

日医標準レセプトソフト

令和6年度診療報酬改定

作業手順書（外来）



第1版 2024.5.27

第2版 2024.5.31

株式会社システムクレオ



改定作業手順目次(外来)

目次をご確認頂き、作業漏れのないようにチェックをしながら作業を進めて下さい。
こちらの改定作業は5月中に行って頂きますよう宜しくお願い申し上げます。

__サーバーで実施__ ※こちらの作業中に他端末は使用できません

- 1. 令和6年6月診療報酬改定対応の確認手順(P3~P7)
設定を行う前に、プログラム更新・マスタ更新が正常に終了しているかの確認を行って下さい。

__サーバー又はWindows端末で実施可__ ※通常業務中でも作業可能です

- 2. 施設基準の設定(P8~P11)
施設基準の設定を行います。
※全医療機関様で実施が必要な共通作業です

- 3. 6月からの点数等の確認(P12~13)
6月以降の新点数等に変更できているか確認を行います。
※全医療機関様で実施が必要な共通作業です

- 4. セットの変更、確認(P14)
改定に伴いセットを変更したい場合はご確認下さい。

- 5. 外来後発医薬品使用体制加算(P15~P17) ※院内処方診療所様のみ
後発医薬品使用量の計算帳票の発行方法についてご説明します。

- 6. 時間外対応加算2について(P18)
時間外対応加算が細分化されました。

- 7. 医療情報取得加算について(P19~P20)
オンライン資格確認システムの利用に関わる加算です。

- 8. 医療DX推進体制整備加算について(P21)
質の高い医療提供を目的とし、医療DXを推進する加算です。

- 9. 発熱患者等対応加算について(P22)
外来診療時の感染防止対策に関わる加算です。

- 10. 抗菌薬適正使用体制加算について(P23)
外来診療時の感染防止対策に関わる加算です。

- 11. 生活習慣病管理料について(P24~P27)
生活習慣病管理料が1と2に分離されました。
- 12. 特定疾患療養管理料の疾患区分の変更方法(P28~P29)
特定疾患の対象疾患変更に伴い疾患区分の変更が必要です。
- 13. 特定疾患処方管理加算(処方料・処方箋料)について(P30)
特定疾患処方管理加算1が廃止となりました。
- 14. リフィル処方を入力方法(P31~P33)
リフィル処方を入力方法についてご説明します。
- 15. 処方箋の様式変更(10月~)(P34~P36)
10月からの様式変更についてのご案内です。
- 16. 疾患別リハビリテーションについて(P37)
職種毎に入力マスタが異なります。
- 17. 外来・在宅ベースアップ評価料について(P38~P41)
賃金改善に向けた取組みを評価する点数です。
- 18. 在医総管・施医総管の減算方法(P42~P43)
在医総管・施医総管の評価見直しについてご説明します。
- 19. 選択式コメントの記載について(P44~P45)
選択式コメントの変更点についてのご案内です。
- 20. 新設マスタ等の検索、入力コードの付け方(P46~P47)
新設された診療行為等に入力コードを付ける手順です。
- 21. レセプト改定について(P48)
レセプト改定のプログラムを実施するまではレセプトデータを作成することができません。
- 22. 外来におけるデータ提出加算(P49~53)
外来におけるデータ提出加算の提出用ファイル(EF及びK)の作成方法についてのご案内です。
- 23. 検査の入力について(皮内反応検査、ヒナルゴンテスト 等)(P54)
22箇所以上の検査を実施した場合の入力の注意についてのご案内です。

■ 1. 令和6年6月診療報酬改定対応の確認手順

令和6年6月診療報酬改定対応の「プログラム更新」及び「マスタ更新」が正しく行われているかの確認を行います。

医療機関様毎に環境が異なりますので、必ずご確認の上、作業を行って下さい。

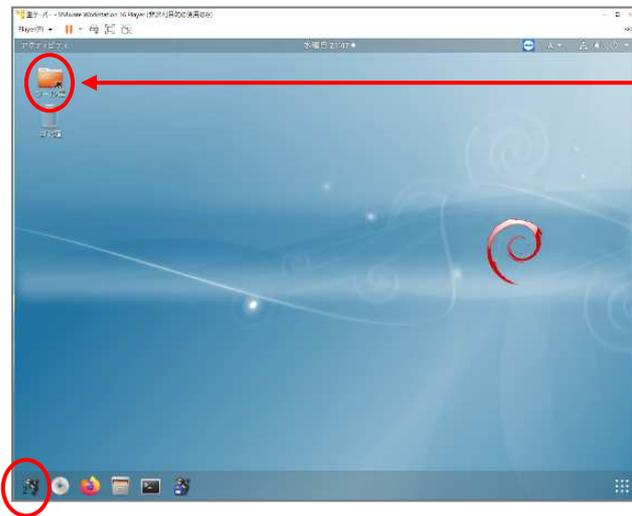
<日医標準レセプトソフト(通称:ORCA)の種類について>

※はじめに必ずご確認下さい。

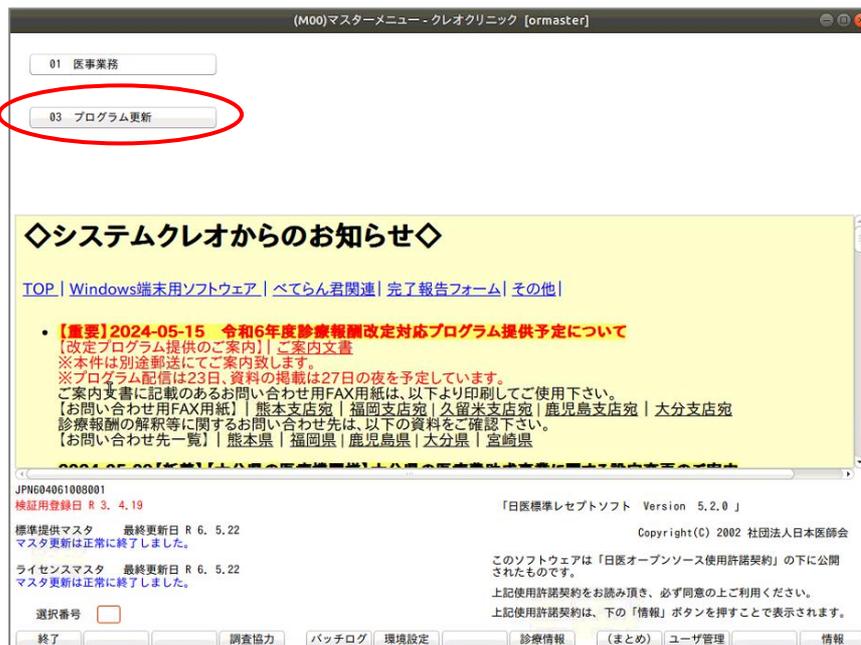
当社のORCAは現在、数種類の環境が存在しております。医療機関様でご使用されているORCA環境がどれに該当するか以下よりご確認下さい。

<オンプレミスORCA> P5、P7の更新確認手順をご確認下さい。

以下画面のようにプログラム更新を行っている医療機関様は、「**オンプレミス ORCA**」になります。

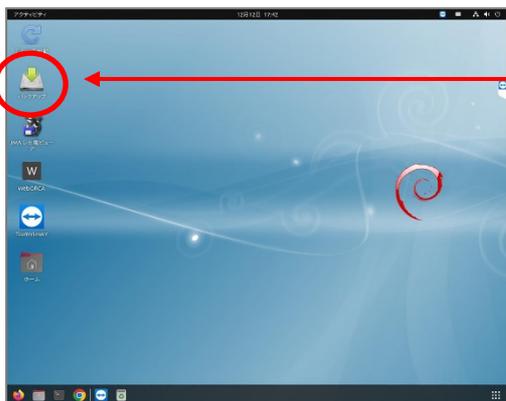


- ・院内に主従サーバー機があります。
- ・デスクトップに「ツール集」のフォルダがあります。
- ・主従サーバーでのORCAの起動が  のようなシャチのマークです。



<WebORCAオンプレ> P6、P7の更新確認手順をご確認下さい。

以下のような画面が表示される医療機関様は、「WebORCAオンプレ」になります。



- ・院内に主従サーバー機があります
- ・デスクトップに「バックアップ」のアイコンがあります。
- ・ORCAの起動が以下のように

W



ORCAログイン画面でアドレスバーに「XXX.XXX.XXX.XXX:8000」と記載、

画面左下にバージョン情報が記載されています。

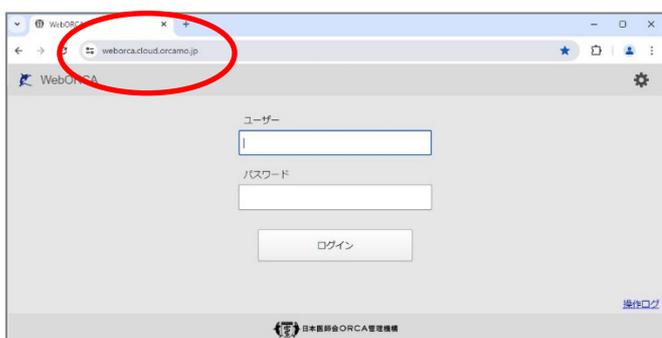
<WebORCAクラウド> P7の更新確認手順をご確認下さい。

以下条件の医療機関様は、「WebORCAクラウド」になります。

- ・  のアイコンをWクリック後、「証明書の選択」画面が表示されます。



- ・ORCAログイン画面でアドレスバーに「weborca.cloud.orcamo.jp」と表示されています。



次頁からは更新確認手順です。

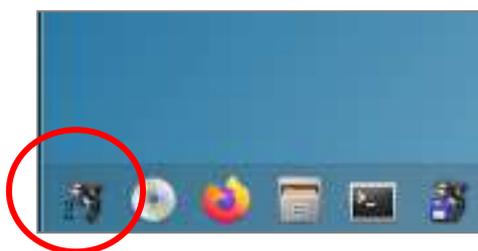
前項で確認したORCAの環境毎にプログラムの更新手順を下記に記載しています。

※WebORCAクラウドを利用している医療機関様はプログラム更新が不要です。
P7の「 マスタ更新のバージョン確認方法 」へ進んで下さい。

< プログラム更新のプログラム(パッチ)確認方法 >

●**オンプレミスORCAの場合** ※**主サーバー**で確認をして下さい。

1. 主サーバーの起動時画面にて、画面左下のマークを選択しORCAを起動します。
※医療機関様によっては画面表示が異なります。



2. 次に、マスターメニューより、**03 プログラム更新** を選択し
プログラム更新管理一覧 にて令和6年5月23日の処理状態が『 **済** 』になって
いる事をご確認下さい。

提供日	処理状態	内 容
R 6. 5. 23		提供されている最新の状態でした
R 6. 5. 23	済	第57回 令和 6年 5月23日
R 6. 4. 25	済	第56回 令和 6年 4月25日
R 6. 3. 26	済	第55回 令和 6年 3月26日
R 6. 2. 29	済	第54回 令和 6年 2月29日
R 6. 2. 27	済	第53回 令和 6年 2月27日
R 6. 2. 19	済	第52回 令和 6年 2月19日
R 6. 2. 5	済	第51回 令和 6年 2月 5日
R 6. 2. 1	済	第50回 令和 6年 2月 1日

