

令和2年度 日本病院薬剤師会
診療報酬改定特別調査
【薬剤部責任者票】

- 特に指定がある場合を除いて、令和3年3月1日現在の状況をお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当するものが無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入ください。
- チェックボックスが「○」の場合は単一回答、「□」の場合は複数回答の設問となります。

1. 各病棟への薬剤師の配置状況

(1) 各病棟への薬剤師の配置状況についてご回答ください。

(a) 病棟薬剤業務実施加算算定病棟	病棟数	常勤	非常勤	
			実人数	常勤換算値
1: 一般病棟 ^{※1}	病棟	人	人	. 人
2: 療養病棟・精神病棟 ^{※2}	病棟	人	人	. 人
3: 集中治療室等 ^{※3}	病棟	人	人	. 人

※1 一般病棟：急性期一般病棟入院料、地域一般入院料、結核病棟入院基本料、
特定機能病院入院料（精神を除く）

※2 療養病棟・精神病棟：療養病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神）

※3 集中治療室等：救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、
脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、
新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料

(b) 病棟薬剤業務実施加算包括病棟	病棟数	常勤	非常勤	
			実人数	常勤換算値
1: 一般病棟 ^{※4}	病棟	人	人	. 人
2: 療養病棟 ^{※5}	病棟	人	人	. 人
3: 精神病棟 ^{※6}	病棟	人	人	. 人
4: 集中治療室等 ^{※7}	病棟	人	人	. 人

※4 一般病棟：専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、小児入院医療管理料、
特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、
特定一般病棟入院料

※5 療養病棟：回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、
地域包括ケア入院医療管理料

※6 精神病棟：精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、
児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症病棟入院料、
地域移行機能強化病棟入院料

※7 集中治療室等：新生児回復室入院医療管理料

該当する入院料等	薬剤総合評価 調整加算 算定件数	薬剤調整加算 算定件数	保険薬局への 情報提供件数	医療機関・ 施設への情報 提供件数
(I) 精神科救急入院料	件	件	件	件
(J) 精神科急性期治療病棟入院料	件	件	件	件
(K) 精神科救急・合併症入院料	件	件	件	件
(L) 児童・思春期精神科入院医療管理料	件	件	件	件
(M) 精神科療養病棟入院料	件	件	件	件
(N) 認知症治療病棟入院料	件	件	件	件
(O) 特定一般病棟入院料	件	件	件	件
(P) 地域移行機能強化病棟入院料	件	件	件	件
(2) 医療機関・施設へ情報提供している場合、提供している情報全てにチェックをつけてください。				
<input type="checkbox"/> 1: 主病名, <input type="checkbox"/> 2: 既往歴, <input type="checkbox"/> 3: アレルギー歴, <input type="checkbox"/> 4: 副作用歴, <input type="checkbox"/> 5: 薬剤の服薬管理・服用方法・調剤方法, <input type="checkbox"/> 6: 入院時持参薬, <input type="checkbox"/> 7: 退院時処方, <input type="checkbox"/> 8: 中止又は減量した薬剤とその理由, <input type="checkbox"/> 9: 追加又は増量した薬剤とその理由, <input type="checkbox"/> 10: 用法用量に注意が必要な薬剤（投与間隔が設けられている薬剤）, <input type="checkbox"/> 11: 退院後に増量、減量が必要な薬剤, <input type="checkbox"/> 12: その他（ ）				

4. 入退院支援業務

(1) 貴施設に入退院支援部門※がありますか。	<input type="radio"/> 1: ある, <input type="radio"/> 2: ない
(2) 入退院支援部門※に薬剤師が関与していますか。	<input type="radio"/> 1: している <input type="radio"/> 2: していない(→(4)へ)

※入退院支援部門：入退院支援及び地域連携を担う部門のことを言う。

(A) 薬剤師が関与している場合、薬剤師の勤務状況及び人数をご回答ください。		
(1) 専従	(2) 専任	(3) 兼務
人	人	人
(B) 薬剤師が実施している入院時支援業務について、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: 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 <input type="checkbox"/> 2: 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握 <input type="checkbox"/> 3: 褥瘡に関する危険因子の評価 <input type="checkbox"/> 4: 栄養状態の評価 <input type="checkbox"/> 5: 服薬中の薬剤の確認 <input type="checkbox"/> 6: 退院困難な要因の有無の評価 <input type="checkbox"/> 7: 入院中に行われる治療・検査の説明 <input type="checkbox"/> 8: 入院生活の説明 <input type="checkbox"/> 9: その他（ ）		

