

# 神奈川県 薬局機能情報報告票 記入の手引き

## 目次

薬局機能情報報告書（表紙）の回答者連絡先の記入方法	1
報告票の全般的な記入上の注意事項	1
報告票の各項目の記入方法	2
1 管理・運営・サービス等に関する事項	2
1.1 基本情報	2
1.2 薬局へのアクセス	8
1.3 薬局サービス等	10
1.4 費用負担	12
2 提供サービスや地域連携体制に関する事項	13
2.1 業務内容、提供サービス	13
2.2 実績、結果等に関する事項	17
2.3 地域連携薬局等に関する事項	19
3 その他の事項	22
3.1 くすりと健康相談薬局である旨の表示	22

### 記入にあたって

- ◆ 報告書のご回答者の連絡先を記入してください。
- ◆ 報告票は全項目を見直して報告日時点の状況で記入してください。
- ◆ 報告票は「赤」ボールペン等で記入してください。

### 問合せ先

薬務課 薬事指導グループ（電話 045-210-4967）  
8：30 から 12：00 まで及び 13：00 から 17：15 まで  
（土・日・祝祭日は除く。）

## 薬局機能情報報告書（表紙）の回答者連絡先の記入方法

### 回答者連絡先情報の取扱いについて

ご回答者の連絡先に記入された情報は、報告票の記入内容を確認する場合及び報告提出のための案内メールを送信するために使用します。

ご記入いただきました情報につきましては、適切に管理し、この目的以外に使用しません。また、薬局機能情報として公表する項目ではありません。

#### ■ 電子メールアドレス

県からの案内を送信したり、パスワードの再発行申請を行った際の処理結果を送信したりするためのものです。

#### ■ 担当者氏名、部署・役職、連絡先電話番号及びFAX番号

ご提出いただいた報告内容に関してお問い合わせをする際の連絡先として使用させていただきます。情報です。

### 各項目の記入方法

#### (1) 電子メールアドレス

県からの案内を受け取るための電子メールアドレスを記入してください。ただし、携帯電話のメールアドレスは使用できません。

また、組織内で了承が得られていれば、個人の電子メールアドレスを記入していただいても構いません。できるだけ記入をお願いします。

#### (2) 担当者氏名

担当者の氏名を記入してください。また、フリガナを記入してください。

#### (3) 部署・役職

担当者の部署・役職を記入してください。

#### (4) 電話番号

連絡先の電話番号を記入してください。内線番号がある場合には、内線番号も記入してください。

#### (5) FAX番号

FAXがある場合にはFAX番号を記入してください。

## 報告票の全般的な記入上の注意事項

- 1 原則として、報告日時点における状況を記入してください。
  - (1) 記入された内容は、そのままインターネットで公表します。
  - (2) インターネット上で閲覧ができない文字を記入された等の不具合が認められた場合は、報告者への同意なしで代替の文字への変更等の対応をとらせていただくことがあります。
- 2 報告票の記入欄には、必要な事項をすべて「赤ボールペン」等で記入してください。
- 3 報告票の記入欄には、適切な語句を楷書ではっきりと記入してください。
  - (1) 既に記入されている内容に誤りがある場合には記入内容に二重線を引いて、正しい内容を記入してください。基本情報を訂正する場合には、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上の変更届出が必要な場合があります。所管の保健所等にご相談ください。
  - (2) すでに記入されている内容に誤りがない場合にはそのまま結構です。

## 4 報告票の選択肢項目のチェック方法

- (1) □がある欄は、選択肢のうち該当する項目すべてに✓を記入してください。該当するものがない場合は空欄で差し支えありません。
- (2) ○がある欄は、選択肢のうち最も当てはまる項目のいずれかに✓を記入してください。

## 報告票の各項目の記入方法

## 報告日

報告票を提出する年月日を記入してください。  
公表時の最終報告日として公表します。

## 1 管理・運営・サービス等に関する事項

## 1.1 基本情報

## 1.1.1 薬局の名称

## (1) フリガナ

許可証に記載された名称をカタカナで記入してください。

〔例示〕 カナガワケンヤッキョクニホンオオドリテン  
カナガワケンファーマシー

## (2) 名称

許可証に記載された名称を記入してください。空白は作らないでください。

〔例示〕 神奈川県薬局日本大通店  
神奈川県ファーマシー

## (3) ローマ字表記

名称をヘボン式ローマ字で記入してください。ヘボン式ローマ字の表記は下記を参照してください。英名がある場合には、英名でも構いません。

**ローマ字表記の留意点**

- 各語の1文字目は大文字で、2文字目以降は小文字で表記します。
- 各語の間は空白1文字を空けてください。

〔例示〕 Kanagawaken Yakkyoku Nihonoriten  
Kanagawaken Famashi (英名の場合) Kanagawaken Pharmacy

