

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 （「参考」を踏まえ、いずれかに○を付ける）	()	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（調剤基本料の「注 2」）
2 届出の区分（該当する項目の□に「☑」を記入する）		
□	新規指定に伴う新規届出（遡及指定が認められる場合を除く）	
	指定日	令和 年 月 日
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められる場合）	
□	調剤基本料の区分変更に伴う届出	
□	その他（ ）	
3 調剤基本料の注 1 ただし書への該当の有無 （医療資源の少ない地域に所在する保険薬局）	<input type="checkbox"/> あり （様式 87 の 2 の添付が必要） <input type="checkbox"/> なし	
4 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係の有無（特別調剤基本料関係）		
特別な関係を有する保険医療機関名 ^{※1}	名称：	
※1 アからエまでのいずれかで「あり」に☑がある場合に記載	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 診療所
ア 保険医療機関と不動産の賃貸借取引	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ^{※2}
イ 保険医療機関が譲り渡した不動産の利用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ^{※2}
ウ 保険薬局が所有する設備の貸与	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
エ 保険医療機関による開局時期の指定	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ^{※2}
<p>※2 病院と平成 28 年 10 月 1 日以降に新規に開局し指定を受けた保険薬局との間でア、イ若しくはエの関係がある場合又は診療所と平成 30 年 4 月 1 日以降に新規に開局し指定を受けた保険薬局（同一建物内に診療所が所在している場合を除く。）との間でア、イ若しくはエの関係がある場合に「あり」に☑を記入すること。</p> <p>また、遡及指定が認められる場合であって、遡及指定前から移転等により不動産賃貸借関係が変更となる場合には、遡及指定後の不動産賃貸借関係を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との間でアの関係がある場合に「あり」に☑を記入すること。ただし、病院と平成 28 年 9 月 30 日以前からア若しくはイの関係がある場合又は診療所と平成 30 年 3 月 31 日以前からア若しくはイの関係がある場合を除く。</p>		

5 同一グループ内の処方箋受付回数等（調剤基本料3関係）	
ア 薬局グループへの所属の有無	<input type="checkbox"/> 所属していない（個店） →「6」へ <input type="checkbox"/> 所属している
イ 所属するグループ名	
ウ 同一グループの保険薬局数（①）	
エ 1月当たりの同一グループ内の処方箋受付回数の合計（②）	回
オ 特定の保険医療機関との不動産の賃貸借取引の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
6 処方箋の受付回数及び集中度等	
期間： 年 月 ～ 年 月 （ か月間③）	
(1) 全処方箋受付回数等	
ア 全処方箋受付回数（④）	回
イ アのうち、主たる保険医療機関からの処方箋受付回数（⑤）	回
ウ 主たる保険医療機関名	
エ 処方箋集中度（％）（⑥）	％
(2) 同一建物内にある保険医療機関の有無等（調剤基本料2関係）	
ア 同一建物内の保険医療機関の有無	<input type="checkbox"/> なし →「(3)」へ <input type="checkbox"/> あり
イ 同一建物内の保険医療機関数（⑦）	施設
ウ イの保険医療機関からの処方箋受付回数の合計（⑧）	回
(3) 主たる保険医療機関が同一のグループ内の他の保険薬局の有無等（調剤基本料2関係）	
ア 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局の有無	<input type="checkbox"/> なし →記載終了 <input type="checkbox"/> あり
イ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局数（⑨）	施設
ウ イの保険薬局における主たる保険医療機関からの処方箋受付回数の合計（⑩）	回
エ ⑤と⑩を合計した処方箋受付回数（⑪）	回

(参考)

調剤基本料の区分については、以下のAからEに基づき判定し、表の「1」に該当する区分に○をつける。ただし、実績が判定されるまではそれぞれの項目について、該当しないものとして取り扱う。

