

日 薬 業 発 第 22 号

令 和 8 年 4 月 7 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8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

平素より、本会会務に格段のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

令和8年度診療報酬改定に関する通知の発出につきましては、令和8年3月6日付け日薬業発第457号ほか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、通知等の一部訂正について連絡がありましたのでお知らせいたします（別添）。

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8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8年4月2日付け事務連絡、厚生労働省保険局医療課）

事 務 連 絡
令和 8 年 4 月 2 日

関 係 団 体 御中

厚生労働省保険局医療課

令和 8 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

標記につきまして、別紙のとおり、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)及び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)あて連絡するとともに別添団体各位に協力を依頼しましたので、貴団体におかれましても、関係者に対し周知を図られますようお願いいたします。

事 務 連 絡
令和 8 年 4 月 2 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 8 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 6 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。

また、令和 8 年 3 月 5 日付官報（号外第 46 号）に掲載された令和 6 年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添 7 のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

- ・「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 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 6 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 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 7 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 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 8 号）（別添 3）
- ・~~「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額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 8 年 3 月 5 日保発 0305 第 19 号）（別添 4）~~
- ・~~「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 9 号）（別添 5）~~
- ・~~「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」
（令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 1 号）（別添 6）~~

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 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 6 号)

別添 1

医科診療報酬点数表に関する事項

第 1 章 基本診療料

第 2 部 入院料等

第 3 節 特定入院料

A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料

(7) 平成 28 年 3 月 31 日時点で、継続して 6 か月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者であって、引き続き同病室に入院しているもの、令和 4 年 3 月 31 日時点で脳卒中又は脳卒中の後遺症により特殊疾患入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、引き続き同病棟に入院しているもの、令和 6 年 3 月 31 日時点で特殊疾患入院医療管理料を算定している病棟に入院している患者であって、「J 0 3 8」人工腎臓、「J 0 3 8-2」持続緩徐式血液濾過、「J 0 3 9」血漿交換療法又は「J 0 4 2」腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等及び「注 4」又は「注 6」に規定する点数を算定する患者を除く。）であり、引き続き当該病棟に入院しているもの及び令和 8 年 3 月 31 日時点で廃用症候群により 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 を算定する 病棟病室 に入院している患者（脳卒中又は廃用症候群の発症前から重度の肢体不自由児（者）であった患者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、引き続き当該病棟に入院しているものについては、医療区分 3 に相当するものとみなす。なお、脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者であって、その疾患及び状態等が医療区分 3 に規定する疾患及び状態等に相当するものについては、注 4 によらず、特殊疾患入院医療管理料に規定する所定点数を算定すること。

A 3 0 9 特殊疾患病棟入院料

(7) 平成 28 年 3 月 31 日時点で、継続して 6 か月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に入院している患者であって、引き続き同病棟に入院しているもの、令和 4 年 3 月 31 日時点で脳卒中又は脳卒中の後遺症により特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に入院している患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、引き続き同病棟に入院しているもの、令和 6 年 3 月 31 日時点で特殊疾患病棟入院料を算定している病棟に入院している患者であって、「J 0 3

調剤報酬点数表に関する事項

<調剤技術料>

区分 0 1 薬剤調製料

(9) 調剤技術料の時間外加算等

ウ 時間外調剤に係る特別の料金の徴収を行う場合には、時間外加算~~等~~を算定できない。

<薬学管理料>

区分 1 0 の 3 服薬管理指導料

1 通則

(4) 算定に当たっては、「必要な指導等」として次に掲げる事項を全て行うこと。

カ 処方された薬剤について、薬剤交付後においても、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について、継続的かつ的確に把握するとともに、必要に応じて次に掲げる指導等を実施すること。

(ロ) 保険薬剤師が必要と認める場合は、薬剤交付後においても電話等により、(~~2~~4)のイの(ロ)に掲げる内容について、保険薬剤師が患者等に確認し、その内容を踏まえ、必要な指導等を実施すること。

(ニ) 継続的服薬指導に当たっては、「薬剤使用期間中の患者フォローアップ~~の手引き~~き～適正な薬物治療共同管理計画に向けたフォローを実施するために～」~~（日本薬剤師会）~~等を参考とすること。

2 服薬管理指導料 1 及び 2

(1) 服薬管理指導料 1 及び 2 は、保険薬剤師が、患者の薬剤服用歴等及び服用中の医薬品等について確認した上で、1 の(~~2~~4)の「必要な指導等」の全てを対面により行った場合に、以下の区分により算定する。

区分 1 5 の 1 0 複数名薬剤管理指導訪問料

(5) ~~訪問薬剤管理医師同時指導料複数名薬剤管理指導訪問料~~は、特別調剤基本料 B を算定している保険薬局は算定できない。

別表 1

(1) 服薬管理指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

			服薬管理指導料 1イ・2イ	服薬管理指導料 1ロ・2ロ	服薬管理指導料 3	服薬管理指導料 4イ・4ニ	服薬管理指導料 4ロ・4ハ	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 2・3	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	訪問薬剤管理医師同時指導料
項目		算定回数										
調剤管理料等の加算	調剤時残薬調整加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	薬学的有害事象等防止加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
在宅患者訪問薬剤管理指導料の加算	特定薬剤管理指導加算 1	処方箋受付ごと	○	○	○	○	⊖ ×	×	×	×	×	×
	特定薬剤管理指導加算 2	月 1 回まで	○	○	○	○	⊖ ×	×	×	×	×	×
	特定薬剤管理指導加算 3	処方箋受付ごと	○	○	○	○	⊖ ×	×	×	×	×	×
	吸入薬指導加算	6 月に 1 回まで	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×
	かかりつけ薬剤師フォローアップ加算	3 月に 1 回まで	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	かかりつけ薬剤師訪問加算	6 月に 1 回まで	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	麻薬管理指導加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
	乳幼児服薬指導加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
	小児特定加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	1 回ごと	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×
	在宅中心静脈栄養法加算	1 回ごと	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×
外来服薬支援料 1		月 1 回まで	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
外来服薬支援料 2		処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
服用薬剤調整支援料 1		月 1 回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
服用薬剤調整支援料 2 ^{※1}		6 月に 1 回まで	○	×	⊖ ×	○	○	○	○	○	○	×
調剤後薬剤管理指導料 1		月 1 回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
調剤後薬剤管理指導料 2		月 1 回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
服薬情報等提供料 1		月 1 回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×

