

**令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)**

**在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査**

**保険薬局票**

※令和4年度診療報酬改定において、在宅患者に対する薬学的管理指導を推進する観点から、訪問薬剤管理の要件等に応じた評価の見直しが行われました。この「保険薬局票」は、保険薬局の開設者・管理者の方に、改定に係る影響や訪問の実施状況、連携状況等についてお伺いするものです。

＜ご回答方法＞

- ・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・「※○は1つだけ」という質問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。
- ・（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
- ・（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、令和4年11月1日現在の貴薬局の状況についてお答えください。
- ・災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

**1. 貴薬局の状況についてお伺いします(令和4年11月1日現在)。**

|  |  |     |
|--|--|-----|
| ① 所在地(都道府県)  | ( ) 都・道・府・県  |     |
| ② 開設者  | 1. 法人 ⇒ ( 11. 株式会社 12. 有限会社 13. 合資会社 14. 合名会社 15. その他 )<br>2. 個人 ※法人の場合は、法人の形態等にも○   |     |
| ③ 同一グループ(財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう)等による薬局数  | ( ) 店舗 ※ 当該店舗を含めてお答えください。  |     |
| ④ 開設年 ※当該店舗の開設年をお答えください。   | 西暦 ( ) 年   |     |
| ⑤ 貴薬局は、チェーン薬局(同一経営者が20店舗以上を所有する薬局の店舗)ですか。 ※○は1つだけ  | 1. はい 2. いいえ   |     |
| ⑥ 貴薬局の処方箋の応需状況として最も近いものは、次のうちどれですか。<br>※○は1つだけ   | 1. 主に近隣にある特定の病院の処方箋を応需している薬局<br>2. 主に近隣にある特定の診療所の処方箋を応需している薬局<br>3. 同一敷地内にある病院の処方箋を応需している薬局<br>4. 同一敷地内にある診療所の処方箋を応需している薬局<br>5. 主に複数の近接する特定の保険医療機関(いわゆる医療モールやビル診療所など)の処方箋を応需している薬局<br>6. 様々な保険医療機関からの処方箋を応需している薬局<br>7. その他(具体的に: ) |     |
| ⑦ 貴薬局はどのような場所に立地していますか。<br>※最もよく当てはまるものを一つ○  | 1. 医療機関の近隣にある 2. 住宅街にある<br>3. 駅前にある 4. 商店街にある 5. オフィス街にある<br>6. 大型商業施設(スーパー・デパート)の中にある 7. 医療モールのなかにある<br>8. 医療機関の敷地内にある 9. ビル診療所と同じ建物内にある<br>10. その他(具体的に: )   |     |
| ⑧ 貴薬局が、在宅患者の処方箋を受けている医療機関はいくつありますか。  | ( ) 施設   |     |
| ⑧-1 上記⑧で回答した医療機関のうち、最も多く処方箋を受け付けた医療機関の情報   |  |     |
| 1) 診療所・病院の別 ※○は1つだけ  | 1. 診療所 2. 病院   |     |
| 2) 在宅療養支援病院・診療所の届出区分 ※○は1つだけ   |  |     |
| 1. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所(単独型) 2. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所(連携型)<br>3. 上記以外の在宅療養支援病院・診療所 4. 在宅療養支援病院・診療所ではない<br>5. 不明   |  |     |
| 3) 診療科 ※あてはまる番号すべてに○   |  |     |
| 1. 内科※ <sup>1</sup> 2. 外科※ <sup>2</sup> 3. 精神科 4. 小児科 5. 皮膚科<br>6. 泌尿器科 7. 産婦人科・産科 8. 眼科 9. 耳鼻咽喉科 10. 放射線科<br>11. 脳神経外科 12. 整形外科 13. 麻酔科 14. 救急科 15. 歯科・歯科口腔外科<br>16. リハビリテーション科 17. その他(具体的に: ) |  |     |
| ※1 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1. 内科」としてご回答<br>※2 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2. 外科」としてご回答   |  |     |
| 4) 【「⑧-1」の1)で「1. 診療所」と回答した場合】<br>上記3)で○をつけた診療科のうち、主たる診療科 ※選択肢の番号を1つ記入  |  | ( ) |

|  |   |                     |             |
|--|---|---------------------|-------------|
| ⑨ 応需医療機関数(令和4年5月～10月の月平均値)   |   | ( ) 施設              |             |
| ⑩ 貴薬局の売上高に占める保険調剤<br>売上の割合 ※令和3年度決算  | 約 ( ) % ※OTC医薬品等の販売がなく、保険調剤収入のみ<br>である場合は 100%とご記入ください。 |                     |             |
| ⑪ 保険調剤に係る医薬品の備蓄品目数   |   | ( ) 品目              |             |
| ⑫ 一般用医薬品(OTC 医薬品)の備蓄品目数 ※要指導医薬品を含む   |   | ( ) 品目              |             |
| ⑬ パーテーション等により患者のプライバシーが確保され、<br>且つ、座って服薬指導が受けられる設備の有無 ※○は1つだけ  |   | 1. 設備あり             | 2. 設備なし     |
| ⑭ 高度管理医療機器等の販売業の許可の有無 ※○は1つだけ  |   | 1. 許可あり             | 2. 許可なし     |
| ⑮ 高度管理医療機器等の貸与業の許可の有無 ※○は1つだけ  |   | 1. 許可あり             | 2. 許可なし     |
| ⑯ 電子版お薬手帳の導入有無 ※○は1つだけ   |   | 1. 導入済み             | 2. 未導入      |
| ⑰ オンライン資格確認についての対応システムの稼働状況 ※○は1つだけ  |   | 1. 既に稼働している         | 2. これから稼働予定 |
| ⑱ 令和4年度の調剤基本料<br>の届出状況<br>※○は1つだけ  | 1. 調剤基本料 1 (42 点)                                       | 2. 調剤基本料 2 (26 点)   |             |
|  | 3. 調剤基本料 3 イ (21 点)                                     | 4. 調剤基本料 3 ロ (16 点) |             |
|  | 5. 調剤基本料 3 ハ (32 点)                                     | 6. 特別調剤基本料 (7 点)    |             |
| ⑲-1 全処方箋の受付回数(調剤基本料の根拠となる数字)   |   | ( ) 回/月             |             |
| ⑲ 貴薬局において、他の薬局や医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を<br>行うために、ICT(情報通信技術)を活用しているかお選びください。 ※○は1つだけ<br>また、「1. ICT を活用している」を選んだ場合、活用している ICT を全てお選びください。  |   |                     |             |
| 1. ICT を活用している   |   |                     |             |
| <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> <p>活用している<br/>ICT<br/>※あてはまる<br/>番号すべて<br/>に○</p> </div> <div> <p>11. メール                      12. 電子掲示板                      13. グループチャット</p> <p>14. ビデオ通話(オンライン会議システムを含む)                      15. 地域医療情報連携ネットワーク※</p> <p>16. 個々の医療機関を中心とした専用の情報連携システム</p> <p>17. その他(具体的に: )</p> <p>※地域において病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク</p> </div> </div> |   |                     |             |
| 2. ICT は活用していない  |   |                     |             |
| ⑳ 貴薬局の認定等の状況<br>※認定等されているもの全てに○  | 1. 地域連携薬局   | 2. 専門医療機関連携薬局       | 3. 健康サポート薬局 |

