

令和元年7月

保険薬局 開設者 様

九州厚生局

施設基準の届出の確認について

社会保険医療行政の推進につきましては、平素から格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、施設基準の届出を行った保険薬局は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成30年3月5日付保医発0305第2号）及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成30年3月5日付保医発0305第3号）に基づき、毎年7月1日現在で施設基準の適合性を確認し、その結果について報告することとされているところです。

つきましては、7月1日現在で貴保険薬局が届け出ている施設基準について、要件を満たしているか、下記の手順により貴保険薬局で自己点検を行い、要件を満たしていないものがある場合は別添1をご提出ください。

また、通知により施設基準ごとに定められている報告等については、別添2の「総括表」及び「別紙様式3」にそれぞれ必要事項をご記入いただき、ご提出くださいますようお願いいたします。

なお、提出する書類については、別添2「総括表」のフローチャートにてご確認ください。

記

施設基準の確認手順等について

（1）施設基準の要件の確認

- ① 7月1日現在で貴保険薬局が届け出ている施設基準について、要件を満たしているか貴保険薬局で自己点検してください。
- ② 貴保険薬局が届け出ている施設基準が不明の場合は、九州厚生局のホームページ（※1）をご参照ください。

（2）施設基準の要件を確認した結果

- ① 自己点検の結果、すべて要件を満たしている場合は、別添1の提出は不要です。
- ② 要件を満たしていないものがある場合は、別添1の「要件を満たしていない施設基準名」の欄に、当該施設基準名をご記入の上、施設基準の「辞退届」（※2）と併せてご提出ください。

（3）提出期限

ハガキでご案内している提出期限までにご提出ください。

九州厚生局公式ホームページ (<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/>)

※1 届け出ている施設基準の確認

ホーム > (知りたい分野から探す) 保険医療機関、保険医等 > 保険医療機関・保険薬局の方へ > 保険医療機関・保険薬局の管内指定状況及び届出受理状況について
(届出受理医療機関名簿(全体版)をご確認ください。)

※2 辞退届のダウンロード

ホーム > (知りたい分野から探す) 保険医療機関、保険医等 > 保険医療機関・保険薬局の方へ > 平成30年度診療報酬改定に係る「施設基準の届出等」

なお、報告様式については、次のルートからダウンロードできます。

ホーム > (知りたい分野から探す) 保険医療機関、保険医等 > 施設基準の届出状況等の報告(定例報告)

【お問い合わせ・提出先】

九州厚生局各県事務所(福岡県は指導監査課)

1 施設基準の届出状況等の確認にあたって

(1) 施設基準の届出内容に変更がある場合は、届出が必要です。

施設基準の届出受理後に、届出内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、遅滞なく届出を行う必要があります。

施設基準については各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療（調剤）報酬を算定することとなります。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定することとなります。

(2) 施設基準に該当しなくなった場合は、届出が必要です。

施設基準に該当しなくなった場合は、速やかに「辞退届」の提出をお願いします。

(3) 保険薬剤師の異動がある場合は、届出が必要です。

保険薬局に勤務する保険薬剤師について、①雇用、②退職、③常勤・非常勤の変更があった場合は、「届出事項変更（異動）届」の「保険医又は保険薬剤師」欄に必要事項を記載のうえ、速やかに提出をお願いします。

