令和８年度「病院薬剤部門の現状調査」
（令和8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。
・本調査の結果を発表・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：安原眞人）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8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8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8年7月31日（金）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8年7月31日（金）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1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８年６月１日現在) 4
5. 病床機能(令和８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 8

11. 薬剤管理指導料・病棟薬剤業務実施加算 8
12. 入院料等 10
13. 医学管理等 10
14. 在宅 11
15. 投薬 12
16. 注射 12
17. 周術期における薬学的管理 12
18. その他薬剤師が関与しうる診療報酬 13
19. 職員賃上げ 15

Ⅳ. 薬剤師・薬剤部門の概要 16

20. 薬剤部門の概要 16
21. 薬剤部門等の職員数 16
22. 薬剤師の入退職について（令和７年４月～令和８年３月末までの１年間） 16
23. 薬剤部門の勤務体制について 17

Ⅴ. 薬剤師の業務 18

24. 薬剤師の業務内容と実施の程度 18
25. タスクシフト／シェア 19
26. 生成 AI 20
27. 副作用等報告について 20

Ⅵ. 調剤 20

28. 処方箋枚数・記載方法 20

Ⅶ. 無菌製剤処理・がん化学療法 21

29. 無菌製剤処理業務 21
30. がん診療・外来がん化学療法 22

Ⅷ. 治療薬物モニタリング(ＴＤＭ)・薬学的管理・連携 23

31. ＴＤＭの測定・解析 23
32. 持参薬 23
33. フォーミュラリー 23

34. 情報連携 24
35. 介護施設における薬剤師の関与 25
36. 地域医療連携 26

Ⅸ. 手術室における薬剤師 27

37. 手術関連業務（手術室）における薬剤師 27

Ⅹ. 薬剤師のチーム医療への関わり 28

38. チーム医療への関与 28
39. DI（医薬品情報）・医療安全・医薬品安全 29
40. 院内製剤業務 30
41. 放射性医薬品 30

ⅩⅡ. 治験・臨床研究 30

42. 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) 30
43. 治験 30

XIII. 災害対策 31

44. 災害対策 31

XIV. 教育・研修 31

45. 学生実習の受入れ 31
46. 新人研修・薬剤師臨床研修（卒後臨床研修） 32
47. 薬剤部門の薬剤師を対象とした研修 32
48. 自施設以外の薬剤師を対象とした研修 33
49. 専門薬剤師等取得状況について（令和 8 年 6 月 1 日現在） 34

※「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).		

・回答施設名の本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。
　□: 本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。

□1:１次救急(初期),	□2:２次救急(重症),	□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 8 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8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８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)賃上げを実施しましたか。(※定期昇給を除く)	○1:した, ○2:していない.
(5)賃上げを実施<した>場合、いつ実施しましたか。	
□1:令和6年度,　□2:令和7年度,　□3:令和8年度(6月以前)	
(6)賃上げを実施<していない>場合、 令和8年度7月以降に賃上げを実施する予定ですか。	○1:する予定である, ○2:検討中, ○3:しない.
(7)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)<全医療職種><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),	
(8)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 (　　).	
(9)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。
記載要領も併せてご確認ください。

医療保険制度　入院基本料算定病棟
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：(A100-2,A100-3)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(1～30)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>
7対1,　10対1,　13対1,　15対1,　18対1,　20対1

入院基本料	区分	病床数の計
A100-1 急性期病院A一般入院料		床
A100-1 急性期病院B一般入院料		床
A100-2 急性期一般入院基本料		床
A100-3 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 1 急性期病院A精神病棟入院料		床
A103 1 急性期病院B精神病棟入院料		床
A103 2 精神病棟入院料		床
A104-1　特定機能病院Ａ入院基本料		床
A104-2　特定機能病院Ｂ入院基本料		床

A104-3　特定機能病院Ｃ入院基本料		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

医療保険制度　特定入院料算定病棟・治療室

特定入院料を算定している病床について、特定入院料毎に区分、病床数をご記入ください。

区分：特定入院料(A300～A400)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。区分が無い特定入院料の場合は空欄としてください。

同じ特定入院料で区分が異なる病棟がある場合は、最も病床数の多い区分をご記入ください。

特定入院料	区分	病床数の計
A300 救命救急入院料		床
A301 特定集中治療室管理料		床
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料		床
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料		床
A301-4 小児特定集中治療室管理料		床
A302 新生児特定集中治療室管理料		床
A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料		床
A303 総合周産期特定集中治療室管理料		床
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料		床
A304 1 地域包括医療病棟入院料1		床
A304 2 地域包括医療病棟入院料2		床
A305 一類感染症患者入院医療管理料		床
A306 特殊疾患入院医療管理料		床
A307 小児入院医療管理料		床
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料		床
A308-3 地域包括ケア病棟入院料		床
A309 特殊疾患病棟入院料		床
A310 緩和ケア病棟入院料		床
A311 精神科救急急性期医療入院料		床
A311-2 精神科急性期治療病棟入院料		床
A311-3 精神科救急・合併症入院料		床
A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料		床
A312 精神療養病棟入院料		床
A314 認知症治療病棟入院料		床
A317 特定一般病棟入院料		床
A318 地域移行機能強化病棟入院料		床
A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料		床
A400 短期滞在手術等基本料		床

III. 薬剤師が関連しうる診療報酬の算定件数等

11. 薬剤管理指導料・病棟薬剤業務実施加算

(1)薬剤管理指導料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:算定可能な病床はあるが、届出をしていない(→設問 12 へ),
○3:算定可能な病床が無い(例:全病床で薬剤管理指導料が入院料に包括されている)ため届出していない(→設問 12 へ).

(2)薬剤管理指導料を算定している場合、**6月1ヵ月間**の算定件数をご記入ください。	算定件数
(A)B008 1 薬剤管理指導料１(380 点)	件
(B)B008 2 薬剤管理指導料２(325 点)	件

(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(→(6)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ている) ため届出していない(→(7)へ).

(4) 病棟薬剤業務実施加算 1 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:すでに算定している(→(5)へ),
○2:令和 8 年度中に算定の予定はあるが、まだ算定していない(→開始時期 : 月頃),
○3:今のところ算定する予定はない(→(6)へ).

(5)病棟薬剤業務実施加算 1 を算定している場合、**6 月 1 ヵ月間**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 300 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

(6) 〈算定する予定がない〉の場合、算定しない理由について、**全てに**チェックをつけてください。

□1:人員不足, □2:薬剤総合評価調整件数の不足, □3:退院時薬剤情報管理指導実績不足,
□4:その他 ( )

(7)病棟薬剤業務実施加算 1 の算定の有無に関わらず、病棟薬剤業務実施加算 1 の算定を目的に、薬剤師を増員しましたか。

○1:増員した, ○2:令和 8 年度に増員予定,
○3:令和 9 年度以降に増員予定, ○4:増員予定はない.

