愛知県医療機能情報調査票（薬局用）

【目次】

No.	項　　目	
	連絡担当者	1
第１	管理、運営、サービス等に関する事項	
１	基本情報	
	（１）薬局の名称	1
	（２）薬局の開設者	2
	（３）薬局の管理者	2
	（４）薬局の所在地	2
	（５）薬局の案内用の電話番号及びＦＡＸ番号	2
	（６）営業日（７）開店時間	3
	（８）開店時間外で相談できる時間等	4
２	薬局へのアクセス	
	（１）薬局までの主な利用交通手段	5
	（２）薬局の駐車場	5
	（３）ホームページアドレス	5
	（４）電子メールアドレス	5
３	薬局サービス等	
	（１）健康サポート薬局である旨の表示	6
	（２）相談に対する対応の可否	6
	（３）薬剤師不在時間の有無	6
	（４）対応することができる外国語の種類	7
	（５）障害者に対する配慮	8
	（６）車椅子の利用者に対する配慮	8
	（７）受動喫煙を防止するための措置	8
４	費用負担等	
	（１）医療保険及び公費負担の取扱い	9
	（２）クレジットカードによる料金の支払いの可否	9
第２	提供サービスや地域連携体制に関する事項	
１	業務内容、提供サービス	
	（１）認定薬剤師の種類及び人数	10
	（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	10
	（３）薬局の業務内容	10
	（４）地域医療連携体制	11
２	実績、結果等に関する事項	
	（１）薬局の薬剤師数	12
	（２）医療安全対策の実施	12
	（３）情報開示の体制	12
	（４）症例を検討するための会議等の開催の有無	12
	（５）処方せんを応需した者の数（患者数）	12
	（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	12
	（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等に参加した回数	12
	（８）患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数	12
	（９）患者満足度の調査	12

※「No.」は、原則として平成29年10月６日付け薬生総発1006第１号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知に対応している。

【連絡担当者】

本調査票の記入内容に関して、お問い合わせをさせていただく担当者を記入してください。

記入日	令和			年			月			日										
記入者フリガナ																				
記入者																				
役職名（任意）																				
所属（任意）																				
連絡先電話番号						－					－					内線				
連絡先ＦＡＸ番号						－					－									
電子メールアドレス																				

第１　管理、運営、サービス等に関する事項

【１　基本情報】

（１）薬局の名称

貴局の正式名称と略称を記入してください。

正式名称フリガナ （許可証に記載してある名称）																				
正式名称 （許可証に記載してある名称）																				
略称・フリガナ（任意） ※略称は通常簡略化して使用されている名称を記入してください。																				
略称（任意） ※略称は通常簡略化して使用されている名称を記入してください。																				
英語表記（ローマ字表記）																				

（英語表記記入例）

・〇〇薬局 → MaruMaru Drugstore

（ローマ字表記記入例）

・〇〇薬局 → MaruMaru Yakkyoku

（２）薬局の開設者

開設者が法人の場合は、名称及び代表者の氏名を記入してください。

開設者名(フリガナ)	
開設者名	

（３）薬局の管理者

管理者名(フリガナ)	
管理者名	

（４）薬局の所在地

所在地の「字(あざ)」表記は省略して記入してください。

郵便番号	－ ※必ず７桁で記入してください。
所在地フリガナ	
所在地	※ビル名、号室等まで正確に記入してください。
英語表記	

（英語表記記入例）

・〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇ビル5階　→　Marumaru Bldg.5F 1-2-3 marumaru-cho marumaru-city

（５）薬局の案内用の電話番号及びＦＡＸ番号

住民へ案内する薬局の電話番号・ＦＡＸ番号を記入してください。（代表電話番号、受付電話番号等）

1) 住民案内用電話番号　－　－

2) 夜間・休日住民案内用電話番号　※夜間・休日の住民案内用電話番号がある場合は、以下に番号を記入してください。

－　－

3) 住民案内用FAX番号　－　－

（６）営業日（７）開店時間

基本となる開店時間帯を24時間表記で記入してください。
開店日である場合、基本となる開店時間どおりであれば「○」を記入し、異なる開店時間であればその時間帯を記入してください。
また、休業日の場合は記入しないでください。

