

日本医療薬学会 「地域薬学ケア専門薬剤師制度」 暫定認定の申請受付について

日本薬剤師会

作成：令和2年7月30日

最終改訂：令和2年8月26日

申請手順等は、令和2年8月26日時点の情報をもとに作成しています。
様式や手順は今後変更される可能性がありますので、
詳細は【日本医療薬学会ホームページ】を必ずご確認ください。

日本医療薬学会「地域薬学ケア専門薬剤師制度」暫定認定の申請受付開始について

一般社団法人日本医療薬学会が新たに創設する「地域薬学ケア専門薬剤師制度」は、薬局薬剤師が取得できる専門薬剤師制度です。同制度では、研修施設（基幹施設：病院）と研修施設（連携施設：薬局）が連携し、連携施設に在籍する薬局薬剤師が基幹施設の指導薬剤師の指導の下で研修を履修する枠組みが示されております。

本来、「地域薬学ケア専門薬剤師」の認定を目指す薬局薬剤師は、研修施設において地域薬学ケアに関する研修を5年以上行った後、認定申請を行うこととされておりますが、制度を開始する本年2020年～2024年まで、過渡的措置による「暫定認定」が行われます。

「暫定認定」とは、一定の条件を満たした者を、過渡的に地域薬学ケア専門薬剤師の「暫定認定」を行い、その後、認定を受けた者は地域薬学ケアに関する研修を進める仕組みです。認定期間は通常の認定と同様に5年間です。

日本薬剤師会では、専門的な薬学管理に基づき関係機関と連携して対応できる薬剤師を輩出し、専門性の高い薬剤師が常駐する薬局を地域に配置するために、薬局薬剤師が積極的に専門薬剤師を取得してくる必要があると考えています。

また、本制度は、薬機法施行後に、特定の機能を有する薬局の認定である「専門医療機関連携薬局」（がん等の専門的な薬学管理に関係機関と連携して対応できる薬局）の要件である専門薬剤師制度に位置づけられる制度の一つとなる予定です（副領域：がん）。

「暫定認定」を受けるにはまず、要件を確認することが肝要ですが、上記のとおり、認定を希望する者は、研修先となる基幹施設（病院）を選定する必要があります。そのマッチング調整業務は、日本医療薬学会から業務委託された各都道府県薬剤師会が行います。

次のスライドから、「暫定認定」申請までのおおまかな流れを示しますので、確認のうえ、対応してください。

地域薬学ケア専門薬剤師制度 スケジュール**予定** (2020年8月～2021年4月まで)

2020年スケジュール《予定》	申請者が行うこと
2020年8月17日～9月7日 研修申込料 : 9月17日締切 申請受付 : 9月23日締切	基幹施設(病院)の調整申請 ①研修申込料(3,300円税込)振込書(PDF) ②依頼書(Excel) 【①および②を添えて都道府県薬剤師会および日本医療薬学会へメール申請】
2020年9月下旬～10月上旬	調整結果受領
2020年10月1日～10月31日	暫定認定申請 ①認定審査料(11,000円税込)振込 ②認定申請書 【①および②を添えて日本医療薬学会へ申請 ※申請方法等は学会HPに掲載】
2020年10月頃～	連携施設認定申請 ※申請方法等は学会HPに掲載
2020年12月～2021年1月頃	暫定認定申請結果受領 「諾」の場合 ↓ ■認定料(22,000円税込)振込 ■連携研修料(79,200円税込)/年 振込 ※連携研修料は、連携研修開始までに振込み。詳細は学会HPに掲載
2021年1月～ 暫定認定を受け、研修先の施設が決定した後	連携研修者届出 ※申請方法等は学会HPに掲載
2021年1月～(5年間)	暫定認定開始
2021年4月～	連携研修開始

「暫定認定」申請までの流れ

1. 基幹施設（病院）調整依頼書の提出、研修申込料の支払い

- ① 認定要件の確認
 - 1) 「暫定認定」要件の適否
 - 2) 勤務している薬局の〔連携施設（薬局）〕の要件の適否
- ② 基幹施設調整依頼書〔地域・様式2〕の作成
- ③ 研修申込料の支払い
- ④ 基幹施設調整依頼書および振込明細書の提出
- ⑤ 研修先基幹施設（病院）の通知

2. 「暫定認定」の申請、認定審査料および認定料の支払い

- ① 日本医療薬学会地域薬学ケア専門薬剤師認定申請書〔地域薬学ケア専門・様式1（2020年度用）〕の作成
- ② 職歴（薬剤師としての実務経験）〔地域薬学ケア専門・様式2（2020年度用）〕の作成
- ③ 学会・生涯研修認定薬剤師〔地域薬学ケア専門・様式3（2020年度用）〕の作成
- ④ 学会発表・学術論文・目録〔地域薬学ケア専門・様式4（2020年度用）〕の作成
- ⑤ 薬物療法等の講習会の受講〔地域薬学ケア専門・様式5（2020年度用）〕の作成
- ⑥ 各種申請様式・添付資料の提出
- ⑦ 〔認定審査料〕および〔認定料〕の支払い
- ⑧ 「暫定認定」の通知

