

5 福薬業発第 3 6 9 号
令和 5 年 1 1 月 1 7 日

各地区薬剤師会会長 殿

公益社団法人福岡県薬剤師会
常務理事 竹野 将行

**厚生労働省医薬局総務課「敷地内薬局に関する調査」について
(あらためての協力依頼)**

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

標記調査につきましては、令和 5 年 1 1 月 2 日付け 5 福薬業発第 3 5 4 号にてお知らせしたところですが、現時点で未回答の対象施設が一定数あるとのことで、日本薬剤師会より別添のとおり協力依頼がありましたのでお知らせいたします。

対象の施設には厚生労働省より直接、メールにより協力依頼が送付されている（回答フォームの URL は当該メールに記載）とのことです。

調査対象に選定された保険薬局から照会を受けた場合などには、迅速かつ的確な回答が行われるようご協力をお願い申し上げます。

日 薬 業 発 第 279 号
令和 5 年 11 月 15 日

都道府県薬剤師会 担当役員 殿

日 本 薬 剤 師 会
副会長 田尻 泰典

厚生労働省医薬局総務課「敷地内薬局に関する調査」について
(あらためての協力依頼)

平素より本会会務にご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

厚生労働省「薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループ」とりまとめ（令和4年7月11日）に基づき、厚生労働省において敷地内薬局に係る調査を実施することに関しましては、令和5年10月31日付け日薬業発第262号にてご案内のとおりです。

一方、本調査は11月22日（水）が回答期限とされておりますが、現時点で未回答の対象施設が一定数あるとのことで、あらためて本会に周知協力依頼がございました。

つきましては、本調査の対象施設においては厚生労働省からの案内※を確認の上、遺漏なくご回答頂きますよう、貴会会員にご周知方何卒よろしくお願い申し上げます。

<参考>

- 厚生労働省医薬局総務課「敷地内薬局に関する調査」について（令和5年10月31日付．日薬業発第262号）

※ 既にご案内のとおり、対象施設には厚生労働省より直接、メールにより協力依頼が送付されている（回答フォームのURLは当該メールに記載）とのことですので、再度申し添えます。

日薬業発第 262 号
令和 5 年 10 月 31 日

都道府県薬剤師会 担当役員 殿

日本薬剤師会
副会長 田尻 泰典

厚生労働省医薬局総務課「敷地内薬局に関する調査」について

平素より本会会務にご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

ご高承のとおり、厚生労働省「薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループ」とりまとめ（令和 4 年 7 月 11 日）では、敷地内薬局に関し、かかりつけ薬剤師・薬局としての機能を果たすとは考えにくい等の指摘があったことを踏まえ、「敷地内薬局の実態を把握し、それに基づいた議論を行うために、厚生労働省は、敷地内薬局の現状（かかりつけ薬剤師・薬局や高度薬学管理に関する機能や地域の医療機関や薬局との連携等）や病院の公募内容の調査を実施すべき」とされていたところです。

これを受け、今般、厚生労働省では別添調査を実施するとの連絡がありましたので、お知らせいたします。

なお、対象の施設には厚生労働省より直接、メールにより協力依頼が送付されている（回答フォームの URL は当該メールに記載）とのことですので、貴会におかれましても、これら調査の趣旨をご理解いただき、調査客体となった会員の薬局から問い合わせがあった場合などには、適切に回答が行われますようご協力の程よろしくお願い申し上げます。

<別添>

- 敷地内内薬局に関する調査（令和 5 年 10 月 厚生労働省 医薬局総務課）

敷地内薬局に関する調査

令和5年10月 厚生労働省 医薬局総務課

【調査目的】

平素より、薬事行政をはじめとして、厚生労働省の取組にご協力いただきありがとうございます。
厚生労働省の「[薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループ](#)」のとりまとめ（令和4年7月11日）においては、敷地内薬局について、高額な薬剤の調剤や高度な薬学管理等、地域の薬局では果たせない役割を持つ場合がある一方で、かかりつけ薬剤師・薬局としての機能を持っていないのではないかとの指摘がなされました。また、同一敷地内医療機関との関係性のあり方について、公募内容をふまえて実態を把握する必要があるとされました。

