

令和6年度 日本病院薬剤師会
診療報酬改定特別調査

- 特に指定がある場合を除いて、令和6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。
- ご回答いただいた内容は、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）「患者のケア移行に伴う薬剤師間の情報連携の現状課題の把握とその解決に向けた調査研究（研究代表者：寺田智祐）」に提供させていただきます。

1. 病棟および病棟における薬剤師の活動

→病棟薬剤業務実施加算に関する要望事項の妥当性を検証するため。

(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。

【注意事項】

- 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。
- 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。
- 業務時間(11月1ヵ月の1週間あたり)のうち、病棟ごとに、算定の有無に関わらず「①病棟薬剤業務実施加算に該当する業務時間」「②病棟薬剤業務実施加算包括・非算定病棟での病棟薬剤業務内容」「③薬剤管理指導実施件数」「④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、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

A304:地域包括医療病棟入院料、A307:小児入院医療管理料1

<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

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

A311:精神科救急入院料、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:認知症病棟入院料、A315:精神科地域包括ケア病棟入院料

② 病棟薬剤業務実施加算包括・非算定病棟での病棟薬剤業務内容

- a. 患者背景及び持参薬の確認とその評価に基づく処方設計と提案
- b. 患者状況の把握と処方提案
- c. 医薬品の情報収集と医師への情報提供等
- d. 薬剤に関する相談体制の整備
- e. 副作用等による健康被害が発生した時の対応
- f. 多職種との連携
- g. 抗がん薬等の適切な無菌調製
- h. 当該医療機関及び当該病棟における医薬品の投与・注射状況の把握
- i. 当該病棟における医薬品の適正な保管・管理
- j. 当該病棟に係る業務日誌の作成等

	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)			
				①病棟薬剤業務 実施加算に該当 する業務時間 ※加算を算定し ていない病棟は 1ページ目のa ～jの業務時間 の和を記入	②病棟薬剤業務実施 加算包括・非算定 病棟での病棟薬剤 業務内容 (1ページ目のa～j のうち実施している 内容を全てチェッ ク)	③薬剤管理指導 の実施件数 (算定の有無に 関わらず)	④退院時薬剤情報 管理指導の 実施件数 (算定の有無に 関わらず)
1	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
2	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
3	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
4	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
5	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
6	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
7	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
8	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
9	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
10	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
11	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
12	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
13	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
14	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
15	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
16	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
17	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
18	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
19	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
20	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
21	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
22	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
23	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
24	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
25	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件

26	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
27	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
28	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
29	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
30	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
31	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
32	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
33	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
34	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
35	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
36	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
37	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
38	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
39	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
40	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
41	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
42	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
43	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
44	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件
45	床	A	人	時間	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j	件	件

2. 薬剤業務向上加算

→薬剤業務向上加算の11月時点の算定状況の確認及び、算定対象の拡充に向けた要望につなげるため。

(1) 病棟薬剤業務実施加算の薬剤業務向上加算(週1回100点)届出状況について、該当するもの1つにチェックをつけてください。

- 1: 特定機能病院である
- 2: 急性期充実体制加算1の届出を行っている
- 3: 急性期充実体制加算2の届出を行っている
- 4: 対象病院ではない(→設問3. 医療DXへ)

(2) 薬剤業務向上加算の算定状況について、該当するもの1つにチェックをつけてください。

- 1: 算定している
- 2: 令和6年度中に算定予定である
- 3: 令和7年度以降に算定予定である
- 4: 算定の予定はない(→(3)へ)

(3) 薬剤業務向上加算の算定の予定がない理由は何ですか、該当するもの全てにチェックしてください。

- 1: 病棟薬剤業務実施加算の届出している施設ではない
2: 研修を実施する体制が整備できない
3: 地域の医療機関に出向する薬剤師が確保できない
4: 出向する医療機関がない
5: 都道府県と連携体制を整備することができない
6: その他()

3. 医療 DX

→医療 DX 関連の実態把握のため。

(1) マイナ保険証の薬剤情報を利用していますか。

1: 利用している (→(A)へ)

2: 利用していない (→(B)へ)

