

3. 調査内容

本調査では、保険医療機関等と審査機関間で行われる業務種別、ドキュメント種別の整理を中心に、診療報酬明細書、症状経過詳記等、一部のドキュメントについてデータ項目の抽出を行った。次節以降に調査内容を記載する。

4. 保険請求業務種別とドキュメント種別

以下に保険請求で行われる各種業務種別と、各業務種別に伴って受け渡しされる文書について整理する。

4.1. 機関種別について

機関種別について保険請求業務の登場機関（アクター）である。

機関名称	内容
医療機関	保険請求を申請する保険医療機関
社会保険診療報酬支払基金（1次審査機関）	社会保険向け保険請求の審査機関。
国民健康保険団体連合会（1次審査機関）	国民健康保険団体連合会向け保険請求の審査機関。
各保険者（2次審査機関）	社会保険 保険者。通称社保。
市町村（2次審査機関）	国保 保険者。通称国保。

4.2. 保険請求 各種業務種別について

保険請求各種業務種別は保険請求業務において医療機関と審査機関間で発生する業務の種別ある。

業務名称	内容
診療報酬明細書提出（新規）	当月分の新規保険請求として診療報酬明細書および必要に応じて症状詳記、日計表を提出する業務。
診療報酬明細書提出（再提出）	返戻通知や過誤返戻通知によって審査機関から戻された診療報酬明細書および症状詳記、日計表に訂正を加えて提出する業務。
再審査請求	査定通知や過誤査定通知の対象となった診療報酬請求にたいして医療機関が異議申し立てを行う業務。一次審査、二次審査について各一回の申請が可能である。
取り下げ申請	すでに申請済みの診療報酬請求について医療機関が自身で見つけた過誤により請求をキャンセルする業務。
返戻通知	一次審査機関による診療報酬明細書の記載の不備の通知。
過誤返戻通知	二次審査機関による診療報酬明細書の記載の不備の通知。
査定通知	一次審査機関による診療報酬明細書に記載された診療内容の不備の通知。
過誤査定通知	二次審査機関による診療報酬明細書に記載された診療内容の不備の通知。

4.3. 保険請求関連文書について

保険請求関連文書は保険請求業務において必要となる各種文書の種類である。

文書名称	内容および用途	媒体
診療報酬明細書	保険医療機関や保険薬局が、保険医療に要した費用を保険者（JR 健保など）に請求する際に作成する書類。通常「レセプト」。	紙 または MO
症状詳記	高度医療の際に必要とされる詳細な診療内容を記載する書類。診療行為の理由などを記載する。	紙
日計表	35万点を超えるレセプト申請の際に必要な書類。処方一覧などが記載されている。日ごとに処方した内容（投与量）が一覧として記載されている	紙
再審査申請書	査定・過誤査定通知に対して再審査申請を行う際に必要となる書類。	紙
申請理由書	国保に対し取り下げ申請を行う際に必要となる書類。	紙
取り下げ申請書	社保に対し取り下げ申請を行う際に必要となる書類。	紙

返戻通知書	一次審査機関からの返戻通知の際に届く書類。提出時の書類が原本として戻される。(存在するか不明確。あったとしても電子化されれば余り存在価値はない。)	紙
過誤返戻通知書	二次審査機関からの返戻通知の際に届く書類。提出時の書類が原本として戻される。(存在するか不明確。あったとしても電子化されれば余り存在価値はない。)	紙
査定通知書	一次審査機関からの査定通知の際に届く書類。提出時の書類は戻されない。	紙
過誤査定通知書	二次審査機関からの査定通知の際に届く書類。提出時の書類は戻されない。	紙
フィルム	再審査申請の際に提出する。	フィルム

