

地域番号 20697

厚生労働省保険局医療課委託事業「令和7年度薬局及び医療機関の薬剤師における業務実態調査業務」

## 「薬局の薬剤師における業務実態調査」

## ご回答方法

- ・薬局票は貴薬局の「管理薬剤師」、「薬局長」又は「薬局開設者」の方にてご記入をお願い致します。
- ・本調査はインターネットでのアンケート回答となります。
- ・以下の WEB サイトにアクセスし、ご回答ください。

【QR コード】

<https://forms.office.com/r/ujQJEb5EFJ>

【お願い】恐れ入りますが、集計の効率化のため、本調査は Web でのご回答にご協力いただけますと幸いです。  
セキュリティ上インターネットでの回答が困難な場合は、本紙の各選択肢に☑選択、記入してください。

- ・( )内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
- ・( )内に数値を記入する設問で、該当無しは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「999999(6桁)」をご記入ください。
- ・特に断りのない場合は、令和7年8月1日現在の状況についてお答えください。

## ご回答期限・返送方法

令和7年10月17日(金) までにご回答をお願いいたします。

\*本紙にご記入いただいた場合は同送いたしました封筒により、事務局までご返送ください(切手不要)。

## 本調査に係るお問い合わせ先

「令和7年度薬局及び医療機関の薬剤師における業務実態調査業務」事務局  
東日本メディコム株式会社 パブリックサービス部門 担当:和泉(イズミ)・靄谷(ツルヤ)  
E-Mail: ml-public@e-medicom.co.jp  
TEL:048-668-1333 (平日10:00~17:00 土日・祝日除く)

【委託元】 厚生労働省 保険局医療課

ご協力の程、よろしくお願いいたします。

ご回答方法 はじめに、調査票表紙左上の「地域番号5桁」を必ず入力してください

【選択式の質問について】

●「1つだけ選択」という質問には、あてはまる選択肢の左側の□ボックスを選択してください。

●「複数選択可」という質問には、あてはまる選択肢全ての□ボックスを選択してください

【記述式の質問について】

●( )内には具体的な数値、用語等をご記入ください。

●( )内に数値を記入する質問で、該当無しは「0(ゼロ)」、わからない場合は「999999(6桁)」をご記入ください。

| 設問                                                                                                                                                  | 回答                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. 貴薬局の基本情報についてお伺い致します。</b>                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 問1 薬局基本情報（施設名）                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 問2 電話番号                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 問3 住所 ※都道府県からご記入ください                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 問4 薬局の所在地域は「へき地」に該当しますか（1つだけ選択）                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 問5 貴薬局はどのような場所に立地していますか。最もあてはまるものを一つご回答ください。（1つだけ選択）<br>※「医療モール」とは、同一敷地内（併設型、ビレッジ型、同一建物内、同一のモール型商業施設など）に1つ以上の医療機関と薬局が立地している施設。（病院所有敷地内、診療所所有敷地内は除く） | <input type="checkbox"/> 病院前（500床以上） <input type="checkbox"/> 病院前（200～499床） <input type="checkbox"/> 病院前（199床以下） <input type="checkbox"/> 複数の診療所の近隣<br><input type="checkbox"/> 1つの診療所の近隣 <input type="checkbox"/> 診療所の敷地内 <input type="checkbox"/> 病院所有敷地内 <input type="checkbox"/> 診療所所有敷地内<br><input type="checkbox"/> 医療モール内 <input type="checkbox"/> 特に近隣にある医療機関はない<br><input type="checkbox"/> その他（具体的に： ） |
| <b>2. 貴薬局の開局状況についてお伺い致します。</b>                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 問6 1週間の開局時間を教えてください。<br>※輪番制の当番日は含みません。                                                                                                             | ①月～金曜日※通常の開局日 ( : ~ : )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                     | ②土曜日 ( : ~ : )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                     | ③日曜日 ( : ~ : )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                     | ④祝日 ( : ~ : )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 問7 店舗販売業（ドラッグストア）併設の薬局ですか？（1つだけ選択）                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 問8 医療機関と薬局が同一敷地内に存在する状態ですか？<br>（1つだけ選択）                                                                                                             | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →問12へ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 問9 問8が「はい」の場合、敷地内にある医療機関以外から発行される処方箋の受取率は、貴薬局で受け取る全体の処方箋の何％ですか。                                                                                     | ( ) %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 問10 問8が「はい」の場合、同建物内の保険医療機関・保険薬局のテナントは合計何店舗ありますか。                                                                                                    | ①医療機関 ( ) 店舗 ②薬局 ( ) 店舗                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 問11 問8が「はい」の場合、同建物内の保険医療機関・保険薬局以外のテナントは合計何店舗ありますか。                                                                                                  | 合計 ( ) 店舗                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

