**別　紙**（神奈川県）

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 | 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） |
|  | * 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
* 相談の内容が漏えいしないよう配慮した設備
 | 詳細は次のとおり* 図面
* 写真
* その他（　　　　　）
* 前回申請からの変更無のため添付資料省略
 |
| 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） |
|  | * 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。
* 段差のない入口を設置している。
* 車いすでも来局できる構造である。
* 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（　　　　　　　　　　　　　　） | 添付資料は下記のとおり* 図面
* 写真
* その他（　　　　　）
* 前回申請からの変更無のため添付資料省略
 |
| 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） |
|  | ※過去１年間に参加した会議* 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：　　　　　　　　　　　　　，　　　　　　　　　　　　　）* 介護支援専門員が主催するサービス担当者会議
* 退院時カンファレンス

（医療機関名称：　　　　　　　　　　　　，　　　　　　　　　　）* その他の会議

（会議名称：　　　　　　　　　　，　　　　　　　　　　） |
| ４ | 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） |
|  | 主な連携先の医療機関名　称①：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地①：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称②：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地②：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ※３施設以上は別紙とする* 別紙　有
 |

|  |  |
| --- | --- |
| ５ | 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） |
|  | ※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 | * 左記実績（１回分）写し（個人情報マスキング済）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）　前回申請からの変更の有無　　□有　□無（既に提出済みのため添付省略） |
|  | * 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
 |
| ７ | 開店時間外の相談に対応する体制（第３項第１号） |
|  | 開店時間　　平　日　　　　：　　　　～　　　　：　　　　　　　　　　土　曜　　　　：　　　　～　　　　：　　　　　　　　　　日祝日　　　　：　　　　～　　　　：　　　　 |
| 相談できる連絡先や注意事項等の周知方法* 文書により交付

又は* 薬袋に記入
 | * 左記文書又は薬袋等の例を添付
* 前回申請からの変更無のため添付資料省略
 |
| 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）　　　　：　　　　～　　　　：　　　 |
| 休日及び夜間の調剤応需体制を確認できる資料* 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* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 | * 左記の資料を添付
* 前回申請からの変更無のため添付資料省略
 |
| （参考）過去１年間の調剤の実績（　　　　　）回 |
| ９ | 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）前回申請からの変更の有無　　□有　□無（既に提出済みのため添付省略） |
|  | □　医薬品提供手順書等（該当箇所）の写し添付 |
| （参考）過去１年間の医薬品提供の実績（　　　　　）回 |
| 10 | 麻薬の調剤応需体制（第３項第４号） |
|  | * 麻薬小売業者免許番号　第　　　　　　　号

又は* 免許証原本の提示
 |
| （参考）過去１年間の調剤の回数（　　　　　）回 |
| 11 | 無菌製剤処理を実施できる体制（第３項第５号） |
|  | * 自局で対応
 | □　図面及び写真等□　前回申請からの変更無のため添付資料省略 |
| * 共同利用による対応
 | □　共同利用契約書の写し添付□　前回申請からの変更無のため添付資料省略 |
| * 他の薬局を紹介

薬局の名称　：　　　　　　　　　　　　　　　薬局の所在地：　　　　　　　　　　　　　　　 | □　他薬局紹介手順書等（該当箇所）の写し添付□　前回申請からの変更無のため添付資料省略 |
| （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　 |
| * 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 |
| * 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 |
| * 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） |
|  | 1. 常勤（32時間以上勤務）として勤務している薬剤師数
 | （　　　　　）人 |
| 1. 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 |
| 1. 研修を修了した常勤薬剤師数
 | （　　　　　）人★基準は①の１/２以上 |
| □ 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）* 研修修了証の原本提示又は写し添付
 |
| 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） |
|  | * 研修計画書の写し添付（従事する全ての薬剤師を含む）
 |

|  |  |
| --- | --- |
| 15 | 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） |
|  | （参考）情報提供の回数（　　　　　）回　　　　　　　　　　　　　　 | * 実績（１回分）添付
 |
| 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）　地域の範囲　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※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施　　設①：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施　　設②：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施　　設③：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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） |
|  | ※過去１年間の実績年間（　　　　　）回　（★月平均（　　　　）回）　[★基準は２回以上](file:///%5C%5Ckfs01sec%5Cs1505%5C006_%E5%85%B1%E6%9C%89%E3%83%95%E3%82%A9%E3%83%AB%E3%83%80_%E8%96%AC%E5%8B%99%E8%AA%B2HWC%5C%E5%9C%B0%E5%9F%9F%E9%80%A3%E6%90%BA%E8%96%AC%E5%B1%80%E7%AD%89%5C%E5%9C%B0%E5%9F%9F%E9%80%A3%E6%90%BA%E8%96%AC%E5%B1%80%5C%E6%9B%B4%E6%96%B0%5C%E7%9C%81%E4%BB%A4.PDF) |
| （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 |
| 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） |
|  | □　高度管理医療機器等販売業等の許可番号（　　　　　　　）又は□　許可証原本の提示 |
| （参考）提供した医療機器等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |