

令和3年度「病院薬剤部門の現状調査」

(令和3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 ()

薬剤部門長 所属 ()

薬剤部門長 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。また、本調査結果を基に、本会医療政策部が実施する「診療報酬改定特別調査」の調査対象施設を抽出いたしますので、調査項目が多くご負担をおかけいたしますが、回答にご協力くださいますようよろしくお願い申し上げます。
- ・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。
- ・本調査の結果を公表・利用する際は、統計処理を行い、回答施設を特定できないようにいたします。優良業務の提示等で回答施設を特定できる可能性がある場合は、貴施設の許諾を得た上で発表・利用いたします。
- ・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等と本会の病院団体薬剤部長協議会の所属する団体および厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「病院薬剤師へのタスク・シフティングの実態と効果、推進方策に関する研究」（研究代表者：外山聡）に提供させていただきます。都道府県病院薬剤師会等や所属病院団体への提供を許諾されない場合は、回答のI.1.の当該欄にチェックをつけてください。

◎調査票の記入について

- ・最初に必ず記載要領をご確認ください。また、「記載要領も併せてご確認ください」と記載されている設問については、記入する際にも記載要領もご参照ください。
- ・特に指定がある場合を除いて、令和3年6月1日現在の状況についてお答えください。
- ・ご質問の点等ございましたら、日本病院薬剤師会調査事務局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「令和3年度病院薬剤部門の現状調査(※現在準備中)」をクリックし、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、令和3年7月30日(金)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、「日本病院薬剤師会調査事務局宛」に令和3年7月30日(金)までにご郵送をお願いいたします。
郵送先 〒225-8711 日本郵便株式会社 青葉郵便局私書箱3号 日本病院薬剤師会調査事務局

◎この調査に関するお問い合わせ先（6月1日より開通）：

日本病院薬剤師会調査事務局 電話番号:0120-356-728, メールアドレス: jshp@jmb.co.jp

目 次

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.	施設の病床数・病棟数(令和3年6月1日現在)	5
6.	病院種別	5
7.	施設の在院患者数・在院日数	5
8.	医師・歯科医師・看護師・総職員数	6
9.	薬剤部門の給与	6
II.	病床の概要	6
10.	入院基本料・特定入院料等	6
III.	薬剤師が関連しうる診療報酬の算定件数等	8
11.	薬剤管理指導料・病棟薬剤業務実施加算	8
12.	入院料等	9
13.	医学管理等	9
14.	在宅	10
15.	投薬	10
16.	注射	11
17.	リハビリテーション	11
18.	介護保険における薬剤師の指導	11
19.	その他薬剤師が関与しうる診療報酬	11
IV.	薬剤師・薬剤部門の概要	13
20.	薬剤部門の概要	13
21.	薬剤部門の職員数	13
22.	薬剤師の入退職について(令和2年4月～令和3年3月末までの1年間)	13
23.	薬剤部門の勤務体制について	14
V.	薬剤師の業務	14
24.	薬剤師の業務内容と実施の程度	14
25.	副作用等報告について	15
VI.	調剤	16
26.	処方せん枚数・記載方法	16
VII.	無菌製剤処理・がん化学療法	16
27.	無菌製剤処理業務	16
28.	がん診療・外来がん化学療法	17
VIII.	治療薬物モニタリング(TDM)・薬学的管理・連携	17
29.	TDMの測定・解析	17
30.	持参薬	17
31.	情報提供	18
32.	介護施設における薬剤師の関与	18
33.	地域連携	18

IX.	手術室における薬剤師	19
34.	手術関連業務（手術室）における薬剤師	19
X.	薬剤師のチーム医療への関わり	20
35.	チーム医療への関与	20
XI.	医薬品情報管理・医薬品等管理	21
36.	医療安全・医薬品安全	21
37.	院内製剤業務	21
38.	放射性医薬品	21
XII.	治験・臨床研究	22
39.	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）	22
40.	治験	22
XIII.	災害対策	22
41.	災害対策	22
XIV.	教育・研修	23
42.	学生実習の受入れ	23
43.	専門薬剤師等取得状況について（令和3年6月1日現在）	23

※「Ⅰ.施設の概要・機能」～「Ⅲ.薬剤師が関連しう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○の1つにチェックをつけてください。

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

・所属する都道府県病院薬剤師会及び都道府県病院薬剤師会が所属する地方ブロック（以下、都道府県病院薬剤師会等）に回答内容の提供を許諾しない場合は、チェックをつけてください。