3. 特定の保健医療機関と特別な関係（いわゆる敷地内薬局）がある場合にお伺い致します。

|                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 問12 特定の保険医療機関と特別な関係（不動産の賃貸借取引等）がありますか。<br>(1つだけ選択)                                                | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →問15へ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 問13 問12で「はい」の場合、特別な関係のある医療機関の分類をご回答ください。<br>(選択は①・②1つずつ)                                          | <p>① <input type="checkbox"/> 病院（500床以上）    <input type="checkbox"/> 病院（200～499床） <input type="checkbox"/> 病院（～199床以下）    <input type="checkbox"/> 診療所</p> <p>② <input type="checkbox"/> 国    <input type="checkbox"/> 公立    <input type="checkbox"/> 公的    <input type="checkbox"/> 社会保険関係団体    <input type="checkbox"/> 医療法人    <input type="checkbox"/> 会社<br/> <input type="checkbox"/> その他法人    <input type="checkbox"/> 個人</p> <p>※国：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<br/>         公立：都道府県、市町村、地方独立行政法人<br/>         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<br/>         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<br/>         医療法人：医療法人<br/>         会社：株式会社等<br/>         その他法人：社会医療法人、公益法人、医療生協、その他の法人</p> |
| 問14 問12で「はい」の場合、最も近い保険薬局までの距離は、当該敷地境界線から直線距離で何mのところにありますか。<br>※ただし1000mを超える場合は「1 k m以上」と記入してください。 | (                      ) m                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

4. 薬局面積についてお伺い致します。

|                                                                    |                                         |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 問15 薬局の敷地面積をご回答ください。 ※単位：平方メートル<br>※「不明」の場合は「999999（6桁）」を入力してください。 | (                      ) m <sup>2</sup> |
| 問16 薬局の許可区域の面積をご回答ください。 ※単位：平方メートル                                 | (                      ) m <sup>2</sup> |
| 問17 薬局の調剤室面積をご回答ください。 ※単位：平方メートル                                   | (                      ) m <sup>2</sup> |

5. 処方箋の受付状況についてお伺い致します。

|                                                                                |                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 問18 年間の処方箋受付回数をご回答ください。（2024年5月から2025年4月末までの処方箋受付回数の合計を記載）                     | (                      )回                                                                        |
| 問19 在宅患者訪問薬剤管理指導料および居宅療養管理指導費等※に係るそれぞれの処方箋の受付回数をご回答ください。<br>※介護予防居宅療養管理指導費を含む。 | <p>① 在宅患者訪問薬剤管理指導料 (                      ) 回</p> <p>② 居宅療養管理指導費等 (                      ) 回</p> |

