

別添（一）

地域連携薬局 認定基準適合表

申請の前月から過去1年間となります

実績の対象期間：令和2年8月～令和3年7月

配慮した構造設備が確認できるような写真や図面を提出してください。

1	利用者の服薬指導等の際に配慮した構造設備（第1項第1号） <ul style="list-style-type: none"> 利用者が座って情報の提供及び薬学的知見に基づく指導を受けることができる設備 相談の内容が漏えいしないよう配慮した設備 	別紙（1）のとおり
2	高齢者、障害者等の円滑な利用に適した構造設備（第1項第2号） <p>※該当する項目をチェックすること</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の動線や利用するエリア等を考慮して手すりを設置している。 <input checked="" type="checkbox"/> 段差のない入口を設置している。 <input type="checkbox"/> 車いすでも来局できる構造である。 <input checked="" type="checkbox"/> その他高齢者、障害者等の円滑な利用に適した構造 具体的な構造（滑りにくい床材を使用） 	別紙（2）のとおり
3	地域包括ケアシステムの構築に資する会議への参加（第2項第1号） <p>※過去1年間に参加した会議をチェックすること</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 市町村又は地域包括支援センターが主催する地域ケア会議 （主催者： <u>〇〇町</u>） <input type="checkbox"/> 介護支援専門員が主催するサービス担当者会議 <input checked="" type="checkbox"/> 退院時カンファレンス （医療機関の名称： <u>〇〇病院</u>） <input type="checkbox"/> その他の会議 （具体的な会議の名称： _____） 	
4	地域における医療機関に勤務する薬剤師等に対して随時報告及び連絡することができる体制（第2項第2号） <p>主な連携先の医療機関</p> 名称①： <u>〇〇クリニック</u> 年間＝入院＋退院＋外来＋在宅 所在地①： <u>〇〇市〇〇町〇番〇号</u> 名称②： <u>〇〇総合病院</u> 所在地②： <u>〇〇市〇〇町〇番〇号</u>	
5	上記の報告及び連絡した実績（第2項第3号） <p>年間（ <u>396</u> ）回（月平均（ <u>33</u> ）回） うち、入院時（ <u>56</u> ）回、外来受診時（ <u>168</u> ）回、 退院時（ <u>60</u> ）回、在宅訪問時（ <u>112</u> ）回</p>	実際に利用者の薬剤等の使用に関する情報を医療機関に報告した際の書類の写し（1回分）を添付 別紙（3）のとおり
6	他の薬局に対して報告及び連絡することができる体制（第2項第4号） <p>利用者の薬剤等の情報を報告及び連絡する際の方法等を示した手順書等の写し（該当部分）を添付</p>	別紙（4）のとおり
7	開店時間外の相談に対応する体制（第3項第1号） <p>開店時間 平日 9：00 ～ 18：30 土曜 9：00 ～ 14：00 日祝日 : ~ :</p>	

