薬局

事　務　連　絡
令和５年７月７日

保険薬局　開設者　様

北海道厚生局医療課長

施設基準の届出状況報告について

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

さて、特掲診療料の施設基準を届け出ている保険薬局は、毎年７月１日現在における届出書の記載事項について報告することとされています。

つきましては、本年７月１日現在の届出状況について下記１のとおり報告願います。

併せて、届け出ている施設基準が要件を満たしているかについて、下記２のとおり貴薬局で確認（自主点検）のうえ、報告願います。

なお、今般の新型コロナウイルス感染症拡大により業務に影響が生じ、やむを得ず報告が遅れる場合は、当局あてご相談いただきますようお願いいたします。

記

１．毎年７月１日現在における届出状況報告

（１）報告部数　各１部

（２）報告様式　「保険薬局における施設基準届出状況報告書」（別紙様式３）

（すべての保険薬局が提出する必要があります。）

同封の様式又は北海道厚生局ホームページに掲載している様式を使用してください。

（前年度以前の様式は使用しないでください。）

（https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/iryo_shido/teireihokoku28.html）

（ホーム ＞ 申請等手続＞ 医療課 ＞ 施設基準等の届出状況報告（7月定例報告）について）

２．施設基準の届出の確認について

別添３－１の確認手順により、自主点検のうえ、施設基準の要件を満たしていないものがある場合に限り、別添３－２により報告願います。

３．報告期限　**令和５年７月31日（月）必着**

※　封筒に「定例報告」と朱書きのうえ、郵送等により報告いただきますようご協力願います（当該報告と関係のない書類の同封はお控えください）。

４．お問い合わせ・報告先

北海道厚生局指導部門（医療課・管理課・調査課）

〒060－0807　札幌市北区北７条西２丁目15－１野村不動産札幌ビル２階

電話番号　①011－796－5105、②011－796－5155、③011－796－5159

（別紙様式３）　　（令和５年７月１日現在）

保険薬局における施設基準届出状況報告書

都道府県名　北海道

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	□ 個人立　□ 法人立		
指定年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	※全ての保険薬局が和暦で記入。遡及指定が認められた保険薬局の場合は、新たに指定された後の指定年月日（記載の薬局コードをはじめに取得した年月日）を記入。	
遡及指定※が認められた保険薬局への該当	□ 該当（遡及指定が認められた）　□ 非該当		

1. 調剤基本料

□ 調剤基本料1	□ 調剤基本料2	□ 調剤基本料3－イ	□ 調剤基本料3－ロ	□ 調剤基本料3－ハ	□ 特別調剤基本料

① 処方箋受付回数		（前年3月から本年2月末までの合計等施設基準に定められた期間の合計）　回		
② 主たる保険医療機関に係る処方箋集中率		（小数点以下第2位を切り上げて計算すること）　%		
③ 所属するグループの有無		□ あり　□ なし		
（※③を「あり」と記載した場合に記載）	ア 所属するグループ名（※調剤基本料の区分によらず、所属するグループがある全ての保険薬局が回答）			
	イ 同一グループ内の保険薬局の数（当該保険薬局を含む）	（本年2月末時点）		
	ウ グループ内の1月あたりの処方箋受付回数の合計	回		
	エ 同一グループ内の主たる保険医療機関を同じくする他の保険薬局の処方箋受付回数と自局の処方箋受付回数の合計	（該当薬局がある場合に、自局の判定期間における、自局と左記に該当する他の保険薬局の処方箋受付回数の合計を記入する）　回		
④ 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引等の有無（※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）		□ あり　□ なし		
（※④が「あり」の場合のみ回答）	・賃貸借取引等がある保険医療機関の種別	□ 診療所　□ 病院		
	・賃貸借取引等がある保険医療機関の名称			
	・賃貸借取引等がある保険医療機関に係る処方箋集中率	%		
	・特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引等に新たに該当することになった時期について該当するものにチェック（※ア～オの当てはまるもの全てにチェック。なお、平成28年9月30日以前に該当した場合はア～オのチェック不要。）	平成28年9月30日以前（該当する場合はア～オのチェック不要）□ 該当	平成28年10月1日から平成30年3月31日の間（該当する場合、ア～オの当てはまるもの全てにチェック）□ 該当	平成30年4月1日以降（該当する場合、ア～オの当てはまるもの全てにチェック）□ 該当
	ア 保険医療機関と直接不動産の賃貸借取引（保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者又は法人の役員が名義人となっている場合を含む）がある	□ 該当　□ 非該当		
	イ 保険医療機関と第三者を通じて不動産の賃貸借取引（賃料が発生しない場合を含む）がある（第三者による転借が複数回行われている場合を含む）	□ 該当　□ 非該当		
	ウ 保険医療機関が譲り渡した不動産（保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む）を利用して開局している	□ 該当　□ 非該当		
	エ 保険薬局が所有する施設・設備を保険医療機関に貸与している	□ 該当　□ 非該当		
	オ 保険医療機関による開局時期の指定を受けて開局している（病院又はその開設者からの依頼により第三者が公募する場合を含む）（公募の際に、開局時期が明示されていない場合を含む）	□ 該当　□ 非該当		