(8) 病棟薬剤業務実施加算 1 の算定の有無に関わらず、直近 3 カ月(4～6 月)における薬剤総合評価調整加算の算定件数をご記入ください。	算定件数 件
(9) 病棟薬剤業務実施加算 1 の算定の有無に関わらず、退院時薬剤情報管理指導料の算定割合をご記入ください。 (退院時薬剤情報管理指導料の算定件数/直近 3 カ月(4～6 月)における退院患者数※)	算定割合 %

(10)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(→(12)へ),
○3:算定可能な治療室が無いため届出していない(→(12)へ).

(11)病棟薬剤業務実施加算 2 を算定している場合、**6 月 1 ヵ月間**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 出来高算定分(週 1 回 120 点)	件
(B)病棟薬剤業務実施加算 2 DPC 包括分 (EF ファイルにおける算定件数)	件

(12)(A)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(→(13)へ).

(B)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.

(13)病棟薬剤業務実施加算 3 を算定している場合、**6 月 1 ヵ月間**の算定件数をご記入ください。

	算定件数
(A)A244 3 病棟薬剤業務実施加算 3 (1 日 100 点)	件

(B)病棟薬剤業務実施加算 3 を算定している場合、算定している治療室**全てに**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.

※「退院患者」について、退院時薬剤情報管理指導料の算定対象とならない入院料を算定している患者、医科点数表の第 1 章第 2 部通則 6 に規定する入院期間が通算される再入院の患者及び死亡退院の患者は除いてください。

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、**6月1ヵ月間**の算定件数をご記入ください。 **記載要領も併せてご確認ください。**	算定件数	届出無
(1)A200　急性期総合体制加算1(530点、290点、210点)	件	□
(2)A200　急性期総合体制加算2(470点、230点、150点)	件	□
(3)A200　急性期総合体制加算3(440点、200点、120点)	件	□
(4)A200　急性期総合体制加算4(360点、150点、90点)	件	□
(5)A200　急性期総合体制加算5(300点、120点、60点)	件	□
(6)A220　特定薬剤治療環境特別加算(300点)	件	□
(7)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	□
(8)A233-2 栄養サポートチーム(NST)加算(週1回 200点)	件	□
(9)A233-2 注2 栄養サポートチーム(NST)加算**(特定地域)**(100点)	件	□
(10)A234 1 医療安全対策加算1(160点)	件	□
(11)A234 2 医療安全対策加算2(70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	□
(12)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	□
(13)A234-2 2 感染対策向上加算２(175点)	件	□
(14)A234-2 3 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	□
(B)A234-2 注4 サーベイランス強化加算(3点)	件	□
(15)A242-2 術後疼痛管理チーム加算(100点)	件	□
(16)A243 1 地域支援・医薬品供給対応体制加算１(87点)(数量シェア90%以上)	件	□
(17)A243 2 地域支援・医薬品供給対応体制加算２(82点)(数量シェア85%以上)	件	□
(18)A243 3 地域支援・医薬品供給対応体制加算３(77点)(数量シェア75%以上)	件	□
(19)A243-2 バイオ後続品使用体制加算(100点)	件	□
(20)A250 薬剤総合評価調整加算(退院時1回　160点)	件	□
(A)A250 注2 薬剤調整加算(150点)	件	□
(21)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	□

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、**6月1ヵ月間**の算定件数をご記入ください。 **記載要領も併せてご確認ください。**	算定件数	届出無
(1)B001 1 ロ ウイルス疾患指導料２(330点)	件	□
(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	□
(2)B001 2 イ 特定薬剤治療管理料1(470点)	件	□
(3)B001 2 ロ 特定薬剤治療管理料2(100点)	件	□
(4)B001-2-6 イ 救急搬送医学管理料1(800点)	件	□

(5)B001-2-6 ロ 救急搬送医学管理料2(600点)	件	□
(6)B001-2-6 ハ 救急搬送医学管理料3(20点)	件	□
(7)B001-2-6 イ 夜間休日救急医学管理料1(600点)	件	□
(8)B001-2-6 ロ 夜間休日救急医学管理料2(400点)	件	□
(9)B001-2-6 ハ 夜間休日救急医学管理料3(50点)	件	□
(10)B001-3 生活習慣病管理料(Ⅰ)1 (610点)	件	□
(11)B001-3 生活習慣病管理料(Ⅰ)2 (660点)	件	□
(12)B001-3 生活習慣病管理料(Ⅰ)3 (760点)	件	□
(13)B001-3-3 生活習慣病管理料(Ⅱ) (333点)	件	□
(14) B001-10 1 心不全再入院予防継続管理料1(1000点)	件	□
(15) B001-10 2 心不全再入院予防継続管理料2	件	□
(A)(1)6回目まで(700点)	件	□
(B)(2)7回目以降(225点)	件	□
(16) B001-10 3心不全再入院予防継続管理料３	件	□
(A)(1)6回目まで(400点)	件	□
(B)(2)7回目以降(225点)	件	□
(17)B001 23 ハ がん患者指導管理料(200点)	件	□
(18)B001 24 外来緩和ケア管理料(290点)	件	□
(A)B001 24 注2 小児加算(150点)	件	□
(19)B001 24 注4 外来緩和ケア管理料(特定地域) (150点)	件	□
(20)B001 25 イ 移植後患者指導管理料 臓器移植後(300点)	件	□
(21)B001 25 ロ 移植後患者指導管理料 造血幹細胞移植後(300点)	件	□
(22)B001 34 イ 2次性骨折予防継続管理料1(1000点)	件	□
(23)B001 34 ロ 2次性骨折予防継続管理料2(750点)	件	□
(24)B001 34 ハ 2次性骨折予防継続管理料3(500点)	件	□
(25)B004 退院時共同指導料1(1500点または900点)	件	□
(26)B005 退院時共同指導料2(400点)	件	□
(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	□
(B)B005 注3 多機関共同指導加算(2000点)	件	□
(27)B005-1-2 介護支援等連携指導料１(400点)	件	□
(28)B005-1-2 介護支援等連携指導料２(500点)	件	□
(29)B008-2 薬剤総合評価調整管理料(月1回 250点)	件	□
(A)B008-2 注2 連携管理加算(50点)	件	□
(30)B011-3 薬剤情報提供料(外来,月1回) (4点)	件	□
(A)B011-3 注2 手帳記載加算(外来,月1回) (3点)	件	□
(31)B014 退院時薬剤情報管理指導料(90点)	件	□