これをふまえて、敷地内薬局が果たす機能や公募内容について、実態をふまえた現場の声を聞くことを目的として、本調査を実施いたします。

お忙しいところ恐縮ですが、調査へのご協力をお願いいたします。

【回答期限】

- ・ 令和5年11月22日（水）までにご回答をお願いいたします。

【回答方法】

- ・ 貴薬局の開設者又は管理者の方に、以下の回答フォームへのご回答をお願いいたします。
（日薬注：通知別添においては回答フォーム URL を削除しております。）
- ・ 貴薬局が医療機関の敷地内薬局でなかった場合、大変恐れ入りますが、回答フォームの1ページ目にご記入のうえ、送信していただければ幸いです。
- ・ 回答フォームは、60分でタイムアウトとなります。また、60分以内にご記入いただいた場合もインターネット環境によりエラーとなってしまう可能性があります。
- ・ 本調査票をご確認いただき、あらかじめ回答をご準備いただいてから、回答フォームにご記入いただくことを推奨いたします。
- ・ 設問26と設問46において、回答内容の詳細をメールにてご提出いただける場合には、hanbai-site@mhlw.go.jpまでご連絡いただけましたら幸いです。
- ・ 回答必須の設問には、*印を付けています。
- ・ 単一選択の設問はラジオボタン○、複数選択可能な設問はチェックボックス☑としています。

【回答内容の取扱い】

- ・ 本調査により把握した内容は、特定の薬局や個人が識別されないよう加工したうえで、厚生労働省が開催する検討会等の資料に活用させていただく予定です。
- ・ ご回答いただいた内容の詳細について、あらためて追加でお尋ねする場合があります。

【問い合わせ先】

厚生労働省 医薬局総務課

(日薬注：通知別添においては問合せ先詳細を削除しております。)

【薬局に関する基本情報】

貴薬局に関する基本情報をお伺いします。

5. 開局年月日 *

(西暦) 年 月 日

6. 関係団体への加入状況(複数選択可) *

- 公益社団法人日本薬剤師会*
- 一般社団法人日本保険薬局協会
- 一般社団法人日本チェーンドラッグストア協会
- 関係団体には加入していない
- その他 ()

※公益社団法人日本薬剤師会については、薬局の管理者の方が加入されている場合に選択してください。

7. 同一グループの薬局がありますか。 *

- ある
- ない

同一グループ薬局がある場合、以下にご回答ください。 *

- ・ グループ名 ()
- ・ 店舗数 ()

8. 各曜日の開局時間をご回答ください。

例) 9:00~12:00、13:00~17:00

定休日の場合や、隔週で開局しているなどの場合は、その旨を記載してください。

- ・ 月 * ()
- ・ 火 * ()
- ・ 水 * ()
- ・ 木 * ()
- ・ 金 * ()
- ・ 土 * ()
- ・ 日 * ()
- ・ 祝 * ()
- ・ 年末年始等の対応 * ()

9. 夜間・休日の対応等

- ◆ 24時間調剤に対応できる体制を整備していますか。 *

直近の3カ月の平均、1カ月当たりの枚数をご回答ください。

該当する処方箋を応需した実績がない場合、「0」とご回答ください。

- ◆ 応需処方箋枚数 * () 枚/月
- ◆ 応需処方箋枚数のうち、同一敷地内の医療機関から発行された処方箋の枚数 * () 枚/月
- ◆ 応需処方箋枚数のうち、在宅患者（単一建物診療患者が一人である患者）に対して発行された処方箋の枚数 * () 枚/月

13. 処方箋応需医療機関について

直近の3カ月の平均、1カ月当たりの状況に基づいてご回答ください。

- ◆ 処方箋応需医療機関数 * ()
- ◆ 処方箋集中率が高い上位3機関の医療機関名
該当がない場合、「なし」とご回答ください。
 - 1位の医療機関名 * ()
 - 2位の医療機関名 ()
 - 3位の医療機関名 ()
- ◆ 処方箋集中率が高い上位3機関の処方箋集中率 (%)
該当がない場合、「0」とご回答ください。
 - 処方箋集中率 (1位) * () %
 - 処方箋集中率 (2位) () %
 - 処方箋集中率 (3位) () %

14. 医薬品の備蓄について

以下の医薬品の種類ごとの備蓄品目数をご回答ください。

該当する医薬品を備蓄していない場合、「0」とご回答ください。

- 医療用医薬品 * ()
- 医療用麻薬 * ()
- 要指導医薬品 * ()
- 第1類医薬品 * ()
- 第2類医薬品 * ()
- 第3類医薬品 * ()
- 薬価が50,000円以上の医療用医薬品 * ()

