

薬局における薬剤交付支援事業  
新潟県内の薬局における電話等による服薬指導等の実施状況に関する  
報告のお願いと請求手続きについて（令和3年度版）

令和3年9月1日 一部改正

## I. 概要

新型コロナウイルス感染症が急激に拡大している状況を踏まえ、令和2年4月2日付け厚生労働省事務連絡では宿泊療養・自宅療養を行う新型コロナウイルス感染症の軽症者等に対する、同月10日付け厚生労働省事務連絡では感染症患者以外について、薬局は患者の希望により電話や情報通信機器を用いて服薬指導等（以下、「電話等による服薬指導等」とする。）を実施し、調剤した薬剤の配送等を行うことができる旨の時限的・特例的な取扱いが示されている。

本事業は、薬局から患者宅等に薬剤を配送する場合の配送料等を支援することにより、新型コロナウイルス感染症の更なる拡大防止や患者・医療者の感染リスクを避けることを目的とする。

## II. 本事業の補助対象及び補助額

### 1. 補助対象

新潟県内の薬局において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<sup>注1)</sup>の以下の費用を補助する。

- ・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

処方箋の備考欄の記載	根拠となる厚生労働省事務連絡
CoV 宿泊	「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（令和2年4月2日付け、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）
CoV 自宅	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時の感染管理対策について（令和2年4月2日付け、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）
0410 対応	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日付け、厚生労働省医政局医事課、同医薬・生活衛生局総務課事務連絡）
	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（令和2年4月24日付け、厚生労働省医政局歯科保健課、同医薬・生活衛生局総務課事務連絡）

注1) 上の表に示す事務連絡通知に基づく取扱いであって、処方箋の備考欄に以下の記載のあるものが対象となる。この他に、今後対象となる事務連絡が発出された場合には、その都度明確化される予定。

## 2. 補助額

補助額は、以下の通りとする。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ない。

処方箋の備考欄に「CoV 自宅」又は「CoV 宿泊」と記載されている場合	薬剤の配送に要した費用の全額
処方箋の備考欄に「0410 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、 <u>100 円を差し引いた額</u>

「薬剤の配送に要した費用」は、以下の通りとする。

○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） 3,000 円/1 件**

**2. 上記以外の患者（0410 対応） 500 円/1 件**

・宿泊療養施設や1ヵ所の届け先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

## 3. 補助の開始及び終了時期

令和3年度における本事業による補助は、令和3年4月1日から対象とする。

事業の終了は令和3年度末であることから、補助対象は最大でも令和4年2月末日分までとなる（令和2年度については予算成立より実施し、一旦事業として終了しており、この度事業が延長されたことを踏まえ、令和3年4月1日より再開するものとする）。

なお、補助事業費の範囲内での事業であることから、実施期間の途中で上限額に達した場合は、その時点で補助は終了となる。実施期間の途中で上限額に達した際には、新潟県薬剤師会ホームページに掲載して通知する。

## 4. 配送方法及び配送に関する留意点

配送方法は、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する。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することとし、以下についても留意すること。

・処方箋の備考欄に「0410 対応」と記載されていても、患者が来局した場合には「0410 対応」として扱わないため、補助対象外とする。

・一部負担金等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、補助の対象外（患者の自己負担）とする。

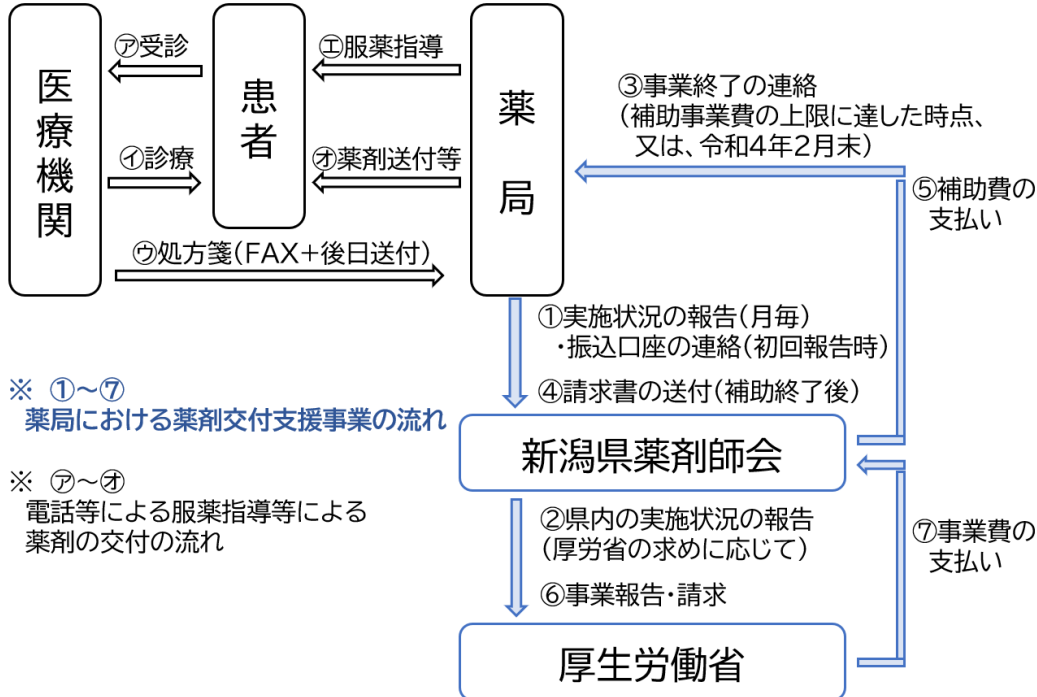
・本事業の補助対象となる配送業者は、いわゆる宅配便を想定しており、日本薬剤師会が作成した「新型コロナウイルス感染症の拡大防止のための時限的・特例的な取り扱いにおける薬剤の配送について」<sup>注2)</sup>（令和2年4月28日）に準ずるものとする。