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、**6月1ヶ月間**の算定件数をご記入ください。 **記載要領も併せてご確認ください。**	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	□

(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	□
(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	□
(A)C008 注2 麻薬使用患者への薬学的管理指導(加算100点)	件	□
(B)C008 注4 乳幼児加算(100点)	件	□
(4)C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料(200点)	件	□
(5)C012-2 訪問診療薬剤師同時指導料(300点)	件	□

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、**6月1ヵ月間**の算定件数をご記入ください。 **記載要領も併せてご確認ください。**	算定件数	届出無
(1)F000 調剤料１イ(外来 内服等,1回) (11点)	件	□
(2)F000 調剤料１ロ(外来 外用,1回) (8点)	件	□
(3)F000 調剤料２(入院,1日) (7点)	件	□
(4)F100 注9向精神薬調整連携加算(12点)	件	□
(5)F400 注7 向精神薬調整連携加算(12点)	件	□
(6)F500 調剤技術基本料１(入院,月1回) (42点)	件	□
(7)F500 調剤技術基本料２(外来,月1回) (14点)	件	□
(A)F500 注3 院内製剤加算(10点)	件	□

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、**6月1ヵ月間**の算定件数をご記入ください。 **記載要領も併せてご確認ください。**	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	□
(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	□
(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	□
(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	□
(5)通則7 バイオ後続品導入初期加算 (月1回 150点)	件	□
(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	□
(7)G020 無菌製剤処理料１ ロ(45点) イ以外の場合	件	□
(8)G020 投与時閉鎖式接続器具使用加算 (150点)	件	□
(9)G020 無菌製剤処理料２(40点)	件	□

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、**6月1ヵ月間**の算定件数をご記入ください。 **記載要領も併せてご確認ください。**	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	□
(2)L010 麻酔管理料 (Ⅱ) 注2 周術期薬剤管理加算(75点)	件	□

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。算定の有無についてチェックをつけてください。 **記載要領も併せてご確認ください。**	算定の有無
(1) A230-4 精神科リエゾンチーム加算１　認知症又はせん妄の場合(週1回 300点)	○1:有　○2:無
(2) A230-4 精神科リエゾンチーム加算２　それ以外の場合(週1回 700点)	○1:有　○2:無
(3)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)	○1:有　○2:無
(4)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)	○1:有　○2:無
(5)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)	○1:有　○2:無
(6)A246 1 入退院支援加算１ (退院時 一般病棟700点　地域包括医療/回復期リハビリテーション/地域包括ケア1000点　療養病棟1300点)	○1:有　○2:無
(7)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)	○1:有　○2:無
(8)A246 3 入退院支援加算３(退院時 1200点)	○1:有　○2:無
(A)A246 注8 イ 入院時支援加算１(退院時 240点)	○1:有　○2:無
(B)A246 注8 ロ 入院時支援加算２(退院時 200点)	○1:有　○2:無
(9)A247 1 認知症ケア加算１(186点または39点)	○1:有　○2:無
(10)A247 2 認知症ケア加算２(115点または31点)	○1:有　○2:無
(11)A247 3 認知症ケア加算３(47点または13点)	○1:有　○2:無

医学管理料

貴施設で以下を算定していますか。算定の有無についてチェックをつけてください。 **記載要領も併せてご確認ください。**	算定の有無
(1)B001 1 イ ウイルス疾患指導料１(240点)	○1:有　○2:無
(2)B001 16 ロ 喘息治療管理料２(400点)	○1:有　○2:無
(3)B001 27 糖尿病透析予防指導管理料(350点)	○1:有　○2:無
(4)B001 27 注3 糖尿病透析予防指導管理料(**特定地域**)(175点)	○1:有　○2:無
(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)	○1:有　○2:無
(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)	○1:有　○2:無
(7)B001-2-9 1 地域包括診療料1 イ 認知症を有する患者等の場合（月1回 1682点）	○1:有　○2:無
(8)B001-2-9 1 地域包括診療料1 ロ その他の慢性疾患等を有する 患者の場合（月1回 1661点）	○1:有　○2:無
(9)B001-2-9 2 地域包括診療料2 イ 認知症を有する患者等の場合（月1回 1614点）	○1:有　○2:無
(10)B001-2-9 2 地域包括診療料2 ロ その他の慢性疾患等を有する 患者の場合（月1回 1601点）	○1:有　○2:無
(A)B001-2-9 注3 薬剤適正使用連携加算(30点)	○1:有　○2:無
(11)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 （静注製剤等の場合）(801点)	○1:有　○2:無
(2)初回から3回目まで （その他の場合）(351点)	○1:有　○2:無
(3) 4回目以降（静注製剤等の場合）(451点)	○1:有　○2:無
(4) 4回目以降（その他の場合）(201点)	○1:有　○2:無
(12)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(351点)	○1:有　○2:無

(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 (1)初回から3回目まで（静注製剤等の場合） (601点)	○1:有 ○2:無
(2)初回から3回目まで（その他の場合） (261点)	○1:有 ○2:無
(3) 4回目以降（静注製剤等の場合） (321点)	○1:有 ○2:無
(4) 4回目以降（その他の場合） (141点)	○1:有 ○2:無
(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 (221点)	○1:有 ○2:無
(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（静注製剤等の場合） (541点)	○1:有 ○2:無
(2)初回から3回目まで（その他の場合） (241点)	○1:有 ○2:無
(3) 4回目以降（静注製剤等の場合）(281点)	○1:有 ○2:無
(4) 4回目以降（その他の場合）(121点)	○1:有 ○2:無
(16)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 (181点)	○1:有 ○2:無
(A) B001-2-12 注7 小児加算 (200点)	○1:有 ○2:無
(B) B001-2-12 注8 連携充実加算 (月1回 150点)	○1:有 ○2:無
(C) B001-2-12 注9 がん薬物療法体制充実加算(月1回 100点)	○1:有 ○2:無
(17)B015 1 イ 精神科退院時共同指導料(Ⅰ) (1500点)	○1:有 ○2:無
(18)B015 1 ロ 精神科退院時共同指導料(Ⅱ) (900点)	○1:有 ○2:無
(19)B015 2 精神科退院時共同指導料２ (700点)	○1:有 ○2:無

在宅医療

貴施設で以下を算定していますか。算定の有無についてチェックをつけてください。 **記載要領も併せてご確認ください。**	算定の有無
(1)C101 1 在宅自己注射指導管理料１ (1230点)	○1:有 ○2:無
(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)	○1:有 ○2:無
(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)	○1:有 ○2:無
(A)C101 注4 バイオ後続品導入初期加算 (150点)	○1:有 ○2:無