|                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 問20 処方箋受付回数が第1位の医療機関について<br>※「医療モール」とは、同一敷地内（併設型、ビレッジ型、同一建物内、同一のモール型商業施設など）に1つ以上の医療機関と薬局が立地している施設。（病院所有敷地内、診療所所有敷地内は除く）                                          | ① 処方箋受付（ ）回 ② 集中率（ ）%<br>③ 当該医療機関との立地関係（1つだけ選択）<br><input type="checkbox"/> 病院前（500床以上） <input type="checkbox"/> 病院前（200～499床） <input type="checkbox"/> 病院前（199床以下） <input type="checkbox"/> 診療所前<br><input type="checkbox"/> 病院所有敷地内 <input type="checkbox"/> 診療所所有敷地内 <input type="checkbox"/> 医療モール内 <input type="checkbox"/> 施設在宅<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 問21 処方箋受付回数が第2位の医療機関について<br>※「医療モール」とは、同一敷地内（併設型、ビレッジ型、同一建物内、同一のモール型商業施設など）に1つ以上の医療機関と薬局が立地している施設。（病院所有敷地内、診療所所有敷地内は除く）                                          | ① 処方箋受付（ ）回 ② 集中率（ ）%<br>③ 当該医療機関との立地関係（1つだけ選択）<br><input type="checkbox"/> 病院前（500床以上） <input type="checkbox"/> 病院前（200～499床） <input type="checkbox"/> 病院前（199床以下） <input type="checkbox"/> 診療所前<br><input type="checkbox"/> 病院所有敷地内 <input type="checkbox"/> 診療所所有敷地内 <input type="checkbox"/> 医療モール内 <input type="checkbox"/> 施設在宅<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 問22 処方箋受付回数が第3位の医療機関について<br>※「医療モール」とは、同一敷地内（併設型、ビレッジ型、同一建物内、同一のモール型商業施設など）に1つ以上の医療機関と薬局が立地している施設。（病院所有敷地内、診療所所有敷地内は除く）                                          | ① 処方箋受付（ ）回 ② 集中率（ ）%<br>③ 当該医療機関との立地関係（1つだけ選択）<br><input type="checkbox"/> 病院前（500床以上） <input type="checkbox"/> 病院前（200～499床） <input type="checkbox"/> 病院前（199床以下） <input type="checkbox"/> 診療所前<br><input type="checkbox"/> 病院所有敷地内 <input type="checkbox"/> 診療所所有敷地内 <input type="checkbox"/> 医療モール内 <input type="checkbox"/> 施設在宅<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 6. 貴薬局における要指導医薬品・一般用医薬品についてお伺い致します。                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 問23 2024年5月から2025年4月末までの、貴薬局における要指導医薬品・一般用医薬品（包装単位）の販売数量（併設店舗における販売数量も含む）についてご回答ください。                                                                            | ( )箱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 問24 2024年5月から2025年4月末までの、貴薬局における要指導医薬品・一般用医薬品の売り上げ金額（併設店舗における販売数量も含む）についてご回答ください。                                                                                | ( )円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 問25 2024年5月から2025年4月末までの、貴薬局における要指導医薬品・一般用医薬品の売り上げ金額（併設店舗における販売数量も含む）について、調剤売上に対する割合をご回答ください。                                                                    | ( )%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 7. 貴薬局の発注・配送状況についてお伺い致します。                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 問26 購入した医療用医薬品について、2024年5月から2025年4月末までの期間に、返品した数量（1か月平均）、返品金額（1か月平均）、返品率（返品金額÷医療用医薬品の全購入金額（1か月平均））を、ご回答ください。<br>※金額は、薬価ベースでご回答・計算してください。<br>※不良品の返品は除いて、ご回答ください。 | ①数量（ ）箱<br>②返品金額（ ）円<br>③返品率( )%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                                                                                                                                    |                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 問27 購入した医療用医薬品について、2024年5月から2025年4月末までの期間に、廃棄した数量（1か月平均）、廃棄金額（1か月平均）、廃棄率（廃棄金額÷医療用医薬品の全購入金額（1か月平均））を、ご回答ください。<br>（※金額は、薬価ベースでご回答・計算してください。）         | ①数量( )箱<br>②廃棄金額 ( )円<br>③廃棄率( )%                                                                                   |
| 問28 廃棄した金額のうち、高額な医薬品（薬価が単位当たり10,000円以上の医薬品）が占める割合を教えてください。                                                                                         | ( )%                                                                                                                |
| 問29 平日1日あたりの卸売販売業者による平均配送回数（定期配送・緊急配送それぞれ）、夜間・休日の平均配送回数をそれぞれご回答ください。<br>※平均値は、1か月の配送回数÷開局日により算出してください。複数の卸売販売業者から配送がある場合は、配送回数が最多の業者の配送回数をご回答ください。 | ① 定期配送 ( ) 回<br>② 平日日中の緊急配送 ( ) 回<br>③ 夜間・休日の配送 ( ) 回                                                               |
| 問30 定期配送以外の配送（緊急・夜間・休日を含む）の目的について、それぞれ何割ずつかご回答ください。<br>※ ① ②の合計が10割になるように回答下さい                                                                     | ①患者の生命に直結する事態での緊急配送依頼 ( ) 割<br>②それ以外（患者への早期薬剤提供等）の理由による緊急配送依頼 ( ) 割                                                 |
| <b>8. 貴薬局の勤務薬剤師状況についてお伺い致します。</b>                                                                                                                  |                                                                                                                     |
| 問31 貴薬局の管理薬剤師は病院勤務経験がありますか。                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし                                                             |
| 問32 貴薬局の初任給（薬剤師・新卒）はいくらですか                                                                                                                         | ( )円/月                                                                                                              |
| 問33 貴薬局において、職員に対する定期昇給（年齢・勤続年数等に応じた昇給）は実施していますか。（1つだけ選択）                                                                                           | <input type="checkbox"/> 毎年実施している <input type="checkbox"/> 実施しているが対象者・対象年に制限がある<br><input type="checkbox"/> 実施していない |
| 問34 令和6年度における正規雇用の薬剤師の平均月額賃金について、前年に比べた引上げ額、引き上げ率をご回答ください。                                                                                         | ①引上げ額 ( ) 円 ②引上げ率 ( ) %                                                                                             |
| 問35 貴薬局において、ベースアップ（物価・賃金動向を踏まえた全体の賃金水準の引上げ）を過去3年間に実施しましたか。（1つだけ選択）                                                                                 | <input type="checkbox"/> 実施した（毎年） <input type="checkbox"/> 実施した（不定期） <input type="checkbox"/> 実施していない               |
| 問36 令和6年度における正規雇用の薬剤師のベースアップの水準（平均値）をご回答ください。                                                                                                      | ①引上げ額 ( ) 円 ②引上げ率 ( ) %                                                                                             |
| 問37 派遣薬剤師を雇っている又は雇っていた場合、その契機・理由をご教示ください。                                                                                                          |                                                                                                                     |
| 問38 過去に派遣薬剤師を雇ったことがある場合は、いくらで雇用しましたか。（初期費用・月々）                                                                                                     | ①初期費用 ( ) 円 ②月々 ( ) 円                                                                                               |

