

## 地域連携薬局 認定基準適合表 (更新用)

実績の対象期間： 年 月～ 年 月

※前回申請から変更無の場合であっても、□を付している項目は該当する項目にチェックすること

※前回申請からの変更無の場合、提出済み添付書類は省略可 (13の薬剤師一覧を除く)

1	<b>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)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 相談の内容が漏えいしないよう配慮した設備</li> </ul>	詳細は次のとおり <input type="checkbox"/> 図面 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 前回申請からの変更無のため添付資料省略
2	<b>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)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><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。</li> <li><input type="checkbox"/> 段差のない入口を設置している。</li> <li><input type="checkbox"/> 車いすでも来局できる構造である。</li> <li><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 ( )</li> </ul>	添付資料は下記のとおり <input type="checkbox"/> 図面 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 前回申請からの変更無のため添付資料省略
3	<b>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)</b> <p>※過去1年間に参加した会議</p> <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 (医療機関名称： ) <input type="checkbox"/> その他の会議 (会議名称： )	
4	<b>地域医療機関勤務薬剤師等への随時報告及び連絡することができる体制 (第2項第2号)</b> <p>主な連携先の医療機関</p> 名称①： _____ 所在地①： _____ 名称②： _____ 所在地②： _____	※3施設以上は別紙とする <input type="checkbox"/> 別紙 有

5	<p>地域医療機関勤務薬剤師等へ報告及び連絡した実績（第2項第3号）</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="268 141 1029 472"> <p>※過去1年間の実績 年間（_____）回（★月平均（_____）回） ※★基準は30回以上 内訳（情報共有の実績） 入院時（_____）回、外来受診時（_____）回、 退院時（_____）回、在宅訪問時（_____）回</p> </td> <td data-bbox="1029 141 1477 472"> <p><input type="checkbox"/> 左記実績（1回分）写し （個人情報マスキング済） を添付</p> </td> </tr> </table>	<p>※過去1年間の実績 年間（_____）回（★月平均（_____）回） ※★基準は30回以上 内訳（情報共有の実績） 入院時（_____）回、外来受診時（_____）回、 退院時（_____）回、在宅訪問時（_____）回</p>	<p><input type="checkbox"/> 左記実績（1回分）写し （個人情報マスキング済） を添付</p>				
<p>※過去1年間の実績 年間（_____）回（★月平均（_____）回） ※★基準は30回以上 内訳（情報共有の実績） 入院時（_____）回、外来受診時（_____）回、 退院時（_____）回、在宅訪問時（_____）回</p>	<p><input type="checkbox"/> 左記実績（1回分）写し （個人情報マスキング済） を添付</p>						
6	<p>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> <p>前回申請からの変更の有無 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無（既に提出済みのため添付省略）</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者の薬剤情報の報告及び連絡手順書等（該当箇所）の写しを添付</p>						
7	<p>開店時間外の相談に対応する体制（第3項第1号）</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="268 696 1029 875"> <p>開店時間 平 日           :       ~       :                   土 曜           :       ~       :                   日 祝 日       :       ~       :</p> </td> <td data-bbox="1029 696 1477 1070"> <p><input type="checkbox"/> 左記文書又は薬袋等の例を添付 <input type="checkbox"/> 前回申請からの変更無のため添付資料省略</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="268 875 1029 1070"> <p>相談できる連絡先や注意事項等の周知方法 <input type="checkbox"/> 文書により交付                   又は <input type="checkbox"/> 薬袋に記入</p> </td> <td></td> </tr> </table>	<p>開店時間 平 日           :       ~       :                   土 曜           :       ~       :                   日 祝 日       :       ~       :</p>	<p><input type="checkbox"/> 左記文書又は薬袋等の例を添付 <input type="checkbox"/> 前回申請からの変更無のため添付資料省略</p>	<p>相談できる連絡先や注意事項等の周知方法 <input type="checkbox"/> 文書により交付                   又は <input type="checkbox"/> 薬袋に記入</p>			
<p>開店時間 平 日           :       ~       :                   土 曜           :       ~       :                   日 祝 日       :       ~       :</p>	<p><input type="checkbox"/> 左記文書又は薬袋等の例を添付 <input type="checkbox"/> 前回申請からの変更無のため添付資料省略</p>						
<p>相談できる連絡先や注意事項等の周知方法 <input type="checkbox"/> 文書により交付                   又は <input type="checkbox"/> 薬袋に記入</p>							
8	<p>休日及び夜間の調剤応需体制（第3項第2号）</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="268 1126 1029 1256"> <p>自局での対応時間 休 日           :       ~       :                                   平 日（夜間）       :       ~       :</p> </td> <td data-bbox="1029 1126 1477 1559"> <p><input type="checkbox"/> 左記の資料を添付 <input type="checkbox"/> 前回申請からの変更無のため添付資料省略</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="268 1256 1029 1480"> <p>休日及び夜間の調剤応需体制を確認できる資料 <input type="checkbox"/> 休日夜間調剤応需当番リスト等地域調剤応需体制が                   確認できる資料 <input type="checkbox"/> その他                   (_____)</p> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="268 1480 1477 1559"> <p>(参考) 過去1年間の調剤の実績 (_____ ) 回</p> </td> </tr> </table>	<p>自局での対応時間 休 日           :       ~       :                                   平 日（夜間）       :       ~       :</p>	<p><input type="checkbox"/> 左記の資料を添付 <input type="checkbox"/> 前回申請からの変更無のため添付資料省略</p>	<p>休日及び夜間の調剤応需体制を確認できる資料 <input type="checkbox"/> 休日夜間調剤応需当番リスト等地域調剤応需体制が                   確認できる資料 <input type="checkbox"/> その他                   (_____)</p>		<p>(参考) 過去1年間の調剤の実績 (_____ ) 回</p>	
<p>自局での対応時間 休 日           :       ~       :                                   平 日（夜間）       :       ~       :</p>	<p><input type="checkbox"/> 左記の資料を添付 <input type="checkbox"/> 前回申請からの変更無のため添付資料省略</p>						
<p>休日及び夜間の調剤応需体制を確認できる資料 <input type="checkbox"/> 休日夜間調剤応需当番リスト等地域調剤応需体制が                   確認できる資料 <input type="checkbox"/> その他                   (_____)</p>							
<p>(参考) 過去1年間の調剤の実績 (_____ ) 回</p>							
9	<p>在庫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）</p> <p>前回申請からの変更の有無 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無（既に提出済みのため添付省略）</p> <p><input type="checkbox"/> 医薬品提供手順書等（該当箇所）の写し添付</p> <p>(参考) 過去1年間の医薬品提供の実績 (_____ ) 回</p>						
10	<p>麻薬の調剤応需体制（第3項第4号）</p> <p><input type="checkbox"/> 麻薬小売業者免許番号 第_____号                   又は <input type="checkbox"/> 免許証原本の提示</p> <p>(参考) 過去1年間の調剤の回数 (_____ ) 回</p>						