4.4. 各業務に伴うドキュメント分類

業務名称	使用文書
診療報酬明細書提出（新規）	<p><国保></p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬明細書 ・症状詳記（必要に応じて。高額医療の場合は、事実上必須） ・日計表を提出する業務。（35万点以上で必要） <p><社保></p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬明細書1 ・診療報酬明細書2（公費併用分として明細書を用いて記載。明細書1は公費分を除いて記載） ・症状詳記（必要に応じて。高額医療の場合は、事実上必須） ・日計表を提出する業務。（35万点以上で必要）
診療報酬明細書提出（再提出）	診療報酬明細書提出（新規）時に提出した原本に修正を加えたものを提出。
再審査請求	<p><国保・社保></p> <ul style="list-style-type: none"> ・再審査申請書 ・症状詳記 ・レントゲン（必要に応じて） <p>※査定の場合は原本が戻ってこないのですべて新規に記載し提出</p>
取り下げ申請	<p><国保></p> <ul style="list-style-type: none"> ・申請理由書 <p><社保></p> <ul style="list-style-type: none"> ・取り下げ申請書
返戻通知	<p><国保・社保></p> <ul style="list-style-type: none"> ・返戻通知書 ・診療報酬明細書提出（新規）時に提出した書類一式
過誤返戻通知	<p><国保・社保></p> <ul style="list-style-type: none"> ・過誤返戻通知書 ・診療報酬明細書提出（新規）時に提出した書類一式
査定通知	<p><国保・社保></p> <ul style="list-style-type: none"> ・査定通知書
過誤査定通知	<p><国保・社保></p> <ul style="list-style-type: none"> ・過誤査定通知書

4.5. その他の請求

上記国保、社保、請求業務以外に、労災への請求と自賠責請求がある。労災への請求は基本的に国保、社保の手順と同様。自賠責は各保険者と申請者である病院との個別契約になる。

5. 文書詳細項目

以下に保険請求業務に伴って受け渡しされる文書のうち診療報酬明細書、再審査請求書、症状詳記について、各文書の詳細項目を列挙する。

5.1. はじめに

本誌で記載する文書別詳細項目はその項目の粒度を厳密に規定しない。これは例えば患者氏名の場合、苗字と名前にそれぞれに項目を付与する、あるいは日付のフォーマット（YYYYMMDDなのか、あるいはYYYY/MM/DDなのか）を規定することはここでは行わないことを意味する。本誌では、関心項目を明記することを目的としており、情報粒度は具体的なレイアウトを規定する際に決められることを前提としている。

尚、上記を前提に本誌では下記のレイアウトにより項目を整理した。

分類	項目セットの分類名称
分類補遺	分類に対する特記事項。使用方法、存在意図などを記述する。
項目名称	分類を構成する項目
項目補遺	分類に対する特記事項。使用方法、存在意図などを記述する。
値型	<p>本値は項目の情報種類、フォーマットを規定することを意図しておらず、項目の意味の解釈の補足（参考程度）である。</p> <p>以下の記号を用いる。</p> <p>NM：項目の記載文字列を数値として解釈する TX：項目の記載文字列をテキストとして解釈する FT：項目の記載文字列を書式付テキストとして解釈する DT：項目の記載文字列を日付として解釈する</p> <p>尚、空欄は不明または不定であることを示す。</p>
必須 繰返	必須項目にはR,繰り返し使用が可能な項目には○,が記載される。

5.2. 診療報酬明細項目

分類	分類補遺	項目名称	項目補遺	値型	必須繰返
ドキュメント共通部 (医療機関情報)		審査支払機関		NM	R
		都道府県コード		NM	R
		点数表		NM	R
		医療機関コード		NM	R
		診療科		NM	
		医療機関名称		TX	R
		請求年月		DT	R

診療報酬明細項目(続き)

分類	分類補遺	項目名称	項目補遺	値型	必須繰返
レセプト共通情報		レセプト番号	1レセプトごとに「1」から昇順に連続番号を記録する。最大6桁	NM	R
		保険者種別	下記の4つの意味を表す4桁の数値 1. (社・国・老人・退職) 2. (単独・2併・3併) 3. (本人・家人) 4. (給付割合)	NM	R
		診療年月日	・当該レセプトの診療年月を記録する	DT	R
		患者氏名		TX	R
		性別	男性は1 女性は2	NM	R
		生年月日		DT	R
		給付割合	ア)国民健康保険(退職者医療を含む)の場合 ○老人医療のときは記録しない。 イ)医療保険の場合 ○原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による一般疾病医療費に係る単独分で国民健康保険未加入者のとき30 ○その他のときは記録しない。	NM	
		入院年月日		DT	
		病棟区分	病棟をあらあわす最大4桁の値を記録する		○ (最大4個)
		一部負担金・食事療養費標準負担額区分			
		レセプト特記事項	ア)患者が特記事項に該当する場合、最大5つまで記録が可能。 ○特記事項の例 高額長期疾病の患者負担額が1万円を超えた場合:2 イ)特記事項に該当しない場合、記録しない。		○ (最大5個)
		病床数	入院レセプト及び病床数の記録を必要としない場合、記録しない	NM	