3. 連携施設（薬局）の認定申請

- ① 連携施設認定申請書〔地域薬学ケア研修施設・様式2-1〕の作成
- ② 連携施設認定要件への適合性の確認〔地域薬学ケア研修施設・様式2-2〕の作成
- ③ 連携施設に常勤する専門薬剤師等の確認〔地域薬学ケア研修施設・様式2-3〕の作成

4. 連携研修者の申請

- ① 連携研修者届出書の作成

5. 連携研修料の支払い

1. 基幹施設調整依頼書の提出、研修申込料の支払い

① 認定要件の確認

-2) 勤務している薬局の〔連携施設（薬局）〕の要件の適否

ポイント

本制度では、自身が「暫定認定」の要件を満たしていることのほか、勤務している薬局を研修のための〔連携施設〕として認定されることが必要です。

また、〔連携施設〕には、一定の資格*を持った薬剤師が1名以上常勤していることが必要です。

この資格*を持った薬剤師が勤務先の薬局にいない場合は、**自らが「暫定認定」により「地域薬学ケア専門薬剤師」の「暫定認定」を受けることで、その時点から〔連携施設〕の薬剤師要件を満たし、施設認定を受けることができます。**

※一定の資格とは、スライド8枚目の、連携施設（薬局）の要件（1）の、1番目に記載した薬剤師要件のこと。

1. 基幹施設（病院）調整依頼書の提出、研修申込料の支払い

① 認定要件の確認

-1) 「暫定認定」要件の適否

「暫定認定」の要件

[規程 第4条の2]
[細則 第13条]



地域薬学ケア専門薬剤師

- 以下のいずれかを有していること
 - 日本薬剤師会「JPALSクリニカルラダー5以上（JPALS認定薬剤師）」
 - 日本薬剤師研修センター「研修認定薬剤師」
 - 日本病院薬剤師会「日病薬病院薬学認定薬剤師」「日病薬生涯研修履修認定薬剤師」
 - 日本医療薬学会「医療薬学専門薬剤師」
 - その他、学会が認めた認定制度による認定薬剤師
- 薬剤師としての実務経験が5年以上
- 申請時に日本医療薬学会の会員であること。
- 学会発表(筆頭)が1回以上、もしくは論文(筆頭)が1報以上あること。
- 学会等参加・発表単位を、20単位以上取得していること。
- 薬物療法集中講義に1回以上参加したこと。
- 本学会の年會に1回以上参加したこと。

地域薬学ケア専門薬剤師（副領域：がん）

- 以下のいずれかを有していること
 - 日本薬剤師会「JPALSクリニカルラダー5以上（JPALS認定薬剤師）」
 - 日本薬剤師研修センター「研修認定薬剤師」
 - 日本病院薬剤師会「日病薬病院薬学認定薬剤師」「日病薬生涯研修履修認定薬剤師」
 - 日本医療薬学会「医療薬学専門薬剤師」
 - その他、学会が認めた認定制度による認定薬剤師
- 薬剤師としての実務経験が5年以上
- 申請時に日本医療薬学会の会員であること。
- 学会発表(がん領域:筆頭)が1回以上、もしくは論文(がん領域:筆頭)が1報以上あること。
- 学会等参加・発表単位を、20単位以上取得していること。
- 薬物療法集中講義に1回以上参加したこと。
- 本学会の年會に1回以上参加したこと。
- がん専門薬剤師集中教育講座を受講していること。

※ グレーアウトしている部分は、2020年の緩和措置。単位が不足していても暫定認定申請が可能。
ただし、認定開始日1年以内に不足分を提出すること

参考 地域薬学ケア専門薬剤師の通常認定と暫定認定の要件の違いと2020年の緩和措置

「地域薬学ケア専門薬剤師」の暫定認定申請要件（2020年）

[規程 第4条の2]

[細則 第13条]

