

保険薬局の現況

1. 保険薬局の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式 1＞
2. 保険薬剤師等の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式 2＞
3. 薬局の平面図（ビルの場合、各階の平面図）・・・・・・・・・・様式任意
4. 薬局付近の見取り図（近所の薬局及び医療機関を含めて記入
されているもの）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・様式任意
5. 調剤業務（患者の受付から帰るまでの薬局内における業務）及び
調剤報酬請求事務（調剤報酬明細書の作成から審査支払機関に請求
するまでの薬局内での事務）の手順についての流れ図・・・・・・・・・・様式任意
6. 後発医薬品調剤割合一覧・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式 3＞
7. 保険薬局処方箋等調べ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式 4＞
8. 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績・・・・・・・・・・＜様式 5＞
9. かかりつけ薬剤師の実績・オンライン服薬指導の概況・・・・・・・・＜様式 6＞
10. 医療情報システムの概況等・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式 7＞

1. 保険薬局の概要

必要に応じて該当箇所に○印を付けてください。

(令和 年 月 日現在)

名 称										
所 在 地	〒	—	電話 (— —)		FAX (— —)					
			メールアドレス ()							
開 設 者 名					法人の場合	役職： 氏名：		薬剤師資格 有・無		
管理薬剤師名					就任年月日		年 月 日			
開 局 時 間	時 分～ 時 分		時 分～ 時 分		時 分～ 時 分		日・月・火・水・木・金・土			
	時 分～ 時 分		時 分～ 時 分		時 分～ 時 分		日・月・火・水・木・金・土			
	時 分～ 時 分		時 分～ 時 分		時 分～ 時 分		日・月・火・水・木・金・土			
	時 分～ 時 分		時 分～ 時 分		時 分～ 時 分		日・月・火・水・木・金・土			
休 業 日	日・祝日・毎週 曜日 年未年始： 月 日～ 月 日 夏季： 月 日～ 月 日									
届出を行っている 施設基準 (☑をしてください)	☐	調剤基本料1		☐	調剤基本料2		☐	電子的調剤情報連携体制整備加算		
	☐	調剤基本料3イ		☐	調剤基本料3ロ		☐	門前薬局等立地依存減算		
	☐	調剤基本料3ハ		☐	特別調剤基本料A		☐	服薬管理指導料の注1		
	☐	調剤基本料の注1		☐			☐	特定薬剤管理指導加算2		
	☐	地域支援・医薬品供給対応体制加算 1・2・3・4・5					☐	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算		
	☐	連携強化加算					☐	在宅中心静脈栄養法加算		
	☐	バイオ後続品調剤体制加算					☐	調剤ベースアップ評価料		
	☐	無菌製剤処理加算					☐	その他 ()		
	☐	在宅薬学総合体制加算 1・2					☐	その他 ()		
	調 剤 録 等	電子カルテの導入	・無 ・有 (年 日 日導入) 有の場合、以下を記入願います							
操作機器の台数		— 台 設置場所：								
システムベンダー		名称：								
運用管理規程		・定めていない ・定めている (年 月 日規定)								
アクセス権限		・無制限 () ・一部制限 () ・閲覧のみ ()								
ID付与		・個別 ・共用 ・一部共用								
利用者認証		二要素認証の導入： あり ・ なし								
認証にパスワードを使用する場合		パスワード桁数： 桁								
追記、書換削除		・可能 (更新履歴有・更新履歴無) ・不可能								
記録の確定処理		・マニュアル確定 ・自動確定 (時間後・ 日後)								
データの保存		・ホストコンピューター ・バックアップ ()								
記載の時期		・診療の都度 ・後刻								
調 剤 報 酬 明細書の作成	作成担当者	・管理薬剤師 ・保険薬剤師 ・事務員 ・その他 ()								
	内容点検	・管理薬剤師 ・保険薬剤師 ・事務員 ・その他 ()								
	調剤録との照合	・管理薬剤師 ・保険薬剤師 ・事務員 ・その他 ()								
そ の 他	1日あたり患者数	・ 人 ・在宅患者 人								
	在宅患者	・月平均 約 人 (左記の患者のうち、自宅の割合 %)								

2. 保険薬剤師等の概要

(令和 年 月 日現在)

職 種	氏 名	保険薬剤師 登録記号番号	採用年月日	退職年月日	勤務形態	備考（担当業務等）
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	

