病院　調査票

|  |
| --- |
| **令和５年度 厚生労働省委託事業　「福島県薬剤師確保のための実態調査」** |

◆この調査は、令和５年度厚生労働省委託事業「薬剤師確保のための調査・検討事業」の一環として、福島県から委託

を受け一般社団法人福島県薬剤師会が行うものです。

◆本調査は、福島県が薬剤師確保策を検討する上で重要な資料となりますので、提出期限までにご回答いただくようご協力

をお願いいたします。

◆本調査の回答を病院立入検査（医療法第25条）を所管する部署へ提供することはありません。

◆本調査の集計結果は福島県が公表する予定です。

**提出期限　　令和６年３月５日（火）必着**

|  |
| --- |
| ・**貴院の薬剤部門の代表者の方**にご回答をお願いいたします。  ご回答方法  ・（　　）内には具体的な数字、用語等をご記入ください。「０人」などの場合、空欄とせず「０」をご記入ください。  ・特に断りのない限り、令和５年（202３年）1２月31日現在の状況についてお答えください。  ・**本調査では、「常勤」とは雇用形態に関わらず貴院で定めた１週間の勤務時間（所定労働時間）に勤務している方、「非常勤」とは上記以外の方としてお考えください。** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **回答者情報** | | |
| **病院名称** |  |
| **病院所在地** |  |
| **所属部門** |  |
| **職・氏名** |  |
| **連絡先（電話）** |  |
| **連絡先（メール）** |  |
| **管轄保健所**（○は1つ） | 1. 福島市　　2. 県北　　3. 郡山市　　4. 県中　　5. 県南　　6. 会津  7. 南会津　　8. 相双　　9. いわき市 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **１. 貴院の基本情報についてお伺いします** | | |
| 1. 貴院の概要についてお答えください。 | | |
| 1. **開設者※**（○は1つ） | 1．国立(独立行政法人含む)  3．公的  5．医療法人  7．個人 | 2．公立  4．社会保険関係団体  6．その他の法人 |

