

◆◆◆はじめて地域連携薬局の申請をされる方へ◆◆◆

1 地域連携薬局とは

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を有する薬局です。

2 地域連携薬局認定申請について

- (1) 申請書の提出先は兵庫県ホームページ「地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局の認定を申請される方へ」を参照してください。

(リンク先：<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf18/yakumusidou/150902nintei.html>)

- (2) 薬局の所在地が神戸市、姫路市、尼崎市、明石市及び西宮市にある場合、薬務課薬務指導班に直接お問い合わせください。

- (3) 薬局の移転、個人から法人になるなど新たに薬局の許可をとる場合は、新たな認定申請が必要になります。

※ 薬局の開設許可については、「はじめて薬局を開設される方へ」をご参照ください。

3 地域連携薬局の認定に必要な条件

(詳細は、兵庫県薬局等許可審査基準及び指導基準を参照)

- (1) 薬局開設許可を受けていること。
- (2) 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を有していること。
- ・ 調剤及び医薬品について情報の提供又は薬学的知見に基づく指導を受ける者（以下「利用者」という。）の心身の状況に配慮する観点から必要な構造設備が、定められた基準に適合していること。
 - ・ 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できる体制が、定められた基準に適合していること。
 - ・ 地域の利用者に対し安定的な薬剤を供給するための調剤及び調剤された薬剤の販売又は授与の業務を行う体制が、定められた基準に適合していること。
 - ・ 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が、定められた基準に適合していること。
- (3) 申請者（申請者が法人であるときは、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む）が医薬品医療機器等法で定められた欠格条項に該当しないこと。

4 その他

- (1) 申請手数料：11,000円

手数料の納付方法には以下の3種類があります。

ア 兵庫県収入証紙による納付

兵庫県収入証紙売りさばき所で兵庫県収入証紙を購入し、申請書に貼付して納入してください。売りさばき所については、兵庫県ホームページ「収入証紙」をご確認ください。

(リンク先：https://web.pref.hyogo.lg.jp/sk01/tb01_000000001.html)

イ 電子納付

兵庫県ホームページ内の案内に従って、納付手続きを行ってください。納付手続き後にあらかじめ登録されたメールアドレス宛てに電子納付番号が送付されますので、申請書の右上に電子納付番号を記載してください。

詳細については、兵庫県ホームページ「医薬品医療機器等法、温泉法、毒物及び劇物取締法、麻薬及び向精神薬取締法、覚醒剤取締法関係の手数料の電子納付について」をご確認ください。

(リンク先：<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf18/yakumuka/tesuuryoudensinouhu.html>)

ウ キャッシュレス決済による納付

キャッシュレス端末が設置されている窓口では、クレジットカードや電子マネー等のキャッシュレス決済が可能です。

詳細については、兵庫県ホームページ「キャッシュレス窓口端末の導入について」をご確認ください。

(リンク先：<https://web.pref.hyogo.lg.jp/sk01/cashless.html>)

(2) 地域連携薬局の認定を取得した薬局は、1年ごとの更新申請が必要となります。その際の申請書様式は、所定の様式（様式第五の五（一））を用いてください。なお、更新申請の際の添付資料及び申請手数料は認定申請と同じです。

(3) 認定に必要な基準等は次の通知等を参考としてください。

- ・ 医薬品医療機器等法・・・法第6条の2
- ・ 医薬品医療機器等法施行規則・・・規則第10条の2
- ・ 施行通知・・・令和3年1月29日付け薬生発0129第6号

