

令和2年度「病院薬剤部門の現状調査」

(令和2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公表・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2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2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2年7月31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2年7月31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2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	5
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	8
13.	医学管理等	9
14.	在宅	10
15.	投薬	10
16.	注射	10
17.	リハビリテーション	10
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(平成31年4月～令和2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2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。

- 1:DPC対象病院(対象病床数 ()床),
2:DPC準備病院(→設問3へ),
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。

- 1:大学病院本院, 2:DPC特定病院群, 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。

- 1:救急医療体制がある, 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。

- 1:1次救急(初期), 2:2次救急(重症), 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: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2年6月1日現在)

	(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	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床
(2) 休床数	床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床
(3) 稼働病床数	床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床
(4) 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。	
○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○の1つにチェックをつけてください。	
○1: 薬剤師独自の俸給表を適用, ○2: 医療技術職の俸給表を適用, ○3: 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。	○1: ある, ○2: 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
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

特定入院料	区分	病床数の計
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

(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
(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"/>

	算定件数	届出無
(B)A234 注2 □ 医療安全対策地域連携加算 2 (20点)	件	□
(6)A234-2 1 感染防止対策加算 1 (390点)	件	□
(7)A234-2 2 感染防止対策加算 2 (90点)	件	□
(A)A234-2 注2 感染防止対策地域連携加算 (100点)	件	□
(B)A234-2 注3 抗菌薬適正使用支援加算 (100点)	件	□
(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	□
(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	□
(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	□
(11)A250 薬剤総合評価調整加算 (退院時1回 100点)	件	□
(A)A250 注2 薬剤調整加算 (150点)	件	□
(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 □ ウイルス疾患指導料 2 (330点)	件	□
(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	□
(2)B001 2 イ 特定薬剤治療管理料1 (470点)	件	□
(3)B001 2 □ 特定薬剤治療管理料2 (100点)	件	□
(4)B001 23 ハ がん患者指導管理料 (200点)	件	□
(5)B001 24 外来緩和ケア管理料 (290点)	件	□
(A)B001 24 注2 小児加算 (150点)	件	□
(6)B001 24 注3 外来緩和ケア管理料 (特定地域) (150点)	件	□
(7)B001 25 イ 移植後患者指導管理料 臓器移植後 (300点)	件	□
(8)B001 25 □ 移植後患者指導管理料 造血幹細胞移植後 (300点)	件	□
(9)B004 退院時共同指導料1 (1500点または900点)	件	□
(10)B005 退院時共同指導料2 (400点)	件	□
(A)B005 注2 在宅療養を担う保険医と共同して指導を行った場合 (300点)	件	□
(B)B005 注3 多機関共同指導加算 (2000点)	件	□
(11)B005-1-2 介護支援連携指導料 (400点)	件	□
(12)B008-2 薬剤総合評価調整管理料 (月1回 250点)	件	□
(13)B008-2 注2 連携管理加算 (50点)	件	□
(14)B011-3 薬剤情報提供料 (外来, 月1回) (10点)	件	□
(A)B011-3 注2 手帳記載加算 (外来, 月1回) (3点)	件	□
(15)B014 退院時薬剤情報管理指導料 (90点)	件	□
(A)B014 注2 退院時薬剤情報連携加算 (60点)	件	□

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、 <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)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、 <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)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、 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) 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"/>

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。算定している場合は、 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) 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(150点または30点)	件	<input type="checkbox"/>
(9) A247 2 認知症ケア加算2(30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。算定している場合は、 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。算定している場合は、 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。		
<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)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。		
<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)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。

IV. 薬剤師・薬剤部門の概要

20. 薬剤部門の概要

(1) 薬剤部門は独立部門ですか。別の部門（例えば診療支援部門）の下部部門ですか。薬剤部門が組織されていませんか（例えば医療技術部に含まれている）。該当する○の <u>1つ</u> にチェックをつけてください。	
○1:独立部門, ○2:下部部門（上位部門名 _____）, ○3:組織されていない。	
(2) 薬剤部門の名称について該当する○の <u>1つ</u> にチェックをつけてください。	
○1:薬剤部, ○2:薬剤科, ○3:薬局, ○4:医療技術部, ○5:診療技術部, ○6:診療支援部, ○7:薬剤課, ○8:薬剤室, ○9:その他（具体的に _____）。	
(3) 薬剤部門長の職種について、該当する○の <u>1つ</u> にチェックをつけてください。	
○1:薬剤師, ○2:医師, ○3:その他(1-2以外)	
(4) 医薬品の物流管理にSPD(Supply Processing Distribution)を導入していますか。	○1:している, ○2:していない