注2)新潟県薬剤師会ホームページ(<http://www.niiyaku.or.jp/topmessage/yakuzai>)参照。

### Ⅲ. 実施状況の報告及び請求の手続き

#### 1. 手続きの概要

本事業の流れは下図の通り。



厚生労働省は、本事業を通じて電話等による服薬指導等及び配送等の実施状況を把握し、4月10日事務連絡「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を想定しているため、**補助対象か否かにかかわらず、電話等による服薬指導等に係る薬剤の配送等を行った薬局は毎月、実施状況の報告を行う。**

薬局に対する費用の精算は、補助の終了（最大で令和4年2月分まで。実施期間中に補助事業費の上限額に達した場合はその時点）後を予定している。

#### 2. 電話等による服薬指導等に係る実施状況の報告

##### (1) 報告様式及び方法

薬剤の配送等を行った全ての薬局は **翌月 15 日までに配送に要した費用等** について、「電話等による服薬指導等及び薬剤の配送等の実施状況の一覧(R3 年**修正**版) (様式1)」を新潟県薬剤師会事務局宛に、**原則、メールにて送信する。**

○送信先メールアドレス： yaku2020@niiyaku.or.jp

○Excel のファイル名： 「\*\*\*\*\* (保険薬局コード) \_〇〇薬局 (薬局名) 【様式1】」

自動返信メールが届くので、事業終了まで保存すること。

なお、薬局においては、請求の根拠となる資料を保存しておくこと。

##### 【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 (伝票の控え、配送業者からの請求書等)。

## (2) 請求額に関する留意事項

薬局からの新潟県薬剤師会への請求額は、下表のとおりとする。なお、「0410 対応」の患者負担分（100 円）については、薬局は必ず患者から徴収すること。

処方箋	配送方法	新潟県薬剤師会への請求額	患者負担
CoV 自宅	薬局の従事者	3,000 円	0 円
	配送業者	配送料全額	
0410 対応	薬局の従事者	400 円	100 円
	配送業者	配送料 - 100 円	

## (3) 「電話等による服薬指導等及び薬剤の配送等の実施状況の一覧(R3 年版) (様式1)」の記載要領

参考資料(1)の記載例を参考とする。

## 3. 請求の手続き

### (1) 補助費の振込口座について

補助費の振込口座については、薬局がⅢ. 2の実施状況について初回に報告する際に、「薬剤交付支援事業に係る振込口座について(様式2)」により、原則、メールで新潟県薬剤師会へ連絡する。

なお、令和2年度に振込口座を連絡した薬局については、令和3年度改めての連絡は不要とする。

### (2) 精算時期と精算方法について

新潟県薬剤師会から薬局に対する費用の精算手続きは、補助の終了以降に行う。

薬局は、新潟県薬剤師会に対し、実施期間の途中で補助事業費の上限に達した際には補助の終了後1ヵ月以内に、上限に達しなかった場合には令和4年3月15日までに請求を行う。

新潟県薬剤師会は、薬局に対し、令和3年4月から令和4年1月までに請求のあった金額の確認について、令和4年2月15日以降に郵送で照会を行う。

薬局は、請求金額を確認の上、令和4年2月分の補助費を合算し、請求書様式(参考資料(2)参照)により、新潟県薬剤師会に対して請求を行う。

請求者氏名及び押印した請求書原本を、新潟県薬剤師会あてに郵送で提出する。

## 4. その他

本事業の活用については、新潟県薬剤師会ホームページ>トップページ>薬局における薬剤交付支援事業について(<http://www.niiyaku.or.jp/topmessage/yakuzai>)も参照する。

