医師、歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、介護支援専門員のいずれか3者以上と共同して指導を行った場合(加算2000点)	件
(3) 在宅患者訪問薬剤管理指導料1(同一建物居住者以外, 650点)	件
(4) 在宅患者訪問薬剤管理指導料2(同一建物居住者, 300点)	件
(5) 介護保険 薬剤管理指導	件
(6) 介護保険 居宅療養管理指導(薬剤師が行う場合)	件

29. 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)情報提供している情報、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"/>	<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"/>	
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"/>	
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"/>	
5: 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"/>	
6: 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"/>	
7: 中止薬剤に関する情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8: 服薬支援に関する情報(製剤上の工夫等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9: 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"/>	
10: 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"/>	
11: 退院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"/>	
12: 退院時の指導内容	/	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13: 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"/>	
(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)情報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			薬剤サマリー トレーシングレポート			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: 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"/>
6: 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"/>
7: 中止薬剤に関する情報	<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"/>
8: 服薬支援に関する情報(製剤上の工夫等)	<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"/>
8: 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"/>
9: 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"/>
10: 退院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"/>
11: 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"/>
12: 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。	<input type="checkbox"/> 1: している, <input type="checkbox"/> 2: していない(→(6)へ)
(A) 情報共有している場合、他医療提供施設での患者情報を確認していますか。	<input type="checkbox"/> 1: している, <input type="checkbox"/> 2: していない
(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。	
<input type="checkbox"/> 1: 受診・入院に係る病名, <input type="checkbox"/> 2: 受診・入院に係る検査値, <input type="checkbox"/> 3: 発症したアレルギー情報, <input type="checkbox"/> 4: 発症した副作用情報, <input type="checkbox"/> 5: アドヒアランスに関する情報, <input type="checkbox"/> 6: 持参薬に関する情報, <input type="checkbox"/> 7: 中止薬剤に関する情報, <input type="checkbox"/> 8: 服薬支援に関する情報(製剤上の工夫等), <input type="checkbox"/> 8: 外来処方された薬物療法に関する情報・指導内容, <input type="checkbox"/> 9: 入院期間中に使用した主な薬剤の情報・指導内容, <input type="checkbox"/> 10: 退院1週間以内に使用した薬剤の情報・指導内容, <input type="checkbox"/> 11: 退院時の指導内容, <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1: はい, <input type="checkbox"/> 2: いいえ

### 30. 地域連携・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(→(3)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) その他
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	
(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) 上記施設に薬剤師が<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		
(3) 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(→(4)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(→(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) 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"/> 4: その他(      )			

(4) 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 <b>全て</b> 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 <b>全て</b> 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(                      )							
(5) 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 <b>全て</b> 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: 看護師または准看護師, <input type="checkbox"/> 3: 薬剤師(→(C)へ), <input type="checkbox"/> 4: リハビリテーションスタッフ, <input type="checkbox"/> 5: 社会福祉士, <input type="checkbox"/> 6: 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: 保険薬局の薬剤師, <input type="checkbox"/> 5: 訪問看護ステーションの看護師, <input type="checkbox"/> 6: リハビリテーションスタッフ, <input type="checkbox"/> 7: 介護支援専門員, <input type="checkbox"/> 8: 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 <b>全て</b> 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(                      )							
(6) 平成28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(→(7)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、参加対象として該当するもの <b>全て</b> 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>(a) 病院全体</td> <td> <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. </td> </tr> <tr> <td>(b) 薬剤部</td> <td> <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. </td> </tr> </tbody> </table>	実施	参加対象職種	(a) 病院全体	<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	<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						
(a) 病院全体	<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	<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.						
(7) 平成28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						

### 31. 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 <b>全て</b> 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 <b>全て</b> 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: 患者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32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( )		

