

令和4年度 日本病院薬剤師会
診療報酬改定特別調査

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()
連絡先メールアドレス()

- ・「診療報酬改定特別調査」にご協力をいただきありがとうございます。
- ・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。

◎調査票の記入について

- ・特に指定がある場合を除いて、令和4年11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。

◎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4年度診療報酬改定特別調査（※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4年12月23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4年12月23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（11月1日より開通）：

日本病院薬剤師会調査事務局 電話番号：0120-121-561, メールアドレス：jshp@jmb.co.jp

1. 病棟および病棟における薬剤師の活動

(1) 貴施設の以下の病棟について、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の病棟業務内容をご記入ください。(該当病棟での病棟業務の実施の有無に関わらずご記入ください。)

【注意事項】

- ① 1つの病棟につき1行を使ってご記入いただき、病棟数分記入してください。
- ② **11月の任意の1週間を対象に**、常勤・非常勤および従事した時間に関わらず、各々の病棟に従事した薬剤師の人数をご記入ください(人数は常勤換算する必要はありません)。いない場合は0をご記入ください。
- ③ **業務時間(11月1ヵ月の1週間あたり)のうち**、病棟ごとに「a 病棟薬剤業務実施加算に該当する業務時間」「b 薬剤管理指導実施件数」「c 退院時薬剤情報管理指導実施件数」をご記入ください。

<病棟薬剤業務実施加算算定可能となっている入院基本料・入院料の選択肢>

A100:急性期一般入院料・地域一般入院料, A101:療養病棟入院料,

A102:結核病棟入院基本料, A103:精神病棟入院基本料,

A104:特定機能病院入院基本料, A105:専門病院入院基本料,

A307:小児入院医療管理料,

<病棟薬剤業務実施加算包括病棟となっている入院基本料・入院料の選択肢>

A106:障害者施設等入院基本料, A310:緩和ケア病棟入院料,

A308:回復期リハビリテーション病棟入院料, A308-3:地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料,

A311: 精神科救急急性期医療入院料, A311-2:精神科急性期治療病棟入院料,

A312:精神療養病棟入院料, A314:認知症治療病棟入院料,

#	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)	病棟業務内容 (実施していない場合は0と記入)		
		入院基本料等			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 実施件数	c 退院時薬剤情報 管理指導実施件数
1	床	A		人	時間	件	件
2	床	A		人	時間	件	件
3	床	A		人	時間	件	件
4	床	A		人	時間	件	件
5	床	A		人	時間	件	件
6	床	A		人	時間	件	件
7	床	A		人	時間	件	件
8	床	A		人	時間	件	件
9	床	A		人	時間	件	件
10	床	A		人	時間	件	件
11	床	A		人	時間	件	件
12	床	A		人	時間	件	件
13	床	A		人	時間	件	件
14	床	A		人	時間	件	件
15	床	A		人	時間	件	件

16	床	A	人	時間	件	件
17	床	A	人	時間	件	件
18	床	A	人	時間	件	件
19	床	A	人	時間	件	件
20	床	A	人	時間	件	件
21	床	A	人	時間	件	件
22	床	A	人	時間	件	件
23	床	A	人	時間	件	件
24	床	A	人	時間	件	件
25	床	A	人	時間	件	件
26	床	A	人	時間	件	件
27	床	A	人	時間	件	件
28	床	A	人	時間	件	件
29	床	A	人	時間	件	件
30	床	A	人	時間	件	件
31	床	A	人	時間	件	件
32	床	A	人	時間	件	件
33	床	A	人	時間	件	件
34	床	A	人	時間	件	件
35	床	A	人	時間	件	件
36	床	A	人	時間	件	件
37	床	A	人	時間	件	件
38	床	A	人	時間	件	件
39	床	A	人	時間	件	件
40	床	A	人	時間	件	件
41	床	A	人	時間	件	件
42	床	A	人	時間	件	件
43	床	A	人	時間	件	件
44	床	A	人	時間	件	件
45	床	A	人	時間	件	件

(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)

2. 病棟薬剤業務実施加算等

(1) 病棟薬剤業務実施加算の施設基準の届出をしていない理由は何ですか。

- 1: 算定対象病棟がないため,
- 2: 病棟業務の実施時間が週 20 時間に満たないため,
- 3: 入院患者に対する調剤業務負担が大きいため,
- 4: 外来患者に対する調剤業務負担が大きいため,
- 5: 外来化学療法室での患者指導業務負担が大きいため,
- 6: 医薬品情報管理業務負担が大きいため,
- 7: 治験・臨床研究関連業務負担が大きいため,
- 8: 教育・研究業務負担が大きいため,
- 9: 薬剤管理指導以外の病棟薬剤業務のニーズが少ないため,
- 10: その他

