

「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6年3月5日保医発0305第6号)

別添1

特掲診療料の施設基準等

第6の8 地域包括診療料

3 届出に関する事項

- (2) 令和6年3月31日において現に地域包括診療料の届出を行っている保険医療機関については、令和6年9月30日までの間に限り、1の(3)、(9)又は(11)を満たしているものとする。
- (3) 令和6年3月31日において現に地域包括診療料の届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、1の(4)を満たしているものとする。

第15 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料

3 在宅時医学総合管理料の注14（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準

直近3月間の当該保険医療機関及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和6年3月31日以前に開設されたものを除く。）の訪問診療回数の合算が2,100回未満であること。なお、次の要件をいずれも満たす場合は当該基準に該当するものとする。

- (3) 当該保険医療機関において、直近3か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者 （特掲診療料の施設基準等の別表第7に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者等を除く。） の割合が7割以下であること。

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) 以下の区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。

ア 地域支援体制加算1

- (二) (ロ)の⑧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。ただし、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局において、区分番号00に掲げる調剤基本料の「注6」に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関へ情報提供を行った場合は除くこと。

- ・ 服薬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 及び吸入薬指導加算（文書により情報提供した場合に限る）
- ・ 調剤後薬剤管理指導料
- ・ 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、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（調剤録又は薬剤服用歴の記録等（以下「薬剤服用歴等」という。）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。)

3 届出に関する事項

- (1) 地域支援体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式87の3及び様式87の3の2を用いること。ただし、当年6月1日から翌年5月末日までの間に、新たに施設基準に適合した場合は、届出を行うことができ、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の5月末日まで所定点数を算定することができるものとする。
また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。

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 A
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)		□あり (様式 87 の 2 の添付が必要) □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 (特別調剤基本料 A への該当性)		
ア 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 ^{※1} ※1 ウの (イ) から (ニ) までのいずれかに該当する場合は「あり」に☑する。		□なし →「5」へ □あり
イ 特別な関係を有する保険医療機関名		名称 : □病院 □診療所
ウ 下記の (イ) から (ニ) のうち保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係に該当するものは「あり」に☑する		
(イ) 保険医療機関と不動産の賃貸借取引		□なし □あり ^{※2}
(ロ) 保険医療機関が譲り渡した不動産の利用		□なし □あり ^{※2}
(ハ) 保険薬局が所有する設備の貸与		□なし □あり
(ニ) 保険医療機関による開局時期の指定		□なし □あり ^{※2}
エ 特別な関係を有する保険医療機関からの処方箋受付回数		回
オ 特別な関係を有する保険医療機関に係る処方箋集中度		%
※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「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 6 年 3 月 5 日保医発 0305 第 6 号。以下「特掲診療料施設基準通知」という。)の別添 1 の「第 88 の 4 特別調剤基本料 A」の 2 の (2) に示すア、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。 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。		

5 同一グループ内の処方箋受付回数等（調剤基本料3への該当性）		
ア 薬局グループへの所属の有無	☐ 所属していない（個店） →「6」へ ☐ 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	☐ なし ☐ あり	
6 処方箋の受付回数及び集中率等		
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（処方箋受付回数が第1位の）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 処方箋集中率（⑥）	%	
オ <u>アの全1月あたりの</u> 処方箋受付回数（④/③）が4000回を超える場合下記の力からケを記載する。	☐ 4000回を超えていない →「6」の(2)へ ☐ 4000回を超える	
	処方箋受付回数が 第2位の医療機関	処方箋受付回数が 第3位の医療機関
カ 保険医療機関名		
キ アのうち、それぞれの保険医療機関からの処方箋受付回数	回（⑦）	回（⑧）
ク それぞれの保険医療機関の処方箋集中率	%（⑨）	%（⑩）
ケ 処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋集中率の合計（⑥、⑨及び⑩の合計）	%（⑪）	
(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の該当性）		
ア 同一建物内の保険医療機関の有無	☐ なし →「(3)」へ ☐ あり	
イ 同一建物内の保険医療機関数（⑫）	施設	
ウ イの保険医療機関からの処方箋受付回数の合計（⑬）	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の該当性）		
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	☐ なし →記載終了 ☐ 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（⑭）	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（⑮）	回	
エ ⑤と⑮を合計した処方箋受付回数（⑯）	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A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」でアで「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」のウの（イ）から（二）いずれかの「あり」に☑）、かつ、特別な関係を有する保険医療機関に係る処方箋集中率（「4」のオ）が50%を超える