記入例

月～金曜　開店時間　１０　時　～　２０　時
土曜　開店時間　１０　時　～　１９　時
日曜・祝日　休業日　の場合

基本となる開店時間	時間帯１	10	時	00	分 ～	20	時	00 分まで
	時間帯２		時		分 ～		時	分まで
	時間帯３		時		分 ～		時	分まで

	月	火	土	日
時間帯１	○	○	10:00～19;00	
時間帯２				
時間帯３				

来局特記事項	不	定	休	あ	り				

基本となる開店時間	時間帯１		時		分 ～		時	分まで
	時間帯２		時		分 ～		時	分まで
	時間帯３		時		分 ～		時	分まで

	月	火	水	木
時間帯１				
時間帯２				
時間帯３				
	金	土	日	祝
時間帯１				
時間帯２				
時間帯３				

開店時間に関して特記事項がある場合は記入してください。
（特定時間のみの開店、あるいは年末年始、お盆など特定の休業日等に関すること）

来局特記事項															

（８）開店時間外で相談できる時間等
以下の項目で該当するものがあれば、「該当」欄に「○」を記入してください。

	項目	該当		項目	該当
01	開店時間外でも対応可能		03	夜間・休日営業の地域輪番・当番制に参加	
02	２４時間対応可能				

【２　薬局へのアクセス】

各項目について、記入、又は、「該当」欄に「○」を記入してください。

（１）薬局までの主な利用交通手段

可能な限り、他の民間事業者や医療機関の建物を目印にしないでください。

公共交通機関を利用した場合として記入してください、複数の交通手段の記載は差し支えありません。

交通アクセス情報														

（交通アクセス情報記入例）

・「○線○駅より○方へ徒歩○分」「○バス○バス停より○方へ徒歩○分、○○通り○郵便局前」などを記入してください。

地図などの記入は不可

（２）薬局の駐車場

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を保有している場合、「該当」欄に「○」を記入してください。

また、保有する駐車場の台数を有料、無料の台数で記入してください。

項目名	該当	駐車場台数
駐車場がある（契約駐車場も含む）		有料　　台　　無料　　台

特記事項（有料の場合の料金など）																	

（３）ホームページアドレス

薬局においてホームページを開設している場合は、ホームページアドレスを記入してください。

ただし、薬局の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ＵＲＬ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、各局の情報が適切に閲覧できるようにしてください。

薬局のホームページアドレス	h	t	t	p	:	/	/										
ホームページが有料		※ホームページが有料である場合「○」を記入し、その他に特記事項がある場合は以下に記入してください。															
特記事項																	

（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専用の電子メールアドレスを薬局において有しており、当該電子メールアドレスによる対応を行う場合は、その電子メールアドレスを記入してください。

ただし、薬局の従業者個人の電子メールアドレス、薬局において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。

薬局の電子メールアドレス																	

【３　薬局サービス等】

（１）健康サポート薬局である旨の表示

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、健康サポート薬局である旨の表示「有」と届出をした場合は、「〇」を記入してください。

健康サポート薬局である旨の表示	

（２）相談に対する対応の可否

時間外の相談について対応を実施する場合、「時間外対応」に「〇」を記入し、「時間外の対応時間」を24時間表記で記入してください。また、「連絡先電話番号」を併せて記入してください。

1.通常、処方箋の応需義務における対応窓口

対応窓口の設置	

時間外対応の可否																	
時間外の対応時間			時			分	～			時			分				
連絡先電話番号								ー					ー				

2.誤飲・誤食による中毒相談対応

対応窓口の設置	

時間外対応の可否																	
時間外の対応時間			時			分	～			時			分				
連絡先電話番号								ー					ー				

3.禁煙相談対応

対応窓口の設置	

時間外対応の可否																	
時間外の対応時間			時			分	～			時			分				
連絡先電話番号								ー					ー				

※他に相談等を実施している場合は具体的に以下に記入してください。

（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、〇を記入してください。なお、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表します。

