

診療報酬明細書（レセプト） の記載について



千葉県保険医協会
事務局 川井貴裕

よくある質問



レセプトの摘要欄に必要なことが記載されていないと言われて返戻されました。
点数表にはそんなこと摘要欄に記載しろと書いてないのに、理由がわかりません

レセプトの記載については、点数表の告示・通知とは別に出される「診療報酬請求書等の記載要領等について」という通知に記載されている事項に則って記載する必要があります



レセプト記載について

◎医療機関の重要な収入源です。レセプト作成は正確を期しましょう。

- レセプトに記載すべき事項は点数表や、「診療報酬請求書等の記載要領等について」という通知に詳細に定められています。記載すべき事項の記載がもれた場合、レセプトが返戻される場合があります。最近の診療報酬改定では頻繁にレセプト記載要領が変更されますので、注意が必要です。

診療報酬改定年4月に発行される「新点数運用Q&A -レセプトの記載-」という冊子において、変更された部分を詳細に解説しています。是非ご参照下さい。

「保険診療の手引」では、レセプト記載が必要な点数の項目ごとに「明細書記載の要点」を掲載しています。



「新点数運用Q&A」2020年より

第8章 請求事務の変更点

第1節 診療報酬明細書(レセプト)の記載要領の変更点

改定の概要

〈レセプトの被保険者証等の「記号及び番号」欄への枝番の記載〉

(1) レセプト「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄の記載について、被保険者証等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて枝番を記載することとされた。

〈「摘要」欄への記載事項等一覧〉

〈明細書「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〉

(2) 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)」において、診療行為が55項目追加され、記載事項が100項目以上追加・改定された。この改定については、2020年4月診療分(5月請求分)から対応が求められる。

(3) 各記載事項において、電子レセプト請求の場合に選択して入力するためのレセプト電算処理システム用コードが1700個以上追加された。これは2020年10月診療分(11月請求分)から選択して入力することが求められる。そのうち392個のコードでは加えて算定理由などのテキスト入力が必要とされ、357個のコードでは加えて算定開始日などの年月日のテキスト入力が必要とされている。算定留意事項通知で「月日」「日」と書かれているものも全て元号による年月日の記載が求められている。

なお、2020年3月31日以前から適用されているコードについては、同年9月診療分まで選択しても良い。

〈「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」の記載(主なもの)〉

(4) 「摘要」欄への記載事項に追加された項目のうち、保団連『点数表改定のポイント』に掲載した算定留意事項通知の改定において書かれていたものを除いて、主なものは以下の通り(2020年4月診療分から実施)。

ア. 医学管理等

① B005-9外来排尿自立指導料について、A251排尿自立支援加算の初回算定日、排尿自立支援加算の初回算定日からの排尿自立支援加算及び当該指導料の通算算定回数(当該月に実施されたものを含む)を記載することとされた。

② B011診療情報提供料(Ⅲ)について、妊婦である場合は当該患者が妊娠している者である旨記載することとされた。

③ B015精神科退院時共同指導料を算定する場合は、レセプト「摘要」欄に、当該指導料の対象となる患者の状態について記載することとされている。「1」の「イ」については、措置入院にかかる患者、緊急措置入院にかかる患者、医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者又は入院の期間が1年以上の患者一の4項目から選択して記載することとされた。1の「ロ」については、厚生労働行政推進調査事業「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」に掲げられた「包括的支援マネジメント実践ガイド」における「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たした重点的な支援を要する患者が対象となっており、15項目ある基準から選択して記載することとされた。「2」については「1」の「イ」「ロ」の計19項目から選択して記載することとされた。

イ. 在宅医療

① 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の包括的支援加算について、算定留意事項通知の(22)に規定するものうち該当するものを選択して記載することとされた。

② 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料の「2」について、分娩日を記載することとされた。

ウ. 検査

① 算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合について、前回の実施日(初回の場合は初回である旨)を記載することとされているが、殆どの検査にコードが設定された。

② D239筋電図検査の「2 誘発筋電図」について、従来から検査を行った神経名を記載することとされていたが、新たに感覚・運動の別、左・右の別も記載することとされた。

エ. 画像診断

・画像診断については、従来から撮影部位を記載することとされていたが、新たにE001写真診断、E200コンピューター断層撮影、E202磁気共鳴コンピューター断層撮影については、撮影部位を選択して記載することとされた。特にE001写真診断の「1 単純撮影」については、四肢について左・右・両側の別を記載することとされた。

オ. 精神科専門療法

・I015精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)・(Ⅲ)について、患者が服薬中等等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示し、当該急性増悪した日から7日以内の期間に算定した場合や、さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断し、急性増悪した日から1月以内の連続した7日間に算定した場合は、算定留意事項通知に「必要性について記載することとされていたが、これが別表Iにも掲載された。

カ. 入院基本料等加算

① A205救急医療管理加算の「1」について、当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものを記載することとされたが、医科診療行為コードを記載することとされた。また、対象患者のうちイ～キのいずれかに該当する場合は入院時の状態にかかる指標を記載することとされたが、「イ 意識障害又は昏睡」はJCS、「ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態」はNYHA分類、P/E比、「オ ショック」は平均血圧、昇圧剤の利用の有無、「カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病)」はAST、ALT、eGFR、JSD、NGSP、随時血糖値、「キ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病以外)」は具体的な状況、「ク 広範囲熱傷」はBurn Index、気道熱傷の有無を記載することとされた。同加算「2」についても、当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものを記載することとされたが、医科診療行為コードを記載することとされた。また、対象患者のうちイ～キのいずれかに準ずる状態に該当する場合は入院時の状態にかかる指標を記載することとされたが、上記「1」と同様に記載することとされた。なお、「コ その他の重篤な状態」については医学的根拠を記載することとされた。

② A251排尿自立支援加算について、当該加算の初回算定日及び初回からの通算算定回数(当該月に実施されたものを含む)を記載することとされた。

キ. 特定入院料

・A311精神科救急入院料、A311-2精神科急性期治療病棟入院料、A311-3 精神科救急・合併症入院料の対象患者にクロザピンの新規導入を目的として、当該保険医療機関の他の病棟(精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く)から転棟した患者が追加された。これを受けてa)当該病棟におけるクロザピンの初回投与日、b)当該病棟においてクロザピン投与を中止した場合は投与中止日及び投与中止の理由、c)他の病棟においてクロザピン投与を中止したことがある場合は当該他の病棟における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピン

「保険診療の手引」

B013 療養費同意書交付料 療

1 算定点数

療養費同意書交付料（交付1回につき） 100点

2 算定の原則

健康保険法第87条の規定による療養費（柔道整復以外の施術に係るものに限る）に係る同意書を交付した場合に算定する。

3 留意事項

- 療養費同意書交付料は、当該疾病について現に診察している主治の医師が、当該診察に基づき、(2)から(4)までの療養費の支給対象に該当すると認めた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧、はり、きゅうの施術に係る同意書又は診断書（以下「同意書等」という）を交付した場合に算定する。
- あん摩・マッサージ・指圧の施術に係る療養費の支給対象となる適応症は、一律にその診断名によることなく筋麻痺・関節拘縮等であって、医療上マッサージを必要とする症例について支給対象とされている。
- はり、きゅうの施術に係る療養費の支給対象となる疾病は、慢性病であって医師による適当な治療手段がないものとされており、主として神経痛・リウマチなどであって、類症疾患についてはこれらの疾病と同一範疇と認められる疾病（頸腕症候群・五十肩・腰痛症及び頸椎捻挫後遺症等の慢性的な疼痛を症状とする疾患）に限り支給対象とされている。具体的には、神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症について、医師より同意書の交付を受けて施術を受けた場合は、保険者は医師による適当な治療手段のないものとし療養費の支給対象として差し支えないものとされている。また、神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症及び頸椎捻挫後遺症以外の疾病による同意書又は慢性的な疼痛を主症とする6疾病以外の類症疾患について診断書が提出された場合は、記載内容等から医師による適当な治療手段のないものであるか支給要件を保険者が個別に判断し、支給の適否が決定される。な

