

◆◆◆ 健康サポート薬局に係る届出の手引き ◆◆◆

◎ 提出部数：1部（写しを取って、控えを保管してください。）

◎ 届出書の提出先：

名 称	所 在 地
寝屋川市保健所 保健総務課 医事薬事担当	寝屋川市八坂町 28-3 電話(072)-829-7771

添付書類等の確認に時間がかかる場合がありますので、事前に上記保健所窓口までご相談ください。

1 「健康サポート薬局」である旨の表示について

かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、国民による主体的な健康の維持増進を積極的に支援する機能を備えた「健康サポート薬局」の基準に適合する場合、その旨を事前に届出ることによって健康サポート薬局である旨の表示をすることができます。（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施行規則（以下「施行規則」という。）第15条の11関係）

【参照】

施行規則第1条第5項第10号に規定する厚生労働大臣が定める基準（平成28年厚生労働省告示第29号）

2 届出に必要な書類等

(1) 既に薬局の許可を取得されている方で、新たに健康サポート薬局である旨を表示する（又は表示をとりやめる）場合

ア 変更届書

イ 新たに表示する場合には、手順書等の添付書類（※）と添付書類確認票（別紙1）を併せて提出してください。

(2) 薬局の新規許可申請時に提出する場合

ア 新規申請に必要な書類（詳細は「薬局開設許可申請の手引き」をご参照ください。）

イ 手順書等の添付書類（※）と添付書類確認票（別紙1）を併せて提出してください

3 各種様式の入手方法

様式については、寝屋川市ホームページより入手できます。

寝屋川市ホームページ (<https://www.city.neyagawa.osaka.jp>)

→各課のご案内→「健康部」→「保健総務課」→「申請書のダウンロード（薬事）」

→「薬局・薬局製剤関係様式」

→「薬局」

→「健康サポート薬局に係る届出書」

(※) 手順書等の添付書類

か か り つ け 薬 局 の 基 本 的 機 能	I. 以下の事項に関することを記載した手順書
	i) 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。
	ii) 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。
	iii) 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。
	iv) 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。
	v) 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。
	vi) 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。
	vii) 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。
	viii) 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）。
	ix) 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。
	x) 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。
	x i) 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。
	x ii) 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。
	x iii) 上記のiii、iv、v、vi、x、x i、x iiの実施に関して、薬剤服用歴に記載すること。
	II. 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
	III. 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
	IV. 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
	V. 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
	VI. 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
	VII. 医療機関に対して情報提供する際の文書様式
健康 サ ポ ー ト 機 能	I. 以下の事項に関することを記載した健康サポート業務手順書
	i) 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。
	ii) 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。
iii)	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。
iv)	上記 i ～ iii 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。
v)	以下のような場合に受診勧奨すること。 <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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 ・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 ・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 ・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
vi)	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。
II.	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 <ul style="list-style-type: none"> ・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。
III.	以下の内容を記載できる紹介文書 <ul style="list-style-type: none"> ・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項
IV.	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） <p>【取組例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の職能団体による健康の保持増進の地域住民向けイベント等の開催への協力 ・学校等を通じた、児童生徒に対する医薬品の適正使用の講演等 ・老人クラブ等を通じた、高齢者に対する医薬品の適正使用の講演等 ・地域の行政機関や関係団体等を通じた、地域住民に対する健康の保持増進に係る啓発イベント
V.	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
VI.	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
VII.	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

VIII.	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
IX.	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
X.	衛生材料及び介護用品等の備蓄品目リスト
X I.	開店している営業日、開店時間を記載した文書
X II.	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
X III.	<p>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)</p> <p>【積極的な健康サポートの取組の実施例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤師による薬の相談会の開催や禁煙相談の実施 ・ 薬剤師による健診の受診勧奨や認知症早期発見につなげる取組 ・ 医師や保健師と連携した糖尿病予防教室の開催 ・ 管理栄養士と連携した栄養相談会の開催
X IV.	<p>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)</p> <p>【取組発信例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の薬剤師会等での学術大会や勉強会での発表、地域の薬剤師会広報誌への掲載 ・ 医学薬学等に関する学会への発表や学術論文の投稿 ・ 健康増進に関する情報発信を目的としているホームページ ・ 地域の住民向け広報誌
X V.	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

変 更 届 書

業 務 の 種 類		薬局、医薬品販売業		許可番号	A〇〇〇号・令和〇年〇月〇日	①
許 可 番 号		薬局製剤製造業・製造販売業		許可番号	号・ 年 月 日	
及 び 年 月 日		高度管理医療機器販売業・貸与業		許可番号	号・ 年 月 日	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、営業所又は店舗	フリガナ名	〇〇薬局 〇〇店 (電話×××-×××-××××)				②
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 寝屋川市〇〇町〇丁目〇番〇号 〇〇ビル1階				
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後			③
	健康サポート薬局である旨の表示の有無	無	有			
変 更 年 月 日	令和〇〇年△△月□□日					④
備 考	<p>(店舗管理者) 薬剤師・登録販売者 (店舗管理者を補佐する薬剤師の設置あり・なし)</p> <p>【薬事に関する業務に責任を有する役員の変更】 医薬品医療機器等法第5条第3号イからトに該当する者：</p> <p>【添付書類の省略】 次の書類を下記の申請/届出に添付済みのため省略します。 ・履歴事項全部証明書 (登記事項証明書) ・資格を証明する書類 ・使用関係証明書 (許可番号： 店舗名称「 」の 年 月 日に提出済みの申請/届出に添付済み)</p> <p>管理者の前職歴： (年 月 日退職・予定)</p>					

