

調剤レセプト及び処方せんへの医療機関コード等の 記載について

第1 現状と課題

現在、調剤レセプトには、処方を行った保険医療機関の所在地及び名称を記載することとしているが、都道府県番号及び医療機関コードについては記載がなされていない。(資料 P2,4)

このため、保険者において調剤レセプトと処方せんを発行した保険医療機関の医科レセプト(又は歯科レセプト)との突合を行う際に、手間がかかっている状況にある。

なお、平成20年度診療報酬改定の答申の意見書には「5 診療報酬における包括化やIT化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を行うこと。」とされているほか、同様の内容について「規制改革推進のための3カ年計画(再改定)」が閣議決定されている。(資料 P1)

- 注)・処方せんは、保険医療機関及び保険医療養担当規則(省令)により規定。
・調剤レセプトは、告示により規定。

第2 論点

調剤レセプトへ都道府県番号及び医療機関コードを記載するためには、処方せんにも都道府県番号及び医療機関コードを記載する必要があり、これらの記載を加えることとしたい。(資料 P2~5)

調剤レセプト及び処方せんへの医療機関 コード等の記載について

(参 考 資 料)

レセプト様式見直しについての要望

① 答申書付帯意見(平成20年2月13日)

- 5 診療報酬における包括化やIT化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を行うこと

② 規制改革推進のための3カ年計画(再改定)

(平成21年3月31日閣議決定) (抜粋)

現在、調剤レセプトには、医療機関コードの記載がないことから、保険者において医科・歯科レセプトとの突合を行う際に、手間がかかっている状況にある。今後、レセプトオンライン化の過程の中で、医科・歯科レセプトと調剤レセプトの突合を容易に行えるよう、処方せん・調剤レセプトに医療機関コードを記載することを検討する。

(23年度のレセプトオンライン化の過程で検討)

現行の調剤レセプト様式

○ 調剤報酬明細書

都道府府 薬局コード
県番号

平成 年 月分

4 調剤	1 社・国 2 公費	3 後期 4 退職	1 単 2 2 3 3 併 併	2 本 4 外 6 外 家 外	8 高外一 0 高外7
---------	---------------	--------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------

保険者番号					給付割合	10 9 8 7 ()
-------	--	--	--	--	------	-----------------

被保険者証・被保険者
手帳等の記号・番号

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生

職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

特記事項

保険薬局の所在地及び名称

都道府県番号及び医療機関コードがない

保険医療機関の所在地及び名称

都道府県番号 医療機関コード

医師番号	処方月日	調剤月日	医薬品名・規格・用量・剤形・用法	単位薬剤料 点	調剤報酬点数			公費分点数 点
					数量	調剤料 点	薬剤料 点	

医療機関コード等の追加イメージ

○ 調剤報酬明細書

都道府府 薬局コード
県番号

平成 年 月分

4 調剤	1 社・国 2 公費	3 後期 4 退職	1 単 2 2 3 3 併 併	2 本 4 外 6 外 家 外	8 高外一 0 高外7
---------	---------------	--------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------

保険者番号					給付割合	10 9 8 7 ()
-------	--	--	--	--	------	-----------------

被保険者証・被保険者
手帳等の記号・番号

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生

職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

特記事項

保険薬局の所在地及び名称

都道府県番号 医療機関コード

都道府県番号及び医療機関コードを追加

医師番号	処方月日	調剤月日	医薬品名・規格・用量・剤形・用法	単位薬剤料 点	調剤報酬点数			公費分点数 点
					数量	調剤料 点	薬剤料 点	

現行の処方せん様式

処 方 せ ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	

患 者	氏名	保険医療機関の所在地及び名称 電話番号			(印)
	生年月日				
	区分	被保険者	被扶養者		

交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの使用期間	平成 年 月 日
-------	----------	-----------	----------

特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。

都道府県番号及び医療機関コードがない

4

医療機関コード等の追加イメージ

処 方 せ ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	

患 者	氏名	保険医療機関の所在地及び名称 電話番号			(印)
	生年月日				
	区分	被保険者	被扶養者		

交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの使用期間	平成 年 月 日
-------	----------	-----------	----------

特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。

都道府県番号及び医療機関コードを追加

5