

「日医標準レセプトソフト」

平成 19 年 4 月診療報酬改定対応
(感染症法の改正対応)
(健康保険法施行令等の一部改定対応)
【補遺版】
(その 2)

2007 年 6 月 26 日

(二版)

社団法人 日本医師会

感染症法改正関係

1 保険番号マスタ

マスタ更新により保険番号マスタの内容を一部変更します。

保険番号	有効開始日	有効終了日	制度名	短縮制度名
010	20070401	99999999	感染症（結核通院） 感染症（37条の2）	結核通院 感37の2
028	19900101	99999999	感染症（1類・2類）	感染 感染症入院

保険番号 028 は、平成 19 年 4 月で有効期間を切ってはいません。

2 患者登録

保険番号マスタの短縮制度名を変更しましたので、すでに登録されている患者についてはもう一度、患者登録から呼び出して登録を行うと保険組合せの制度名称が変更できます。

再登録をしなくても保険請求処理には影響はありませんが、画面名称や領収書等の文言が“結核通院”または“感染”と表示されることになります。

3 診療報酬請求書

「公費負担」欄の区分に記載する名称を以下のように変更します。

10（結34）	10（感37の2）
11（結35）	11（結核入院）
28（感染）	28（感染症入院）

「備考」欄の区分に記載する名称を以下のように変更します。

10（結34）	10（感37の2）
11（結35）	11（結核入院）
28（感染症）	変更なし

区分の名称が変更になりますが、平成 19 年 3 月診療分以前（返戻分、月遅れ分）を平成 19 年 5 月請求分以降で請求する場合、新しい区分名称の欄に含めて請求します。分ける必要はありません。

70 歳未満現物給付化関係（診療報酬明細書）

1 「療養の給付」欄の「保険」の「負担金額」の項について

限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった場合（システムでは患者登録で公費欄に該当する保険番号が登録されている。以下、同じ。）で、高額療養費が現物給付された場合、「保険」の項の「負担金額」の項に金額を記載します。（高額療養費が現物給付されていない場合は記載しません。）

高額療養費が現物給付された場合とは・・・

請求額×主たる保険の負担割合 で求めた金額が下記金額に達した場合

主保険のみ	上位：150000円+@(83400円)
	一般：80100円+@(44400円)
	低所：35400円 (24600円)
地方公費のみ併用時	主保険のみと同様
生保併用時	35400円(24600円)
長期併用時	10000円
長期(上位)併用時	20000円
全国公費併用時	80100円+@(44400円)(所得に関わらず)
全国公費併用時	80100円+@(所得に関わらず)

()内は高額4回目以降・・・バージョン3.4.0対応

健康保険法施行令には、公費負担医療の場合に多数該当の規定無し。

例 国保単独 総医療費670,000円、一般所得者

療養の給付	保 険	請求点	決定点	負担金額 円
		67,000		

$$80,100 \text{ 円} + (670,000 \text{ 円} - 267,000 \text{ 円}) \times 1\% = 84,130 \text{ 円}$$

2 「療養の給付」欄の「公費」の「負担金額」の項について

高額療養費が現物給付された場合で、010感37の2または015更生または016育成または021精神通院をもつ場合は、下記の通り記載する。(自立支援については、中間所得層で上限額が医療保険の自己負担限度額の場合)

010感37の2(5%)

193569点超 の場合 1円単位で記載(患者窓口負担額も1円単位とする)

193569点以下の場合 10円単位で記載

015更生、016育成、021精神通院(1割)

86034点超 の場合 1円単位で記載(患者窓口負担額も1円単位とする)

86034点以下の場合 10円単位で記載

例1 医保公費併用(15) 総医療費860,000円、公費対象医療費400,000円、公費対象患者負担額40,000円、一般所得者

療養の給付	保 険	請求点	決定点	負担金額 円
		86,000		(81,430)
		40,000		40,000

公費対象分 $80,100 \text{円} + (400,000 \text{円} - 267,000 \text{円}) \times 1\% = 81,430 \text{円}$

医保単独分 $(860,000 \text{円} - 400,000 \text{円}) \times 30\% = 138,000 \text{円}$

$80,100 \text{円} + (860,000 \text{円} - 267,000 \text{円}) \times 1\% = 86,030 \text{円}$

$86,030 \text{円} - 40,000 \text{円} = 46,030 \text{円}$

$81,430 \text{円} + 46,030 \text{円} = 127,460 \text{円}$

公費負担医療について患者負担があり、医保単独分と公費対象分がそれぞれ21,000円を超える場合は合算する

例2 医保公費併用(15) 総医療費860,000円、公費対象医療費800,000円、公費対象患者負担額80,000円、一般所得者

療養の給付	保 険	請求点	決定点	負担金額 円
		86,000		(85,430)
		80,000		80,000

公費対象分 $80,100 \text{円} + (800,000 \text{円} - 267,000 \text{円}) \times 1\% = 85,430 \text{円}$

