

| | |
|-------|--|
| 都道府県名 | |
|-------|--|

管理薬剤師の方がお答えください。

★調査時期について特に断りの無い場合は、平成 29 年 9 月 1 日の状況を記入してください。

■以下の各質問について、お答えください。なお、該当する事項・項目欄には○またはレ点を付けてください。

1 薬局についてお答えください。

1-1 経営主体についてお答えください。(1つ)

| | |
|------------|--|
| ① 株式、有限、合同 | |
| ② 合資、合名 | |
| ③ 個人 | |
| ④ その他 | |

1-2 同一経営主体（法人が異なっても実質的に同一経営の場合を含む）による薬局店舗数をお答えください。

| | |
|-----|----|
| 店舗数 | 店舗 |
|-----|----|

1-3 立地環境についてお答えください。(1つ)

| | |
|------------------|--|
| ① 診療所前 | |
| ② 中小病院前（500 床未満） | |
| ③ 大病院前（500 床以上） | |
| ④ 医療モール、医療ビル | |
| ⑤ その他（面分業含む） | |

2 従事者数を常勤換算数でお答えください。

| | |
|----------------|---|
| ① 薬剤師（管理薬剤師含む） | 人 |
| ② 登録販売者 | 人 |
| ③ その他の職員 | 人 |

3 管理薬剤師についてお答えください。

| | |
|------------------|---|
| ① 年齢 | 歳 |
| ② 経験年数（薬剤師として） | 年 |
| ③ 経験年数（管理薬剤師として） | 年 |

4 処方箋受付回数・集中度・OTC 医薬品取扱品目数についてお答えください。

| | |
|-------------------------|----|
| ① 処方箋受付回数（直近 1 ヶ月あたり平均） | 回 |
| ② 処方箋の集中度 | % |
| ③ OTC 医薬品取扱品目数* | 品目 |

※ 表指事・一般用について、同一銘柄でも規格が異なれば別としてください。

5 医薬品購入時の授受の方法（納品、検品）についてお尋ねします。

5-1 納品時の医薬品の確認は誰が行いますか。(複数可)

| | |
|---------------|--|
| ① 管理薬剤師 | |
| ② 管理薬剤師以外の薬剤師 | |
| ③ 事務職員 | |
| ④ その他 | |

*「その他」の具体的内容についてご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

5-2 医薬品の納品時に何を確認していますか。(複数可)

| | |
|------------|--|
| ① 医薬品名称・規格 | |
| ② 包装単位・数量 | |
| ③ ロット番号 | |
| ④ 使用期限 | |
| ⑤ 添付文書の添付 | |
| ⑥ 開封・未開封 | |
| ⑦ 破損等の有無 | |
| ⑧ 運送時の温度管理 | |
| ⑨ 製品の温度 | |
| ⑩ 譲渡人の情報 | |
| ⑪ その他 | |

*「その他」の具体的内容についてご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

5-3 5-2 の確認の結果、医薬品の授受を行わなかったことはありますか。理由と合わせてお答え下さい。

| | |
|-----------|---------|
| 行わなかったことが | ある ・ ない |
|-----------|---------|

*理由（5-2 の該当番号も教えてください。）

| |
|--|
| |
|--|

5-4 5-2 で「@譲渡人の情報」と答えた方は、納品時に何を確認していますか。(1つ)

| | |
|-----------------|--|
| ① 担当者の本人確認（身分証） | |
| ② 薬局の開設許可証 | |
| ③ その他 | |

*「その他」の具体的内容についてご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

5-5 また、5-2で「**譲渡人の情報**」と答えた方は、それを拒否されたことはありますか。

| | |
|---------|-------|
| 情報確認の拒否 | ある・ない |
|---------|-------|

5-6 5-1（納品時の確認）のほか、別途検品を実施していますか。

| | |
|-----------|--------|
| 別途検品を実施して | いる・いない |
|-----------|--------|

5-7 5-6で「いる」と答えた方は、誰が検品を実施していますか。（複数可）

| | |
|---------------|--|
| ① 管理薬剤師 | |
| ② 管理薬剤師以外の薬剤師 | |
| ③ 事務職員 | |
| ④ その他 | |

「その他」の具体的内容についてご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

5-8 また、5-6で「いる」と答えた方は、医薬品の現物について何を確認していますか。（複数可）

| | |
|------------|--|
| ① 医薬品名称・規格 | |
| ② 包装単位・数量 | |
| ③ ロット番号 | |
| ④ 使用期限 | |
| ⑤ 添付文書の添付 | |
| ⑥ 開封・未開封 | |
| ⑦ 破損等の有無 | |
| ⑧ 運送時の温度管理 | |
| ⑨ 製品の温度 | |
| ⑩ 譲渡人の情報 | |
| ⑪ その他 | |

*「その他」の具体的内容についてご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

6 管理薬剤師についてお答えください。

6-1 貴薬局では、管理薬剤師の条件（経験・経歴等）について規程はありますか。

| | |
|-----|-------|
| 規程が | ある・ない |
|-----|-------|

6-2 6-1で「ある」と答えた方は、どのような条件がご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