※：国立 （国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構）

公立 （都道府県、市区町村、地方独立行政法人）

公的 （日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）

社会保険関係 （健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）

医療法人 （社会医療法人は含まない）

その他の法人 （公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他の法人）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **標榜診療科**（あてはまるもの全てに○） | | | | | | |
| 1．内科　　2．呼吸器内科　　3．循環器内科　　4．消化器内科(胃腸内科) 　5．腎臓内科　　6．脳神経内科  7．糖尿病内科(代謝内科) 　　8．血液内科　　9．皮膚科　　10．アレルギー科　　11．リウマチ科  12．感染症内科　　13．小児科　　14．精神科　　15．心療内科　　16．外科　　17．呼吸器外科  18．心臓血管外科(循環器外科を含む) 　　19．乳腺外科　　20．気管食道外科　　21．消化器外科(胃腸外科)  22．泌尿器科　　23．肛門外科　　24．脳神経外科　　25．整形外科　　26．形成外科　　27．美容外科  28．眼科　　29．耳鼻いんこう科　　30．小児外科　　31．産婦人科　　32．産科　　33．婦人科  34．リハビリテーション科　　35．放射線科　　36．麻酔科　　37．病理診断科　　38．臨床検査科  39．救急科　　40．歯科　　41．矯正歯科　　42．小児歯科　　43．歯科口腔外科　　44．その他（ 　　　　） | | | | | | |
| 1. **救急医療体制**（○は１つ） | | 1．初期（初期救急医療体制）　　2．二次（入院を要する救急医療体制）  3．三次（救命救急センター）　　4．体制なし | | | | |
| 1. **承認等の状況** （あてはまるもの全てに○） | | 1．特定機能病院 2．地域医療支援病院　　3．臨床研究中核病院  4．いずれにも該当しない | | | | |
| 1. **DPC対応状況** （○は１つ） | | 1．DPC対象病院　 　2．DPC準備病院　　　3．いずれにも該当しない | | | | |
| 1. **医療機能** （あてはまるもの全てに○） | | 1．高度急性期機能　　　　　　　2．急性期機能  3．回復期機能　　　　　　　　　4．慢性期機能 | | | | |
|  | | | | | | |
| 1. 許可病床数をお答えください。（数字記入） | | | | | | |
| **一般病床** | **療養病床** | **精神病床** | **感染症病床** | **結核病床** | | **全体** |
| 床 | 床 | 床 | 床 | 床 | | 床 |
|  | | | | | | |
| 1. 同一経営主体の病院数をお答えください。（数字記入）   ※法人が異なるが実質的に同一経営の場合も含みます。 | | | | | 施設  (貴院も含む) | |
|  | | | | | | |
| 1. 令和５年（2023年）12月末時点で貴院が届け出ている又は令和５年（2023年）12月の1か月間に算定している診療報酬項目として該当するものをすべて回答してください。   （あてはまるもの全てに○） | | | | | | |
| 1. 病棟薬剤業務実施加算1 2. 病棟薬剤業務実施加算2 3. 薬剤管理指導料1 4. 薬剤管理指導料2 5. 退院時薬剤情報管理指導料 6. 退院時薬剤情報管理指導料・退院時薬剤情報管理指導連携加算 7. 小児入院医療管理料・退院時薬剤情報管理指導連携加算 8. 外来化学療法加算１ 9. 外来化学療法加算２ 10. 外来腫瘍化学療法診療料１ 11. 外来腫瘍化学療法診療料２ 12. 外来腫瘍化学療法診療料・連携充実加算 13. 上記のうち該当するものはない | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 問１－５　入院患者数及び外来患者への処方状況をお答えください。（数字記入） ※令和5年12月における1日あたりの平均数をお答えください。 | |
| 1. **入院患者への処方状況** | 処方箋枚数（　　　　　　　）枚　／日 |
| 1. **外来患者への処方状況** | 院内：処方箋枚数　　（　　　　　　　）枚　／日  院外：処方箋交付回数（　　　　　　　）枚　／日 |
| |  | | --- | | **２. 薬剤師の現況等についてお伺いします** |   ※問2は、法人全体ではなく貴院単体の状況についてお答えください。 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. 貴院における、令和5年12月末時点における　1)薬剤師の定員（法定の定員ではなく貴院が定める定員をご記入ください。また定員を定めていない場合、現在の薬剤師数に、現在募集している薬剤師数を加算した人数）、2)薬剤師数（休職・育児休業職員等を除き、派遣薬剤師を含む）、3)薬剤師レジデント・研修職員数、4)薬剤部内の薬剤師以外の職員数をご記入ください。（数字記入）   ※常勤換算数の算出方法：**「職員の１週間の契約上の労働時間÷貴院の１週間の所定労働時間」にて算出**し、  小数点以下第２位を四捨五入してください（以降の設問でも同様）。  ※本設問は、治験・臨床研究、医療安全管理等の業務に従事する薬剤師や管理職の薬剤師を含むものとして  お答えください。 | | | |
|  | **常勤** | **非常勤** | |
| **実人数** | **常勤換算** |
| 1. **薬剤師の定員** | 人 | 人 | 人 |
| 1. **薬剤師数（実働数）** | 人 | 人 | 人 |
| **（うち、派遣薬剤師数）** | （　　　　　　人） | （　　　　　　人） | （　　　　　　人） |
