

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） <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>	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） <p>※該当する項目をチェックすること</p> <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>	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） <p>※過去1年間に参加した会議をチェックすること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><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：_____)</li> <li><input type="checkbox"/> 介護支援専門員が主催するサービス担当者会議</li> <li><input type="checkbox"/> 退院時カンファレンス (医療機関の名称：_____)</li> <li><input type="checkbox"/> その他の会議 (具体的な会議の名称：_____)</li> </ul>	
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） <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： _____	
5	上記の報告及び連絡した実績（第2項第3号） <p>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</p>	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） <p>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）を添付</p>	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） <p>開店時間 平 日           :       ~       :                                    土 曜           :       ~       :                                    日 祝 日       :       ~       :</p> 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 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 文書により交付</li> <li><input type="checkbox"/> 薬袋に記入</li> </ul>	別紙（ ）のとおり

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： _____	別紙（ ）のとおり
	（参考）過去1年間の実績（ ）回	
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（ ）	
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（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）	
	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 ( ) 回 ※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	別紙 ( ) のとおり
	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 ( )	

(参考) 認定基準適合表の記載要領

- 1 (第1項第1号)  
該当する設備について、構造がわかる図面、写真等を添付すること。
- 2 (第1項第2号)  
該当する項目の設備について、構造がわかる図面、写真等を添付すること。
- 3 (第2項第1号)  
過去1年間に参加した地域包括ケアシステムの構築に資する会議にチェックした上で必要事項を記載すること。
- 4 (第2項第2号)  
連携先として、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すること。医療機関は可能な限り複数記載すること。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すること。
- 5 (第2項第3号)  
過去1年間の実績として報告及び連絡した回数を記載すること。報告及び連絡した際の資料(情報提供文書等)の写しを1回分添付することとし、個人情報に該当する箇所はマスキングすること。
- 6 (第2項第4号)  
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(該当部分ができるように印をつけたもの)を添付すること。
- 7 (第3項第1号)  
「開店時間」は薬局開設許可申請時等における情報を記載すること。「相談できる連絡先や注意事項等の周知方法」については、薬局で用いている利用者等に交付する文書、連絡先等が記載された薬袋等の例を添付すること。
- 8 (第3項第2号)  
「自局での対応時間」は休日及び平日における夜間の対応時間を記載すること。地域の調剤応需体制がわかる資料として、具体的な休日及び夜間における当番日を示すものを添付すること。  
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(実績がない場合はその旨)を記載すること。
- 9 (第3項第3号)  
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(該当部分ができるように印をつけたもの)を添付すること。  
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(実績がない場合はその旨)を記載すること。
- 10 (第3項第4号)  
麻薬小売業者の免許証の番号を記載すること(免許証の原本の提示でも差し支えないこと)。  
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。実績がない場合はその旨)を記載すること。
- 11 (第3項第5号)  
「自局で対応」の場合は、無菌製剤処理が実施できることがわかる図面、写真等を添付すること。「共同利用による対応」の場合は、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すること。「他の薬局を紹介」の場合は、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(該当部分ができるように印をつけたもの)を添付すること。  
参考として、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。実績がない場合はその旨)を記載すること。「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指すものとする。

12 (第3項第6号)

「医薬品に係る副作用等の報告」は、過去1年間に法第68条の10第2項に基づき副作用等を報告した場合にチェックし、参考として、過去1年間の報告回数を記載すること。

「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業への参加」は、当該事業への参加薬局である場合にチェックし、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(実績がない場合はその旨)を記載すること。「その他の取組」は、上記以外の具体的な医療安全対策を行っている場合に、その概要を記載すること。

13 (第3項第7号及び第8号)

「常勤として勤務している薬剤師数」は認定申請時又は認定更新申請時における人数、「継続して1年以上勤務している常勤薬剤師数」は認定申請又は認定更新申請に係る薬局において1年以上継続して常勤として勤務している薬剤師数、「研修を修了した常勤薬剤師数」は本通知第2の3(8)の研修を修了した薬剤師数を記載すること。「第7号又は第8号に該当する薬剤師一覧」は、該当する薬剤師がわかるよう、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すること。このうち、第8号に該当する薬剤師は、健康サポート薬局に係る研修の修了証等の写しを添付すること(当該修了証等の原本の提示でも差し支えないこと)。

(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

14 (第3項第9号)

研修の実施計画の写しを添付すること。

15 (第3項第10号)

