



イ ⑤が95%を越えている

該当しない → (3)へ

(3) 次のいずれかに該当する→表中(Ⅱ)へ

ア ③が[②(月数)×4,000]が③を超えており、かつ、⑤が70%を越えている

イ ③が[②(月数)×2,000]が③を超えており、かつ、⑤が90%を越えている

ウ ④が[②(月数)×4,000]が④を超えている

該当しない→表中(Ⅰ)へ

表

|      | 妥結率(⑥により判断)      |                    |
|------|------------------|--------------------|
|      | 50%超             | 50%以下              |
| (Ⅰ)  | 調剤基本料1           | 調剤基本料4             |
| (Ⅱ)  | 調剤基本料2           | 調剤基本料5             |
| (Ⅲ)  | 調剤基本料3           | 特別調剤基本料<br>(本届出不要) |
| 特例除外 | 調剤基本料1<br>(特例除外) | 調剤基本料4<br>(特例除外)   |

[記載上の注意]

- 「1」については、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か月間の実績から、調剤基本料の区分が変更になる場合は届出が必要になることに注意すること。
- 「1」については、「その他」に「レ」を記入した場合は、理由を記載すること。
- 「1」については、平成28年度改定に伴い最初に届け出る届出の場合は、「その他」に「レ」を記入し、「平成28年度改定に伴う届出」の旨を記載すること。
- 「2」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月当たりの処方せん受付回数の合計は、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。なお、グループに所属していない保険薬局の場合はグループ名に「なし」と記載すること。
- 「3」については、特掲診療科施設基準通知の別添1第88の1(7)により判断する。
- 「4」については、処方せんの受付回数は次の処方せんを除いた受付回数を記載すること。
  - 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せん
  - 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せん
  - 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せん
- 「5」については、前年10月に地方厚生(支)局に報告した妥結率を記載すること。なお、新規指定に伴い妥結率の報告が不要とされている場合は、その旨を枠内に記載すること。
- 「6」については、特例除外の施設基準に係る届出を行った場合は「あり」に「レ」を記入する。また、別紙様式84の2を添付すること。
- 「(参考)」については、調剤基本料の注3の規定に該当する薬局の場合は「あり」に「レ」を記入する。なお、平成29年2月末までは本欄への記載は要しない。