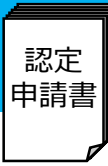


認定申請書・添付書類一式



様式第二五 (2) 以下の申請書

地域連携薬局と認定申請書

所在地 〒812-8577 福岡市博多区公園7-7

株式会社 記載創薬局 代行取締役 記載 太郎

項目	内容	別紙のとおり
1 株式会社以外の個人	なし	なし
2 株式会社以外の法人	なし	なし
3 株式会社以外の個人	なし	なし
4 株式会社以外の法人	なし	なし
5 株式会社以外の個人	なし	なし
6 株式会社以外の法人	なし	なし

地域連携薬局認定申請・認定更新申請 添付書類確認表

認定申請書 (別紙第1) (別紙第2) (別紙第3) (別紙第4) (別紙第5) (別紙第6) (別紙第7) (別紙第8) (別紙第9) (別紙第10) (別紙第11) (別紙第12) (別紙第13) (別紙第14) (別紙第15) (別紙第16) (別紙第17) (別紙第18) (別紙第19) (別紙第20) (別紙第21) (別紙第22) (別紙第23) (別紙第24) (別紙第25) (別紙第26) (別紙第27) (別紙第28) (別紙第29) (別紙第30) (別紙第31) (別紙第32) (別紙第33) (別紙第34) (別紙第35) (別紙第36) (別紙第37) (別紙第38) (別紙第39) (別紙第40) (別紙第41) (別紙第42) (別紙第43) (別紙第44) (別紙第45) (別紙第46) (別紙第47) (別紙第48) (別紙第49) (別紙第50) (別紙第51) (別紙第52) (別紙第53) (別紙第54) (別紙第55) (別紙第56) (別紙第57) (別紙第58) (別紙第59) (別紙第60) (別紙第61) (別紙第62) (別紙第63) (別紙第64) (別紙第65) (別紙第66) (別紙第67) (別紙第68) (別紙第69) (別紙第70) (別紙第71) (別紙第72) (別紙第73) (別紙第74) (別紙第75) (別紙第76) (別紙第77) (別紙第78) (別紙第79) (別紙第80) (別紙第81) (別紙第82) (別紙第83) (別紙第84) (別紙第85) (別紙第86) (別紙第87) (別紙第88) (別紙第89) (別紙第90) (別紙第91) (別紙第92) (別紙第93) (別紙第94) (別紙第95) (別紙第96) (別紙第97) (別紙第98) (別紙第99) (別紙第100)



薬局の実績等に関する書類

品名	数量	金額	数量	金額	数量	金額	数量	金額
1 1	10	1000	10	1000	10	1000	10	1000
2 1	10	1000	10	1000	10	1000	10	1000
3 1	10	1000	10	1000	10	1000	10	1000
4 1	10	1000	10	1000	10	1000	10	1000
5 1	10	1000	10	1000	10	1000	10	1000

内服薬

調剤月日: 令和0年0月0日

調剤行: 新薬・医薬 太郎

記載 太郎 様

1日 2回 5日分

朝・夕食後

記載創薬局 南岸本店

福岡県福岡市博多区公園7-7

電話: 092-000-0000 / FAX: 092-000-0000

開店時間外へご相談: 1990-0000-0000へお電話ください。

薬局の実績等に関する書類

品名	数量	金額	数量	金額	数量	金額	数量	金額
1 1	10	1000	10	1000	10	1000	10	1000
2 1	10	1000	10	1000	10	1000	10	1000
3 1	10	1000	10	1000	10	1000	10	1000
4 1	10	1000	10	1000	10	1000	10	1000
5 1	10	1000	10	1000	10	1000	10	1000

医療安全対策の状況

福岡ヒヤリハット事例収集・分析事務局

参加薬局一覧

九州沖縄

医療安全対策の状況

医療安全対策の状況

許可証等の写し

薬局開設許可証

麻薬小売業者免許証

高度管理医療機器等販売業許可証

科目別得意品目

品名	得意品目	得意品目
01 (00001)	0000000000	0000000000
02 (00002)	0000000000	0000000000
03 (00003)	0000000000	0000000000
04 (00004)	0000000000	0000000000
05 (00005)	0000000000	0000000000
06 (00006)	0000000000	0000000000
07 (00007)	0000000000	0000000000
08 (00008)	0000000000	0000000000
09 (00009)	0000000000	0000000000
10 (00010)	0000000000	0000000000

医薬品適正情報提供実績

令和0年0月0日

品名	数量	金額	数量	金額	数量	金額	数量	金額
1 1	10	1000	10	1000	10	1000	10	1000
2 1	10	1000	10	1000	10	1000	10	1000
3 1	10	1000	10	1000	10	1000	10	1000
4 1	10	1000	10	1000	10	1000	10	1000
5 1	10	1000	10	1000	10	1000	10	1000

認定申請等添付書類確認表

認定申請書 (別紙第1) (別紙第2) (別紙第3) (別紙第4) (別紙第5) (別紙第6) (別紙第7) (別紙第8) (別紙第9) (別紙第10) (別紙第11) (別紙第12) (別紙第13) (別紙第14) (別紙第15) (別紙第16) (別紙第17) (別紙第18) (別紙第19) (別紙第20) (別紙第21) (別紙第22) (別紙第23) (別紙第24) (別紙第25) (別紙第26) (別紙第27) (別紙第28) (別紙第29) (別紙第30) (別紙第31) (別紙第32) (別紙第33) (別紙第34) (別紙第35) (別紙第36) (別紙第37) (別紙第38) (別紙第39) (別紙第40) (別紙第41) (別紙第42) (別紙第43) (別紙第44) (別紙第45) (別紙第46) (別紙第47) (別紙第48) (別紙第49) (別紙第50) (別紙第51) (別紙第52) (別紙第53) (別紙第54) (別紙第55) (別紙第56) (別紙第57) (別紙第58) (別紙第59) (別紙第60) (別紙第61) (別紙第62) (別紙第63) (別紙第64) (別紙第65) (別紙第66) (別紙第67) (別紙第68) (別紙第69) (別紙第70) (別紙第71) (別紙第72) (別紙第73) (別紙第74) (別紙第75) (別紙第76) (別紙第77) (別紙第78) (別紙第79) (別紙第80) (別紙第81) (別紙第82) (別紙第83) (別紙第84) (別紙第85) (別紙第86) (別紙第87) (別紙第88) (別紙第89) (別紙第90) (別紙第91) (別紙第92) (別紙第93) (別紙第94) (別紙第95) (別紙第96) (別紙第97) (別紙第98) (別紙第99) (別紙第100)

薬局の認定申請書

地域連携薬局

専門医療機関連携薬局

様式第五の二
地域連携薬局認定申請書

許可番号及び年月日	第〇〇〇〇〇〇〇〇号 平成〇〇年〇月〇日 ※薬局の許可	
薬局の名称	記載例薬局 県庁本店	
薬局の所在地	〒812-8577	TEL〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 福岡市博多区東公園7-7
利用者の心身の状況に配慮する構造設備の概要	別紙のとおり	
利用者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報を他の医療提供施設と共有する体制の概要	別紙のとおり	
地域の患者に対し安定的に薬剤を供給するための体制の概要	別紙のとおり	
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う体制の概要	別紙のとおり	
(法人にあつては)薬事に関する業務に責任を有する役員の名	記載 太郎、記載 花子	
申請者(法人にあつては、責任を有する役員を含む)の欠格事項	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消の日から3年を経過していない者	なし
	(2) 法第75条第2第1項の規定により登録を取り消され、取消の日から3年を経過していない者	なし
	(3) 法第75条第4項又は第5項の規定によりその受けた認定を取り消され、その取消の日から3年を経過していない者	なし
	(4) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった後、3年を経過していない者	なし
	(5) 法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分を違反し、その違反行為があつた日から2年を経過していない者	なし
	(6) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	なし
	(7) 精神の機能の障害により薬局開設者の業務を適正に行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	なし
	(8) 薬局開設者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者	なし
備考		

上記により、地域連携薬局の認定を申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 〒812-8577 TEL〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
福岡市博多区東公園7-7

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株式会社 記載例薬局 代表取締役 記載 太郎

福岡県知事 殿

(注意)
1 申請書及び添付書類は、2部提出すること。
2 用紙の大きさは、A4とすること。

それぞれの基準に
適合していることが
分かる書類を添付

様式第五の三 (第十条の三関係)
専門医療機関連携薬局認定申請書

許可番号及び年月日	第〇〇〇〇〇〇〇〇号 平成〇〇年〇月〇日 ※薬局の許可	
薬局の名称	記載例薬局 県庁本店	
薬局の所在地	〒812-8577	TEL〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 福岡市博多区東公園7-7
法第6条の3第1項に規定する傷病の区分	がん	
法第6条の3第2項第2号に規定する薬剤師の氏名	筑紫 太郎	
利用者の心身の状況に配慮する構造設備の概要	別紙のとおり	
専門的な薬学的知見に基づく調剤及び指導の業務を行う体制の概要	別紙のとおり	
(法人にあつては)薬事に関する業務に責任を有する役員の名	記載 太郎、記載 花子	
申請者(法人にあつては、責任を有する役員を含む)の欠格事項	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消の日から3年を経過していない者	なし
	(2) 法第75条第2第1項の規定により登録を取り消され、取消の日から3年を経過していない者	なし
	(3) 法第75条第4項又は第5項の規定によりその受けた認定を取り消され、その取消の日から3年を経過していない者	なし
	(4) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった後、3年を経過していない者	なし
	(5) 法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分を違反し、その違反行為があつた日から2年を経過していない者	なし
	(6) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	なし
	(7) 精神の機能の障害により薬局開設者の業務を適正に行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	なし
	(8) 薬局開設者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者	なし
備考		

上記により、専門医療機関連携薬局の認定を申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 〒812-8577 TEL〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
福岡市博多区東公園7-7

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株式会社 記載例薬局 代表取締役 記載 太郎

福岡県知事 殿

(注意)
1 申請書及び添付書類は、2部提出すること。
2 用紙の大きさは、A4とすること。

添付書類確認表

地域連携薬局

専門医療機関連携薬局

地域連携薬局認定申請・認定更新申請 添付書類確認表		
記入担当者欄の各事項を記載してください。内容欄の各書類が添付されていることを確認し、添付する書類の右上に「別紙〇-〇」と記載の上、申請者確認欄に「〇」を記入してください。この確認表は申請書に添付してください。申請書及び確認表、各添付書類は、2部提出してください。		
記入担当者欄		
氏名:	筑紫 太郎	所属: 記載例薬局 県庁本店
連絡先:	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	Eメール: 〇〇〇〇@〇〇〇.ne.jp
内容	申請者確認欄	
1 薬局における構造設備がわかる次の写真		
別紙 1-1	相談窓口（相談の内容が漏えいしないように配慮した、座って服薬指導等を受けることができるようになるもの）	〇
別紙 1-2	高齢者等への配慮の状況（高齢者、障がい者等の円滑な利用に適した構造として薬局が講じている措置状況がわかるもの）	〇
別紙 1-3	無菌製剤処理設備（クリーンベンチ、安全キャビネット又は無菌室の設置状況がわかるもの） ※ 他の薬局の無菌調剤室を利用する場合は、利用先の薬局におけるこれらの写真に加えて利用の許諾を受けたことがわかる書類（契約書等）の写し ※ 日常生活圏域及び隣接する日常生活圏域に無菌製剤処理が可能な他の薬局がない場合は、無菌製剤処理を実施することができる薬局の案内資料	〇
2 薬局において活用している次の書類		
別紙 2-1	トレーニングレポートなど（当該薬局が地域の医療機関関係者や他の薬局に対し利用者に関する情報を報告・連絡する際に用いる様式）	〇
別紙 2-2	薬袋や薬剤情報提供書など（薬局の開店時間外に、当該薬局の薬剤師に直接相談できる連絡先等について記載されている、患者に交付する様式）	〇
別紙 2-3	休日夜間当番薬局一覧など（休日夜間の調剤を他の薬局と連携して対応していることがわかるもの） ※ 当該薬局が輪番制に参加している、当該薬局の薬剤師が休日夜間の処方箋を応答する薬局へ非常勤として勤務しているなど、他の薬局との連携状況わかること。	〇
3 薬局及び薬局の薬剤師における実績等がわかる次の書類		
別紙 3-1	地域包括ケアシステムの構築に資する会議への参加実績の一覧	〇
別紙 3-2	医療機関関係者に対して利用者に関する情報を提供した実績（件数）の一覧	〇
別紙 3-3	当該薬局に勤務する薬剤師に関する情報、地域包括ケアシステムに関する研修の修了状況及び受講状況の一覧並びに地域包括ケアシステムに関する研修の修了証の写し	〇
別紙 3-4	居宅等における調剤等の実績（件数）の一覧	〇
別紙 3-5	分譲伝票（過去1年間で他の薬局開設者へ医薬品を分譲した1件分の写し）	〇
別紙 3-6	他の医療提供施設へ提供した医薬品適正使用に関する情報の写し ※ 申請の前月から過去1年間に提供したものを1件分添付すること。 ※ メールやFAX等の送付文及び送付した資料を添付すること。	〇
4 次の医療安全対策の状況がわかる書類（該当するものは全て添付してください。）		
別紙 4-1	副作用報告（医薬品等安全性情報報告書）の写し ※ 申請の前月から過去1年間で報告したことがある場合に添付すること。	〇
別紙 4-2	薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業へ参加していることがわかる書類の写し ※ 当該事業への参加登録申請書（控え）や登録完了のお知らせなどが該当すること。 ※ 当該事業に参加している場合、添付すること。	〇
別紙 4-3	市販後調査に協力していることがわかる書類の写し ※ 申請の前月から過去1年間で製造販売業者へ報告したことがある場合（卸販売業者を通じて報告した場合を含む。）に添付すること。	-
別紙 4-4	医薬品リスク管理計画（RMP）に基づく患者向け資料を服薬指導に活用していることがわかる資料（資料一覧表など） ※ 服薬指導の際に患者向け資料（RMPマークがついたもの）を活用している場合に添付すること。	-
別紙 4-5	PMDAメディナビ登録証明書の写し ※ PMDAメディナビから配信される医薬品適正使用に関する情報を活用している場合に添付すること。	〇
5 許可証等の写し		
別紙 5-1	薬局開設許可証の写し	〇
別紙 5-2	麻薬小売業者免許証の写し	〇
別紙 5-3	高度管理医療機器等販売業（及び貸与業）許可証の写し	〇

