

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<br>(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 A   |                            |
| 2 当該保険薬局における地域支援体制加算の区分等<br>(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 (本様式)<br>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  |                            |
|                                      | ( )         | 地域支援体制加算 4  |                            |

地域支援体制加算の施設基準 (対応している内容に☑すること)

|                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| 3 地域における医薬品等の供給拠点としての体制               |   |   |
| ア                                     | 備蓄品目数 ( 年 月現在)  | 品目  |
| イ                                     | 当該薬局の存する地域の保険医療機関又は保険薬局(同一グループの保険薬局を除く。)に対して在庫状況の共有、医薬品の融通の実施 | <input type="checkbox"/> あり   |
| ウ                                     | 医療材料及び衛生材料を供給できる体制  | <input type="checkbox"/> あり   |
| エ                                     | 麻薬小売業者免許の取得<br>(免許証の番号を記載: )                                  |   |
| オ                                     | 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<br>期間: 年 月 ~ 年 月          |   |
|                                       | ①処方箋の受付回数   | 回   |
|                                       | ②主たる医療機関の処方箋受付回数  | 回   |
|                                       | ③集中度 (%)  | %   |
| カ                                     | 後発医薬品の調剤割合  | %   |
| キ                                     | 当該保険薬局で取り扱う医薬品に係る情報提供ができる体制                                   | <input type="checkbox"/> あり   |
| 4 休日、夜間を含む開局時間外における調剤・相談応需体制          |   |   |
| ア                                     | 開局時間  |   |
| イ                                     | 休日、夜間を含む開局時間外の調剤・在宅業務に対応できる体制                                 | <input type="checkbox"/> あり   |
| 他の保険薬局との連携                            | 連携薬局名   |   |
|                                       | 連携する業務内容  |   |
| ウ                                     | 休日、夜間を含む開局時間外の当該薬局を利用する患者からの相談応需体制                            | <input type="checkbox"/> あり   |
| あらかじめ患者に伝えてある電話に回答できない場合の体制(該当するものに☑) | <input type="checkbox"/> 薬剤師の携帯・自宅電話へ転送                       |   |
|                                       | <input type="checkbox"/> 留守録による応答後、速やかに折り返し                   |   |
|                                       | <input type="checkbox"/> その他 ( )                              |   |
| エ                                     | 休日、夜間を含む時間外の調剤、在宅対応体制(地域の輪番体制含む)に係る自局及びグループによる周知              | <input type="checkbox"/> 周知している   |
| オ                                     | エの体制に係る地域での周知の方法(該当するものに☑)                                    | <input type="checkbox"/> 地域の行政機関を通じて周知している。<br><input type="checkbox"/> 地域の薬剤師会等を通じて周知している。 |

|   |   |
|---|---|
| 5 在宅医療を行うための関係者との連携体制等の対応   |   |
| ア 診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの円滑な連携  | <input type="checkbox"/> あり   |
| イ 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制  | <input type="checkbox"/> あり   |
| ウ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績<br>(保険薬局当たり 24 回以上/年)<br>(実績回数の期間: 年 月～ 年 月) | 回   |
| (5のウの参考)  |   |
| ① 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   |
| ② 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   |
| ③ ①及び②について、在宅協力薬局として連携した場合の実績                                       | 回   |
| ④ ①及び②について、同等の業務を行った場合の実績   | 回   |
| エ 在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制整備   | <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導の届出<br><input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修の実施<br><input type="checkbox"/> 薬学的管理指導計画書の様式の整備<br><input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることの掲示<br><input type="checkbox"/> その他( )                |
| 6 医療安全に関する取組の実施   |   |
| ア 医薬品医療機器情報配信サービス(PMDAメディナビ)への登録(薬局が登録した登録番号を記載すること)                | 登録証明書番号( )  |
| イ 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、自局の保険薬剤師への周知        | <input type="checkbox"/> あり   |
| ウ プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の実施   | <input type="checkbox"/> あり   |
| エ 副作用報告に係る手順書の作成と報告実施体制   | <input type="checkbox"/> あり   |
| 7 かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出   | <input type="checkbox"/> あり   |
| 8 管理薬剤師   |   |
| ①氏名   |   |
| ②保険薬局勤務経験年数   | 年   |
| ③週あたりの勤務時間  | 時間  |
| ④当該薬局在籍年数   | 年   |
| 9 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  | <input type="checkbox"/> 薬学的管理指導等に係る職員研修の計画の作成と実施<br><input type="checkbox"/> 定期的な外部の学術研修の受講<br><input type="checkbox"/> 職員の薬学等に関する団体等による研修認定の取得の奨励<br><input type="checkbox"/> 職員の医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表の奨励<br><input type="checkbox"/> その他( ) |
| 10 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                                     | <input type="checkbox"/> あり   |
| 11 研修計画の作成、学会発表などの推奨  | <input type="checkbox"/> あり   |
| 12 患者のプライバシーに配慮した服薬指導を実施する体制(パーティション等で区切られた独立したカウンターを有する等)          | <input type="checkbox"/> あり   |
| 13 地域医療に関連する取組の実施   |   |
| ア 要指導医薬品及び一般用医薬品の備蓄・販売(基本的な48薬効群)                                   | <input type="checkbox"/> あり   |

|   |                            |                                  |
|---|----------------------------|----------------------------------|
| イ | 健康相談、生活習慣等に係る相談の実施         | <input type="checkbox"/> あり      |
| ウ | 緊急避妊薬を備蓄し、相談・調剤対応する体制      | <input type="checkbox"/> あり      |
| エ | 当該保険薬局が敷地内禁煙であること          | <input type="checkbox"/> あり      |
| オ | 薬局等においてたばこ又は喫煙器具を販売していないこと | <input type="checkbox"/> 販売していない |

[記載上の注意]

- 1 令和6年5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、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、「3」のイ、カ、「4」のオ、「13」のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。
- 2 令和6年5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、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算3の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、「3」のイ、カ、「4」のオ及び「13」のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとし、地域支援体制加算4の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、「3」のイ、カ、「4」のオ、「5」のウ、「7」及び「13」のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。
- 3 「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。
- 4 「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。
- 5 「3」のオの期間については、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。
- 6 「3」のオの集中度については、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計算すること。
- 7 「3」のカについては、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の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 8 「4」のアについては、自局の開局時間を記載すること。
- 9 「4」のイの他の保険薬局との連携については、地域薬剤師会等の当番・輪番に参加している場合は、その旨を記載すること。
- 10 「4」のオについては、地域の行政機関または地域の薬剤師会から公表されていることが確認できる資料を添付すること。
- 11 「5」のウの実績については、情報通信機器を用いた場合は除く。
- 12 「5」のウの「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。
- 13 「6」のエについては、当該手順書の写しを添付すること。
- 14 「6」のウの「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。
- 15 「8」の②の「保険薬局勤務経験年数」については、当該保険薬剤師の保険薬局勤務年数を記載すること。③の「週あたりの勤務時間」については、当該保険薬剤師の1週間あたりの平均勤務時間を記載すること。④「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、届出時までの当該保険薬剤師の在籍期間を記載すること。
- 16 「11」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。
- 17 「13」のエについては、保険薬局が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険薬局の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- 18 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。