

2024年 8月 吉日

一般社団法人 日本コミュニティーファーマシー協会  
加盟法人 代表者 様

一般社団法人 日本コミュニティーファーマシー協会  
代表理事 吉岡 ゆうこ

## 地域連携薬局の認知度等に関するJACP共同研究へのご協力をお願い

日頃から日本コミュニティーファーマシー協会の活動にご協力を賜り、心からお礼申し上げます。

2015年10月に厚労省が「患者のための薬局ビジョン」を発表し、2016年10月から「健康サポート薬局」、2021年8月からは「認定薬局」（地域連携薬局、専門医療機関連携薬局）が制度化され、2025年から本格稼働します「地域包括ケアシステム」に向けて、薬局に対する期待も高まっているところです。そうした中において、当協会に加盟されておられる法人の薬局におかれましても積極的に健康サポート薬局や認定薬局を取得されて、地域の中でご活躍されておられると存じます。

当協会では、協会加盟法人を対象に、2019年11月に健康サポート薬局に関する薬剤師・患者調査を実施させて頂きました。今回は、改めて地域連携薬局の認知度に関するアンケート調査を実施することとなり、お願いするところでございます。

なお、研究開始にあたり、日本コミュニティーファーマシー協会研究倫理委員会の審査を得て承認を受けております（承認日：2024年8月2日、承認番号：202401）。

### 【貴法人へのお願い】

- ・貴法人が運営されておられる薬局でアンケート調査の実施をお願いします。
- ・調査の方法は、別紙の「実施要綱」をご参照ください。
- ・アンケート回収票と患者様から回収頂きました「同意書」と「アンケート用紙」につきましては、法人毎でおまとめ頂き、ご面倒ですが貴法人のご負担で下記までご郵送頂きますよう、お願い申し上げます。

#### 【送付先】

〒55-0024 大阪府大阪市西淀川区野里 3-6-8

一般社団法人 大阪ファルマプラン 廣田 憲威

電話：06-6477-8088 FAX：06-6477-8090 e-mail：[n-hirota@faruma.co.jp](mailto:n-hirota@faruma.co.jp)

- ・結果の公表は、日本コミュニティーファーマシー協会を通じて公表すると共に、各種学会や論文でも発表したいと考えています。

この調査は、全国の地域連携薬局の推進にも大きく貢献できると確信しておりますので、趣旨をご理解いただき、何卒ご協力賜りますよう、心よりお願い申し上げます。

敬 具

# 地域連携薬局の認知度等に関する JACP 共同研究【実施要綱】

2024 年 8 月

JACP 共同調査研究

研究者代表 廣田 憲威

この度は「地域連携薬局に関するアンケート」にご協力を頂き、ありがとうございます。  
以下の調査要綱に基づいて、アンケートの実施をお願いいたします。なお、アンケートの実施にあたり、添付資料の「店内掲示用ポスター」もご活用頂ければと思います。

## (1)アンケートの種類と印刷様式について

アンケートは1種類「地域連携薬局に関するアンケート」です。アンケート用紙につきましては、ご面倒ですが必要部数を貴法人にて印刷をお願いいたします。

## (2)アンケートの対象者と調査数について

対象は、薬局を慢性疾患などで定期的に利用されている成人患者さんを対象とします。

新患（初めて当該薬局をご利用される患者）は対象外とします。

調査数は、当該薬局のレセプト数の約1%とします。例えば、調査前月のレセプト件数が985件の場合、調査数は9件または10件のいずれでお願いします。

調査対象にバイアスがかからないために、調査期間中に開局した直後に来局された患者1～2名にアンケート調査をご依頼ください。それを繰り返し、目標数の調査が達成できれば終了とします。調査方法は、薬局での待ち時間を利用して、ご記入をお願いしてください。薬局の職員がアンケート用紙を読み上げて、代わりに記入することも可としますが、回答を誘導するようなことは避けてください。