## 2. 加算等の届出の状況についてお伺いします。(令和4年11月1日現在)

|   |          |           |
|---|----------|-----------|
| ① 在宅患者調剤加算の届出状況 ※○は1つだけ   | 1. 届出あり  | 2. 届出なし   |
| ② 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の届出状況 ※○は1つだけ                                    | 1. 届出あり  | 2. 届出なし   |
| ③ 在宅中心静脈栄養法加算の届出状況 ※○は1つだけ  | 1. 届出あり  | 2. 届出なし   |
| ④ 地域支援体制加算の届出状況 ※○は1つだけ   | 1. 届出あり  | 2. 届出なし   |
| ⑤ 連携強化加算の届出状況 ※○は1つだけ   | 1. 届出あり  | 2. 届出なし   |
| ⑥ 貴薬局では麻薬小売業者の免許を取得していますか。 ※○は一つだけ                                  |          |           |
| 1. 取得している→ (⑥-1へ)                      2. 取得していない→ (3. 貴薬局の体制についてへ) |          |           |
| ⑥-1 貴薬局の麻薬調剤の実績 (過去6か月)   |          |           |
| 5月 ( ) 件  | 6月 ( ) 件 | 7月 ( ) 件  |
| 8月 ( ) 件  | 9月 ( ) 件 | 10月 ( ) 件 |

## 3. 貴薬局の体制についてお伺いします(令和4年 11 月 1 日現在)。

| ① 在宅対応の有無をご回答ください。 ※○は1つだけ   |                     | 1. 在宅対応あり   |   | 2. 在宅対応なし   |   |
|--|---------------------|---|---|---|---|
| ②-1 令和4年 10 月 1 か月間における在宅患者訪問薬剤管理指導料または居宅療養管理指導費の算定件数等について<br>単一の建物において訪問した患者数別に、ご記入ください。                            |                     |   |   |   |   |
|  |                     | 単一の建物において訪問した患者数  |   |   | 医療的ケア児※<br>(18 歳未満の者)   |
|  |                     | 1 人   | 2～9 人   | 10 人以上  |   |
| 1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料<br>(医療保険)の算定件数  |                     | ( ) 件   | ( ) 件   | ( ) 件   | ( ) 件   |
| 1)-①説明対象と<br>平均滞在時間<br><br>※平均滞在時間:<br>1回の訪問で複数患者の<br>対応をした場合は全患者の<br>訪問時間合計を算定件数(患者数)<br>で割って1件当たりの時間を<br>記入してください。 | 主な説明<br>対象が<br>患者   | 算定件数<br>( ) 件<br>平均滞在時間<br>( ) 分/件  | 算定件数<br>( ) 件<br>平均滞在時間<br>( ) 分/件  | 算定件数<br>( ) 件<br>平均滞在時間<br>( ) 分/件  | 算定件数<br>( ) 件<br>平均滞在時間<br>( ) 分/件  |
|  | 主な説明<br>対象が<br>家族   | 算定件数<br>( ) 件<br>平均滞在時間<br>( ) 分/件  | 算定件数<br>( ) 件<br>平均滞在時間<br>( ) 分/件  | 算定件数<br>( ) 件<br>平均滞在時間<br>( ) 分/件  | 算定件数<br>( ) 件<br>平均滞在時間<br>( ) 分/件  |
|  | 主な説明<br>対象が<br>施設職員 | 算定件数<br>( ) 件<br>平均滞在時間<br>( ) 分/件  | 算定件数<br>( ) 件<br>平均滞在時間<br>( ) 分/件  | 算定件数<br>( ) 件<br>平均滞在時間<br>( ) 分/件  | 算定件数<br>( ) 件<br>平均滞在時間<br>( ) 分/件  |
| 1)-②訪問頻度   |                     | 1. 4 週に 1 回未満<br>( ) 人<br>2. 4 週に 1 回<br>( ) 人<br>3. 3 週に 1 回<br>( ) 人<br>4. 2 週に 1 回<br>( ) 人<br>5. 週に 1 回<br>( ) 人<br>6. 週に 2 回以上<br>( ) 人<br>→② 4) も回答 | 1. 4 週に 1 回未満<br>( ) 人<br>2. 4 週に 1 回<br>( ) 人<br>3. 3 週に 1 回<br>( ) 人<br>4. 2 週に 1 回<br>( ) 人<br>5. 週に 1 回<br>( ) 人<br>6. 週に 2 回以上<br>( ) 人<br>→② 4) も回答 | 1. 4 週に 1 回未満<br>( ) 人<br>2. 4 週に 1 回<br>( ) 人<br>3. 3 週に 1 回<br>( ) 人<br>4. 2 週に 1 回<br>( ) 人<br>5. 週に 1 回<br>( ) 人<br>6. 週に 2 回以上<br>( ) 人<br>→② 4) も回答 | 1. 4 週に 1 回未満<br>( ) 人<br>2. 4 週に 1 回<br>( ) 人<br>3. 3 週に 1 回<br>( ) 人<br>4. 2 週に 1 回<br>( ) 人<br>5. 週に 1 回<br>( ) 人<br>6. 週に 2 回以上<br>( ) 人<br>→② 4) も回答 |
| 1)-③主なフォローアップの手段<br>※○は1つだけ  |                     | 1. 電話<br>2. メール<br>3. ビデオ電話<br>4. チャット<br>5. 対面<br>6. その他(具体的に<br>: )   | 1. 電話<br>2. メール<br>3. ビデオ電話<br>4. チャット<br>5. 対面<br>6. その他(具体的に<br>: )   | 1. 電話<br>2. メール<br>3. ビデオ電話<br>4. チャット<br>5. 対面<br>6. その他(具体的に<br>: )   | 1. 電話<br>2. メール<br>3. ビデオ電話<br>4. チャット<br>5. 対面<br>6. その他(具体的に<br>: )   |
| 1)-④フォローアップの内容<br>※あてはまる番号すべてに○  |                     | 1. 服薬不良の患者への服薬支援<br>2. 薬剤の効果確認<br>3. 副作用の確認<br>4. 外用剤(注射・吸入など)の適正使用の確認<br>5. 処方医への情報提供<br>6. 高度管理医療機器(持続注入ポンプ等)の使用・管理<br>7. 薬剤に対する不安<br>8. その他(具体的に )     | 1. 服薬不良の患者への服薬支援<br>2. 薬剤の効果確認<br>3. 副作用の確認<br>4. 外用剤(注射・吸入など)の適正使用の確認<br>5. 処方医への情報提供<br>6. 高度管理医療機器(持続注入ポンプ等)の使用・管理<br>7. 薬剤に対する不安<br>8. その他(具体的に )     | 1. 服薬不良の患者への服薬支援<br>2. 薬剤の効果確認<br>3. 副作用の確認<br>4. 外用剤(注射・吸入など)の適正使用の確認<br>5. 処方医への情報提供<br>6. 高度管理医療機器(持続注入ポンプ等)の使用・管理<br>7. 薬剤に対する不安<br>8. その他(具体的に )     | 1. 服薬不良の患者への服薬支援<br>2. 薬剤の効果確認<br>3. 副作用の確認<br>4. 外用剤(注射・吸入など)の適正使用の確認<br>5. 処方医への情報提供<br>6. 高度管理医療機器(持続注入ポンプ等)の使用・管理<br>7. 薬剤に対する不安<br>8. その他(具体的に )     |
| ※医療的ケア児：児童福祉法(昭和 22 年法律第 164 号)第 56 条の 6 第 2 項に規定する障害児である 18 歳未満の患者  |                     |   |   |   |   |
| 2) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料(医療保険)の算定件数<br>(緊コ A 及び緊コ B※を除く)   |                     | ( ) 件   | ( ) 件   | ( ) 件   | ( ) 件   |
| 3) 居宅療養管理指導費<br>(介護保険)の算定件数  |                     | ( ) 件   | ( ) 件   | ( ) 件   | —   |

