

## 記入上の留意点

平成31年（2019年）1月

☆「薬局機能情報報告書」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の上、ご記入くださいますようお願いいたします。

☆報告書の記入に際しての問い合わせ先

〒520-8577

大津市京町四丁目1-1

滋賀県健康医療福祉部薬務感染症対策課薬事指導係

TEL：077-528-3634

FAX：077-528-4863

## I 報告日等

### 1 年月日

報告書の「年月日」には報告年月日を記載してください。

### 2 許可番号

薬局開設の許可証（以下「許可証」という。）の許可番号を記載してください。

### 3 住所、氏名

住所、氏名については、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および法人の名称、並びに代表者の氏名を記載してください。

## II 報告内容

### 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

薬局の名称は、許可証に記載されている名称です。フリガナ（カタカナ。以下同じ。）およびローマ字（ヘボン式。以下同じ。）を記載してください。

ヘボン式ローマ字表記は次のとおりです。本報告書においては、単語の1文字目は大文字で記載し、2文字目以降は小文字で記載してください。

|    |      |    |     |    |     |   |     |   |      |
|----|------|----|-----|----|-----|---|-----|---|------|
| あ  | A    | い  | I   | う  | U   | え | E   | お | O    |
| か  | KA   | き  | KI  | く  | KU  | け | KE  | こ | KO   |
| さ  | SA   | し  | SHI | す  | SU  | せ | SE  | そ | SO   |
| た  | TA   | ち  | CHI | つ  | TSU | て | TE  | と | TO   |
| な  | NA   | に  | NI  | ぬ  | NU  | ね | NE  | の | NO   |
| は  | HA   | ひ  | HI  | ふ  | FU  | へ | HE  | ほ | HO   |
| ま  | MA   | み  | MI  | む  | MU  | め | ME  | も | MO   |
| や  | YA   | い  | (I) | ゆ  | YU  | え | (E) | よ | YO   |
| ら  | RA   | り  | RI  | る  | RU  | れ | RE  | ろ | RO   |
| わ  | WA   | ゐ  | (I) | う  | (U) | ゑ | (E) | を | (W)O |
| ん  | N(M) |    |     |    |     |   |     |   |      |
| が  | GA   | ぎ  | GI  | ぐ  | GU  | げ | GE  | ご | GO   |
| 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   |
| きゃ | KYA  | きゅ | KYU | きょ | KYO |   |     |   |      |
| しゃ | SHA  | しゅ | SHU | しょ | SHO |   |     |   |      |
| ちゃ | CHA  | ちゅ | CHU | ちょ | CHO |   |     |   |      |
| にゃ | NYA  | にゅ | NYU | にょ | NYO |   |     |   |      |
| ひゃ | HYA  | ひゅ | HYU | ひょ | HYO |   |     |   |      |
| みゃ | MYA  | みゅ | MYU | みょ | MYO |   |     |   |      |
| りゃ | RYA  | りゅ | RYU | りょ | RYO |   |     |   |      |
| ぎゃ | GYA  | ぎゅ | GYU | ぎょ | GYO |   |     |   |      |
| じゃ | JA   | じゅ | JU  | じょ | JO  |   |     |   |      |
| びゃ | BYA  | びゅ | BYU | びょ | BYO |   |     |   |      |
| ぴゃ | PYA  | ぴゅ | PYU | ぴょ | PYO |   |     |   |      |



## (5) 電話番号およ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載してください。

開店時間外の対応や24時間対応を行っている場合、或いは夜間・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等を記載してください。

開店時間外の連絡先を記載する場合は、薬局として責任のある対応が行える場合に限りです。（携帯電話、PHSの電話番号を、記載することも可）

対応できない時間帯がある場合はそれが分かるように記載し、該当がない場合は空欄にしてください。

## (6) 営業日および開店時間

### ①営業日・開店時間

基本となる開店時間を24時間表記で記載してください。基本となる開店時間帯について、曜日ごとに該当する時間帯にチェックを入れてください。記載されていない曜日については、休業日とみなします。

特殊な開店時間がある場合は特記事項に記載してください。

（例）毎月第2水曜日は10時～17時まで

### ②休業日

休業日にチェックを入れてください。

あらかじめわかっている通常の休業日以外の休業日（年末年始、お盆等）は、その日を「その他の休業日」表に記載してください。

「(6)①営業日・開店時間」表で曜日に記載があっても、休業日としての登録が優先され、休業日扱いとなりますのでご注意ください。

### ③開店時間外で相談できる時間

24時間対応が可能な場合は「可」とし、それ以外の場合は「否」としてください。

また、夜間・休日営業の地域輪番・当番制に参加している場合は「参加」とし、それ以外は「不参加」としてください。

この他、開店時間以外に対応（相談）が可能な場合は、「特記事項」欄に曜日、時間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下さい。公共交通機関を利用する場合とし、最寄りの駅・停留所の名称およ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。