⑤ 調剤基本料の注4の減算への該当性　（※全ての保険薬局が回答）

（※ア及びイは前年の報告実績に基づき記入。前年4月2日以降の開局のため、前年の報告実績がない薬局は、ア＝「非該当」、イ＝「報告していない」を選択。）
（※ウは前年3月1日から本年2月末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回以下の場合は、「非該当」を選択。「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」に関する設問ではないので留意すること。）

ア 妥結率が5割以下の保険薬局への該当	□ 該当（妥結率が5割以下）	□ 非該当
イ 妥結率等の報告の有無	□ 報告していない	□ 報告している
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	□ 該当（実施していない）	□ 非該当

薬局コード：

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			□ 該当	□ 非該当	
3. 地域支援体制加算（※全ての保険薬局が回答）					
□ 加算1	□ 加算2	□ 加算3	□ 加算4	□ 届出していない	
① 備蓄医薬品数（※「届出していない」場合も記入が必要）			（本年7月1日現在の数値） 品目		
4. 連携強化加算			□ 届出している	□ 届出していない	
5. 後発医薬品調剤体制加算 （※「届出していない」場合も下記の記入が必要）			□ 加算1	□ 加算2 □ 加算3	□ 届出していない
① 本年4月2日以降に新規指定を受けた場合等、直近3か月間の実績がない保険薬局への該当			□ 該当 →②③④⑤の記入は不要	□ 非該当	
② 新指標の割合 （小数点以下切り捨て）	（本年4月から6月の平均） %		③ カットオフ値の割合 （小数点以下切り捨て）	（本年4月から6月の平均） %	
④ ②に「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」を適用した保険薬局への該当			□ 該当	□ 非該当	
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） （※処方箋受付回数が1月600回以下の場合は、「非該当」を選択）			□ 該当 （後発医薬品新指標の割合が、50%以下）	□ 非該当	
6. 在宅患者調剤加算 （※在宅患者訪問薬剤管理指導料ではない）			□ 届出している	□ 届出していない →①②の記入は不要	
「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）」(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)を合算した値を記入			① 算定回数	（前年3月から本年2月までの合計回数） 回	
			② 実施患者数	（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			□ 届出している	□ 届出していない	
無菌調剤室（※「届出していない」場合は記入不要）			□ 自局	□ 他局（共同利用）	
8. 服薬管理指導料					
① 特定薬剤管理指導加算2			□ 届出している	□ 届出していない	
② 本年4月1日以降に新規指定を受けた場合等、直近3か月間の実績がない保険薬局への該当			□ 該当 →③④の記入は不要	□ 非該当	
③ 注13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			□ 該当 （手帳の活用実績が50%以下）	□ 非該当	
④ 手帳を提示した患者の算定割合 （※③が「非該当」の場合のみ記入）			前年3月から本年2月までの平均（小数点以下四捨五入） %	直近3ヶ月の平均(左記が50%以下の場合のみ記入（小数点以下四捨五入）) %	
9. 調剤管理加算／服用薬剤調整支援料					
① 昨年7月から本年6月における服用薬剤調整支援料を1回以上算定した実績			□ 服用薬剤調整支援料1のみ	□ 服用薬剤調整支援料2のみ	□ 服用薬剤調整支援料1及び2 □ 算定なし
② 昨年7月から本年6月における重複投薬等の解消に係る実績の有無			□ あり	□ なし	
10. 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			□ 届出している	□ 届出していない	
（※全ての保険薬局が回答）			① 令和5年4月から6月における勤務状況に基づき、当該薬局に勤務している全保険薬剤師の数（非常勤の保険薬剤師は常勤換算）	人	
（※かかりつけ薬剤師指導料等の届出を行っている保険薬局が回答）			② かかりつけ薬剤師指導料等に関する業務を行う保険薬剤師の数	人	
11. 在宅患者訪問薬剤管理指導料等					
① 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算			□ 届出している	□ 届出していない	
② 在宅中心静脈栄養法加算			□ 届出している	□ 届出していない	

