

兵庫県薬局機能情報提供制度実施要領

1 目的

本要領は、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（以下「医薬品医療機器等法」という。）（昭和 35 年法律第 145 号）第 8 条の 2 の規定に基づき、医療を受ける者が薬局の選択を適切に行うために必要な情報（以下「薬局機能情報」という。）について、県内で薬局開設の許可を受けている者（以下「薬局開設者」という。）が知事に報告する事項及び方法、知事による当該情報の公表方法等に関する具体的な実施方法等を示すことにより、知事が実施する薬局機能情報提供制度の統一かつ効率的な運営を図り、住民・患者等による薬局の適切な選択を支援することを目的とする。

2 情報の取扱い

本制度は、薬局開設者が、薬局機能情報を知事に対して報告し、知事は、原則、報告を受けた薬局機能情報を医療機関情報システムによりそのまま公表する。

薬局開設者は、薬局機能情報について、正確かつ適切な情報を提供するとともに、当該薬局において薬剤師等は、住民・患者等からの相談等に適切に応じるよう努める。

また、薬局開設者は、既に知事に対して報告を行った薬局機能情報について誤りがあることに気づいた場合、知事に対し速やかに訂正を申し出ることとし、知事は速やかに所要の是正措置を行う。

3 運営

本制度は、兵庫県健康福祉部健康局薬務課において運営することを基本とするが、必要に応じて関係機関との連携を図る。

なお、知事は、住民・患者等から薬局機能情報についての質問・相談に応じ、助言等を行う場合においては、医療法第 30 条の 4 に規定する医療計画に基づく事業ごとの医療連携体制についての情報提供も行うよう努める。

4 薬局開設者の報告事項

薬局開設者が知事に報告しなければならない事項は、別表Ⅰ及び別表Ⅱ（医薬品医療機器等法施行規則別表第 1 に掲げる事項）並びに別表Ⅲ（県が独自に定める事項）のとおりとする。

5 薬局機能情報の報告

(1) 初回報告

薬局開設者は、新たに薬局の開設許可を受けた場合は、別表Ⅰ、別表Ⅱ及び別

表Ⅲの情報を、次のいずれかの方法で、30日以内に知事に報告しなければならない。

- ① 医療機関情報システムへの直接入力
- ② 様式1を郵送又は持参

(2) 修正又は変更報告

薬局開設者は、別表Ⅰの情報、別表Ⅱの15健康サポート薬局である旨の表示の有無、別表Ⅱの17薬剤師不在時間の有無について修正又は変更があった場合は、次のいずれかの方法で、30日以内に知事に報告しなければならない。

また、地域連携薬局等の認定（更新）を受けた場合は、別表Ⅱの37地域連携薬局又は別表Ⅱの38専門医療機関連携薬局について、当該申請（更新）の前月時点の情報を、30日以内に知事に報告しなければならない。

なお、当該報告は、医薬品医療機器等法第10条の規定に基づく開設許可等の事項の変更の届出とは区別して行うものとする。

薬局開設者は、別表Ⅱ（13健康サポート薬局である旨の表示の有無別表Ⅱの15薬剤師不在時間の有無、別表Ⅱの37地域連携薬局及び別表Ⅱの38専門医療機関連携薬局を除く）及び別表Ⅲの情報について修正又は変更があった場合は、随時、次のいずれかの方法で知事に報告することができる。

- ① 医療機関情報システムへの直接入力
- ② 様式2を郵送又は持参

(3) 定期報告

薬局開設者は、毎年、12月31日現在の情報を、翌年の1月31日までに、次のいずれかの方法で、知事に報告しなければならない。

- ① 医療機関情報システムへの直接入力
- ② 様式3を郵送又は持参

6 薬局機能情報の確認

- (1) 知事は、薬局開設者から報告された薬局機能情報の内容について、確認が必要と認める場合には、市町その他の官公署に対し、当該薬局の機能に関する情報の提供を求めることができる。
- (2) 知事は、薬局開設者が報告を行わない場合又は虚偽の報告を行ったと認められる場合には、医薬品医療機器等法第72条の3に基づき、期間を定めて、薬局開設者に対し、報告の要請又はその報告の内容の是正を行うよう命ずること（以下「是正命令」という。）ができる。
- (3) 知事は、報告された薬局機能情報の全部又は一部について、照会・確認等を行ったにもかかわらず、適切な応答がなされず内容の確認ができない期間や、是正命令を行ってから是正がなされるまでの期間においては、報告された情報のうち、真偽が未確認である情報について、公表することを一時的に停止することができる。この場合において、未確認である当該情報については、照会及び確認の過程