厚生労働省医薬・生活衛生局長通知

(4) 認定申請及び認定更新申請ともに提出部数は、健康福祉事務所に提出する場合は正副各1部、薬務課に提出する場合は1部です。

5 提出書類

提出書類
(1) 地域連携薬局認定申請書 ^{※1} 又は 地域連携薬局認定更新申請書 ^{※1}
(2) 地域連携薬局認定基準適合表（適合表記載の別紙資料を含む） ^{※2}
《適合表記載の別紙資料として必要なもの》
① 利用者の服薬指導等の際に配慮した構造設備がわかる資料（第1項第1号）
② 高齢者、障害者等の円滑な利用に適した構造設備がわかる資料（第1項第2号）
③ 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した際の資料の写し（1回分）（第2項第3号）
④ 他の薬局に対して利用者の薬剤等の情報を報告及び連絡する方法等を示した手順書等の写し（第2項第4号）
⑤ 開店時間外に相談できる連絡先や注意事項等を周知するため薬局で用いている利用者等に交付する文書、連絡先等が記載された薬袋等（第3項第1号）
⑥ 休日及び夜間に調剤の求めがあった場合の、地域の調剤応需できる体制がわかる資料（第3項第2号）
⑦ 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場合の手順書等の該当箇所の写し（第3項第3号）
⑧ 無菌製剤処理を実施できる体制がわかる資料（第3項第5号）
⑨ 継続して1年以上常勤として勤務している薬剤師及び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薬剤師一覧 ^{※3} （第3項第7号、第8号）並びに研修の修了証の写し（原本照合）
⑩ 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が、1年以内ごとに地域包括ケアシステムに係る研修又はこれに準ずる研修を受ける実施計画書及び実施記録の写し（第3項第9号）
⑪ 地域の他の医療提供施設に対し、医薬品の適正使用に関する情報提供した文書等の写し（1回分）（第3項第10号）
⑫ 高度管理医療機器等販売業許可証の写し（原本照合）（第4項第2号） ^{※4}
⑬ 薬局開設許可証の写し（原本照合） ^{※4}
(3) 申請者（申請者が法人であるときは、薬事に関する業務に責任を有する役員をいう。）が精神の障害により業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができないおそれがある場合は、当該申請者に係る精神の障害に関する医師の診断書
(4) 地域連携薬局認定証 ^{※5}

※1 所定の様式（様式第五の二）を用いて作成してください。更新申請の場合は、更新申請書（様式第五の五（一））を用いて作成してください。

※2 所定の様式（「地域連携薬局 認定基準適合表」）を用いて作成してください。別紙資料には適合表に付記した資料番号を付記してください。

P8～の記載要領をよく読んで記載してください。

- ※3 常勤の薬剤師の体制について、所定の様式（「常勤として勤務している薬剤師一覧」）を用いて作成してください。
- ※4 薬局の所在地が神戸市、姫路市、尼崎市、明石市及び西宮市にある場合のみ、許可証の写しを提出いただくとともに、原本をご持参ください。
- ※5 更新申請の場合は、認定証（原本）を提出してください。

【留意事項】

- ◆ 基本的には、提出された書類によって審査を行いますが、場合によっては実地による確認を行う場合もあります。
- ◆ 上記（3）の医師の診断書については、他の申請等の行為の際に当該申請書の提出先とされている県健康福祉事務所又は薬務課若しくは本県を経由して厚生労働大臣に提出されているものについては、当該申請書の「備考欄」にその旨を付記することにより添付を省略することができます。
- ◆ 日常生活圏域（中学校区）及び隣接する日常生活圏域に、無菌製剤処理が可能な他の薬局が存在しない場合は、当分の間、紹介する薬局をあらかじめ確保するとの対応で構いません。（紹介による方法は、日常生活圏域（中学校区）及び隣接する日常生活圏の無菌製剤処理の状況を踏まえての取扱いのため、認定更新時に、周辺に無菌製剤処理が可能な薬局ができると更新できない可能性があります。また、時限的な取扱いであるので自薬局で無菌製剤処理ができるよう整備していくようお願いします。）

無菌製剤処理が可能な薬局については、「兵庫県薬局機能（医療機関情報）システム <https://web.qq.pref.hyogo.lg.jp/hyogo/ap/qq/men/pwtptmenu101.aspx>」でも確認できます。

6 地域連携薬局認定申請書記載例

電子納付番号
(電子納付の場合のみ記載)

様式第五の二 (第十条の二関係)

地域連携薬局認定申請書

許可番号及び年月日	第〇〇〇〇〇〇〇号 令和〇年〇月〇日		
薬局の名称	〇〇薬局		
薬局の所在地	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇〇町〇丁目〇番〇号 TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
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	〇〇 〇〇、〇〇 〇〇		
申請者(法人にあつては、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む。)の欠格事由	(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	全員なし
	(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	全員なし
	(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、その取消しの日から3年を経過していない者	全員なし
	(4)	拘禁刑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	全員なし
	(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	全員なし
	(6)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	全員なし
	(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	全員なし
	(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	全員なし
備考			

上記により、地域連携薬局の認定を申請します。

令和 〇年 〇月 〇日

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 兵庫県〇〇〇市〇〇〇町〇丁目〇番〇番地

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株式会社〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇

兵庫県知事 様

[連絡先] 担当者 〇〇 〇〇

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

6-1 地域連携薬局認定更新申請書記載例

電子納付番号

(電子納付の場合のみ記載)

様式第五の五 (一) (第十条の九関係)

地域連携薬局認定更新申請書

許可番号及び年月日	第〇〇〇〇〇〇〇〇〇号 平成〇年〇月〇日		
認定番号及び年月日	第△△△△△△△△△△号 令和〇年〇月〇日		
薬局の名称	〇〇薬局		
薬局の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇町〇丁目〇番〇〇号 TEL 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
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		
変更内容	事項	変更前	変更後
	なし	次の場合は変更内容を記載 ・開設者の氏名及び住所を変更した日から30日以内に更新申請書を提出する場合 ・更新申請書を提出する際に薬局の名称を変更する予定がある場合	
(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		〇〇 〇〇 □□ □□	
申請者に責任を有する役員を含む。の欠格事由	(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	全員なし
	(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	全員なし
	(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、その取消しの日から3年を経過していない者	全員なし
	(4)	拘禁刑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	全員なし
	(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	全員なし
	(6)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	全員なし
	(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	全員なし
	(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	全員なし
備考			

薬局の許可番号を記載し、許可年月日は有効期限の開始を記載

次の場合は変更内容を記載
 ・開設者の氏名及び住所を変更した日から30日以内に更新申請書を提出する場合
 ・更新申請書を提出する際に薬局の名称を変更する予定がある場合

上記により、地域連携薬局の認定の更新を申請します。

令和 〇年 〇月 〇日

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 兵庫県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株式会社〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇

兵庫県知事 様

[連絡先] 担当者 〇〇 〇〇

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

地域連携薬局 認定基準適合表

申請の前月までの過去1年間

実績の対象期間：令和〇年 〇月～令和〇年 〇月

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） <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者が座って情報の提供及び薬学的知見に基づく指導を受けられることができる設備 ・ 相談の内容が漏えいしないよう配慮した設備 	別紙（1）のとおり
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） <p>※該当する項目をチェックすること</p> <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の動線や利用するエリア等を考慮して手すりを設置している。 <input type="checkbox"/> 段差のない入口を設置している。 <input type="checkbox"/> 車いすでも来局できる構造である。 <input type="checkbox"/> その他高齢者、障害者等の円滑な利用に適した構造 具体的な構造（_____）	別紙（2）のとおり
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） <p>※過去1年間に参加した会議をチェックすること</p> <input checked="" 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：__〇〇市__，__〇〇市地域ケア会議__） <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 （具体的な会議の名称：_____）	
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） <p>主な連携先の医療機関</p> 名称①：__〇〇医院__ 所在地①：__〇〇〇市〇〇〇町〇丁目〇番〇号__ 名称②：__〇〇医院__ 所在地②：__〇〇〇市〇〇〇町〇丁目〇番〇号__	
5	上記の報告及び連絡した実績（第2項第3号） <p>年間（__〇__）回（月平均（__〇__）回） うち、入院時（__〇__）回、外来受診時（__〇__）回、 退院時（__〇__）回、在宅訪問時（__〇__）回</p>	別紙（3）のとおり
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） <p>利用者の薬剤等の情報を報告及び連絡する際の方法 等を示した手順書等の写し（該当部分）を添付</p>	別紙（4）のとおり
7	開店時間外の相談に対応する体制（第3項第1号） <p>開店時間 平日 〇：〇〇 ～ 〇：〇〇 土曜 〇：〇〇 ～ 〇：〇〇 日祝日 : ~ :</p> <p>相談できる連絡先や注意事項等の周知方法 ※該当する項目をチェックすること</p> <input checked="" type="checkbox"/> 文書により交付 <input type="checkbox"/> 薬袋に記入	別紙（5）のとおり
8	休日及び夜間の調剤応需体制（第3項第2号） <p>自局での対応時間 休日 〇：〇〇 ～ 〇：〇〇 平日（夜間） 〇：〇〇 ～ 〇：〇〇</p> <p>地域の調剤応需体制がわかる資料を添付 （参考）過去1年間の調剤の実績（__〇__）回</p>	別紙（6）のとおり

