

薬局機能情報報告書 記入上の留意点

I 報告日等

1 年月日

報告書の記入年月日を記載してください。

2 住所・氏名

薬局開設者の住所、氏名を記載してください。法人の場合は、主たる事務所の所在地及び法人の名称、代表者氏名を記載してください。

3 担当者情報

報告書を記入した方の、氏名・連絡先等を記載してください。

II 記入方法（調査票）

- 1 一枠に一文字ずつ漢字、カタカナ、数字等を記入してください。
- 2 該当欄には、該当する場合は○を記入し、該当しない場合は空欄にしてください。
- 3 外字（JIS 第1水準漢字、JIS 第2水準漢字に該当しない文字）の記入はできません。報告事項に外字が含まれる場合は、インターネット上で閲覧が可能な代替文字を使用してください。

III 報告内容（調査票）

1 基本情報

(1) 薬局名称

① フリガナ

カタカナで薬局の名称を記載してください。

② 名称

薬局開設許可証に記載されている薬局の名称を記載してください。

③ ローマ字

ヘボン式で記載してください。（次表参照）

あ A	い I	う U	え E	お O	きや KYA	きゅ KYU	きよ KYO
か KA	き KI	く KU	け KE	こ KO	しゃ SHA	しゅ SHU	しょ SHO
さ SA	し SHI	す SU	せ SE	そ SO	ちゃ CHA	ちゅ CHU	ちょ CHO
た TA	ち CHI	つ TSU	て TE	と TO	にや NYA	にゅ NYU	にょ NYO
な NA	に NI	ぬ NU	ね NE	の NO	ひや HYA	ひゅ HYU	ひょ HYO
は HA	ひ HI	ふ FU	へ HE	ほ HO	みや MYA	みゅ MYU	みょ MYO
ま MA	み MI	む MU	め ME	も MO	りや RYA	りゅ RYU	りょ RYO
や YA	い I	ゆ YU	え E	よ YO	ぎや GYA	ぎゅ GYU	ぎょ GYO
ら RA	り RI	る RU	れ RE	ろ RO	じゃ JA	じゅ JU	じょ JO
わ WA	ゐ I	う U	ゑ E	を O	びや BYA	びゅ BYU	びょ BYO
ん N	※下記1)のとおり、Mに置き換える場合があります。				ぴや PYA	ぴゅ PYU	ぴょ PYO
が GA	ぎ GI	ぐ GU	げ GE	ご GO	色つきセルの文字及び下記の長音・撥音・促音は、特に誤りやすいので、注意してください。		
ざ ZA	じ JI	ず ZU	ぜ ZE	ぞ ZO			
だ DA	ぢ JI	づ ZU	で DE	ど DO			
ば BA	び BI	ぶ BU	べ BE	ぼ BO			
ぱ PA	ぴ PI	ぷ PU	ぺ PE	ぽ PO			

【英語での住所表記方法】

- ① 「兵庫県」は記載不要です。市、郡名から記載してください。
- ② 英語では表記順は、住所の狭い範囲から広い範囲へ順に表します。
(番地・町名・区・市といった順になります。)
- ③ 単語の1文字目は大文字で表記し、2文字目以降は小文字で表記します。
- ④ 単語の間は「,」でつないでください。「,」の後は一枠空けて記載してください。
(例) 兵庫県神戸市中央区下山手通5丁目10-1
→ 5-10-1, Shimoyamatedori, Chuo-ku, Kobe-City
- ⑤ ビル名、マンション名等は省略しても構いません。
(例) 1丁目2-3 ○○ビル1階 → 1-2-3-1F
- ⑥ City (市)、Ku (区)、Gun (郡)、Town (町)の前には「-」を入れてください。
(例) 神戸市須磨区 (Suma-Ku, Kobe-City)、加古郡稲美町 (Inami-Town, Kako-Gun)

【記入例】

神戸市兵庫区荒田町1丁目21-1	1-21-1, Aratacho, Hyogo-Ku, Kobe-City
明石市中崎1丁目5-1	1-5-1, Nakasaki, Akashi-City