● 認定申請・認定更新申請の際、必要となる添付書類の一覧（概要）が、提出する書類の種類に応じて記載されている。

● 各添付書類を作成後、申請前に添付していることを申請者が確認する。

● 申請後、審査の過程で書類の作成担当者へ確認や修正、追加書類の連絡をする場合があり、記入担当者欄に記載された方と連絡をとることになる。

専門医療機関連携薬局 認定申請・認定更新申請 添付書類確認表		
記入担当者欄の各事項を記載してください。内容欄の各書類が添付されていることを確認し、添付する書類の右上に「別紙〇-〇」と記載の上、申請者確認欄に「〇」を記入してください。この確認表は申請書に添付してください。申請書及び確認表、各添付書類は、2部提出してください。		
記入担当者欄		
氏名:	筑紫 太郎	所属: 記載例薬局 県庁本店
連絡先:	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	Eメール: 〇〇〇〇@〇〇〇.ne.jp
内容	申請者確認欄	
1 薬局における構造設備がわかる次の写真		
別紙 1-1	相談窓口（個室など、プライバシーの確保に配慮した、座って服薬指導等を受けることができるようになるもの）	〇
別紙 1-2	高齢者等への配慮の状況（高齢者、障がい者等の円滑な利用に適した構造として薬局が講じている措置状況がわかるもの）	〇
2 薬局において活用している次の書類		
別紙 2-1	トレーニングレポートなど（当該薬局が地域の医療機関関係者や他の薬局に対し利用者に関する情報を報告・連絡する際に用いる様式）	〇
別紙 2-2	薬袋や薬剤情報提供書など（薬局の開店時間外に、当該薬局の薬剤師に直接相談できる連絡先等について記載されている、患者に交付する様式）	〇
別紙 2-3	休日夜間当番薬局一覧など（休日夜間の調剤を他の薬局と連携して対応していることがわかるもの） ※ 当該薬局が輪番制に参加している、当該薬局の薬剤師が休日夜間の処方箋を応答する薬局へ非常勤として勤務しているなど、他の薬局との連携状況わかること。	〇
3 薬局及び薬局の薬剤師における次の実績がわかる一覧等		
別紙 3-1	傷病区分に関する専門的な医療の提供等を行う医療機関との間で行われる会議への参加実績の一覧	〇
別紙 3-2	医療機関関係者に対して傷病区分に該当する利用者に関する情報を提供した実績（人数）の一覧	〇
別紙 3-3	当該薬局に勤務する薬剤師に関する情報、傷病区分に関する研修の受講状況及び傷病の区分に関する専門性の認定状況の一覧並びに傷病の区分に関する専門性の認定証の写し	〇
別紙 3-4	地域の他の薬局に勤務する薬剤師への研修実績の一覧 ※ 実施した研修に用いた資料を添付すること。	〇
別紙 3-5	分譲伝票（過去1年間で他の薬局開設者へ医薬品を分譲した1件分の写し）	〇
別紙 3-6	他の医療提供施設へ提供した傷病区分に係る医薬品の適正使用に関する情報の写し ※ 申請の前月から過去1年間に提供したものを1件分添付すること。 ※ メールやFAX等の送付文及び送付した資料を添付すること。	〇
4 次の医療安全対策の状況がわかる書類（該当するものは全て添付してください。）		
別紙 4-1	副作用報告（医薬品等安全性情報報告書）の写し ※ 申請の前月から過去1年間で報告したことがある場合に添付すること。	〇
別紙 4-2	薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業へ参加していることがわかる書類の写し ※ 当該事業への参加登録申請書（控え）や登録完了のお知らせなどが該当すること。 ※ 当該事業に参加している場合、添付すること。	〇
別紙 4-3	市販後調査に協力していることがわかる書類の写し ※ 申請の前月から過去1年間で製造販売業者へ報告したことがある場合（卸販売業者を通じて報告した場合を含む。）に添付すること。	-
別紙 4-4	医薬品リスク管理計画（RMP）に基づく患者向け資料を服薬指導に活用していることがわかる資料（資料一覧表など） ※ 服薬指導の際に患者向け資料（RMPマークがついたもの）を活用している場合に添付すること。	-
別紙 4-5	PMDAメディナビ登録証明書の写し ※ PMDAメディナビ（医薬品医療機器情報提供サービス）から配信される医薬品適正使用に関する情報を活用している場合に添付すること。	〇
5 許可証等の写し		
別紙 5-1	薬局開設許可証の写し	〇
別紙 5-2	麻薬小売業者免許証の写し	〇

1 薬局の構造設備等に関する写真

項目	基準	提出書類の概要
1-1 相談窓口	<p>地域</p> <p>利用者が<u>座って</u>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、<u>間仕切り等で区切られた相談窓口その他の区画並びに相談の内容が漏えいしないよう配慮した設備</u>を有すること。</p> <p>専門</p> <p>利用者が<u>座って</u>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<u>個室その他のプライバシーの確保に配慮した設備</u>を有すること。</p>	相談窓口の写真
1-2 高齢者、障がい者等への配慮	<p>共通</p> <p>高齢者、障害者等の円滑な利用に適した構造であること。</p>	薬局の外観や待合室の写真 など
1-3 無菌製剤処理 (地域連携薬局のみ)	<p>地域</p> <p>無菌製剤処理を実施できる体制（第11条の8第1項ただし書の規定により他の薬局の無菌調剤室を利用して無菌製剤処理を実施する体制を含む。）を備えていること。</p>	無菌製剤処理設備の写真 など

1-1 相談窓口

以下の要件を満たす相談窓口を設置していることがわかる写真

共通

- **薬局の待合室**に相談窓口を設置している
- **座って**服薬指導を受けられる (**イス**を設置している)

※常時設置していない場合は、イスに座って服薬指導等を受けられる旨をわかりやすく掲示していること

- 利用者の**相談内容が漏えいしない**よう配慮している (配慮内容の記述+写真)

地域

- **間仕切り**を窓口に設置する等、隣の利用者から窓口の上の薬剤や資料が通常見られない措置が講じてある

専門

- **個室**の相談窓口など、他の相談窓口や待合場所から利用者を視認することが困難な措置が講じてある

【配慮の例示】 ※薬局の状況ごとに必要となる措置の程度は異なる。

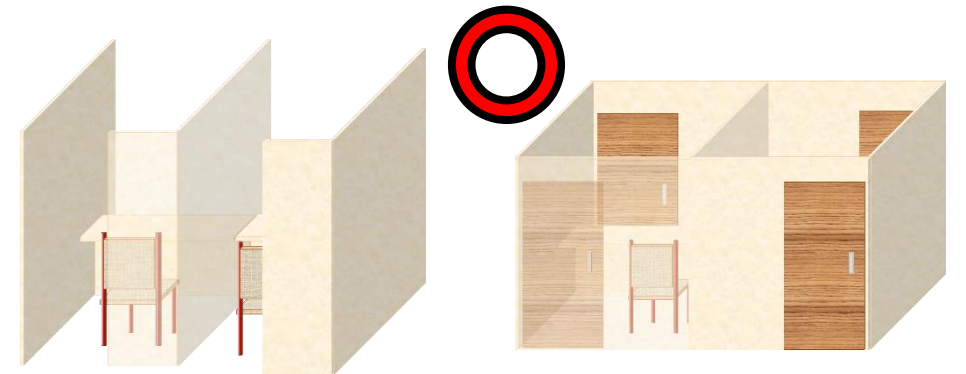
- ・ 間仕切り(パーティション)や壁、天井、床などに吸音材質のものを使用する等、相談内容が他の利用者に伝わりにくくなっている。
- ・ 待合室と相談窓口の間に十分な距離を設けたり、パーティションを設けるなど、相談内容が他の利用者に伝わりにくくなっている。
- ・ マスキング音源 (テレビやBGM、プライバシー保護用音源) により、相談内容を他の利用者から聞き取りにくくします。

【間仕切り】 ※間仕切り以外の措置によることも可能



【個室など】

※右の例示以外にも、個室と同程度に利用者のプライバシーを確保する措置を講じたものであればよい。



相談窓口の写真 作成例

共通 場所

●明らかに待合室ではない場所に設置しているような写真の場合、申請担当者へ確認する場合があります。

●相談窓口の設置場所がわかりにくい場合は、待合室と相談窓口の位置関係がわかる写真なども併せて添付してください。

専門 個室等

●専門医療機関連携薬局の場合は、下図のような、個室の相談窓口等であることがわかる写真を添付してください。



【作成方法】

- 次の要件を全て備えた相談窓口を設けていることがわかる写真を貼り付けて下さい。
 - ・ 利用者が座って利用できること
(椅子が設置されていること 又は 椅子の利用が可能であることが掲示されていること)
 - ・ 相談窓口が間仕切り等で区切られていること
(利用者の薬剤や説明資料等が隣の相談窓口から視認することが困難な相談窓口であること。)
 - ・ 待合室に設置されていること
- 利用者への服薬指導や情報提供の内容が他の利用者に漏えいしないよう配慮している事項を記載してください。併せて、配慮していることがわかる構造や設備の写真を添付してください。

【貼付・記入欄】 ※この欄に写真等を貼付又は内容を記載してください。



次のような配慮を行っており、相談内容が漏えいしない措置を講じている。

- ・ 床や壁、天井の素材を吸音素材のものにしており、相談内容がほかの利用者（患者）に伝わらないよう配慮している。
- ・ 相談窓口の後ろや近くには待合用の椅子を設けず、待合場所と十分な距離をとっている。
- ・ 待合室のテレビやBGMの音源の位置や音量を調整し、待合場所や他の利用者に相談時の内容が聞こえないようにしている。

※左図の参考様式は県ホームページからダウンロード可能
※作成方法は参考様式の上覧に記載。
※1枚の様式に複数の写真を貼付可能
※必要に応じて参考様式を複数枚使用することも可能。

地域 間仕切り等

●隣接する相談窓口や受付などの利用者から相談窓口上の薬剤や服薬指導に用いる資料などが見えないことがわかる間仕切り等の区画がされていることがわかる写真を添付してください。

共通 座って服薬指導を受けることができる

●相談窓口を利用者が使用しやすい椅子を設置していることがわかる写真を添付してください。

●常時椅子を設置できない場合などは、待合場所や相談窓口にも、利用者がすぐ目に付くように椅子の利用が可能である旨を掲示している写真と、利用する椅子がすぐに用意できる場所に設置してあることがわかる写真を添付してください。

共通 相談内容漏えい防止措置

●「次のような配慮を行っており、相談内容が漏えいしないような措置を講じている」旨を記載し、実際に薬局において講じている措置を記述してください。

●講じている措置に関する構造や設備の写真を添付してください（吸音や遮音設備、マスキング音源などの写真）。

1-2 高齢者、障がい者等への配慮

高齢者や障がい者等の配慮に関する以下の写真

共通

- **薬局の外観**
(薬局の出入りが容易にできることがわかる)
- **待合室の状況**
(出入口と相談窓口間を容易に移動できることがわかる)
- その他、高齢者や障がい者への配慮の状況がわかるもの (写真又は記述)

【スロープ】
出入口までの段差の解消



※段差がない場合や、エレベーターを使用する場合などもある。

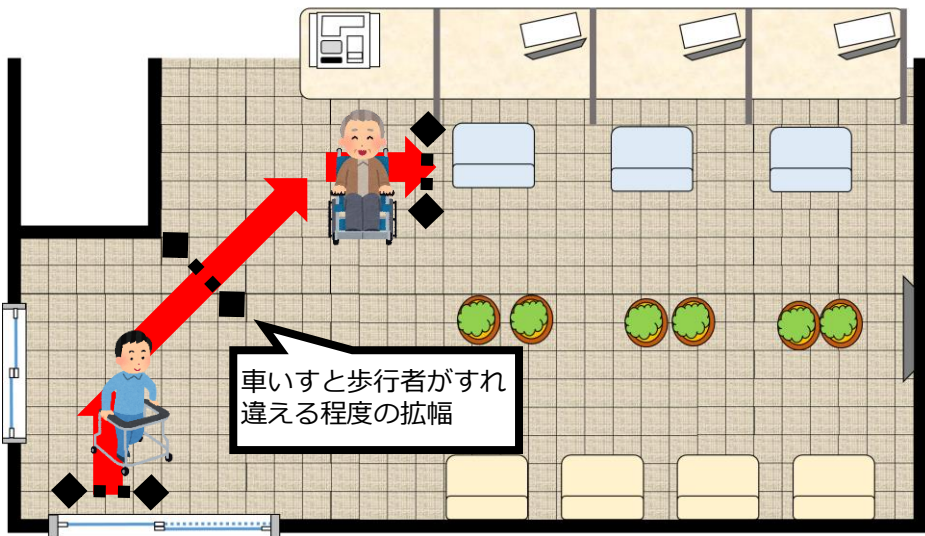
【自動ドアや引き戸】
容易に通行できる前後に段差のない出入口



※開き戸の場合でも、出入口の前後に車いすの転回スペースを設けるなどの対応がありうる。

【待合室】

車いす利用者が出入口～相談窓口(受付)間を容易に移動できる経路の拡幅



【その他の配慮】 ※例示

高齢者や障がい者等が円滑に利用するための配慮



高齢者等への配慮の写真 作成例

共通 配慮の状況のチェック☑

●薬局において対応している配慮の状況に☑を記載してください。

●表に記載している配慮は、高齢者等への配慮に対する一部の事項のみ記載しています。薬局において対応している配慮（構造設備による配慮のほか、対応等に関する配慮を含む。）がある場合は、☐その他に☑を記載し、概要を記載してください。

●薬局の外観や待合室の写真のほか、☑した項目に関する写真は貼付してください。

共通 薬局の外観の写真

●次の状況がわかる薬局の外観の写真を添付してください。

- ・歩行者用道路から薬局の出入口に移動する経路の状況がわかる写真
- ・薬局の出入口が車いす利用者などにとって容易に通行できることがわかる写真

地域連携薬局 高齢者等への配慮の状況に関する写真 別紙1-2

【作成方法】

- 高齢者や障がい者（高齢者等）に対する配慮の状況がわかるよう、次の写真を添付してください。
 - ・ 薬局の外観（利用者が薬局の出入口へ円滑に移動できることがわかる写真）
 - ・ 待合室の状況（利用者が受付や相談窓口へ円滑に移動できることがわかる写真）
- 高齢者等への配慮として薬局で講じているものについて、[貼付・記入欄]中の表の該当する項目を☑し、必要に応じて配慮していることがわかる写真を貼り付けて下さい（上記の写真と重複する場合は不要です。）。また、写真により難しい場合は、配慮している事項を記載してください。

【貼付・記入欄】 ※配慮している事項を☑し、写真等を貼付又は内容を記載してください。

敷地内	<input type="checkbox"/> 出入口に至るまで、段差や急な勾配はない <input checked="" type="checkbox"/> スロープ <input checked="" type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 点字ブロック <input type="checkbox"/> 車いす使用者が利用しやすい駐車場 <input type="checkbox"/> その他（ ）
出入口	<input checked="" type="checkbox"/> 自動ドア <input type="checkbox"/> 引戸 <input checked="" type="checkbox"/> 出入口の前後に段差がない <input checked="" type="checkbox"/> 車いすの通行に十分な幅がある <input type="checkbox"/> その他（ ）
待合室	<input checked="" type="checkbox"/> 待合室の床面が滑りにくい材質 <input type="checkbox"/> 手すり <input checked="" type="checkbox"/> 車いすの通行に十分な幅がある <input type="checkbox"/> その他（ ）
トイレ	<input checked="" type="checkbox"/> 車いす使用者用トイレ <input type="checkbox"/> オストメイト対応 <input type="checkbox"/> 受け口が床より35cm以下の小便器 <input type="checkbox"/> その他（ ）
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者や障がい者への配慮内容に関する案内・掲示物（老眼鏡の利用や画面表示・筆談対応など） <input type="checkbox"/> その他（ ）

(薬局の外観)  

(待合室)  

(その他の配慮) 

※左図の参考様式は県ホームページからダウンロード可能
 ※作成方法は参考様式の上覧に記載。
 ※1枚の様式に複数の写真を貼付可能
 ※必要に応じて参考様式を複数枚使用することも可能。

共通 待合室の写真

●次の状況がわかる薬局の外観の写真を添付してください。

- ・薬局の出入口と受付、相談窓口間が車いす利用者などにとっても容易に移動できることがわかる写真

共通 配慮の状況にチェック☑したものの写真等

●薬局において対応している配慮の状況として☑した項目に関する写真を添付してください（薬局の外観の写真や待合室の写真に写っている場合は、再度添付する必要はありません。）。