A 医療資源の少ない地域に所在する保険薬局への該当性（表の「3」の「あり」に☑）

該当 → 調剤基本料1に該当

該当しない → Bへ

B 特別調剤基本料への該当性

・ 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係にない（表の「4」でいずれも「なし」に☑）

→ Cへ

・ 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係があり（表の「4」のいずれかの「あり」に☑）、かつ、処方箋集中率（表の⑥）が70%を超える

該当 → 特別調剤基本料に該当

該当しない → Cへ

C 調剤基本料3への該当性

(1) 薬局グループに所属していない（表の「5」のアの「所属していない（個店）」に☑）

→ D-1へ

(2) 同一グループの保険薬局数（表の①）が、

・ 300以上 → C-3へ

・ 300未満 → (3)へ

(3) 同一グループの1月当たりの処方箋受付回数（表の②）が、

・ 3万5千回以下 → D-1へ

・ 3万5千回を超え、4万回以下 → C-1へ

・ 4万回を超え、40万回以下 → C-2へ

・ 40万回を超える → C-3へ

C-1 同一グループの保険薬局数：300未満かつ

グループ内の1月当たりの処方箋受付回数：3万5千回を超え、4万回以下

・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料3イに該当

・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のエの「あり」に☑）

・ 処方箋集中率（表の⑥）が95%を超える

・ いずれにも該当しない → D-1へ

C-2 同一グループの保険薬局数：300未満かつ

グループ内の1月当たりの処方箋受付回数：4万回を超え、40万回以下

- ・ 次のいずれかに該当 → **調剤基本料 3 イに該当**
- ・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のエの「あり」に「」）
- ・ 処方箋集中率（表の⑥）が 85%を超える
- ・ いずれにも該当しない → D-1 へ

C-3 同一グループの保険薬局数：300 以上又は
グループ内の 1 月あたりの処方箋受付回数：40 万回を超える

- ・ 次のいずれかに該当 → **調剤基本料 3 ロに該当**
- ・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のエの「あり」に「」）
- ・ 処方箋集中率（表の⑥）が 85%を超える
- ・ いずれにも該当しない → D-1 へ

D-1 調剤基本料 2 への該当性①

- ・ 1 つの保険医療機関からの 1 月あたりの処方箋受付回数の合計（表の⑤）：4,000 回を超える
- 該当 → **調剤基本料 2 に該当**
該当しない → D-2 へ

D-2 調剤基本料 2 への該当性②

- ・ 同一建物内に保険医療機関がない（表の「6」の（2）のアの「なし」に「」）
→ D-3 へ
 - ・ 同一建物内に保険医療機関がある（表の「6」の（2）のアの「あり」に「」）
 - ・ 当該保険医療機関からの 1 月当たりの処方箋受付回数（表の⑧/③）：4,000 回を超える
- 該当 → **調剤基本料 2 に該当**
該当しない → D-3 へ

D-3 調剤基本料 2 への該当性③

- ・ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局がない（表の「6」の（3）のアの「なし」に「」）
→ D-4 へ
 - ・ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局がある（表の「6」の（3）のアの「あり」に「」）
 - ・ 当該保険医療機関からの 1 月当たりの処方箋受付回数の合計（表の⑩/③）：4,000 回を超える
- 該当 → **調剤基本料 2 に該当**
該当しない → D-4 へ

D-4 調剤基本料 2 への該当性④

- ・ 次のいずれかに該当 → **調剤基本料 2 に該当**
- 1 月当たりの処方箋受付回数（表の④/③）及び処方箋集中率（表の⑥）がそれぞれ、

- ・ 4,000 回を超え、かつ、70%を超える
- ・ 2,000 回を超え、かつ、85%を超える
- ・ 1,800 回を超え、かつ、95%を超える

いずれにも該当しない → E-1 へ

E 調剤基本料 3 のハへの該当性

(1) 薬局グループに所属していない（表の「5」のアの「所属していない（個店）」に☑）

→ 調剤基本料 1 に該当

(2) 同一グループの保険薬局数（表の①）が、

・ 300 以上 → 調剤基本料 3 のハに該当

・ 300 未満 → (3) へ

(3) 同一グループの 1 月当たりの処方箋受付回数（表の②）が、

・ 40 万回を超える → 調剤基本料 3 のハに該当

・ 40 万回未満 → 調剤基本料 1 に該当

[記載上の注意]