服薬情報等提供料 2	月 1 回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×
服薬情報等提供料 3	3 月に 1 回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×
経管投薬支援料	1 回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
複数名薬剤管理指導訪問料※ ²	1 回ごと	×	×	×	×	×	○	×	○	×	×

—(1)—服薬管理指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

※ 1 はかかりつけ薬剤師のみ算定可能

※ 2 は単一建物診療患者 1 名のみ算定可能

※ 3 は、かかりつけ薬剤師が指導や訪問等を実施し、その後の服薬管理指導を当該保険薬局の他の保険薬剤師が実施した場合については、併算定可能

—(2)—在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

			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※ ¹	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料※ ¹	在宅患者緊急時等共同指導料
項目		算定回数					
等 の 加 算	重複投薬・相互作用等防止加算	処方箋受付ごと	×	×	×	×	×
	調剤管理加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○
	医療情報取得加算	1 年に 1 回まで	○	○	○	○	○
指 導 料 等 の 加 算	麻薬管理指導加算	1 回ごと	○	△	○	△	○
	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	1 回ごと	○	×	○	×	○
	乳幼児加算	1 回ごと	○	△	○	△	○
	小児特定加算	1 回ごと	○	△	○	△	○
	在宅中心静脈栄養法加算	1 回ごと	○	×	○	×	○
外来服薬支援料 1		月 1 回まで	×	×	×	×	×
外来服薬支援料 2		処方箋受付ごと	○	○	○	○	○
服用薬剤調整支援料 1		月 1 回まで	○	○	○	○	○
服用薬剤調整支援料 2		3 月に 1 回まで	○	○	○	○	○
調剤後薬剤管理指導料 1		月 1 回まで	○	○	○	○	○
調剤後薬剤管理指導料 2		月 1 回まで	○	○	○	○	○
服薬情報等提供料 1		月 1 回まで	×	×	×	×	×

服薬情報等提供料3	3月に1回まで	×	×	×	×	×
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○
経管投薬支援料	1回まで	○	○	○	○	○

※1 ~~患者又はその家族等への情報提供の場合を除く。~~

※2 は単一建物診療患者1名のみ算定可能

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 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 8 号)

第 2 届出に関する手続き

- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

(14) 妥結率の実績

- イ 妥結率の実績の算定期間は、報告年度の当年 4 月 1 日から 9 月 30 日までとし、翌年 6 月 1 日から翌々年 5 月 31 日まで適用する。
- ロ イにかかわらず、妥結率の報告年度の当年 4 月 2 日以降に新規に保険薬局に指定された薬局においては、翌々年 5 月 31 日までは妥結率が 5 割を超えているものとみなす。
- 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、ロにかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

新規届出の場合

例：令和 7 年 7 月 1 日に新規指定された薬局の場合

- ・①から④までは妥結率が 5 割を超えていると **見み**なす
- ・②から③までの妥結率の実績を令和 9 年 6 月 1 日（④の翌日）から⑤まで適用する。



- (15) 調剤基本料の注 8 に規定する保険薬局
届出前 3 月間の実績にて判定すること。

(16) 外科医療確保特別加算及び内視鏡手術用支援機器加算に係る年間実績件数

- ア 1 月から 12 月までの 1 年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の 4 月 1 日から翌々年の 3 月末まで所定点数を算定できるものとする。
- イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前 12 月の実績をもって施設基準の適合性を判断し、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 3 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 日から翌年の 3 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。なお、新規届出は、当該保険医療機関の

新規開設又は当該手術等を実施する診療科を新規開設する場合のほか、当該保険医療機関が当該届出を初めて行う場合が該当するが、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。ただし、建物の工事等に伴いやむを得ず当該治療を実施できなくなり、施設基準に適合しなくなった後、再度届出を行う場合には、新規届出として取り扱うものとする。

- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付すこと。

在宅療養支援歯科病院	(歯援病) 第 号
歯科訪問診療料の注 7 に規定する基準	(歯訪問) 第 号
別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の (1) に規定する在宅療養支援病院	(支援病 1) 第 号
(中略)	
歯科訪問診療料の注 16 に規定する基準	(歯訪問) 第 号
医科連携訪問加算	(医連) 第 号
遺伝学的検査の注 1 に規定する施設基準	(遺伝検 1) 第 号
(中略)	
地域支援・医薬品供給対応体制加算 4	(地支体 4) 第 号
地域支援・医薬品供給対応体制加算 5	(地支体 5) 第 号
連携強化加算	(薬連強) 第 号
(中略)	
門前薬局等立地依存減算	(門減) 第 号
服薬管理指導料 1-4 の注 1	(服管 1-4 か薬) 第 号
特定薬剤管理指導加算 2	(特薬管 2) 第 号

第 4 経過措置等

表 1 新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

- ・ ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（P S M A イメージング剤を用いた場合に限る。）に係る費用を算定するための施設基準
- ・ 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算
- ・ 通院・在宅精神療法の注 9 に規定する心理支援加算

第 6 の 9 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)

1 生活習慣病管理料(Ⅰ)の注 1 及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注 1 に関する施設基準

- (1) 生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
- (2) 患者の状態に応じ、28 日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。
- (3) 特定健康診査や健康診断の結果、医療機関での治療や精密検査が必要と判定された者に対する診療を実施するなど、保険者、都道府県、市町村等が実施する地域の生活習慣病の早期発見及び重症化予防のための取組との連携を行うこと。

2 充実管理加算（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準

(1) 充実管理加算 1（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準

ア 当該保険医療機関において、脂質異常症を主病として生活習慣病管理料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定する患者について、次に掲げる割合に基づき算出される、届出時点における直前の、厚生労働省保険局医療課が別途通知する集計期間の実績値が、充実管理加算の届出を行う保険医療機関全体のうち、上位 20%であること（当該保険医療機関において、集計期間中に脂質異常症を主病として生活習慣病管理を行った患者数が 10 人以上である場合に限る。以下同じ。）。

(ア) 継続して投薬による脂質異常症の治療管理を行う患者のうち、集計期間中に、「D 0 0 7」血液化学検査の「1」の中性脂肪若しくは遊離コレステロール、「3」の HDL-コレステロール若しくは総コレステロール、若しくは「4」の LDL-コレステロールを実施し、又は特定健康診査を受診した患者の割合

(イ) 集計期間中の外来受診（他の医療機関への受診を含む。以下同じ。）について、各受診間の間隔がいずれも 6 ヶ月以内であり、かつ、集計期間中の最終受診日から集計期間終了日までの間隔が 6 ヶ月を超えない患者の割合