●写真で貼付することが困難な配慮については、[貼付・記入欄]の空いている箇所に具体的な内容を記載してください。

1-3 無菌製剤処理（地域連携薬局のみ）

無菌製剤処理の対応状況に応じて、以下の写真や書類

薬局に無菌製剤処理設備を設置している

いいえ

はい

● 無菌製剤処理設備の写真

他の薬局の無菌調剤室に設置されている
無菌製剤処理設備を共同利用できる

いいえ

はい

- 無菌調剤室・無菌製剤処理設備の写真
(利用先の薬局のもの)
- 利用できることがわかる書類
(利用に係る契約書の写し等)

近隣に無菌調剤処理が可能な薬局がなく、
無菌製剤処理が可能な薬局を紹介できる

いいえ

はい

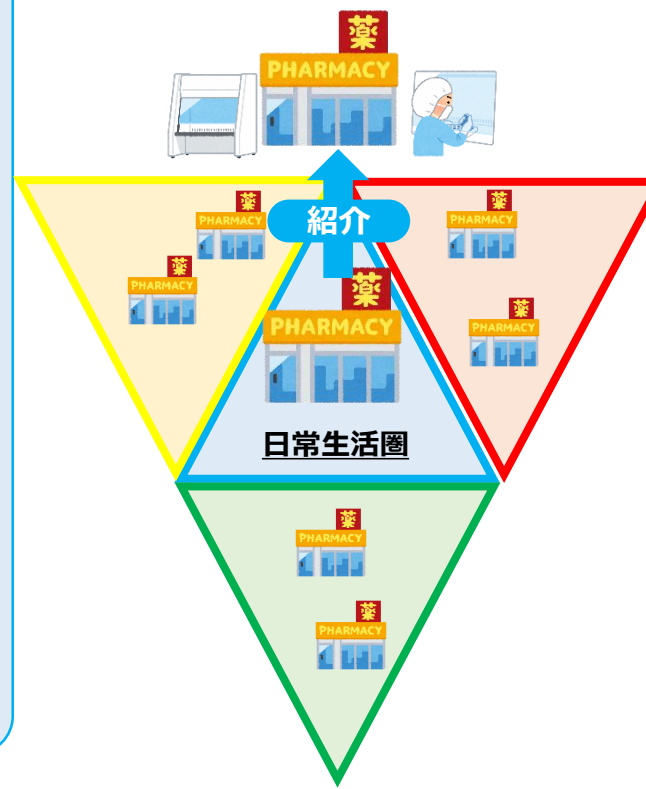
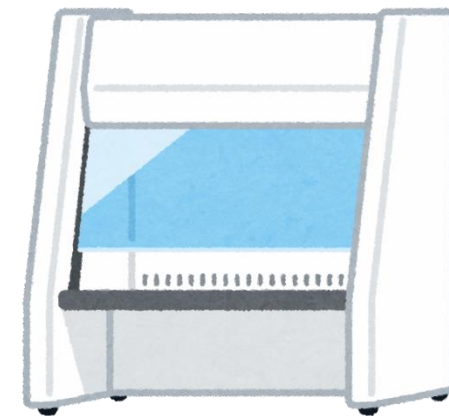
● 利用者へ当該薬局を紹介する書類

無菌製剤処理設備の導入等の対応が必要

【無菌製剤処理設備】

・ クリーンベンチや安全キャビネット、無菌室など、無菌的な製剤を行うために、無菌環境を作り出す設備を指します。

・ 自局で無菌製剤処理を行う場合は、無菌調剤室の設置までは求められませんが、他の薬局と共同利用する場合は、無菌調剤室に設置されている無菌製剤処理設備を共同利用できる必要があります。



【他の薬局の紹介】

・ 薬局が所在する日常生活圏（中学校区）とその隣接する日常生活圏（中学校区）に無菌製剤処理が可能な薬局がない場合には、薬局利用者の状況を踏まえて現実的に利用可能と思われる、無菌製剤処理が可能な薬局を紹介することでも差し支えありません。

・ 紹介による方法は、当分の間の時限的な取扱いであり、今後、この取り扱いが認められなくなる可能性があります。自薬局での無菌製剤処理体制の整備も併せて御検討ください。

無菌製剤処理設備の写真等 作成例

地域 無菌製剤処理体制の状況のチェック

● 薬局の無菌製剤処理体制の状況について該当するものに☑を記入してください。

● 他の薬局の紹介による場合は、薬局の中学校区（日常生活圏）を記入し、その中学校区・隣接する中学校区にあるいずれの薬局でも無菌製剤処理が行えないことを確認してください。

※無菌調剤室内で無菌製剤処理が行える薬局がある場合は、共同利用による必要があります。

地域 共同利用できるとわかる書類

● 共同利用の場合は、利用先との共同利用に関する契約書など、共同利用できるとわかる書類の写しを添付してください。

地域 無菌製剤処理ができる薬局を紹介する書類

● 他の薬局の紹介による場合は、紹介先の薬局を利用者へ案内する文書を添付してください。

地域連携薬局

無菌製剤処理設備の写真

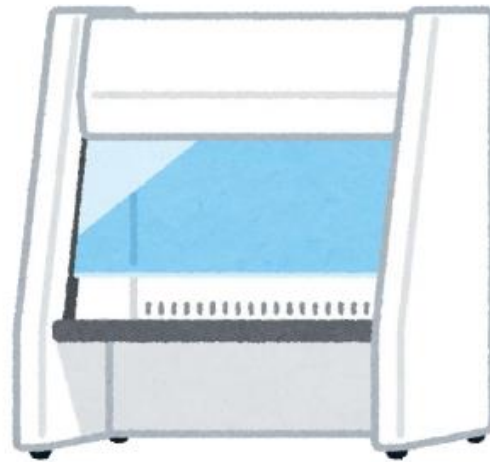
別紙1-3

【作成方法】

- 貼付・記入欄の該当するものに☑を記載してください。
- 薬局内に無菌製剤処理設備（クリーンベンチ、安全キャビネット又は無菌室）を設置している場合は、薬局内に設置されていることがわかる写真を貼り付けて下さい。
- 他の薬局の無菌調剤室を利用する場合は、利用先の薬局の無菌調剤室内の無菌製剤処理設備の写真を貼り付け、別途利用に係る契約書の写し等を添付してください。
- 日常生活圏域（中学校区）及び隣接する日常生活圏域に無菌製剤処理を実施することができる薬局が存在しない場合は、当該薬局が存在する中学校区を記載し、別途、無菌製剤処理を実施することができる薬局として紹介するための文書を添付してください。

【貼付・記入欄】 ※薬局の状況のうち該当するものを☑し、写真等を貼付してください。

- 薬局内に無菌製剤処理設備を設置している（当該設備の写真を貼付）
- 他の薬局の無菌調剤室を利用する（当該設備が無菌調剤室内に設置されていることがわかる写真及び利用に係る契約書の写し等を添付）
- 薬局が属する日常生活圏（中学校区：_____校区）及び隣接する日常生活圏に無菌製剤処理を実施することができる薬局が存在しないため、無菌製剤処理を実施することができる薬局を紹介する（紹介するために使用する文書を添付）



地域 無菌製剤処理設備の写真

● 自薬局に設備を設置している場合は、無菌製剤処理設備の写真を添付してください。

● 共同利用の場合は、利用先の無菌製剤処理設備の写真と無菌調剤室の写真を添付してください。



2 薬局で活用等している書類

項目	基準	提出書類の概要
2-1 医療機関・薬局 への連絡体制	<p>地域 薬局開設者が、当該薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師が<u>利用者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報</u>について地域における<u>医療機関</u>に勤務する薬剤師その他の医療関係者に対して<u>随時報告及び連絡することができる体制</u>を備えていること。</p> <p>薬局開設者が、当該薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師が利用者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報について地域における<u>他の薬局</u>に対して報告及び連絡することができる体制を備えていること。</p> <p>専門 薬局開設者が、当該薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師が当該薬局を<u>利用する第1項に規定する傷病の区分に該当する者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報</u>について前号の<u>医療機関</u>に勤務する薬剤師その他の医療関係者に対して<u>随時報告及び連絡することができる体制</u>を備えていること。</p> <p>薬局開設者が、当該薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師が当該薬局を利用する第1項に規定する傷病の区分に該当する者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報について地域における<u>他の薬局</u>に対して報告及び連絡することができる体制を備えていること。</p>	トレーシングレポートの様式
2-2 相談対応体制	<p>共通 <u>開店時間外</u>であっても、利用者からの薬剤及び医薬品に関する<u>相談に対応する体制</u>を備えていること。</p>	薬袋や薬情等の様式 (開店時間外の連絡先を記載した文書等)
2-3 休日夜間調剤 応需体制	<p>共通 <u>休日及び夜間</u>であっても、<u>調剤の求め</u>があつた場合には、地域における<u>他の薬局開設者と連携して対応する体制</u>を備えていること。</p>	休日夜間当番薬局一覧など

2 - 1 医療機関・薬局への連絡体制

他の医療機関等へ情報提供する際に活用する
以下の書類

地域

● 医療機関や薬局の薬剤師・医療関係者と情報共有する際に活用している様式

専門

● がん治療に係る医療機関や薬局の薬剤師・医療関係者と情報共有する際に活用している様式

情報提供年月日 年 月 日	
服薬情報提供書（トレーシングレポート）	
別紙 2 - 1	
御担当者様 御中	
平素よりお世話になっております。	
下記患者様の医薬品等に関する服薬情報などについて、 <input type="checkbox"/> 情報提供いたします。 <input type="checkbox"/> 情報提供願います。	
情報提供施設	施設名 電話番号 住 所 FAX 番号 担当者 メールアドレス
患者情報	氏名 フリガナ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日 年齢
	情報提供に当たったの同意 <input type="checkbox"/> 同意を得ている <input type="checkbox"/> 同意は得ていない
情報提供提供依頼 事項	<input type="checkbox"/> 副作用に関する情報 <input type="checkbox"/> 服薬状況に関する情報 <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報 <input type="checkbox"/> 併用薬に関する情報 <input type="checkbox"/> 生活環境に関する情報 <input type="checkbox"/> 入院時の服薬情報 <input type="checkbox"/> 調剤時の留意事項 <input type="checkbox"/> 自宅療養の留意事項 <input type="checkbox"/> その他
内容	
提案内容	

※県の様式ダウンロードはございません。薬局において現に活用している様式を添付してください。

2-2 相談対応体制

開店時間外の相談連絡先に関する以下の書類

共通

- 患者に交付する文書等に開店時間外の相談連絡先を記載したもの（薬袋や薬情などの様式・見本）。

共通

記載内容

- 必ずしも24時間対応が必須ではないが、患者の状況や利便性なども踏まえて対応する時間を設定すること。
- 記載する連絡先は、当該薬局の薬剤師に直接連絡できる連絡先であること。
- 閉店時間外の連絡先のほか、相談に対応できない時間帯がある場合は、その時間帯や、代替手段などの注意事項を記載すること。

調剤年月日:令和〇年〇月〇日
調剤を行った薬剤師:筑紫 太郎

別紙2-2

内服薬

記載 太郎 様

1日 2回 5日分

朝・夕食後

〇〇〇錠10mg 1回1錠

〇〇〇カプセル100 1回2Cap

記載例薬局 県庁本店

福岡県福岡市博多区東公園7-7

電話 092-〇〇〇-〇〇〇〇 / FAX 092-〇〇〇-〇〇〇〇

開店時間外のご相談は090-〇〇〇〇-〇〇〇〇へお電話ください。

※県の様式ダウンロードはございません。薬局において現に活用している様式を添付してください。

3 薬局の実績等に関する書類

項目	基準	提出書類の概要
3-1 会議への参加	<p>地域</p> <p>薬局開設者が、<u>過去1年間</u>において、当該薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師を、介護保険法第115条の48第1項に規定する会議その他の<u>地域包括ケアシステム</u>（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第2条第1項に規定する地域包括ケアシステムをいう。以下同じ。）の<u>構築に資する会議に継続的に参加</u>させていること。</p> <p>専門</p> <p>薬局開設者が、<u>過去1年間</u>において、当該薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師を、利用者の治療方針を共有するために第1項に規定する傷病の区分に係る<u>専門的な医療の提供等を行う医療機関との間で開催される会議に継続的に参加</u>させていること。</p>	過去1年間の 参加実績一覧
3-2 服薬情報提供 実績	<p>地域</p> <p>薬局開設者が、<u>過去1年間</u>において、当該薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師に利用者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報について地域における医療機関に勤務する薬剤師その他の医療関係者に対して<u>月平均30回以上</u>報告及び連絡させた実績があること。</p> <p>専門</p> <p>薬局開設者が、<u>過去1年間</u>において、当該薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師に当該薬局を利用する第1項に規定する<u>傷病の区分に該当する者のうち半数以上の者</u>の薬剤及び医薬品の使用に関する情報について第1号の医療機関に勤務する薬剤師その他の医療関係者に対して報告及び連絡させた実績があること。</p>	過去1年間の 情報提供実績一覧