2 報告書作成及び提出にあたって

(1) 様式は必ず令和元年度版を使用してください。

(2) 提出方法について

受付窓口や待合スペースが確保されておらず、また、駐車場の確保も困難なことから、郵送による提出について特段のご理解・ご協力をいただきますようお願いいたします。

(3) ご不明な点につきましては、九州厚生局各県事務所（福岡県は指導監査課）までお問い合わせください。

施設基準の届出の確認について（報告）

7月1日現在、貴薬局が届け出ている施設基準について、次の「ア」または「イ」のいずれに該当するかご確認ください。

ア 届け出ている施設基準のすべてについて、要件を満たしている場合



提出不要

イ 届け出ている施設基準のうち、要件を満たしていないものがある場合



下の報告欄の【枠内】に要件を満たしていない施設基準名を記入のうえ、提出（郵送）してください。



届け出ている施設基準のうち、次のものについては、施設基準の要件を満たしていません。（なお、それ以外の施設基準は、要件を満たしています。）

<要件を満たしていない施設基準名> （記入例）地域支援体制加算

※ 記入した施設基準については、併せて「辞退届」を提出してください。

令和 年 月 日

九州厚生局長 殿

保険薬局 : 保険薬局コード

--	--	--	--	--	--	--

所在地

名 称

開設者

Ⓜ

電話番号

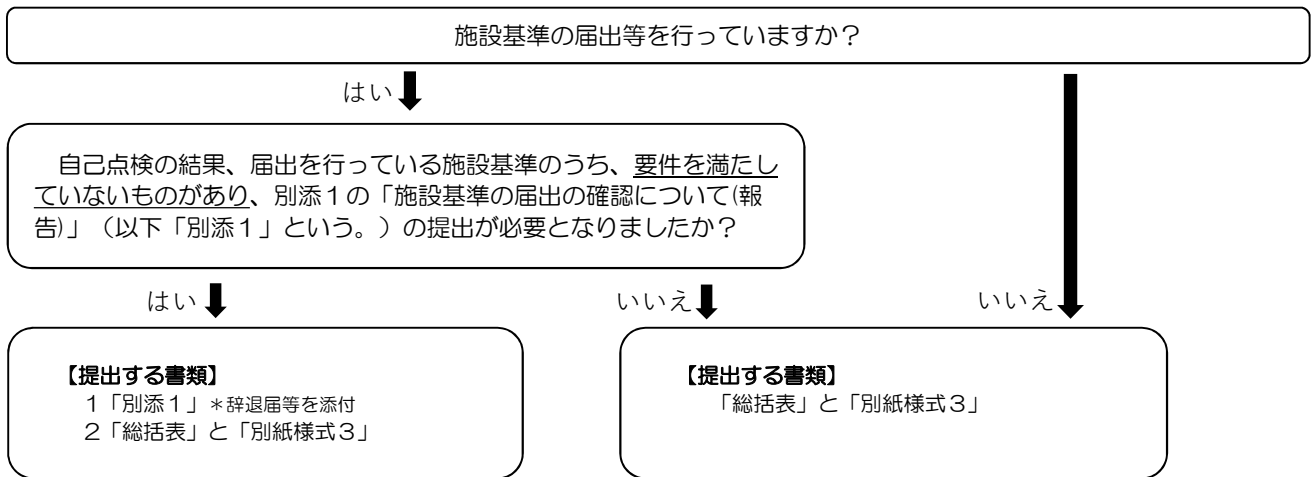
— —

(担当 :)

施設基準ごとに定められている報告等について(総括表)

- (1) 「別紙様式3」は、施設基準等の届出状況の実態把握のために必要となる報告です。必要事項をご記入の上、提出してください。
- (2) 「総括表及び別紙様式3」と、別添1の「施設基準の届出の確認について(報告)」は、状況に応じ併せて提出していただく場合があります。なお、提出する書類の組み合わせについては、下記のフローチャートにてご確認ください。

< (フローチャート) 提出する書類の確認 >



様式番号	名 称
別紙様式3	保険薬局における施設基準届出状況報告書

令和元年 月 日	施設基準ごとに定められている報告等について提出いたします。		
保険薬局	所在地		
	名称		
	開設者名		印
書類作成担当者	所属		
九州厚生局長 殿	氏 名	(Tel: - -)	