		カルテ番号等		NM	
		割引点数単価	ア) 厚生労働大臣と主務大臣との間に締結された協定により、1点単価9円として窓口徴収した場合は9 イ) 1点単価が10円の場合、記録しない。	NM	

診療報酬明細項目(続き)

分類	分類補遺	項目名称	項目補遺	値型	必須繰返
保険者情報 (老人医療及び公費負担医療でない場合)		保険者番号		TX	R
		被保険者証等の記号	被保険者証(手帳)等の記号	TX	
		被保険者証等の番号	被保険者証(手帳)等の番号	TX	R
		診療実日数		NM	R
		合計点数		NM	R
		食事療養日数	入院レセプトの場合で診療実日数と食事療養日数が同じ場合であっても、記録する	NM	
		食事療養合計金額		NM	
		職務上の事由	a) 船員保険の被保険者で職務上の取り扱いとなる場合 職務上 : 1 下船後3月以内 : 2 通勤災害 : 3 b) 共済組合の船員組合員で下船後3月以内の傷病により職務上の扱いとなる場合 : 2	NM	
		証明書番号	国民健康保険(退職者医療を含む)の場合で、「国民健康保険一部免除、徴収猶予証明書」が提示された場合の証明書番号を記載する。	NM	
		医療保険一部負担金額		NM	
		国保減免区分	負担金額を減額する場合 : 1 負担金額の支払いを免除する場合 : 2 負担金額の支払いを猶予する場合 : 3	NM	

			減免なし又は国民保険以外の 場合：記録しない		
		国保減額割合	減額の割合を記載。 割合設定による減額が行われ ない場合は記載しない。	NM	
		国保減額金額	減額の金額を記載。 金額設定による減額が行われ ない場合は記載しない。	NM	

診療報酬明細項目(続き)

分類	分類補遺	項目名称	項目補遺	値型	必須繰返
保険者情報 (老人医療)		保険者番号		TX	R
		被保険者証等の記号	被保険者証(手帳)等の記号	TX	
		被保険者証等の番号	被保険者証(手帳)等の番号	TX	R
		診療実日数		NM	R
		合計点数		NM	R
		食事療養日数	入院レセプトの場合で診療実日数と食事療養日数が同じ場合であっても、記録する	NM	
		食事療養合計金額		NM	
		老人医療市町村番号		TX	R
		老人医療受給者番号		TX	R
		老人減免区分	減額により負担金を徴収した場合：1 免除により負担金を徴収しない場合：2 老人被爆者で負担金を徴収した場合：4 老人被爆者で減額により負担金を徴収した場合：5 負担金を徴収した場合：記録しない	NM	
		老人外来金額	外来の負担金額を記載。入院の場合は記載しない。	NM	
	老人入院金額	入院の負担金額を記載。外来の場合は記載しない。	NM		

診療報酬明細項目(続き)

分類	分類補遺	項目名称	項目補遺	値型	必須繰返
保険者情報 (公費負担医療)		負担者番号		TX	R
		受給者番号		TX	R
		任意給付区分	国民健康保険の場合で当該公費が任意給付対象公費で任意給付を行った場合：1 上記以外の場合：記載しない。	NM	
		診療実日数		NM	R
		合計点数		NM	R
		公費負担金額	当該公費に係る負担金額を記載。	NM	
		公費給付対象 外来一部負担金	外来の負担金額を記載。入院の場合は記載しない。 ア)医療保険(高齢受給者に限る)又は老人医療の併用に係る一部負担金相当額の一部を	NM	

			公費負担医療が給付する場合、なおかつ入院一部負担金を免除されていて公費負担医療の給付対象となる入院一部負担金がない場合は記載しない。 イ). 医療保険(高齢受給者に限る)又は老人医療の併用に係る一部負担金相当額の全部が公費の給付対象となる場合、または、医療保険(高齢受給者に限る)又は老人医療との併用以外の公費の場合、記録しない。		
		公費給付対象 入院一部負担金	入院の負担金額を記載。 外来の場合は記載しない。	NM	
		食事療養 日数	入院レセプトの場合で診療実 日数と食事療養日数が同じ場 合であっても、記録する	NM	
		食事療養 合計金額		NM	

診療報酬明細項目(続き)