3 薬局の実績等に関する書類

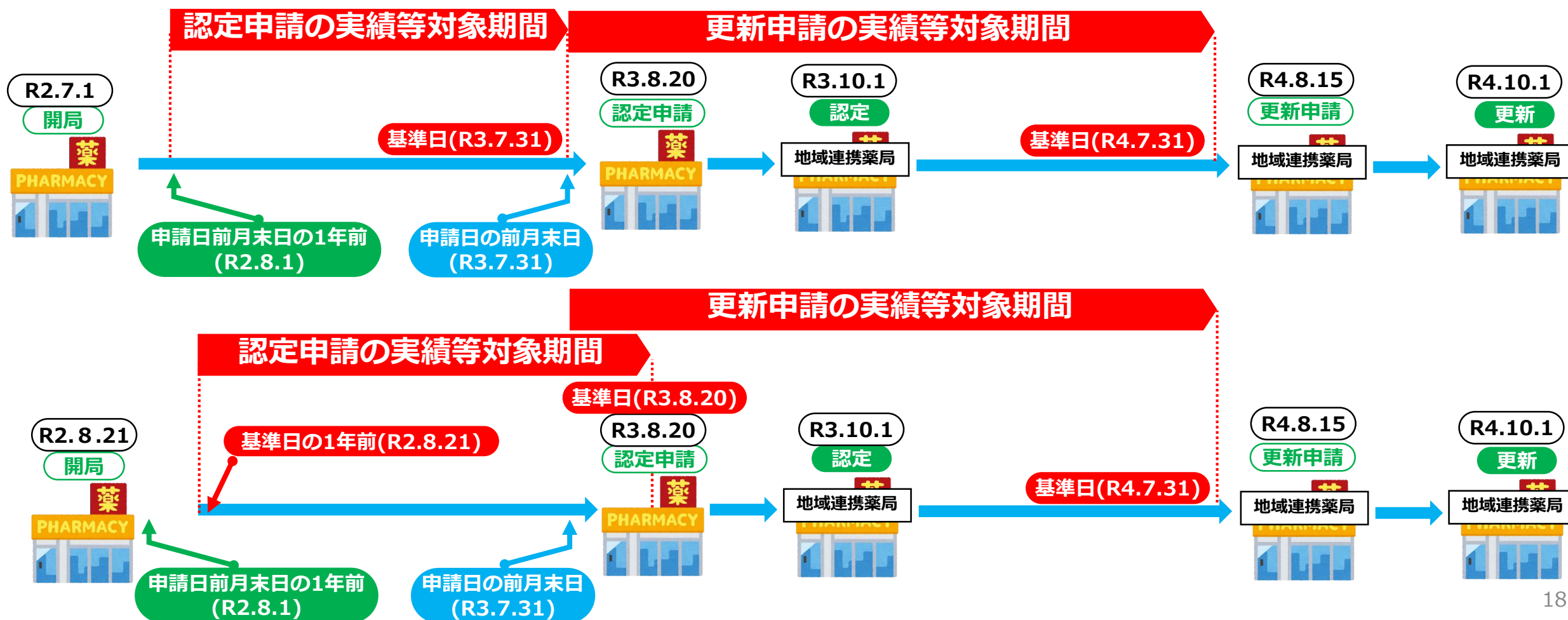
項目	基準	提出書類の概要
3-3 薬剤師の 配置・研修	<p>共通 継続して常勤勤務する薬剤師の配置 当該薬局に常勤として勤務している薬剤師の半数以上が、当該薬局に継続して1年以上常勤として勤務している者であること。</p> <p>地域 専門性等を有する薬剤師の配置 当該薬局に常勤として勤務している薬剤師の半数以上が、地域包括ケアシステムに関する研修を修了した者であること。</p> <p>専門 第六項に規定する専門性の認定を受けた常勤の薬剤師を配置していること。</p> <p>地域 薬剤師への研修の実施 薬局開設者が、当該薬局において薬事に関する実務に従事する全ての薬剤師に対し、1年以内ごとに、前号の研修又はこれに準ずる研修を計画的に受けさせていること。</p> <p>専門 薬局開設者が、当該薬局において薬事に関する実務に従事する全ての薬剤師に対し、1年以内ごとに、第1項に規定する傷病の区分ごとの専門的な薬学的知見に基づく調剤及び指導に関する研修を計画的に受けさせていること。</p>	薬局の薬剤師の勤務・研修 状況の一覧、修了証等
3-4 居宅等における 調剤等の実績 (地域連携薬局のみ)	<p>地域 居宅等（薬剤師法第22条に規定する居宅等をいう。以下同じ。）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について、過去1年間において月平均2回以上実施した実績があること。ただし、都道府県知事が別に定める場合にあつては、月平均2回未満であつて当該都道府県知事が定める回数以上実施した実績があることをもつてこれに代えることができる。</p>	過去1年間の 実績一覧

3 薬局の実績等に関する書類

項目	基準	提出書類の概要
3-4 地域の薬局への 研修 (専門医療機関連携薬 局のみ)	<p>専門 当該薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師が、<u>地域における他の薬局に勤務する薬剤師</u>に対して、第1項に規定する傷病の区分ごとの専門的な薬学的知見に基づく調剤及び指導に関する<u>研修を継続的に行っていること</u>。</p>	過去1年間の 研修開催実績一覧
3-5 医薬品供給 体制	<p>地域 在庫として保管する医薬品を必要な場合に地域における他の薬局開設者に提供する体制を備えていること。</p> <p>専門 在庫として保管する第1項に規定する<u>傷病の区分に係る医薬品</u>を、必要な場合に地域における他の薬局開設者に提供する体制を備えていること。</p>	分譲伝票 (過去1年間で分譲した実績1件)
3-6 D I 室機能	<p>地域 当該薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師が、過去1年間において、地域における他の医療提供施設（医療法第1条の2第2項に規定する医療提供施設をいう。以下同じ。）に対し、医薬品の適正使用に関する情報を提供していること。</p> <p>専門 当該薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師が、過去1年間において、地域における他の医療提供施設に対し、第1項に規定する<u>傷病の区分ごとの医薬品</u>の適正使用に関する情報を提供していること。</p>	提供した情報の写し (過去1年間で提供した実績1件)

実績等の積算期間（基準日）の考え方

- 各種実績等の計算の対象となる期間（過去1年間）は、次の考え方による「基準日」から過去1年間
 申請日の前月末日の1年前において、薬局を開局している場合 ⇒ **申請日の前月末日**が「基準日」
 申請日の前月末日の1年前において、薬局を開局していない場合 ⇒ **申請日**が「基準日」
- 構造設備等や薬剤師の勤務状況等は、上記の「基準日」時点のものとする。



3-1 会議への参加

過去1年間における以下の実績一覧

地域

● 薬局の薬剤師が参加した地域包括ケアシステムの構築に資する次の会議への参加実績一覧

- ・ 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**
- ・ 介護支援専門員が主催する **サービス担当者会議**
- ・ 地域の多職種が参加する **退院時カンファレンス**

専門

● 利用者の治療方針を共有するために次の医療機関（がんに関する専門的な医療の提供等を行う医療機関。この資料中「**専門医療機関**」という。）との間で開催される会議の参加実績一覧

- ・ **がん診療連携拠点病院**
- ・ **地域がん診療連携拠点病院**
- ・ **地域がん診療病院**
- ・ **福岡県指定がん診療拠点病院** 等

※福岡県庁ホームページの [トップページ](#) > [健康・福祉・子育て](#) > [疾病対策](#) > [がん対策](#) > [がん拠点病院に関する情報ページ](#) 参照

【地域包括ケアシステムの構築に資する会議】

医療職種や介護職種など多職種が会し、介護・医療の提供に関する意見交換・情報共有を行う

【地域ケア会議】



【サービス担当者会議】



【退院時カンファレンス】



福岡県内のがん拠点病院

がん診療連携拠点病院等（以下「がん拠点病院」という。）については、平成14（2002）年度から整備をはじめ、県内には、県がん診療連携拠点病院（以下「県拠点病院」という。）2か所、地域がん診療連携拠点病院（以下「地域拠点病院」という。）17か所、地域がん診療病院2か所、県指定がん診療拠点病院（以下「県指定病院」という。）1か所の計22か所が整備されています。

【がん拠点病院の主な役割】

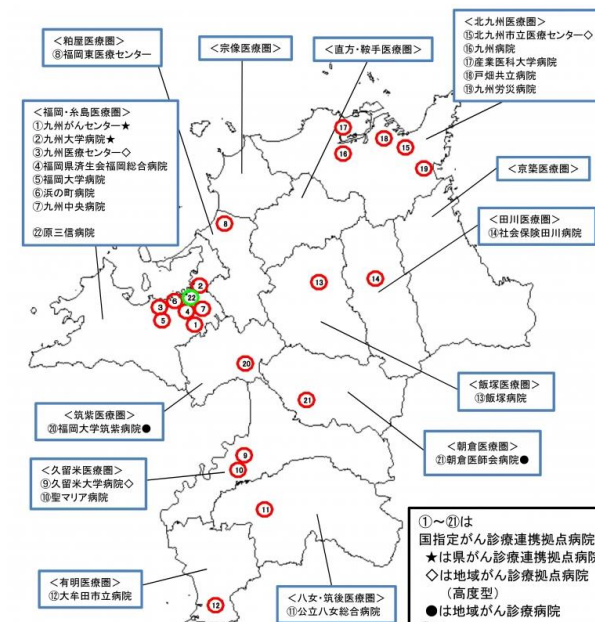
- ・ 専門的ながん医療の提供等
- ・ 地域のがん医療連携体制の構築
- ・ 情報提供、相談支援の実施：[福岡県内のがん相談支援センターに関する情報を見る](#)

県拠点病院、地域拠点病院及び地域がん診療病院は、国のがん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（以下「整備指針」という。）によって、指定要件が定められています。

[がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針 \[PDFファイル/451KB\]](#)

県指定病院は、県内のがん医療体制を整備することを目的に、福岡県知事が指定した病院です。

[福岡県指定がん診療拠点病院の指定に関する要綱 \[PDFファイル/207KB\]](#)



①～⑫は
国指定がん診療連携拠点病院等
★は県がん診療連携拠点病院
◇は地域がん診療拠点病院
(高度型)
●は地域がん診療病院
⑬は
県指定がん診療拠点病院

地域包括ケアシステムの構築に資する会議への参加実績一覧

【作成方法】

- 当該薬局の薬剤師の地域包括ケアシステムの構築に資する会議の参加状況について、申請の前月末日から過去1年間で参加した会議を記載してください。
- ※ 申請の前月末日の1年前に薬局を開設していない場合は、申請日から過去1年間の参加状況を記載してください。
- 会議に参加した薬剤師が複数名いる場合は、「参加した薬剤師氏名」欄は1名するか、「他○名」等記載してください。
- 記載する対象の会議は次の会議です。
 - ・ 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（内容欄には「地域ケア会議」と記載してください。）
 - ・ 介護支援専門員が主催するサービス担当者会議（内容欄には「サービス担当者会議」と記載してください。）
 - ・ 地域の多職種が参加する退院時カンファレンス（内容欄には「退院時カンファレンス」と記載してください。）

【実績記入欄】

日 時（年月日）	参加した薬剤師氏名	主催者	内容（対象の会議の種類等を記載してください。）
令和2年7月8日	筑紫 太郎	〇〇市	地域ケア会議
令和2年8月30日	糸島 春子	〇〇居宅介護支援事業所	サービス担当者会議
令和2年9月12日	粕屋 次郎	〇〇病院	退院時カンファレンス
令和2年10月9日	糸島 春子	〇〇居宅介護支援事業所	サービス担当者会議
令和2年11月2日	粕屋 次郎	〇〇病院	退院時カンファレンス
令和2年12月13日	糸島 春子	〇〇居宅介護支援事業所	サービス担当者会議
令和3年1月10日	粕屋 次郎	〇〇病院	退院時カンファレンス
令和3年2月4日	糸島 春子	〇〇居宅介護支援事業所	サービス担当者会議
令和3年3月15日	粕屋 次郎	〇〇病院	退院時カンファレンス
令和3年4月11日	糸島 春子	〇〇居宅介護支援事業所	サービス担当者会議
令和3年5月5日	粕屋 次郎	〇〇病院	退院時カンファレンス

※左図の参考様式は県ホームページからダウンロード可能
 ※作成方法は参考様式の上覧に記載。
 ※必要に応じて参考様式を複数枚使用することも可能。
 ※専門医療機関連携薬局の参考様式についても、地域連携薬局と同等程度のものを県ホームページからダウンロードが可能です。

3-2 服薬情報提供実績

過去1年間における以下の実績一覧

地域

● 薬局薬剤師から医療機関の薬剤師その他の医療関係者へ利用者の服薬情報に関する次のような情報提供(共有)を実施した月ごとの実績 (1年間の月平均30回以上)

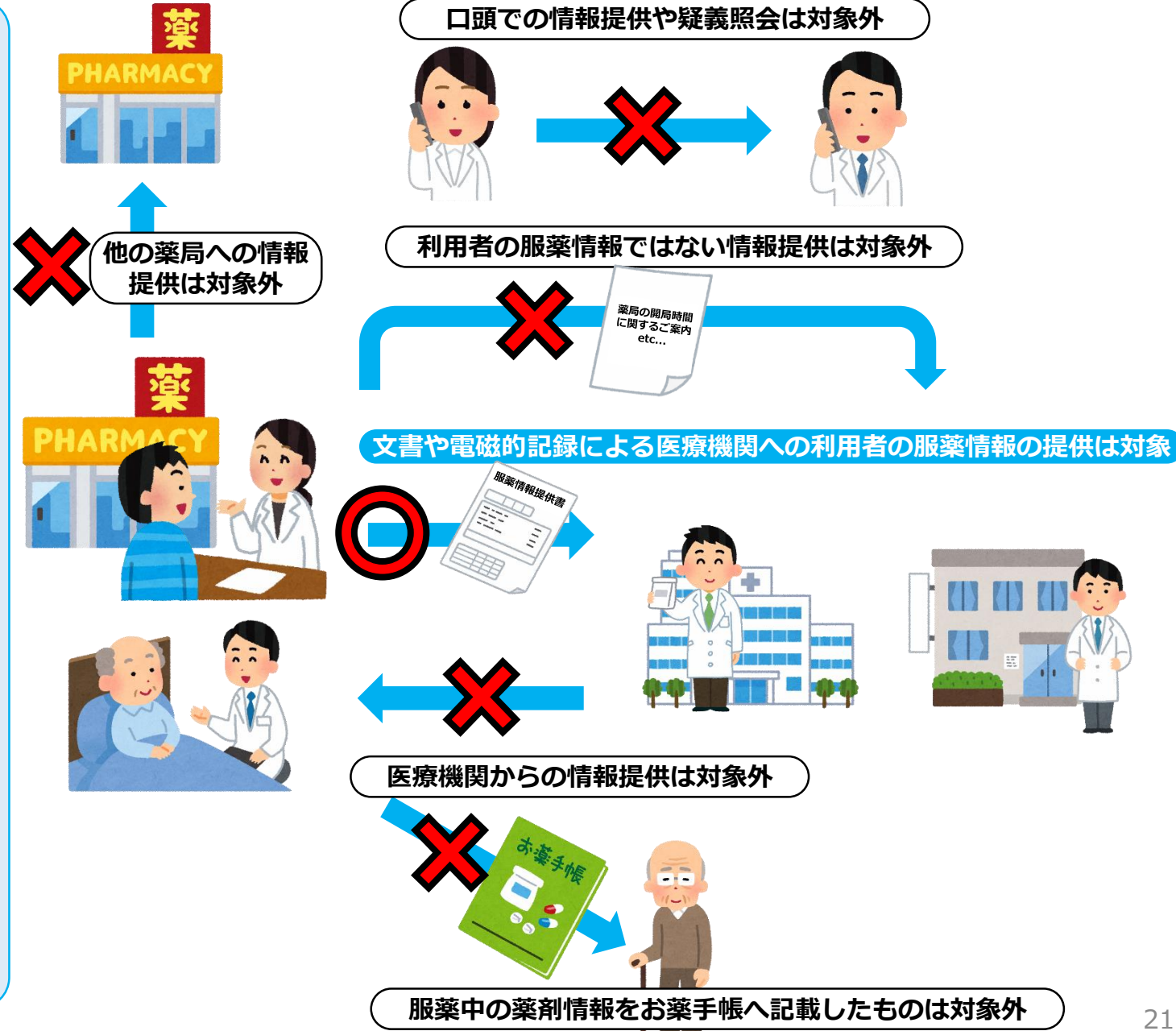
- ・ 利用者の入院に当たっての情報共有
- ・ 医療機関からの退院に当たっての情報共有
- ・ 外来の利用者に関する情報共有
- ・ 居宅等訪問の報告書等による情報共有

専門

● 薬局薬剤師から専門医療機関の薬剤師その他の医療関係者へがん患者(利用者)の服薬情報に関する情報提供(共有)を実施した1年間の実績 (1年間のがん患者の半数以上の者について、1回以上の情報提供実績)