確認した日付が、**令和6年5月23日**より前の日付の場合、**更新(F12)** から
プログラム更新を実施して下さい。

【補足】

「**異常終了**」で終わった場合は時間をあけて再度更新の処理をお願いします。
また、処理が30分以上経っても終わらない場合は、お手数ですが弊社までご連絡
下さい。

●WebORCAオンプレの場合

1. WebORCA(起動画面にて、下記画面のように「最新の状態で」のメッセージが表示され、かつバージョン情報のアプリケーションが「20240523-1」以降の数字が表示されている事をご確認下さい。



確認した日付が、令和6年5月23日より前の日付の場合、**ログイン** 下に表示されている **アップデート** のボタンから更新を行って下さい。



< マスタ更新のバージョン確認方法 >

※オンプレミスORCA、WebORCAオンプレの場合は主サーバーで行って下さい。

1. 業務メニューより **92 マスタ更新** を選択し「マスタ更新管理一覧」にて、下部の「マスタ更新JOB管理情報」の処理終了日付が令和6年5月24日以降（令和6年6月診療報酬改定を含むマスタ更新）になっている事をご確認下さい。

(M96)マスタ更新管理一覧 - クレオクリニック [ormaster]

検証用

D B 管理情報

ORCAVer	構造ver(自)	構造ver(ORCA)	日付
050200-1	S-050200-1-20240501-3	S-050200-1-20240501-3	R 6. 5.17

マスタ更新管理情報

マスタ	レコードver(自)	レコードver(ORCA)
点数マスタ	R-040800-1-20240508-8	R-040800-1-20240508-8
保険番号マスタ	R-040200-1-20230926-2	R-040200-1-20230926-2
システム管理マスタ	R-040200-1-20240509-5	R-040200-1-20240509-5
病名マスタ	R-040800-1-20240111-1	R-040800-1-20240111-1
チェックマスタ	R-040200-1-20220408-7	R-040200-1-20220408-7
一般老人書換マスタ	R-040200-1-20240320-4	R-040200-1-20240320-4
検査分類マスタ	R-040200-1-20240502-2	R-040200-1-20240502-2
相互作用マスタ	R-040200-1-20240509-7	R-040200-1-20240509-7
症状措置マスタ	R-040200-1-20240509-8	R-040200-1-20240509-8
保険者マスタ	R-040200-1-20240510-2	R-040200-1-20240510-2
住所マスタ	R-040600-1-20240510-1	R-040600-1-20240510-1
適応病名マスタ	R-040200-1-20240306-2	R-040200-1-20240306-2
一般名マスタ	R-040200-1-20240505-2	R-040200-1-20240505-2
包括チェックマスタ	R-040500-1-20121012-5	R-040500-1-20121012-5
包括診療コードマスタ	R-040800-1-20230427-2	R-040800-1-20230427-2
統計メモマスタ	R-040800-1-20240227-1	R-040800-1-20240227-1
オプションマスタ	R-040800-1-20240326-1	R-040800-1-20240326-1
感染症患者マスタ	R-040500-1-20220518-1	R-040500-1-20220518-1

マスタ更新JOB管理情報

処理名	処理開始	時間	処理終了	時間	前回処理日
標準提供マスタ	R 6. 5.24	14:12:35	R 6. 5.24	14:13:04	R 6. 5.24
ライセンスマスタ	R 6. 5.24	14:12:35	R 6. 5.24	14:13:06	R 6. 5.24

標準提供マスタ 前回処理分マスタ更新は正常に終了しました。

ライセンスマスタ 前回処理分更新データはありませんでした。

相互作用、症状措置、保険者、特材品目算定マスタは
(株) 社会保険研究所の著作物です。

戻る 情報削除 確認リスト 処理中止 状況 更新

また、処理開始の日付が令和6年5月24日より前の日付で終わっている場合、**更新(F12)** からマスタ更新を実施して下さい。

尚、令和6年5月24日以降にも、関係省令・告示の発令が予想され、告示以外にも関連通知が数多く発出される為、24日以降もプログラムの変更やマスタの更新が順次提供されます。今後も毎日プログラム更新・マスタ更新の作業を実施して下さい。

WebORCAクラウドを利用している医療機関様も毎日マスタ更新を実施して下さい。

■ 2. 施設基準の設定

届出が必要となる点数マスタについては、ORCA ではシステム管理マスタにて“必要な施設基準を満たしている”という設定フラグを立てなければ入力出来ません。6月以降に厚生局へ届出をされる医療機関様は、以下の手順で施設基準の設定を行ってから入力して下さい。

※施設基準の届出は地方厚生局等へ令和6年6月3日(月)必着となります。

<補足事項>

※施設基準の設定前に、データバックアップを行うことをお勧めします。
データバックアップを行って頂くことで、設定変更により不具合が生じた際に設定前の状態に戻すことが出来るようになります。

※WebORCA クラウド版をご使用中の医療機関様はバックアップは不要です。

※電子カルテシステム「REMORA」をご使用中の医療機関様につきましては、データバックアップ作業に長時間を費やすケースが考えられますので、医療機関様のご判断でデータバックアップを省略して頂いて構いません。
手順書をお読みの上、慎重に作業をお願い致します。

< 設定の変更手順 >

※新設された点数は令和6年6月1日以降でなければ表示されません。

5月中に設定される場合には、環境設定を6月1日以降に変更して下さい。

1. 業務メニューより「91 マスタ登録」を選択します。
2. 「101 システム管理マスタ」を選択します。
3. 管理コード欄に「1006」と入力し「Enter」を1回押します。
管理コード欄に「施設基準情報」がセットされます。
4. 選択番号欄で「Enter」を1回押し、有効年月日の終了日「99999999」を「Backspace」で消し、「5060531」と入力し、「Enter」を2回押します。

有効開始年月日	有効終了年月日	
000000	H26. 3. 31	
26. 4. 1	H28. 3. 31	
28. 4. 1	H30. 3. 31	
30. 4. 1	R 2. 3. 31	
2. 4. 1	R 4. 3. 31	
006	R 4. 4. 1	99999999

※こちらの作業で令和6年5月31日までの世代が作成されます。

5. 施設基準の画面が開きますが、何も変更せずにそのまま「確定(F12)」を選択し、「登録処理をします」と表示されますので「OK(F12)」を押します。

コード	施設基準	フラグ
0003	特定機能病院	0
0006	精神病院	0
0009	特殊疾患入院施設管理加算	0
0014	精神科作業療法	0
0015	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	0
0019	重症者等療養環境特別加算	0
0022	開放型病院共同指導料	0
0023	精神科	0
0026	皮膚科	0
0029	精神科ナイト・ケア	0
0031	精神科応急入院施設管理加算	0
0035	人工採種検査、人工採種療法	0
0036	薬剤管理指導料	0
0040	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術 (WID1)確認画面	0
0045	重度認知症患者デイ・ケア料	0
0057	療養環境加算	0
0061	結核病棟	0
0063	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	0
0070	体外衝撃波胆石破砕術	0
0090	療養病棟療養環境加算 1	0
0091	療養病棟療養環境加算 2	0
0096	在宅がん医療総合診療科	1
0098	人工内耳植込術	0
0100	補助人工心臓	0
0104	精神科デイ・ナイト・ケア	0

6. システム管理情報設定画面に戻りますので再度、管理コードに「1006」を入力し **Enter** を2回押します。管理コード欄に 施設基準情報 がセットされます。
7. 選択番号に表示された数字を空白にして **Enter** を押します。
有効年月日の開始日に「5060601」と入力し、終了日は空白(99999999)のまま **Enter** を3回押し、次の画面に進みます。

番号	有効開始年月日	有効終了年月日
001	00000000	H26. 3. 31
002	H26. 4. 1	H28. 3. 31
003	H28. 4. 1	H30. 3. 31
004	H30. 4. 1	R 2. 3. 31
005	R 2. 4. 1	R 4. 3. 31
006	R 4. 4. 1	R 6. 5. 31

※こちらの作業で令和6年6月1日からの世代が作成されます。

8. 新たに届出を出す施設基準の右側のフラグに「1」を入力し **Enter** を押します。
フラグに「1」を設定すると設定した施設基準が青色に変わります。
複数届出ている場合は続けて設定をして下さい。
※新たに届出を出されない場合は手順10に進んで下さい。

コード	施設基準	フラグ
3851	時間外受入体制強化加算2	0
3852	回復期リハビリ病棟入院料5 令和4年4月1日	0
3853	地包ケア病棟入院料・医療管理料(注10)	0
3854	地包ケア病棟入院料・医療管理料(注11)	0
3855	精神科救急医療体制加算1	0
3856	精神科救急医療体制加算2	0
3857	精神科救急医療体制加算3	0
3858	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	0
3859	一級不妊治療管理料	0
3860	生殖補助医療管理料2	0
3861	二次性骨折予防継続管理料2	0
3862	下肢創傷処置管理料	0
3863	外来栄養食事指導料の注3	0
3864	生殖補助医療管理料1	0
3865	二次性骨折予防継続管理料1	0
3866	連携強化加算(感染対策向上加算)	0
3867	サーベイランス強化加算(感染対策向上加算)	0
4033	医科入院料の通則9及び歯科入院料の通則8	0
4034	抗菌薬適正使用体制加算	0
4035	医療DX推進体制整備加算(医科・歯科)	0
4036	時間外対応加算2	1
4037	看護師等遠隔診療補助加算	0
4045	経腸栄養管理加算	0
4046	看護補助体制充実加算1(療養病棟注13)	0
4047	看護補助体制充実加算2(療養病棟注13)	0

診療コード: 112708370 時間外対応加算2 有効期間: R 6. 6. 1~99999999

施設基準: 4036

通則対象施設基準: []

診療コードの欄に診療行為名称を全角大文字(漢字)で直接入力し検索すると該当の施設基準のフラグにカーソルが移動します。

■ 3. 6月からの点数等の確認

※環境設定の日付を令和6年6月1日に変更し、6月からの新点数が表示されている事を確認して下さい。

< 手順 >

1. 業務メニューより「環境設定(F6)」を押し、診療月を5月から6月に変更します。カレンダーの1日をクリックしシステム日付が令和6年6月1日になった事を確認して、「登録(F12)」を押しします。

(M95)業務選択-環境設定

システム日付 R 6. 6. 1

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

外来時間外区分 0 時間内

戻る F6 切替え 登録

2. 業務メニューより「21 診療行為」を選択します。
3. 日付が令和6年6月1日になっていることを確認し、任意の患者番号を入力します。
4. 6月から「生活習慣病管理料2」が333点の新点数になっている事を確認します。(入力コードに113707110を入力して「Enter」を押しします)

(K02)診療行為入力-診療行為入力 - クレオクリニック [ormaster]

00000000 テスト カンジャ 男 0001 国保 (430017)

R 6. 6. 1 院内 テスト 患者 S50. 5. 5 49才 01 内科

診区	入力コード	名称	数量・点数
12	b	*C再診料	75 X 1 75
13	113707110	*生活習慣病管理料2	333 X 1 333

5. 確認後、「戻る(F1)」を押し、「処理を終了します。よろしいですか?」と表示されますので「OK(F12)」を押し業務メニューに戻ります。再び、「環境設定(F6)」を選択して必ず本日の日付に戻します。

< 作業終了後の完了報告の連絡方法 >

P12までの改定確認作業が終わりましたら、マスターメニューの「システムクレオからのお知らせ」に表示されている、「完了報告フォーム」より完了報告の送信をお願い致します。

