

令和7年度「病院薬剤部門の現状調査」

(令和7年6月実施)

一般社団法人 日本病院薬剤師会 総務部

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( )  
記入者連絡先FAX番号( )  
連絡先メールアドレス( )

- ・「病院薬剤部門の現状調査」にご協力をいただきありがとうございます。
- ・本調査は病院薬剤業務の現状及び経年変動を把握し、今後の病院薬剤師の業務展開について検討するために、重要な意義をもつ調査となっています。また、本調査結果を基に、本会医療政策部が実施する「診療報酬改定特別調査」の調査対象施設を抽出いたしますので、調査項目が多くご負担をおかけいたしますが、回答にご協力くださいますようよろしくお願い申し上げます。
- ・つきましては、本調査の趣旨をご理解いただき、本会の会員が所属していない施設を含めたすべての施設に本調査へのご協力をお願い申し上げます。
- ・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発表・利用いたします。
- ・ご回答いただいた内容は、貴施設が所属する都道府県病院薬剤師会等と本会の病院団体薬剤部長協議会の所属する団体および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）」及び「NDB等を活用した病院薬剤師の確保に向けた業務の効率化と潜在薬剤師の活用に資する研究」（研究代表者：安原真人）に提供させていただきます。都道府県病院薬剤師会や所属病院団体への提供を許諾されない場合は、回答のI.1.の当該欄にチェックをつけてください。

◎調査票の記入について

- ・最初に必ず記載要領をご確認ください。また、「記載要領も併せてご確認ください」と記載されている設問については、記入する際にも記載要領もご参照ください。
- ・特に指定がある場合を除いて、令和7年6月1日現在の状況についてお答えください。
- ・ご質問の点等ございましたら、日本病院薬剤師会調査事務局までご連絡をお願いいたします。

◎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7年度病院薬剤部門の現状調査(※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7年7月31日(木)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7年7月31日(木)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（6月2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

## 目 次

I. 施設の概要・機能	4
1. 開設主体	4
2. 病院分類	4
3. 救急医療体制	4
4. 施設の病床数(令和7年6月1日現在)	4
5. 病床機能(令和7年7月1日現在)	5
6. 病院種別	5
7. 施設の在院患者数・在院日数等	5
8. 医師・看護師数	5
9. 薬剤部門の給与	5
II. 病床の概要	6
10. 入院基本料・特定入院料等	6
III. 薬剤師が関連しうる診療報酬の算定件数等	7
11. 薬剤管理指導料・病棟薬剤業務実施加算	7
12. 入院料等	8
13. 医学管理等	9
14. 在宅	10
15. 投薬	10
16. 注射	10
17. 周術期における薬学的管理	11
18. その他薬剤師が関与しうる診療報酬	11
19. 職員賃上げ	13
IV. 薬剤師・薬剤部門の概要	14
20. 薬剤部門の概要	14
21. 薬剤部門等の職員数	14
22. 薬剤師の入退職について(令和6年4月～令和7年3月末までの1年間)	14
23. 薬剤部門の勤務体制について	15
V. 薬剤師の業務	16
24. 薬剤師の業務内容と実施の程度	16
25. 副作用等報告について *副作用等：医薬品・医療機器等安全性情報報告制度に基づく健康被害等	17
VI. 調剤	17
26. 処方せん枚数・記載方法	17
VII. 無菌製剤処理・がん化学療法	18
27. 無菌製剤処理業務	18
28. がん診療・外来がん化学療法	18
VIII. 治療薬物モニタリング(TDM)・薬学的管理・連携	19
29. TDMの測定・解析	19
30. 持参薬	20
31. 情報連携	20
32. 介護施設における薬剤師の関与	21
33. 地域医療連携	22

IX. 手術室における薬剤師 .....	23
34. 手術関連業務（手術室）における薬剤師 .....	23
X. 薬剤師のチーム医療への関わり .....	23
35. チーム医療への関与 .....	23
X I . 医薬品情報管理・医薬品等管理 .....	24
36. 医療安全・医薬品安全 .....	24
37. 院内製剤業務 .....	25
38. 放射性医薬品 .....	25
X II . 治験・臨床研究 .....	26
39. 倫理性を審査する委員会（倫理審査委員会, 治験審査委員会） .....	26
40. 治験 .....	26
X III . 災害対策 .....	26
41. 災害対策 .....	26
X IV . 教育・研修 .....	26
42. 学生実習の受入れ .....	26
43. 新人研修 .....	27
44. 自施設以外の薬剤師を対象とした研修 .....	27
45. 専門薬剤師等取得状況について（令和7年6月1日現在） .....	28

※「Ⅰ.施設の概要・機能」～「Ⅲ.薬剤師が関連しうる診療報酬の算定件数等」については、日病薬ホームページよりダウンロードできます。

事務部門（総務課・医事課・人事課等）とご協力の上、ご回答くださいますようお願いいたします。

## I. 施設の概要・機能

### 1. 開設主体

貴施設の開設者について、以下の分類に従い、該当する○の1つにチェックをつけてください。

- |                                      |                        |                  |
|--------------------------------------|------------------------|------------------|
| ○1:厚生労働省,                            | ○2:(独)国立病院機構,          | ○3:国立大学法人,       |
| ○4:公立大学法人,                           | ○5:学校法人(3,4以外),        | ○6:(独)労働者健康安全機構, |
| ○7:公立(都道府県,市町村等),                    | ○8:日本赤十字社,             | ○9:済生会,          |
| ○10:厚生連,                             | ○11:国家公務員共済組合連合会,      |                  |
| ○12:(独)地域医療機能推進機構,                   | ○13:保険関係団体(国民健康保険組合等), |                  |
| ○14:医療法人(社団,財団特定等),                  | ○15:個人,                |                  |
| ○16:その他(1~15以外公益法人,社会福祉法人,医療生協,会社等). |                        |                  |

- ・ 回答施設名の国会ホームページへの掲載を許諾しない場合は、チェックをつけてください。  
: 国会ホームページに回答施設名を掲載しない
- ・ 所属する都道府県病院薬剤師会及び都道府県病院薬剤師会が所属する地方ブロック（以下、都道府県病院薬剤師会等）に回答内容の提供を許諾しない場合は、チェックをつけてください。  
: 所属する都道府県病院薬剤師会等に回答内容を提供しない
- ・ 上記回答が2~12の場合、本会の病院団体薬剤部長協議会において、貴施設が所属する病院団体に回答内容の提供を許諾しない場合は、チェックをつけてください。  
: 所属病院団体に回答内容を提供しない

### 2. 病院分類

(1) 貴施設はDPC病院ですか。	○1:DPC対象病院(対象病床数 ( )床), ○2:DPC準備病院(→設問3へ), ○3:DPC病院ではない(→設問3へ).
(A) DPC対象病院で<ある>場合、該当する病院群の○の1つにチェックをつけてください。	
○1:大学病院本院,                      ○2:DPC特定病院群,                      ○3: DPC標準病院群	
(B) DPC対象病院で<ある>場合、該当する病院の○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:特定機能病院でない.	

### 3. 救急医療体制

(1) 貴施設の救急体制について該当する○の1つにチェックをつけてください。
○1:救急医療体制がある,                      ○2:救急医療体制はない(→設問4へ).
(A) <救急医療体制がある>場合、該当する全てにチェックをつけてください。
<input type="checkbox"/> 1:1次救急(初期), <input type="checkbox"/> 2:2次救急(重症), <input type="checkbox"/> 3:3次救急(重篤,救命救急センター等).

### 4. 施設の病床数(令和7年6月1日現在)

	(A) 合計	(B) 一般病床	(C) 療養病床	(D) 精神病床	(E) 感染病床	(F) 結核病床
(1) 許可病床数	床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床	(再掲) 床

#### 施設の病棟数(令和7年6月1日現在)

	(A) 合計	(B) 一般病床	(C) 療養病床	(D) 精神病床	(E) 感染病床	(F) 結核病床
(2) 病棟数 (稼働看護単位数)	病棟	(再掲) 病棟	(再掲) 病棟	(再掲) 病棟	(再掲) 病棟	(再掲) 病棟

5. 病床機能(令和7年7月1日現在)

	高度急性期機能	急性期機能	回復期機能	慢性期機能
一般病床	病棟	病棟	病棟	病棟
	床	床	床	床
療養病床		病棟	病棟	病棟
		床	床	床

6. 病院種別

貴施設の病院種別について、該当する○の1つにチェックをつけてください。

○1:一般病院(許可病床数で、一般病床を80%以上有する)、  
 ○2:療養型病院(許可病床数で、療養病床を80%以上有する)、  
 ○3:精神科病院(許可病床数で、精神病床を80%以上有する)、  
 ○4:1~3以外の病院(ケアミックス)。

7. 施設の在院患者数・在院日数等

貴施設の在院患者数(6月1ヵ月間)・平均在院日数(4・5・6月の3ヵ月間)をご記入ください。

	一般病床	療養病床	精神病床
(1)1日平均在院患者数 (第2位を四捨五入)	. 人	. 人	. 人
(2)平均在院日数 (第2位を四捨五入)	. 日	. 日	. 日
(3)新規入院患者数 (6月1ヵ月間)	人	人	人
(4)退院患者数 (6月1ヵ月間)	人	人	人

8. 医師・看護師数

	(1)医師数 (医籍に登録していない研修医を除く)	(2)看護師数 (准看護師・助産師も含む)
常勤 (フルタイム勤務)	人	人

9. 薬剤部門の給与

(1)薬剤師の給与体系について  
 (A)薬剤部職員(正職員)の給与体系について、該当する○の1つにチェックをつけてください。  
 ○1:国家公務員の給与体系またはそれに準拠、 ○2:自治体公務員の給与体系またはそれに準拠、  
 ○3:独自の給与体系で年功給、 ○4:独自の給与体系で職能給、  
 ○5:独自の給与体系で年功・職能併用給、 ○6:その他( )。