(A) マイナ保険証の薬剤情報を薬剤師が利用している場所や業務内容について、該当するもの全てにチェックしてください。

- 1: 外来診察室 (薬剤師外来等) 2: 処置室 3: 手術室 4: 救急外来
5: 入院前支援 6: 病棟薬剤業務 7: 退院時薬剤情報
8: その他()

(B) マイナ保険証の薬剤情報を利用していない場合、その理由について、該当するもの全てにチェックしてください。

- 1: システムベンダーの対応が律速となっている
2: システム改修費用の問題となっている
3: 業務フローが複雑 (導入過程で従来のフローと並行するため)
4: 対応するための人的資源が確保できない
5: その他()

(2) 医療 DX 推進体制整備加算を算定していますか。

- 1: 医療 DX 推進体制整備加算 1 (11 点) 2: 医療 DX 推進体制整備加算 2 (10 点)
3: 医療 DX 推進体制整備加算 3 (8 点) 4: 医療 DX 推進体制整備加算は算定していない (→(A)へ)

(A) 貴施設で医療情報取得加算を算定していますか。

- 1: 医療情報取得加算 1 (3 点) 2: 医療情報取得加算 2 (1 点) 3: 医療情報取得加算 3 (2 点)
4: 医療情報取得加算 4 (1 点) 5: 医療情報取得加算は算定していない

(3) 電子処方箋を発行していますか。

1: 発行している (→(A)へ)

2: 発行していない (→(C)へ)

(A) 電子処方箋を発行している場合、発行割合にチェックをつけてください。

- 1: 20%未満 2: 20%以上 40%未満 3: 40%以上 60%未満 4: 60%以上 80%未満 5: 80%以上

(B) 電子処方箋を発行している場合、病院薬剤師は薬局の調剤結果を利用していますか。

- 1: 利用している 2: 利用していない
3: その他()

(C) 電子処方箋を発行していない場合、その理由について、該当するもの全てにチェックしてください。

- 1: システムベンダーの対応が律速となっている
2: システム改修費用の問題となっている
3: 業務フローが複雑 (導入過程で従来のフローと並行するため)
4: 対応するための人的資源が確保できない
5: その他()

4. ポリファーマシー対策

→退院後に、ポリファーマシー対策を含めた入院中の薬剤関連情報を提供した場合の評価の要望につな
げたいため。

(1) 薬剤総合評価調整加算(退院時1回 100点)の算定件数(11月1カ月間)	件
(A) 薬剤調整加算(退院時1回 150点)の算定件数(11月1カ月間)	件
(2) 患者の入院時に、入院元の医療機関、薬局等と連携を行っているものについて、該当するもの全てに チェックしてください。	
<input type="checkbox"/> 1: 患者が入院したことを薬局に連絡している <input type="checkbox"/> 2: 患者が入院時に、薬局から投薬内容に関する情報を得ている <input type="checkbox"/> 3: 患者が入院時に、薬局に投薬内容に関する情報提供依頼や問い合わせを行っている <input type="checkbox"/> 4: 患者が入院時に、入院元の医療機関から処方内容に関する情報を得ている <input type="checkbox"/> 5: 患者が入院時に、入院元の医療機関に処方内容に関する情報提供依頼や問い合わせを行っている <input type="checkbox"/> 6: オンライン資格確認システム(マイナ保険証)による、医療、調剤情報を得ている <input type="checkbox"/> 7: その他() <input type="checkbox"/> 8: ほとんど行っていない	
(3) 患者の入院時に持参薬の確認を行うとともに、関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要す る薬剤等の確認を行い、薬物療法に関する問題点を把握しているかについて、該当する○の1つにチェ ックをつけてください。	
○1: ほとんど行っている ○2: 一部行っている ○3: ほとんど行っていない	
(4) 薬物療法に関する問題点をどのように多職種で連携して評価し、処方を変更する際の留意点を共有し ているかについて、該当するもの全てにチェックしてください。	
<input type="checkbox"/> 1: 病棟や診療科カンファレンス(多職種で定期的に開催されるもの) <input type="checkbox"/> 2: 既存の医療チームのカンファレンス終了後 <input type="checkbox"/> 3: 電子カルテの多職種宛メール <input type="checkbox"/> 4: 電子カルテの掲示板 <input type="checkbox"/> 5: 電子カルテの処方見直し用テンプレート <input type="checkbox"/> 6: 多職種が共有できる帳票の紙カルテへの保存 <input type="checkbox"/> 7: 病棟等での日常的協議 <input type="checkbox"/> 8: その他()	
(5) ポリファーマシーに関する手順書を作成し、院内で周知活用していますか、該当する○の1つにチェ ックをつけてください。	
○1: している ○2: していない	