21. 薬剤部門の職員数

	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	常勤換算人数 (第2位を四捨五入)
(1) 薬剤部門に在籍する薬剤師数①	人	人	人
(2) 施設が認める薬剤部門の薬剤師定数② [†]	人	人	人
(3) 定数に対する欠員数 (②-①)	人	人	人
(4) 薬剤部門以外（医療安全部門、治験・臨床研究部門等）に在籍する薬剤師数	人	人	人
(5) 薬剤師以外の者 [※] (主に調剤の補助業務に従事している者)	人	人	人
(6) 薬剤師以外の者 [※] (主に事務作業に従事している者)	人	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言う。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。

† 定数がない施設は、現在採用可能な最大人数または過去在籍した最大人数をご記載ください。

※ 貴施設が直接雇用している薬剤師以外の者についてご回答ください（SPD等外部委託は含まない）。

22. 薬剤師の入退職について（平成31年4月～令和2年3月末までの1年間）

	常勤 (フルタイム勤務)	非常勤* (実人数) (フルタイムより短い勤務)
(1) 入職薬剤師数	人	人
(2) うち新規に薬剤師免許を取得した者	人	人
(3) 退職薬剤師数	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。

23. 薬剤部門の勤務体制について

(1) 貴施設の常勤薬剤師、非常勤薬剤師、薬剤師以外の者の所定労働時間及び平均労働時間についてご記入ください。		
	所定労働時間 (1週間・1人あたり)	平均労働時間* (1週間・1人あたり)
(A) 常勤薬剤師(フルタイム)	時間 分/人/週	時間 分/人/週
(B) 非常勤薬剤師(パートタイム)*	時間 分/人/週	時間 分/人/週
(C) 薬剤師以外の者*	時間 分/人/週	時間 分/人/週
(2) 常勤薬剤師の週休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"/> 01: 週休1日制または週休1日半制, <input type="radio"/> 02: 完全週休2日制より休日日数が実質的に少ない制度, (例: 月3回、隔週、月2回、月1回の週休2日制の他、3勤務1休、4勤務1休等) <input type="radio"/> 03: 完全週休2日制, <input type="radio"/> 04: 完全週休2日制より休日日数が実質的に多い制度。 (例: 月1回以上週休3日制、3勤務3休、3勤務4休など)		
* 平均労働時間は、6月の任意の1週間における、常勤薬剤師、非常勤薬剤師、薬剤師以外の者毎の労働時間(時間外労働を含む)の合計を、その職員数で割った時間をご記載ください。		
※ 1週間当たりの所定労働時間が異なる職員が混在している場合(例: 薬剤師以外の者で、1週40時間の常勤職員2名と1週30時間のパートタイム職員が1名いる)は、平均の所定労働時間(例: $2 \times 40 + 30$ を3で割った36時間40分)をご記載ください。		

(3) 薬剤部門の薬剤師の平日夜間の勤務体制がありますか。	<input type="radio"/> 01: ある, <input type="radio"/> 02: ない(→(4)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。	
<ul style="list-style-type: none"> ・宿直: 薬剤師が夜間勤務している体制をとっていること ・一部宿直: 曜日または日にち指定で宿直体制をとっていること ・居残り体制: 毎日あるいは曜日指定で一定時間まで薬剤師が居残る体制をとっていること ・On call: 自宅待機等で必要時に呼び出しを受けて対応できる体制をとっていること ・二交代制: 12時間勤務等二交代で24時間体制をとっていること ・三交代制: 日勤、準夜、深夜等の交代制勤務をとっていること ・シフト勤務: 早出、遅出等の時間差勤務体制をとっていること 	
<input type="checkbox"/> 01: 宿直, <input type="checkbox"/> 02: 一部宿直, <input type="checkbox"/> 03: 居残り体制, <input type="checkbox"/> 04: On call, <input type="checkbox"/> 05: 二交代制, <input type="checkbox"/> 06: 三交代制, <input type="checkbox"/> 07: シフト勤務(早出、遅出等), <input type="checkbox"/> 08: その他()。	
(4) 薬剤部門薬剤師の休日の勤務体制がありますか。	<input type="radio"/> 01: ある, <input type="radio"/> 02: ない(→設問24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。	
<ul style="list-style-type: none"> ・日直: 休日の9時~17時など平日勤務時間と同様の勤務体制を採っていること。 ・半日日直: 午前中等の半日勤務体制を採っていること。(日直勤務に満たないもの) 	
<input type="checkbox"/> 01: 日直, <input type="checkbox"/> 02: 半日日直, <input type="checkbox"/> 03: On call, <input type="checkbox"/> 04: その他()。	