(B)薬剤師職員(正職員)に適用される俸給表について、該当する○の1つにチェックをつけてください。  
 ○1:薬剤師独自の俸給表を適用、 ○2:医療技術職の俸給表を適用、 ○3:俸給表は適用しない。

(2)(A)新卒薬剤師(6月時点)の給与・手当(通勤手当、超過勤務手当、宿日直手当を除く)の合計について、月額をご記入ください。

月額の給与・手当合計(漢数字を使わず、数字で記載)	円
(B)新卒薬剤師(1年目)の年収をご記入ください。	円

(3) 危険手当等の手当支給の対象となる業務等がありますか。	○1:ある, ○2:ない.
(4) 令和6年度診療報酬改定に係る賃上げを実施しましたか。	○1:した, ○2:していない(→設問10へ).
(5) 賃上げを実施<した>場合、対象の職種はどれですか。	
□1:全医療職員, □2:医師, □3:薬剤師, □4:看護師, □5:事務職員 □6:その他職種 ( )	
(A) <薬剤師>が対象となっている場合、対象はどれですか。(最も近いもの1つ)	
○1:全ての薬剤師, ○2:一部の薬剤師のみ(管理職以外), ○3:一部の薬剤師のみ(2以外),	
(6) 賃上げを実施<した>場合、賃上げ率はどの程度ですか。	
○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, ○7:1~6以外の方法で賃上げ ( ) .	
(7) 賃上げを実施<した>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った.	
(8) 賃上げを実施<した>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 ( ) .	

## II. 病床の概要

### 10. 入院基本料・特定入院料等

貴施設のすべての病床について、算定している入院基本料等毎に区分、病床数をご記入ください。 <b>記載要領も併せてご確認ください。</b>		
<u>医療保険制度 入院基本料算定病棟</u>		
入院基本料を算定している病棟について、入院基本料毎に区分、病床数をご記入ください。		
区分：一般病棟入院基本料(A100)については、該当する算定に係る区分(1~6)をご記入ください。		
療養病棟入院基本料(A101)については、該当する算定に係る区分(A~I)をご記入ください。		
他の入院基本料(A102~A106)については、看護配置を下記から選択しご記入ください。		
同じ入院基本料で区分が異なる病床がある場合は、最も病床数の多い区分をご記入ください。		
<看護配置の選択肢>		
2対1, 3対1, 4対1, 6対1, 7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1, 25対1		
入院基本料	区分	病床数の計
A100-1 急性期一般入院基本料		床
A100-2 地域一般入院基本料		床
A101-1 療養病棟入院基本料1		床
A101-2 療養病棟入院基本料2		床
A102 結核病棟入院基本料		床
A103 精神病棟入院基本料		床
A104-1 特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合)		床
A104-2 特定機能病院入院基本料(結核病棟の場合)		床
A104-3 特定機能病院入院基本料(精神病棟の場合)		床
A105 専門病院入院基本料		床
A106 障害者施設等入院基本料		床



(C)B008 注2 麻薬管理指導加算(50点)		件
(3)病棟薬剤業務実施加算1の施設基準の届出状況について、該当する○の1つにチェックをつけてください。		
○1:届出している,                      ○2:算定可能な病棟はあるが、届出をしていない(→(5)へ), ○3:算定可能な病棟が無い(例:全病棟で病棟薬剤業務実施加算が入院料に包括され)いる)ため届出していない(→(5)へ).		
(4)病棟薬剤業務実施加算1を算定している場合、 <u>6月1ヵ月間</u> の算定件数をご記入ください。		
		算定件数
(A)A244 1 病棟薬剤業務実施加算1 出来高算定分(週1回 120点)		件
(B)病棟薬剤業務実施加算1 DPC包括分(EFファイルにおける算定件数)		件
(C)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○の1つにチェックをつけてください。		
○1:届出している,                      ○2:届出していない(→(5)へ) .		
(D)薬剤業務向上加算(週1回 100点) <届出している>場合の算定状況について、該当する○の1つにチェックをつけてください。		
○1:算定している,                      ○2:算定していない.		
(5)病棟薬剤業務実施加算2の施設基準の届出状況について、該当する○の1つにチェックをつけてください。		
○1:届出している,                      ○2:算定可能な治療室はあるが、届出をしていない(→設問12へ) , ○3:算定可能な治療室が無いため届出していない(→設問2へ) .		
(6)病棟薬剤業務実施加算2を算定している場合、 <u>6月1ヵ月間</u> の算定件数をご記入ください。		
		算定件数
(A)A244 2 病棟薬剤業務実施加算2(1日 100点)		件
(7)病棟薬剤業務実施加算2を算定している場合、算定している治療室 <u>全て</u> にチェックをつけてください。		
□1:救命救急入院料,                      □2:特定集中治療室管理料,                      □3:ハイケアユニット入院医療管理料 □4:脳卒中ケアユニット入院医療管理料,                      □5:小児特定集中治療室管理料, □6:新生児特定集中治療室管理料,                      □7:新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料, □8:総合周産期特定集中治療室管理料.		

## 12. 入院料等

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、 <u>6月1ヵ月間</u> の算定件数をご記入ください。		
<b>記載要領も併せてご確認ください。</b>	算定件数	届出無
(1)A200-2 急性期充実体制加算1(440点、200点、120点)	件	□
(2)A200-2 急性期充実体制加算2(360点、150点、90点)	件	□
(3)A226-2 緩和ケア診療加算(390点)	件	□
(A)A226-2 注2 緩和ケア診療加算(特定地域)(200点)	件	□
(B)A226-2 注3 小児加算(100点)	件	□
(4)A233-2 栄養サポートチーム(NST)加算(週1回 200点)	件	□
(5)A233-2 注2 栄養サポートチーム(NST)加算(特定地域)(100点)	件	□
(6)A234 1 医療安全対策加算1(85点)	件	□
(7)A234 2 医療安全対策加算2(30点)	件	□
(A)A234 注2 イ 医療安全対策地域連携加算1(50点)	件	□
(B)A234 注2 ロ 医療安全対策地域連携加算2(20点)	件	□
(8)A234-2 1 感染対策向上加算1(710点)	件	□
(A)A234-2 注2 指導強化加算(30点)	件	□
(9)A234-2 2 感染対策向上加算2(175点)	件	□
(10)A234-2 2 感染対策向上加算3(75点)	件	□

(A)A234-2 注3 連携強化加算(30点)	件	<input type="checkbox"/>
(B)A234-2 注4 サーベイランス強化加算(3点)	件	<input type="checkbox"/>
(11)A242-2 術後疼痛管理チーム加算(100点)	件	<input type="checkbox"/>
(12)A243 1 後発医薬品使用体制加算 1 (87点)(数量シェア90%以上)	件	<input type="checkbox"/>
(13)A243 2 後発医薬品使用体制加算 2 (82点)(数量シェア85%以上)	件	<input type="checkbox"/>
(14)A243 3 後発医薬品使用体制加算 3 (77点)(数量シェア75%以上)	件	<input type="checkbox"/>
(15)A243-2 バイオ後続品使用体制加算(100点)	件	<input type="checkbox"/>
(16)A250 薬剤総合評価調整加算(退院時1回 100点)	件	<input type="checkbox"/>
(A)A250 注2 薬剤調整加算(150点)	件	<input type="checkbox"/>
(17)後発品使用体制加算を算定している場合は 届出時の数値をご記入ください。		
	届出時の数値	
(A)全医薬品の規格単位数量①		
(B)後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量②		
(C)後発医薬品の規格単位数量③		
(D)カットオフ値の割合 (②÷①)	.	%
(E)後発医薬品の割合 (③÷②)	.	%
(18)A307 小児入院医療管理料 注6 退院時薬剤情報管理指導連携加算(150点)	件	<input type="checkbox"/>

### 13. 医学管理等

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、 <b>6月1ヵ月間</b> の算定件数をご記入ください。 <b>記載要領も併せてご確認ください。</b>		
	算定件数	届出無
(1)B001 1 ロ ウイルス疾患指導料 2 (330点)	件	<input type="checkbox"/>
(A)B001 1 注2 厚労大臣が定める施設基準に適合(加算220点)	件	<input type="checkbox"/>
(2)B001 2 イ 特定薬剤治療管理料1(470点)	件	<input type="checkbox"/>
(3)B001 2 ロ 特定薬剤治療管理料2(100点)	件	<input type="checkbox"/>
(4)B001-3 生活習慣病管理料(Ⅰ)1 (610点)	件	<input type="checkbox"/>
(5)B001-3 生活習慣病管理料(Ⅰ)2 (660点)	件	<input type="checkbox"/>
(6)B001-3 生活習慣病管理料(Ⅰ)3 (760点)	件	<input type="checkbox"/>
(7)B001-3-3 生活習慣病管理料(Ⅱ) (333点)	件	<input type="checkbox"/>
(8)B001 23 ハ がん患者指導管理料(200点)	件	<input type="checkbox"/>
(9)B001 24 外来緩和ケア管理料(290点)	件	<input type="checkbox"/>
(A)B001 24 注2 小児加算(150点)	件	<input type="checkbox"/>
(10)B001 24 注4 外来緩和ケア管理料(特定地域) (150点)	件	<input type="checkbox"/>
(11)B001 25 イ 移植後患者指導管理料 臓器移植後(300点)	件	<input type="checkbox"/>
(12)B001 25 ロ 移植後患者指導管理料 造血幹細胞移植後(300点)	件	<input type="checkbox"/>
(13)B001 34 イ 2次性骨折予防継続管理料1(1000点)	件	<input type="checkbox"/>
(14)B001 34 ロ 2次性骨折予防継続管理料2(750点)	件	<input type="checkbox"/>
(15)B001 34 ハ 2次性骨折予防継続管理料3(500点)	件	<input type="checkbox"/>
(16)B004 退院時共同指導料1(1500点または900点)	件	<input type="checkbox"/>
(17)B005 退院時共同指導料2(400点)	件	<input type="checkbox"/>
(A)B005 注2 在宅療養を担う保険医と共同して指導を行った場合(300点)	件	<input type="checkbox"/>
(B)B005 注3 多機関共同指導加算(2000点)	件	<input type="checkbox"/>