共通

● 薬局薬剤師が服薬指導等の主体的な情報収集により得られた情報を文書や電磁的記録で提供した情報提供(共有)が対象。



医療機関関係者に対する利用者に関する情報提供実績（件数）の一覧

- 【記載方法】**
- 当該薬局の薬剤師が地域の医療機関関係者に対して、利用者の薬剤・医薬品の使用に関する情報を報告及び連絡した実績（件数）を記載してください。
 - 実績（件数）は、申請の前月末日から過去1年間について、次の区分ごと、各月ごとに記載してください。
※ 申請の前月末日の1年前に薬局を開設していない場合は、申請日から過去1年間の実績を記載してください。
 - 「利用者の薬剤・医薬品の使用に関する情報を報告及び連絡した実績」は、区分ごとに次の実績を指します。
 - ・ 入院：利用者の入院に当たって情報共有を行った実績
 - ・ 退院：医療機関からの退院に当たって情報共有を行った実績
 - ・ 外来：外来の利用者に関して医療機関と情報共有を行った実績
 - ・ 居宅：居宅等を訪問して情報提供や指導を行い、その報告書を医療機関へ提出して情報共有を行った実績
 - 医療機関への疑義照会や患者のお薬手帳への記載による情報共有は実績に含まれません。また、薬局の施設等に関する情報提供等、利用者の情報を含まないものも実績に含まれません。当該薬局の薬剤師の主体的な情報収集（服薬指導等から得られた情報など）等により報告及び連絡したものが実績の対象となります。
 - 主な報告及び連絡先である医療機関について、表の右欄に記載してください（複数の医療機関を記載して差し支えありません。）。

【実績記入欄】

年 月	情報提供実績（件数）					主な情報提供先 （医療機関の名称及び所在地）
	入院	退院	外来	居宅	左記合計 （「入院」～「居宅」の合計）	
令和2年7月	4	8	4	8	24	〇〇病院 （福岡県福岡市〇区〇〇-〇〇）
令和2年8月	1	1	0	6	8	
令和2年9月	7	13	10	6	36	
令和2年10月	4	8	8	9	29	
令和2年11月	5	10	19	8	42	
令和2年12月	2	3	12	7	24	
令和3年1月	8	16	14	8	46	
令和3年2月	5	9	11	7	32	
令和3年3月	7	13	10	7	37	
令和3年4月	8	17	15	8	48	
令和3年5月	1	1	1	7	10	
令和3年6月	8	16	12	7	43	
合計	60	115	116	88	379	
月平均	5	9.6	9.7	7.3	31.6	

※左図の参考様式は県ホームページからダウンロード可能
 ※作成方法は参考様式の上覧に記載。
 ※必要に応じて参考様式を複数枚使用することも可能。
 ※専門医療機関連携薬局の参考様式についても、地域連携薬局と同等程度のものを県ホームページからダウンロードが可能です。

専門医療機関連携薬局 医療機関関係者に対する傷病区分に該当する利用者に関する情報を提供した実績（人数）の一覧 別紙 3-2

【記載方法】

- 当該薬局の薬剤師が地域の医療機関関係者に対して、傷病区分に該当する利用者の薬剤・医薬品の使用に関する情報を報告及び連絡した実績（人数）を記載してください。
- 実績（人数）は、申請の前月末日から過去1年間について、当該薬局を利用した傷病区分に該当する全ての利用者のうち、医療機関関係者へ報告及び連絡した利用者の人数を記載してください。
※ 申請の前月末日の1年前に薬局を開設していない場合は、申請日から過去1年間の実績を記載してください。
※ 同一の利用者に関する情報について、複数回報告及び連絡をした場合でも、実績は1名となります。
- 「傷病区分に該当する利用者」は、傷病区分ごとに次の利用者を指します。
 - ・ がん：抗がん剤や支持療法に必要な薬剤を用いてがん治療を受けている者
（これらの薬剤の処方がある者や利用者の情報を確認する中で申告があった者、連携する医療機関との情報共有において把握した者など）
- 医療機関への疑義照会や患者のお薬手帳への記載による情報共有、薬局の施設等に関する情報提供等利用者の情報を含まないものなどは、実績に含まれません。当該薬局の薬剤師の主体的な情報収集（服薬指導等から得られた情報など）等により報告及び連絡したものが実績の対象となります。
- 報告及び連絡した件数が最も多い医療機関について、表の右欄に記載してください（複数の医療機関を記載しても差し支えありません。）。

【実績記入欄】

期間	傷病区分に該当する 全ての利用者（人数）	傷病区分に該当する利用者の情報提供実績		主な情報提供先 （医療機関の名称及び所在地）
		情報提供を行った利用者の人数	情報提供を行った件数	
年 月 ～ 年 月	計 名	計 名	計 件	

2-(3)関係

3-3 薬剤師の配置、研修

薬局の薬剤師の勤務状況や研修の受講状況がわかる以下の一覧など

共通

- **常勤薬剤師の半数以上が継続して1年以上常勤勤務**していることがわかる一覧

※認定制度上は、次の薬剤師を「常勤」として取り扱う。

- ・週当たりの勤務時間が**32時間**以上の者
- ・週当たりの勤務時間が**24時間以上かつ週4日以上**勤務する者(育児・介護休業法の規定に基づき労働時間を短縮している場合に限る。当面の間の措置。)

※認定後の常勤薬剤師の増員・減員により**一時的に次の基準**(常勤薬剤師の半数以上に関する基準。以下この資料中「**1/2基準**」といいます。)を**満たさなくなった場合**、一定条件の下で、認定の継続する(認定証を返納しない)ことや、認定の更新をすることができる場合がある。

- ・当該薬局に常勤として勤務している薬剤師の半数以上が、当該薬局に継続して1年以上常勤として勤務している者であること。
- ・当該薬局に常勤として勤務している薬剤師の半数以上が、地域包括ケアシステムに関する研修を修了した者であること。

地域

- **常勤薬剤師の半数以上が地域包括ケアシステムに関する以下の研修を修了**していることがわかる一覧及び当該薬剤師の修了証(又は各受講証(※))の写し

※健康サポート薬局研修A・B及びe-ラーニングの各受講証

- ・**健康サポート薬局研修**(健康サポート薬局に係る研修実施要綱に基づく研修実施機関が実施する研修)

専門

- **がんの薬物療法全般に係る専門性の認定**(※)を受けた常勤の薬剤師が勤務していることがわかる一覧及び当該薬剤師の認定証などの写し

※専門性の認定を行う団体として厚生労働省に届出を行っている団体の認定

- **薬局に勤務する全ての薬剤師**(※)に対して過去1年以内(※)に以下の**研修を受講**させたことがわかる一覧

※病気等の急な欠勤に対する他の薬局からの応援で派遣された薬剤師など、通常その薬局で勤務する者ではない薬剤師は含めない。

※当該薬局に勤務して1年に満たない薬剤師は、勤務を開始して1年以内に受講する予定であることがわかること。

地域

- **地域包括ケアシステムに関する内容を学習**することができる研修(外部研修/内部研修は問わない。)

専門

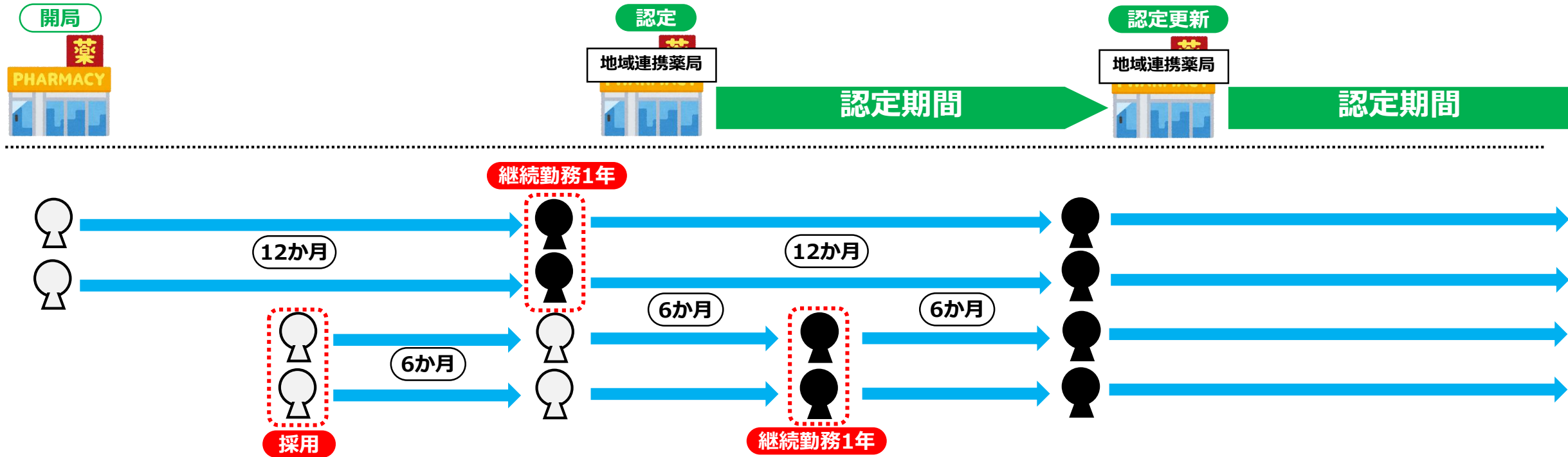
- **がんに関する専門的な指導等に必要**な内容が**学習**できる研修(外部研修/内部研修は問わない。)

1/2基準の例示

凡例 ● : 1年以上継続して当該薬局に常勤として勤務する薬剤師

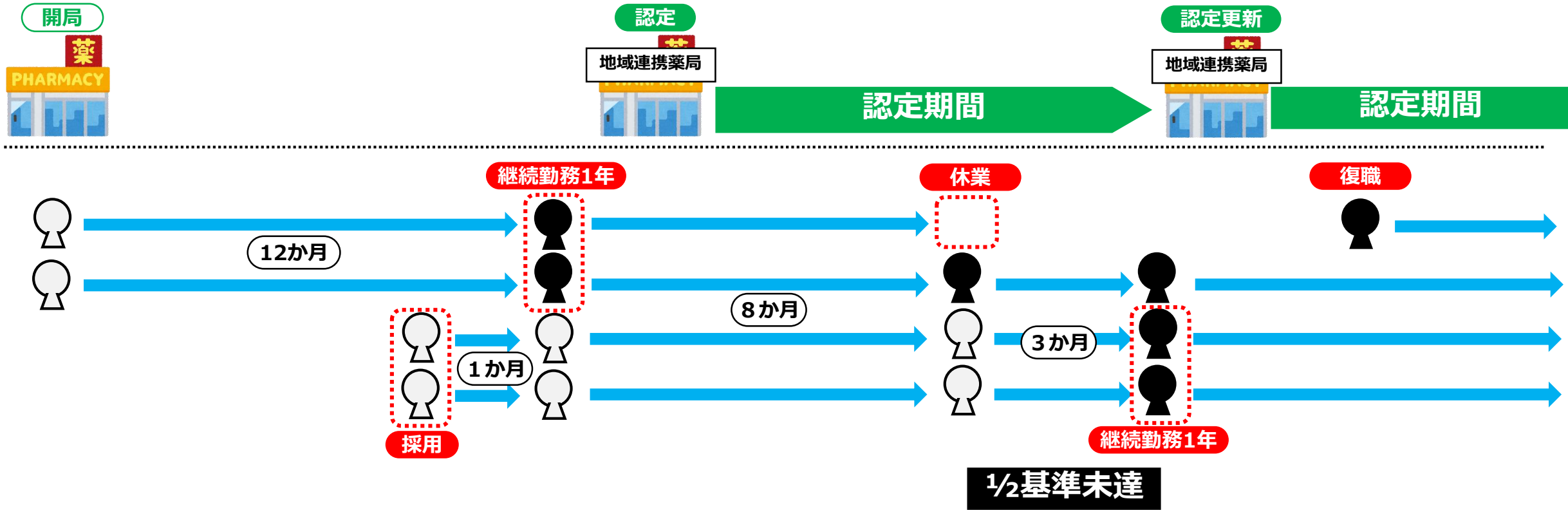
○ : 当該薬局に継続して常勤として勤務した期間が1年未満の常勤薬剤師

【ケース1】 1/2基準を満たし、認定の更新も可能なケース



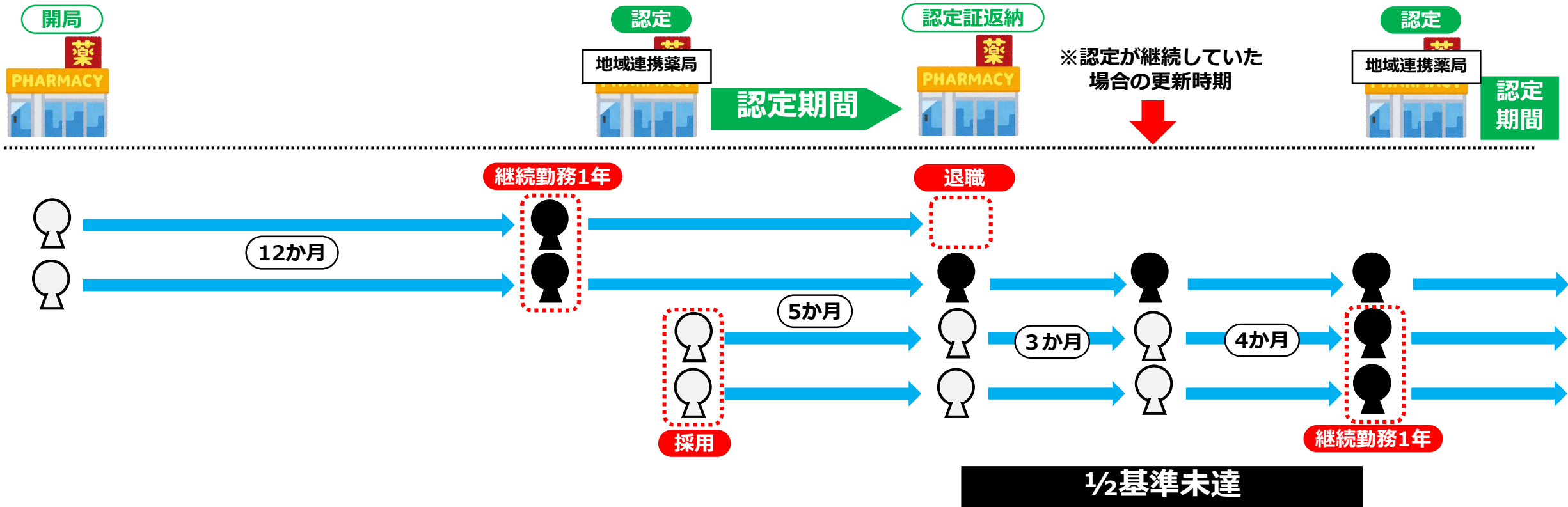
- 開局1年後、継続勤務1年以上の常勤薬剤師 (● 2名) が全常勤薬剤師 (● 4名) の半数(1/2)以上となったため、認定可能
- 更新時点では、全常勤薬剤師 (4名) が継続勤務1年以上となっている。

【ケース2】常勤薬剤師の退職等(減員)により、 $\frac{1}{2}$ 基準を満たさなくなったケース(更新前には $\frac{1}{2}$ 基準を満たす見込)