## (3)アンケートの回収方法について

ご面倒ですが、アンケートについては管理者の方が回収していただき、「アンケート回収票」と共に研究事務局（大阪ファルマプラン）までご返送をお願いいたします。

## (4)調査期間と締め切りについて

①全てのアンケートは、**2024年9月の1ヶ月間**で実施をお願いします。

②アンケート用紙のご返送は、**10月19日(土)**までをお願いいたします。

## (5)アンケート用紙の返送先とお問合せ先について

本調査に関してご不明な点がございましたら、下記までお願いいたします。

一般社団法人 大阪ファルマプラン 廣田 憲威

〒555-0024 大阪市西淀川区野里 3-6-8

電話：06-6477-8088 FAX：06-6477-8090

e-mail：n-hirota@faruma.co.jp

以上

## 地域連携薬局に関するアンケートへのご協力をお願い

平素より当薬局をご利用いただき、心から感謝申し上げます。

厚生労働省は、2025年から本格稼働します「地域包括ケアシステム」に向けて、入退院時や在宅医療への対応時に他医療提供施設と連携して対応できる薬局として、2021年8月から都道府県知事が認定する「地域連携薬局」の制度を始めました。2024年5月末現在で、全国で4310か所の薬局が「地域連携薬局」として活動されています。しかし、認定薬局制度の知名度や、薬局に関する機能・役割については未だ広く周知されている状況にはありません。

そこで今回、日常的に当薬局をご利用いただいている患者様を対象に、地域連携薬局の認知度や薬局に求められる機能についての意識調査（匿名によるアンケート調査）をさせて頂きたいと考えております。この調査を通じて、薬局の活動の質をさらに高めていければと考えております。

アンケートへのご回答は自由ですが、どうか趣旨にご賛同いただき、ご協力をお願い申し上げます。

なお、本アンケートは、一般社団法人日本コミュニティーファーマシー協会（代表理事：吉岡ゆうこ）との共同研究の下、日本コミュニティーファーマシー協会研究倫理委員会の承認を得て行っております。また、ご協力いただきましたアンケート結果は、医学・薬学系の学会や専門雑誌での発表に活用させて頂く予定です。

2024年9月 吉日

一般社団法人 日本コミュニティーファーマシー協会  
調査責任者：廣田 憲 威  
一般社団法人 大阪ファルマプラン  
大阪市西淀川区野里 3-6-8  
電話：06-6477-8088

### アンケート調査に

**同意する**      **同意しない**

どちらかに○印を付けてください

# 地域連携薬局に関するアンケート

以下、該当する個所に印を付けてください。

## (1)年齢・性別・お仕事などについてお伺いします。

①年齢  20～29歳  30～39歳  40～49歳  50～59歳  
 60～69歳  70～79歳  80～89歳  90歳以上

②性別  男性  女性  答えたくない

③お仕事  会社員  自営業  学生  専業主婦  無職（年金生活含む）  その他

## (2)地域連携薬局についてお伺いします。

④2021年8月から制度化された「地域連携薬局」について聞いたことがありますか？  
 ある  ない

⇒「ある」とご回答いただいた方にお伺いします。

「地域連携薬局」についてどこでお知りになりましたか？（複数回答可）

- 新聞、テレビなどのマスコミ報道を通じて知った
- 自治体からの案内を通じて知った
- 薬剤師会からの案内を通じて知った
- かかりつけの薬剤師からの案内を通じて知った
- 現在利用している薬局が「地域連携薬局」だから
- 家族や知人・友人から通じて知った
- その他（）

## (3)地域連携薬局に対する貴方のイメージについてお伺いします。

⑤貴方が思う「地域連携薬局」の機能（薬局ができること）は以下のどれでしょうか？  
（複数回答可）

- 複数の医療機関からの処方箋を一元的に管理してくれる
- 「かかりつけ薬剤師」がいる
- 在宅医療を専門的に行っている
- 在宅での注射薬の対応ができる（無菌調剤ができる）
- 医療用麻薬の取扱いをしている
- 一般用医薬品が数多く取り扱っている
- 健康食品を数多く取り扱っている
- 薬局利用者や地域住民を対象にした健康づくりのための各種イベントを開催している

