

平成30年度 診療報酬 改定の解説

平成30年3月30日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」を一部抜粋してお知らせします。

医科

妊婦加算

問1 妊婦であることはどのように確認すればよいのか。妊娠反応検査の実施や母子健康手帳の確認が必要であるか。

答 妊婦加算は、医師が診察の上、妊婦であると判断した場合に算定可能であり、必ずしも妊娠反応検査の実施や母子健康手帳の確認は必要ではない。

問3 妊婦加算は、妊婦が感冒等の妊娠に直接関連しない傷病について受診を行った場合に算定可能か。

答 初診料、再診料又は外来診療料を算定する診察を行った場合は、可能。

オンライン診療料

問6 区分番号「A003」オンライン診療料を算定する場合、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定してから6月の間は、毎月同一医師による対面診療を行う必要があるが、当該6月の間で、同一の疾患に対して継続的に診療を行っているが、算定した管理料等がオンライン診療料対象管理料等の中で異なる管理料等を算定する場合であっても、算定要件を満たすか。

答 同一の疾患に対して6月間、毎月同一医師による対面診療を行っているれば、算定した管理料等がオンライン診療料対象管理料等の中で異なるものであっても、オンライン診療料の算定要件を満たすものと

して差し支えない。

問7 区分番号「A003」オンライン診療料を算定する場合、オンライン診療料対象管理料等の算定の対象とならない疾患について5月間対面診療を行った患者が、6月目にオンライン診療料対象管理料等の対象となる疾患が発生した場合、オンライン診療料対象管理料等の算定の対象となる対面診療が1月間であっても、オンライン診療料は算定可能か。

答 オンライン診療料対象管理料等の算定対象とならない疾患について対面診療を行った5月間については、連続する6月には含まれない。

問8 区分番号「A003」オンライン診療料を算定する場合、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定してから6月の間は、毎月同一医師による対面診療を行う必要があるが、連続する6月でなければならぬのか。1月でも対面診療を行わない月があれば算定できないのか。

答 連続する6月である必要がある。ただし、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

問14 オンライン診察を行うにあたり、情報通信機器を医療機関に設置した上で、医師の自宅などへ画像情報等を転送し、オンライン診察を行う場合も算定可能か。

答 不可。オンライン診察を行う医師は、当該医師が所属する保険医療機関においてオンライン診察を行う必要がある。

感染防止対策加算（抗菌薬適正使用支援加算）

問98 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修とは、誰を対象として行うのか。

答 医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師など、抗菌薬に関わる業務に従事する職員を対象とする。

データ提出加算（提出データ評価加算）

問 100 今回の改定でデータ提出加算の加算として、提出データ評価加算が新設されたが、既にデータ提出加算2を算定している場合は要件を満たしていれば新たに届出は不要か。

答 提出データ評価加算については、届出を求めている。

短期滞在手術等基本料

問 120 DPC対象病院における地域包括ケア病棟において、短期滞在手術等基本料3は算定できるか。

答 DPC対象病院においては、DPCを算定する病棟以外において短期滞在手術等基本料に該当する手術を行った場合でも、短期滞在手術等基本料は算定できない。

小児抗菌薬適正使用支援加算

問 126 小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料における小児抗菌薬適正使用支援加算は、解熱鎮痛消炎剤等の抗菌薬以外の処方を行った場合は算定できるか。

答 算定できる。

在宅患者訪問診療料

問 141 在宅患者訪問診療料の「2」について、「当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する保険医療機関」とは具体的にどのような医療機関をいうのか。

答 患者の同意を得て在宅時医学総合管理料、在宅がん患者総合診療料等を算定している保険医療機関又は在医総管等を算定していても療養計画に基づき主治医として定期的に訪問診療を行っている医療機関であって当該患者の同意を得ている保険医療機関をいう。

問 143 在宅患者訪問診療料の「2」について、同一診療科を標榜する保険医療機関の求めを受け訪問診療を行った場合でも算定可能か。

答 主治医として定期的に訪問診療を行っている医師の求めに応じた場合は、算定可能。

問 144 在宅患者訪問診療料の「2」について、当該患者に対し「当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する保険医療機関」が行う訪問診療に同行し、主治医の求めに応じた異なる保険医療機関の医師が訪問診療を行った場合に、算定可能か。

答 算定不可。立合診察となるため、往診料を算定できる。

処方料、処方箋料

問 168 不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合については、当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合等を除き、処方料、処方箋料が減算されることになったが、ベンゾジアゼピン受容体作動薬とは何を指すのか。