**ヘボン式ローマ字の表記**

ア	A	イ	I	ウ	U	エ	E	オ	O
カ	KA	キ	KI	ク	KU	ケ	KE	コ	KO

サ	SA	シ	SHI	ス	SU	セ	SE	ソ	SO
タ	TA	チ	CHI	ツ	TSU	テ	TE	ト	TO
ナ	NA	ニ	NI	ヌ	NU	ネ	NE	ノ	NO
ハ	HA	ヒ	HI	フ	FU	ヘ	HE	ホ	HO
マ	MA	ミ	MI	ム	MU	メ	ME	モ	MO
ヤ	YA			ユ	YU			ヨ	YO
ラ	RA	リ	RI	ル	RU	レ	RE	ロ	RO
ワ	WA	イ	I	ウ	U	エ	E	ヲ	O
ン	N (M)								
ガ	GA	ギ	GI	グ	GU	ゲ	GE	ゴ	GO
ザ	ZA	ジ	JI	ズ	ZU	ゼ	ZE	ゾ	ZO
ダ	DA	ヂ	J I	ヅ	ZU	デ	DE	ド	DO
バ	BA	ビ	BI	ブ	BU	ベ	BE	ボ	BO
パ	PA	ピ	PI	プ	PU	ペ	PE	ポ	PO
キャ	KYA			キュ キュウ	KYU			キョ キョウ	KYO
シャ	SHA			シュ シュウ	SHU			ショ ショウ	SHO
チャ	CHA			チュ チュウ	CHU			チョ チョウ	CHO
ニャ	NYA			ニュ ニュウ	NYU			ニョ ニョウ	NYO
ヒャ	HYA			ヒュ ヒュウ	HYU			ヒョ ヒョウ	HYO
ミャ	MYA			ミュ ミュウ	MYU			ミョ ミョウ	MYO
リャ	RYA			リュ リュウ	RYU			リョ リョウ	RYO
ギャ	GYA			ギュ ギュウ	GYU			ギョ ギョウ	GYO
ジャ	JA			ジュ ジュウ	JU			ジョ ジョウ	JO
ビャ	BYA			ビュ ビュウ	BYU			ビョ ビョウ	BYO
ピャ	PYA			ピュ ピュウ	PYU			ピョ ピョウ	PYO

### フリガナをへボン式ローマ字に変換する際の留意点

#### ■ 撥音（はつおん）の特例

1. 「ン」で表記される撥音は「N」で表記する。

[例示] コンドウ→Kondo

- 「B」「M」「P」の前の撥音については「M」で表記する。  
〔例示〕 ナンバ→Namba ホンマ→Homma サンペイ→Sampei

#### ■ 促音（そくおん）の特例

- 「っ」で表記される促音は通常子音を重ねて表記する。  
〔例示〕 ハットリ→Hattori キッカワ→Kikkawa
- ただしチャ、チ、チュ、チョの前の促音については「T」で表記する。  
〔例示〕 ホッチ→Hotchi ハッチョウ→Hatcho

#### ■ 長音の表記（「ウ」または「オ」で表記される長音については下記を参照。）

- 姓または名の末尾部分のフリガナを「オ」としたものは「O」と綴る  
〔例示〕 妹尾（セノオ）→Senoo 横尾（ヨコオ）→Yokoo
- 姓または名の末尾以外のフリガナを「オ」としたものは「O」を入れない  
〔例示〕 大河内（オオコウチ）→Okochi 大野（オオノ）→Ono
- 姓または名の末尾であるか否かに関わらず、フリガナを「ウ」としたものは「U」を入れない  
〔例示〕 狩野（カノウ）→Kano 中條（チュウジョウ）→Chujo