所属する都道府県病院薬剤師会等に回答内容を提供しない

・上記回答が2~12の場合、本会の病院団体薬剤部長協議会において、貴施設が所属する病院団体に回答内容の提供を許諾しない場合は、チェックをつけてください。

所属病院団体に回答内容を提供しない

2. DPC 病院分類

(1) 貴施設はDPC病院ですか。

- | |
|--|
| <input type="radio"/> 1:DPC対象病院(対象病床数 ()床), |
| <input type="radio"/> 2:DPC準備病院(→設問3へ), |
| <input type="radio"/> 3:DPC病院ではない(→設問3へ). |

(A) DPC対象病院で<ある>場合、該当する病院群の○の1つにチェックをつけてください。

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> 1:大学病院本院, | <input type="radio"/> 2:DPC特定病院群, | <input type="radio"/> 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○の1つにチェックをつけてください。

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 1:救急医療体制がある, | <input type="radio"/> 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:脳神経内科, | <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. 施設の病床数・病棟数(令和3年6月1日現在)

(1) 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れるために確保した病床数をご記入ください。	
(A) 新型コロナウイルス感染症患者受け入れのために確保した病床数	床
(B) 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れている病床数	床
(C) 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れるために空床となっている病床数	床

* この表の病床数、病棟数は、新型コロナウイルス感染症患者受入に対応した後の数値を記入。

	(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			
(2) 許可病床数	床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床
(3) 休床数	床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床
(4) 稼働病床数	床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床
(5) 病棟数 (稼働看護単位数)	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○の1つにチェックをつけてください。
○1: 一般病院(許可病床数で、一般病床を80%以上有する), ○2: 療養型病院(許可病床数で、療養病床(医療型+介護型)を80%以上有する), ○3: 精神科病院(許可病床数で、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

貴施設の在院患者数(6月1ヵ月間)・平均在院日数(4・5・6月の3ヵ月間)をご記入ください。				
	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
(2) 平均在院日数 (第2位を四捨五入)	. 日	. 日	. 日	. 日

8. 医師・歯科医師・看護師・総職員数

貴施設の医師・歯科医師・看護師・総職員数をご記入ください。			
	常勤 (フルタイム勤務)	非常勤* (フルタイムより短い勤務)	
		実人数	常勤換算 (第2位を四捨五入)
(1) 医師数 (医籍に登録していない研修医を除く)	人	人	人
(2) 歯科医師数	人	人	人
(3) 看護師数 (准看護師・助産師も含む)	人	人	人
(4) 総職員数	人	人	

* 「非常勤」とは、雇用形態（有期・無期雇用等）に関わらず、貴施設が定める通常の労働者の所定労働時間より短い職員をいう。

産前産後休業、育児休業、介護休業等を取得し、所定労働時間が短い職員は「非常勤」とする。

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○の1つにチェックをつけてください。
01: 国家公務員の給与体系またはそれに準拠, 02: 自治体公務員の給与体系またはそれに準拠,
03: 独自の給与体系で年功給, 04: 独自の給与体系で職能給,
05: 独自の給与体系で年功・職能併用給, 06: 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○の1つにチェックをつけてください。
01: 薬剤師独自の俸給表を適用, 02: 医療技術職の俸給表を適用, 03: 俸給表は適用しない

(2) 新卒薬剤師(6年制卒・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)の合計について、月額をご記入ください。

月額の給与・手当合計(漢数字を使わず、数字で記載)	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。
01: ある, 02: ない

II. 病床の概要

10. 入院基本料・特定入院料等

貴施設のすべての病床について、算定している入院基本料等毎に区分、病床数をご記入ください。
 記載要領も併せてご確認ください。

医療保険制度 入院基本料算定病棟
 入院基本料を算定している病棟について、入院基本料毎に区分、病床数をご記入ください。
 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。
 同じ入院基本料で区分が異なる病床がある場合は、最も病床数の多い区分をご記入ください。

<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

入院基本料	区分	病床数の計
A100-1 急性期一般入院基本料		床
A100-2 地域一般入院基本料		床
A101-1 療養病棟入院基本料1		床
A101-2 療養病棟入院基本料2		床
A102 結核病棟入院基本料		床
A103 精神病棟入院基本料		床

