

日薬業発第 496 号
令和 2 年 3 月 31 日

都道府県薬剤師会担当役員 殿

日本薬剤師会
副会長 森 昌平

令和 2 年度診療報酬改定関連通知等について（その 4）
（疑義解釈資料その 1 等のご送付）

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

令和 2 年度診療報酬（調剤報酬）改定に伴う関係通知が発出されたことにつきましては、令和 2 年 3 月 31 日付け日薬業発第 493 号にてお知らせしたところですが、今般、厚生労働省保険局医療課より、別添のとおり本日付けで疑義解釈資料等が発出されたとの連絡がありました。

これら関係通知につきましては厚生労働省ホームページからも入手が可能です。つきましては、貴会会員へご周知下さいますようお願い申し上げます。

<別添>

- ・令和 2 年度診療報酬改定関連通知等について（その 4）（令和 2 年 3 月 31 日付け事務連絡）

事務連絡
令和2年3月31日

地方厚生(支)局医療課
都道府県民生主管部(局)
国民健康保険主管課(部)
都道府県後期高齢者医療主管部(局)
後期高齢者医療主管課(部)
(別記)関係団体

御中

厚生労働省保険局医療課

令和2年度診療報酬改定関連通知等について(その4)

令和2年度診療報酬改定に係る関連通知等については別紙のとおり発出されておりますので、その取扱いに遺漏なきよう、関係者に対し周知を図られますようお願いいたします。

なお、当該通知等及び関連省令・告示については、厚生労働省ホームページに掲載されておりますことを申し添えます。

(別紙)

名称	番号・日付
疑義解釈資料の送付について(その1)	令和2年3月31日 事務連絡
令和2年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について	令和2年3月31日 事務連絡

<抄>

事務連絡
令和2年3月31日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その1）

診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和2年厚生労働省告示第57号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和2年3月5日保医発0305第1号）等により、令和2年4月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添1から別添5のとおり取りまとめたので、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。

調剤診療報酬点数表関係

【調剤基本料】

問1 注1のただし書きの施設基準（医療を提供しているが、医療資源の少ない地域に所在する保険薬局）及び注2の施設基準（保険医療機関と不動産取引等その他特別な関係を有している保険薬局）のいずれにも該当する場合、調剤基本料1と特別調剤基本料のどちらを算定するのか。

(答) 必要な届出を行えば、注1のただし書きに基づき調剤基本料1を算定することができる。

問2 複数の保険医療機関が交付した処方箋を同時にまとめて受け付けた場合、注3の規定により2回目以降の受付分の調剤基本料は100分の80となるが、「同時にまとめて」とは同日中の別のタイミングで受け付けた場合も含むのか。

(答) 含まない。同時に受け付けたもののみが対象となる。

【地域支援体制加算】

問3 調剤基本料1を算定する保険薬局に適用される実績要件については、令和3年3月31日までの間は改定前の基準が適用されることとなっている。改定前に地域支援体制加算の届出を行っていなかった保険薬局であっても、令和3年3月末までの間は、改定前の基準が適用されるのか。

(答) 改定前の基準が適用される。

問4 地域支援体制加算の施設基準における「地域の多職種と連携する会議」とは、どのような会議が該当するのか。

(答) 次のような会議が該当する。

- ア 介護保険法第115条の48で規定され、市町村又は地域包括支援センターが主催する地域ケア会議
- イ 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第13条第9号で規定され、介護支援専門員が主催するサービスタスク担当者会議
- ウ 地域の多職種が参加する退院時カンファレンス

問5 「地域の多職種と連携する会議」への参加実績は、非常勤の保険薬剤師

が参加した場合も含めて良いか。

(答) 良い。ただし、複数の保険薬局に所属する保険薬剤師の場合にあっては、実績として含めることができるのは1箇所の保険薬局のみとする。

問6 調剤基本料1を算定する保険薬局であって、注4又は注7の減算規定に該当する場合、地域支援体制加算の実績要件等は調剤基本料1の基準が適用されるのか。

(答) 調剤基本料1の基準が適用される。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成28年3月31日付け事務連絡)別添4の問12は廃止する。