お、これらの疾病については、慢性期に至らないものであっても差し支えない。

- あん摩・マッサージ・指圧及びはり、きゅうについて、医療機関に入院中の患者の施術は、当該医療機関に往療した場合、患者が施術所に向向いてきた場合のいずれであっても療養費は支給されず、はり、きゅうについて、同一疾病に係る療養の給付（診察、検査及び療養費同意書交付を除く）との併用は認められていない。
- 患者が同意書等により療養費の支給可能な期間（初療又は同意の日から6月（変形徒手矯正術に係るものについては1月）を超えてさらにこれらの施術を受ける必要がある場合において、医師が当該患者に対し同意書等を再度交付する場合にも別に算定できる。ただし、同意書等によらず、医師の同意によった場合には算定できない。
- 同意書等を再度交付する場合、前回の交付年月日が月の15日以前の場合は当該月の4ヶ月後の月の末日、月の16日以降の場合は当該月の5ヶ月後の月の末日までの交付については算定できない。ただし、変形徒手矯正術については、前回の交付年月日から起算して1ヶ月以内の交付については1回に限り算定できる。

編注 同意書等の再交付にあたって、例えば、4月15日に交付した場合は、8月31日までの交付は算定できない。4月16日に交付した場合は、9月30日までの交付は算定できない。

- 医師が同意書等を交付した後に、被保険者等が当該同意書等を紛失し、再度医師が同意書等を交付した場合は、最初に同意書等を交付した際にのみ算定できる。この場合において、2度目の同意書等の交付に要する費用は被保険者の負担とする。

- 同意書は、あくまで主治医の判断により交付するものであり、交付は義務ではない。
- 同意書の交付に当たっては、本書第1章第7節を参照されたい。 ⇨ P. 29

明細書記載の要点

同一日に医師の診療が行われない場合は、実日数として数えない。

【「摘要」欄に記載が必要な事項】

選択項目のコード一覧は⇨P. 1843参照

コードが設けられている事項

「摘要」欄に交付年月日及び同意書又は診断書の病名欄に記載した病名を記載する。

医学管理 医学管理

B014 退院時薬剤情報管理指導料 退薬

1 算定点数

退院時薬剤情報管理指導料（退院日1回） 90点
退院時薬剤情報連携加算 60点

2 算定の原則

- 医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。この場合において、同一日に、B005退院時共同指導料2（入院中の医療機関の薬剤師が指導等を行った場合に限り）は、別に算定できない。
- 医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服薬を中止した患者について、薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。

3 留意事項

- 退院時薬剤情報管理指導料は、医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、必要に応じ保険薬局に照会するなどして薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳（薬剤情報提供料の③留意事項(2)(3)に掲げる手帳をい

- 以下同じ）に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。なお、ここでいう退院とは、入院料に規定される入院期間が通算される入院における退院のことをい、入院期間が通算される再入院に係る退院日には算定できない。
- 入院時に、医薬品の服用状況及び薬剤服用歴を手帳等により確認するとともに、患者が、医薬品等を持参している場合には、当該医薬品等について実際に確認する。
- 入院中に使用した薬剤のうち、どの薬剤について手帳に記載するかは、患者の病態や使用する薬剤の種類によるが、少なくとも、退院直前（概ね退院前1週間以内）に使用した薬剤及び入院中に副作用が発現した薬剤については記載する。副作用が発現した薬剤については、投与量、当該副作用の概要、投与継続の有無を含む講じた措置、転帰等について記載する。
- 患者の退院に際して、当該患者又はその家族等に、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導（医療機関を受診する際や薬局に処方箋を提出する際に、手帳を提示する旨の指導を含む）を行うとともに、退院後の療養を担う医療機関での投薬又は薬局での調剤に必要な服薬の状況及び投薬上の工夫に関する情報について、手帳に記載する。なお、指導の要点についても、分かりやすく手帳に記載し、必要に応じて退院時の処方に係る薬剤の情報を文書で提供する。なお、退院後、在宅療養を必要とする患者であって、手帳にかりつけ薬剤師の氏名が記載されている場合は、退院後の薬学的管理及び指導に関しかりつけ薬剤師への相談を促すよう努める。
また、入院時に当該患者が持参した医薬品

レセプト記載について

◎レセプト電算コードを使用して記載する項目が多数に

- 2018年4月の診療報酬改定において、いくつかの点数において摘要欄記載が求められたコメントについて、フリーコメントで入力ではなく、レセプト電算コードを使用して記載することとなりました。
- 2020年4月診療報酬改定に伴いレセプトの記載要領も改定され、多くの項目で新たにレセプト電算コードが割り振られました。

「診療報酬請求書等の記載要領等について」の別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」において、このコードが設けられた項目については、10月診療分（11月請求分）以降は該当するコードを選択して入力することが必要とされました。

レセプトの上書きについて

診療報酬明細書

(医科入院外)

平成 年 月分

都道府
県番号

医療機関コード

1
医科

1 社・国
2 公費

3 後 期
4 退 職

1 単独
2 2併
3 3併

2 本外
4 六外
6 家外

8 高外一
0 高外7

—	—	—	—	—	—	—	—	—
公費負担者番号①				公費負担医療の受給者番号①				
公費負担者番号②				公費負担医療の受給者番号②				

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	③						特記事項
	1男	2女	1明	2大	3昭	4平	④
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害						

保険医療機関の所在地及び名称

(床)

傷病名	(1)	⑤	診療開始日	(1)	年	月	日	転帰	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	保険	⑧	日	
	(2)			(2)	年	月	日						⑦		公費①	日
	(3)			(3)	年	月	日									公費②

- ①「保険種別1」「保険種別2」及び「本人・家族」欄 ②「給付割合」欄 ③「氏名」欄
④「特記事項」欄 ⑤「傷病名」欄 ⑥「診療開始日」欄 ⑦「転帰」欄 ⑧「診療実日数」欄

レセプトの上書きについて

①「保険種別1」「保険種別2」及び「本人・家族」欄

- 「本人・家族」欄は、種別に応じて、番号のうち1つを○で囲みます。未就学者である患者（6歳に達する日以後最初の3月31日以前の患者）は「4」、高齢受給者又は後期高齢者は「8」又は「0」を○で囲みます。なお、公費負担医療については本人に該当します。
- 国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者〔世帯主（高齢受給者を除く）〕は「2」、被保険者〔その他（未就学者である患者及び高齢受給者を除く）〕は「6」を○で囲みます。

レセプトの上書きについて

②「給付割合」欄

- 国民健康保険及び退職者医療の場合、該当する給付割合を○で囲むか、（ ）の中に給付割合を記載します。
- 国民健康保険については、自県分の場合は、記載を省略できます。

③「氏名」欄

- 姓名を記載しますが、健康保険（社保）の被保険者（本人）の場合は「姓」だけで「名」は記載しなくてもよいとされています。
- 電子レセプトの場合、カタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載できます。この場合は被保険者・被扶養者（家族）とともに姓名を記載し、姓と名の間スペースをいれます。

新生児の請求では新生児名で請求するのが原則なので、新生児は被扶養者として認定が必要です。

レセプトの上書きについて

④「特記事項」欄

- 特記事項に該当する定められたコードを記載します。
(「手引」P1826、「便覧」P1471)

●主な注意点

- 70歳以上の患者の場合、必ず「26 区ア」から「30 区オ」の記載が必要です。
- 後期高齢者の生活保護医療扶助単独の場合「04 後保」と記載します。
- 交通事故等加害者がいる場合で、保険者に第三者行為の届け出をした上で保険診療する場合は、「10 第三」と記載します。
- 特養、ショートステイ利用者の診療は「09 施」と記載します。
- 老健入所者を診療した場合は、「08 老健」と記載します。