である等の旨が、住民・患者等に分かるよう所要の措置を講じる。

(4) 知事は、薬局が廃止された場合は、当該薬局機能情報の公表を中止する。

7 薬局機能情報の公表

(1) 公表時期

ア 知事は、薬局開設者から上記 5 (1) (2) の報告を受理した場合は、受理日から概ね 30 日以内に公表する。

イ 知事は、薬局開設者から上記 5 (3) の報告を受理した場合は、原則同年の 3 月 31 日までに公表する。

(2) 公表方法

知事は、薬局開設者から報告された薬局機能情報を、インターネットを通じ県ホームページ上の医療機関情報システムで公表するとともに、薬務課及び健康福祉事務所において、書面等による閲覧等により公表する。

8 薬局による情報提供

知事は、薬局による情報提供に関して、薬局開設者に対して、次に掲げる事項について、適切な指導・助言等を行うことにより、本制度の円滑な運営に努める。

- (1) 薬局開設者は、薬局機能情報について知事に報告するとともに、当該薬局において閲覧に供しなければならない。その際、書面による閲覧に代えて、電磁的方法（電子メール、インターネット、PC等モニター画面での表示、CD-ROM等の交付）により情報の提供ができる。
- (2) 知事は、薬局開設者が薬局機能情報の提供を適切に行っていない場合には、薬局開設者に対して、適切に情報を提供するよう指導する。
- (3) 知事は、薬局開設者に対して、当該薬局において、住民・患者等から薬局機能情報に関する相談・照会等について、適切な対応に努めるよう指導するとともに、患者から当該薬局以外の薬局に対する相談・照会等があった場合においても、適切な対応に努めるよう指導する。

附 則

この要領は、平成 19 年 10 月 30 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 27 年 4 月 9 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 29 年 3 月 28 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 31 年 1 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和4年1月1日から施行する。

別表Ⅰ

- 1 薬局の名称
- 2 薬局開設者
- 3 薬局の管理者
- 4 薬局の所在地
- 5 電話番号及びファクシミリ番号
- 6 営業日
- 7 開店時間
- 8 開店時間外で相談できる時間
- 9 地域連携薬局の認定の有無
- 10 専門医療機関連携薬局の認定の有無（有の場合は傷病の区分を含む。）

別表Ⅱ

- 11 薬局までの主な利用交通手段
- 12 薬局の駐車場
- 13 ホームページアドレス
- 14 電子メールアドレス
- 15 健康サポート薬局である旨の表示の有無
- 16 相談に対する対応の可否
- 17 薬剤師不在時間の有無
- 18 対応することができる外国語の種類
- 19 障害者に対する配慮
- 20 車椅子の利用者に対する配慮
- 21 医療保険及び公費負担等の取扱い
- 22 クレジットカードによる料金の支払の可否
- 23 認定薬剤師の種類及び人数
- 24 健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数
- 25 薬局の業務内容
- 26 地域医療連携体制
- 27 薬局の薬剤師数
- 28 医療安全対策の実施
- 29 感染防止対策の実施の有無
- 30 情報開示の体制
- 31 症例を検討するための会議等の開催の有無
- 32 処方箋を応需した者の数（患者数）
- 33 医療を受ける者の居宅等において行う調剤業務の実施件数
- 34 健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師が地域ケア会議その他地域包括

ケアシステムの構築のための会議に参加した回数

- 35 患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数
- 36 患者満足度の調査
- 37 地域連携薬局
- 38 専門医療機関連携薬局

別表Ⅲ

- 39 薬局の認定等
 - (1) 兵庫県薬剤師会新基準認定薬局
 - (2) 薬学生実務実習受入施設

様式 1

薬局機能情報報告書

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

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）

薬局名

薬局の所在地

許可番号

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8条の2第1項の規定に基づき、別添のとおり報告します。

【担当者情報】

| | |
|-----------|--|
| 担当者名 | |
| 連絡先電話番号 | |
| 連絡先FAX番号 | |
| 電子メールアドレス | |

薬局機能情報変更報告書

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

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）

薬局名

薬局の所在地

許可番号

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8条の2第2項の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

| | |
|-------|--------|
| 変更年月日 | 年 月 日 |
| 変更内容 | 別添のとおり |

※別添目次に、変更部分を丸で○囲み、変更内容を記載してください。

【担当者情報】

| | |
|-----------|--|
| 担当者名 | |
| 連絡先電話番号 | |
| 連絡先FAX番号 | |
| 電子メールアドレス | |

薬局機能情報定期報告書

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

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）

薬局名

薬局の所在地

許可番号

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 8 条の 2 第 1 項の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

- 1 前回の報告から、別添の部分を変更しました。
(別添目次に、変更部分を丸で○囲み、変更内容を記載してください。)
- 2 前回の報告から、変更ありません。

※ 1, 2 該当する方を○で囲んでください。

【担当者情報】

| | |
|--------------|--|
| 記入担当者名 | |
| 連絡先電話番号 | |
| 連絡先 F A X 番号 | |
| 電子メールアドレス | |