✓した構造設備等が確認できるような写真や図面を添付してください。

	相談できる連絡先や注意事項等の周知方法 ※該当する項目をチェックすること <input checked="" type="checkbox"/> 文書により交付 <input type="checkbox"/> 薬袋に記入	別紙 (5) のとおり 実際に使用している周知文書の写しを添付
8	休日及び夜間の調剤応需体制 (第3項第2号) 自局での対応時間 休日 9:00 ~ 17:00 平日(夜間) : ~ : 地域の調剤応需体制がわかる資料を添付 (参考) 過去1年間の調剤の実績 (2) 回	別紙 (6) のとおり
9	在庫として保管する医薬品を必要な場合に他の薬局開設者の薬局に提供する体制 (第3項第3号) 医薬品を提供する場合の手順を示した手順書等の該当箇所の写し(該当部分)を添付 (参考) 過去1年間の医薬品提供の実績 (50) 回	別紙 (7) のとおり
10	麻薬の調剤応需体制 (第3項第4号) ※該当する項目をチェックすること <input type="checkbox"/> 麻薬小売業者の免許証の番号 (第3-71B9999号) 免許証原本の提示 (参考) 過去1年間の調剤の実績 (100) 回	
11	無菌製剤処理を実施できる体制 (第3項第5号) ※該当する項目をチェックすること <input type="checkbox"/> 自局で対応 <input checked="" type="checkbox"/> 共同利用による対応 <input type="checkbox"/> 他の薬局を紹介 薬局の名称: _____ 薬局の所在地: _____ (参考) 過去1年間の実績 (10) 回	別紙 (8) のとおり ・「自局で対応」の場合は、無菌製剤処理が実施できることがわかる図面、写真等を添付 ・「共同利用による対応」の場合は、契約書等の写しを添付 ・「他の薬局を紹介」の場合は、当該薬局に無菌製剤処理に係る調剤のみ紹介する手順書等の写しを添付
12	医療安全対策 (第3項第6号) 医療安全対策の概要 ※該当する項目をチェックすること <input type="checkbox"/> 医薬品に係る副作用等の報告 (参考) 過去1年間の報告回数 (_____) 回 <input checked="" type="checkbox"/> 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業への参加 (参考) 過去1年間の報告回数 (5) 回 <input checked="" type="checkbox"/> その他の取組 具体的な医療安全対策の内容 (PMDAメディアナビを活用した服薬指導)	
13	・継続して1年以上常勤として勤務している薬剤師の体制 (第3項第7号) ・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 (第3項第8号) 常勤として勤務している薬剤師数 (4) 人 継続して1年以上勤務している常勤薬剤師数 (3) 人 研修を修了した常勤薬剤師数 (4) 人 第7号又は第8号に該当する薬剤師一覧 別紙 (9) のとおり	・「常勤薬剤師名簿」に必要事項を記入し添付 ・健康サポート薬局研修修了証等の写しを添付
14	地域包括ケアシステムに関する内容の研修の受講 (第3項第9号) 研修の実施計画の写しを添付	別紙 (10) のとおり

15	地域の他の医療提供施設に対する医薬品の適正使用に関する情報提供 (第3項第10号) <table border="1" data-bbox="284 293 1367 421"> <tr> <td data-bbox="284 293 1062 371"> 情報提供先 (<u>〇〇クリニック</u>) ※情報提供を行った内容の写しを1回分添付する </td> <td data-bbox="1062 293 1367 371">別紙 (11) のとおり</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="284 371 1367 421">(参考) 情報提供の回数 (<u>3</u>) 回</td> </tr> </table>	情報提供先 (<u>〇〇クリニック</u>) ※情報提供を行った内容の写しを1回分添付する	別紙 (11) のとおり	(参考) 情報提供の回数 (<u>3</u>) 回			
情報提供先 (<u>〇〇クリニック</u>) ※情報提供を行った内容の写しを1回分添付する	別紙 (11) のとおり						
(参考) 情報提供の回数 (<u>3</u>) 回							
16	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の実績 (第4項第1号) <table border="1" data-bbox="284 506 1367 629"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="284 506 1367 544">年間 (<u>30</u>) 回 (月平均 (<u>2.5</u>) 回)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="284 544 1367 629">(参考) 過去1年間に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行った患者総数 (<u>10</u>) 人</td> </tr> </table>	年間 (<u>30</u>) 回 (月平均 (<u>2.5</u>) 回)		(参考) 過去1年間に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行った患者総数 (<u>10</u>) 人			
年間 (<u>30</u>) 回 (月平均 (<u>2.5</u>) 回)							
(参考) 過去1年間に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行った患者総数 (<u>10</u>) 人							
17	医療機器及び衛生材料を提供するための体制 (第4項第2号) <table border="1" data-bbox="284 667 1367 835"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="284 667 1367 705">※該当する項目をチェックすること</td> </tr> <tr> <td data-bbox="284 705 1367 743"><input checked="" type="checkbox"/> 高度管理医療機器等の販売業の許可番号 (<u>北保第〇〇〇号</u>)</td> <td data-bbox="284 743 1367 784"><input type="checkbox"/> 許可証原本の提示</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="284 784 1367 835">(参考) 提供した医療機器等 (<u>血圧計、パルスオキシメーター</u>)</td> </tr> </table>	※該当する項目をチェックすること		<input checked="" type="checkbox"/> 高度管理医療機器等の販売業の許可番号 (<u>北保第〇〇〇号</u>)	<input type="checkbox"/> 許可証原本の提示	(参考) 提供した医療機器等 (<u>血圧計、パルスオキシメーター</u>)	
※該当する項目をチェックすること							
<input checked="" type="checkbox"/> 高度管理医療機器等の販売業の許可番号 (<u>北保第〇〇〇号</u>)	<input type="checkbox"/> 許可証原本の提示						
(参考) 提供した医療機器等 (<u>血圧計、パルスオキシメーター</u>)							