#### ■ その他

- 〔例示〕 ファーマシー→Famashi または Pharmacy 調剤→Chozai  
フィ→Fi

### 1.1.2 薬局の開設者

#### 1.1.2.1 法人・個人の別

該当する項目いずれかに✓を記入してください。

#### 1.1.2.2 開設者名

##### (1) フリガナ

開設者名をカタカナで記入してください。

〔例示〕 法人の場合：カブシキガイシャカナガワケン

個人の場合：カナガワイチロウ

##### (2) 名称

法人の場合は開設者である法人の名称を、個人の場合は開設者の氏名を記入してください。空白は作らないでください。

〔例示〕 法人の場合：株式会社神奈川県

個人の場合：神奈川一郎

#### 1.1.2.3 代表者名

##### (1) フリガナ

法人の場合に、代表者の氏名をカタカナで記入してください。開設者が個人の場合には記入しないでください。

〔例示〕 ヨコハマタロウ  
ダイヒョウトリシマリヤク ヨコハマタロウ

(2) 氏名

法人の場合に、代表者の氏名を記入してください。開設者が個人の場合には記入しないでください。

〔例示〕 横浜太郎  
代表取締役 横浜太郎

### 1.1.3 薬局の管理者

(1) フリガナ

薬局の管理者（管理薬剤師）の氏名をカタカナで記入してください。

(2) 氏名

薬局の管理者（管理薬剤師）の氏名を記入してください。

### 1.1.4 薬局の所在地

(1) 郵便番号

所在地の郵便番号を配達局番号（上3桁）と町域番号（下4桁）の数字で記入してください。

(2) フリガナ

所在地をカタカナで記入してください。県名は省略して、市・郡から記入してください。

(3) 所在地

所在地を漢字等で記入してください。県名は省略して、市・郡から記入してください。許可証に記載のないビル名等を追記しても差し支えありません。

(4) 英語表記

住所の英語表記方法を参照して、所在地の英語表記を記入してください。許可証に記載のないビル名等を追記しても差し支えありません。

#### **住所の英語表記方法**

- 国、県、郵便番号は記入せずに、市・郡以下を記入してください。
- 英語表記の場合には日本語表記とは逆に、住所の狭い範囲から広い範囲へ順に表記するため、番地・町名・区・市等といった順になります。
- 各語の1文字目は大文字で、2文字目以降は小文字で表記します。
- 各語の間は「, 」(カンマと空白1文字)で区切ってください。
- 許可証に記載のあるビル名、マンション名は省略して差し支えありません。
- 市は「-shi」、区は「-ku」、郡は「-gun」、町は「-machi」、村は「-mura」と表記してください。

〔例示1〕 横浜市中区港町1-1-2 横浜ビル2階

1-1-2-2F, Minatocho, Naka-ku, Yokohama-shi

〔例示2〕 川崎市川崎区宮本町1-2 川崎マンション102号

1-2-102, Miyamotocho, Kawasaki-ku, Kawasaki-shi

〔例示3〕 中郡大磯町東小磯183

183, Higashikoiso, Oiso-machi, Naka-gun

#### 1.1.5 電話番号及びファクシミリ番号

##### (1) 代表電話

通常の開店時間に連絡が可能な電話番号を「市外局番-市内局番-番号」の形式で記入してください。ただし、個人の携帯電話、PHS等の電話番号は記入しないでください。

##### (2) その他

特定の用途に使用している電話がある場合には、その電話番号と用途を記入してください。

ただし、個人の携帯電話、PHS等の電話番号は記入しないでください。

〔例示〕 用途： 予約

用途： 相談

##### (3) 夜間・休業日

開店時間以外の、夜間、休業日に連絡可能な連絡先電話番号がある場合に記入してください。(1)の代表と同じ番号の場合でも記入してください。

ただし、携帯電話、PHS等の電話番号は記入しないでください（輪番制等の携帯電話、PHS等の電話番号であれば、記入することは可）。

##### (4) ファクシミリ

ファクシミリがある場合には、ファクシミリ番号を記入してください。

#### 1.1.6 営業日

##### (1) 通常の営業日

通常の営業日に✓を記入してください。「祝日」は祝祭日及び国民の休日とします。

##### (2) 特別な時期の休業日

通常の休業日以外の休業日(年末年始等)を100文字以内で記入してください。

〔例示〕 第2土曜日、第4土曜日

年末年始(12月29日から1月3日まで)

お盆(8月12日から8月16日まで)

毎月20日

設立記念日(3月15日) 等

1.1.7 開店時間

1.1.7.1 通常の開店時間

「営業日」に✓した曜日に対応する通常の開店時間を24時間表記で記入してください。3時間帯まで記入可能です。

開店時間は薬局の実店舗が開局している時間とし、特定販売のみを行う時間は除いてください。

〔例示1〕月曜日が午前9時から午後1時と午後3時から午後7時が開店時間、火曜日は休業日の場合

曜日	時間帯1				時間帯2				時間帯3							
	開始時間		終了時間		開始時間		終了時間		開始時間		終了時間					
01 月	0	9	0	0	1	3	0	0	1	5	0	0	1	9	0	0
02 火																

(以下略)

〔例示2〕24時間営業の場合

曜日	時間帯1				時間帯2				時間帯3							
	開始時間		終了時間		開始時間		終了時間		開始時間		終了時間					
01 月	0	0	0	0	2	4	0	0								
02 火	0	0	0	0	2	4	0	0								

(以下略)

〔例示3〕午前9時から翌日の午前3時が開店時間の場合

曜日	時間帯1				時間帯2				時間帯3							
	開始時間		終了時間		開始時間		終了時間		開始時間		終了時間					
01 月	0	0	0	0	0	3	0	0	0	9	0	0	2	4	0	0
02 火	0	0	0	0	0	3	0	0	0	9	0	0	2	4	0	0

\*月曜日の9時から24時までと火曜日の0時から3時までが連続しています。

1.1.7.2 特定販売を行う時間

特定販売を行う時間を24時間表記で記入してください。3時間帯まで記入可能です。

特定販売を行わない場合は空欄としてください。

1.1.7.3 開店時間以外における対応

該当する項目すべてに✓してください。



1.1.8 開店時間以外で相談できる時間

1.1.8.1 開店時間以外で相談できる時間

開店時間以外で電話等による相談対応ができる場合はその時間を24時間表記で記入してください。その際に1.1.7.1の通常の開店時間に記入した時間帯と重ならないようにしてください。