イ 以下のいずれも満たしていること。

(ア) 外来医療等調査に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及び外来医療等調査事務局と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず 1 名指定すること。

(イ) 外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出すること。

(ウ) 診療記録（過去 5 年間の診療録及び過去 3 年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。

(エ) 診療記録の保管・管理につき、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であることが望ましい。

(オ) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。

(2) 区分2に分類される手術

ア 靱帯断裂形成手術等(靱帯断裂形成手術、靱帯断裂形成手術(関節鏡下)、関節観血的授動術、関節授動術(関節鏡下)、肩関節授動術(関節鏡下)(~~関節鏡下~~肩腱板断裂手術を伴うもの)、骨悪性腫瘍手術及び脊椎、骨盤悪性腫瘍手術をいう。)

第88の2 調剤基本料2

2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点

(3) 処方箋集中度率は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数(同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。)を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除して得た値とする。ただし、いわゆる医療モールの場合においては、当該医療モールにある全ての保険医療機関に係る処方箋の受付回数を合算し、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数と~~見~~みなして、処方箋集中度率を算出する。また、1の(1)のアの「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による調剤の割合」は、上位3の保険医療機関(いわゆる医療モールの場合においては、当該医療モールにある全ての保険医療機関を一の保険医療機関とみなす。)それぞれの処方箋集中度率を合計して得た値とする。

第88の4 特別調剤基本料A

2 特別調剤基本料Aの施設基準に関する留意点

(11) ~~令和4年4月以降に、~~保険薬局が直接関与できずに、保険薬局が利用していた不動産について、不動産の所有者が変更になった場合等において、1の(2)又は2の(2)の~~ア又は若しくは~~イのいずれかに該当することとなった場合においては、新たに「保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局」になった当該月の翌月から6か月に限り、特別調剤基本料Aを適用しない(当該保険薬局が移転した場合を除く。))。

第92 地域支援・医薬品供給対応体制加算

1 地域支援・医薬品供給対応体制加算1に関する施設基準

(2) 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制として以下の要件を満たすこと。

イ 直近1年間において、他の保険薬局等に医薬品を分譲した実績があること。また、分譲を行った際には分譲に係る伝票又は医療用医薬品の譲渡書を2年間保存すること。ただし、同一~~開設者~~グループの保険薬局への医薬品の分譲は、当該実績に含めない。

第95の3 門前薬局等立地依存減算

1 門前薬局等立地依存減算に関する施設基準

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

(1) 次のアからウまでのいずれにも該当する保険薬局であること。

(ハ) 当該保険薬局の敷地境界線からの水平距離が50メートル以内の区域内に所在する他の保険薬局が、②(ロ)に該当すること。

2 門前薬局等立地依存減算の施設基準に関する留意点

(4) 1の(2)のイについて、保険医療機関が所在する建物又は敷地と同一の建物内又は敷地内に所在する場合とは、~~原則として、~~次のいずれかに該当する場合を指す。

ア 不動産登記法上、同一の地番又は一団の土地として取り扱われている土地上に、保険医療機関と当該保険薬局が所在する建物又は敷地である場合

イ 保険医療機関と当該保険薬局が所在する敷地又は建物が、外観上分離されておらず、また構造上も外壁、床、天井又は屋根といった敷地又は建物の主要な部分が一体として連結し、あるいは密接な関連をもって接続している場合

イウ 保険医療機関と当該保険薬局が、共用の通路、エントランス、駐車場、案内表示その他の共用部分を有し、外形上、医療モール等として一体的に利用されていると認められる建物又は敷地である場合（共用部分をフェンス等で区切っているのみで、実質的に共用部分として利用される場合を含む。）

エ 保険医療機関、保険薬局等を複数集合させることを目的として、不動産開発業者等が開発の企画、不動産の取得、建築物の建設、入居の募集等を行った敷地又は建物である場合

~~(5) 次のいずれにも該当する場合には、(4)の記載にかかわらず、保険医療機関が所在する敷地と同一の敷地内に所在する場合として取り扱わない。~~

~~ア 保険医療機関と当該保険薬局が、公道その他これに準ずる公共の用に供される通路を挟んで所在すること~~

~~イ 保険医療機関と当該保険薬局が共用部分を有さず、建築物の構造及び利用形態から一体性が認められないこと~~

~~ウ 保険医療機関と当該保険薬局が、不動産登記法上、異なる地番として取り扱われている土地上にそれぞれ所在すること~~

~~(4)5~~ 特別調剤基本料Aを算定する保険薬局には適用しないこと。

第97の2 服薬管理指導料の注1に規定する保険薬局

1 かかりつけ薬剤師として必要な指導等を行う保険薬剤師は、次の要件を全て満たすこと。

(1) 以下に掲げる勤務経験等を有していること。

ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の保険薬局勤務経験がある。
なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を1年以上有する場合、1年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。

イ 当該保険薬局に週31時間以上(31時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児・介護休業法第23条第1項若しくは第3項又は第24条の規定による措置が講じられ、当該保険薬剤師(労働者に限る。)の所定労働時間が短縮された場合にあつては週24時間以上かつ週4日以上)勤務している。

ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に継続して6か月以上在籍している。なお、産前産後休業、育児休業又は介護休業から復職する場合(復職後に勤務する保険薬局が休業前と同一の保険薬局である場合に限る。)は、休業前の在籍期間を合算することができる。

(2) 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ていること。

- (3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。
- 2 施設基準の届出時点において、以下のいずれの要件も満たしていること。
- (1) 1の要件を全て満たす保険薬剤師（派遣労働者であるものを含み、休職中のものを除く。）を配置していること。
- (2) 以下のいずれかの要件を満たすこと。
- ア 当該保険薬局に勤務する常勤の保険薬剤師（派遣労働者である者を含み、産前産後休業中、育児休業中又は介護休業中の者を除く。）について、当該保険薬局に継続的に在籍している期間（産前産後休業、育児休業又は介護休業から復職した保険薬剤師の休業前の在籍期間を含む。）が平均して1年以上であること。
- イ 当該保険薬局の管理薬剤師が、当該保険薬局に継続して3年以上在籍していること。
- (3) 薬学的管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。
- 3 届出に関する事項
- (1) 保険薬局の服薬管理指導料の注1の施設基準に係る届出は、別添2の様式90を用いること。
- (2) 令和8年5月31日において、現にかかりつけ薬剤師指導料に係る届出を行っていた保険薬局については、令和8年11月 ~~30~~31日までの間に限り、2の(2)に掲げる要件を満たすものとみなす。