※新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その 63)(令和 3 年 9 月 28 日厚生労働省保険局医療課 事務連絡)

4) 【1)～2)にて「週に2回以上」と回答した方】 週に2回以上訪問した理由を教えてください。

理由：〔 〕

③ 貴薬局(当該店舗)に勤務する薬剤師について該当する人数をご記入ください。

※該当者がいない場合は「0」とご記入ください。

|                            | 常勤(実人数) | 非常勤   |       |
|----------------------------|---------|-------|-------|
|                            |         | 実人数   | 常勤換算※ |
| 1) 当該店舗に勤務する薬剤師数(休職中の者も含む) | ( ) 人   | ( ) 人 | ( ) 人 |
| 2) 在宅患者の調剤のみ関与している薬剤師数     | ( ) 人   | ( ) 人 | ( ) 人 |
| 3) 在宅訪問のみを担当する薬剤師数         | ( ) 人   | ( ) 人 | ( ) 人 |
| 4) 在宅患者の調剤及び訪問に関与する薬剤師数    | ( ) 人   | ( ) 人 | ( ) 人 |

※常勤職員数(常勤薬剤師数)には、貴薬局における実労働時間が週 32 時間以上である職員(保険薬剤師)の実人数を計上します。常勤薬剤師数については、届出前 3 月間の勤務状況に基づき算出します。

※非常勤職員(非常勤薬剤師)は、貴薬局における実労働時間が週 32 時間に満たない職員(保険薬剤師)をいい、常勤換算数は、以下により算出します(小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める)。非常勤薬剤師数については、届出前 3 月間の勤務状況に基づき算出します。

非常勤薬剤師数(常勤換算) =  $\frac{\text{当該保険薬局における週 32 時間に満たない保険薬剤師の実労働時間の合計(時間/3月)}}{32(\text{時間/週}) \times 13(\text{週/3月})}$

|                                    |            |                                      |         |         |           |
|------------------------------------|------------|--------------------------------------|---------|---------|-----------|
| ④-1 管理薬剤師の年代<br>※○は 1 つだけ          | 1. ～20 代以下 | 2. 30 代                              | 3. 40 代 | 4. 50 代 | 5. 60 代以上 |
| ④-2 管理薬剤師の、貴薬局での<br>勤続年数 ※小数点第一位まで | ( . ) 年    | ④-3 管理薬剤師の、薬剤師としての<br>経験年数 ※小数点第一位まで |         |         | ( . ) 年   |

⑤ 貴薬局では、どのように在宅患者の夜間休日対応の体制を整えていますか。 ※○は1つだけ

1. 自薬局単独で在宅患者の夜間休日対応の体制を整えている  
→夜間等時間外の対応を担当している薬剤師数：( ) 人  
→令和 4 年 5 月～令和 4 年 10 月の 6 ヶ月間の対応件数：( ) 件
2. 近隣の保険薬局と連携して在宅患者の夜間休日対応の体制を整えている  
→夜間等時間外の対応のために連携している薬局数：( ) 薬局  
→令和 4 年 5 月～令和 4 年 10 月の 6 ヶ月間の対応件数：( ) 件
3. 在宅患者の夜間休日対応の体制を整えていない
4. その他 (具体的に： )

⑥ 貴薬局では、在宅患者の夜間休日対応でどのような業務を行っていますか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 調剤(麻薬を除く)
2. 麻薬調剤
3. 在宅患者からの不安や問い合わせに電話で対応
4. 在宅患者からの不安や問い合わせに訪問して対応
5. その他 (具体的に： )
6. 行っていない

⑦ 貴薬局では、どのように無菌製剤処理のための体制を整えていますか。 ※○は一つだけ

1. 自薬局単独で、無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットの設備を整えている
2. 近隣の保険薬局と共同利用で、無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットの設備を整えている
3. 無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットの設備を整えていない
4. その他 (具体的に： )

## 4. 主治医と連携する他の医師の指示による在宅患者訪問薬剤管理指導についてお伺いします。

①主治医と連携する他の医師の指示による在宅患者訪問薬剤管理指導の実施はありますか ※○は一つだけ

1. ある
2. ない

【①で「1 あり」と回答した場合】②主治医と連携する他の医師の指示による在宅患者訪問薬剤管理指導を行った理由

理由：〔 〕

|       |   |       |
|-------|---|-------|
| 緊急の場合 | ③主治医と連携する他の医師の指示による在宅患者緊急訪問薬剤管理指導の実施はありますか ※一つだけ○   |       |
|       | 1. ある   | 2. ない |
|       | 【③で「1ある」と回答した場合】④主治医と連携する他の医師の指示による在宅患者緊急訪問薬剤管理指導を行った理由<br>理由： <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</span> |       |