【薬剤服用歴管理指導料】

問7 患者が日常的に利用する保険薬局の名称等の手帳への記載について、患者又はその家族等が記載する必要があるか。

(答) 原則として、患者本人又はその家族等が記載すること。

問8 手帳における患者が日常的に利用する保険薬局の名称等を記載する欄について、当該記載欄をシールの貼付により取り繕うことは認められるか。

(答) 認められる。

問9 国家戦略特区における遠隔服薬指導(オンライン服薬指導)については、一定の要件を満たせば暫定的な措置として薬剤服用歴管理指導料が算定できるとされていた。令和2年度改定により、この取扱いはどうなるのか。

(答) 国家戦略特区におけるオンライン服薬指導についても、薬剤服用歴管理指導料「4」に基づき算定するものとした。なお、国家戦略特区における離島・へき地でのオンライン服薬指導の算定要件については、服薬指導計画の作成を求めないなど、一定の配慮を行っている。

また、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その19)」(令和元年12月26日付け事務連絡)別添の問1は廃止する。

【特定薬剤管理指導加算2】

問10 特定薬剤管理指導加算1と特定薬剤管理指導加算2は併算定可能か。

(答) 特定薬剤管理指導加算2の算定に係る悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤以外の薬剤を対象として、特定薬剤管理指導加算1に係る業務を行った場合は併算定ができる。

問 11 患者が服用等する抗悪性腫瘍剤又は制吐剤等の支持療法に係る薬剤の調剤を全く行っていない保険薬局であっても算定できるか。

(答) 算定できない。

問 12 電話等により患者の副作用等の有無の確認等を行い、その結果を保険医療機関に文書により提供することが求められているが、算定はどの時点から行うことができるのか。

(答) 保険医療機関に対して情報提供を行い、その後に患者が処方箋を持参した時である。

この場合において、当該処方箋は、当該加算に関連する薬剤を処方した保険医療機関である必要はない。なお、この考え方は、調剤後薬剤管理指導加算においても同様である。

問 13 電話等による服薬状況等の確認は、メール又はチャット等による確認でもよいか。

(答) 少なくともリアルタイムの音声通話による確認が必要であり、メール又はチャット等による確認は認められない。なお、電話等による患者への確認に加え、メール又はチャット等を補助的に活用することは差し支えない。

【吸入薬指導加算】

問 14 かかりつけ薬剤指導料を算定する患者に対して吸入薬指導加算は算定できないが、同一月内にかかりつけ薬剤指導料を算定した患者に対し、当該保険薬局の他の保険薬剤師が吸入指導を実施した場合には吸入薬指導加算を算定できるか。

(答) 算定できない。

【服用薬剤調整支援料 2】

問 15 重複投薬等の解消に係る提案を行い、服用薬剤調整支援料 2 を算定した後に、当該提案により 2 種類の薬剤が減少して服用薬剤調整支援料 1 の要件を満たした場合には、服用薬剤調整支援料 1 も算定できるか。

(答) 算定できない。

問 16 同一患者について、同一月内に複数の医療機関に対して重複投薬等の解消に係る提案を行った場合、提案を行った医療機関ごとに服用薬剤調整支援料 2 を算定できるか。

(答) 同一月内に複数の医療機関に対して提案を行った場合でも、同一患者につ

いて算定できるのは1回までである。

問 17 医療機関Aに重複投薬等の解消に係る提案を行って服用薬剤調整支援料2を算定し、その翌月に医療機関Bに他の重複投薬等の解消に係る提案を行った場合、服用薬剤調整支援料2を算定できるか。

(答) 服用薬剤調整支援料2の算定は患者ごとに3月に1回までであり、算定できない。

問 18 保険薬局が重複投薬等の解消に係る提案を行ったものの状況に変更がなく、3月後に同一内容で再度提案を行った場合に服用薬剤調整支援料2を算定できるか。

(答) 同一内容の場合は算定できない。

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】

問 19 当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定していない保険薬局は、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2を算定できるか。