第105 外来・在宅ベースアップ評価料(I)

- 3 届出に関する事項
- (5) 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、~~保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、場合には、別添2の様式100の別添1の作成に当たって代わりに、別添2の様式100の別添2を用いることとする。~~

第106 外来・在宅ベースアップ評価料(II)

- 1 外来・在宅ベースアップ評価料(II)の施設基準
- (8) 当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額(以下、「社会保険診療等収入金額」という。)の合計額が、総収入の100分の80を超えること。
- ア 社会保険診療(租税特別措置法(昭和32年法律第26号)第26条第2項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)に係る収入金額(労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね100分の10以下の場合をいう。))の場合に限る。)及び保険外併用療養費(健康保険法第86条に規定する保険外併用療養費をいう。)を支給された場合に当該療養に関して患者から支払われる料金を含む。)

- 3 届出に関する事項

- (5) 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添2の様式96の作成に当たって別添2の様式99を、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、別添2の様式100の別添1の作成に当たって代わりに、別添2の様式100の別添2を用いることとする。

第106の2 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)

3 届出に関する事項

- (5) 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、場合には、別添2の様式100の別添1の代わりに、別添2の様式100の別添2を用いることとする。

第106の3 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)

1 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の施設基準

- (8) 当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額(以下、「社会保険診療等収入金額」という。)の合計額が、総収入の100 分の80を超えること。

ア 社会保険診療(租税特別措置法(昭和32年法律第26号)第26条第2項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)に係る収入金額(労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね100 分の10以下の場合をいう。))の場合に限る。))及び保険外併用療養費(健康保険法第86条に規定する保険外併用療養費をいう。))を支給された場合に当該療養に関して患者から支払われる料金を含む。)

3 届出に関する事項

- (5) 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添2の様式96の作成に当たって別添2の様式99を、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、別添2の様式100の別添1の作成に当たって代わりに、別添2の様式100の別添2を用いることとする。

第107 入院ベースアップ評価料

1 入院ベースアップ評価料の施設基準

- (8) 当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額(以下、「社会保険診療等収入金額」という。)の合計額が、総収入の100 分の80を超えること。

ア 社会保険診療(租税特別措置法(昭和32年法律第26号)第26条第2項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)に係る収入金額(労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね100 分の10以下の場合をいう。))の場合に限る。))及び保険外併用療養費(健康保険法第86条に規定する保険外併用療養費をいう。))を支給された場合に当該療養に関して患者から支払われる料金を含む。)

2 届出に関する事項

- (5) 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添2の様式97の作成に当たって別添2の様式99を、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、別添2の様式100の別添1の作成に当たって代わりに、別添2の様式100の別添2を用いることとする。

第108 歯科技工所ベースアップ支援料

1 歯科技工所ベースアップ支援料の施設基準

- (1) 歯科技工所に補綴物等の製作等を委託しており、当該歯科技工所の歯科技工士の賃上げ等、補綴物の製作を後方から支援する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関は、当該支援料の趣旨を踏まえ、製作等を委託する歯科技工所が当該支援料による賃金改善の意向を有する場合に、当該歯科技工所と連携の上で届出を行うとともに、当該支援料を全て歯科技工所への委託費の増額に充てること。

2 届出に関する事項

- (1) 歯科技工所ベースアップ支援料の施設基準に係る届出は、別添2の様式101を用いること。
- (2) 毎年8月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため「実績報告書」を別添2の様式 ~~101~~102の別添1により地方厚生(支)局長に届け出ること。
- (3) 保険医療機関は、歯科技工所ベースアップ支援料の算定に係る書類(「実績報告書」等)を、当該支援料を算定する年度の終了後3年間保管すること。

第109 調剤ベースアップ評価料

2 届出に関する事項

- (5) 法人内又はグループ内の同一の給与体系に基づく複数の保険薬局において、~~保険薬局の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う~~「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、別添2の様式104の別添1の代わりに、別添2の様式104の別添2を用いることとする。

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 保険薬局指定日	指定年月日	令和 年 月 日
	指定期開始	令和 年 月 日
3 届出の区分（該当する項目の□に「☑」を記入する）		
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められない場合）	
□	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（ ）	
4 調剤基本料の注 1 ただし書への該当の有無	☐ 該当（様式 87 の 2 に記入） ☐ 非該当	
5 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）		
(1)	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	☐ なし→（2）へ ☐ あり→別紙 1 を添付すること
	イ 特別な関係のある医療機関の処方箋集中率の合計 ※別紙 1 の⑪A の数字を記載すること	%
	ウ 経過措置の該当性 I～IV のいずれかに該当する場合は「該当」に☑すること	☐ 該当 ☐ 非該当
	I 平成 28 年 9 月 30 日以前から、病院である保険医療機関と特別な関係にあった場合	☐ 該当 ☐ 非該当
	II 平成 30 年 3 月 31 日以前から、診療所である保険医療機関と特別な関係にあった場合	☐ 該当 ☐ 非該当
	III 平成 30 年 3 月 31 日以前に当該保険薬局の開局に係る手続きが相当程度進捗していた場合	☐ 該当 ☐ 非該当
	IV 令和 8 年 3 月 4 日以前に当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合 (①と②において両方「該当」に☑している場合に限る)	☐ 該当 ☐ 非該当
	①令和 8 年 3 月 5 日以降も当該診療所が所在し続けている場合	☐ 該当 ☐ 非該当
	②令和 8 年 3 月 5 日以降も新たに他の保険医療機関と特別な関係を有しない場合	☐ 該当 ☐ 非該当
	(2)	保険薬局の敷地内のオンライン診療受診施設の有無
	オンライン診療受診施設が、医療計画におけるへき地に所在する保険薬局に設置されている	☐ 該当 ☐ 非該当
(3)	特別調剤基本料 A の該当性（ア、イいずれも非該当→「6」へ）	
	ア 次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・ 4 について「 <u>非該当該当なし</u> 」に☑をしている場合	☐ 該当 ☐ 非該当

	・ 5 (1) アについて「あり該当」に☑をしている場合 ・ 5 (1) イについて 50%超である場合 ・ 5 (1) ウについて「非該当」に☑をしている場合	
	イ 5 (2)について「あり」に☑している場合であって、へき地に所在する薬局でないこと	☐該当 <u>☐非該当</u>