注1 当該保険薬局に勤務する薬剤師、事務員等全ての方について記載してください。
2 直近1年間に、従事者でなくなった者についても記載してください。
3 採用年月日は法人等での採用年月日ではなく、当該薬局で勤務することとなった日を記載してください。
4 勤務形態に応じ、「常勤・非常勤」のいずれかを○で囲んでください。
5 「備考」欄には、担当業務（「受付事務」、「調剤業務」、「請求事務」等）を記載してください。

6. 後発医薬品調剤割合一覧

期間	①全医薬品の規格単位数量	②後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量	③後発医薬品の規格単位数量	④カットオフ値の割合 (②/①) (%)	⑤後発医薬品の調剤割合 (③/②) (%)
年 月	A	a	α		
年 月	B	b	β		
年 月	C	c	γ	$(a+b+c) / (A+B+C)$	$(\alpha+\beta+\gamma) / (a+b+c)$
年 月	D	d	δ	$(b+c+d) / (B+C+D)$	$(\beta+\gamma+\delta) / (b+c+d)$
年 月	E	e	ε	$(c+d+e) / (C+D+E)$	$(\gamma+\delta+\varepsilon) / (c+d+e)$
年 月	F	f	ξ	$(d+e+f) / (D+E+F)$	$(\delta+\varepsilon+\xi) / (d+e+f)$
年 月	G	g	η	$(e+f+g) / (E+F+G)$	$(\varepsilon+\xi+\eta) / (e+f+g)$
年 月	H	h	θ	$(f+g+h) / (F+G+H)$	$(\xi+\eta+\theta) / (f+g+h)$
年 月	I	i	ι	$(g+h+i) / (G+H+I)$	$(\eta+\theta+\iota) / (g+h+i)$
年 月	J	j	κ	$(h+i+j) / (H+I+J)$	$(\theta+\iota+\kappa) / (h+i+j)$
年 月	K	k	λ	$(i+j+k) / (I+J+K)$	$(\iota+\kappa+\lambda) / (i+j+k)$
年 月	L	l	μ	$(j+k+l) / (J+K+L)$	$(\kappa+\lambda+\mu) / (j+k+l)$
年 月	M	m	ν	$(k+l+m) / (K+L+M)$	$(\lambda+\mu+\nu) / (k+l+m)$
年 月	N	n	ξ	$(l+m+n) / (L+M+N)$	$(\mu+\nu+\xi) / (l+m+n)$

注1 指導前月より過去1年間における後発医薬品調剤体制加算又は地域支援・医薬品供給対応体制加算の算定に係るデータについて記載してください。

なお、令和8年6月以降の期間については、①及び④の記載の必要はありません。

2 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。

3 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（令和8年3月5日保医発0305第12号及び同日以降に発出された同種通知）を参照すること。

7. 保険薬局処方箋等調べ

年 月	処方箋 受付回数	取扱処方箋受付枚数					1日平均取扱 処方箋枚数
		総 計	眼 科	耳鼻咽喉科	歯 科	その他	
年 5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
年 1月							
2月							
3月							
4月							
合計							
平均							

注1 1日平均取扱処方箋枚数 = $\frac{(\text{眼科} + \text{耳鼻咽喉科} + \text{歯科}) \times 2 / 3 + \text{その他}}{\text{実営業日数}}$

2 この表は、指導前年の5月から本年4月までと、指導実施月の4か月前から指導前月までを別葉で作成してください。
 ただし、指導実施月が1～5月の場合は、指導前々年5月から指導前年4月までと、指導実施月の4か月前から指導前月までを別葉で作成してください。

◎処方箋発行保険医療機関の状況（上位5機関）

保険医療機関の名称		
1	全体の	%
2	全体の	%
3	全体の	%
4	全体の	%
5	全体の	%

8. 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績

年 月	在宅患者訪問薬剤 管理指導料	居宅療養 管理指導費	介護予防居宅療養 管理指導費
	算定回数／実施患者数	算定回数／実施患者数	算定回数／実施患者数
年 月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
直近一年間 の合計			