- (1) 日本国の薬剤師免許を有し、薬剤師として優れた人格と見識を備えていること。
- (2) 薬剤師としての実務経験を5年以上有すること。
- (3) ~~申請時において、引き続き5年以上継続して本学会会員であること。~~
→申請時に本学会会員であれば良い。
- (4) 「日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師」、「日本病院薬剤師会日病薬病院薬学認定薬剤師」、「日本薬剤師会・生涯学習支援システム(JPALS)クリニカルラダー5以上」、その他本学会が認めた認定制度による認定薬剤師のいずれかの認定を受けていること。
- (5) ~~本学会が認定する「地域薬学ケア専門薬剤師研修施設」において、本学会の定めた研修ガイドライン(カンファレンスAの参加を含む)に従って、地域薬学ケアに関する5年以上の研修歴を有すること。(暫定認定申請時は不要)~~
- (6) ~~別に定めるクレジットを5年で50単位以上取得していること。~~
→学会等参加・発表単位を、20単位以上取得していること。(→2020年は緩和措置あり)
- (7) 専門薬剤師認定取得のための薬物療法集中講義に1回以上参加したこと。(→2020年は緩和措置あり)
- (8) 本学会の年會に1回以上参加したこと。(→2020年は緩和措置あり)
- (9) ~~自ら実施した5年の薬学的管理を行った症例報告50症例(4領域以上の疾患)を提出すること。(暫定認定申請時は不要)~~
- (10) ~~以下の研究活動のうち、発表あるいは論文の条件のどちらか一方を満たすこと。~~
~~学会発表:医療薬学に関する全国学会あるいは国際学会での発表が2回以上あること。本学会が主催する年會において本人が筆頭発表者となった発表を含んでいること。~~
~~論文:本人が筆頭著者である医療薬学に関する学術論文を1報以上有すること。学術論文は、国際的あるいは全国的学会誌・学術雑誌に複数査読制による審査を経て掲載された医療薬学に関する学術論文あるいは症例報告であること(編集委員以外の複数の専門家による査読を経ていない論文は、本条の対象外)。~~
→学会発表(筆頭)が1回、もしくは論文(筆頭)が1報あればよい。(→2020年は緩和措置あり)
- (11) ~~本学会が実施する専門薬剤師認定試験に合格すること。(暫定認定申請時は不要)~~

1. 基幹施設調整依頼書の提出、研修申込料の支払い

① 認定要件の確認

-2) 勤務している薬局の〔連携施設（薬局）〕の要件の適否

〔連携施設（薬局）の要件〕 (1) [規程 第6条3]



以下の1～5すべての要件と、6～13のうち4つ以上の要件を満たすこと。

1. 日本医療薬学会の地域薬学ケア指導薬剤師、薬物療法指導薬剤師、がん指導薬剤師、医療薬学指導薬剤師、地域薬学ケア専門薬剤師(暫定認定含む)、薬物療法専門薬剤師、がん専門薬剤師、医療薬学専門薬剤師、または下記①～④の資格を満たしている薬剤師のいずれか1名以上が常勤として勤務していること。
 - ① 日本医療薬学会会員であること。
 - ② 日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師、日本病院薬剤師会 日病薬 病院薬学認定薬剤師、日本薬剤師会生涯学習支援システム(JPALS)クリニカルラダー5以上、その他本学会が認めた認定制度による認定薬剤師のいずれかの認定を受けていること。
 - ③ 日本薬剤師研修センター主催の薬剤師生涯学習達成度確認試験に合格していること。
 - ④ 規程第4条の2(10)に相当する研究業績を有すること。
2. 基幹施設に所属する日本医療薬学会の地域薬学ケア指導薬剤師、薬物療法指導薬剤師、医療薬学指導薬剤師、がん指導薬剤師のいずれかによる研修ガイドラインに沿った継続的な指導の受入ができる体制を有していること。または、基幹施設での研修に参加できる体制を有していること。
3. 4領域以上の疾患患者に対する調剤業務の実施及び要指導医薬品・一般用医薬品による自己治療の支援を実施していること。
4. 月に2回以上の患者薬学管理に関する検討会を実施していること。
5. 高度管理医療機器販売業の許可を有していること。

必須

1. 基幹施設調整依頼書の提出、研修申込料の支払い

① 認定要件の確認

-2) 勤務している薬局の〔連携施設（薬局）〕の要件の適否

〔連携施設（薬局）の要件〕 (2) [規程 第6条3]



6. 薬学的指導を行う際に患者のプライバシーの確保がなされていること。
7. 複数の医療機関の処方箋を持参した患者が25%以上いること、または直近1年間に受け付けた処方箋の月ごとの平均医療機関数が15以上あること。
8. 医薬品の安全性情報を含めて医療情報を収集し、管理していること。
9. 居宅療養管理指導または在宅訪問薬剤管理指導を実施している実績があること。
10. 入退院時の連携体制や医療機関への情報提供体制を有していること。
11. 麻薬処方箋の応需実績があること。
12. クリーンベンチ等における無菌製剤の調製実施可能な体制を有していること。
13. 腎機能などの臨床検査値などに基づく処方監査や処方提案を実施していること。

4項目以上を
満たすこと

1. 基幹施設調整依頼書の提出、研修申込料の支払い

② 基幹施設調整依頼書【地域・様式2】の作成

The form contains the following sections:

- Header: 薬剤師会 研修調整委員会 様中
- Subject: 地域薬学ケア専門薬剤師 基幹施設調整依頼書
- Form Type Selection:
 - 地域薬学ケア専門薬剤師 (申請者本人が申請する)
 - 地域薬学ケア専門薬剤師 (研修生(学生)が申請する)
- Applicant Information Table:

氏名	フリガナ	セイ	メイ
性別	男	女	
生年月日	年	月	日
住所	〒	市町村	番地
電話番号	〒	市町	番
- Employer Information Table:

勤務先名	フリガナ	セイ	メイ
所在地	〒	市町村	番地
電話番号	〒	市町	番
- Wish Destinations Table:

希望先名	所在地	〒
- Checkboxes for '申請者情報' and '勤務先情報'.