(答) 算定できない。なお、在宅基幹薬局に代わって在宅協力薬局が実施した場合には、在宅基幹薬が在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2を算定できる。

【経管投薬支援料】

問 20 当該患者に調剤を行っていない保険薬局は、経管投薬支援料を算定できるか。

(答) 算定できない。

問 21 在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定していない患者であっても、必要な要件を満たせば経管投薬支援料を算定できるか。

(答) 算定できる。

<抄>

事務連絡
令和2年3月31日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

令和2年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添1から別添4までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

なお、各別添の様式については、訂正後のものとなりますので申し添えます。

また、令和2年3月5日付官報（号外第42号）に掲載された令和2年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添5のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、予めお知らせします。

- ・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
（令和2年3月5日保医発0305第1号）（別添1）
- ・「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2年3月5日保医発0305第2号）（別添2）
- ・「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2年3月5日保医発0305第3号）（別添3）
- ・「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和2年3月5日保医発0305第13号）（別添4）

「1 歯冠修復」を算定する。

ハ 装着した場合は、1 歯につき区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」及び保険医療材料料を算定する。

別添 3

調剤報酬点数表に関する事項

<通則>

8 署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的な署名を含む。）がある場合には印は不要である。

<調剤技術料>

区分 00 調剤基本料

1 受付回数等

(3) 複数の保険医療機関が交付した同一患者の処方箋を同時にまとめて受け付けた場合においては、受付回数はそれぞれ数え2回以上とする。また、この場合において、当該受付のうち、1回目は調剤基本料の所定点数を算定し、2回目以降は「注3」により調剤基本料の所定点数を100分の80にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。なお、当該注3の規定は、注8から注10までの分割調剤に係る処方箋には適用しない。

4 調剤基本料の注7に規定する保険薬局

(1) 後発医薬品の調剤数量割合が4割以下未滿の保険薬局（処方箋受付回数が1月に600回以下の場合を除く。）である場合は、調剤基本料を2点減算する。なお、詳細な施設基準については、「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（通知）」（令和2年3月5日保医発0305第3号）を参照すること。

5 分割調剤

(4) 医師の指示による分割調剤

ア(略)

イ 調剤基本料及びその加算、調剤料及びその加算並びに薬学管理料については、当該分割調剤を行う保険薬局が当該処方箋において分割調剤を実施しない場合に算定する点数をそれぞれ合算し、分割回数で除した点数を当該調剤時に算定する。当該点数は、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。ただし、所定の要件を満たせば服薬情報等提供料~~1~~については、分割回数で除していない点数を算定できる。

ウ(略)

6-エ 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」（100分の80）及び「注4」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、次に「注5」（地域支援体制加算）、「注6」（後発医薬品調剤体制加算）及び「注7」（後発医薬品減算）のうち該当するものの加算等を行い、最

後に小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

- ~~ア(イ)~~ 「注3」 100分の80
- ~~イ(ロ)~~ 「注4」 100分の50
- ~~ウ(ハ)~~ 「注5」 地域支援体制加算
- ~~エ(ニ)~~ 「注6」 後発医薬品調剤体制加算
- ~~オ(ホ)~~ 「注7」 後発医薬品減算

<薬学管理料>

1 通則

- (1) 薬学管理等は、患者等のプライバシーに十分配慮した上で実施しなければならないものとする。

区分10 薬剤服用歴管理指導料

2 薬剤服用歴管理指導料「1」及び「2」

- (3) 患者への薬剤の服用等に関する必要な指導

アからエまで(略)

オ 当該保険薬局と他の保険薬局又は保険医療機関等の中で円滑に連携が行えるよう、患者が日常的に利用する保険薬局があれば、その名称及び保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を手帳に記載するよう患者に促すこと。

カ(略)

- (5) 指導等に係る留意点

ウ 手帳

- (イ) 「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次の①から④までに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。

