



福岡医発第2302号(地)
平成24年 1月 4日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一 良
(公印省略)

支払基金における突合点検、縦覧点検の実施について

標記の件につきまして、日本医師会は、総論的には支払基金が突合点検・縦覧点検の実施を発表してから4年間も時間があつたにもかかわらず、問題の整理、基盤整備、対策などを打ち出してこなかったことを指摘し、各論として、主に突合点検について別紙1「3. 支払基金に問題提起した課題とその対応」に示す課題の対応を要請されました。

特に、調剤レセプトに記録されている医薬品の適応症が医科レセプトに記録されていない場合、一方的に、医療機関から査定し、薬局が誤っていた場合、後から医療機関が再審査請求をしなければならないことや、医療機関の薬剤が査定されたことで、薬局の調剤報酬(一包化加算など)の減点分を医療機関から減点するという取扱いがされていることにつきましては強く申し入れ、改善が望めない場合は実施を認めないとする姿勢で交渉が進められてきたところであります。

今般、日本医師会が改善を求めてきた課題につきまして、別紙1のとおり一定の対応がなされることとなり、実施を了承することとし、平成23年11月25日に開催されました支払基金理事会で審議した結果、平成24年3月審査分から実施することとなった旨、日本医師会より通知が参りましたのでご連絡申し上げます。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご丁知いただきますとともに、貴会会員に対しまして、改めて電子レセプト請求時に病名漏れなどが無いようしっかりご確認いただくよう周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) 支払基金は当初、査定目標の数字を掲げておりましたが、あくまでも原審査で実施した場合の予想値であり、目標に達しないからと言って査定を強化するようなことはしないことが確認されております。
- 2) 点検がどのように実施されるか、審査の流れなど懇切丁寧に医療機関へ説明するよう要請されております。
- 3) 実際に点検を実施した上で、新たな課題や問題点が発生した場合には必ず関係者で協議することになっておりますことを申し添えます。

- 4) 日医平成23年3月8日付け(保277)「支払基金における突合点検、縦覧点検について」を受け、社会保険診療報酬支払基金福岡支部より本件について説明を受け、各医師会へ通知する予定にいたしておりましたが、その後、日医平成23年3月22日付け(保245)にて延期の通知があり、実施内容の変更が考えられたため通知いたしていませんでした。
- 5) 本件につきまして、社会保険診療報酬支払基金福岡支部より各保険医療機関へ別紙2のとおり通知されることになっております。

(保 199)

平成 23 年 12 月 15 日

都道府県医師会

社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事

鈴木 邦彦



支払基金における突合点検、縦覧点検の実施について

支払基金における突合点検、縦覧点検につきましては、平成 23 年 4 月から実施予定となっておりますが、本年 3 月 22 日付け（保 245）「支払基金における突合点検、縦覧点検の延期について」でご連絡申し上げましたとおり、支払基金において、当面、開始時期を延期せざるを得ないとの判断がなされ、今後の開始時期については関係団体の理解を得た上で改めて案内する旨の連絡がなされたところです。

また、本年 3 月 8 日付け（保 227）「支払基金における突合点検、縦覧点検について」でご連絡申し上げましたとおり、日本医師会として点検実施はやむを得ないものと考えておりますが、点検後の具体的な査定方法等につきまして、支払基金と鋭意交渉を続けておりますことをご報告するとともに、貴会会員に対して、電子レセプト請求時に病名漏れなどがないようしっかりご確認いただくよう周知方をお願い申し上げたところです。

その後も支払基金と継続的に交渉をして参りました。

総論的には、支払基金が突合点検・縦覧点検の実施を言い出してから 4 年間も時間があつたにもかかわらず、問題の整理、基盤整備、対策などを打ち出して来なかったことを指摘し、各論として、主に突合点検について下記 3. に示す課題の対応を要請しました。

特に、調剤レセプトに記録されている医薬品の適応症が医科レセプトに記録されていない場合、一方的に、医療機関から査定し、薬局が誤っていた場合、後から医療機関が再審査請求をしなければならないことや、医療機関の薬剤が査定されたことで、薬局の調剤報酬（一包化加算など）の減点分を医療機関から減点するという取扱いがされていることにつきましては強く申し入れ、改善が望めない場合は実施を認めないとする姿勢で交渉を進めてきたところです。

今般、日本医師会が改善を求めてきた課題につきまして、下記のとおり一定の対応がなされることとなりましたので、実施を了承することとし、11月25日に開催されました支払基金理事会で審議した結果、平成24年3月審査分から実施することとなりました。

つきましては、貴会会員に対しまして、改めて電子レセプト請求時に病名漏れなどがないようしっかりご確認いただくようご周知をよろしくお願い申し上げます。

なお、課題5に掲げました被災地の医療機関に対する猶予措置につきましては協議中ですので、決まり次第追ってご連絡いたします。

また、支払基金は当初、査定目標の数字を掲げておりましたが、あくまでも原審査で実施した場合の予想値であり、目標に達しないからと言って査定を強化するようなことはしないことを確認しています。

さらに、点検がどのように実施されるか、審査の流れなど懇切丁寧に医療機関へ説明するよう要請いたしました。また、実際に点検を実施した上で、新たな課題や問題点が発生した場合には必ず関係者で協議することになっておりますことを申し添えます。

記

1. 突合点検の概要

- 処方せんを発行した医療機関の電子レセプトと、調剤を実施した薬局の電子レセプトを患者単位で照合する。
- 従来は1,500点以上の調剤レセプトのうち、保険者が指示したレセプトが点検の対象であったものを、今後は医科レセプトと調剤レセプト双方が電子レセプトの場合、すべての調剤レセプトを医科レセプトと突合し、調剤レセプトに記録されている医薬品の適応症が医科レセプトに記録されているか、医薬品の投与量等が適当かといったチェックを原審段階で実施する。
- 査定対象（疑義）となるものがあっても医療機関の発行した処方せんを取り寄せて確認する場合があるため、当月分の医療機関への支払はすべて請求通り支払われ、同時に医療機関に処方内容を確認の上、処方内容が異なるものは薬局から処方せんを取り寄せ確認し、請求翌々月に調整する。
- 再審査も同様とする。