3時間帯まで記入可能です。

開店時間以外で電話等による相談対応を行わない場合は空欄としてください。

1.1.8.2 開店時間以外で相談できる時間の特記事項

開店時間以外で相談できる時間帯についての特記事項がある場合は150文字以内で記入してください。

1.1.8.3 開店時間以外で相談できる連絡先

開店時間以外の相談用電話番号と特記事項は2件まで記入できます。

(1) 開店時間以外の相談用電話番号

開店時間以外の相談用電話番号を「市外局番－市内局番－番号」の形式で記入してください。

(2) 特記事項

相談対応時間等についての特記事項がある場合は100文字以内で記入してください。

---

1.2 薬局へのアクセス

---

1.2.1 薬局までの主な利用交通手段

主な利用交通手段を少なくとも1つ記入してください。最大4とおりまで記入することができます。

公共交通機関を利用する場合、最寄りの鉄道路線（複数の路線が乗り入れている場合にはいずれか1路線）と駅名及び駅から徒歩、バス、車のいずれかに✓を記入し、その所要時間を記入してください。いずれにも✓がない場合は「徒歩」とみなします。

また、バスの場合には下車する停留所の名称と停留所からの徒歩での所要時間を記入してください。

〔例示1〕徒歩の場合

JR東日本根岸線 関内 駅	<input checked="" type="checkbox"/> 徒歩	左記でバスの場合	
	<input type="checkbox"/> バス 15分 <input type="checkbox"/> 車		停留所下車 徒歩 分

## 〔例示2〕バスの場合

JR東海道本線 大船 駅	○ 徒歩	左記でバスの場合	
	☑ バス 15分	岡本	停留所下車
	○ 車		徒歩 3分

## 1.2.2 薬局の駐車場

## 1.2.2.1 専用の駐車場の有無

## (1) 有無

該当する項目いずれかに☑を記入してください。

薬局が所有あるいは契約している駐車場、又はスーパー等の中に店舗があって、その駐車場を利用できる場合は「駐車場あり」に☑を記入してください。所有あるいは契約している駐車場がなければ「駐車場なし」に☑を記入してください。

## (2) 有料駐車場台数、無料駐車場台数

「駐車場あり」に☑を記入した場合には、駐車可能な普通乗用車の台数を数字で記入してください。一定時間を経過した場合に有料となる駐車場の場合は、有料駐車場として台数を記入してください。

## (3) 最寄りの駐車場の有無

「駐車場なし」に☑を記入した場合には、最寄りに市営駐車場など他の駐車場があれば、「最寄りに有料駐車場あり」、「最寄りに無料駐車場あり」で該当するものに☑を記入してください。最寄りに他の駐車場がない場合は記入不要です。

## 1.2.2.2 駐輪場の有無

該当する項目いずれかに☑を記入してください。

## 1.2.3 ホームページアドレス

## (1) 有無

該当する項目いずれかに☑を記入してください。

薬局においてホームページを開設している場合には「あり」に☑を記入してください。「あり」に☑を記入した場合には、閲覧するにあたり有料又は無料の別のいずれかに☑を記入してください。

ただし、従業者個人のホームページ、商品の広告など、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、「なし」としてしてください。

## (2) アドレス

「あり」に☑した場合には、ホームページアドレス（URL）を記入してください。記入されたホームページアドレスにリンクしますので、リンク切れとならないよう「http://」から正確に記入してください。

〔例示〕 <http://www.abcdefg.ne.jp>

## 1.2.4 電子メールアドレス

### (1) 有無

該当する項目いずれかに✓を記入してください。

患者や住民から連絡、相談等に対応することができる専用の電子メールアドレスがある場合には「あり」に✓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電子メールアドレスの場合は「なし」としてください。

### (2) アドレス

「あり」に✓した場合には、電子メールアドレスを記入してください。

---

## 1.3 薬局サービス等

---

### 1.3.1 健康サポート薬局である旨の表示

薬局において「健康サポート薬局」である旨を表示している場合は「健康サポート薬局である」に✓を記入してください。それ以外の場合には「健康サポート薬局に該当しない」に✓を記入してください。

#### **健康サポート薬局である旨を表示するには**

薬局開設者は、健康サポート薬局である旨を表示するときは、その薬局を厚生労働大臣が定める基準に適合するものとし、あらかじめ知事等に届出を行う必要があります。

なお、健康サポート薬局とは、患者が継続して利用するために必要な機能及び個人の主体的な健康の保持増進への取組を積極的に支援する機能を有する薬局のことです。

**公益社団法人神奈川県薬剤師会が認定している「くすりと健康相談薬局」とは別の制度になります。記入に際してはご注意ください。**

### 1.3.2 相談に対する対応

#### 1.3.2.1 相談コーナーの有無

相談用の個室がある場合に「相談用個室あり」、個室ではないが間仕切りがされた相談コーナーがある場合は「相談コーナーあり」、それ以外の場合には「なし」として該当する項目に✓を記入してください。