- 1. 申込年月日、申込先の都道府県薬剤師会名を入力
- 2. 申込む地域薬学ケア専門薬剤師の種別を選択
- 3. 申請者の情報を入力
- 4. 申請者の勤務先の薬局情報を入力
- 5. 勤務先の薬局と同一都道府県内にある研修希望先の基幹施設(病院)を第1希望から第3希望まで入力
- 6. 日本医療薬学会への加入状況、「暫定認定」申請(および「暫定認定」の申請要件の適否)、勤務先薬局の連携施設要件への適否についてチェックを行う。

1. 基幹施設調整依頼書の提出、研修申込料の支払い

③ 研修申込料の支払い

日本医療薬学会の銀行口座に、[研修申込料3,000円(税別)]を振込み。

振込先 : みずほ銀行 渋谷中央支店 (店番号: 162)
口座種別: 普通
口座番号: 1513436
加入者名: 一般社団法人日本医療薬学会
 シャ)ニホンイリョウヤクガクカイ
振込人の名義: 会員番号 申請者の氏名
 (氏名の前に会員番号を付記してください)

1. 基幹施設調整依頼書の提出、研修申込料の支払い

④ 基幹施設調整依頼書および振込明細書の提出

振込み終了後、振込明細書をPDF化して、1-②で作成した基幹施設調整依頼書【地域・様式2】とともに、日本医療薬学会および勤務先薬局と同一都道府県内にある都道府県薬剤師会に、メールで提出。

日本医療薬学会提出先メールアドレス

pha@jsphcs.jp

都道府県薬剤師会提出先メールアドレス

基幹施設調整依頼書【地域・様式2】の申請連絡先シートに一覧が掲載されています。

1. 基幹施設調整依頼書の提出、研修申込料の支払い

⑤ 研修先基幹施設（病院）の通知

日本医療薬学会から研修先の基幹施設が通知されます。
なお、研修先の基幹施設の入定員数等によっては、研修先の基幹施設が決定しない場合があります。この場合でも、**研修申込料の返金等はされず、次年度以降に再度申込が必要になります。**

2. 「暫定認定」の申請、認定審査料および認定料の支払い

① 日本医療薬学会地域薬学ケア専門薬剤師認定申請書【地域薬学ケア専門・様式1（2020年度用）】の作成

地域薬学ケア専門-様式1(2020年度用)

申請日(西暦) ____年 ____月 ____日

一般社団法人 日本医療薬学会会第 ____ 期

私は、次のとおり日本医療薬学会地域薬学ケア専門薬剤師の認定申請をいたします。

日本医療薬学会地域薬学ケア専門薬剤師認定申請書

申請資格(プルダウンメニュー)： 選択してください

氏名	フリガナ			性別
生年月日	年 月 日 生 (漢 漢)			
医療薬学会 会員番号	医療薬学会入会年(西暦)		年	
勤務先	フリガナ			
	施設名			
	〒	都道府県		
	所在地			
	役職			
	TEL	FAX		
E-mail				
薬剤師名簿登録番号				
薬剤師名簿登録年月日				
研修施設(基幹施設)				

<注意事項(重要事項)>

- 1) 入力内容は、必ず入力内容が正しい(誤りがない)ことを確認してください。
- 2) 申請する資格(プルダウンメニュー)は、必ずプルダウンメニューから選択してください。
- 3) 氏名の姓は、必ず漢字で入力してください。
- 4) 研修施設(基幹施設)は、研修制度を認定している施設に入力してください。
- 5) 薬剤師名簿登録番号は、必ず入力してください。

申込年月日を入力

申請する認定制度を選択

申請者の情報を入力

勤務先薬局(基幹施設)の情報を入力

薬剤師名簿登録番号、登録年月日、
および研修施設(基幹施設)を入力

併せて、薬剤師免許証をPDF化する。

2. 「暫定認定」の申請、認定審査料および認定料の支払い

② 職歴（薬剤師としての実務経験）【地域薬学ケア専門・様式2（2020年度用）】の作成

地域薬学ケア専門・様式2(2020年度用)

職歴（薬剤師としての実務経験）

氏名 _____

薬剤師としての実務経験年数 _____ 年 _____ カ月間
（病院・診療所・保健所等での常勤に在籍に限る）

勤務先の名称・業種（例：病院）	勤務期間（入職～退職年月）

<記載要領・留意事項>

- 1) フォントを用いて作成し、あらかじめ設定されている書式・体裁を定めないでください。
- 2) 薬剤師としての実務経験として、薬剤師免許取得後の勤務先1件ごとに記載してください。
- 3) 病院、診療所、春採薬局に常勤（勤続期間）欄の4桁の欄に「通以」とした情報を記載してください。
- 4) 雇用形態は問いません。（正社員、非正規社員、嘱託、嘱託、レジデント、研修生共に可）