地域連携薬局認定基準適合表の記載要領

- ◆ 地域連携薬局認定基準適合表の大きさは、A4 としてください。
- ◆ 地域連携薬局認定基準適合表に添付する資料には資料番号を付記し、「別紙（ ）のとおり」の括弧にその資料番号を記載してください。
- ◆ 記載内容が多くなる場合は、記載欄を増やすことや別に記載して添付することでも差し支えありません。

各欄記載要領

- 1 (第1項第1号)
該当する設備について、**構造がわかる図面、写真等を添付すること。**
- 2 (第1項第2号)
該当する項目をチェックした上で、該当する設備について、**構造がわかる図面、写真等を添付すること。**
- 3 (第2項第1号)
過去1年間に参加した地域包括ケアシステムの構築に資する会議にチェックした上で必要事項を記載すること。
- 4 (第2項第2号)
連携先として、利用者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報について随時報告及び連絡している主な医療機関の名称及び所在地を記載すること。医療機関は可能な限り複数記載すること。医療機関の敷地内に開設している薬局においては、当該医療機関以外の医療機関も記載すること。
- 5 (第2項第3号)
過去1年間の実績として報告及び連絡した回数を記載すること。
過去1年間において月平均30回以上の実績があること。
報告及び連絡した際の資料(情報提供文書等)の写しを**1回分添付すること**とし、個人情報に該当する箇所はマスキングすること。
- 6 (第2項第4号)
他の薬局に対して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示した**手順書等の写し(該当部分がわかるように印をつけたもの)**を添付すること。
- 7 (第3項第1号)
「開店時間」は薬局開設許可申請書等における情報を記載すること。「相談できる連絡先や注意事項等の周知方法」については、**薬局で用いている利用者等に交付する文書、連絡先等が記載された薬袋等の例を添付すること。**
- 8 (第3項第2号)
「自局での対応時間」は休日及び平日における夜間の対応時間を記載すること。**地域の調剤応需体制がわかる資料として、具体的な休日及び夜間における当番日を示すもの等を添付すること。**
参考として、休日及び夜間に調剤対応した過去1年間の回数(実績がない場合はその旨)を記載すること。
- 9 (第3項第3号)
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場合の**手順を示した手順書等の該当箇所の写し(該当部分がわかるように印をつけたもの)**を添付すること。参考として、過去1年間に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した回数(実績がない場合はその旨)を記載すること。

10 (第3項第4号)

麻薬小売業者の免許証の番号を記載すること。(免許証の原本の提示でも差し支えないこと。) 参考として、過去1年間に麻薬を調剤した回数(麻薬処方箋の応需枚数。実績がない場合はその旨)を記載すること。

11 (第3項第5号)

「自局で対応」の場合は、**無菌製剤処理が実施できることがわかる図面、写真等を添付すること**。「共同利用による対応」の場合は、**無菌調剤室を提供する薬局と自局の間で共同利用に関して必要な事項を記載した契約書等を添付すること**。「他の薬局を紹介」の場合には、紹介する薬局の名称を記載するとともに、無菌製剤処理が必要な処方箋を受けた場合に当該薬局に無菌製剤処理に係る調剤のみ紹介する手順書等の該当部分の写し(該当部分ができるように印をつけたもの)を添付すること。

参考として、過去1年間の無菌製剤処理による調剤回数(無菌製剤処理が必要な薬剤を含む処方箋枚数。実績がない場合はその旨)を記載すること。「他の薬局を紹介」の場合は、無菌製剤処理に係る調剤に限り他の薬局を紹介して対応した回数を指すものとする。

12 (第3項第6号)

「医薬品に係る副作用等の報告」は、過去1年間に法第68条の10第2項に基づき副作用等を報告した場合にチェックし、参考として、過去1年間の報告回数を記載すること。

「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業への参加」は、当該事業への参加薬局である場合にチェックし、参考として、過去1年間のヒヤリ・ハット事例等の報告回数(実績がない場合はその旨)を記載するとともに、「その他の取組」は、上記以外の具体的な医療安全対策を行っている場合に、その概要を記載すること。

13 (第3項第7号及び第8号)

「常勤として勤務している薬剤師数」は認定申請時又は認定更新申請時における人数、「継続して1年以上勤務している常勤薬剤師数」は認定申請時又は認定更新申請時に係る薬局において1年以上継続して常勤として勤務している薬剤師数、「研修を修了した常勤薬剤師数」は健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師数を記載すること。