- 1 「2」については、保険薬局の新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から3ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が調剤基本料1から変更になる場合は届出が必要になることに注意する。
- 2 「2」については、「その他」に☑を記入した場合は、理由を記載する。
- 3 「2」については、令和4年度改定に伴い新たに区分変更の届出を行う場合には、「その他」に☑を記入し、「令和4年度改定に伴う届出」と記載する。
- 4 「3」については、注1ただし書に該当する保険薬局の場合においては、「あり」に☑を記入し、様式87の2を添付する。
- 5 「4」については、「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。以下「特掲診療料施設基準通知」という。）の別添1の第90により判断する。
- 6 「5」については、グループ内で統一したグループ名を記載すること。また、1月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年2月末時点でグループに属している保険薬局の④／③の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載すること。同一グループの保険薬局数は、当年2月末時点における同一グループ内の保険薬局の数（当該保険薬局を含む。）を記載すること。
- 7 「5」のエについては、特掲診療料施設基準通知の別添1の第88の2の（9）により判断する。
- 8 「6」については、リフィル処方箋による調剤を行う場合、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める（ただし、9のアからウの本文に該当する場合を除く。）。
- 9 「6」については、処方箋の受付回数は次の処方箋を除いた受付回数を記載する。
 - ア 時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・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人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）
 - ウ 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費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。）
- 10 「6」の⑥については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で、⑤／④にて算出する。
- 11 「6」の⑦について、主たる保険医療機関が同一建物内にある場合は、当該保険医療機関を含めた数を記載する。また、⑧については、⑤を含めて記載する。

妥結率等に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

1. 妥結率

当該保険薬局において購入された医療用医薬品の薬価総額 (①)	円
卸売販売業者と当該保険薬局との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (②)	円
妥結率 <div style="text-align: right;">(②/①) %</div>	%

2. 単品単価契約率

卸売販売業者と当該保険薬局との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (②の再掲)	円
単品単価契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (③)	円
単品単価契約率 <div style="text-align: right;">(③/②) %</div>	%

3. 一律値引き契約の状況

(1) 一律値引き契約の該当の有無

<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
----------------------------	----------------------------

(2)(1)で有とした場合、当該契約における値引き率を取引卸売販売業者ごとに報告すること。

取引卸売販売業者名	値引き率（税込み）
	%
	%
	%
	%
	%
	%
	%
	%
	%

[記載上の注意]

- 1 医療用医薬品とは、薬価基準に記載されている医療用医薬品をいう。
- 2 薬価総額とは、各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したものをいう。
- 3 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 4 単品単価契約とは、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約をいう。
- 5 一律値引き契約とは、卸売販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。この場合、一定割合以上としては、5割以上とし、全ての医療用医薬品が一律値引きにより価格決定した場合を含むものとする。
- 6 値引き率とは、薬価と取引価格（税込み）との差を薬価で除し、これに100を乗じて得た率をいう。記載にあたっては小数点以下第2位を切り捨てて計算すること。
- 7 1. から3. までの報告については、報告年度の当年4月1日から9月30日の実績を報告年度の10月1日から11月末までに報告すること。報告しない場合は、調剤基本料が所定点数の100分の50に相当する点数により算定されることに留意すること。
- 8 同一グループ内の保険薬局の処方箋受付回数の合計が1月に3万5千回を超えると判断されるグループに属する保険薬局については、保険薬局と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を添付すること。

様式 87

調剤基本料の注 7 に係る後発医薬品調剤体制加算の施設基準に係る届出書添付書類及び「調剤基本料の注 8 の後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局に係る報告書」