レセプトの上書きについて

⑤「傷病名」欄

- 原則として傷病名コードに記載されたものの病名を使用します。
- 主傷病、副傷病の順に記載し、主傷病については原則として1つ、副傷病については主なものについて記載します。主傷病が複数ある場合は、主傷病と副傷病の間を線で区切るなど、主傷病と副傷病とが区別できるようにします。
- 「主傷病名及び副傷病名については、医療機関への周知徹底が十分になされていないことなどから、これらの区分がないことをもってただちに返戻することは、当分の間、差し控えるものとする」と、社保国保で申し合わせされています。
- 心身医学療法を算定する場合は、例えば「胃潰瘍（心身症）」のように、心身症による当該身体的傷病の次に「（心身症）」と記載します。

レセプトの上書きについて

⑥「診療開始日」欄

- 自院で保険診療を開始した年月日を和暦により記載します。
- レセプトの診療開始日は次の通りになります。カルテの診療開始日と連動しない場合がありますので注意が必要です。

1) 自費診療から保険診療に移行した場合、保険診療を開始した日が診療開始日になります

2) 国保から後期高齢者、社保から国保に変わった場合等、同月中に保険種別等の変更があった場合には、変更があった日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載します。社保・国保・後期高齢者の三者の中で移動があった場合が保険種別等の変更該当します。

社保→社保、国保→国保など同じ法律の基づく健康保険の変更は保険種別の変更には該当しません。

レセプトの上書きについて

⑦「転帰」欄

- 「治ゆ」「死亡」「中止」の3区分があり、当該疾病について請求月の最終日における結果を○印で囲みます。
電子レセプトの場合は、それぞれの傷病名と同じ行に「治ゆ」、「死亡」又は「中止」の字句を記載しても差し支えないとされています。
- 病名が2つ以上ある場合は「傷病名」欄の番号を付して「転帰」欄に区分して記載します。
- 疑い病名で終わった場合や転医の場合は「中止」を○で囲みます。
- 転帰月日の記入は不要であるが、同一月に初診料を2回算定する場合は、治ゆした傷病名の番号、治ゆ日を記載が必要です
- 在宅診療で死亡診断加算やターミナルケア加算、看取り加算を算定した場合は、すべての病名で「死亡」の転帰が必要です。

レセプトの上書きについて

⑧ 「診療実日数」欄

- 「保険」、「公費①」及び「公費②」の項にそれぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る診療実日数を記載します。生活保護単独のような公費負担医療のみの場合の診療実日数は「公費①」の項に記載します。ただし、第1公費に係る診療実日数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る診療実日数を省略しても差し支えないとされています。
- 医師が診療を行った日数を記載します。（外来リハビリテーション診療料を算定期間中に疾患別リハビリを実施した場合を除く）
- 電話等再診の実日数は1日として数えます。この場合、その回数を「摘要」欄に再掲します。

<参考> 被保険者証の変更等による明細書の取扱い <参考>「手引」P1818

1枚のレセプトで請求する場合

ケース	備考
①健保組合の名称が変わったが、記号番号が変わらない場合	
②保険者番号が変わらず記号番号だけが変わった場合	新しい記号番号で請求
③任意継続に変わった場合（給付割合に変更がない場合）	新しい記号番号で請求
④月途中で公費医療（結核、精神、特定疾患等）の対象となった場合	下線で区分
⑤保険者番号は変わらず、社保と生保の併用となった場合	下線で区分

複数のレセプトで請求する場合

<p>①保険者番号が変わった場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保険種別の変更（社保から国保、国保から社保、高齢受給者から後期高齢者など） ・ 勤務先の変更 ・ 健保組合の統廃合などにより保険者番号が変わった場合 ・ 国保で他の市町村（東京都23区を含む）に転居した場合 ・ 後期高齢者で他府県又は他市町村に転居した場合
<p>②保険者番号は変わらない場合でも分ける必要がある場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 社保本人から社保家族への変更又はその逆 ・ 月途中で生保単独になった場合（福祉事務所により取扱いが異なる場合がある） ・ 介護老人保健施設に入所中の患者に対して、施設に赴いて行った診療と外来受診のある場合

個別点数の摘要欄記載事項について

◎レセプト摘要欄記載事項の確認方法

- 繰り返しますが、レセプト摘要欄記載事項については、「保険診療の手引」の各点数の最後にある「明細書記載の要点」でご確認下さい。
なお、テキスト発行後訂正通知が出されています。全国保険医団体連合会のホームページの右下にある「出版物の案内」の「正誤表」でご確認下さい。
- 「保険診療便覧（診療点数早見表）」の1494ページから別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」が掲載されています。併せてご確認下さい。
- 本日の参考資料として8/31事務連絡の訂正を反映した別表Ⅰを配布しています。ご参照下さい。

個別点数(初再診料) 注：「記載事項」欄における括弧書に該当する場合だけ記載が必要

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
A000	初診料	<p><u>(初診の後、当該初診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該初診日が前月である場合)</u> 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成30年3月5日保医発0305第1号)別添1第1章第1部通則2のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。</p> <p>(注5のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を算定した場合) 2つ目の診療科の診療科名を記載すること。</p>	820100001	ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院
			820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院
			820100003	ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院
			830100002	2つ目の診療科(初診料);*****
A001	再診料	<p><u>(再診の後、当該再診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該再診日が前月である場合)</u> 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第1部通則2のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。</p> <p><u>(同一日に2回以上の再診(電話等再診を含む。)がある場合)</u> 同一日に2回以上の再診(電話等再診を含む。)がある旨を記載すること。</p> <p>(注3に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合) 2つ目の診療科の診療科名を記載すること。</p>	820100001	ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院
			820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院
			820100003	ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院
			112008350	同日再診料
			112016850	同日特定妥結率再診料
			112008850	同日電話等再診料
			112015950	電話等再診料(同一日複数科受診時の2科目)
			112016950	同日電話等特定妥結率再診料
112017150	電話等特定妥結率再診料(同一日複数科受診時の2科目)			
830100003	2つ目の診療科(再診料);*****			
A001	再診料の乳幼児加算	<u>(月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合)</u> 月の途中まで乳幼児であった旨記載すること。	820100005	月の途中まで乳幼児

?

個別点数(医学管理等)

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
B 001 の2	特定薬剤治療管理料1	<p>「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部B001の2特定薬剤治療管理料の(1)のアの(イ)から(ツ)までに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。</p> <p>(※編注 次の事項はコードがないので手入力) また、初回の算定年月を記載すること。ただし、抗てんかん剤及び免疫抑制剤以外の薬剤を投与している患者について4月日以降の特定薬剤治療管理料1を算定する場合又は抗てんかん剤若しくは免疫抑制剤を投与している患者について特定薬剤治療管理料1を算定する場合には、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。</p>	820100046	(イ) 心疾患患者でジギタリス製剤を投与
			820100047	(ロ) てんかん患者で抗てんかん剤を投与
			820100558	(ハ) 臓器移植術を受けた患者で免疫抑制剤を投与
			820100559	(ニ) 気管支喘息等の患者でテオフィリン製剤を投与
			820100560	(ホ) 不整脈の患者に対して不整脈用剤を継続的に投与
			820100561	(ヘ) 統合失調症の患者でハロペリドール製剤等を投与
			820100562	(ト) 躁うつ病の患者でリチウム製剤を投与
			820100563	(チ) 躁うつ病又は躁病の患者でバルプロ酸ナトリウム等を投与
			820100054	(リ) 留意事項通知に規定する患者でシクロスポリンを投与
			820100564	(ヌ) 留意事項通知に規定する患者でタクロリムス水和物を投与
			820100565	(ル) 若年性関節リウマチ等の患者でサリチル酸系製剤を継続投与
			820100566	(ヲ) 悪性腫瘍の患者でメトトレキサートを投与
			820100567	(ワ) 留意事項通知に規定する患者でエベロリムスを投与
			820100568	(カ) 入院中の患者であってアミノ配糖体抗生物質等を数日間以上投与
			820100569	(ヨ) 重症又は難治性真菌感染症又は造血幹細胞移植の患者であってトリアゾール系抗真菌剤を投与
			820100570	(タ) イマチニブを投与
			820100062	(レ) リンパ脈管筋腫症の患者でシロリムス製剤を投与
820100063	(ソ) 腎細胞癌の患者で抗悪性腫瘍剤としてスニチニブを投与			
820100572	(ツ) 片頭痛の患者であってバルプロ酸ナトリウムを投与			