(C) 入退院支援部門で行う「服用中の薬剤の確認」の対象について、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: 予定入院患者 <input type="checkbox"/> 4: 退院困難患者(入退院支援加算留意事項通知(2)に記載されているア～サの患者) <input type="checkbox"/> 5: その他 ()	<input type="checkbox"/> 2: 予定入院患者以外 <input type="checkbox"/> 3: 手術予定患者
(D) 薬剤師が実施している退院支援業務について、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: かかりつけ薬剤師の把握 <input type="checkbox"/> 2: 服用方法、調剤上の工夫、アドヒアランスの把握 <input type="checkbox"/> 3: 薬剤管理サマリーの作成 <input type="checkbox"/> 4: その他 ()	
(3) 入退院支援業務に薬剤師が関与する効果として、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: 病棟薬剤師の業務負担軽減, <input type="checkbox"/> 2: かかりつけ薬剤師・薬局との連携の充実, <input type="checkbox"/> 3: 医師、看護師等の薬剤に関する業務負担の軽減, <input type="checkbox"/> 4: 介護保険施設等との連携の充実 <input type="checkbox"/> 5: その他 ()	
(4) 薬剤師が関与していない場合、該当する理由全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1: 入退院支援加算を算定していないため <input type="checkbox"/> 2: 配置するのに十分な薬剤師が雇用できていないため <input type="checkbox"/> 3: 服用中の薬剤の確認以外の業務のニーズが少ないため <input type="checkbox"/> 4: その他 ()	

5. 周術期患者に対する業務

(1) 薬剤師が入院前に周術期患者の薬剤の中止・再開に関する業務を行っていますか。	<input type="radio"/> 1: 行なっている, <input type="radio"/> 2: 行なっていない(→6. へ)
(2) 業務を行っている場合、担当している部署はどこですか。	<input type="radio"/> 1: 入退院支援部門(→(3) へ) <input type="radio"/> 2: それ以外の部門等,
(A) 上記(2)のそれ以外の部署等で業務を行なっている場合、実施する場所はどれですか。	
<input type="checkbox"/> 1: 診察室, <input type="checkbox"/> 2: 診察室以外の外来診療施設, <input type="checkbox"/> 3: 待合室, <input type="checkbox"/> 4: 薬剤部投薬窓口, <input type="checkbox"/> 5: その他 ()	
(B) 上記(2)のそれ以外の部署等で業務を行なっている場合、実施する薬剤師はどれですか。	
<input type="checkbox"/> 1: 外来専従配置の薬剤師, <input type="checkbox"/> 2: 外来専任配置の薬剤師, <input type="checkbox"/> 3: 診療科担当病棟薬剤師, <input type="checkbox"/> 4: 調剤担当薬剤師, <input type="checkbox"/> 5: 病棟担当薬剤師, <input type="checkbox"/> 6: その他 ()	
(C) 上記(2)のそれ以外の部署等で業務を行なっている場合、どこに記録していますか。	
<input type="radio"/> 1: 診療録(カルテ), <input type="radio"/> 2: 薬剤師専用の記録簿・システム, <input type="radio"/> 3: その他 ()	

(3) 周術期患者の薬剤の中止に関する業務について、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: 使用中の薬剤に関する情報収集, <input type="checkbox"/> 2: 医師への中止薬剤の情報提供, <input type="checkbox"/> 3: 中止薬の説明, <input type="checkbox"/> 4: 患者への休止確認 (中止開始日等に連絡・確認), <input type="checkbox"/> 5: その他 ()	
(4) 周術期患者の中止薬の再開について、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: 病棟担当薬剤師が再開の確認をしている, <input type="checkbox"/> 2: 中止薬担当薬剤師と病棟担当薬剤師の双方が再開の確認をしている, <input type="checkbox"/> 3: 中止薬担当薬剤師が再開の確認をしている, <input type="checkbox"/> 4: 他職種が再開の確認をしている, <input type="checkbox"/> 5: その他 ()	
(5) 周術期患者の抗凝固薬の休薬・再開に関するプロトコールはありますか。	○1: ある, ○2: ない
(A) プロトコールがある場合、該当する薬剤全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1: 抗凝固剤, <input type="checkbox"/> 2: 抗血小板剤, <input type="checkbox"/> 3: 冠血管拡張剤, <input type="checkbox"/> 4: プロスタグランジン製剤, <input type="checkbox"/> 5: 経口避妊薬, <input type="checkbox"/> 6: 女性ホルモン剤, <input type="checkbox"/> 7: 骨粗鬆症治療薬, <input type="checkbox"/> 8: その他 ()	
(6) 上記(1)の業務を実施したことによる効果はどれですか。	
<input type="checkbox"/> 1: 医師の負担軽減, <input type="checkbox"/> 2: 看護師の負担軽減, <input type="checkbox"/> 3: 手術中止件数の減少, <input type="checkbox"/> 4: 在院日数の減少, <input type="checkbox"/> 5: 医薬品の副作用・有害事象の減少, <input type="checkbox"/> 6: その他 ()	