届出に係る後発医薬品調剤体制加算の区分 (いずれかに○を付す)	<input type="checkbox"/> 後発医薬品調剤体制加算 1 (カットオフ値50%以上かつ新指標80%以上) <input type="checkbox"/> 後発医薬品調剤体制加算 2 (カットオフ値50%以上かつ新指標85%以上) <input type="checkbox"/> 後発医薬品調剤体制加算 3 (カットオフ値50%以上かつ新指標90%以上)
調剤基本料の「注 8」(後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局)への該当性 (該当する場合に○を付す)	<input type="checkbox"/> 該当しない(新指標50%超) <input type="checkbox"/> 該当する(新指標50%以下) → <input type="checkbox"/> 処方箋の受付状況を踏まえやむを得ないものに該当

全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合				
期 間 (届出時の直近3か月間：1か月ごと及び3か月間の合計)	年 月	年 月	年 月	年 月 ～ 年 月 (直近3か月間の合計)
全医薬品の規格単位数量 (①)				
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 (②)				
後発医薬品の規格単位数量 (③)				
カットオフ値の割合 (②/①) (%)				
新指標の割合 (③/②) (%)				

以下は、新指標の割合が50%以下で、「処方箋の受付状況を踏まえやむを得ないもの」に該当する場合のみ記載する。なお、下記に基づき算出した割合（小数点以下四捨五入）が50%以上である場合が該当するものである。

判定に用いた年月： 年 月	
直近1か月間における処方箋受付回数（①）	回
直近1か月間における先発品変更不可のある処方箋の受付回数（②）	回
割合（②／①）（%）	%

[記載上の注意]

- 1 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 2 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（令和4年3月4日保医発0304第7号）を参照すること。
- 3 「調剤基本料の「注8」（後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局）への該当性」については、処方箋受付回数が1月に600回を超える保険薬局であり、後発医薬品調剤体制加算の施設基準のいずれにも該当しない保険薬局が、調剤基本料の「注8」への該当性を地方厚生（支）局長へ報告する際に用いること。

様式 87 の 2

調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準に係る届出書添付書類

1 基本診療料の施設基準等の別表第六の二に所在する保険薬局である		<input type="checkbox"/>
2 全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの受付回数及びその割合 期間： 年 月 ～ 年 月 (ヶ月間)		
ア 1月あたりの平均処方箋受付回数		回
イ 主たる医療機関に係る処方箋の集中度		%
ウ 主たる保険医療機関名		
許可病床数（病院の場合のみ記載）		床
所在地が当該保険薬局の所在する中学校区内か否か	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
3 当該保険薬局の所在する中学校区における医療機関の情報		
保険医療機関名	許可病床数（病院のみ記載）	
(1)		床
(2)		床
(3)		床
(4)		床
(5)		床
(6)		床
(7)		床
(8)		床
(9)		床
(10)		床
4 特定の区域内の許可病床数 200 床以上の医療機関の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
5 特定の区域内の保険医療機関数		

[記載上の注意]

- 1 「1」については、「基本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2号）の別添3の別紙2を参照すること。
- 2 「2」については、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料に係る届出書添付書類に準じるものとする。
- 3 「3」の保険医療機関名については、当該保険薬局が所在する中学校区内に所在しているすべての保険医療機関名と許可病床数を記載すること。ただし、病院以外の保険医療機関については許可病床数の記載は不要とする。

- 4 「4」及び「5」については、原則として、「特定の区域内」は当該保険薬局の所在する中学校区として記載する。ただし、「2」の主たる保険医療機関が当該保険薬局の所在する中学校区内に所在しない場合でも、当該保険医療機関に係る処方箋の集中率が70%以上である場合は、当該保険医療機関は特定の区域内にあるものとして記載する。
- 5 当該届出にあたっては、当該保険薬局の所在する中学校区の地名がわかる資料を添付する。

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 (いずれかに○)	調剤基本料の区分	
	()	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 (「区分番号00」の「注2」)