2. 縦覧点検の概要

- 複数月にわたって同一医療機関から請求された同一患者の入院・入院外のレセプトをコンピューターで紐付けする。
- コンピューターにより、以下のような視点でチェックし付せんを貼付する。
 - 1) 複数月に1回と定められている検査など
例：骨塩定量検査、IV型コラーゲン、血液細胞核酸増幅同定検査等
 - 2) 2回目以降遡減と定められているもの
例：心電図検査、超音波検査 等
 - 3) 患者1人につき1回のみ算定と定められているもの
例：死亡診断加算、認知症専門診断管理料、肝炎インターフェロン治療計画料 等
- 付せんが貼付されたものを中心に、あくまでも審査委員が前月のレセプトを確認する必要を考えたものに限られる。
- 縦覧点検では、当月請求されたレセプトについて、過去のレセプト（最大6か月）を参考に、従来単月では判断できなかった診療項目を対象に、当月分の点検を行うので、過去のレセプトは査定対象にならない。
- 縦覧点検を開始する月から最大過去6か月に遡るのではなく、まずは開始月だけ、翌月は2か月分と増やしていく。

3. 支払基金に問題提起した課題とその対応

【課題1】

調剤レセプトに記録されている医薬品の適応症が医科レセプトに記録されていない場合、一方的に、医療機関から査定し、薬局が誤っていた場合、後から医療機関が再審査請求をしなければならないこと

《支払基金の対応》※別添1参照

- 医療機関が発行した処方せんを取寄せて内容を確認する場合があることから、当月分の医療機関への支払はすべて請求どおりとし、保険者には減点したレセプトで請求する。
- 医療機関宛てに、事前に査定の対象（疑義）としている内容を連絡し、処方せん内容と異なる場合は申し出ていただく。査定の対象（疑義）とし

ているレセプトのすべてについて、その内容を記載した「突合点検結果連絡書（兼 処方せん内容不一致連絡書）（仮称）」を返戻レセプト等の送付時（審査翌月の5日頃）に同封する。

なお、以下の申し出が医療機関から無かった場合は査定となる。

- 「突合点検結果連絡書（兼 処方せん内容不一致連絡書）（仮称）」記載の薬剤や調剤技術料等が、医療機関が発行した処方せんの内容（処方の指示）と異なる場合には、当該連絡書にその旨記入の上、原則18日（土曜、日曜、休日に当たる場合は直後の平日。以下同じ）までに提出する。
- 上記連絡書の提出を受けた後、薬局から処方せんの写しを取り寄せ、どちらに誤りがあるかを確認し、審査翌々月又は審査翌々々月の支払で調整決定する。

なお、医療機関から申し出のなかった査定分は、翌月の支払時（審査翌々月の支払）に調整決定する。

- 再審査についても処方せんを確認の上調整決定する。

【課題2】

薬局が、先発品と後発品で適応症が異なる医薬品を処方した場合の取扱いをどうするか

《支払基金の対応》

- 現時点においては日本ジェネリック製薬協会から、後発医薬品の情報が公表されているが、あくまで「参考情報」という表現であり、さらに、そうした情報は不定期に更新されるため、常に最新の情報を把握することは困難であることから、支払基金としては、当該「参考情報」が、原審査の段階で適応外として減点の根拠とするところまでは、整備されていないという認識であり、その取扱いについて、厚生労働省当局へ照会中であり、回答が通知されるまでの間は、「審査できない（手を触れない）」扱いにする。

【課題 3】

医療機関の薬剤が査定されたことで、薬局の調剤料（一包化加算など）の減点分を医療機関から減点するという取扱いがされていること

《支払基金の対応》※別添 2 参照

- 一包化加算等医師の同意や確認が必要な調剤技術料※が、突合点検の結果、査定となった場合は、次のとおり取扱う。
 - 1) 保険薬局が医師の処方せんによる指示または、医師の了解を得た上で一包化等を行って、当該加算等を算定した場合
⇒ 薬剤の査定に伴う当該一包化加算等の調剤技術料の査定は医療機関から調整する
 - 2) 医師の処方せんによる指示もなく、医師の了承も得ず一包化等を行い、当該加算を算定（通知違反）した場合
⇒ 薬局から調整する
- この場合、支払基金が処方せんを取り寄せて調整先を確認するが、医師の指示（医師の了解）が処方せんにより確認できない場合は、当該技術料（一包化加算等）の加算は薬局からの減点となる。
- ただし、薬局自らが処方せんの写しに調剤録の写し等、医師の了解の記録を証明でき得る書類を提出し、確認ができた場合はこの限りではない。
- 医師の処方せんによる指示もなく、医師の了承も得ず算定した技術料（一包化加算等）は通知違反であり、これら技術料が算定されている場合は、その算定要件を満たしていると考えている。

「医師の指示や了承」等については、処方せん等を取寄せて確認することとしているが、原審査（突合点検）時に前もって調剤行為をすべて確認することは困難と考えている。

※ 医師への確認が必要な調剤点数の例

分割調剤、嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、自家製剤加算、計量混合調剤加算、後発医薬品調剤加算、重複投薬・相互作用防止加算 等

【課題４】

いわゆる５５年通知に基づき、適応外薬を処方する場合の取扱い

従来、調剤レセプトの１５００点以下は審査対象でないため、査定も返戻もなく、その使用が審査上は認められていると医師が理解している場合、医療機関は適応外使用の旨をレセプトに記載するなどの対応が求められるのか？