保険薬局における施設基準届出状況報告書

都道府県名

保険薬局コード	※レセプトに記載する7桁の数字を記入すること。		
保険薬局名	(個人・法人)		
1. 調剤基本料			
<input type="checkbox"/> 調剤基本料1	<input type="checkbox"/> 調剤基本料2	<input type="checkbox"/> 調剤基本料3-イ	<input type="checkbox"/> 調剤基本料3-ロ
<input type="checkbox"/> 特別調剤基本料			
処方箋受付回数	回		
処方箋受付回数に占める特定の保険医療機関に係るものの割合	%		
所属するグループ名(調剤基本料3のみ)			
グループ内の1月あたりの処方箋受付回数の合計(調剤基本料3のみ)	回		
特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引の有無(調剤基本料1及び2の場合は回答不要)	調剤基本料3を算定する場合	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	特別調剤基本料を算定する場合	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
調剤基本料の注3の減算への該当性(①及び②は前年の報告実績に基づき記入。)(③は前年3月1日から本年2月までの実績に基づき記入。ただし、処方箋の受付回数が1月平均600枚以下の場合には「なし」を選択。)	①妥結率が5割以下の保険薬局への該当性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	②単品単価契約率等の報告の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	③薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない保険薬局への該当性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
2. 調剤基本料の注1ただし書きに規定する施設基準の保険薬局(医療資源の少ない地域に所在する保険薬局)への該当性の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
3. 地域支援体制加算	<input type="checkbox"/> 届出している <input type="checkbox"/> 届出していない		
備蓄医薬品数(「届出していない」場合は記入不要)	(本年7月1日現在の数値)		品目
4. 後発医薬品			
新指標の割合	(本年4月から6月の平均)	%	カットオフ値の割合
			(本年4月から6月の平均)
			%
※上記の新指標の割合及びカットオフ値の割合は全ての保険薬局が回答			
後発医薬品調剤体制加算	<input type="checkbox"/> 加算1 <input type="checkbox"/> 加算2 <input type="checkbox"/> 加算3 <input type="checkbox"/> 届出していない		
調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局への該当(後発医薬品減算)の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
6. 在宅患者調剤加算	<input type="checkbox"/> 届出している <input type="checkbox"/> 届出していない		
算定回数(「届出していない」場合は記入不要)	(前年3月から本年2月までの合計回数)	回	実施患者数(「届出していない」場合は記入不要)
			(前年3月から本年2月までの合計人数)
			人
7. 無菌製剤処理加算(「届出していない」場合は下記の記入不要)	<input type="checkbox"/> 届出している <input type="checkbox"/> 届出していない		
<input type="checkbox"/> 自局 <input type="checkbox"/> 他局(共同利用)			
8. 薬剤服用歴管理指導料			
注9で規定する厚生労働大臣が定める保険薬局(手帳の活用実績が少ない保険薬局)への該当性の有無	<input type="checkbox"/> あり(手帳の活用実績が50%以下) <input type="checkbox"/> なし		
手帳を持参した患者の算定割合(該当性の有無が「なし」の場合のみ記入)	(平成30年4月1日から平成31年2月までの平均)	%	直近3ヶ月の平均(左記が50%以下の場合のみ記入)
			%
9. かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料			
<input type="checkbox"/> 届出している <input type="checkbox"/> 届出していない			

〔記載上の注意〕

- 1 この報告書は、施設基準の届出を行った保険薬局ごとに提出すること。
- 2 「保険薬局名」の「（個人・法人）」については、該当する区分を○で囲むこと。
- 3 「調剤基本料」、「地域支援体制加算」、「後発医薬品調剤体制加算」、「在宅患者調剤加算」、「無菌製剤処理加算」、「薬剤服用歴管理指導料」及び「かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料」欄は、該当する区分に☑を記入すること。また、「地域支援体制加算」、「在宅患者調剤加算」及び「無菌製剤処理加算」については、「届出していない」に☑を記入した項目は、それ以降の回答は不要。
- 4 「調剤基本料」の各項目は施設基準に定められた期間及び計算方法で算出される値を記載すること（別紙様式3参考を参照）。なお、定められた方法で計算できない項目については「0」と記載すること。
- 5 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない保険薬局への該当性」については、別紙様式3参考を参照のこと。
- 6 「後発医薬品調剤体制加算」欄の「新指標の割合」及び「カットオフ値の割合」の算出方法の考え方は、施設基準の届出に係るものと同様であること。

新指標の割合（直近3か月間の合計）

後発医薬品の規格単位数量／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

カットオフ値の割合（直近3か月間の合計）

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／全医薬品の規格単位数量

- 7 「在宅患者調剤加算」とは、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、処方箋受付1回につき15点を加算するものである。「在宅患者調剤加算」欄の「算定回数」及び「実施患者数」は、「在宅患者訪問薬剤管理指導料」（医療保険）、「居宅療養管理指導費」及び「介護予防居宅療養管理指導費」（介護保険）を合算した値を記載すること。
- 8 「薬剤服用歴管理指導料」の欄の「手帳を持参した患者の算定割合」の算出方法の考え方は、算定要件に係るものと同様であること。

(別紙様式 3 参考)

「特掲診療科の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 3 号)(抜粋)

第 2 届出に関する手続き

4 (13) 調剤基本料の施設基準

ア 処方箋受付回数

(イ) 前年 3 月 1 日から当年 2 月末日までの 1 年間の処方箋受付回数の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年 4 月 1 日から翌年 3 月末日まで所定点数を算定する。