答 エチゾラム、ジアゼパム、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩

などが該当するが、PMDAのホームページ「ベンゾジアゼピン受容体作動薬の依存性について」(<https://www.pmda.go.jp/files/000217046.pdf>)なども参照されたい。

人工腎臓

問 176 回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料及び特定一般病棟入院料において、区分番号「J042」腹膜灌流の費用、区分番号「J038」人工腎臓又は区分番号「J042」腹膜灌流に伴って使用した特定保険医療材料の費用及び区分番号「J042」腹膜灌流に伴って使用した自己連続携行式腹膜灌流用灌流液の費用は、別に算定できるのか。

答 別に算定できる。

手術

問 190 区分番号「K664-3」薬剤投与用胃瘻造設術について、レボドパ・カルビドパ水和物製剤の経腸投薬と同時に同一の胃瘻から経管栄養を行う必

要がある患者である場合は算定できるか。

答 算定できない。区分番号「K664」胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）及び区分番号「K939-5」胃瘻造設時嚥下機能評価加算を算定すること。

問 199 性同一性障害の患者であつて、当該疾病に対して自己負担でホルモン製剤等の投与を行っている者に、第2章第10部手術の通則4（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術を行う場合の取扱いは、どのようなものか。

性同一性障害の患者であつて、当該疾病に対して自己負担でホルモン製剤等の投与を行っている者に、第2章第10部手術の通則4（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術を行う場合の取扱いは、どのようなものか。

答 同一の疾病に対する一連の治療として、保険適用外の治療と保険適用の治療を組み合わせることは認められない。

D P C

問 9-2 「一連」の入院とみなす7日以内の再入院は、「診断群分類番号の上2桁が同一の場合」とされているが、再入院時の入院期間における「医療資源を

最も投入した傷病名」が決定した後「一連」か否かを判断することになるのか。

最も投入した傷病名」が決定した後「一連」か否かを判断することになるのか。

答 以下のような7日以内の再入院については「一連」とみなす。

- ①再入院時の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類番号上2桁と前入院の「医療資源を最も投入した傷病名」から決定される診断群分類番号上2桁が一致する場合
- ②再入院時と前入院の「医療資源を最も投入した傷病名」から決定される診断群分類番号上6桁が一致する場合

問 9-3 再入院の際の「入院の契機となった傷病名」に定義テーブルにおいて診断群分類ごとに定める「医療資源を最も投入した傷病名」欄に掲げるICDコード以外のICDコード、または診断群分類180040に定義されたICDコードを選択した場合7日以内の再入院では、ICD10コードが異なっている場合、診断群分類番号上2桁が同一であれば、「一連」とみなすのか。

再入院の際の「入院の契機となった傷病名」に定義テーブルにおいて診断群分類ごとに定める「医療資源を最も投入した傷病名」欄に掲げるICDコード以外のICDコード、または診断群分類180040に定義されたICDコードを選択した場合7日以内の再入院では、ICD10コードが異なっている場合、診断群分類番号上2桁が同一であれば、「一連」とみなすのか。

答 そのとおり。

歯科

歯科疾患管理料

問 7 区分番号「B000-4」に掲げる歯科疾患管理料の

エナメル質初期う蝕管理加算について、当該加算を算定する日にフッ化物歯面塗布を実施することが必要か。

答 フッ化物歯面塗布は、一連のエナメル質初期う蝕管理において必要に応じて実施すればよく、フッ化物歯面塗布を実施していない日においても患者の状態に応じて必要なエナメル質初期う蝕管理を実施している場合は、当該加算を算定して差し支えない。

フッ化物歯面塗布は、一連のエナメル質初期う蝕管理において必要に応じて実施すればよく、フッ化物歯面塗布を実施していない日においても患者の状態に応じて必要なエナメル質初期う蝕管理を実施している場合は、当該加算を算定して差し支えない。

精密触覚機能検査

問 22 顎・口腔・顔面領域の2箇所に神経症状を呈している場合において、区分番号「D013」に掲げる精密触覚機能検査は、部位毎に算定できるか。

顎・口腔・顔面領域の2箇所に神経症状を呈している場合において、区分番号「D013」に掲げる精密触覚機能検査は、部位毎に算定できるか。

答 算定できない。精密触覚機能検査は神経障害によって生じる神経症状を呈する範囲や部位の数に関係なく、1口腔につき月1回に限り算定する取扱いである。

咬合調整

問 25 区分番号「I000-2」に掲げる咬合調整について、前歯3歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常、厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常又は顎変形症の歯科矯正を行う際に歯の隣接面の削除を行った場合は、当該区分により算定できるか。