（例）〇〇バス県庁前からすぐ、  
JR大津駅から徒歩5分、  
京阪電車島ノ関駅から徒歩10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「有」とし、それ以外の場合は「無」としてください。「有」の場合、有料・無料の別に台数を記載してください。薬局の駐車場が「無」の場合であって、最寄りに駐車場がある場合は、「近隣に他の無料駐車場あり」または「近隣に他の有料駐車場あり」にチェックを入れてください。

駐車台数は、薬局専用の駐車場について、患者等が駐車可能な普通乗用車の台数を記載してください。

### (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載してください。また、当該ホームページの閲覧について、有料・無料の別にチェックを入れてください。

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。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。

### (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や、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。

## 3 薬局サービス等

### (1) 健康サポート薬局である旨の表示

保健所に「健康サポート薬局」である旨の表示を行うための届出を行っている場合は「有」に、届出を行っていない場合は「無」にチェック入れてください。

### (2) 相談に対する対応の可否

#### ①服薬等に関する相談（お薬相談）

処方せん応需義務として行う場合の他、服薬等に関する相談の可否を記載してください。相談「可」の場合は、相談内容にチェックを入れてください。「否」の場合は、相談内容にチェックは入れないでください。

なお、相談内容の具体例は次のとおりです（複数選択可）。

- |   |
|---|
| <p>○一般用医薬品の相談<br/>一般用医薬品の効果効果、副作用、相互作用等に関する相談</p> <p>○漢方相談<br/>漢方薬の効果効果、副作用、相互作用等に関する相談</p> <p>○公衆衛生相談<br/>ぎょう虫・しらみ駆除、疥癬の対応等の相談</p> <p>○誤飲・誤食による中毒相談<br/>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等の中毒相談</p> <p>○その他<br/>対応可能なその他の相談があれば◎その他備考欄に具体的に記載してください。</p> |
|---|

#### ②介護等の相談

介護に関する相談の可否を記載してください。相談「可」の場合は、相談内容にチェックを入れてください。「否」の場合は、相談内容にチェックは入れないでください。

なお、相談内容の具体例は次のとおりです（複数選択可）。

- 介護用品の相談  
清拭用品、おむつ・トイレ用品、歩行補助具等に関する相談
- 介護用食品の相談  
介護用の刻み食品、やわらか加工食品、飲料等に関する相談
- 介護用紙おむつ支給券・購入補助券受付  
自治体で交付しているおむつ支給券やおむつ購入補助券の受付
- ストマ装具の相談  
ストマ装具使用時のかぶれや臭い漏れ等の相談
- 介護保険関連事業所等の紹介  
介護老人福祉施設等の介護保健施設や介護保健サービス提供事業所の紹介
- その他  
対応可能なその他の相談があれば◎その他備考欄に具体的に記載してください。

### ③育児の相談

育児に関する相談の可否を記載してください。相談「可」の場合は、相談内容にチェックを入れてください。「否」の場合は、相談内容にチェックは入れないでください。

なお、相談内容の具体例は次のとおりです（複数選択可）。

- ベビーフード、粉ミルクの相談  
ベビーフード、粉ミルクの種類や月齢等に応じた選択方法等に関する相談
- ベビー用衛生用品（紙おむつ等）の相談  
紙おむつ、綿棒、清浄綿、おしりふき等衛生用品に関する相談
- その他  
対応可能なその他の相談があれば◎その他備考欄に具体的に記載してください。

### ④生活習慣病の相談

食習慣、運動習慣、飲酒等の生活習慣が影響し引き起こされる、いわゆる生活習慣病に関する相談の可否を記載してください。相談「可」の場合は、相談内容にチェックを入れてください。「否」の場合は、相談内容にチェックは入れないでください。

なお、相談内容の具体例は次のとおりです（複数選択可）。

- 特定保健用食品の相談  
特定保健用食品の選択方法、利用方法等の相談
- 各種疾病用食品の相談  
低ナトリウム食品、低たんぱく質食品、糖尿病食調整用組合わせ食品等病者用食品の喫食等に関する相談
- 各種検査薬の相談  
尿糖検査薬、尿タンパク検査薬の取扱い、使用方法等に関する相談
- 自己血糖測定器の相談  
自己血糖測定器の取扱い、使用方法等に関する相談
- 体脂肪測定器の相談  
体脂肪測定器の取扱い、使用方法等に関する相談
- 血圧測定器の相談  
血圧測定器の取扱い、使用方法等に関する相談
- 栄養相談  
生活習慣病予防に関する栄養相談、生活習慣病に応じた栄養相談
- 健康食品の相談  
栄養補助や喫食力カロリー低減等の観点での、いわゆる健康食品に関する相談
- その他  
対応可能なその他の相談があれば◎その他備考欄に具体的に記入してください。