今回は識別番号に **100** をご入力下さい。

◇システムクレオからのお知らせ◇

[TOP](#) | [Windows端末用ソフトウェア](#) | [べてらん君関連](#) | [完了報告フォーム](#) | [その他](#) |

【記入例】

完了報告フォーム

下記フォームに必要事項を入力後、確認ボタンを押してください。

識別番号	<input type="text" value="100"/>	※必須
完了年月日（西暦）	<input type="text" value="20240528"/>	※必須
医療機関名	<input type="text" value="クレオクリニック"/>	※必須
電話番号	<input type="text" value="0962432005"/>	※必須

※ 電話番号のハイフン“-”は入力しないで、数字の連番で入力してください。

■ 4. セットの変更、確認

今回の診療報酬改定によりセットを変更される場合は下記手順にて変更作業をお願い致します。

※セット内容を変更しても過去の診療データには影響ありませんのでご安心下さい。

6月から新内容のセット内容を使用される場合は、5月末の業務終了後以降に変更作業をお願い致します。

< セットの変更手順 >

1. 業務メニューより **21 診療行為** を選択します。
2. **セット登録 (Shift+F3)** を選択します。
3. セットコード欄に変更したいセットコードを入力して診療内容を変更して下さい。
4. 変更後、**登録 (F12)** を押します。**戻る (F1)** を数回押して業務メニューまで画面を戻します。

< セット一覧の印刷手順 > ※印刷されたい医療機関様のみご確認下さい

1. 業務メニューより **21 診療行為** を選択します。
2. **セット登録 (Shift+F3)** を選択します。
3. **一覧印刷 (F9)** を選択します。

(K052)診療行為-印刷指定

印刷範囲

~ 999999

経過措置日

F1 戻る F2 クリア F9 印刷

4. **印刷 (F9)** を選択し、「印刷を開始します。よろしいですか?」と表示されますので **OK** を押します。
5. 印刷が終わりましたら、**戻る (F1)** を数回押すと診療行為入力画面に戻ります。

■ 5. 外来後発医薬品使用体制加算 ※院内処方診療所様のみ

「外来後発医薬品使用体制加算」について、目安となる割合を算出した帳票を出すことができます。帳票の出力手順は下記の通りです。

尚、施設基準の要件に関しては各医療機関様にてご確認下さい。

< 割合算出の手順 >

1. 業務メニューより「52 月次統計」を選択します。
2. 空欄になっている番号のあるページまで、「次頁(F7)」を押します。
空いている番号の四角ボタンをクリックします。

016					
017					
018					
<input type="checkbox"/> 適応病名情報更新 (薬剤)					
019					初期化区分 *
<input type="checkbox"/> 適応病名情報更新 (検査)					
020					初期化区分 *

戻る クリア 並べ替え 統計データ 再印刷 前頁 次頁 個別指示 CSV出力 情報削除 処理結果 処理開始

3. 空いている番号を押した後、下図のように表示されますので、50番目の「後発医薬品数量シェア(置換え率)」をクリックし、「確定(F12)」を押します。
(※画面右部の登録済に○が付いている場合は、既に帳票メニューが作成されておりますので「戻る(F1)」を押して手順4に進んで下さい)

番号	帳票名	プログラム名	登録済
46	向精神薬投与患者一覧	ORCBG022	○
47	中途終了データ一括削除処理	ORCBGD01	
48	医療区分・ADL区分に係わる評価票一括発行	ORCBG024	
49	傷病名マスター一覧	ORCBG025	
50	後発医薬品数量シェア(置換え率)	ORCBG026	
51	一般名処方加算誤算定疑い患者一覧	ORCBGGEREP	
52	向精神薬多剤投与時の内服減疑い患者一覧	ORCBGPSYREP	
53	診療区分別指定点数該当患者数調べ	ORCBG029	
54	システム管理設定内容リスト	ORCBGSKLST	
55	一括再計算該当者チェック表	ORCBG030	
56	訪問診療等の状況	ORCBG028	
57	セット登録一覧	ORCBGSETLST	
58	長期投薬患者一覧	ORCBG031	
59	ニコチン依存症管理料に係る報告書	ORCBG027	
60	包括検査誤算定疑い患者一覧【平成29年6月28日緊急修正】	ORCBGKNSCHK	
61	未コード化傷病名使用割合一覧表	ORCBG032	
62	入院会計一括置換	ORCBNYUINCHG	
63	向精神薬長期処方対象医薬品投与患者一覧	ORCBG033	
64	患者番号桁数変更	ORCBPTNUMCHG	
65	ユーザーマスタチェックリスト作成	ORCBUMCP	
66	入院会計点数置換(消費税対応)	ORCBNYUINUPD	

選択番号 1 標準帳票

戻る 確定

4. 「後発医薬品数量シェア(置換え率)」にチェックを入れ、「診療年月」の枠内に集計したい年月を入力し、**Enter**を押します。

このとき、入力した診療年月までの直近3ヶ月間を集計します。

(例:R6. 5と入力すると、令和6年3月～令和6年5月を集計します)

処理開始(F12)を押します。

<input type="checkbox"/>	月遅れ分レセ電データ未作成患者一覧					
011	診療年月 *					
<input type="checkbox"/>	未収金一覧表 (患者別)					
012	期間指定区分 *	開始診療年月 *	終了診療年月 *	処理区分 *	未収金区分 *	
<input type="checkbox"/>	指定診療行為件数調					
013	診療年月 *	入外区分 *	診療科 *	処理区分 *	診療行為1 *	
	診療行為2 *	診療行為3 *	診療行為4 *	診療行為5 *	診療行為6 *	
<input type="checkbox"/>	未コード化病名一覧					
014	診療年月 *	印刷区分 *	処理区分 *	チェック区分 *		
<input type="checkbox"/>	向精神薬投与患者一覧					
015	診療年月 *	CSV出力 *	処理区分 *			
<input checked="" type="checkbox"/>	後発医薬品数量シェア (置換え率)					
016	診療年月 * R 6. 5	明細区分 *	CSV区分 *	対象区分 * 0	入外区分 * 0	
	集計区分 *					
017						
018						
<input type="checkbox"/>	適応病名情報更新 (薬剤)					
019					初期化区分 *	
<input type="checkbox"/>	適応病名情報更新 (検査)					
020					初期化区分 *	

戻る クリア 並べ替え 統計データ 再印刷 前頁 次頁 個別指示 CSV出力 情報削除 **処理開始**

5. 確認画面が表示されますので、印刷する場合は **印刷する(F12)**、画面で確認する場合は **プレビュー(F10)**を押します。

(GID2)確認画面

1001

選択された帳票の印刷を開始します

F1:戻る **F10:プレビュー** **F12:印刷する**

下図のような帳票が発行されます。

※この帳票はあくまでも目安の数値になりますので予めご了承下さい。

後発医薬品数量シェア（置換え率）										1頁
期間：令和 6年 3月～令和 6年 5月		対象：全て		入外		発行日：令和 6年 5月22日				
薬剤区分	診療行為コード	名 称	後発	薬価基準コード	規格単位	3月	4月	5月	合計	
		全医薬品の規格単位数量 … (1)				47	31	268	346	
		後発医薬品あり先発医薬品 及び後発医薬品の規格単位数量 … (2)				37	21	144	202	
		後発医薬品の規格単位数量 … (3)				32	7	113	152	
		カットオフ値の割合 (2/1) (%) … (4)				78	67	53	58	
		後発医薬品の割合 (3/2) (%) … (5)				86	33	78	75	

※カットオフ値とは・・・

「後発医薬品のある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量」を「全医薬品の数量」で割った値のことです。

■ 6. 時間外対応加算2について【新設】 ※要届出

時間外の電話対応などに常時対応できる体制として非常勤職員等が対応し、医師に連絡した上で当該医師が電話などを受けて対応出来る体制の評価として「時間外対応加算2」が新設されました。

入力コード	名称	点数
112016070	時間外対応加算1	5点
112708370	時間外対応加算2(新設)	4点
112708470	時間外対応加算3	3点
112708570	時間外対応加算4	1点

<施設基準>

「■2. 施設基準の設定」に沿って施設基準の設定を行って下さい。

選択コード	名称
3001	時間外対応加算1
4036	時間外対応加算2
3155	時間外対応加算3
3002	時間外対応加算4

※改定前に「時間外対応加算2」又は「時間外対応加算3」の施設基準を設定していた医療機関様において、施設基準の変更がない場合は新たに設定する必要はありません。

※改定前に「時間外対応加算2」を算定していた場合、6月以降は「時間外対応加算3」が自動算定され、「時間外対応加算3」を算定していた場合には「時間外対応加算4」が自動算定されます。

■ 7. 医療情報取得加算について

オンライン資格確認システムを通じて患者様の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することに係る加算の点数等が変更となります。

入力コード	名称	点数
111015970	医療情報・システム基盤整備体制充実加算1(初診)	4点
111016070	医療情報・システム基盤整備体制充実加算2(初診)	2点
113045070	医療情報・システム基盤整備体制充実加算1(医学管理等)	4点
113045170	医療情報・システム基盤整備体制充実加算2(医学管理等)	2点



入力コード	名称	点数	算定回数	マイナ保険証の利用等の有無
111703170	医療情報取得加算1(初診)	3点	月1回	×
111703270	医療情報取得加算2(初診)	1点	月1回	○
112708870	医療情報取得加算3(再診)	2点	3月に1回	×
112708970	医療情報取得加算4(再診)	1点	3月に1回	○
113705270	医療情報取得加算1(医学管理等)	3点	月1回	×
113705370	医療情報取得加算2(医学管理等)	1点	月1回	○
113705770	医療情報取得加算3(医学管理等)	2点	3月に1回	×
113705570	医療情報取得加算4(医学管理等)	1点	3月に1回	○

※マイナ保険証の利用等の有無につきましては、他の医療機関から診療情報の提供を受けた場合も含まれます。

<算定要件>

- ・オンライン請求を行っていること。
- ・オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- ・次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
 - ア:オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - イ:当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

<入力について>

医療情報取得加算は自動算定されませんので、該当の請求コードを必要に応じて診療料の直下に手入力して算定します。

(例) 初診料に医療情報取得加算1(初診)(3点)を算定する場合

診区	入力コード	名称	数量	点数
11	a	*C初診料		
	111703170	医療情報取得加算1(初診)	294 X 1	294

(例) 再診料に医療情報取得加算3(再診)(2点)を算定する場合

診区	入力コード	名称	数量	点数
12	b	*C再診料		
	112708870	医療情報取得加算3(再診)		
	112016070	時間外対応加算1		
	112015770	明細書発行体制等加算	83 X 1	83
12	112011010	*外来管理加算	52 X 1	52

※外来管理加算の直下に医療情報取得加算(再診)を入力すると
下図のように「加算は算定できません。診察料に加算して下さい」とエラーが表示されます。

(KERR)エラー情報

0059

加算は算定できません。診察料に加算して下さい

閉じる

入力欄の下段で **+(行挿入)** を入力して再診料と同じ剤内に入力して下さい。

診区	入力コード	名称
12	b	*C再診料
	112016070+	時間外対応加算1
	112015770	明細書発行体制等加算
12	112011010	*外来管理加算

