

「ポリファーマシーに対する取組状況に係る実態調査」

ご回答方法

- ・貴院の施設長から委任された方がご回答頂きますようお願い致します。
- ・あてはまるチェックボックス (□) にチェック (☑) をしてください。チェックボックスの右側の(1)などの記号は事務処理のために記載したものです。
- ・() 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、該当無しは「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、令和元年7月1日現在の状況についてお答えください。

I. 貴院の基本属性についてお尋ねします

① 貴院の開設者*についてご選択ください。(チェックは1つ)					
<input type="checkbox"/> (1) 国立(独立行政法人含む)	<input type="checkbox"/> (2) 公立(地方独立行政法人含む)	<input type="checkbox"/> (3) 公的	<input type="checkbox"/> (4) 社会保険関係	<input type="checkbox"/> (5) 医療法人(社会医療法人を除く)	<input type="checkbox"/> (6) 個人
<input type="checkbox"/> (7) その他の法人					
② 貴院における許可病床数*をご記入ください。 ※医療法に基づく病床数					
1) 一般病床	2) 療養病床	3) 精神科病床	4) 結核病床	5) 感染症病床	6) 病院全体 1) ~5) の合計
床	床	床	床	床	床
③ 平成 30 年度病床機能報告において報告した医療機能別の許可病床数をご記入ください。					
1) 高度急性期	床	2) 急性期	床	3) 回復期	床
4) 慢性期					
床					
③-2 貴院がお考えになる貴院の主たる医療機能をお答えください。(チェックは1つ)					
<input type="checkbox"/> (1) 高度急性期	<input type="checkbox"/> (2) 急性期	<input type="checkbox"/> (3) 回復期	<input type="checkbox"/> (4) 慢性期		
④ 標榜診療科 (あてはまるもの全てにチェック)					
<input type="checkbox"/> (1) 内科* ¹	<input type="checkbox"/> (2) 外科* ²	<input type="checkbox"/> (3) 精神科	<input type="checkbox"/> (4) 小児科		
<input type="checkbox"/> (5) 皮膚科	<input type="checkbox"/> (6) 泌尿器科	<input type="checkbox"/> (7) 産婦人科・産科・婦人科	<input type="checkbox"/> (8) 眼科		
<input type="checkbox"/> (9) 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> (10) 放射線科	<input type="checkbox"/> (11) 脳神経外科	<input type="checkbox"/> (12) 整形外科		
<input type="checkbox"/> (13) 麻酔科	<input type="checkbox"/> (14) 救急科	<input type="checkbox"/> (15) 歯科・歯科口腔外科* ³	<input type="checkbox"/> (16) リハビリテーション科		
<input type="checkbox"/> (17) その他 ()					
※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、神経内科等は、「内科」としてご回答ください。					
※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、形成外科、美容外科等は、「外科」としてご回答ください。					
※3: 矯正歯科、小児歯科は、「歯科」としてご回答ください。					
⑤ DPC 対応状況 (チェックは1つ)					
<input type="checkbox"/> (1) DPC 対象病院	<input type="checkbox"/> (2) DPC 準備病院	<input type="checkbox"/> (3) DPC 対象病院・準備病院以外			
⑥-1 いわゆる門前薬局の有無 (チェックは1つ)					
<input type="checkbox"/> (1) あり			<input type="checkbox"/> (2) なし		
⑥-2 敷地内薬局の有無 (チェックは1つ)					
<input type="checkbox"/> (1) あり			<input type="checkbox"/> (2) なし		

⑦ 職員数をご記入ください。						
	1) 医師	2) 歯科医師	3) 薬剤師	4) 看護職員※2	5) その他の職員	6) 1)～5)の合計
常勤職員	人	人	人	人	人	人
非常勤職員	人	人	人	人	人	人
常勤換算人数※1	人	人	人	人	人	人

※1：非常勤職員の常勤換算については、以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点以下第一位までお答えください。

1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)

1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間 × 4)

※2：保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。

⑧ 外来患者数、入院患者数をご記入ください。					
1) 外来患者数 令和元年6月の1か月間	①初診患者数	()人	②再診延患者数	()人	
2) 入院患者数 令和元年7月1日24時時点	()人				

