

千葉県保健医療計画改定に関する調査

在宅医療に関する調査

訪問薬剤管理指導等対応薬局票

千葉県保健医療計画改定に関する調査

在宅医療に関する調査

訪問薬剤管理指導等対応薬局票

○ 趣旨

本調査は、医療法第30条の5^{*}に基づいて、千葉県保健医療計画に位置づける循環型地域医療連携システムの構築にあたり、在宅医療に関する各医療機関の医療機能や地域における連携体制の実態について把握し、千葉県の保健医療施策を推進するための検討資料を得ることを目的とするものです。

なお、★印を付した項目の回答内容については、地域の医療連携を推進するため、千葉県ホームページに実施・対応している医療機関名のリストの形で公表することを予定しています。また、その他の回答は、施設名を匿名化のうえ、実態把握や課題検討に使用させていただきます。

※ 医療法第30条の5 都道府県は、医療計画を作成し、又は医療計画に基づく事業を実施するために必要があると認めるときは、市町村その他の官公署、介護保険法第7条第7項に規定する医療保険者又は医療提供施設の開設者若しくは管理者に対し、当該都道府県の区域内における医療提供施設の機能に関する情報その他の必要な情報の提供を求めることができる。

*この調査票において「訪問薬剤管理指導」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導及び居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導を含む）を表します。

○ 回答期限

平成29年7月20日（木）までに同封の返信用封筒により、ご返信願います。

○ 調査結果

調査結果に基づいて作成された「千葉県保健医療計画」は、千葉県ホームページ等にて公表します。

○ 質問項目、回答方法等に関する問い合わせ先

みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部 医療政策チーム

「千葉県保健医療計画改定に関する調査」ヘルプデスク

電話番号：0120-133-181（平日10：00～17：00）

* みずほ情報総研株式会社は、千葉県と守秘義務契約を締結の上、本調査業務の実施を受託しています。

○ 実施主体（千葉県保健医療計画に関する問い合わせ）

千葉県健康福祉部 健康福祉政策課 医療・介護連携室（担当：吉水・渡邊）

電話番号：043-223-2608（平日9：00～17：00）

2 患者・居住者の居宅を訪問して行う業務に従事している職員体制

Q3 患者・居住者の居宅を訪問して行う業務に従事している職員体制について、職員1人当たり回答欄の1行を用いてご回答ください。(薬剤師についてのみご回答ください。)

番号	勤務形態(1つに○)			1ヶ月の勤務時間に占めるおおよその従事時間の割合 a+b+c=10割となるように、数値をご記入ください			
	A 常勤職員	B 非常勤職員	Bを選択した場合 常勤換算人数 (注参照)	a 居宅での サービス提供 (在宅患者訪問薬剤管理 指導、居宅療養管理指導 等)	b aに付随する業務 (準備、移動、後片付け・ 記録等)	c a, b 以外の 業務	合計 a+b+c
例	○A	B	() 人	(0) 割	(0) 割	(10) 割	10 割
例	A	○B	(0.5) 人	(1) 割	(0) 割	(9) 割	10 割
1	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10 割
2	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10 割
3	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10 割
4	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10 割
5	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10 割
6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10 割
7	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10 割
8	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10 割
9	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10 割
10	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10 割
11	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10 割
12	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10 割
13	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10 割
14	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10 割
15	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10 割
16	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10 割
17	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10 割
18	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10 割
19	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10 割
20	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10 割

注：非常勤職員数を常勤換算数でご回答頂く設問は、貴薬局の1週間の通常勤務時間を基本として、下記の方法で算出し、小数点以下第2位を四捨五入した数字をご記入ください。

【例】1週間の通常の勤務時間が40時間の医療機関で、週3日、各日5時間勤務の非常勤職員の場合

$$\frac{5 \text{時間} \times 3 \text{日}}{40 \text{時間}} = 0.375 \text{人} \rightarrow 0.4 \text{人}$$