(ロ) (イ)にかかわらず、前年 3 月 1 日以降に新規に保険薬局に指定された薬局については、次のとおりとし、処方箋受付回数の実績が判断されるまでは、調剤基本料 1 に該当しているものとして取り扱う(ただし、病院である保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして別添 1 の第 90 の 1 (1) のアからエまでに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料 3 とする。))。

a 前年 3 月 1 日から前年 11 月 30 日までの間に新規に指定された保険薬局について指定の日の属する月の翌月 1 日から当年 2 月末日までの処方箋受付回数で判定し、当年 4 月 1 日から翌年 3 月 31 日まで適用する。

b 前年 12 月 1 日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について指定の日の属する月の翌月 1 日から 3 か月間の処方箋受付回数で判定し、当該 3 か月の最終月の翌々月 1 日から翌年 3 月 31 日まで適用する。

(ハ) 開設者の変更(親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等)又は薬局の改築等の理由により医薬品、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(昭和 35 年法律第 145 号)(以下「医薬品医療機器等法」という。)上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、(ロ) b にかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

別添 1 特掲診療科の施設基準等

第 88 調剤基本料

1 調剤基本料の施設基準

(1) 処方箋の受付回数

処方箋の受付回数の計算に当たり、受付回数に数えない処方箋は以下のとおりとする。

ア 「区分番号 01」の「注 4」の時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は「注 5」の夜間・休日等加算を算定した処方箋

イ 「区分番号 15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料、「区分番号 15 の 2」の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は「区分番号 15 の 3」の在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋

ウ 介護保険法に基づく指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成 12 年厚生省告示第 19 号)別表の「5」の居宅療養管理指導費のハの(2)又は指定介護予防

サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成 18 年厚生労働省告示第 127 号）別表の「5」の介護予防居宅療養管理指導費のハの（2）の基となる調剤に係る処方箋

- (2) 処方箋の受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数が、調剤基本料の施設基準に該当するか否かの取扱いについては、処方箋受付回数の合計が、調剤基本料の施設基準で定められている回数に、受付回数を計算した月数を乗じて得た回数を超えるか否かで判定する。
- (3) 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。）を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除して得た値とする。
- (4) (3)の計算に当たり、同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下同じ。）の勤務者（常勤及び非常勤を含めた全ての職員をいう。）及びその家族（同一グループの保険薬局の勤務者と同居又は生計を一にする者をいう。）の処方箋は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数のいずれからも除いて計算する。
- (5) 「当該保険薬局の所在する建物内に複数保険医療機関が所在している場合」とは、保険薬局と複数の保険医療機関が一つの建築物に所在している場合のことをいう。外観上分離されておらず、また構造上も外壁、床、天井又は屋根といった建築物の主要な構造部分が一体として連結し、あるいは密接な関連をもって接続しているものは一つの建築物とみなす。
- (6) 同一グループは次の基準により判断する。
 - ア 同一グループの保険薬局とは、次に掲げる者の全ての保険薬局とする。
 - ① 保険薬局の事業者の最終親会社等
 - ② 保険薬局の事業者の最終親会社等の子会社等
 - ③ 保険薬局の事業者の最終親会社等の関連会社等
 - ④ ①から③までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者
 - イ アの保険薬局の事業者の最終親会社等は、保険薬局の事業者を子会社等とする者のうち、
親会社等がない法人又は個人（以下「法人等」という。）をいう（カにおいて同じ。）。
 - ウ イの親会社等は、次に掲げる者とする。
 - ① 他の法人（株式会社その他これに準じる形態の法人に限る。）の議決権の過半数を自己の計算において所有している法人等
 - ② 他の法人（持分会社（会社法（平成 17 年法律第 86 号）第 575 条第 1 項に規定する持分会社をいう。以下同じ。）その他これに準じる形態の法人に限る。）の資本金の過半数を出資している法人等
 - ③ 他の法人の事業の方針の決定に関して、①及び②に掲げる者と同等以上の支配力を有すると認められる法人等
 - エ ア②及びイの子会社等は、次に掲げる者とする。この場合において、法人等の子会社等が次に掲げる者を有する場合における当該者は、当該法人等の子会社等とみなす。（法人等及びその子会社等が共同で次に掲げる者を有する場合における当該者を含む。）

- ① 法人等が議決権の過半数を所有している他の法人（株式会社その他これに準じる形態の法人に限る。）
- ② 法人等が資本金の過半数を出資している他の法人（持分会社その他これに準じる形態の法人に限る。）
- ③ 法人等が、他の法人の事業の方針の決定に関して、①及び②に規定する法人等と同等以上の支配力を有すると認められる場合における当該他の法人