《支払基金の対応》

- 突合点検は、医科・歯科レセプトに記載された傷病名と調剤レセプトに記載された医薬品の適応、投与量及び投与日数等について、院内処方レセプトと同じ観点により審査を行うことが基本であることから、突合点検の対象レセプトが、これまでの保険者からの申し出分に限らず、原審査におけるすべてのレセプトを対象とすることになっても、５５年通知の取扱いが変更されるものではない。

【課題５】

被災地の医療機関は何らかの猶予措置をとることが必要である。

被災地の医療機関はギリギリの状況で診療を行い、地域医療を必死に守っていただいている。

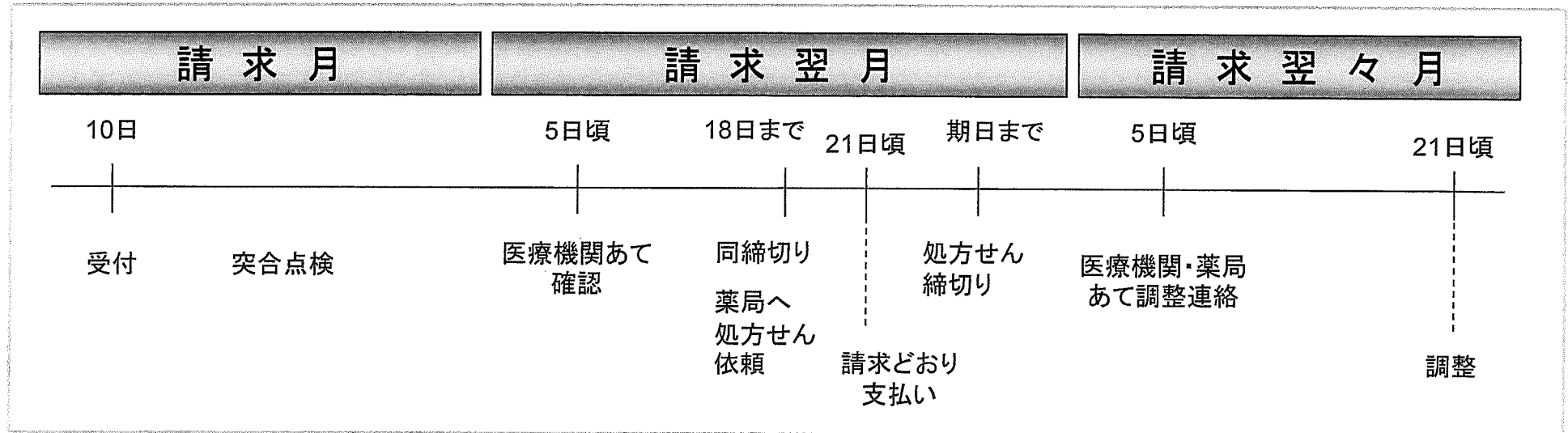
診療報酬改定も延期するよう要望が届いている中で、例え改定が行われたとしても、診療報酬算定・請求事務の変更に加え、突合・縦覧点検への新たな対応で負担を課すことは非常に問題である。

《協議中》

(添付資料)

1. 突合点検の流れ
2. ① 調剤報酬点数表の通知における、処方せんを発行した医療機関等への照会・確認等の記載一覧
2. ② 処方せんを発行した医療機関等への照会・確認等の記載がある調剤診療報酬点数表の告示・通知

突合点検の流れ



- ① 当月分の保険医療機関・薬局の支払額(請求翌月の支払)は、突合点検における査定対象の有無にかかわらず、一旦請求どおり支払われる。
- ② 返戻レセプト等の送付時(請求翌月5日頃)に査定対象を記載した突合点検結果連絡書(仮称)が同封されるので、調剤レセプト分の薬剤並びに調剤技術料等に関して、保険医療機関発行の処方せんの内容(処方指示)と異なる場合は、当該連絡書(処方せん内容不一致連絡書を兼用)を18日までに申し出る。
- ③ 保険薬局から処方せんの写しを取寄せて、次回の支払額の決定までに、保険医療機関又は保険薬局のどちらに誤りがあるかを確認する。
- ④ ③において、処方せんの確認の結果、保険医療機関又は保険薬局いずれかの査定の請求先を決め、減額分を次回の支払額(請求翌々月又は請求翌々々月の支払)で調整する。
- ⑤ ②において、保険医療機関から申し出のない査定対象分についても、次回の支払時(請求翌々月)に調整決定する。

調剤報酬点数表の通知における、処方せんを発行した
医療機関等への照会・確認等の記載一覧

区分	告示名称	通知上、医師への確認（求め、 情報提供）等の記載の有無
（第1節 調剤技術料）		
00	調剤基本料	無
00 加算	基準調剤加算	無
00 加算	後発医薬品調剤体制加算	無
00 加算	分割調剤 （後発医薬品も含む）	有
01	調剤料 （内服薬、屯服薬、浸煎薬、湯 薬、注射薬、外用薬）	無
01 1 加算	嚥下困難者用製剤加算	有
01 1 加算	一包化加算	有
01 加算	内服用滴剤	無
01 加算	無菌製剤処理加算（注射液）	無
01 加算	麻薬、向精神薬、覚せい剤原料 又は毒薬加算	無
01 加算	時間外加算、休日加算、深夜加 算	無
01 加算	夜間・休日等加算	無
01 加算	自家製剤加算	有
01 加算	計量混合調剤加算	無 （通知に「薬学的に問題ないと 判断される場合」）
01 加算	計量混合調剤加算（特別の乳幼 児用製剤加算）	有
01 加算	後発医薬品調剤加算	有 （しかし、通知に「患者の同意 があれば医師への確認がなく ても算定できる」とあるが、そ の場合、通知に「医師への情報 提供を行う」とある。）
（第2節 薬学管理料）		
10	薬剤服用暦管理指導料	無
10 加算	麻薬管理指導加算	無