「令和2年度薬局における薬剤交付支援事業委託費の交付について」では、間接補助金を間接補助事業者に交付する場合は、以下の条件を付さなければならないとされていることから、本事業による補助の申請に当たっては、以下の条件に留意すること。

(交付の条件)

本事業における交付の決定には、次の条件が付されるものとする。

(1) 事業に要する経費の配分の変更(軽微な変更を除く)をする場合には、新潟県薬剤師会の承認を受けなければならない。

(2) 事業を中止し、又は廃止する場合には、新潟県薬剤師会の承認を受けなければならない。

(3) 事業が予定の期間内に完了しない場合又は事業の遂行が困難となった場合には、速やかに新潟県薬剤師会に報告してその指示を受けなければならない。

(4) 事業の遂行及び支出状況について新潟県薬剤師会の要求があったときは、速やかにその状況を報告しなければならない。

(5) 委託費と事業に係る証拠書類等の管理については次によるものとする。

委託費と事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ当該帳簿等及び証拠書類を委託費の額の確定の日(事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日)の属する年度の終了後5年間保管しておかなければならない。

(6) 事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により委託費に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定した場合(仕入控除税額が0円の場合を含む。)は、第4号様式により速やかに、遅くとも事業完了日の属する年度の翌々年度6月30日までに新潟県薬剤師会に報告しなければならない。

なお、補助事業者が全国的に事業を展開する組織の一支部(又は一支社、一支所等)であって、自ら消費税及び地方消費税の申告を行わず、本部(又は本社、本所等)で消費税及び地方消費税の申告を行っている場合は、本部の課税売り上げ割合等の申告内容に基づき報告を行うこと。

また、委託費に係る仕入控除税額があることが確定した場合には、当該消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額を国庫に返還しなければならない。

5. 問い合わせ先

公益社団法人新潟県薬剤師会 事務局 担当: 齊藤、長谷川、林

電話 025-281-7730、 FAX 025-281-7735

参考資料（1）

電話等による服薬指導等及び薬剤の配送等の実施状況の一覧(R3 年版)の記載について

【基本事項】

- ・集計処理を行う都合上、Excel ファイルのレイアウト等は改変しないでください。
- ・行数が不足した場合、行の挿入は行わず、別シートを追加して記載してください。

【イ. 薬局の基本情報】

【イ. 薬局の基本情報】													
薬局名	[ここに薬局名を入力]												
所在地(都道府県)	[ここに所在地を入力]												
保険薬局コード (10桁の数字を入力)	154***** (10桁)												
当該月のすべての処方箋受付回数	その月の全ての処方箋受付回数 (「0410 対応」等以外も含む)												
うち、電話等により服薬指導した処方箋受付回数	0												
【ロ. 処方箋単位の情報】	月分												

【ロ. 処方箋単位の情報】

① 請求の有無 該当するものに○	② 配送実施日	③ 薬剤の配送方法 項目を選択	④ 処方箋の備考欄 項目を選択	⑤ 配送料等 (円) 数字を入力	⑥ 県業への請求額 (円) 数字を入力	⑦ 処方箋発行日	⑧ 当該患者の過去の来局の有無を選択	⑨ 処方医薬品種類数 数字を入力	⑩ 当該処方箋の最長投与日数 (日分) 数字を入力	⑪ 調剤した薬剤の剤型 該当するものに○			⑫ 一部負担金等の徴収方法 項目を選択
										内服	吸入	その他	
○	2021/4/8	配送業者を利用	CoV宿泊	370	370	2021/4/8	有	1	14	○			銀行振込
○	2021/4/17	配送業者を利用	0410対応	370	270	2021/4/16	無	3	30	○	○		従事者が直接受領
○	2021/4/20	従事者が訪問	0410対応	500	400	2021/4/20	有	4	30	○		○	従事者が直接受領
○	2021/4/16	従事者が訪問	0410対応	500	400	2021/4/16	有	4	30	○			従事者が直接受領
	2021/4/16	従事者が訪問	0410対応	0		2021/4/16	有	4	30	○			従事者が直接受領
	2021/4/23	従事者が訪問	0410対応	0		2021/4/23	有	3	14	○			銀行振込
○	2021/4/24	配送業者を利用	0410対応	370	270	2021/4/24	有	5	60	○		○	次回来局時に支払い