画像診断

貴施設で以下を算定していますか。算定の有無についてチェックをつけてください。 **記載要領も併せてご確認ください。**	算定の有無
(1)E101-2 ポジトロン断層撮影	○1:有 ○2:無
(2)E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	○1:有 ○2:無
(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	○1:有 ○2:無
(4)E101-5 乳房用ポジトロン断層撮影	○1:有 ○2:無
(5)M000-2 放射性同位元素内用療法管理料	○1:有 ○2:無

投薬

貴施設で以下を算定していますか。算定の有無についてチェックをつけてください。 **記載要領も併せてご確認ください。**	算定の有無
(1)F100 注6 抗悪性腫瘍剤処方管理加算(70点)	○1:有 ○2:無
(2)F400 注5 抗悪性腫瘍剤処方管理加算(70点)	○1:有 ○2:無
(3)F400 注6 一般名処方加算１(8点)	○1:有 ○2:無
(4)F400 注6 一般名処方加算２(6点)	○1:有 ○2:無

リハビリテーション

貴施設で以下を算定していますか。算定の有無についてチェックをつけてください。 **記載要領も併せてご確認ください。**	算定の有無
(1)H004 1 摂食機能療法１ 30分以上の場合 (185点)	○1:有　○2:無
(2)H004 2 摂食機能療法２ 30分未満の場合 (130点)	○1:有　○2:無
(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)	○1:有　○2:無

精神

貴施設で以下を算定していますか。算定の有無についてチェックをつけてください。 **記載要領も併せてご確認ください。**	算定の有無
(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)	○1:有　○2:無
(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)	○1:有　○2:無
I013 2治療抵抗性統合失調症治療指導管理料(500点)	○1:有　○2:無

医療DX

貴施設で以下を算定していますか。算定の有無についてチェックをつけてください。 **記載要領も併せてご確認ください。**	算定の有無
(1) A000　イ 電子的診療情報連携体制整備加算１ (15点)	○1:有　○2:無
(2) A000　ロ 電子的診療情報連携体制整備加算２ (9点)	○1:有　○2:無
(3) A000　ハ 電子的診療情報連携体制整備加算３ (4点)	○1:有　○2:無

19. 職員賃上げ

貴施設で以下を算定していますか。算定の有無についてチェックをつけてください。 **記載要領も併せてご確認ください。**	算定の有無
(1) 0100 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)	
(A) 0100 1 初診時(17点)	○1:有　○2:無
(B) 0100 2 再診時等(4点)	○1:有　○2:無
(C) 0100 3 イ 同一建物居住者等以外の場合(79点)	○1:有　○2:無
(D) 0100 3 ロ イ以外の場合(19点)	○1:有　○2:無
(2) 0101 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)	1～24
0101 1 イ 初診又は訪問診療を行った場合	○1:有　○2:無
0101 2 ロ 再診時等	○1:有　○2:無
(3) 0102 入院ベースアップ評価料	1～500
0102 入院ベースアップ評価料	○1:有　○2:無

※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）。該当する〇の1つにチェックをつけてください。
〇1:独立部門, 〇2:下部部門（上位部門名 ）, 〇3:組織されていない.
(2)薬剤部門の名称について該当する〇の1つにチェックをつけてください。
〇1:薬剤部, 〇2:薬剤科, 〇3:薬局, 〇4:医療技術部, 〇5:診療技術部, 〇6:診療支援部, 〇7:薬剤課, 〇8:薬剤室, 〇9:その他（具体的に ）.
(3)薬剤部門長の職種について、該当する〇の1つにチェックをつけてください。
〇1:薬剤師, 〇2:医師, 〇3: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。
〇1:副病院長, 〇2:診療技術部長, 〇3: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 7 年 4 月～令和 8 年 3 月末までの 1 年間）

貴施設の令和7年度１年間（令和7年4月～令和8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)うち新規に薬剤師免許を取得した者	人	人
(4)退職薬剤師数	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いう。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。

(5)薬剤師が入職した場合、入職薬剤師の年齢についてチェックをつけてください。

□1:20代, □2:30代, □3:40代, □4:50代, □5:60代, □6:70代・それ以上.

(6)薬剤師が退職した場合、退職薬剤師の年齢についてチェックをつけてください。

□1:20代, □2:30代, □3:40代, □4:50代, □5:60代, □6:70代・それ以上.

(7)薬剤師を募集した場合、貴施設の令和8年4月の新卒入職薬剤師の募集を開始した時期についてチェックをつけてください。

□1:令和7年4月以前, □2: 令和7年4-5月, □3: 令和7年6-7月, □4: 令和7年8-9月,
□5:令和7年10-11月, □6: 令和7年12月-令和8年1月, □7: 令和8年2-3月,
□8:その他（ ） .

(8)薬剤師を募集した場合、薬剤師の募集にあたり利用・実施したものについてチェックをつけてください。

□1:薬剤部のホームページ, □2: 薬剤部門のパンフレット, □3:薬剤部の動画,
□4:職場見学会の実施, □5:SNSの活用, □6:インターンシップの実施, □7:就職説明会の開催,
□8:大学主催の集団就職説明会への参加, □9:企業等主催の集団就職説明会への参加,
□10:本会求人求職サイトへの掲載, □11: 就職情報サイトへの掲載,
□12:その他（ ） .

出向について

	在籍出向	在籍でない出向
(1)他の医療機関へ出向している薬剤師数 出向期間は、半年以上、週に4日以上の勤務	人	人
(2)他の医療機関から出向してきている薬剤師数 出向期間は、半年以上、週に4日以上の勤務	人	人

23. 薬剤部門の勤務体制について

(1) 貴施設の常勤薬剤師、非常勤薬剤師、薬剤師以外の者の所定労働時間及び平均労働時間についてご記入ください。

	所定労働時間 （１週間・１人あたり）	平均労働時間* （１週間・１人あたり）
(A)常勤薬剤師(フルタイム)	時間 分／人／週	時間 分／人／週
(B)非常勤薬剤師(パートタイム)※	時間 分／人／週	時間 分／人／週
(C)薬剤師以外の者※	時間 分／人／週	時間 分／人／週

(2)常勤薬剤師の週休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:週休1日制または週休1日半制,
○2:完全週休2日制より休日日数が実質的に少ない制度,
（例:月3回、隔週、月2回、月1回の週休2日制の他、3勤務1休、4勤務1休等）
○3:完全週休2日制,
○4:完全週休2日制より休日日数が実質的に多い制度.
（例:月1回以上週休3日制、3勤務3休、3勤務4休など）

＊ 平均労働時間は、6 月の任意の 1 週間における、常勤薬剤師、非常勤薬剤師、薬剤師以外の者毎の労働時間（時間外労働を含む）の合計を、その職員数で割った時間をご記載ください。

