専門医療機関連携薬局(がん)　認定基準適合表

■対象期間(申請の前月までの過去１年間)：　　　　　年　　　　月～　　　　年　　　　月

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請日の前月）

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局の名称及び許可番号 | |
| 薬局の名称：  許可番号　： | 別紙１の  とおり |
| <注>  ・薬局開設許可証の写しを添付してください。 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 利用者の服薬指導等の際に配慮した構造設備 | |
| １）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  ①　□　あらかじめ椅子等を設置している。  ②　□　必要に応じて椅子等を設置して対応している。利用者が座って相談を受けられることが可能であることについて、利用者が容易に認識できるよう配慮している。  ２）プライバシーの確保に配慮した設備  ①　□　個室  ②　□　情報提供設備や待合場所等他の利用者が使用するスペースから十分距離を確保の上、他の利用者等から相談の様子が見えないよう配慮した相談スペース  ③　□　その他（具体的な設備：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 別紙２の  とおり |
| <注>  ・相談スペース（薬剤及び医薬品について情報の提供又は薬学的知見に基づく指導を行う区画）において、１）２）それぞれについて、いずれかの対応が必要です。該当する項目を☑してください。  ・１）２）の設備について、構造がわかる図面、写真等を添付してください。また、該当部分がわかるように印をつけてください。(参考：平面図記載例) | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ２ | 高齢者、障がい者等の円滑な利用に適した構造設備 | |
| ①　□　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。  ②　□　段差のない入口を設置している。  ③　□　車いすでも来局できる構造である。  ④　□　その他高齢者、障がい者等の円滑な利用に適した構造  具体的な構造（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | 別紙２の  とおり |
| <注>  ・①から④のいずれかの対応が必要です。該当する項目を☑してください。  ・検討する際は、「高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律」の規定に基づく「建築物移動等円滑化基準」も参考にしてください。  ＊道等から高齢者、障がい者等が利用する居室までの経路のうち一つ以上について、出入口、廊下、傾斜路、エレベーター、敷地内通路等をバリアフリー化すること  ＊廊下等、傾斜路及び敷地内通路の幅を90㎝以上とすること　等  ・該当する設備について、構造がわかる図面、写真等を添付してください。また、該当部分がわかるように印をつけてください。(参考：平面図記載例) | | |

* がん治療に係る医療機関とは、厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等及び都道府県が専門的ながん医療を提供するものとして認めた医療機関のことを指します。（以下同じ。）