10 加算	重複投薬・相互作用防止加算	有
10 加算	特定薬剤管理指導加算	無
11	薬剤情報提供料	無
13	長期投薬情報提供料	無
14	後発医薬品情報提供料	無
14 の 2	外来服薬支援料	無
15	在宅患者訪問薬剤管理指導料	有
15 加算	麻薬管理指導加算	有（情報提供）
15 の 2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	有
15 の 2 加算	麻薬管理指導加算	有（情報提供）
15 の 3	在宅患者緊急時等共同指導料	有
15 の 3 加算	麻薬管理指導加算	有（情報提供）
15 の 4	退院時共同指導料	有
16	調剤情報提供料	有
17	服薬情報提供料	有 （しかし、通知に「薬剤服用暦に基づき保険薬局が患者の服薬に関する情報提供の必要性を認めた場合」も算定できることから医師への確認等を行わない場合も算定できる。）
17 加算	服薬指導情報提供加算	有（情報提供）

処方せんを発行した医療機関等への照会・確認等の記載がある
調剤診療報酬点数表の告示・通知

区分	名称	【告 示】	【通 知】
(第1節 調剤技術料)			
00 調剤基本料	分割調剤（後発医薬品も含む）	注4 長期投薬（14日分を超える投薬をいう。以下同じ。）に係る処方せん受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料は算定しない。	(8) 「注4」に係る分割調剤を行う場合は、処方せんの受付時に、当該処方せんを発行した医療機関等に対し照会を行うとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録に記入すること。
01 調剤料 1 内服薬	嚥下困難者用製剤加算	注2 嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、所定点数に80点を加算する。	キ 嚥下困難者用製剤加算は、嚥下障害等があつて、市販されている剤形では薬剤の服用が困難な患者に対し、医師の了解を得た上で錠剤を砕く等剤形を加工した後調剤を行うことを評価するものである。
01 調剤料 1 内服薬	一包化加算	注3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 56日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに30点を加算して得た点数 ロ 57日分以上の場合 270点	セ 一包化は、多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な患者に配慮することを目的とし、治療上の必要性が認められる場合に、医師の了解を得た上で行うものであること。 タ 薬剤師が一包化の必要を認め、医師の了解を得た後に一包化を行った場合は、その旨及び一包化の理由を調剤録等に記載すること。
01 調剤料	自家製剤加算	注6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につき（イ	(12) 自家製剤加算 イ 本加算に係る自家製剤とは、個々の患者に対し市販

		の（１）に掲げる場合にあっては、投与日数が７又はその端数を増すごとに）それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の１００分の２０に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。 イ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。） （１）錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 20 点 （２）錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 90 点 （３）液剤 45 点 ロ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合に限る。） （１）錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 120 点 （２）液剤 75 点 ハ 外用薬 （１）錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤 90 点 （２）点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤 75 点 （３）液剤 45 点	されている医薬品の剤形では対応できない場合に、医師の指示に基づき、容易に服用できるよう調剤上の特殊な技術工夫（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等必要と認められる添加剤の使用、ろ過、加温、滅菌等）を行った次のような場合であり、既製剤を単に小分けする場合は該当しない。 （イ）錠剤を粉碎して散剤とすること。 （ロ）主薬を溶解して点眼剤を無菌に製すること。 （ハ）主薬に基剤を加えて坐剤とすること。 オ 割線のある錠剤を医師の指示に基づき分割した場合は、錠剤として算定する。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は算定できない。 ケ 通常、成人又は６歳以上の小児に対しても行うような製剤を乳幼児に対して自家製剤として行った場合は、「注６」の「イ」により算定する。なお、通常、成人又は６歳以上の小児に対して矯味剤等を加える必要がない薬剤を乳幼児に対して調剤する場合において、薬剤師が必要性を認めて、処方医の了解を得た後で、単に矯味剤等を加えて製剤した場合であっても、「注６」の「ロ」を算定できる。
01 調剤料	計量混合調剤加算 (特別の乳幼児用製剤加算)	注７ ２種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合は、所定点数に、 １ 調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤に	(13) 計量混合調剤加算 ウ 「注７」のイの「特別の乳幼児用製剤を行った場合」とは、乳幼児に薬剤を調剤するときに、処方された医薬品が微量のため、そのままでは調剤又は服用が困難である場合において、医師の了解を得た上で賦形剤、

		よる場合はそれぞれ次に掲げる点数の 100 分の 20 に相当する点数) を加算する。ただし、注 6 に規定する加算のある場合又は当該薬剤が注 6 のただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤である場合は、この限りでない。 イ 特別の乳幼児用製剤を行った場合 (1) 液剤の場合 75 点 (2) 散剤又は顆粒剤の場合 90 点 (3) 軟・硬膏剤の場合 80 点 ロ イ以外の場合 (1) 液剤の場合 35 点 (2) 散剤又は顆粒剤の場合 45 点 (3) 軟・硬膏剤の場合 80 点	矯味矯臭剤等を混合し、乳幼児が正確に、又は容易に服用できるようにした場合をいう。ただし、調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合はこの限りではない。 エ 計量混合調剤は、医薬品の特性を十分理解し、薬学的に問題ないと判断される場合に限り行うこと。
01 調剤料	後発医薬品調剤加算	注 8 後発医薬品を調剤した場合は、各区分の所定点数（内服薬の場合は、1 剤に係る所定点数）に 1 調剤につき 2 点を加算する。	(14) 後発医薬品調剤加算 ア 「注 8」の後発医薬品調剤加算は、一般名処方による処方せん又は後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けた場合であつて、保険薬局において患者の同意を得た上で後発医薬品を調剤した場合又は処方せんによる指示に基づき後発医薬品を調剤した場合（後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けた場合で、患者の同意を得た上で、処方せんに記載された後発医薬品と異なる後発医薬品（含量規格が異なるもの及び類似する別剤形のものを含む。）を調剤した場合を含む。）のいずれの場合においても算定できる。 ウ 後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けた場合で、処方せんに記載された先発医薬品を後発医