※ 1 週間当たりの所定労働時間が異なる職員が混在している場合（例：薬剤師以外の者で、1 週 40 時間の常勤職員 2 名と 1 週 30 時間のパートタイム職員が 1 名いる）は、
平均の所定労働時間（例：2×40＋30 を 3 で割った 36 時間 40 分）をご記載ください。

(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。

・宿直:薬剤師が夜間勤務している体制をとっていること

・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

・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

・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

・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

・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

・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

□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。

・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。

・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)

□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. タスクシフト／シェア

医師→薬剤師

(1) 事前に作成・合意された薬物療法プロトコールに基づいて、医師と協働で薬物治療管理している。	○1:している, ○2:していない

薬剤師→薬剤師以外の者

下記の項目の中で、薬剤部門において薬剤師以外の者が実施している業務に該当するもの**全てに**チェックをつけてください。
(1)□内用薬・外用薬関連業務
□1:準備関連, □2:取り揃え関連, □3:分包機関連, □4:返品薬剤, □5:在庫管理等.
(2)□注射薬関連業務
□1:準備関連, □2:取り揃え関連, □3:自動注射薬払い出し機器関連, □4:ミキシング関連, □5:返品薬剤関連, □6:在庫管理.
(3)□搬送業務
□1:搬送業務, □2:搬送記録の作成等.
(4)□医薬品および物品管理業務
□1:発注, □2:納品、検品等, □3:保管管理.
(5)□持参薬関連業務
□1:持参薬の仕分け, □2:数量管理, □3:持参薬報告書作成補助.
(6)□医薬品情報関連業務
□1:書類管理, □2:資料作成, □3:文書及び資料の各部署への配布.
(7)□連携・その他業務
□1: 保険薬局等の外部との連携業務, □2:その他（ ）.

薬科機器の活用

下記の項目の中で、利用している薬科機器について**全てに**チェックをつけてください。
□1:軟膏練合機, □2:錠剤粉砕機, □3:全自動錠剤分包機, □4:散薬調剤ロボット, □5:処方鑑査支援システム, □6:計数調剤鑑査支援システム, □7:注射薬自動払出システム, □8:抗がん薬混合調製ロボット, □9:全自動 PTP シート払い出し装置, □10:全自動錠剤ハーフカッターカセット, □11:水剤分注機, □12:錠剤一包化鑑査支援システム,

□13:一包化錠剤仕分け装置/一包化持参薬鑑別装置, □14:薬品管理装置, □15:その他（　　）.

26. 生成 AI

※生成 AI とは、プロンプト（指示文）を入力することで、文章・画像・ データなどを新たに生成する AI の総称。

(1)生成 AI を薬剤部門で活用していますか。	○1:活用している, ○2:活用していない（→設問 27 へ）.
(2)生成 AI をどのように使用していますか。該当する○の1つにチェックをつけて下さい。	
○1:インターネットにつながっている環境で使用している。 ○2:電子カルテやオーダーシステムのネットワーク内で単独で使用している。（医療情報のコピー&貼り付けが必要。） ○3:電子カルテ内に組み込んで使用している。（医療情報がシステム連携される。）	
(3)生成 AI をどのように活用されていますか。**全てに**チェックをつけてください。	
□1:病院薬剤師業務における活用, □2:医薬品情報収集・整理, □3:相互作用・禁忌チェック支援, □4:患者フォローアップ・副作用モニタリング支援, □5:処方提案・処方変更提案支援, □6:添付文書・ガイドラインの迅速検索, □7:医療安全・インシデント分析支援, □8:教育・研修資料作成支援, □9:その他（　　）.	
(4) 生成 AI の活用に関して、貴施設内でルールを設けていますか。	○1:ルールを設けている ○2:特にルールはない.

27. 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7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

28. 処方箋枚数・記載方法

(1)処方箋枚数等(**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)入院処方箋枚数	枚
(b)外来処方箋枚数（院内）･･･①	枚
(c)外来処方箋枚数（院外）･･･②	枚
(d)院外処方箋発行率･･･②／(①+②)×100　(第2位四捨五入)	. %

(2)処方箋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

29. 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30へ).
(2)無菌調製用のクリーンベンチ、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、主に調製する職種に該当するものにチェックをつけてください。	
○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、主に調製する職種に該当するものにチェックをつけてください。	
○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30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。	

30. 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31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).
(A)その委員会での薬剤師の役割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:委員長, □2:副委員長, □3:委員, □4:事務局, □5:オブザーバー, □6:その他( ), □7:薬剤師は関与していない.	
(4)貴施設で実施される化学療法のレジメンをホームページで閲覧できるようにしていますか。	○1:している, ○2:していない.
(5)注射薬の抗がん薬の処方の場合(経口抗がん薬単独の処方を除く)に、薬剤師が、抗悪性腫瘍薬等の調製以外で診察前に実施している業務がありますか。ある場合は該当する内容**全てに**チェックをつけてください。(診察前)	
□1:抗がん薬の治療スケジュール説明, □2:インフォームドコンセント(医師と協働), □3:副作用モニタリング, □4:支持療法の処方提案, □5:有効性・副作用、対処方法等の説明, □6:副作用などの電話相談, □7:薬剤師外来での服薬指導や薬学的管理, □8:保険薬局への情報提供や情報共有, □9:1-8以外(抗悪性腫瘍薬等の調製を除く)(具体的に), □10:診察前に業務は実施していない.	
(6)注射薬の抗がん薬の処方の場合(経口抗がん薬単独の処方を除く)に、薬剤師が、抗悪性腫瘍薬等の調製以外で診察後に実施している業務がありますか。ある場合は該当する内容**全てに**チェックをつけてください。(診察後)	
□1:抗がん薬の治療スケジュール説明, □2:インフォームドコンセント(医師と協働), □3:副作用モニタリング, □4:支持療法の処方提案, □5:有効性・副作用、対処方法等の説明, □6:副作用などの電話相談, □7:薬剤師外来での服薬指導や薬学的管理, □8:保険薬局への情報提供や情報共有, □9:1-8以外(抗悪性腫瘍薬等の調製を除く)(具体的に), □10:診察後に業務は実施していない.	
(7)経口抗がん薬単独の処方の場合に、薬剤師が、診察前に実施している業務がありますか。ある場合は該当する内容**全てに**チェックをつけてください。(診察前)	
□1:抗がん薬の治療スケジュール説明, □2:インフォームドコンセント(医師と協働), □3:副作用モニタリング, □4:支持療法の処方提案, □5:有効性・副作用、対処方法等の説明, □6:副作用などの電話相談, □7:薬剤師外来での服薬指導や薬学的管理, □8:保険薬局への情報提供や情報共有, □9:1-8以外(抗悪性腫瘍薬等の調剤を除く)(具体的に), □10:診察前に業務は実施していない..	
(8)経口抗がん薬単独の処方の場合に、薬剤師が、診察後に実施している業務がありますか。ある場合は該当する内容全てにチェックをつけてください。(診察後)	
□1:抗がん薬の治療スケジュール説明, □2:インフォームドコンセント(医師と協働), □3:副作用モニタリング, □4:支持療法の処方提案, □5:有効性・副作用、対処方法等の説明, □6:副作用などの電話相談, □7:薬剤師外来での服薬指導や薬学的管理, □8:保険薬局への情報提供や情報共有, □9:1-8以外(抗悪性腫瘍薬等の調剤を除く)(具体的に), □10:診察後に業務は実施していない.	

