

記載内容が多くなる場合は、記載欄を増やすか、別に記載して添付してください。

別添（一）

地域連携薬局 認定基準適合表

実績の対象期間： 年 月～ 年 月

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） ・ 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（ ）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） ※該当する項目をチェックすること <input 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 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 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（ ）	別紙（ ）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） ※過去1年間に参加した会議をチェックすること <input 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： ） <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 type="checkbox"/> 退院時カンファレンス （医療機関の名称： ） <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） 主な連携先の医療機関 名称①： _____ 所在地①： _____ 名称②： _____ 所在地②： _____	
5	上記の報告及び連絡した実績（第2項第3号） 年間（ ）回（月平均（ ）回） うち、入院時（ ）回、外来受診時（ ）回、 退院時（ ）回、在宅訪問時（ ）回	別紙（ ）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） 利用者の薬剤等の情報を報告及び連絡する方法等を示した手順書等の写し（該当部分）を添付	別紙（ ）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） 開店時間 平日： ～： 土曜： ～： 日祝日： ～： 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 type="checkbox"/> 文書により交付 <input type="checkbox"/> 薬袋に記入	別紙（ ）のとおり

コメントの追加 [A1]:  
構造がわかる図面、写真等を添付してください。

コメントの追加 [A2]:  
構造がわかる図面、写真等を添付してください。

コメントの追加 [A3]:  
医療機関は可能な限り複数記載してください。

コメントの追加 [A4]:  
当該薬局の薬剤師が、服薬指導等から得られた情報を基に、処方した医師にとって薬剤の適正使用に必要な情報をとりまとめ、医療機関に勤務する薬剤師等に文書（地域情報連携ネットワーク等を含む。）を用いて提供する等、当該薬剤師の主体的な情報収集等により、報告及び連絡したものを指します。  
医療機関から行われる利用者の検査値等のみの情報提供や、利用者の情報を含まない医療機関及び薬局の施設等に係る情報提供、服用中の薬剤に係るお薬手帳への記載及び薬剤師法第24条に基づく疑義照会は、含まれません。

コメントの追加 [A5]:  
申請の前月までの過去1年間の実績（月平均30回以上）を記載してください。

コメントの追加 [A7]:  
報告及び連絡した際の資料（情報提供文書等）の写しを1回分添付してください。  
なお、個人情報に該当する箇所はマスキングしてください。

コメントの追加 [A6]:  
すべてを実施した実績が必須ではありませんが、いずれかのみを行うのではなく、満遍なく実施した実績を記載してください。

コメントの追加 [A8]:  
該当部分がわかるように印をつけてください。

コメントの追加 [A9]:  
薬局の営業時間を記載してください。

コメントの追加 [A10]:  
チェックをした項目の例を添付してください。

記載内容が多くなる場合は、記載欄を増やすか、別に記載して添付してください。

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 : ~ : 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 ( ) 回	別紙 ( ) 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 ( ) 回	別紙 ( ) 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 ( ) <input type="checkbox"/> 免許証原本の提示 (参考) 過去1年間の調剤の実績 ( ) 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 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 ( ) 回	別紙 ( ) のとおり
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 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 ( ) 回	
	<input type="checkbox"/> その他の取組 具体的な医療安全対策の内容 ( )	

コメントの追加 [A11]:  
具体的な休日及び夜間における当番日を示すもの（一定期間の地域輪番制予定表）等を添付してください。

コメントの追加 [A12]:  
休日及び夜間に調剤対応した回数を記載してください。  
実績がない場合は、「0」と記載してください。

コメントの追加 [A13]:  
該当部分がわかるように印をつけてください。

コメントの追加 [A14]:  
他の薬局開設者の薬局からの求めに応じて医薬品を提供した回数を記載してください。  
実績がない場合は、「0」と記載してください。