			薬品（含量規格が異なるもの及び類似する別剤形のものを含む。）に変更して調剤した場合又は処方せんに記載された後発医薬品と異なる後発医薬品（含量規格が異なるもの及び類似する別剤形のものを含む。）を調剤した場合であって、後発医薬品調剤加算を算定する場合には、調剤した薬剤の銘柄（含量規格が異なる後発医薬品を調剤した場合にあつては含量規格を、類似する別剤形の後発医薬品を調剤した場合にあつては剤形を含む。）等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供することとする。ただし、当該保険医療機関との間で、調剤した薬剤の銘柄等に係る情報提供の要否、方法、頻度等に関してあらかじめ合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等により情報提供を行うことで差し支えない。 なお、処方せんに記載された医薬品を後発医薬品（含量規格が異なるもの及び類似する別剤形のものを含む。）に変更して調剤する場合は、「処方せんに記載された医薬品の後発医薬品への変更について」（平成 22 年 3 月 5 日保医発 0305 第 12 号）を参照すること。
（第 2 節 薬学管理料）			
10 薬剤服用歴管理指導料	重複投薬・相互作用防止加算	注 3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。 イ 処方に変更が行われた場合 20 点 ロ 処方に変更が行われなかった場合 10 点	（14）重複投薬・相互作用防止加算 ア 重複投薬・相互作用防止加算は、薬剤服用歴の記録に基づき、併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。）及び併用薬、飲食物等との相互作用を防止するために、処方医に対して連絡・確認を行った場合に算定する。処方医の同意を得て、処方の変更が行われた場合に「注 3」のイを算定し、処方に変更が

			行われなかった場合は「注3」のロを算定する。 ウ 重複投薬・相互作用防止加算の対象となる事項について、処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴の記録に記載すること。
15 在宅患者訪問 薬剤管理指導 料	在宅患者訪問薬剤管理指導料	1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料 1 同一建物居住者以外の場合 500 点 2 同一建物居住者の場合 350 点 注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。	1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料 (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、あらかじめ名称、所在地、開設者の氏名及び在宅患者訪問薬剤管理指導（以下「訪問薬剤管理指導」という。）を行う旨を地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局の薬剤師が、医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行い、当該指示を行った医師に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に算定する。 (5) 「薬学的管理指導計画」は、処方医から提供された診療状況を示す文書等に基づき、又は必要に応じ、処方医と相談するとともに、他の医療関係職種（歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等及び訪問看護ステーションの看護師等）との間で情報を共有しながら、患者の心身の特性及び処方薬剤を踏まえ策定されるものであり、薬剤の管理方法、処方薬剤の副作用、相互作用等を確認した上、実施すべき指導の内容、患家への訪問回数、訪問間隔等を記載する。 (13) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)の

			記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。 イ 処方医から提供された情報の要点 エ 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点
15 在宅患者訪問 薬剤管理指導 料	麻薬管理指導加算	注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。	(15) 麻薬管理指導加算 ア 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、処方せん発行医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。 ウ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)及び「区分番号15」の(13)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。 (ハ) 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点
15の2 在宅患者緊急 訪問薬剤管理 指導料	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 500点 注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導と	区分15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 (1) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急

		は別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、月４回に限り算定する。	に患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行い、当該保険医に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に、月４回に限り算定する。 (2) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号１０」の(3)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。 イ 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医から緊急の要請があった日付及び当該要請の内容並びに当該要請に基づき訪問薬剤管理指導を実施した旨 エ 当該保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点
15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	麻薬管理指導加算	注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、１回につき所定点数に100点を加算する。	(3) 麻薬管理指導加算 ア 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。 ウ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号１０」の(3)及び「区分番号１５の2」の(2)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。 (イ)～(ロ) (略) (ハ) 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険

			医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点
15の3 在宅患者緊急時等共同指導料	在宅患者緊急時等共同指導料	15の3 在宅患者緊急時等共同指導料 700点 注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。	区分15の3 在宅患者緊急時等共同指導料 (2) 在宅患者緊急時等共同指導料は、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの病状の急変や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じたことに伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、患家を訪問し、関係する医療関係職種等と共同でカンファレンスを行うとともに、共有した当該患者の診療情報及び当該カンファレンスの結果を踏まえ、計画的な訪問薬剤管理指導の内容に加えて患者に対し療養上必要な薬学的管理指導を行った場合に、月2回に限り算定する。なお、当該カンファレンスを行った日と異なる日に当該薬学的管理指導を行った場合でも算定できるが、当該カンファレンスを行った日以降速やかに薬学的管理指導を行うものであること。また、カンファレンス及びそれに基づく薬学的管理指導1回につき1回に限り算定するものであること。 (4) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。 イ 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医から要請があつて患家を訪問し、他の医療関係職種

			等と共同してカンファレンスを行い、その結果を踏まえて薬学的管理指導を実施した旨及びその理由 エ 当該保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点
15 の 3 在宅患者緊急時等共同指導料	麻薬管理指導加算	注 2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1 回につき所定点数に 100 点を加算する。	(6) 麻薬管理指導加算 ウ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号 10」の(3)及び「区分番号 15 の 3」の(4)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。 (ハ) 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点
15 の 4 退院時共同指導料	退院時共同指導料	15 の 4 退院時共同指導料 600 点 注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。	(1) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については 2 回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第 1 章第 2 部通則 5 に定める入院期間が通算される入院のことをいう。