5. 他職種との連携について伺います。

|   |                |                                  |                  |  |
|---|----------------|----------------------------------|------------------|--|
| ①医師と一緒に時間調整をして、患者を訪問することがあります。 ※○は一つだけ  |                |                                  |                  |  |
| 1. ある   |                | 2. ない                            |                  |  |
| 【①で「1.ある」と回答した場合、下記②～⑤を回答】  |                |                                  |                  |  |
| ②医師と一緒に時間調整をして、患者を訪問することになったきっかけは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○  |                |                                  |                  |  |
| 1. 医師からの依頼  |                | 2. 患者の希望                         |                  | 3. 病院薬剤師からの依頼  |
| 4. 診療所薬剤師からの依頼  |                | 5. その他（具体的に：_____）               |                  |  |
| ③令和4年5月～10月の間で、医師と一緒に時間調整をして、患者を訪問した回数は何回ですか。   |                |                                  |                  |  |
| 5月（_____）件  |                | 6月（_____）件                       |                  | 7月（_____）件   |
| 8月（_____）件  |                | 9月（_____）件                       |                  | 10月（_____）件  |
| ④医師と一緒に時間調整をして、患者を訪問し、貴薬局の薬剤師が提供した薬学的管理の内容はどのようなものですか。<br>※あてはまる番号すべてに○                       |                |                                  |                  |  |
| 1. 患者の服薬状況に合わせた処方提案   |                |                                  |                  |  |
| 2. 薬物療法に関する助言   |                |                                  |                  |  |
| 3. 服薬状況の確認と残薬の整理  |                |                                  |                  |  |
| 4. 麻薬及び輸液製剤（注射剤）やそれに伴う機材の使用に係る支援  |                |                                  |                  |  |
| 5. 医療材料、衛生材料の提供   |                |                                  |                  |  |
| 6. その他（具体的に_____）   |                |                                  |                  |  |
| ⑤他職種への情報提供について a.提供の有無 b.提供した内容 c.提供方法 を教えてください。<br>（a.○は1つだけ b.あてはまる番号すべてに○ c.あてはまる番号すべてに○）。 |                |                                  |                  |  |
|   | a.提供の有無        | b.提供した内容                         | c.提供方法           |  |
| 1)医師  | 1. あり<br>2. なし | 1, 2, 3, 4, 5,<br>6, 7, 8, 9, 10 | 1, 2, 3,<br>4, 5 | <b>【b.提供した内容】の選択肢</b><br>1.患者の服薬状況に合わせた処方提案<br>2.薬物療法に関する助言<br>3.服薬状況の確認と残薬の整理<br>4.麻薬及び輸液製剤(注射剤)やそれに伴う機材の使用に係る支援<br>5.医療材料、衛生材料の提供<br>6.夜間休日を含む緊急時の医薬品の提供<br>7.麻薬の供給<br>8.医師の指示とおりの服用が難しい場合の対応策の提案<br>(お薬カレンダー、飲みにくい錠剤を粉砕、一包化等)<br>9.服用薬の副作用に関する情報提供<br>10.輸液等において薬剤の調製に関する助言 |
| 2)歯科医師  | 1. あり<br>2. なし | 1, 2, 3, 4, 5,<br>6, 7, 8, 9, 10 | 1, 2, 3,<br>4, 5 |  |
| 3)看護師   | 1. あり<br>2. なし | 1, 2, 3, 4, 5,<br>6, 7, 8, 9, 10 | 1, 2, 3,<br>4, 5 |  |
| 4)管理栄養士   | 1. あり<br>2. なし | 1, 2, 3, 4, 5,<br>6, 7, 8, 9, 10 | 1, 2, 3,<br>4, 5 |  |
| 5)PT/OT/ST  | 1. あり<br>2. なし | 1, 2, 3, 4, 5,<br>6, 7, 8, 9, 10 | 1, 2, 3,<br>4, 5 |  |
| 6)ケアマネジャー   | 1. あり<br>2. なし | 1, 2, 3, 4, 5,<br>6, 7, 8, 9, 10 | 1, 2, 3,<br>4, 5 | <b>【c.提供方法】の選択肢</b><br>1.共有システム<br>2.電話<br>3.メール<br>4.文書<br>5.チャット   |
| 7)介護士   | 1. あり<br>2. なし | 1, 2, 3, 4, 5,<br>6, 7, 8, 9, 10 | 1, 2, 3,<br>4, 5 |  |
| 8)生活相談員   | 1. あり<br>2. なし | 1, 2, 3, 4, 5,<br>6, 7, 8, 9, 10 | 1, 2, 3,<br>4, 5 |  |
| 9)その他(具体的に<br>：_____)   | 1. あり<br>2. なし | 1, 2, 3, 4, 5,<br>6, 7, 8, 9, 10 | 1, 2, 3,<br>4, 5 |  |

6. 医療用麻薬持続注射・中心静脈栄養法についてお伺いします。

**①貴薬局の【在宅において麻薬持続注射療法を行っている患者数】と【患家を訪問し、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算に相当する薬学的管理及び指導を行った回数】をご記入ください(過去6か月)**

|     | 1) 在宅患者訪問薬剤管理指導を算定する患者<br>(医療保険)   |   | 2) 居宅療養管理指導費を算定する患者<br>(介護保険)      |   |
|-----|------------------------------------|---|------------------------------------|---|
|     | a. 在宅において麻薬持<br>続注射療法を行って<br>いる患者数 | b. 患家を訪問して在宅<br>患者医療用麻薬持続<br>注射療法加算に相当<br>する薬学的管理及び<br>指導を行った回数 | a. 在宅において麻薬持<br>続注射療法を行って<br>いる患者数 | b. 患家を訪問して在宅<br>患者医療用麻薬持続<br>注射療法加算に相当<br>する薬学的管理及び<br>指導を行った回数 |
| 5月  | ( )人                               | ( )回  | ( )人                               | ( )回  |
| 6月  | ( )人                               | ( )回  | ( )人                               | ( )回  |
| 7月  | ( )人                               | ( )回  | ( )人                               | ( )回  |
| 8月  | ( )人                               | ( )回  | ( )人                               | ( )回  |
| 9月  | ( )人                               | ( )回  | ( )人                               | ( )回  |
| 10月 | ( )人                               | ( )回  | ( )人                               | ( )回  |

**②在宅において、麻薬持続注射療法を行っている患者に使用した材料 ※あてはまる番号すべてに○**

- インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器
- ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器
- 腹膜透析液交換セット（交換キット、回路）
- 在宅中心静脈栄養用輸液（本体、フーバー針、輸液バッグ）
- 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル（経鼻用、腸瘻用）
- 万年筆型注入器用注射針
- 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ
- 皮膚欠損用創傷被覆材
- 非固着性シリコンガーゼ
- その他（具体的に：\_\_\_\_\_）