#### 1.3.2.2 服薬等に関する相談対応の可否

##### (1) 可否

該当する項目いずれかに✓を記入してください。

## (2) 相談内容

「相談対応している」に✓をした場合には、相談内容で該当するものすべてに✓を記入してください。

## 1.3.2.3 介護に関する相談対応の可否

該当する項目いずれかに✓を記入してください。

## 1.3.2.4 禁煙に関する相談対応の可否

該当する項目いずれかに✓を記入してください。

## 1.3.2.5 その他の相談対応

## (1) 可否

該当する項目いずれかに✓を記入してください。

## (2) 相談内容

「相談対応している」に✓をした場合には、相談できる内容を100文字以内で記入してください。

## 1.3.3 薬剤師不在時間の有無

該当する項目いずれかに✓を記入してください。

なお、薬剤師不在時間が有る場合は、あらかじめ知事等に届出を行う必要があります。

**薬剤師不在時間とは**

開店時間のうち、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をいいます。

例えば、緊急時の在宅対応や急遽日程の決まった退院時カンファレンスへの参加のため、一時的に当該薬局において薬剤師が不在となる時間が該当します。

事前に届出を行った薬剤師不在時間内は、登録販売者が第二類・第三類医薬品を販売することができます。

## 1.3.4 対応することができる外国語の種類

## 1.3.4.1 外国語の種類及び会話のレベル

## (1) 種類

対応することができる外国語の種類すべてに✓を記入してください。  
また、「その他」に✓した場合には、外国語の種類を記入してください。

## (2) 会話のレベル

「対応することができる」に✓した言語の対応のレベルいずれかに✓を記入してください。

コミュニケーションツールとは、外国語対応マニュアルやパソコン等の利用で対応が可能の場合です。

複数人が対応可能な場合には、該当するレベルのうち最も高いレベルに✓を記入してください。

#### 1.3.4.2 外国語対応時の留意点

該当する項目すべてに ✓を記入してください。

#### 1.3.5 障害者に対する配慮

##### 1.3.5.1 聴覚障害者に対する配慮

###### 1.3.5.1.1 聴覚障害者に対するサービス内容

該当する項目すべてに ✓を記入してください。

###### 1.3.5.1.2 聴覚障害者に対するサービス実施時の留意点

該当する項目すべてに ✓を記入してください。

###### 1.3.5.2 視覚障害者に対するサービス内容

該当する項目すべてに ✓を記入してください。

#### 1.3.6 バリアフリー構造の対応状況

##### 1.3.6.1 車椅子利用者に対する配慮

該当する項目いずれかに ✓を記入してください。

車椅子ではわずかな段差でも昇れないことがあります。介助なしに薬局に入店できる場合以外は「車椅子で介助なしには来局できない」に ✓を記入してください。

##### 1.3.6.2 バリアフリー構造に対応している設備の種類

該当する項目すべてに ✓を記入してください。

---

## 1.4 費用負担

---

#### 1.4.1 医療保険及び公費負担等の取扱い

それぞれの項目について該当する項目すべてに ✓を記入してください。

なお、戦傷病者特別援護法に基づく指定は、保険薬局の指定を受けたすべての薬局が該当します。保険薬局の指定に ✓を記入した薬局は併せて ✓を記入してください。また、公害医療機関は保険薬局の指定を受けた薬局は該当しますが、知事に辞退を申し出た場合は該当しません。

#### 1.4.2 クレジットカードによる料金の支払いの可否

該当する項目いずれかに ✓を記入してください。

「支払いができる」に ✓をした場合には、利用可能なクレジットカードの種類及

び特記事項を50文字以内で記入してください。

〔例示〕 VISA、MASTER、AMEX、JCB、NICOS 等  
保険調剤に対する支払いには利用できません。

## 2 提供サービスや地域連携体制に関する事項

### 2.1 業務内容、提供サービス

#### 2.1.1 認定薬剤師の種類及び人数

次の〔種類〕の認定薬剤師が店舗にいる場合は、それぞれ薬剤師の人数を記載してください。

〔種類〕 研修認定薬剤師（公益財団法人日本薬剤師研修センター（CPC認証））  
漢方薬・生薬認定薬剤師（公益財団法人日本薬剤師研修センター）  
認定実務実習指導薬剤師（公益財団法人日本薬剤師研修センター）

その他の認定薬剤師については、認定の種類を以下の例示に従い記入し、その人数も記入してください。また、公益社団法人薬剤師認定制度認証機構（CPC）の認証機関において認定を受けたものについては（認定団体（CPC認証））と記入してください。

〔例示1〕 CPC認証を取得した認定団体の場合

○○○○薬剤師（□□□□□（CPC認証））

〔例示2〕 CPC認証を取得していない認定団体の場合

○○○○薬剤師（□□□□□）

例示の□□□□□は認定団体名とします。

なお、認定薬剤師とは中立的かつ公共性のある団体により認定され、又はそれらと同等の制度に基づいて認定された薬剤師のことです。

#### 2.1.2 健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数

健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数を記入してください。

研修修了証の有効期限が切れている薬剤師がいる場合は、人数に含まないでください。

#### 2.1.3 薬局の業務内容

##### 2.1.3.1 無菌製剤処理に係る調剤の実施の可否

##### 2.1.3.1.1 自らの薬局での無菌製剤処理に係る調剤の実施の可否

該当する項目いずれかに✓を記入してください。

項 目	選択する場合の留意点
実施している	自らの薬局において無菌製剤処理を行うための施設を保有し、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関東信越厚生局に届け出ていること
実施していない	自らの薬局において、無菌製剤処理に係る調剤を実施していないこと