⑨ 令和元年6月の1か月間における診療報酬の算定状況についてお伺い致します。			
1) 処方料	回	7) 在宅患者訪問薬剤管理指導料	回
1-1) 処方料1 (18点)	回	8) 向精神薬調整連携加算 (処方料への加算)	回
1-2) 処方料2 (29点)	回	9) 向精神薬調整連携加算 (処方箋料への加算)	回
1-3) 処方料3 (42点)	回	10) 退院時共同指導料1	回
2) 処方箋料	回	11) 退院時共同指導料2	回
2-1) 処方箋料1 (28点)	回	12) 退院前訪問指導料	回
2-2) 処方箋料2 (40点)	回	13) 退院後訪問指導料	回
2-3) 処方箋料3 (68点)	回	14) 診療情報提供料 (I)	回
3) 薬剤総合評価調整加算	回	15) 電子的診療情報評価料	回
4) 薬剤管理指導料	回	16) 診療情報連携共有料	回
5) 薬剤総合評価調整管理料	回	17) 薬剤情報提供料	回
6) 連携管理加算	回	18) 退院時薬剤情報管理指導料	回

Ⅱ. 貴院における指針の活用状況についてお尋ねします

『指針』とは

- 本調査では「高齢者の医薬品適正使用の指針 (総論編)」もしくは「高齢者の医薬品適正使用の指針 (各論編 (療養環境別))」を指針と表します。詳しくは厚生労働省のウェブサイト (URL を以下に記載) をご参照ください。

「高齢者の医薬品適正使用の指針 (総論編) について」の通知発出について

<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000208852.html>

「高齢者の医薬品適正使用の指針 (各論編 (療養環境別)) について」の通知発出について

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05217.html

<p>問1 ご回答者様は、ポリファーマシーをどの程度ご存じでしたか。(チェックは1つ) ※「定義」とは、厚生労働省が指針の中で「多剤服用の中でも害をなすものを特にポリファーマシーと呼ぶ」として位置づけている内容を指します。</p>	
<input type="checkbox"/> (1) 知っていた (定義を正確に理解していた) <input type="checkbox"/> (3) 知っていた (言葉を聞いたことがあった)	<input type="checkbox"/> (2) 知っていた (多剤併用であると理解していた) <input type="checkbox"/> (4) 知らなかった
<p>問2 ご回答者様は、指針をどの程度ご存じでしたか。(チェックは1つ)</p>	
<input type="checkbox"/> (1) 知っていた (内容をよく理解していた) <input type="checkbox"/> (3) 知っていた (内容を見たことがあった/聞いたことがあった)	<input type="checkbox"/> (2) 知っていた (ある程度理解していた) <input type="checkbox"/> (4) 知らなかった (聞いたことがなかった)
<p>問3 ご回答者様のお考えとして、指針はどの程度参考になりますか。最もあてはまるものをお選びください。(チェックは1つ)</p>	
<input type="checkbox"/> (1) 非常に参考になる <input type="checkbox"/> (2) ある程度参考になる <input type="checkbox"/> (3) あまり参考にならない <input type="checkbox"/> (4) 全く参考にならない <input type="checkbox"/> (5) 使用したことがない	
<p>問4 指針を院内で多職種に対してどのように周知していますか。(あてはまるもの全てにチェック)</p>	
<input type="checkbox"/> (1) 紙面の情報を院内に掲示 <input type="checkbox"/> (4) 紙面の情報を回覧 <input type="checkbox"/> (7) 紙面の情報を配布	<input type="checkbox"/> (2) イントラネット等で掲示 <input type="checkbox"/> (5) 電子メールで通知 <input type="checkbox"/> (8) 委員会等で説明 <input type="checkbox"/> (10) 周知していない
<p>問5 貴院には、指針の内容を引用したポリファーマシーの解消を目的とした手順書やその他の規程類(電子カルテシステムに指針の内容を取り込み、薬剤を処方する際に自動的にアラートが表示される仕組みを構築している場合や、指針の内容を参考にしてポリファーマシーの回避・改善を行うべき対象患者を抽出するための様式を作成・運用している場合等も含む)(以下、手順書等)が存在しますか。(チェックは1つ)</p>	<input type="checkbox"/> (1) はい <input type="checkbox"/> (2) いいえ

