

令和8年度 定例報告に係るF A Q【薬局】

●定例報告の全般的事項

Q 1 : なぜ、自己点検を行うのですか。

A 1 : 定例報告は、施設基準の届出に関する通知に基づき、8月1日時点の届出状況について自己点検をお願いするものです。届出している施設基準については、届出の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、速やかに変更等の届出を行う必要があります。

【参考通知】

・令和8年3月5日付保医発0305第8号

「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」（以下、特掲基準通知という。）

第3 届出受理後の措置等

- 4 届出を行った保険医療機関又は保険薬局は、毎年8月1日現在で届出の基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。

なお、定例報告時期に限らず、届出の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、速やかに辞退届又は変更の届出を行ってください。

【参考通知】

・特掲基準通知

第3 届出受理後の措置等

- 1 届出を受理した後において、届出の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、保険医療機関又は保険薬局の開設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。

Q 2 : 昨年の報告書様式を使用して提出していいですか。

A 2 : 報告書様式については、毎年度、内容の改定を行っていますので、必ず今年度の様式を使用してください。

なお、押印は不要です。（訂正印、捨印も不要です。）

Q 3 : 届出を行っている施設基準について自己点検を行った結果、要件を満たしていない施設基準が確認されました。どのように報告したらよいですか。

A 3 : 要件を満たさない場合は、「**施設基準の届出の確認について（報告）**」の「要件を満たしていない施設基準名」欄に該当する施設基準名をご記入いただき、併せて「辞退届」の提出をお願いします。下位区分への変更が必要な場合についても同様に、「要件を満たしていない施設基準名」欄に該当する施設基準名を記入し、併せて変更届の提出をお願いします。（具体的な手続き方法については、所在地を管轄する各県事務所（広島県は指導監査課）へご照会ください。）

また、要件を満たしていない期間については、当該施設基準に係る調剤報酬等は算定できませんのでご留意ください。

Q 4 : 届出を行っている施設基準について自己点検を行った結果、全て要件を満たしていることを確認しましたが、何か提出しなければいけないのでしょうか。

A 4 : 無床診療所・歯科・薬局の「**施設基準等定例報告に係る書類の提出手順について**」をご確認ください。

ステップ 1において、「施設基準の届出の確認について（報告）」の「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）」に該当する場合、「施設基準の届出の確認について（報告）」の提出は不要です。

次に、**ステップ 2**において、「保険薬局における施設基準届出状況報告書」（別紙様式 3）と「届出状況報告書」を提出してください。

Q 5 : 施設基準の届出をいずれも行っていないですが、報告の必要はありますか。

A 5 : 施設基準の届出を行っていない場合でも、「保険薬局における施設基準届出状況報告書」（別紙様式 3）と「届出状況報告書」を提出してください。

Q 6 : 休止中ですが、報告の必要はありますか。

A 6 : 休止の届出をしている場合は、報告書を提出する必要はありません。

Q 7 : 報告書はどこへ提出すればよいのでしょうか。

A 7 : 管轄の中国四国厚生局**各県事務所**（広島県は**指導監査課**）あて郵送にて提出してください。

なお、封筒の表面には、朱書きで「定例報告書在中」と記載してください。

Q 8 : 定例報告を送付する際に、他の届出書を一緒に送付してよいでしょうか。

A 8 : 他の届出書がある場合は、定例報告とは別に送付していただくようお願いします。

Q 9 : 各様式中の「保険薬局コード」又は「薬局コード」欄は、どのように記載するのでしょうか。

A 9 : 以下のとおり記載してください。

報告書中の「保険薬局コード」及び「薬局コード」欄（7桁）は、新規指定時、更新指定時に送付された、指定通知書の7桁の番号（レセプトに記載する7桁の数字）

Q10 : 報告書はいつまでに提出すればよいのでしょうか。

A 10 : 中国四国厚生局からお届けしている案内チラシに記載のとおり、**令和8年8月31日（月）**までに提出してください。（郵送必着）

Q11 : 押印が不要となったことから、F A Xにより報告書を提出しても差し支えないでしょうか。

A 11 : F A X受信が集中することによる不達や機器の解像度次第では判読が困難な場合もあるため、F A Xによる報告書の提出は受付していません。お手数ですが郵送又は電子申請による報告をお願いします。