区分番号「I000-2」に掲げる咬合調整について、前歯3歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常、厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常又は顎変形症の歯科矯正を行う際に歯の隣接面の削除を行った場合は、当該区分により算定できるか。

答 算定できる。この場合において、同一初診期間中、「11歯以上10歯未満」又は「210歯以上」のうち、いずれか1回に限り算定する。

診療報酬明細書の「摘要」欄に、歯科矯正に伴う歯の隣接面の削除がある旨を記載すること。

感染根管処置

問 26 区分番号「I006」に掲げる感染根管処置について、「再度感染根管処置が必要に

て、「再度感染根管処置が必要に

なった場合において、区分番号「1008」に掲げる加圧根管充填処置を行った患者に限り、前回の感染根管処置に係る歯冠修復が完了した日から起算して6月を経過した日以降については、この限りではない。」とされたが、「歯冠修復が完了した日」とは歯冠修復や金属歯冠修復等を装着した日又は充填を実施した日と考えてよいか。

答 そのとおり。

周術期等専門的口腔衛生処置

問 30

区分番号「1029」に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置の「2周術期等専門的口腔衛生処置2」について、放射線治療又は化学療法との副作用として生じた口腔粘膜炎に対して当該処置を行うとあるが、当該処置を算定する場合の診療報酬明細書の「傷病名部位」欄の傷病名は「口腔粘膜炎」と記載するのか。

答 そのとおり。

ポンティック

問 39

下顎第一大臼歯の分割抜歯後にブリッジ(⑤⑥⑥)を製作する場合において、6ポンティックをレジン前装金属ポンティックにより製作した場合は、どのように算定すればよいか。

答

この場合においては、区分番号「M017」に掲げるポンティックの注に規定する「ロ小臼歯の場合」により算定し、特定保険医療材料については小臼歯の例により算定する。

調剤

調剤基本料

問 3

調剤基本料の「注9」の医師の指示に伴う分割調剤について、例えば、分割指示が3回で、1回目は時間外加算の対象、2回目は時間外加算の対象外、3回目は時間外加算の対象の場合、どのように算定することになるか。

答

それぞれの分割調剤を実施する日に、当該処方箋について分割調剤を実施しない場合に算定する点数(調剤基本料及びその加算、調

剤料及びその加算並びに薬学管理料)を合算した点数の3分の1に相当する点数を算定する。したがって、調剤時に時間外加算の要件を満たす場合には、当該加算も合算した点数に基づき算定することになる。

【具体例】(90日分処方 ↓ 30日 × 3回の分割指示、調剤時には一包化を行う)
※薬剤料は調剤した分を算定(表参照)

服薬情報等提供料

問 4

かかりつけ薬剤師指導料や在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定していない患者について、当該患者の介護にかかわっている介護支援専門員等からの求めに応じ、服薬状況の確認及び必要な指導の内容について提供した場合に、服薬情報等提供料2を算定して差し支えないか。

答

患者の同意を得るなどの要件を満たせば、算定して差し支えない。

分割処方

問 6

分割指示に係る処方箋について、何回目の分割調剤で

表

回数	項目	点数	備考
〈3回目〉 ※時間外加算を含めて合算する。	調剤基本料	41点	
	地域支援体制加算	35点	
	調剤料(2剤の場合)	172点(90日分)	
	一包化加算	220点(90日分)	
	時間外加算	248点	
	薬剤服用歴管理指導料	41点	
	服薬情報等提供料1	30点	
計		787点 × 1/3 = 262.333 ≒ 262点 + 薬剤料(30日分)	
〈2回目〉	調剤基本料	41点	
	地域支援体制加算	35点	
	調剤料(2剤の場合)	172点(90日分)	
	一包化加算	220点(90日分)	
	薬剤服用歴管理指導料	41点	
	服薬情報等提供料1	30点	
	計		539点 × 1/3 = 179.666 ≒ 180点 + 薬剤料(30日分)
〈1回目〉	調剤基本料	41点	
	地域支援体制加算	35点	
	調剤料(2剤の場合)	172点(90日分)	
	一包化加算	220点(90日分)	
	時間外加算	248点	
	薬剤服用歴管理指導料	41点	
	計		757点 × 1/3 = 252.333 ≒ 252点 + 薬剤料(30日分)