<問5-2は、問5で「はい」とご回答の場合、ご回答ください>

<p>問5-2 問5でご回答頂いた手順書等には、指針のどの部分を参考にされていますか。(あてはまるもの全てにチェック)</p>	
<p>1) 総論編</p>	<input type="checkbox"/> (1) はじめに <input type="checkbox"/> (2) ポリファーマシーの概念 <input type="checkbox"/> (3) 多剤服用の現状 <input type="checkbox"/> (4) 薬剤見直しの基本的な考え方及びフローチャート <input type="checkbox"/> (5) 多剤服用時に注意する有害事象と診断、処方見直しのきっかけ <input type="checkbox"/> (6) 多剤服用の対策としての高齢者への薬物投与の留意事項 <input type="checkbox"/> (7) 服薬支援 <input type="checkbox"/> (8) 多職種・医療機関及び地域での協働 <input type="checkbox"/> (9) 国民的理解の醸成 <input type="checkbox"/> (10) 別添 <input type="checkbox"/> (11) 指針全体を引用している
<p>2) 各論編</p>	<input type="checkbox"/> (12) はじめに <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <p><第1部 外来・在宅医療・特別養護老人ホーム等の常勤の医師が配置されていない施設></p> <input type="checkbox"/> (13) 処方確認・見直しの考え方 <input type="checkbox"/> (14) 外来・在宅医療への移行時における留意点 <input type="checkbox"/> (15) 処方検討時の留意点 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <p><第2部 急性期後の回復期・慢性期の入院医療></p> <input type="checkbox"/> (16) 入院時の処方確認・見直しの考え方 <input type="checkbox"/> (17) 入院中から退院までの留意点 <input type="checkbox"/> (18) 処方検討時の留意点 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <p><第3部 その他の療養環境(常勤の医師が配置されている介護施設等)></p> <input type="checkbox"/> (19) 入所時の処方確認・見直しの考え方 <input type="checkbox"/> (20) 入所中から退所までの留意点 <input type="checkbox"/> (21) 処方検討時の留意点 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <p><上記以外></p> <input type="checkbox"/> (22) おわりに <input type="checkbox"/> (23) 別添 <input type="checkbox"/> (24) 指針全体を引用している </div>

問5-3 問5でご回答頂いた手順書等において、医師、歯科医師、薬剤師以外の職種が果たすべき役割は記載されていますか。(あてはまるもの全てにチェック)

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (1) 看護職員* | <input type="checkbox"/> (2) 歯科衛生士 | <input type="checkbox"/> (3) 理学療法士 |
| <input type="checkbox"/> (4) 作業療法士 | <input type="checkbox"/> (5) 言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> (6) 管理栄養士 |
| <input type="checkbox"/> (7) 社会福祉士 | <input type="checkbox"/> (8) その他 () | |

※：保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。

問6 指針のうち改善すべきとお考えの箇所がございましたら、ご記入ください。(あてはまるもの全てにチェック)

1) 総論編	<input type="checkbox"/> (1) はじめに <input type="checkbox"/> (2) ポリファーマシーの概念 <input type="checkbox"/> (3) 多剤服用の現状 <input type="checkbox"/> (4) 薬剤見直しの基本的な考え方及びフローチャート <input type="checkbox"/> (5) 多剤服用時に注意する有害事象と診断、処方見直しのきっかけ <input type="checkbox"/> (6) 多剤服用の対策としての高齢者への薬物投与の留意事項 <input type="checkbox"/> (7) 服薬支援 <input type="checkbox"/> (8) 多職種・医療機関及び地域での協働 <input type="checkbox"/> (9) 国民的理解の醸成 <input type="checkbox"/> (10) 別添
2) 各論編	<input type="checkbox"/> (11) はじめに <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"><第1部 外来・在宅医療・特別養護老人ホーム等の常勤の医師が配置されていない施設></div> <input type="checkbox"/> (12) 処方確認・見直しの考え方 <input type="checkbox"/> (13) 外来・在宅医療への移行時における留意点 <input type="checkbox"/> (14) 処方検討時の留意点 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"><第2部 急性期後の回復期・慢性期の入院医療></div> <input type="checkbox"/> (15) 入院時の処方確認・見直しの考え方 <input type="checkbox"/> (16) 入院中から退院までの留意点 <input type="checkbox"/> (17) 処方検討時の留意点 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"><第3部 その他の療養環境(常勤の医師が配置されている介護施設等)></div> <input type="checkbox"/> (18) 入所時の処方確認・見直しの考え方 <input type="checkbox"/> (19) 入所中から退所までの留意点 <input type="checkbox"/> (20) 処方検討時の留意点 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"><上記以外></div> <input type="checkbox"/> (21) おわりに <input type="checkbox"/> (22) 別添