11	<p>無菌製剤処理を実施できる体制（第3項第5号）</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 自局で対応         </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 図面及び写真等  <input type="checkbox"/> 前回申請からの変更無のため添付資料省略         </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 共同利用による対応         </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 共同利用契約書の写し添付  <input type="checkbox"/> 前回申請からの変更無のため添付資料省略         </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 他の薬局を紹介            薬局の名称： _____            薬局の所在地： _____         </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 他薬局紹介手順書等（該当箇所）の写し添付  <input type="checkbox"/> 前回申請からの変更無のため添付資料省略         </td> </tr> </table> <p>(参考) 過去1年間の実績 ( _____ ) 回</p>	<input type="checkbox"/> 自局で対応	<input type="checkbox"/> 図面及び写真等 <input type="checkbox"/> 前回申請からの変更無のため添付資料省略	<input type="checkbox"/> 共同利用による対応	<input type="checkbox"/> 共同利用契約書の写し添付 <input type="checkbox"/> 前回申請からの変更無のため添付資料省略	<input type="checkbox"/> 他の薬局を紹介 薬局の名称： _____ 薬局の所在地： _____	<input type="checkbox"/> 他薬局紹介手順書等（該当箇所）の写し添付 <input type="checkbox"/> 前回申請からの変更無のため添付資料省略
<input type="checkbox"/> 自局で対応	<input type="checkbox"/> 図面及び写真等 <input type="checkbox"/> 前回申請からの変更無のため添付資料省略						
<input type="checkbox"/> 共同利用による対応	<input type="checkbox"/> 共同利用契約書の写し添付 <input type="checkbox"/> 前回申請からの変更無のため添付資料省略						
<input type="checkbox"/> 他の薬局を紹介 薬局の名称： _____ 薬局の所在地： _____	<input type="checkbox"/> 他薬局紹介手順書等（該当箇所）の写し添付 <input type="checkbox"/> 前回申請からの変更無のため添付資料省略						
12	<p>医療安全対策（第3項第6号）</p> <p>医療安全対策の概要</p> <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 ( _____ )						
13	<p>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薬剤師        （第3項第8号）</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">① 常勤（32時間以上勤務）として勤務している薬剤師数</td> <td style="width: 40%;">( _____ ) 人</td> </tr> <tr> <td>② 継続して1年以上勤務している常勤薬剤師数</td> <td>( _____ ) 人 ★基準は①の1/2以上</td> </tr> <tr> <td>③ 研修を修了した常勤薬剤師数</td> <td>( _____ ) 人 ★基準は①の1/2以上</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> ②又は③に該当する薬剤師の一覧表添付（氏名、免許番号、勤務期間、研修修了の有無） <input type="checkbox"/> 研修修了証の原本提示又は写し添付	① 常勤（32時間以上勤務）として勤務している薬剤師数	( _____ ) 人	② 継続して1年以上勤務している常勤薬剤師数	( _____ ) 人 ★基準は①の1/2以上	③ 研修を修了した常勤薬剤師数	( _____ ) 人 ★基準は①の1/2以上
① 常勤（32時間以上勤務）として勤務している薬剤師数	( _____ ) 人						
② 継続して1年以上勤務している常勤薬剤師数	( _____ ) 人 ★基準は①の1/2以上						
③ 研修を修了した常勤薬剤師数	( _____ ) 人 ★基準は①の1/2以上						
14	<p>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）</p> <input type="checkbox"/> 研修計画書の写し添付（従事する全ての薬剤師を含む）						