|                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 問39 過去に派遣薬剤師を雇ったことがある場合は、その質と費用対効果を教えてください。(1つだけ選択)                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 非常に良い <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 非常に悪い                                                                                              |
| 問40 薬局に勤務する薬剤師の1日あたりの平均人数をご回答ください。(1つだけ選択)                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 1.1~2人 <input type="checkbox"/> 2.1~3人 <input type="checkbox"/> 3.1~4人 <input type="checkbox"/> 4.1~5人 <input type="checkbox"/> 5.1人以上                                                    |
| <b>9. 貴薬局の届出状況についてお伺い致します。</b>                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                |
| 問41 令和7年8月1日時点における調剤基本料の届出状況についてご回答ください。(1つだけ選択)                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 調剤基本料1 <input type="checkbox"/> 調剤基本料2 <input type="checkbox"/> 調剤基本料3イ <input type="checkbox"/> 調剤基本料3ロ<br><input type="checkbox"/> 調剤基本料3ハ <input type="checkbox"/> 特別調剤基本料A <input type="checkbox"/> 特別調剤基本料B      |
| 問42 令和7年8月1日時点における地域支援体制加算の届出状況についてご回答ください。(1つだけ選択)                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 届出を行っていない <input type="checkbox"/> 地域支援体制加算1 <input type="checkbox"/> 地域支援体制加算2<br><input type="checkbox"/> 地域支援体制加算3 <input type="checkbox"/> 地域支援体制加算4                                                              |
| 問43 令和7年8月1日時点における在宅薬学総合体制加算の届出状況についてご回答ください。(1つだけ選択)                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 届出を行っていない <input type="checkbox"/> 在宅薬学総合体制加算1 <input type="checkbox"/> 在宅薬学総合体制加算2                                                                                                                                   |
| 問44 問43で「在宅薬学総合体制加算2」の届出を行っている場合、適合している要件は、アカイのいずれか、又は両方か、ご回答ください。(1つだけ選択)<br>※参考<br>ア がん末期などターミナルケア患者に対する体制<br>①医療用麻薬の備蓄・取扱(注射剤1品目以上を含む6品目以上)<br>②無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットの整備<br>イ 小児在宅患者に対する体制(在宅訪問薬剤管理指導等に係る小児特定加算及び乳幼児加算の算定回数の合計 6回以上/年) | <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> 両方                                                                                                                                                              |
| <b>10. 貴薬局における無菌製剤処理施設の整備状況についてお伺い致します。</b>                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                |
| 問45 貴薬局における無菌製剤処理施設の設備について、所持しているものをご回答ください。(複数選択可)                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 安全キャビネット <input type="checkbox"/> クリーンベンチ(簡易) <input type="checkbox"/> クリーンベンチ(卓上)<br><input type="checkbox"/> クリーンベンチ(据置型) <input type="checkbox"/> 無菌室 <input type="checkbox"/> 無菌調剤室 <input type="checkbox"/> 設備なし |
| 問46 無菌調剤処理の実施件数をご回答ください。(令和7年8月1日時点までの直近1年間)                                                                                                                                                                                              | ( )件                                                                                                                                                                                                                                           |
| 問47 共同利用で他薬局の共同利用をしたことがありますか。(1つだけ選択)                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない                                                                                                                                                                                        |
| 問48 (無菌調剤室を持つ場合) 自薬局の無菌調剤室を共同利用をさせたことがありますか。(1つだけ選択)                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない                                                                                                                                                                                        |