V. 薬剤師の業務

24. 薬剤師の業務内容と実施の程度

<p>以下の薬剤師の業務について、その業務を実施している場合は、6月1ヵ月間の当該業務の実施の程度と、全業務量に対する当該業務量の割合をご記入ください。記載要領も併せてご確認ください。</p> <p>・当該業務の実施の程度は、その業務を実施している場合は[○1:かなり, ○2:よく, ○3:時々]、実施していない場合は実施無のいずれかの○の1つにチェックをつけてください。</p> <p>※かなり: 当該業務について8割程度以上実施している。 よく: 当該業務について半分(5割)程度以上実施している。 時々: 当該業務について半分に満たないが実施している。</p> <p>・全業務量に対する当該業務量の割合は、その業務を実施している場合、薬剤師(薬剤師以外の者及び外注の業務時間を除く)の全業務量(時間)を100%としたときの、当該業務の業務量(時間)割合を目安にご記入ください。実施しているが全業務に対する割合が1%に満たない場合(月や年に数度しか行わない業務など)は0とご記入ください。</p>
--

薬剤師の業務	実施の有無(6月1ヵ月間)		
	当該業務の実施の程度※	全業務量に対する割合(%)	実施無
1. 入院患者に対する薬学的管理指導(病棟薬剤業務、薬剤管理指導、退院時指導等)	○1:かなり, ○2:よく, ○3:時々	%	○
2. 入院前患者に対する薬学的管理指導(持参薬確認を含む)	○1:かなり, ○2:よく, ○3:時々	%	○
3. 外来患者に対する薬学的管理指導(外来化学療法室での指導を含む。調剤薬交付時の管理指導は含まない。)	○1:かなり, ○2:よく, ○3:時々	%	○
4. 入院患者に対する内用薬・外用薬調剤業務	○1:かなり, ○2:よく, ○3:時々	%	○
5. 入院患者に対する注射薬調剤業務	○1:かなり, ○2:よく, ○3:時々	%	○
6. 外来患者に対する調剤業務(内用・外用・注射、調剤薬交付時の管理指導を含む)	○1:かなり, ○2:よく, ○3:時々	%	○
7. 入院患者に対する無菌製剤処理業務	○1:かなり, ○2:よく, ○3:時々	%	○
8. 外来患者に対する無菌調製処理業務	○1:かなり, ○2:よく, ○3:時々	%	○
9. 院内製剤調製・試験業務、放射性医薬品(PET用含む)に関する業務	○1:かなり, ○2:よく, ○3:時々	%	○
10. 薬品管理業務(発注、在庫管理、マスタ管理等)	○1:かなり, ○2:よく, ○3:時々	%	○
11. 医薬品情報管理業務	○1:かなり, ○2:よく, ○3:時々	%	○
12. 治療薬物モニタリング(TDM)業務	○1:かなり, ○2:よく, ○3:時々	%	○
13. 手術室関連業務	○1:かなり, ○2:よく, ○3:時々	%	○
14. 治験・臨床試験関連業務	○1:かなり, ○2:よく, ○3:時々	%	○
15. 教育・研究業務(実習生指導含む)	○1:かなり, ○2:よく, ○3:時々	%	○
16. 医療安全・医薬品安全に関する業務	○1:かなり, ○2:よく, ○3:時々	%	○
17. 院内横断的な医療チームに関する業務(IGT、AST、NST等)	○1:かなり, ○2:よく, ○3:時々	%	○
18. 病院・薬剤部門の運営・管理に関する業務(会議、委員会への出席等を含む)	○1:かなり, ○2:よく, ○3:時々	%	○
19. その他	○1:かなり, ○2:よく, ○3:時々	%	○