(18)B005-1-2 介護支援等連携指導料(400点)	件	<input type="checkbox"/>
(19)B008-2 薬剤総合評価調整管理料(月1回 250点)	件	<input type="checkbox"/>
(A)B008-2 注2 連携管理加算(50点)	件	<input type="checkbox"/>
(20)B011-3 薬剤情報提供料(外来,月1回)(4点)	件	<input type="checkbox"/>
(A)B011-3 注2 手帳記載加算(外来,月1回)(3点)	件	<input type="checkbox"/>
(21)B014 退院時薬剤情報管理指導料(90点)	件	<input type="checkbox"/>
(A)B014 注2 退院時薬剤情報連携加算(60点)	件	<input type="checkbox"/>

#### 14. 在宅

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、 <b>6月1ヶ月間</b> の算定件数をご記入ください。		
<b>記載要領も併せてご確認ください。</b>	算定件数	届出無
(1)C008 1 在宅患者訪問薬剤管理指導料 単一建物診療患者1人(650点)	件	<input type="checkbox"/>
(2)C008 2 在宅患者訪問薬剤管理指導料 単一建物診療患者2~9人(320点)	件	<input type="checkbox"/>
(3)C008 3 在宅患者訪問薬剤管理指導料 1及び2以外(290点)	件	<input type="checkbox"/>
(A)C008 注2 麻薬使用患者への薬学的管理指導(加算100点)	件	<input type="checkbox"/>
(B)C008 注4 乳幼児加算(100点)	件	<input type="checkbox"/>
(4)C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料(200点)	件	<input type="checkbox"/>

#### 15. 投薬

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、 <b>6月1ヵ月間</b> の算定件数をご記入ください。		
<b>記載要領も併せてご確認ください。</b>	算定件数	届出無
(1)F000 調剤料 1 イ(外来 内服等,1回)(11点)	件	<input type="checkbox"/>
(2)F000 調剤料 1 ロ(外来 外用,1回)(8点)	件	<input type="checkbox"/>
(3)F000 調剤料 2(入院,1日)(7点)	件	<input type="checkbox"/>
(4)F100 注10 向精神薬調整連携加算(12点)	件	<input type="checkbox"/>
(5)F400 注7 向精神薬調整連携加算(12点)	件	<input type="checkbox"/>
(6)F500 調剤技術基本料 1(入院,月1回)(42点)	件	<input type="checkbox"/>
(7)F500 調剤技術基本料 2(外来,月1回)(14点)	件	<input type="checkbox"/>
(A)F500 注3 院内製剤加算(10点)	件	<input type="checkbox"/>

#### 16. 注射

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、 <b>6月1ヵ月間</b> の算定件数をご記入ください。		
<b>記載要領も併せてご確認ください。</b>	算定件数	届出無
(1)通則6 イ 外来化学療法加算 1(1) 15歳未満の患者の場合(670点)	件	<input type="checkbox"/>
(2)通則6 イ 外来化学療法加算 1(2) 15歳以上の患者の場合(450点)	件	<input type="checkbox"/>
(3)通則6 ロ 外来化学療法加算 2(1) 15歳未満の患者の場合(640点)	件	<input type="checkbox"/>
(4)通則6 ロ 外来化学療法加算 2(2) 15歳以上の患者の場合(370点)	件	<input type="checkbox"/>
(5)通則7 バイオ後続品導入初期加算(月1回 150点)	件	<input type="checkbox"/>
(6)G020 無菌製剤処理料 1 イ(180点) 閉鎖式接続器具を使用した場合	件	<input type="checkbox"/>
(7)G020 無菌製剤処理料 1 ロ(45点) イ以外の場合	件	<input type="checkbox"/>
(8)G020 無菌製剤処理料 2(40点)	件	<input type="checkbox"/>

17. 周術期における薬学的管理

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、 <u>6月1ヵ月間</u> の算定件数をご記入ください。		
<u>記載要領も併せてご確認ください。</u>	算定件数	届出無
(1)L009 麻酔管理料（Ⅰ）注5 周術期薬剤管理加算(75点)	件	<input type="checkbox"/>
(2)L010 麻酔管理料（Ⅱ）注2 周術期薬剤管理加算(75点)	件	<input type="checkbox"/>

18. その他薬剤師が関与しうる診療報酬

入院料等

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、 <u>6月1ヵ月間</u> の算定件数をご記入ください。		
<u>記載要領も併せてご確認ください。</u>	算定件数	届出無
(1)A230-4 精神科リエゾンチーム加算(週1回 300点)	件	<input type="checkbox"/>
(2)A232 1 イ がん診療連携拠点病院加算 がん診療連携拠点病院(500点)	件	<input type="checkbox"/>
(3)A232 1 ロ がん診療連携拠点病院加算 地域がん診療病院(300点)	件	<input type="checkbox"/>
(4)A232 2 がん診療連携拠点病院加算 小児がん拠点病院加算(750点)	件	<input type="checkbox"/>
(5)A246 1 入退院支援加算1(退院時 一般病棟700点 療養病棟1300点)	件	<input type="checkbox"/>
(6)A246 2 入退院支援加算2(退院時 一般病棟190点 療養病棟635点)	件	<input type="checkbox"/>
(7)A246 3 入退院支援加算3(退院時 1200点)	件	<input type="checkbox"/>
(A)A246 注7 イ 入院時支援加算1(退院時 240点)	件	<input type="checkbox"/>
(B)A246 注7 ロ 入院時支援加算2(退院時 200点)	件	<input type="checkbox"/>
(8)A247 1 認知症ケア加算1(180点または34点)	件	<input type="checkbox"/>
(9)A247 2 認知症ケア加算2(112点または28点)	件	<input type="checkbox"/>
(10)A247 3 認知症ケア加算3(44点または10点)	件	<input type="checkbox"/>

医学管理料

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、 <u>6月1ヵ月間</u> の算定件数をご記入ください。		
<u>記載要領も併せてご確認ください。</u>	算定件数	届出無
(1)B001 1 イ ウイルス疾患指導料1(240点)	件	<input type="checkbox"/>
(2)B001 16 ロ 喘息治療管理料2(280点)	件	<input type="checkbox"/>
(3)B001 27 糖尿病透析予防指導管理料(350点)	件	<input type="checkbox"/>
(4)B001 27 注4 糖尿病透析予防指導管理料(特定地域)(175点)	件	<input type="checkbox"/>
(5)B001 37 慢性腎臓病透析予防指導管理料 イ (300点)または情報通信機器を用いた場合(261点)	件	<input type="checkbox"/>
(6)B001 37 慢性腎臓病透析予防指導管理料 ロ (250点)または情報通信機器を用いた場合(218点)	件	<input type="checkbox"/>
(7)B001-2-9 1 地域包括診療料1(月1回 1660点)	件	<input type="checkbox"/>
(8)B001-2-9 2 地域包括診療料2(月1回 1600点)	件	<input type="checkbox"/>
(A)B001-2-9 注3 薬剤適正使用連携加算(退院時 30点)	件	<input type="checkbox"/>
(9)B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料1 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合(1)初回から3回目まで(800点)	件	<input type="checkbox"/>
(10)B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料1 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合(2)4回目以降(450点)	件	<input type="checkbox"/>
(11)B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料1 ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合(350点)	件	<input type="checkbox"/>
(12)B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料2 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合(1)初回から3回目まで(600点)	件	<input type="checkbox"/>

(13)B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料2 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (2)4回目以降 (320点)	件	<input type="checkbox"/>
(14)B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料2 ロ イ以外の必要な治療管理を行った 場合 (220点)	件	<input type="checkbox"/>
(15)B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料3 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1)初回から3回目まで (540点)	件	<input type="checkbox"/>
(16)B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料3 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (2)4回目以降 (280点)	件	<input type="checkbox"/>
(17)B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料3 ロ イ以外の必要な治療管理を行った 場合 (180点)	件	<input type="checkbox"/>
(A) B001-2-12 注7 小児加算 (200点)	件	<input type="checkbox"/>
(B) B001-2-12 注8 連携充実加算 (月1回 150点)	件	<input type="checkbox"/>
(C) B001-2-12 注9 がん薬物療法体制充実加算(月1回 100点)	件	<input type="checkbox"/>
(18)B015 1 イ 精神科退院時共同指導料(I) (1500点)	件	<input type="checkbox"/>
(19)B015 1 ロ 精神科退院時共同指導料(II) (900点)	件	<input type="checkbox"/>
(20)B015 2 精神科退院時共同指導料2 (700点)	件	<input type="checkbox"/>

#### 在宅医療

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、 <b>6月1ヵ月間</b> の算定件数をご記入ください。 <b>記載要領も併せてご確認ください。</b>		
	算定件数	届出無
(1)C101 1 在宅自己注射指導管理料 1 (1230点)	件	<input type="checkbox"/>
(2)C101 2 イ 在宅自己注射指導管理料 2 月27回以下の場合 (650点)	件	<input type="checkbox"/>
(3)C101 2 ロ 在宅自己注射指導管理料 2 月28回以上の場合 (750点)	件	<input type="checkbox"/>
(A)C101 注4 バイオ後続品導入初期加算 (150点)	件	<input type="checkbox"/>

#### 画像診断

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、 <b>6月1ヶ月間</b> の算定件数をご記入ください。 <b>記載要領も併せてご確認ください。</b>		
	算定件数	届出無
(1)E101-2 ポジトロン断層撮影	件	<input type="checkbox"/>
(2)E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	件	<input type="checkbox"/>
(3)E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影	件	<input type="checkbox"/>
(4)E101-5 乳房用ポジトロン断層撮影	件	<input type="checkbox"/>
(5)M000-2 放射性同位元素内用療法管理料	件	<input type="checkbox"/>

