様式90

服薬管理指導料の注１の施設基準に係る届出書添付書類

1	かかりつけ薬剤師として服薬管理指導を行う（服薬管理指導料「１のイ」及び「２のイ」を算定する）の保険薬剤師の氏名等（該当する□には、「✓」を記入し、必要な書類を添付すること。） ※適宜、行を増やすこと。						
	かかりつけ薬剤師業務を実施する者の氏名	保険薬局勤務経験	短時間勤務	週当たりの勤務時間及び日数	当該薬局での継続在籍期間	研修	地域活動
①		年	□該当 □非該当	時間/週 日/週	年　月	□	□
②		年	□該当 □非該当	時間/週 日/週	年　月	□	□
③		年	□該当 □非該当	時間/週 日/週	年　月	□	□
④		年	□該当 □非該当	時間/週 日/週	年　月	□	□
⑤		年	□該当 □非該当	時間/週 日/週	年　月	□	□
2	ア　当該保険薬局に週31時間以上勤務する保険薬剤師の継続在籍平均期間					年　月 （□　１年以上）	
	イ　当該保険薬局の管理薬剤師が、当該保険薬局に継続して在籍している期間					年　月 （□　３年以上）	
3	患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮している。					□　該当 □　非該当	
4	服用薬剤調整支援料２に規定する研修を受けた保険薬剤師がいる場合は、当該保険薬剤師の氏名等 ※適宜、行を増やすこと。						
	保険薬剤師名	薬剤師名簿登録番号	研修修了者登録番号（老年薬学認定薬剤師登録番号）		有効期間（認定期限）		
①							
②							

［記載上の注意］

1　「保険薬局勤務経験」については、施設基準の届出時点における保険薬剤師としての保険薬局勤務経験の年数を記載すること。ただし、保険医療機関で薬剤師としての勤務経験が１年以上ある場合は、１年を上限として当該勤務経験の期間に含めることができる。

2　「短時間勤務」については、育児・介護休業法第23条第１項、同法第23条第３項又は同法第24条の規定による措置の該当性について記入すること。なお、「短時間勤務」に該当する保険薬剤師のみで当該届出を提出することはできない。

3　「週あたりの勤務時間・日数」については、保険薬剤師の１週間当たりの平均勤務時間及び平均勤務日数を記載すること。

4　「当該薬局での継続在籍期間」については、当該保険薬局において勤務を開始してから、届出時までの保険薬剤師の継続在籍期間を記載すること。ただし、継続在籍期間は、週31時間以上勤務した期間のみを通算すること。

5　「研修」については、薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していることを確認できる文書を添付すること。

6　「地域活動」に参加していることがわかる書類として、届出時までに過去１年間に医療に係る地域活動の取組に主体的に参加していることがわかる文書（事業の概要、参加人数、場所及び日時、当該活動への関わり方等）を添付すること。

7　２のア（週31時間以上勤務する保険薬剤師の継続在籍平均期間）については、派遣労働者である者を含み、産前産後休業中、育児休業中又は介護休業中の者を除いて計算すること。また、産前産後休業、育児休業又は介護休業から復職した保険薬剤師については、当該保険薬局に継続的に在籍している期間に休業前の在籍期間を含めること。

8　日本老年薬学会の提供する老年薬学服薬総合評価研修制度の研修修了書又は日本老年薬学会認定薬剤師の認定証の写しを添付すること。