分類	分類 補遺	項目名称	項目補遺	値型	必須 繰返
傷病名 情報	繰返可	傷病名コード	傷病名マスター参照 ¹	NM	R
		診療開始日	当該傷病に係る診療開始日を 記録する	NM	R
		転帰区分	繰越の場合：1 治癒の場合：2	NM	R
		修飾語コード	レセプトに表示する順番で記 載する。 ・修飾語を使用しない場合は記 載しない。 ・未コード化傷病名の場合、記 録しない。	TX	○ 最大 20個
		傷病名称	傷病名コードとして未コード 化傷病名コードを使用する場 合に記載する。 コード化傷病名の場合、記載し ない。	TX	
		主傷病	主傷病でない場合、記録しな い。	TX	

¹ レセプト電算処理システムマスターファイルを参照

診療報酬明細項目(続き)

分類	分類補遺	項目名称	項目補遺	値型	必須繰返
適用情報	診療行為情報 (繰返可)	診療識別	※1参照	NM	
		負担区分	※2参照	TX	R
		診療行為コード	診療行為マスター ² 参照	NM	R
		数量データ	診療行為コードにきざみ計算で使用するデータ規格(算定単位)が設定されているものについては、その算定単位に従い整数値で記載。 診療行為コードにデータ規格が設定されていない場合、記載しない。	NM	
		点数		NM	
		回数		NM	
	医薬品情報 (繰返可)	診療識別	※1参照	NM	
		負担区分	※2参照	TX	R
		医薬品コード	医薬品マスター ² 参照	NM	R
		使用量	医薬品コードの金額種別に「1:金額」又は「2:都道府県購入価格」が設定されているものについては、必ず記録する。 医薬品コードの金額種別に「1」又は「2」以外が設定されているコードの場合、記載しない。	TX	
		点数		NM	
		回数		NM	
	特定器材情報 (繰返可)	診療識別	※1参照	NM	
		負担区分	※2参照	TX	R
		特定器材コード	特定器材マスター ² 参照	NM	R
		使用量	特定器材コードの金額種別に「1:金額」、「都道府県購入価格」又は「9:乗算割合」が設定されているものについては記載する。 特定器材コードの金額種別に「1」、「2」、「9」以外が設定されているコードの場合、記載しない。	TX	
		点数		NM	
		回数		NM	
		単位コード	特定器材コードの金額種別に「1:金額」又は「2:都道府県購入価格」が設定されているもののうち、単位が設定されていないものについて記載。	NM	
		単価	特定器材コードの金額種別に「2:都道府県購入価格」が設定されているものについて記	TX	

		特殊器材名称	載。 特定器材コードが「その他の特定器材」の場合に記載。	TX	
		コメント情報 (繰返可)	診療識別	※1参照	NM
		負担区分	※2参照	TX	R
		コメントコード	コメントマスター ² 参照	NM	R
		文字データ	コメントコードの付帯情報を記述するための項目	TX	

※1 「診療識別」の補遺

「診療識別」は診療の種類を表すための識別子である。

●「診療識別」の入力値

診療内容	入院の場合の入力値	入院外の場合の入力値
初診	11	11
再診		12
指導	13	13
在宅	14	14
投薬	21~24,26~28	21~23,25~27
注射	31~33	31~33
薬剤料減点	39	
処置	40	40
手術	50	50
麻酔	54	
検査	60	
画像診断	70	
その他	80	
入院	90,92	
食事療養標準負担	97	

※2 「負担区分」の補遺

各々の診療内容ごとに負担する保険を識別するためのコードであり、当該レセプト共通レセプトコードのレセプト種別に応じた範囲内で該当する負担区分コードを記録する。

●「負担区分」の入力値

負担区分の内容	入力値
医保(老人)のみ	1
医保と第一公費	2
医保(老人)と第二(老人第一)公費	3
医保と第一及び第二公費	4
公費単独又は第一公費のみ	5
第二(老人第一)公費のみ	6
第一及び第二公費	7
老人と老人第二公費	8
老人と老人第一及び老人第二公費	A
老人第一及び老人第二公費	D
老人第二公費のみ	F

² レセプト電算処理システムマスターファイルを参照

診療報酬明細項目(続き)

分類	分類補遺	項目名称	項目補遺	値型	必須繰返
合計書情報		総件数	医療機関（旧総合病院においては診療科）単位のレセプト件数の合計。	NM	
		総合計点数	医療機関（旧総合病院においては診療科）単位の各レセプトの主保険に係る合計点数。	NM	

