

(別紙様式3参考)

「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」(令和6年3月5日保医発0305第6号)(抜粋)

第2 届出に関する手続き

4 (12) 調剤基本料の施設基準

ア 処方箋受付回数

(イ) 前年5月1日から当年4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6月1日から翌年5月末日まで所定点数を算定する。

(ロ) (イ)にかかわらず、前年5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、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88の4の2(2)に該当する場合は、特別調剤基本料Aとする。特別調剤基本料A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のイ又はロとする。上記の場合を除き、同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に40万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が300以上のグループに属する場合は調剤基本料3のハとする。)

a 前年5月1日から当年1月31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4月末日までの処方箋受付回数で判定し、当年6月1日から翌年5月31日まで適用する。

b 当年2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5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、遡及指定後も当該許可の日より前の調剤基本料の状況を引き継ぎ、遡及指定を受けた翌年度の調剤基本料については、当該許可の日より前の処方箋受付回数の実績も含めて

(イ)又は(ロ)に基づき判定を引き継ぐこととする。ただし、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88の4の1に該当する場合は、特別調剤基本料Aとする。特別調剤基本料A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のイ又はロとする。

別添 1 特掲診療科の施設基準等

第88の2 調剤基本料 2

2 調剤基本料 2 の施設基準に関する留意点

(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。

なお、療担規則第20条第3号ロ及び療担基準第20条第4号ロに規定するリフィル処方箋については、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める（以下のアからウまでの本文に該当する場合を除く。）。

ア 薬剤調製料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋

イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は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。ただし、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。）の処方箋については、単一建物診療患者が1人の場合は受付回数の計算に含める。

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「4」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。ただし、単一建物居住者が1人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。

(2) 処方箋の受付回数及び処方箋集中度等の算出に係る処方箋の受付回数、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) 処方箋集中度は、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。ただし、処方箋集中度を算出する際に、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋の受付回数は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び同一期間内に受け付けた全ての処方箋の受付回数に含めない。1のアの(イ)の「処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合」は、上位3の保険医療機関それぞれの処方箋集中度を合計して得た値とする。

(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（第88の3、第88の4、第92、第92の2及び第95において同じ。）。

ア 同一グループの保険薬局とは、次のいずれかに該当する保険薬局とする。

- 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。

第88の3 調剤基本料3

2 調剤基本料3の施設基準に関する留意点

(1) 処方箋の受付回数及び処方箋集中率の取扱いについては、「第88の2 調剤基本料2」

の2と同様である。

(2) 同一グループ内の処方箋受付回数が1月に3万5千回、4万回又は40万回を超えるか否かの取扱いは、当年4月末日時点で「第88の2 調剤基本料2」の2の(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3万5千回、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4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5月1日から当年4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5月1日から当年3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4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、処方箋受付回数について、イの記載にかかわらず、当該遡及指定前の実績を含めて算出した値とする。

(3) 同一グループ内の保険薬局数が300以上か否かの取扱いは、当年4月末日時点で「第88の2 調剤基本料2」の2の(6)に規定する同一グループ内の保険薬局の数（当該保険薬局を含む。）が300以上であるか否かで判定する。

(4) 「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」における「不動産」とは、土地又は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。

(5) 「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」における「賃貸借取引関係」とは、保険医療機関と保険薬局が直接不動産の賃貸借取引を契約している場合を指す他、次のアからウまでの場合を含む。

ア 保険医療機関が所有又は賃借（賃料が発生しない場合を含む。以下同じ。）する不動産を第三者（「第88の2 調剤基本料2」の2の(6)に規定する事業者の最終親会社等を含む。以下同じ。）が賃借し、当該賃借人と保険薬局との間で賃貸借取引を契約している場合（第三者による転借が複数回行われている場合を含む。）

イ 保険薬局が所有又は賃借する不動産を第三者が賃借し、当該賃借人と保険医療機関との間で賃貸借取引を契約している場合（第三者による転借が複数回行われている場合を含む。）

ウ 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

(6) (5)のア及びイについては、令和6年4月以降に新規に開局し、指定を受けた保険薬局が該当する。ただし、遡及指定が認められる場合であって、令和6年3月31日以前から、(5)のア及びイに該当する場合を除く。

(7) 「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、「第88の2 調剤基本料2」の2の(6)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、その土地又は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、「第88の2 調剤基本料2」の2の(6)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4に規定する保険薬局

3 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務に関する留意点

(1) 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務」は、以下のものをいう。

- ・薬剤調製料の時間外加算、休日加算及び深夜加算並びに夜間・休日等加算
- ・服薬管理指導料の麻薬管理指導加算
- ・調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算
- ・在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
- ・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
- ・外来服薬支援料1
- ・服用薬剤調整支援料
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料並びに在宅療養管理指導費及び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
- ・退院時共同指導料
- ・服薬情報等提供料

(2) 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局」は、1年間の(1)に掲げる業務の算定が合計10回未満のものが該当する。ただし、特別調剤基本料A又は特別調剤基本料Bを算定する保険薬局においては合計100回未満のものが該当する。

(3) 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局」への該当性は、前年5月1日から当年4月末日までの1年間の実績をもって判断する。該当する場合は当年6月1日より翌年3月末日までの間は、調剤基本料の注4で定める点数で算定する。ただし、前年5月1日から当年4月末日までに指定された保険薬局の場合は、3の(1)に掲げる業務の算定回数が、(2)に掲げる年間の実績基準(10回又は100回)を12で除して得た数に当年4月末日までの調剤基本料を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局」に該当しないものとする。

(4) 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局」に該当した場合であっても、当年6月1日から翌年5月末日までの期間中に、(1)に掲げる業務を合計10回(特別調剤基本料A又は特別調剤基本料Bを算定する保険薬局においては合計100回)算定した場合には、算定回数を満たした翌日より「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局」に該当しない。

(5) 処方箋の受付回数が1月に600回を超えるか否かの取扱いについては、「第88の2 調剤基本料2」の「2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点」の(1)に定める処方箋受付回数に準じて行う。

第94 調剤基本料の注8に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局

1 以下のいずれかに該当する保険薬局は調剤基本料を5点減算する。ただし、処方箋受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除くものとする。

(1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が50%以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものを除く。

(2) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合について、毎年7月1日現在で届出書の記載事項について行う報告等を通じ、直近1年間に地方厚生(支)局長への報告を行っていないこと。

2 「当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないもの」とは、直近1月間の当該保険薬局における処方箋受付回数のうち、先発医薬品の変更不可の記載がある処方箋の受付回数が50%以上の場合のことをいう。この場合の処方箋受付回数は、「第88の2 調剤基本料2」の「2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点」の(1)に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

3 1の(1)の後発医薬品の調剤数量割合に基づく当該減算への該当性については、直近3月間の当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合をもって翌月に判断し、該当する場合は、翌々月から調剤基本料を減算する。

4 1の(2)の直近1年間に地方厚生(支)局長に報告を行っていない保険薬局に該当した場合は、当該報告を行った場合には、報告を行った月の翌日より、当該保険薬局に該当しないものとして取り扱う。