医保単独分 $(860,000 \text{円} - 800,000 \text{円}) \times 30\% = 18,000 \text{円}$ (21,000円未満)

$85,430 \text{円} + 18,000 \text{円} = 103,430 \text{円}$

医保単独分が21,000円未満の場合は公費併用分を限度額に含めない ~~未対応~~

~~上記の記載内容が正しいですが、現在の対応では以下の計算により誤った記載となりますのでご注意ください~~

療養の給付	保 険	請求点	決定点	負担金額 円
		86,000		(85,430)
		80,000		80,000

~~$80,100 \text{円} + (800,000 \text{円} - 267,000 \text{円}) \times 1\% = 85,430 \text{円}$~~

~~$80,100 \text{ 円} + (860,000 \text{ 円} - 267,000 \text{ 円}) \times 1\% = 86,030 \text{ 円}$~~
 ~~$86,030 \text{ 円} - 80,000 \text{ 円} = 6,030 \text{ 円}$~~
 ~~$85,430 \text{ 円} + 6,030 \text{ 円} = 91,460 \text{ 円}$~~

例3 医保公費併用(15) 総医療費500,000円、公費対象医療費500,000円、
 一般所得者、高額4回目以降、15の限度額が医療保険の限度額の場合

療養の給付	保 険	請求点	決定点	負担金額 円
		50,000		76,830
			44,400	

公費負担限度額 $80,100 \text{ 円} + (500,000 \text{ 円} - 267,000 \text{ 円}) \times 1\% = 82,430 \text{ 円}$

(公費負担医療の場合に高額4回目以降の規定なし)

患者負担 1割50,000円 > 44,400円

$82,430 - (50,000 - 44,400) = 76,830 \text{ 円}$

$50,000 - 44,400 = 5,600 \text{ 円}$ (高額療養費)

療養の給付	保 険	請求点	決定点	負担金額 円
		50,000		44,400
			44,400	

例4 医保公費併用(15) 総医療費300,000円、公費対象医療費300,000円、
 一般所得者、高額4回目以降、15の限度額が医療保険の限度額の場合

療養の給付	保 険	請求点	決定点	負担金額 円
		30,000		80,430
			30,000	

公費負担限度額 $80,100 \text{ 円} + (300,000 \text{ 円} - 267,000 \text{ 円}) \times 1\% = 80,430 \text{ 円}$

(公費負担医療の場合に高額4回目以降の規定なし)

患者負担 1割30,000円 < 44,400円

療 養 の 給 付	保	請 求 点	決 定 点	負 担 金 額 円
	険	30,000		44,400
				30,000

3 「特記事項」欄について

限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった場合、以下のように特記事項欄を自動的に記載します。

上位所得者

一般所得者

低所得者

特記事項
17 上位

特記事項
18 一般

特記事項
19 低所

以下のシステム予約コードを診療行為から入力した場合は無条件に記載します。

"099990117" (特記事項 17 上位)

"099990118" (特記事項 18 一般)

"099990119" (特記事項 19 低所)

4 「摘要」欄について

限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった場合、外来分については"低所得1"または"低所得2"をレセプト摘要欄に記載します。

	低所得 1
80	*運動器リハ：発症 4月16日 疾患名：変形性膝関節症

リハビリテーション

1 併算定について

疾患別リハビリテーション医学管理料の算定期間は、同一疾患別のリハビリテーション料の算定はできませんでしたが、急性増悪などの場合は医学管理からリハビリテーションへ逆に移行できることが分かりました。これにより医学管理の算定ルールは月内であってもリセットできるということです。

同一疾患別のリハビリテーション開始日を新たに入力するとリハビリテーション料が算定できます。

2 疾患別リハビリテーション医学管理料と外来管理加算（200床未満）や処置等について

疾患別リハビリテーション医学管理料を算定した月は、外来管理加算が算定できません。ただし、リハ医学管理料の初回算定月の場合は、算定する日より前に算定した外来管理加算は算定可能です。

例えば、

運動器リハビリテーション医学管理料	5月8日（初回算定）		
外来管理加算の算定可能な診療	5月2日、16日		
とした場合			
	5/2	5/8	5/16
運動器リハ医学管理料		（初回）	
外来管理加算			×
	（算定可）		（算定不可）

となります。

医学管理の期間ですが、当月初めて医学管理料を算定するまでは外来管理加算は自動算定されます。医学管理料算定日より前に外来管理加算を算定している日があれば訂正で呼び出し、登録すると外来管理加算は削除されます。

例えば、上記例の翌月として

運動器リハビリテーション医学管理料	6月7日（初回算定5月8日より医学管理期間）		
外来管理加算の算定可能な診療	6月4日、14日		
とした場合			
	6/4	6/7	6/14
運動器リハ医学管理料		（当月初めて）	
外来管理加算	×		×
	（算定不可）		（算定不可）