2 当該保険薬局における地域支援体制加算の区分等 (いずれかに○)	地域支援体制加算の区分		提出が必要な様式
	()	地域支援体制加算 1	様式87の3及び様式87の3の2
	()	地域支援体制加算 2	
	()	地域支援体制加算 3	様式87の3及び様式87の3の3
	()	地域支援体制加算 4	

3 薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況 (対応している内容に☑をすること。)

患者ごとに薬剤服用歴の記録を作成し、調剤の都度必要事項を記入している。

患者に対して必要な薬学的管理指導を行い、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に関し必要な指導を行っている。

4 薬局における情報提供に必要な体制の整備状況 (対応している内容に☑をすること。)

医薬品医療機器情報配信サービス (PMDAメディナビ) に登録している。

常に最新の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全情報等の医薬品情報の収集を行い、自局の保険薬剤師に周知している。

5 開局時間

6 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備状況 (対応している内容に☑をすること。)

薬学的管理指導に係る職員等研修の実施実績及び計画 あり

外部の学術研修の受講 あり

7 在宅での薬学的管理指導に必要な体制の整備状況 (対応している内容に☑をすること。)

薬剤管理指導計画書の様式をあらかじめ備えるなどの体制を整備している。

在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局である旨の掲示をしている。

在宅患者訪問薬剤管理指導に係る届出 あり

8 備蓄品目数 (年 月現在) 品目

9 全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合			
期間： 年 月 ～ 年 月			
・ 受付回数			回
・ 主たる医療機関の処方箋受付回数			回
・ 集中率（％）			％
10 後発医薬品の調剤割合			％
11 管理薬剤師			
・ 氏名			
・ 薬局勤務経験年数			年
・ 週あたりの勤務時間			時間
・ 在籍年数			年
12 当該在宅支援連携体制を構築する保険薬局（主なものを記載する。）			
	①	②	③
・ 名称			
・ 所在地			
13 当該薬局における 24 時間の直接連絡を受ける体制 （次のいずれかに○をつけ、薬剤師名等を記入すること。）			
(1) 担当者が固定している場合			
(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合 （主な担当者を記載することで差し支えない。）			
・ 担当薬剤師名：			
・ 連絡先：			
14 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況			<input type="checkbox"/> あり
15 患者のプライバシーに配慮した服薬指導の方法 （配慮方法）（具体的に記入：)			
16 副作用報告に係る手順書の作成と報告実施体制について			<input type="checkbox"/> あり
17 プレアボイド事例の把握・収集に関する取組			<input type="checkbox"/> あり

[記載上の注意]

- 「1」については、当該保険薬局における調剤基本料の区分に該当するもの1つに○をすること。
- 「2」については、当該保険薬局における届出に係る地域支援体制加算の区分に該当するもの1つに○をすること。
- 「3」については、個人情報情報を削除又は塗り潰した薬剤服用歴の記録の見本を添付すること。
- 「4」については、医薬品医療機器情報配信サービス（PMDA メディナビ）に登録していることが確認できる資料を添付すること。
- 「5」については、自局の開局時間を記載すること。
- 「6」「7」については、当該保険薬局における職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 「9」の期間については、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 「10」については、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料の注7に掲げる後発医薬品調剤体制加算における後発医薬品の規格単位数量の割合の判定の取扱いに準じるものであること。

- 9 「11」の「薬局勤務経験年数」については、当該薬剤師の薬局勤務年数を記載すること。
「週あたりの勤務時間」については、当該薬剤師の1週間あたりの平均勤務時間を記載すること。「在籍年数」については、当該保険薬局に勤務しはじめてから、届出時までの当該薬剤師の在籍期間を記載すること。
- 10 「15」については、プライバシーへの配慮の方法について具体的に記載すること。
- 11 「16」については、当該手順書の写しを添付すること。
- 12 「17」の「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組」について、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として都道府県に報告している場合に「あり」とすること。
- 13 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

様式 87 の 3 の 2

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類
(地域支援体制加算 1 又は 2 の届出を行う保険薬局用)