## VIII. 病棟における薬剤師

### 32. 病棟薬剤業務実施加算

(1) 貴施設で病棟薬剤業務実施加算1を算定していますか。	<input type="checkbox"/> 1: いる, <input type="checkbox"/> 2: いない(→(6)へ)
(2) 貴施設で病棟薬剤業務実施加算2を算定していますか。	<input type="checkbox"/> 1: いる, <input type="checkbox"/> 2: いない
(A) <病棟薬剤業務実施加算2を算定している>場合、該当する治療室全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1: 救急救命入院料, <input type="checkbox"/> 2: 特定集中治療室管理料, <input type="checkbox"/> 3: 脳卒中ケアユニット入院医療管理料, <input type="checkbox"/> 4: 小児特定集中治療室管理料, <input type="checkbox"/> 5: 新生児特定集中治療室管理料, <input type="checkbox"/> 6: 総合周産期特定集中治療室管理料.	
(3) 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
(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(→(4)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
(4) 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。									
	<b>実施状況</b>								
	ハイアユニット入院 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		
<b>病棟業務</b>	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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 病棟薬剤業務実施加算2の対象入院料以外(設問(4)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。						□1:いる, □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。									
<b>病棟業務</b>					<b>実施状況</b>				
1: 医薬品の投薬・注射状況の把握,					□1:かなり, □2:よく, □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,					□1:かなり, □2:よく, □3:時々				
3: 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案,					□1:かなり, □2:よく, □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,					□1:かなり, □2:よく, □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,					□1:かなり, □2:よく, □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,					□1:かなり, □2:よく, □3:時々				
7: その他、必要に応じ、医政局長通知で定める業務,					□1:かなり, □2:よく, □3:時々				
8: 退院時の薬学的管理指導,					□1:かなり, □2:よく, □3:時々				
(6) 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( )。									

### 33. 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。 <ある>場合は病床数をご記入ください。	□1:ある, □2:ない(→設問34へ)	
	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。	□1:いる, □2:いない(→設問34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)	

## Ⅸ. 手術室、ICU等における薬剤師

### 34. 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35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( ) .	

### 35. 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36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。

1:ICU等で使用する薬の処方の提案,                      2:注射薬の用法用量、相互作用についての監査,  
3:麻薬・向精神薬・筋弛緩薬の管理,                      4:麻酔薬(液・ガス)管理,                      5:医療材料管理,  
6:注射ルート管理,    7:薬剤のミキシングやシリンジ充填,  
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,  
9:投与量や投与速度の算出,                      10:麻酔チャート・術後感染予防薬の処方監査,  
11:使用薬の確認・照合,                                      12:医薬品カート等による医薬品のセット管理,  
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。

1:薬剤師が今後実施するよう検討中のため,  
2:業務量に見合った薬剤師数が配置されていないため,  
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,  
4:診療報酬において評価されていないため,  
5:その他( \_\_\_\_\_ ).

## X. 薬剤師のチーム医療への関わり

### 36. 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) 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
(3) 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
(4) 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
(5) 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
(6) 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
(7) 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
(8) 褥瘡対策チーム	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない,	名	名	名
(9) 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
(10) 呼吸サポートチーム	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない	名	名	名
(11) 口腔ケアチーム	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない	名	名	名
(12) 摂食嚥下チーム	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない	名	名	名
(13) 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
(14) 認知症ケアチーム	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない	名	名	名



37. チーム医療に関連する算定

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、算定件数(6月1ヵ月間)をご記入ください。	
	算定件数(6月1ヵ月間)
(1) 感染防止対策加算 1 (400点)	件
(2) 感染防止対策加算 2 (100点)	件
(3) 感染防止対策地域連携加算 (100点)	件
(4) 栄養サポートチーム (NST) 加算 (200点)	件
(A) 栄養サポートチーム (NST) 加算(特定地域) (100点)	件
(5) 臓器移植後患者指導管理料 (300点)	件
(6) 造血幹細胞移植後患者指導管理料 (300点)	件
(7) 緩和ケア診療加算 (400点)	件
(A) 緩和ケア診療加算(特定地域) (200点)	件
(8) 外来緩和ケア管理料 (300点)	件
(A) 外来緩和ケア管理料(特定地域) (150点)	件
(9) 外来緩和ケア管理料小児加算 (150点)	件
(10) 糖尿病透析予防指導管理料 (350点)	件
(A) 糖尿病透析予防指導管理料(特定地域) (175点)	件
(11) ウイルス疾患指導料 2 (330点)のみ	件
(A) + 厚労大臣が定める施設基準に適合 (220点加算)	件
(12) 精神科リエゾンチーム加算 (200点)	件
(13) 認知症ケア加算 1 (150点または30点)	件
(A) 認知症ケア加算 2 (30点または10点)	件
(14) 喘息治療管理料 2 (280点)	件