6 処方箋の受付回数及び集中度等※同一の敷地又は建物にある複数の保険医療機関は1の保険医療機関と扱う

期間： 年 月 ～ 年 月 (か月間①)

処方箋集中度第一位の保険医療機関名	i :	処方箋集中度第二位の保険医療機関名	ii :	処方箋集中度第三位の保険医療機関名	iii :
-------------------	-----	-------------------	------	-------------------	-------

(1) 処方箋受付回数等

ア 処方箋受付回数の計算

当該保険薬局で受け付けた全ての処方箋の受付回数				② 回	
i からの受付回数	②-i 回	ii からの受付回数	②-ii 回	iii からの受付回数	②-iii 回
時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算の対象となった患者の全ての処方箋の受付回数				③ 回	
i からの受付回数	③-i 回	ii からの受付回数	③-ii 回	iii からの受付回数	③-iii 回
一月の処方箋の受付回数 = (②-③) / ①				④ 回	
i からの受付回数	④-i 回	ii からの受付回数	④-ii 回	iii からの受付回数	④-iii 回

イ 処方箋集中度の計算

情報通信機器を用いた服薬指導を受けた患者の全ての処方箋の受付回数				⑤ 回	
i からの受付回数	⑤-i 回	ii からの受付回数	⑤-ii 回	iii からの受付回数	⑤-iii 回
同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含む。）の全ての処方箋の受付回数				⑥ 回	
i からの受付回数	⑥-i 回	ii からの受付回数	⑥-ii 回	iii からの受付回数	⑥-iii 回
同一グループの保険薬局の勤務者の家族の全ての処方箋の受付回数				⑦ 回	
i からの受付回数	⑦-i 回	ii からの受付回数	⑦-ii 回	iii からの受付回数	⑦-iii 回
介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・認知症高齢者グループホームの入居者に係る全ての処方箋の受付回数				⑧ 回	
i からの受付回数	⑧-i 回	ii からの受付回数	⑧-ii 回	iii からの受付回数	⑧-iii 回
単一建物診療患者又は単一建物居住者が1人の場合の患者の処方箋の受付回数				⑨ 回	
i からの受付回数	⑨-i 回	ii からの受付回数	⑨-ii 回	iii からの受付回数	⑨-iii 回
処方箋集中度 ※計算は以下のとおり					
$\textcircled{10}n = \frac{\textcircled{2}n - (\textcircled{5}n + \textcircled{6}n + \textcircled{7}n + \textcircled{8}n - \textcircled{9}n)}{\textcircled{2} - (\textcircled{5} + \textcircled{6} + \textcircled{7} + \textcircled{8} - \textcircled{9})}$					
i からの処方箋集中度	⑩-i %	ii からの処方箋集中度	⑩-ii %	iii からの処方箋集中度	⑩-iii %

ウ 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度の合計(⑩-i ~ iiiの合計)		% (⑪)
(2) 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		☐ 所属なし (個店) → (3) へ ☐ 所属あり (薬局グループ名:)
イ ⑩-i が 85% 超		☐ 該当 ☐ 非該当
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		回
エ 調剤基本料3イ~ハの該当性 (いずれかの区分の該当に☑すること)		
調剤基本料3イ (以下のいずれかに該当があれば該当に☑すること)		☐ 該当
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「該当」に☑をしている場合 ・ウが 3.5 万回超 40 万回以下の場合		☐ 該当
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・ウが 3.5 万回超 40 万回以下の場合 ・「5」の(1)ウについて「該当」に☑している場合		☐ 該当
調剤基本料3ロ		
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「該当」に☑をしている場合 ・ウが 40 万回以上の場合		☐ 該当
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・ウが 40 万回以上の場合 ・「5」の(1)ウについて「該当」に☑している場合		☐ 該当
調剤基本料3ハ		
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「非該当」に☑している場合 ・ウが 40 万回以上の場合 ・⑪が 70% 以下		☐ 該当
(3) 処方箋の集中状況等 (調剤基本料2の該当性)		
ア ④が 4000 回超かつ⑪が 70% 超		☐ 該当 ☐ 非該当 → 「イ」へ
イ ④が 1800 回超かつ⑩-i が 85% 超		☐ 該当 ☐ 非該当 → 「ウ」へ
ウ I ~ Vのすべてに該当すること		☐ 該当 ☐ 非該当 → 「エ」へ
I 当該保険薬局の指定日が令和8年6月1日以降である		☐ 該当 ☐ 非該当
II 特別区又は政令指定都市に所在する		☐ 該当 ☐ 非該当
III 当該保険薬局から 500m 以内に他の保険薬局がある		☐ 該当 ☐ 非該当
IV ④が 600 回超かつ 1800 回以下である		☐ 該当 ☐ 非該当
V ⑩-i が 85% 超である		☐ 該当 ☐ 非該当
エ ②-i が 4000 回超		☐ 該当 ☐ 非該当 → 「オ」へ
オ 以下の⑫と④-i を合計した処方箋受付回数が 4000 回超		☐ 該当 ☐ 非該当 → 「(4)」へ
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数		施設

	イ ア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	⑫	回
(4)	4、5(3)ア若しくはイ又は6(2)エ若しくは(3)アからオまでのいずれも該当しない(調剤基本料1の該当性)	☐ 該当	
7	門前薬局等立地依存減算の該当性 ((1)に該当、かつ、(2)又は(3)に該当があれば該当に☑すること)	☐ 該当	
(1)	当該保険薬局の指定日が令和8年6月1日以降である	☐ 該当	☐ 非該当
(2)	門前薬局の該当性		
	ア 6(3)ウのⅡとⅢのいずれにも該当する	☐ 該当	☐ 非該当
	イ ⑩-i が85%超である	☐ 該当	☐ 非該当
	ウ 次の①から③までのいずれかに該当する	☐ 該当	☐ 非該当
	① 200床以上の保険医療機関から100m以内に所在し、当該区域内及び当該保険医療機関の敷地内に他の保険薬局が2以上ある	☐ 該当	☐ 非該当
	② 周囲50m以内に他の保険薬局が2以上ある	☐ 該当	☐ 非該当
	③ 周囲50m以内にある他の保険薬局が②に該当する	☐ 該当	☐ 非該当
(3)	医療モール等の該当性		
	ア ⑩-i が85%超である	☐ 該当	☐ 非該当
	イ 保険医療機関と同一の敷地又は建物に所在する	☐ 該当	☐ 非該当