〔記入上の注意〕

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。なお、休止の届出がされている場合は、当該報告書の提出は不要。

2 印刷は、片面印刷を選択とすること。

3 訂正を行う場合は、二重線で削除し、訂正印は押さずに訂正すること。

4 チェックボックスが設けられている欄は、該当する区分に☑を記入すること。

5 「1.調剤基本料」欄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入すること(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」と記入すること。

6 「1.調剤基本料」欄の③「同一グループ」の基準については、別紙様式3参考「第88　調剤基本料」を参照のこと。

7 「1.調剤基本料」欄の⑤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」については、別紙様式3参考「 第91　調剤基本料の注4に規定する保険薬局」を参照のこと。

8 「5.後発医薬品調剤体制加算」欄の「②新指標の割合」及び「③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。
ただし、本年４月２日以降に新規指定の保険薬局等で直近3か月間の実績がない薬局については「① 本年４月２日以降に新規指定を受けた場合等、直近3か月間の実績がない保険薬局への該当」の該当に☑を記入する。

その際、「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」（令和5年３月13日事務連絡）の取扱いを行って算出した割合を記載しても差し支えない。
この場合、④の「②に「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」を適用した保険薬局への該当」欄の該当に☑を記入すること。

（参考）
・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

9 （参考）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 回以下の保険薬局は除くものとする。
(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、やむを得ないものは除く。
(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）局長への報告していないこと。

10 「6.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（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く）」(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)を合算した値を記入すること。

11 「8.服薬管理指導料」の欄の④「手帳を提示した患者の算定割合」は前年３月１日から本年２月末日までの服薬管理指導料の実績をもって該当性を判断すること。なお、実績がなく計算できない場合は「② 本年４月１日以降に新規指定を受けた場合等、直近3か月間の実績がない保険薬局への該当」の該当に☑を記入すること。

12 「9.調剤管理加算／服用薬剤調整支援料２」欄の②「重複投薬等の解消に係る実績」については、別紙様式3参考「第101 服用薬剤調整支援料２」を参照のこと。

13 「10.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」欄の①「令和5年４月から６月における勤務状況に基づき、当該薬局に勤務している全保険薬剤師の数（非常勤の保険薬剤師は常勤換算）」は 、令和5年４月から６月における勤務状況に基づき、以下の（イ）及び（ロ）により小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで算出すること。（令和5年４月から６月において保険薬剤師の出入があった場合においても、勤務時間から常勤換算すること。）
（イ）貴薬局における実労働時間が週32 時間以上である保険薬剤師は１名とする 。
（ロ）貴薬局における実労働時間が週32 時間未満の保険薬剤師については、実労働時間を 32 時間で除した数とする。
（例）Ａ保険薬剤師　１日４時間勤務を週５日　⇒週２０時間勤務
　　Ｂ保険薬剤師　１日５時間勤務を週６日　⇒週３０時間勤務