上記により、変更の届出をします。

令和〇年〇月〇〇日 ⑤

住 所 〒△△△-△△△△
(法人にあつては、主たる事業所の所在地) 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

氏 名 株式会社 〇〇〇〇
(法人にあつては名称及び代表者の氏名) 代表取締役 〇〇 〇〇 ⑥

寝屋川市長 様

【連絡先】 担当者名：〇〇〇〇
電話番号：〇〇〇〇〇〇 ⑦

変更届書 記載時の留意点

① 業務の種別

- 薬局の欄を選択し、許可証に記載されている薬局の許可番号および許可年月日（有効期間の開始年月日）を記載してください。

② 薬局の名称、所在地

- 名称については、新しい名称を記載してください。
- 住居表示に関する法律に基づき市町村名、地名番地等に表示変更が生じた場合は、新しい所在地を記載してください。

③ 変更内容

- 下記を参考に記載してください。

<新たに健康サポート薬局である旨を表示する場合>

変更内容	事項	変更前	変更後
	健康サポート薬局である旨の表示の有無	無	有

<健康サポート薬局である旨の表示を取りやめる場合>

変更内容	事項	変更前	変更後
	健康サポート薬局である旨の表示の有無	有	無

④ 変更年月日

- 変更が生じた年月日を記載してください。

⑤ 届出年月日

- 変更届書の提出日を記載してください。

⑥ 申請者の住所、氏名

- 個人の場合は現住所、法人の場合には登記された本社の所在地を記載してください。
- 個人の場合は、個人名を記載し、法人の場合には登記された商号および代表取締役名を記載してください。

⑦ 連絡先

- 担当者名及び電話番号を記載してください。

(別紙1) 届出書添付書類確認票

チェックをお願いします。

届出書添付書類		通知該当頁	check
かかりつけ薬局の基本的機能	I. 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"/>
	i. 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。	p4-5:(1)①	<input type="checkbox"/>
	ii. 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。	p4-5:(1)①	<input type="checkbox"/>
	iii. 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。	p5:(1)②	<input type="checkbox"/>
	iv. 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。	p5:(1)②	<input type="checkbox"/>
	v. 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。	p5-6:(1)③	<input type="checkbox"/>
	vi. 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。	p5-6:(1)③	<input type="checkbox"/>
	vii. 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。	p6-7:(1)④	<input type="checkbox"/>
	viii. 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）。	p6-7:(1)④	<input type="checkbox"/>
	ix. 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。	p6-7:(1)④	<input type="checkbox"/>
	x. 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。	p7-8:(1)⑤	<input type="checkbox"/>
	x i. 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。	p8:(1)⑥	<input type="checkbox"/>
	x ii. 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。	p8-9:(1)⑧	<input type="checkbox"/>
x iii. 上記の iii、iv、v、vi、x、x i、x ii の実施に関して、薬剤服用歴に記載すること。		<input type="checkbox"/>	
II. 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	p4-5:(1)①	<input type="checkbox"/>	
III. 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	p6-7:(1)④	<input type="checkbox"/>	
IV. 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	p7-8:(1)⑤	<input type="checkbox"/>	
V. 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	p8:(1)⑥	<input type="checkbox"/>	
VI. 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	p8:(1)⑦	<input type="checkbox"/>	
VII. 医療機関に対して情報提供する際の文書様式	p8-9:(1)⑧	<input type="checkbox"/>	
健康サポート機能	I. 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健康サポート業務手順書		<input type="checkbox"/>
	i. 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。	p9-10:(2)①	<input type="checkbox"/>
	ii. 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。	p9-10:(2)①	<input type="checkbox"/>
	iii. 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。	p10:(2)②	<input type="checkbox"/>
iv. 上記 i～iii 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。	p11-12:(2)④	<input type="checkbox"/>	

届出書添付書類		通知該当頁	check
健康 サ ポ ー ト 機 能	v. 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。	p14-15: (6)①	<input type="checkbox"/>
	vi. 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。	p15: (6)②	<input type="checkbox"/>
	II. 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。	p10-11: (2)③	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	III. 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項	p11-12: (2)④	<input type="checkbox"/>
	IV. 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）	p12: (2)⑤	<input type="checkbox"/>
	V. 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	p13: (3)⑥	<input type="checkbox"/>
	VI. 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	p13: (4)②	<input type="checkbox"/>
	VII. 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	p13-14: (5)①	<input type="checkbox"/>
	VIII. 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	p14: (5)②	<input type="checkbox"/>
	IX. 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	p14-15: (6)①	<input type="checkbox"/>
	X. 衛生材料及び介護用品等の備蓄品目リスト	p14-15: (6)①	<input type="checkbox"/>
	X I. 開店している営業日、開店時間を記載した文書	p15-16: (7)③	<input type="checkbox"/>
	X II. 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	p16: (8)①	<input type="checkbox"/>
	X III. 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）	p16: (8)②	<input type="checkbox"/>
	X IV. 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）	p16-17: (8)③	<input type="checkbox"/>
X V. 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	p17: (8)④	<input type="checkbox"/>	