「第7号又は第8号に該当する薬剤師一覧」は、該当する薬剤師がわかるよう、薬剤師の氏名、免許番号、常勤の勤務期間、研修修了の有無等を記載した一覧を添付すること。(参考様式：別紙常勤として勤務している薬剤師一覧)

このうち第8号に該当する薬剤師は、**地域包括ケアシステムに関する内容に係る研修(健康サポート薬局に係る研修)の修了証の写しを添付すること**。(原本照合しますので、原本をご持参ください。)

14 (第3項第9号)

研修の実施計画及び実施記録の写しを添付すること。

当該薬局に勤務する全ての薬剤師に受講させることがわかる具体的な計画であること。

15 (第3項第10号)

「情報提供先」は、特定の医療提供施設に対する情報提供であれば当該医療提供施設の名称を、地域における複数の医療提供施設に対する情報提供であれば、地域の範囲や主な医療提供施設の名称等を記載すること。また、情報提供の内容は、新薬の情報や同一薬効群の医薬品の有効性及び安全性の情報や特徴等の医薬品の適正使用に関する情報とし、情報提供した文書等を**1回分添付すること**。参考として、過去1年間に情報提供した回数を記載すること。

16 (第4項第1号)

過去1年間の実績として居宅等を訪問して指導等を行った回数を記載すること。

過去1年間において月平均2回以上の実績があること。

参考として、過去1年間に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った患者の実人数を記載すること。

17 (第4項第2号)

高度管理医療機器等の販売業の許可番号を記載すること。参考として、過去1年間に提供した医療機器、衛生材料の例(実績がない場合はその旨)を記載すること。

薬局の所在地が神戸市、姫路市、尼崎市、明石市及び西宮市にある場合、高度管理医療機器等の販売業の許可証の写しを添付すること。(原本照合しますので、原本をご持参ください。)

18 薬局の所在地が神戸市、姫路市、尼崎市、明石市及び西宮市にある場合、薬局の許可証の写しを添付すること。(原本照合しますので、原本をご持参ください。)

添付書類等様式一覧

- 地域連携薬局認定申請書（様式第五の二（第十条の二関係））

又は

- 地域連携薬局認定更新申請書（様式第五の五（一）（第十条の九関係））

- 地域連携薬局 認定基準適合表

- 常勤として勤務している薬剤師一覧

- 地域連携薬局認定証※

※更新申請の場合は、認定証（原本）を添付してください。

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		
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		
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		
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		
（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、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む。）の欠格事由	(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)	拘禁刑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。

令和 年 月 日

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）

兵庫県知事 殿

〔連絡先〕担当者

電話番号

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 利用者の心身の状況に配慮する構造設備の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 4 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にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 5 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にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 6 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にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 7 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。

様式第五の五 (一) (第十条の九関係)

地域連携薬局認定更新申請書

許可番号及び年月日			
認定番号及び年月日			
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			
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			
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			
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			
変更内容	事項	変更前	変更後
(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			
申請者に責任を有する役員(法人にあつては、薬事に関する業務に欠格事由を含む)の氏名	(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)	拘禁刑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の更新を申請します。

令和 年 月 日

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)

兵庫県知事 様

[連絡先] 担当者

電話番号

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 利用者の心身の状況に配慮する構造設備の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 4 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にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 5 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にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 6 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にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 7 第16条の3第1項第1号に掲げる事項について変更のあつた日から30日以内にこの更新申請書を提出する場合は、当該変更のあつた事項について、変更内容欄に記載すること。
- 8 第16条の3第3項に掲げる事項についてこの更新申請書を提出する際に変更の予定がある場合は、当該変更の予定がある事項について、変更内容欄に記載すること。
- 9 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。