**③在宅において、麻薬持続注射療法を行っている患者に材料を使用するなかで、償還価格が仕入れ価格を下回ること(いわゆる「逆ザヤ」)はありましたか ※○は一つだけ**

1. あった                      2. なかった

**④貴薬局の【在宅において中心静脈栄養法を行っている患者数】と【患家を訪問し、在宅中心静脈栄養法加算に相当する薬学的管理及び指導を行った回数】をご記入ください(過去6か月)**

|     | 1) 在宅患者訪問薬剤管理指導を算定する患者<br>(医療保険)  |   | 2) 居宅療養管理指導費を算定する患者<br>(介護保険)     |   |
|-----|-----------------------------------|---|-----------------------------------|---|
|     | a. 在宅において中心静<br>脈栄養法を行ってい<br>る患者数 | b. 患家を訪問し、在宅<br>中心静脈栄養法加算<br>に相当する薬学的管<br>理及び指導を行った<br>回数 | a. 在宅において中心静<br>脈栄養法を行ってい<br>る患者数 | b. 患家を訪問し、在宅<br>中心静脈栄養法加算<br>に相当する薬学的管<br>理及び指導を行った<br>回数 |
| 5月  | ( )人                              | ( )回  | ( )人                              | ( )回  |
| 6月  | ( )人                              | ( )回  | ( )人                              | ( )回  |
| 7月  | ( )人                              | ( )回  | ( )人                              | ( )回  |
| 8月  | ( )人                              | ( )回  | ( )人                              | ( )回  |
| 9月  | ( )人                              | ( )回  | ( )人                              | ( )回  |
| 10月 | ( )人                              | ( )回  | ( )人                              | ( )回  |

|  |         |
|--|---------|
| ⑤在宅において中心静脈栄養法を行っている患者に使用した材料 ※あてはまる番号すべてに○  |         |
| 1. インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器<br>2. ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器<br>3. 腹膜透析液交換セット（交換キット、回路）<br>4. 在宅中心静脈栄養用輸液（本体、フーバー針、輸液バッグ）<br>5. 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル（経鼻用、腸瘻用）<br>6. 万年筆型注入器用注射針<br>7. 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ<br>8. 皮膚欠損用創傷被覆材<br>9. 非固着性シリコンガーゼ<br>10. その他（具体的に：_____） |         |
| ⑥在宅において中心静脈栄養法を行っている患者に材料を使用するなかで、償還価格が仕入れ価格を下回ること（いわゆる「逆ザヤ」）はありましたか ※○は一つだけ   |         |
| 1. あった   | 2. なかった |

## 7. 退院時共同指導料についてお伺いします。

|  |                            |  |
|--|----------------------------|--|
| ①令和4年5～10月の間で、退院時カンファレンスへ参加したことがありますか。   |                            | 1. ある→(②へ)    2. ない→(⑤へ)   |
| 【①で「1.ある」と回答した場合、②～④を回答ください】   |                            |  |
|  | 令和3年5～10月                  | 令和4年5～10月  |
| ②退院時共同指導料の算定回数   | (                      ) 件 | (                      ) 件<br>内訳 → 対面 (                      ) 件<br>→ ビデオ通話 (                      ) 件 |
| ③令和4年度の退院時共同指導料の見直しで、患者が入院している医療機関における参加職種の範囲が拡大したことにより、退院時カンファレンスに関与し始めたケースはありますか ※○は一つだけ                                       |                            |  |
| 1. ある                      2. ない                      3. わからない   |                            |  |
| ④令和4年度の退院時共同指導料の見直しで、薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導に参加する場合の要件を緩和したことにより、退院時カンファレンスに関与し始めたケースはありますか ※○は一つだけ                          |                            |  |
| 1. ある                      2. ない                      3. わからない   |                            |  |
| 【①で「2.ない」と回答した場合、⑤を回答ください】   |                            |  |
| ⑤退院時カンファレンスへ参加したことがない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○  |                            |  |
| 1. 時間が合わなかったから                      2. 医療機関から声がかからなかったから<br>3. 退院時カンファレンスとは別で病院との調整を行うから                      4. その他（具体的に：_____） |                            |  |

## 8. 0410 対応と在宅患者へのオンライン服薬指導についてお伺いします。

※オンライン服薬指導：パソコンやスマートフォンによるビデオ通話を通して服薬指導を受けること。  
 (0410 対応に基づく電話による服薬指導を除く)

|   |                                    |                            |
|---|------------------------------------|----------------------------|
| ①備考欄に「0410 対応」と記載された処方箋の応需状況<br>※令和4年5月～令和4年10月の6ヶ月間                                    |                                    | 1. 受け付けた<br>2. 受け付けなかった    |
| 【①で「受け付けた」と回答した場合、下記①-1～①-2を回答ください】   |                                    |                            |
| ①-1 処方箋の備考欄に「0410 対応」と記載された医療機関からの処方箋の受付回数  |                                    |                            |
| 1) 令和3年5月～令和3年10月の受付回数  | 0410 対応 (                      ) 回 |                            |
| 2) 令和4年5月～令和4年10月の受付回数  | 0410 対応 (                      ) 回 |                            |
| ①-2 電話や情報通信機器を用いた服薬指導(0410 対応)の際、服薬指導はどのように行いましたか。<br>各項目について、0410 対応を行ったうちの回数をご回答ください。 |                                    |                            |
|   | 令和3年<br>5月～10月                     | 令和4年<br>5月～10月             |
| 1) 電話での服薬指導   | (                      ) 回         | (                      ) 回 |
| 2) ビデオ通話(画像と音声)での服薬指導   | (                      ) 回         | (                      ) 回 |
| 3) 患者までの訪問による服薬指導   | (                      ) 回         | (                      ) 回 |

|  |  |                         |
|--|--|-------------------------|
| ②在宅患者オンライン薬剤管理指導料の算定状況(0410 対応以外) ※令和4年5月～令和4年10月の6ヶ月間 |  | 0410 対応 <u>以外</u> ( ) 回 |
| ③オンラインで行う薬剤管理指導の主な対象 ※一つだけ○                            |  |                         |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導料<br>1単一建物診療患者が1人の場合<br>を算定する患者            | 1. 患者本人      2. 患者の家族<br>3. その他(具体的に: _____)<br>4. 対象患者がいない                      |                         |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導料<br>2単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合<br>を算定する患者      | 1. 患者本人      2. 患者の家族<br>3. 患者が入居する施設の職員<br>4. その他(具体的に: _____)<br>5. 対象患者がいない   |                         |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導料<br>31及び2以外の場合<br>を算定する患者                 | 1. 患者本人      2. 患者の家族<br>3. 患者が入居する施設の職員<br>4. その他(具体的に: _____)<br>5. 対象患者がいない   |                         |
| ④オンラインで薬剤管理指導を行う際、自宅内の薬の管理状況等を確認していますか ※一つだけ○          |  |                         |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導料<br>1単一建物診療患者が1人の場合<br>を算定する患者            | 1. 必ず確認している      2. だいたい確認している<br>3. あまり確認していない      4. 全く確認していない<br>5. 対象患者がいない |                         |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導料<br>2単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合<br>を算定する患者      | 1. 必ず確認している      2. だいたい確認している<br>3. あまり確認していない      4. 全く確認していない<br>5. 対象患者がいない |                         |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導料<br>31及び2以外の場合<br>を算定する患者                 | 1. 必ず確認している      2. だいたい確認している<br>3. あまり確認していない      4. 全く確認していない<br>5. 対象患者がいない |                         |