※ 医療用医薬品について

- ・ [令和5年10月1日適用の薬価基準収載品目リスト](#)における品名が異なる場合は、それぞれを1品目として計上してください。
- ・ 薬価は、[令和5年10月1日適用の薬価基準収載品目リスト](#)において、1錠あるいは1gなど規格当たりの価格に基づいてご回答ください。

※ 要指導医薬品、第1類医薬品、第2類医薬品、第3類医薬品について

- ・ 販売実績に関わらず、店内で陳列している品目数をご回答ください。
- ・ 同じ製品であっても、包装されている錠数などが異なる場合は、それぞれを1品目として計上してください。

15. 医薬品在庫額等について

[令和5年10月1日適用の薬価基準収載品目リスト](#)における薬価にもとづいてご回答ください。

医療用在庫額* () 円

医薬品在庫額は、回答時点の額をご回答ください。

薬剤料総額* () 円

薬剤料総額は、直近3カ月の平均、1カ月当たりの額をご回答ください。

廃棄医薬品額* () 円

廃棄医薬品額は、直近3カ月の平均、1カ月当たりの額をご回答ください。

【同一敷地内の医療機関に関する基本情報】

同一敷地内の医療機関に関する基本情報をお伺いします。

16. 医療機関名 * ()

17. 医療機関の所在住所地 * ()

18. 医療機関の機能として当てはまるものを選択してください。(複数選択可) *

- 特定機能病院
- がん診療連携拠点病院等
- 地域医療支援病院
- 当てはまるものはない

19. 医療機関の開設者 *

- (独) 国立病院機構
- 都道府県
- 市町村
- 地方独立行政法人
- 国民健康保険団体連合会
- 健康保険組合及び連合会
- 共済組合及び連合会
- 国民健康保険組合
- 厚生農業協同組合連合会(厚生連)
- (独) 地方医療機能推進機構(JCHO)
- 国立大学法人
- 私立大学法人
- 公益法人
- 医療法人
- 社会福祉法人
- 医療福祉生活協同組合連合会(医療生協)
- 個人
- その他 ()

20. 病床の種類ごとの病床数をご回答ください。

該当する病床を有していない場合は、「0」とご回答ください。

- ・ 一般 * ()
- ・ 精神 * ()

【敷地内薬局の開設にかかる情報について】

敷地内薬局の開設にかかる情報についてお伺いします。

貴薬局にて把握していない場合は、本部等にお問い合わせの上、ご回答ください。

24. 敷地内薬局の開設にあたって、公募型プロポーザル方式で募集の有無*

- あり
- なし

25. 公募ありの場合、公募要件として当てはまるものを選択してください。（複数回答可）

- 県内での薬局の運営実績があること
- 敷地内薬局の運営実績があること
- かかりつけ機能を有していること
- 24時間調剤に対応できる体制を整備していること
- 医療機関が指定する時間に開局すること
- 医療機関が指定する医薬品を在庫すること
- 地域連携薬局の認定を取得していること
- 専門医療機関連携薬局の認定を取得していること
- 公益社団法人日本薬剤師会に加入していること*
- 一般社団法人日本保険薬局協会に加入していること
- 一般社団法人日本チェーンドラッグストア協会に加入していること
- 医療機関の建替えや新棟の建設をすること
- 医療機関から薬局への導線を確認・整備すること
- 医療機関の会議室を整備すること
- 医療機関の駐車場を整備すること
- 医療機関の職員寮を整備すること
- 医療機関の職員用の保育所を整備すること
- 医療機関の職員用の更衣室を整備すること
- 医療機関のヘリポートを整備すること
- 医療機関内の設備（空調機器等）を整備すること
- コンビニ、カフェ、レストラン等を整備すること
- 医療機関の開設者（大学等）の施設（会議室等）を整備（管理・運営を含む）すること
- その他（ ）

*公益社団法人日本薬剤師会については、薬局の管理者の方の加入が要件となっていた場合に選択してください。

26. 公募ありの場合、可能であれば、メールにて、公募要項の詳細を確認できる書類等をご提出ください。（公募要項を示したファイルを添付いただく、公募要項を確認することのできる URL を記載いただくなど）