25. 副作用等報告について

(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(→(2)へ).	
(A) 一元管理している部門が<ある>場合、該当する○の1つにチェックをつけてください。		
○1:薬剤部門(医薬品情報管理室等), ○2:医療安全管理部門, ○3:臨床試験センター・治験センター, ○4:その他()。		
(2) 貴施設で発生した副作用のうち、副作用等報告をした件数等(令和元年度1年間)についてご記入ください。		
	1) 報告・利用件数 (令和元年度1年間)	2) うち、薬剤師が関与した件数 (令和元年度1年間)
(a) 製薬企業に報告	件	件
(b) 厚生労働大臣に報告(窓口はPMDA)	件	件
(c) 医薬品副作用被害救済制度の利用	件	件

*副作用等：医薬品・医療機器等安全性情報報告制度に基づく健康被害等

VI. 調剤

26. 処方せん枚数・記載方法

(1) 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)
(a) 入院処方せん枚数	枚
(b) 外来処方せん枚数(院内)・・・①	枚
(c) 外来処方せん枚数(院外)・・・②	枚
(d) 院外処方せん発行率・・・②/(①+②)×100 (第2位四捨五入)	%
(2) 処方せんの内服薬の記載方式について該当する○の1つにチェックをつけて下さい。	
○1:1回量, ○2:1日量と1回量の併記, ○3:1日量, ○4:その他1~3以外(具体的に	
(3) 一般名処方をしていきますか。	○1:している, ○2:していない.
(4) 分割指示にかかる院外処方箋を発行していますか。	○1:している, ○2:していない.

VII. 無菌製剤処理・がん化学療法

27. 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。	○1:実施している, ○2:実施していない(→設問28へ)
(2) 無菌調製のクリーンベンチ、安全キャビネット、アイソレーターの台数をご記入ください。 施設内にない場合は「0」とご記入ください。	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。	
□1:薬剤師, □2:医師, □3:看護師	
(A) <1:薬剤師>にチェックした場合、薬剤部門でプライミングを実施していますか。	○1:実施している ○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。	
□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:登録されていないレジメンの調製が必要であるため □4:処方変更に対応していないため(対応できない時間帯がある)	
(4) 中心静脈注射(TPN)及び無菌治療室での治療が必要な患者の薬剤の無菌調製について、調製する職種全てにチェックをつけてください。	
□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(→設問28へ)
(A) 上記設問で<ある>と回答した場合、調製した薬剤の一般名をご記入ください。	

28. 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29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、配置されていない場合は「0」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) 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。	
<input type="checkbox"/> 1:委員長, <input type="checkbox"/> 2:副委員長, <input type="checkbox"/> 3:委員, <input type="checkbox"/> 4:事務局, <input type="checkbox"/> 5:オブザーバー, <input type="checkbox"/> 6:その他(), <input type="checkbox"/> 7:薬剤師は関与していない.	
(4) 貴施設で実施される化学療法のレジメンをホームページで閲覧できるようにしていますか。	○1:している, ○2:していない
(5) 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。	
<input type="checkbox"/> 1:抗がん剤の治療スケジュール説明, <input type="checkbox"/> 2:インフォームドコンセント(医師と協働), <input type="checkbox"/> 3:副作用モニタリング, <input type="checkbox"/> 4:支持療法の処方提案, <input type="checkbox"/> 5:有効性・副作用、対処方法等の説明, <input type="checkbox"/> 6:副作用などの電話相談, <input type="checkbox"/> 7:薬剤師外来での服薬指導や薬学的管理, <input type="checkbox"/> 8:保険薬局への情報提供や情報共有, <input type="checkbox"/> 9:1-8以外(抗悪性腫瘍薬等の調製を除く)(具体的に).	

VIII. 治療薬物モニタリング(TDM)・薬学的管理・連携

29. TDMの測定・解析

(1) 貴施設でTDMを実施していますか。	○1:いる, ○2:いない(→設問30へ)
(2) TDMの測定について、該当するもの全てにチェックをつけてください。	
<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、該当するもの全て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.	