訪問薬剤管理指導（医療も介護も両方の訪問を含む）を実施した患者（患者 A・患者 B）についてお伺いします

### 患者 A

|   |   |                  |       |
|---|---|------------------|-------|
| 1)性別  | 1. 男性      2. 女性  | 2)年齢             | ( ) 歳 |
| 3)訪問薬剤管理指導で算定した点数 ※○は一つだけ   |   |                  |       |
| 1. 在宅患者訪問薬剤管理指導料    1. 単一建物診療患者が1人の場合<br>2. 在宅患者訪問薬剤管理指導料    2. 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合<br>3. 在宅患者訪問薬剤管理指導料    3. それ以外<br>4. 居宅療養管理指導費    ハ(2) (一) 単一建物居住者1人に対して行う場合<br>5. 居宅療養管理指導費    ハ(2) (二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合<br>6. 居宅療養管理指導費    ハ(2) (三) それ以外<br>7. 介護予防居宅療養管理指導費    ハ(2) (一) 単一建物居住者1人に対して行う場合<br>8. 介護予防居宅療養管理指導費    ハ(2) (二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合<br>9. 介護予防居宅療養管理指導費    ハ(2) (三) それ以外 |   |                  |       |
| 4)介護家族の有無 ※○は一つだけ   |   | 1. あり      2. なし |       |
| 5)認知症(疑いを含む)の有無 ※○は一つだけ   |   | 1. あり      2. なし |       |
| 6)褥瘡の有無 ※○は一つだけ   |   | 1. あり      2. なし |       |
| 7)主病名<br>※当てはまるもの全てに○   | 1. 難病(神経系)      2. 難病(神経系以外)      3. 脊髄損傷      4. COPD<br>5. 循環器疾患(高血圧症、心不全など)      6. 脳血管疾患(脳梗塞、脳内出血など)<br>7. 精神系疾患      8. 神経系疾患      9. 認知症      10. 糖尿病<br>11. 悪性新生物      12. 骨折・筋骨格系疾患      13. 呼吸器系疾患<br>14. 耳鼻科疾患      15. 眼科疾患      16. 皮膚疾患(褥瘡等)<br>17. その他(具体的に ) |                  |       |
| 8)ターミナル期かどうか<br>※○は一つだけ   | 1. ターミナル期→余命の見込み: ( ) か月      2. ターミナル期でない  |                  |       |



|  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| 9)医師の指示に基づく<br>訪問薬剤管理指導を<br>行ったきっかけ<br>※○は一つだけ             | 1. 医師からの依頼                      2. 薬局薬剤師の提案<br>3. 看護師からの依頼                  4. ケアマネジャーからの依頼<br>5. 患者の希望<br>6. 病院薬剤師からの依頼              7. 診療所薬剤師からの依頼<br>8. その他（具体的に：_____）  |                                  |
| 10)令和4年5月～10月の間、当該患者は入院していましたか ※○は一つだけ                     | 1. 入院していた<br>2. 入院していなかった   |                                  |
| 11)令和4年5月～10月の間、当該患者の退院時共同指導に参加しましたか<br>※○は一つだけ            | 1. 参加した<br>2. 参加していない   |                                  |
| 【(11)で「1.参加した」と回答した場合、下記(11)-1～(11)-2を回答】                  |   |                                  |
| 11)-1参加方法 ※当てはまるもの全て○                                      | 1. 対面                      2. ビデオ通話   |                                  |
| 11)-2 参加した他の職種<br>※当てはまるもの全て○                              | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>【入院医療機関の職員】</b><br/>           1. 保険医<br/>           2. 看護師等（保健師、助産師、看護師、<br/>           准看護師）<br/>           3. 薬剤師<br/>           4. 管理栄養士<br/>           5. 理学療法士<br/>           6. 作業療法士<br/>           7. 言語聴覚士<br/>           8. 社会福祉士<br/>           17. その他（具体的に：_____）         </div> <div> <b>【在宅療養担当医療機関の職員】</b><br/>           9. 保険医<br/>           10. 保険医の指示を受けた看護師等<br/>           （保健師、助産師、看護師、<br/>           准看護師）<br/>           11. 保険医の指示を受けた薬剤師<br/>           12. 保険医の指示を受けた管理栄養士<br/>           13. 保険医の指示を受けた理学療法士<br/>           14. 保険医の指示を受けた作業療法士<br/>           15. 保険医の指示を受けた言語聴覚士<br/>           16. 保険医の指示を受けた社会福祉士         </div> </div> |                                  |
| 計画的な<br>場合   | 12) 主治医と連携する他の医師の指示による在宅患者訪問<br>薬剤管理指導の実施はありますか ※○は一つだけ   | 1. ある                      2. ない |
|  | 12)-1 主治医と連携する他の医師の指示による在宅患者訪問薬<br>剤管理指導を行った理由  | 理由<br>[ _____ ]                  |
| 緊急の<br>場合  | 13) 主治医と連携する他の医師の指示による在宅患者緊急<br>訪問薬剤管理指導の実施はありますか ※○は一つだけ   | 1. ある                      2. ない |
|  | 13)-1 主治医と連携する他の医師の指示による在宅患者緊急<br>訪問薬剤管理指導を行った理由  | 理由<br>[ _____ ]                  |
| 14) 提供した医療材料<br>※当てはまるもの全て○                                | 1. インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器<br>2. ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器<br>3. 腹膜透析液交換セット（交換キット、回路）<br>4. 在宅中心静脈栄養用輸液（本体、フーバー針、輸液バッグ）<br>5. 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル<br>（経鼻用、腸瘻用）<br>6. 万年筆型注入器用注射針<br>7. 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ<br>8. 皮膚欠損用創傷被覆材<br>9. 非固着性シリコンガーゼ<br>10. その他（具体的に：_____）  |                                  |
| 15) 提供した医療材料のうち、償還価格が仕入れ価格を下回ること<br>（いわゆる「逆ザヤ」）の有無 ※○は一つだけ | 1. あった<br>2. なかった   |                                  |
| 16) 訪問頻度 ※○は一つだけ   | 1. 4週に1回未満                      2. 4週に1回                      3. 3週に1回<br>4. 2週に1回                          5. 週に1回                      6. 週に2回以上  |                                  |
| 17) 訪問薬剤管理指導に要した時間（滞在時間）                                   | 1回あたり、平均（_____）分程度  |                                  |
| 18)この患者の在宅訪問時に<br>発見された薬剤管理上の<br>問題点 ※当てはまるもの全て○           | 1. 薬剤の保管状況                      2. 薬剤の重複<br>3. 併用禁忌の薬剤                      4. 薬剤の飲み忘れ<br>5. 薬剤が飲みにくい                      6. 薬剤の飲み過ぎ<br>7. 処方内容と食習慣のずれ              8. 副作用の発症<br>9. 服用薬剤の理解不足                      10. その他（_____）  |                                  |