6-3 管理薬剤師は、保健衛生上支障を生じるおそれがないように、開設者に対し必要な意見を述べなければならぬとされていますが、意見を述べたことがありますか。

| | |
|-----------|-------|
| 意見を述べたことが | ある・ない |
|-----------|-------|

6-4 6-3で「ある」と答え方は、意見の内容について具体的にお答えください。

| |
|--|
| |
|--|

6-5 管理薬剤師の業務の中で、開設者に必要な意見を述べたが、反映されなかった事例はありますか？

| | |
|-------------|-------|
| 反映されなかったことが | ある・ない |
|-------------|-------|

6-6 6-5で「ある」と答え方は、その事例について具体的にお答えください。

| |
|--|
| |
|--|

6-7 また、6-5で「ある」と答えた方に伺います。管理薬剤師が、自らの義務を果たすために必要なことは何ですか。

| |
|--|
| |
|--|

7 医薬品の管理体制についてお答えください。

7-1 医薬品の管理体制で不安や困っていることはありますか。

| | |
|-------------|-------|
| 不安や困っていることが | ある・ない |
|-------------|-------|

7-2 7-1で「ある」と答えた方は、どのようなことを不安や困ったことと考えていますか。（複数可）

| | |
|---------------|--|
| ① 開設者との考え方の相違 | |
| ② 管理体制全般 | |
| ③ 人員数 | |
| ④ 対応の能力 | |
| ⑤ その他 | |

*「その他」の具体的内容についてご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

8 医薬品の管理状況についてお答えください。

8-1 医薬品の使用期限はどのように管理していますか。(複数可)

| | |
|----------------|--|
| ① データベース管理 | |
| ② 棚卸時に目視で確認 | |
| ③ 能動的な管理はしていない | |
| ④ その他 | |

*「その他」の具体的内容についてご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

8-2 未開封の使用期限が近い医薬品はどのようにしていますか。(複数可)

| | |
|----------------|--|
| ① 使用期限が近付いたら廃棄 | |
| ② 他の薬局に譲渡 | |
| ③ 同一法人内の薬局へ譲渡 | |
| ④ 卸売販売業者へ譲渡・返品 | |
| ⑤ 卸売販売業者に交換依頼 | |
| ⑥ その他 | |

*「その他」の具体的内容についてご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

8-3 高額医薬品はどのようにしていますか。(複数可)

| | |
|----------------|--|
| ① 使用期限が近付いたら廃棄 | |
| ② 他の薬局に譲渡 | |
| ③ 同一法人内の薬局へ譲渡 | |
| ④ 卸売販売業者へ譲渡・返品 | |
| ⑤ 卸売販売業者に交換依頼 | |
| ⑥ 期限切れ時に廃棄 | |
| ⑦ その他 | |

*「その他」の具体的内容についてご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

8-4 開封後の医薬品を余らせてしまった場合は、どのように管理していますか。(複数可)

| | |
|----------------|--|
| ① 使用期限が近付いたら廃棄 | |
| ② 他の薬局に譲渡 | |
| ③ 同一法人内の薬局へ譲渡 | |
| ④ 卸売販売業者へ譲渡 | |
| ⑤ 卸売販売業者に交換依頼 | |
| ⑥ 期限切れ時に廃棄 | |
| ⑦ その他 | |

*「その他」の具体的内容についてご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

8-5 在庫のない医薬品が必要となった際、分割購入したことはありますか。

| | |
|-----------|-------|
| 分割購入したことが | ある・ない |
|-----------|-------|

8-6 8-5で「ある」と答えた方は、どこから購入しましたか。(複数可)

| | |
|-----------------|--|
| ① 同一法人内の薬局 | |
| ② 他の薬局 | |
| ③ 通常取引のある卸売販売業者 | |
| ④ 通常取引のない卸売販売業者 | |
| ⑤ その他 | |

8-7 分割購入以外に通常、取引していない業者と取引する場合はありますか。

| | |
|---------|-------|
| 取引することが | ある・ない |
|---------|-------|

8-8 8-7で「ある」と答えた方は、どのような業者ですか。

| |
|--|
| |
|--|

9 偽造品(や品質に疑念のある医薬品)を見分けるのに、製品にどのような工夫があると良いですか。(複数可)

| | |
|---|--|
| ① 開封した後、容易に現状に戻せない容器・包装を採用する | |
| ② 販売単位の容器・包装に偽造防止技術(ホログラムなど)を施した封をする | |
| ③ 適切でない温度管理がなされていた場合に分かる容器・包装(感熱紙のラベル付き等)を採用する | |
| ④ 卸売販売業者へ譲渡製品に固有のIDを付しデータベースと照合して未使用正規品であることがわかるようにする | |
| ⑤ その他 | |

*「その他」の具体的内容についてご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

10 調剤についてお答えください。

10-1 販売包装単位で調剤(いわゆる箱出し調剤)を行うケースはありますか。

| | |
|--------|-------|
| 行うケースが | ある・ない |
|--------|-------|

10-2 「ある」と答えた方は、どのような場合ですか。

| |
|--|
| |
|--|

10-3 販売包装単位で調剤される医薬品について、転売に使用されないよう実施している工夫はありますか。

| | |
|-----|-------|
| 工夫が | ある・ない |
|-----|-------|

10-4 10-3 で「ある」と答えた方は、どのような工夫ですか。

| | |
|---------------|--|
| ① 添付文書を抜き取る | |
| ② 箱を開封する | |
| ③ 箱に調剤印を押印する | |
| ④ 箱に開封した日付を書く | |
| ⑤ その他 | |

*「その他」の具体的内容についてご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

ご協力ありがとうございました。