(5) 薬局の電話番号及びFAX番号

- ① 住民案内用電話番号
通常の営業日及び開店時間中に、連絡が可能な電話番号を記載してください。
- ② 夜間・休日住民案内用電話番号
開店時間外の対応や24時間対応を行っている場合、あるいは夜間・休日営業の地域輪番・当番制に参加している場合は、その連絡先の電話番号等を記載してください。
- ③ 住民案内用FAX番号
通常の営業日及び開店時間中に、連絡が可能なファクシミリ番号を記載してください。

(6) 営業日・開店時間

- ① 基本となる開店時間
薬局の基本となる開店時間を24時間表記で記載してください。
(例)
時間帯1 9:00～19:00
時間帯2 9:00～13:00
時間帯3 16:00～20:00
- ② 各曜日記載欄
月曜日～日曜日と祝日の開店時間を、曜日ごとに24時間表記で記載してください。

(7) 時間外（休日・夜間）対応

開店時間外の対応や 24 時間対応が可能である場合、あるいは夜間・休日営業の地域輪番・当番制に参加している場合は、○を記載してください。

(8) 休業日

- ① 決まった週に休業・祝日に休業
該当する欄に○を記載してください。
- ② その他の休業日
年末年始、お盆等、通常の休業日以外の休業日等を記載してください。

2 薬局へのアクセス

(1) 薬局までの主な利用交通手段

利用交通手段のうち、主な手段を簡潔に記載してください。

（留意点）

- 公共交通機関を利用した場合、最寄りの駅・停留所の名称及び当該駅や停留所からの徒歩による所要時間等を記載してください。
- 可能な限り、他の民間業者や医療機関の建物を目印にしないでください。

（例）JR 元町駅西出口から、北へ徒歩 5 分

阪急西宮北口駅から「朝風町行き」バスで「市役所前」下車、徒歩 1 分

(2) 薬局の駐車場

薬局が所有あるいは契約している駐車場、又はスーパー内等に薬局があつて、スーパーの駐車場が利用できる場合等は、有料、無料別に駐車可能台数を記載してください。

駐車場がない場合は、空欄にしてください。

(3) ホームページアドレス

薬局が開設しているホームページアドレス（以下「URL」という。）を記載してください。ただし、従業者個人のホームページなど、薬局機能に関する情報以外の内容を主として提供する場合は、記載しないでください。

同一のホームページに複数の薬局情報が含まれる場合は、各薬局の情報が直接閲覧できる URL を記載してください。

ホームページを開設していない場合は、空欄にしてください。

(4) 電子メールアドレス

患者や住民が連絡、相談等を行うことのできる薬局専用の電子メールアドレスを記載してください。ただし、従業者個人の電子メールアドレス、業務以外に使用する等の電子メールアドレスは記載しないでください。

電子メールアドレスがない場合及び電子メールによる相談等の対応を行わない場合は、空欄にしてください。

3 薬局サービス等

(1) 相談に対する対応

該当する場合は、対応窓口の設置欄に○を記載し、時間外対応等について記載してください。

該当しない場合は、空欄にしてください。

① 健康相談対応

健康食品等の栄養相談、健康管理、感染症・食中毒等、生活習慣病、医薬品の副作用等についての相談等

② 介護相談対応

介護用品の相談、介護用食品の相談、ストマ装具の相談、介護保険関連事業所等の紹介等

③ 薬物中毒相談対応

薬物、シンナー、アルコール等の中毒・依存の相談、家族の対応方法、薬物中毒治療に関する医療機関の相談等

④ 禁煙相談対応

禁煙方法の相談、禁煙治療に関する医療機関の相談

⑤ 誤飲・誤食による中毒相談対応

たばこを誤って飲み込んでしまった場合や、食べることのできない野草等を食べてしまった場合の中毒相談等

(2) 薬剤師不在時間

薬局の開局時間のうち、薬剤師が不在となる時間がある場合は、有の欄に○を記載し、不在となる時間がない場合は、無の欄に○を記載してください。

薬剤師不在時間とは、当該薬局において調剤に従事する薬剤師が当該薬局以外の場所においてその業務を行うため、やむを得ず、かつ、一時的に当該薬局において、薬剤師が不在となる時間です。