|                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>11. 夜間・休日対応状況についてお伺い致します。</b>                                                          |                                                                                                                                                                                                                                    |
| 問49 在宅患者又は在宅患者が入所する施設職員の求めにより、保険薬局が表示する開局時間以外に、OTCで代替可能な医療用医薬品を調剤をしたことはありますか？（①・② 1つだけ選択） | ①夜間： <input type="checkbox"/> はい →問50へ <input type="checkbox"/> いいえ →問52へ<br>②休日： <input type="checkbox"/> はい →問51へ <input type="checkbox"/> いいえ →問52へ                                                                             |
| 問50 問49で夜間が「はい」の場合、調剤をした時間帯                                                               | (                      )時台（※24時間制で回答）<br>（複数回経験がある場合は、最遅のものを回答）                                                                                                                                                                    |
| 問51 問49で「はい」の場合、夜間休日対応に要した時間（緊急調剤の連絡を受けてから、薬剤交付するまでの時間）                                   | (                      )分間                                                                                                                                                                                                         |
| <b>12. 貴薬局の研究用試薬・検査サービスについてお伺い致します。</b>                                                   |                                                                                                                                                                                                                                    |
| 問52 薬事未承認の研究用試薬を販売していますか。（1つだけ選択）                                                         | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                           |
| 問53 薬事未承認の検査サービスの受付・販売をしていますか。（1つだけ選択）                                                    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                           |
| <b>13. 処方箋調剤のポイント付与についてお伺い致します。</b>                                                       |                                                                                                                                                                                                                                    |
| 問54 処方箋調剤の患者会計において、自薬局または自社グループで設定しているポイント制度のポイントを付与していますか？（1つだけ選択）                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ→問58へ                                                                                                                                                                      |
| 問55 問54で「はい」の場合、会計金額に対し、何%のポイントを付与していますか？                                                 | (                      )%                                                                                                                                                                                                          |
| 問56 問54で「はい」の場合、クレジットカードやコード決済とその他ポイントなど重複ポイント付与されていますか。（1つだけ選択）                          | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                           |
| 問57 問54で「はい」の場合、自薬局で設定しているポイントがつくことを掲示していますか？（複数選択可）                                      | <input type="checkbox"/> 店内に掲示している（店内からしか見えない） <input type="checkbox"/> 店内に掲示している（店外からも見える）<br><input type="checkbox"/> HPに掲載している <input type="checkbox"/> 掲示していない                                                                 |
| 問58 薬の配送による薬剤交付をしていますか。また配送料はどのような取り扱いをしていますか。（オンライン服薬指導も含め）（1つだけ選択）                      | <input type="checkbox"/> 配送している（患者希望・配送料患者負担） <input type="checkbox"/> 配送している（患者希望・配送料無料） <input type="checkbox"/> 配送している（欠品等の薬局都合のため・配送料患者負担） <input type="checkbox"/> 配送している（欠品等の薬局都合のため・配送料無料） <input type="checkbox"/> 配送していない |
| 問59 患者希望による配送に対して無料で配送していることを掲示やHP等で、患者が知ることができるようにしていますか。（1つだけ選択）                        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                           |