30. 持参薬

(1) 入院時持参薬の確認について、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:薬剤師が確認, <input type="checkbox"/> 2:医師が確認, <input type="checkbox"/> 3:看護師が確認, <input type="checkbox"/> 4:その他().	
(2) 入院時持参薬の確認に薬剤師が関与している場合、確認件数・実施割合(6月1ヵ月間)をご記入ください。	
(A) 持参薬確認件数(6月1ヵ月間)	件 (B) 実施割合(6月1ヵ月間) %
(C) そのうち、入院前に、持参薬を確認した件数	件(再掲)
(D) そのうち、薬剤服用歴や医薬品等について保険薬局に照会した件数	件(再掲)
(3) 持参薬の入院中の使用状況について、該当する○の1つにチェックをつけてください。	
○1:全て使用している(→設問31へ), ○2:一部使用している, ○3:使用しない(→設問31へ)	
(A) <一部使用>と回答した場合、持参薬を使用する場合の基準について最も良く該当するもの1つにチェックをつけてください。	
<input type="radio"/> 1:入院の契機となった傷病以外に用いる持参薬, <input type="radio"/> 2:非採用医薬品の持参薬, <input type="radio"/> 3:後発医薬品以外の持参薬, <input type="radio"/> 4:後発医薬品の持参薬, <input type="radio"/> 5:その他().	

31. 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	<input type="checkbox"/> 1:薬剤サマリー, <input type="checkbox"/> 2:トレーシングレポート, <input type="checkbox"/> 3:その他(),
(b) 病院等	<input type="checkbox"/> 1:薬剤サマリー, <input type="checkbox"/> 2:トレーシングレポート, <input type="checkbox"/> 3:その他(),
(c) 介護施設	<input type="checkbox"/> 1:薬剤サマリー, <input type="checkbox"/> 2:トレーシングレポート, <input type="checkbox"/> 3:その他(),
(2) 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="radio"/> 1:している, <input type="radio"/> 2:していない(→(3)へ)
(A) 情報共有している場合、他の医療提供施設での患者情報を確認していますか。	<input type="radio"/> 1:している, <input type="radio"/> 2:していない(→(3)へ)
(B) <確認している>場合、該当する情報全てにチェックをつけてください。	
<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"/> 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"/> 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"/> 11:退院前1週間以内に使用した薬剤の情報・指導内容, <input type="checkbox"/> 12:退院時の指導内容, <input type="checkbox"/> 13:その他()	
(3) 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="radio"/> 1:はい, <input type="radio"/> 2:いいえ

32. 介護施設における薬剤師の関与

(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="radio"/> 1:ある, <input type="radio"/> 2:ない(→設問33へ)
(A) 併設もしくは関連法人で、<介護施設がある>場合は、該当する施設毎に施設数を、<ない>場合は「0」をご記入ください。					
(a) 介護老人 保健施設	(b) 介護老人 福祉施設	(c) 介護療養型 医療施設	(d) 介護医療院	(e) その他	
施設	施設	施設	施設	施設	
(2) 介護施設に薬剤師が関与していますか。					<input type="radio"/> 1:いる, <input type="radio"/> 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				

33. 地域連携

(1) 貴施設に退院時カンファレンス(退院に向けた多職種カンファレンス)がありますか。	<input type="radio"/> 1:ある, <input type="radio"/> 2:ない(→(2)へ)
(A) 退院時カンファレンス(退院に向けた多職種カンファレンス)がある場合、院内の薬剤師が関与していますか。	<input type="radio"/> 1:いる, <input type="radio"/> 2:いない(→(2)へ)
(B) <院内の薬剤師が関与している>場合、実施している業務について該当するもの全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:本人家族等からの薬物療法に関する要望・相談, <input type="checkbox"/> 2:本人家族等への薬物療法に関する説明, <input type="checkbox"/> 3:退院後(在宅・施設)に実施可能な薬物療法に関する把握, <input type="checkbox"/> 4:他職種に必要な薬物療法に関する情報の提供, <input type="checkbox"/> 5:退院に向けての処方設計・処方提案, <input type="checkbox"/> 6:その他().	
(2) 介護支援連携指導料を<算定している>場合、院内の薬剤師が関与していますか。	<input type="radio"/> 1:いる, <input type="radio"/> 2:いない(→(3)へ)