6. 薬剤師の外来業務

(1) 外来診療に薬剤師が関与していますか。	○1: している ○2: していない
(A) 薬剤師が関与している場合、該当する診療科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: 精神科, <input type="checkbox"/> 3: 神経科, <input type="checkbox"/> 4: 神経内科, <input type="checkbox"/> 5: 呼吸器科, <input type="checkbox"/> 6: 消化器科, <input type="checkbox"/> 7: 胃腸科, <input type="checkbox"/> 8: 循環器科, <input type="checkbox"/> 9: 小児科, <input type="checkbox"/> 10: 外科, <input type="checkbox"/> 11: 整形外科, <input type="checkbox"/> 12: 形成外科, <input type="checkbox"/> 13: 美容外科, <input type="checkbox"/> 14: 脳神経外科, <input type="checkbox"/> 15: 呼吸器外科, <input type="checkbox"/> 16: 心臓血管外科, <input type="checkbox"/> 17: 小児外科, <input type="checkbox"/> 18: 皮膚泌尿器科, <input type="checkbox"/> 19: 皮膚科, <input type="checkbox"/> 20: 泌尿器科, <input type="checkbox"/> 21: 性病科, <input type="checkbox"/> 22: 肛門科, <input type="checkbox"/> 23: 産婦人科, <input type="checkbox"/> 24: 産科, <input type="checkbox"/> 25: 婦人科, <input type="checkbox"/> 26: 眼科, <input type="checkbox"/> 27: 耳鼻咽喉科, <input type="checkbox"/> 28: 気道食道科, <input type="checkbox"/> 29: 放射線科, <input type="checkbox"/> 30: 麻酔科, <input type="checkbox"/> 31: 心療内科, <input type="checkbox"/> 32: アレルギー科, <input type="checkbox"/> 33: リウマチ科, <input type="checkbox"/> 34: リハビリテーション科, <input type="checkbox"/> 35: その他 ()	
(B) 薬剤師が関与している場合、1 診療科当たりの実働人数をご記入ください。	常勤換算値 (1 週間当たり) 人
(2) 医師の診察前に、薬剤師が服用薬剤に関する情報収集・評価し処方提案をしていますか。	○1: している, ○2: していない,

(4) 救急外来に薬剤師が関与していますか。	○1: している, ○2: していない	
(A) 薬剤師が初療室で業務を行っていますか。	○1: 行っている, ○2: 行っていない	
(B) 薬剤師が初療室で業務を行っている場合、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。		
□1: 副作用歴・アレルギーの確認,	□2: 薬歴の確認,	□3: 薬歴の評価,
□4: 初療室で使用する薬剤の管理,	□5: その他 ()	

7. トレーシングレポート

(1) 貴施設で保険薬局からのトレーシングレポートを受けていますか。	○1: 受けている, ○2: 受けていない(→(2)へ)		
(A) 保険薬局からのトレーシングレポートを受けている場合、窓口となる部署にチェックをつけてください。			
○1: 外来診療科,	○2: 薬剤部,	○3: 医事課,	○4: 地域医療連携室,
○5: その他 ()			
(B) トレーシングレポートを受ける窓口が薬剤部の場合、1ヶ月間の件数をご回答ください。	件数 (令和3年3月1ヶ月間)		
(C) トレーシングレポートの運用の中で、貴施設の薬剤師が対応している業務全てにチェックをつけてください。			
□1: 内容に不備が無いか確認,	□2: 問題点について発行元へ照会,	□3: カルテ記載,	
□4: 内容を医師へ報告,	□5: 次回受診時の処方内容提案,		
□6: トレーシングレポート運用に薬剤師は介入していない,			
□7: 医師からの回答を保健薬局にフィードバックしている,			
□8: その他 ()			
(2) トレーシングレポートを受けていない場合、現状に最も近いもの全てにチェックをつけてください。			
□1: 薬剤部としてトレーシングレポートの必要性を認識していない,			
□2: 院内でトレーシングレポートの必要性について理解が得られていない,			
□3: トレーシングレポートを受け付けるための人的な余力がない,			
□4: 保険薬局にトレーシングレポートの提出を依頼しているが、回答がこない			
□5: その他 ()			

