

地域支援体制加算、在宅患者調剤加算の施設基準における臨時的な取扱いについて (補足資料)

令和2年度診療報酬改定で改正された地域支援体制加算の施設基準のうち、調剤基本料1を算定している保険薬局の実績に係る要件は、経過措置終了後（すなわち令和3年4月1日）から適用となりますが、令和2年8月31日保険局医療課事務連絡（9月1日付け日薬業発第263号）で示されたとおり、新型コロナウイルス対応を行った保険医療機関等は臨時的な取扱いとして、新型コロナウイルス対応期間又は緊急事態宣言が発令された月の診療実績等については控除・遡及が認められており、地域支援体制加算もこの取扱いの対象となります。

今般、令和2年8月31日保険局医療課事務連絡の取扱いを行ってもなお、実績要件を満たさない場合は、令和3年9月30日までの間、新型コロナウイルスの対応の有無にかかわらず、令和元年（平成31年）実績を用いても差し支えないこととなりました。また、本取扱いについては在宅患者調剤加算の実績要件も対象となります。

I. 臨時的な取扱いの対象となる実績

1. 地域支援体制加算

(1) 調剤基本料1の保険薬局

①在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（12回以上）

②服薬情報等提供料等の算定実績（12回以上）

※①および②は、保険薬局あたりの直近1年間の実績

※地域の多職種と連携する会議への出席に関する要件は、診療実績等に当たらないため対象外。

その他の施設要件も同様。

(2) 調剤基本料1以外の保険薬局

①夜間・休日等の対応実績（400回以上）

②麻薬の調剤実績（10回以上）

③重複投薬・相互作用等防止加算等の実績（40回以上）

④かかりつけ薬剤師指導料等の実績（40回以上）

⑤外来服薬支援料の実績（12回以上）

⑥服用薬剤調整支援料の算定実績（1回以上）

⑦単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の算定実績（12回以上）

⑧服薬情報等提供料の算定実績（60回以上）

※①～⑧の実績要件は、常勤の保険薬剤師1人当たりの直近1年間の実績

※地域の多職種と連携する会議への出席に関する要件は、診療実績等に当たらないため対象外。

その他の施設要件も同様。

2. 在宅患者調剤加算

- ①当該加算の施設基準に係る届出時の直近1年間の在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数（合計して計10回以上）

II. 令和3年4月以降も引き続き加算を算定する場合（地域支援体制加算、在宅患者調剤加算）

※詳細は別紙の図

1. 実績要件を引き続き満たす保険薬局

- (1) 令和2年3月1日から令和3年2月末の実績を使用する場合 →報告不要
- (2) 令和2年8月31日保険局医療課事務連絡（その26）（令和2年9月1日付け日薬業発第263号の取扱い）に基づき補正（控除・遡及）する場合 →報告不要
- (3) 令和3年3月26日保険局医療課事務連絡（その39）に基づき平成31年3月1日から令和2年2月末の実績を使用する場合 →特例に係る様式を報告必要

なお、Iに示す実績については、項目ごとにII-(2)、(3)の実績の補正のどちらを実施するか選択することは可能ですが、II-(3)による補正を1項目でも実施した保険薬局は、特例に係る様式の報告が必要です。

また、調剤基本料の区分変更がある場合、別途、地域支援体制加算の施設基準に係る届出が必要です。

2. II-(1)(2)(3)のいずれにより補正しても要件を満たさない保険薬局 →届出を辞退

III. 実績等に係る要件の取扱い

1. II-(2)に該当する場合

(1) 実績を控除・遡及する場合

令和2年8月31日保険局医療課事務連絡（その26）の1.(2)①又は②に当てはまる期間（※）については、同連絡の2.(2)①に基づき、実績要件にかかる期間（令和2年3月1日から令和3年2月末）から控除した上で、控除した期間と同等の期間を遡及して加え、当該期間における実績として使用します。

(※) 臨時的な取扱いの対象とする医療機関等

① 以下のアからエに当てはまる期間

- ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等
- イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等
- ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等
- エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