「情報提供先」は、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すること。また、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、情報提供した文書等を1回分添付すること。

参考として、過去1年間に情報提供した回数を記載すること。

16 (第4項第1号)

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すること。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すること。

17 (第4項第2号)

高度管理医療機器等の販売業の許可番号を記載すること(許可証の原本の提示でも差し支えないこと)。

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(実績がない場合はその旨)を記載すること。

18 認定基準適合表に添付する資料には資料番号を付記し、「別紙( )のとおり」の括弧にその資料番号を記載すること。

19 記載内容が多くなる場合は、記載欄を増やすことや別に記載して添付することでも差し支えないこと。

20 この様式の大きさは、A4とすること。

(別紙)

## 健康サポート薬局に係る届出書添付書類チェックリスト

(提出時には各書類が全て揃っていることを確認し、確認用の□にレ点をつけること。)

	書類及びその内容	確認用
かかりつけ薬局の基本的機能	<b>1. 当該薬局の業務実態を踏まえて、以下の事項に関することを記載した省令手順書</b>	<input type="checkbox"/>
	① 患者がかかりつけ薬剤師を選択できることとし、かかりつけ薬剤師が薬剤に関する情報提供・指導等を一元的・継続的に行うこと。	<input type="checkbox"/>
	② 患者がかかりつけ薬剤師を選択した際、その旨及び選択した薬剤師が分かるよう薬剤服用歴に記録しておくこと。	<input type="checkbox"/>
	③ 患者が現在受診している医療機関を全て把握するよう取り組むこと。	<input type="checkbox"/>
	④ 患者に使用された医薬品・服用している医薬品の一元的・継続的な把握に取り組むこと。	<input type="checkbox"/>
	⑤ 患者に対し残薬確認、残薬解消、残薬発生の原因聴取とその対処に取り組むこと。	<input type="checkbox"/>
	⑥ 毎回、患者に服薬状況や体調変化を確認し、新たな情報や薬剤服用歴の記録を参照した上で、必要に応じて確認・指導内容を見直し、患者の理解度等に応じて薬剤に関する情報提供・指導等を実施するよう取り組むこと。	<input type="checkbox"/>
	⑦ 患者に対し、お薬手帳の意義及び役割等を説明するとともに活用を促すこと。	<input type="checkbox"/>
	⑧ お薬手帳利用者に、適切な利用方法を指導すること（医療機関・薬局への提示、体調の変化等の記録、自身で購入した薬の記入等）。	<input type="checkbox"/>
	⑨ お薬手帳の複数冊所持者に対し、お薬手帳の集約に努めること。	<input type="checkbox"/>
	⑩ 薬剤師の基本的な役割の周知やかかりつけ薬剤師・薬局の意義、役割等の説明を行い、かかりつけ薬剤師・薬局を持つよう促すこと。	<input type="checkbox"/>
	⑪ 開店時間外の電話相談等にも対応すること。かかりつけ薬剤師を持つ患者からの電話相談等に対しては当該薬剤師が対応すること。	<input type="checkbox"/>
	⑫ 医療機関に対して、患者の情報に基づいて疑義照会を行い、必要に応じ、副作用等の情報提供、処方提案に適切に取り組むこと。	<input type="checkbox"/>
⑬ 上記の③、④、⑤、⑥、⑩、⑪、⑫の実施に関して、薬剤服用歴に記載すること。	<input type="checkbox"/>	
	<b>2. 当該薬局に従事する薬剤師の氏名、勤務日及び勤務時間を示した勤務表</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>3. お薬手帳の意義、役割及び利用方法の説明又は指導のための適切な資料</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>4. かかりつけ薬剤師・薬局の意義及び役割等の説明のための適切な資料</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>5. 当該薬局薬剤師に24時間直接相談できる連絡先電話番号等について、事前に患者等に対して説明し交付するための文書</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>6. 直近1年間の薬剤服用歴の記録や薬学的管理指導計画書の写し等の在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績が確認できる書類</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>7. 医療機関に対して情報提供する際の文書様式</b>	<input type="checkbox"/>
健康サポート機能	<b>1. 当該薬局の業務実態を踏まえて、以下の事項に関することを記載した健康サポート業務手順書</b>	<input type="checkbox"/>
	① 要指導医薬品等及び健康に関する相談に適切に対応した上で、そのやり取りを通じて、必要に応じ医療機関への受診勧奨を行うこと。	<input type="checkbox"/>
	② 健康に関する相談を受けた場合は、かかりつけ医等の有無を確認し、かかりつけ医がいる場合等には、かかりつけ医等に連絡を取り、連携して相談に対応すること。 特に、要指導医薬品等による対応が困難であることが疑われる場合などには、受診勧奨を適切に実施すること。	<input type="checkbox"/>
	③ 健康の保持増進に関する相談に対し、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所及び訪問看護ステーション、健康診断や保健指導の実施機関、市区町村保健センター等の行政機関、介護予防・日常生活支援総合事業の実施者等の地域の連携機関を薬局利用者に紹介するよう取り組むこと。	<input type="checkbox"/>
④ 上記i～iiiに基づき受診勧奨又は紹介を行う際、必要な情報を紹介先の医療機関その他の連携機関に紹介文書により提供すること。	<input type="checkbox"/>	