- ① 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録
- ② 患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録
- ③ 患者の主な既往歴等疾患に関する記録
- ④ 患者が日常的に利用する保険薬局の名称、保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等

①から③までの手帳の当該欄については、保険薬局において適切に記載されていることを確認するとともに、記載されていない場合には、患者に聴取の上記入するか、患者本人による記入を指導するなどして、手帳が有効に活用されるよう努める。④については、当該保険薬局と他の保険薬局又は保険医療機関等の中で円滑に連携が行えるよう、患者が日常的に利用する保険薬局があれば、その名称及び保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を手帳に記載するよう患者に促すこと。なお、④の患者が日常的に利用する保険薬局の名称等については、令和3年3月31日までの間は適用しない。

4 薬剤服用歴管理指導料「4」

(1) 薬剤服用歴管理指導料「4」は、医科点数表の区分番号 A003 に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療により処方箋が交付された患者であって、当該オンライン診療を実施する保険医療機関の処方箋について 3 月以内に対面により薬剤服用歴管理指導料「1」又は「2」が算定されているものに対して、オンライン服薬指導を行った場合に、月に 1 回に限り算定する。この場合において、薬剤服用歴管理指導料の加算は算定できない。

(6) 対面による服薬指導及びオンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること。ただし、次のア及びイをいずれも満たしている場合に限り、やむを得ない事由により同一の保険薬剤師が対応できないときに当該薬局に勤務する他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行っても差し支えない。

ア・イ(略)

~~5-4~~ 麻薬管理指導加算

~~6-5~~ 重複投薬・相互作用等防止加算

~~7-6~~ 特定薬剤管理指導加算 1

~~8-7~~ 特定薬剤管理指導加算 2

(2) 「抗悪性腫瘍剤等を調剤する保険薬局」とは、患者にレジメン（治療内容）等を交付した保険医療機関の処方箋に基づき、保険薬剤師が抗悪性腫瘍剤又は制吐剤等の支持療法に係る薬剤を調剤する保険薬局をいう。

(3) 特定薬剤管理指導加算 2 における薬学的管理及び指導を行おうとする保険薬剤師は、原則として、保険医療機関のホームページ等でレジメン（治療内容）等を閲覧し、あらかじめ薬学的管理等に必要な情報を把握すること。

~~9-8~~ 乳幼児服薬指導加算

~~10-9~~ 吸入薬指導加算

(1) 吸入薬指導加算は、喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者が吸入薬を適切に使用し、治療効果の向上や副作用の回避に繋がるよう、以下のア及びイを行った場合に 3 月に 1 回に限り算定する。ただし、当該患者に対し他の吸入薬が処方された場合であって、必要な吸入指導等を別に行ったときには、前回の吸入薬指導加算の算定から 3 月以内であっても算定できる。

