

保医発0710第2号  
平成26年7月10日

地方厚生(支)局医療課長  
都道府県民生主管部(局)  
国民健康保険主管課(部)長  
都道府県後期高齢者医療主管部(局)  
後期高齢者医療主管課(部)長

} 殿

厚生労働省保険局医療課長

保険薬局の調剤基本料の算定に伴う「処方せんの受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合」の報告について

平成26年度診療報酬改定において、処方せんの受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合に応じた調剤基本料の特例の適用対象を拡大したこと等を踏まえ、保険薬局に対して、「処方せんの受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合」を地方厚生(支)局長に報告(※)するよう求めることとした。(別添1参照)

※1:平成25年12月1以降に新規に保険薬局の指定を受けた薬局は、指定の日の属する月の翌月を起算月とし、4か月目の月に報告

※2:上記以外の保険薬局は、平成26年4月に報告

しかし、地方厚生(支)局長への報告を行っていない保険薬局があり、それらの中には、調剤基本料の特例の適用対象に該当するが、通常の調剤基本料を請求しているものが存在するおそれがある。このため、地方厚生(支)局においては、本日時点で、所定の報告期限を過ぎているにもかかわらず、報告を行っていない保険薬局に対して、

①保険調剤を行う場合は、7月末までに、所定の様式(別添2参照)により報告すること

②保険調剤を行わない場合は、7月末までに、保険薬局指定辞退申出書を提出することについて周知するようお願いする。

なお、周知を行ったにもかかわらず、それでもなお報告を行わない保険薬局については、個別指導の対象として選定される場合もあり得るものであることを申し添える。



「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成26年3月5日付け保医発0305第3号厚生労働省保険局医療課長通知）

※「平成26年度診療報酬改定関連通知の一部訂正及び官報掲載事項の一部訂正について（平成26年3月28日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）」による訂正後

### 別添3 調剤報酬点数表に関する事項

#### <調剤技術料>

##### 区分00 調剤基本料

(4) 処方せんの受付回数が月に4,000回又は2,500回を超える薬局に該当するか否かの取扱いは、次の基準による。ただし、受付回数の計算に当たり、「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若しくは「区分番号01」の「注5」の夜間・休日等加算を算定する調剤料に係る処方せん、「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若しくは「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せん又は介護保険法（平成9年法律第123号）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口の(2)若しく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口の(2)の基となる調剤に係る処方せんを受け付けた場合には、当該処方せんの受付は受付回数に含めないものとする。

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について

受付回数が月に4,000回を超える薬局に該当するか否かの取扱いの場合は前年3月1日から当年2月末日までの12か月の受付回数が48,000回又は月に2,500回を超える薬局に該当するか否かの取扱いの場合は前年3月1日から当年2月末日までの12か月の受付回数が30,000回を超えるか否かで判定し、4月1日から翌年3月31日まで適用する。

イ 前年3月1日から前年11月30日までの間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日から当年2月末日までの受付回数が4,000回又は2,500回に月数を乗じて得た回数を超えるか否かで判定し、4月1日から翌年3月31日まで適用する。

ウ 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

受付回数が月に4,000回を超える薬局に該当するか否かの取扱いの場合は

指定の日の属する月の翌月1日から3か月間の受付回数が12,000回又は月に2,500回を超える薬局に該当するか否かの取扱いの場合は指定の日の属する月の翌月1日から3か月間の受付回数が7,500回を超えるか否かで判定し、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。なお、適用開始までの間は41点を算定する。

(5) 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%又は90%を超える薬局に該当するか否かの取扱いは、次の基準による。

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について

前年3月1日から当年2月末日までの12か月間に受け付けた処方せんのうち特定の保険医療機関に係るものの受付回数を、当該期間に受け付けたすべての処方せんの受付回数で除して得た割合が70%又は90%を超えるか否かで判定し、4月1日から翌年3月31日まで適用する。

イ 前年3月1日から前年11月30日までの間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日から当年2月末日までに受け付けた処方せんのうち特定の保険医療機関に係るものの受付回数を、当該期間に受け付けたすべての処方せんの受付回数で除して得た割合が70%又は90%を超えるか否かで判定し、4月1日から翌年3月31日まで適用する。

ウ 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か月間に受け付けた処方せんのうち特定の保険医療機関に係るものの受付回数を、当該期間に受け付けたすべての処方せんの受付回数で除して得た割合が70%又は90%を超えるか否かで判定し、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。なお、適用開始までの間は41点を算定する。

(15) 調剤基本料に係る処方せんの受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合については、「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26年3月5日保医発0305第2号)別添2の様式84により、平成26年4月に地方厚生(支)局長へ報告すること。

なお、前年12月1日以降に新規に保険薬局の指定された薬局については、指定の日の属する月の翌月を起算月とし、4ヶ月目の月に報告することで差し支えない。

また、地方厚生(支)局長に報告した内容と異なる取扱いとなった場合には、処方せんの受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合の取扱いに基づく調剤基本料の適用開始までの間に変更の報告を行うものであること。

## 様式 8 4

## 調剤基本料の特例除外の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る 調剤基本料の区分 (いずれかに○を 付す)	( )	調剤基本料 (特例除外を含む。)
	( )	調剤基本料の特例の特例 調剤基本料の特例のイ (処方せん受付回数月 4, 000 回超かつ集中度 70% 超) 調剤基本料の特例のロ (処方せん受付回数月 2, 500 回超かつ集中度 90% 超 であって、イに該当する場合を除く。) 調剤基本料の特例 (イ又はロ) の妥結率特例

1 全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合 期間: 年 月 ~ 年 月	
全受付回数 (①)	
うち、主たる医療機関に係る受付回数 (②)	
集中度 (②/①) (%)	
2 24時間開局に係る体制整備状況	
(参考) 妥結率	%

## [記載上の注意]

- 「届出に係る調剤基本料の区分」について、調剤報酬点数表の区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 1 ただし書に該当する場合は上の欄に○を付すこと。
- 「1」については、期間については、調剤報酬点数表の区分番号 00 に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の取扱いに基づき記載すること。
- 「2」については、24時間開局における薬剤師の当直体制の概要を記載すること。
- 「(参考)」については、直近の「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 3 号)の別紙様式 1 の妥結率に係る報告書として提出した割合と同様の値を記載すること。また、提出していない場合は、記載しないこと。