申請者氏名を入力

実務経験年数を入力

今までの薬剤師としての職歴を入力

2. 「暫定認定」の申請、認定審査料および認定料の支払い

③ 学会・生涯研修認定薬剤師【地域薬学ケア専門・様式3（2020年度用）】の作成

地域薬学ケア専門・様式3（2020年度用）

学会・生涯研修認定薬剤師

氏名 _____

認定薬剤師の名称	認定番号	認定期間
日本薬剤師研修センター・研修 認定薬剤師		
日本病院薬剤師会・日本病院 薬学認定薬剤師		
日本薬剤師会・生涯学習システ ム（P&R）キャリアラダー5 以上		
「その他、本学会が認めらる認定薬剤師に なる薬剤師」 ＜認定薬剤師＞		
＜認定薬剤師の名称＞		

＜記載要領・留意事項＞

- 1) フォトコピを用いて作成し、あらかじめ設定されている書式・体裁を変更しないでください。
- 2) 地域薬学ケア専門薬剤師認定制度規程の第4条の2の（4）に定める認定薬剤師、生涯研修認定薬剤師のうち、認定を受けている状態を記載してください。
「その他、本学会が認めらる認定薬剤師」については、適正に記載してください。
- 3) 申請に供することができる認定薬剤師、認定期間内のものに限りです。
- 4) 「日本薬剤師会・生涯学習支援システム（P&R）キャリアラダーレベル5以上」の認定を受けている場合、認定番号には【P&R-10】を記載してください。
- 5) 上記に認定薬剤師を記載した認定番号を印刷する認定証のダウンロード先は、そのファイル名を提出してはな
らざる認定申請書に添付している場合に、認定証の3ページ（種別のみを提出していただくことで差し支えな

申請者氏名を入力

各種学会等の認定薬剤師の認定番号およ
び認定期間を入力
(複数認定を受けている場合はすべて入力)

併せて、各種学会等の認定薬剤師制度の認定証をPDF化する。

2. 「暫定認定」の申請、認定審査料および認定料の支払い

④ 学会発表・学術論文・目録【地域薬学ケア専門・様式4（2020年度用）】の作成

地域薬学ケア専門・様式4(2020年度用)

学会発表、学術論文 目録

氏名 _____

<学会発表>

発表 番号	学会名、発表年月(西暦)、発表タイトル、発表形式	申請者 発表者名	担任 氏名
1.	学会名		
	発表年月		
	発表タイトル		
2.	学会名		
	発表年月		
	発表タイトル		

<学術論文>

論文 番号	掲載誌名、巻・号・発行年(西暦)、論文タイトル、著者名	申請者 著者名	担任 氏名
1.	掲載誌名		
	巻・号・年		
	論文タイトル		
2.	掲載誌名		
	巻・号・年		
	論文タイトル		

<学会発表、学術論文掲載の注意事項>
① 1行以内で記述してください。あるものに複数ある場合は横書きで記述してください。

<学術論文に関する取組上の注意事項>
1. 申請者が筆頭著者でない場合は、筆頭著者の氏名を必ず記載してください。
2. 申請者本人が筆頭著者でない場合は、申請者本人の氏名を必ず記載してください。
3. 申請者本人が筆頭著者でない場合は、申請者本人の氏名を必ず記載してください。
4. 申請者本人が筆頭著者でない場合は、申請者本人の氏名を必ず記載してください。
5. 申請者本人が筆頭著者でない場合は、申請者本人の氏名を必ず記載してください。
6. 申請者本人が筆頭著者でない場合は、申請者本人の氏名を必ず記載してください。

<学術論文に関する取組上の注意事項>
1. 掲載誌名は必ず掲載誌名を記載し、掲載誌の発行元を必ず記載してください。
2. 掲載誌名は必ず掲載誌名を記載し、掲載誌の発行元を必ず記載してください。
3. 掲載誌名は必ず掲載誌名を記載し、掲載誌の発行元を必ず記載してください。
4. 掲載誌名は必ず掲載誌名を記載し、掲載誌の発行元を必ず記載してください。
5. 掲載誌名は必ず掲載誌名を記載し、掲載誌の発行元を必ず記載してください。
6. 掲載誌名は必ず掲載誌名を記載し、掲載誌の発行元を必ず記載してください。

申請者氏名を入力

学会発表の学会名等の情報を入力。
(申請者本人が筆頭発表者となった発表に限る)

学術論文の掲載雑誌名等の情報を入力。
(複数査読制による審査を経て掲載された学術論文および症例報告に限る)

併せて、下記をPDF化する。

- 各発表の講演集等の表紙
- 各発表要旨が掲載されている該当ページ
- 各論文の別刷り又はコピー
- それぞれの投稿時の投稿規定

2. 「暫定認定」の申請、認定審査料および認定料の支払い

⑤ 薬物療法等の講習会の受講【地域薬学ケア専門・様式5（2020年度用）】の作成

地域薬学ケア専門(様式5)(2020年度用)