個別点数(医学管理等)

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
B001の3	悪性腫瘍特異物質治療管理料	行った腫瘍マーカーの検査名を記載すること。	830100060	検査名(悪性腫瘍特異物質治療管理料);*****
B001の15	慢性維持透析患者外来医学管理料	(慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれる検査以外の検査を別に算定した場合) その必要性を記載すること。	830100061	管理料に含まれる検査以外の検査を別に算定した必要性(慢性維持透析患者外来医学管理料);*****
		(本管理料を算定した月において、本管理料に包括されていないE001の1単純撮影(胸部を除。)及びE002の1単純撮影(胸部を除く)を算定した場合) 撮影部位を記載すること。	830100062	管理料に包括されていない単純撮影の撮影部位(慢性維持透析患者外来医学管理料);*****
		(慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれる検査であって特例として算定を認められた検査を別に算定した場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部B001の15慢性維持透析患者外来医学管理料の(10)の アからカまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100066	ア 出血性合併症患者の退院月翌月の月2回目以後の末梢血液一般検査
			820100067	イ パルス療法施行時の月2回目以後のカルシウム等の検査
			820100068	ウ 副甲状腺切除を行った患者の月2回目以後のカルシウム等の検査
			820100069	エ シナカルセット塩酸塩投与患者の月2回目以後のカルシウム等の検査
			820100070	オ 透析アミロイド症の月2回目以後のβ2-マイクログロブリン検査
820100071	カ デフェロキサミンメシル酸塩投与患者のアルミニウムの検査			
B001の17	慢性疼痛疾患管理料	(当該患者に対し最初に当該管理料を算定した場合) 算定日を記載すること。	850100059	算定年月日(慢性疼痛疾患管理料);(元号)yy''年''mm''月''dd''日''

個別点数(医学管理等)

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
B001-2	小児科外来診療料	<p>(院外処方せんを交付している者に対し、夜間緊急の受診等やむを得ない場合において院内投薬を行った場合) その理由を記載すること。</p> <p>(編注:今年度改定で、同一月内において一度も処方箋を発行しない場合で、院内処方と投薬なしの受診日が混在する場合、院内処方を実施した日は「2」を、投薬なしの日は「1」をそれぞれ算定することとされました。この場合、院外処方と院内処方の点数が混在しますが、摘要欄に理由の記載は不要です(2020720事務連絡))</p>	830100067	夜間緊急の受診等やむを得ない院内投与理由(小児科外来診療料);*****
		<p>(他の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定しているため小児科外来診療料を算定しない場合) 他の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定している旨記載すること。</p>	820100578	小児科外来診療料非算定理由:他の保険医療機関で在宅療養指導管理料算定
B001-2-7	外来リハビリテーション診療料	<p>算定日を記載すること。 (編注:該当点数を算定した場合、レセプトに自動的に算定日が登録されますので、摘要欄記載は不要です)</p>	算定日情報	(算定日)
B005-7-2	認知症療養指導料1 (入院外)	治療を行った月日を記載すること。	850100079	治療年月日(認知症療養指導料1(入院外));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
B005-7-2	認知症療養指導料2	治療を開始した月日を記載すること。	850100080	治療開始年月日(認知症療養指導料2);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
B005-7-2	認知症療養指導料3	治療を開始した月日を記載すること。	850100081	治療開始年月日(認知症療養指導料3);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

編注:認知症療養指導料は治療を行った上で情報提供が算定要件ですが、摘要欄には治療日を記載します

個別点数(医学管理等)

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
B008-2	薬剤総合評価調整管理料	(当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合) 当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載すること。	830100079	他の保険医療機関名(薬剤総合評価調整管理料);*****
			842100031	当該保険医療機関における調整前の内服薬の種類数(薬剤総合評価調整管理料);*****
			842100032	他の保険医療機関における調整前の内服薬の種類数(薬剤総合評価調整管理料);*****
			842100033	当該保険医療機関における調整後の内服薬の種類数(薬剤総合評価調整管理料);*****
			842100034	他の保険医療機関における調整後の内服薬の種類数(薬剤総合評価調整管理料);*****
B009	診療情報提供料(Ⅰ)	算定日を記載すること。 (保険医療機関以外の機関へ診療情報を提供した場合) 情報提供先を記載すること。	算定日情報	(算定日) 情報提供先(診療情報提供料(1)); *****
B010-2	診療情報連携共有料	連携先の保険医療機関名を記載すること。	830100082	連携先保険医療機関名(診療情報連携共有料);*****
B011	診療情報提供料(Ⅲ)	(妊婦である場合) 当該患者が妊娠している者である旨記載すること。	820100579	妊婦(診療情報提供料3)

個別点数(医学管理等)

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
B012	傷病手当金意見書 交付料	交付年月日を記載すること。	850100089	交付年月日(傷病手当金意見書交付料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
		(当該月前に受療した傷病について傷病手当金意見書の交付のみの求めがあった場合) 当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病についての診療を開始した日を「傷病名」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載すること。	—	—
		(遺族等に対して意見書を交付した場合で遺族等が他に療養の給付を受けていない場合) 当該遺族等の診療報酬明細書に相続と表示し、意見書の対象となった傷病名を「傷病名」欄に記載すること。	傷病名コード	(傷病名を表示する。)
		(遺族等に対して意見書を交付した場合で遺族等が他に療養の給付を受けている場合) 当該遺族等の診療報酬明細書に相続と表示し、遺族等自身の傷病名と意見書の対象となった傷病名の両方を「傷病名」欄に記載すること。	修飾語コード	(修飾語を表示する。)
B013	療養費同意書交付料	交付年月日及び同意書又は診断書の病名欄に記載した病名を記載すること。	850100090	交付年月日(療養費同意書交付料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			830100083	同意書又は診断書に記載した病名(療養費同意書交付料);*****

個別点数(在宅医療)

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
C000	往診料等	(在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により往診又は訪問看護を行った場合) 「支援」と記載し、当該指示のあった在宅療養支援診療所の名称を記載すること。	830100085	指示のあった在宅療養支援診療所名;*****
		(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を当該月に算定している場合) 当該往診を行った日を記載すること。	850100093	往診を行った年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
		(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した日と同一日に往診料を算定した場合) 患者の病状の急変等往診が必要となった理由を記載すること。	830100086	患者の病状の急変等往診が必要となった理由;*****
C001	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)	(「1」の在宅患者訪問診療料1を算定する場合で、患者の急性増悪等により一時的に週4回以上の頻回な在宅患者訪問診療を行った場合) その必要性、必要を認めた診療日及び当該訪問診療を行った日を記載すること。	830100088	頻回な在宅患者訪問診療を行った必要性(在宅患者訪問診療料(1));*****
			850100094	必要性を認めた診療年月日(在宅患者訪問診療料(1));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			850100095	訪問診療年月日(在宅患者訪問診療料(1));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
		(当該月又はその前月に往診料を算定している場合) 当該訪問診療を行った日を記載すること。	850100097	訪問診療を行った年月日(在宅患者訪問診療料(1));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

個別点数(在宅医療)