ア 文書及び練習用吸入器等を用いて、吸入手技の指導を行い、患者が正しい手順で吸入薬が使用されているか否かなどの確認等を行うこと。

イ 保険医療機関に対し、文書による吸入指導の結果等に関するを文書により情報提供を行うこと。

(2) 当該加算に係る指導は以下のア又はイの場合に、患者の同意を得て行うものであること。

ア 保険医療機関からの求めがあった場合

イ 患者若しくはその家族等の求めがあった場合等、吸入指導の必要性が認められる場合であって、医師の了解を得たとき

(3) 当該加算に係る吸入指導を行うにあたっては、日本アレルギー学会が作成する「アレルギー総合ガイドライン 2019」等を参照して行うこと。

~~1140~~ 調剤後薬剤管理指導加算

- (2) (1)の「新たにインスリン製剤等が処方等された患者」とは次のいずれかに該当する患者をいう。
- ア 新たにインスリン製剤等が処方された患者
 - イ 既にインスリン製剤等を使用している患者であって、新たに他のインスリン製剤等が処方された患者
 - ウ インスリン製剤の注射単位の変更又はスルフォニル尿素系製剤の用法・用量の変更があった患者
- (4) 本加算の調剤後のインスリン製剤等の使用状況等の確認は、処方医等の求めに応じて実施するものであり、計画的な電話又はビデオ通話による確認を原則とすること。この場合において、あらかじめ患者等に対し、電話等を用いて確認することについて了承を得ること。
- (6) 電話等による患者のインスリン製剤等の使用状況等の確認を行った結果、速やかに保険医療機関に伝達すべき副作用等の情報を入手した場合（インスリン製剤等以外の薬剤による副作用が疑われる場合を含む。）は、**遅滞なく**当該情報を患者が受診中の保険医療機関に提供するとともに、必要に応じて保険医療機関への受診勧奨を行うこと。

~~1244~~ 薬剤服用歴管理指導料の特例(手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局が算定する薬剤服用歴管理指導料)

区分 14 の 3 服用薬剤調整支援料

(2) 服用薬剤調整支援料 2

ア 服用薬剤調整支援料 2 は、複数の保険医療機関から内服薬が合計で 6 種類以上処方されている患者に対して、患者若しくはその家族等の求めに応じて、保険薬局の保険薬剤師が、重複投薬等の解消のために以下の取組をすべて行った場合に算定する。

(イ) ・ (ロ) (略)

イ (略)

ウ アの(ロ)の報告書は以下の内容を含む別紙様式 3 又はこれに準ずるものをいう。

(イ) 受診中の**保険**医療機関、診療科等に関する情報

(ロ) 服用中の薬剤の一覧

(ハ) 重複投薬等に関する状況

(ニ) 副作用のおそれがある患者の症状及び関連する薬剤

(ホ) その他（残薬、その他患者への聞き取り状況等）

エからキまで (略)

区分 15 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(4) 在宅協力薬局

ア（略）

イ 在宅協力薬局の薬剤師が在宅基幹薬局の薬剤師に代わって訪問薬剤管理指導を行った場合には、薬剤服用歴の記録を記載し、在宅基幹薬局と当該記録の内容を共有することとするが、訪問薬剤管理指導の指示を行った医師又は歯科医師に対する訪問結果についての報告等は在宅基幹薬局が行う。なお、調剤報酬明細書に当該訪問薬剤管理指導を行った在宅協力薬局名 及び、当該訪問薬剤管理指導を行った日付 及びやむを得ない事由等を記載する。また、在宅協力薬局が処方箋を受け付け、調剤を行った在宅協力薬局が訪問薬剤管理指導を行った場合には、算定については、調剤技術料及び薬剤料等は在宅協力薬局、また、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定は在宅基幹薬局が行うこととし、調剤報酬明細書の摘要欄には在宅協力薬局が処方箋を受け付けた旨を記載する。

(10) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分 10 薬剤服用歴管理指導料」の 2の(4) の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていないなければならない。

2 在宅患者オンライン服薬指導料

(7) 訪問薬剤管理指導及び オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること。ただし、次のア及びイをいずれも満たしている場合に限り、やむを得ない事由により同一の保険薬剤師が対応できないときに当該薬局に勤務する他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行っても差し支えない。

3 麻薬管理指導加算

ア・イ（略）

ウ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分 10 薬剤服用歴管理指導料」の 2の(4) 及び「区分 15 在宅患者訪問薬剤管理指導料」の(10)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていないなければならない。

5 その他留意点

(2) 「注 5-6」に規定する交通費は実費とする。

区分 15 の 2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

(6) 麻薬管理指導加算

ア・イ（略）

ウ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分 10 薬剤服用歴管理指導料在宅患者訪問薬剤管理指導料」の 2の(4) 及び「区分 15 ~~の2~~ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料」の (10-5) の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていないなければならない。

(イ)から (ニ) まで（略）

区分 15 の 3 在宅患者緊急時等共同指導料

(~~6-5~~) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分 10 薬剤服用歴管理指導料」の 2 の (4) の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