#### 投薬

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、 <b>6月1ヵ月間</b> の算定件数をご記入ください。 <b>記載要領も併せてご確認ください。</b>		
	算定件数	届出無
(1)F100 注6 抗悪性腫瘍剤処方管理加算(70点)	件	<input type="checkbox"/>
(2)F400 注5 抗悪性腫瘍剤処方管理加算(70点)	件	<input type="checkbox"/>
(3)F400 注6 一般名処方加算 1 (10点)	件	<input type="checkbox"/>
(4)F400 注6 一般名処方加算 2 (8点)	件	<input type="checkbox"/>

## リハビリテーション

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、 <b>6月1ヵ月間</b> の算定件数をご記入ください。			
<u>記載要領も併せてご確認ください。</u>		算定件数	届出無
(1) H004 1 摂食機能療法 1 30分以上の場合 (185点)		件	<input type="checkbox"/>
(2) H004 2 摂食機能療法 2 30分未満の場合 (130点)		件	<input type="checkbox"/>
(A) H004 注3 摂食嚥下回復体制加算 (週1回 210点または190点または120点)		件	<input type="checkbox"/>

## 精神

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、 <b>6月1ヵ月間</b> の算定件数をご記入ください。			
<u>記載要領も併せてご確認ください。</u>		算定件数	届出無
(1) I013 1抗精神病特定薬剤治療指導管理料 イ 入院中の患者 (250点)		件	<input type="checkbox"/>
(2) I013 1抗精神病特定薬剤治療指導管理料 ロ 入院中の患者以外の患者 (250点)		件	<input type="checkbox"/>
I013 2治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 (500点)		件	<input type="checkbox"/>

## 医療DX

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、 <b>6月1ヵ月間</b> の算定件数をご記入ください。			
<u>記載要領も併せてご確認ください。</u>		算定件数	届出無
(1) A000 注15 医療情報取得加算 1 (3点)		件	<input type="checkbox"/>
(2) A000 注15 医療情報取得加算 2 (1点)		件	<input type="checkbox"/>
(3) A001 注19 医療情報取得加算 3 (2点)		件	<input type="checkbox"/>
(4) A001 注19 医療情報取得加算 4 (1点)		件	<input type="checkbox"/>
(5) A000 注16 医療DX推進体制整備加算 1 (12点)		件	<input type="checkbox"/>
(6) A000 注16 医療DX推進体制整備加算 2 (11点)		件	<input type="checkbox"/>
(7) A000 注16 医療DX推進体制整備加算 3 (10点)		件	<input type="checkbox"/>
(8) A000 注16 医療DX推進体制整備加算 4 (10点)		件	<input type="checkbox"/>
(9) A000 注16 医療DX推進体制整備加算 5 (9点)		件	<input type="checkbox"/>
(10) A000 注16 医療DX推進体制整備加算 6 (8点)		件	<input type="checkbox"/>

## 19. 職員賃上げ

貴施設で以下を算定していますか。算定している場合、 <b>6月1ヵ月間</b> の算定件数をご記入ください。			
<u>記載要領も併せてご確認ください。</u>		算定件数	届出無
(1) 0100 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)			
(A) 0100 1 初診時 (6点)		件	<input type="checkbox"/>
(B) 0100 2 再診時等 (2点)		件	<input type="checkbox"/>
(C) 0100 3 イ 同一建物居住者等以外の場合 (28点)		件	<input type="checkbox"/>
(D) 0100 3 ロ イ以外の場合 (7点)		件	<input type="checkbox"/>
(2) 0101 外来・在宅ベースアップ評価料 (II)		1~8	
0101 1 イ 初診又は訪問診療を行った場合	点	件	<input type="checkbox"/>
0101 2 ロ 再診時等	点	件	<input type="checkbox"/>
(3) 0102 入院ベースアップ評価料		1~165	
0102 入院ベースアップ評価料	点	件	<input type="checkbox"/>

※ここまでの調査票は、日本病院薬剤師会ホームページよりダウンロードできます。

事務部門（総務課・医事課・人事課等）とご協力の上、ご回答くださいますようお願いいたします。

#### IV. 薬剤師・薬剤部門の概要

##### 20. 薬剤部門の概要

(1) 薬剤部門は独立部門、または別の部門（例えば診療支援部門）の下部部門ですか。薬剤部門が組織されていますか（例：医療技術部に含まれている）。該当する○の1つにチェックをつけてください。			
○1: 独立部門, ○2: 下部部門（上位部門名 _____）, ○3: 組織されていない。			
(2) 薬剤部門の名称について該当する○の1つにチェックをつけてください。			
○1: 薬剤部,	○2: 薬剤科,	○3: 薬局,	○4: 医療技術部,
○5: 診療技術部,	○6: 診療支援部,	○7: 薬剤課,	○8: 薬剤室,
○9: その他（具体的に _____）。			
(3) 薬剤部門長の職種について、該当する○の1つにチェックをつけてください。			
○1: 薬剤師, ○2: 医師, ○3: その他(1-2以外) _____。			
(4) 薬剤部門長が兼務している職について、近いものにチェックをつけてください。			
○1: 副病院長, ○2: 診療技術部長, ○3: その他(1-2以外) _____),			

##### 21. 薬剤部門等の職員数

貴施設の薬剤師数・薬剤師以外の者の人数をご記入ください。	常勤 (フルタイム勤務)	非常勤* (フルタイムより短い勤務)	
		実人数	常勤換算人数 (第2位を四捨五入)
(1) 薬剤部門に在籍する薬剤師数①	人	人	人
(2) 施設が認める薬剤部門の薬剤師定数②†	人	人	人
(3) 定数に対する欠員数 (②-①)	人	人	人
(4) 薬剤部門以外（医療安全部門、治験・臨床研究部門等）に在籍する薬剤師数	人	人	人
(5) 薬剤師以外の者* (主に調剤の補助業務に従事している者)	人	人	人
(6) 薬剤師以外の者* (主に事務作業に従事している者)	人	人	人

##### 職員以外

(7) 薬剤師以外の者* 外部委託の場合 (主に調剤の補助業務に従事している者)	人	人	人
(8) 薬剤師以外の者* 外部委託の場合 (主に薬剤部門の事務作業に従事している者)	人	人	人
(9) 医薬品の物流管理に SPD (Supply Processing Distribution) に従事している者)	人	人	人

\* 「非常勤」とは、雇用形態（有期・無期雇用等）に関わらず、貴施設が定める通常の労働者の所定労働時間より短い職員を言う。産前産後休業、育児休業、介護休業等を取得し、所定労働時間が短い職員は「非常勤」とする。

† 定数がない施設は、現在採用可能な最大人数または過去在籍した最大人数をご記載ください。

##### 22. 薬剤師の入退職について（令和6年4月～令和7年3月末までの1年間）

貴施設の令和6年度1年間（令和6年4月～令和7年3月末）の薬剤師の募集・入退職者数についてご記入ください。	常勤 (フルタイム勤務)	非常勤* (実人数) (フルタイムより短い勤務)
(1) 募集薬剤師数	人	人
(2) 入職薬剤師数	人	人



(3) 薬剤部門の薬剤師の平日夜間の勤務体制がありますか。	○1:ある, ○2:ない(→(4)へ)
(A) 体制が<ある>場合、その体制について、該当するもの全てにチェックをつけてください。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・宿直:薬剤師が夜間勤務している体制をとっていること</li> <li>・一部宿直:曜日または日にち指定で宿直体制をとっていること</li> <li>・居残り体制:毎日あるいは曜日指定で一定時間まで薬剤師が居残る体制をとっていること</li> <li>・On call:自宅待機等で必要時に呼び出しを受けて対応できる体制をとっていること</li> <li>・二交代制:12時間勤務等二交代で24時間体制をとっていること</li> <li>・三交代制:日勤、準夜、深夜等の交代制勤務をとっていること</li> <li>・シフト勤務:早出、遅出等の時間差勤務体制をとっていること</li> </ul>	
□1:宿直, □2:一部宿直, □3:居残り体制, □4:On call, □5:二交代制, □6:三交代制, □7:シフト勤務(早出、遅出等), □8:その他( )。	
(4) 薬剤部門薬剤師の休日の勤務体制がありますか。	○1:ある, ○2:ない(→設問24へ)
(A) 体制が<ある>場合、その体制について、該当するもの全てにチェックをつけてください。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・日直:休日の9時~17時など平日勤務時間と同様の勤務体制を採っていること。</li> <li>・半日日直:午前中等の半日勤務体制を採っていること。(日直勤務に満たないもの)</li> </ul>	
□1:日直, □2:半日日直, □3:On call, □4:その他( )。	

