

薬局機能情報報告の留意点

令和元年11月

- 薬局機能情報の報告につきましては、あらかじめ、次ページ以降の留意点をご一読ください。

【薬局機能情報報告の留意点】

1 連絡担当者

報告内容について、お問合せをさせていただく担当者を記入してください。

2 基本情報

(1) 薬局の名称

薬局の正式名称は、許可証に記載されている名称です。フリガナ(カタカナで記入すること。以下同じ。)及び英語表記(ローマ字(ヘボン式。以下同じ。)表記)も記入してください。英語表記(ローマ字表記)は、単語の1文字目は大文字で記入し、2文字目以降は小文字で記入してください。

(2) 薬局の開設者

薬局の開設者の氏名(法人の場合は、名称及び代表者の氏名)を記入してください。

(3) 薬局の管理者

管理薬剤師の氏名を記入してください。許可申請書または変更届提出時に届け出ているものと同じ表記とし、フリガナも記入してください。

(4) 薬局の所在地

許可証と同じ表記とし、郵便番号(7桁)、フリガナおよび英語表記も記入してください。「愛媛県」は記入不要です。郡市町から記入してください。また、地番についてはフリガナ不要です。

【英語での住所表記方法】

- 「愛媛県」は記入不要です。郡市町から記入してください。
- 英語での住所表記は、住所の狭い範囲から広い範囲へ順に表します。従って、番地・町名、郡・市・町名の順になります。
- 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。
- 単語の間は、「, 」でつないでください。
ビル名やマンション、スーパーの店名は省略しても差し支えありません。
- Gun(郡)、City(市)、Town(町)の前には「-」を入れて下さい。
(例)松山市一番町4-4-2 → 4-4-2, Itibancho, Matsuyama-City

(5) 薬局の電話番号及びファクシミリ番号

通常の営業日の開店時間内において連絡が可能な電話番号およびファクシミリ番号を記入してください。

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等は、その連絡先の電話番号を記入してください。

該当がない場合は、空欄としてください。

(6) 営業日・開店時間(※調査票に記入例があります。)

基本となる開店時間帯(時間帯1、2まで記入可)を24時間表記で記入してください。

営業している曜日に「○」を記入してください。「○」が記入されていない曜日は、休業日とみなします。

基本となる開店時間帯以外については、記入欄に具体的に時間を記入してください。

特殊な開店時間がある場合は、「休日に関する特記事項」に記入してください。

(例)第3水曜日は10時～13時まで

(7) 時間外(休日・夜間)対応

該当する項目があれば、該当欄に「○」を記入してください(複数選択可)。

対応がない場合は、空欄としてください。

3 薬局へのアクセス

(1) 薬局までの主な利用交通手段

基本的に公共交通機関を利用する場合とし、最寄りの駅・停留所の名称及び当該駅・停留所からの方角や所要時間等を記入してください。

(例)〇〇線〇〇駅からすぐ

〇〇停留所から東へ徒歩20分

(2) 薬局の駐車場

薬局専用の駐車場(薬局において所有する駐車場、または契約等により薬局に訪れた患者等が自由に使用できる駐車場)がある場合に「○」を記入し、それ以外の場合は空欄としてください。

「○」の場合、有料・無料の別に駐車できる普通乗用車の台数を記入してください。有料の場合は、特記事項の料金を記入してください。

薬局専用の駐車場がない場合であって、最寄りに駐車場がある場合は、特記事項に記入してください。

(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を記入してください。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、記入しないでください。

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、各薬局の情報が適切に閲覧できるようにしてください。

ホームページを開設していない場合は、空欄としてください。

ホームページの閲覧が有料の場合は「ホームページが有料」の欄に「○」を記入してください。

(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入してください。ただし、従業者個人の電子メールアドレスや、業務以外に使用する等の電子メールアドレスは、記入しないでください。

電子メールアドレスがない場合およびメールによる相談等の対応を行わない場合は、空欄としてください。

4 薬局内サービス等

(1) 健康サポート薬局である旨の表示

「健康サポート薬局」である旨を掲載すること。該当する場合は「有」に、「○」を記入してください。

(2) 相談に対する対応の可否

設置及び実施しているものについて、該当欄に「○」を記入してください(複数選択可)。

「時間外の対応が可能」とした場合は、その対応時間と連絡先電話番号を記入してください。

(3) 薬剤師不在時間の有無

規則第1条に定める薬局開設の許可の申請書又は法第10条第2項に定める変更の届出において、薬剤師不在時間「有」と届出をした場合は「有」に「○」を記入してください。

(4) 対応することができる外国語の種類

外国語対応が可能な場合は、該当する言語の会話レベルに「○」を記入してください(複数選択可)。

その他の言語で、常時対応可能な言語があれば、外国語の種類とその会話レベルに「○」を記入してください。

(5) 障がい者に対する配慮

対応しているものについて、該当項目に「○」を記入してください。どの項目にも対応不可能な場合は、空欄としてください。

- 手話通訳での服薬指導
手話通訳での服薬指導が可能な場合(その際事前連絡要・不要)
- 画面表示
パソコンの画面等での服薬指導が可能な場合
- 文書または筆談での服薬指導
文書や筆談での服薬指導が可能な場合
- 薬袋・薬剤への点字表示
薬袋・薬剤へ点字表示(シール等)を行える場合
- 服薬指導に用いる文書への点字表示
服薬指導用文書に点字表示を行える場合
- 音声案内対応
店舗内で、音声案内を行っている場合

(6)車椅子の利用者に対する配慮

車椅子での来局が可能な場合は、該当項目に「○」を記入してください(複数選択可)。
車椅子での来局が不可の場合は、すべて空欄としてください。

(7)受動喫煙を防止するための措置

該当項目に「○」を記入してください(いずれかひとつ選択)。

- 全面禁煙
薬局建物内の患者が利用する全ての場所を禁煙としている場合
- 喫煙所設置
喫煙場所を部屋として区画する、吸煙装置を設置する等により、非喫煙者に対し、受動喫煙を防止するための措置がされている場合(単に喫煙場所を区画として設けるのみで、受動喫煙を防ぐことができない場合は、この項目には該当しない。)
- 未実施
全面禁煙、喫煙所設置のいずれにも該当しない場合

5 費用負担

(1)医療保険及び公費負担の取扱い

医療保険適用や費用負担等に関して指定を受けている場合は「○」を記入してください。
該当がない場合は、空欄としてください。

【公費負担等について】

- 健康保険法に基づく保険薬局の指定
健康保険法に基づき大臣の指定を受けた薬局
- 生活保護法に基づく指定
生活保護法に基づき、知事の指定を受けた薬局
- 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく指定
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づき、知事の指定を受けた薬局(旧結核予防法に基づく結核指定医療機関の指定)
- 戦傷病者特別援護法に基づく指定
戦傷病者特別援護法に基づき利用者の希望により県が取扱いを依頼した薬局
- 母子保健法に基づく指定
母子保健法に基づき、県の指定を受けた薬局
- 公害健康被害の補償等に関する法律に基づく指定(公害医療)
特段の申し出をしない限り、健康保険法に基づく保険薬局および生活保護法に基づく指定医療機関である薬局の全てが該当します。
- 原子爆弾被害者に対する援護に関する法律に基づく指定(原爆医療)

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づき、厚生労働大臣又は都道府県の指定を受けた薬局

- 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定に基づき、県の指定を受けた薬局
- 児童福祉法に基づく指定
児童福祉法に基づき、県の指定を受けた薬局
- 難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく指定
難病の患者に対する医療等に関する法律に基づき、県の指定を受けた薬局

(2) クレジットカードによる料金の支払の可否

「処方せん調剤に関する支払」及び「一般薬その他に関する支払」について、クレジットカードによる料金の支払が可能な場合は、「○」を記入してください。

「○」とした場合、利用可能なクレジットカードの種類を記入してください。

6 業務内容、提供サービス

(1) 認定薬剤師の種類及び人数

中立的かつ公共性のある団体により認定され、またはそれらと同等の制度に基づいて認定された薬剤師(認定薬剤師)について、常勤、非常勤にかかわらず実数を記入してください。

その他の認定薬剤師については、認定の種類と人数を記入してください。

なお、公的な機関から任命されていても、保護司、薬物乱用防止指導員等は除きます。

また、認定薬剤師の合計人数および、認定薬剤師のうちCPC(公益社団法人薬剤師認定制度認証機構(Council on Pharmacists Credentials))により認証を受けた機関の研修を受けた認定薬剤師の合計人数を記入してください。

いずれの項目にも該当しない場合は、空欄としてください。

(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(常勤・非常勤にかかわらず実数)を記載してください。

ただし、研修修了証の有効期限が切れている場合は人数に含みません。

(3) 薬局の業務内容

対応することができる業務内容について、該当項目に「○」を記入してください。

○無菌製剤処理に係る調剤の実施

中心静脈栄養輸液、抗悪性腫瘍注射剤等の混合調製に関し、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地方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