第 78 の 2 の 3 腹腔鏡下仙骨腫固定術

2 腹腔鏡下仙骨腫固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

- (1) 産婦人科又は婦人科、泌尿器科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。
- (2) 以下のアからウまでの手術について、イの手術を 3 例以上含む、合わせて 10 例以上を術者として実施した経験を有する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。
 - ア 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 - イ 腹腔鏡下仙骨腫固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 - ウ 腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

第 78 の 3 腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

1 腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

- (3) 当該保険医療機関において、以下のアからエまでの手術を年間 30 例以上実施しており、このうちイの手術を年間 10 例以上実施していること。
 - アからエまで(略)

第 78 の 3 の 2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術

3 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

- (1)・(2) (略)
- (3) 当該保険医療機関において、以下のア又はイの手術を年間 20 例以上実施していること、このうちイの手術を年間 5 例以上実施していること。
 - ア 子宮悪性腫瘍手術
 - イ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術
- (4) から (9) まで (略)

第 78 の 4 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術

2 届出に関する事項

- (1) 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 52 及び様式 71 の 3 を用いること。
~~(2) 医師が経験した当該手術の症例数が分かる書類を添付すること。~~
(2-3) 倫理委員会の開催要綱（運営規定等）の写しを添付すること。

第 88 調剤基本料

1 調剤基本料に関する施設基準

(1) 調剤基本料 1

調剤基本料 2、調剤基本料 3 及び特別調剤基本料のいずれにも該当しない保険薬局であること。なお、調剤基本料の「注 1」のただし書きの施設基準に該当する保険薬局（「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に所在する保険薬局）は、以下の (2) か

ら（５）の基準にかかわらず調剤基本料１となる。

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。

ア 調剤料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は~~の~~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服薬指導料を除く。）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「~~4-5~~」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。

(9) 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、土地及び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~~及び~~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(略)

第 90 調剤基本料の注 2 に規定する保険薬局（特別調剤基本料）

5 1の(1)については、病院である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である場合は、平成 28 年 10 月 1 日以降に開局したもの、診療所である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である場合は、平成 30 年 4 月 1 日以降に開局したものに限り「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」と判断する。(ただし、平成 30 年 3 月 31 日以前に不動産の賃貸取引又は譲り渡しの契約若しくは建物の建築の契約を行うなど、当該開局に係る手続きが相当程度進捗している場合には、平成 30 年 4 月 1 日以降に開局したものと判断しない。6の(2)及び8の(2)において同じ。)

第 91 調剤基本料の注 4 に規定する保険薬局

1 次のいずれかに該当する保険薬局は「注 4」の規定により、調剤基本料を 100 分の 50 に減算する。

- (1) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下であること。
- (2) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生 (支)局長等 に報告していない保険薬局であること。
- (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であること。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局である場合を除く。

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。
 - ・調剤料の時間外加算、休日加算及び深夜加算並びに夜間・休日等加算
 - ・薬剤服用歴管理指導料の麻薬管理指導加算 ~~—~~
 - ・薬剤服用歴管理指導料の重複投薬・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
 - ・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
 - ・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

第92 地域支援体制加算

1 地域支援体制加算に関する施設基準

- (1) 以下のア又はイの区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。

ア 調剤基本料1を算定する保険薬局

- (イ) 以下の①から③までの3つの要件を満たし、かつ、④及び⑤のいずれかの要件を満たすこと。 なお、②、④及び⑤については、保険薬局当たりの直近1年間の実績とする。

① (略)

- ② 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、当該加算の施設基準に係る届出時の直近1年間に在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン服薬指導料を除く。第92において同じ。)、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、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算定回数の合計が保険薬局当たりで12回以上であること。当該回数には、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めることができる(同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。)。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人あ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。

③から⑤まで (略)