薬剤師不在時間	

（４）対応することができる外国語の種類

薬局内で外国語対応が可能な場合、該当する言語の対応レベルに「○」を記入してください。

必須	言語	対応レベル							
01	英語		レベル1		レベル2		レベル3		レベル4
02	広東語		レベル1		レベル2		レベル3		レベル4
03	北京語		レベル1		レベル2		レベル3		レベル4
04	台湾語		レベル1		レベル2		レベル3		レベル4
05	ハングル		レベル1		レベル2		レベル3		レベル4
06	タイ語		レベル1		レベル2		レベル3		レベル4
07	フィリピノ語（タガログ語）		レベル1		レベル2		レベル3		レベル4
08	インドネシア語		レベル1		レベル2		レベル3		レベル4
09	トルコ語		レベル1		レベル2		レベル3		レベル4
10	フランス語		レベル1		レベル2		レベル3		レベル4
11	ポルトガル語		レベル1		レベル2		レベル3		レベル4
12	ドイツ語		レベル1		レベル2		レベル3		レベル4
13	ロシア語		レベル1		レベル2		レベル3		レベル4
14	イタリア語		レベル1		レベル2		レベル3		レベル4
15	スペイン語		レベル1		レベル2		レベル3		レベル4

上記のほか常時対応できる外国語がある場合、外国語の種類を記入し該当する対応レベルに「○」を記入してください。

言語	対応レベル					
		レベル1		レベル2		レベル3
		レベル1		レベル2		レベル3
		レベル1		レベル2		レベル3
		レベル1		レベル2		レベル3
		レベル1		レベル2		レベル3

レベル1	言葉に不自由することなく対応が可能
レベル2	日常会話程度の会話力ではあるが対応が可能
レベル3	会話の自信はないが図示や単語の羅列で対応が可能
レベル4	対応不可

特記事項

対応できない曜日・時間等ある場合などや、事前に連絡が必要な場合は記入してください。

各項目について、記入、又は、「該当」欄に「○」を記入してください。

（５）障害者に対する配慮

1.　聴覚障害者に対する配慮

	項目名	該当		項目名	該当
01	手話通訳での服薬指導		03	文書または筆談での服薬指導	
02	画面表示				

2.　視覚障害者に対する配慮

	項目名	該当		項目名	該当
01	音声表示対応		03	薬袋・薬剤への点字表示（シール等）	
02	服薬指導に用いる文書の点字表示				

※対応できない曜日・時間等ある場合などは具体的に以下に記入してください

（６）車椅子の利用者に対する配慮

	項目名	該当		項目名	該当
01	バリアフリー構造（高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律に基づく建築物移動等円滑化基準に適合）		04	身体障害者用トイレ設置	
02	スロープ設置		05	車椅子利用者用駐車場	
03	手すり設置		06	昇降装置	

（７）受動喫煙を防止するための措置

	項目名	該当		項目名	該当
01	全面禁煙		03	未実施	
02	喫煙所設置				

対応できない曜日・時間等ある場合などは具体的に以下に記入してください。

【４　費用負担等】

（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項目について、「該当」欄に「○」を記入してください。

	項目名	該当		項目名	該当
01	健康保険法		06	公害健康被害の補償等に関する法律	
02	生活保護法		07	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律	
03	感染症法		08	障害者総合支援法	
04	戦傷病者特別援護法		09	児童福祉法	
05	母子保健法		10	難病の患者に対する医療等に関する法律	

（２）クレジットカードによる料金の支払いの可否

クレジットカードによる支払いが可能な場合、「該当」欄に「○」を記入し、使用可能なカードの種類を以下に記入してください。

	項目名	該当
01	クレジットカードによる料金の支払い	

使用可能なカードの種類															

第２　提供サービスや地域連携体制に関する事項

【１　業務内容、提供サービス】

（１）認定薬剤師（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をいう。）の種類及び人数

薬事に関する実務（調剤等業務、薬物治療、医薬品開発）について、中立的かつ公共性のある団体（公益社団法人薬剤師認定制度認証機構等）により認証を受けた制度又はそれらと同等の制度に基づいて認定された薬剤師について、認定の種類ごとに認定名称、認定団体名（公益社団法人薬剤師認定制度認証機構により認証を受けた認定の場合は「（CPC）」を付記）及び薬剤師の人数（常勤・非常勤にかかわらず実数）を記載してください（保護司、麻薬乱用防止指導員等公的な機関から任命されるものは除く）。