|                                     |                                   |   |  |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| 19) この患者に行った薬学的管理<br>※当てはまるもの全て○    |                                   | 1. 在宅担当医への処方提案<br>3. 薬剤服用歴管理（薬の飲み合わせ等の確認）<br>5. 患者の状態に応じた調剤<br>7. 服薬状況と副作用等のモニタリング<br>9. 患者への医薬品、衛生材料の供給                          | 2. ケアマネジャー等の医療福祉関係者との連携・情報共有<br>4. 残薬の管理<br>6. 服薬指導、支援<br>8. 医療用麻薬の管理（廃棄を含む）<br>10. その他（ ） |
| 20) 薬剤師の介入で実際に減薬に至りましたか ※○は一つだけ     |                                   | 1. 減薬した 2. 減薬には至っていない   |  |
| 21) 訪問薬剤管理指導で、医師の訪問に同行しましたか ※○は一つだけ |                                   | 1. 同行した 2. 同行していない  |  |
| 【21)で「1.同行した」と回答した場合、下記22)～26)に回答】  |                                   |   |  |
| A<br>医師の訪問に同行した時                    | 22) 提供した薬学的管理の内容<br>※当てはまるもの全て○   | 1. 患者の服薬状況に合わせた処方提案<br>2. 薬物療法に関する助言<br>3. 服薬状況の確認と残薬の整理<br>4. 麻薬及び輸液製剤（注射剤）やそれに伴う機材の使用に係る支援<br>5. 医療材料、衛生材料の提供<br>6. その他（具体的に： ） |  |
|                                     | 23) 情報提供した内容が処方へ反映されたか<br>※○は一つだけ | 1. 反映された 2. 反映されなかった<br>3. わからない  |  |
|                                     | 24) 同行したきっかけ<br>※当てはまるもの全て○       | 1. 医師からの依頼<br>2. 薬局薬剤師の提案<br>3. 看護師からの依頼<br>4. 患者の希望<br>5. 病院薬剤師からの依頼<br>6. 診療所薬剤師からの依頼<br>7. その他（具体的に： ）                         |  |
| B<br>医師の訪問への同行ではない時                 | 25) 提供した薬学的管理の内容<br>※当てはまるもの全て○   | 1. 患者の服薬状況に合わせた処方提案<br>2. 薬物療法に関する助言<br>3. 服薬状況の確認と残薬の整理<br>4. 麻薬及び輸液製剤（注射剤）やそれに伴う機材の使用に係る支援<br>5. 医療材料、衛生材料の提供<br>6. その他（具体的に： ） |  |
|                                     | 26) 情報提供した内容が処方へ反映されたか<br>※○は一つだけ | 1. 反映された 2. 反映されなかった<br>3. わからない  |  |
| 【21)で「2.同行していない」と回答した場合、下記27)に回答】   |                                   |   |  |
| 27) 提供した薬学的管理の内容<br>※当てはまるもの全て○     |                                   | 1. 患者の服薬状況に合わせた処方提案<br>2. 薬物療法に関する助言<br>3. 服薬状況の確認と残薬の整理<br>4. 麻薬及び輸液製剤（注射剤）やそれに伴う機材の使用に係る支援<br>5. 医療材料、衛生材料の提供<br>6. その他（具体的に    |  |

## 患者 B

|  |             |             |       |
|--|-------------|-------------|-------|
| 1) 性別  | 1. 男性 2. 女性 | 2) 年齢       | ( ) 歳 |
| 3) 訪問薬剤管理指導で算定した点数 ※○は一つだけ   |             |             |       |
| 1. 在宅患者訪問薬剤管理指導料 1. 単一建物診療患者が1人の場合<br>2. 在宅患者訪問薬剤管理指導料 2. 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合<br>3. 在宅患者訪問薬剤管理指導料 3. それ以外<br>4. 居宅療養管理指導費 ハ（2）（一）単一建物居住者1人に対して行う場合<br>5. 居宅療養管理指導費 ハ（2）（二）単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合<br>6. 居宅療養管理指導費 ハ（2）（三）それ以外<br>7. 介護予防居宅療養管理指導費 ハ（2）（一）単一建物居住者1人に対して行う場合<br>8. 介護予防居宅療養管理指導費 ハ（2）（二）単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合<br>9. 介護予防居宅療養管理指導費 ハ（2）（三）それ以外 |             |             |       |
| 4) 介護家族の有無 ※○は一つだけ   |             | 1. あり 2. なし |       |
| 5) 認知症（疑いを含む）の有無 ※○は一つだけ   |             | 1. あり 2. なし |       |

