

別添 1

構造設備と体制の概要（地域連携薬局）

実績の対象期間：（認定申請の前月までの過去1年間） 年 月～ 年 月

	要件等 (医薬品医療機器等法施行規則第10条の2関係)	適合の有無 【適合の場合】	概要等	添付が必要な書類	※行政 使用欄
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）	<input type="checkbox"/>	(例) 利用者用の椅子の設置、相談内容が漏えいしないよう配慮した設備等	別紙1 【図面・写真等】	<input type="checkbox"/>

該当する構造設備があればチェック

該当する薬局内の構造設備がわかる図面、写真等を添付

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）	<input type="checkbox"/>	(例) 手すりの設置、段差がない、車いすでも来局できる構造等	別紙2 【図面・写真等】	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	--------------------------	--------------------------------	-----------------	--------------------------

該当する構造設備があればチェック

該当する薬局内の構造設備がわかる図面、写真等を添付

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）	<input type="checkbox"/>	<p>※以下のうち、過去1年間に参加した会議についてチェックし、主催者等について（ ）内に記載</p> <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：)</p> <p><input type="checkbox"/> 介護支援専門員が主催するサービス担当者会議</p> <p><input type="checkbox"/> 退院時カンファレンス (医療機関の名称：)</p> <p><input type="checkbox"/> その他の会議 (会議の名称：)</p>		<input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	--------------------------	--	--	--------------------------

会議への参加実績があればチェック

過去1年間に参加した会議にチェックし、主催者等の記載
※その他の会議は現時点で該当するものがないため、記載不要

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）	<input type="checkbox"/>	<p>主な連携先の医療機関の名称： _____</p> <p>(所在地： _____ 市・町)</p> <p>※敷地内の場合はそれ以外の医療機関を記載</p>		<input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------	---	--	--------------------------

体制を備えている場合はチェック

主な連携先の医療機関の名称と所在する市町名を記載

	要件等 (医薬品医療機器等法施行規則第10条の2関係)	適合の有無 【適合の場合☐】	概要等	添付が必要な書類	※行政 使用欄
5	連携先の医療機関に対し報告及び連絡した実績 (第2項第3号)	<input type="checkbox"/>	年間 () 回 (月平均()回 ≥30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5 【情報提供文書等の写(1回分)】 (個人情報はマスキング)	<input type="checkbox"/>

過去1年間に報告及び連絡した実績が360回以上の場合はチェック

文書(地域情報連携ネットワークシステム等を含む。)を用いて、薬剤師の主体的な情報収集等により報告及び連絡した過去1年間の実績を記載

報告及び連絡の実績がわかる文書の写し(個人情報マスキング)を添付

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)	<input type="checkbox"/>	利用者の薬剤等の情報を報告及び連絡する方法等を省令手順書等に記載	別紙6 【省令手順書等の写】 (該当部分をマーク)	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	---------------------------------	--------------------------

体制を備え、省令手順書等に記載している場合はチェック

利用者の情報について他の薬局に報告及び連絡する方法等が記載された省令手順書(抜粋可)の写しを添付

7	開店時間外の相談に対応する体制(第3項第1号)	<input type="checkbox"/>	薬剤師に直接相談できる連絡先、注意事項を文書、薬袋等に記載	別紙7 【文書・薬袋等】	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	-----------------	--------------------------

体制を備え、省令手順書等に記載している場合はチェック

薬剤師に直接できる連絡先、注意事項等が記載された文書・薬袋を添付

8	休日及び夜間の調剤応需体制 (第3項第2号)	<input type="checkbox"/>	自局の対応時間 休日 _____ : _____ ~ _____ : _____ 平日(夜間) _____ : _____ ~ _____ : _____	別紙8【地域における休日及び夜間の調剤応需体制がわかるもの】	<input type="checkbox"/>
---	---------------------------	--------------------------	---	--------------------------------	--------------------------

- (1) 自局が24時間の調剤応需体制を整備し、地域において自局の対応を周知
- (2) 地域の輪番制に参加
- (3) 地域の薬局が交代で休日・夜間診療所等に当該薬局に勤務する薬剤師を派遣
- (4) その他休日・夜間の調剤応需体制として地域の他の薬局開設者と連携した対応のいずれかの体制がある場合にチェック

休日(日、祝、年末年始)
平日(夜間) 18:00~翌8:00
の自局の調剤対応時間を記載
24時間の場合は、
「休日 0:00~24:00
平日(夜間) 18:00~翌8:00」
と記載

地域の調剤応需体制への参画がわかる資料(当番表など)を添付

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)	<input type="checkbox"/>	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する手順等を省令手順書等に記載	別紙9 【省令手順書等の写】 (該当部分をマーク)	<input type="checkbox"/>
---	--	--------------------------	--	---------------------------------	--------------------------