Ⅷ. 治療薬物モニタリング(ＴＤＭ)・薬学的管理・連携

31. ＴＤＭの測定・解析

(1)貴施設でＴＤＭを実施していますか。	○1:いる, ○2:いない(→設問32へ).

(2)薬物血中濃度の測定について、該当するもの**全てに**チェックをつけてください。

□1:薬剤部門, □2:検査部門, □3:外注.

(3) 薬物血中濃度の解析について、該当するもの**全てに**チェックをつけてください。

□1:薬剤部門, □2:検査部門, □3:外注.

(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。

32. 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 33 へ), ○2:一部使用している, ○3:使用しない(→設問 33 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( ).

33. フォーミュラリー

院内フォーミュラリー

※院内フォーミュラリーとは、医薬品の有効性や安全性、費用対効果などを踏まえて作成された院内採用医薬品リスト等で、医薬品使用の優先順位なども定めたものを指します。

(1)貴施設では、院内フォーミュラリーを作成していますか。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:作成している, ○2:今は作成していないが、作成の予定がある, ○3:作成していない.

(2)〈作成している〉場合、医薬品の比較検討項目について、該当するもの**全てに**チェックをつけてください。

□1:有効性, □2:安全性, □3:経済性（薬価）.

(3)〈作成している〉場合、貴施設における薬効群ごとの院内フォーミュラリーについて、該当するもの**全てに**チェックをつけてください。
□1:消化性潰瘍治療薬,□2:不眠症治療薬, □3:消炎鎮痛薬,□4:インフルエンザ治療薬, □5:その他（　　）

地域フォーミュラリー

※地域フォーミュラリーとは、医薬品の有効性や安全性、費用対効果などの情報を地域の医療機関や薬局等の間で共有し、運用する取り組みを指します。

(4)貴施設の所属する地域においては、地域フォーミュラリーを定めていますか。 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: 地域フォーミュラリーが存在する,（→(5)へ）　○2: 地域フォーミュラリーが存在しない, ○3: 地域フォーミュラリーを作成中である, ○4: どのような状況であるか分からない.
(5) 地域フォーミュラリーが存在する場合、 貴施設は作成・活用に関与していますか。
○1:中心的に作成している,　　○2:作成には携わらないが活用している, ○3: 関与していない,
(A) 地域フォーミュラリーが存在する場合、どのような方法で公開・共有していますか、該当するもの**全てに**チェックをつけてください。
□1: ホームページで公開している, □2: 地域の勉強会等の際に共有している, □3:地域の薬剤調達に係る会議体で共有している, □4:その他（　　）

34. 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	□1:薬剤管理サマリー, □2:トレーシングレポート, □3:その他(　　).		
(b)病院	□1:薬剤管理サマリー, □2:トレーシングレポート, □3:その他(　　).		
(c)介護施設	□1:薬剤管理サマリー, □2:トレーシングレポート, □3:その他(　　).		
(2)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、薬剤管理サマリーを使用している場合は、**任意の1週間の受け取り件数**を記載してください。	(a)病院	(b)その他	
	件/1週間	件/1週間	
(3)トレーシングレポートを他の医療提供施設から受け取っている場合、どのように運用していますか。			
○1:薬剤部で集約して、医師に情報提供している。(→設問(4)へ) ○2:事務等（薬剤師以外の職員）を通して、医師に情報提供をしている。 ○3:薬剤部、事務等を介さず、直接、医師のもとにトレーシングレポートが届いている。			
(4)〈薬剤部で集約している〉場合、どのような内容に関して介入していますか。該当するもの**全てに**チェックしてください。			
□1: 残薬調整, □2:服薬状況, □3:症状（副作用等）, □4:ポリファーマシーに伴う減薬の提案 □5:併用薬剤（OTC、サプリメント等を含む）, □6:処方内容に関連した提案(減薬以外) □7:患者の訴え, □8:その他（　　）.			
(5)トレーシングレポートの運用媒体について該当するもの**全てに**チェックしてください。			
□1:紙, □2:電子化(AAdE-Report等), □3:その他(　　).			
(6)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	□1:薬剤管理サマリー, □2:その他(　　).		
(b)病院	□1:薬剤管理サマリー, □2:その他(　　).		
(c)介護施設	□1:薬剤管理サマリー, □2:その他(　　).		
(7)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、薬剤管理サマリーを使用している場合は、**任意の1週間の提供件数**を記載してください。	(a)保険薬局	(b)病院	(c)介護施設
	件/1週間	件/1週間	件/1週間

(8) 情報連携ツールにおいて共通フォーマット/ルールを作成していますか。	○1:いる, ○2:いない.
(9)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(→(10)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,
□4:発症した副作用情報, □5:アドヒアランスに関する情報, □6:持参薬に関する情報,
□7:中止薬剤に関する情報, □8:服薬支援に関する情報(製剤上の工夫等),
□9:外来処方された薬物療法に関する情報・指導内容,
□10:入院期間中に使用した主な薬剤の情報・指導内容,
□11:退院前1週間以内に使用した薬剤の情報・指導内容, □12:退院時の指導内容,
□13:その他( ).

(10)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。	○1:はい, ○2:いいえ

(11)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.

○1:導入しており薬剤師も利用している, ○2:導入しているが薬剤師は利用していない,
○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）

35. 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。	○1:ある, ○2:ない(→設問36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

(B)併設介護施設に薬剤師が関与していますか。	○1:いる, ○2:いない.

(C)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。

□1:貴施設の薬剤師, □2;介護施設に雇用されている薬剤師 □3:保険薬局の薬剤師.

(D)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	□1:調剤業務, □2:医薬品管理業務, □3:入退所支援、ポリファーマシー対策, □4:フロア・ユニット等での業務, □5:その他（ ）.
(b)介護施設に雇用されている薬剤師	□1:調剤業務, □2:医薬品管理業務, □3:入退所支援、ポリファーマシー対策, □4:フロア・ユニット等での業務, □5:その他（ ）.
(c)保険薬局の薬剤師	□1:調剤業務, □2:医薬品管理業務, □3:入退所支援, ポリファーマシー対策, □4:フロア・ユニット等での業務, □5:その他（ ）.