書類及びその内容		確認用
健康 サ ポ ー ト 機 能	⑤ 以下のような場合に受診勧奨すること。 ・医師の診断がなされている場合に、医師の指示に従わずに受診していないことが判明した場合に、受診勧奨すること。 ・かかりつけ医がいるにもかかわらず、一定期間受診していないことが判明した場合に、受診勧奨すること。 ・定期健診その他必要な健診を受診していないことが判明した場合に、受診勧奨すること。 状態が悪い場合など要指導医薬品等による対応が困難であることが疑われる場合に、受診勧奨すること。 ・要指導医薬品等を使用した後、状態の改善が明らかでない場合に受診勧奨すること。	<input type="checkbox"/>
	⑥ 要指導医薬品等又は健康食品等に関する相談に対し、薬局利用者の状況や当該品目の特性を十分に踏まえた上で、専門的知識に基づき説明すること。	<input type="checkbox"/>
	<b>2. 以下の事項を満たした医療機関その他の連携機関先のリスト</b> ・地域における医療機関、地域包括支援センター、介護事業所、訪問看護ステーション、健康診断等の実施機関、市区町村保健センター及び介護予防・日常生活支援総合事業の実施者が含まれていること。 ・医療機関その他の連携機関の名称、住所及び連絡先（電話番号、担当者名等）が記入できる様式であること。	<input type="checkbox"/>
	<b>3. 以下の内容を記載できる紹介文書</b> ・紹介先に関する情報、紹介元の薬局・薬剤師に関する情報、紹介文書を記載した年月日、薬局利用者に関する情報、相談内容及び相談内容に関わる使用薬剤等がある場合にはその情報、薬剤師から見た紹介理由、その他特筆すべき事項	<input type="checkbox"/>
	<b>4. 地域の薬剤師会と密接な連携を取り、地域の行政機関及び医師会、歯科医師会、薬剤師会等が実施又は協力する健康の保持増進その他の各種事業等への参加実績又は参加予定が確認できる資料</b> (事業の概要、参加人数、場所及び日時並びに当該薬局の薬剤師の参加内容などが分かるもの)	<input type="checkbox"/>
	<b>5. 有効な健康サポート薬局に係る研修の研修修了証及び勤務体制が確認できる資料</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>6. 個人情報に配慮した相談窓口を設置していることが確認できる写真等の資料</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>7. 薬局の外側に掲示予定のもの(健康サポート薬局、要指導医薬品等に関する助言や健康に関する相談を積極的に行っている旨)が確認できる資料</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>8. 薬局の中で掲示予定のもの(実施している健康サポートの具体的な内容)が確認できる資料</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>9. 要指導医薬品等の備蓄品目を薬効群毎に分類したリスト</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>10. 衛生材料及び介護用品等の備蓄品目リスト</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>11. 開店している営業日、開店時間を記載した文書</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>12. 要指導医薬品等及び健康食品等に関する助言や健康に関する相談に対応した対応内容の記録の様式が確認できる資料</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>13. 積極的な健康サポートの取組等の実績が確認できる資料(取組の概要、参加人数、場所及び日時等が分かるもの)</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>14. 薬局において取組を発信していること等の実績が確認できる資料(取組の概要等が分かるもの)</b>	<input type="checkbox"/>
<b>15. 国、地方自治体、関連学会等が作成する健康の保持増進に関するポスターの掲示やパンフレットの配布が確認できる資料</b>	<input type="checkbox"/>	