〔記載上の注意〕

- 「2」については、地方厚生局ホームページに掲載されている「コード内容別医療機関一覧表」を確認の上記載する。
- 「3」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 等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。
- 「3」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」については、令和8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8年度改定に伴う届出」と記載する。
- 「4」については、調剤基本料の注1ただし書に該当する保険薬局の場合においては、「該当」に☑を記入し、様式87の2を添付する。
- 「6」については、処方箋集中率第1位の保険医療機関が同一敷地内又は同一建物内に所在する場合は「医療モール」と記載し、別紙2に各保険医療機関名等を記載する。
- 「6」②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。
- 「6(2)ア」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。
- 「6(2)ウ」については、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の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載する。

医療モール等の施設基準に係る届出書添付書類

	医療モ ール全体	処方箋集 中率 1 位	処方箋集 中率 2 位	処方箋集 中率 3 位	処方箋集 中率 4 位	処方箋集 中率 5 位	処方箋集 中率 6 位	処方箋集 中率 7 位	処方箋集 中率 8 位
保険医療機関又は敷地若しくは建物の名称									
ア 処方箋受付回数の計算									
処方箋受付回数 (②)	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋受付回数 (③)	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
一月の処方箋の受付回数 (④) = (②－③) / ①	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
イ 処方箋集中度									
情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋受付回数 (⑤)	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含む。）の処方箋受付回数 (⑥)	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
同一グループの保険薬局の勤務者の家族の処方箋受付回数 (⑦)	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは介護医療院、高齢者の居住の安定確保に関する法律で定めるサービス付き高齢者向け住宅又は老人福祉法で定める有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム若しくは認知症高齢者グループホームに入居する患者に係る処方箋受付回数 (⑧)	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
単一建物診療患者又は単一建物居住者が 1 人の場合の処方箋受付回数 (⑨)	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
処方箋集中度⑩ ※⑩N = $\frac{②N - (⑤N + ⑥N + ⑦N + ⑧N - ⑨N)}{② - (⑤ + ⑥ + ⑦ + ⑧ - ⑨)}$		%	%	%	%	%	%	%	%

欄が不足する場合には複写し作成すること

妥結率等に係る報告書

医 療 機 関 コ ー ド		報 告 年 月 日	
保 険 薬 局 名 称			
所 在 地			
開 設 者			
担 当 者		電 話 番 号	
所属する法人・グループ名		同一グループ薬局数	

1. 当年度上半期の妥結率

当年度上半期に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)	
当年度上半期に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)	
妥結率(②/①) %	

2. 医療用医薬品の取引の状況

(1) 価格交渉の方法(該当する項目に☑を記入すること。)

- ☐ 自施設が卸売販売業者と直接交渉している。
- ☐ 法人・グループの本部等が代表して卸売販売業者と一括して交渉している。
- ☐ 価格交渉を代行する者に依頼して交渉している。

(2) 価格交渉の状況(該当する項目に☑を記入すること。)

ア 当年度下半期の取引予定

- ☐ 年間での契約であり、当年度下半期においても、基本的に上半期からの妥結価格の変更はない予定。
- ☐ 年間での契約ではないが、当年度下半期は、上半期の妥結価格を踏まえた価格交渉を行う予定。
- ☐ 年間での契約ではなく、当年度下半期は新たに価格交渉を行う予定。

イ 前年度の取引状況(上半期と比較した下半期の取引状況)

- ☐ 年間での契約であり、基本的に前年度上半期からの妥結価格の変更はなかった。
- ☐ 年間での契約ではないが、前年度の上半期と下半期の妥結価格は同程度であった。
- ☐ 年間での契約ではなく、前年度の下半期における妥結価格は上半期よりも高い妥結価格であった。(上半期より小さい乖離率での取引)
- ☐ 年間での契約ではなく、前年度の下半期における妥結価格は上半期よりも低い妥結価格であった。(上半期より大きい乖離率での取引)

3. 医療用医薬品の流通改善に関する取組状況

(1) 単品単価交渉の状況(該当する項目に☑を記入すること。)

- ☐ 全ての品目について単品単価交渉を行っている。
- ☐ 以下の特に医療上の必要性の高い医薬品の全てについて別枠として単品単価交渉を行っている。
 基礎的医薬品、**安定確保医薬品(カテゴリーA)**、**重要供給確保医薬品**、不採算品再算定品(適用を受けてから2年を経過する日までに限る。)、血液製剤、麻薬並びに覚醒剤及び覚醒剤原料
- ☐ **新薬創出等加算品目革新的新薬薬価維持制度対象品及び不採算品再算定の適用を受け2年を経過した品目等**について単品単価交渉を行っている。
- ☐ 単品単価交渉を行っていない。

(2) 卸売販売業者との値引き交渉(該当する項目に☑を記入すること。)

- ☐ 取引条件等は考慮せず、ベンチマークを一律に用いた値引き交渉を行っている。
- ☐ 取引品目等の相違は考慮せず、同一の総値引率を用いた交渉を行っている。
- ☐ 取引条件等の相違は考慮せず、同一の納入単価での取引を求める交渉を行っている。
- ☐ 取引条件や個々の医薬品の価値を踏まえて価格交渉を行っている。

(3) 妥結価格の変更(該当する項目に☑を記入すること。)

- ☐ 随時、卸売販売業者と価格交渉を行っている。
- ☐ 医薬品の価値に変動がある場合を除き、年間を通じて妥結価格の変更を行っていない。

2(1)で「価格交渉を代行する者に価格交渉を依頼している」を選択した場合

(4) 価格交渉を代行する者が次に掲げる点を遵守していることを確認している

(該当する項目に☑を記入すること。)

- ☐ 原則として全ての品目について単品単価交渉を行っていること。
- ☐ 取引条件や個々の医薬品の価値を踏まえて価格交渉を行っていること。
- ☐ 医薬品の価値に変動がある場合を除き、年間を通じて妥結価格の変更を行っていないこと。

〔記載上の注意〕

1. 医療用医薬品とは、薬価基準に収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. 単品単価交渉とは、他の医薬品の価格の影響を受けず、地域差や個々の取引条件等により生じる安定供給に必要なコストを踏まえ、取引先と個別品目ごとに取引価格を決める交渉をいう。
5. 当年度(前年度)上半期とは、当年(前年)4月1日から9月30日までをいい、当年度(前年度)下半期とは当年(前年)10月1日から翌年(当年)3月31日までをいう。
6. 価格交渉を代行する者とは、医療用医薬品の共同購買サービスを提供する事業者、医療機関や薬局に代わり卸売販売業者との価格交渉を行う事業者等をいう。
7. 保険薬局は、報告年度の4月1日から9月30日の実績を、本報告書により、同年度の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. 本報告書による報告の際には、卸売販売業者との取引価格決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料の添付は不要だが、薬局において適切に保管すること。