**2.1.3.1.2 他薬局の無菌調剤室を利用した無菌製剤処理に係る調剤の実施の可否**

該当する項目いずれかに✓を記入してください。

項 目	選択する場合の留意点
実施している※	無菌調剤室提供薬局の無菌調剤室の共同利用を行うことにより、中心静脈栄養輸液、抗悪性腫瘍注射剤等の混合調製を実施していること
実施していない	他薬局の無菌調剤室を利用した無菌製剤処理に係る調剤を実施していないこと

※「実施している」に✓を記入した場合は、利用する薬局（無菌調剤室を提供する薬局）の名称（50文字以内）および所在地（100文字以内）を記入してください。

**2.1.3.2 一包化薬に係る調剤の実施の可否**

一包化（服用時点の異なる2種類以上の内服用固形剤が処方されているとき、その種類にかかわらず服用時点毎に一包とすること。）調剤が可能な場合（薬局の任意で薬包紙により個別に実施する場合も含む。）に「実施している」に✓を記入してください。

**2.1.3.3 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に「実施している」に✓を記入してください。

**2.1.3.4 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は「実施している」に✓を記入してください。

**2.1.3.5 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、かつ製造販売業・製造業許可を受けている場合に「実施している」に✓を記入してください。

**2.1.3.6 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箋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関東信越厚生局に届出

を行っている場合に「実施している」に✓を記入してください。

### 2.1.3.7 オンライン服薬指導の実績の有無

薬機法施行規則第15条の13第2項に規定する方法でオンライン服薬指導を実施している場合は「実施している」に✓を記入してください。

### 2.1.3.8 電磁的記録をもって作成された処方箋（電子処方箋）の受付の可否

電子処方箋により調剤することができる場合は「実施している」に✓を記入してください。

### 2.1.3.9 薬剤服用歴管理の実施

#### 2.1.3.9.1 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は「実施している」に✓を記入してください。

#### 2.1.3.9.2 電磁的記録による薬剤服用歴管理の実施の有無

薬歴の管理を電子化している場合は「実施している」に✓を記入してください。

### 2.1.3.10 患者の薬剤服用歴その他の情報を一元的かつ経時的に管理できる手帳（お薬手帳）の交付

#### 2.1.3.10.1 患者の薬剤服用歴その他の情報を一元的かつ経時的に管理できる手帳（お薬手帳）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（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に「実施している」に✓を記入してください。

#### 2.1.3.10.2 患者の薬剤服用歴その他の情報を電磁的記録をもって一元的かつ経時的に管理できる手帳（いわゆる「電子版お薬手帳」）を所持する者の対応の可否

電子版お薬手帳の使用に対応している場合は「実施している」に✓を記入してください。

### 2.1.3.11 後発医薬品調剤体制加算の届出

後発医薬品調剤体制加算の届出を行っている場合は✓を記入してください。

### 2.1.3.12 使用済み注射針の回収

自己注射の注射針の回収を行っている場合は✓を記入してください。

### 2.1.3.13 要指導医薬品の取扱いの有無

要指導医薬品を取り扱っている場合は「取り扱っている」に✓を記入してください。



## 2.1.4 地域医療連携体制

### 2.1.4.1 医療連携の有無

#### 2.1.4.1.1 プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無

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、効果不十分など）を回避あるいは軽減した事例を収集し、その事例を医療機関等の関係者と連携して共有する取組に参加している場合は「取り組んでいる」に✓を記入してください。

ヒヤリ・ハット事業参加薬局の登録があり、前年中に疑義照会により処方変更がなされた結果、健康被害を防止した事例を報告した場合も「取り組んでいる」に✓を記入してください。

#### 2.1.4.1.2 プロトコルに基づいた薬物治療管理（PBPM）の取組の有無

PBPM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（規定、手順）に従って薬剤師が主体的に実施する業務を行うこと」です。

地域でPBPMを導入し、薬物療法の適正化や患者の利便性を向上させる取組を実施している場合は「取り組んでいる」に✓を記入してください。

#### 2.1.4.2 地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無

地域医療情報連携ネットワークに参加し、患者情報の共有等を実施している場合は、「参加している」に✓を記入してください。

#### 2.1.4.3 入院時の情報を共有する体制の有無

入院時の情報を共有する体制がある場合は「医療機関と連携している」に✓を記入してください。

#### 2.1.4.4 退院時の情報を共有する体制の有無

退院時におけるカンファレンスの参加や情報共有の体制がある場合は「医療機関と連携している」に✓を記入してください。

#### 2.1.4.5 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

来局者の相談に適切に対応し受診勧奨を行う際に、同意を得た上で来局者の情報を文書で医療機関に提供している場合は「提供している」に✓を記入してください。

#### 2.1.4.6 地域住民への啓発活動への参加の有無

地域住民に対して、地区薬剤師会等が開催している医薬品の特性や適正使用の必要性等に関する講習会、学校薬剤師等として学校教育等の啓発活動へ参加している場合や、薬局において啓発活動を行っている場合に「参加している」に✓を記入してください。

## 2.2 実績、結果等に関する事項

### 2.2.1 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（常勤及び非常勤の人数及び常勤換算数）を記入してください。

常勤換算数の記載にあたっては、「薬局等の許可等に関する疑義について（回答）」（平成11年2月16日付け薬企第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」によります。記載上の留意点は次のとおりです。

