

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"/>
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"/>
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"/>	※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 <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：) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員が主催するサービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 退院時カンファレンス (医療機関の名称：) <input type="checkbox"/> その他の会議 (会議の名称：)		<input type="checkbox"/>
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"/>	主な連携先の医療機関の名称： _____ (所在地： _____ 市・町) ※敷地内の場合はそれ以外の医療機関を記載		<input type="checkbox"/>
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"/>
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際の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"/>
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"/>
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"/>

	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
9	在庫として保管する医薬品を必要の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"/>
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"/>
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： _____	【他の薬局を紹介する内容がわかる省令手順書等の写】	
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"/>
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】 別紙13-2 【修了証】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	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体制(第3項第8号)	<input type="checkbox"/>			
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>

※別紙番号を各添付書類の右上に付記すること