(3) 対応することができる外国語の種類

対応することのできる外国語のレベルについて、対応レベル欄に○を記載してください。

事前連絡が必要な場合等は、特記事項欄に記載してください。

(4) 障害者に対する配慮

該当する場合は○を記載してください。該当しない場合は、空欄にしてください。

事前連絡が必要な場合等は、特記事項欄に記載してください。

(5) 車椅子の利用者に対する配慮

該当する場合は○を記載してください。該当しない場合は、空欄にしてください。

(6) 受動喫煙を防止するための措置

該当する場合は○を記載してください。該当しない場合は、空欄にしてください。スーパー内等にある薬局で、薬局内が禁煙であれば「施設内における全面禁煙の実施」に○を記載し、薬局外に喫煙所がある場合等は、特記事項に記載してください。

4 費用負担

(1) 医療保険及び公費負担等の取扱い

該当する場合は○を記載してください。項目にないものは、その他欄に項目を記載し、該当欄に○を記載してください。

(2) クレジットカードによる料金の支払い

利用可能なクレジットカードの該当欄に○を記載してください。項目にないクレジットカードが利用可能な場合は、下欄にカード名を記載してください。

5 業務内容、提供サービス

(1) 認定薬剤師の種類及び人数

該当する認定薬剤師がいる場合は、その人数を記載してください。該当する認定薬剤師がいない場合は、空欄にしてください。

(2) 健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数

健康サポート薬局の届出の有無にかかわらず、健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数を記載してください。該当する薬剤師がいない場合は、空欄にしてください。

(3) 薬局の業務内容

以下の条件に適合する場合は、該当欄に○を記載してください。

無菌製剤処理に係る調剤の可否	中心静脈栄養輸液、抗悪性腫瘍注射剤等の混合調整に関し、無菌製剤処理を行うための施設基準に適合している旨を兵庫社会保険事務局に届出を行っている場合
一包化薬に係る調剤の実施の可否	一包化調剤が可能な場合
麻薬に係る調剤の実施の可否	麻薬小売業免許を有する場合
浸煎薬及び湯薬に係る調剤の実施の可否	生薬（漢方を含む。）の浸煎薬・湯薬を調剤することができる場合
薬局製剤実施の可否	薬局製剤の製造販売承認を受けており、かつ薬局製剤製造販売業許可を受けている場合
医療を受ける者の居宅等において行う調剤実施の可否	医療を受ける者の居宅等において医師又は歯科医師が交付した処方せんにより調剤業務を行う場合で、在宅患

	者訪問薬剤管理指導を行う旨を兵庫社会保険事務局に届出を行っている場合
薬剤服用歴管理の実施の有無	薬剤服用歴（以下「薬歴」という。）を管理している場合
薬歴管理の電子化を実施	薬歴の管理について電子化を実施している場合
薬剤情報を記載するための手帳の交付の可否	調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を記載する手帳（いわゆる「お薬手帳」）の交付及び当該手帳への記載を行っている場合
薬剤情報を電磁的記録により記載するための手帳を所持する者の対応の可否	「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」（平成27年11月27日付け薬生総発1127第4号厚生労働省医薬生活衛生局総務課長通知）の「第2 提供薬局等が留意すべき事項」を遵守する体制が構築されているとともに「第3 運営事業者等が留意すべき事項」を遵守する電子版お薬手帳を提供している場合
高度管理医療機器等販売業・貸与業の許可の有無	高度管理医療機器等販売業・貸与業の許可を受けている場合
健康サポート薬局である旨の表示の有無	健康サポート薬局である旨の表示に係る届出をしている場合

(4) 地域医療連携体制

① 医療連携の有無

ア プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無

プレアボイドとは（薬による有害事象を防止・回避する）という言葉に基づいた造語であり、医療機関では一般社団法人日本病院薬剤師会においても薬剤師が薬物療法に直接関与し、薬学的患者ケアを実践して患者の不利益（副作用、相互作用、治療効果不十分など）を回避あるいは軽減した事例をプレアボイドと称して報告を収集し、共有する取組が行われているが、近年では、医療機関だけではなく、薬局における副作用等の健康被害の回避症例等も収集し、当該情報を医療機関等の関係者と連携して共有する取組も行われている。この取組に参加し、事例の提供を行っている場合は「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」欄に○を記載してください。

また、薬局機能情報に前年1年間（1月1日～12月31日）に疑義照会により処方変更がなされた結果、患者の健康被害や医師の意図した薬効が得られないことを防止するに至った事例を報告した場合も「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組」欄に○を記載してください。

イ プロトコルに基づいた薬物治療管理（PBPM）の取組の有無

PBPMとは、「薬剤師に認められている業務の中で、医師と合意したプロトコルに従って薬剤師が主体的に実施する業務を行うこと」であり、医療機関の医師や薬局の薬剤師等が地域でPBPMを導入することにより、薬物

療法の適正化や患者の利便性の向上を達成する取組を実施している場合は「プロトコルに基づいた薬物治療管理（P B P M）の取組」欄に○を記載してください。

② 地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無

薬局が所在する地域に地域医療情報連携ネットワークがある場合に、そのネットワークに参加し、患者情報の共有等による薬学的管理の向上に取り組んでいる場合は「地域医療情報連携ネットワークへの参加」欄に○を記載してください。

③ 退院時の情報を共有する体制の有無

医療機関の医師又は薬剤部や地域医療（連携）室等との連携により、退院時カンファレンスへの参加や退院時カンファレンスへの参加や退院時の情報を共有する体制がある場合は「退院時の情報を共有する体制」欄に○を記載してください。

④ 受診勧奨に係る情報等を医療機関に提供する体制の有無

薬局の利用者からの健康に関する相談に適切に対応し、そのやり取りを通じて、必要に応じ医療機関への受診勧奨を行う際に、利用者の同意を得た上で、当該利用者の情報等を文書により医療機関（医師）に提供する体制がある場合は「受診勧奨に係る情報等を医療機関に提供する体制」欄に○を記載してください。

⑤ 地域住民への啓発活動への参加の有無

地方公共団体や地区薬剤師会等が地域住民に対して開催している薬の特性や適正使用の必要性等に関する講習会、学校教育等の啓発活動へ参加等を行っている場合は「地域住民への啓発活動への参加の有無」欄に○を記載してください。

(5) 薬局の認定等

該当する場合は○を記載してください。該当しない場合は、空欄にしてください。

6 実績、結果等に関する事項

(1) 薬局の薬剤師数

薬事に関する実務に従事する薬剤師の数を以下に従って記載してください。

※ 薬局における必要薬剤師の数は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（以下「医薬品医療機器等法」という。）に基づき「薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令（昭和 39 年厚生省令第 3 号）」に定められおり、その詳細は「薬局等の許可

に関する疑義について（回答）」（平成 11 年 2 月 16 日付け医薬企第 16 号厚生省医薬安全局企画課長通知）記 1「薬剤師の員数の解釈について」で示されています。

なお、この場合は、端数は切り捨てるものとします。

【平成 11 年 2 月 16 日付け医薬企第 16 号厚生省医薬安全局企画課長通知の要旨】

- 常勤薬剤師（薬局で定める勤務時間の全てを勤務する者）をもって員数 1 とする。
- 非常勤薬剤師とは、その勤務時間を 1 週間の薬局で定める勤務時間で割り算した数とする。ただし、1 週間の薬局で定める勤務時間が 32 時間未満と定められている場合は、換算する分母は 32 時間とする。

