

「日医標準レセプトソフト」

平成24年4月診療報酬改定対応
(レセプト対応)

2012年4月23日
社団法人 日本医師会

= 目次 =

1. レセプト電算提出用データ (RECEIPTC. UKE) の記録内容変更	2
2. 診療報酬明細書 (レセプト)	3
【診療実日数】	3
【再診料】	3
【医学管理】	4
【在宅】	5
【処置】	7
【画像診断】	7
【その他】	8
【入院】	10
【複数診療科受診日の自動記載】	12
【高額療養費の外来現物給付化に関して】	12
3. 診療報酬請求書 (外来)	14
4. 労災保険で入院時の入院加算の取扱い	15
5. 改正以外の改修項目について	15

■診療報酬明細書（レセプト）対応

プログラム更新を行い4月23日提供のパッチを適用することにより、平成24年度の診療報酬改定に対応した診療報酬明細書（レセプト）、診療報酬請求書、及びレセプト電算提出用データの作成が可能となります。

プログラム更新によるパッチ適用を行われた上で、平成24年度分のレセプト作成等を実施してください。

1. レセプト電算提出用データ (RECEIPTC.UKE) の記録内容変更

- (1) 診療行為レコード（レコード識別SI）、医薬品レコード（同IY）、特定器材レコード（同TO）について「算定日情報」の記録を行いません。
- (2) 診療行為レコード、医薬品レコード、特定器材レコードについて、すべてのレコードに回数の記録を行いません。
- (3) 日計表レコード（レコード識別NI）について、平成24年4月診療分以降は記録を行いません。

記録の詳細については、診療情報提供サービス

<http://www.iryohoken.go.jp/shinryohoshu/receMenu/doReceInfo>

に掲載されている、以下のPDFを参照してください。

- ① 電子レセプトの算定日情報に係る記録条件仕様の変更（抜粋版） 医科

http://www.iryohoken.go.jp/shinryohoshu/file/spec/24_kiroku.pdf

- ② 算定日情報に係る記録方法 医科

http://www.iryohoken.go.jp/shinryohoshu/file/spec/24_santeibi.pdf

【レセプト電算提出用データ作成時のチェック】

平成24年3月以前の診療分であっても月遅れ請求として4月診療分以降に含めて請求する場合、今回の改正に対応した記録内容に変更して請求する必要があります。

この場合は、プログラム更新によるパッチプログラムを適用後に該当する月遅れ請求分についてレセプト作成処理を再実施し、改正に対応した記録内容に変更した上で、レセプト電算の提出用データ (RECEIPTC.UKE) に含める必要があります。

この対応を行われていない月遅れ分のデータについては、媒体による提出、オンライン請求による提出のいずれであっても審査支払機関でエラーデータとして扱われる予定です。

このことから、平成24年3月以前の月遅れデータが改正パッチ提供日（※1）以降にレセプト処理を実施されていない場合は、提出用データ作成時に該当するデータが存在する旨のエラーメッセージを表示して提出用データの作成を不可としています。

エラーメッセージが表示された場合は、保険請求確認リスト及び(H01)レセプト請求管理画面に表示される作成日から患者を特定し、再度レセプト処理を実施後に提出用データの作成を行って下さい。

（※1 改正パッチ提供日は平成24年4月23日です）



2. 診療報酬明細書（レセプト）

【診療実日数】

下記診療行為コード算定日について、実日数1日としてカウントします。

113013910	外来リハビリテーション診療料1
113014010	外来リハビリテーション診療料2
113014110	外来放射線照射診療料
112015810	再診料（同一日2科目）
112015950	電話等再診（同一日2科目）
112016210	外来診療料（同一日2科目）
101120100	再診料（同一日2科目）

【再診料】

(1). 下記の算定がある場合、「再診」欄の再診の項に該当点数を集計します。

112015810	再診料（同一日2科目）
112015950	電話等再診（同一日2科目）
112016210	外来診療料（同一日2科目）
101120100	再診料（同一日2科目）

労災コードについては、金額欄の「再診」に該当金額を集計します。

又、当該診療科名コメントを摘要欄に自動記載します。

入力コード	名称	点数	回数
112007410	*再診	69	× 1
112011010	*外来管理加算	52	× 1
\$02	<<外科>>		
112015810	*再診料（同一日2科目）	34	× 1

(レセプト摘要欄記載例)