(A) 介護支援連携指導に〈院内の薬剤師が関与している〉場合、実施している業務について該当するもの 全て にチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:薬物療法の内容に関する情報提供、 <input type="checkbox"/> 2:薬物投与経路に関する手技・注意事項の情報提供、 <input type="checkbox"/> 3:副作用の対処方法に関する情報提供、 <input type="checkbox"/> 4:ケア上注意が必要な薬物に関する情報提供、 <input type="checkbox"/> 5:患者家族等の薬物療法に関する要望についての情報提供、 <input type="checkbox"/> 6:その他()。	
(3)退院時共同指導料2を〈算定している〉場合、院内の薬剤師が関与していますか。	○1:いる、○2:いない(→(4)へ)
(A)退院時共同指導料2に〈院内の薬剤師が関与している〉場合、実施している業務について該当するもの 全て にチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:入院期間中の薬物療法の内容・経過の説明、 <input type="checkbox"/> 2:入院期間中に発症した副作用・対処方法の説明、 <input type="checkbox"/> 3:患者のアドヒアランスに関する説明、 <input type="checkbox"/> 4:薬物投与経路に関する手技・注意事項の情報提供、 <input type="checkbox"/> 5:患者家族等の薬物療法に関する要望についての情報提供、 <input type="checkbox"/> 6:その他()。	
(4)精神科退院時共同指導料2を〈算定している〉場合、院内の薬剤師が関与していますか。	○1:いる、○2:いない(→(5)へ)
(A)精神科退院時共同指導料2に〈院内の薬剤師が関与している〉場合、実施している業務について該当するもの 全て にチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:入院期間中の薬物療法の内容・経過の説明、 <input type="checkbox"/> 2:入院期間中に発症した副作用・対処方法の説明、 <input type="checkbox"/> 3:患者のアドヒアランスに関する説明、 <input type="checkbox"/> 4:薬物投与経路に関する手技・注意事項の情報提供、 <input type="checkbox"/> 5:患者家族等の薬物療法に関する要望についての情報提供、 <input type="checkbox"/> 6:その他()。	
(5)令和元年度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。	○1:ある、 ○2:ない
(6)令和元年度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。	○1:ある、 ○2:ない

IX. 手術室における薬剤師

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。	○1:ある、○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。	○1:いる、○2:いない(→(B)へ)
(A)〈関与している〉場合、該当するもの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○の1つにチェックをつけてください。	
○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()。	

X. 薬剤師のチーム医療への関わり

35. 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	○1:ある, ○2:ない	名	名	名
(2) 抗菌薬適正使用チーム	○1:ある, ○2:ない	名	名	名
(3) NST (栄養サポートチーム)	○1:ある, ○2:ない	名	名	名
(4) 緩和ケアチーム	○1:ある, ○2:ない, ○3:緩和ケア病床等はない.	名	名	名
(5) 糖尿病(チーム)療養指導	○1:ある, ○2:ない, ○3:糖尿病疾患の治療施設ではない	名	名	名
(6) 糖尿病透析予防診療チーム	○1:ある, ○2:ない, ○3:糖尿病疾患の治療施設ではない	名	名	名
(7) 移植チーム	○1:ある, ○2:ない, ○移植を行う施設ではない	名	名	名
(8) ウイルス疾患チーム	○1:ある, ○2:ない, ○3:ウイルス疾患の治療施設ではない	名	名	名
(9) 褥瘡対策チーム	○1:ある, ○2:ない,	名	名	名
(10) 周術期管理チーム	○1:ある, ○2:ない, ○3:手術室ICU等はない.	名	名	名
(11) 呼吸サポートチーム	○1:ある, ○2:ない	名	名	名
(12) 口腔ケアチーム	○1:ある, ○2:ない	名	名	名
(13) 摂食嚥下支援チーム	○1:ある, ○2:ない	名	名	名
(14) 精神科リエゾンチーム	○1:ある, ○2:ない	名	名	名
(15) 認知症ケアチーム	○1:ある, ○2:ない	名	名	名
(16) その他*	チーム名 ()	名	名	名
(17) その他*	チーム名 ()	名	名	名
(18) その他*	チーム名 ()	名	名	名
(19) その他*	チーム名 ()	名	名	名
(20) その他*	チーム名 ()	名	名	名