薬物療法等の講習会の受講
氏名 _____

1. 日本医療薬学会の主催・共催するもの（相席するものを含む）

講習会の名称	受講日	単位数	受講回数	合計単位数
1) 日本医療薬学会 年会 (参加10単位/日、開催場所 3単位/日、同日複数会場)				0
2) 専門薬剤師研修のための薬物療法実習講座		15		0
3) がん専門薬剤師集中講座		15		0
				0
				0
小計				0

2. 日本医療薬学会が認定する他学術団体主催のもの

講習会の名称	受講日	単位数	受講回数	合計単位数
日本薬剤師会 (参加10単位/日、開催場所 3単位/日、同日複数会場)				0
				0
				0
				0
小計				0

受講単位数の総合計 単位

<見解書欄>

1) 2)の枠内において作成し、あらかじめ指定されている書式・体裁を厳守してください。
2) 本制度実施第4条の2の(6)～(9)及び(10)第1項の各号に該当する講習会については、20
3) 各表紙ごとに、受講証又は参加証（受講者氏名が記載されているもの）のコピーを1部PDFとして添付してください。
4) 表紙1（講演集）と表紙2（発表の要旨）は、掲載されている該当ページの白地に印刷して提出してください。
注）参加に係る証明書類として、発表が終了後開催者等のいる代官物による届出は、一時的にのみ行われます。

申請者氏名を入力

日本医療薬学会の主催・共催する講習会の受講状況を入力

他の学術団体が主催する講習会等の受講状況を入力(日本医療薬学会が認定するものに限る)

併せて、下記をPDF化する。

- 各講習会等の受講証もしくは参加証
- (発表を行った場合は、発表の講演集等の表紙、発表要旨が掲載されている該当ページ)

2. 「暫定認定」の申請、認定審査料および認定料の支払い

⑥ 各種申請様式・添付資料の提出

①～⑤で作成した以下のファイルを日本医療薬学会にメールで送付。

- ① 日本医療薬学会地域薬学ケア専門薬剤師認定申請書【地域薬学ケア専門・様式1（2020年度用）】
- ② 職歴（薬剤師としての実務経験）【地域薬学ケア専門・様式2（2020年度用）】
- ③ 学会・生涯研修認定薬剤師【地域薬学ケア専門・様式3（2020年度用）】
 - ・ 各種学会等の認定薬剤師制度の認定証
- ④ 学会発表・学術論文・目録【地域薬学ケア専門・様式4（2020年度用）】
 - ・ 各発表の講演集等の表紙
 - ・ 各発表要旨が掲載されている該当ページ
 - ・ 各論文の別刷り又はコピー
 - ・ それぞれの投稿時の投稿規定
- ⑤ 薬物療法等の講習会の受講【地域薬学ケア専門・様式5（2020年度用）】
 - ・ 各講習会等の受講証もしくは参加証
 - ・ （発表を行った場合は、発表の講演集等の表紙、発表要旨が掲載されている該当ページ）

Excel
ファイル

PDF
ファイル

Excel
ファイル

PDF
ファイル

Excel
ファイル

PDF
ファイル

日本医療薬学会提出先メールアドレス

pha@jsphcs.jp

2. 「暫定認定」の申請、認定審査料および認定料の支払い

⑦ 「認定審査料」の支払い、「暫定認定」の通知

A) 日本医療薬学会の銀行口座に、**〔認定審査料 10,000円（税別）〕**を振込み。

日本医療薬学会振込先

振込先 : **みずほ銀行 渋谷中央支店（店番号：162）**

口座種別 : **普通**

口座番号 : **1513436**

加入者名 : **一般社団法人日本医療薬学会**

シャ) ニホンイリョウヤクガクカイ

振込人の名義 : **会員番号 申請者の氏名**

（氏名の前に会員番号を付記してください）

**認定審査料の
振り込み確認後**

日本医療薬学会にて暫定認定の審査を実施し、暫定認定の審査結果が通知される。

2. 「暫定認定」の申請、認定審査料および認定料の支払い

⑧ [認定料] の支払い

B) 審査結果通知で、暫定認定されれば、日本医療薬学会の銀行口座に、[認定料 20,000円（税別）] を振込み。

日本医療薬学会振込先

振込先 : みずほ銀行 渋谷中央支店 (店番号 : 162)

口座種別 : 普通

口座番号 : 1513436

加入者名 : 一般社団法人日本医療薬学会

シャ) ニホンイリョウヤクガクカイ

振込人の名義 : 会員番号 申請者の氏名

(氏名の前に会員番号を付記してください)

3. 連携施設（薬局）の認定申請

① 連携施設認定申請書【地域薬学ケア研修施設・様式2-1】の作成

地域薬学ケア研修施設・様式2-1

2020年 ____ 月 ____ 日

一般社団法人 日本医療薬学会会 殿

当施設は、次のとおり日本医療薬学会地域薬学ケア専門薬剤師研修施設(連携施設)の認定申請をいたします。

日本医療薬学会地域薬学ケア専門薬剤師研修施設認定申請書（連携施設）

連携施設に関する事項	施設名	フリガナ			
		フリガナ			
	施設長の 氏名	フリガナ			
		フリガナ	印		
	所在地	〒		電話番号	
		フリガナ			
	施設の 申請担当者	氏名			
		所属科名	役 職		
		TEL	FAX		
		E-mail			
施設の 薬剤部門の 代表者	フリガナ				
	氏名				
	所属科名	役 職			
	TEL	FAX			
	E-mail				