診区	入力コード	名称
12	b	*C再診料
	112708870	医療情報取得加算3(再診)
	112016070	時間外対応加算1
	112015770	明細書発行体制等加算
12	112011010	*外来管理加算

■ 8. 医療 DX 推進体制整備加算について【新設】 ※要届出

オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療 DX に対応する体制を確保している場合の評価が新設されました。

※電子処方箋導入の経過措置は令和 7 年 3 月 31 日までです。

※電子カルテ情報共有サービス導入の経過措置は令和 7 年 9 月 30 日までです。

※電子カルテ情報共有サービスの利用開始時期は未定です。

各医療機関様にてご確認下さい。

入力コード	名称	点数
111703370	医療 DX 推進体制整備加算(初診)	8 点
113705470	医療 DX 推進体制整備加算(医学管理等)	8 点

<算定要件>

医療 DX 推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関を受診した患者様に対して初診を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、**月1回**に限り所定点数に加算します。医療 DX 推進体制整備加算は、医療情報取得加算等の他の加算と併用出来ます。

<施設基準>

医療 DX 推進体制整備加算を算定される場合は、下記施設基準コードの設定が必要です。詳しくは「**■ 2. 施設基準の設定**」をご確認下さい。

選択コード	施設基準名称
4035	医療 DX 推進体制整備加算(医科・歯科)

※施設基準の設定により、診療行為画面にて初診、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料の初診の自動算定時に自動発生します。

※自動算定されない場合は加算を手入力していただく必要があります。

<診療行為画面での表示>

診区	入力コード	名称	数量・点数
11	a	*C初診料	
	111703370	医療DX推進体制整備加算(初診)	299 X 1 299

施設基準の設定を行わずに加算の入力をするすると、下図のエラーメッセージが表示されます。**閉じる**を押して画面を閉じ、施設基準情報の設定を行って下さい。

(KERR)エラー情報

0024

施設基準ではありません。算定できません

閉じる

■ 9. 発熱患者等対応加算について【新設】 ※要届出

新型コロナウイルスに限らず、新興感染症拡大時に備え、適切な感染管理下で発熱患者等への対応を促進する観点から、要件が見直されました。

入力コード	名称	点数
111702970	発熱患者等対応加算(初診)	20 点
112708670	発熱患者等対応加算(再診)	20 点
114704290	発熱患者等対応加算(在宅医療)	20 点
180762170	発熱患者等対応加算(精神科訪問看護・指導料)	20 点
113702590	発熱患者等対応加算(医学管理等)	20 点

<算定要件>

外来感染対策向上加算を算定する場合において、受診歴の有無にかかわらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で診療を行った場合については、発熱患者等対応加算として、**月1回限り20点を更に**所定点数に加算する。

<施設基準>

発熱患者等対応加算を算定される場合は、外来感染対策向上加算の下記施設基準コードの設定が必要です。詳しくは「■2. 施設基準の設定」をご確認下さい。

選択コード	施設基準名称
3826	外来感染対策向上加算

<発熱患者等対応加算の入力>

外来感染対策向上加算は自動算定されますが、発熱患者等対応加算は自動算定されませんので、必要に応じて診察料の直下に**手入力**します。

<診療行為画面での表示> ※初診料の場合

入力コード	名称	数量・点数
a	*C初診料	
111014870	外来感染対策向上加算(初診)	
111702970	発熱患者等対応加算(初診)	317 X 1 317

■ 10. 抗菌薬適正使用体制加算について【新設】 ※要届出

Access 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、抗菌薬適正使用体制加算が新設されました。

入力コード	名称	点数
111703070	抗菌薬適正使用体制加算(初診)	5 点
112708770	抗菌薬適正使用体制加算(再診)	5 点
113702490	抗菌薬適正使用体制加算(医学管理等)	5 点
114704390	抗菌薬適正使用体制加算(在宅医療)	5 点
180762270	抗菌薬適正使用体制加算(精神科訪問看護・指導料)	5 点

<算定要件>

外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算に加え、抗菌薬適正使用加算を患者様1人につき月1回に限り加算します。

<施設基準>

抗菌薬適正使用体制加算を算定される場合は、下記施設基準コードの設定が必要です。詳しくは「■ 2. 施設基準の設定」をご確認下さい。

選択コード	施設基準名称
4034	抗菌薬適正使用体制加算

※施設基準の設定により診療行為画面にて下図のように自動算定します。

※医学管理等又は在宅医療の加算については管理料を入力により自動発生します。

※「抗菌薬適正使用体制加算(精神科訪問看護・指導料)」は自動発生しません。

※自動算定されない場合は加算を手入力していただく必要があります。

<診療行為画面での表示>

診区	入力コード	名称	数量・点数
11	a	*C初診料	
	111014870	外来感染対策向上加算(初診)	
	111703070	抗菌薬適正使用体制加算(初診)	302 X 1 302

施設基準の設定を行わずに加算の入力をする、下図のエラーメッセージが表示されます。を押して画面を閉じ、施設基準情報の設定を行って下さい。

(KERR)エラー情報

0024

施設基準ではありません。算定できません

■ 11. 生活習慣病管理料について

※200床未満の病院又は診療所の医療機関様のみ

生活習慣病管理料は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症を主病とする患者の総合的な治療管理を目的とする管理料であり、従来の検査、注射、病理診断などを包括するものとしての生活習慣病管理料(Ⅰ)と検査等を包括しない生活習慣病管理料(Ⅱ)に分離されました。

入力コード	名称	点数
113041710	生活習慣病管理料1(脂質異常症を主病)	610点
113041810	生活習慣病管理料1(高血圧症を主病)	660点
113041910	生活習慣病管理料1(糖尿病を主病)	760点
113707110	生活習慣病管理料2	333点
113707210	生活習慣病管理料2(情報通信機器)	290点

<算定要件の概要>

- ・患者様が高血圧症、糖尿病、脂質異常症(家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患は除く)のいずれかを主病としている。
- ・医師が患者様に対して、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒などの生活習慣に関する指導を行う。
- ・患者様に対して、療養計画書を作成し、説明を行い、同意を得る。
- ・28日以上 of 長期の投薬が可能であること、リフィル処方箋を交付することのいずれも対応可能であることを掲示すること。なお、具体的な内容としてはポスターを使用しても差し支えない。

上記の要件を満たす場合に、**月1回**に限り算定します。

※詳細な算定要件は医療機関様でご確認下さい

<施設基準>

生活習慣病管理料2(情報通信機器)を算定される場合は、下記施設基準コードの設定が必要です。詳しくは「■ 2. 施設基準の設定」をご確認下さい。

選択コード	施設基準名称
3825	情報通信機器を用いた診療に係る基準

<入力について>

自動算定されませんので**手入力**します。

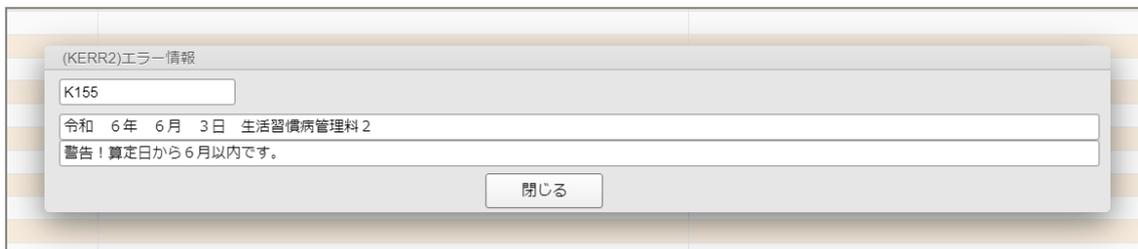
診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	b	*C再診料	75 X 1	75
13	.130	*管理料		
	113707110	生活習慣病管理料2	333 X 1	333

※特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料の対象病名がそれぞれある場合、特定疾患療養管理料が自動入力されますので、削除後に当管理料を手入力して下さい。

※生活習慣病管理料を算定した日は外来管理加算を算定できません。

※生活習慣病管理料の算定日と別日に患者様が来院された場合は、外来管理加算の算定要件を満たせば算定可能です。

生活習慣病管理料2の算定月から起算して6月以内の期間に生活習慣病管理料1を算定しようとする、もしくは生活習慣病管理料1の算定月から起算して6月以内の期間に生活習慣病管理料2を算定しようとする警告が表示されます。



<療養計画書について>

生活習慣病管理料における療養計画書が簡素化されます。

初回については、療養計画書に患者様の署名を受けることが必要です。

ただし、2回目以降については、療養計画書の内容を患者様に対して説明したうえで、患者様が当該内容を十分に理解したことを医師が確認し、その旨を療養計画書に記載した場合については、患者署名を省略しても差し支えありません。

「生活習慣病管理料1」を算定される医療機関様は、下記手順にて包括設定をお願い致します。

< 包括設定手順 >

1. 業務メニューより「91 マスタ登録」を選択します。
2. 「101 システム管理マスタ」を選択します。
3. 管理コード欄に「1014」と入力し「Enter」を2回押すと下図の画面になります。初期値は「001 外来診療料」が表示されますので、▼をクリックして「203 生活習慣病管理料1」へ変更します。

※画面右上の有効開始日にR4. 4. 1の世代が作られている場合は前回の診療報酬改定時に設定済みですので手順11へ進みます。

4. 有効終了日の「99999999」を「Backspace」で消して「5040331」と入力して「Enter」を押し、何も変更せずにそのまま「登録(F12)」を押します。
5. 確認メッセージが表示されますので「OK(F12)」を押します。
6. 「203 生活習慣病管理料1」の包括診療行為設定の画面が空白で表示されますので「Enter」を1回押すと有効期間が表示されます。有効開始日の日付を「Backspace」で空白にして「5040401」と入力し「Enter」を押します。
7. 下図のエラー情報が表示されますので、「閉じる」を押します。

8. 有効終了日にカーソルを合わせて **Backspace** で空白にして **Enter** を押します。有効期間に「R4. 4. 1」～「99999999」と表示されますので、**登録(F12)** を押します。

(W32)システム管理情報-包括診療行為設定 - クレオクリニック [ormaster]

203 生活習慣病管理料1 R4. 4. 1 ~ 99999999

番号	有効開始日	有効終了日
01	H20. 4. 1	R4. 3. 31
1		

包括算定方法: 1 包括算定する (会計データ作成)

包括算定区分: 3 算定月において包括する

入外区分: 1 入院・外来別に包括する

保険組合せ区分: 0 保険組合せに關係なく包括する

診療区分:

- 投薬: 1 包括する (包括C/D)
- 注射: 1 包括する (包括C/D)
- 処置: 0 包括しない (包括C/D)
- 手術: 0 包括しない (包括C/D)
- 検査: 1 包括する (包括C/D)
- 画像診断: 0 包括しない (包括C/D)
- リハビリ (他): 0 包括しない (包括C/D)
- 精神科専門: 0 包括しない (包括C/D)
- 放射線治療: 0 包括しない (包括C/D)
- 病理診断: 1 包括する (包括C/D)
- 医学管理料: 0 包括しない (包括C/D)
- 在宅医療: 0 包括しない (包括C/D)
- 基本診療料: 0 包括しない (包括C/D)

戻る クリア 削除 全包括C/D 登録

9. 確認メッセージが表示されますので **OK(F12)** を押します。
10. 再び「203 生活習慣病管理料1」の包括診療行為設定の画面が空白で表示されますので **Enter** を1回押すと右上に有効開始日と有効終了日が表示されます。
11. 有効終了日「99999999」となっている世代を選択します。