8. 院外処方箋の記載内容

(1) 院外処方箋に検査値を記載していますか。	○1: している, ○2: していない(→(2)へ)
(A) 検査値の記載箇所はどこですか。	
○1: 処方箋様式内, ○2: 処方箋の欄外, ○3: 別紙, ○4: その他 ()	

(B) 記載している検査値はどれですか。	
<input type="checkbox"/> 1: 血液系, <input type="checkbox"/> 2: 脂質代謝系, <input type="checkbox"/> 3: 糖代謝系, <input type="checkbox"/> 4: 腎機能系, <input type="checkbox"/> 5: 肝機能系, <input type="checkbox"/> 6: 炎症反応 <input type="checkbox"/> 7: 電解質系, <input type="checkbox"/> 8: その他 ()	
(C) 検査値を記載したことによる効果について、当てはまるものはどれですか。	
<input type="checkbox"/> 1: 処方意図の理解が進み、疑義照会の回数がへった, <input type="checkbox"/> 2: 薬局からの疑義照会の質が向上した, <input type="checkbox"/> 3: 患者の疾患に対する理解が向上した, <input type="checkbox"/> 4: その他 ()	
(2) 院外処方箋に疾患名を記載していますか。	○1: している, ○2: していない(→(3)へ)
(A) 疾患名の記載箇所はどこですか。	
○1: 処方箋様式内, ○2: 処方箋の欄外, ○3: 別紙, ○4: その他 ()	
(B) 疾患名を記載したことによる効果について、当てはまるものはどれですか。	
<input type="checkbox"/> 1: 処方意図の理解が進み、疑義照会の回数がへった, <input type="checkbox"/> 2: 薬局からの疑義照会の質が向上した, <input type="checkbox"/> 3: 患者の疾患に対する理解が向上した, <input type="checkbox"/> 4: その他 ()	
(3) 院外処方箋に外来化学療法のレジメンに関する記載をしていますか。	○1: している, ○2: していない
(A) 院外処方箋への記載方法として、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: レジメン全て, <input type="checkbox"/> 2: レジメン番号, <input type="checkbox"/> 3: その他 ()	
(4) 院外処方箋に検査値、患名またはレジメンを記載していない場合、していない理由は何ですか。	
<input type="checkbox"/> 1: 貴施設薬剤部内で検討していない, <input type="checkbox"/> 2: 医師からの要望がない, <input type="checkbox"/> 3: 保険薬局からの要望がない, <input type="checkbox"/> 4: 患者からの要望がない, <input type="checkbox"/> 5: 医師からの反対, <input type="checkbox"/> 6: 保険薬局からの反対, <input type="checkbox"/> 7: システムの改修に費用がかかるため, <input type="checkbox"/> 8: その他 ()	

9. バイオ後続品 (バイオシミラー)

(1) バイオ後続品を採用していますか。	○1: 採用している, ○2: 採用していない(→10.へ)
(2) バイオ後続品の採用品目数	品目
(3) バイオ後続品のある先行バイオ医薬品の採用品目数	品目
(4) バイオ後続品を採用するにあたり、薬事委員会以外に品質等について協議・評価する場がありますか。	○1: ある, ○2: ない(→10.へ)
(5) 上記(3)の協議する場に薬剤師は参加していますか。	○1: している, ○2: していない
(6) 薬剤師が参加している場合、薬剤師が行っている業務は何ですか。	
<input type="checkbox"/> 1: バイオ後続品の資料整理, <input type="checkbox"/> 2: バイオ後続品の情報収集, <input type="checkbox"/> 3: バイオ後続品の評価 <input type="checkbox"/> 4: その他 ()	

(7) バイオ後続品導入初期加算を算定している場合、算定している注射薬について、該当するもの全てにチェックをつけてください。

1: インスリン製剤, 2: ヒト成長ホルモン剤, 3: エタネルセプト製剤, 4: テリパラチド製剤

(8) バイオ後続品を採用している場合、薬剤師が実施している患者指導について、該当するもの全てにチェックをつけてください。

1: バイオ後続品の概要, 2: バイオ後続品の品質, 3: バイオ後続品の同等性,
4: バイオ後続品の薬価, 5: バイオ後続品の名称, 6: その他 ()

10. 診療報酬に関する要望、ご意見

(1) 診療報酬に関する要望、ご意見等がありましたら下記にご記入ください。

--

※以上で設問は終了です。調査にご協力いただきありがとうございました。