入院基本料	区分	病床数の計
A104-1 特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合)		床
A104-2 特定機能病院入院基本料(結核病棟の場合)		床
A104-3 特定機能病院入院基本料(精神病棟の場合)		床
A105 専門病院入院基本料		床
A106 障害者施設等入院基本料		床

医療保険制度 特定入院料算定病棟・治療室
 特定入院料を算定している病床について、特定入院料毎に区分、病床数をご記入ください。
 区分：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としてください。
 同じ特定入院料で区分が異なる病棟がある場合は、最も病床数の多い区分をご記入ください。

特定入院料	区分	病床数の計
A300 救命救急入院料		床
A301 特定集中治療室管理料		床
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料		床
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料		床
A301-4 小児特定集中治療室管理料		床
A302 新生児特定集中治療室管理料		床
A303 総合周産期特定集中治療室管理料		床
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料		床
A305 一類感染症患者入院医療管理料		床
A306 特殊疾患入院医療管理料		床
A307 小児入院医療管理料		床
A308(一) 回復期リハビリテーション病棟入院料(一般)		床
A308(療) 回復期リハビリテーション病棟入院料(療養)		床
A308-3(一) 地域包括ケア病棟入院料(一般)		床
A308-3(療) 地域包括ケア病棟入院料(療養)		床
A309 特殊疾患病棟入院料		床
A310 緩和ケア病棟入院料		床
A311 精神科救急入院料		床
A311-2 精神科急性期治療病棟入院料		床
A311-3 精神科救急・合併症入院料		床
A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料		床
A312 精神療養病棟入院料		床
A314 認知症治療病棟入院料		床
A317 特定一般病棟入院料		床
A318 地域移行機能強化病棟入院料		床
A400 短期滞在手術等基本料		床

介護保険制度 短期入所療養介護費・介護療養施設サービス費を算定している病棟について、短期入所療養介護費・介護療養施設サービス費毎に区分、病床数をご記入ください。 区分：該当する算定に係る区分〔(I)～(VI)〕をご記入ください。同じ短期入所療養介護費・介護療養施設サービスで区分が異なる病棟がある場合は、最も病床数の多い区分をご記入ください。		
(1) 療養病床を有する病院における短期入所療養介護費	区分	病床数の計
(a) 病院療養病床短期入所療養介護費		床
(b) 病院療養病床経過型短期入所療養介護費		床
(c) ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費		床
(d) ユニット型病院療養病床経過型短期入所療養介護費		床
(e) 特定病院療養病床短期入所療養介護費		床
(2) 療養病床を有する病院における介護予防短期入所療養介護費	区分	病床数の計
(a) 病院療養病床介護予防短期入所療養介護費		床
(b) 病院療養病床経過型介護予防短期入所療養介護費		床
(c) ユニット型病院療養病床介護予防短期入所療養介護費		床
(d) ユニット型病院療養病床経過型介護予防短期入所療養介護費		床
(3) 療養病床を有する病院における介護療養施設サービス	区分	病床数の計
(a) 療養型介護療養施設サービス費		床
(b) 療養型経過型介護療養施設サービス費		床
(c) ユニット型療養型介護療養施設サービス費		床
(d) ユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費		床

III. 薬剤師が関連しうる診療報酬の算定件数等

11. 薬剤管理指導料・病棟薬剤業務実施加算

(1) 薬剤管理指導料の施設基準の届出状況について、該当する○の1つにチェックをつけてください。	
○1:届出している, ○2:算定可能な病床はあるが、届出をしていない(→設問12へ), ○3:算定可能な病床はあるが、施設基準を満たしていないため、届出をしていない(→設問12へ), ○4:算定可能な病床が無い(例:全病床で薬剤管理指導料が包括されている)ため届出していない(→設問12へ)。	
(2) 薬剤管理指導料を算定している場合、 6月1ヵ月間 の算定件数をご記入ください。	
	算定件数
(A) B008 1 薬剤管理指導 1 (380点)	件
(B) B008 2 薬剤管理指導 2 (325点)	件
(C) B008 注2 麻薬管理指導加算 (50点)	件
(3) 病棟業務実施加算1の施設基準の届出状況について、該当する○の1つにチェックをつけてください。	
○1:届出している, ○2:算定可能な病棟はあるが、届出をしていない(→設問12へ), ○3:算定可能な病棟はあるが、施設基準を満たしていないため、届出をしていない(→設問12へ), ○4:算定可能な病棟が無い(例:全病棟で病棟業務実施加算が包括されている)ため届出していない(→設問12へ)。	
(4) 病棟業務実施加算1を算定している場合、 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
(A) A244 1 病棟薬剤業務実施加算1 出来高算定(週1回 120点)	件
(B) 病棟薬剤業務実施加算1 DPC機能評価係数I分	点
(5) 病棟業務実施加算2の施設基準の届出状況について、該当する○の1つにチェックをつけてください。	
○1:届出している, ○2:算定可能な病棟はあるが、届出をしていない(→設問12へ), ○3:算定可能な病棟が無いため届出していない(→設問12へ)。	