16 調剤情報提供料	調剤情報提供料	1 6 調剤情報提供料（処方せんの受付 1 回につき） 15 点 注 1 処方された薬剤について、長期にわたる保存の困難性その他の理由により分割して調剤を行った場合等において、保険薬局が患者の調剤に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対してこれを照会し、かつ、文書により提供した場合に算定する。	1 6 調剤情報提供料 (1) 調剤情報提供料は、受け付けた処方せんが次に掲げる場合に該当し、調剤するに当たって薬学的な観点から疑義が生じた場合等において、当該処方せんを発行した医療機関等に情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該医療機関等に対し照会を行い、かつ、文書によりこの情報を提供した場合に算定する。 ア 投与日数が長期にわたる処方であって、吸湿性等の理由により薬剤の長期にわたる保存の困難性等から分割して調剤を行う必要を認める場合 イ 粉砕等の特殊な技術工夫により薬剤の体内動態への影響を認める場合
17 服薬情報提供料	服薬情報提供料	15 点 注 1 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況を示す情報を文書により提供した場合に月 1 回に限り算定する。	1 7 服薬情報提供料 (1) 服薬情報提供料は、患者の服薬に関する情報を保険医療機関に提供することにより、医師の処方設計及び患者の服薬の継続又は中断の判断の参考とする等、保険医療機関と保険薬局の連携の下に医薬品の適正使用を推進することを目的とするものである。 (2) 服薬情報提供料は、次の場合において患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況について文書により提供したときに算定する。 ア 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合 イ 薬剤服用歴に基づき保険薬局が患者の服薬に関する情報提供の必要性を認めた場合

			(3) ここでいう「服薬状況」とは、患者が薬剤の用法及び用量に従って服薬しているか否かに関する状況のほか服薬期間中の体調の変化等の患者の訴えに関する情報を含むものであること。
17 服薬情報提供 料	服薬指導情報提供加算	注2 保険薬局が患者の服薬指導に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、当該患者に対する服薬指導等の内容を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合は、所定点数に15点を加算する。	(6) 服薬指導情報提供加算 服薬指導情報提供加算は、患者の同意を得て、服薬状況に併せて現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者に対する服薬指導の要点、患者の状態等を示す文書を添えて薬剤の適正使用に必要な情報を提供したときに算定する。

福審企審企 000249

平成23年12月28日

福岡県医師会 御中

社会保険診療報酬支払基金福岡支部

突合点検及び縦覧点検の実施について

平素は、支払基金の業務運営に格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、支払基金の審査及び審査事務では、従来は保険医療機関又は保険薬局から提出される紙レセプトにより単月点検とならざるを得ませんでした。昨今のレセプト電子化の進展を踏まえ、同一保険医療機関・同一患者に係る同一診療（調剤）月において医科レセプトと調剤レセプトを電子的に照合して、院内で処方しているレセプトと同じ観点により点検を行う「突合点検」、並びに同一保険医療機関・同一患者に係る当月請求分と過去複数月のレセプト及び入院と入院外レセプトをそれぞれ電子的に照合して、当月請求分レセプトの点検を行う「縦覧点検」を平成24年3月審査分から実施することといたしました。

この突合・縦覧点検については、支払基金サービス向上計画に平成23年4月より実施する旨を盛り込み、その実施方法について、あらかじめ、問題点を明らかにしながら関係者の理解を得て実施するよう準備を進めておりましたが、同年3月における東日本大震災の発生を受けて、その対応を優先するため、開始時期を延期しており、その後においても、突合点検の具体的処理方法について協議に時間を要し、先般、関係者間において協議が調ったところです。

つきましては、本件の実施について各保険医療機関あて、別添の文書をもってお知らせすることとしますので、特段のご配意を賜りますようお願い申し上げます。

なお、東日本大震災の被災地である岩手県、宮城県及び福島県に所在する保険医療機関及び保険薬局に対しては、突合点検及び縦覧点検について、当面、6月間実施を猶予し、平成24年9月審査分から開始することとしておりますので、併せてご理解賜りますようお願い申し上げます。

事務連絡

平成 24 年 1 月 4 日

保険医療機関（医科） 御中

社会保険診療報酬支払基金福岡支部

突合点検及び縦覧点検の実施について

平素は、支払基金の業務運営に格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、支払基金の審査では、保険医療機関又は保険薬局から提出された単月レセプトによる点検を実施しておりましたが、昨今のレセプト電子化の進展を踏まえ、医科レセプトと同一患者の調剤レセプトを電子的に照合して、院内で処方しているレセプトと同じ観点により点検を行う「突合点検」及び当月分レセプトと過去複数月のレセプトを電子的に照合して行う「縦覧点検」を行う準備が整い、平成 24 年 3 月審査分から実施する運びとなりました。

つきましては、突合点検及び縦覧点検の実施に係る取扱いについて下記のとおり連絡いたしますので、何卒ご理解賜りますようお願い申し上げます。

記

1 突合点検に関する事項

(1) 突合点検

電子レセプトで請求された同一患者に係る同一診療（調剤）月において、医科レセプトと調剤レセプトの組合せを対象とし、医科レセプトに記載された傷病名と調剤レセプトに記載された医薬品の適応、投与量及び投与日数の点検を行い審査委員会で審査決定します。

(2) 保険医療機関への支払と保険者への請求

突合点検による査定に伴う保険医療機関又は保険薬局への支払額の調整に当たっては、保険医療機関から査定内容が処方せん内容と不一致であるとの申し出を受けた場合、保険薬局から処方せんの写しを取り寄せ、保険医療機関の処方せんの内容が不適切であったことによるものか又は処方せんの内容と異なる調剤を保険薬局が行ったことによるものかを確認（以下「責別確認」という。）のうえ、支払額を調整します。