請求の有無にかかわらず、電話等により服薬指導を行った処方箋全てについて記載してください。(処方箋に「0410 対応」と記載があっても患者が来局するなど、電話等で服薬指導を行わなかった処方箋については、記載しないでください)。

「当該患者の過去の来局の有無」は、対面によるものか電話等によるものかは問わず、自薬局において処方箋を受け付けたかどうかで記載してください。

(例1) 複数名の患者に対し、1ヵ所の届け先に2人分の処方箋を受付け、薬局の従事者が届けた場合

① 県薬への 請求の有 無 該当する ものに○	② 配送実施日	③ 薬剤の配送方法 項目を選択	④ 処方箋の 備考欄 項目を選択	⑤ 配送料等 (円) 数字を 入力	⑥ 県薬への 請求額 (円) 数字を 入力	⑦ 処方箋 発行日	⑧ 当該患者の 過去の 薬局利用 有無を選択	⑨ 処方医薬品 種類数 数字を 入力	⑩ 当該処方箋の 最長投与日数 (日分) 数字を入力	⑪ 調剤した薬剤の剤型 該当するものに○			⑫ 一部負担金等 の徴収方法 項目を選択
										内服	吸入	その他	
○	2021/4/8	配送業者を利用	CoV宿泊	370	370	2021/4/8	有	1	14	○			銀行振込
○	2021/4/17	配送業者を利用	0410対応	370	270	2021/4/16	無	3	30	○	○		従事者が直接受領
○	2021/4/20	従事者が訪問	0410対応	500	400	2021/4/20	有	4	30	○		○	従事者が直接受領
○	2021/4/16	従事者が訪問	0410対応	500	400	2021/4/16	有	4	30	○			従事者が直接受領
	2021/4/16	従事者が訪問	0410対応	0		2021/4/16	有	4	30	○			従事者が直接受領

代表の1名分を補助対象（請求）とする→請求の有無欄を「○」としてください。  
もう1名分は補助の対象（請求）としない。→請求の有無欄を空欄としてください。

「配送料（円）」欄は、請求する1件のみに「500」と記載し、それ以外は「0」と記載してください。

(例2) 近隣のため交通費の請求を不要とする場合

① 県薬への 請求の有 無 該当する ものに○	② 配送実施日	③ 薬剤の配送方法 項目を選択	④ 処方箋の 備考欄 項目を選択	⑤ 配送料等 (円) 数字を 入力	⑥ 県薬への 請求額 (円) 数字を 入力	⑦ 処方箋 発行日	⑧ 当該患者の 過去の 薬局利用 有無を選択	⑨ 処方医薬品 種類数 数字を 入力	⑩ 当該処方箋の 最長投与日数 (日分) 数字を入力	⑪ 調剤した薬剤の剤型 該当するものに○			⑫ 一部負担金等 の徴収方法 項目を選択	薬
										内服	吸入	その他		
○	2021/4/8	配送業者を利用	CoV宿泊	370	370	2021/4/8	有	1	14	○			銀行振込	○
○	2021/4/17	配送業者を利用	0410対応	370	270	2021/4/16	無	3	30	○	○		従事者が直接受領	○
○	2021/4/20	従事者が訪問	0410対応	500	400	2021/4/20	有	4	30	○		○	従事者が直接受領	○
	2021/4/26	従事者が訪問	0410対応	0		2021/4/26	有	3	30	○		○	次回来局時に支払い	

県薬への請求の有無」の項目を空欄としてください。

令和 年 月 日

## 請 求 書

公益社団法人新潟県薬剤師会  
会長 様

[保険薬局コード]

[保険薬局名]

[請求者]

⑩

[所在地]

[電話番号]

[担当者]

薬局における薬剤交付支援事業に係る補助費について、下記のとおり請求します。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

(内訳)

(単位：円)

番号	明 細	補助額の合計
1	令和3年 4月分	
2	5月分	
3	6月分	
4	7月分	
5	8月分	
6	9月分	
7	10月分	
8	11月分	
9	12月分	
10	令和4年 1月分	
11	2月分	
	合 計	



第4号様式

令和4年 月 日

公益社団法人新潟県薬剤師会  
会長 様

薬局名 \_\_\_\_\_

令和3年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

令和2年6月3日新薬発第32号で通知のあった「令和2年度薬局における  
薬剤交付支援事業の交付について」により付された条件に基づき、次のとおり  
報告する。

1. 補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律第15条に基づく額の  
確定額又は事業実績報告による精算額  
金 円
2. 消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係  
る仕入控除税額（要委託費返還相当額）  
金 0 円
3. 添付書類  
記載内容を確認するための書類（確定申告書の写し、課税売上割合等が  
把握できる資料、特定収入の割合を確認できる資料）を添付する。