6. 再審査請求書詳細項目

6.1. 再審査請求時使用項目

保険医療機関等が再審査請求時に用いる情報種類である

分類	分類補遺	項目名称	項目補遺	値型	必須繰返
ドキュメント共通部 (医療機関情報)		発行日		DT	
		発行元保健医療機関名称		TX	
		発行元保険医療機関所在地		TX	
		発行元保険医療機関電話番号		TX	
		送信先機関名称		TX	
基本請求情報		点数表情報		NM	
		医療機関等コード		NM	
		旧総合病院診療科	・ユーザ定義タグなどで必要に応じて付与可能な類とする	TX	
		診療年月日		DT	
		請求年月日		DT	
		明細書区分1		NM	
		明細書区分2			
		再審査対象種別		NM	
患者情報	本分類は HL7 等他の様式に既存する場合不要である。	患者氏名(苗字)		TX	
		患者氏名(名前)		TX	
		患者氏名ふりがな(苗字)		TX	
		患者氏名ふりがな(名前)		TX	
		患者生年月日		TX	
保険情報		保険者番号		NM	
		保険記号		NM	
		公費負担者番号		NM	
		市町村番号			
		受給者番号		NM	
請求		請求点数		NM (円)	

		薬剤一部負担金		NM (円)	
		一部負担金		NM (円)	
		食事療養請求金額		NM (円)	
		標準負担額		NM (円)	
点 情報	査定点数(原)	減点点数(金額)		NM (円)	○
		減点事由及び箇所		TX	
		減点内容		TX	
請求理由		請求理由		TX	
整理番号		整理番号	再審査対象種別が2=調剤審査又は再審査の場合は再審査等支払い調整額通知書(相殺通知書)の整理番号を記入する	NM (書式付)	

6.2. 再審査請求返戻時使用項目

再審査請求に対し、社保が返信する際に用いる情報種類である。

分類	分類補遺	項目名称	項目補遺	値型	繰返
審査結果		結果		NM	○
		原審理由	ユーザ定義テーブルを使用する		
		適用	ユーザ定義テーブルを使用する		
		増減点	ユーザ定義テーブルを使用する	NM	
		請求理由	ユーザ定義テーブルを使用する	NM	
		責任	ユーザ定義テーブルを使用する	NM	
		請求数	ユーザ定義テーブルを使用する	NM	
		処理	ユーザ定義テーブルを使用する	NM	
		診療科	ユーザ定義テーブルを使用する	NM	
		再々審	ユーザ定義テーブルを使用する	NM	

7. 症状詳記項目

分類	分類補遺	項目名称	項目補遺	値型	繰返
通部 （医療機関情 報） ドキュメント共		発行日		DT	
		県番号		TX	
		医療機関コード		TX	
		医療機関名称		TX	
		医療機関所在地			
		医療機関電話番号			
患者情報	※3 本分類は HL7 等他の様式に 既存する場合 不要である。	カルテ番号	登録番号と称する場合もあり	NM	
		患者氏名		TX	
		診療科		TX	
		主治医氏名		TX	
保険情報	※3	保険者番号		NM	
		保険記号		NM	
		公費負担者番号 市町村番号	該当する場合に記載する	NM	○
		老人受給者番号	該当する場合に記載する	NM	○
症状詳記内容		症状及び治療経過		TX	

※3 症状詳記は診療報酬明細書に紐付く文書である。紐付けの元となる項目は、患者基本情報のうちの“カルテ番号”と“患者氏名”、さらに保険情報の項目である。

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
総合研究報告書

電子カルテの相互運用に向けた HL7 メッセージの開発および
管理・流通手法に関する研究

資料 22 診療報酬請求業務関連ドキュメント調査報告書(H16 年度)

平成16年度

診療報酬請求業務関連ドキュメント
調査報告

平成17年3月

昭和大学横浜市北部病院

1. はじめに.....	4
2. 背景.....	4
3. 実際の診療報酬請求業務例.....	5
3.1. 外来診療における診療報酬業務例.....	5
3.1.1. 指導管理料加算.....	5
3.2. 入院診療における診療報酬業務例.....	6
3.2.1. 入院基本料等加算.....	6
3.2.2. 特定入院料等加算.....	7
3.2.3. 同月内請求上限.....	8
3.2.4. その他.....	9
4. 診療報酬請求業務の共通項目.....	11
5. 自動算定処理例.....	12
6. まとめ.....	14