よって、突合点検による査定額は、当月請求分に係る支払額からは調整いたしません。

なお、保険者への請求は当月請求分から調整します。

(3) 責別確認に係る処理方法

突合点検の査定に伴う責別確認に係る処理方法は、次のとおりです。

なお、当該処理方法の流れについては、別紙「突合点検に係る責別確認の流れ」のとおりとなりますのでご参照願います。

ア 突合点検の結果連絡（支払基金⇒保険医療機関）

突合点検による査定内容は、「突合点検結果連絡書（兼処方せん内容不一致連絡書）」（以下「突合点検結果連絡書」という。）によりお知らせすることとし、レセプト請求月分の「増減点連絡書」等の発送に併せて送付します。

イ 保険医療機関からの処方せん内容不一致の申し出

（保険医療機関⇒支払基金）

「突合点検結果連絡書」の査定内容が処方せんの内容と相違している場合（効能・効果等が同一である後発医薬品への変更を除く）、次の方法により当支払基金支部に申し出をお願いします。

なお、保険者からの再審査請求分も同様の取扱いとなります。

(ア) 申し出方法

「突合点検結果連絡書」の「請求内容」欄の該当する医薬品等を○で囲み、「処方せん内容不一致連絡書」として支払基金支部あて郵送により、申し出をお願いします。

(イ) 申し出期限

保険医療機関からの申し出期限は、当該レセプト請求月の翌月の 18 日（必着）とします。

なお、「18 日」が休日（土曜日、日曜日及び国民の祝日等）の場合は、翌平日とします。

ウ 支払基金における責別確認

支払基金は、保険医療機関から「処方せん内容不一致連絡書」が提出された場合、保険薬局から処方せんの写しを取り寄せて責別確認を行い、突合点検による査定額の調整先を決定します。

エ 責別確認による査定額の調整及び連絡

責別確認による査定額の調整は、次のとおり行うこととします。

(ア) 処方せんの内容が不適切な場合

突合点検による査定額は、原則として、当該レセプト請求月の翌月請求分に係る保険医療機関への支払額から調整します。

保険医療機関の支払額から調整する場合は「突合点検調整額通知票」により連絡し、原則として、当該レセプト請求月の翌月請求分に係る「増減点連絡書」等の発送に併せて送付します。

なお、保険薬局からの処方せんの写しの到着日によっては、その 1 か月後となる場合があります。

- (イ) 処方せんの内容と異なる調剤を保険薬局が行っている場合

突合点検による査定額は、保険薬局の支払額から調整します。

保険薬局の支払額から調整する場合は「突合点検調整額連絡票」により連絡し、原則として、当該レセプト請求月の翌月請求分に係る「増減点連絡書」等の発送に併せて送付します。

なお、保険薬局からの処方せんの写しの到着日によっては、その1か月後となる場合があります。

- オ 「処方せん内容不一致連絡書」による申し出がない場合

前イの(イ)の申し出期限までに「処方せん内容不一致連絡書」による申し出がない場合、突合点検による査定額は、原則として、当該レセプト請求月の翌月請求分に係る保険医療機関の支払額から調整することとなります。

なお、この調整結果は、「突合点検調整額通知票」をもって連絡することとし、当該レセプト請求月の翌月請求分に係る「増減点連絡書」等の発送に併せて送付します。

- カ 「処方せん内容不一致連絡書」の申し出期限後の取扱い

(ア) 「処方せん内容不一致連絡書」の申し出期限後に、突合点検による査定内容と交付した処方せんの内容の相違（効能・効果等が同一である後発医薬品への変更を除く。）について申し出される場合は、現行の保険医療機関からの再審査請求による取扱いとなりますので、保険医療機関において「再審査等請求書」を作成のうえ、「処方せん内容不一致連絡書」を添付し、支払基金支部に申し出をお願いします。

(イ) 支払基金では、保険医療機関から提出された「再審査等請求書」に基づき、該当レセプトを保険者から取り寄せて、また、保険薬局から処方せんの写しを取り寄せて責別確認を行い処理します。

2 縦覧点検に関する事項

(1) 縦覧点検

電子レセプトで請求された同一保険医療機関に係る同一患者において、当月分のレセプトと直近6ヵ月分の複数月のレセプトの組合せを対象とし、診療行為（複数月に1回を限度として算定できる検査、患者1人につき1回と定められている診療行為など）の回数などの点検を行い、審査委員会で審査決定します。

(2) 入外点検

電子レセプトで請求された同一診療年月、同一保険医療機関における同一患者の入院レセプトと入院外レセプトの組合せを対象とし、月1回の算定である検体検査判断料などの点検を行い、審査委員会で審査決定します。

(3) 縦覧点検等の結果に関する連絡方法

縦覧点検等による査定内容は、当月請求分の「増減点連絡書」の補正・査定後内容欄に「縦覧点検」又は「入外点検」を表示し、保険医療機関へ連絡します。

3 新たに作成する連絡票等

突合点検及び縦覧点検の実施に伴い、保険医療機関にその結果等を連絡するために、新たに作成する連絡票等については、次のとおりです。

(1) 新規帳票

ア 「突合点検結果連絡書（兼処方せん内容不一致連絡書）」

突合点検により査定となった薬剤等の内容をお知らせします。

また、保険医療機関が交付した処方せん内容と突合点検による査定内容が不一致の場合は、保険医療機関から支払基金へ「処方せん内容不一致連絡書」として使用願います。

イ 「突合点検調整額通知票（医療機関）」

保険医療機関から「処方せん内容不一致連絡書」による申し出がある場合、処方せんの写しにより責別確認した結果、突合点検による査定額を保険医療機関の支払額から調整したことをお知らせします。

