

公印省略

3 薬 第 2 1 2 号  
令和3年4月20日

公益社団法人福岡県薬剤師会会長 殿

福岡県保健医療介護部薬務課長  
(薬務課監視係)

地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局の認定に係る事前申請の受付  
開始及び WEB 説明会の開催について

本県の薬務行政の推進につきましては、日頃から御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

標記の認定制度については、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等の一部を改正する法律(令和元年法律第63号。以下「改正法」という。)の制定により創設され、令和3年8月1日から施行されます。

本県においては、改正法附則第12条第7項の規定に基づき、認定制度の施行前における事前申請について、令和3年6月1日から受付を開始することとしましたのでお知らせします。

また、改正法の施行にあたり、認定制度の概要や申請方法等について、WEB 説明会を開催します。

つきましては、下記の内容を御了知の上、貴会会員に対し周知いただきますようお願いいたします。

記

## 1 認定申請について

### (1) 受付窓口

薬局の所在地を管轄する保健所(北九州市及び福岡市、久留米市を除く福岡県内に所在する薬局については、保健福祉事務所又は保健福祉環境事務所)

### (2) 申請書等様式(別添)

「ふくおか電子申請サービス」上に認定申請書及び各添付書類の様式を掲載し、令和3年5月1日に公開します。

なお、認定申請以外の手続きに係る様式については、令和3年8月1日までに同様に掲載する予定です。

《URL》※「ふくおか電子申請サービス」福岡県トップページ  
<https://www.shinsei.elg-front.jp/fukuoka/navi/govTop.do?govCode=40000>

《QRコード》



※ 「ふくおか電子申請サービス」福岡県トップページ中のキーワード検索から、「地域連携薬局」「専門医療機関連携薬局」のキーワードにより検索する方法などにより、該当のページを確認してください。

### (3) 手数料

11,000円

※ 地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局の認定申請について同額です。  
福岡県領収証紙により納付してください。

### (4) 申請方法等

申請書及び各添付書類を2部並びに手数料（福岡県領収証紙）を受付窓口に提出してください。

申請書及び各添付書類の作成方法等については、次の福岡県庁のホームページに掲載し、令和3年5月1日に公開するほか、WEB説明会において説明します。

《ページタイトル》

地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局の認定制度について

《URL》

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/ninteyakkyoku-shinsei-2021.html>

《QRコード》



## (5) その他

- ・ 令和3年5月末日までは、認定申請の受付は行いません。認定申請書は、6月1日以降、受付窓口へ提出してください。
  - ・ 事前申請に係る認定証は、令和3年6月1日（火）から7月9日（金）までの間に申請した場合、令和3年8月1日から有効となる認定証を交付する予定です。
  - ・ 認定証の有効期間は1年間です。有効期間の開始日は、認定申請書の提出日に応じて次のとおり設定します。
    - ① 毎月10日（休日の場合は、直前の開庁日）までに提出した場合、有効期間の開始日は翌月1日
    - ② ①以降に提出した場合、有効期間の開始日は翌々月1日
- ※ 申請書に不備がある場合や追加の書類の提出を要する場合などは、有効期間の開始日が上記と異なる場合があります。

## 2 WEB説明会について

### (1) 概要

認定制度の概要並びに福岡県における認定申請書及び各添付書類の作成方法について、事前に撮影した説明動画をオンラインで視聴する方法により説明会を開催します。

### (2) 開催期間

令和3年5月1日から7月31日まで

### (3) 参加申込

参加申込は、令和3年5月1日9時頃から受付を開始します。

参加申込方法や参加方法、参加後のアンケート回答方法については、別添「WEB説明会参加方法」を確認してください。

次の福岡県庁のホームページにおいても参加申込、参加方法及び説明会資料を掲載し、令和3年5月1日に公開しますので、別添「WEB説明会参加方法」又はホームページを確認の上、オンラインにより参加申込を行ってください。

《ページタイトル》

地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局 WEB 説明会を開催いたします

《URL》

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/ninteyakkyoku-websetumeikai.html>