メールにてご提出いただける場合、チェック

27. 公募要件について回答できない場合、その理由を記載してください。*
()

28. 医療機関との不動産取引その他の特別な関係について、当てはまるものを選択してください。（複数選択可）*

- 医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある
- 医療機関が譲渡した不動産を利用して開局している
- 医療機関に対し、薬局が所有する会議室その他の設備を貸与している
- 医療機関から開局時期の指定を受けて開局した
- その他 ()

29. 医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある場合、その詳細をご回答ください。

- ・ 土地、建物等を含めた賃貸料（月額） () 円
- ・ 契約年数 () 円
- ・ 面積 () m²

30. 不動産の賃貸借取引関係の詳細について、回答できない場合、その理由を記載してください。*
()

34. 専門医療機関連携薬局について

◆ 専門医療機関連携薬局の認定 *

- 認定あり
- 認定なし

◆ 認定ありの場合、認定年月日 *

(西暦) 年 月 日

◆ 認定ありの場合、専門医療機関連携薬局として注力している業務内容 *

()

◆ 認定なしの場合、申請予定があれば申請予定年月日

(西暦) 年 月 日

35. 専門・認定薬剤師等の人数

該当する専門・認定薬剤師がいらっしゃらない場合は、「0」とご回答ください。

- ・ がん専門薬剤師 (一般社団法人医療薬学会) * () 人
- ・ 地域薬学ケア専門薬剤師 (がん) (一般社団法人日本医療薬学会) * () 人
- ・ 外来がん治療専門薬剤師 (一般社団法人日本臨床腫瘍薬学会) * () 人
- ・ 健康サポート薬局研修を修了した薬剤師 * () 人
 - 上記のうち、5年以上の実務経験がある薬剤師 * () 人
- ・ その他の専門・認定薬剤師 * () 人

- ・ その他の専門・認定薬剤師がいらっしゃる場合、資格ごとの人数をご回答ください。 *
()

【業務内容や提供サービスにかかる実績について】

貴薬局の業務内容や提供サービスにかかる、算定実績や実施件数をお伺いします。

- ・ 直近3カ月の平均、1カ月当たりの件数をご回答ください。
- ・ 算定実績については、算定回数の上限等により算定できなかった場合でも、算定要件に相当する業務を行った場合は、回数に含めてください。
- ・ 該当する実績がない場合は、「0」とご回答ください。

36. 調剤基本料について

◆ 地域支援体制加算の算定状況*

- 加算3
- 加算4
- 加算なし

◆ 連携強化加算の算定状況*

- 加算あり
- 加算なし

◆ 後発医薬品調剤体制加算の算定状況*

- 加算1
- 加算2
- 加算3
- 加算なし
- 減算対象

37. かかりつけ薬剤師について

かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料を算定している事例についてご回答ください。

- ・ かかりつけ薬剤師数* () 人
- ・ かかりつけ患者数* () 人
- ・ かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料等の算定実績* () 回