12	*再診料（同一日2科目） 複再算定診療科：外科	34	×	1
----	----------------------------	----	---	---

(2). 下記の算定がある場合、「再診」欄の再診の項に該当加算点数を集計します。

112016070	時間外対応加算1
112016170	時間外対応加算3

レセプト摘要欄には下記例のように個々の名称、点数を記載します。

入力コード	名称	点数	回数
112007410	*再診		
112016070	時間外対応加算1	74	× 1

(レセプト摘要欄記載例)

12	*時間外対応加算1	5	×	1
----	-----------	---	---	---

【医学管理】

- (1). 下記の算定がある場合、レセプト摘要欄に前回算定日コメント（初回の場合は初回である旨）を自動記載します。

113014610 認知症専門診断管理料2

(例) 認知症専門診断管理料2を4月18日、5月18日に算定した場合

4月分レセプト摘要欄記載例

13	* 認知症専門診断管理料2 (初回算定)	300 ×	1
----	-------------------------	-------	---

5月分レセプト摘要欄記載例

13	* 認知症専門診断管理料2 前回算定年月日 24年 4月18日	300 ×	1
----	------------------------------------	-------	---

- (2). 下記の算定がある場合、レセプト摘要欄に算定日コメントを自動記載します。

113013910 外来リハビリテーション診療料1

113014010 外来リハビリテーション診療料2

113014110 外来放射線照射診療料

(レセプト摘要欄記載例) 外来リハビリテーション診療料1を4月18日に算定した場合

13	* 外来リハビリテーション診療料1 算定 18日	69 ×	1
----	-----------------------------	------	---

- (3). 退院時共同指導料1の算定がある場合かつ下記の算定がある場合に、レセプト摘要欄の退院時共同指導料特別管理指導加算の剤に、算定日コメントを自動記載します。

113014370 退院時共同指導料特別管理指導加算

(レセプト摘要欄記載例) 退院時共同指導料特別管理指導加算を4月18日に算定した場合

13	* 退院時共同指導料特別管理指導加算 算定 18日	200 ×	1
----	------------------------------	-------	---

【在宅】

- (1). 下記の算定がある場合、「在宅」欄の夜間の項に該当点数を集計します。
- 114017570 夜間往診加算（機能強化した在支診等）（病床あり）
114017870 夜間往診加算（機能強化した在支診等）（病床なし）
- (2). 下記の算定がある場合、「在宅」欄の深夜・緊急の項に該当点数を集計します。
- 114017470 緊急往診加算（機能強化した在支診等）（病床あり）
114017670 深夜往診加算（機能強化した在支診等）（病床あり）
114017770 緊急往診加算（機能強化した在支診等）（病床なし）
114017970 深夜往診加算（機能強化した在支診等）（病床なし）
- (3). 下記の算定がある場合、「在宅」欄の在宅患者訪問診療の項に該当点数を集計します。
- 114018010 在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等入居者）
- (4). 往診又は特別往診の算定がある場合かつ下記の算定がある場合、レセプト摘要欄の往診又は特別往診の剤に往診日コメントを自動記載します。（往診又は特別往診と同一剤に“840000039”のコメント入力がある場合を除きます。）
- 114018010 在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等入居者）
114018710 在医総管（機能強化した在支診等）（病床あり）（処方せんあり）
114018810 在医総管（機能強化した在支診等）（病床あり）（処方せんなし）
114018910 在医総管（機能強化した在支診等）（病床なし）（処方せんあり）
114019010 在医総管（機能強化した在支診等）（病床なし）（処方せんなし）
114019110 特医総管（機能強化した在支診等）（病床あり）（処方せんあり）
114019210 特医総管（機能強化した在支診等）（病床あり）（処方せんなし）
114019310 特医総管（機能強化した在支診等）（病床なし）（処方せんあり）
114019410 特医総管（機能強化した在支診等）（病床なし）（処方せんなし）

（レセプト摘要欄記載例）往診を4月18日に算定した場合

14	* 往診 18日	720 x 1
----	-------------	---------

- (5). 下記の算定がある場合、レセプト摘要欄に訪問診療日コメントを自動記載します。
（同一剤に“840000066”のコメント入力がある場合を除きます。）
- 114018010 在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等入居者）

（レセプト摘要欄記載例）在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等入居者）を
4月18日に算定した場合

14	* 在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等入居者） 18日	400 x 1
----	---------------------------------------	---------

- (6). 往診又は特別往診の算定がある場合、かつ、
 施設基準 3055又は3056又は3168の設定が”1”の場合・・・”在支援”
 施設基準 3057又は3058又は3169の設定が”1”の場合・・・”在支病”
 をレセプト摘要欄に自動記載します。

(レセプト摘要欄記載例)

