

令和3年度 薬局における薬剤交付支援事業について

新型コロナウイルス感染症が拡大し、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑みた時限的・特例的な対応として、電話や情報通信機器による服薬指導等については、「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令和2年4月10日厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡）等により実施されています。

国からの委託事業である「薬局における薬剤交付支援事業」は、薬局において電話等による服薬指導等を実施し、調剤した薬剤を患者宅等へ配送した場合又は薬局の従事者が患者宅等に届けた場合の配送料等を支援し、新型コロナウイルス感染症のさらなる拡大防止や患者・医療従事者の感染リスクを避けることを目的とし、次の事項を実施しているものですが、今般、令和3年9月実施分から一部の補助額を改正し実施されるものです。

つきましては、本事業の実施について、皆様のご協力をお願い申し上げます。

① 配送料等の支援

薬局において、電話等による服薬指導等を実施し、調剤した薬剤を患者宅等へ配送した場合又は薬局の従事者が患者宅等に届けた場合の配送料等の一部を予算の範囲内で支援する。

② 電話や情報通信機器による服薬指導等の検証のために必要な情報の報告

薬局における電話や情報通信機器による服薬指導等の実施状況を定期的に把握し、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の状況や、医療機関及び薬局における対応の実用性と実効性確保の観点、医療安全等の観点から改善のための検証に必要な情報を収集する。

1 配送料等の支援

(1) 補助対象

ア 対象施設等

秋田県内の保険薬局（秋田県薬剤師会の会員・非会員を問いません。）とします。

4月2日事務連絡及び4月10日事務連絡等^(注)に基づき調剤及び電話等による服薬指導等を行い、患者宅等に薬剤を配送又は薬局の従事者が患者宅等に薬剤を届けた場合の次の費用です。

なお、処方箋発行日にかかわらず、令和3年9月1日以降に配送実施されたものが対象となります。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 薬局の従事者が患者宅等に薬剤を届けた場合の交通費及び人件費・ 患者宅等へ薬剤を配送した場合の配送料 |
|--|

(注) 対象となる事務連絡は次の表のとおりです。この他に今後対象となる事務連絡が発出されたときは、その都度明確化される予定です。

呼 称	事務連絡タイトル	処方箋の取扱い
令和2年 4月2日 事務連絡	「新型コロナウイルス感染症の軽症者等の宿泊療養マニュアル」の送付について	CoV 宿泊
	新型コロナウイルス感染症患者が自宅療養を行う場合の患者へのフォローアップ及び自宅療養児の感染管理対策について	CoV 自宅
令和2年 4月10日 事務連絡等	新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて（4月10日事務連絡）	O410 対応
	歯科診療における新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて（4月24日事務連絡）	

イ 補助額

補助額は次のとおりです。(注)

なお、最終的な薬局での負担額を上回る額の請求は認められず、請求額には振込手数料、代引き手数料等の支払いに伴う各種手数料は含まれません。

(ア) 処方箋の備考欄に「CoV 宿泊」又は「CoV 自宅」と記載されている場合

薬剤の配送に要した費用*の全額

(イ) 処方箋の備考欄に「O410 対応」と記載されている場合

薬剤の配送に要した費用*のうち、100円を差し引いた額

※「薬剤の配送に要した費用」は、以下のとおりとします。

○薬局の従事者が患者宅等に届けた場合：

・交通費等の実費額相当として、距離を問わず以下のとおりとする。

1 新型コロナウイルス感染症患者（自宅または宿泊療養）

即時的・緊急的な薬剤交付（配送）が求められるため、

3,000円/1件とする。

2 上記以外の患者（O410 対応）

500円/1件とする。

・宿泊療養施設等に対し複数人分を同時に届けた場合も「1件」と考える。

○配送業者を利用した場合：配送料（実費）

(注) 実施期間（令和3年度）の途中で予算の上限に達した場合は、その時点で配送料の支援（補助）は終了しますのでご注意ください。

ウ 請求額

薬局から県薬への請求額は、下表「県薬への請求額」欄のとおりとします。

0410 対応の患者負担分（100円）は、薬局が患者から徴収してください。

処方箋備考欄	配送方法	県薬への請求額	患者負担 ^(注)
CoV 自宅 CoV 宿泊	薬局の従事者	3,000円	0円
	配送業者	配送料全額	
自宅および宿泊療養施設の患者について複数人分を同時に届けた場合であっても1件とし、3,000円を秋田県薬剤師会へ請求する。 ※ この場合の請求手続きは、下記オの【別紙】に全件を記載した上で、代表する1件のみ請求（○を記入）し、それ以外は○をしない（空欄のまま）こと。			
処方箋備考欄	配送方法	県薬への請求額	患者負担 ^(注)
0410 対応	薬局の従事者	400円	100円
	配送業者	配送料－100円	
1か所の届け先について複数人分を届けた場合であっても1件とし、400円を秋田県薬剤師会へ請求する。 ※この場合の請求手続きは、CoV 自宅、CoV 宿泊と同様とする。			