- (ロ) ④の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次

のものをいう。

- ・ 薬剤服用歴管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算 2
- ・ ~~薬剤服用歴管理指導料の吸入薬指導加算~~
- ・ 薬剤服用歴管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算
- ・ 服用薬剤調整支援料 2
- ・ かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対し、~~吸入薬指導加算~~、調剤後薬剤管理指導加算及び服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（薬剤服用歴の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。）
- ・ 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、特定薬剤管理指導加算 2、~~吸入薬指導加算~~、調剤後薬剤管理指導加算、服用薬剤調整支援料 2 又は服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（薬剤服用歴の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。）

イ 調剤基本料 1 以外を算定する保険薬局

(イ) 地域医療への貢献に係る相当の実績として、以下の①から⑨までの 9 つの要件のうち 8 つ以上を満たすこと。この場合において、⑨の「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」への出席は、保険薬局当たりの直近 1 年間の実績とし、それ以外については常勤の保険薬剤師 1 人当たりの直近 1 年間の実績とする。

① 調剤料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が 400 回以上であること。

②から⑨まで(略)

(ハ) かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、⑧の服薬情報等提供料のほか、②の調剤料の麻薬を調剤した場合に加算される点数、③の重複投薬・相互作用防止等加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、⑤の外来服薬支援料並びに⑥の服用薬剤調整支援料に相当する業務を実施した場合には、当該業務の実施回数を算定回数に含めることができる。この場合において、薬剤服用歴の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認確実に遡及できるものでなければならないこと。

(二) (略)

(20) 「薬局機能に関する情報の報告及び公表にあたっての留意点について」（平成 29 年 10 月 6 日付け薬食総発第 1006 第 1 号）に基づき、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」として直近一年以内に都道府県に報告していること。

(23) 上記 (22) の処方箋集中率が 85% を超えるか否かの取扱いについては、「第 88 調剤基本料」の「~~3 調剤基本料に係る処方箋の受付回数、同一グループ及び不動産の賃貸借取引関係等に関する考え方~~ 2 調剤基本料の施設基準に関する留意点」の ~~(3)~~ に準じて行う。

第 93 後発医薬品調剤体制加算

4 後発医薬品調剤体制加算の施設基準に関する留意点

(1) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

ア 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用半固形剤及びイノラス配合経腸用液

イ 特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

ウ 生薬（薬効分類番号 510）

エ 漢方製剤（薬効分類番号 520）

オエ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号 590）

第 94 調剤基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局

5-3 調剤基本料の注7に係る規定は、令和2年9月30日までの間に限り、なお従前の例による。

第 97 薬剤服用歴管理指導料の4（情報通信機器を用いた服薬指導）の注3に規定する保険薬局

1 薬剤服用歴管理指導料の4に関する注3に規定する施設基準

(1)・(2) (略)

第 10099 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

1・2 (略)

第 101+00 在宅患者オンライン服薬指導料

1・2 (略)

外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る外来後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

<input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 1 (カットオフ値(「3.」の④) 50%以上かつ後発医薬品の割合(「3.」の⑤) 85%以上)
<input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 2 (カットオフ値(「3.」の④) 50%以上かつ後発医薬品の割合(「3.」の⑤) 75%以上85%未満)
<input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 3 (カットオフ値(「3.」の④) 50%以上かつ後発医薬品の割合(「3.」の⑤) 70%以上75%未満)

2. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

後発医薬品の品質、 安全性、安定供給体 制等の情報を入手・ 評価する手順	
-----------------------------------------------	--

3. 医薬品の使用状況（ 年 月 日時点）

全医薬品の規格単位数及び後発医薬品の規格単位数並びにその割合				
期間 (届出時の直近3か 月: 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ヶ月間の 合計)
全医薬品の規格単 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 ②				
後発医薬品の規格単 位数 ③				
カットオフ値の割合 ④ (②/①) (%)				
後発医薬品の割合 ⑤ (③/②) (%)				

[記載上の注意]

- 1 後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 2 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。
- 3 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2年3月5日保医発 0305 第7号）を参照すること。