| 1. **薬剤師レジデント・研修職員数** | 人 | 人 | 人 |
| 1. **薬剤部内の薬剤師以外の職員数** | 人 | 人 | 人 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 問２－１の 2)薬剤師数 について年齢別人数をご記入ください。（数字記入） | | | | | |
|  | ２４～２９歳 | ３０～３９歳 | ４０～４９歳 | ５０～５９歳 | ６０歳以上 |
| 常勤薬剤師 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 非常勤薬剤師（実人数） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 薬剤師（非常勤薬剤師を含む）の平均年齢をお答えください。（○は１つ）   ※小数点以下第1位を四捨五入してください。 | 1. ２４～２９歳　　2. ３０～３９歳  　　3. ４０～４９歳　　4. ５０～５９歳  　　5. ６０歳以上 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 貴院における医療法に基づく薬剤師法定必要数（薬剤師標準数）をご記入ください。（数字記入） | 人 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 現在、薬剤師は充足しているとお考えですか。（○は1つ）   ※現在の定員（定員を設定していない場合には、現在の薬剤師数に、現在募集  している薬剤師数を加算した人数）を前提とした場合の充足状況 | | 1．足りている  2．やや足りない  3．全く足りない |
| 1. 次の取組について、貴院の薬剤部門での実施・検討状況をお答えください。（それぞれ1つに○） | | |
| 1. **24時間対応（当直(宿直)対応）** | 1．実施済み　　2．一部実施済み　　　3．実施予定有り  4．薬剤師が確保できれば実施したい　　5．実施予定無し | | |
| 1. **24時間対応（オンコール対応）** | 1．実施済み　　2．一部実施済み　　　3．実施予定有り  4．薬剤師が確保できれば実施したい　　5．実施予定無し | | |
| 1. **病棟薬剤業務実施加算** | 1．実施済み　　2．一部実施済み　　　3．実施予定有り  4．薬剤師が確保できれば実施したい　　5．実施予定無し | | |
| 1. **チーム医療への参画** | 1．実施済み　　2．一部実施済み　　　3．実施予定有り  4．薬剤師が確保できれば実施したい　　5．実施予定無し | | |
| 1. **地域での多職種連携**（薬薬連携含む） | 1．実施済み　　2．一部実施済み　　　3．実施予定有り  4．薬剤師が確保できれば実施したい　　5．実施予定無し | | |
| 1. **外来化学療法** | 1．実施済み　　2．一部実施済み　　　3．実施予定有り  4．薬剤師が確保できれば実施したい　　5．実施予定無し | | |
| 1. **薬剤師外来** | 1．実施済み　　2．一部実施済み　　　3．実施予定有り  4．薬剤師が確保できれば実施したい　　5．実施予定無し | | |
| 1. **治療薬物モニタリング**（TDM） | 1．実施済み　　2．一部実施済み　　　3．実施予定有り  4．薬剤師が確保できれば実施したい　　5．実施予定無し | | |
| 1. **医薬品情報管理**（DI）**専門部署の設置** | 1．実施済み　　2．一部実施済み　　　3．実施予定有り  4．薬剤師が確保できれば実施したい　　5．実施予定無し | | |
| **10) 医療安全管理部門業務への参画** | 1．実施済み　　2．一部実施済み　　　3．実施予定有り  4．薬剤師が確保できれば実施したい　　5．実施予定無し | | |
| **11) タスク・シフト／シェアの実施** | 1．実施済み　　2．一部実施済み　　　3．実施予定有り  4．薬剤師が確保できれば実施したい　　5．実施予定無し | | |
| **12) 上記4)において「実施済み」または**  **「一部実施済み」と回答した場合の**  **チーム医療の名称** | （あてはまるもの全てに○）  1．感染対策　　　2．栄養サポート　　　3．糖尿病  4．緩和ケア　　　5．褥瘡管理　　　　　6．救急医療 | | |
| 7．その他（自由記載） | | |
| **13) その他、薬剤師が確保できれば実施**  **したい業務** | （自由記載） | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 貴院にとって業務上必要と考える薬剤師の総数（定員数によらない）を、以下に記載する1)に示す前提に従い、常勤職員、非常勤職員（常勤換算）に分けてお答えください。（数字記入） | | | | |
|  | | | **常勤職員** | **非常勤**  **（常勤換算）** |
| 1. **需要があり業務を拡大したい場合や、現在薬剤師の**   **人材不足のため実施できていない業務を今後、実施**  **することを前提とした場合**（問２－６で「４.薬剤師  が確保できれば実施したい」を選択した業務を含め実  施するとした場合）**に必要と考える薬剤師数の総数**  **※**「a. 現人数」には**「問２－１　2) 薬剤師数」と**  **同じ人数**をご記入ください。 | | **a. 現 人 数※** | 人 | 人 |
| **b. 要確保数** | 人 | 人 |
| **c. 総　　数**  **（a+b）** | 人 | 人 |
| 1. 貴院の経営層との間で、薬剤師の充足状況の認識が共有されていますか。また、薬剤師確保の方針（確保する目標薬剤師数や確保時期など）は一致していますか。（○は１つ） | 1. 共有し薬剤師確保の方針も一致している 2. 共有しているが薬剤師確保の方針は一致していいない 3. 共有していない | | | | |
|  | | | | |
| **３. 薬剤師の採用状況等についてお伺いします** | | | | |