**※包括算定方法が「0 包括算定しない」になっている場合は、
「1 包括算定する(会計データ作成)」に変更して下さい。**

診療区分 **投薬「0 包括しない」**になっていることを確認し **登録(F12)** を押します。

(W32)システム管理情報-包括診療行為設定 - クレオクリニック [ormaster]

203 生活習慣病管理料1 R4. 4. 1 ~ 99999999

番号	有効開始日	有効終了日
01	H20. 4. 1	R4. 3. 31
02	R4. 4. 1	99999999
2		

包括算定方法: 1 包括算定する (会計データ作成)

包括算定区分: 3 算定月において包括する

入外区分: 1 入院・外来別に包括する

保険組合せ区分: 0 保険組合せに關係なく包括する

診療区分:

- 投薬: 0 包括しない (包括C/D)
- 注射: 1 包括する (包括C/D)
- 処置: 0 包括しない (包括C/D)
- 手術: 0 包括しない (包括C/D)
- 検査: 1 包括する (包括C/D)
- 画像診断: 0 包括しない (包括C/D)
- リハビリ (他): 0 包括しない (包括C/D)
- 精神科専門: 0 包括しない (包括C/D)
- 放射線治療: 0 包括しない (包括C/D)
- 病理診断: 1 包括する (包括C/D)
- 医学管理料: 0 包括しない (包括C/D)
- 在宅医療: 0 包括しない (包括C/D)
- 基本診療料: 0 包括しない (包括C/D)

戻る クリア 削除 全包括C/D 登録

12. **戻る(F1)** を数回押して業務メニューまで画面を戻します。

■ 12. 特定疾患療養管理料の疾患区分の変更方法

対象疾患から「高血圧症」、「糖尿病」、「脂質異常症(家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患は除く)」が削除され、「アナフィラキシー」、「ギラン・バレー症候群」が追加されました。

<対応内容>

対象病名の変更に伴い、時限的に疾患区分や特定疾患療養管理料の自動発生が見直しされています。

※令和6年6月1日から令和6年9月30日診療日までの期限付きの対応です。

病名登録 疾患区分の見直し

1. **22 病名** にて、対象疾患から削除された病名が現在登録されている患者様については、該当する病名の疾患区分「05 特定疾患療養管理料」が時限的に無効となります。
※疾患区分が「08 特定疾患療養管理料又はてんかん指導料」の場合には「07 てんかん指導料」に置き換えて算定されます。
2. 対象疾患に追加された病名が現在登録されている患者様については、疾患区分が空白でも「05 特定疾患療養管理料」が時限的に登録された状態です。
3. 病名の開始日はそのまま(開始日を区切らない)で修正の必要はありません。

(例)環境設定日付 令和6年6月1日

番号	診療科	傷病名	開始日	転帰日	転帰	疾患区分
1		高コレステロール血症				特定疾患
2		高血圧症				特定疾患
3		閉塞性動脈硬化症				
4		再発逆流性食道炎(維持療法)				
5		高脂血症	R 1. 6.26			特定疾患
6		めまい症	R 2. 5.10			
7		アルツハイマー型認知症				
8		高尿酸血症				
9		アナフィラキシー				

対象疾患から削除された病名「疾患区分」は残ったまま

対象疾患に追加された病名「疾患区分」は空白の状態

「アナフィラキシー」が対象疾患に加わった為診療行為入力画面では特定疾患療養管理料が自動算定されます。

診区	入力コード	名称	数量・点数
12	b	*C再診料	
	112015770	明細書発行体制等加算	76 X 1 76
12	112011010	* 外来管理加算	52 X 1 52
13	t	* 特定疾患療養管理料(診療所)	225 X 1 225

※環境設定日付が令和6年5月31日迄については従来通り、疾患区分に応じて管理料が自動算定されます。

※令和6年10月1日以降は従来通りの動きに戻ります。

過去診療日の修正(会計)等に影響が出ないようにご注意の上、
患者様の疾患区分の見直しを徐々に進めて頂きますようお願い致します。

<修正方法>

※6月1日以降に疾患区分の変更作業をお願い致します。

また、修正後に6月以前の診療内容入力時は管理料の算定にご注意下さい。

●対象疾患から削除された病名の「疾患区分」を外す場合(高血圧、糖尿病等)

1. 対象病名を選択し、疾患区分の▼を押し一番上の空白を選択します。

番号	診療科	病名	開始日	転日	転	疾患区分	主病名	疑い	入外区分	保険適用	第三者行為	レセプト表示	レセプト表示期間	保険病名	退院証明書	原疾患	合併症	登録
1		高コレステロール血症	H26.2.2			特定疾患												R.6.5
2		糖尿病	H26.3.22			特定疾患												R.6.5
3		慢性動脈硬化症	H26.4.19															R.6.5
4		再発逆流性食道炎(維持療法)	H26.4.19															R.4.6
5		高脂血症	R.1.6.26			特定疾患												R.6.5
6		めまい症	R.2.5.10															R.6.5
7		アルツハイマー型認知症	R.3.8.17															R.4.6
8		糖尿病	R.4.6.11															R.4.6
9		アナフィラキシー	R.4.6.11															R.6.5

病名検索欄: 01 内科

疾患区分の▼メニュー:

- 01 皮膚科特定疾患療養管理料(1)
- 04 皮膚科特定疾患療養管理料(2)
- 05 特定疾患療養管理料
- 07 てんかん指導料
- 08 特定疾患療養管理料又はてんかん指導料
- 09 難病外来指導管理料
- 05 特定疾患療養管理料

登録ボタン: 登録

2. 疾患区分が「空白」になったことを確認し、登録(F12)を押します。

※6月1日以降に新規で該当病名を登録する場合は疾患区分がセットされます。

10月1日までは上記のように手動で「空白」にして登録して下さい。

●対象疾患に追加された病名に「疾患区分」を追加する場合(アナフィラキシー等)

1. 対象病名を選択し、疾患区分の▼を押し「05 特定疾患療養管理料」を選択します。

番号	診療科	病名	開始日	転日	転	疾患区分	主病名	疑い	入外区分	保険適用	第三者行為	レセプト表示	レセプト表示期間	保険病名	退院証明書	原疾患	合併症	登録
1		高コレステロール血症	H26.2.2			特定疾患												R.6.5
2		高血圧症	H26.2.2			特定疾患												R.6.5
3		慢性動脈硬化症	H26.3.22															R.6.5
4		再発逆流性食道炎(維持療法)	H26.4.19															R.4.6
5		高脂血症	R.1.6.26			特定疾患												R.6.5
6		めまい症	R.2.5.10															R.6.5
7		アルツハイマー型認知症	R.3.8.17															R.4.6
8		糖尿病	R.4.6.11															R.4.6
9		アナフィラキシー	R.4.6.11															R.6.5

病名検索欄: 01 内科

疾患区分の▼メニュー:

- 03 皮膚科特定疾患療養管理料(1)
- 04 皮膚科特定疾患療養管理料(2)
- 05 特定疾患療養管理料
- 07 てんかん指導料
- 08 特定疾患療養管理料又はてんかん指導料
- 09 難病外来指導管理料

登録ボタン: 登録

2. 疾患区分が設定されたことを確認し、登録(F12)を押します。

※6月1日以降に新規で該当病名を登録する場合は「空白」になります。

10月1日までは上記のように手動で特定疾患療養管理料を登録して下さい。

■ 13. 特定疾患処方管理加算(処方料・処方箋料)について

特定疾患処方管理加算1が廃止になり、特定疾患処方管理加算2の名称及び点数が変更になります。

入力コード	名称	点数
120005610	特定疾患処方管理加算(処方料)	56点
120005710	特定疾患処方管理加算(処方箋料)	56点

<算定要件の概要>

・入院中の患者様以外の患者様(別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る)に対して薬剤の処方期間が28日以上(処方(リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上)の処方を含む)を行う。
上記の要件を満たす場合に、**月1回**に限り所定点数に加算します。

<入力について>

特定疾患療養管理料を自動算定されている医療機関様は、診療行為で内容の入力後登録が進むと確認画面が表示されますので、**OK**で進みます。

※高血圧症、糖尿病、脂質異常症は特定疾患から削除されたため算定不可となりますので、確認画面は **NO を選択して下さい。**

OKで進むと、診療行為確認画面で特定疾患処方管理加算が算定されています。

番号	削除	診療区分	診療行為	点数×回数	計
1		.120	再診料 再診料	7.5×1	7.5
2		.130	管理料 特定疾患療養管理料(診療所)	22.5×1	22.5
3		210	内服薬剤 【般無】リファンピシカプセル150mg 【1日3回毎食前に】	1 ×28	カプセル
4	●	820	処方箋料 処方箋料(リフィル以外・その他)	6.0×1	6.0
5		820	処方箋料 特定疾患処方管理加算(処方箋料)	5.6×1	5.6

■ 14. リフィル処方を入力方法【再掲】

生活習慣病管理料の算定要件に「リフィル処方箋の対応が可能」であることとされており、今後患者様からのご要望が増えると予想される事から再度リフィル処方の入力方法についてご案内致します。

＜全ての医薬品をリフィル処方にする場合の入力方法＞

1. 処方内容を入力します。
2. 最終行に下図の通り入力します。

入力コード	名称
. 980	*コメント(処方せん備考)
099208102△回数	【リフィル】 回

＜診療行為画面での表示＞

診区	入力コード	名称	数量・点数
21	.210	*内服薬剤	
	610461002 1	【般後】アテノロール2.5mg錠	1 錠
	y101*28	【1日1回朝食後に】	(1) X 28
21	620002525 2	*チアトンカプセル5mg	2 Cap
	y200*28	【1日2回朝夕食後に】	(1) X 28
98	.980	*コメント(処方せん備考)	
	099208102 3	【リフィル】 3回	

＜一部の医薬品のみリフィル処方にする場合の入力方法＞

1. 処方内容を入力します。
2. リフィル処方にする医薬品の直下に下図の通り入力します。

入力コード	名称
099208102△回数	【リフィル】 回

＜診療行為画面での表示＞

診区	入力コード	名称	数量・点数
21	.210	*内服薬剤	
	610461002 1	【般後】アテノロール2.5mg錠	1 錠
	099208102 3	【リフィル】 3回	
	y101*28	【1日1回朝食後に】	(1) X 28
21	620002525 2	*チアトンカプセル5mg	2 Cap
	y200*28	【1日2回朝夕食後に】	(1) X 28

※リフィル処方の回数が「2」又は「3」でない場合は下記のエラーが表示されます。
必ず「2」又は「3」を入力して下さい。

診区	入力コード	名称	数量・点数
21	.210	* 内服薬剤	
	610461002 1	【般後】アテノロール2.5mg錠	1 錠
	y500*28	【医師の指示通りに】	(1)×28
21	620002525 2	* チアトンカプセル5mg	2 Cap
	y200*28	【1日2回朝夕食後に】	(1)×28
98	099208102 1	* 【リフィル】 回	

(KERR)エラー情報

0247

リフィル回数は2又は3です。

閉じる

※回数を入力しなかった場合は下記のエラーが表示されます

診区	入力コード	名称	数量・点数
21	.210	* 内服薬剤	
	610461002 1	【般後】アテノロール2.5mg錠	1 錠
	y500*28	【医師の指示通りに】	(1)×28
21	620002525 2	* チアトンカプセル5mg	2 Cap
	y200*28	【1日2回朝夕食後に】	(1)×28
98	099208102_	* 【リフィル】 回	