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
C001	在宅患者訪問診療料(I)(「1」に限る)の在宅ターミナルケア加算	死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に行った往診又は訪問診療の日を記載すること。	850100098	死亡年月日(在宅ターミナルケア加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			850100099	往診又は訪問診療年月日(在宅ターミナルケア加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
		(当該患者が在宅以外で死亡した場合) 死亡前24時間以内に行った訪問診療の日時を記載すること。	850100100	死亡前24時間以内に行った訪問診療年月日(在宅ターミナルケア加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			851100038	死亡前24時間以内に行った訪問診療時刻(在宅ターミナルケア加算)
C002 C002-2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	当該月において往診又は訪問診療を行った日を記載すること。	850100106	往診又は訪問診療年月日(在医総管);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			850100107	往診又は訪問診療年月日(施医総管);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

個別点数(在宅医療)

◎同月に往診2回、在宅患者訪問診療（I）3回・ターミナルケア加算（在宅以外で死亡）、在宅時医学総合管理料を算定した場合の事例

往診料：

850100093 往診を行った年月日；令和2年6月○日

850100093 往診を行った年月日；令和2年6月△日

在医総管：

850100106 往診又は訪問診療年月日；令和2年6月○日

850100106 往診又は訪問診療年月日；令和2年6月△日

850100106 往診又は訪問診療年月日；令和2年6月×日

850100106 往診又は訪問診療年月日；令和2年6月●日

850100106 往診又は訪問診療年月日；令和2年6月※日

訪問診療料：

850100097 訪問診療を行った年月日；令和2年6月×日

850100097 訪問診療を行った年月日；令和2年6月●日

850100097 訪問診療を行った年月日；令和2年6月※日

850100098 死亡年月日；令和2年6月△日

850100099 往診又は訪問診療年月日；令和2年6月※日

850100099 往診又は訪問診療年月日；令和2年6月△日

850100100 死亡前24時間以内に行った訪問診療年月日
；令和2年6月※日

851100038 死亡前24時間以内に行った訪問診療時刻
；◆時00分

個別点数(在宅医療)

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
C002 C002-2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	(単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。	842100035	単一建物診療患者数(在医総管); *****
			842100036	単一建物診療患者数(施医総管); *****
		(在宅患者訪問診療料(I)の「同一建物居住者以外の場合」を算定する場合であって、同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において2人以上の患者を診療した場合に、2人目以降の患者について、A000初診料又はA001再診料又はA002外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合において、2人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合) その旨を記載すること。		—
		(在宅時医学総合管理料について、当該建築物において当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合、また、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて施設入居時等医学総合管理料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合) 「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」 「在宅医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」 「当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型 共同生活介護事業所
			820100095	在宅医学管理を行う患者数が当該 建築物の戸数の10%以下
			820100096	当該建築物の戸数が20戸未満で在 宅医学管理を行う患者が2人以下

個別点数(在宅医療)

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
C002 C002-2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等 医学総合管理料の 包括的支援加算	<p>「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C002在宅時医学総合管理料及びC002-2施設入居時等医学総合管理料の(22)に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。なお、(22)に規定するものについては、以下のとおりであること。</p> <p>[1 要介護2以上の状態又はこれに準ずる状態]</p> <p>1-1 要介護2 1-2 要介護3 1-3 要介護4 1-4 要介護5 1-5 障害支援区分2以上</p> <p>[2 認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅡb以上]</p> <p>2-1 ランクⅡb 2-2 ランクⅢa 2-3 ランクⅢb 2-4 ランクⅣ 2-5 ランクM</p> <p>3 頻回の訪問看護を受けている状態 4 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 5 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態 [6 その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態]</p> <p>6-1 脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する15歳未満の患者 6-2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者 6-3 「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」による判定スコアが10以上である患者 6-4 訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者</p>	820100625	該当する状態(包括的支援加算):1-1 要介護2
			820100626	該当する状態(包括的支援加算):1-2 要介護3
			820100627	該当する状態(包括的支援加算):1-3 要介護4
			820100628	該当する状態(包括的支援加算):1-4 要介護5
			820100629	該当する状態(包括的支援加算):1-5 障害支援区分2以上
			820100630	該当する状態(包括的支援加算):2-1 ランク2b
			820100631	該当する状態(包括的支援加算):2-2 ランク3a
			820100632	該当する状態(包括的支援加算):2-3 ランク3b
			820100633	該当する状態(包括的支援加算):2-4 ランク4
			820100634	該当する状態(包括的支援加算):2-5 ランクM
			820100635	該当する状態(包括的支援加算):3 頻回の訪問看護を受けている状態
			820100636	該当する状態(包括的支援加算):4 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態
			820100637	該当する状態(包括的支援加算):5 施設に入居し、看護職員による処置を受けている状態
			820100638	該当する状態(包括的支援加算):6-1 脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する15歳未満の患者
			820100639	該当する状態(包括的支援加算):6-2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者
820100640	該当する状態(包括的支援加算):6-3 「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」による判定スコアが10以上である患者			
820100641	該当する状態(包括的支援加算):6-4 家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者			
C003	在宅がん医療総合診療料	在宅がん医療総合診療料を算定した週において、訪問診療、訪問看護を行った日を記載すること。 連携保険医療機関又は訪問看護ステーションが行った訪問看護についても同様であること。	850100111	訪問診療年月日(在宅がん医療総合診療料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			850100112	訪問看護年月日(在宅がん医療総合診療料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

個別点数(在宅医療)

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
C005-2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	点滴注射を行った日を記載すること。	850100124	点滴注射年月日(在宅患者訪問点滴注射管理指導料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
		(在宅患者訪問点滴注射管理指導料に用いる注射薬を支給した場合) 「注射」欄の例により記載し、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る注射薬である旨の「訪点」を表示すること。 なお、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る指示を行った後に算定要件を満たさず薬剤料のみを算定する場合についても同様に記載すること。	820100642	訪点
C007	訪問看護指示料	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)
C007	訪問看護指示料の特別訪問看護指示加算	算定日を記載すること。また、頻回の指定訪問看護を行う必要性を認めた理由として、「急性増悪」、「終末期」、「退院直後」、「その他」の中から該当するものを選択して記載すること。なお、「その他」を選択した場合は、具体的な理由を記載すること。	820100099	急性増悪
			820100100	終末期
			820100101	退院直後
			830100469	その他具体的理由(特別訪問看護指示加算);*****
C011	在宅患者緊急時等カンファレンス料	カンファレンスを実施した日及びカンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を行った日を記載すること。	850100127	カンファレンス実施年月日(在宅患者緊急時等カンファレンス料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			850100128	指導年月日(在宅患者緊急時等カンファレンス料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

個別点数(在宅医療)

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
C101	在宅自己注射指導管理料	(在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給日数等を記載すること。		—
		(緊急時に受診した場合の注射に係る費用を算定する場合) 緊急時の受診である旨及びその日付を記載すること。	820100656	算定理由(在宅自己注射指導管理料):緊急時
C103	在宅酸素療法指導管理料	当該月の動脈血酸素濃度分圧又は動脈血酸素飽和度を記載すること。	850100133	緊急受診した年月日(在宅自己注射指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			842100072	動脈血酸素濃度分圧(在宅酸素療法指導管理料);*****
		842100044	動脈血酸素飽和度(%) (在宅酸素療法指導管理料);*****	
		850100139	終夜睡眠ポリグラフィーの実施年月日(在宅酸素療法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	胃瘻造設日及び初回算定日を記載すること。	842100045	無呼吸低呼吸指数(在宅酸素療法指導管理料);*****
			850100141	胃瘻造設年月日(在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
		850100142	初回算定年月日(在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	(在宅半固形栄養経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。		—
		(半固形状の流動食(市販されているものに限る)に係る指導管理を行った場合) 当該流動食の製品名を記載すること。		—

個別点数(在宅医療)