申込年月日を入力

勤務先薬局(連携施設)の情報を入力

3. 連携施設（薬局）の認定申請

② 連携施設認定要件への適合性の確認【地域薬学ケア研修施設・様式2-2】の作成

地域薬学ケア研修施設・様式2-2

地域薬学ケア専門薬剤師研修施設認定要件への適合性（連携施設）

当施設は、下記の通り、一般社団法人日本医療薬学会地域薬学ケア専門薬剤師認定制度規程第6条の4及び14に適合していることをお示しします。

1. 日本医療薬学会地域薬学ケア専門薬剤師認定制度規程第6条の4への適合性

地域薬学ケア専門薬剤師研修施設の要件	要件を 満たす
① 日本学会の「地域薬学ケア指導要領」、「薬物療法指導要領」、「がん治療要領」、「医療薬学指導要領」、「地域薬学ケア専門要領」、「薬物療法専門要領」、「がん専門要領」、「医療薬学専門要領」、または上記1～6のいずれかを満たしている薬剤師の数が1名以上の薬剤師として勤務している。	<input checked="" type="checkbox"/>
② 本学協会の協賛する本学協会の「地域薬学ケア指導要領」、「薬物療法指導要領」、「医療薬学指導要領」、「がん治療要領」、「地域薬学ケア専門要領」、「薬物療法専門要領」、「がん専門要領」、「医療薬学専門要領」のいずれかによる研修プログラムの実施に努めていること、かつ、その実施に必要となる設備・人材を確保していること、および、本学協会の研修プログラムの実施に必要となる設備・人材を確保していること、および、本学協会の研修プログラムの実施に必要となる設備・人材を確保していること。	<input checked="" type="checkbox"/>
③ 本学協会の協賛する本学協会の「地域薬学ケア指導要領」、「薬物療法指導要領」、「医療薬学指導要領」、「がん治療要領」、「地域薬学ケア専門要領」、「薬物療法専門要領」、「がん専門要領」、「医療薬学専門要領」のいずれかによる研修プログラムの実施に必要となる設備・人材を確保していること、および、本学協会の研修プログラムの実施に必要となる設備・人材を確保していること。	<input checked="" type="checkbox"/>
④ 4月に2回以上の研修薬学講座に関する検討会を開催している。	<input checked="" type="checkbox"/>
⑤ 高度管理医療機器の管理の許可を有している。	<input checked="" type="checkbox"/>
⑥ 薬学的指導を行う担当者（アドバイザー）の確保がなされている。	<input checked="" type="checkbox"/>
⑦ 高度の医療機器の取り扱いを指導した受講者が2名以上いること、かつ、当該受講者を受け付けられた地方自治体の平均医療機関数が4以上あること。	<input checked="" type="checkbox"/>
⑧ 医薬品の安全管理を旨として医薬品情報を収集し、管理している。	<input checked="" type="checkbox"/>
⑨ 研修実施要項指導または自主的研修実施要項指導を実施している実績がある。	<input checked="" type="checkbox"/>
⑩ 入居部門の連携研修や研修機関への連携体制を有している。	<input checked="" type="checkbox"/>
⑪ 研修実施要項の記載事項がある。	<input checked="" type="checkbox"/>
⑫ 研修センター等における研修の開催実績を有している。	<input checked="" type="checkbox"/>
⑬ 研修機関の研修実施要項に基づいて研修実施要項を策定している。	<input checked="" type="checkbox"/>

注1 要件を満たしている場合は、□に○印（チェック）を付すこと。

2. 日本医療薬学会地域薬学ケア専門薬剤師認定制度規程第6条の4への適合性

研修ガイドラインにおける研修の実施要件	要件を 満たす
地域薬学ケア専門薬剤師研修ガイドラインに定める研修を実施する計画を有している。	<input checked="" type="checkbox"/>

注2 要件を満たしている場合は、□に○印（チェック）を付すこと。

スライド8～9枚目に示した（連携施設の要件）を確認し、勤務先の薬局として要件を満たしているものをチェック

「一般社団法人 日本医療薬学会 地域薬学ケア専門薬剤師養成研修ガイドライン」（日本医療薬学会HPに掲載）を確認し、勤務先の薬局が設備と機能を有してればチェックして構わない。

3. 連携施設（薬局）の認定申請

③ 連携施設に常勤する専門薬剤師等の確認【地域薬学ケア研修施設・様式2-3】の作成

連携施設に常勤する専門薬剤師等

1. 認定申請書には、連携施設に常勤している薬師等に関する専門薬剤師等のため、右欄より認定資格を記載してください。

区分	施設名称	勤務期間(年度)		勤務日数		勤務時間(時)		勤務開始年度	勤務終了年度	認定資格	認定番号	認定機関	認定年月	認定種別	認定種別	認定種別	認定種別	認定種別	認定種別	
		開始	終了	日	時	開始	終了													種別
1	XXXX	20XX	20XX	31	1	2000	2000	0												