(KERR)エラー情報

0252

リフィルの回数入力がありません。

閉じる

※リフィル処方と分割調剤の両コードを入力した場合、下記のエラーが表示されます。併用での入力できません。

診区	入力コード	名称	数量・点数
21	.210	* 内服薬剤	
	610461002 1	【般後】アテノロール2.5mg錠	1 錠
	y500*28	【医師の指示通りに】	(1)×28
21	620002525 2	* チアトンカプセル5mg	2 Cap
	y200*28	【1日2回朝夕食後に】	(1)×28
98	099208102 2	* 【リフィル】 2回	
21	.212	* 内服薬剤(院外処方)	
	099208101	【分割調剤】 日分 日分 日分	×1

(KERR)エラー情報

0232

リフィルと分割調剤の入力があります。同時に入力できません。

閉じる

※湿布薬に対してリフィル処方の指示を入力すると、下記エラー表示されます。
湿布薬はリフィル処方の対象外です。

診区	入力コード	名称	数量・点数
21	.210	* 内服薬剤	
	610461002 1	【般後】アテノロール2.5mg錠	1 錠
	y101*28	【1日1回朝食後に】	(1)×28
21	620002525 2	* チアトンカプセル5mg	2 Cap
	y201*28	【1日2回朝夕食前に】	(1)×28
23	230	* 外用薬剤	
	622529501 20	モーラスパップXR 2.40mg 2.0cm×1.4cm	20 枚
	y500	【医師の指示通りに】	
	099208102 2	【リフィル】 回	(89)×1

(KERR)エラー情報

K124

警告！湿布薬はリフィル処方箋による投薬はできません。

閉じる

湿布薬以外でも、療養担当規則により、**投薬量に限度が定められている医薬品**はリフィル処方箋による投薬はできません。(登録時にエラーや警告は表示されません)
 ※以下、ORCA管理機構提供マニュアルから一部抜粋

[療養担当規則]

投薬期間に上限が設けられている医薬品

- ・投薬量又は投与量が14日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬として、麻薬及び向精神薬取締法(昭和28年法律第14号)第2条第1号に規定する麻薬等を定めたものである。
- ・投薬量又は投与量が30日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬として、アルプラゾラム等を定めたものである。
- ・投薬量が90日分を限度とされる内服薬として、ジアゼパム等を定めたものである。

【補足】処方箋料について

リフィル処方箋により処方を行った場合について、処方箋料の要件が見直しされました。リフィル処方箋により、当該処方箋の1回の使用による投与期間が28日以内の投薬を行った場合は、処方箋料における長期投薬に係る減算規定(40/100)が適用されません。

※**該当する処方箋料を自動算定します。**(下図参照)

入力コード	名称	点数
120004710	処方箋料(リフィル処方箋・向精神薬多剤投与)	20点
120004810	処方箋料(リフィル処方箋・7種類以上内服薬)	32点
120004910	処方箋料(リフィル処方箋・向精神薬長期処方)	32点
120005010	処方箋料(リフィル処方箋・その他)	60点

< 診療行為確認画面 参考図 >

番号	削除	診療区分	診療行為	点数×回数	計
1		210 内服薬剤	【般後】アテノロール錠2.5mg 【1日1回朝食後に】	1 ×28	
2		内服薬剤	チアトンカプセル5mg 【1日2回朝夕食後に】	2 ×1	
3		820 処方箋料	処方箋料 (リフィル処方箋・その他)	60×1	60
4		820 処方箋料	一般名処方加算2 (処方箋料)	8×1	8
5		880 コメント (処方せん備考)	【リフィル】3回	×1	

■ 15. 処方箋の様式変更(10月～)

令和6年10月1日より、長期収載品の保険給付の在り方が見直され、医療上の必要性があって処方していること又は患者様の希望を踏まえ処方していることが処方箋において明確になるよう、処方箋様式の改正が行われます。

※処方箋の様式変更は10月からです。9月頃に改めてご案内致します。

< 変更後の処方箋様式のイメージ >

<div style="text-align: center;"> 処 方 箋 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。) </div>									
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 (枝番)					
患 者	氏 名		保険医療機関の所在地及び名称						
	生年月日	明大昭平令 年 月 日	男・女	電 話 番 号					
	区 分	被保険者	被扶養者	保 険 医 氏 名 ㊞					
		都道府県番号	点数表番号	医療機関コード					
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日			
		<small>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。</small>							
処 方	変更不可 (医療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更で差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。						
			リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)						
備 考	保険医署名		「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。						
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供								
調剤実施回数(調剤回数に応じて、 <input type="checkbox"/> に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。) <input type="checkbox"/> 1回目調剤日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回目調剤日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)									
調剤済年月日		令和 年 月 日		公費負担者番号					
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名				公費負担医療の受給者番号					

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

様式第二号(第二十三条関係)

< 分割用処方箋様式のイメージ >

<div style="text-align: center;"> <h2 style="margin: 0;">処 方 箋</h2> <p style="margin: 0;">(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)</p> <p style="margin: 0; text-align: right;">分割指示に係る処方箋 〃 分割の 〃 回目</p> </div>											
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 (注)							
患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称								
	生年月日	男 女	電話番号								
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名 (印)							
				都道府県番号	点数表番号	医療機関コード					
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日をきめて4日以内に保険薬局に提出すること。			
処方	変更不可 <small>(医療上必要)</small>	患者希望	個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。								
備考	保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)										
	保険薬局が調剤時に投薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供										
調剤済年月日		令和 年 月 日		公費負担者番号							
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名				公費負担医療の受給者番号							

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。

2. この用紙は、A列5番を標準とすること。

3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和61年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

様式第二号の二(第二十三条関係)

分割指示に係る処方箋（別紙）

様式第二号の二

（発行保険医療機関情報）

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 _____ F A X 番号 _____

その他の連絡先 _____

（受付保険薬局情報）

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

■ 16. 疾患別リハビリテーションについて【新設】

疾患別リハビリテーションの実施者ごとの訓練実態を把握可能となるよう、疾患別リハビリテーション料について、リハビリテーションを実施した職種ごとの区分が新設されました。対象となるリハビリテーション料は、**心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料**です。いずれも実施者ごとに入力コードが追加されています。

例：心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）

- イ 理学療法士による場合
- ロ 作業療法士による場合
- ハ 医師による場合
- ニ 看護師による場合
- ホ 集団療法による場合

入力コード	名称	点数
180744210	心大血管疾患リハビリテーション料（1）（理学療法士による場合）	205点
180744310	心大血管疾患リハビリテーション料（1）（作業療法士による場合）	205点
180744410	心大血管疾患リハビリテーション料（1）（医師による場合）	205点
180744510	心大血管疾患リハビリテーション料（1）（看護師による場合）	205点
180744610	心大血管疾患リハビリテーション料（1）（集団療法による場合）	205点

<診療行為画面での入力例>

診区	入力コード	名称	数量	単価	点数
11	a	*C初診料	291	X 1	291
80	.800	* その他（リハビリ）			
	180744210	心大血管疾患リハビリテーション料（1）（理学療法士による場合）	1	単	205 X 1 205

<診療行為画面での検索画面>

(K98)診療行為一覧選択サブ

心大 F9 拡大検索 F10 部分 F11 後方 診療行為 (全体)

番号	名称	単位	単価	入力CD	診
1	心大血管疾患リハビリテーション開始日			80	
2	心大血管疾患（早期・初期）リハビリテーション加算開始日			80	
3	心大血管疾患リハビリテーション終了日			80	
4	【労】心大血管疾患リハビリテーション料（2）			80	
5	心大血管疾患リハビリテーション料（1）（作業療法士による場合）		125.00	80	
6	心大血管疾患リハビリテーション料（2）（医師による場合）		125.00	80	
7	心大血管疾患リハビリテーション料（2）（看護師による場合）		125.00	80	
8	心大血管疾患リハビリテーション料（1）（集団療法による場合）		205.00	80	
9	【労】心大血管疾患リハビリテーション料（1）		250.00	80	
10	心大血管疾患リハビリテーション料（1）（医師による場合）		205.00	80	
11	心大血管疾患リハビリテーション料（2）（理学療法士による場合）		125.00	80	
12	心大血管疾患リハビリテーション料（1）（理学療法士による場合）		205.00	80	
13	心大血管疾患リハビリテーション料（2）（作業療法士による場合）		125.00	80	
14	心大血管疾患リハビリテーション料（1）（看護師による場合）		205.00	80	
15	心大血管疾患リハビリテーション料（2）（集団療法による場合）		125.00	80	

選択番号 自院採用 ユーザー登録

表示順 1 診療行為 (全体) (カナ順)

Shift+F2 一般名 Shift+F5 セット展開 Shift+F7 前頁 Shift+F6 選択式

戻る F2 内服 F3 外用 F4 注射 F5 器材 F6 診療行為 F7 次頁 F8 検査検索 F12 確定

■ 17. 外来・在宅ベースアップ評価料について【新設】 ※要届出

医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組みとして新設されました。
算定される医療機関様は厚生労働省のホームページ等を参照し、
算定要件・施設基準等の詳細を充分ご確認ください。

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

外来医療または在宅医療を実施している医療機関様において、勤務する看護職員、
薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合に算定します。

入力コード	名称	点数
180725710	外来・在宅ベースアップ評価料(1)1(初診時)	6点
180725810	外来・在宅ベースアップ評価料(1)2(再診時等)	2点
180725910	外来・在宅ベースアップ評価料(1)3(訪問診療時)イ	28点
180726010	外来・在宅ベースアップ評価料(1)4(訪問診療時)ロ	7点

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) ※無床診療所の医療機関様のみ

外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない診療所であって、
勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の更なる改善を
必要とする医療機関様において、賃金の改善を実施している場合に算定します。

入力コード	名称	点数
180726110	外来・在宅ベースアップ評価料(2)1(初診又は訪問診療)	8点
180726210	外来・在宅ベースアップ評価料(2)1(再診時等)	1点
↓	↓	↓
180727510	外来・在宅ベースアップ評価料(2)8(初診又は訪問診療)	64点
180727610	外来・在宅ベースアップ評価料(2)8(再診時等)	8点

<施設基準>

「■2. 施設基準の設定」に沿って施設基準の設定を行って下さい。

外来・在宅ベースアップ評価料(1)の場合

選択コード	施設基準名称
4307	外来・在宅ベースアップ評価料(1)

外来・在宅ベースアップ評価料(2)の場合 ※区分に応じた選択コードを設定します

選択コード	施設基準名称
4308	外来・在宅ベースアップ評価料(2)1
↓	↓
4315	外来・在宅ベースアップ評価料(2)8

<入力について>

施設基準の設定を元に診療行為入力画面から **登録(F12)** を押して
診療行為確認画面へ遷移すると自動算定します。

2	◎	.842 その他 外来・在宅ベースアップ評価料(1) 1 (初診時)	6×1	6
3	◎	.842 その他 外来・在宅ベースアップ評価料(2) 7 (初診又は訪問診療)	56×1	56