## ⑤禁煙相談

禁煙に関する相談の可否を記載してください。

## ⑥その他備考欄

相談①～④の「その他」にチェックを入れた場合の、対応可能なその他の内容を記載してください。

### (3) 薬剤師不在時間の有無

薬局開設許可申請または変更届出の際に、薬局不在時間を「有」とした場合は「有」に、それ以外の場合は「無」にチェックを入れてください。

### (4) 対応することができる外国語の種類

外国語対応が「可」の場合は、対応が可能な外国語の種類について、それぞれの対応レベル(レベル4母国語並み、レベル3日常会話程度、レベル2片言、レベル1対応不可)にチェックを入れてください。その他の言語で対応可能な言語があれば「その他」に記載し、対応レベルにチェックを入れてください。

### (5) 障害者に対する配慮

#### ①聴覚障害者に対するサービス

該当する項目にチェックを入れてください(複数選択可)。

どの項目にも対応不可能な場合は、空欄としてください。

- 手話による服薬指導等が可能(事前連絡要)  
事前に連絡があれば、手話通訳での服薬指導が可能な場合
- 手話による服薬指導等が可能(事前連絡不要)  
事前に連絡を入れなくても、手話通訳での服薬指導が可能な場合
- 画面表示  
パソコンの画面等での服薬指導が可能な場合
- 文書又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

#### ②視覚障害者に対するサービス

該当する項目にチェックを入れてください(複数選択可)。

どの項目にも対応不可能な場合は、空欄としてください。

- 薬袋への点字表示が可能  
薬袋へ点字表示を行える場合
- 薬剤への点字表示が可能  
薬剤へ点字表示を行える場合
- 服薬指導用文書への点字表示が可能  
薬情報服薬指導用文書へ点字表示を行える場合
- 音声案内  
店舗内で、音声案内を行っている場合
- お薬服用識別シールでの対応  
お薬服用識別シールを薬袋やお薬(一包化薬等)へ貼付を行える場合

### (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、「可」とし、それ以外は「否」としてください。  
車椅子での来局が「可」の場合は、対応している項目にチェックを入れてください。  
車椅子での来局が「否」の場合は、「スロープの設置」以下の項目についてはチェックは入れないでください。

#### (7) 受動喫煙を防止対策するための措置

該当する項目にチェックを入れてください。

- |  |
|--|
| <p>○全面禁煙<br/>薬局敷地内の患者が利用する全ての場所を禁煙としている場合</p> <p>○喫煙所設置（分煙）<br/>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。）</p> <p>○未実施<br/>全面禁煙、喫煙所設置（分煙）のいずれにも該当しない場合</p> |
|--|

## 4 費用負担

### (1) 医療保険および公費負担等の取扱

保険薬局の指定を受けている場合は「有」とし、受けていない場合は「無」としてごさい。

各法律の規定に基づき保険の指定を受けている場合は該当するものをチェックしてください。

#### 《公費負担等について》

- |   |
|---|
| <p>○生活保護法に基づく指定<br/>生活保護法に基づき、知事の指定を受けた薬局</p> <p>○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（結核医療）<br/>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（結核医療：旧結核予防法）に基づき、知事の指定を受けた薬局</p> <p>○原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づく指定（原爆医療）<br/>原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づき、厚生労働大臣又は県の指定を受けた薬局</p> <p>○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（精神通院医療）<br/>障害者の日常生活と社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援医療（精神通院医療）に基づき、県の指定を受けた薬局</p> <p>○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（更生医療・育成医療）<br/>障害者の日常生活と社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援医療（更生医療、育成医療）に基づき、県の指定を受けた薬局</p> <p>○労働者災害補償保険法に基づく指定（労災医療）<br/>労働者災害補償保険法に基づき、滋賀労働局長の指定を受けた薬局</p> <p>○戦傷病者特別援護法に基づく指定<br/>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</p> <p>○母子保健法に基づく指定<br/>母子保健法に基づき、県の指定を受けた薬局</p> |
|---|



○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。

○児童福祉法に基づく指定小児慢性特定疾病医療機関の指定

児童福祉法に基づき、指定小児慢性特定疾病医療機関にかかる県の指定を受けた薬局

○難病の患者に対する医療に関する法律に基づく指定（指定医療機関）

難病の患者に対する医療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支払いの可否

「処方せん調剤に関する支払い」および「一般薬その他に関する支払い」についてクレジットカードにより料金支払が可能な場合は「可」とし、それ以外の場合は「否」としてください。