あるかにかかわらず、別紙を含む全ての処方箋が提出されない場合は、処方箋を受け付けられないという理解でよいか。

答 貴見のとおり。

服用薬剤調整支援料

問7 服用薬剤調整支援料に規定する内服薬に、浸煎薬及び湯薬は含まれないと理解してよいか。

答 貴見のとおり。

問8 服用薬剤調整支援料について、内服薬の種類数は2種類以上同時に減少する必要があるか。同時になくてもよい場合、内服薬の種類数の減少はいつを起点とすればよいか。

答 同時でなくてよい。保険薬剤師が減薬の提案を行った日以降に、内服薬の種類数が2種類以上減少し、その状態が4週間以上継続した場合に算定する。

薬剤服用歴管理指導料

問12

薬剤服用歴管理指導料の特例について、「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」に該当した場合であっても、直近3月間における割合が50%を上回った場合には、その時点で「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」に該当しないとされているが、日単位ではなく月単位で判断することとよいか。

答 貴見のとおり。3月で算出した割合が50%を上回った翌月から、通常の薬剤服用歴管理指導料を算定すること。

疑義解釈資料の全文は厚生労働省ホームページ、支払基金ホームページ (<http://www.ssk.or.jp/>) に掲載しています。

トップページ

→診療報酬の審査

→診療報酬関係通知

→平成30年度診療報酬改定関係

月刊基金

Monthly KIKIN 第59巻 第6号

6

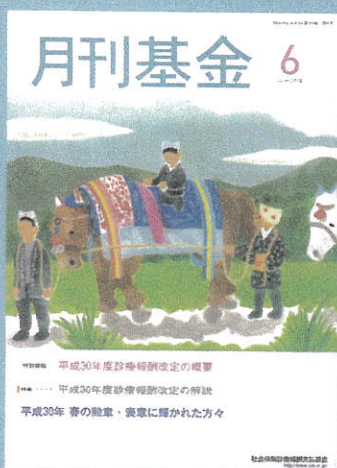
June 2018

社会保険診療報酬支払基金 基本理念

私たちの使命

私たちは、国民の皆様信頼される専門機関として、診療報酬の「適正な審査」と「迅速な支払」を通じ、国民の皆様にとって大切な医療保険制度を支えます。

今月の表紙



チャグチャグ馬コ (岩手県)
表紙イラスト おおくぼヒロアキ

6月の第2土曜日、100頭近くの農耕馬が愛らしい鈴の音を響かせながら、引き手・乗り手とともに鬼越蒼前神社から盛岡八幡宮までの約13kmを行進します。

馬コが身に着ける色あざやかな装束は、紫紺染めや草木染めなどの染料を用いた麻を素材とし、この日のために昔ながらの手づくりでひとつひとつ仕上げられます。

CONTENTS

2

特別寄稿

平成30年度診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課 課長補佐 中谷 祐貴子



8

医療顧問's EYE ~伝えたいこと~

地域と密に関わり理解を得る

社会保険診療報酬支払基金静岡支部 医療顧問 (医科担当) 北條 博

9

医学のはなし 知っておきたい病気の豆知識 連載107回

自然気胸~最近の話題~

老人保健施設秋桜の里 (埼玉県) 施設長 菊池 功次
(前埼玉医科大学総合医療センター外科)

10

特集

平成30年度診療報酬改定の解説

16

お客様の声から

19

平成30年 春の勲章・褒章に輝かれた方々

20

支部紹介 (茨城支部)

22

特定B型肝炎ウイルス感染者の方の定期検査に係るQ&A

24

おたずねに答えて - Q & A -

26

医療保険等の動き マンスリーノート

28

保険請求の基礎知識

34

医療費の動向 診療報酬等確定状況 (平成30年2月診療分)

36

地方公共団体が実施する医療費助成事業の審査支払事務を受託

37

インフォメーション

広告は有料にて掲載しています。広告掲載のお申し込み方法は
支払基金ホームページ (<http://www.ssk.or.jp/>) でご案内しています。
トップページ → 広報誌・メルマガ → 有料広告募集

知識

今回は①「妊婦加算を算定する場合の「摘要」欄への記載について」②「診療情報連携共有料の算定について」③「レーザー機器加算の算定について」④「同一月内における「薬C」2回の算定について」⑤「同一処方箋受付回における在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料1及び2の算定について」を掲載します。