　　Ａ保険薬剤師　週２０時間÷３２時間＝０．６２５
　　Ｂ保険薬剤師　週３０時間÷３２時間＝０．９３７５
　　０．６２５＋０．９３７５＝１．５６２５　⇒１．６人

14 例年、以下の記載欄への記載漏れが多く見受けられるので、それ以外の項目も含め記載内容について提出前に改めて確認すること。
・「薬局コード」欄
・「保険薬局名」欄
・「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」欄
・「遡及指定が認められた保険薬局への該当」欄
・「1④特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引等の有無」欄
・「3①備蓄医薬品数」欄
・「10①令和5年4月から6月における勤務状況に基づき、当該薬局に勤務している全保険薬剤師の数」欄

（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４年３月４日保医発0304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、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）から（４）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、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90 の１（１）から（４）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のイ又はロとする。

別添１　特掲診療科の施設基準等

第88　調剤基本料
２ 調剤基本料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「４」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。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。ただし、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合を算出する際に、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。
（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。
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、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。
（９）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２月末時点で（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。
(10) 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。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、（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

（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３月１日から当年２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４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３月１日から当年２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２月末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４月１日から翌年３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月より「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、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

第101 服用薬剤調整支援料２

１ 服用薬剤調整支援料２のイに関する施設基準

（１）重複投薬等の解消に係る実績として、内服を開始して４週間以上経過した内服薬６種類以上を保険薬局で調剤している患者に対して、当該保険薬局の保険薬剤師が処方医に減薬の提案を行った結果、当該保険薬局で調剤している当該内服薬の種類数が２種類以上（うち少なくとも１種類は当該保険薬局の保険薬剤師が提案したものとする。）減少し、その状態が４週間以上継続したことが過去一年間に１回以上あること。

別添３－１

薬局

施設基準の届出の確認について

令和５年７月１日現在で貴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薬局で確認して、施設基準の要件を満たしていないものがある場合に限り、別添３－２「施設基準の届出の確認について（報告)」により、提出してください。

１．施設基準の確認手順について

（１）施設基準の要件の確認

① ７月１日現在で貴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薬局で確認してください。

② 届け出ている施設基準が不明の場合は、北海道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 すべて要件を満たしている場合は、別添３－２（報告用紙）の作成は不要です。

② 要件を満たしていないものがある場合は、別添３－２(報告用紙)の「イ」に〇を付し、「要件を満たしていない施設基準名」の欄に、当該施設基準名を記入のうえ、提出してください。

併せて、施設基準の「辞退届」（※２）を提出してください。

※ なお、要件の確認を行うに当たり、新型コロナウィルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いが認められている施設基準があることに留意してください。

併せて、これまで発出されている事務連絡のうち、施設基準関係を抜粋したものをホームページに掲載しているので参考としてください。

北海道厚生局のホームページについて

※１ 届け出ている施設基準の確認

(https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/gyomu/gyomu/hoken_kikan/todokede_juri_ichiran.html)

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・保険薬局等の管内指定状況等 ＞ ３．施設基準等の届出等の状況 ＞
施設基準等 届出受理医療機関名簿（医療機関別）

※２ 辞退届のダウンロード

(https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/shinsei/shido_kansa/shitei_kijun/jitai2.xls)

ホーム ＞ 申請等手続き ＞ 医療課 ＞ 施設基準の届出等 ＞
２．施設基準・入院時食事療養（１）等の届出 ＞ ・ 施設基準に係る辞退届

別添３－２

薬局

施設基準の届出の確認について（報告）

令和５年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 ➡ **別添3－2は提出不要**

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）調剤基本料１

※　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５年　　月　　日

北海道厚生局長　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：　　）