<問6-2は、問6でいずれかにチェックを付けた場合、ご回答ください>

問6-2 問6でご回答頂いた箇所につきまして、改善すべきとお考えの理由をお答えください。

問6の 回答番号	改善すべきとお考えの理由

問7 その他、指針に関するご要望がございましたら、ご記入ください。(自由記述)

問8 ポリファーマシーへの対応を目的として、日常の業務において参考にしている文献や資料がございましたら、ご記入ください。(あてはまるもの全てにチェック)

(1) 高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)について(厚生労働省)

(2) 高齢者の医薬品適正使用の指針(各論編(療養環境別))について(厚生労働省)

(3) 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015(日本老年医学会)

(4) 高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用(日本医療研究開発機構研究費「高齢者の多剤処方見直しのための医師・薬剤師連携ガイド作成に関する研究」研究班)

(5) STOPP/START Criteria

(6) Beers Criteria

(7) その他()

Ⅲ. 貴院内におけるポリファーマシーの回避・改善に向けた取組についてお尋ねします

問9 任意の2週間^{※1}におけるポリファーマシーの回避・改善状況等についてお伺い致します。

※1: 任意の2週間は、調査票を受け取られた日の前後いずれでも結構です。当該2週間を「調査期間」の欄にご記入ください。

※2: 本設問は、ご回答者様が把握されている可能な範囲でご回答ください。

(調査期間: 月 日 ~ 月 日)	①外来患者	②入院患者
1) 調査期間の患者数	人	人
2) ポリファーマシーの回避・改善を行うか否かを判断する対象となる患者数	人	人
2-2) 上記2)の対象患者の条件をご記入ください。(自由記述) (例: 75歳以上、6剤以上服用している患者、決まった条件はない等)		
3) 2)のうち、ポリファーマシーの回避・改善を行うべきと判断された患者数	人	人
4) 3)のうち、ポリファーマシーの回避・改善がなされた患者数	人	人
5) 3)のうち、指針を活用した患者数	人	人
6) 4)のうち、多職種連携により取組を実施した患者数	人	人
7) 4)のうち、状態の改善が認められた患者数	人	人
8) ポリファーマシーの回避・改善に至らなかった理由をご記入ください。(自由記述)	①外来患者	
	②入院患者	

問 13 高齢者に処方されることが多い特定の薬効群（例：降圧剤、胃腸薬、向精神薬等）を対象として、ポリファーマシーを回避・改善するために行っている具体的な取組はありますか（チェックは1つ）	<input type="checkbox"/> (1) はい <input type="checkbox"/> (2) いいえ
--	---

<問 13-2、問 13-3 は、問 13 で「はい」とご回答の場合、ご回答ください>

問 13-2 問 13 でご回答を頂きました特定の薬効群を具体的にご記入ください。（自由記述）		
記入例：降圧剤、胃腸薬		
問 13-3 問 13-2 でご回答を頂きました薬効群のうち、主なものを2種類お選び頂き、以下①～④の問いにご回答ください。		
1 種 類 目 の 薬 剤	1) ① 薬効群	
	1) ② ポリファーマシーを回避・改善するための取組の概要をご記入ください。（自由記述）	
	1) ③ ポリファーマシーを回避・改善するための取組の工夫点をご記入ください。（自由記述）	
	1) ④ ポリファーマシーを回避・改善するための取組の課題をご記入ください。（自由記述）	

2 種 類 目 の 薬 剤	2) ① 薬効群	
	2) ② ポリファーマシーを回避・改善するための取組の概要をご記入ください。（自由記述）	
	2) ③ ポリファーマシーを回避・改善するための取組の工夫点をご記入ください。（自由記述）	
	2) ④ ポリファーマシーを回避・改善するための取組の課題をご記入ください。（自由記述）	