体制を備え、省令手順書等に記載している場合はチェック

他の薬局開設者に医薬品を提供する手順等が記載された省令手順書(抜粋可)を添付

	要件等 (医薬品医療機器等法施行規則第10条の2関係)	適合の有無 【適合の場合☐】	概要等	添付が必要な書類	※行政 使用欄
10	麻薬の調剤応需体制 (第3項第4号)	<input type="checkbox"/>	麻薬小売業者免許番号 第 _____ 号		<input type="checkbox"/>

麻薬小売業者免許を受け、
体制を備えている場合はチェック

申請時に有効な麻薬免許小売業者
免許番号(9桁)を記載

11	無菌製剤処理を実施できる体制 (第3項第5号)	<input type="checkbox"/>	※該当する項目をチェックし、それぞれの右欄の書類を記載すること	別紙11	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 自局で対応	【図面・写真】	
			<input type="checkbox"/> 共同利用による対応	【契約書等の写】	
			<input type="checkbox"/> 他の薬局を紹介 薬局の名称： _____ 薬局の所在地： _____	【他の薬局に紹介 する内容がわかる 省令手順書等の写】	

- (1) 自局において無菌製剤処理を実施する体制
(無菌調剤室の有無は問わない)
(2) 他の薬局の無菌調剤室を共同利用する体制
(3) 所在する日常生活圏域(中学校区)及び近接する日常生活圏域に無菌製剤処理が可能な薬局が存在しない場合に、実施可能な薬局をあらかじめ確保し、紹介する体制のいずれかの体制を備えている場合はチェック

該当の要件をチェック等
紹介の場合は紹介先の薬局の
名称及び所在地を記載

要件ごとに必要な
書類を添付

12	医療安全対策 (第3項第6号)	<input type="checkbox"/>	※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 <input type="checkbox"/> 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業への参加 <input type="checkbox"/> その他の取組具体的な内容 具体的な内容 (_____)		<input type="checkbox"/>
----	--------------------	--------------------------	--	--	--------------------------

医療安全対策を実施している
場合はチェック

実施している取組にチェック

13	常勤として勤務している薬剤師の半数以上が継続して1年以上常勤として勤務している体制 (第3項第7号)	<input type="checkbox"/>	※別紙13-1により基準に適合していることを示すこと	別紙13-1 【薬剤師一覧】	<input type="checkbox"/>
	常勤として勤務している薬剤師の半数以上が地域包括ケアシステムに関する研修を修了している体制(第3項第8号)	<input type="checkbox"/>		別紙13-2 【修了証】	

- ・薬剤師の一覧(別紙13-1)を添付
- ・修了証等(受講証明書等を含む)の写を添付(原本も必要)

常勤薬剤師の半数以上が
・1年以上その薬局で常勤として勤務している
・健康サポート薬局研修を修了している
場合はチェック
※常勤薬剤師：当該薬局で週当たり32時間以上勤務

	要件等 (医薬品医療機器等法施行規則第10条の2関係)	適合の有無 【適合の場合☑】	概要等	添付が必要な書類	※行政 使用欄
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)	<input type="checkbox"/>	(例) 外部研修、勤務薬剤師に対する 当該研修の実施計画	別紙14 【研修実施計画の写(1年分)】	<input type="checkbox"/>

研修実施計画を策定し、
研修を実施している場合はチェック

勤務する薬剤師が毎年継続的に受講できるよ
う策定された研修実施計画(1年分)を添付

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 報提供の実施 (第3項第10号)	<input type="checkbox"/>	過去1年間に情報提供した医療提供 施設の名称 ()	別紙15 【情報提供文書の写(1回分)】	<input type="checkbox"/>
----	--	--------------------------	----------------------------------	-------------------------	--------------------------

医療提供施設に情報提供を
行っている場合はチェック

情報提供した医療提供施設の
名称を記載

医療提供施設への情報提
供文書(1回分)を添付

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)	<input type="checkbox"/>	過去1年間の在宅訪問指導回数 年間()回 (月平均()回 ≥ 2回)) ※複数の患者がいる施設在宅は1回としてカウント		<input type="checkbox"/>
----	--	--------------------------	--	--	--------------------------

過去1年間に24回以上の
実績がある場合はチェック

居宅等を訪問して指導等を行った回数を計上
(調剤報酬の算定の有無は問わない)
※複数の利用者が入居している施設を訪問した
場合は人数にかかわらず1回
※同一人物に対して同一日に複数訪問した場
合は訪問回数にかかわらず1回

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)	<input type="checkbox"/>	高度管理医療機器等の販売業の許可番号 _____号		<input type="checkbox"/>
----	-----------------------------------	--------------------------	------------------------------	--	--------------------------

高度管理医療機器等の販売業の許可を
受け、体制を備えている場合はチェック

高度管理医療機器等の販売業の
許可番号を記載

※別紙番号を各添付書類の右上に付記すること