

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 <sup>注 1</sup>		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 <sup>注 2</sup>
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 <sup>注 2</sup>
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 <sup>注 2</sup>
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。