(E)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

(F)関連法人の介護施設に薬剤師が関与していますか。	○1:いる, ○2:いない.

(G)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。

□1:貴施設の薬剤師, □2;介護施設に雇用されている薬剤師 □3:保険薬局の薬剤師.

(H)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	□1:調剤業務, □2:医薬品管理業務, □3:入退所支援、ポリファーマシー対策, □4:フロア・ユニット等での業務, □5:その他（ ）.

(b)介護施設に雇用されている薬剤師	□1:調剤業務, □2:医薬品管理業務, □3:入退所支援、ポリファーマシー対策, □4:フロア・ユニット等での業務, □5:その他（　　）.
(c)保険薬局の薬剤師	□1:調剤業務, □2:医薬品管理業務, □3:入退所支援、ポリファーマシー対策, □4:フロア・ユニット等での業務, □5:その他（　　）.

(2)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、**6月1ヶ月間**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

36. 地域医療連携

(1) 地域の医療連携に関する勉強会/交流会の開催・参画していますか。	○1:いる, ○2:いない.
(2)外来連携（事前同意プロトコールなどの調剤に関わる連携）を実施していますか。	○1:いる, ○2:いない.
(3)退院前/退院時連携	
(A)入院中の情報を保険薬局やケアマネ等へ通知し患者情報を共有する連携を実施していますか。	○1:いる, ○2:いない.
(B)退院後の在宅対応（訪問薬剤管理指導など）を実施していますか。	○1:いる, ○2:いない.
(4) 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**全てに**チェックをつけてください。

□1:服薬内容の報告,　□2:副作用・アレルギー歴の報告,　□3:内服管理方法の報告,
□4:残薬調整,　□5:術前中止薬の中止・抜き取り,
□6:その他(　　).

(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3＊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。

(5)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(→(6)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(→(6)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**全てに**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,　□2:本人家族等への薬物療法に関する説明,
□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,　□5:退院に向けての処方設計・処方提案,
□6:その他(　　).

(6)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(→(7)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**全てに**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,　□2:薬物投与経路に関する手技・注意事項の情報提供,

□3:副作用の対処方法に関する情報提供,　　□4:ケア上注意が必要な薬物に関する情報提供, □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(　　).

(7)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(→(8)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**全てに**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(　　).

(8)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

(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**全てに**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(　　).

Ⅸ. 手術室における薬剤師

37. 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38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。
□1:手術室で使用する薬の処方の提案,　　□2:麻薬・向精神薬・筋弛緩薬の管理, □3:麻酔薬(液・ガス)管理,　　□4:医療材料管理 □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, □6:手術室の使用薬の確認・照合,　　□7:医薬品カート等による医薬品のセット管理, □8:薬歴と術前の休止・継続対象医薬品の使用状況の確認, □9:術中および術後使用医薬品のリスク評価と関与, □10:手術部門における医薬品等の適正管理,　　□11:医薬品に関する相談応需と情報共有, □12:使用医薬品の確認と使用状況の把握,　　□13:注射薬調製, □14:他職種への教育,　　□15:業務日誌の記録 □16:実施した術式、麻酔法、術中の有害事象等の情報収集, □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, □18:術後合併症の確認と対応,　　□19:手術のために中止した医薬品の再開確認, □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。

□1:薬剤師が今後実施するよう検討中のため,
□2:業務量に見合った薬剤師数が配置されていないため,
□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,
□4:診療報酬において十分に評価されていないため,
□5:その他(　　).

X. 薬剤師のチーム医療への関わり

38. 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)心不全チーム	○1:ある, ○2:ない.	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
(22)その他*	チーム名(　　)	名	名	名

＊　「(1)感染制御チーム」から「(17)心不全チーム」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。

ＸⅠ． 医薬品情報管理・医薬品等管理

39. DI（医薬品情報）・医療安全・医薬品安全

DI（医薬品情報）

(1)「医薬品情報業務の進め方2018」をどの程度業務に利活用していますか。

〇1:内容を把握し、業務設計・展開に活用している,
〇2:存在は知っているが十分には活用できていない,
〇3:存在は知っているが、ほとんど参照していない,
〇4:存在は知らず、今回の調査項目で初めて知った.

(2) 医薬品情報業務の進め方2018」に示されている以下の項目について、(医薬品情報担当者に限らず)薬剤師が実施している医薬品情報管理業務に該当するもの全てにチェックをつけてください。
13:その他については上記1～12に該当しない医薬品情報管理業務があれば記載してください。

□1:医薬品情報の収集、専門的評価、整理・保管および加工,
□2:医薬品に関する情報の伝達・周知,
□3:医薬品に関する質疑への対応,
□4:医薬品の採用や適正使用、安全管理に係る委員会等への参画,
□5:担当者による臨床薬剤師との連携や支援,
□6:安全性情報(RMPや院内で発生した副作用情報)の入手と整理・活用,
□7:医薬品の製造販売後調査(PMS)への関与,
□8:他職種に対する医薬品情報・適正使用に関する教育,
□9:薬剤師および薬学生に対する医薬品情報関連の教育,
□10:DI関連の情報科学に関する研究,
□11:中毒情報(家庭用品や農薬等を含む)の収集・伝達や災害時のBCP策定への関与,
□12:地域における医薬品情報業務の連携,
□13:その他（　　）.

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。　〇1:いる,　〇2: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,
□4:患者に対する与薬や服薬指導に関する事項,
□5:医薬品の安全使用に係る情報の取り扱い,　□6:他施設との連携に関する事項,
□7:放射性医薬品に関する事項,　□8:院内製剤に関する事項,
□9:医薬品安全性情報等の周知や入手・措置体制,
□10:その他の事項（具体的に　　）.

(5)貴施設の従業者に対する医薬品安全に係る研修を実施（**令和7年度1年間**）しましたか。　〇1:実施した,　〇2: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**全てに**チェックをつけてください。

□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,
□2:医薬品の業務手順書に関する事項,
□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。　〇1:専従, 〇2:専任, 〇3:いない.

40. 院内製剤業務

(1)薬剤部門で院内製剤業務を実施(**令和7年度1年間**)しましたか。	○1:いる, ○2:いない(→設問41へ).
(2)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**全てに**チェックをつけてください。	
□1:倫理審査委員会, □2:薬事委員会, □3:1と2以外の委員会, □4:委員会がないので、対応を検討中である, □5:委員会はなく、設置する予定もない.	