## V. 薬剤師の業務

### 24. 薬剤師の業務内容と実施の程度

薬剤師の業務	当該業務の実施の程度	対象・設備等
1. 入院患者に対する薬学的管理指導(病棟薬剤業務、薬剤管理指導、退院時指導等)	○1:8割以上, ○2:5割以上, ○3:5割未満 ○4:実施無.	
2. 入院前患者に対する薬学的管理指導(持参薬確認を含む)	○1:8割以上, ○2:5割以上, ○3:5割未満 ○4:実施無.	
3. 外来患者に対する薬学的管理指導(外来化学療法室での指導を含む。調剤薬交付時の管理指導は含まない。)	○1:8割以上, ○2:5割以上, ○3:5割未満 ○4:実施無.	
4. 入院患者に対する内用薬・外用薬調剤業務	○1:8割以上, ○2:5割以上, ○3:5割未満 ○4:実施無.	
5. 入院患者に対する注射薬調剤業務	○1:8割以上, ○2:5割以上, ○3:5割未満 ○4:実施無.	○:対象の入院患者がいない
6. 外来患者に対する調剤業務(内用・外用・注射、調剤薬交付時の管理指導を含む)	○1:8割以上, ○2:5割以上, ○3:5割未満 ○4:実施無.	
7. 入院患者に対する無菌製剤処理業務	○1:8割以上, ○2:5割以上, ○3:5割未満 ○4:実施無.	○:対象の入院患者がいない
8. 外来患者に対する無菌製剤処理業務	○1:8割以上, ○2:5割以上, ○3:5割未満 ○4:実施無.	○:対象の外来患者がいない
9. 院内製剤調製・試験業務、放射性医薬品(PET用含む)に関する業務	○1:8割以上, ○2:5割以上, ○3:5割未満 ○4:実施無.	○:対象業務がない
10. 薬品管理業務(発注、在庫管理、マスタ管理等)	○1:8割以上, ○2:5割以上, ○3:5割未満 ○4:実施無.	
11. 医薬品情報管理業務	○1:8割以上, ○2:5割以上, ○3:5割未満 ○4:実施無.	
12. 治療薬物モニタリング(TDM)業務	○1:8割以上, ○2:5割以上, ○3:5割未満 ○4:実施無.	○:対象の患者がいない
13. 手術室関連業務	○1:8割以上, ○2:5割以上, ○3:5割未満 ○4:実施無.	○:手術室がない
14. 救急外来(初療室・ER)業務	○1:8割以上, ○2:5割以上, ○3:5割未満 ○4:実施無.	○:救急外来がない

15. 治験・臨床試験関連業務	○1:8割以上, ○2:5割以上, ○3:5割未満 ○4:実施無.	○:治験・臨床試験を実施していない
16. 教育・研究業務(実習生指導含む)	○1:8割以上, ○2:5割以上, ○3:5割未満 ○4:実施無.	
17. 医療安全・医薬品安全に関する業務	○1:8割以上, ○2:5割以上, ○3:5割未満 ○4:実施無.	
18. 院内横断的な医療チームに関する業務(ICT、AST、NST)	○1:8割以上, ○2:5割以上, ○3:5割未満 ○4:実施無.	
19. 病院・薬剤部門の運営・管理に関する業務(会議、委員会への出席等を含む)	○1:8割以上, ○2:5割以上, ○3:5割未満 ○4:実施無.	
20. その他	○1:8割以上, ○2:5割以上, ○3:5割未満 ○4:実施無.	

25. 副作用等報告について \*副作用等：医薬品・医療機器等安全性情報報告制度に基づく健康被害等

(1) 貴施設で発生した副作用等*を一元管理している部門がありますか。	○1:ある, ○2:ない(→(2)へ).	
(A) 一元管理している部門がある場合、該当する○の1つにチェックをつけてください。		
○1:薬剤部門(医薬品情報管理室等), ○2:医療安全管理部門, ○3:臨床試験センター・治験センター, ○4:その他( )).		
(2) 貴施設で発生した副作用のうち、副作用等報告をした件数等(令和6年度1年間)についてご記入ください。		
	1) 報告・利用件数	2) うち、薬剤師が関与した件数
(a) 製薬企業に報告	件	件
(b) 厚生労働大臣に報告(窓口はPMDA)	件	件
(c) 医薬品副作用被害救済制度の利用	件	件

VI. 調剤

26. 処方せん枚数・記載方法

(1) 処方せん枚数等(6月1ヵ月間)をご記入ください。	
ない場合 0(ゼロ)とご記入ください。	枚数(6月1ヵ月間)
(a) 入院処方せん枚数	枚
(b) 外来処方せん枚数(院内)・・・①	枚
(c) 外来処方せん枚数(院外)・・・②	枚
(d) 院外処方せん発行率・・・②/(①+②)×100 (第2位四捨五入)	%
(2) 処方せんの内服薬の記載方式について該当する○の1つにチェックをつけて下さい。	
○1:1回量, ○2:1日量と1回量の併記, ○3:1日量, ○4:その他1~3以外(具体的に )).	
(3) 一般名処方をしていきますか。	○1:している, ○2:していない.
(4) 分割指示にかかる院外処方箋を発行していますか。	○1:している, ○2:していない.
(5) リフィル処方箋を発行していますか。	○1:している, ○2:していない.
(6) 電子処方箋を発行していますか。	○1:している, ○2:していない.
(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。	
○1:1%未満, ○2:1%以上5%未満, ○3:5%以上10%未満, ○4:10%以上20%未満, ○5:20%以上40%未満, ○6:40%以上60%未満, ○7:60%以上80%未満, ○8:80%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( )).	

## Ⅶ. 無菌製剤処理・がん化学療法

### 27. 無菌製剤処理業務

(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(→設問28へ).
(2) 無菌調製のクリーンベンチ、安全キャビネット、アイソレーターの台数をご記入ください。 施設内にない場合は「0」とご記入ください。	台数
(a) クリーンベンチ	台
(b) 安全キャビネット	台
(c) 無菌調製用アイソレーター	台
(3) 抗悪性腫瘍薬の無菌調製について、調製する職種全てにチェックをつけてください。	
□1:薬剤師, □2:医師, □3:看護師.	
(4) 抗悪性腫瘍薬の無菌調製について、主に調製する職種は	
○1:薬剤師, ○2:医師, ○3:看護師.	
(A) <1:薬剤師>にチェックした場合、薬剤部門でプライミングを実施していますか。	○1:実施している, ○2:実施していない.
(B) <2:医師>および<3:看護師>にチェックした場合、該当する職種が調製する理由について、該当するもの全てにチェックをつけてください。	
□1:土日・夜間に調製が必要であるため, □2:投与直前の調製が必要な製剤があるため, □3:登録されていないレジメンの調製が必要であるため, □4:処方変更に対応していないため(対応できない時間帯がある) □5:薬剤師が調製業務を行うマンパワーがないため.	
(5) 中心静脈注射(TPN)及び無菌治療室での治療が必要な患者の薬剤の無菌調製について、調製する職種全てにチェックをつけてください。	
□1:薬剤師, □2:医師, □3:看護師.	
(6) 中心静脈注射(TPN)及び無菌治療室での治療が必要な患者の薬剤の無菌調製について、主に調製する職種は	
○1:薬剤師, ○2:医師, ○3:看護師.	
(A) <2:医師>および<3:看護師>にチェックした場合、該当する職種が調製する理由について、該当するもの全てにチェックをつけてください。	
□1:土日・夜間に調製が必要であるため, □2:投与直前の調製が必要な製剤があるため, □3:処方変更に対応していないため(対応できない時間帯がある), □4:薬剤師が調製業務を行うマンパワーがないため.	
(7) 無菌製剤処理料の対象薬剤および放射性医薬品以外の注射剤で無菌調製しているものがありますか。	○1:ある, ○2:ない(→設問28へ).
(A) 上記設問で<ある>とした場合、調製した薬剤の一般名をご記入ください。	

### 28. がん診療・外来がん化学療法

(1) 貴施設でがんに関する診療を行っていますか。	○1:行っている, ○2:行っていない(→設問29へ).
(2) 外来化学療法部門(外来化学療法室・センター等)がありますか。	○1:ある, ○2:ない.
(A) 外来化学療法部門がある場合、ベッド数をご記入ください。	床
(B) 外来化学療法部門がある場合、薬学的管理・指導を行っている薬剤師は配置されていますか。配置されている場合は配置人数を、配置されていない場合は「0」をご記入ください。	名
(3) 化学療法に係る委員会がありますか。	○1:ある, ○2:ない(→(4)へ).



(4) 特定薬剤治療管理を実施しているものについて、該当するもの全てにチェックをつけてください。

(A) 特定薬剤治療管理料 1  
1: (イ)ジギタリス製剤, 2: (ロ)抗てんかん剤, 3: (ハ)免疫抑制剤,  
4: (ニ)テオフィリン製剤, 5: (ホ)不整脈用剤,  
6: (ヘ)ハロペリドール製剤又はブロムペリドール製剤, 7: (ト)リチウム製剤,  
8: (チ)バルプロ酸ナトリウム又はカルバマゼピン, 9: (リ)シクロスポリン,  
10: (ヌ)タクロリムス水和物, 11: (ル)サリチル酸系製剤, 12: (ヲ)メトトレキサート,  
13: (ワ)エベロリムス,  
14: (カ)アミノ配糖体抗生物質, グリコペプチド系抗生物質又はトリアゾール系抗真菌剤,  
15: (ヨ)トリアゾール系抗真菌剤, 16: (タ)イマチニブ, 17: (レ)シロリムス製剤,  
18: (ソ)スニチニブ, 19: (ツ)バルプロ酸ナトリウム,  
20: (ネ)クロザピン(治療抵抗性統合失調症治療薬), 21: (ナ)ブスルファン,  
(B) 特定薬剤治療管理料 2  
22: サリドマイド, 23: レナリドミド, 24: ポマリドミド,  
(C) 上記以外で、TDMを実施しているものがあれば記載してください。

30. 持参薬

(1) 入院時持参薬の確認について、該当するもの全てにチェックをつけてください。

1: 薬剤師が確認, 2: 医師が確認, 3: 看護師が確認,  
4: その他( )).

(2) 入院時持参薬の確認に薬剤師が関与している場合、確認件数・実施割合(6月1ヵ月間)をご記入ください。

(A) 持参薬確認件数(6月1ヵ月間)	件	(B) 実施割合(6月1ヵ月間)	%
(C) そのうち、入院前に、持参薬を確認した件数			件(再掲)
(D) そのうち、薬剤服用歴や医薬品等について保険薬局に照会した件数			件(再掲)

(3) 持参薬の入院中の使用状況について、該当する○の1つにチェックをつけてください。

1: 全て使用している(→設問 31 へ), 2: 一部使用している, 3: 使用しない(→設問 31 へ)

(A) <一部使用>と回答した場合、**持参薬を使用する場合の基準**について最も良く該当するもの1つにチェックをつけてください。

1: 入院の契機となった傷病以外に用いる持参薬, 2: 非採用医薬品の持参薬,  
3: 後発医薬品以外の持参薬, 4: 後発医薬品の持参薬,  
5: その他( )).