事例① 医科

妊婦加算を算定する場合の「摘要」欄への記載について

診療報酬明細書 (医科入院外)		平成 30年 5月分 県番: 区コ:		1 医科 1 社保 1 単独 2 本外			
公負①	公受①	保険者番号		給付割合			
公負②	公受②	記号・番号					
氏名	特記事項	保険医療機関の所在地及び名称					
限務上の事由		傷病名		診療開始日			
(1) 子宮出血		(1) 平 30.05.25		診療日数			
1 1 初診	1回 357	(11) 初診 妊婦加算		357 × 1			
1 2 再診	× 回						
再外来管理加算	× 回						
診休	× 回						
深夜	× 回						
1 3 医学管理							
往診	回						
1 4 夜間	回						
在宅・緊急	回						
在宅患者訪問診療	回						
その他	回						
投薬	回						
診療報酬	請求点	※ 決定点	一部負担金額 円				
公①	357						
公②				※ 高額療養費 円	※ 公費負担点数① 点	※ 公費負担点数② 点	

※ 妊婦に対し初診を行った場合は、当該患者が妊婦である旨記載する。

妊婦加算を算定する場合の「摘要」欄への記載については、平成30年3月26日付け厚生労働省通知保医発0326第5号「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正についてに「当該患者が妊婦である旨記載すること。」と記載されています。

【告示 平成30年3月5日付け厚生労働省告示第43号】	
別表第一 医科診療報酬点数表 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 第1節 初診料 A000 初診料 注1～7 (略)	注8～9 (略) 注10 妊婦に対して初診を行った場合は、妊婦加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、注7又は注11に規定する加算を算定する場合は算定しない。 注11～12 (略)
【通知 平成30年3月26日付け厚生労働省通知保医発0326第5号】	
別添1 診療報酬請求書等の記載要領 II 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領 第3 診療報酬明細書の記載要領 (様式第2) 2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項 (20) 「初診」、「再診」、「医学管理」、「在宅」、「投	薬」、「注射」、「処置」、「手術・麻酔」、「検査・病理」、「画像診断」、「その他」及び「入院」欄について ア 通則 各欄又は「摘要」欄への診療行為等の名称 (以下この項において単に「名

称」という。)、回数及び点数の記載方法は、次のイからシまでのとおりであること。また、名称、回数及び点数以外の「摘要」欄に記載する事項等は、別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧(医科)」のとおりであること。

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、平成30年10月診療分以降、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の

請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」に基づき、該当するコードを選択すること。

書面による請求を行う場合においては、名称について、別表Ⅱ「診療行為名称等の略号一覧(医科)」に示す略号を使用して差し支えないこと。

イ「初診」欄について

(ア)～(イ) (略)

(ウ) 妊婦に対し初診を行った場合は、妊婦加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

ウ～シ (略)

別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧(医科)(抜粋)

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
2	A000	初診料の妊婦加算等(注7、注10、注11の加算)	当該患者が妊婦である旨記載すること。	レセプト共通レコード 「患者の状態001」 又は 820100348	妊婦
5	A001	再診料の妊婦加算等(注5、注15、注16の加算)	当該患者が妊婦である旨記載すること。	レセプト共通レコード 「患者の状態001」 又は 820100348	妊婦
8	A002	外来診療料の妊婦加算等(注8、注10、注11の加算)	当該患者が妊婦である旨記載すること。	レセプト共通レコード 「患者の状態001」 又は 820100348	妊婦

※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

【平成30年4月25日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡】

〈別添3〉

医科・歯科・調剤報酬点数表関係

【診療報酬明細書の記載要領】

問1 別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」により示されている診療報酬明細書の「摘要」欄に記載する事項等について、電子レセプト請求による請求の場合は平成30年10月診療分以降については該当するコードを選択すること

になったが、平成30年9月診療分以前の電子レセプト又は書面による請求を行う場合においても、当該一覧の「左記コードによるレセプト表示文言」のとおり記載するのかが。

(答) 必ずしも当該文言のとおり記載する必要はないが、その旨がわかる記載又は当該診療行為に係る記載事項であることがわかる記載とすること。

本事例については、初診料に妊婦加算を算定していますが、平成30年3月26日付け厚生労働省通知保医発0326第5号「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」の別表Ⅰに「当該患者が妊婦である旨記載すること。」と記載されていることから、当該記載が必要となりますので、ご留意ください。