地域連携薬局 認定基準適合表

実績の対象期間： 年 月～ 年 月

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） <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者が座って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設備 ・ 相談の内容が漏えいしないよう配慮した設備 	別紙（ ）のとおり
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） <p>※該当する項目をチェックすること</p> <input type="checkbox"/> 利用者の動線や利用するエリア等を考慮して手すりを設置している。 <input type="checkbox"/> 段差のない入口を設置している。 <input type="checkbox"/> 車いすでも来局できる構造である。 <input type="checkbox"/> その他高齢者、障害者等の円滑な利用に適した構造 具体的な構造（ ）	別紙（ ）のとおり
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） <p>※過去1年間に参加した会議をチェックすること</p> <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 （具体的な会議の名称： ）	
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） <p>主な連携先の医療機関</p> 名称①： _____ 所在地①： _____ 名称②： _____ 所在地②： _____	
5	上記の報告及び連絡した実績（第2項第3号） <p>年間（ ）回（月平均（ ）回） うち、入院時（ ）回、外来受診時（ ）回、 退院時（ ）回、在宅訪問時（ ）回</p>	別紙（ ）のとおり
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） <p>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示した手順書等の写し（該当部分）を添付</p>	別紙（ ）のとおり
7	開店時間外の相談に対応する体制（第3項第1号） <p>開店時間 平日 : ~ : 土曜 : ~ : 日祝日 : ~ :</p> <p>相談できる連絡先や注意事項等の周知方法 ※該当する項目をチェックすること</p> <input type="checkbox"/> 文書により交付 <input type="checkbox"/> 薬袋に記入	別紙（ ）のとおり
8	休日及び夜間の調剤応需体制（第3項第2号） <p>自局での対応時間 休日 : ~ : 平日（夜間） : ~ :</p> <p>地域の調剤応需体制がわかる資料を添付 （参考）過去1年間の調剤の実績（ ）回</p>	別紙（ ）のとおり

9	在庫として保管する医薬品を必要な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)	
	医薬品を提供する場合の手順を示した手順書等の該当箇所 の写し(該当部分)を添付 (参考) 過去1年間の医薬品提供の実績 () 回	別紙 () のとおり
10	麻薬の調剤応需体制 (第3項第4号)	
	<input type="checkbox"/> 麻薬小売業者の免許証の番号 () (参考) 過去1年間の調剤の実績 () 回	
11	無菌製剤処理を実施できる体制 (第3項第5号)	
	※該当する項目をチェックすること <input type="checkbox"/> 自局で対応 <input type="checkbox"/> 共同利用による対応 <input type="checkbox"/> 他の薬局を紹介 薬局の名称: _____ 薬局の所在地: _____ (参考) 過去1年間の実績 () 回	別紙 () のとおり
12	医療安全対策 (第3項第6号)	
	医療安全対策の概要 ※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 (参考) 過去1年間の報告回数 () 回	
	<input type="checkbox"/> 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業への参加 (参考) 過去1年間の報告回数 () 回	
<input type="checkbox"/> その他の取組 具体的な医療安全対策の内容 ()		
13	・継続して1年以上常勤として勤務している薬剤師の体制 (第3項第7号) ・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薬剤師 (第3項第8号)	
	常勤として勤務している薬剤師数	() 人
	継続して1年以上勤務している常勤薬剤師数	() 人
	研修を修了した常勤薬剤師数	() 人
	第7号又は第8号に該当する薬剤師一覧	別紙 () のとおり
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)	
	研修の実施計画及び実施記録の写しを添付	別紙 () のとおり
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 (第3項第10号)	
	情報提供先 () ※情報提供を行った内容の写しを1回分添付する (参考) 情報提供の回数 () 回	別紙 () のとおり
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)	
	年間 () 回 (月平均 () 回) (参考) 過去1年間に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 基づく指導を行った患者総数 () 人	
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)	
	※該当する項目をチェックすること <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等の販売業の許可番号 () (参考) 提供した医療機器等 ()	

常勤として勤務している薬剤師一覧

1	氏名（免許番号）	（第 号）		
	常勤の期間	年 月 日～現在（ 年 ヶ月）		
	研修修了の有無	有 ・ 無	研修修了日	年 月 日
2	氏名（免許番号）	（第 号）		
	常勤の期間	年 月 日～現在（ 年 ヶ月）		
	研修修了の有無	有 ・ 無	研修修了日	年 月 日
3	氏名（免許番号）	（第 号）		
	常勤の期間	年 月 日～現在（ 年 ヶ月）		
	研修修了の有無	有 ・ 無	研修修了日	年 月 日
4	氏名（免許番号）	（第 号）		
	常勤の期間	年 月 日～現在（ 年 ヶ月）		
	研修修了の有無	有 ・ 無	研修修了日	年 月 日
5	氏名（免許番号）	（第 号）		
	常勤の期間	年 月 日～現在（ 年 ヶ月）		
	研修修了の有無	有 ・ 無	研修修了日	年 月 日