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
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	初回の指導管理を行った月日、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日及び当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見を記載すること。 ただし、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の(3)のイに該当する場合は、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日の記載は不要であること。 (2月を超えて当該療法の継続が可能であると認める場合) その理由を記載すること。	850100143	初回の指導管理年月日(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			842100047	直近の無呼吸低呼吸指数(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);*****
			830100099	睡眠ポリグラフィー上の所見(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);*****
			850100144	睡眠ポリグラフィー実施年月日(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			830100100	算定日の自覚症状(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);*****
			830100101	療法の継続が可能であると認める理由(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);*****
C150	血糖自己測定器加算	(「7間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの」以外を算定する場合) 血糖自己測定の回数を記載すること。 (1型糖尿病の患者等に対し算定する場合) 1型糖尿病の患者等である旨を記載すること。 (編注:8月31日事務連絡で、(1型糖尿病の患者及び膵全摘後の患者を除く)のコードが削除された。2型糖尿病の場合記載は不要)	842100048	血糖自己測定回数(血糖自己測定器加算);*****
			114009910	血糖自己測定器加算(20回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)
			114046110	血糖自己測定器加算(30回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)
			114010010	血糖自己測定器加算(40回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)
			114010110	血糖自己測定器加算(60回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)
			114010210	血糖自己測定器加算(90回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)
			114015610	血糖自己測定器加算(120回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)

個別点数(在宅医療)

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
C153の1	注入器用注射針加算の1(編注:200点を算定する場合)	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C153注入器用注射針加算の(2)のア又はイに規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	820100120	ア 糖尿病等で1日概ね4回以上自己注射が必要
			820100121	イ 血友病で自己注射が必要
C157	酸素ボンベ加算	(1月に3回分又は2回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを選択して記載すること。	820100122	当月分
			820100123	翌々月分
			820100124	翌月分
			820100125	前月分
			820100126	前々月分
C163	特殊カテーテル加算 「2」の「イ」親水性コーティング	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C163の「特殊カテーテル加算」の(3)のアからエまでの中から該当するものを選択して記載するとともに、要件を満たす医学的根拠を記載すること。	830100104	ア 脊髄障害の要件を満たす医学的根拠; *****
			830100105	イ 二分脊椎の要件を満たす医学的根拠; *****
			830100106	ウ 他の中樞神経を原因とする神経因性膀胱の要件を満たす医学的根拠;*****
			830100107	エ その他の要件を満たす医学的根拠;*****

個別点数(検査)

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
D	時間外緊急院内検査加算	検査開始日時を記載すること。 (引き続き入院した場合) 引き続き入院した場合であることを記載すること。	算定日情報	(算定日)
			851100004	検査開始時刻(時間外緊急院内検査加算)
D	外来迅速検体検査加算	(外来診療料を算定した場合であって、当該診療料に包括される検査のみに対して当該加算を算定した場合) 当該加算を算定した日に行った検体検査の項目名を記載すること。 (引き続き入院した場合) 引き続き入院した場合であることを記載すること。	830100111	検体検査名(外来迅速検体検査加算); *****
			820100129	引き続き入院
D002	尿沈渣(鏡検法)	(排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査、尿沈渣(鏡検法)又は尿沈渣(フローサイトメトリー法)を同一日に併せて算定する場合) 当該検査に用いた検体の種類を記載すること。	830100114	検体の種類(尿沈渣(鏡検法));*****
D002-2	尿沈渣(フローサイトメトリー法)	(排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査、尿沈渣(鏡検法)又は尿沈渣(フローサイトメトリー法)を同一日に併せて算定する場合) 当該検査に用いた検体の種類を記載すること。	830100115	検体の種類(尿沈渣(フローサイトメトリー法));*****
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	(排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査、尿沈渣(鏡検法)又は尿沈渣(フローサイトメトリー法)を同一日に併せて算定する場合) 当該検査に用いた検体の種類を記載すること。 (編注:細菌顕微鏡検査、尿沈渣それぞれコード入力が必要)	830100133	検体の種類(S-蛍光M、位相差M、暗視野M);*****
			830100134	検体の種類(S-M);*****
			830100135	検体の種類(S-保温装置使用アマーバM);*****

個別点数(検査)

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
D008の25	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b)	診断補助の実施日、6月以内の治療経過観察時の補助的指標の実施日又は治療方針の変更日を記載すること。 (編注:算定可能なタイミングにご注意ください)	850100158	診断補助の実施年月日 (TRACP-5b); (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			850100159	治療経過観察時の補助的指標の実施年月日 (TRACP-5b); (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			850100160	治療方針変更日 (TRACP-5b); (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
D009の8	前立腺特異抗原(PSA)	(前立腺癌の確定診断がつかず前立腺特異抗原(PSA)を2回以上算定する場合) 「未確」と表示し、当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載すること。 (編注:これは、1回の疑い病名で2回以上算定する場合の取り扱いです。「検査値が4.0ng/ml未満」だった場合、疑い病名を中止して、再度検査する場合は疑い病名を開始して、「初回」として取り扱いします。)	850100164	検査の実施年月日 (前立腺特異抗原(PSA)); (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			842100049	未確 検査値 (前立腺特異抗原(PSA)); *****
D014の23	抗シトルリン化ペプチド抗体定性 抗シトルリン化ペプチド抗体定量	(関節リウマチの確定診断がつかず抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量を2回以上算定する場合) 「未確」と表示し、当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載すること。 (再度治療薬を選択する必要があり抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量を2回以上算定する場合) その医学的な必要性を記載すること。	850100171	検査の実施年月日 (抗シトルリン化ペプチド抗体定性); (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			850100172	検査の実施年月日 (抗シトルリン化ペプチド抗体定量); (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			842100050	未確 検査値 (抗シトルリン化ペプチド抗体定性); *****
			842100051	未確 検査値 (抗シトルリン化ペプチド抗体定量); *****
			830100128	検査を2回以上算定する医学的な必要性 (抗シトルリン化ペプチド抗体定性); *****
			830100129	検査を2回以上算定する医学的な必要性 (抗シトルリン化ペプチド抗体定量); *****

個別点数(検査)

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
D215	超音波検査 (記録に要する費用を含む) 2 断層撮影法 (心臓超音波検査を除く) □ その他の場合 (1) 胸腹部	検査を行った領域を記載すること。	820100681	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):ア 消化器領域
			820100682	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):イ 腎・泌尿器領域
			820100683	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):ウ 女性生殖器領域
			820100684	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):エ 血管領域(大動脈・大静脈等)
			820100685	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):オ 腹腔内・胸腔内の貯留物等
			820100686	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):カ その他
		(カに該当する場合) 具体的な臓器又は領域を記載すること。	830100144	具体的な臓器又は領域;*****
D285	認知機能検査その他の心理検査 1 操作が容易なもの イ 簡易なもの	(3月以内に2回以上算定する場合) その理由及び医学的根拠を詳細に記載する。	830100171	その理由及び医学的根拠(認知機能検査1 簡易なもの);*****
D	算定回数が複数月に1回のみとされている検査	(算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合) 前回の実施日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	(略)	(略)

個別点数(画像診断)

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
E 001	写真診断 1 単純撮影	撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位 を記載すること。 なお、四肢については、左・右・両側の別を記載すること。	820181000	撮影部位(単純撮影):頭部
			820181100	撮影部位(単純撮影):頸部(頸椎を除く)
			820181220	撮影部位(単純撮影):胸部(肩を除く)
			820181300	撮影部位(単純撮影):腹部
			820181340	撮影部位(単純撮影):骨盤(仙骨部・股関節を除く)
			820181120	撮影部位(単純撮影):頸椎
			820181240	撮影部位(単純撮影):胸椎
			820181310	撮影部位(単純撮影):腰椎
			820181320	撮影部位(単純撮影):仙骨部
			830181200	撮影部位(単純撮影):肩__;*****
			830181400	撮影部位(単純撮影):上腕__;*****
			830181410	撮影部位(単純撮影):肘関節__;*****
			830181420	撮影部位(単純撮影):前腕__;*****
			830181430	撮影部位(単純撮影):手関節__;*****
			830181440	撮影部位(単純撮影):手__;*****
			830181370	撮影部位(単純撮影):股関節__;*****
			830181500	撮影部位(単純撮影):膝__;*****
			830181510	撮影部位(単純撮影):大腿__;*****
			830181520	撮影部位(単純撮影):下腿__;*****
			830181530	撮影部位(単純撮影):足関節__;*****
830181540	撮影部位(単純撮影):足__;*****			
830189000	撮影部位(単純撮影):その他;*****			