5. 転出における施設間連携

→退院後に転院または施設入所(本設問では退院は除きます)の際、連携ツールや、状況提供内容を確認
し、入院中の薬剤関連情報を提供した場合の評価を要望につなげたいため。

(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。	
<input type="checkbox"/> 1: お薬手帳 <input type="checkbox"/> 2: 医薬品情報提供書 <input type="checkbox"/> 3: 薬剤管理サマリー <input type="checkbox"/> 4: クリニカルパス <input type="checkbox"/> 5: その他()	

(B)構築している場合、どのような体制を構築している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:トレーシングレポートのひな形の作成 <input type="checkbox"/> 2:各施設の担当者との定期的な会合の実施 <input type="checkbox"/> 3:定期的な勉強会・研修会の開催 <input type="checkbox"/> 4:FAX 以外の報告形式の構築 <input type="checkbox"/> 5:その他 ()	
(3)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:薬剤師の診察前面談での活用 <input type="checkbox"/> 7:医師からの回答を薬局にフィードバックしている <input type="checkbox"/> 8: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"/> 9:その他 ()	
(4) 医師への情報共有の手段について、該当する方法全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:カルテへの取り込み (スキャン等) <input type="checkbox"/> 2:カルテに報告内容を転記 <input type="checkbox"/> 3:電子カルテ内のお知らせ機能等を利用 <input type="checkbox"/> 4:電話連絡 <input type="checkbox"/> 5:メール連絡 <input type="checkbox"/> 6:その他 ()	
(5) 薬局へのフィードバックを行なっていますか?	<input type="radio"/> 1:全て行っている <input type="radio"/> 2:一部行っている <input type="radio"/> 3:行っていない
(A) 薬局へのフィードバックの手段について、該当する方法全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:電話連絡 <input type="checkbox"/> 2:メール連絡 <input type="checkbox"/> 3:FAX を用いた連絡 <input type="checkbox"/> 4:SNS を用いた連絡 <input type="checkbox"/> 5:電子トレーシングレポートシステム等のシステムを用いた連絡 <input type="checkbox"/> 6:その他 ()	
(B)一部行っている場合は、どのような場合に行なっているか、該当する項目全てにチェックしてください。	
<input type="checkbox"/> 1:医師から治療方針の共有があった場合 <input type="checkbox"/> 2:薬局薬剤師から処方提案のあったレポートの場合 <input type="checkbox"/> 3:薬局薬剤師からフィードバック依頼のあった場合 <input type="checkbox"/> 4:その他 ()	
(6)トレーシングレポート授受の体制を構築していない場合、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: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 ()	

7. 薬剤師の外来業務

→様々な外来業務への関わりを、診察前、診察後に分けて実態調査し、薬剤師の外来業務についての要望を検討するため。

(1) 外来診療に薬剤師が関与していますか。 (薬剤師が直接指導、服薬支援その他の薬学的管理指導をした場合)	○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と実施時期の全てにチェックをつけてください。				
	診療前	診察後	未実施	該当診療科がない
悪性腫瘍（内服薬のみの患者も含む）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
悪性腫瘍（内服薬のみの患者は含まない）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
循環器領域（心不全等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
抗凝固療法・抗血栓薬（周術期の中止・再開を除く）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病領域	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吸入指導・喘息・COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脳卒中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肝炎・肝臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CKD・腎臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関節リウマチ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
バイオ医薬品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
精神科領域	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
整形外科領域（骨粗鬆症を含む）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
産科・周産期（妊婦・授乳婦の薬物療法を含む）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ペインクリニック・疼痛管理領域	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
移植	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他1()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他2()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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 ()				