31. 情報連携

(1) 他の医療提供施設から受けている患者情報を共有するための連携ツールとして、お薬手帳以外のものがある場合は、該当するもの全てにチェックしてください。

(a) 保険薬局	<input type="checkbox"/> 1: 薬剤サマリー, <input type="checkbox"/> 2: トレーシングレポート, <input type="checkbox"/> 3: その他( )).
(b) 病院等	<input type="checkbox"/> 1: 薬剤サマリー, <input type="checkbox"/> 2: トレーシングレポート, <input type="checkbox"/> 3: その他( )).
(c) 介護施設	<input type="checkbox"/> 1: 薬剤サマリー, <input type="checkbox"/> 2: トレーシングレポート, <input type="checkbox"/> 3: その他( )).

(2) 他の医療提供施設へ提供している患者情報を共有するための連携ツールとして、お薬手帳以外のものがある場合は、該当するもの全てにチェックしてください。

(a) 保険薬局	<input type="checkbox"/> 1: 薬剤サマリー, <input type="checkbox"/> 2: トレーシングレポート, <input type="checkbox"/> 3: その他( )).
(b) 病院等	<input type="checkbox"/> 1: 薬剤サマリー, <input type="checkbox"/> 2: トレーシングレポート, <input type="checkbox"/> 3: その他( )).
(c) 介護施設	<input type="checkbox"/> 1: 薬剤サマリー, <input type="checkbox"/> 2: トレーシングレポート, <input type="checkbox"/> 3: その他( )).

(3) 貴施設は地域医療連携システム\*で情報共有していますか。

1: している,  
2: していない(→(4)へ).

(A) 情報共有している場合、他の医療提供施設での患者情報を確認していますか。

1: している,  
2: していない.

(B) <確認している>場合、該当する情報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,

<input type="checkbox"/> 4:発症した副作用情報, <input type="checkbox"/> 5:アドヒアランスに関する情報, <input type="checkbox"/> 6:持参薬に関する情報, <input type="checkbox"/> 7:中止薬剤に関する情報, <input type="checkbox"/> 8:服薬支援に関する情報(製剤上の工夫等), <input type="checkbox"/> 9:外来処方された薬物療法に関する情報・指導内容, <input type="checkbox"/> 10:入院期間中に使用した主な薬剤の情報・指導内容, <input type="checkbox"/> 11:退院前1週間以内に使用した薬剤の情報・指導内容, <input type="checkbox"/> 12:退院時の指導内容, <input type="checkbox"/> 13:その他( )).
(4) 電子版お薬手帳に対応したシステムを導入していますか。 <input type="radio"/> 1:はい, <input type="radio"/> 2:いいえ
(5) オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報等の確認及び活用する体制を導入していますか。 <input type="radio"/> 1:導入しており薬剤師も利用している, <input type="radio"/> 2:導入しているが薬剤師は利用していない, <input type="radio"/> 3:導入していない.

\* 患者同意のもと地域(一定の医療圏内)の医療機関や保険薬局等を繋ぎ、医療情報を共有するシステム  
(例:あじさいネット)

### 32. 介護施設における薬剤師の関与

(1) 貴施設に併設もしくは関連法人で介護施設がありますか。	<input type="radio"/> 1:ある, <input type="radio"/> 2:ない(→設問33へ).		
(A) 併設で、<介護施設がある>場合は該当する施設毎に施設数を、<ない>場合は「0」をご記入ください。			
(a) 介護老人保健施設	(b) 介護老人福祉施設	(c) 介護医療院	(d) その他
施設	施設	施設	施設
(2) 併設介護施設に薬剤師が関与していますか。		<input type="radio"/> 1:いる, <input type="radio"/> 2:いない.	
(A) 併設介護施設に薬剤師が<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:貴施設の薬剤師, <input type="checkbox"/> 2:介護施設に雇用されている薬剤師 <input type="checkbox"/> 3:保険薬局の薬剤師.			
(B) 上記施設に薬剤師が<関与している>場合、該当する業務全てにチェックをつけてください。			
(a) 貴施設の薬剤師	<input type="checkbox"/> 1:調剤業務, <input type="checkbox"/> 2:医薬品管理業務, <input type="checkbox"/> 3:入退所支援、ポリファーマシー対策, <input type="checkbox"/> 4:フロア・ユニット等での業務, <input type="checkbox"/> 5:その他( )).		
(b) 介護施設に雇用されている薬剤師	<input type="checkbox"/> 1:調剤業務, <input type="checkbox"/> 2:医薬品管理業務, <input type="checkbox"/> 3:入退所支援、ポリファーマシー対策, <input type="checkbox"/> 4:フロア・ユニット等での業務 <input type="checkbox"/> 5:その他( )).		
(c) 保険薬局の薬剤師	<input type="checkbox"/> 1:調剤業務, <input type="checkbox"/> 2:医薬品管理業務, <input type="checkbox"/> 3:入退所支援、ポリファーマシー対策, <input type="checkbox"/> 4:フロア・ユニット等での業務, <input type="checkbox"/> 5:その他( )).		
(A) 関連法人で、<介護施設がある>場合は、該当する施設毎に施設数を、<ない>場合は「0」をご記入ください。			
(a) 介護老人保健施設	(b) 介護老人福祉施設	(c) 介護医療院	(d) その他
施設	施設	施設	施設
(3) 関連法人の介護施設に薬剤師が関与していますか。		<input type="radio"/> 1:いる, <input type="radio"/> 2:いない.	
(A) 関連法人の介護施設に薬剤師が<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:貴施設の薬剤師, <input type="checkbox"/> 2:介護施設に雇用されている薬剤師 <input type="checkbox"/> 3:保険薬局の薬剤師.			
(B) 上記施設に薬剤師が<関与している>場合、該当する業務全てにチェックをつけてください。			
(a) 貴施設の薬剤師	<input type="checkbox"/> 1:調剤業務, <input type="checkbox"/> 2:医薬品管理業務, <input type="checkbox"/> 3:入退所支援、ポリファーマシー対策, <input type="checkbox"/> 4:フロア・ユニット等での業務, <input type="checkbox"/> 5:その他( )).		
(b) 介護施設に雇用されている薬剤師	<input type="checkbox"/> 1:調剤業務, <input type="checkbox"/> 2:医薬品管理業務, <input type="checkbox"/> 3:入退所支援、ポリファーマシー対策, <input type="checkbox"/> 4:フロア・ユニット等での業務 <input type="checkbox"/> 5:その他( )).		
(c) 保険薬局の薬剤師	<input type="checkbox"/> 1:調剤業務, <input type="checkbox"/> 2:医薬品管理業務, <input type="checkbox"/> 3:入退所支援、ポリファーマシー対策, <input type="checkbox"/> 4:フロア・ユニット等での業務, <input type="checkbox"/> 5:その他( )).		
(4) 貴施設で介護保険において、以下を算定していますか。算定している場合は、 <b>6月1ヶ月間</b> の算定件数をご記入ください。		算定件数	
(A) 薬剤管理指導 350単位		件	
(B) 居宅療養管理指導(薬剤師が行う場合) 566単位または417単位または380単位		件	

### 33. 地域医療連携

(1) 入院前もしくは入院直後に薬剤部門から保険薬局（かかりつけ薬剤師）等へ薬物療法に関する情報提供や残薬調整等を依頼していますか。		○1:いる(→(A)へ), ○2:いない	
(A) <依頼している>場合、保険薬局等への依頼内容について該当するもの <b>全て</b> にチェックをつけてください。			
□1:服薬内容の報告, □4:残薬調整, □6:その他(		□2:副作用・アレルギー歴の報告, □5:術前中止薬の中止・抜き取り, □3:内服管理方法の報告, )	
(B) <依頼している>場合、6月1ヵ月間の依頼件数および返信受け取り数を、<ない>場合は「0」をご記入ください。			
依頼件数	件	返信受け取り数	件
(C) 近隣の保険薬局等に、調剤報酬の服薬情報等提供料 <sup>3</sup> *に関する患者情報を求めていますか。		○1:いる, ○2:いない	
※入院を予定している患者について、保険医療機関の求めがあった場合において、患者が服用中の薬剤について、当該患者若しくはその家族等への聞き取り又は他の保険薬局若しくは保険医療機関への聞き取り等により、一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、患者が入院を予定している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合に算定できる。			
(2) 貴施設に退院時カンファレンス(退院に向けた多職種カンファレンス)がありますか。		○1:ある, ○2:ない(→(3)へ)。	
(A) 退院時カンファレンス(退院に向けた多職種カンファレンス)がある場合、院内の薬剤師が関与していますか。		○1:いる, ○2:いない(→(3)へ)	
(B) <院内の薬剤師が関与している>場合、実施している業務について該当するもの <b>全て</b> にチェックをつけてください。			
□1:本人家族等からの薬物療法に関する要望・相談, □3:退院後(在宅・施設)に実施可能な薬物療法に関する把握, □4:他職種に必要な薬物療法に関する情報の提供, □6:その他(		□2:本人家族等への薬物療法に関する説明, □5:退院に向けての処方設計・処方提案, )	
(3) 介護支援等連携指導料を<算定している>場合、院内の薬剤師が関与していますか。		○1:いる, ○2:いない(→(4)へ)	
(A) 介護支援等連携指導に<院内の薬剤師が関与している>場合、実施している業務について該当するもの <b>全て</b> にチェックをつけてください。			
□1:薬物療法の内容に関する情報提供, □3:副作用の対処方法に関する情報提供, □5:患者家族等の薬物療法に関する要望についての情報提供, □6:その他(		□2:薬物投与経路に関する手技・注意事項の情報提供, □4:ケア上注意が必要な薬物に関する情報提供, )	
(4) 退院時共同指導料2を<算定している>場合、院内の薬剤師が関与していますか。		○1:いる, ○2:いない(→(5)へ)	
(A) 退院時共同指導料2に<院内の薬剤師が関与している>場合、実施している業務について該当するもの <b>全て</b> にチェックをつけてください。			
□1:入院期間中の薬物療法の内容・経過の説明, □2:入院期間中に発症した副作用・対処方法の説明, □3:患者のアドヒアランスに関する説明, □4:薬物投与経路に関する手技・注意事項の情報提供, □5:患者家族等の薬物療法に関する要望についての情報提供, □6:その他(			
(5) 精神科退院時共同指導料2を<算定している>場合、院内の薬剤師が関与していますか。		○1:いる, ○2:いない(→(6)へ)	
(A) 精神科退院時共同指導料2に<院内の薬剤師が関与している>場合、実施している業務について該当するもの <b>全て</b> にチェックをつけてください。			
□1:入院期間中の薬物療法の内容・経過の説明,			