様式87の3の1

地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

〔届出区分について〕

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 A
2 当該保険薬局における地域支援・医薬品供給 対応体制加算の区分等 (いずれかに○)	地域支援・医薬品供給対応体制加算の区分	
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 1
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 2
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 3
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 4
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 5
提出が必要な様式		
本様式のみ		
様式87の3の1（本様式）及 び様式87の3の2		

〔地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 への該当性について（加算 1～5 共通）〕

3 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制		
ア 医薬品の安定供給に向けた計画的な調達や在庫管理を行っている	☐ 該当	
イ 他の保険薬局に医薬品を分譲した実績がある	☐ 該当	
ウ 供給不安等により調剤できない場合には適切に対応している	☐ 該当	
エ 原則として単品単価交渉している（様式85「妥結率等に係る報告書」を提出している）	☐ 該当	
オ 適正な在庫を確保し、頻回配送や緊急配送を控える	☐ 該当	
カ 在庫調整等を目的とした返品を控える	☐ 該当	
キ 後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨を掲示している	☐ 該当	
ク 後発医薬品の調剤割合が85%以上である	☐ 該当	
4 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	年 月 ～ 年 月	
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（①）		
後発医薬品の規格単位数量（②）		
後発医薬品の調剤割合（②／①）（％）	％	

〔地域支援・医薬品供給対応体制加算 2 から 5 までへの該当性について〕

5 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 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	☐ あり	
ウ 医療材料及び衛生材料を供給できる体制	☐ あり	
エ 麻薬小売業者免許の取得	(免許証の番号を記載：)	
オ 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	☐ あり	
カ 調剤室面積が16㎡以上である (令和 8 年 6 月以降に開設、改築又は増築した保険薬局のみ記載)	☐ あり 開設日： 改築日： 増築日：	

[illegible]

エ 在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制整備

8 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	☐ 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	☐ あり
エ 副作用報告に係る手順書の作成と報告実施体制	☐ あり
9 服薬管理指導料の注1に係る届出（かかりつけ薬剤師）	☐ あり
10 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
11 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	☐ 薬学的管理指導等に係る職員研修の計画の作成と実施 ☐ 定期的な外部の学術研修の受講 ☐ 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 ☐ 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 ☐ その他（ ）
12 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	☐ あり
13 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）	☐ あり
14 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）	☐ あり
イ 健康相談、生活習慣等に係る相談の実施	☐ あり
ウ 緊急避妊薬を備蓄し、調剤又は販売する体制	☐ あり
エ 当該保険薬局が敷地内禁煙であること	☐ 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	☐ していない
カ セルフメディケーション関連機器を設置している	☐ あり
キ 薬事未承認の研究用試薬又は検査サービスの販売等をしていない	☐ していない

【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・医薬品供給対応体制加算の区分に該当するもの1つに○をすること。
- 「3」の **コク** については、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量を合算した数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合をいう。
- 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。
- 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8年3月5日保医発0305第2号）を参照すること。
- 「5」の力について、令和8年6月以降に開設、改築又は増築した保険薬局においては、調剤室面積がわかる文書（見取り図等）を添付すること。
- 「6」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。
- 「6」のエについては、地域の行政機関又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。
- 「8」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。
- 「8」のエについては、当該手順書の写しを添付すること。
- 「10」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。
- 「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。
- 「14」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。
- 「14」の力の「セルフメディケーション関連機器」とは、次に掲げるものの中から3つ以上設置している場合に「あり」とすること。

- ① 体重計
- ② 体温計
- ③ 血圧測定器
- ④ 体組成計（体脂肪率、BMI等を含むもの）
- ⑤ 血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメータ）
- ⑥ 握力計

⑦ 骨密度測定器

様式87の3の2

地域支援・医薬品供給対応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・医薬品供給対応体制加算 2
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 3
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 4
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 5

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			
地域支援・医薬品供給対応体制加算 2 : (4) を含む 3 つ以上を満たすこと。 地域支援・医薬品供給対応体制加算 3・5 : いずれか 7 つ以上を満たすこと。 地域支援・医薬品供給対応体制加算 4 : (4) と (76) 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※	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 2・3 : 40 回、加算 4・5 : 400 回)	回	回
()	(2) 麻薬の調剤回数 (加算 2・3 : 1 回、加算 4・5 : 10 回)	回	回
()	(3) 調剤時残薬調整加算及び薬学的有害事象等防止加算 (加算 2・3 : 20 回、加算 4・5 : 40 回)	回	回
()	(4) 服薬管理指導料 1 のイ及び 2 のイ (加算 2・3 : 20 回、加算 4・5 : 40 回)	回	回
()	(5) 外来服薬支援料 1 (加算 2・3 : 1 回、加算 4・5 : 12 回)	回	回
()	(6) 訪問薬剤管理指導料等 (単一建物診療患者又は単一建物居住者が 1 人の場合に限る。) (加算の区分によらず 24 回)	回	回
()	(7) 服薬情報等提供料等 (加算 2 又は 3 : 30 回、加算 4 又は 5 : 60 回)	回	回
()	(8) 小児特定加算 (加算の区分によらず 1 回)	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 (加算 2・3 : 1 回、加算 4・5 : 5 回)	回	

電子的調剤情報連携体制整備加算の施設基準に係る届出書添付書類

電子的調剤情報連携体制整備加算の施設基準

(□には、適合する場合「✓」を記入すること)

1 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っている。	☐
2 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制がある。	☐
3 オンライン資格確認等システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用できる体制がある。	☐
4 「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋により調剤する体制及び調剤結果を登録する体制を有している。また、調剤に際しては、電子処方箋管理サービスの重複投薬等チェック機能を用いて、患者の服用する薬剤における有効成分の重複その他薬物療法の薬学的知見の観点から不適切な組合せが生じていないかの有無を確認することができる体制を整備している。	☐
5 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理体制を有している。	☐
6 国等が全国で電子カルテ情報共有サービスの運用を開始した場合には、速やかに導入するように努めること。	☐
7 次に掲げる全ての事項について、保険薬局の見やすい場所に掲示し、ウェブサイトに掲載している。 ・オンライン資格確認システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用していること。 ・マイナンバーカードの健康保険証利用を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいること。 ・電子処方箋や電子カルテ情報共有サービスを活用するなど、医療DXに係る取組を実施していること。	☐
8 医療情報システムの安全管理に関するガイドラインや薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストを活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行う体制を有している。	☐