8. 救急外来

→救急外来での薬剤師の関わり、業務内容の実態を確認し、要望につなげたいため。

(1) 貴施設が救急指定病院である場合、受け入れている患者に全てにチェックをつけてください。
□1: 一次（初期）救急患者 □2: 二次救急患者 □3: 三次救急患者

設問(1)で複数選択した施設は、以下の設問(A)～(C)は重症度の高い救急外来(初療室も含む)の機能について回答してください。	
(A)救急外来で業務を行うスタッフに全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:救急科医師 <input type="checkbox"/> 2:各診療科医師 <input type="checkbox"/> 3:専任・専従看護師 <input type="checkbox"/> 4:担当(当番)看護師, <input type="checkbox"/> 5:院内救急救命士 <input type="checkbox"/> 6:診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 7:臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 8:その他()	
(B)薬剤師が救急外来で業務を行っていますか。	<input type="radio"/> 1:行っている [○:常駐、○:オンコール(救急外来へ向かう)] <input type="radio"/> 2:電話対応等による情報提供 <input type="radio"/> 3:行っていない
(C)薬剤師が救急外来で業務を行っているまたは電話対応等による情報提供を行っている場合、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。	
<input type="checkbox"/> 1:薬品管理 <input type="checkbox"/> 2:使用薬剤の準備(注射調製等) <input type="checkbox"/> 3:薬歴・副作用歴・アレルギー歴等の確認と評価 <input type="checkbox"/> 4:用法用量・相互作用・投与ルートの確認 <input type="checkbox"/> 5:薬剤の有効性、副作用のモニタリング <input type="checkbox"/> 6:薬物治療の提案 <input type="checkbox"/> 7:中毒・薬物有害事象患者の被疑薬の鑑別 <input type="checkbox"/> 8:TDM(選択肢7以外) <input type="checkbox"/> 9:プロトコールに基づいた処方や検査の代行入力 <input type="checkbox"/> 10:患者・家族への薬剤の説明 <input type="checkbox"/> 11:スタッフ教育(研修医・看護師等) <input type="checkbox"/> 12:その他()	
(D)救急時医療情報閲覧機能を導入していますか。	
<input type="radio"/> 1:導入している <input type="radio"/> 2:導入していない	
(E)救急時医療情報閲覧機能を導入している場合、薬剤師も閲覧できますか。	
<input type="radio"/> 1:閲覧できる <input type="radio"/> 2:閲覧できない	
(2)救急外来の現場で業務を行うために障害となるもの全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:診療報酬がない <input type="checkbox"/> 2:マンパワー不足 <input type="checkbox"/> 3:実施する業務が分からない <input type="checkbox"/> 4:救急医療の知識を持ったスタッフがいない <input type="checkbox"/> 5:その他()	

9. がん化学療法・無菌調製

→がん化学療法、無菌製剤処理に関する要望事項の妥当性を検証するため。

(1)貴施設で外来腫瘍化学療法診療料(1~3いずれか)を算定していますか。	<input type="radio"/> 1:算定している(A)へ <input type="radio"/> 2:算定していない(2)へ
(A)がん薬物療法体制充実加算を算定していますか。	<input type="radio"/> 1:算定している(B)へ <input type="radio"/> 2:算定していない(D)へ
(B)(A)を算定している場合、対象となる患者のうち何割程度算定していますか。	
<input type="radio"/> 1:3割以内 <input type="radio"/> 2:5割以内 <input type="radio"/> 3:7割以内 <input type="radio"/> 4:7割を超えて	
(C)(A)を算定している場合、そ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:発現した副作用の確認(grade評価あり) <input type="checkbox"/> 2:発現した副作用の確認(grade評価なし) <input type="checkbox"/> 3:副作用に対する薬剤効果の確認 <input type="checkbox"/> 4:アドヒアランスの評価 <input type="checkbox"/> 5:自宅療養中の不安軽減 <input type="checkbox"/> 6:処方オーダーの代行入力 <input type="checkbox"/> 7:検査オーダーの代行入力 <input type="checkbox"/> 8:その他()	
(D)算定していない場合、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:専任薬剤師の不足 <input type="checkbox"/> 2:患者の希望に応じた個室の確保が困難 <input type="checkbox"/> 3:診察前の面談が困難 <input type="checkbox"/> 4:研修修了者の不在 <input type="checkbox"/> 5:その他()	