(注) 患者負担分は、薬局が患者から徴収する。

エ 配送方法及び配送に関する留意点

配送方法は、患者が希望する薬局に対して依頼することを踏まえ、また予算には限りがあることから、

薬局の従事者が直接届けることを基本としつつ、
薬局の業務負担等を考慮し、患者と相談の上、適当な配送方法を選択してください。

薬剤の持参・配送に際しては、感染拡大防止に留意する必要があるため、患者または家族等と直接接触しない方法について留意してください（別表参照）。

配送業者を使用する際は、品質保持の確保や緊急性等を考慮した上で、適切と考えられる方法を利用してください。

オ 請求に係る手続

薬剤の配送等を行った薬局は、月ごとの配送等に要した費用等について、翌月 15 日までに秋田県薬剤師会へ実施状況の一覧【別紙】（エクセルファイル）を提出してください。

また、当該薬局においては、請求に当たって、請求の根拠となる資料を保存しておいてください。

<根拠となる資料の例>

- ・ 処方箋の写し（備考欄に 0410 対応、CoV 自宅、CoV 宿泊等が記載されているもの）
- ・ 配送料の金額がわかるもの（伝票控え、配送業者からの請求書等）

<実施状況の一覧【別紙】>

- ・ 令和 2 年 4 月 10 日事務連絡の「5. 本事務連絡による対応期間内の検証」における検証に用いることが想定されています。

カ 請求にあたっての留意点

- ・ 「0410 対応」と記載された処方箋であっても、患者が来局した場合には 0410 対応として扱わないため、上記 1（1）オの請求には含めないでください。（【別紙】に計上しません。）
- ・ 一部負担金の授受に伴う手数料（振込手数料、代引き手数料等）については、支援の対象外（患者の自己負担）です。
- ・ 患者が負担する必要がある配送料等について支援するものであることから、「0410 対応」については、配送料等の患者負担分（100 円）を患者から徴収（患者に請求）するものでなければ、県薬への請求はできません。
- ・ 本事業の支援対象となる配送業者は、いわゆる宅配便を想定していますが、配送業者の選定に際しては上記 1（1）エ「配送方法及び配送に関する留意点」を踏まえ実施してください。

キ 事業の開始・終了時期

本事業の実施期間は、令和 3 年 4 月 1 日から最大で令和 4 年 2 月末までに配送を実施した分です（令和 4 年 2 月配送分は令和 4 年 3 月 15 日が報告期限です。）。ただし、今回の改訂分部については、令和 3 年 9 月 1 日から適用されます。

なお、予算の範囲内での実施であることから、年度の途中で予算の上限に達した場合はその時点で終了します。

※その場合は、ホームページ等でお知らせする予定です。

ク 事業費の精算時期

県薬から薬局に対する費用の精算は、上記1（1）キに記載した
終了時期以降を予定しています。

2 電話や情報通信機器による服薬指導等の検証のために必要な情報の報告

「CoV 自宅」「CoV 宿泊」「O410 対応」の処方箋で、電話等による服薬指導等を実施し、調剤した薬剤を患者宅等へ配送した場合又は薬局の従事者が患者宅等に届けた場合は、配送料等を県薬へ請求するものの他、請求しないもの*についても報告してください。（【別紙】に計上してください。）

配送料等を県薬へ請求しない場合にあっても、根拠となる資料を保管しておいてください。

※例えば、患者宅が薬局から非常に近く、患者負担分を請求せずに薬局の従事者が届けた場合。

<配送料等を県薬へ請求しない場合の根拠となる資料の例>

- 処方箋の写し（備考欄に O410 対応、CoV 自宅、CoV 宿泊等が記載されているもの）

3 報告様式等

(1) 報告様式及び報告時期

上記「1 配送料等の支援」「2 電話や情報通信機器による服薬指導等の検証のために必要な情報の報告」による薬剤の配送等を行った薬局は、別紙のエクセルファイルをダウンロードし、月ごとの配送等に要した費用等について入力し、翌月 15 日までに電子メールに添付して次の 3 (2) の電子メールアドレスに送信してください。

4 月分は 5 月 15 日まで、5 月分は 6 月 15 日まで、以後同様に月ごとに取りまとめ、翌月の 15 日までに報告してください。

【別紙】 エクセルファイル

※別紙の「保険薬局コード（10桁）」＝「054＋保険薬局コード7桁」

(2) 送付先（送信先）

秋田県薬剤師会の専用電子メールアドレスに送信すること。

電子メールアドレス：haisou@akiyaku.or.jp

(3) 実施状況の行政機関への報告

行政機関又は日本薬剤師会から本事業の実施状況について報告の求めがあったときは、上記 3 (1) の【別紙】により得られた情報を報告するほか、必要に応じ各薬局から提供いただいた情報を報告しますのでご協力をお願いします。

概ね 1 か月単位で、厚生労働省医薬・生活衛生局総務課へ報告します。