〔記載上の注意〕

「~~8~~-7」については、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード		届出番号	
又は保険薬局コード			

連絡先

担当者氏名 :

電話番号 :

(届出事項)

(選択してください) の施設基準に係る届出

↓チェックをしてください。すべての基準に適合していない場合には届出ができません。

- ☐ 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- ☐ 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- ☐ 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- ☐ 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

殿

- 備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
- 2 ☐ には、適合する場合「✓」を記入すること。
- 3 届出書は、1通提出のこと。

「賃金改善実績報告書・ 賃金中間報告書（調剤）」

1. 調剤ベースアップ評価料を算定する保険薬局については、別添1の「実績報告書・中間報告書」を提出すること。
2. 法人内又はグループ内の同一の給与体系に基づく複数の保険薬局において、保険薬局の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添2「実績報告書・中間報告書（法人）」を用いること。

(保険薬局) _____ (令和 _____ 年度分)

保険薬局コード	
保険薬局名	

I. 提出書類の種類

- ☐ 賃金改善中間報告書
- ☐ 賃金改善実績報告書

II. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間

令和		年		月	～	令和		年		月
----	--	---	--	---	---	----	--	---	--	---

	ヶ月
--	----

(2) ベースアップ評価料算定期間

令和		年		月	～	令和		年		月
----	--	---	--	---	---	----	--	---	--	---

	ヶ月
--	----

III. ベースアップ評価料による収入の実績額【(2)の期間中】

(3) 調剤ベースアップ評価料による収入の実績額		円
--------------------------	--	---

- 基本給等総額については1か月当たりの額を記載してください。
- ※ 「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
- ※ (9)のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額も必ず記載すること
- 対象職員とは、当該保険薬局に勤務する職員をいう。
- ※ ただし、事業主、使用者、開設者、管理者、40歳以上の薬剤師並びに業務委託により勤務する者を除く。

【ベースアップ評価料対象職種について】

IV. ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

(4) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(5) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(6) 令和8年3月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(7) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1か月分）【（5）－（6）】		円
(8) ベア等による賃金増率【（7）÷（6）】		%
(9) 上記（8）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額		円

V-1. 事務職員の基本給等総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(12) 令和8年3月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1か月分）【（11）－（12）】		円
(14) ベア等による賃金増率【（13）÷（12）】		%
(15) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(16) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-2. 薬剤師の基本給等総額に係る事項

(17) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
(18) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
(19) 令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(20) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（18）－（19）】		円
(21) ベア等による賃金増率【（20）÷（19）】		%
(22) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(23) 前年度の賞与の支給月数		か月

VI. 保険調剤による収入の割合

(24) 保険調剤による収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
(25) 全ての収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
(26) 保険調剤による収入の割合【（24）／（25）】		%

※ 保険調剤による収入の総額：調剤報酬（保険外併用療養費を除く。）、介護保険、国、地方公共団体、保険者等が交付する補助金等に係るものの総額（労災保険に係るものを除く）。

VII. ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

(27) ベースアップ評価料による収入の実績額【（３）】		円
(28) 対象職員全体の賃金改善実績額における、保険調剤分（算定期間分）【（７）×（26）×（算定期間）】		円
(29) ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額（算定期間分）【（９）×（算定期間）】		円
(30) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（28）＋（29））－（27）】		円
(31) ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか		賃金改善額充当済み

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日

開設者名：

【記載上の注意】

- 1 「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）
- 2 VIについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。
- 3 Vについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- 4 Vについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

(保険薬局) _____ (令和 _____ 年度分)

保険薬局コード	
保険薬局名	
同一グループ保険薬局名	
同一グループ保険薬局数	

I. 提出書類の種類

- ☐ 賃金改善中間報告書
- ☐ 賃金改善実績報告書

II. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

- (1) 賃金改善実施期間

令和	年	月	～	令和	年	月
----	---	---	---	----	---	---

	ヶ月
--	----
- (2) ベースアップ評価料算定期間

令和	年	月	～	令和	年	月
----	---	---	---	----	---	---

	ヶ月
--	----

III. ベースアップ評価料による収入の実績額【(2)の期間中】

(3) 調剤ベースアップ評価料による収入の実績額		円
--------------------------	--	---

- 基本給等総額については1か月当たりの額を記載してください。
- ※ 「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
- ※ (9)のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額も必ず記載すること
- 対象職員とは、当該保険薬局に勤務する職員をいう。
- ※ ただし、事業主、使用者、開設者、管理者、40歳以上の薬剤師並びに業務委託により勤務する者を除く。

【ベースアップ評価料対象職種について】

IV. ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

(4) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(5) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(6) 令和8年3月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(7) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1か月分）【（5）－（6）】		円
(8) ベア等による賃金増率【（7）÷（6）】		%
(9) 上記（8）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額		円

V-1. 事務職員の基本給等総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(12) 令和8年3月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1か月分）【（11）－（12）】		円
(14) ベア等による賃金増率【（13）÷（12）】		%
(15) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(16) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-2. 薬剤師の基本給等総額に係る事項

(17) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
(18) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
(19) 令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(20) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（18）－（19）】		円
(21) ベア等による賃金増率【（20）÷（19）】		%
(22) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(23) 前年度の賞与の支給月数		か月

VI. 保険調剤による収入の割合

(24) 保険調剤による収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
(25) 全ての収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
(26) 保険調剤による収入の割合【（24）／（25）】		%

※ 保険調剤による収入の総額：調剤報酬（保険外併用療養費を除く。）、介護保険、国、地方公共団体、保険者等が交付する補助金等に係るものの総額（労災保険に係るものを除く）。

VII. ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

(27) ベースアップ評価料による収入の実績額【（３）】		円
(28) 対象職員全体の賃金改善実績額における、保険調剤分（算定期間分）【（７）×（26）×（算定期間）】		円
(29) ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額（算定期間分）【（９）×（算定期間）】		円
(30) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（28）＋（29））－（27）】		円
(31) ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか		賃金改善額充当済み

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日

開設者名：

【記載上の注意】

- 1 「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）
- 2 VIについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。
- 3 Vについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- 4 Vについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。