となります。

1 の併算定にあるように、同一疾患別の開始日を入力すれば、それ以降は外来管理加算、処置等を算定できるようにしました。

ただし、開始日の外来管理加算は自動算定ができません。手入力もできません。システム管理の設定で「外来管理加算の自動発生なし」以外であれば、一度登録後に再度訂正で呼び出すと自動算定します。この場合、開始日を削除されても外来管理加算は自動で削除はしません。

バージョン 3.4.0 では、疾患別のリハビリテーション終了日マスタがあります。開始日の前日までで終了日を算定していれば開始日でも外来管理加算は自動算定できます。

3 「摘要」欄について

(1) 継続理由の摘要欄記載

病名登録画面、または会計照会画面からレセプトコメント画面を呼び出します。内容コードを「51 疾患別リハビリテーションに係る治療継続理由」を指定してコメントを入力します。

紙レセプトの場合

摘要欄の末尾に記載します。

労災保険（ただし、アフターケアは未対応）、自賠責保険の場合も記載します。

レセプト電算の場合

症状詳記レコードとして記録します。

(2) 疾患別リハビリテーション医学管理料の摘要欄記載

疾患名、及び当該疾患の治療開始日、発症月日、手術月日または急性増悪した月日、当該医学管理の開始月日およびリハビリテーションの実施日をそれぞれ記載しなければいけません。

疾患名、当該疾患の治療開始日などは、疾患別リハビリテーション料と共通の入力方法により記載できます。

当該医学管理の開始月日は、初回算定日より自動的に記載を行います。

リハビリテーション実施日は、マスタ更新により以下の内容を点数マスタへ登録しますので施術した日を診療日として診療行為から入力します。これにより自動的に記載を行います。

診療行為コード	名称	点数
099800311	心大血管疾患リハ実施	0
099800321	脳血管疾患等リハ実施	0
099800331	運動器リハ実施	0
099800341	呼吸器リハ実施	0

有効開始日はすべて平成 19 年 4 月 1 日です。

80	* 心大血管疾患リハ：治療開始 10月1日 疾患名：心筋梗塞 * 心大血管疾患リハビリテーション料(1)(120日超)) 4単位 実施日数1日 840 × 1 * 心大血管疾患リハビリテーション医学管理料(1) 開始 4月10日 実施 10日、15日、18日 440 × 1
----	---

4 リハビリテーション料逡減対象外となる患者について

留意事項より

児童福祉法第43条の3に規定する肢体不自由児施設又は同法第27条第2項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものの通園者(外来患者を含む。)であって、特掲診療料の施設基準等別表第九の八第二号に規定する者については、逡減前の点数を算定すること。

該当となる患者については、以下のマスタを入力することにより逡減前の点数を算定するようになります。

このマスタは、マスタ更新により点数マスタへ登録します。

診療行為コード	名称	点数
099800401	リハビリテーション逡減対象外	0

有効開始日は平成19年4月1日です。

「リハビリテーション開始日」コードを入力し、これ以降に「リハビリテーション逡減対象外」コードを入力した場合に逡減対象外の扱いとし、逡減点数算定日以降も逡減前点数のコードを自動発生します。なお、毎月当コードを入力する必要はありません。

逡減点数のコードを手入力された場合はノンチェックとし算定します。

「リハビリテーション逡減対象外」のコードを入力以降、改めて「リハビリテーション開始日」コードを入力されたら、その時点で逡減対象外がリセットされます。逡減対象外に該当する場合は、さらに「リハビリテーション逡減対象外」コードを入力します。

5 労災保険での取り扱いについて

健康保険点数表の疾患別リハビリテーション料の逡減制は適用しない。と示されたので労災保険(健保準拠でない)の場合は、逡減開始日以降も逡減前点数を自動発生します。

逡減点数のコードを手入力された場合は入力エラーとします。

健康保険点数表の疾患別リハビリテーション医学管理料は適用しない。と示されたので労災保険（健保準拠でない）の場合は、入力エラーとします。

6 バージョン 3.3.0 について

平成 19 年 3 月にパッチ提供後に修正した内容についてお知らせします。

- (1) 入院分の訂正でない入力の場合、日付指定をしていない入力コードについては併算定チェックをしていませんでしたので修正しました。また、診療日時点での入力内容にエラーがなければ、日付指定をしてもエラーにならないことがありましたので正しくチェックをするように修正しました。
- (2) リハ医学管理料を初回算定後、2 回目のリハ医学管理料を初回算定日より前の日で入力した時、併算定エラーとならないことがありましたので修正しました。
- (3) 入院分の入力の場合、初診料が算定されていない場合、リハ医学管理料の算定履歴の初回算定日が誤って登録されていたので正しい算定日になるよう修正しました。