3. 転出における施設間連携

(1) 転出先の医療機関・介護老人保健施設に患者情報を共有するための連携ツールとして該当するもの全てにチェックしてください。

- 1: お薬手帳, 2: 医薬品情報提供書, 3: 薬剤管理サマリー, 4: クリニカルパス 5: その他
() ,

(A) 情報提供内容について、該当するもの全てにチェックをつけてください。

- 1: 受診・入院に係る病名, 2: 受診・入院に係る検査値, 3: 発症したアレルギー情報,
4: 発症した副作用情報, 5: アドヒアランスに関する情報, 6: 持参薬に関する情報,
7: 中止薬剤に関する情報, 8: 服薬支援に関する情報(製剤上の工夫等),
9: 外来処方された薬物療法に関する情報・指導内容,
10: 入院期間中に使用した主な薬剤の情報・指導内容,
11: 退院前 1 週間以内に使用した薬剤の情報・指導内容, 12: 退院時の指導内容,
13: その他 ()

4. トレーシングレポート

※ トレーシングレポート：保険薬局で患者から聴取したアドヒアランスや副作用に関する情報など、即時性は低いものの医師に情報提供すべきと考えられる事項を伝えるためのレポート

(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た件数を、1ヶ月間の件数をご回答ください。	件数 (11月1ヶ月間) 件
(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。	
<input type="checkbox"/> 1: 内容に不備が無いか確認, <input type="checkbox"/> 2: 問題点について発行元へ照会, <input type="checkbox"/> 3: カルテ記載, <input type="checkbox"/> 4: 内容を医師へ報告, <input type="checkbox"/> 5: 次回受診時の処方内容提案, <input type="checkbox"/> 6: 医師からの回答を保健薬局にフィードバックしている, <input type="checkbox"/> 7: トレーシングレポート運用に薬剤師は介入していない, <input type="checkbox"/> 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。	
<input type="checkbox"/> 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, <input type="checkbox"/> 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, <input type="checkbox"/> 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, <input type="checkbox"/> 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, <input type="checkbox"/> 5: その他 ()	

5. 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、該当する業務の領域全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1: 悪性腫瘍（内服薬のみの患者も含む）：診療科ではなく、外来化学（薬物）療法部門等で実施, <input type="checkbox"/> 2: 悪性腫瘍（内服薬のみの患者は含まない）：診療科ではなく、外来化学（薬物）療法部門等で実施, <input type="checkbox"/> 3: 入院前、術前：診療科ではなく、入退院センター等で実施, <input type="checkbox"/> 4: 抗凝固療法・抗血栓薬（周術期中止・再開を除く）, <input type="checkbox"/> 5: 糖尿病領域, <input type="checkbox"/> 6: 関節リウマチ, <input type="checkbox"/> 7: 吸入指導・喘息・COPD, <input type="checkbox"/> 8: HIV, <input type="checkbox"/> 9: 肝炎・肝臓病, <input type="checkbox"/> 10: 認知症・精神科領域, <input type="checkbox"/> 11: 整形外科領域（骨粗鬆症を含む）, <input type="checkbox"/> 12: 産科・周産期（妊婦・授乳婦の薬物療法を含む）, <input type="checkbox"/> 13: ペインクリニック・疼痛管理領域, <input type="checkbox"/> 14: CKD・腎臓病, <input type="checkbox"/> 15: その他（対応する回答欄（回答欄1～回答欄5）に具体的な名称を記入）. その他1 (), その他2 (), その他3 (), その他4 (), その他5 ()	
(B) 薬剤師が関与している場合、1領域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,
(A) 服用薬剤に関する情報収集・評価するための資料について、該当するもの全てにチェックをつけてください。	
□1:お薬手帳, □2:医薬品情報提供書, □3:薬剤管理サマリー, □4:トレーシングレポート, □5:その他 (),	
(B) 情報提供内容、処方提案内容について、該当するもの全てにチェックをつけてください。	
□1:アドヒアランス・残薬日数, □2:副作用, □3:用法の変更, □4:用量の変更, □5:剤形の変更, □6:含有規格の変更, □7:調剤方法（一包化・粉碎等）の変更, □8:医薬品の変更, □9:その他 ()	
(3) 医師の処方後、院外処方箋を患者に渡す前に薬剤師が確認を行っていますか。	○1:行っている, ○2:行っていない,
(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:薬剤の保管、補充管理 □5:使用薬剤の準備（注射調製等）, □6:その他 (),	

6. 無菌調製・がん化学療法

(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（7へ）
(2) 無菌調製にアイソレーターを使用していますか。	○1:している, ○2:していない,
(3) 無菌調製に調製ロボットを使用していますか。	○1:している, ○2:していない,
(4) 抗がん薬投与時に閉鎖式投与ルート（調製時の閉鎖式接続器具のことではない）を使用していますか。	○1:全て使用している, ○2:一部使用している, ○3:使用していない,

7. 診療報酬に関する要望、ご意見

(1) 令和4年度診療報酬改定内容に関して、施設基準・算定要件等に関する要望、ご意見等がありましたら下記にご記入ください。

項目名：

(2) 診療報酬に関する要望、ご意見（3年後、10年後等の長期的な視点のものを含め）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。