

※ この用紙を「施設基準等の届出状況の報告書」に表紙として添付してください。

整理番号

※整理番号の記入は不要です。

施設基準の届出状況等の報告について

別添のとおり報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関等の所在地及び名称

所在地	〒	—
名称		
開設者名		印
医療機関等コード		

報告担当者所属課所名

報告担当者名 []

電話番号 () —

ファクシミリ番号 () —

東北厚生局長 様

保険薬局における施設基準届出状況報告書

都道府県名

保険薬局コード	※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・法人)			
1. 調剤基本料				
<input type="checkbox"/> 調剤基本料1	<input type="checkbox"/> 調剤基本料2	<input type="checkbox"/> 調剤基本料3	<input type="checkbox"/> 調剤基本料4	<input type="checkbox"/> 調剤基本料5
処方せん受付回数	回			
処方せん受付回数に占める特定の保険医療機関に係るものの割合	%			
所属するグループ名(調剤基本料3のみ)				
グループ内の1月あたりの処方せん受付回数の合計(調剤基本料3のみ)	回			
特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引の有無(調剤基本料3のみ)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を行っていない薬局への該当の有無	<input type="checkbox"/> あり(100分の50により算定) <input type="checkbox"/> なし			
2. 調剤基本料の特例除外				
<input type="checkbox"/> 届出している <input type="checkbox"/> 届出していない				
勤務している保険薬剤師の数	(本年7月1日現在の数値)	人	算定回数	(本年4月から6月の平均回数)
3. 基準調剤加算				
<input type="checkbox"/> 届出している <input type="checkbox"/> 届出していない				
備蓄医薬品数	(本年7月1日現在の数値)			
4. 後発医薬品調剤体制加算				
<input type="checkbox"/> 加算1 <input type="checkbox"/> 加算2 <input type="checkbox"/> 届出していない				
新指標の割合	(本年4月から6月の平均)	%	カットオフ値の割合	(本年4月から6月の平均)
5. 在宅患者調剤加算				
<input type="checkbox"/> 届出している <input type="checkbox"/> 届出していない				
算定回数	(直近1年間の合計回数)	回	実施患者数	(直近1年間の合計人数)
6. 無菌製剤処理加算				
<input type="checkbox"/> 届出している <input type="checkbox"/> 届出していない				
<input type="checkbox"/> 自局 <input type="checkbox"/> 他局(共同利用)				
7. 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				
<input type="checkbox"/> 届出している <input type="checkbox"/> 届出していない				

〔記載上の注意〕

- 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。
- 「保険薬局名」の「(個人・法人)」については、該当する区分を○で囲むこと。
- 「調剤基本料」、「調剤基本料の特例除外」、「基準調剤加算」、「後発医薬品調剤体制加算」、「在宅患者調剤加算」、「無菌製剤処理加算」及び「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」欄は、該当する区分に☑を記入すること。また、「調剤基本料の特例除外」、「基準調剤加算」、「後発医薬品調剤体制加算」、「在宅患者調剤加算」及び「無菌製剤処理加算」については、「届出していない」に☑を記入した項目は、それ以降の回答は不要。
- 「調剤基本料」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載すること。なお、定められた方法で計算できない項目については「0」と記載することで差し支えない。
- 「調剤基本料の特例除外」欄の「勤務している保険薬剤師の数」は常勤換算した保険薬剤師数を記載すること。また、「算定回数」は「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」を合計した値(ただし、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者に係る算定回数を除く。)を記載すること。なお、「調剤基本料の特例除外」の届出を行っている保険薬局においては、「調剤基本料」欄の区分について、それぞれ基本料1又は4に該当するものとして、いずれかに☑を記入すること。
- 「後発医薬品調剤体制加算」欄の「新指標の割合」及び「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。

- 7 「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、処方せん受付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」(医療保険)、「居宅療養管理指導費」(介護保険)及び「介護予防居宅療養管理指導費」を合算した値を記載すること。

(参考) 「特掲診療科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」(平成28年3月4日保医発0304第2号)(抜粋)

第2 届出に関する手続き

(12) 調剤基本料の施設基準

ア 処方せん受付回数

(イ) 前年3月1日から当年2月末日までの1年間の処方せん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、処方せん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、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月末日までの処方せん受付回数で判定し、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か月間の処方せん受付回数で判定し、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、(ロ)bにかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

別添1 特掲診療科の施設基準等

第88 調剤基本料

1 調剤基本料の施設基準

(6) 同一グループ内の処方せん受付回数が1月に4万回を超えるか否かの取扱いは、当年2月末日時点で(4)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月当たりの処方せん受付回数を合計した値が4万回を超えるか否かで判定する。保険薬局ごとの1月当たりの処方せん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せん受付回数を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せん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、イの記載にかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。