※1. 申請書に添付する認定証は、認定資格の欄に記載する認定番号、認定機関、認定年月、認定種別を記入してください。

※2. 複数の認定資格を取得している場合は、認定資格の欄にすべて記入してください。

※3. 複数の認定資格を取得している場合は、認定資格の欄にすべて記入してください。

常勤している専門薬剤師等の情報を入力

常勤している専門薬剤師等が取得している専門薬剤師制度の認定番号を入力。
(複数取得している場合は、すべて入力)

併せて、取得している各種専門薬剤師制度等の認定証をPDF化する。

3. 連携施設（薬局）の認定申請

④ 各種申請様式・添付資料の提出

①～③で作成した以下のファイルを日本医療薬学会にメールで送付。

- 研修認定申請書（連携施設）【地域薬学ケア研修施設・様式2-1】
- 研修施設認定要件への適合性【地域薬学ケア研修施設・様式2-2】
- 連携施設に常勤する専門薬剤師等【地域薬学ケア研修施設・様式2-3】
- 各種専門薬剤師制度等の認定書の写し

Excel
ファイル

PDF
ファイル

日本医療薬学会提出先メールアドレス

pha@jsphcs.jp

準備でき次第、
随時申請

4. 連携研修者の届出

① 連携研修者届出書の作成

研修先の基幹施設（病院）が決定し、暫定認定の決定通知を受け取った後、連携研修者届出書【地域薬学ケア研修者・様式1】を作成します。

The form is titled "連携研修者届出書" and is issued by the "日本医薬学会" (Japan Pharmaceutical Society). It contains the following sections:

- 申請者情報 (Applicant Information):** Includes fields for name, address, phone number, and email.
- 勤務先 (勤務施設) (Workplace/Workplace Facility):** Includes fields for the name of the workplace, address, and phone number.
- 研修先病院 (基幹施設) (Training Hospital (Core Facility)):** Includes fields for the hospital name, address, and phone number.
- 研修内容 (Training Content):** Includes fields for the name of the training program and the responsible person at the training hospital.

] 申込年月日を入力

] 申請者の情報を入力

] 勤務先(連携施設(薬局))の情報を入力

] 研修先病院(基幹施設)の情報を入力
(研修先の薬剤部門責任者に連絡の上、
必要事項を確認)

準備でき次第、
随時申請

4. 連携研修者の届出

② 連携研修者届出書の提出

①で作成した以下のファイルを日本医療薬学会にメールで送付。

- ・ 連携研修者届出書【地域薬学ケア研修者・様式1】

Excel
ファイル

日本医療薬学会提出先メールアドレス
pha@jsphcs.jp

5. 連携研修料の支払い

日本医療薬学会の銀行口座に、**〔連携研修料 72,000円（税別）／年〕**を振込み。

振込先 : みずほ銀行 渋谷中央支店 (店番号: 162)

口座種別: 普通

口座番号: 1513436

加入者名: 一般社団法人日本医療薬学会

シャ)ニホンイリョウヤクガクカイ

振込人の名義: 会員番号 申請者の氏名

(氏名の前に会員番号を付記してください)

4月より、基幹施設（病院）および連携施設（薬局）にて5年間の研修を開始。
また、研修1年ごとに研修実施報告書※を日本医療薬学会へ提出し、研修の状況について報告を行う。

※研修実施報告書の様式は今後示される見込み。



再掲

地域薬学ケア専門薬剤師制度 スケジュール**予定** (2020年8月～2021年4月まで)

2020年スケジュール《予定》	申請者が行うこと
2020年8月17日～9月7日 研修申込料 : 9月17日締切 申請受付 : 9月23日締切	基幹施設(病院)の調整申請 ①研修申込料(3,300円税込)振込書(PDF) ②依頼書(Excel) 【①および②を添えて都道府県薬剤師会および日本医療薬学会へメール申請】
2020年9月下旬～10月上旬	調整結果受領
2020年10月1日～10月31日	暫定認定申請 ①認定審査料(11,000円税込)振込 ②認定申請書 【①および②を添えて日本医療薬学会へ申請 ※申請方法等は学会HPに掲載】
2020年10月頃～	連携施設認定申請 ※申請方法等は学会HPに掲載
2020年12月～2021年1月頃	暫定認定申請結果受領 「諾」の場合 ↓ ■認定料(22,000円税込)振込 ■連携研修料(79,200円税込)/年 振込 ※連携研修料は、連携研修開始までに振込み。詳細は学会HPに掲載
2021年1月～ 暫定認定を受け、研修先の施設が決定した後	連携研修者届出 ※申請方法等は学会HPに掲載
2021年1月～(5年間)	暫定認定開始
2021年4月～	連携研修開始