問 14 ご回答者は、日常の業務で、PIMs*を意識的に回避していますか。(チェックは1つ)	<input type="checkbox"/> (1) はい <input type="checkbox"/> (2) いいえ
--	---

※：PIMs (Potentially Inappropriate Medications 特に慎重な投与を要する薬剤)：一般的には高齢者に対してベネフィットよりもリスクが高いと考えられていることから、治療方針に関わらず使用中止を検討する必要がある薬剤である。

【参考】「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015」(日本老年医学会編集)では、「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」として該当する具体的な薬剤が掲載されている。

URL：https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20170808_01.pdf

<一例>

分類	薬物	代表的な一般名	対象となる患者群	主な副作用・理由	推奨される使用法
制吐薬	制吐薬	メトクロプラミド、プロクロルペラジン、プロメタジン	全て対象	ドパミン受容体遮断作用により、パーキンソン症状の出現・悪化が起きやすい	可能な限り使用を控える

問 15 貴院では患者の退院後に、処方薬の情報を他院のかかりつけ医、他機関の薬剤師等、患者の退院後のケアを行う職種に情報提供していますか。(チェックは1つ)	<input type="checkbox"/> (1) はい <input type="checkbox"/> (2) いいえ
--	---

問 16 貴院における患者や家族へのポリファーマシーを解消するための働きかけの状況等についてお伺い致します。	
1) 貴院では、過去1年間において患者や家族に対しポリファーマシーを解消するために処方の見直しを勧めた際、患者や家族の同意が得られず拒否されたケースはどの程度ありますか。患者の人数ベースでの概ねの割合をお答えください。 ※正確な割合を回答することが難しい場合には、おおよその数値をご回答ください。	() 割
2) 指針が発出される以前(約3年前)と比較して、処方見直しに対する患者や家族の抵抗感に変化していますか。(チェックは1つ) ※患者全体の傾向についてご回答者が抱かれていまする印象を、ご回答者が把握されている範囲内でお答えください。	<input type="checkbox"/> (1) 抵抗感は減っている <input type="checkbox"/> (2) 抵抗感是不変 <input type="checkbox"/> (3) 抵抗感が増えている
3) 患者や家族に処方の見直しを勧める際に、患者や家族の不安を解消したり、同意を得るために工夫している点がありましたらお答えください(自由記述)	
4) 貴院では、患者や家族に処方の見直しを勧める上での手順書を策定していますか。(チェックは1つ)	
	<input type="checkbox"/> (1) はい <input type="checkbox"/> (2) いいえ

問 17 貴院では、ポリファーマシーに対する問題意識や高齢者にリスクの高い薬剤、薬物相互作用、服用薬剤の見直し、適切な服薬支援の必要性などについて、これまで患者や家族を含む一般の方に対し啓発活動を行ったことがありますか(あてはまるもの全てにチェック)
<input type="checkbox"/> (1) 個々の患者に対し、啓発したことがある <input type="checkbox"/> (2) 患者を対象とした講演会、研修会などで、啓発したことがある <input type="checkbox"/> (3) ウェブサイト、SNS などを通じて、啓発したことがある <input type="checkbox"/> (4) その他の方法で啓発したことがある(具体的に： <input type="checkbox"/> (5) 啓発したことはない

<問 17-2 は、問 17 で「(1)」～「(4)」にチェックを付けた場合、ご回答ください>

問 17-2 問 17 に示す患者や家族を含む一般の方に対する啓発活動において、資料として使用した、もしくは資料作成等に使用した文献をお答えください(あてはまるもの全てにチェック)
<input type="checkbox"/> (1) 「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」 <input type="checkbox"/> (2) その他(

問 19 貴院では、ポリファーマシーを回避・改善する場合における対象患者の抽出者や決定方法として、規定されているものをお答えください。(あてはまるもの全てにチェック)

<抽出者>

(1) 会議体で抽出する

(2) 各診療科の医師が抽出する

(3) 薬剤部門が抽出する

(4) その他 ()