注 直近1年間について記載してください。

9. かかりつけ薬剤師の実績・オンライン服薬指導の概況

(1) かかりつけ薬剤師の実績

年 月	服薬管理指導料 1 イ	服薬管理指導料 2 イ
	算定回数	算定回数
直近 1 年間の合計		

◎かかりつけ薬剤師として服薬管理指導を行う保険薬剤師の氏名

	氏名	当該薬局での在籍期間
①		年 月
②		年 月
③		年 月
④		年 月
⑤		年 月

(2) オンライン服薬指導の概況

◎オンライン服薬指導に用いるシステム

	システム名	システム提供会社名
①		
②		
③		

◎薬局から患者への調剤済みの薬剤の配送方法

(当てはまるものすべてにチェックしてください。)

- ☐ 保険薬局の従業員が配達
- ☐ 宅配業者が配達
- ☐ その他 ()

10.医療情報システムの概況等（薬局）

<様式7>

※1 様式7については、電子薬歴システムを導入していない場合でも、該当する事項を記載してください。

- 注1 最新版の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（厚生労働省）」参照
 注2 調剤録の保存については、薬局開設者の責任とされている。
 注3 調剤録を外部保存する場合には当該薬局と他の薬局の調剤録と明確に区分し、薬局ごとに個別に管理する。
 注4 紙の調剤済み処方箋の電子化は当該処方箋に記名押印又は署名を行い調剤済みとしたものである。
 注5 紙の処方箋を薬局で受け取った場合、調剤済みとなるまでは、電子化したものを原本としてはならない。

※2 [□あり □なし]等該当するものに印：✓又は■を付け、（ ）には具体的な取扱状況を記載してください。

※3 以下を添付してください。

- ・システム構成図（ネットワーク＋ハード設置状況）
- ・運用概念図（処方箋受付から会計までの患者の流れに即したシステムフロー）
- ・運用管理規程及びシステム障害対応マニュアル

対象システム及び管理体制等

システムの名称／ソフト名・製造販売業者等		
運用責任者 （氏名・役職名）		
個人情報保護責任者 （氏名・役職名）		
システム管理者 （氏名・役職名）		
その他の管理者等 （氏名・役職名）		
患者及びシステム利用者からの苦情・質問受付窓口を設置している。	□あり	□なし
緊急時あるいは災害時の連絡手段等を規定している。	□あり	□なし
各種規程書／指示書／取扱説明書／運用マニュアル等を整備している。	□あり	□なし
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> （文書名） </div>		
システム利用者に対し情報システムの取扱及びプライバシー保護に関する教育／訓練／研修を行っている。	□あり	□なし
管理者は利用者の登録を管理しそのアクセス権限を規定している。	□あり	□なし

運用及び管理等

1. 一般管理における運用・管理

保管、バックアップ作業の記録を残している。	☐ あり	☐ なし
個人情報を含む媒体の廃棄の作業前後にシステム管理者が確認し結果を記録に残している。	☐ あり	☐ なし
リスク発生時の連絡網、対応、代替手段等を規定している。	☐ あり	☐ なし
情報及び情報機器の持ち出しに関する方針等を定めている。	☐ あり	☐ なし
情報及び情報機器の盗難、紛失時の対応を定めている。	☐ あり	☐ なし
情報及び情報機器の盗難、紛失時の対応に従業者等に周知している。	☐ あり	☐ なし
外部の機関と医療情報を交換する場合の運用を規定している。	☐ あり	☐ なし
外部からのアクセスを許容する場合の運用を規定している。	☐ あり	☐ なし
災害やサイバー攻撃等の運用を規定している。	☐ あり	☐ なし

2. 電子保存における運用・管理

(1) 真正性確保

入力情報の確定者を明記している。	☐ あり	☐ なし
システム（ソフトウェア）の動作確認を定期的に行っている。	☐ あり	☐ なし

(2) 見読性確保

情報機器・媒体のリストを作成している。	☐ あり	☐ なし
情報機器・媒体の物理的所在場所の確認を定期的に行っている。	☐ あり	☐ なし
システム障害時の対応を定めている。	☐ あり	☐ なし

(3) 保存性確保

記録媒体の保存場所及びその環境を定期的に確認している。	☐ あり	☐ なし
情報の滅失、破壊の防止策を定めている。	☐ あり	☐ なし
記録媒体や設備の劣化の防止策を定めている。	☐ あり	☐ なし
システム（機器・媒体・ソフトウェア等）の変更や移行時の業務計画を作成している。	☐ あり	☐ なし