14	* 在支援
----	-------

14	* 在支病
----	-------

<補足>平成24年3月診療分までの記載条件が変更になりました。

平成24年3月診療分までは、

緊急又は深夜の往診の算定がある場合（「注1」のただし書に規定する加算の算定がある場合）、かつ、

施設基準 613の設定が”1”の場合・・・”在支援”

施設基準 695の設定が”1”の場合・・・”在支病”

をレセプト摘要欄に自動記載

- (7). 下記の算定がある場合、レセプト摘要欄に前回交付日コメント（初回の場合は初回である旨）を自動記載します。

114020910 介護職員等喀痰吸引等指示料

(例) 介護職員等喀痰吸引等指示料を4月18日、5月18日に算定した場合

4月分レセプト摘要欄記載例

14	* 介護職員等喀痰吸引等指示料 (初回交付)	240×	1
----	---------------------------	------	---

5月分レセプト摘要欄記載例

14	* 介護職員等喀痰吸引等指示料 前回交付年月日 24年 4月18日	240×	1
----	--------------------------------------	------	---

【処置】

(1). 下記の算定がある場合、レセプト摘要欄に算定日コメントを自動記載します。

140052810 人工腎臓（慢性維持透析濾過）（複雑）

（レセプト摘要欄記載例）人工腎臓（慢性維持透析濾過）（複雑）を4月18日に算定した場合

40	*算定 18日	人工腎臓（慢性維持透析濾過）（複雑）	2225x	1
----	---------	--------------------	-------	---

(2). 下記の算定がある場合、レセプト摘要欄に算定日コメントを自動記載します。

140052170 局所陰圧閉鎖処置初回加算（100cm²未満）

140052270 局所陰圧閉鎖処置初回加算（100cm²以上200cm²未満）

140052370 局所陰圧閉鎖処置初回加算（200cm²以上）

（レセプト摘要欄記載例）局所陰圧閉鎖処置初回加算（100cm²未満）を4月18日に算定した場合

40	*算定 18日	局所陰圧閉鎖処置（100cm ² 未満） 局所陰圧閉鎖処置初回加算（100cm ² 未満）	2730x	1
----	---------	--	-------	---

<補足>平成24年3月診療分までの記載条件が変更になりました。

平成24年3月診療分までは、局所陰圧閉鎖処置の算定日をレセプト摘要欄に自動記載

【画像診断】

(1). 下記の算定がある場合、レセプト摘要欄に実施日を自動記載します。

170033410 CT撮影（64列以上マルチスライス型機器）

170033510 MRI撮影（3テスラ以上の機器）

（レセプト摘要欄記載例）CT撮影（64列以上マルチスライス型機器）を4月18日に算定した場合

70	*実施 18日	CT撮影（64列以上マルチスライス型機器）	950x	1
----	---------	-----------------------	------	---

【その他】

(1). 下記の算定がある場合、「その他」欄の処方せんの方に該当点数を集計します。

120003570 一般名処方加算（処方せん料）

(2). 下記の算定がある場合、レセプト摘要欄に脳血管疾患等リハ：発症日を自動記載します。

180033910 脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（要介護・廃用症候群以外）

180034010 脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（要介護・廃用症候群）

180034110 脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（要介護・廃用症候群以外）

180034210 脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（要介護・廃用症候群）

180034310 脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（要介護・廃用症候群以外）

180034410 脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（要介護・廃用症候群）

（レセプト摘要欄記載例）

80	* 脳血管疾患等リハ：発症 24年 4月18日
----	-------------------------

(3). 下記の算定がある場合、レセプト摘要欄に運動器リハ：発症日を自動記載します。

180034510 運動器リハビリテーション料（1）（要介護）

180034610 運動器リハビリテーション料（2）（要介護）

180034710 運動器リハビリテーション料（3）（要介護）

（レセプト摘要欄記載例）

80	* 運動器リハ：発症 24年 4月18日
----	----------------------

(4). 下記の算定がある場合、レセプト摘要欄に実施日数を自動記載します。

180033910 脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（要介護・廃用症候群以外）

180034010 脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（要介護・廃用症候群）

180034110 脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（要介護・廃用症候群以外）

180034210 脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（要介護・廃用症候群）

180034310 脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（要介護・廃用症候群以外）

180034410 脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（要介護・廃用症候群）

180034510 運動器リハビリテーション料（1）（要介護）

180034610 運動器リハビリテーション料（2）（要介護）

180034710 運動器リハビリテーション料（3）（要介護）

（レセプト摘要欄記載例）

80	* 脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（要介護・廃用症候群以外） 1単位 実施日数 1日 221 x 1
----	---