該当 → 特別調剤基本料A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」のオの「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」のオの「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」のオの「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⑤/③）：4,000 回を超える
該当 → 調剤基本料 2 に該当
該当しない → D-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⑬/③）：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⑮/③）：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 a, b のいずれかに該当 → 調剤基本料 2 に該当
 - a) 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

b) 1 月当たりの処方箋受付回数（表の④/③）が 4,000 回を超え、処方箋受付回数が多い上位 3 の保険医療機関に係る処方箋集中率の合計（表の⑪）が 70%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 万回以下 →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6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6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、特掲診療料施設基準通知の別添1の「第88の4 特別調剤基本料A」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4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4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」のオについては、特掲診療料施設基準通知の別添1の「第88の3 調剤基本料3」の2の（5）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、同様に、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、「6」の⑨については⑦／④、「6」の⑩については⑧／④として計算する。
- 11 「6」の⑫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、⑬については、⑤を含めて記載する。

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

1 届出区分 (いずれかに○)	()	地域支援体制加算 1
	()	地域支援体制加算 2
	()	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)		回	
3 各基準の実績回数 以下の(1)から(10)までの 10 の基準のうち、下記の必要な基準を満たすこと。 地域支援体制加算 1 : (4)を含む 3 つ以上を満たすこと。 地域支援体制加算 2・4 : いずれか 8 つ以上を満たすこと。 地域支援体制加算 3 : (4)と(7)を含む 3 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 ※下記 () 内は各加算の実績基準を示す		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) 時間外加算等及び夜間・休日等加算 (加算 1 または 2 : 40 回、加算 3 または 4 : 400 回)	回	回
()	(2) 麻薬の調剤回数 (加算 1 または 2 : 1 回、加算 3 または 4 : 10 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 (加算 1 または 2 : 20 回、加算 3 または 4 : 40 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括管理料 (加算 1 又は 2 : 20 回、加算 3 又は 4 : 40 回)	回	回
()	(5) 外来服薬支援料 1 (加算 1 又は 2 : 1 回、加算 3 又は 4 : 12 回)	回	回
()	(6) 服用薬剤調整支援料 (加算の区分によらず 1 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 (加算 1 又は 2 : 24 回、加算 3 又は 4 : 24 回)	回	回
()	(8) 服薬情報等提供料等 (加算 1 又は 2 : 30 回、加算 3 又は 4 : 60 回)	回	回
()	(9) 小児特定加算 (加算の区分によらず 1 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	
()	(10) 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 (加算 1 又は 2 : 1 回、加算 3 又は 4 : 5 回)	回	

[記載上の注意]

- 1 「2」の「保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数」は、新規届出及び区分変更の場合は直近1年間の実績を記載する。施設基準に適合すると届出をした後は、前年5月1日から当年4月末日までの実績で判断する。なお、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計算すること。また、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。
- 2 「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。
- 3 「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。なお、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族に係る実績を除外した上で計算すること。
- 4 「3」の(1)から(9)の実績の範囲は以下のとおり。
 - (1)①時間外加算等：薬剤調製料の「注4」の時間外加算、休日加算及び深夜加算、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。ただし、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局において、区分番号00に掲げる調剤基本料の「注6」に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関へ情報提供を行った場合は除く。
 - ①服薬管理指導料の「注6」の特定薬剤管理指導加算2 及び「注10」の吸入薬指導加算（文書により情報提供した場合に限る）、②調剤後薬剤管理指導料、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
 - (9)服薬管理指導料の「注9」、かかりつけ薬剤師指導料の「注7」、在宅患者訪問薬剤管理指導料の「注6」、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の「注5」、在宅患者緊急時等共同指導料の「注5」にかかる小児特定加算。
- 5 「3」の(10)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。