認定薬剤師の種類	認定薬剤師の人数（人）			
研修認定薬剤師				人
実務実習指導薬剤師				人

上記以外の認定薬剤師がある場合、「認定薬剤師の種類」を記入し、「認定薬剤師の人数」を記入してくださ

認定薬剤師の種類	認定薬剤師の人数（人）			
				人
				人
				人

（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。研修修了証の有効期限切れの場合を除く。）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た薬剤師の人数				人

（３）薬局の業務内容

各項目について、記入、又は、「該当」欄に「○」を記入してください。

	項目		該当
i	無菌製剤処理に係る調剤の実施の可否		
	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け出ている場合は、「○」を記入してください。無菌調剤室提供薬局の無菌調剤室を共同利用する場合は、「○」を記入して以下に無菌調剤室提供薬局の名称及び所在地を記入してください。		
	無菌調剤室提供薬局の名称	無菌調剤室提供薬局の所在地	
ii	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は、「○」を記入してください。		
iii	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は、「○」を記入してください。		
iv	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、「○」を記入してください。		
v	薬局製剤実施の可否		
	薬局製造販売医薬品（薬局製剤）の製造販売業許可を取得し、かつ、「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施行令第３条の規定に基づき厚生労働大臣の指定する医薬品の有効成分の一部を改正する件について」（平成27年３月31日付け薬食発0331第１号厚生労働省医薬食品局長通知）別紙１の品目のいずれかに関し製造販売承認を受けている場合は、「○」を記入してください。		
vi	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は、「○」を記入してください。		
vii ア	薬剤服用歴管理の実施の有無		
	薬剤服用歴を管理している場合は、「○」を記入してください。		
イ	電磁的記録による薬剤服用歴管理の実施		
	薬剤服用歴の管理について電子化を実施している場合は、「○」を記入してください。		
viii ア	薬剤情報を記載するための手帳の交付の可否		
	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は、「○」を記入してください。		
イ	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は、「○」を記入してください。		

（４）地域医療連携体制

（ｉ） 医療連携の有無

①	プレアボイド事例の把握・収集に関する取組	

プレアボイド事例の把握・収集に関する取組に参加し、事例の提供を行っている場合は、「○」を記入してください。薬局医療安全対策推進事業におけるヒヤリ・ハット事業の「参加薬局」として登録を行うだけではなく、報告期日の前年１年間に、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、「○」を記入してください。

②	プロトコルに基づいた薬物治療管理（PBPM）の取組	

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、「○」を記入してください。

①及び②の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は、以下に記入してください。

（ⅱ）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「○」を記入してください。

地域医療情報連携ネットワークへの参加	

（ⅲ）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の情報を共有する体制がある場合は、「○」を記入してください。

退院時の情報を共有する体制	

（ⅳ）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、「○」を記入してください。

受診勧奨に係る情報等を医療機関に提供する体制	

（ｖ）地域住民への啓発活動への参加の有無

地域住民への啓発活動に参加している場合は、「参加」欄に「○」を記入してください。

	項目	参加
01	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	
02	学校教育等の啓発活動	

【２　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数を記入してください（「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」による（端数切り捨て）。）。

薬剤師数				人

（２）医療安全対策の実施

（ｉ）副作用等に係る報告の実施件数

報告期日の前年１年間に、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入してください。

副作用等に係る報告の実施件数						件

（ii）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、〇を記入してください。

医療安全対策に係る事業への参加	

（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する場合は、〇を記入してください。

調剤録、薬暦、レセプト等の情報開示実施	

（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実施している場合は、〇を記入してください。

症例を検討するための会議等の開催	

（５）処方せんを応需した者の数（患者数）

報告期日の前年１年間に処方せんを応需した延べ患者数を記入してください。

処方せんを応需した者の数（患者数）						人

（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実数で記入してください。

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						件

（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（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。）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実数で記入してください（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）。

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に参加した回数				回

（８）患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数

服薬情報等提供料の算定の有無にかかわらず、報告期日の前年１年間に、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）に提供した回数を実数で記載してください。

患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数						回

（９）患者満足度の調査

（ｉ）患者満足度の調査の実施の有無

報告期日の前年１年間に薬局に来訪した患者又はその家族に対し、当該薬局の提供する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、〇を記入してください。

患者満足度調査の実施	

（ii）患者満足度の調査結果の提供の有無

（ｉ）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、〇を記入してください。

患者満足度の調査結果の提供	