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
	()	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 ^{注 1}		名称：
注 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 ^{注 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 ^{注 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 ^{注 2}
注 2 病院と平成 28 年 10 月 1 日以降に開局した保険薬局との間でア、イ又はエの関係がある場合、若しくは診療所と平成 30 年 4 月 1 日以降に開局した保険薬局（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、イ又エの関係がある場合に「あり」に☑		
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	1 月当たりの同一グループ内の処方箋受付回数の合計 （①）	回
エ	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率等

期間： 年 月 ～ 年 月 (ヶ月間②)

(1) 全処方箋受付回数等

ア 全処方箋受付回数 (③)	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 (④)	回
ウ 主たる保険医療機関名	
エ 処方箋集中率 (%) (⑤)	%

(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 (⑥)	施設
ウ イの保険医療機関からの処方箋受付回数の合計 (⑦)	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 (⑧)	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 (⑨)	回
エ ④と⑨を合計した処方箋受付回数 (⑩)	回

(参考)

調剤基本料の区分については、以下のAからD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⑤）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

・ 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

・ 同一グループの1月当たりの処方箋受付回数（表の①）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 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⑤）が95%を超える

・ いずれにも該当しない → D-1へ

C-2 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⑤）が85%を超える

・ いずれにも該当しない → D-1へ

C-3 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 口に該当
 - ・ 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「」）
 - ・ 処方箋集中度（表の⑤）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（表の④）：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⑦/②）：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⑩/②）：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③/②）及び処方箋集中度（表の⑤）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 → 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2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2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2年3月5日保医発0305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③／②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。
- 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、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。）
- 9 「6」の⑤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、④／③にて算出する。
- 10 「6」の⑥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、⑦については、④を含めて記載する。

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

1 基本診療料の施設基準等の別表第 6 の 2 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 2 年 3 月 5 日保医発 0305 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
(調剤基本料 1 以外を算定する保険薬局用)

1 保険薬局の常勤薬剤師数		
週 32 時間以上勤務する保険薬剤師数 (①)		人
週 32 時間に満たない保険薬剤師の常勤換算数 (②)		人
常勤換算した保険薬剤師数 (①+②)		人
2 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8つ以上を満たす必要がある。		
薬剤師 1 人当たりの基準 (1 年間の各基準の算定回数) 期間: 年 月 ~ 年 月	各基準に常勤換算した保険薬剤師数を乗じて得た回数	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/人)	回	回
(2) 麻薬の調剤回数 (10 回/人)	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/人)	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/人)	回	回
(5) 外来服薬支援料 (12 回/人)	回	回
(6) 服用薬剤調整支援料 (1 回/人)	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 (12 回/人)	回	回
(8) 服薬情報等提供料等 (60 回/人)	回	回
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

[記載上の注意]

- 「1」の「常勤薬剤師数」は届出前 3 月間の勤務状況に基づき、以下により算出する。
 - ・当該保険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。
 - ・当該保険薬局における実労働時間が週 32 時間に満たない保険薬剤師は、以下により算出する。

当該保険薬局における週 32 時間に満たない保険薬剤師の実労働時間の合計 (時間/3 月)

$$32 \text{ (時間/週)} \times 13 \text{ (週/3 月)}$$

- 「1」の②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。
- 「2」の合計算定回数欄には当該保険薬局が「2」に記載されている期間における、それぞれ

れの実績の合計を記載すること。

- 4 「2」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：調剤料の「注4」の時間外加算、②夜間・休日等加算：調剤料の「注5」の夜間・休日等加算
 - (2)麻薬の調剤回数：調剤料の「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（薬剤服用歴管理指導料の「注4」、かかりつけ薬剤師指導料の「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
 - (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）。
 - 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⑤をいう。
 - ①薬剤服用歴管理指導料の「注7」の特定薬剤管理指導加算2、②薬剤服用歴管理指導料の「注9」の吸入薬指導加算、③薬剤服用歴管理指導料の「注10」の調剤後薬剤管理指導加算、④服用薬剤調整支援料2、⑤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④に相当する業務を実施した場合
- 5 「2」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。
- 6 届出に当たっては、様式87の3を併せて提出すること。