

令和7年度 定例報告に係るFAQ【薬局】

●定例報告の全般的事項

Q1：なぜ、自己点検を行うのですか。

A1：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、速やかに変更の届出を行うこととされています。

定例報告においては、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。

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た場合には、速やかに変更の届出を行ってください。

参考通知：保医発 0305 第6号（令和6年3月5日付け）

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。

Q2：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。

A2：「〔薬局〕施設基準の適合性の確認について（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載いただき、併せて辞退届を提出してください。

なお、下位区分への変更が必要な場合は上記報告様式へ同様に記載し、変更届の提出をお願いします。

（例）後発医薬品調剤体制加算2から後発医薬品調剤体制加算1への変更

Q3：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。

A3：近畿厚生局ホームページからダウンロードした【提出用表紙】「施設基準等の届出状況等の報告について（薬局）」及び【別紙様式3】「保険薬局における施設基準届出状況報告書」に必要事項を記載して提出ください。

Q4：施設基準の届出をいずれも行っていないませんが、報告の必要はありますか。

A4：施設基準の届出を行っていない場合でも、近畿厚生局ホームページからダウンロードした【提出用表紙】「施設基準等の届出状況等の報告について（薬局）」及び【別紙様式3】「保険薬局における施設基準届出状況報告書」の提出が必要となります。

Q 5 : 報告の方法は、紙による報告以外に何がありますか。

A 5 : 紙による報告のほか、電子申請による報告も可能です。

＜電子申請が可能な報告様式＞

- ・施設基準の適合性の確認について（報告）

※電子申請画面上は「届出の現況確認」と表示されます。

- ・別紙様式 3

※電子申請にあたっては、専用の「定例報告マクロツール」の利用が必要です。

Q 6 : 郵送で提出する場合、どこへ提出すればよいのでしょうか。

A 6 : 管轄の近畿厚生局各府県事務所（大阪府は指導監査課）あて提出してください。

なお、封筒の表面には、朱書きで「定例報告在中」と記載してください。

Q 7 : 「保険薬局コード」欄は、どのように記載するのでしょうか。

A 7 : 7 桁の指定通知書の番号を記載してください。

Q 8 : 報告書はいつまでに提出すればよいのでしょうか。

A 8 : 令和 7 年 8 月 29 日（金）までに提出してください。

●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

Q 9 : 保険薬局の指定年月日を教えてください。

A 9 : 当局ホームページに保険医療機関・保険薬局の指定一覧（全体）を掲載していますので、保険薬局が所在する府県のファイルをクリックしていただき、「コード内容別医療機関一覧表」の指定年月日の欄（表の右から 3 列目の上段）をご確認ください。

なお、移転等の理由により遡及指定された保険薬局の場合は、遡及指定後の指定年月日を記載してください。

Q10: 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時点では処方箋受付回数等の実績が取れず、空欄で届出しましたが、今回の報告で実績が取れる場合はその実績を記載すればよいでしょうか。

A10: はい。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、実績の記載は不要とされていましたが、令和 7 年 8 月 1 日時点で実績が取れる場合は、（別紙様式 3 参考）を参照の上、当該実績を記載してください。

Q11: 調剤基本料 2 に係る「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」欄について、主たる保険医療機関が同じ保険薬局が 2 店舗(※)あるとして、片方の薬局が開局の翌月から 3 か月の処方箋受付回数で区分の判定を行っている場合、当該欄の受付回数が両薬局で算定期間が異なり、処方箋受付回数も変わってくるが、どのように記載すれば良いか。

※ 1 年以上開局している薬局を A 薬局、新規開局をした薬局を B 薬局とする。

(仮に B 薬局が令和 7 年 2 月 1 日に開局したものとする。)

A11: A 薬局の報告書には、A 薬局の R 6. 5 月～R 7. 4 月までの処方箋受付回数に B 薬局の開局月除く当該期間に係る処方箋受付回数 (R 7. 3 月～4 月) を合計した数を記載し、B 薬局の報告書には、A 薬局と B 薬局の 3 か月間 (R 7. 3 月～5 月) の処方箋受付回数の合計を記載してください。

Q12: 「⑤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)」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。別紙様式 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」「なし」どちらで報告するのでしょうか。

A12: 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。

Q13: 「1. 調剤基本料」の「⑥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)」欄の記載方法を教えてください。

A13: 「ア 妥結率が 5 割以下の保険薬局への該当性」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 600 回以下の場合は、「なし」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、以下のものをいいます。

- ・ 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

また、「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、前年5月1日から本年4月末までの上記に掲げる業務の算定が合計10回未満のものが該当します。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合計100回未満のものが該当します。

Q14：調剤基本料の注8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。

A14：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不要と整理されているため、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。

なお、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。