38. 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39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人は職種について、該当する番号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)				

39. 薬剤師の外来診療への関わり・薬剤師外来※

(1) 外来診療において薬剤師が業務を行っていますか。		<input type="checkbox"/> 1: 行っている, <input type="checkbox"/> 2: 行っていない(→設問40へ)	
(A) 薬剤師が外来業務を行っている場合、薬剤師の配置人数をご記入ください。			
(a) 全配置数	(b) (再掲)専従	(c) (再掲)専任	(d) (再掲)兼務
名	名	名	名
(B) 実施している外来支援業務について、実施している「疾患」、「薬物療法」について該当するもの全てを下記から選択し、その業務を実施する「メリット」について該当するもの全てを下記から選択しご記入ください。複数の番号を記入する場合は「/(半角)」で区切ってください。			
外来支援業務	疾患	薬物療法	メリット
1: 特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）の薬学的管理,			
2: 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,			
3: 前回の処方薬に関する有効性・副作用等のモニタリング・アセスメント,			
4: 薬物療法の経過確認及び同一処方継続可否の提案,			
5: アドヒアランス・コンプライアンスの確認,			
6: 患者状態の把握,			
7: 疾患治療に関する全般的な説明,			
8: 治療に用いる各薬剤の説明,			
9: デバイスの説明			
10: 副作用対策,			
11: 持参薬確認（他の医療機関・残薬等を含め処方された全ての医薬品の確認）			
12: 手術に影響のある薬剤の説明,			
13: OTC薬、健康食品、サプリメント、食事に関連する説明,			
14: 受診している全ての医療機関の把握・処方されている医薬品の管理,			
15: 24時間開局している保険薬局リストの作成・説明,			
16: お薬手帳の内容をカルテに記入,			
17: その他 (具体的に)			
<上記(b)の業務を行っている <b>疾患</b> > 1: 糖尿病,                      2: 喘息,                      3: 高血圧症,                      4: 脂質異常症, 5: 認知症,                      6: 関節リウマチ,                      7: HIV,                      8: 悪性腫瘍, 9: 妊婦・授乳婦                      10: 統合失調症,                      11: 骨粗鬆症,                      12: てんかん, 13: 腎不全                      14: 勃起不全 15: その他			
<上記(b)の業務を行っている <b>薬物療法</b> > 1: 自己注射,                      2: SU(スルニルレア)薬                      3: DPP-4阻害薬                      4: α-グルコシダーゼ阻害薬, 5: β <sub>2</sub> 刺激薬(吸入),                      6: 吸入ステロイド薬                      7: 免疫抑制薬                      8: 生物学的製剤 9: 抗悪性腫瘍薬,                      10: 分子標的薬,                      11: 麻薬,                      12: 抗凝固薬, 13: ED治療薬,                      14: 抗精神病薬                      15: 抗精神病薬(持効性注射薬) 16: 抗てんかん薬,                      17: その他			
<上記(b)の業務を実施していることの <b>メリット</b> > 1: 医師・看護師の負担軽減                      2: 薬剤種類数の減少                      3: 薬剤費の減少                      4: 副作用回避 5: その他			
(2) 薬剤師外来として、特定の場所等を設けて行っていますか。		<input type="checkbox"/> 1: いる, <input type="checkbox"/> 2: いない	

#### 40. サリドマイド・レナリドミドへの関わり

貴施設の下記採用医薬品の有無、薬剤師が各管理手順に従い取り扱った件数(6月1ヵ月間)について、ご記入ください。		
	(A) 採用の有無	(B) 取扱い件数(6月1ヵ月間)
(1) サリドマイド, TERMS	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない	件
(2) レナリドミド, Revmate	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない	件
(3) ポマリドミド, Revmate	<input type="checkbox"/> 1:ある, <input type="checkbox"/> 2:ない	件

### X I. 医薬品情報管理・医薬品等管理

#### 41. 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、該当するもの全て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、該当するもの全て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42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)	