#### **【記載上の留意点】**

- 常勤薬剤師をもって員数1人とする。
- 常勤薬剤師とは、薬局で定める勤務時間の全てを勤務する者をいう。  
※ 薬局で定める勤務時間は、薬局で自由に設定をすること。（例：週40時間等）  
※ 2.3.1.2及び2.3.2.2の常勤の考え方とは異なることに留意すること。
- 非常勤薬剤師は、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。

[例示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の勤務時間はそれぞれ週20時間の場合  
→ Aが常勤薬剤師で1人、B、C、Dの常勤換算の員数はそれぞれ $20/40=0.5$ となり、合計 $=1+0.5+0.5+0.5=2.5$ となる。  
報告書に記載する人数は、常勤薬剤師の人数は1人、非常勤薬剤師の人数は3人、常勤換算後の薬剤師数は2.5人となる。

[例示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25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が常勤薬剤師で1人、非常勤B～Eの常勤換算の員数はそれぞれ $25/32$ 、 $15/32$ 、 $20/32$ 、 $22/32$ となり、合計 $=1+25/32+15/32+20/32+22/32=3.56$ となる。  
報告書に記載する人数は、常勤薬剤師の人数は1人、非常勤薬剤師の人数は4人、常勤換算後の薬剤師数は3.6人となる（小数点以下第2位を四捨五入）。

### 2.2.2 医療安全対策の実施

#### 2.2.2.1 副作用等に係る報告の実施件数

前年中にPMDAに対し副作用の報告を行った件数を記入してください。

#### 2.2.2.2 医療安全対策に係る事業への参加の有無

ヒヤリ・ハット事例の収集に参加している場合は「参加している」に✓を記入してください。

#### 2.2.3 感染防止対策の実施の有無

手指消毒用アルコール等の設置、パーティション・防護シートの設置等、感染防止対策を実施し、その旨を利用者に対しても薬局に掲示等により周知している場合は「実施している」に✓を記入してください。

#### 2.2.4 情報開示の体制

該当する項目いずれかに✓を記入してください。

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患者本人の情報をすべて開示する場合に「すべて開示する」に✓を記入してください。

それらの内の一部を開示する場合に「一部開示する」に✓を記入してください。

それ以外は「開示しない」に✓を記入してください。

#### 2.2.5 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に「開催している」に✓を記入してください。

#### 2.2.6 処方箋を応需した者の数（患者数）

前年に処方箋を応需した延べ患者数（期間は原則として前年1月から12月とします。また、応需した取扱い処方箋数といった数値でも差し支えありません。）を記入してください。

なお、対象期間が異なる場合はその期間を記入してください。

また、新規開業等で前年度の実績がない場合は0と記入してください。

#### 2.2.7 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

前年中に居宅等において調剤業務を実施した件数を記入してください。

#### 2.2.8 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

前年中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に参加した回数を記入してください。

健康サポート薬局に係る研修を修了していない薬剤師が参加した会議は回数に含まないでください。

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回と計上してください。

なお、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のことです。

### 2.2.9 患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数

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により医療機関に提供した回数を記入してください。

### 2.2.10 患者満足度の調査

#### 2.2.10.1 患者満足度の調査の実施の有無

報告日から過去1年以内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するアンケート等の調査を行った場合に「実施している」に✓を記入してください。