15	<p>地域の他の医療提供施設（病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、調剤を実施する薬局）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）</p> <table border="1" data-bbox="268 170 1476 689"> <tr> <td data-bbox="268 170 906 248">(参考) 情報提供の回数 ( ) 回</td> <td data-bbox="906 170 1476 248"><input type="checkbox"/> 実績 (1回分) 添付</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="268 248 1476 349"> <p>情報提供先（特定の医療提供施設に対する情報提供であれば、施設の名称を、地域の複数の医療提供施設であれば、地域の範囲や主な施設の名称を記載する）</p> <p>地域の範囲 _____</p> <p>※特定の医療提供施設に対する情報提供の場合は記載不要</p> <p>施設① : _____</p> <p>施設② : _____</p> <p>施設③ : _____</p> </td> </tr> </table>	(参考) 情報提供の回数 ( ) 回	<input type="checkbox"/> 実績 (1回分) 添付	<p>情報提供先（特定の医療提供施設に対する情報提供であれば、施設の名称を、地域の複数の医療提供施設であれば、地域の範囲や主な施設の名称を記載する）</p> <p>地域の範囲 _____</p> <p>※特定の医療提供施設に対する情報提供の場合は記載不要</p> <p>施設① : _____</p> <p>施設② : _____</p> <p>施設③ : _____</p>			
(参考) 情報提供の回数 ( ) 回	<input type="checkbox"/> 実績 (1回分) 添付						
<p>情報提供先（特定の医療提供施設に対する情報提供であれば、施設の名称を、地域の複数の医療提供施設であれば、地域の範囲や主な施設の名称を記載する）</p> <p>地域の範囲 _____</p> <p>※特定の医療提供施設に対する情報提供の場合は記載不要</p> <p>施設① : _____</p> <p>施設② : _____</p> <p>施設③ : _____</p>							
16	<p>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）</p> <table border="1" data-bbox="268 741 1476 913"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="268 741 1476 797"> <p>※過去1年間の実績</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="268 797 1476 853"> <p>年間 ( ) 回 (★月平均 ( ) 回) ★基準は2回以上</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="268 853 1476 913"> <p>(参考) 過去1年間に居宅等で調剤、服薬等指導を行った患者総数 ( ) 人</p> </td> </tr> </table>	<p>※過去1年間の実績</p>		<p>年間 ( ) 回 (★月平均 ( ) 回) ★基準は2回以上</p>		<p>(参考) 過去1年間に居宅等で調剤、服薬等指導を行った患者総数 ( ) 人</p>	
<p>※過去1年間の実績</p>							
<p>年間 ( ) 回 (★月平均 ( ) 回) ★基準は2回以上</p>							
<p>(参考) 過去1年間に居宅等で調剤、服薬等指導を行った患者総数 ( ) 人</p>							
17	<p>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）</p> <table border="1" data-bbox="268 976 1476 1214"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="268 976 1476 1144"> <p><input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業等の許可番号 ( )</p> <p>又は</p> <p><input type="checkbox"/> 許可証原本の提示</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="268 1144 1476 1214"> <p>(参考) 提供した医療機器等 ( )</p> </td> </tr> </table>	<p><input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業等の許可番号 ( )</p> <p>又は</p> <p><input type="checkbox"/> 許可証原本の提示</p>		<p>(参考) 提供した医療機器等 ( )</p>			
<p><input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業等の許可番号 ( )</p> <p>又は</p> <p><input type="checkbox"/> 許可証原本の提示</p>							
<p>(参考) 提供した医療機器等 ( )</p>							