（４）相互運用性確保

システムの改修・更新時（機器やソフトウェアの変更時）に情報が継続的に使用できる。	☐ あり	☐ なし
--	-----------------------------	-----------------------------

（５）スキャナ読み取り

スキャナ読み取りの対象文書を定めている。	☐ あり	☐ なし
スキャナ読み取りに係る運用を定めている。	☐ あり	☐ なし

３．外部保存における運用・管理

（１）管理体制

委託する機関に対する保管記録を確認し、確認記録を残している。	☐ あり	☐ なし
委託する機関との間で不都合な事態が生じた場合／契約終了時の対応を定めている。	☐ あり	☐ なし

（２）真正性確保

相互認証機能を採用している。	☐ あり	☐ なし
改ざんされていないことを確認している。	☐ あり	☐ なし

（３）見読性確保

委託する機関において情報機器・媒体のリストを作成していることを確認している。	☐ あり	☐ なし
委託する機関において情報機器・媒体の物理的所在場所の確認を定期的に行っていることを確認している。	☐ あり	☐ なし
委託する機関においてシステム障害時の対応を定めていることを確認している。	☐ あり	☐ なし

（４）保存性確保

委託する機関において記録媒体の保存場所及びその環境を定期的に確認していることを確認している。	☐ あり	☐ なし
委託する機関において情報の滅失、破壊の防止策を定めていることを確認している。	☐ あり	☐ なし
委託する機関において記録媒体や設備の劣化の防止策を定めていることを確認している。	☐ あり	☐ なし
委託する機関においてシステム（機器・媒体・ソフトウェア等）の変更や移行時の業務計画を作成していることを確認している。	☐ あり	☐ なし

(5) 個人情報保護

個人情報を電気通信回線で伝送する間の暗号化等を行っている。	☐ あり	☐ なし
委託する機関とにおける守秘義務、アクセス制限を確認している。	☐ あり	☐ なし

(6) 患者への説明

外部保存を行っていることの患者への周知を行っている。	☐ あり	☐ なし
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

4. 保守委託機関における遵守項目

医療情報の保存や主要な処理を担う全ての機器の「セキュリティアップデート責任」を事業者に委託している。	☐ あり (事業者が左記責任を負うことが契約書等に記載されている)	☐ なし
(ありの場合) ガイドラインにおける保守委託機関の遵守項目を運用管理規程等に定めている。	☐ あり	☐ なし

5. 調剤情報等の保存媒体・アクセス権限等

	保存媒体 (該当するもの全てに ☑を付けてください)		電磁的記録へのアクセス権 無制限＝◎ 一部のみ入力可＝○ 閲覧のみ＝△ アクセス不可＝× (該当する印を付けてください。)				
	電子媒体	紙媒体	開設者	管理薬剤師	薬剤師	事務職員	委託業者職員
(1) 薬担規則第6条に 規定する処方箋	☐	☐					
	☐ 外部保存	☐ 外部保存					
(2) 薬担規則第6条に 規定する調剤録	☐	☐					
	☐ 外部保存	☐ 外部保存					
(3) 薬剤服用歴の記録	☐	☐					
	☐ 外部保存	☐ 外部保存					



連 絡 票

令和 年 月 日

【送信先】

関東信越厚生局 事務所 指導課

宛

e-mail
FAX番号

@mhlw.go.jp

— —

【送信事項】

連絡先・出席者について

連 絡 先	薬局コード		
	保険薬局の名称		
	電話番号		()
	連絡に係る担当者の職名・氏名		
	どちらかを 記入	送付先電子メールアドレス	@
		送付先FAX番号	()
	緊急連絡先電話番号 (携帯電話など)		()
担当者氏名			

出 席 者 氏 名	職 名	氏 名	職 名	氏 名
	管理薬剤師			

- ※1 当課からの送付日に連絡の取れる電子メールアドレス（FAX希望の場合は、FAX番号）・電話番号に限ります。送付日が薬局の閉局日にあたるときは別途ご連絡ください。
- ※2 緊急連絡先電話番号は、開局時間外でも連絡が取れる連絡先を記載してください。
- ※3 「職名」欄には、「開設者」、「保険薬剤師」、「請求事務担当者」等と記載してください。
- ※4 管理薬剤師は必ずご出席ください。また、出席者に変更が生じた場合はご連絡ください。
- ※5 「保険薬局の現況」につきましても、記載のうえ、本連絡票と併せてご送付ください。