《QRコード》



#### (4) アンケート

令和3年5月1日から8月15日までの間、説明会参加者向けのアンケート（所要時間：5分程度）をオンラインにより実施します。

説明会に参加された場合は、アンケートの回答に御協力をお願いします。

なお、アンケート回答ページのURLは、別添「WEB説明会参加方法」や福岡県庁のホームページ、参加申込後の受付通知メール等に掲載しています。

#### (5) その他

- ・ 参加を申込みした方は、説明会開催期間中であれば随時説明会を視聴することが可能です。また、繰り返し視聴することも可能です。
  - ・ 説明会動画について、視聴以外の行為（保存、複製、改変、撮影など）を行うことを許可していません。視聴以外の行為は行わないでください。
  - ・ 説明会動画を掲載しているページのURLは、参加申込を行った者が所属する薬局の開設者及び従事者以外の者に共有しないでください。
- ※ 同一の薬局開設者が開設する複数の薬局においてそれぞれ説明会に参加する場合は、それぞれの薬局関係者が参加申込を行ってください。
- ・ 説明会の参加に当たっては、インターネットに接続し、ウェブサイトを開覧することができる環境が必要です。
  - ・ 説明会を視聴中は、随時インターネット通信を行っています。また、通信環境によっては、説明会動画の画質などに影響を及ぼす可能性があります。説明会に参加する場合は、有線通信やWi-Fi環境下で参加することを推奨します。

# 地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局WEB説明会 参加方法(1/2)

## ステップ1

インターネットに接続した端末(パソコン、スマートフォン、タブレット等)から、**WEB説明会参加申し込み画面を表示**してください。  
**[URL]**  
<https://www.shinsei.elg-front.jp/fukuoka/uketsuke/form.do?acs=ninteiakyokusankamousikomi>

**[QRコード]**



## ステップ2

必要事項を入力し、「**申し込み内容確認**」ボタンをクリックしてください。

### 【重要】

メールアドレスに誤りがあると、受付完了メールが受け取れません。メールアドレスは、コピー&ペーストで入力する等、誤りがないようにしてください。

## ステップ3

入力した内容の確認画面が表示されます。入力した内容に誤りがあれば、「修正する」ボタンでステップ2に戻り、修正してください。

**入力した内容に誤りがなければ、「申し込み」ボタンをクリック**してください。

## ステップ4

上記の画面が表示されたら、申し込みは完了です。受付通知メールが受信できなかった時のために、上記画面の到達番号や問合せ番号を印刷・撮影等してください。以降、上記画面やウェブブラウザを閉じて差し支えありません。

### 【こんな時は】

ステップ3の申し込みが完了すると、入力されたアドレスあてに15分以内に次の**受付通知メールが送付**されます。

件名: [受付通知] 地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局WEB説明会のご案内  
 送信元: ふくおか電子申請サービス <auto-fukuokashinsei@elg-front.jp>

**受付通知メールが届かない場合**、上記のメールを受信できるようにメールソフトの設定を確認の上、**再度ステップ1からお試しいただき**。また、再度ステップ3の「申し込み」ボタンをクリックするまでの間に、「**申し込みいただいたメールアドレスは、既に参加申し込みをいただいております。既に送付しておりますメールをご確認ください。**」と表示された場合、入力されたメールアドレスあてに受付通知を送付しております。お使いのメールソフトの受信ボックスや迷惑メールフォルダをご確認の上、**見当たらない場合は、「問い合わせ番号」「申込者氏名」「薬局名」**を記載の上、福岡県保健医療介護部薬務課監視係 (yakumu@pref.fukuoka.lg.jp) へメールにてお問い合わせください。確認後、メールを再送いたします。

## 地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局WEB説明会 参加方法(2/2)

### ステップ5

件名:[受付通知] 地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局WEB説明会のご案内  
送信元:ふくおか電子申請サービス <auto-fukuokashinsei@elg-front.jp>

[ふくおか電子申請サービス からのお知らせ] 受付通知

この度は、地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局WEB説明会にご参加のお申し込みをいただき誠にありがとうございます。

説明会は、次のURLからご参加いただけますようお願いいたします。

[地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局WEB説明会URL]

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/test> ※このURLはテスト用です。説明会URLではありません。

①

説明会で使用する資料は、次の福岡県ホームページにおいて公開しております。必要に応じて、ダウンロード・印刷等していただけますようお願いいたします。

[説明会資料掲載URL]

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/ninteyakkyoku-websetumeikai.html>

②

説明会に参加いただきましたら、次のURLからアンケートへ御協力いただきますようお願いいたします。

[地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局WEB説明会参加者アンケートURL]

<https://www.shinsei.elg-front.jp/fukuoka/uketsuke/form.do?acs=ninteyakkyokuquestionnaire>

③

申し込み完了後、上記の受付通知メールを送付します。

メールには、

**①WEB説明会URL ②説明会資料URL ③アンケートURL**

の3つのURLを記載しています。

※ 上記のメール見本に表示しているURLは、本来の説明会等URLとは異なる場合がございます。①~③にアクセスする場合は、実際に受信したメールに記載のURLからアクセスしてください。