1 当該保険薬局における地域支援体制加算の区分 (いずれかに○)	()	地域支援体制加算 1
	()	地域支援体制加算 2
2 各基準の実績回数等 (地域支援体制加算 1 又は 2 の届出薬局が記載すること。) ※以下の(1)、(2)及び(3)の基準を満たし、かつ、(4)又は(5)のいずれかの基準を満たす必要がある。(2)及び(5)の実績回数の期間: 年 月～ 年 月)		
(1)麻薬小売業者免許の取得 (免許証の番号を記載)		
(2)在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (保険薬局当たり 24 回以上/年) (ア+イ+ウ+エ)		回
(参考)		
ア 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 (医療保険) の算定実績		回
イ 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) の算定実績		回
ウ ア及びイについて、在宅協力薬局として連携した場合の実績		回
エ ア及びイについて、同等の業務を行った場合の実績		回
(3)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係る届出		□あり
(4)服薬情報等提供料等 (保険薬局あたり 12 回以上/年)		回
(5)薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議の出席 (保険薬局あたり 1 回以上/年)		回

[2 に係る記載上の注意]

- 令和 4 年 3 月 31 日時点で調剤基本料 1 の届出を行っている保険薬局であって、従前の (2) を満たしているとして届出を行っているものについては、令和 5 年 3 月 31 日までの間に限り、(2) を満たしているものとする。
- (2) の実績については、在宅患者オンライン薬剤管理指導料及び在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料は除く。
- (2) のエの「同等の業務」については、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者 1 人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。
- (4) の実績については、服薬情報等提供料及びそれに相当する業務の算定実績をいう。なお、「相当する業務」とは、以下の①から④をいう。
①服薬管理指導料の「注 6」の特定薬剤管理指導加算 2、②服薬管理指導料の「注 10」の調剤後薬剤管理指導加算、③服用薬剤調整支援料 2、④かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、①から③に相当する業務を実施した場合
- (5) については、出席した会議の名称 (具体的な名称がない場合は、その内容を簡潔に説明することで差し支えない。) 及び参加日のリストを別に添付すること。なお、出席した会議が複数ある場合、最大でも 5 つまでの記載とすること。
- 届出に当たっては、様式 87 の 3 を併せて提出すること。

3 及び 4 各基準の実績回数等（地域支援体制加算 2 の届出薬局が記載すること。）		
3 保険薬局における直近 1 年間の処方箋受付回数（①） （前年 3 月 1 日から当年 2 月末日）		回
4 各基準の実績回数 ※以下の(1)から(9)までの9つの基準のうち、3つ以上を満たす必要がある。		
処方箋受付回数 1 万回当たりの基準 （1 年間の各基準の算定回数）（満たす実績に○） 期間： 年 月 ～ 年 月	各基準に①を 乗じて 1 万で 除して得た回 数※ ¹	保険薬局にお ける実績の合 計
() (1)時間外等加算及び夜間・休日等加算（400 回／受 付回数 1 万回）	回	回
() (2)麻薬の調剤回数（10 回／受付回数 1 万回）	回	回
() (3)重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複 投薬・相互作用等防止管理料（40 回／受付回数 1 万回）	回	回
() (4)かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包 管理料（40 回／受付回数 1 万回）	回	回
() (5)外来服薬支援料 1（12 回／受付回数 1 万回）	回	回
() (6)服用薬剤調整支援料（1 回／受付回数 1 万回）	回	回
() (7)単一建物診療患者が 1 人の場合の在宅患者訪問薬 剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導 料、在宅患者緊急時等共同指導料、介護保険にお ける居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管 理指導費（24 回／受付回数 1 万回）	回	回
() (8)服薬情報等提供料等（60 回／受付回数 1 万回）	回	回
※ 1 直近 1 年間の処方箋受付回数が 1 万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数 1 万回 を使用して計算する。		
保険薬局当たりの基準	保険薬局における実績の合計	
(9) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定 制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の 多職種と連携する会議の出席回数（5 回／保険薬 局）		回