<input type="checkbox"/> 2:入院期間中に発症した副作用・対処方法の説明, <input type="checkbox"/> 3:患者のアドヒアランスに関する説明, <input type="checkbox"/> 4:薬物投与経路に関する手技・注意事項の情報提供, <input type="checkbox"/> 5:患者家族等の薬物療法に関する要望についての情報提供, <input type="checkbox"/> 6:その他( ).	
(6) 令和6年度1年間で地域連携の推進を目的として、他の施設の薬剤師が集まる会議や勉強会を実施したことがありますか。	○1:ある, ○2:ない.
(7) 令和6年度1年間で他施設が実施する、地域連携の推進を目的とした会議や勉強会に、貴施設の薬剤師が参加したことがありますか。	○1:ある, ○2:ない.

## IX. 手術室における薬剤師

### 34. 手術関連業務（手術室）における薬剤師

(1) 貴施設に手術室がありますか。	○1:ある, ○2:ない(→設問35へ).
(2) 常勤の麻酔科標榜医がいますか。	○1:いる, ○2:いない.
(3) 薬剤師は手術関連業務に関与していますか。	○1:いる, ○2:いない(→(B)へ)
(A) (a) 薬剤師が行っている手術関連業務の内容について該当する全てにチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1:手術室で使用する薬の処方の提案, <input type="checkbox"/> 2:麻薬・向精神薬・筋弛緩薬の管理, <input type="checkbox"/> 3:麻酔薬(液・ガス)管理, <input type="checkbox"/> 4:医療材料管理 <input type="checkbox"/> 5:回診やカンファレンスへの参加を通じた患者情報の共有や提供, <input type="checkbox"/> 6:手術室の使用薬の確認・照合, <input type="checkbox"/> 7:医薬品カート等による医薬品のセット管理, <input type="checkbox"/> 8:薬歴と術前の休止・継続対象医薬品の使用状況の確認, <input type="checkbox"/> 9:術中および術後使用医薬品のリスク評価と関与, <input type="checkbox"/> 10:手術部門における医薬品等の適正管理, <input type="checkbox"/> 11:医薬品に関する相談応需と情報共有, <input type="checkbox"/> 12:使用医薬品の確認と使用状況の把握, <input type="checkbox"/> 13:注射薬調製, <input type="checkbox"/> 14:他職種への教育, <input type="checkbox"/> 15:業務日誌の記録 <input type="checkbox"/> 16:実施した術式、麻酔法、術中の有害事象等の情報収集, <input type="checkbox"/> 17:バイタルサインおよび臨床検査値(血糖値、腎機能、電解質異常等)の確認, <input type="checkbox"/> 18:術後合併症の確認と対応, <input type="checkbox"/> 19:手術のために中止した医薬品の再開確認, <input type="checkbox"/> 20:その他(具体的に ).	
(b) 手術室に薬剤師を配置していますか。	○1:いる, ○2:いない.
(c) 手術室に薬剤師(複数の薬剤師が交代する場合はその合計時間に基づく)を<配置している>場合、該当する○の1つにチェックをつけてください。	
○1:専従,                      ○2:専任,                      ○3:兼務.	
(B) <関与していない>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:薬剤師が今後実施するよう検討中のため, <input type="checkbox"/> 2:業務量に見合った薬剤師数が配置されていないため, <input type="checkbox"/> 3:他の職種が実施しており、薬剤師による実施の要請がないため, <input type="checkbox"/> 4:診療報酬において十分に評価されていないため, <input type="checkbox"/> 5:その他( ).	

## X. 薬剤師のチーム医療への関わり

### 35. チーム医療への関与

	(A) 施設に該当するチーム (該当する機能等)の有無	(B) 関与している薬剤師の人数		
		人数	専従 (再掲)	専任 (再掲)
(1) 感染制御チーム	○1:ある, ○2:ない.	名	名	名
(2) 抗菌薬適正使用チーム	○1:ある, ○2:ない.	名	名	名

(3) NST (栄養サポートチーム)	○1:ある, ○2:ない.	名	名	名
(4)緩和ケアチーム	○1:ある, ○2:ない, ○3:緩和ケア病床等はない.	名	名	名
(5)糖尿病(チーム)療養指導	○1:ある, ○2:ない, ○3:糖尿病疾患の治療施設ではない.	名	名	名
(6)糖尿病透析予防診療チーム	○1:ある, ○2:ない, ○3:糖尿病疾患の治療施設ではない.	名	名	名
(7)移植チーム	○1:ある, ○2:ない, ○移植を行う施設ではない.	名	名	名
(8)ウイルス疾患チーム	○1:ある, ○2:ない, ○3:ウイルス疾患の治療施設ではない.	名	名	名
(9)褥瘡対策チーム	○1:ある, ○2:ない.	名	名	名
(10)周術期管理チーム	○1:ある, ○2:ない, ○3:手術室ICU等はない.	名	名	名
(11)術後疼痛管理チーム	○1:ある, ○2:ない, ○3:手術室ICU等はない.	名	名	名
(12)呼吸サポートチーム	○1:ある, ○2:ない.	名	名	名
(13)口腔ケアチーム	○1:ある, ○2:ない.	名	名	名
(14)摂食嚥下支援チーム	○1:ある, ○2:ない.	名	名	名
(15)精神科リエゾンチーム	○1:ある, ○2:ない.	名	名	名
(16)認知症ケアチーム	○1:ある, ○2:ない.	名	名	名
(17)その他*	チーム名 ( )	名	名	名
(18)その他*	チーム名 ( )	名	名	名
(19)その他*	チーム名 ( )	名	名	名
(20)その他*	チーム名 ( )	名	名	名
(21)その他*	チーム名 ( )	名	名	名

\* 「(1)感染制御チーム」から「(16)認知症ケアチーム」以外に、薬剤師が関与している**院内横断的な医療チーム**がある場合は、ご記載ください。

## X I . 医薬品情報管理・医薬品等管理

### 36. 医療安全・医薬品安全

(1)薬剤師が就いている役職の全てにチェックをつけてください。	
□1: 医療安全管理者,    □2: 医薬品安全管理責任者,    □3: 医療機器安全管理責任者.	
(2)未承認薬等の安全使用の措置を適切に実施するための担当薬剤師を定めていますか。	○1:いる, ○2:いない.
(3)未承認薬等を用いた医療を提供する場合の措置について、実施しているもの全てにチェックをつけてください。	
□1:使用条件の決定・使用の適否等を決定する部門を設置している, □2:従業者が遵守すべき事項・上記部門が確認すべき事項等を定めた規程がある, □3:上記部門による上記規程の遵守状況の確認.	
(4)「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書」の記載内容について、該当するもの全てにチェックをつけてください。	
□1:医療機関で用いる医薬品の採用・購入に関する事項,    □2:医薬品の管理に関する事項, □3:患者に対する医薬品の投薬指示から調剤までに関する事項.	

<input type="checkbox"/> 4: 患者に対する与薬や服薬指導に関する事項, <input type="checkbox"/> 5: 医薬品の安全使用に係る情報の取り扱い, <input type="checkbox"/> 7: 放射性医薬品に関する事項, <input type="checkbox"/> 9: 医薬品安全性情報等の周知や入手・措置体制, <input type="checkbox"/> 10: その他の事項 (具体的に ) .	<input type="checkbox"/> 6: 他施設との連携に関する事項, <input type="checkbox"/> 8: 院内製剤に関する事項,
(5) 貴施設の従業者に対する <u>医薬品安全に係る研修を実施(令和6年度1年間)</u> しましたか。	<input type="radio"/> 1: 実施した, <input type="radio"/> 2: 実施していない(→(6)へ)
(A) <実施した>場合、実施している研修について、該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1: 医薬品の有効性・安全性に関する情報、使用方法に関する事項, <input type="checkbox"/> 2: 医薬品の業務手順書に関する事項, <input type="checkbox"/> 3: 医薬品による副作用が発生した場合の対応に関する事項.	
(6) 医療安全管理部門に薬剤師が専従配置されていますか。	<input type="radio"/> 1: 専従, <input type="radio"/> 2: 専任, <input type="radio"/> 3: いない.

### 37. 院内製剤業務

(1) 薬剤部門で院内製剤業務を実施(令和6年度1年間)しましたか。	<input type="radio"/> 1: いる, <input type="radio"/> 2: いない(→設問38へ).		
(2) 調製した種類数等(令和6年度1年間)についてクラス分類ごとにご記入ください。			
	1) クラスI	2) クラスII	3) クラスIII
(A) 内服	種類	種類	種類
(B) 外用	種類	種類	種類
(C) 注射	種類	種類	種類
(3) 院内製剤について検討する委員会がありますか。該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。			
<input type="checkbox"/> 1: 倫理審査委員会, <input type="checkbox"/> 2: 薬事委員会, <input type="checkbox"/> 3: 1と2以外の委員会 <input type="checkbox"/> 4: 委員会がないので、対応を検討中である, <input type="checkbox"/> 5: 委員会はなく、設置する予定もない.			