オ ア③の関連会社等とは、法人等及びその子会社等が、出資、人事、資金、技術、取引等の関係を通じて、子会社等以外の他の法人の財務及び営業又は事業の方針の決定に対して重要な影響を与えることができる場合（財務諸表等の用語、様式及び作成方法に関する規則（昭和38年大蔵省令第59号）第8条第6項に規定する場合をいう。）における当該子会社等以外の他の法人をいう。

カ 保険薬局の事業者の最終親会社等が連結財務諸表提出会社（連結財務諸表の用語、様式及び作成方法に関する規則（昭和51年大蔵省令第28号）第2条第1号に規定する連結財務諸表提出会社をいう。）である場合には、当該最終親会社の連結子会社（同条第4号に規定する連結子会社をいう。）をア②に掲げる者とみなし、当該最終親会社等の関連会社（同条第7号に規定する関連会社をいう。）をア③に掲げる者とみなす。

(7) (6)ウ③及びエ③における「同等以上の支配力を有すると認められる」とは、例えば、財務諸表等の用語、様式及び作成方法に関する規則第8条第4項第2号及び第3号に規定する要件に該当する場合等、他の法人の意思決定機関を支配している場合等が該当するものであること。ただし、財務上又は営業上若しくは事業上の関係からみて他の法人等の意思決定機関を支配していないことが明らかであると認められる場合は、この限りでないこと。

(8) 同一グループ内の処方箋受付回数が1月に4万回又は40万回を超えるか否かの取扱い
は、当年2月末日時点で(6)に規定する同一グループ内の保険薬局について、保険薬局ごとの1月当たりの処方箋受付回数を合計した値が4万回又は40万回を超えるか否かで判定する。保険薬局ごとの1月当たりの処方箋の受付回数は以下のとおりとする。

ア 前年2月末日以降継続して保険薬局に指定されている薬局の場合は、前年3月1日から当年2月末日までに受け付けた処方箋受付回数を12で除した値とする。

イ 前年3月1日から当年1月末日までに新規指定された保険薬局の場合は、指定された日の属する月の翌月から、当年2月末日までに受け付けた処方箋受付回数を月数で除した値とする。

ウ 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、イの記載にかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

(9) 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局に関して、ここでいう不動産とは、土地及び建物を指すものとし、保険医療機関及び保険薬局の事業の用に供されるものに限るものである。また、ここでいう賃貸借取引関係とは、保険医療機関と保険薬局の事業者が直接不動産の賃貸借取引を契約している場合を指すものとし、保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者が当該契約の名義人となっている場合及び保険医療機関及び保険薬局が法人である場合の当該法人の役員が当該契約の名義人となっている場合を含むものであ

る。

なお、特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局とは、当該契約の名義が当該保険薬局の事業者の最終親会社等、(6)ア①から④までに定める者であるか否かにかかわらず、次のものを指すものである。

ア 保険薬局の個々の店舗について、その土地及び建物が特定の保険医療機関の所有である場合における当該店舗

イ 保険医療機関が保険薬局の事業者（当該保険薬局の事業者の最終親会社等、(6)ア①から④までに定める者を含む。）から土地又は建物を賃借している場合において、当該保険医療機関と近接な位置にある当該保険薬局の店舗

第91 調剤基本料の注3に規定する保険薬局

- 4 薬剤師の「かかりつけ機能に係る基本的な業務」は、「区分番号01」の「注4」（時間外等加算）及び「注5」（夜間・休日等加算）に規定する加算、「区分番号10」の「注3」（麻薬管理指導加算）、「注4」（重複投薬・相互作用等防止加算）に規定する加算、「区分番号13の2」のかかりつけ薬剤師指導料、「区分番号13の3」のかかりつけ薬剤師包括管理料、「区分番号14の2」の外来服薬支援料、「区分番号14の3」の服用薬剤調整支援料、「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の2」の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の3」の在宅患者緊急時等共同指導料、「区分番号15の4」の退院時共同指導料、「区分番号15の5」の服薬情報等提供料、「区分番号15の6」の在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、居宅療養管理指導費並びに介護予防居宅療養管理指導費を算定するに際して実施する業務をいう。
- 5 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない保険薬局は、前年3月1日から当年2月末日までに4に掲げる業務の算定が合計10回未満の保険薬局が該当し、当該保険薬局は、当年4月1日より翌年3月末日まで区分番号00の調剤基本料の注3で定める点数で算定する。
- 6 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない薬局に該当した保険薬局は、5で定める当年4月1日から翌年3月末日までの期間中であっても、4に掲げる業務を合計10回算定した場合には、算定回数を満たした翌月より薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない保険薬局とはみなさない。