※算定しない場合は◎をクリックして剤削除により取消が可能です

2	削	.842 その他 外来・在宅ベースアップ評価料(1) 1 (初診時)	6×1	6
3	削	.842 その他 外来・在宅ベースアップ評価料(2) 7 (初診又は訪問診療)	56×1	56

point

初診料等の入力が行われずに登録処理を進めようとする、下図のエラーメッセージが表示されます。**閉じる**を押して画面を閉じ、再度入力内容をご確認下さい。

(KERR)エラー情報

K807

警告! 外来・在宅ベースアップ評価料の算定可能な診療行為の算定がありません。

※領収書の保険点数欄は「その他」に計上されます。

No. 77		診療費請求兼領収書		
診療日 令和 6年 6月 1日		発行日 令和 6年 6月 1日		
氏名 クレオ 太郎		保険種類 協会		
患者番号 00003458		負担割合 3割		
内科				
初・再診料	394点	円	文書料	円
医学管理等		円	予防接種料	円
在宅医療		円	健康診断料	円
投薬		円	容薬代	円
注射		円		円
処置		円		円
手術		円		円
麻酔		円		円
検査		円	その他	円
画像診断		円	自費計	円
リハビリテーション		円	消費税(再掲)	円
精神科専門療法		円	公費一部負担金	円
放射線治療		円	調整金	円
病理診断		円		
入院料等		円		
その他	62点	円		
合計点数	456点			
保険分負担金額	1,370円		今回請求額	1,370円
保険適用外金額	円		消費税(再掲)	0円
消費税(再掲)	円		前回請求額	0円
			合計請求額	1,370円
			今回入金額	1,370円

※領収書は再発行いたしませんので、大切に保管して下さい。
※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

※病院・診療所の医療機関様共通

ベースアップ評価料計算支援ツールに必要な「初診料等の算定回数」の算出については下記手順で算出出来ます。

< 初診料等の算定回数算出の手順 >

1. 業務メニューより「52 月次統計」を選択します。
2. 「診療行為別使用頻度一覧」欄にチェックを入れます。
※医療機関様の環境によっては「004」ではない場合があります。
3. 診療分類指定に「10」を入力します。
4. 診療年月日に集計したい対象月の月末日を入力し、集計区分を空白にします。
「処理開始(F12)」を選択します。

001	<input type="checkbox"/> 患者一覧表	出力帳票 *	開始日 *	終了日 *	診療科コード *	医師コード *
002	<input type="checkbox"/> 患者数一覧表	出力帳票 * 3	集計区分 * 0	開始日 *	終了日 *	入外区分 * 1
003	<input type="checkbox"/> 基本台帳	出力帳票 * 0	開始日 *	終了日 *	入外区分 * 1	診療科コード *
004	<input checked="" type="checkbox"/> 診療行為別使用頻度一覧	診療分類指定 * 10	診療年月日 * R 6. 2. 29	入外区分 *	印字順序 *	集計区分 *
005	<input type="checkbox"/> 保険別患者台帳	対象年月 *	入外区分 *	保険者番号 *	公費負担番号 *	本人・家族 *
006	<input type="checkbox"/> 保険別請求チェック表 (標準帳票)	出力帳票 * 0	対象年月 *	入外区分 *	集計区分 * 0	他保険集計元 * 0
007	<input type="checkbox"/> 診療行為別集計表	診療年月 *	入外区分 *	診療科 *	診療区分 1 * 20	診療区分 2 *
008	<input type="checkbox"/> 保留・再請求・月遅れ一覧表	出力区分 *	請求年月 *			
009	<input type="checkbox"/> 保険別請求チェック明細表	出力帳票 * 0	対象年月 *	入外区分 *	集計区分 * 0	保険区分 *
010	<input type="checkbox"/> 保険請求確認リスト	請求年月 *	提出先区分 *	保険者番号 *	処理区分 *	入外区分 *

5. 確認画面が表示されますので、印刷する場合は「印刷する(F12)」、画面で確認する場合は「プレビュー(F10)」を押します。

G1D2) 確認画面

1001

選択された帳票の印刷を開始します

F1:戻る F10:プレビュー F12:印刷する

6. 下図のような帳票が発行されます。

※この帳票はあくまでも目安の数値になりますので予めご了承下さい。

診療行為別使用頻度一覧								
令和 6年 2月 初診・再診・指導・在宅 外来			(注1: <2錠×5回>のような薬剤については、回数では無く数量を (注2: <加算、減算>のような診療行為については点数(薬価)ではな (注3: <入力CD が複数登録>されている場合は、自院入力コード右端					
連番	診療行為コード 自院入力コード	診療行為名称	点数 (薬価)	回数 (量)	点数×回数 (薬価×量)	連番	診療行為コード 自院入力コード	診療行為名称
1	112015770	明細書発行体制等加算	1.00	265	265.00	20	114041710	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算
2	112016070	時間外対応加算1	5.00	265	1325.00	21	114030710	在医総管(機能強化在支診等・病 床有・難病等月2回以上・1人)
3	112007410 b	再診料	73.00	259	18907.00	22	112007950	電話等再診料
4	112011010	外来管理加算	52.00	251	13052.00	23	114000110	往診料
5	099120001	再診料(DUMMY)	0.00	220	0.00	24	114003710	在宅酸素療法指導管理料(その他)
6	113001810 t	特定疾患療養管理料(診療所)	225.00	197	44325.00	25	114006210	酸素濃縮装置加算
7	114001110	在宅患者訪問診療料(1)1(同 一建物居住者以外)	888.00	80	71040.00	26	114006310	酸素ボンベ加算(携帯用酸素ボン ベ)
8	113046250	特定疾患療養管理料(100床未 満の病院)(特例)(10月以降)	147.00	45	6615.00	27	114015710	呼吸同調式デマンドバルブ加算
9	111000110 a	初診料	288.00	44	12672.00	28	114040810	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2
10	111013770	機能強化加算(初診)	80.00	44	3520.00	29	114041610	在宅酸素療法材料加算(その他)
11	114043870	包括的支援加算(在医総管・施医 総管)	150.00	28	4200.00	30	113002910	難病外来指導管理料
12	114034570	在宅緩和ケア充実診療所・病院加 算(在医総管)(1人)	400.00	26	10400.00	31	112001110	時間外加算(再診)(入院外)
13	114031010	在医総管(機能強化在支診等・病 床有・月2回以上・1人)	4500.00	17	76500.00	32	112001210	休日加算(再診)(入院外)

※ベースアップ評価料の算定見込みの計算にご活用下さい。

Step 2 ベースアップ評価料の算定見込みの計算
①外来・在宅ベースアップ評価料(I)【病院・診療所共通】

○次に、**外来・在宅ベースアップ評価料(I)**の算定見込みの計算を行います。
 ○**2024年6月1日**から算定を開始する場合、**2023年12月～2024年2月**に算定した初
 診料等の算定回数を入力してください。

算定開始予定日	算定月	初診料等	再診料等	訪問診療料 (同一建物以外)	訪問診療料 (同一建物)
2024年6月1日	2023年12月				
	2024年1月				
	2024年2月				
	1月当たり算定回数	0回	0回	0回	0回

■ 18. 在医総管・施医総管の減算方法

訪問診療の算定回数が多い医療機関様における「在宅時医学総合管理料」及び「施設入居時等医学総合管理料」の評価が見直されました。

<概要>

単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、当該保険医療機関における直近3月間の訪問診療回数及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関(令和6年3月31日以前に開設されたものを除く。)における直近3月間の訪問診療回数を合算した回数が2,100回以上の場合であって、次の要件をいずれかを満たさない場合はそれぞれ所定点数の100分の60に相当する点数を算定する。

<要件>

- (イ)直近1年間に5つ以上の保険医療機関から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績があること。
- (ロ)当該保険医療機関において、直近1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること又は重症児の十分な診療実績等を有していること。
- (ハ)直近3か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が7割以下であること。
- (ニ)直近3月間に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、要介護3以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表 第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が5割以上であること。

<施設基準>

100分の60に相当する点数で算定を行う場合には、下記施設基準コードの設定が必要です。詳しくは「■2. 施設基準の設定」をご確認下さい。

※自動で減算はされませんのでご注意下さい。

【施設基準コード】

選択コード	施設基準名称
4101	在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学(注14)

<診療行為画面での表示>

入力コード	名称	数量・点数
.140	* 在宅料	
114721710	在医総管 (在支診等・月1回・10～19人減)	399 X 1 399

※100分の60に相当するマスタには名称に「減」と表示されます。

施設基準の設定を行わずに入力をする、下記のエラーメッセージが表示されます。

閉じる を押して画面を閉じ、施設基準情報の設定を行って下さい。

(KERR)エラー情報

0024

施設基準ではありません。算定できません

閉じる

<参考>

対象医療機関に該当する場合の在宅時医学総合管理料・施設入居時医学総合管理料一覧

在宅時医学総合管理料 ・施設入居時医学総合管理料	機能強化型在支診・在支病 (病床あり)			機能強化型在支診・在支病 (病床なし)			在支診・在支病			その他		
	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～
①月2回以上訪問(難病等)	1,719点	1,440点	1,266点	1,575点	1,323点	1,161点	1,431点	1,206点	1,059点	1,071点	900点	789点
②月2回以上訪問	711点	639点	543点	651点	582点	495点	591点	525点	447点	441点	393点	333点
③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	519点	468点	396点	483点	432点	367点	459点	407点	347点	387点	344点	292点
④月1回訪問	459点	402点	345点	423点	369点	315点	399点	342点	294点	327点	276点	237点
⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	255点	224点	190点	237点	206点	175点	225点	193点	165点	189点	158点	135点

■ 19. 選択式コメントの記載について

改定に伴い、一部の診療行為に対する選択式コメントに変更がありました。
算定される診療行為に必要な選択式コメントをシステムクレオからのお知らせに掲載
しております。別表 I ～IVをご参照下さい。

※選択式コメントの入力方法に変更はありません

※診療報酬明細書の記載要領に、「令和6年6月1日適用の旨が表示されたコードに
ついては、令和6年10月診療分以降に選択するものとして差し支えない」と記載され
ていることからコメントマスタはまだ提供されていません。

マスタ配信までの期間については「w」のフリーコメント等をご使用頂きますようお願い
致します。

<変更例> 通院・在宅精神療法の場合

レセプトの摘要欄に、診療に要した時間を10分単位で記載が必要になりました。

通院・在宅精神療法の記載事項の変更に伴い、新設されたコメントコード

入力コード	名称
820101309	5分を超え10分未満(通院・在宅精神療法)
820101310	10分以上20分未満(通院・在宅精神療法)
820101311	20分以上30分未満(通院・在宅精神療法)
820101312	30分以上40分未満(通院・在宅精神療法)
820101313	40分以上50分未満(通院・在宅精神療法)
820101314	50分以上60分未満(通院・在宅精神療法)
820101315	30分超(通院・在宅精神療法)
820101316	60分超(通院・在宅精神療法)

※診療に要した時間が明確でない場合で、30分又は60分を超えたことが明らかで
あると判断される、精神療法を行った場合に限り、「○分超」などの記載でも良い。

■ 選択式コメントが50文字以上になる時の入力方法

選択式コメントの記載は50文字までが上限となります。

所見等の長いコメントを入力する際は、

下の行に「w△c」(△はスペースの意味)を入力し、コメントを入力します。

入力コード	名称
114040710	*S在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1
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) ; 鼻口部の
w c	無呼吸低呼吸指数は、、、、
w c	続きの入力、、、