[3 及び 4 に係る記載上の注意]

- 1 令和 4 年 3 月 31 日時点で調剤基本料 1 以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の
(7)を満たしているとして届出を行っているものについては、令和 5 年 3 月 31 日までの間に限
り、(7)を満たしているものとする。
- 2 「3」の「保険薬局における直近 1 年間の処方箋受付回数」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。
- 3 「4」の「各基準に①を乗じて 1 万で除して得た回数」欄の計算については、小数点第二位
を四捨五入して小数点第一位まで求める。なお、直近 1 年間の処方箋受付回数が 1 万回未満の
場合は、①の代わりに処方箋受付回数 1 万回を使用して計算する。
- 4 「4」の「保険薬局における実績の合計」欄には当該保険薬局が「4」に記載されている期
間における、それぞれの実績の合計を記載すること。
- 5 「4」の(1)から(8)の実績の範囲は以下のとおり。
(1)①時間外等加算：薬剤調製料の「注 4」の時間外加算、②夜間・休日等加算：薬剤調製
料の「注 5」の夜間・休日等加算

- (2)麻薬の調剤回数：薬剤調製料の「注3」の麻薬を調剤した場合に加算される点数
 - (3)①重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料の「注3」）、②在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
 - (4)①かかりつけ薬剤師指導料、②かかりつけ薬剤師包括管理料
 - (5)外来服薬支援料1（外来服薬支援料2は除く。）
 - (6)服用薬剤調整支援料：服用薬剤調整支援料1及び2
 - (7)以下における、単一建物診療患者に対する算定実績。なお、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く）。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料等のオンライン服薬指導等を行った場合を除く。
 - ①在宅患者訪問薬剤管理指導料、②在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、③在宅患者緊急時等共同指導料、④介護保険における居宅療養管理指導費、⑤介護保険における介護予防居宅療養管理指導費
 - (8)服薬情報等提供料及びそれに相当する業務の算定実績。なお、「相当する業務」とは、以下の①から④をいう。
 - ①服薬管理指導料の「注6」の特定薬剤管理指導加算2、②服薬管理指導料の「注10」の調剤後薬剤管理指導加算、③服用薬剤調整支援料2、④かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、①から③に相当する業務を実施した場合
- 6 「4」の(9)については、出席した会議の名称（具体的な名称がない場合は、その内容を簡潔に説明することで差し支えない。）及び参加日のリストを別に添付すること。なお、出席した会議が複数ある場合、最大でも10までの記載とすること。
- 7 届出に当たっては、様式87の3を併せて提出すること。

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類
(地域支援体制加算 3 又は 4 の届出を行う保険薬局用)

1 当該保険薬局における地域支援体制加算の区分 (いずれかに○)	()	地域支援体制加算 3
	()	地域支援体制加算 4
2 保険薬局における直近 1 年間の処方箋受付回数 (①) (前年 3 月 1 日から当年 2 月末日)		回
3 各基準の実績回数 地域支援体制加算 3 : 以下の(1)から(9)までの 9 つの基準のうち、(4)及び(7)を含む 3 つ以上を満たすとともに、(10)を満たすこと。 地域支援体制加算 4 : 以下の(1)から(9)までの 9 つの基準のうち、8 つ以上を満たすこと。		
処方箋受付回数 1 万回当たりの基準 (1 年間の各基準の算定回数) (満たす実績に○) 期間: 年 月 ~ 年 月	各基準に①を乗じて 1 万で除して得た回数 ^{※1}	保険薬局における実績の合計
() (1) 時間外等加算及び夜間・休日等加算 (400 回/受付回数 1 万回)	回	回
() (2) 麻薬の調剤回数 (10 回/受付回数 1 万回)	回	回
() (3) 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 (40 回/受付回数 1 万回)	回	回
() (4) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包管理料 (40 回/受付回数 1 万回)	回	回
() (5) 外来服薬支援料 1 (12 回/受付回数 1 万回)	回	回
() (6) 服用薬剤調整支援料 (1 回/受付回数 1 万回)	回	回
() (7) 単一建物診療患者が 1 人の場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 (24 回/受付回数 1 万回)	回	回
() (8) 服薬情報等提供料等 (60 回/受付回数 1 万回)	回	回
※ 1 直近 1 年間の処方箋受付回数が 1 万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数 1 万回を使用して計算する。		
保険薬局当たりの基準	保険薬局における実績の合計	
(9) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議の出席回数 (5 回/保険薬局)		回
(10) 麻薬小売業者免許の取得 (免許証の番号を記載) (地域支援体制加算 3 の届出薬局が記載すること。)		

