

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：昨年 of 報告書様式を使用して提出していいですか。

A1：報告書様式については、毎年度、内容の改訂を行っていますので、必ず今年度（令和7年度）の様式を使用してください。

なお、押印は不要です。

Q2：なぜ、自己点検を行うのですか。

A2：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た場合は、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5号及び保医発0305第6号（いずれも令和6年3月5日付）」

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、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行うものであること。

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、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。

A3：要件を満たさない場合は、別添1「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、併せて辞退届等を提出してください。

なお、「令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」（令和6年3月5日厚生労働省保険局医療課事務連絡）における「別添3 施設基準に係る取扱いについて」の2の取扱いは、延長せず終了していますので、ご注意ください。

(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

※ 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（福岡県は指導監査課）へご照会ください。

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 : 別添 1 「施設基準の届出の確認について（報告）」と別紙様式 3 「保険薬局における施設基準届出状況報告書」を提出ください。

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、別添 1 「施設基準の届出の確認について（報告）」と別紙様式 3 「保険薬局における施設基準届出状況報告書」を提出ください。

Q 6 : 報告書はどこへ提出すればよいのでしょうか。

A 6 : 管轄の九州厚生局各県事務所（福岡県は指導監査課）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「定例報告在中」と記載してください。

また、受付印押印後の報告書控えの返送を希望される場合は、返信用封筒を同封してください。

Q 7 : 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のでしょうか。

A 7 : 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 8 : 各様式中の「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 8 : 7 桁の指定通知書の番号を記載してください。

Q 9 : 報告書はいつまでに提出すればよいのでしょうか。

A 9 : 令和 7 年 9 月 1 日（月）までに提出してください。（**郵送必着**）

●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

Q10：「1. 調剤基本料」の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）」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いません。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。

A10：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。

Q11：「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。

A11：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600回以下の場合は、「非該当」を選択してください。

なお、ウの「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
- ・ 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

Q12:「5. 後発医薬品調剤体制加算」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。

A12: 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は、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。