(E) 連携充実加算を算定していますか。	○1:算定している (2) へ ○2:算定していない (F) へ
(F) 算定していない場合、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:対応する薬剤師が不足 □2:地域薬局との研修会開催が困難 □3:レジメンの公開が困難 □4:必要な文書の交付が困難 □5: その他 ()	
(2) 貴施設でがん患者指導管理料ハを算定していますか。	○1:算定している (A) へ ○2:算定していない (3) へ
(A) 算定している場合、患者指導の機会について、該当するもの全てにチェックをつけてください。	
□1:診察前のみ □2:診察後のみ □3:診察前後のいずれか □4:診察前後の両方	
(B) 算定している場合、対象となる患者のうち何割程度指導していますか。	
○1:3割以内 ○2:5割以内 ○3:7割以内 ○4:7割を超えて	
(C) 算定している場合、6回を超えて指導を行っていますか。	○1:行っている (D) へ ○2:行っていない (3) へ
(D) 6回を超えて指導を行っている場合、そ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:発現した副作用の確認 □2:副作用に対する薬剤効果の確認 □3:アドヒアランスの評価、 □4:自宅療養中の不安軽減 □5:レジメン変更のため □6:その他 ()	
(3) 皮下注射で実施する抗悪性腫瘍薬を採用していますか。	○1:はい (A) へ ○2:いいえ (4) へ
(A) 皮下注射で実施する抗悪性腫瘍薬を投与する場合はどこで投与されていますか。	○1:外来診察室内 ○2:外来処置室 ○3:外来化学療法室 ○4:その他 ()
(B) 皮下注射で実施する抗悪性腫瘍薬を無菌調製していますか。	○1:全て調製している ○2:一部調製している ○3:調製していない
(C) 皮下注射で実施する抗悪性腫瘍薬のレジメン管理を行っていますか。	○1:全て管理している ○2:一部管理している ○3:管理していない
(D) 皮下注射で実施する抗悪性腫瘍薬について、どのように薬剤師が関わっていますか、該当するもの全てにチェックをつけてください。	
□1:レジメンの登録・管理 □2 患者への薬剤指導 □3:副作用の発現状況の評価 (grade 評価あり) □4:副作用の発現状況の評価 (grade 評価なし) □5:保険薬局への情報提供 □6:その他 ()	
(4) 抗がん薬以外で、無菌製剤処理を行っていますか。該当するもの全てにチェックをつけてください。	
□1:麻薬 □2 バイオ医薬品 □3:その他 ()	
(5) がん患者の膀胱内投与の薬剤調製に、無菌製剤処理を実施していますか。	
○1:実施している ○2:実施していない ○3:対象患者がいない	

10. 手術関連業務（手術室）における薬剤師

→薬剤師の周術期の薬剤管理の実態を調査し、要望の妥当性を検討するため。

(1) 貴施設に手術室がありますか。	○1:ある ○2:ない(→設問11へ)。
(2) 常勤の麻酔科標榜医がいますか。	○1:いる ○2:いない
(3) 周術期薬剤管理加算実施件数(11月1カ月間)	件
(4) 麻酔管理料の算定件数(11月1カ月間)	件
(A) うち、周術期薬剤管理加算算定件数(11月1カ月間)	件
(5) 全身麻酔(硬膜外麻酔、脊椎麻酔、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔)の件数(11月1カ月間)	件
(A) うち、周術期薬剤管理の件数(11月1カ月間)	件
(6) 上記の全身麻酔以外の区域麻酔(単独)の件数(11月1カ月間)	件
(A) うち、周術期薬剤管理の件数(11月1カ月間)	件
(7) 自家麻酔(外科医による)の件数(11月1カ月間)	件
(A) うち、周術期薬剤管理の件数(11月1カ月間)	件