[記載上の注意]

- 令和 4 年 3 月 31 日時点で調剤基本料 1 以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の(7)を満たしているとして届出を行っているものについては、令和 5 年 3 月 31 日までの間に限り、(7)を満たしているものとする。

- 2 「2」の「保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数」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。
- 3 「3」の「各基準に①を乗じて1万で除して得た回数」欄の計算については、小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める。なお、直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数1万回を使用して計算する。
- 4 「3」の「保険薬局における実績の合計」欄には当該保険薬局が「3」に記載されている期間における、それぞれの実績の合計を記載すること。
- 5 「3」の(1)から(8)の実績の範囲は以下のとおり。
 - (1)①時間外等加算：薬剤調製料の「注4」の時間外加算、②夜間・休日等加算：薬剤調製料の「注5」の夜間・休日等加算
 - (2)麻薬の調剤回数：薬剤調製料の「注3」の麻薬を調剤した場合に加算される点数
 - (3)①重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料の「注3」）、②在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
 - (4)①かかりつけ薬剤師指導料、②かかりつけ薬剤師包括管理料
 - (5)外来服薬支援料1（外来服薬支援料2は除く。）
 - (6)服用薬剤調整支援料：服用薬剤調整支援料1及び2
 - (7)以下における、単一建物診療患者に対する算定実績。なお、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く）。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料等のオンライン服薬指導等を行った場合を除く。
 - ①在宅患者訪問薬剤管理指導料、②在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、③在宅患者緊急時等共同指導料、④介護保険における居宅療養管理指導費、⑤介護保険における介護予防居宅療養管理指導費
 - (8)服薬情報等提供料及びそれに相当する業務の算定実績。なお、「相当する業務」とは、以下の①から④をいう。
 - ①服薬管理指導料の「注6」の特定薬剤管理指導加算2、②服薬管理指導料の「注10」の調剤後薬剤管理指導加算、③服用薬剤調整支援料2、④かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、①から③に相当する業務を実施した場合
- 6 「3」の(9)については、出席した会議の名称（具体的な名称がない場合は、その内容を簡潔に説明することで差し支えない。）及び参加日のリストを別に添付すること。なお、出席した会議が複数ある場合、最大でも10までの記載とすること。
- 7 届出に当たっては、様式87の3を併せて提出すること。

連携強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

- | |
|--|
| <p>1 災害又は新興感染症の発生時等の非常時に必要な体制（対応している内容に☑をすること。）</p> <p><input type="checkbox"/> 災害や新興感染症の発生時等に、医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制を確保すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 都道府県等の行政機関、地域の医療機関若しくは薬局又は関係団体等と適切に連携するため、災害や新興感染症の発生時等における対応に係る地域の協議会又は研修等に積極的に参加するよう努めること。</p> <p><input type="checkbox"/> 災害や新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、ホームページ等で広く周知していること。（周知媒体： ）</p> <p><input type="checkbox"/> 災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品の供給等について協力の要請があった場合には、地域の関係機関と連携し、必要な対応を行うこと。</p> |
|--|

[記載上の注意]

- 1 「1」の「周知媒体」については、災害や新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、広く周知している媒体を記載すること。