38. 無菌調剤について

◆ 無菌調剤への対応*

- 対応あり
- 対応なし

◆ 対応ありの場合、対応実績* () 回

◆ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の算定実績 * () 回

➤ うち、単一建物診療患者が1人の場合 * () 回

◆ 在宅患者に対する小児特定加算の算定実績 * () 回

➤ うち、単一建物診療患者が1人の場合 * () 回

◆ 在宅中心静脈栄養法加算の算定実績 * () 回

➤ うち、単一建物診療患者が1人の場合 * () 回

41. 服薬情報等提供について

◆ 医療機関の求めで医療機関に情報提供した実績 * () 回

➤ うち、敷地内医療機関からの求めに基づく件数 * () 回

◆ 患者、家族等の求め又は薬剤師が必要性を認め、患者等又は医療機関に情報提供、指導等した実績 * () 回

➤ うち、敷地内医療機関への情報提供等の件数 * () 回

◆ 入院前の患者に係る医療機関の求めがあった場合に、服用薬の情報把握等を行い、医療機関に情報提供した実績 * () 回

➤ うち、敷地内医療機関の求めに基づく件数 * () 回

42. 特定薬剤管理指導加算2について

◆ 施設基準の届出 *

○ 届出あり

○ 届出なし

◆ 届出ありの場合、特定薬剤管理指導加算2の算定実績 () 回 *

43. 服用期間中のフォローアップの実施件数 () 回 *

44. 服薬情報提供等にかかる医療機関の取り決めについて

□ 敷地内医療機関から、服薬情報提供等を実施しないように連絡されている場合はチェック

【医療機関との連携について】

医療機関との連携についてお伺いします。

45. 医療機関が実施するカンファレンスへの参加回数

直近3カ月の平均、1カ月当たりの参加回数をご回答ください。

該当するカンファレンスに参加していない場合、「0」とご回答ください。

- ◆ 退院時カンファレンス* () 回
 - うち、敷地内医療機関が実施するカンファレンス* () 回
- ◆ 外来がん化学療法にかかるカンファレンス（ケモカンファ）* () 回
 - うち、敷地内医療機関が実施するカンファレンス* () 回
- ◆ その他のカンファレンス* () 回
 - うち、敷地内医療機関が実施するカンファレンス* () 回
- ◆ その他のカンファレンスに参加している場合、実施主体、会議名、内容、参加頻度等について具体的に記載してください。*
()

46. プロトコールに基づく問合せ簡素化について

- ◆ 敷地内医療機関と院外処方箋における事前の取り決め（プロトコール）に基づく問合せ簡素化等の取組について協議していますか。*
 - 協議している
 - 協議していない
- ◆ 協議している場合、具体的な内容を記載してください。*
()
- ◆ 協議している場合、協議先についてご回答ください。*
 - 敷地内薬局とのみ協議している
 - 地域の他薬局を含めて協議している
- ◆ 協議している場合、可能であれば、メールにて、協議内容や協議先の詳細を確認できる書類等をご提出ください。
 - メールにてご提出いただける場合、チェック

47. 敷地内医療機関との研修会への参加 *

- 参加している
- 参加していない

◆ 参加している場合、頻度や参加者等、具体的な内容を記載してください。 *

()

48. 敷地内医療機関での研修や人事交流等の実施 *

- 実施している
- 実施していない

◆ 実施している場合、頻度や期間等、具体的な内容を記載してください。 *

()

【地域との連携について】

地域のお薬局との連携や、地域活動の実施についてお伺いします。

49. 他薬局への患者情報提供回数

該当する実績がない場合、「0」とご回答ください。

- ・ 直近3カ月の平均、1カ月当たりの回数（ ）回*
- うち、同一グループの薬局以外への情報提供回数（ ）回*

50. 同一グループ以外の薬局との連携事例

◆ 以下のうち、同一グループ以外の薬局と連携して実施しているものを選択してください。（複数選択可）*

- 災害対応
- 医薬品在庫情報の共有
- 医薬品の譲受・譲渡
- その他（ ）
- 当てはまるものはない

◆ 医薬品の譲受・譲渡を行っている場合、直近3カ月間の平均、1カ月当たりの回数をご回答ください。

（ ）回*

51. 多職種連携会議への出席

直近3カ月の平均、1カ月当たりの出席回数をご回答ください。

該当する会議に出席していない場合、「0」とご回答ください。

- ・ 地域ケア会議（ ）回*
- ・ サービス担当者会議（ ）回*
- ・ その他の会議（ ）回*

・ その他の会議に参加している場合、実施主体、会議名、内容、参加頻度について具体的に記載してください。*

（ ）

52. 地域活動の実施

◆ 以下のうち、貴薬局で実施しているものを選択してください。（複数選択可）*

- 薬の健康の週間等、自治体や薬剤師会が主催するイベントへの参加
- 薬局独自の地域住民に対する活動

- 学校薬剤師の委嘱
- 当てはまるものはない

- ◆ 薬と健康の週間等、自治体や薬剤師会が主催するイベントに参加している場合、具体的な内容を記載してください。*

()

- ◆ 薬局独自の地域住民に対する活動を実施している場合、具体的な内容を記載してください。*

()

【薬局が果たす機能や役割について】

貴薬局が果たしている役割や機能に関して、より詳細な内容やご意見を記載してください。
特段のご意見がなければ、空欄のままで差し支えありません。

53. 高度な薬学管理機能や高額な医薬品の備蓄について

--

54. かかりつけ機能について

--

55. 地域の他薬局との連携や地域活動について

--

56. 医療機関の敷地内に立地することによる利点について

--

57. 本調査に対するご意見等

--

以上で調査は終了です。お忙しいところ調査にご協力いただき、誠にありがとうございました。