#### 42. 後発医薬品の採用状況

(1) 貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、算定件数(6月1ヵ月間)をご記入ください。また、DPC病院の場合は、機能評価係数Ⅱの後発医薬品指数をご記入ください。	
	算定件数(6月1ヵ月間)・指数
(A) 後発医薬品使用体制加算1(42点)(数量シェア70%以上)	件
(B) 後発医薬品使用体制加算2(35点)(数量シェア60%以上)	件
(C) 後発医薬品使用体制加算3(28点)(数量シェア50%以上)	件
(D) 後発医薬品指数	
(2) 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)	. %

#### 43. フォーミュラリー

(1) フォーミ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)
(A) フォーミ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ミ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) フォーミ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) 貴施設で医療安全対策加算を算定している場合、算定件数(6月1ヵ月間)をご記入ください。	
	算定件数(6月1ヵ月間)
(A) 医療安全対策加算1(85点)	件
(B) 医療安全対策加算2(35点)	件
(2) 貴施設の医療安全管理者について、該当する職種1つ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1つ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) 「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。	
<input type="checkbox"/> 1:医療機関で用いる医薬品の採用・購入に関する事項, <input type="checkbox"/> 2:医薬品の管理に関する事項, <input type="checkbox"/> 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, <input type="checkbox"/> 4:患者に対する与薬や服薬指導に関する事項, <input type="checkbox"/> 5:医薬品の安全使用に係る情報の取り扱い, <input type="checkbox"/> 6:他施設との連携に関する事項, <input type="checkbox"/> 7:放射性医薬品に関する事項, <input type="checkbox"/> 8:院内製剤に関する事項, <input type="checkbox"/> 9:医薬品安全性情報等の周知や入手・措置体制 <input type="checkbox"/> 10:その他の事項(具体的に )。	
(5) 貴施設の従業者に対する研修を実施(平成28年度1年間)しましたか。	<input type="checkbox"/> 1:実施した, <input type="checkbox"/> 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。	
<input type="checkbox"/> 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, <input type="checkbox"/> 2:医薬品の業務手順書に関する事項, <input type="checkbox"/> 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28年度1年間)しましたか。	<input type="checkbox"/> いる, <input type="checkbox"/> いない(→設問46へ)		
(2) 調製した種類数等(平成28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。			
<input type="checkbox"/> 1:倫理審査委員会, <input type="checkbox"/> 2:薬事委員会, <input type="checkbox"/> 3:1と2以外の委員会 <input type="checkbox"/> 4:委員会がないので、対応を検討中である, <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない(→(3)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。			
<input type="checkbox"/> 1:医師, <input type="checkbox"/> 2:薬剤師, <input type="checkbox"/> 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	名	/
(b) 調製	<input type="checkbox"/> 1:医師、 <input type="checkbox"/> 3:放射線技師	名	件
(c) 品質検査	<input type="checkbox"/> 1:医師、 <input type="checkbox"/> 3:放射線技師	名	件
(3) 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。			
<input type="checkbox"/> 1:ニーズがない, <input type="checkbox"/> 2:薬剤師が少なく余力がない, <input type="checkbox"/> 3:管理・調製等にかかる負担が大きい, <input type="checkbox"/> 4:診療報酬など病院経営上のインセンティブがない, <input type="checkbox"/> 5:放射性医薬品に関する教育訓練を受けていない, <input type="checkbox"/> 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)		
(A) ポジトロン断層撮影(E101-2)を算定していますか。	<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない		
(B) ポジトロン断層撮影・コンピューター断層複合撮影(E101-3)を算定していますか。	<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 2:いない		
(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	名	/
(B) 合成	<input type="checkbox"/> 1:医師、 <input type="checkbox"/> 3:放射線技師	名	件
(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		

ⅩⅡ. 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。	□1:ある, □2:ない(→設問50へ)		
(2) 貴施設で治験を実施(平成28年度1年間)していますか。	□1:している, □2:していない		
(3) 貴施設に薬剤師のCRCがいますか。	□1:いる, □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1つにチェックをつけてください。			
□1:医師, □2:歯科医師, □3:薬剤師, □4:その他( )			
(6) 治験薬管理者の職種について、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:歯科医師, □3:薬剤師, □4:その他( )			