「可」とした場合、利用可能なクレジットカードの種類を記載してください。

## 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、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をいう。）の種類および人数

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）またはそれらと同等の制度に基づいて認定された認定薬剤師が店舗にいる場合は、それぞれ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る認定の場合は「（CPC）」を付記）および薬剤師の人数（常勤・非常勤にかかわらず実数）を記載してください。例えば、「研修認定薬剤師（CPC）」、「漢方薬・生薬認定薬剤師（CPC）」および「認定実務実習指導薬剤師（CPC）」が薬局にいる場合は、認定団体名とその人数（常勤・非常勤にかかわらず実数）を記入してください。

なお、保護司、麻薬乱用防止指導員等、公的な機関から任命されているものは除きます。いずれの項目にも該当しない場合は、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関わらず、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・非常勤に関わらず実数）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まないこと。

#### (3) 薬局の業務内容

##### ①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近畿厚生局滋賀事務所に届け出ている場合は「可」とし、それ以外の場合は「否」としてください。

なお、処方箋受付薬局が無菌調剤室の共同利用を行うことにより無菌製剤処理を要する医薬品を調剤することができる場合においては、処方箋受付薬局において「可」とし、「共同利用する無菌調剤室」欄に（〇〇薬局（無菌調剤室提供薬局の名称および所在地））と記載してください。

##### ②一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「可」とし、それ以外の場合は、原則「否」としますが、薬局の任意で薬包紙により個別に実施する場合には「可」として差し支えありません。

### 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「可」とし、それ以外の場合は「否」としてください。

### ④浸煎薬およ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に「可」とし、それ以外の場合は「否」としてください。

### 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、かつ製造販売業許可を受けている場合は「可」とし、それ以外の場合は「否」としてください。

ただし、承認不要の9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。

### 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

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近畿厚生局滋賀事務所に届出を行っている場合に「可」とし、それ以外の場合は「否」としてください。

### ⑦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「有」とし、それ以外の場合、「無」としてください。薬歴の管理方法については、電子化の有無を問いません。

### ⑧電磁的記録による薬剤服用歴管理の実施の有無

「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、運用管理規定を定めて適切に薬剤服用歴を管理している場合は「有」とし、それ以外の場合は「無」としてください。

### ⑨薬剤情報を記載するための手帳(いわゆる「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(いわゆる「お薬手帳」)の交付および当該手帳への記載を行っている場合は「可」とし、それ以外の場合は「否」としてください。

### ⑩電子お薬手帳を所持する者への対応の可否

「お薬手帳(電子版)の運用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 提供薬局用が留意すべき事項」を遵守する体制が構築されているとともに、「第3 遠泳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採用している場合は「可」とし、それ以外の場合は「否」としてください。

## (4) 地域医療連携体制

### ①医療連携の有無(地域におけるプレアポイド事例の把握・収集に関する取組)

### ②医療連携の有無(地域におけるプロトコルに基づいた薬物治療(BPMP)の取組)

上記①および②について、それぞれに取り組んでいる場合は「有」の場合としてください。

①および②の他に地域連携の取組(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)があれば「その他」に記載してください。

### ③その他医療連携の取組

### ④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「有」として

ださい。

#### ⑤退院時の情報を共有する体制の有無

医療機関の医師また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「有」としてください。

#### ⑥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「有」としてください。

#### ⑦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の参加等を行っている場合については「有」としてください。

## 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載してください。

なお、端数は切り捨ててください。

参照:「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)等

○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、報告書に記載する人数は、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、報告書に記載する人数は、3人となる。

## (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

滋賀県薬局機能情報提供制度実施要領に基づく定期報告の前年1年間（2月2日から2月1日。以下、「前年1年間」とします。）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述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取り組んでいる場合は「有」としてください。

## (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「可」とし、その他の場合は「否」としてください。

## (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実施している場合は、「有」とし、それ以外は「無」としてください。

## (5) 処方せんを応需した者の数（患者数）

前年（1月1日から12月31日まで。年の途中で開局した場合は、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の実数を記載してください。

## (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

在宅訪問薬剤管理指導料等の算定に関わらず、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述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医療に係る会議に参加した回数

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載してください。また、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まないこと。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出席した場合は、1回として計上すること。

## (8) 患者の服薬状況等を医療機関に提供した件数

前年1年間に、患者、その家族等もしくは医療機関の求めがあった場合また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。

## (9) 患者満足度の調査

### ①患者満足度の調査の実施の有無

前年1年間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は「有」とし、それ以外の場合は「無」としてください。

### 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「有」とし、それ以外の場合は「無」としてください。