② 緊急事態宣言期間（緊急事態措置を実施すべき区域とされた区域にかかわらず全ての区域が対象。また、当該期間を含む月単位での取扱いとする。）

※令和3年3月22日保険局医療課事務連絡（その38）も適用

例：令和2年4月から6月の間に新型コロナウイルス感染症の対応などを行った保険薬局における、令和3年3月時点での直近1年間の当該年実績を求める場合

令和 元年	令和2年												令和3年		
	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
	●	●	●	○	★	★	★	○	○	○	○	○	○	○	○

○：通常の取扱いのとおり、実績を使用する月

★：緊急事態宣言の月等、実績を使用しない月

●：臨時的な取扱いとして実績期間から控除した月（★）の代用として、実績を使用する月

(2) 新型コロナウイルス感染症対応期間を除いた実績の平均値を用いる場合

実績を求める対象とする期間から令和2年8月31日保険局医療課事務連絡（その26）の1.(2)に当てはまる期間を除き、残りの月の実績の平均値を12ヶ月分に戻して実績を求めます。

例：令和2年4月～6月までの間に新型コロナウイルス感染症の対応などを行った保険薬局における、令和3年3月時点での「直近1年間の実績」を求める場合

令和2年										令和3年	
3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
2	■	■	■	1	2	1	1	0	1	1	1

※調剤基本料1の保険薬局における在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（12回以上）のケース

■：対象医療機関等に該当するため、平均値を代用する月

$(2 + 1 + 2 + 1 + 1 + 0 + 1 + 1 + 1) \div 9 \text{ヶ月} \doteq 1.1 \text{ (平均値)}$

$1.1 \text{ (平均値)} \times 12 \text{ヶ月} \doteq 13.2 \text{ 回 (実績値)}$

2. II-(3)に該当する場合（届出が**必要**）

(1) 考え方

直近1年間（令和2年3月～令和3年2月）の実績の代わりに、その前年（平成31年3月～令和2年2月）の実績を使用します。

また、その場合、令和3年4月30日までに、所定様式1-2による報告が必要です。

(2) 報告を行う内容

平成31年3月から令和2年2月までの実績を使用する場合は、当該項目それぞれについて、以下の各時期に実績の報告が必要となります。

①令和3年4月30日まで：平成31年3月～令和3年3月（25か月分）

※様式1-2では、平成31年2月以降から入力できますが、平成31年3月分以降で差し支えありません。

②令和3年6月30日まで：令和3年4月～令和3年5月（2か月分）

③令和3年9月30日まで：令和3年6月～令和3年8月（3か月分）

令和2年3月1日～令和3年2月末日の実績で地域支援体制加算^(注)の施設要件を満たしている。

注) 在宅患者調剤加算についても同様

満たさない

令和2年3月1日～令和3年2月末日の実績のうち、コロナ対応を行った月を控除して、その分の期間を遡った場合に要件を満たす。

※令和2年8月31日事務連絡(その26) 2(2) ①または②

満たさない

平成31年3月1日～令和2年2月末日の実績を使用した場合に要件を満たす。

満たす

満たさない

満たす

満たす

届出不要

※令和2年度から引き続き算定する薬局で、調剤基本料1 ↔ 調剤基本料1以外の区分変更があった場合は届出必要

令和3年4月30日までに様式1-2を提出

辞退届を提出

臨時的な取扱いの対象実績要件

地域支援体制加算

◆調剤基本料1

- ①在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績(12回以上)
- ②服薬情報等提供料等の算定実績(12回以上)
- ※①および②は、保険薬局あたりの直近1年間の実績

◆調剤基本料1以外

- ①夜間・休日等の対応実績(400回以上)
- ②麻薬の調剤実績(10回以上)
- ③重複投薬・相互作用等防止加算等の実績(40回以上)
- ④かかりつけ薬剤師指導料等の実績(40回以上)
- ⑤外来服薬支援料の実績(12回以上)
- ⑥服用薬剤調整支援料の算定実績(1回以上)
- ⑦単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の算定実績(12回以上)
- ⑧服薬情報等提供料の算定実績(60回以上)
- ※①～⑧の実績要件は、常勤の保険薬剤師1人当たりの直近1年間の実績

※本取扱いは在宅患者調剤加算も対象

当該加算の施設基準に係る届出時の直近1年間の在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数(合計して計10回以上)