【入院】

(1). 算定日コメントの自動記載に以下入院料加算を追加します。

- 190147110 栄養サポートチーム加算（指定地域）
- 190151470 重症者加算 1
- 190147010 精神科リエゾンチーム加算
- 190149110 病棟薬剤業務実施加算

（レセプト摘要欄記載例）栄養サポートチーム加算（指定地域）を4月1日に算定した場合

90	* 栄養サポートチーム加算（指定地域）	
	1日	100 × 1

(2). 療養病床入院時の医療区分コメントコード変更

（削除）820000158 9 1 褥瘡に対する治療を実施している状態（31の場合を除く）

（削除）820000159 9 2 身体抑制を実施している

（新設）820000160 9 1 身体抑制を実施している

これにより、(147)医療区分・ADL区分登録画面で「9 1 身体抑制を実施している」をセットした場合、平成24年4月以降のレセ電記録は 820000160 で記録されます。

(3). 他医療機関受診55%減（外泊区分6）、15%減（外泊区分7）の記載対応

(141)入院会計照会画面で設定した外泊区分に応じて、該当する診療行為コードによる減算を行います。

診療行為コード	診療行為名称	%減算
190153090	入院基本料減算（透析等目的とした他医受診）	15%減算
190153190	特定入院料減算（透析等目的とした他医受診・包括診療行為算定）	55%減算
190153290	有床診療所療養病床入院基本料減算（透析等他医受診・包括未算定）	15%減算
190153390	認知症治療病棟入院料減算（透析目的とした他医受診・包括未算定）	15%減算

(レセプト摘要欄記載例) 精神病棟 15 対 1 入院基本料の入院 14 日以内に透析等目的とした他医療機関受診(15%減)を算定した場合

90	* 入院基本料減算（透析等目的とした他医受診） 精神病棟入院期間加算（14日以内）	1154 × 1
----	--	----------

入院中の患者がやむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関の明細書の「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」及び「他（受診日数：○日）」を記載する必要があります。診療行為入力画面より以下の入力を行ってください。

入力コード	名称	点数 回数
.900	* 入院（入院料）	
810000001	「他医療機関を受診した理由」	
810000001	「診療科」	
840000092	他（受診日数：日）	

ただし、特定入院料、**一般病棟入院基本料（療養病棟入院基本料1の例により算定する場合に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を除く入院基本料を15%減算する場合若しくは特定入院料、一般病棟入院基本料（療養病棟入院基本料1の例により算定する場合に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を15%、30%又は55%減算する場合には、受診した他の保険医療機関のレセプトの写しを下端50mm程度切りとって添付すること。**レセプトの写しの添付が困難である場合には、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載する必要があります。診療行為入力画面より以下の入力を行ってください。**(赤字は改定箇所)**

入力コード	名称	点数 回数
.900	* 入院（入院料）	
810000001	「受診した他の保険医療機関の名称」	
830000042	都道府県：	
830000041	医療機関コード：	

【複数診療科受診日の自動記載】

(1). 複数診療科受診日をレセプト摘要欄に自動記載します。

- 111011810 初診（同一日2科目）
- 101110040 初診（同一日2科目）
- 112015810 再診料（同一日2科目）
- 112015950 電話等再診（同一日2科目）
- 112016210 外来診療料（同一日2科目）
- 101120100 再診料（同一日2科目）

(レセプト摘要欄記載例) 4月18日に、再診を内科で、再診料（同一日2科目）を外科で算定した場合

	* 複数診療科受診
	内科 18日
	外科 18日

(補足) 平成24年3月診療分までは下記の診療行為コードがある場合を条件に複数診療科受診日を記載していましたが、上記6つの診療行為コードも条件に追加しました。

830000020 初診料算定科 :

830000021 再診料算定科 :

【高額療養費の外来現物給付化に関して】

(1). 保険欄—一部負担金額欄の記載について（外来）

・高齢者

<平成24年3月診療分まで>

在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限り記載

<平成24年4月診療分から>

高額療養費が現物給付された者に限り記載

・70歳未満（限度額適用認定証の提示あり）

<平成24年3月診療分まで>

在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合で、

高額療養費が現物給付された者に限り記載

<平成24年4月診療分から>

高額療養費が現物給付された者に限り記載

(2). 摘要欄の「低所得1」又は「低所得2」の記載について（外来）

・高齢者 【低所得者のみ】

<平成24年3月診療分まで>

在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限り記載

<平成24年4月診療分から>

高額療養費が現物給付された者に限り記載

補足1：高額療養費が現物給付された者とは、自己負担額が下記の金額に達した者になります。

・高齢者の自己負担額（注1）

上位： 44400円

一般： 12000円

低所： 8000円

注1 70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置対象者については、**2割相当額**を自己負担額として、高額療養費の判定を行います。