(6) 病棟業務実施加算2を算定している場合、 6月1ヵ月間 の算定件数をご記入ください。	
	算定件数
(A) A244 2 病棟薬剤業務実施加算2 (1日 100点)	件
(7) 病棟薬剤業務実施加算2を算定している場合、算定している治療室 全て にチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:救命救急入院料, <input type="checkbox"/> 2:特定集中治療室管理料, <input type="checkbox"/> 3:ハイケアユニット入院医療管理料 <input type="checkbox"/> 4:脳卒中ケアユニット入院医療管理料, <input type="checkbox"/> 5:小児特定集中治療室管理料, <input type="checkbox"/> 6:新生児特定集中治療室管理料, <input type="checkbox"/> 7:総合周産期特定集中治療室管理料.	

12. 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 の算定件数をご記入ください。		
記載要領も併せてご確認ください。	算定件数	届出無
(1) A226-2 緩和ケア診療加算(390点)	件	<input type="checkbox"/>
(A) A226-2 注2 緩和ケア診療加算(特定地域)(200点)	件	<input type="checkbox"/>
(B) A226-2 注3 小児加算(100点)	件	<input type="checkbox"/>
(2) A233-2 栄養サポートチーム(NST)加算(週1回 200点)	件	<input type="checkbox"/>
(3) A233-2 注2 栄養サポートチーム(NST)加算(特定地域)(100点)	件	<input type="checkbox"/>
(4) A234 1 医療安全対策加算1(85点)	件	<input type="checkbox"/>
(5) A234 2 医療安全対策加算2(35点)	件	<input type="checkbox"/>
(A) A234 注2 イ 医療安全対策地域連携加算1(50点)	件	<input type="checkbox"/>
(B) A234 注2 ロ 医療安全対策地域連携加算2(20点)	件	<input type="checkbox"/>
(6) A234-2 1 感染防止対策加算1(390点)	件	<input type="checkbox"/>
(7) A234-2 2 感染防止対策加算2(90点)	件	<input type="checkbox"/>
(A) A234-2 注2 感染防止対策地域連携加算(100点)	件	<input type="checkbox"/>
(B) A234-2 注3 抗菌薬適正使用支援加算(100点)	件	<input type="checkbox"/>
(8) A243 1 後発医薬品使用体制加算1(47点)(数量シェア85%以上)	件	<input type="checkbox"/>
(9) A243 2 後発医薬品使用体制加算2(42点)(数量シェア80%以上)	件	<input type="checkbox"/>
(10) A243 3 後発医薬品使用体制加算3(37点)(数量シェア70%以上)	件	<input type="checkbox"/>
(11) A250 薬剤総合評価調整加算(退院時1回 100点)	件	<input type="checkbox"/>
(A) A250 注2 薬剤調整加算(150点)	件	<input type="checkbox"/>
(12) 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)	.	%

13. 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。		
記載要領も併せてご確認ください。	算定件数	届出無
(1) B001 1 ロ ウイルス疾患指導料2(330点)	件	<input type="checkbox"/>
(A) B001 1 注2 厚労大臣が定める施設基準に適合(加算220点)	件	<input type="checkbox"/>
(2) B001 2 イ 特定薬剤治療管理料1(470点)	件	<input type="checkbox"/>
(3) B001 2 ロ 特定薬剤治療管理料2(100点)	件	<input type="checkbox"/>
(4) B001 23 ハ がん患者指導管理料(200点)	件	<input type="checkbox"/>