なお、この場合は、端数は切り捨てる。

（例 1）

1 週間の薬局で定める薬剤師の勤務時間 40 時間の薬局について、薬剤師 A は週 40 時間勤務、薬剤師 B, C, D は週 20 時間勤務の場合

→ A が常勤で員数 1。B, C, D の員数はそれぞれ $20/40=0.5$ となり、合計 = $1+0.5+0.5+0.5=2.5$ となる。端数は切り捨てるため、記載する数字は「2」となる。

（例 2）

1 週間の薬局で定める薬剤師の勤務時間が 30 時間の薬局について、薬剤師 A は週 40 時間勤務、薬剤師 B は週 30 時間、薬剤師 C は週 15 時間、薬剤師 D は週 20 時間、薬剤師 E は週 22 時間勤務の場合

※この場合、薬局で定める勤務時間は 30 時間であるが、換算する分母は 32 時間をなる。

→ A が常勤で員数 1。非常勤 B～E の員数の合計は、 $30/32+15/32+20/32+22/32=2.71\cdots$ となり、合計 = $1+2.7=3.7$ となる。端数は切り捨てるため、記載する数字は「3」となる。

(2) 医療安全対策の実施

① 副作用等に係る報告の実施件数

報告期日の前年 1 年間（1 月 1 日から 12 月 31 日）に法第 68 条の 10 条第 2 項に基づく副作用等の報告を実施した延べ件数を記載してください。

② 医療安全対策に係る事業への参加の有無

薬局医療安全対策推進事業におけるヒヤリ・ハット事例等の収集に参加している場合は「医療安全対策に係る事業への参加」欄に○を記載してください。

(3) 情報開示の体制

調剤録、薬歴、レセプト等の情報について患者本人からの求めに基づいて情報開示をする場合は、該当欄に○を記載してください。

(4) 症例を検討するための会議等の開催

薬歴、服薬指導等の実践に基づく服薬遵守（コンプライアンス）の状況等の確

認、指導内容の改善、相談対応等の改善を目的とした検討を定期的実施している場合は、該当欄に○を記載してください。

(5) 処方せんを応需した患者数

報告期日の前年1年間（1月1日から12月31日まで。年の途中に開局した場合は、開局時から12月31日まで。）に処方せんを応需した延べ患者数を記載してください。（不明な場合は、延べ処方せん数に代えて差し支えない。）

(6) 医療を受ける者の居宅等において行う調剤業務の実施件数

在宅患者訪問薬剤管理指導料等の算定にかかわらず、報告期日の前年1年間（1月1日から12月31日）に、医療を受ける者の居宅等において調剤業務を実施した延べ件数を記載してください。

(7) 健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師が地域ケア会議その他地域包括ケアシステムの構築のための会議に参加した回数

報告期日の前年1年間（1月1日から12月31日）に、健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師が地域ケア会議等の地域の多職種が参加する会議に参加した回数を記載してください。

なお、健康サポート薬局研修を修了した複数の薬剤師が同一会議に参加した場合は、1回として計上してください。

※ 地域ケア会議とは、「行政職員をはじめとした地域の関係者から構成される会議体」をいいます。

※ 健康サポート薬局研修を修了していない薬剤師の参加回数は含みません。

(8) 患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数

報告期日の前年1年間（1月1日から12月31日）に、患者、その家族等若しくは医療機関の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合において、患者の同意を得た上で、患者の服薬状況等を服薬情報等提供料に係る情報提供書等の文書により医療機関（医師）に提供した回数を記載してください。

(9) 患者満足度の調査

① 患者満足度の調査

報告期日の前年1年間（1月1日から12月31日）に薬局に来訪した患者又はその家族に対し、薬局の業務やサービス等に関してアンケート等の調査を行った場合は、該当欄に○を記載してください。

② 患者満足度の調査結果の提供の有無

①の調査結果について、薬局において閲覧できるようにする等、公表を行っている場合は、該当欄に○を記載してください。