41. 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。	○1:いる, ○2:いない(→設問42へ).
(A)<扱っている>場合、該当するもの**全てに**チェックをつけてください。	
□1: 核医学検査用（PET用以外）, □2: PET用, □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。	○1:いる, ○2:いない(→(4)へ).
(A)<取り扱っている>場合、該当するもの**全てに**チェックをつけてください。	
□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), □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), □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), □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), □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), □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。	○1:はい(→設問42へ), ○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。	
○1:医師, ○2:診療放射線技師, ○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**全てに**チェックをつけてください。	
□1:ニーズがない, □2:薬剤師が少なく余力がない, □3:管理・調製等にかかる負担が大きい, □4:診療報酬など病院経営上のインセンティブがない, □5:放射性医薬品に関する教育訓練を受けていない, □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

42. 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43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.

43. 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44へ)
(2)貴施設で治験を実施(**令和7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

44. 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7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

45. 学生実習の受入れ

(1)令和7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8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

(4)令和7年度の学生受入人数及び令和8年度の学生受入予定人数をご記入ください。 受け入れが無い場合は「0」と記載ください。	(a)令和7年度 受入人数	(b)令和8年度 受入予定人数
(A)受入人数	名	名
(B)調整機構を通じた受入人数(再掲)	名	名
(C)大学直接等、調整機構を通さない受入人数(再掲)	名	名
(D)ふるさと枠(再掲)	名	
(E)グループ実習(再掲)	名	
(5)実習の受け入れの有無に関わらず 1年間での学生受入可能人数をご記入ください。	受入可能人数	名

(6)令和7年度の実務実習の費用 (1名当たり)	
(A)調整機構を通じた実務実習の費用	円

(B)大学直接等、調整機構を通さない実務実習の最高額		円
(C)大学直接等、調整機構を通さない実務実習の最低額		円
(7)アドバンス(11週間を超える)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.	
(8) アドバンス（11週間を超える）実習における令和7年度の学生受入人数及び令和8年度の学生受入予定人数をご記入ください。受け入れが無い場合は「0」と記載ください。	(a)令和7年度 受入人数	(b)令和8年度 受入予定人数
	名	名
(9)令和10年度薬学実践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.	
(10) 薬学実践実習の受け入れの有無に関わらず1年間での学生受入可能人数をご記入ください。	受入可能人数	名

※薬学実践実習は、将来の薬剤師としての実務に必要な薬学に関する臨床に係る実践的な能力を培うことを目的として大学の附属病院その他の病院及び薬局で行う実習の単なる延長ではなく、将来学生が進む進路のために必要だと考える能力の修得、自らに必要な能力の向上を図るための選択制の実習。

46. 新人研修・薬剤師臨床研修（卒後臨床研修）

＊「薬剤師臨床研修」とは、令和６年３月26日に厚生労働省より公開された薬剤師臨床研修ガイドラインに則った研修 https://www.mhlw.go.jp/content/001234125.pdf を指す。

(1)卒直後の新人薬剤師に対する研修体制について、近いものにチェックをつけてください。

○1:薬剤師臨床研修*を実施している。
○2:調剤、病棟薬剤業務、チーム医療、医薬品情報管理等を広く修得できる総合的な研修プログラムに基づいた研修を実施,
○3:日常業務の中で、いわゆる OJT（On the Job Training）による教育訓練を実施,
○4:卒直後の新人が、入職しないため実施していない(→設問47へ).

(2)卒直後の新人薬剤師の研修期間について、近いものにチェックをつけてください。

○1:3か月以内, ○2:4～6か月以内, ○3:7～9か月以内, ○4:10～12か月以内,
○5:13～18か月以内, ○6:19～24か月以内, ○7:25か月以上.

(3)<(1)2.研修プログラムに基づき研修を実施している>場合、プログラムに含まれる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:内服・外用・注射剤の調剤（医薬品（麻薬・毒薬・向精神薬）の管理、処方鑑査を含む。）,
□2:外来患者の薬学的管理（外来化学療法を実施するための治療室における薬学的管理等）,
□3:入院患者の薬学的管理（薬剤管理指導、病棟薬剤業務、入院時の薬携を含む。）,
□4:無菌製剤処理（レジメン鑑査を含む）, □5:医薬品情報管理,
□6:薬剤の血中濃度測定の結果に基づく投与量の管理, □7:手術室及び集中治療室等における薬学的管理,
□8:その他(　　).

(A) <(1)2.研修プログラムに基づき研修を実施している>場合、研修プログラムを医療機関のウェブサイト等で公開していますか。	○1:公開している, ○2:公開していない.		
(B) <(1)2.研修プログラムに基づき研修を実施している>場合、定期的に研修の実施状況の評価及び研修プログラムの見直しを実施する体制がありますか。	○1:体制がある, ○2:体制がない.		
(4)令和8年度に薬剤師臨床研修*を実施していますか。	○1:実施している, ○2:実施していない.		
(5) 薬剤師臨床研修における令和年7・8年度の研修開始人数及び令和9年度の予定（可能）人数をご記入ください。研修が無い場合は「0」と記載ください。	(a)令和7年度 研修開始人数	(b)令和8年度 研修開始人数	(c)令和９年度 研修予定人数
	名	名	名
(6) 薬剤師臨床研修を実施できる体制がある場合に、令和8年度の研修可能人数（キャパシティ）をご記入ください。	令和８年度 研修可能人数	名	

47. 薬剤部門の薬剤師を対象とした研修

(1)院内で薬剤師のキャリアパス制度*を持っていますか。	○1:持っている ○2:持っていない

(2)薬剤師の自己研鑽に係る費用サポート体制について、該当するもの**全てに**チェックを付けてください。

□1:学会参加のための費用サポートがある,
□2:講習会・e-ラーニング等受講のための費用サポートがある,
□3:論文投稿のための費用サポートがある,
□4:学会発表のための費用サポートがある,
□5:その他（　　）.

*キャリアパス制度
医療の質を向上させるとともに、薬剤師自身の成長や市場価値の向上を目的として、個々の興味や能力に応じて、専門職、管理職、教育、病院経営などの多様な選択肢を提供する制度。

48. 自施設以外の薬剤師を対象とした研修

(1)自施設以外の薬剤師を対象とした研修の実績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:日本病院薬剤師会の専門領域の研修,　　□2:各種学会等の専門研修,
□3:薬剤師(卒後)臨床研修,
□4:地域医療介護総合確保基金等を活用した薬剤師復職支援・就業支援のための研修,
□5:その他（　　）.

49. 専門薬剤師等取得状況について（令和 8 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8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）
- インフェク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）
- 集中治療専門薬剤師（日本集中治療医学会）
- 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