様式84

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） | 　□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※１ アからエまでのいずれかで「あり」に☑がある場合に記載 | 名称： |
| 　□病院　　　□診療所 |
|  | ア　保険医療機関と不動産の賃貸借取引 | □なし　　　□あり※２ |
| イ　保険医療機関が譲り渡した不動産の利用 | □なし　　　□あり※２ |
| ウ　保険薬局が所有する設備の貸与 | □なし　　　□あり |
| エ　保険医療機関による開局時期の指定 | □なし　　　□あり※２ |
| ※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。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関係） |
|  | 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） | ％ |
| (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 | □なし　→「(３)」へ□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 | □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（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⑪/③)：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。