1. はじめに

診療報酬請求業務に関する調査は、前報告において医療機関と保険審査機関との間の情報の授受種別、受け渡しタイミング、データ項目の抽出などを行った。今回は各医療機関がそれ以前の業務として行われている、診療報酬明細書作成までの過程を電子カルテシステムとの連携を中心として調査を行った。

調査方法は実際の診療報酬明細書作成業務担当者への聞き取りを元にして、課題となるような具体例をいくつか選別。それぞれに該当するであろう明細書データおよび、電子カルテのデータを抽出し、さらにそれをもとに如何なる判断、処理を自動もしくは人による手作業、目視確認判断が行われているのかを実業務で調査を行った。

2. 背景

電子カルテにおける相互運用は患者個人の診療記録を、診療科、医療機関、地域、国を超えて情報共有を可能にし、効率的な医療提供体制と公衆衛生としてのより意義のあるデータ活用に寄与するところを目的とする。現段階では徐々に診療情報を電子化する事に至ってきたが、未だ相互運用には課題が多くその活用は限られていると言わざるうえない。1医療機関内の診療情報システムを見るに至っても、基幹業務を司る病院情報システム（電子カルテシステム、以下 HIS）と部門業務を支援する部門システムの間での通信も、それぞれの間で取り決めが行われて電文されている場合がまだまだ多い。

このような HIS-部門システム間連携の中で、HIS-医事システムの連携についても標準化されてはならず、中規模以上の医療機関の場合は、ほぼ HIS と医事請求システムは同一メーカーのセットとしての導入を余儀なくされる。仮にこの連携に関して標準化が可能となり、HIS と医事システム間に関しても他の部門システムと同様にマルチベンダー形式が採用できるのであれば、医療機関にとっての選択肢は大きく増す事になり、またシステムの精度向上にも寄与する事が期待できる。

さらに、このような標準化を基底とした連携が可能になるならば、通信環境などの整備や法的な情報管理制限の課題がクリアされれば、1医療機関 1医事システムを導入する必要性は希薄になり、同一事業者では複数ベンダーの HIS を導入している医療機関に対して一つの医事システムで対応する事が可能となる。

しかし、このような試みは診療所レベルのシステムでは行われているが、前述の如く入院を扱うような中規模以上の医療機関の導入システムでは試みられておらず、未だ現実的ではない。この背景には相互の通信に対する標準規格の有無という問題以前に、診療報酬請求業務自体で自動化が難しい要因が存在し、それぞれの医療機関が運用も含めて独自の方法にて解決しながら診療報酬請求業務を行っているという背景が存在する。

3. 実際の診療報酬請求業務例

本節では、本院において実際に行われている診療報酬請求業務の例を記載する。尚、本節では診療報酬請求業務を、外来時、入院時に分け、また記載方法として業務例とそれへの補遺（考察）の対による構成とする。尚、本文中の“医事課での判断”およびそれに順ずるセンテンスは、医事システムあるいは電子カルテで自動算定ができず、医事課での人手による判断と算定を意味する。

3.1. 外来診療における診療報酬業務例

3.1.1. 指導管理料加算

例1：

電子カルテシステムでは、指導管理料加算の対象となる指導内容の記載を一つのオーダー種とする事により、記載内容を一定のフォーマット化させたり、指導内容を支援するという面と、医事請求上の加算の発生を自動化させることが可能となるが、ウイルス疾患指導料のように、その疾患（肝炎、後天性免疫不全症候群など）により、患者1人について1回、もしくは患者1人に対して月1回に限り算定可能という条件があり、一診療単位で送信されてくるデータのみでは算定の可否が判断出来ない例が指導管理料には多い。

補遺：

指導管理料加算は、基本的には診療の中で医療側から検査、治療行為に伴って必要に応じて行った療養上の指導、に対して加算される診療報酬である。よって、その指導内容は診療記録として記載されている事が必要であり、また明細書に記載される病名、および検査、治療と相応している必要がある。しかしこの記載方法にこれまで一定のフォーマットが存在するわけではなく、診療終了後に医事担当者が病名、診療行為、カルテ記載を確認して加算するという手順となっていた。

例2：

放射線治療においては、一連の治療過程において、下記の例に挙げる区分の照射方法につき1回に限り算定できる放射線治療管理料がある。

(区分例)

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | 1門照射又は対向2門照射を行った場合 | 2700点 |
| 2 | 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 | 3100点 |
| 3 | 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 | 3400点 |

放射線治療管理料を算定する場合、一連の治療過程において最適な1回を決定する基準