一包化調剤が可能な場合

薬包紙により個別に実施する場合には、「○」として差し支えありません。

○麻薬に係る調剤の実施の可否

麻薬小売業者免許を有し、麻薬調剤が可能な場合

○生薬(漢方薬を含む。)の浸煎薬及び湯薬に係る調剤の実施

生薬(漢方薬を含む。)の浸煎薬・湯薬を調剤することができる場合

○薬局製剤の実施

薬局製剤の製造販売承認を受けており、かつ製造販売業許可および製造業許可を受けている場合。ただし、承認不要品目のいずれかについてのみ製造販売の届出を行っている場合は該当しません。

○医療を受ける者の居宅等において行う調剤業務の実施

居宅において療養を行っている患者(通院が困難な者に限る。)に対して医師または歯科医師

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地方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
薬剤服用歴(以下「薬歴」という。)を管理している場合
- 薬剤服用歴管理電子化の実施
薬歴の管理方法について電子化を実施している場合
- 薬剤情報を記入するための手帳の交付
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入する手帳(いわゆる「お薬手帳」)の交付および当該手帳への記入を行っている場合
- 電子化した薬剤情報を記載するための手帳(お薬手帳(電子版))サービスの実施
「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
- 自己注射の注射針の回収
自己注射の注射針の回収を行っている場合

(4) 地域医療連携体制

1. 医療連携

対応している場合は「○」を記入してください。

- 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を基にした造語であり、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。薬局においてこのような取組に参加し、事例の提供を行っている場合や、当該項目に該当する取組として、薬局医療安全対策推進事業におけるヒヤリ・ハット事業及び、一般社団法人愛媛県薬剤師会・一般社団法人愛媛県病院薬剤師会における愛媛プレアボイド報告事業の「参加薬局」として登録を行うだけでなく、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
- プロトコルに基づいた薬物治療管理(PBPM)の取組の有無
PBPM (Protocol Based Pharmacotherapy Management)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や、他に医療連携の取組(地域の医療機関等が連携した薬剤の使用に関するフォーミュラリーを導入する取組等)を実施している場合
- 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
- 患者退院時における医療機関等や地域医療(連携)室との情報共有体制の有無
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の情報を共有する体制がある場合
- 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
- その他医療連携がある場合は具体的に記入してください。

2. 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や健康展、学校教育等の啓発活動への参加等を行っている場合は、「地域住民や学校教育に対する啓発活動への参加」に「○」を記入してください。

7 実績、結果等に関する事項

該当する項目に「○」、または人数を記入してください。

(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(常勤および非常勤の薬剤師の合計人数)を以下に従って常勤換算した薬剤師数を記入してください。

なお、端数は切り捨ててください。

薬剤師数の換算について

○常勤薬剤師をもって員数1とする。

○常勤薬剤師とは、薬局で定める勤務時間

(薬局で自由に設定してください。例. 週40時間等)の全てを勤務する者をいう。

○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。

(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の員数はそれぞれ週20時間の場合。

→ Aが常勤で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。

端数は切り捨てて報告するため、報告書に記入する人数は、2人となる。

(例2)

1週間の薬局で定める薬剤師の勤務時間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時間となる。

→ Aが常勤で1。非常勤B～Eの員数の合計は

$30/32+15/32+20/32+22/32=2.71\dots$ となり、

合計 $=1+2.7=3.7$ となる。

端数は切り捨てて報告するため、報告書に記入する人数は、3人となる。

(2) 医療安全対策の実施

○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～12月31日)に、法第68条の10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する。

○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、「○」を記入してください。

(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を開示する場合は、「○」を記入してください。

(4) 症例を検討するための会議等の開催の有無

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に行っている場合は、「○」を記入してください。

(5) 処方せんを応需した者の数(患者数)

前年1年間(1月1日～12月31日)(ただし年の途中で開局した場合は、開局日から12月31日まで。)に処方せんを応需した延べ患者の実数を記入してください。
該当がない場合は空欄にしてください。

(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～12月31日)に、医療を受ける患者の居宅等において調剤業務を実施した延べ件数を実数で記載してください。

(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

報告期限の前年1年間(1月1日～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の多職種が参加する会議に参加した件数を入力してください。健康サポート薬局に係る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。
※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う。

(8) 患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数

前年1年間(1月1日～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に提供した回数を入力してください。
※服薬情報等提供料の算定の有無は問いません。

(9) 患者満足度の調査

該当項目に「○」を記入してください。

① 患者満足度の調査の実施

前年1年間(1月1日～12月31日)に薬局に来訪した患者またはその家族に対し、薬局の業務やサービス等に関するアンケート調査などを行った場合

② 調査結果の提供の有無

① 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

【自由記入欄】

公開したい内容があれば記入してください。