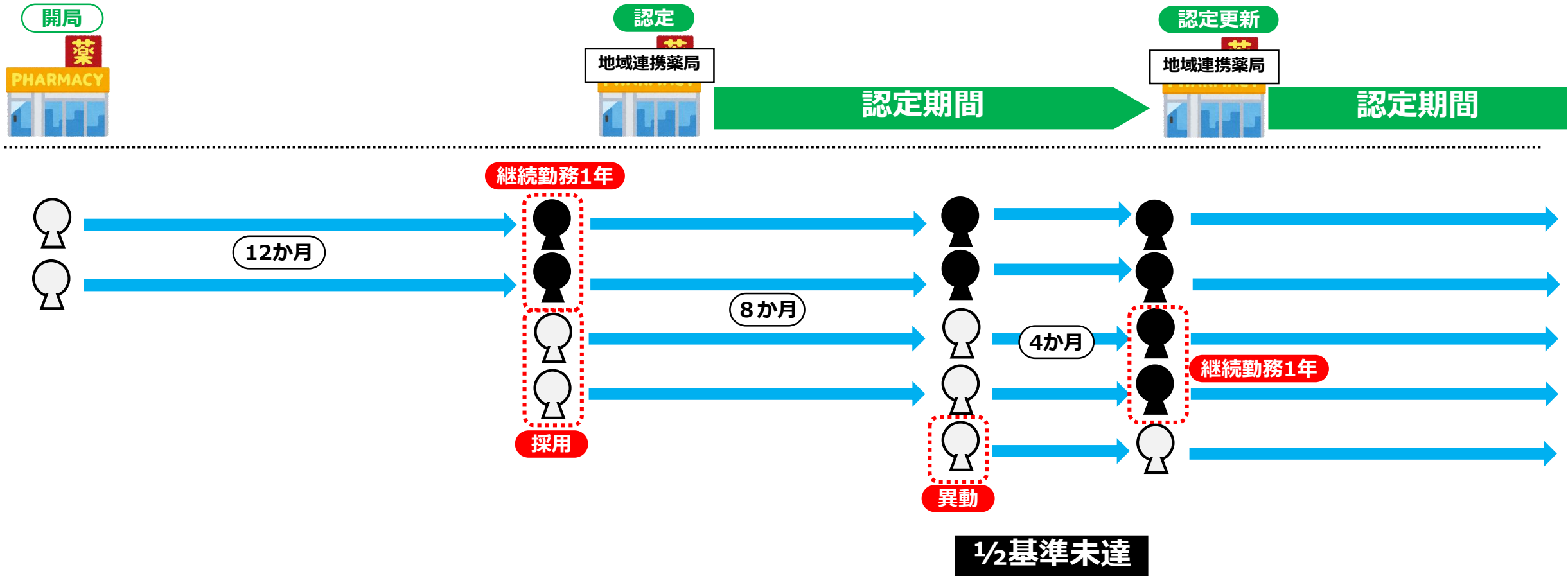
- 認定後、常勤薬剤師の退職や他店舗へ異動、病気休業等により、 $\frac{1}{2}$ 基準を満たさなくなった場合、他に継続して1年以上常勤として勤務する薬剤師が配置されており、認定の更新時には他の常勤薬剤師が継続して1年以上常勤として勤務する薬剤師となる見込みであり、 $\frac{1}{2}$ 基準を満たす見込みがある場合は、認定証を返納しなくても差し支えない（認定の効力は有効期間中は継続）。※認定の更新時に $\frac{1}{2}$ 基準を満たす見込みがない場合は、認定証の返納が必要。
- 認定の更新の際は、 $\frac{1}{2}$ 基準を満たしており、認定の更新が可能。
- 病気休業から再度常勤として勤務する際に、当該休業期間を除き1年以上常勤として勤務していれば、復職後もとして取り扱う。

【ケース3】常勤薬剤師の退職等(減員)により、 $\frac{1}{2}$ 基準を満たさなくなったケース(更新時に $\frac{1}{2}$ 基準未達の見込)



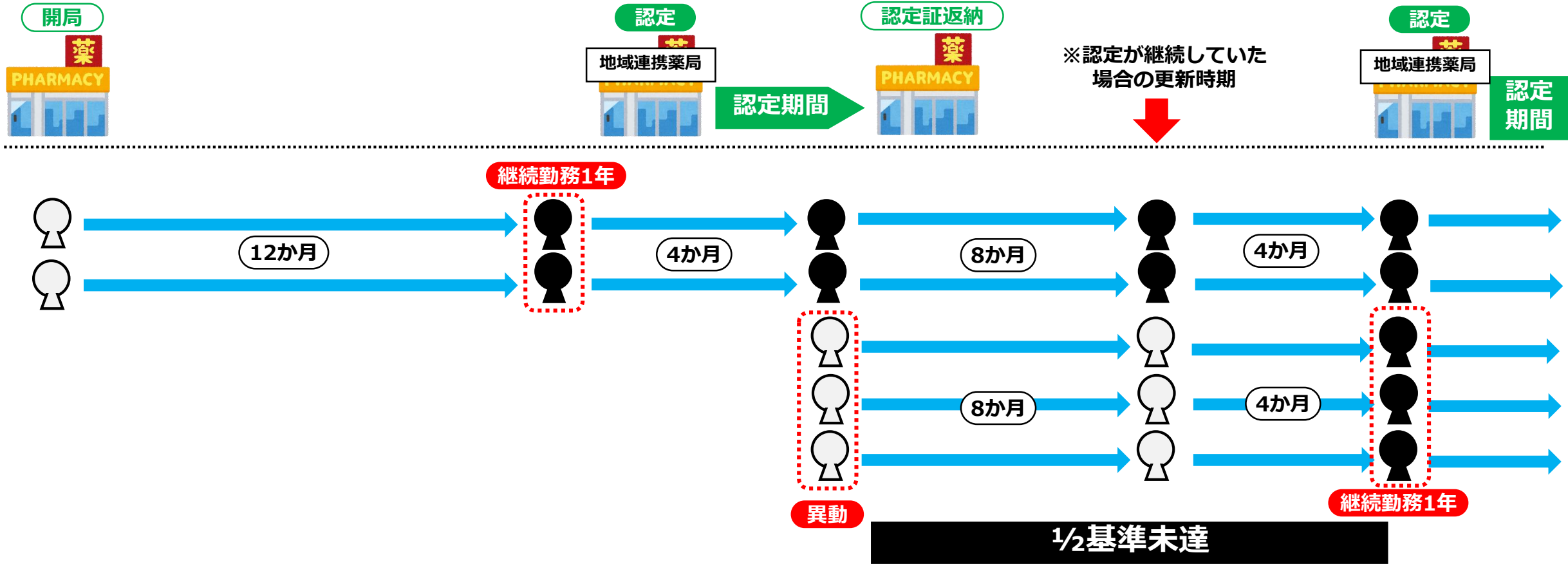
- 認定後、常勤薬剤師の退職や他店舗へ異動、病気休業により、 $\frac{1}{2}$ 基準を満たさなくなり、認定が継続された場合の認定の更新時期には他の常勤薬剤師が継続して1年以上常勤として勤務する薬剤師となる見込みがない場合、認定証を返納する必要がある。
- 改めて $\frac{1}{2}$ 基準を満たした時点で認定を受けることは可能。

【ケース4】常勤薬剤師の採用や転入(増員)により1/2基準を満たさなくなったケース(更新前には1/2基準を満たす見込)



- 認定後、常勤薬剤師の採用や他店舗からの異動、病気休業者の復帰などにより、常勤薬剤師が増員されたため、1/2基準を満たさなくなった場合、認定の更新時には他の常勤薬剤師が継続して1年以上常勤として勤務する薬剤師となる見込みであり、1/2基準を満たす見込みがある場合は、認定証を返納しなくても差し支えない（認定の効力は有効期間中は継続）。
※認定の更新時に1/2基準を満たす見込みがない場合は、認定証の返納が必要。
- 認定の更新の際は、1/2基準を満たしており、認定の更新が可能。

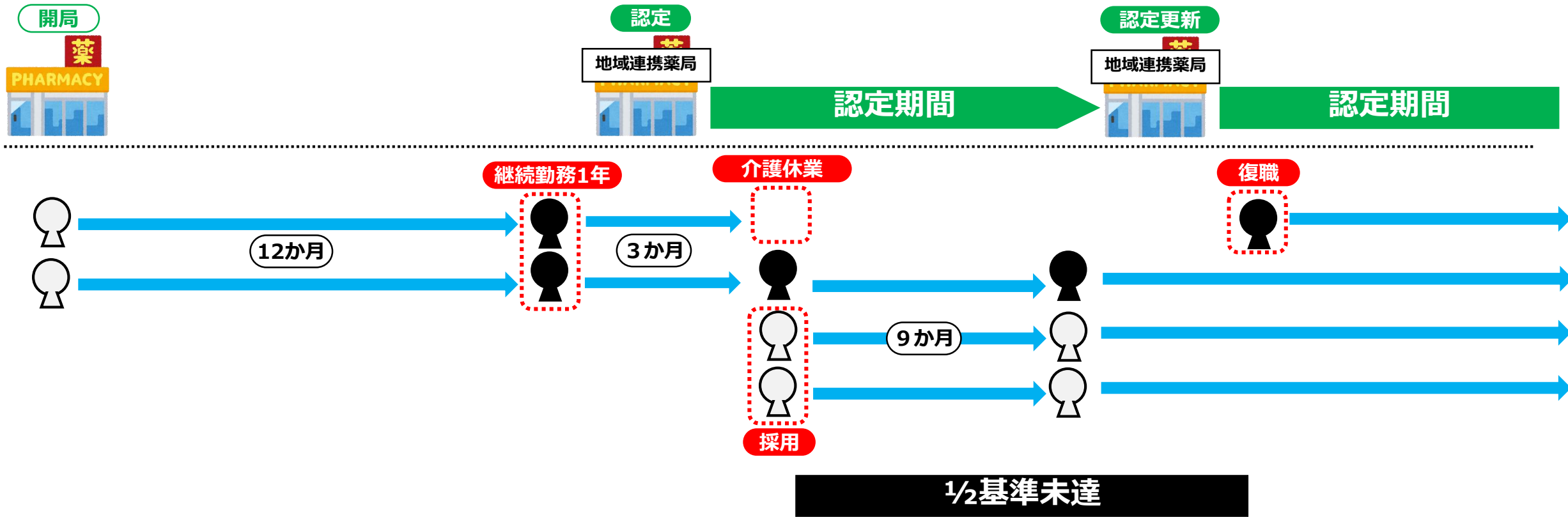
【ケース5】常勤薬剤師の採用や転入(増員)により1/2基準を満たさなくなったケース (更新時に1/2基準未達の見込)



- 認定後、常勤薬剤師の採用や他店舗からの異動、病気休業者の復帰などにより、常勤薬剤師が増員されたため、1/2基準を満たさなくなり、認定が継続された場合の認定の更新時期には他の常勤薬剤師が継続して1年以上常勤として勤務する薬剤師となる見込みがない場合、認定証を返納する必要がある。

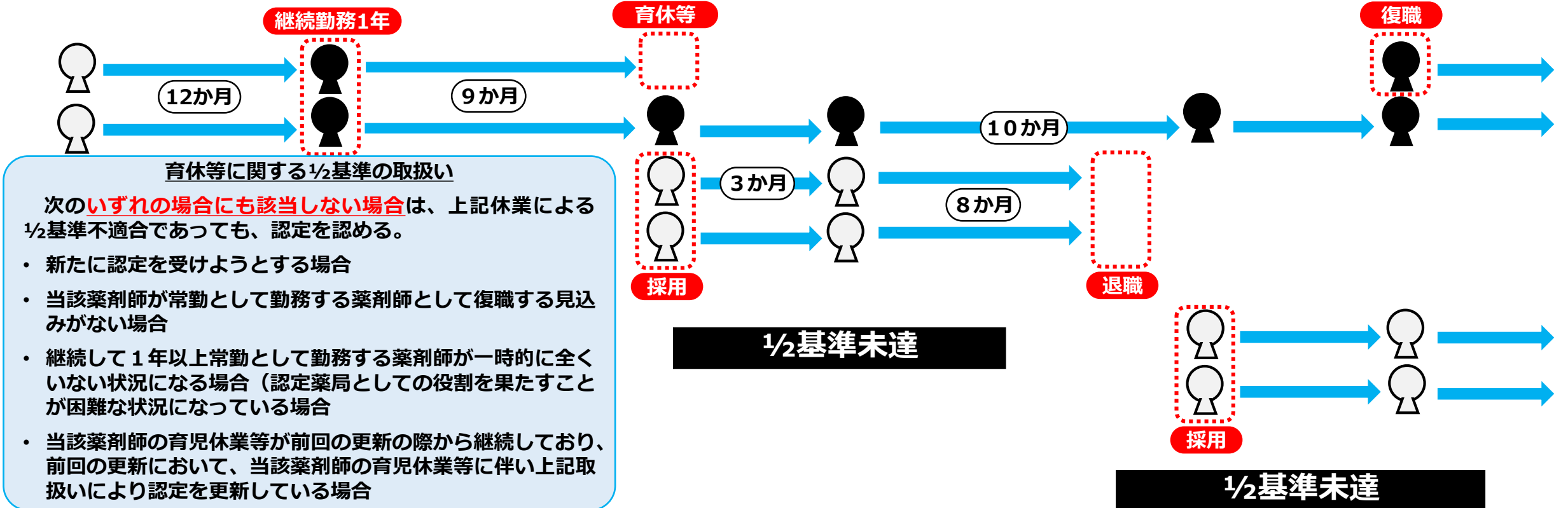
※常勤薬剤師の増員時の考え方の説明の例として極端なケースを提示しているもの。

【ケース6】常勤薬剤師が育休等により1/2基準を満たさなくなったケース



- 認定後、常勤薬剤師が育休等（産前休業や産後休業（労働基準法）、育児休業や介護休業（育児・介護休業法））を取得したことにより、1/2基準を満たさなくなった場合、他に継続して1年以上常勤として勤務する薬剤師が配置されており、育休等を取得した薬剤師が常勤薬剤師として復帰する見込みがある場合は、認定証を返納しなくても差し支えない（認定の効力は有効期間中は継続）。
- 認定の更新の際にも1/2基準を満たしていないが、一定要件を満たす場合は認定の更新が可能（要件や更新できない場合の例示については後述）。
- 上記の休業者は、休業の前後で勤務が継続しているものとして取り扱う。

【ケース7】常勤薬剤師が育休等により1/2基準を満たさなくなったケース（2度目の更新ができない場合）



育休等に関する1/2基準の取扱い

次のいずれの場合にも該当しない場合は、上記休業による1/2基準不適合であっても、認定を認める。

- 新たに認定を受けようとする場合
- 当該薬剤師が常勤として勤務する薬剤師として復職する見込みがない場合
- 継続して1年以上常勤として勤務する薬剤師が一時的に全くいない状況になる場合（認定薬局としての役割を果たすことが困難な状況になっている場合）
- 当該薬剤師の育児休業等が前回の更新の際から継続しており、前回の更新において、当該薬剤師の育児休業等に伴い上記取扱いにより認定を更新している場合

- 上記例の **1回目** の認定の更新の際、**1/2基準を満たしていないが**、休業者が常勤として復帰する見込みがあり、場合は認定の更新が可能。 ※休業者が常勤として復帰する見込みがないのであれば、更新はできない。
- 上記例の **2回目** の認定の更新は、**前回更新時に同じ休業者に関して上記の取扱いによる更新を行っている場合**、上記取扱いは行わない（**1/2基準を満たしていないため、更新しない**）。 ※例示では2度目に採用した常勤薬剤師が更新時までになる見込みがなく、更新までに育休等を取得した薬剤師が復職する見込みがない設定として、更新の見込みがないため、採用と同時に認定証の返納を行っている。 ※説明の例として極端なケースを提示しているもの。