3 貴施設における在宅患者訪問薬剤管理指導等の実施状況

Q4 平成 29 年 3 月～5 月の 3 か月間における在宅患者訪問薬剤管理指導等の訪問実人数と延べ回数をご記入ください。			
①医療保険による 在宅患者訪問薬剤管理指導	同一建物居住者以外	実人数 () 人	延べ () 回
	同一建物居住者	実人数 () 人	延べ () 回
②介護保険による居宅療養管理指導 (介護予防給付含む)	同一建物居住者以外	実人数 () 人	延べ () 回
	同一建物居住者	実人数 () 人	延べ () 回

※同一施設において、複数の患者に薬剤指導を行った場合は、1 回として計上してください。(例: 同じ施設の 3 人の患者に薬剤管理指導を行った⇒実人数 3 人、延べ 1 回)

4 訪問薬剤管理指導を行っている患者の居住形態の種類

Q5 訪問薬剤管理指導を行っている患者の居住形態別に、平成 29 年 3 月 1 ヶ月間の利用実人数、延べ回数をご記入ください。 * Q4①の実人数に対する割合を記入して下さい。					
自宅	サービス付き 高齢者向け住宅	有料老人 ホーム	認知症対応型 生活介護	介護老人福祉 施設	その他
実人数 () 人	実人数 () 人	実人数 () 人	実人数 () 人	実人数 () 人	実人数 () 人
延べ () 回	延べ () 回	延べ () 回	延べ () 回	延べ () 回	延べ () 回

※「訪問薬剤管理指導」:在宅患者訪問薬剤管理指導及び居宅療養管理指導(介護予防居宅療養管理指導を含む)。

5 現状の外来診療等の体制を維持した状態に対応可能な 1 ヶ月当たり最大の訪問人数・回数

Q6 現体制で対応可能な 1 ヶ月当たり最大の訪問人数・回数についてご記入ください。		
訪問薬剤管理指導	1 ヶ月当たり最大の訪問人数	人
	1 ヶ月当たり最大の訪問回数	延べ 回

※「訪問薬剤管理指導」:在宅患者訪問薬剤管理指導及び居宅療養管理指導(介護予防居宅療養管理指導を含む)。

6 薬局機能の状況

Q7 下記の薬局機能についてそれぞれ該当する選択肢の番号に○をお付けください。		
基準調剤加算の届出★	01 有	02 無
24 時間調剤に対応できる体制 (自らの薬局のみ) ★	01 可能	02 実施していない
24 時間調剤に対応できる体制 (近隣の保険薬局との連携) ★	01 可能	02 実施していない
無菌調剤処理に係る調剤体制 (自施設で対応) ★	01 可能	02 実施していない
無菌調剤処理に係る調剤体制 (他施設で対応) ★	01 可能	02 実施していない
医療材料及び衛生材料が供給できる体制★	01 可能	02 実施していない
後発医薬品調剤体制加算 1 の届出	01 有	02 無
後発医薬品調剤体制加算 2 の届出	01 有	02 無

7 今後の在宅医療の取組予定

Q8 今後の在宅医療への取組方針について、該当する選択肢の番号 1 つに○をお付けください。	
01 拡充を予定している	
02 拡充は予定していない (その理由:)	
03 今後取組みを開始する予定でいる	
04 要望があれば検討する	
05 取り組む予定はない (その理由:)	

8 連携の状況

Q9 連携機関についてお伺いします。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。また、「01 連携している機関がある」を選ばれた場合は、連携施設数、連携内容についてご記入ください。
***連携は、退院後の同行訪問、患者情報の共有、相談窓口の共有などを含む**

連携している機関はありますか	01 連携している機関がある	
	02 連携していない（その理由	）

※ 上記で「01 連携している機関がある」を選択された場合のみ、設問に回答してください。（下記設問の中で該当しない施設がある場合は○をご記入ください。）

病院・診療所	同一市町村内	（ ）箇所（連携の内容	）
	同一市町村外	（ ）箇所（連携の内容	）
歯科診療所	同一市町村内	（ ）箇所（連携の内容	）
	同一市町村外	（ ）箇所（連携の内容	）
他の保険薬局	同一市町村内	（ ）箇所（連携の内容	）
	同一市町村外	（ ）箇所（連携の内容	）
訪問看護ステーション	同一市町村内	（ ）箇所（連携の内容	）
	同一市町村外	（ ）箇所（連携の内容	）
地域包括支援センター	同一市町村内	（ ）箇所（連携の内容	）
	同一市町村外	（ ）箇所（連携の内容	）
居宅介護支援事業所	同一市町村内	（ ）箇所（連携の内容	）
	同一市町村外	（ ）箇所（連携の内容	）
訪問介護事業所	同一市町村内	（ ）箇所（連携の内容	）
	同一市町村外	（ ）箇所（連携の内容	）