・70歳未満の自己負担額（注2 高額療養費計算の合算対象外分は除く）

上位： 150000円+@（83400円）

一般： 80100円+@（44400円）

低所： 35400円（24600円）

※（ ）内は高額4回目以降の金額

注2 70歳未満現物給付の高額療養費計算の合算対象について

(1) 主保険単独分

主保険の負担相当額が21000円以上である場合が合算対象となります。

(2) 公費併用分

公費に患者負担相当額がある事、かつ、主保険の負担相当額が21000円以上である場合が合算対象となります。

補足2：公費併用分については、請求点数×10円×主保険の負担割合 で求めた金額が下記の金額に達した者になります。（注3）

・高齢者

【地方公費のみ併用分】

上位： 44400円

一般： 12000円

低所： 8000円

※ 一部の都道府県の社保分は、一律“一般”の金額としています。

（全国公費併用分（51・52を除く）と同じ額）

【生保併用分】 8000円

【長期併用分】 10000円

【全国公費併用分（51・52を除く）】

12000円 <一律“一般”の金額>

【全国公費併用分（51・52）】

上位： 44400円

一般： 12000円

低所： 8000円

注3 70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置対象者については、主保険の負担割合を**2割**として、高額療養費の判定を行います。

・70歳未満

【地方公費のみ併用分】

上位：150000円+@（83400円）

一般：80100円+@（44400円）

低所：35400円（24600円）

※一部の都道府県の社保分は、一律“一般”の金額としています。

（全国公費併用分（51・52を除く）と同じ額）

【生保併用分】 35400円（24600円）

【長期併用分】 10000円

【長期（上位）併用分】 20000円

【全国公費併用分（51・52を除く）】

80100円+@ <一律“一般”の金額>

【全国公費併用分（51・52）】

上位：150000円+@

一般：80100円+@

低所：35400円

※（ ）内は高額4回目以降の金額

3. 診療報酬請求書（外来）

高額療養費の外来現物給付化に伴い、診療報酬請求書の記載要領が変更となりました。

<平成24年3月診療分（4月請求）まで>

「高齢受給者について在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」及び「その他の診療報酬明細書」のそれぞれについて診療報酬請求書を作成します。

診療報酬請求書の上部に「在医総管または在医総を算定したレセ」と「その他のレセ」と記載します。

<平成24年4月診療分（5月請求分）から>

「高齢受給者について在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」及び「その他の診療報酬明細書」をそれぞれ作成せず、まとめたものを作成します。（診療報酬請求書の上部に文言記載はありません）

※但し、3月診療以前の月遅れ分・返戻分がある場合は、3月診療以前分と4月診療以降分で診療報酬請求書を別に作成します。

- ・3月診療以前分の診療報酬請求書 「在医総管または在医総を算定したレセ」
- ・3月診療以前分の診療報酬請求書 「その他のレセ」
- ・4月診療以降分の診療報酬請求書 （文言記載無し）

4. 労災保険で入院時の入院加算の取扱い

労災保険による入院時、入院基本点数を1.30倍（入院の日から起算して2週間以内）、1.01倍（入院の日から起算して2週間を超えた期間）する際の計算に、以下新設された加算をその計算に含めます。

- 190143070 看護必要度加算1（一般病棟入院基本料）
- 190143170 看護必要度加算2（一般病棟入院基本料）
- 190143970 看護必要度加算1（特定機能病院入院基本料）
- 190144070 看護必要度加算2（特定機能病院入院基本料）
- 190144570 看護必要度加算1（専門病院入院基本料）
- 190144670 看護必要度加算2（専門病院入院基本料）

5. 改正以外の改修項目について

レセプト電算提出用データのレセプト共通レコード（レコード識別RE）「一部負担金・食事療養費・生活療養費標準負担額区分」の記録について今回の改正パッチと併せて見直しを行いました。外来分が対象となります。

<見直し前>

- ・高齢者 【低所得者のみ】
在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限り記録する
- ・70歳未満（限度額適用認定証の提示あり） 【低所得者のみ】
在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限り記録する

<見直し後>

- ・高齢者 【低所得者のみ】
 - <平成24年3月診療分まで>
在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限り記録する
 - <平成24年4月診療分から>
高額療養費が現物給付された者に限り記録する
- ・70歳未満（限度額適用認定証の提示あり） 【低所得者のみ】
記録しない