当該薬局に勤務する薬剤師に関する情報及び地域包括ケアシステムに関する研修の修了状況、受講状況の一覧

【記載方法】

- 申請の前月末日時点で当該薬局に勤務している全ての薬剤師の申請の前月末日時点における表に掲げる各項目について、記載してください。ただし、応援として1日のみ当該薬局で勤務するなど、通常の週当たりの勤務時間の設定がない薬剤師については、記載する必要はありません。
- 「地域包括ケアシステムに関する研修又はこれに準ずる研修」は、全ての薬剤師について、申請の前月末日から1年以内に受講した、地域包括ケアシステムについて学習できる内容の研修について記載してください。
- 当該薬局に勤務した期間が1年に満たない者であって、勤務を始めてから研修を受講していない場合は、受講予定日等を記載してください。ただし、受講は、継続して勤務した期間が1年に達する日までに行ってください。
- 次に該当する薬剤師は常勤として取り扱い、「常勤」欄の「該当」を「○」で囲んでください。それ以外の者は、「非該当」を「○」で囲んでください。
 - ・ 通常の週当たりの勤務時間が32時間以上の者
 - ・ 育児・介護休業法に基づき勤務時間が短縮されている者であって、通常の週当たりの勤務時間が24時間以上かつ通常週4日以上勤務する者
 - ・ 上記に該当する者が産前産後休業や育児休業、介護休業を取得している場合であって、申請の際に休業中の者
- 常勤の薬剤師について、「常勤として勤務を開始した年月日」欄を記入してください。
- 「健康サポート薬局研修修了証」欄は、常勤の薬剤師が健康サポート薬局に係る研修実施機関から健康サポート薬局に係る研修を修了した者として修了証(有効期限内の健康サポート薬局研修修了証、又は技能習得型研修及び知識習得型研修を全て受講した場合の各受講証明書を含む。以下「修了証等」という。)の交付を受けている場合、「有」を「○」で囲み、修了証等の写しを添付してください。修了証等の交付を受けていない場合は「無」に「○」で囲んでください。
- 常勤の薬剤師が、「産前休業」「産後休業」「育児休業」「介護休業」のいずれかにより休業中である場合、「育児休業等の状況」欄の「休業中」を「○」で囲んでください。それ以外の場合は、「非該当」を「○」で囲んでください。

【実績等記入欄】

氏名	薬剤師免許証番号	地域包括ケアシステムに関する研修又はこれに準ずる研修		常勤	常勤の薬剤師のみ記載してください		
		受講年月日	研修の主催者		常勤勤務を開始した年月日	健康サポート薬局研修修了証	育児休業等の状況
筑紫 太郎	○○○○○○○	令和2年3月17日	○○薬剤師会	該当・非該当	平成27年4月1日	有・無	休業中・非該当
粕屋 次郎	□□□□□□□	令和3年3月22日	〃	該当・非該当	平成28年4月1日	有・無	休業中・非該当
糸島 春子	△△△△△△△	令和3年3月22日	〃	該当・非該当	令和2年9月1日	有・無	休業中・非該当
宗像 夏子	◇◇◇◇◇◇◇	令和3年3月22日	〃	該当・非該当		有・無	休業中・非該当
嘉穂 三郎	▽▽▽▽▽▽▽	令和3年4月10日	記載例薬局 県庁本店	該当・非該当	令和3年4月1日	有・無	休業中・非該当
田川 秋子	●●●●●●●	令和3年4月10日	〃	該当・非該当		有・無	休業中・非該当
北筑 四郎	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	令和3年4月10日	〃	該当・非該当		有・無	休業中・非該当
南筑 冬子	▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲	令和3年4月10日	〃	該当・非該当		有・無	休業中・非該当
京築 五郎	◎◎◎◎◎◎◎	令和3年4月10日	〃	該当・非該当		有・無	休業中・非該当
		年 月 日		該当・非該当	年 月 日	有・無	休業中・非該当

※左図の参考様式は県ホームページからダウンロード可能
 ※作成方法は参考様式の上覧に記載。
 ※必要に応じて参考様式を複数枚使用することも可能。
 ※専門医療機関連携薬局の参考様式についても、地域連携薬局と同等程度のものを県ホームページからダウンロードが可能です。

- 専門性の認定を受けた薬剤師に関する有効期限内の認定証の写しを添付してください。

- 健康サポート薬局研修修了証に「有」とした全ての常勤薬剤師の修了証等の写しを添付してください。
- 修了証等とは、修了証のほか、研修A・B及びe-ラーニングそれぞれの受講証明書でも差し支えありません。
- 修了証等は、有効期限内のものを添付してください。

修了証の写し

健康サ第 ○○○○○○号

別紙3-3

健康サポート薬局研修修了証

筑紫 太郎 様

○○○○ 年 ○月○ 日生

「健康サポート薬局研修」実施要領に基づき 必要な研修すべてを修了するとともに 薬局における必要な実務経験年数を満たしていることを確認しましたので 研修修了証を交付します

修了証の有効期限：○○○○年 ○月○ 日

研修実施機関：実施団体名

研修受講地（地域包括ケアシステムにおける多職種連携と薬剤師の対応）：福岡県

○○○○年 ○月○ 日

【実績等記入欄】

氏名	薬剤師免許証番号	地域包括ケアシステムに関する研修又はこれに準ずる研修		常勤	常勤の薬剤師のみ記載してください		
		受講年月日	研修の主催者		常勤勤務を開始した年月日	健康サポート薬局研修修了証	育児休業等の状況
筑紫 太郎	○○○○○○○	令和2年3月17日	○○薬剤師会	該当・非該当	平成27年4月1日	有・無	休業中・非該当
粕屋 次郎	□□□□□□□	令和3年3月22日	〃	該当・非該当	平成28年4月1日	有・無	休業中・非該当
森島 燕子	△△△△△△△	令和3年3月22日	〃	該当・非該当	令和2年9月1日	有・無	休業中・非該当

各受講証明書の写し

健康サポート薬局 技能
受講証明書

—研修会A—

粕屋 次郎 様

薬剤師名簿登録番号：□□□□□□□

あなたは健康サポート薬局に係る下記研修を受講されましたのでこれを証します

【研修内容】

研修会名：研修会A 健康サポートのための多職種連携研修
研修会番号：健A-2020-40-○○○
開催日：○○○○年○月○日
場 所：福岡県薬剤師会館

○○○○年 ○月○ 日

(有効期限：発行日より3年間)

実施団体名

○○ ○○

健康サポート薬局 技能
受講証明書

—研修会B—

粕屋 次郎 様

薬剤師名簿登録番号：□□□□□□□

あなたは健康サポート薬局に係る下記研修を受講されましたのでこれを証します

【研修内容】

研修会名：研修会B 健康サポートのための薬剤師の対応研修
研修会番号：健B-2020-40-○○○
開催日：○○○○年○月○日
場 所：福岡県薬剤師会館

○○○○年 ○月○ 日

(有効期限：発行日より3年間)

実施団体名

○○ ○○

健康サポート薬局 知識習得型研修
受講証明書

粕屋 次郎 様

薬剤師名簿登録番号：□□□□□□□

あなたは健康サポート薬局の知識習得型研修(e-ラーニング)を受講されましたのでこれを証します。

【研修内容】

健康サポート薬局 知識習得型研修

○○○○年○月○日
(有効期限：発行日より3年)

実施団体

○ ○ ○ ○

3 - 4 居宅等における調剤等の実績 (地域連携薬局のみ)

過去1年間における以下の実績一覧

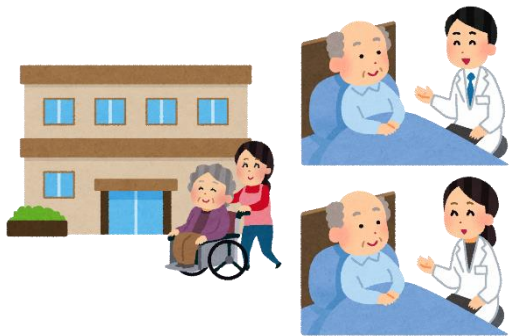
地域

- **居宅等**における調剤や情報提供、指導の実績が**年間**の**月平均2回以上**であることがわかる、**月ごとの実績の一覧**

地域

実績の計算方法

- 居宅等を訪問して指導等を行った回数を計上する。
- **複数の利用者が入居している施設**を同一日に訪問した場合は、指導等を行った**人数に関わらず、「1回」と計上する。**
※複数日に渡って訪問した場合は、当該日数分を回数として計上する。
- **同一人物（施設）に対する同一日の訪問**は、訪問回数（人数）に関わらず、**「1回」と計上する**



同一施設・同一日の指導等は、訪問回数や人数に関わらず1回と計算

- ※下図の参考様式は県ホームページからダウンロード可能
- ※作成方法は参考様式の上覧に記載。
- ※必要に応じて参考様式を複数枚使用することも可能。

地域連携薬局		別紙 3-4
居宅等における調剤等の実績（件数）の一覧		
【記載方法】		
○ 当該薬局の薬剤師が居宅等において調剤並びに情報の提供、指導を行った実績（件数）を記載してください。		
○ 実績（件数）は、申請の前月末日から過去1年間について、各月ごとに記載してください。 ※ 申請の前月末日の1年前に薬局を開設していない場合は、申請日から過去1年間の実績（件数）を記載してください。		
○ 実績として計上する回数は居宅等を訪問して指導等を行った回数です。		
○ 複数の利用者が入居している施設を訪問した場合は、指導等を行った人数に関わらず、実績は1回と計算します。		
○ 同一人物に対する同一日の訪問は、訪問回数にかかわらず、実績は1回と計算します。		
【実績記入欄】		
年 月	居宅等における指導等の実績（件数）	
令和2年7月	4	
令和2年8月	10	
令和2年9月	10	
令和2年10月	6	
令和2年11月	6	
令和2年12月	2	
令和3年1月	0	
令和3年2月	0	
令和3年3月	2	
令和3年4月	4	
令和3年5月	6	
令和3年6月	6	
合 計	56	
月平均	4.7	

3 - 4 地域の他の薬局への研修 (専門医療機関連携薬局のみ)

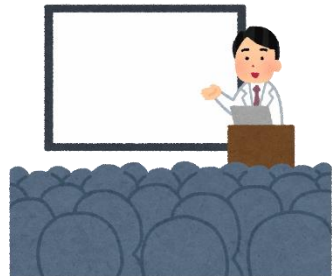
過去1年間における以下の実績一覧等

専門

- **地域の他の薬局**に勤務する薬剤師に対して、当該薬局の薬剤師が、がんの薬物療法に関する調剤や指導に関する研修を開催した実績 及び研修資料 (1件分。写し。)

【地域の他の薬局薬剤師への研修】

- ・地域の他の薬局でもがん治療を受けている利用者に対応することができる体制を構築するために行うもの (社内研修などではありません。)
- ・連携している医療機関の協力も得ながら実施すること。
※連携先の医療機関が研修に講師等として出席することを求めているものではありません。



※下図の参考様式は県ホームページからダウンロード可能
 ※作成方法は参考様式の上覧に記載。
 ※必要に応じて参考様式を複数枚使用することも可能。

実施年月日		主催者	講師をした 当該薬局の薬剤師氏名	総参加者数	参加者数	
					うち、同一系列薬局からの 参加者数	左記以外の薬局からの 参加者数
令和2年11月12日		記載例薬局 県庁本店	筑紫 太郎	20人	2人	18人
年 月 日				人	人	人
年 月 日				人	人	人
年 月 日				人	人	人

専門医療機関連携薬局

別紙 3-4

地域の他の薬局に勤務する薬剤師への研修実績の一覧

【記載方法】

- 当該薬局の薬剤師が地域の他の薬局に勤務する薬剤師に対して、申請しようとする傷病区分の専門的な薬学的知見に基づく調剤及び指導に関する研修を実施した実績を記載してください。
※ 地域の他の薬局は、当該薬局の所在地や、当該薬局の利用者の日常生活圏などを考慮して設定してください。
- 研修会に用いた資料を1件分添付してください (複数回研修を実施した場合は、主な研修1件についてのみ添付してください)。
- 実績は、申請の前月末日から過去1年間において実施した実績を記載してください。
※ 申請の前月末日の1年前に薬局を開設していない場合は、申請日から過去1年間の実績を記載してください。

【実績記入欄】

3 - 5 医薬品供給体制

過去1年間のうち、医薬品を供給したことがわかる以下の書類

共通

● **地域**の他の薬局（開設者）に医薬品を分譲した際
の分譲伝票の写し（1件分）など、医薬品の供給体制を有することがわかる書類

共通

内容

- 過去1年間の考え方については後述。
- 同一開設者の医薬品の分譲は該当しない。
- 日常生活圏など、近隣の薬局へ分譲した記録を添付すること。
- 過去1年間で対象となる分譲実績がない場合、近隣薬局へ医薬品の分譲に応じる旨や在庫している医薬品の情報を提供していることがわかる書類を添付すること。

専門

内容

- がん治療に関する医薬品を分譲した記録が望ましい（実績がない場合は、それ以外の医薬品に関する分譲の記録で差し支えない）。

医薬品分譲伝票				令和〇年〇月〇日	
別紙 3 - 5					
譲受薬局 (購入薬局) 様	薬局名 所在地 氏名 許可番号 TEL 担当者	〇〇薬局××店 福岡市博多区××××-×× 株式会社×××××××× 第××××××××号 ××××-××××-×××× ×× ××	譲渡薬局	薬局名 所在地 氏名 TEL 担当者	記載例薬局 県庁本店 福岡市博多区東公園7-7 株式会社記載例薬局 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 筑紫 太郎
医薬品名・規格・製造販売業者名		数量	製造番号	使用期限	薬価 価格
〇〇錠 10mg 〇〇製薬㈱		30T	▼■★●	2023. 02	〇〇〇 〇〇〇〇
小計					〇〇〇〇
消費税					〇〇
合計					〇〇〇〇〇
領収証					
株式会社×××××××× 〇〇薬局××店			様		令和〇年〇月〇日
¥〇〇〇〇〇円					医薬品の代金として領収いたしました。

3-6 DI室機能

過去1年間における以下の書類

地域

● 他の医療提供施設（※）に対して医薬品の適正使用に関する情報を提供したことがわかる書類（1件分。写し）

専門

● 他の医療提供施設（※）に対してがん治療に関する医薬品の適正使用に関する情報を提供したことがわかる書類（1件分。写し）

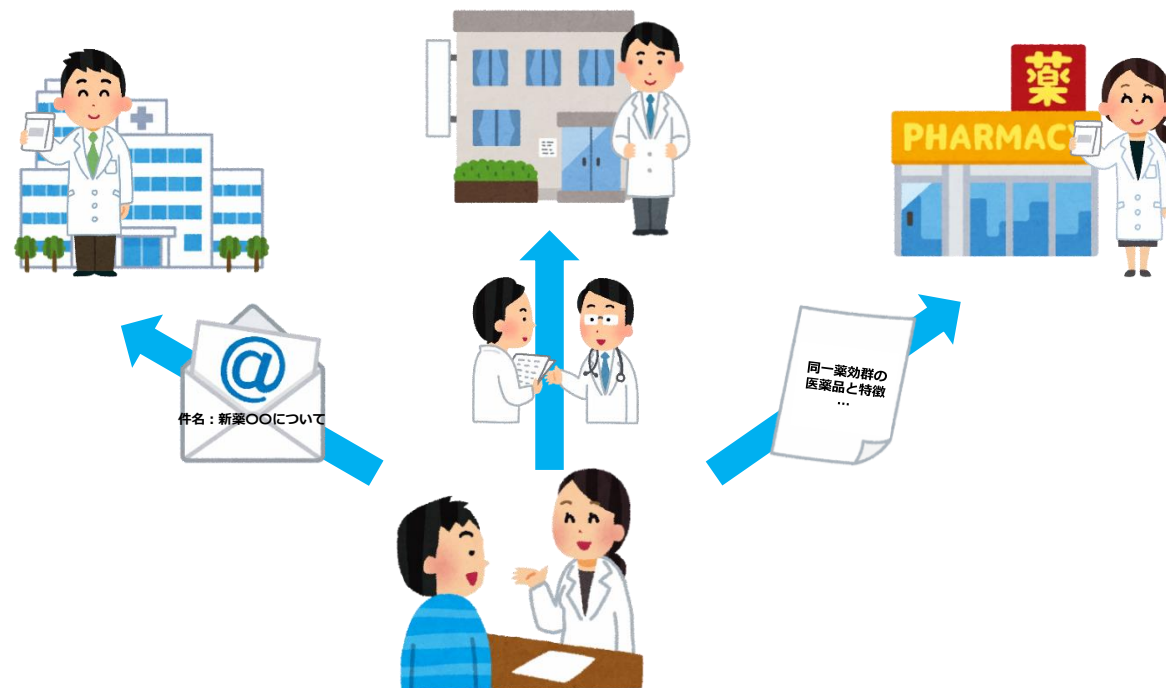
※病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設