コメントの追加 [A15]:  
麻薬を調剤した回数（麻薬処方箋の応需枚数）を記載してください。  
実績がない場合は、「0」と記載してください。

コメントの追加 [A16]:  
次のものを添付してください。  
「自局で対応」の場合

無菌製剤処理が実施できることがわかる図面、写真等  
「共同利用による対応」の場合  
無菌調剤室を提供する薬局と自局の間で共同利用に  
関して必要な事項を記載した契約書等の写し

「他の薬局を紹介」の場合  
無菌製剤処理が必要な処方箋を受けた場合に当該薬局  
に無菌製剤処理に係る調剤のみ紹介する手順書等の該  
当部分の写し（該当部分がわかるように印をつけたも  
の）

コメントの追加 [A17]:  
無菌製剤処理による調剤回数（無菌製剤処理が必要な  
薬剤を含む処方箋枚数。「他の薬局を紹介」の場合は、  
無菌製剤処理に係る調剤に限り他の薬局を紹介して対  
応した回数。）を記載してください。  
実績がない場合は、「0」と記載してください。

コメントの追加 [A18]:  
実績がない場合は、「0」と記載してください。

コメントの追加 [A19]:  
実績がない場合は、「0」と記載してください。

コメントの追加 [A20]:  
「医薬品医療機器情報配信サービス」（PMDA メディナ  
ピ）等を活用した服薬指導等の対応が考えられます。

記載内容が多くなる場合は、記載欄を増やすか、別に記載して添付してください。

13	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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（第3項第8号）</li> </ul>	常勤として勤務している薬剤師数	( ) 人
		継続して1年以上勤務している常勤薬剤師数	( ) 人
		研修を修了した常勤薬剤師数	( ) 人
		第7号又は第8号に該当する薬剤師一覧	別紙 ( ) のとおり
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 ( ) 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）	情報提供先 ( )	別紙 ( ) のとおり
		※情報提供を行った内容の写しを1回分添付する (参考) 情報提供の回数 ( ) 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）	年間 ( ) 回 (月平均 ( ) 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 ( ) 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）	※該当する項目をチェックすること	
		<input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等の販売業の許可番号 ( ) <input type="checkbox"/> 許可証原本の提示 (参考) 提供した医療機器等 ( )	

コメントの追加 [A21]:  
申請の前月までに継続して1年以上常勤として当該薬局に勤務している場合が該当します。  
なお、「常勤」は、原則として当該薬局に週当たり32時間以上勤務することを指します。

コメントの追加 [A22]:  
申請時の人数を記載してください。

コメントの追加 [A23]:  
申請時の人数を記載してください。

コメントの追加 [A24]:  
健康サポート薬局に係る研修の修了証等の写しを添付してください。

コメントの追加 [A25]:  
以下の例を参考に、薬剤師の氏名、免許番号、常勤の勤務期間、研修修了の有無を記載した一覧を添付してください。

(薬剤師一覧の記載例)  
 薬剤師の氏名 ○○○○ (第○○○○○○号)  
 常勤の勤務期間 平成○年○月○日～現在  
 研修修了の有無 研修修了

コメントの追加 [A26]:  
外部研修が望ましいですが、社内研修でも可です。

コメントの追加 [A27]:  
特定の医療提供施設に対する情報提供であれば当該医療提供施設の名称を、地域における複数の医療提供施設に対する情報提供であれば、地域の範囲や主な医療提供施設の名称等を記載してください。

コメントの追加 [A28]:  
新薬の情報や同一薬効群の医薬品の有効性及び安全性の情報や特徴等の医薬品の適正使用に関する情報を指します。

コメントの追加 [A29]:  
申請の前月までの過去1年間において情報提供した実績を記載してください。

コメントの追加 [A30]:  
申請の前月までの過去1年間の実績(月平均2回以上)を記載してください。

コメントの追加 [A31]:  
過去1年間に提供した医療機器、衛生材料の例(実績がない場合はその旨)を記載してください。