●個々の報告書類に関する事項

保険薬局における施設基準届出状況報告書(別紙様式3)関係

Q12 : 昼休憩を設けている場合の「開局時間」については、どのように記載すれば良いでしょうか。

A 12 : 「開局時間」については、各日の開局開始時刻及び最終の閉局時刻を記載してください。なお、昼休憩等の中断時間については特段の記載は不要です。

Q13 : 「調剤基本料」の届出において、新規開局等の理由により届出時点では「処方箋受付回数」等の実績が取れず、空欄で届け出ましたが、今回の報告で実績が取れる場合はその実績を記入すればよいでしょうか。

A 13 : 新規開局した保険薬局は、届出時点において「処方箋受付回数」等の実績が取れなかったことから、実績の記入は不要とされていましたが、令和8年8月1日時点で実績が取れる場合は、別紙様式3を参照の上、当該実績を記載してください。

Q14 : 「1.調剤基本料」の④「特定の保険医療機関との特別な関係の有無（※調剤基本料の位置づけによらず、全ての保険薬局が実態どおりに回答）」欄について、実際には特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引等がありますが、調剤基本料の届出では開局時期による除外規

定により該当しておりません。様式 3 では、「調剤基本料の位置づけによらず、全ての保険薬局が実態どおりに回答」とありますが、今回の報告では「あり」で報告するのでしょうか。

A 14 : 調剤基本料の位置づけにかかわらず、不動産の賃貸借取引等について、実態に即したデータを収集したいため、今回の報告では「あり」での報告をお願いします。

Q 15 : 「1. 調剤基本料」の「⑥調剤基本料の注 4 の減算への該当性」欄の記載方法を教えてください。

A 15 : 「ア 妥結率が 5 割以下の保険薬局への該当」及び「イ 妥結率等の報告の有無」は、前年度報告分に基づき記載してください。「ウ 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」は、前年 5 月 1 日から本年 4 月末までの実績に基づき記載してください。ただし、処方箋の受付回数が 1 月平均 6 0 0 回以下の場合は、「非該当」を選択してください。

なお、「ウ 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務」とは、次に掲げる業務を指し、前年 5 月 1 日から本年 4 月末までの 1 年間にそれらの算定が合計 10 回未満の場合は、「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」に該当することとなります。

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、算定回数が「合計 100 回未満」となりますのでご注意ください。

- ・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
- ・調剤管理料の調剤時残薬調整加算及び薬学的有害事象等防止加算
- ・服薬管理指導料の 1 のイ又は 2 のイに係る服薬管理指導
- ・服薬管理指導料の麻薬管理指導加算
- ・在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
- ・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居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
- ・訪問薬剤管理医師同時指導料

Q16 :「3. 地域支援・医薬品供給対応体制加算」の「③ 同一グループ以外への分譲実績」について、分譲実績はどの期間で算出するのでしょうか。

A16 : 実績の対象期間は「令和7年5月～令和8年4月」の1年間で算出し、記載をお願いします。

Q17 :「3. 地域支援・医薬品供給対応体制加算」の「⑤ 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への該当（後発医薬品減算）」について、今回の報告において後発医薬品の調剤割合が50%以下であることが判明しましたが、別に届出が必要でしょうか。

A17 : 後発医薬品の調剤割合が50%を下回る等の変更が生じた場合の報告は、報告不要のため、随時、自局で判断して算定内容を変更していただくことになります。

また、次の①及び②に該当する場合は、当該規定は適用されませんので再度ご確認ください。

① 処方箋の受付回数が月600回以下の場合

② 直近1か月において、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

※①及び②の処方箋受付回数は調剤基本料に準じて取り扱います。