#### 50. 臨床研究

(1) 貴施設の <b>薬剤師が研究責任者として</b> 、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28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28年度1年間)	件
(2) 貴施設で臨床研究( <b>薬剤師が研究責任者のものを除く</b> )を実施(平成28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( <b>薬剤師が研究責任者のものを除く</b> )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。	
□1:コーディネート, □2:インフォームドコンセント, □3:相談窓口, □4:モニタリング担当, □5:事務局, □6:その他( )	

### XIII. 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28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。		<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 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"/> 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( )		<input type="checkbox"/> 3:トリアージ, <input type="checkbox"/> 4:AEDの使用,	
(6) 貴施設で災害用備蓄薬を常備していますか。		<input type="checkbox"/> 1:いる, <input type="checkbox"/> 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

#### XIV. 教育・研修

##### 52. 学生実習の受入れ

(1) 平成28年度長期実務実習で学生を受け入れましたか。		<input type="checkbox"/> 1:受入れた, <input type="checkbox"/> 2:受入れていない	
(2) 平成29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28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28年度受入人数	(b) 平成29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) グループ実施(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

##### 53. 専門薬剤師等

貴施設で下記資格を取得している薬剤師(薬剤部門以外の薬剤師を含む)の人数、手当(または調整額等)の支給額をご記入ください。		
専門薬剤師等認定資格	(A) 資格取得者在籍数	(B) 手当等の支給額
(1) 日本病院薬剤師会認定がん薬物療法認定薬剤師	人	円
(2) " 感染制御 専門薬剤師	人	円
(3) " 感染制御 認定薬剤師	人	円
(4) " 精神科 専門薬剤師	人	円
(5) " 精神科 薬物療法認定薬剤師	人	円
(6) " 妊婦・授乳婦 専門薬剤師	人	円
(7) " 妊婦・授乳婦 薬物療法認定薬剤師	人	円
(8) " HIV感染症 専門薬剤師	人	円

(9)	” HIV 感染症 薬物療法認定薬剤師	人	円
(10)	日本医療薬学会指導薬剤師	人	円
(11)	” 認定薬剤師	人	円
(12)	” 認定がん指導薬剤師	人	円
(13)	” 認定がん専門薬剤師	人	円
(14)	” 認定薬物療法指導薬剤師	人	円
(15)	” 認定薬物療法専門薬剤師	人	円
(16)	日本臨床薬理学会指導薬剤師	人	円
(17)	” 認定薬剤師	人	円
(18)	” 認定 CRC(薬剤師)	人	円
(19)	日本緩和医療薬学会認定 緩和薬物療法 認定薬剤師	人	円
(20)	日本化学療法学会認定 抗菌化学療法 認定薬剤師	人	円
(21)	日本静脈経腸栄養学会 栄養サポートチーム専門療法士(薬剤師)	人	円
(22)	インфекションコントロールドクター(ICD)(薬剤師)	人	円
(23)	日本褥瘡学会認定師(薬剤師)	人	円
(24)	日本医療情報学会 医療情報技師(薬剤師) 上級を含む	人	円
(25)	日本糖尿病療養指導士認定機構 糖尿病療養指導士(薬剤師)	人	円
(26)	日本臨床救急医学会 救急認定薬剤師	人	円
(27)	日本在宅薬学会 在宅療養支援認定薬剤師	人	円
(28)	日本小児薬理学会/日本薬剤師研修センター 小児薬物療法認定薬剤師	人	円
(29)	日本医薬品情報学会 医薬品情報専門薬剤師	人	円
(30)	日本臨床腫瘍薬学会 外来がん治療認定薬剤師	人	円
(31)	日本腎臓病薬物療法学会 腎臓病薬物療法専門薬剤師	人	円
(32)	” 腎臓病薬物療法認定薬剤師	人	円
(33)	日本中毒学会 認定クリニカル・トキシコロジスト	人	円
(34)	薬剤師の通常業務以外で、専門薬剤師・認定薬剤師として行っている業務があれば具体的に記入してください。		
(記入欄)			