9 訪問可能エリア

Q10 対応可能なエリアについて、下記のリストより、全域を対象とする市町村には○、一部のみ対象としている市町村は△をつけて下さい。県外もある場合、都県名・市町村名をご記入ください。

圏域名	対応可能市町村			圏域名	対応可能市町村			圏域名	対応可能市町村			県外	
	番号	○or△	構成市町村		番号	○or△	構成市町村		番号	○or△	構成市町村	都県名	市区町村名
千葉	01		千葉市	19		富里市	山武長生 夷隅	37		睦沢町			
東葛南部	02		市川市	20		酒々井町		38		長生村			
	03		浦安市	21		栄町		39		白子町			
	04		習志野市	22		香取市		40		長柄町			
	05		八千代市	23		神崎町		41		長南町			
	06		鎌ヶ谷市	24		多古町		42		勝浦市			
	07		船橋市	25		東庄町		43		いすみ市			
東葛北部	08		野田市	26		銚子市	44		大多喜町				
	09		松戸市	27		旭市	45		御宿町				
	10		流山市	28		匝瑳市	46		館山市				
	11		我孫子市	29		東金市	47		鴨川市				
	12		柏市	30		山武市	48		南房総市				
印旛	13		成田市	31		大網白里市	安房	49		鋸南町			
	14		佐倉市	32		九十九里町		50		木更津市			
	15		四街道市	33		芝山町	君津	51		君津市			
	16		八街市	34		横芝光町		52		富津市			
	17		印西市	35		茂原市		53		袖ヶ浦市			
	18		白井市	36		一宮町		市原	54		市原市		

10 患者の紹介元等

Q11 利用者へ訪問を開始するに至ったルートについてご記入ください。				
患者（家族）が 直接来局・連絡	病院からの紹介	診療所からの紹介	訪問看護ステーション からの紹介	
割	割	割	割	
居宅介護支援事業所 からの紹介	行政からの紹介	貴薬局からの申し出	その他	計
割	割	割	割	10割

11 行政への要望

Q12 地域における在宅医療について、県で行っている事業に関するご意見、その他ご要望等を簡潔にご記入ください。

12 在宅医療の課題について

Q13 在宅医療を提供する上での課題について該当する選択肢の番号に3つまで○をつけてください。

- 01 貴薬局における薬剤師の確保
- 02 在宅医療に関する研修機会の確保
- 03 24時間対応体制
- 04 連携する医療機関の確保
- 05 連携する訪問看護ステーションの確保
- 06 在宅医療に関する医療機関の認識や理解
- 07 在宅歯科医療に関する医療機関の認識や理解
- 08 在宅療養患者に関する医療機関との情報共有－退院時共同指導の実施
- 09 在宅療養患者に関する医療機関との情報共有－連携シート等、連携ツールの活用
- 10 在宅療養患者に関する歯科診療所との情報共有
- 11 在宅療養患者に関する居宅介護サービス事業所との情報共有
- 12 在宅療養患者に関する居宅介護支援事業所との情報共有
- 13 地域住民の在宅医療への理解を促進するための情報の提供
- 14 患家への「訪問薬剤管理指導同意書」の交付
- 15 医療機関からの「訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書」の交付
- 16 薬学的管理指導計画書の作成
- 17 調剤報酬の引き上げ
- 18 患者の経済的負担の軽減
- 19 在宅患者訪問薬剤管理指導に係る医療機関に対する報告
- 20 その他（ ）

※本調査票の設問は以上です。返信用封筒（切手不要）を用いて、
7月20日（木）までにご返送くださいますようお願い致します。