(5) 規定されていない

<決定方法>

(6) 会議体が決定する

(7) 各診療科の医師が決定する

(8) 薬剤部門が決定する

(9) その他 ()

(10) 規定されていない

問 20 貴院以外の施設との連携において、ポリファーマシーの回避・改善に活用される情報の共有を行っていますか。(チェックは1つ) (1) はい (2) いいえ

<問 20-2 は、問 20 で「はい」とご回答の場合、ご回答ください>

問 20-2 同一法人内に病院・診療所などの施設はありますか。(チェックは1つ) (1) はい (2) いいえ

<問 20-2-2 は、問 20-2 で「はい」とご回答の場合、ご回答ください>

問 20-2-2 同一法人内にどのような施設がありますか (あてはまるもの全てにチェック)

(1) 病院 (2) 診療所 (3) 特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)

(4) 介護老人保健施設 (5) 介護療養型医療施設 (6) 介護医療院 (7) 介護事業所

(8) その他 ()

<問 20-3~7 は、問 20 で「はい」とご回答の場合、ご回答ください>

問 20-3 どのような施設と連携していますか。(あてはまるもの全てにチェック)

1) 同一法人内	<input type="checkbox"/> (1) 病院 <input type="checkbox"/> (2) 診療所 <input type="checkbox"/> (3) 特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設) <input type="checkbox"/> (4) 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> (5) 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> (6) 介護医療院 <input type="checkbox"/> (7) 介護事業所 <input type="checkbox"/> (8) その他 ()
2) 他法人	<input type="checkbox"/> (1) 病院 <input type="checkbox"/> (2) 診療所 <input type="checkbox"/> (3) 薬局 <input type="checkbox"/> (4) 特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設) <input type="checkbox"/> (5) 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> (6) 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> (7) 介護医療院 <input type="checkbox"/> (8) 介護事業所 <input type="checkbox"/> (9) その他 ()

問 20-4 どのような職種と連携していますか。(あてはまるもの全てにチェック)

1) 同一法人内	<input type="checkbox"/> (1) 医師 <input type="checkbox"/> (2) 歯科医師 <input type="checkbox"/> (3) 看護職員* <input type="checkbox"/> (4) 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> (5) 理学療法士 <input type="checkbox"/> (6) 作業療法士 <input type="checkbox"/> (7) 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> (8) 管理栄養士 <input type="checkbox"/> (9) 社会福祉士 <input type="checkbox"/> (10) 介護福祉士 <input type="checkbox"/> (11) 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> (12) その他 ()
2) 他法人	<input type="checkbox"/> (1) 医師 <input type="checkbox"/> (2) 歯科医師 <input type="checkbox"/> (3) 薬剤師 <input type="checkbox"/> (4) 看護職員* <input type="checkbox"/> (5) 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> (6) 理学療法士 <input type="checkbox"/> (7) 作業療法士 <input type="checkbox"/> (8) 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> (9) 管理栄養士 <input type="checkbox"/> (10) 社会福祉士 <input type="checkbox"/> (11) 介護福祉士 <input type="checkbox"/> (12) 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> (13) その他 ()

※：保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。

問 20-5 どのような内容の連携をしていますか。(あてはまるもの全てにチェック)

- (1) 多剤処方・ポリファーマシー対策の研究会等の会合を発足させ、対策を検討している
- (2) 医師に処方見直しを提案するための様式を作成し、地域で運用している
- (3) 貴院以外の施設に対して、患者の情報提供を積極的に行っている
- (4) 貴院以外の施設からの患者の情報入手を積極的に行っている
- (5) その他 ()

問 20-6 連携は誰が発案しましたか(チェックは1つ)

- (1) 貴院の医師
- (2) 貴院の薬剤師
- (3) 院外施設の医師
- (4) 院外施設の薬剤師
- (5) 郡市区等医師会
- (6) 地域薬剤師会
- (7) その他 ()

問 20-7 連携の取組内容(経緯、関係施設、対象患者数、取組の成果)について具体的にご記入ください。(自由記述)

以上でアンケートは終了です。ご協力頂きまして誠にありがとうございました。お手数をお掛け致しますが、令和元年12月27日(金)までに同封した返信用封筒(切手不要)に入れてご返送ください。