	算定件数	届出無
(5) B001 24 外来緩和ケア管理料(290点)	件	<input type="checkbox"/>
(A) B001 24 注2 小児加算(150点)	件	<input type="checkbox"/>
(6) B001 24 注3 外来緩和ケア管理料(特定地域)(150点)	件	<input type="checkbox"/>
(7) B001 25 イ 移植後患者指導管理料 臓器移植後(300点)	件	<input type="checkbox"/>
(8) B001 25 ロ 移植後患者指導管理料 造血幹細胞移植後(300点)	件	<input type="checkbox"/>
(9) B004 退院時共同指導料1(1500点または900点)	件	<input type="checkbox"/>
(10) B005 退院時共同指導料2(400点)	件	<input type="checkbox"/>
(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(300点)	件	<input type="checkbox"/>
(B) B005 注3 多機関共同指導加算(2000点)	件	<input type="checkbox"/>
(11) B005-1-2 介護支援連携指導料(400点)	件	<input type="checkbox"/>
(12) B008-2 薬剤総合評価調整管理料(月1回 250点)	件	<input type="checkbox"/>
(13) B008-2 注2 連携管理加算(50点)	件	<input type="checkbox"/>
(14) B011-3 薬剤情報提供料(外来,月1回)(10点)	件	<input type="checkbox"/>
(A) B011-3 注2 手帳記載加算(外来,月1回)(3点)	件	<input type="checkbox"/>
(15) B014 退院時薬剤情報管理指導料(90点)	件	<input type="checkbox"/>
(A) B014 注2 退院時薬剤情報連携加算(60点)	件	<input type="checkbox"/>

14. 在宅

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。		
記載要領も併せてご確認ください。	算定件数	届出無
(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	<input type="checkbox"/>
(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	<input type="checkbox"/>
(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	<input type="checkbox"/>
(A) C008 注2 麻薬使用患者への薬学的管理指導(加算100点)	件	<input type="checkbox"/>
(B) C008 注3 乳幼児加算(100点)	件	<input type="checkbox"/>
(4) C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料(200点)	件	<input type="checkbox"/>

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ヵ月間 の算定件数をご記入ください。		
記載要領も併せてご確認ください。	算定件数	届出無
(1) F000 調剤料 1 イ(外来 内服等,1回)(11点)	件	<input type="checkbox"/>
(2) F000 調剤料 1 ロ(外来 外用,1回)(8点)	件	<input type="checkbox"/>
(3) F000 調剤料 2(入院,1日)(7点)	件	<input type="checkbox"/>
(4) F100 注10 向精神薬調整連携加算(12点)	件	<input type="checkbox"/>
(5) F400 注8 向精神薬調整連携加算(12点)	件	<input type="checkbox"/>
(6) F500 調剤技術基本料 1(入院,月1回)(42点)	件	<input type="checkbox"/>
(7) F500 調剤技術基本料 2(外来,月1回)(14点)	件	<input type="checkbox"/>
(A) F500 注3 院内製剤加算(10点)	件	<input type="checkbox"/>

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、 <u>6月1ヵ月間</u> の算定件数をご記入ください。 <u>記載要領も併せてご確認ください。</u>			算定件数	届出無
(1) 通則6 イ 外来化学療法加算 1 (1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合①②	件	<input type="checkbox"/>		
(A) 連携充実加算 (月1回 150点)	件	<input type="checkbox"/>		
(2) 通則6 イ 外来化学療法加算 1 (2) 抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合①②	件	<input type="checkbox"/>		
(3) 通則6 ロ 外来化学療法加算 2 (1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合①②	件	<input type="checkbox"/>		
(4) 通則6 ロ 外来化学療法加算 2 (2) 抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合①②	件	<input type="checkbox"/>		
(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	<input type="checkbox"/>		
(6) G020 無菌製剤処理料 1 ロ (45点) イ以外の場合	件	<input type="checkbox"/>		
(7) G020 無菌製剤処理料 2 (40点)	件	<input type="checkbox"/>		

17. リハビリテーション

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、 <u>6月1ヵ月間</u> の算定件数をご記入ください。 <u>記載要領も併せてご確認ください。</u>			算定件数	届出無
(1) H004 1 摂食機能療法 1 30分以上の場合 (185点)	件	<input type="checkbox"/>		
(2) H004 2 摂食機能療法 2 30分未満の場合 (130点)	件	<input type="checkbox"/>		
(A) H004 注3 摂食嚥下支援加算 (週1回 200点)	件	<input type="checkbox"/>		