* 「(1) 感染制御チーム」から「(15) 認知症ケアチーム」以外に、薬剤師が関与している**院内横断的な医療チーム**がある場合は、ご記載ください。

XI. 医薬品情報管理・医薬品等管理

36. 医療安全・医薬品安全

(1) 薬剤師が就いている役職の全てにチェックをつけてください。	
□1: 医療安全管理者, □2: 医薬品安全管理責任者, □3: 医療機器安全管理責任者	
(2) 未承認薬等の安全使用の措置を適切に実施するための担当薬剤師を定めていますか。	○1: いる, ○2: いない,
(3) 未承認薬等を用いた医療を提供する場合の措置について、実施しているもの全てにチェックをつけてください。	
□1: 使用条件の決定・使用の適否等を決定する部門を設置している, □2: 従業者が遵守すべき事項・上記部門が確認すべき事項等を定めた規程がある, □3: 上記部門による上記規程の遵守状況の確認	
(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。	
□1: 医療機関で用いる医薬品の採用・購入に関する事項, □2: 医薬品の管理に関する事項, □3: 患者に対する医薬品の投薬指示から調剤までに関する事項, □4: 患者に対する与薬や服薬指導に関する事項, □5: 医薬品の安全使用に係る情報の取り扱い, □6: 他施設との連携に関する事項, □7: 放射性医薬品に関する事項, □8: 院内製剤に関する事項, □9: 医薬品安全性情報等の周知や入手・措置体制 □10: その他の事項（具体的に_____）.	
(5) 貴施設の従業者に対する医薬品安全に係る研修を実施（令和元年度1年間）しましたか。	○1: 実施した, ○2: 実施していない（→設問へ37）
(A) <実施した>場合、実施している研修について、該当するもの全てにチェックをつけてください。	
□1: 医薬品の有効性・安全性に関する情報、使用方法に関する事項, □2: 医薬品の業務手順書に関する事項, □3: 医薬品による副作用が発生した場合の対応に関する事項.	
(6) 医療安全管理部門に薬剤師が専従配置されていますか。	○1: 専従, ○2: 専任, ○3: いない.

37. 院内製剤業務

(1) 薬剤部門で院内製剤業務を実施（令和元年度1年間）しましたか。	○ いる, ○ いない（→設問38へ）		
(2) 調製した種類数等（令和元年度1年間）についてクラス分類ごとにご記入ください。			
	1) クラスI	2) クラスII	3) クラスIII
(A) 内服	種類	種類	種類
(B) 外用	種類	種類	種類
(C) 注射	種類	種類	種類
(3) 院内製剤について検討する委員会がありますか。該当するもの全てにチェックをつけてください。			
□1: 倫理審査委員会, □2: 薬事委員会, □3: 1と2以外の委員会 □4: 委員会がないので、対応を検討中である, □5: 委員会はなく、設置する予定もない.			

38. 放射性医薬品

(1) 放射性医薬品を貴施設内で扱っていますか。	○1: いる, ○2: いない（→設問39へ）		
(2) 放射性医薬品を薬剤部門で取り扱っていますか。	○1: いる, ○2: いない（→(4)へ）		
(3) 放射性医薬品管理者は薬剤師ですか。	○1: はい, ○2: いいえ		
(A) 放射性医薬品の管理・調製・品質検査について、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。実施しない場合は実施無の□にチェックをつけてください。			
	薬剤師数	薬剤師の実施件数 （6月1ヵ月間）	実施無
(a) 管理	名		○
(b) 調製	名	件	○
(c) 品質検査	名	件	○

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

XII. 治験・臨床研究

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)

(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。	○1: ある, ○2: ない(→(2)へ)
(A) <ある>場合、委員に薬剤師職はいますか。	○1: いる, ○2: いない
(2) 貴施設に治験審査委員会がありますか。	○1: ある, ○2: ない(→設問40へ)
(A) <ある>場合、委員に薬剤師職はいますか。	○1: いる, ○2: いない

40. 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41へ)		
(2) 貴施設で治験を実施(令和元年度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、薬剤部門に在籍する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

XIII. 災害対策

41. 災害対策

(1) 貴施設に薬剤部門の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、令和元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
(2) 貴施設に薬剤部門のBCP(Business Continuity Plan)がありますか。	○1: ある, ○2: ない
(3) 貴施設に災害派遣医療チームDMAT隊員として登録されている薬剤師がいますか。	○1: いる, ○2: いない(→設問42へ)
(A) <DMAT隊員の薬剤師がいる>場合、その人数	人

XIV. 教育・研修

42. 学生実習の受入れ

(1) 令和元年度長期実務実習で学生を受け入れましたか。	○1:受け入れた, ○2:受け入れていない	
(2) 令和2年度長期実務実習で学生を受け入れる予定ですか。	○1:予定である, ○2:予定はない	
(3) 令和元年度の学生受入人数及び令和2年度の学生受入予定人数をご記入ください。受け入れが無い場合は「0」と記載ください。	(a) 令和元年度受入人数	(b) 令和2年度受入予定人数
(A) 受入人数	名	名
(B) 調整機構を通したふるさと枠(再掲)	名	
(C) グループ実習(再掲)	名	
(4) 実務実習の体制について、貴施設に下記認定薬剤師が在籍していますか。	在籍人数(6月1日現在)	
(A) 日本薬剤師研修センター認定実務実施指導薬剤師		名
(B) 日病薬認定指導薬剤師		名

43. 専門薬剤師等取得状況について(令和2年6月1日現在)

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。

※貴施設に所属するすべての薬剤師(薬剤部門以外の薬剤師を含みます)が令和2年6月1日時点で取得している資格等について記入してください。なお、1名が複数の資格等を取得している場合は、すべてを記入してください。また、それぞれの資格を取得している場合に支払われる手当等(定額、調整係数等算定方法は問いません)についてご記入ください。

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) がん専門薬剤師(日本医療薬学会)	人	円
(2) がん薬物療法認定薬剤師(日本病院薬剤師会)	人	円
(3) 緩和薬物療法認定薬剤師(日本緩和医療薬学会)	人	円
(4) 感染制御専門薬剤師(日本病院薬剤師会)	人	円
(5) 感染制御認定薬剤師(日本病院薬剤師会)	人	円
(6) 抗菌化学療法認定薬剤師(日本化学療法学会)	人	円
(7) 精神科専門薬剤師(日本病院薬剤師会)	人	円
(8) 精神科薬物療法認定薬剤師(日本病院薬剤師会)	人	円
(9) 妊婦・授乳婦専門薬剤師(日本病院薬剤師会)	人	円
(10) 妊婦・授乳婦薬物療法認定薬剤師(日本病院薬剤師会)	人	円
(11) HIV感染症専門薬剤師(日本病院薬剤師会)	人	円
(12) HIV感染症薬物療法認定薬剤師(日本病院薬剤師会)	人	円
(13) 漢方薬・生薬認定薬剤師(日本薬剤師研修センター)	人	円
(14) 小児薬物療法認定薬剤師(日本薬剤師研修センター)	人	円
(15) 日本糖尿病療養指導士(薬剤師) (日本糖尿病療養指導士認定機構)	人	円
(16) NST 専門療法士(薬剤師)(日本静脈経腸栄養学会)	人	円

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
(17) 医療情報技師（薬剤師）（日本医療情報学会）		人	円
(18) その他※	（ ）	人	円
(19) その他※	（ ）	人	円
(20) その他※	（ ）	人	円
(21) その他※	（ ）	人	円
(22) その他※	（ ）	人	円
(23) その他※	（ ）	人	円

※その他 で記入する薬剤師の例

- がん指導薬剤師（日本医療薬学会）
- インфекションコントロールドクター（ICD 制度協議会）
- 腎臓病薬物療法専門・認定薬剤師（日本腎臓病薬物療法学会）
- 日本褥瘡学会認定師（薬剤師）（日本褥瘡学会）
- プライマリ・ケア認定薬剤師（日本プライマリ・ケア連合学会）
- 認定クリニカル・トキシコロジスト（日本中毒学会）
- 医薬品安全性専門薬剤師（日本医薬品安全性学会）
- 日本臨床薬理学会認定 CRC（薬剤師）
- 外来がん治療認定薬剤師（日本臨床腫瘍薬学会）
- 抗酸菌症エキスパート（日本結核病学会）
- 薬物療法指導・認定薬剤師（日本医療薬学会）
- 医薬品情報専門薬剤師（日本医薬品情報学会）
- 周術期管理チーム薬剤師（日本麻酔学会）
- 救急認定薬剤師（日本臨床救急医学会）
- 日本臨床薬理学会指導薬剤師
- 災害医療認定薬剤師（日本災害医学会）

（順不同）

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いただきありがとうございました