⑥「地域連携薬局」と「それ以外の薬局」があるとします。貴方はどちらの薬局の利用を希望されますか？

- 地域連携薬局を利用する
- それ以外の薬局を利用する
- どちらも同じ程度に利用する

## (4)現在ご利用されている薬局についてお伺いします。

⑦薬局を利用したの全体的な評価（接客・説明・待ち時間など）はいかがですか？  
 大変よい  概ねよい  どちらでもない  概ね悪い  大変悪い

⇒「大変よい」「概ねよい」とご回答いただいた方にお伺いします。

薬局の取り組みで評価される内容はどれですか？（複数回答可）

- 薬剤師の説明
- 職員のマナー
- 薬局の環境
- 薬局の待ち時間
- 健康相談活動
- 一般用医薬品（OTC）の品揃え
- 健康食品等の品揃え

⇒「大変悪い」「概ね悪い」とご回答いただいた方にお伺いします。

薬局の取り組みで悪いとされる内容はどれですか？（複数回答可）

- 薬剤師の説明
- 職員のマナー
- 薬局の環境
- 薬局の待ち時間
- 健康相談活動
- 一般用医薬品（OTC）の品揃え
- 健康食品の品揃え

⑧複数の医療機関を受診された場合、全ての処方せんをこちらの薬局に持って来られますか？

- はい
- いいえ

⇒「いいえ」とご回答された方に、その理由をお尋ねします。

i) 利便性の点から、いつも受診した医療機関の近くの薬局を利用している

- はい
- いいえ

ii) その日の気分によって利用する薬局を変えている

- はい
- いいえ

⑨普段、処方せん調剤以外で、お薬や健康などの相談で薬局を利用されることはありますか？

- ある
- ない

#### (5)薬局の「かかりつけ機能」についてお伺いします。

⑩ご自身の「かかりつけ薬剤師」はおられますか？

- いる
- いない
- わからない

⇒「いる」とご回答された方にお伺いします。

「かかりつけ薬剤師」を実感できた経験は何ですか？（複数回答可）

- 自分の飲んでいる薬（処方薬・一般薬）を全て把握してくれること
- 薬について分かりやすく説明してくれること
- いろいろな医療機関からの処方箋を確認してもらえること
- 薬局が閉まっても、いつでも電話で相談できること
- 自分の家に訪問して、お薬の管理や相談にのってくれること
- 残っている薬がある場合は調整してくれること
- その他（自由記載）「」

⇒「いない」とご回答された方にお伺いします。

今後、「かかりつけ薬剤師」を持ちたいと思われませんか？

- はい
- いいえ
- どちらとも言えない

⑪薬局が365日営業（開局）していると良いと思われませんか？

- はい
- いいえ
- どちらとも言えない

⑫薬局が24時間営業（開局）していると良いと思われませんか？

- はい
- いいえ
- どちらとも言えない

ご協力ありがとうございました。

**アンケート用紙を返送される際に必ず添付をお願いします**

## **地域連携薬局の認知度等に関する患者調査**

### **【回収票】**

法人名： \_\_\_\_\_

薬局名： \_\_\_\_\_

貴薬局が該当する項目にチェックをお願いします。

健康サポート薬局     地域連携薬局     地域支援体制加算

ご返送にあたっては、以下の項目を確認ください。

■ 同意書 「同意する」【        】人分 「同意しない」【        】人分

■ アンケート用紙 【        】人分

※当該アンケートに関してお問合せをさせて頂く場合のご連絡先を記入ください。

ご担当者名 \_\_\_\_\_

ご連絡先 電話： \_\_\_\_\_

FAX： \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

ご協力ありがとうございました。