|  |   |   |       |
|--|---|---|-------|
| 6)褥瘡の有無 ※○は一つだけ  |   | 1. あり   | 2. なし |
| 7)主病名<br>※当てはまるもの全てに○                                      | 1. 難病（神経系）      2. 難病（神経系以外）      3. 脊髄損傷      4. COPD<br>5. 循環器疾患（高血圧症、心不全など）      6. 脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）<br>7. 精神系疾患      8. 神経系疾患      9. 認知症      10. 糖尿病<br>11. 悪性新生物      12. 骨折・筋骨格系疾患      13. 呼吸器系疾患<br>14. 耳鼻科疾患      15. 眼科疾患      16. 皮膚疾患（褥瘡等）<br>17. その他（具体的に：      ）   |   |       |
| 8)ターミナル期かどうか<br>※○は一つだけ                                    | 1. ターミナル期→余命の見込み：（      ）か月      2. ターミナル期でない   |   |       |
| 9)医師の指示に基づく<br>訪問薬剤管理指導を<br>行ったきっかけ<br>※○は一つだけ             | 1. 医師からの依頼      2. 薬局薬剤師の提案<br>3. 看護師からの依頼      4. ケアマネジャーからの依頼<br>5. 患者の希望<br>6. 病院薬剤師からの依頼      7. 診療所薬剤師からの依頼<br>8. その他（具体的に：      ）   |   |       |
| 10)令和4年5月～10月の間、当該患者は入院していましたか ※○は一つだけ                     |   | 1. 入院していた<br>2. 入院していなかった   |       |
| 11)令和4年5月～10月の間、当該患者の退院時共同指導に参加しましたか<br>※○は一つだけ            |   | 1. 参加した<br>2. 参加していない   |       |
| 【(11)で「1.参加した」と回答した場合、下記(11)-1～(11)-2を回答】                  |   |   |       |
| 11)-1 参加方法 ※当てはまるもの全て○                                     |   | 1. 対面      2. ビデオ通話   |       |
| 11)-2 参加した他の職種<br>※当てはまるもの全て○                              | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <u>【入院医療機関の職員】</u><br/>           1. 保険医<br/>           2. 看護師等（保健師、助産師、看護師、<br/>准看護師）<br/>           3. 薬剤師<br/>           4. 管理栄養士<br/>           5. 理学療法士<br/>           6. 作業療法士<br/>           7. 言語聴覚士<br/>           8. 社会福祉士<br/>           17. その他（具体的に：      ）         </div> <div> <u>【在宅療養担当医療機関の職員】</u><br/>           9. 保険医<br/>           10. 保険医の指示を受けた看護師等<br/>（保健師、助産師、看護師、<br/>准看護師）<br/>           11. 保険医の指示を受けた薬剤師<br/>           12. 保険医の指示を受けた管理栄養士<br/>           13. 保険医の指示を受けた理学療法士<br/>           14. 保険医の指示を受けた作業療法士<br/>           15. 保険医の指示を受けた言語聴覚士<br/>           16. 保険医の指示を受けた社会福祉士         </div> </div> |   |       |
| 計画的な<br>場合   | 12) 主治医と連携する他の医師の指示による在宅患者訪問<br>薬剤管理指導の実施はありますか ※○は一つだけ   | 1. ある      2. ない  |       |
|  | 12)-1 主治医と連携する他の医師の指示による在宅患者訪問薬<br>剤管理指導を行った理由  | 理由<br>[      ]  |       |
| 緊急の<br>場合  | 13) 主治医と連携する他の医師の指示による在宅患者緊急<br>訪問薬剤管理指導の実施はありますか ※○は一つだけ   | 1. ある      2. ない  |       |
|  | 13)-1 主治医と連携する他の医師の指示による在宅患者緊急<br>訪問薬剤管理指導を行った理由  | 理由<br>[      ]  |       |
| 14) 提供した医療材料<br>※当てはまるもの全て○                                |   | 1. インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器<br>2. ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器<br>3. 腹膜透析液交換セット（交換キット、回路）<br>4. 在宅中心静脈栄養用輸液（本体、フーバー針、輸液バッグ）<br>5. 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル<br>（経鼻用、腸瘻用）<br>6. 万年筆型注入器用注射針<br>7. 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ<br>8. 皮膚欠損用創傷被覆材<br>9. 非固着性シリコンガーゼ<br>10. その他（具体的に：      ） |       |
| 15) 提供した医療材料のうち、償還価格が仕入れ価格を下回ること<br>（いわゆる「逆ザヤ」）の有無 ※○は一つだけ |   | 1. あった<br>2. なかった   |       |

|   |   |  |                       |
|---|---|--|-----------------------|
| 16) 訪問頻度 ※○は一つだけ                                  | 1. 4週に1回未満<br>4. 2週に1回  | 2. 4週に1回<br>5. 週に1回  | 3. 3週に1回<br>6. 週に2回以上 |
| 17) 訪問薬剤管理指導に要した時間(滞在時間)                          | 1回あたり、平均 ( ) 分程度  |  |                       |
| 18) この患者の在宅訪問時に<br>発見された薬剤管理上の<br>問題点 ※当てはまるもの全て○ | 1. 薬剤の保管状況<br>2. 薬剤の重複<br>3. 併用禁忌の薬剤<br>4. 薬剤の飲み忘れ<br>5. 薬剤が飲みにくい<br>6. 薬剤の飲み過ぎ<br>7. 処方内容と食習慣のずれ<br>8. 副作用の発症<br>9. 服用薬剤の理解不足<br>10. その他 ( )   |  |                       |
| 19) この患者に行った薬学的管理<br>※当てはまるもの全て○                  | 1. 在宅担当医への処方提案<br>2. ケアマネジャー等の医療福祉関係者との連携・情報共有<br>3. 薬剤服用歴管理(薬の飲み合わせ等の確認)<br>4. 残薬の管理<br>5. 患者の状態に応じた調剤<br>6. 服薬指導、支援<br>7. 服薬状況と副作用等のモニタリング<br>8. 医療用麻薬の管理(廃棄を含む)<br>9. 患者への医薬品、衛生材料の供給<br>10. その他 ( ) |  |                       |
| 20) 薬剤師の介入で実際に減薬に至りましたか ※○は一つだけ                   | 1. 減薬した 2. 減薬には至っていない   |  |                       |
| 21) 訪問薬剤管理指導で、医師の訪問に同行しましたか ※○は一つだけ               | 1. 同行した 2. 同行していない  |  |                       |
| 【21)で「1.同行した」と回答した場合、下記22)～26)に回答】                |   |  |                       |
| A 医師の訪問に同行した時                                     | 22) 提供した薬学的管理の内容<br>※当てはまるもの全て○   | 1. 患者の服薬状況に合わせた処方提案<br>2. 薬物療法に関する助言<br>3. 服薬状況の確認と残薬の整理<br>4. 麻薬及び輸液製剤(注射剤)やそれに伴う機材の使用に係る支援<br>5. 医療材料、衛生材料の提供<br>6. その他 ( )<br>(具体的に : ) |                       |
|   | 23) 情報提供した内容が処方へ反映されたか<br>※○は一つだけ   | 1. 反映された 2. 反映されなかった<br>3. わからない   |                       |
|   | 24) 同行したきっかけ<br>※当てはまるもの全て○   | 1. 医師からの依頼<br>2. 薬局薬剤師の提案<br>3. 看護師からの依頼<br>4. 患者の希望<br>5. 病院薬剤師からの依頼<br>6. 診療所薬剤師からの依頼<br>7. その他(具体的に : )                                 |                       |
| B 医師の訪問への同行ではない時                                  | 25) 提供した薬学的管理の内容<br>※当てはまるもの全て○   | 1. 患者の服薬状況に合わせた処方提案<br>2. 薬物療法に関する助言<br>3. 服薬状況の確認と残薬の整理<br>4. 麻薬及び輸液製剤(注射剤)やそれに伴う機材の使用に係る支援<br>5. 医療材料、衛生材料の提供<br>6. その他(具体的に : )         |                       |
|   | 26) 情報提供した内容が処方へ反映されたか<br>※○は一つだけ   | 1. 反映された 2. 反映されなかった<br>3. わからない   |                       |
| 【21)で「2.同行していない」と回答した場合、下記27)に回答】                 |   |  |                       |
| 27) 提供した薬学的管理の内容<br>※当てはまるもの全て○                   | 1. 患者の服薬状況に合わせた処方提案<br>2. 薬物療法に関する助言<br>3. 服薬状況の確認と残薬の整理<br>4. 麻薬及び輸液製剤(注射剤)やそれに伴う機材の使用に係る支援<br>5. 医療材料、衛生材料の提供<br>6. その他(具体的に : )  |  |                       |

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。

令和5年1月10日(火)までに返信用封筒をご使用の上投函ください(切手不要)。