【提供する情報】

地域の他の医療提供施設に対して次のような医薬品の適正使用に関する情報を広く提供し、地域の医薬品情報室（DI室）としての役割を果たすことを求めたもの。

- ・ **新薬**の情報
- ・ **同一薬効群**における医薬品の有効性及び安全性の情報や特徴
- ・ **後発医薬品**の品質に関する情報や製剤の工夫等の特徴 等

※単に厚生労働省、独立行政法人医薬品医療機器総合機構、製薬企業等が作成する資料や、同一グループの薬局が提供する資料と同内容の資料を提供するだけでなく、薬剤師の薬学的知見を踏まえて医療提供施設の従事者や利用者の特性を考慮して必要な情報を判断し、分かりやすく情報提供できるように工夫したものであること。



4 医療安全対策

項目	基準	提出書類の概要
4 医療安全対策	共通 薬局開設者が、医療安全対策に係る事業に参加することその他の医療安全対策を講じていること。	医療安全対策の状況がわかる書類

共通

医療安全対策の状況がわかる次の書類※実施しているもののみ

【医療安全・薬物療法の安全性の向上に資する事業への参加状況】

- ・過去1年間における**副作用報告の写し**（1件）
- ・**薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業**に参加していることがわかる書類（参加登録申請書の写しや登録完了のお知らせなど）
- ・**市販直後調査**に協力していることがわかる書類（過去1年間における報告実績の写し 1件）

【利用者の薬物療法に関する安全性の確保への特段の配慮状況】

- ・**医薬品リスク管理計画(RMP)**を活用した服薬指導等を行っていることがわかる書類（RMPマーク活用資材一覧など）
- ・**PMDAメディナビ**を活用した服薬指導等を行っていることがわかる書類（PMDAメディナビ登録証明書の写しなど）

- ※ 薬局において実施している医療安全対策について、実施している事項に関する書類を提出するものです。
全ての対策を講じなければならないものではありません。
- ※ 体制省令等の法令で求められる標準的な医療安全対策は、該当しません。
- ※ 医療安全対策の取組は、上記に限定されるものではありません。

医療安全・薬物療法の安全性の向上に資する事業への参加状況

副作用報告実績

(過去1年以内の1件)

<input type="checkbox"/> 医療用医薬品 <input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 一般用医薬品	医薬品安全性情報報告書 ☆医薬品医療機器法に基づいた報告制度です。記入前に裏面の「報告に際してのご注意」をお読みください。	別紙1 様式① 化粧品等の副作用等は、様式②をご使用ください。健康食品等の使用によると思われる健康被害については、最寄りの保健所へご連絡ください。
患者情報	患者イニシャル 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 副作用等発現年齢 身長 cm 体重 kg <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (好適 週) <input type="checkbox"/> 不明	原疾患・合併症 既往歴 過去の副作用歴 特記事項
副作用等に関する情報	副作用等の名称又は症状、異常所見 副作用等の重篤性「重篤」の場合、<重篤の判定基準>の該当する番号を()に記入。 発現期間 (発現日 ~ 転帰日) 副作用等の転帰	1. <input type="checkbox"/> 重篤 → () 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 後遺症あり ()
被疑薬及び使用状況に関する情報	被疑薬 (副作用との関連が疑われる医薬品の販売名) 製造販売業者の名称 (業者への情報提供の有無) 投与経路 1日投与量 (1回量×回数) 投与期間 (開始日~終了日) 使用理由 (疾患名、症状名)	投与量 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
副作用等の発現及び知覚等の経過 (記入欄が不足する場合は裏面の報告者意見の欄等もご利用ください)		
年月日		
※被疑薬投与前から副作用等の発現後の全経過において、関連する状態・症状、検査値等の推移、診断結果、副作用に対する治療・処置、被疑薬の投与状況等を随時的に記載してください。検査値は下表もご利用ください。		
副作用等の発現に影響を及ぼすと考えられる上記以外の処置・診断: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
再投与: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有りの場合→再投与: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ワクチンの場合、ロット番号 ()		
一般用医薬品の場合: <input type="checkbox"/> 薬局等の店頭での対面販売 <input type="checkbox"/> インターネットによる通販販売		
購入経路→ <input type="checkbox"/> その他 (電話等) の通信販売 <input type="checkbox"/> 配薬薬 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ()		
報告日: 年 月 日 (既に医薬品医療機器法に基づいた報告済みの場合はチェックしてください。一〇)		
報告者氏名: (職種: <input type="checkbox"/> 医師、 <input type="checkbox"/> 歯科医師、 <input type="checkbox"/> 薬剤師、 <input type="checkbox"/> 看護師、 <input type="checkbox"/> その他 ())		
住所: 〒		
電話: FAX:		
医薬品等副作用被害救済制度及び生物由来製品等感染症被害救済制度について <input type="checkbox"/> 制度対象外 (抗がん剤等、非入院相当ほか) <input type="checkbox"/> 不明、その他		
※一般用医薬品を含めた医薬品 (抗がん剤等の一部の除外医薬品を除く。)の副作用等による重篤な健康被害については、医薬品等副作用被害救済制度又は生物由来製品等感染症被害救済制度があります (詳細は裏面)。		
FAX又は電子メールでのご報告は、下記までお願いします。両面ともお送りください。		
(FAX: 0120-395-390 電子メール: anzensei-i-hokoku@pmda.go.jp 医薬品医療機器総合機構安全第一部情報管理課宛)		

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

へ参加していることがわかる書類

次のような書類 (いずれか)

- ・参加登録申請書の控え (写し)
- ・登録完了のお知らせ (写し)
- ・参加薬局一覧への掲載箇所の写し

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

ホーム | 共有すべき事例 | 分析テーマ | 事例から学ぶ | 事例検索 | English

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 - 参加薬局一覧 - 九州沖縄(福岡県)

参加薬局一覧 九州沖縄 福岡県

市販直後調査へ協力していることが

わかる書類

- ・対象の新薬 市販直後調査
平成〇年〇月～平成〇年〇月 について、製造販売業者 (卸売販売業者を通じて行う場合もある。)へ副作用等の情報を報告した実績 (写し)

【市販直後調査とは】

「市販直後調査」のうち、製造業者等が、販売を開始した後の6箇月間、診療において、医薬品の適正な使用を促し、重篤な副作用等の症例等の発生の迅速な把握のために行うものをいう。

【市販直後調査の目的】

新医薬品の販売開始直後において、医療機関に対し確実な情報提供、注意喚起等を行い、適正使用に関する理解を促すとともに、重篤な副作用及び感染症 (以下「副作用等」という。)の情報を迅速に収集し、必要な安全対策を実施し、副作用等の被害を最小限にすることを主な目的とする。

利用者の薬物療法に関する安全性の確保への特段の配慮状況

医薬品リスク管理計画(RMP)を

活用した服薬指導等を行っていることがわかる書類

【医薬品リスク管理計画(RMP)とは】

製造販売業者が「承認前」から「市販後」を通じて収集された副作用（リスク）を整理し、不足情報についてはどのように情報収集すべきか、また、既知のリスクに対してはどのようにリスクを最小化すべきかをまとめた文書。

【医薬品リスク管理計画(RMP)の活用】

様々な活用方法が考えられるため、各薬局における活用方法を踏まえ、活用していることがわかる書類を添付すること。

（例示）

- ・重要な特定されたリスクを利用者のモニタリング項目にする
 - ・添付文書に記載されていない潜在的リスクを把握し、活用する
 - ・リスク最小化活動資材（医療従事者向け資材や患者向け資材）を活用する
- ※資材にはRMPマークが表示されている。

医薬品リスク管理計画
(RMP)

PMDAメディナビを

活用した服薬指導等を行っていることがわかる書類

【PMDAメディナビとは】

医薬品・医療機器等の安全性に関する特に重要な情報が発出された際に、タイムリーにその情報を配信するメールサービス。

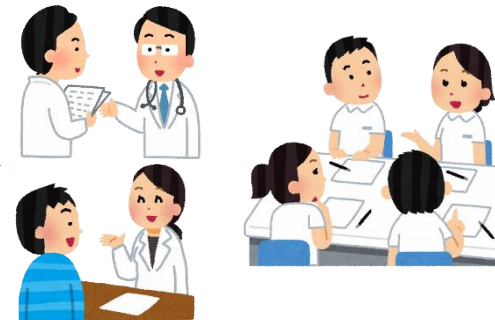
＜主な配信内容＞

- ・ 緊急安全性情報・安全性速報
 - ・ 使用上の注意の改訂指示通知
 - ・ 回収情報（クラス I、クラス II）
 - ・ 承認情報
 - ・ 医薬品リスク管理計画（RMP）
 - ・ 適正使用等に関するお知らせ
 - ・ 医薬品に関する評価中のリスク等情報
 - ・ 副作用救済給付の決定のお知らせ
- 等

情報過多、情報の陳旧化



最新情報の共有・活用



必要な情報を必要な時に入手

PMDA	
医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）	
登録証明書	
登録者名	●●●●●●●●●●●●●●●●
登録証書番号	1234567
発行日	2020年3月10日

PMDAメディナビ登録証明書等

5 許可証等の写し

項目

基準

提出書類の概要

共通

5-1 薬局開設許可

薬局であって、その機能が、医師若しくは歯科医師又は薬剤師が診療又は調剤に従事する他の医療提供施設と連携し、地域における薬剤及び医薬品の適正な使用の推進及び効率的な提供に必要な情報の提供及び薬学的知見に基づく指導を実施するために必要な機能に関する次に掲げる要件に該当するものは、その所在地の都道府県知事の認定を受けて地域連携薬局と称することができる。

薬局であって、その機能が、医師若しくは歯科医師又は薬剤師が診療又は調剤に従事する他の医療提供施設と連携し、薬剤の適正な使用の確保のために専門的な薬学的知見に基づく指導を実施するために必要な機能に関する次に掲げる要件に該当するものは、厚生労働省令で定めるが、その他の傷病の区分ごとに、その所在地の都道府県知事の認定を受けて専門医療機関連携薬局と称することができる。

薬局開設許可証の写し

共通

5-2 麻薬調剤応需 体制

薬局開設者が、麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第2条第1号に規定する麻薬の調剤に応需するために同法第3条第1項の規定による**麻薬小売業者の免許を受け**、当該麻薬の調剤の求めがあつた場合には、当該薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師に当該薬局で調剤させる体制を備えていること。

麻薬小売業者免許証の写し

地域

5-3 医療機器等 提供体制

高度管理医療機器又は特定保守管理医療機器（以下「**高度管理医療機器等**」という。）の**販売の許可を受け**、訪問診療を利用する者に対し必要な医療機器及び衛生材料を提供するための体制を備えていること。

高度管理医療機器等販売業等の許可証の写し

※販売業・貸与業・販売業貸与業のいずれの許可証でも差し支えありませんが、貸与業の場合は、別途販売業貸与業へ変更してください。

共通 薬局開設許可証

許可番号 第 ▲▲▲▲▲▲▲ 号

別紙 5 - 1

薬局開設許可証

氏 名 株式会社 記載例薬局

薬局の名称 記載例薬局 県庁本店

薬局の所在地 福岡市博多区東公園7-7

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第4条第1項の規定により開設の許可を受けた薬局であることを証明する。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

福岡市長

有効期間 令和○年 ○月 ○日から
令和○年 ○月 ○日まで

共通 麻薬小売業者免許証

第 ○○○○ 号

別紙 5 - 2

麻薬小売業者免許証

所在地 福岡県福岡市博多区東公園7-7

麻薬業務所 名称 記載例薬局 県庁本店

麻薬施用者又は麻薬研究者にあっては、従として診療又は研究に従事する麻薬診療施設又は麻薬研究施設

所在地 福岡県

名称

住 所 福岡県福岡市博多区東公園7-7

氏 名 株式会社 記載例薬局

麻薬及び向精神薬取締法第3条第1項の規定により免許を受けた麻薬小売業者であることを証明する。

令和○年○月○日

福岡県知事

有効期間 令和○年○月○日 から
令和○年○月○日 まで

地域 高度管理医療機器等販売業許可証

許可番号 第 ■■■■■■ 号

別紙 5 - 3

高度管理医療機器等販売業許可証

氏 名 株式会社 記載例薬局

営業所の名称 記載例薬局 県庁本店

営業所の所在地 福岡市博多区東公園7-7

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第39条第1項の規定により、高度管理医療機器等の販売業の許可を受けた者であることを証明する。

令和○年 ○月 ○日

福岡市長

有効期間 令和○年 ○月 ○日から
令和○年 ○月 ○日まで

注意事項

【認定（新規）】

- 申請書類（申請書、添付書類確認表及び各種添付書類）は、必ず**2部**ご提出ください。
- 申請者の控えとして、1部写しをお手元に保管しておくことをお勧めします（更新申請時も同様の書類を提出するため。）。
- 毎月10日までに申請したものについては、翌月1日から、以降の申請は翌々月1日から有効な認定証を発行します。
 - ※ 追加書類の提出や補正等がある場合は、10日までに申請した場合であっても、翌々月1日から有効な認定証となる場合があります。
 - ※ 認定を取得された場合は、認定の有無等に関して、薬局機能情報提供制度に基づく変更報告（薬局の機能に関する情報の報告）が別途必要となります。

【更新】

- 認定の効力（有効期間）は**1年間**です。認定の有効期間が満了する前に、**毎年認定の更新の手続きが必要**です。
- 更新の申請に添付する書類は、新規認定の申請の添付書類と同じ書類であり、同様に申請書類は**2部**ご提出ください。
 - ※ 別途、更新前の認定証の提出が必要です。

【書換・再交付・変更】

- 認定証の記載事項に変更を生じた場合、認定証の書換え交付申請(2,000円)を行うことができます。
- 認定証を棄損・紛失した場合、認定証の再交付申請(2,900円)を行うことができます。
- 開設者の氏名（法人の場合、薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名を含む。）や住所、専門性の認定を受けた薬剤師の氏名（専門医療機関連携薬局のみ）を変更した場合や、薬局の名称を変更しようとするときは、変更届を提出してください。
- 上記の書類は、**2部**ご提出ください。

【返納（廃止）】

- 認定薬局である旨を称することをやめたとき（認定基準に適合しなくなった時など）は、返納（廃止）届を**2部**ご提出ください。