### 38. 放射性医薬品

(1) 放射性医薬品を貴施設内で扱っていますか。	<input type="radio"/> 1: いる, <input type="radio"/> 2: いない(→設問39へ).
(A) <扱っている>場合、該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1: 核医学検査用 (PET用以外), <input type="checkbox"/> 2: PET用, <input type="checkbox"/> 3: 核医学治療 (内用療法) 用.	
(2) 放射性医薬品を薬剤部門(薬剤師)が取り扱っていますか。	<input type="radio"/> 1: いる, <input type="radio"/> 2: いない(→(4)へ).
(A) <取り扱っている>場合、該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1: 管理 (□核医学検査用 (PET用以外)、□PET用、□核医学治療 (内用療法) 用), <input type="checkbox"/> 2: 調製 (□核医学検査用 (PET用以外)、□PET用、□核医学治療 (内用療法) 用), <input type="checkbox"/> 3: 分注・配管 (□核医学検査用 (PET用以外)、□PET用、□核医学治療 (内用療法) 用), <input type="checkbox"/> 4: 廃棄 (□核医学検査用 (PET用以外)、□PET用、□核医学治療 (内用療法) 用), <input type="checkbox"/> 5: 患者対応 (□核医学検査用 (PET用以外)、□PET用、□核医学治療 (内用療法) 用), <input type="checkbox"/> 6: その他 (□核医学検査用 (PET用以外)、□PET用、□核医学治療 (内用療法) 用).	
(3) 放射性医薬品管理者は薬剤師ですか。	<input type="radio"/> 1: はい(→設問39へ), <input type="radio"/> 2: いいえ.
(A) <いいえ>の場合、該当するものにチェックをつけてください。	
<input type="radio"/> 1: 医師, <input type="radio"/> 2: 診療放射線技師, <input type="radio"/> 3: その他.	
(4) 薬剤部門(薬剤師)が<取り扱っていない>場合、その理由について該当するもの <u>全て</u> にチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1: ニーズがない, <input type="checkbox"/> 2: 薬剤師が少なく余力がない, <input type="checkbox"/> 3: 管理・調製等にかかる負担が大きい, <input type="checkbox"/> 4: 診療報酬など病院経営上のインセンティブがない, <input type="checkbox"/> 5: 放射性医薬品に関する教育訓練を受けていない, <input type="checkbox"/> 6: その他 ( ) .	

\* (薬剤師) は、放射部門の薬剤師を含みます。

## XII. 治験・臨床研究

### 39. 倫理性を審査する委員会(倫理審査委員会, 治験審査委員会)

(1) 貴施設に臨床研究・院内製剤(治験を除く)の倫理性について審査する委員会(倫理審査委員会, 臨床研究委員会等)がありますか。	○1:ある, ○2:ない(→(2)へ)。
(A)〈ある〉場合、委員に薬剤師職はいますか。	○1:いる, ○2:いない。
(2) 貴施設に治験審査委員会がありますか。	○1:ある, ○2:ない(→設問40へ)
(A)〈ある〉場合、委員に薬剤師職はいますか。	○1:いる, ○2:いない。

### 40. 治験

(1) 貴施設に治験体制がありますか。	○1:ある, ○2:ない(→設問41へ)		
(2) 貴施設で治験を実施(令和6年度1年間)していますか。	○1:している, ○2:していない。		
(3) 貴施設に薬剤師のCRCがいますか。	○1:いる, ○2:いない。		
(4) 貴施設で下記部署等に、薬剤部門に在籍する薬剤師が配置されていますか。 配置されている場合は人数をご記入ください。	配置人数(6月1日現在)		
	専従	専任	兼務
(A) 臨床試験支援センター	名	名	名
(B) 治験事務局・IRB事務局	名	名	名

## XIII. 災害対策

### 41. 災害対策

(1) 貴施設に薬剤部門の災害対策に関するマニュアルがありますか。	○1:ある, ○2:ない(→(2)へ)
(A)〈マニュアルがある〉場合、令和6年度にマニュアルの見直しをおこないましたか。	○1:行った, ○2:行っていない
(B) マニュアルが〈ある〉場合、スタッフの災害時派遣に関わる規定がありますか。	○1:ある, ○2:ない。
(2) 貴施設に薬剤部門のBCP(Business Continuity Plan)がありますか。	○1:ある, ○2:ない(→(3)へ)。
(A)〈BCPがある〉場合、その位置づけは、どのようになっていますか。	○1:薬剤部門として、独立したBCPがある, ○2:病院のBCPの一部に、数行程度の記載がある, ○3:病院のBCPの一部に、数ページ以上の記載がある。
(3) 貴施設に災害派遣医療チームDMAT隊員として登録されている薬剤師がいますか。	○1:いる, ○2:いない。
(A)〈DMAT隊員の薬剤師がいる〉場合、その人数	人
(4) 貴施設に災害派遣精神医療チームDPAT隊員として登録されている薬剤師がいますか。	○1:いる, ○2:いない。
(A)〈DPAT隊員の薬剤師がいる〉場合、その人数	人

## XIV. 教育・研修

### 42. 学生実習の受入れ

(1) 令和6年度実務実習で学生を受け入れましたか。	○1:受け入れた, ○2:受け入れていない。
(2) 令和7年度実務実習で学生を受け入れる予定ですか。	○1:予定である, ○2:予定はない。
(3) 実務実習の体制について、貴施設に下記認定薬剤師が在籍していますか。	在籍人数(6月1日現在)
(A) 日本薬剤師研修センター 薬学教育協議会 認定実務実習指導薬剤師	名
(B) 日病薬認定指導薬剤師	名



45. 専門薬剤師等取得状況について（令和7年6月1日現在）

貴施設で下記資格を取得している薬剤師（薬剤部門以外の薬剤師を含む）の人数、手当（または調整額等）の支給額をご記入ください。

※貴施設に所属する全ての薬剤師（薬剤部門以外の薬剤師を含む）が令和7年6月1日時点で取得している資格等について記入してください。なお、1名が複数の資格等を取得している場合は、全てを記入してください。また、それぞれの資格を取得している場合に支払われる手当等（定額、調整係数等算定方法は問いません）についてご記入ください。

専門薬剤師等認定資格		(A) 資格取得者在籍数	(B) 手当等の支給額
(1) 日病薬病院薬学認定薬剤師（日本病院薬剤師会）		人	円
(2) がん専門薬剤師（日本医療薬学会）		人	円
(3) がん薬物療法認定薬剤師（日本病院薬剤師会）		人	円
(4) がん薬物療法専門薬剤師（日本病院薬剤師会）		人	円
(5) 緩和医療専門薬剤師（日本緩和医療薬学会）		人	円
(6) 緩和薬物療法認定薬剤師（日本緩和医療薬学会）		人	円
(7) 感染制御専門薬剤師（日本病院薬剤師会）		人	円
(8) 感染制御認定薬剤師（日本病院薬剤師会）		人	円
(9) 抗菌化学療法認定薬剤師（日本化学療法学会）		人	円
(10) 精神科専門薬剤師（日本病院薬剤師会）		人	円
(11) 精神科薬物療法認定薬剤師（日本病院薬剤師会）		人	円
(12) 妊婦・授乳婦専門薬剤師（日本病院薬剤師会）		人	円
(13) 妊婦・授乳婦薬物療法認定薬剤師（日本病院薬剤師会）		人	円
(14) HIV感染症専門薬剤師（日本病院薬剤師会）		人	円
(15) HIV感染症薬物療法認定薬剤師（日本病院薬剤師会）		人	円
(16) 漢方薬・生薬認定薬剤師（日本薬剤師研修センター）		人	円
(17) 小児薬物療法認定薬剤師（日本薬剤師研修センター）		人	円
(18) 日本糖尿病療養指導士（薬剤師）（日本糖尿病療養指導士認定機構）		人	円
(19) NST 専門療法士（薬剤師）（日本栄養治療学会）		人	円
(20) 医療情報技師（薬剤師）（日本医療情報学会）		人	円
(21) その他※	( )	人	円
(22) その他※	( )	人	円
(23) その他※	( )	人	円
(24) その他※	( )	人	円
(25) その他※	( )	人	円

\* (21) ~ (25) その他の薬剤師の記載例

- ・がん指導薬剤師（日本医療薬学会）
- ・インфекションコントロールドクター（ICD 制度協議会）
- ・腎臓病薬物療法専門・認定薬剤師（日本腎臓病薬物療法学会）
- ・医療薬学指導・専門薬剤師（日本医療薬学会）
- ・医薬品情報専門薬剤師・認定薬剤師（日本医薬品情報学会）
- ・プライマリ・ケア認定薬剤師（日本プライマリ・ケア連合学会）
- ・認定クリニカル・トキシコロジスト（日本中毒学会）
- ・医薬品安全性専門薬剤師（日本医薬品安全性学会）
- ・日本リウマチ財団リウマチ登録薬剤師（日本リウマチ財団）
- ・日本臨床薬理学会認定 CRC（薬剤師）

- ・外来がん治療認定薬剤師（日本臨床腫瘍薬学会）
- ・抗酸菌症エキスパート（日本結核病学会）
- ・薬物療法指導・専門薬剤師（日本医療薬学会）
- ・日本褥瘡学会認定師（薬剤師）（日本褥瘡学会）
- ・周術期管理チーム薬剤師（日本麻酔学会）
- ・救急認定薬剤師（日本臨床救急医学会）
- ・日本臨床薬理学会指導薬剤師
- ・災害医療認定薬剤師（日本災害医学会）
- ・骨粗鬆症マネージャー（日本骨粗鬆症学会）
- ・心不全療養指導士（日本循環器学会）

\*\*\*以上で現状調査は終了です。長時間にわたり調査にご協力いただきありがとうございました\*\*\*