個別点数(画像診断)

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
E 200	コンピューター断層撮影(CT)	(コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合) それぞれ初回の算定日を記載すること。	850100198	初回算定年月日(CT撮影);(元号)yy”年”mm”月”dd”日”
		(別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層撮影を算定した場合) 画診共同と表示すること。	820100713	画診共同(CT撮影)
		撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。	820182000	撮影部位(CT撮影):頭部
			820182110	撮影部位(CT撮影):頸部
			820182210	撮影部位(CT撮影):胸部・肩
			820182300	撮影部位(CT撮影):腹部
			820182350	撮影部位(CT撮影):骨盤・股関節
			820182600	撮影部位(CT撮影):四肢
			820182700	撮影部位(CT撮影):全身
			820182250	撮影部位(CT撮影):心臓
			820182230	撮影部位(CT撮影):脊椎
830189100	撮影部位(CT撮影)(その他);*****			

個別点数(画像診断)

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
E 202	磁気共鳴コンピューター断層撮影	<p>(コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合) それぞれ初回の算定日を記載すること。 (編注:CTの点数と別コードになりますのでご注意ください) (別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層撮影を算定した場合) 画診共同と表示すること。</p>	850100199	初回算定年月日(MRI撮影);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			820100728	画診共同(MRI撮影)
E 202	磁気共鳴コンピューター断層撮影	<p>撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。</p>	820183020	撮影部位(MRI撮影):頭部(脳)
			820183010	撮影部位(MRI撮影):頭部(脳を除く)
			820183110	撮影部位(MRI撮影):頸部
			820183200	撮影部位(MRI撮影):肩
			820183220	撮影部位(MRI撮影):胸部(肩を除く)
			820183300	撮影部位(MRI撮影):腹部
			820183360	撮影部位(MRI撮影):骨盤・股関節
			820183610	撮影部位(MRI撮影):四肢(膝を除く)
			820183500	撮影部位(MRI撮影):膝
			820183120	撮影部位(MRI撮影):頸椎
			820183240	撮影部位(MRI撮影):胸椎
			820183330	撮影部位(MRI撮影):腰椎・仙骨部
	830189200	撮影部位(MRI撮影)(その他); *****		

個別点数(投薬)

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
F 100 F 400	処方料 処方箋料 (編注:向精神薬 多剤投与に該当 するが減算しな い場合)	(診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について)別添1の第2章第5部第2節F100処方料の(3)のアの(イ)から(二)に定める内容に該当し、処方料又は処方せん料について「1」の点数を算定しない場合) その理由を記載すること。	830100193	1を算定しない理由(処方料);*****
			830100194	1を算定しない理由(処方箋料);*****
		(精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受診した日において、他の保険医療機関で既に向精神薬多剤投与されている場合の連続した6か月間の場合) 当該保険医療機関の初診日を記載すること。	850100200	初診年月日(処方料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			850100201	初診年月日(処方箋料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			850100202	薬剤切替開始年月日(処方料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			850100203	薬剤切替開始年月日(処方箋料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
		(向精神薬多剤投与に該当しない期間が1か月以上継続しており、向精神薬が投与されている患者について、当該患者の症状の改善が不十分又はみられず、薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3か月間の場合) 薬剤の切り替えの開始日、切り替え対象となる薬剤名及び新しく導入する薬剤名を記載すること。	830100195	切替対象薬剤名(処方料);*****
			830100196	切替対象薬剤名(処方箋料);*****
			830100197	新しく導入する薬剤名(処方料);*****
			830100198	新しく導入する薬剤名(処方箋料);*****
		(臨時に投与した場合) 臨時の投与の開始日を記載すること。	850100204	臨時投与開始年月日(処方料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			850100205	臨時投与開始年月日(処方箋料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

個別点数(投薬)

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
F 100 F 400	処方料 処方箋料	(複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合) その旨を記載すること。	820100741	複数診療科で処方
		(臨時薬を追加投与し、その結果投与する内服薬が7種類以上となる場合) 臨時薬の投与の必要性を記載すること。ただし、病名によりその必要性が判断できる場合は、この限りでない。	830100199	臨時薬投与の必要性(処方料);*****
			830100200	臨時薬投与の必要性(処方箋料);*****
F 100 F 400	処方料及び処方箋料の 特定疾患処方管理加算2	(隔日、漸増・減等で投与する場合) その旨を記載すること。	820100742	隔日投与
			820100743	漸増投与
			820100744	漸減投与
F 200 F 400	薬剤等<入院外分> (編注:院内処方)	(ビタミン剤を投与した場合) 当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。	830100202	ビタミン剤の投与趣旨(薬剤等・処方箋料);*****
	処方箋料	(臨時薬を追加投与し、その結果投与する内服薬が7種類以上となる場合) 臨時薬の投与の必要性を記載すること。ただし、病名によりその必要性が判断できる場合は、この限りでない。	830100203	臨時薬の投与の必要性(薬剤等・処方箋料);*****
編注:臨時薬を追加投与して内服薬が7種類以上となる場合の記載事項が現時点では重複しています				

個別点数(投薬)

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
F 200 F 400	薬剂等<入院外分> (編注:院内処方) 処方箋料	(湿布薬を投与した場合) 所定単位当たりの薬剤名、湿布薬の枚数としての投与量を記載した 上で、湿布薬の枚数としての1日用量又は投与日数を記載すること。 (編注:薬剤名、投与量はフリーコメントで入力した上でコード入力)	830100204	湿布薬の1日用量又は投与日数(薬剤 等・処方箋料);*****
		(1回の処方において、70枚を超えて湿布薬を投与した場合) 当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。	830000052	70枚を超えて湿布薬を投与した理由;
		(緊急やむを得ず、同一の患者に対して、同一診療日に一部の薬剤 を院内において投薬し、他の薬剤を処方せんにより投薬した場合) その月日及び理由を記載すること。	850100206	同日に院内処方及び処方箋による投薬 を行った年月日;(元号)yy"年"mm"月 "dd"日"
			830100205	同日に院内処方及び処方箋による投薬 を行った理由(処方箋料);*****
		(長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め 必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる 内服薬及び外用薬を14日を超えて投与した場合) 当該長期投与の理由を記載すること。	830100206	長期投与理由(薬剂等・処方箋料); *****

個別点数(投薬)

<参考>「手引」P755より

湿布薬に係る記載要領

		レセプト		処方箋	
		「投薬」欄	「摘要」欄※	「処方」欄	「備考」欄
入院外	院内処方	<ul style="list-style-type: none"> ○「外用」の「薬剤」の項：(それぞれの薬剤料の)総投与単位数と総点数 ○「外用」の「調剤」の項：処方回数及び点数 ○「処方」の項：処方回数及び点数 	<ul style="list-style-type: none"> ○薬剤名、投与量(枚数) ○1日用量(枚数)又は投与日数 ○規格単位(%又はmg等) ○投与が必要であると判断した趣旨(1処方で70枚を超えて投薬する場合) 	/	
	院外処方	/	<ul style="list-style-type: none"> ○薬剤名、投与量(枚数) ○1日用量(枚数)又は投与日数 ○投与が必要であると判断した趣旨(1処方で70枚を超えて投薬する場合) 		

