薬局　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。

◆本調査の回答を薬局立入検査（医薬品医療機器等法第69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**

|  |
| --- |
| ・貴局の管理薬剤師または管理薬剤師から委任された方にご回答をお願い致します。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局で定めた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** |
| **薬局名称** |  |
| **薬局所在地** |  |
| **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. 貴局の基本情報についてお伺いします** |
| 1. 貴局の概要についてお答えください。
 |
| 1. **事業形態**（○は1つ）
 | 1．株式会社 3．公益・一般社団法人、財団法人5．その他（ | 2．有限会社4．個人　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 1. **営業形態**（○は1つ）
 | 1．薬局のみ 　　　　2．薬局と店舗販売業の併設　　　　3．その他 |
| 1. **認定等の状況**

（あてはまるもの全てに○） | 1．地域連携薬局 3．健康サポート薬局 | 2．専門医療機関連携薬局4．いずれにも該当しない |
| 1. **在宅患者訪問薬剤管理指導の届出**（○は1つ）
 | 1．あり | 2．なし |
| 1. 同一経営主体の薬局店舗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(貴局も含む) |
| 1. 令和５年（2023年）12月末時点で貴局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調剤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. 地域支援体制加算1
2. 地域支援体制加算2
3. 地域支援体制加算3
4. 地域支援体制加算4
5. 連携強化加算
6. 電子的保健医療情報活用加算
7. かかりつけ薬剤師指導料
8. かかりつけ薬剤師包括管理料
9. 在宅患者訪問薬剤管理指導料
10. 退院時共同指導料
11. 上記のうち該当するものはない
 |

|  |  |
| --- | --- |
| 問１－４　貴局における、令和５年１月～12月における総取扱処方箋数（整数値）をお答えください。（数字記入） | 　　　　 　　　　枚／年 |
| 　　※薬局開設者は、医薬品医療機器等法施行令第2条の13に基づき「取扱処方箋数届書」を県保健福祉事務所または中核市保健所へ提出する必要があります。（報告期限は令和6年2月末としています。）※この設問では、上記届書の届出事項の１つである総取扱処方箋数をお答えください。※「取扱処方箋数届書」の詳細は薬務課HPを参照してください。 |
| 問１―５　在宅業務にかかる処方箋枚数をお答えください。（数字記入）　　　※令和５年12月における1か月間の枚数をお答えください。 | 　　　　　　　　　枚／月 |
| 問１－６　在宅訪問業務の実施回数をお答えください。（延べ回数）（数字記入）※令和５年12月における１か月間の回数をお答えください。※医療保険、介護保険などの報酬の種類によらずお答えください。 | 回 |

|  |
| --- |
| **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局単体の状況についてお答えください。

|  |
| --- |
| 1. 貴局における、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局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)薬局内のその他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÷貴局の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）。 |
|  | **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. **薬局内の薬剤師以外の職員数**
 | 人 | 人 | 人 |

|  |
| --- |
| **問２－２　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）※令和５年12月末時点でレスキュー対応の非常勤薬剤師については記入不要です。 |
|  | **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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 問２―３　薬剤師の平均年齢をお答えください。（○は１つ）※令和５年12月時点でレスキュー対応の非常勤薬剤師は含めないでください。※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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 問２－４　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 |

|  |
| --- |
| 問２－５　次の取組について、貴局での実施・検討状況をお答えください。（それぞれ1つに○）※ 3) 4)の健康サポート業務、高度薬学管理業務については、健康サポート薬局、専門医療機関連携薬局の認定等の有無に関わらずお答えください。 |
| 1. **24時間対応**
 | 1．実施済み 　 2．実施予定有り3．薬剤師が確保できれば実施したい　　4．実施予定無し |
| 1. **在宅対応**
 | 1．実施済み 　 2．実施予定有り3．薬剤師が確保できれば実施したい　　4．実施予定無し |
| 1. **健康サポート業務**※要指導医薬品等の供給機能や助言、

健康相談受付、受診勧奨・関係機関紹介などを想定してください | 1．実施済み 　 2．実施予定有り3．薬剤師が確保できれば実施したい　　4．実施予定無し |
| 1. **高度薬学管理業務**※専門機関と連携した抗がん剤の副作

用対応や抗HIV薬の選択を支援することなどを想定してください | 1．実施済み 　 2．実施予定有り3．薬剤師が確保できれば実施したい　　4．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．実施予定有り3．薬剤師が確保できれば実施したい　　4．実施予定無し |
| 1. **医療用麻薬の取扱**

※麻薬小売業者免許取得が必要です | 1．実施済み 　 2．実施予定有り3．薬剤師が確保できれば実施したい　　4．実施予定無し |
| 1. **要指導医薬品の取扱**
 | 1．実施済み 　 2．実施予定有り3．薬剤師が確保できれば実施したい　　4．実施予定無し |
| 1. **一般用医薬品の取扱**
 | 1．実施済み 　 2．実施予定有り3．薬剤師が確保できれば実施したい　　4．実施予定無し |
| 1. **オンライン服薬指導対応**
 | 1．実施済み 　 2．実施予定有り3．薬剤師が確保できれば実施したい　　4．実施予定無し |
| **10) その他、薬剤師が確保できれば実施****したい業務** | （自由記載） |

|  |
| --- |
| **問２－６　貴局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２－５で「３.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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 問２－７　貴局の経営層との間で、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局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。貴局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 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 問３－４　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 |
|  |
| 問３－５　薬剤師を採用するにあたり、貴局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 |

|  |
| --- |
|  |
| 問３－５　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） |
|  |
| 問３－６　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） |
|  |
| 問３－７　薬剤師が不足する病院・薬局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。**