※1行につき50文字が上限のため、
51文字を超える場合は「w△c」を続けて入力します。

<参考>

別表の右端の方に、「紙レセプトのみ記載」と「令和6年6月1日適用」が追加されています。ご活用下さい。

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）

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	紙レセ のみ記載	令和6年 6月1日 適用	
1	A000	初診料	(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) 「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6月5日保険発0305第1号)別添 1第1章第1節適用2のA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。	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):*****			
2	A001	再診料	(情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を 行う場合) 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に過ぎない症状」 等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820100990	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(初 診料)		
			(情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方 を行う場合) 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等 の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	820100816	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(初 診料)		
			(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) 「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節適用2のA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。	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			
2	A001	再診料	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		○	
			112024950	同日再診料(情報通信機器)		○	
			112016850	同日特定受給率再診料		○	
			(同一日に2回以上の再診(電話等再診を含む。)がある場合) 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。	112025150	同日特定受給率再診料(情報通信機器)		○
			112008850	同日電話等再診料		○	
			112023450	同日電話等再診料(30年3月以前継続)		○	
			112016950	同日電話等特定受給率再診料		○	
			112023750	同日電話等特定受給率再診料(30年3月以前継続)		○	
			(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。	830100003	2つ目の診療科(再診料):*****		

■ 20. 新設マスタ等の検索、入力コードの付け方

(例)生活習慣病管理料2の場合

6月から新たに追加となった点数に入力コードを付けておくと、次回以降の入力がスムーズです。

※新設マスタは令和6年6月1日以降でなければ検索できません。

事前に入力コードを付けられる医療機関様は、環境設定にて日付を変更し作業して頂きますようお願い致します。

<手順>

1. 業務メニューより「21 診療行為」を選択し、患者様を呼び出します。
2. 「半角/全角」を押します。検索したいマスタの先頭2~4文字を入力コード欄に全角カタカナで入力し、「Enter」を2回押します。

(例)

番号	名称	単位	単価	入力CD
1	生活保護受給者			Sei

画面右上が(自院)になっている場合は、「拡大検索(F9)」を押すと(全体)が表示されます。

番号	名称	単位	単価	入力CD	診
1	生活習慣病管理料 1 (糖尿病を主病)		760.00		13
2	生活習慣病管理料 1 (脂質異常症を主病)		610.00		13
3	生活習慣病管理料 1 (高血圧症を主病)		660.00		13
4	生活習慣病管理料 2		333.00		13
5	生活習慣病管理料 2 (情報通信機器)		290.00		13
6	生活保護受給者			Sei	

【ポイント】診療種別区分が該当の区分でない場合は、該当の区分を押して下さい。

3. 該当のマスタを選択し「確定(F12)」を押します。

4. **入力CD(F5)**を押します。

診療選択	クリア	セット登録	受付	患者登録	複数科保険	病名登録	収納登録	会計照会	算定履歴	包括診療	中途終了
戻る	患者取消	前回患者	訂正	入力CD	前頁	次頁	DO	氏名検索	予約登録	受付一覧	登録

5. 任意の入力コードを入力し**登録(F12)**を押します。

(K023)診療行為-入力コード設定

(未設定)

診療コード	名称	入力コード(表示)	入力コード	入力コード
113707110	生活習慣病管理料2	seikatu1		

F1 戻る F6 前頁 F7 次頁 F9 全体 **F12 登録**

6. 確認画面が表示されますので、**OK(F12)**を押します。

(KID1)確認画面

1001

入力コードを登録します。よろしいですか？

戻る **OK**

■ 21. レセプト改定について

6月末にレセプト改定用のプログラムが配信されます。そのプログラムを実施するまでは、レセプトに対する改定対応が行われません。

**※レセプト改定プログラムが適用されるまで、レセプトは正しく印字されません。
更新作業を未実施のまま作成したレセプト等を誤って審査支払機関に提出することのないようご注意ください。
また、レセプト改定があるまでは、レセプトプレビューで確認しても新点数は反映されません。**

レセプト改定については、6月末に改めてご案内致します。

■ 22. 外来におけるデータ提出加算 ※要届出

2022年4月の診療報酬改定にて新設された外来のデータ提出加算について、データ作成手順についてご案内致します。

尚、外来のデータ提出加算を算定される場合は必要な届け出(様式7の10、様式7の11)を行い、期限までにデータを作成、提出する必要があります。算定要件や届出、データの提出期日等詳細につきましては厚生労働省の事務連絡及びホームページ等にてご確認下さいますようお願い致します。

< 外来におけるデータ提出加算の種類 >

外来で算定ができるデータ提出加算は、外来データ提出加算、在宅データ提出加算、リハビリテーションデータ提出加算になります。各加算はいずれも月1回に限り50点を算定できます。

入力コード	名称	点数
113042070	外来データ提出加算(生活習慣病管理料1・2)	50点
114057970	在宅データ提出加算(在医総管・施医総管)	50点
114060670	在宅データ提出加算(在宅がん医療総合診療料)	50点
180066370	リハビリテーションデータ提出加算	50点

< 設定 >

事前に業務メニュー「91 マスタ登録」の「101 システム管理マスタ」より、管理コード「1006 施設基準情報」、「1014 包括診療行為設定情報」、「9102 EF ファイル作成」の設定が必要になります。

●1006 施設基準情報の設定

施設基準の設定手順の詳細は、5月27日のシステムクレオからのお知らせに配信された『令和6年度診療報酬改定作業手順書(外来)』の「■2. 施設基準の設定」をご確認下さい。

選択コード	名称
3767	外来データ提出加算
3771	在宅データ提出加算
3780	リハビリテーションデータ提出加算

●1014 包括診療行為設定情報

生活習慣病管理料の外来データ提出加算や、在医総管・施医総管の在宅データ提出加算を算定される場合に設定が必要です。

設定手順の詳細は、5月27日のシステムクレオからのお知らせに配信された『令和6年度診療報酬改定作業手順書(外来)』の「■11. 生活習慣病管理料について」の「< 包括設定手順 > (P26)をご確認下さい。

●9102 EFファイル作成の設定

1. 業務メニューより「91 マスタ登録」を選択します。
2. 「101 システム管理マスタ」を選択します。
3. 管理コード欄、「9102」と入力し「Enter」を1回押します。
管理コード欄に「EFファイル作成」がセットされます。
4. 「Enter」を再度、1回押します。
5. 画面が切り替わったら、下図のように設定を行い、「登録(F12)」を押します。

6. 「戻る(F1)」を数回押して業務メニューまで画面を戻します。

< 入力例 >

各データ提出加算は自動算定されませんので、「21 診療行為」の画面にて手技料の直下に該当の請求コードを入力します。またEFファイルデータの作成のために包括される点数も入力が必要です。

診区	入力コード	名称	数量・点数
12	b	*C再診料	
	112708470	時間外対応加算3	
	112015770	明細書発行体制等加算	79 X 1 79
13	113041910	*生活習慣病管理料1 (糖尿病を主病)	
	113042070	外来データ提出加算 (生活習慣病管理料1・2)	810 X 1 810
60	.600	*検査	
	m	末梢血液一般検査	21 X 1 21

2	.130 管理料		
	生活習慣病管理料1 (糖尿病を主病)		
	外来データ提出加算 (生活習慣病管理料1・2)	810×1	810
3	600 検査	【包括診療】	
	末梢血液一般検査		21×1
4	600 検査	【包括診療】	
	血液学的検査判断料		125×1

< データ(EFファイル)の作成手順 >

1. **42 明細書**にて、「2 入院外」、データの種別を「7 EFファイル用」を選択します。「一括作成・全件」にチェックを入れ、「診療年月」を入力して、**確定(F12)**を押します。

印刷区分 レセプト新規作成 2 入院外 7 EFファイル用

<令和4年10月以降の後期高齢2割レセプト対応プログラム適用済>

一括作成 診療年月 R6.6

医 保 全 件 社 保 国 保 広 域

労 災 自 賠 責

新 様 式 従 来 様 式 第 三 者 行 為

公 害

個別作成

医 保 労 災 自 賠 責 (新 様 式) 自 賠 責 (従 来 様 式) 自 賠 責 (第 三 者 行 為) 公 害

戻る 再印刷 印刷区分 一括/個別 生保等入力 未請求設定 入・外 処理結果 主科設定 情報削除 **確定**

2. 確認画面が表示されますので、**OK(F12)**を押します。

(RID1)確認画面

1001 【EFファイル用データ】

令和 6年 6月 入院外分新規作成処理を行います

戻る **OK**

3. 「正常に終了しました」と表示されたことを確認し、**戻る(F1)**を押し、業務メニューまで画面を戻します。

(R99)処理結果

番号	処理名	開始時間	終了時間	エラーメッセージ
0000001	EFファイル作成	02.25.06	02.25.08	

F1戻る F11:状態 処理は正常に終了しました Shift+F9:中止

4. **44 総括表・公費請求書**にて、「診療年月」をデータ提出の対象月に変更し、
 下図のように、「8 EFファイル・Kデータ」、ファイルの出力先を
 「5クライアント保存」とし、**E・F(Shift+F6)** をクリックします。

5. 確認画面が表示されたら、**作成する(F12)**を押します。



6. 「処理は正常に終了しました」と表示されると、次に保存画面が表示されますので、
 作成されたファイル(以下、EFファイル)の保存先(任意)を指定し、
 EFファイルの保存を行って下さい。



※医療機関様の環境によって表示される画面や保存の手順が異なる場合があります。保存手順はレセプト電算データと同様です。

<注意点>

44 総括表・公費請求書にて作成されたEFファイルは圧縮ファイルです。外来医療等調査事務局から提供される外来データ提出支援ツールにてEFファイルを統合される際は圧縮ファイルを解凍してお使い下さい。EFファイルは1か月分ずつ作成して下さい。

42 明細書で数か月まとめて集計を行っても、44 総括表・公費請求書にて作成できるEFファイルは、最後に42 明細書で集計をかけた1か月分のみになります。

■ 23. 検査の入力について(皮内反応検査、ヒナルゴンテスト 等)

6月以降、皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量(MED)測定について、検査を22箇所以上実施した際の入力について注意点がありますのでご案内致します。

<入力例> ※皮内反応検査の場合

21箇所以内の場合

例:21箇所検査を行った場合

入力コード	名称	点数
160089810△21	皮内反応検査(21箇所以内)	1箇所につき16点

診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	b	*C再診料		
	112708470	時間外対応加算3		
	112015770	明細書発行体制等加算	79 X 1	79
60	.600	*検査		
	160089810 21	皮内反応検査(21箇所以内)	21 箇所	336 X 1 336

22箇所以上の場合

21箇所までは「1箇所につき16点」、22箇所目以降は「1箇所につき12点」を算定します。

例:23箇所検査を行った場合

入力コード	名称	点数
160089810△21	皮内反応検査(21箇所以内)	1箇所につき16点
160240110△2	皮内反応検査(22箇所以上)	1箇所につき12点

診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	b	*C再診料		
	112708470	時間外対応加算3		
	112015770	明細書発行体制等加算	79 X 1	79
60	.600	*検査		
	160089810 21	皮内反応検査(21箇所以内)	21 箇所	336 X 1 336
60	160240110 2	*皮内反応検査(22箇所以上)	2 箇所	24 X 1 24