#### 2.2.10.2 患者満足度の調査結果の提供の有無

上記調査結果について、薬局において閲覧できるようにする等の公表を行っている場合に「提供している」に✓を記入してください。

---

## 2.3 地域連携薬局等に関する事項

---

### 2.3.1 地域連携薬局

#### 2.3.1.1 地域連携薬局の認定の有無

地域連携薬局の認定を受けている場合は「地域連携薬局である」に✓を記入してください。それ以外の場合には「地域連携薬局に該当しない」に✓を記入してください。

**なお、該当しない場合、2.3.1.9 まで記入は不要です。**

#### 2.3.1.2 地域包括ケアシステムに関する研修を修了した薬剤師の人数

地域包括ケアシステムに関する研修を修了した常勤として勤務している薬剤師の人数を記入してください。

##### 【記載上の留意点】

- 常勤とは、週当たり 32 時間以上勤務していることとする。  
※2.2.1 の常勤の考え方とは異なることに留意すること。

#### 2.3.1.3 医療機関に情報を共有した回数

##### 01 利用者が医療機関に入院する場合に当該医療機関に情報を共有した回数

認定（更新）申請の前月までの過去1年間に、利用者が医療機関に入院する場合に行った報告及び連絡の回数を記入してください。

##### 02 利用者が医療機関から退院する場合に当該医療機関に情報を共有した回数

認定（更新）申請の前月までの過去1年間に、利用者が医療機関から退院する場合に行った報告及び連絡の回数を記入してください。

**03 上記のほか、医療機関に情報を共有した回数**

認定（更新）申請の前月までの過去1年間に、01及び02の回数を除いた報告及び連絡の回数を記入してください。

※居宅等を訪問して情報提供や指導を行い、その報告書を医療機関へ提出して情報共有を行った回数を含みます。

**2.3.1.4 休日又は夜間に調剤の求めがあった場合に地域における他の薬局開設者と連携して対応した回数**

認定（更新）申請の前月までの過去1年間に、休日又は夜間に調剤の求めがあった場合に調剤を行った回数を記入してください。

**2.3.1.5 在庫として保管する医薬品を必要な場合に地域における他の薬局開設者に提供した回数**

認定（更新）申請の前月までの過去1年間に、在庫として保管する医薬品を他の薬局開設者に提供した回数を記入してください。

**2.3.1.6 麻薬に係る調剤を行った回数**

認定（更新）申請の前月までの過去1年間に、麻薬に係る調剤を行った回数を記入してください。

**2.3.1.7 無菌製剤処理に係る調剤を実施した回数**

**01 当該薬局において実施した回数**

認定（更新）申請の前月までの過去1年間に、当該薬局において無菌製剤処理に係る調剤を行った回数を記入してください。

**02 他の薬局の無菌調剤室を利用して実施した回数**

認定（更新）申請の前月までの過去1年間に、他の薬局の無菌調剤室を利用して無菌製剤処理に係る調剤を行った回数を記入してください。

**03 他の薬局を紹介する等により実施した回数**

認定（更新）申請の前月までの過去1年間に、当該薬局の利用者から無菌製剤処理に係る調剤の求めに対して、無菌製剤処理を実施できる他の薬局を紹介した回数を記入してください。

**2.3.1.8 地域における他の医療提供施設に対し医薬品の適正使用に関する情報を提供した回数**

認定（更新）申請の前月までの過去1年間に、地域における他の医療提供施設に対し医薬品の適正使用に関する情報を提供した回数を記入してください。

**2.3.1.9 居宅等における調剤並びに情報の提供及び薬学的知見に基づく指導を実施した回数**

認定（更新）申請の前月までの過去1年間に、居宅等を訪問して指導等を行った

回数を記入してください。

※複数の利用者が入居している施設を訪問した場合、同一人物に対する同一日に訪問した場合は1回の実績とします。

## 2.3.2 専門医療機関連携薬局（傷病の区分：がん）

### 2.3.2.1 専門医療機関連携薬局の認定の有無及び認定の区分

専門医療機関連携薬局であり、法第6条の3第1項に規定する傷病の区分ががんの認定を受けている場合は「専門医療機関連携薬局（傷病の区分：がん）である」に✓を記入してください。それ以外の場合には「専門医療機関連携薬局（傷病の区分：がん）に該当しない」に✓を記入してください。

**なお、該当しない場合、2.3.2.8まで記入は不要です。**

### 2.3.2.2 傷病の区分ごとの専門性の認定を受けた薬剤師の人数

傷病の区分ごとの専門性の認定を受けた常勤として勤務している薬剤師の人数を記入してください。

#### 【記載上の留意点】

- 常勤とは、週当たり32時間以上勤務していることとする。  
※2.2.1の常勤の考え方とは異なることに留意すること。

### 2.3.2.3 医療機関に情報を共有した回数

認定（更新）申請の前月までの過去1年間に、がん治療に係る医療機関に情報を共有した回数を記入してください。

### 2.3.2.4 休日又は夜間に調剤の求めがあった場合に地域における他の薬局開設者と連携して対応した回数

認定（更新）申請の前月までの過去1年間に、休日又は夜間に調剤の求めがあった場合に調剤を行った回数を記入してください。

### 2.3.2.5 在庫として保管する傷病の区分に係る医薬品を必要な場合に地域における他の薬局開設者に提供した回数

認定（更新）申請の前月までの過去1年間に、在庫として保管する傷病の区分に係る医薬品を他の薬局開設者に提供した回数を記入してください。

### 2.3.2.6 麻薬に係る調剤を行った回数

認定（更新）申請の前月までの過去1年間に、麻薬に係る調剤を行った回数を記入してください。

### 2.3.2.7 地域における他の薬局開設者に対して傷病の区分ごとの専門的な薬学的知見に基づく調剤及び指導に関する研修を行った回数

認定（更新）申請の前月までの過去1年間に、地域における他の薬局開設者に対して傷病の区分ごとの専門的な薬学的知見に基づく調剤及び指導に関する研修を行った回数を記入してください。

### 2.3.2.8 地域における他の医療提供施設に対して傷病の区分ごとの医薬品の適正使用に関する情報を提供した回数

認定（更新）申請の前月までの過去1年間に、地域における他の医療機関に対して傷病の区分ごとの医薬品の適正使用に関する情報を提供した回数を記入してください。

## 3 その他の事項

### 3.1 くすり与健康相談薬局である旨の表示

薬局において公益社団法人神奈川県薬剤師会から認定を受けている場合は「くすりと健康相談薬局である」に✓を記入してください。それ以外の場合には「くすりと健康相談薬局に該当しない」に✓を記入してください。

健康サポート薬局とは別の制度になります。記入に際してはご注意ください。

#### 確認事項

- ◆ 報告書のご回答者の連絡先に記入もれはございませんか。
- ◆ 報告票の記入もれはございませんか。
- ◆ 報告票の記入は「赤」ボールペン等でされましたか。