54. 修士・博士等

(1) 薬剤部門長の修士課程修了・博士号取得について、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: 博士号取得, <input type="checkbox"/> 2: 修士課程修了, <input type="checkbox"/> 3: どちらでもない
(2) 副薬剤部長の修士課程修了者・博士号取得者の人数等について、ご記入ください。		
副薬剤部長在籍数	うち、修士課程修了者	うち、博士号取得者
名	名	名
(3) 貴施設の薬剤部門で従事している薬剤師(教員も含む)で、以下に該当するものの人数をご記入ください。		
	在籍者数	うち、入職後取得者数
(A) 医学・薬学系博士号取得者	名	名
(B) 医学・薬学系修士課程修了者	名	名
(4) 貴施設の薬剤部門で従事している薬剤師(教員も含む)で、博士課程・修士課程に在学中の者の人数をご記入ください。		
	在学中の在籍者数 (6月1日現在)	
(A) 医学・薬学系修士課程在学者	名	
(B) 医学・薬学系博士課程在学者	名	

\*\*\* ご協力ありがとうございます。引き続き、精神・療養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) 薬剤師が外来・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) 外来患者への関与	□1:している, □2:していない		1) 外来実施件数(6月1ヵ月間)	件		
(b) 入院患者への関与	□1:している, □2:していない		1) 入院実施件数(6月1ヵ月間)	件		
(B) 外来・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。						
	外来患者の実施件数の			入院患者の実施件数の		
	8割以上	5割程度	3割以下	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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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。				□1:ある, □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。				□1:いる, □2:いない		
(2) 認知症患者に対する薬剤師の関与						
(A) 認知症外来・入院患者に対して薬剤師が関与していますか。該当するものにチェックし、実施件数をご記入ください。						
(a) 外来患者への関与	□1:している, □2:していない		1) 外来実施件数(6月1ヵ月間)	件		
(b) 入院患者への関与	□1:している, □2:していない		1) 入院実施件数(6月1ヵ月間)	件		

(B) 認知症外来・入院患者への薬剤師の関与している場合、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。						
	外来患者の実施件数の			入院患者の実施件数の		
	8割以上	5割程度	3割以下	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2: 家族・施設職員・ケア等への薬剤管理指導業務の実施又は服薬状況の聴取	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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		
(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28年度1年間)に薬剤師として関与している場合、下記選択肢より選び番号を記入してください。 (a) (d)については、下記選択肢より該当するものを1つ選びご記入ください。 (b) (c)については、下記選択肢より該当するものを全て選びご記入ください。複数番号を記入する場合は「/(半角)」で区切ってください。						
	(a) 主催者	(b) 内容(複数回答可)	(c) 対象(複数回答可)	(d) 頻度		
1						
2						
3						
4						
(選択肢)	1: 都道府県病薬 2: 行政 3: 家族会 4: その他	1: お薬相談 2: 講演 3: その他	1: 市民 2: 患者・家族 3: 薬剤師以外の医療職 4: 薬剤師 5: その他	1: 年1回 2: 月1回 3: その他		

「療養病床調査」(療養病床・回復期リハ病棟のあるご施設は、以下の設問にお答えください)

1. 療養病床の該当患者について

(1) 療養病床に下記入院基本料等の算定患者がいますか。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: 療養病棟入院基本料, <input type="checkbox"/> 2: 回復期リハビリテーション病棟入院料, <input type="checkbox"/> 3: 地域包括ケア病棟入院料(病室単位の地域包括ケア入院医療管理料を含む)。
(2) 療養病床に下記入院基本料加算算定患者がいますか。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: 慢性期維持透析管理加算, <input type="checkbox"/> 2: 在宅復帰機能強化加算。

2. 療養病床における薬剤師の関与について

(1) 服薬支援について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(→(2)へ)
(A) 〈関与している〉場合、どの程度の関わりですか。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: 患者の日常生活・認知・嚥下機能低下に応じた薬剤、剤形、投与方法について処方提案している, <input type="checkbox"/> 2: 上記1に加えて、VF/VE検査等嚥下機能評価に関与し、個別に処方提案している。	
(B) 〈関与している〉場合、経管栄養実施患者について、該当するもの1つにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1: 投与経路、留置先に応じた処方提案や配合変化対策等の薬学的ケアを実施している, <input type="checkbox"/> 2: 上記1に加え経管栄養から経口摂取への移行に関与している(VF/VE等嚥下機能評価、剤形、投与方法)。	
(2) 臓器機能低下(肝障害・腎障害)への配慮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(→(3)へ)

