地域連携薬局　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>  【別紙１】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）間仕切り等で区切られた相談窓口その他の区画及び相談の内容が漏えいしないよう配慮した設備  ①　□　パーティション等の設置  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した相談スペース  ③　□　相談スペースを区画の上、マスキング音等の相談内容が聞き取られない措置  ④　□　その他（具体的な措置：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 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。  【別紙２】１）２）の設備について、構造がわかる図面及び写真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  【別紙２】該当する設備について、構造がわかる図面及び写真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) | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ３ | 地域包括ケアシステムの構築に資する会議への参加 |
| ①　□　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： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  ②　□　介護支援専門員が主催するサービス担当者会議  ③　□　退院時カンファレンス  （医療機関の名称： 　　　　　　　　 ）  ④　□ その他の会議  （具体的な会議の名称：　　　　　　　　 　　　　　　　　　）  （会議の目的：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （会議の参加者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （会議の内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| <注>  ・過去１年間に①から③のいずれかの会議への継続的な参加が必要です。参加した会議を☑してください。  ・①地域ケア会議：設置主体は地域包括支援センターまたは市町村。医療、介護等の専門職をはじめ、民生委員、自治会長など地域の多様な関係者が適宜協働し、介護支援専門員のケアマネジメント支援を通じて、介護等が必要な高齢者の住み慣れた住まいでの生活を地域全体で支援していくことを目的とする。(介護保険法第115条の48)  ・②サービス担当者会議：介護支援専門員の主催により、ケアマネジメントの一環として開催するもの。効果的かつ実現可能な質の高い居宅サービス計画とするため、利用者の状況等に関する情報を各サービス担当者等と共有するとともに、専門的な見地から意見を求め、具体的サービスの内容検討、調整を図るもの。(指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第13条第9号)  ・④その他の会議：現在、該当する会議はありません。 | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| 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　（　　　　　　　　 　　　　　　　　 ） |
| <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主な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。 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ５ | 上記の報告及び連絡した実績 | |
| ①　年間 （　　　　　　 ）回　　　　（②　月平均　（　　　　　　　）回≧３０回）  うち、③入院時 （　　　　　　 ）回　　④外来受診時　（　　　　　　　）回  ⑤退院時　（　　　　　　 ）回　　⑥在宅訪問時　（　　　　　　　）回 | 別紙３の  とおり |
| <注>  ・①から⑥については、申請の前月までの過去１年間の実績を記載してください。（②については、月平均３０回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。  なお、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  ＊薬剤師法第24条に基づく疑義照会  ＊薬剤師による薬学的評価を記載せず、単に利用者の服薬状況に問題がないことを伝える報告  ＊居宅等を訪問して薬剤を交付したことのみを伝える報告  ＊後発医薬品への変更調剤  ＊情報提供する意義が明らかでないもの  ・③入院時：利用者の入院に当たって情報共有を行った実績  ・④外来受診時：外来の利用者に関して医療機関と情報共有を行った実績  ・⑤退院時：医療機関からの退院に当たって情報共有を行った実績  ・⑥在宅訪問時：居宅等を訪問して情報提供や指導を行い、その報告書を医療機関へ提出して情報共有を行った実績  【別紙３】項目４にて記載の医療機関に対して、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。内容は、処方した医師への行動提案を主とした、利用者の適切な薬物療法に資する情報である必要があります。個人情報に該当する箇所**はマスキングしてください。ただし、提供先の医療機関名はマスキング不要です。** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 別紙４の  とおり |
| <注>  【別紙４】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。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ７ | 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。  【別紙５】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添付してください。  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。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ８ | 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。  ・①に☑した場合、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。  ・「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。  【別紙６】①について、自局で24時間調剤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に☑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。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 別紙７の  とおり |
| (参考)　過去１年間の医薬品提供の実績　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）回 | |
| <注>  ・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。  【別紙７】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。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 10 | 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>  ・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。  【別紙８】麻薬小売業者免許証の写しを提出してください。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 11 | 無菌製剤処理を実施できる体制 | |
| ①　□　自局で対応  ②　□　共同利用による対応  ③　□　他の薬局を紹介  薬局の名称　　　 （ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  薬局の所在地　　（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | 別紙９の  とおり  （①の場合は別紙２のとおり） |
| (参考)　過去１年間の実績　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）回 | |
| <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。  ・参考として、①②に☑した場合、過去１年間の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。実績がない場合は「０」）を記載してください。  ③に☑した場合、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。  【別紙２】①に☑した場合、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)  【別紙９】②に☑した場合、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を添付してください。  ③に☑した場合、紹介する薬局の名称を記載するとともに、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）を添付してください。 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 12 | 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。 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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  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※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　研修を修了した常勤薬剤師数　　 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　）人 | |
| ④　②又は③に該当する薬剤師一覧 | 別紙１０の  とおり |
| <注>  ・①から③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、健康サポート薬局に係る研修を修了した常勤薬剤師数を記載してください。  ※「健康サポート薬局に係る研修実施要綱」（平成28 年２月12 日薬生発0212 第８号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知別添）に基づき研修実施機関が実施した健康サポート薬局に係る研修を修了したことを証する書類の交付を受けた常勤の薬剤師をいいます。  【別紙１０】④については、所定の様式を使用してください。このうち、健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師は当該研修の修了証、受講証明書等の写しを添付してください。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 14 | 地域包括ケアシステムに関する内容の研修の受講 | 別紙１１の  とおり |
| □　全ての薬剤師（非常勤含む）が、過去１年以内に上記研修を受講している。  （確認の上、☑してください。） | |
| <注>  ・当該薬局に勤務する全ての薬剤師（非常勤含む）に対して、地域包括ケアシステムに係る内容が学習できる研修を**毎年継続的に**受講させ、研修実施後は、日時・参加者等に係る記録を保存してください。  【別紙１１】研修の実施計画の写しを添付してください。なお、研修の実施計画の写しは、日時・参加者・内容が分かる今後（認定申請以降）の計画としてください。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | |
| 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、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としてください。単に同一グループの薬局が提供する資料を提供するだけでなく、薬剤師の薬学的知見を踏まえて医療提供施設の従事者や利用者の特性を考慮して必要な情報を判断し、分かりやすく情報提供できるように工夫してください。なお、患者個人に係る情報は含みません。  【別紙１２】情報提供した文書等を１回分添付してください。なお、情報提供日及び当該薬局が発行元であることが分かる文書等としてください。 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| ・①　年間 （　　　　　　 ）回　　　　（②　月平均　（　　　　　　　）回≧２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 |
| <注>  ・申請の前月までの過去１年間の実績として居宅等を訪問して指導等を行った回数を記載してください。  　（月平均２回以上の実績が必要です。）  ・実績として計上する回数は、居宅等を訪問して指導等を行った回数としてください。ただし、複数の利用者が入居している施設を訪問した場合は、調剤の業務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人数にかかわらず１回としてください。また、同一人物に対する同一日の訪問は、訪問回数にかかわらず１回としてください。  ・参考として、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の総数を記載してください。 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 17 | 医療機器及び衛生材料を提供するための体制 | 別紙１３の  とおり |
| (参考)　提供した医療機器等　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| <注>  ・参考として、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「なし」）を記載してください。  【別紙１３】高度管理医療機器等販売業許可証の写しを提出してください。 | | |