説明会に参加する場合は、ウェブブラウザにより①WEB説明会URLへアクセスしてください。

説明会資料が必要な方は、②から資料をダウンロードし、必要に応じて印刷等してください。

説明会終了後は、③から参加者アンケートにご協力ください。

### ステップ6



①のURLにウェブブラウザでアクセスすると、上記のWEB説明会画面が表示されます。

※再生ボタンをクリックで説明会の映像が再生されます。

**公開期間は令和3年5月1日~7月31日**までです。公開期間中にご参加くださいますようお願いいたします。

### ステップ7



説明会参加後は、受付通知(ステップ5)の③アンケートURLから、参加者アンケートにご協力ください。なお、回答方法は、ステップ1~4までと同様です。

**[アンケートの主な内容]** ※所要時間5分程度

- ・ 認定取得の意向について
- ・ 達成が難しいと感じる認定要件について

**[QRコード]**



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			
薬局の名称			
薬局の所在地	〒	TEL	
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氏名			
申請者 (法人にあつては、 責任を有する役員を含む) の欠格条項	(1)	法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	
	(2)	法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	
	(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、その取消しの日から3年を経過していない者	
	(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つた後、3年を経過していない者	
	(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に違反し、その違反行為があつた日から2年を経過していない者	
	(6)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	
	(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	
	(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	
備考			

上記により、地域連携薬局の認定を申請します。

年 月 日

〒 TEL  
住所 (法人にあつては、  
主たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあつては、  
名称及び代表者の氏名)

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。

- 3 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 4 利用者の心身の状況に配慮する構造設備の概要欄の記載事項は、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 5 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欄の記載事項は、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 6 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欄の記載事項は、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 7 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欄の記載事項は、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 8 申請者の欠格事由については、当該事実がないときは、「なし」と記載し、あるときは、(1)、(2)及び(3)欄にあつてはその理由及び年月日を、(4)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(5)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載すること。また、(7)欄に該当するおそれがある者については、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請者に係る精神の機能の障害に係る医師の診断書を添付すること。

## 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「別紙〇ー〇」と記載の上、申請者確認欄に「○」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、確認表及び各添付書類は、**2部提出してください。**

記入担当者欄		
氏名：	所属：	
連絡先： — —	メールアドレス：	
内容		申請者 確認欄
<b>1 薬局における構造設備がわかる次の写真</b>		
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）	
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）	
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	
<b>2 薬局において活用している次の書類</b>		
別紙 2-1	トレーシングレポートなど（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）	
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）	
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需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。	
<b>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</b>		
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	
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	
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	
別紙 3-4	居宅等における調剤等の実績（件数）の一覧	
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）	
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。	
<b>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。）</b>		
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。	
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。	
別紙 4-3	市販直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（卸売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。	
<b>5 許可証等の写し</b>		
別紙 5-1	薬局開設許可証の写し	
別紙 5-2	麻薬小売業者免許証の写し	
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	

## 相談窓口の写真

## 【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及び内容を記載してください。

高齢者等への配慮の状況に関する写真

<p><b>【作成方法】</b></p> <p>○ 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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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）</li> <li>・ 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）</li> </ul> <p>○ 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、<u>配慮している事項を記載してください</u>。</p>	
<p><b>【貼付・記入欄】</b> ※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。</p>	
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 type="checkbox"/> スロープ <input 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 type="checkbox"/> 自動ドア <input type="checkbox"/> 引戸 <input type="checkbox"/> 出入口の前後に段差がない <input type="checkbox"/> 車いすの通行に十分な拡幅がある <input type="checkbox"/> その他（ ）
待合室	<input type="checkbox"/> 車いすの通行に十分な拡幅がある <input type="checkbox"/> 待合室の床面が滑りにくい材質 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> その他（ ）
トイレ	<input 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"/> 受け口が床上 35cm 以下の小便器 <input type="checkbox"/> その他（ ）
その他	<input 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（筆談対応など） <input type="checkbox"/> その他（ ）

## 無菌製剤処理設備の写真

## 【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、当該薬局が所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）



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提供を行った実績
    - ・ 退院：医療機関からの退院に当たって情報提供を行った実績
    - ・ 外来：外来の利用者に関して医療機関と情報提供を行った実績
    - ・ 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提供を行った実績
  - 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）	
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
合 計						
月平均						

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
		年 月 日		該当・非該当	年 月 日	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
		年 月 日		該当・非該当	年 月 日	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
		年 月 日		該当・非該当	年 月 日	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
		年 月 日		該当・非該当	年 月 日	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
		年 月 日		該当・非該当	年 月 日	有・無	休業中・非該当



