

「健康サポート薬局」の基準への適合状況確認シート

基 準		適合状況	
か か り つ け 薬 局 の 基 本 的 機 能	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	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
	(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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
	(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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
	(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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
	(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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
	(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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
	(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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
	(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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
	(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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
	(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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
	(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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
	(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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
	(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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
	(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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
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	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合	
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	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合	
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	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合	
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	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合	
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	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合	

	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		
	7 医療機関に対して情報提供する際の文書様式	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
健康サポート機能	1 当該薬局の業務実態を踏まえて、以下の事項に関する記事を記載した健康サポート業務手順書	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
	(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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
	(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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
	(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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
	(4) 上記(1)～(3)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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
	(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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
	(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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
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 ・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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合	
3 以下の内容を記載できる紹介文書 ・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	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合	

項		
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（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"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
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	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
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	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
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	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
8 薬局の中で提示予定のもの（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	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
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	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
10 衛生材料及び介護用品等の備蓄品目リスト	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
11 開店している営業日、開店時間を記載した文書	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
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	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
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）	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
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）	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合
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	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 不適合

「健康サポート薬局」の基準への適合状況は、上記のとおりです。

年 月 日

（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

住 所 〒

（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

氏 名

長野県知事
市長

殿