18. 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。算定している場合は、 <u>6月1ヶ月間</u> の算定件数をご記入ください。 <u>記載要領も併せてご確認ください。</u>			算定件数	届出無
(1) 薬剤管理指導	件	<input type="checkbox"/>		
(2) 居宅療養管理指導 (薬剤師が行う場合)	件	<input type="checkbox"/>		
(3) かかりつけ医連携薬剤調整加算 (I) 100単位	件	<input type="checkbox"/>		
(4) かかりつけ医連携薬剤調整加算 (II) 240単位	件	<input type="checkbox"/>		
(5) かかりつけ医連携薬剤調整加算 (II) 100単位	件	<input type="checkbox"/>		

19. その他薬剤師が関与しうる診療報酬
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、 <u>6月1ヵ月間</u> の算定件数をご記入ください。 <u>記載要領も併せてご確認ください。</u>			算定件数	届出無
(1) A230-4 精神科リエゾンチーム加算 (週1回 300点)	件	<input type="checkbox"/>		
(2) 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	<input type="checkbox"/>		
(3) 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	<input type="checkbox"/>		
(4) 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	<input type="checkbox"/>		
(5) 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	<input type="checkbox"/>		
(6) 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	<input type="checkbox"/>		
(7) A246 3 入退院支援加算 3 (退院時 1200点)	件	<input type="checkbox"/>		
(A) A246 注7 イ 入院時支援加算 1 (退院時 230点)	件	<input type="checkbox"/>		
(B) A246 注7 ロ 入院時支援加算 2 (退院時 200点)	件	<input type="checkbox"/>		
(8) A247 1 認知症ケア加算 1 (160点または30点)	件	<input type="checkbox"/>		
(9) A247 2 認知症ケア加算 2 (100点または25点)	件	<input type="checkbox"/>		
(10) A247 3 認知症ケア加算 3 (40点または10点)	件	<input type="checkbox"/>		

医学管理料

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。		
記載要領も併せてご確認ください。	算定件数	届出無
(1) B001 1 イ ウイルス疾患指導料 1 (240点)	件	<input type="checkbox"/>
(2) B001 16 ロ 喘息治療管理料 2 (280点)	件	<input type="checkbox"/>
(3) B001 27 糖尿病透析予防指導管理料 (350点)	件	<input type="checkbox"/>
(4) B001 27 注4 糖尿病透析予防指導管理料 (特定地域) (175点)	件	<input type="checkbox"/>
(5) B001-2-9 1 地域包括診療料1 (月1回 1560点)	件	<input type="checkbox"/>
(6) B001-2-9 2 地域包括診療料2 (月1回 1503点)	件	<input type="checkbox"/>
(A) B001-2-9 注3 薬剤適正使用連携加算 (退院時 30点)	件	<input type="checkbox"/>
(7) B015 1 イ 精神科退院時共同指導料 (I) (1500点)	件	<input type="checkbox"/>
(8) B015 1 ロ 精神科退院時共同指導料 (II) (900点)	件	<input type="checkbox"/>
(9) B015 2 精神科退院時共同指導料 2 (700点)	件	<input type="checkbox"/>

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ヵ月間 の算定件数をご記入ください。		
記載要領も併せてご確認ください。	算定件数	届出無
(1) C101 1 在宅自己注射指導管理料 1 (1230点)	件	<input type="checkbox"/>
(2) C101 2 イ 在宅自己注射指導管理料 2 月27回以下の場合 (650点)	件	<input type="checkbox"/>
(3) C101 2 ロ 在宅自己注射指導管理料 2 月28回以上の場合 (750点)	件	<input type="checkbox"/>
(A) C101 注4 バイオ後続品導入初期加算 (150点)	件	<input type="checkbox"/>

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。		
記載要領も併せてご確認ください。	算定件数	届出無
(1) E101-2 ポジトロン断層撮影	件	<input type="checkbox"/>
(2) E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	件	<input type="checkbox"/>
(3) E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影	件	<input type="checkbox"/>
(4) E101-5 乳房用ポジトロン断層撮影	件	<input type="checkbox"/>

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ヵ月間 の算定件数をご記入ください。		
記載要領も併せてご確認ください。	算定件数	届出無
(1) F100 注7 抗悪性腫瘍剤処方管理加算 (70点)	件	<input type="checkbox"/>
(2) F400 注6 抗悪性腫瘍剤処方管理加算 (70点)	件	<input type="checkbox"/>
(3) F400 注7 一般名処方加算 1 (7点)	件	<input type="checkbox"/>
(4) F400 注7 一般名処方加算 2 (5点)	件	<input type="checkbox"/>

※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。