※選択コードの一覧は⇒P.1843参照

個別点数(リハビリテーション)

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
H001	脳血管疾患等リハビリテーション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。		—
		疾患名及び発症月日、手術月日、急性増悪した月日又は最初に診断された月日を記載すること。	830100211	疾患名(脳血管疾患等リハビリテーション料); *****
			850100218	発症年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			850100389	手術年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			850100390	急性増悪年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
		(標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合))	830100212	継続理由(脳血管疾患等リハビリテーション料); *****
		心大血管疾患リハビリテーション料(項番306)と同様。 (編注:次のスライド参照)	830100213	新たな疾患名(脳血管疾患等リハビリテーション料);*****
		(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始日又は発症月日等を記載すること。	850100219	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 治療開始年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			850100220	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 発症年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

編注:運動器リハビリテーション料もコード番号は異なりますが入力内容は同じです

個別点数(リハビリテーション)

疾患別リハビリテーション料算定日数上限超のフローチャート



「手引」P820・821を参照

標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合のレセプト記載事項

- ①これまでのリハビリテーションの実施状況(期間及び内容)
- ②前月の状態との比較をした当月の患者の状態
- ③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間
- ④機能的自立度評価法(Functional Independence Measure:FIM)、基本的日常生活活動度(Barthel Index:BI)、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能などの指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を記載する。

ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあつては、改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を記載した上で、当該計画書の写しを添付することでも差し支えない。なお、継続の理由については、具体的には 次の例を参考にして記載する。

[記載例]
本患者は、2008年9月21日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行した。右片麻痺を認めたが、術後に敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後40日目からであった。2009年2月中旬まで1日5単位週4日程度のリハビリテーションを実施し、BIは45点から65点に改善を認めた。3月末に標準的算定日数を超えるが、BIの改善を引き続き認めており、リハビリ開始が合併症のために遅れたことを考えると、1か月程度のリハビリテーション継続により、更なる改善が見込めると判断される。

個別点数(リハビリテーション)

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
H001-2	廃用症候群リハビリ テーション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。		—
		廃用症候群の 診断又は急性増悪した月日を記載すること 。廃用症候群に係る 評価表を添付する又は同様の情報を「摘要」欄に記載すること 。	830100214	疾患名(廃用症候群リハビリテーション料); *****
			850100221	治療開始年月日 (廃用症候群リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
		(標準的算定日数を超えて 月13単位を超えて 疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合))	830100215	継続理由(廃用症候群リハビリテーション料); *****
		心大血管疾患リハビリテーション料(項番306)と同様。 (編注:前のスライド参照)		
			830100216	新たな疾患名(廃用症候群リハビリテーション料);*****
		(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始日又は発症月日等を記載すること。	850100222	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 治療開始年月日(廃用症候群リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
	850100223	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 発症年月日(廃用症候群リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

個別点数(リハビリテーション・精神科専門療法)

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
H004	摂食機能療法	疾患名及び摂食機能療法の治療開始日を記載すること。	830100224	疾患名(摂食機能療法);*****
			850100230	治療開始年月日(摂食機能療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
I002	通院・在宅精神療法	(通院・在宅精神療法を退院後4週間以内の患者について算定した場合) 退院日を記載すること。	850100237	退院年月日(通院・在宅精神療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
		(通院・在宅精神療法を初診の日に算定した場合) 診療に要した時間を記載すること。	852100007	診療時間(通院・在宅精神療法)
		(通院・在宅精神療法の「1」の口又は「2」の口、ハを算定した場合) 診療に要した時間を記載すること。	852100008	診療に要した時間(通院・在宅精神療法)
編注: 通院・在宅精神療法の初診時の記載事項が現時点では重複しています				
I002-2	精神科継続外来支援・ 指導料	(1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上又は抗精神病薬を3種類以上投与した場合であっても、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1の第2章第5部第2節F100処方料の(3)のアの(イ)から(ニ)のいずれかに該当し、算定する場合) (3)のアの(イ)から(ニ)までに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100203	(イ) 精神疾患患者が他医療機関で既に向精神薬多剤投与の場合
			820100204	(ロ) 向精神薬投与患者の既投与薬と新導入薬の一時的併用の場合
			820100205	(ハ) 臨時に投与した場合
			820100206	(ニ) やむを得ず投与を行う場合(抗うつ薬又は抗精神病薬に限る)

個別点数(特定保険医療材料の算定)

◎処置・手術・検査・画像診断・注射・麻酔で特定保険医療材料を算定した場合の「摘要」欄への記載事項は以下の通りです。

- 材料は商品名及び告示の名称又は通知の名称、規格又はサイズ、材料価格及び使用本数又は個数の順で記載する。なお、告示の名称又は通知の名称については()書とする。
- 医療機関の購入価格となっているものは、定価ではなく医療機関が実際に購入した価格で請求する(内視鏡フィルム等)
- 処置、手術等の名称、手技の加算、処置(手術)医療機器等加算、薬剤、特定保険医療材料等の順に処置、手術等ごとに記載する。

〔記載例〕

例1 . 手術以外に使用された特定保険医療材料等(人工腎臓)

〔商品名〕○○○○ 1. 4㎡ (ダイライザー〔Ia型〕1,500円) 1個 150×1

例2. 手術に使用された特定保険医療材料

〔商品名〕○○○○ パーメカ(デュアルチャンバ(Ⅲ型)403,000円) 1個 40,300×1

編注：在宅医療の部で算定する特定保険医療材料は、材料の告示の名称の記載でよく、商品名の記載は不要です。

④ *重度褥瘡処置2 98×3
*ハイドロサイト 120×3
(皮膚欠損用創傷被覆材
(2)皮下組織に至る創傷用①標準型) 1cm²
当たり10円、12cm×10cm 120cm² 3枚

⑭ *皮膚欠損用創傷被覆材
(2)皮下組織に至る創傷用①標準型
840×1

その他で摘要欄に記載が必要なもの

- 介護保険に相当するサービス（訪問看護・訪問リハビリ・訪問薬剤・訪問栄養）のある診療を行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合には、「摘要」欄に **介** と記載します。
- 特別養護老人ホームの入所者について、医師が看取りを行い、死亡日から遡って30日間に行われた診療行為（訪問診療料・施設総管等）を医療保険に請求する場合からの給付する場合には、「摘要」欄に死亡日を記載します。
- 特別養護老人ホーム等に入所中の患者の施設の看護師等が、保険医の診療日以外の日、点滴若しくは処置等を実施又は検体採取等を実施した場合は、使用した薬剤若しくは特定保険医療材料が使用された日又は当該検体採取が実施された日を「摘要」欄に記載します。また、保険医の診療日を「摘要」欄に記載します。
- 特別養護老人ホーム等の配置医師が診療を行った場合は、「摘要」欄に「配」と表示し、回数を記載します。
- 65歳から75歳未満の者であって、後期高齢者の被保険者である患者を75歳に到達した月に診療した場合（自己負担限度額が2分の1とならない場合）には、「摘要」欄に **障害** と表示します。

最後に

- 返戻は、請求したレセプトが差し戻されるだけなので、改めて請求し直せばいいという感じでソフトな印象を与えますが、減点査定と同様に当月に見込んだ収入が得られず、また減額で残りが支払われる減点と異なり、そのレセプト請求全額の支払いが保留となる点で、医療機関側の人件費や医療材料の支払いを考えれば、医療機関経営に大きなダメージとなります。
- レセプト記載の不備は審査支払機関に返戻を口実を与えてしまいますので、大きな負担であることは重々承知ですが、医療機関においては記載不備のないように努めて頂ければと思います。
- 今回の診療報酬改定で医療機関に大きな負担を強いるレセプト記載について、千葉県保険医協会や全国保険医団体連合会では今後も改善を求めていきますので、ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

ご清聴ありがとうございました。