11. 退院後在宅移行等

→退院直後など、計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前の段階で、多職種と連携して必要な薬学的指導等を実施した場合の評価の要望を検討するため。介護老人保健施設、介護医療院等での病院薬剤師の関わりの実態把握のため。

(1) 退院直後に、薬剤師が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: 薬局へ情報提供している <input type="checkbox"/> 2: 退院後、初回外来受診までに在宅患者訪問をしている (11月1カ月間の実施件数 件) <input type="checkbox"/> 3: 退院後、初回外来受診までに電話、オンラインなどでフォローアップをしている (11月1カ月間の実施件数 件) <input type="checkbox"/> 4: その他 ()	
(A) 退院後、薬剤師が在宅患者訪問や電話、オンラインなどで関与している場合、その対象疾患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: 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 2: 慢性心不全等の循環器疾患 <input type="checkbox"/> 3: 慢性閉塞性肺疾患等の呼吸器疾患, <input type="checkbox"/> 4: 糖尿病 <input type="checkbox"/> 5: CKD・腎臓病 <input type="checkbox"/> 6: 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 7: 認知症 <input type="checkbox"/> 8: 精神科領域, <input type="checkbox"/> 9: 小児疾患 <input type="checkbox"/> 10: その他 ()	
(2) 介護老人保健施設、介護医療院の以下の業務に薬剤師が関与していますか。	
<input type="checkbox"/> 1: 関わっていない <input type="checkbox"/> 2: 医療安全 <input type="checkbox"/> 3: 感染対策 <input type="checkbox"/> 4: 職員教育 <input type="checkbox"/> 5: その他 () ,	
(A) 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: 自院に併設の施設 <input type="checkbox"/> 2: グループ病院の施設 <input type="checkbox"/> 3: 地域(市内等)の施設(2,を除く) <input type="checkbox"/> 4: その他 ()	

12. 職員の賃上げ

→入院ベースアップ評価料、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(Ⅱ)の11月時点の算定状況を確認するため。

(1) 貴施設は令和6年度に診療報酬に係る賃上げを予定していますか。	○1:している ○2:していない
(2) 貴施設で以下を算定していますか。	

(A)0100 外来・在宅ベースアップ評価料(I)
○1:算定している ○2:令和6年度中に算定予定である ○3:令和6年度中に算定の予定はない
(B)0101 外来・在宅ベースアップ評価料(II)
○1:算定している ○2:令和6年度中に算定予定である ○3:令和6年度中に算定の予定はない
(C)0102 入院ベースアップ評価料
○1:算定している ○2:令和6年度中に算定予定である ○3:令和6年度中に算定の予定はない
(3)賃上げを予定<している>場合、対象の職種はどれですか。(最も近いもの1つ)
○1:全ての薬剤師 ○2:40歳未満の薬剤師のみ ○3:一部の薬剤師のみ(管理職以外) ○4:一部の薬剤師のみ(2、3以外) ○5:薬剤師は対象となっていない
(4)賃上げを予定<している>場合、賃上げ率はどの程度を見込んでいますか。
○1:1%未満 ○2:1%以上2%未満 ○3:2%以上3%未満 ○4:3%以上4%未満 ○5:4%以上5%未満 ○6:5%以上 ○7:現時点では未定
(5)賃上げを予定<している>場合、賃上げ方法について、該当する○の1つにチェックをつけてください。
○1:令和6、7年度で段階的に引き上げを行う ○2:令和6年度にまとめて引き上げを行う ○3:現時点では未定
(6)賃上げを予定<している>場合、賃上げ方法について、該当する○の1つにチェックをつけてください。
○1:手当での対応 ○2:基本給での対応 ○3:その他
(7)「賃上げ促進税制」の活用を検討していますか。
○1:検討している ○2:検討していない ○3:現時点では未定 ○4:対象ではない

13. 診療報酬に関する要望、ご意見

(1)令和6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