様式第五の三

専門医療機関連携薬局認定申請書

許可番号及び年月日		
薬局の名称		
薬局の所在地	〒	TEL
法第6条の3第1項に規定する傷病の区分		
法第6条の3第2項第2号に規定する薬剤師の氏名		
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	
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氏名		
申請者 (責任を有する役員を含む) (法人にあつては、 薬事に関する業務に 関する業務に)	(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
	(2)	法第75条の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
	(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
	(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つた後、3年を経過していない者
	(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に違反し、その違反行為があつた日から2年を経過していない者
	(6)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者
	(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
	(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
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。

年 月 日

〒

TEL

住所 (法人にあつては、  
主たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあつては、  
名称及び代表者の氏名)

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。

- 3 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 4 法第6条の3第1項に規定する傷病の区分欄には、第10条の3第1項で定める傷病の区分を記載すること。
- 5 利用者の心身の状況に配慮する構造設備の概要欄の記載事項は、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 6 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欄の記載事項は、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 7 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欄の記載事項は、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 8 申請者の欠格事由については、当該事実がないときは、「なし」と記載し、あるときは、(1)、(2)及び(3)欄にあつてはその理由及び年月日を、(4)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた場合はその年月日を、(5)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載すること。また、(7)欄に該当するおそれがある者については、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請者に係る精神の機能の障害に係る医師の診断書を添付すること。

## 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「別紙〇ー〇」と記載の上、申請者確認欄に「〇」を記入してください。この確認票は申請書に添付してください。申請書、確認表及び各添付書類は、**2部提出してください。**

記入担当者欄		
氏名：	所属：	
連絡先： — —	メールアドレス：	
内容		申請者 確認欄
<b>1 薬局における構造設備がわかる次の写真</b>		
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）	
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）	
<b>2 薬局において活用している次の書類</b>		
別紙 2-1	トレーシングレポートなど（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）	
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）	
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需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。	
<b>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</b>		
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	
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	
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	
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。	
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）	
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。	
<b>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。）</b>		
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。	
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。	
別紙 4-3	市販直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（卸売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（医薬品医療機器医療機器情報配信サービス）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。	
<b>5 許可証等の写し</b>		
別紙 5-1	薬局開設許可証の写し	
別紙 5-2	麻薬小売業者免許証の写し	

相談窓口の写真

**【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。)
  - ・ 個室など、プライバシーに配慮されていること  
(待合室や隣の相談窓口から利用者を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。

高齢者等への配慮の状況に関する写真

<p><b>【作成方法】</b></p> <p>○ 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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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）</li> <li>・ 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）</li> </ul> <p>○ 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、<u>配慮している事項を記載してください</u>。</p>	
<p><b>【貼付・記入欄】</b> ※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。</p>	
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 type="checkbox"/> スロープ <input 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 type="checkbox"/> 自動ドア <input type="checkbox"/> 引戸 <input type="checkbox"/> 出入口の前後に段差がない <input type="checkbox"/> 車いすの通行に十分な拡幅がある <input type="checkbox"/> その他（ ）
待合室	<input type="checkbox"/> 車いすの通行に十分な拡幅がある <input type="checkbox"/> 待合室の床面が滑りにくい材質 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> その他（ ）
トイレ	<input 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"/> 受け口が床上 35cm 以下の小便器 <input type="checkbox"/> その他（ ）
その他	<input 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（筆談対応など） <input type="checkbox"/> その他（ ）



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

**【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	

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専門性の認定状況の一覧

【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。
- 「傷病区分に関する研修」欄は、全ての薬剤師について、申請の前月末日以前の過去1年以内に受講した、傷病の区分に関する専門的な薬学的知見に基づく指導等に必要内容について学習できる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、申請の際に休業中であり、復職後常勤として勤務する見込みの者
- 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。
- 「専門性の認定」欄は、常勤の薬剤師が、傷病区分に関する専門性の認定を受けている場合、「有」を「○」で囲み、専門性の認定を受けたことを証する書類（認定証等）の写しを添付してください。専門性の認定を受けていない場合は「無」を「○」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	傷病区分に関する研修		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		常勤として勤務を開始した年月日	専門性の認定	育児休業等の状況
		年 月 日		該当・非該当	年 月 日	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
		年 月 日		該当・非該当	年 月 日	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
		年 月 日		該当・非該当	年 月 日	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
		年 月 日		該当・非該当	年 月 日	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
		年 月 日		該当・非該当	年 月 日	有・無	休業中・非該当

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】**

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
年 月 日			人	人	人
年 月 日			人	人	人
年 月 日			人	人	人
年 月 日			人	人	人