※問３は、法人全体ではなく貴院単体の状況についてお答えください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 薬剤師の募集状況についてご記入ください。（数字記入）   　※それぞれ、新卒者等の「次年度採用予定者」の募集及び採用内定を含みます。 | | | | | | | | | | |
|  | | 令和元年度 | 令和２年度 | | 令和３年度 | | 令和４年度 | | 令和５年度 | |
| 薬剤師の募集人数 | | 人 | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | |
| 薬剤師の応募人数 | | 人 | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | |
| 薬剤師の採用内定人数 | | 人 | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. 薬剤師の採用状況についてご記入ください。（数字記入） | | | | | | | | | | |
|  | | 令和元年度 | 令和２年度 | | 令和３年度 | | 令和４年度 | | 令和５年度 | |
| 薬剤師の採用人数 | | 人 | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | |
| 上記のうち新卒者人数 | | 人 | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. 薬剤師の給与状況（基本給／月額）についてご記入ください。（数字記入）   　　　　　 ※薬剤師の給与水準に関する調査です。貴院における現在の給与推移モデルをお答えください。  　　　　　 ※賞与、諸手当等は含めないでください。 | | | | | | | | | | |
| 新卒採用（２５歳） | ３５歳 | | | ４５歳 | | ５５歳 | | ６０歳 | | |
| 円 | 円 | | | 円 | | 円 | | 円 | | |
|  | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 大学薬学部の学生が行う実務実習を受け入れて   　　　いますか。（○は１つ）  　　　※令和５年度についてお答えください。 | 1．県内大学及び県外大学の学生を受け入れて  実習を実施  2．県内大学の学生を受け入れて実習を実施  3．県外大学の学生を受け入れて実習を実施  4．実習の受入実績はない |
|  | |
| 1. 薬剤師を採用するにあたり、貴院独自の修学資金   支援制度又は奨学金返還支援制度はありますか。  （○は１つ）  ※修学資金支援制度は、大学在学中の授業料等を支援するものです。  ※大学卒業後、在学中に貸与を受けた奨学金の返還を支援  するものです。 | 1. 修学資金支援制度 及び 奨学金返還支援制度  のいずれもある  2. 修学資金支援制度のみある  3. 奨学金返還支援制度のみある  4. いずれの制度もない |

|  |
| --- |
|  |
| 1. 薬剤師を確保するために取り組んでいることはありますか。（問３－５の支援制度を除く。） |
| （自由記載） |
|  |
| 1. 薬剤師の採用にあたり、困っていることはありますか。 |
| （自由記載） |
|  |
| 1. 薬剤師が不足する病院を支援するためには、どのような方策が有効であるとお考えですか。 |
| （自由記載） |

**質問は以上です。ご協力を頂きまして誠にありがとうございました。**