

6. 地方厚生局への届出と報告

施設基準の届出

以下の項目については、令和4年4月以降に当該点数を算定するために届出が必要

◆ 新たに施設基準が創設されたもの

- 調剤基本料3の八
- 地域支援体制加算2・3
- 連携強化加算
- 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算
- 在宅中心静脈栄養法加算

◆ 施設基準が改正されたもの

○ 調剤基本料3のロ：

→ 区分の変更がない場合は届出不要

○ 後発医薬品調剤体制加算1～3：

→ 区分の変更がない場合も届出が必要

○ 地域支援体制加算4：

→ 令和4年度改定で地域支援体制加算（調剤基本料1以外の場合）の実績要件について、「薬剤師1人当たり」から「処方箋1万枚当たり」に変更しており、当該加算を算定している場合であっても地域支援体制加算4を算定するためには届出が必要。

△ 地域支援体制加算1：

→ 令和4年度改定で在宅薬剤管理の実績に係る要件が改正されているが、令和4年3月末日時点で、地域支援体制加算（調剤基本料1の場合）の届出をしている薬局において、地域支援体制加算1の要件を満たして令和4年4月以降に当該加算を算定する場合は届出不要。

※ 在宅薬剤管理の実績に係る要件については令和5年3月末日までの経過措置を実施。

※ 地域支援体制加算に係る経過措置については、令和5年3月末日に経過措置期間が終了することから、その時点で別途届出が必要となる予定。

経過措置について

	項目	経過措置
1	調剤基本料の注8に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局（後発医薬品減算）	後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定の施設基準については、令和4年9月30日までの間は現在の規定を適用する。（減算は5点が適用される）
2	地域支援体制加算1・2	令和4年3月末日時点で調剤基本料1を算定していた保険薬局であって、令和4年4月から調剤基本料3の八を算定することとなったものについては、令和5年3月末日までは、調剤基本料1を算定している保険薬局とみなし、要件を満たせば地域支援体制加算1・2を算定可能。 （※調剤基本料については3の八を算定）
3		令和4年3月末日時点で調剤基本料1を算定していた保険薬局であって、従前の「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（調剤基本料1の場合）」を満たしているとして地域支援体制加算の届出を行っているものについては、令和5年3月末日までは「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」を満たしていることとする。
4	地域支援体制加算3・4	令和4年3月末日時点で調剤基本料1以外を算定していた保険薬局であって、従前の「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（調剤基本料1以外の場合）」を満たしているとして地域支援体制加算の届出を行っているものについては、令和5年3月末日までは「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」を満たしていることとする。

施設基準の届出における主な実績要件の取扱い

新規の場合

	①施設基準	②主な要件	③実績要件の判断期間	④適用期間	⑤届出様式
1	調剤基本料	<ul style="list-style-type: none"> 処方箋受付回数 処方箋集中度 	指定当初は要件なし、その後3か月の実績（特別調剤基本料等に該当する場合を除く）	～翌年3月末日まで（当年度）	様式84
2	地域支援体制加算	<ul style="list-style-type: none"> 在宅患者への指導実績 服薬情報等提供料 等 	直近1年の実績		様式87の3 + 様式87の3の2 又は87の3の3
3	在宅患者調剤加算	<ul style="list-style-type: none"> 在宅患者への指導実績 			様式89
4	後発医薬品調剤体制加算	<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品の調剤数量の割合 	直近3か月の実績	次月	様式87

継続の場合

	①施設基準	②主な要件	③実績要件の判断期間	④適用期間	⑤届出のタイミング
1	調剤基本料	<ul style="list-style-type: none"> 処方箋受付回数 処方箋集中度 	前年3月1日から当年2月末日までの1年の実績（毎年3月に判断）	当年4月1日から翌年3月末日まで（次年度）	区分変更時
2	地域支援体制加算	<ul style="list-style-type: none"> 在宅患者への指導実績 服薬情報等提供料 等 			地域支援体制加算の区分変更時
3	在宅患者調剤加算	<ul style="list-style-type: none"> 在宅患者への指導実績 			
4	後発医薬品調剤体制加算	<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品の調剤数量の割合 	直近3か月の実績（毎月判断）	次月	区分変更時※

※ 令和4年4月に引き続き後発医薬品調剤体制加算を算定する場合は、区分変更がなくても届出が必要。

減算に係る実績要件の取扱い（令和2年度改定から変更なし）

	①減算	②主な要件	③実績要件の判断期間	④減算期間	⑤届出方法
1	未妥結減算 (調剤基本料の注4に係る減算)	①妥結率 ②妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況を未報告	①4月1日から9月末日までの実績 ②11月末までに報告	翌年4月1日から翌々年3月末日(次年度) ※②については、報告を行えば対象期間であっても減算の対象外となる	様式85
2	かかりつけ減算 (調剤基本料の注4に係る減算)	かかりつけ機能に係る基本的な業務の算定回数	前年3月1日から当年2月末日までの1年の実績 (毎年3月に判断)	当年4月1日から翌年3月末日(次年度) ※算定回数の実績を満たした場合は、対象期間であっても減算の対象外となる ※手帳減算については直近3か月の割合が50%を上回った場合は減算の対象外となる。	届出不要 (随時、自局で判断) ※定例報告により状況を確認
3	手帳減算 (服薬管理指導料の注13)	手帳持参患者の割合	前年3月1日から当年2月末日までの1年の実績 (毎年3月に判断)		
4	後発医薬品減算 (調剤基本料の注8)	①後発医薬品の調剤数量の割合 ②定例報告を未提出	①直近3か月 (毎月判断)	①次月 ②次回報告月まで ※②については、報告を行えば対象期間であっても減算の対象外となる	

「定例報告」は、7. 1 報告をさす。