|  |  |
| --- | --- |
| ３ | ・がん治療に係る医療機関との間で開催される会議への参加  ・上記の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 |
| ・主な連携先の医療機関①  名　 称 （　　　　　　　　 　　　　　　　　 ）  所在地　（　　　　　　　　 　　　　　　　　 ）  主な連携先の医療機関②  名　 称 （　　　　　　　　 　　　　　　　　 ）  所在地　（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  ・会議の名称　（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　 ） |
| <注>  ・利用者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報について随時報告及び連絡しているがん治療に係る医療機関の名称及び所在地を記載してください。  ・医療機関は可能な限り複数記載してください。  ・医療機関の敷地内に開設している薬局においては、当該医療機関以外の医療機関も記載してください。  ・過去１年間に参加した連携先の医療機関が開催した会議の名称を記載してください。 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ４ | 上記の報告及び連絡した実績 | |
| ①　過去１年間の当該薬局で処方箋を応需したがん患者総数 　（　　　　　　　 ）人  うち、②がん治療に係る医療機関に勤務する薬剤師等に報告及び連絡した患者数  （　　　　　　　）人 | 別紙３の  とおり |
| (参考)　過去1年間の報告及び連絡した情報提供回数　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）回 | |
| <注>  ・①②については、申請の前月までの過去１年間の実績として該当する人数を記載してください。（②については、①の半数以上の実績が必要です。）  ・実績に該当するものは、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です。  次の事例は実績に含まれません。  ＊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  ＊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  ＊疑義照会  ・がん患者は、抗がん剤や支持療法に必要な薬剤を用いてがん治療を受けている者を指しており、がん治療に係る医療機関との連携を行う中で、対象となる者を判断してください。  ・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。個人情報に該当する箇所はマスキングしてください。  ・参考として、がん患者に係る情報を報告及び連絡した過去１年間の回数を記載してください。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ５ | 他の薬局に対して報告及び連絡することができる体制 | 別紙４の  とおり |
| <注>  ・他の薬局に対して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（該当部分がわかるように印をつけたもの）を添付してください。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ６ | 開店時間外の相談に対応する体制 | |
| 相談できる連絡先や注意事項等の周知方法  ①　□　文書により交付  ②　□　薬袋に記入 | 別紙５の  とおり |
| <注>  ・該当する項目を☑してください。  ・①に☑した場合、薬局で用いている利用者等に交付する文書を、②に☑した場合、連絡先等が記載された薬袋の例を添付してください。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ７ | 休日及び夜間の調剤応需体制 | |
| ①　□　自局で対応  (参考)　過去１年間の調剤の実績　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）回  ②　□　地域の他の薬局開設者と連携して対応 | 別紙６の  とおり |
| <注>  ・該当する項目を☑してください。  ・「休日」とは、日曜日、国民の祝日に関する法律に規定する休日、１月２日及び３日並びに12月29日、30日及び31日をいいます。  ・「夜間」とは、午後６時から翌日の午前８時まで（土曜日の場合は、正午以降）をいいます。  ・①について、自局で24時間対応している場合は、自局の対応を地域に周知するための文書等を添付してください  ・②を☑した場合、具体的な休日及び夜間における当番日を示すもの等地域の調剤応需体制がわかる資料を添付してください。  ・参考として、休日及び夜間に調剤対応した過去１年間の回数（実績がない場合は「０」）を記載してください。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ８ | 在庫として保管するがんに係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 | 別紙７の  とおり |
| (参考)　過去１年間のがんに係る医薬品提供の実績　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）回 | |
| <注>  ・がんに係る医薬品とは、抗がん剤のほか支持療法で用いられる医薬品を含みます。  ・他の薬局開設者の薬局からの求めに応じてがんに係る医薬品を提供する場合の手順を示した手順書等の写し（該当部分がわかるように印をつけたもの）を添付してください。  ・参考として、過去１年間に他の薬局開設者の薬局からの求めに応じてがんに係る医薬品を提供した回数（実績がない場合は「０」）を記載してください。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ９ | 麻薬の調剤応需体制 | 別紙８の  とおり |
| (参考)　過去１年間の調剤の実績　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）回 | |
| <注>  ・麻薬小売業者免許証の写しを提出してください。  ・参考として、過去１年間に麻薬を調剤した回数（麻薬処方箋の応需枚数。実績がない場合は「０」）を記載してください。 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 10 | 医療安全対策 |
| 医療安全対策の概要  ①　□　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  ②　□　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  ③　□　その他の取組  具体的な医療安全対策の内容　 （ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| <注>  ・①から③のいずれかが必要です。該当する項目を☑してください。  ・①については、過去１年間に医薬品医療機器等法第68条の10第２項に基づきPMDAへ副作用等を報告した場合に☑してください。また、参考として、過去１年間の報告回数を記載してください。  ・②については、当該事業への参加薬局である場合に☑してください。また、参考として、過去１年間のヒヤリ・ハット事例等の報告回数（実績がない場合は「０」）を記載してください。  ・③については、①②以外の具体的な医療安全対策を行っている場合に☑し、その概要を記載してください。 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 11 | 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  がんに係る専門性を有する常勤として勤務している薬剤師の体制 | |
| ①　常勤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 | |
| ③　②又はがんの専門性を有する薬剤師に該当する薬剤師一覧 | 別紙９の  とおり |
| <注>  ・①②共通：認定申請時又は認定更新申請時における人数を記載してください。  ・②については、認定申請又は認定更新申請に係る薬局において申請の前月までに１年以上継続して常勤として勤務している薬剤師数を記載してください。  ・③については、所定の様式を使用してください。このうち、がんに係る専門性を有する薬剤師は、規則第10条の3第6項に規定する基準に基づき厚生労働大臣に届け出た団体から認定を受けたことを証する書類の写しを添付してください。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 12 | がんに係る専門的な内容の研修の受講 | 別紙１０の  とおり |
| <注>  ・研修の実施計画の写しを添付してください。  ・当該薬局に勤務する全ての薬剤師に対して、がんに係る専門的な薬学的知見に基づく指導等に必要な内容が学習できる研修を**毎年継続的に**受講させる必要があります。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 13 | 地域の他の薬局に対するがんに係る専門的な内容の研修の実施 | 別紙１１の  とおり |
| <注>  ・研修の実施計画の写しを添付してください。  ・当該薬局に勤務する薬剤師が地域の他の薬局に勤務する薬剤師に対して、がんに係る専門的な薬学的知見に基づく指導等に関する必要な内容が学習できる研修を継続的に行ってください。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 14 | 地域の他の医療提供施設に対するがんに係る医薬品の適正使用に関する情報提供 | |
| 情報提供先　　（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | 別紙１２の  とおり |
| <注>  ・申請の前月までの過去１年間に情報提供した実績が必要です。  ・情報提供先は、次のとおり記載してください。  ＊特定の医療提供施設に対する情報提供の場合、当該医療提供施設の名称  ＊地域における複数の医療提供施設に対する情報提供の場合、地域の範囲や主な医療提供施設の名称等  ・情報提供の内容は、抗がん剤や支持療法で用いられる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としてください。  ・情報提供した文書等を１回分添付してください。 | | |