なお、平成30年4月25日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について(その3)」において、「別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」により示されている診療報酬明細書の「摘要」欄に記載する事項等について、(略)平成30年9月診療分以前の電子レセプト又は書面による請求を行う場合においても、当該一覧の「左記コードによるレセプト表示文言」のとおり記載するのかが。」の問に対し、「必ずしも当該文言のとおり記載する必要はないが、その旨がわかる記載又は当該診療行為に係る記載事項であることがわかる記載とすること。」とされていますので、併せてご留意ください。

調剤報酬明細書 平成30年6月分

調剤報酬明細書 平成30年6月分

4調剤 1社保 1単独 2本外

保険 記号・番号

氏名 2女 5照 55.10.21 生

職歴上の半端

保険在地位種別番号

1 基金 太郎 6

2 7

3 8

4 9

5 10

調剤報酬点数

調剤基本料 82

薬学管理料 2

2,018

106

事例④
調剤

同一月内における「薬C」2回の算定について

薬剤服用歴管理指導料2については、平成30年3月5日付け厚生労働省告示第43号において、「1の患者以外の患者に対して行った場合 53点」と示されています。

【告示 平成30年3月5日付け厚生労働省告示第43号】

別表第三
調剤報酬点数表
第2節 薬学管理料
区分10 薬剤服用歴管理指導料

1	原則6月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合	41点
2	1の患者以外の患者に対して行った場合	53点
3	特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合	41点

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、本文の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、53点を算定する。(以下、省略)

(参考)【通知 平成30年3月26日付け厚生労働省通知保医発0326第5号】

別添1
別紙1
別表II 調剤行為名称等の記号一覧(抜粋)

項番	区分	項目	略称	記載欄
15	区分番号00	調剤基本料1の場合	基A	「調剤基本料」欄
34	区分番号10	調剤基本料1を算定する保険薬局において、薬剤服用歴管理指導料(53点)を算定した場合： <u>6月以内に再度処方箋を持参した患者以外の患者に対する算定</u>	薬C	「薬学管理料」欄

本事例については、同一月内において「薬C」が2回算定されています。「薬C」は調剤基本料1(基A)を算定する保険薬局において、原則6月以内に再度処方箋を持参した患者以外の患者に対して、告示等に掲げる指導等の全てを行った場合に算定すると示されていることから、前回の処方箋受付(6月4日)から6月以内に再度処方箋を持参した6月18日の「薬C」は算定できませんので、ご注意ください。

事例⑤
調剤

同一処方箋受付回における在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料1及び2の算定について

調剤報酬明細書 平成30年6月分

調剤 1社保 1単独 2本外

氏名 基金太郎 性別 男 生年 52.11.22

住所 記載省略

調剤回数 1回

調剤日 6.4

調剤時間 6.4

調剤内容 省略

調剤報酬点数表

調剤	調剤料	薬剤料	加算料	公費分点
41				

薬学管理料

区分	点数
在防A	1
在防B	1

在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料については、平成30年3月5日付け厚生労働省通知保医発0305第1号において、「複数項目に該当した場合であっても、重複して算定することはできない。」と記載されています。

【告示 平成30年3月5日付け厚生労働省告示第43号】

- 別表第三
調剤報酬点数表
第2節 薬学管理料
15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
1 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
2 残薬調整に係るもの場合 30点

注1 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。

【通知 平成30年3月5日付け厚生労働省通知保医発0305第1号】

- 別添3
調剤報酬点数表に関する事項
＜薬学管理料＞
区分15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

(1) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は、薬剤服用歴の記録又は患者及びその家族等からの情報等に基づき、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。ただし、複数項目に該当した場合であっても、重複して算定することはできない。

【参考】【通知 平成30年3月26日付け厚生労働省通知保医発0326第5号】

- 別添1
別紙1
別表II 調剤行為名称等の記号一覧（抜粋）

項番	区分	項目	略称	記載欄
72	区分番号15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料1を算定した場合	在防A	「薬学管理料」欄
73	区分番号15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料2を算定した場合	在防B	「薬学管理料」欄

本事例については、同一処方箋受付回において在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料1（在防A）及び2（在防B）が重複して算定されています。
本管理料については、平成30年3月5日付け厚生労働省告示第43号に「処方箋受付1回につき所定点数を算定する。」と示されており、また、同日付け厚生労働省通知保医発0305第1号において「複数項目に該当した場合であっても、重複して算定することはできない。」と記載されていることから、同一処方箋受付回において「在防A」と「在防B」は重複して算定することはできませんので、ご注意ください。