|                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>14. 施設在宅についてお伺い致します。</b>                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                  |
| 問60 高齢者施設在宅において、施設側や紹介業者から見返りを求められたことはありますか。（ある場合には何を求められましたか）<br>※高齢者施設とは、介護保険施設（介護医療院、介護老人保健施設、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム））のほか、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等も含まれます。 | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> 金銭 <input type="checkbox"/> 物品 <input type="checkbox"/> サービス提供（労役） <input type="checkbox"/> 第三者への利益提供<br><input type="checkbox"/> その他（ ）<br><input type="checkbox"/> いいえ |
| 問61 高齢者施設と薬局が一体経営になっていますか（1つだけ選択）                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →問65へ                                                                                                                                                                   |
| 問62 問61で「はい」の場合、高齢者施設の入居者数は何人ですか。                                                                                                                      | ( ) 人                                                                                                                                                                                                                            |
| 問63 問61ではいいの場合、入居者のうち薬物治療を受けている人は何人ですか。うち自薬局で応需しているのは何人ですか。                                                                                            | ①( ) 人 ②自薬局利用者 ( ) 人                                                                                                                                                                                                             |
| 問64 問61で「はい」の場合、入居者のうち①訪問薬剤管理指導を受けている人は何人ですか。②うち自薬局で訪問対応しているのは何人ですか。                                                                                   | ①( ) 人 ②自薬局訪問利用者 ( ) 人                                                                                                                                                                                                           |
| <b>15. 訪問薬剤管理指導の実施状況についてお伺い致します。</b>                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                  |
| 問65 在宅医療開始初期より、難病またはがんで在宅訪問薬剤管理指導料を算定している患者は1年間で何人対応していますか                                                                                             | ( ) 人                                                                                                                                                                                                                            |
| 問66 他の薬局で訪問薬剤管理指導を実施しているにも関わらず、自薬局で調剤をしなければならなかったことはありますか。（1つだけ選択）                                                                                     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →問68へ                                                                                                                                                                   |
| 問67 問66で「はい」の場合、他薬局が対応しなかった理由をご回答ください。（1つだけ選択）                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 理由不明 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導を実施している薬局で薬を備蓄していない <input type="checkbox"/> 設備不備等による対応不能例<br><input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導料を算定している薬局に連絡がつかず、代わりに依頼を受けたため <input type="checkbox"/> その他 ( )    |
| 問68 在宅患者訪問管理料を算定していた他の薬局から、対応困難になったため、紹介を受けて引き継いだ患者は過去1年間で何人いますか                                                                                       | ( ) 人                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>16. かかりつけ指導料算定状況についてお伺い致します。</b>                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                  |
| 問69 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に関する施設基準を満たす薬剤師数は何人ですか。                                                                                                  | ( ) 人                                                                                                                                                                                                                            |
| 問70 派遣薬剤師がかかりつけ薬剤師指導料を算定していますか？（1つだけ選択）                                                                                                                | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                         |
| 問71 かかりつけ薬剤師指導料の対象となっている患者は何人いますか。                                                                                                                     | ( ) 人                                                                                                                                                                                                                            |

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>17.貴薬局の医療用医薬品の提供体制についてお伺い致します。</b>                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 問72 2024年5月から2025年4月末までの、医療用医薬品の調剤品目数をご回答ください。         | ( ) 品目数/年                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 問73 2024年5月から2025年4月末までの、薬局間の医薬品の融通の件数をご回答ください。        | ①同一グループ内で行っている ( ) 件<br>②地域の薬局内（同一グループ以外）と行っている ( ) 件                                                                                                                                                                                                                                         |
| 問74 備蓄品リストを、地域の薬局間で共有していますか？（1つだけ選択）                   | <input type="checkbox"/> 共有している <input type="checkbox"/> 共有していない                                                                                                                                                                                                                              |
| 問75 貴薬局の地域において、地域フォーミュラーがありますか？（1つだけ選択）                | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない →問77へ                                                                                                                                                                                                                                 |
| 問76 問75で「ある」の場合、参画していますか？（1つだけ選択）                      | <input type="checkbox"/> 参画している <input type="checkbox"/> 参画していない                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>18. 薬局の廃止・休止届状況についてお伺い致します。</b>                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 問77 過去に同一の開設主体で同一の場所に薬局を廃止・休止届を出したことがありますか。（1つだけ選択）    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →問80へ                                                                                                                                                                                                                                |
| 問78 問77で「はい」の場合、廃止・休止届を出した回数と時期はいつですか。                 | ① ( ) 年 ( ) 月<br>②廃止・休止していた期間 ( ) か月間<br>③ ( ) 回                                                                                                                                                                                                                                              |
| 問79 問77で「はい」の場合、廃止・休止届の理由は何ですか                         | 理由 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>19. 貴薬局の患者に提供している設備についてお伺い致します。</b>                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 問80 健康測定器をどのくらい設置し、来局した人に利用可能な環境にしていますか？（持っている機器に○つける） | <input type="checkbox"/> 血圧計 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> パルスオキシメーター <input type="checkbox"/> 体重計 <input type="checkbox"/> 骨密度測定器<br><input type="checkbox"/> 体組成計 <input type="checkbox"/> 体内糖化度測定器 <input type="checkbox"/> 血管年齢計 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |

以上でアンケートは終了です。ご協力頂きまして誠にありがとうございました。