(A) <関与している>場合、肝・腎機能評価に係わる検査につき該当するもの1つにチェックをつけてください。		
<input type="checkbox"/> 1: 必要な検査を医師に提案している、 <input type="checkbox"/> 2: 必要な検査を医師と協働作成したプロトコールに基づき薬剤師がオーダーしている、		
(B) <関与している>場合、どのくらいの頻度で、検査値等を確認・評価して処方提案していますか。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: 毎月、 <input type="checkbox"/> 2: 3ヶ月に1回程度、 <input type="checkbox"/> 3: 6ヶ月に1回程度、 <input type="checkbox"/> 4: 薬剤毎に設定(処方前・2週毎など)。		
(3) 処方の適正化について、多剤併用への対策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(→(4)へ)	
(A) 関与して<いる>場合、どの程度の関わりですか。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: 高齢者に有害事象を起こしやすい薬剤について、減量や中止等の処方提案をしている、 <input type="checkbox"/> 2: 当該患者における薬物療法の優先順位を考慮し、減量や中止等の処方提案をしている、 <input type="checkbox"/> 3: 代替手段がある場合には、非薬物療法を提案している、 <input type="checkbox"/> 4: 入院中は定期的に処方をアセスメントし、処方や投与量の適正化に継続して関与している。 <input type="checkbox"/> 5: 減量や中止等の処方提案の際、参考書籍や減薬ツールを使用している (具体的に )		
(4) 褥瘡治療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(→(5)へ)	
(A) <関与している>場合、どの程度の関わりですか。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: 褥瘡のステージに応じた外用薬やドレッシング剤等の処方提案を実施している、 <input type="checkbox"/> 2: 上記1に加えて、褥瘡回診に同行し処方提案を実施している、 <input type="checkbox"/> 3: 上記2に加えて、適切な処方提案や薬剤塗布等を含む適切な実技指導、処置等に関与している。		
(5) 下記の病棟における在宅復帰率・死亡退院率は何%か、ご記入ください。(H29年4～6月間データ)		
	(a) 在宅復帰率	(b) 死亡退院率
(A) 地域包括ケア病棟	.      %	.      %
(B) 在宅復帰機能強化加算病棟	.      %	.      %

### 3. 療養病棟での薬剤業務

(1) 療養病棟において病棟薬剤業務実施加算を算定していますか。	<input type="checkbox"/> 1: いる、 <input type="checkbox"/> 2: いない(→設問4へ)		
(2) 病棟薬剤業務実施加算を算定している療養病棟の病棟数・病床数・算定患者数等(6月1ヵ月間)をご記入ください。			
(A) 算定する療養病棟数	病棟	(B) 算定する療養病床数	床
(C) 算定患者数	名	(D) 算定件数	件
(2) 療養病棟において認知症ケア加算1、又は2を算定していますか。		<input type="checkbox"/> 1: いる、 <input type="checkbox"/> 2: いない	
(A) 算定の有無に係わらず、認知症ケアチーム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	
(3) 療養病棟において排尿自立指導料*を算定していますか。		<input type="checkbox"/> 1: いる、 <input type="checkbox"/> 2: いない	
(A) 算定の有無に係わらず、排尿ケアチーム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	

### 4. 特定入院料算定病棟における薬剤管理指導業務 (いずれの病棟も無い場合は : 非該当)

(1) 回復期リハビリテーション病棟で薬剤管理指導業務を実施していますか。	<input type="checkbox"/> 1: いる、 <input type="checkbox"/> 2: いない(→(2)へ)		
(A) 薬剤管理指導を実施した患者数・実施件数(6月1ヵ月間)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) 地域包括ケア病棟・病床で薬剤管理指導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) 薬剤管理指導を実施した患者数・実施件数(6月1ヵ月間)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)	名

\*\*\* 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 \*\*\*