また、「処方せん内容不一致連絡書」による申し出がない場合も、突合点検による査定額を保険医療機関から調整したことをお知らせします。

ウ 「突合点検調整額連絡票（医療機関）」

保険医療機関から「処方せん内容不一致連絡書」による申し出がある場合、処方せんの写しにより責別確認を行った結果、突合点検による査定額を保険薬局の支払額から調整したことをお知らせします。

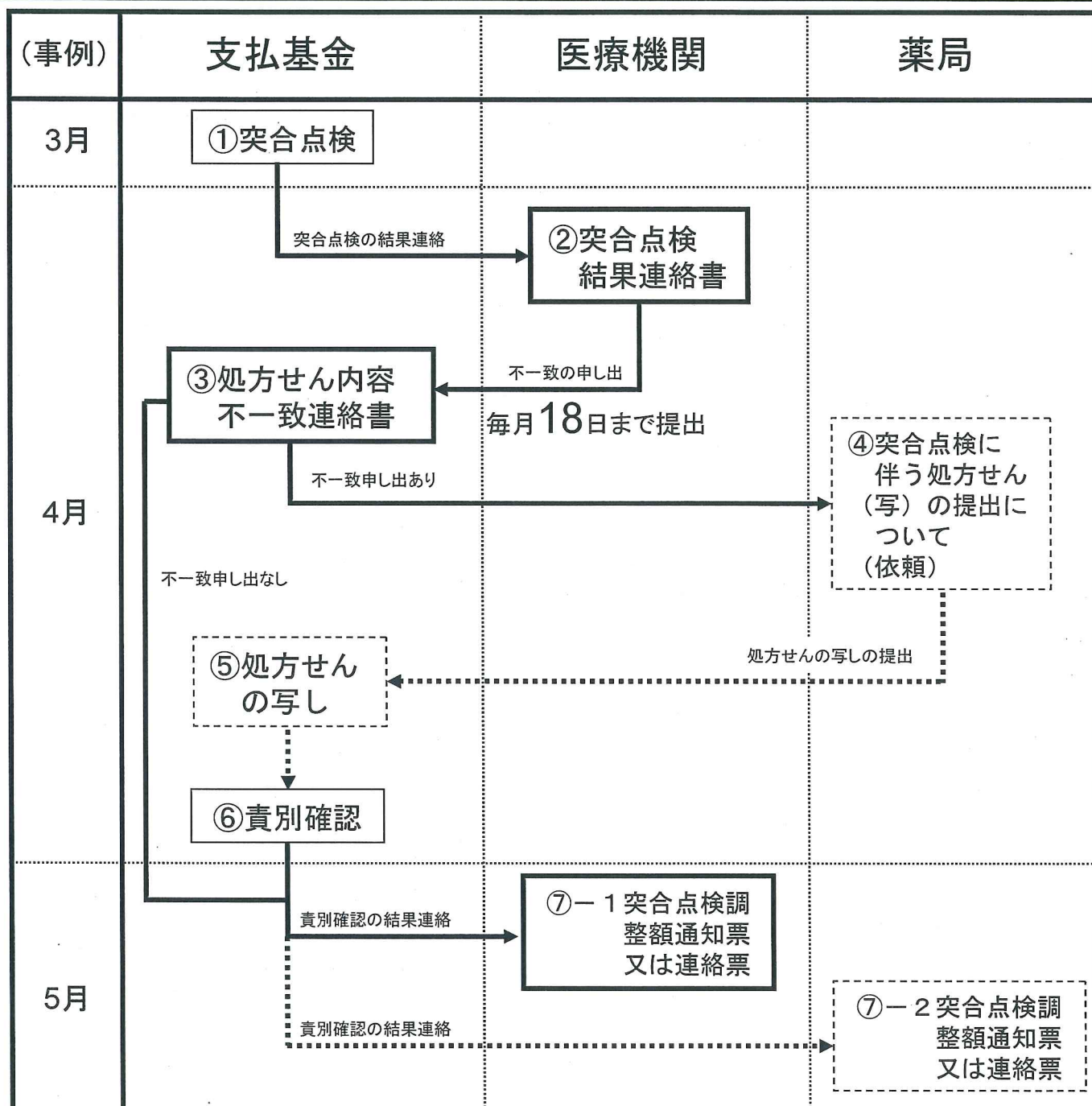
(2) 帳票の一部変更

「増減点連絡書」には、補正・査定後内容欄に、縦覧点検の結果による査定等の場合は「縦覧点検」、入外点検の結果による査定等の場合は「入外点検」とそれぞれ表示します。

4 詳細についてのお知らせ

突合点検及び縦覧点検、処方せん内容不一致連絡書に係る申し出方法、新規帳票の様式や記載内容等については、平成24年2月上旬に保険医療機関に送付する広報誌ブロック通信及び支払基金ホームページ(<http://www.ssk.or.jp/>)のトップページにある「医療機関・薬局の方」のサイトで詳しくお知らせします。

突合点検に係る責別確認の流れ



- 保険医療機関へは、突合点検の結果連絡を、毎月の増減点連絡書等と併せてお知らせします。
- 保険医療機関は、「突合点検結果連絡書」の「請求内容」欄の医薬品又は調剤技術料等に関して、交付した処方せんの内容と相違している場合（ジェネリック医薬品への変更を除く。）は、「突合点検結果連絡書」の「請求内容」欄の該当する医薬品等を○で囲み、「処方せん内容不一致連絡書」として支払基金支部あて郵送により、「突合点検結果連絡書」の届いた月の18日（必着）までに申し出します。
- 申し出期限までに「処方せん内容不一致連絡書」による申し出がない場合は、突合点検による査定額を、原則、レセプト請求月の翌月請求分に係る保険医療機関の支払額から調整します。